

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA INSTITUTI**

**TISHLARNI OLISH BOYICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR.**

TOSHKENT – 2025

"KELISHILGAN"

Toshkent davlat

stomatologiya instituti

rektori

Xaydarov



2025 yil

TISHLARNI OLISH BOYICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR.

TOSHKENT – 2025

Mundarija

Ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar	8
TISHLARNI OLDIRISH BO'YICHA KLINIK PROTOKOL	25
TISHLARNI OLDIRGANDAN SO'NG YUZAGA KELADIGAN ASORLANISHLARNI OLDINI OLISH.....	46
PALLIATIV DAVOLASH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	53

TISHLARNI OLDIRISH UCHUN KO'RSATMA VA QARSHI KO'RSATMALARNI ANIQLASH

TOSHKENT – 2025

1.Kirish

K00.7 - Tish chiqarish sindromi

K01.0 - ta'sirlangan tishlar

K01.1 - zarba tishlari

K04.5 - surunkali apikal periodontit (apikal granuloma)

K04.6 - fistula bilan periapikal xo'ppoz

K08.8 - tishlar va ularni qo'llab-quvvatlovchi apparatlardagi boshqa belgilangan o'zgarishlar

K09.08 - tishlarning shakllanishi jarayonida hosil bo'lgan boshqa ko'rsatilgan odontogen kistalar
K09.09 - tishlarning shakllanishi paytida hosil bo'lgan odontogen kistalar, aniqlanmagan;

K10.2 - jag'larning yallig'lanish kasalliklari

Kasalliklarning xalqaro tasnifi - KXT -10/11 kod(lar):

KXT-10/11	
Kod	K00.7, K.01.0, K 01.1, K04.5, K04.6, K08.8, K09.09, K10.2
	KXT-10/11

- Milliy klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish uchun mas'ul tashkilot:
TDSI, Bolalar yuz-jag' jarrohligi kafedrasida

MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQISHDAGI ISHTIROKCHILAR:

Amanullaev R.A., f.f.n., prof. Bolalar yuz-jag' jarrohligi kafedrasida mudiri
Shomurodov K.E. , t.f.d., prof. TDSI fan va innovatsiyalar bo'yicha prorektori
Xasanov A.I., f.f.n., Bolalar yuz-jag' jarrohligi kafedrasida dotsenti
Boltaxodjaeva L.M. Bolalar yuz-jag' jarrohligi bo'lim boshlig'i
Abduvaliev A.A. TDSI asosiy doktoranti

Milliy klinik protokollar va standartlarning texnik baholarini ekspertizadan o'tkazish va tahrirlash:

- (FISH, ish joyi, lavozimi / unvoni);

Milliy klinik protokol va standartlarni Sog'liqni saqlash vazirligi Ekspertlar guruhi ekspertlari tomonidan baholash bo'yicha ekspert xulosasi:

- (FISH, ish joyi, lavozimi / unvoni);

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligidagi, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Muvofiqlashtiruvchi kengash majlisi bayonnomasidan ko'chirma (sana, raqam)

....

- Ushbu nozologiya bo'yicha Milliy klinik protokol va standartlardan foydalanuvchilar
-;
- Ushbu nozologiya bo'yicha milliy klinik protokol va standartlarga mos keladigan bemorlar toifasi;
- Dalillarga asoslangan tibbiyotning dalillar shkalasi - taqdim etilgan sharhlar.

Dalillar ko'lami (diagnostik aralashuvlar uchun)

Dalillar darajasi	
1	Malumot usulidan foydalangan holda nazorat qilinadigan sinovlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish.
2	Ma'lumotnoma usuli yoki ba'zi tasodifiy klinik sinovlarning tizimli ko'rib chiqishlari nazorati ostida o'tkazilgan ba'zi tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlar, meta-tahlildan foydalangan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish bundan mustasno
3	Doimiy nazoratsiz yoki o'rganish usulidan mustaqil ravishda mos yozuvlar usuli yordamida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat hisoboti
5	Davolash asosi, harakat mexanizmi yoki ekspert xulosasi

Dalillar ko'lami (profilaktika, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun)

Dalillar darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish bundan mustasno, individual randomizatsiyalangan klinik sinovlarni tizimli ko'rib chiqish va har qanday dizayndagi tadqiqotlar.
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik misollar hisobotlari yoki holatlar seriyasi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar.
5	Davolashning ta'sir mexanizmining asosi (klinikgacha bo'lgan tadqiqotlar) yoki ekspert xulosasi

Tavsiya ishonchliligi reytingi shkalasi

Tavsiyalarning ishonch darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega va qiziqish natijalari bo'yicha xulosalar kelishilgan)
B	Shartli tavsiyalar (ko'rib chiqilayotgan ma'lum samaradorlik choralari (natijalari) muhim, ayrim tadqiqotlarning uslubiy sifati yuqori yoki adolatli va/yoki qiziqish natijalari bo'yicha xulosalar mos kelmaydi)
C	Zaif tavsiyalar (sifatli dalillar taqdim etilmaydi, samaradorlik mezonlari yo'q, natija ko'rsatkichlari hisobga olinmagan) ahamiyatsiz, past uslubiy sifatdagi barcha tadqiqotlar va qiziqish natijalari bo'yicha qarama-qarshi xulosalar

2. Asosiy qism

Ko'pgina stomatologlar uchun tish olish tish jarrohlikning birinchi yondashuvidir. Har qanday boshqa jarrohlik muolajalar singari, hatto eng oddiy olib tashlash ham ehtiyotkorlik bilan klinik tahlilni va operatsiyadan oldingi to'g'ri rejalashtirishni, keyin esa hech narsani tasodifga qoldirmaydigan aniq belgilangan jarrohlik protokolini talab qiladi. Bundan tashqari, shuni ta'kidlash kerakki, tish chiqarish kamdan-kam hollarda o'z-o'zidan tugaydigan jarrohlik operatsiyasi hisoblanadi. Shuning uchun jarrohlik travmasini minimallashtirish natijasida olingan alveolyar suyakni saqlab qolish muhimdir. Haqiqatan ham, bu suyak hajmini va ekstraksiyadan keyingi joyning morfologiyasini saqlab qolish imkonini beradi. Ushbu omillar an'anaviy va ichkisuyak implantlar tomonidan qo'llab-quvvatlanadigan quyidagi protez variantlari uchun mos keladigan funktsional va estetik ta'sirga ega.

Ko'rsatkichlar

Har xil turdagi shikastlanishlar (travmatik, endodontik, periodontal va boshqalar) tufayli tishni tiklash mumkin bo'lmagan hollarda, tishni saqlash mahalliy sharoitlarni yoki bemorning umumiy sog'lig'ini hisobga olgan holda mos kelmasa, chiqqan tishni olib tashlash ko'rsatiladi. Tafsilotlarni aniqlashtirish uchun tish olish quyidagi holatlarda ko'rsatilishi mumkin:

Keng tarqalgan kariyes lezyonlar: ayniqsa, ildizlarga tarqalyotgan tishlarni tiklash qiyin yoki imkonsiz bo'lganda.

Periapikal infektsiya: endodontik davolash periapikal shikastlanishni bartaraf qilmasa yoki ildiz kanallarida olib tashlanmaydigan to'siqlar mavjudligi sababli endodontik davolash (yoki qayta davolash) mumkin bo'lmaganda yoki yatrogen shikastlanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli jarrohlik endodontik davolash muhim anatomik tuzilmalarga.

Paradontoz: periodontal kasallik periodontal qo'llab-quvvatlashning haddan tashqari yo'qolishiga olib kelgan hollarda, ayniqsa tish sezilarli harakatchanlikka ega bo'lsa va muvaffaqiyatli regenerativ terapiya uchun zarur shartlar bo'lmasa.

Kombinatsiyalangan periodontal-endodontik shikastlanish: davolashning murakkabligi tufayli prognoz yomon, bu esa natijani oldindan aytib bo'lmaydigan qiladi (apikoektomiya tishlarni qo'llab-quvvatlashni yanada kamaytiradi).

Horizantal va vertikal ildiz sinishi:Ular davolab bo'lmaydigan bo'lgani uchun, tish olish muqarrar.

Ortodontik davolash:ayniqsa tiqilib qolgan tishlar bo'lsa, ortodontist bemorni strategik olib tashlash uchun og'iz jarrohiga yuborishi mumkin. Odatda, birinchi premolyarlar funktsional sabablarga ko'ra ekstraktsiya qilish uchun tanlanadi, agar boshqa tishlar etarli darajada restavratsiya qilinmasa yoki ildiz kanalini davolashmasa, bu ularning uzoq muddatli prognozini yomonlashtirishi mumkin. Yakuniy holda, eng yomon prognozli tishlarni olib tashlash mumkin.

Tishlarning noto'g'ri joylashishi:noto'g'ri joylashtirish atrofdagi to'qimalarning shikastlanishiga olib keladi. Misol uchun, bukkal moyillikka ega bo'lgan maksiller uchinchi molarlar bukkal shilliq qavatning o'z-o'zidan chaynashiga olib kelishi mumkin. Ortodontik aralashuv mumkin bo'lmaganda, ortiqcha tishlarning mavjudligi antagonist tishlarning tiklanishiga to'sqinlik qilganda yoki ortiqcha tishlar qarama-qarshi joyning shilliq qavatiga zarar etkazganda, shuningdek, ortiqcha tishlarni olib tashlash kerak.

Jag'ning sinishidan ta'sirlangan tishlar:ular sinishning qisqarishiga to'sqinlik qilganda yoki bu hududda infeksiyani keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan davolab bo'lmaydigan lezyonlardan ta'sirlanganda, bu esa sinishning yetarli darajada mustahkamlanishini oldini oladi.

Xatarli o'smalarni davolash uchun bosh va bo'yin hududida radiatsiya terapiyasi:Endodontik va/yoki periodontal kasallik belgilari bo'lgan tishlarni olib tashlash ko'rsatiladi, chunki radiatsiya terapiyasi ta'sirlangan to'qimalarda metabolik o'zgarishlarga olib keladi va to'qimalarning perfuziyasini kamaytiradi, bu esa ushbu sohada dori vositalarining (masalan, antibiotiklar, yallig'lanishga qarshi dorilar) ta'sirini cheklaydi. Bundan tashqari, ilgari nurlangan bemorlarda tishlarni olib tashlash osteoradionekrozning yuqori xavfi bilan bog'liq.

Bifosfonat terapiyasi (ayniqsa tomir ichiga yuborilganda):suyaklar bo'lsa, bu metabolik o'zgarishlarga olib keladi va to'qimalarga qon quyilishi kamayadi. Ushbu omillar bemorlarni jarrohlik manipulyatsiyasidan so'ng jag'ning osteonekroz xavfini keltirib chiqarishi mumkin, bu suyakni og'iz bo'shlig'ini kolonizatsiya qiluvchi bakteriyalarga ta'sir qiladi. Shuning uchun, bifosfonat terapiyasini boshlashdan oldin og'ir endoperiodontal kasallikdan ta'sirlangan barcha tishlarni olib tashlash kerak.

Birlamchi tishlarning kariyesi yoki periapikal infeksiyasi:Agar ta'sirlangan tishning ajralishi yaqin bo'lsa, uni olib tashlash patologik jarayonning asosiy doimiy tishga tarqalishini oldini olish uchun ko'rsatiladi.

Birlamchi tishlarning ankilozi:Birlamchi tishning ankilozi doimiy tishning normal chiqishini oldini oladi va ektopik portlash yoki tutilishga olib kelishi mumkin.

Shikastlangan tishlarni ichkisuyak implantlar bilan almashtirish imkoniyati: Tabiiy tishlarni saqlab qolish uchun har doim harakat qilish kerak, ammo tanlangan hollarda shikastlangan tishni ichkisuyak implant bilan almashtirish eng ishonchli yechim bo'lishi mumkin.

Moliyaviy qiyinchiliklar: Ba'zi hollarda bemor davolanish narxi tufayli konservativ stomatologik davolanishdan bosh tortishi mumkin.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar

Ayniqsa, o'tkir alomatlari bo'lgan tish bo'lsa, tishni olib tashlash uchun bir nechta mutlaq qarshi ko'rsatmalar mavjud. Biroq, bemorni ekstraktsiya qilishdan oldin asosiy holat uchun davolanishi kerak bo'lgan holatlar mavjud. Barcha holatlarda tish olishning xavf-xatarlari va foydalari bemor bilan diqqat bilan muhokama qilinishi kerak. Ushbu munozara bemorning tibbiy ma'lumotlarini va o'ziga xos tish yoki tishlarni olib tashlashning o'ziga xos xususiyatlarini tushunishni o'z ichiga olishi kerak.

Tish chiqarishga ta'sir qiluvchi nazoratsiz kasalliklar

Bemorga nazoratsiz tibbiy tashxis qo'yilgan barcha holatlarda bemorning tibbiy guruhi yoki umumiy shifokor bilan bemorning ahvolini kuzatishi uchun barcha oqilona harakatlarni amalga oshirish kerak. Bunga erishilgandan so'ng, bemorni tish olish uchun qayta baholash tavsiya etiladi.

Nevrologik kasalliklar

Nazorat qilinmagan epilepsiya kabi sharoitlar bemorlarni olib tashlash paytida tutqanoq paydo bo'lsa, aspiratsiya yoki shikastlanish xavfini oshiradi.

Gipertenziya yoki serebrovaskulyar kasallik tarixi bo'lgan bemorlarda insult xavfi yuqori. Ular ilgari vaqtinchalik ishemik xuruj bo'lganmi yoki yo'qligini aniqlashtirish muhimdir. Agar bemorda hech qanday tibbiy yordamisiz qon tomir xavfi yuqori bo'lsa, bu muammoni tish olishdan oldin hal qilish tavsiya etiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, bu tishlarni olib tashlashga qarshi ko'rsatma bo'lmasa-da, qon tomirlari yoki qon tomiridan keyingi xavf ostida bo'lgan ko'plab bemorlar qonni suyultiruvchi dori-darmonlarni qabul qilishadi va tegishli gemostatik choralarni ko'rish kerak.

Nafas olish kasalliklari

Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SOO'K) kabi nafas olish kasalliklari tish olish uchun mutlaq qarshi ko'rsatma emas. Biroq, bu bemorlarning ko'pchiligi gorizontol holatda paydo bo'ladigan nafas qisilishi tufayli o'tirgan holda davolanishni afzal ko'radilar. Bu sedasyondan oldin bemorni diqqat bilan baholash orqali baholanishi kerak.

Yurak-qon tomir kasalliklari

Yurak-qon tomir kasalliklari (YQTK) koronar arteriya kasalligi, yuqumli endokardit, gipertenziya va aritmiya kabi bir qator sharoitlarni o'z ichiga olgan atamadir. Infektsion endokardit (IE) ko'pincha stomatologik davolash kontekstida muhokama qilinadi. 2008 yilgacha bir qator klinik ko'rsatmalarda bemorlarda IE rivojlanishi xavfi mavjud bo'lgan ayrim hollarda antibiotiklar profilaktikasi tavsiya etilgan. Ushbu tavsiya odatda rad etildi, chunki tishlarni olib tashlash natijasida IE rivojlanishi xavfi haddan tashqari oshirilgan deb hisoblangan. Shu bilan birga, bemorning individual mulohazalarini hisobga olish va olib tashlashni amalga oshirishdan oldin bemorning kardiologidan yozma fikrni olish zarur.

Buyrak yetishmovchiligi

Og'ir buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarni davolash qiyin bo'lishi mumkin. Ular ko'pincha qon ketish va infeksiyalarni ko'paytirish xavfi ostida. Iloji bo'lsa, bunday bemorlarda jarrohlikdan qochish tavsiya etiladi. INFEKTSION xavfi yuqori bo'lganligi sababli, ko'pincha antibiotiklar bilan profilaktika qilish tavsiya etiladi. Buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda, agar ular transplantatsiya qilingan bo'lsa, immunosuppressiyaga duch kelishlari mumkin. Tish olishdan' oldin bemorning buyrak tashxisini aniq tushunish va ularning mutaxassislar jamoasi bilan muloqot qilish tavsiya etiladi.

Immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlar

Immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlarda tishlarni olib tashlash kabi invaziv stomatologik davolanishdan keyin tizimli infeksiyalarni rivojlanish xavfi mavjud. Ularga ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish kerak va ularning tibbiy guruhlar bilan muloqot qilish tavsiya etiladi. Ushbu guruhda antibiotik profilaktikasi zarur emas, chunki profilaktik antibiotiklardan foydalanish operatsiyadan keyingi infeksiyani kamaytiradi degan aniq dalillar yo'q. Har bir holat alohida baholanishi va tegishli maslahat olishi kerak.

Gematologik va jigar kasalliklari va diabet kabi boshqa kasalliklar yuqorida aytib o'tilganidek, tish olish bilan bog'liq shunga o'xshash muammolarni keltirib chiqaradi.

Tibbiy omillar

Antirezorptiv vositalar

Bifosfonatlar va denosumab kabi antirezorptiv vositalar asosan osteoporoz, saraton bilan bog'liq giperkalsemiya, ko'p miyelom, Paget kasalligi va boshqa skelet o'zgarishlarini davolash uchun ishlatiladi. Ushbu dorilar guruhi suyaklarni qayta qurishini oldini oladi, bu esa ekstraksiyadan keyin rozetkaning tiklanishini sekinlashtirishi mumkin. Ekstraksiyadan so'ng tuzalmaydigan rozetkaning holati, jumladan ochiq suyak bo'lishi mumkin, bu jag'ning dori-darmonli osteonekrozi (MOJ) deb nomlanadi.

Bemorga antirezorptiv dori-darmonlarni qabul qilish kursini boshlashdan oldin, to'liq stomatologik tekshiruvdan o'tish kerak. Bu esa, prognozi yomon bo'lgan har qanday tishni jag'ning dori-darmonli osteonekroz xavfi paydo bo'lishidan oldin olib tashlash imkonini beradi. Biroq, antirezorptiv davolash paytida yoki undan keyin tish chiqarish zaruratidan qochish har doim ham mumkin emas. Shuning uchun, ushbu stsenariylarda olib tashlashni rejalashtirishdan oldin bemor bilan xavf-foyda haqida to'liq muhokama qilish kerak.

Bifosfonatlar turli usullar bilan, jumladan, og'iz orqali va tomir ichiga kiritilishi mumkin. Bifosfonat turi, uni qo'llash va foydalanish muddati haqida to'liq tarixni olish kerak, chunki bu bemorda MOJni rivojlanish xavfini aniqlaydi. Yuqori xavf omillari aniqlandi, jumladan, besh yildan ortiq foydalanish, steroidlarni bir vaqtda qo'llash va bemorning yoshi.

Dam olish kunlarida ushbu dori-darmonlarni qabul qilish tavsiya etilmaydi, chunki dozalarni o'tkazib yuborish ushbu dorilarning kumūlatif ta'sirini bekor qilmaydi. Agar bifosfonat terapiyasini boshlaganidan keyin tishni olish kerak bo'lsa, bemordan to'liq tarixni olish kerak, agar kerak bo'lsa, bemorning tibbiy guruhiga murojaat qilish kerak va bemordan aniq rozilik va kuzatuv olish kerak.

Gormonal dorilarni qo'llash

Bemorlarga turli sabablarga ko'ra gormonal dorilar buyuriladi. Vaqt o'tishi bilan ular shifo berishga putur etkazadilar, bu tishlarni olib tashlashda e'tiborga olinishi kerak. Bundan tashqari, ba'zi dalillar buyrak usti bezining bostirilishini qoplash uchun ekstraktsiyadan oldin steroid dozasini ikki baravar oshirishning foydasini ko'rsatadi. Biroq, bu bemor qabul qilayotgan steroid turi va dozasiga bog'liq; Agar kerak bo'lsa, bemorning gormonal davolash provayderiga murojaat qilish tavsiya etiladi.

Antikoagulyantlar va antiplatelet agentlari

Antikoagulyantlar va antiplatelet agentlari keng tarqalgan bo'lib buyuriladi, shuning uchun ularni va ularning tish davolashga ta'sirini bilish muhimdir. Bemorning nima uchun bunday dori-darmonlarni qabul qilishini va ularning tibbiy ma'lumotlarini aniq tushunish tish davolash uchun bunday dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatish to'g'risida qaror qabul qilishda muhimdir. Mavjud dalillar shuni ko'rsatadiki, antikoagulyantlar va antiplatelet agentlarini to'xtatish odatda ko'rsatilmaydi, chunki bemorning umumiy sog'lig'i uchun o'tkazib yuborilgan dozalar xavfi og'iz orqali qon ketish xavfi bilan muvozanatlangan bo'lishi kerak, bu odatda mahalliy nazorat qilinishi mumkin. Bemor antikoagulyant yoki antiplatelet agentini qabul qilgan barcha holatlarda, tish chiqarishdan keyin mahalliy gemostatik choralar ko'rish kerak.

