

RIZAEV J.A., IBRAGIMOV D.D.,
GAFFAROV U.B., O'LMASOV F.G'

**YUZ JAG' SOXASI XAVFSIZ
O'SMALARI VA O'SMASIMON
HOSILALARI**



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

YUZ – JAG' XIRURGIYASI KAFEDRASI

**Rizaev J.A., Ibragimov D.D., Gaffarov U.B.,
O'lmasov F.G'.**



**YUZ JAG' SOXASI XAVFSIZ
O'SMALARI VA O'SMASIMON HOSILALARI**

*Stomatologiya fakulteti talabalari, klinik ordinatorlar, rezident magistrarlari uchun
o'quv qo'llanma*

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining
6-oktyabr 2021-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "2"- son bayonnomasiga ko'ra
tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan.



UO'K 617.52-006.03(075.8)

KBK 56.6ya73

Yu 20

J.A Rizaev., D.D Ibragimov., U.B Gaffarov., F.G' O'lmasov

Yuz jag' soxasi xavfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari [Matn] : o'quv qo'llanma / J.A Rizaev .D.D Ibragimov, U.B Gaffarov, F.G' O'lmasov .-Toshkent : Samarqand, 2023.-102 b.

Tuzuvchilar:

- Rizaev J.A -Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti rektori, professor.
- Ibragimov D.D -Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti Yuz – jag' jarrohligi kafedراسي assistenti, PhD.
- Gaffarov U.B -Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti Yuz – jag' jarrohligi kafedراسي mudiri, t.f.n.
- O'lmasov F. G' -Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti onkologiya kafedراسي dotsenti, PhD.

Taqrizchilar:

- Shomuradov Q.E -Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti Yuz – jag' jarrohligi kafedراسي dotsenti, t.f.d.
- Juraev M.D -Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti onkologiya kafedراسي mudiri t.f.d. professor.

O'quv qo'llanma stomatologiya fakulteti 4-5 kurs talabalari, magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlarni "Xirurgik stomatologiya". "Yuz-jag' jarrohligi" mutaxassisligi bo'yicha o'qitish uchun mo'ljallangan ushbu o'quv qo'llanmada ko'rsatilgan mavzu asosida yuz-jag' sohasida uchraydigan xavfsiz o'smalar va o'smasimon xosilalarning etiotogenezi, zamonaviy tasnifi, klinik ko'rinishi va davolash usullari haqida zarur ma'lumotlar berilgan. O'quv qo'llanma yuz-jag' jarrohligi yo'nalishi bo'yicha standart dastur asosida, ajratilgan soatlarni hisobga olgan holda tuzilgan. Qo'llanmada mavzuga tegishli klinik ko'rinishlarni qayd qilgan rasmlar mavjud.

ISBN 978-9943-9218-7-0

Yuz-jag' sohasi to'qimalarini organospetsifik, organonospetsifik xavfsiz o'smalari va kistalari

Yuz, og'iz bo'shlig'i a'zolari, jag'lar va bo'yin sohalari o'smalari hayot uchun muhim a'zolar va tishlar yaqin joylashganligi sababli o'ziga xos xususiyatga ega. Ko'pincha shu sohadagi o'smalar funktsional va kosmetik buzilishlarga va hatto o'limga ham olib kelishi mumkin.

Yuz va og'iz bo'shlig'i a'zolari xosilalari turli xil to'qima strukturasi bilan hosil bo'lganligi tufayli kechishi o'ziga xosdir. Onkologik kasalliklar nomenklaturasini standartlash maqsadida Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti o'smalarni xalqaro gistologik tasnifini (O'XGT) ishlab chiqqan. O'XGT asosi uchta printsipga asoslangan: anatomik joylashuvi, gistologik turi va xavfsiz va xavfli o'smalar. Yuz va jag' soxasi organospetsifik o'smalariga odontogen, so'lak bezlari va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati o'smalari kiradi.

Barcha xosilalar chin o'smalar, o'smasimon xosilalar va kistalarga bo'linadi.

Gistologik turi bo'yicha o'smalar quyidagi turlarga bo'linadi:

1. Epitelial o'smalar
2. Yumshoq to'qimalar o'smalari
3. Suyak va tog'ay to'qimalari o'smalari
4. Qon va limfa tizimi o'smalari
5. Aralash genezli o'smalar
6. Ikkilamchi o'smalar
7. Klassifikatsiyalanmaydigan o'smalar
8. O'smasimon xolatlar

A.I. Paches (1983) barcha o'smalarni xavfsiz, oraliq (mahalliy destruktiv) va xavfli turlarga bo'lgan.

ODONTOGEN (ORGANOSPETSIFIK) XAVFSIZ O'SMALAR

Odontogen o'smalar deb bu yangi hosilalar ya'ni og'iz bo'shlig'ining birlamchi epiteliysi va mezinximasining noto'g'ri shakllanishi natijasida jag'da yuzaga keladi.

Butun Jaxon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (BJSST) ning zamonaviy tasnifiga ko'ra odontogen o'smalarni tasnifi quyidagi guruhlariga bo'linadi.

Jahon gistologik klassifikatsiyasi bo'yicha odontogen o'smalar quyidagi guruhlariga, yangi hosilalar turlariga bo'linadi:

1) Odontogen apparat strukturasidan hosil bo'lgan o'smalar:

A. Havfsiz

1. Ameloblastoma
2. Qattiq epitelial odontogen o'sma
3. Ameloblastik fibroma
4. Adenoameloblastoma
5. Qattiq odontogen kista
6. Dentinoma
7. Ameloblastik fibroodontoma
8. Murakkab odontoma
9. Kompleks odontoma
10. Fibroma (odontogen fibroma)
11. Miksoma (miksiofibroma)
12. Sementoma
13. Melanotik neyroektodermal o'sma (melanoamelo-blastoma)

1. Odontogen

A. Xavfli ameloblastoma

B. Birlamchi suyak ichi raki

S. Rakning boshqa turlari ya'ni odontogen epiteliydan hosil bo'ladi

2. Odontogen sarkoma

A. Ameloblastik fibrosarkoma

Ameloblastik odontosarkoma

Suyakdan hosil bo'ladigan o'smasimon xosilalar

A. Ostiogen o'smalar

Suyaklanuvchi fibroma

B. Suyaklarning o'smaga bog'liq bo'lmagan zararlanishi

1. Fibroz displaziya

2. Xeruvizm

3. Gigant hujayrali granulema

4. Kista

Xalqaro gistologik tasnifning praktik kiyinligi sababli I.M. Yermolaev, V.V. Panikarovskiy, A. Paches, 1978y va bosh. yangi tasnifni taklif etdilar. Bu tasnif onkologlarning assosiyatsiyasida tasdiqlangan.

Ameloblastoma

Ameloblastoma – xavfsiz epitelial o'sma hisoblanib, invaziv o'sish xususiyatiga ega. Ameloblastoma jag' suyaklari ichida rivojlanib, mikroskopda ko'rilganda emal organining o'sishiga o'xshaydi. Ameloblastoma ko'pincha o'rta yoshli bemorlarda uchrab, 80 % holatlarda pastki jag' suyaklarini zararlaydi. O'sma asosan katta oziq tishlar, pastki jag' burchagi va shox sohalarida joylashadi. Adabiyotlarda ko'rsatilishicha, ameloblastoma jag'larda uchraydigan xavfsiz o'sma va o'smasimon hosilalarning 6-7% ini tashkil etadi. Ameloblastomaning kelib chiqish sababi noaniq bo'lib, ayrim mualliflar bunday o'smalar tish follikulasi rivojlanishining buzilishi natijasida kelib chiqadi desalar, boshqalari, og'iz bo'shlig'i epiteliysidan, yana ba'zi birlari esa – odontogen epiteliy qoldiqlaridan (Malasse orolchalarida) yoki follikulyar kistalarning epiteliysi qobig'idan o'sadi, deb tushuntiradilar.

Ameloblastoma – epitelial tuzilishiga ega bo'lgan odontogen o'sma. O'sma bir necha o'n yillar o'sib xavfsiz bo'lishi mumkin va bir vaqtga kelib esa retsediv berib xavfli o'smaga aylanishi ham mumkin. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra ameloblastoma xavfsiz o'smalar va jag'dagi o'smasimon hosilalarning 6-7 % ini tashkil etadi. Hozirgi vaqtgacha ameloblastomani boshqa xavfsiz o'smalardan farqi aniqlanmagan.

Adabiyotlarda ameloblastomaning turli xil nomlari uchraydi: adamantinoma – ko'p kamerali kistoma, markaziy paradental kista, adamatinum va h. k. Ayrim adabiyotlarda adamantinoma atamasidan ham foydalaniladi. Hozirgi vaqtda Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tavsiya bo'yicha ameloblastoma atamasi ishlatilib kelinmoqda (B. Kabakov, 1978).

Rentgenografik tasvirlar juda ko'p variantli bo'lib A. Kozerova suyakning 9 xil o'zgarishini rentgenografiyada ko'rsatib o'tdi.

1. Bir qator yumaloq bo'shliqlar
2. Bitta suyak bo'shlig'i va uni o'rab turuvchi kichkina bo'shliqlar
3. Bir qator dumaloq bo'shliqlar, ularning bir ikkitasida tish follikulasi yoki shakllangan tish bo'shlig'i bo'lishi
4. To'rtburchakli bo'shliqlar
5. Katta jiyakli bo'shliq (mayda bo'shliqlar xisobiga)
6. Bir necha yakka katta kistoz bo'shliqlar
7. Atrofi notekis bo'lgan bitta katta kistoz bo'shlig'i

8. Bitta katta bo'shliq bo'lib unga tish ildizlari qaragan bo'ladi.

9. Bitta katta kista va kistaga chiqmagan tishni toj qismi qaragan bo'ladi. Bu follikulyar kistani eslatadi.

Adamantinomaning rentgenogrammada asosiy ko'rinish bulib, xar xil darajadagi bo'shliqlarning bo'lishi xisoblanadi.

Bo'shliqlar shaffofligiga qarab: past, o'rta va yuqoriga bo'linadi. Kozerovanning monografiyasida ameloblastomaning 40 ga yaqin turi kursatilgan. 1943 yilda jahon adabiyotlarida ameloblastomaning 450 ga yaqin kuzatuvlar olib borilgan. 1959-yil Yevdokimov 72 ta ameloblastoma bilan og'rigan bemor haqida ma'lumot bergan. I.Yermalaev 108 ta ameloblastoma bilan og'rigan bemor haqida ma'lumot berib, o'smani davolashni klinik rentgenologik strukturasi, ultrastrukturasi tushuntirib berdi.

Oxirgi yillarda chet el adabiyotlarida ameloblastoma haqida ishlar chop etildi. (Joel, 1978; Shtlyr, 1978; Adekeye 1980, Nelson 1980; fitgerald, 1982). 1974 yili N.N. Mazalova tomonidan 61 ta ameloblastoma bilan kasallangan kasallarning klinik rentgenologik xarakteristikasi gistoximik va ultrastruktur tekshirishlari chop etilgan.

Yuqorida keltirilgan adabiyotlarda shundan dalolat beradiki, bu xavfsiz o'smaga olimlar nechog'lik qiziqishini ko'rsatadi.

O'sma gistologik tuzilishi va klinik rentgenologik manzarasi ko'p variantli bo'lib, uni diagnostikasi va differentsial diagnostikasi qiyinlashtiradi.

Kozereva va boshqalarning fikri bo'yicha ameloblastoma vaqtida tishni qimirlash, yallig'lanish jarayoniga qo'shilishi vaqtida osteomielitga olib keladi.

Bizga mana shu simptom bilan kasal uchramagan. Bu faqat yallig'lanish jarayoni natijasida kelib chiqadi.

O'smada joylashgan tishlar uchki qismi rezorbtsiyaga uchraydi. Klinik praktikada I. Ermoloevning tasnifidan foydalanamiz. Yana kam uchraydigan solid shakli ajratiladi.

Mana shu solid shakli rentgen surati buyicha jag'larning o'choqli shishi bilan xarakterlanadi.

Shu shish sohasida suyakning tuzilishi mramor shaklidagi rasmga o'xshaydi. Shishning tashqi va ichki chegarasi milk va aniq kompakt plastinkasi bilan aniqlanadi.

Ameloblastomani solid shakli kataksimon osteoblastomaga o'xshaydi.

Epitelial tuzilishga ega bo'lgan o'smalar ko'pincha 21-40 yoshdagi ayollarda uchraydi. Chunki pastki jag'da doimiy og'irlik tushishi natijasida patologik jarayon kuzatiladi.

Adabiyotlarda ko'rsatilishicha ko'pincha ameloblastoma bilan pastki jag' zararlanadi. Chunki pastki jag'da doimiy og'irlik tushishi natijasida patologik jarayon kuzatiladi.

A.T. Busigin 1962 y ma'lumotiga ko'ra, chaynov bosimi bir xil tarqalmaydi. Asosan premolyar va molyar tishlarga tushadi.

Etiologiya patogenezida ko'pgina ma'lumotlar bor, ko'pincha travma va yallig'lanish asosida kelib chiqishi mumkin.

Makroskopik ko'rinishiga ko'ra 2 xil ameloblastoma ajratiladi:

Kistoz va solid ameloblastomaga.

Solid ameloblastoma ko'k rang, oqish rang bo'lib, suyak to'qimasining mag'zida joylashadi. Solid silindr shaklga ega bo'lib, zararlanmagan suyak to'qimasidan ameloblastoma aniq ajralib turadi. Kattaligi hisobiga kortikal plastinkani ekspansiyasini va perforatsiyasini keltirib chiqarib yumshoq to'qimaga qarab boradi.

Kistoz turi bo'shliq ko'rinishiga ega bo'lib, epiteliy va biriktiruvchi to'qimadan multtsentrik xarakter bilan o'sadi.

Bo'shliqlar orasida o'zgarmagan suyak uchraydi. Asosiy o'smaning asosiy massasi rantgandan tashqarida uchrab, ular orasida suyuq va yarim suyuq substansiya uchraydi. Oxirgi 25 yil o'tkazilgan gistologik tadqiqotlar shundan dalolat beradi. Ameloblastoma bir necha yangi hosilani o'z ichiga oladi. Uni gistologik formasi bo'lib, xususiy ameloblastoma, adenoameloblastoma, odontoplastik ameloblastoma uchraydi. Ameloblastoma 35-40 yoshdagi odamlarda uchraydi. Yosh bolalarda 15 % gacha uchrashi aniqlangan. Bularga odamda yuqori jag'da joylashgan adenoakmenoblastoma kiradi.

Odamda ameloblastoma pastki jag'ning yuqori tanasida yoki butun shox bo'ylab tarqaladi. Hosilalarning 20 % yuqori jag'da joylashgan bo'lib, ular jag'ning oldingi bo'limlarida joylashadi. Buning yarmi ko'ra yuqori jag' sinusida uchraydi.

O'smalarning birinchi bosqichlarida klinik ko'rinishlari uchramaydi. Sekinlik bilan o'sishi hisobiga odamda katta hajmga ega bo'ladi. Bu esa tegishli sohani deformatsiyasiga, tishlarni siljishida,

milklarning yumshoq to'qimasi kattalashishiga olib keladi. O'smani katta bo'lmagan qismi tasodifan rentgenologik tekshiruv o'tkazilganda aniqlanadi.

Hozirgi o'smani gistogenezi haqida aniq ma'lumot yo'q.

Ameloblastomani keltiruvchi sabab bo'lib, tish kurtagi og'iz bo'shlig'ini shilliq qavat epiteliysi, odontogen kistalar, Malyasse o'smalarining hujayralari keltirib chiqaradi deb hisoblanadi.

Ameloblastomani zamonaviy gistologik klassifikatsiya mikroskopik tekshirishi buyicha bo'linadi: follikulyar, polimorf, angiomatoz, bazal kistoz va donador kistoz.

Ameloblastomaning tuzilishi :

Tish emal murtagi to'qimasini tuzilishiga ega bo'ladi.

Ameloblastoma ko'pincha kistoz ko'rinishida uchraydi. Ameloblastomani boshqacha shakli solid shaklda bo'lib, 5 marta kam uchraydi.

Solid ameloblastomani 5% xavfli hisoblanib, limfatik to'qimalarga metastaz beradi.

Ameloblastoma aktiv o'sishida pereferiya bo'yicha infiltratsiyaga uchragan epiteliy qavati bo'ladi.

Keyingi rivojlanishda yangi hosilani ko'pchilik qismi zararlanmagan suyakdan asta-sekinlik bilan ajraladi va kapsulaga ega bo'ladi.

Klinik ko'rinishi. Kasallik juda sekin rivojlanib, bir necha yillar davomida klinik belgilarisiz kechadi va ko'pincha yallig'lanish jarayonlari qo'shilganda yoki rentgenologik tekshirishlar vaqtida tasodifan aniqlanadi.

Kasallik ko'pincha og'riqsiz shish bilan boshlanib, jag'lar shaklining buzilishiga olib keladi. Og'iz dahlizida o'tuv burmaning silliqanishi, pastki jag' oldingi qirg'og'ining biroz kengayishi kuzatiladi. Ameloblastoma usti shilliq qavati atrof shilliq qavat to'qimasi rangidan farq qilmaydi. Og'iz ichidan bo'rtib shishib turgan joy paypaslab ko'rilganda, jag' suyagi kortikal plastinkasining ichiga botib kirishi, ba'zida – pergament qog'oz simptomi va ba'zida – suyakning yemirilishi natijasida flyuktuatsiya belgisi kuzatiladi. Ba'zan o'sma jag' suyaklaridan tashqariga chiqib, yumshoq to'qimalarga ham tarqalishi mumkin. N.N.

Mazalova (1974) ning kuzatuvlari bo'yicha, 5% ameloblastoma xavfli o'smaga aylangan.



Pastki jag' ameloblastomasi

Ameloblastomani xavfsiz kechishi ameloblastoma har doim ham xavfsiz kechmaydi, ba'zan xavfliga ham aylanadi.

Pastki jag' ameloblastomasi klinik kechishi. Suyakning o'sha qismi qalinlashuvi va yuz deformatsiyasi bilan namoyon bo'ladi. Qalinlashish dastlab kichik joyda, ko'pincha burchakda bo'ladi. Yirik ameloblastomada pastki jag' patologik sinishi kuzatilishi mumkin. Ameloblastomaning rakka aylanishi o'smani o'sishi tezlanishi bilan kuzatiladi. Ameloblastomani aniqlash ancha qiyin. Klinik amaliyotda kontrast yuborishdan tashqari yangi rentgenologik usullar va magnit-rezonans tomografiyasi yo'lga qo'yilgan. Rentgenda ameloblastoma bir yoki ko'p kamerali bo'shliq bo'lib ko'rinadi. Ko'p kamerali ba'zida yolg'ondan bo'lib, o'simta polikistoz tuzilishini imitatsiya qiladi. Yirik ameloblastomalar rentgenda turli kattalashuvi bir kamerali bo'lishdan iborat.

Ular yupqalashadi, lekin katta hajmlarda tez shishi yoki bo'shliqning kortikal konturlarini uzilishiga olib kelmaydi.

Kistoz shakli ko'pincha multitsentrik o'sish xarakteriga ega va alohida bo'shliqlar orasida suyak qatlamlari saqlanadi. Bunda katta – katta bo'shliqlar bo'lganda ham o'smaning asosiy qismi kistoz yoriqdan tashqarida bo'ladi. O'smani o'sib borishi bilan bo'shliqlar bir-biriga

qo'shib ketadi. 12-15 % holatlarda kistoz ameloblastoma bo'shlig'ida retentsiyalangan yoki to'liq shakllangan tish kurtagi aniqlanadi.

Ameloblastomalarning kistoz shakli o'smalarni asosiy qismini tashkil qilishi bilan birga odatda pastki jag' sohasida tipik mexanizatsiyaga ega va pastki jag' shoxi hamda jag' tanasini orqa sohasida tarqaladi. Ular nisbatan zararlanishning katta hajmlari bilan farqlanadi va kortikal plastinkalarni til hamda lunj tomondan yaqqol ekspantsiyasi bilan xarakterlanadi.

Rentgenda odatda bir yoki ko'p kistali burmali chegaralangan to'qima yupqalashgan, suyak ko'rinadi. Buxtasimon egriliklar katta yoki kichik bo'lishi mumkin, ba'zan suyak to'siqlari saqlanadi. Suyak usti pardasi reaksiyasi bo'lmaydi.

V.A.Zorin 1966 yilda ameloblastomani rentgenologik jihatdan 4 shaklga ajratgan:

- bir kamerali;
- ko'p kamerali;
- katakli;
- tish saqlovchi.

Kistoz turdagi o'smalar onda - sonda kam hollarda tish qatori chegarasida joylashadi. Bunda ular ildizni aylanib o'tib, siljitib va ba'zi hollarda ularning yemirilishiga olib keladi.

Chin polikistoz o'smalar. Melanosemenoblastoma tuzilishiga ega. Pastki jag'da ham, yuqori jag'da ham paydo bo'ladi. Bunday hosilalarning o'lchami turli xil.

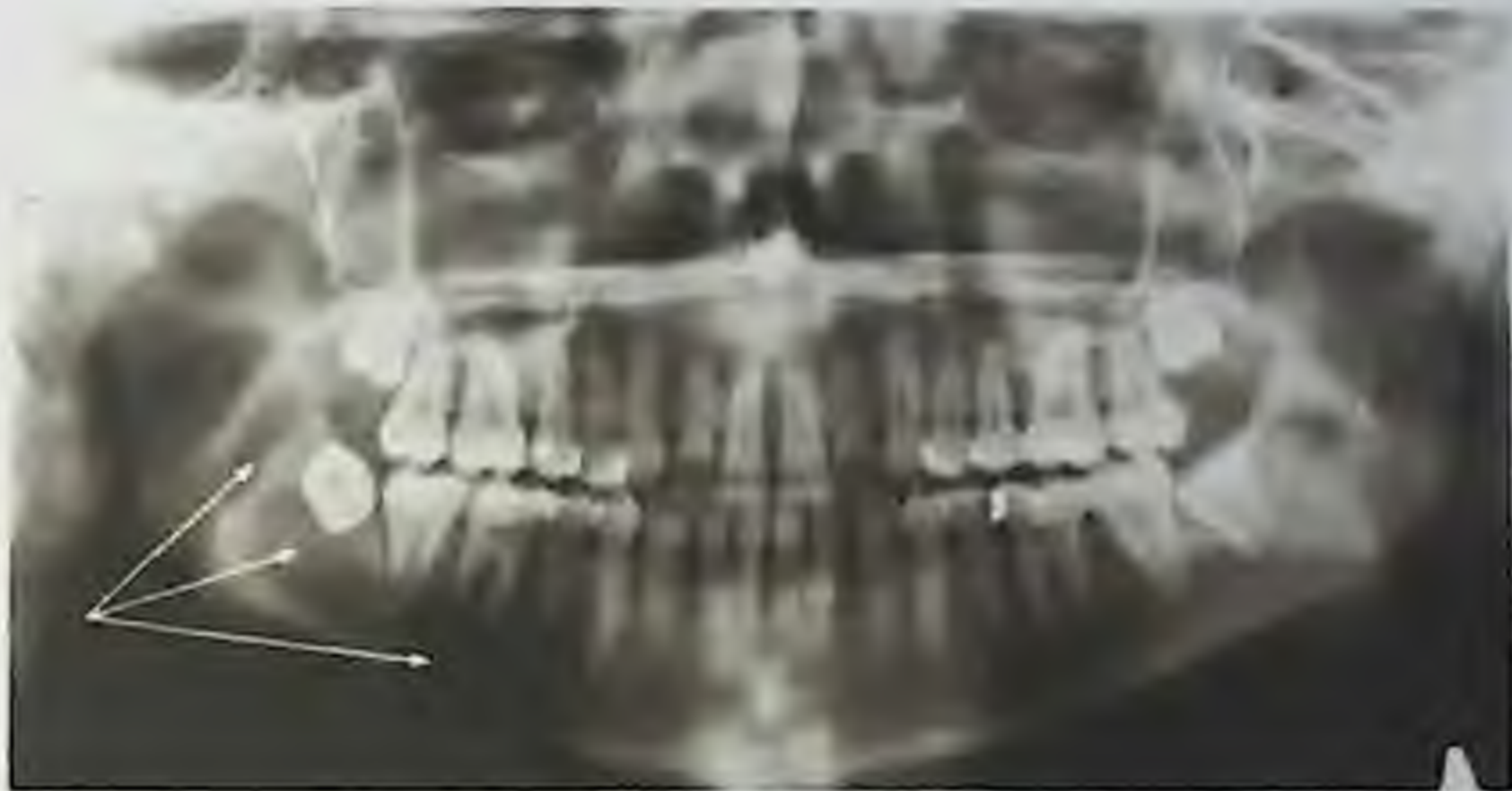
Ameloblastomaning 2 xil rentgenologik turida differentsial diagnostika o'tkazish murakkab: juda katta bir kamerali bo'shliqli ameloblastoma turida buni kistalardan ajratish kerak. Osteoblastomani eslatuvchi kichik kistani ameloblastomadan farqlay olish kerak.

Bunday hollarda gistologik tekshiruv o'tkazish kerak.

Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, o'sma chegaralarni aniqlashni rentgenologik ma'lumotlar to'liq bo'lmaydi, o'smaning epitelial tolalari rentgenologik jihatida o'sma suyak chegarasida ko'rinishi mumkin.

Ameloblastomaning yirik turlarida jag'larda patologik sinish holatini kuzatish mumkin.

Ameloblastomani kliniko-rentgenologik ko'rinishi tish saqlovchi kista, birlamchi odontogen kista, gigant hujayrali o'sma va ameloblastik fibromaga o'xshash bo'lganligi uchun tashxis qo'yish jarayonida yetarlicha qiyinchilik tug'diradi



Pastki jag' ameloblastomasini rentgen tasviri

Ameloblastomaga tashxis qo'yishda sitologik tekshiruv usullari ham alohida ahamiyat kasb etadi. Pastki jag'ning og'iz dahliziga qaragan devorini eng yupqalashgan joyidan punktsiya qilinadi. Olingan suyuqlik laboratoriyada tekshirilib, uning miqdoriga, rangiga, tarkibida xolesterin bor yoki yo'qligiga, shuning bilan birga hujayra strukturasi e'tibor beriladi. Suyuqlik rangining tiniq sarg'imtir rangda bo'lishi va yaltirab turishi, tarkibida xolesterin tutishi va shpritsga erkin tortilishi ameloblastomaga xos belgi bo'lib hisoblanadi.

Ameloblastomalarning gistologik tuzilishida biriktiruvchi to'qimadan iborat bo'lgan stroma va epitelial to'qimadan iborat bo'lgan parenxima kuzatilib, bu to'qimalar stromaga o'sib kirib, unda katakchalar hosil qilishi kuzatiladi.

Bu katakchalarning chetlarida baland silindrsimon hujayralar, o'rtasida esa yulduzsimon hujayralar joylashgan. Bu gistologik ko'rinish rivojlanayotgan tishning emal organiga o'xshaydi.

Makroskopik ko'zdan kechirilganda ameloblastomaning kistoz va kam uchraydigan yirik-yaxlit turi tafovutlanadi (adamantinoma solitim)

(adamantinom cysticum). Kistoz ameloblastomada biriktiruvchi to'qimali stromaning kam relyefliliigi kuzatiladi.

Qiyosiy tashxis. Ameloblastoma gigant hujayrali o'sma, odontogen kista, tish saqlovchi kistomalar va ameloblastik fibromalar bilan qiyosiy tashxislanadi.

Kiyosiy tashxisida ameloblastoma tomonidan paydo bo'lgan bo'shliqdagi shaffoflik yirik hujayrali o'smalarnikiga nisbatan yuqori lekin kistalarnikiga nisbatan past. Katta bo'shliqlardagi soyalar ham bir xil emas va ularning chegaralarida yumshoq to'qima hosilalarni soyasi bo'ladi.

Bundan tashqari kista va osteoblastoklastomadan ham differensatsiyalash mumkin.

Adabiyotlarda xavfli ameloblastomalar haqidagi turli ma'lumotlar bo'lib ular 1-4 % ni tashkil etani. N.N. Mazalova ma'lumotlariga ko'ra 84 bemorni 7 tasida xavfli shaklga o'tishi kuzatilgan. A.V.Nazarenko va boshqa chet ellik mualliflar ameloblastomaning turli organlaridagi metastazlari haqida ma'lumot berishgan. Ameloblastomani metastazlarida o'lim 10 % ni tashkil qilgan.

Davolash. Ameloblastoma kasalligini davolash uchun turli xil usullar ko'rib chiqilgan. Hozirgi vaqtda ko'pchilik tomonidan turli xil usullar tan olingan. Ameloblastomani davolash uchun turli xil rezektsiyadan keyin turli xil usullarni qo'llashni tavsiya etilgan.

(B. Kabakov 1963; U. Danaevskiy 1967; Kudo 1978).

Pastki jag'ni to'g'rilash uchun har xil usullari taklif etilgan.

Habn Cordill (1969) Birinchi marta xrom nabor panjarasidan foydalangan. Bu usul tibbiyotda 7 yil davomida yaxshi qo'llanilgan. Robert Nilliams (1986) ko'proq plastmassa usulidan foydalangan. Bu plastmassalar orasida eng qulayi kremniy va organik plastmassalar hisoblanadi. Pastki jag'ni yirik deffektini to'g'rilash uchun M. Solovyov kombinatsiyalangan transplantatlar-pastki jag' allogen transplantati va maydalangan autogen suyaklarni qo'llashi tavsiya qiladi, ular ya'ni kombinatsiyalangan transplantatlar osteogenetik faollikni ta'minlaydi.

N.A.Plotnikova va bir qancha mualliflar pastki jag'ni yirik deffektlari uchun kombinatsiyalangan suyak autoplastikasini 3 ta variantini ishlab chiqishdi.

Birinchi – karkas allogen jag' suyagi bilan g'ovak autosuyagi aralashmasidan iborat.

Ikkinchi-ichki kompakt plastinka va jag'ning alveolyar o'simtasi olib tashlanadi va retsdiv suyak qirrasi yoki maydalangan qovurg'a bilan almashtiriladi.

Uchinchi- o'tkazilgan allogen pastki jag' ichki va tashqi yuzasida qovurg'a transplantanti joylashtiriladi, uni uchlari suyagiga tiqiladi.

Ameloblastamani davolashda radikalizmni saqlash zarurligini ta'kidlash kerak. Faqatgina o'simtani radikal olib tashlab, retsdivni oldini olish mumkin. O'sma olib tashlangach, hattoki nur terapiyasi qo'llanilsa ham retsdiv kuzatiladi.

Shuning uchun adontinomaning kichik joylarida uni operatsiya qilish mumkin, pastki jag' butunligini buzmasdan, masalan, U. Naumov (1965) kerak bo'lgan rezektsiya usulini qo'llagan. U quyidagilar:

1. To'qimani yuz terisi bilan va og'iz ichidan kesish, jarrohlik maydonini yirik ko'rinishini ta'minlovchi;

2. O'simtani bir blok yoki qismlarga bo'lib ko'z nazoratida olib tashlash;

3. Jag'ning zararlangan suyagini jag tishlagichi yoki uskana yordamida ishlov berish, 1 sm qalinlikda sog'lom to'qimani o'simtani hamma ko'rinib turgan tomonlaridan olib tashlash

4. Oziqlantiruvchi oyoqli chaynash muskuli bilan jag' suyagi deffektini to'ldirish

5. Operatsiyada yarani chetlarini qavatli tikish. Avtor ta'kidlashicha, jag' deffektini chaynash muskuli bilan to'ldirish qat'iy kontrakturaga olib kelmaydi. Mexanoterapiya bilan birga regeneratsiyasini, umum quvvatlovchi (erta operatsiyadan 3-4 oy o'tgach), tish protezlari tavsiya etiladi.

