

J.A. RIZAEV, A.I. XAZRATOV, F.A. ISMATOV,
I.I. XASANOV, D.A. RUSTAMOVA, SH.M. INOGOMOV

JARROXLIK PARODONTOLOGIYASI



O'QUV QO'LLANMA

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

**J.A. Rizaev, A.I. Xazratov, F.A. Ismatov, I.I. Xasanov
D.A. Rustamova, Sh.M. Inogomov**



**JARROXLIK
PARODONTOLOGIYASI**

O'quv qo'llanma

5510400 – Stomatologiya ta'lim yo'nalishlari uchun

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining 27-dekabr 2023-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "5"- son bayonnomasiga ko'ra tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan.



SamDTU
axborot-resurs markazi

UO'K 616.314.17-008.1(075.8)

KBK 56.6ya73

J 30

J.A. Rizaev, A.I. Xazratov, F.A. Ismatov, I.I. Xasanov, D.A. Rustamova, Sh.M. Inogomov
Jarroxlik parodontologiyasi [Matn]: o'quv qo'llanma / J.A. Rizaev, A.I. Xazratov,
F.A. Ismatov, I.I. Xasanov D.A. Rustamova, Sh. M. Inogomov. - Samarqand: Samarqand,
2024.-96 b.

Tuzuvchilar:

J.A. Rizaev – Samarqand davlat tibbiyot universiteti rektori, t.f.d., professor.

A.I. Xazratov – SamDTU Og'iz bo'shlig'i jarroxligi va dental
impalantologiya kafedراسi mudiri, PhD, dotsent

F.A. Ismatov– SamDTU Og'iz bo'shlig'i jarroxligi va dental impalantologiya
kafedراسi assistenti, PhD.

I.I. Xasanov – SamDTU Og'iz bo'shlig'i jarroxligi va dental impalantologiya
kafedراسi assistenti, PhD.

D.A. Rustamova – Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi
bosh shifokori – t.f.d. dotsent

Sh.M. Inogomov – Toshkent Davlat stomatologiya instituti Bolalar terapevtik
stomatologiya kafedراسi assistenti, PhD.

Taqrizchilar:

N.Sh. Nazarova - SamDTU Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti stomatologiya
kafedراسi mudiri, t.f.d., professor.

D.M. Dusmuxammedov - TDSI Bolalar yuz-jag' jarroxligi kafedراسi
professori, t.f.d.

Annotatsiya. O'quv qo'llanma Stomatologiya sohasidagi parodontologiyasi kasalliklari etiologiyasi va patogenizi, klinik ko'rinishlari va zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash, davolashning jarrohlik taktikalarini yoritib beradi. O'quv qo'llanma talabalarining nazariy va klinik ko'nikmalarni o'rganishlari uchun kerakli bo'lgan zarur ma'lumotlarga ega. Nashrda parodontologiyasi kasalliklarini davolashda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olishga katta e'tibor qaratilgan. O'quv qo'llanma tibbiy oliy o'quv yurtlari magistratura rezidentlari, davolash ishi va kasb ta'limi fakultetlari talabalari uchun tavsiya etiladi.

ISBN 978-9910-771-34-7

© J.A. Rizaev, A.I. Xazratov, F.A. Ismatov, I.I. Xasanov, D.A. Rustamova, Sh.M. Inogomov.

© Samarqand 2024 y

MUNDARIJA

KIRISH.....	5
1-BOB JARROXLIK PARODONTOLOGIYASI	6
Surunkali kasalliklar	6
Qandli diabet.....	6
Kashandalik	7
Immunitetning pasayishi.....	7
OIV infeksiyasi va OITS	8
bemorga bog‘liq omillar	9
2-BOB. KESMALAR, LAXTAK TURLARI VA ChOK QO‘YISH USULLARI	11
2.1. Kesmalar	11
2.1.1. Milk qirrasi bo‘ylab o‘tgan (gorizontal) kesmalar	12
2.1.2. Bo‘shash tiruvchi kesmalar	15
2.2. Laxtak turlari	17
2.2.1. Shilliq qavat-suyak usti pardasi laxtagi.....	17
2.2.2. Shilliq qavat laxtagi	17
2.2.3. Shilliq qavat-suyak usti pardasi va shilliq qavatning kombinatsiyalashgan laxtagi.....	21
2.3. Chok qo‘yish uslublari.....	22
2.3.1. Maxsus shartlar	23
2.3.2. Choklov materiallari va chok qo‘yish usullari.....	24
2.3.3. Halqalar va tugunlar	40
3-BOB. MILKNING ESTETIK KO‘RSATKICHLARI: MEZONLAR, TAVSIYALAR VA TASHXISLASH.....	43
3.1. Milkning estetik parametrlari	46
3.1.2. Anatomik va morfologik xususiyatlar.....	47
3.2. Shilliq qavat-milk jarrohligining maqsad va vazifalari. Ko‘rsatmalar.	52
3.3. Murakkab klinik vaziyatlarning estetik tahlili	55
3.3.1. Orientirlar	56

3.3.2. Og'iz ichi eстетik parametrlarini baholashda sinama restavratsiya va diagnostik provizor protezlardan foydalanish.....	59
3.3.3 Estetik tahlil shakli.....	66
3.4.Ehtimoliy ko'rsatkichlar: tabiiylik, go'zallik va estetik parametrlarning yoshga doir o'zgarishlari.....	73
4-BOB. BEMORNI BOSHQARISH	75
4.1. Xabardorlik roziligini olish.....	75
4.1.1. Huquqiy asoslar.....	75
4.1.2. Taqdim qilinayotgan ma'lumotlar mazmuni va hajmi	76
4.1.3. Qaror vaqti	77
4.1.4. Operatsiyadan keyingi tavsiyalar.....	78
4.2. Operatsiyadan oldingi va keyingi tadbirlar.....	80
4.2.1. Operatsiya oldi tayyorgarligi tamoyillar.....	80
4.2.2. Operatsiyadan keyingi boshqaruv tamoyillar	84
ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	89

KIRISH

Parodontologiya va implantologiyada plastik jarrohlik aralashuvlarining muvaffaqiyati ko'p jihatdan kesmalarning to'g'ri bajarilishiga bog'liq. Aynan kesmalar operatsiya maydonida bemalol ishlash, uni to'laqonli ko'rish sifatini belgilaydi. Kesma turi laxtak harakatchanligi, yaralarni tortmasdan tikish imkoniyati, laxtakning operatsiyadan keyingi davrdagi qon ta'minoti, eng muhimi, milk qirrasining yakuniy holatiga ta'sir qiladi. Egatchalarning ichki kesmalari shakllantirilganda erkin milk o'z intaktligini deyarli saqlab qoladi. Jarroh bunday kesma hosil qilish uchun skalpel tig'ini tish-milk egatchasidan alveolyar suyakka kiritadi, shu bilan birga, koronka yoki tish ildizi bilan aloqani saqlab qoladi. Tig' tishning uzun o'qi bo'ylab borishi kerak. Shilliq qavat-suyak usti pardasi yoki to'liq qavatli laxtak epiteliy, biriktiruvchi to'qima va suyak usti pardasidan iborat. Yuqorida sanab o'tilgan hamma qavatlarni laxtak tarkibiga kiritish uchun kesma yumshoq to'qima qalinligini bevosita suyak yuzasigacha borishi kerak. Kesma hosil qilingandan keyin laxtak (ya'ni, suyak usti pardasi) yarim o'tkir raspator yordamida to'mtoq usulda ajratiladi. Suyak to'qimasiga yetib borish uchun doim shilliq qavat-suyak usti pardasi shakllantiriladi. Bu yo'nalishdagi operatsiyalarning uzoqroq cho'zilishi yoki nisbatan qimmatligi, qolaversa, jarrohdan yuksak malaka talab qilinishi ham to'sqinlik qilolmaydi. Vatanimiz fuqarolariga doimo har qanday vaziyatlarda yuqori malakali yordam ko'rsatish uchun tibbiyot oliygohlari talabalari. Parodontal xirurgiyaning o'ziga xos xususiyatlarini, mavjud tashxislash va davolash uslublarini mukammal bilishlari lozimligi shak shubhasiz. Shu bois ushbu O'quv qo'llanmada aksariyat uchraydigan milk jarohatlar, ularning Parodontal xirurgiya sohasida kechishi, tashxislash, davolash usullari tibbiyotning zamonaviy yutuqlarini e'tiborga olgan holda yoritildi.

Mazkur O'quv qo'llanma o'zbek tilida birinchi marta nashr yetilmoqda, shunday ekan, kamchiliklardan xoli yemas, albatta. O'quv qo'llanma jarayonida aniqlangan kamchiliklarni tuzatish va mazmunini to'ldirish maqsadida bildirilgan barcha fikr va takliflarni muallif qabul qiladi va mamnuniyat bilan minnatdorchilik bildiradi.