Varfarin bilan davolash oson, chunki xalqaro normalangan nisbat (XNN) testi stomatologik jarrohlikda osonlik bilan amalga oshiriladi va bemorning qon ketish

tendentsiyasini miqdoriy baholash imkonini beradi. Dalillar shuni ko'rsatadiki, agar bemorda XNN 4,0 dan past bo'lsa, ular birlamchi tibbiy yordamda tishlarni olib tashlash uchun mos keladi va XNN 4,0 dan yuqori bo'lsa, ular ikkinchi darajali tibbiy yordamda davolanishi kerak. To'g'ri deb hisoblash uchun XNN qiymati stomatologik davolanishdan keyin 72 soat ichida olinishi kerak. Varfarinni qabul qilgan bemorlarda mahalliy gemostatik choralarni muntazam ravishda qo'llash kerak.

Yangi og'iz antikoagulyantlarining paydo bo'lishi warfarinni qo'llashni qisman almashtirdi. NOAC uchun ekvivalent XNN testi mavjud emas; shuning uchun bunday bemorlarni boshqarish klinik qaror hisoblanadi.

Mahalliy gemostatik chora-tadbirlar ekstraksiya rozetkalarida oksidlangan tsellyulozali materiallardan foydalanishni va operatsiyadan keyingi qon ketishini minimallashtirish uchun tikuvni o'z ichiga oladi.

Radiatsiya terapiyasi Radiatsiya terapiyasini o'tkazgan yoki o'tkazayotgan bemorlar, ayniqsa bosh va bo'yin, osteoradionekroz (ORN) rivojlanish xavfi ostida. MONJ singari, osteoradionekroz ham suyakning shifo topmaydigan qismi bo'lib, og'iz bo'shlig'iga ta'sir qilishi mumkin. Radiatsiya terapiyasini boshlashdan oldin to'liq stomatologik tekshiruvdan o'tish kerak. Bunday holda, bemor bilan xavf va foydalarni to'liq muhokama qilish juda muhim va mutaxassislarning yordami yoki yo'nalishi talab qilinishi mumkin.

Mahalliy qo'llanmalar

Periodontal to'qimalarning o'tkir yallig'lanishi: ayniqsa, sezilarli blyashka va toshlar konlari holatlarida, chunki bu yuqumli asoratlarni ko'paytiradi, shifo jarayonini uzaytiradi, yumshoq to'llanmalar qimalarni manipulyatsiya qilishni qiyinlashtiradi va mahalliy anesteziyaning samaradorligini pasaytiradi. Bunday hollarda, tish chiqarishdan oldin, o'tkir yallig'lanishni to'xtatish va og'iz bo'shlig'idagi bakterial yukni kamaytirishga qaratilgan etarli etiologik davolash ko'rsatiladi. Xususan, o'tkir nekrotizan yarali gingivit tish chiqarishga mutlaq kontrendikatsiya sifatida qaralishi kerak. Ammo shuni esda tutish kerakki, o'tkir xo'ppozlarda, yuqumli jarayonning tarqalish xavfi bilan, ta'sirlangan tishni olib tashlash ko'rsatilishi mumkin (adekvat antibiotik terapiyasi sharti bilan).

Qisman ta'sirlangan tish va/yoki dentoalveolyar xo'ppozning o'tkir perikoronoriti: Tish olishdan oldin antibiotik terapiyasi va etiologik davolash o'tkazilishi kerak.

Stomatit va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi: ayniqsa virusli kelib chiqishi (masalan, herpes virusi) holatlarida, bu virusli infeksiyaning tarqalish xavfi va keyinchalik klinik ko'rinishning yomonlashishi tufayli tish chiqarishga qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

Tish va saraton o'sma o'rtasidagi uzluksizlik: tish chiqarish katta tarqalish xavfi tufayli qat'iy kontrendikedir saraton hujayralar.

Radioterapiya: Infeksiya va osteoradionekroz xavfi ortishi sababli jag'ning nurlangan joyida tishni olishda alohida e'tibor berish kerak.

3. Usullari, tekshirish texnikasi, davolash usullari va diagnostika jarayonlari.

Operatsiyadan oldingi baholash

Operatsiyadan oldingi adekvat baholash olib tashlashning qiyinchilik darajasini baholash va keyinchalik eng mos jarrohlik texnikasini tanlash uchun zarur. Aslida, ikki xil jarrohlik yondashuvni ajratish mumkin:

- asosiy jarrohlik texnikasi: tishni olib tashlash, qopqoqni ko'tarish kerak bo'lmasdan, ildiz liftlari va ekstraktsiya forsepslari yordamida amalga oshiriladi. Shuning uchun oddiy o'chirishlar uchun ushbu yondashuvga murojaat qilish ko'rsatiladi;
- Ochiq jarrohlik texnikasi: kirish qopqog'ini ko'tarishni o'z ichiga oladi (alveolyar suyakning ma'lum miqdorini olib tashlash) va odontotomiya (tishni bir nechta bo'laklarga bo'lish) ko'rsatilishi mumkin. Bu usul qiyin olib tashlash uchun ko'rsatiladi (ya'ni, endodontik davolash qilingan tishlar, ankirozlangan tishlar, egri ildizli otilib chiqqan tishlar, singan tishlar va boshqalar).

Ideal holda, ushbu jarrohlik usullari o'rtasida tanlov klinik holatni to'g'ri baholash asosida, eng amaliy jarrohlik texnikasini tanlash va jarrohlik jarohatini minimallashtirish uchun jarrohlik seansining davomiyligini qisqartirish maqsadida operatsiyadan oldin amalga oshirilishi kerak. Operatsiyadan oldingi to'g'ri rejalashtirish ergonomik nuqtai nazardan ham muhimdir, chunki u jarrohlik seansining davomiyligini to'g'ri baholash va eng mos jarrohlik asboblarni tanlash imkonini beradi. Darhaqiqat, ochiq jarrohlik usuli yordamida murakkab ekstraktsiyalarni bajarish maxsus jarrohlik arsenalini talab qiladi. Shunisi e'tiborga loyiqki, kutilmagan qiyinchiliklar yuzaga kelganda, asosiy jarrohlik yondashuvni ochiq jarrohlik usuliga aylantirish kerak.

Tish chiqarishni to'g'ri rejalashtirish uchun operatsiyadan oldingi klinik baholashda e'tiborga olinishi kerak bo'lgan asosiy omillar quyidagilardir:

Rentgen tekshiruvi: har doim bajarilishi kerak, shu jumladan oddiy ko'rinadigan ekstraktsiyalar uchun, chunki u klinik jihatdan ko'rinmasligi mumkin bo'lgan tafsilotlarni ko'rish imkonini beradi.

Shuning uchun u asosiy diagnostika vositasidir va muhim tibbiy-huquqiy hujjat. Ko'p hollarda yi tishni olib tashlash kerak bo'lsa, operatsiyadan oldingi periapikal rentgenogramma yetarli. Tish va qo'shni anatomik tuzilmalarning o'zaro bog'liqligi haqida batafsil ma'lumot to'plash ko'rsatilgan yoki zarur bo'lgan maxsus holatlarda panoramali rentgenogramma olish afzalroqdir. Boshqa tomondan, KT ga murojaat qilish faqat anatomik yoki patologik murakkablashtiruvchi omillar mavjud bo'lganda kerak bo'ladi, ikkinchisi uch o'lchovli baholanishi kerak, ayniqsa jarrohlik paytida tegishli anatomik tuzilmalarning potentsial xavfi yoki shikastlanishi sezilarli bo'lgan hollarda. .

Ildizlarning shakli va sonini baholash: Tishning ildiz(lar)ining shakli ham olib tashlash qiyinligini, ham eng qulay jarrohlik usulini baholashda e'tiborga olinadigan hal qiluvchi omil hisoblanadi.

Ildizlar soni ko'rib chiqilishi kerak bo'lgan birinchi o'zgaruvchidir; Anormal miqdordagi ildizlarning mavjudligi, agar tashxis qo'yilgan bo'lsa, protseduraning invazivligini va ildiz sinishi xavfini kamaytirish uchun jarrohlik texnikasini o'zgartirishga imkon beradi (masalan, odontotomiya). Ildizlarning shakli, ayniqsa ularning egriligi, uzunligi va divergensiyasi jarrohlik protokolini tanlashga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan omillardir. Kattalashgan cho'qqisi bilan bulbous ildizning mavjudligi, shuningdek, uzun ildizlar, divergent ildizlar yoki o'tkir egilgan ildizlarning mavjudligi murakkablashtiruvchi omillardir.

Ichki yoki tashqi ildiz rezorbsiyasining mavjudligi ildizni yanada mo'rt qiladi va shuning uchun sindirishga ko'proq moyil bo'ladi, ayniqsa tish chiqarish faqat forseps yordamida amalga oshirilsa. Endodontik davolash qilingan tishlar, shuningdek, egiluvchanlikni yo'qotganligi sababli, bu tishlarni yanada mo'rtlashtiradigan va ankiloz bilan kasallanganligi sababli, ekstraktsiya paytida sinish xavfi yuqori. Bunday hollarda ostektomiya va odontotomiya bilan birgalikda mukoperiosteal qopqoqni ko'tarish tezroq va kamroq shikastli olib tashlashni ta'minlaydi.

Tishlarning harakatchanligini baholash: Muhim harakatchanlik bilan tishni olish (ko'pincha og'ir periodontal kasallikda uchraydigan holat) odatda past darajadagi qiyinchilikdir. Aksincha, harakatning to'liq etishmasligi tishning ankilozlanganligiga shubha tug'dirishi kerak, ayniqsa harakatning etishmasligi operatsiyadan oldingi rentgenogrammalarda tish ildizlari atrofida periodontal bo'shliqning yo'qligi bilan bog'liq bo'lsa.

Qo'shni anatomik tuzilmalar bilan munosabatlarni baholash: Maksiller molarni olib tashlashdan oldin, maksiller sinusning ildizlari va tagligi o'rtasidagi munosabatlarni baholash kerak. Ildiz uchlarini sinus lümenidan faqat yupqa suyak qatlami ajratib turganda (yoki uchlari to'g'ridan-to'g'ri sinus lümenine chiqib ketganda), tishni olib tashlash uchun jarrohlik manevrlar oroantral aloqa hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda, ildizlarning ajralishi bilan bog'liq bo'lgan mukoperiosteal qopqoqni ko'tarish bilan ochiq jarrohlik usuli ko'rsatiladi. Bu usul, ko'p hollarda, bukka kortikal plastinka va interradykulyar septalarni saqlab qolishga imkon beradi, buning o'rniga ekstraktsiya qisqichlari bilan amalga oshiriladigan tish lyuksatsiyasi bilan sindirilishi mumkin. Alveolyar jarayonning yaxlitligini saqlash oroantral bog'lanishni yaratishda asosiy ahamiyatga ega, chunki u uzunligini qisqartiradi va mahalliy qopqoqlar bilan yopilishini osonlashtiradi. Mandibulyar molarlarning ildizlari (ayniqsa, uchinchi molar) va mandibulyar kanal (pastga qarang) o'rtasidagi munosabatlar har doim tekshirilishi kerak. Xuddi shu sabablarga ko'ra, mandibulyar premolarlar sohasidagi kirish qopqog'ini ko'tarish zarur bo'lganda, aqliy teshikning holatini, shuningdek, yuqori kesma tishlarning ildizlari, polning o'zaro bog'liqligini hisobga olish kerak burun bo'shliqlari va nazopalatin suyaklari.

Tojni klinik baholash: Katta kariyesli lezyonlarning mavjudligi, ayniqsa gingival chetidan pastroqda va ildizga cho'zilgan, ekstraktsiya qisqichlarini ishlatishni qiyinlashtirishi yoki imkonsiz bo'lishi mumkin, bu ochiq jarrohlik yondashuviga dalolat

beradi. Ekstraktsion qisqichlar katta restavratsiya qilingan tishlarga ehtiyotkorlik bilan qo'llanilishi kerak, bu esa tojning sinishiga olib kelishi mumkin, bu esa leverajning qimmatli nuqtasini yo'qotishi mumkin. Bunday hollarda, ildizning eng koronal qismiga kuch qo'llanilishini ta'minlash va shu bilan tojga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilmaslik uchun ekstraktsiya qisqichlarini iloji boricha apikal ravishda joylashtirish muhimdir.

Operatsiyadan oldingi klinik tekshiruv: baholash uchun omillar

+	Operatsiyadan oldingi umumiy tayyorgarlik	+	Toj holati
+	Radiografik baholash	+	Tish holati
+	Ildiz anatomiyasi	+	Mineralizatsiya
+	Tishlarning harakatchanligi	+	atrofidagi suyak
+	Qo'shni anatomik tuzilmalar	+	Periapikal yalig'lanish mavjudligi

Tish kamoniidagi tish holatini baholash: ishlab chiqarish

Noto'g'ri joylashtirilgan tish, ayniqsa, olomon bo'lsa, forseps yordamida olib tashlanmasligi kerak. Bunday hollarda ochiq jarrohlik usuli, shuningdek, noto'g'ri joylashtirilgan tishni olib tashlash va olib tashlash uchun muqobil asboblardan (masalan, ildiz liftlari) foydalanish ko'rsatiladi.

Atrofdagi suyaklarning minerallashuvi: Zo'rg'a radiopak suyak (ko'pincha orqa jag'da joylashgan) odatda kamroq zichroq va elastikroqdir. Bu xususiyatlar tish chiqarishni osonlashtiradi, chunki yumshoq alveolyar suyak lyuksatsiya manevrlari paytida uzatiladigan bosim ostida osonroq kengayadi. Aksincha, alveolyar suyak yuqori radiopak bo'lsa (masalan, pastki jag'ning orqa qismlari), alveolyar suyakning yuqori zichligi va elastikligi pastligi sababli olib tashlash qiyinroq bo'ladi.

Periapikal lezyonlarning mavjudligi: Periapikal lezyonning mavjudligi ekstraktsiya rozetkasini diqqat bilan o'rganishni va yumshoq to'qimalarning qoldiqlari ko'payishini va qoldiq kist shakllanishini oldini olish uchun suyakni maxsus mo'ljallangan suyak kuretlari bilan ehtiyotkorlik bilan qirib tashlashni talab qiladi.

4. Ambulator davolash taktikasi:

Tish chiqarishni davom ettirishdan oldin bemorni tekshirish kerak: shikoyatlar, oldingi va birga kelgan kasalliklarning mavjudligi, kasallikning anamnezi va allergologik holatni to'plash. So'rov, tashqi tekshiruv va og'iz bo'shlig'ini tekshirish ma'lumotlari jarrohlik uchun ko'rsatmalar mavjudligini aniqlash imkonini beradi.

Shifokor olib tashlanadigan tishni diqqat bilan tekshirishi kerak. Tojni tekshirishda siz uning yo'q qilish darajasini, tishning anomaliyasini aniqlashingiz kerak va shunga qarab tegishli forseps yoki liftlarni tanlashingiz, yallig'lanish mavjudligini va tishning patologik harakatchanlik darajasini aniqlashingiz kerak. Rentgen yordamida ildiz sohasidagi suyak to'qimalarining holatini, suyak rezorbsiyasining tabiati va hajmini yoki gipersementozning turi va hajmini, ularning soni, shakli, o'lchami va divergensiya yoki birlashishi darajasini aniqlash kerak. tishning ildizlari, shuningdek, ularning burun bo'shlig'ining pastki qismi bilan aloqasi, maksiller sinus, mandibulyar kanal . Tishning ildizlari septum bilan bog'langanmi yoki yo'qmi, kuchlimi yoki yo'qmi va ildizlarni oldindan ajratish maqsadga muvofiqligini aniqlash kerak.

Tekshiruv davomida olingan ma'lumotlar sizga jarrohlik aralashuv rejasini tuzish va kerakli jarrohlik asboblarni tanlash imkonini beradi.

Shifokorning qo'llarini tayyorlash

Klinikada shifokor jarrohlik niqobi, himoya ko'zoynagi va qo'lqop kiygan holda operatsiyalarni bajarishi kerak!

Tayyorgarlikdagi ayniqsa muhim nuqta - operatsiyadan oldin qo'l yuvish. Shifokor qo'llarini oqadigan suvda yuvadi, steril salftka yoki sochiq bilan quritadi va 2-3 daqiqa davomida 70% etanol bilan davolanadi. Spirtli ichimliklar o'rniga qo'llaringizning terisini xlorheksidin 0,5% spirtli eritmasi bilan artib tashlash mumkin. Keyin shifokor steril rezina qo'lqop kiyadi. Jarrohlik yarasiga tegmaslik uchun operatsiyani asboblari (apodaktil) bilan bajarish afzaldir. Bu juda muhim, chunki tish olib tashlanganida operatsiya allaqachon infeksiyalangan to'qimalarda amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyin qo'llar sovun va oqadigan suv bilan yuviladi va sochiq bilan quritiladi.

Jarroh doimo qo'l terisini yaxshi holatda ushlab turishi kerak. Tirnoqlarni jilosiz, kalta kesish va tirnoqlarni olib tashlash kerak! Ish oxirida qo'llaringizga namlovchi, oziqlantiruvchi krem surtishingiz kerak.

Jarrohlik maydonini tayyorlash

Operatsiyadan oldin shilliq qavat va tishlardan blyashka va oziq-ovqat qoldiqlarini mexanik ravishda olib tashlash amalga oshiriladi. Olingan tishdan va qo'shni tishlardan tish cho'kindilarini olib tashlang. Shu maqsadda ular vodorod periksning 1% eritmasi yoki boshqa zaif antiseptik eritma bilan namlangan doka tampon bilan artiladi. Tish chiqarishdan oldin gigienik holatning yetarli bo'lishi juda muhimdir. Bemorga og'iz bo'shlig'ining patogen mikroflorasining 90% ni yo'q qiladigan 0,05% xlorheksidin eritmasi yoki 0,04% eludril eritmasi bilan yuvish tavsiya etiladi. Agar operatsiyadan oldingi gigienik choralar ko'rilmasa, aralashuv paytida tish plastinkasi va tosh tish rozetkasiga kirib, uni yuqtirishi mumkin.

Murakkab tish chiqarish kerak bo'lganda, shu jumladan kesish yo'li bilan bemorning yuz terisi 70% etanol yoki 0,5% spirtli xlorheksidin eritmasi bilan davolanadi, steril sochiq yoki maxsus steril plash bilan qoplanadi.

Agar tish chiqarish shoshilinch bo'lmasa, og'iz bo'shlig'i aralashuvga oldindan tayyorlanadi: supragingival va subgingival tish toshlari chiqariladi, gingival cho'ntak dezinfektsiyali eritmalar bilan yuviladi va gigiena ko'rsatkichi nazorat qilinadi. Bu tish chiqarishdan keyin asoratlardan katta darajada qochish imkonini beradi.

Tish olish paytida og'riqni yo'qotish

Olib olish og'riqsiz bo'lishi kerak, buning uchun olib tashlangan tishga, odontogen jarayonning tabiatiga, operatsiyaning kutilayotgan davomiyligiga, behushlik usuliga, anestetik dori moddasiga, uning miqdoriga, undagi vazokonstriktorning foiziga yoki vazokonstriktorsiz eritma tanlanishi kerak. Premedikatsiya ham individual ravishda amalga oshiriladi. O'tkir yallig'lanish holatlarida tishlarni olib tashlashga alohida e'tibor berilishi va yetarli darajada lokal behushlik bilan ta'minlanishi kerak. Anestezyani yuborishdan oldin bemor og'zini 0,05% xlorheksidin (Corsodil 0,2%) eritmasi bilan chayishi lozim.

Forseps bilan tish olish operatsiyasining bosqichlari: a - forsepsni qo'llash; b - forsepslarning oldinga siljishi; c - forsepslarni mahkamlash; g - lyuksatsiya; d - aylanish; e - tortishish

- Saqich ostidagi forsepsning yonoqlarini oldinga siljitish.
- Forsepslarni mahkamlash.
- Tishlarning chiqishi (lyuksatsiya, aylanish).
- Tishni rozetkadan olish (tortishish).
- Kuretaj. Tish bo'shlig'ining jarrohlik yarasini davolash.

