ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: Ауыз қуысының хирургиясы-2
Пән коды: АКН 4304-2
ББББ атауы: 6В10103 «Стоматология»
Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі :5
Оқытылатын курс пен семестр :4 курс/VIII
Дәріс көлемі:

2023-2024 оқу жылы
Шымкент

Дәріс кешені «Ауыз қуысының хирургиясы-2» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра отырысында талқыланды.

Хаттама № 11 **«** 06 **»** 06 **202** 3 **ж**

Кафедра меңгерушісі м.ғ.д.,м.а. доцент _____ **А.Б.Шукпаров**

№ 1 дәріс

1. Тақырыбы: тіс аурулары. А.Г. Шаргородскийге (2000 ж.) сәйкес А. Г. Робустоваға (2000 ж.) сәйкес тіс ауруының жіктелуі себептері. Клиникасы, диагностикасы, емі.
2. Мақсаты: этиологияны, патогенезді, патанатомияны, клиникалық белгілерді, диагностикалық әдістер мен емдеу әдістерін, тіс ауруының алдын-алуды зерттеу.
3. Дәріс тезистері. Аурудың прорезывания зубов. А.Г. Шаргородскийге (2000 ж.) сәйкес А. Г. Робустоваға (2000 ж.) сәйкес тіс ауруының жіктелуі себептері. Клиникасы, диагностикасы, емі.

А. Г. Робустованың айтуы бойынша тіс ауруының жіктелуі (2000) келесідей:
1. Тістің қиын жарылуы.
2. Тістің дұрыс орналаспауы (тістеу нәтижесінде пайда болған ығысу) (дистопиялық тіс).
3. Тістің жақ сүйек тінінен немесе шырышты қабықтан толық емес жарылуы (жартылай өңделген тіс).
4. Толық қалыптасқан тістің ықшам жақ пластинасы (ретенирленген тіс) арқылы атылуын кешіктіру [7].
А. Г. Шаргородский (2000) бойынша тіс ауруының жіктелуі келесідей:
1. Ретенирленген-бұл әдеттегі уақытта кесілмеген жақ сүйегінің қалыңдығында орналасқан тіс.
2. Жартылай реттелген-бұл сүйек тінінен немесе шырышты қабықтан толық кесілмеген тіс.
3. Тіс доғасынан тыс орналасқан, жарылған және ретенирленген және жартылай ретенирленген тістер дистопияланған деп аталады [9].
Тіс бүршігінің қалыптан тыс орналасуы, сондай-ақ тіс-жақ жүйесіне әртүрлі эндогендік және экзогендік патологиялық әсерлер қалыптасқан тістің орналасуының аномалиясын тудыруы мүмкін, сонымен қатар оның атылуының кешеуілдеуіне әкелуі мүмкін.
Тістің қалыптан тыс орналасу дәрежесі (дистопия) бір реттік болуы мүмкін — бойлық осьтің нормаға қатысты аздап ауытқуынан тістің төменгі жақ тармағының жоғарғы жартысында орналасуына дейін және т.б. Ретинация деп тіс қатарында емес, жақ сүйегінің қалыңдығында орналасқан және уақытында кесілмеген толық дамыған тіс деп аталады. Ретинирленген тістер шамадан тыс болуы мүмкін. Жартылай қызару дегеніміз-бұл тістің жақ сүйегінде жарылған кезде, Бірақ ол әлі де шырышты қабықтың астында болады. Тістің жарылуы тоқтап, тәждің бір бөлігі ғана тесіктен шыққан кезде Ретенция ішінара болуы мүмкін. Затрудненным деп аталады жару, ол жүреді ненадлежащие мерзімде күшіне айқын анатомиялық алғышарттар жоқ
Тіс түрі бойынша ретенцияны жіктеу:
1. Даналық тістері.
2. Жоғарғы жақтың қабыршақтары.
3. Төменгі жақтың премоларлары.
4. Екінші молярлар төменгі жақтың жасөспірімдерде.
Ретенирленген тістердің дистопияланған позициясының нұсқаларын жіктеу:
1. Мезиоангулярлық.
2. Көлденең.
3. Тік.
4. Ұрт.
5. Тілдік.
6. Дистоангулярлық.
7. Кері.
8. Ерекше.

Көршілес тістерге бейімделу деңгейі бойынша ретенцияны жіктеу:
1. Тіс тәжіне.
2. Тістің мойнына.
3. Тістің тамырына.
Тіс ауруының себептері:
1. Жақ сүйегінің өсуінің артта қалуы.
2. Жақ-бет аймағының бұлшықет аппаратының дамымауы.
3. Тұрақты тістердің кеш жарылуы.
4. Эмбриональды кезеңде тістердің дұрыс салынбауы.
5. Типтік емес сорылуы тамыры сүт тіс.
6. Азық-түлік бейнесі (жұмсақ, тазартылған тағам).
7. Физиологиялық ауысым кезінде тістерді уақтылы алып тастау.
Қабыну белгілері жоқ қиын тістердің клиникалық көрінісі және диагнозы: * рентгенологиялық сурет (ретенирленген тістің болуы, оның жақ сүйегіндегі орны, көрші тіске қатынасы, ретенирленген тістің айналасындағы сүйек тінінің өзгеруі). Қабыну белгілерімен: * жарылған түйнектердің болуы және Саны, * тістің орналасуы, * қабыну процесінің ауырлығы: a) "сорғыштың" астынан іріңнің болуы, b) тісті қоршаған тіндердің жағдайы (қоршаған қызыл иек, өтпелі қатпар, жақ-тіл ойығы, ретромолярлық Үшбұрыш, инфильтраттардың болуы, ауырсыну), c) тістің болуы және шайнау бұлшықеттерінің контрактурасының айқындылық дәрежесі, d) ауыр және жұтылудың қиындауы, • рентгенологиялық көрініс (ретенирленген тістің болуы, оның жақ сүйегіндегі орналасуы, оның көрші тіске қатынасы, ретенирленген тістің айналасындағы сүйек тінінің өзгеруі). Асқынулар 1) P. tgidemipi тармағының аяғындағы қысымнан немесе ретинирленген тістің пульпитіне байланысты пайда болатын невралгия; 2) фолликулалық кисталар; 3) тістің өзінде де, қоршаған тіндерде де қабыну процестері (абсцесс, остеомиелит, флегмон); 4) жақтың деформациясы және патологиялық шағудың пайда болуы. Емдеу принциптері 1. Қабыну құбылыстарынсыз тістің ретенциясы: * функционалдық және косметикалық бұзылулар болмаған кезде хирургиялық шаралар жүргізілмейді. Динамикада бақылау ұсынылады. 2. Қабыну құбылыстары бар Ретенция: * ретенирленген тістің айналасында айқын рентгенологиялық өзгерістер болмаған кезде перикоронаритпен толық емес ретенция: "капюшонды"операция – кесу көрсетілген. Операцияның мәні-қайталанудың алдын алу үшін дистальды шетін босатып, ретенирленген тістің шайнау бетіндегі шырышты алып тастау. * Ретенирленген тістің айналасында айқын рентгенологиялық өзгерістердің болуымен перикоронаритпен толық емес ретенция: "капюшонды" кесу және сүйек жарасын ревизиялау арқылы жартылай ретенирленген тісті алып тастау операциясы көрсетілген. * Клиникалық және рентгенологиялық көріністермен расталған айқын қабыну құбылыстарымен толық ретенция: толық ретенирленген тісті ашық тәсілмен алып тастау операциясы көрсетілген. Тіс ретенциясы кезіндегі операциялардың түрлері 1. "Капюшонды" кесумен немесе ол болмаған кезде кесусіз қысқыштардың (жоғарғы жақтың азу тістері, жоғарғы және Төменгі үшінші молярлар) көмегімен жартылай жылытылған тісті жабық алып тастау. 2. Жартылай қыздырылған тісті элеваторлардың көмегімен (төменгі үшінші молярлар) "капюшонды" кесумен немесе ол болмаған кезде кеспей жабық алып тастау. 3. Ретенирленген тісті оның бөліктерін ажыратпай ашық алып тастау. 4. Ретенирленген тісті оның бөліктерін ажыратып ашық алып тастау (одонтэктомия). 1. Жартылай қыздырылған тісті қысқыштармен (жоғарғы азу, жоғарғы және төменгі даналық тістер) жабық тіс шығарудың жалпы қабылданған әдісіне сәйкес дайындықты, кезеңділікті және операциядан кейінгі бақылауды қамтиды. Тістерді ұстап қалу кезіндегі жабық алып тастаудың ерекшеліктері: операциялық өрістің үлкен қашықтығы, көріністің жеткіліксіздігі, альвеолярлы процестің топографиялық және анатомиялық ерекшеліктері, жоғарғы жақта, төменгі жақтың тармағында және бұрышында жақ сүйектерінің синусының болуы, ауыздың бұрышын жарақаттау мүмкіндігі,

тартылған тістің осі бойымен қысқыштарды қолданудың қиындығы. 2. Элеваторлардың көмегімен ретенирленген тісті жабық алып тастау (төменгі үшінші молярлар). Элеватормен алынған тісті алып тастау ерекшеліктері форсункамен алып тастағанда ұқсас. Сондай-ақ, оларға сүйенуге мүмкіндік беретін тұрақты, бұзылмайтын екінші молярлардың болуы қажет. 3. Ретенирленген тісті оның бөліктерін ажыратпай ашық алып тастау кейіннен сүйекте орналасқан тісті алып тастай отырып, шырышты-периостиальды қақпақшаны, альвеолярлы өсіндінің сыртқы кортикальды пластинасының учаскесін остеотомиямен және остеоэктомиямен күрделі тісті алып тастау әдісіне сәйкес жүргізіледі. 4. Ретенирленген тісті оның бөліктерін бөліп алу арқылы ашық алып тастау (одонтэктомия) тісті толығымен алып тастау мүмкін болмаған немесе оны толығымен алып тастау келесі асқынулардың пайда болуын болжаған жағдайларда жүзеге асырылады • * сүйектің үлкен бөліктерін алып тастауға байланысты альвеолярлы процестің және төменгі жақ бұрышының сынуы • * төменгі лунокальды нервтің зақымдануы, * жақ сүйектерінің түбінің перфорациясы, * тісті жұмсақ тіндерге итеру • * көрші тістердің жарақаты. Одонтэктомия әдістері 1. Тәжді ажырату. 2. Тістің тәжі мен түбірін ажырату. Одонтэктомия әдісі (суретті қараңыз. 41). Қиын тіспен және операциядан кейінгі асқынулармен мүмкін асқынулар 1. Күрделі тістенумен қатар жүретін асқынулар: * перикоронарит, * периостит, абсцесс, флегмон, * пародонтит, * ретенирленген тістердің кариесі және екінші молярлардың дистальды беті, * ретенирленген даналық тістің қысымына байланысты екінші молярлардың тамырларының резорбциясы, * эмаль ауруының дұрыс дамымауы нәтижесінде пайда болатын одонтогенді фолликулалық кисталар мен жақтардың ісіктері (амелобластома) тіс мүшелері (сирек жағдайларда). 2. Операциядан кейінгі асқынулар: * сүйектің үлкен бөліктерін алып тастауға байланысты альвеолярлы процестің және төменгі жақ бұрышының сынуы, * төменгі лунокальды нервтің зақымдануы, * жақ сүйегінің түбінің перфорациясы, * тісті жұмсақ тіндерге итеру, * көрші тістердің жарақаты, * лунокальды ауырсыну, операциядан кейінгі жараны ұзақ емдеу, альвеолит, лунокальды остеомиелит, * абсцесс, флегмона.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз

6. Бақылау сұрақтары:

1. "Тіс аурулары" бөліміне кіретін аурулар.
2. "Дистопия", "ретенция", "тістің жартысы"ұғымдарының анықтамасы.
3. Тіс ауруының этиологиясы, патогенезі.
4. Тіс ауруларын диагностикалаудың заманауи әдістері.
5. Тіс ұстамасының клиникалық және рентгенологиялық көрінісі.
6. Тістердің жартылай нақтылығының клиникалық және рентгенологиялық көрінісі.
7. Тіс дистопиясының клиникалық және рентгенологиялық көрінісі, осы патологиядағы мүмкін асқынулар.
8. Ретенирленген, дистопияланған және луретенирленген тісті жұлуға көрсеткіштер.

Дәріс № 2.

1.Тақырыбы: периодонтит, периостит. Этиологиясы. Патогенез. Клиникасы.

2.Мақсаты: клиникалық ағымды, этиологияны, патогенезді, периодонтитті, периоститті емдеуді зерттеу.

3.Дәріс тезистері.

Периодонтит. Этиологиясы. Патогенез. Клиникасы. Диагностика. Апикальды периодонтиттің этиологиясы мен жіктелуі апикальды периодонтиттің себебі периодонтальды инфекция, жарақат, дәрі-дәрмектердің уытты әсері болуы мүмкін. Патогенетикалық терапия максималды нәтиже бере алатындығын ескере отырып, заманауи периодонтит классификациясы периодонттағы процестің патогенетикалық мәнін көрсетуі керек және себеп факторларын ескеруі керек: периодонтальды

тіндердің сенсибилизациясы, трофизмнің бұзылуы, күшті препараттармен жарақат, инфекция. 122 инфекциялық периодонтит периодонтқа тіс каналынан патогендік микроорганизмдерді тікелей енгізу нәтижесінде дамиды. Сирек, олар периодонтқа гематогенді және лимфогенді жолмен енеді. Қабыну периодонтқа іргелес тістердегі жақын орналасқан патологиялық ошақтардан (остеомиелит, синусит және т.б.) жақтың альвеолярлы процесінде патологиялық процестің нәтижесінде ауысуы мүмкін. Периодонтит кезінде әдетте микробтардың жеке түрлері емес, олардың әртүрлі бірлестіктері кездеседі. Анаэробты флораның құрамында грамоң кокки (негізінен стрептококктар) және стафилококктар басым, аэробтардан жиілігі бойынша бірінші орында стрептококктар, екіншісінде – стафилококктар тұрады. Әдетте олар басқа микроорганизмдермен бірге егіледі-вейлонеллалар, лактобактериялар, коринобактериялар, ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар және т. б. Стрептококктар арасында гемолитикалық емес стрептококк басым – 61,4 %, жасыл – 26 %, гемолитикалық – 12,3 %. Травматикалық периодонтит травматикалық фактордың тіс периодонтына тікелей әсер еткеннен кейін пайда болады, оның себебі жедел жарақат (соққы, тамырдың перфорациясы), соның ішінде хирургиялық араласулар кезінде (цистэктомия, ісікті алып тастау, тістің айналуы және т. б.) немесе периодонтқа ұзақ мерзімді травматикалық әсер ету кезінде (созылмалы жарақат, дұрыс толтырылмаған пломбалар, протездер, ортодонтиялық емдеу процесінде тістің ұзақ жүктелуі, окклюзиялық жарақат). Медициналық периодонтит-бұл улы зат. Әдетте, ол фармакологиялық агенттердің артық дозалануымен немесе периодонтальды күшті препараттардың әсерінен дамиды. Бұл топқа жергілікті иммунологиялық қақтығысты тудыруы мүмкін препаратты қолдануға аллергиялық әсер ретінде дамитын периодонтиттер кіруі керек. Медициналық периодонтит көбінесе толтырғыш материалдарды (цемент, пластмасса, композициялық материалдар) және формалин, тимол, трикрезолформалин және т.б. бар әртүрлі пасталарды қолданғаннан кейін дамиды. II. Созылмалы периодонтиттер: 1) түйіршіктеуші, 2) гранулематозды, 3) фиброзды. III. Асқынған созылмалы периодонтит: Бұл жіктеу Схемадан зардап шегеді және, әрине, периодонтальды қабынудың барлық түрлерін жаба алмайды, өйткені клиникалық және морфологиялық тұрғыдан олардың арасында өтпелі формалар жиі байқалады. Апикальды периодонтиттің патогенезі және патологиялық анатомиясы Периодонтит-бұл қабыну процесі, оның дамуында ауыз қуысының микрофлорасы және микроорганизмдерге, олардың өмірлік маңызды өнімдеріне, токсиндерге қатысты пародонт тіндерінің реактивті жағдайы үлкен рөл атқарады. Асқынған созылмалы периодонттарға келетін болсақ, қабыну процесінің өршуінің пайда болуында периодонт үшін әдеттегі тітіркендіргіштер (микробтар, токсиндер) ғана емес, сонымен қатар кез-келген басқа да жеткіліксіз әсерлер (жарақат, тістің герметикалық жабылуы және т.б.) маңызды рөл атқарады. Периодонтиттің дамуы кезінде дененің жалпы жағдайын ескеру қажет. Жедел және созылмалы қатар жүретін аурулардың болуы периодонтиттің пайда болуына, дамуына және өршуіне ықпал етуі мүмкін. Тұмау, жедел ішек аурулары, ревматизм, бірлескен аурулар, бүйрек аурулары, дененің иммунологиялық және спецификалық емес реактивтілігін төмендететін басқа аурулар пародонт ауруының көзі бола алады. Өз кезегінде периодонтит ішкі органдар мен дене жүйелерінің ауруларын тудыруы мүмкін. 123 апикальды периодонтиттің дамуы екі кезеңмен сипатталады: Жедел және созылмалы, дегенмен созылмалы периодонтиттің клиникалық көрінісі өткір фазаны айналып өтіп, бастапқы дамуы мүмкін. Өз кезегінде, периодонтит кезіндегі қабынудың жедел дамуы екі фазадан өтеді. Жедел қабынудың бірінші кезеңі (жедел серозды периодонтит) микроскопиялық түрде ісінумен, лейкоциттердің шетіндегі тамырлардың кеңеюімен, серозды экссудаттың пайда болуымен және нейтрофильді лейкоциттердің, гистиоциттердің дөңгелек жасушаларының аз санынан периваскулярлық жасушалық инфильтрациямен сипатталады. Бастапқыда қабыну өзгерістері фокалды түрде локализацияланған, содан кейін олар периодонттың бүйір бөліктеріне таралады. Осы фазада дамиды улау жүретін раздражением жүйке рецепторлардың периодонта және пайда ауырсыну

причинного тісті. Ауырсыну баяу жүреді, біртіндеп күшейеді және пайда болғаннан кейін жоғалмайды. Процестің дамуымен тістің жүктемесі мен перкуссиясында ауырсыну пайда болады. Тістің айналасындағы тіндерден көрінетін өзгерістер анықталмайды. Жедел қабынудың екінші кезеңі (жедел іріңді периодонтит) орталықта тіндердің балқуының іріңді фокусын (апикальды абсцесс) қалыптастыру үшін периодонттың жедел лейкоциттік инфильтрациясымен сипатталады. Деструкция ошағының шеткері аймағында бөлетін лейкоциттік білік пайда болады. Лейкоциттердің инфильтрациясы дуффузиялық болуы мүмкін, коллаген талшықтары ыдырауға және лизиске ұшырайды. Жедел іріңді периодонтит кезінде цемент пен дентиннің қабыну резорбциясы орын алуы мүмкін. Екінші кезең үшін, әсіресе тіске тигенде, тұрақты ауырсынудың жоғарылауы жиі кездеседі. Периодонтальды функцияның бұзылуына және тістің айналасындағы тіндердің морфологиялық өзгеруіне байланысты (ісіну, ыдырау және коллаген талшықтарының бұзылуы) ауру тістің қозғалғыштығы да тән. Ауыз қуысында басқа да айқын өзгерістер пайда болады: гиперемия және Сағыз ісінуі және ауру тістің тамыр деңгейінде өтпелі қатпар. Тіндердің пальпациясы және тістің перкуссиясы күрт ауырады. Тіс термиялық және электрлік ынталандыруларға жауап бермейді. Процестің дамуымен сүйек кемігінің тән іріңді инфильтрациясы, тамырлы тромбоз, қан кетулер және сүйектің жекелеген бөліктерінің некрозы бар остеомиелиттің көрінісі байқалуы мүмкін. Ықшам сүйек плитасының бұзылуы, әдетте, периосте астындағы іріңнің пайда болуымен бірге жүреді, оны периостит (субпериостальды абсцесс) деп түсіндіреді. Осылайша, периостит қабыну процесінің периодонттан тікелей өтуіне байланысты пайда болады. Зардап шеккен аймақтың топографиялық сипаттамаларына, іріңнің ағып кету жағдайларына және дененің қарсылығына байланысты қабыну процесі ауру тістің шектерімен шектелуі немесе көрші тіндер мен қуыстарға, жақ сүйек қуысына, парафарингальды кеңістікке және т.б. таралуы мүмкін. Периодонтиттің созылмалы кезеңі талшықты түзілімдер, түйіршіктеу тінінің дамуы немесе гранулеманың пайда болуы түрінде көрінуі мүмкін. Бұл түйіршіктеу, грануломатозды, талшықты сатылардың бөлінуімен периодонтиттің ең көп таралған классификациясына негізделген. Түйіршіктелген периодонтит әдетте өткір немесе созылмалы қабынудың даму сатыларының бірі болып табылады. Микроскопиялық түрде көптеген капиллярлардан, фибробластикалық қатардағы жасушалардан, сондай-ақ дөңгелек, плазмалық жасушалардан және лейкоциттік инфильтрациядан тұратын түйіршікті тіндердің пайда болуымен сипатталады. Фокустың ортасында коллаген талшықтары жоқ, шектеу үрдісімен тістің апикальды бөлігінің айналасында орналасқан коллаген талшықтарының көп саны пайда болады. Түйіршікті периодонтит сүйек тінінің, цементтің және дентиннің айқын резорбциясымен, әсіресе түйіршікті тіндердің өсу аймақтарында жүреді (сурет. 50). Грануломатозды периодонтит периодонттағы созылмалы қабыну сатыларының бірі ретінде қарастырылады, бұл кезде (түйіршіктелген периодонтитпен салыстырғанда 124 ния) өнімді қабыну анағұрлым айқын болады. Морфологиялық тұрғыдан созылмалы қабыну ошағының айналасында жасушалық және талшықты тоскауылдың пайда болуымен сипатталады. Шеткері аймақтағы түйіршікті тін коллаген талшықтарының белдеуімен қоршалған, олар кейіннен тіс тіндерімен тығыз дәнекерленген тығыз талшықты капсула құрайды. Сонымен қатар, зақымдану аймағында жасуша элементтерінің, әсіресе лейкоциттердің саны біртіндеп азаяды: алайда жасуша құрамы әр түрлі: лимфоциттер, плазмалық жасушалар, лейкоциттер, фибробласттар, көбіктенетін ксантомалық жасушалар (сурет. 51). Сур. 50. Созылмалы түйіршіктелген периодонтит күріш. 51. Созылмалы грануломатозды периодонтит талшықты периодонтит-периодонтальды өнімді қабынудың ең қолайлы түрлерінің бірі. Жасушалық элементтер санының азаюымен, коллаген талшықтарының санының артуымен және олардың қатаюымен бірге жүреді. Периодонттың кейбір бөліктерінде қабыну ұсақ ошақтық инфильтраттар, тамырлы склероз пайда болуы мүмкін. Кейбір жерлерде периодонт дөрекі талшықты құрылымдармен алмастырылады, олардың кездейсоқ орналасуы периодонтқа тыртық тінінің сипатын береді. Периодонтальды тіндердің одан әрі склерозы

нәтижесінде коллаген талшықтарының оссификациясына әкелуі мүмкін, бұл көбінесе рентгенологиялық түрде анықталады. Периодонттағы созылмалы қабыну гиперцементозбен бірге жүруі мүмкін, өйткені ол цементобластикалық белсенділікті ынталандырады. Асқынған созылмалы периодонтит периодонтит пен сүйектің (грануломатозды және түйіршіктелген периодонтит) Елеулі деструктивті өзгерістері аясында дамиды. Шиеленістер әртүрлі себептердің әсерінен пайда болуы мүмкін (гипотермия, өткен аурулар, стресс, емдеу кезінде периодонтальды жарақат және т.б.) және оның пайда болуында жергілікті себептер де, дененің қорғанысының төмендеуі де маңызды рөл атқарады. Шиеленістің морфологиялық көрінісі тамырлардың кеңеюімен, айқын диапедезбен, экссудаттың, нейтрофильді лейкоциттердің, плазмалық жасушалардың, лимфоциттердің пайда болуымен және, сайып келгенде, абсцесс пайда болуымен сипатталады. Сүйек тіндері мен тіс тіндерінде айтарлықтай өзгерістер байқалады. Ірің спонгиозға еніп, сүйек трабекулаларын бұзып, абсцесс түзеді. Бұл процеске ықшам сүйек, оның каналикулярлық жүйелері қатысады. Патологиялық өзгерістер тістің тамырында да байқалады. Алдымен цементтің, содан кейін дентиннің резорбциясы байқалады (көбінесе остеокласттардың қатысуымен, оларсыз аз). Резорбцияланған дентин мен цемент қабыну процесі басылған кезде қалпына келтірілуі мүмкін (сурет. 52). Сур. 52. Созылмалы талшықты периодонтит клиникасы және периодонтит диагнозы. Жедел периодонтит. Периодонтиттің серозды түрі көбінесе дәрі-дәрмектермен, травматикалық периодонтиттермен байқалады: инфекциялық периодонтпен ол өте қысқа. Клиникалық тұрғыдан алғанда, ол тістеу кезінде сезімталдық пен ауырсынудың пайда болуымен сипатталады. Бұл симптом периодонттағы экссудативті құбылыстардың дамуына және оның жүйке-рецепторлық аппаратының мас болуына байланысты. Болашақта экссудаттың жинақталуы мен сапалық өзгеруімен (ірінді инфильтрацияның дамуы) жедел периодонт симптоматикасында тұрақты ауырсыну басым болады. Тіске тиген кезде ауырсыну мен ауырсынудың иррадиациясы байқалады. Экссудаттың пайда болуы және қабыну ацидозы периодонттың коллаген талшықтарының ісінуіне және еруіне ықпал етеді, бұл тістің бекітілуіне әсер етеді, ол қозғалмалы болады (өсіп келе жатқан тістің симптомы деп аталады). Серозды-ірінді инфильтраттың таралуы жұмсақ тіндердің ісінуімен және аймақтық лимфа түйіндерінің реакциясымен бірге жүреді. Жедел және асқынған созылмалы периодонтит кезіндегі науқастардың жалпы жағдайы айтарлықтай зардап шегеді, әлсіздік, бас ауруы байқалады, дене температурасы 38-39 ºС дейін көтеріледі, лейкоцитоз, ESR жоғарылайды. Рентгенологиялық тұрғыдан жедел периодонтит кезінде периодонтта өзгерістер байқалмайды. Процестің прогрессиясы тек тістің жоғарғы бөлігінде ықшам сүйек плитасының анық еместігімен, сүйек тінінің сиреуі мен остеопорозымен бірге жүруі мүмкін. Периодонттағы созылмалы қабыну процесін диагностикалауда рентгендік зерттеу деректері шешуші мәнге ие. Бұл жағдайда көп тамырлы тістің әр тамырындағы периапиялық өзгерістердің рентгендік көрінісі әртүрлі болуы мүмкін. Созылмалы талшықты периодонтит. Патологияның бұл түрін диагностикалау өте күрделі, себебі пациенттер әдетте шағымданбайды, сонымен қатар созылмалы гангренозды пульпит, мысалы, ұқсас клиникалық және рентгенологиялық суретті бере алады. 126 объективті түрде созылмалы талшықты периодонтит кезінде тіс түсінің өзгеруі байқалады (тістің тәжі бұзылмауы мүмкін), терең кариоз қуысы, зондтау ауыртпалықсыз. Кариоз қуысының болуы немесе болмауы көптеген жағдайларда периодонтиттің себебін көрсетеді. Бұзылған тәж көбінесе периодонтиттің травматикалық этиологиясы туралы, жабық кариоз қуысы – толтыру материалының немесе дәрі – дәрмектің уытты әсері туралы, пломбаланбаған кариоз қуысы-периодонтиттің инфекциялық табиғаты туралы айтады. Бұл жағдайды арнаны дәрі – дәрмекпен емдеуге арналған құралдарды таңдағанда ескеру керек, өйткені алғашқы екі жағдайда арналарға Мұқият микробқа қарсы емдеу қажет емес, соңғысында оны қолдану керек. Перкуссия жиі ауырмайды, суық пен ыстыққа реакция жоқ. Рентгенологиялық зерттеуде периодонттың тарылуы немесе жиі кеңеюі немесе олардың үйлесуі байқалады. Патологияның бұл түрінде тіс қуысында

