

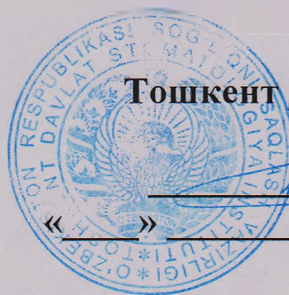
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

**НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА
“ТИШЛАР ЖОЙЛАШУВИ АНОМАЛИЯЛАРИ”**

ТОШКЕНТ-2025



«КЕЛИШИЛДИ»

**Тошкент Давлат стоматология
институти ректори**

Н.К.Хайдаров

2025__ йил

**НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА
“ТИШЛАР ЖОЙЛАШУВИ АНОМАЛИЯЛАРИ”**

ТОШКЕНТ-2025

Мундарижа:

НОЗОЛОГИЯГА КЎРА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК БАЁННОМА “K07.3 Тишлар жойлашуви аномалиялари” 5

НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ
КЛИНИК БАЁННОМАСИ “K07.3 Тишлар жойлашуви аномалиялари” 33

НОЗОЛОГИЯГА КЎРА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА “Тиш жойлашуви аномалиялари, тиш
жойлашувининг бошқа аниқланган аномалиялари” 39

**НОЗОЛОГИЯГА КЎРА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА
“ТИШЛАР ЖОЙЛАШУВИ АНОМАЛИЯЛАРИ”**

1. Кириш

Аннотация. Ушбу клиник баённома тишлар жойлашуви аномалиялари, силжиши ва бошқа аниқланган аномалиялари бўлган беморлар (болалар) учун амбулатория шароитида ортодонтик-стоматологик қабулда кўрсатиладиган тиббий ёрдам ҳажмига қўйиладиган умумий талабларни белгилайди. Ушбу нозологияда КХТ - 10 нинг 10-қайта кўриги К07.3 тишлар жойлашуви аномалиялари, К07.31 силжиши, К07.38 - тишлар жойлашуви бошқа аниқланган аномалиялари мавжуд. Ушбу нозологияга силжиш, бошқа аниқланган тишлар жойлашуви аномалиялари каби касалликлар киради. Ушбу нозология тишларнинг вестибуляр жойлашувини, тишларнинг танглай-тил ёки орал ҳолатини, мезиал-дистал тишлар чиқиши, тишларнинг транспозициясини, супраокклюзияни ва инфра-окклюзияни (тишларнинг юқори ва паст ҳолатини), тишларнинг тортоаномалиясини зарур диагностика қилиш, даволаш ва олдини олиш учун мўлжалланган.

КХТ-10 бўйича кодлар:

K07.38	Тишлар жойлашувининг аномалиялари
K07.31	Силжиши
K07.38	Тишлар жойлашувининг бошқа аниқланган аномалиялари
	Тишларнинг вестибуляр ҳолати, тишларнинг танглай-тил ёки орал ҳолати, мезиал-дистал тишлар чиқиши, тишларнинг транспозицияси, супраокклюзия ва инфра-окклюзия (тишларнинг юқори ва паст ҳолати), тишларнинг тортоаномалияси
Ҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=10003

МКБ-11

DA07.6 (Код в МКБ-10: K00.6)	<u>Тишларни</u> чиқишини бузилиши
DA07.60 (Код в МКБ-10: K00.7)	<u>Тишларни</u> чиқишини синдроми
DA07.61	<u>Тиш анкилози</u>

(Код в МКБ-10: K03.5)	
DA07.6Y (Код в МКБ-10: K00.6)	Тишларни чиқишини бузилши аниқлангани
DA07.6Z (Код в МКБ-10: K00.6).	Тишларни чиқишини бузилши аниқланмагани
DA07.7 (Код в МКБ-10: K01.0)	<u>Ретенирланган</u> тишлар
DA07.8 (Код в МКБ-10: K01.1)	Импакт тишлар
ССЫЛКА	https://mkb-10.com/index.php?pid=10003

Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник баённома ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

- Тошкент Давлат стоматология институти.

- “Стоматология” мултидисциплина йўналиши бўйича ишчи гуруҳ:

Шомуродов Кахрамон, т.ф.д., профессор	Тошкент Давлат стоматология институти (ТДСИ), илмий тадқиқотлар ва инновациялар бўйича проректор
Хасанов Адхам, т.ф.д., профессор	Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси Президенти, кузатув Кенгаши раисининг ўринбосари

-“Стоматология” мултидисциплина йўналишидаги муаллифлар ва хаммуаллифлар гуруҳи:

Нигматов Рахматулла Нигматович	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси мудири
Муртазаев Саидазим Саидазамович	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси доценти
Сулайманова Дилфуза Азраловна	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси катта ўқитувчиси
Тулаганов Бехзод Ботирович	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси ассистенти
Кодиров Жасур Мавжудович	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси ассистенти
Назарова Сунагуль Жаббаровна	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси ассистенти
Расулова Шахноза Расулжановна	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси ассистенти
Мавланова Мохларойим Ахтамовна	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси ассистенти
Юсупалиева Камола Бахадировна	ТДСИ, Ортодонтия ва тишларни протезлаш кафедраси ассистенти
Такризчилар:	
Гуломов Суръат Саидвалиевич	
Хасанова Лола Эмильевна	

Миллий клиник протокол бўйича кўп тармоқли йўналиши «Стоматология» Тошкент давлат стоматология институтининг **Марказий ташкилот ва методик кенгашида** 202 йил _____ да муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди, протокол № 5.

Миллий клиник протокол бўйича кўп тармоқли йўналиши «Стоматология» Тошкент давлат стоматология институтининг **Илмий кенгаши** томонидан _____ тасдиқланди, протокол № ____.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш ва тахрирлаш бўйича эксперт хулосаси:

- Гаффоров Суннатулла Амруллоевич. Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining Stomatologiya, bolalar stomatologiyasi va ortodonti kafedrasini mudiri., профессор.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги экспертлар гуруҳи мутахассислари томонидан техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

РКТ	Рандомизацияланган клиник тадқиқотларни
ОЎЮ	Олий ўқув юрти
КХТ	Касалликларнинг халқаро таснифи
ТТЖ	Тил томонга жойлашуви
ТЖА	Тишларнинг жойлашув аномалияси
С	Силжиши
ТЖБАА	Тиш жойлашувининг бошқа аниқланган аномалиялари
ТЖБАМА	Тиш жойлашувининг бошқа аниқланмаган аномалиялари

-“Стоматология” йўналишидаги Миллий клиник баённома ва стандартлардан фойдаланувчилар:

1. Стоматолог ортодонт;
2. Стоматология йўналишидаги талабалар, клиник ординаторлар, магистрлар, аспирантлар, тиббиёт университетларининг ўқитувчилари;
3. Тиш жойлашуви аномалияларининг турли шакллари бўлган беморлар ва болалар, уларнинг оила аъзолари ва тарбиячилари.

- “Стоматология” йўналишидаги миллий клиник баённома ва стандартлар беморларининг тоифалари: тишларнинг тил жойлашувига эга болалар ва катталар.

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Шифрлаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни (РКТ) тизимли текшируви ўтказилди
2	Референс усули назорати билан алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида РКТ ва ҳар қандай дизайн бўйича тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш, мета-таҳлил ёрдамида РКТ бундан мустасно
3	Референс усули билан изчил назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки экспертларнинг хулосаси учун асос мавжуд

Профилактик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Шифрлаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида РКТларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида РКТлар бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни алоҳида РКТлар ва тизимли шарҳлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, ишларни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизми (клиникагача бўлган тадқиқотлар) ёки экспертларнинг хулосаси учун асос мавжуд

Профилактик, диагностик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (ТИД) баҳолаш кўлами

ТИД	Шифрлаш
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил)
B	Шартли тавсия (жами бўлмаган кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)

С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)
---	--

Атамалар ва таърифлар

Прикус - Марказий окклюзия ҳолатида тиш қаторларининг жипслашиш тури.

Окклюзия - юқори ва пастки жағ тишлари функционал ҳолатда ёпилганда улар орасидаги нисбат. Тиш қаторларнинг жипслашишининг маълум бир тури, бу юқори ва пастки жағнинг ҳолатини англатади, бунда маълум миқдордаги тишлар бир-бири билан алоқада бўлади.

Окклюзион текислик - бу чайнов тишларининг фронтал ва окклюзион юзаларининг кесув қирралари бўйлаб ўтадиган чизиқ.

Аномалияларнинг тиш алвеоляр шакллари - патогенетик равишда алвеоляр ўсиқлар ва тишларнинг ўсиши ва ривожланишининг бузилиши билан бирга келади.

Гнатик шакллар - патогенетик равишда жағ суяқларининг ҳолати ва ўлчамидаги аномалиялар билан бирга келади.

Тиш ротацияси - бу тишнинг ўз ўқи атрофида айланиш ҳаракати.

Дистал тиш силжиши - бу тишнинг тиш қатори бўйлаб оптимал орқа томонга силжиши. Тиш қаторининг олд қисмида у латерал деб аталади: тиш сагиттал текисликдан узокроқда ва унинг оптимал жойлашувига нисбатан жойлашган.

Мезиал тиш силжиши унинг тиш қатори бўйлаб олдинга силжишидир.

Тишнинг вестибуляр ҳолати. Оғиз бўшлиғининг даҳлизи бўйлаб кўпинча қозик тиш силжийди.

Тишларнинг орал ҳолати. Пастки жағда тишларнинг лингвал ҳолати ва юқори жағда танглай ҳолати фарқланади.

Супраҳолат - тиш окклюзион эгри чизиқдан юқори бўлганда тишнинг вертикал йўналишда силжиши.

Инфраҳолат - тиш окклюзион эгри чизиқдан пастда бўлганда, тишнинг вертикал йўналишда силжиши.

2. АСОСИЙ ҚИСМ

2.1. Кириш. Тишларнинг нотўғри жойлашиши энг кенг тарқалган тиш аномалияларидан бири бўлиб, унинг популяцияси даражаси, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 11-16% ни ташкил қилади. Айрим тишларнинг сурилиши камдан-кам ҳолларда изоляцияланган аномалия бўлиб, тиш-жағ тизимининг бошқа касалликлари билан биргаликда кўпроқ учрайди. Улар алвеоляр ўсикнинг ривожланмаганлиги, торайиши (кўпинча юқори жағ), сут ёки доимий тишларни бузилиши ёки эрта олиб ташлаш, макроденция, диастема ва трема мавжудлиги ва бошқалар натижаси бўлиши мумкин.

Тишнинг силжиши аҳамиятсиз бўлиши мумкин - илдиз алвеоляр ўсикнинг ўртасида жойлашган бўлиб, тож қисми вестибуляр ёки орал томонга эгилган, аммо тиш ёки тиш гуруҳлари тиш қаторидан ташқарида чиқиши мумкин. Айрим тишларнинг учта ўзаро перпендикуляр йўналишда силжишини кўриб чиқиб, уларнинг қуйидаги асосий турларини қайд этиш мумкин: тил томонга, вестибуляр, орал, мезиал, дистал, инфраокклюзия, супраокклюзия, тортоаномалия, транспозиция.

2.2. Нозологиянинг умумий хусусиятлари.

Эпидемиологик маълумот.

Тишларнинг тил ёки орал томонда жойлашуви. Тишларнинг орал томонда жойлашуви деб, агар тиш юқори жағда танглай томондан ёки пастки жағда тил томондан чиқишига айтилади. Ушбу аномалия мустақил ёки бошқа касалликлар билан бирга, масалан, вестибуляр ҳолат ёки тишларнинг айланиши билан, жағларнинг торайиши ва бошқалар билан биргаликда келиши мумкин. Х.А.Каламқаровнинг сўзларига кўра, бу аномалия барча вақтинчалик прикус аномалияларининг 4,8% ни ташкил қилади. Доимий прикусда (А.А. Погодина маълумотлари) айрим тишлар ҳолатидаги барча аномалияларнинг 13-36% ни ташкил қилади.