Ajratish - dumaloq ligament va tish go'shtini tishning bo'yin qismidan ajratish. Tishlarni to'ldirish uchun ishlatiladigan yarim oy shaklidagi molga, tor raspa yoki tekis lift bilan bajarish qulay.

Ushbu dastlabki aralashuv, ayniqsa, bitta tishni olib tashlash kerak bo'lganda va uchinchi molarlarni, ayniqsa pastki qismini olib tashlashda ko'rsatiladi, ularning distal yuzasiga alveolyar jarayonning shilliq qavati shu qadar mahkam yopishtirilganki, ba'zida tish chiqarilganda u keng suyakdan tozalanadi va sezilarli uzunlikda yirtilib ketadi. Tish go'shtini chirigan tishlarning ildizlaridan ajratish, ayniqsa, ildizlar shilliq qavat bilan qoplangan hollarda ham ko'rsatiladi (7.3-rasm). Bu ildizning ko'ndalang o'lchamiga, uning qirralarining joylashishiga nisbatan aniqroq harakat qilish imkonini beradi va forsepslarni qo'llashni sezilarli darajada osonlashtiradi.

Forseps yetkazib berish. Forsepslarni qo'lingizda ushlab, olib tashlangan tishning toji ularning yonoqlari orasiga joylashishi uchun ularni oching, bir yonoq vestibulyar yuzada, ikkinchisi og'iz yuzasida joylashgan. Forsepsni qo'llash paytida, shuningdek, tish chiqarishning keyingi barcha daqiqalarida shifokor har doim tishni va uning atrofida to'qimalarni aniq ko'rishi kerak. Forsepslarni qo'llashning asosiy qoidasi shundaki, forsepsning yonoqlari va olib tashlangan tishning o'qlari mos keladi. Aks holda, olib tashlangan tishning sinishi mumkin.

Forsepslarni to'g'ri qo'llagan holda, ular oldinga siljishga kirishadilar. Ushbu manipulyatsiyani to'g'ri bajarish tishni muvaffaqiyatli olib tashlash uchun juda muhimdir. O'ng qo'lni forsepsga bosib, yonoqlar tish o'qi bo'ylab tish go'shti ostida harakatlanadi. Pastki tishlarda bu chap qo'lning bosh barmog'i bilan yordam beradi, bu esa qulflangan maydonni bosish uchun ishlatiladi. Yonoqlarni oldinga siljitish tishni (yoki ildizni) qattiq qoplash hissi paydo bo'lguncha amalga oshirilishi kerak. Tishning bo'yin atrofida bu sohada suyak to'qimalarining rezorbsiyasi va periodontal chiziqning kengayishiga olib keladigan patologik jarayon mavjud bo'lsa, forsepslarning yonoqlari ildizga qaraganda ancha chuqurroq bo'lishi mumkin. tishning bo'yni. Alveolyar qirrada patologik o'zgarishlar bo'lmasa, bu darajadagi forsepslar biroz qarshilikka duch keladilar. Natijada, forsepslarning yonoqlari faqat rozetkaning chetlariga qadar oldinga siljishi mumkin, bu tishlarning ildizlarini olib tashlashda amalga oshiriladi.

Forsepslarni kengaytirib, ular yopiladi va mahkamlanadi. Bunday holda, tish forsepsning yonoqlari bilan mahkam siqilib, yuqori tishlarning bo'ynidan yuqoriga va pastki tishlarning bo'ynidan pastga siljiydi. Forsepslar yopilgandan so'ng, tish va qisqichlar xuddi bir butun bo'lib hosil bo'ladi va qisqichlar harakat qilganda, tish ham bir vaqtning o'zida harakatlanishi kerak.

Tish dislokatsiyasi ikki usulda amalga oshiriladi: silkituvchi (lyuksatsiya) va aylanish (aylanish). Tish tashqariga va ichkariga tushadi, ya'ni vestibulo-og'iz yo'nalishida, shuningdek, tish o'qi atrofida bir yo'nalishda yoki boshqasida kichik (25-30 °) burilishlardan iborat aylanish harakatlarini amalga oshiradi. Natijada, alveoladagi tishning mustahkamlanishi buziladi: tish ildizini ushlab turgan periodontal tolalar yirtilib, alveolalar devorlari biroz uzoqlashadi.

Yanal va aylanma harakatlar asta-sekin, qo'pol silkinishlarsiz amalga oshirilishi kerak va qarshilik hissi dislokatsiya harakatlarini davom ettirish zaruratining ko'rsatkichi bo'lib xizmat qiladi. Tishni atrofdagi to'qimalar bilan bog'lanishdan ozod qilganda, bemorning boshi yaxshi mustahkamlanganligiga ishonch hosil qilish kerak: forsepsni siljitishda u yon tomonga harakat qilmasligi kerak. Pastki tishni olib tashlashda pastki jagni chap qo'l bilan yaxshi ushlab turish kerak.

Birinchi dislokatsiya harakati eng kam qarshilik yo'nalishi bo'yicha amalga oshiriladi, ya'ni tish rozetkasining devori yuqaroq bo'lgan va shuning uchun ko'proq egiluvchan bo'lgan yo'nalishda. Shuning uchun, barcha yuqori tishlar sohasida, birinchi molar bundan mustasno, rozetkaning tashqi devori zigomatik veolyar tizma bilan qalinlashgan joyda, birinchi dislokatsiya harakati tashqi tomonga, keyingisi biri ichkariga, keyin yana tashqariga.

Tish uni ushlab turadigan bog'lanishlardan to'liq ozod qilingandan so'ng, tish rozetkadan (traktsiyadan) chiqariladi. Bunday holda, ekstraktsiya to'g'ridan-to'g'ri dislokatsiya qiluvchi lateral harakatni kuzatib boradi. Aylanish vaqtida bu harakat saqlanib qoladi. Agar oxirgi daqiqqa noto'g'ri bajarilgan bo'lsa - tishni atrofdagi to'qimalar bilan bog'lanishdan ozod qilishdan oldin olib tashlash - ma'lum bir kuch qo'llaniladi, buning natijasida forsepslar qarama-qarshi jag'ning tishlariga kuch bilan urib, ularga zarar etkazishi mumkin.

Kuretaj. Jarrohlik yarasini davolash. Tishni rozetkadan olib tashlaganingizdan so'ng, barcha ildizlar va eng muhimi, ularning tepalari olib tashlanganligiga ishonch hosil qilishingiz kerak. Shuning uchun, teshikdan olib tashlangan hamma narsa laganda ichiga joylashtirilishi kerak. Keyin teshikka jarrohlik kuretaj qoshig'i kiritiladi.

Ko'pincha, tish chiqarish jarayonida alveolalar va interalveolyar septalar chetining kichik bo'laklari buziladi yoki atrofdagi yumshoq to'qimalardan deyarli butunlay ajralib chiqadi. Agar bu joylarni kuretaj qoshig'i bilan olib tashlashning iloji bo'lmasa, ularni jarrohlik pinset, yuqqa ildiz qisqichlari yonoqlari yoki suyak qisqichlari bilan ushlab ushlab kerak (7.11-rasm). Ba'zi hollarda turli o'lchamdagi tish bo'laklari tish yoki ildizni o'rab turgan yumshoq to'qimalarning joylarida osilgan holda qoladi. Shuning uchun siz shilliq qavatning bu joylarini diqqat bilan tekshirishingiz va barcha bo'laklarni olib tashlashingiz kerak. Suyak protrusionlari, tikanlar va rozetkaning notekis devorlari suyak pensesi bilan chiqariladi. Tish chiqarishdan so'ng yumshoq to'qimalar alveolalarning chetlarini qoplashi kerak.

Tish chiqarishdan keyin og'zingizni chayish taqiqlanadi!

Operatsiyadan keyingi oddiy kursda chiqarilgan tishning uyasi tamponlanmaydi. Odatda pinset bilan qisilgan doka to'pi yordamida yoki doka yostiqlari orqali barmoqni

ishlatib, yaraning bo'shlig'ini kamaytirish uchun teshikning chetlarini biroz siqib qo'yiladi. Tuprikning unga kirishiga yo'l qo'ymaslik uchun teshik og'ziga bir necha (5-10) daqiqa davomida bo'shashgan doka koptok qo'yiladi, shunda bemor uni tishlashi va shu bilan uni alveolyar yaraning chetlariga bosishi mumkin. Tish va periodont atrofidagi milk tomirlarining yorilishi natijasida yuzaga keladigan kichik qon ketish odatda tish chiqarishdan 2-5 minut o'tgach to'xtaydi; teshik qon quyqasi bilan to'lib, uni infektsiyadan himoya qiladi.

Agar tamponni olib tashlaganingizdan keyin qon ketish to'xtagan bo'lsa, bemor maslahat bilan uyga yuboriladi: 2 soat davomida ovqatlanmang va ichmang, kun davomida issiq ovqat yoki spirtli ichimliklarni ichmang, chekmang deb chuntiriladi. Ushbu cheklovlar laxta va uning keyingi tashkil etilishini asoratsiz saqlashga qaratilgan. Laxta tashkil etilishi birinchi navbatda quduqning devorlari va pastki qismidan laxta granulyatsiyaning tarqalishi tufayli sodir bo'ladi. 8-9-kunga kelib, qon pıhtısı hal qilinadi va uning o'rnini granulyatsiya to'qimalari egallaydi - rozetkaning epitelizatsiyasi sodir bo'ladi. Biroq, epiteliya qoplarni hali to'liq deb hisoblash mumkin emas, faqat 3-haftaning oxiriga kelib, rozetka ustidagi epiteliya normal qalinlikka ega bo'lib, rozetkaning o'zida reparativ osteogenez sodir bo'ladi. 4-haftaning oxiriga kelib, rozetkada suyak nurlarining keng halqali tarmog'ini kuzatish mumkin. 2-oyning oxiriga kelib, rozetkaning devori va suyakning tiklanishi o'rtasidagi chegara deyarli ko'rinmaydi, suyak nurlari orasidagi bo'shliq qizil suyak iligi bilan to'ldiriladi. Biroq, regeneratsiya jarayonining to'liq tugashi 3-oyning oxiriga to'g'ri keladi.

Umumiy va mahalliy gemostatik davolash choralariga qaramay, to'xtamaydigan og'ir va uzoq davom etadigan qon ketish bo'lsa, bemorni shoshilinch kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi. Kasalxonada operatsiyadan keyingi yara ehtiyotkorlik bilan tekshiriladi va qon ketish manbasiga qarab, mahalliy vositalar yordamida to'xtatiladi. Koagulogramma ko'rsatkichiga muvofiq umumiy gemostatik terapiya o'tkaziladi. To'g'ridan-to'g'ri quyish yoki yangi sitratlangan qonni quyish aniq gemostatik ta'sirga ega.

Forseps bilan tish ildizlarini olib tashlash operatsiyasi

Tojlari patologik jarayon natijasida vayron bo'lgan tishlarning ildizlarini olib tashlash uchun yopiq holatda bir-biriga tegib turadigan ingichka tor yonoqli forsepslar qo'llaniladi.

Forsepslarni qo'llashdan oldin, olib tashlangan ildiz atrofidagi dumaloq ligament va saqichni ehtiyotkorlik bilan ajratish kerak. Forsepsni qo'llaganingizdan so'ng, ularning yonoqlari ildizning chiqadigan qismini ushlab turish uchun saqich ostiga o'tkaziladi. Ba'zida patologik jarayon natijasida ildiz atrofidagi suyakning rezorbsiyasi sodir bo'ladi, keyin forsepsning yonoqlari etarlicha chuqur harakatlana olmaydi va ildizni mahkam yopmaydi. Agar ildiz alveolyar chetidan chuqurroq joylashgan bo'lsa, u holda forsepsning yonoqlarini devor bilan siljitish mumkin emas. Bunday holda, siz shilliq qavatni va periosteumni rozetkaning chetidan olib tashlashingiz kerak va forsepsning yonoqlarini 4-5 mm ga siljitib, rozetkaning ildizi bilan birga ushlang.

Yuqori jag' tishlarining ildizlari shakli va tuzilishi jihatidan farq qiluvchi forsepslar yordamida chiqariladi. Kesish va kaninlarni olib tashlashda to'g'ri forsepslar, premolarlar - S shaklidagi, molarlar - süngü ishlatiladi.

5. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- Chiqarilgan tishning uyasidan yoki rozetkani o'rab turgan yumshoq to'qimalardan qon ketganda, qon jigar va boshqa kasalliklari mavjud bo'lganda.
- Maksiller sinus qavatining teshilishini konservativ davolashda ijobiy ta'sirning yo'qligi
- Maksiller sinusdan ildizni olib tashlash
- Posterior sublingual yoki submandibular mintaqaning to'qimalariga ko'chirilgan ildiz
- Pastki jag'ning mexanik kuchi kist, o'sma, tishni ushlab turish, destruktiv osteomielit mavjudligi sababli pasayganda.
- Tish chiqarish paytida patologik singan bo'lsa, pastki jag'ni iyak-parietal bint bilan transportdan keyin immobilizatsiya qilish.
- Yurak-qon tomir (infarktdan oldingi holatlar va miyokard infarktidan keyin 3-6 oy ichida, inqiroz davridagi gipertenziya, tez-tez angina xuruji bilan kechadigan yurak ishemik kasalligi va boshqalar, antikoagulyantlarni qabul qilish)
- Umumiy va mahalliy gemostatik davolash choralariga qaramay to'xtamaydigan og'ir va uzoq muddatli qon ketishi
- Qon kasalliklari: gemofiliya, gemorragik diatez, anemiya, leykemiya

6. Kasalxona darajasida davolash taktikasi:

Jag'ning o'tkir va surunkali periostiti uchun bolani shifoxona sharoitida davolash ba'zan talab qilinadi.

O'tkir periostit uchun kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- 1) bolaning umumiy og'ir ahvoli;
- 2) birga keladigan kasalliklarning mavjudligi (yurak kasalliklari, diabet va boshqalar);
- 3) Klinikada ko'rsatilgan yordamdan 24 soat o'tgach bemorning holatida ijobiy dinamikaning yo'qligi;
- 4) ambulator yordam ko'rsatish imkoniyatlarining etishmasligi (jarroh yo'q, dam olish kunlari yoki bayramlar va boshqalar);
- 5) 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning yoshi.

Surunkali periostitli bolalar odatda kasalxonaga yotqiziladi surunkali jarayonning kuchayishi, jarrohlik aralashuvlar uchun organlar va konservativ terapiya kursini o'tkazish uchun.

Bolalarda o'tkir odontogen osteomielit cheklangan bo'lishi mumkin - chaqqon va tarqoq. Bolalikda tish va suyaklar tuzilishining xususiyatlari ular ko'pincha yallig'lanishning tez tarqalishiga yordam beradi. kasal-klinik jihatdan "sabab" sohasida og'riq paydo bo'lishi bilan o'tkir boshlanadi. (zaif og'riq, bosh og'rig'i, uyqu va ishtahaning buzilishi, oqargan teri dispepsiya va boshqalar). Qon tomonidan leykotsitoz, siljish qayd etiladi leykotsitlar soni chapga, ESR ortishi va boshqalar siydikda mumkin

oqsilning ko'rinishi. Yosh bolalarda gipertermiya bilan birga bo'lishi mumkin qusish, konvulsiyalar kuting, bu tirnash xususiyati borligini ko'rsatadi tranal asab tizimi. Bunday bolalarning holatini baholash og'ir.

Yon tomondan yuzning yumshoq to'qimalarining kuchli ishishi mahalliy darajada rivojlanadi. Palpatsiya paytida og'riqli va mintaqaviy infiltrat aniqlanadi Narniy limfadenit. Og'iz bo'shlig'ida "kauzal" tish mavjud harakatchan va perkussiyada og'riqli. Bundan tashqari, mobil va og'riqli "sabab" yonida joylashgan boshqa buzilmagan tishlar. Shilliq jag'ning alveolyar jarayonining membranasi ikkala tomondan shishgan va giperemik yon tomonlari - jag'ning muffga o'xshash qalinlashishi aniqlanadi.

Yallig'lanish jarayonining lokalizatsiyasiga qarab, funktsiyani buzish mumkin yutish, og'iz ochilishini cheklash va boshqalar.

Agar bunday belgilar mavjud bo'lsa, pediatr shoshilinch ravishda bolani ixtisoslashtirilgan shifoxonaga yuborishi kerak.

O'tkir odontogen osteomiyelitli bolalarni kompleks davolash va quyidagilarni ta'minlaydi:

- 1) "sabab" tishini olib tashlash;
- 2) subperiostal xo'ppozlarni ochish va yaralarni drenajlash;
- 3) antibakterial, detoksifikatsiya, giposensitivlikni buyurish bilizing, tiklovchi va simptomatik davolash, og'ir ba'zi hollarda passiv immunizatsiya ko'rsatiladi;
- 4) fizioterapiya.

Tibbiy yordamni o'z vaqtida va tubdan ta'minlash bilan shifoxona sharoitida prognoz qulay. Klinik tiklanish bolaning tug'ilishi odatda 7-14 kun ichida sodir bo'ladi. Aks holda jag'ning o'tkir odontogen osteomiyelitining mumkin bo'lgan asoratlari (flegmona, xo'ppoz, sinusit, tromboflebit va boshqalar), shuningdek, o'tish O'tkir osteomiyelitdan surunkaligacha. Bundan tashqari, surunkali paydo bo'lishi jag'ning klinik osteomiyelitlari bolaning kech paydo bo'lishiga yordam beradi tibbiy yordam uchun, uzoq muddatli konservativ stomatologik davolash, kasallikning kech tashxisi va boshqalar.

Jag'ning surunkali osteomiyelitiga chalingan bolalarni uzoq muddatli davolash va jag'-yuz shifoxona va stomatologiya sharoitida kurslarda o'tkaziladi tologik klinika. Jarrohlik davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi: yallig'lanish manbasida joylashgan tishlarni olib tashlash, sekestrektomiya, davolash yallig'lanish o'chog'ining maydoni, haddan tashqari shakllangan suyakni olib tashlash to'qima, yuvish yaralari va oqma va boshqalar konservativ davolash tomonidan amalga oshiriladi antibakterial, hiposensibilizatsiya qiluvchi vositalarni tayinlash bilan kurslar,restorativ terapiya, fizioterapiya va boshqalar.

O'tkir gematogen osteomiyelitli bolalarni davolash kerak yiringli jarrohlik uchun intensiv terapiya bo'limida qolish.

Favqulodda jarrohlik aralashuvi maxillofasial tarzda amalga oshiriladi yuz jarrohi va xo'ppoz va flegmonalarni ochishni o'z ichiga oladi, shuningdek, yiringli yaralarni drenajlash. Konservativ intensiv terapiya antibakterial, detoksifikatsiya, sezgirlikni o'z ichiga oladi

tiklovchi, simptomatik va immunoterapiya. Kasallikning o'tkir davrida bolaning hayotiga bevosita tahdid mavjud.

Bolalarda yuz suyaklarining o'tkir gematogen osteomiyelitlari juda tez (6-7 kun ichida) kasallikning surunkali bosqichiga o'tadi; Levaniya. Bunday holda, suyak to'qimasini yo'q qilish juda erta sodir bo'ladi ko'p sonli sekvestr shakllanishi va tish kurtaklarining o'limi. Natijada og'iz bo'shlig'ida va yuz terisida bo'rtib chiqqan teshiklari bo'lgan oqmalar hosil bo'ladi.

Fistulalar orqali kichik sperma o'z-o'zidan o'tib ketishi mumkin. questra va tishlarning o'lik rudimentlari. Biroq, bolaning umumiy holati kasallikning surunkali bosqichi yaxshilanadi.

Surunkali gematogen osteomiyelitli bolalarni davolash juda kam ta'sir qiladi surunkali odontogen osteomiyelitli bolalarni davolashdan farq qiladi jag'lari. Jarrohlik aralashuvi sifatida amalga oshiriladi (sekvestrektomiya). va boshqalar), shuningdek, murakkab konservativ terapiya kurslari. Barcha bolalar, yana

yuz skeleti suyaklarining gematogen osteomiyelitiga duchor bo'ladi o'sish tugagunga qadar stomatolog va pediatr tomonidan dispanser kuzatuvini yuz skeletining suyaklari, chunki bu kasallik ko'pincha og'ir kasalliklarga olib keladi uzoq muddatli asoratlari: tish emalining gipoplaziyasi, tish kurtaklarining o'limi, malokluziya, jag'ning deformatsiyasi, jag'ning o'sishi kechikishi, ko'z qovoqlari darvozasi va boshqalar. Eng og'ir asoratlari ankilozdir uzoq muddatli talab qiladigan suvli-mandibulyar qo'shma va mikrogeniya uzoq, ko'p bosqichli va murakkab davolash. Ushbu jiddiy muammoga duch kelgan barcha bolalar kasallik nogironlik guruhi sifatida ro'yxatga olinishi kerak.

