ISSN:3030-332X
Impact factor: 9,493
International journal of scientific researchers

JAG‘NING ODONTOGEN KISTALARINI KOMPLEKS DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

Azizbek Rakhmatullaev Ahmadullo o’g’li

Annotatsiya. Maqolada jag‘ning odontogen kistalarini tashxislash hamda kompleks davolash taktikasini optimallashtirishning zamonaviy dalillari tahlil qilindi. Tadqiqot dizayni — mavjud klinik qo‘llanmalar va tizimli sharhlarga asoslangan narrativ tahlil. Radikulyar, follikulyar va odontogen keratokistalarning klinik-morfologik farqlari, konus-nurli kompyuter tomografiyasining o‘rni, endodontik sanatsiya, enukleatsiya, dekompressiya va bosqichli jarrohlikning afzalliklari o‘rganildi. Shaxsiy klinik kohorta mavjud bo‘lmagani sababli taqdim etilgan grafik nashr etilgan adabiyotdan olindi. Histologik tasdiq, xavfni tabaqalashtirish va uzoq muddatli monitoringni o‘z ichiga olgan algoritm taklif etildi.

Kalit so‘zlar: odontogen kista, jag‘, radikulyar kista, keratokista, enukleatsiya, dekompressiya, konus-nurli kompyuter tomografiyasi, kompleks davolash.

Abstract. This narrative review examines evidence-based optimization of diagnosis and multimodal management of odontogenic jaw cysts. It compares endodontic management, enucleation, decompression and staged surgery and proposes a pathology-guided, risk-stratified follow-up algorithm. No original patient outcomes are claimed.

Keywords: odontogenic cyst, jaw, radicular cyst, odontogenic keratocyst, enucleation, decompression, treatment algorithm.

Аннотация. В статье представлен нарративный анализ современных подходов к диагностике и комплексному лечению одонтогенных кист челюстей. Рассмотрены эндодонтическая санация, энуклеация, декомпрессия и этапная хирургия. Предложен алгоритм с обязательной гистологической верификацией и динамическим наблюдением. Собственных клинических результатов не приводится.

Ключевые слова: одонтогенная киста, челюсть, радикулярная киста, кератокиста, энуклеация, декомпрессия, лечение.

KIRISH

Jag‘ suyaklarining odontogen kistalari tish hosil qiluvchi epiteliy qoldiqlaridan kelib chiqadigan, ko‘pincha sekin o‘suvchi patologik bo‘shliqlardir. Ular dastlab klinik belgisiz kechishi, keyinchalik suyak destruksiyasi, tishlar siljishi, ildiz rezorbsiyasi, infeksiya va patologik sinish xavfini oshirishi mumkin [1, 4]. Kasallikning geterogenligi tufayli barcha kistalar uchun bir xil jarrohlik usulini qo‘llash funksional hamda onkologik xavfsizlik nuqtayi nazaridan maqsadga muvofiq emas [5, 6].

Radikulyar kista odatda pulpa nekrozi va periapikal yallig‘lanish bilan bog‘liq bo‘lib, sababchi tishni saqlash imkoniyati davolash taktikasiga bevosita ta’sir qiladi. Follikulyar kista chiqmagan tish toji bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin; odontogen keratokista esa qaytalanishga moyilligi, ba’zan ko‘p kamerali tasviri va invaziv biologik xususiyatlari bilan farqlanadi [1, 5]. Shu sababli tashxis klinik ko‘rik, rentgenologik baholash va gistopatologik tekshiruvning uyg‘unligiga tayanishi kerak.

O‘zbekiston sharoitida yuz-jag‘ jarrohligi bo‘yicha mahalliy darslik va maxsus monografiyalarda osteoplastik materiallardan foydalanish, suyak defektini tiklash hamda individual jarrohlik taktikasini

tanlash masalalari ko‘tarilgan [2, 3, 15]. Mazkur ishning maqsadi mavjud adabiyotlarni umumlashtirib, organ saqlovchi, bosqichma-bosqich va xavfga moslashtirilgan kompleks davolash konsepsiyasini ishlab chiqishdan iborat.

