

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ**

**ТИШЛАРНИ ОЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР.**

ТОШКЕНТ – 2025

"КЕЛИШИЛГАН"
Тошкент давлат
стомаология институти
ректори



Н.К. Хайдаров

2025 йил

ТИШЛАРНИ ОЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР.

ТОШКЕНТ – 2025

4

3

МУНДАРИЖА

Кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар **Ошибка! Закладка не определена.**

ТИШЛАРНИ ОЛИШ БЎЙИЧА КЛИНИК ПРОТОКОЛ
..... **Ошибка! Закладка не определена.**

ТИШЛАРНИ ОЛДИРГАНДАН СЎНГ ЮЗАГА КЕЛАДИГАН
АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ **Ошибка! Закладка не определена.**

ПАЛЛИАТИВ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ..... **Ошибка! Закладка не определена.**

**ТИШЛАРНИ ОЛДИРИШ УЧУН КЎРСАТМА ВА ҚАРШИ
КЎРСАТМАЛАРНИ АНИҚЛАШ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш

К00.7 — тиш чиқариш синдроми

К01.0 — тасирланган тишлар

К01.1 — зарба тишлари

К04.5 — сурункали апикал периодонтит(апикал гранулома)

К04.6 — фистула билан периапикал хўппоз

К08.8 — тишлар ва уларни кўллаб –куватловчи аппаратлардаги бошқа белгиланган ўзгаришлар

К09.08 — тишларни шакллаини жарайонида ҳосил бўлган бошқа кўрсатилган одонто кисталар;

К09.09 — тишларни шакллаини жарайонида ҳосил бўлган бошқа кўрсатилган одонто кисталар аниқланмаган;

К10.2 — жағларни йаллиғланиш касалликлари

Касалларининг халқаро таснифи– КХТ код(лар) -10/11:

КХТ -10/11	
Код	К00.7, К.01.0, К 01.1, К04.5, К04.6, К08.8, К09.09, К10.2
	КХТ -10/11

- Миллий клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масул ташкилот ТДСИ, Болалар юз-жағ жарроҳлиги кафедраси

МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИКИШДАГИ ИШТИРОКЧИЛАР:

Амануллаев Р.А., ф.ф.н., проф. Болалар юз-жағ жарроҳлиги кафедраси мудири
Шомуродов К.Э. , ф.ф.н., проф. Проректор по науке и инновациям ТДСИ фан ва инновация бўйича проректор

Хасанов А.И., ф.ф.н., Болалар юз-жағ жарроҳлиги кафедраси дотсенти

Болтаходжаева Л.М. Болалар юз-жағ жарроҳлиги бўлим бошлиги

Абдувалиев А.А. ТДСИ асоси докторанти

Миллий клиник протоколлар ва стандартларнинг техник баҳоларини экспертизадан ўтказиш ва таҳрирлаш:

- (ФИШ, иш жойи,лавозими/унвони);

Миллий клиник протокол ва стандартларни Соғлиқни сақлаш вазирлиги Экспертлар гуруҳи экспертлари томонидан баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:

- (ФИШ, иш жойи,лавозими/унвони);

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

Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги Мувофиқлаштирувчи кенгаш мажлиси баённомасидан кўчирма (сана, рақам)

....

-Ушбу нозология бўйича Миллий клиник протокол ва стандартлардан фойдаланувчилар -

....;

-Ушбу нозология бўйича миллий клиник протокол ва стандартларга мос келадиган беморлар тоифаси;

-Далилларга асосланган тиббиётнинг далиллар шкаласи - тақдим етилган шарҳлар.

Далиллар кўлами

(диагностик аралашувлар учун)

Далиллар даражаси	
1	Малумот усулидан фойдаланган ҳолда назорат қилинадиган синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
2	Маълумотнома усули ёки баъзи тасодифий клиник синовларнинг тизимли кўриб чиқишлари назорати остида ўтказилган баъзи тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотлар, мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш бундан мустасно
3	Доимий назоратиз ёки ўрганиш усулидан мустақил равишда мос ёзувлар усули ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан кохорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ҳисоботи
5	Даволаш асоси, ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси

Далиллар кўлами

(профилактика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун)

Далиллар даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовларни тизимли кўриб чиқиш

2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш бундан мустасно, индивидуал рандомизацияланган клиник синовларни тизимли кўриб чиқиш ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотлар.
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник мисоллар ҳисоботлари ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар.
5	Даволашнинг таъсир механизмининг асоси (клиникгача бўлган тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси

Тавсия ишончилиги рейтинг шкаласи

Тавсияларнинг ишонч даражаси	
A	Кучли тавсия (барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга ега ва қизиқиш натижалари бўйича хулосалар келишилган)
B	Шартли тавсиялар (кўриб чиқиладиган маълум самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, айрим тадқиқотларнинг услубий сифати юқори ёки адолатли ва/ёки қизиқиш натижалари бўйича хулосалар мос келмайди)
C	Заиф тавсиялар (сифатли далиллар тақдим етилмайди, самарадорлик мезонлари йўқ, натижа кўрсаткичлари ҳисобга олинмаган) аҳамияtsiz, паст услубий сифатдаги барча тадқиқотлар ва қизиқиш натижалари бўйича қарама-қарши хулосалар

2. Асосий қисм

Кўпгина стоматологлар учун тиш олиш тиш жарроҳликнинг биринчи ёндашувидир. Ҳар қандай бошқа жарроҳлик муолажалар сингари, ҳатто энг оддий олиб ташлаш ҳам еҳтиёткорлик билан клиник таҳлилни ва операциядан олдинги тўғри режалаштиришни, кейин еса ҳеч нарсани тасодифга қолдирмайдиган аниқ белгиланган жарроҳлик протоколини талаб қилади. Бундан ташқари, шуни таъкидлаш керакки, тиш чиқариш камдан-кам ҳолларда ўз-ўзидан тугайдиган жарроҳлик операцияси ҳисобланади. Шунинг учун жарроҳлик травмасини минималлаштириш натижасида олинган алвеоляр суякни сақлаб қолиш муҳимдир. Ҳақиқатан ҳам, бу суяк ҳажмини ва экстракциядан кейинги жойнинг морфологиясини сақлаб қолиш имконини беради. Ушбу омиллар анъанавий ва ичкисуяк имплантлар томонидан қўллаб-қувватланадиган қуйидаги протез вариантлари учун мос келадиган функционал ва естетик таъсирга ега.

Кўрсаткичлар

Ҳар хил турдаги шикастланишлар (травматик, ендодонтик, периодонтал ва бошқалар) туфайли тишни тиклаш мумкин бўлмаган ҳолларда, тишни сақлаш маҳаллий шароитларни ёки беморнинг умумий соғлиғини ҳисобга олган ҳолда мос келмаса, чиққан тишни олиб ташлаш кўрсатилади. Тафсилотларни аниқлаштириш учун тиш олиш қуйидаги ҳолатларда кўрсатилиши мумкин:

Кенг тарқалган кариес лезёнлар: айниқса, илдизларга тарқалётган тишларни тиклаш қийин ёки имконсиз бўлганда.

Периапикал инфекция: эндодонтик даволаш периапикал шикастланишни бартараф қилмаса ёки илдиз каналларида олиб ташланмайдиган тўсиқлар мавжудлиги сабабли эндодонтик даволаш (ёки қайта даволаш) мумкин бўлмаганда ёки ятроген шикастланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли жарроҳлик эндодонтик даволаш муҳим анатомик тузилмаларга.

Парадонтоз: периодонтал касаллик периодонтал қўллаб-қувватлашнинг ҳаддан ташқари йўқолишига олиб келган ҳолларда, айниқса тиш сезиларли ҳаракатчанликка ега бўлса ва муваффақиятли регенератив терапия учун зарур шартлар бўлмаса.

Комбинацияланган периодонтал-эндодонтик шикастланиш: даволашнинг мураккаблиги туфайли прогноз ёмон, бу еса натижани олдиндан айтиб бўлмайдиган қилади (апикоектомия тишларни қўллаб-қувватлашни янада камайтиради).

Горизонтал ва вертикал илдиз синиши: Улар даволаб бўлмайдиган бўлгани учун, тиш олиш муқаррар..

Ортодонтик даволаш: айниқса тикилиб қолган тишлар бўлса, ортодонтист беморни стратегик олиб ташлаш учун оғиз жарроҳига юбориши мумкин. Одатда, биринчи премолярлар функционал сабабларга кўра екстракция қилиш учун танланади, агар бошқа тишлар етарли даражада реставрация қилинмаса ёки илдиз каналини даволашмаса, бу уларнинг узоқ муддатли прогнозини ёмонлаштириши мумкин. Якуний ҳолда, енг ёмон прогнозли тишларни олиб ташлаш мумкин.

Тишларнинг нотўғри жойлашиши: нотўғри жойлаштириш атрофдаги тўқималарнинг шикастланишига олиб келади. Мисол учун, буккал мойилликка ега бўлган максиллар учинчи моларлар буккал шиллик қаватнинг ўз-ўзидан чайнашига олиб келиши мумкин.

Ортодонтик аралашув мумкин бўлмаганда, ортиқча тишларнинг мавжудлиги антагонист тишларнинг тикланишига тўсқинлик қилганда ёки ортиқча тишлар қарама-қарши жойнинг шиллик қаватига зарар етказганда, шунингдек, ортиқча тишларни олиб ташлаш керак.

Жағнинг синишидан таъсирланган тишлар: улар синишнинг қисқаришига тўсқинлик қилганда ёки бу ҳудудда инфекцияни келтириб чиқариши мумкин бўлган даволаб бўлмайдиган лезёнлардан таъсирланганда, бу еса синишнинг йетарли даражада мустаҳкамланишини олдини олади..

Хатарли ўсмаларни даволаш учун бош ва бўйин ҳудудида радиация терапияси: Эндодонтик ва/ёки периодонтал касаллик белгилари бўлган тишларни олиб ташлаш кўрсатилади, чунки радиация терапияси таъсирланган тўқималарда метаболик ўзгаришларга олиб келади ва тўқималарнинг перфузиясини

камайтиради, бу еса ушбу соҳада дори воситаларининг (масалан, антибиотиклар, яллиғланишга қарши дорилар) таъсирини чеклайди. Бундан ташқари, илгари нурланган беморларда тишларни олиб ташлаш остеорадионекрознинг юқори хавфи билан боғлиқ.

Бифосфонат терапияси (айниқса томир ичига юборилганда) суяклар бўлса, бу метаболик ўзгаришларга олиб келади ва тўқималарга қон қуйилиши камаяди. Ушбу омиллар беморларни жарроҳлик манипуляциясидан сўнг жағнинг остеоонекроз хавфини келтириб чиқариши мумкин, бу суякни оғиз бўшлиғини колонизация қилувчи бактерияларга таъсир қилади. Шунинг учун, бифосфонат терапиясини бошлашдан олдин оғир ендопериодонтал касалликдан таъсирланган барча тишларни олиб ташлаш керак.

Бирламчи тишларнинг карийеси ёки периапикал инфекцияси: Агар таъсирланган тишнинг ажралиши яқин бўлса, уни олиб ташлаш патологик жараённинг асосий доимий тишга тарқалишини олдини олиш учун кўрсатилади.

Бирламчи тишларнинг анкилози: Бирламчи тишнинг анкилози доимий тишнинг нормал чиқишини олдини олади ва ектопик портлаш ёки тутилишга олиб келиши мумкин

.Шикастланган тишларни ичкисуяк имплантлар билан алмаштириш имконияти: Табiiй тишларни сақлаб қолиш учун ҳар доим ҳаракат қилиш керак, аммо танланган ҳолларда шикастланган тишни ичкисуяк имплант билан алмаштириш енг ишончли йечим бўлиши мумкин.

Молиявий қийинчиликлар: Баъзи ҳолларда бемор даволаниш нархи туфайли консерватив стоматологик даволанишдан бош тортиши мумкин..

Кўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

Айниқса, ўткир аломатлари бўлган тиш бўлса, тишни олиб таслаш учун бир нечта мутлақ қарши кўрсатмалар мавжуд. Бироқ, беморни экстракция қилишдан олдин асосий ҳолат учун даволаниши керак бўлган ҳолатлар мавжуд. Барча ҳолатларда тиш олишнинг хавф-хатарлари ва фойдалари бемор билан диққат билан муҳокама қилиниши керак. Ушбу мунозара беморнинг тиббий маълумотларини ва ўзига хос тиш ёки тишларни олиб ташлашнинг ўзига хос хусусиятларини тушунишни ўз ичига олиши керак.

Тиш чиқаришга таъсир қилувчи назоратсиз касалликлар

Беморга назоратсиз тиббий ташхис қўйилган барча ҳолатларда беморнинг тиббий гуруҳи ёки умумий шифокор билан беморнинг аҳолини кузатиши учун барча оқилона ҳаракатларни амалга ошириш керак. Бунга эришилгандан сўнг, беморни тиш олиш учун қайта баҳолаш тавсия этилади.

Неврологик касалликлар

Назорат қилинмаган эпилепсия каби шароитлар беморларни олиб ташлаш пайтида тутқаноқ пайдо бўлса, аспирация ёки шикастланиш хавфини оширади.

Гипертензия ёки сереброваскуляр касаллик тарихи бўлган беморларда инсулт хавфи юқори. Улар илгари вақтинчалик ишемик хуруж бўлганми ёки йўқлигини аниқлаштириш муҳимдир. Агар беморда ҳеч қандай тиббий ёрдамсиз қон томир хавфи юқори бўлса, бу муаммони тиш олишдан олдин ҳал қилиш тавсия этилади. Шунини таъкидлаш керакки, бу тишларни олиб ташлашга қарши кўрсатма бўлмасда, қон томирлари ёки қон томиридан кейинги хавф остида бўлган кўплаб беморлар қонни суюлтирувчи дори-дармонларни қабул қилишади ва тегишли гемостатик чораларни кўриш керак.

Нафас олиш касалликлари

Сурункали обструктив ўпка касаллиги (СОЎК) каби нафас олиш касалликлари тиш олиш учун мутлақ қарши кўрсатма эмас. Бироқ, бу беморларнинг кўпчилиги горизонтал ҳолатда пайдо бўладиган нафас қисилиши туфайли ўтирган ҳолда даволанишни афзал кўрадилар. Бу седасёндан олдин беморни диққат билан баҳолаш орқали баҳоланиши керак.

Юрак-қон томир касалликлари

Юрак-қон томир касалликлари (ЙҚТК) коронар артерия касаллиги, юқумли эндокардит, гипертензия ва аритмия каби бир қатор шароитларни ўз ичига олган атамадир. Инфекцион эндокардит (ИЕ) кўпинча стоматологик даволаш контекстида муҳокама қилинади. 2008 йилгача бир қатор клиник кўрсатмаларда беморларда ИЕ ривожланиши хавфи мавжуд бўлган айрим ҳолларда антибиотиклар профилактикаси тавсия этилган. Ушбу тавсия одатда рад этилди, чунки тишларни олиб ташлаш натижасида ИЕ ривожланиши хавфи ҳаддан ташқари оширилган деб ҳисобланган. Шу билан бирга, беморнинг индивидуал мулоҳазаларини ҳисобга олиш ва олиб ташлашни амалга оширишдан олдин беморнинг кардиологидан ёзма фикрни олиш зарур.

Буйрак етишмовчилиги

Оғир буйрак етишмовчилиги бўлган беморларни даволаш қийин бўлиши мумкин. Улар кўпинча қон кетиш ва инфекцияларни кўпайтириш хавфи остида. Иложи бўлса, бундай беморларда жарроҳликдан қочиш тавсия этилади. ИНФЕКЦИОН хавфи юқори бўлганлиги сабабли, кўпинча антибиотиклар билан профилактика қилиш тавсия этилади. Буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда, агар улар трансплантация қилинган бўлса, иммуносупрессияга дуч келишлари мумкин. Тиш олишдан олдин беморнинг буйрак ташхисини аниқ тушуниш ва уларнинг мутахассислар жамоаси билан мулоқот қилиш тавсия этилади.

Иммунитет танқислиги бўлган беморлар

Иммунитет танқислиги бўлган беморларда тишларни олиб ташлаш каби инвазив стоматологик даволанишдан кейин тизимли инфекцияларни ривожланиш хавфи мавжуд. Уларга эҳтиёткорлик билан муносабатда бўлиш керак ва уларнинг тиббий гуруҳлари билан мулоқот қилиш тавсия этилади. Ушбу гуруҳда антибиотик профилактикаси зарур эмас, чунки профилактик антибиотиклардан фойдаланиш операциядан кейинги инфекцияни камайтиради деган аниқ далиллар йўқ. Ҳар бир ҳолат алоҳида баҳоланиши ва тегишли маслаҳат олиши керак.

Гематологик ва жигар касалликлари ва диабет каби бошқа касалликлар юқорида айтиб ўтилганидек, тиш олиш билан боғлиқ шунга ўхшаш муаммоларни келтириб чиқаради.

Тиббий омиллар

Антирезорптив воситалар

Бифосфонатлар ва деносумаб каби антирезорптив воситалар асосан остеопороз, саратон билан боғлиқ гиперкальцемия, кўп миелом, Пагет касаллиги ва бошқа скелет ўзгаришларини даволаш учун ишлатилади. Ушбу дорилар гуруҳи суякларни қайта қуришини олдини олади, бу эса экстракциядан кейин розетканинг тикланишини секинлаштириши мумкин. Экстракциядан сўнг тузалмайдиган розетканинг ҳолати, жумладан очиқ суяк бўлиши мумкин, бу жағнинг дори-дармонли остеонекрози (МОЖ) деб номланади.

Беморга антирезорптив дори-дармонларни қабул қилиш курсини бошлашдан олдин, тўлиқ стоматологик текширувдан ўтиш керак. Бу эса, прогнози ёмон бўлган ҳар қандай тишни жағнинг дори-дармонли остеонекроз хавфи пайдо бўлишидан олдин олиб ташлаш имконини беради. Бироқ, антирезорптив даволаш пайтида ёки ундан кейин тиш чиқариш заруратидан қочиш ҳар доим ҳам мумкин эмас. Шунинг учун, ушбу сценарийларда олиб ташлашни режалаштиришдан олдин бемор билан хавф-фойда ҳақида тўлиқ муҳокама қилиш керак.

Бифосфонатлар турли усуллар билан, жумладан, оғиз орқали ва томир ичига киритилиши мумкин. Бифосфонат тури, уни қўллаш ва фойдаланиш муддати ҳақида тўлиқ тарихни олиш керак, чунки бу беморда МОЖни ривожланиш хавфини аниқлайди. Юқори хавф омиллари аниқланди, жумладан, беш йилдан ортиқ фойдаланиш, стероидларни бир вақтда қўллаш ва беморнинг ёши.

Дам олиш кунларида ушбу дори-дармонларни қабул қилиш тавсия этилмайди, чунки дозаларни ўтказиб юбориш ушбу дориларнинг кўмүлатиф таъсирини бекор қилмайди. Агар бифосфонат терапиясини бошлаганидан кейин тишни олиш керак бўлса, бемордан тўлиқ тарихни олиш керак, агар керак бўлса, беморнинг тиббий гуруҳига мурожаат қилиш керак ва бемордан аниқ розилик ва кузатув олиш керак.

Гормонал дориларни қўллаш

Беморларга турли сабабларга кўра гормонал дорилар буюрилади. Вақт ўтиши билан улар шифо беришга путур этказадилар, бу тишларни олиб ташлашда эътиборга олиниши керак. Бундан ташқари, баъзи далиллар буйрак усти безининг бостирилишини қоплаш учун экстракциядан олдин стероид дозасини икки баравар оширишнинг фойдасини кўрсатади. Бироқ, бу бемор қабул қилаётган стероид тури ва дозасига боғлиқ; Агар керак бўлса, беморнинг гормонал даволаш провайдерига муурожаат қилиш тавсия этилади.

Антикоагулянтлар ва антиплателет агентлари

Антикоагулянтлар ва антиплателет агентлари кенг тарқалган бўлиб буюрилади, шунинг учун уларни ва уларнинг тиш даволашга таъсирини билиш муҳимдир. Беморнинг нима учун бундай дори-дармонларни қабул қилишини ва уларнинг тиббий маълумотларини аниқ тушуниш тиш даволаш учун бундай дори-дармонларни қабул қилишни тўхтатиш тўғрисида қарор қабул қилишда муҳимдир. Мавжуд далиллар шуни кўрсатадики, антикоагулянтлар ва антиплателет агентларини тўхтатиш одатда кўрсатилмайди, чунки беморнинг умумий соғлиғи учун ўтказиб юборилган дозалар хавфи оғиз орқали қон кетиш хавфи билан мувозанатланган бўлиши керак, бу одатда маҳаллий назорат қилиниши мумкин. Бемор антикоагулянт ёки антиплателет агентини қабул қилган барча ҳолатларда, тиш чиқаришдан кейин маҳаллий гемостатик чоралар кўриш керак.