Limfadenit - bu limfa tugunining infeksiyasi natijasida yallig'lanishi. Yallig'lanishni keltirib chiqaradigan mikrofloraning tabiatiga qarab Nonspesifik (banal) va o'ziga xos (sil) ni ajrata oladi.

Og'ir holatlarda kasalxonaga yotqizish va antibiotik terapiyasi ko'rsatiladi yallig'lanish jarayonining rivojlanishi bilan bolaning umumiy holati davolash davomida va bu asosiy tomonidan talab qilingan bo'lsa kasallik.

Maksillofasial soha va bo'yinning o'tkir seroz limfadeniti bo'lgan bolalarni davolash ko'pincha ambulatoriya sharoitida pediatr, LOR shifokori, stomatolog va boshqalar tomonidan amalga oshiriladi. Ushbu bolalar uchun davolash sxemasi quyidagicha taqdim etilishi mumkin:

- 1) asosiy kasallikni aniqlash va uni davolash;
- 2) limfa tugunlari sohasida fizioterapiya (Ural nurlanishi, UHF terapiyasi, lazer terapiya);
- 3) dorivor, tiklovchi va simptomatik terapiya

Maksillofasial va bo'yinning o'tkir yiringli limfadeniti bo'lgan bolalar shoshilinch yordamga muhtoj nima bo'lishidan qat'i nazar, jag'-fasial shifoxonada kasalxonaga yotqizish yo'q "sabab" kasalligi. Kasalxonada siz:

- 1) yiringli fokusni ochish va yarani drenajlash;
- 2) asosiy kasallikni aniqlash va uni LOR shifokori pediatri va boshqalar yordamida davolash;
- 3) dori terapiyasini (shu jumladan antibiotiklarni) buyurish; har qanday yiringli-yallig'lanish kasalligi kabi;
- 4) fizioterapiyani tayinlash.

Pediatrning jag'-yuz mintaqasi va bo'yinning yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bolalarni davolash va davolashda vazifalari shakllantirilishi mumkin.

Quyidagicha simulyatsiya qiling:

- 1) davomida surunkali odontogen infeksiya o'choqlarini aniqlash bolalarning rejali va rejadan tashqari tekshiruvlari;
- 2) bolalarni yiliga kamida ikki marta tish shifokoriga yuborish og'iz bo'shlig'ini sanitariya qilish va surunkali lezyonlarni bartaraf etish uchun infeksiyalar;
- 3) maxillofasiyal sohaning yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida tashxislash va bo'yin va bolani klinikaga yoki ixtisoslashtirilgan shifoxonaga yuborish;
- 4) yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bolalarda birga keladigan patologiyani davolash;
- 5) surunkali yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bolalarni klinik tekshirish; tish shifokori bilan birgalikda jag'-yuz sohasi va bo'yinni tekshirish.

TISHLARNI OLDIRISH UCHUN KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT – 2025

KXT -10/11 kod(lari):

KXT -10/11	
Kod	K00.7, K.01.0, K 01.1, K04.5, K04.6, K08.8, K09.09, K10.2
	KXT -10/11

1. Asosiy qism

- Kirish - milliy klinik protokol va standartlarda nozologiya tashxisi qo'yilgan bemorlarda aniq tibbiy muolajalar va/yoki jarrohlik aralashuvlarning nomlarini yozing, ushbu maxsus nozologiyada ularni amalga oshirishning ahamiyati yoki dolzarbligi to'g'risidagi ma'lumotlarni kiriting (qisqacha, 0,5 betgacha), foydalanilgan ma'lumotlar manbasiga havola va giperhavolani ko'rsating);
- tibbiy muolaja va/yoki jarrohlik muolajasining umumiy tavsifi (shu jumladan foydalanilgan ma'lumotlar manbasiga havola);
- dori-darmonlarni davolash va/yoki jarrohlik aralashuvning klinik tasnifi (eng keng tarqalgan yondashuvlar, etiologiya, bosqich bo'yicha).
- Milliy klinik protokollar va standartlar asosida tibbiy va/yoki jarrohlik muolajalar, yondashuvlar va nozologiyaga xos muolajalarni qayd etish.

2. Berilgan nozologiya uchun tanlangan dori-darmonlarni davolash va / yoki jarrohlik aralashuvni qo'llash usuli.

- tibbiy davolash va/yoki jarrohlik aralashuvning maqsadi (ishlatilgan ma'lumotlar manbasiga havola va havolani kiriting);
- dori-darmonlarni davolash va/yoki jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatmalar (ishlatilgan ma'lumotlar manbasiga havola va giperhavolani kiriting);

-Oson ekstraksiya

Asosiy jarrohlik texnikasi quyidagi bosqichlardan iborat:

- mintaqaviy behushlik;
- sindesmotomiya;
- papillalarning ajralishi;
- to'g'ridan-to'g'ri ildiz liftlari yordamida tish dislokatsiyasi;
- ekstraksiya qisqichlari yordamida tishning dislokatsiyasi va rozetkaning kengayishi;
- rozetkadan tishni olish;
- imtihontishlarning yaxlitligi;
- teshikkuretaj va og'iz bo'shlig'ini tekshirish;
- ortiqcha yumshoq to'qimalarni yo'q qilish;
- Teshikni steril bilan sug'orishtuzli eritma;
- mumkin bo'lgan oroantralni tekshirish aloqa;

- qon quyqalarini tekshiring;
- yarani steril fiziologik eritma bilan namlangan doka bilan o'rash.

Lokal behushlik

Yuqori jag'dan tishlarni olib tashlashda, olib tashlangan tish sohasida bukkal vestibulda va tanglayda lokal behushlik amalga oshiriladi. Pastki tishlar, kaninlar va pastki jag'ning birinchi premolyarlarini olib tashlashda mahalliy og'riqsizlantirish ham bukkal, ham til tomondan amalga oshiriladi, ikkinchi va pastki jag'ning molarlarini olib tashlashda pastki alveolyar asabning o'tkazuvchan anesteziyasini o'tkazuvchanlik bilan birgalikda qo'llaniladi. bukkal va lingual nervlarning behushligi ko'rsatiladi. Ba'zi hollarda intraligamentar behushlikdan foydalanish orqali qo'shimcha yordam berilishi mumkin.

SINDESMOTOMIYA

Bu papillalarni ko'tarishni oson va atravmatik qilish uchun periodontal ligamentning eng koronal qismini kesishni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari, bu manevr ekstraksiya qisqichlarini yanada apikal joylashtirish imkonini beradi: bu ildizning yaxshiroq ushlanishini va kuchning ko'proq apikal qo'llanilishini ta'minlaydi, shu bilan toj yoki ildiz sinishi xavfini kamaytiradi. Sindesmotomiya o'tkir periosteal elevator yoki maxsus asbob - sindesmotom bilan amalga oshiriladi; uni skalpel pichog'i bilan ham bajarish mumkin, garchi bu harakat asbob ustidan ko'proq nazoratni talab qilsada.

PAPILLANI KO'TARTIRISH

To'g'ridan-to'g'ri tishli tish uchun to'g'ridan-to'g'ri ildiz liftidan foydalanish ko'rsatilsa, ingichka periosteal elevator yordamida interdental papillalarni ko'tarish kerak. Ushbu manevr papillalarni bo'shatadi va tishni lyuksatsiya qilish uchun ildiz liftining uchi interdental ravishda joylashtirilganda ularni qayta joylashtirishga imkon beradi, bu esa nozik yumshoq to'qimalarning shikastlanishining oldini oladi.

TO'G'RI ILDIZ ELEVATORI BILAN TISH LUKSASI

To'g'ridan-to'g'ri ildiz elevatori muqobil sifatida yoki tishni olib tashlash uchun ekstraksiya forsepslari bilan birgalikda ishlatiladi. Asbobning uchi tishning asosiy o'qiga perpendikulyar bo'lgan interdental bo'shliqlarga joylashtiriladi. Silliq harakatlar va boshqariladigan kuch yordamida asbob til yoki tanglay tomon sirpanib ketmasligi uchun ehtiyotkorlik bilan ishlatilishi kerak, chunki bu yumshoq to'qimalarga jiddiy zarar etkazishi mumkin. Ildiz asansörü tornavida kabi ushlab turiladi, maksimal nazorat qilish uchun ko'rsatkich barmog'ingiz uchiga yaqin joylashgan. U hech qachon qo'shni tishga suyanib turmasligi kerak, balki qo'shni tishning tasodifiy joyidan chiqib ketishi yoki sinib ketishiga yo'l qo'ymaslik uchun alveolyar tizma va olib tashlangan tish o'rtasida aylanma harakatda harakat qilishi kerak. Boshlash uchun interdental bo'shliqlardan qulay foydalanish imkonini beruvchi tor uchi bo'lgan lift ko'rsatilgan; Tishning qisman lyuksatsiyasiga erishilgandan so'ng, interdental bo'shliqlar kengayadi va kengroq uchlari bo'lgan ildiz liftlaridan foydalanish mumkin. Toj buzilmagan tishni olishda ildiz elevatorlaridan foydalanish ehtiyotkorlik bilan ko'rib chiqilishi kerak, agar qo'shni tishlarda ham toj buzilmagan bo'lsa, ikkinchisining tasodifiy lyuksatsiyasi xavfi tufayli. Boshqa tomondan, liftlar ildizlarni olib tashlash uchun ayniqsa foydalidir va ularning samaradorligi (mezial va / yoki distal) qo'shni tishlar yo'qolganda maksimal darajada bo'ladi.

Ekstraksiya qisqichlari oddiy ekstraksiyalarni bajarish uchun eng muhim vositadir. Har bir juft qisqichning shakli va o'lchamlari ma'lum bir tish (kesish, kaninlar, premolarlar va molarlar) va og'iz bo'shlig'ining ma'lum bir sohasiga (yuqori, pastki, old va orqa sohalar) anatomiyasiga mos kelishi uchun maxsus ishlab chiqilgan. Shunday qilib, tishni ushlab, yirtib tashlash va olish uchun eng mos bo'lgan ekstraksiyon forsepslari forsepsning jag'lari va tish o'rtasida maksimal aloqa yuzasini ta'minlaydigan va shu bilan qo'llaniladigan kuchning etarli darajada uzatilishini ta'minlaydiganlardir. Bundan tashqari, jag'lar va tutqich orasidagi mukammal burchak qarama-qarshi tish yoki yonoqlarga aralashmasdan ideal harakatlar qilish erkinligini ta'minlaydi.

Pastki jag'ning tishlarini olib tashlash uchun forseps

Odatda bu penselar tutqich va tumshuqlar o'rtasida 90° burchakka ega. Kesmani olib tashlash uchun mo'ljallangan modellar tishlarning kichraytirilgan diametriga moslashgan tor tayoqchalarga ega, itlar va premolyarlarni olish uchun mo'ljallangan modellar esa o'xshash shaklga ega (ba'zi modellarda tutqich va tumshuqlar o'rtasida 110° burchakka ega bo'lishi mumkin), lekin bardoshliroq va kengroq tumshug'lari bilan. Mandibulyar molar forsepslar furkatsiyani tushunish uchun tumshuqlar chetining markazida uchli proektsiyaga ega. Mandibulyar molarlarni olib tashlash uchun eng ko'p ishlatiladigan forsepslar orqaga egilgan (lateral tutqich); bir xil forseps chap va o'ng pastki jag'da ham qo'llanilishi mumkin. Dislokatsiyalar paytida pastki labda kuchlanishni kamaytirish uchun tutqich va gagalar o'rtasida 45° burchakka ega bo'lgan turli modellar ham mavjud. Nihoyat, tekis kavisli ekstraksiya forsepslari (oldingi tutqich) lablar tarangligini butunlay yo'q qilish yoki kirish cheklangan hollarda orqa joylarga erishish uchun ishlatilishi mumkin. Biroq, oldingi tutqich lateral tutqich bilan bir xil harakat va quvvatni ta'minlamaydi, bu esa bu forsepslardan foydalanishni qiyinlashtiradi.

Yuqori jag'ning tishlarini olib tashlash uchun forseps

Yuqori jag'ning oldingi tishlarini (kesish va tishlar) olish uchun qisqichlar to'g'ri, premolarlar va molarlar uchun tutqich va tumshuqlar orasidagi burchak 45° ni tashkil qiladi. Maksiller molar forsepslar bukkal furkatsiyani tushunish uchun bukkal tumshug'ining chetining markazida uchli proektsiyaga ega; shuning uchun o'ng va chap yuqori jag'da ikkita simmetrik forseps ishlatiladi. Maksiller uchinchi molarlarni olib tashlash uchun maxsus forsepslar ham mavjud. Ular süngülü konstruktsiyasiga ega (tutqich va o'simtalar orasidagi ikkita 90° burchak), bu yuqori jag'ning orqa qismlarida qulayroq kirish va manevrni ta'minlaydi.

Pastki jag' ildizi ekstraktorlari pastki tishli kesmalarga o'xshaydi, ammo tumshug'lari torroq, tegib turadi. Yuqori ildizlarni olish uchun uzun tor jag'lari bo'lgan süngü forsepslari ishlatiladi, chunki ularning shakli tufayli ular hatto yuqori jag'ning orqa qismlariga ham etarli kirishni ta'minlaydi. Sut tishlarini olib tashlash uchun forsepslar doimiy tishlarga o'xshash, ammo o'lchamlari kichikroq.

Asosiy texnikalar

Ekstraksiya qisqichlarining tishlari qo'llaniladigan kuchning samarali uzatilishini ta'minlash uchun tishni asosiy o'qiga parallel ravishda ushlab turishi kerak.

Ekstraksiya qisqichlari tishni iloji boricha apikaldan, tsement-ental birikmasidan pastroqdan ushlab turishi kerak. Dislokatsiya manevrlari paytida kamroq ko'rinadigan til yoki palatal tumshug'i birinchi navbatda joylashtirilishi kerak. Bachadon bo'yni karieslari uchun forsepsni birinchi navbatda zararlangan tomonga qo'yish kerak, tumshug'i sog'lom to'qimalar bilan aloqa qilishiga ishonch hosil qiling. Kariyes lezyon darajasi tufayli bu ko'rsatilmagan va tojni sindirish xavfi yuqori bo'lsa, olib tashlash ochiq jarrohlik usuli yordamida amalga oshiriladi.

Tish lyuksatsiyasi rozetkaning kengayishi va alveolyar suyak va ildiz sementini bog'laydigan periodontal ligament tolalarining to'liq yorilishidan iborat. Dislokatsiya nisbiy yuqaligi tufayli birinchi navbatda bukkal po'stlog'iga, so'ngra tanglay/til po'stlog'iga qarab kuchaygan bosim bilan bajariladigan sekin, kuchli harakatlar orqali erishiladi. Rozetkaning asta-sekin kengayishiga imkon berish uchun bir necha soniya davomida doimiy ravishda bosim o'tkazilishi kerak. Tishning avulsiyasi paytida alveolyar suyakni paypaslash kortikal yoriqlarga olib kelishi mumkin bo'lgan ortiqcha bosimni oldini olish uchun alveolyar suyakka tushadigan bosimni sozlashga yordam beradi. Soket kengayishni boshlaganda, olib tashlash forsepslarining tayoqlari yanada samarali harakat qilish uchun apikal ravishda joylashtirilishi mumkin. Toj sinishining oldini olish uchun dislokatsiya paytida, ayniqsa toj shikastlanganda yoki uning ustida katta restavratsiyalar mavjud bo'lsa, har doim boshqariladigan kuchni qo'llash juda muhimdir.

- ⊕ apikal bosim: gagalarni apikal holatga kiritish rozetkaning koronal qismini kengaytirish imkonini beradi; bukkal kortikal plastinka ustidagi bosim: ekstraktsiya qisqichlarining bukkal harakati bukkal kortikal plastinkaning, ayniqsa, eng koronal qismining kengayishiga olib keladi. Maksillada va old va lateral mandibulada, bukkal korteksning nozikligi tufayli, bu harakat dislokatsiya manevrasining asosiy komponentini ifodalaydi; tishni yumshoq koronal va bukkal tortish yordamida olib tashlash mumkin. Boshqariladigan kuchni qo'llash tishlarning keskin ajralishini oldini olish uchun asosiy hisoblanadi; ekstraktsiya qisqichlarining nazoratsiz harakatlari qarama-qarshi tishlarga zarar etkazishi mumkin.
- ⊕ Agar operatsiyadan oldingi rentgenologik tadqiqotlar rozetka tagining maksiller sinus yoki pastki alveolyar kanalga yaqinligini ko'rsatsa, suyak kuretaji paytida har qanday asoratlarni oldini olish uchun alohida e'tibor berish kerak.

Tishlarning yaxlitligini tekshirish

Ekstraktsiya tugagandan so'ng, tishni tozalash va uning yaxlitligini tekshirish kerak.

Agar bir yoki bir nechta ildiz bo'laklari singanlikda gumon qilinsa (masalan, dislokatsiya paytida o'tkir shovqin ildiz singanligini ko'rsatishi mumkin), singan bo'laklarni joylashtirish va olib tashlash kerak.

- ⊕ palatal/lingual kortikal plastinkadagi bosim: ta'sirlar o'xshash bukkal bosimning ta'siri va birinchi navbatda pastki jag'ning orqa qismlarida til kortikal plitasining nisbiy nozikligi tufayli mandibulyar molarlarni olishda qo'llaniladi; Aylanish: Bu harakat faqat bitta ildizli tishlarni (masalan, kesma, kanin va pastki molarlar) olishda foydalanish mumkin, agar rentgenologik dalillar ildiz anomaliyalarini ko'rsatmasa. Aylanish har doim boshqa barcha harakatlardan keyin qo'llanilishi va periodontal ligamentning tolalarini to'liq uzilishiga imkon berish kerak.

Rozetkani steril fiziologik eritma bilan yuvib tashlang

Suyakni yaxshilab qirib tashlash tugallangandan so'ng, rozetka mumkin bo'lgan ifloslanishni olib tashlash uchun steril sho'r suv bilan yuviladi. Ushbu oddiy usul samarali bo'ldi va ekstraksiyadan keyingi alveolit xavfini sezilarli darajada kamaytirdi.

Mumkin bo'lgan orantral aloqalarni tekshirish

Agar operatsiyadan oldingi rentgenografik tadqiqotlar yoki operatsiya davomida olingan ma'lumotlar yuqori molarlar va premolyarlarni olishdan keyin oroantral aloqa paydo bo'lganligiga shubha tug'dirsa, rozetkani tekshirish tugmachali zond yordamida amalga oshirilishi mumkin. Rozetka tagini to'g'ridan-to'g'ri sug'orish ham oroantral xabarlarini aniqlashga yordam beradi, chunki bemor burun yoki tomoqqa suv oqayotganini sezadi.

Ulanish, shuningdek, teshikni to'ldiruvchi qonda pufakchalar shakllanishi bilan ham tasdiqlanishi mumkin.

Burun teshigini bosh va ko'rsatkich barmog'i bilan yopgandan so'ng, burun orqali havo o'tkazishni o'z ichiga olgan Valsalva manevrasi kontrendikedir: maksiller sinus ichidagi havo bosimining oshishi Shnayder membranasi yorilishi va oroantral aloqani keltirib chiqarishi mumkin. yoki mavjud membrana yorilishini oshirish.

Soketni siqish

Oldindan kengaygan alveolyar suyak, bukkal va palatal / til kortekslarini qo'lda siqish orqali asl hajmiga qaytarilishi mumkin. Haddan tashqari rozetkaning qulashi yoki kortikal sinishi oldini olish uchun nazorat ostida bosimdan foydalanish kerak. Biroq, chiqarilgan tishni intraosseous implant bilan almashtirishni rejalashtirganda, bu protsedura kontrendikedir, chunki bu alveolyar jarayonning kengligini kamaytiradi.

Endosseoz implantlardan foydalangan holda protezlash usullarini ishlab chiqish va takomillashtirish bilan tish chiqarishdan keyin suyak hajmini etarli darajada ushlab turish zarurati tizmalarni saqlashning yangi usullarini joriy etishga olib keldi.