1-BOB JARROXLIK PARODONTOLOGIYASI

SURUNKALI KASALLIKLAR

QANDLI DIABET

Qandli diabetning I va II turi, bu kasallikka hamrohlik qiladigan mikro va makroangiopatiya, shuningdek, mahalliy immunitetning pasayishi ta'sirida yaralarning bitishi ko'p buziladi. Qandli diabetga chalingan bemorlarda (ayniqsa, uning dekompensatsiya davrida) yara asoratlari, xususan, laxtak nekrozining xavfi oshadi.

1-jadval.

Yaralar bitishiga ta'sir ko'rsatadigan mahalliy omillar

Yallig'lanishning yo'qligi	<ul style="list-style-type: none"> Parodontologik davolash va mustaqil amalga oshirilgan gigiena tadbirlari milk qirradi yallig'lanishini bartaraf qilishda yordam berishi mumkin <ul style="list-style-type: none"> Davolash shartlari: karash indeksi (Pi) <20% milk so'rg'ichlarining qonash indeksi (PBi) <5%
Ildiz yuzasining biyos-ligi	<ul style="list-style-type: none"> Tish ildizi retsessiyasini bataraf qilishda biyoslik juda katta ahamiyatga ega Bevosita operatsiyadan oldin ochilgan tish ildizining yuzasida mexanik ishlov o'tkazish zarur
Mikrojarrohlik yondashuvidan foydalanish	<ul style="list-style-type: none"> Optik kattalashtirish Mikrojarrohlik asboblari va choklov materiallari To'qimalar bilan ayab muomala qilish
Laxtak dizayni	<ul style="list-style-type: none"> Parchalangan laxtaklar texnik jihatdan murakkab, lekin ularni ko'chirish va tikish oson
Laxtak qirralarining qon ta'minoti	<ul style="list-style-type: none"> Yaralarning o'tkir qirralaridan ehtiyot bo'lish kerak <ul style="list-style-type: none"> Birinchi kesma tig'ni yuzaga nisbatan perpendikulyar holda tutib bajarilgani ma'qul Kesma chiziqlari o'zaro va bir qadar kesishishi lozim Laxtak qirralari bilan atravmatik muomala qilish kerak
Laxtak qalinligi	<ul style="list-style-type: none"> Laxtakning minimal qalinligi 1 mm
Laxtakning tortishishi	<ul style="list-style-type: none"> Qirralarni tortmasdan birlashtirish nihoyatda muhim

Qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda endokrinolog yoki terapevt bilan maslahatlashish va qondagi qand miqdori darajasini nazorat qilish imkoniyatlarini muhokama qilish kerak. Glikirlangan gemoglobin (HbA1c) kasallik kompensatsiyasining muhim diagnostik belgisi hisoblanadi. HbA1c konsentratsiyasi koʻrsatkichining 6,5% dan kam boʻlishi, qandli diabetning kompensatsiya davrini anglatadi, bu esa parodontologiya va implantologiya sohalari boʻyicha oʻtkaziladigan plastik jarrohlik aralashuvlarining ijobiy natija berishini prognozlashga imkon yaratadi. Bundan tashqari, kompensatsiyalangan diabet bilan ogʻrigan bemorda jarrohlik aralashuvi amalga oshirilgan holatda ham profilaktika sifatida antibiotiklar tayinlash talab etiladi.

KASHANDALIK

Nikotin va tamaki tutunida mavjud toksik moddalar ogʻiz boʻshligʻi yaralarining bitishiga salbiy taʼsir koʻrsatadi. Kashandalikning muhim salbiy taʼsirlari toʻqimalardagi qon oqimining dozaga qaramlik taʼsirida kamayishi va immun himoyaning zaiflashishida namoyon boʻladi. Jarrohlik aralashuvi mukammal darajada rejalashtirilgan va mavjud protokollarga qatʼiy amal qilingan holatlarda ham, kashandalarda asoratlar rivojlanishini kutish mumkin. Shuning uchun ularda reja asosidagi parodontologik va implantologik plastik operatsiyalarni oʻtkazish tavsiya qilinmaydi. Qolaversa, operatsiyadan oldin qisqa muddatga chekishdan voz kechishning oʻzi yetarli emas. Chekishni uzoq muddatga toʻxtatib turish samara berishi mumkin, lekin abstinensiyaning davomiyligi xususida ilmiy maʼlumotlar mavjud emas. Mutaxassislar fikricha, operatsiyadan oldin chekishdan voz kechishning minimal muddati 6 oyni tashkil qilish kerak.

IMMUNITETNING PASAYISHI

Immunitetga salbiy taʼsir koʻrsatadigan dorilar, jumladan, sitostatik vositalar yoki kortikosteroidlar yaralar bitishini sekinlashtirishi yoki buzishi mumkin. Aʼzolar transplantatsiyasidan keyin bemorlar organizm rad etishining oldini olish maqsadida uzoq muddat mobaynida muayyan dori vositalari isteʼmol qilishlari kerak. Immunospressiv terapiya parodontologiya va implantologiyada plastik operatsiyalarni oʻtkazish uchun mutlaq qarshi koʻrsatma hisoblanmaydi. Shunga qaramay, bu toifa bemorlariga davolovchi shifokor maslahatisiz jarrohlik aralashuvini

tayinlash mumkin emas. Operatsiya o'tkazishda esa antibiotikli profilaktika amalga oshiriladi. Immuniteti zaiflashgan bemorlarda asoratlar rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun yara qirralarini aniq birlashtirish va bitishning birlamchi tortishish bilan kechishiga erishish zarur. Shuningdek, bu kabi vaziyatlarda bemorning og'iz bo'shlig'i gigienasi bo'yicha berilgan shifokor tavsiyalariga qanchalik amal qilishi ham katta ahamiyat kasb etadi (qarang: 6-bob).

OIV INFEKSIYASI VA OITS

Virusga qarshi yaratilgan zamonaviy dori vositalari va davolash protokollari OIV yuqtirgan bemorlarda amalga oshiriladigan operatsiyalar natijasini sezilarli darajada yaxshiladi. Jarrohlik aralashuvini o'tkazish imkoniyati bemor qonida immunokompetent hujayralarning (CD4+T-hujayra) adekvat miqdori mavjudligi bilan baholanadi. Operatsiyaning optimal vaqtini belgilash uchun davolovchi shifokorning maslahati zarur. OIV infeksiyasining o'tkir fazasida va OITS kasalligining boshlang'ich davrida parodontologik va implantologik aralashuvlarni amalga oshirish ta'qiqlanadi. Lekin OIV infeksiyasining latent bosqichida, antibiotikli profilaktika fonida operatsiya o'tkazish mumkin. Bemor va tibbiyot xodimlarini himoya qilish uchun infeksiyon nazorat protokollariga qat'iy amal qilish shart.

2-jadval

Yaralarning bitishiga ta'sir ko'rsatadigan surunkali kasalliklar va tizimli omillar

<p>Qandli diabet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bemorning davolovchi shifokori bilan maslahatlashish • Kompensatsiyalangan qandli diabetda plastik operatsiyalar o'tkazish mumkin (HbA1c < 6,5%) • Keng ko'lamli aralashuvlar faqat antibiotik profilaktika fonida o'tkazilishi mumkin. Bu kompensatsiya davridagi qandli diabetga ham tegishli.
<p>Kashandalik</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faol kashandalikda parodontologik va implantologik plastik jarrohlik aralashuvlari o'tkazilmaydi • Bemor kamida 6 oy mobaynida chekmagan bo'lsa, plastik jarrohlik aralashuvlari o'tkazilishi mumkin

Immunitetning zaiflashishi	<ul style="list-style-type: none">• Bemorning davolovchi shifokori bilan maslahatlashish• Operatsiya o'tkazish uchun antibiotik profilaktika talab qilinadi
OIV infeksiyasi va OITS	<ul style="list-style-type: none">• Bemorning davolovchi shifokori bilan maslahatlashish• Jarrohlik aralashuvini latent fazada o'tkazish mumkin• Operatsiya o'tkazish uchun antibiotik profilaktika zarur• Bemor shifokorning gigiena va parvarish bo'yicha hamma tavsiyalariga albatta rioya qilishi shart
Bemorga bog'liq omillar	<ul style="list-style-type: none">• Har bir bemor bitishning individual potensialiga ega• Muayyan bemorda bitishning individual potensialini baholash imkonsiz

BEMORGA BOG'LIQ OMILLAR

Barcha omillar inobatga olingan taqdirda ham, bemorning individual xususiyatlari yara bitishida muayyan farqlarni hosil qiladi. Bu tafovutlarning sabablari kam o'rganilgan va aksariyati jiddiy ilmiy tadqiqotlar bilan asoslanmagan. Mavjud ma'lumotlarga ko'ra, bitish jarayonida yosh ham katta rol o'ynaydi. Masalan, 70 yoshdan oshgan bemorlarda yaraning bitishi, yoshlarga qaraganda, sekinroq kechadi.