Odontoma

Odontoma tish to'qimalarini rivojlanish va shakllanish davridagi nuqsoni bo'lib, organga xos xavfsiz o'sma hisoblanadi. Odontomalar ko'pincha bolalar va yoshlarda doimiy tishlarni shakllanish davrida uchraydi. Ko'proq yuqori jag'ning gaymor bo'shlig'i va pastki jag'ning burchak sohalari zararlanadi.

Qattiq va yumshoq odontomalar farqlanadi. Qattiq odontomalar oddiy va murakkab turlarga bo'linadi. Oddiy odontomalar to'liq va noto'liq bo'lishi mumkin. Oddiy odontomalar bitta tish follikulasidan rivojlanadi.

To'liq oddiy odontoma xuddi fil suyagi singari qattiq, hajmi dumaloq va oval shakldagi o'rmon yong'og'i kattaligida bo'lib, bir tishning hamma elementidan tashkil topadi.

Noto'liq oddiy odontoma tish follikulasining bir qismidan o'sadi. Tish toj qismida uchrasa ildizi patologik o'zgarishsiz, ildiz sohasida uchrasa, toj qismi patologik o'zgarishsiz bo'ladi. Oddiy odontomalarga parodontomalar ham kiradi. Odatda, ular g'adir-budur va qattiq bo'lib, tish bo'yni yoki toj sohasiga mahkam yopishgan, hajmi no'xatday bo'ladi va ular emal durlari deb ataladi.

Yumshoq odontomalar oraliq o'smalar (ameloblastoma va odontomalar) hisoblanib, ular odatda tish to'qimalarining to'liq rivojlanmaganligi tufayli hosil bo'ladi. Yumshoq odontomalar aralash odontogen o'smalar sirasiga kiradi. O'smaning epitelial o'zagi emal organining tuzilishini eslatib, mezenxima to'qimasi tish follikulasining tish so'rg'ichlariga o'xshaydi.

Odatda, odontomalar katta o'lchamga yetgandagina o'zini namoyon qiladi. Bemorlarda jag'lar deformatsiyaga uchraydi (jag' suyagi yupqalashadi). Ba'zida odontomalar o'sib, suyak usti pardasi va shilliq qavat butunligini buzilishi hisobiga og'izdan ko'rinadi. Odatda bu holat ko'proq olib qo'yiluvchi protezdan foydalanadigan bemorlarda kuzatiladi. Shu sohani zondlab tekshirilganda asbobni qattiq to'qimali yuzaga taqalishi kuzatiladi. Odontomalarning faol o'sishi tishlarning rivojlanish davriga to'g'ri keladi. Og'iz bo'shlig'iga yorib chiqqan odontomalarga yallig'lanish jarayonining qo'shilishi hisobiga klinik jarayon surunkali osteomielitga o'xshab ketadi va haqiqiy o'smaning klinik ko'rinishini berkitadi.

Patologoanatomik ko'rinishi. Dekaltsinatsiya qilingan preparatlar yoki o'sma shliflarida butun tish kesmalari yoki o'sha tish to'qimasi topografiyasi mutanosibligi buzilganligini ko'rish mumkin.

Pulpa bo'shlig'i emal qatlami bilan o'ralgan atrofida 1 sement yoki dentin qavati bilan o'ralgandek. Boshqa holatlarda o'simta dentin yoki

sement qoplamidan iborat. Ayrim hollarda o'simta siljigan tish to'qimasi, o'zaro sement yoki dentin bilan birikkan bo'ladi yoki qo'shuvchi to'qima qavatidan iborat. Bu yerda ba'zan qisman shakllangan tish ham uchraydi. O'sma tishga xos qattiq to'qimalardan (emal, dentin, sement) dan iborat bo'lishi mumkin.

Qattiq odontomalar tasnifi (A.I. Evdokimov bo'yicha)



Tishning ohaklanmagan to'qimalaridan tashkil topgan odontoma alohida o'rin tutadi (yumshoq odontoma).

Yirik odontomalarda hatto mikroskopik tekshiruvlarda ham 200 ta va undan ortiq tish saqlagan, ular odatiy tish yoki tishga o'xshash yirik shuningdek guruch donasi kattaligidagidek ko'rinishda bo'ladi.

Tasvirlab o'tilgan odontomani ko'rinishi shuni tasdiqlaydiki, uning hosil bo'lishida bir necha tish kurtaklari ishtirok etadi. Ular tish hosil bo'luvchi plastinka qutichasi o'ralgandek bo'ladi.

Tish kurtaklarining bir-biri bilan qo'shib ezilishi natijasida tish to'qimalarining aralash hosilasi paydo bo'ladi.

Jag'ga o'mashgan odontoma yengil eruvchi kulrang qo'ng'ir rangdagi o'rgimchaksimon parda bilan qoplangan.

Ba'zi mualliflarning fikricha, bu kapsula o'sish kurtaklari tarkibiga ega.

Embrional davrda bu o'smaning o'sishida rol o'ynaydi. Lekin yetilgan odontomada bunday xususiyat bo'lmaydi.

Odontomaning rentgenologik tasviri chegaralangan gomogen soya, qattiqligi tishning toj qismiga o'xshab, notekis, bigizsimon malina yoki tut mevasini eslatuvchi shaklda bo'ladi (rasm). O'smalar ko'pincha sog' tishlar sohasida joylashib, uning ostida qiyshaygan retinirlangan tish kuzatiladi.

Murakkab odontomada tarkibida tish shaklini eslatuvchi hosilalar tutgan fibroz qavatida o'choqli yemirilishlar kuzatilganligi sababli, uning soyasi bir xil bo'lmaydi.



Pastki jag' burchak sohasi odontomasi

Oddiy odontomalar to'liq va noto'liqqa bo'linadi.

Oddiy odontoma bitta noto'g'ri rivojlangan tish murtagidan iborat.

O'z o'mida oddiy odontomalar to'liq va noto'liqqa bo'linadi.

To'liq oddiy sodda odontoma qattiq, fil suyagidek massa bo'lib, dumaloq yoki oval shaklga ega, kattaligi o'rmon yong'og'idek, tashqi ko'rinishi tishga yoki tish bo'lagiga ham o'xshamaydi. U bitta tishning hamma murtagidan iborat.

Noto'liq oddiy odontoma yo toj o'rnida (tagida) unda ildizlar to'g'ri ko'rinishini saqlab qoladi, yoki teskarisiga, o'simta ildiz o'mini egallaydi va koronka bunday holatda normal formaga ega bo'ladi.

Shunday ekan, noto'liq odontoma faqatgina tish bo'lagi murtagining o'zgarishlari oqibatida rivojlanadi tojli yoki ildizli bo'ladi.

Oddiy odontoma qo'shni tish bilan jipslashgan holda bo'lishi yoki uni joydan qo'zg'atish mumkin, shu bilan tishlarning retentsiyasini keltirib chiqaradi. Odontomaning qo'shni tish bilan jipslashish tishni olishda ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqargan.

Oddiy odontomalarga parodontomalarni ham kiritiladi. Asosan bular qattiq o'simtalar, tish ildizi yoki bo'yinchasiga qattiq jipslashgan bo'lib, kattaligi kichkina no'xatday. Ba'zilar tishning emal qavati bilan bog'langan bo'lib, odontoma emal tomchilari nomini olgan.

Murakkab odontomalar o'z tarkibida bir nechta tishlar elementlarini olgan bo'lib, shuningdek shakllangan tishlarni ham kichik hajmdagi odontomani alveolyar o'simtasi ichida yopishadi. Katta hajmdagi o'simta jag'ning o'rta qismida joylashadi va faqatgina tananigina emas, balki, pastki jag' o'siqlarini ham egallaydi. Yuqoridagisida esa butun yuqori jag' bo'shlig'ini, bu esa jag' deformatsiyasiga va yuz assimetriyasiga olib keladi.

Yumshoq odontoma sifatida adomantinoma va odontoma o'rtasidagi oralig' o'simta sifatida namoyon bo'ladi

Yumshoq odontoma aralash odontogen o'simta sifatida ko'riladi.

O'simtaning epiteliy qavati tuzilishi bo'yicha emal organi bilan o'xshash. Ba'zi mualliflar kista ko'rinishidagi odontomalarga alohida ayirishadi. Bu odontoma ko'rinishi rentgen rasmida kistoz bo'shlig'i ko'rinishida, qattiq tish elementlari yoki paydo bo'layotgan tish ko'rinishida ko'riladi.

Klinikasi. Qattiq odontomalar, jag' tashqarisiga chiqmaganda asosan rentgen rasmida jag'ni boshqa muammosi bo'yicha ko'rilganda yoki tish olinganda tasodifan ko'rib qolinadi va tish bilan jipslashgan xolda uchraydi, odontoma kupincha og'riqsiz o'sadi.

Odontoma boshqa o'simtalarga xos bo'lmagan xususiyatlarga ega.

Odontoma ma'lum darajagacha o'sgandan keyin stabil ravishda qoladi.

SamDTU
axborot-resurs markazi

Bunday odontomalar jag'da hech qanaqasiga o'zini namoyon qilmaydi. Bunday odontomalarni olib yuruvchilar doimiy tishi chiqib bo'lgan odamlardir. Yana boshqa odontomaning alohidaligi shundaki u normal holda tish o'sib chiqayotgan jarayonda ham baravar o'sganligidadir. Odontomalarning aktiv o'sishi tishlarni o'sib chiqayotgan paytida aniklanishi shundan dalolat beradiki, ko'pincha shunday paytda odontomalar alveolyar o'sikdan o'sib, balki butun jag'ga tarqalishi mumkin.

Keyingi intensiv o'sish fazasi aql tish chiqish paytiga to'g'ri keladi. Bu shuni ko'rsatadiki, odontoma tashkil topgan tish elementlari va to'liq tishlar paydo bo'lishi va rivojlanishi sinxron ravishda normal odontogenez bilan kechadi. Odontomani adamantinomadan teratoidlarga kirgazish mumkin.

Odontoma kengayib, kattalashib jag'ning suyak devorini ingichkalashtirib shillik - suyak usti pardasi ostida notekis qattiq o'simta holda joylashishi mumkin. Keyinchalik o'simta o'sish oqibatida suyak osti va shilliq qavatni perforatsiya qilib tagi qattiq yazva ko'rinishini beradi. Paydo bo'lish joyida ko'proq yarali teshik uchraydi, ularni zondlanganda qattiq jism seziladi, bu esa surunkali osteomelit deb xato tashxis qo'yishga olib kelishi mumkin. Rentgenologik ko'rikdan o'tkazilganda o'simta jag' suyagiga nisbatan ancha zich holatda ko'rinadi, tishlarning qattiqligi darajasida. O'simta chegarasi yaxshi ko'rinadi, bunda u notekis, bigizsimon ko'rinishi bilan o'ziga e'tiborni tortadi.

Kichik odontomalar malina donasini yoki tut mevasini eslatadi. O'simta asosan normal rivojlangan tish yonida joylashadi, ba'zan o'simtaning tagida surilgan, retinirlagan tish qoladi.

Alohida klinikalarda, shu jumladan biznikida ham, shunday odontomalarni kuzatilganki, ular pastki jag'ning ko'pgina tanasini va uning shoxini egallagan, jag'dan bu joylarda faqat yupqa suyak plastinkasi qolgan, ba'zi joylarda esa suyak butunlay so'rilib ketgan. Ajratilgan jag' tana bo'lagi o'simta bilan tirgouchdek ushlab turilgan. Biz shuningdek tanani va yuqori jag'ning deyarli to'liq parchalanishini kuzatdik. Yumshoq odontomalar qattiqlardan farqliroq unchalik osonlikcha diagnostika qilinmaydi. Ularni adamantinoma, osteoblasto-

klastoma va jag'ning boshqa o'simtalari bilan differentsiyalashga to'g'ri keladi. Ular retsediv berishi mumkin va ta'kidlaga-nimizdek, malignizatsiyaga yo'liqishi mumkin.

Tashxislash. Odontomalarni tashxislash, odatda qiyinchilik tug'dirmaydi. Faqat yumshoq odontomalarni tashxislash biroz murakkab bo'lishi mumkin.

Davolash. Odontomalarni davolash xirurgik usul bilan amalga oshirilib, bunda o'sma kapsulasi bilan birga olib tashlanadi. Katta hajmdagi odontomalar jag' suyaklariga birikib ketgan bo'lsa, xirurgik harakat jag' suyaklarining qisman rezektsiyasi bilan birgalikda bajariladi. Pastki jag'da va yuqori jag'da hosil bo'lgan nuqsonlar suyak plastikasi, obturatsiyalovchi protezlar bilan berkitiladi. Yumshoq odontomalarda radikal xirurgik harakat o'tkaziladi.

Odontomalarning xirurgik davolash Behosdan ko'rib qolingani va o'zini hech nimasi bilan sezdirmaydigan kichik odontomalar operativ aralashuvga muhtoj emas. Boshqa hollarda ularni tishlarni retetsiyasi operatsiyasidek olinib tashlanadi.

Jag' suyagining davomiyligini va yemirilgan katta hajmdagi odontomalarni jag'ning qisman rezektsiyasi kabi operatsiya o'tkaziladi, agar bu pastki jag'ga tegishli bo'lsa Yuqori jag'da odontomalardan keyin xosil bo'lgan nuqsonlar yopuvchi protezlar bilan to'ldiriladi.

Yumshoq odontomalar radikalroq xirurgik aralashuvni talab qiladi, hattoki qisman yoki kengroq jag' rezektsiyasi. (Kryuger 1984 y)

Sementoma (Cementoma)

Sementomalar odontomalarning bir turi sifatida olib qaralishi mumkin, lekin ular morfologik va klinik o'ziga xosligi bilan bir-biridan farqlanadi va, odatda, juda kam uchraydi. Sementoma – odontogen biriktiruvchi to'qimadan o'sib, bir yoki bir necha tishning ildizi bilan tutashgan bo'ladi.

Gistologik ko'rinishi bo'yicha har xil bo'lishi mumkin: ba'zida dag'al hujayrali to'qima – sementga o'xshash, ba'zida hujayra tolali to'qimadan iborat buladi. Sementomalarning quyidagi turlari farqlanadi: sementoblastoma (haqiqiy sementoma; (rasm), sementlanuvchi fibroma,

periapikal sementli displaziya, gigant shaklli sementoma (to'p-to'p joylashgan yoki oilaviy sementoma).



Pastki jag' sementoblastomasi

Patologik anatomiyasi ayrim holatda tish ildizining sementiga o'xshashi mumkin va buni oddiy sementoma deyiladi. Bularga sement ekzostozi yoki gipertsementozi ko'rinishida tish ildiziga sement to'qimasi, o'simtasini kiritish mumkin. Boshqa sementoma yarimqattiq yoki yumshoq o'simta ko'rinishida ma'lum, ular sement xujayralarisiz va sementga o'xshash va suyak ustunlari va biriktiruvchi stromalardan iborat.

Klinikasi. O'simta rivojlanishi ko'pincha og'riqsiz kechadi, lekin ba'zi hollarda palpatsiya vaqtida sezuvchan yoki og'riqli bo'ladi.

Bu jag'ning kortikal qavatidan o'sib chiqqan sementomalarga tegishli. Asosan o'simta jag'ning bir qismida joylashgan. Biz chap tarafning pastki jag'ning va iyakning ko'p qismini egallagan sementomali kasalni operatsiya qilganmiz. Alohida o'choqlar yuqori jag' qozik tishlari chegarasigacha tarqalgan.

Operatsiya paytida klinikada o'simtalar joyida eritilgan pishloq ko'rinishida suyaklarning yumshoq joylari topilgan, ular o'tkir xirurgik pichoq bilan oson qirib olib tashlangan. Atrofdagi suyak to'qimasi biroz o'zgargan. Bir joydagi o'simta yetarlicha qirilmaganda, o'simtaning qayta

rivojlanib ketgani ko'rilgan, bu sementomani blastomatoz xarakterga egaligidan dalolat beradi.

Og'iz bo'shlig'iga qarab o'sgan o'simtada shilliq qavatining buzilishi ko'riladi, uning zararlangani xisobiga, bu klinik ko'rinishni yomonlashtiradi.

Rentgenogrammada gomogen bo'lmagan (amorf) suyak to'qimasi yemirilishi kuzatiladi.

Davolash. Sementomani olishda asosan xirurgik qoshiqda kovlab olish qo'llaniladi. Agar o'simta ildiz uchida bo'lsa tish olinmaydi. Ildizni depulpatsiya yoki ildiz uchi rezektsiya qilinadi.

Xavfsiz kechuvchi sementoblastoma

Haqiqiy sementoma – bu xavfsiz o'sma bo'lib, sementga o'xshash to'qima mineralizatsiyaning har xil vaqtda hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi.

O'smalar ko'pincha pastki jag'da hosil bo'lib, kichik va katta oziq tishlar sohasida uchraydi va tish ildizlariga yopishib ketgan bo'ladi. Bunday holatlarda: masalan, tish olish vaqtida tish ildizlarining sinishi kuzatilishi mumkin va rentgenologik tekshiruvdan so'ng sementomani aniqlash mumkin bo'ladi.

Sementomalar ko'pincha klinik belgilarsiz kechadi. Jag' suyaklari kortikal plastinkasining butunligi buzilganda, palpatsiyada og'riq va jag'lar deformatsiyasi aniqlanadi. Sementoma og'iz bo'shlig'iga o'sib kirganda, yallig'lanish belgilari bilan qo'shib, tashxislashni qiyinlashtirishi mumkin.

Sementomalarning rentgen tasvirida suyakda aniq chegarali, yumaloq shakldagi, turli kattalikdagi suyak yemirilishi kuzatiladi. Ba'zi holatlarda sementomalar jag'larni diffuz shikastlab, tish ildizlariga tarqaladi. Boshqa holatlarda ular rentgen tashxisi o'tkazilayotgan vaqtda tasodifan aniqlanib qoladi. Bundan tashqari, ba'zi holatlarda o'sma sohasidagi tish ildizlarida periodontal yoriq ko'rinmaydi.

Davolash. Sementomalarni xirurgik usulda davolashda o'ta ehtiyotkorlik talab qilinadi va o'smani kapsulasi bilan olishda ko'p holatlarda o'smani xirurgik qoshiq bilan qirib olish usulidan foydalaniladi. Agar

o'sma tish ildizlari sohasida joylashgan bo'lsa, tishlarni depulpatsiya qilib, ildiz uchi rezektsiyasi operatsiyasi o'tkaziladi.

Periapikal sementli displaziya

Bu o'smasimon hosila bo'lib, bunda sement to'qimasi hosil bo'lishi buzilib, xuddi fibroz displaziyaga o'xshash kechadi va jag'larni diffuz zararlaydi. Rentgen su'ratida suyakda har xil kattalikdagi o'zgarishlar kuzatiladi (Rasm).

Davolash. Ko'pincha dinamik kuzatuv tavsiya etiladi.

Miksoma (miksofibroma)

Odontogen miksoma invaziv o'sish xususiyatiga ega bo'lgan xavfsiz o'sma hisoblanadi. O'sma kapsulaga ega bo'lmaganligi uchun suyakni yemirib yumshoq to'qimalarga o'sib kiradi. Shilliq moddani to'planib borishi hisobiga o'sma to'qimasini tez o'sishi kuzatiladi. Miksoma yosh va o'rta yoshdagi kishilarda uchraydi. Tez-tez retsidiv beradi.

O'sma joylashgan sohada jag' suyaklarining og'riqsiz bo'rtishi kuzatiladi. Shu sohadagi tishlarni qimirlashi va o'z o'rnidan siljishi aniqlanadi. Tish ildizlari so'rilib ketadi. Teri va shilliq qavatlarda o'zgarishlar kuzatilmaydi.



Rentgen suratida periodontal sementli displaziya

Rentgen suratida suyak to'siqlari bilan bir-biridan ajralgan kichkina katakchali suyak destruktiviyasi aniqlanadi. Bu hosil bo'lgan kichkina katakchalar "sovun ko'pigi" manzarasini beradi (Rasm).

Odontogen miksoma ameloblastoma, gigant hujayrali o'sma bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Makroskopik jihatdan o'sma kulrang, yumshoq konsistentsiyali bo'lib, o'z tarkibida shilliq modda tutadi. Mikroskopik o'sma yumaloq va burchaksimon hujayralardan tarkib topgan bo'lib, bu hujayralar miksoid stromada yotadi. Ko'pincha miksomada boshqa biriktiruvchi to'qima komponentlari ham uchraydi. Shunga qarab miksofibroma, miksoxondroma va boshqalar deb yuritiladi.



Pastki jag' odontogen miksomasi

Miksomani davolashda jag'ni zararlangan qismini rezektsiya qilish jarroxlik harakati amalga oshiriladi.

Jag' suyaklari kistalarining tasnifi

1. Noepitelial kistalar

A. Anavrizmal kista

B. Oddiy suyakli kistasi

2. Epitelial kistalar:

A) fissural (neodontogenli) Kistalar: globulamaksil-lyar kistalar: o'rta tanglay kistalari

B) odontogen evolyutsion kistalar: Birlamchi suyak kistalari

V) lateral periodontal kistalar tish saklovchi kistalar (folikulyar)

3. Yallig'langan ildiz kistalari

A) sut tishi kistasi

B) domiy tish kistasi

Jag' kistalari eng ko'p uchraydigan o'smalarga kiradi. Kista tashqi qobig'i aniq fibroz, granulyatsiyalovchi to'qimalardan iborat bo'lib, limfoid epiteliylarga boy bo'ladi. Kistani ichki yuzasi yassi muguzlanmaydigan epiteliy bilan qoplangan. Kista tiniq, biroz sariqroq, tuxum oqiga o'xshash suyuqlik bilan to'lib turadi. Bu suyuqlik yaltirab turishi tarkibida xolesterin donachalari borligi sabab buladi.

Rentgenogrammada kistalar aniq chegarali yumaloq suyak yemirilishi bilan kuzatiladi. Ba'zi hollarda kistalar simptomsiz kechadi. Yuqori va pastki jag'da xavfsiz o'smalarga o'xshab sekin o'sadi, og'riqsiz kattalashadi. Jag' suyaklaridagi katta kistalarda suyak kattalashib, paypaslaganda suyakni ichiga tortilishi yoki (pergament qog'oz) yoki rezina va plastmassali o'yinchok simptom kuzatiladi. (Runge-Dyupetren simptomi) (Yu.I. Bernadskiy 1966y)

ODONTOGEN O'SMASIMON HOSILALAR

Tish kistalari boshqa odontogen hosilalar ichida uchrashi bo'yicha birinchi o'rinni egallaydi va ular yuqori jag'ni pastki jag'ga nisbatan 3 baravar ko'proq zararlaydi.

Kistalarning tashqi qavati biriktiruvchi to'qima bilan qoplangan bo'lsa, uning ichki qavatini ko'p qavatli yassi epiteliy to'qimasi qoplab turadi. Ko'p holatlarda uning ichidagi suyuqlikning rangi sariq yaltiroq bo'lib, ba'zan kulrang oqish suzmasimon massa bilan to'lgan bo'lishi ham mumkin. Kista ichidagi massa ortib borgani sari uning ichki bosimi ham ortadi va u ana shu ko'rsatkichlar hisobiga o'sadi. Odontogen kistalarning etiopatogenezi turli- tuman bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni ildiz uchidan boshlab rivojlanadigan kistalar radikulyar kistalar deyiladi. Ular apikal yoki yon kistalar bo'lishi mumkin.

RADIKULYAR KISTALAR

Radikulyar kistalar tish ildizining uchida yallig'lanish jarayonlari kuzatilganda rivojlanadi. Dastlab ildiz uchi granulyomasi hosil bo'ladi. Granulyomaning ichidagi periodontal boylam epiteliy qoldiqlari yallig'lanish jarayoni hisobiga o'sib, kistagranulyomalarni hosil qiladi. Kistagranulyomadan keyinchalik kistalar hosil bo'ladi. Klinik

ko'rilganda kistalar ko'proq yemirilgan yoki davolangan, ba'zan esa sog'lom, lekin oldin jarohat olgan tishlar sohasida uchraydi. Radikulyar kistalar bir necha oylar va yillar davomida sekin o'sib, bemorlarga dastlab noqulaylik tug'dirmaydi. Ko'pincha og'iz dahlizi tarafga o'sib, jag' kortikal plastinkasini yemiradi.

Radikulyar kistalar hosil bo'lish mexanizmida yallig'lanishi elementlarini ximik va mexanik ta'sirlar ostida periodont to'qimasida yallig'lanish elementlarning paydo bo'lishi va kichik bo'shliqlarning transsudat bilan to'lishi alohida o'rin tutadi.

Bu holatlar kistagranulemalarni hosil bo'lishiga, suyak to'qimasining yemirilishiga, g'ovaksimon qavatning atrofiyasiga va keyinchalik kortikal kavatning yemirilishiga olib keladi. Yallig'lanishning intensivligi darajasiga binoan kistaning suyakka bo'lgan bosimi 1,3 s/u dan 10,7 s/u gacha yetadi.

M.F. Rojdestvenskiy (1967y) bo'yicha ildiz uchi kistalari yuqori jag' gaymor bo'shlig'ini deformatsiyalovchi kistalar 45,8 % keltirib chikaradi. va 20-60 yoshli bemorlarda ko'p uchraydi. Kistalarning joylashuviga qarab 1 chi o'rinda birinchi molyar, ikkinchi o'rinda birinchi premolyar, 3 chi o'rinda ikkinchi premolyar, 4 chi o'rinda ikkinchi molyar va 5 chi 8 tishlar hisoblanadi.

Bu kistalar bir vaqtni o'zida burun tomonga va yuqori jag'ga qarab o'sishi mumkin

Radikulyar kistalar suyak ko'migi va mag'zini chirib tish qon nerv tutamlarini atrofiyasiga olib kelish mumkin.

Bu esa o'z navbatida pulpani oziqlanishini buzib, nekrozga olib keladi.

Agar 2 ta alohida kistalar 2 ta tishdan hosil bo'lgan bo'lsa, bir-biri bilan tutashib ketadi va rentgenda kistoz adamantinomani tuzilishini ko'rsatadi.

Radikulyarlar kistalar ham (94-96%) tashkil etadi. Radikulyar kistalar kistogranulemadan o'sib kattalashadi. Agar yuqori jag' bo'shlig'i yaxshi pnevmatizatsiyalangan bo'lsa, ildiz uchi kistalari asta-sekin yuqori jag'ga o'sib kiradi. Yuqori jag'ga o'sib kirgan kistalar gaymor bo'shlig'i tubidagi suyakning yo'qligi gumbazsimon yumshoq soya bilan xarakterlanadi. Ildiz uchi kistalarini tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi. Kerak bo'lsa punktsiya yoki sitologik tekshiriladi. O'sayotgan kistalarning asosiy belgisi bo'lib hisoblanadi; suyak deformatsiyasi, pergament kogoz shitirlashi simptomi, keyinchalik flyuktuatsiya belgisi,

rentgenda tishlar divergentsiyasi. Yallig'langan kistalarda qizarish, shish, atrof to'qimalardagi yumshoq to'qimalar infiltratsiyasi va og'riq hosil bo'lishi hisoblanadi. Yallig'lanishning asosiy sababi bo'lib, surunkali yallig'lanishning xuruji, Tish kanalidagi infektsiyaning aktivizatsiyasi, jarohat va sovuq qotish hisoblanadi.

Yuqori jag' tishlarining ildizidan rivojlangan kistalar tanglay plastinkasini yupqalashtiradi va ba'zan uning yemirilishiga sababchi bo'ladi. Burun bo'shlig'i va gaymor bo'shlig'i sohasidagi kistalar shu bo'shliqlarga o'sib kirishi ham mumkin.

Og'iz dahlizi ko'zdan kechirilganda o'tuv burmasi sohasida yumaloq aniq chegarali shish kuzatiladi. Suyakning yemirilishiga ko'ra, kista ustidagi suyak to'qimasi egiluvchan bo'lib qoladi. Suyakning yemirilish darajasiga qarab, Dyupitren simptomini aniqlasa bo'ladi. Kista ustidagi suyak butunlay yemirilganda flyuktuatsiya belgisini aniqlash mumkin. Kista sohasida joylashgan tishlarda surilish va buralish holatlari ko'zga tashlanadi. Perkussiyada bo'g'iq tovush eshitiladi. Elektrodontodiagnos-tikada kista sohasida joylashgan tishlarda elektr sezuvchanlikning pasayib ketganligi kuzatiladi.

Kistalarning yiringlashi natijasida periostitlar kelib chiqadi. Vensan simptomi ham kuzatilishi mumkin. Yuqori jag'da kistalarning rivojlanishi, odatda, yuqori jag' bo'shlig'ining surunkali yallig'lanib turishiga olib keluvchi omil vazifasini o'taydi.

Rentgen tasvirida suyakning yumaloq, aniq chegarali yemirilganligini ko'rish mumkin (Rasm).



Pastki jag'ning radikulyar kistasi

Bunda sababchi tishning ildiz uchi kista bo'shlig'iga kirib turadi. Qo'shni tishlarning ildiz uchlari kista bo'shlig'iga nisbatan har xil joylashishi mumkin. Rentgen tasvirida qo'shni tishlarning periodontal yorig'i aniqlansa, tish kista bo'shlig'i bilan bog'lanmagan, periodontal yoriq aniqlanmasa, tish kista bo'shlig'i bilan bog'langan bo'ladi. Ba'zi holatlarda kista devori tish ildizlarini surishi ham mumkin. Tish ildizlarining so'rilishi kuzatilmaydi.



Yuqori jag'ning radikulyar kistalari

- a) yuqori jag' bo'shlig'iga tegib turuvchi; b) yuqori jag' bo'shlig'ini suruvchi;*
- v) yuqori jag' bo'shlig'iga o'sib kiruvchi.*

Kistalarning kattalashib borishi natijasida pastki jag' suyagining asosi yemirilib ketadi va bu hol, o'z navbatida, pastki jag' suyagining patologik sinishiga olib kelishi mumkin. Ko'pincha yuqori jag'dagi kistalar burun va gaymor bo'shliqlariga o'sib kirishi ham kuzatiladi. Gaymor bo'shlig'iga kistaning o'sib kirishi hisobiga bo'shliqning suyak plastinkasi yemirilib ketadi (Rasm).

Klinik va rentgenologik tekshiruvlar natijasida kistalarga tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Gumon qilingan holatlarda kista punktsiya qilinib, sitologik tekshiruvlar o'tkaziladi.

Mikroskopda tekshirilganda, kista devori fibroz to'qima va shoxlanmaydigan ko'p qavatli epiteliydan tashkil topganligi aniqlanadi.

Radikulyar kistalar xirurgik usulda davolanadi. Sistektomiya, sistotomiya, ikki bosqichli operatsiya va plastik sistektomiya o'tkaziladi.

Odontogen epiteliyning rivojlanish jarayonida hosil bo'ladigan kistalarga keratokista, follikulyar kista, tish chiqish davri kistasi va milk kistalari kiradi.

