

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТИ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

ОДОНТОГЕНДІ ЖӘНЕ ОДОНТОГЕНДІ ЕМЕС ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ

**Орындаған: Нұрмерген Бибігүл
Әмірғазы Ақыл**

**Факультет: Стоматология
Топ:005-2**

Курс:3

Тексерген:Гүлдана Асановна

ЖОСПАРЫ

- 1. Қабыну (этиологиясы, патогенезі)
- 2. Одонтогенді қабыну аурулары
- 3. Одонтогенді емес қабыну ауруларлы
- Пайдаланған әдебиет

- **Қабыну** (лат.— inflammatio, грек.— phlogosis) көптеген аурулардың даму негізінде жатады.
- Қабыну деп жануарлардың даму сатыларында пайда болған, жергілікті бүлінуге жауап ретінде дамиды, микроциркуляциялық арналардың, қан жүйесінің, дәнекер тіннің бүлдіргіш әсерді шектеп аластауға, бүлінген тінді қалпына келтіруге бағытталған сатылы өзгерістерімен көрінетін біртектес дерттік үрдісті түсінеді.
- Қабыну өзіне тән ішкі заңдылықпен дамиды және алдыңғы сатысы кейінгілерінің пайда болуына әкеледі. Қабынудың дамуында жергілікті механизмдер нервтік-эндокриндік реттеу жүйелерінің әсерлерінен басымрақ байқалады. Бірақ қабыну басқа біртектес дерттік үрдістермен (дене қызуымен, аллергиямен, стресспен, иммундық серпілістермен) тығыз байланысты болғандықтан организмнің, жергілікті ғана емес, жалпы серпілістерін көрсетеді.
- Қабыну үрдісі кез келген жағдайларда үш құбылыстан (компоненттен): алтерациядан, микроциркуляцияның бұзылыстары мен экссудациядан және пролиферациядан тұрады. Қабынудың бұл құбылыстары жиі бір мезгілде пайда болады. Бірақ, қабынудың алғашқы құбылысы болып әрқашан бірінші алтерация есептеледі, ал пролиферация қабынудың соңғы сатысына тән.
- Қабынудың сыртқы белгілері өте ертеден белгілі. Оларды Цельс пен Гален бұдан 2000 жылдай бұрын жазып қалдырған. Оларға домбығу (tumor), қызару (rubor), қызу (color), ауыру (dolor) және қызметінің бұзылуы (function laesa) жатады.

○ **Этиологиясы.**

- Қабыну туындатқан себебіне қарай *инфекциялық және бейинфекциялық* болып бөлінеді. Қабыну туындататын барлық ықпалдар *экзогендік (сыртқы) және эндогендік (ішкі)* болып екі топқа бөлінеді. Сыртқы ықпалдарға микроорганизмдер (бактериялар, вирустар); жануарлар организмдері (қарапайымдар, құрттар, жәндіктер); химиялық заттар (қышқылдар, сілтілер); механикалық (бөгде денелер, жарақат, қысым) және температуралық әсерлер (суық, ыстық); сәуле қуаттары (радийбелсенді, ультракүлгін және рентген сәулелері) жатады. Қабынуды туындататын организмнің ішкі ықпалдарына: тромбоз, қан құйылу, тас құрылу, микроциркуляцияның, зат алмасуының бұзылыстары ж.б. жатады. Әлеуметтік орта құбылыстарының әсерлерінен дамитын жандүниелік күйзелістер, эмоциялық зорлануларда қабынудың себебі болуы ықтимал. Олар қан айналым бұзылыстарына, зат алмасудың өзгерістеріне (май қышқылдарының асқын тотығуына) әкеліп, жергілікті ағзаның (асқазанның, жүректің ж. б.) кейбір, кейде тіпті әдеттегі, қоздырғыштарға төзімділігі әлсіретуі мүмкін.

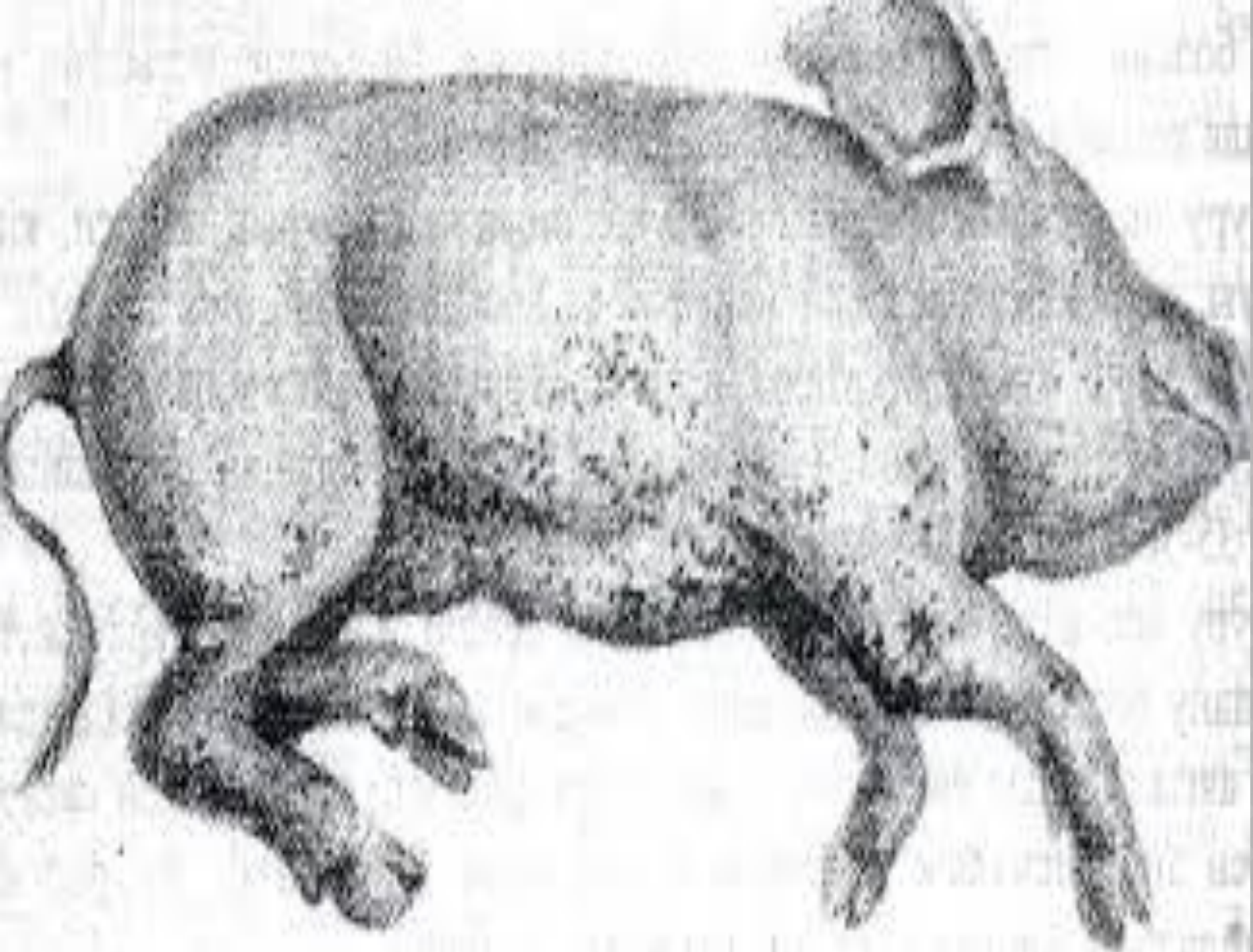
○



- Іріңді тендовагинитте ең алдымен қабыну үрдісі сіңірдің қынабында пайда болып, оның қуысында экссудат (серозды, сосын іріңді) жиналады. Қынаптың ішіндегі қысым бірден жоғарыларды. Сіңір кейін, қоректенуі бұзылғанда зақымдалады. Ол алдымен өзіне тән жылтырлығын жоғалтып, түрін өзгертіп ісінеді, содан кейін тармақталып, өлеттенуге ұшырайды.

