

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

**YUZ-JAG‘ JARROHLIGI (ODONTOGEN VA NOODONTOGEN
KISTALAR. TASHXISLASH VA DAVOLASH USULLARI)**

O‘quv qo‘llanma

(Yuz-jag‘ jarrohligi fanidan)

Bilim sohasi: 900000 - Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot

Ta’lim sohasi: 910000 - Sog‘liqni saqlash

Ta’lim yo‘nalishi: 60910100 – Stomatologiya

Toshkent-2026

Tuzuvchilar:

Q.E. Shomurodov – tibbiyot fanlari doktori, Toshkent davlat tibbiyot universiteti yuz-jag‘ jarrohligi kafedrası mudiri.

R.S. Mirxusanova – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent davlat tibbiyot universiteti yuz-jag‘ jarrohligi kafedrası dotsenti.

G.X. Shomurodova – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent davlat tibbiyot universiteti terapevtik stomatologiya propedevtikasi kafedrası doktoranti.

Taqrizchilar:

A.M. Azimov – Toshkent davlat tibbiyot universiteti yuz-jag‘ jarrohligi kafedrası professori, t.f.d., dotsent.

A.B. Shukparov – Janubiy Qozog‘iston tibbiyot akademiyasi jarrohlik va ortopedik stomatologiya kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent.

O‘quv qo‘llanmada yuz-jag‘ jarrohligi dolzarb muammolaridan bo‘lgan jag‘lardagi odontogen va noodontogen kistalar rivojlanish mexanizmi, ularning tasnifi, zamonaviy tekshiruv usullari, jarrohlik va konservativ davolash usullari to‘g‘risida batafsil ma'lumotlar keltirilgan.

O‘quv qo‘llanma tibbiyot institutlari stomatologiya yo‘nalishi bo‘yicha davlat standartlari va fan dasturiga muvofiq bakalavriyatning yuqori kurs talabalari, magistratura rezidentlari, klinik ordinatolar hamda amaliyot shifokorlari: jarroh-stomatolog, yuz-jag‘ jarrohi, terapevt-stomatologlar uchun to‘laqonli qo‘llanma sifatida chop etilgan.

MUNDARIJA

Kirish.....	4
1. Odontogen jagʻ kistalari tasnifi.....	5
2. Odontogen kistalarning rivojlanish etiologiyasi va patogenezi.....	6
3. Jagʻ kistalari oʻsishining oʻziga xos xususiyatlari.....	14
4. Odontogen kistalarning klinik koʻrinishi, ularni tashxislash va qiyosiy tashxislash usullari.....	16
5. Jagʻ kistalarini tashxislashning qoʻshimcha tekshirish usullari.....	46
6. Odontogen jagʻ kistalarini davolashda qoʻshimcha jarrohlik amaliyotlari.....	47
7. Jarrohlik amaliyotlari uchun ishlatiladigan asboblari va uskunalari.....	52
8. Jagʻ kistalarini davolashda jarrohlik muolajalari uchun qoʻllaniladigan zamonaviy anestetik vositalari.....	55
9. Jagʻ odontogen kistalarini davolashning konservativ va jarrohlik usullari.....	62
10. Odontogen kistalarni lazer texnologiyalari qoʻllab davolash.....	82
11. Jagʻ kistalarini jarrohlik usulida davolashda uchraydigan xato va kamchiliklar hamda ularning asoratlarini oldini olish usullari.....	83
12. Odontogen kistalar sohasida pastki jagʻni sinishlarini davolash va parvarishlashning oʻziga xos xususiyatlari.....	85
13. Nodontogen (fissural) kistalar.....	88
14. Noepitelial suyak kistalari.....	92
15. Nazorat savollari, nazorat test savollari va vaziyatli masalalar.....	95
Foydalanilgan adabiyotlar.....	111

KIRISH

Odontogen jagʻ kistalari aholi orasida keng tarqalgan kasalliklardan biri hisoblanadi. Ambulator sharoitda jarroh-stomatolog amaliyotida odontogen jagʻ kistalari bilan bemorlar murojaati tish sugʻurish amaliyotidan keyingi oʻrinda turadi va jagʻlardagi jarrohlik amaliyotlarining 40% dan koʻprogʻini tashkil qiladi. Ushbu guruh kasalliklarining kelib chiqishi va patogenezida tish hosil qiluvchi toʻqimalar muhim ahamiyatga ega boʻlib, jagʻ suyaklarida joylashuviga koʻra 8–10% ni tashkil qiladi. Odontogen kistalar hajmiga koʻra – jagʻ toʻqimalarining zararlanishiga qarab jarrohlik davolash usullari tanlanadi.

Shuni taʼkidlash lozimki, odontogen jagʻ kistalarini qiyosiy tashxislash oʻziga xos murakkab jarayon boʻlib, shifokordan yuqori bilim talab qiladi. Jarrohlik aralashuvida har bir bemorga individual yondashiladi. Odontogen jagʻ kistalarini davolashda yuzaga keladigan xato va kamchiliklar jagʻ osteomieliti, abscess va flegmonalar, sepsis, patologik jagʻ sinishlari kabi jiddiy asoratlarni yuzaga keltirib chiqarishi mumkin.

Jagʻlarda joylashgan yirik kistalar jagʻlarning patologik sinishiga, kistalarning yiringlashi esa organizmning umumiy intoksikasiyasiga olib kelishi mumkin. Odontogen jagʻ kistalarini jarrohlik yoʻli bilan davolash ushbu patologiyani davolashning optimal usulidir.

Ushbu oʻquv qoʻllanmada yuz-jagʻ sohasidagi murakkab patologiyali odontogen kistalar rivojlanishi va kechishiga taʼsir etuvchi omillar batafsil yoritilgan. Jagʻ kistalarining gistologik tuzilish xususiyatlarini, shuningdek jagʻ kistalarining klinik kechishi, zamonaviy tekshiruv usullari, kasallikni tashxislash va qiyosiy tashxislash, hamda shoshilinch va rejali kompleks davolash choralariga va jarrohlik taktikalarini yoritib berishga alohida eʼtibor berilgan.

Oʻquv qoʻllanma talabalarning nazariy va klinik koʻnikmalarni oʻzlashtirishlari uchun kerakli maʼlumotlar bilan boyitilgan. Oʻquv qoʻllanmada odontogen va noodontogen jagʻ kistalarini davolash usullari va jarrohlik amaliyoti davrida yuzaga kelishi mumkin boʻlgan asoratlarning oldini olishga urgʻu berilgan.

1. ODONTOGEN JAG‘ KISTALARI TASNIFI

Jag‘ kistalarining klinik va morfologik xususiyatlarini inobatga olib I.I. Yermolayev (1975) quyidagi tasnifni taklif qilgan.

I. Epitelial kistalar

A. Odontogen kistalar:

- birlamchi kista (primordial, keratokista)
- tish chiqishi davridagi kista
- paradental (periodontal) kista
- milk (gingival) kistasi
- tish saqlovchi kista
- follikulyar kista
- tish ildizi kistasi (radikulyar).

B. Nodontogen kistalar:

- kesuv kanali kistasi (burun-tanglay chiqaruv yo‘li)
- glabumaksillyar kista (fissulyar)
- burun-lab kistasi (burun-alveolyar, burun bo‘shlig‘i dahlizi)
- xolesteatoma.

II. Noepitelial suyak kistalari

- anevrizmatik
- travmatik
- gemorragik.

Morfologik va patogenetik belgilar majmuasi hamda joylashishiga ko‘ra odontogen kistalar quyidagi turlarga ajratiladi.

Emal organi yoki follikuladan rivojlanuvchi (follikulyar) kistalar:

- **tish saqlovchi kista** – tish bo‘shlig‘ida chiqib ulgurmagan normal shakllangan tish toji saqlovchi odontogen turdagi kista;

- **tish chiqishi davridagi kista** follikulyar kista bo‘lib, sut yoki doimiy tishlarning toj qismiga yaqin bo‘shliqning kengayishi natijasida yuzaga keladi;
- **milk (gingival) kista** – alohida yoki milkga tutashgan uncha katta bo‘lmagan hajmli gumbaz shaklidagi odontogen kista;
- **primordial (birlamchi) kista** – emal organining yulduzsimon epiteliysi shakl buzilishi natijasida yuzaga keluvchi, qobig‘i ko‘p qatlamli muguzlanmagan epiteliy xujayralaridan tashkil topgan, nisbatan kam uchraydigan odontogen kista turi;
- **keratokista** – yupqa 3–5 qavatli bir xil turdagi yuzasi ajinsimon epiteliy hujayralaridan tashkil topgan, atrofi bazal qavat bilan o‘ralgan, keratin massasini o‘z ichiga oluvchi kista.

Tish hosil qiluvchi epiteliy plastinkasidan rivojlanuvchi (periodontal) kistalar:

- **apikal kista** – tish ildiz uchi atrofida joylashgan suyak emirilishi bilan kechuvchi periodontal kista;
- **lateral periodontal kista** – tish ildizining yon tomonida joylashgan suyak emirilishi bilan kechuvchi periodontal kista;
- **rezidual (qoldiq) kista** – tish olingandan keyingi tish katakchasi sohasida hosil bo‘luvchi suyak emirilishi bilan kechuvchi patologik jarayon.

2. ODONTOGEN KISTALARNING RIVOJLANISH ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI

Odontogen kistalar (lotincha *kystis* – pufak) jag‘ suyagi orasida shakllangan bo‘shliq bo‘lib, biriktiruvchi qobiq bilan o‘ralgan, kapsulasi ichki devori ko‘p qavatli yassi epiteliydan tashkil topgan, ichida xolesterin kristallariga ega suyuq yoki yarim suyuq holdagi suyuqligi bo‘lgan hosiladir.

Odontogen kistalar bo‘shlig‘idagi suyuqlik odatda sarg‘ish rangda bo‘lib, xolesterin kristallari suyuqlikka oqimtir yaltiroq tus berib turadi, doka yuzasida

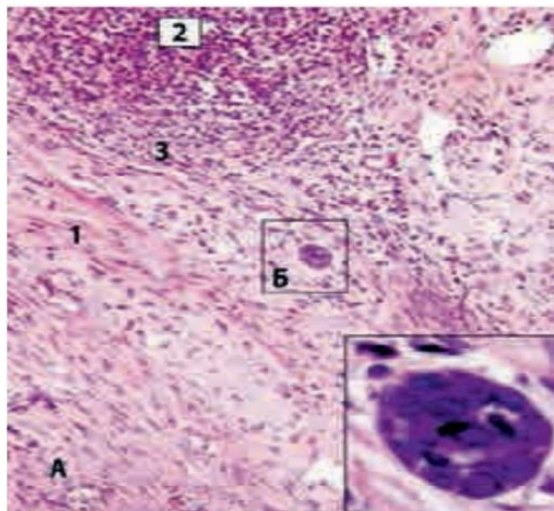
suyuqlik singdirilganda yaqqol namoyon bo‘ladi. Ba’zida kista bo‘shlig‘i kulrang-oqimtir kristall xossaga (keratokistada) ega bo‘lishi ham mumkin.

Kista bo‘shlig‘ini qoplab turuvchi epiteliy tish hosil qiluvchi epitelial plastinka qoldiqlaridan, Malasse orolchalari yoki tish follikulasi epiteliysidan yuzaga keladi.

Malasse (*L.Ch.Malassez*) orolchalari gertvig epitelial yoriq qoldiqlari va tish ildizi sementi hamda periapikal to‘qima atrofi sohalarida namoyon bo‘ladi. Ular sitoplazmaning tor halqasi bilan o‘ralgan yirik qo‘ng‘ir yadrodan tashkil topgan hujayralardan iborat (2.1-rasm).

Rivojlanishiga ko‘ra odontogen kistalarning dizontogenetik (tug‘ma) hamda yallig‘lanish (orttirilgan) jarayonlari oqibatida yuzaga keluvchi turlari mavjud.

Dizontogenetik kistalar tug‘ma kistalar sirasiga kirib, inson organizmidagi a‘zo va to‘qimalar erta shakllanishi jarayonidagi o‘zgarishlar oqibatida yuzaga keladi. Bu kistalar embrional rivojlanish davridagi to‘qimalar va turli a‘zolar (tish, soch) murakkabliklaridan vujudga keladi. Jag‘ suyaklari ichida saqlanib qolgan epiteliy orolchalarining to‘satdan proliferasiyaga uchrashi dizontogenetik odontogen kistalarning rivojlanishiga olib keladi (inkretor, almashinuv, irsiy omillarga ham bog‘liq bo‘lishi mumkin).



2.1-rasm. Periapikal to‘qimaning mikroskopik ko‘rinishi:

A – umumiy ko‘rinishi (x200):

1 – periodontal bog‘lam;

2 – periapikal granulyoma;

3 – fibroz qobiq;

B – Malasse epiteliy orolchasi (x1000).

Dizontogenetik (tug‘ma) odontogen kistalarga quyidagilar kiradi:

- birlamchi kista (primordial, keratokista);
- tish chiqishi davridagi kista;
- paradental (periodontal) kista;
- milk (gingival) kistasi;

- follikulyar (tish saqlovchi) kista.

Periapikal to'qimalar atrofida epitelial orolchalar proliferatsiyasi yuzaga kelishi natijasida **yallig'lanish jarayonlari oqibatida paydo bo'luvchi kistalar** rivoj topadi.

Yuzaga keluvchi odontogen (yallig'lanish jarayonlari oqibatida) orttirilgan kistalarga quyidagilar kiradi:

- radikulyar (ildiz atrofi) kistasi;
- rezidual (qoldiq) kista.

Odontogen kistalarning etiologiya va rivojlanish patogenezi turli omillarga bog'liq. Tish ildiz uchi atrofi periapikal to'qimalaridagi surunkali yallig'lanish jarayonlari jag'larda radikulyar kistalarning rivojlanishiga olib keladi.

Radikulyar kistalar karies asoratlari oqibatida tish pulpasining nobud bo'lishi va uzoq muddat davomida ildiz uchi atrofida suyakda kechuvchi surunkali yallig'lanish jarayonlari natijasida yuzaga keladi. Yallig'lanish jarayonlari jag'larni protezlash uchun tish charxlash vaqtidagi termik ta'sir oqibatida ham yuzaga kelishi mumkin.

Tish ildiz uchi sohasi periodont to'qimalarida surunkali yallig'lanish natijasida yuzaga keluvchi tugun (fagositoz xususiyatiga ega bo'lgan to'qimadagi proliferatsiya va transformatsiya) shaklidagi o'smasimon hosila *granulyoma* deb ataladi.

Periodont to'qimasi kimyoviy va mexanik ta'sirlar oqibatida epitelial elementlarining o'sishi va ko'payishiga olib keladi va bu o'z navbatida mikroskopik bo'shliqlar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Bo'shliqning transsudat bilan to'lishi hamda undagi bosimning ortishi kistogranulyomani yuzaga keltiradi.

Kistalarning rivojlanishida surunkali destruktiv granulyomatoz yoki granulyoma shaklidan kistogranulyoma hamda kistalar hosil bo'lishida uzviy bog'liqlik borligini ta'kidlash lozim.

Radikulyar kistalar patogenezi uch bosqichga bo'linadi – boshlang'ich (inisiasiya), shakllanish hamda o'sish bosqichlari. Kasallikning **boshlang'ich**

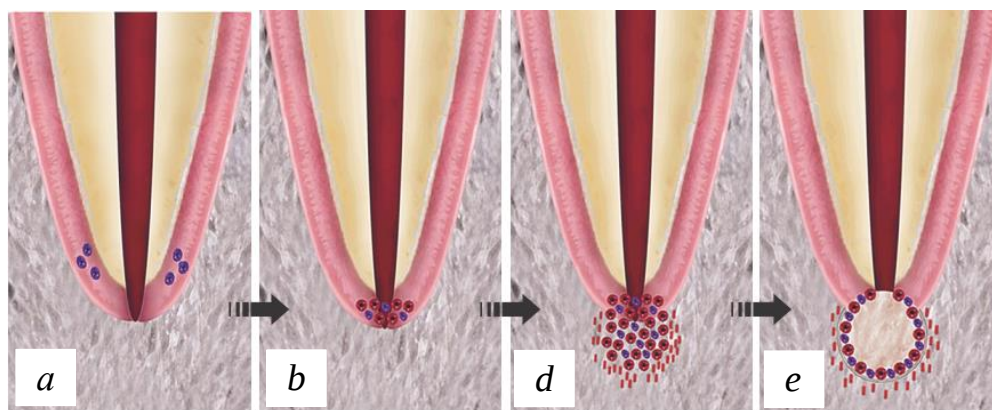
bosqichida Malasse orolchalaridagi epiteliy hujayralarining qo'zg'alishi (stimulyasiyalanish) va proliferasiyasi sodir bo'ladi.

Kistaning **shakllanish bosqichi** kistoz suyuqlikning to'planishi bilan ifodalanadi. Ushbu suyuqlik granulyomaning kapillyar tomirlar tarmoqlari orqali kista qobig'i shaklli elementlari parchalanishi natijasida yuzaga kelgan qon suyuq qismining transsudasiya va ekssudasiya yo'li bilan to'planishiga olib keladi. Shu bilan birga yallig'lanish jarayonlarida hujayralarda kofaktorlar, limfositlar – limfokinlar ajralib chiqishi va shu bilan birga osteoklast ishlab chiqaruvchi omil hamda interleykin-1 monositlari ajralib chiqishi faollashadi.

Kista hajmining **kengayish bosqichi** albumin, globulin, fibrinogen singari oqsil tutuvchi makromolekulalarning bo'shliq ichidagi osmotik hamda gidrostatik bosimining oshishi natijasida ro'y beradi. Kista ichidagi bosim yallig'lanish jarayonining intensivligiga bog'liq holda 1,3 (10 mm sim. ustuni) dan 10,7 kPa (80 mm sim. ustuni) gacha bo'lishi mumkin.

Sakuma (1974) o'zining immunologik tadqiqotlari natijasida radikulyar kista devorlaridagi hujayralar kista ichidagi suyuqlikka nisbatan antitanachalar ishlab chiqarish xususiyatiga ega bo'lib, immun tizimi kistaning o'sishida muhim ahamiyat kasb etishini ta'kidlagan.

Epiteliy hujayralari yuzasi deskvamasiya (shilinish)si ularning autolizi (o'z-o'zini yo'q qilish)ga va shunga mos ravishda ko'p miqdordagi past (kichik) molekulyar birikmalarning ajralib chiqishiga olib keladi hamda kista bo'shliq ichi osmotik bosimini oshirib uning qobig'i hajmiga ta'sir qiladi. Kista va qon plazmasi bosimi orasidagi farq tufayli suyuqlik kista bo'shlig'iga sizib kiradi. Kista ichiga sizib kirgan suyuqlik bo'shliqda saqlanib qoladi va epiteliy proliferasiyasi amalga oshadi, atrofdagi suyak to'qimasi rezorbsiyaga uchraydi hamda suyak ichi bo'shlig'i kengayadi (2.2-rasm).

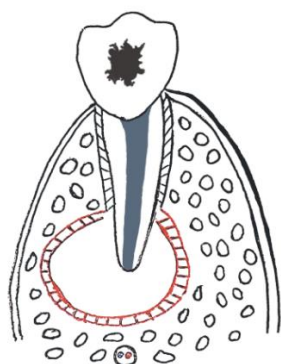


2.2-rasm. Radikulyar kista rivojlanishining sxematik tasviri. (a) periodont to‘qimasidagi intoksikasiya, (b) ildiz apikal sohasidagi patologik o‘zgarishlar o‘chog‘i, (d) ildiz apikal teshik va atrof suyak to‘qimasidagi sohasidagi destruksiya, (e) kista granulyoma hosil bulib chuyak ichi bo‘shlig‘ining kengayishi

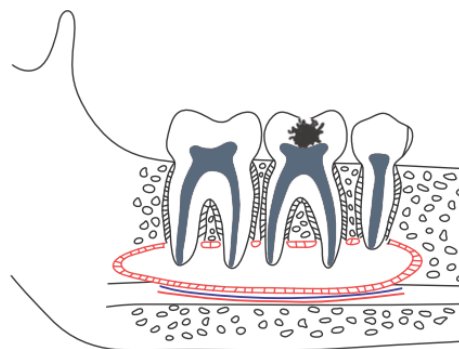
Radikulyar kista qobig‘ining nerv tolalari bilan ta‘minlanganligi **qobiq old** va **qobiq ichi** turlariga bo‘linadi. Sakuma (1974) qobiq ichi qismiga o‘tib kirgan nerv tolalari distrofik xarakterga ega bo‘lib, doimiy nerv-reflektor qo‘zg‘alishi oqibatida kista qobig‘ini kengaytirish xususiyatiga egaligini isbotlagan.

Jag‘larda kistaning o‘rish yo‘nalishi uning anatomik joylashish xususiyatlariga bog‘liq. Pastki jag‘ning kesuv, qoziq va premolyar tish ildizlari sohasida joylashgan kistalar, odatda pastki jag‘ vestibulyar plastinkasi ingichkaligi tufayli vestibulyar tomon yo‘nalishida o‘rishi ko‘p uchraydi (2.3-rasm).

Molyar tishlar sohasida, ikki tomonlama kortikal plastinkaning bir xil qalinlikda joylashuvi tufayli, kistaning yiriklashishi mediodistal yo‘nalishda pastga qarab, mandibulyar kanal suyak devorlari buzilishi bilan birga kechadi. Kista oval shaklga ega bo‘lib, og‘iz bo‘shlig‘i dahlizi tomon suyak shishishi bilan kechishi mumkin (2.4-rasm).

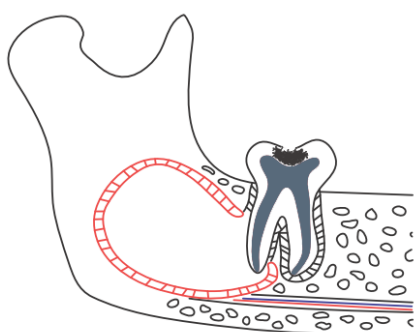


2.3-rasm. Pastki jag‘ kesuv, qoziq va kichik oziq tishlar sohasida joylashgan kistaning o‘sinh yo‘nalishi.

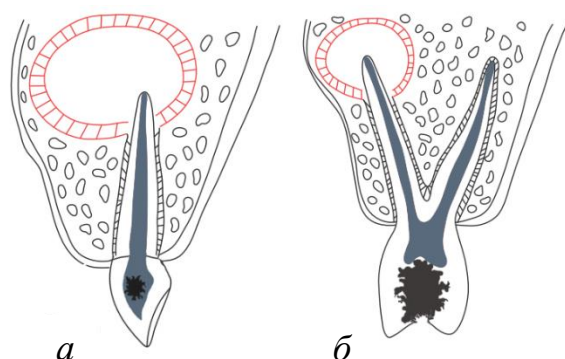


2.4-rasm. Pastki jag‘ katta oziq tishlar sohasida joylashgan kistaning o‘sinh yo‘nalishi.

Kista pastki jag‘ «aql» tishlari sohasida joylashganda bo‘shliq orqaga va yuqoriga yo‘nalib, pastki jag‘ burchagi va shox qismlari suyaklarini yemirib o‘sadi (2.5-rasm).



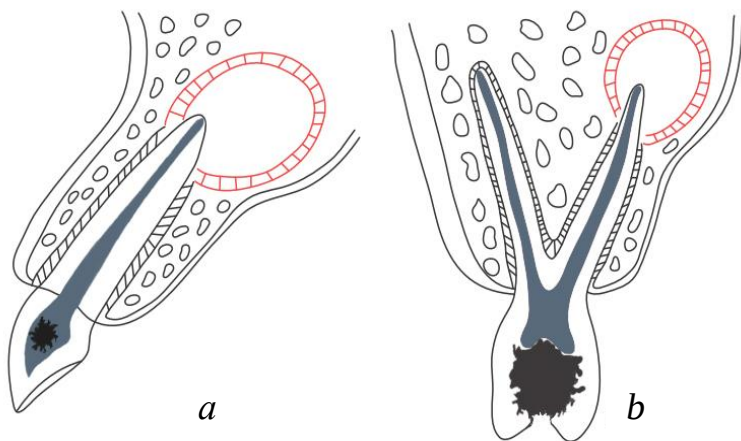
2.5-rasm. Pastki jag‘ «aql» tish sohasida joylashgan kistaning o‘sinh yo‘nalishi.



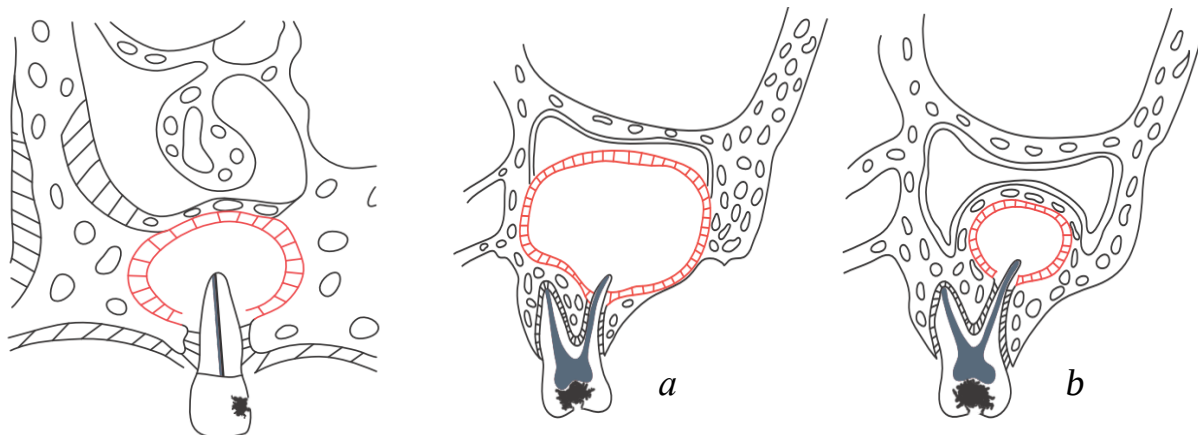
2.6-rasm. Yuqori jag‘ kesuv (a) va oziq tishlar lunj ildizi (b) sohasidagi kistaning o‘sinh yo‘nalishi.

Yuqori jag‘da kesuv hamda kichik oziq va katta oziq tishlarning lunj ildizlari sohasidagi kistalar aksariyat hollarda kortikal plastinkani jarohatlab, vestibulyar yo‘nalishda o‘sadi (2.6-rasm).

Yuqori jagʻ qoziq hamda kichik oziq va katta oziq tishlar tanglay ildizlari uchi sohasida joylashgan kistalar tanglay suyagi kortikal plastinkasini emirib, oʻsha tomonga yoʻnalib oʻsadi (2.7-rasm).



2.7-rasm. Yuqori jagʻ kesuv (a) va katta oziq tish tanglay ildizi (b) sohalarida joylashgan kistaning oʻsish yoʻnalishi.



2.8-rasm. Yuqori jagʻ kesuv tish ildizi uchi sohasida joylashgan kistaning oʻsish yoʻnalishi.

2.9-rasm. Yuqori jagʻ katta oziq tishlar ildizi atrofida joylashgan kistalarning (a) gaymor boʻshligʻiga oʻsib kirishi yoki yuqori jagʻ boʻshligʻi pastki devorini itarish (b) yoʻnalishi.

Yuqori jagʻ markaziy kesuv tishlari ildiz uchi sohasida joylashgan kista yuqoriga yoʻnalib, burunning noksimon tirqishi pastki devorini yuqoriga siljitib, burun boʻshligʻida «Gerber bolishi»ni hosil qilishi mumkin (2.8-rasm).

Kistalar yuqori jagʻning katta oziq va kichik oziq tishlar ildiz uchida joylashgan hollarda keskin oʻsishi oqibatida yuqori jagʻ gaymor boʻshligʻiga oʻsib kirishi yoki uning devorlarini siqib qoʻyishi mumkin (2.9-rasm).

M.F. Rojdestvenskiy (1967) ma'lumotlariga ko'ra, radikulyar kistalar 45,8% hollarda yuqori jag' bo'shlig'i shaklining buzilishiga olib keladi va 20–60 yoshli insonlarda uchraydi.

Jag' kistalarining etiologik omillaridan yana biri epiteliy to'qimalarining rivojlanishidagi nuqsonlar oqibatida yuzaga kelishidir. Ushbu turdagi kistalar birlamchi (keratokista), o'zida tish saqlovchi (follikulyar), tish kesib chiqish davridagi (paradental) hamda milk kistalariga ajratiladi.

Follikulyar (tish saqlovchi) kistalar doimiy tish murtagi rivojlanishining buzilishi oqibatida doimiy tish xaltachasida mezenximal hujayralarning periodont va sement hosil qiluvchi tish organlari atrofida to'planishi natijasida yuzaga keladi.

Follikulyar kistalar uchrashi jihatidan barcha jag' kistalarining 6–8% ni tashkil etadi.

Tish murtaqlari rivojlanishining buzilishi, sut tishlari surunkali periodontiti va uning ta'siri ostida chiqib ulgurmagan doimiy tish tojini o'rab turuvchi tish qopchasidagi epiteliy hujayralarning ko'payishi oqibatida vujudga keladi (T.I.Albanskiy, 1936; N.I.Agapov, 1953; Yu.I.Bernadskiy, 1983). Bunday kistoz bo'shliqlarda rivojlanmagan (rudiment) va normal rivojlangan tishlar ham bo'lishi mumkin. Agar kista tish ildizi shakllanishidan avvalroq paydo bo'lsa, kista faqat tish tojini o'z ichida saqlaydi, ildiz esa bo'lmaydi. Kista shakllanishi tish rivojlanishi tugagandan so'ng boshlansa kista ichida to'liq shakllangan tish toji va ildiz mavjud bo'ladi.

Paradental (tish chiqish davridagi, retromolyar) kistalar aksariyat hollarda retromolyar sohada pastki «aql» tishlari yorib chiqishi qiyinlashganidan yuzaga keladi. Paradental kistalar patogenezi fibroz to'qimalar hamda epiteliy hujayralari shakllangan suyak cho'ntagida hosil bo'lishi bilan yuzaga keladi. Yallig'lanish jarayonlari epitelial hujayralarning ko'payishiga sharoit yaratadi va kichik bo'shliqlarni shakllantiradi. Shundan so'ng, hosil bo'lgan suyak cho'ntagining og'iz bo'shlig'i bilan tutashuvchi qismi bekiladi. Epitelial hujayralardan hosil bo'lgan bo'shliqlar bir biriga qo'shib ketadi, ularning o'sishi oqibatida yagona kista bo'shlig'ini hosil qiladi.