Варфарин билан даволаш осон, чунки халқаро нормаланган нисбат (ХНН) тести стоматологик жарроҳликда осонлик билан амалга оширилади ва беморнинг қон кетиш тенденциясини миқдорий баҳолаш имконини беради. Далиллар шуни кўрсатадики, агар беморда ХНН 4,0 дан паст бўлса, улар бирламчи тиббий ёрдамда тишларни олиб ташлаш учун мос келади ва ХНН 4,0 дан юқори бўлса, улар иккинчи даражали тиббий ёрдамда даволаниши керак. Тўғри деб ҳисоблаш учун ХНН қиймати стоматологик даволанишдан кейин 72 соат ичида олиниши керак. Варфаринни қабул қилган беморларда маҳаллий гемостатик чораларни мунтазам равишда қўллаш керак.

Янги оғиз антикоагулянтларининг пайдо бўлиши варфаринни қўллашни қисман алмаштирди. НОАС учун эквивалент ХНН тести мавжуд эмас; шунинг учун бундай беморларни бошқариш клиник қарор ҳисобланади.

Маҳаллий гемостатик чора-тадбирлар экстракция розеткаларида оксидланган целлюлозали материаллардан фойдаланишни ва операциядан кейинги қон кетишини минималлаштириш учун тикувни ўз ичига олади.

Радиация терапияси

Радиация терапиясини ўтказган ёки ўтказётган беморлар, айниқса бош ва бўйин, остеорадионекроз (ОРН) ривожланиш хавфи остида. МОНЖ сингари, остеорадионекроз ҳам суякнинг шифо топмайдиган қисми бўлиб, оғиз бўшлиғига таъсир қилиши мумкин. Радиация терапиясини бошлашдан олдин тўлиқ стоматологик текширувдан ўтиш керак. Бундай ҳолда, бемор билан хавф ва

фойдаларни тўлиқ муҳокама қилиш жуда муҳим ва мутахассисларнинг ёрдами ёки йўналиши талаб қилиниши мумкин.

Маҳаллий қўлланмалар

Периодонтал тўқималарнинг ўткир яллиғланиши: айниқса, сезиларли бляшка ва тошлар конлари ҳолатларида, чунки бу юқумли асоратларни кўпайтиради, шифо жараёнини узайтиради, юмшоқ тўлланмалар қималарни манипуляция қилишни қийинлаштиради ва маҳаллий анестезиканинг самарадорлигини пасайтиради. Бундай ҳолларда, тиш чиқаришдан олдин, ўткир яллиғланишни тўхтатиш ва оғиз бўшлиғидаги бактериал юкни камайтиришга қаратилган этарли этиологик даволаш кўрсатилади. Хусусан, ўткир некротизан ярли гингивит тиш чиқаришга мутлак контрэндикация сифатида қаралиши керак. Аммо шуни эсда тутиш керакки, ўткир хўппозларда, юқумли жараённинг тарқалиш хавфи билан, таъсирланган тишни олиб ташлаш кўрсатилиши мумкин (адекват антибиотик терапияси шарти билан).

Қисман таъсирланган тиш ва/ёки дентоалвеоляр хўппознинг ўткир перикоронорити: Тиш олишдан олдин антибиотик терапияси ва этиологик даволаш ўтказилиши керак.

Стоматит ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўткир яллиғланиши: айниқса вирусли келиб чиқиши (масалан, герпес вируси) ҳолатларида, бу вирусли инфекциянинг тарқалиш хавфи ва кейинчалик клиник кўринишнинг ёмонлашиши туфайли тиш чиқаришга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Тиш ва саратон ўсма ўртасидаги узлуксизлик: тиш чиқариш катта тарқалиш хавфи туфайли қатъиян контрэндикедир саратон хужайралар.

Радиотерапия: Инфекция ва остеорадионекроз хавфи ортиши сабабли жағнинг нурланган жойида тишни олишда алоҳида эътибор бериш керак.

3. Усуллари, текшириш техникаси, даволаш усуллари ва диагностика жараёнлари.

Операциядан олдинги баҳолаш

Операциядан олдинги адекват баҳолаш олиб ташлашнинг қийинчилик даражасини баҳолаш ва кейинчалик энг мос жарроҳлик техникасини танлаш учун зарур. Аслида, икки хил жарроҳлик ёндашувни ажратиш мумкин:

асосий жарроҳлик техникаси: тишни олиб ташлаш, қопқокни кўтариш керак бўлмасдан, илдиз лифтлари ва экстракция форсепслари ёрдамида амалга оширилади. Шунинг учун оддий ўчиришлар учун ушбу ёндашувга мурожаат қилиш кўрсатилади;

Очиқ жарроҳлик техникаси: кириш қопқоғини кўтаришни ўз ичига олади (алвеоляр суякнинг маълум миқдорини олиб ташлаш) ва одонтотомия (тишни бир нечта бўлақларга бўлиш) кўрсатилиши мумкин. Бу усул қийин олиб ташлаш учун кўрсатилади (яъни, эндодонтик даволаш қилинган тишлар, анкилозланган тишлар, эгри илдизли отилиб чиққан тишлар, синган тишлар ва бошқалар).

Идеал ҳолда, ушбу жарроҳлик усуллари ўртасида танлов клиник ҳолатни тўғри баҳолаш асосида, энг амалий жарроҳлик техникасини танлаш ва жарроҳлик жароҳатини минималлаштириш учун жарроҳлик сеансининг давомийлигини қисқартириш мақсадида операциядан олдин амалга оширилиши керак. Операциядан олдинги тўғри режалаштириш эргономик нуқтаи назардан ҳам муҳимдир, чунки у жарроҳлик сеансининг давомийлигини тўғри баҳолаш ва энг мос жарроҳлик асбобларини танлаш имконини беради. Дарҳақиқат, очик жарроҳлик усули ёрдамида мураккаб экстракцияларни бажариш махсус жарроҳлик арсеналини талаб қилади. Шуниси эътиборга лойикки, қутилмаган қийинчиликлар юзага келганда, асосий жарроҳлик ёндашувни очик жарроҳлик усулига айлантириш керак.

Тиш чиқаришни тўғри режалаштириш учун операциядан олдинги клиник баҳолашда эътиборга олинishi керак бўлган асосий омиллар қуйидагилардир:

Рентген текшируви: ҳар доим бажарилиши керак, шу жумладан оддий кўринадиган экстракциялар учун, чунки у клиник жиҳатдан кўринмаслиги мумкин бўлган тафсилотларни кўриш имконини беради.

Шунинг учун у асосий диагностика воситасидир ва муҳим тиббий-ҳуқуқий ҳужжат. Кўп ҳолларда йи тишни олиб ташлаш керак бўлса, операциядан олдинги периапикал рентгенограмма етарли. Тиш ва кўшни анатомик тузилмаларнинг ўзаро боғлиқлиги ҳақида батафсил маълумот тўплаш кўрсатилган ёки зарур бўлган махсус ҳолатларда панорамали рентгенограмма олиш афзалроқдир. Бошқа томондан, КТ га мурожаат қилиш фақат анатомик ёки патологик мураккаблаштирувчи омиллар мавжуд бўлганда керак бўлади, иккинчиси уч ўлчовли баҳоланиши керак, айниқса жарроҳлик пайтида тегишли анатомик тузилмаларнинг потенциал хавфи ёки шикастланиши сезиларли бўлган ҳолларда.

Илдизларнинг шакли ва сонини баҳолаш: Тишнинг илдиз(лар)ининг шакли ҳам олиб ташлаш қийинлигини, ҳам энг қулай жарроҳлик усулини баҳолашда эътиборга олинадиган ҳал қилувчи омил ҳисобланади.

Илдизлар сони кўриб чиқилиши керак бўлган биринчи ўзгарувчидир; Анормал микдордаги илдизларнинг мавжудлиги, агар ташхис қўйилган бўлса, процедуранинг инвазивлигини ва илдиз синиши хавфини камайтириш учун жарроҳлик техникасини ўзгартиришга имкон беради (масалан, одонтотомия). Илдизларнинг шакли, айниқса уларнинг эгрилиги, узунлиги ва дивергенцияси жарроҳлик протоколини танлашга сезиларли таъсир кўрсатадиган омиллардир. Катталашган чўққиси билан булбоус илдизнинг мавжудлиги, шунингдек, узун илдизлар, дивергент илдизлар ёки ўткир эгилган илдизларнинг мавжудлиги мураккаблаштирувчи омиллардир.

Ички ёки ташқи илдиз резорбциясининг мавжудлиги илдизни янада мўрт қилади ва шунинг учун синдиришга кўпроқ мойил бўлади, айниқса тиш чиқариш фақат форсепс ёрдамида амалга оширилса. Эндодонтик даволаш қилинган тишлар, шунингдек, эгилувчанликни йўқотганлиги сабабли, бу тишларни янада мўртлаштирадиган ва анкилоз билан касалланганлиги сабабли, экстракция пайтида синиш хавфи юқори. Бундай ҳолларда остектомия ва одонтотомия билан биргаликда мукопериостеал қопқокни кўтариш тезроқ ва камроқ шикастли олиб ташлашни таъминлайди.

Тишларнинг ҳаракатчанлигини баҳолаш: Муҳим ҳаракатчанлик билан тишни олиш (кўпинча оғир периодонтал касалликда учрайдиган ҳолат) одатда паст даражадаги қийинчиликдир. Аксинча, ҳаракатнинг тўлиқ этишмаслиги тишнинг анкилозланганлигига шубҳа туғдириши керак, айниқса ҳаракатнинг этишмаслиги операциядан олдинги рентгенограммаларда тиш илдизлари атрофида периодонтал бўшлиқнинг йўқлиги билан боғлиқ бўлса.

Қўшни анатомик тузилмалар билан муносабатларни баҳолаш: Максиллер моларни олиб ташлашдан олдин, максиллер синуснинг илдизлари ва таглиги ўртасидаги муносабатларни баҳолаш керак. Илдиз учларини синус лўменидан фақат юпқа суяк қатлами ажратиб турганда (ёки учлари тўғридан-тўғри синус лўменине чиқиб кетганда), тишни олиб ташлаш учун жарроҳлик маневрлар ороантрал алоқа ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Бундай ҳолларда, илдизларнинг ажралиши билан боғлиқ бўлган мукопериостеал қопқоқни кўтариш билан очик жарроҳлик усули кўрсатилади. Бу усул, кўп ҳолларда, буккал кортикал пластинка ва интеррадикуляр септаларни сақлаб қолишга имкон беради, бунинг ўрнига экстракция қисқичлари билан амалга ошириладиган тиш люксацияси билан синдирилиши мумкин. Алвеоляр жараённинг яхлитлигини сақлаш ороантрал боғланишни яратишда асосий аҳамиятга эга, чунки у узунлигини қисқартиради ва маҳаллий қопқоқлар билан ёпилишини осонлаштиради. Мандибуляр моларларнинг илдизлари (айниқса, учинчи молар) ва мандибуляр канал (пастга қаранг) ўртасидаги муносабатлар ҳар доим текширилиши керак. Худди шу сабабларга кўра, мандибуляр премоларлар соҳасидаги кириш қопқоғини кўтариш зарур бўлганда, ақлий тешиқнинг ҳолатини, шунингдек, юқори кесма тишларнинг илдизлари, полнинг ўзаро боғлиқлигини ҳисобга олиш керак бурун бўшлиқлари ва назопалатин суяклари.

Тожни клиник баҳолаш: Катта кариесли лезёнларнинг мавжудлиги, айниқса гингивал четидан пастроқда ва илдизга чўзилган, экстракция қисқичларини ишлатишни қийинлаштириши ёки имконсиз бўлиши мумкин, бу очик жарроҳлик ёндашувига далолат беради. Экстракцион қисқичлар катта реставрация қилинган тишларга эҳтиёткорлик билан қўлланилиши керак, бу эса тожнинг синишига олиб келиши мумкин, бу эса леверажнинг қимматли нуқтасини йўқотиши мумкин. Бундай ҳолларда, илдизнинг энг коронал қисмига куч қўлланилишини таъминлаш ва шу билан тожга тўғридан-тўғри таъсир қилмаслик учун экстракция қисқичларини иложи борича апикал равишда жойлаштириш муҳимдир.

Операциядан олдинги клиник текширув: баҳолаш учун омиллар

✦ Операциядан олдинги умумий тайёргарлик	✦ Тож ҳолати
✦ Радиографик баҳолаш	✦ Тиш ҳолати
✦ Илдиз анатомияси	✦ Минерализация
✦ Тишларнинг ҳаракатчанлиги	✦ атрофидаги суяк
✦ Қўшни анатомик	✦ Периапикал ялиғланиш
тузилмалар	мавжудлиги

Тиш камонидаги тиш ҳолатини баҳолаш: ишлаб чиқариш

Нотўғри жойлаштирилган тиш, айниқса, оломон бўлса, форсепс ёрдамида олиб ташланмаслиги керак. Бундай ҳолларда очик жарроҳлик усули, шунингдек, нотўғри жойлаштирилган тишни олиб ташлаш ва олиб ташлаш учун муқобил асбоблардан (масалан, илдиз лифтлари) фойдаланиш кўрсатилади.

Атрофдаги суякларнинг минераллашуви: Зўрға радиопақ суяк (кўпинча орқа жағда жойлашган) одатда камроқ зичроқ ва эластикроқдир. Бу хусусиятлар тиш чиқаришни осонлаштиради, чунки юмшоқ алвеоляр суяк люксация маневрлари пайтида узатиладиган босим остида осонроқ кенгаяди. Аксинча, алвеоляр суяк юқори радиопақ бўлса (масалан, пастки жағнинг орқа қисмлари), алвеоляр суякнинг юқори зичлиги ва эластиклиги пастлиги сабабли олиб ташлаш қийинроқ бўлади.

Периапикал лезёнларнинг мавжудлиги: Периапикал лезённинг мавжудлиги экстракция розеткасини диққат билан ўрганишни ва юмшоқ тўқималарнинг қолдиқлари кўпайишини ва қолдиқ кист шаклланишини олдини олиш учун суякни махсус мўлжалланган суяк куретлари билан эҳтиёткорлик билан қириб ташлашни талаб қилади.

4. Амбулатор даволаш тактикаси:

Тиш чиқаришни давом эттиришдан олдин беморни текшириш керак: шикоятлар, олдинги ва бирга келган касалликларнинг мавжудлиги, касалликнинг анамнези ва аллергологик ҳолатни тўплаш. Сўров, ташқи текширув ва оғиз бўшлиғини текшириш маълумотлари жарроҳлик учун кўрсатмалар мавжудлигини аниқлаш имконини беради.

Шифокор олиб ташланадиган тишни диққат билан текшириши керак. Тожни текширишда сиз унинг йўқ қилиш даражасини, тишнинг аномалиясини аниқлашингиз керак ва шунга қараб тегишли форсепс ёки лифтларни танлашингиз, яллиғланиш мавжудлигини ва тишнинг патологик ҳаракатчанлик даражасини аниқлашингиз керак. Рентген ёрдамида илдиз соҳасидаги суяк тўқималарининг ҳолатини, суяк резорбциясининг табиати ва ҳажмини ёки гиперцементознинг тури ва ҳажмини, уларнинг сони, шакли, ўлчами ва дивергенция ёки бирлашиши даражасини аниқлаш керак. Тишнинг илдизлари, шунингдек, уларнинг бурун бўшлиғининг пастки қисми билан алоқаси, максиллер синус, мандибуляр канал. Тишнинг илдизлари септум билан боғланганми ёки йўқми, кучлими ёки йўқми ва илдизларни олдиндан ажратиш мақсадга мувофиқлигини аниқлаш керак.

Текширув давомида олинган маълумотлар сизга жарроҳлик аралашув режасини тузиш ва керакли жарроҳлик асбобларини танлаш имконини беради.

Шифокорнинг қўлларини тайёрлаш

Клиникада шифокор жарроҳлик ниқоби, ҳимоя кўзойнаги ва қўлқоп кийган ҳолда операцияларни бажариши керак!

Тайёргарликдаги айниқса муҳим нуқта - операциядан олдин қўл ювиш. Шифокор қўлларини оқадиган сувда ювади, стерил салфетка ёки сочиқ билан қуритади ва 2-3 дақиқа давомида 70% этанол билан даволанади. Спиртли ичимликлар ўрнига қўлларингизнинг терисини хлорҳексидиннинг 0,5% спиртли эритмаси билан артиб ташлаш мумкин. Кейин шифокор стерил резина қўлқоп кияди. Жарроҳлик ярасига тегмаслик учун операцияни асбоблар (аподактил) билан бажариш афзалдир. Бу жуда муҳим, чунки тиш олиб ташланганида операция аллақачон инфекцияланган тўқималарда амалга оширилади.

Операциядан кейин қўллар совун ва оқадиган сув билан ювилади ва сочиқ билан қуритилади.

Жарроҳ доимо қўл терисини яхши ҳолатда ушлаб туриши керак. Тирноқларни жилосиз, калта кесиш ва тирноқларни олиб ташлаш керак! Иш охирида қўлларингизга намловчи, озиклантирувчи крем суртишингиз керак.

Жарроҳлик майдонини тайёрлаш

Операциядан олдин шиллиқ қават ва тишлардан бляшка ва озик-овқат қолдиқларини механик равишда олиб ташлаш амалга оширилади. Олинган тишдан ва қўшни тишлардан тиш чўкиндиларини олиб ташланг. Шу мақсадда улар водород перикснинг 1% эритмаси ёки бошқа заиф антисептик эритма билан намланган дока тампон билан артилади. Тиш чиқаришдан олдин гигиеник ҳолатнинг етарли бўлиши жуда муҳимдир. Беморга оғиз бўшлиғининг патоген микрофлорасининг 90% ни йўқ қиладиган 0,05% хлорҳексидин эритмаси ёки 0,04% элудрил эритмаси билан ювиш тавсия этилади. Агар операциядан олдинги гигиеник чоралар кўрилмаса, аралашув пайтида тиш пластинкаси ва тош тиш розеткасига кириб, уни юқтириши мумкин.

Мураккаб тиш чиқариш керак бўлганда, шу жумладан кесиш йўли билан беморнинг юз териси 70% этанол ёки 0,5% спиртли хлорҳексидин эритмаси билан даволанади, стерил сочиқ ёки махсус стерил плаш билан қопланади.

Агар тиш чиқариш шошилинич бўлмаса, оғиз бўшлиғи аралашувга олдиндан тайёрланади: супрагингивал ва субгингивал тиш тошлари чиқарилади, гингивал чўнтак дезинфекцияли эритмалар билан ювилади ва гигиена кўрсаткичи назорат қилинади. Бу тиш чиқаришдан кейин асоратлардан катта даражада қочиш имконини беради.

Тиш олиш пайтида оғриқни йўқотиш

Олиб олиш оғриқсиз бўлиши керак, бунинг учун олиб ташланган тишга, одонтоген жараённинг табиатига, операциянинг кутилаётган давомийлигига, беҳушлик усулига, анестетик дори моддасига, унинг миқдорига, ундаги вазоконстрикторнинг фоизига ёки вазоконстрикторсиз эритма танланиши керак. Премедикация ҳам индивидуал равишда амалга оширилади. Ўткир яллиғланиш ҳолатларида тишларни олиб ташлашга алоҳида эътибор берилиши ва етарли даражада локал беҳушлик билан таъминланиши керак. Анестезияни юборишдан олдин бемор оғзини 0,05% хлорхексидин (Сорсодил 0,2%) эритмаси билан чайиши лозим.

Форсепс билан тиш олиш операциясининг босқичлари: а - форсепсни қўллаш; б - форсепсларнинг олдинга силжиши; с - форсепсларни маҳкамлаш; г - люксация; д - айланиш; э - тортишиш

- Сақич остидаги форсепснинг ёноқларини олдинга силжитиш.
- Форсепсларни маҳкамлаш.
- Тишларнинг чиқиши (люксация, айланиш).
- Тишни розеткадан олиш (тортишиш).
- Куретаж. Тиш бўшлиғининг жарроҳлик ярасини даволаш.

Ажратиш - думалоқ лигамент ва тиш гўштини тишнинг бўйин қисмидан ажратиш. Тишларни тўлдириш учун ишлатиладиган ярим ой шаклидаги молга, тор распа ёки текис лифт билан бажариш қулай.