◎ Патогенезі.

- ◎ Қабынудың патогенезін мына тізбек бойынша қарауға болады:
- ◎ 1. Алтерация: бірінші және екінші.
- ◎ 2. Экссудация (микроциркуляция бұзылыстары, лейкоциттердің эмиграциясы).
 - ◎ а) қан тамырларының реакциялары (ишемия, артериялы және веналық гиперемия, стаз).
 - ◎ ә) экссудацияның өзі
 - ◎ б) лейкоциттердің тамыр жиегіне кемерленіп тұруы (маргинациясы) мен эмиграциясы.
 - ◎ в) қан тамырлары сыртындағы үрдістер (хемотаксис, фагоцитоз).
- ◎ 3. Пролиферация.



- **Алтерация** (лат. alterare — бүліну) — жасушалардың, жасуша аралық заттардың, нерв аяқшаларының, қан тамырларының дистрофиялық, некробиоздық немесе некроздық бүлінулерімен сипатталады. Бірінші алтерация зақымдаушы қоздырғыштың тікелей әсерінен дамиды. Бұл кезде жасушаның сыртқы қабығы бүлінуімен қатар митохондрийлардың мембраналары зақымданады. Мембраналардың иондық насостарының қызметтері нашарлайды; жасуша мембраналарының өткізгіштігі жоғарлайды.
- Алғашқы алтерацияның нәтижесінде қан жасушалары (тромбоциттер, эозинофилдер, нейтрофилдер, базофилдер, моноциттер, лимфоциттер) және тін базофилдері (мес жасушалары) іштеріндегі белсенді заттарын, түйіршіктерін сыртқа шығарады. Осыдан жасуша аралық кеңістіктерде биологиялық белсенді заттар көбейеді. Бұл заттарды қабынудың дәнекерлері (медиаторлары) деп атайды. Олар айналасындағы сау жасушалардың бүлінуіне әкеледі. Сонымен, бірінші алтерация қабыну шақыратын қоздырғыштың тікелей әсерінен пайда болады. Ал, екінші алтерация тіндерге лизосомалық ферменттердің және биологиялық белсенді заттардың (қабыну медиаторларының немесе дәнекерлерінің) әсерлерінен дамиды.

- **Гистамин** мес жасушаларда немесе лейкоциттерде гепаринмен және химазамен байланысқан әсерсіз түрде болады. Бос күйінде ол ұсақ тамырларға (капиллярлар, венулалар), олардың кемерлерінің өткізгіштігін көтеріп, кеңітетін әсер етеді. Гистамин аз мөлшерде артериолаларды кеңітеді, ал көп мөлшерде - венулаларды жиырады.
- **Серотонин** қабынудың келесі жасушалық медиаторы болып саналады. Ол адамда тромбоциттерде, ішектің шырышты қабығының хромафиндік жасушаларында, сонымен қатар мидың кейбір нервтік құрылымдарында болады. Жасушалардың бүлінуі кезінде серотонин сыртқы ортаға шығып, тамырлардың өткізгіштігін жоғарылатады.
- Мес жасушалары мен базофильдерден **гепарин** босайды. Ол капиллярлардың ішкі қабатында фибриннің құрылуына бөгет жасайды, қан ұю үрдісін тежеп, гистаминді байланыстырып, компонентті тежеп, қабынуға қарсы ықпал етеді.
- **Фагоциттердің катиондық нәруыздары** тамыр кемерлерінің өткізгіштігін көтереді, зат алмасуды күшейтеді және бактерицидтік әсер етеді.
- **Лимфокиндер** - лимфоциттерде болатын пептидтері қабыну медиаторларына жатады. 10-нан астам лимфокиндердің түрлері белгілі.
- **Простагландиндер**. Олар қан тамырларын кеңітеді, экссудацияға, хемотаксиске әкеледі, қан ұю үрдістерін кейде қарма-қарсы бағыттарда өзгертеді.
- **Арахидон қышқылы** гиперергиялық (аллергиялық) қабынудың қуатты дәнекерлері және экссудацияға, хемотаксиске, тамыр кемерлерінің кеңуіне әкеледі; бронхиолардың тегіс еттерін жиырылтады.

- ◎ **Қанайналым бұзылыстары.** Қабыну жергілікті қан және лимфа айналымдарының, әсіресе микроциркуляциялардың бұзылыстарымен сипатталады. Оларды 1887 жылы Конгейм ажыратып жазды.
- ◎ Микроциркуляция деп қанның майда тамырлар (артериолалар, метаартериолалар, қылтамырлар және венулалар) арқылы қозғалуын, сонымен қатар осы тамырлар мен тіндер арасында әртүрлі заттармен (O_2 , CO_2 , қоректік зат алмасу өнімдері) алмасуды айтады. Микроциркуляцияны Конгейм тәжірибесі көмегімен зерттеу ыңғайлы. Бұл кезде бақаны ішектерін сыртқа шығарып, тақтайдың тесігі үстіне кереді де, шажырқайды микроскоппен қарайды. Сол кезде қоздырғышты әсерінен (ішектерін шығарғандағы зақымдану) бірден пайда болатын артериолалардың тарылуын (спазмын) микроскоппен көруге болады. Ол рефлекстік түрде (аксон рефлексі бойынш тамыр жиырылтқыш нервтің тонусы артуынан) болады және тез өтеді. Бұнын артынан артериялық гиперемия пайда болады Ол қабыну ошағында артериолалар мен капиллярлар қабырғаларының тегіс еттерінің босаңсып кетуінен болады. Бұл артериялық қанның қабынған тінге ағып келуін ұлғайтады; бұрын қызмет атқармаған капиллярларды ашып, оларда қан қысымының көбеюіне әкеледі. Осының нәтижесінде қабыну ошағында қызару болады және зат алмасу үрдістері көтерілуіне байланысты температурасы жоғарылауы байқалады.



- I, II, III саусақтардың іріңді тендовагиниттің асқынуына қабыну үрдісінің алақанның шаңдырлы жасушалық кеңістігіне таралуы жатады, нәтижесінде қол ұшының флегмонасы дамиды.



- I және V саусақтардың іріңді тендовагинитінде іріңді үрдіс алақанның көрә жілік және шынтақ синовиальді қатпарына жайылады.

- Веноздық гиперемия мен стаз қабыну медиаторларын қабыну ошағында жинап, жалпы қан айналымға түсірмейді. Егер олар қан айналымға тарап кетсе, онда организмде көптеген патологиялық бұзылыстарға әкелуі мүмкін.
- Веноздық гиперемия мен стаз экссудацияға және лейкоциттердің эмиграциясына қолайлы жағдай жасайды.
- **Экссудация** (лат. exsudare - терлеу) деп қанның сұйық бөлшектерінің, онда еріген электролиттердің, қан нәруыздары мен жасушаларының тамыр сыртындағы тінге шығуын айтады.
- Экссудацияның негізгі себебі тамырлар қабырғаларының өткізгіштігінің көтерілуі.

⊙ **Пролиферация** (лат. proles - ұрпақ, fero - әкелу) қабынуға қатысатын әсіресе макрофагтар мен лимфоциттердің, жергілікті тін жасушаларының өсіп-өнуі. пролиферацияны дамытатын бірнеше медиаторлар белгілі, пролиферация үрдісі белгілі бір мөлшерде болуы қажет. Оның тым артық болуы ағзаның сыртқы пішінін өзгертетін және қызметін бұзатын артық тыртық тіннің өсіп-өніп кетуіне әкеледі. Бұл әсіресе жүрек қақпақшаларының, ми қабықтарының қабынуы кезінде өте қауіпті. Сондықтан қабыну ошағында дәнекер тіні жасушаларының өсіп-өнуі белгілі мөлшерде шектеліп тұруы қажет. Сайын келгенде, тіннің кішігірім бүлінулерінде, жарақаттануында асқынбай бітетін қабыну үрдісі толық қалпына келумен аяқталады. Тым көп жасушалар тіршілігін жоғалтқанда ақау дәнекер тінге ауысып артынан тыртық пайда болады.