Muxtasar qilib aytganda, ular shifo davrida tizma hajmini yo'qotish xavfini kamaytirish uchun ekstraksiyadan keyingi rozetkani gidroksiapatit zarralari yoki kollagen kabi substratlarga bog'langan ksenograflar kabi biomateriallar bilan to'ldirishni o'z ichiga oladi.

Agar siz olib tashlangan tishni endosseous implant bilan almashtirishni rejalashtirmoqchi bo'lsangiz, alveolyar jarayonning kengligini iloji boricha saqlab qolish uchun rozetkaning siqilishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Tikuvchi material

Oddiy olib tashlash uchun tikuv kerak bo'lmasligi mumkin. Biroq, agar rozetka qon ivishini osonlashtirish uchun so'rilishi mumkin bo'lgan gemostatik materiallar (kollagen shimgichi, oksidlangan regeneratsiyalangan tsellyuloza) bilan to'ldirilgan bo'lsa, materiallarning rozetkadan chiqib ketishining oldini olish uchun ko'ndalang zambil choklaridan (X-choklar) foydalanish ko'rsatilishi mumkin. Qo'shni tishlarning bir nechta ekstraktsiyasi bo'lsa, doimiy tikuv ko'rsatilishi mumkin.

Qon quyqalarini tekshiring

Bemorni bo'shatishdan oldin gemostazni tekshirish kerak. Ideal holda, teshik butunlay qon quyqasi bilan to'ldirilgan bo'lishi kerak. Qon ketishi etarli bo'lmagan hollarda, rozetkaning suyak devorlarini jarrohlik kyuretka bilan qirib tashlash rozetkani etarli darajada to'ldirishni rag'batlantirishi mumkin. Qon pıhtısı ochilgan suyakni himoya qiladi va shifo va yangi suyak shakllanishini rag'batlantiradi va uning yo'qligi alveolit, kechikish shifo va rozetka ichida to'liq bo'lmagan suyak shakllanishi kabi asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Yarani steril fiziologik eritma bilan namlangan doka bilan o'rash.

Operatsiyadan keyingi zudlik bilan (15-30 daqiqa) gemostazni kuchaytirish uchun yarani steril fiziologik eritma bilan namlangan doka bilan o'rash ko'rsatiladi. Gazli matoning o'lchami ortiqcha bo'lmasligi kerak, chunki u faqat zararlangan hududga engil bosim o'tkazishi kerak.

tish qismining qarama-qarshi yoyi tomonidan ushlab turilganda. Qon pıhtısining sirtga yopishib qolmasligi va doka olib tashlanganidan keyin pıhtı chiqib ketish xavfini oldini olish uchun doka steril sho'r suv bilan namlangan bo'lishi kerak.

Tish chiqarishda operatorning dominant bo'lmagan qo'li qanday rol o'ynaydi?

Dominant bo'lmagan qo'l yonoq, lab va tilning yumshoq to'qimalarini tortib olishi mumkin. Jarrohlik muolajalari paytida bemorning boshini barqarorlashtirishda ham foydali bo'lishi mumkin. Dominant bo'lmagan qo'lning ikki barmoqli dislokatsiyasini amalga oshirayotganda, qo'llaniladigan bosim va alveolyar kengayishni kuzatish uchun bukkal va palatal / til kortekslarini palpatsiya qilish kerak.

[Yuqori jag tishlarini olib tashlash](#)

Operator va bemorning pozitsiyasi

Ta'riflangan pozitsiyalar bemorning o'ng tomonida o'tirishga odatlangan o'ng qo'l operatorlari uchun mo'ljallangan. O'tirish holatiga afzallik beriladi, chunki u qo'llaniladigan kuchni yaxshiroq nazorat qilishni ta'minlaydi va charchoqni kamaytiradi. Maksiller tishlarni olib tashlashda operatsiya stoli (yoki stomatologik kursi) okklyuzion tekislik polga perpendikulyar bo'lishi uchun bir tekisda ushlab turiladi. Yon va orqa o'ng jag'dagi tishlarni olib tashlash uchun bemorning boshini chapga, lateral va orqa chap jag'dagi tishlarni olish uchun esa bemorning boshini o'ngga burish kerak. Nihoyat, oldingi yuqori jag'dagi tishlarni olib tashlashda bemorning boshi tekis tutiladi. O'ng jag'da chap bosh barmog'i yuqori lab va yonoqni tortib, bir vaqtning o'zida alveolyar jarayonni paypaslashi kerak, chap ko'rsatkich barmog'i esa alveolyar jarayonning palatal tomoniga joylashtirilishi kerak. Shunday qilib, dominant bo'lmagan qo'l yumshoq to'qimalarni tortib olish, bemorning boshini barqarorlashtirish va tish lyuksatsiyasi paytida qo'llaniladigan bosimni nazorat qilish uchun ishlatiladi. Chap yuqori jag' uchun bosh va ko'rsatkich barmog'ining holati teskari bo'ladi: bosh barmog'i tanglayning shilliq qavatida, ko'rsatkich barmog'i esa bukkal tomonda joylashgan.

Lyuksatsiya harakatlari olib tashlangan tishga qarab o'zgaradi, chunki ular asosan ildizning anatomiyasi bilan belgilanadi.

Har doim bemorning chap tomonida o'tiradigan chap qo'l operatorlari uchun tasvirlangan pozitsiyalar teskari bo'ladi. Ammo shuni esda tutish kerakki, jarrohlik muolajalarining eng yaxshi ko'rinishi va eng oddiy bajarilishi tishning olib tashlangan tomonida operatsiya paytida olinadi. Shuning uchun operator bemorning ikki tomonini va ikki qo'lini operatsiya qilishni o'rgansa, foydali bo'ladi. Yuqorida tavsiflangan qoidalar nafaqat tish chiqarishga, balki og'iz bo'shlig'idagi barcha jarrohlik aralashuvlarga ham tegishli.

YUQORI MARKAZI KESISH

Tish chiqib ketganda, bukkal kortikal plastinka va palatal kortikal plastinka tomon harakatlar ildizning konus shakli tufayli mumkin bo'lgan aylanish harakatlari bilan birgalikda amalga oshiriladi. Aylanish harakatlari faqat operatsiyadan oldingi rentgenografik tadqiqotlar ildiz anormalliklari belgilarini ko'rsatmasa amalga oshirilishi mumkin. Harakatlar bukkal tomonga qarab ifodalanadi, chunki bukkal kortikal plastinka nozik va osongina kengayadi; alveolyar jarayonning sinishi oldini olish uchun bu harakatlar asta-sekin va asta-sekin bajarilishi kerak.

YUQORI lateral kesma

Lyuksatsiya harakatlari: Bu harakatlarning asosiy komponenti bukko-palatal o'q bo'ylab yo'naltiriladi, aylanish harakatlari esa ildizning oval kesimi va uning kichik diametri tufayli lyuksatsiyaning oxirgi bosqichi bilan cheklanishi kerak. Operatsiyadan oldingi rentgen nurlari ba'zida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan ildiz anormalliklarini aniqlashga yordam beradi.

Dislokatsiya harakatlari har doim sekin va nazorat ostida bo'lishi kerak, bu ildizning nisbiy mo'rtligini hisobga olgan holda mumkin bo'lgan ildiz sinishi oldini olish uchun.

YUQORI FUSK

Lyuksatsiya harakatlari: Bu markaziy va lateral kesma tishlarning lyuksatsiyasi uchun tasvirlangan harakatlarga o'xshaydi va itlar sohasida ayniqsa nozik bo'lgan bukkal korteksning sinishidan qochish uchun doimo ehtiyotkorlik bilan bajarilishi kerak. Bundan tashqari, it tishining ildizi boshqa tishlarning ildizlariga qaraganda uzunroq va kuchliroq ekanligini esga olish kerak va qo'shimcha murakkablashtiruvchi omil sifatida ildizning apikal qismining aniq egriligi bo'lishi mumkin. Ildiz oval kesma va sezilarli diametrga ega bo'lib, bu itning ustunligi mavjudligini aniqlaydi; bu sohada ildiz faqat yupqa suyak qatlami bilan qoplangan, ba'zi hollarda u butunlay yo'q bo'lishi mumkin.

Dislokatsiya sekin va boshqariladigan harakat bilan bukkal korteksni kengaytirish uchun boshlanadi, so'ngra tanglay tomon harakatlanadi. Teshikni kengaytirganda, ildizning apikal uchdan bir qismida egrilik bo'lmasa, mezial va distal aylanish harakatlari amalga oshirilishi mumkin.

BIRINCHI YUQORI PREMOLAR

Lyuksatsiya harakatlari: 50% dan ortiq hollarda yuqori birinchi premolyar ikkita kichik ildiz (bukkal va palatal) mavjudligi bilan tavsiflanadi, ular ko'pincha toj va o'rta uchdan birida birlashadi. Ushbu o'ziga xos ildiz konformatsiyasi tufayli ildiz sinishi ehtimoli ko'proq; ammo, to'g'ri dislokatsiya manevralari ko'p hollarda bu asoratni oldini olish mumkin. Boshqa tomondan, aylanish harakatlari kontrendikedir, chunki ular osongina rozetka ichidagi kichik tepaliklarning sinishiga olib kelishi mumkin. Dislokatsiya bukkal kortikal plastinka tomon sekin harakat bilan, so'ngra tanglay tomon kichikroq amplitudali harakat bilan amalga oshiriladi. Darhaqiqat, tanglayning aniq harakatlari tanglay ildizining sinish xavfini oshiradi, unga erishish va olib tashlash qiyinroq. Ba'zi hollarda (masalan, qisqa va ingichka ildizlar bilan) yuqori birinchi premolyarni olib tashlash ko'rsatilishi mumkin. ochiq jarrohlik yo'li bilan; Qopqoqni ko'tarish, odontotomiya va ikkita ildizning mustaqil lyuksatsiyasi ildiz sinishining oldini oladi.

YUQORI IKKINCHI PREMOLAR

Lyuksatsiya harakatlari: Yuqori ikkinchi premolyarlarning faqat 15% ikkita ildizga ega. Shuning uchun, bu tishlarni olib tashlash odatda yuqori birinchi premolyarlarni olib tashlashdan ko'ra osonroqdir, chunki bitta, kattaroq ildizga ega bo'lish sinish xavfini kamaytiradi. Shu bilan birga, dislokatsiyani to'g'ridan-to'g'ri ildizni ko'tarish bilan boshlash va aylanish harakatlaridan qochish tavsiya etiladi; ikkinchisi tish dislokatsiyasining oxirgi bosqichida foydalanish mumkin, agar operatsiyadan oldingi rentgenogrammalarni tahlil qilish asosida ikkinchi ildiz mavjudligi chiqarib tashlansa. Lyuksatsiya harakati birinchi navbatda bukkal korteks tomon yo'naltiriladi, palatal bo'shliqqa engil bosim esa rozetkaning kengayishiga olib kelishi mumkin.

BIRINCHI VA IKKINCHI YUQORI MOLAR

Luxating harakatlari: uch xil ildizlar bilan tavsiflangan yuqori molar ildizlarning murakkab anatomiyasi operatsiyadan oldin ehtiyotkorlik bilan baholashni talab qiladi, ayniqsa ildizlarning uzunligi/egriligi va ularning maksiller sinus tubiga aloqasi bo'yicha. Uchta ildizdan palatin eng kuchli va ko'pincha eng uzundur: u odatda tishning asosiy o'qidan aniq burchak ostida (taxminan 45 °) ajralib turadi. Umuman olganda, mesiobukkal ildiz oval kesmaga ega, distobukkal ildiz esa yumaloqroq kesmaga ega. Bukkal

ildizlarning cho'qqilarida tishlarni ushlab turishni kuchaytiradigan nosimmetrik egri chiziqlar bo'lishi mumkin. Yuqori ikkinchi molarning ildizlari odatda birinchi molarning ildizlariga qaraganda kamroq farqlanadi va qisqaroqdir. Ba'zi hollarda bukkal ildizlar yoki hatto barcha ildizlar birlashishi mumkin.

Forsepsni ekstraksiya qilish usuli (premolyar ekstraksiyalar uchun tavsiflanganiga o'xshash) birinchi navbatda palatal qobiqdan yupqaroq bo'lgan bukkal korteks tomon yo'naltirilgan lyuksatsiya harakatini o'z ichiga oladi. Harakatlar sekin va mo'l-ko'l bo'lishi kerak, alveolyar suyakning asta-sekin siqilishi va rozetkaning kengayishi uchun ikkita kortikal plastinkada bir necha soniya davomida bosimni saqlab turish kerak. Biroq, ba'zi hollarda, forseps bilan bajarilgan dislokatsiyalar, ayniqsa, ingichka bo'lsa, bukkal korteks va interradikulyar septalarning qisman sinishiga olib kelishi mumkin. Shu sababli, ayniqsa, ildizlarning sezilarli darajada farqlanishi yoki ularning uchlari maksiller sinusning pastki qismiga yaqin joyda joylashganida, mukoperiosteal qopqoqni ko'tarish va ildizlarni ajratishdan iborat bo'lgan ochiq jarrohlik usuli ko'rsatiladi. Ushbu yondashuv sizga kuchni kamaytirishga, tish dislokatsiyasiga va ekstraksiyasiga erishishga, interradikulyar septalarning yaxlitligini saqlab qolgan holda, bukkal kortikal plastinkaning sinishi xavfini bartaraf etishga imkon beradi. Agar rozetka va sinus lümeni o'rtasida oroantral aloqa hosil bo'lsa, unda interradikulyar septalarning saqlanishi prognozni yaxshilaydi, chunki bukkal kortikal plastinka yumshoq to'qimalar uchun tayanch vazifasini bajaradi va interradikulyar septalarning mavjudligi uchun qulay anatomik sharoit yaratadi. trombning barqarorligi va rozetkaning tezroq reossifikatsiyasi.

YUQORI UCHINCHI MOLARLAR

Lyuksatsiya harakatlari: Yuqori uchinchi molar ko'pincha birinchi va ikkinchi molarlardan kichikroq, ammo ildiz anatomiyasi jihatidan juda xilma-xildir. Ko'pgina hollarda, ildizlar bitta konusning ildiziga birlashadi, lekin har xil uzunlikdagi va egrilikdagi uch yoki to'rtta ildizga ega bo'lgan yuqori uchinchi molarlarni ko'rish odatiy hol emas. Ko'p hollarda dislokatsiya hududning kirish imkoniyatiga qarab, to'g'ridan-to'g'ri yoki e'gimli ildiz ko'targich yordamida bajarilishi mumkin. Darhaqiqat, papilla ajratilgandan so'ng, ildiz liftining uchini ikkinchi va uchinchi molarlar orasiga yopishtirib, interdental septumga (ikkinchi molar emas) bosish kerak, shu bilan birga lyuksatsiya harakatlari distal va bukkal yo'nalishda amalga oshiriladi. Bu usul, ayniqsa, qisqa, toraygan ildizlari bo'lgan yuqori uchinchi molarlar uchun ko'rsatiladi. Bunday hollarda, agar operator olinadigan tish bilan bir tomonda o'tirgan bo'lsa, bemorning boshini qarama-qarshi tomonga burish va uchini kiritish nuqtasini to'g'ri joylashtirishni osonlashtirish uchun og'zini yarim yopish kerak. ildiz lifti va labial komissuraning kuchlanishini kamaytirish. Dislokatsiya har doim ehtiyotkor va bosqichma-bosqich bo'lishi kerak, bu yuqori uchinchi molarlarni olib tashlashning nisbatan keng tarqalgan asoratlari bo'lgan maksiller tuberkulyarning sinishi oldini olish uchun. Dislokatsiya s.

forseps bilan olib tashlash bukkal korteks va tanglay tomon o'zgaruvchan harakatlar orqali erishiladi. Bundan tashqari, alveolyar suyakning bosqichma-bosqich siqilishini va rozetkaning kengayishini ta'minlash uchun kortikal plitalarga bosim har doim bir necha soniya davomida saqlanishi kerak: bu yondashuv, ayniqsa, bir nechta divergent ildizlar mavjudligida ko'rsatiladi. Orqa jag'ning alveolyar suyagi mineralizatsiyasi yomon bo'lganligi sababli odatda yumshoq va elastik bo'ladi; shuning uchun

ko'pincha ildizlarni aylanma asboblar bilan ajratmasdan, murakkab ildiz anatomiyasiga ega bo'lgan yuqori uchinchi molarlarni olib tashlashni yakunlash mumkin.

Pastki jag' tishlarini olib tashlash

OPERATOR VA Bemorning pozitsiyasi

Ideal holda, mandibulyar tishlarni olishda, pastki jag'ning okklyuzion tekisligi polga parallel bo'lishi kerak. Bemorning to'g'ri joylashishini ta'minlash uchun o'rindiqliq va operatsiya stolining orqa tomoni (yoki stomatologik kursi) o'rtasida 45 ° burchak odatda optimal hisoblanadi. Oldingi va o'ng jag' suyagini olib tashlashda o'ng qo'l bilan ishlaydigan operator bemorning o'ng tomonida o'tirishi mumkin, chap pastki jag'ni chiqarishda esa bemorning chap tomonida o'tirishi kerak. , chunki bu pozitsiya jarrohlik maydonini yaxshiroq ko'rishni ta'minlaydi, bemorning qulayligini oshiradi va jarrohlik manevralarini osonlashtiradi. Shu bilan bir qatorda, operator to'g'ridan-to'g'ri bemorning orqasida, soat 12 holatida o'tirishi mumkin. Ko'proq kuch talab qiladigan pastki jag' tishlarini (ayniqsa, molarlarni) olib tashlashda operatorning chap qo'li yumshoq to'qimalarni tortib olish va chakka-mandibular bo'g'imlarga ortiqcha stressni o'tkazmaslik uchun mandibulani barqarorlashtirish uchun ishlatiladi.

O'ng jag'da bosh barmog'i yonoqni o'g'iraydi va chap qo'lning qolgan barmoqlari pastki jag'ni barqarorlashtiradi. Chap mandibula uchun ko'rsatkich barmog'i yonoqni orqaga tortadi, o'rta barmoq tilni tortib olish uchun tilga joylashtirilishi mumkin va bosh barmog'i mandibulani barqarorlashtiradi. Mandibulyar tishlarni olib tashlash paytida lyuksatsiya harakatlari turli sohalarda kortikal plitalarning qalinligi va turli tishlarning ildizlari anatomiyasiga qarab o'zgaradi.

Chap qo'l va ikki tomonlama operatorlar uchun maksiller ekstraksiyalar bo'limida ko'rsatilgan bir xil fikrlar qo'llaniladi.

PASTI KESISHLAR

Dislokatsiya harakatlari: dislokatsiya bukkal va lingual kortikal plitalarga qarab teng amplitudali harakatlar bilan amalga oshiriladi, so'ngra aylanish harakatlari bilan amalga oshiriladi: ikkinchisi ildizning diametri kichrayganligi sababli ehtiyotkorlik bilan bajarilishi kerak.

LOWER Fang

Dislokatsiya harakatlari: Birinchi dislokatsiya harakati juda yupqa bo'lgan bukkal po'stlog'iga qarab amalga oshiriladi, so'ngra rozetkaning kengayishiga erishish uchun til po'stlog'iga qarab harakatlar amalga oshiriladi. Aylanish harakati faqat ekstraksiyaning oxirgi bosqichida qo'llanilishi kerak, chunki faqat periapikal yoki panoramali rentgenogrammalarni tahlil qilish ildizlarning takrorlanishini istisno qilish uchun etarli emas.

PAYGI PREMOLARLAR

Dislokatsiya harakatlari: Dislokatsiya odatda bir xil amplituda bukkal va til kortekslari tomon o'zgaruvchan harakatlar orqali amalga oshiriladi. Periodontal ligamentning tolalarini bo'shatish uchun aylanish harakatlaridan foydalanish mumkin, chunki pastki jag' premolarlarining ildizi odatda bitta,

tekis, deyarli konus shaklida bo'ladi. Operatsiyadan oldingi rentgenografik tadqiqotlar mumkin bo'lgan ildiz bifurkatsiyasini ko'rsatsa (odatda apikal uchdan birida), aylanish harakatlari kontrendikedir.

Pastki MOLARLAR

Lyuksatsiya harakatlari: mandibulyar molarlar odatda ikkita kuchli ildizga ega, mezial va distal, ba'zi hollarda ular birlashishi mumkin; ikkala ildiz deyarli oval shaklga ega. Ba'zan bitta mezial ildiz o'rniga meziobukkali va meziolingual ildiz mavjud.