ADABIYOTLAR TAHLILI

Wang va Olmo odontogen kistalarning asosiy turlarida endodontik, jarrohlik hamda kombinatsiyalangan davolashni farqlash lozimligini ko‘rsatadi [1]. Buchbender va hammualliflar enukleatsiyadan keyingi suyak bo‘shlig‘ini to‘ldirish masalasida dalillar heterogen ekanini qayd etgan; material tanlovi defekt hajmi, infeksiya va reabilitatsiya ehtiyojiga bog‘liq [7]. 2021-yildagi tizimli sharhda dekompressiya/marsupializatsiya ko‘p holatda keyingi enukleatsiya uchun tayyorlov bosqichi sifatida baholangan [8].

Keratokista bo‘yicha tadqiqotlar qaytalanish xavfi va davolash invazivligi orasidagi muvozanat muhimligini tasdiqlaydi. Bosqichli dekompressiya va enukleatsiyaning ba’zi natijalari istiqbolli bo‘lsa-da, metodik farqlar tufayli ustunlikni barcha klinik vaziyatlarga ekstrapolyatsiya qilib bo‘lmaydi [9–11]. 2024-yilgi tizimli sharhda yosh, o‘choq hajmi va ko‘p kamerali tuzilish qaytalanish bilan bog‘liq ko‘rsatkichlar sifatida keltirilgan [12]. Bolalarda marsupializatsiya doimiy tishlar saqlanishi va jag‘ o‘sishini qo‘llab-quvvatlash nuqtayi nazaridan alohida ahamiyatga ega, ammo bemor oilasining uzoq muddat kuzatuvga rioya qilishi zarur [13].

MATERIALLAR VA METODLAR

Mazkur maqola birlamchi klinik tadqiqot emas, balki narrativ adabiyotlar tahlilidir. Manbalar odontogen jag‘ kistalarining tasnifi, tashxislash, jarrohlik taktikalari, dekompressiya, qaytalanish va suyak regeneratsiyasiga oid ilmiy maqolalar, ochiq monografiyalar hamda o‘quv adabiyotlari orasidan mavzuga mosligiga ko‘ra tanlandi. Asosiy dalillar tizimli sharhlar va tavsifiy klinik manbalardan olindi [1, 7–14].

Tahlilda quyidagi mezonlar qo‘llandi: (a) gistologik tur; (b) o‘choq hajmi va anatomik yaqinlik; (c) tishning prognozi; (d) takrorlanish ehtimoli; (e) davolashning invazivligi; (f) keyingi tekshiruvning amalga oshirilishi. Taqqoslash sifat jihatdan bajarildi; bemorlarga oid mustaqil ma’lumotlar bazasi, randomizatsiya yoki yangi statistik gipoteza sinovi amalga oshirilmadi. Diagramma [8] sharhdagi 1088 ta o‘choqning nashr etilgan tarkibini aks ettiradi; u ushbu maqola muallifining klinik natijasi emas.

NATIJALAR

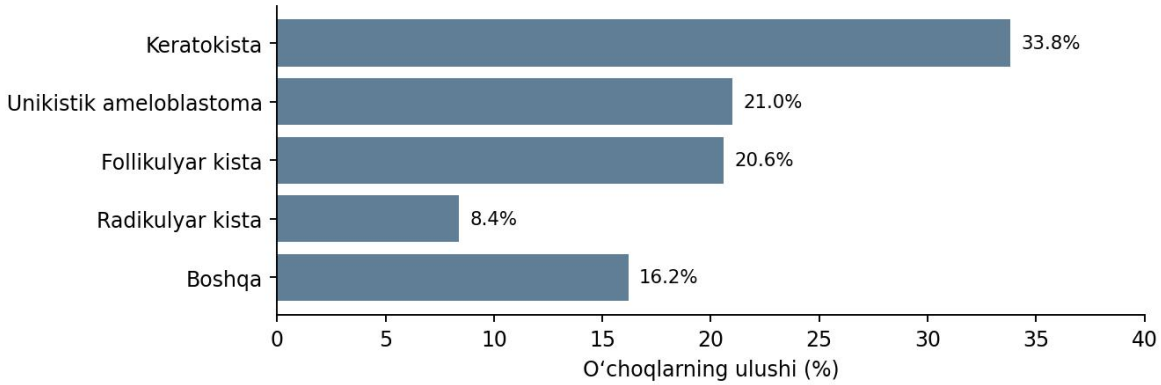
Adabiyotlarni sintez qilish asosida davolash taktikasi uchun olti bosqichli yondashuv shakllantirildi: dastlabki klinik tashxis; o‘choq chegaralarini 2D/3D tasvirlash; differensial tashxis va biopsiya; etiologik sanatsiya; xavfga mos jarrohlik usuli; histologik xulosa asosida kuzatuv. Diagnostika vaqtida odontogen kista bilan ameloblastoma yoki boshqa osteolitik o‘choqlarni farqlash muhim [5, 6, 12].