ПЕРИОДОНТИТ

- **Периодонтит** (*грек. Peri – маңы, odontos – тіс*) – тіс түбінің және оған жақын жатқан тканьдердің қабынуы. Периодонтит көбіне тіс **кариесінің** салдарынан болады. Мұнда **тіс** тканіне инфекция өтіп, тіс түбірін бүлдіреді, сондай-ақ тістің зақымдауынан пайда болады. Периодонтиттің жедел және созылмалы түрлері болады. Периодонтиттің жедел түрінде тістің айналасы қатты ауырады, егер тіске бірдеңе тиіп кетсе одан да қатты қақсап ауырады, қызыл иек, **ерін**, жақ ісінеді. **Тіс** босайды, **жақ** асты безі шошиды, лимфа түйіні ұлғаяды, кейде дене **қызуы** көтеріледі, асқынса сепсис ауруына шалдықтыруы мүмкін. *Созылмалы Периодонтит* – жай уақытта онша мазаламағанымен тамқ шайнағанда қатты ауырады, ауыздан жағамсыз иіс шығады, кейде қызыл иекке іріңді бөртпе шығып жарылады. Периодонтиттің бұл түрі жақ сүйекті бүлдіріп, сары сулы ісік пайда болуы мүмкін. ЕМІ: Периодонтитке шалдыққан тістің түбін тазартып, шегендейді, кейде тісті жұлады, тіс түбі, қызыл иек іріңдесе антибиотиктер беріледі

Пульпит

(воспаление пульпы)



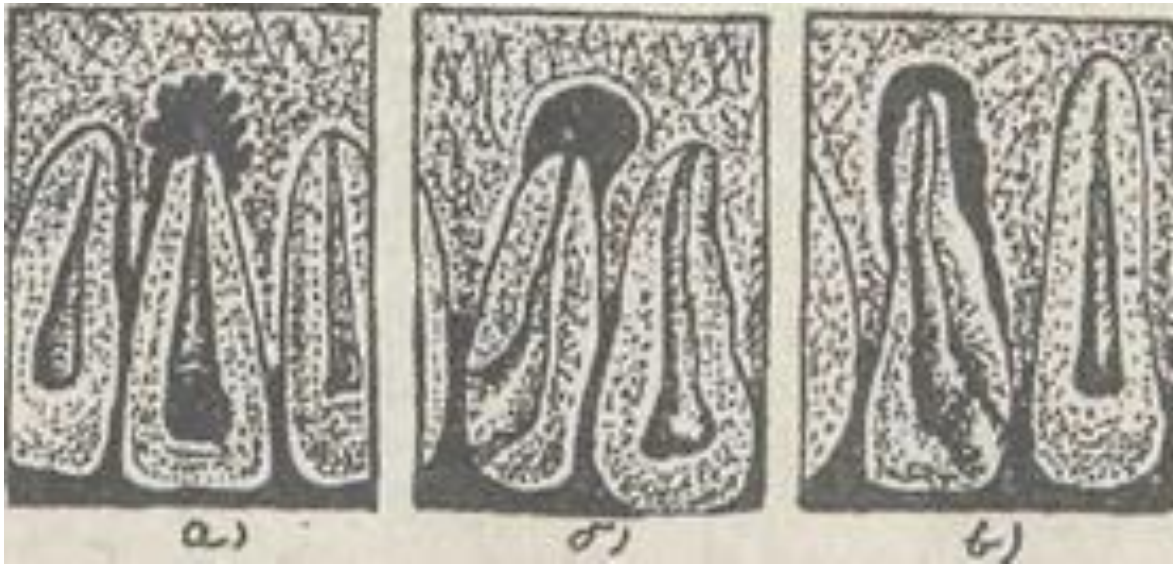
Периодонтит

(воспаление корней зуба и окружающих тканей)



ПЕРИОДОНТИТ

- Әдетте, жедел ағымды периодонтиттер ұзақ уақыт және үздіксіз түбір өзегінің микрофлорасы инфекциясымен қозған жағдайда дамиды, кейде жедел ағымды периодонтиттен кейін дамуы мүмкін.
- Клиникалық байқаулар бойынша, жедел ағымды периодонтитке қарағанда, созылмалы периодонтиттер жиі кездеседі, себебі жедел ағымды периодонтит деп нақтама-диагноз қойылғандардың көпшілігі мұқият тексеріп қарағанда созылмалы периодонтиттің өршуі болып табылады.
- **Фиброзды созылмалы периодонтит** созылмалы периодонтиттің жеңілдеу түрі. Өзінше дамиды, сирек грануленген және гранулематозды периодонтиттердің кері дамуы нәтижесінде дамиды.



а) грануленген; б) гранулематозды; в) фиброзды

- Кейде гиперцементоз — түбір ұшы көп мөлшерде қалыңдайды
- Әдетте науқастардың шағымы болмайды. Тек өршігенде, шайнаған уақытта ауру сезімі байқалады. Қарап тексергенде, тісте тісжегі қуысы немесе бітеме-пломба болуы мүмкін, сирек тіс сау болады. Ұрып-қағып тексергенде ауырмайды. Рентгенологиялық - тіс түбірі ұшында периодонт саңылауы кеңейген және түбірде көп мөлшерде цемент жиналуы нәтижесінде периодонт шеттері (линия) тегіс емес.
- Кеңейген периодонт саңылауын шектейтін сүйек табақшасы-пластинкасы қалыңдаған, қатаю-склерозға ұшыраған, рентгенограммада қалыпты жағдайға қарағанда тығыз көлеңке береді.

- ◎ **Патологиялық анатомия:** макроскопияда — периодонт не түбір ұшы бөлігінде, не барлық түбір бойында қалыңдаған, микроскопияда — дөрекі талшықты дәнекер тіндердің шоғырлары арасында сирек дөңгелек жасушалы ұйыспа-клеткалы инфильтрация ошақтары орналасқан.
- ◎ Фиброзды периодонтит отасыз-консервативті түрде емделеді. Оған көнбесе тіс жұлынады немесе реплантация жасалады.

- **Созылмалы гранулематозды периодонтиттің клиникалық-субъективті көрінісі айтарлықтай дамымаған болмауы мүмкін.**
- Кейде науқас тістескенде болатын ауру сезіміне шағымданады. Ауру тарихын зерттегенде -анамнезінде тіс тұсындағы қабынудың жиі қайталанып өршіп тұрғаны анықталады. Қарап тексергенде тісте тісжегі қуысы болады. Кейде бітеме-пломба бар, рентгенге түсіргенде тіс өзегі ұшына дейін түгел бітеме-пломбамен толтырылмаған. Ұрып тексергенде-перкуссияда ауырмайды. Тіс тұсындағы қызыл иектің шырышты қабығы өзгермеген.
- Рентген суретінде сүйек тіні дөңгелек, жиегі тегіс, көлемі дәннен ас бұршағына дейін ыдыраған жерін көруге болады. Кейде осы ыдыраған аймақта сүйек қатаюы аймағы-остеосклероз зонасы көрінеді. Гранулема тіс түбірінің ұшында түзіледі. Осы созылмалы қабыну ошағы жиі ауыз қуысына кіреберіс-вестибуляр жағынан көлемін үлкейтетін гранулема түбір ұшында сана емес одан бүйірлей де орналасады. Бұл кезде ұяшықты-альвеолды өсіндінің бетінде, түбір ұшы тұсында кішкене домбығу (шекарасы айқын емес) болады. Сирек жағдайда гранулема түбір қосылған-бифуркациясында түзіледі

- **Патологиялық анатомиясы.** Түбір ұшы маңында орналасқан грануляциялық тін фиброзды капсуламен жабылып периодонтпен тығыз байланысқан. Осы ұшына жақын түбірдің цементі, кейде дентині де ыдыраған. Гранулема шеттерімен түбірдің гранулема қабығының жанасқан жерінде цемент ісігі болуы мүмкін.
- Құрылысына қарай: 1) жай дәнекер тін элементтерінен тұрады; 2) эпителиальды, ортасында эпителий тартпалары бар; 3) киста тәрізді, эпителиймен қапталған қуыстан тұратын гранулемалар. Эпителиальды қуыстар біртіндеп жойылып, қабыну экссудаты мен май детриттеріне толып кистогранулема, содан кейін киста түзеді.
- **Емі.** Отасыз емдеу-консервативті болуы мүмкін. Ол тиімсіз болса хирургиялық ем жүргізіледі.