KERATOKISTA

Odatda, uni birlamchi kista ham deyishadi va bu o'sma, asosan, pastki jag'da uchraydi. Juda kam uchraydi. Bilinmasdan, pinhona rivojlanib, uzoq vaqtgacha aniqlanmaydi. Yallig'langanda yoki boshqa kasalliklarda rentgenologik tekshiruv o'tkazilganda tasodifan aniqlanishi mumkin. Keratokista jag'ning uzunasiga joylashib o'sadi va jag' shaklining yaqqol buzilishiga olib kelmaydi. Shu bois, hajmi katta o'lchamga yetgandagina aniqlanadi. Keratokista pastki jag'ning tanasi, burchagi va shox qismida uchraydi (Rasm).

Rentgen tasvirida suyak to'qimasining aniq politsiklik (ko'p davriylik xususiyatiga ega bo'lgan) chegarali yemirilishi kuzatiladi. Suyakning bir tekisda so'rilmaligi rentgen tasvirida ko'p kamerali kistaga o'xshab ko'rinishi mumkin.

Kista pastki jag'ning shox qismida joylashganda bo'g'im va tojsimon o'siqlarni ham egallashi mumkin. Kortikal plastinka yupqalashadi va ayrim qismlarda so'rilib ketadi. Rentgen tasvirida kista sohasida joylashgan tishlarning periodontal yorig'i aniqlanadi.



Pastki jag' keratokistasi

Keratokistaga klinik-laboratoriya tekshiruvlari asosida tashxis qo'yiladi. Ameloblastoma bilan solishtirib qiyosiy tashxis qilinadi. Ameloblastomada jag'da yaqqol shish kuzatiladi. Yakuniy tashxis biopsiya materiali tekshiruvlaridan so'ng qo'yiladi. Ochiq biopsiya o'tkazilib, jag' suyagi va kista devoridan material olinadi. Ayni paytda, biopsiya xirurgik usulda davolashning birinchi bosqichi bo'lib hisoblanadi.

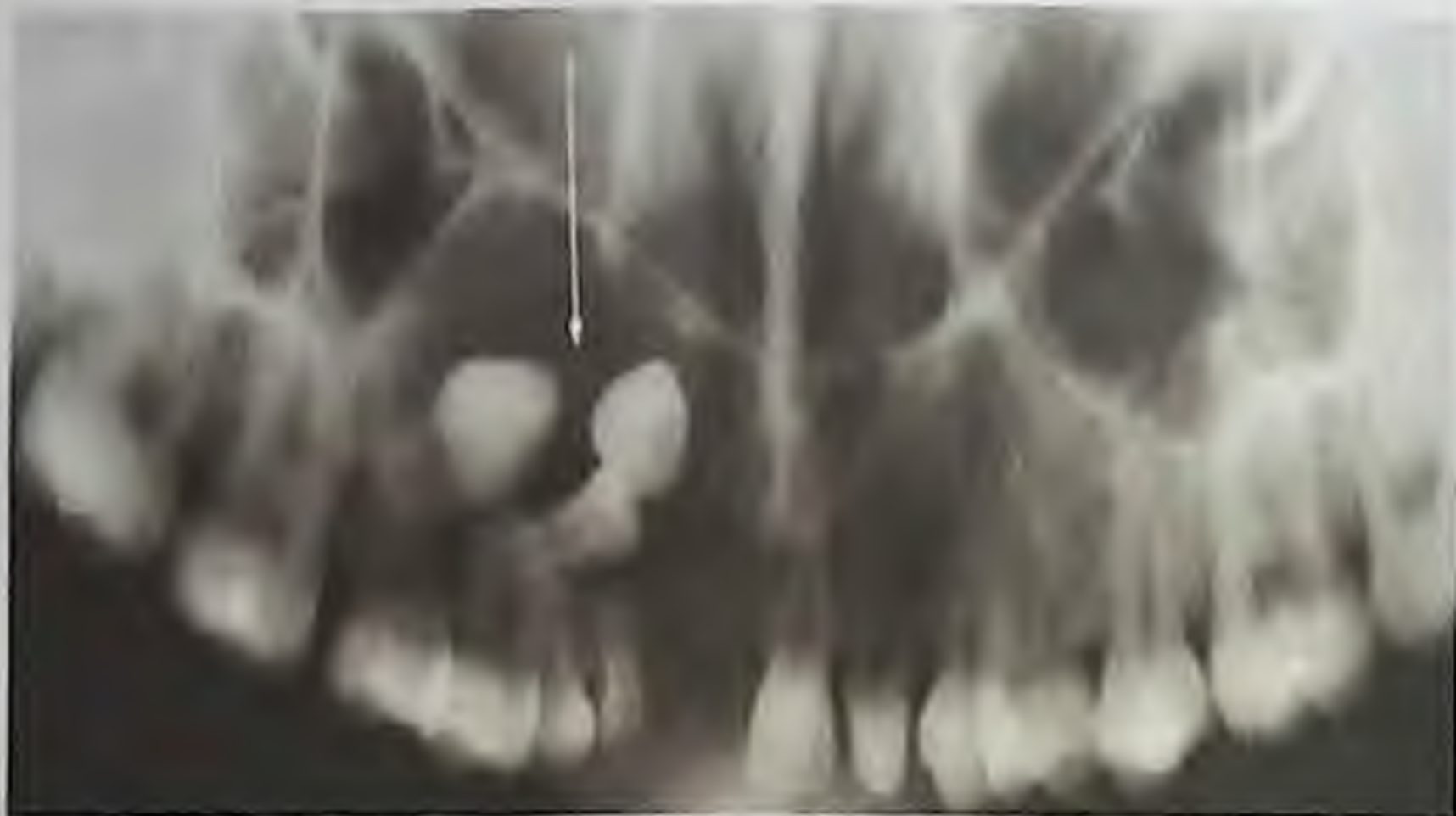
Makroskopik ko'zdan kechirilganda, keratokista bir butun bo'shliq hosil qilib, devor bilan qoplanganligi va ichi kulrang oqish tusdagi amorf massa bilan to'lganligi ko'rinadi. Mikroskopda tekshirilganda, kista devori fibroz kapsula va shoxlanadigan ko'p qavatli epiteliydan tashkil topganligi aniqlanadi. Keratokistalar xirurgik usulda davolanadi. Keratokistalar qaytalanishi va xavfli o'smaga aylanishi mumkinligini hisobga olib, uning qobig'i to'laligicha olib tashlanishi kerak.

FOLLIKULAR KISTALAR

Folikulyar kistalar hali yorib chiqmagan tishning emalidan rivojlanadi. Kista ko'proq pastki uchinchi molyar, qoziq va yuqori jag'dagi uchinchi molyar tishlarda hosil bo'ladi. Kistaning klinik ko'rinishi jag'da uchraydigan boshqa kistalarnikiga o'xshab ketadi. Kista sohasida tish ko'rinmaydi. Tish saqlovchi kistalardan ameloblastomalar kelib chiqishi mumkin. Rentgen tekshiruvida suyakning aniq chegarali yemirilganligi ko'rinadi. Kista bo'shlig'ida to'liq shakllangan retentsiyali

Yuz-jag' soxasi xavfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari

sababchi tish aniqlanadi. Uning toj qismi kista bo'shlig'iga qaragan yoki uning devoriga tegib turishi mumkin (Rasm).



Yuqori jag' folikulyar kistasi

Folikulyar kistalarni keratokista va ameloblastoma bilan solishtirgan holda qiyosiy tashxislash kerak.

Makroskopik ko'zdan kechirilganda, xolesterin saqlovchi sariq yaltiroq, bir kamerali bo'shliq aniqlanadi.

Mikroskopda tekshirilganda, kista devori fibroz kapsula va ko'p qavatli yassi epiteliydan tashkil topganligi aniqlanadi.

Davolashda sistektomiya operatsiyasi o'tkazilib, retentsiyaga uchragan tish olib tashlanadi.

Folikulyar kistaning klinikasi Radikulyar kistalardan kam farqlanadi.

Tashxisi quyidagi ma'lumotlarga asoslanib quyiladi: jag' atrofidagi to'qimaning asta-sekinlik bilan og'riqsiz usmaning katta bo'lishi, tishlar yorib chiqishidagi anomaliyalar. kista bilan gangrenoz tishlar bog'liqligi,

Rentgenologik ko'rinishi. Suyakda anik chegarali suyak yemirilishi va o'rtasida yorib chiqmagan tishning toj kismining yoki to'liq tishning mavjudligi.

Davolash. Xirurgik operatsiya ikki usulda bajariladi:

1. Sitotomiya
2. Sistektomiya

Radikulyar kistani davolash-xirurgik usulda amalga oshiriladi.

Agarda kista kichik bo'lsa, diametri 1-1,5 sm dan oshmasa konservativ davolashga urinib ko'rish mumkin. Davolashning radikal metodi operativ aralashuvdir. 1892 va 1910 yillarda "Partch 2" operatsiyani ikki usulini taklif qiladi.

Lekin bu ancha oldin Dupuytren tarafidan taklif qilingan. Partch usulni aniq tasvirlab bergan xolos. Shuning uchun operatsiyani Dyupyuntren-Partch plastik sistotomiyasi deb atash to'g'riroq. U yildan-yilgacha kam qo'llanilib kelmoqda.

Radikulyar kistani 2 xil xirurgik yo'l bilan davolanadi. Sistotomiya-kistani sirtqi qavatini olib tashlash bilan (Parch 1 usul bilan) va kistoz qobig'ining to'liq olib tashlanishi sistoektomiya bilan amalga oshiriladi. (Parch 2 usuli) Jag' kistalarida sistotomiya o'zining holsiz va yurak-qon tomir kasalligi bor odamlarda (uzoq operatsiya qilina olmaydiganlarda) o'tkaziladi. Sistotomiya follikulyar kistada qilinadi; qachon bolaning tishi chiqishiga umid bo'lganida, qachonki kistani olib tashlash tishning murtagiga ziyoni tegishi mumkin bo'lganida. Bu operatsiyaning ustunligi uning soddalagida, jaroxatlanishining kamligida va beziyonligida, retsedivning deyarli yo'qligida.

Agar yuqori jag' suyagi yaxshi pnevmotizatsiyalangan bo'lsa, kistoz o'simtasi sekin-asta yuqori jag' bo'shliqqa o'sib kiradi, uni yuqoriga va ichkarisiga surib (M.F. Rojdestvenskayaning ma'lumotiga ko'ra (1967) bunday kistalar 45,8 % hamma yuqori jag'li kista) Bo'shliqqa kiruvchi kista suyak devorining yo'qligi bilan xarakterlanadi, bunda yuqori jag' bo'shliq fonida gumbazsimon yumshoq terili soya ko'riladi.

Ildizli kista rentgen diagnostika asosan qiyinchilik tug'dirmaydi. Ishonch hosil qilinmaganda kista punktsiyasi va sistologik tekshiruv o'tkaziladi. Ildizli kistaning mikroskopik qobig'i fibroz to'qimadan iborat va o'lmagan ko'p qavatli epiteliydan iborat. Kista rivojlanishiga ko'p hollarda qon-tomir o'chog'ining siqilishi va atrofiyasiga olib keladi, tishning yuqori qismiga kelgan, bu esa pulpaning atrofiyasiga va uning nekroziga olib keladi. Rivojlangan kistaning simptomlari: suyakning bilinmas deformatsiyasi, keyinroq pergament qirsillash simptomi, yanada keyinroq flyuktuatsiya simptomi, spetsifik puntuat borligi. Sarg'ish-jigarrang, xolesterin yaltirog'i, tishlar divergentsiyasi.

Yiringlash holatida qizarish qo'shiladi. Shishish va infiltratsiya atrofdagi to'qimalarda infiltratsiya va og'riq bo'ladi.

Oronazal sistotomiya katta kistalarda mahalliy og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Oronazal sistotomiyada kistaning old va yuqori qobig'i olinadi. Plastik sisektomiya- bunda kistani qobig'i butunlay olinadi, lekin yara tikilmaydi. Ikki etapli operatsiya-sistotomiya va sistektomiya birgalikda bajariladi.

Sistoektomiya kistaning qobig'ini to'liq olib tashlashdan iborat (tozalash, qirib tashlash, kovlab olib tashlash, yarani tikib tashlash)

Ustunligi: Operatsiyadan so'ng sun'iy yaratilgan og'iz bo'shlig'idagi buxtani nazorat qilish yo'qligida.

Reparativ jarayonni tezlashtirishda u yoki bu osteogenetik stimulyatorlardan foydalanmaslik (allasuyak, suyak, suyak biologik tampon).

Sistoektomiyaning kamchiliklari:

Pastki katakchali (oysimon) nervning ochilib qolishi.

Yuqori jag' (gaymor bo'shlig'i) yoki burun bo'shlig'ining ochib qo'yish ehtimoli - bu sistogaymoro-nazoanastomoz paydo bo'lishi bilan tugashi mumkin. Qator intakt tishlarni depulpatsiya va plomba qilishga to'g'ri kelishi mumkin, chunki ular kistani olib tushlayotganda oziqlanishi buzilishi mumkin.

Oronazal sistotomiya va oronazal sistoektomiya-yuqori jag' bo'shlig'iga o'sib kirgan kistalarda qo'llaniladi va surunkali gaymoritlarda qo'llaniladi.

Bu aralashuvning shundan iboratki, yuqori jag' bo'shlig'ining kista bo'shlig'i bilan birlashtirilib va paydo bo'lgan bitta bo'shliqni pastki burun yo'li bilan birlashtiradi. Oronazal sistoektomiya qo'llash kerakligi kista atrofida tish yo'qligida

Birlamchi kista - kerotokista - bunda yorib chiqqan tishlar yoki tish zachatkalari orasida yoki tish chiqishini protsessi orasida to'g'ridan-to'g'ri anatomik bog'liqligi yo'q.

Bu kista faqat asosiy tashxisi gistologik tekshiruvda aniqlanadi.

TISH CHIQISH DAVRI VA MILK KISTALARI

Bu ikki kista ham juda kam uchraydi. Tish chiqish davri kistasi chiqayotgan tishning toj qismini egallab, ko'kimtir rangda bo'ladi. Mikroskopda ko'zdan kechirilganda, kista qobig'i shoxlanmaydigan ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplanganligi ko'rinadi. Tish chiqishi kechikkanda xirurgik usul qo'llaniladi.

Milk kistalari milkning qoldiq epiteliy hujayralaridan rivojlanadi. Mazkur kistalar milkda kichik tugun ko'rinishiga ega bo'ladi. Davolash o'tkazilmasa ham bo'ladi.

RETROMOLYAR (PARADENTAL) KISTALAR

Retromolyar kistalarga pastki jag' burchagi va pastki aql tish orqasida joylashgan kistalar kiradi. Bu kistalarning kelib chiqishi tish atrofi to'qimalarini surunkali yallig'lanishini va pastki jag' aql tishlarining o'sib chiqishi bilan bog'liq. Bu holatda yallig'langan to'qima va aql tishi ustki kapyushoni kistaga aylanishi mumkin. Globulo-maksillyar kistalar yuqori jag' qo'shilgan soxalarida uchraydi, bu kistalar fissural kistalarga kiradi. 2 tish va qoziq tish orasida joylashadi. Rentgenda shu tishlar ildizi divergentsiyasi kuzatiladi.

Davolash: sistoektomiya

Burun-lab, burun-alveolyar kistasi:

-tug'ma bo'lib, burun asosida joylashadi.

-rentgenda faqat kontrast modda yuborilganda ko'rinadi.

Davolash: eksterpatsiya

MILK KISTASI

Bu kista yosh bolalarda uchrab, qoldiq epiteliydan hosil bo'ladi. Hajmi no'xatdek bo'lib, shilliq qavat ustidan bo'rtib turadi va "Serra bezi" deb nomlanadi.

Davolash - kistani olish

O'sish kistasi.

O'sish kistasi chiqayotgan tishning koronkasining ustida joylashadi. Tish chiqishi kerak bo'lgan joy ko'k do'mboqcha sifatida ko'rinadi. Davo talab qilmaydi. Agar bolani qattiq bezovta qilsa ochish mumkin.

Jag'larning odontogen kistalarini davolash

Kistalarni davolashda asosan sistektomiya va sistotomiya operatsiyalari o'tkaziladi. Gaymor bo'shlig'iga o'sib kirgan kistalarda oranazal sistektomiya yoki bir bosqichli sistotomiya gaymorotomiya bilan birgalikda olib boriladi. Bundan tashqari, plastik sistektomiya-kistalarni ikki bosqichda bartaraf etish operatsiyasi o'tkaziladi. Bu operatsiyalarni o'tkazishga kistalarning etiopatogenezi, o'lchami, kista sohasida nechta tishning joylashganligi asosiy ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Sistektomiya radikal operatsiya hisoblanib, unda kista qobig'i to'liq olib tashlanadi va yara tikib qo'yiladi. Sistektomiya operatsiyasiga ko'rsatmalar quyidagilardan iborat:

- odontogen epiteliy rivojlanishidan hosil bo'lgan kistalar;
- 1-2 ta tishlar sohasini egallagan kistalar;
- pastki jag'ning katta hajmli kistalarida jag' asosining qalinligi 0,5-1 sm. dan kam bo'lmaganda, kista sohasida tishlar bo'lmaganda;
- yuqori jag'da gaymor bo'shlig'i tubining suyak plastinkasi saqlanganda, kista sohasida tishlar bo'lmaganda.

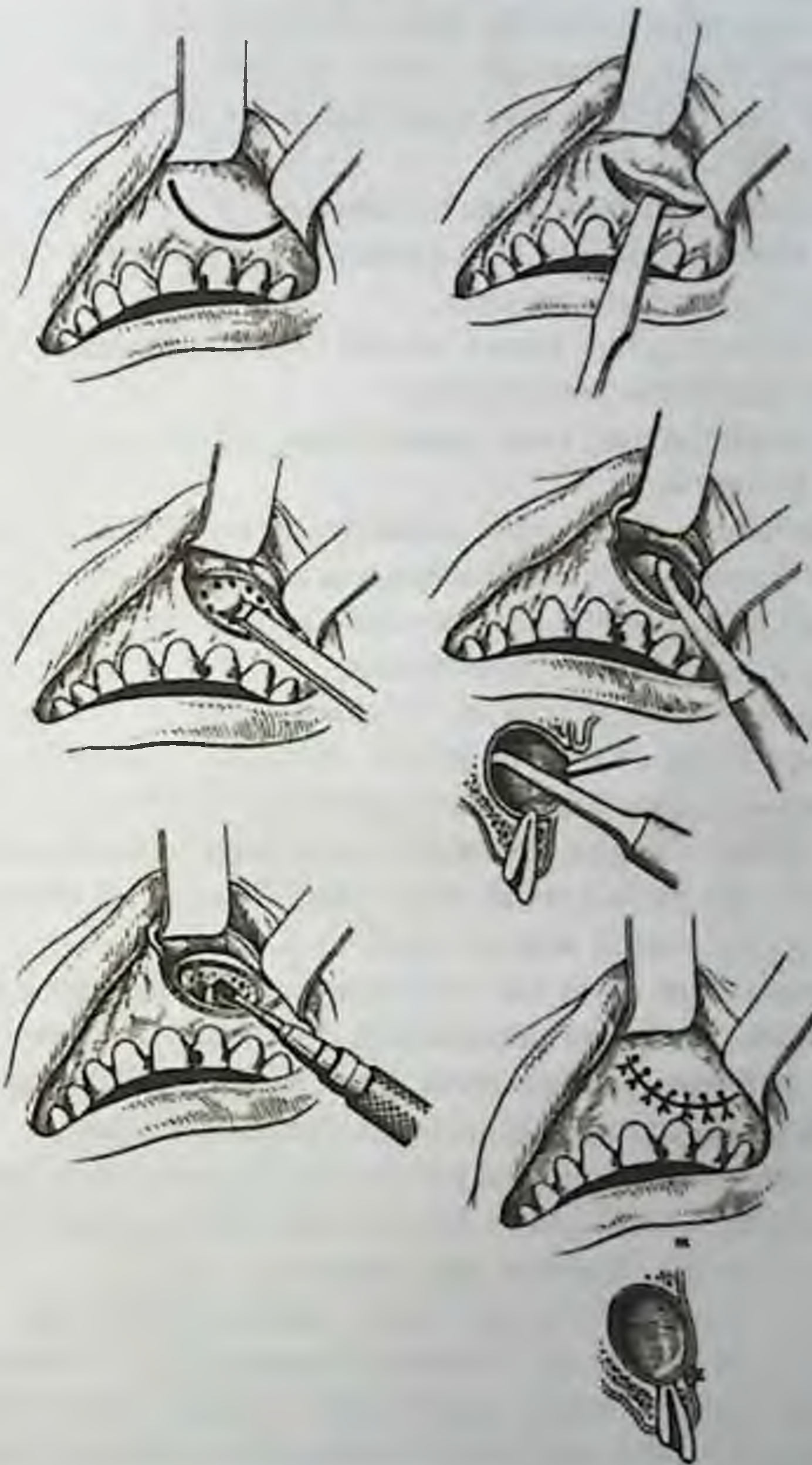
Sistektomiya operatsiyasi o'tkazilganda ko'p holatlarda bir ildizli tishlar kanali plombalanib, ildiz uchi rezektsiyasi operatsiyasi o'tkaziladi. Ko'p ildizli tishlar va kista ichidagi retentsiyaga uchragan tishlar har doim olib tashlanishi kerak. Kista sohasidagi rentgen tasvirida periodontal yorig'i aniqlanadigan tishlarda elektrodontodiagnostika o'tkaziladi. Elektr sezuvchanligi pasaygan tishlar tegishlicha davolanadi. Rentgen tasvirida periodontal yoriq ko'rinmaydigan tishlar operatsiyadan oldin endodontik usulda davolanadi.

Sistektomiya operatsiyasi o'tkazuvchan va infiltratsion og'riqsizlantirishlar ostida olib boriladi. Jag'ning dahliz yuzasida oval yoki trapetsiyasimon kesma o'tkaziladi (Rasm). Shilliq qavat – suyak usti pardali laxtak ajratiladi. Laxtakning asosi o'tuv burmasiga qaragan bo'lishi kerak. Tishlar bor vaqtda laxtakning uchi milk qirg'og'iga 0,5-0,7 sm. yetmaydi. Agar kista tishning bo'yin qismigacha tarqalgan bo'lsa, milk so'rg'ichlari sohasigacha kesma o'tkaziladi. Laxtakning o'lchami kattaligi bo'yicha kistaning o'lchamidan kattaroq bo'lishi kerak. Laxtak raspator yordamida ajratilib, suyak yalang'ochlanadi. Ajratilgan laxtak ilmoq yoki ligatura bilan ushlab turiladi.

Kistaning ustida ildiz uchi proektsiyasida suyakda trepan (tibbiy parma) yoki fissurali bor yordamida yumaloq shaklli darcha ochiladi. Suyak plastinkasi olib tashlanadi va kistaning oldingi devori ochiladi. Ochilgan darchaning o'lchami kistaning yaxshiroq ko'rinishi va ildiz uchi rezektsiyasini o'tkazish uchun qulay bo'lishi kerak. Raspator, burchakli elevator yoki xirurgik qoshiqcha yordamida kista qobig'i ajratiladi.

Kistaning ildiz bilan bog'langan qismida ildiz uchi rezektsiya qilinadi va kista to'lig'icha olib tashlanadi. Bo'shliq sinchiklab tekshiriladi. Bo'shliq devorlari va ildizning qolgan qismi ko'zdan kechirilgach, ichiga suyak qipiqlari solib tikib qo'yiladi. Tashqi tomondan bosib turuvchi bog'lam 4-5 kunga qo'yiladi. Og'riq qoldiruvchi,

desensibillovchi va yallig'lanishga qarshi dori-darmonlar buyuriladi. Bemorlar 6-7 kunga ish qobiliyatini yo'qotadi.



Yuqori jag'da sistektomiya operatsiyasi (chizma)

Yuz-jag' soxasi xavfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari

Sistotomiya operatsiyasida kistaning oldingi devori olib tashlanib, bo'shliq og'iz dahlizi yoki og'iz bo'shlig'i bilan tutashtiriladi.

Bu operatsiya natijasida kista ichidagi bosim pasayib, suyakda appozitsion o'sish kuzatiladi. Kista bo'shlig'i torayib, asta-sekin yo'qoladi. Bu operatsiya juda yengil bajariladi, lekin jarohat o'rmining bitishi uzoqqa cho'ziladi.

Sistotomiya operatsiyasiga ko'rsatmalar:

1. Kista bo'shlig'ida 3 ta va undan ortiq intakt tish bo'lib, ularning periodont yorig'i aniqlanmaganda;
2. Yuqori jag'ning katta o'lchamli kistalarida burun bo'shlig'i tubi va tanglay plastinkasi yemirilganda;
3. Pastki jag'ning katta kistalarida jag' asosining qalinligi 0,5 sm. dan kam bo'lganda.

Sistotomiya operatsiyasi mahalliy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi (Rasm). Xuddi sistektomiya operatsiyasidagi singari yarim oval kesma o'tkaziladi. Shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak ajratiladi. Kistaning ustidagi suyak olib tashlanadi.

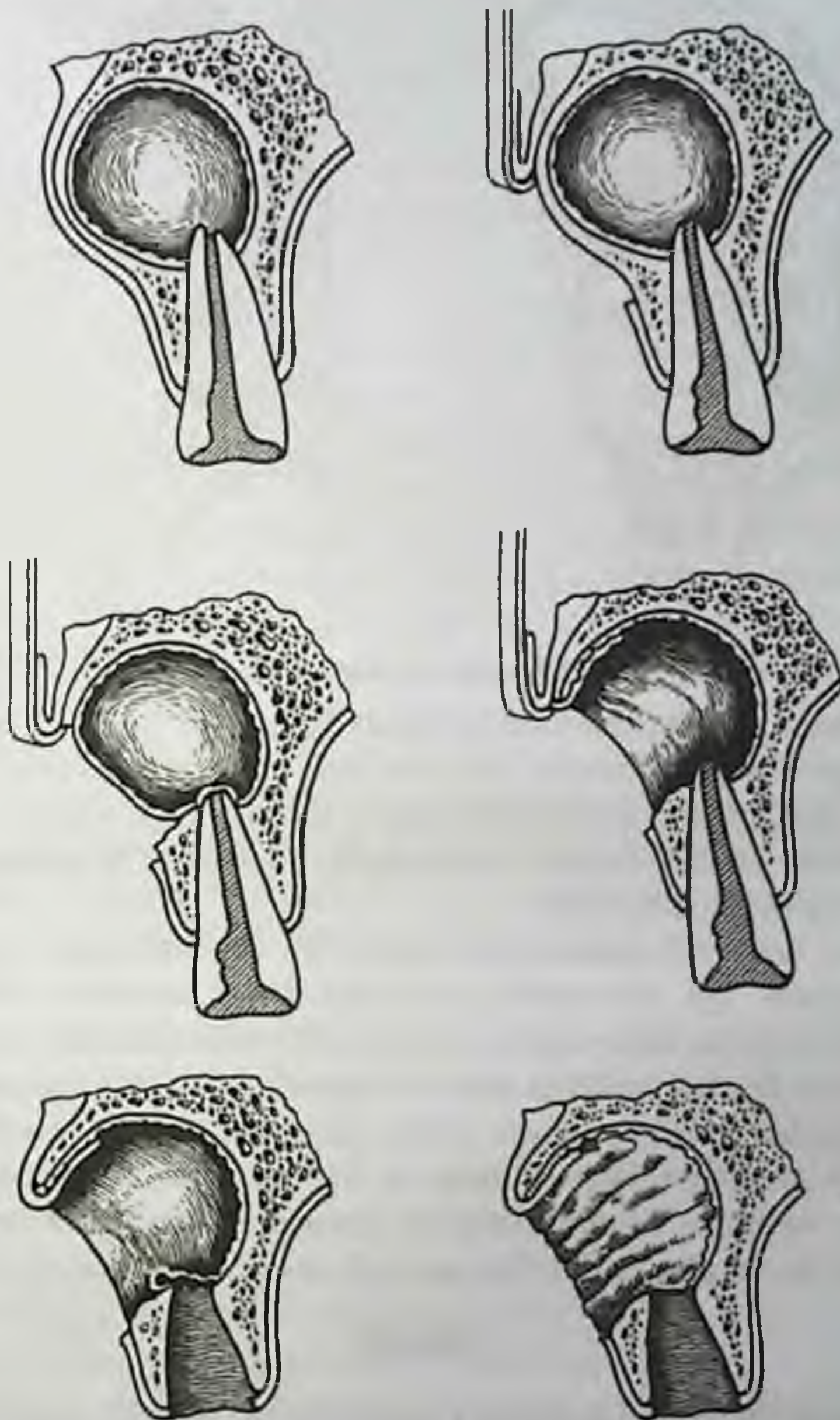
Olib tashlanadigan suyak o'lchami kista o'lchamidan kichik bo'lmasligi kerak. Kista bo'shlig'i ochilgach, yaxshilab yuviladi. Ajratilgan laxtak bilan tish ildizlari yopilib, kista bo'shlig'iga yodofomli doka qo'yiladi. Tanglay tomondan sistotomiya o'tkazilganda shilliq qavat-suyak usti pardali laxtak kista qobig'i bilan kesib olingach, kista bo'shlig'iga yodofomli doka qo'yiladi.

Operatsiyadan keyin 6-8 kun o'tgach, qo'yilgan tampon yangisiga almashtiriladi. Tamponni almashtirish 3-4 marta amalga oshiriladi. Uchinchi haftaning oxiriga borib yara chetlari epitelizatsiyalashgan bo'ladi. Bemor keyinchalik og'zini chayishda davom etadi.

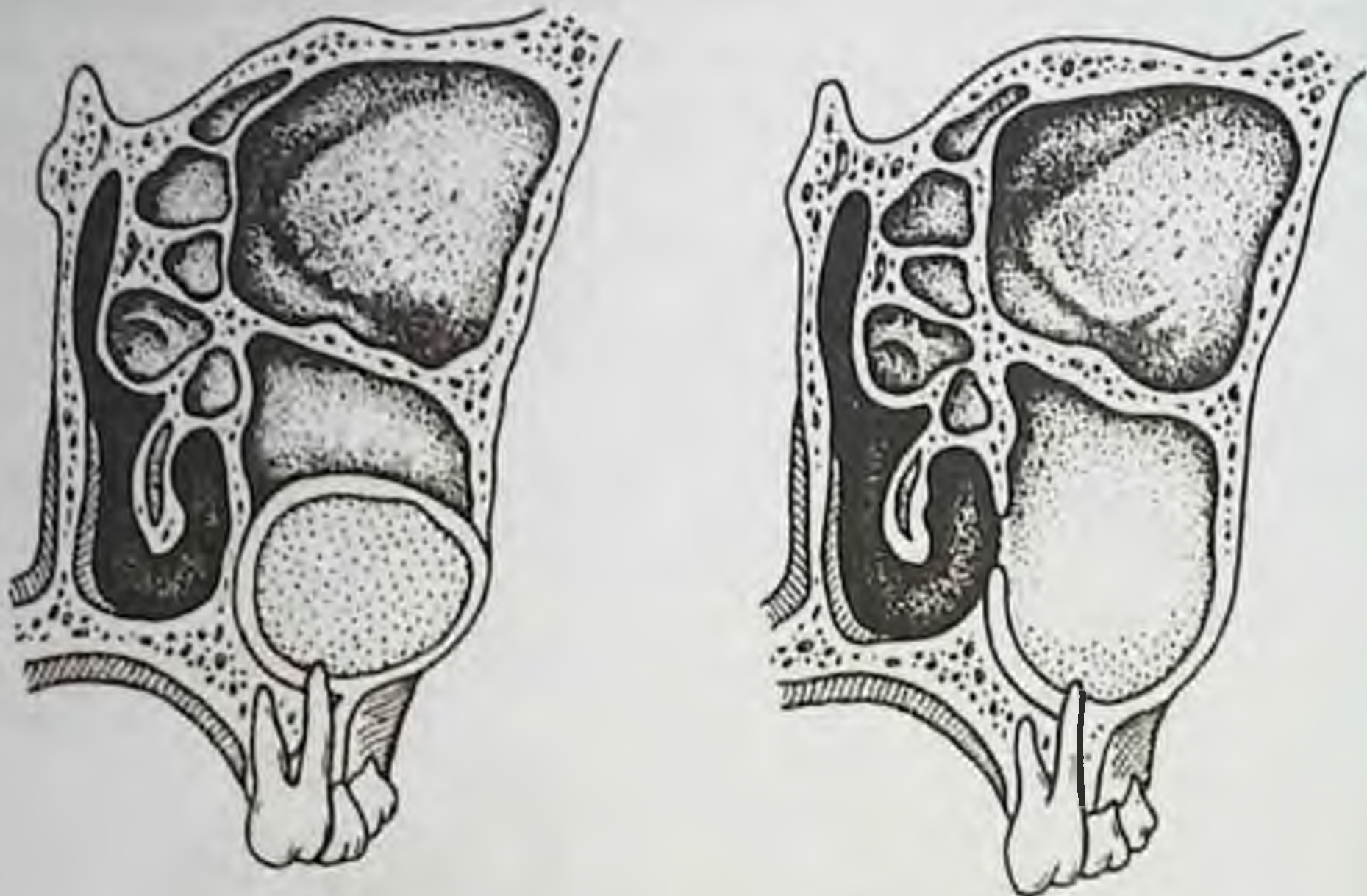
Operatsiyadan keyin hosil bo'lgan bo'shliq suyakning appozitsion o'sishi hisobiga sekinlik bilan 1,5-2 yil ichida kichiklashib, to'lib boradi. Bemorlar 6-7 kunga ish qobiliyatini yo'qotadi.