Molarlar sohasidagi bukkal kortikal plastinka qalin va zich bo'lib, pastki jag'ning tashqi qiya chizig'ining mezial qismiga to'g'ri keladi. Til korteksi, odatda, ingichka bo'lsa ham, yaxshi ifodalangan. Mandibulyar molar ildizning anatomiyasi doimo diqqat bilan tahlil qilinishi kerak. Agar birlashtirilgan yoki qisqa ildizlar bo'lsa yoki tishlar harakatchan bo'lsa, ochiq jarrohlik yondashuv zarur bo'lmasligi mumkin. Aksincha, ko'p, uzun yoki kavisli ildizlar bo'lsa, mukoperiosteal qopqoqni ko'tarib, aylanma asboblar bilan toj va ildizlarni ajratish tishni butunlay chiqarib tashlash va olib tashlash uchun zarur bo'lgan kuchni sezilarli darajada kamaytirishi mumkin.

Bu jihat juda muhim, chunki u jarrohlik muolajalari paytida bemorga ko'proq qulaylik beradi va temporomandibulyar bo'g'imning shikastlanish xavfini kamaytiradi.

Mandibulyar molarlarning lyuksatsiyasi lingual va bukkal kortekslarga nisbatan keng harakatlarni talab qiladi: rozetkaning kengayishini ta'minlash uchun kortikal plitalarga, ayniqsa yuqaroq bo'lgan tilga bir necha soniya davomida ortib borayotgan bosimni qo'llash kerak. Chiqarilayotgan tishning distalida boshqa tishlar bo'lmasa, dastlabki lyuksatsiyani ildiz lifti yordamida amalga oshirish mumkin, bu esa distal lyuksatsiya kuchini qo'llash uchun tishga mezial joylashtirilishi mumkin.

Murakkab tish chiqarish: ochiq jarrohlik texnikasi

Operatsiyadan oldingi baholash

Yuqorida aytib o'tilganidek, operatsiyadan oldingi baholashda murakkablashtiruvchi omillar (endodontik davolash, ankiroz, toj va/yoki ildiz sinishi va boshqalar) aniqlansa, birinchi navbatda ochiq jarrohlik usulini tanlash tavsiya etiladi. Ekstraksiya qisqichlari bilan dislokatsiya muvaffaqiyatsiz bo'lsa, behuda jarrohlik muolajalarini va shuning uchun operatsiya vaqtini keraksiz uzaytirmaslik uchun mukoperiosteal qopqoqni ko'tarish va toj va ildizlarni ajratish tavsiya etiladi. Tasodifiy ildiz singan taqdirda, kirish qopqog'ini ko'tarish va osteoektomiya talab qilinishi mumkin.

AVTOZYATLARI

Ochiq jarrohlik usuli yordamida tish chiqarish ildizlarni olib tashlash va olib tashlash uchun kamroq kuch ishlatishni talab qiladi. Qarama-qarshi bo'lsa-da, oz miqdordagi suyakni olib tashlash va ildizlarni ajratish alveolyar suyakni saqlashni osonlashtiradi, chunki bu protseduralar lyuksatsiya paytida bukkal kortikal sinish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi. Shuni esda tutish kerakki, olingan tishni intraosseous implant bilan almashtirishni rejalashtirishda alveolyar jarayonni saqlab qolish muhim ahamiyatga ega.

Ochiq jarrohlik texnikasi kasallanishni kamaytiradi

ildiz yoriqlari va mumkin bo'lgan oroantral aloqalar darajasi, shuningdek, tishni ekstraktsiya forsepslari bilan olib tashlash uchun takroriy va muvaffaqiyatsiz urinishlar bilan solishtirganda operatsiya vaqti.

Nihoyat, ba'zi hollarda ochiq jarrohlik usuli tish chiqarishning yagona mumkin bo'lgan variantidir, masalan, dekalsifikatsiyalangan yoki chirigan ildizlar.

QAYSLAR

Kirish qopqog'ini ko'tarish va ostektomiya va odontotomiyani bajarish, maxsus jarrohlik asboblardan foydalanishdan tashqari, yuqori darajadagi jarrohlik mahoratini talab qiladi.

Maxsus vositalar

Asosiy arsenalga qo'shimcha ravishda (skalpel, periosteal elevatolar, retraktorlar va boshqalar) ochiq jarrohlik yo'li bilan tishlarni olib tashlash uchun maxsus jarrohlik asboblari talab qilinadi:

- ostektomiya va odontotomiyani bajarish uchun jarrohlik tekis tutqich va jarrohlik burg'ulash;
- burchakli ildiz liftlari (Walter-Barry va / yoki Pott liftlari);
- apikal liftlar (Heidbrink liftlari);
- ildiz qisqichlari;
- gemostatik forsepslar (Halsted-Mosquito yoki Kocher), ular joydan chiqarilgandan keyin ildiz bo'laklarini olish uchun ishlatilishi mumkin.

MUKOPERIOSTAL FLAPNI TAYYORLASH

Zarur bo'lganda bo'shatish kesmalari bilan birlashtirilgan chekka (sulkus) kesmalar. Zarf qopqoqlari marginal osteotomiyani xavfsiz bajarish uchun cheklangan kirish etarli bo'lganda ishlatiladi. Ko'proq maydonga ta'sir qilish kerak bo'lganda, konvert qopqog'i osongina uchburchak yoki to'rtburchak qopqoqqa aylantirilishi mumkin, bu esa bir yoki ikkita bo'shatish kesmasi qo'shilishi mumkin. Shuni ta'kidlash kerakki, bo'shatish kesmalari qilinganidan so'ng, yumshoq to'qimalarning ba'zi joylarining tomirlanishini to'xtatish xavfi tufayli kirish qopqog'ining shakli va hajmini o'zgartirish mumkin emas. Shu sababli, o'zgartirish mumkin bo'lmagan jarrohlik maydonidan kelib chiqadigan texnik qiyinchiliklarga yo'l qo'ymaslik uchun bo'shatish kesmalarini amalga oshirishdan oldin qopqoqning rivojlanishi va dizaynini diqqat bilan rejalashtirish muhimdir.

OSTEKTOMIYA

Ba'zi hollarda kirish qopqog'ini oddiygina ko'tarish ekstraktsiya qisqichlarini sog'lom tish tuzilishiga ko'proq apikal joylashtirishga va tish chiqarishni yakunlashga imkon beradi. Yumshoq to'qimalar

tizma ustida ko'tarilib, orqaga tortilsa, ildiz liftlari ham samaraliroq ishlatilishi mumkin. Ekstraksiya jarayonini yakunlash uchun etarlicha ochiq tish bo'lmasa, ma'lum miqdordagi suyakni olib tashlash kerak.

Odatda, osteoektomiya bukkal korteksda amalga oshiriladi, bu esa osonroq kirish mumkin. To'g'ri jarrohlik dastagiga (yoki muqobil ravishda piezoelektrik asboblarga) o'rnatilgan yumaloq yoki yoriqli burg'udan foydalanish mumkin va olib tashlangan suyak miqdori alveolyar tizmaning etarli darajada saqlanishini ta'minlash uchun imkon qadar minimal bo'lishi kerak. Ba'zi hollarda, agar qalin interdental septalar mavjud bo'lsa, ko'proq konservativ variant - bu interdental bo'shliqda ildizlar atrofida suyakni olib tashlash. Natijada, ildiz va tishlararo septum o'rtasida hosil bo'lgan bo'shliq ildiz elevatorining uchini kiritish va to'liq harakatga kelguncha ildizni mesial va distal tomonga navbat bilan lyuksatsiya qilish uchun ishlatilishi mumkin.

Molarlarni olib tashlashda, keyingi ildiz bo'linishlarini yanada aniqroq bajarish uchun furkatsiyani ochish uchun osteoektomiyani kengaytirish foydali bo'lishi mumkin.

Shuni ta'kidlash kerakki, alveolyar suyak va ildiz o'rtasida etarli bo'shliqni yaratishga alveolyar suyak o'rniga tish to'qimasini olib tashlash orqali ham erishish mumkin. Ushbu usul, ayniqsa, endosseoz implantlarni darhol yoki kechiktirilgan joylashtirish rejalashtirilganda qo'llanilishi kerak.

Ochiq jarrohlik usuli yordamida mandibulyar molarlarni olib tashlash: a) tojni yoriqli burg'u bilan gorizontol kesish; v) ildiz lifti yordamida ildizlarni chiqarish;

Ko'p ildizli yuqori tishni ochiq jarrohlik yo'li bilan olib tashlash: a) ildizlarning bo'linishi va interradikulyar septalarning juda koronal qismini olib tashlash b) ildizni ko'tarish moslamasi bilan c) ildizlarni maxsus ishlab chiqilgan qisqichlar yordamida olib tashlash; .

ODONTOTOMIYA

Ko'p ildizli tishlarning ildizlarini ajratish (odontotomiya) olib tashlash jarayonini soddalashtiradi.

Mandibulyar kanal yoki maksiller sinus tagida ildizlarning ajralishi hech qachon jarrohlik burg'ulash bilan yakunlanmasligi kerak: tish to'qimalarining oxirgi bo'linishi singan bo'linish bilan, xanjarli ildiz lifti yordamida to'xtatilishi kerak. bo'lingan ildizlar o'rtasida.

Ushbu tavsiya, ayniqsa, maksiller molarlarni olishda juda muhimdir, chunki furkatsiya maksillarar sinusning tagiga yaqin joylashgan bo'lishi mumkin. Kariyes holatida, ildiz liftlari tomonidan qo'llaniladigan kuchga bardosh bera oladigan sog'lom tish to'qimasini ochish va keyinchalik ildiz ajratish uchun muhim mos yozuvlar nuqtasi bo'lgan pulpa kamerasini aniqlash uchun birinchi navbatda tishning shikastlangan qismini olib tashlash kerak. Agar ildizlar aniq birlashtiruvchi egrilikka ega bo'lsa, tishning eng koronal qismini ajratish va olib tashlash yanada samarali lyuksatsiya uchun joy beradi. Pulpa kamerasining pastki qismining markazidan ildiz ajratishni boshlash va uning atrofiga davom etish afzaldir. Alveolyar suyakka zarar etkazmaslik uchun tish to'qimasini davolash uchun har doim aylanadigan (yoriqlar) yoki piezoelektrik asboblardan foydalanish kerak. Atrofdagi yumshoq to'qimalarning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun har doim orqaga tortilishi va aylanadigan

burmalar bilan mumkin bo'lgan aloqaga qarshi to'siq bo'lib xizmat qiluvchi retraktorlar yoki periostal elevatorlar yordamida himoyalaniishi kerak.

ILDIRISHI

Ildiz lyuksatsiyasi odatda tekis yoki eġimli ildiz liftlari yordamida amalga oshiriladi. Ushbu liftlar alveolyar tizma va ildiz o'rtasida yoki olib tashlanishi kerak bo'lgan ikkita ildiz o'rtasida harakat qilishi mumkin. Ushbu oxirgi qadam ildizlardan biriga apikal bosim o'tkazmaslik uchun ehtiyotkorlik bilan bajarilishi kerak. Dislokatsiya birinchi navbatda eng qulay shaklga ega bo'lgan ildizga ta'sir qilishi kerak: bu eng qisqa ildiz, kamroq egrilik yoki ma'lum darajada harakatchanlikka ega bo'lgan ildiz bo'lishi mumkin. Dislokatsiya ildiz forsepslari yordamida amalga oshirilishi mumkin, bu ildizni to'liq chiqarib olish uchun ham ishlatilishi mumkin.

Bittani olib tashlash uchun ochiq jarrohlik usuli ham qo'llanilishi mumkin

ildiz anatomiyasi noqulay bo'lganda molarlar. Periradikulyar osteotomiya ildizlarning mobilizatsiyasini osonlashtiradi va ildiz liftlarining uchlarini kiritish uchun qulay nuqtalarni beradi. Agar ildizlarning sezilarli egriliklari yoki qo'shni tishlarning ildizlariga yaqin joylashgan bo'lsa, interproksimal osteoektomiya kontrendikedir bo'lishi mumkin. Bunday hollarda, ildizning vertikal ravishda ikki yarmiga bo'linishi yoriqli burg'u bilan amalga oshirilishi va kichik ildiz lifti bilan yakunlanishi mumkin. Keyin ildiz elevatori rozetka devori va ikkita ildiz bo'lagi orasiga o'ralib, ularni yoriq bo'shlig'i tomonidan yaratilgan bo'shliqqa joylashtiradi.

IRIZ ARASI SEPTASINI KECHISH MUMKIN

Agar sezilarli egrilikka ega bo'lgan uzun ildizlar mavjud bo'lsa, ularni ajratish etarli darajada lyuksatsiyaga erishish va to'liq olib tashlash uchun etarli bo'lmasligi mumkin. Bunday hollarda interradyulyar septumning eng koronal qismini yumaloq burg'u bilan olib tashlash ko'rsatiladi. Apikal yo'nalishda dislokatsiya va osteoektomiyaga urinishlar boshqariladigan kuch yordamida etarli dislokatsiyaga erishilgunga qadar almashtiriladi.

SUYIKLARNI QAYTA QILISH

Osteoektomiya natijasida paydo bo'lgan har qanday o'tkir qirralarni olib tashlash yoki suyak qisqichi yoki aylanuvchi asboblari (masalan, dumaloq burg'ulash) yordamida yumaloqlash kerak. Bundan tashqari, interradyulyar septalarning yaxlitligini tekshirish muhim: mumkin bo'lgan yoriqlarni aniqlash va singan bo'laklarni olib tashlash kerak. Olib tashlash tugallangandan so'ng, yumshoq to'qimalarning asl anatomiyasini tiklash uchun kirish qopqog'i tikuvlar bilan to'g'ri joylashtirilishi kerak.

[Buzilgan ildiz uchlarini olib tashlash uchun jarrohlik texnikasi](#) Tish chiqarishda ildizning apikal uchdan bir qismining sinishi kam uchraydigan asoratdir. Har doim singan ildiz uchlarini olib tashlashni

yakunlash tavsiya etiladi, ayniqsa bakterial infeksiya (masalan, periapikal lezyonlar, pulpa nekrozi bilan karioz lezyonlar va boshqalar) bo'lsa, og'ir oqibatlariga olib kelishi mumkin bo'lgan mahalliy suyak ichidagi infeksiyani oldini olish uchun. asoratlar. (masalan, osteomyelit). Ildiz uchlarining bo'laklari rozetka ichida qolishi mumkin (garchi bu ideal bo'lmasa ham), ularni olib tashlash pastki alveolyar asab kabi muhim anatomik tuzilmalarga zarar etkazishi mumkin va tish infeksiyasi haqida hech qanday dalil yo'q. mavjud.

YORIGAN ILDIZ FRAGMENTINING JOYINI ANIQLASH

Ildiz uchi singanida, tishning olib tashlangan qismini kuzatish muhimdir: bu tekshiruv singan bo'lakning o'lchami va shakli haqida qimmatli ma'lumotlarni beradi. Bundan tashqari, uning aniq o'rnini aniqlash kerak; Rozetkaning ideal ko'rinishiga steril sho'r suv bilan ko'p miqdorda sug'orish va jarrohlik assimilyatsiya qo'shimchalari bilan so'rish orqali erishish kerak. Agar parchaning aniq joylashuvi yoki uning qo'shni anatomik tuzilmalar bilan aloqasi haqida shubha tug'ilsa, intraoperativ periapikal rentgenogramma tavsiya etiladi.

ILDIZ FRAGMENTINI OLIISH

Agar ildiz bo'lagi sinish vaqtida etarlicha dislokatsiyalangan bo'lsa, ba'zi hollarda uni olib tashlash uchun so'rish etarli bo'lishi mumkin.

Agar parcha harakatchan bo'lmasa, dislokatsiya nozik apikal lift yoki u va rozetkaning devori orasiga o'rnatilgan periotom yordamida amalga oshirilishi kerak. Ushbu manevr parcha to'liq safarbar bo'lgunga qadar aylana bo'ylab bajarilishi kerak. Keyin parcha gemostatik forseps yoki jarrohlik so'rg'ich qo'shimchasi yordamida olib tashlanishi mumkin. Apikal ko'taruvchi bilan dislokatsiya, asbobning uchi xanjar bo'lishi mumkin bo'lgan bo'lak atrofida bo'sh joy yaratish orqali osonlashtiriladi. Odatda bu vazifani bajarish uchun kichik yoriqli burg'u ishlatiladi, lekin singan cho'qqiga yaqin joylashgan pastki alveolyar asab yoki maksillarar sinusning tagligi kabi anatomik tuzilmalarga shikast etkazmaslik uchun alohida e'tibor berish kerak. .

Agar ildiz kanali ko'rinadigan bo'lsa, tortishish uchun uni endodontik asbob (masalan, Hedstrom fayli) uchi bilan bog'lashga urinib ko'rishingiz mumkin; ammo, ildiz sinishi ko'pincha diagonal ravishda sodir bo'lganligi sababli, bu usul qo'llanilmasligi mumkin, chunki sinish yuzalari qiyshiq.

Ankilozlangan apikslar uchun, barcha tasvirlangan manipulyatsiyalar samarasiz bo'lsa, singan bo'lakni qo'shni anatomik tuzilmalarga zarar bermaslik uchun ehtiyotkorlik bilan yumaloq burg'u bilan ishqalash mumkin. Bunday hollarda apikalni muvaffaqiyatli olib tashlashni tasdiqlash uchun operatsiyadan keyingi periapikal rentgenogramma ko'rsatiladi.

Agar tavsiflangan usullarning hech biri parchani to'liq olib tashlashga imkon bermasa, mukoperiosteal qopqoqni ko'tarish va cho'qqisi bilan bukkal kortikal plastinka darajasida qulay osteotomiya qilish kerak. Apeksning holati aniq aniqlanadi, olib tashlanadigan tish periodontal zond bilan o'lchanadi va natijada olingan qiymat bukkal kortikal plastinka yuzasiga o'tkaziladi. Keyin singan cho'qqini olib tashlash va bukkal osteotomiya orqali olib tashlash mumkin yoki uni ildiz lifti bilan koronal ko'tarish va rozetka orqali chiqarish mumkin.