Тишнинг танглай (палатинал) томонда жойлашуви унинг юқори жағда танглай йўналишида силжиши билан тавсифланади. Нуқсон вақтинчалик прикусда аномалияларнинг барча ҳолатларининг 5% дан камроқ ва 13-36% да – доимий прикусда қайд этилади. Сут тишларининг чиқиш даврида бу жуда кам ҳолларда, асосан уларнинг алмашиш даврининг иккинчи ярмида ва доимий прикус пайтида қайд этилади.

Тишларнинг вестибуляр жойлашуви. Тишларнинг вестибуляр оғиши ёки жойлашуви деб - тишларнинг тиш қаторидан ташқарига оғиши ёки силжишига айтилади. Юқори ёки пастки жағнинг бир ёки бир нечта тишлари вестибуляр ҳолатда бўлиши мумкин. Кўпинча, бу юқори жағнинг курак ва қозик тишлари, камроқ - премоляр ва молярлардир.

Тишларнинг дистал силжиши - бу тишнинг тиш қатори бўйлаб оптимал орқа томонга силжиши. Тишларнинг олд қисмида у латерал деб аталади: тиш сагиттал текисликдан узоқроқда ва унинг оптимал жойлашувига нисбатан жойлашади.

Тишининг мезиал силжиши - тишининг тиш қатори бўйлаб олдинга силжиши бўлиб, бу апроксимал юзаларнинг кариес билан зарарланиши, сут тишларини эрта олиб ташлаш ёки доимий тишларни йўқотиш, зарарли одатлар, оғиздан нафас олиш, анэрубция ва адентия, макродентия, тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар, тишларни эрта йўқотиш, тиш қаторларининг торайиши натижасида кузатилади.

Юқори жағ тишларининг инфраҳолати бу тишларнинг жойлашиши бўлиб, тишларнинг кесув қирралари ёки чайнов юзалари окклюзион текисликни кесиб ўтиб, унинг остида жойлашади. Тишларнинг бундай силжиши антагонист тишлар бўлмаганда ҳосил бўлади.

Пастки жағ тишларининг инфраҳолати тишларнинг окклюзион текисликдан пастда жойлашиши билан тавсифланади. Бу кўпинча тиш қаторида жой етишмаслигининг натижасидир.

Юқори жағдаги супраҳолат - юқори тиш окклюзион текисликка етиб бормаганида бундай аномалияни акс эттиради. Бу кўпинча тиш қаторида жой етишмаслиги, шунингдек тилнинг парафункцияси ёки зарарли одатлар натижасидир.

Пастки жағдаги супраҳолат - тиш окклюзион текисликни кесиб ўтади ва текисликнинг устида жойлашади.

Тиш ротацияси -бу тишининг ўз ўқи атрофида айланиш ҳаракати. Тишининг айланиши турли даражаларда бўлиши мумкин: бир неча даражадан 90⁰ гача ва ҳатто 180⁰гача, тиш танглай томони билан айланган, масалан, вестибуляр йўналишда.

Тиш ретенцияси – тиш-жағ тизимининг бошқа аномалиялари орасида кенг тарқалган патология ҳисобланади. Турли муаллифларнинг (Ф.Л.Хорошилкина, Т.А.Точилина, 1982 й. - В.П.Неспрядько, 1981 й. ва бошқ.) фикрига кўра, бу юз-жағ соҳасининг бошқа турдаги патологияларининг 4,3-8% ни ташкил қилади.

Рус ва хорижий адабиётларга кўра, ортодонтик ёрдам учун бундай патологияли беморларнинг 4 % дан 17,4% гача мурожаат қилади. Ҳозирги вақтда ортодонтик ёрдамга мурожаат қилган 100 нафар боладан 15-20 нафаридан прикус аномалияси, бир, икки ёки ундан ортиқ тишларнинг ретенция асорати мавжуд. Ҳар қандай гуруҳ тишлари ретенцияга учраши мумкин, бироқ ретенцияга учраган гуруҳ тишлари орасида қозик тишларнинг ретенцияси энг кенг тарқалган –51,1%. Турли муаллифларнинг фикрига кўра (D'Amico, Bjerklín, 2003), юқори жағ қозик тишларининг ретенция частотаси 0,9 дан 2,2% гача ва улардан 85% ҳолларда қозик тишнинг танглай ретенцияси ташкил қилади.

Этиология.

Тишларнинг тил ёки орал томонда жойлашуви. Ушбу аномалия уларнинг муртақларининг нотўғри ҳолати, қўшни тишларнинг атипик ҳолати, тишлар ёриб чиқишининг бузилиши, тишлар алмашинувининг бузилиши, тиш муртақларининг атипик ҳолати, тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар

мавжудлиги ва бошқалар, сут тишларини тушишининг кечикиши туфайли вужудга келиши мумкин. Маълумки, доимий курак тишларнинг кенглиги сут тишларининг кенглигидан ўртача 5,5 мм га каттароқ, шунинг учун вақтинчалик прикусда тишлар орасида тирқишлар бўлмаса, барча курак тишлар учун жой етарли бўлмайди. Бу ҳолатда курак тишлар асосан вестибуляр ҳолатда эмас, балки танглай томондан ёриб чиқади, чунки уларнинг муртаклари қозик тишлардан фарқли ўлароқ танглай томонда жойлашган. Бунинг сабаби, шунингдек, юқори антагонистларнинг пастки қозик тишлар билан бир-бирини ёпиши бўлиши мумкин, улар етакчи бўлиб ва лаб томондан босим ўтказди. Танглай томонда жойлашган юқори курак тишлар пастки фронтал тишларни босиб, пастки жағнинг олд қисмининг ҳаддан ташқари ривожланишига олиб келади. Бу аномалияларнинг барчаси асосан алмашув ва доимий прикусларда содир бўлади.

Олд тишларнинг ретрузияси уларнинг оғиши ёки орал томонга силжиши - сут тишларининг тушишининг кечикиши, тўлиқ комплектдан ортиқча тишларнинг мавжудлиги, вақтинчалик тиш илдизлари атрофида сурункали грануляцион периодонтит, бир жағда қисман адентия ёки тишларни эрта йўқотиш, зарарли одатлар, оғиз орқали нафас олиш, нотўғри ютиниш ва алоҳида товушларни нотўғри талаффуз қилиш, калта тил юганчаси, ён тишларнинг мезиал силжиши, курак тишлари орасидаги суякнинг ривожланишининг етишмовчилиги, юқори жағ олд қисмининг торайиши, алвеоляр ўсиқнинг ўсишининг бузилиши, сут тишларини эрта олиб ташлаш, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, юқори лаб, алвеоляр ўсиқ ва каттик танглай кемтиклари, тиш алмашинув жараёнининг бузилиши, тишлар муртакларининг нотўғри жойлашуви туфайли юзага келади.

Сут тишларни эрта олиб ташлаш, нуқсоннинг ривожланишига олиб келиши мумкин, ўсиш босқичида улар доимий тишлар билан алмашади. Сут тиши олиб ташланганда, қўшни тишлар нуқсон томон силжийди. Шу сабабли, доимий латерал курак тишларга жой етмайди ва улар орал ҳолатни эгаллашга мажбур.

Юқори латерал курак тишлар соҳасида нуқсоннинг ривожланишига пастки қозик тиш аномалияси сабаб бўлиши мумкин, яъни улар юқори антагонистларини қоплайди. Шу билан бирга, улар лаблар томондан юқори курак тишларни босиб, уларни орал томонга силжишга мажбур қилади. Бунинг натижаси шундаки, тил томонда жойлашган юқори курак тишлар пастки фронтал тишларни тил томондан босиб, пастки жағнинг олд қисмининг ҳаддан ташқари ривожланишига ва трема ва диастема пайдо бўлишига олиб келади. Шу билан бирга, реактив куч туфайли юқори жағнинг ривожланиши секинлашади. Ушбу аномалияларнинг алмашув ва доимий прикусда содир бўлади. Сут даврида улар кам учрайди.

Тишларнинг вестибуляр жойлашуви. Оғиз даҳлизи томонга кўпинча қозик тишлар силжийди. Бунинг сабаблари бўлиши мумкин: тиш қаторларининг торайиши, тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар мавжудлиги,

тиш муртакларининг атипик жойлашуви, жағларнинг ўсишда кечикиши, тиш муртакларининг шикастланиши, сут тишларини эрта олиб ташлаш, қўшни тишларнинг мезиал силжиши, зарарли одатлар ва бошқалар. Олд тишларнинг вестибуляр ҳолати курак тишларнинг лаб томон силжиши билан тавсифланади. Сабаблари: тиш қаторида жой етишмаслиги, тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар мавжудлиги, макроденция, тишларнинг ривожланиши ва ёриб чиқишининг бузилиши, тиш қаторларининг торайиши, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, алвеоляр ўсиқнинг ҳаддан ташқари ўсиши, тил функциясининг бузилиши, зарарли одатлар. Тишларнинг вестибуляр ҳолати тиш қаторларининг олд қисмида ҳам, ён қисмида ҳам бўлиши мумкин.

Ён тишларнинг дистал ёриб чиқишига тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар, вақтинчалик молярларнинг катта тож қисмлари, тиш муртакларининг дистал жойлашуви, сут молярларининг кечикиши, ўсмалар, сурункали яллиғланиш ва бошқа сабаб бўлиши мумкин.

Курак тишларнинг медиал жойлашуви макроденция, тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар мавжудлиги, тиш ёйининг торайиши туфайли юзага келади. Тишларнинг яқин жойлашиши, уларнинг ўз ўқи атрофида айланиши, айрим тишларнинг тиш ёйдан силжиши, тиш ёйи бўйлаб олдинга эгилиши ёки силжиши, тиш тожларининг проксимал юзаларини кариес туфайли силжиши, сут ёки доимий тишларни эрта йўқотиш, адентия ёки латерал курак тишлар ёки иккинчи премолярнинг ретенцияси, зарарли сўриш одатлари, оғиз орқали нафас олиш ва бошқа сабаблар кузатилади.

Супраокклюзия кўпинча: - эрта болалик даврида антагонистларни эрта олиб ташлаш натижасида пайдо бўлади. Тишлар, тўсиқларга дуч келмасдан, алвеоляр ўсиқнинг ҳаддан ташқари ривожланиши туфайли окклюзион юза чизиғидан ташқарига чиқади. Катталарда антогонист тиш олиб ташланганда кўпинча супраокклюзия ўрнига Роров феномени кузатилади. Тиш қаторида жой етишмаслиги, механик тўсиқ - тилни тиш орасига қўйиш, лаб, бармоқ, қалам ва бошқа нарсаларни тишлаш (очиқ прикус).

Инфраокклюзия кўпинча: - антогонист тишларнинг мавжуд эмаслиги; - тиш қаторларининг нотўғри ёпилиши (чуқур прикус) натижасида пайдо бўлади.

Тиш айланиши (кўпинча доимий курак ва қозиқ тишлар) унинг бўйлама ўқи атрофида айланиши макроденция, тиш ёйларининг торайиши ва айрим тишлар учун тиш қаторида жой етишмаслиги, вақтинчалик тишнинг эрта йўқотиш ва қўшни тишларнинг силжиши, тиш муртакларининг нотўғри жойлашуви, тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар ёки ретенцияга учраган тиш мавжудлиги, зарарли одатлар (қалам тишлаш ва ҳоказо) натижасида содир бўлади. Ўз ўқи бўйлаб айланган тишлар тиш қаторида ёки унинг ташқарисида жойлашган бўлиши мумкин:

- Кучли зичлашган тишлар;
- Гиперденция ёки одонтома;

- II синфнинг типик аномалияси, II кичик синф, бунда тиш ёйининг юқори марказий қисми тил томонга эгилиб, тиш қаторида етарли жой қолдирмайди.

- Бир томонлама кемтик, унда одатда кемтикка латерал жойлашган тишлар айланади;

- Сут тишлар ретенцияси;

- Тўлиқ ёриб чиққан тишларнинг илдизи асосида ёриб чиқмаган тишлар;

- Қозик тиш эктопияси;

- Жароҳат натижасида чандик тўқима;

- Ирсий омиллар.