Ушбу дастлабки аралашув, айниқса, битта тишни олиб ташлаш керак бўлганда ва учинчи моларларни, айниқса пастки қисмини олиб ташлашда кўрсатилади, уларнинг дистал юзасига алвеоляр жараённинг шиллиқ қавати шу қадар маҳкам ёпиштирилганки, баъзида тиш чиқарилганда у кенг суяқдан тозаланади ва сезиларли узунликда йиртилиб кетади. Тиш гўштини чириган тишларнинг илдизларидан ажратиш, айниқса, илдизлар шиллиқ қават билан қопланган ҳолларда ҳам кўрсатилади (7.3-расм). Бу илдизнинг кўндаланг ўлчамига, унинг қирраларининг жойлашишига нисбатан аниқроқ ҳаракат қилиш имконини беради ва форсепсларни қўллашни сезиларли даражада осонлаштиради.

Форсепс етказиб бериш. Форсепсларни қўлингизда ушлаб, олиб ташланган тишнинг тожи уларнинг ёноқлари орасига жойлашиши учун уларни очинг, бир ёноқ вестибуляр юзада, иккинчиси оғиз юзасида жойлашган. Форсепсни қўллаш пайтида, шунингдек, тиш чиқаришнинг кейинги барча дақиқаларида шифокор ҳар доим тишни ва унинг атрофидаги тўқималарни аниқ кўриши керак. Форсепсларни қўллашнинг асосий қоидаси шундаки, форсепснинг ёноқлари ва олиб ташланган тишнинг ўқлари мос келади. Акс ҳолда, олиб ташланган тишнинг синиши мумкин. Форсепсларни тўғри қўллаган ҳолда, улар олдинга силжишга киришадилар. Ушбу манипуляцияни тўғри бажариш тишни муваффақиятли олиб ташлаш учун жуда муҳимдир. Ўнг қўлни форсепсга босиб, ёноқлар тиш ўқи бўйлаб тиш гўшти остида ҳаракатланади. Пастки тишларда бу чап қўлнинг бош бармоғи билан ёрдам беради, бу эса кулфланган майдонни босиш учун ишлатилади. Ёноқларни олдинга силжитиш тишни (ёки илдизни) қаттиқ қоплаш ҳисси пайдо бўлгунча амалга

оширилиши керак. Тишнинг бўйин атрофида бу соҳада суяк тўқималарининг резорбцияси ва периодонтал чизиқнинг кенгайишига олиб келадиган патологик жараён мавжуд бўлса, форсепсларнинг ёноқлари илдизга қараганда анча чуқурроқ бўлиши мумкин. тишнинг бўйни. Алвеоляр қиррада патологик ўзгаришлар бўлмаса, бу даражадаги форсепслар биров қаршиликка дуч келадилар. Натижада, форсепсларнинг ёноқлари фақат розетканинг четларига қадар олдинга силжиши мумкин, бу тишларнинг илдизларини олиб ташлашда амалга оширилади.

Форсепсларни кенгайтириб, улар ёпилади ва маҳкамланади. Бундай ҳолда, тиш форсепснинг ёноқлари билан маҳкам сиқилиб, юқори тишларнинг бўйнидан юқorigа ва пастки тишларнинг бўйнидан пастга силжийди. Форсепслар ёпилгандан сўнг, тиш ва қисқичлар худди бир бутун бўлиб ҳосил бўлади ва қисқичлар ҳаракат қилганда, тиш ҳам бир вақтнинг ўзида ҳаракатланиши керак.

Тиш дислокацияси икки усулда амалга оширилади: силкитувчи (люксация) ва айланиш (айланиш). Тиш ташқарига ва ичкарига тушади, яъни вестибуло-оғиз йўналишида, шунингдек, тиш ўқи атрофида бир йўналишда ёки бошқасида кичик (25-30 °) бурилишлардан иборат айланиш ҳаракатларини амалга оширади. Натижада, алвеоладаги тишнинг мустаҳкамланиши бузилади: тиш илдизини ушлаб турган периодонтал толалар йиртилиб, алвеолалар деворлари биров узоқлашади.

Янал ва айланма ҳаракатлар аста-секин, кўпол силкинишларсиз амалга оширилиши керак ва қаршилиқ ҳисси дислокация ҳаракатларини давом эттириш заруратининг кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади. Тишни атрофдаги тўқималар билан боғланишдан озод қилганда, беморнинг боши яхши мустаҳкамланганлигига ишонч ҳосил қилиш керак: форсепсни силжитишда у ён томонга ҳаракат қилмаслиги керак. Пастки тишни олиб ташлашда пастки жағни чап қўл билан яхши ушлаб туриш керак.

Биринчи дислокация ҳаракати энг кам қаршилиқ йўналиши бўйича амалга оширилади, яъни тиш розеткасининг девори юпқароқ бўлган ва шунинг учун кўпроқ эгилувчан бўлган йўналишда. Шунинг учун, барча юқори тишлар соҳасида, биринчи молар бундан мустасно, розетканинг ташқи девори зигоматик веоляр тизма билан қалинлашган жойда, биринчи дислокация ҳаракати ташқи томонга, кейингиси бири ичкарига, кейин яна ташқарига.

Тиш уни ушлаб турадиган боғланишлардан тўлиқ озод қилингандан сўнг, тиш розеткадан (тракциядан) чиқарилади. Бундай ҳолда, экстракция тўғридан-тўғри дислокация қилувчи латерал ҳаракатни кузатиб боради. Айланиш вақтида бу ҳаракат сақланиб қолади.

Агар охириги дақиқа нотўғри бажарилган бўлса - тишни атрофдаги тўқималар билан боғланишдан озод қилишдан олдин олиб ташлаш - маълум бир куч қўлланилади, бунинг натижасида форсепслар қарама-қарши жағнинг тишларига куч билан уриб, уларга зарар этказиши мумкин.

Куретаж. Жарроҳлик ярасини даволаш. Тишни розеткадан олиб ташлаганингиздан сўнг, барча илдизлар ва энг муҳими, уларнинг тепалари олиб ташланганлигига ишонч ҳосил қилишингиз керак. Шунинг учун, тешиқдан олиб ташланган ҳамма нарса лаганда ичига жойлаштирилиши керак. Кейин тешиқка жарроҳлик куретаж қошиғи киритилади.

Кўпинча, тиш чиқариш жараёнида алвеолалар ва интералвеоляр септалар четининг кичик бўлаклари бузилади ёки атрофдаги юмшоқ тўқималардан деярли бутунлай ажралиб чиқади. Агар бу жойларни кўретаж қошиғи билан олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, уларни жарроҳлик пинцет, юпқа илдиз қисқичлари ёноқлари ёки

суяк қисқичлари билан ушлашингиз керак (7.11-расм). Баъзи ҳолларда турли ўлчамдаги тиш бўлаклари тиш ёки илдизни ўраб турган юмшоқ тўқималарнинг жойларида осилган ҳолда қолади. Шунинг учун сиз шиллик қаватнинг бу жойларини диққат билан текширишингиз ва барча бўлакларни олиб ташлашингиз керак. Суяк протрусионлари, тиканлар ва розетканинг нотекис деворлари суяк пенсеси билан чиқарилади. Тиш чиқаришдан сўнг юмшоқ тўқималар алвеолаларнинг четларини қоплаши керак.

Тиш чиқаришдан кейин оғзингизни чайиш тақиқланади!

Операциядан кейинги оддий курсда чиқарилган тишнинг уяси тампонланмайди. Одатда пинцет билан қисилган дока тўпи ёрдамида ёки дока ёстиқчалари орқали бармоқни ишлатиб, яранинг бўшлиғини камайтириш учун тешикнинг четларини бироз сиқиб қўйилади. Туприкнинг унга киришига йўл қўймаслик учун тешик оғзига бир неча (5-10) дақиқа давомида бўшашган дока копток қўйилади, шунда бемор уни тишлаши ва шу билан уни алвеоляр яранинг четларига босиши мумкин. Тиш ва периодонт атрофидаги милк томирларининг ёрилиши натижасида юзага келадиган кичик қон кетиш одатда тиш чиқаришдан 2-5 минут ўтгач тўхтади; тешик қон қуйқаси билан тўлиб, уни инфекциядан ҳимоя қилади.

Агар тампонни олиб ташлаганингиздан кейин қон кетиш тўхтаган бўлса, бемор маслаҳат билан уйга юборилади: 2 соат давомида овқатланманг ва ичманг, кун давомида иссиқ овқат ёки спиртли ичимликларни ичманг, чекманг деб чунтирилади. Ушбу чекловлар лахта ва унинг кейинги ташкил этилишини асоратсиз сақлашга қаратилган. Лахта ташкил этилиши биринчи навбатда қудуқнинг деворлари ва пастки қисмидан лахта грануляциянинг тарқалиши туфайли содир бўлади. 8-9-кунга келиб, қон шўхис ҳал қилинади ва унинг ўрнини грануляция тўқималари эгаллайди - розетканинг эпителизацияси содир бўлади. Бироқ, эпителия қопламани ҳали тўлиқ деб ҳисоблаш мумкин эмас, фақат 3-ҳафтанинг охирига келиб, розетка устидаги эпителия нормал қалинликка эга бўлиб, розетканинг ўзида репаратив остеогенез содир бўлади. 4-ҳафтанинг охирига келиб, розеткада суяк нурларининг кенг ҳалқали тармоғини кузатиш мумкин. 2-ойнинг охирига келиб, розетканинг девори ва суякнинг тикланиши ўртасидаги чегара деярли кўринмайди, суяк нурлари орасидаги бўшлиқ қизил суяк илиги билан тўлдирилади. Бироқ, регенерация жараёнининг тўлиқ тугаши 3-ойнинг охирига тўғри келади.

Умумий ва маҳаллий гемостатик даволаш чораларига қарамай, тўхтамайдиган оғир ва узоқ давом этадиган қон кетиш бўлса, беморни шошилиш касалхонага ётқизиш кўрсатилади. Касалхонада операциядан кейинги яра эҳтиёткорлик билан текширилади ва қон кетиш манбасига қараб, маҳаллий воситалар ёрдамида тўхтатилади. Коагулограмма кўрсаткичига мувофиқ умумий гемостатик терапия ўтказилади. Тўғридан-тўғри қуйиш ёки янги цитратланган қонни қуйиш аниқ гемостатик таъсирга эга.

Форсепс билан тиш илдизларини олиб ташлаш операцияси

Тожлари патологик жараён натижасида вайрон бўлган тишларнинг илдизларини олиб ташлаш учун ёпиқ ҳолатда бир-бирига тегиб турадиган ингичка тор ёноқли форсепслар қўлланилади.

Форсепсларни қўллашдан олдин, олиб ташланган илдиз атрофидаги думалок лигамент ва сақични эҳтиёткорлик билан ажратиш керак. Форсепсни қўллаганингиздан сўнг, уларнинг ёноқлари илдизнинг чиқадиган қисмини ушлаб

туриш учун сақич остига ўтказилади. Баъзида патологик жараён натижасида илдиз атрофидаги суякнинг резорбцияси содир бўлади, кейин форсепснинг ёноқлари этарлича чуқур ҳаракатлана олмайди ва илдизни маҳкам ёпмайди. Агар илдиз алвеоляр четидан чуқурроқ жойлашган бўлса, у ҳолда форсепснинг ёноқларини девор билан силжитиш мумкин эмас. Бундай ҳолда, сиз шиллиқ қаватни ва периостеумни розетканинг четидан олиб ташлашингиз керак ва форсепснинг ёноқларини 4-5 мм га силжитиб, розетканинг илдизи билан бирга ушланг.

Юқори жағ тишларининг илдизлари шакли ва тузилиши жиҳатидан фарқ қилувчи форсепслар ёрдамида чиқарилади. Кесиш ва канинларни олиб ташлашда тўғри форсепслар, премоларлар - С шаклидаги, моларлар - сўнгү ишлатилади.

— **5. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- Чиқарилган тишнинг уясида ёки розеткани ўраб турган юмшоқ тўқималардан қон кетганда, қон жигар ва бошқа касалликлари мавжуд бўлганда.
- Максиллер синус қаватининг тешилишини консерватив даволашда ижобий таъсирнинг йўқлиги
- Максиллер синусдан илдизни олиб ташлаш
- Постериор сублингуал ёки субмандибулар минтақанинг тўқималарига кўчирилган илдиз
- Пастки жағнинг механик кучи кист, ўсма, тишни ушлаб туриш, деструктив остеомиелит мавжудлиги сабабли пасайганда.
- Тиш чиқариш пайтида патологик синган бўлса, пастки жағни ияк-париетал бинт билан транспортдан кейин иммобилизация қилиш.
- Юрак-қон томир (инфарктдан олдинги ҳолатлар ва миёкард инфарктидан кейин 3-6 ой ичида, инқироз давридаги гипертензия, тез-тез ангина хуружи билан кечадиган юрак ишемик касаллиги ва бошқалар, антикоагулянтларни қабул қилиш)
- Умумий ва маҳаллий гемостатик даволаш чораларига қарамай тўхтамайдиган оғир ва узоқ муддатли қон кетиши
- Қон касалликлари: гемофилия, геморрагик диатез, анемия, лейкомия

6. Касалхона даражасида даволаш тактикаси:

Жағнинг ўткир ва сурункали периостити учун болани шифохона шароитида даволаш баъзан талаб қилинади.

Ўткир периостит учун касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 1) боланинг умумий оғир аҳволи;

- 2) бирга келадиган касалликларнинг мавжудлиги (юррак касалликлари, диабет ва бошқалар);
- 3) Клиникада кўрсатилган ёрдамдан 24 соат ўтгач беморнинг ҳолатида ижобий динамиканинг йўқлиги;
- 4) амбулатор ёрдам кўрсатиш имкониятларининг этишмаслиги (жарроҳ йўқ, дам олиш кунлари ёки байрамлар ва бошқалар);
- 5) 5 ёшгача бўлган болаларнинг ёши.

Сурункали периоститли болалар одатда касалхонага ётқизилади сурункали жараённинг кучайиши, жарроҳлик аралашувлар учун органлар ва консерватив терапия курсини ўтказиш учун.

Болаларда ўткир одонтоген остеомиелит чекланган бўлиши мумкин - чакқон ва тарқоқ. Болаликда тиш ва суяклар тузилишининг хусусиятлари улар кўпинча яллиғланишнинг тез тарқалишига ёрдам беради. касал-клиник жиҳатдан "сабаб" соҳасида оғриқ пайдо бўлиши билан ўткир бошланади. (заиф оғриқ, бош оғриғи, уйқу ва иштаҳанинг бузилиши, оқарган тери диспепсия ва бошқалар). Қон томонидан лейкоцитоз, силжиш қайд этилади лейкоцитлар сони чапга, ЭСР ортиши ва бошқалар сийдикда мумкин оқсилнинг кўриниши. Ёш болаларда гипертермия билан бирга бўлиши мумкин қусиш, конвульсиялар кутинг, бу тирнаш хусусияти борлигини кўрсатади транал асаб тизими. Бундай болаларнинг ҳолатини баҳолаш оғир.

Ён томондан юзнинг юмшоқ тўқималарининг кучли ишиши маҳаллий даражада ривожланади. Палпация пайтида оғриқли ва минтақавий инфильтрат аниқланади Нарний лимфаденит. Оғиз бўшлиғида "каузал" тиш мавжуд ҳаракатчан ва перкуссияда оғриқли. Бундан ташқари, мобил ва оғриқли "сабаб" ёнида жойлашган бошқа бузилмаган тишлар. Шиллик жағнинг алвеоляр жараённинг мембранаси иккала томондан шишган ва гиперемик

ён томонлари - жағнинг муффага ўхшаш қалинлашиши аниқланади.

Яллиғланиш жараёнининг локализациясига қараб, функцияни бузиш мумкин ютиш, оғиз очилишини чеклаш ва бошқалар.

Агар бундай белгилар мавжуд бўлса, педиатр шошилиничи равишда болани ихтисослаштирилган шифохонага юбориши керак.

Ўткир одонтоген остеомиелитли болаларни комплекс даволаш ва қуйидагиларни таъминлайди:

- 1) "сабаб" тишини олиб ташлаш;
- 2) субпериостал хўппозларни очиш ва яраларни дренажлаш;
- 3) антибактериал, детоксификация, гипосенситивликни буюриш билизинг, тикловчи ва симптоматик даволаш, оғир баъзи ҳолларда пассив иммунизация кўрсатилади;
- 4) физиотерапия.

Тиббий ёрдамни ўз вақтида ва тубдан таъминлаш билан шифохона шароитида прогноз қулай. Клиник тикланиш боланинг туғилиши одатда 7-14 кун ичида содир бўлади. Акс ҳолда жағнинг ўткир одонтоген остеомиелитининг мумкин бўлган асоратлари (флегмона, хўппоз, синусит, тромбофлебит ва бошқалар), шунингдек, ўтиш ўткир остеомиелитдан сурункалигача. Бундан ташқари, сурункали пайдо бўлиши

жағнинг клиник остеомиелитлари боланинг кеч пайдо бўлишига ёрдам беради тиббий ёрдам учун, узоқ муддатли консерватив стоматологик даволаш, касалликнинг кеч ташхиси ва бошқалар.

Жағнинг сурункали остеомиелитига чалинган болаларни узоқ муддатли даволаш ва жағ-юз шифохона ва стоматология шароитида курсларда ўтказилади тологик клиника. Жарроҳлик даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади: яллиғланиш манбасида жойлашган тишларни олиб ташлаш, секестректомия, даволаш

яллиғланиш ўчоғининг майдони, ҳаддан ташқари шаклланган суякни олиб ташлаш

тўқима, ювиш яралари ва оқма ва бошқалар консерватив даволаш томонидан амалга оширилади антибактериал, хипосенсибилизация қилувчи воситаларни тайинлаш билан курслар, релаксатив терапия, физиотерапия ва бошқалар.

Ўткир гематоген остеомиелитли болаларни даволаш керак

йирингли жарроҳлик учун интенсив терапия бўлимида қолиш.

Фавқулодда жарроҳлик аралашуви махиллофасиал тарзда амалга оширилади

юз жарроҳи ва хўппоз ва флегмоналарни очишни ўз ичига олади,

шунингдек, йирингли яраларни дренажлаш. Консерватив интенсив терапия

антибактериал, детоксификация, сезгирликни ўз ичига олади

тикловчи, симптоматик ва иммунотерапия. Касалликнинг ўткир даврида боланинг ҳаётига бевосита таҳдид мавжуд.

Болаларда юз суякларининг ўткир гематоген остеомиелитлари

жуда тез (6-7 кун ичида) касалликнинг сурункали босқичига ўтади;

Левания. Бундай ҳолда, суяк тўқимасини йўқ қилиш жуда эрта содир бўлади

кўп сонли секвестр шаклланиши ва тиш куртакларининг ўлими. Натижада оғиз бўшлиғида ва юз терисида бўртиб чиққан тешиклари бўлган оқмалар ҳосил бўлади.

Фистулалар орқали кичик сперма ўз-ўзидан ўтиб кетиши мумкин.

куестра ва тишларнинг ўлик рудиментлари. Бироқ, боланинг умумий ҳолати

касалликнинг сурункали босқичи яхшиланади.

Сурункали гематоген остеомиелитли болаларни даволаш жуда кам таъсир қилади

сурункали одонтоген остеомиелитли болаларни даволашдан фарқ қилади

жағлари. Жарроҳлик аралашуви сифатида амалга оширилади (секвестректомия).

ва бошқалар), шунингдек, мураккаб консерватив терапия курслари. Барча болалар, яна

юз скелети суякларининг гематоген остеомиелитига дучор бўлади

ўсиш тугагунга қадар стоматолог ва педиатр томонидан диспансер кузатуви

юз скелетининг суяклари, чунки бу касаллик кўпинча оғир касалликларга олиб келади

узоқ муддатли асоратлар: тиш эмалининг гипоплазияси, тиш куртакларининг ўлими,

малоклузия, жағнинг деформацияси, жағнинг ўсиши кечикиши, кўз қовоқлари дарвозаси ва бошқалар. Энг оғир асоратлари анкилоздор узок муддатли талаб қиладиган сувли-мандибуляр қўшма ва микрогения узок, кўп босқичли ва мураккаб даволаш. Ушбу жиддий муаммога дуч келган барча болалар касаллик ногиронлик гуруҳи сифатида рўйхатга олиниши керак.

Лимфаденит - бу лимфа тугунининг инфекцияси натижасида яллиғланиши.