- **Созылмалы гранулденген периодонтит.** Бұл созылмалы периодонтиттердің ең белсенді түрі. Аурулар қатты немесе ыстық тағам жегенде тістегі күшті ауру сезіміне және қызыл иекте жиі ашылып, жабылып тұратын жыланкөзге шағымданады. Кейде аурулар қызыл иектерінің ісініп, қызарғанына шағымданады. Кейбір жағдайларда дәрігерге көрінгенде клиникалық-субъективті көрінісі айтарлықтай дамымаған болмауы мүмкін, шағымы болмайды.
- Қарап тексергенде жегімен бұзылған тісті көруге болады, аздап ауырады. Тіс деңгейіндегі қызыл иек қызарып, ісінген, сирегірек өзгеріссіз.
- Егер оны қысқышпен (пинцет) немесе шұқығышпен басып көрсе, осы құралдардың ізі қалады және қызарады, бұл сау шырышты қабыққа қарағанда ұзақ уақыт сақталады. Жиі-жиі созылмалы гранулденген периодонтит өршіп тұрса қызыл иекте ісінген грануляциясы бар жыланкөздерді көруге болады.
- Осы өршулер нәтижесінде гранулденуші периодонтит ошағы біртіндеп ұяшықтың жаңа бөліктеріне таралады, көбінесе ауыз қуысына кіреберіс-вестибулярлық жағына, нәтижесінде ұяшық-альвеолды өсіндінің сүйек қабырғасында өрнектер түзіледі. Егер осы кезеңге-процеске қоршаған жұмсақ тіндер қосылатын болса, онда қызыл иекте жыланкөз пайда болады (нүктелік тесіктер немесе ісініп шыққан грануляциялар түрінде). Ауру бетінің қайтуы-ремиссия кезеңінде қызыл иектегі жыланкөз белгілі бір уақытта жабылады. Бірақ кезекті өршу кезінде бұрын болған жыланкөз орнында шырышты қабық ісініп, қызарады да жыланкөз қайта ашылып, одан ірің бөлінеді.

- Кей кезде созылмалы гранулденуші периодонтит ошағы үлкейіп жақ маңындағы жұмсақ тіндерге өтеді, осы кезде беттің теріасты одонтогенді гранулемасы дамиды.
- Рентгенологиялық көрінісінде созылмалы гранулденуіш периодонтитте тіс түбірі ұшының сүйек тінінде шекарасы анық емес, шеттері тегіс емес бүлінуі-деструкция ошағы анықталады.
- **Патологиялық анатомиясы.** Түбір ұшы аймағында грануляциялық тін периодонт сыртына шығып өсіп кеткен. Осылай созылмалы гранулденуші периодонтит ошағының өсуі қабыну аймағындағы сүйек тінінің сорылуына және сүйек кемігінің грануляциялық тінмен ауысуына әкеліп соғады. Осымен бірге түбір дентині және цементінің кейбір бөліктерінің сорылуы-резорбциясы анықталады. Грануляциялар арасында лейкоциттер, гистиоциттер шоғырлары, плазматикалық, эпителиоидты клеткалар болады. Кей жағдайларда ошақтың шет жақтарында сүйек тінінің жаңа түзілуі жүреді.
- **Емі.** Отасыз емдеу-консервативті. Егер нәтижесіз болса, хирургиялық ем жүргізіледі.





Здоровый зуб



**Хронический
фиброзный
периодонтит**



**Хронический
гранулёматозный
периодонтит**



**Хронический
гранулирующий
периодонтит**

ОСТЕОМИЕЛИТ

- **Остемиелит** (көне грекше: osteon - сүйек + көне грекше: myelos) — сүйек майының қабынуы. Бет-жақ сүйегіне кариес қуысынан, жарақаттан, оқ тиіп зақымданған жерден стафилококк, стрептококк тәрізді микробтар еніп, жедел немесе созылмалы остемиелитауруын туғызады. Бұзылған тістен тараған жедел остемиелит кезінде жалпы жағдай ауырлап, температура 40° дейін жетіп, жақ сүйек қақсап жанды қинайды. Лимфа бездері үлкейіп, қол тигізбейді. Инфекция ошағының ортасындағы тіс босап, тіс ұлпасы мен тіс түбір маңындағы тканьдер де қабынады. Бет ісіп, қызыл иек қызарады. Сол сияқты организмдегі туберкулез (күрт ауруы) ошағынан бет-жақ сүйегіне енгеи бактериялар және мерез (сифилис) туғызатын бозғылт спирахета сүйек майына еніп, остемиелит ауруын қоздырады.