1-jadval. Odontogen kistalarda differensial davolash taktikasi

Kista / holat	Xavfni baholash	Tavsiya etiladigan strategiya	Kuzatuv mezoni
Radikulyar kista	Vital bo‘lmagan sababchi tish; periapikal o‘choq	Avvalo endodontik davolash; zaruratda apikoektomiya yoki enukleatsiya	Tish saqlanishi, rentgenologik regeneratsiya
Follikulyar kista	Retensiyalangan tish bilan bog‘liq o‘choq	Enukleatsiya; yosh va hajmga qarab marsupializatsiya	Tish rivojlanishi, asab va suyak yaxlitligi

Kista / holat	Xavfni baholash	Tavsiya etiladigan strategiya	Kuzatuv mezoni
Odontogen keratokista	Qaytalanish xavfi, ba’zan ko‘p kamerali	Tanlangan holatda dekompressiya + enukleatsiya va qo‘shimcha usul	Uzoq muddat klinik/radiologik nazorat
Katta, anatomik xavfli kista	Kanal, sinus, kortikal devorga yaqin	Bosqichli dekompressiya, keyin qayta baholash	Operatsiya shikastlanishini kamaytirish

Jadvalda ko‘rsatilgan yondashuvlar tashxis va klinik sharoitga ko‘ra individual tarzda belgilanadi. Enukleatsiya barcha bemorlarda bir xil darajada xavfsiz emas: pastki alveolyar nerv, gaymor bo‘shlig‘i yoki saqlanadigan tish follikulasi bilan yaqin munosabat bo‘lsa, bosqichli yondashuvni muhokama qilish kerak [7, 8, 14].



1-rasm. Tizimli sharhga kiritilgan 1088 jag‘ kistasimon o‘choqning tashxislar bo‘yicha tarkibi. Manba: [8]. Diagramma adabiyot ma’lumotlari asosida qayta tuzilgan.

Diagrammada odontogen keratokistalar 33,8%, unikistik ameloblastomalar 21,0%, follikulyar kistalar 20,6% va radikulyar kistalar 8,4% ni tashkil etgan. Bu qiymatlar klinik populyatsiyada kasalliklar tarqalishining universal ko‘rsatkichi emas: ular faqat muayyan tizimli sharhga kiritilgan o‘choqlarning tarkibidir [8]. Unikistik ameloblastoma haqiqiy odontogen kista emas, balki kistasimon ko‘rinishga ega odontogen o‘sma ekanligi sababli u differensial tashxis guruhida ko‘rsatilgan.

2-jadval. Davolash samarasini baholash uchun taklif etilgan monitoring mezonlari

Muddat	Asosiy ko‘rsatkich	Baholash yondashuvi
Operatsiyadan keyingi ilk davr	Og‘riq, shish, gemostaz, infeksiya belgisi	Klinik ko‘rik va zaruratga ko‘ra korreksiya
1–3 oy	Yara bitishi, bo‘shliq holati, drenaj ishlashi	Klinik kuzatuv; individual rentgen nazorat
6–12 oy	Suyak regeneratsiyasi, tish funksiyasi	Maqsadli tasvirlash; oldingi tasvir bilan qiyos
Keratokista yoki yuqori xavfli o‘choq	Qaytalanish belgisi	Ko‘p yillik individual klinik-radiologik monitoring

Monitoring muddatlari qat’iy universal standart emas; klinik fenotip, patologik xulosa, operatsiya hajmi va qaytalanish xavfiga qarab moslashtiriladi. Suyak defekti yirik bo‘lgan holatlarda graft yoki osteoplastik materiallarni tanlashda mahalliy monografiyada yoritilgan regeneratsiya tamoyillaridan foydalanish mumkin [2, 7].