Bu turdagi kistalar tarqalishi bo'yicha odontogen kistalar orasida birinchi o'rinda turadi hamda yuqori jag'da pastki jag'ga nisbatan uch marotaba ko'p uchraydi. Jag' kistalari turli yoshdagi insonlarda uchrashi mumkin.

Keratokista (birlamchi kista) asosan pastki jag'ning katta oziq tishlari sohalarida uchrab, klinik jihatdan uzoq vaqt o'zini namoyon qilmasdan rivojlanadi. Kista rivojlanish davrida o'ziga xos belgilaridan biri pastki jag' tana, burchak va bo'g'im o'sig'i sohalarining shaklini o'zgartirmasdan bo'shliq hosil bo'lishi bilan kechadi. Odontogen birlamchi kistalar ontogenez davridagi tish murtagi qattiq to'qimalari rivojlanib (differensiasiyalanib) ulgurmasdan emal a'zosidagi yulduzsimon epiteliyning degenerativ o'zgarishlari oqibatida rivoj topadi. Shuning uchun keratokista har doim ham bo'shlig'ida tish saqlamasligi mumkin, bu turdagi kistalarning rivojlanishi juda jadal kechadi, qaytalanish va malignizasiyaga moyil hisoblanadi.

Milk kistasi milk to'qimasining epiteliy qoldiqlaridan rivojlanib, tish qatori atrof yumshoq to'qimalar sohasida joylashib, uncha katta bo'lmagan tugun shaklidagi hosilasidir.

Rezidual (qoldiq) kista tish olib tashlangandan so'ng alveolyar katakchada odontogen granulyoma qopchasi qoldiqlari to'liq olinmay qolishi natijasida shakllanadi. Bundan tashqari, qoldiq kistalar to'laqonli sistektomiya operatsiyasi bajarilmagan hollarda ham vujudga keladi. Klinik belgilari radikulyar kista singari kechadi.

3. JAG' KISTALARI O'SISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Jag'larda kistalarning o'lchamlari har xil bo'lib, yuqori jag'da uning hajmi butun yuqori jag' bo'shlig'ini egallashi, tanglay o'sig'idagi suyak plastinkasini itarishi, chakka osti chuqurchasiga, etmoidal bo'shliq, suyak hamda atrof yumshoq to'qimalarga o'sib kirishi, pastki jag'da esa jag' tanasi va bo'g'im o'sig'ining ma'lum qismini egallashi mumkin.

Jag'dagi kistalar hajmining kattalashish jarayoni gidrodinamik omillarga bog'liq. Kistoz bo'shliqning jadal (ekspansiv) o'sishi uning osmotik bosimi kuchayishi va kistoz qobiq membranasining yarim o'tkazuvchanligi oqibatida yuzaga keladi.

Jag'larda uchrashiga ko'ra kichik, o'rta va katta hajmdagi kistalar farqlanadi.

Kichik hajmdagi kistalar no'xat o'lchamida, hajmi 5 sm³ gacha bo'lib, bir tish ildizi atrofida joylashadi. Kichik hajmdagi kistalarni yuqori jag' gaymor bo'shlig'i va burun bo'shlig'i bilan qalin suyakli chegara ajratib turadi. Pastki jag'da kichik hajmdagi kista jag' tanasining 1/3 qismigacha davom etishi mumkin.

O'rta hajmdagi kistalar gilos (zaytun mevasi) o'lchamida bo'lib hajmi 20 kub.sm gachani tashkil etadi va kistoz bo'shliq 2–3 tish ildizi sohasida joylashadi. O'rta hajmdagi kistalarni yuqori jag'da gaymor bo'shlig'i va burun bo'shlig'i tubi bilan yupqa suyak devori ajratib turadi. Pastki jag'da o'rta hajmdagi kista jag' tanasining 2/3 qismigacha davom etishi mumkin.

Katta hajmdagi kistalar yong'oq va undan katta bo'lgan o'lchamda, hajmi 80 kub.sm va undan ortiq (juda katta hajmdagi kista – 100 sm³ gacha) bo'lishi mumkin. Katta hajmdagi kistalar 4–5 va undan ko'p tish sohalarini egallashi mumkin. Katta hajmli kistalar yuqori jag' bo'shlig'i va burun bo'shlig'iga o'sib kiradi. Katta hajmli kistalar pastki jag' tanasining pastki chegarasi kortikal suyagiga qadar davom etishi mumkin.

Jag'larning anatomik xususiyatlariga qarab yuqori jag'da – o'rta va katta, pastki jag'da kichik va o'rta hajmdagi kistalar uchraydi.

Kistalarning jag'larda anatomik joylashuvi, hajmi, uning belgilari paydo bo'lish vaqti (bemorda qachon og'riq va shish paydo bo'lganligi) hamda o'sish tezligiga ko'ra hosila muddati (yoshi)ni belgilash mumkin. Bir yillik kistalar – **erta muddatdagi**, 4–7 yillik kistalar – **o'rta muddatdagi** hamda paydo bo'lganiga 7 yil va undan ko'p vaqt o'tgan bo'lsa **uzoq muddatdagi** kistalar deb yuritiladi.

Ikkala jag'larda ham kesuv hamda qoziq tishlar sohasida joylashgan kistalar jag' tanasining yon sohasida joylashgan kistalarga nisbatan sekin o'sadi. Uzoq muddatdagi 8–10 yillik jag' kistalari pastki jag'da yuqori jag'ga nisbatan uch

marotaba ko‘p uchraydi. Pastki jag‘ tanasi yon sohasida joylashgan kistalar yuqori jag‘ yon sohasida joylashgan kistalarga nisbatan sekin o‘sadi.

4. ODONTOGEN KISTALARNING KLINIK KO‘RINISHI, ULARNI TASHXISLASH VA QIYOSIY TASHXISLASH USULLARI

Kistalarning klinik ko‘rinishi va kasallikning kechish xususiyatlari uning hajmi, atrof to‘qimalardagi o‘zgarish darajasi, jag‘larda joylashuvi, va uning yuzaga kelish sabablariga bog‘liq.

Kistalar jag‘ suyaklarida joylashuviga ko‘ra quyidagilarga bo‘linadi:

- a) yuqori va pastki jag‘ning kesuv tishlar sohasidagi;
- b) yuqori va pastki jag‘ning premolyar va molyar tishlar sohasidagi;
- d) qattiq tanglay sohasidagi.

Pastki jag‘da joylashuviga ko‘ra kistalar quyidagilarga bo‘linadi:

- a) pastki jag‘ dahan (frontal tishlar) sohasidagi;
- b) pastki jag‘ tana (qoziq, premolyar, molyar tishlar) sohasidagi;
- d) pastki jag‘ burchak va shox sohasidagi.

Kistalar rivojlanishining quyidagi davrlari farqlanadi:

- a) yashirin (latent) davri – uzoq, simptomsiz kechadi va rentgenologik tekshiruvda to‘satdan aniqlanadi;
- b) shakl buzilish (deformasiyalanish) davri – kista hajmi kattalashishi oqibatida jag‘ suyaklari shaklining buzilishi va suyak yupqalashishi kuzatiladi;
- d) klinik yuzaga kelish davri;
- e) fistula hosil bo‘lish davri.

Klinik kechishiga ko‘ra kistalar quyidagilarga bo‘linadi:

- a) yiringlagan;
- b) yiringli o‘tkir yallig‘lanish bilan kechuvchi;
- d) yiringlash;
- e) surunkali yallig‘lanish bilan kechuvchi.

Barcha jagʻ odontogen kistalarining klinik-rentgenologik koʻrinishlari bir-biriga oʻxshashdir, ammo har bir kistaning oʻziga xos klinik xususiyatlari ularni bir-biridan hamda turli yalligʻlanish bilan kechuvchi kasalliklardan ajratish imkonini beradi.

Odontogen jagʻ kistalarini asosiy tekshirish usullari klinik tekshiruvlar, shikoyatlarni toʻplash va kasallik rivojlanish tarixini oʻrganishni oʻz ichiga oladi. Jagʻ kistalarini tashxislashda qoʻshimcha tekshiruv usullaridan rentgenografiya, elektroodontodiagnostika va gistologik tekshiruvlardan foydalaniladi. Odontogen jagʻ kistalarini tashxislash va qiyosiy tashxislashda nur tashxislash usullari asosiy tekshiruv usuli boʻlib, ularga dental rentgenografiya, ortopantomografiya, kompyuter tomografiya usullari kiradi. Kompyuter tomografiya qoʻllash usuli bilan odontogen kistalarni tashxislash zamonaviy tashxislashning keng tarqalgan usuli boʻlib, boshqa tekshiruv usullariga nisbatan kistalarning anatomik joylashuvi, hajmi hamda ularning shaklini yaqqol aniqlashga imkon beradi.

Kistalarning klinik koʻrinishi koʻp jihatdan ularning turi, joylashgan sohasi, hajmi hamda asoratlangan yoki asoratlanmaganligiga bogʻliq.

Jagʻlardagi kichik hajmli kistalarning klinik belgilari ularning oʻtkirlashmagan bosqichida shikoyatsiz kechadi. Kista hajmining yiriklashishi oqibatida jagʻlar shaklining buzilishi, tishlar qimirlashi kuzatiladi. Kista hajmining haddan ziyod oʻsishi sababli patologik suyak sinishi yuzaga kelishi mumkin.

Jagʻlarida kistasi mavjud bemorlar asosan, ularda yalligʻlanish jarayonlari rivojlangan hamda kistoz boʻshliqlar yiringlaganda stomatologik yordamga murojaat qilishadi. Bunday hollarda bemorlar jagʻ sohalari, sababchi tish sohasida ogʻriq hissi paydo boʻlib, zoʻrayishiga, ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatining qizarishiga hamda umumiy holsizlikka shikoyat qilishadi.

Kistalarning qoʻshni anatomik sohalarga tarqalishi qoʻshimcha klinik belgilarni yuzaga keltiradi. Kista boʻshligʻining pastki burun yoʻliga oʻsib kirishi nafas olishni qiyinlashtiradi. Yuqori jagʻ boʻshliqlariga oʻsib kiruvchi kistalar yuzning oʻrta qismi zararlangan tomonida ogʻirlashuv hissi va bosh ogʻrigʻini

yuzaga keltirishi mumkin. Kistalar yuqori jag' gaymor bo'shlig'ining old medial tomonlarga o'sib, burun ko'z yosh kanaliga bosim o'tkazishi oqibatida ko'z yoshlanishi vujudga kelishi mumkin. Kistoz bo'shliqning bosim ostida pastki alveolyar kanal yuqori devorini shikastlashi natijasida og'iz burchagi hamda alveolyar o'siq atrofi shilliq qavat sohalarida uvushish belgilari yuzaga kelishi mumkin.

Yuqori jag'da joylashgan tishlarning tanglay ildizlari atrofida joylashgan kistoz bo'shliqlar tanglay suyak plastinkalarining yupqalashishi yoki ularning so'rilib ketishiga olib kelishi mumkin.

Jag' kistalarining yallig'lanish va yiringlashida yuz-jag' sohasidagi regional limfa tugunlarining kattalashishi kuzatilishi mumkin.

Odatda, odontogen kistalar boshqa turdagi stomatologik kasalliklarni davolashda o'tkazilgan rentgen tekshiruvlari paytida tasodifan aniqlanadi.

Radikulyar kistalar (jag' sohasida uchraydigan kistasimon hosilalarning 94–96% ni tashkil qiladi), odatda, emirilgan tish yoki muqaddam davolangan tish atrofi sohasida joylashib, kasallikning boshlang'ich davrida belgilersiz kechadi. Radikulyar kistalarning o'sishi og'iz bo'shlig'ining vestibulyar yo'nalishi bo'ylab kortikal plastinkaning yupqalashishi hamda zararlangan tomonda suyak bo'rtishi, shish hisobiga jag' shakli buzilishi kuzatilishi bilan namoyon bo'ladi.

Kistoz bo'shliqlarning alveolyar o'siq va jag' tanasi sohalarida joylashuvi 36,4% hollarda yuz tuzilishi (konfiguratsiya) o'zgarishi bilan kechadi (4.1-rasm).

Odontogen radikulyar kistasi bo'lgan bemorlar kasallik tarixi surishtirilganda muqaddam tish endodontik davolangani aniqlanadi.

Ba'zi bemorlar yallig'lanish jarayonlari davriy ravishda qaytalanishiga shikoyat qiladi.

Og'iz bo'shlig'i dahlizi ko'zdan kechirilganda o'tuv burmasi sohasida shilliq qavat shish hisobiga yassilashganligini va aniq chegarali



4.1-rasm. Odontogen radikulyar kista: jag' konfiguratsiyasining buzilishi.

boʻrtishini kuzatish mumkin. Kista boʻshliqlari tanglay sohasida joylashganda shish chegaralangan holda boʻladi.

Kista palpasiya qilinganda suyak toʻqimasi egiluvchanligi hisobiga uning yorilishi kuzatiladi. Suyakning yupqalanish darajasiga qarab Runge-Dyupyuitren (pergament qogʻozi qirsillashi) yoki rezina (plastmassa) oʻyinchoq simptomi (Yu.I. Bernadskiy, 1966) aniqlanadi, yaʼni kista boʻshligʻi ichini toʻldirib turuvchi suyuqlik hajmining suyak ustidan berilgan bosim natijasida oʻzgarishi yuzaga keladi.

Jagʻning tashqi kortikal suyagi jadal emirilishi tufayli suyakda «darcha» shakllanib, paypaslanganda shilliq qavat ostida joylashgan suyak usti pardasi (periost) va kista membranasida flyuktuasiya (bilqillash) belgisi kuzatiladi.

Ildiz atrofi kistasi klinik belgilari jagʻ suyaklaridan shakl buzilishi yuzaga kelgan davrgacha surunkali periodontitning klinik belgilari singari kechadi. Sababchi tish sohasida vaqti-



4.2-rasm. Radikulyar kista sohasida shakllangan oqma yoʻl.

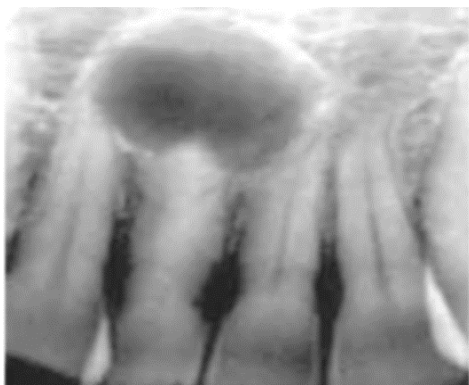
vaqti bilan ogʻriq paydo boʻlishi va tishlam vaqtida ogʻriq zoʻrayishi kuzatilishi mumkin. Sababchi tish perkussiya qilinganda ogʻriqli boʻgʻiq ovoz chiqishi bilan kuzatiladi. Elektroodontometriya tekshiruvi natijalari sababchi tish pulpasi nekrozga uchraganligini koʻrsatadi va ogʻriq sezgirligi chegarasi 100 mA dan oshadi. Kista atrofida joylashgan sogʻlom (intakt) tishlar elektroodontometriyasi oʻtkazilganda ularda elektr qoʻzgʻatuvchanligining pasayishi kuzatiladi. Alveolyar oʻsiq sohalarida 29,2% holatlarda oqma yoʻl yoki chandiqlar aniqlanadi (4.2-rasm).

Kistoz boʻshliq yoʻgʻon igna yordamida punksiya qilinganda toʻq sariq rangdagi yaltiroq xolesterin kristallariga ega boʻlgan suyuqlik ajraladi. Kistoz boʻshliq ichidagi suyuqlik toʻliq soʻrib olinib, boʻshliq ichiga kontrast (yodolipol, yodipin, torotrast va boshq.) modda joʻnatilib, rentgen tekshiruvi oʻtkazilsa sogʻlom suyak chegarasida boʻshliq ichi soyasi namoyon boʻlganini koʻrish mumkin.

Odatda kistoz bo'shliq suyuqligining yiringlashi oqibatida shilliq qavat atrofi to'qimalari yallig'lanib (ya'ni periostitning klinik belgilari kabi kechib), bemor kista atrofi yumshoq to'qimalarida og'riqli shish paydo bo'lganidan shikoyat qiladi. Ko'zdan kechirish vaqtida kista joylashgan anatomik soha atrofi shilliq qavat to'qimalarida qizarish, shish va oqma yo'ldan yiringli ajralma ajralishi kuzatilishi mumkin. Perkussiya musbat va tishning patologik qimirlashi yuzaga keladi. Pastki jag'da joylashgan kistalar yiringli yallig'lanishida regionar limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi. Bunday hollarda Vensan simptomi (pastki alveolyar nerv tolasining jarohatlanishi sababli pastki lab, lunj sohalari sezuvchanligining pasayishi) yuzaga kelishi mumkin.

Al Nadaf Atif (1987) ma'lumotlariga ko'ra, radikulyar kistalarning yiringlash ehtimoli darajasi 75% ni tashkil etadi. Radikulyar kistalar bilan murojaat qilgan bemorlarning 64% da kista bo'shlig'i ichidagi suyuqlik yallig'langanligi, shundan 12% da yallig'lanishning o'tkir va 52% da surunkali yallig'lanish belgilari aniqlanadi.

Yiringlagan radikulyar kista suyuqligining 74,5% ni kokk floriali bakteriyalar, klebsiella va boshqa turdagi grammusbat tayoqchalar, grammanfiy bakteriyalar, spora hosil qiluvchi tayoqchalar, kandidalar tashkil qiladi. 37,9% ni esa obligat shakldagi anaeroblar, veylonella va melaninogenikus turdagi bakteroidlar tashkil qiladi.



4.3-rasm. Dental rentgen tasviri: 11 yuqori markaziy 11 tishlar sohasi radikulyar kistasi.

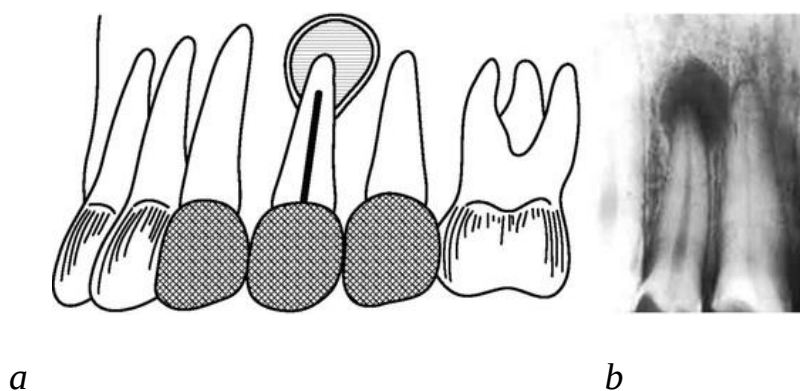


4.4-rasm. Dental rentgen tasviri: 11 tishlar sohasidagi noaniq chegarali kistoz bo'shliq.

Rentgenologik tekshiruv suyak to‘qimasidagi doira shaklidagi aniq chegarali emirilish bilan ifodalanadi va sababchi tish ildiz uchi kistoz bo‘shliq bilan tutashganligi ko‘rinadi (4.3-rasm).

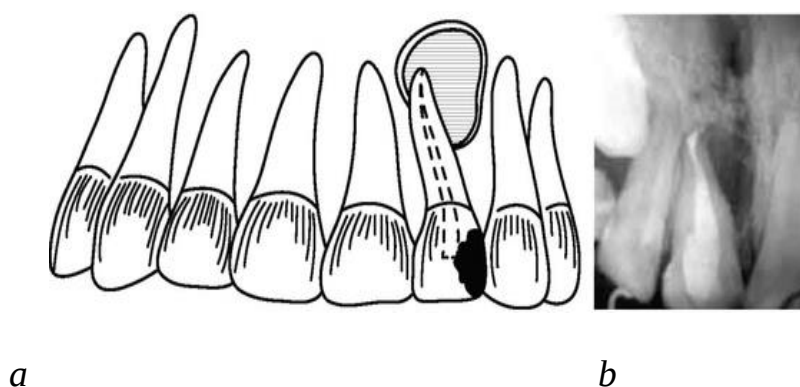
Kista yiringlagan yoki qayta xurujlaganda rentgen tasvirida chegaralari noaniq «loyqa»simon suyak destruksiya o‘chog‘i ko‘rinadi (4.4-rasm).

Dental rentgenografiyaning muhim ahamiyatga ega jihatlaridan biri kista bo‘shlig‘ida va qo‘shni sohada joylashgan tishlarda periodontal yoriqlar mavjudligini aniqlashdan iborat. Agar qo‘shni tishlar ildizlari kista bo‘shlig‘iga botib kirgan bo‘lsa, tish katakchasi ildizi atrofi plastinkasi rezorbsiyasi tufayli, periodontal yoriq bo‘lmaydi. Agar periodontal yoriq ildiz atrofida mavjud bo‘lsa, bunday holda tish ildizi kistoz bo‘shliqqa tutashgan bo‘lib, rentgen proeksiyalangan hisoblanadi. Kista o‘ssishi bilan tish ildizi ba’zi hollarda o‘z o‘rnidan surilishi mumkin. Dental rentgenografiya natijalariga ko‘ra kistalar tish ildizi atrofida joylashuviga qarab ildiz uchi, ildiz uchi-yoni hamda ildiz yon sohasida uchraydi (4.5 – 4.7-rasmlar).



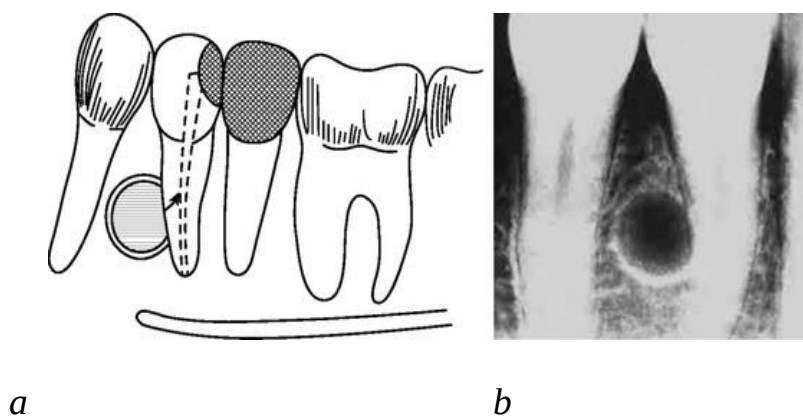
4.5-rasm. Tish ildiz uchi kistasining ko‘rinishi:

a – sxematik;
b – rentgenologik.



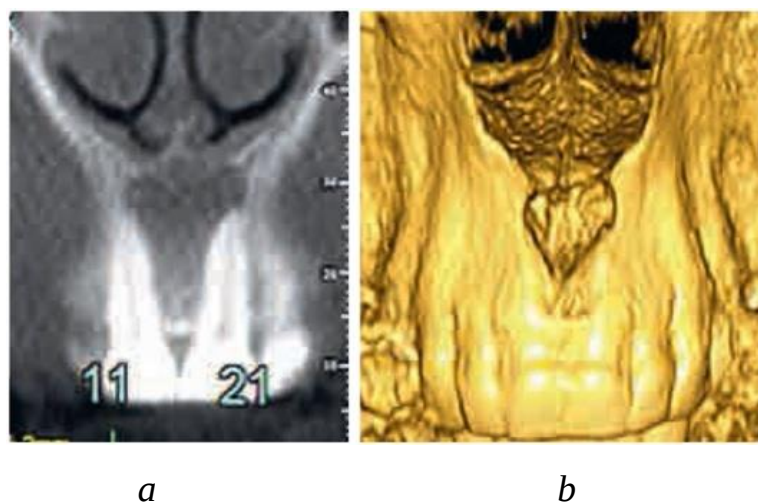
4.6-rasm. Tish ildiz uchi va yon sohasi kistasining ko‘rinishi:

a – sxematik;
b – rentgenologik.



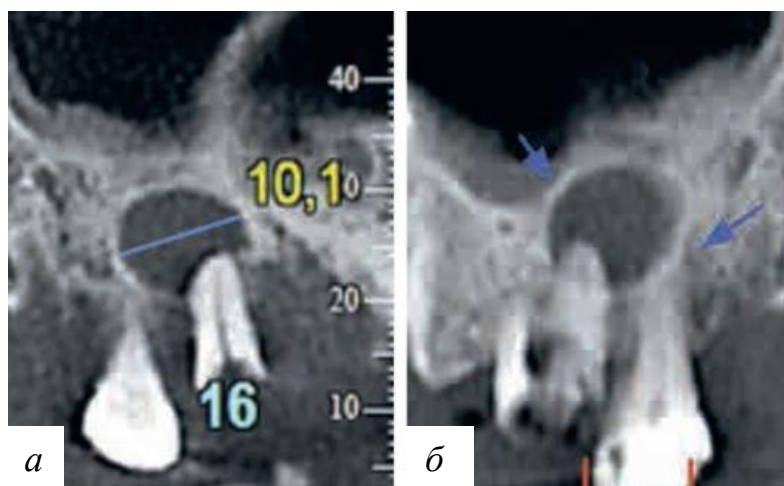
4.7-rasm. Tish ildizi yon sohasi kistasining ko‘rinishi:
a – sxematik;
b – rentgenologik.

Kistalarning jag‘lardagi joylashuvi yuz-jag‘ sohalaridagi qo‘shni a‘zolar bilan o‘zaro bog‘liqligini aniqlash tashxislashning ahamiyatli qismidir. Kista bo‘shliqlarining holati, qo‘shni anatomik sohalar bilan o‘zaro bog‘liqligini aniqlashda aksariyat hollarda kompyuter tomografiya tekshiruvi qo‘llaniladi. Misol tariqasida burun tubiga yo‘nalib yuqoriga o‘sgan kista noksimon tirqish pastki devorini emirib, uning shakli buzilishiga olib kelishi mumkin (4.8-rasm).



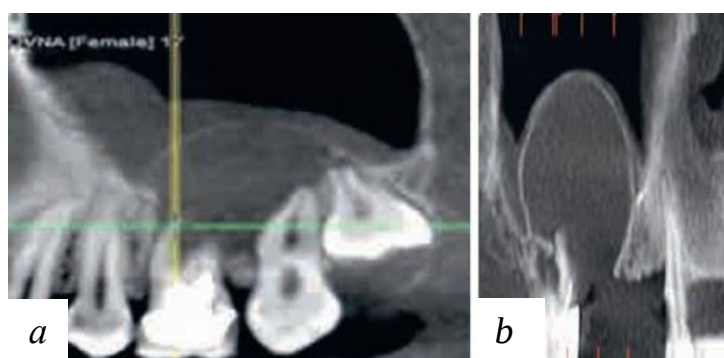
4.8-rasm. KT tasviri: 1|1 tishlar sohasida joylashgan kistaning burun bo‘shlig‘iga o‘sib kirishi: *a* – rentgenologik ko‘rinishi, *b* – MSKTda gi ko‘rinishi

Kistoz bo‘shliqning gaymor bo‘shlig‘i pastki devoriga nisbatan joylashuvi davolash taktikasini tuzishda ahamiyatlidir. Bo‘shliqlarining yuqori jag‘ bo‘shliqlariga nisbatan joylashuviga ko‘ra kistalar **yaqin** (tegib turuvchi, qo‘shni), **itarib** (surib) **turuvchi** hamda **o‘sib** (botib) **kiruvchi** turlarga ajratiladi. Kistalarning gaymor bo‘shlig‘iga nisbatan joylashuvi yaqin (qo‘shni) bo‘lgan turida yuqori jag‘ bo‘shlig‘i pastki devori butunligi saqlangan va alveolyar o‘siq shakli buzilmagan holda bo‘ladi (4.9-rasm).



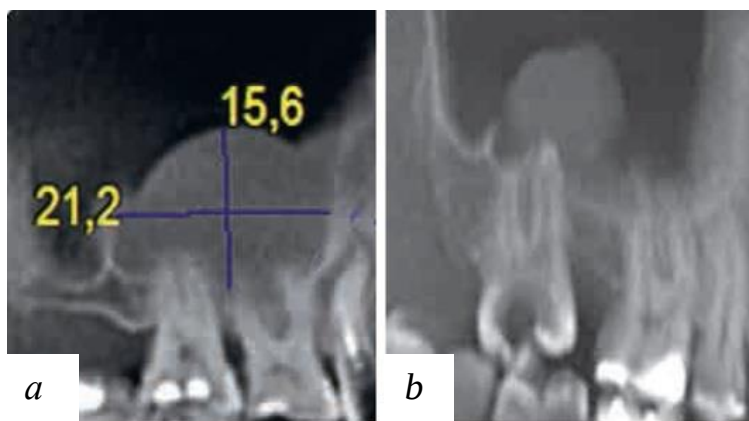
4.9-rasm. KT tasviri: *a* – gaymor bo‘shlig‘iga yaqin (qo‘shni) joylashgan 6 tish ildizi uchi atrofi kistasi; *b* – gaymor bo‘shlig‘iga tegib turuvchi 7 tish ildiz uchi sohasi kistasi.

Yuqori jag‘ bo‘shlig‘i tubiga **botib kiruvchi** turdagi kistalarning rentgenologik tasvirida yuqori jag‘ bo‘shlig‘i devorining tubi kistoz bo‘shliq ichi bosimi ortishi hisobiga yupqalashib, yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga botib gumbazsimon shakl hosil qilgani hamda yuqori jag‘ bo‘shlig‘i pastki devori membranasi saqlanib qolganligi kuzatiladi (4.10-rasm).

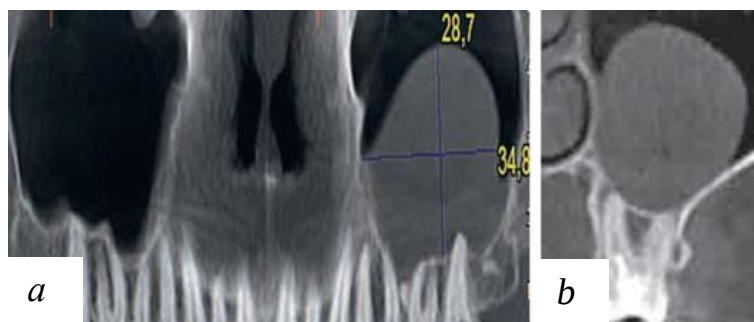


4.10-rasm. KT tasviri: *a* – yuqori jag‘ bo‘shlig‘i tubini surib turuvchi 16 tish ildizi kistasi; *b* – 7 tishdan yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga botib kirgan kista.