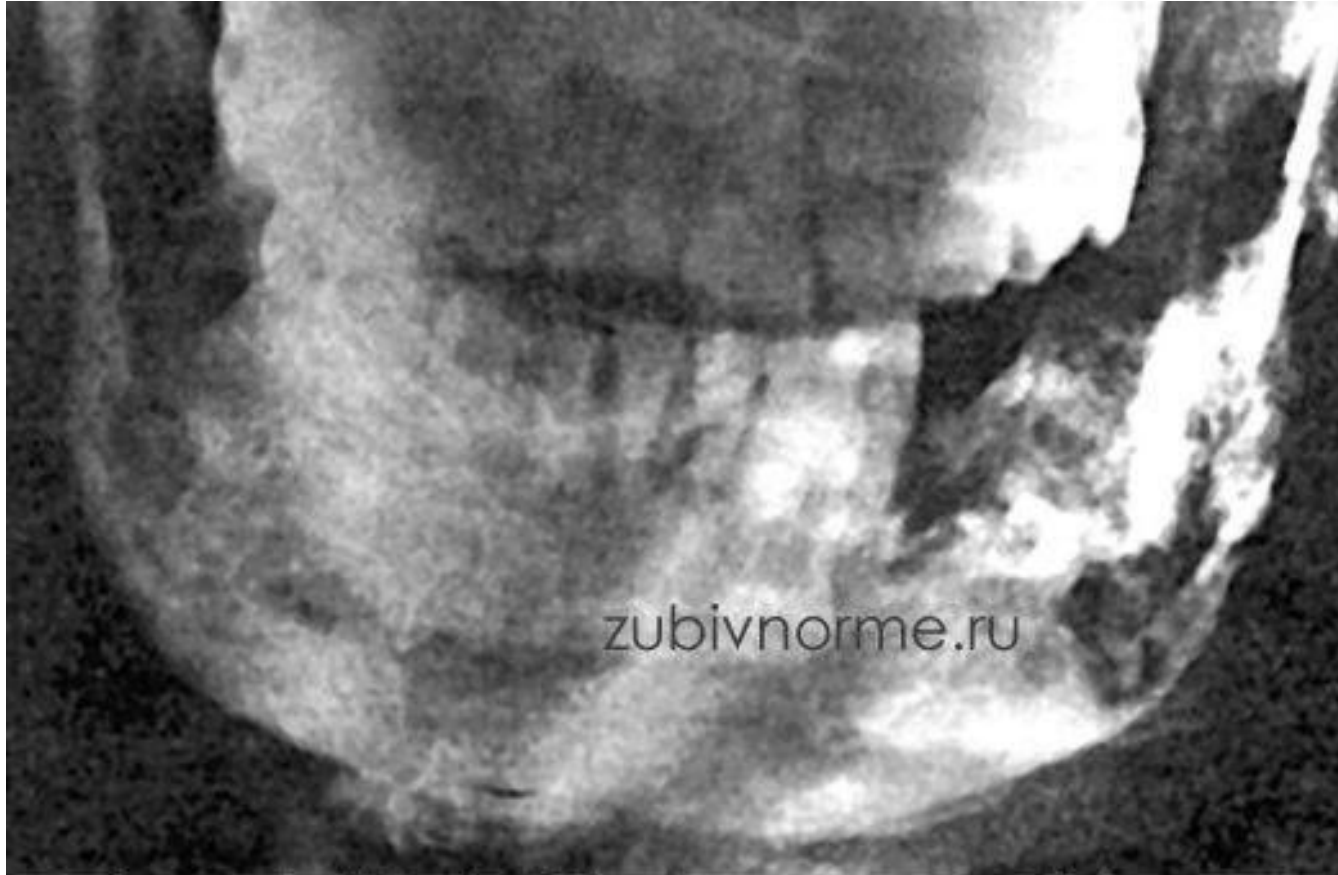
ОСТЕОМИЕЛИТ

- Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрді алып тастағанда немесе ол өз бетінше бөлінген соң, оның орны біртіндеп өскен дәкекер тінмен толады, кейіннен ол сүйекке айналып кетеді. Созылмалы остеомиелит жақ сүйектерінің жарақаттану тереңдігі мен таралуына байланысты 2 топқа бөлінеді:
- **Созылмалы шектелген немесе ошақты остеомиелит.**

- Осылай бөлу клиникалық тәжірибе үшін ыңғайлы, өйткені шектелген және жайылған остеомиелиттер кезіндегі ота-оперативтік емнің бір-бірінен айырмашылығы бар.
- ҚазҰМУ клиникасының мәліметтері бойынша (Шинкаренко Д. И. 1968) 210 созылмалы одонтогенді остеомиелитпен ауырғандардың ішінде (1958-1967 ж), 86,2% шектеулі остеомиелит; 13,8% жайылмалы түрі болғаны анықталған. Жайылмалы остеомиелит көбіне төменгі жақта кездеседі.

- **Клиникалық көрінісі.** Созылмалы шектелген остеомиелит кезінде бұрынғы тесіктен қалған тыртық нәтижесінде бет әлпетінде аздап өзгерістерді кейде жыланкөзді көруге болады. Ауыз қуысында бұзылған тіс немесе түбір, кейде жазылмайтын тіс ұяшығында грануляцияны, одан іріңнің бөлініп тұрғанын анықтауға болады, шырышты қабықта бір немесе бірнеше жыланкөз болуы мүмкін. Дене қызуы қалыпты, қан көрсеткіштерінде де айқын өзгерістер жоқ.

- **Рентгенограмма.**Одонтогендік ошаққа жақын жерде сүйек бүлінуі-деструкциясы айқын көрінеді, кейде сүйек тінінің шіріген бөлігі- секвестрлер анықталады. Сүйек тінінің сиректенуімен сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестр өзінің тығыздығы бойынша ерекшеленіп тұрады және бос жатқан үлкен мөлшердегі қою көлеңке түрінде көрінеді. Бірақ өте ұсақ мөлдір сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер рентгенограммада анықталмауы мүмкін, сондықтан бұл зерттеу мәліметтерін жоғары бағалаудың қажеті жоқ.
- Созылмалы шектелген остеомиелит өршиді және жедел остеомиелит клиникасын береді, бірақ жыланкөздер арқасында ірің оңай шығып қабыну процесі тезірек жазылады.
- Егер жыланкөз бет терісі жағынан болса, ауру тез дәрігерге қаралады, ал егер ол ауыз қуысында болса жылдар бойы ауырып жүре береді. Әрбір жаңа өршуден кейін жарақат аймағы үлкейе береді де, бұл процесс созылмалы жайылған остеомиелитке айналуы мүмкін.



zubivnorme.ru

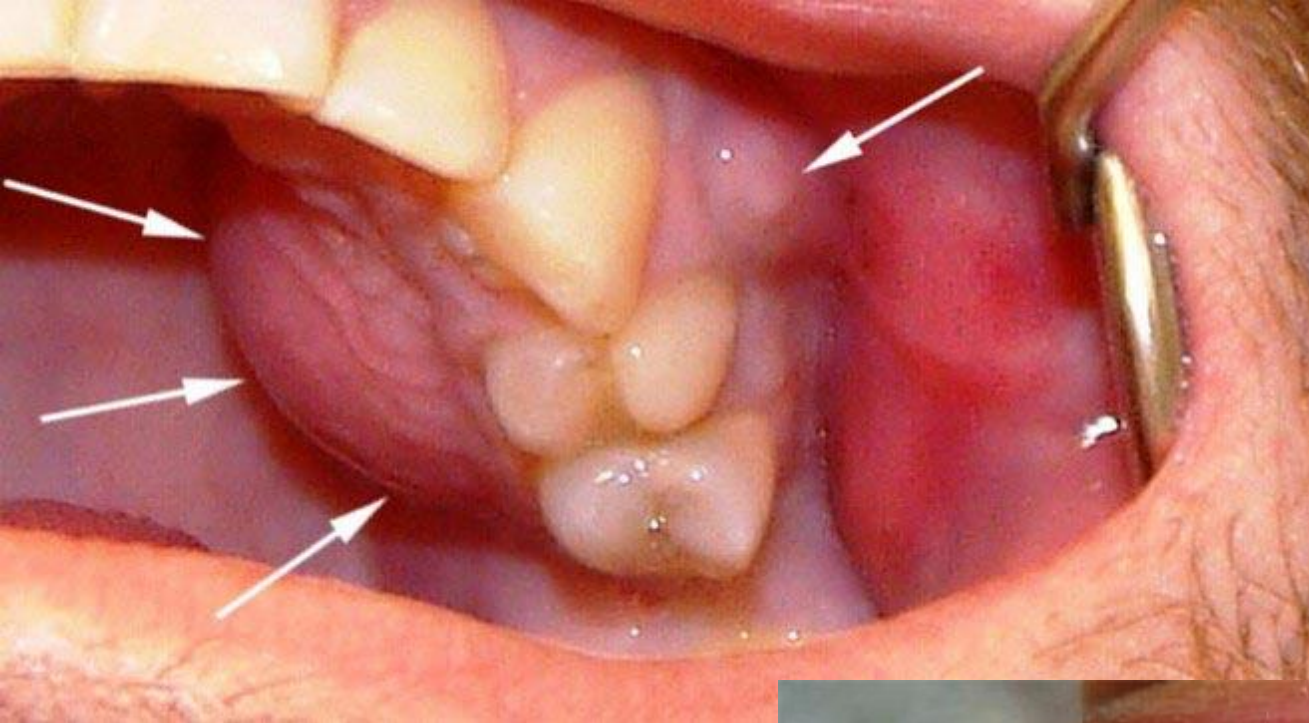
- **Созылмалы жайылмалы остеомиелиттің клиникасы.** Бұл кемтарлыққа алып келетін ауру, әдетте ол жайылмалы жедел іріңді остеомиелиттен кейін дамиды.
- Сырттай қарағанда, жақ сүйектерінің деформациясы және тыртықтар, жыланкөз жолдары қосылуынан пайда болған бет әлпетіндегі күшті деформацияны көруге болады. Жыланкөз тесігінің айналасынан саңырауқулақ тәрізді грануляция шығып, олардан көп мөлшерде ірің ағып тұрады.
- Жыланкөз айналасындағы тері қабаты сырылып кеткен (57-сурет).
- Ауыз қуысында көп тістері жоқ, қалған тістері қозғалмалы, олар бір жаққа қарай қисайып орналасқан. Жақ доғасы патологиялық сынық нәтижесінде қисайған. Шырышты қабық көкшіл, жыланкөздерден көп ірің ағып тұрады, жыланкөзді тексергенде жалаңаш сүйекті анықтауға болады, шайнау қызметі бұзылған. Дене қызуы әдетте қалыпты, аздап лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлаған, анемия. Зәрде белок іздері бар.
- Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер үлкен көлемді болады, кейде бүкіл төменгі жақ секвестрленеді. Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрлер біреу не көп болуы мүмкін және бүтін, орталық, шеттік болып бөлінеді (57-сурет). Сүйек тінінің шіріген бөлігі-секвестрация кезеңі-процесі орташа есеппен жоғарғы жақта 3-4 жұмаға, төменгі жақта 5-6 жұмаға созылады.