Яллиғланишни келтириб чиқарадиган микрофлоранинг табиатига қараб

Нонспесифик (банал) ва ўзига хос (сил) ни ажрата олади.

Оғир ҳолатларда касалхонага ётқизиш ва антибиотик терапияси кўрсатилади яллиғланиш жараёнининг ривожланиши билан боланинг умумий ҳолати даволаш давомида ва бу асосий томонидан талаб қилинган бўлса касаллик.

Максиллофасиал соҳа ва бўйиннинг ўткир сероз лимфаденити бўлган болаларни даволаш кўпинча амбулатория шароитида педиатр, ЛОР шифокори, стоматолог ва бошқалар томонидан амалга оширилади. Ушбу болалар учун даволаш схемаси қуйидагича тақдим этилиши мумкин:

- 1) асосий касалликни аниқлаш ва уни даволаш;
- 2) лимфа тугунлари соҳасида физиотерапия (Урал нурланиши, УХФ терапияси, лазер терапия);
- 3) доривор, тикловчи ва симптоматик терапия

Максиллофасиял ва бўйиннинг ўткир йирингли лимфаденити бўлган болалар шошилинич ёрдамга муҳтож

нима бўлишидан қатъи назар, жағ-фасиал шифохонада касалхонага ётқизиш йўқ "сабаб" касаллиги. Касалхонада сиз:

- 1) йирингли фокусни очиш ва ярани дренажлаш;
- 2) асосий касалликни аниқлаш ва уни ЛОР шифокори педиатр ва бошқалар ёрдамида даволаш;

- 3) дори терапиясини (шу жумладан антибиотикларни) буюриш;
ҳар қандай йирингли-яллиғланиш касаллиги каби;
- 4) физиотерапияни тайинлаш.

Педиатрнинг жағ-юз минтақа ва бўйиннинг яллиғланиш касалликлари бўлган болаларни даволаш ва даволашда вазифалари шакллантирилиши мумкин.

қуйидагича симуляция қилинг:

- 1) давомида сурункали одонтоген инфекция ўчоқларини аниқлаш
болаларнинг режали ва режадан ташқари текширувлари;
- 2) болаларни йилига камида икки марта тиш шифокорига юбориш
оғиз бўшлиғини санитария қилиш ва сурункали лезёнларни бартараф этиш учун
инфекциялар;
- 3) махиллофасиял соҳанинг яллиғланиш касалликларини ўз вақтида ташхислаш
ва
бўйин ва болани клиникага ёки ихтисослаштирилган шифохонага юбориш;
- 4) яллиғланиш касалликлари билан оғриган болаларда бирга келадиган
патологияни даволаш;
- 5) сурункали яллиғланиш касалликлари билан оғриган болаларни клиник
текшириш;
тиш шифокори билан биргаликда жағ-юз соҳа ва бўйинни текшириш.

ТИШЛАРНИ ОЛДИРИШ УЧУН КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ – 2025

КХТ -10/11 код(лари):

КХТ -10/11	
Код	К00.7, К.01.0, К 01.1, К04.5, К04.6, К08.8, К09.09, К10.2
	КХТ -10/11

1. Асосий қисм

- Кириш - миллий клиник протокол ва стандартларда нозология ташхиси қўйилган беморларда аниқ тиббий муолажалар ва/ёки жарроҳлик аралашувларнинг номларини ёзинг, ушбу махсус нозологияда уларни амалга оширишнинг аҳамияти ёки долзарблиги тўғрисидаги маълумотларни киритинг (қисқача, 0,5 бетгача), фойдаланилган маълумотлар манбасига ҳавола ва гиперҳаволани кўрсатинг);
- тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик муолажасининг умумий тавсифи (шу жумладан фойдаланилган маълумотлар манбасига ҳавола);
- дори-дармонларни даволаш ва/ёки жарроҳлик аралашувнинг клиник таснифи (энг кенг тарқалган ёндашувлар, этиология, босқич бўйича).
- Миллий клиник протоколлар ва стандартлар асосида тиббий ва/ёки жарроҳлик муолажалар, ёндашувлар ва нозологияга хос муолажаларни қайд этиш.

2. Берилган нозология учун танланган дори-дармонларни даволаш ва / ёки жарроҳлик аралашувни қўллаш усули.

- тиббий даволаш ва/ёки жарроҳлик аралашувнинг мақсади (ишлатилган маълумотлар манбасига ҳавола ва ҳаволани киритинг);
- дори-дармонларни даволаш ва/ёки жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар (ишлатилган маълумотлар манбасига ҳавола ва гиперҳаволани киритинг);

- Осон экстракция

Асосий жарроҳлик техникаси

қуйидаги босқичлардан иборат:

- минтақавий беҳушлик;
- синдесмотомия;
- папиллаларнинг ажралиши;
 - тўғридан-тўғри илдиз лифтлари ёрдамида тиш дислокацияси;
 - экстракция қисқичлари ёрдамида тишнинг дислокацияси ва розетканинг кенгайиши;
- розеткадан тишни олиш;
- имтиҳонтишларнинг яхлитлиги;
- тешиккуретаж ва оғиз бўшлиғини текшириш;
- ортиқча юмшоқ тўқималарни йўқ қилиш;
- Тешикни стерил билан суғориштузли эритма;

- мумкин бўлган ороантрални текшириш алоқа;
- кон қуйқаларини текширинг;
- ярани стерил физиологик эритма билан намланган дока билан ўраш.

Локал беҳушлик

Юқори жағдан тишларни олиб ташлашда, олиб ташланган тиш соҳасида буккал вестибюлда ва танглайда локал беҳушлик амалга оширилади. Пастки тишлар, канинлар ва пастки жағнинг биринчи премолярларини олиб ташлашда маҳаллий оғриқсизлантириш ҳам буккал, ҳам тил томондан амалга оширилади, иккинчи ва пастки жағнинг моларларини олиб ташлашда пастки алвеоляр асабнинг ўтказувчан анестезиясини ўтказувчанлик билан биргаликда қўлланилади. Буккал ва лингуал нервларнинг беҳушлиги кўрсатилади. Баъзи ҳолларда интралигаментар беҳушликдан фойдаланиш орқали қўшимча ёрдам берилиши мумкин.

СИНДЕСМОТОМИЯ

Бу папиллаларни кўтаришни осон ва атравматик қилиш учун периодонтал лигаментнинг энг коронал қисмини кесишни ўз ичига олади. Бундан ташқари, бу маневр экстракция қискичларини янада апикал жойлаштириш имконини беради: бу илдизнинг яхшироқ ушланишини ва кучнинг кўпроқ апикал қўлланилишини таъминлайди, шу билан тож ёки илдиз синиши хавфини камайтиради. Синдесмотомия ўткир периостеал элеватор ёки махсус асбоб - синдесмотом билан амалга оширилади; уни скальпель пичоғи билан ҳам бажариш мумкин, гарчи бу ҳаракат асбоб устидан кўпроқ назоратни талаб қилсада.

ПАПИЛЛАНИ КЎТАРТИРИШ

Тўғридан-тўғри тишли тиш учун тўғридан-тўғри илдиз лифтидан фойдаланиш кўрсатилса, ингичка периостал элеватор ёрдамида интердентал папиллаларни кўтариш керак. Ушбу маневр папиллаларни бўшатади ва тишни люксация қилиш учун илдиз лифтининг учи интердентал равишда жойлаштирилганда уларни қайта жойлаштиришга имкон беради, бу эса нозик юмшоқ тўқималарнинг шикастланишининг олдини олади.

ТЎҒРИ ИЛДИЗ ЭЛЕВАТОРИ БИЛАН ТИШ ЛЮКСАСИ

Тўғридан-тўғри илдиз элеватори муқобил сифатида ёки тишни олиб ташлаш учун экстракция форсепслари билан биргаликда ишлатилади. Асбобнинг учи тишнинг асосий ўқиға перпендикуляр бўлган интердентал бўшлиқларға жойлаштирилади. Силлиқ ҳаракатлар ва бошқариладиган куч ёрдамида асбоб тил ёки танглай томон сирпаниб кетмаслиги учун эҳтиёткорлик билан ишлатилиши керак, чунки бу юмшоқ тўқималарға жиддий зарар этказиши мумкин. Илдиз асансөрү торнавида каби ушлаб турилади, максимал назорат қилиш учун кўрсаткич бармоғингиз учига яқин жойлашган. У ҳеч қачон қўшни тишға суяниб турмаслиги керак, балки қўшни тишнинг тасодифий жойидан чиқиб кетиши ёки синиб кетишиға йўл қўймаслик учун алвеоляр тизма ва олиб ташланган тиш ўртасида айланма ҳаракатда ҳаракат қилиши керак. Бошлаш учун интердентал бўшлиқлардан қулай фойдаланиш имконини берувчи тор учи бўлган лифт кўрсатилган; Тишнинг қисман люксациясига эришилгандан сўнг, интердентал бўшлиқлар кенгайди ва кенгроқ учлари бўлган илдиз лифтларидан фойдаланиш мумкин. Тож бузилмаган тишни олишда илдиз элеваторларидан фойдаланиш эҳтиёткорлик билан кўриб чиқилиши керак, агар қўшни тишларда ҳам тож бузилмаган бўлса, иккинчисининг тасодифий люксацияси хавфи туфайли. Бошқа томондан, лифтлар илдизларни олиб ташлаш учун айниқса фойдалидир ва уларнинг самарадорлиги (мезиал ва / ёки дистал) қўшни тишлар йўқолганда максимал даражада бўлади.

ТИШЛАРНИ ЧИМИШИ БЎЛАДИ

Экстракция қисқичлари оддий экстракцияларни бажариш учун энг муҳим воситадир. Ҳар бир жуфт қисқичнинг шакли ва ўлчамлари маълум бир тиш (кесиш, канинлар, премоларлар ва моларлар) ва оғиз бўшлиғининг маълум бир соҳасига (юқори, пастки, олд ва орқа соҳалар) анатомиясига мос келиши учун махсус ишлаб чиқилган. Шундай қилиб, тишни ушлаш, йиртиб ташлаш ва олиш учун энг мос бўлган экстраксиён форсепслари форсепснинг жағлари ва тиш ўртасида максимал алоқа юзасини таъминлайдиган ва шу билан қўлланиладиган кучнинг этарли даражада узатилишини таъминлайдиганлардир. Бундан ташқари, жағлар ва тутқич орасидаги мукамал бурчак қарама-қарши тиш ёки ёноқларға аралашмасдан идеал ҳаракатлар қилиш эркинлигини таъминлайди.

Пастки жағнинг тишларини олиб ташлаш учун форсепс

Одатда бу пенселар тутқич ва тумшуқлар ўртасида 90° бурчакка эға. Кесмани олиб ташлаш учун мўлжалланган моделлар тишларнинг кичрайтирилган диаметриға мослашган тор таёқчаларға эға, итлар ва премолярларни олиш учун мўлжалланган моделлар эса ўхшаш шаклға эға (баъзи моделларда тутқич ва тумшуқлар ўртасида 110° бурчакка эға бўлиши мумкин), лекин бардошлироқ ва кенгроқ тумшуғлари билан. Мандибуляр молар форсепслар фуркацияни тушуниш учун тумшуқлар четининг марказида учли проекцияға эға. Мандибуляр моларларни олиб ташлаш учун энг кўп ишлатиладиган форсепслар орқаға эгилган (латерал тутқич); бир хил форсепс чап ва ўнг пастки жағда ҳам қўлланилиши мумкин. Дислокациялар пайтида пастки лабда кучланишни камайтириш учун тутқич ва гагалар ўртасида 45° бурчакка эға бўлган турли моделлар ҳам мавжуд. Ниҳоят, текис кависли экстракция форсепслари (олдинги тутқич) лаблар таранглигини бутунлай йўқ қилиш ёки кириш чекланган ҳолларда орқа жойларға эришиш учун ишлатилиши мумкин. Бироқ, олдинги тутқич латерал тутқич билан бир хил ҳаракат ва қувватни таъминламайди, бу эса бу форсепслардан фойдаланишни қийинлаштиради.

Юқори жағнинг тишларини олиб ташлаш учун форсепс

Юқори жағнинг олдинги тишларини (кесиш ва тишлар) олиш учун қисқичлар тўғри, премоларлар ва моларлар учун тутқич ва тумшуклар орасидаги бурчак 45° ни ташкил қилади. Максиллер молар форсепслар буккал фуркацияни тушуниш учун буккал тумшугининг четининг марказида учли проекцияга эга; шунинг учун ўнг ва чап юқори жағда иккита симметрик форсепс ишлатилади. Максиллер учинчи моларларни олиб ташлаш учун махсус форсепслар ҳам мавжуд. Улар сўнгүлї конструкциясига эга (тутқич ва ўсимталар орасидаги иккита 90° бурчак), бу юқори жағнинг орқа қисмларида қулайроқ кириш ва маневрни таъминлайди.

Илдиз ва сут тишларини олиб ташлаш учун форсепс

Пастки жағ илдизи экстракторлари пастки тишли кесмаларга ўхшайди, аммо тумшуғлари торроқ, тегиб туради. Юқори илдизларни олиш учун узун тор жағлари бўлган сўнгү форсепслари ишлатилади, чунки уларнинг шакли туфайли улар ҳатто юқори жағнинг орқа қисмларига ҳам этарли киришни таъминлайди. Сут тишларини олиб ташлаш учун форсепслар доимий тишларга ўхшаш, аммо ўлчамлари кичикроқ.

Асосий техникалар

Экстракция қисқичларининг тишлари қўлланиладиган кучнинг самарали узатилишини таъминлаш учун тишни асосий ўқиға параллел равишда ушлаб туриши керак.

Экстракция қисқичлари тишни иложи борича апикалдан, цемент-эмал бирикмасидан пастроқдан ушлаб туриши керак. Дислокация маневрлари пайтида камроқ кўринадиган тил ёки палатал тумшуғи биринчи навбатда жойлаштирилиши керак. Бачадон бўйни кариеслари учун форсепсни биринчи навбатда зарарланган томонга қўйиш керак, тумшуғи соғлом тўқималар билан алоқа қилишига ишонч ҳосил қилинг. Кариес лезён даражаси туфайли бу кўрсатилмаган ва тожни синдириш хавфи юқори бўлса, олиб ташлаш очик жарроҳлик усули ёрдамида амалга оширилади.

Тиш люксацияси розетканинг кенгайиши ва алвеоляр суяк ва илдиз цементини боғлайдиган периодонтал лигамент толаларининг тўлиқ ёрилишидан иборат. Дислокация нисбий юпқалиги туфайли биринчи навбатда буккал пўстлоғига, сўнгра танглай/тил пўстлоғига қараб кучайган босим билан бажариладиган секин, кучли ҳаракатлар орқали эришилади. Розетканинг аста-секин кенгайишига имкон бериш учун бир неча сония давомида доимий равишда босим ўтказилиши керак. Тишнинг авульсияси пайтида алвеоляр суякни пайпаслаш кортикал ёриқларга олиб келиши мумкин бўлган ортикча босимни олдини олиш учун алвеоляр суякка тушадиган босимни созлашга ёрдам беради. Сокет кенгайишни бошлаганда, олиб ташлаш форсепсларининг таёқлари янада самарали ҳаракат қилиш учун апикал равишда жойлаштирилиши мумкин. Тож синишининг олдини олиш учун дислокация пайтида, айниқса тож шикастланганда ёки унинг устида катта реставрациялар мавжуд бўлса, ҳар доим бошқариладиган кучни қўллаш жуда муҳимдир.

- апикал босим: гагаларни апикал ҳолатга киритиш розетканинг коронал қисмини кенгайтириш имконини беради; буккал кортикал пластинка устидаги босим: экстракция қисқичларининг буккал ҳаракати буккал кортикал пластинканинг, айниқса, энг коронал қисмининг кенгайтишига олиб келади. Максиллада ва олд ва латерал мандибулада, буккал кортекснинг нозиклиги туфайли, бу ҳаракат дислокация маневрасининг асосий компонентини ифодалайди; тишни юмшоқ коронал ва буккал тортиш ёрдамида олиб ташлаш мумкин. Бошқариладиган кучни қўллаш тишларнинг кескин ажралишини олдини олиш учун асосий ҳисобланади; экстракция қисқичларининг назоратсиз ҳаракатлари қарама-қарши тишларга зарар этказиши мумкин.
- Агар операциядан олдинги рентгенологик тадқиқотлар розетка тагининг максиллар синус ёки пастки алвеоляр каналга яқинлигини кўрсатса, суяк куретажи пайтида ҳар қандай асоратларни олдини олиш учун алоҳида эътибор бериш керак.

Тишларнинг яхлитлигини текшириш

Экстракция тугагандан сўнг, тишни тозалаш ва унинг яхлитлигини текшириш керак.

Агар бир ёки бир нечта илдиз бўлаклари синганликда гумон қилинса (масалан, дислокация пайтида ўткир шовқин илдиз синганлигини кўрсатиши мумкин), синган бўлақларни жойлаштириш ва олиб ташлаш керак.

- палатал/лингуал кортикал пластинкадаги босим: таъсирлар ўхшаш буккал босимнинг таъсири ва биринчи навбатда пастки жағнинг орқа қисмларида тил кортикал плитасининг нисбий нозиклиги туфайли мандибуляр моларларни олишда қўлланилади; Айланиш: Бу ҳаракат фақат битта илдизли тишларни (масалан, кесма, канин ва пастки моларлар) олишда фойдаланиш мумкин, агар рентгенологик далиллар илдиз аномалияларини кўрсатмаса. Айланиш ҳар доим бошқа барча ҳаракатлардан кейин қўлланилиши ва периодонтал лигаментнинг толаларини тўлиқ узилишига имкон бериш керак.

Розеткани стерил физиологик эритма билан ювиб ташланг

Суякни яхшилаб қириб ташлаш тугаллангандан сўнг, розетка мумкин бўлган ифлосланишни олиб ташлаш учун стерил шўр сув билан ювилади. Ушбу оддий усул самарали бўлди ва экстракциядан кейинги алвеолит хавфини сезиларли даражада камайтирди.

Мумкин бўлган орантрал алоқаларни текшириш

Агар операциядан олдинги рентгенографик тадқиқотлар ёки операция давомида олинган маълумотлар юқори моларлар ва премолярларни олишдан кейин ороантрал алоқа пайдо бўлганлигига шубҳа туғдирса, розеткани текшириш тугмачали зонд ёрдамида амалга оширилиши мумкин. Розетка тагини тўғридан-тўғри суғориш ҳам ороантрал хабарларни аниқлашга ёрдам беради, чунки бемор бурун ёки томоққа сув оқаётганини сезади.

Уланиш, шунингдек, тешикни тўлдирувчи қонда пуфакчалар шаклланиши билан ҳам тасдиқланиши мумкин.

Бурун тешигини бош ва кўрсаткич бармоғи билан ёпгандан сўнг, бурун орқали ҳаво ўтказишни ўз ичига олган Валсальва маневраси контртендикедир: максиллар синус ичидаги ҳаво босимининг ошиши Шнайдер мембранасининг ёрилиши ва ороантрал алоқани келтириб чиқариши мумкин. Ёки мавжуд мембрана ёрилишини ошириш.

Сокетни сиқиш

Олдиндан кенгайган алвеоляр суяк, буккал ва палатал / тил кортексларини қўлда сиқиш орқали асл ҳажмига қайтарилиши мумкин. Ҳаддан ташқари розетканинг қулаши ёки кортикал синиши олдини олиш учун назорат остида босимдан фойдаланиш керак. Бироқ, чиқарилган тишни интраоссеоус имплант билан алмаштиришни режалаштирганда, бу процедура контртендикедир, чунки бу алвеоляр жараённинг кенглигини камайтиради.

Эндоссеоз имплантлардан фойдаланган ҳолда протезлаш усулларини ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш билан тиш чиқаришдан кейин суяк ҳажмини этарли даражада ушлаб туриш зарурати тизмаларни сақлашнинг янги усулларини жорий этишга олиб келди.

Мухтасар қилиб айтганда, улар шифо даврида тизма ҳажмини йўқотиш хавфини камайтириш учун экстракциядан кейинги розеткани гидроксиапатит зарралари ёки коллаген каби субстратларга боғланган ксенографтлар каби биоматериаллар билан тўлдиришни ўз ичига олади.

Агар сиз олиб ташланган тишни эндоссеоус имплант билан алмаштиришни режалаштирмоқчи бўлсангиз, алвеоляр жараённинг кенглигини иложи борича сақлаб қолиш учун розетканинг сиқилишига йўл қўймаслик керак.