Yuqori jag' bo'shlig'iga o'sib kiruvchi kistalarda oranazal sistektomiya (Rasm) yoki sistotomiya operatsiyasi o'tkaziladi. Bu operatsiyada kista bo'shlig'i yuqori jag' bo'shlig'i bilan tutashtirilib, pastki burun yo'li bilan bog'lanadi. Kista sohasida tishlar bo'lmasa yoki 1-2 ta tishlar bo'lsa, oranazal sistektomiya operatsiyasi o'tkaziladi. Kista

sohasida intakt tishlar ko'p bo'lsa, oranazal sistotomiya operatsiyasi o'tkaziladi.



Yuqori jag'da sistotomiya operatsiyasi (chizma)



Oranazal sistotomiya (chizma)

Plastik sistektomiya operatsiyasida kista qobig'ining hammasi olib tashlangach, yara tikilmaydi. Hosil bo'lgan bo'shliq yuzasiga ajratilgan laxtak yopilib, ustiga yodoformli doka qo'yiladi. Bu operatsiya usuli kam o'tkaziladi va u, asosan, yiringlagan follikulyar kistalarda yoki keratokistalarda qo'llaniladi.

Ikki bosqichli operatsiyada sistotomiya va sistektomiya birgalikda olib boriladi. Bu operatsiya jag'larning katta kistalarida bajariladi. Birinchi bosqichda sistotomiya operatsiyasi bajarilib, kista ichidagi bosim yo'qotiladi. Buning hisobiga suyakda appozitsion o'sish kuzatiladi. Bu operatsiyadan 1,5-2 yil o'tgach, sistektomiya operatsiyasi bajariladi. Ikki bosqichli operatsiya kam jarohatli bo'lib, uni ambulatoriya sharoitida bajarish mumkin. Katta o'lchamli kistalarda ham bemorlarni jag' konturini buzmasdan turib to'liq davolash mumkin

EPULIS

Uning 3 turi tafovut etiladi: gigant hujayrali, fibrozli, angiomatozli. Bular ichida faqat gigant hujayrali turi haqiqiy o'smalarga kiradi. Qolgan 2 turi reaktiv yallig'lanish hisobiga rivojlanadi. Ularning alveolar o'siqda

joylashishi, klinik ko'rinishini o'xshashligi va davolash uslubining bir xilligi uchun bir xil termin bilan epulis deb ataladi. Gigant hujayrali epulis turli yoshdagi bemorlarda uchrashi mumkin.

O'sma alveolar o'siqda joylashib, dumaloq yoki oval shaklda, to'q qizil tusda, usti silliq bo'lishi ham mumkin. O'sma sekin o'sadi va og'riqsiz bo'ladi. O'smaning ustki qismi ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan bo'lishi mumkin. Ba'zi holatlarda o'smaning epiteliy qatlami antagonist tishlar bilan jarohatlanadi va yaralar kuzatiladi. O'smani paypaslaganda yumshoq elastik konsistentsiyada, o'sma sohasida joylashgan tishlar esa qiyshaygan, ba'zida qimirlagan, lekin og'riqsiz bo'ladi. Gigant hujayrali o'sma katta hajmgacha o'sib ketib, ovqatlanishga va gaplashishga xalaqit beradi. Gigant hujayrali epulisda alveolyar o'siqda suyak distrofiyasi kuzatiladi. Alveolyar o'siqda periostal reaksiya kuzatilmaydi. Fibrozli angiomatoz epulis klinik ko'rinishi jihatidan gigant hujayrali epulisa o'xshaydi. Epulislarning shakllanishida periodont va alveola devorlari ishtirok etadi. Ularning hosil bo'lishida har xil tashqi omillar, yemirilgan tishlar bilan uzoq vaqt davom etuvchi mexanik ta'sirlar, ayniqsa, tishlarning rivojlanish davrida, hamda homiladorlik paytidagi gormonal muvozanat buzilishining ahamiyati kattadir. Homiladorlik tugashi bilan epulislarning hajmi kichrayadi, lekin butunlay yo'q bo'lib ketmaydi, keyingi homiladorlikda epulis yana kattalashib o'sa boshlaydi. Ayollarda epulis erkaklarga nisbatan 3-4 marta ko'proq uchraydi. Epulis ko'pincha yoshlarda va yetuk (20-50) yoshda kuzatiladi.

Klinik ko'rinishi jihatdan epulis qo'ziqoringa o'xshab milkda, ingichka yoki keng oyoqchada joylashadi. Ko'pincha epulislarning og'izni dahliz qismida rivojlanadi.

Fibroz epulislarning zich elastik konsistentsiyaga ega bo'lib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, og'riqsiz va tez qonashi kuzatiladi. Fibroz epulis sekin o'sadi (Rasm).

Gistologik tekshiruvda epulisda biriktiruvchi to'qima cho'zilgan arqonsimon (vereten) to'qimalar ko'rinishida kuzatiladi.

Angiomatoz epulis – qon tomirlariga boy granulyatsion to'qimadan tezlik bilan rivojlanadi va jadal o'sib, kattalashadi, ayniqsa, homiladorlik davrida uning o'sishi yanada tezlashadi.



Fibromatoz epulis

Angiomatoz epulislarning yuza maydoni mayda donachali bo'lib, tiniq malina rangiga o'xshaydi (Rasm).

Rentgenologik tekshiruvda yallig'lanish tabiatli epulislarda alveolyar o'siqda biroz osteoporoz kuzatiladi.

Davolash. Epulislarning hamma turlari faqat xirurgik usul yordamida davolanadi. O'smalarning o'rni koagulyatsiya qilinadi. Epulis sohalaridagi tishlarning ildizlari ochilib, qimirlab qolganda, ular olib tashlanadi.



Angiomatoz epulisi

NOODONTOGEN (NOSPETSEFIK) XAVFSIZ O'SMALAR

YUZ-JAG' SOHADAGI YUMSHOQ TO'QIMALARNING XAVFSIZ O'SMALARI TASNIFI

Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash Tashkilotini tasnifi bo'yicha (VOZ. Jeneva. 1980. IV bo'lim) barcha yumshoq to'qima va terini o'smasimon hosilalari quyidagi guruhlariga bo'linadi:

- A) Fibroz to'qima o'smasi
- B) Yog' to'qima o'smasi
- V) Mushak o'smasi
- G) Qon tomirlari o'smasi
- D) Limfatik tomirlar o'smasi
- E) O'smasimon ksantom zararlanishlar
- J) Periferik nervlar o'smasi
- Z) Boshqa o'sma va o'smasimon xosilalar

QON TOMIR O'SMALARI VA O'SMASIMON HOSILALARI

Qon tomir o'smalari eng ko'p uchrab, yuz -jag' o'smalarining 25 % i va yumshoq to'qima o'smalarining 65 % ini tashkil etadi. Gemangioma (heoma – qon, antgon - tomir) xavfsiz o'sma. Tug'ma qon tomir rivojlanishi anomaliyasi xisoblanib bolalikdan nomoyon bo'ladi. Ko'pincha yumshoq to'qimada joylashadi, ba'zan jag' suyagida joylashishi mumkin. Boshqa xavfsiz o'smalardan gemangiomaning farqi shuki, infiltrativ o'sishga, retsediv berishga moyil, lekin metastaz bermaydi. Qon tomir o'smalari ko'pincha yuzda joylashib, yuz deformatsiyasi va xunuklashuviga hamda yuz-jag' sohasi funktsiyasining buzilishiga va o'sha sohalardan qon ketishiga sabab bo'ladi. Qon tomir o'smalarini xavfsiz va xavfli turlari ajratiladi. Xavfsiz qon tomir o'smalariga gemangiomalar, glomusli o'sma (glomangioma), tizimli gemisigeometoz «gemangioma» granulyatsiyali tuzilmali shakllari (piogen granulema) kirsa, xavfli qon tomir o'smalari angiosarkomalar ko'rinishida bo'lishi mumkin.

GEMANGIOMA

Gemangioma – xavfsiz, chegaralanmagan, qon tomirlarining proliferatsiyasidan hosil bo'luvchi o'smasidir. Kelib chiqishi noma'lum bo'lib, ko'pchilik tadqiqotchilar gemangiomalarni qon tomirlarining

anomaliyasi deb hisoblashadi. Lekin gemangiomalarning bir qismi haqiqiy o'smalarga kirsada, ularni bir-biridan ajratish juda qiyin. Gemangiomas ko'pincha tug'ma bo'lib, organizm o'sgan sari ular ham kattalashib boradi, ba'zida esa to'qimalar orasida joylashib, mutlaqo sezilmaydi yoki kech seziladi. Yuzning yumshoq to'qimalaridagi gemangiomas ba'zida yuz-jag' suyagi o'zgarishlari bilan birga uchraydi. Gemangioma infiltrativ o'sib, atrof to'qimani yemiradi va kamdan-kam hollarda xavfliga aylanadi. Yosh bolalarda gemangioma yo'q bo'lib ketishi ham mumkin.

Gemangiomas tasnifi.

Tomir o'smalari - gemangiomalarning klinik anatomik tasnifi N.I. Kondrashin bo'yicha 1963 y quyidagilarga bo'linadi:

1. Oddiy
2. Kavernoza
3. Shoxsimon
4. Kombinatsiyalangan (oddiy+kavernoza+shoxsimon)
5. Aralash (gemangiolimfoma, gemangiofibroma, neyroangiofibroma)
6. Sistemali angiomatoz

Xalqaro gistologik tasnif bo'yicha yumshoq to'qima qon tomirlarining o'smalari va o'smasimon xosilalari quyidagi turlarga bo'linadi:

1. Xavfsiz gemangioendotelioma
2. Kapilyar gemangioma (o'smirlik gemangiomasi)
3. Kavernoza gemangioma
4. Venoz gemangioma
5. Shoxsimon gemangioma (arterial, venoz, arterialvenoz)
6. Mushakli gemangioma (kapilyar, kavernoza, arterialvenoz)
7. Sistemali gemangiomatoz
8. Tug'ma arterialvenoz oqma yo'lli yoki oqma yo'lsiz gemangiomatoz
9. Globussimon o'sma
10. Angiomiona (tomir leyomiona)
11. Piogen granulema

Solishtirma diagnoz

Bu limfangioma va tug'ma dog'lar bilan solishtiriladi. Limfangioma ham oddiy kistasimon yoki g'ovaksimon bo'ladi, lekin terisi rangi oq bo'lishi bilan farq qiladi, oson bosiladi, punktsiyada och yoki xira

suyuqlik (limfa) bo'ladi. Tug'ma pigmentli dog' och qizil yoki kofe rangli dog' bo'ladi. Limfangioma ta'sir endoteliysi o'sishni va melano suyuklardan shakllanadi, bosilganda pigment rangi yo'qolmaydi.

KAPILLYAR GEMANGIOMA.

Ko'pincha lunj, ko'z osti sohalarida va kamdan-kam hollarda yuzning boshqa sohalarida joylashadi. Klinikasida: yassi, to'q qizil, aniq chegarali dog' sifatida ko'rinadi. Bu dog'larni bosib ko'rilganda, ba'zida yo'qolishi ham mumkin (Rasm).

Gemangioma, asosan, teri va shilliq qavatni zararlaydi va ba'zan chuqur to'qimalarga ham o'sib kirishi mumkin.

Mikroskopda ko'zdan kechirilganda, gemangioma kapillyar turdagi tomir kanallaridan iborat va bir qavat endoteliy to'qimasi bilan o'ralganligi aniqlanadi. Qon tomir gemangiomalari pigmentli nevus bilan solishtirgan holda qiyosiy tashxislanadi: pigmentli nevuslar bosib ko'rilganda, rangi o'zgarmaydi.

Kapillyar gemangioma, oddiy gemangioma to'qima sohasida yassi, dog'li, pushti qizil yoki ko'kish rangga ega to'qimalar bo'lishi bilan ifodalanadi. Bu joy anastomozlashgan va tutashib ketuvchi, yangi paydo bo'lgan kapillyar va arteriolalardan iborat. Kapilyarlar arterial yoki venozli bo'lishi mumkin. Gemangioma og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida yoki yuz terisida joylashadi. Qo'l bilan bosilganda shu joy oqaradi.

Kapillyar gemangioma sekinlik bilan rivojlanganda teri osti va shilliq osti kletchatkalar o'zgaradi, ba'zan bu jarayon tez kechishi mumkin.

Ba'zan bu davosiz yo'qolishi yoki kichrayishi mumkin.

Tez o'sishi va stabil xolatlar davrlari almashinib turadi.



Kapillyar gemangioma

KAVERNOZ GEMANGIOMA.

Boshqa gemangiomalarga qaraganda ko'proq uchrab, barcha gemangiomalar-ning 70% ini tashkil etadi. Ba'zi holatlarda chegaralangan, rangi ko'kimgir tusda, yumshoq konsistentsiyaga ega bo'ladi. Tarqalgan kavernoza gemangiomalar bir necha anatomik sohalarda joylashib, yuzning xunuklashuviga va deformatsiyalanishiga olib keladi. Tashqaridan qaralganda, g'adir-budur, ko'kimgir to'q qizil rangdagi, yumshoq konsistentsiyali, og'riqsiz, chuqur palpatsiya qilinganda esa kichik hajmdagi hosilalar – angiolitlar kuzatiladi. Bular rentgenda ham aniqlanadi. To'lishish simptomi musbat bo'ladi. O'smani bosganda, uning kichrayishi qon bilan to'lgan bo'shliqning bo'shashi hisobiga bo'layotganligi kuzatiladi. Bemor boshi pastga egilganda, o'smaning kattalashishi to'lishish simptomi deb ataladi. Gemangiomalar tilda, labda joylashsa, nafaqat deformatsiyaga balki, chaynash, lablar va jag'lar jiplashuvining qiyinlashuvi kabi funktsional o'zgarishlar yuzaga kelishiga sababchi bo'lishi ham mumkin. Gemangiomaning jarohatlanishi natijasida qonashi va agarda unga infektsiya qo'shilsa, yallig'lanish jarayonlari ham kuzatilishi mumkin. Gemangiomalarning tarqalish darajasini bilish uchun maxsus bo'limlarda angiografiya o'tkaziladi. Gemangioma punktsiya qilinsa, shprits osongina qonga to'ladi, sitologik tekshiruvda esa periferik qon elementlari uchraydi. Mikroskopda tekshirilganda, kavernoza gemangioma, asosan, kavernoza tomirli tuzilmadan iboratligi va uning usti bir qavat endoteliy hujayrasi bilan qoplanganligi aniqlanadi (Rasm).



Quloq suprasi yuzdagi kavernoza gemangioma

Shingilsimon – shoxli gemangioma.

Shingilsimon gemangioma kavernoz gemangiomadan o'smalarning pulsatsiyasi bilan farqlanadi.

Mikroskopda tekshirilganda – u qalin devorli arterial va venoz turdagi qon tomirlaridan iborat ekanligi ko'rinadi.

Shingilsimon gemangioma – arterial-venoz anevrizmalardan qiyoslab tashxislanadi.

Ba'zi bemorlarda gemangiomalarning bir necha xili birgalikda uchrashi mumkin.

Davolash. Xirurgik stomatologiyada gemangiomalarning turi, hajmi, joylashishiga qarab, davolashning har xil usullari qo'llaniladi. Kapillyar, kavernoz va boshqa kichik hajmdagi gemangiomalar xirurgik yo'l bilan olib tashlanadi. Katta hajmni egallagan kapillyar gemangiomalarda birinchi qavatning o'zini olib tashlab, erkin teri to'qimasini ko'chirib o'tqazish yaxshi natija beradi. Tarqalgan kavernoz va shingilsimon gemangioma xirurgik operatsiya vaqtida qon ketishiga sababchi bo'lishi mumkin. Shuning uchun ko'pincha, avval sklerozlash amaliyoti va keyinchalik operatsiya o'tkaziladi. Ba'zi holatlarda spirt yuborishdan avval o'smaga keluvchi va ketuvchi arteriyalar bog'lab qo'yiladi. Til kavernoz gemangiomasida ipak iplar yordamida matrasli choklar qo'yiladi, bu esa, o'z navbatida, o'smaning chandiqlanishiga va hajmini kichrayishiga sabab bo'ladi. Sklerozlovchi terapiya – bu o'smada aseptik yallig'lanish belgilarini chaqirib, o'sma bo'shliqlarining sklerozlashuvi va bo'shashishini keltirib chiqaradi. Buning uchun 2 % li salitsil spirti va 70% li etil spirti aralashmasi ishlatiladi. Bunday aralashmani 5ml dan 50 ml gacha, ya'ni o'sma hajmiga qarab yuboriladi va u tomirlarda qonning tromblashuvini keltirib chiqaradi. Spirt yuborilgandan so'ng, bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi. Operatsiyadan so'ng bir necha kun davomida shish va og'riqli infiltrat kuzatilishi mumkin. Qayta spirt yuborish 2 haftadan keyin qilinadi, bunday davolash natijasida o'sma kichrayadi yoki umuman yo'qolib ketishi ham mumkin. Bundan tashqari, spirtni kaverna bo'shliqlariga yuborib, o'smani qisqich bilan ushlab turgan holatda bo'shliqni yuvish yoki o'smani elektrokoagulyatsiya qilish ham mumkin. Koagulyatsiya natijasida yuza gemangiomalar ustki qavati me'yor to'qimaga yaqinlashadi, chuqur gemangiomalar esa chandiqlashadi. Oxirgi vaqtlarda o'smalarni suyuq azot bilan kriodestruktsiya o'tkazish keng qo'llanilmoqda.

Kriodestruksiyaning applikatsiya usuli keng qo'llaniladi, undan tashqari, nur terapiyasidan ham foydalanish mumkin.

VENOZ GEMANGIOMA.

Klinikasi kavernoza gemangiomaga o'xshash. Morfologiyasi: biriktiruvchi venoz tomirlardan iborat, ba'zida silliq mushak, fibroz to'qima va yog' to'qima elementlarini ham uchratish mumkin.

Tizimli gemangiomatoz – o'smasimon hosila bo'lib, bunda bir yoki undan ko'p a'zolar zararlanadi. Bu guruhga Randyu-Osler-Veber kasalligi (qonaydigan teleangiektaziya), Sterdjo-Veber kasalligi kiradi. Sterdjo-Veber kasalligi triada simptomlari bilan xarakterlanadi. Yuzdagi teri angiomasi, nevrologik belgilar – epilepsiya va oligofreniya, zaiflik va yana ko'zdagi o'zgarishlar – ko'z bosimining oshishi, ko'rishning pasayishi, kon'yunktivit kabi belgilar bilan ifodalanadi.

Davolash – simptomatik. Randyu-Osler-Veber kasalligida qonayotgan teleangiektaziyalar koagulyatsiya qilinadi, chunki tez-tez qonash holatlari gipoxrom anemiyaga olib kelishi mumkin.

GRANULYATSION TO'QIMA SHAKLIDAGI GEMANGIOMA (PIOGEN GEMANGIOMA).

Bu o'smasimon hosila bo'lib, ko'pincha eng ko'p jarohatlanadigan sohalarda: jag'larda, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, lunjda, tilda, labda uchraydi. Piogen granulema tez o'sib, 1-2 haftada 2-3 sm balandlikka ko'tariladi. Bu hosila keng oyoqchada, usti notekis, g'adir-budur, kul rang-to'q qizil tusda bo'lib, ba'zida usti yaralanib, fibroz plenka bilan qoplanadi. Oyoqchasining asosi infiltratsiyaga uchramaydi. Mikroskopik ko'rinishi – bo'lakchali kapillyar gemangioma yoki granuliyatsion to'qimadan iborat bo'lib, qon tomiri va surunkali yallig'lanish fibroz elementlariga bog'liq bo'ladi.

Davolash: sog' to'qimalar chegarasida kesib olib tashlash.

GEMANGIOMALARNI ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI.

Kichik oddiy gemangiomalar elektrokoagulyatsiya, nur terapiya, uglekislota bilan davolanadi. Oxirgi paytlarda emizikli va kattaroq bolalarda past voltli rentgen apparatlardan foydalanilyapti. Bunda bolalar kam masofada rentgen bilan nurlantiriladi. Bu usul afzalligi og'riqsizli, aniq dozirovka yubora olish, aniq vaqt yuborish (25 min) va davolovchini yaxshi himoya qilish sharoiti borligi. Bu terapiya ko'pchilik bolalarga

qo'llaniladi. Ulardan 6 % yaxshi kosmetik natijali. Emizikli bola 6 gr dozirovka bilan bir tekis o'tkaziladi, 4-5 haftada o'smani yo'qolishi kuzatiladi. Ba'zan 1,5-4 oyda 3 marta qilinadi. (umumiy dozirovka 20-25 gr yetishi uchun).

Katta kapilyar gemangiomalar yuzda bir marta yoki 2-3 bosqichli kesib olish bilan olib boriladi, ko'p ochiq qolgan jarohatga plyonka, qorin yoki yelka terisidan transplantant qo'yiladi. Lab va lunj sohadagi kavernoza yoki shoxlangan gemangiomalar yuz nerv tarmoqlari va quloq oldi so'lak bezini maksimal ehtiyotkorlik bilan kesiladi. Bu jarrohlik harakatini boshlashdan oldin chegaralangan kavernoza gemangiomada fibrinolitik aktivlik balandroq, diffuzda kavernoza gemangiomada qon ivish tizimi aktivligi pasayganligini hisobga olish lozim.

Lab va lunj, engak, chakka - quloq oldi sohalaridagi keng kavernoza va shoxlangan gemangiomalarda o'smani kesib olib tashlash kam ishlatiladi, sababi bunda yuz nervi jaroxati tufayli mimika muskullari paralichi bo'lishi mumkin. Davolashni boshqa usullari ham mavjud. Sklerozlovchi terapiyada Davling bo'yicha turli kimyoviy moddalar inektsiyasi qilinadi. Oxirgi paytlarda xinin va uretan aralashmasi ishlatilayapti.

(Uretani 0.6; Chinini muriatici 1.25; Aquae desti 1 latae 10.0)

P.P. Gorbushina bo'yicha sklerozlovchi terapiya. Gorbushina xinin-uretan aralashmasini bu terapiyada effektini oshirish uchun mahkam bintlashni qo'shimcha qildi. Tarqalgan kavernoza gemangiomada Gorbushina 56 ml doza bitta ukolda xinin uretan yubordi. Takroran 24 kundan keyin qayta yuboridladi.

V.S. Agapov bo'yicha sklerozlovchi terapiya statsionar holatda hamma o'sma to'qimasi quyidagi eritma tarkibi bo'yicha infiltratsiya qilinadi: 95 % S2H5OH+novokain 0.1+ distirillangan suv 29.0 igna o'smadan (chegarasidan) 1-2 sm chetroqdan qilinadi. Aralashmani yuborishdan oldin assistent barmog'i bilan tomirlarni ezadi, xirurg ignani oxirigacha kirgizadi, igna kiritish mobaynida eritma yuborib boriladi. Eritma bir necha yo'nalishlarda yuboriladi. Eritma o'sma mag'ziga, bo'shliqlariga tushadi.

Yu.I. Bernadskiy bo'yicha sklerozlovchi terapiya: Bu usulda ikkita variant taklif etilgan.

Yuz-jag' soxasi xavfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari

1-Variant. Katta, bir-biri bilan bog'langan kavernali o'smalarni ularni oson bo'shatish mumkin bo'lganda qo'llaniladi.

2-Variant. Bu variant qachonki kavernalar orasidagi bog'liqlik yetarli bo'lmaganda, kavernalar kichik, o'smadan qonni surilishi imkoni bo'lmaganda qo'llanadi.

P.V. Xodorovich bo'yicha sklerozlovchi terapiya. Uncha katta bo'lmagan kapillyarlar, shoxlangan va kavernoqli o'smalarga qo'llaniladi. P.V Xodoroviya taklifiga ko'ra bu usulda 3 % uksus kislota dikain eritmasi bilan yuboriladi. Inektsiya tuberkulin spritsi bilan qilinadi. Bundan boshqa Kaznachenko, Duduko usullari ham bor.

Lazer nurlanish bilan davolash.

Oxirgi yillarda optik kvontli generatorlar bilan tomirli gemangiomani fotokoagulyatsiya qilish keng qo'llanilyapti.

YUZ-JAG' SOHASI VA BO'YINNING TUG'MA KISTA VA OQMALARI

Yuz-jag' sohasi va bo'yinning tug'ma kista va oqmalariga dermoid, epidermoid kistalar, bo'yinning o'rta, yon kista va oqmalari kiradi.

Dermoid kistalar (Rasm 85) ontogenez jarayonining buzilishi natijasida ektodermadan rivojlanadigan tug'ma kista hisoblanadi. Yuz jag' sohasida og'iz bo'shlig'i tubida bo'yin o'rta chizig'i bo'ylab, burun ildizi asosida qoshlar oralig'ida, burun qanotlari atrofida va ko'z kosasining tashqi qirg'oqlarida joylashishi mumkin. Klinik jihatdan dermoid kistalar yumaloq shaklda, paypaslaganda og'riqsiz, elastik konsistentsiyali, teri va atrof to'qimalar bilan bog'lanmagan bo'ladi. Kista atrofidagi teri va shilliq qavatlarida o'zgarish kuzatilmaydi. Ammo kistalar qoshlar oralig'ida va ko'z kosasining yuqori tashqi qirg'og'ida joylashgan holatlarda suyak usti pardasi bilan bog'langan bo'ladi. Kistani bu sohalarda joylashgan holatlarida diagnostik punktsiya, rentgenologik tekshiruvlar va neyroxirurg maslahati orqali miya churralaridan qiyosiy tashxislab olish kerak. Dermoid kista sekin o'sadi va deyarli yiringlamaydi. Kista katta o'lchamga yetganida tilni yuqoriga surilishi natijasida bemorlarni gapirishi va ovqat qabul qilishi qiyinlashib boraveradi. Gistologik jihatdan kistalarning devori terini epidermal qavati bilan birga soch folikulalarini, ter va yog' bezlarini tutadi. Kistani ichida teri yog'i, soch, ko'chib tushgan epidemis hujayralari, seroz suyuqlik va xolesterin kristallaridan iborat mahsulotlar aralashmasi bo'ladi.



Dermoid kistalar xirurgik yo'l orqali davolanadi. Operatsion yo'l kista joylashgan sohaga qarab tanlanadi va sistektomiya operatsiyasi amalga oshiriladi.

Epidermoid kista ham ontogenez jarayonining buzilishi natijasida ektodermadan rivojlanadigan tug'ma kista hisoblanadi. Kelib chiqish mexanizmi bo'yicha dermoid kistadan farq qilmaydi, lekin unga nisbatan ko'proq uchraydi. Odatda og'iz bo'shlig'i tubining oldingi qismida joylashadi. Sekin o'sadi va deyarli yiringlamaydi. Kista paypaslaganda yumshoq, elastik konsistentsiyali, og'riqsiz, teri va atrof to'qimalari bilan bog'lanmaydi. Epidermoid kistaning devori yupqa bo'lib, ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplanadi. Kistani ichida sariq rangdagi xolesterin kristallarini tutuvchi suyuqlik va ko'chgan epiteliy hujayralari aniqlanadi. Tashxis qo'yish jarayonida UTT, punktsion biopsiya va kontrast sistografiya usullaridan foydalanish mumkin. Epidermoid kistani ranula va jag' osti so'lak bezlarini kistalaridan, shuningdek limfangiomaning kistoz shakllaridan qiyosiy tashxislab olish kerak.

Epidermoid kistalar ham xirurgik yo'l orqali davolanadi. Sistektomiya operatsiyasi amalga oshirilib kista qobig'i bilan olib

tashlanadi. Kista devori yupqa bo'lganligi uchun operatsiya jarayoni dermoid kistlamikiga nisbatan murakkabroq kechadi.

Bo'yinning o'rta kista va oqmalari (Rasm) tug'ma patologik jarayon bo'lib, qalqonsimon-til chiqaruv yo'lining to'liq reduktsiyaga uchramasligi natijasida kelib chiqadi. Bu kista va oqmalar tireoglossal kista va oqmalar deb ham yuritiladi. Odatda embrion rivojlanishining to'rtinchi haftasining oxiridan boshlab qalqonsimon-til chiqaruv yo'li reduktsiyaga uchray boshlaydi va sekinlik bilan to'liq yo'qolib, til ildizi sohasida ko'r teshik qoldiradi. Qalqonsimon-til chiqaruv yo'lining to'liq reduktsiyaga uchramasligi keyinchalik bo'yinning tireoglossal kista va oqmalarining rivojlanishiga olib keladi. Bo'yinning tireoglossal kista va oqmalari qalqonsimon-til chiqaruv yo'lining istalgan qismida uchrashi mumkin. Tireoglossal kistalar og'riqsiz sekin o'sishi bilan birga tez-tez yallig'lanib yiringlab turadi. Kistani yallig'lanishi dahan osti sohasi limfadenitlari bilan qiyosiy tashxislanadi. Paypaslaganda yumshoq, yumaloq shakldagi, elastik konsistentsiyali, teri va atrof to'qimalari bilan bog'lanmagan hosila aniqlanadi. Bu kista ichkari tomondan til osti suyagining tanasi bilan chambarchas bog'lanadi. Odatda tireoglossal kistalar bo'yin o'rta chizig'i bo'ylab til osti suyagidan biroz pastroqda joylashadi. Ba'zan til osti suyagi sathida yoki biroz yuqoriroqda joylashishi ham mumkin. Ko'pincha oqmalar kistalarni yiringlashi oqibatida kelib chiqadi. Ammo bo'yinning tireoglossal oqmalari mustaqil kasallik sifatida uchrashi ham mumkin. Bemor yutingan vaqtda kista va oqmalar til osti suyagi bilan birgalikda yuqoriga ko'tariladi. Tireoglossal oqmalarda paypaslaganda til osti suyagiga borib taqaluvchi tortmalar aniqlanadi. Oqmalar vaqti vaqti bilan ochilib, undan kam miqdorda shilliq sekret yoki yiring ajralib turadi. Oqmalar to'liq yoki noto'liq bo'lishi mumkin. To'liq oqma yo'li bo'yin terisidan boshlanib til ildizi sohasidagi ko'r teshikkacha davom etadi. Noto'liq oqmalar ichki yoki tashqi bo'lishi mumkin. Tashqi noto'liq oqmalar til osti suyagi tanasidan boshlanib bo'yin terisiga ochilsa, ichki noto'liq oqmalar til osti suyagi tanasidan boshlanib til ildizi sohasidagi ko'r teshikka borib ochiladi. To'liq oqmalarda bo'yin terisidan yuborilgan 1% li metilen ko'ki til ildiz sohasidagi ko'r teshikdan og'iz bo'shlig'iga borib quyiladi. Tashxis qo'yishda UTT, diagnostik punktsiya va kontrast sisto va fistulografiya usullaridan foydalanish mumkin.