Bundan tashqari, bemorning irsiy xususiyatlari, jumladan, yaralar bitishining turli bosqichlarida ishtirok etadigan o'sish omillari ekspressiyasi ham muhim ahamiyat kasb etadi: ular fibroblastlar xemotaksisini qo'zg'atadi, immunitet hujayralari va angiogenezni rag'batlantiradi. Yaralar bitishining yaxshilanishi sitokinlar konsentratsiyasining oshishi, xususan, trombositlar o'sish omili, transformatsiya qiluvchi β -o'sish omili, angiogenezning trombositlar omili, trombositlar omil-4 va epidermis o'sishining trombositlar omili bilan assotsiatsiya qilinadi.

Trombositlarga boy plazma operatsiyadan oldin yig'ilgan trombositlarning konsentratsiyalashgan manbasi hisoblanadi va ularda yaralarning bitishi uchun zarur o'sish omillarining katta miqdori mavjud. Operatsiya paytida bu plazmadan bitishni yaxshilovchi qo'shimcha vosita sifatida foydalaniladi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarda bu

usulning samaradorligi yuzasidan ziddiyat bor. Bunday qarama-qarshi fikrlar parodontologik jarrohlikda o'tkaziladigan plastik operatsiyalarga nisbatan ko'p uchraydi. Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, mahalliy qo'llangan o'sish omili ta'sir muddatining qisqaligi sababli, yara bitishida yetarlicha samara ko'rsatishga ulgurmaydi.

Ko'pincha regenerativ parodontologik jarrohlikda foydalaniladigan emal matritsa oqsillari yara bitishini yaxshilaydi va tezlashtiradi. In vitro tadqiqotlar emal matritsa oqsillarining parodont va milk fibroblastlarini rag'batlantirishini ko'rsatdi. Bu hujayralar transformatsiya qiluvchi β -o'sish omili sekresiyasini oshiradi, shuning uchun emal matritsa oqsillarini qo'llash yumshoq to'qimalarning bitishiga ijobiy ta'sir qilishi mumkin. Mutaxassislarning e'tirofiga ko'ra, emal matritsa oqsillari bitishning dastlabki fazasida angiogenez shakllanishiga yordam beradi va mikrobgga qarshi kurashish qobiliyatiga egaligi bilan ajralib turadi. Bu omillar ham yara bitishini tezlashtiradi. Adabiyotlarda emal matritsa oqsillarining yara bitishiga ta'siri xususida keltirilgan ma'lumotlar ziddiyatli. Ba'zi tadqiqotlarda ularning ijobiy ta'siri e'tirof qilinsa, boshqalarida hech qanday samara bermasligi ta'kidlanadi.

Bugungi kunda klinikada faoliyat yuritayotgan mutaxassisga bemorning regenerativ salohiyatini baholash yoki muayyan davolash protokolinining bitish jarayoniga ta'sirini prognoz qilish imkonini beradigan ko'rsatkichlarning yakuniy ro'yxati mavjud emas. Molekular biologiya sohasida o'tkazilgan fundamental tadqiqotlar yaralarning bitishi asosida yotgan mexanizmlar va ular o'rtasidagi aloqalar mohiyatini ochib berishi mumkin. Kelajakda bu ma'lumotlar klinik amaliyotdan ham o'z o'rnini topsa ajabmas.

2-BOB. KESMALAR, LAXTAK TURLARI VA CHOK QO'YISH USULLARI

2.1. KESMALAR

Parodontologiya va implantologiyada plastik jarrohlik aralashuvlarining muvaffaqiyati ko'p jihatdan kesmalarning to'g'ri bajarilishiga bog'liq. Aynan kesmalar operatsiya maydonida bemalol ishlash, uni to'laqonli ko'rish sifatini belgilaydi. Kesma turi laxtak harakatchanligi, yaralarni tortmasdan tikish imkoniyati, laxtakning operatsiyadan keyingi davrdagi qon ta'minoti, eng muhimi, milk qirrasining yakuniy holatiga ta'sir qiladi. Parodontologiya va implantologiya sohasida amalga oshiriladigan plastik jarrohlik aralashuvlari bir-biridan farq qiladi va bu tafovut og'iz bo'shlig'ida yangi holatdagi laxtakni ko'chirish va moslashtirish zaruratida namoyon bo'ladi. Nihoyatda cheklangan imkoniyatlar va keyinchalik korreksiya qilishning ancha murakkabligi ham kesmalarni sinchkovlik bilan rejalashtirishni talab qiladi.

Jarrohlik uslubini tanlashda davolashning umumiy maqsad va vazifalari bilan cheklanib qolmay, balki operatsiya o'tkaziladigan sohaning individual anatomik xususiyatlari, jumladan, yumshoq to'qimalar hajmi va sifati (keratinlashgan milk yoki harakatchan shilliq qavat), alveolyar qirra shakli, tishlararo oraliq kengligini ham inobatga olish kerak. Shu nuqtai nazardan, mikrojarrohlik materiallari va usullaridan foydalanish og'iz bo'shlig'i plastik operatsiyalarining samaradorligini oshiradi.

Yumshoq to'qimalarni ajratishda laxtakning yetarlicha qalinligini saqlab qolish va qirralarining qiyaliklariga ham e'tibor qaratish lozim. Bu omillar yaraning bitishi, demakki, umuman jarrohlik aralashuvining natijasiga katta ta'sir ko'rsatadi (qarang: 3-bob). Optimal shaklli laxtak hosil qilish uchun kesmalar o'tkazishda bazaviy texnik jihatlarni inobatga olish kerak. Dastlabki (asosiy) kesmani bajarishda skalpel tig'i, ehtimoliy anatomik cheklovlardan qat'iy nazar, hamisha yumshoq to'qimalar yuzasiga nisbatan perpendikulyar joylashmog'i darkor. Shu shart bajarilgandagina kesmaning har ikki tomonida to'g'ri burchakli laxtak qirrasini shakllantirish mumkin. Qolaversa, kesishuvchan va boshlang'ich kesmalarning nisbatan uzunroq bo'lishi maqsadga muvofiq, chunki bu

laxtak qirralari va burchaklarining bir xil qalinlikda bo'lishini ta'minlaydi.

Ushbu bobning navbatdagi bo'limlarida kesmaning ikki asosiy turi — milk qirrasini bo'ylab o'tgan (gorizontal) va bo'shashtiruvchi kesmalarga ta'rif berilgan.

2.1.1. MILK QIRRASI BO'YLAB O'TGAN (GORIZONTAL) KESMALAR

EGATCHALAR ICHKI KESMALARI

Egatchalarning ichki kesmalari shakllantirilganda erkin milk o'z intaktligini deyarli saqlab qoladi. Jarroh bunday kesma hosil qilish uchun skalpel tig'ini tish-milk egatchasidan alveolyar suyakkacha kiritadi, shu bilan birga, koronka yoki tish ildizi bilan aloqani saqlab qoladi. Tig' tishning uzun o'qi bo'ylab borishi kerak. Shu orqali mavjud erkin milkning barchasi laxtak tarkibidan o'rin oladi. Egatchada ichki kesmalarni shakllantirishda ikki tomonlama o'tkir va uchi dumaloq tig'dan foydalanish katta qulaylik beradi (2-1-rasm).

MARGINAL VA PARAMARGINAL KESMALAR

Marginal kesmalar milk qirrasidan darajasidan o'tkaziladi (qirra chizig'i, kesmaning marginal chizig'i) (2-2-rasm). Paramarginal kesmalar esa milk qirrasiga nisbatan parallel yoki biroz apikal masofada shakllantiriladi (kesmaning paramarginal chizig'i) (2-3-rasm). Amalga oshirilayotgan aralashuv turidan kelib chiqib, yumshoq to'qimalar kesmaning paramarginal chizig'iga nisbatan koronal masofada deepitelizatsiya qilinadi yoki butunlay kesib, olib tashlanadi.

Qirra va paramarginal kesmalarini hosil qilishda tig'ni shilliq qavat yuzasiga nisbatan, imkon boricha, perpendikulyar tutish nihoyatda muhim, aks holda, bu laxtak qirrasining noto'g'ri shakllanishiga olib kelishi mumkin. Natijada, yara qirralarining aniq birikishiga erishish qiyinlashadi va laxtak qirrasining nekrozlanishi xavfini sezilarli darajada oshiradi. Marginal va paramarginal kesmalar milk qirrasining festonligi ortidan borishi kerak. Tishlar orasidagi uchastkalarda kesmalar qo'shni tishga yaqinlashgunga qadar davom ettiriladi, keyin avvalgisini kesib o'tib, navbatdagi marginal yoki paramarginal kesma hosil qilinadi. Shunday qilib, laxtakning, xatto, tishlar orasidagi proeksiyada ham, bir xil qalinlikka ega aniq qirralari shakllanadi (2-4-rasm).