- Диастема ва трема, тишлар учун ортиқча жой.

- Тишларга таъсир қилувчи турли хил кучлар, масалан, чайнов кучлари, тил кучи, бармоқларни сўриш одати, лабларни тишлаш ва ҳоказо.

Тиш ретенцияси - полиэтиологик касалликдир. Кўпгина тадқиқотчилар буни учта асосий - умумий, маҳаллий ва филогенетик омиллар гуруҳи билан боғлашади. Умумий омиллар таъсири остида кўп сонли ёки генераллашган тиш ретенцияси ривожланиши мумкин. Кўп сонли ретенция генетик нуқсонларга, шунингдек рахит, сил касаллиги интоксикацияси, туғма сифилис, экссудатив диатез каби касалликларга олиб келиши мумкин. Организмда микроэлементларнинг етишмаслиги (фтор, йод) тишларни ёриб чиқиш тезлигини пасайтиради. Гиповитаминоз Д тиш ривожланишининг ва тишларни ёриб чиқишининг кечикишига олиб келади.

Маҳаллий омилларга қуйидагилар киради: доимий тиш фолликуласининг сут тиши атрофидаги яллиғланиш маҳсулотлари билан интоксикацияси. Сут тишини тиш катагида кечикиши ва доимий тишнинг ёриб чиқишини учун йўлни тўсиб қўйиши. Доимий тишнинг қўшни тиш илдизи билан бирлашиши. Сут тишининг эрта йўқотиш ва шу билан алвеоляр тож қисмда зич чандик ҳосил бўлиши. Муддатидан олдин олиб ташланган сут тишига туташган иккита тиш тожларининг яқинлашиши, унинг ўрнини босадиган доимий тиш бир-бирига эгтлган тиш тожлари кўринишидаги тўсиқларга дуч келади (бу ҳолатларда одатда доимий тиш ярим ретенцияси мавжуд). Тиш илдизидаги патологик ўсишлар (цементома, суяк конлари). Тиш илдизининг эгрилиги. Тиш фолликуласини жағнинг танасига жуда чуқур жойлашиши. Милкда зич чандиқлар мавжудлиги (сут тишларида яллиғланиш ёки травма натижасида). Тиш фолликуласи атрофида фолликуляр кистанинг ривожланиши, унинг таркиби тиш муртагига босим ўтказади. Тиш муртакларининг хавфсиз ўсма натижасида силжиши (одонтома, адамантинома, киста, остеома ва бошқалар). Тиш муртаклари ва унинг атрофидаги тўқималарнинг яллиғланиши. Тиш муртаклари ҳажмининг эмал томчилари ёки дентин ороллари шаклида ошиши.

Тиш ретенциясининг анатомик сабаблари. Пастки саккизинчи тиш ретенция юзага келиш частотаси бу тиш соҳасида милкнинг шиллиқости тўқимасининг ғоваклиги билан боғлиқ. Ёриб чиқаётган тишнинг тиш қопчасини қоплаган ташқи эмал эпителийси, шиллиқости тўқимасининг ғоваклиги туфайли милк эпителийси билан алоқа қилмайди. Ёриб чиқиш

натижасидаги босим остида шиллиқости тўқима– милкдан фарқли ўларок атрофияга учрамайди, ёриб чиқиб турган муртак эмал чўққиси босимидан оғади ва тишнинг ёриб чиқиши тўхтайдди. Кўп ҳолларда пастки саккизинчи тишни қисман ретенцияси ушбу анатомик ҳолатлар билан изоҳланади. Бу тишларнинг медиал дўмбоқлари ёриб чиқади, чунки милк уларнинг устида жойлашган, дистал дўмбоқлар эса юмшоқ шиллиқости тўқима туфайли ёриб чиқа олмайди ва шиллик қават билан ёпиқ қолади.

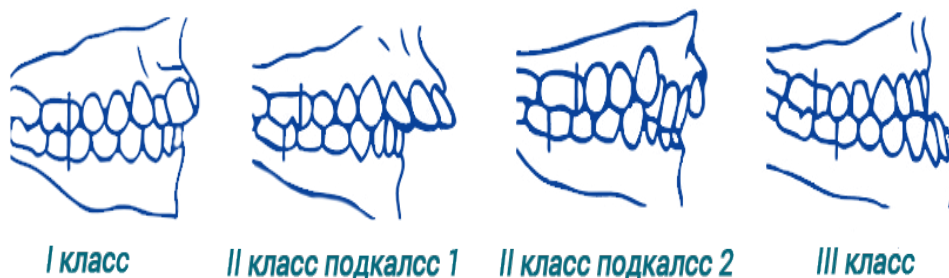
Маҳаллий омиллар битта тишнинг ёриб чиқишининг кечикишига олиб келади.

Тиш транспозицияси - бу тишларнинг нотўғри жойлашиши, унда тишлар жойларини ўзгартиради, масалан, латерал курак тишлар ва қозик тишлар ёки қозик тишлар ва биринчи премолярлар. Ушбу аномалиянинг сабаби тишлар муртагининг нотўғри жойлашишидир.

ЭНГЛ БАРЧА ПРИКУС АНОМАЛИЯЛАРИНИ УЧТА СИНФГА АЖРАТАДИ.

Энглга кўра I синф, биринчи молярлар соҳасидаги тиш ёйларининг нормал мезио-дистал нисбати билан тавсифланади. Юқори биринчи молярнинг мезио-лунж дўмбоғи пастки биринчи молярнинг лунж дўмбоқлари орасидаги эгатда жойлашган. Патология, шу сабабли, тиш ёйларининг фронтал соҳасида жойлашади.

Классификация аномалий прикуса по Энгля. Недостатки классификации Энгля



Энглга кўра II синф, пастки биринчи молярнинг юқорига нисбатан дистал силжиши билан тавсифланади. Бундай ҳолда, юқори биринчи моляр мезио-лунж дўмбоғи пастки биринчи молярнинг худди шундай дўмбоғига ёки олтинчи ва бешинчи тишлар орасига жойлашади, бу деформациянинг оғирлик даражасига боғлиқ. Нисбатларнинг ўзгариши бутун тиш қаторида кузатилади.

Энгл бу синфни иккита бўлимга ажратади.

1-бўлим-юқори олд тишлар елпигич шаклида олдинга эгилган; этиологик омил-бурун орқали нафаснинг бузилиши.

2-бўлим-юқори олд тишлар орал томонга эгилган бўлиб, пастки тишларга маҳкам босилади ва уларни чуқур қоплайди. Бурундан нафас олиш эркин. Иккала бўлим ҳам бир томонлама бўлиши мумкин, яъни биринчи молярлар орасидаги нисбат фақат чапда ёки фақат ўнгда бузилиши мумкин.

Энгилга кўра III синф пастки биринчи молярнинг юқорига нисбатан мезиал силжиши билан тавсифланади. Бундай ҳолда, юқори биринчи молярнинг мезиал-лунж дўмбоғи пастки биринчи молярнинг дистал-лунж дўмбоғи билан ёпилади ёки олтинчи ва еттинчи пастки тишлар орасига тушади. Пастки олд тишлар юқори тишларнинг олдида жойлашган ва уларни ёпади. Кўпинча, юқори ва пастки олд тишлар орасида ёриқ мавжуд. Ён тишларга келсак, деформацияларнинг оғир шаклларида пастки жағ тишларининг лунж дўмбоқлари юқори жағ тишларининг лунж дўмбоқлари билан қопланади.

Калвелиснинг клиник - морфологик таснифи

Д.А.Калвелиснинг фикрига кўра, тишларга, тиш қаторлариларга ва умуман прикусга оид морфологик ўзгаришларга, уларнинг этиологиясини ва функцияси ва эстетикаси учун аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда асосланиши керак.

I. Айрим тишларнинг аномалиялари.

1. Тишлар сони аномалияси:

1.1. Адентия-қисман ва тўлиқ (гиподонтия).

1.2. Тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар (гипердонтия).

2. Тишларнинг ўлчови ва шакллари аномалиялар:

2.1. Гигант тишлар (ўта катта).

2.2. Тикансимон тишлар.

2.3. Хунук тишлар.

2.4. Гетчинсон, Фурнье ва Турнер тишлари.

3. Тишлар қаттиқ тўқималарининг тузилиш аномалиялари:

Тиш тожларининг гипоплазияси (рахит, тетания, диспепсия, болалар оғир юқумли касалликлари, сифилис).

4. Тиш чиқиш жараёнининг бузилиши:

4.1. Тишларнинг муддатдан олдин чиқиши.

4.2. Тишларнинг кечикиб чиқиши: касалликлар (рахит ва бошқа оғир касалликлар), сут тишларини барвақт олиб ташлаш, тиш муртақларининг нотўғри жойлашиши (тиш ретенцияси ва белги сифатида персистент сут тишлар), гипердонтия мавжудлиги, тишларнинг нотўғри ривожланиши (фолликуляр кисталар).

II. Тиш қаторлари аномалияси

1. Тиш қатори шаклланишининг бузилиши:

1.1. Айрим тишларнинг аномалия ҳолати:

- а) тишларнинг лаб-лунж;
- б) танглай-тил;
- в) мезиал;
- г) дистал томондан чиқиши;
- д) тишларнинг паст жойлашиши (инфраокклюзия);
- е) тишларнинг юқори жойлашиши (супраокклюзия);
- ж) тишларнинг бўйлама ўқи атрофида айланиш (тортоаномалия);
- з) тишларнинг транспозицияси;
- и) юқори қозиқ тишларнинг дистопияси.

1.2. Тишлар ўртасидаги тремалар (диастема).

1.3. Тишларнинг зич жойлашиши.

2. Тиш қаторлари шаклининг аномалиялари:

- а) торайган тиш қатори;
- б) эгарсимон шаклидаги сиқилган тиш қатори;
- в) V-симон шаклидаги тиш қатори;
- г) тўртбурчаксимон тиш қатори;
- д) асимметрик тиш қатори.

III. Прикус аномалиялари:

1. Прикуснинг сагиттал аномалиялари:

1.1. Прогнатия.

1.2. Прогения:

- а) сохта;
- б) чин прогения.

2. Прикуснинг трансверзал аномалиялари:

2.1. Торайган тиш қаторлари.

2.2. Юқори ва пастки тиш қаторларининг кенглиги ўртасидаги номувофиклик:

- а) иккала томоннинг ён тишлар нисбатининг бузилиши (икки томонлама кесишган прикус);
- б) бир томонда ён тишлар нисбатларининг бузиш (эгри ёки бир томонлама кесишган прикус).

3. Прикуснинг вертикал аномалиялари:

3.1. Чуқур прикус:

- а) қопловчи прикус;
- б) прогнатия билан қўшилган ҳолда (томсимон) прикус.

3.2. Очиқ прикус:

- а) чин;
- б) жароҳатли прикус (зарарли одатлар туфайли).

2.3. Клиник хусусиятлари.

Тишининг тил ёки орал томонда жойлашуви. Пастки жағдаги тишларнинг тил томонда ва юқори жағдаги тишларнинг танглай томонда жойлашуви фарқланади. Лингвал (тил) жойлашуви - пастки жағдаги тишнинг тил томонга силжиши. Тишларнинг алмашинув даврида кузатилади. Кўпинча курак тишлар ва премолярлар тиш қаторида бўш жой етишмаслиги ва тишларнинг ёриб чиқишида нотўғри йўналиш мавжуд бўлганида бу ҳолатда бўлади. Доимий пастки курак тишлар тил томондан ёриб чиқишга мойил бўлиб ва буни норма деб ҳисоблаш мумкин. Бу ҳолат тиш қаторлари қисқарган беморларда ҳам, курак тишлар учун етарли жой бўлган болаларда ҳам кузатилади. Доимий курак тишларни нормал ҳолатга ўтказиш жараёнига алвеоляр ўсиқ ва тилнинг ўсиши таъсир қилади. Тиш қаторида доимий курак тишларнинг чиқиши учун етарли жой бўлмаса ҳам, уларнинг ҳолати бир неча ой ичида яхшиланади. Баъзи ҳолларда кўшни вақтинчалик тишларни олиб ташлаш мумкин.