Bo'yinning o'rta kistasi

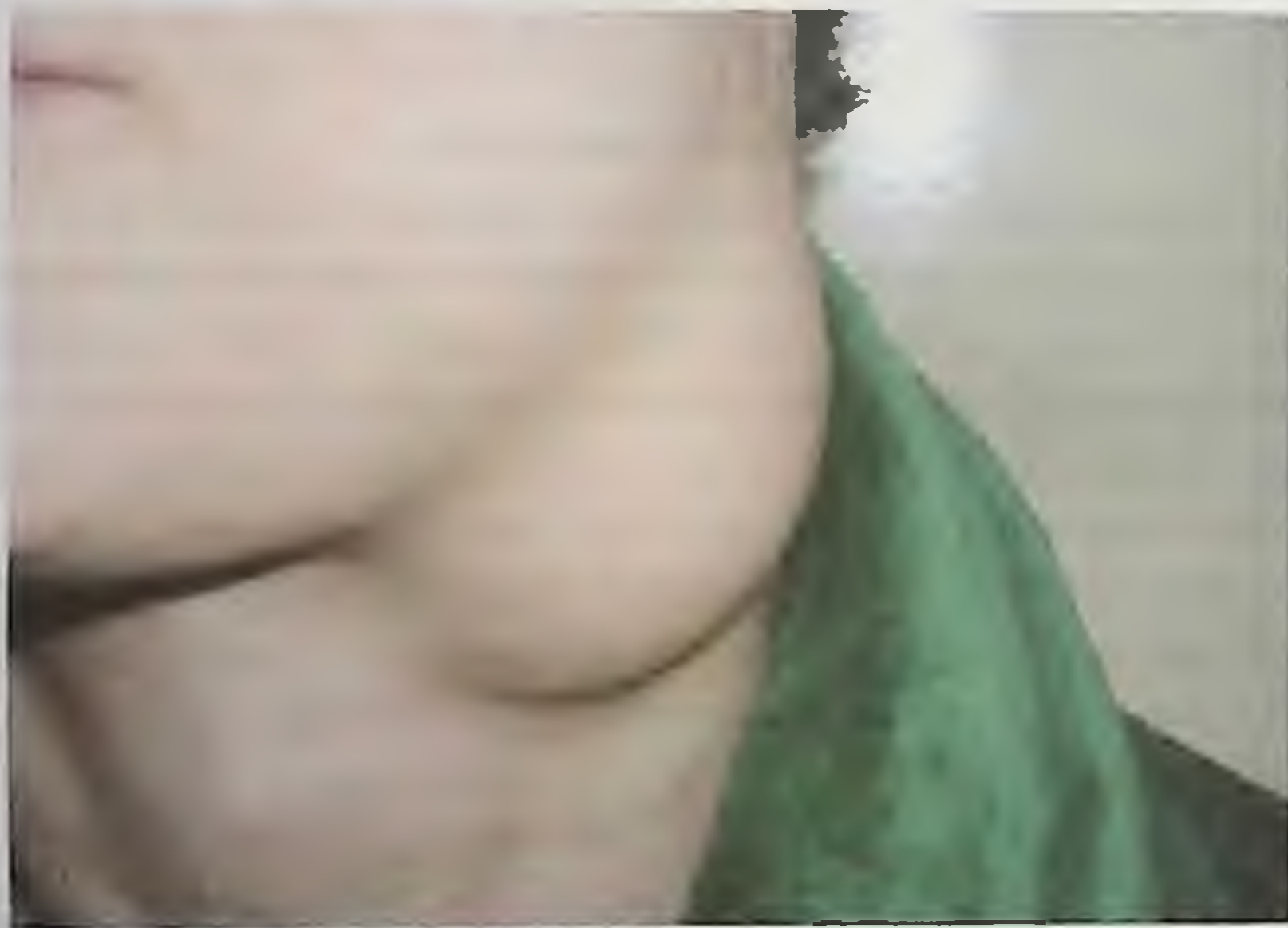
Bo'yinning tireoglossal kista va oqmalari xirurgik yo'l orqali davolanadi. Kista va oqma devorlari atrof to'qimalaridan ajratilgach, til osti suyagi tanasining bir qismi rezektsiya qilinib, kista va oqma yo'li bilan birgalikda olib tashlanadi. Ba'zan oqma yo'li til osti suyagini teshib o'tib til ildizidagi ko'r teshikkacha davom etishi mumkin. Bunday vaziyatlarda oqma yo'li ham bartaraf etilishi talab qilinadi.

Branxiagen kista va oqmalar (Rasmga qarang. operatsiyadan keyin olingan makropreparati) ham tug'ma patologik jarayon bo'lib, 1 va 2 jabra yoriqlarining anomaliyalari natijasida kelib chiqadi. Birinchi jabra yorig'ining anomaliyalaridan quloq oldi sohasi, tashqi eshituv yo'li va quloq chig'anog'i sohalarida kista va oqmalar rivojlanadi. Ikkinchi jabra yoriqlarining anomaliyalaridan bo'yinning yon qismi kista va oqmalari hosil bo'ladi. Quloq atrofi sohasi kistalari quloq oldi so'lak bezining ostida yoki yuz nervi stvolining ustida joylashadi va ko'pincha tashqi eshituv yo'lining tog'ay qismi bilan tutashadi.

Quloq oldi sohasi oqmalari quloq dirildog'ining old qismida joylashib, ko'p holatlarda ikki tomonlama bo'ladi. Oqmalarni kelib chiqishida irsiy omil ham muhim o'rin tutadi.

BO'YINNING YON QISMI KISTALARI OQMALARGA NISBATAN KO'P UCHRAYDI. Kista yumaloq oval shaklda bo'lib, bo'yinning yuqori uchdan bir qismi, to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning oldida "uyqu" uchburchagi sohasida joylashadi. Ko'pincha

bo'yinni qon tomir-nerv tutamlari, xususan ichki bo'yinturuq venasi bilan chambarchas bog'lanadi. Kista sekin o'sadi. Paypaslaganda og'riqsiz, elastik konsistentsiyali, biroz harakatchan va teri bilan bog'lanmaydi. Bemor boshini qarama-qarshi tarafga burganida kistani chegaralari yaqqol ko'rinadi. Ustidagi terini rangi o'zgarmaydi. Kista ichida kir-oq rangdagi xira suyuqlik aniqlanadi. Sitologik tekshiruvda ko'p qavatli yassi epiteliy hujayralari va limfotsitlar kuzatiladi. Kistalar yallig'lanib turadi va bo'yin yon qismi abscess va flegmonalarini klinik ko'rinishini namoyon qiladi. Bo'yin yon qismi kistalari limfadenit, limfangiomaning kistoz formasi, bo'yin qon tomirlari anevrizmasi va boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.



Bo'yinning yon qismli kistasi

Bo'yinning yon qismi oqmalari bir tomonlama ba'zan ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Ko'pincha yiringlagan bo'yin yon kistalarini xirurgik yo'l orqali ochgandan keyin kelib chiqadi. Mustaqil kasallik sifatida yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchrashi mumkin. Oqma to'liq yoki noto'liq bo'lishi mumkin. To'liq oqmani tashqi chiqaruv yo'li bo'yin yon sohasida to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning oldingi qismida joylashsa, ichki chiqaruv yo'li tanglay bodomcha bezlari yoki yutqinni yon yuzasiga borib ochiladi. Noto'liq oqmalarni ichki chiqaruv yo'li bo'yin yumshoq to'qimalarida yopiq holatda tugallanadi.



Bo'yinning yon qismi kistasi jarrohlk olib tashlangandan so'nggi holat

To'liq oqmalarda bo'yin yon qismi terisidan yuborilgan 1% li metilen ko'ki eritmasi tanglay bodomcha bezlari yoki yutqinni yon yuzasiga borib quyiladi.

Bo'yin yon qismi kista va oqmalariga tashxis qo'yishda UTT, diagnostik punktsiya va kontrast sisto fistulografiya usullaridan foydalanish mumkin.

Bo'yinning yon qismi kista va oqmalari xirurgik yo'l orqali davolanadi. Kistalarda sistektomiya operatsiyasi amalga oshiriladi. Kistani bo'yin qon tomir-nerv tutamlari bilan bog'langanligi uchun operatsiya jarayonida yetarlicha qiyinchiliklar kelib chiqadi. Oqmalar butun davomiyligi bo'yicha atrof to'qimalardan ajratilib olib tashlanadi. Oqmalarni olishdan avval 1% li metilen ko'ki eritmasi yuborilib, uning davomiyligini aniqlab olish zarur. To'liq oqmalarni bartaraf qilish jarayoni murakkabroq kechadi. Oqmalar to'liq bartaraf etilmagan holatlarda kasallikni retsidiv berishi kuzatiladi.

ATEROMA (ATHEROMA)

Ateroma – grekcha bo'tqa, bu yog bezlari terisi retentsion kistasi. Bezni chiqaruv yo'lini tashqi teshigini yopilishidan rivojlanadi. Bu teshik yog'ni quyuqlashishidan yoki turli travmalar ta'sirida bo'ladi.

Arteroma yuz va boshni sochli sohalarida yakka yoki ko'p sonli holda uchraydi. Bu tez va og'riqsiz kattalashadi, yarim aylana, sharsimon,

silliq, teri bilan bog'langan holda bo'ladi. Arteroma devori yassi epiteliydan va biriktiruvchi to'qimadan iborat. O'zida yog' tukimalari, xolesterin kristallari, qotgan epiteliy xujayralari tutadi.

Ateromani radikal olib tashlash, agar u yiringlagan bo'lsa uni kesish kerak, keyin undagi moddlarni, devorlarini qirib olish, bo'shliqni spirtli yod bilan artish, yodoforimli tampon kiritiladi va yaraga bosiladi. Agar operatsiya radikal bo'lsa birlamchi olib tashlanganda ozgina qolib ketsa qaytadan rivojlanadi. Agar operatsiya qilinsa, ateroma erta yoki kech, katta o'lchamgacha rivojlanadi, yiringlab, undagi moddalar oqma yo'l bilan chiqadi.

Prognoz: radikal operatsiyadan keyin bartaraf buladi, noradikal qaytalanish bo'ladi.

FIBROZ XOSILALAR SHAKLLANISHI

Bu fibroz tuzilmadan iborat bo'lib, yakka fibroma, simmetrik fibroma milk fibromatoziga bo'linadi. Yakka fibroma milkda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, lunjni chuqur to'qimalarida, yumshoq tanglay, tilda, jag'da yakka joylashadi.

Fibroma 2 ko'rinishda uchraydi: kichik chegaralangan va yirik ikkalasi ham qattiq va yumshoq bo'lishi mumkin. Ularni hajmi vaqti va rivojlanish tezligi bilan aniqlanadi. Ular sekin o'sadi, birinchi yil hech qanday shikoyat, bezovtaliklar bo'lmaydi. Yumshoq fibromalar fibrangiomalarga ko'ra tezroq o'sadi. Fibromalar boshida og'riqsiz o'sadi, keyin kuchsiz og'riq chaqiradi (ovqat yeganda, bosganda). Palpatsiya kilinganda yirik asosli, ba'zan oyoqlari bo'lgan zich og'riqsiz konsistentsiya seziladi, sohada teri, shilliq qavatlar o'zgarmagan bo'ladi. Kichikroq fibroma kattasiga ko'ra zichroq, yumaloq chegarasi aniq, og'riqsiz (palpatsiyada) bo'ladi. Agar chaynashda tishlar orasida qisilib yuzasi yaralansa, yiringlash o'chog'i xosil bo'ladi.

Differentsial diagnoz epitelioma, milk fibromatozi bilan qilinadi. Epitelioma fibromadan konsistentsiyasini yumshoqligi ingichka oyoqchalar borligi bilan fibromatoz milk, milk fibromasidan farqli turli xarakterga ega.

Yumshoq to'qima yakka fibromasi o'smasi to'liq kesib olish bilan teriga va shiliq qavatga chuqur va tugunli choklar qo'yish bilan tugatiladi.

MILK FIBROMATOZI

Kasallik milk qirralari, so'rg'ichlarini qon yoki giprtrofiyasi milkni barcha qismi (o'tuvchi burmaga) o'zgarishi bilan kechadi. Bunda odatda yuqori va pastki jag' milki ham zararlanadi. Bu xatto kattalashib tishlar tojini ham yopishi mumkin. O'sish bo'lakchali yoki milkni butun qalinlashuvi bo'ladi. Ayrim oyoqchalarini instrument yoki qo'l bilan qo'zg'atish mumkin. Bu qalinlashish filsimon milk deyiladi.

Differentsial diagnoz paradontit, alveolyar o'siq osteomieliti bilan bo'ladi.

O'sish milkdan periostgacha boradi. Jaroxat yuzasi yodoformli doka bilan yuqoridan himoya plastinkasi bilan qoplanadi. Pastki jag'da radikal operatsiya utkazilgan joyga vaqtinchalik yodoformli doka qoplanishi bilan tugatiladi.

PAPILLOMA VA PAPILLOMATOZ

Papillamatoz reaktiv va neoplastik bo'ladi. Reaktiviga qattiq tanglay va alveolyar o'siqlarni yallig'lanib papillyar giperplaziyasi, tanglay nikotinli papillamatozi, lunj, lab, til shilliq kavatlarining travmatik papillamatoz tilni rombsimon papillamatozi kiradi.

Klinika va qiyosiy tashxisi. Papilloma og'iz bo'shlig'ida, yuz tersida uchraydi. Bular odatda yakka, yumshoq, aylana yoki bir qancha cho'zilgan bo'ladi, oyoqchasi oqim hajmni 0.2-2 sm tilda, lunj, yumshoq yoki qattiq tanglay shilliq pardasida joylashadi. O'sma konsistentsiyasi yumshoq, elastik, ba'zan yuzda zich giperkatozli papilloma uchraydi. Ba'zan papillomalar yuzasi yallig'lanadi, qattiqlashadi va oz-ozdan qonashni boshlaydi. Ba'zan lab, lunj, tanglay yumshoq qavatlarida bir qancha papillomalar chiziqlari ko'rinadi.

Yakka papilloma skalpel yoki elektropichoq bilan olinadi. Reaktiv papillamatozlar zararlovchi faktorlarni yo'qotish kerak (protezni olish, chekishni to'xtatish, xato plombani to'g'irlash). Agar bular yo'qotilmasa papilloma kattalashadi. Neoplastik papillomatoz bittada yoki bosqichli ravishda olib tashalanadi.

LIMFANGIOMA

Limfa tomirlardan kelib chiqib, tomirlarda embrional davrda paroklar bo'lishi sababli yuzaga keladi, yoshlik davrdan shuning uchun belgilari tezda yuzaga chiqadi va erta tashxislash oson bo'ladi.

Klinikasi. Limfangioma sekin, progressiv, yakka, ma'lum bosqichlarda o'sish tezlashishi yoki aksincha so'rilishi mumkin. Katta bo'lmagan limfangiomalardan chandiq qoladi. Yirik kavernoza o'smalar kattalashishga moyil. O'sma ba'zan boshqa poroklar bilan qo'shib keladi: gemangioma, nevrofibromatoz, muskullar atrofiyasi, qo'l oyoqlarining o'smasligi.

Yuz jag' sohasida bu ko'pincha lab, lunj, quloq oldi, chaynov sohalarida, burun, tilda uchraydi. Bu bo'yiga, ko'krakka, muskul osti chuqurchalarga tarqalishi mumkin. O'sma teridan 0-2 sm kutarilib turishi, rangi o'zgarmasligi yoki qattiq qismlari to'q qizil rangda bo'lishi va palpatsiyada og'riqsiz bo'lishi kuzatiladi.

Tashxislash. Tipik holatlarda diagnoz qiyinchilik tug'dirmaydi, punktsiya qiladi, suyuqligi tiniq sarg'ish yoki och sut rangida. Suyuqlikka qon aralashgan bo'lsa, bu uni qon tomiri bilan ham bog'liqligi borligini bildiradi.

Limfangiomaning xeylit, Mikulich sindromidan farqlash kerak.

Davolash. Xirurgik radikal operatsiya. Agar lab, lunj, engak, quloq oldi sohalarda keng tarqalgan bo'lsa Yu.I. Bernadskiy bo'yicha zajimda limfa aylanishni qisib to'xtatilib sklerozlovchi terapiya qilinadi.

LIPOMA

Lipoma: yetilgan yog' to'qimasidan hosil bo'luvchi xavfsiz o'sma hisoblanadi. Ko'pincha lipoma lunj, dahan osti, jag' osti va quloq oldi sohalarida joylashadi (Rasm).

O'sma o'z kapsulasiga ega bo'lib, sekin o'sadi og'riq bezovta qilmaydi, zararlangan anatomik sohada shish hosil qiladi. Bolalarda xamirsimon konsistentsiyaga ega, aniq chegarali hosila kuzatiladi.

Lipoma xirurgik usulda davolanib, kapsulasi bilan birga olib tashlanadi.



Lipoma turlari:

a) quloq oldi sohasi;

b) dahan osti sohasi lipomasi

DIFFUZLI LIPOMATOZ.

Bu o'smasimon hosila bo'lib, yetuk yog' to'qimasining proliferatsiyasi hisobiga rivojlanadi. Yuz va teri sohasida ko'plab lipomatoz tugunlari shaklida yoki Madelung kasalligi (Rasm) shaklida: bo'yin sohasida «yoqa» ko'rinishida yog' to'qimasining o'sishi kabi uchrashi mumkin. Davolash xirurgik usulda, ayniqsa, yuz va bo'yinning sezilarli deformatsiyasi yuzaga kelganda bajariladi.

Mushak to'qimasi o'smasi

Mushak to'qimasi o'smalari xavfli va xavfsiz bo'lishi mumkin. Silliqliq mushaklardan rivojlanadigan o'smalar: xavfsiz turi – leyomioma, xavflisi esa – leyomiosarkomalar deb nomlanadi. Ko'ndalang targ'il mushaklarda uchraydigan o'smalar ham xavfli yoki xavfsizligiga qarab, rabdomiomalar va rabdomiosarkomalar deb nomlanadi.

Bunday o'smalar yuz-jag' sohasida juda kam uchraydi. Davolash xirurgik usulda amalga oshiriladi.



Madelung kasalligi bilan kasallangan bemorning tashqi ko'rinishi

YUZ VA OG'IZ BO'SHLIG'I DEVORIDAGI NEYROFIBROMA

Neyrofibroma perifirik nervlar qobig'idan xosil bo'lib, neyrolemalar mahsuloti deb qaraladi (shvan qobig'i). Shunga ko'ra bu shvannoma, lemmoma ham deyiladi.

Og'iz bo'shlig'ida, yuzda bularni rivojlanishi yuz nervi va uchlik nerv poroklari natijasida kelib chiqadi. O'sma nervga bog'liq holda yoki monotsentrik, politsentrik joylashadi.

Neyrofibroma asosan lunj orasida engak osti sohada, tilda, chakka sohasida joylashadi.

Klinikasi. Boshlang'ich davrida bemor vrachga bir qancha og'riqlardan shikoyat qiladi. U og'riq vrachga murojaat qilishga majbur qiladi, o'sma sohada teri ostida palpatsiya qilinganda zich ba'zan yumshoq 1 smdan 10 sm va undan ham katta hajmda bo'ladi. O'smani zich va qattiqligi undagi tugunlarga bog'liq, agar tugunlar kam bo'lsa yumshoq, strukturasi bo'yicha neyromaga o'xshash. Palpatsiya ba'zan uch shoxli nerv bo'yicha tarqaluvchi og'riq bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. O'sma ko'rinishi zich elastik bitta tugundan yoki bir qancha nerv stvoliga aloqador bo'lgan tugunlardan hosil bo'lgan bo'ladi.

Kesimda o'sma oq yoki sarg'ish, zich yoki yumshoq, bo'lakli, tolali tuzilishlarda bo'ladi. Neyrofibroma neyron kabi gistologik tuzilishi bo'yicha 2 tipda bo'ladi: fibrilyar va retikulyar

Fibrilyar yoki vaskulyar tip duksimon xujayralar (fibroblastlari o'xshash) bilan nerv qoplagan birinchi to'qimadan farq qiladi. Ular bir-biriga yaqin joylashadi va tutam hosil qiladi.

O'sma stromasi kam bo'lib, ba'zan qolipsimon shaklli verokal tanachalari uchraydi.

Retikulyar tipda bu tanalar bo'lmaydi, fibrillyar bunda to'rsimon chigallar hosil qiladi, to'rda oval yoki dumaloq xujayralar joylashgan, ba'zan ular aylana shaklda joylashadi. Unda shilliq distrofiya bo'lib, kistoz bo'shliqlar shakllanadi, ichida shilliq tutadi. Ba'zan bu tipda o'sma xujayralari ichiga yog' tomchilari yig'iladi.

Tashxislash. Diaqnoz o'smaning sekin o'sishi, uch shoxli yoki yuz nervi chiqadigan joyda joylashishi, zich elamtik konsistentsiyaligi, silliq yuzaligi, og'riqsizligi bilan ifodalanadi.

Davolash. Xirurgik, maxalliy anasteziya asosida teri va teri ostida yuz nervi yo'nalishida kesiladi. Keyin yuz nervini zararlamay olinadi. Mo'ljalni aniq olish uchun ba'zi xirurglar 0.2-0.3 % metil ko'ki eritmasini inektsiya qiladi va rang o'sma sohasini bo'yab chegaralarni ko'rsatadi. Davolash prognozi yaxshi.

YUZ TERISINI TUG'MA DOG'LARI (NEVUS)

Nevuslar tug'ma chegaralangan teri displaziyasi bo'lib, giperpigmentatsiya yoki depigmentatsiya bilan xarakterlanadi, tomir nenormal rivojlanadi, usti burmali yoki sochli bo'ladi. Yuz nevusi lunjni yarmini egallaydi. Davo yaxshi o'sma sifatida o'tkaziladi.

Patogenezi. Ko'pchilik Masson 1926 yil fikri bilan ya'ni nevus teri ostidagi sezuvchi nervlarni shvan qobiqlaridan bo'ladi deydi. Ba'zi hollarda tug'ilgandan keyin bo'ladi va bu kechikkan holat deyiladi, bunda ma'lum vaqt melanin xujayralar yetishmay qolgani bilan izohlanadi.

Klinikasi. Nevuslar pigmentli, pigmentsiz, tomirli bo'lishi mumkin. Pigmentli nevus derma ichi, chegaralangan yoki aralash bo'ladi.

Derma ichi nevuslari xususiy terida joylashgan xujayra bilan ifodalanib ko'p uchraydi. Pigmentni turli miqdorlarada tutadi. Bunday dog'larni rangi to'q jigarrang yoki qora bo'ladi.

Bu yerda melanaforlar va o'choq infiltratlari topiladi.

Nevus dermani yuqori qavatlarida joylashgan pigment xujayralar uyalaridan va dog'lardan iborat bo'lib, atrofi kollagen tutamlar bilan o'ralgan, pigment xujayralar ko'p bo'lganligi, oval, kubsimon bo'lib, nozik fibril to'rlari bilan ajraladi. Bu shu bilan epiteliy xujayralardan farq qiladi (bir-biriga zich emas).

Tipik nevus xujayralar o'zida gomogen protoplazma tutib, yirik doira yoki ovalsimon, och pufak va yadrodan iborat.

Derma ichi nevuslar chegaralangan, silliq yoki kam burmali, turli xajmli, qattiq qoplamali, ba'zan to'q sochli bo'ladi. Ba'zan giperkeratoz, papilloma alomatlar bo'ladi. Derma ichi nevusiga chuqur nevuslar kirib, bu yuz, qo'l (kam holda bu joylarda) da uchrab yumshoqroq bo'ladi. Chuqur nevuslarda yotqizilgan pigmentlar topiladi, bu epidermisga parallel chuqur dermada joylashgan fibroblast xujayralarga o'xshash.

Chegarali nevus derma va epidermis chegarasida pigmentlangan xujayrani bo'lishi bilan farqlanadi. Mikroskop ostida xujayralar ko'p yoki kam yaxshi chegaralangan uyaga yoki butun konglomeratlar ko'rinishida bo'ladi. Xujayralar kubsimon yoki duksimon shaklda bo'ladi. Ko'pchilik bu formadagi nevuslar malignizatsiyaga uchraydi.

Aralash nevus: xujayralar derma qismida joylashadi, ba'zan derma va epidermis chegarasida. Vaqt mobaynida chegarali, dermaichi nevusiga aylanishi mumkin.

Qiyosiy tashxisi. Gemangioma va melonomalar bilan solishtirilib, birinchidan uni bosganda oqarmasligi bilan, rangini saqlashi bilan farq qiladi. Melonomada regionar limfa tugunlar kattalashadi, pigmentli dog'da bunday emas. Ba'zan qo'shimcha diagnostik usullar qilinadi: klinik dermatoskopiya, radioaktiv fosfor indikatsiyasi, elektrotermometriya va boshqalar.

Temperatura farqi nevus yuzasi bilan assimetrik sog' teri sohasida 0-95, - 3 % gacha bo'ladi.

Davolash. Vrach taktikasi nevusni joylashishi kesish kattaligiga bog'liq. Bunda radikal kesish yoki diatermokoagulyatsiya qiladi. Katta nevuslar bir yoki bir qancha usullar bilan qilinadi. Nevusni olib tashlashda 3-4 mln chegarada sog' to'qima ham olinadi, ba'zan buni tubi bilan olishga to'g'ri keladi. Qovoq va qoshlarga ham tarqalgan bo'lsa nevus l-

bosqichda shu sohalardan boshqa yerda joylashgan nevus olinadi, 3-4 xaftadan keyin bir tomon (masalan o'ng chap qosh tomon) keyin 2-3 xaftadan keyinshi tomon olinadi. Odamni ko'zini birdani ikkalasini bog'lash (yopib qo'yish) ni oldini oladi. Bunda teri plastikasi qilinadi.

Keloid chandiqlar bo'lmasligi uchun Bukki nurlari bilan operatsiyadan 6-7 kundan keyin nurlantiriladi.

Davolash prognozi yaxshi.

YUZ-JAG' SOXASI NEYROFIBROMATOZI

Neyrofibromatoz (Reklingauzen kasalligi, tug'ma Brumsa, neyrofibratoz elefantiazi) nerv stvolidagi o'sma kasalligidir.

Asosida spetsifik nerv, gormonal, suyuq o'zgarishlar yotadi.

Etiologiya va patogenez. Rekleingauzen 1882 yil endo va perinevriydan rivojlanuvchi fibroma va nevromalarni (potogenezi bir) "neyrofitranatoz" termini bilan belgiladi.

Etiologiya va potogenezida 2 teoriya bor.

1-1878 yil Kongeyn teoriyasi embrional kurtaklarni siljishidan. 2-teoriyaga ko'ra ichki bezlar va nerv sistemasini buzilishidan.

Klinikasi. Neyrofibromatoz joylashishi mumkin bo'lmagan organ yo'q. Tipik holati teri, suyuq, endokrin bezlarini funktsiyasi buzilish simptomlar kompleksidan iborat. Bu simptomlar chaqaloq tug'ilgandan ba'zan sal kechroq bo'ladi.

98 bemordan 10 tasi 10 yoshlarda, 25 tasi 11-20 yoshlarda, 38 tasi 21-30 yoshlarda qolgani kechroq murojaat qilgan erkaklar ko'proq bu bilan kasallanadi. Ko'pincha Darye tetradasi bo'ladi: tipik pigmentatsiya (o'smasohada), nerv stvol o'smasi, fizik va psixik o'zgarishlar. Pigmentatsiya kofe rangida bo'ladi (25-75 % bemorlarda). Dog' asosan oyoq-qo'l oxirlari yuzasida, mushakosti chuqurlarda, belda joylashadi. Tug'ma dog'lardan farqi quyosh tushuvchi sohalarda kam uchraydi. Dog' kattaligi shakllari turlicha, bo'yalishi ham turlicha.

Teri va teri osti o'smalari uni soni va hajmiga ko'ra turlicha bo'ladi. Ular yuz, ko'krak, oyoq-qo'llar trisida bo'lib, ayrim bemorlarda cheklangan o'sma ko'rinishida, boshqalarda tipik ko'rinishida, yana boshqalarda teri bo'ylab tarqalgan bo'ladi, kattaligi, formasi, bo'yalishi, morfologik ko'rinishi bo'yicha xirurgik yondoshish uchun 3 tipga bo'linadi. (V.A.Savitskoy bo'yicha):

- 1) Elefantiazis
- 2) Ko'p tugunchali
- 3) Massiv pigmentlangan teri o'sishi.

Yuz-jag' soxasi xavfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari

1-turida suyakda, ko'zda, yuz qismlarida tez ko'zga tashlanadigan aniq hajmdagi neyrofibroma bo'lishi bilan ifodalanadi.

2-turida suyak, yuz organlarini o'zgartirmagan holda bir qancha o'ng mingtalab sondagi o'smalar bo'ladi.

3-turida o'ziga xos rangli, zich konsistentsiyali o'sma bo'lib, og'iz bo'shlig'i organlarini o'zgartiradi.

1 va 2 tipda strukturasi nerv to'qima ustunligi 3 tipda oddiy fibromadan farqlash qiyin bo'lgan fibroz to'qima bo'ladi.

Bu o'smalar nerv o'tkazuvchanligini buzadi.

Qiyosiy tashxisi. Yuz fibromalari va papillomalari bilan (tugunli shakli), yuz yumshoq to'qimasi limfangiomasi bilan (elefentiaz shakli), pigmentli nevus bilan (pigment shakli) farqlanadi.

Davolash. Xirurgik. Yuz-jag' sohasidagi neyrofibromani operatsiyani planlashtirish quyidagi printsiplarda bo'ladi:

1 – maksimal ravishda olish (retsediv bo'lmasligi uchun)

2 – yuqolgan a'zo funksiyasini tiklash

3 – maksimal darajada tuqimalarni asrash va plastik operatsiya

Umumiy psixofizik o'zgarishlar bo'lsa boshqa mutaxassislar bilan (nevropatolog, endokrinolog, psixiatr) birga davolanadi. Xirurgik jarayonlar 1,2,3 va ko'p bosqichli bo'lishi mumkin. Xirurgik davolashni quyidagi usullari mavjud (korrektsiyalovchi jarroxlik xarakatlari)

OSTEOGEN XAVFSIZ JAG' O'SMALARI JAG' OSTEOMALARI

Osteoma kam uchrab dag'al suyak to'qimasiga tegishli, jag'ni g'ovak yoki kortikal moddasida joylashadi. Ba'zan pastki jag'da joylashishi mumkin, yuqori jag' sinusi, burun bo'shlig'i devorlarida, xatto quloq oldi bezi soxasiida ham bo'ladi.