MUHOKAMA

Kompleks davolash deganda faqat kistani jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash emas, balki yallig‘lanish o‘chog‘ini bartaraf etish, saqlanishi mumkin bo‘lgan tishlarning hayotiyligini va funksiyasini baholash, operatsion xavfni minimallashtirish, laborator-gistologik tasdiq hamda reabilitatsion kuzatuv tushuniladi. Radikulyar kista bilan bog‘liq vital bo‘lmagan tishda sifatli ildiz kanali davosi ba’zan jarrohlik ehtiyojini kamaytiradi; konservativ davo samarasiz yoki gistologik shubha yuqori bo‘lsa, operativ taktika qayta ko‘riladi [1, 4].

Dekompressiya o‘choq ichidagi bosimni kamaytirib, suyak tiklanishiga sharoit yaratishi mumkin. Ammo drenajni parvarishlash, og‘iz gigiyenasiga amal qilish va takroriy ko‘rik talabi uning muhim cheklovidir [8, 13, 14]. Bunday bemorlarda faqat rentgen tasvirining kichrayishi davolanish tugaganini anglatmaydi; klinik va histologik qarorlar ustuvor bo‘lishi zarur.

Odontogen keratokistalarda yuqori qaytalanish ehtimoli tufayli oddiy enukleatsiya bilan cheklanish masalasi individual hal qilinadi. Periferik osteotomiya yoki boshqa qo‘shimcha usullar faqat tegishli xavf, anatomik cheklovlar va mutaxassis tajribasi hisobga olinganda muhokama qilinishi kerak. Ayrim adabiyotlarda dekompressiya bilan boshlangan bosqichli yo‘lning foydasi ko‘rsatilgan, lekin tizimli sharhlardagi heterogenlik qat’iy ustunlik xulosasiga imkon bermaydi [9–12].

Suyak bo‘shlig‘ini biomaterial bilan to‘ldirish masalasi ham munozaralidir. Defekt kichik bo‘lsa spontan suyak bitishi yetarli bo‘lishi mumkin; katta, barqarorlikka xavf soladigan defektlarda osteoplastika ehtimoli alohida baholanadi. Bu jarayonda infeksiyani oldini olish, materialning biologik mosligi, ehtimoliy asoratlar va resurslardan oqilona foydalanish birgalikda ko‘rib chiqiladi [2, 7].

Tadqiqotning cheklovi shundaki, mazkur ishda o‘z klinik natijalari, nazorat guruhi va hisoblangan statistik ahamiyatlilik mavjud emas. Shuning uchun taqdim etilgan algoritm dalillarga asoslangan metodik taklif bo‘lib, uning samaradorligini kelgusida prospektiv tadqiqotda operatsiya davomiyligi, og‘riq darajasi, suyak regeneratsiyasi, tish saqlanishi va 2–5 yillik qaytalanish ko‘rsatkichlari bilan tekshirish zarur.

Amaliyotga joriy etish uchun taklif etilgan klinik marshrut quyidagicha: birlamchi stomatolog klinik simptomlar va pulpa hayotiyligini tekshiradi; panoram rentgenografiya bilan o‘choq lokalizatsiyasini belgilaydi; katta yoki murakkab o‘choqda konus-nurli kompyuter tomografiyasi yordamida kanal va sinusga munosabatini aniqlaydi; biopsiya hamda gistopatologik xulosa asosida kista turini tasdiqlaydi. Shundan so‘ng endodontist, yuz-jag‘ jarrohi va zarur hollarda patolog ishtirokida multidisiplinar qaror qabul qilinadi. Aynan shu ketma-ketlik diagnostik xatolarni kamaytirish va funksional yo‘qotishlarning oldini olishga qaratilgan metodik tavsiya sifatida taklif etilmoqda [1, 4–6].

Antibakterial davo barcha odontogen kistalarda avtomatik ravishda tayinlanmasligi lozim: u tarqalgan yoki klinik ahamiyatli bakterial infeksiya belgilariga, umumiy holatga hamda amaldagi antimikrob terapiya tamoyillariga asoslanishi kerak. Infeksiya o‘chog‘ining jarrohlik yoki endodontik nazorati antibiotikdan muhimroq bo‘lishi mumkin. Ko‘rsatma bo‘lmasa profilaktik antibakterial vositalarni davomli qo‘llash rezistentlik va nojo‘ya ta’sir xavfini oshiradi. Dorilarni tanlash mahalliy klinik protokol hamda bemorning individual xavf omillariga moslashtiriladi.