Тишининг танглай томонда жойлашуви. Юқори курак тишлар юқори қаторнинг ичкарасида, лекин пастки қатордан уларнинг антагонистларидан ташқарисида жойлашади. Нуксон юқори курак тишларнинг танглай ҳолати ва дистал прикус кўшилганида пайдо бўлиши мумкин.

Юқори тишлар ўзининг пастки антагонистлар ёйининг ичида жойлашган. Яъни, премолярлар ва молярлар учун кесишган прикус, курак тишлар учун эса тескари прикус мавжуд. Юқори курак тишлар пастки антагонистларнинг ёйи ичида жойлашган бўлса, пастки жағнинг ҳаракати блокланади, юқори жағ олд сегментининг ўсиши секинлашади. Аномалия «сохта прогения» деб аталади.

Аномалияларнинг тури ва яққоллигига қараб, улар қуйидаги салбий оқибатларга олиб келиши мумкин:

- Овқатни тишлашда қийинчилик, аномал жойлашган бирликларнинг антагонистлари билан нотўғри жирслашиши, шунингдек пастки жағнинг горизонтал ҳаракатларини чекланиши туфайли чайнов самарадорлигини пасайтиради.

- Кариес ва гингивит ривожланиши учун қулай шароитлар. Хусусан, юқори иккинчи премолярларнинг орал ҳолати ва биринчи премолярларнинг вестибуляр ҳолати билан чайнов тишлари орасида озик-овқат қолдиқлари билан тўлдирилган учбурчак бўшлиқ ҳосил бўлади. Бу кариесоген бактерияларнинг кўпайиши ва кариес ривожланиши учун қулай шароит яратади.

- Сурилган бирликлар ва улар антагонистларининг периодонт юкланиши, бу унинг зарарланишига олиб келади.

- Табассум эстетикасининг пасайиши ва бу борадаги психологик муаммолар. Гарчи, умуман олганда, тишларнинг орал ҳолатидаги функционал бузилишлар эстетикадан устундир.

- Дикция бузилиши.

Олд тишларнинг вестибуляр жойлашуви ёки протрузия деб аталади. Бундай ҳолда, уларнинг вестибуляр эгилиши ва вестибуляр ҳолатини ҳисобга

олиш керак. Қозик тиш кўпинча вестибуляр ҳолатни эгаллайди, бу дистопия деб аталади. Қозик тиш дистопияси тишлар ёриб чиқишининг ва уларнинг ёриб чиқиш кетма-кетлигининг бузилиши натижасида юзага келиши мумкин. Кўпинча юқори жағда тишлар ёриб чиқиш пайтида, биринчи премоляр ёриб чиққандан сўнг, қозик тиш эмас, балки иккинчи премоляр ёриб чиқиши кузатилади. Шу муносабат билан ва тишларнинг ёриб чиқиш пайтида тишларнинг ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, қозик тишга тиш қаторида жой етмайди ва у вестибуляр ёки орал томондан ёриб чиқади. Қозик тиш дистопияси қозик тишнинг ўрнини эгаллайдиган юқори олд тишларнинг макродентияси билан содир бўлади. Бу тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар мавжуд бўлганда, тиш қаторларининг торайиши, сут қозик тишларини эрта олиб ташлаш ва ён тишларнинг мезиал силжиши содир бўлиши мумкин.

Чайнов тишларининг *мезиал силжиши* тиш ёйининг қисқаришига, қозик тишлар ва премолярлар учун жой етишмаслигига, уларнинг импакциясига ёки анэрубциясига, ёй ташқарисида ёриб чиқишига олиб келади. Тишларнинг мезиал силжиши билан тишларнинг зичлашиши, ўз ўқи атрофида айланиши ва тишларнинг тиш ёйдан ташқарида жойлашиши кузатилади.

Тишларнинг инфра - ва супраҳолати - тишларнинг паст ёки юқори ҳолати, уларнинг окклюзион текисликка нисбатан вертикал йўналишда силжиши. Юқори жағда супраҳолатида окклюзион текисликка чўзилган ва пастга тушган тишлар мавжуд. Пастки жағда, аксинча, супраҳолат окклюзион текисликдан ташқарига силжиган тишларнинг ҳолатига тўғри келади ва инфраокклюзия унга етиб бормайдиган тишларнинг паст жойлашувига тўғри келади. Очик ёки чуқур прикус каби аномалияларда тиш гуруҳларининг супра- ва инфраҳолати кузатилади.

Кўпинча тишларнинг супраҳолати учрайди. Асосан, бу антогонист тишнинг (қарама-қарши жағдаги тиш) йўқлиги билан боғлиқ ва барча тишлар алоқа ўрнатишга мойил бўлгани учун унинг ҳаракати содир бўлади.

Супраокклюзия ёки инфраокклюзия ҳолатида нафақат тишларнинг бутун гуруҳи, балки алоҳида тишлар ҳам бўлиши мумкин. Супраокклюзияни Попов феноменидан ажратиш керак, инфраокклюзияни тўлиқ бўлмаган ретенциядан фарқлаш керак. Попов феноменида тиш окклюзион юзадан юқорида жойлашган ва бу алвеоланинг ҳаддан ташқари ривожланиши туфайли эмас, балки алвеоланинг тубида суяк тўқималарининг чўкиши туфайли алвеолалардан ташқарига сурилади. Бунда клиник тож қисми анатомикдан каттароқ. Супраокклюзияда тиш окклюзион юзани ҳам кесиб ўтади, лекин у алвеолалардан чўзилмайди ва унинг клиник бўйни анатомик бўйинга тўғри келади ва алвеоляр ўсиқнинг ҳаддан ташқари ривожланиши туфайли тиш окклюзион юзадан юқорида жойлашади. Инфраокклюзиянинг тўлиқ бўлмаган ретенциядан ўртасидаги фарққа келсак, уларнинг умумий томони шундаки, тишлар окклюзион юзага етиб бормайди, аммо ретенция пайтида тўлиқ ёриб чиқмаган тишлар ва нормал ривожланган алвеоляр ўсиқ кузатилади.

Тиш ротацияси.

Ротациянинг икки тури мавжуд:

1. мезио-лингвал / дистал-буккал
2. дисто-лингвал/мезио-буккал.

Нормадан ҳар бир оғиш ўз белгиларининг ривожланиши билан намоён бўлади ва патологиянинг тури ва яққоллигига боғлиқ. Клиник тасвир сезилмас ёки аҳамиятсиз, яққол бўлиши мумкин.

Ҳар бир аномалиянинг характерли кўринишларидан ташқари, муаммонинг мавжудлигини кўрсатадиган бир қатор умумий симптомлар мавжуд. Булар: ноқулайлик, қаттиқ овқатни чайнаш қийинлиги, оғриқ ёки иссиқ ва совуққа ҳаддан ташқари сезгирлик, нутқ нуқсонларининг пайдо бўлиши.

Тиш ротацияси бир неча даражадан 90 даражагача ёки 180 даражагача бўлиши мумкин;

Курак ва қозиқ тишлар айланганда тиш қаторида камроқ жой эгаллайди; Премолярлар ва молярлар айланганда, тиш қаторида кўп жой эгаллайди.

Тишларнинг айланиши сагиттал, трансверзал ва / ёки вертикал текисликларда тишларнинг силжиши билан қўшилган ҳолда бўлиши мумкин;

Тиш ёйида тиш айланишини кўзгатадиган омиллар:

- Марказий тишлар орасидаги бўшлиқ (диастема);
- Тишлар орасидаги бўшлиқ, марказий тишлар бундан мустасно-трема;
- Тишларнинг катталиги ва жағнинг алвеоляр ўсиғининг катталиги ўртасидаги номувофиқлик;
- Айрим тишларнинг йўқлиги;
- Тишларнинг силжиши ва айланиши;
- Курак, қозиқ ва премолярларнинг айланиши кўпроқ учрайди.

Тишлар ретенцияси. Кўпгина ҳолларда жағнинг қалинлигида ретенцияга учраган тишнинг мавжудлиги ҳеч қандай клиник кўринишга олиб келмайди. Бундай тиш жағнинг рентгенографияси пайтида тасодифан аниқланиши мумкин.

Ретенциянинг объектив белгиси алвеоляр ёйда доимий тишлардан бирининг йўқлиги ҳисобланади. Унинг ўрнида сут тиши бўлиши мумкин. Сут тишларининг ёриб чиқишининг кечикиши ва шу билан бирга доимий тишларнинг ретенцияси боланинг ёшини ва тишларни алмашиш муддатининг ўртача вақтини таққослаш орқали аниқланиши мумкин.

Баъзи ҳолларда ретенцияга учраган тиш алвеоляр ўсиқнинг ташқи девори ёки жағ танасининг бўртиб чиқишини ҳосил қилади. Баъзида тишнинг контурини ёки унинг қисмини палпация қилиш мумкин.

Ретенцияга учраган тишлар қўшни тишларнинг нормал ҳолатини бузилишига, яъни уларнинг силжишига олиб келиши мумкин.

Ретенцияга учраган тишлар асаб толалари ва тугунларига босим ўтказиши мумкин, бундай ҳолда оғриққа шикоят қилиш асаб шикастланишининг аломатидир - невралгия ёки неврит. Бу сезгирликнинг бузилиши билан боғлиқ

- касал тишлар бўлмаганда тиш ёки лабда анестезия, парестезия ва жағнинг тегишли соҳасидаги бошқа патологик ҳолатлар.

Ретенцияга учраган тиш кўпинча яллиғланиш манбаи ҳисобланади. Адабиётларга кўра, тишнинг кечикиши жағнинг остеомиелити, перикоронарит, жағнинг периостити, лимфаденит, флегмона ёки абсцесс билан асоратланиши мумкин. Периодонт, периост ва лимфа тугунларида яллиғланиш одатда ярим ретенция билан кузатилади, тишнинг кичик бир қисми ёриб чиққанда, периодонт ва жағ суягига инфекциянинг кириб бориши учун оғиз шиллиқ қаватида ўзига хос эшик ҳосил қилади. Камдан кам ҳолларда, ёриб чиқмаган тиш атрофида фолликуляр кистанинг йиринглаши содир бўлади.

2.4. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари

Оғиз ва жағ моделларини текшириш орқали ташхисланади. *Тил ва вестибуляр* томонга силжиш даражаси алвеоляр ўсиқ бўйлаб симметрометрия ва симметрография (Коркхаус) усули, шунингдек, Ҳаулей Гербер-Гербст график усули Пон ва Снагина усуллари билан биргаликда, шунингдек ортопантомография ва КНКТ дан ҳам фойдаланилади.

Тишнинг танглай томонга силжишининг диагностикаси сўров, беморни текшириш ва кўшимча усуллари ўз ичига олади, уларнинг асосийси рентгенография ҳисобланади. Агар керак бўлса, турли хил параметрларни ўлчаш мумкин, масалан жағ ёйининг кенглиги каби. Юқори жағнинг олд қисмининг клиник жиҳатдан етарли даражада ривожланмаганлиги сут тишлари орасида трема ва диастемаларнинг йўқлиги билан намоён бўлади. Жағларнинг нормал ривожланишида фронтал “сут тишлари” ўртасида ёриқлар мавжуд бўлиб, улар кенгроқ доимий бирликлар билан алмашганидан кейин йўқолади.

Тишнинг *дистал силжиши* ва ёриб чиққан тишлар ўртасидаги муносабатни аниқлаштириш учун рентген текширувини ўтказиш керак. Тишнинг дистал силжишида КНКТ мақсадга мувофиқ.

Ён тишларнинг мезиал ҳолати уларнинг олдинга силжишини англатади, бу тиш тож қисмининг апроксимал юзаларининг кариес натижасида бузилиши, вақтинчалик ёки доимий тишларни эрта йўқотиш, адентия ёки анэрубция, зарарли одатлар, оғиз орқали нафас олиш натижасида бўлиши мумкин.