Barcha birlamchi o'smalar va o'smasimon xosilalar 6 % tashkil etadi.

Klinikasi. Bilinmay juda uzoq, sekinlik bilan o'sadi. Birlamchi shikoyatlar o'smani joylashishi va hajmi bilan bog'liq: pastki jag' ichida bo'lsa nevrologik og'riqlar (pastki alveolyar nervda), assimetrik bo'ladi. Pastki jag' bo'g'im o'sigida bo'lsa, sekinlik bilan jag' xarakatini cheklanishi, burunda bo'lsa nafas olish qiyinlashuvi bo'ladi. Gaymor bo'shlig'ida bo'lsa o'sma shu bo'shliq shaklini olib to'ldirib boradi, u tasodifan rentgenda topilishi yoki yuzni assimetriyalanishi orqali yoki

pastki jag' kontrakturasida topiladi. Kontraktura tuber maxilla ni deformatsiyasi bilan bog'liq bo'lashi mumkin.

Kichik osteomalar odatda funktsional, kosmetik o'zgarishlarsiz, og'riqsiz kechadi, katta hajmga yetganda yuzni deformatsiyasi, og'iz ochilishini chegaralanishi, ko'z olmasini siljishlari kuzatiladi.

Tashxis va qiyosiy tashxisi. Kompakt osteomalar diagnozi qiyinchilik tug'dirmaydi: aniq rentgenografik simptom "plyus to'qima" zich osteomani ko'rsatadi. Fonda rentgen o'tkazuvchanroq suyak qismi bo'ladi. G'ovak yumshoq osteomani osteoblastoklastomadan mustaxkam adamantinomadan, suyak displaziyasidan, osteofitlardan, ekzostozlardan, surunkali periostitlardan farqlash kerak. Ayniqsa osteodisplaziyasi bilan differentsial diagnoz qiyinchilik tug'diradi.

Oxirlari gistologik tekshiruvlarda yetilmagan suyak to'qligi aniqlangan.

Zararlanish o'chog'i yuzasidan olingan suyak bo'lakchalarini tekshirilganda (yetilgan suyak) so'rilish va o'ziga xos trabekulyar strukturali yetilgan suyak sohalarini kuzatish mumkin. Huddi shu strukturalar g'ovaksimon osteoma sifatida hato fikrga borishga undaydi. Suyak tukimalari osteofitlar yoki yirikroq bo'rtiq ekzostozlar jag'lar periosti xronik yallig'lanish yoki travmatik zararlanish oqibatida yuzaga kelishini bemor analizi yig'masidan aniqlash mumkin.

Davolash. Osteomalar davosi funktsional yoki kosmetik o'zgarishlarda shuningdek olib qo'yiluvchi protezi bilan bog'liq buzilishlarda o'sma faqat xirurgik radikal yo'l bilan olib tashlanadi.

OSTEOID OSTEOMA

Osteoid ostema yoki yumshoq osteomani ba'zi avtorlar asl o'smalarga emas, balki jag'da kamdan-kam kuzatiladigan reaktiv zaralanish ko'rinishga bog'laydi (A.A.Kolesovda u 0,5 % jag'dagi o'sma va o'smasimon hosilali bemorlarda kuzatilgan). Yumshoq osteoma suyakni g'ovak yoki miya moddasida yoki sebneriostda diametri 5-20 mm kattalikdagi unchalik katta bo'lmagan o'sma sifatida joylashadi.

U davriy o'tkirlashuvchi og'riqlar ayniqsa tunda bo'ladigan og'riqlar bilan ifodalanadi. Bunda xarakter xususiyat aspirinni (ta'sirida) og'riq qoldiruvchi ta'siri hisoblanadi. Yuza joylashib yuz assimetriyasini chaqiradi.

Rentgenogrammada o'smani periferik zonasi yorug'roq va markaziy qismi rentgen o'tkazuvchanligi yuqori bo'lib ko'rinadi. Bu ba'zan odontomani ko'rinishini beradi, lekin boshqa variant, ya'ni o'smani butun rentgen o'tkazuvchanligi bir xilda bo'lishi ham kuzatilgan. Unga patagistologik tekshiruvsiz diagnoz qo'yish mumkin emas.

Davolash – yaxshilab kovlab olib tashlash

Prognoz – retsediv kuzatilishi mumkin

OSTEOBLASTOKLASTOMA

Jag' suyaklari birlamchi o'smalari orasida osteoblastoklastomalar 65 % ni tashkil qiladi. Shulardan: 17 % ini markazda joylashgan; 48 % periferik (gigant to'qimali epulis deb ataladi) farqlanadi. Bizning klinika ma'lumotlariga ko'ra, osteoblastoklastoma odontogen bo'lmagan yaxshi sifatli jag' o'smalari orasida 1-o'rinni, 20,7 % ni tashkil qilib egallagan. Bu yangilik turli xil nomlarga ega, masalan, gigantoma, gigant hujayrali o'sma, ola o'sma, suyakli epulisi, mahalliy fibroz osteodistrofiya, osteoblastoklastoma kabi. Osteoblastoklastomani mikroskopik tuzilishida 2 asosiy tip o'sma xujayralari harakterli:

a) suyak balkalari so'rilishida ishtirok qiluvchi ko'p yadroli gigant xujayralar (osteoklast)

b) suyak balkalari hosil bo'lishida qatnashuvchi osteoblastlar qatori 1-yadroli gigant hujayralar. Bu hosil bo'lish jarayoni ko'pincha o'smani periferik qismida kuzatish mumkin. Shuning uchun gigant xujayrali epulida asosiy gistologik xususiyatlarda:

1) Gigant xujayrali epulis milkda joylashib keyingina osteoblastoklastomani periferik formasi nomini oladi, holbuki shu vaqtda jag' tarkibida o'sma joylashib uni markaziy formasi hisoblanadi.

2) Osteoblastoklastomani markaziy formasi periferikdan farqli ravishda, kesmasida ko'pgina uni gemmoragik o'chog'iga kirib boruvchi va maydalanayotgan gemosideringa ega bo'shliqlar qoni yoki seroz kistasimon ola-bulalikni ko'rishimiz mumkin. Ba'zan bu o'sma fibroz kapsula bilan o'ralgan va uni atrofida ya'ni o'simtani periferiyasida qon tomirlarni joylashganlinini kuzatamiz. Uni tubida esa qon elementlari bevosita to'qima elementlari bilan birga joylashadi. Bu hodisa ko'pincha qon qo'yilishi deb hato baholanadi. O'sma elementlari orasida ham juda

sekin aylanadi, ba'zi joylarda eritrotsit cho'kishi va plazma tiqinlari kuzatiladi. Cho'kkan eritrotsitlar o'ladi, undagi gemoglobin gemosideringa aylanib markaziy osteoblastoklastomadagi harakterli ola-bula tusni beradi. Huddi shu uni "ola-bula" nomini olishga sabab bo'ldi.

Osteoblastoklastoma asosan 11 yoshdan 20 yoshgacha bo'lgan qizlarda kuzatiladi. U ayniqsa 2 barvar ko'proq pastki jag' suyagida bo'lib, asosan yaxshi o'sadigan sohasi bu pastki molyar tishlar, yuqori jag'da esa premolyar tishlar hisoblanadi.

Klinikasi. Bemorlar shikoyati turlicha bo'lib, joylashishi va o'sma rivojlanish stadiyasiga bog'liq. Ba'zan bemorlar gox-gohida yuzaga keladigan o'sma sohasida yallig'lanishning jarayonidan milk va yuzdagi yiringli bo'rtiq sifatida yakunlanadigan yallig'lanish bilan murojaat qilishadi. Bunda bemorlarda o'sma zonasidagi tishlarni harakatchanligi va mustahkammasligi simptomlari kuzatiladi. Bu jag'dagi osteoblastoklastomani asosiy farqlaridan, chunki naysimon suyaklarda bunday o'smadagi yallig'lanishlar kuzatilmaydi. Bu yallig'lanishni boshlanishi tish karioz kasalligi va og'iz bo'shlig'i infeksiyalari otishi natijasidir. O'sma infeksiyalanishi-yoki periodont orqali marginal yo'l bilan yoki tish olingandan so'ng yoki o'zi tushgandan so'ng yara orqali bo'ladi. Agar o'sma pastki jag' bo'g'imi sohasida joylashsa, bemor chaynash va pastki jag' harakatlanishida og'riqdan shikoyat qiladi

Periferikosteoblastoklastoma klinikasi tipik epulisdan farq qilmaydi, bemorlar oldiniga milk ishganiga e'tibor berib vrachga murojaat qilishadi. Kasallik vaqtiga qarab uni kattaligi turlicha bo'lib, xira pushti rangli o'sma sifatida milkda ko'rinadi. Oddiy epulisdan farqli u bir necha ozgina harakatchan tishlarni tarkibiga olishi hisoblanadi.

Ovqat orqali travma olganda bu epulis shilliq qavatida qonashlar kuzatiladi, regionar limfadenit, og'riq, tana haroratini subfibrilligi, turli darajadagi yallig'lanishlar kuzatiladi.

MARKAZIY OSTEOLASTOKLASTOMA

Klinikasi. Osteoblastoklastomani markaziy formasini milk rivojlanish bosqichlarini aniqlash juda qiyin, chunki odatda u juda sekin va sezilarsiz rivojlanadi. Faqat ba'zi kasallardagina o'sma sohasida va u joylashgan tish sohasida og'riq erta yuzaga keladi.

Umumiy ahvol uzoq vaqt o'zgarmaydi, faqatgina o'sma o'lchami kattalashganda ovqatlanayotgan yoki o'sma yallig'langandagina o'zini bildiradi.

Markaziy osteoblastoklastomada jag' tanasi shishadi yaqin shilliq qavat rangi o'zgarmaydi.

O'zining kliniko-rentgen va morfologik harakteristikasiga ko'ra osteoblastoklastoma:

- katakchasimon
- litik
- kistoz formalariga farqlanadi.

katakchasimon shakli juda sekin o'sishi bilan, asosan yoshi kattalar va qarriyalarda kuzatiladi. U suyakni po'st qismini yupqalashishiga olib keladi. Tishlar (o'sma sohasida) odatda o'zini mustahkamliligini saqlab qoladi.

Litik shakli o'smirlikni boshlang'ich bosqichlarida tez agressiv kattalashishi, suyakni yumshashi, nisbatan tishlarni erta qimirlashi, jag' suyagi va periostni zararlanishi bilan kechadi.

Kistoz shakli asosan yoshlik davrida kuzatilib, birinchi shikoyatlar tish og'rig'i bilan bog'liq bo'ladi. Asosan o'sma og'iz bo'shlig'ini dahliz qismida gumbazsimon, usti silliq shish sifatida bo'ladi. Palpatsiya qilinganda suyakni yupqalashgan o'chog'i sohasida pergament qisirlashi (Dyupyuitren) yoki plastmass o'yinchoq yumshoqligi (Bernadskiy simptomi) seziladi.

Markaziy osteoblastoklastomani hamuna formalarida shu sohada joylashgan limfa tugunlari yallig'lanmaydi, teri rangi o'zgarmaydi. Lekin uni gigant o'lchamlarida terida osteomielit bilan birga yuzaga keladigan yiring.

Agarda osteoblastoklastomaga yana odontogen yoki stomatogen yallig'lanish jarayonlari qo'shilsa, ko'rinish birdan shilliq qavat, periost, suyak moddasi, teri va limfa tugun sohalarida yallig'lanish belgilari kuzatiladi. Tana harorati ko'tarilishi, sezilarli og'riq hislari paydo bo'lishi mumkin. Yiring yo'li hosil bo'lgan og'riq o'tkirligi yo'qoladi, yuz yoki milkda yiring yo'li va shish qoladi. Qonda morfologik o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Tashxislash. Gigantomani punktsiya qilib ola tusdan och sariq rangli turli xil suyuqlikni ajratib olish mumkin. Ba'zan kam miqdorda qon chiqadi. Lekin punktatda hech qachon xolesterin aniqlanmaydi.

Rentgen ko'rinishi. Yacheykasimon formada ko'pgina mayda bo'shliqchalar, bir-biridan to'siqlar bilan ajralgan bo'shliqchalarni ko'ramiz. Bu to'siqchalar turli qalinlikda bo'lib, bir-biri bilan kesishib o'smaga mayda kataksimon ko'rinish beradi.

Litik formasi esa harakterli belgi bu suyakdagi bir jinsli defekt, kistasimon defekt hosdir. Lekin kistoz formadan farqli, doimiy qalinlikdagi zichlashgan konturli o'sma turida notekis, chegaralangan bo'lib ko'rinadi. Pastki jag' pastki qirg'ogi kistoz va litik o'smada po'stloqqa o'xshab yupqalashgan bo'ladi.

Qiyosiy tashxislash. Markaziy osteoblastoklastomani gigant adamantinoma va sarkomadan differentsiatsiya qilish qiyin. Faqat patogistologik tekshiruvgina adamantinoma diagnozini yo'qqa chiqara oladi. Qachonki adamantinoma kistoz shakliga o'tgandagina uni rentgen va punktsiya dalillari bo'yicha ajratsa bo'ladi.

Sarkomadan farqli osteoblastoklastoma uzoq vaqt rivojlanishi (3-5-10 va undan ortiq) va tish ildizini rezorbtsiyasi kuzatiladi. Sarkomadan ajratishni qo'shimcha usuli bu radiaktiv fosforni qo'llovchi diagnostika usulidir. Biopsiya qilayotganda osteoblastoklastoma to'qimasi 1 jinsli va 1 xil chuqurlikda emasligini hisobga olish zarur.

Davolash. Osteoblastoklastomani asosiy davosi sifatida xirurgik aralashuvni taklif qilsa bo'ladi.

Katta bo'lmagan yacheykasimon yoki kistoz formalar ekskokleatsiyasini uni o'lchamidagi suyak to'qimasi bilan kavlab olib tashlash zarur.

Katta bo'lmagan litik, shuningdek yirik yacheykasimon va kistoz formalarda ekskokleatsiyaga qo'shimcha kovlab sog' suyak to'qimasigacha olib tashlash yoki pastki jag' rezektsiyasi tavsiya qilinadi. Agar bemor ahvoli qoniqarli bo'lsa jag' rezektsiyasi bir momentli autoosteoplastika bilan birga qilsa bo'ladi.

Qo'shimcha travmadan qochish maqsadida N.A. Plotnikov bo'yicha liofillangan allootransplantat yoki jag'ni mexanik obrabotka qilib va uni o'zini oldingi holatiga keltirishni qo'llasa bo'ladi.

Butun yuqori jag' rezektsiyasi, pastki jag' yarmini ekzartikulyatsiyasi kamdan-kam qo'llaniladi, faqatgina takrorlanuvchi o'sma retsidivlarida.

Perferik osteoblastoklastoma davosi qimirlayotgan tish va uning alveolyar o'sigi bilan (epulis joylashgan soha) rezektsiya qilinadi. Nurli davolash kam effektli.

Agarda baribir nur davosi qo'llanilgan bo'lsa, unda keyingi rentgenografik dallillar 3-4 oydan so'ng olinishi lozim. Nur terapiyani oldin shu davo o'tkazilgan joydagi retsidivga qo'llab bo'lmaydi, chunki bu retsediv yomon sifatli xavfli o'sma emasligiga hech kim kafolat bera olmaydi.

Prognoz. Osteoblastoklastoma ba'zi avtorlar fikricha yomon sifatliga aylanmaydi deb hisoblashadi. Shu bilan birga ular retsidiv berishi va yomon sifatli o'tishi mumkinligi hech inkor qilinmagan.

OSTEOXONDROMA

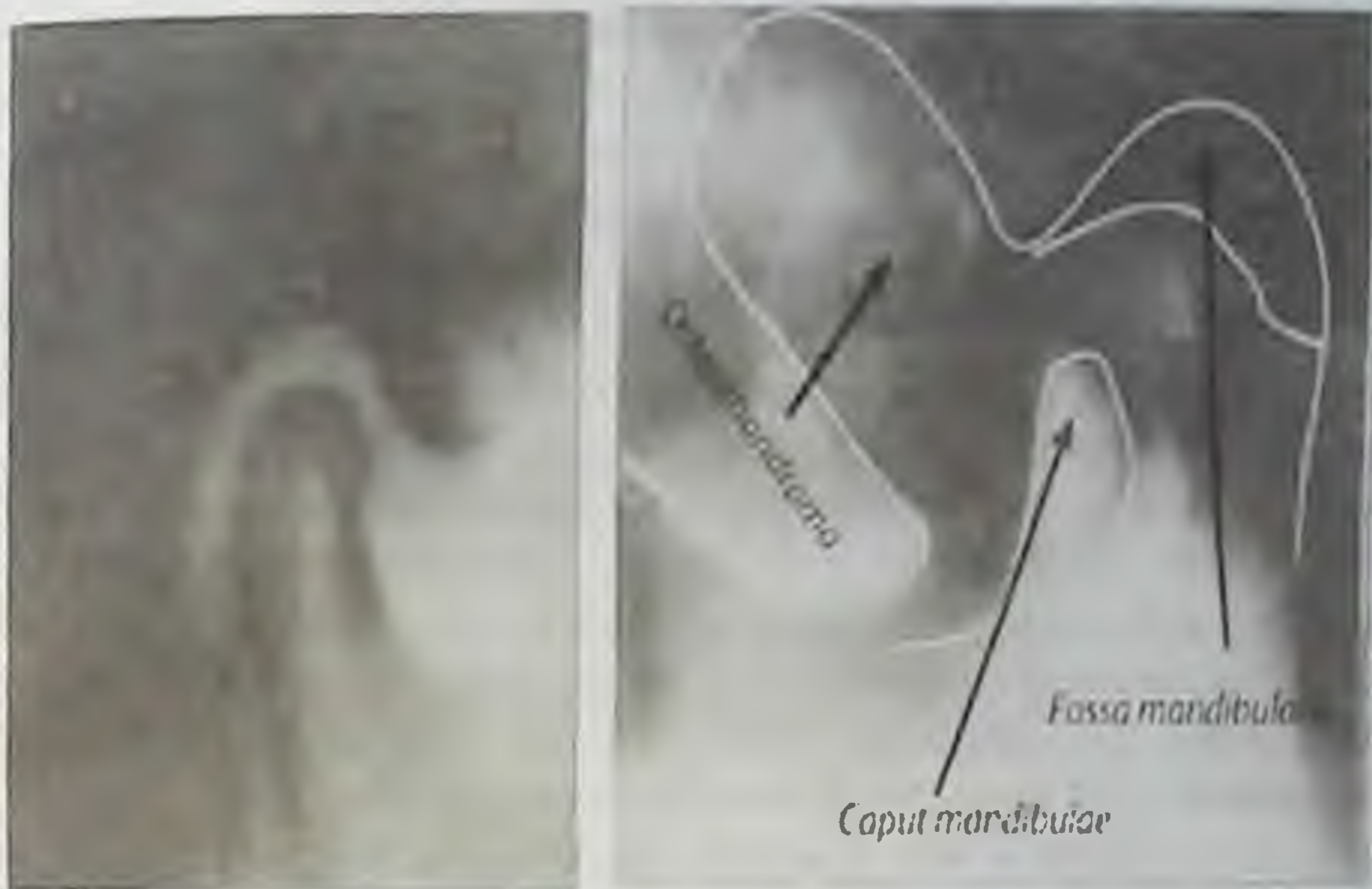
Osteoxondroma (suyakli-tog'ayli ekzostoz) lar xavfsiz o'smalardir. Ular tog'ay bilan qoplangan bo'lib, pastki jag'ning bo'g'im o'siqlarida joylashadi.

Osteoxondromalar: gipertrofiya, giperplaziya, bo'g'im boshchasi osteomasi singari turli atamalar bilan nomlanadi. Kasallikning boshlanishida chakka-pastki jag' bo'g'imi sohasida shaqillash va og'riq seziladi, keyinchalik (1-2 yilda) tezkor deformatsiya kuzatilib, o'sma hisobiga pastki jag'ning sog' tarafiga siljishini ko'rish mumkin. Og'iz ochilganda, jag'larning siljishi ko'proq seziladi. Chakka-pastki jag' bo'g'imining shikastlangan tarafida suyak qattiqligidagi shish kuzatiladi.

Rentgenologik ko'rinishi. Rentgen su'ratining old va yon proektsiyasida pastki jag' shaklining buzilishi va bo'g'im boshchasining o'sma hisobiga kattalashuvi kuzatiladi. O'sma aniq chegarali noto'g'ri shaklda, ba'zida esa neoartroz holatida bo'lishi mumkin (Rasm).

Qiyosiy tashxis. Osteoxondromalar – osteoartroz, pastki jag' chiqishi va tojsimon o'siqning o'smalari bilan solishtirgan holda qiyosiy tashxislanadi.

Davolash. Pastki jag'ning bo'g'im boshchasi o'sma bilan birga rezektsiya qilinadi va bir vaqtning o'zida artroplastika o'tkaziladi.



Pastki jag' bo'g'lim o'slg'ini osteoxondromasi

A - o'smani umumiy ko'rinishi;

V - o'sma chegaralari.

SO'LAK BEZLARI O'SMALARI

So'lak bezlarining o'sma va o'smasimon hosilalari yuz-jag' sohasi o'smalarining 20% ini tashkil qiladi. Gistologik tuzilishiga ko'ra, so'lak bezlarining o'smalari epitelial va noepitelial turlarga bo'linadi. Epitelial o'smalar organga xos o'smalar bo'lib, so'lak bezlari o'smalarining 98%ini tashkil qiladi.

Epitelial o'smalarning xavfsiz turlari – adenomalar, xavfli turlari esa – kartsinomalar deyiladi. So'lak bezlarining ko'p uchraydigan xavfsiz o'smalariga monomorf adenoma, polimorf adenoma, mukoepidermoid o'sma, adenolimfoma, onkotsitoma, sistadenoma, papillyar sistadenomalar kiradi. Xavfli o'smalariga esa – adenokistoz rak, mukoepidermoid rak, atsinar hujayrali rak, adenokartsinomalar kiradi. Bu o'smalar ham katta, ham kichik so'lak bezlarida uchraydi.

So'lak bezlarining noepitelial o'smalari mazkur soha o'smalarining 1, 5% ini tashkil qilib, ular biriktiruvchi to'qimalardan rivojlanadi.

So'lak bezlari o'smalariga tashxis qo'yishda asosan klinik va rentgen tekshiruvi kabi usullardan foydalaniladi. O'smalarning morfologiyasini o'rganishda sitologik usullar katta ahamiyat kasb etadi. Qiyosiy tashxislashda yodolipol yoki boshqa rentgen-kontrast moddalar bilan sialografiya qilinadi.

MONOMORF ADENOMA.

Monomorf adenoma so'lak bezlari o'smalarining 6,8 %ga yaqinini tashkil qiladi va u so'lak bezlarining surunkali yallig'lanish kasalliklari natijasida kelib chiqishi mumkin. Monomorf adenoma xavfsiz o'sma hisoblanadi. To'liq olib tashlanmaganda retsdiv berishi mumkin. Ko'proq quloq oldi so'lak bezi zararlanadi. O'sma og'riqsiz va sekin o'sadi. O'sishning tezlashishi va og'riq kamdan - kam holatlarda kuzatiladi. Tekshirilganda so'lak bezlari sohasida shish borligi aniqlanadi.

Paypaslaganda aniq chegarali, teri bilan bog'lanmagan, yumshoq yoki zich konsistentsiyali, silliq yoki g'adir - budur yuzali o'sma borligi bilinadi. Yuz nervlarining zararlanishi va metastazlar kuzatilmaydi. Monomorf adenomaning klinik ko'rinishi polimorf adenomaning klinik ko'rinishiga o'xshab ketganligi uchun ko'p holatlarda patologo-gistologik tekshiruvlar natijasida aniq tashxis qo'yiladi.

Davolashda xirurgik usuldan foydalaniladi. O'sma kapsulasi bilan birgalikda olib tashlanadi.

POLIMORF ADENOMA.

Polimorf adenoma xavfsiz o'sma hisoblanib, so'lak bezlari epitelial o'smalarining 72%ini tashkil qiladi. So'lak bezlarida o'smalarning uchrashi bo'yicha birinchi o'rinda quloq oldi so'lak bezlari turadi. Ikkinchi o'rinda tanglayning kichik so'lak bezlari va kamroq hollarda jag' osti, til osti va lab hamda lunjlarning kichik so'lak bezlarida uchraydi (Rasm).

Polimorf adenoma uzoq yillar davomida sekinlik bilan o'sib, katta o'lchamga ega bo'ladi. Mimika mushaklarini zararlanishi kuzatilmaydi. Tekshirilganda so'lak bezi sohasida harakatchan, ko'p holatlarda esa usti g'adir-budir o'sma borligi aniqlanadi. O'sma konsistentsiyasi zich, ayrim qismlarda yumshash kuzatiladi. O'sma ustidagi teri o'zgarishsiz, burmaga erkin yig'iladi.



Quloq oldi so'lak bezi polimorf adenomasi

So'lak bezlarining so'lak ajratish faoliyati buzilmaydi (Rasm). Polimorf adenoma kapsula bilan o'ralgan bo'lib, ayrim qismlarida kapsula bo'lmaydi. Bu qismlarda o'sma hujayralari bez to'qimasiga o'sib kiradi. O'sma kapsulasi bilan olib tashlangandan keyin ba'zan qaytalanishi mumkin. Ayrim hollarda o'smaning o'sishi tezlashib, og'riq paydo bo'ladi. Bunday belgilarning kuzatilishi o'smaning xavfli o'smaga aylanayotganligidan dalolat beradi.



Jag' osti so'lak bezi polimorf adenomasi

Olingan punktatning sitologik tekshiruvdan keyin, avvalgi qo'yilgan tashxisga aniqlik kiritiladi. Makroskopik ko'rilganda, o'sma kapsulasining yupqaligi, ichi oq-kulrang bo'tqasimon massa bilan to'lganligi aniqlanadi.

Mikroskopda ko'zdan kechirilganda esa – epitelial to'qimalardan tashqari, mezenxima xususiyatiga ega bo'lgan to'qimalar mavjudligi aniqlanadi.

Davolashda xirurgik usuldan foydalaniladi. Jag' osti va til osti so'lak bezlarida joylashgan o'smalar bez to'qimasi bilan birgalikda olib tashlanadi. Tanglay, lunj va labda uchraydigan o'smalar sog'lom to'qima chegarasida olib tashlanadi. Yuz nervining tarmoqlanishini hisobga olib, quloq oldi so'lak bezida uchraydigan o'smalarni bartaraf etishning o'ziga xos xususiyatlari bor. Operatsiyani o'tkazish tartibi o'smaning o'lchami va qaysi sohada joylashganligiga bog'liq bo'ladi. O'sma so'lak bezining pastki qismida joylashgan bo'lsa, shu qismning rezektsiyasi o'tkaziladi.

Agar o'sma to'qimasi so'lak bezining o'rtasida – yuz nervining ustida joylashsa, bezning subtotal rezektsiyasi bajariladi. O'sma so'lak bezining katta qismini egallaganda yoki retsidiv berganda, shuningdek, bezning yutqin qismida uchraganda yuz nervini saqlab qolib, parotidektomiya operatsiyasi o'tkaziladi. Parotidektomiya operatsiyasi Kovtunovich va Redon usullari bo'yicha bajariladi.

Kovtunovich bo'yicha parotidektomiyada quloqning oldi tarafidan 2-3 mm tashlab, chakkaning sochli qismidan kuloq solindog'ini aylanib o'tuvchi kesuv o'tkazilib, u jag' orti va jag' osti sohasigacha davom ettiriladi (Rasm).

Teri – teri osti yog' qavatli laxtak ajratilib, oldinga suriladi. Quloq oldi chaynov fassiyasi va so'lak bezining oldingi qirg'og'i ochiladi. Yuz nervining periferik tarmog'ini ajratishda, uning o'rta tarmog'iga e'tibor qaratiladi. U so'lak bezining chiqaruv yo'li bo'ylab joylashadi.

Nervning o'rta tarmog'i asosigacha ajratilgach, yuqori va pastki tarmoqlar ham bezdan ajratiladi. Bezning yuza qatlami olib tashlanib, so'lak chiqaruv yo'li bog'lanadi. Yuz nervlari yuqoriga ko'tarilib, bezning chuqur va yutqin qismlari o'sma bilan birgalikda olib tashlanadi. Yo'nalishi bo'yicha tashqi uyqu arteriyasi bog'lanadi.

Redon usuli bo'yicha operatsiya o'tkazilganda esa teri – teri osti yog' qavatli laxtak ajratilgach, so'lak bezining orqa qirg'og'i ochiladi. Tashqi uyqu arteriyasi bog'lanadi. Keyin so'rg'ichsimon o'siq va pastki jag' shoxining orqa qirg'og'i oralig'ida yuz nervining asosi topiladi. Yuz nervining tarmoqlari topilib, hammasi bezdan ajratiladi. Operatsiyaning davomi xuddi Kovtunovich usuli singari olib boriladi.



Parotidektomiya operatsiyasining bosqichlari

O'sma quloq oldi so'lak bezining yuza qavatida joylashganida bezning subtotal rezektsiyasi o'tkaziladi. So'lak bezining pastki qismi rezektsiyasida jag' burchagini aylanib o'tuvchi kesuv o'tkaziladi. Teri – teri osti yog' to'qimasi, mushak va fassiya kesilib, o'sma topiladi va olib tashlanadi. To'qimalar qavatma-qavat tikiladi.



Yuz nervini saqlagan holatda quloq oldi so'lak bezi polimorf adenomasini olish

MUKOEPIDERMOID O'SMA.

Mukoepidermoid o'sma so'lak bezlari chiqaruv yo'llarining epiteliysidan rivojlanib, so'lak bezlari o'smalarining 3-11%ini tashkil qiladi. Kasallik, asosan quloq oldi so'lak bezlari, retromolyar soha va tanglaydagi kichik so'lak bezlarini zararlaydi. Jag' osti va til osti so'lak bezlarida kam uchraydi. Mukoepidermoid o'smaning yuqori differentsiallashtirilgan va past differentsiallashtirilgan turlari uchraydi. Yuqori differentsiallashtirilgan turi klinikasi bo'yicha polimorf adenomaga o'xshab ketishi bilan bir paytda, undan biroz farqlanadi. Bu o'sma harakati biroz chegaralangan bo'lib, teri bilan bog'langan bo'ladi. Regionar limfa tugunlariga kamdan-kam holatlarda metastaz beradi. Ko'p holatlarda flyuktuatsiya belgisi kuzatiladi. O'sma katta o'lchamlarga yetganda o'sma ustidagi teri yupqalashib, ko'kimtir-qizg'ish tus oladi. Ba'zan o'sma ustidagi terida oqma yo'li hosil bo'lib, uning ichidan cho'ziluvchan yaltiroq suyuqlik chiqib turadi.