Marginal va paramarginal kesmalardan tishning klinik koronkasi balandligini, estetik ko'rsatmalardan kelib chiqib, jarrohlik yo'li bilan oshirishda foydalaniladi. Kesmalarning har ikki turi tishlarga bevosita tutashgan yumshoq to'qimalar muayyan qismining kesilishiga olib kelgani sababli, ulardan birini tanlashda jarrohlik aralashuvi sohasidagi keratinlashgan milk tasma-sining kengligiga tayaniladi. Operatsiyadan keyin keratinlashgan va biriktirilgan milk tasma-sining qoldiq kengligi 2 mm.dan kam bo'lmasligi lozim.

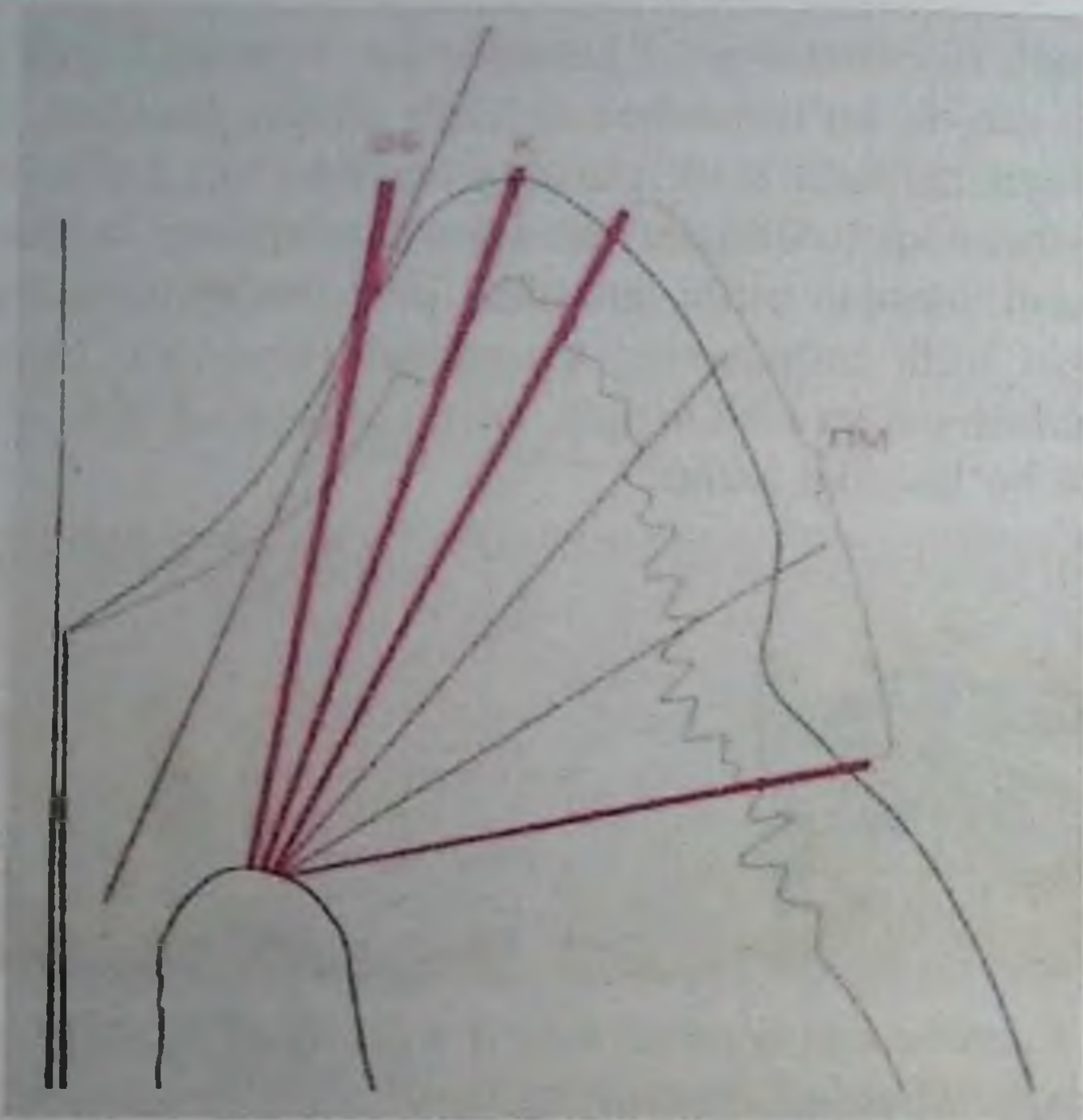


2-1-rasm. Egatcha ichi kesmasi to'g'ri bajarilganda, erkin milk yaxlit saqlanib qoladi (butunicha laxtak tarkibiga kiradi).

2-2-rasm. Marginal kesma bevosita milk qirrasiga bo'ylab amalga oshiriladi.



2-3-rasm. Paramarginal kesmalar milk qirrasiga nisbatan parallel va biroz apikal masofadan o'tadi.



2-4-rasm. Kesmalarning milk qirrasi bo'yicha turlari (gorizontal kesmalar): EI — egatcha ichi; M — marginal; PM — paramarginal.



2-5-rasm. Yuqori jag'ning old bo'limiga implantatlar o'rnatishda foydalaniladigan kesmalar. Laxtak rejalashtirilgan implantatsiya joyidan har tomonga ikki tish maydoni hajmida tarqaladi. Bu operatsiya maydonini yetarlicha ko'rish imkonini beradi va vertikal bo'shashtiruvchi kesmalar o'tkazish zaruratini bartaraf qiladi.

2.1.2. BO'SHASH TIRUVCHI KESMALAR

Laxtakning mezial va/yoki distal qirralari bo'yicha o'tkazilgan gorizontal yoki vertikal yordamchi kesmalar bo'shashtiruvchi deb ataladi. Bunday kesmalar operatsiya maydoni vizualizatsiyasini yaxshilash, laxtak mobilizatsiyasini yetarlicha ta'minlash va yarani tortmasdan tikish imkoniyatini yaratish uchun hosil qilinadi. Bo'shashtiruvchi kesmalar albatta yara maydonining kattalashishiga olib keladi.

GORIZONTAL BO'SHASH TIRUVCHI KESMALAR

Gorizontal bo'shashtiruvchi kesmalar, mohiyatiga ko'ra, vizualizatsiyani yaxshilash va laxtak harakatchanligini oshirish uchun mezial va distal yo'nalishda hosil qilingan asosiy gorizontal kesmalarning davomi hisoblanadi. Bundan tashqari, bu kesmalar vertikal bo'shashtiruvchi kesmalar o'tkazish zaruratidan qochish imkonini beradi (2-5-rasm).

VERTIKAL BO'SHASHTIRUVCHI KESMALAR

Milklarning operatsiyadan keyingi davrdagi retsessiyaning oldini olish uchun vertikal bo'shashtiruvchi kesmalarni hamisha asosiy jarrohlik aralashuvi zonasiga tutash tishlar bo'ylab o'tkazish kerak. Bu kesmalar tishlararo so'rg'ichlar orqali yoki ildizning eng bo'rtgan sohasidan o'tmasligi lozim. Bundan tashqari, laxtak qirrasini qiyshayib qolmasligi uchun, vertikal bo'shashtiruvchi kesmalarni milk qirrasiga nisbatan perpendikulyar holatda shakllantirish maqsadga muvofiq. Laxtak mobilizatsiyasining yetarli hajmini ta'minlash uchun bunday kesmalar shilliq qavat-milk birikmasiga nisbatan biroz apikal masofadan o'tishi kerak. Agar laxtakni koronal siljitish rejalashtirilayotgan bo'lsa, vertikal bo'shashtiruvchi kesmalar uning asosiga borganda biroz ajralishi lozim. Bu usul laxtak qon ta'minotini yaxshilash va uning tarkibiga kirgan qon tomirlari tortishishini kamaytirish imkonini beradi.

Vertikal bo'shashtiruvchi kesmalardan operatsiya maydoni vizualizatsiyasini yaxshilash, laxtak mobilizatsiyasini oshirish, suyakning apikal uchastkalariga yetib borish maqsadida (masalan, autogen suyak transplantatlari olish uchun) foydalaniladi.