Тикувчи материал

Оддий олиб ташлаш учун тикув керак бўлмаслиги мумкин. Бирок, агар розетка қон ивишини осонлаштириш учун сўрилиши мумкин бўлган гемостатик материаллар (коллаген шимгичи, оксидланган регенерацияланган целлюлоза) билан тўлдирилган бўлса, материалларнинг розеткадан чиқиб кетишининг олдини олиш учун кўндаланг замбил чокларидан (Х-чоклар) фойдаланиш кўрсатилиши мумкин. Қўшни тишларнинг бир нечта экстракцияси бўлса, доимий тикув кўрсатилиши мумкин.

Қон қуйқаларини текширинг

Беморни бўшатишдан олдин гемостазни текшириш керак. Идеал ҳолда, тешик бутунлай қон қуйқаси билан тўлдирилган бўлиши керак. Қон кетиши этарли бўлмаган ҳолларда, розетканинг суяк деворларини жарроҳлик кюретка билан қириб ташлаш розеткани этарли даражада тўлдиришни рағбатлантириши мумкин. Қон пихтисі очилган суякни ҳимоя қилади ва шифо ва янги суяк шаклланишини рағбатлантиради ва унинг йўқлиги алвеолит, кечикиш шифо ва розетка ичида тўлиқ бўлмаган суяк шаклланиши каби асоратларни келтириб чиқариши мумкин.

Ярани стерил физиологик эритма билан намланган дока билан ўраш.

Операциядан кейинги зудлик билан (15-30 дақиқа) гемостазни кучайтириш учун ярани стерил физиологик эритма билан намланган дока билан ўраш кўрсатилади. Газли матонинг ўлчами ортиқча бўлмаслиги керак, чунки у фақат зарарланган ҳудудга энгил босим ўтказиши керак.

тиш қисмининг қарама-қарши ёйи томонидан ушлаб турилганда. Қон пихтисининг сиртга ёпишиб қолмаслиги ва дока олиб ташланганидан кейин пихти чиқиб кетиш хавфини олдини олиш учун дока стерил шўр сув билан намланган бўлиши керак.

Тиш чиқаришда операторнинг доминант бўлмаган қўли қандай рол ўйнайди?

Доминант бўлмаган қўл ёноқ, лаб ва тилнинг юмшоқ тўқималарини тортиб олиши мумкин. Жарроҳлик муолажалари пайтида беморнинг бошини барқарорлаштиришда ҳам фойдали бўлиши мумкин. Доминант бўлмаган қўлнинг икки бармоқли дислокациясини амалга ошираётганда, қўлланиладиган босим ва алвеоляр кенгайишни кузатиш учун буккал ва палатал / тил кортексларини палпация қилиш керак.

[Юқори жағ тишларини олиб ташлаш](#)

Оператор ва беморнинг позицияси

Таърифланган позициялар беморнинг ўнг томонида ўтиришга одатланган ўнг қўл операторлари учун мўлжалланган. Ўтириш ҳолатига афзаллик берилади, чунки у қўлланиладиган кучни яхшироқ назорат қилишни таъминлайди ва чарчоқни камайтиради. Максиллер тишларни олиб ташлашда операция столи (ёки стоматологик курси) окклюзион текислик полга перпендикуляр бўлиши учун бир текисда ушлаб турилади. Ён ва орқа ўнг жағдаги тишларни олиб ташлаш учун беморнинг бошини чапга, латерал ва орқа чап жағдаги тишларни олиш учун эса беморнинг бошини ўнгга буриш керак. Ниҳоят, олдинги юқори жағдаги тишларни олиб ташлашда беморнинг боши текис тutilади. Ўнг жағда чап бош бармоғи юқори лаб ва ёноқни тортиб, бир вақтнинг ўзида алвеоляр жараённи пайпаслаши керак, чап кўрсаткич бармоғи эса алвеоляр жараённинг палатал томонига жойлаштирилиши керак. Шундай қилиб, доминант бўлмаган қўл юмшоқ тўқималарни тортиб олиш, беморнинг бошини барқарорлаштириш ва тиш люксацияси пайтида қўлланиладиган босимни назорат қилиш учун ишлатилади. Чап юқори жағ учун бош ва кўрсаткич бармоғининг ҳолати тесқари бўлади: бош бармоғи танглайнинг шиллиқ қаватида, кўрсаткич бармоғи эса буккал томонда жойлашган.

Люксация ҳаракатлари олиб ташланган тишга қараб ўзгаради, чунки улар асосан илдизнинг анатомияси билан белгиланади.

Ҳар доим беморнинг чап томонида ўтирадиган чап қўл операторлари учун тасвирланган позициялар тесқари бўлади. Аммо шуни эсда тутиш керакки, жарроҳлик муолажаларининг энг яхши кўриниши ва энг оддий бажарилиши тишнинг олиб ташланган томонида операция пайтида олинади. Шунинг учун оператор беморнинг икки томонини ва икки қўлини операция қилишни ўрганса, фойдали бўлади. Юқорида тавсифланган қоидалар нафақат тиш чиқаришга, балки оғиз бўшлиғидаги барча жарроҳлик аралашувларга ҳам тегишли.

ЮҚОРИ МАРКАЗИ КЕСИШ

Тиш чиқиб кетганда, буккал кортикал пластинка ва палатал кортикал пластинка томон ҳаракатлар илдизнинг конус шакли туфайли мумкин бўлган айланиш ҳаракатлари билан биргаликда амалга оширилади. Айланиш ҳаракатлари фақат операциядан олдинги рентгенографик тадқиқотлар илдиз аномалликлари белгиларини кўрсатмаса амалга оширилиши мумкин. Ҳаракатлар буккал томонга қараб ифодаланади, чунки буккал кортикал пластинка нозик ва осонгина кенгайди; алвеоляр жараённинг синиши олдини олиш учун бу ҳаракатлар аста-секин ва аста-секин бажарилиши керак.

ЮҚОРИ латерал кесма

Люксация ҳаракатлари: Бу ҳаракатларнинг асосий компоненти букко-палатал ўқ бўйлаб йўналтирилади, айланиш ҳаракатлари эса илдизнинг овал кесими ва унинг кичик диаметри туфайли люксациянинг охириги босқичи билан чекланиши керак. Операциядан олдинги рентген нурлари баъзида юзага келиши мумкин бўлган илдиз аномалликларини аниқлашга ёрдам беради.

Дислокация ҳаракатлари ҳар доим секин ва назорат остида бўлиши керак, бу илдизнинг нисбий мўртлигини ҳисобга олган ҳолда мумкин бўлган илдиз синиши олдини олиш учун.

ЮҚОРИ ФУСК

Люксация ҳаракатлари: Бу марказий ва латерал кесма тишларнинг люксацияси учун тасвирланган ҳаракатларга ўхшайди ва итлар соҳасида айниқса нозик бўлган буккал кортекснинг синишидан қочиш учун доимо эҳтиёткорлик билан бажарилиши керак. Бундан ташқари, ит тишининг илдизи бошқа тишларнинг илдизларига қараганда узунроқ ва кучлироқ эканлигини эсга олиш керак ва қўшимча мураккаблаштирувчи омил сифатида илдизнинг апикал қисмининг аниқ эгрилиги бўлиши мумкин. Илдиз овал кесма ва сезиларли диаметрға эга бўлиб, бу итнинг устунлиги мавжудлигини аниқлайди; бу соҳада илдиз фақат юпқа суяк қатлами билан қопланган, баъзи ҳолларда у бутунлай йўқ бўлиши мумкин.

Дислокация секин ва бошқариладиган ҳаракат билан буккал кортексни кенгайтириш учун бошланади, сўнгра танглай томон ҳаракатланади. Тешикни кенгайтирганда, илдизнинг апикал учдан бир қисмида эгрилик бўлмаса, мезиал ва дистал айланиш ҳаракатлари амалга оширилиши мумкин.

БИРИНЧИ ЮҚОРИ ПРЕМОЛАР

Люксация ҳаракатлари: 50% дан ортиқ ҳолларда юқори биринчи премоляр иккита кичик илдиз (буккал ва палатал) мавжудлиги билан тавсифланади, улар кўпинча тож ва ўрта учдан бирида бирлашади. Ушбу ўзига хос илдиз конформацияси туфайли илдиз синиши эҳтимоли кўпроқ; аммо, тўғри дислокация маневралари кўп ҳолларда бу асоратни олдини олиш мумкин. Бошқа томондан, айланиш ҳаракатлари контрэндикидир, чунки улар осонгина розетка ичидаги кичик тепаликларнинг синишига олиб келиши мумкин. Дислокация буккал кортикал пластинка томон секин ҳаракат билан, сўнгра танглай томон кичикроқ амплитудали ҳаракат билан амалга оширилади. Дарҳақиқат, танглайнинг аниқ ҳаракатлари танглай илдизининг синиш хавфини оширади, унга эришиш ва олиб ташлаш қийинроқ. Баъзи ҳолларда (масалан, қисқа ва ингичка илдизлар билан) юқори биринчи премолярни олиб ташлаш кўрсатилиши мумкин.

очиқ жарроҳлик йўли билан; Қопқокни кўтариш, одонтотомия ва иккита илдизнинг мустақил люксацияси илдиз синишининг олдини олади.

ЮҚОРИ ИККИНЧИ ПРЕМОЛАР

Люксация ҳаракатлари: Юқори иккинчи премолярларнинг фақат 15% иккита илдизга эга. Шунинг учун, бу тишларни олиб ташлаш одатда юқори биринчи премолярларни олиб ташлашдан кўра осонроқдир, чунки битта, каттароқ илдизга эга бўлиш синиш хавфини камайтиради. Шу билан бирга, дислокацияни тўғридан-тўғри илдизни кўтариш билан бошлаш ва айланиш ҳаракатларидан қочиш тавсия этилади; иккинчиси тиш дислокациясининг охириги босқичида фойдаланиш мумкин, агар операциядан олдинги рентгенограммаларни таҳлил қилиш асосида иккинчи илдиз мавжудлиги чиқариб ташланса. Люксация ҳаракати биринчи навбатда буккал кортекс томон йўналтирилади, палатал бўшлиққа энгил босим эса розетканинг кенгайишига олиб келиши мумкин.

БИРИНЧИ ВА ИККИНЧИ ЮҚОРИ МОЛЯР

Лухатинг ҳаракатлар: уч хил илдизлар билан тавсифланган юқори молар илдизларнинг мураккаб анатомияси операциядан олдин эҳтиёткорлик билан баҳолашни талаб қилади, айниқса илдизларнинг узунлиги/эгрилиги ва уларнинг максиллер синус тубига алоқаси бўйича. Учта илдиздан палатин энг кучли ва кўпинча энг узундир: у одатда тишнинг асосий ўқидан аниқ бурчак остида (тахминан 45 °) ажралиб туради. Умуман олганда, месиобуккал илдиз овал кесмага эга, дистобуккал илдиз эса юмалоқроқ кесмага эга. Буккал илдизларнинг чўкқиларида тишларни ушлаб туришни кучайтирадиган носимметрик эгри чизиқлар бўлиши мумкин. Юқори иккинчи

моларнинг илдизлари одатда биринчи моларнинг илдизларига қараганда камроқ фарқланади ва кискароқдир. Баъзи ҳолларда буккал илдизлар ёки ҳатто барча илдизлар бирлашиши мумкин.

Форсепсни экстракция қилиш усули (премоляр экстракциялар учун тавсифланганига ўхшаш) биринчи навбатда палатал қобикдан юпқароқ бўлган буккал кортекс томон йўналтирилган люксация ҳаракатини ўз ичига олади. Ҳаракатлар секин ва мўл-кўл бўлиши керак, алвеоляр суякнинг аста-секин сиқилиши ва розетканинг кенгайиши учун иккита кортикал пластинкада бир неча сония давомида босимни сақлаб туриш керак. Бироқ, баъзи ҳолларда, форсепс билан бажарилган дислокациялар, айниқса, ингичка бўлса, буккал кортекс ва интеррадикуляр септаларнинг қисман синишига олиб келиши мумкин. Шу сабабли, айниқса, илдизларнинг сезиларли даражада фарқланиши ёки уларнинг учлари максиллер синуснинг пастки қисмига яқин жойда жойлашганида, мукопериостеал қопқоқни кўтариш ва илдизларни ажратишдан иборат бўлган очиқ жарроҳлик усули кўрсатилади. Ушбу ёндашув сизга кучни камайтиришга, тиш дислокациясига ва экстракциясига эришишга, интеррадикуляр септаларнинг яхлитлигини сақлаб қолган ҳолда, буккал кортикал пластинканинг синиши хавфини бартараф этишга имкон беради. Агар розетка ва синус лўмени ўртасида ороантрал алоқа ҳосил бўлса, унда интеррадикуляр септаларнинг сақланиши прогнозни яхшилайдди, чунки буккал кортикал пластинка юмшоқ тўқималар учун таянч вазифасини бажаради ва интеррадикуляр септаларнинг мавжудлиги учун қулай анатомик шароит яратади. тромбнинг барқарорлиги ва розетканинг тезроқ реоссификацияси.

ЮҚОРИ УЧИНЧИ МОЛАРЛАР

Люксация ҳаракатлари: Юқори учинчи молар кўпинча биринчи ва иккинчи моларлардан кичикроқ, аммо илдиз анатомияси жиҳатидан жуда хилма-хилдир. Кўпгина ҳолларда, илдизлар битта конуснинг илдизига бирлашади, лекин ҳар хил узунликдаги ва эгриликдаги уч ёки тўртта илдизга эга бўлган юқори учинчи моларларни кўриш одатий ҳол эмас. Кўп ҳолларда дислокация худуднинг кириш имкониятига қараб, тўғридан-тўғри ёки эғимли илдиз кўтаргич ёрдамида бажарилиши мумкин. Дарҳақиқат, папилла ажратилгандан сўнг, илдиз лифтининг учини иккинчи ва учинчи моларлар орасига ёпиштириб, интердентал септумга (иккинчи молар эмас) босиш керак, шу билан бирга люксация ҳаракатлари дистал ва буккал йўналишда амалга оширилади. Бу усул, айниқса, қисқа, торайган илдизлари бўлган юқори учинчи моларлар учун кўрсатилади. Бундай ҳолларда, агар оператор олинадиган тиш билан бир томонда ўтирган бўлса, беморнинг бошини қарама-қарши томонга буриш ва учини киритиш нуқтасини тўғри жойлаштиришни осонлаштириш учун оғзини ярим ёпиш керак. илдиз лифти ва лабиал комиссуранинг кучланишини камайтириш. Дислокация ҳар доим эҳтиёткор ва босқичма-босқич бўлиши керак, бу юқори учинчи моларларни олиб ташлашнинг нисбатан кенг тарқалган асоратлари бўлган максиллер туберкулярнинг синиши олдини олиш учун. Дислокация с.

форсепс билан олиб ташлаш буккал кортекс ва танглай томон ўзгарувчан ҳаракатлар орқали эришилади. Бундан ташқари, алвеоляр суякнинг босқичма-босқич сиқилишини ва розетканинг кенгайишини таъминлаш учун кортикал плиталарга босим ҳар доим бир неча сония давомида сақланиши керак: бу ёндашув, айниқса, бир нечта дивергент илдизлар мавжудлигида кўрсатилади. Орқа жағнинг алвеоляр суяги минерализацияси ёмон бўлганлиги сабабли одатда юмшоқ ва эластик бўлади; шунинг учун кўпинча илдизларни айланма асбоблар билан ажратмасдан, мураккаб илдиз анатомиясига эга бўлган юқори учинчи моларларни олиб ташлашни яқунлаш мумкин.

[Пастки жағ тишларини олиб ташлаш](#)

ОПЕРАТОР ВА Беморнинг позицияси

Идеал ҳолда, мандибуляр тишларни олишда, пастки жағнинг окклюзион текислиги полга параллел бўлиши керак. Беморнинг тўғри жойлашишини таъминлаш учун ўриндик ва операция столининг орқа томони (ёки стоматологик курси) ўртасида 45° бурчак одатда оптимал ҳисобланади. Олдинги ва ўнг жағ суягини олиб ташлашда ўнг қўл билан ишлайдиган оператор беморнинг ўнг томонида ўтириши мумкин, чап пастки жағни чиқаришда эса беморнинг чап томонида ўтириши керак. , чунки бу позиция жарроҳлик майдонини яхшироқ кўришни таъминлайди, беморнинг қулайлигини оширади ва жарроҳлик маневраларини осонлаштиради. Шу билан бир қаторда, оператор тўғридан-тўғри беморнинг орқасида, соат 12 ҳолатида ўтириши мумкин. Кўпроқ куч талаб қиладиган пастки жағ тишларини (айниқса, моларларни) олиб ташлашда операторнинг чап қўли юмшоқ тўқималарни тортиб олиш ва чакка-мандибулар бўғимларга ортиқча стрессни ўтказмаслик учун мандибулани барқарорлаштириш учун ишлатилади.

Ўнг жағда бош бармоғи ёноқни ўғирлайди ва чап қўлнинг қолган бармоқлари пастки жағни барқарорлаштиради. Чап мандибула учун кўрсаткич бармоғи ёноқни орқага тортади, ўрта бармоқ тилни тортиб олиш учун тилга жойлаштирилиши мумкин ва бош бармоғи мандибулани барқарорлаштиради. Мандибуляр тишларни олиб ташлаш пайтида люксация ҳаракатлари турли соҳаларда кортикал плиталарнинг қалинлиги ва турли тишларнинг илдизлари анатомиясига қараб ўзгаради.

Чап қўл ва икки томонлама операторлар учун максиллар экстракциялар бўлимида кўрсатилган бир хил фикрлар қўлланилади.

ПАСТИ КЕСИШЛАР

Дислокация ҳаракатлари: дислокация буккал ва лингуал кортикал плиталарга қараб тенг амплитудали ҳаракатлар билан амалга оширилади, сўнгра айланиш ҳаракатлари билан амалга оширилади: иккинчиси илдизнинг диаметри кичрайганлиги сабабли эҳтиёткорлик билан бажарилиши керак.

ЛОВЕР Фанг

Дислокация ҳаракатлари: Биринчи дислокация ҳаракати жуда юпқа бўлган буккал пўстлоғига қараб амалга оширилади, сўнгра розетканинг кенгайишига эришиш учун тил пўстлоғига қараб ҳаракатлар амалга оширилади. Айланиш ҳаракати фақат экстракциянинг охириги босқичида қўлланилиши керак, чунки фақат периапикал ёки панорамали рентгенограммаларни таҳлил қилиш илдизларнинг такрорланишини истисно қилиш учун этарли эмас.

ПАЙГИ ПРЕМОЛАРЛАР

Дислокация ҳаракатлари: Дислокация одатда бир хил амплитуда буккал ва тил кортекслари томон ўзгарувчан ҳаракатлар орқали амалга оширилади. Периодонтал лигаментнинг толаларини бўшатиш учун айланиш ҳаракатларидан фойдаланиш мумкин, чунки пастки жағ 'премоларларининг илдизи одатда битта, текис, деярли конус шаклида бўлади. Операциядан олдинги рентгенографик тадқиқотлар мумкин бўлган илдиз бифуркациясини кўрсатса (одатда апикал учдан бирида), айланиш ҳаракатлари контрэндикедир.

Пастки МОЛЯРЛАР

Люксация ҳаракатлари: мандибуляр моларлар одатда иккита кучли илдизга эга, мезиал ва дистал, баъзи ҳолларда улар бирлашиши мумкин; иккала илдиз деярли овал шаклга эга. Баъзан битта мезиал илдиз ўрнига мезиобуккали ва мезиолингуал илдиз мавжуд.

Моларлар соҳасидаги буккал кортикал пластинка қалин ва зич бўлиб, пастки жағнинг ташқи қия чизигининг мезиал қисмига тўғри келади. Тил кортекси, одатда, ингичка бўлса ҳам, яхши ифодаланган. Мандибуляр молар илдизнинг анатомияси доимо диққат билан таҳлил қилиниши керак. Агар бирлаштирилган ёки қисқа илдизлар бўлса ёки тишлар ҳаракатчан бўлса, очик жарроҳлик ёндашув зарур бўлмаслиги мумкин. Аксинча, кўп, узун ёки кависли илдизлар бўлса, мукопериостеал қопқокни кўтариб, айланма асбоблар билан тож ва илдизларни ажратиш тишни бутунлай чиқариб ташлаш ва олиб ташлаш учун зарур бўлган кучни сезиларли даражада камайтириши мумкин.