көбінесе гангренозды иісі бар некротикалық өзгертілген целлюлоза кездеседі, бұл осы форманы пульпаның некрозы мен гангренасы ретінде анықтауға негіз береді. Созылмалы грануломатозды периодонтит. Көбінесе асимптоматикалық, науқастар пульпиттің дамуымен байланысты жағымсыз сезімдерге шағымданады. Кезде оқшаулау гранулемы саласындағы щечных тамыры жоғарғы моляров и премоляров науқастар жиі көрсетеді выбухание сүйек тиісінше проекцияда верхушек жұлу. Объективті: себептік тісте кариоз қуысы болмауы мүмкін, тәжі түсі жиі өзгереді, каналдарда пульпаның ыдырауымен кариоз қуысының болуы байқалады, соңында тісті емдеуге болады, бірақ нашар пломбаланған каналдармен (көбінесе бұл жоғарғы және медиальды төменгі молярлардың щек каналдары). Тістің перкуссиясы жиі ауырмайды, вестибулярлық бетінен сағызға пальпация жасағанда, гранулеманың проекциясына сәйкес ауырсынуы мүмкін. Рентгенологиялық тексеру кезінде дөңгелек пішінді сүйек тінінің айқын анықталған сиретілуінің көрінісі анықталады. Кейде сіз тіс тіндерінің жоғарғы аймақта жойылуын және тамырдың бүйір бөліктерінде гиперцементозды көре аласыз. Созылмалы түйіршіктейтін периодонтит. Процестің бұл кезеңі өте белсенді ағыммен сипатталады, бірақ ол айқын белгілерді бермеуі мүмкін. Науқастар көбінесе тістеу кезінде ауырсынуды, фистуланың мезгіл-мезгіл пайда болуын байқайды (симптом тұрақты емес). Объективті: себептік тістегі қызыл иектің шырышты қабығының гиперемиясы мен ісінуі, көбінесе іріңді ағу және түйіршікті тіндердің ісінуі анықталады. Тістің перкуссиясы және тіс түбірінің жоғарғы бөлігінің проекциясы аймағында қызыл иектің пальпациясы ауырады. Созылмалы периодонтиттің түйіршіктелген рентгенологиялық көрінісі сүйектің сирек кездесетін фокусының болуымен, тістің жоғарғы жағында цемент пен дентиннің бұзылуымен сипатталады. Асқынған созылмалы периодонтит. Клиникалық тұрғыдан өткір іріңді периодонтпен көп нәрсе бар. Тіс дәрігерінің тәжірибесінде созылмалы периодонтиттің өршуі бастапқы жедел периодонтиттен гөрі жиі кездеседі және жедел периодонтиттен гөрі ауыр болады. Көбінесе басқа шиеленістер түйіршікті және грануломатозды периодонтит береді, сирек – талшықты. Сонымен, өршу периодонттағы деструктивті өзгерістер түрінде жүреді, яғни, шын мәнінде, тістің апикальды бөлігінде периодонтальды мембрана болмаған кезде, тістеу кезіндегі ауырсыну жедел іріңді периодонтит сияқты өткір емес. Сонымен қатар, түйіршіктелген периодонтит кезінде фистуланың болуы белгілі бір дәрежеде тістің айналасындағы тіндерде ауыр қабыну өзгерістерінің дамуына кепілдік береді. Қалған белгілер (тұрақты ауырсыну, жұмсақ тіндердің кепілдік ісінуі, лимфа түйіндерінің реакциясы) жедел іріңді периодонтит сияқты реттілікте жоғарылауы мүмкін. Объективті түрде терең кариоз қуысының болуы (тіс емделмеген немесе пломбаланған болуы мүмкін), зондтау кезінде ауырсынудың болмауы, тік және аз дәрежеде көлденең перкуссиямен өткір ауырсыну байқалады. Тіс түсі өзгеруі мүмкін, жылжымалы. Тексеру кезінде ісіну, шырышты қабықтың гиперемиясы және көбінесе тері анықталады, қоздырғыш тістің үстінен өтпелі қыртыстың тегістігі анықталады, бұл аймақтың пальпациясы ауырады. Тіс тіндерінің температуралық ынталандыруларға реакциясы жоқ, электр - 127 метрияда периодонт реакциясы 10 мкА – дан асады немесе мүлдем жоқ. Асқынған созылмалы периодонтиттің рентгенологиялық көрінісі қабынудың формасымен, өршудің алдында, қабыну процесінің ұзақтығы мен ауырлығымен анықталады. Сонымен, созылмалы талшықты периодонтиттің өршуі рентгенологиялық түрде сүйек тінінің сиреу шекараларының айқындылығының төмендеуімен, қабыну фокусына сәйкес сиретудің және остеопороздың жаңа ошақтарының пайда болуымен бірге жүреді. Асқыну кезеңіндегі гранулемотозды периодонтиттің рентгенологиялық көрінісі тістің апикальды бөлігінде сүйек тінінің сиреу шекараларының анықтығының жоғалуымен, периодонтиттің бүйір бөліктеріндегі периодонт сызығының бұлыңғырлығымен және гранулемадан шеткергі сүйек-ми кеңістігінің ағартылуымен сипатталады. Асқынған созылмалы түйіршіктеу периодонтитінің өршу сатысында гранулемадан ешқандай айырмашылығы жоқ, өйткені түйіршіктеу формасының тыныш ағымына тән сирек кездесетін фокустың контурларының бұзылуы суреттің жалпы "майлылығы" аясында одан да

айқын болады. Периодонтитті консервативті емдеудің жетістіктері кең спектрлі антибиотиктерді және жаңа антисептиктерді, сондай-ақ физикалық емдеу әдістерін (электрофорез, КАНАЛІШІЛІК УВЧ-терапия, диатермокоагуляция) қолданумен және периодонт тіндерінің қалпына келу қабілетін күрт тежейтін күшті әсер ететін препараттарды қолданудан бас тартумен байланысты. Микробқа қарсы әсер ету үшін қазіргі уақытта кең спектрлі антибиотиктер, олардың кортикостероидтармен, ферменттермен үйлесуі қолданылады. Созылмалы периодонтитті емдеуде антибиотиктердің сәтті қолданылуына қарамастан, жақында олар басқа препараттармен біріктірілмей, тамыр арналарының микрофлорасының сезімталдығының төмендеуіне және олардың ағзаға жанама әсеріне байланысты ғана емес, сонымен қатар созылмалы периодонтиттің кейбір түрлерінде түйіршіктеу тінінің едәуір өсуі жағдайында әсердің болмауына байланысты аз қолданылады. Сонымен қатар, антибиотиктер биогендік аминдердің әсерін жоймайды және тамырлы каналдармен емдеуге қиын болатын көп тамырлы тістердің созылмалы периодонтиттерін емдеуде аз тиімді. Емі. Жедел периодонтитті емдеу кезінде, ең алдымен, периапиялық аймақтан экссудаттың еркін шығуын жасау керек. Бұл көп жағдайда қабыну процесінің төмендеуіне әкеледі, оның қоршаған тіндерге таралуына жол бермейді, ауырсынуды азайтады, науқастың жалпы жағдайын қалыпқа келтіреді. Егер зардап шеккен тіс кариоз процесі арқылы қатты жойылмаса және оны кейіннен емдеуге және пломбалауға болатын болса, онда қабыну ошағының дренажы тамыр арнасы арқылы жүзеге асырылады. Мұны істеу үшін Тәж мен тамыр целлюлозасының ыдырауы алынып, апикальды тесік ашылады. Егер тіс пломбаланған болса, онда ол бормен қапталған (турбиналық бормашинаның көмегімен Жақсы). Кейде тіс ашылғаннан кейін пайда болған тесік арқылы ірің тамшысы шығады; науқас бірден жеңілдейді. Егер бұл болмаса, тамыр арнасын пульпаның ыдыраған тіндерінен босату керек. Емдеу шаралары ауыр болғандықтан, оларды өткізгіш немесе инфильтрациялық анестезиямен жүргізу керек. Жедел периодонтит кезінде альвеолярлы нервтерді 1-2% новокаин ерітіндісімен блоктау тиімсіз. Периодонтальды абсцесс тіс түбірінің арнасы арқылы ағып кету мүмкін болмаған немесе тіс қатты бұзылған және оны сақтау іс жүзінде мүмкін болмаған жағдайда, олар тіс шығару операциясына жүгінеді; экссудаттың ағуы тесік арқылы жүреді. Егер іріңді периодонтит шектеулі серозды периоститпен бірге жүрсе, зардап шеккен тістің өтпелі қатпарлары бойымен шырышты қабықтың және периостумның инфильтрациялық бөлігінің бөлінуі көрсетілген. Бұл қабыну тіндерінің кернеуін жеңілдетеді және серозды экссудаттың ағып кетуіне жағдай жасайды. Қабыну құбылыстарының бәсеңдеуіне инфильтрациялық анестезия типі бойынша өтпелі қатпарлар бойынша ауыздың шырышты қабығына 5-10 мл 0,5% новокаин немесе тримекаин ерітіндісін енгізу ықпал етеді. Жақсы нәтиже-антибиотиктермен 0,5% новокаин ерітіндісімен тіс шеңберіне тіндердің инфильтрациясы. Периодонттағы жедел қабынуды тез жою сезімтал нервтердің афферентті байланысына әсер ету нәтижесінде өткізгіш анестезия сияқты тригеминальды нервтің перифериялық тармақтарының тримекаинінің 1% ерітіндісімен блоктау арқылы жүреді. Көрсетілімдер бойынша сульфаниламидті препараттармен дәрі–дәрмектік, Бактерияға қарсы ем (стрептоцид, 4 сағаттан кейін 0,5-1 г сульфадимизин немесе сульфапиридазин, сульфадиметоксин 1 – ші 128 күні-2 г, содан кейін тәулігіне 1 г) жүргізіледі. Ауырсынуды және қабыну процесінің басқа көріністерін азайту үшін күніне 2-3 рет 0,25–0,5 г анальгин, амидопирин, фенацептин, асцетилсалицил қышқылы немесе осы агенттердің комбинациясы тағайындалады. Индометацин, вольтарен ең айқын анальгетикалық, антипиретикалық және антиэксудативті әсерге ие. Ересектерге күніне 3 рет 25 мг тағайындайды. Ауыр интоксикация құбылыстары бар әлсіреген науқастарда антибиотикпен емдеуді қолдануға болады. Амбулаториялық жағдайда ішке эритромицин, олететрин, канамицин енгізу ыңғайлы, тәулігіне 4-6 рет 250 000 бірлік. Қабынуды жеңілдету ауызды жылы (40-42 ºС) калий перманганатының 1:3000 немесе 1-2% ерітіндісімен шаюға ықпал етеді. Созылмалы асқынған периодонтиттерді, сондай-ақ өткір периодонтиттерді емдеу экссудаттың кетуін жасауға бағытталған. Созылмалы периодонтит әдетте консервативті

түрде емделеді. Консервативті әдістердің тиімсіздігі немесе оларды қолдануға көрсетілімдер болмаған жағдайда хирургиялық емдеу жүргізіледі. Созылмалы периодонтиттерді емдеудің жедел әдістері-тамырдың жоғарғы бөлігін резекциялау, тамырдың гемисекциясы және ампутациясы, одонтопластика. Тістің едәуір бұзылуына байланысты осы операцияларға көрсеткіштер болмаған жағдайда оны алып тастау жүзеге асырылады. Созылмалы периодонтиттерді хирургиялық емдеу консервативті емдеуге жатпайтын немесе жатпайтын тістерде және тіс жанындағы тіндерде патологиялық процестер кезінде қолданылады: 1. Өткізілмейтін, бұралған тамыр арналары. 2. Эндодонтиялық ем нәтижесіндегі асқынулар (тамырдың бүйір перфорациясы, тамыр инелері мен пульпэкстрактілердің арнадағы сынуы, пломбалау материалын бүршік аймағына шамадан тыс енгізу). 3. Тісті емдегеннен кейін ұзақ мерзімде болуы, оның ішінде тамыр каналын пломбалау, жыланкөз жолы, периапикальді ошақ аймағында сүйек тінінің толық емес регенерациясы. Созылмалы периодонтиттерді хирургиялық емдеу тіс тәжінің едәуір бұзылуымен, оны қалпына келтіру мүмкін болмаған кезде, сондай-ақ тістердің күрт қозғалғыштығымен көрсетілмейді. 6.3. Одонтогенный периостит жақ. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, емдеудің жалпы принциптері және оңалту 1. Жақ сүйектерінің одонтогенді периоститі жедел іріңді периостит-бір жағынан жақ сүйегінің қабынуы. Бұл ауру созылмалы периодонтиттің жиі кездесетін асқынуы, әсіресе апикальды, радикулярлы кисталардың супурациясы, сондай-ақ 38, 48 тістің жарылуы кезінде. Қарапайым адамдарда ауру "ағын" деп аталады (латын тілінен fluo – ағу, немесе грек тілінен "парулис" para – қатар, улон – Сағыз – қабыну ісінуі) (сурет. 53). Этиологиясы: көбінесе аралас-стрептококктар мен стафилококктар және көбінесе шірік бактериялар. Көбінесе төменгі жақта периодонтит дамиды – 58,9 %, көбінесе жоғарғы жақта – 41,1 % . Вестибулярлық жағынан Периостит 85,6% – да кездеседі, көбінесе жоғарғы жақтың палатиналық бетінен және төменгі жақтың тілдік жағынан-14,4% жағдайда. Инфекция ықшам пластинадағы ұсақ тесіктер арқылы, альвеолалар арқылы, қоректік арналар мен остеон каналдары арқылы, ал көбінесе – тесік қабырғасының ми жазықтықтары арқылы өтеді. Микроорганизмдер периодонттан периостеумға және лимфа жолдарына енеді. Патогенез: аурудың басында периостеумның тамырларының айналасында дөңгелек және плазмалық жасушалық элементтерден инфильтраттар пайда болады. Сонымен қатар, дәнекер тінінің талшықтары мен тамыр қабырғаларының фибриноидты ісінуі (гомогенизация) байқалады. Периостеумның ішкі қабаты қабыршақтанған периостеумның астында тез ериді, оның және сүйектің арасында серозды экссудат пайда болады, содан кейін көптеген ақ қан клеткалары бар іріңді экссудат пайда болады. Периосте өлу және оның соңғы еруі нәтижесінде сүйектен бөлінген периостеумның тұтастығы бұзылады, ал іріңді массалар ауыз қуысының шырышты қабығының астына түседі. Периостит кезінде іріңді фокус жақтың кортикальды пластинасына тікелей түседі, сонымен қатар перифокальды реактивті қабыну пайда болады - 129, дистрофиялық өзгерістер, сүйектің остеокластикалық резорбциясында қоректік арналар мен ми қуыстарынан көрінеді. Аз дәрежеде бұл периостеальды ошақтың перифериялық бөліктерінде байқалады. Сүйектің резорбциясы сүйектің қоректік арналарының кеңеюіне және сүйектің резорбцияланған бөліктерін өсіп келе жатқан эндостей болып табылатын жасушалық талшықты тінмен алмастыра отырып, кортикальды аймақтың фокальды остеопорозына әкеледі. Клиникасы: науқас жоғарғы немесе төменгі жақ аймағындағы ауырсынуға шағымданады, құлаққа, храмға, көзге (тригеминальды нервтің бұтақтары бойымен); беттің тиісті бөлігінің жұмсақ тіндерінің ісінуі, жалпы әл-ауқаттың бұзылуы, дене температурасының 38 °С-қа дейін көтерілуі. Пайда болу схемасы күріш. 53. Жедел іріңді периостит үстіңгі жаққа, оңтүстік қазақстан облысы, кескіштерді) анамнезінен: науқас көрсетеді, бұл бұрын тіс ауырған, бәлкім, тіс болды эндолечен. Ол 2-3 күн бұрын қайтадан ауырып қалды, содан кейін бұл шағымдар пайда болды. Кейін пайда болған ісікті ауруы зубе стихла. Периостит, әдетте, периодонтит кезінде болмайтын қабыну ошағынан алыс орналасқан жұмсақ тіндердің кепілдік ісінуімен бірге жүреді.

Бұл әсіресе жоғарғы жақта тек төменгі ғана емес, сонымен қатар жоғарғы қабақтың ісінуі, назолабиальды қыртыстың тегістелуі, щек пен жоғарғы еріннің ісінуі түрінде көрінеді. Жақ-бет аймағының флегмоналары кезіндегі қабыну инфильтратынан айырмашылығы, мысалы, периоститпен тері қатпарға жиналады, саусақтардан қысым қалады. Төменгі жақтың периоститінде ісіну иек пен субмандибулярлы аймақтарға таралады. Тиісті жақтың лимфа түйіндері (субмандибулярлы және субмандибулярлы) үлкейген, пальпация кезінде ауырады. Периостит әдетте 3-5 күнге созылады. Фокусты жеткілікті түрде ашқаннан кейін, барлық ісіну 1-2 күннен кейін тез төмендейді. Емдеу: негізгі міндет – экссудаттың шығуын жасау және іріңді қоршаған жұмсақ тіндерге енудің алдын алу. Кешенді емдеу-хирургиялық және дәрілік. 130 хирургиялық емдеу-периостеотомия операциясы (периостеотомия, томия – бөлу), яғни периостеотомия. Тиісті анестезиядан кейін шырышты, субмукозальды және периостеум бүкіл инфильтрацияланған аймақта сүйекке кесіледі. Жараны жуғаннан кейін, жараның шеттері жабысып қалмас үшін және экссудаттың жарадан шығуы үшін жақсы жағдай жасау үшін қолғап резеңке кең жолақ операциялық қуысқа енгізіледі. "Себептік тістің" тағдыры: А. тіс алынып тасталады (қатты бұзылған тәжі бар, парадонтозбен 3-4 дәрежелі жылжымалы тіс және оны сақтау мүмкін емес). Б. егер тісті сақтап қалу мүмкін болса, онда операция алдында – периостеотомия, тіс депульпацияланады және оны эндоемдеу жүргізіледі. Дәрі-дәрмекпен емдеу: анальгетиктер; ауыз қуысын әлсіз антисептиктермен шаю. Кең спектрлі антибиотиктер әрдайым тағайындалмайды (тек ауыр интоксикация құбылыстарымен, қабыну процесінің жоғарылауымен). Нәтижесі - дұрыс емдеумен-3-5 күннен кейін қалпына келтіру. Аутопсия жеткіліксіз болған кезде, остит пен остеомиелиттің дамуымен тесіктер мен қалталар пайда болады, ал ірің талшықты кеңістікке енгенде – абсцесс пен флегмона. Созылмалы периостит сирек дамиды. Көбінесе 9-13 жастағы балаларда және жастарда ол оссификациялық процесс түрінде жүреді. Жаңадан пайда болған сүйектің оссификация дәрежесі бойынша: • қарапайым (аурудың ерте кезеңдерінде диагноз қойылады); • созылмалы периоститті оссификациялау (гиперпластикалық оститтің бір түрі); • сирек кездесетін периостит (айқын резорбтивті құбылыстар және сүйек құрылымдарын қайта құру). Созылмалы периостит жиі ауыр симптомдарсыз жүреді(жергілікті клиникалық көріністер мен температура реакциясы жоқ). Олар әрдайым аурудың өткір фазасынан бұрын болмайтындықтан, олар бастапқы созылмалы ауруларға жатады. Созылмалы периоститтің себебі көбінесе одонтогендік инфекция болып табылады. Кейбір науқастарда тіс периодонтындағы созылмалы қабыну ошағы өнімді процестің басым болуымен периостеумның баяу локализацияланған қабынуын тудырады. Кейде ауру периостеумды дұрыс жасалмаған протезбен ұзақ уақыт тітіркендірудің нәтижесінде пайда болуы мүмкін. Зардап шеккен периосте сүйек тінінің қалыптасуы трабекулярлық өсуге байланысты. Созылмалы периостит өте типтік рентгенологиялық көріністі береді. Жақ сүйегінің шетіндегі суретте әдетте қабатты құрылымы бар жаңадан пайда болған кальцийленген сүйектің ұлпасы көрінеді. Созылмалы периоститті емдеу. Бұл патологиялық процесті тудырған себептерді жоюдан басталады. Яғни бұл созылмалы периодонтитті тісті емдеу. Егер қабыну процесін емдеу мүмкін болмаса, онда тіс алынып тасталады. Дұрыс жасалмаған протездер қайта жасалады. Жақ сүйегінде пайда болған оссификат жедел түрде алынады. Операцияның мәні-өзгертілген периостеумды және оссификатты сүйек сымдарымен, кескішпен немесе кескішпен алып тастау.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз

6. Бақылау сұрақтары:

1.Периодонтиттердің, периоститтердің жіктелуі.
2.Периодонтит этиологиясы.
3.Периоститтің этиологиясы.
4. Периодонтит, периостит патогенезі.

5. Периодонтит, периостит клиникасы.
6. Периодонтиттердің, периоститтердің дифференциалды диагностикасы

Дәріс № 3.

1. Тақырыбы: тісті сақтау операциялары.
2.Мақсаты: студенттерді периодонтиттің созылмалы формаларында тіс сақтау операцияларымен таныстыру.
3.Дәріс тезистері. ТІСТІ САҚТАЙТЫН ОПЕРАЦИЯЛАР: ТАМЫРДЫҢ ЖОҒАРҒЫ БӨЛІГІН РЕЗЕКЦИЯЛАУ, ГЕМИСЕКЦИЯ, ТАМЫРДЫҢ АМПУТАЦИЯСЫ, ТІСТІҢ РЕПЛАНТАЦИЯСЫ. КӨРСЕТКІШТЕР МЕН ҚАРСЫ КӨРСЕТКІШТЕР. ӨТКІЗУ ӘДІСТЕМЕСІ. БОЛЖАМ ЖӘНЕ АСҚЫНУЛАР

Тіс түбірінің жоғарғы жағын резекциялау операциясы
Тіс түбірінің жоғарғы жағын резекциялау-бұл патологиялық тіндерді алып тастауды және периодонт кезінде инфекцияланған тіс каналынан микробтардың енуіне жол бермеуге жағдай жасауды көздейтін амбулаториялық тіс сақтау операцияларының бір түрі. Бұл операцияда тіс сақталады, тек тамырдың немесе тамырдың жоғарғы жағы резекцияланады.
Көрсеткіштер:
* Рентгенологиялық тұрғыдан анықталған жер бетіндегі кеңістіктегі пролиферативті процестер (гранулеманың, цистикалық гранулеманың немесе жер бетіндегі радикулярлық кистаның болуы).
* Тіс түбірінің жоғарғы үштен бір бөлігіндегі арнаның перфорациясы.
* Құралды бұзу.
* Арнаны артық толтыру.
* Арнаны толтыру жеткіліксіз.
* Тамырлардың анатомиялық ерекшеліктері (қисықтық).
* Фистулалардың болуы.
Клиникалық және рентгенологиялық белгілер болмаған, бірақ шағымдар болған жағдайлар туралы айту керек (мысалы, ісіну, ауырсыну). Операция техникасы. Анестезиядан кейін кесу тиісті сынықтарды кесу арқылы жүзеге асырылады, содан кейін шырышты-периостеальды жамылғы қабыршақтанады және альвеолярлы процестің кортикальды плитасы трепанирленеді. Сүйек жарасының кеңеюі тамырдың жоғарғы бөлігін анықтауға ғана емес, сонымен қатар патологиялық фокустың нақты шекарасына (жақ остэктомиясы бар остеотомия) қол жеткізеді. Резекция хирургиялық кескішпен немесе фиссуралық бормен жүзеге асырылады. Осыдан кейін кистаның қабығын алып тастау арқылы сүйек қуысын мұқият куретаж жасалады. Сүйек жарасы өңделеді, қажет болған жағдайда канал ретроградпен жабылады. Шырышты-периостеальды жамылғы орнына қойылып, тігіледі. Бір аптадан кейін тігістер алынып тасталады. Операция алдындағы тексеру . Жұмсақ тіндерді ісіну немесе фистула үшін мұқият тексеру керек. Операциялық аймаққа кіру, әсіресе молярлар аймағында мұқият тексерілуі керек. Рентгенологиялық тексеру өте маңызды, әсіресе психикалық тесік, мандибулярлы канал және макиллярлы синус аймағында. Кішкентай және үлкен молярлар үшін екі проекцияда рентгендік тексеру қажет.

Жапқыштардың дизайны

Қол жеткізуді таңдау кезінде екі принципті басшылыққа алу керек:

1. Жеткілікті қол жетімділік.
2. Остеотомиядан кейін сүйекті жақсы емдеу.

Трапеция тәрізді шырышты-периостеальды жамылғы. Қақпақтың бұл түрі ең эстетикалық болып табылады. Скальпинг операциядан кейін ыңғайлы, жылдам және үлкен реадаптация үшін сүйекке 45º бұрышта жасалады. Бұл қол жетімділік жақсырақ және жеткілікті, тістің мойын деңгейінде бекітілуін бұзбай. Тік бұрышты шырышты-периостеальды жамылғы (тістердің мойындарынан

Тамырдың жоғарғы бөлігін резекциялау. Резекция бұрышы осы уақытқа дейін оқулықтарда 45°астында тамырдың жоғарғы бөлігін резекциялау ұсынылды. Бұл бұрыш үшін биологиялық немесе клиникалық негіздеме жоқ. Жалғыз дәлел ретроградты толтырудың ыңғайлылығы болуы мүмкін. Алайда, периодонт пен эндодонт арасындағы байланыстың бұзылуы сияқты жағымсыз жақтар көбінесе тістің жоғалуына әкеледі. Микроскоппен және микрохирургиялық аспаптармен хирургиялық операцияны қолдана отырып, резекцияның шамасы мен бұрышы қайта қаралды. Назар аудару керек екі сұрақ туындайды: 1. Қанша резекциялау керек? 2. Қандай бұрышпен резецировать верхушку тамыры? Бірінші сұрақтың жауабы-3 мм. бұл деңгейде каналдың шығуы айқын көрінеді және нервтердің тармақтары аяқталады. Екінші сұрақтың жауабы сақтық пен жеткіліктілікке байланысты резекция бұрышы - 10º (45º көп) (сурет. 43). Сурет 43. Тамырдың жоғарғы бөлігінің бұрышы мен резекция деңгейі қазіргі уақытта оңтайлы болып саналады: 3 мм және 10°бұрыш. Гемостаз. Гемостаз жеткілікті анестезиядан басталады – 1:50 000 эпинефрин. Сонымен қатар, 106 кейде қосымша гемостатикалық препараттарды қолдану қажет: темір сульфатының ерітіндісі, эпинефринге малынған мақта шарлары, сүйек ваксасы – "Гельфоам" немесе "Сургикель". Микроскоптың көмегімен резекцияланған бетті тексеру 12-25Х үлкейту кезінде СХ-I микроскопымен жүргізілген тексеру анатомиялық бөлшектерді, мысалы, истмус, с-каналдар, қосымша каналдар, каналдардың дивертикулалары, апикальды микропереломалар, гуттаперчтер немесе толтыру пасталары сияқты тексеруге мүмкіндік береді. Бірі жиі себептері сәтсіз пломбалау арналарын және хирургиялық эндолечения болып табылады жаман маргинальная бейімдеу пломбалау материалын түбір каналдар. Истмус (isthmus) – бұл екі бөлек канал арасындағы тар байланыс және құрамында целлюлоза ұлпасы немесе бактериялар жұқтырған некротикалық тін болуы мүмкін. Әдетте, истмус щек-тілдік бағытта жатыр. Ультрадыбыспен жұмыс істегенде, бүкіл ұзындықты препарат өте мұқият және нәзік жанасу арқылы жасалуы керек, өйткені истмус тістің жұқа, әлсіз, оңай сынатын жерінде орналасқан және оны дөрекі әсермен тесуге өте оңай. Сондықтан өткір жұмыс ұшы бар СТ-1 ұшын пайдалану ұсынылады. Егер мұнда тіс тіндері жеткілікті болса, онда СТ-5 ұшын қолдануға болады. Тамыр арнасын ретроградтық дайындау үшін 3 мм ұшы қолданылуы керек. Истмустың пішіні мен тазалығын үлкен үлкейту кезінде қарастыруға болады (16х). Канал мен истмус резекцияланған аймақтың дайындалған истмусына мырыш оксиді-эвгенол цементімен бекітілген Super EBA-мен толтырылады. Ретроградтық обтурация. Ұзақ уақыт бойы күміс амальгам каналдың ретроградтық обтурациясы үшін таңдау материалы болды. Бірақ амальгаманың теріс қасиеттеріне байланысты, мысалы, коррозия, периапиялық тіндердің түсінің өзгеруі, қазіргі уақытта super EBA (Ethoxybenzoic Acid) цементіне артықшылық беріледі. Ол сұйықтықтан тұрады: 37,5% эвгенол, 62,5% Ethoxybenzoic Acid және ұнтақ: 60% ZnO, 30% AlO, 6% табиғи резеңке. Super EBA-мырыш оксиді-эвгенол цементінің модификациясы. Бақыланатын қашықтан жақсы нәтижелер 96,8% жағдайда ретроградтық толтырудан кейін, материал шешілмейтін және тіндердің реакциясы байқалмаған кезде алынды. Ретроградтық пломбалау техникасы кептіруден кейін әйнектегі иленген материал кішкене түйреуішке (ұзындығы 2-3 мм және ені 1 мм) оралып, дайындалған төсекке енгізіледі. Онда ол микрокершинер мен микроконденсордың көмегімен 3 мм тереңдікке жақсы конденсацияланады (тығыздалады). артық мөлшері Мұқият алынып тасталады, ал

Толтырғыш материал Алмаз борымен тегістеледі, содан кейін МТА (минерал-3-агрегат оксиді) жылтыратылады – әсіресе ретроградты толтыру үшін. 6 айдан кейін түсірілген рентген сәулесінде сүйек регенерациясының белгілері пайда болады. Бұл истмустың алдыңғы проблемалардың себебі болғанын растайды (сүйек регенерациясының болмауы және кисталардың қайталануы). Ультрадыбыстық құралдармен ретроградтық дайындық стандартты ультрадыбыстық ұшы СТ (Carrtip) микро көмір ұшындағы дөңгелек борға қарағанда әлдеқайда жұқа және икемді. Ультрадыбыстық ұштың ұзындығы 3 мм және диаметрі 0,25 мм, ал микроглдың кәдімгі ұшының ұзындығы 10 мм. СТ ұштарымен әртүрлі бұрыштарда жұмыс істеуге болады, өйткені олар тамыр каналы жүйесінің анатомиясына сәйкес иілген. Ретроградтық толтыру үшін қолданылатын белгілі толтырғыш материалдардың ешқайсысы (амальгам, мырыш оксиді негізіндегі цемент, синтетикалық резеңке), егер жұмыс алаңы ылғалды болса, жақсы конденсацияланбайды. Қуысты кептіру үшін қолданылатын қарапайым қағаз түйреуіштер де тиімді емес. Неғұрлым тиімді пайдалану (EIE, USA) StropkoIrrigator (Dryer), онда ауа нәзік қысыммен қолданылады. I. жараны тігу қазіргі уақытта Nylon (Supramid) тігіс материалы кеңінен қолданылады, өйткені ол бляшканы, микробтарды және т.б. жинамайды. Тігістен кейін науқасқа ауыз қуысының 107 гигиенасы туралы нұсқау беру керек. Ауыз қуысын күніне бірнеше рет хлоргексидинмен немесе лестеринмен немесе басқа антисептикалық ерітіндімен шаю қажет. Тігістерді операциядан кейін бір аптадан кейін алып тастау керек. Аузындағы тігістермен ұзақ жүру жараның екінші рет жұқтыру қаупін арттырады, өйткені тамақ пен бляшек тігістердің айналасында жиналады. 5.1. Тісті гемисекциялау тістің гемисекциясы деп көп тамырлы тістің бір түбірін тіс тәжінің іргелес бөлігімен алып тастау түсініледі. Сур. 44. Тістің гемисекциясы көрсеткіштері: 1. Бір тамыр аймағындағы деструктивті-қабыну өзгерістері. 2. Бір тамыр қабырғасының перфорациясы. 3. Тамыр каналының кедергісі. 4. Бір арнаның облитерациясы. Операция техникасы. Эндодонтиялық дайындықтан кейін тіс екі бөлікке бөлініп, ауру тамыр тіс тәжінің іргелес бөлігімен бірге алынып тасталады. 5.2. Операция-тіс түбірін ампутациялау тіс түбірін ампутациялау-бұл бүкіл тамырды тіс тәжінен шығатын жерге дейін алып тастау. Бұл операция төменгі және жоғарғы жақта көп тамырлы тістердің (молярлардың) аймағында жүзеге асырылады. Бұл жағдайда тамырлардың бірі жоғарғы жақта ампутацияланады (а – Бір щек түбірі, б – екі щек түбірі, в – Палатин түбірі). Төменгі жақта ампутация жасалады: а – медиальды щек түбірі, в-дистальды щек түбірі. Тіс түбірін ампутациялау көрсеткіштері: гемисекциямен бірдей, бірақ тістің тәжі болған кезде ампутацияны таңдау және керісінше. Операция техникасы. Операция эдодонтиялық емдеуден кейін жасалады. Операцияның екі нұсқасы бар:108 1. Өтпелі қатпардан қызыл иектің шетіне дейін және "себеп" тістің ішіндегі жиек бойымен шырышты-периостеальды жамылғы қабыршақтайды. Олар тіс түбірінің мойнын ашады, тамырлар арасында біркелкі бор енгізіліп, тамыр эмаль-цемент шекарасы бойымен кесіледі, содан кейін ол алынып тасталады. Тесіктер куретаж жасайды. Лоскут төсейді және ушивают. 2. Алмаз борымен алынған тамырға жақын орналасқан тіс тәжінің кішкене бөлігін сына тәрізді кесу жасалады, содан кейін тамыр элеватормен немесе форсункамен оңай алынып тасталады (Кирхофф, Херштейн, 1969), тәж жерге, жылтыратылған немесе жасанды тәжмен жабылған. 5.3. Корона – радикулярлық бөліну корона-радикулярлық бөліну дегеніміз-тамырларды тіс тәжінің іргелес бөліктерімен ажырату, онда екі түбір тістен екі түбір тіс, ал үш тамырдан үш тіс пайда болады. Сур. 46. Тістің коронорадикулярлы бөлінуі көрсеткіштері: 1. Тіс бифуркациясы немесе трифуркация аймағында қабыну-дистрофиялық өзгерістердің болуы. 2. Тіс қуысының түбін тесу. Операция техникасы. Алмаз борымен немесе хирургиялық кескішпен көп тамырлы тістің тәжі тамырлар санына сәйкес екі немесе үш бөлікке бөлініп, жылтыратылған және бұрыштарды тегістейді. Бұдан әрі жүргізеді мұқият кюретаж саласындағы фуркации қолданумен десневой таңғыштар. Содан кейін тістің тәж бөлігінің әр фрагменті үшін жасанды тәждер жасалып, олар бір-біріне дәнекерленген. 5.4. Тістің реплантациясы тістің реплантациясы деп алынған тістің өз тесігіне трансплантациясы деп