O‘sib (botib) kiruvchi turdagi kistalar rentgenologik tasvirda kista va yuqori jag‘ bo‘shlig‘i orasidagi suyak to‘sig‘ining yo‘qligi bilan tasvirlanadi. Rentgen suratida gaymor bo‘shlig‘iga o‘sib kiruvchi gumbazsimon yumshoq to‘qima soyasi tasviri aniqlanadi (4.11, 4.12-rasmlar).

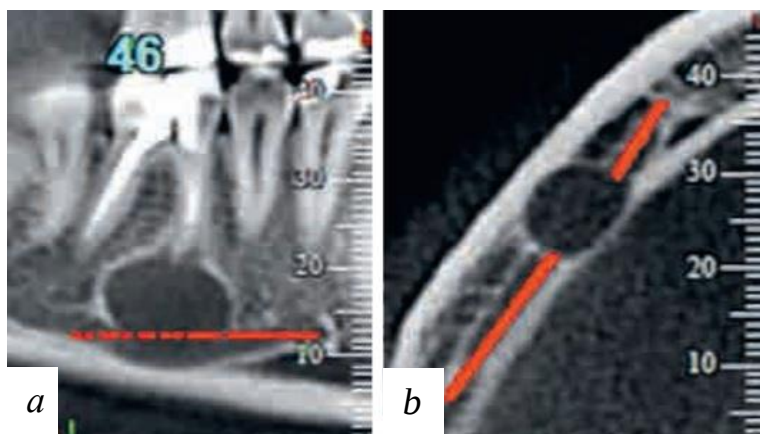


4.11-rasm. KT tasviri: *a* – yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga botib kiruvchi $\overline{6}$ va $\overline{7}$ tish ildizi kistasi; *b* – $\overline{7}$ tish sohasi kistasi.

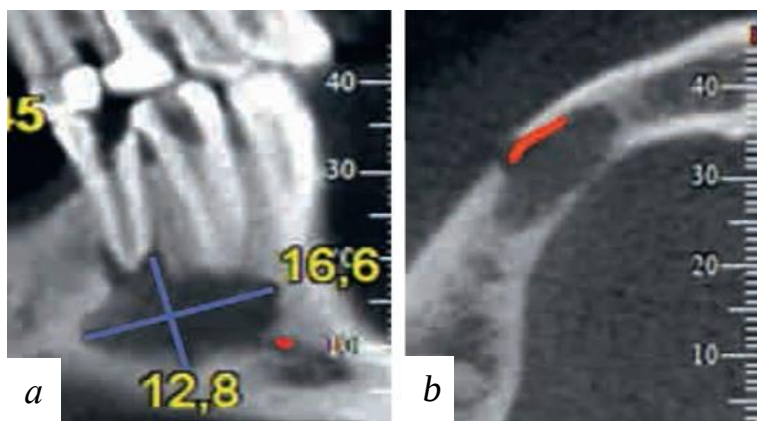


4.12-rasm. KT tasviri: *a* – yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga o‘tib kiruvchi $\overline{6}$ va $\overline{7}$ tish ildizi kistasi; *b* – $\overline{6}$ tishdan hosil bo‘lgan kista.

Kistalarning pastki jag‘da alveolyar kanalga nisbatan joylashuvi muhim ahamiyatga ega bo‘lib, yirik hajmdagi kistalar pastki alveolyar kanal devorini emirib, alveolyar nerv tolasini siqib qo‘yishi mumkin (4.13, 4.14-rasmlar).

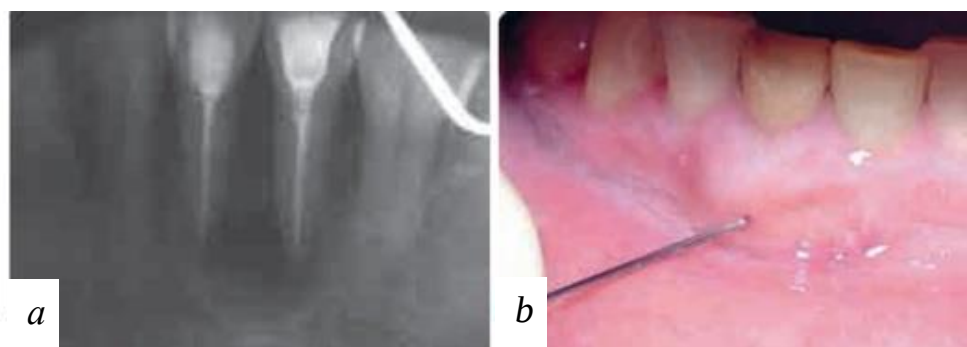


4.13-rasm. KT tasviri: pastki jag‘ alveolyar nerv kanali sohasi $\overline{6}$ tishning kistasi. Mandibulyar kanal yuqori devorining emirili-shi *a* – kistoz bo‘shliqning yondan, *b* – ustidan ko‘rinishi



4.14-rasm. KT tasviri: pastki jag‘ning 45] tishlar sohalarida hosil bo‘lgan kista: *a* – kista pastki jag‘ mandibulyar kanali yuqori devoriga yaqin kelishi va *b* – vestibulyar kortikal suyak plastinkasining emirilishi.

Ildiz kistalarini klinik-rentgenologik tekshiruv asosida tashxislash odatda qiyinchiliklar olib kelmaydi. Tashxislashda ikkilanish hollarida kista punksiyasi qilinib, sitologik tekshiruv o‘tkaziladi (4.15-rasm).



4.15-rasm. Radikulyar kista: *a* – I|I tishlar sohasi radikulyar kistasining rentgen tasviri; *b* – kista punksiyasi.

Qiyosiy tashxislash. Radikulyar kistalarni boshqa jag‘ kistalari (follikulyar va paradental) va jag‘ suyagi o‘smalari (amelablastoma va osteoblastoma, fibroz displaziya, suyak ichi gemangeomasi, fibroma, yumshoq odontoma, xondroma) hamda tish va jag‘lardagi yallig‘lanish jarayonlari (granulyomatoz periodontit, odontogen periostit, odontogen osteomielit, gaymorit) bilan qiyosiy tashxislanadi.

Radikulyar kistalarni tashxislashda unga o‘xshash kasalliklar tufayli 20,6% hollarda noto‘g‘ri tashxis qo‘yish holatlari kuzatiladi. Diagnostik xatoliklar asosan quyidagilardir:

- boshqa jagʻ hosilalari singari jagʻ suyaklaridagi shish hisobiga yuzning shaklining buzilishi;
- rentgenologik suyak emirilishidagi oʻxshashliklar;
- tish ildizlari konvergensiya (yaqin joylashishi) va tish tojining divergensiya;
- tishlarning qimirlashi.

Follikulyar kistalar, odatda, yosh bolalar hamda oʻsmir yoshdagi bolalarda uchraydi. Radikulyar kistadan farqli ravishda follikulyar kista jagʻning alveolyar oʻsigʻida emas, balki jagʻ tanasining chuqurroq qismida joylashadi. Follikulyar kistalarning rivojlanishida tish toj qismining emirilishi hamda granulyomatoz periodontit bosqichlari boʻlmaydi. Rentgen tasvirida kistoz boʻshliq shakllangan yoki shakllanib ulgurmagan chegarali va zararlanmagan (emirilmagan) doimiy tish tojini saqlaydi. Tish qatorlarida sababchi doimiy tish boʻlmaydi. Kista qobigʻi tishning boʻyin sohasiga mustahkam yopishgan boʻlib, uning atipik joylashuvi sistektomiya operatsiyasi vaqtida yaqqol namoyon boʻladi.

Paradental kistalarning hosil boʻlishi pastki «aql» tish chiqishining qiyinlashuvi bilan bogʻliq, bu turdagi kistalar oxirgi molyarlardan boshqa tishlardan kelib chiqishi kam hollarda uchraydi.

Amelablastomaga pastki jagʻ tanasi hamda burchak sohaslarida joylashuvchi boʻshliq xos boʻlib, periodontal yoriq va tishlar bilan oʻzaro tutashmagan boʻladi. Rentgen tasvirida kistoz boʻshliq yakka va bir necha boʻshliqlar tutashuvidan iboratligi aniqlanadi. Amelablastoma boʻshligʻi oʻz ichida «aql» tish toj qismini saqlashi mumkin. Punksiyada odatda oqimtir, xiralashgan, yopishqoq suyuqlik ajraladi, baʼzi hollarda esa kistoz suyuqlik singari tarkibida xolesterin kristallari saqlashi mumkin. Yakuniy tashxis faqatgina kengaytirilgan biopsiya va patogistologik tekshiruv asosida qoʻyiladi.

Osteoblastoklastoma kistalar singari tuzilishga ega, lekin ulardan farqli oʻlaroq gʻadir-budir yuzaga ega boʻladi. Uning rentgenologik tasviri «uyacha» (sovun koʻpigi yoki chuqurchali) shaklda boʻlishi mumkin. Oʻsma chegaralari kista chegaralari singari aniq konturli boʻladi hamda boʻshliq sohasiga tutashuvchi ildizlar

uchi rezorbsiyaga uchragan bo‘ladi. Ba’zi hollarda osteoblastoma aniq chegarali bir kamerali bo‘shliqli bo‘lishi mumkin. Punksiya qilinganda oz miqdorda qonliqo‘ng‘ir tusdagi suyuqlik ajralib, tarkibida radikulyar kistalardan farqli o‘laroq xolesterin elementlari saqlamaydi. Osteoblastomaning makroskopik jihatdan tuzilishi qonaydigan qo‘ng‘ir rangdagi o‘smadan iborat bo‘ladi.

Fibroz displaziya tug‘ma xavfsiz hosila bo‘lib, surunkali periodontit asoratlari bog‘liq bo‘lmaydi, flyuktuasiya belgilari aniqlanmaydi, suyak konsistensiyali, bolalik va o‘smirlik davrida jadal o‘sib, katta yoshdagi bemorlarda o‘sishi sekinlashadi.

Suyak ichi gemangeomasi milk shilliq qavati zararlanmagan holda alohida kasallik sifatida kam uchraydi. Radikulyar kistadan farqli ravishda aniq chegaralanmagan. Punksiya amalga oshirilganda bo‘shliqdan qon olinib, igna kiruv sohasidan pulsasiyalovchi qon ketish belgilari kuzatiladi.

Radikulyar kistalarning **odontogen fibroma** va **yumshoq fibromalardan** qiyosiy tashxislovchi asosiy belgisi punksiyada hech qanday punkt at ajralmasligidir.

Odontoma murakkab (aralash), kistoz va yumshoq turlariga ko‘ra qiyosiy tashxislanadi. Murakkab odontoma ko‘p sonli tartibsiz joylashgan tish qattiq to‘qimalaridan iborat konglomeratdan tashkil topib, ichida shakllangan tishlar bo‘lishi mumkin. Klinik suyak devori silliq, zich bo‘lib, og‘riqsiz suyak qalinlashuvi kuzatiladi.

Rentgenologik bir xil bo‘lmagan suyak zichlashuvilik soya, doira yoki yumaloq shakldagi chegaralari aniq hosila aniqlanadi. Odontomaning kistoz shakli follikulyar kista bilan qiyoslanadi. Yumshoq odontoma bo‘shliq atrofi aniq chegarali suyak emirilishi bilan kechadi, ba’zida bo‘shliqda doimiy tish murtaqlari bo‘lishi mumkin. Yakuniy tashxis gistologik tekshiruvdan so‘ng aniqlanadi.

Xondroma yuzaki qaralganda odontogen kistaga o‘xshash bo‘lib, paypaslanganda zich bo‘rtliq hosila aniqlanadi. O‘shish tezligi sekin. Yirik hajmlargacha etishi mumkin. Gialinli tog‘ay tarkibli bo‘lib, biriktiruvchi to‘qimali kapsula bilan o‘raladi.

Radikulyar kistalar oqibatida yuzaga keluvchi *yuqori jag' bo'shlig'ining deformasiyalarini* o'tkir yoki surunkali odontogen gaymorit, abscess va flegmonalar, gaymor bo'shlig'i shilliq qavati kistalari, follikulyar kistalar, kam hollarda rak va sarkomalar bilan qiyosiy tashxislanadi.

Surunkali granulyomatoz ostitda tish ildiz uchi sohasidagi destruktiv o'choq chegaralangan bo'lib, rentgenologik tasvirda suyakda tish ildizi uchi yoki ildiz yon sohasida joylashgan doira shaklidagi o'zgarish aniqlanadi. Granulyoma atrofini o'rab turuvchi kortikal doira har doim ham ko'rinmaydi. Tish ildizi atrofi suyak emirilish o'chog'i hajmiga va chegarasiga qarab tashxislanadi. Granulyoma va tish ildiz uchi kistalari klinik namoyon bo'lishi jihatdan bir xil kechadi.

Odontogen ostit alveolyar o'siqda o'tkir kechayotgan suyak usti pardasining yallig'lanish (periostit) asoratlanish bilan kechib, uch shoxli nerv yo'nalishi bo'ylab irradiyasiyalanuvchi og'riq bilan kechadi. Aniq tashxis uchun rentgen va punksiya usuli qo'llaniladi. Ostitda rentgen tasvirida surunkali granulyasiyalangan periodontit belgilari mavjud tish aniqlanadi. Punksiyada igna kistoz bo'shliqqa tushmaydi, aksincha pastki jag'ning silliq yuzasiga borib taqaladi.

Odontogen osteomielit. O'tkir odontogen osteomielit jag'da uch shoxli nerv yo'nalishi bo'ylab irradiasiya beruvchi og'riq bilan kechadi. Pastki jag' osteomielitida Vensan simptomi yuzaga kelishi mumkin. Yuz yumshoq to'qimalari shishi hisobiga yuz simmetriyasi buzilishi, umumiy intoksikasiya belgilari kuzatiladi. Og'iz ichidan jag'da muftasimon shish namoyon bo'ladi va sababchi tish hamda uning yonida joylashgan tishlarning patologik qimirlashi kuzatiladi. Osteomielitning surunkali turida oqma yo'llar va ularning chiquv yo'lida rivojlangan granulyasion to'qimalar paydo bo'ladi. Rentgenologik tasvirida zararlangan jag' sohasi suyak destruksiyasi, hosil bo'lgan sekvestrlar hamda suyak usti pardasining qavatlanishini ko'rish mumkin.

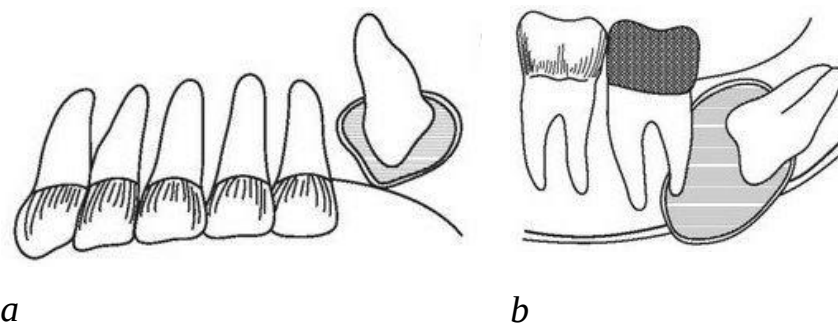
Odontogen gaymorit. O'tkir odontogen gaymoritda tana haroratining ko'tarilishi, yuqori jag' sohasida uch shoxli nerv yo'nalishi bo'ylab irradiyasiyalanuvchi og'riq, bosh og'rig'i, burun bitishi, burun yo'llaridan yiringli ajralmalar ajralishi, bosh egilganda suyuqlik harakatlanishi hissi kuzatiladi.

Rak. Yuqori jagʻ raki klinik belgilariga koʻra burun boʻshligʻidan nafas olishning qiyinlashuvi, burundan ajralma ajralishi (hidli, qon aralash) bilan kechadi. Ogʻriq turlicha xarakterga ega boʻlib, koʻz osti sohasi atrof toʻqimalarda sezuvchanlikning pasayishi, koʻz olmasi asimmetriya hisobiga markazdan siljishi kuzatiladi. Pastki jagʻda jarayon yalligʻlanish bilan jadal kechadi va atrof toʻqimalarga intensiv oʻsib kiradi. Nevralgik ogʻriqlar pastki jagʻ nervi yoʻnalishi boʻylab amalga oshadi. Rakga xos rentgenologik belgi – oʻsma va suyak toʻqimasi orasidagi chegaraning boʻlmasligi; «eriyotgan shakar» koʻrinishidagi, chuqur boʻrtmali, shakli noaniq boʻlgan suyak emirilishlari bilan ifodalanadi.

Sarkoma rakga nisbatan jadal oʻsadi. Jarayon boshida oʻsma atrof toʻqimalarga siljib ularga birikmagan holda oʻsadi. Keyinchalik oʻsma oʻsishi natijasida atrof toʻqimalar kam harakatchan boʻlib qoladi. Paypaslanganda ogʻriqsiz, zich konsistensiyali.

Markaziy sarkoma odontogen kistadan uch shoxli nerv sohasidagi erta boshlanuvchi ogʻriqlar zoʻrayishi va taktil sezuvchanlikning siqilib qolgan nerv tolasi yoʻnalishi boʻylab hosil boʻlishi bilan farqlanadi. Sarkomaning diagnostik punksiyasi manfiy yoki oz miqdordagi qon ajralishini koʻrish mumkin. Sarkomaning rentgenologik tasvirida suyakning strukturali emirilish oʻchogʻi koʻrinadi.

Folikulyar kistalar uchrashi jihatidan barcha odontogen kistalarning 15% ni tashkil qiladi. Yuqori jagʻda kistalar odatda, retensiyaga uchragan uchinchi katta oziq (molyar), ikkinchi kichik oziq (premolyar) hamda qoziq tishlarda, pastki jagʻda esa uchinchi katta oziq («aql» tish) va ikkinchi kichik oziq tishlar atrofida vujudga keladi (4.16-rasm).



4.16-rasm. Follikulyar kistalarning *a* – yuqori va *b* – pastki jagʻ sohasida joylashuvining sxematik koʻrinishi.

Follikulyar kistalarning klinik belgilari boshqa turdagi kistalar klinikasi singari namoyon bo'ladi. Kista hajmining asta-sekin kengayishi jag'lar shaklining sezilarli darajada buzilishiga olib kelishi mumkin (4.17-rasm).



4.17-rasm. Follikulyar kista: jag' konfiguratsiyasining buzilishi.

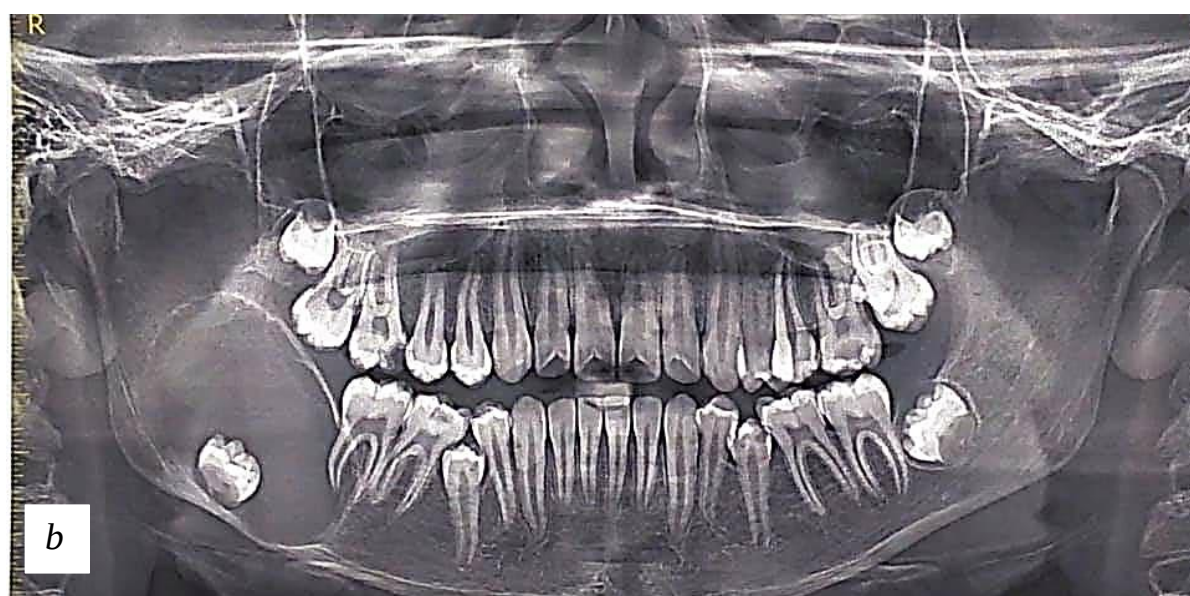
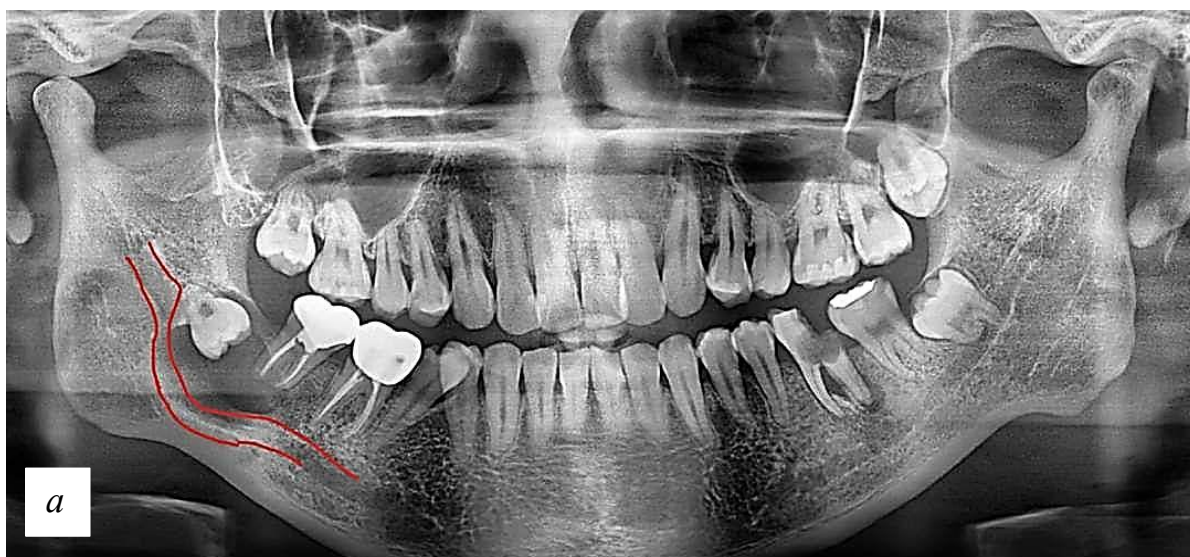
Agar follikulyar kista tish shakllanib ulgurmasdan rivojlansa, bunday kistalar **tish saqlamaydigan kista** sirasiga kiradi, ammo rentgenologik jihatdan boshqa kistalardan farqi bo'lmaydi.

Rentgenologik ko'rinishi.

Follikulyar kistalar rentgenologik tasvirida aniq chegaraga ega aylana yoki oval shakldagi suyak emirilishi aniqlanadi hamda kista bo'shlig'ida doimiy tish toj qismini saqlaydi, tish ildizi esa kista chegarasidan tashqarida joylashadi (4.18–4.20-rasmlar).

Rentgenda kistoz bo'shliq ichida shakllanib ulgurmagan tish toji saqlab, aniq konturga ega bo'lgan yorug'lik zonasi bilan o'raladi. Pastki jag' «aql» tishlaridan yuzaga keluvchi follikulyar kistalar pastki jag' shoxi bo'ylab yo'nalishi va uning shaklining (deformasiyalanishi) buzilishiga olib kelishi mumkin. Ba'zida kistoz bo'shliq o'zida ikki yoki undan ortiq tish murtaklarini saqlashi ham mumkin.

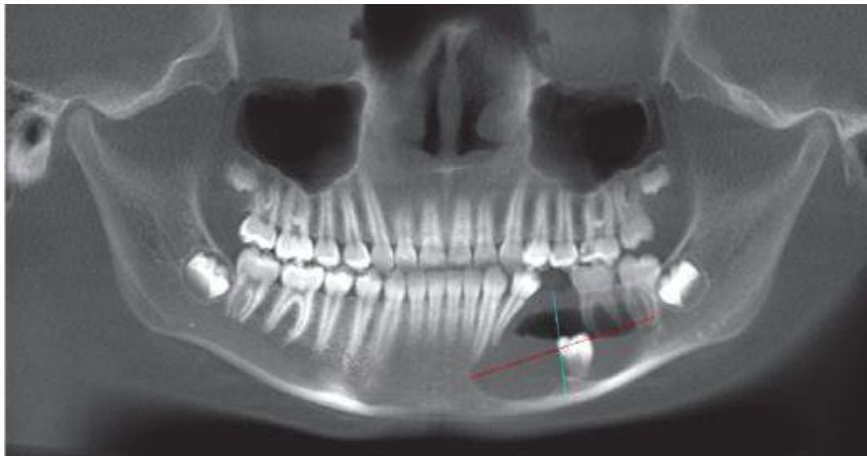
Follikulyar kistani *ameloblastoma* va *odontogen* (birlamchi) *keratokistadan* qiyosiy tashxislay olish lozim.



4.18-rasm. Ortopantomogramma: pastki jag‘ o‘ng tomon $\overline{8}$ tish sohasida A – kichik, B – yirik hajmdagi follikulyar kistasi



4.19-rasm. Yuqori jag‘ follikulyar kistasining turli kesimlardagi KT tasviri.



4.20-rasm. Pastki jagʻ tanasi $\overline{15}$ tish sohasi follikulyar kistasining turli kesimlardagi KT tasviri.



Birlamchi kista (keratokista) tish murtagi va uning yorib chiqishi jarayonlari bilan anatomik jihatdan bogʻliq boʻlmaydi. Ushbu kistalarning mikroskopik tuzilishida boʻshliq keratinlangan epiteliy bilan qoplangan boʻlib, oʻsmir yoshdagi bolalarda Gorlin-Gols (koʻp sonli bazal toʻqimali nevus) sindromidan farqlash lozim. Yakuniy tashxis bioptat namunasini gistologik tekshiruvi asosida amalga oshiriladi.

Rentgenologik tasvirida hajmi keng, aniq chegarali polisiklik ko‘rinishdagi suyak emirilishi aniqlanib, suyakning nomutanosib emirilishi bo‘shliqni ko‘p kamerali qilib ko‘rsatadi (4.21-rasm).



4.21-rasm.

Pastki jag‘ o‘ng tomonlama $\overline{8}$ tish orti sohasi keratokistasi.



4.22-rasm. Pastki jag‘ $\overline{8}$ tish sohasi paradental kistasining rentgenologik tasviri.

Paradental kistalar rentgenologik tasvirda to‘liq yoki yarim retensiya (chiqishi qiyinlashgan) «aql» tish toj qismining orqa tomonida hamda pastki jag‘ning shox qismida o‘roqsimon yoki yoriqsimon yarim oy shaklidagi (Vassmud yarim oyi) suyaklar emirilishi singari ko‘rinishga ega bo‘ladi. Ko‘pincha paradental kistalar retromolyar sohalarda joylashadi (4.22-rasm).

Qoldiq (rezidual) kistalar sababchi tishni sug‘urib tashlash chog‘ida kista qobig‘i to‘liq olinmaganligi oqibatida yuzaga kelib, rentgenologik jihatdan chegarasi aniq aylana shakldagi patologik suyak emirilishi tish katakchasi atrofi yaqinida joylashadi (4.23-rasm).



4.23-rasm. Ortopantomogramma tasviri: pastki jag' qoldiq kistasi

Odontogen jag' kistalarini tashxislashda qiyosiy tashxislash algoritmi 4.1 va 4.2-jadvallarda keltirilgan.

4.1-jadval

Odontogen jag' kistalarini tashxislash ketma-ketligi

Tekshiruv jarayoni ketma-ketligi	Kasallikning klinik belgilari	Patogenez ma'lumotlari mezonlari
Mahalliy shikoyatlar	Shikoyatlar yo'qligi	Sababchi tishning periapikal to'qimalari atrofida surunkali yallig'lanish jarayonlari rivoj-lanishi natijasida radikulyar kistaning alomatlarsiz shakllanishi.
		Doimiy tish murtagi zararlanishi yoki follikulyar kistaning retensiyaga uchrashi natijasida simptomlarsiz yuzaga kelishi.
		Pastki jag' uchinchi katta oziq (molyar) tishning chiqishi

		qiyinlashuvi natijasida paradental kistalarning belgilarsiz rivojlanishi.
	Sababchi tishda davomiy bo‘g‘iq og‘riq	Sababchi surunkali peridontit tishning belgilari uzoq muddatli surunkali yallig‘lanish jarayoni tufayli periodont to‘qimasi epitelial elementlari proliferasiyaga uchrab, granulyoma hosil qilib uning kattalashishi hamda suyuqlik saqlovchi epiteliy bilan qoplangan kista bo‘shlig‘ini hosil qilishi.
	Sababchi tish ildiz uchi sohasida jag‘ alveolyar o‘sig‘ining bo‘rtishi	Kista hajmining kattalashishi jag‘ suyagi ko‘migi emirilishi natijasida kortikal suyak yupqalashib, suyakning shakl buzilishiga olib kelishi.
	Jag‘ning shakl buzilishi	Kista hajmining kattalashishi va uning ichidagi bosim oshishi oqibatida jag‘ shaklining buzilishi.
	Jag‘ atrof yumshoq to‘qimalarida og‘riq, shish va teri qizarishi	Radikulyar kista yiringlashi va sababchi surunkali periodontit tishning xuruji.
	Tish qatorida doimiy tishning bo‘lmasligi	Follikulyar kista, tish retensiyasi va distopiyasi shakllanishi (yuqori jag‘ qoziq tishi, yuqori va pastki uchinchi katta oziq tish).