Yakuniy samaradorlik faqat suyakda radiologik bo‘shliqning kichrayishi bilan emas, balki bemorning og‘riqsiz ovqat chaynashi, tishlarning saqlanishi, yumshoq to‘qimalarning sog‘ayishi, paresteziya kuzatilmasligi va qaytalanishning yo‘qligi bilan kompleks baholanishi kerak. Buning uchun bir xil vaqt nuqtalarida olingan klinik va radiologik ma’lumotlarni standartlashtirilgan elektron kuzatuv kartasiga kiritish tavsiya etiladi. Shunday tizim keyingi prospektiv tadqiqotlarda davolash strategiyalarining real natijalarini taqqoslash imkonini yaratadi [2, 7, 11].

XULOSA

Jag‘ning odontogen kistalarini kompleks davolashni takomillashtirishning asosiy yo‘li — gistologik tur, hajm, anatomik xavf va tishning funksional istiqboliga asoslangan individuallashtirilgan yondashuvdir. Radikulyar kistalarda etiologik endodontik sanatsiya, kichik va qulay joylashgan o‘choqlarda enukleatsiya, katta va xavfli o‘choqlarda esa dekompressiya bilan bosqichli davolash ko‘rib chiqiladi. Odontogen keratokistalarda qaytalanishni oldini olish va uzoq muddatli monitoring alohida ustuvorlikka ega [1, 8–12]. Gistopatologik tekshiruv, hujjatlashtirilgan radiologik kuzatuv va bemor ishtirokini mustahkamlash kompleks yondashuvning ajralmas qismlaridir.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Wang, L. L., & Olmo, H. (2022). Odontogenic cysts. In StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574529/
2. Yuldashev, A. A., & Saparbayev, M. Q. (2025). Bolalarda odontogen jag‘ kistalarini zamonaviy osteoplastik materiallar bilan davolash usullarini takomillashtirish [Monografiya]. Toshkent davlat stomatologiya instituti. https://api.ziyonet.uz/uploads/books/10001253/vKT9qkMwSEWZT43.pdf
3. Yusupov, S. H. (2005). Tish jarrohligi stomatologiyasi va yuz-jag‘ travmatologiyasi. Ilm Ziyo.
4. Soluk-Tekkesin, M., & Wright, J. M. (2022). The World Health Organization classification of odontogenic lesions: A summary of the changes of the 2022 (5th) edition. Turkish Journal of Pathology, 38, 168–184. https://doi.org/10.5146/tjpath.2022.01573
5. Speight, P. M., & Takata, T. (2018). New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: Odontogenic and maxillofacial bone tumours. Virchows Archiv, 472, 331–339. https://doi.org/10.1007/s00428-017-2182-3
6. Wright, J. M., & Vered, M. (2017). Update from the 4th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumours: Odontogenic and maxillofacial bone tumors. Head and Neck Pathology, 11, 68–77. https://doi.org/10.1007/s12105-017-0794-1
7. Buchbender, M., Neukam, F. W., Lutz, R., & Schmitt, C. M. (2018). Treatment of enucleated odontogenic jaw cysts: A systematic review. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, 125(5), 399–406. https://doi.org/10.1016/j.oooo.2017.12.010
8. Effectiveness of marsupialisation and decompression on the reduction of cystic jaw lesions: A systematic review. (2021). British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 59(10), E17–E42. https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2021.03.004
9. Recurrence of nonsyndromic odontogenic keratocyst after marsupialization and delayed enucleation vs. enucleation alone: A systematic review and meta-analysis. (2019). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30498866/
10. Decompression or marsupialization; Which conservative treatment is associated with low recurrence rate in keratocystic odontogenic tumors? A systematic review. (2019). https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6732175/
11. Protocol for management of odontogenic keratocysts considering recurrence according to treatment methods. (2020). https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7609937/
12. Factors and management techniques in odontogenic keratocysts: A systematic review. (2024). European Journal of Medical Research. https://doi.org/10.1186/s40001-024-01854-z
13. Tran, T. P., Ngoc, V. T. N., Linh, L. N. P., & Le, A. K. (2025). Effectiveness of marsupialization on the reduction of cystic jaw lesions in children: A scoping review. Oral Science International, 22(1), e1267. https://doi.org/10.1002/osi2.1267