ПЕРИОСТИТ

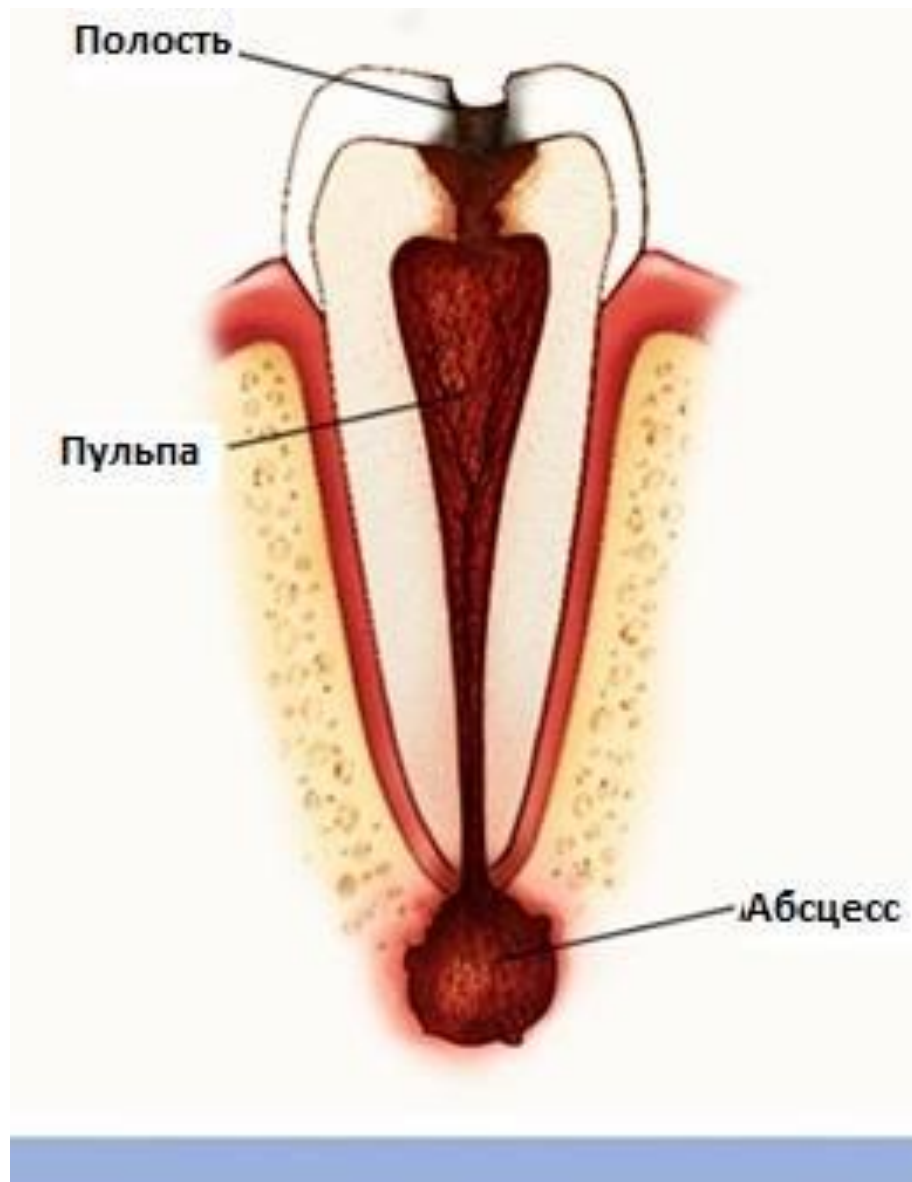
- ◎ **Периостит** (көне грекше: peri маңы + көне грекше: ostéon - сүйек)— жақ сүйек қабығының қабынуы. Бұның жедел, созылмалы түрлері болады. Ауруды қоздыратын факторлар: одонтогенді (тіспен төркіндес) инфекция, туберкулез, мерез, жарақаттар т. б. Жақ сүйек, шықшыт буын және тіс айналасындағы тіндер зақымданғанда периостит өрбиді. Сүйек қабығын кан кернеп, инфильтрацияланып (тканьге енген клеткалардың шоғырлануы) ісініп ауру күшейе түседі.

- Сүйек құрылысы ауызша айтылады.
- Периоститтер – сүйек қабығының қабынуы, келесі этиологияларға ажыратады:
 - 1. Жарақаттанудан, қабынудан және токсикалық.
 - 2. Патолого-анатомиялық өзгерістерге байланысты – сероздық, сероздық-фибриноздық, іріңді, фибринозды.
 - 3. Клиникалық ағымына байланысты – жіті және созылмалы.
 - 4. Таралу дәрежесіне қарай – шектелген, диффузды және көптік.
- Серозды және іріңді жіті өтеді, ал қалғандары созылмалы түрде жүреді.
- Серозды периостит /periostis serosa/ жұмсақ ұлпалармен әлсіз қорғалған сүйектерде болады.
- Іріңді периостит /periostitis purulenta/ сүйек қабығының балқып, тесіліп, абцесс пайда болумен сипатталатын сүйек қабығының іріңді қабынуы.
- Фибринозды периостит /periostitis fibrosa/ сүйек қабығы жағынан фибринозды дәнекер ұлпа өсуімен сипатталады. Көбінесе дистальді бөліктен өсіп шығады.



АБСЦЕСС

- **Абсцесс** (abscess), терінің терең қабатында немесе ішкі органдарда жұқпалы бактериялар тудырған қандағы лейкоцит ұлпаларының бұзылуы салдарынан пайда болатын ірің. **Ағзалар** мен тканьдерде қабыну салдарынан іріңнің шоғырланып жиналуы. Қою сары ірің сау ұлпаларды қоршап тұратын жасуша сыртындағы сұйықтықтан бөлініп тұрады. Іріңді ісікті кесу немесе жару іріңнің ағып кетіп, ісіктің қайтып, ауырсынуды басады. Ісікті тіліп, қуысты құрғатып емдеу және антибиотиктер тағайындау жараның тез бітуіне жағдай жасайды. Егер қан құрамына өтіп кетсе, басқа ұлпаларда іріңді ісіктің пайда болуына әкелуі мүмкін. **Ш** Негізгі абсцестер: **жұтқыншақ** артындағы абсцесс; қатты таңдай абсцесі; мұрын үсті абсцесі; көз асты абсцесі; тіл жақ **науашық** абсцесі; тіл абсцесі; салқын абсцесс.
- Абсцесс
- **Абсцессотомия** — **абсцесті** ашатын хирургиялық **операция**.



- Пародонттық абсцесс – тіс пен қызыл иектің арасындағы кеңістікте ірің толған қуыс (қалта тәрізді ошақ), бактериалдық инфекцияның түсуінен қызыл иектің іріңді қабынуының нәтижесінде түзіледі.
- Пародонттық абсцесс алдымен нақты бір тістің астында орналасады, ісініп, қызарған, домалақ пішінді түзіліс түрінде болады. Тіске тигенде пародонттық абсцесс күшті ауырсыну береді. Пародонттық абсцесс асқынғанда үлкен өлшемге жетіп, бет пішінін өзгертуі мүмкін.