Бу жиҳат жуда муҳим, чунки у жарроҳлик муолажалари пайтида беморга кўпроқ қулайлик беради ва темпоромандибуляр бўғимнинг шикастланиш хавфини камайтиради.

Мандибуляр моларларнинг люксацияси лингуал ва буккал кортексларга нисбатан кенг ҳаракатларни талаб қилади: розетканинг кенгайишини таъминлаш учун кортикал плиталарга, айниқса юпқароқ бўлган тилга бир неча сония давомида ортиб бораётган босимни қўллаш керак. Чиқарилаётган тишнинг дисталида бошқа тишлар бўлмаса, дастлабки люксацияни илдиз лифти ёрдамида амалга ошириш мумкин, бу эса дистал люксация кучини қўллаш учун тишга мезиал жойлаштирилиши мумкин.

Мураккаб тиш чиқариш: очик жарроҳлик техникаси

Операциядан олдинги баҳолаш

Юқорида айтиб ўтилганидек, операциядан олдинги баҳолашда мураккаблаштирувчи омиллар (эндодонтик даволаш, анкилоз, тож ва ёки илдиз синиши ва бошқалар) аниқланса, биринчи навбатда очик жарроҳлик усулини танлаш тавсия этилади. Экстракция қисқичлари билан дислокация муваффақиятсиз бўлса, беҳуда жарроҳлик муолажаларини ва шунинг учун операция вақтини кераксиз узайтирмаслик учун мукопериостеал қопқокни кўтариш ва тож ва илдизларни ажратиш тавсия этилади. Тасодифий илдиз синган тақдирда, кириш қопқоғини кўтариш ва остеоектомия талаб қилиниши мумкин.

АВТОЗЯТЛАРИ

Очик жарроҳлик усули ёрдамида тиш чиқариш илдизларни олиб ташлаш ва олиб ташлаш учун камроқ куч ишлатишни талаб қилади. Қарама-қарши бўлса-да, оз миқдордаги суякни олиб ташлаш ва илдизларни ажратиш алвеоляр суякни сақлашни осонлаштиради, чунки бу процедуралар люксация пайтида буккал кортикал синиш хавфини сезиларли даражада камайтиради. Шунинг эса тутиш керакки, олинган тишни интраоссеоус имплант билан алмаштиришни режалаштиришда алвеоляр жараённи сақлаб қолиш муҳим аҳамиятга эга.

Очик жарроҳлик техникаси касалланишни камайтиради

илдиз ёриқлари ва мумкин бўлган ороантрал алоқалар даражаси, шунингдек, тишни экстракция форсепслари билан олиб ташлаш учун такрорий ва муваффақиятсиз уринишлар билан солиштирганда операция вақти.

Ниҳоят, баъзи ҳолларда очик жарроҳлик усули тиш чиқаришнинг ягона мумкин бўлган вариантдир, масалан, декальцификацияланган ёки чириган илдизлар.

ҚАЙСЛАР

Кириш қопқоғини кўтариш ва остеотомия ва одонтотомияни бажариш, махсус жарроҳлик асбобларидан фойдаланишдан ташқари, юқори даражадаги жарроҳлик маҳоратини талаб қилади.

Махсус воситалар

Асосий арсеналга қўшимча равишда (скальпель, периостеал элеваторлар, ретракторлар ва бошқалар) очик жарроҳлик йўли билан тишларни олиб ташлаш учун махсус жарроҳлик асбоблари талаб қилинади:

- остеотомия ва одонтотомияни бажариш учун жарроҳлик текис тутқич ва жарроҳлик бурғулаш;
- бурчакли илдиз лифтлари (Валтер-Баррй ва / ёки Потт лифтлари);
- апикал лифтлар (Ҳейдбринк лифтлари);
- илдиз қискичлари;
- гемостатик форсепслар (Ҳалстед-Москуито ёки Кочер), улар жойдан чиқарилгандан кейин илдиз бўлақларини олиш учун ишлатилиши мумкин.

МУКОПЕРИОСТАЛ ФЛАПНИ ТАЙЁРЛАШ

Зарур бўлганда бўшатиш кесмалари билан бирлаштирилган чекка (сулкус) кесмалар. Зарф қопқоқлари маргинал остеотомияни хавфсиз бажариш учун чекланган кириш этарли бўлганда ишлатилади. Кўпроқ майдонга таъсир қилиш керак бўлганда, конверт қопқоғи осонгина учбурчак ёки тўртбурчак қопқоққа айлантирилиши мумкин, бу эса бир ёки иккита бўшатиш кесмаси қўшилиши мумкин. Шунини таъкидлаш керакки, бўшатиш кесмалари қилинганидан сўнг, юмшоқ тўқималарнинг баъзи жойларининг томирланишини тўхтатиш хавфи туфайли кириш қопқоғининг шакли ва ҳажмини ўзгартириш мумкин эмас. Шу сабабли, ўзгартириш мумкин бўлмаган жарроҳлик майдонидан келиб чиқадиган техник қийинчиликларга йўл қўймаслик учун бўшатиш кесмаларини амалга оширишдан олдин қопқоқнинг ривожланиши ва дизайнини диққат билан режалаштириш муҳимдир.

ОСТЕКТОМИЯ

Баъзи ҳолларда кириш қопқоғини оддийгина кўтариш экстракция қисқичларини соғлом тиш тузилишига кўпроқ апикал жойлаштиришга ва тиш чиқаришни яқунлашга имкон беради. Юмшоқ тўқималар тизма устида кўтарилиб, орқага тортилса, илдиз лифтлари ҳам самаралироқ ишлатилиши мумкин. Экстракция жараёнини яқунлаш учун этарлича очиқ тиш бўлмаса, маълум миқдордаги суякни олиб ташлаш керак.

Одатда, остеэктомия буккал кортексда амалга оширилади, бу эса осонроқ кириш мумкин. Тўғри жарроҳлик дастагига (ёки муқобил равишда пьезоэлектрик асбобларга) ўрнатилган юмалоқ ёки ёриқли бурғудан фойдаланиш мумкин ва олиб ташланган суяк миқдори алвеоляр тизманинг этарли даражада сақланишини таъминлаш учун имкон қадар минимал бўлиши керак. Баъзи ҳолларда, агар қалин интердентал септалар мавжуд бўлса, кўпроқ консерватив вариант - бу интердентал бўшлиқда илдизлар атрофидаги суякни олиб ташлаш. Натижада, илдиз ва тишлараро септум ўртасида ҳосил бўлган бўшлиқ илдиз элеваторининг учини киритиш ва тўлиқ ҳаракатга келгунча илдизни месиал ва дистал томонга навбат билан люксация қилиш учун ишлатилиши мумкин.

Моларларни олиб ташлашда, кейинги илдиз бўлинишларини янада аниқроқ бажариш учун фуркацияни очиш учун остеэктомияни кенгайтириш фойдали бўлиши мумкин.

Шуни таъкидлаш керакки, алвеоляр суяк ва илдиз ўртасида этарли бўшлиқни яратишга алвеоляр суяк ўрнига тиш тўқимасини олиб ташлаш орқали ҳам эришиш мумкин. Ушбу усул, айниқса, эндоссеоз имплантларни дарҳол ёки кечиктирилган жойлаштириш режалаштирилганда қўлланилиши керак.

Очиқ жарроҳлик усули ёрдамида мандибуляр моларни олиб ташлаш: а) тожни ёриқли бурғу билан горизонтал кесиш; в) илдиз лифти ёрдамида илдизларни чиқариш;

Кўп илдизли юқори тишни очиқ жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш: а) илдизларнинг бўлиниши ва интеррадикуляр септаларнинг жуда коронал қисмини олиб ташлаш б) илдизни кўтариш мосламаси билан с) илдизларни махсус ишлаб чиқилган қисқичлар ёрдамида олиб ташлаш; .

ОДОНТОТОМИЯ

Кўп илдизли тишларнинг илдизларини ажратиш (одонтотомия) олиб ташлаш жараёнини соддалаштиради.

Мандибуляр канал ёки максиллар синус тагида илдизларнинг ажралиши ҳеч қачон жарроҳлик бурғулаш билан яқунланмаслиги керак: тиш тўқималарининг охириги бўлиниши синган бўлиниш билан, ханжарли илдиз лифти ёрдамида тўхтатилиши керак. бўлинган илдизлар ўртасида.

Ушбу тавсия, айниқса, максиллер моларларни олишда жуда муҳимдир, чунки фуркация максилларар синуснинг тагига яқин жойлашган бўлиши мумкин. Карлес ҳолатида, илдиз лифтлари томонидан қўлланиладиган кучга бардош бера оладиган соғлом тиш тўқимасини очиш ва кейинчалик илдиз ажратиш учун муҳим мос ёзувлар нуқтаси бўлган пулпа камерасини аниқлаш учун биринчи навбатда тишнинг шикастланган қисмини олиб ташлаш керак. Агар илдизлар аниқ бирлаштирувчи эгриликка эга бўлса, тишнинг энг коронал қисмини ажратиш ва олиб ташлаш янада самарали люксация учун жой беради. Пулпа камерасининг пастки қисмининг марказидан илдиз ажратишни бошлаш ва унинг атрофига давом этиш афзалдир. Алвеоляр суякка зарар этказмаслик учун тиш тўқимасини даволаш учун ҳар доим айланадиган (ёриқлар) ёки пиезоэлектрик асбоблардан фойдаланиш керак. Атрофдаги юмшоқ тўқималарнинг шикастланишига йўл қўймаслик учун ҳар доим орқага тортилиши ва айланадиган бурмалар билан мумкин бўлган алоқага қарши тўсиқ бўлиб хизмат қилувчи ретракторлар ёки периостал элеваторлар ёрдамида ҳимояланиши керак.

ИЛДИРИШИ

Илдиз люксацияси одатда текис ёки эғимли илдиз лифтлари ёрдамида амалга оширилади. Ушбу лифтлар алвеоляр тизма ва илдиз ўртасида ёки олиб ташланиши керак бўлган иккита илдиз ўртасида ҳаракат қилиши мумкин. Ушбу охириги қадам илдизлардан бирига апикал босим ўтказмаслик учун эҳтиёткорлик билан бажарилиши керак. Дислокация биринчи навбатда энг қулай шаклга эга бўлган илдизга таъсир қилиши керак: бу энг қисқа илдиз, камроқ эгрилик ёки маълум даражада ҳаракатчанликка эга бўлган илдиз бўлиши мумкин. Дислокация илдиз форсепслари ёрдамида амалга оширилиши мумкин, бу илдизни тўлиқ чиқариб олиш учун ҳам ишлатилиши мумкин.

Биттани олиб ташлаш учун очиқ жарроҳлик усули ҳам қўлланилиши мумкин

илдиз анатомияси ноқулай бўлганда моларлар. Перирадикуляр остеотомия илдизларнинг мобилизациясини осонлаштиради ва илдиз лифтларининг учларини киритиш учун қулай нуқталарни беради. Агар илдизларнинг сезиларли эгриликлари ёки қўшни тишларнинг илдизларига яқин жойлашган бўлса, интерпроксимал остеотомия контрендикедир бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда, илдизнинг вертикал равишда икки ярмига бўлиниши ёриқли бурғу билан амалга оширилиши ва кичик илдиз лифти билан яқунланиши мумкин. Кейин илдиз элеватори розетка девори ва иккита илдиз бўлаги орасига ўралиб, уларни ёриқ бўшлиғи томонидан яратилган бўшлиққа жойлаштиради.

ИРИЗ АРАСИ СЕПТАСИНИ КЕЧИШ МУМКИН

Агар сезиларли эгриликка эга бўлган узун илдизлар мавжуд бўлса, уларни ажратиш этарли даражада люксацияга эришиш ва тўлиқ олиб ташлаш учун этарли бўлмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда интеррадикуляр септумнинг энг коронал қисмини юмалоқ бурғу билан олиб ташлаш кўрсатилади. Апикал йўналишда дислокация ва остеотомияга уринишлар бошқариладиган куч ёрдамида этарли дислокацияга эришилгунга қадар алмаштирилади.

СУЙИКЛАРНИ ҚАЙТА ҚИЛИШ

Остеотомия натижасида пайдо бўлган ҳар қандай ўткир қирраларни олиб ташлаш ёки суяк қисқичи ёки айланувчи асбоблар (масалан, думалоқ бурғулаш) ёрдамида юмалоқлаш керак.

Бундан ташқари, интеррадикуляр септаларнинг яхлитлигини текшириш муҳим: мумкин бўлган ёриқларни аниқлаш ва синган бўлакларни олиб ташлаш керак. Олиб ташлаш тугаллангандан сўнг, юмшоқ тўқималарнинг асл анатомиясини тиклаш учун кириш қопқоғи тикувлар билан тўғри жойлаштирилиши керак.

Бузилган илдиз учларини олиб ташлаш учун жарроҳлик техникаси

Тиш чиқаришда илдизнинг апикал учдан бир қисмининг синиши кам учрайдиган асоратдир. Ҳар доим синган илдиз учларини олиб ташлашни яқунлаш тавсия этилади, айниқса бактериал инфекция (масалан, периапикал лезёнлар, пулпа некрози билан кариоз лезёнлар ва бошқалар) бўлса, оғир оқибатларга олиб келиши мумкин бўлган маҳаллий суяк ичидаги инфекцияни олдини олиш учун. асоратлар. (масалан, остеомиелит). Илдиз учларининг бўлаклари розетка ичида қолиши мумкин (гарчи бу идеал бўлмаса ҳам), уларни олиб ташлаш пастки алвеоляр асаб каби муҳим анатомик тузилмаларга зарар этказиши мумкин ва тиш инфекцияси ҳақида ҳеч қандай далил йўқ мавжуд.

ЁРИГАН ИЛДИЗ ФРАГМЕНТИНИНГ ЖОЙИНИ АНИҚЛАШ

Илдиз учи синганида, тишнинг олиб ташланган қисмини кузатиш муҳимдир: бу текширув синган бўлакнинг ўлчами ва шакли ҳақида қимматли маълумотларни беради. Бундан ташқари, унинг аниқ ўрнини аниқлаш керак; Розетканинг идеал кўринишига стерил шўр сув билан кўп миқдорда суғориш ва жарроҳлик ассимиляция кўшимчалари билан сўриш орқали эришиш керак. Агар парчанинг аниқ жойлашуви ёки унинг қўшни анатомик тузилмалар билан алоқаси ҳақида шубҳа туғилса, интраоператив периапикал рентгенограмма тавсия этилади.

ИЛДИЗ ФРАГМЕНТИНИ ОЛИШ

Агар илдиз бўлаги синиш вақтида этарлича дислокацияланган бўлса, баъзи ҳолларда уни олиб ташлаш учун сўриш этарли бўлиши мумкин.

Агар парча ҳаракатчан бўлмаса, дислокация нозик апикал лифт ёки у ва розетканинг девори орасига ўрнатилган периотом ёрдамида амалга оширилиши керак. Ушбу маневр парча тўлиқ сафарбар бўлгунга қадар айлана бўйлаб бажарилиши керак. Кейин парча гемостатик форсепс ёки жарроҳлик сўргич кўшимчаси ёрдамида олиб ташланиши мумкин. Апикал кўтарувчи билан дислокация, асбобнинг учи ханжар бўлиши мумкин бўлган бўлак атрофида бўш жой яратиш орқали осонлаштирилади. Одатда бу вазифани бажариш учун кичик ёриқли бурғу ишлатилади, лекин синган чўққига яқин жойлашган пастки алвеоляр асаб ёки максилларар синуснинг таглиги каби анатомик тузилмаларга шикаст этказмаслик учун алоҳида эътибор бериш керак. .

Агар илдиз канали кўринадиган бўлса, тортишиш учун уни эндодонтик асбоб (масалан, Хедстром файли) учи билан боғлашга уриниб кўришингиз мумкин; аммо, илдиз синиши кўпинча диагонал равишда содир бўлганлиги сабабли, бу усул қўлланилмаслиги мумкин, чунки синиш юзалари қийшиқ.

Анкилозланган апиқслар учун, барча тасвирланган манипуляциялар самарасиз бўлса, синган бўлакни қўшни анатомик тузилмаларга зарар бермаслик учун эҳтиёткорлик билан юмалоқ бурғу билан ишқалаш мумкин. Бундай ҳолларда апикални муваффақиятли олиб ташлашни тасдиқлаш учун операциядан кейинги периапикал рентгенограмма кўрсатилади.

Агар тавсифланган усулларнинг ҳеч бири парчани тўлиқ олиб ташлашга имкон бермаса, мукопериостеал қопқоқни кўтариш ва чўққиси билан буккал кортикал пластинка даражасида

кулай остеотомия қилиш керак. Апексинг ҳолати аниқ аниқланади, олиб ташланадиган тиш периодонтал зонд билан ўлчанади ва натижада олинган қиймат буккал кортикал пластинка юзасига ўтказилади. Кейин синган чўққини олиб ташлаш ва буккал остеотомия орқали олиб ташлаш мумкин ёки уни илдиз лифти билан коронал кўтариш ва розетка орқали чиқариш мумкин.

Агар инфекция белгилари бўлмаса, илдиз бўлаги мандибуляр каналга яқин жойлашган бўлса, уни жойида қолдириш пастки алвеоляр асабнинг шикастланиш хавфини олдини олиш учун мақбул келишув бўлиши мумкин.

Адабиётлар рўйхати:

1. Аря Р, Жадун С, Шоҳ А. Тиш чиқариш учун беморнинг хабардор қилинган розилигини баҳолаш. Прим Дент Ж 2022 сентябрь;11(3):98-103. [[ПубМед](#)]
2. Порто ОСЛ, Силва БСФ, Силва ЖА, Эстрела СРА, Аленсар АХГ, Буено МДР, Эстрела С. Максиллер ва мандибуляр тишларда суяк қалинлигини СБСТ баҳолаш: анатомик тадқиқот. Ж Аппл Оғзаки фан. 2020;28:э20190148. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
3. Девлин Х, Хорнер К, Леджертон Д. Максиллер ва мандибуляр суякларнинг минерал зичлигини таққослаш. Ж Простҳет Дент. 1998 йил март;79(3):323-7. [[ПубМед](#)]
4. Бреэланд Г, Актар А, Пател БС. СтатПеарлс [Интернет]. СтатПеарлс нашриёти; Треасуре Исланд (ФЛ): 1-апрель, 2023. Анатомия, бош ва бўйин, мандибула. [[ПубМед](#)]
5. Чанг СЛ, Ванг ДХ, Янг МС, Хсу WE, Хсу МЛ. Темпоромандибулар бўғимларнинг функционал бузилишлари: темпоромандибулар бўғимнинг ички бузилиши. Каохсиунг Ж Мед Сси. 2018 йил апрель;34(4):223-230. [[ПубМед](#)]
6. Сака Б, Вреэ А, Ҳенкел КО, Андерс Л, Гундлач КК. Мандибуляр кортексинг қон таъминоти: кондилга махсус ҳавола билан Гёттинген мини чўққаларида экспериментал тадқиқот. Ж Краниомахиллофас Сург. 2002 йил феврал;30(1):41-7. Чои ДЙ, Хур МС. Пастки алвеоляр асаб блокировкаси учун мандибуляр лингуланнинг анатомик текшируви. Фолиа Морпҳол (Варсз). 2021;80(4):786-791. [[ПубМед](#)]
8. Сомаяжи КС, Рао МК. Стоматологияда максиллер асабнинг анатомияси ва клиник қўлланилиши: адабиётларни кўриб чиқиш. Дент янгиланиши. 2012 йил декабрь;39(10):727-30, 733-5. [[ПубМед](#)]
9. Шафиқуе С, М Дас Ж. СтатПеарлс [Интернет]. СтатПеарлс нашриёти; Треасуре Исланд (ФЛ): 2023 йил 5-июн. Анатомия, бош ва бўйин, максиллер асаб. [[ПубМед](#)]
10. Гҳатак РН, Ҳелванй М, Гинглен ЖГ. СтатПеарлс [Интернет]. СтатПеарлс нашриёти; Треасуре Исланд (ФЛ): 1-май, 2023 йил. Анатомия, бош ва бўйин, мандибуляр асаб. [[ПубМед](#)]
11. Ким С, Ҳванг КГ, Парк СЖ. Мандибуляр учинчи молар экстракцияси учун локал беҳушлик. Ж Дент Анестҳ Паин Мед. 2018 йил октябр;18(5):287-294. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
12. Фаган СЕ, Рой В. СтатПеарлс [Интернет]. СтатПеарлс нашриёти; Треасуре Исланд (ФЛ): 8-май, 2023 йил. Анатомия, бош ва бўйин, тил нерви. [[ПубМед](#)]