түсініледі. Тіс реплантациясының кезеңдері 109 көрсеткіштер: 1. Тісті консервативті емдеудің сәтсіздігі және тіс түбірінің жоғарғы жағын резекциялау кезінде оны сақтау мүмкін еместігі. 2. Буын шығуы тіс. 3. Қате тісті қате жою. 4. Екінші төменгі молярларды 37,47 тістің мойын аймағына түскен кезде төменгі даналық тістердің қиын жарылуы кезінде қалпына келтіру және мұндай даналық тістерді алып тастағанда, екінші төменгі молярлар зақымдалатыны белгілі. Содан кейін екінші моляр алдын-ала алынып, оны тұзды ерітіндіге салыңыз. Даналық тісті алып тастағаннан кейін екінші молярды орнына қойыңыз. Реплантацияға қойылатын талаптар: * Тістің тәжі жеткілікті күшті болуы керек. * Тіс тамырлары таралмауы керек және қисық болмауы керек. * Трансплантацияланған тістің тұрақты нығаюына ықпал ететін көрші тістердің болуы. Операция әдісі: блок анестезиясы жасалады, содан кейін шұңқырдың шеттерін зақымдамай, қызыл иектің шеттері мұқият тазаланады. Алынған тіс жылы тұзды ерітіндіге батырылады, түйіршіктеу тесіктен өткір қасықпен алынады. Тесік жылы тұзды ерітіндімен жуылады және шеттерін қыспастан оған стерильді дәке тампоны қолданылады. Содан кейін алынған тіс өңделеді, атап айтқанда: оның арналары депульпацияланып, толтырылады, тамырлардың шыңдары кесіліп, өңделеді. Тіс тесікке кейбір күш-жігермен енгізіледі. Қажет болса, қалпына келтірілген тіс 2-3 аптаға сым шинасымен немесе стиракрилмен бекітіледі. Периодонт пен периостеумды мүмкіндігінше үнемдеу керек. Козловтың айтуынша, қалпына келтірілген тістің қосылуының 3 түрі мүмкін: 1. Периодонтальды және периостеумды толық сақтау кезінде синтездің периодонтальды түрі. Біріктірудің бұл түрі ең қолайлы. 2. Периодонтальды-талшықты синтездің түрі (аз қолайлы) периодонтальды және периостеумды ішінара сақтау кезінде. 3. Тамырдың периостеумы мен тістің тесіктерін толығымен алып тастағанда остеоидты біріктіру түрі. Біріктірудің бұл түрі трансплантацияланған тістің өміршеңдігі үшін ең қолайсыз.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз

6. Бақылау сұрақтары:

1.Тіс түбірінің жоғарғы жағын резекциялау;
2. Тіс гемисекциясы;
3.Тамыр ампутациясы;
4.Тістің реплантациясы;
5.Тіс трансплантациясы.

Дәріс № 4.

1. Тақырыбы: периодонтитті емдеудің хирургиялық әдістері.

2.Мақсаты: студенттерді периодонтитті емдеудің негізгі хирургиялық әдістерімен таныстыру.

3.Дәріс тезистері.

Тамырдың жоғарғы бөлігін резекциялау. Резекция бұрышы осы уақытқа дейін оқулықтарда 45°астында тамырдың жоғарғы бөлігін резекциялау ұсынылды. Бұл бұрыш үшін биологиялық немесе клиникалық негіздеме жоқ. Жалғыз дәлел ретроградты толтырудың ыңғайлылығы болуы мүмкін. Алайда, периодонт пен эндодонт арасындағы байланыстың бұзылуы сияқты жағымсыз жақтар көбінесе тістің жоғалуына әкеледі. Микроскоппен және микрохирургиялық аспаптармен хирургиялық операцияны қолдана отырып, резекцияның шамасы мен бұрышы қайта қаралды. Назар аудару керек екі сұрақ туындайды: 1. Қанша резекциялау керек? 2. Қандай бұрышпен резецировать верхушку тамыры? Бірінші сұрақтың жауабы-3 мм. бұл деңгейде каналдың шығуы айқын көрінеді және нервтердің тармақтары аяқталады. Екінші сұрақтың жауабы сақтық пен жеткіліктілікке байланысты резекция бұрышы - 10º (45º көп) (сурет. 43). Сурет 43. Тамырдың жоғарғы бөлігінің бұрышы мен резекция деңгейі қазіргі уақытта оңтайлы болып саналады: 3 мм және 10°бұрыш. Гемостаз. Гемостаз жеткілікті анестезиядан басталады – 1:50 000 эпинефрин.

Сонымен қатар, 106 кейде қосымша гемостатикалық препараттарды қолдану қажет: темір сульфатының ерітіндісі, эпинефринге малынған мақта шарлары, сүйек ваксасы – "Гельфоам" немесе "Сургикель". Микроскоптың көмегімен резекцияланған бетті тексеру 12-25Х үлкейту кезінде СХ-І микроскопымен жүргізілген тексеру анатомиялық бөлшектерді, мысалы, истмус, с-каналдар, қосымша каналдар, каналдардың дивертикулалары, апикальды микропереломалар**,** гуттаперчтер немесе толтыру пасталары сияқты тексеруге мүмкіндік береді. Бірі жиі себептері сәтсіз пломбалау арналарын және хирургиялық эндолечения болып табылады жаман маргинальная бейімдеу пломбалау материалын түбір каналдар. Истмус (isthmus) – бұл екі бөлек канал арасындағы тар байланыс және құрамында целлюлоза ұлпасы немесе бактериялар жұқтырған некротикалық тін болуы мүмкін. Әдетте, истмус щек-тілдік бағытта жатыр. Ультрадыбыспен жұмыс істегенде, бүкіл ұзындықты препарат өте мұқият және нәзік жанасу арқылы жасалуы керек, өйткені истмус тістің жұқа, әлсіз, оңай сынатын жерінде орналасқан және оны дөрекі әсермен тесуге өте оңай. Сондықтан өткір жұмыс ұшы бар СТ-1 ұшын пайдалану ұсынылады. Егер мұнда тіс тіндері жеткілікті болса, онда СТ-5 ұшын қолдануға болады. Тамыр арнасын ретроградтық дайындау үшін 3 мм ұшы қолданылуы керек. Истмустың пішіні мен тазалығын үлкен үлкейту кезінде қарастыруға болады (16х). Канал мен истмус резекцияланған аймақтың дайындалған истмусына мырыш оксиді-эвгенол цементімен бекітілген Super EBA-мен толтырылады. Ретроградтық обтурация. Ұзақ уақыт бойы күміс амальгам каналдың ретроградтық обтурациясы үшін таңдау материалы болды. Бірақ амальгаманың теріс қасиеттеріне байланысты, мысалы, коррозия, периапиялық тіндердің түсінің өзгеруі, қазіргі уақытта super EBA (Ethoxybenzoic Acid) цементіне артықшылық беріледі. Ол сұйықтықтан тұрады: 37,5% эвгенол, 62,5% Ethoxybenzoic Acid және ұнтақ: 60% ZnO, 30% AlO, 6% табиғи резеңке. Super EBA-мырыш оксиді-эвгенол цементінің модификациясы.

96,8% жағдайда ретроградтық толтырудан кейін, материал резорбцияланбаған кезде және тіндердің реакциясы байқалмаған кезде қашықтан жақсы нәтижелер алынды. Ретроградтық пломбалау техникасы кептіруден кейін әйнектегі иленген материал кішкене түйреуішке (ұзындығы 2-3 мм және ені 1 мм) оралып, дайындалған төсекке енгізіледі. Онда ол микро берш пен неранның және микро конденсатордың көмегімен 3 мм тереңдікке жақсы конденсацияланады (тығыздалады). Артық мөлшері Мұқият алынып тасталады, ал Толтырғыш материал Алмаз борымен тегістеледі, содан кейін МТА (минерал-3-агрегат оксиді) жылтыратылады – әсіресе ретроградты толтыру үшін. 6 айдан кейін түсірілген рентген сәулесінде сүйек регенерациясының белгілері пайда болады. Бұл истмустың алдыңғы проблемалардың себебі болғанын растайды (сүйек регенерациясының болмауы және кисталардың қайталануы). Ультрадыбыстық құралдармен ретроградтық дайындық стандартты ультрадыбыстық ұшы СТ (Carrtip) микро көмір ұшындағы дөңгелек борға қарағанда әлдеқайда жұқа және икемді. Ультрадыбыстық ұштың ұзындығы 3 мм және диаметрі 0,25 мм, ал микроглдың кәдімгі ұшының ұзындығы 10 мм. СТ ұштарымен әртүрлі бұрыштарда жұмыс істеуге болады, өйткені олар тамыр каналы жүйесінің анатомиясына сәйкес иілген. Ретроградтық толтыру үшін қолданылатын белгілі толтырғыш материалдардың ешқайсысы (амальгам, мырыш оксиді негізіндегі цемент, синтетикалық резеңке), егер жұмыс алаңы ылғалды болса, жақсы конденсацияланбайды. Қуысты кептіру үшін қолданылатын қарапайым қағаз түйреуіштер де тиімді емес. Неғұрлым тиімді пайдалану (EIE, USA) StropkoIrrigator (Dryer), онда ауа нәзік қысыммен қолданылады. І. жараны тігу қазіргі уақытта Nylon (Supramid) тігіс материалы кеңінен қолданылады, өйткені ол бляшкаларды, микробтарды және т. б. жинамайды. Жібек тамақ қалдықтарын, бляшкаларды жинау қабілетіне байланысты қажет емес. Тігістен кейін науқасқа ауыз қуысының 107 гигиенасы туралы нұсқау беру керек. Ауыз қуысын күніне бірнеше рет хлоргексидинмен немесе лестеринмен немесе басқа антисептикалық ерітіндімен шаю қажет. Тігістерді операциядан кейін бір аптадан кейін алып

тастау керек. Аузындағы тігістермен ұзақ жүру жараның екінші рет жұқтыру қаупін арттырады, өйткені тамақ пен бляшек тігістердің айналасында жиналады.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет:

1-қосымшаны қараңыз

6. Бақылау сұрақтары:

1. Ретроградтық пломбалауға көрсеткіштер, қарсы көрсеткіштер
2. Операцияға дайындық.
3. Тіс түбірінің жоғарғы жағын дайындаудың ультрадыбыстық әдістері.

Дәріс №5.

1. Тақырыбы: Одонтогенді синусит. Одонтогенді синуситті консервативті және хирургиялық емдеу әдістері.

2. Мақсаты: студенттерді одонтогенді синуситтерді диагностикалау және емдеу әдістерімен таныстыру.

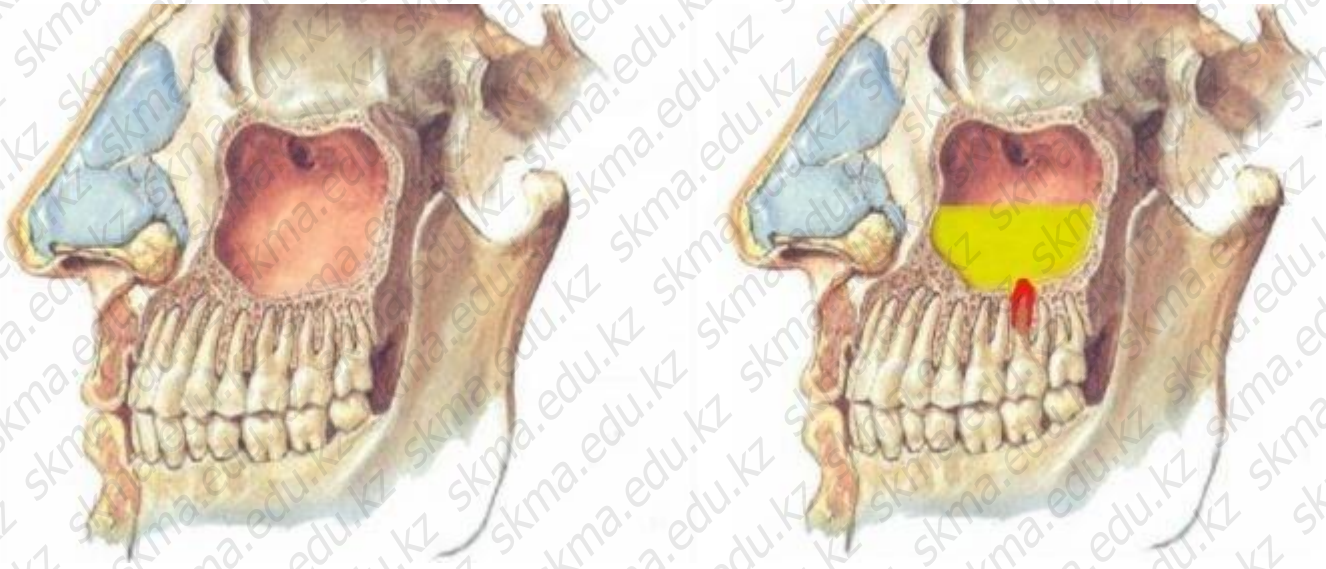
3. Дәріс тезистері. Этиологиялық және патогенетикалық тұрғыдан созылмалы одонтогендік синуситтің пайда болуы жұқтырған тістердің қоздырғыштарының таралуына байланысты, бұл макиллярлы синустың түбінің және 2-ші кіші және 1-ші және 2-ші үлкен молярлардың тамырларының анатомиялық ерекшеліктеріне ықпал етеді. Тіс түбірінің жоғарғы бөлігінің түйіршіктелген қабынуы, жақ-бет синусы мен периапиялық кеңістік арасындағы сүйек септумын бұзып, синустың шырышты қабығының іргелес бөліктерін қабыну процесіне қосқан жағдайда одонтогендік инфекцияның рөлі ерекше айқын. Бұған риногендік инфекция қосылған жағдайда немесе жақ-бет қуысының дренаждық санылауының белсенді емес функциясы болған кезде процесс синустың бүкіл шырышты қабығына таралады, одонтогендік инфекция түрінде инфекцияның тұрақты көзінің болуына байланысты созылмалы ағымды қабылдайды.

Околокоральды киста болған кезде, әсіресе тамырдың жоғарғы жағы синустың люменінде болса, одонтогендік киста бос кеңістіктің болуына байланысты тез өсіп, макиллярлы синустың көп бөлігін толтырады.

Инфекцияның таралуы альвеолярлы процестің тіндері мен макиллярлы синустың шырышты қабаты арасындағы веноздық плексус жүйесі арқылы мүмкін болады. Одонтогендік синусит іріңді околокорлық кистаның, сондай-ақ альвеолярлы процестің остеомиелитінің және жоғарғы жақтың денесінің нәтижесінде пайда болуы мүмкін.

Жоғарыда көрсетілген топографиялық-анатомиялық деректер ауыз қуысымен шығарылған тістің тесігі арқылы байланысатын жақ-бет қуысының фистуласының пайда болу жағдайларын түсіндіреді. 2-ші кіші және 1-ші және 2-ші үлкен молярларды шығарғаннан кейін тесіктің ұзақ емделмеуі, ал макиллярлы синустың үлкен мөлшерімен — 3-ші моляр созылмалы іріңді одонтогендік синуситтің болуын көрсетеді. Одонталгияның пайда болуы макиллярлы синустың және тістердің шырышты қабығының бір бөлігін жоғарғы жақтың альвеолярлы процесінің қалыңдығында макиллярлы нервтің алдыңғы немесе ортаңғы және артқы альвеолярлы бұтақтарымен пайда болатын жоғарғы тіс плексусынан шыққан бұтақтармен иннервацияның ортақтығымен түсіндіріледі.

Белгілері бойынша одонтогендік синусит синуситтің басқа түрлеріне өте ұқсас. Маңызды айырмашылық тек аурудың пайда болу сипатында болады.



Жоғарғы молярдың инфекциясы макиллярлы синуситтің дамуына себеп болуы мүмкін

Одонтогендік синусит бір жақты немесе екі жақты болуы мүмкін.

Курстың түрі бойынша ауру өткір және созылмалы болуы мүмкін (мерзімді өршуімен). Сонымен қатар, одонтогендік синусит синус түбінің перфорациясымен немесе онсыз дамиды. Бірінші жағдайда мыналар бөлінеді:

• перфорация жойғаннан кейін тіс маңында қуысы, резекция верхушек тамыры, операциялар бойынша кист және гайморитов;
* жоғарғы жақтың ерекше зақымдануларындағы перфорациялар;
* өсіп келе жатқан ісікпен синус түбін бұзу;
* травматикалық перфорациялар.

Травматикалық перфорациясы бар синуситтер бөтен дененің қатысуымен де дами алады. Бұл ауру Мольердің тамыры, Толтырғыш материал немесе ішілік имплантың элементтері болуы мүмкін.

Мұрын шырышты инфекциясының дамуына себепші факторлар:

* тіс кистасының іріңдеуі;
* пародонтоз;
* терең кариес;
* пульпитті сапасыз емдеу;
* периодонтит;
* жоғарғы молярды алып тастағанда синус қабырғасының перфорациясы;
* имплантарды дұрыс орнатпау;
* жоғарғы жақтың тіс кистасы.

Белгілері мен белгілері

Одонтогендік синуситтің белгілері аурудың сатысына байланысты. Келесі көріністер өткір пішінге тән:

* инфекция дамитын жағынан инфраорбитальды аймақта орташа ауырсыну;

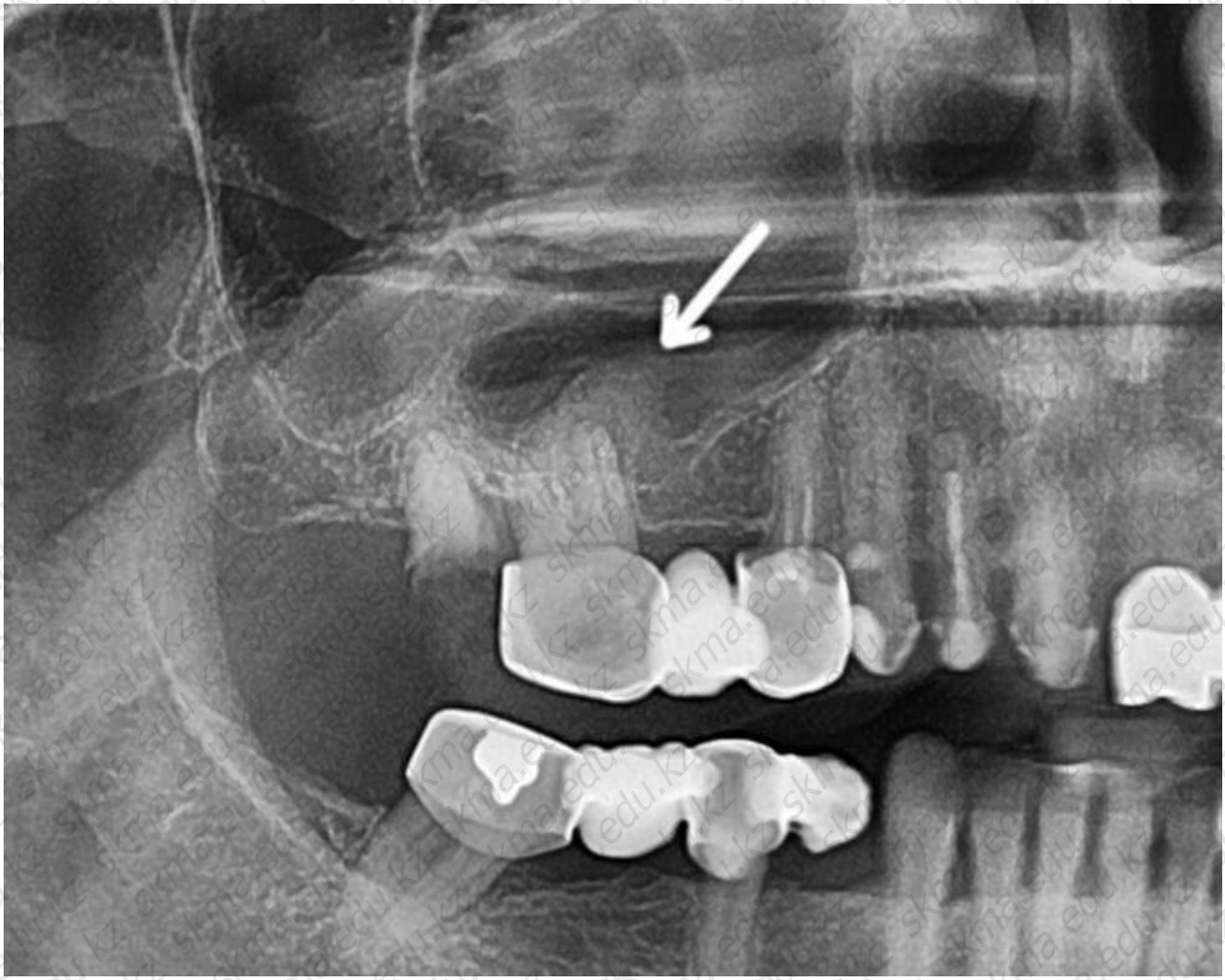
* мұрын көпіріндегі ауырлық сезімі;
* гаймор синусын басу кезінде ауырсыну;
* жоғарғы молярға итергенде ауырсыну;
* мұрын шырышты қабығының ісінуі;
* сағызды жағу;
* ірінді ағу.

Одонтогендік синуситтің өткір формасына тән-әл-ауқаттың тез нашарлауы. Науқас қалтырау туралы шағымданады, ұйқышылдық пайда болады, дене температурасы 40°С дейін көтеріледі. Созылмалы кезең қабынған синус аймағында мезгіл-мезгіл пайда болатын ауырсынумен сипатталады. Бұл жағдайда науқастың жалпы жағдайы қалыпты болып қалуы мүмкін. Ол әдеттегі өмір салтын ұстануды жалғастырады, бірақ мезгіл-мезгіл жағымсыз иісі бар мұрын секрециясының пайда болуына шағымданады. Әдетте щектің жұмсақ тіндерінің ісінуі болмайды. Жоғарғы молярды тістеу аздап ауырсынуды тудыруы мүмкін. Созылмалы одонтогендік синуситтің өршуі аурудың өткір түрімен ұқсас клиникалық көрініске ие. Көбінесе науқастың нашарлауы гипотермиядан, тұмаудан немесе ЖРВИ-ден кейін байқалады.

Диагностика

Синустардан ауырсыну мен секрециялар пайда болған кезде одонтогендік синуситті риногеннен ажырату керек. Мұны тек дифференциалды диагноз арқылы жасауға болады, оған келесі әдістер кіреді:

1. Рентгенологиялық зерттеу. Одонтогендік синусит үшін синустың мөлдірлігінің біржақты төмендеуі тән. Сонымен қатар, ауыз қуысында инфекция ошағын анықтауға болады.



Рентгенологиялық зерттеу-синуситті диагностикалаудың ең дәл әдістерінің бірі

1. Мұрын қуыстарын тексеру. Инфекцияның болуы шырышты ісінуді, іріңді ағуды көрсетуі мүмкін.
2. Науқасты сұрау.

Білікті маман жедел моногендік синуситті периодонтит, пульпит немесе тригеминальді невралгиядан қалай ажыратуға болатынын білуі керек. Симптомдардың сипатын, сондай-ақ синустың рентгенін зерттеу дәл диагноз қоюға мүмкіндік береді.

Емдеу

Ауруды емдеу кешенді тәсілді қажет етеді. Емдеуді екі маман — жақ-бет хирургы және ЛОР-дәрігері жүргізеді. Бастапқыда инфекцияның даму себебін жою қажет.
Науқастың жоғарғы жақ молярын дұрыс емдеу-жетістікке жетудің жарты жолы.
Тіс дәрігері ауру тісті алып тастайды, тамыр резекциясын жүргізеді, гранулеманы немесе кистаны жояды, пульпитті емдейді.Физиотерапиялық процедуралар аурудан қалпына келтіру процесін тездетуге көмектеседі

Мүмкін асқынулар мен салдарлар
Синуситтің негізгі қауіптілігі-инфекция жақын тіндерге енуі мүмкін. Уақытылы емделмеген жағдайда келесі патологиялардың даму қаупі артады:

* жұмсақ тіндердің іріңді зақымдануы;
* менингит;
* киста.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар
5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз
6. Бақылау сұрақтары:
1. Одонтогенді макиллярлы синусит.
2. Этиологиясы, патогенезі.
3. Жіктелуі, клиникасы.
4. Дифференциалды диагностика
5. Одонтогенді синуситтің алдын алу және емдеу әдістері.

Дәріс № 6.

1. Тақырыбы: пародонт аурулары.
2. Мақсаты: периодонтальды ауруларды, классификацияны, диагностика мен емдеу әдістерін қарастыру.
3. Дәріс тезистері.
Пародонтит-бұл пародонттың барлық тіндерінің деструктивті бұзылуымен бірге жүретін қабыну ауруы.
Біздің елімізде пародонттың қабыну ауруларының таралуы 95% және одан жоғары деңгейге жетеді.
АХЖ - 10 бойынша пародонтитті жіктеу (1997 ж.):
Жедел пародонтит (К05. 2):
К05. 20-қызылиек текті жыланкөзсіз периодонтальды (пародонтальды) абсцесс;
К05.21-фистуласы бар периодонтальды (периодонтальды) абсцесс.
Созылмалы пародонтит (КО5.3):
К05.30 – локализованный;
К05.31 – генерализованный;
К05. 32-созылмалы перикоронит;
К05.33-қалыңдатылған фолликул (папилла гипертрофиясы).
Периодонтиттің жіктелуі
(пародонтологиялық конгресс ескі, 2001)
Курс: созылмалы, агрессивті.
Процестің фазалары (кезеңдері): өршу (абсцесс), ремиссия.
Периодонтиттің ауырлығы үш симптоммен анықталады:
1. Сүйек тінінің резорбция дәрежесі.
2. Пародонтальды қалтаның тереңдігі.
3. Тістердің қозғалғыштығы.

Ауырлық дәрежесі:
жеңіл-пародонтальды қалталар 4 мм артық емес, тамыраралық қалқаның сүйек тінінің тамыр ұзындығының 1/3 дейін резорбциясы, патологиялық қозғалғыштығы жоқ;
орташа-қалталар 4-тен 6 мм - ге дейін, тамырлардың ұзындығының 1/3-1/2 бөлігіне сүйек тінінің резорбциясы, патологиялық қозғалғыштығы I-II ст.