- Пародонттық абсцесстің себептері:
- · Қызыл иектің түрлі аурулары (гингивит – қызыл иектің беткері қабынуы; пародонтит – пародонтты қамтитын қабыну үрдісі; пародонтоз — пародонттың қоректенуінің бұзылысы, оған қызыл иектің түсуі, тіс мойындарының ашылуы тән)
- · Қызыл иектің механикалық жарақаты, оның ішінде, күйіктер.
- · Пломба қойған кездегі протезисттің немесе стоматологтың сапасыз жұмысы, пломбаның шеті жанасқанда ұдайы қызыл иекті зақымдайды.
-
- Пародонттық абсцесстің дамуының қауіп факторларына жататындар:
- · Ауыздың нашар гигиенасы
- · Қанттың көп мөлшері бар тамақтану рационы

- ◎ **Емдеу**
- ◎ Пародонттық абсцессті емдеуді тек дәрігер тағайындайды. Өз бетіңізше емделуге болмайды, іріңді қалтаны өз бетіңізше жаруға тырыспаңыз, бұл күрделі салдарға апаруы мүмкін.
- ◎ Пародонттық абсцессті стоматологиялық емдеу ірің қалтаны хирургиялық жаруға және ішіндегі іріңді сыртқа шығаруға негізделеді. Одан кейін қуыс бактерияларды жоятын (антисептик) дәрілік ерітіндімен шаю арқылы тіршілігін жойған тіндерден мұқият тазартылады. Жоғарыда келтірілген ем-шаралардан басқа дәрігер қабынуға қарсы емдеуді тағайындайды.

ФЛЕГМОНА

- **Флегмона** (көне грекше: φλεγμονή — қабыну) — дәнекер тінде болатын қабыну.

Флегмона адамда, көбінесе, тері астындағы, алақан, табан, мойын, жамбас қуысында, т.б. жерлерде орналасқан майлы және дәнекер тіндерді зақымдайды. Флегмонаның бітеу жарадан айырмашылығы іріңді қабынудың басқа аймақтардан (тіндерден) шектейтін анық шекарасы болмайды. Аурудың қоздырғыштарына: стафилококк, стрептококк, анаэробты және іріңді микробтар, ішек таяқшалары жатады. Микробтар тіндерге әр түрлі жарақаттардың салдарынан зақымданған тері, кілегей қабаттары арқылы немесе бітеу жара, көршиқан, шикан, т.б. аурулардың іріңді ошақтарынан қан арқылы енеді.

- Флегмония диабет, витамин жетіспеушілік, организмнің әр түрлі себептерден әлсіреуі сияқты жағдайлардан жиі дамиды. Қабыну процесінің барысына қарай флегмона: серозды, іріңді, т.б. түрлерге бөлінеді. Аурудың жалпы белгілері: қабыну ошағы пайда болған жер ісініп, дене қызуы көтеріледі. Ауырған жердің терісі қызарады, бірақ бір ерекшелігі, оның қалыпты тіндерден бөлініп, нақ көзге көрінетін анық шекарасы байқалмайды. Ауру үдеген сайын науқастың дене қызуы жоғарылап, басы ауырады, ұйқысы қашып, асқа тәбеті болмайды. Флегмонаны дер кезінде емдемесе, ол адам өміріне өте қауіпті. Егер ауру асқынып кетсе, организмде сепсистің дамуына әкеледі. Бет, мойын аймағындағы флегмона асқынып кетсе миға зақым келуі мүмкін. Саусақтардағы флегмонаның ауыр түрінен саусақтар бүгіліп-жазылу қимылын жоғалтады. Флегмонаны емдегенде негізінен хирург. операция жасалынады. Ауру асқынбаған жағдайда қабынған жерге әуелі суық, одан кейін жылу басады, антибиотиктер береді.

○ **Көзасты аймағының абсцестері мен флегмоналары.** Бұл аймақтың анатомиялық шектері: көз ұясының қыры, жоғарғы жақ сүйегінің альвеолдық өсіндісі, мұрынның бүйір қабырғасы, жақ және шықшыт сүйектерінің жігі. Бұл жерде, борпылдақ (жұмсақ) фасциялармен қоршаған „күлкі бұлшықеттері" орналасқан. Еттердің арасында, көзасты аймағынан шықшыт және ұрт аймақтарына ірің тарайтын шел (май) клетчаткасы болады. Сондай-ақ инфекцияның таралуына, өте көп веналық тордың болуы, оның бұрыштық вена арқылы көз шарасы (ұясы) веналарымен жалғасуы үлкен рөл атқарады. Көзасты аймағында іріңді процестің пайда болуына, бұзылған жоғарғы ит азулары және кіші азу тістер, кей жағдайда кіші күрек тістер мен екінші премолярлар себепші болады.

○

○ **<...> Көз шарасының абсцестері мен флегмоналары.** Көз шарасының клетчаткалы кеңістігіне инфекция тромбофлебитте бұрыштық вена арқылы, гаймор қуысынан, самайасты және канатша-таңдай шұңқыршасы флегмонасынан енуі мүмкін.

○ Көз шарасы флегмонасының клиникалық көрінісі өте ауыр болады: дене қызуы жоғары көтеріліп, зардапты бас ауруы пайда болып, улану күшейеді. Қабак домбығып, (хемоз) шырышты қабығының айналып сыртқа шығуы (экзафталм), көздің шарасынан бұлтиып шығуы (диплопия) пайда болады



- **Төменгі жақ сүйегі маңында кездесетін абсцестер мен флегмоналар**
- **Анатомиялық топографиясы:** алдында — төменгі жақ сүйегінің иек бөлімі, шет қапталдарында оң және сол қос қарынша бұлшықетінің алдыңғы қарынша бөлігі, үстінде — жақ-тіласты бұлшықеті, артында — тіласты сүйегінің денесі, төменінде — мойынның меншікті фасциясы. Бұл жерде бұлшықет арасы борпылдақ клетчаткасы және 2—4 иекасты лимфа түйіндері орналасқан. Бұл аймақта іріңді қабынудың пайда болуына лимфа түйіндерінің қабынуы және төменгі күрек тістердің түбір ұшында инфекция ошағының болуы себепші деп есептеледі.
- **Клиникасы.** Екінші иек тәрізді қатты ауыратын инфильтрат пайда болып, бет аумағы ұзарғандай көрінеді.



- ◎ **Жақ-бет аймағы флегмоналарын емдеудің негізгі қағидалары**
- ◎ Емдеу жолы жан-жақты комплексті шаралардан тұруы қажет. Негізгі шаралар:
- ◎ 1) **Хирургиялық *емі* Мақсаты:** жұмсақ тіндердегі ошақты іріңді ашып, дренаж жасау; 2)микробқа қарсы; 3)интоксикацияға қарсы; 4)сенсibiliзацияға қарсы; 5) организмнің нашарлаған функциясын қалпына келтіруге бағытталған; 6)жалпы әлдендіргіш және иммуды биологиялық қасиеттерді көтеру үшін бағытталған стимуляциялық емдер.
- ◎ Жақ-бет аймағының флегмонасында оперативтік ем, яғни бұзылған (қабынуға себепші болған) тісті жұлу және жұмсақ тіндерді ашып, іріңді шығару кейінге қалдыруға болмайтын, кей жағдайда шұғыл операция түріне жатады.
- ◎ Тісті жұлудың негізгі мақсаты — сүйек ішіндегі іріңді дренаж шығарып токсиндердің қанға сіңуін және экссудаттың сүйек өзектері арқылы жайылуын азайту болып табылады.



**Рис. 1. Одонтогенная флегмона
подглазничной области справа от
13**



**Рис. 2. Одонтогенная флегмона
подглазничной, щечной областей
слева**



БЕТ ЖӘНЕ МОЙЫН ЛИМФАДЕНИТІ

- Лимфа ағзалармен дене бөлшектеріне жеткізетін тамырлар оның бойына орналасқан лимфатикалық түйіндер лимфатикалық жүйе құрып, адам организміңде көптеген міндеттер атқарады. Лимфаны тіндерден венаға өткізеді (өткізгіш міндет), лимфоидтық элементтер құрады (лимфопоэз) және организмге кірген бөтен заттарды сүзіп аластайды (тосқауыл міндет). Лимфатикалық тармақтармен қатерлі ісік клеткалары жайылып басқа ағзаларға жетеді (метастаза).
- Лимфатикалық түйін домалақ немесе сопақша болып келеді де, мөлшері бидай дәнінен бұршақтай болады. Ол дәнекер қапшықпен қапталып, түйінге қарай перделермен бөлінеді. Перделер арасы лимфоидтық тіндермен толтырылған, ол қабыршақ ми заттарына ұқсас орналасқан. Лимфоидтық тіндер мен перделердің арасында кеңістіктер бар,— ол лимфатикалық синустар деп аталады.