	Pastki lab, dahan sohalari sezuvchanligining pasayishi	Pastki jagʻda joylashgan kista pastki jagʻ alveolyar kanali nerv-tomir tutamini siqib qoʻyishi.
Umumiy shikoyatlar	Holsizlik, isitma chiqishi	Radikulyar kistalar yiringlashi oqibatida organizmning zaharlanish belgilari paydo boʻlishi.
Kasallik rivojlanish (anamnez) tarixi	Sababchi tish sohasidagi shish va vaqti-vaqti bilan namoyon boʻluvchi ogʻriq	Sababchi tishda surunkali periodontit xuruji belgilari paydo boʻlishi.
	Kasallik rivojlanishi belgilarsiz kechishi	Surunkali yalligʻlanish jarayonining belgilarsiz kechishi.
		Tish chiqishi jarayonining buzilishi.
Kasallik rivojlanish (anamnez) tarixi	Sababchi tish sohasidagi shish va vaqti-vaqti bilan namoyon boʻluvchi ogʻriq	Sababchi tishda surunkali periodontit xuruji belgilari paydo boʻlishi.
	Kasallik rivojlanishi belgilarsiz kechi-shi	Surunkali yalligʻlanish jarayonining belgilarsiz kechishi.
		Tish chiqishi jarayonining buzilishi.
Hayot anamnezi (boshidan kechirgan xastaliklari va allergik holati)	Ish va hayot tarzi. Yurak-tomir, nevropsixik, yuqumli, allergik, onkologik kasalliklar	Organizm umumiy reaktivligiga ta'sir qilishi.
		Organizm spetsifik va nospesifik qarshiligining pasayishiga olib kelishi.

Bemorning umumiy ahvoli	Qoniqarli	Odontogen kistalari bilan ogʻrigan, yondosh kasalliklar yoki surunkali kasalliklar xuruji boʻlmagan bemorlarda.
	Oʻrta ogʻir	Yalligʻlanish jarayonining kuchayishi va tarqalishi, shuningdek yondosh kasalligi yoki surunkali kasalliklar dekompensasiya bosqichi holatidagi bemorlarda.
	Ogʻir	Odontogen yalligʻlanish jarayonining keng tarqalishi va yuz-jagʻ sohasidagi asoratlar bilan kechishida.
Yuz-jagʻ sohasi-ni tashqi mahalliy koʻzdan kechirish va palpasiyasi	Yuz tuzilishi oʻzgar-magan	Kista jagʻ tanasi va alveolyar oʻsiq chegarasi orasida shakl buzilishsiz joylashgan.
	Yuz tuzilishi jagʻning shakl buzilishi tufayli oʻzgargan	Kista hajmining kattalashishi tufayli alveolyar oʻsiq va jagʻ tanasining shakli buzilgan.
	Shish tufayli yuz tuzilishi oʻzgargan	Radikulyar kista yiringlashi oqibatida yuzning yumshoq toʻqimalari kollateral shishgan.
	Regionar limfa tugunlari paypaslan-maydi	Chegarlangan surunkali yalligʻlanish oʻchogʻining xurujlanmagan davrida.
	Regionar limfa tugunlari kattalashgan	Uzoq muddatli yalligʻlanish jarayoni davrida.

		Regionar limfa tugunlari kattalashgan va ogʻriqli	Surunkali yalligʻlanish jarayonining xuruji bosqichida.
		Ogʻiz boʻshligʻi ochilishi erkin	-
Ogʻiz ichi mahalliy tekshiruvi (koʻzdan kechirish va palpasiya)		Sababchi tish yemirilgan, perkussiya ogʻriqli yoki kuchsiz ogʻriqli, yuz tuzilishi oʻzgarishsiz	Sababchi tishda surunkali periodontit belgilarining namoyon boʻlishi, radikulyar kistaning belgilsiz rivojlanishi.
		Ogʻiz boʻshligʻi dahliz sohasida oʻtuv burmasi aniq chegarali, shish aniqlanadi, paypaslanganda ogʻriqsiz	Kista hajmining oshishi va boʻshliq ichi bosimi ortishi natijasida kortikal plastinka yupqalashuvi va jagʻ atrofi toʻqimalari shaklining buzilishi.
		Tanglay sohasida chegaralangan yumaloq shakldagi shish; palpasiyada yuqori jagʻ suyagi kortikal plastinkasi yupqalashuvi yoki soʻrilishi aniqlanadi	Yuqori jagʻdagi tanglay tomonga yoʻnalgan tish ildizlari (yon kesuv, ikkinchi kichik oziq va katta oziq tishlar tanglay ildizi)dan rivojlanishi.
		Palpasiya vaqtida kista ustidagi suyak toʻqimasi botib, «pergament qogʻozi qirsillashi» —	Kortikal plastinka yupqalashuvi va kista atrofi suyak nuqsoni hosil boʻlishi.

	Dyupyuitren simptomi yuzaga kelishi	
	Palpasiyada bilqil-lash (flyuktuasiya) belgisi aniqlanadi	Shilliq qavat ostida suyak kortikal plastinkasi emirilishi tufayli hosil bo'lgan nuqson orqali suyuqliq saqlovchi kista qobig'i paypaslanadi.
	Sababchi tish toji emirilgan, karioz bo'shliq aniqlanadi, perkussiya og'riqsiz	Sababchi tishda surunkali periodontit belgilari namoyon bo'lishi.
	Sababchi tish toji butunligi buzilmagan	Ba'zi hollarda travmatik surunkali periodontit radikulyar kistalar rivojlanishiga sabab bo'lishi.
	Sababchi tish butunligi buzilmagan	Folikulyar va paradental kistalar tish retensiyasi oqibatida rivojlanishi.
	Tishlar joylashu-vining o'zgarishi	Kista qobig'ining o'sishi oqibatida tish ildizi siljishi.
	Tish qatorida doimiy tishning bo'lmasligi yoki uning o'rniga sut tishi mavjudligi	Tish murtagi anomal joylashuvi va rivojlanishi bilan follikulyar kista shakllanishi.
	Tanglay tomonlama og'riqsiz shish paydo bo'lishi	Folikulyar kistaning yuqori qoziq tish sohasida joylashishi.
	O'tuv burma shish hisobiga tekislangan, tish ildizi va qo'shni tishlar proeksiyasida infiltrat aniqlanadi,	Surunkali yallig'lanish jarayonining xuruji, kista yiringlashi.

	shilliq qavat qizargan, shishgan, palpasiyada ogʻriqli, perkussiyada sababchi tishda ogʻriq paydo boʻladi	
Dental rentgenografiya, ortopantomografiya	Suyak emirilgan oʻchoqda nur yoʻnalishi doira shaklda aniq chegarali boʻshliq aniqlanadi va boʻshliq ichida sababchi tish ildizini saqlaydi	Radikulyar kista sohasida surunkali periodontit sababli tish ildiz uchi proeksiyasida suyak toʻqimalari destruksiya belgilari aniqlanishi.
	Periodontal yoriqning aniqlanmasligi	Tish ildizi va katakchasi atrofidagi suyak plastinkasi rezorbsiyaga uchrashi hamda kista tish ildizi boʻshligʻida joylashganligi.
	Suyak emirilgan oʻchoqda nur yoʻnalishi doira shaklda aniq chegarali turli hajmdagi boʻshliqlarga ega	Shakllangan suyak emirilishi oʻchogʻi chegaralari, shuningdek qoʻshni anatomik sohalar bilan aloqasini kuzatish mumkin.
	Yuqori jagʻ alveolyar oʻsigʻi gaymor boʻshligʻi chegarasida oʻzgarishlar boʻlmasligi	Kista yuqori jagʻ boʻshligʻiga tegib (yaqin) joylashishi aniqlanadi.
	Yuqori jagʻ boʻshligʻi pastki devori	Yuqori jagʻ sinusiga kista itarib (botib) kirishi aniqlanadi.

	suyagining yupqalashuvi va gumbaz shaklida sinus ichi tomon siljib kirishi	
	Yuqori jagʻ boʻshligʻi pastki devorining boʻlmasligi va gaymor boʻshligʻida gumbazsimon shaklda yumshoq toʻqima soyasi koʻrinishi	Kista gaymor boʻshligʻiga oʻsib kirishi aniqlanadi.
	Burun tubi suyak plastinkasi yupqalashishi, joyidan siljishi yoki toʻliq emirilishi	Kista burun boʻshligʻiga oʻsib kirishi aniqlanadi.
	Boʻshligʻi ichida shakllangan tish toj qismini saqlovchi doira yoki oval shakldagi chegarasi aniq suyak destruksiyasi	Follikulyar (tish saqlovchi) kista belgilari aniqlanadi.
	Suyakdagi emirilish jarayoni pastki jagʻ retensiyalangan yoki yarim retensiyalangan «aql» tish toj qismi ortida oʻroqsimon yoki	Paradental kistalar shakllanishi belgilari aniqlanadi.

	yoriqsimon yarim oy shaklida rivojlanadi	
Kompyuter tomografiyasi	Kistoz bo'shlig'i hajmi, chuqurligi va yo'nalishini aniqlashga imkon beradi	O'choq chegaralari, shuningdek, anatomik bo'shliqlar (burun bo'shlig'i, yuqori jag' bo'shlig'i, yuqori jag' tanglay plastinkasi, pastki jag' kanali, pastki jag' asosi) bilan tutashuvini kuzatish mumkin.
Sitologik tekshiruv (punksiya)	Klinik tashxisni tasdiqlash va o'sma shubha uyg'otganda	
Elektroodonto-diagnostika	Radikulyar kistaga tutashuvchi sababchi va qo'shni tishlar pulpasi elektr qo'zg'atuvchanligini tekshirish usuli	Agar sababchi tishda elektr toki oqimi 100 mA dan oshsa, qo'shni tishlarda 15 mA bo'lganda endodontik davo tavsiya etiladi.
	Follikulyar va paradental kistalar sohasi tish pulpasi elektr qo'zg'atuvchanligini tekshirish usuli	Retensiyaga uchragan va intakt tishlarda aniqlanmaydi.
Rinoskopiya	Burun pastki yo'lida bo'rtma (Gerber bolishi) aniqlanadi	Yuqori jag' old qismida kista rivojlanishi va burun bo'shlig'iga o'sib kirganligi aniqlanadi.
Radikulyar kista gistologik tekshiruvi	Makroskopik bir kamerali bo'shliq, ichki yuzasi qavatma-qavat	Jarrohlik amaliyotidan so'ng klinik tashxislash uchun olingan material

	yassi epiteliy bilan qoplangan bo'ladi. Ko'rinadigan yuza to'qimasi kollagen tolali birikti-ruvchi to'qimalardan iborat. Suyuqlik oqimtir shaffof, sarg'ish tusdagi xolesterin kristallari mavjud. Mikroskopik qobig'i fibroz to'qimadan tashkil topgan bo'lib, ichki yuzasi ko'p qavatli muguzlanmagan yassi epiteliydan, xolesterin kristallari mavjud yallig'langan infiltratdan iborat.	(bioptat) gistologik tekshiruvga yuboriladi.
Folikulyar kista gistologik tekshiruvi	Bo'shliqda shaffof, sariq tusdagi xolesterin kristallari mavjud bo'lib, qobig'i biriktiruvchi to'qimadan, ichki yuzasi ko'p qavatli muguzlangan yassi epiteliydan iborat,	

	yuqori darajada farqlanuvchi va davomiyligi saqlangan, kam hollarda surunkali yallig‘lanish jarayonlari bilan ifodalanadi.	
Paradental kista gistologik tekshiruvi	Qobiq ichki yuzasi surunkali yallig‘lanish belgilari bo‘lgan ko‘p qavatli yassi epiteliydan iborat. Kista qobig‘i fibroz tortmalar orqali retension tish periodontiga bog‘langan bo‘ladi.	

4.2-jadval

Odontogen jag‘ kistalarini qiyosiy tashxislash

Qiyoslanadigan kasalliklar	O‘xshash alomatlari	Farqli belgilari
Radikulyar kista va surunkali granulyasion periodontit	Sababchi tish mavjudligi (butunligi buzilgan, rangi o‘zgargan) Perkussiyada og‘riqsiz yoki kuchsiz og‘riqli	Surunkali periodontit rentgen tasvirida periodont yorig‘i kengaygani hamda tish ildiziga 2 mm ga yaqin sohada chegarasi

	Sababchi tish ildiz proeksiyasida oqma yoʻl mavjudligi	noaniq suyak emirilish oʻchogʻi aniqlanadi.
Radikulyar kista va surunkali granulyomatoz periodontit, radikulyar kista va surunkali granulyasion periodontit	Sababchi tish mavjudligi (butunligi buzilgan, rangi oʻzgargan)	Surunkali periodontit rentgen tasvirida periodont yorigʻi kengaygani hamda tish ildiziga 10 mm ga yaqin sohada chegarasi aniq suyak emirilish oʻchogʻi aniqlanadi.
	Sababchi tish mavjudligi (butunligi buzilgan, rangi oʻzgargan)	
	Perkussiyada ogʻriqsiz yoki kuchsiz ogʻriqli	
Radikulyar kista va surunkali osteomielit	Sababchi tish mavjudligi (butunligi buzilgan, rangi oʻzgargan)	Osteomielitda rentgen tasvirda jagʻ sohalarida suyak emirilishi kuzatiladi.
	Perkussiyada ogʻriqsiz yoki kuchsiz ogʻriqli	
	Sababchi tish ildiz proeksiyasida oqma yoʻl mavjudligi	
Yiringlagan radikulyar kista va yiringli periostit	Alveolyar oʻsiqning vestibulyar va ogʻiz ichki tomonlama sababchi tish va qoʻshni tishlar sohalaridagi ogʻriq va infiltrasiyasi	Yiringli periostit rentgen tasvirida faqat surunkali periodontit belgilari koʻrinadi: periodont yorigʻi kengaygani hamda tish ildiziga 2 mm ga yaqin sohada chegarasi noaniq suyak emirilish oʻchogʻi aniqlanadi.
	Shilliq qavatning shishi va qizarishi	

Radikulyar kista va follikulyar kista	Rentgen tasvirida aniq chegarali aylana yoki oval shakldagi suyak emirilishi	Follikulyar kista bo'shlig'i ichida shakllangan doimiy tish toji mavjud.
---------------------------------------	--	--

5. JAG' KISTALARINI TASHXISLASHNING QO'SHIMCHA TEKSHIRISH USULLARI

I. Punksiya, insizion biopsiya

Kistoz bo'shliq punksiyasi amalga oshirilganda aksariyat hollarda quyidagi tarkibli xossalar mavjudligi aniqlanadi:

1. Yiringlagan kista oqimtir-och sariqdan to'q sariq ranggacha bo'lgan xolesterin kristallari mavjud tiniq suyuqlik saqlaydi.
2. Hosil bo'lganligiga uzoq muddat bo'lgan kista bo'shlig'i ichi suyuqligida ko'p miqdorda xolesterin kristallari mavjud bo'lib, oqimtir-kulrang yog' detritlarini saqlaydi.
3. Yallig'lanish jarayonlari mavjud bo'lganda kistoz suyuqligida yiring parchalari kuzatilishi mumkin.
4. O'tkir yoki uzoq muddat davom etayotgan surunkali yallig'lanish jarayonlarida bo'shliq to'liq yiringli suyuqlik bilan to'lib, ba'zida tarkibida qon arashmasi ham bo'lishi mumkin.

Insizion biopsiyada kista qobig'idan va imkoni bo'lganda atrof suyak to'qimasidan namuna olinib, gistologik tekshiruvga yuboriladi hamda morfologik tekshiruv asosida aniq tashxis qo'yiladi.

II. Oqma yo'lni zondlash

Oqma yo'llar asosan radikulyar kistalarning yiringli yallig'lanishi oqibatida hosil bo'lib, kengligi va chuqurligiga ko'ra farqlanadi. Sug'urilgan tish katagi sohasidagi oqma yo'l klinik ko'rinishiga ko'ra keng va chuqur holatda bo'lib, yupqa epiteliy va suyak devori granulyasiyasidan iborat bo'ladi. Milk cheti hamda tanglay sohalarida oqma yo'lning kirish qismi tor va chuqurligi kalta bo'ladi.

Zondlash vaqtida kistoz bo'shlig'iga zond tushganligining uchta asosiy belgilari:

1. Zondning bo'shliqqa kirib ketishi.
2. Zond uchining erkin bo'shliq ichida harakatlanishi.
3. Bo'shliq devorlarida to'qima yumshoqligini sezish.

Zondlash, punksiyaviy tekshirish singari, taxminiy hosila joylashuvi, uning hajmi, yuqori jag'da kistoz bo'shliqning gaymor bo'shlig'i bilan, pastki jag'da esa pastki alveolyar kanalga nisbatan holatini aniqlashga yordam beradi.

III. EOD (elektroodontodiagnostika)

EOD (elektroodontodiagnostika) tish pulpasi hayotchanligini aniqlovchi qo'shimcha tekshiruv usuli bo'lib, asosan kistoz bo'shliq hamda hosila atrofidagi tish pulpasi sezuvchanligini aniqlashda foydalaniladi.

6. ODONTOGEN JAG' KISTALARINI DAVOLASHDA QO'SHIMCHA JARROHLIK AMALIYOTLARI

Tish ildiz uchi rezeksiyasi patologik emirilgan tish ildizi uchki qismining suyak sohasini bor mashina va maxsus frezlar yordamida kesib olib tashlash va tozalash bilan amalga oshiriladi.

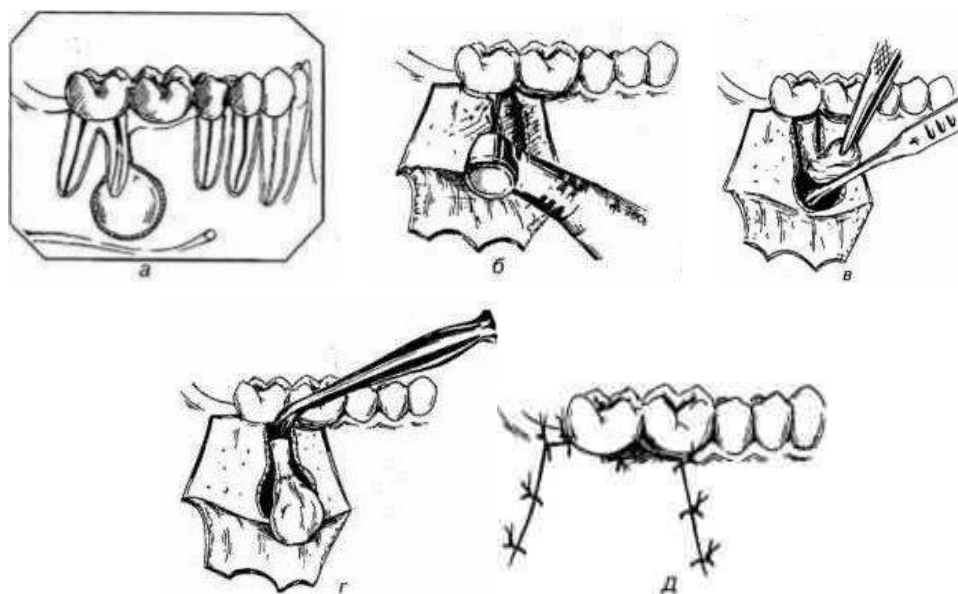
Ildiz uchi rezeksiyasi uchun ko'rsatmalar:

- tishda patologik qimirlash belgilari aniqlanmaganda;
- tish ildizi apikal qismining zararlanishi 1/3 uzunlikdan oshmaganda;
- ko'priksimon protezda zararlangan tish tayanch vazifasini bajarganda.

Jarrohlik amaliyoti shakllantirilgan trepanasion darcha orqali tish ildizining uchi qismini «sog'lom» suyak to'qimasi sathigacha kesuvchi (bor) yordamida kesib olib tashlashdan iboratdir. Operasiyaning muhim jihatlaridan biri suyak kuyishining oldini olish maqsadida antiseptik eritmalar (fiziologik eritma, furasilin) yordamida operasion maydonni doimiy ravishda sovitib turishdan iborat. Bundan tashqari, tish ildizi atrofida zararlangan to'qimalar to'liq qirib olib tashlanganligiga ishonch hosil qilish kerak hamda kesib olingan tish ildiz uchi hosil qilingan darcha sathiga mutanosib bo'lishi kerak.

Tish ildiz uchi rezeksiyasini amalga oshirishda tish ildiz kanalining zich plombalanganligi muhim ahamiyat kasb etadi. Agar tish ildizi kanali kesib olingan sohada germetika qoniqarsiz amalga oshirilgan bo'lsa tish ildizi kanali retrograd plombalanadi.

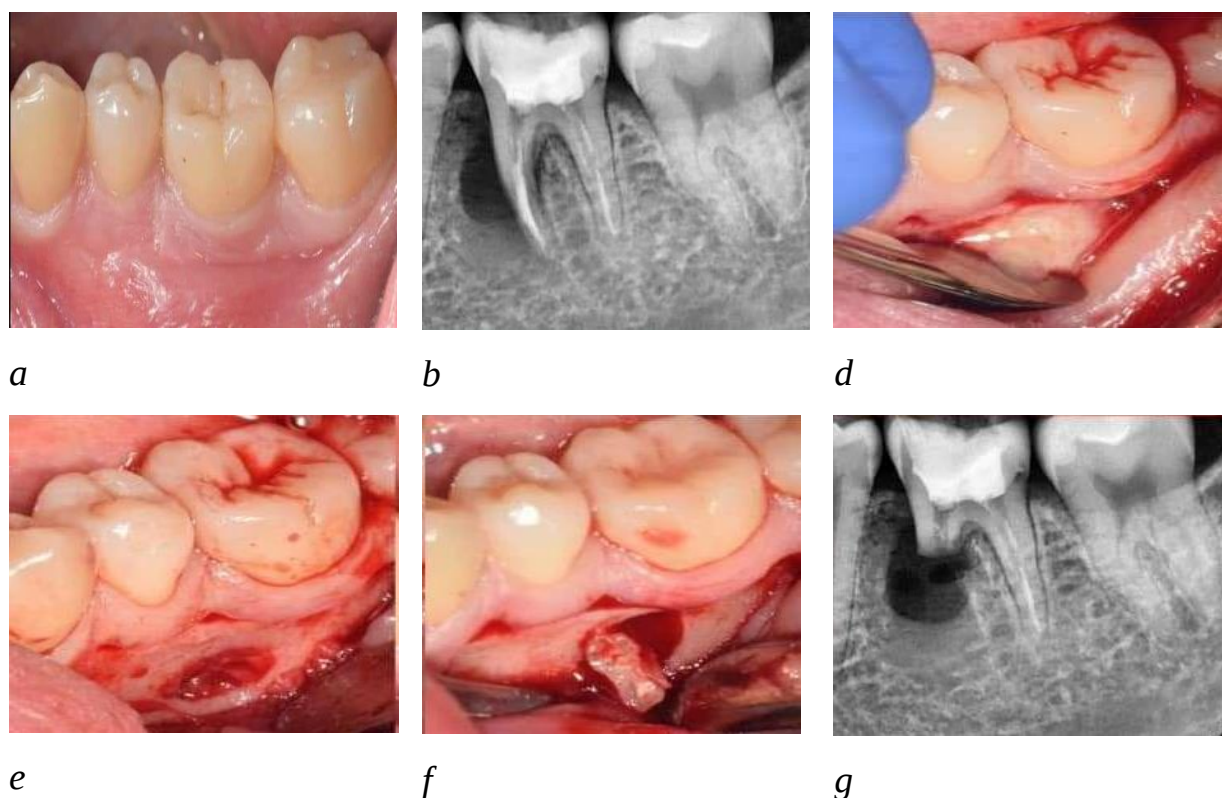
Tish ildizi amputasiyasi – ko'priksimon protezning tayanch qismi bo'lgan ko'p ildizli tishlar ildizining zararlangan qismini tish bo'yin qismi sathi darajasida kesib olib tashlashdir.



6.1-rasm. Pastki jag' ko'p ildizli tish medial ildizi amputasiyasi bosqichlari: *a* – zararlangan medial tish ildizi; *b* – suyakda trepanasion darcha hosil qilish va zararlangan ildizni bor yordamida kesish; *d* – kista qobig'ini suyakdan ajratib olish; *e* – tishning medial ildizini kista bilan olib tashlash; *f* – jarohatni tikish.

Operasiyaning asosiy bosqichlari quyidagicha. Shilliq qavat sohasida amalga oshilgan kesuv trapesiyasimon bo'lib, bir vaqtning o'zida tish ildiziga hamda kistoz bo'shliqda amaliyot bajarish uchun etarli darajada bo'lishi lozim. Shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak raspator yordamida suyak ustidan ajratiladi. Kompakt plastinkasida zararlangan tish ildizi proeksiyasida fissur yoki sharsimon bor yordamida darcha shakllantirish amalga oshiriladi. Zararlangan tish ildizini bifurkasiya (trifurkasiya) sohasidan tish toj qismi bo'yin sathi sohasida fissur bor yordamida kesib olib tashlanadi va frezalarda arralangan toj qismi sohasi tekislanib

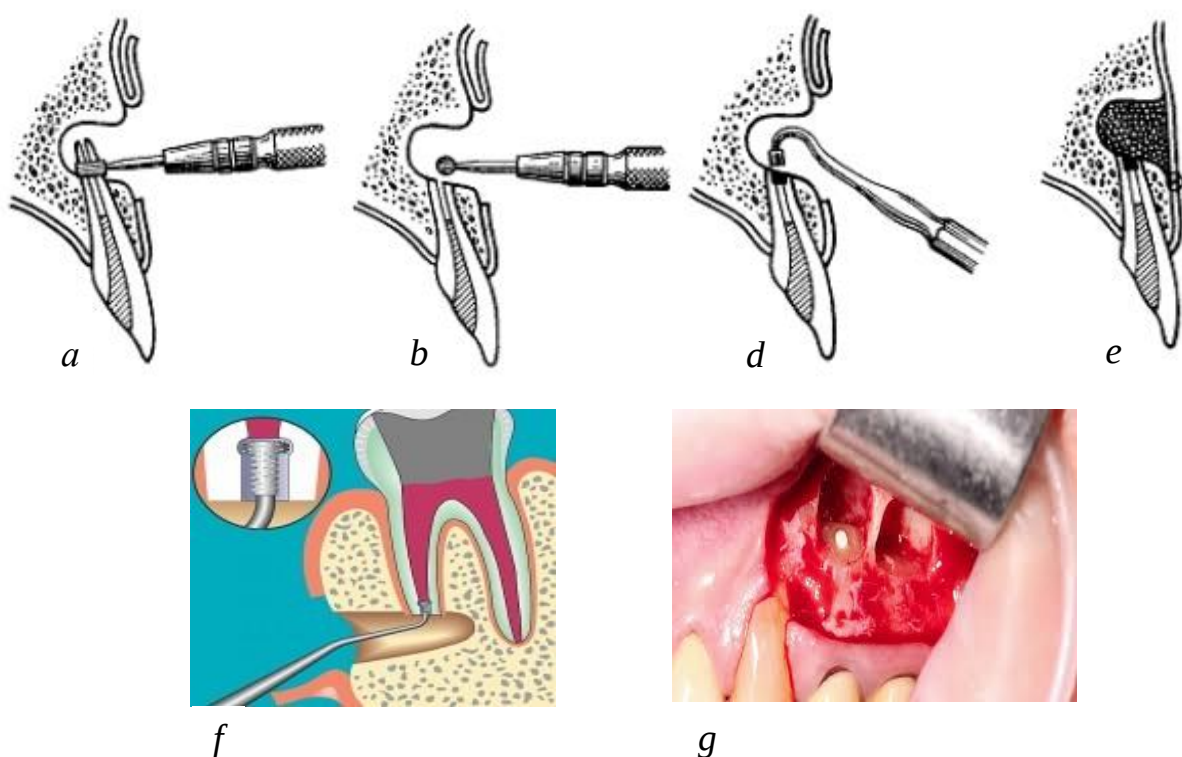
sayqallanadi. Zararlangan tish ildizini olib tashlash trepanasion darcha orqali amalga oshiriladi. Suyak darcha chetlarini silliqlash uchun sharsimon bor ishlatiladi. Olib tashlangan ildiz katakchasi sohasi antiseptik eritmalar yordamida ishlov beriladi. Vaziyat taqozo qilganda tish ildiz kanali plomba ashyolari bilan retrograd ravishda to'ldiriladi. Yaraga choklar qo'yiladi (6.1, 6.2 – rasmlar).



6.2-rasm. Pastki jag' molyar tish medial ildizi amputasiyasida sistektomiya bosqichlari: *a* – kista sohasi shilliq qavati ko'rinishi; *b* – pastki jag' 16 tish sohasidagi suyak emirilishining rentgen ko'rinishi; *d* – shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak hosil qilingandan keyingi holat; *e* – suyakning vestibulyar sohasida ochilgan darcha holati; *f* – kista qobig'ini ajratib olish; *g* – sistektomiya va ildiz uchi rezeksiyasidan keyingi nazorat rentgen tasviri.

Tish ildiz kanalini plomba ashyolari yordamida retrograd to'ldirishni maxsus anjom vositalardan Sonic Flex Lux 2000L va kanal to'ldirish uchun qo'shimcha Sonic Retro anjom majmui yordamida amalga oshirish mumkin. Odatiy anjomlardan foydalanish amaliyotni bajarishda birmuncha qiyinchiliklar tug'dirishi mumkin.

Tish ildizi uchi rezeksiyasidan keyin kanalga retrograd silindrik naycha kiritilib, tish ildizining bo'ylama o'qi bo'ylab o'zaro harakatlantiriladi (6.3-rasm). Yon tomonlarga tebranma harakatlar bilan kanalni 4 mm gacha kengaytirish va uzaytirish mumkin. Hosil qilingan teshikning diametri kamida 1 mm bo'lishi kerak, uchi bo'ylama o'qdan og'ishi tish ildiz devorining perforasiyasiga olib kelishi mumkin.