ауыр – қалталардың тереңдігі 6 мм-ден астам, қалқалардың сүйек тінінің ½ тамыр ұзындығынан артық резорбциясы, II-III ст патологиялық қозғалғыштығы.
Процестің таралуы: локализацияланған (фокалды), жалпыланған.
Жедел периодонтит өте сирек кездеседі, көбінесе жергілікті сипатта болады және периодонттың өткір механикалық жарақатына байланысты дамиды.
Периодонтиттің этиологиясы.
Пародонтиттің жетекші этиологиялық факторы, отандық және шетелдік зерттеушілердің пікірінше, тіс-қызылиек аймағында тіс пелликуласында пайда болған тіс бляшкасының микрофлорасы болып табылады. Микрофлораның патогендік әсері оның құрамының өзгеруімен, бляшкада шамадан тыс жиналуымен байланысты болуы мүмкін. Бұл жағдайларда негізінен грам-теріс микроорганизмдер, фузобактериялар, спирохеттер пайда болады. Соңғы жылдары пародонт тіндерінің қабынуы мен жойылуын тудыратын бляшкада ықтимал агрессивті микрофлораның қауымдастықтарының рөлі атап өтілді:*Actinobacillus, Actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Bacteroides forsytus, Spiro chete, Prevotella intermedia, Campilobacter rectus, Eubacteriuv nodatum, Treponema denticola, Strep tococcus intermedius, Peptostreptococcus micros, Fusobacterium nucleayum, Eikenella corrodens.*
Периодонтиттің пайда болуына ықпал ететін бірқатар жергілікті және жалпы қауіп факторлары бар. Пародонттың шамадан тыс жүктелуіне әкелетін факторлар: тістеу патологиясы (тістердің толып кетуі), супраконтактілер, травматикалық "түйіндер", парафункционалды әдеттер (тістерді қысу, бруксизм), протездеу және толтыру ақаулары. Периодонтальды тіндердің ишемиясын тудыратын факторлар-бұл тіл мен еріннің қысқа френумдары, тілдің, еріндер мен сымдардың бекітілуінің бұзылуы, ауыздың таяз вестибуласы. Ауыз қуысының гигиенасы нашар, қызыл иек қуысы пародонтиттің дамуына бейім. Периодонтальды құрылымның туа біткен ерекшеліктері: жұқа, аз кератинделген Сағыз, альвеолярлы сүйектің жеткіліксіз қалыңдығы, көбінесе тамырлардың шығуымен үйлесетін тіс доғасының дөңес контуры.
Бейімделу процесінің бұзылуымен байланысты жалпы аурулар: созылмалы эмоционалды стресс, эндокриндік аурулар, уролития, асқазан-ішек жарасы, жүйелік остеопороз және т.б. соматикалық патология.
Пародонттың қорғаныс жүйесін бұзатын осы факторлардың барлығы микрофлораның периодонтальды тіндерге және ең алдымен тіс – қызыл иек байланысына патогендік әсерін жүзеге асырудың алғышарттарын жасайды, оның қабынуы мен жойылуы пародонтиттің бастауы болып табылады.
Патогенез. Тіс бляшкасының периодонтиттің дамуына әсер ету ерекшеліктері:
- протеолитикалық ферменттердің белсенді әсері, олар эпителийдің жасушааралық байланыстарына әсер етіп, оның өткізгіштігінің жоғарылауына әкеледі;
- сонымен қатар, эпителийдің органикалық заттарына әсер ете отырып, ферменттер коллоидтық күйді өзгертеді және эпителийдің тіс эмальымен байланысының бұзылуына ықпал етеді;
- анаэробты бактериялар түзетін эндотоксиндер жасушаларды, дәнекер тінінің түзілуін және негізгі затты зақымдайды. Олар комплемент жүйесін, кининдерді және басқа қабыну медиаторларын белсендіре алады, иммундық реакцияны тудырады – гуморальды және жасушалық, жұмсақ тіндердің қабынуының дамуына ықпал етеді, содан кейін альвеоланың сүйек тінінің жойылуы;
- қабыну процесінде бөлінетін биологиялық белсенді заттар (гистамин, серотонин) тамырлардың жасушалық мембраналарына – прекапиллярлар мен капиллярларға әсер етеді. Биологиялық белсенді заттар қанның формалық элементтерінің шығуын белсендіреді, мастикалық және плазмалық жасушаларды, лимфоциттерді белсендіреді;
- антигендік қасиеттері бар және сенсибилизациялайтын әсері бар патогенді микрофлора альтерацияның күшеюіне және тістің, сүйек тінінің дөңгелек байламының лизисін тудыратын

аутоантигендердің түзілуіне әкеледі. Бұл жағдайда пародонтит ағымын күшейтетін жаңа тіндік антигендер босатылады.

Созылмалы пародонтит дамуының негізгі патогенетикалық механизмдері:

1. Зақымдануы жасушаларының және жасуша аралық матрикса, коллагеновых құрылымдардың салдарынан бөлу лизосомальных ферменттер полиморфно-ядролық лейкоциттері.
2. Плазмалық және жасушалық қабыну медиаторларының бөлінуі.
3. Микроциркуляторлық арнаның бұзылуы және нәтижесінде тамыр-тін өткізгіштігінің жоғарылауы.
4. Периодонтальды тіндердің трофизмінің нашарлауы тіндердің оттегімен қоректенуінің бұзылуына және жасушалардың өміршеңдігін қамтамасыз ететін энергия процестерінің өзгеруіне әкеледі. Мұндай жағдайларда жоғары уытты өнімдердің көп мөлшерін: супероксиданион, малон альдегиді және т. б. қалыптастыру үшін пероксид және еркін радикалды тотығу арқылы энергия өндірудің қарапайым әдістері қосылады.

Пародонтит дамыған сайын периодонтальды қалта пайда болады, бұл тіс-қызыл иек байланысының бұзылуымен, оның жарасымен және эпителийдің астындағы дәнекер тініне өнуімен, дәнекер тінінің байланысы мен дөңгелек тіс байламының коллаген құрылымдарының бұзылуымен байланысты. Осы құрылымдардың лизисінің нәтижесінде макрофагтар, плазмалық жасушалар және лимфоциттер инфильтрацияланған түйіршікті тін пайда болады. Периодонтальды қалтаның пайда болу механизмінде қатты субдесневальды тіс шөгінділері маңызды рөл атқарады.

Болашақта остеокласттардың активтенуі аясында альвеоланың сүйек тінінің қабыну резорбциясы байқалады. Сонымен қатар, остеобласттардың белсенділігі басылады, яғни остеогенез бұзылады, сондықтан сүйек тіндері түйіршікті тінмен ауыстырылады. Периодонтальды қалта осылай қалыптасады және тістің тірек-қимыл аппаратының толық бұзылуы пайда болады, нәтижесінде тістің жоғалуына әкеледі.

Периодонтиттің клиникалық көріністері өте алуан түрлі және курстың ауырлығына және патологиялық процестің таралуына байланысты. Клиникада әртүрлі ауырлықтағы созылмалы жалпыланған пародонтит жиі кездеседі.

Жеңіл дәрежедегі созылмалы пародонтит

Шағымдар: тіс щеткалары мен қатты тағамдарды тістеген кезде ыңғайсыздық пен ауырсыну, қан кету.

Объективті: аралық папилла мен маргиналды Сағыз гиперемияланған және/немесе цианотикалық. 4 мм - ден аспайтын пародонтальды қалталар анықталады, қан кету симптомы оң, қызылиек асты және қызылиек асты тіс шөгінділері, ауыз қуысының гигиенасы қанағаттанарлықсыз. Патологиялық ұтқырлық анықталмайды.

Рентгенологиялық тексеру: ықшам пластинканың болмауы; межальвеолярлы қалқалардың шыңдарын олардың шамасының 1/3 дейін резорбциялау; остеопороз ошақтары; маргиналды бөліктегі периодонтальды саңылаудың кеңеюі.

Орташа дәрежедегі созылмалы пародонтит

Шағымдар: тамақтану кезінде айтарлықтай қан кету, тыныс алу, қызыл иектің қышуы және жануы, тістердің қозғалғыштығы және жылжуы.

Объективті: қызыл иектің ісінуі және гиперемиясы анықталады, оның конфигурациясы өзгереді. Зондтау кезінде 4 - тен 6 мм-ге дейінгі пародонт қалталары анықталады, қан кету симптомы оң, үстіңгі және астыңғы тіс шөгінділері.

Рентгендік зерттеу кезінде I-II дәрежелі тістердің қозғалғыштығын және травматикалық окклюзияның дамуын анықтайтын интерстициальды септальды тамырдың ½ ұзындығына дейін жою.Хронический пародонтит тяжелой степени

Шағымдар: қызыл иектің ауыруы, айқын қан кету және шайнау функциясының бұзылуы, тістердің жылжуы және жаман тыныс, мезгіл-мезгіл қызыл иектен іріңдеу.

Объективті: қызыл иектің қабыну белгілерінен басқа (бос және бекітілген), алдыңғы тістердің желдеткіш тәрізді алшақтығы, едәуір үстіңгі және астыңғы тіс шөгінділері байқалады. Әр түрлі тереңдіктегі (6 мм-ден астам) және конфигурациядағы периодонтальды қалталар анықталады, кейде тамырдың жоғарғы жағына жетеді, II-III дәрежелі тістердің қозғалғыштығы.

Рентгенологиялық тексеру сүйек тінінің ½ және одан да көп тамыр ұзындығының бұзылуын анықтайды. Ауыр пародонтит кезінде тістердің қозғалғыштығы мен жылжуына байланысты окклюзияның бұзылуы мүмкін, бұл патологиялық процестерді күшейтеді.

Зерттеудің қосымша әдістері-ИГ, қан кету индексі, реопародонтография, және олардың барлығы процесс дамыған сайын өсу тенденциясына ие. Барлық аталған индекстер қайтымды. Сондай-ақ, периодонтитті диагностикалау үшін периодонтиттің ауырлығын сипаттайтын PI, KPI қолданылады.

Созылмалы периодонтиттің өршуі көбінесе науқастың жалпы жағдайының нашарлауымен (ЖРВИ, пневмония және т.б.), науқастың реактивтілігінің төмендеуімен байланысты.

Шағымдар: тұрақты ауырсыну, жиі пульсация, айқын қан кету, тіс-қызылиек қалтасынан іріңдеу, қызылиектің жарақаттануы, абсцесс.

Шиеленісу түйіршіктеу тінінің тез өсуімен және тістің қозғалғыштығының артуымен бірге жүреді. Жалпы жағдай зардап шегеді (лейкоцитоз, ESR жеделдету, дене температурасының жоғарылауы, бас ауруы, әлсіздік). Периодонтальды рентгендік зерттеу сүйек тінінің резорбциясының әртүрлі дәрежесін көрсетеді, бірақ қабынудың ауырлығын сипаттамайды.

Периодонтиттің ремиссия сатысы (фазасы) хирургиялық және ортопедиялық емдеуді қамтитын кешенді емдеуден кейін байқалады. Науқастар әдетте шағым бермейді. Сағыз бозғылт қызғылт түсті, тістің бетіне тығыз орналасқан, периодонтальды қалта жоқ. Тіс шөгінділерінің болмауы байқалады, ауыз қуысының гигиенасы жақсы. ПМА индексі нөлге тең, ПИ және КПИ пародонт қалталарының болмауына және қызыл иектің қабынуына байланысты азаяды.

Периодонтиттің агрессивті формаларының дамуы, сондай-ақ созылмалы, микроорганизмдердің әсерімен байланысты. Бірақ осы патологиясы бар науқастарда кездесетін микрофлора агрессивті (Porphyromonas ingivalis, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Prevotella intermedia, Capnocytophaga species), агрессивті микроорганизмдердің саны артып, Бактерияға қарсы препараттардың әсеріне төзімді.

Пародонтиттің агрессивті түрлерінің жіктелуі (R. C. Page, H. E. Schroeder, 1982): алдын-ала пародонтит (13 жасқа дейін): локализацияланған, жалпыланған; жас пародонтит (13 жастан 17 жасқа дейін): локализацияланған, жалпыланған; тез прогрессивті пародонтит (17 жастан 35 жасқа дейін): жалпыланған.

Тез үдететін пародонтит: таралуы-барлық пародонт ауруларының 2-5%; жасы – 17-35 жас; агрессивті түрде сүйек тінінің кему жылдамдығы – жылына 1,08-1,8 мм; жүйелі аурулар анықталмайды; Моноцит нейтрофилдерінің ақаулары; хемотаксис ++ ++ бұзушылықтары; микроорганизмдер – porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Actinobacillus actinomycetemcomitans басым.

Курстың екі түрі клиникалық түрде шартты түрде бөлінеді: бірінші түрі – белсенді қабыну белгілері бар (гиперемия, қан кету, жаралар, пролиферативті өзгерістер); екінші түрі – белсенді қабыну белгілері жоқ (бозғылт қызғылт қызыл иек, сәл ісінген, бірақ пародонтальды қалта терең, пальпация кезінде-ірің). Жалпы жағдай бұзылуы мүмкін (әлсіздік, салмақ жоғалту, депрессия). 30 жасқа дейінгі пациенттерде процестің агрессивтілігі жоғары.

Дифференциалды диагностика пародонтита түрлі дәрежедегі өзара (дәрежесі бойынша деструкция межальвеолярных қалқа, тереңдігі қалтасынан дәрежесі мен тістердің).

Гингивиттің созылмалы түрлерінен (катаральды және гипертрофиялық) жеңіл дәрежелі созылмалы жалпыланған пародонтиттің дифференциалды диагнозы. Бұл аурулардың клиникалық көрінісінде жиі кездеседі – пациенттердің қызыл иектің қан кетуіне, қызыл иектің ісінуі мен гиперемиясына, тіс шөгінділерінің болуына, ИГ және ПМА қалыптыдан жоғары, Шиллер-Писарев сынамасы оң. Айырықша белгілері: пародонтит кезінде 4 мм-ге дейінгі пародонтальды қалталар және тамыр ұзындығының 1/3 дейінгі интеральвеолярлы септумның сүйек тінінің резорбциясы анықталады. Функционалды зерттеу әдістері, реопародонтография және полярография дифференциалды диагнозға көмектесе алмайтындығын есте ұстаған жөн.
Периодонтиттің дифференциалды диагнозы созылмалы периодонтиттің жедел және өршу сатысында кейбір белгілердің ортақтығынан туындайды: науқастың жалпы жағдайының нашарлауы, белгілі бір тістің ауыруы (тамақтану кезінде, жақтың қысылуы), альвеолярлы процестің шырышты қабығының гиперемиясы және ісінуі, инфильтрат, кейде абсцесс. Айырықша белгілері: периодонтит кезінде-абсцесс мезгіл-мезгіл қызыл иектің шетіне жақын әр түрлі жерлерде пайда болады, периодонтальды қалтасымен байланыспайды, олар бір-бірінен кейін 5-7 күн аралықпен жүреді, көбінесе фистуламен ашылады, рентген сәулелерінде сүйек қалталары басым альвеолярлы процестердің сүйек тінінің резорбциясы анықталады.
Продромальды кезеңдегі эозинофильді гранулемадан созылмалы локализацияланған пародонтиттің дифференциалды диагнозы кейбір белгілердің ортақтығына негізделген: 1-2 премоллар немесе молярлардың қозғалғыштығы, қызыл иектің қан кетуі, периодонтальды қалта. Айырықша белгілері: эозинофильді гранулемада аурудың жергілікті себебі, іріңді бөлінбейтін терең пародонтальды қалталар, процестің 1,5-2 айдағы жылдам ағымы, сүйек тініндегі рентгенограммаларда тамырлардың жоғарғы жағында, төменгі жақтың бұрышында немесе өсіп келе жатқан бұтақта локализациясы бар айқын сопақ немесе дөңгелек пішінді (1-4 мм) резорбция ошақтары жоқ.
Периодонтиттің пародонт ауруынан ремиссия кезеңіндегі дифференциалды диагнозы. Жалпы клиникалық белгілері: тіс тамырларының бетіне әсер ету, гиперестезия, кариозды емес зақымданулар. Айырықша белгілері: пародонтозда қабыну белгілері жоқ (гиперемия, ісіну, қан кету, периодонтальды қалта). Периодонт ауруы кезінде рентгенограммада интерстициальды септум биіктігінің біркелкі төмендеуі байқалады, кортикальды пластина сақталады.**4.**
Иллюстрациялық материал: слайдтар
5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз
6.Бақылау сұрақтары:
1. Пародонт ауруларының жіктелуі 1983, 2001
2. Пародонт ауруларының этиологиясы және патогенезі. Периодонтальды қабыну ауруларының дамуының бастапқы және қайталама факторлары. Биофильм туралы түсінік. Соматикалық патологияның дамуындағы периодонтопатогендердің рөлі.
3. Пародонт ауруларын диагностикалаудың негізгі және қосымша әдістері.
4. Гингивит клиникасы және диагностикасы (жедел, созылмалы)
5. Ойық жаралы некротикалық гингивиттің клиникасы және диагностикасы
6. Созылмалы пародонтиттің клиникасы және диагностикасы
7. Тез басатын пародонтиттің клиникасы және диагностикасы
8. Периодонтальды қабыну ауруларын хирургиялық емес емдеудің негізгі принциптері.

№7 дәріс

1. Тақырыбы: пародонт ауруларын хирургиялық емдеу.
2. Мақсаты: пародонт ауруларын хирургиялық емдеу әдістерін қарастыру.

3. Дәріс тезистері

.Куретаж (жабық) [Hirschfeld, 1952] қалтаның тереңдігі 6 мм-ден аспайтын болса, міндетті түрде жеткілікті ауырсынуды басатын курет жиынтығымен, қалтадан қабыну мен іріңді кетіргеннен және тіс шөгінділерін алып тастағаннан кейін ғана жүзеге асырылады. Тіс тасы



Сур. 16. Операциядан кейінгі 14 күн. ДК жойылды. Кератинделген Сағыз аймағы сақталған

ультрадыбыстық құрылғылардың көмегімен алынып тасталады, содан кейін сол сапарда түбірлік беттерді тегістеу және әртүрлі куреткалардың көмегімен компьютерден түйіршіктерді алып тастау жүзеге асырылады.

Бұл комбинация — тіс шөгінділерін алдын — ала алып тастау + куретпен кейінгі механикалық қолмен емдеу бірнеше себептерге байланысты өте қолайлы. Ультрадыбыстық әдісті қолдану (атап айтқанда, EMS Piezon-Master аппараттары) өңдеу уақытын едәуір қысқартып қана қоймайды, сонымен қатар антисептикалық ерітінділерді (мысалы, хлоргексидин) суару ретінде пайдалануға мүмкіндік береді, бұл микробқа қарсы әсерді едәуір арттырады, әсіресе микроорганизмдердің қабырғаларына зиянды ультрадыбыстық тербелістермен және детриттің қалтадан үнемі жуылуымен бірге.

ДК-ны осылай емдеу іс жүзінде хирургиялық араласу болғандықтан, жабық куретажды жүргізу кезінде пациенттерді операциядан кейінгі басқарудың барлық заңдарын сақтау қажет: пародонт таңғыштарын қолдану керек қалта ішіндегі қан ұйығышының өзгеруіне жағдай жасау; операциядан кейінгі кезеңде антисептикалық шаю тағайындалуы керек ДК-ге микробтық шабуылдың алдын алу.

Соңғы жылдары жабық куретажды өткізудің орындылығы туралы пікірталастар өте қиын. Біріншіден, соқыр өңдеудің бұл түрі түбірлік беттерді де, (тіпті одан да көп!)) қалталарының қабырғалары түйіршіктерден және эпителийлі ауырлардан тұрады. Сондықтан әсер сенімсіз және ол микробтық ластану деңгейінің зақымдану шегінен төмен қарапайым төмендеуіне байланысты. Сонымен қатар, зерттеулер көрсеткендей, тартар Мұқият алынып, содан кейін жақсы гигиена ДК-де орналасқан және өзінің зиянды әсері бар түйіршіктер пісіп, патогендік әсерін жоғалтады. Ең бастысы-бұл өте шектеулі көрсеткіштер немесе терең сүйек қалталары бар жабық куретаж үшін іс жүзінде мүмкін емес.

Бұл дәлелдермен келісуге болмайды, бірақ оларды толық қабылдауға болмайды. Және міне почему.

Куретажды тіс шөгінділерін мұқият алып тастау арқылы ауыстыру идеясы, әрине, тартымды, әсіресе егер мұндай жағдайларда түйіршікті тін талшықты өзгеріске ұшыраса. Тек бұл тартар алынып тасталып, компьютердің барлық бөлімдерінде микробтық кластерлер жойылған жағдайда болады. Нақты бір практика мақсаты толық жою тіс тастарын және микробтық шоғырлану недостижима! Айтпақшы, ПК түйіршіктеу матасы жетілу тенденциясының болмауымен сипатталады.

Әрі қарай, ультрадыбыстық өңдеудің қол жеткізілген әсері Мұқият гигиеналық жағдайда микробтық инвазияның алдын-алу арқылы сақталады-

пациенттер тарапынан Логикалық. Тек бақыланатын зерттеулер үшін!

Неліктен? ИЯ, өйткені: гингивит пен периодонтиттің табиғаты қандай? Ауыз қуысының гигиенасы тұрақты. Бұл болды, болады және болады, және мұны тіс пасталары, шаю және суару құралдарының барлық түрлерімен қарастыру керек.

Қарқынды дамып келе жатқан хирургиялық әдістердің аясында сүйек тінін қалпына келтіру құралдарымен бірге жабық куретаж әдісі, әрине, сынға төтеп бермейді. Бірақ бұл монетаның бір жағы, сөзсіз дәлелденеді. Алайда, тағы біреуі бар. Барлық мұқтаж адамдарға толық көмек көрсету үшін қанша білікті пародонт хирургтары қажет? Өте көп. Олардың қанша бар? Апатты түрде аз. Барлық дерлік стоматологтар куретаж жасай алады. Бұл мәселе тек кәсіби.

Басқа мәселе қарапайым, бірақ маңызды. Барлық пациенттер патч операциясына келіседі ме? Оның үстіне НРТ - мен? Статистика көрсетіп отырғандай: мұқтаждардың 25% — дан астамы емес, ал куретаж жүргізуге-барлығы.

Соңғысы, бірақ бұл маңызды емес дегенді білдірмейді.

Операцияға мұқтаж және тіпті дауыссыз адамдардың қайсысы оның құнын төлеуге тұрды? Бұл оның пайдасына қосымша дәлел .жабық куретаждың барлық жетілмегендігімен бүгінде оны жеңілдетуге болмайды және оны тиімділігі жағынан сөзсіз жоғары жамылғы операцияларымен де, тіс шөгінділерін қарапайым алып тастаумен де алмастыруға болмайды.

1.4. Кюретаж открытый

Ашық куретаж-жабық куретаждың кемшіліктерін жеңу үшін ұсынылады, атап айтқанда: тереңдігі 4-тен 6 мм-ге дейін қалталардан тіс шөгінділері мен түйіршіктерді толығымен алып тастау. ашық куретаж тобына өте ұқсас, шын мәнінде,

кіші кюретаждың араласуы. Бұл Рамфьорд пен Нил [1974] авторлары болып табылатын Видманнның модификацияланған қақпағы, бірақ операция Рамфьорд әдісі ретінде белгілі; Жаңа тіркемені кесу процедурасы Юкна әдісі ретінде [1976]. Біздің елде араласуды т. и.Лемецкая және А. Н. Козловская ұсынды. Айта кету керек, олардың барлығы өте маңызды емес әдістемелік бөлшектермен ерекшеленеді, олардың пайда болуы мамандардың шеберлігінің әртүрлі деңгейлеріне, жалпы алғанда, бірдей нәтижеге арналған. Мұны істеу үшін скальпельмен интерстициальды папиллярлар араласу аймағында кесіледі, жапқыштар екі жағынан жай ғана итеріледі. Біркелкі жою кезінде, содан кейін мінсіз шолу қамтамасыз етіледі. Тік кесулер жүргізілмейді, жапқыштар жұмылдырылмайды. Осылайша, бұл кез-келген стоматологиялық мекеме жағдайында жасалатын хирургиялық араласудың ең оңай жолы.

Ашық куретаждың негізгі көрсеткіші-
тереңдігі 6 мм дейінгі компьютер.

Бірақ бұл араласуда ішкі қалталарды өңдеуге болмайды. Жаңа деңгейде тіс-қызылиек жалғауының сенімді қалыптасуы әрдайым қамтамасыз етілмейді, яғни көбінесе жақсартуға емес, пародонт жағдайын тұрақтандыруға қол жеткізіледі.

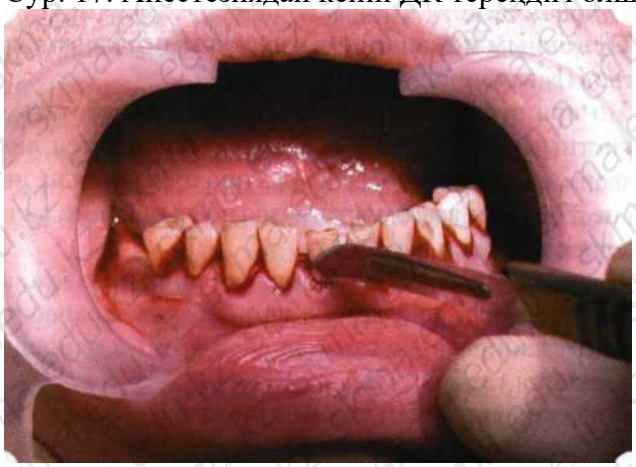
Қақпақ жұмылдырылмағандықтан, операциядан кейінгі рецессия сөзсіз, оны науқасқа алдын-ала ескерту керек (айтпақшы, бұл негізінен ДК тереңдігін азайтады).

Операция тіс шөгінділерін алдын-ала алып тастап, қабынуды жойғаннан кейін кем дегенде бір аптадан кейін жасалады (күріш. 17).

Операция техникасы. Скальпельмен қалтаның түбіне дейін кесілген кесілген (сурет. 18). Қабыршақтарды тазартқаннан кейін (сурет. 19) қалған тартар мен түйіршіктерді алып тастаңыз (сурет. 20), патчтар деепителизирленеді (сурет. 21), тістердің түбір беті



Сур. 17. Анестезиядан кейін ДК тереңдігі өлшенеді



Сур. 18. Жасушаішілік кесінді жүргізу

тегіс (сурет. 22), био-модифицирлейді. Араласу алаңы антисептикалық ерітіндімен жуылады-сутегі асқын тотығы немесе фурацилин, бірақ хлоргексидин емес!



Сур. 19. Шырышты-периостеум жапқыштарын қалтаның терендігіне айырғыштың көмегімен аршу



Сур. 20. Кюрет көмегімен тас қалдықтары мен түйіршіктерді алып тастау

Жарада жеткілікті қан болмаған жағдайда, қалтаның қабырғалары аздап жарақат алады, осылайша сенімді қан ұйығышы пайда болады.



Сур. 21. Кесектерді қайшымен деепителизациялау

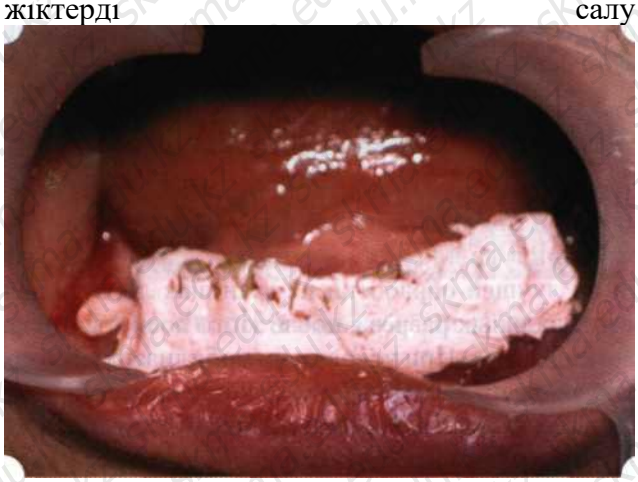


Сур. 22. Түбір беттерін ультрадыбыспен өңдеу скейлер

Өңделген кесектер орнына қойылады. Аралық кеңістіктерде түйіндік тігістер қолданылады (сурет. 23), содан кейін — периодонтальды таңғыш (сурет. 24). Операция кезінде



Сур. 23. Туба аралық аралықтарда түйіндік жіктерді салу



Сур. 24. Қорғаныс пародонтальды таңғышты салу



Сур. 25. Операциядан кейінгі 15-ші күннің жағдайы. Тістерде пигментті хлоргексидинді жабын байқалады

Рамфьорд бойынша таңғыш алғашқы 3 тәулік бойы сақталады, содан кейін операция жасалған учаске қорғаныш таңғышсыз жүргізіледі. Әдістеме бойынша неміс тігістері мүлдем қолданылмайды, бірақ таңғыш әр 3 күн сайын өзгеріп, 9 күн бойы сақталады.

Мұндай жеңілдету практиктердің техниканы кеңінен қолдануына ықпал етеді.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет:

1-қосымшаны қараңыз

6. Бақылау сұрақтары:

1. Ашық куретажға көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштер.
2.Жабық куретажға көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштер.
3.Ашық куретажды жүргізу әдістемесі.
4.Жабық куретажды жүргізу әдістемесі.

Дәріс №8 .

1. Тақырыбы: Остеопластикалық материалдар.

2. Мақсаты: остеопластикалық материалдардың құрамын, қасиеттерін және қолдану көрсеткіштерін зерттеу.

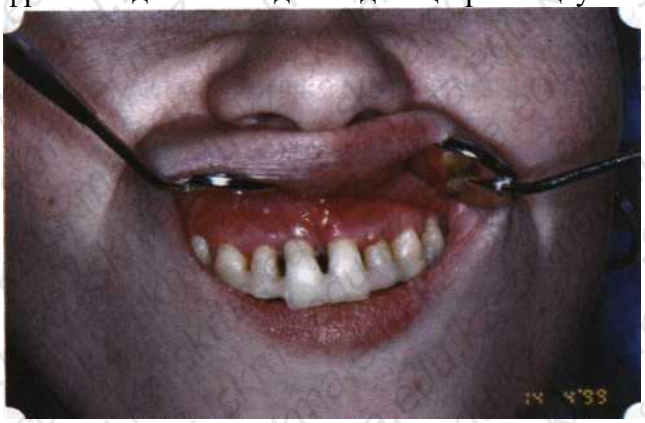
3. Дәріс тезистері.

Көптеген остеопластикалық материалдардың ішінде, біздің тәжірибемізге сәйкес, остеопластиктердің екі класы қолайлы, атап айтқанда синтетикалық гидроксиапатит (ГА) препараттары, оның ішінде құрамында ген бар колла және табиғи депротеинизацияланған сүйек. ГА-хирургиялық тәжірибеде кеңінен қолданылатын материал. Остеогендік жасушалардың, атап айтқанда осте-аймақтардың белсенділенуіне байланысты сүйекпен (сүйек-бондинг) жеткілікті күшті химиялық байланыс түзетіні белгілі.

Жасанды ГА іс жүзінде мінсіз, өйткені оның теріс қасиеттері минималды. ГА-ның коллагенмен үйлесуі сүйек кемістігіндегі минералды заттың ғана емес, сонымен қатар коллагеннің де жетіспеушілігін өтеуге мүмкіндік береді. Материалдың консистенциясы оны Бактерияға қарсы препараттардың ұзартылған тасымалдаушысы, мата құрылысы үшін қолданылатын жасуша дақылдары үшін субстрат ретінде қосымша пайдалануға мүмкіндік береді.



Сур. 36. Патч операциясы кезінде жоғарғы жақтың фронтальды бөлігінде көлденең сүйек ақауы анықталды



Сур. 37. Операциядан кейінгі 14-ші күні қызыл иектің операциядан кейінгі ретрациясы. Тістер тігілген

Материалдардың осы тобының тағы бір артықшылығы-олардың төмен құны.