Ён тишларнинг мезиал силжиши натижасида тиш қаторлари қисқаради, тиш ёйида доимий қозиқ ва премолярларнинг жойлашиши учун жой камаяди, бу тиш ёйидан ташқарида тишнинг ёриб чиқишига сабаб бўлади, уларнинг импакцияси ёки анэрубцияси.

Инфрапозиция ёки *супрапозиция* диагностикаси клиник ва рентген текшируви ва жағларнинг диагностик моделларини ўрганиш асосида амалга оширилади.

Тиш ротацияси оғиз бўшлиғини текшириш орқали ташхисланади. Тиш қаторидаги жой ўлчами ва тишнинг айланиш даражаси моделларда ўлчаш йўли билан белгиланади. Ортопантомограммада ретенцияга учраган тишлар ва қўшни тишлар илдизларининг нисбий ҳолати аниқланади.

Ретенцияга учраган тишларнинг диагностикаси. Оптимал даволаш режасини тузиш учун иложи борича кўпроқ маълумот тўплаш керак: беморнинг ота-онаси ҳақида, уларнинг ёшидан қатъи назар, шу жумладан тиббий ва стоматологик анамнез, клиник текширув ва тегишли рентгенограмма.

Беморлар ва уларнинг қариндошлари кўпинча тишларнинг ёриб чиқишининг кечикканини жуда кеч бўлишади. Кўпинча стоматологлар биринчи бўлиб мунтазам текширувлар ёки бу аномалия билан боғлиқ бўлмаган даволаниш пайтида тиш чиқишининг бузилишини тасодифан аниқлайдилар. Клиницист аниқлаши керак: муаммони эркин бартараф этиш эҳтимоли (яъни, фаол терапиясиз); қўшни тишларга зарар етказиш хавфи (масалан, илдиз резорбцияси); сут тишларини олиб ташлаш зарурати; тўлиқ комплектдан ортиқча тишларни олиб ташлаш зарурати (агар мавжуд бўлса); юқори жағни кенгайтириш; ретенцияга учраган тишни тиш ёйидаги оптимал ҳолатга ўтказиш учун жарроҳлик ва ортодонтик даволаниш зарурати.

АМБУЛАТОР ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Тишларнинг тил ёки орал томонда жойлашуви. Бракет тизими универсал бўлиб, яъни тил томонда жойлашган доимий тишларнинг жойлашувини нормаллаштириш учун унинг тузилма хусусиятларидан фойдаланишни назарда тутлади. Доимий тишларнинг илдизлари ва пародонт шаклланишининг тегишли босқичида позиционердан фойдаланиш мумкин. Тил томонда жойлашган олд тишларнинг ҳолатини нормаллаштириш, ён тишларнинг ҳолатини нормаллаштириш каби амалга оширилади. Шу билан бирга, олд тишларнинг морфологик, функционал ва топографик хусусиятлари, махсус тузилмалар ва уларнинг таркибий элементларининг турли хил бирикмаларидан фойдаланиш имкониятини аниқлайди. Шундай қилиб, сут тишлари бўлган болаларда ва уларнинг алмашув даврида тилни чўзиб тортувчи ёйлари, винтли ва сектор кесилган пластинкалар кенг қўлланилади. Табиийки, қурилманинг тузилмаси клиник кўринишларнинг бутун мажмуаси билан аниқланади. Тил томондан ёриб чиққан доимий курак тишларнинг жойлашувини коррекциялаш одатда мустақил равишда содир бўлади, айниқса кучли зичлашиш бўлмаган ҳолларда. Динамик кузатув, айниқса, агар бола биринчи маротаба тиш шифокорига мурожаат қилса, оқланади. 6-8 ёшли болага биринчи ташрифда тишларни олиб ташлаш унинг шифокор билан келажақдаги муносабатларига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бундай ҳолларда тишни олиб ташлаш қийин эмас ва уни янада мос вақтда бажариш керак. Шу билан бирга, ота-оналарнинг ҳис-туйғулари ва истакларини ҳисобга олиш керак. Пастки доимий курак тишлар хусусиятларисиз ёриб чиқса ҳам,

улар кўпинча вертикал ўқ бўйлаб айланади. Бир неча ойдан сўнг, тил ва лаблар таъсирида курак тишларнинг ҳолати яхшиланади. Ортодонтик даволашнинг вазифаси тишнинг ҳолатини нормаллаштириш ва уни тиш қаторларга жойлаштиришдир. Тиш учун жой бор ёки йўқлигини аниқлаш керак. Агар мавжуд бўлса, унда тиш ёки тишлар гуруҳи ортодонтик асбоблар ёрдамида сурилади.

Макродентия натижасида пайдо бўлган пастки олд тишларнинг зич жойлашуви ва уларнинг тил томонда жойлашувида комплектдаги тишларни олиб ташлаш йўлидан бориш тавсия этилади. Аввал ўрта чизикнинг ўтишига эътибор бериш керак. Олиб ташланган тиш марказий ёки латерал курак тиш, шунингдек биринчи ёки иккинчи премоляр бўлиши мумкин. Буларнинг барчаси тиш қаторида бўш жой етишмаслигига ва пастки курак тишларнинг ўрта чизикқа нисбатан жойлашишига боғлиқ. Агар жой танқислиги курак тиш катталигидан каттароқ ва ўрта чизик силжимаган бўлса, аномал жойлашган тиш олиб ташланади. Агар ўрта чизик у ёки бу томонга силжиган бўлса, у ҳолда карама-қарши тарафдаги тиш олиб ташланади. Юқори ёки пастки тишларнинг орал жойлашувида тишларнинг ёпилиши бузилади. Шундай қилиб, юқори олд тишларнинг танглай томонга эгилишида чуқур курак окклюзияси, шунингдек, юқори курак тишларнинг танглай томонга эгилиши билан биргаликда тишларнинг дистал окклюзияси ҳосил бўлади. Юқори тишларнинг сезиларли танглай томонда жойлашувида тескари курак окклюзияси ёки дизокклюзия ҳосил бўлади.

Бундай ҳолда, юқори ва пастки курак тишларнинг чекланишини бартараф этиш учун тиш қаторларини ажратишни ҳисобга олиш керак. Шу мақсадда тиш қаторларининг ён қисмлари окклюзион қопламали пластинка қурилмалари тайёрланади. Оғизнинг айлана мушакларининг юқори курак тишларга босимини бартараф этиш учун лаб пластик пелоти қўйилади.

Агар тиш қаторида жой бўлса, даволаш тишларни орал томонга силжитишдан иборат. Окклюзион қопламали ва винтли пластинкадан фойдаланиш мумкин, бу буралган шаклда пластинкага пайвандланади. Винтни аста-секин бураб, ён тишларни орал томонга ҳаракатлантирилади.

Айрим тишларни вестибуляр ёй билан пластинка ёрдамида силжитиш мумкин. Қурилмани фаоллаштириш учун ёйни фаоллаштириш ва ҳаракатланувчи тишнинг бўйнидаги пластик асосни кесиш керак, унга эркин йўлни таъминлаш учун.

Айрим тишларнинг жойлашувидаги аномалиялар, айниқса *танглай томонда жойлашуви*, турли сабаблар билан изоҳланиши мумкин ва клиник кўринишнинг хилма-хиллиги билан фарқланади. Фронтал тишлар жойлашувидаги аномалиянинг бундай хилма-хил патогенетик механизмлари зарурат туғдиради, ҳар бир ҳолатни алоҳида даволашга мутлақо индивидуал ёндашувни талаб қилади. Шунинг учун, баъзи ҳолларда функционал йўналтирувчи ортодонтик қурилмалардан, бошқаларида — механик таъсир қилувчи; баъзиларида — олинадиган, бошқаларида-олинмайдиган

фойдаланиш тавсия этилади. Дифференциал ташхисга қараб, ўзаро таъсир қилувчи ёки стационар тизимга тегишли қурилмалар ҳам қўлланилиши мумкин.

Патологияни даволаш тактикаси беморнинг клиник кўриниши ва ёшини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда танланади.

Уни танлашда қуйидагилар ҳисобга олинади:

- тишларнинг тури ва жойлашиши (пастки ёки юқори жағ);
- микдори (битта ёки гуруҳ);
- ҳаракатланувчи бирликлар учун бўш жой мавжудлиги;
- аномалиянинг жиддийлиги;
- прикус тури (беморнинг ёши).
- ёндош аномалияларнинг мавжудлиги (дистал прикус, масалан, тиш ҳаракатини чеклаб қўйиши мумкин).
- пастки тишларнинг жойлашуви (зичлашган, бўшлиқлар билан, вестибуляр томонга эгилган);
- юқори тишларнинг пастки тишлар билан қоплаш даражаси (чуқур, ўрта, минимал ёки умуман йўқ).

Даволаш учун қуйидаги ортодонтик воситалар қўлланилади:

- эгилган юзалари бўлган каппалар (фақат юқори тишларни тузатиш учун ишлатилади);
- чўзиб тортувчи (итарувчи) пружинали олинадиган ёки олинмайдиган пластинкалар;
- брекетлар.

Пластинкалар ва брекетлар юқори курак, қозик тишларни, премолярларни ва молярларни коррекция қилиш учун ишлатилиши мумкин.

Пружина-итарувчи ёки винтли олинадиган пластиналар билан даволаш.

Чўзиб тортувчи пружинали олинадиган пластинкалар тишларнинг танглай томонда жойлашувини даволашнинг энг самарали усули бўлиб, улар вақтинча ва доимий прикусда деярли ҳар қандай аномалия даражасида ишлатилиши мумкин.

Даволашнинг моҳияти шундаки, олинадиган ёки олинмайдиган пластинка қурилмасининг пружинаси аномал жойлашган элементни ёйдаги жойига итаради.

Итарувчилар кўчирилаётган бирликлар сонига қараб бир нечта бўлиши мумкин. Агар гуруҳли ҳаракат амалга оширилаётган бўлса, уни бутун гуруҳ учун умумий қилиш мумкин.

Одатда, пружиналарнинг кучи курак ва қозик тишларни силжитиш учун етарли. Аммо бу премоляр ва молярларни силжитиш учун етарли бўлмаслиги мумкин. Бундай ҳолда, пружиналарни унга қараганда кўпроқ куч ишлаб чиқарадиган винт билан алмаштириш мумкин.

Агар қаторда ҳаракатланиш учун етарли жой бўлмаса, уни биринчи премоляр ёки қозик тишни олиб ташлашгача бўлган усуллардан бирида тайёрлаш керак.

Б.Н.Бынин мосламаси билан даволаш.

Б.Н.Быниннинг мосламаси – бу фронтал соҳада егилган текисликка эга олинадиган тиш-милк аппарати бўлиб, у нафақат фронтал, балки чайнов тишларини ҳам каппа шаклида қоплайди.

Эгилган текислик юқори танглай томондан ёриб чиққан тишларнинг остига тўғри келади ва тиш қаторларини ёпиш пайтида уларни босади, шунда юқори фронтал тишлар танглай ҳолатдан пастки тишларни қоплайдиган ҳолатга ўтади. Ажратилган прикуснинг таъсирига келсак, пастки жағнинг ён қисмининг нормал ривожланиши туфайли бу соҳанинг қўшимча ўсишига ҳожат йўқ, шунинг учун ён тишлар каппа билан қопланади, бу ажратилган прикусга қарамай, ён худудларнинг ортикча ўсишига тўсқинлик қилади.

Брекетлар билан даволаш.

Аномалияни даволашда бракетлар Энглнинг эрта вестибуляр ёйлари билан алмаштирилди. Даволаш принципи аномал жойлашган бирликни ҳаракатланаётганга тишга ёпиштирилган брекетга уланган эластик вестибуляр ёй ёрдамида қатор чизиғига кўчиришдан иборат.

Агар бунинг учун етарли жой бўлмаса, қўшни бирликлар ёйга ўрнатилган ва брекетга таянган, бир-биридан ажратилган бирликларга ёпиштирилган пружина билан ажратилади.