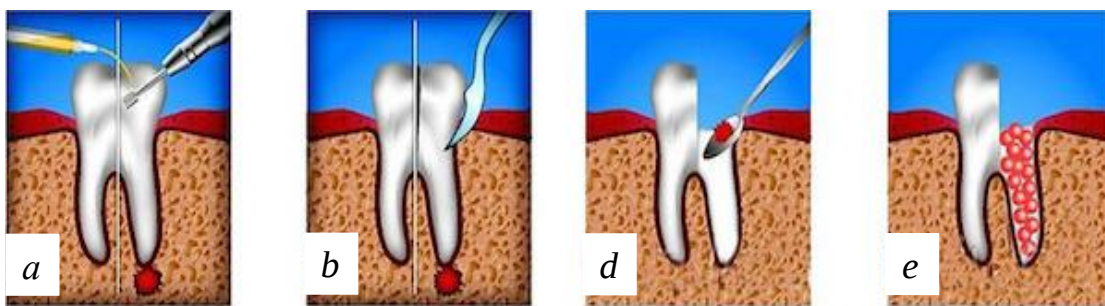
6.3-rasm. Bir ildizli va ko'p ildizli tish ildiz kanalini retrograd to'ldirishning sxematik bosqichlari: *a* – tish ildiz uchi rezeksiyasi; *b* – ildiz uchini suyak sathiga mutanosib silliqlash; *d* – ildiz kanalini retrograd plombalash; *e* – yarani tikish; *f* – ko'p ildizli tishning ildiz kanalini retrograd plombalash; *g* – plombalangan ildiz holati.

Ikkinchi bosqich g'ildirak shakldagi bor yordamida tish kanal devorida 0,5 mm chuqurlik hosil qilishdan iborat. Tish kanaliga qayta ishlov berishni operasion maydonni aseptik suyuqliklar bilan doimiy sovitish orqali amalga oshirishni ta'minlash kerak. Agar amaliyot vaqtida suyak jarohatidan qon ketishi kuzatilsa, qon ketayotgan sohani gemostatiklar (alvostaz, gemostatik shimgich, suyak vosklari) yordamida tamponadalash kerak.

Kengaytirilgan ildiz kanali dorivor antiseptik eritmalar yordamida ishlov berilgach (vodorod peroksidi, 70% li spirt), bo'shliq yaxshilab quritiladi va kanalning retrograd to'ldirilishi amalga oshiriladi. Kanalni plomba ashyolari bilan to'ldirishda Miller ignasi yoki ekskavatoridan foydalaniladi.

Tish gemiseksiyasi – tojning yaxlitligini saqlamasdan, uni bo'ylamasiga kesib zararlangan ildiz bilan birgalikda olib tashlash operatsiyasi.

Operasiya odatda yuqori va pastki jag'ning oziq tishlarida amalga oshiriladi. Operatsiyaning asosiy bosqichlari quyidagicha (6.4-rasm).



6.4-rasm. Gemiseksiya operatsiyasining asosiy bosqichlari: *a* – tish tojining olmos bor yordamida ildizlar bifurkasiyasigacha kesilishi; *b* – ildizni toj qismi bilan elevator yordamida olib tashlash; *d* – tish ildiz katagi kyuretaji; *e* – tish ildiz katagini osteoplastik material bilan to'ldirish.

Tishning toji olmos bor yordamida kesilib ildizlar bifurkasiya (trifurkasiya)si sohasigacha davom ettiriladi. Tishning qolgan qismini keyinchalik qoplama protezga tayanch vazifasini o'tash uchun qoldiriladi.

Ildizni toj qismi bilan olib tashlashda universal omburdan foydalaniladi. Elevatoridan foydalanish vaqtida qoldirilgan ildizga suyanuvchi kuch bermaslik kerak. Gemiseksiya amalga oshirilgach sistektomiya operatsiyasini boshlash mumkin.

Oqma yo'lni bartaraf qilish. Odontogen kistalar asoratlari sifatida yuzaga keladigan oqma yo'llar **tashqi** – yuz-jag' sohasida teri yuzasiga ochiluvchi va **ichki** – og'iz bo'shlig'iga ochiluvchi turlarga bo'linadi.

Oqma yoʻlni bartaraf qilish operatsiyasidan oldin fistulografiya yoki zondlash tekshiruvlari amalga oshirilishi lozim.

Oqma yoʻlni bartaraf etish jarrohlik amaliyoti ketma-ketligi quyidagicha:

1. Oqma yoʻl chiqaruv yoʻli atrofida terida ikkita yarimoysimon kesma oʻtkaziladi.
2. Oqma yoʻl atrof yumshoq toʻqimalardan oʻtkir va oʻtmas yoʻl bilan ehtiyotkorlik bilan tubigacha ajratib olinadi.
3. Yuz-jagʻ sohasida qon tomir, nerv tolalarni (yuz nervi, til arteriyasi va venasi, yuz arteriyasi va venasi, soʻlak bezlari va ularning chiqaruv yoʻli) zararlash xavfi mavjud.

Ogʻiz boʻshligʻiga ochiladigan oqma yoʻlni bartaraf etish jarrohlik amaliyoti yuqorida keltirilgan ketma-ketlikda amalga oshiriladi, kesma oqma yoʻl chiqaruv yoʻli atrofi shilliq qavat suyak usti pardasida amalga oshiriladi.

7. JARROHLIK AMALIYOTLARI UCHUN ISHLATILADIGAN ASBOBLAR VA USKUNALAR

Odontogen kistalarni jarrohlik amaliyoti bilan davolashda qoʻllaniladigan asboblari quyidagilar (7.1-rasm):

shprislar – oddiy va karpulli;

binokulyar lupa yoki jarrohlik amaliyoti mikroskopi;

skalpellar – qorinchali, oʻtkir uchli, oʻroqsimon;

pinsetlar – xirurgik, anatomik, mikroskopik;

qaychilar – toʻgʻri oʻtkir uchli, egilgan Kuper, mikroskopik;

raspatorlar – yalpoq va oʻtkir uchli;

ilgichlar – yalpoq Farabef, S-simon, uch tishchali oʻtkir va toʻmtoq uchli Folkman, Langenbek (Koxer);

kyuretaj jarrohlik qoshiqchalari – Folkman oʻtqir qoshigʻi, Brunsa suyak qoshiqlari;

bor mashina uchi (nakonechnik) – toʻgʻri, burchakli, turbinali;

suyak qisqichlari – Lyuer (Borxard), Liston;

ekskavatorlar – kichik va katta yuzali;
 borchalar va frezalar – sharsimon, fissur, suyak frezalari;
 jarrohlik ignalari – kesuvchi, sanchuvchi, atravmatik;
 igna tutqichlar – Gergar va mikroxirurgik;
 tish olish uchun omburlar;
 jarrohlik iplari;
 bog‘lov materiallari;
 elektroxirurgik so‘rg‘ich;
 koagulyator;
 antiseptikli (yodoform, kseroform) turundalar.



a – karpul shpris;



b – raspatorlar;



d – skalpel dastasi va kesuv qismi;



e – pinset va ignatutqich;



f – qaychilar;



g – jarrohlik kyuretaj qoshiqlari;



h – Farabef va oʻtkir uchli ilmoqlar;



i – suyak qisqichlari;



j – frezalar;



k – ignalar

7.1-rasm. Jarrohlik amaliyotida qoʻllaniladigan asboblari.

Yuqorida nomlari keltirilgan asboblarning sistektomiya, sistotomiya, ildiz uchi rezeksiyasi, gemiseksiya operatsiyalari uchun mo'ljallangan va har birining o'z vazifasi bor.

8. JAG' KISTALARINI DAVOLASHDA JARROHLIK MUOLAJALARI UCHUN QO'LLANILADIGAN ZAMONAVIY ANESTETIK VOSITALAR

Aksariyat hollarda odontogen kistalarni davolashda jarrohlik amaliyoti mahalliy og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi. Mahalliy og'riqsizlantirish usullari (infiltrasion, o'tkazuvchan, kombinatsiyalangan) kistaning joylashuvi va uning hajmiga qarab tanlanadi. Anestetiklar sifatida quyidagi preparatlar qo'llaniladi: prokain (novokain), lidokain, mepivakain, artikain, prilokain (8.1-8.4-jadvallar). Barcha mahalliy anestetiklar nerv tolalaridagi natriy kanalchalarini to'sib qo'yadi va shu bilan nerv tolasidagi puls qabul qilish va o'tkazuvchanligini oldini oladi.

Lidokain yuqori diffuzion xususiyatga ega bo'lgan, ta'siri prokain (novokain)dan taxminan 2 marotaba yuqori og'riqsizlantiruvchi preparatdir. Biroq lidokain prokainga nisbatan 2 marotaba zararli hisoblanadi. Stomatologiya amaliyotida foydalanish uchun lidokain 2 ml, 5 ml va 50 ml li shisha ampulalarda 2% va 3% nisbatda ishlab chiqariladi.

Preparatning ijobiy tomoni yurak mushaklarining qisqarishini regulyar tartibga soladi.

Lidokainni adrenalin bilan birgalikda qo'llanilganda anestetikning mahalliy faolligi oshadi, lekin shu bilan birga arterial qon bosimi amaliyotning 2–5-daqiqasida 20–30 mm.s.u. gacha oshadi va 20–30 daqiqada stabillashadi. Yurak urishini esa amaliyotning 2–5-daqiqasida 20–30 tagacha oshiradi.

Preparatni maksimal qo'llash mumkin bo'lgan miqdori 500 mg – vazokonstriktorlardan foydalanganda va 200 mg – preparatning o'zi qo'llanganda.

Qarshi ko'rsatmalar: yuqori sezuvchanlik, anamnezida (kasallik tarixida)

lidokain preparatiga tutqanoqlar kuzatilgani, kardiogen shok, sinus tugunining zaifligi, yurak bloki (atrioventrikulyar, intraventrikulyar), og‘ir jigar kasalliklari, miasteniya.

8.1-jadval

Lidokain tarkibli anestetiklar

Dori vositasining nomi	Tarkibi	Ishlab chiqarilish shakli va miqdori
Ksilestezin 2%	Lidokain – HCl 20 mg/ml, noradrenalin 0,04 mg/ml	Karpula 1,8
Ksilestezin-F 3% (Forte)	Lidokain – HCl 30 mg/ml, noradrenalin 0,04 mg/ml	Karpula 1,8
Ksilestezin-S	Lidokain – HCl 20 mg/ml, adrenalin 0,02 mg/ml, noradrenalin 0,02 mg/ml	Karpula 1,8
Ksilestezin-A	Lidokain – HCl 20 mg/ml, epinefrin- 0,0125 mg/ml	Karpula 1,8
Ksilestezin-sentro	Lidokain – HCl 20 mg/ml, epinefrin 0,1 mg/ml	Karpula 1,8
Ksilonor 2%	Lidokain – HCl 20 mg/ml, adrenalin 0,01mg/ml	Karpula 1,8
Ksilorolland 2%	Lidokain – HCl 20 mg/ml	Karpula 1,8
Ksilorolland 2% noradrenalin bilan	Lidokain – HCl 20 mg/ml, noradrenalin 0,02 mg/ml	Karpula 1,8
Ksilokain 2% adrenalin bilan	Lidokain – HCl 20 mg/ml, adrenalin 0,0125 mg/ml	Flakon 50
Ksilokain 2% adrenalin bilan 1:200000	Lidokain – HCl 20 mg/ml, epinefrin 0,005 mg/ml	Karpula 1,8 Ampula 2,0
Lidokain gidroxlid 2%	Lidokain – HCl 20 mg/ml vazokonsriktrlarsiz	Ampula 2,0

Anestol	Lidokain – HCl 20 mg/ml, adrenalin 0,2 mg/ml, noradrenalin 0,2 mg/ml	Karpula 1,8 Ampula 2,0
Nor-anestol	Lidokain – HCl 20 mg/ml, noradrenalin 0,04 mg/ml	Karpula 1,8 Ampula 2,0
Lidokain 2% adrenalin bilan 1:50000	Lidokain – HCl 20 mg/ml, adrenalin 0,02 mg/ml	Karpula 1,8 Ampula 2,0
Neo-lidokaton 2% adrenalin bilan 1:50000	Lidokain – HCl 20 mg/ml, noradrenalin 0,02 mg/ml, vazopressin 0,25MYe/ml	Karpula 1,8

Mepivakain uzoq muddatli ta'sirga ega va anestetik ta'sirining chuqurligi prokainga nisbatan 2 marotaba yuqori, ammo prokainga nisbatan 1,7 marta toksikdir. Stomatologiyada 2% va 3% li mepivakain eritmalari qo'llaniladi. Ushbu preparat konservantlarsiz bo'lganligi sabab allergik reaksiyalarga moyil bo'lgan bemorlarda qo'llaniladi. Preparatning boshqa preparatlardan afzalligi – ta'siri qo'llanilganda tez boshlanadi hamda ta'sir davomiyligi epinefrin bilan birgalikda taxminan 3 soatgacha uzayadi.

Adrenalin bilan qo'llanilganda (3% bemorlarda) 2–5–daqiqada arterial qon bosimining 15–20 mm.s.u.gacha ko'tarilishi va 20–30-daqiqada stabillashishi kuzatiladi.

Preparatni maksimal qo'llash mumkin bo'lgan miqdori 70 kg og'irlikdagi odam uchun maksimal doza 300 mg, adrenalin bilan birgalikda qo'llanilganda esa 500 mg ni tashkil qiladi.

Prilokain. Stomatologiyada 2% li va 3% li eritmalari qo'llaniladi. Ta'sir samaradorligiga ko'ra prilokain lidokainga o'xshash, ammo kam toksik xususiyatga ega.

Mepivakain tarkibli anestetiklar

Dori vositasining nomi	Tarkibi	Ishlab chiqarilish shakli va miqdori
Mepivastezin 3%	Mepivakain – HCl 30 mg/ml	Karpula 1,8
Skadonest 3% NA	Mepivakain – HCl 20 mg/ml	Karpula 1,8
Skadonest 3% Special	Mepivakain – HCl 20 mg/ml, noradrenalin 0,01 mg/ml	Karpula 1,8
Skadonest 3% SV	Mepivakain – HCl 30 mg/ml vazokonsriktrlarsiz	Karpula 1,8
Ckandikain	Mepivakain – HCl 30 mg/ml	Karpula 1,8
Ckandikain A	Mepivakain – HCl 20 mg/ml, adrenalin 0,015 mg/ml	Karpula 1,8 Ampula 2,0
Ckandikain N	Mepivakain – HCl 30 mg/ml, noradrenalin 0,04 mg/ml	Karpula 1,8 Ampula 2,0
Meaverin	Mepivakain – HCl 30 mg/ml	Karpula 1,8
Meaverin A	Mepivakain – HCl 30 mg/ml, adrenalin	Karpula 1,8
Meaverin N	Mepivakain – HCl 30 mg/ml, noradrenalin	Karpula 1,8
Mepidont adrenalinsiz	Mepivakain – HCl 30 mg/ml	Karpula 1,8
Mepidont adrenalin bilan	Mepivakain – HCl 30 mg/ml, adrenalin 0,01 mg/ml	Karpula 1,8

Artikain. Artikainning analgetik ta'siri prokainga nisbatan 1,9 marotabaga yuqori va toksikligi jihatidan prokainga teng. Stomatologiyada 4% li (40 mg/ml) artikain ishlatiladi, bu esa og'riqsizlantirish ta'sirini prokainga nisbatan 4 martaga oshiradi. Adrenalin bilan birgalikda qo'llanilganda artikainning anestetik ta'sir vaqti 2 soatni tashkil qiladi. Preparat qo'llanilganda 2-daqiqada arterial qon bosimi 10–15

mm.s.u. gacha oshishi, 25-daqiqada stabillashuvi kuzatiladi. Yurak urishi esa daqiqasiga 10–15 zarba oshadi. Artikain sirtqi anestetik ta'sirga ega emas. Artikainning yuqori diffuzion xususiyati tufayli, u qo'llanilganda o'tkazuvchan anesteziyaga o'xshash ta'sir kuzatiladi. Shuning uchun yuqori jag'dagi og'iz bo'shlig'i vestibulyar sohalariga artikain bilan infiltrasion anesteziya o'tkazilganda qo'shimcha tanglay anesteziyasiga ehtiyoj qolmaydi.

Preparatni maksimal qo'llash mumkin bo'lgan miqdori adrenalini bilan qo'llanilganda – 600 mg, adrenalinsiz – 400 mg.

Qarshi ko'rsatma: yuqori sezuvchanlik, bronxial astma, og'ir yurak ritmi buzilishlari.

Yallig'lanish mavjud bo'lgan to'qimalar sohasida dori vositasining ta'sir faolligi pasayadi.

8.3-jadval

Artikain tarkibli anestetiklar

Dori vositasining nomi	Tarkibi	Ishlab chiqarilish shakli va miqdori
Primakain	Artikain – HCl 40 mg/ml, adrenalin 0,01 mg/ml	Karpula 1,8
Ultrakain DS 4%	Artikain – HCl 40 mg/ml, adrenalin 0,005 mg/ml	Karpula 1,8
Ultrakain DS forte	Artikain – HCl 40 mg/ml, adrenalin 0,01 mg/ml	Karpula 1,8
Ubestezin	Artikain – HCl 40 mg/ml, adrenalin 0,005 mg/ml	Karpula 1,8
Ubestezin forte 4%	Artikain – HCl 40 mg/ml, adrenalin 0,012 mg/ml	Karpula 1,8
Ceptanest adrenalin bilan 1:20000	Artikain – HCl 40 mg/ml, epinefrin 0,005 mg/ml	Karpula 1,8
Ceptanest adrenalin	Artikain – HCl 40 mg/ml,	Karpula 1,8

bilan 1:10000	epinefrin 0,01 mg/ml	
Alfakain SP	Artikain – HCl 40 mg/ml, adrenalin 0,01 mg/ml	Karpula 1,8
Alfakain N	Artikain – HCl 40 mg/ml, adrenalin 0,005 mg/ml	Karpula 1,8
Sitokartin	Artikain – HCl 40 mg/ml, adrenalin 0,01 mg/ml	Karpula 1,8

8.4-jadval

Prilokain tarkibli anestetiklar

Dori vositasining nomi	Tarkibi	Ishlab chiqarilish shakli va miqdori
Kselonest 2%	Prilokain – HCl 20 mg/ml	Flakon 10
Kselonest 3% adrenalin bilan	Prilokain – HCl 30 mg/ml, adrenalin 0,003 mg/ml	Karpula 1,8
Kselonest 3% oktapressin bilan	Prilokain – HCl 40 mg/ml, felipressin 0,003 MYe/ml	Karpula 1,8

Mahalliy anestetiklarga qo‘shimchalar

Anestetiklar ta'sir xususiyatlarining chuqurligi va davomiyligi (mepivakain bundan mustasno) ularni vazokonstriktorlar bilan birgalikda qo‘llanilishi natijasida kuchaytirilishi mumkin.

Vazokonstriktorlar qo‘llanganda:

- anestetik rezorbsiyasini sekinlashtiradi, shu bilan toksiklikni kamaytiradi;
- rezorbsiyani sekinlashtirib, chuqurroq va uzoq muddat og‘riqsizlantiruvchi ta'sirga erishiladi;
- anestezik konsentrasiyasini kamaytiradi;
- jarrohlik amaliyoti vaqtida qon ketishini kamaytiradi.

Vazokonstriktorlar sifatida quyidagi simpatomimetiklar qo‘llaniladi:

adrenalin, noradrenalin va vazopressin. Adrenalin va noradrenalin α - va β -blokatorlar birikish reaksiyalariga sabab bo‘ladi. Adrenalin noradrenalina nisbatan 4 marotaba kuchli hisoblanadi.

Adrenalin (sinonimlari – epinefrin, suprarenin, adrenalin gidrokslorid, adrenalin gidroartrat). Teri, shilliq qavat, teri osti to‘qimasi qon tomirlarini qisqartiradi. Shu bilan birga taxikardiya, gipertenziya va yurakning daqiqalik hajmi oshishiga olib keladi – aritmiyaga sabab bo‘lishi mumkin. Gipertireoz bilan og‘rigan bemorlarda umumiy sptomatika belgilari oshishi mumkin.

Adrenalinni mahalliy anestetiklar bilan birgalikda 0,005–0,02% li eritmalaridan foydalaniladi.

Ishlab chiqarilish shakli. 0,1% li adrenalin gidrokslorid, 0,18% li adrenalin gidrotartrat eritmasi 1,0 ml flakonda ishlab chiqariladi.

Bir martalik maksimal doza: mahalliy anestetiklar bilan ishlatilganda kattalar uchun eng yuqori dozasi 1 ml ni tashkil qiladi.

Qarshi ko‘rsatmalar:

- gipertenziv kasallik;
- anevrizmalar;
- tireotoksikoz;
- qandli diabet;
- homiladorlik;
- glaukoma.

Norepinefrin (sinonimlari – arterenol, levarterenol, noreksardin). α -adrenoreseptorlarga ta'sir qilib, preparat periferik qarshilikni oshiradi.

Qon bosimining oshishi parasimpatik nerv tizimining javob reaksiyasi sifatida namoyon bo‘ladi. Mahalliy qon tomirlar spazmi adrenalina nisbatan ko‘proq namoyon bo‘ladi. Shuning uchun noradrenalinning kichik konsentrasiyasi anesteziya sohasida kuchli tomir spazmi va to‘qimalar nekroziga sabab bo‘lishi mumkin. Anestetiklar bilan ishlatilganda noradrenalinning 0,01–0,04 mg/ml konsentrasiyadagi eritmalaridan foydalaniladi.

Qarshi ko'rsatmalar:

- to'liq atrioventrikulyar blokada;
- yurak etishmovchiligi;
- ateroskleroz;
- glaukoma.

Felipressin (sinonimlari – oktapressin, vazopressin, lipressin, vazotan).

Felipressin sintetik nonapeptid bo'lib, gipofiz bezi orqa bo'lagi gormonining analogidir. Preparat kapillyarlarga ta'sir ko'rsatadi va perinevriydan yaxshi o'tmaydi. Pereparatning tabiiy analogi bachadon mushaklariga va antidiuretik sifatida samarali ta'sir qiladi. Ba'zan mahalliy anesteziyalar bilan qo'llanilganda qorin sohasida og'riq paydo bo'lishi mumkin. Felipressin 0,02–0,03 MYe/ml eritmalari qo'llaniladi.

Felipressin adrenalin qo'llab bo'lmaydigan bemorlarda ishlatiladi.

Adrenalinning foydalanish mumkin bo'lgan miqdordagi konsentrasiyalari:

- 1: 50 000 = 0,02 mg/ml;
- 1: 80 000 = 0,0125 mg/ml;
- 1:100 000 = 0,01 mg/ml;
- 1:200 000 = 0,005 mg/ml.

Jag'lardagi hajmi katta kistalar joylashishiga ko'ra jag' o'sig'i, gaymor bo'shlig'iga o'sib kirgan hollarda, shuningdek, jarrohlik aralashuvidan qo'rquv hissi kuchli bo'lgan bemorlarda umumiy og'riqsizlantirish ostida jarrohlik amaliyotlarini amalga oshirish mumkin.

9. JAG' ODONTOGEN KISTALARINI DAVOLASHNING KONSERVATIV VA JARROHLIK USULLARI

Konservativ usulda davolash – periapikal zararlangan sohalarga endokanal orqali o'tish usuli bilan ta'sir ko'rsatib davolash zamonaviy terapevtik stomatologiyada o'z isbotini topgan. Radikulyar kistalarni endodontik usulda davolashni hosilaning hajmi 2 sm gacha bo'lgan hamda bir tish ildiz uchi sohasida joylashganda amalga oshirish mumkin. Bunday hollarda tish ildiz kanaliga sifatli

mexanik va medikamentoz ishlov berilishi hamda zich obturasiya va tish toji germetik restavratsiyasini amalga oshirish lozim.

Radikulyar kistalarni muvaffaqiyatli konservativ davolash tish ildiz kanalining to'liq o'tuvchanligiga erishilib, kanal orqali kista qobig'ini zararlash va undagi surunkali yallig'lanish jarayonlariga barham berishdan iborat. Kista sohasidagi rezorbsiyaga uchragan suyak to'qimasining qayta tiklanishi konservativ davoning ijobiy natijasi hisoblanadi.

Radikulyar kistalarni konservativ davolash quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi: pulpa qoldiqlarini olib tashlash, turli dori vositalari yordamida tish ildizi kanali mikroflorasiga ta'sir ko'rsatish, ildiz kanali uchi sohasini mexanik ishlov yordamida kengaytirish, kista qobig'iga ta'sir qiluvchi preparatlarni qo'llash va tish kanalini plombalash.

Jarrohlik usulida davolash. Jag' suyaklaridagi kista bo'shlig'ining hajmi, uning joylashuvi, shakli va xilma-xilligiga qarab, hozirgi kunda jarrohlik usulida davolashning asosiy ikki xil an'anaviy usullari – sistektomiya (Partschi I) va sistotomiya (Partschi II) turlari mavjud. Bundan tashqari kistalarning yuqori jag' bo'shliqlariga o'sib kirishida **oronazal sistektomiya** va bir vaqtda sistotomiya **sinusotomiya** amalga oshiriladi. Hajmi katta kistalarni jarrohlik usulida davolashda **ikki bosqichli plastik sistektomiya** qo'llaniladi.

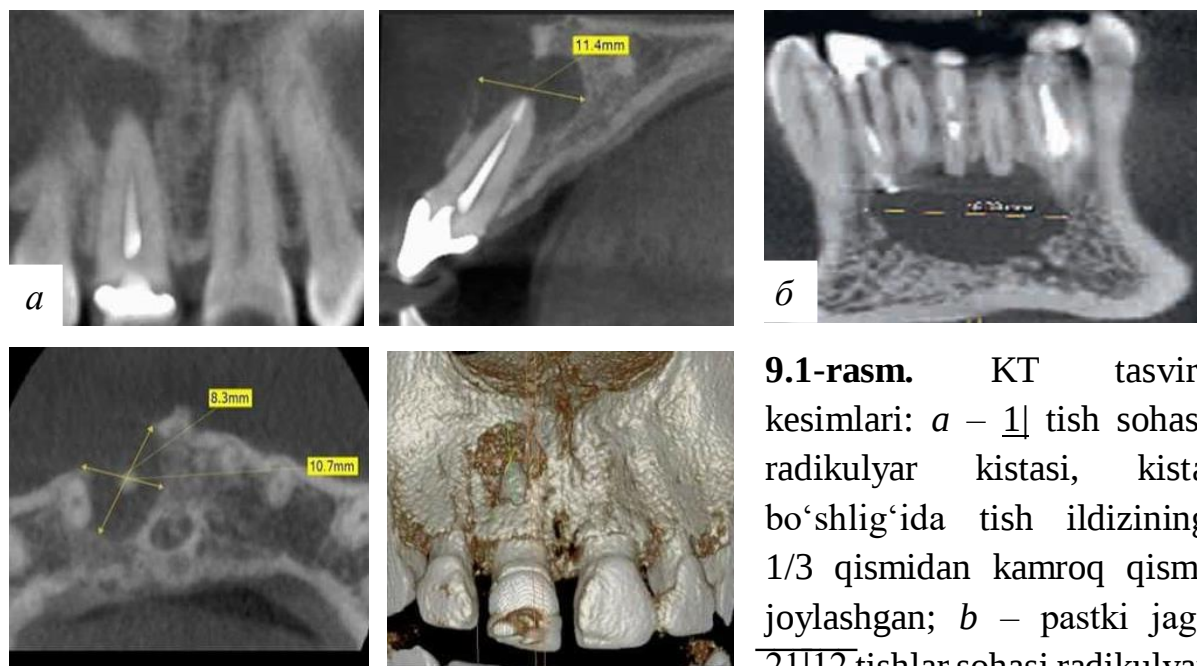
Sistektomiya radikal jarrohlik amaliyoti bo'lib, kistaning butun epitelial-biriktiruvchi to'qima qobig'ini olib tashlash hamda suyak usti-shilliq qavatli laxtak yordamida hosil bo'lgan yarani bekiteish bilan amalga oshiriladi.

Sistotomiya – kista qobig'ining old devori olib tashlanib, kistaning asosiy o'sish mexanizmi bo'lgan gidrostatik bosim bartaraf qilinishi natijasida og'iz bo'shlig'i yoki og'iz dahlizi bilan tutashuvchi bo'shliqni shakllantirish bilan amalga oshiriladigan operatsiyadir.

Sistektomiyaga ko'rsatmalar:

- odontogen epiteliy hujayralaridan paydo bo'lgan kistalar;
- jag'ning tishlar qatori sohalarida katta bo'lmagan hajmdagi bir yoki ikkita tishlar sohasini egallagan kistalar;

- pastki jagʻ patologik sinishining oldini olish maqsadida, tishsiz pastki jagʻda joylashganda kistoz boʻshliq asosida kamida 0,5 sm hajmdagi suyak qalinligi saqlangan holatlar;
- yuqori jagʻda hajmi katta boʻlgan kista sohasida tishlar boʻlmagan, burun yoki gaymor boʻshligʻi pastki devori suyak plastinkasi saqlanib qolgan hamda yalligʻlanish belgilari boʻlmagan holatlar.



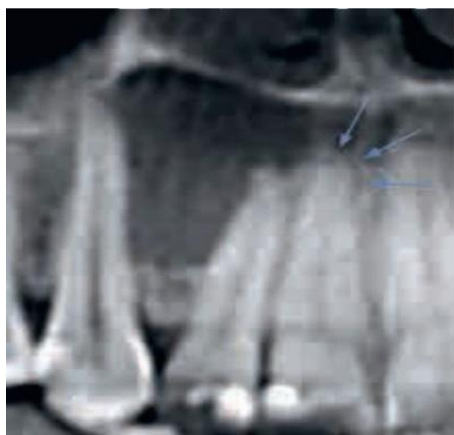
9.1-rasm. KT tasviri kesimlari: *a* – $\underline{1}$ tish sohasi radikulyar kistasi, kista boʻshligʻida tish ildizining 1/3 qismidan kamroq qismi joylashgan; *b* – pastki jagʻ $\underline{21|12}$ tishlar sohasi radikulyar kistasi.

Sistektomiya asosan ikki usulda: kista boʻshligʻiga tutashuvchi tishlarni saqlab qolish yoki olib tashlash bilan amalga oshiriladi.

Sistektomiyada tishlarni saqlab qolish usuli tish ildiz uchi rezeksiyasi bilan amalga oshiriladi. Rentgen tekshiruvi natijalariga koʻra kistoz boʻshligʻiga tutashuvchi tish ildizining 1/3 dan kamroq qismi kirgan boʻlsa sistektomiya ildiz uchi rezeksiyasi uchun koʻrsatma boʻlib hisoblanadi (9.1-rasm).