13. Кҳанделвал П, Ҳажира Н. Оро-антрал алоқа ва фистулани бошқариш: турли хил жарроҳлик вариантлари. Жаҳон Ж Пласт Сург. 2017 йил январь;6(1):3-8. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
14. Броэрс ДЛМ, Дубоис Л, де Ланге Ж, Су Н, де Жонгх А. Катталардаги тишларни олиб ташлаш сабаблари: тизимли кўриб чиқиш. Инт Дент Ж. 2022-йил феврал;72(1):52-57. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
15. Аида Ж, Андо Ё, Акхтер Р, Аояма Х, Масуи М, Морита М. Японияда доимий тиш чиқариш сабаблари. Ж Эпидемиол. 2006 йил сентябрь;16(5):214-9. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
16. Найяр Ж, Кларк М, ЁСалливан М, Стассен ЛФ. Тиш чиқариш вақтида синган илдиз учлари ва сақланиб қолган илдиз қисмлари. Клиник дилемма? Бр Дент Ж 2015 йил 13 март;218 (5): 285-90. [[ПубМед](#)]
17. Сури Л, Гагари Э, Вастардис Х. Кечиктирилган тиш чиқиши: патогенези, диагностикаси ва даволаш. Адабиёт шарҳи. Ам Ж Ортход Дентофасиал ортоп. 2004 йил октабр;126(4):432-45. [[ПубМед](#)]
18. Вали ГГ, Сридхар В, Шйла ХН. Радиографик жиҳатдан нормал таъсирланган мандибуляр учинчи моларлар билан дентигероус киста ўзгаришларини ўрганиш. Ж Махиллофас Орал Сург. 2012-йил декабрь;11(4):458-65. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
19. Сариса И, Дериндаг Г, Куртулду Э, Наралан МЕ, Саглаян Ф. Ретроспектив тадқиқот: Барча таъсирланган тишлар патологияга олиб келадими? Нигерия Ж Слин амалиёти. 2019 йил апрель;22(4):527-533. [[ПубМед](#)]
20. Гарвей МТ, Баррй ХЖ, Блейк М. Супернумерарй тишлар - таснифи, диагностикаси ва бошқарувига умумий нуқтаи. Ж Сан Дент Доц. 1999 йил декабрь;65(11):612-6. [[ПубМед](#)]
21. Арайжо ТМ, Салдас ЛД. Ортодонтияда тиш чиқариш: биринчи ёки иккинчи премоларлар? Дентал матбуот Ж Ортход. 2019 йил 01 август;24(3):88-98. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
22. Фернандес-Баррера МА, Медина-Солис СЕ, Сасанова-Росадо ЖФ, Мендоза-Родригуез М, Эссоффиё-Рамирес М, Сасанова-Росадо АЖ, Наваррете-Ҳернандез Жде Ж, Маупомё Г. доимий тишлар ПеерЖ. 2016;4:э2015. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
23. Тайси М, Ёилдирим С. Жағнинг синиши чизигидаги тишларни олиш керакми? Ж Истанб Унив Фас Дент. 2015;49(1):61-65. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
24. Нйими БФ, Ёифанг З, Лиу Б. Жағларнинг кистли лезёнларини даволашда ўзгарувчан манзара. Ж Инт Сос Прев Соммунитй Дент. 2019 йил июл-август;9(4):328-337. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
25. Тҳорн ЖЖ, Ҳансен ХС, Спечт Л, Бастҳолт Л. Жағларнинг остео радионекрози: клиник хусусиятлари ва нурланиш соҳасига алоқаси. Ж Орал Махиллофас Сург. 2000 йил октабр;58(10):1088-93; мунозара 1093-5. [[ПубМед](#)]
26. Писк Л, Бауер Ж. [Стоматология ва эпилепсия]. Нервенарзт. 2001 йил декабрь;72(12):946-9. [[ПубМед](#)]
27. Девлин Ж. Сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморлар: стоматологик гуруҳ учун бошқарув масалалари. Бр Дент Ж. 2014 сентябрь;217(5):235-7. [[ПубМед](#)]
28. Тҳорнхилл МХ, Гибсон ТБ, Ёон Ф, Даер МЖ, Прендергаст БД, Лоскҳарт ПБ, ЁГара ПТ, Баддоур ЛМ. Инвазив стоматологик муолажалардан олдин юкумли эндокардитга қарши антибиотикли профилактика. Ж Ам Солл Кардиол. 2022 йил 13-сентябрь;80(11):1029-1041. [[ПубМед](#)]
29. Ландесберг Р, Эсиг С, Фенной И, Сирус Э. Бифосфонат терапиясининг муқобил кўрсаткичлари. Ж Орал Махиллофас Сург. 2009 йил май;67(5 Суппл):27-34. [[ПубМед](#)]

30. Нисолатоу-Галитис О, Счиодт М, Мендес РА, Рипамонти С, Хоппе С, Друдге-Соатес Л, Ниелпел Д, Ван ден Вйнгаерт Т. Жағнинг дори-дармонлар билан боғлиқ остеонекроз: таърифи ва олдини олиш, ташхис кўйиш ва энг яхши амалиёт. даволаш. Орал Сург Орал Мед Орал Патҳол Орал Радиол. 2019 йил феврал;127(2):117-135. [[ПубМед](#)]
31. Бансал Х. Жағнинг дори-дармонлар билан боғлиқ остеонекрози: янгилашиш. Натл Ж Махиллофас Сург. 2022 йил январ-апрель;13(1):5-10. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
32. Картер Г, Госс АН, Ллойд Ж, Токчетти Р. Варфаринни қабул қилган беморлар учун тиш чиқаришни бошқаришнинг жорий тушунчалари. Ауст Дент Ж 2003 йил июн;48(2):89-96; викторина 138. [[ПубМед](#)]
33. Чронопоулос А, Зарра Т, Эхренфельд М, Отто С. Жағларнинг остео радионекрози: таърифи, эпидемиологияси, босқичлари ва клиник ва радиологик топилмалар. Қисқача шарҳ. Инт Дент Ж. 2018 феврал;68(1):22-30. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
34. Мартин А, Перинетти Г, Состантинидес Ф, Маглионе М. Коронектомия таъсирланган мандибуляр учинчи моларларга жарроҳлик ёндашув сифатида: тизимли кўриб чиқиш. Ҳеад Фасе Мед. 2015 йил 10 апрель;11:9. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
35. Ал-Мораисси ЭА, Ал-Селви АМ, Ал-Зендани ЭА. Тиш игнасининг узунлиги ва ўлчови катталар жағи моларларини олишда пастки алвеоляр нерв блокуровкасини муваффақиятли бажаришга таъсир қиладими? Истикболли, рандомизацияланган кузатувчи-кўр, клиник синов. Слин Орал Инвестиг. 2021 йил август;25(8):4887-4893. [[ПубМед](#)]
36. Ст Георге Г, Морган А, Меечан Ж, Молес ДР, Неедлеман И, Нг ЙЛ, Петрие А. Тиш беҳушлиги учун инъекция локал анестезик агентлари. Сочране маълумотлар базаси тизими Рев. 2018 йил 10 июл;7(7):СД006487. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
37. Беккер ДЕ, Рид КЛ. Маҳаллий анестезикалар: фармакологик мулоҳазалар кўриб чиқилиши. Анестх Прог. 2012 йил ёзи;59(2):90-101; викторина 102-3. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
38. Бусселл МА, Грахам РМ. Кўп ишлатиладиган стоматологик лифтлар тарихи. Бр Дент Ж 2008 Ноябрь 08;205(9):505-8. [[ПубМед](#)]
39. Мамоун Ж. Стоматологияда тишларни люксациялаш ва олишда лифт асбобларидан фойдаланиш: клиник усуллар. Ж Кореялик Ассос Орал Махиллофас Сург. 2017 йил июн;43(3):204-211. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
40. Самброок ПЖ, Госс АН. Замонавий экзодонтия. Ауст Дент Ж. 2018 Мар;63 Суппл 1: С11-С18. [[ПубМед](#)]
41. Шарма СД, Видя Б, Александр М, Дешмуқх С. Периотоме атравматик экстракцияга ёрдам сифатида: киёсий икки марта кўр тасодифий назорат остида синов. Ж Махиллофас Орал Сург. 2015-йил, 14-сентябрь (3):611-5. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
42. Макензиес ВС. Экзодонтия тамойиллари. Орал Махиллофас Сург Слин Нортх Ам. 2020 йил ноябрь;32(4):511-517. [[ПубМед](#)]
43. Чандра С, Поддер И, Чаттержее М, Фиелд Л. №15 Скальпель пичоғининг анатомияси ва қўлланилиши ва унинг ўзгаришлари. Ж Сутан Аестхет Сург. 2018 йил апрель-июн;11(2):79-82. [[ПМС бепул мақола](#)] [[ПубМед](#)]
44. Гованс К, Пател М, Левич К. Жарроҳлик амфиземаси: Ҳаво билан бошқариладиган ротордан фойдаланмасдан оддий жарроҳлик тиш экстракциясининг кам учрайдиган асорати. Дент янгилашиши. 2017 йил март;44(3):217-8, 220. [[ПубМед](#)]

45. Рентон Т. Тиш билан боғлиқ оғриқ ёки йўқми? Бош оғриғи. 2020 йил январь;60(1):235-246. [ПубМед]
46. Меечан ЖГ. Интралигаментар беҳушлик. Ж Дент. 1992 йил декабрь;20(6):325-32. [ПубМед]
47. АПС Ж, Бадр Н. Ривоятни кўриб чиқиш: дентал локал анестезиканинг нейротоксиклигининг далиллари. Ж Дент Анестх Паин Мед. 2020 йил апрель;20(2):63-72. [ПМС бепул мақола] [ПубМед]
48. Веил К, Хоопер Л, Афзал З, Эспосито М, Вортхингтон ХВ, ван Вижк АЖ, Соултхард П. Пастки донолик тишларини жарроҳлик йўли билан олиб ташлашдан кейин оғриқни йўқотиш учун парацетамол. Сочране маълумотлар базаси тизими Рев. 2007 йил 18 июл; 2007 (3): СД004487. [ПМС бепул мақола] [ПубМед]
49. Ғазал Г, Ал-Самаданий КХ. Тиш чиқариш ва чуқур бўшлиқ препаратларидан кейин оғриқни йўқотиш учун парацетамол, ибупрофен ва диклофенак калийни солиштириш. Саудия Мед Ж 2017 Мар;38 (3): 284-291. [ПМС бепул мақола] [ПубМед]
50. Сеймур РА, Блер ГС, Вятт ФА. Операциядан кейинги тиш оғриғи ва анализик самардорлиги. И кисм. Бр Ж Орал Сург. 1983-йил декабрь;21(4):290-7. [ПубМед]
51. Чо Х, Лйнхам АЖ, Ҳсу Э. Учинчи молар жарроҳликдан кейин яллиғланиш асоратларини камайтириш учун операциядан кейинги аралашувлар: жорий далилларни кўриб чиқиш. Ауст Дент Ж 2017 декабрь;62(4):412-419. [ПубМед]
52. Хоустон ЖП, МсСоллум Ж, Пиетз Д, Сческ Д. Алвеоляр остейт: унинг этиологияси, олдини олиш ва даволаш усулларини кўриб чиқиш. Ген Дент. 2002 йил сентябрь-октябрь;50(5):457-63; викторина 464-5. [ПубМед]
53. Гарола Ф, Гиллиган Г, Панисо Р, Леонарди Н, Пиомонте Э. Алвеоляр остейтнинг клиник бошқаруви. Тизимли кўриб чиқиш. Мед Орал Патол Орал Сир Бусал. 2021 йил 01-ноябрь;26(6):э691-э702. [ПМС бепул мақола] [ПубМед]
54. Супе НБ, Чоудҳарй Ш, Ямяр СМ, Патил КС, Чоудҳарй АК, Кадам ВД. Курук розетка учун Алвогил (Йодоформ + Бутилпараминобензоат бирикмаси) ва синк оксиди Эугенолнинг самардорлиги. Анн Махиллофас Сург. 2018 йил июл-декабрь;8(2):193-199. [ПМС бепул мақола] [ПубМед]
55. ЖаисВал П, Агравал Р, Ганди А, Жаин А, Кумар А, Рела Р. Антикоагулянт беморларни гемостатик агент ёрдамида тиш чиқаришни бошқариш: Транексамик кислота оғиз ювиш воситаси. Ж Пҳарм Биоаллиед Сси. 2021-йил;13-июн (1-қўшимча):С469-С472. [ПМС бепул мақола] [ПубМед]
56. Яо Ж, Ли КК, МсГратх С, Уу ЙН, Ли КЙ, Маттхеос Н. Мунтазам имплантация, тишларни олиб ташлаш ва периодонтал жарроҳлик амалиётларидан сўнг беморга йўналтирилган натижаларни таққослаш. Слин Орал Имплантс Рес. 2017 йил апрель;28(4):373-380. [ПубМед]
57. Сингх Гилл А, Морриссей Х, Раҳман А. Тиш имплантлари ва экстракция жараёнларида антибиотиклар профилактикасини баҳолашда тизимли кўриб чиқиш ва мета-таҳлил. Тиббиёт (Каунас). 2018 йил 01 декабрь;54(6) [ПМС бепул мақола] [ПубМед]
58. Сариков Р, Жуодзбалйс Г. Мандибуляр учинчи молар экстракциясидан кейин пастки алвеоляр асаб шикастланиши: адабиётни кўриб чиқиш. Ж Орал Махиллофас Рес. 2014 йил октябрь-декабрь;5(4):э1. [ПМС бепул мақола] [ПубМед]
59. Бхат П, Сариappa КМ. Пастки алвеоляр асаб этишмовчилиги ва таъсирланган мандибуляр учинчи моларларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлашдан кейин тикланиш. Ж Махиллофас Орал Сург. 2012 йил, 11 (3): 304-8. [ПМС бепул мақола] [ПубМед]

60. Жан АМ, Албенаян Р, Алшаркави Д, Жаду ФМ. Нотўғри тиш чиқаришнинг тарқалиши ва сабаблари. Нигерия Ж Слин амалиёти. 2019-йил декабрь;22(12):1706-1714. [[ПубМед](#)]

61. Бхатиа К, Аруеде Г. СтатПearлс [Интернет]. СтатПearлс нашриёти; Треасуре Исланд (ФЛ): 20-сентябрь, 2022. Оғиз бўшлиғи жарроҳлиги, асбоблар. [[ПубМед](#)]

ТИШЛАРНИ АЛДИГАН КЕЙИН АСОРЛАНИШЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

ТОШКЕНТ – 2025

Касалликларнинг халқаро таснифи - ИСД-10/11 код(лар):

ИСД -10/11	
Код	К00.7, К.01.0, К 01.1, К04.5, К04.6, К08.8, К09.09, К10.2
	ИСД -10/11

1. Асосий қисм

Мураккабликлар

Тиш чиқариш, ҳар қандай жарроҳлик амалиёти каби, хавф туғдирмайди. Жараён олдидан ушбу хавфлар бемор билан муҳокама қилиниши керак. Тиш чиқаришдан кейинги кенг тарқалган хавфлар орасида оғриқ, қон кетиш, гематома, шиш ва инфекция мавжуд. Қўшни тузилмаларнинг шикастланиши, масалан, қўшни тишлар, айниқса, қўшни тишларда реставрациялар мавжуд бўлса, ҳар доим эслатиб ўтиш керак. Зарур бўлганда, ороантрал алоқа ва пастки тиш нервининг шикастланиши каби ўзига хос хавфларни эслатиб ўтиш керак.

Оғриқ

Тиш чиқаришдан кейин оғриқ - бу операциядан кейинги кенг тарқалган хавф. Одатда парацетамол ва ибупрофен каби рецептсиз аналгезикларга яхши жавоб беради. Бу икки дори биргаликда қабул қилиниши мумкин, бу яхши самара беради. Бироқ, баъзи беморлар учун бу дорилар этарли бўлмаслиги мумкин ва улар операциядан кейинги оғриқнинг асосий шикоят билан қайтиши мумкин. Бундай ҳолда, тўлиқ тарих ва клиник текширув ўтказиш керак.

Агар шифокор беморда оғриқни бартараф этиш учун бошқа ташхисга эга эмаслигига ишонч ҳосил қилса, консерватив даво тавсия этилади. Беморни операциядан кейинги оғриқ 3-7 кун ичида сусайиши мумкинлигига ишонч ҳосил қилиш керак.[50] Бундай ҳолда, опиоидлар ёки кортикостероидлар каби қўшимча оғриқ қолдирувчи воситалар буюрилиши мумкин.

Беморларнинг операциядан кейинги оғриқлар билан қайтишининг яна бир кенг тарқалган сабаби куруқ розетка деб номланувчи алвеоляр остейтдир. Алвеоляр остейт ярани ташкил қилишдан олдин розеткадаги қон пихтисининг йўқ қилиниши туфайли юзага келади. Алвеоляр остейт билан оғриган беморлар операциядан кейинги оғриқни бошдан кечиришади, улар дастлаб ўтиб кетади ва кейин тиш чиқаришдан 1-3 кун ўтгач кучаяди. Бемор экспекторация пайтида қон пихтисининг чиқиб кетганини кўриши мумкин ёки клиник текширувда пихти йўқолиши аниқ бўлади. Бемор, шунингдек, оғизда ёмон таъм ёки ҳалитозни сезиши ҳақида хабар бериши мумкин.

Алвеоляр остейт одатда шўр сув билан суғориш ва розеткага доривор кийимни қўллаш билан даволанади. Алвогил маҳаллий оғриқ қолдирувчи, антибактериал ва окклюзив восита сифатида ишлайдиган кенг қўлланиладиган кийимдир.

Беморлар, шунингдек, тиш чиқаришдан кейин темпоромандибулар бўғим билан боғлиқ оғриқлардан шикоят қилишлари мумкин. Бу оғриқ одатда миёфасиял характерга эга ва консерватив даво ва вақт билан ҳал қилиниши мумкин.

Қон кетиши

Операциядан кейинги қон кетиш тиш чиқаришдан кейин нормал ҳисобланади. Операциядан кейинги узоқ давом этадиган қон кетишига мойил бўлган беморнинг тарихидаги ҳар қандай тиббий омилларни эрта аниқлаш ва тегишли кўрсатмаларга мувофиқ даволаш керак. Агар бемор ҳудудга узоқ вақт босим ўтказгандан кейин қон кетишда давом этса, қон кетишини тўхтатиш учун маҳаллий гемостатик воситалардан фойдаланиш керак. Агар улар ёрдам бермаса, маҳаллий транексамик кислота ҳам кўриб чиқилиши мумкин.

Беморга аниқ кўрсатилиши керакки, агар у уйда босим билан тўхтатиб бўлмайдиган узоқ вақт қон кетишини бошдан кечирса, у дарҳол тиш шифокори ёки шифокордан ёрдам сўраши керак.

Кўкаришлар

Баъзи беморларда тиш чиқаришдан кейин кўкаришлар пайдо бўлиши мумкин. Бироқ, бу оддий олиб ташлашдан кўра жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш билан тез-тез содир бўлади. Операциядан кейинги кўкаришлар одатда тиш чиқаришдан кейин бир неча кун ичида йўқолади, аммо беморларни ташвишланмасликлари учун кўкаришлар эҳтимоли ҳақида огоҳлантириш керак.

Шиш

Шишиш, кўкаришлар каби, кўпинча экзодонтик жарроҳлик пайтида пайдо бўлади. Бироқ, беморда оддий тиш чиқаришдан кейин шиш пайдо бўлиши мумкин. Экстракциядан кейин 3-7 кун ичида шиш кетиши керак. Шу билан бирга, операциядан кейинги инфекцияни ривожланиши мумкин, бу эса юзнинг шишиши сифатида намоён бўлиши мумкин. Шунинг учун операциядан кейинги шиши бўлган беморни тизимли инфекция ва ҳаво йўллари обструкциясининг ҳар қандай белгилари учун баҳолаш жуда муҳимдир. Операциядан кейинги даврда юзнинг шишиши бўйича аниқ маслаҳат муҳим аҳамиятга эга. Беморларга юзнинг маълум даражада шишиши нормал эканлигига ишонч ҳосил қилиш керак, аммо улар операциядан кейинги инфекция белгиларидан хабардор бўлишлари ва тиббий мутахассисдан маслаҳат олишлари керак.

Инфекция

Юқорида айтиб ўтилганидек, беморларни операциядан кейинги инфекция ҳақида огоҳлантириш керак. Ривожланиш хавфига қарамай, маълумотлар операциядан кейинги антибиотиклардан мунтазам фойдаланиш зарурлигини тасдиқламайди.