Agar infeksiya belgilari bo'lmasa, ildiz bo'lagi mandibulyar kanalga yaqin joylashgan bo'lsa, uni joyida qoldirish pastki alveolyar asabning shikastlanish xavfini oldini olish uchun maqbul kelishuv bo'lishi mumkin.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Arya R, Jadun S, Shoh A. Tish chiqarish uchun bemorning xabardor qilingan roziligini baholash. Prim Dent J 2022 sentyabr;11(3):98-103. [[PubMed](#)]
2. Porto OCL, Silva BSF, Silva JA, Estrela CRA, Alencar AHG, Bueno MDR, Estrela C. Maksiller va mandibulyar tishlarda suyak qalinligini CBCT baholash: anatomik tadqiqot. J Appl Og'zaki fan. 2020;28:e20190148. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
3. Devlin H, Horner K, Ledgerton D. Maksiller va mandibulyar suyaklarning mineral zichligini taqqoslash. J Prosthet Dent. 1998 yil mart;79(3):323-7. [[PubMed](#)]
4. Breeland G, Aktar A, Patel BC. StatPearls [Internet]. StatPearls nashriyoti; Treasure Island (FL): 1-aprel, 2023. Anatomiya, bosh va bo'yin, mandibula. [[PubMed](#)]
5. Chang CL, Vang DH, Yang MC, Hsu WE, Hsu ML. Temporomandibular bo'g'imlarning funktsional buzilishlari: temporomandibular bo'g'imning ichki buzilishi. Kaohsiung J Med Sci. 2018 yil aprel;34(4):223-230. [[PubMed](#)]
6. Saka B, Wree A, Henkel KO, Anders L, Gundlach KK. Mandibulyar korteksning qon ta'minoti: kondilga maxsus havola bilan Göttingen mini cho'chqalarida eksperimental tadqiqot. J Kranio-maxillofac Surg. 2002 yil fevral;30(1):41-7. Choi DY, Xur MS. Pastki alveolyar asab blokirovkasi uchun mandibulyar lingulaning anatomik tekshiruvi. Folia Morphol (Warsz). 2021;80(4):786-791. [[PubMed](#)]
8. Somayaji KS, Rao MK. Stomatologiyada maksiller asabning anatomiyasi va klinik qo'llanilishi: adabiyotlarni ko'rib chiqish. Dent yangilanishi. 2012 yil dekabr;39(10):727-30, 733-5. [[PubMed](#)]
9. Shafique S, M Das J. StatPearls [Internet]. StatPearls nashriyoti; Treasure Island (FL): 2023 yil 5-iyun. Anatomiya, bosh va bo'yin, maksiller asab. [[PubMed](#)]
10. Ghatak RN, Helwany M, Gingles JG. StatPearls [Internet]. StatPearls nashriyoti; Treasure Island (FL): 1-may, 2023 yil. Anatomiya, bosh va bo'yin, mandibulyar asab. [[PubMed](#)]
11. Kim C, Hwang KG, Park CJ. Mandibulyar uchinchi molar ekstraksiyasi uchun lokal behushlik. J Dent Anesth Pain Med. 2018 yil oktabr;18(5):287-294. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
12. Fagan SE, Roy V. StatPearls [Internet]. StatPearls nashriyoti; Treasure Island (FL): 8-may, 2023 yil. Anatomiya, bosh va bo'yin, til nervi. [[PubMed](#)]
13. Khandelwal P, Hajira N. Oro-antral aloqa va fistulani boshqarish: turli xil jarrohlik variantlari. Jahon J Plast Surg. 2017 yil yanvar;6(1):3-8. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
14. Broers DLM, Dubois L, de Lange J, Su N, de Jongh A. Kattalardagi tishlarni olib tashlash sabablari: tizimli ko'rib chiqish. Int Dent J. 2022-yil fevral;72(1):52-57. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
15. Aida J, Ando Y, Akhter R, Aoyama H, Masui M, Morita M. Yaponiyada doimiy tish chiqarish sabablari. J Epidemiol. 2006 yil sentyabr;16(5):214-9. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]

16. Nayyar J, Klark M, O'Sullivan M, Stassen LF. Tish chiqarish vaqtida singan ildiz uchlari va saqlanib qolgan ildiz qismlari. Klinik dilemma? Br Dent J 2015 yil 13 mart;218 (5): 285-90. [[PubMed](#)]
17. Suri L, Gagari E, Vastardis H. Kechiktirilgan tish chiqishi: patogenez, diagnostikasi va davolash. Adabiyot sharhi. Am J Orthod Dentofacial ortop. 2004 yil oktabr;126(4):432-45. [[PubMed](#)]
18. Wali GG, Sridhar V, Shyla HN. Radiografik jihatdan normal ta'sirlangan mandibulyar uchinchi molarlar bilan dentigerous kista o'zgarishlarini o'rganish. J Maxillofac Oral Surg. 2012-yil dekabr;11(4):458-65. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
19. Sarica I, Derindag G, Kurtuldu E, Naralan ME, Caglayan F. Retrospektiv tadqiqot: Barcha ta'sirlangan tishlar patologiyaga olib keladimi? Nigeriya J Clin amaliyoti. 2019 yil aprel;22(4):527-533. [[PubMed](#)]
20. Garvey MT, Barry HJ, Bleyk M. Supernumerary tishlar - tasnifi, diagnostikasi va boshqaruviga umumiy nuqtai. J Can Dent Dots. 1999 yil dekabr;65(11):612-6. [[PubMed](#)]
21. Araújo TM, Caldas LD. Ortodontiyada tish chiqarish: birinchi yoki ikkinchi premolarlar? Dental matbuot J Orthod. 2019 yil 01 avgust;24(3):88-98. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
22. Fernandes-Barrera MÁ, Medina-Solis CE, Casanova-Rosado JF, Mendoza-Rodriguez M, Escoffié-Ramires M, Casanova-Rosado AJ, Navarrete-Hernández Jde J, Maupomé G. doimiy tishlar PeerJ. 2016;4:e2015. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
23. Taysi M, Yildirim S. Jag'ning sinishi chizig'idagi tishlarni olish kerakmi? J Istanb Univ Fac Dent. 2015;49(1):61-65. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
24. Nyimi BF, Yifang Z, Liu B. Jag'larning kistli lezyonlarini davolashda o'zgaruvchan manzara. J Int Soc Prev Community Dent. 2019 yil iyul-avgust;9(4):328-337. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
25. Thorn JJ, Hansen HS, Specht L, Bastholt L. Jag'larning osteoradionekrozi: klinik xususiyatlari va nurlanish sohasiga aloqasi. J Oral Maxillofac Surg. 2000 yil oktabr;58(10):1088-93; munozara 1093-5. [[PubMed](#)]
26. Pick L, Bauer J. [Stomatologiya va epilepsiya]. Nervenarzt. 2001 yil dekabr;72(12):946-9. [[PubMed](#)]
27. Devlin J. Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan og'rigan bemorlar: stomatologik guruh uchun boshqaruv masalalari. Br Dent J. 2014 sentyabr;217(5):235-7. [[PubMed](#)]
28. Thornhill MH, Gibson TB, Yoon F, Dayer MJ, Prendergast BD, Lockhart PB, O'Gara PT, Baddour LM. Invaziv stomatologik muolajalardan oldin yuqumli endokarditga qarshi antibiotikli profilaktika. J Am Coll Kardiol. 2022 yil 13-sentabr;80(11):1029-1041. [[PubMed](#)]
29. Landesberg R, Eisig S, Fennoy I, Siris E. Bifosfonat terapiyasining muqobil ko'rsatkichlari. J Oral Maxillofac Surg. 2009 yil may;67(5 Suppl):27-34. [[PubMed](#)]
30. Nicolatou-Galitis O, Schiødt M, Mendes RA, Ripamonti C, Hope S, Drudge-Coates L, Niepel D, Van den Wyngaert T. Jag'ning dori-darmonlar bilan bog'liq osteonekroz: ta'rifi va oldini olish, tashxis qo'yish va eng yaxshi amaliyot. davolash. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2019 yil fevral;127(2):117-135. [[PubMed](#)]
31. Bansal H. Jag'ning dori-darmonlar bilan bog'liq osteonekroz: yangilanish. Natl J Maxillofac Surg. 2022 yil yanvar-aprel;13(1):5-10. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
32. Karter G, Goss AN, Lloyd J, Tokchetti R. Varfarinni qabul qilgan bemorlar uchun tish chiqarishni boshqarishning joriy tushunchalari. Aust Dent J 2003 yil iyun;48(2):89-96; viktorina 138. [[PubMed](#)]

33. Chronopoulos A, Zarra T, Ehrenfeld M, Otto S. Jag'larning osteoradionekrozi: ta'rifi, epidemiologiyasi, bosqichlari va klinik va radiologik topilmalar. Qisqacha sharh. Int Dent J. 2018 fevral;68(1):22-30. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
34. Martin A, Perinetti G, Costantinides F, Maglione M. Koronektomiya ta'sirlangan mandibulyar uchinchi molarlarga jarrohlik yondashuv sifatida: tizimli ko'rib chiqish. Head Face Med. 2015 yil 10 aprel;11:9. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
35. Al-Moraissi EA, Al-Selwi AM, Al-Zendani EA. Tish ignasining uzunligi va o'lchovi kattalar jag'i molarlarini olishda pastki alveolyar nerv blokirovkasini muvaffaqiyatli bajarishga ta'sir qiladimi? Istiqbolli, randomizatsiyalangan kuzatuvchi-ko'r, klinik sinov. Clin Oral Investig. 2021 yil avgust;25(8):4887-4893. [[PubMed](#)]
36. St George G, Morgan A, Meechan J, Moles DR, Needleman I, Ng YL, Petrie A. Tish behushligi uchun in'ektsiya lokal anesteziya agentlari. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. 2018 yil 10 iyul;7(7):CD006487. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
37. Bekker DE, Rid KL. Mahalliy anesteziyalar: farmakologik mulohazalar ko'rib chiqilishi. Anesth Prog. 2012 yil yozi;59(2):90-101; viktorina 102-3. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
38. Bussell MA, Graham RM. Ko'p ishlatiladigan stomatologik liftlar tarixi. Br Dent J 2008 Noyabr 08;205(9):505-8. [[PubMed](#)]
39. Mamoun J. Stomatologiyada tishlarni lyuksatsiyalash va olishda lift asboblardan foydalanish: klinik usullar. J Koreyalik Assoc Oral Maxillofac Surg. 2017 yil iyun;43(3):204-211. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
40. Sambrook PJ, Goss AN. Zamonaviy ekzodontiya. Aust Dent J. 2018 Mar;63 Suppl 1: S11-S18. [[PubMed](#)]
41. Sharma SD, Vidya B, Aleksandr M, Deshmukh S. Periotome atravmatik ekstraksiyaga yordam sifatida: qiyosiy ikki marta ko'r tasodifiy nazorat ostida sinov. J Maxillofac Oral Surg. 2015-yil, 14-sentyabr (3):611-5. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
42. McKenzie WS. Ekzodontiya tamoyillari. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2020 yil noyabr;32(4):511-517. [[PubMed](#)]
43. Chandra S, Podder I, Chatterjee M, Field L. №15 Skalpel pichog'ining anatomiyasi va qo'llanilishi va uning o'zgarishlari. J Cutan Aesthet Surg. 2018 yil aprel-iyun;11(2):79-82. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
44. Gowans K, Patel M, Lewis K. Jarrohlik amfizemasi: Havo bilan boshqariladigan rotordan foydalanmasdan oddiy jarrohlik tish ekstraksiyasining kam uchraydigan asorati. Dent yangilanishi. 2017 yil mart;44(3):217-8, 220. [[PubMed](#)]
45. Renton T. Tish bilan bog'liq og'riq yoki yo'qmi? Bosh og'rig'i. 2020 yil yanvar;60(1):235-246. [[PubMed](#)]
46. Meechan JG. Intraligamentar behushlik. J Dent. 1992 yil dekabr;20(6):325-32. [[PubMed](#)]
47. Aps J, Badr N. Rivoyatni ko'rib chiqish: dental lokal anesteziyaning neyrotoksikligining dalillari. J Dent Anesth Pain Med. 2020 yil aprel;20(2):63-72. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
48. Weil K, Hooper L, Afzal Z, Esposito M, Worthington HV, van Wijk AJ, Coulthard P. Pastki donolik tishlarini jarrohlik yo'li bilan olib tashlashdan keyin og'riqni yo'qotish uchun paratsetamol. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. 2007 yil 18 iyul; 2007 (3): CD004487. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
49. G'azal G, Al-Samadaniy KH. Tish chiqarish va chuqur bo'shliq preparatlaridan keyin og'riqni yo'qotish uchun paratsetamol, ibuprofen va diklofenak kaliyni solishtirish. Saudiya Med J 2017 Mar;38 (3): 284-291. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]

50. Seymour RA, Bler GS, Wyatt FA. Operatsiyadan keyingi tish og'rig'i va analjezik samaradorligi. I qism. Br J Oral Surg. 1983-yil dekabr;21(4):290-7. [[PubMed](#)]
51. Cho H, Lynham AJ, Hsu E. Uchinchi molar jarrohlikdan keyin yallig'lanish asoratlarini kamaytirish uchun operatsiyadan keyingi aralashuvlar: joriy dalillarni ko'rib chiqish. Aust Dent J 2017 dekabr;62(4):412-419. [[PubMed](#)]
52. Houston JP, McCollum J, Pietz D, Schneck D. Alveolyar osteit: uning etiologiyasi, oldini olish va davolash usullarini ko'rib chiqish. Gen Dent. 2002 yil sentyabr-oktyabr;50(5):457-63; viktorina 464-5. [[PubMed](#)]
53. Garola F, Gilligan G, Panico R, Leonardi N, Piemonte E. Alveolyar osteitning klinik boshqaruvi. Tizimli ko'rib chiqish. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2021 yil 01-noyabr;26(6):e691-e702. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
54. Supe NB, Choudhary SH, Yamyar SM, Patil KS, Choudhary AK, Kadam VD. Quruq rozetka uchun Alvogil (Yodoform + Butilparaminobenzoat birikmasi) va sink oksidi Eugenolning samaradorligi. Ann Maxillofac Surg. 2018 yil iyul-dekabr;8(2):193-199. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
55. Jaiswal P, Agrawal R, Gandhi A, Jain A, Kumar A, Rela R. Antikoagulyant bemorlarni gemostatik agent yordamida tish chiqarishni boshqarish: Traneksamik kislota og'iz yuvish vositasi. J Pharm Bioallied Sci. 2021-yil;13-iyun (1-qo'shimcha):S469-S472. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
56. Yao J, Li KK, McGrath C, Wu YN, Li KY, Mattheos N. Muntazam implantatsiya, tishlarni olib tashlash va periodontal jarrohlik amaliyotlaridan so'ng bemorga yo'naltirilgan natijalarni taqqoslash. Clin Oral Implants Res. 2017 yil aprel;28(4):373-380. [[PubMed](#)]
57. Singh Gill A, Morrissey H, Rahman A. Tish implantlari va ekstraksiya jarayonlarida antibiotiklar profilaktikasini baholashda tizimli ko'rib chiqish va meta-tahlil. Tibbiyot (Kaunas). 2018 yil 01 dekabr;54(6) [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
58. Sarikov R, Juodzbalys G. Mandibulyar uchinchi molar ekstraksiyasidan keyin pastki alveolyar asab shikastlanishi: adabiyotni ko'rib chiqish. J Oral Maxillofac Res. 2014 yil oktyabr-dekabr;5(4):e1. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
59. Bhat P, Cariappa KM. Pastki alveolyar asab etishmovchiligi va ta'sirlangan mandibulyar uchinchi molarlarni jarrohlik yo'li bilan olib tashlashdan keyin tiklanish. J Maxillofac Oral Surg. 2012 yil, 11 (3): 304-8. [[PMC bepul maqola](#)] [[PubMed](#)]
60. Jan AM, Albenayan R, Alsharkawi D, Jadu FM. Noto'g'ri tish chiqarishning tarqalishi va sabablari. Nigeriya J Clin amaliyoti. 2019-yil dekabr;22(12):1706-1714. [[PubMed](#)]
61. Bhatia K, Aruede G. StatPearls [Internet]. StatPearls nashriyoti; Treasure Island (FL): 20-sentabr, 2022. Og'iz bo'shlig'i jarrohligi, asboblari. [[PubMed](#)]

TISHLARNI ALDIGAN KEYIN ASORLANISHLARNI OLDINI OLISH

TOSHKENT – 2025

Kasalliklarning xalqaro tasnifi - ICD-10/11 kod(lar):

ICD-10/11	
Kod	K00.7, K.01.0, K 01.1, K04.5, K04.6, K08.8, K09.09, K10.2
	ICD-10/11

1. Asosiy qism

Murakkabliklar

Tish chiqarish, har qanday jarrohlik amaliyoti kabi, xavf tug'dirmaydi. Jarayon oldidan ushbu xavflar bemor bilan muhokama qilinishi kerak. Tish chiqarishdan keyingi keng tarqalgan xavflar orasida og'riq, qon ketish, gematoma, shish va infeksiya mavjud. Qo'shni tuzilmalarning shikastlanishi, masalan, qo'shni tishlar, ayniqsa, qo'shni tishlarda restavratsiyalar mavjud bo'lsa, har doim eslatib o'tish kerak. Zarur bo'lganda, oroantral aloqa va pastki tish nervining shikastlanishi kabi o'ziga xos xavflarni eslatib o'tish kerak.

Og'riq

Tish chiqarishdan keyin og'riq - bu operatsiyadan keyingi keng tarqalgan xavf. Odatda paratsetamol va ibuprofen kabi retseptsiz analjeziklarga yaxshi javob beradi. Bu ikki dori birgalikda qabul qilinishi mumkin, bu yaxshi samara beradi. Biroq, ba'zi bemorlar uchun bu dorilar etarli bo'lmasligi mumkin va ular operatsiyadan keyingi og'riqning asosiy shikoyati bilan qaytishi mumkin. Bunday holda, to'liq tarix va klinik tekshiruv o'tkazish kerak.

Agar shifokor bemorda og'riqni bartaraf etish uchun boshqa tashxisga ega emasligiga ishonch hosil qilsa, konservativ davo tavsiya etiladi. Bemorni operatsiyadan keyingi og'riq 3-7 kun ichida susayishi mumkinligiga ishonch hosil qilish kerak.[50] Bunday holda, opioidlar yoki kortikosteroidlar kabi qo'shimcha og'riq qoldiruvchi vositalar buyurilishi mumkin.

Bemorlarning operatsiyadan keyingi og'riqlar bilan qaytishining yana bir keng tarqalgan sababi quruq rozetka deb nomlanuvchi alveolyar osteitdir. Alveolyar osteit yarani tashkil qilishdan oldin rozetkadagi qon pıhtısının yo'q qilinishi tufayli yuzaga keladi. Alveolyar osteit bilan og'rigan bemorlar operatsiyadan keyingi og'riqni boshdan kechirishadi, ular dastlab o'tib ketadi va keyin tish chiqarishdan 1-3 kun o'tgach kuchayadi. Bemor ekspektoratsiya paytida qon pıhtısının chiqib ketganini ko'rishi mumkin yoki klinik tekshiruvda pıhtı yo'qolishi aniq bo'ladi. Bemor, shuningdek, og'izda yomon ta'm yoki halitozni sezishi haqida xabar berishi mumkin.

Alveolyar osteit odatda sho'r suv bilan sug'orish va rozetkaga dorivor kiyimni qo'llash bilan davolanadi. Alvogil mahalliy og'riq qoldiruvchi, antibakterial va okklyuziv vosita sifatida ishlaydigan keng qo'llaniladigan kiyimdir.

Bemorlar, shuningdek, tish chiqarishdan keyin temporomandibular bo'g'im bilan bog'liq og'riqlardan shikoyat qilishlari mumkin. Bu og'riq odatda miyofasiyal xarakterga ega va konservativ davu va vaqt bilan hal qilinishi mumkin.

Qon ketishi

Operatsiyadan keyingi qon ketish tish chiqarishdan keyin normal hisoblanadi. Operatsiyadan keyingi uzoq davom etadigan qon ketishiga moyil bo'lgan bemorning tarixidagi har qanday tibbiy omillarni erta aniqlash va tegishli ko'rsatmalarga muvofiq davolash kerak. Agar bemor hududga uzoq vaqt bosim o'tkazgandan keyin qon ketishda davom etsa, qon ketishini to'xtatish uchun mahalliy gemostatik vositalardan foydalanish kerak. Agar ular yordam bermasa, mahalliy traneksamik kislotaga ham ko'rib chiqilishi mumkin.

Bemorga aniq ko'rsatilishi kerakki, agar u uyda bosim bilan to'xtatib bo'lmaydigan uzoq vaqt qon ketishini boshdan kechirsa, u darhol tish shifokori yoki shifokordan yordam so'rashi kerak.

Ko'karishlar

Ba'zi bemorlarda tish chiqarishdan keyin ko'karishlar paydo bo'lishi mumkin. Biroq, bu oddiy olib tashlashdan ko'ra jarrohlik yo'li bilan olib tashlash bilan tez-tez sodir bo'ladi. Operatsiyadan keyingi ko'karishlar odatda tish chiqarishdan keyin bir necha kun ichida yo'qoladi, ammo bemorlarni tashvishlanmasliklari uchun ko'karishlar ehtimoli haqida ogohlantirish kerak.

Shish

Shishish, ko'karishlar kabi, ko'pincha ekzodontik jarrohlik paytida paydo bo'ladi. Biroq, bemorda oddiy tish chiqarishdan keyin shish paydo bo'lishi mumkin. Ekstraksiyadan keyin 3-7 kun ichida shish ketishi kerak. Shu bilan birga, operatsiyadan keyingi infektsiyani rivojlanishi mumkin, bu esa yuzning shishishi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Shuning uchun operatsiyadan keyingi shishi bo'lgan bemorni tizimli infektsiya va havo yo'llari obstruksiyasining har qanday belgilari uchun baholash juda muhimdir. Operatsiyadan keyingi davrda yuzning shishishi bo'yicha aniq maslahat muhim ahamiyatga ega. Bemorlarga yuzning ma'lum darajada shishishi normal ekanligiga ishonch hosil qilish kerak, ammo ular operatsiyadan keyingi infektsiya belgilaridan xabardor bo'lishlari va tibbiy mutaxassisdan maslahat olishlari kerak.

Infektsiya

Yuqorida aytib o'tilganidek, bemorlarni operatsiyadan keyingi infektsiya haqida ogohlantirish kerak. Rivojlanish xavfiga qaramay, ma'lumotlar operatsiyadan keyingi antibiotiklardan muntazam foydalanish zarurligini tasdiqlamaydi. Operatsiyadan keyingi infektsiyalar og'ir bo'lishi mumkin va bu eng xavfli asoratlardan biridir.