Agar qoʻshni tishlar ildizlari kista boʻshligʻida joylashgan boʻlsa, bu tishlarning atrof katakcha plastinka rezorbsiyasi tufayli rentgenogrammada periodontal yoriq aniqlanmaydi. Agar periodontal yoriq saqlanib qolgan boʻlsa, unda

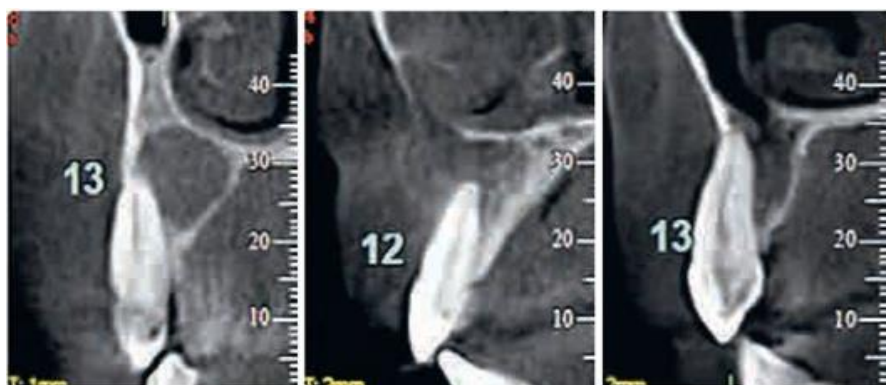
bunday tishlar rentgenda ustma-ust tasvirlangan bo‘lib, ularda elektroodontodiagnostika o‘tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi (9.2-rasm).



9.2-rasm. KT tasviri: yuqori jag‘ 11 tish kista bo‘shlig‘i bilan tutashgan, periodontal yoriq chegaralari ko‘rinadi.

Tish pulpasining elektr tokiga sezuvchanligi kuzatilmasa (<100 mkA), ularning depulpasiasini amalga oshirish kerak; kista atrofidagi sezuvchanligi pasaygan tish jarrohlik amaliyotidan so‘ng (20 mkA gacha) me'yorlashishi mumkin.

Agar rentgen tasvirida kista bo‘shlig‘ida tish ildizining yarmidan ko‘proq qismi joylashgan bo‘lsa sistektomiya o‘tkazishda tish ildiz uchi rezeksiyasini amalga oshirish maqsadga muvofiq emas, chunki bu tish chaynov bosimiga bardosh bera olmasdan, tezda qimirlab qolishi kuzatiladi (9.3-rasm).



9.3-rasm. KT tasviri kesimlari: kista bo‘shlig‘iga yuqori jag‘ 123 tishlar ildizining yarmidan ko‘proq qismi joylashgan.

Sistektomiyada ildiz uchi rezeksiyasi aksariyat hollarda bir ildizli tishlarda amalga oshirilib, oldindan endodontik (tishning kanallari va qo‘shimcha, lateral kanallar hamda perforasion yoriqlarni plomba ashyolari bilan to‘ldirish va berkitish)

davo o'tkaziladi. Ko'p ildizli tishlar kistoz bo'shlig'i hajmi hamda unda tish ildizlarining joylashish darajasiga qarab jarrohlik amaliyoti vaqtida rezeksiya o'tkazilib, saqlab qolinadi yoki olib tashlanadi.

Sistektomiya vaqtida follikulyar kista bo'shlig'idagi retensiyaga uchragan (saqlanib qolgan) tish har qanday sharoitda olib tashlanadi.

Jarrohlik amaliyoti o'tkazuvchan yoki infiltrasion og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi. Jag'ning alveolyar o'sig'i vestibulyar yuzasida yarimoy yoki trapesiyasimon shakldagi shilliq qavatda suyakka qadar kesma amalga oshirilib, asosi o'tuv burmaga yo'nalgan shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak hosil qilinadi. Hosil qilinayotgan laxtak hajmi kista bo'shlig'i hajmidan kattaroq bo'lishi kerak hamda hosil bo'lajak suyak nuqsonini erkin berkitishi kerak. Shilliq qavat-suyak usti pardasi kistoz bo'shlig'i yuzasidagi suyakdan raspator yordamida ajratiladi va hosil qilingan laxtak ilgak yoki ligaturaga ushlab turiladi. Tishlarni olishga ko'rsatma bo'lgan holda tish sug'urib tashlanadi. Sababchi tish ildizi proeksiyasida kista bo'shlig'iga mos keladigan suyakda darcha ochilib, kistaning old devori suyak plastinkasi olib tashlanadi. Suyak darchasining o'lchami kista hajmini aniqlashga imkon berishi hamda tish ildizi rezeksiyasini o'tkazishga imkon berishi kerak. Jarrohlik asboblari (jarrohlik qoshig'i, raspator, elevator) yordamida kista qobig'i suyakdan ajratib olinadi. Jarrohlik amaliyotini tish ildizi rezeksiyasi bilan amalga oshirishda kista bo'shlig'idagi ildiz uchi suyak chegarasida charxlab kesib tashlanadi hamda kista qobig'i bilan birgalikda ajratib olib tashlanadi. Kista qaytalanishining (residiv) oldini olish maqsadida tish ildizi atrofi kista qobiq qoldiqlari sinchkovlik bilan qirib tashlanadi. Plombalangan tish kanali ildiz uchi suyakda yallig'lanish jarayonlari paydo bo'lmasligining oldini olish maqsadida sinchiklab ko'zdan kechiriladi. Lozim bo'lgan hollarda tish ildizi kanali plomba ashyolari yordamida retrograd to'ldiriladi.

Hosil bo'lgan suyak bo'shliq ko'zdan kechiriladi hamda kistoz bo'shlig'i hajmiga qarab qon, biologik membrana va suyak transplantatlari bilan to'ldiriladi, bu esa o'z navbatida suyak bitishining ishonchli omillaridan hisoblanadi. Hajmi katta bo'lgan kista bo'shliqlaridan hosil bo'lgan suyak nuqsonlarini to'ldirishda

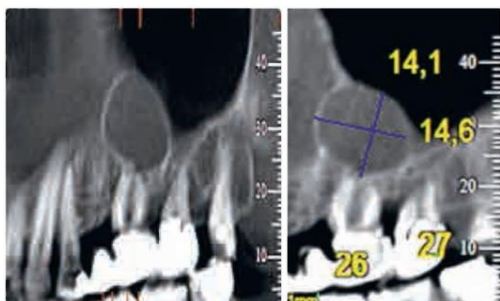
osteogenezga ijobiy ta'sir qiladigan, osteoregenerasiya jarayonida suyak to'qimalarining hajmini saqlab qolish uchun asos bo'lib xizmat qiladigan turli xil osteoplastik (Bio-Oss, Kollapol, Osteomatriks, KollapAn-L) materiallar qo'llaniladi.

Aksariyat hollarda osteoplastik xomashyolar bilan to'ldirilgan bo'shliqning old devori yuzasi to'siq vazifasini bajaruvchi bioplastik so'riluvchi membranalardan foydalaniladi, bu esa o'z navbatida osteoplastik material qirrachalari suyak nuqsonini berkituvchi laxtak shilliq qavatini jarohatlashi yoki epiteliy to'qimasining o'sib nuqson bo'shlig'i ichiga kirmasligining oldini oladi.

Hosil qilingan laxtak o'rniga joylashtirilib, yara chetlari tikiladi va yara ustidan vaqtincha aseptik tampon qo'yiladi. Agar jarrohlik amaliyoti tish sug'urish bilan amalga oshirilsa, unda shakllantirilgan shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak asosidan qo'shimcha chiziqli kesmalar yordamida uzaytiriladi hamda laxtak uchi olingan tish katagi o'rnini berkitib tanglay yoki til tomonlarga shilliq qavatga tikiladi (9.4–9,7-rasmlar).



9.4-rasm. Yuqori jag'ning 567 tishlar sohasi alveolyar o'siq vestibulyar yuzasida yumaloq shakldagi aniq chegarali kistaning ko'rinishi.



9.5-rasm. KT tasviri: Yuqori jag' 6 tish ildizi atrofida chegaralari aniq suyak emirilgan soha.



a – shilliq qavatda trapesiya-simon kesma;



b – shilliq-suyak usti pardasida laxtakni suyakdan ajratish;



d – 6 tishni sug'urish;



e – suyakda darcha shakllanti-rish;



f – kista qobig'ini ajratib olish;



g – kistani qobig'i bilan ajratib olish;



h – suyak yarasini taftish qilish va o‘tkir qirralarni silliqlash;



i – saqlanib qolgan yuqori jag‘ bo‘shlig‘i tubi;

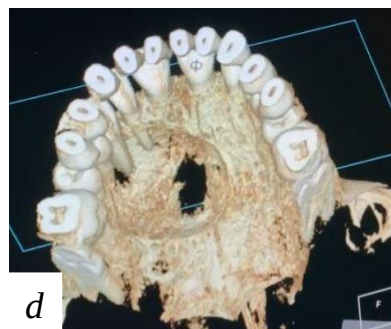
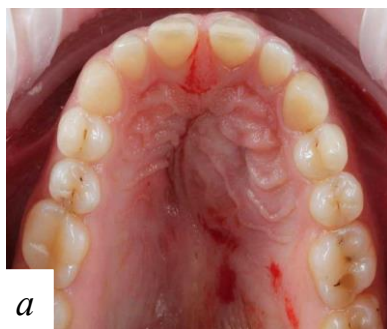


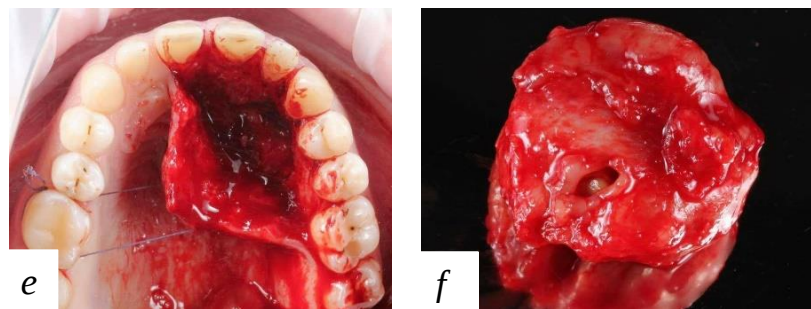
j – suyak nuqsonini osteoplastik materiallar bilan to‘ldirish;



k – shilliq qavat-suyak usti laxtakni joyiga qo‘yib tikish.

9.6-rasm. Sistektomiya jarrohlik amaliyoti bosqichlari.





9.7-rasm. Tanglay sohasidagi kista: *a* – tanglay old qismidagi hosila ko‘rinishi; *b, d* – yuqori jag‘ vestibulyar va tanglay sohalaridagi suyak emirilishining KT tasviri; *e* – kista sohasida laxtak hosil qilingan holat; *f* – ajratib olingan kista qobig‘i.

Sistotomiyada kistoz bo‘shliq old devori ochilib, suyak ichi bosimining bartaraf qilinishi, kista bo‘shlig‘ini og‘iz bo‘shlig‘i bilan tutashtirish oqibatida suyak bo‘shlig‘ining ichkaridan sekin-astalik bilan to‘lib o‘sishi suyak nuqsoni butunlay tiklangunga qadar davom etadi. Operasiya jarayoni murakkab bo‘lmagan, kam jarohatli hisoblanib, bemorlar jarrohlik amaliyotini qiyinchiliklarsiz o‘tkazadilar, ammo operasiyadan keyingi suyak nuqsoni uzoq muddat saqlanib qoladi va gigienik parvarish talab qiladi.

Sistotomiya o‘tkazishga umumiy va mahalliy ko‘rsatmalar mavjud.

Mahalliy ko‘rsatmalar:

– katta o‘lchamdagi radikulyar kistalar:

pastki jag‘da:

- suyak devorlarining (0,5–1,0 sm dan kam) ingichkalashib ketishi;
- pastki alveolyar nerv kanali devori jarohatlanishi;
- kista bo‘shlig‘ida ikki va undan ortiq intakt tishlar ildizi joylashishi va rentgenda periodontal yoriqning aniqlanmasligi;

yuqori jag‘da:

- tanglay devorining emirilishi va kista qobig‘i og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavat to‘qimalariga birikib o‘sishi;
- yuqori jag‘ bo‘shlig‘i va burun bo‘shlig‘i suyak devori emirilishi.

Umumiy ko‘rsatmalar:

- yoshi ulug‘ va keksa yoshdagi insonlar;
- endokrinopatiya, qalqonsimon bez disfunktsiyasi, qandli diabet dekompensasiya davri;
- onkologik xasta, zaiflashgan bemorlar.

Sistotomiya jarrohlik amaliyotidan avval faqat sababchi tishda terapevtik muolaja o‘tkaziladi, qolgan qo‘shni tishlar intakt holatda qoldiriladi.

Sistotomiya mahalliy og‘riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi. Yarim oval shakldagi kesma shilliq qavat yuzasida amalga oshirilib, shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak hosil qilinib, suyakdan ajratiladi. Kesma hajmi hosil bo‘ladigan suyak nuqsoni hajmidan kattaroq bo‘lishi kerak. Yalang‘ochlangan suyakda kistoz bo‘shliqqa tutashuvchi darcha ochiladi. Hosil qilingan shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni ag‘darib uchi kista qobig‘i shilliq qavatiga qo‘shib tikiladi. Hosil bo‘lgan kista bo‘shlig‘i yodoformli doka bilan to‘ldiriladi.

Kistoz bo‘shliqda qoldirilgan yodoformli doka xar 5–6 kunda almashtirilib turiladi. Bu jarayon 3–4 marta amalga oshiriladi. Uchinchi hafta oxirida yara qirralari epitelizasiyaga uchrab, og‘iz bo‘shlig‘i bilan tutashuvchi qo‘shimcha bo‘shliq hosil bo‘ladi. Bemor mustaqil ravishda antiseptik eritmalar bilan og‘iz bo‘shlig‘ini chayib turishi lozim. Gigiena holatini yaxshilash maqsadida tez qotuvchi plastik qorishmalardan nuqsonni yopib turuvchi plastinkalar tayyorlanadi, bu esa o‘z navbatida tish qatori nuqsonlarini ham vaqtincha bartaraf etadi. Ushbu jarrohlik amaliyotidan so‘ng bemorlarning ishga layoqatsizligi 5–7 kunni tashkil qiladi va operatsiyadan keyingi hosil bo‘lgan yirik hajmdagi bo‘shliqlar bitish jarayonlari 1,5–2 yilgacha davom etishi mumkin.

Plastik sistotomiya kista qobig‘ini to‘liq ajratib olib tashlab, hosil qilingan shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni suyak nuqsoni bo‘shlig‘i yuzasiga yoyib, ustidan bosim beruvchi yodoform doka bilan to‘ldirib mahkamlashdan iborat (9.8-rasm).



a – rentgenologik tasvir: pastki jag‘ nerv kanaliga o‘tib kiruvchi 6 tish radikulyar kistasi;



b – tish ekstraksiyasi; shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni surish;



d – kista qobig‘ini ajratib olish;



e – laxtakni suyak nuqsoni yuzasiga burib yoyish;



f – shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni tish katagi atrofi chetlariga mah-kamlash va yodoformli turunda qoldirish;

9.8-rasm. Plastik sistotomiya jarrohlik amaliyoti bosqichlari.

Plastik sistotomiya quyidagi hollarda amalga oshiriladi:

- operatsiya jarayonida shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakning jarohatlanishi;
- og‘iz shilliq qavatida oqma yo‘llarning mavjudligi;
- sistektomiyadan keyin suyakda yallig‘lanish jarayonlarining yuzaga kelishi ehtimoli borligi.

Oronazal sistektomiya va oronazal sistotomiya yuqori jagʻ boʻshligʻiga oʻsib kirgan kista boʻshligʻi yuqori jagʻ boʻshligʻi bilan birlashtirib, yagona boʻshliq hosil qilinadi. Yagona boʻshliq burun pastki yoʻli bilan tutashtiriladi. Jarrohlik amaliyoti mahalliy va umumiy ogʻriqsizlantirish ostida amalga oshiriladi. Kesma shilliq qavatda suyakka, oʻtuv burmadan 0,5 sm yuqorida ikkinchi kesuv tish sohasidan ikkinchi oziq tish sohasigacha taqab davom etadi. Yuqori jagʻ old devorida darcha shakllantirilib, kista boʻshligʻi ochiladi.

Oronazal sistektomiyada kista qobigʻi toʻliq olib tashlanadi, sababchi va qoʻshni tish ildizlar uchi rezeksiya qilinadi, kista va yuqori jagʻ boʻshligʻi orasidagi devor plastinkalari olib tashlanib, gaymor boʻshligʻi shilliq qavati patologik oʻzgargan toʻqimalardan tozalanadi va burun pastki yoʻli bilan sunʼiy yoʻl hosil qilinadi. Ogʻiz boʻshligʻidagi shilliq qavat yaraga choklar qoʻyiladi (9.9-rasm).

Oronazal sistotomiyada kista qobigʻining old va yuqori devorlari olib tashlanib, intakt tish ildizlariga tegilmaydi. Ushbu operatsiya natijasida birlashtirilgan boʻshliq pastki yuzasidagi kista qobigʻi tezda epitelizeziyalashadi (9.10-rasm). Oronazal sistektomiya oronazal sistotomiyaga qaraganda radikal va travmatik hisoblanadi.



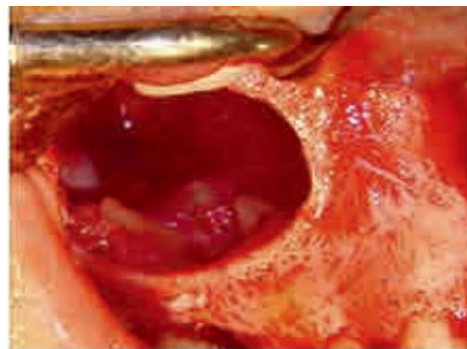
a – yuqori jagʻ boʻshligʻiga oʻsib kiruvchi 654 tishlar sohasi kistasining klinik koʻrinishi;



b – laxtak yuqoriga koʻtarilgach, jagʻ old devori rezorbsiyaga uchraganligining koʻrinishi;



d – kista qobig‘ini ajratib olish;



e – suyak nuqsonida joylashgan 654| tish ildiz uchlari;

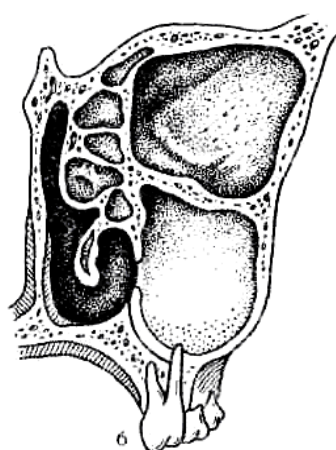
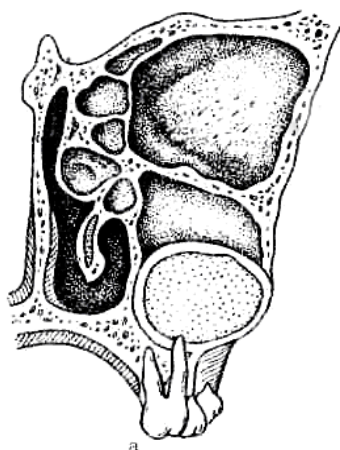


f – burun pastki yo‘lidan kista bo‘shlig‘iga tutashuv yo‘lini shakllantirish;



g – yodoformli (pilik) turundani yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga joylashtirish.

9.9-rasm. Oronazal sistektomiya jarrohlik amaliyoti bosqichlari.



9.10-rasm. Oronazal sistotomiya jarrohlik amaliyoti sxemasi. *a* – yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga o‘chib kiruvchi kista; *b* – jarrohlik amaliyotidan keyingi bo‘shliq holati ko‘rinishi.

Odontogen epitelial kistalarni jarrohlik usulida davolash texnikasini tanlash algoritmi 9.1, 9.2-jadvallarda keltirilgan.

9.1-jadval

Jag‘lar odontogen kistalarini jarrohlik usulida davolash texnikasini tanlash algoritmi

Operasiya usuli	Operasiyaga ko‘rsatma	Asoslash
Sistektomiya: kista qobig‘ini to‘liqligicha olib tashlash va shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak bilan hosil bo‘lgan suyak nuqsonini berkitish	Kista bo‘shlig‘i uchtdan ortiq tish proeksiyasida joylashganda	Jarrohlik amaliyotida intakt tishlar va anatomik tuzilmalarning shikastlanishiga yo‘l qo‘ymaslik.
Sababchi tishni olib tashlash	Rentgen tasvirida kista bo‘shlig‘iga joylashgan tish ildizining yarmidan ko‘p qismi zararlanganligi aniqlanganda	Tish o‘z funksiyasini to‘liq bajara olmasligi.
Sababchi tish ildiz uchi rezeksiyasi	Rentgen tasvirida kista bo‘shlig‘ida joylashgan tish ildizining 2/3 qismi zararlanganligi aniqlanganda	Kista qobig‘ini to‘liq olib tashlash maqsadida.
Retensiyaga uchragan tishni olib tashlash	Tish follikulyar va paradental kista bo‘shlig‘ida joylashganda	Kista qobig‘ini to‘liq olib tashlash va sababni bartaraf etish maqsadida.

Sistotomiya: kista old devorini qobig'i bilan olib tashlash	mahalliy ko'rsatmalar: • pastki jag'dagi hajmi yirik kistalar: – suyak devorlari yupqalashganda; – pastki jag' alveolyar kanal devori emirilganda; • yuqori jag'dagi hajmi yirik kistalar: – tanglay devori emirilishi oqibatida kista qobig'i tanglay shilliq qavatiga o'sib kirganda; – yuqori jag' bo'shlig'i va burun bo'shlig'i devorlari emirilganda.	Patologik sinish yuzaga kelishi.
		Pastki lab sezuvchanligining pasayishi.
		Tanglay sohasida oqma yo'l paydo bo'lishi.
		Gaymor va burun bo'shlig'i perforasiyasi yuzaga kelishi.
	umumiy ko'rsatmalar: – yoshi ulug' va keksa yoshdagi bemorlarda; – endokrinopatiya, qalqonsi-mon bez faoliyati buzilganda, qandli diabet dekompensasiya davrida; – onkologik va zaiflashgan bemorlarda;	Suyak to'qimalari tuzilishi nomutanosibligi va reparativ regenerasiya jarayonlarining sekinlashganligi.

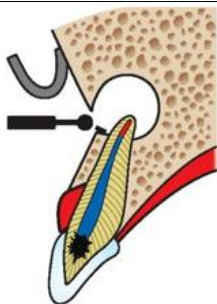
	– gematologik xastalangan bemorlarda	
Plastik sistektomiya: kista qobig'ini to'liq olib tashlab, hosil bo'lgan shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni qayirib suyak nuqsoni yuzasiga joylab yodoformli turunda yordamida mahkamlash	Jarrohlik amaliyoti vaqtida shilliq qavat-suyak usti pardasi jarohatlanganda.	Residivning oldini olish.
	Og'iz shilliq qavatida oqma yo'lning mavjud bo'lganda. Sistektomiyadan keyin jarohat yiringlaganda.	Yiringlagan o'choqdan yiring chiqishi uchun sharoit yaratish va drenajlash.
Oronazal sistektomiya: kista qobig'ini to'liq olib tashlanib, yuqori jag' bo'shlig'i bilan yaxlit bir bo'shliq hosil qilinib burun pastki yo'li bilan tutashtirish	Kista bo'shlig'i gaymor bo'shlig'iga o'sib kirganda. Sistektomiya operatsiyasi vaqtida gaymor bo'shlig'i tubi devori jarohatlanganda.	Burun pastki yo'lidan suyuqlik ajralishini ta'minlash.

9.2-jadval

Radikulyar kistani jarrohlik usulida davolash algoritmi

Sistektomiya		
Ketma-ketligi	Sxematik ko'rinishi	Bajarish texnikasi
Bir tish parodonti sohasida kechayotgan kistada alveolyar	 (a)	Kesma milk so'rg'ichidan 0,5–1,0 sm yuqori/pastrog'idan o'tkazilib, asosi o'tuv burmaga yo'nalgan bo'ladi. Tishlar bo'lmagan sohada kesma

o'siq vestibulyar yuzasida yarim-oysimon (a) yoki ikki va undan ziyod tishlarda trapesiyasimon (b) kesma o'tkazib shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak hosil qilish	 (b)	alveolyar o'siq qirrasiga qadar davom ettiriladi. Shakllantirila-yotgan laxtak hosil bo'lgan nuqson yuzasini bekitishi lozim, shu sababli laxtakning boshlanish chegarasi suyakning sog'lom qismidan boshlanadi va rentgen tasviridagi kista chegarasidan sog'lom to'qima sohasigacha 1,0 sm davom ettiriladi.
Shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni suyakdan ajratish		Raspator yordamida kesma sohasidan suyakka taqab, kuchli bo'lmagan bosim ostida laxtak suyak yuzasidan ajratib olinadi hamda kista old yuzasi devori yalang'ochlanadi. Laxtak kista chegarasi qirg'og'idan o'tib sog'lom suyak to'qimasi sohasiga davom ettiriladi. Kista qobig'i shilliq qavatga o'sib kirganda, skalpel yordamida suyak usti pardasini kista qobig'i va granulyasiyaga uchragan to'qimalardan ajratib olish lozim.
Suyak yuzasida kista bo'shlig'i va unda joylashgan tish ildizlari yaxshi ko'rinishini		Fiziodispenser yordamida suyak to'qimasi kuyishining oldini olish maqsadida steril fiziologik eritmalarni uzluksiz purkalishini ta'minlagan holda suyak arralanib, darcha shakllantiriladi.

ta'minlovchi darcha ochish		
Sharsimon bor yordamida suyak trepanasiyasini amalga oshirish		Sharsimon bor yordamida kista chegarasi bo'ylab suyakda bir necha teshiklar hosil qilinib, fissur bor bilan teshiklar arralanib birlashtiriladi va kista bo'shlig'ining ust devori olib tashlanadi.
Darchani frez yordamida kengaytirish		Fissur bor yordamida kistoz bo'shliqdagi tish ildizi asosi bo'ylab suyakda kesma amalga oshiriladi.
Kista qobig'ini ajratib olish		Raspator, jarrohlik qoshig'i va ingichka yuzali gladilka yordamida suyak devori bo'ylab ehtiyotkorlik bilan kista qobig'i qoldiqlarini suyakda qoldirmasdan ajratib olinadi.
Kistoz bo'shliqqa tutashgan tish ildizi uchi yuzalarini rezeksiya qilish		Tish ildizi uchi rezeksiyasi fissur bor yordamida kistoz bo'shliqning tubidagi suyak chegarasi sohasida amalga oshiriladi.
Bo'shliq devorlarini taftishlash va tozalash		Fissur bor yordamida suyak chetlari o'tkir qirra yuzalari silliqatlanadi va antiseptik eritmalar bilan ishlov beriladi.

Hosil qilingan shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni o'z joyiga qaytarib choklar qo'yish, nuqson yuzasini berkitib tiklash		Laxtak siljishi va harakatlanishi chegaralangan holda suyak usti pardasida skalpel yordamida kesuv amalga oshiriladi, bu esa o'z navbatida laxtakni cho'zib, nuqson yuzasini to'liq berkitishga imkon yaratadi. Hosil bo'lgan bo'shliq qon quyqasi bilan to'lishi lozim. Yaraga mustahkam choklar qo'yilishi suyak to'qimasini og'iz bo'shlig'i bilan chegaralash, qon quyqasiga infeksiya tushishining oldini oladi.
Bosim beruvchi bog'lam qo'yish		Jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan sohaga bosim beruvchi bog'lam shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni suyakka birlamchi fiksasiyasini amalga oshirib, choklar erta ochilib ketmasligining oldini oladi.
Operasiyadan so'ng amaliyot o'tkazilgan sohaga sovuq bog'lam qo'yish		Sovuq bog'lam jarrohlik amaliyotidan keyingi kollateral shish va qontalash (gematoma) yuzaga kelishining oldini oladi.
Bitish		Hosil bo'lgan bo'shliqning qon bilan to'lishi keyinchalik uni suyak o'r-nini bosuvchi osteoid to'qimaga aylanishi bilan kechadi.

Sistotomiya		
Ketma-ketligi	Sxematik ko‘rinishi	Bajarish texnikasi
Shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak hosil qilish		Raspator yordamida kesma sohasidan suyakka taqab, kuchli bo‘lmagan bosim ostida suyak yuzasidan laxtak ajratib, kista bo‘shlig‘i yuza kortikal plastinkasi yalang‘ochlanadi. Laxtak yuzasi kistoz bo‘shliq hajmidan kam bo‘lmasligi lozim.
Kista bo‘shlig‘i yuzasida suyak darchasini shakllantirish		Kistoz bo‘shliq old suyak devori yupqalashganda skalpel, suyak zich holatda bor yordamida suyak darchasi shakllantiriladi. Darcha hajmi kista bo‘shliq hajmiga mos kelishi lozim.
Kista bo‘shlig‘i bilan tutashgan tish ildiz uchi rezeksiyasi yoki sababchi tishni sug‘urish		Tish ildiz uchi rezeksiyasi fissur bor yordamida kistoz bo‘shliqning tubidagi suyak chegarasi sohasida amalga oshiriladi.
Shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni ag‘darish		Hosil qilingan shilliq qavat-suyak usti pardali laxtakni ag‘darib suyak nuqsoni yuzasiga joylab, yodoformli turunda yordamida mustahkamlanadi.
Jag‘ atrofi yumshoq to‘qimalar sohasiga bosim		Bosib turuvchi bog‘lam jarrohlik amaliyotidan keyingi kollateral shish va qontalash (gematoma) yuzaga kelishining oldini oladi.

beruvchi bog‘lam qo‘yish		
Yodoformli tamponni yangilab turish		Bo‘shliqqa quyilgan yodoformli tampon 5–7 kunga qoldiriladi, yodoformli tamponni keyinchalik shu oraliqda 3–5 martagacha yangilab turish lozim.
Yaraning bitishi ikkilamchi amalga oshadi		3–4 haftada bo‘shliq epitelizasiyalana boshlaydi.