Аномалияни даволаш учун брекетлардан фойдаланишнинг камчиликлари:

- Фақат доимий прикусда фойдаланиш имконияти;
- Тез-тез фаоллаштириш зарурати - ҳафтада бир марта;
- Фаоллаштирилгандан кейин брекетлар учун одатий ноқулайлик;
- Аномалиянинг катталиги билан қўйилган чеклов. Агар катта силжиш бўлса, пружина ёки винтли пластинкадан фойдаланиш тавсия этилади.

Агар ҳаракат антагонистлар томонидан чекланган бўлса, прикус энг муносиб тарзда ажратилади. Масалан, окклюзион қопламали каппалар ва брекетлар учун бўш жойлар.

Тишлар орасида бўшлиқлар бўлса, олд тишларнинг *вестибуляр ҳолати* (протрузия) осонлик билан даволанади. Турли хил тузилмали вестибуляр ретракцион ёйга эга пластинкадан; олд тишларнинг вестибуляр юзасига ва алвеоляр ўсикқа туташган вестибуляр пластинкадан, Энглнинг сирпанувчи ёйдан, мултибондинг тизимдан ва бошқалардан фойдаланиш мумкин. Олд тишларнинг протрузияси ён соҳа тиш қаторларининг торайиши билан қўшилган ҳолларда, аномалияларни тузатиш тиш қаторларининг кенгайиши билан бир вақтда амалга оширилади. Бунинг учун прикусни ажратиш учун кенгайтирувчи винтли, ретракцион ёй ва функционал-йўлланувчи элементлари бўлган пластинкалар ишлатилади. Ёй U - шаклидаги эгилишнинг кенглигини камайтириш орқали фаоллашади. Шу билан бирга, олд тишларнинг бўйинлари соҳасида пластмасса кесилади. Винтни ҳафтасига 2 марта 1/4 айланмаси орқали фаоллаштирилади. Кўпинча, айрим тишларнинг протрузиясининг сабаби тиш қаторида бўш жой етишмаслигидир. Бундай

ҳолларда даволаниш тўлиқ комплектдан ортиқча тишларни ёки функционал ва эстетик нуқтаи назардан энг кам қимматли тишларни (кўпинча бу биринчи премолар) олиб ташлаш билан бошланади.

Ускунали даволаш билан бир қаторда, даво гимнастикаси кўпинча оғизнинг айлана мушакларини машқ қилиш, ёмон одатларни йўқ қилиш учун машқлар тўплами буюрилади.

Ён тишларнинг *дистал жойлашувини* даволаш айрим ён тишларни, тўлиқ комплектдан ортиқча тишларни ва кечикаётган вақтинчалик молярларни олиб ташлашдан иборат. Мезиал силжиш аномалия сабаби бартараф этилгандан кейин мустақил равишда содир бўлиши мумкин. Фиссур-дўмбоқ окклюзион контактлар мавжуд бўлганда, олинадиган (қўлсимон пружинали ва тишлов майдончаси бор пластинка, сектор кесилган ва олдиндан буралган винтли пластинка) ва олинмайдиган (Mesial Jet, Энгл ёйи, мултибондинг тизими) қурилмалардан фойдаланиш мумкин.

Агар ён тишларнинг *мезиал силжиши* 4 мм дан кам бўлса, уларни дистал силжишини амалга ошириш тавсия этилади. Тишларнинг дистал ҳаракати учун энг кўп ишлатиладиган қурилмалар бу - қўлсимон пружинали пластинка, сектор кесилган ва олиб ташлаш учун винтли пластинка, юз ёйи, олинмайдиган Гашимов-Хмелевский қурилмаси, Гашимов-Герлинг, Distal Jet, Jones Jig, First Class Leon, Токаревич-Москалёва, Pendulum - қурилмаси. Агар ён тишларнинг мезиал силжиши 4 мм дан ортиқ бўлса, кенг қамровли даволаш усули қўлланилади: айрим доимий тишларни олиб ташлаш ва механик таъсир қилувчи ортодонтик асбоблар ёрдамида даволашни давом эттириш. Шунингдек, даволаш тўлиқ комплектдаги ортиқча тишларни олиб ташлаш, тиш ёйини кенгайтириш, курак тишларнинг латерал ҳаракати ва ён тишларнинг дистал ҳаракати орқали амалга оширилади.

Юқори тишларнинг инфраҳолатини даволаш учун қуйидаги усуллар қўлланилади:

- даво-тишлов пластинкали қурилмалар;
- юқори жағнинг олд қисмида паст ёриб чиққанда - Энгл аппарати;
- вестибуляр ёйларга эга, курак тишларнинг кесувчи қирраларидан танглай юзасига ўтадиган ўзгарувчан тутқичли пластинка қурилмалар;
- силжиш ҳаракатини тезлаштириш учун аввал компактостеотомия қилиш тавсия этилади. Ушбу қурилмалар таъсирида алвеоляр қисмнинг суяк тўқимаси тикланади ва тишлар нормал ҳолатга келтирилади.

Бундан ташқари, тишнинг инфраҳолати ёки тишларнинг ёриб чиқмаслиги шикастланиш, доимий механик таъсир ёки илдиз шаклланишининг бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Агар бундай тасвир сут тишида кузатилса, у ҳолда тишлар алмашинувида доимий рентген назоратини ўтказиш керак, агар керак бўлса, уни ўз вақтида олиб ташлаш ва доимий тиш чиқишига имкон бериш керак.

Тишларнинг вертикал ҳаракати учун ортодонтик қурилмаларнинг аксарият тузилмалари импакт ва ретенцияга учраган тишларни тортиш учун

мўлжалланган. Ҳаракатланадиган тишга тиш қаторида бўш жой яратилгандан сўнг, ҳалқани илгак, тугма ёки бошқа мослама билан мустаҳкамланади ёки олинадиган пружинали пластинкали қурилма ёки олинмайдиган қурилма ёрдамида тиш тортишга эришилади. Мултибондинг тизими билан биргаликда Kilroy I ва Kilroy II пружиналари танглай ва вестибуляр жойлашган ретенцияга учраган тишларни кенгайтириш учун ишлатилади.

Kilroy пружинанинг фаол кучини олиш учун кўшни ретенцияга учраган тишларга таянилади.

Супраҳолатни даволаш. Даволаш пайтида этиологик омилларни, яъни зарарли одатларни бартараф этишга эътибор бериш керак. Чикқан тишларнинг ҳолатини тўғрилаш алвеоляр ўсиқнинг тикланиши туфайли уларни амалга ошириш деб аталади, бунга тишлов пластинкаси ёки бошқа пружинали олинадиган қурилмалар ёрдамида ҳаракатланадиган тишларга босим орқали эришиш мумкин.

Тиш интрузияси учун вертикал йўналишда босимни оширадиган қурилмалар қўлланилади: пружинали пластинка, қарама-қарши жағ учун тишлов майдончаси бор ёки окклюзион қопламали пластинка.

Тиш ротациясини даволаш. Бир нечта муваффақиятли ҳолатларда, тиш айланишининг этиологик омилларини бартараф этганда, ротациянинг яққоллиги камаяди. Аммо бошқа мураккаб ҳолатлар кенг камровли даволанишни талаб қилади ва қайталанишга мойилдир.

- Деротация учун зарур бўлган куч ҳолатнинг мураккаблигига қараб 35-60 г ва 50-100 граммни ташкил қилади.

- Эджуайз-техникада.

NiTi ёйлари ёрдамида премоляр ва қозик тишларнинг деротацияси - оддий ва тушунарли усул бўлиб, у ҳам тиш қаторларининг текисланиш босқичини тўхтатмасдан кучли айланган тишларни деротация қилиш имконини беради. Ҳосил бўлган айланиш моментлари жуда ўртача ва эгилиш кучлари эксцентрик бўлиб, мавжуд ёй томонидан идрок этилиши мумкин. Никел-титан ёйи катта фаоллаштириш диапазониغا эга бўлгани учун айланишни қайта фаоллаштириш талаб қилинмайди. Тишнинг танглай ёки тил томон ҳаракатини олдини олиш учун деротация қилинадиган тиш текисловчи ёйга ўрнатилади. Деротация элементи, яъни ёй 0.018 x 0.022 кўндаланг кесимга эга бўлиши керак, шунда брекет пази тўлиқ тўлдирилади.

Олинадиган қурилмалардан фойдаланиш:

- Олинадиган қурилмалар ёрдамида осон айланишни йўқ қилиш мумкин.
- Z-шаклидаги пружиналар (иккита консолли пружиналар) ва лаб пелотли олинадиган қурилмалар.

Олинмайдиган қурилмалардан фойдаланиш:

- Бу бир нечта ротацияга учраган тишлар мавжуд бўлганда энг мос даволаш усули.

- Тишларни деротация қилиш айланадиган клинлар ёрдамида амалга оширилиши мумкин. Уларни тишлар ва ёйлар орасига жойлаштириш мумкин.

Енгил ротацияни NITI тиш ёйи билан самарали даволаш мумкин.

- Уларнинг суперэластиклиги ёйни брекет пазига киритишни осонлаштиради.
- Бу тишларнинг маълум даражада деротацияси ва текисланишига олиб келади.
- Эластик занжир ёки резина лигатуралар, пружиналар ёрдамида тишларни лингвал тугмалари билан боғлаб, узун ўқ атрофида айлантириш мумкин.

Жуфтлашган деротация тизимида эластик резинкалар тил томондан бириктирилади ва тиш атрофига деротация йўналиши бўйича ўралади.

Айланишни даволашда жуфтлик тизим кучи ҳам фойдалидир. Бу ерда эластик резинкалар ҳам буккал, ҳам лингвал қўлланилади.

Тиш ретенциясини даволаш. Агар доимий тишларнинг, айниқса юқори қозик тишларнинг ёриб чиқиш аномал траекторияси ўз вақтида аниқланса, вазиятни тузатиш ва салбий оқибатларнинг олдини олиш мумкин. Бунинг учун қуйидагиларни зарур:

- Ёриб чиқишга тўсиқ бўлувчи тўлиқ комплектдан ортиқча тишлар ва одонтомалар экстракцияси.
- Доимий қозик тишларнинг йўналишини ўзгартириш учун вақтинчалик қозик тишлар экстракцияси.
- Юқори жағнинг олд қисмини кенгайтириш, олд тишларни олдинга силжитиш, тиш қаторларининг ён сегментларини дистал силжиши ёки доимий тишларни танлаб олиб ташлаш йўли билан тишларни кечикиб чиқиш хавфи мавжуд бўлганда ёриб чиқиш траекториясини оптималлаштириш.

Ретенцияга учраган юқори жағнинг вақтинчалик қозик тишлари.

Юқори жағнинг қозик тишлари боланинг 11-13 ёшида ёриб чиқа бошлайди, айнан шу вақтда ёриб чиқишнинг кечикишини ўз вақтида сезиш учун болани диққат билан кузатиб бориш керак. Юқори қозик тишларнинг вестибуляр миграциясини олдини олиш учун хушёр бўлиш ва ўз вақтида чоралар кўриш зарур.

Вақтинчалик қозик тишлар тушишининг кечикиши.

Доимий қозик тишлар боланинг 11-13 ёшида оғзида ёриб чиқади. Вақтинчалик қозик тиш тушишининг кечикиши доимий қозик тиш дистопиясининг сабаби эмас, балки натижасидир (Lappin, 1951).

Анъанавий рентгенография ёрдамида қуйидаги ҳолатларни аниқлаш мумкин:

- * Доимий қозик тиш вақтинчалик қозик тиш илдизининг вертикал резорбциясига олиб келмайди.
- * Қозик тиш тожи мезиал томонга эгилган.
- * Қозик тишнинг тожи доимий ён курак тишдан жуда узоққа чиқиб туради, бу унинг дистал юзасини ёриб чиқиш учун йўлланма сифатида фойдаланишига имкон бермайди.

Ретенцияга учраган қозик тишлар танглай томонда ёки вестибуляр жойлашган бўлиши мумкин. Даво чора-тадбирлар ретенцияга учраган қозик тишнинг ён курак тишга нисбатан ҳолатига боғлиқ бўлиб, бу қўшимча

периапикал тасвирлар ёки КТ билан тасдиқланади.