ЦНИИС Пародонтология бөлімшесінде адам фибробласттарының м-22 жасушалық мәдениетіне қатысты отандық өндірістің 11 остеопластикалық препаратының цитотоксикалығы зерделенді. "Полистом" және "Интермедапатит"фирмаларының материалдары зерттелді:

1. Гапкол.
2. Гапкол-Л.
3. Гапкол-ЛМ.
4. Колапол КП-2.
5. Колапол КП-2Л.
6. Гидроксиапол ГАП-85д.
7. КоллапАн-Г.
8. КоллапАн-Д.
9. КоллапАн-К.
10. КоллапАн-Л.
11. КоллапАн-М.

Эксперименттер полиомиелит және вирустық энцефалит институты негізінде жүргізілді. М. п. Чумакова РАМН проф. Л. Л. Миронова.

Эксперименттің мәні сыналатын материалдардың әрқайсысы стерильді контейнерге орналастырылатындығында болды (сурет. 38), содан кейін адамның диплоидты жасушаларының суспензиясы енгізілді,

Сур. 38. Остеопластикалық материалдардың адам эмбриональды фибробласттар мәдениетіне әсерін зерттеу М-22



ал сыналатын материалдар үлгілерінің фибробласттарға әсері фибробласттардың моносла втарының қалыптасу динамикасы бойынша бағаланды (сурет. 39), өсіп келе жатқан культураның популяциясындағы жасушалық элементтердің санына, жасушалардағы дегенеративті өзгерістердің дамуына және кейінгі пассаждарды өткізу мүмкіндігіне байланысты.

39-күріш арқылы шықты. Фибро-4 тәулік монослойының түрі микроскоп астында (х40) тек КоллапАн-г и-М-мен (сурет. 40).

Басқа пробиркаларда тек әртүрлі тығыздықтағы фибробласттардың желісі пайда болды, бұл цитоток-фибробласттардың культурасына қатысты зерттелген материалдардың сапасын көрсетті. Осы негізде КоллапАн-г және-М-ді остеобласттардың өсуінің сілтілік факторы бар жасуша культурасының тасымалдаушысы ретінде қолдану мүмкіндігі анықталды (сурет. 41).

Біз қолданатын остеопластикалық материалдардың екінші класын, атап айтқанда табиғи ГА-ны қарастырғанда, балама емес материал GE-istlich фирмасының Bio - Oss spongiosa, сондай-ақ HPT Bio-Gide мембранасы болып табылады. 40. Со үшін бейімделген КоллапАн-Г пакеті-



Сур. 41. Электронды микроскоп астындағы материалдың беті

осы остеопластикалық материалмен бірге қолдану (сурет. 42-44).



Сур. 42. Bio-Oss spongiosa бөлшектерінің мөлшері мен материалдың көлемі бойынша әртүрлі қаптамалары



Сур. 43. Микроскоп астындағы Bio-Oss spongiosa құрылымы



Сур. 44. НРТ Bio-Gide Резорбируемая мембранасы

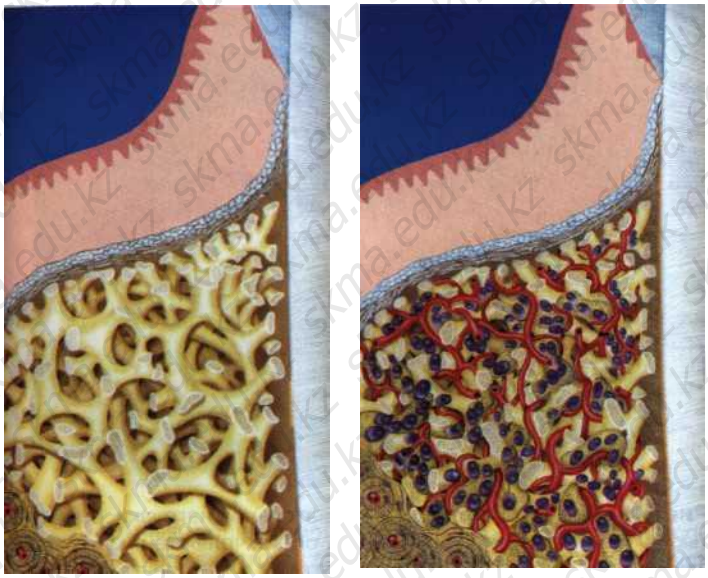
Тіндік трансплантаттардың жұмыс принципі остеокондукцияға немесе остеоиндукцияға негізделген деп қабылданады. Остеокондукция-бұл жаңадан пайда болған сүйек тінінің қаңқасы ретінде қызмет ететін материалдың қасиеті [Reddiet et al, 1987]. Остеоиндукция-бұл материалдың бөлінбеген мезенхималық жасушаларды остеобласттарға айналдыру қабілеті [Редди, 1981; Редди және басқалар, 1987]. Біз әлі де көрінетін остеоиндукция бастапқы емес, қайталама болып табылады — бұл құрсаумен бірге сәтті қабынуға қарсы емнің нәтижесінен басқа ештеңе емес, сондықтан пайдаланылған материал өзінің өткізгіш функциясын толығымен орындайды және ұзақ уақыт сақталатын көптеген өсу аймақтарының регенеративті әлеуетін іске асыру мүмкіндігін қамтамасыз етеді. өз тромбтары қан.

Атап айтқанда, бұл Bio-Oss сияқты материалға қатысты. [Schwarts Z., Weesner T., 2000] материалды деминерализациялаудан кейін қалған ақуыз фракцияларын зерттеу барысында алынған нәтижелер btgf және VMR-2 сияқты өсу факторларының болуын анықтады. Осы негізде авторлар оны остеоиндуктор ретінде қарастыруды ұсынды. Біз әлі де бұл пікірмен бөлісуге бейімбіз: егер өсу факторлары көптеген көздерге ие болса, олар міндетті түрде қан ұйығышының құрамында болады және қажет болса, оны әрдайым сол жерден табуға болады.

Bio-Oss препараты-бұл барлық органикалық компоненттер алынып тасталған бұқаның Органикалық емес матрицасы. Оның өзара байланысты макро - және микропоралар жүйесі сүйектің жіңішке затына ұқсайтын құрылымды құрайды. Бұл материалды қалпына келтіруге ықпал етеді: 6 айдан кейін. микропроцессорларда ұсақ капиллярлар, мезенхималық жасушалар анықталады. Остеобласттар гаверс

каналдарына және 18 айдан кейін енеді. оларды сүйекпен толтырыңыз (сурет. 45). Сүйектің пайда болуы оның бетінде басталады және материалдың тығыз сүйек тініне енуіне әкеледі. Сүйек қалыптастыру аяқталғаннан кейін Bio-Oss баяу резорбциядан өтеді, ол 20-дан [Wallace S. S., Fro-um S. J., 1996] 44 айға дейін созылуы мүмкін. [Avera S. P., 1997].

Периодонтальды ауруларды хирургиялық емдеудің реконструктивті нұсқаларына көшпес бұрын, атап айтқанда



А *В*

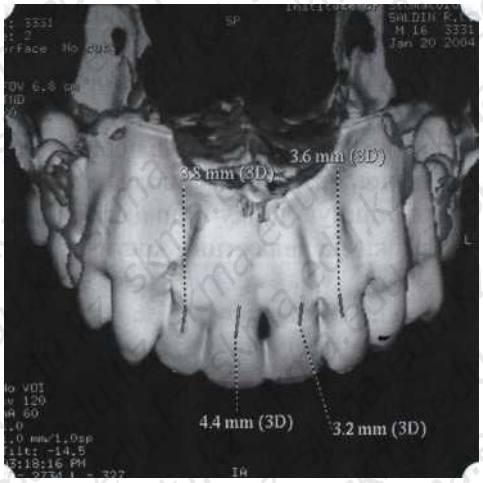
Сур. 45. Түрлендіру Сүйек Bio-Oss spongiosa реципиент ұлпасы: А-материалды сүйек ақауына имплантациялау; Б-имплантацияланған материалды қан тамырларымен өсіру; В-Bio-Oss spongiosa-ны өз сүйек тінімен алмастыру



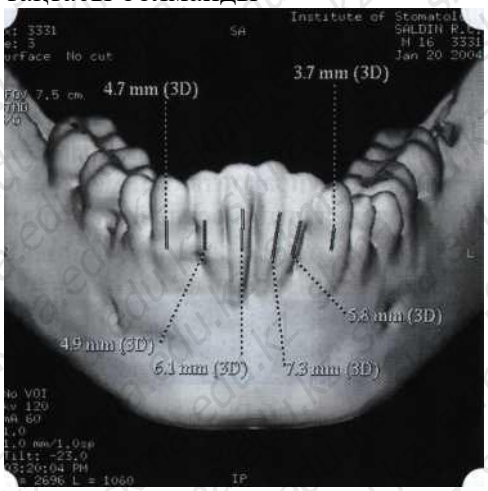
Сур. 46. Шайнау жүктемесінің жетіспеушілігі, екі жақтың алдыңғы бөлігінде тістердің толып кетуі, көптеген супраконтактілер, вестибулярлық сүйек пластинасының дамымауы ("жуу тақтасы" симптомы), ауыз қуысының кішкентай вестибуласы бар науқас



Сур. 47. Сол науқастың ортопантомограммасы. Тістердің тығыз орналасуы, дистопияланған және ретинирленген 28 және 38 тістер бар



Сур. 48. Жоғарғы жақтың компьютерлік томограммасы. Сүйек субстраты сақталған кезде фронтальды бөлімде шайнау бөлімдерінде вестибулярлық сүйек тақтасы болмайды



Сур. 49. Төменгі жақтың компьютерлік томограммасы. Вестибулярлық сүйек плитасы жоқ, сүйек ақаулары көрінеді.

НРТ, шайнау жүктемесі жетіспейтін пациенттердің пайда болған ұрпағына назар аударғым келеді. Ауыстырылатын тістеу кезінде шайнау жүктемесі жақтың өсу аймағын ынталандыратын фактор болып табылатыны ешкімге құпия емес. Урбанизация, диетаның жұмсақ, технологиялық өңделген тағамға өзгеруі жақ сүйектеріне жүктеменің едәуір төмендеуіне әкеледі, сондықтан жақ сүйектерінің мөлшері жағынан да, құрамы жағынан да азаяды.ықшам пластина — губка тәрізді зат (ықшам пластинаның мөлшері мен сапасының төмендеуіне қарай).
Клиникалық тұрғыдан алғанда, мұндай пациенттерде тістердің толып кетуі бар (жақ мөлшері мен тіс мөлшерінің сәйкес келмеуіне байланысты). Вестибулярлық жабу тақталарының дамымауымен олар тіс тамырлары ауыз қуысының шырышты қабаты арқылы пальпацияланған кезде "жуу тақтасы" симптомын көрсетуі мүмкін. Жақ сүйектерінің вестибулярлық беттерінен ықшам пластиналардың дамымауы кезінде кератинделген қызыл иектің аймағы, әдетте, өзінің функционалды рөлін атқармайды. Мұндай жағдайларда бір науқаста бірден бірнеше пародонт-патогендік этиологиялық факторлар бар: тістердің сынуы, ауыз қуысының гигиенасы, бірнеше супраконтактілер, ауыз қуысының кішкентай вестибуласы, жақ сүйектерінің жеткіліксіз субстраты.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет:1-қосымшаны қараңыз

6. Бақылау сұрақтары:

1. Остеопластикалық материалдарға қойылатын талаптар.
2. Остеопластикалық материалдардың құрамы.
3. Остеопластикалық материалдардың түрлері.

Дәріс № 9.

1. Тақырыбы: пародонт ауруларын хирургиялық емдеу. Жалғасы.

2. Мақсаты: мукогингивті операцияларды, әдістерді қарастыру.

3. Дәріс тезистері.

Екінші топтың әдістері-бұл ауыз қуысының вестибуласының қалыптасуының бұзылуынан пайда болатын және өз кезегінде пародонт жағдайына теріс әсер ететін мукогингивті сынамаларды жоюға бағытталған араласулар:

1) белдіктер мен сымдардың пластикасы (Лимберг пен Гликман бойынша френулопластика);
2) вестибулопластика (Кларк, Эдлан—Мейхер, туннель әдісі бойынша);
3) рецессияны жою бойынша операциялар (аяғындағы орнын ауыстырған қақпақшалар: коронарлық, бүйірлік, субэпителиалды палатиналық жамылғы).

3.1. Показания и противопоказания

Жоғарыда аталған араласулардың қажеттілігі туралы шешім қабылдағанға дейін мукогингивті қатынастардың анаболикалық және косметикалық нормасы ұғымының анықтамасын тағы бір рет қайталау керек және осы негізде хирургиялық түзетуді қажет ететін ауыз қуысының вестибуласының жұмсақ тіндерінің жағдайын нақтылау қажет.

Тіндік құрылымдар нормасының параметрлерін нақтылау оларды операция кезінде қалпына келтіру үшін ғана емес, сонымен қатар операциялардың әдістерін таңдау үшін де қажет. Бұл, ең алдымен, қақпақтардың пайда болуына, тіндердің құрылымдарының бар көлеміне қатысты, өйткені бұл клиникалық жағдайды бағалауға ғана емес, сонымен қатар оларды түзету мүмкіндіктерінің (немесе тіпті мүмкін еместігінің) шекараларын анықтауға мүмкіндік беретін аталған параметрлер. Соңғы факт кейбір жағдайларда ерекше маңызды.

Бұл мәселеге алғашқылардың бірі болып Н. М. Голдман мен Д. В. Кохен [1979], ең алдымен, параметрлер қандай болуы керек, яғни бекітілген Сағыз аймағының ені, ол механикалық әсерлердің аталған түрлеріне белсенді қарсы тұра алады және рецессияның алдын алады (бір немесе бірнеше) Сағыз.

Шын мәнінде, осыған байланысты кератинделген Сағыз аймағының әр түрлі градациясы (негізінен ені) оның функционалды қасиеттерін анықтай отырып жүргізілді: жеткілікті, қанағаттанарлық, жеткіліксіз. Бұл сипаттамалардың таралуы үлкен болды-10-нан 1 мм-ге дейін.

Мұндай көзқарастар мен дәлелдердің әртүрлілігі, бір жағынан, түсінікті, ал екінші жағынан, мағынасыз: әр жағдайда сіз тек бекітілген қызыл иектің енін ғана емес, оның қалыңдығы мен периостеумның күйін де ескеруіңіз керек (сурет. 76, 77).

Сонымен қатар, жақтың сүйек құрылымдарының архитектурасын, тіс тамырларының морфологиясын, олардың үстіндегі сүйек құрылымдарының қалыңдығын, тістердің анатомиялық пішінін, олардың тәж бөлігінде патогендік құрылымдардың болуын (эмаль тамшылары, ойықтар) ескеру қажет. Әрине, жеке бұлшықет құрылымдарын, олардың күштері мен осы қорғаныс кератинделген аймақпен өзара әрекеттесу формаларын ескерместен, барлық жағдайлар үшін бірдей критерийлер құруға тырысу мүмкін емес.



Сур. 76. Бекітілген сағыздың болмауы жалпыланған рецессияның пайда болуына әкелді



Сур. 77. ДК төменгі жағы шырышты-қызыл иек аймағынан төмен орналасқан. Ерінді тарту кезінде сағыз тістерден кетеді

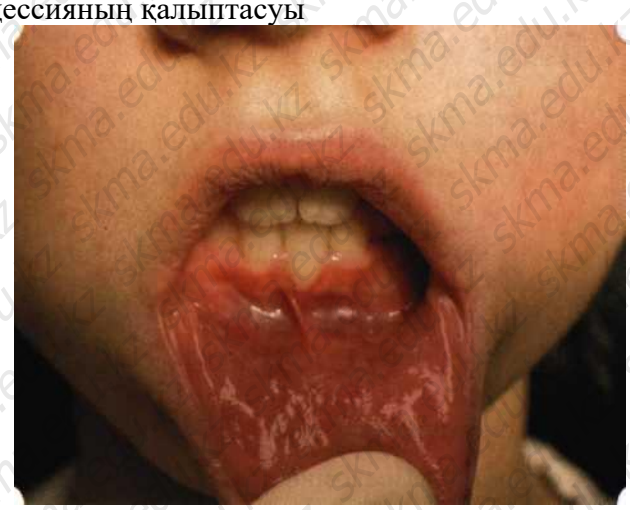
Сондықтан, біз өз тәжірибемізде бекітілген қызыл иек аймағының өміршеңдігінің басты критерийі сыртқы әсерлерде ишемизацияның болмауы — еріннің, тілдің бөлінуі (қызыл иек жиегінің жылжуын айтпағанда) — еніне қарамастан екеніне көз жеткіздік.

Мукопластикалық манипуляциялардың негізгі міндеті-шырышты-қызылиек қосылысының шекарасынан шығатын рецессия мен қалталарды кейіннен жою, сондай-ақ тіл, ерін, щек, көпір бұлшықеттерінің әсерінен қызылиек жиегінің кернеуін жою үшін бекітілген (кератинделген) қызылиек аймағының жеткілікті енін құру.

Френулопластика шеткі пародонтқа жеткіліксіз бекітілген еріндер мен тілдің патологиялық механикалық әсерін жою үшін жүзеге асырылады. Шамадан тыс немесе патологиялық, көпірдің кернеуі келесі өзгерістерге әкеледі:

1. Бекітілген жердегі Сағыз рецессиясы (сурет. 78).
2. Ұзақ әсер ететін кең және қысқа френулалар диастеманың пайда болуына әкеледі (сурет. 79).
3. Кең, әсіресе бүктелген, френулум бляшкалардың үнемі жиналуына себеп болады. Кәдімгі өлшемдегі тартылатын френулалар ойықтың аузын олардың бекітілген жерінде үнемі ашады.

Сур. 78. Төменгі еріннің френумының дұрыс бекітілмеуіне байланысты 7 жастағы балада рецессияның қалыптасуы



Нәтижесінде бляшка да қарқынды түрде жиналады (сурет. 79). Тұрақты ишемизация метаболикалық процестердің төмендеуіне ықпал ететіндіктен, кернеу аймағында ұлпадағы фокальды зақымдайтын микробтық потенциал барынша көрінеді.



Сур. 79. Диастеманың қалыптасуы және жоғарғы еріннің қалыңдығының төмен бекітілуіне байланысты микробтық бляшкалардың көбірек жиналуына жағдай жасау

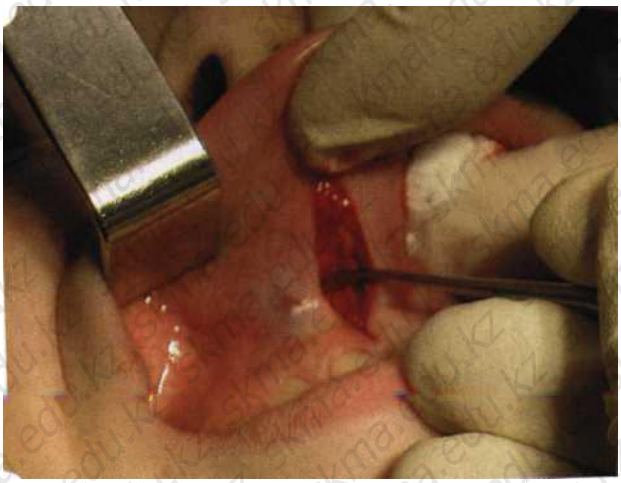
Кейде көпірді кесу ортодонтиялық емдеуден бұрын жүргізілуі керек.
Көпір пластикасының екі әдісі кеңінен танымал — Y-тәрізді және Лимберг (Z-тәрізді).
Y - тәрізді френулопластика[1954]
Операция техникасы. Инфильтрациялық анестезиядан кейін (сурет. 80) тіркелген көпір скальпельмен кесіледі (сурет. 81) және / немесе қызылиек қайшыларымен. Көпірді алып тастағаннан кейін, шырышты қабықтағы ақау ромб алады-



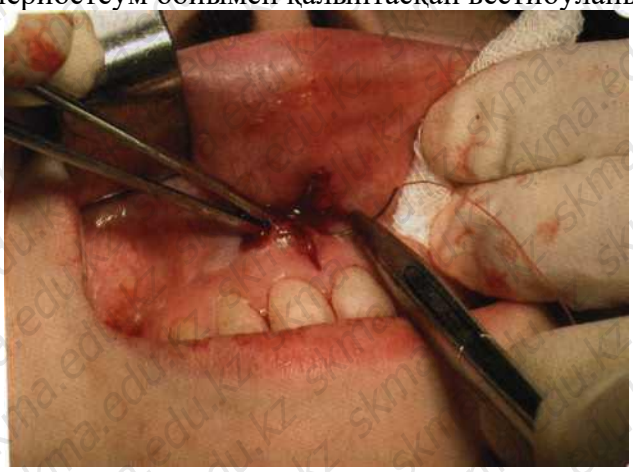
Сур. 80. Жоғарғы еріннің френулумының төмен бекітілуі. Ерінді тарту кезінде Ишемизация



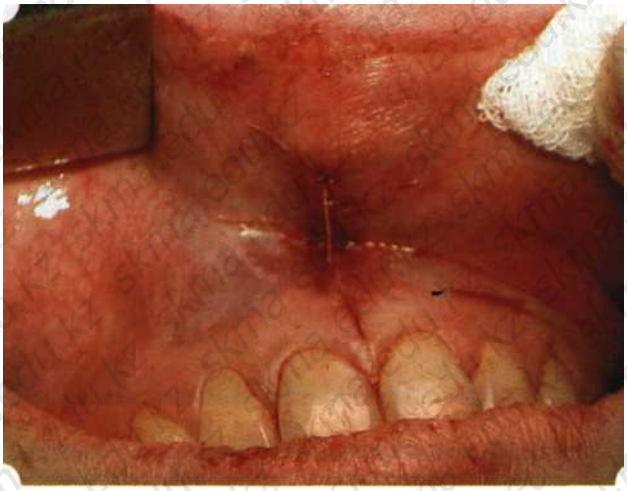
Сур. 81. Инфильтрациялық анестезиядан кейін көпір скальпельмен кесілді



Сур. 82. Кеніштің шеттері жұмылдырылған. Субмукозалы тіндердің кешені периостеум бойымен қалыптасқан вестибуланың тереңдігіне ауысады



Сур. 83. Қиманың шеттерінің жұмылдырылған шырышты қабығын периостеумға кетгут тігістерімен бекітед



Сур. 84. Тігістерден кейінгі жағдай

көрнекті нысаны. Секцияға іргелес шырышты қабықты жұмылдыру мақсатында жиектер бойымен кесіп тастайды, субмукозалы тіндер периостеум бойымен жұқа білікшемен апикальды бағытта қозғалады (сурет. 82). Кетгут жұмылдырылған шырышты қабықты түйіндік тігіспен периостеумға қалыптасқан вестибуланың тереңдігінде бекітеді (сурет. 83). Жара қатты тігіледі (сурет. 84).

Лимберг бойынша Френулопластика (Z-тәрізді)

Операция техникасы. Анестезиядан кейін (сурет. 85) көпірдің ортасында тік кесу жасаңыз. Екі қиғаш кесу қарама-қарсы ұштардан әр түрлі бағытта бірінші кесуден 60-85° бұрышпен тартылады (сурет. 86). Қалыптасқан үшбұрышты қақпақтар жұмылдырылады (сурет. 87) және Орталық қима көлденең орналасатындай етіп бекітіледі.

Маңызды мәселе-қабылдайтын төсекті дайындау, өйткені шырышты қабықтың ішінде кесілген жиектерді бір-бірімен тігу тек келесіге әкеледі



Сур. 89. Операциядан кейінгі 7-ші тәуліктегі жағдай



Сур. 90. Араласудан кейінгі 14 күн

сондай-ақ, қатты, бірақ периостеумға жапқыштарды бекітпей (сурет. 89, 90).

3.3. Методики вестибулопластики

Вестибулопластика-шеткі пародонттың механикалық жарақатын тері маңындағы бұлшықеттердің бұлшықет сымдарымен (ерін, иек, щек, Тіл және бет) жою үшін және нәтижесінде периодонттағы деструктивті процестердің дамуына жол бермеу үшін бекітілген қызыл иектің енін ұлғайтуға бағытталған манипуляция.

Негізгі көрсеткіштердің бірі-Сағыз рецессиясының алдын алу немесе олардың дамуын тоқтату.

Бұл араласу, егер қалталардың түбі өтпелі қатпардан төмен болса, жамылғы операцияларына дейінгі бірінші кезең ретінде де жүзеге асырылады.

Көбінесе вестибулопластика ортопедиялық көрсеткіштерге сәйкес жасалады — алынбалы протездердің бекітілуін жақсарту үшін, ал кейбір жағдайларда ортодонтиялық емдеу алдында.

Операцияның басты кемшілігі-операциядан кейінгі тыртықтың пайда болуы. Бұл 3-9 айға созылатын жағымсыз сезімді тудырады. (тыртықтың жеке резорбция жылдамдығына байланысты).

Бұған жол бермеу немесе оны азайту үшін операциядан бұрын пациенттен Мұқият сұрау керек: оның операциядан кейінгі немесе жарақаттан кейінгі тыртықтардың өрескел және күшті қалыптасуына бейімділігі бар ма. Бұл мүмкіндік кейбір жағдайларда вестибулопластикаға қарсы болуы мүмкін немесе қабылданған әдістердің маңызды модификацияларын қолдануды қажет етеді.

Өткен және аз маңызды кемшіліктердің қатарына араласу саласындағы сезімталдықтың ұзақтығы мен ауырлығының әртүрлі бұзылуы жатады.

Ең көп таралған әдістер: Эдлан—Мейхер және Кларк бойынша вестибулопластика. Біздің бөлімде туннельдік вестибулопластика жасалынған және патенттелген, ол негізгі әдістерден аз жарақатпен, операциядан кейінгі ауырсынудың болмауымен, демек, пациенттер үшін жайлылықпен, сондай-ақ сауығудың жоғары жылдамдығымен ерекшеленеді.

Эдлан-Мейхер бойынша Вестибулопластика [1963]

Операция техникасы. Инфильтрациялық анестезиядан кейін (сурет. 91) — жақсырақ гидропрепарация әдісі бойынша шырышты қабықты оңай қабыршақтау үшін-скальпельмен шырышты қабықтың кесілуі жақтың иілуіне параллель жасалады (сурет. 92), шырышты-қызылиек шекарасынан қабыршақтан қабыршыққа дейінгі учаскеде 10-12 мм-ге және премолярлар мен молярлар саласында 7-10 мм-ге шегініп (бұл учаскеде тамыр-жүйке шоғырының шығу орнына қатаң бағдарлану қажет болса да).

Сур. 91. Инфильтрациялық анестезияны жүргізгеннен кейін ауыз қуысы кіреберісінің жай-күйі

Қайшымен кесілген сызықтан жақ сүйегіне дейін шырышты қабық бөлінеді (сурет. 93).





Сур. 92. Шырышты қабықты қалыптастыру үшін ерінге кесу жүргізу



Сур. 93. Шырышты қабықтарды субмукозалы тіндерден тазарту



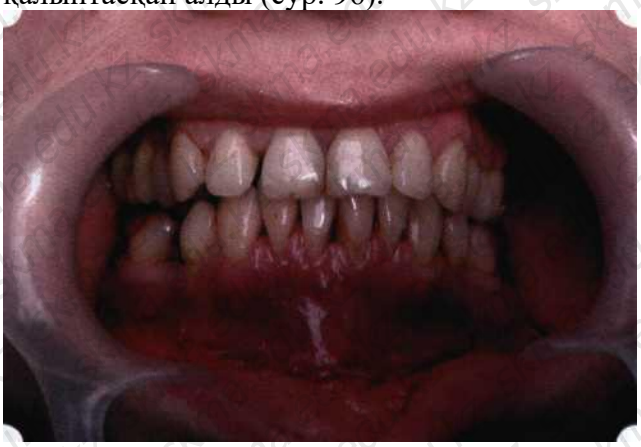
Сур. 94. Субмукозалы тіндердің периостеум бойымен қалыптасқан вестибуланың тереңдігіне ауысуы



Сур. 95. Қайшымен бұлшықет талшықтарын алып тастау

Осыдан кейін субмукозальды тіндер (бұлшықеттер, сіңірлер) периостеум бойымен фронтальды бөлімде 10 мм тереңдікке, ал бүйір бөлігінде 6-7 мм қозғалады (сурет. 94). Төменгі жақта иек саңылаулары аймағында өте мұқият жұмыс істеу керек. Қалған бұлшықет пен талшықты талшықтарды периостеумның жара беттерінен және шырышты қабықтан шығару өте маңызды, өйткені олардың болуы әдетте жіптердің қайталануына әкеледі (сурет. 95).

Отслоенный слизистый лоскут тіркейді к надкостнице тігістерінің бірі кетгут тереңдікте қалыптасқан алды (сур. 96).



Сур. 96. Шырышты қабық бекітілген периостеумға тігістермен бекітілген

Қалған жараның ақауына қорғаныш таңғыш қолданылады (сурет. 97). Бұрын осы мақсатта жараға йодоформды турунда, кератопластикалық препараттарға малынған дәке тампоны және т. б. қолданылған, қазіргі уақытта лидокаин мен хлоргексидий қосылған Дипленент пленкасында сөзсіз басымдық қалады: біріншіден, ол қорғаныш фибрин пленкасы пайда болғанға дейін жараның бетін сенімді түрде жабады; екіншіден, ол терінің беткі қабатын жояды. ауырсыну сезімталдығы және инфекцияның алдын алады. Нәтижесінде, мұның бәрі операциядан кейінгі кезеңде науқастың жағдайын айтарлықтай жеңілдетеді (сурет. 98).



Сур. 97. Операциядан кейінгі 1-ші күндегі тіндердің жағдайы



Сур. 98. Операциядан кейінгі 14-ші күндегі тіндердің жағдайы

Жараның ақауының бастапқы ауданы шамамен 8-12 см2 құрайды. Мерзімі емдеу кезінде осы әдістемеге — 12-14 тәулік.

Кларк бойынша Вестибулопластика [1976]

Керек бірден оговориться, бұл әдісін пайдалану мақсатқа сай болып көбінесе жоғарғы жақ.

Операция техникасы. Анестезиядан кейін (сурет. 99) скальпельмен шырышты қабықтың тереңдігіне өтпелі қатпарлар бойынша кесу жүргізіледі (сурет. 100)

Сур. 99. Операция алдындағы вестибуланың жағдайы. Ерінді тарту кезінде ишемизацияның оң симптомы

Қайшылар кесу сызығынан ерінге дейін шамамен 10 мм шырышты қабығын аршады (сурет. 101).