Birlamchi (rejadagi) kesmani doim shilliq qavati yuzasiga nisbatan perpendikulyar tartibda va tishdan og'iz bo'shlig'ining dahlizi yo'nalishiga tomon amalga oshirish kerak. Qolaversa, bunday kesma kontaktsiz yoki tig' uchi bilan suyak yuzasiga yengil teginish orqali bajariladi. Suyak yuzasi bilan barqaror kontakt suyak usti pardasini

ajratishda zarur bo'ladi. Barcha birlamchi kesmalar shakllantirilgandan keyin ikkilamchi kesuvlarga o'tiladi (2-6-rasm).



2-6-rasm. Vertikal bo'shashtiruvchi kesmalar S-shaklidagi kichik burmaga ega bo'lishi va shilliq-milk birikmasidan biroz apikal masofada tarqalishi kerak. Bu kesmalar jarrohlik aralashuvi zonasiga tutash tishlar bo'ylab, milk qirrasiga nisbatan perpendikulyar tartibda o'tadi.



2-7-rasm (a-d). Shilliq qavat-suyak usti pardasi laxtagini ajratishda kesmalar suyak bilan qat'iy kontaktga kirishgan holda bajariladi. Bunday laxtak tarkibiga suyak qoplab turgan barcha to'qimalar kiritiladi, shuning uchun uning ajratilishi suyak yuzasining ochilishiga olib keladi.

2.2. LAXTAK TURLARI

2.2.1. SHILLIQ QAVAT-SUYAK USTI PARDASI LAXTAGI

Shilliq qavat-suyak usti pardasi yoki to'liq qavatli laxtak epiteliy, biriktiruvchi to'qima va suyak usti pardasidan iborat. Yuqorida sanab o'tilgan hamma qavatlarni laxtak tarkibigi kiritish uchun kesma yumshoq to'qima qalinligini bevosita suyak yuzasigacha borishi kerak. Kesma hosil qilingandan keyin laxtak (ya'ni, suyak usti pardasi) yarim o'tkir raspator yordamida to'mtoq usulda ajratiladi. Suyak to'qimasiga yetib borish uchun doim shilliq qavat-suyak usti pardasi shakllantiriladi. Laxtakda yetarlicha qon ta'minoti saqlanib qolishiga qaramay, suyak yalang'ochlanishining o'zi muayyan darajadagi rezorbsiya bilan assotsiatsiya qilinadi.



2-8-rasm. Shilliq qavat-suyak usti pardasi laxtagining mobilligi suyak usti pardasi elastiklik darajasining past ekani bilan chegaralangan. Laxtak harakatchanligini oshirish uchun suyak usti pardasi asosida skalpel yoki mikrojarrohlik qaychisi bilan kesma hosil qilinadi.

2.2.2. SHILLIQ QAVAT LAXTAGI

Shilliq qavat yoki parchalangan laxtak tarkibiga faqat epiteliy va biriktiruvchi to'qimaning subepitelial qatlami kiradi. Bu laxtak ajratib olingandan keyin suyak yuzasi yupqa biriktiruvchi to'qima qatlami va suyak usti pardasi bilan qoplanadi. Suyak usti pardasining intakt holati saqlanib qoladi, chunki u kesmalar hosil qilishda shikastlanmaydi. Shilliq qavat laxtagi to'qimalarni yig' bilan kesishga asoslangan o'tkir

usul yordamida ajratiladi. Bu jarayon mobaynida laxtak teshilishining (perforatsiya) oldini olish uchun jarroh uni pinset bilan ushlab turmasligi kerak. Kesuv ustidan nazorat shilliq qavat orqali ko'rinib turgan tig'ni vizual kuzatish bilan amalga oshiriladi.

Shilliq qavat laxtaklari yaqqol harakatchanligi bilan ajralib turadi va suyak usti pardasi choklari bilan, boshlang'ich holatiga nisbatan apikalroq, koronalroq yoki lateralroq masofada fiksatsiya qilinishi mumkin. Bu turdagi laxtaklardan parodontologiya va implantologiya sohalarida o'tkaziladigan plastik jarrohlik aralashuvlarida ko'p foydalaniladi.

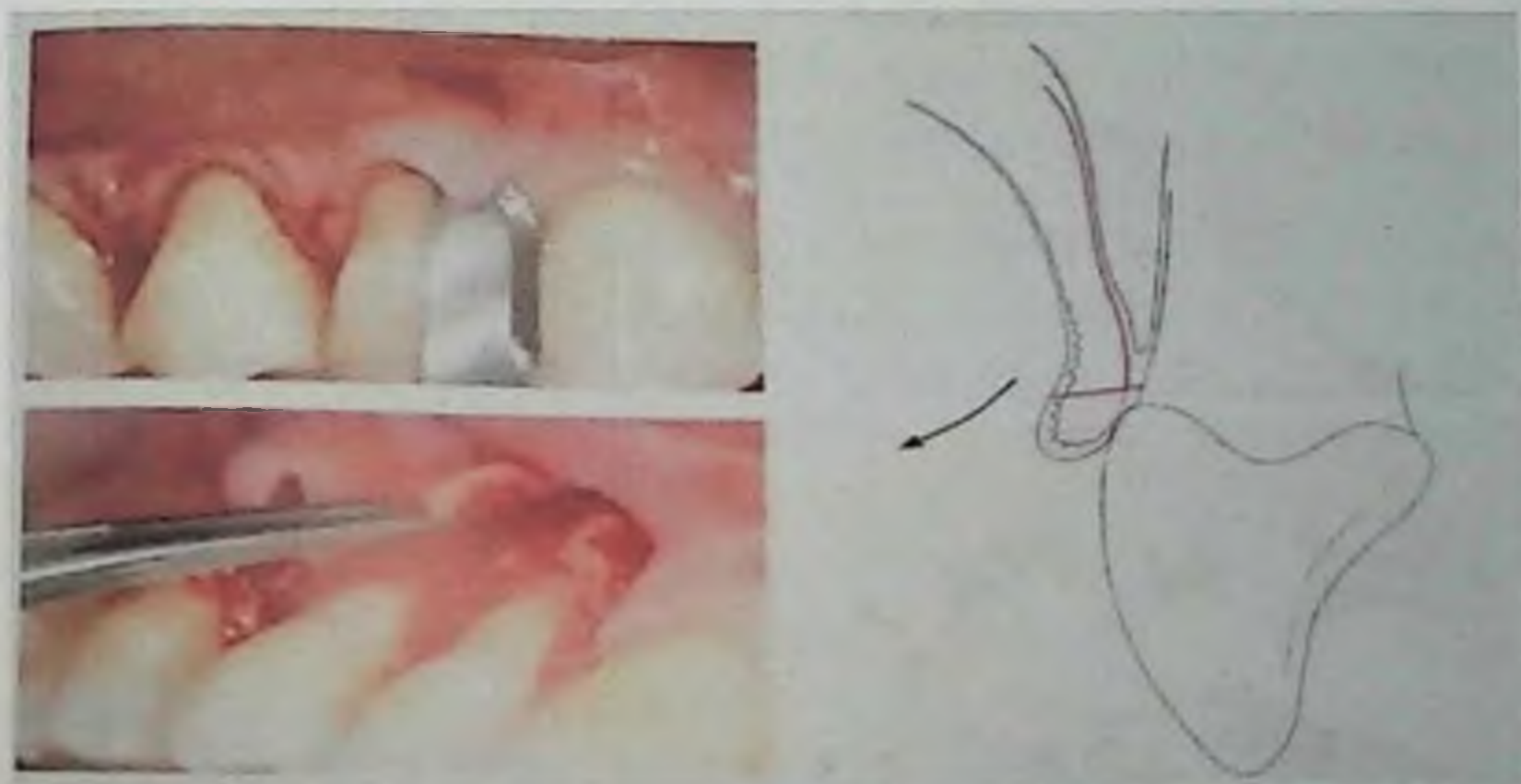
Unutmaslik lozimki, bitish jarayoni yaxshi kechishi uchun, birinchidan, suyak usti pardasida biriktiruvchi to'qimaning yetarlicha qalinlikdagi qatlamini qoldirish kerak, ikkinchidan, shilliq qavatning shakllantirilgan laxtagi juda yupqa bo'lmasligi lozim (ayniqsa, laxtak qirralari sohasida). Bu esa murakkab klinik vazifa hisoblanadi. Shilliq qavatini ajratishda birlamchi kesma yumshoq to'qimalarning yuzasiga nisbatan doim perpendikulyar o'tishi joiz. Keyin esa tig' biriktiruvchi to'qima qalinligidagi shilliq qavat yuzasiga parrallel tartibda og'diriladi.



2-9-rasm (a-d). Shilliq qavat laxtagini shakllantirish uchun birlamchi kesmalar o'tkazilganda tig' yumshoq to'qimalar yuzasiga nisbatan perpendikulyar joylashishi kerak (a va b). Bundan tashqari kesmalar biroz kesishishi lozim (s va d).