10. ODONTOGEN KISTALARNI LAZER TEXNOLOGIYALARI QO‘LLAB DAVOLASH

Lazer jarrohligi lazer nurlarining biologik to‘qimaga destruktiv, gidrodinamik va fotokimyoviy samarali ta'siriga asoslangan. Destruktiv omil sifatida ko‘p hollarda issiqlik energiyasidan foydalaniladi. Jarrohlikda lazerdan foydalanish asosiy ikkita prinsipga asoslangan: yuqori intensivli lazer nurlari jarrohlik asbobi bo‘lgan skalpel sifatida hamda keng biologik ta'sir doirasiga fizik omil sifatida ta'sir qiladi. Ma'lumki lazer nurlari keng ta'sirdagi davolash xususiyatiga ega: yallig‘lanishga qarshi, qon aylanish tizimini me'yorlashtiruvchi, qon tomir devorlari o‘tkazuvchanligini pasaytiruvchi, fibrin-trombolitik xususiyatga egaligi, modda almashinuvini faollash, to‘qima regenerasiyasi va kislorod bilan to‘yintirish, jarohatning bitishini tezlashtirish, jarrohlik amaliyotidan keyingi qo‘pol chandiqlar paydo bo‘lishining oldini olish.

Lazer nurlaridan jarrohlik amaliyotida foydalanishning afzalliklaridan yana biri u biologik to‘qima bilan bevosita aloqada bo‘lmaydi, bu esa o‘z navbatida operasion maydonga infeksiya tushish ehtimolini kamaytiradi. Lazer nurlarining bakterisid xususiyati operasion maydondagi patologik mikrofloralarni sanasiya qiladi va operasiyadan keyingi yallig‘lanish asoratlari kelib chiqishini kamaytiradi.

Lazer texnologiyasi an'anaviy usullardan bir qancha afzalliklarga ega. Lazer nurlari (ablyasiya rejimida) to'qimalarni kesish bilan bir vaqtning o'zida gemostatik ta'sirni ham ta'minlaydi va kesma devoridagi qon tomirlarni koagulyasiya qiladi. Operasiyadan keyingi shishlar paydo bo'lishi ehtimoli kamayadi. Jarrohlik amaliyoti vaqtidagi og'riqsizlantirish hissi lazer energiyasi ta'siri nerv tolalarida emas, balki hujayra suyuqligida singishi bilan izohlanadi.

Jarrohlik amaliyotidan keyingi og'riqlar va psixologik hissiyotlar kamayadi. Lazer nurlari ta'sirida hosil qilingan jarohat sohasi tiklanishi metabolik jarayonlarning faollashishi natijasida hamda mononuklear fagositlar tizimi hujayra elementlari faollashuvi va mikrosirkulyasiyaning yaxshilanishi natijasida yuzaga keladi.

Zamonaviy lazer uskunalaridan yumshoq to'qimalarda kam jarohatlovchi kesmalar o'tkazishda, suyak darchalarini shakllantirish va kengaytirishda, tish ildiz uchini rezeksiya qilishda foydalanish mumkin.

11. JAG' KISTALARINI JARROHLIK USULIDA DAVOLASHDA UCHRAYDIGAN XATO VA KAMCHILIKLAR HAMDA ULARNING ASORATLARINI OLDINI OLIISH USULLARI

Jag'dagi kistalarni davolashda uchraydigan asoratlarni jarrohlik amaliyoti paytida va jarrohlik amaliyotidan keyin yuzaga kelishi mumkin.

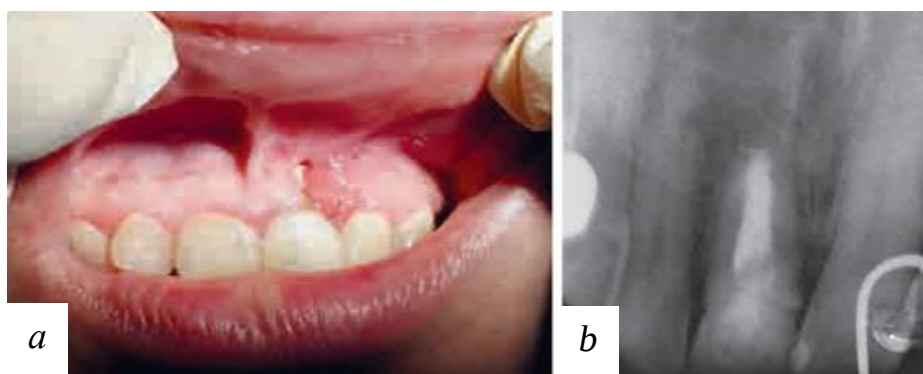
Jarrohlik amaliyoti vaqtida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarga jarohatdan qon ketishi, pastki alveolyar nervni jarohatlab qo'yish, yuqori jag' bo'shlig'i pastki devorining perforasiyasi va asbob sinib qolishi kabi holatlarni misol qilish mumkin.

Aksariyat hollarda sistektomiya operatsiyasidan keyingi erta asoratlarga bo'shliqdagi qon quyqasi yoki to'ldirilgan osteoplastik materialga infeksiya tushishi tufayli suyak yarasining yiringlashi misol bo'lishi mumkin. Yiringli yallig'lanish jarayonining rivojlanishi jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan sohada infiltrat hosil bo'lishi, shish paydo bo'lishi, choklar orasidan yiringli ajralma ajralib chiqishi bilan

namoyon bo‘ladi. Shu soha terisi qizargan, tarang bo‘lib, burmaga yig‘ilmaydi. Bunday hollarda yaradagi choklar orasidan suyak bo‘shlig‘i aseptik eritmalar bilan yuviladi va drenajlanadi. Bemor 7–10 kun kuzatuvda bo‘lib, konservativ davo samarasiz bo‘lsa, sistotomiya operatsiyasi amalga oshiriladi.

Sistektomiya operatsiyasidan so‘ng uzoq muddat o‘tgach kista qaytalanishi (residiv) va oqma yo‘l paydo bo‘lishi mumkin. Ushbu asoratlar jarrohlik amaliyoti davridagi xatolar natijasida yuzaga keladi, ya'ni kista qobig‘ining to‘liq olib tashlanmasligi hamda epiteliy to‘qimasi o‘sish zonalari bo‘lgan Malasse orolchalari qoldiqlarining qolib ketishi oqibatida yuzaga keladi. Sistektomiya operatsiyasining ildiz uchi rezeksiyasi bilan bajarilishida ildiz kanali plomba ashyolari bilan zich plombalanishi katta ahamiyatga ega bo‘lib, jarrohlik amaliyotida plomba germetik holatini diqqat bilan tekshirish lozim. Agar germetik holat etishmovchiligi aniqlansa, operatsiya vaqtida tish ildiz uchini retrograd (ortdan oldinga) usulda plombalash kerak.

Jarrohlik aralashuvidan so‘ng darhol pastki jag‘ alveolyar yoki infraorbital nerv tolalarining shikastlanishi tufayli innervasiya sohalarida sezuvchanlik pasayishi ko‘rinishida asorat paydo bo‘lishi mumkin. Funksiyasi buzilgan nerv tolasini tiklash uchun fizioterapevtik muolajalar va vitamin terapiyasi qo‘llaniladi.



11.1-rasm. Sistektomiya, ildiz uchi rezeksiyasidan keyingi asorat: *a* – tish ildiz uchi proeksiyasi sohasida oqma yo‘l; *b* – suyak destruktiv o‘chog‘ining rentgenologik ko‘rinishi.

Jarrohlik amaliyotidan so'ng uzoq muddatda osteomielit rivojlanishi mumkin. Ushbu asoratning oldini olish uchun bemor hayot anamnezini sinchkovlik bilan o'rganib, immun tanqislik holati bor-yo'qligi istisno qilinishi lozim (11.1-rasm). Bu turdagi asoratlarni oldini olishda operasiyadan keyin osteotropik antibiotiklarni tayinlash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

12. ODONTOGEN KISTALAR SOHASIDA PASTKI JAG'NI SINISHLARINI DAVOLASH VA PARVARISHLASHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

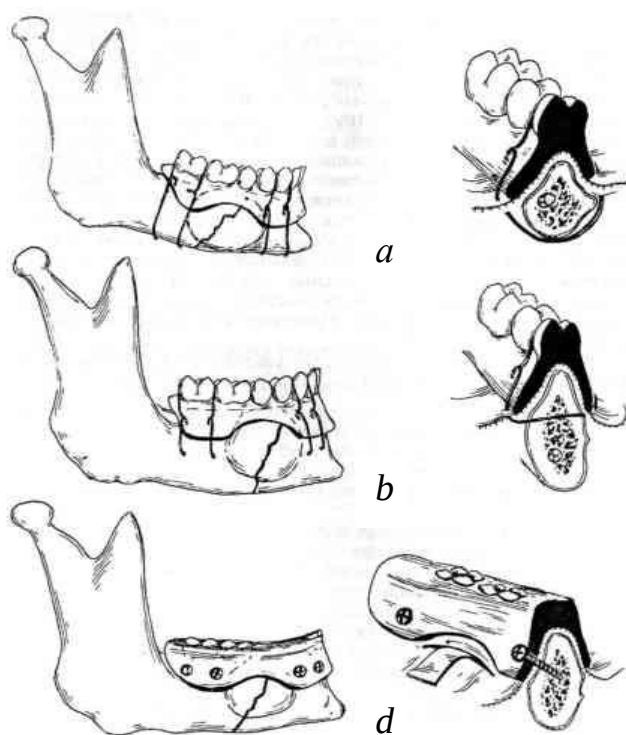
Klinik amaliyotda kam hollarda mexanik ta'sirlar hamda chaynov mushaklarining bosim ostida tortishishi oqibatida pastki jag'da joylashgan odontogen va noodontogen kistalar sohasida suyaklar sinishi kuzatiladi. Pastki jag' sohasidagi mexanik jarohatlar har xil turdagi zarbalar, yiqilish, transport vositalari orqali shikastlanishlar oqibatida yuzaga keladi. Ba'zan bunday holatlar travmatik tish olish muolajalari hamda retensiyaga uchragan tishlarni sug'urish oqibatida ham yuzaga kelishi mumkin. Yoshi ulug' va keksa yoshdagi bemorlarda bunday holatlar aksariyat suyaklar noziklashib qolishi bilan bog'liq. Bunday holatlar kista sohalari yiringlashi yoki jag' suyaklarining osteomielitlari rivojlanishiga olib keladi.

Zamonaviy yuz-jag' xirurgiyasi imkoniyatlari jag' sinishlarining aksariyat hollarida jag'lar anatomik shaklini tiklashga imkon beradi. Biroq o'z vaqtida to'g'ri tashxislash va to'g'ri davolash taktikasini qo'llamaslik jiddiy asoratlarga, ya'ni jag' suyagining katta hajmida surunkali osteomielit, jag'lar shakl buzilishi, prikus (tishlam) buzilishi, yolg'on bo'g'imlar hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin. Bunday asoratlarni davolashda shifokor hamda bemordan katta kuch va sabr talab etiladi.

Follikulyar kistalar va retensiyaga uchragan tishlar sohasida pastki jag' sinishlarini davolash. Statistik ma'lumotlarga ko'ra pastki jag'da 8- va 5-tishlarning retensiyaga uchrashi shu sohalarda suyaklar qalinligi va mustahkamligiga o'z ta'sirini o'tkazadi. Follikulyar kista hali chiqib ulgurmagan tish toj qismi atrofida rivojlanishi va juda katta hajmgacha o'sishi, oqibatida pastki jag' asosi tashqaridan

lunj va ichkaridan til tomonlarda kortikal suyak yupqalashib qolish va kichik zarba va ta'sir ostida sinishi kuzatiladi. Bunday hollarda siniq bo'laklari siljimagan bo'lsa og'iz ichidan ortopedik tish milk shinalari yordamida yoki Blek usuli yordamida jag'larda aylana choklar qo'yish orqali siniq bo'laklar fiksasiyasini amalga oshirish lozim.

Blek usulida aylana chok jag'larda rezorbsiyaga uchramagan alveolyar o'siqda suyak ichidan o'tuvchi choklar orqali amalga oshiriladi. Alveolyar o'siq atrofiyaga uchragan hollarda aylana (sirkulyar) chok pastki jag' tanasini to'liq o'rab mustahkamlaydi.



12.1-rasm. Pastki jag' bo'laklari immobilizatsiyasi: *a* – to'liq adentiya va alveolyar o'siq atrofiyaga uchragan pastki jag' kista sohasidan sinishida Blek bo'yicha olib qo'yiladigan protez yordamida pastki jag'ni immobilizatsiya qilish; *b* – alveolyar o'siq balandligi saqlanganda olinadigan protez yordamida pastki jag' immobilizatsiyasi; *d* – jag'ning kista sohasidan sinishlarida protez va mini-vintlardan foydalanib mustahkamlash, va drenajlash uchun protez asosida yarimoysimon kesik hosil qilish.

Jag' suyaklari rezorbsiyaga uchragan hollarda siniq bo'laklarini sirkulyar (aylana) choklar va vintlar yordamida mustahkamlashda quyidagilarga e'tibor qaratish kerak (12.1-rasm):

1. Kista va fiksator orasidagi masofa 1,0 sm dan kam bo'lmasligi lozim.
2. Siniq bo'laklari fiksatsiyasi uchun kamida har tomonlama ikkita ligatura yoki vint yordamida qotirish lozim.
3. Olib qo'yiladigan protezning asosi kista sohasida yarimoysimon darcha

hosil qilinishi kista yallig‘langan yoki yiringlagan hollarda drenajlash uchun zarur. Qo‘shimcha tepa-engak bog‘lamlari (gipsli yoki gipssiz) amalga oshiriladi.

Suyak bo‘laklarini immobilizasiyasi davomiyligi oddiy immobilizasiyadan 1,5 barobar uzoqroq davom etadi. Keyin rejali ravishda follikulyar kista va retensiyaga uchragan tishlarni olish operasiyasi amalga oshiriladi. Kista hajmi 1,5 sm gacha bo‘lgan bemorlarda bu operasiyalar jarohat olgan kundan boshlab 2 haftagacha amalga oshirilishi mumkin. Jag‘ suyaklarining sinib siljishi kuzatilganda hamda kistoz bo‘shliq og‘iz bo‘shlig‘i bilan tutashgan hollarda yallig‘lanish jarayonlari rivojlanmasligi uchun bo‘shliq to‘liq drenajlanishi lozim.

Agar gospitalizasiya qilish vaqtida bemorda kista sohasida yallig‘lanish va yiringlash belgilari aniqlansa, tishni darhol olib sistotomiya o‘tkazish tavsiya etiladi. Kistani to‘liq olish yallig‘lanish jarayonlari tugagach amalga oshiriladi. Jag‘larni immobilizasiyasi rezina tortgichlar yordamida 6 oygacha davom etadi, lozim bo‘lgan vaziyatlarda Vankevich shinasi yordamida immobilizasiya davom ettiriladi.

Radikulyar va qoldiq (rezidual) kista sohasi pastki jag‘ sinishlarini davolash. Katta hajmli kista sohasida jag‘i singan bemor shifokorga erta murojaat etishiga qaramasdan suyakda yiringli-yallig‘lanish jarayon jadal rivojlanadi, sekvestrlar hosil bo‘lib pastki jag‘da nuqsonlar paydo bo‘lishi mumkin.

Siniq chizig‘i sohasida joylashgan tish, tish ildizlarini sug‘urish siniq fragmentlarini yanada siljitib yuborishi, alveolyar o‘siq sinishi, sinish sohasida suyak usti pardasining yalang‘ochlanishiga olib kelishi mumkin. Va bu o‘z navbatida siniq bo‘laklarining bir-biriga birikishi va davo muddatini uzaytiradi.

Bu guruh bemorlarni davolashda malakali tibbiy yordamni amalga oshirishda siniq bo‘laklarini ishonchli mustahkamligini ta‘minlash tish-milk shinalari, og‘iz ichi apparatlari va Blek aylana choklari orqali amalga oshiriladi. Pastki jag‘ siniq bo‘laklari to‘g‘ri immobilizasiyasidan so‘ng sistotomiya amaliyoti o‘tkaziladi. Kistoz bo‘shlig‘i antiseptik ishlov berilgach antiseptikli turunda bilan zich bo‘lmagan tamponada qilinadi. Bo‘shliqqa ovqat qoldiqlari tushmasligining oldini olish maqsadida bo‘shliq darcha sohasi silikon obturator bilan berkitiladi. Tishlarni olish birlamchi ishlov vaqtida salbiy oqibatlarga olib kelishini inobatga olib keyinga

qoldiriladi. Faqatgina o'ta tezkor vaziyatlarda tish olib tashlanadi (tish chiqishi, parodontit, tishning oxirgi darajali qimirlashlari, ildiz gangrenoz pulpitida). Antibakterial terapiya 7–10 kun muddatga buyuriladi.

Rejali ravishda sistektomiya va tish ildiz uchi rezeksiyasi amalga oshiriladi.

13. NOODONTOGEN (FISSURAL) KISTALAR

Noodontogen jag' kistalari – etiologiya va patogenezi tish va uni hosil qiluvchi epiteliy ishtirokisiz yuzaga keladigan hosilalar. Bu turdagi kistalar yuz embriogenezi rivojlanishi davridagi patologik (embrional displaziya) holatlar oqibatida yuzaga keladi. Kista embrional davrdagi yuz orolcha (fissura)lari qirg'og'idagi embrional chegara sohasida yuzaga kelishini e'tiborga olib *fissural kistalar* deb ham ataladi.

Burun-tanglay (kesuv kanali) kistasi burun-tanglay kanalida embrional epiteliy qoldiqlaridan rivojlanadi. Burun-tanglay kanali o'zida epiteliy bilan o'ralgan «naysimon» suyak kanalini namoyon qilib, burun bo'shlig'ini og'iz bo'shlig'i bilan tutashtiradi. Kista bu kanalning barcha sohasida joylashishi mumkin, hosila asosan kanalning pastki qismida uchraydi. Burun-tanglay (kesuv kanali) kistasi noodontogen kistalar ichida keng tarqalgan bo'lib, klinik jihatdan markaziy kesuv tishlar ildizi oralig'ida joylashadi. Kistaning o'sishi sekin, og'riqsiz kechadi. Tanglay old qismida tanglay suyagining emirilishidan markaziy kesuv tishlar ortida aniq chegarali yarimdoira shaklidagi shish paydo bo'ladi. Paypaslanganda shish sohasida «tebranish» aniqlanib, uning ustidagi shilliq qavat o'zgarishsiz bo'ladi.

Kistoz bo'shliq punksiya qilinganda rangsiz xolesterin kristallari saqllovchi suyuqlik ajraladi. Burun-tanglay kistasi yallig'lanib, yiringlashi ham mumkin.



13.1-rasm. Burun-tanglay kistasining rentgenologik ko‘rinishi.

Rentgenologik ko‘rinishi. Yuqori jag‘ kesuv yorig‘i sohasida kesuv tishlar oralig‘idagi chiziq bo‘ylab joylashgan, chegarasi aniq gomogen kistoz shaklga xos suyak to‘qimasi emirilishi aniqlanib, kesuv tish ildizi atrofida periodontal yoriq saqlangan bo‘ladi (13.1-rasm).

Globulomaksillyar (yuqori jag‘-sharsimon, intramaksillyar) kista embrional rivojlanish davrida yuzning ikkita medial burun (*processus globularis*) hamda yuqori jag‘ (*processus maxillaris*) o‘ciqlari birlashadigan sohasidagi epiteliy qoldiqlaridan rivojlanadi. Globulomaksillyar kista odatda yuqori jag‘ning yon kesuv tish va qoziq tishlar oralig‘ida joylashgan bo‘lib, sekin va og‘riqsiz o‘sadi. Aksariyat hollarda ular tasodifan aniqlanadi.

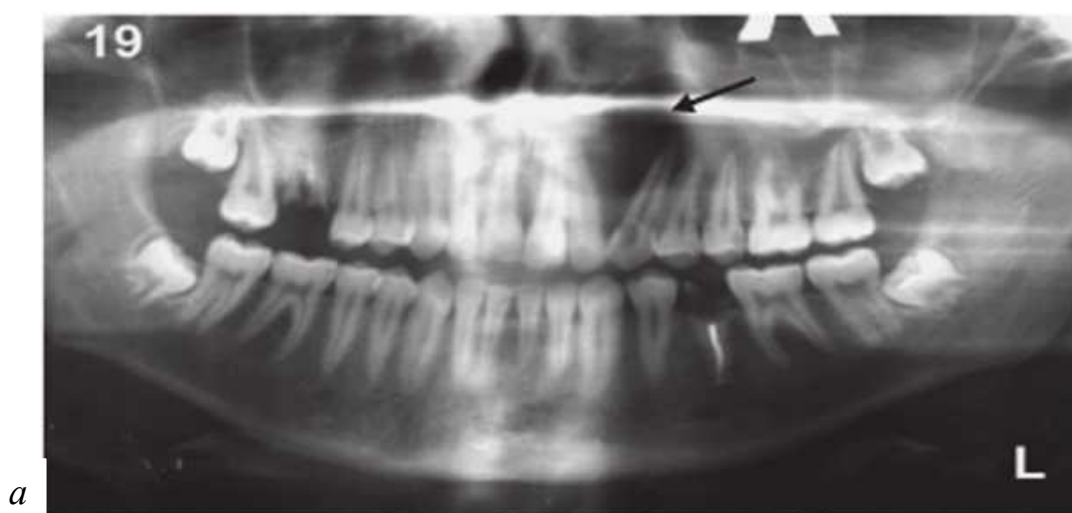
Klinik jihatdan bu turdagi kistalar alveolyar o‘siq sohasining vestibulyar yoki tanglay yuzasida og‘riqsiz shish paydo bo‘lishi bilan kechadi. Ba‘zan o‘tuv burmasining sayozlashishi kuzatiladi. Paypaslanganda kortikal plastinka surilishi natijasida botish, titrash belgilari aniqlanadi. Kam hollarda kista yiringlashi mumkin. Burun yoki yuqori jag‘ bo‘shliqlariga o‘sib kirishi mumkin.

Punksiyada xolesterin kristallari saqlovchi suyuqlik olinadi.

Rentgenologik ko‘rinishi. Rentgen tasvirida yuqori jag‘ yon kesuv tish hamda qoziq tish oralig‘i sohasida aylana yoki yonboshlagan nok shaklidagi chegarasi aniq gomogen suyak emirilishini ko‘rish mumkin (13.2-rasm). Tish ildizlari divergensiyasiga (ildizlar orasidagi masofa tafovuti) qaramay, ildiz atrofi periodontal yorig‘i saqlanib qolgan bo‘ladi.



13.2-rasm. Globulomaksillyar kistaning rentgenologik (a) va KT ko'rinishi (b).



13.3-rasm. Burun-lab kistasi: a – rentgenologik ko'rinishi; b – suyak va yumshoq to'qimalari holatining KT ko'rinishi; d – og'iz bo'shlig'ida yumshoq to'qimalarning shakl buzilishi.

Burun-alveolyar (burun-lab) kista peshona, tashqi burun va yuqori jag‘ning embrional chegarasi sohasida embrional davrdagi epiteliy qoldiqlaridan rivojlanadi va o‘z nomiga muvofiq burun-lab burmasi sohasida (yuqori jag‘ning yon kesuv va qoziq tishlari ildizlari yuqori qismida), burun qanoti asosida joylashadi.

Klinik ko‘rinishida kista yuqori jag‘ kortikal suyagi shaklini buzib (bo‘rtib) tashqariga yo‘naladi. Burun qanoti asosida kam harakatlanuvchi, elastik konsistensiyali, chegarasi aniq aylana shakldagi atrof to‘qimalarga birikmagan hosila aniqlanadi (13.3-rasm).

Burun kirish yo‘lining torayishi kuzatilishi mumkin. Kista yuqori jag‘ suyagi va atrof yumshoq to‘qimalarida joylashadi.

Punksiyada shaffof sarg‘ish tusdagi, yopishqoq xolesterin kristallari mavjud suyuqlik ajralishi kuzatiladi.

Rentgenologik ko‘rinishi. Rentgen tasvirida kista o‘zini yaqqol namoyon qilmay, ba’zi hollarda uncha katta bo‘lmagan yumaloq shakldagi suyak bo‘rtishi oqibatida hosila soyasi ko‘rinishi mumkin. Bo‘shliqqa kontrast modda yuborilganda uning chegaralari yaqqol ko‘rinadi. Kista bilan tutashgan tishlar butunligi buzilmagan bo‘ladi.

Jag‘ xolesteatomasi qobig‘i epidermis bilan qoplangan o‘smasimon hosila bo‘lib, bo‘shliq ichi shoxli epiteliy qoldiqlari va xolesterin kristallari saqlovchi bo‘tqasimon xossadan iborat. Bo‘shlig‘i ichida xolesterin xossasi mavjudligi sababli kista yog‘li ko‘rinishga ega bo‘lib, nomi shundan olingan (Muller, 1938).

Jag‘ xolesteatomalari ikki xil ko‘rinishda uchraydi:

1. Epidermoid kista shaklida bo‘shliq ichida tish saqlamaydigan.
2. Follikulyar kista ko‘rinishida, bo‘shlig‘ida tish murtagi atrofida o‘ziga xos bo‘tqasimon xossa saqlovchi (A.A.Kyandskiy, 1938).

Kista asosan yuqori jag‘da uchraydi. Shuni ta’kidlash lozimki, xolesteatomada bo‘shliq ichi doim bo‘tqasimon xossa saqlab, marvarid (yaltiroq) tuslanadi va bo‘shliq qobig‘i ochilgandan so‘ng tez fursatda rangini yo‘qotadi.

Xolesteatoma marvarid rangda tuslanishining asosiy sababi undagi shoxsimon epiteliy parchalangan zarralarining qavatma-qavat joylashishidir. Xolesteatoma «marvarid o'sma» deb ham yuritiladi (Sruvielhier, 1829).

Xolesteatomaning klinik ko'rinishi kistalar singari kechadi. Ba'zan amelablastomaning kistoz shakliga o'xshab bir yoki bir necha bo'shliq (kamera)ga ega bo'lishi mumkin. Odatda aniq tashxis gistologik tekshiruv natijasida amalga oshiriladi.

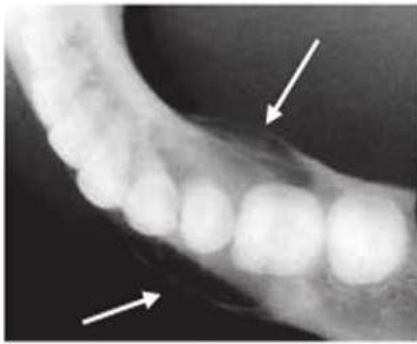
14. NOEPITELIAL SUYAK KISTALARI

Aksariyat jag'larda uchraydigan kistalardan tashqari jag'larda noepitelial suyak kistalari ham uchraydi. Kelib chiqishi hozirgi kungacha to'liq ma'lum bo'lmagan, juda ham kam hollarda uchrashiga qaramasdan amaliyot shifokori bu turdagi kistalarni to'g'ri qiyosiy tashxislashi muhim ahamiyat kasb etadi.

Oddiy suyak (travmatik, gemorragik) kistasining patogenezi aniqlanmagan. Ba'zi olimlarning fikriga ko'ra suyakdagi intensiv o'sish jarayoni jag' suyaklari g'ovak moddasining to'liq shakllanib olishga ulgurmasligi oqibatida ro'y beradi.

Bo'shliq hosil bo'lishi bilan ifodalanadi, shunga o'xshash kistalar epifizning naysimon suyaklarida ham uchraydi. Travmatik kistalarning kelib chiqish nazariyalaridan yana biri jag' markazi sohalaridagi qontalash (gematoma) oqibatida jag' suyagi g'ovak moddasi sohasida endost to'qimasi ishtirokida bo'shliq hosil bo'lishi va uni biriktiruvchi tolali qobiq bilan o'ralishini nazarda tutgan.

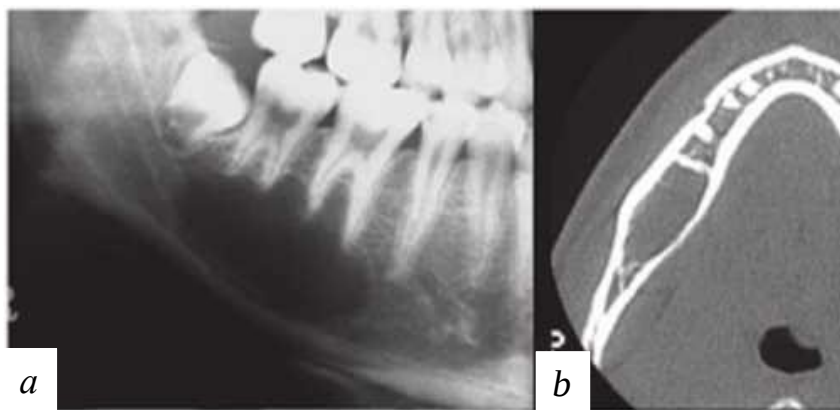
Oddiy suyak (travmatik, gemorragik) kistasi kam uchraydigan kista turi bo'lib, aksariyat hollarda pastki jag'da uchraydi. Kasallikning boshlang'ich davri simptomlarsiz kechadi va tasodifan rentgen tekshiruvida tishlarga bog'liq bo'lmagan chegaralari aniq suyak qirralarining sklerozlanish belgilari aniqlanadi (14.1-rasm).



14.1-rasm. Travmatik kistalarda suyak destruksiyasining rentgenologik ko‘rinishi.

Kistaning yiringlashi oqibatida oqma yo‘l hosil bo‘lib, bu esa o‘z navbatida milk shilliq qavati epiteliysining jag‘ suyagi ichiga vegetasiyasi natijasida hosila qobig‘i ichki yuzasini qisman yoki to‘liq qoplashi mumkin. Jag‘ kistasi sohasidagi tish pulpasining hayotchanligi saqlangan bo‘ladi (A.A.Kyandskiy, 1938).

Gistologik jihatdan kista epiteliy yuzaga ega bo‘lmaydi va suyak devori yupqa fibroz tolali to‘qima bilan qoplangan bo‘lib, unda ko‘p yadroli gigant hujayrali va gemosiderin donachalari mavjud bo‘ladi (Ye.Ya.Gubaidulina, L.N.Segelnik, 1990). Travmatik kista bo‘shlig‘i suyuqlik saqlamasligi yoki gemorragik suyuqlik bilan to‘lgan bo‘lishi mumkin (14.2-rasm).