Доимий қозик тишларнинг танглай томонда жойлашуви.

Ортопантомограмма ёрдамида ретенцияга учраган қозик тишнинг ёриб чиқиш чуқурлиги ва эҳтимолий траекториясини тахмин қилиш мумкин.

Ёриб чиқиш йўлининг траекторияси.

Ретенцияга учраган қозик тишнинг тожи мезиал томонга эгилганда, у ўрата сагиттал текислик билан бурчак ҳосил қилади, уни ортопантомограмма ёки бош рентгенограммасининг тўғри проекциясида ўлчаш мумкин. Агар бу бурчак 10^0 дан ошса, қозик тиш тожи бурун бўшлиғининг ташқи деворига вертикал тегувчини кесиб ўтиши мумкин (Williams, 1981). Тожнинг ўрта сагиттал текислигига эгилиш бурчаги қанчалик катта бўлса, ретенцияга учраган тишни тиш ёйига ўтиш эҳтимоли шунчалик паст бўлади. Агар қозик тиш тожининг сояси ён курак тишнинг илдизига тўғри келса, унда қозик тиш ёриб чиқишининг аномал траекториясининг юқори эҳтимоли бор.

Ретенцияга учраган тишнинг чуқурлиги.

Бемор ўсиб улғайган сари (8 ёшдан 13 ёшгача) ретенцияга учраган тиш чуқурлигини даврий ўлчаш жараённинг динамикасини аниқлашга имкон беради. Чуқурлик рентгенографияда қозик тиш дўмбоғининг учидан окклюзион текисликкача бўлган масофа билан ўлчанади. Тиш ёриб чиққанда, аномал жойлашган қозик тиш диагонал бўйлаб ҳаракатланиши ва охиргисининг апикал учдан бир қисмида ён курак тиш илдизини кесиб ўтиши мумкин. Қозик тишнинг ҳаракати ўрта сагиттал чизик йўналиши бўйича давом этади ва марказий курак тишнинг цемент-эмал бирикмасида тугайди.

Ҳар 6 ойда кузатув рентгенограммаси шуни кўрсатадики, баъзи ҳолларда қозик тишларнинг ҳолати ўз-ўзидан текисланади, бошқа тишларнинг ҳолати эса янада ёмонлашади.

Вақтинчалик қозик тишларни олиб ташлаш.

Юқорида айтиб ўтилганидек, доимий қозик тишлар тўққиз ёшда ёриб чиқа бошлайди. Бу ёшда боланинг оғиз бўшлиғининг ҳолатини диққат билан кузатиб бориш керак, агар доимий курак тишларнинг ёриб чиқиши кечикишига шубҳа бўлса, 10 ёшда вақтинчалик қозик тишларни олиб ташлаш тавсия этилади.

Биринчи марта ушбу тадбирнинг самарадорлиги Larrin (1951) томонидан қайд этилган. Ўшандан бери кўплаб муаллифлар сут тиш авлодлари экстракциясидан кейин доимий қозик тишларнинг ёриб чиқиши яхшиланганлиги ҳақида хабар қилишди. Бунинг сабаби шундаки, ёриб чиққан тишлар энг кам қаршилиқ йўлидан боради, яъни вақтинчалик қозик тишлари олиб ташланганидан сўнг, доимий қозик тишлар илгари улар эгаллаган бўшлиққа йўналтирилади. Вақтинчалик қозик тишлар экстракцияси 10-13 ёшли болаларда амалга оширилиши керак, чунки доимий қозик тишлар 10 ёшгача қўшимча аралашувсиз ёриб чиқиши мумкин ва 13 ёшдан кейин вақтинчалик қозик тишлар экстракция факти доимий қозик тишларнинг ёриб чиқишига аниқ фойдали таъсир кўрсатмайди. Ёриб чиқмаган тиш ҳолатининг

динамикаси экстракциядан кейин 6-18 ой ичида аниқ бўлади. Қулай ўзгаришлар бўлмаса, даволаш стратегиясини қайта кўриб чиқиш керак.

Тишнинг горизонтал силжиш даражаси ёриб чиқиш траекториясини коррекциялаш учун катта аҳамиятга эга. Ericson и Kurol (1988) маълумотларига кўра, 46 та ёриб чиқмаган қозиқ тишнинг 78 фоизи вақтинчалик қозиқ тишлар экстракциясидан кейин 18 ой ичида ўз ҳолатини ўзгартирди. Ёриб чиқмаган қозиқ тишнинг дўмбоқ учи латерал курак тиш илдизининг ўрта чизигини кесиб ўтмаган ҳолларда бу кўрсаткич 91% ни ташкил этди.

Тиш ёйида оптимал ҳолатда доимий қозиқ тишни ёриб чиқиши учун сут тишлари олиб ташланганидан сўнг, етарли жойни сақлаш ёки яратиш чораларини кўриш керак (Power и Short, 1993; Jacobs, 1998; Leonardi et al, 2004).

**НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ
КЛИНИК БАЁННОМАСИ
“ТИШЛАР ЖОЙЛАШУВИ АНОМАЛИЯЛАРИ”**

ТОШКЕНТ-2025

K07.38	Тишлар жойлашуви аномалиялари
K07.31	Силжиши
K07.38	Тишлар жойлашувининг бошқа аниқланган аномалиялари
	Тишларнинг вестибуляр ҳолати, тишларнинг танглай-тил ёки орал ҳолати, мезиал-дистал тишлар чиқиши, тишларнинг транспозицияси, супраокклюзия ва инфра-окклюзия (тишларнинг юқори ва паст ҳолати), тишларнинг тортоаномалияси
Ҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=10003

МКБ-11

DA07.6 (Код в МКБ-10: K00.6)	<u>Тишларни</u> чиқишини бузилиши
DA07.60 (Код в МКБ-10: K00.7)	<u>Тишларни</u> чиқишини синдроми
DA07.61 (Код в МКБ-10: K03.5)	<u>Тиш анкилози</u>
DA07.6Y (Код в МКБ-10: K00.6)	Тишларни чиқишини бузилши аниқлангани
DA07.6Z (Код в МКБ-10: K00.6).	Тишларни чиқишини бузилши аниқланмагани
DA07.7 (Код в МКБ-10: K01.0)	<u>Ретенирланган</u> тишлар
DA07.8 (Код в МКБ-10: K01.1)	Импакт тишлар
ССЫЛКА	https://mkb-10.com/index.php?pid=10003

1. Асосий қисм

Кириш. Тишларнинг нотўғри жойлашиши энг кенг тарқалган тиш аномалияларидан бири бўлиб, унинг популяцияси даражаси, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 11-16% ни ташкил қилади. Айрим тишларнинг сурилиши камдан-кам ҳолларда изоляцияланган аномалия бўлиб, тиш-жағ тизимининг бошқа касалликлари билан биргаликда кўпроқ учрайди. Улар алвеоляр ўсиқнинг ривожланмаганлиги, торайиши (кўпинча юқори жағ), сут ёки доимий тишларни бузилиши ёки эрта олиб ташлаш, макроденция, диастема ва трема мавжудлиги ва бошқалар натижаси бўлиши мумкин.

2. Тишлар жойлашув аномалиялари, силжиш ва тиш ҳолатининг бошқа аниқланган аномалияларида танланган терапевтик аралашув усулини қўллаш.

Мажбурий даволаш чоралари:

- Қолип олиш ёки тиш қаторларини сканерлаш;
- клиник текширув;
- антропометрик тадқиқот усуллари;
- тадқиқотнинг рентген усуллари;
- даволаш режасини яратиш;
- ортодонтик мослама тузилмасини аниқлаш.

Қўшимча даволаш чоралар (тиббий кўрсатмаларга кўра):

- ✓ Миогимнастика;
- ✓ зарарли одатлар профилактикаси;
- ✓ кариес тишларни даволаш;
- ✓ тиш ҳолатининг аномалияларида ЛОР аъзоларини санация қилиш, силжиш, тишлар ҳолатининг аниқланган бошқа аномалиялари.

Тиш жойлашуви аномалияларини, силжишини ва бошқа аниқланган тиш ҳолати аномалияларини бартараф этиш бўйича дастлабки чора-тадбирлар: беморга қуйидагилар тавсия этилади: беморларга тавсия этилади: қаттиқ овқат истеъмол қилиш; оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш; тизимли миогимнастика машқлари.

Агар бу чоралар енгиллик келтирмаса, даволаш чоралари амалга оширилади

Ноинвазив: - оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш;

- тизимли миогимнастика машқлари;

Инвазив: - ортодонтик воситалар билан даволаш.

Вестибуляр эгилган тишларнинг ҳолатини тўғирлаш учун, агар улар учун тиш ёйида жой бўлса, қуйидаги қурилмалардан бирига эга олинадиган пластинкали мосламаси ишлатилади:

1. вестибуляр ёй.
2. вестибуляр жойлашган пружина;
3. вестибуляр-орал пружина;
4. бураладиган винт.

мосламанинг орал томондан силжиган тишга туташган пластик асоси кесилади. Юқори жағ пластинкасининг олд қисмида тишлов майдончаси ёстиғи, ён қисмида эса силжиган тишни қарама-қарши тишдан ажратиш учун окклюзион қопламалар тайёрланади.

Тишнинг орал ҳаракати учун олинадиган қурилма асосида бураладиган винт мустаҳкамланади. Мосламани ишлаб чиқариш жараёнида у пластмасса киришидан изоляция қилинади, шунингдек винт маҳкамланганда йўналтирувчининг силжишини таъминлайди. Ҳаракатланувчи тиш вестибуляр томондан фиксация қилувчи мослама (кламмер) билан қопланади. Юқори жағ пластинкасида винтни танглай соҳасига жойлаштириш мақсадга мувофиқдир.

Ён тишларнинг орал ҳолати, кўпинча иккинчи премолярларда, тиш ёйида етарли жой бўлмаганда, тиш муртакларини нотўғри жойлашуви, ён тишларнинг мезиал силжиши, вақтинчалик молярларни эрта йўқотиш ва бошқалар туфайли юзага келади.

Нотўғри жойлашган тишлар учун тиш ёйида бўш жой олдинда жойлашган тишларнинг мезиал силжиши, орқасида турган тишларнинг дистал силжиши ёки айрим тишларни олиб ташлаш орқали ҳосил қилинади.

Олд тишларнинг ретрузиясини бартараф этиш учун олинадиган ёки олинмайдиган механик-таъсир қилувчи функционал-йўлловчи ёки функционал-таъсир қилувчи ортодонтик мосламалар қўлланилади. Тескари курак қоплаш даражаси ҳисобга олинади. Очiq прикусда, шунингдек, енгил тескари курак тиш қоплашида, чўзиб тортувчи пружинали, лингвал ёйлари ва винтли олинадиган пластинка қурилмалари ишлатилади. Чўзиб тортувчи пружина ва лингвал ёйлар орал (қўл шаклидаги, илонсимон, жингалак ва бошқалар) ёки суриладиган тишларнинг вестибуляр томонида жойлашади.

Бир ёки иккита олд тишлар протракцияси учун Планас кенгайтирувчи винти ва сектор кесимли пластинка ишлатилади. Винтнинг кичик ўлчамлари ва унинг барабанининг бир томонига силжиши, винтни қурилманинг сезиларли қалинлашувисиз ҳаракатланадиган тишнинг узун ўқиға перпендикуляр пластинкаға ўрнатишға имкон беради.

Кесмалар винт йўналиши бўйича параллел ёки винтға яқинлашувчи бўлиши мумкин, шунда винт буралганда, сектор асосда тикилиб қолмайди.

Брюкл мосламаси - пастки жағ учун пластинка бўлиб, олд тишлар соҳасида эгилган текислик, вестибуляр ёй ва молярлар учун кламмерлари мавжуд. Мослама ёрдамида юқори олд тишлар вестибуляр томонға бурилади

ва пастки олд тишлар ёй бурмаларини сиқиш орқали кўрсатмаларга мувофик орал томонга эгилади. Бундай ҳолларда пластинка курак тишларнинг тил юзасига ёпишган бўлмаслиги керак.