ОДОНТОГЕНДІ ЕМЕС ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ

Фурункул(сыздауық)

- ДДҰ бойынша:Фурункул мен Карбункул тері беткей аурулары арасында 30% алады.
- 28.4%-фурункул мен карбункул бет аймағында орналасады.
- Фурункул-шашты фолликула мен оны қоршай орналасқан терінің және май бездерінің жедел іріңді-некрозды қабынуы.Инфекция көзі стафилокок.
- Пайда болу себебі:теріде микро жарақаттар сол жараны қасу,микроорганизмдермен химиялық заттармен ластану, шамадан тыс тері бөліну,зат алмасу бұзылысы,имунитет белсенділігінің түсуі.

БЕЛГІЛЕРІ

- Фурункул үшін теріде ауыру сезімі бар
фоликулярлы пастула және қызыл эритремалық
некрозы бар аймақ тән. Некрозды тін босап
шығуы нәтижесінде сол жердегі регенарация
есебінен тыртықтанып бітісу жүреді. Көбінесе
фурункул мойын, желке, бет, арқада кездеседі.







ЕМІ

- Ихтиолды жақпа маймен компресс жасау.
- УФА(ультра күлгін сәуле)арқылы.
- Новакаин және метициллин,оксациллин, эритромицин басқада антибиотиктермен фурункул аймағын шаншу.
- мазь — димексид, биопин, бальзам шостаковского,стелланин,бетадин,вишневский.
- Ерітінділер-натрий хлориді,сутегі асқын тотығы,фурацилин.
- Асқынған жағдайда операция жасалады.

КАРБУНКУЛ(ШИҚАН)

Карбункул(шиқан) өте ауыр, жайылған, бірнеше шаш фоликулласы, терінің май бездері, тері, тері асты майының қабынулары және қан тамыры тромбозының салдарынан пайда болған ауқымды іріңді некроздық процесс.

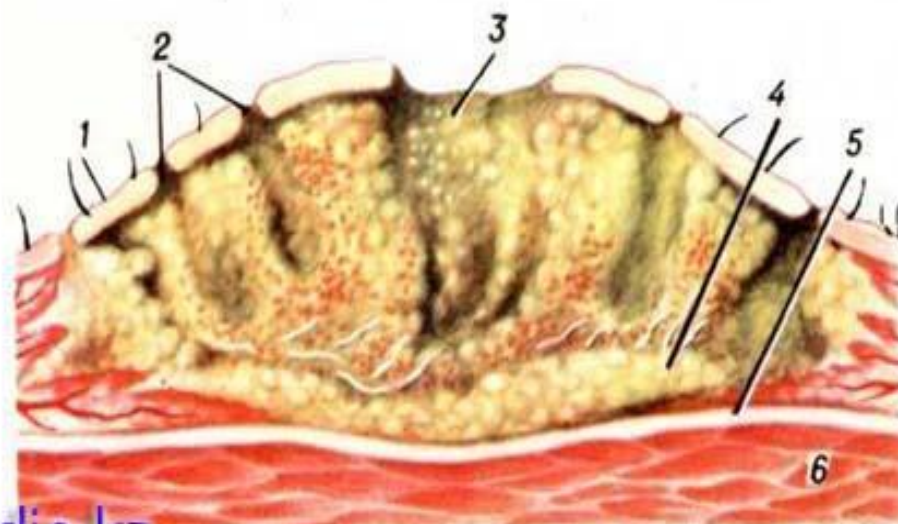
Этиологиясы мен патогенезі келсек іріңді жиі тудыратын алтынды стафилококк, кейде стрептококк немесе екеуі бірігіп ауыруды шақырады. Қант диабеті, гипо, авитоминоз, қан тамырлары аурулары адам имунитетін төмендетіп, іріңдіктердің пайда болуына әкеледі. Жиі кездесетін жерлері: желке, жауырын ортасы, арқа, ерін айналасы.



1



2



3

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

- Науқастың жағдайы ауыр, әлсіздік, дене қызуының көтерілуі, жүрек қағу, елтігу, бастың ауыруы, тәбетінің төмендеуі, қалтырау орын алады. Қабынған ошақта ауқымды қызарған, ісінген, тығыз инфильтрат анықталады. Инфильтрат үстінде бірнеше іріңді пустула көрінеді, олар тесіліп ірің шығады. Ауырудың асқынған, жайылған түрінде лимфа тамырлары, лимфа бездері қабынады, қан арқылы инфекция таралғанда, өте қауіпті флегмона, сепсис, менингит аурулары дамиды.

ЕМІ

- Ауырған дене мүшесінің қимылын шектеу, бетте орналасса төсектік режим, сұйық тағамдар, қабынған ошақты 70% спирт ерітіндісімен сүртіп, асептикалық тану салынады. УЖЖ, антибиотиктер, сульфаниламидтер тағайындалады.
- Консервативті ем нәтижесіз болғанда наркоз беріліп, операция жасалады. Фасцияға дейін крест тәрізді тілік жасалып, іріңдіктерді ашу және некроэтомия операциясы орындалып, жара антисептиктер ерітінділерімен мұқият жуылып, 10% натрий хлор, протеолиттік фермент ерітінділеріне малынған тампондармен дренаждалады.



KazMedic.kz
қазақ тіліндегі медицина

ЖЕГІ

- **Жегі**, нома (грек. *nome* — жара, ойық, жараның жайылуы; синонимі — қатерлі ісік) — дымқыл гангренаның жайылмалы түрі. Организмнің қорғаныс күштерінің әлсіреуінен пайда болады. Көбінесе адамның бетінде, кейде құлақтың қалқан шеміршегінде, мойнында, жыныс мүшелерінде, т.б. пайда болады. Жегі ауыздың кілегей қабығын шірітіп, бірте-бірте ұрт, ерін және таңдайдың кілегей қабықтары мен еттерін жидітіп түсіреді. Негізінен 2 — 15 жас аралығындағы ауыр инфекциялық (қызылша, көк жөтел, дизентерия, күл, сүзек, т.б.) аурулардан кейін жүдеген балалар жиі шалдығады. Аурудың негізгі себептері толық анықталмағанымен, ауруды туғызатын *Clostridium perfringens* бактериясы деп есептеледі.

КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІСІ

- Жегінің клиникалық белгісі: езудің кілегей қабатында бұлыңғыр не геморрагиялық құрамдас көпіршік, кейін кішкентай күлдіреген жара не қара көк дақ пайда болады. 2 — 3 күннен кейін пайда болған дақ ұрттың терісіне, ерінге, қызыл иек еттеріне жайылады. Жарақаттанған жердің айналасы ақшыл балауыз тәрізді болып, сол жерді басқанда саусақтың ізі қалады. Дене темп-расы 38 — 39 °С-қа дейін көтеріледі. Жегіні емдеу организмнің қарсы тұру күштерін күшейтуге бағытталу керек. Ол үшін калориясы жоғары, поливитаминдерге бай тағам ішу; марганцовка, бор қышқылы, сутек асқын тотығы ертіндісімен ауызды шаю және жергілікті ем жасау, ал ауру асқынып кеткен жағдайда пластикалық операция жасау керек.



Fig. 1. A child with a large tumor of the mouth.

W. Cheselden Sculp. et del. pinx.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТ

- Қазақ Энциклопедиясы.
- Kazmedic.com
- Кожабеков З.К., Отенов А.М. Малдың патологиялық физиологиясы.
- Оқулық, Алматы. «Ана тілі», 1992ж. 285б.
- https://studopedia.su/12_42358_sozilmali-periodontit.html
- <http://examenna5.net/work/738>
- https://studopedia.su/12_42362_sozilmali-zhayilmali-diffuzdi-osteomielit.html