Past differentsiallashtirilgan turida o'sma tez o'sadi, konsistentsiyasi zich yoki qattiq bo'lib, tugun ko'rinishida bo'ladi. O'sma sohasida og'riq kuzatilib, u yon sohalarga tarqalishi mumkin. O'sma normal to'qimalar bilan bog'langan bo'lib, paypaslaganda og'riq kuzatiladi. Rakka nisbatan sekinroq o'sadi. Limfa orqali metastaz beradi. Davolash o'smaning turiga qarab tegishli ravishda olib boriladi. Yuqori differentsiallashtirilgan turida

xuddi polimorf adenomadagi singari operatsiya usullari qo'llaniladi. Past differentsiialashgan turi nurga sezuvchan bo'lganligi uchun, bu holatda kombinatsiyalangan usul qo'llaniladi. Operatsiyadan avval nur terapiyasi, keyin – xirurgik usul qo'llaniladi.

Periferik nerv to'qimalarining o'smalari va o'smasimon hosilalari.

Bu o'cmalar amaliyotda kam uchrab, yuz va jag' o'smalarining 1,5% ini tashkil etadi. Xavfsiz turlariga: neyrofibroma va neyrilemmoma (shvannoma); o'smasimon hosilalariga – neyrofibromatoz (Reklingxauzen kasalligi, travmatik nevrinoma); xavfli turlariga – xavfli shvannoma (neyrogen sarkoma) kiradi.

NEYROFIBROMATOZ (REKLINGXAUZEN KASALLIGI)

Bu tug'ma tizimli kasallik bo'lib, suyaklar deformatsiyasi, tanadagi sutli qahva rangiga o'xshash dog'lar va yuzning xunuklashuvi singari belgilar bilan ifodalanadi (Rasm).

Yuzning xunuklashuvi periferik nerv tolalari va fibroz to'qimaning haddan tashqari o'sishi, teri va teri osti to'qimalaridagi tugunlarning yo'qolishi va osilib qolishi bilan xarakterlanadi.

Ko'pincha bosh, yuz va bo'yinning bir tomonlama zararlanishi kuzatilib, barcha tuzilmalar quloq suprasi bilan birga osilib qoladi. Bu to'qimalar palpatsiya qilib ko'rilganda, chuqurlikda «vermishel»ga o'xshash qattiq tugunlar borligi kuzatiladi.



Yuz sohadagi neyrofibromatoz

Davolash: zararlangan to'qimalar xirurgik yo'li bilan bosqichma-bosqich olib tashlanadi.

TRAVMATIK NEVRINOMA.

Travmatik nevrinoma – pastki jag`da og`iz dahlizining o`tuv burmasida – dahan nervining chiqish sohasida joylashadi. Ko`pincha yoshi katta, og`zida to`liq adentiyali va olib qo`yiluvchi protezdan foydalanadigan kishilarda uchraydi.

Nevrinomalarning kelib chiqishi – protez qirralarining mental teshikdan chiqadigan nervni doimiy ravishda zararlashi bilan bog`liqdir.

Klinik ko`rinishi: dumaloq oval shaklli, hajmi 0,5 sm. gacha bo`lgan, og`riqli, qattiq elastik konsistentsiyali, ba`zida g`adir-budur hosila ko`rinishida bo`ladi.

Og`iz ichida pastki jag`ning vestibulyar yuzasida kichik oziq tishlar sohasidagi o`tuv burmasida joylashadi.

Travmatik nevrinomalarni davolash, birinchi navbatda, doimiy jarohatlovchi ta`simi yo`q qilishdan iborat. Bunday vaqtda xirurgik davolash usullari qo`llanilmaydi, chunki travmatik nevrinomalarni olish dahan nervining sezuvchanligini kamaytiradi.

FIBROZ TO`QIMADAN O`SADIGAN O`SMALAR VA O`SMASIMON HOSILALAR.

Fibroz to`qimadan rivojlanuvchi o`smalar ikki xil: xavfsiz – har xil fibromalar va xavfli – fibrosarkomalar ko`rinishida uchraydi. O`smasimon hosilalarga fibromatoz va epulis kiradi.

Fibroma – bu yetuk fibroz biriktiruvchi to`qimadan rivojlangan o`sma hisoblanadi. Yuz sohasida kam uchraydi. Og`iz bo`shlig`ida ko`p jarohatlanishi va tishlab olish mumkin bo`lgan sohalarda rivojlanadi (Rasm).



Lunj va til shilliq qavatidagi fibroma

Fibroзли o'smalarga olib qo'yiladigan protezlarning baland yoki xalal beruvchi qirralari ta'sirida o'tuv burmasida hosil bo'ladigan o'smalar kiradi.

Klinik ko'rinishi: fibromalar dumaloq shaklda, keng asosda va o'zgarmagan, shilliq qavat bilan qoplangan bo'ladi. Juda sekinlik bilan o'sadi. Fibromalarning tishlash jarayonida jarohatlanishi ularning yallig'lanishiga olib keladi. Fibromalarning qattiq va yumshoq turlari farq qilinadi. Qattiq fibroma kollagenga boy fibroz to'qimalardan iborat. Yumshoq shakli o'z tarkibida yog' to'qimasini tutsa, fibrolipoma deyiladi. Yuz sohasida dermofibroma (gistiotsitoma) ham uchrab, u asosan gistiotsitlar aralashmasidan iborat bo'ladi, ko'pincha kapsulasi bo'lmaydi.

Klinikasi: chegaralangan, og'riqsiz, qattiq, elastik konsistentsiyaga ega bo'lgan o'sma hisoblanadi.

Davolash: sog' to'qima chegarasida olib tashlash, jarohatlantiruvchi sabablarni tezlik bilan bartaraf etish kerak.

FIBROMATOZ

Og'iz bo'shlig'ida milk fibromatozi milk so'rg'ichlarining o'sishi bilan xarakterlanadi.

U juda kam uchrab, asosan yosh va o'rta yoshdagi bemorlarda kuzatiladi. Klinik ko'rinishida milklarning burmasimon to'liq yoki noto'liq o'sishi kuzatiladi. Ko'pincha milklarning vestibulyar yuzasi zararlanadi, kasallik ba'zida og'iz bo'shlig'i tarafini ham zararlaydi (Rasm). O'smaning ustki qismi bo'lakli, silliq, shilliq qavatning rangi och-pushti yoki qizargan bo'ladi. Til toj qismi va o'sma orasida cho'ntaklar paydo bo'lib, ovqat qoldiqlari yig'ilib qoladi va tish toshlari hosil bo'lib, to'qimalarning yallig'lanishini keltirib chiqaradi. Uzoq vaqt o'sgan fibromatozlarda rentgen suratida tishlararo to'siqlar va alveolyar o'siq ravoqlarining so'rilishi kuzatiladi.

Yuqori jag'da fibromatoz yuqori jag' do'mbog'ida joylashib, simmetrik fibromalar deyiladi.

Xuddi shunday fibromatoz pastki jag'da – alveolyar o'siqning orqa qismida joylashadi.

Mikroskopda tekshirilganda, jag'lar fibromasi qattiq ipli, qon tomirlari kam bo'lgan biriktiruvchi to'qimadan iborat bo'ladi.



Fibromatozni pastki jag' alveolyar o'sig'ida kuzatilishi

Davolash: xirurgik yo'l bilan suyakkacha kesib olib tashlanadi. Bir vaqtning o'zida 6-8 tishlar sohasidan olib tashlanadi. Ba'zida retsidiv berishi mumkin.

RINOFIMA

Rinofima – yog' bezining o'smasimon hosilasi bo'lib, burun terisining tog'ayli qismida, asosan, o'rta va katta yoshli erkaklarda uchraydi (Rasm 83). Rinofima og'riqsiz, g'adir-budur, to'q qizil ko'kimtir tusda bo'lib, qattiq elastik konsistentsiyaga ega. Rinofima sekin o'sadi va bir necha 10 yillar davomida yuzning xunuklashuvini keltirib chiqaradi.



Patomorfologik yog' bezlarining giperplaziyasi va surunkali yallig'lanishi, sezilarli tomirlanishi kuzatiladi.

Davolash: patologik o'zgargan to'qimalar olib tashlanadi va bir vaqtning o'zida teri plastikasi o'tkaziladi. Kichik rinofimlar freza yordamida olib tashlanadi hamda yaraga mazli (malham dorili) bog'lamlar qo'yiladi. Malhamli bog'lamlar ostida yarani mustaqil bitishi kuzatiladi.

NEVUS

Nevus – bu jigar rang tUSDagi va har xil hajmdagi xavfsiz o'sma. Nevuslar epidermis va derma melanotsitlaridan rivojlanadi. Ular tug'ma va orttirilgan bo'lib, ko'p uchrashi mumkin (Rasm).



Gigant pigmentli nevus

Gigant pigmentli nevus tug'ma bo'lib, ko'pincha boshning sochli qismini zararlaydi.

Klinik ko'rinishi bo'yicha yassi, teri yuzasidan ko'tarilgan, silliq yoki so'galsimon hosila. Nevus o'z-o'zidan yo'qolib ketishi yoki xavfli turga o'tishi mumkin.

Nevus hajmining kattalashuvi va undagi pigmentlashuvning ko'payishi hamda yallig'lanish belgilarining qo'shilishi, atrofida qizarish (olov tili) bilan yaralanish va yangi hosilalarning yuzaga kelishi kasallikning xavfli turga o'tganligini bildiruvchi belgilar sirasiga kiradi. Nevusning malignizatsiyasiga ko'pincha kuchli insolyatsiya ta'sir qiladi.

Davolash xirurgik yo'l bilan bo'lib, uning natijasi nevusning hajmi, joylashuvi va klinik belgilariga bog'liq. Juda ham katta nevuslarni olib tashlab, hosil bo'lgan nuqson bir vaqtning o'zida mahalliy yoki erkin to'qimalar bilan berkitiladi yoki bosqichli davolanadi.

Tez-tez jarohatlanadigan nevuslar albatta olib tashlanadi. Nevuslarning xavfsiz yoki xavfli ekanligini aniqlash uchun radioizotop tashxislash usullari ishlatiladi. Nevuslarni olib tashlashda kriodestruktsiya usulidan keng foydalaniladi.

JAG'LAR OSTEODISTROFIYASI

Fibroz displaziya

1927 yili V.R. Braytsev birinchi marta fibroz osteodisplaziyaga morfologik xarakteristika bergan. 1938 yili Lixtenshteyn Braytsevning fikrlarini tasdiqlab fibroz displaziyaga xarakteristika bergan. Shu sababli fibroz osteodisplaziyasini Braytsev-Lixtenshteyn o'smasi deb aytiladi. Bu o'sma hamma yuz jag' o'smalarining 7.8 % tashkil etadi.

Patogenezi. O'smaning kelib chiqish sabablari oxirigacha aniqlanmagan, lekin olimlarning fikricha normal suyakning o'sishini buzilishi sabab bo'ladi.

Klinik ko'rinishi. O'sma ko'pincha yosh va o'smirlarda uchraydi. 3-4 marotaba ko'proq ayollarda uchraydi. Ko'pincha monoossal va polioossal turlari aniqlanadi. Ba'zi paytlarda polioossal formasi Olbrayt sindromi bilan birga uchraydi. O'sma og'riqsiz, yuz assimetriyalariga olib keladi.

Tashhishlash. Tashhis qo'yish uchun rentgenologik tekshirishlar yordam beradi. Rentgenda "xira oyna" simptomi kuzatiladi.

Qiyosiy tashhishlash: Osteogen sarkoma, xondrosarkoma, odontogen kista, surunkali osteomielitlar bilan qilinadi.

XERUVIZM

Jag'larning simmetrik shishi bilan xarakterlanadi. Kelib chiqishi noaniq, lekin ko'pincha suyaklanishni buzilishi bilan xarakterlanadi (tashqi ta'sir yoki nevrogen ta'sirlar). Kasallik og'riqsiz kechadi. Bemorlarning yuzi kvadratsimon yoki yumaloq shaklda bo'lati.

Davolash: Konservativ va kuzatuv.

SUYAK HOSIL QILUVCHI XAVFSIZ O'SMALAR

Suyak hosil qiluvchi o'smalar birlamchi suyakda hosil bo'lib, suyak tarkibiga kiruvchi biriktiruvchi to'qima elementlaridan rivojlanadi. Bunday turdagi o'smalarga osteoma, osteoid-osteoma, osteoblastoma va suyaklanuvchi fibroma kiradi.

OSTEOMA

Osteoma - yetuk suyak to'qimasidan rivojlangan xavfsiz o'sma hisoblanadi. Ba'zi mualliflar osteomani suyakning embrional rivojlanishi va suyak yetilishining buzilishi natijasida kelib chiqadi, deb hisoblashadi va uni chin o'sma emas, deya e'tirof etishadi. T. G. Robustovanning ma'lumotlariga ko'ra, osteomalar jag' o'smalari bilan kasallangan bemorlarning 8% da, ko'pincha yosh va o'rta yoshdagi ayollarda uchraydi.

Osteomalar joylashishi bo'yicha yuqori va pastki jag'da kuzatiladi. Kamdan-kam holatlarda burun, yonoq va peshona suyaklarida hosil bo'ladi. Osteomalar joylashuvi bo'yicha: markaziy va periferik turlarga bo'linadi.

Markaziy osteomalar suyak kengligida joylashsa, periferik osteomalar suyak chegarasi bo'ylab joylashadi va jag' suyaklarining deformatsiyalanishiga sabab bo'ladi (ekzostozlar hosil qiladi). Markaziy osteomalar kichik hajmda, ya'ni 1,5 sm gacha bo'lishi mumkin.

Tuzilishiga qarab, o'sma to'qimasining kompakt va g'ovaksimon turlari farqlanadi. Kompakt turdagi osteomalarda tipik osteogen tuzilmalar bo'lmaydi, Gayvers kanallari ham juda ingichka bo'lishi yoki umuman bo'lmasligi ham mumkin. G'ovaksimon osteomada esa turli yetilish darajasidagi suyak to'sin (balka) lari tartibsiz joylashgan bo'ladi. Suyak to'sin (balka) lari orasidagi bo'shliq fibroretikulyar to'qima bilan to'lgan bo'ladi.

Patomorfologiyasi. Usti silliq yoki g'adir-budur, konsistentsiyasi qattiq, paypaslab ko'rilganda – og'riqsiz, aniq chegarali va siljimaydigan bo'ladi. Uni tashqi tomondan qoplab turuvchi shilliq qavat rangi o'zgarishsiz, ichidagi suyak to'qimasi bilan birikmagan. O'sma atrof yumshoq to'qimalar bilan birikmagan bo'ladi va yallig'lanish belgilarini keltirib chiqarmaydi. Bunday o'smalar suyak periferiyasida, har xil kattalikda hamda alveolyar o'siqda (tish olingandan keyin hosil bo'lganda) joylashishi mumkin. Ular ekzostozlar deb ataladi. Ekzostozlar bir tomonda yoki simmetrik joylashishi ham mumkin.

P.Z. Arjantsev va N.A. Rabuxinaning ma'lumotlariga ko'ra, osteomalar ko'pincha pastki jag'da joylashadi. G'ovaksimon osteomalar oddiy yumaloq shaklda bo'lib, tarkibiy jihatdan xuddi jag' suyagining davomini eslatadi. Tashqi chegarasi yupqa kortikal plastinka bilan

o'ralgan bo'lib, u jag' suyagi kortikal plastinkasining davomi bo'lishi ham mumkin. Pastki jag' osteomalari, odatda, jag' tanasining til yuzasida – premolyar va molyarlar sohasida yoki burchak sohasida dahliz yuzada joylashishi mumkin. Bunday osteomalar keng asosi yoki oyoqchalari bilan suyakka qaragan holatda joylashadi.

Klinikasi. Osteomalar sekin, og'riqsiz o'sadi, shu boisdan, uzoq vaqt davomida aniqlanmasligi, ba'zi holatlarda rentgen tekshiruvlari natijasida tasodifan aniqlanishi mumkin. Klinik jihatdan osteomalar yuz asimmetriyasini keltirib chiqaradi.

Bemorlarning birlamchi shikoyatlari o'smalarning hajmi va joylashgan sohasiga bevosita bog'liq bo'ladi. Agar o'sma pastki jag' tanasida suyak kengligida joylashsa, vaqt o'tishi bilan nevrologik og'riqlar paydo bo'ladi (bu pastki jag' nervining siqilishi bilan bog'liq). Keyinchalik esa jag' tanasining asimmetriyalanishiga sababchi bo'ladi: tojsimon o'siq sohasida joylashsa, uning hajmi kattalashib borgan sari, pastki jag' harakati qiyinlashib qoladi. Osteomaning yuqori jag' bo'shlig'i, burun bo'shlig'i va boshqa sohalarga o'sib kirishi natijasida estetik va funktsional o'zgarishlar kelib chiqishi mumkin. Bu gurux bemorlarida rentgenologik tekshiruvlar o'tkazilayotgan davrda osteoma tasodifan aniqlanadi.

A.A.Timofeyevning ma'lumotlariga ko'ra, osteomalar orbita sohasida joylashsa, ko'z soqqasining harakatlanishida qiyinchiliklar yuzaga keladi.

Agar o'sma qattiq tanglay yoki alveolyar o'siq sohasida joylashsa, ortopedik protezlashga halaqit berishi mumkin.

Ba'zi holatlarda qattiq tanglayda, ya'ni tanglay choki sohasida suyak kengayish o'choqlari – toruslar paydo bo'lishi mumkin yoki pastki jag'da premolyarlar sohasida – pastki jag' toruslari kuzatilishi mumkin. Lekin ular tug'ma bo'lib, o'smalar qatoriga kirmaydi (ular anatomik hosila hisoblanadi).

Osteomalar, odatda, xavfli turga o'tmaydi.

Rentgen tashxisi. Kompakt markaziy osteoma dumaloq yoki oval shakldagi gomogen o'choq sifatida, har xil o'lchamda, aniq chegarali bo'lib, atrof to'qimadan ajralib turadi (Rasm). O'sma tishlar bilan bog'lanmagan bo'ladi, lekin ba'zi holatlarda rentgen tasvirida xuddi odontoma singari ildiz bilan bog'langandek ko'rinishi mumkin

PEDJET KASALLIGI

1887 yil Pedjet tomonidan yozilgan. Ko'proq erkaklarda uchraydi. Og'riqsiz kechadi, tashxislashda rentgenologik tekshiruvda paxtasimon o'zgarish kuzatiladi.

Davolash: Simptomatik va polliativ.

ENGEL – REKLENGAUZEN KASALLIGI

Patogenez. Endokrin o'zgarishlar, qalqonsimon oldi bezining giperfunksiyasi hisoblanadi. Xarakterli belgisi bo'lib giperkal'tsemiya va suyaklarning yupqalanishi hisoblanadi.

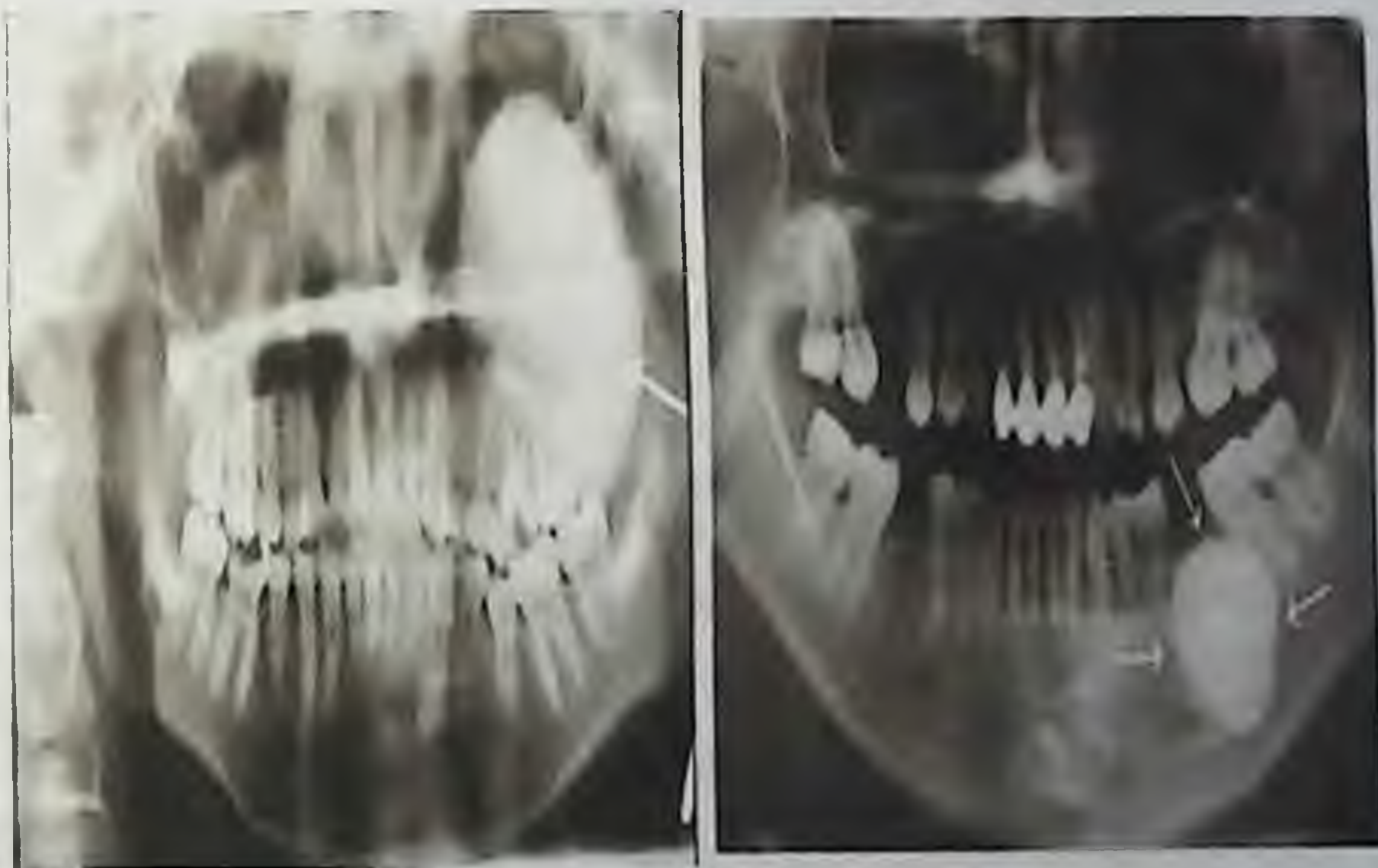
EOZINOFIL GRANULEMA YOKI TARATINOVA KASALLIGI

1913 yili Taratinova tomonidan yozib qoldirilgan. 1961 yili L.N. Sigelnik tomonidan uch xil formasi taklif etilgan.

1. O'choqli
2. Diffuz
3. Tarqalgan

Rentgenologik ko'rinishida jag' suyaklarida xar xil hajmdagi suyak destruksiyalari kuzatiladi. Bu kasallik X-gistiotsitoz kasalliklariga kirib, Xenda-Shullera-Krischena, Papiona-Lefevra, paraodontit, mielom kasalligi, rak va sarkoma, Itsenga-Kushinga bilan qiyosiy tashhislanadi.

Davolash: Simptomatik va rentgenologik.



Yuqori va pastki jag' osteomalari rentgen surati

Periferik kompakt osteoma rentgen suratida jag' chegarasidan tashqariga chiqqan, aniq, tekis qirrali suyak bo'rtiqlari sifatida ko'rinishi mumkin. G'ovak osteoma esa rentgen tasvirida zichlashgan va yemirilgan o'choqlar ketma-ketligidan tashkil topgan va tiniq ko'rinmaydigan maydon sifatida aniqlanadi. Bunday natijani kompyuter tomogrammasidan ham olish mumkin.

Yuqori jag'dagi osteomalar ko'pincha yuqori jag' bo'shlig'iga o'sib kirganidan so'ng aniqlanadi. Bu osteomalar g'ovaksimon tuzilishli, dumaloq shaklli va turli kenglikdagi oyoqchalarga ega bo'ladi. Burun bo'shlig'i yoki ko'z kosasiga qarab o'sib kiruvchi o'smalar ko'pincha kompakt suyak tuzilishiga ega va rentgen tasvirida bir xil massa ko'rinishida kuzatiladi.

Qiyosiy tashxis. Kompakt osteomalar odontoma, osteoid osteoma, giperostoz va so'lak toshlari bilan qiyosiy tashxis qilinadi. Rentgen tasvirida odontoma yana ham zichlashgan aniq chegarali bo'lib, chegarasida esa 1 mm hajmdagi yoriq ko'rinadi. Bu yoriq – odontoma kapsulasidir.

Osteoid osteoma rentgen sur'atida noaniq chegarali suyak yemirilgan o'choq sifatida ko'rinadi. Atrofi sklerozlangan to'qima bilan o'ralgan bo'ladi.

GIPEROSTOZ

Giperostoz – suyakning avvalgi surunkali yallig'lanish jarayonlari natijasida kelib chiqqan patologik o'sishi hisoblanadi. Uni kelib chiqishiga ko'ra, suyaklanuvchi periostit deb ham atashadi. Chegarasi ham noaniq bo'ladi.

So'lak toshlari bezning ichida joylashganda xuddi pastki jag'da joylashgandek ko'rinishi mumkin. Buni aniqlashtirish uchun og'iz tubi yumshoq to'qimalarining rentgen tekshiruvi o'tkaziladi.

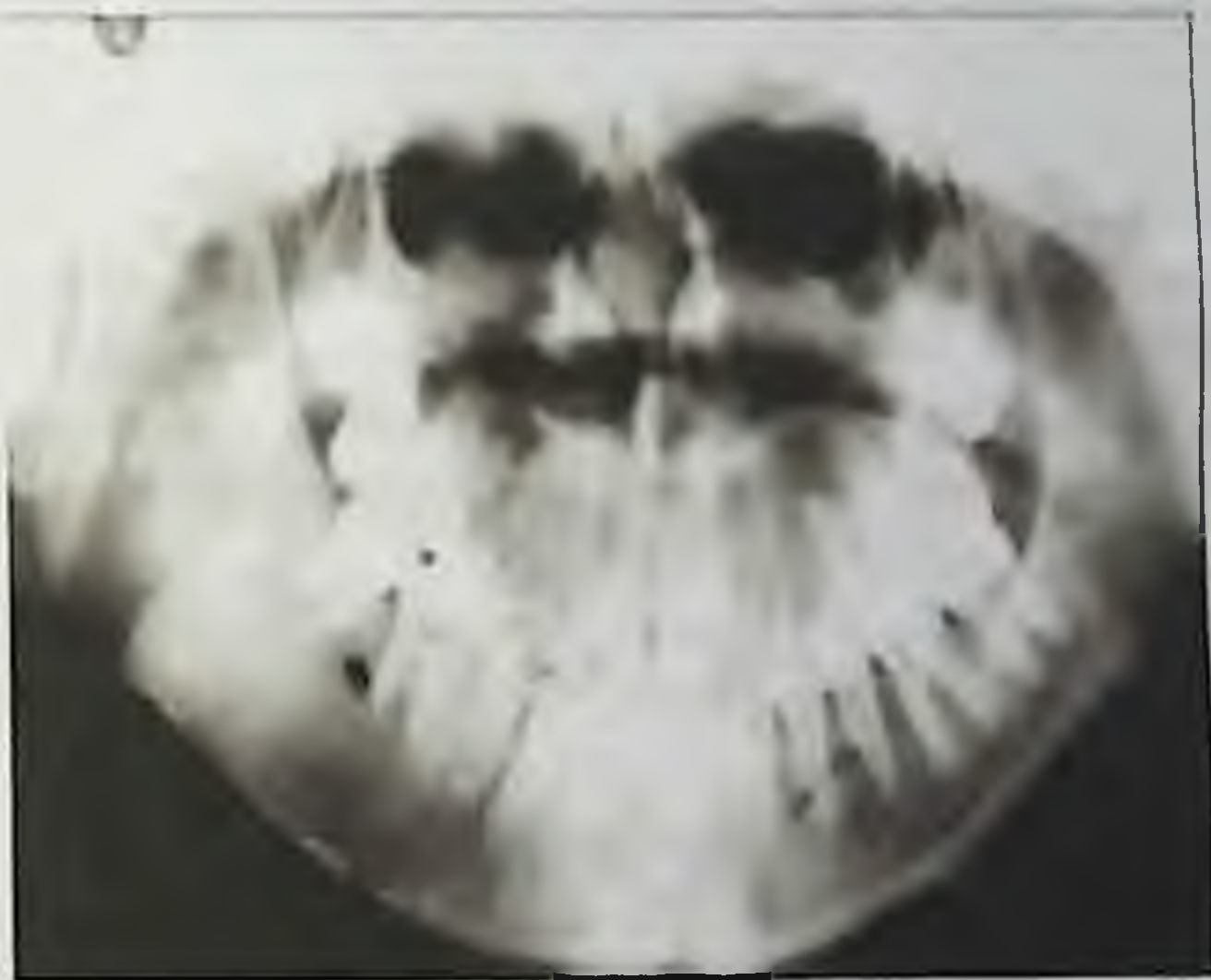
G'ovak osteomalarni xondroma, osteosarkoma va fibroz osteodislaziya bilan solishtirib, qiyosiy tashxislash zarur. Osteodislaziyalar bilan qiyoslab tashxislanganda, gistologik tekshiruvdan so'ng ularda yetilmagan suyak to'qima mavjudligi aniqlanadi. Zararlangan o'choqdan olingan suyak to'qimasida yetilgan suyak tuzilmalarining bo'lishi va ayrim sohalarida suyak yemirilish nuqtalarining ko'rinishi preparatning g'ovak osteomaligidan dalolatdir.

Davolash. Osteomalar estetik va funktsional o'zgarishlar keltirib chiqqanida faqat xirurgik yo'l orqali sog' to'qima chegarasida olib

tashlanadi. Ekzostozlar kuzatilganda, ular normal suyak tuzilmasigacha tekislanadi.

SUYAKLANUVCHI FIBROMA (FIBROOSTEOMA)

Suyaklanuvchi fibroma – xavfsiz o'sma bo'lib, faqat jag' suyaklarida uchraydi. Bu turdagi o'sma ko'proq bolalar va yoshlarda uchraydi. Klinik manzarasi rentgenologik fibroz displaziyaga o'xshab ketadi, faqat aniq chegarasi va kapsulasi bilan farqlanadi. Shu sababli, avvallari suyaklanuvchi fibromani fibroz displaziyaning o'choqli turi, deb hisoblangan. Rentgen tasvirida suyak to'qimasining yemirilgan o'choqlari bilan yonma-yon zichlashgan o'choqlarni ko'rish mumkin (Rasm). Gistologik tekshirilganda, o'sma patologik o'choq atrofi bo'ylab zich fibroz kapsula bilan qoplanganligi, markazida esa – tarkibida osteoklast hujayralari va yangi hosil bo'lgan osteogen orolchalarni aniqlash mumkin.



Pastki jag' suyaklanuvchi fibromasi rentgen surati

Qiyosiy tashxis. Suyaklanuvchi fibroma – desmoplastik fibroma, ameloblastik fibroma, xavfsiz sementoblastomalar bilan solishtirgan holda qiyosiy tashxislanadi.

Davolash. O'smani kapsulasi bilan olib tashlab, kyuretaj o'tkazish tavsiya etiladi. Agarda jarayon qaytalansa, jag'ning zararlangan

o'chog'ida suyak usti pardasi ostidan rezektsiya o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

OSTEOID OSTEOMA

Osteoid osteoma kamdan-kam hollarda, odatda, 5 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan bemorlarda uchrashi mumkin. Ko'pincha pastki jag' zararlanadi. Bunday o'smalar mezenximal to'qimadan rivojlanib, qon tomirlariga boy bo'ladi. Bir yadroli osteoblast hujayralar osteoid hujayralar bilan o'ralgan yoki ba'zida ko'p hujayrali osteoklastlar ham uchrashi mumkin.