Субмукозалы тіндердің кешені-бұлшықеттер, сіңірлер — Эдлан—Мейхердің әдісімен бірдей, периостеум бойымен фронтальды бөлімде 10 мм тереңдікке және бүйір бөлігінде 6-7 мм қозғалады (сурет. 102), сондай-ақ сымдар мен бұлшықеттердің жалғыз талшықтарын алып тастаңыз.



Сур. 100. Анестезиядан кейін периостеумға әсер етпестен шырышты қабықтың тереңдігіне өтпелі қатпар бойымен кесу жүргізіледі

Сур. 101. Еріннің қызыл жиегінің тарылуына жол бермеу үшін қайшымен шырышты қабықты жұмылдыру



Сур. 102. Перфоратордың периостеум бойымен субмукозалы тіндердің кешенін жаңа тереңдікке жылжыту



Сур. 103. Бақылау слизистого кесіндіні к надкостнице тігістерінің бірі кетгут тереңдігі алды

Шырышты қабық периостумға кетгут тігістерімен қалыптасқан вестибуланың тереңдігінде бекітіледі. Бұл жағдайда альвеолярлы процесте өте кең жара ақауы қалады (сурет. 103), ол қорғаныш таңғышпен жабылған (сурет. 104), қазіргі уақытта-дипле-алдыңғы әдістегідей жаңа фильм.



Сур. 104. "Диплен-Дент" қорғаныш пленкасын жараның бетіне салу

Бұл әдіспен емделу мерзімі шамамен 14 күн (сурет. 105 және 106). Жараның ақауы шамамен 8-12 см2 құрайды. Операция жоғарғы жақ үшін оңтайлы, өйткені төменгі жақта күшті бұлшықеттер мен сіңірлер көбінесе кейіннен алынған нәтижелерді едәуір теңестіре алады.

Туннельді вестибулопластика

Әдістеме елеулі кедергі есебінен араласудың жарақаттануын барынша азайту мақсатында әзірленген-

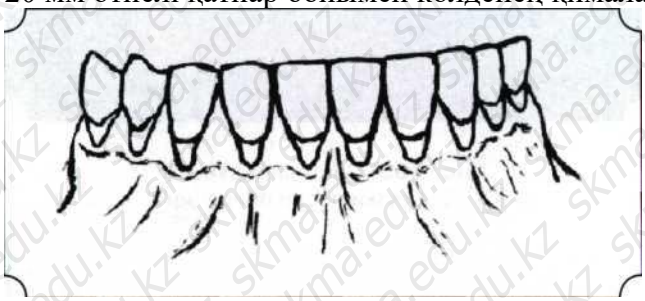


Сур. 105. Операциядан кейінгі 7-ші күндегі тіндердің жағдайы



Сур. 106. Операциядан кейін
15-ші күні емделу

операциядан кейінгі ақаудың ауданы [Грудянов А.и., Ерохин А. и., 2001].
Операция техникасы. Инфильтрациялық анестезиядан кейін (сурет. 107-109) ауыз қуысының вестибуласының орталық көпірінің бойымен оның бүкіл ұзындығына тік кесу жүргізіледі (бекітілген сағызға бекітілген жерден және ерінге бекітілген жерге дейін — шамамен 20-25 мм). Премолярлар аймағында ұзындығы шамамен 20 мм өтпелі қатпар бойымен көлденең қималар жасалады (сурет. 110).

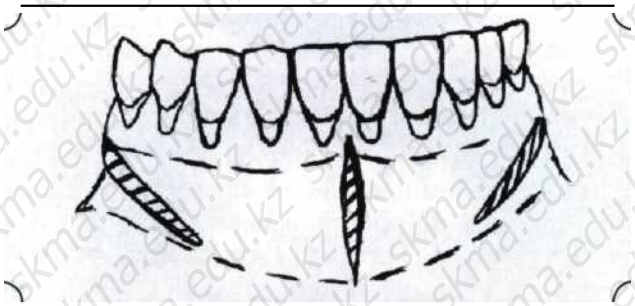


Сур. 107. Операция алдындағы күй. Инфильтрациялық анестезиядан кейін гидросепарация түрі бойынша шынайы тереңдік анықталады
Өткір жолмен бұрауышты немесе кең үтіктеуішті пайдаланып, шырышты қабығын аршыңыз
жұмыс істейтін аймақтың бүкіл ұзындығына субмукозалы тіндердің кешені (сурет. 111 және 2).
Субмукозалы тіндер, бұлшықет сымдары қайтадан бұрауыштың көмегімен бөлінеді
периостеум жоспарланған тереңдікке интрузинальды қол жетімділікпен.
Периостеумға бекітілгендердің қалмағанын көзбен және құралмен анықтаңыз бұлшықет сымдары (сурет. БІРІ).
Бұлшықет сымдарының қабыршақтану сызығы деңгейіндегі қабыршақтанған шырышты қабықтарды шырышты қабық арқылы периостеумға 10-12 мм қашықтықта бекітеді-

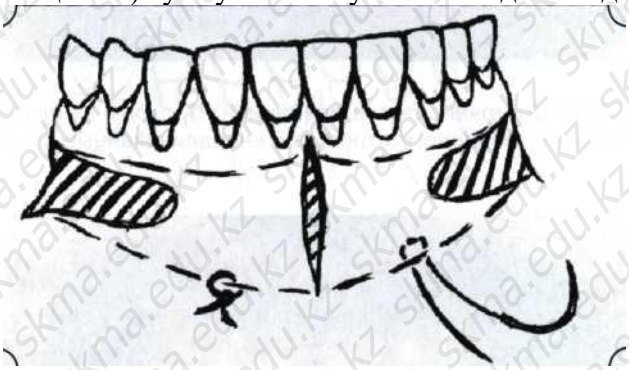


Сур. 108. Операция алдындағы күй. Альвеолярлы процестің мөлдір шырышты қабаты, жалпыланған рецессиялар

Сур. 109. Бойынша инфильтрациялық анестезия жүргізгеннен кейін гидросепарация түрі немесе" қозғалатын " инфильтрат анықталады
ауыз қуысы кіреберісінің шынайы тереңдігі



Сур. 110. Кесулер жүргізілгеннен кейін (премолярлар саласындағы орталық және екі қиғаш) субмукозалы туннель пайда болады



Сур. 111. Субмукозалы тіндердің кешенін жылжытқаннан кейін және бұлшық ет және дәнекер тіндік талшықтар шырышты қабықты тереңдіктегі периостеумға бекітеді қалыптасқан табалдырық

веолярлық жиек (суретті қараңыз. 111, 114). Тік кесу шырышты қабықты берілген тереңдікте периостеумға бекітіп, тігіледі. Көлденең қималар аймағындағы шырышты қабық периостеумға 5-8 мм қашықтықта (яғни, бөлінген бұлшықет байламдары мен салмақтар деңгейінде) Сағыз шетінен тігіледі (сурет. 115,116). Қалған жара учаскелеріне (жалпы ауданы 1,5-2,0 см2) "Диплен-Дента"қорғаныш пленкасы қолданылады.



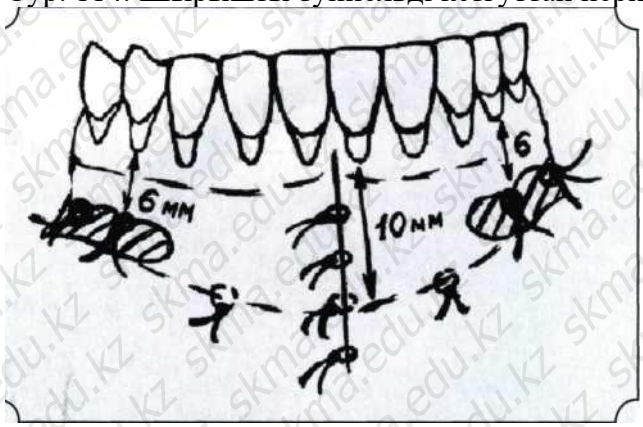
Сур. 112. Орталық және екі бүйірлік кесулерден кейін субмукозалы туннель пайда болады



Сур. 113. Интерстициальды қол жетімділік арқылы интерстициальды ұлпалардың кешені периостеум бойымен жылжытылып, периостеумға бекітілген талшықтарды толығымен кесіп тастайды



Сур. 114. Шырышты туннельді кетгуттан периостеумға тігістермен бекіту



Сур. 115. Орталық бөлік тігілген, шырышты қабық периостеумға бекітілген. Бүйір тіліктер аймағында айқын ісінудің алдын алу үшін шамалы жара ақауларын қалдырып, дәл солай жүргізіледі (щек шырышты қабығын жұмылдыру кезінде қатты тігуге болады)



Сур. 116. Орталық бөлік мықтап тігілген, бүйір бөліктерінде аздап жарақат ақаулары қалды

Бұл әдіспен емделу мерзімі-9-11 күн (сурет. 117, 118). Операциядан кейінгі кезеңдегі ауырсыну жарақат ақауын азайтуға байланысты іс жүзінде жоқ. Операция екі жақта да бірдей тиімді



Сур. 117. 2 аптадан кейін тіндердің жағдайы. операциядан кейін



Сур. 118. 6 айдан кейін вестибуланың жағдайы. вестибулопластикадан кейін

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар
5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз
1.Бақылау сұрақтары:
2.Белдіктер мен сымдардың пластикасы (Лимберг пен Гликман бойынша френулопластика);
3.Вестибулопластика (Кларк, Эдлан—Мейхер, туннель әдісі);
4.Рецессияны жою бойынша операциялар (аяғындағы орын ауыстырған қақпақшалар: коронарлық, бүйірлік, субэпителиалды палатиналық жамылғы).

№ 10 дәріс

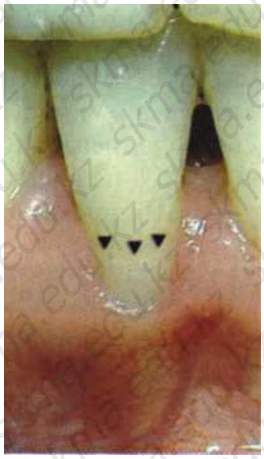
1. Тақырыбы: Сағыз рецессиясы. Рецессияларды жоюға бағытталған араласулар.
2. Мақсаты: Үстірт кариес клиникасын игеру
3. Дәріс тезистері.



Сур. 135. I сынып. Еркін қызыл иектің ішіндегі Рецессия (бе***Б*** ı кератинделген қызыл иекке қарағанда коронарлық). Тіс аралық аралықта қызыл иектің және/немесе сүйектің жоғалуы болмайды. Ішкі сынып А: тар (А). В кіші класы: кең (Б). Болжам: 100-ге жабылуы мүмкін %

А
Б

Сур. 136. II сынып. Бекітілген (кератинделген) Сағыз ішіндегі Рецессия. Тіс аралық аралықта қызыл иектің және/немесе сүйектің жоғалуы болмайды. Ішкі сынып А: тар (А). В кіші класы: кең (Б). Болжам: 100-ге жабылуы мүмкін %



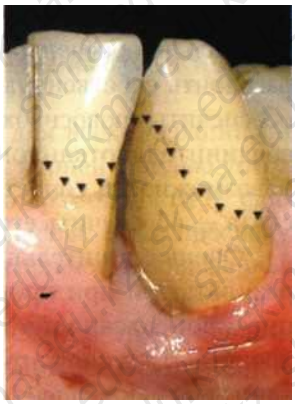




А

Сур. 137. Ill класы. II класс рецессиясы орта тістердің зақымдануымен (А) үйлеседі. Ішкі сынып: көрші тістердің қатысуымен (В). Болжам: түбірді 100% жабу мүмкін емес %***Б***

Сур. 138. IV сынып. Тіс аралық перинэумда қызыл иек пен сүйектің жоғалуы-дөңгелек. А қосалқы класы: тістердің шектеулі саны (А). В қосалқы класы: қызыл иектің жалпыланған көлденең жоғалуы (Б). Болжам: тамырдың жабылуы мүмкін емес **Б**	*А*





кейбір жағдайларда. Сонымен, тістердің тәждерінде айқын экватор болмаған кезде оны жасанды түрде жарықтандырылған материалдың немесе фанердің көмегімен көбейту керек; тігіс аймағында эмаль деформациясының болуы оларды тегістеу немесе жылтырату арқылы алып тастауды қамтиды.

Бұл операцияларды жүргізу мүмкіндігінің немесе орындылығының маңызды көрсеткіштерінің бірі-шырышты қабықтың қалыңдығы және оның қан айналымының қарқындылығы. Егер шырышты қабық өте жұқа болса, онда сирек кездесетін және жұқа тамырлар оңай көрінеді, содан кейін сіз бірден "конверт" әдістерінен және шырышты қабықтарды еркін трансплантациялаудан бас тартуыңыз керек. Бұл араласулар бастапқыда сәтсіздікке ұшырайды: біріншіден, сіз өзіңіздің шырышты қабығыңызды стратификациялай алмайсыз, тіпті қанмен қамтамасыз ете алмайсыз (яғни, тамырлардың өнуі)

екіншіден, төсектің шеттерін және шырышты қабықты сәйкестендіре алмауына байланысты — оның трофикасын қамтамасыз ету.

Кепілдік берілген нәтиженің өте күмәнді мүмкіндігі және ең "терминалға қарсы емес" болып көрінетін коронарлық араластыру операциясын жүргізу кезінде. Себебі .бұл жұмсақ тіндердің кейіннен мыжылуы, ол әсіресе жұқа сынықтарда үлкен.

Сондықтан, мұндай жағдайларда, операция жасамас бұрын, шырышты қабықты және периостеумды және араласу аймағын әдеттегі иньекциялық инемен тесу арқылы ынталандыруды ұсынамыз (фильтрациялық анестезиямен). 2 апталық аралықпен кемінде 3 ем жүргізу керек (пункциялар әр уақытта араласу гүліне 3-4 мм қашықтықта қолданылады). Егер жиынтықтан кейін шырышты қабықтың қалыңдатылуына қол жеткізуге болатын болса (шырышты қабаттың қалыңдығы пункция әдісімен де анықталады), онда тек араласу мәселесін шешуге болады. Егер жоқ болса, онда операциядан бас тартып, тек бекітілген Сағыз аймағын кеңейтумен және құлдырауды бәсеңдету (және егер сәттілік болса, тоқтата тұру) үшін барлық мүмкін себептерді, атап айтқанда травматикалық факторларды жоюмен шектелгеніңіз жөн.

Кез-келген техниканы таңдағанда, қабылдау төсегін дайындаудың негізгі ережелерін сақтау керек, атап айтқанда: тіс шөгінділерін мұқият алып тастау, тістердің тамырларын тегістеу және жылтырату, содан кейін олардың биомодификациясы. Бұл жағдайда араласу аймағындағы шырышты-периостеальды қақпақтың қалыңдығы кем дегенде 1,5 мм болғаны жөн.

Коронарлық ығысқан жамылғы [1976]

Коронарлық ығыстырылған жамылғы - бұл техникалық тұрғыдан қарапайым манипуляциялардың бірі.

Көрсеткіштер осы типтегі барлық операциялар үшін жиі кездеседі: косметикалық ақауды жою үшін жалаңаш тамырларды жабу, мүмкін болса, қызыл иектің контурын қалыптастыру. Әдетте, жоғары сезімталдықты жою мақсаты-тістердің жалаңаш мойындары.

Бұл операцияның қажетті шарты-ені кемінде 5 мм бекітілген Сағыз аймағының болуы. осы әдісті қолдана отырып, бір және бірнеше рецессияны жоюға болады. Техникалық орындаудың жеткілікті қарапайымдылығына байланысты бұл әдіс ең көп таралған.

Басқа әдістер сияқты, ешқандай жағдайда да қақпақты тесуге болмайды! Бұл оның некрозына және проблеманың ауырлауына әкеледі.

Кератинделген қызыл иектің жеткілікті аймағы болмаған жағдайда алдымен вестибулопластиканы жүргізу керек.

Сур. 139. 1-3 және 1-4 салаларда Миллер бойынша II класс рецессиясы.

Бекітілген сағыздың ені тереңдігі 7-8 мм. бұрын Кларк бойымен вестибулопластика жасалды

Операция техникасы. Анестезиядан кейін (сурет. 139) екі параллель тік тіліктер жүргізеді, оларды біріктіру үшін — фестончатый қырықаралық шабылған тілім.

Осыдан кейін, қабық қабығы алынып, жұмылдырылып, периостеумның түбіне кесіледі (сурет. 140).



Сур. 140. Анестезиядан кейін трапеция тәрізді шырышты-периостеальды қабық бөлініп, жұмылдырылады. Тамыр беттері тегістелген, биомодификация жүргізіледі



Сур. 141. Лоскут смещают коронарно. Операциядан кейінгі ретракцияның алдын алу үшін тігістер эмаль-цемент қосылысынан 1-2 мм жоғары қолданылады

Сур. 142. Облыстың жағдайы 1-3 және 1-4 арқылы 6 ай. операциядан кейін

Тамырлардың жалаңаш беттері механикалық және химиялық өңделеді (ТНС биомодификациясы).

Қақпақ оның шеті эмаль-цемент шекарасынан 1 мм жоғары болатындай етіп жылжытылады (сурет. 141) және осы позицияда тігістермен бекітіледі (сурет. 142).

Бүйірлік ығысу әдісі [1964]

Бүйірлік ығысу әдісі де өте күрделі емес. Негізінен орташа ені бар бір тар рецессияны жабуға арналған. Басқа жағдайларда оны қолдануға болмайды.

Операция техникасы. Анестезиядан кейін (сурет. 143) жалаңаш тамырдың айналасында V-тәрізді кесу жүргізіліп, шеткі эпителий мен дәнекер тінін шығарады (сурет. 144). Донорлық құрсауды жоспарлау кезінде оның қабылдаушы төсектен 2-4 есе кең болуы керек екенін ескеру қажет. Бір жағынан V-Об-түрлі кесінділердің жиегімен, екінші жағынан донорлық учаскедегі тік кесіндімен біріктірілген фестончатты парасулькулярлық кесінді жасалады.



Сур. 143. Операцияға дейінгі жағдай. Рецессия және облыста 23 және облыста I сынып 24



Сур. 144. Жалаңаш тамырдың айналасында V - тәрізді кесу жүргізілді
23. шеткі эпителий және дәнекер тін кесілген. Кесу
сағыздың "жағасы"сақтала отырып, 26-ға дейін ұзартылды

Қақпақ оның дистальды бөлігі тек шырышты қабықтан тұратын етіп бөлінеді, ал рецессияны жабатын бөлік толық қабатты, яғни периостеуммен бірге шырышты қабаттан тұрады (күріш. 145, 146). Бұл донорлық аймақтағы операциядан кейінгі құлдыраудың алдын алады және оның үлкен механикалық тұрақтылығын қамтамасыз етеді.

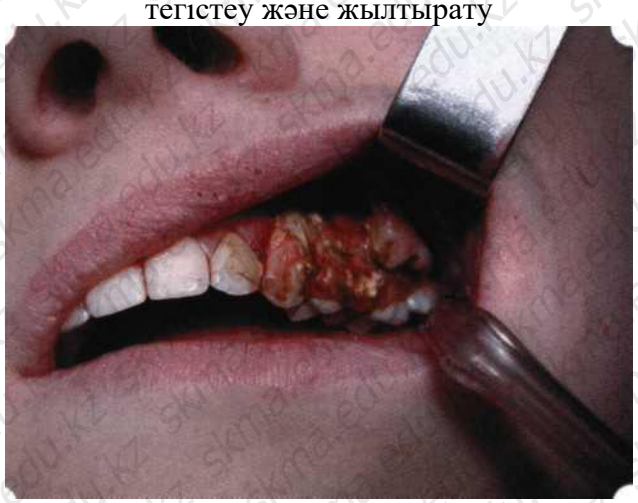


Сур. 145. Қабыршақтың медиальды бөлігі шырышты-периостеальды, ал дистальды бөлігі тек шырышты (донорлық аймақтағы рецессияның алдын алу үшін) болатындай етіп қабыршақтанған және жұмылдырылған

Жалаңаш тамыр беті механикалық өңделеді (сурет. 147) және химиялық модификацияланған (сурет. 148). Кесілген эпителий мен дәнекер тін алынып тасталады. Қақпақ жұмылдырылады, жылжытылады, тамырдың жалаңаш бетіне қойылады, тіс тәжінің шетін 1,5-2,0 мм жауып, тігістермен бекітіледі (5-0 немесе 6-0) (сурет. 149). Алғашқы 7 күнде қорғаныс таңғышын қолданған жөн (сурет. 150). Тігістер 14-ші күні алынып тасталады (сурет. 151, 152).

Сур. 146. Кесіндіні жалаңаш тамырға салу кезінде керілудің болмауы тексеріледі

Сур. 147. Түбір беттерін пародонтологиялық бормен тегістеу және жылтырату



Сур. 148. 5 мин ішінде ДГХ тамыр беттерінің биомодификациясы



Сур. 149. Антисептикалық емдеуден кейін тік, содан кейін көлденең кесу тігіледі



Сур. 150. Операциялық жараның үстіне Мөлдір пародонтальды жарықтандырылған Баррикаде таңғыш бекітілген



Сур. 151. Тігістерді алу алдында операциядан кейін 14-ші тәулікте тіндердің жай-күйі



Сур. 152. 6 айдан кейінгі жағдай. араласудан кейін

Субэпителиалды палатиналық жапқышты қолдана отырып, "конверт" әдісі

Кең рецессияны жабу үшін субэпителиалды палатиналық жапқышты қолданатын" конверт " әдісі [1985]. Айта кету керек, бұл операцияның әдістемесі техникалық тұрғыдан күрделі, сондықтан оны орындау дәрігердің жеткілікті тәжірибесін қажет етеді.

Оның артықшылығы-кесілген қақпақты бір уақытта бірнеше рецессияны жабу үшін пайдалануға болады. Бұл әдіспен таңдайдың жарақаты шамалы болса да, қан кету өте ауыр болуы мүмкін. Сонымен қатар, рецессияның шеттеріндегі сағыздың қалыңдығы кем дегенде 1,5 мм болуы керек, сондықтан оны кесіп, осы кеңістікке жамылғы қою керек. Сондықтан, негізгі қарсы көрсеткіш-жұқа Сағыз.

Донорлық аймақтың құрылымдық ерекшеліктерін ескеру қажет: кең және таяз аспанда палатиналық артерияның зақымдану қаупі бар.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз

6.Контольдік сұрақтар:

1.Миллер бойынша Сағыз рецессиясының жіктелуі;

2.Рецессияларды жоюға бағытталған әдістемелер;

3.Рецессияны жою бойынша операциялар (аяғындағы орын ауыстырған қақпақшалар: коронарлық, бүйірлік, субэпителиалды палатиналық жамылғы).

№ 11 дәріс

1. Тақырыбы: реактивті-дистрофиялық сілекей аурулары. Сиалоаденоздар. Сьегрен синдромы, Микулич ауруы.

2. Мақсаты: сілекейдің реактивті-дистрофиялық ауруларын зерттеу. Сиалоаденоздар. Сьегрен синдромы, Микулич ауруы.

3. Дәріс тезистері.

Сілекей бездері физиологиялық және патологиялық сипаттағы әртүрлі процестерге жауап береді (жүктілік, менопауза, ас қорыту, Эндокриндік жүйелер, дәнекер тіндері және т.б.). Мүмкін, патологиялық сиалоаденоз және дене аурулары жалпы, генетикалық негізделген себептерге ие.

Сілекей бездеріндегі реактивті-дистрофиялық өзгерістер олардың ұлғаюымен, экскреторлық және секреторлық функциялардың бұзылуымен көрінеді. Кейде ұзақ уақыт бойы сиалоаденозға әкелетін патологиялық процесті анықтау мүмкін емес. Мұндай жағдайларда сілекей бездерінің өзгеруі жалпы

ауруды анықтау үшін науқасты тексеруге себеп болуы керек. Жалпы аурудың белгілері науқасты диспансерлік динамикалық бақылау кезінде пайда болуы мүмкін.

Сілекей бездерінің дистрофиялық аурулары тобы бар, олардың белгілері әрдайым басқа органдардың зақымдалуымен біріктіріледі. Оларға сілекей бездерінің дисфункциясы (гипер-және гипосаливация, Микулич синдромы немесе ауруы, Сьегрен синдромы немесе ауруы, херфорд синдромы, Кюттнер синдромы, метаболикалық синдром

ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ

Гиперсаливация (сиалорея, птиализм) — сілекейдің жоғарылауы. Сілекей бездерінің секрециясының жоғарылауы әртүрлі аурулармен байланысты. Сонымен, гиперсаливация стоматит, одонтогендік қабыну аурулары, асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасы, гельминтикалық инвазия, қорғасынмен улану, сынап, жүкті әйелдердің токсикозы және т. б. науқастарда байқалады.

Парасимпатикалық жүйке жүйесінің ауруы сонымен қатар рефлекторлық процесс ретінде көрінетін шынайы гиперсаливацияға әкеледі. Еркектерде бұл әйелдерге қарағанда жиі кездеседі. Ми ісігі кезінде гиперсаливация диагностикалық және болжамды симптом ретінде қызмет етеді. Гиперсаливация Паркинсон ауруы кезінде және эпидемиялық энцефалиттен кейін байқалады. Мұндай жағдайларда негізгі ауруды емдеу жүргізіледі.

Гиперсаливация пациенттердің мол сілекейге шағымымен сипатталады, бұл әрдайым дұрыс емес және кейде сілекей бездерінің қалыпты секреторлық функциясымен байқалады. Мұндай адамдарда, емтихан көрсеткендей, тілдің немесе ауыз қуысының түбінің, булбарлы сал ауруының салдарынан жұту әрекеті бұзылуы мүмкін. Оларға аузында жиналған сілекей кедергі келтіреді және олар оның қалыпты мөлшерін көп мөлшерде алады. Көбіктенетін сілекей оның көптігі сезімін тудыруы мүмкін.

ГИПОСАЛИВАЦИЯ

Гипосаливация (гипосиалия, олигоптиализм, олигосиалия) сілекей секрециясының төмендеуімен сипатталады. Бұл көбінесе ауыз қуысында құрғауға әкеледі-ксеростомия. Уақытша құбылыс ретінде Гипосаливация дизентерия, іш сүзегі, эпидемиялық гепатит сияқты өткір жұқпалы ауруларда пайда болуы мүмкін, сонымен қатар ас қорыту жүйесінің кейбір ауруларында байқалады: созылмалы гастрит, гепатохолецистит. Сілекей секрециясы кейбір эндокриндік бұзылуларда төмендейді: гипотиреоз, патологиялық гипогонадизм, қант диабеті, сондай-ақ физиологиялық менопауза, витамин тапшылығы, анемия, жүйке жүйесінің ауруы (церебросклероз).

Сьегрен синдромы (ауруы) бар науқастарда ксеростомия жетекші симптом ретінде қызмет етеді.

Емханаға көмек сұраған кейбір пациенттерде гипосаливация мен ксеростомияның себебін анықтау мүмкін емес, бірақ оларды динамикалық бақылау арқылы анықтауға болады.

Ксеростомияның үш кезеңі клиникалық түрде ажыратылады: бастапқы, клиникалық және кеш, бұл сілекей бездерінің дисфункциясының үш сатысына сәйкес келеді: бірінші, екінші және үшінші. Ксеростомияның бастапқы кезеңінде кейбір пациенттер құрғақтыққа шағым жасамай, тілдегі, ауыздың шырышты қабығындағы ауырсыну немесе ыңғайсыздық туралы шағымданады, ал басқалары ауыз қуысының шырышты қабығының мезгіл-мезгіл пайда болатын құрғақтық сезімін, әсіресе сөйлескен кезде атап өтеді. Аузында аз мөлшерде сілекей кездеседі, шырышты қабық орташа ылғалды, қалыпты қызғылт түске ие, сілекей бездерінің каналынан массаж кезінде қарапайым немесе қалыпты мөлшерде мөлдір құпия шығады.

Сиалометрия нәтижелері пациенттерде саливацияны норманың төменгі шегінде анықтауға мүмкіндік береді. Сілекей бездерінің секрециясын цитологиялық зерттеу кезінде жалпақ және цилиндрлік эпителий жасушаларының қалыпты мөлшерінен көп мөлшері байқалады.

Ксеростомияның клиникалық айқын сатысында науқастар ауыз қуысының құрғақтығымен, әсіресе тамақтану немесе ұзақ сөйлесу кезінде үнемі мазасызданады, бұл эмоционалды шиеленіспен күшейеді. Ауыз қуысын тексеру кезінде шырышты қабық қалыпты қызғылт түсті, аздап ылғалданған, бос сілекей аз (ол көбіктенеді) немесе жоқ. Сілекей безін уқалау кезінде түтіктен мөлдір сілекейдің бірнеше тамшысын алуға болады. Сілекей бездерінің секрециясын цитологиялық зерттеу кезінде шырышты

шығаратын құмыра жасушаларының пайда болуы байқалады, бұл жасушалардың саны бездің секреторлық қызметі төмендеген сайын артады.
Кеш сатыдағы ксеростомиямен ауыратын науқастарда ауыз қуысындағы тұрақты құрғақтықтан басқа, тамақтану кезінде ауырсыну және аузында жану сезімі байқалады, әсіресе ащы және тұзды тағамдарды қабылдау кезінде. Безді қарқынды массаж жасағанда да түтіктерден сілекей алу мүмкін емес. Науқастардың бұл тобында катаральды гингивит, глоссит, созылмалы паренхималық паротит белгілері немесе Сьегрен ауруының (синдром) белгілері жиі кездеседі. Сиалометриямен сілекей әдетте алынбайды. Сілекейдің цитологиялық соққыларында көптеген жасушалық элементтер, соның ішінде атриальды кубты эпителий жасушалары болады.
Гипосаливация және ксеростомиямен ауыратын науқастарды емдеу айтарлықтай қиындықтар туғызады, өйткені олардың көпшілігінде аурудың этиологиясы белгісіз. Терапиялық шаралар ксеростомияның себебі болып табылатын негізгі ауруды міндетті түрде емдей отырып, сілекейді ынталандыруға бағытталуы керек.
Аурудың бастапқы кезеңінде бездердің қызметін ынталандыру үшін сілекей бездері аймағында калий йодиді электрофорез немесе электрофорез жүргізіледі. Клиникалық айқын және кеш сатыларда емдеуді гальванизациямен кезектесіп сілекей бездері аумағындағы новокаин блокадасынан бастау керек. Емдеу үшін Сіз галантаминнің 1% ерітіндісін (Сьегрен синдромы бар науқастардан басқа) 1 мл тері астына инъекция түрінде (барлығы 30) немесе электрофорез арқылы қолдануға болады. Емдеу нәтижелерін бағалау, әдетте, пациенттердің әл-ауқатына, ауыз қуысының шырышты қабатына, сондай-ақ үлкен және кіші сілекей бездерінің қызметін арттыруға негізделген. Ксеростомияны кешенді емдеуде алмастырушы емді де қолдану керек: ауыз қуысының шырышты қабығын лизоцим♠ ерітіндісімен ылғалдандыру, өсімдік майымен немесе түрлі гельдермен майлау.