Операциядан кейинги инфекциялар оғир бўлиши мумкин ва бу энг хавфли асоратлардан биридир.

Қўшни тишларнинг шикастланиши

Операциядан олдин эҳтиёткорлик билан тайёргарлик кўриш ва қўшни оғир тикланган тишнинг кўтарилиши ёки кўтарилишига йўл қўймаслик орқали қўшни тишларнинг шикастланиш хавфини иложи борича камайтириш керак.

Пастки алвеоляр нервларнинг шикастланиши

Бу хавф одатда мандибуляр учинчи моларлар билан боғлиқ бўлса-да, баъзида мандибуляр иккинчи моларлар НАС яқинида жойлашган бўлиши мумкин. Беморга ҳар доим зарарланган томонда лаблар, ёноқлар, тил ва тишларнинг сезгирлигининг вақтинчалик ёки доимий ўзгариши хавфи ҳақида огоҳлантириш керак. ТМЖ жароҳатларининг частотаси 0,35% дан 8,4% гача, доимий нерв шикастланиши кам учрайди.

Агар бемор НАС жароҳати олган бўлса, дастлабки даврда уни диққат билан кузатиб бориш керак. Кўп ҳолларда тикланиш 6-8 ҳафта ичида содир бўлади, лекин икки йилгача давом этиши мумкин. Идеал ҳолда, тўлиқ тикланиш икки ой ичида содир бўлиши керак, чунки бу даврдан кейин доимий этишмовчилик эҳтимоли ортади.

Ороантрал алоқа

Ороантрал алоқа (ОАС) кўпинча максиллер моларларда пайдо бўлади. ОСА ёки ороантрал оқма (ОАФ) пайдо бўлишининг асосий сабаби - тиш чўққиларининг синус тубига яқинлиги ёки илдизларнинг синусга проекцияси. ОСА, шунингдек, операторни олиб ташлаш пайтида илдиз ёки тепанинг синусга силжиши натижасида юзага келиши мумкин. 2 мм дан кичик бўлган кўпчилик нуқсонлар ўз-ўзидан ёпилади ва консерватив тарзда даволанган мумкин. Бироқ, бу ўлчамдан каттароқ нуқсонлар, агар қолса, эпителизация қилинади ва ОАФ ҳосил қилади. Бу беморда синусит ривожланишига олиб келиши мумкин. Бундай нуқсонлар жароҳлик йўли билан ёпилишини талаб қилади, идеал ҳолда 24 соат ичида.

Нотўғри жойда тиш чиқариш

Нотўғри тишни олиб ташлаш стоматологиядаги энг безовта қилувчи асоратлардан биридир. Ёмон алоқа, қайта йўналтириш ва оператор чарчоқлари нотўғри жойлаштирилган жароҳликнинг кенг тарқалган сабаблари ҳисобланади.

Бу тиш чиқаришдан кейинги барча мумкин бўлган асоратларнинг тўлиқ рўйхати эмас, лекин юқорида тавсифланган асоратлар энг кенг тарқалган бўлиб, беморлар билан мунтазам розилик муҳокамаларининг асосий қисмини ташкил қилади.

2.1. Олдини олиш усуллари:

Аспирация эҳтимолини билган ҳолда, кичик асбоблардан фойдаланганда эҳтиёт бўлиш керак. Кичкина билан алоқа қилгандаасбоблар, оғиз бўшлиғига олиб ташланган тишлари, бемор олдинга энгашиб ва оғиз бўшлиғи таркибини тупуриш учун сўраш керак, сув билан оғзини чайиш ва яна тупуриш. Агар тупуришда "йўқолиб бораётган" асбоб, тиш ёки унинг бир қисми бўлмаса, оғиз бўшлиғини диққат билан текширинг ва бегона нарса топилса, уни олиб ташланг. Агар тўлиқ қидирув натижа бермаса, бемор уни ютиб юбориши мумкинлигини истисно қилмаслик керак.

Тишлар ва илдизларни олиб ташлашдан кейин юзага келадиган маҳаллий асоратлар

- Қон кетиш.
- Сокет оғриғи.
- Пастки алвеоляр нерв неврити.

Қон кетишни тўхтатишнинг маҳаллий усуллари

- Ярани тикиш.
- Йодоформ турунда розетканинг қаттиқ тампонадаси.

Қон кетиши

Тиш чиқариш операцияси муқаррар равишда қон кетиши билан бирга келади. Бир неча дақиқадан сўнг, тешиқдаги қон коагуляцияланади, тўлиқ лахта ҳосил бўлади ва қон кетиш тўхтади. Бироқ, бу ҳар доим ҳам содир бўлмайди ва бу қон кетиш бирламчи деб аталади. Гемостаза эришилгандан кейин ва бемор жарроҳлик хонасини тарк этгандан сўнг пайдо бўладиган қон кетиш иккиламчи деб аталади.

Қон кетишининг олдини олиш.

Тиш чиқаришдан олдин беморда тўқималарнинг тасодифий шикастланиши ва олдинги операциялардан кейин узоқ давом этган қон кетишини аниқлаш керак. Агар қон кетиш тенденцияси мавжуд бўлса, операциядан олдин умумий қон текшируви ўтказилади, тромбоцитлар сони, қон ивиш вақти ва қон кетишининг давомийлиги аниқланади ва батафсил коагулограмма тузилади. Агар гемостаз кўрсаткичлари физиологик меъёрдан четга чиқса, қон ивиш тизимининг функционал фаоллигини ошириш чоралари кўрилади (калций хлорид эритмаси, аминокaproик ва аскорбин кислотаси, Викасол ♠, рутин ♠ ва бошқа дорилар) ва бемор гематолог ёки терапевт билан маслаҳатлашган.

Геморрагик диатез билан оғриган беморлар учун тиш чиқариш шифохона шароитида амалга оширилади. Улар гематолог билан биргаликда операцияга тайёрланади. Коагулограмма назорати остида гемостаз параметрларини нормаллаштирадиган воситалар буюрилади. Гемофилия учун антигемофил плазма, криёпресипитат ёки антигемофил глобулин, янги цитратланган қон қуйилади; тромбопения учун - тромбоцит суспензияси, тўлиқ қон, К ва С витаминлари. Пластик ҳимоя плитаси тайёрланади.

Бундай беморларда тишларни олиб ташлаш суяк ва унинг атрофидаги юмшоқ тўқималарга минимал травма билан амалга оширилишига интилади. Тиш

чиқаришдан кейин тешик гемостатик шимгич ёки қуруқ плазма билан тампонланади ва ҳимоя плитаси қўлланилади. Гемостатик дориларни розеткада ушлаб туриш учун тиш гўштининг четларини тикиш тавсия этилмайди, чунки шиллик қаватнинг тешилиши қон кетишининг қўшимча манбаи бўлади.

Алвеолит

Шифокорнинг тактикаси:

- этарли даражада оғриқни камайтиришни таъминлаш;
- кудуқни илиқ антисептик эритма (водород пероксид, нитрофурал (фурацилин♠), хлорҳексидин, калий перманганат ва бошқалар) билан ювиш;
- куретаж қошиғи ёрдамида парчаланган пихти ва бегона жисмларни (тиш бўлаклари, суяк, грануляция тўқималари) олиб ташлаш;
- тешикни антисептик билан қайта-қайта ювиш, дока билан куритиш;
- розетканинг йодоформ турунда бўшашган тампонадаси. Гентамицин ёки канамицин билан гемостатик шимгич ҳам ишлатилади.

Алвеолитнинг дастлабки босқичида, бундай даволанишдан сўнг, розеткадаги оғриқлар такрорланмайди. Яллиғланиш жараёни 2-3 кундан кейин тўхтайтилади. Алвеолит ривожланиб, кучли оғриқ кучайганда, қуйидагилар қўлланилади:

- прокаин (новокаин♠), лидокаин блокадаси. Ўтиш бурмаси бўйлаб 5-10 мл 0,5% анестетик эритма юборилади;
- тиш бўшлиғини некротик емирилишдан тозалаш учун оксиллар ва некротик тўқималарни парчалайдиган ва яра юзасини тозалайдиган трипсин ва химотрипсин протеолитик ферментлари қўлланилади;
- даволашнинг физиотерапевтик усуллари: УХФ, флукуаризация, маҳаллий ультрабинафша нурланиш, гелий-неон лазер нурлари.

Яллиғланиш ўчоғига маҳаллий таъсир.

Тешик ҳар куни ёки ҳар куни даволанади. 5-7 кундан кейин розетканинг деворлари ёш грануляция тўқималари билан қопланган, аммо яллиғланиш ҳали ҳам давом этмоқда. 2 ҳафтадан сўнг тиш гўшти нормал рангга эга бўлади, шишиш йўқолади, розетка грануляция тўқимаси билан тўлдирилади ва эпителизация бошланади.

Пастки алвеоляр асабнинг неврити

Шифокорнинг тактикаси:

- кучли оғриқларда оғриқ қолдирувчи воситалар, импульсли ток физиотерапияси, ультрабинафша нурланиш буюрилади;
- тиамин (витамин В1♠) инъекциялари курси буюрилади (ҳар куни 1 мл 6% эритма, 10 та инъекция);
- прокаиннинг 2% эритмаси (Новокаин♠) билан электрофорез (20 дақиқа давомида 5-6 процедура);
- рибофлавин (витамин В2) (кунига 0,005 г дан 2 марта) ва аскорбин кислотани (витамин С♠) (кунига 3 марта 0,1 г) оғиз орқали юбориш;

- шунингдек, 10 тагача бендазол (дибазол♠) (ҳар куни 2 мл 0,5% эритма), галантамин (қунига 1 мл эритма), алоэ экстракти♠ (қунига 1 мл), сиянокобаламин (В12 витамини♠) (1 мл 0,2% эритма ҳар куни).

2.2. Реабилитация усуллари ва усуллари:

- Операциядан кейинги даврда қон ивишини оширишга қаратилган умумий терапия давом эттирилади (қон, антигемофил плазма, криёпресипитат, аминаокапроик ва аскорбин кислоталарни қуйиш, калций хлорид, гемофобин, рутин, викасол ♠). Гемостатик препаратлар тўлиқ тузалмагунча тешиқда қолдирилади. Бундай беморлар бир вақтнинг ўзида бир нечта тишларни олиб ташламасликлари керак (фақат касалхонада).

ПАЛИАТИВИЙ ЁРДАМ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ-2025

Клиник протоколнинг миллий носологияси ва касалликларнинг халқаро таснифи-ИСД-10/11 код(лари):

ИСД -10/11	
Код	Исм
	Юклаб олинг (ИСД-10/11 дан гиперҳавола киритинг)

1. Асосий қисм

Паллиатив ёрдам икки компонентдан иборат:

- касалликнинг бутун даври давомида беморнинг азобланишини энгиллаштириш (радикал даволаш билан бирга);

- ҳаётнинг охириг ойлари, кунлари ва соатларида тиббий ёрдам.

Паллиатив ёрдамнинг вазифаси- бемор учун энг яхши ҳаёт сифатини таъминлаш. Бу аниқ ташхислар рўйхати билан чекланмайди. Бундан ташқари, ёрдамнинг муҳим қисми беморнинг касаллиги пайтида унинг яқинлари билан ишлаш ва уларни психологик қўллаб-қувватлашдир.

Паллиатив ёрдам учта ёндашувни бирлаштиради:

- Оғриқ ва оғриқли ҳисларни бартараф этиш.

Бунинг учун касалликдан келиб чиққан оғриқли ҳужумларни бартараф этиш учун симптоматик терапия ўтказилади. У минимал қулай прогноз билан ҳаётнинг энг қоникарли сифатини таъминлашга қаратилган.

Оғриқни самарали бартараф этиш учун сиз унинг табиатини тўғри баҳолашингиз, унга қарши курашиш тактикасини яратишингиз ва беморга тўғри ёрдам кўрсатишингиз керак. Мисол учун, мигренлардан келиб чиққан кундалик оғир бош оғриғи билан оғриқ қолдирувчи воситаларни ўз-ўзини бошқариш фақат янги ҳужумларни келтириб чиқариши мумкин. Паллиатив тиббиёт мутахассиси, хусусан, невролог беморга тўғри даволанишни белгилайди, жисмоний реабилитация бўйича чора-тадбирлар мажмуини тавсия қилади ва тўғри кун тартибини яратади. Оғриқни йўқотишнинг энг қулай ва энг осон усули - бу фармакотерапия.

- Психологик ёрдам.

Оғир касаллик, касалхонага ётқизиш, жарроҳлик, турмуш тарзини ўзгартириш, мумкин бўлган ногиронлик ва ўлим таҳдиди беморнинг психологик ҳолатига салбий таъсир қилади. Бемор янги ҳаёт шароитларига мослаша олмайди, у доимо кўрқув ва ҳалокат ҳиссини бошдан кечиради, бу эса умумий ҳолатга салбий таъсир қилади.

Қариндошлар одатда беморни психологик жиҳатдан қўллаб-қувватлай олмайдилар, чунки улар ўзлари стрессни бошдан кечиришади. Паллиатив ёрдам психологларнинг бемор ва унинг яқинлари билан ишлашини ўз ичига олади. Баъзида бу ишга кўнгилчилар жалб қилинади.

- ижтимоий қўллаб-қувватлаш.

Паллиатив ёрдам беморнинг оиласи ва ўзини ижтимоий қўллаб-қувватлашни ўз ичига олади. Зеро, психологик муаммолар ҳам парвариш ва даволаниш харажатларидан келиб чиқадиган ижтимоий қийинчиликларни англаш билан кучаяди. Кўпгина беморлар молиявий муаммоларга дуч келишади, баъзилари яшаш шароитларини яхшилашга муҳтож, аммо жуда кам сонлилар уларга мавжуд ижтимоий имтиёزلардан хабардор.

Паллиатив ёрдам кўрсатувчи муассасалар Паллиатив ёрдам ҳам ихтисослаштирилган, ҳам ихтисослаштирилмаган тиббиёт муассасаларида кўрсатилиши мумкин. Юқори ихтисослаштирилган клиникалар сони ҳали ҳам жуда оз бўлганлиги сабабли, мунтазам касалхоналар ўз вазифаларини бажаришга мажбур.

- Ихтисослашган бўлмаган паллиатив ёрдам муассасалари:

— туман ҳамширалик хизмати;

- умумий амалиёт шифокорлари;

— амбулатор ҳамширалик хизмати;

— умумий шифохоналар бўлимлари;

2. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:

-Паллиатив ёрдам учун касалхонага ётқизиш бўйича тавсиялар

-Паллиатив ёрдам учун касалхонага ётқизиш шартлари

Паллиатив ёрдам бўлимида касалхонага ётқизиш вақтини кўриб чиқиш учун қуйидаги ҳужжатлар тақдим этилиши керак:

- Ўзбекистон Республикаси фуқароси паспортининг асл нусхаси ва нусхаси;
- Амбулатор ёки стационар беморнинг тиббий картасидан комплекс текширув натижалари билан хулоса чиқариш;
- Касалхонага ётқизиш учун юбориш;
- Қариндошлар ёки қонуний вакилларнинг мавжудлиги мажбурийдир.

3. Диагностика мезонлари (синдромнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

-Паллиатив ёрдамга ётқизилган беморнинг шикоятлари ва касаллик тарихи (тўлиқ);

-Паллиатив ёрдам олаётган беморнинг умумий физик текшируви (ишлатилган маълумотлар манбасига ҳавола ва ҳаволани киритинг);

-Ташхис қўйиш учун зарур бўлган паллиатив ёрдам учун касалхонадан олдинги лаборатория тестлари

-Паллиатив ёрдам шифохонасига ётқизишдан олдин инструментал тадқиқотлар ўтказилди

- **Беморларни паллиатив ёрдам бўлимига ётқизишнинг асосий кўрсаткичлари:**

- декомпенсация босқичида орган этишмовчилиги бўлган беморлар, агар касалликнинг ремиссиясига эришиш ёки беморнинг аҳволини барқарорлаштиришнинг иложи бўлмаса;
- ривожланишнинг терминал босқичида терапевтик профилнинг сурункали прогрессив касалликлари бўлган беморлар;
- тиббий ёрдам кўрсатиш пайтида симптоматик даволаш ва парвариш қилишни талаб қиладиган cerebrovascular аварияларнинг оғир қайтарилмас оқибатлари бўлган беморлар;
- тиббий ёрдам кўрсатиш пайтида симптоматик терапия ва парвариш қилишни талаб қиладиган жароҳатларнинг оғир қайтарилмас оқибатлари бўлган беморлар;
- жараённинг ривожланишининг кейинги босқичларида асаб тизимининг дегенератив касалликлари бўлган беморлар;

4. Паллиатив ёрдамнинг мақсадлари

Асосий мақсад жисмоний ёки ақлий имкониятлари сезиларли даражада чекланган ва симптоматик терапия, психо-ижтимоий ёрдам ва узоқ муддатли ёрдамга муҳтож бўлган даволаб бўлмайдиган беморларга паллиатив тиббий ёрдам кўрсатишдир.

5. Паллиатив ёрдам тактикаси:

Тиш оғриғини паллиатив (шошилич) даволаш

Одатда, бу усул бемор шошилич тиш шифокорига ташриф буюрганида ва оғрик ёки ноқулайликни бошдан кечирганда қўлланилади.

Паллиатив даво асосий касалликни даволамасдан симптомларни енгиллаштириш сифатида қаралиши мумкин.

Агар беморга кўрсатиладиган ягона хизмат рецепт бўлса, уни ишлатмаслик керак.

Паллиатив ёрдам текширув ёки баҳолашни ўз ичига олмайди.

Паллиатив ёрдам диагностик рентген нурларини ўз ичига олмайди.

Паллиатив даволашга мисоллар:

- Бузилган тишнинг ўткир қиррасини текислаш ёки тиклаш.
- Бузилган тишга вақтинчалик пломба ўрнатиш.
- Оғриқни йўқотиш учун хўппозни очиш.
- Хўппозни очиш.
- Ёриқ тиш синдроми билан тиш окклюзиясини тузатиш.
- Тиш ипларини ёки тиш гўштини тирнаш хусусияти келтириб чиқарадиган озиқ-овқат қолдиқларини олиб ташлаш.
- Қисман чиққан донолик тиши атрофида яллиғланган тўқималарни тозалаш.
- Очиқ илдиз юзасига десенсибилизация қилувчи препаратни қўллаш.
- Жуда чуқур, оғриқли бўшлиқда кариеcнинг фақат бир қисмини олиб ташлаш ва вақтинчалик пломба ўрнатиш.
- Оғриқни вақтинча йўқотиш учун маҳаллий оғриқсизлантирувчи воситани киритиш.
- Оғиз ичидаги куйиш ёки саратон ярасига топикал дори қўллаш.

• **Тақдим этилган ёрдам доираси қуйидагиларни ўз ичига олади:**

- гемодинамик бузилишларни тузатиш;
- ошқозон-ичак тракти касалликларини даволаш (кўнгил айнаши, қусиш, диарея, ич қотиши);
- овқатланишни қўллаб-қувватлаш;
- фармакологик воситалар билан нафас олиш бузилишларини тузатиш;

6. Фойдаланилган адабиётлар ва манбалар.

1. Висеман МА. Паллиатив ёрдам стоматологияси. Геродонтология. 2000;17:49–51.
2. Мол РП. Паллиатив ёрдам гуруҳида стоматологнинг роли. Индиан Ж Паллиат Саре. 2010;16:74–8.
3. Америка Педиатрия Академияси. Биоэтика қўмитаси ва шифохона парвариши қўмитаси. Болалар учун паллиатив ёрдам. Педиатрия. 2000;106:351–7.
4. Чериан К. Ҳиндистондаги паллиатив ёрдам ҳаракати: Яна бир эркинлик кураши ёки жим инқилоб. Индиан Ж Паллиат Саре. 2009;15:10–3.
5. Саини Р, Саини С, Сугандҳа Паллиатив ёрдам, унинг саратон касалликларида эҳтиёжи ва роли, Ҳиндистон сценарийси. Индиан Ж Мед Паедиатр Онсол. 2009;30:119–20.
6. Муррай СА, Бойд К, Шайх А. Сурункали касалликларда паллиатив ёрдам. БМЖ. 2005;330:611–2.
7. Левй-Поласк МП, Себелли П, Поласк НЛ. Ўткир лейкомия билан оғриган болаларда оғиз орқали асоратларнинг пайдо бўлиши ва профилактика протоколини қўллаш. Спес Саре стоматологи. 1998;18:189–93.