Qo'shni tishlarning shikastlanishi

Operatsiyadan oldin ehtiyotkorlik bilan tayyorgarlik ko'rish va qo'shni og'ir tiklangan tishning ko'tarilishi yoki ko'tarilishiga yo'l qo'ymaslik orqali qo'shni tishlarning shikastlanish xavfini iloji boricha kamaytirish kerak.

Pastki alveolyar nervlarning shikastlanishi

Bu xavf odatda mandibulyar uchinchi molarlar bilan bog'liq bo'lsa-da, ba'zida mandibulyar ikkinchi molarlar NAS yaqinida joylashgan bo'lishi mumkin. Bemorga har doim zararlangan tomonda lablar, yonoqlar, til va tishlarning sezgirligining vaqtinchalik yoki doimiy o'zgarishi xavfi haqida ogohlantirish kerak. TMJ jarohatlarining chastotasi 0,35% dan 8,4% gacha, doimiy nerv shikastlanishi kam uchraydi.

Agar bemor NAS jarohati olgan bo'lsa, dastlabki davrda uni diqqat bilan kuzatib borish kerak. Ko'p hollarda tiklanish 6-8 hafta ichida sodir bo'ladi, lekin ikki yilgacha davom etishi mumkin. Ideal holda, to'liq tiklanish ikki oy ichida sodir bo'lishi kerak, chunki bu davrdan keyin doimiy etishmovchilik ehtimoli ortadi.

Oroantral aloqa

Oroantral aloqa (OAC) ko'pincha maksiller molarlarda paydo bo'ladi. OSA yoki oroantral oqma (OAF) paydo bo'lishining asosiy sababi - tish cho'qqilarining sinus tubiga yaqinligi yoki ildizlarning sinusga proektsiyasi. OSA, shuningdek, operatorni olib tashlash paytida ildiz yoki tepaning sinusga siljishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. 2 mm dan kichik bo'lgan ko'pchilik nuqsonlar o'z-o'zidan yopiladi va konservativ tarzda davolash mumkin. Biroq, bu o'lchamdan kattaroq nuqsonlar, agar qolsa, epitelizatsiya qilinadi va OAF hosil qiladi. Bu bemorda sinusit rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Bunday nuqsonlar jarrohlik yo'li bilan yopilishini talab qiladi, ideal holda 24 soat ichida.

Noto'g'ri joyda tish chiqarish

Noto'g'ri tishni olib tashlash stomatologiyadagi eng bezovta qiluvchi asoratlardan biridir. Yomon aloqa, qayta yo'naltirish va operator charchoqlari noto'g'ri joylashtirilgan jarrohlikning keng tarqalgan sabablari hisoblanadi.

Bu tish chiqarishdan keyingi barcha mumkin bo'lgan asoratlarning to'liq ro'yxati emas, lekin yuqorida tavsiflangan asoratlar eng keng tarqalgan bo'lib, bemorlar bilan muntazam rozilik muhokamalarining asosiy qismini tashkil qiladi.

2.1. Oldini olish usullari:

Aspiratsiya ehtimolini bilgan holda, kichik asboblardan foydalanganda ehtiyot bo'lish kerak. Kichkina bilan aloqa qilganda asboblari, og'iz bo'shlig'iga olib tashlangan tishlari, bemor oldinga engashib va og'iz bo'shlig'i tarkibini tupurish uchun so'rash kerak, suv bilan og'zini chayish va yana tupurish. Agar tupurishda "yo'qolib borayotgan" asbob, tish yoki uning bir qismi bo'lmasa, og'iz bo'shlig'ini diqqat bilan tekshiring va begona narsa topilsa, uni olib tashlang. Agar to'liq qidiruv natija bermasa, bemor uni yutib yuborishi mumkinligini istisno qilmaslik kerak.

Tishlar va ildizlarni olib tashlashdan keyin yuzaga keladigan mahalliy asoratlari

- Qon ketish.
- Soket og'rig'i.
- Pastki alveolyar nerv nevriti.

Qon ketishni to'xtatishning mahalliy usullari

- Yarani tikish.
- Yodoform turunda rozetkaning qattiq tamponadasi.

Qon ketishi

Tish chiqarish operatsiyasi muqarrar ravishda qon ketishi bilan birga keladi. Bir necha daqiqadan so'ng, teshikdagi qon koagulyatsiyalanadi, to'liq laxta hosil bo'ladi va qon ketish to'xtaydi. Biroq, bu har doim ham sodir bo'lmaydi va bu qon ketish birlamchi deb ataladi. Gemostaza erishilgandan keyin va bemor jarrohlik xonasini tark etgandan so'ng paydo bo'ladigan qon ketish ikkilamchi deb ataladi.

Qon ketishining oldini olish.

Tish chiqarishdan oldin bemorda to'qimalarning tasodifiy shikastlanishi va oldingi operatsiyalardan keyin uzoq davom etgan qon ketishini aniqlash kerak. Agar qon ketish tendentsiyasi mavjud bo'lsa, operatsiyadan oldin umumiy qon tekshiruvi o'tkaziladi, trombositlar soni, qon ivish vaqti va qon ketishining davomiyligi aniqlanadi va batafsil koagulogramma tuziladi. Agar gemostaz ko'rsatkichlari fiziologik me'yordan chetga chiqsa, qon ivish tizimining funksional faolligini oshirish choralari ko'riladi (kaltsiy xlorid eritmasi, aminokaproik va askorbin kislota, Vikasol ♠, rutin ♠ va boshqa dorilar) va bemor. gematolog yoki terapevt bilan maslahatlashgan.

Gemorragik diatez bilan og'riqan bemorlar uchun tish chiqarish shifoxona sharoitida amalga oshiriladi. Ular gematolog bilan birgalikda operatsiyaga tayyorlanadi. Koagulogramma nazorati ostida gemostaz parametrlarini normallashtiradigan vositalar buyuriladi. Gemofiliya uchun antigemofil plazma, kriyopresipitat yoki antigemofil globulin, yangi sitratlangan qon quyiladi; trombopeniya uchun - trombosit suspenziyasi, to'liq qon, K va C vitaminlari. Plastik himoya plitasi tayyorlanadi.

Bunday bemorlarda tishlarni olib tashlash suyak va uning atrofidagi yumshoq to'qimalarga minimal travma bilan amalga oshirilishiga intiladi. Tish chiqarishdan keyin teshik gemostatik shimgich yoki quruq plazma bilan tamponlanadi va himoya plitasi qo'llaniladi. Gemostatik dorilarni rozetkada ushlab turish uchun tish go'shtining

chetlarini tikish tavsiya etilmaydi, chunki shilliq qavatning teshilishi qon ketishining qo'shimcha manbai bo'ladi.

Alveolit

Shifokorning taktikasi:

- etarli darajada og'riqni kamaytirishni ta'minlash;
- quduqni iliq antiseptik eritma (vodorod peroksid, nitrofural (furatsilin♠), xlorheksidin, kaliy permanganat va boshqalar) bilan yuvish;
- kuretaj qoshig'i yordamida parchalangan pıhtı va begona jismlarni (tish bo'laklari, suyak, granulyatsiya to'qimalari) olib tashlash;
- teshikni antiseptik bilan qayta-qayta yuvish, doka bilan quritish;
- rozetkaning yodoform turunda bo'shashgan tamponadasi. Gentamitsin yoki kanamitsin bilan gemostatik shimgich ham ishlatiladi.

Alveolitning dastlabki bosqichida, bunday davolanishdan so'ng, rozetkadagi og'riqlar takrorlanmaydi. Yallig'lanish jarayoni 2-3 kundan keyin to'xtaydi. Alveolit rivojlanib, kuchli og'riq kuchayganda, quyidagilar qo'llaniladi:

- prokain (novokain♠), lidokain blokadasi. O'tish burmasi bo'ylab 5-10 ml 0,5% anestetik eritma yuboriladi;
- tish bo'shlig'ini nekrotik yemirilishdan tozalash uchun oqsillar va nekrotik to'qimalarni parchalaydigan va yara yuzasini tozalaydigan tripsin va ximotripsin proteolitik fermentlari qo'llaniladi;
- davolashning fizioterapevtik usullari: UHF, fluktuarizatsiya, mahalliy ultrabinafsha nurlanish, geliy-neon lazer nurlari.

Yallig'lanish o'chog'iga mahalliy ta'sir.

Teshik har kuni yoki har kuni davolanadi. 5-7 kundan keyin rozetkaning devorlari yosh granulyatsiya to'qimalari bilan qoplangan, ammo yallig'lanish hali ham davom etmoqda. 2 haftadan so'ng tish go'shti normal rangga ega bo'ladi, shishish yo'qoladi, rozetka granulyatsiya to'qimasi bilan to'ldiriladi va epitelizatsiya boshlanadi.

Pastki alveolyar asabning nevrیتی

Shifokorning taktikasi:

- kuchli og'riqlarda og'riq qoldiruvchi vositalar, impulsi tok fizioterapiyasi, ultrabinafsha nurlanish buyuriladi;
- tiamin (vitamin B1♠) in'ektsiyalari kursi buyuriladi (har kuni 1 ml 6% eritma, 10 ta in'ektsiya);
- prokainning 2% eritmasi (Novokain♠) bilan elektroforez (20 daqiqa davomida 5-6 protsedura);
- riboflavin (vitamin B2) (kuniga 0,005 g dan 2 marta) va askorbin kislotani (vitamin C♠) (kuniga 3 marta 0,1 g) og'iz orqali yuborish;
- shuningdek, 10 tagacha bendazol (dibazol♠) (har kuni 2 ml 0,5% eritma), galantamin (kuniga 1 ml eritma), aloe ekstrakti♠ (kuniga 1 ml), siyanokobalamin (B12 vitamini♠) (1 ml 0,2% eritma har kuni).

2.2. Reabilitatsiya usullari va usullari:

- Operatsiyadan keyingi davrda qon ivishini oshirishga qaratilgan umumiy terapiya davom ettiriladi (qon, antigemofil plazma, kriyopresipitat, aminokaproik va askorbin kislotalarni quyish, kaltsiy xlorid, gemofobin, rutin, vikasol ♠). Gemostatik preparatlar to'liq tuzalmaguncha teshikda qoldiriladi. Bunday bemorlar bir vaqtning o'zida bir nechta tishlarni olib tashlamasliklari kerak (faqat kasalxonada).

PALLIATIVIY YORDAM BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT-2025

Klinik protokolning milliy nosologiyasi va kasalliklarning xalqaro tasnifi-ICD-10/11 kod(lari):

ICD-10/11	
Kod	Ism
	Yuklab oling (ICD-10/11 dan giperhavola kiriting)

1. Asosiy qism

Palliativ yordam ikki komponentdan iborat:

- kasallikning butun davri davomida bemorning azoblanishini engillashtirish (radikal davolash bilan birga);
- hayotning oxirgi oylari, kunlari va soatlarida tibbiy yordam.

Palliativ yordamning vazifasi- bemor uchun eng yaxshi hayot sifatini ta'minlash. Bu aniq tashxislar ro'yxati bilan cheklanmaydi. Bundan tashqari, yordamning muhim qismi bemorning kasalligi paytida uning yaqinlari bilan ishlash va ularni psixologik qo'llab-quvvatlashdir.

Palliativ yordam uchta yondashuvni birlashtiradi:

- Og'riq va og'riqli hislarni bartaraf etish.

Buning uchun kasallikdan kelib chiqqan og'riqli hujumlarni bartaraf etish uchun simptomatik terapiya o'tkaziladi. U minimal qulay prognoz bilan hayotning eng qoniqarli sifatini ta'minlashga qaratilgan.

Og'riqni samarali bartaraf etish uchun siz uning tabiatini to'g'ri baholashingiz, unga qarshi kurashish taktikasini yaratishingiz va bemorga to'g'ri yordam ko'rsatishingiz kerak. Misol uchun, migrenlardan kelib chiqqan kundalik og'ir bosh og'rig'i bilan og'riq qoldiruvchi vositalarni o'z-o'zini boshqarish faqat yangi hujumlarni keltirib chiqarishi mumkin. Palliativ tibbiyot mutaxassisi, xususan, nevrolog bemorga to'g'ri davolanishni belgilaydi, jismoniy reabilitatsiya bo'yicha chora-tadbirlar majmuini tavsiya qiladi va to'g'ri kun tartibini yaratadi. Og'riqni yo'qotishning eng qulay va eng oson usuli - bu farmakoterapiya.

- Psixologik yordam.

Og'ir kasallik, kasalxonaga yotqizish, jarrohlik, turmush tarzini o'zgartirish, mumkin bo'lgan nogironlik va o'lim tahdidi bemorning psixologik holatiga salbiy ta'sir qiladi. Bemor yangi hayot sharoitlariga moslasha olmaydi, u doimo qo'rquv va halokat hissini boshdan kechiradi, bu esa umumiy holatga salbiy ta'sir qiladi.

Qarindoshlar odatda bemorni psixologik jihatdan qo'llab-quvvatlay olmaydilar, chunki ular o'zlari stressni boshdan kechirishadi. Palliativ yordam psixologlarning bemor va uning yaqinlari bilan ishlashini o'z ichiga oladi. Ba'zida bu ishga ko'ngillilar jalb qilinadi.

- ijtimoiy qo'llab-quvvatlash.

Palliativ yordam bemorning oilasi va o'zini ijtimoiy qo'llab-quvvatlashni o'z ichiga oladi. Zero, psixologik muammolar ham parvarish va davolanish xarajatlaridan kelib chiqadigan ijtimoiy qiyinchiliklarni anglash bilan kuchayadi. Ko'pgina bemorlar moliyaviy muammolarga duch kelishadi, ba'zilari yashash sharoitlarini yaxshilashga muhtoj, ammo juda kam sonlilar ularga mavjud ijtimoiy imtiyozlardan xabardor.

Palliativ yordam ko'rsatuvchi muassasalar Palliativ yordam ham ixtisoslashtirilgan, ham ixtisoslashtirilmagan tibbiyot muassasalarida ko'rsatilishi mumkin. Yuqori ixtisoslashtirilgan klinikalar soni hali ham juda oz bo'lganligi sababli, muntazam kasalxonalar o'z vazifalarini bajarishga majbur.

- Ixtisoslashgan bo'lmagan palliativ yordam muassasalari:

— tuman hamshiralik xizmati;

- umumiy amaliyot shifokorlari;

— ambulator hamshiralik xizmati;

— umumiy shifoxonalar bo'limlari;

2. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari va tartiblari:

- Palliativ yordam uchun kasalxonaga yotqizish bo'yicha tavsiyalar
- Palliativ yordam uchun kasalxonaga yotqizish shartlari

Palliativ yordam bo'limida kasalxonaga yotqizish vaqtini ko'rib chiqish uchun quyidagi hujjatlar taqdim etilishi kerak:

- O'zbekiston Respublikasi fuqarosi pasportining asl nusxasi va nusxasi;
- Ambulator yoki statsionar bemorning tibbiy kartasidan kompleks tekshiruv natijalari bilan xulosa chiqarish;
- Kasalxonaga yotqizish uchun yuborish;
- Qarindoshlar yoki qonuniy vakillarning mavjudligi majburiydir.

3. Diagnostika mezonlari (sindromning ishonchli belgilarining tavsifi):

- Palliativ yordamga yotqizilgan bemorning shikoyatlari va kasallik tarixi (to'liq);
- Palliativ yordam olayotgan bemorning umumiy fizik tekshiruvi (ishlatilgan ma'lumotlar manbasiga havola va havolani kiriting);
- Tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan palliativ yordam uchun kasalxonadan oldingi laboratoriya testlari
- Palliativ yordam shifoxonasiga yotqizishdan oldin instrumental tadqiqotlar o'tkazildi

Bemorlarni palliativ yordam bo'limiga yotqizishning asosiy ko'rsatkichlari:

- dekompensatsiya bosqichida organ etishmovchiligi bo'lgan bemorlar, agar kasallikning remissiyasiga erishish yoki bemorning ahvolini barqarorlashtirishning iloji bo'lmasa;
- rivojlanishning terminal bosqichida terapevtik profilning surunkali progressiv kasalliklari bo'lgan bemorlar;
- tibbiy yordam ko'rsatish paytida simptomatik davolash va parvarish qilishni talab qiladigan serebrovaskulyar avariylarning og'ir qaytarilmas oqibatlari bo'lgan bemorlar;
- tibbiy yordam ko'rsatish paytida simptomatik terapiya va parvarish qilishni talab qiladigan jarohatlarning og'ir qaytarilmas oqibatlari bo'lgan bemorlar;
- jarayonning rivojlanishining keyingi bosqichlarida asab tizimining degenerativ kasalliklari bo'lgan bemorlar;

4. Palliativ yordamning maqsadlari

Asosiy maqsad jismoniy yoki aqliy imkoniyatlari sezilarli darajada cheklangan va simptomatik terapiya, psixo-ijtimoiy yordam va uzoq muddatli yordamga muhtoj bo'lgan davolab bo'lmaydigan bemorlarga palliativ tibbiy yordam ko'rsatishdir.

5. Palliativ yordam taktikasi:

Tish og'rig'ini palliativ (shoshilinch) davolash

Odatda, bu usul bemor shoshilinch tish shifokoriga tashrif buyurganida va og'riq yoki noqulaylikni boshdan kechirganda qo'llaniladi.

Palliativ davo asosiy kasallikni davolamasdan simptomlarni yengillashtirish sifatida qaralishi mumkin.

Agar bemorga ko'rsatiladigan yagona xizmat retsept bo'lsa, uni ishlatmaslik kerak.

Palliativ yordam tekshiruv yoki baholashni o'z ichiga olmaydi.

Palliativ yordam diagnostik rentgen nurlarini o'z ichiga olmaydi.

Palliativ davolashga misollar:

- Buzilgan tishning o'tkir qirrasini tekislash yoki tiklash.

- ⊕ Buzilgan tishga vaqtinchalik plomba o'rnatish.
- ⊕ Og'riqni yo'qotish uchun xo'ppozni ochish.
- ⊕ Xo'ppozni ochish.
- ⊕ Yoriq tish sindromi bilan tish okklyuziyasini tuzatish.
- ⊕ Tish iplarini yoki tish go'shtini tirnash xususiyati keltirib chiqaradigan oziq-ovqat qoldiqlarini olib tashlash.
- ⊕ Qisman chiqqan donolik tishi atrofida yallig'langan to'qimalarni tozalash.
- ⊕ Ochiq ildiz yuzasiga desensibilizatsiya qiluvchi preparatni qo'llash.
- ⊕ Juda chuqur, og'riqli bo'shliqda kariesning faqat bir qismini olib tashlash va vaqtinchalik plomba o'rnatish.
- ⊕ Og'riqni vaqtincha yo'qotish uchun mahalliy og'riqsizlantiruvchi vositani kiritish.
- ⊕ Og'iz ichidagi kuyish yoki saraton yarasiga topikal dori qo'llash.

Taqdim etilgan yordam doirasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- gemodinamik buzilishlarni tuzatish;
- oshqozon-ichak trakti kasalliklarini davolash (ko'ngil aynishi, qusish, diareya, ich qotishi);
- ovqatlanishni qo'llab-quvvatlash;
- farmakologik vositalar bilan nafas olish buzilishlarini tuzatish;

6. Foydalanilgan adabiyotlar va manbalar.

1. Wiseman MA. Palliativ yordam stomatologiyasi. Gerodontologiya. 2000;17:49–51.
2. Mol RP. Palliativ yordam guruhida stomatologning roli. Indian J Palliat Care. 2010;16:74–8.
3. Amerika Pediatriya Akademiyasi. Bioetika qo'mitasi va shifoxona parvarishi qo'mitasi. Bolalar uchun palliativ yordam. Pediatriya. 2000;106:351–7.
4. Cherian K. Hindistondagi palliativ yordam harakati: Yana bir erkinlik kurashi yoki jim inqilob. Indian J Palliat Care. 2009;15:10–3.
5. Saini R, Saini S, Sugandha Palliativ yordam, uning saraton kasalliklarida ehtiyoji va roli, Hindiston stsenariysi. Indian J Med Paediatr Oncol. 2009;30:119–20.
6. Murray SA, Boyd K, Shayx A. Surunkali kasalliklarda palliativ yordam. BMJ. 2005;330:611–2.

7. Levy-Polack MP, Sebelli P, Polack NL. O'tkir leykemiya bilan og'rigan bolalarda og'iz orqali asoratlarning paydo bo'lishi va profilaktika protokolini qo'llash. Spec Care stomatologi. 1998;18:189–93.