СИНДРОМ
ШЕГРЕНА

Сьегрен синдромы-бұл симптомдық кешенді сипаттаған Швед офтальмологы H. S. Sjogren. Аурудың аутоиммунды және неопластикалық бұзылулардың белгілері бар. Сьегрен синдромы ревматоидты артритпен, дәнекер тінінің диффузды ауруларымен, гепатобилиарлы аурулармен, Хашимото тиреоидитімен және басқа аутоиммунды процестермен бірге жүреді.
Сьегрен синдромы мен ауруы оқшауланған, соңғы жағдайда ревматоидты артрит, жүйелі қызыл лупус және склеродерма байқалмайды. Сьегрен ауруы ревматикалық ауруларды дәнекер тінінің диффузды аурулары тобына жіктеуге енгізілген. Бұл ауру дәнекер тінінің диффузды аурулары арасында ревматизм мен ревматоидты артриттен кейінгі үшінші орында.
Сьегрен синдромы (ауру) негізінен 20-50 жас аралығындағы әйелдерде кездеседі, балаларда өте сирек кездеседі. Сьегрен синдромының дәнекер тінінің диффузды ауруларында таралуы, әр түрлі авторлардың пікірінше, 50 - ден 100% - ға дейін.

Этиологиясы

Аурудың этиологиясы белгісіз. Процестің аутоиммундық сипаты туралы гипотеза ең танымал. Аутоиммундық бұзылуларға бірнеше элементтер кіреді: Т-тәуелді лимфоциттердің әсерінен болатын генетикалық және иммунологиялық бақылау, мүмкін цитомегаловирустық инфекция, жыныстық гормондардың иммундық реттеуге әсері, стресстің иммундық жауапқа әсері.

ПАТОМОРФОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІС

Аурудың негізгі патогенді белгісі-үлкен және кіші сілекей бездерінің паренхимасын алмастыратын және бұзатын лимфоплазмалық жасушалық инфильтрация. Морфологиялық көріністі талдау кезінде соңғы бөлімдердің өзгерістері, жолдардың жағдайы (қабырғаның бұзылуы, эпителийдің пролиферациясы), жасушааралық және перидуктальды дәнекер тінінің, лимфоидты инфильтрация дәрежесі ескеріледі. Лимфоидты инфильтрация қарқындылығын дәрежелер бойынша бағалайды:
I-фокуста 50-ден астам лимфоциттердің жинақталуы (ошақтық инфильтрация);

II-фокальды диффузды инфильтрация, онда ішінара лимфоидты тінмен алмастырылған лобуланың жанында салыстырмалы түрде сақталған лобула орналасуы мүмкін;
III-бездің ұлпасын алмастыратын диффузды инфильтрация.
Фибриноидты өзгеріс және интердолярлы және перидуктальды тіндердің мукоидты ісінуі түрінде дәнекер тінінің бұзылу белгілері, өнімді васкулиттер Сьегрен синдромына ревматоидты артритпен бірге тән. Сьегрен синдромында, лупуспен бірге, дәнекер тінінің бұзылу белгілерінен басқа, инфильтрат жасушаларында ядролардың патологиясы, эпителий қабатының түтікке ағуы, геморрагия, без тінінің майлы дегенерациясы жиі байқалады. Сьегрен синдромында жүйелік склеродермиямен бірге склероз басым болады, ол эпителий төсемінің тегістелуі, склероз аясында каналдардың кеңеюі мен тарылуын қамтитын сақиналар түрінде тығыз біртекті ұлпадан тұрады.
Сьегрен синдромының клиникалық көрінісі әртүрлі және процестің сатысына байланысты. Ауру мен синдромның келесі кезеңдері бөлінеді:бастапқы, клиникалық және кеш.
Сьегрен ауруы бар пациенттерде айқын (62,5%) және кеш (30%) сатылары, ал синдроммен — бастапқы (49,1%) және айқын (41%) сатылары басым. Осыған байланысты аурудың негізгі белгілері негізінен Сьегрен синдромына қарағанда ауруы бар науқастарды алаңдатады.
Әдетте синдромның және Сьегрен ауруының негізгі ("үлкен") белгілері бөлінеді. Оларға сілекей бездерінің зақымдалуымен байланысты клиникалық белгілер жатады: ксеростомия, сілекей бездерінің ұлғаюы (негізінен паротит), созылмалы паренхималық паротит. "Үлкендерден" бұрын пайда болатын және сілекей бездерінің ерте, клиникаға дейінгі, өзгеруінің салдары болып табылатын "кішкентай" белгілерге бірнеше іргелес кариес, еріннің қызыл шекарасының құрғауы, қоңыздар, стоматит (саңырауқұлақ, вирустық, травматикалық, атрофиялық), аймақтық лимфа түйіндерінің ұлғаюы (субмандибулярлы, жатыр мойны, суправлярлы және субклавиялық)жатады..
Аурудың бастапқы кезеңі диагноз қою үшін ең қиын және көп жағдайда пациенттердің жағдайына бейімделуіне байланысты анықталмайды. Ауыздың құрғауы пациенттерді аз алаңдатады, тек мақсатты сауалнамамен науқаста ауыздың мезгіл-мезгіл құрғауы, аузында сілекейді тілмен таратқысы келетінін анықтауға болады. Бұл шағымдар әдетте физикалық немесе эмоционалды шиеленісте пайда болады. Науқастарды эмальдың жоғары сезімталдығы және тістің тез бұзылуы алаңдатуы мүмкін. Сілекей бездерінің зақымдануының клиникалық мәліметтері жоқ, кейде пациенттер бұл аймақта ыңғайсыздық сезімін, паротит аймағын оқшаулауды қалайды. Паротит бездерінің ұлғаюы шамалы болуы мүмкін, тек пальпация кезінде анықталады.
Сілекей бездерін функционалды зерттеу кезінде норманың төменгі шектері немесе тұзданудың аздап төмендеуі анықталады (орташа 2 мл 2,5–6,0 мл). Сиалограммаларда паренхимада ұсақ нүктелі (1 мм–ге дейін) қуыстар, IV-V ретті каналдардың қарама-қайшылығының болмауы анықталады.
Кіші сілекей бездерінің биоптаттарын морфологиялық зерттеу кезінде фокуста 50 жасушадан аспайтын лимфоидты инфильтрат анықталады, ол негізінен перидуктальды түрде орналасады
Аурудың және Сьегрен синдромының айқын кезеңі науқастардың ауыздың құрғауына, құрғақ тамақты ішу қажеттілігіне, сілекей бездерінің едәуір ұлғаюымен паротиттің жиі өршуіне, дене температурасының жоғарылауына және жалпы жағдайдың нашарлауына байланысты басым шағымдарымен сипатталады.
Тексеру кезінде паротит бездерінің ұлғаюы анықталады, пальпация кезінде олар тығыздалады, кейде лобулярлы құрылым. Паротит күшейгеннен кейін бездердің мөлшері анатомиялық мөлшерден жоғары болады.
Ауыз қуысында кариестің дамуы анықталады, көбінесе бір тісте 3-4 толтырғыш болады, ішінара қайталама адентия байқалады. Ауыз қуысының шырышты қабығының дисбактериозы байқалады:Lactobacillus, Streptococcus mutans, ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар тектес микроорганизмдердің жоғары құрамының бір типті бағыты бар биоценоздың бұзылуы.. Сьегрен синдромы бар науқастарда бұл клиникалық белгілер ауруға қарағанда оңай жүреді, бұл бірлескен

ревматикалық ауруды емдеумен байланысты болуы мүмкін. Паротиттің өршуі Сьегрен синдромына (11%) қарағанда ауруы бар науқастарда (43%) жиі байқалады.

Сиалометрияға сәйкес секрецияның одан әрі төмендеуі диагноз қойылады (II сатыдағы ксеростомия), қабыну тұнбасы секрецияда анықталады. Сиалограммаларда көптеген ұсақ және орта қуыстар (диаметрі 3 мм–ге дейін), II-III ретті түтіктердің анық емес контурлары, паротит каналы әдетте көп өзгеріссіз кездеседі.

Кіші сілекей бездерінің патоморфологиялық өзгерістері лимфоциттердің олардың қабырғасына енуімен ішілік жолдардың бұзылуымен, ацинустарда секрецияның төмендеуімен, кисталардың пайда болуымен секрецияның тоқырауымен, без лобуласының бір бөлігін алмастыратын фокальды диффузды инфильтрацияның басым болуымен сипатталады.

Аурудың кеш сатысы Сьегрен ауруы бар пациенттерде (30%), ревматоидты артритпен (13%) бірге синдроммен жиі диагноз қойылады. Сьегрен синдромының кеш кезеңі жүйелі қызыл жегі мен жүйелік склеродермиямен бірге сирек байқалады.

Науқастың негізгі шағымы-ауыздың қатты құрғауы. Науқастар үнемі шаю үшін өздерімен бірге сұйықтық бөтелкесін алып жүреді. Олар ауыз қуысының шырышты қабығының күйіп кетуіне байланысты ыстық немесе ащы тағамдарды жей алмайды. Паротиттің өршу жиілігі төмендейді, әсіресе Сьегрен ауруы кезінде.

Кеш сатысында паротит бездерінің ұлғаюы шамалы, сілекей бездері атрофиялық болуы мүмкін. Олардың айқын өсуі сирек байқалады, әсіресе лимфоманың дамуымен. Кейбір науқастарда шырышты қабық кератинизация белгілерін алуы мүмкін. Тістердің тез жоғалуы байқалады. Көбінесе жас науқастарда бұрын жақсы өңделген тістердің тамыры ғана қалады. Сиалометриямен сілекей алу мүмкін емес. Төменгі еріннің кішкентай сілекей бездерінің айтарлықтай төмендеуі немесе толық жоғалуы байқалады. Сиалограммаларда паренхималық паротитке сәйкес келетін өзгерістер байқалады, кейде сиалодохитпен бірге, сондай-ақ біркелкі емес айқын контурлары бар үлкен қуыстар, кішкентай калибрлі каналдар анықталмайды, паротит каналының контурларының бұлыңғырлығы, үзілуі түрінде өзгерістер болады.

Кіші сілекей бездерін морфологиялық зерттеу кезінде кейбір лобулалардың толық алмастырылуымен инфильтраттың түзілуі, дәнекер тінінің склерозы және майлы қайта құрылуы анықталады. Лимфоидты инфильтрацияның ауырлығы ауру кезінде де, Сьегрен синдромында да ревматоидты артритпен бірге, әлсіз — синдромы бар науқастарда жүйелі қызыл жегі мен жүйелік склеродермиямен бірге.

Сьегрен ауруының кеш сатысында паротит бездерінің едәуір ұлғаюымен, сондай-ақ осы зертханалық көрсеткіштердің төмендеуімен неопластикалық ауруға (қатерлі лимфома) көшу мүмкін.

Емдеу

Ауру және Сьегрен синдромы бар науқастарды емдеу қиын міндет болып табылады және ревматологиялық клиникада жүргізілуі керек. Аурудың сатысына және ағымының белсенділігіне байланысты күніне 5-10 мг Преднизолон тағайындалады. Шағын дозалармен мұндай әсер көптеген жылдар бойы жүргізілуі керек.

Жалпы емдеумен қатар, әр тамақтан кейін барлық кезеңдерде ауыз қуысына күтім жасалады, оның ішінде антисептиктер, микробқа қарсы, қабынуға қарсы және эпителизациялық препараттар қолданылады. Антисептик ретінде сіз ауыз қуысын калий перманганаты, нитрофурал (фурацилин♠), 3% сутегі асқын ерітіндісімен суаруды қолдана аласыз.

Дисбактериоздың немесе кандидомикоздың айқын клиникалық көріністері жағдайында нистатин, леварин, деквалиний хлориді (декамин♠) немесе олардың майлары тағайындалады. Солкосерил♠, диоксометилтетрагидропиримидин (метилурацил жақпа♠) және актовегин жақпа♠, теңіз шырғанақ майы, тас жеміс және басқа да хош иісті шөптер түймедақ отварын қолданғанда оң нәтижелер байқалды.

Аурудың айқын және кеш кезеңдерінде қолдау көрсететін жалпы емдеу қан анализін бақылау арқылы аз мөлшерде Преднизолон мен хлорамбуцил (хлорбутин♠) тағайындауды қамтиды. Жүйелік

көріністерде едәуір жоғары дозаларды қолдану қажет, аурудың ауыр көріністері (жалпыланған лимфаденопатия, ойық жаралы некротикалық васкулит, цереброваскулит, криоглобулинемия) жағдайында преднизолонмен пульс-терапияны және преднизолонды цитостатиктермен біріктіруді қолдана отырып, қарқынды емдеу көрсетілген. Сьегрен синдромы және ауруы бар пациенттерді емдеуді стоматолог, офтальмолог, гастроэнтеролог сияқты мамандардың және қандай да бір органдар мен жүйелердің зақымдануына байланысты басқа мамандықтар дәрігерлерінің бақылауымен жүргізу қажет.

Цитостатиктермен емдеу аясында паротит асқынған жағдайда оларды тоқтату, емдеуге стероид емес қабынуға қарсы препараттарды (ибупрофен) қосу, Преднизолон дозасын төмендетпеу қажет. 1 мл 0,5% новокаин♠ немесе 2% лидокаин ерітіндісінде ерітілген 20 000 бірлік тасымалданатын антибиотикті ішілік енгізу ұсынылады. Паротит аймағының новокаин блокадасы жақсы әсер етеді.

Созылмалы паротитті емдеудің жақсы нәтижелері 30% диметилсульфоксид ерітіндісін (димексид♠) компресс түрінде, сондай-ақ паротит каналына Метилпреднизолон глюкокортикоидін (метипредед♠) ішілік енгізу арқылы алынды.

Сақтау үшін тістерді тіс-қызылиек науасына 1 мм көмілген тәждермен жабу керек.

Сьегрен ауруы бар пациенттерде үлкен сілекей бездерін алып тастау және рентген терапиясын жүргізу іс жүзінде мүмкін емес, өйткені олар ксеростомияны күшейтеді және жақсы лимфопролиферативті аурудың қатерлі ісігі қаупін арттырады.

Дер кезінде емдеу шараларын жүргізген жағдайда Шегрен ауруы кезіндегі болжам емдеуден бас тартқан науқастарға қарағанда анағұрлым қолайлы. Кеш басталған емдеу ауыр офтальмологиялық, стоматологиялық, аурудың жүйелік көріністерінің тез дамуына және кейіннен мүгедектікке әкеледі.

МИКУЛИЧ АУРУЫ

Микулич ауруы-бұл барлық сілекей және лакримальды бездердің ұлғаюымен бірге жүретін ауру.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Сирек ауру тек ересектерде, негізінен әйелдерде байқалады. Әдетте қан аурулары, эндокриндік бұзылулары бар науқастарда диагноз қойылады.

ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕЗІ

Этиологиясы белгісіз, олар вирустық инфекцияны, сондай-ақ қан ауруын (лимфогрануломатоз) болжайды.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІС

Клиникалық көрініс барлық сілекей мен лакрималды бездердің баяу және ауыртпалықсыз ұлғаюымен сипатталады. Сьегрен синдромы бар науқастардан айырмашылығы сілекей және лакрималды бездердің қызметі өзгермейді. Ішкі ағзалардың зақымдану белгілері анықталмайды.

Микулич синдромында қан жүйесіндегі лимфопролиферативті өзгерістер диагноз қойылады. Зәрдің зертханалық көрсеткіштері қалыпты шектерде қалады. Сиалограммаларда без жолдарының тарылуымен интерстициальды сиаладенит белгілері анықталады. Сілекей және лакримальды бездердің биоптаттарында айқын лимфоидты инфильтрат анықталады, олар каналдарды қысып, базальды мембраналарды бұзбай және ацинарлы тіндерді алмастырмайды.

Емдеу

Микулич ауруын емдеу негізінен симптоматикалық болып табылады. Рентген терапиясы, Прокаин блокадасы, галантамин инъекциясы және т.б. емдеу сілекей бездерінің ұзақ уақыт ішінде едәуір төмендеуі, ксеростомия және сиаладениттің өршуі жағдайында тиімді деп саналады. Болжам қолайсыз. Жиі қайталану бар. Бақылау динамикасында ағзадағы әртүрлі қан аурулары немесе басқа ауыр патологиялық процестер анықталады.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз

6. Контольдік сұрақтар:

1.Сілекей бездерінің реактивті-дистрофиялық аурулары.

2.Реактивті-дистрофиялық аурулардың этиологиясы, патогенезі.
3.Реактивті дистрофиялық ауруларды емдеу, алдын-алу және болжау.

№ 12 дәріс

1. Тақырыбы: Сиаладенит және сілекей тас ауруы.

2. Мақсаты: клиниканы, патогенезді, сиаладенит пен сілекей тас ауруының этиологиясын зерттеу.

3. Дәріс тезистері.

Сілекей бездерінің аурулары халықаралық аурулар классификациясының бүкіл бөліміне арналған:

К 11 сілекей бездерінің аурулары
К 11.0 сілекей безінің атрофиясы
К 11.1. Сілекей безінің гипертрофиясы
К 11.2. Сиалоаденит
К 11.3. Сілекей безінің абсцессі
К 11.4. Сілекей безінің фистуласы
К 11.5. Сиалолитиаз. Сілекей ағысындағы тас.
К 11.6. Сілекей безінің Мукоцеле. Ранула (шырышты ретенциялық киста, эксудаты бар шырышты киста, сілекей безінің анықталмаған мукоцелесі)
К 11.7. Сілекей эжелезі секрециясының бұзылуы (гипосекреция, ксеростомия, гиперсекреция-птиализм, сілекей бездерінің басқа да анықталған және анықталмаған бұзылулары)
К 11.8. Сілекей бездерінің басқа аурулары (сілекей безінің қатерлі, лимфоэпителиалды зақымдануы, Микулич ауруы, стеноз /тарылу/ сілекей каналының тарылуы. Сиалэктазия, сиалоз, некротикалық сиалометаплазия, сілекей бездерінің басқа анықталған аурулары).

Айта кету керек, "Сиалоаденит" бөлімінен паротит алынып тасталды және "басқа вирустық ауруларға" ауыстырылды (В, 26), бірақ оның сипаттамасын біз осы бөлімде ұсындық. Сонымен қатар, сілекей бездерінің ісіктері, сондай-ақ құрғақ ауыз синдромы (Сьегрен синдромы) АХЖ-ны қайта қараудың Х-тен алынып тасталды. Олар тиісінше "бет пен ауыз қуысының ісіктері мен ісік тәрізді түзілімдері" және "ауыз қуысының шырышты аурулары"бөлімдерінде қарастырылады.

Төменде сілекей бездерінің жиі кездесетін ауруларының сипаттамасы келтірілген. Презентацияның ыңғайлылығы үшін вирустық ауру - паротит — сиалоаденитті сипаттау кезінде сипатталған.

Сиалоаденит-сілекей безінің қабынуы. Жедел және созылмалы сиалоаденittерді ажыратыңыз.

Жедел сиалоаденит безге вирустық немесе бактериялық инфекцияны енгізу нәтижесінде пайда болады. Вирустық сиалоаденittің этиологиясы паротит, тұмау, цитомегалия, герпес, Коксаки вирусы және басқалары болуы мүмкін.

Эпидемиялық паротит

Паротит (паротит) — үлкен сілекей бездерінің қабынуымен сипатталатын жедел инфекциялық вирустық ауру. Көбінесе паротит сілекей бездері әсер етеді, көбінесе субмандибулярлы және сублингвальды. Балалар бұл ауруға өте сезімтал, алайда ересектерде сілекей бездерінің вирустық зақымдануы байқалады. Паротит спорадиялық ауру түрінде де, балалар мекемелерінде және жабық топтарда эпидемиялық індет түрінде де байқалуы мүмкін.

Аурудың қоздырғышы-Paramyxoviridae тұқымдасына жататын сүзілген вирус. Вирус бар гемолитикалық және гемагглютинаторлық белсенділікке ие; ультракүлгін сәулелер мен дезинфекциялау құралдарының әсеріне сезімтал.

Инфекцияның берілуі ауа тамшыларымен жүзеге асырылады. Аурудың инкубациялық кезеңі орта есеппен 2-3 апта. Вирустың бастапқы көбеюі сілекей безінің стромасында жүреді. Содан кейін ол гематогенді жолмен ұрыққа, аналық безге, ұйқы безі мен қалқанша безге, сондай-ақ миға енеді.

Организмнен вирус сілекеймен шығарылады. Аурудың 6-7-ші күнінде науқастың денесінде комплемент байланыстыратын және вирусты бейтараптандыратын антиденелер пайда болады. Паротит вирусын қалпына келтіргеннен кейін науқаста тұрақты иммунитет қалыптасады.

Вирустық қабыну кезінде сілекей безінде қалыпты лобулярлы құрылым болмайды. Бездің және айналадағы талшықтың стромасының қабыну ісінуі және айқын гиперемиясы байқалады. Кейбір жағдайларда строманың лейкоциттік инфильтрациясы, негізінен каналдар мен қан тамырларының айналасында байқалады. Сілекей безінің каналдарында эпителий жасушаларының көп мөлшері бар. Бездің эпителийінде морфологиялық өзгерістер әдетте аз болады, кейде жасушалардың ісінуі және түйіршікті бұлдырлығы, некроз сирек кездеседі.

Аурудың ауырлығына байланысты клиникалық бағыттың үш түрі бөлінеді: жеңіл, орташа және ауыр. Аурудың жеңіл түрінде клиникалық белгілер әлсіз, дене температурасы көтерілмейді. Паротит сілекей бездерінің шамалы ісінуі байқалады; оларды пальпациялау ауыртпалықсыз. Шығарылған каналдардан мөлдір сілекейдің орташа мөлшері шығарылады. Көбінесе бір сілекей безі әсер етеді.

Аурудың орташа ауырлығы паротитті сілекей безінің ауырсынуымен, дене температурасының жоғарылауымен, дімкәстікпен, қалтыраумен, бас ауруымен, мойын, буындар мен аяқ-қол бұлшықеттеріндегі ауырсынумен сипатталады. 1-2 күннен кейін басқа паротит безінің ісінуі байқалады, ал бір без әрдайым екіншісіне қарағанда ұлғаяды. Ауыз қуысын тексеру кезінде ауыз қуысының шырышты қабығының ісінуі мен гиперемиясы жиі байқалады.

Паротит сілекей бездерінің зақымдануының маңызды белгісі-Мурсонның белгісі. Ол паротит сілекей безінің шығару жолындағы қабыну өзгерістерімен сипатталады. Бұл жерде ауыз қуысының шырышты қабығының шектеулі гиперемиясы пайда болады. Диаметрі 5-7 мм қабыну аймағы шырышты қабат деңгейінен сәл көтеріледі. Ортасында паротит сілекей безінің түтігінің ашылуы көрінеді. Ауыр паротит кезінде айқын продромальды құбылыстардан кейін дене температурасының 39-40°С дейін жоғарылауы байқалады.

Тән көрінісі-паротит сілекей безінің ұлғаюы. Басталған өсу 3-4 күн ішінде дамып, 4-5 күнге дейін максималды дамуға жетеді. Бұл деңгейде айқын ісіну 3-4 күн бойы сақталады, содан кейін баяу кері Даму пайда болады, ол 7 күнге дейін созылады.

Паротитті сілекей безінің ұлғаюының 3 дәрежесі бар:

1 дәреже сілекей безінің немесе екі сілекей бездерінің аздап ұлғаюымен сипатталады. Ұлғаю дәрежесімен бездің өзгеруі тек пальпаторлы түрде анықталады. Сыртқы тексеру кезінде без аймағында ісіну байқалмайды. Пальпаторлы без жұмсақ, қамыр тәрізді, пальпация кезінде ауыртпалықсыз немесе аздап ауырады;

2 дәреже науқасты қарау кезінде анықталуы мүмкін. Үлкейген бездің үстіндегі тері созылған, жылтыр, бірақ гиперемияланбаған. Пальпация кезінде бездің консистенциясы I дәреженің жоғарылауына қарағанда едәуір тығыз болады. Пальпация кезіндегі ауырсыну орташа немесе тіпті айқын;

3 дәреже бездің аймағында айтарлықтай ісінумен сипатталады, ол мойынды ұстап, конус тәрізді болады. Ісінудің үстіндегі тері өте созылған, созылған, жылтыр, бірақ гиперемия жоқ.

Паротит тән, бұл бездің едәуір ұлғаюымен аймақтық лимфа түйіндерінің айтарлықтай реакциясы байқалмайды. Сілекей безінің іріңді балқуы да болмайды.

Біраз уақыттан кейін кепілдік қабыну ісінуі пайда болады, ол орбитальдардың төменгі жиегінің деңгейіне дейін, артқы жағында мастоидтық процеске дейін және төмен қарай субмаксилярлы аймаққа, кейде клавикулаларға дейін таралады. Үлкейтілген паротит безі құлақтың сыртын итеріп, қысады, кейде сыртқы есту жолын едәуір тарылтады. Бездің үстіндегі тері тығыз, бірақ түсі өзгермейді. Кейбір жағдайларда ауыздың ашылуына шектеу қойылады. Стоматит ауыз қуысында дамиды. Сілекей айтарлықтай төмендейді. Бимануалды пальпация кезінде түтік сым түрінде анықталады. Ауыз қуысын қарау кезінде жұтқыншақтың шырышты қабығының гиперемиясы, сондай-ақ шығатын түтіктің аузы анықталады.

Перифериялық қан анализі лейкоциттердің қалыпты санын немесе қалыпты лейкопенияны, моноцитозды және лимфоцитозды, қалыпты шектегі ESR көрсеткішін анықтайды.
Паротит диагнозы аурудың клиникалық көрінісі, науқастың эпидемиологиялық тарихы және зертханалық зерттеу әдістерінің нәтижелері негізінде жасалады. Диагнозды растау үшін арнайы зерттеу әдістерін жүргізген жөн - эпи-демикалық паротит вирусын оқшаулау, қан мен зәрдегі қант пен диастаза мөлшерін анықтау, комплементті байланыстыру реакциясын жүргізу, гемагглютинацияны тежеу реакциясы, терінің аллергиялық реакциясы және т. б. Паротит жедел бактериялық сиалоаденittен, тұмау сиалоаденитінен, лимфаденittен, сілекей тас ауруынан ерекшеленеді.
Эпидемиялық паротитті емдеу симптоматикалық болып табылады, көрсеткіштерге сәйкес, антипиретиктерді, сілекейді ынталандыратын препараттарды немесе тамақ өнімдерін, иммуноглобулинді, жылыну компресстерін, жақпа таңғыштарды тағайындауды қамтиды. Науқасқа 7-10 күн бойы төсек демалысы көрсетілген. Жеке гигиена мен ауыз қуысын антисептикалық емдеуге көп көңіл бөлінеді. Интерферонмен ауыз қуысын суару да тиімді. Кейбір жағдайларда Бактерияға қарсы препараттарды тағайындау көрсетілген.
Сілекей безінде іріңді қабыну процесінің белгілері пайда болған кезде науқасты хирургиялық араласу үшін мамандандырылған емдеу мекемесіне жатқызу көрсетілген.
Асқынулар. Паротиттің жиі асқынуы-орхит, бұл ерлердегі алғашқы бедеуліктің себебі болуы мүмкін. Оофорит, панкреатит, мастит, менингит сирек кездеседі.
Паротиттің алдын-алу балаларды тірі антипаротитті вакцинамен белсенді иммундауды қамтиды.
+ Ауру дамыған жағдайда инфекцияның таралуының алдын алу жөніндегі іс-шаралар аурудың басталуынан тоғыз күн кезеңге паротитпен ауыратын науқасты оқшаулауға бағытталған, сондай-ақ науқастың үй-жайлары мен заттарын ылғалды дезинфекциялауды, асхана ыдыстарын қайнатуды, үй-жайларды желдетуді көздейді.

Жедел бактериялық сиалоаденит

Аурудың этиологиялық факторы аралас микрофлора болып табылады: стрептококктар, стафилококктар, пневмококктар, ішек таяқшасы, диплококктар және басқалары.
Сілекей безіндегі жедел қабыну жалпы жедел инфекциялық ауруларда, кахексияда, жүрек-тамыр жеткіліксіздігінде, ас қорыту органдарының ауруларында, бөгде дененің бездері каналдарға енген кезде, сондай-ақ іш қуысы мен жамбас мүшелерінің операцияларынан өткен науқастарда операциядан кейінгі ерте кезеңдегі реактивті процесс ретінде дами алады. Жедел бактериалды сиалоаденittің дамуының болжамды факторлары-дененің жалпы және жергілікті қарсыласуының төмендеуі, трофизмнің бұзылуы және бездің секреторлық функциясының төмендеуі.
Жедел бактериалды сиалоаденит паротит сілекей бездерінің аймағында жиі байқалады, қабыну процесіне субмандибулярлы, сублингвальды және кіші сілекей бездері аз қатысады.
Серозды қабыну кезіндегі морфологиялық көрініс без тіндерінің гиперемиясымен, ісінуімен және ақ қан клеткаларының орташа инфильтрациясымен сипатталады. Шығару жолдарының эпителийінің ісінуі байқалады, олардың люменінде тұтқыр секреция, эпителий, көптеген микробтар жиналады. Кезде қабыну ауруының гнойную нысанын лейкоцитарная инфильтрация жоғарылайды. Тіндердің ісінуі және толық қан кетуі күшейеді, қан кету ошақтары пайда болады. Бездің кейбір бөліктері іріңді балқуға ұшырайды. Гангренозды процесс темірдегі некроздың ошақтарымен сипатталады, кейде оның барлық паренхимасын қызықтырады.
Клиникалық көрініс бездің ауырсынуымен және ісінуімен, дене температурасының 38-40 °С-қа дейін жоғарылауымен, денсаулығының нашарлығымен, әлсіздігімен сипатталады. Кейбір жағдайларда пациенттер уақытша аймаққа, құлақ каналына, мойын мен мойынға ауырсынудың иррадиациясын атап өтеді. Субмандибулярлы сілекей безіндегі қабыну процесінде пациенттер жұтылу кезінде тілдің тамыр аймағындағы ауырсынуға алаңдайды. Паротит безінің едәуір ұлғаюы сыртқы құлақ каналының қысылуын тудырады, бұл пациенттің есту қабілетінің төмендеуіне әкеледі.