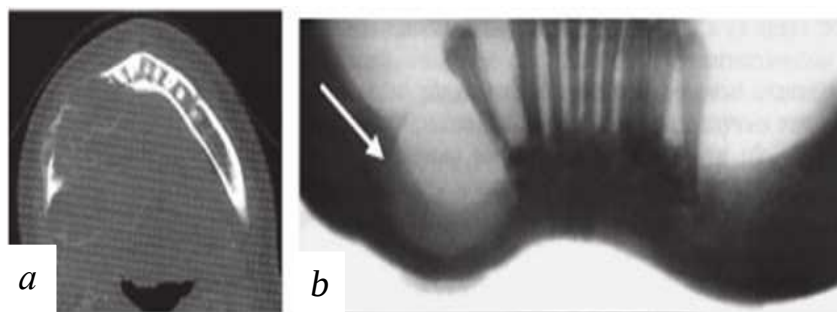


14.2-rasm. Pastki jag‘ning travmatik kistasi: *a* – rentgen, *b* – KT ko‘rinishi.

Anevrizmal suyak kistasining etiopatogenezi noaniq bo‘lib, uzoq yillar davomida bu turdagi kistalar osteoblastoklastomalarning kistoz shakli deb qaralgan (N.N.Kasparov, 1991).

Anevrizmal suyak kistasi rivojlanishining dastlabki bosqichlarida bemorlarda shikoyat bo‘lmaydi. Kasallik asosan yoshlarda uchraydi va boshqa tur kistalarga nisbatan tez (bir necha oyda), jag‘da joylashishiga qarab suyak bo‘rtib chiqishi bilan

yuzaga keladi (yunon. *Aneurisma* – kengayish). Kista bo‘shlig‘i bir, ba‘zan ko‘p kamerali bo‘lishi mumkin. Bo‘shliq ichi qon, gemorragik suyuqlik saqlashi yoki suyuqlik umuman saqlamasligi mumkin. Suyak ichi kista bo‘shliq devori epiteliy to‘qimasi bo‘lmagan, fibroz tolali to‘qima bilan qoplangan bo‘lib, osteoblast va osteoklastlarni o‘z ichida saqlaydi.



14.3-rasm. Anevrizmal suyak kistasi: *a* – KT, *b* – rentgen ko‘rinishi.

Rentgenologik ko‘rinishi. Bir yoki bir necha kistoz bo‘shliqlar ko‘rinishida aniq chegaraga ega bo‘lgan suyak emirilish o‘chog‘i ko‘rinadi (14.3-rasm). Ko‘p hollarda pastki jag‘ kortikal plastinkasi yupqalashishi hamda kistaning keyingi bosqichlarida jag‘ning bo‘rtib ketishi oqibatida shakl buzilishi yuzaga keladi.

NAZORAT SAVOLLARI, NAZORAT TEST SAVOLLARI VA VAZIYATLI MASALALAR

1. Odontogen va noodontogen kistalarni klinik va morfologik xususiyatlariga ko'ra tasniflang.
2. Emal organi yoki follikuladan rivojlanuvchi kistalarni ta'riflang.
3. Tish hosil qiluvchi epiteliy plastinkasidan rivojlanuvchi (radikulyar) kistalarni ta'riflang.
4. Odontogen kistalar rivojlanishiga ko'ra qaysi jarayonlar oqibatida yuzaga keladi?
5. Odontogen dizontogenetik (tug'ma) kistalarga qanday kistalar mansub?
6. Odontogen orttirilgan (yallig'lanish jarayonlari oqibatida) kistalarga qaysi kistalar kiradi?
7. Radikulyar kistalar etiologiyasi va patogenezi bosqichlarini sanab bering.
8. Radikulyar kistalarning klinik belgilari nimalardan iborat?
9. Jag' kistalarini tashxislashda qanday rentgenologik tekshiruv usullari qo'llaniladi?
10. Jag' kistalarini davolashda qanday jarrohlik usullari qo'llaniladi?
11. Radikulyar kistalar qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi?
12. Follikulyar kistalar hosil bo'lish sabablari.
13. Follikulyar kistalarning rentgenologik ko'rinishidagi belgilari.
14. Paradental kistalar rentgenologik ko'rinishidagi belgilari.
15. Yuqori va pastki jag'larda kistalar o'sishining o'ziga xosligi.
16. Sistektomiya va sistotomiyaga mahalliy va umumiy ko'rsatmalar.
17. Jag'lardagi kistalarni tashxislashda qanday qo'shimcha tekshiruv usullari qo'llaniladi?
18. Pastki jag'ida kistalari bo'lgan bemorlarda suyak sinishlarini davolash taktikasi.
19. Noodontogen kistalarning etiologiyasi va patogenezi.
20. Noepitelial suyak kistalariga kiruvchi kistalar, ularning klinik va rentgenologik ko'rinishi.

NAZORAT TEST SAVOLLARI

1. Jag‘ suyaklari periapikal to‘qimalarida yallig‘lanish natijasida rivojlanuvchi kista nomi qaysi badda to‘g‘ri ko‘rsatilgan?

- a) keratokista;
- b) radikulyar kista;
- d) nazoalveolyar kista;
- e) kesuv kanali kistasi;
- f) follikulyar kista.

2. Jag‘ kistalarining klinik namoyon bo‘lish jihatlari:

- a) Vensan simptomi;
- b) yutinish qiyinlashuvi;
- d) gematoma (qontalash);
- e) zich hosila paydo bo‘lishi;
- f) shish ko‘rinishidagi og‘riqsiz shakl buzilishi.

3. Yallig‘lanmagan kistoz bo‘shliqdan olingan punktat qanday ko‘rinishda bo‘ladi?

- a) xolesterin kristallariga ega tiniq suyuqlik;
- b) loyqa suyuqlik;
- d) limfa;
- e) qon;
- f) rangsiz shilimshik suyuqlik.

4. Radikulyar kista qaysi kasallik bilan qiyosiy tashxislanadi?

- a) odontoma;
- b) sementoma;
- d) reparativ granulyoma;
- e) follikulyar kista;

f) osteomielit.

5. Radikulyar kistaga xos suyak to'qimasi emirilishining rentgenologik ko'rinishi:

- a) chegaralari aniq bo'lmagan hosila;
- b) bir necha aniq chegarali bo'shliqlar;
- d) «shakar erishi» shaklda suyak emirilishi;
- e) zichlashgan shaklda suyak destruksiyasi;
- f) bir yoki bir necha tish ildizini o'rab olgan chegarasi aniq bo'shliq.

6. Yirik hajmdagi jag' kistalarini davolashning asosiy usuli:

- a) sistektomiya;
- b) kriodestruksiya;
- d) jag'ning qisman rezeksiyasi;
- e) jag' yarmi rezeksiyasi;
- f) sistotomiya.

7. Kichik hajmdagi jag' kistalarini davolash usuli qaysi bandda to'g'ri ko'rsatilgan?

- a) sistektomiya;
- b) kriodestruksiya;
- d) jag'ning qisman rezeksiyasi;
- e) kengaytirilgan biopsiya;
- f) sklerozlash.

8. Jag' radikulyar kistalarini jarrohlik usulida davolashda sababchi tish sohasida amalga oshiriladigan amaliyot:

- a) tish-milk cho'ntagini qirib tozalash;
- b) applikasiya;
- d) tish kanalini to'ldirish;

- e) endodental elektroforez;
- f) tish ildizi rezeksiyasi.

9. Jagʻlardagi radikulyar kistalarda sistektomiya operatsiyasi oʻtkazishga koʻrsatma boʻlib hisoblanadi:

- a) kistaning burun boʻshligʻiga oʻsib kirishi;
- b) kichik hajmli uchdan ortiq boʻlmagan tish ildizlari saqlovchi boʻshliq;
- d) katta hajmli uchdan ortiq boʻlgan tish ildizlari saqlovchi boʻshliq;
- e) kista gaymor boʻshligʻiga oʻsib kirishi;
- f) jagʻning kortikal plastinkasi emirilishi.

10. Sistektomiya operatsiyasiga koʻrsatma boʻlib hisoblanadi:

- a) tishning bir ildizi kista boʻshligʻida boʻlishi;
- b) kista burun boʻshligʻiga oʻsib kirishi;
- d) katta hajmli uchdan ortiq boʻlgan tish ildizlari saqlovchi boʻshliq;
- e) kista gaymor boʻshligʻiga oʻsib kirishi;
- f) jagʻning kortikal plastinkasi emirilishi.

11. Radikulyar kistalar jagʻda qaysi holatda joylashganda oroantral sistotomiya yordamida davolash amalga oshiriladi?

- a) kista burun boʻshligʻi devoriga tutash boʻlganda;
- b) kista gaymor boʻshligʻi devoriga tutash boʻlganda;
- d) katta hajmdagi pastki jagʻ tanasida joylashgan kistalar;
- e) kista gaymor boʻshligʻiga oʻsib kirganda;
- f) kista pastki jagʻ burchak sohasida joylashganda.

12. Sistektomiyaning uzoq muddatli mahalliy asoratlari qanday:

- a) qaytalanish (residiv);
- b) periodontit;
- d) stomatit;

- e) glossit;
- f) miozit.

13. Sistektomiyadan keyingi radikulyar kistalarning qaytalanishi quyidagi holatlarning qay birida kuzatiladi?

- a) kista qobig'i to'liq olib tashlanmaganda;
- b) kista uzoq muddat mavjud bo'lganligida;
- d) operatsiyadan keyingi yaraning yallig'lanishida;
- e) odontogen infeksiyada;
- f) gematoma (qontalash)da.

14. Sistektomiya jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik quyidagi muolajalardan qay birini o'z ichiga oladi?

- a) jag'lardagi barcha tish ildizlarini plombalash;
- b) antagonist tish ildizini plombalash;
- d) qo'shni tishlar ildizini plombalash;
- e) sababchi tish ildizini plombalash;
- f) aql tish ildizini plombalash.

15. Jag' kistalarini operatsiyaga tayyorlashda tish ildiz kanallarini plombalash uchun plomba ashyolarining qaysi biridan foydalangan afzal?

- a) evgenol-timol pastasi;
- b) amalgama;
- d) rezorsin-formalin pastasi;
- e) fosfat-sement;
- f) dentin pasta.

16. Jag' radikulyar kistalarining sistotomiyadan keyingi qaytalanishining sabablari qaysi bandeda to'g'ri ko'rsatilgan?

- a) to'liq olib tashlanmagan kista qobig'i;

- b) kistaning uzoq muddat mavjudligi;
- d) operatsiyadan keyingi jarohatning yalligʻlanishi;
- e) gematoma;
- f) suyakda hosil qilingan darchaning erta bitishi.

17. Yuqori jagʻda joylashuviga koʻra hajmi yirik boʻlgan kistalarni davolashda ikki bosqichdagi sistotomiya quyidagi holatlardan qay birida amalga oshiriladi?

- a) kista suyak usti pardasiga oʻsib kirganda;
- b) kista gaymor boʻshligʻiga oʻsib kirganda;
- d) kista premolyar sohada joylashganda;
- e) kista yuqori jagʻ oʻsiqlarida joylashganda;
- f) kista burun boʻshligʻi tubi devorini emirganda.

18. Pastki jagʻda joylashuviga koʻra hajmi yirik boʻlgan kistalarni davolashda ikki bosqichdagi sistotomiya quyidagi sohalardan qay birida bajariladi?

- a) qoziq tishlar sohasida;
- b) kichik oziq tishlar sohasida;
- d) katta oziq tishlar sohasida;
- e) tana va shox sohalarida;
- f) boʻgʻim oʻsigʻida.

19. Quyidagi kasalliklardan qaysi biri doimiy tish murtagining rivojlanishi buzilishi oqibatida paydo boʻladi?

- a) surunkali granulyomatoz periodontit;
- b) radikulyar kista;
- d) qoldiq kista;
- e) follikulyar kista;
- f) osteoma.

20. Follikulyar kistalarga xos rentgenologik ko‘rinish quyidagicha ifodalanadi:

- a) suyakning chegarasi noaniq emirilgan o‘chog‘i;
- b) suyakning chegarasi aniq emirilgan o‘chog‘i;
- d) yarimoysimon yoki o‘roqsimon shakldagi suyak emirilishi;
- e) tish toj qismini saqlovchi chegarasi aniq suyak emirilishi;
- f) tish ildiz uchi sohasi alangasimon suyak emirilishi.

21. Paradental kistaga xos rentgenologik ko‘rinish quyidagicha ifodalanadi:

- a) chegarasi noaniq suyakning emirilgan o‘chog‘i;
- b) chegarasi aniq suyakning emirilgan o‘chog‘i;
- d) yarimoysimon yoki o‘roqsimon shakldagi suyak emirilishi;
- e) tish toj qismini saqlovchi chegarasi aniq suyak emirilishi;
- f) tish ildiz uchi sohasi alangasimon suyak emirilishi.

22. Follikulyar kistalarni davolashning o‘ziga xosligi nimadan iborat?

- a) sistotomiya va sababchi tish ildiz uchi rezeksiyasi;
- b) sistektomiya va sababchi tish ildiz uchi rezeksiyasi;
- d) sababchi tishni olib tashlash;
- e) sistektomiya va sababchi tishni olib tashlash;
- f) kengaytirilgan biopsiya.

23. Jag‘ radikulyar kistalarini jarrohlik usulida davolashda sababchi tishda quyidagi muolajalardan qaysi biri amalga oshiriladi?

- a) applikasiya;
- b) tish kanalini plombalash;
- d) endodental elektroforez;
- e) tish ildiz uchi rezeksiyasi;
- f) tish-milk cho‘ntagini qirib tozalash.

24. Radikulyar kistada sababchi tish ildizi atrofi periodont yorig'i rentgenda qay tarzda namoyon bo'ladi?

- a) aniq chegaralangan;
- b) aniqlanmaydi;
- d) toraygan;
- e) kengaygan;
- f) sklerozlangan.

25. Radikulyar kista bo'shlig'i ichidagi sababchi tish ildizi:

- a) surilishga moyil;
- b) surilishga moyil emas;
- d) gipersementozga uchramaydi;
- e) har xil o'zgarishlarga uchraydi;
- f) sklerozlanadi.

26. Jag' kistalari hajmining kattalashishiga ta'sir qiluvchi omillar qaysi bandda to'g'ri ko'rsatilgan?

- a) gidrodinamik;
- b) sklerotik;
- d) dizontogenetik;
- e) antogenetik;
- f) hamma javoblar to'g'ri.

27. Embrional rivojlanish davridagi yuzning ikkita: medial burun hamda yuqori jag' o'ciqlar birlashadigan sohasidagi epiteliy qoldiq-laridan rivojlanadigan kista nomi qaysi bandda to'g'ri ko'rsatilgan?

- a) globulomaksillyar kista;
- b) burun-lab kistasi;
- d) jag' xolesteatomasi;
- e) gemorragik kista;

f) to'g'ri javob keltirilmagan.

28. Sistotomiyadan so'ng shakllangan kistoz bo'shliq nima bilan to'ldiriladi?

- a) yodoformli turunda;
- b) yodoform kukuni;
- d) betadinli turunda;
- e) furasillinga bo'ktirilgan turunda;
- f) bo'shliq ochiq qoldiriladi.

VAZIYATLI MASALALAR

1. Vaziyatli masala. Bemor A., 25 yoshda yuqori jag‘ning o‘ng tomon qoziq tishlar sohasida vestibulyar tomonlama shish paydo bo‘lganiga shikoyat qiladi. Bemor 2 yil avval yuqori jag‘ 6| tishini davolatib, protez qoplama qo‘ydirgan. Davodan so‘ng tish vaqti-vaqti bilan og‘rib turgan va sekin-astalik bilan og‘riq yo‘qolgan. Umumiy ahvoli qoniqarli. Tana harorati 36,6 °S. Tashqi tomondan bemor yuz tuzilishi o‘zgarishsiz. Teri rangi me'yorida. O‘ng tomonlama jag‘ osti sohasi paypaslanganda limfa tuguni kattalashgani aniqlanadi, harakatchan va og‘riqsiz. Og‘iz ochilishi chegaralanmagan.

Og‘iz ichidan o‘ng tomon yuqori jag‘ 6| tish alveolyar o‘siq sohasida dumaloq shakldagi shish aniqlanadi, paypaslanganda og‘riqsiz. Shish usti shilliq qavat rangi o‘zgarishsiz. 6| tish toji metall-chinni qoplama bilan qoplangan bo‘lib, 654| tishlardagi ko‘priksimon qoplamaning bir qismidir. Perkussiyada 6| tish kam og‘riqli.

Vazifalar:

1. Anamnez tafsilotlari bemorda qanday patologiyani aniqlashga yordam beradi?
2. Keltirilgan KT ma'lumotlariga izoh bering.
3. Qaysi qo‘shimcha tekshiruv usullarini o‘tkazish kerak?
4. Tashxis qo‘ying va uni asoslang.
5. Davolash rejasini tuzing.



2. Vaziyatli masala. Bemor S., 32 yoshda, so‘zidan 6 yil avval ikki tomonlama pastki jag‘ 7|7 tishlar sohasida og‘riq paydo bo‘lgan va og‘riq o‘tib ketgan. Bemor shifokorga murojaat qilmagan, oxirgi 6 oy davomida jag‘ tanasi

ogʻriqsiz qalinlashganligi sababli yuz-jagʻ jarrohiga murojaat qilgan. Va rentgen tekshiruvi oʻtkazilgan.

Ogʻiz ichidan ogʻiz shilliq qavati och pushti rangda. Ikki tomonlama molyar va premolyar tishlar oʻtuv burmasi sohasida shish aniqlanadi, paypaslanganda ogʻriqsiz. Pastki jagʻ $\overline{6|6}$ tishlar toj qismi toʻliq emirilgan, ildiz atrofi milk toʻqimalari gipertrofiyaga uchragan.

Vazifalar:

1. Quyida keltirilgan rentgen tasvirini izohlang.
2. Taxminiy tashxis qoʻying.
3. Ushbu patologik jarayonning rivojlanishiga sabab nima?
4. Ushbu klinik holat yuzasidan sizning davolash taktikangiz.
5. Operasiyadan oldin qanday tayyorgarlik koʻriladi?



3. Vaziyatli masala. Bemor B., 58 yoshda, ogʻiz boʻshligʻidagi ortopedik konstruksiya qimirlab qolganligiga va shu qoplama sohasidagi milklar qonashiga shikoyat qiladi.

14 yil ilgari ortoped-stomatolog tomonidan bemorning pastki jagʻ tish qatori nuqsoni koʻpriksimon qoplama bilan bartaraf etilgan. Hozirda yuqoridagi

shikoyatlar bilan ortoped-stomatologga murojaat qilgan va ortoped tomonidan ortopantomogramma o'tkazilib, so'ng jarroh ko'rigiga yuborilgan.

Vazifalar:

1. Taxminiy tashxis qo'yning.
2. KT ma'lumotlarini izohlab bering.
3. Dastlabki davolash rejasini tuzing.
4. Jarrohlik amaliyotidan keyin uzoq muddatlarda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni sanab o'ting.



4. Vaziyatli masala. Bemor V., 26 yoshda, olingan sut tishi katagidan ajralma ajralishiga shikoyat qiladi.

Besh kun muqaddam mahalliy poliklinikada qimirlab qolgan yuqori jag' chap tomonlama tishini oldirgan va shundan so'ng yuqoridagi shikoyatlar paydo bo'lgan. Bolaligida shu sohada jarohat olgan.

Umumiy ahvoli qoniqarli. Tana harorati 36,7°S.

Tashqi tomondan yuz shakli o'zgarishsiz. Chap tomon jag' osti sohasi paypaslanganda kattalashgan limfa tugunlari aniqlanadi, harakatchan kam og'riqli.

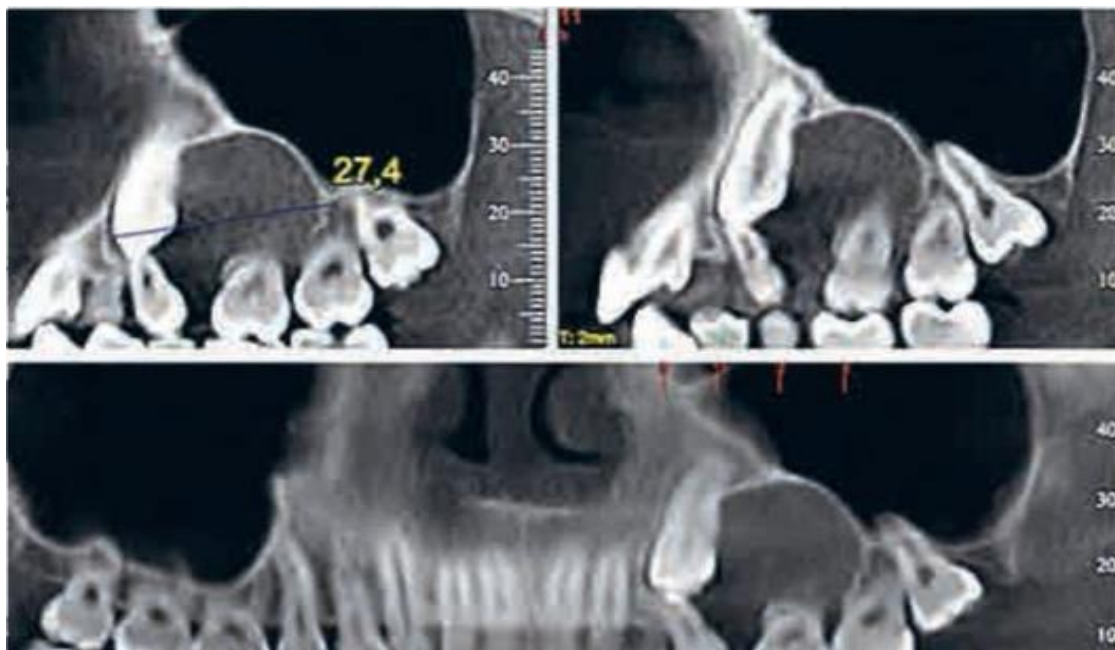
Og'iz ichiga qaralganda yuqori jag' chap tomonlama 4 va 6 tishlar oralig'ida olingan tish o'rnini katagidan ekssudat ajralishi kuzatiladi. Tish katagi tumtoq zond bilan tekshirilganda asbobning bo'shliqqa chuqur kirishi aniqlanadi. Shu soha

alveolyar o'siq atrofi sohasidagi shilliq qavat och pushti rangda, yallig'lanish belgilari aniqlanmaydi.

Ortopantomogramma tekshiruvidan so'ng bemor kompyuter tomografiya tekshiruviga yuborildi.

Vazifalar:

1. KT ma'lumotlarini izohlab bering.
2. Taxminiy tashxis qo'ying.
3. Davolash rejasini tuzing.
4. Jarrohlik amaliyoti vaqtida qanday asoratlari yuzaga kelishi mumkin?
5. Operatsiyadan keyin mahalliy to'qimalarda qanday yiringli yallig'lanish jarayonlari yuzaga kelishi mumkin?



Mavzuga oid test va vaziyatli masalalar javoblari

S	J	S	J	S	J	S	J	S	J	S	J
1	b	6	f	11	e	16	f	21	d	26	a
2	f	7	a	12	a	17	f	22	e	27	a
3	a	8	f	13	a	18	e	23	e	28	a
4	e	9	b	14	e	19	e	24	b		
5	f	10	a	15	e	20	e	25	b		

* S – savol, J – javob.

1-vaziyatli masala.

1. Anamnez ma'lumotlari yuqori jag' o'ng tomon 6| tishning ildiz uchi sohasi atrofida surunkali yallig'lanish jarayoni rivojlanayotganini ko'rsatadi.

2. KT tahlilida yuqori jag' 6| tish ildiz uchi atrofi suyak emirilish sohasi aniq chegarali aylana shaklda bo'lib, gaymor bo'shlig'i pastki devorini itarib yuqoriga surganligi ko'rinadi. Sababchi tish ildizi bo'shliq ichiga kirganligi aniqlanadi.

3. Og'iz bo'shlig'i sinchkovlik bilan klinik ko'rikdan o'tkaziladi, sababchi 6| tish atrofi alveolyar o'siq sohasi, o'tuv burma sohalari shilliq qavati shishganligi va shu soha paypaslanganda Dyupyuitren simptomi hamda sababchi va qo'shni tishlar qimirlash darajasini aniqlash lozim.

4. Yuqori jag' 6| tish sohasining radikulyar kistasi.

5. Sistektomiya va sababchi tishni olib tashlash operatsiyasiga tayyorlash va o'tkazish.

2-vaziyatli masala.

1. Ortopantomogrammada pastki jag' chap va o'ng tomonlama $\overline{765|567}$ tishlar sohasida chegaralari aniq suyak emirilishi aniqlanadi. Destruksiya o'chog'i yirik hajmli bo'lib, suyak emirilishi pastki jag' kanali yuqori devorini emirganligi kuzatiladi. Rentgen tasvirida sababchi $\overline{6|6}$ tishlar ildizlari kistoz bo'shliqda joylashganligini aniqlash mumkin.

2. Pastki jagʻning oʻng va chap tomonlama pastki jagʻ nerv kanaliga oʻsib kiruvchi radikulyar kistasi.

3. Pastki jagʻ sohasidagi radikulyar kista rivojlanishiga sabab tishlar ildiz uchi atrofida surunkali yalligʻlanish jarayonlaridir.

4. Suyak devorlarining yupqalashuvi (0,5 sm dan kam), pastki jagʻ kanali devorlariga shikast etishi, boʻshliqda uch va undan ortiq tish ildizlari mavjudligi, tish ildizlari atrofida periodontal yoriq aniqlanmasligi sistotomiya operatsiyasiga koʻrsatma boʻlib hisoblanadi.

5. Operatsiyadan bir kun oldin antibiotik tayinlash. Operatsiyadan keyingi suyak nuqsonini berkitish maqsadida himoya plastinkasi tayyorlash.

3-vaziyatli masala.

1. Pastki jagʻ chap tomoni $\overline{13}$ tish sohasi follikulyar kistasi.

2. Kompyuter tomografiya tekshiruvi kistoz boʻshliq diametri, chuqurligi, yoʻnalishi, chegarasi hamda boʻshliqning atrof anatomik sohalar bilan bogʻliqligini aniqlashga imkon beradi.

3. Sistektomiya va kista boʻshligʻidagi sababchi tishni olish operatsiyasiga tayyorlash.

4. Kista qaytalanishi va oqma yoʻlning paydo boʻlishi.

4-vaziyatli masala.

1. Kompyuter tomografiyada yuqori jagʻ chap tomonlama $\overline{234}$ tishlar sohasida chegarasi aniq hosila aniqlanadi. $\overline{13}$ tish retensiyaga uchragan va $\overline{24}$ tishlar ildizi atrofida joylashgan. $\overline{13}$ tish toj qismi kistoz boʻshliq tomonga qaragan. Kista yirik hajmli, gaymor boʻshligʻi tubi bilan tutashadi.

2. Yuqori jagʻ chap tomon follikulyar kistasi $\overline{13}$ tish sababli.

3. Sistektomiya, sababchi $\overline{13}$ tishni olish operatsiyasi.

4. Operatsiya vaqtida yuzaga kelishi mumkin boʻlgan asoratlar: jarohatdan qon ketishi, gaymor boʻshligʻi tubi perforatsiyasi, jarohatda asbob sinib qolishi.

5. Yiringli yallig‘lanish jarayoni rivojlanishi, og‘riqning paydo bo‘lishi, yara sohasida infiltrasiya hosil bo‘lishi, choklar orasidan yiringli ajralma ajralishi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. *M.I. Azimov*. Bolalar stomatologiyasida ogʻriqsizlantirish. Uslubiy qoʻllanma. – Toshkent, «ILM ZIYO», 2024.
2. *E.A. Bazikyan*. Ogʻiz boʻshligʻi xirurgiyasi. Oʻquv qoʻllanma // prof. E.A. Bazikyan tahriri ostida. – Moskva, «GEOTAR-Media», 2019.
3. *S.V. Tarasenko*. Xirurgik stomatologiya. Darslik // prof. S.V. Tarasenko tahriri ostida. – Moskva, «GEOTAR-Media», 2021.
4. *E.A. Bazikyan*. Jagʻlarning odontogen kistalari. Oʻquv qoʻllanma // prof. E.A. Bazikyan tahriri ostida. – Moskva, «GEOTAR-Media», 2018.
5. *V.P. Truten*. Stomatologiyada rentgenanatomiya va roentgendiagnostika. Oʻquv qoʻllanma // Moskva, «GEOTAR-Media», 2017.
6. *E.A. Bazikyan*. Ogʻiz boʻshligʻi xirurgiyasida osteoplastic materiallarni qoʻllash. Oʻquv qoʻllanma // prof. E.A. Bazikyan va A.A. Chumixin tahriri ostida. – Moskva, «GEOTAR-Media», 2019.
7. *D.A. Trunin, M.A. Postnikov, S.E. Chigarina*. Terapevtik stomatologiya. – Moskva, «GEOTAR-Media», 2023.
8. *V.A. Syomkin, I.I. Babichenko*. Odontogen kistalar va oʻsmalar. Diagnostika va davolash. Klinik qoʻllanma. – Moskva, «GEOTAR-Media», 2017.
9. *Soo-Bin Woo*. Oral pathology. Second edition. Janubiy Koreya, 2018.
10. *Thomson Wenig*. Diagnostic pathology head and neck. AQSh, 2018.
11. *M.I. Azimov va hammualliflar*. Jarrohlik stomatologiya asoslari. Oʻquv qoʻllanma. – Toshkent, 2019.
12. *G.M. Yakubov*. Jagʻlar kistalarini operativ davolashda oʻchoq ichi gʻovaksimon osteotomiyaning samaradorligi. // disser. – Sankt-Peterburg, 2017.
13. *Harry Dym, Leslie R. Halpern, Orrett E. Ogle*. Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine and Pathology for the Clinician. John Wiley & Sons. 2023.

14. *Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2019.*
15. *Gupta P, Abdelrahman H. Principles and Practicalities of Oral & Maxillofacial Surgery. London: Routledge; 2024.*
16. *Abubaker AO, Ferneini EM. Oral and Maxillofacial Surgery Secrets. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2025.*

Foydalanilgan internet bazalari

1. www.dissercat.com
2. www.referat.ru
3. www.pubmed.com
4. www.pathologyoutlines.com
5. www.researchgate.com