Даволаш пайтида эгилган текислик йўналишини ўзгартириш ва тишлов майдончасинининг шаклланиши юқори тиш қаторларининг олд қисмида тиш-алвеоляр қисқаришга эришилади. Ён тишлар соҳасида окклюзион копламаларнинг йўқлиги дентоалвеоляр чўзилишга ва натижада чуқур прикусни даволашга ёрдам беради. Брюкл қурилмаси энг универсиал ҳисобланади.

Тишларнинг дистал ҳолатида даволаш асосан жарроҳлик (тўлик комплектдан ортиқча тишларни ёки ёриб чиқиши кечикаётган вақтинчалик молярларни, янги ҳосилаларни олиб ташлаш) ёки терапевтик (сурункали яллиғланиш жараёнини бартараф этиш) ҳисобланади. Тишларнинг мезиал ҳаракати аномалия сабаби бартараф этилгандан кейин пайдо бўлиши мумкин.

Дўмбоқ-фиссур окклюзиялараро контактлар мавжуд бўлганда, мезиал ҳаракатга учраган тишлар соҳасидаги прикусни ажратиш керак. Олд қисмида тишлов майдони, пружиналар ва тишларга босим ўтказадиган ҳаракатлантирувчи олинадиган пластинка қурилмаларидан фойдаланиш даволанишни тезлаштиради.

Тиш интрузиясида ва экстрюзиясида, айрим тишларнинг вертикал ҳаракатланиши учун ортодонтик асбобларнинг аксарият тузилмалари ярим ретенция ва ретенцияга учраган тишларни, кўпинча курак ва қозиқ тишларни чўзиш учун ишлатилади. Тишга тиш қаторида жой яратилгандан сўнг, ҳаракатландиган тишга илгак, скоба, штанга ёки бошқа мосламали ҳалқа билан мустаҳкамланади ва пружинали олинадиган пластинка мосламаси ёки олинмайдиган, эджуайз-техника, каппа ва қарама-қарши жағнинг тишларига маҳкамланган асбоблар ёрдамида тиш-алвеоляр чўзилишига ҳисса қўшилади.

Нотўғри жойлашган тишлар ҳудудининг рентгенограммасини олгандан кейин тиш транспозициясини даволашни режалаштириш керак. Даволаш усули - жарроҳлик (айрим тишларни олиб ташлаш) ёки ортодонтик - уларнинг силжиш даражасига ва илдизларнинг қиялигига боғлиқ. Тиш қаторидан ташқарида ёриб чиққан ва ўз ўқи атрофида айланган тишларни олиб ташлаш мақсадга мувофик. Юқори доимий қозиқ тишнинг дистал транспозицияси ва вақтинчалик қозиқ тишнинг кечикиши билан вақтинчалик тишни олиб ташлаш ва премолярлар орасига қозиқ тишни ўрнатиш орқали биринчи премолярни ўз ўрнига кўчириш мумкин. Ушбу даволаш усули биринчи премоляр илдизининг мезиал эгилишида самарали бўлади. Даволаш учун пружинали олинадиган пластинкалар ва олинмайдиган қурилмалар ва эджуайз-техника қўлланилади.

Тишларни мезиал йўналишда ҳаракатлантириш - диастемани даволаш, аномалияга олиб келган сабабни бартараф этгандан сўнг ён тишларни ҳаракатлантириш кўпинча 6 ой давомида ўз-ўзини тартибга солиш орқали содир бўлади. Олд тишларнинг латерал ҳаракати ва ён тишларнинг дистал

ҳаракати, яъни тишларнинг табиий ўсиши йўналишига қарши ҳаракат қилиш қийинчиликларни келтириб чиқаради ва алмашув прикусининг дастлабки даврида энг самарали ҳисобланади.

Даволашнинг давомийлиги, тиш ҳаракати миқдорига боғлиқ. Вестибуляр-орал йўналиши бўйича тишларнинг ҳаракати тишларнинг эгилиш кўрсаткичларида тезроқ (1 ой давомида 1 мм) ва уларнинг тана ҳаракати кўрсаткичларида сезиларли даражада секинроқ содир бўлади. Тишнинг вертикал ўққа нисбатан айланиши 2-4 ой ичида амалга оширилиши мумкин, бу айланиш даражасига боғлиқ.

Айрим тишларнинг ҳаракати дастлабки компактостеотомиядан кейин 2-3 марта тезлашади.

Даволашнинг прогнози ва ретенция даврининг давомийлиги тиш ёйиларининг яратилган шакли ва тиш-жағ тизими функциялари ўртасидаги ўзаро боғлиқлик билан боғлиқ. Функцияларни нормаллаштиргандан сўнг, даволаш натижалари янада барқарор бўлади. Ретенцион мосламаларининг тузилмаси тишларнинг ҳаракат йўналишини ҳисобга олган ҳолда танланади. Бундай қурилмалар тишларнинг асл ҳолатига қайтишига йўл қўймаслиги керак.

Тишлар жойлашуви аномалияларини ортодонтик даволаш давомийлиги қуйидагиларга боғлиқ:

1. Тиш ёйида нотўғри жойлашган тиш учун бўш жой мавжудлиги.
2. Курак тиш қопловининг чуқурлиги;
3. Сагиттал, трансверсал ва вертикал йўналишдаги прикус аномалиялари ва айрим тишлар ҳолатидаги аномалияларнинг комбинацияси;
4. Прикус ривожланиш даври, ҳаракатланувчи тишларнинг ҳолати;
5. Даволаш усули - ортодонтик ёки жарроҳлик, протезлаш ва бошқалар билан комбинацияси;
6. Беморнинг шифокор билан алоқаси.

Амбулатор-поликлиника диагностикасига қўйиладиган талаблар

Код	Тиббий хизматнинг номи	Бажарилиш частотаси
A01.07.001	Оғиз бўшлиғи патологиясида анамнез ва шикоятлар тўплами	1
A01.07.002	Оғиз бўшлиғи патологиясида визуал текширув	1
A01.07.003	Антропометрик тадқиқот усуллари	1
A01.07.006	Рентгенологик тадқиқот усуллари	1
B01.064.001	Врач-стоматологнинг бирламчи қабули (кўрик, консултация)	1
B01.067.001	Врач-стоматолог-ортопеднинг бирламчи қабули (кўрик, консултация)	1
A01.07.007	Оғизнинг очилиш даражасини ва пастки жағнинг ҳаракатчанлигини аниқлаш	1
A02.07.006	Прикусни аниқлаш	1
A02.07.007	Антропометрик тадқиқотларнинг тавсифи ва талқини	1
A06.30.002	Рентген тасвирларнинг тавсифи ва талқини	1

* “1” - 1 марта; “алгоритмга мувофиқ” – агар керак бўлса бир неча марта (2 ёки ундан кўп); “талаб бўйича” - агар талаб қилинмаса (даволовчи шифокорнинг хоҳишига кўра).

Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:

- қизиқишлар можароси мавжуд эмас;
- баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш (баённомани ишлаб чиқилганидан 3 кун ўтгач кўриб чиқиш ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса);
- адабиётлар рўйхати (баённома матнида санаб ўтилган манбаларга тегишли тадқиқот ҳаволалари зарур).

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- тишларнинг анатомик ва функционал яхлитлигини тиклаш.

**НОЗОЛОГИЯГА КЎРА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА
“ТИШЛАР ЖОЙЛАШУВИ АНОМАЛИЯЛАРИ”**

ТОШКЕНТ-2025

K07.38	Тишлар жойлашуви аномалиялари
K07.31	Силжиши
K07.38	Тишлар жойлашувининг бошқа аниқланган аномалиялари
	Тишларнинг вестибуляр ҳолати, тишларнинг танглай-тил ёки орал ҳолати, мезиал-дистал тишлар чиқиши, тишларнинг транспозицияси, супраокклюзия ва инфра-окклюзия (тишларнинг юқори ва паст ҳолати), тишларнинг тортоаномалияси
Ҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=10003

МКБ-11

DA07.6 (Код в МКБ-10: K00.6)	<u>Тишларни</u> чиқишини бузилиши
DA07.60 (Код в МКБ-10: K00.7)	<u>Тишларни</u> чиқишини синдроми
DA07.61 (Код в МКБ-10: K03.5)	<u>Тиш анкилози</u>
DA07.6Y (Код в МКБ-10: K00.6)	Тишларни чиқишини бузилши аниқлангани
DA07.6Z (Код в МКБ-10: K00.6).	Тишларни чиқишини бузилши аниқланмагани
DA07.7 (Код в МКБ-10: K01.0)	<u>Ретенирланган</u> тишлар
DA07.8 (Код в МКБ-10: K01.1)	Импакт тишлар
ССЫЛКА	https://mkb-10.com/index.php?pid=10003

1. Асосий қисм

Кириш. Тишларнинг нотўғри жойлашиши энг кенг тарқалган тиш аномалияларидан бири бўлиб, унинг популяцияси даражаси, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 11-16% ни ташкил қилади. Айрим тишларнинг сурилиши камдан-кам ҳолларда изоляцияланган аномалия бўлиб, тиш-жағ тизимининг бошқа касалликлари билан биргаликда кўпроқ учрайди. Улар алвеоляр ўсикнинг ривожланмаганлиги, торайиши (кўпинча юқори жағ), сут ёки доимий тишларни бузилиши ёки эрта олиб ташлаш, макроденция, диастема ва трема мавжудлиги ва бошқалар натижаси бўлиши мумкин.

2. Тиббий профилактика усулларини ташкил этиш:

Тишлар жойлашуви аномалиясининг тиббий профилактикасининг умумий қабул қилинган самарали усули – мойиллик қилувчи омилларни аниқлаш ва бартараф этиш;

- ✓ ЛОР органларининг санацияси;
- ✓ кариес тишларни даволаш;
- ✓ тўлиқ комплектдан ортиқча тишларни ўз вақтида олиб ташлаш;
- ✓ зарарли одатларни ўз вақтида бартараф этиш;
- ✓ қаттиқ овқат қабул қилиш;
- ✓ ўртача қаттиқликдаги тиш чўткасидан фойдаланиш;
- ✓ ҳар бир овқатланишдан кейин оғизни чайиш;
- ✓ кўпроқ сабзавот ва меваларни истеъмол қилиш (кислотали бўлмаган);
- ✓ жуда иссиқ ёки совуқ овқат ва ичимликлар, нордон ва ширин таомларни чеклаш.

Тишлар жойлашуви аномалиялари, силжиш ва бошқа аниқланган тишлар ҳолатидаги аномалияларда **тиббий кузатувни ташкил этиш.**

Даволаш натижаларини тиббий назорат қилиш тиш ҳолати аномалиялари бўлган беморларни даволаш тугаганидан кейин 6 ой ўтгач, врач-стоматолог-ортодонт томонидан тиббий кўрикдан ўтказиш орқали амалга оширилиши тавсия этилади.

Адабиётлар рўйхати

1. Колесов А.А « Стоматология детского возраста» М., 1991.
2. Персин Л.С. « Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий.» М., 1998.
3. Гаврилов Е. И., Оксман И.М. « Ортопедическая стоматология» М., 1978
4. Бетельман А.И. « Ортопедическая стоматология детского возраста» 1992.
5. Ильина-Маркосян Л.В. « Руководство по ортопедической стоматологии» М., 1974.
6. Хорошилкина Ф.Я. «Руководство по ортодонтии» М., 1982,1999.
7. Хорошилкина Ф.Я., Малмгин Ю.М. Агаджанян С.Х. «Профилактика зубочелюстных аномалий», 1981.
8. https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol/%D0%9A%D0%9F%D0%94%D0%B8%D0%9C%D0%97_11.01.2023_4.pdf.
9. <https://semejnyj-stomatolog.by/stati/giperchuvstvitelnost-zubov/>
10. <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/4323/%D0%A7%D1%83%D0%B2%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C%20%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0.pdf?sequence=1&is-Allowed=y>
11. <https://a-medik.su/blog/desensitayzery-v-stomatologii/>
12. <https://diseases2.medelement.com/disease/%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B7/14960?ysclid=lwlqx0m8ca59077121>