Қарау кезінде сілекей безінің ұлғаюы анықталады. Пальпация оның қауіпсіз, шығару құрылысын жетілдіру мақсатында жә тексеріледі түрінде ауыр. Ауыздан мукопурулентті разряд бөлінеді. Шығару жолындағы ауыз қуысының шырышты қабаты ісінген және гиперемияланған.
Каналдан бөлінетін цитологиялық зерттеу кезінде нейтрофилдердің едәуір кластерлері, бірнеше лимфоциттер, ретикулярлы жасушалар, макрофагтар, Цилиндрлік және жалпақ эпителий жасушалары, текше эпителийдің жалғыз жасушалары анықталады.
Жедел бактериалды сиаладенит диагнозы науқастың тән шағымдары, ауру тарихы туралы мәліметтер және клиникалық және зертханалық зерттеу әдістерінің нәтижелері негізінде жасалады.
Жедел бактериялық сиалоаденит жедел вирустық сиалоадениттен, созылмалы сиалоадениттің өршуінен, сілекей тас ауруынан ерекшеленеді. Субмандибулярлы сілекей безінің жедел сиалоаденити жедел тонзиллиттен ерекшеленеді.
Емі. Жедел бактериялық сиалоаденити бар пациенттерді кешенді емдеу Бактерияға қарсы, қабынуға қарсы, десенсибилизациялайтын және жалпы нығайтатын препараттарды, сондай-ақ сілекейді ынталандыратын препараттарды тағайындауды қамтиды. Ауыз қуысын антисептиктердің ерітінділерімен суару, новокаин блокадаларының курсы, димексидпен компресстерді, майлы компресстерді, сондай-ақ емдеудің физикалық әдістерін: соллюкс, UHF токтары, гелий-неон лазерін қолдану көрсетілген. Күн сайын антибиотик ерітінділерін зардап шеккен бездің шығатын жолына инстилляциялау жүргізіледі.
Аурудың ауыр ағымы, сондай - ақ сиалоадениттің гангренозды түрі-науқасты хирургиялық араласу үшін ауруханаға жатқызу-без капсуласын ашу.
Орташа немесе ауыр дәрежедегі жіті сиалоаденитке шалдыққан барлық пациенттерге сауығу бойынша жақын мерзімде бездердің секреторлық функциясын қалпына келтіру үшін 5% аскорбин қышқылы ерітіндісінің және 1% галантамин ерітіндісінің электрофорезін жүргізу керек.
Асқынулар. Жедел іріңді сиалоадениттің ерте асқынуларына іріңді процестің периофарингеальді кеңістікке, мойын мен медиастинаның бүйір бетіндегі талшыққа, сондай-ақ сыртқы есту каналына таралуы жатады. Кейбір жағдайларда ірі тамырлардың қабырғаларының іріңді балқуы және өлімге әкелетін қан кету мүмкін. Қан тамырлары мен ми синустарының тромбозы, сондай-ақ бет нервінің невритіне байланысты бет бұлшықеттерінің парезі сипатталған. Кейінгі асқынулар-сілекей фистулалары мен паротит гипергидрозының пайда болуы.
Жедел бактериалды сиалоадениттің алдын-алу ауыз қуысын антисептикалық ерітінділермен суландыруды және сілекейді ынталандыратын препараттарды немесе тағамдарды тағайындауды қамтиды.
Балалардағы жедел сиалоадениттің алдын-алу жаңа туған нәрестелердегі септикалық жағдайдың алдын алуға, ауыз қуысын уақтылы тазартуға, жұқпалы аурулары бар балалардағы сілекей бездерінің қалыпты функционалды белсенділігін сақтауға бағытталуы керек: сілекей бездерін уқалау, ауыз қуысын үнемі тазарту, шаюға қышқыл ерітінділерді қолдану, жеміс шырындарын, алма, сәбіз және т. б.

Созылмалы сиалоаденит

Сілекей бездерінің созылмалы қабынуы тәуелсіз ауру ретінде дамиды, көбінесе сиалоадениттің жалғасы болып табылады. Көбінесе созылмалы сиалоаденит паротит бездерінде, көбінесе субмандибулярлы, сублингвальды және кіші сілекей бездерінде кездеседі. Интерстициальды сиалоаденит - интерстициальды сиалоаденит - және бездердің паренхималары - паренхималық сиалоаденит.
Интерстициальді сиалоаденит. Интерстициальды сиаладениттің этиологиясы белгісіз. Көбінесе бездегі патологиялық процесс жалпы соматикалық аурулардың аясында дамиды: гипертония, атеросклероз, деформациялық спондилоз, созылмалы гастрит, холецистит және басқа аурулар.
Бездегі морфологиялық өзгерістер интерстициальды қабаттардың борпылдақ дәнекер тінінің ісінуімен және ангиоматозымен, тамырлардың кеңеюімен және толық қан кетуімен сипатталады. Бездің кейбір

бөліктерінде лобулалар лимфогистиоциттермен инфильтрацияланған тығыз талшықты тіндердің қабаттарымен бөлінеді. Паренхима лимфоидты элементтердің диффузды кластерлерімен, ішінара талшықты және майлы тіндермен алмастырылады. Каналдардың саңылаулары Ойық тәрізді, ішінара құрылымсыз эозинофильді массалармен толтырылған.

Аурудың бастапқы кезеңі сілекей бездерінің бір немесе екі аймағында жағымсыз сезімдермен сипатталады. Кейде пациенттерді оксипитальды аймақтағы ауырсыну және мезгіл-мезгіл құлақтарда ыңғайсыздық сезімі мазалайды.

Безді пальпациялағанда оның шамалы ұлғаюы анықталады. Шығару жолының аузы өзгермеген; сілекей еркін бөлінеді.

Бездің секреторлық қызметі бұзылмаған. Цитологиялық зерттеу кезінде сілекейде бір нейтрофилдер, цилиндрлік эпителий жасушалары, құмыра жасушалары анықталады. Сиалограммада бездің паренхимасы бейнесінің біркелкі еместігі және III, IV және V ретті жолдардың тарылуы байқалады.

Интерстициальды сиалоаденittің клиникалық айқын сатысында пациенттер зардап шеккен без аймағында үнемі ісінуге алаңдайды. Безді пальпациялау ауыртпалықсыз. Оның беті тегіс, тегіс, консистенциясы қамыр тәрізді. Қабыну белгілері жоқ шығатын түтіктің аузы; шығарылған сілекей мөлдір.

Спирометрияға сәйкес бездің қызметі бұзылмаған, кейбір жағдайларда сілекей мөлшерінің көрсеткіші норманың төменгі шекарасына сәйкес келеді. Секретті цитологиялық зерттеу дегенерация сатысындағы нейтрофилдер санының, жалпақ және цилиндрлік эпителий жасушаларының, бокал тәрізді жасушалардың көбеюін көрсетеді.

Сиалография кезінде бездің ұлғаюы, оның паренхимасы тығыздығының төмендеуі, II, III, IV және V ретті түтіктердің күрт тарылуы анықталады, ал түтіктердің контурлары тегіс және айқын болып қалады.

Бездегі созылмалы қабыну процесінің кеш кезеңі пациенттердің зардап шеккен без аймағында тұрақты ауыртпалықсыз немесе аз ауырсынатын ісінуге, жалпы әлсіздікке, өнімділіктің төмендеуіне, ауыз қуысында мезгіл - мезгіл пайда болатын құрғақтыққа, кейде есту қабілетінің төмендеуіне байланысты шағымдарымен сипатталады.

Пальпация кезінде бездің едәуір ұлғаюы байқалады, тығыздау аймақтары анықталады. Ауыз қуысында ауыз сұйықтығының мөлшері азаяды. Безді уқалау кезінде сілекей азаяды.

Секреторлы функциясы безі төмендеді. Цитологиялық зерттеу сілекейдегі нейтрофилдердің деградация жағдайында, гистиоидты элементтердің, жалаңаш ядролардың, ақуыз субстратының фонында жалпақ және цилиндрлік эпителий жасушаларының қабаттарының болуын көрсетеді.

Бездің паренхимасының сиалограммасында анықталмайды, бездің барлық каналдары тарылған, кейбір жерлерде үзік-үзік, біркелкі емес контурлары бар.

Интерстициальды сиалоаденит диагнозы аурудың тән клиникалық көрінісі, сиалография және цитологиялық зерттеу деректері негізінде жасалады. Интерстициальды сиалоаденит созылмалы паренхималық сиалоаденittен, сиалодохиттен, сілекей безінің ісіктерінен және паротиттен ерекшеленеді.

Паренхималық сиалоаденит. Аурудың этиологиясы белгісіз. Паренхималық сиаладенит-бұл бездің каналдары жүйесіндегі туа біткен өзгерістердің және кисталық қуыстардың пайда болуымен оның тіндерінің дисплазиясының салдары. Туа біткен киста тәрізді қуыстар сілекейдің ағып кетуіне, оның ағып кетуіне ықпал етеді, бұл ауыз қуысының микроорганизмдерінің шығаратын каналы арқылы безге енуіне және сиалоаденittің дамуына қолайлы жағдай жасайды.

Паренхималық сиалоаденит кезінде сілекей безіндегі морфологиялық өзгерістер ісіну және ішілік қабаттардың ангиоматозымен, шығару жолдарының кеңеюімен, перидуктальды орналасқан диффузды тығыз лимфогистиоциттік инфильтраттармен сипатталады. Кейбір учаскелерде паренхима безі талшықты тіндердің тар қабаттарымен ауыстырылады. Түтіктердің безді бөлігі екі қатарлы кубтық эпителиймен қапталған. Ацинустың эпителий жасушалары цилиндр тәрізді, олардың цитоплазмасы

ақуыз секрециясының жиналуына байланысты вакуоляцияланған; ядролар дөңгелек пішінді, гиперхромды, жасушалардың базальды бөлігінде орналасқан.
Бастапқы кезеңде ауру асимптоматикалық болып табылады. Сілекей безінің секрециясы бұзылмайды. Цитологиялық зерттеу шырыш секрециясында бірнеше жартылай бұзылған нейтрофилдердің, лимфоциттердің, ретикулоциттердің, гистиоциттер мен макрофагтардың, сондай-ақ бокал тәрізді жасушалардың және жалпақ және цилиндрлік эпителий жасушаларының болуын көрсетеді.
Сиалограммада диаметрі 1-2 мм болатын бір дөңгелек қуыстар анықталады; бездің паренхимасы анық емес, кейбір учаскелердегі каналдар үзік-үзік, олардың контурлары тегіс, айқын.
Аурудың клиникалық айқын кезеңінде пациент мезгіл-мезгіл бездегі ауырлық сезімін және түтіктен ағып кетуді алаңдатады. Кейбір жағдайларда тиісті бездің ұлғаюы байқалады.
Пальпация кезінде бездің қалыңдығында серпімді консистенцияның ауыртпалықсыз қалыңдауы анықталады. Безді уқалау кезінде сілекей шырышты, кейде іріңді қоспамен шығарылады.
Сілекей безінің секрециясы біршама төмендейді: сілекей мөлшерінің көрсеткіші норманың төменгі шекарасына сәйкес келеді. Цитологиялық зерттеу кезінде жағындыда шырыш, орташа мөлшерде нейтрофилдер, бокал тәрізді жасушалар, текше эпителий жасушалары, сондай-ақ морфологиясы өзгерген эпителий жасушалары анықталады.
Паренхиманың сиалограммасында диаметрі 2-3 мм дөңгелек қуыстардың көп мөлшері кездеседі. паренхима және түтіктің безді бөлігі анықталмайды немесе үзілмейді.
Аурудың дамыған кезеңінде пациент қабынған бездің ісінуімен, ондағы ауырлық сезімімен, мезгіл-мезгіл пайда болатын ауырсынумен, каналдан іріңді бөлінумен алаңдайды. Кейбір жағдайларда пациенттер ауыз қуысының құрғақтығын байқайды. Пальпация кезінде бездің түтікшелі беті анықталады, оның мөлшері ұлғаяды, бездің үстіндегі тері кейде жұқарады.
Секреторлы функциясы безі төмендеді. Цитологиялық зерттеу кезінде секреция шырыштың көп мөлшерін, нейтрофилдерді, көбінесе дегенерацияны анықтайды, лимфоидты элементтер мен бокал жасушаларының кластерлері де анықталады. Сиалографияға сәйкес, безде диаметрі 5-10 мм қуыстар орналасқан, паренхима анықталмайды, түтіктердің бір бөлігі байқалмайды, кейбір жерлерде олардың деформациясы байқалады.
Созылмалы паренхималық сиаладенит диагнозы аурудың клиникалық көрінісі, анамнез деректері, сиалография және цитологиялық зерттеу нәтижелері негізінде жасалады. Паренхималық сиалоаденит созылмалы интерстициальды сиалоаденитten, сиалодохиттен, паротиттен, сілекей безіндегі ісіктерден, синдромнан немесе Шегрен ауруынан ажыратылады.
Аурудың созылмалы сатысында сиалоаденитті емдеу ағзаның спецификалық емес төзімділігін арттыруға, без функциясын қалыпқа келтіруге, тіндердің трофизмін жақсартуға, строманың склероздану процесін және паренхимадағы дегенеративті өзгерістерді тоқтатуға бағытталған.
Емдік іс-шаралар кешеніне ауыз қуысын санациялау, мультивитаминдер, натрий нуклеинаты, калий йодиді, галантамин, пирогенал, рибонуклеаза, димексидпен компресс тағайындау және новокаин блокадаларын жүргізу кіреді. Аурудың кеш сатысында протеолитикалық ферменттердің, антибиотиктердің ерітінділерінің және йодолполдың шығаратын түтігінің аузы арқылы безге енгізу көрсетілген. Секреторлық функцияны қалыпқа келтіру үшін сілекей безінің гальванизациясы қолданылады.
Асқыну кезеңінде емдеу жедел қабыну процесін басуға бағытталған. Осы мақсатта антибактериалды терапия және антисептиктерді қолдану тағайындалады; дәрі-дәрмектермен және физикалық факторлармен қабынуға қарсы терапия; антибиотиктермен және ферменттермен без жолдарының инстилляциясы; десенсибилизациялық терапия. Асқынудың басталуынан бастап 3-5-ші күні паротит сілекей безіне йодилпол енгізу керек, сонымен қатар калий йодиді немесе галантамин ерітінділерімен электрофорез жүргізу керек.

Паротит аймағында абсцесс пен флегмонның дамуын болдырмау үшін өршу кезеңінің ауыр кезеңінде емдеу ауруханада жүргізілуі керек. Паротит сілекей бездерінің созылмалы қабынуы кезінде ремиссия кезінде калий йодиді бар электрофорезді қолдану қажет.

Консервативті терапияның тиімсіздігі, қабыну процесінің жиі өршуі, бездің жұмысының едәуір бұзылуы, стриктураның болуы немесе шығару түтігінің атрезиясы кезінде хирургиялық емдеу әдістерін қолдану көрсетілген: түтікті бугирлеу, ауыз пластикасы, сілекей безінің субто-Талдық немесе жалпы резекциясы.

Сілекей тас ауруы

Сілекей тас ауруы (сиалолитиаз, калькуляциялық сиалоаденит) - сілекей бездерінің каналдарында тастардың пайда болуымен сипатталатын ауру.

Сілекей бездерінің каналдарында конкременттердің пайда болуында жалпы және жергілікті алдын-алу факторлары маңызды. Жергілікті факторларға прото-жүйелік туа біткен өзгерістер, оның эктазиясы мен қаттылығының ауыспалы учаскелері түрінде, шығатын арнаның өткір иілуінен туындаған түтіктің орамалы формасы, мүшелер мен жүйелердің әртүрлі ауруларында сілекей бездерінің секреторлық белсенділігінің бұзылуы, сирек жағдайда - арнада немесе безде бөтен денелердің болуы жатады.

Конкременттің пайда болуына бейім жалпы факторлар минералды және, атап айтқанда, кальций-фосфор алмасуының бұзылуы, гипо - және авитаминоз а, пациенттің психотропты, Бактерияға қарсы және басқа препараттарды қабылдауы болып табылады.

Сілекей тасының пайда болуы түтіктердің дискинезиясы, созылмалы қабыну, сілекейдің тоқырауы және сілтіленуі (pH 7,1—7,4) аясында жүреді, бұл сілекейден тұздардың түсуіне және олардың органикалық негізде кристалдануына ықпал етеді - эпителий жасушалары мен мукиннен тұратын матрица.

Көп жағдайда конкременттер субмандибулярлы сілекей безінде және субмандибулярлы каналда, сирек - паротит сілекей безінде және паротит каналында орналасады. Сублингвальды және кіші сілекей бездеріндегі тастар өте сирек кездеседі.

Конкременттердің пішіні әртүрлі болуы мүмкін: түтіктің ішкі бөлігінде пайда болған тастар дөңгелек, көбінесе тегіс емес беті бар; бездің шығатын түтігінде орналасқан тастар, әдетте, ұзын. Тастардың мөлшері бірдей емес: бірнеше миллиметрден бірнеше сантиметрге дейін. Тастардың массасы да әртүрлі: граммнан бірнеше ондаған граммға дейін. Сілекей тастарының түсі әдетте сарғыш, кейде сұр реңкпен болады.

Тастар қабатты құрылымға ие; тастың ортасында кесу кезінде кейде сілекей тұздарының кристалдануына негіз болған бөгде зат кездеседі. Тастар негізінен Бейорганикалық тұздардан тұрады-кальций фосфаты және кальций карбонаты. Сілекей түйіндерінде калий, натрий, темір, эпителий жасушалары, бактериялар, саңырауқұлақтар, шырыш іздері бар.

Сілекей безіндегі морфологиялық өзгерістердің ауырлық дәрежесі ауру сатысымен байланысты. Сілекей тас ауруының бастапқы кезеңінде, аурудың клиникалық белгілері болмаған кезде, безде созылмалы қабынудың орташа белгілері байқалады: интерстициальды заттың ісінуі, тамырлардың толық қан кетуі және кеңеюі, фокальды периваскулярлық және перидуктальды лимфогистиоциттік инфильтрация, коллаген талшықтарының борпылдақ орналасуы, ішілік және ішілік жолдардың кеңеюі.

Бездің лобулаларында қабынудың клиникалық айқын сатысында оның соңғы бөлімдерінің атрофиясы пайда болады. Жасушааралық қабаттар күрт қалыңдайды, бездің стромасы лимфоциттермен, гистиоциттермен, плазмалық жасушалармен инфильтрацияланады. Дәнекер тіндік талшықтар склерозға, кейбір жерлерде гиалинозға ұшырайды. Шығару каналдары саңылаулы пішінді алады, олардың люменінде эпителий жасушалары мен ақ қан клеткаларының жиналуы байқалады.

Аурудың дамыған кезеңінде бездің паренхимасы негізінен айқын ангиоматозы бар склерозды талшықты тінмен толығымен ауыстырылады. Қан тамырлары толық қанды, кеңейтілген. Каналдар қабырға тәрізді шығыңқы жерлерге байланысты толқынды пішінді алады; олардың люмені

полиморфты ядролық нейтрофилдер мен эпителий жасушаларының кластерлерімен жасалады. Каналдардың айналасында дөңгелек жасушалы инфильтрация байқалады. Арасында түйір безі қандай да бір ірі қуысы — ложа сілекей тастар, ішіне пергамент грануляционной матамен.
Клиникалық көрініс сілекей тастарының орналасуы мен мөлшерімен анықталады. Аурудың келесі кезеңдері бөлінеді: бастапқы (қабынудың клиникалық белгілерінсіз жүреді), клиникалық айқын қабыну (сиаладениттің мерзімді өршуімен сипатталады) және кеш (созылмалы қабынудың айқын белгілері бар).
Белгілі бір кезеңдегі бастапқы кезең асимптоматикалық курспен сипатталады. Бұл жағдайда тасты басқа ауру туралы рентгенологиялық зерттеу кезінде кездейсоқ анықтауға болады.
Сілекей тас ауруының алғашқы клиникалық белгісі секрецияның кешеуілдеу белгілері болып табылады. Тамақтану кезінде пациенттер сілекей безінің ұлғаюын, ондағы сыну сезімін, содан кейін сілекей коликасы деп аталатын ауырсынуды байқайды. Бұл құбылыстар бірнеше минут, аз - бірнеше сағат байқалады және біртіндеп жоғалады, бірақ келесі тамақтану кезінде, кейде тіпті тамақ туралы ойланғанда да қайталанады.

Сыртқы тексеру кезінде сілекей безінің ұлғаюы анықталады, пальпация ауыртпалықсыз. Шығару жолын бимануалды пальпациялау кезінде кішкене шектеулі тығыздағышты анықтауға болады. Түтікті тексеру бұл тығыздағыштың дәл түтікте болуын анықтауға мүмкіндік береді. Түтіктің аузындағы шырышты қабық, әдетте, қабыну белгілері жоқ.
Аурудың бастапқы кезеңінде секреторлық функция нормаға сәйкес келеді, кейбір жағдайларда сілекей мөлшері симметриялы безге қарағанда 0,5—0,7 мл-ге төмендеуі мүмкін. Секреттің цитологиялық көрінісі ішінара дегенерацияланған нейтрофилдердің, бокал тәрізді жасушалардың және жалпақ эпителий жасушаларының аз мөлшерде болуымен сипатталады.
Сиалограммада конкременттің болуы, сондай-ақ түтіктің безді бөлігінен тастың орналасуына дейінгі учаскедегі каналдардың біркелкі кеңеюі анықталады. Түтіктердің контурлары айқын және тегіс, бездің паренхимасының бейнесі өзгермейді.
Емдеу шаралары болмаған кезде ауру екінші кезеңге өтеді - клиникалық айқын қабыну, онда созылмалы сиалоаденittің өршу белгілері пайда болады. Кейбір науқастарда бездің қабыну белгілері аурудың алғашқы көрінісі болып табылады. Бұл пациенттер бұрын бездегі ауырсыну туралы алаңдамаған жағдайларда байқалады, өйткені тас әрдайым сілекейдің ағып кетуіне кедергі бола бермейді.
Науқастар жалпы бұзылуларға, сублингвальды, жақ асты немесе щек аймағында ауырсынудың пайда болуына, дене температурасының жоғарылауына, тамақтану кезінде қиындықтарға шағымданады. Сыртқы тексеру кезінде тиісті бездің ұлғаюы байқалады, кейде кепілдік ісіну байқалады. Безді пальпациялау ауырады.
Ауыз қуысында сублингвальды немесе щек аймағының шырышты қабығының гиперемиясы байқалады. Тығыз, ауырсынатын инфильтрат кеңейтілген, инфильтрацияланған және сым түрінде пальпацияланатын шығару каналының бойымен пальпация арқылы анықталады. Түтікті зондтап, зардап шеккен сілекей безін басқаннан кейін ауыздан мукопурулентті экссудат шығады.
Бездің секреторлық қызметі өткір қабыну құбылыстары басылғаннан кейін зерттеледі. Зерттеу нәтижелері оның айтарлықтай төмендегенін көрсетеді. Секреттің жағындысын цитологиялық зерттеу кезінде дегенерацияның әртүрлі сатыларындағы нейтрофилдер, ретикулоэндотелий жасушалары, макрофагтар, моноциттер, эозинофилдер, лимфоциттер, плазмалық жасушалар анықталады, сирек жағдайларда цилиндрлік эпителий жасушалары, сәулелі саңырауқұлақ мицелийінің жіптері анықталады. Сиалограммада конкременттің болуы, бездің түтіктерінің олардың бездік бөлігінен тастың орналасуына дейінгі кеңеюі және деформациясы анықталады.
Қабынуға қарсы терапия кезінде аурудың белгілері біртіндеп төмендейді, сілекей қалпына келеді, бездің ісінуі жоғалады. Емдеу шаралары болмаған жағдайда тас орналасқан жерде бездің абсцессі

мүмкін. Кейбір жағдайларда абсцесстің өздігінен ашылуы және іріңді бөлінуімен тасты эвакуациялау немесе оның іргелес жұмсақ тіндерге ауысуы байқалады.

Сілекей тас ауруының әр кейінгі өршуімен бездегі патологиялық өзгерістер артып, ауру қабыну процесінің кеш сатысына өтуі мүмкін. Науқасты сілекей безінің тұрақты ісінуі, мезгіл-мезгіл пайда болатын ауырсыну, каналдан мукопурулентті бөліну мазалайды.

Сыртқы тексеру кезінде сілекей безінің ұлғаюы байқалады; оның пальпациясы жиі ауырмайды. Түтіктің аузы кеңейеді, безді уқалау кезінде одан іріңді қосындылары бар шырышты секреция шығады. Бездің тығыздалуы және шығатын түтіктің тығыздалуы пальпация арқылы анықталады, кейде-конкременттің болуы.

Секреторлық функцияны зерттеу симметриялы безге қарағанда оның төмендеуін анықтауға мүмкіндік береді. Цитологиялық зерттеу нәтижелері ішінара бұзылған нейтрофилдердің жинақталуының, ретикулоэндотелиоциттердің, макрофагтардың, моноциттердің орташа мөлшерінің болуын көрсетеді, жекелеген жағдайларда - қабыну метаплазиясы жағдайындағы цилиндрлік эпителий жасушалары, жалпақ эпителий жасушалары және бокал тәрізді жасушалар анықталады. Бездің қызметі едәуір төмендеген кезде шырышты бөлгіште цилиарлы эпителий жасушалары анықталады, ал тас түтіктің безді бөлігінде орналасқанда текше эпи-телиоциттер анықталады.

Деректері бойынша сиалографии, тармақтар безі ұлғайған, өзгерген, прерывисты бар, неровные контурлары; - сурет паренхимасының нечеткий. Контрасты затты толтыру ақаулары тастардың орналасқан жерін көрсетеді.

Сілекей тас ауруы диагнозы науқастың тән шағымдары, Клиникалық, зертханалық және рентгендік зерттеу әдістерінің деректері негізінде жасалады. Сілекей тас ауруы созылмалы сиалоаденитген, бөтен дененің без каналына енуінен туындаған сиалоаденитген, лимфаденитген, жақ-тіл ойығының одонтогендік абсцессінен, сілекей безінің ісіктерінен, субмаксилярлы және паротит-шайнау аймағының флегмондарынан ерекшеленеді.

Емі. Сілекей тас ауруы кезіндегі емдік шаралар қабыну процесінің сатысымен, созылмалы сиалоаденитгің өршуімен және конкрементпен түтіктің обтурация дәрежесімен анықталады.

Безде жедел серозды процесс болған кезде емдеу қабыну құбылыстарын тоқтатуға және сілекейді қалпына келтіруге бағытталған. Науқасқа күніне 3-4 рет 5-6 тамшыдан 1% ерітінді түрінде пилокарпин гидрохлориді, қабынған без аймағына димексидпен компресс, сондай-ақ физиотерапия тағайындалады: флюктуоризация, UHF токтары. Жергілікті анестетиктердің 0,25—0,5% ерітінділерінде сұйылтылған кең спектрлі антибиотиктер күн сайын қабынған безге оның түтігі арқылы енгізіледі.

Қабыну құбылыстарының жоғарылауымен Бактерияға қарсы, қабынуға қарсы және десенсибилизациялайтын препараттарды қолдану, сондай-ақ без аймағында новокаин блокадаларын жүргізу көрсетілген.

Безден бөлінудің болмауы және консервативті терапияның тиімсіздігі түтіктің тас үстіне бөлінуіне және соңғысын алып тастауға нұсқау болып табылады. Конкремент орналасқан аймақта абсцесс кезінде абсцесс ашылады және тасты алып тастайды.

Сілекей тас ауруының созылмалы кезеңінде тасты түтіктен немесе безден шығару көрсетілген. Кейбір жағдайларда безді шығару жүзеге асырылады.

Осы аурумен келесі іс-шаралар жүргізіледі:

1 жастан 7 жасқа дейінгі балаларда:

- хирургиялық емдеу: субмандибулярлы сілекей безінің каналынан конкрементті алып тастау;
- диспансерлік бақылау, оның барысында әрбір 6 айда йолодипол енгізу жүргізіледі;

7 жастан 12 жасқа дейінгі балаларда:

- операция: субмандибулярлы сілекей безінің каналынан конкрементті алып тастау;
- қабынуға қарсы ерекше консервативті ем, оның ішінде:

а) Бактерияға қарсы терапия (антибиотиктер, сульфаниламидтер);

б) қабынуға қарсы ем (кальций глюконатын, трипсинді тағайындау);
в) физиотерапия (УВЧ);
г) десенсибилизациялаушы ем;
д)жалпы нығайтатын ем (натрий нуклеатын, дәрумендерді қабылдау);
- диспансерлік бақылау, оның барысында әрбір 6 айда йодилполды енгізе отырып сиалография, жалпы нығайтушы терапия көрсетілген;
12 жастан 15 жасқа дейінгі балаларда:
- бассүйек асты сілекей безінің өзегінен конкрементті алып тастау операциясы
- Бактерияға қарсы, қабынуға қарсы, десенсибилизациялаушы, жалпы нығайтушы және физиотерапияны қамтитын консервативті емдеу;
- диспансерлік бақылау, оның барысында әрбір 6 айда йодилполды енгізе отырып сиалография, жалпы нығайтушы терапия, физиотерапиялық емдеу көрсетілген.
Инфекцияның созылмалы ошақтарын қалпына келтіру, қалыпты сілекейге ықпал ететін ұтымды диета үлкен маңызға ие. Балаларды диспансерлік бақылаудың ең аз мерзімі 3 жылды құрайды. 7 жастан асқан балаларда толық сауығуға қол жеткізілмейді. Субмандибулярлы без құрылымында морфологиялық өзгерістердің болуы ұзақ медициналық тексеруді қажет етеді.

4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

5. Әдебиет: 1-қосымшаны қараңыз.

6. Бақылау сұрақтары:

1.Сиалоаденittердің этиологиясы және патогенезі.
2.Клиника, сиалоаденит диагностикасы.
3.Сілекей тас ауруының этиологиясы және патогенезі.