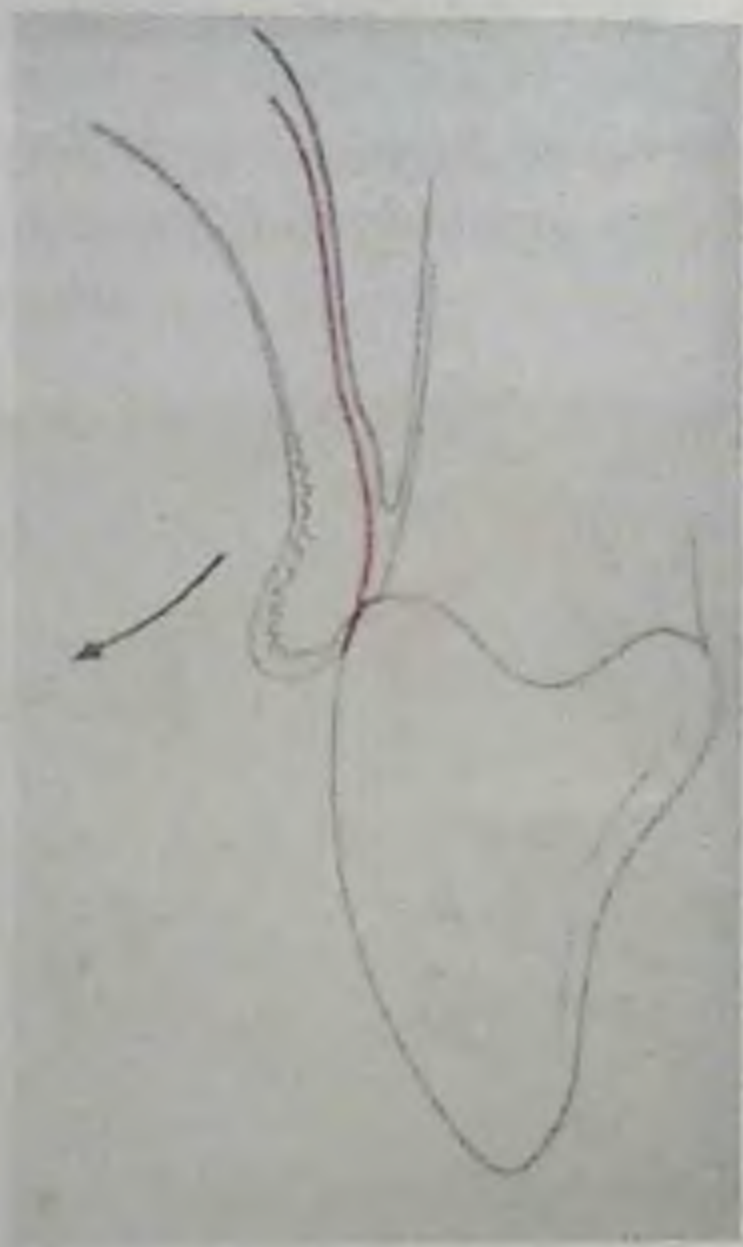
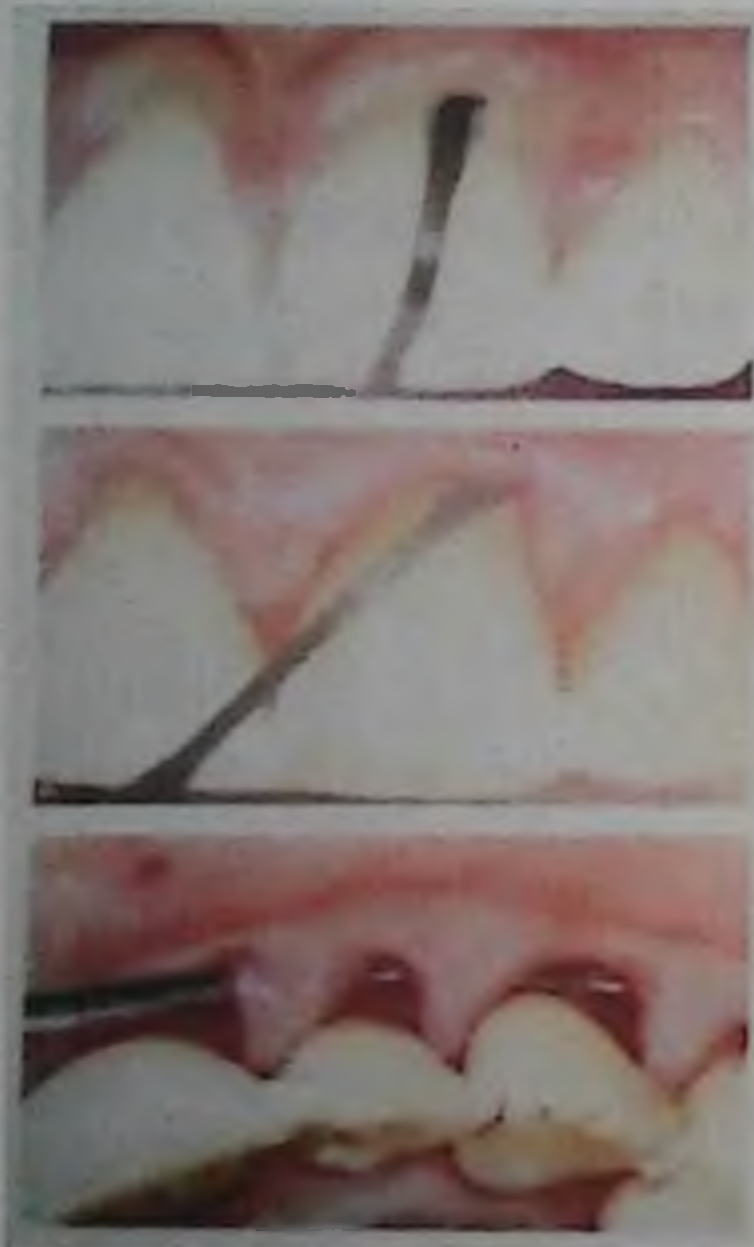
2-9e-rasm. Bunday yondashuv yetarlicha qalinlikdagi laxtakni hosil qilishga imkon beradi, bu esa, ayniqsa, laxtak qirralari sohada katta ahamiyatga ega.



2-9-rasm (f-h). Shilliq qavat laxtagi o'tkir usul bilan ajratib olinadi va uning tarkibi epiteliy va biriktiruvchi to'qimaning subepitelial qattamidan shakllanadi. Suyakda biriktiruvchi to'qima qoplami va suyak usti pardasi saqlanib qoladi. Shilliq qavat laxtaklari o'zining yaqqol mobilligi bilan tavsiflanadi.

Laxtak qirra va burchaklarini aniq shakllantirish uchun birlamchi kesmalar biroz kesishib o'tishi kerak. Nisbatan kengroq tig'dan foydalanish manipulyatsiyalarni amalga oshirishda yengillik beradi

(masalan, №15) (2-9-rasm). Laxtak perforatsiyasi xavfini kamaytirish maqsadida tunnel usulida shunday aralashuvlar uchun maxsus yaratilgan mikrojarrohlik yoki tunnel tig'larini qo'llash mumkin (2-10-rasm). Shillik qavat laxtaklarining qon bilan yetarlicha ta'minlanishi nisbatan saqlanib qoladi, bu esa, xususan, transplantat biriktiruvchi to'qimalarning suyak usti pardasi tomonidan ham, laxtakning ichki yuzasi tarafidan ham integratsiyalashuviga yordam beradi. Ta'kidlash o'rinliki, shillik qavat laxtagini ajratishda ham suyak to'qimasining muayyan miqdordagi rezorbsiyasi kuzatilishi mumkin, shuning uchun to'liq qavatli va parchalangan laxtaklar o'rtasidagi bo'shliq minimal bo'lishi yoki butunlay bartaraf qilinishi kerak.



2-10-rasm (a-d). *Shillik qavat laxtagini tunnel usulida ajratishda uning zarur qalinligini ta'minlash, an'anaviy uslubga nisbatan olganda, osonroq. Lekin bunday vaziyatlarda laxtakning perforatsiyalanishidan ehtiyot bo'lish kerak va bunday holatlarda shu kabi manipulyatsiyalar uchun maxsus ishlab chiqilgan mikrojarrohlik tig'lari yoki tunnel tig'laridan foydalanish tavsiya qilinadi.*



2-11-rasm (a-d). To'liq qavatli-parchalangan laxtak: uning koronal qismi shilliq qavat-suyak usti pardasi; apikal sohasi — shilliq qavat.