Patomorfologiyasi. O'sma tashqaridan qaraganda, markazi qizil yoki kulrang-qizg'ish g'ovak to'qima bilan to'lgan, atrofi zich konsistentsiyali to'qima bilan o'ralgan hosila sifatida ko'riladi. Gistologik ko'rinishi xuddi osteomaga o'xshaydi. O'smaning tarkibida osteoblast va osteoklast hujayralar teng miqdorda uchraydi. Bundan tashqari, ayrim holatlarda limfotsit va plazmatik hujayralar ham aniqlanishi mumkin.

Klinikasi. O'sma tarafdagi noqulaylik osteoid osteomalarning birlamchi klinik belgisi hisoblanadi (A. A. Kolesov).

Osteoid osteomada og'riq sababsiz boshlanib, ba'zida o'choqli yoki tarqalgan xarakterga ega bo'ladi. Og'riq kechasi kuchayadi. Og'riq doimiy, simillovchi va xurujli bo'ladi, ba'zida esa og'riqsiz shakli kuzatiladi. O'sma jag'larning kortikal qavatida joylashganida tashqi tomondagi o'zgarishlar uning suyakning g'ovak qismida joylashgan shakliga qaraganda, sezilarliroq bo'ladi.

Tashxislash. Osteoid osteomaning yakuniy tashxisi rentgenologik tekshiruvdan so'ng qo'yiladi (Rasm). O'smaning boshlang'ich shaklida osteoid osteomaning rentgen tasvirda yumaloq va noto'g'ri shakldagi destruksiya o'chog'i kuzatiladi (diametri 0,5 mm. – 1 sm.). Patologik o'choq atrofi sklerozga uchragan suyak to'qimasi bilan o'ralgan bo'ladi. Bu maydonning hajmi kasallikning kechish muddatiga bog'liq.

O'sma rivojlanishining kechki bosqichlarida osteolitik o'choq yangi suyak bilan almashinib, rentgen nurlarini yaxshi qabul qilmaydi.

Qiyosiy tashxis. Osteoid osteoma osteogen sarkoma, osteoma bilan solishtirgan holda qiyosiy tashxislanadi. Osteogen sarkomada jarayon tez kechishi, suyakning tez yemirilishi va o'choq atrofida sklerozlangan suyak to'qimasining bo'lmasligi bilan xarakterlanadi.

Davolash. Osteoid osteoma faqat xirurgik usulda davolanadi. O'sma sog' suyak to'qimasi chegarasida kyuretaj yoki rezektsiyaqilish orqali olib tashlanishi kerak. To'liq olinmagan holatlarda retsividiv kuzatilishi mumkin.



Pastki jag' osteoid osteomasini rentgen surati

OSTEOBLASTOKLASTOMA

Osteoblastoklastoma – osteogen xavfsiz o'sma hisoblanadi. A. A. Timofeyevning ma'lumotiga ko'ra, bu kasallik jag' suyaklaridagi o'smalar orasida eng keng tarqalgan o'sma bo'lib, birlamchi jag' o'smalari va o'smasimon hosilalari ichida 12%ni tashkil etadi. Sinonimlari: osteoblastoklastoma, gigant hujayrali o'sma, markaziy gigant hujayrali granulyoma, gigant hujayrali reparativ granulyoma. O'sma o'rta yoshlilarda, ko'pincha ayollarda uchraydi.

Patomorfologiyasi. Makroskopik ko'rilganda, o'sma qo'ng'ir rangli va ketma-ket keluvchi qizg'ish kulrang yoki sarg'ish rangli maydonchalardan tashkil topgan tuzilma sifatida ko'rinadi. O'sma to'qimasi tez qonaydi. Tarkibida bir yoki bir nechta bo'shliqlar joylashib, ular qo'ng'ir tusli suyuqlik saqlaydi. Patologik o'choq atrofi suyaklangan bo'ladi. O'smaning qo'ng'ir rangda bo'lishi o'sma tarkibidagi qon tomirlaridan oqib keluvchi eritrotsitlar parchalanganda hosil bo'ladigan hemosiderin pigmentlarining cho'kishi bilan bog'liq.

Mikroskopda tekshirilganda, o'sma quyidagi ikki xil hujayralardan tuzilganligi aniqlanadi:

1) Osteoblast – bu bir yadroli, suyak hosil bo'lishida qatnashuvchi hujayralar.

2) Osteoklast – bu ko'p yadroli gigant hujayralar bo'lib, suyak to'qimasining so'rilishida ishtirok etadi.

O'sma osteoblast va osteoklast hujayralaridan iborat bo'ladi. Tarkibida yuqoridagi hujayralardan tashqari, fibroz to'qima va yangi hosil bo'lgan suyak to'qimali orolchalarni kuzatish mumkin.

O'sma ichidagi eritrotsitlarning parchalanishi patogenezida seroz yoki qonli kistalar hosil bo'ladi va o'sma to'q qora rangga kiradi. Osteoblastoklastomalar joylashuviga qarab: markaziy (suyakli) va periferik alveolyar o'siqda rivojlanuvchi turlarga bo'linadi (gigant hujayrali epulislar).

MARKAZIY OSTEOLASTOKLASTOMA

Markaziy osteoblastoklastoma ko'pincha kichik va katta oziq tishlar sohasida uchraydi (Rasm). A.A.Kolesov tasnifi buyicha, markaziy osteoblastoklastomaning 3 xil: katakchali, kistoz va litik shakllari farqlanadi. Katakchali shakli katta va yetuk yoshli bemorlarda uchrab, sekin rivojlanadi. Jag' suyagi asta-sekin qalinlashib, yuzasi g'adirbudurlashadi. Klinik ko'rinishida o'smaning aniq chegarasi yo'q, paypaslanganda qattiq va og'riqsiz bo'ladi. O'sma sohasidagi shilliq qavat – ko'kimtir tusda. Rentgen tasvirida kasallikning katakchali shaklida har xil kattalikdagi ko'plab bo'shliqlar kuzatilib, ular orasida turli qalinlikdagi to'siqlar kuzatiladi. Jag' suyaklari kortikal qavatlarining (ayniqsa, yuqori jag'da) yupqalashuvi kuzatiladi.

Osteoblastoklastomaning katakchali shakli rentgenologik tekshiruvda xuddi ameloblastomaga o'xshaydi. O'smaning intakt tishlarda uchrashi kistoz shaklidagi osteoblastomaning birlamchi klinik belgisi hisoblanadi. Ko'pchilik bemorlarda esa og'riq ham sezilmaydi. Bemorlarni tekshiruv paytida kistaga hos belgilar (jag' suyaklaridagi shish, «pergament g'ichirlashi») ni uchratish mumkin.

Osteoblastoklastomaning kistoz shaklida rentgen tasvirida odontogen kistaga hos belgilar kuzatiladi, bunda jag' suyaklari kompakt qismining yupqalashishi mazkur kasallikning o'ziga xos farqli belgisi hisoblanadi.



Yuqori jag'ni markaziy osteoblastoklastomasi

Osteoblastoklastomaning litik turi ko'proq yosh bolalarda va o'smirlarda uchraydi. O'sma sohasida joylashgan tishlar qimirlab qoladi. Jag' suyaklarining periost qavati yemirilib, o'sma yumshoq to'qimalarga o'sib kiradi. O'smaning pastki jag'da joylashuvida jag' suyaklarining patologik sinishi kuzatiladi. Yuqori jag'da joylashuvida esa o'sma yuqori jag' bo'shlig'i va burun bo'shlig'iga o'sib kirishi mumkin.

Osteoblastoklastomaning litik turida rentgen tasvirida yaxlit, yirik, pastki jag' qirrasiga yaqin joylashgan aniq chegarali o'zgarish kuzatiladi (Rasm). A.A. Kolesovning kuzatuidagi osteoblastoklastomali bemorlarning ikkitasida osteoblastoklastomaning sarkomaga o'tganligi aniqlangan.

Qiyosiy tashxis. Osteoblastoklastoma klinik-rentgenologik ko'rinishlari ameloblastoma, fibroz displaziya, xondroma, eozinofil granulema va osteogen sarkomaga o'xshaganligi sababli tashxis qo'yish jarayonida biroz qiyinchilik tug'diradi.

Davolash. Osteoblastoklastoma xirurgik usulda davolanadi. O'sma to'qimasi qirib olib tashlanadi yoki jag' suyaklari rezektsiyasi o'tkaziladi. O'smani o'lchamiga qarab rezektsiyada jag' suyagining butunligi buzilishi yoki buzilmasligi ham mumkin. Osteoblastoklastomani qirib olish ko'pincha uning katakchali va kistoz turida bajariladi.



Pastki jag' osteoblastoklastomasi

O'smaning qisman rezektsiyasi uning litik turida yoki katakchali turi kattalashib ketganda bajariladi.

Rentgen terapiyasi – kam samara beradi. Undan tashqari, rentgen terapiyasidan so'ng osteoblastoklastomaning xavfli turga o'tish ehtimoli kuzatilishi mumkin. Qator mualliflarning fikriga ko'ra, rentgen terapiyasi ba'zi sabablar bo'yicha operativ davolash choralarini qo'llash mumkin bo'lmagan holatlarda o'tkaziladi.

PERIFERIK OSTEOLASTOKLASTOMA.

Periferik osteoblastoklastoma alveolar o'siqda joylashib, gigant hujayradan iborat bo'lib haqiqiy o'smalar sirasiga kiradi. Periferik osteoblastoklastoma har xil yoshdagi bemorlarda uchrashi mumkin.

O'sma alveolyar o'siqda joylashib, yumaloq va oval shaklda, to'q qizil tusda, usti silliq bo'lishi mumkin. O'sma sekin o'sib, og'riqsiz bo'ladi. O'smaning ustki qismi ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Ba'zi holatlarda o'smaning epiteliy qatlami antagonist tishlar bilan jarohatlanib, yaralar hosil bo'ladi. O'smani paypaslaganda – yumshoq elastik konsistentsiyada, o'sma sohasida joylashgan tishlar qiyshaygan, ba'zida qimirlagan, lekin og'riqsiz bo'ladi.

O'smani sekin o'sishi kuzatiladi, gigant hujayrali o'sma katta hajmgacha o'sib ketib, ovqatlanishga va gapirishishga xalaqit beradi. Gigant hujayrali epulida alveolyar o'siqda suyak distrofiyasi kuzatiladi.

Davolash. Periferik osteoblastoklastoma faqat xirurgik usul bilan davolanadi. O'smalarning o'mi koagulyatsiya qilinadi. Epulis sohalaridagi tishlarning ildizlari ochilib, qimirlab qolganda, bunday tishlar olib tashlanadi.

TOG'AY HOSIL QILUVCHI O'SMALAR

Bu guruh o'smalar patologik tog'ay hosil qilib, suyak hosil qiluvchi o'smalarga nisbatan kamroq uchraydi. Bunday o'smalar quyidagi ikki guruhga, ya'ni: xavfsiz xondroma va osteoxondroma hamda xavfli xondrosarkoma guruhlariga bo'linadi.

Xondromalar yetuk tog'ay to'qimasidan rivojlanadi. Ular ko'pincha yuqori jag'ning oldingi qismida chegaralangan tugun sifatida joylashadi. Ayrim manbalarda ularning pastki jag'da ham joylashishi mumkinligi haqida ma'lumotlar mavjud. Joylashgan sohasiga qarab, ya'ni jag'larning ichida – markazida shakllangan enxondromalar va periferiyada joylashgan ekxondromalar uchrashi mumkin. Shuningdek, periostal xondroma hamda yuksak kortikal – jag' suyaklaridan tashqariga o'suvchi xondromalar tafovutlanadi.

Klinikasi. Xondromalar sekin o'sishi bilan boshqa o'smalardan farqlanadi. Periferik xondromalar paypaslanganda g'adir-budur, konsistentsiyasi qattiq, og'riqsiz bo'lib, asosi bilan suyakka birikkan bo'ladi. Chegaralari odatda aniq bo'ladi. Xondromalar sekin o'sib, kattalashgani sayin nafaqat jag' suyaklarini, balki tanglay va yuz shaklini ham buzilishiga olib keladi, oqibatda, yuqori lab va burun qanotlari ham ko'tarilib qolishi mumkin.

Enxondroma suyakning ichida o'sishi hisobiga tez muddatda sezilmay, o'zi joylashgan sohadagi tishlarning qimirlashi va siljishiga olib keladi. Enxondromalar ko'pincha o'sma suyakning tashqarisiga o'sib chiqqanda, ya'ni kechki muddatlarda tashxislanadi. Odatda, og'iz shilliq qavati o'zgarmaydi. Xondromalarning rivojlanishi uzoq vaqt davom etganda xondrosarkomaga aylanib ketishi mumkin.

Rentgen tashxisi. Xondromada, boshqa turdagi o'smalardan farqli ravishda, rentgenologik o'zgarishlar har doim ham aniq ko'rinavermaydi (Rasm). Ko'pincha destruksiya o'choqlari noaniq chegarali bo'ladi. O'sma tishlar bilan bog'langanda, ichida joylashgan tish ildizi so'rilib ketadi. Patologik o'choq sohalarida petrifikatlar (kaltsiy tuzlari bilan

shimilgan maydonlar) va yangi suyak hosil bo'lgan maydonlar kuzatiladi. Ekxondromalarda destruksiya o'choqlari jag' suyaklaridan tashqariga chiqib rivojlanishi hisobiga patologik jarayon yon rentgen suratlarida yaxshi ko'rinadi.

Tashxislash – har doim ham oson bo'lavermaydi. Xondromalar yuqori jag'ning old qismida joylashsa, tipik hisoblanadi.

Qiyosiy diagnostika. Xondromalarni osteofibromalar va ameloblastik fibromalar bilan solishtirib, qiyosiy tashxislash mumkin. Makroskopik ko'zdan kechirilganda, xondromalar qattiq bo'lakli tog'aylardan iborat bo'ladi. Mikroskopda tekshirilganda esa, xondromalarning gialinli tog'aylardan iborat ekanligi va orasida notekis tog'ay to'qimalari joylashganligi ko'rinadi.

Davolash. Xondromalarni tez kattalashib ketishi sababli, radikal xirurgik harakat, ya'ni jag'lar rezektsiyasi qo'llaniladi.



Yuqori jag' xondromasi (og'iz ichi rentgenogrammasi)

JAG' SUYAKLARINING O'SMASIMON HOSILALARI

Suyak o'smalariga nisbatan o'smasimon hosilalar kam uchraydi. Jag' suyaklarining o'smasimon hosilalariga fibroz displaziya, eozinofil

granulema, giperparatireodizmni "jigarrang o'smasi" va Pedjet kasalligi kiradi.

Fibroz displaziya. Jag'larni fibroz displaziyasi (Braytsev-Lixtenshteyn kasalligi) suyak hosil bo'lishini o'choqli buzilishi bilan kechadigan suyakni o'smasimon hosilasi hisoblanib, asosan bolalik davrida uchraydi. O'smasimon hosila kasallikning erta bosqichlarida klinik belgilarsiz kechadi va tasodifan aniqlanishi mumkin. T.G. Robustova ma'lumotlariga ko'ra suyakning o'sma va o'smasimon hosilalarini 13%ini tashkil qiladi. Kasallik ayollarda erkaklarga nisbatan ko'proq uchraydi. Fibroz displaziyaning monoossal (bitta suyakni zararlaydigan) va poliossal (bir nechta suyakni bir vaqtda zararlaydigan) turlari farqlanadi.

Fibroz displaziyaning klinik manzarasi o'smaning egallagan hajmi va joylashgan o'rniga bog'liq bo'ladi. Ko'proq yuqori jag' suyagi zararlanadi. O'smasimon hosila sekinlik bilan o'sib, jag' suyagini deformatsiyasiga olib keladi. Yuqori jag' suyagining vestibulyar va tanglay tarafida og'riqsiz bo'rtib chiqqan joylar aniqlanadi. Ko'z kosasining pastki qirg'og'ini zararlanishi ko'z yorig'ini torayishiga olib keladi. Jarayonning pastki jag'da joylashishida og'iz dahlizi va xususiy og'iz bo'shlig'i tarafida suyakni bo'rtishi aniqlanadi. Zararlangan sohalarda teri va shilliq qavatlarda o'zgarishlar aniqlanmaydi. O'smasimon hosilani alveolyar o'siqda joylashishi alveolyar o'siqni kattalashishi va deformatsiyasiga olib keladi. Patologik jarayon joylashgan sohalarda tishlarni qimirlab qolishi kuzatiladi.

Fibroz displaziyaning poliossal shakllariga xeruvizm va Olbrayt sindromlari kiradi. Xeruvizm erta bolalik davrida rivojlanadi va pastki jag'ning burchak qismlari simmetrik ravishda kattalashadi. Bemorning yuzi oval shaklga ega bo'lib, "farishta yuzi" ko'rinishini eslatadi. Olbrayt sindromiga yuz suyaklaridagi o'zgarishlar, terida dog'larni hosil bo'lishi va erta jinsiy yetilish uchligi (triada) xarakterli belgi bo'lib hisoblanadi. Yuzning barcha suyaklarini kattalashishi hisobiga bemorlarda "sher yuzli" lik belgisi kuzatiladi.

Rentgen tasvirida suyakning zararlangan qismini kattalashishi va suyak destruktiviyasi aniqlanadi. Fibroz displaziyaning rentgenologik ko'rinishiga "xira oyna" (matovoe steklo) belgisi xarakterli bo'lib hisoblanadi (Rasm).

Yuz-jag' soxasi xavfsiz o'smalari va o'smasimon hosilalari

Kasallikning klinik va rentgenologik manzaralariga asoslanib tashxis qo'yiladi. Ikkilanish kuzatilgan vaziyatlarda ochiq biopsiya o'tkazish usulidan foydalanish mumkin.

Fibroz displaziya osteosarkoma, xondroma, suyaklanuvchi fibroma, periapikal sement displaziyasi, osteoma singari o'sma kasalliklari bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

O'smasimon hosila xirurgik usulda davolanadi. O'sma to'qimasi qirib olib tashlanadi yoki jag' suyagini rezektsiya qilish jarroxlik harakati amalga oshiriladi. Hosil bo'lgan suyak nuqsonida bir vaqtning o'zida suyak plastikasi o'tkaziladi.



Pastki jag' fibroz displaziyasi rentgen ko'rinishi

Fibroza displaziyani oqibati bemor hayoti uchun xavfli hisoblanmaydi. Funktsional va estetik jihatdan buzilishlar kuzatilishi mumkin.

Eozinofil granulema (Taratinov kasalligi). Eozinofil granulema X gistiotsitozni bir ko'rinishi hisoblanadi. Hozirgi davrda faqatgina bitta sohani zararlanishi eozinofil granulema deb atalsa, bir nechta sohalarni zararlanishi gistiotsitoz X deb yuritiladi. Patologik jarayonni klinik kechishi va joylashgan joyiga ko'ra eozinofil granulemani 3 ta shakli farqlanadi:

- jag'lardagi o'choqli eozinofil granulema,
- jag'lardagi diffuz eozinofil granulema,
- butun organizm suyaklariga tarqalgan eozinofil granulema.
- O'choqli eozinofil granulema jag'larning tana, burchak va shox

qismlarini zararlaydi. Jag' suyagi alveolyar o'siqlarida o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bemorlar jag' sohasidagi biroz og'riqli shishdan shikoyat qilishi mumkin. Rentgen suratida jag' suyagida aniq chegarali teshik-teshik ko'rinishidagi suyak nuqsonlari aniqlanadi. Eozinofil granulemani bu shakli juda ham kam uchraydi va asta sekinlik bilan diffuz shakliga o'tadi.

Diffuz shaklida alveolyar o'siqni zararlanishi kuzatilib, jarayonga tishlar ham qo'shiladi. Keyinchalik diffuz zararlanish jag' suyaklarining tana va shox qismlariga tarqaladi. Bemorlarda dastlab milklarni qichishishi va qonashi kuzatiladi. Milk so'rg'ichlari atrofiyaga uchraydi. Asta sekinlik bilan tishlar qimirlab, ularning bo'yin qismi ochilib boraveradi. Tish ildizlari sohasida tish toshlari yig'ilib og'izdan badbo'y hid keladi. Jarayon ko'pincha bir vaqtning o'zida yuqori va pastki jag'larning kichik va katta oziq tishlar sohasida simmetrik ravishda kechadi. Rentgen suratida tishlararo to'siqning gorizontal tipdagi osteolitik destruksiyasi aniqlanadi (Rasm).



Pastki jag' eozinofil granulemasi

Jarayon 1-3 yil ichida jadallashib, jag' suyagini tana va asosini zararlaydi. Tishlarni qimirlashi kuchayib, bo'yin qismlari ancha ochilib

ketadi. Alveolyar o'siq shilliq qavatida eroziya va yaralar kuzatilishi mumkin. Qimirlab qolgan tishlar olinsa, o'rni bitmaydi yoki qiyinchilik bilan sekin bitadi. Tish katagiga tegilganda, kuchli og'riq kuzatiladi.

Rentgen suratida alveolyar o'siqni, jag' tanasi va asosini diffuz zararlanganligi aniqlanadi.

Kasallikning tarqalgan shaklida jag' suyaklari bilan birgalikda organizmning boshqa suyaklari ham zararlanadi.

Eozinofil granulema parodontit, odontogen kistalar va osteolitik o'smalar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Qo'yilgan klinik tashxis zararlangan sohadan qirib olingan materialni gistologik tekshiruv natijalari bilan tasdiqlanadi.

Eozinofil granulema kombinirlangan usulda davolanadi. Dastlab tishlar sug'urilib, zararlangan sohadagi o'sma to'qimasi qirib olinadi. Keyinchalik nur terapiyasi o'tkaziladi. Ba'zan nur terapiyasi yaxshi natijalarni beradi.

Eozinofil granulemada tananing boshqa suyaklarini zararlashi ham mumkin. Shuning uchun bemorlar dinamik kuzatuvda bo'lishi kerak. Jarayon xavfli ko'rinish olib, letal natija bilan tugashi ham kuzatilgan.

Giperparatireodizmni "jigarrang o'smasi". "Jigarrang o'sma" sistemali kasallik bo'lib, qalqon oldi bezini adenomasida paratgormonini ko'p ishlab chiqarilishi oqibatida rivojlanadi. Bu o'smada suyakni sezilarli darajada so'rilishi bilan yangi suyakni hosil bo'lish jarayoni birgalikda kechadi. O'sayotgan fibroretikulyar to'qima suyak ko'migi o'rmini egallab boraveradi. Suyakni so'rilishi suyak hosil bo'lishiga nisbatan kuchliroq ko'rinish oladi. Osteogen to'qimaning proliferatsiyasi gigant hujayralarining paydo bo'lishiga zamin yaratib, natijada har xil o'lchamdagi seroz va qonli kistoz bo'shliqlar hosil bo'ladi. Suyakdagi o'zgarishlar suyakning deformatsiyasiga, qiyshayishiga ba'zan sinishiga ham olib keladi. Kalsiy tuzlarini organizmdan chiqib ketishini kuchayishi buyrak, o'pka va oshqozon ichak traktida o'zgarishlarga olib kelishi mumkin.

Kasallik surunkali tarzda kechadi. Bemorlarda mushaklarni kuchsizlanishi, charchash alomatlari, taxikardiya, poliuriya, suyaklarda og'riq va buyrak-tosh kasalligini belgilari rivojlanib boraveradi. Keyinchalik naysimon suyaklarning qiyshayishi kuzatiladi. Jag'

suyaklarining zararlanishi gigant hujayrali o'smani klinik ko'rinishini eslatadi.

Tashxis qo'yishda qon plazmasi tarkibida kalsiy miqdorini ortishi va fosfor miqdorini kamayib ketishi alohida ahamiyat kasb etadi. Siydik tahlilida kalsiy va fosforning miqdori oshib ketadi.

Rentgen suratida jag' suyaklari kortikal plastinkasining yupqalashishi, suyakni tashqi tarafga qarab bo'rtishi va ko'plab kistasimon bo'shliqlarni ko'rinishi xarakterli belgi hisoblanadi.

Mikroskopik "jigarrang o'sma" fibroz tuzilishga ega bo'lib, ko'plab osteoklast tipidagi gigant hujayralarni saqlaydi. O'sma atrofidagi suyakda yuqori osteoklastik rezorbsiya va osteoblastik suyak hosil bo'lishi belgilari aniqlanadi.

"Jigarrang o'sma" o'smani davolash endokrinolog shifokor yordamida amalga oshiriladi. Xirurgik yo'l orqali qalqon oldi bezini adenomasi olib tashlanadi. Natijada jarayonni sekinlik bilan orqaga qaytishi kuzatiladi. "Jigarrang o'sma"ni oqibati qoniqarli hisoblanadi.

Deformatsiyalovchi osteit (Pedjet kasalligi). Pedjet kasalligi tana skeletining hamma suyaklarida uchraydi. Bu kasallik suyak to'qimasida doimiy va to'xtovsiz o'zgarishlar kuzatilishi bilan kechadi. Patologik jarayon eski suyak hujayralarini so'rilishi va yangi suyak hujayralarini hosil bo'lishi bilan birgalikda boradi. Suyak to'qimasi asosan suyak usti pardasidan hosil bo'lib boraveradi. Suyaklarni qiyshayishi va qalinlashishi natijasida turli-tuman shakl buzilishlari kuzatiladi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar aniq emas. Yuz-jag' sohasini zararlanishida kalla suyaklarining kattalashishi, yonoq suyaklarini kengayishi va burun suyaklarini qalinlashishi kuzatiladi (Rasm).

Kasallik rivojlanib borgan sari bemorlarda eshitish faoliyatini pasayib ketishi aniqlanadi. Jag' suyaklaridagi shakl buzilishlarda tishlar alveolyar o'siq bilan birgalikda siljiydi.

Alveolyar o'siqni qoplab turgan shilliq qavat cho'zilib, rangpar ko'rinishga kiradi. Paypaslaganda, og'riqsiz, suyakni deformatsiyaga uchragan qismlari seziladi. Kasallik jadallik bilan kechganda jag' suyaklari qalinlashib boraveradi. Olib qo'yiluvchi protez taqadigan bemorlarda protezini almashtirishlariga to'g'ri keladi (Rasm). Pedjet kasalligi oqibatida jag' sarkomalari rivojlanishi mumkin.



Pedjet kasalligida yuz suyaklardagi o'zgarishlar

Kasallikning rentgen tasvirida suyakning kompakt va g'ovak qavatlarini "titilgan paxta" (vatniy risunok) ko'rinishini oladi. Kalla suyaklarida choklarni aniqlab bo'lmaydi. Jag' suyaklarida "titilgan paxta" ko'rinishidan tashqari har xil qalinlikdagi giperostozlar kuzatiladi.

Deformatsiyalovchi osteit giperparatireodizmni "jigarrang kasalligi", fibroz displaziya va periapikal sement displaziyasi bilan qiyosiy tashxis qilinadi. Tana suyaklarini hammasini rentgenologik tekshirish tashxis qo'yishda alohida ahamiyat kasb etadi. Qo'yilgan klinik tashxis suyakdagi rentgenologik o'zgarishlar va olingan materialni gistologik tekshiruv natijalariga qarab tasdiqlanadi.

Hozirgi vaqtda Pedjet kasalligini radikal davolash usullari yo'q. Yuzni keskin deformatsiyalari va chaynash faoliyatini buzilishlarida suyakni bo'rtib chiqib qolgan qismlari olib tashlanadi. Bemorlarda dinamik kuzatuvlar olib boriladi.

Pedjet kasalligini oqibati qoniqarli hisoblanadi. Bu kasallik funksional va estetik jihatdan har xil muammolarni keltirib chiqarishi mumkin.



Periodontitis kasalligida yuqori jag' alveolyar o'sig'idagi o'zgarishlar

Adabiyotlar

1. Yu.I. Bernadskiy "Yuz-jag' xirurgiyasi asoslari va jarrohlik stomatologiyasi" Kiev "Vitebsk"
2. A.A. Kolesov "Bolalar stomatologiyasi". Moskva.
3. A.I. Paches "Bosh va bo'yin o'smalari" Moskva.
4. N.N. Mazelova, M.S. Abdullaxodjaeva "Ameloblastoma chelyustey"
5. T.G. Robustova "Jarrohlik stomatologiyasi" Moskva 2003 y
6. A.I. Evdokimov va T.N. Vinogradova "Bolalar stomatologiyasi" Moskva.
7. N.A. Kraevskiy taxriri ostida "Yuz-jag' o'smalarning patolog-anatomik tashxisi" Moskva.
8. A.M. Volnuev, V.S. Kolesov "Yuz-jag' sohasi kistalari" Kiev.

MUNDARIJA

Yuz-jag' sohasi to'qimalarini spetsefik, nospetsefik xavfsiz o'smalari va kistalari	3
ODONTOGEN (ORGANOSPETSEFIK) XAVFSIZ O'SMALAR	3
Ameloblastoma	5
Odontoma	13
Sementoma (Cementoma)	19
Xavfsiz kechuvchi sementoblastoma	21
ODONTOGEN O'SMASIMON HOSILALAR	24
RADIKULYAR KISTALAR	24
KERATOKISTA	28
FOLLIKULYAR KISTALAR	29
TISH CHIQISH DAVRI VA MILK KISTALARI	32
Jag'larning odontogen kistalarini davolash	33
EPULIS	38
NOODONTOGEN (NOSPETSEFIK) XAVFSIZ O'SMALAR	41
YUZ-JAG' SOHADAGI YUMSHOQ TO'QIMALARNING XAVFSIZ O'SMALARI TASNIFI	41
QON TOMIR O'SMALARI VA O'SMASIMON HOSILALARI	41
GEMANGIOMA	41
YUZ-JAG' SOHASI VA BO'YINNING TUG'MA KISTA VA OQMALARI	48
ATEROMA (ATHEROMA)	53
FIBROZ XOSILALAR SHAKLLANISHI	54
PAPILLOMA VA PAPILOMATOZ	55
LIMFANGIOMA	56

LIPOMA	56
Mushak to'qimasi o'smasi	57
YUZ VA OG'IZ BO'SHLIG'I DEVORIDAGI NEYROFIBROMA ...	58
YUZ TERISINI TUG'MA DOG'LARI (NEVUS).....	59
OSTEOGEN XAVFSIZ JAG' O'SMALARI JAG' OSTEOMALARI.	62
OSTEOID OSTEOMA	63
OSTEOBLASTOKLASTOMA	64
OSTEOXONDROMA	68
SO'LAK BEZLARI O'SMALARI	69
NEYROFIBROMATOZ (REKLINGXAUZEN KASALLIGI)	75
FIBROMATOZ.....	77
RINOFIMA	78
NEVUS	79
JAG'LAR OSTEODISTROFIYASI.....	80
Fibroz displaziya	80
SUYAK HOSIL QILUVCHI XAVFSIZ O'SMALAR	80
TOG'AY HOSIL QILUVCHI O'SMALAR	91
JAG' SUYAKLARINING O'SMASIMON HOSILALARI	92
Adabiyotlar.....	100

**Rizayev J.A., Ibragimov D.D.,
Gaffarov U.B., O'Imasov F. G'.**

**YUZ JAG' SOXASI XAVFSIZ
O'SMALARI VA O'SMASIMON
HOSILALARI**

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: 500-831

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 6.10.2021 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 2

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 5,93 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 58/2023

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com