2.2.3. SHILLIQ QAVAT-SUYAK USTI PARDASI VA SHILLIQ QAVATNING KOMBINATSIYALASHGAN LAXTAGI

Ayrim vaziyatlarda to'liq qavatli va parchalangan qismlardan tarkib topgan kombinatsiyalashgan laxtakni ajratishga to'g'ri keladi. Masalan, koronal sohadagi laxtak shilliq qavat-suyak usti pardasi, apikal bo'limda esa shilliq qavatidan iborat bo'lishi mumkin yoki aksincha. Uning bunday turlari to'liq qavatli-parchalangan va parchalangan-to'liq qavatli laxtaklar deb ataladi. Kombinatsiyalashgan laxtak mobilizatsiyasi, shilliq qavatnikiga nisbatan, kam, lekin suyak usti pardasida bo'shashtiruvchi kesmalar hosil qilingan to'liq qavatli laxtaknikidan ko'p (2-11-rasm).

Shilliq qavat-milk birikmasida kombinatsiyalashgan laxtakning perforatsiyalashuvi xavfi eng yuqori hisoblanadi, bu esa mazkur sohadagi yumshoq to'qimalar uncha qalin emasligi hamda suyak bo'rtig'ining mavjudligi bilan izohlanadi.



2-11e-rasm. To'liq qavatli-parchalangan laxtak. Uning koronal qismida suyak usti pardasi suyak yuzasidan ajratilgan, apikal sohada esa uni yopib turadi. Bu kabi juftlik laxtak mobilligini, suyak usti pardasining shilliq qavat-suyak usti pardasi laxtagi asosidan ajratishga tayanadigan an'anaviy usulga qaraganda, yaxshiroq ta'minlaydi.

Shu sababli milk biotipi yupqa bemorlarda shilliq qavat laxtagini ajratishda shilliq-milk birikmasi sohasida to'liq qavatli uchastka shakllantirish maqsadga muvofiqdir. Keyin shu uchastka asosidan suyak usti pardasi ajratiladi va laxtakni o'tkir usulda shakllantirish davom ettiriladi. Buning natijasida parchalangan-to'liq qavatli-parchalangan laxtak hosil bo'ladi.

2.3. CHOK QO'YISH USLUBLARI

Yaraning optimal bitishi ko'plab omillarga bog'liq va ular avvalgi sahifalarda batafsil muhokama qilingan. Lekin namlik darajasining yuqoriligi, mikroorganizmlar miqdorining ko'pligi va xatto, to'qimalarni qisqa muddatga bo'lsa ham immobilizatsiya qilish imkonining yo'qligi bois, og'iz bo'shlig'ida yaralarning bitishi uchun optimal sharoit mavjud emas. Shu sababli parodontologiya va implantologiyada o'tkaziladigan plastik jarrohlik aralashuvlarining muvaffaqiyatini yara qirralarini ishonchli choklar yordamida aniq va germetik birlashtirish belgilab beradi. Choklar laxtakning kerakli holatda, tortishishlarsiz fiksatsiya qilinishini ta'minlashi, yara qirralarini imkon qadar zichroq biriktirishda

yordam berishi (bu, ayniqsa, transplantatlarni ko'chirib o'tkazishda katta ahamiyat kasb etadi) va operatsiyadan keyingi dastlabki davrda barqarorlashtirishi zarur. Chok qo'yish usuli, choklov materiallarini tanlash va yumshoq to'qimalar bilan ishlash xususiyatlari masalasida choklar holati, shuningdek, ularning, yumshoq to'qimalar bilan bir qatorda, mexanik yuklamalarga nisbatan qarshi tura olish qobiliyatidan kelib chiqib qaror qabul qilinadi. Faqat shunday holatdagina jarrohlik aralashuvining optimal natijasiga erishish va operatsiya sohasida chandiqli o'zgarishlar kuzatilmasligiga ishonch hosil qilish mumkin (2-12-rasm).



2-12-rasm. Milk retsessiyasini bartaraf qilish uchun laxtakni koronal siljitib, vertikal bo'shashtiruvchi kesmalar tikilgandan keyingi holat.

Yara qirralarini tortmasdan, aniq va germetik birlashtirish va operatsiyadan keyingi davrda barqarorlikni ta'minlash juda muhim.

2.3.1. MAXSUS SHARTLAR

Yara qirralarini aniq va tortmasdan birlashtirish jarayonini yengillashtirish uchun kesmalarni, iloji boricha, keratinlashgan milk doirasida o'tkazish maqsadga muvofiq. Kesma turi va laxtak shaklini tanlashda yarani tortmasdan tikish zaruratini inobatga olish kerak. Shu holatdagina choklar barqarorligi va yaralarning birinchi tortishish bilan bitishiga umid qilsa bo'ladi. Laxtakning harakatchan va harakatsiz tarkibiy qismlarini tikishda hamisha harakatsiz sohadan harakatchan qismga qarab borish kerak, bu choklov materialining laxtak qirrasini orqali yorib (yirtib) chiqishining oldini oladi. Laxtak harakatchan qismini,

ehtiyotkorlik bilan, kichik (so'rg'ichsimon) raspator yordamida biroz ko'tarish chok sifatini oshirishga xizmat qiladi. Bundan tashqari, mikrojarrohlik choklov materiallaridan foydalanishni osonlashtirish uchun operatsiya maydonini tez-tez namlab turish tavsiya etiladi.

2.3.2. CHOKLOV MATERIALLARI VA CHOK QO'YISH USULLARI

Choklov materiallari va chok qo'yish usullarini tanlash jarroh oldiga har bir klinik holatdan kelib chiqib qo'yiladigan vazifalarga bog'liq. Quyida stomatologiya sohasi amaliyotida foydalaniladigan ba'zi choklov materiallari tavsiflangan.



2-13-rasm (a-d). Vertikal kesma sohasida oddiy tugunli chok qo'yishning klinik namunasi. Tikish oson bo'lishi uchun laxtak qirralari kichik raspator yordamida ehtiyotkorlik bilan ko'tariladi. Igna laxtak yuzasiga nisbatan perpendikulyar tartibda kiritiladi.



2-13-rasm (s va d). Laxtakning harakatchan qismi harakatsiz sohasiga mahkamlanadi. Odatda, igna kesma chizig'iga nisbatan perpendikulyar yo'naltiriladi. Ip kesib qo'ymasligi uchun, yumshoq to'qimalarga chok qo'yishda igna laxtak qirrasidan kamida 1-2 mm masofada kirib-chiqishi kerak. Yara qirralarini aniq birlashtirishga erishish uchun ignaning har bir kirib-chiqqan nuqtasi orasidagi masofa imkon boricha bir xil bo'lishi lozim.

YARALARNI TIKISHDA QO'LLANILADIGAN CHOK QO'YISH USULLARI

Aksariyat holatlarda chok qo'yishdan asosiy maqsad yaralarning birlamchi tortishish bilan bitishi uchun sharoit yaratishga qaratiladi.

ODDIY TUGUNLI CHOKLAR

Oddiy tugunli chok qo'yishda ignaning kirish/chiqish nuqtalari va laxtak qirradi o'rtasidagi masofa hal qiluvchi ahamiyatga ega, chunki bu yara qirralarini optimal birlashtirish imkonini beradi. Ignaning kirish/chiqish nuqtalari va laxtak qirradi o'rtasidagi masofa, imkon boricha, bir xil bo'lishi lozim. Laxtak qalinligidan kelib chiqib, igna laxtak qirrasidan kamida 1-2 mm chekinib kiritiladi va chiqariladi. Bu iplarning tikish payti va yaraning bitish jarayonida to'qimalarni kesib



2-13-rasm (ye-j). Igna to'qimalarning qarama-qarshi tomonidan maksimal darajada chiqarilgach, igna ushlagichdan bo'shatiladi. Keyin igna o'rtasining uchdan bir qismi sohasidan ushlagich bilan yana tutiladi va to'qimalardan butunlay chiqariladi, so'ngra tugun bog'lanadi.

qo'yimasligini bartaraf qiladi. Chok qo'yishda igna laxtak orqali to'liq o'tadi va kesma sohasidan chiqadi. So'nggi holatda chok yumshoq to'qimalar qalinligidan joy oladi. Ignani to'qimaga kiritish va undan chiqarishni, yaraga yetib borish imkoni va uning kengligidan kelib chiqib, bir yoki ikki bosqichda amalga oshirish mumkin. Igna laxtak yuzasiga nisbatan to'g'ri burchak ostida kiritiladi. Keyin igna, imkon qadar, ichkariga itarib boriladi va chiqariladi, so'ngra igna ushlagichni ochib, igna bo'shatiladi. Chiqarish tomonda igna o'rtasining uchdan bir qismi sohasidan yana ushlagich bilan tutiladi. Keyin to'qimalardan butunlay chiqariladi (2-13-rasm).

Yumshoq to'qimalarning jarohatlanishini kamaytirish uchun ignani laxtak orqali o'tkazishda, bosim hamisha ignaning eng o'tkir va egilgan sohasi yo'nalishida beriladi. Ignani uchidan tutish mumkin emas, bu, albatta, uning to'mtoqlashishiga olib keladi. Igna shikastlanganda yoki uchi o'tmaslashib qolsa, yangi ip olish kerak. Laxtak qirrasini pinset bilan tutganda, yumshoq to'qimalarga zarar yetkazmaslik uchun, haddan tashqari qattiq qisishdan hazir bo'lish lozim.

Odatda, igna kesim chizig'iga nisbatan perpendikulyar yo'naltiriladi, lekin laxtak apikal yoki koronal siljatilganda fiksatsiyalash ishonchliligini oshirish uchun choklarni muayyan burchak ostida qo'yish maqsadga muvofiqdir.

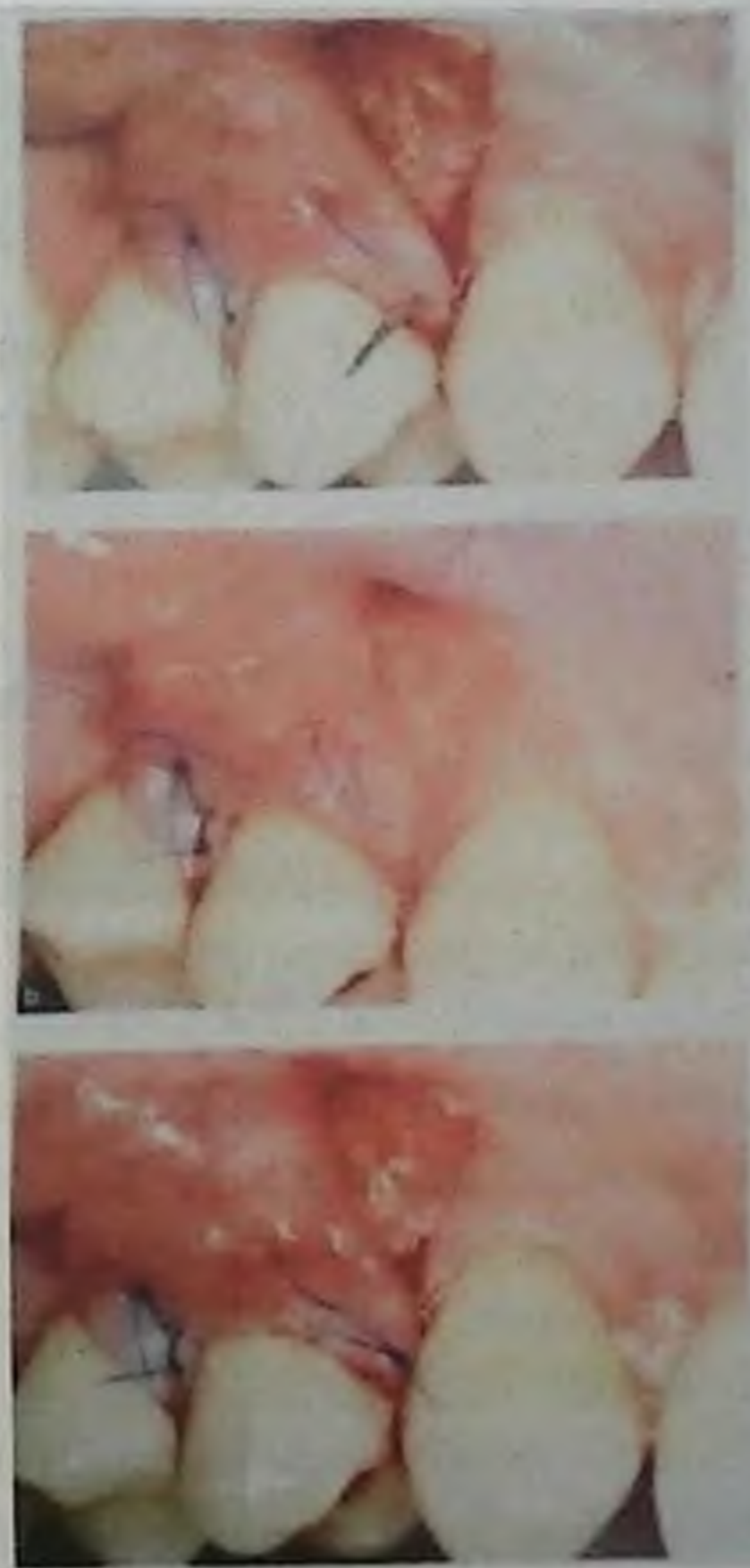
Jarrohlikning umumiy tamoyiliga ko'ra, yara yaxshi bitishi uchun choklar yetarli miqdorda qo'yilishi kerak. Oddiy tugunli choklar uzluksiz choklarga qaraganda afzal ko'riladi. Ularning ustunligi bir chokning deformatsiyalashishi yara qirralarining umumiy uyg'unligiga salbiy ta'sir ko'rsatolmasligida namoyon bo'ladi. Oddiy tugunli choklar qo'yish ko'p vaqt talab qiladi, bu esa ularning kamchiligi hisoblanadi.

MATRAS CHOKI

Tishlar orasidagi yara qirralarini aniq va zich biriktirish qiyin kechishi mumkin. Bu, ayniqsa, tishlararo so'rg'ichlarning intaktligi saqlanib qolganda yaqqol ko'zga tashlanadi. Bunday vaziyatlarda oddiy tugunli choklar bilan yara qirralarini optimal birlashtirish deyarli imkonsiz masalaga aylanib qoladi. Mukammal natijaga esa ichki vertikal matras choklaridan foydalanib erishish mumkin. Bu turdagi choklarni qo'yishda igna so'rg'ich uchi yaqinidan, vestibulyar tomondan kiritiladi, keyin laxtak va so'rg'ich orqali, tanglay yuzasi darajasidan o'tkaziladi. Shundan so'ng igna tanglay tarafdin, chiqish nuqtasidan biroz apikal

masofada kiritiladi va vestibulyar tartibda, shuningdek, vestibulyar kirish joyidan apikalroq masofadan o'tkaziladi va tugun bog'lanadi.

To'g'ri qo'yilgan chok nisbatan koronal joylashadi. Tugun bog'lash kam miqdorda kompressiya shakllanishi va yara qirralarining qisilishiga olib keladi, bu esa laxtak barqarorligini ta'minlaydi. Bunday holatda qo'shimcha oddiy tugunli choklar qo'yishga zarurat tug'ilmaydi. Choklarni so'rg'ich uchining bevosita yaqinidan qo'yish ta'qiqlanadi, chunki bu uning jarohatlanishi va balandligi kamayishiga sabab bo'lishi mumkin (4-14-rasm). Uslubning batafsil ta'rifi 10-bobda keltirilgan.



2-14-rasm (a-s). Ayrim vaziyatlarda yarani matras choklari bilan tikish afzalroq. Vertikal matras choklari laxtakning tishlararo oraliqqa, masalan, estetik talablardan kelib chiqib, tishning klinik koronkasi balandligini jarrohlik yo'li bilan kattalashtirishda, ishonchli moslashishini ta'minlaydi.

UZLUKSIZ CHOK

Mohiyatan olganda, uzluksiz chok bir necha oddiy tugunli choklar turkumidan iborat. Lekin uzluksiz chok qo'yishda alohida tugun bog'lanmaydi, shuning uchun, oddiy tugunli chok qo'yishdan farqli o'laroq, kam vaqt talab qiladi. Bundan tashqari, uzluksiz chokni olib tashlash ham juda oson. Faqat tugunning bo'shashib qolishi, laxtakka qo'yilgan chokning alohida olingan qismiga emas, balki barcha maydoniga ta'sir ko'rsatadi, bu esa uzluksiz choklarning asosiy kamchiligi hisoblanadi.



2-15-rasm. Biriktirilgun to'qima transplantati olingandan keyin qo'yilgan uzluksiz yakunlovchi chokning klinik namunasi

Uzluksiz yakunlovchi chok, uning ishonchliligini oshirishga xizmat qiladigan maxsus yakunlovchi halqalarga egaligi bilan ajralib turadi, bu, ayniqsa, parodontologiya va implantologiyada o'tkaziladigan plastik jarrohlik aralashuvlari uchun katta ahamiyat kasb etadi. Avval kesmaning distal qirrasidan oddiy tugunli chok qo'yiladi, lekin ipning erkin uchini kesish bilan cheklaniladi. So'ngra shu ipning o'zi bilan mezial sohadan birinchisi ustiga ikkinchi chok joylashtiriladi (tizma), jarroh ipni chap qo'li bilan tutgan holda, tugun hosil qiladi. Ignadan farqli o'laroq, ip butunlay chiqarilmaydi — igna avval halqa orqali o'tkaziladi va shundan keyingina ip tortiladi. Shu tartibda yakunlovchi halqa hosil qilinadi. Ishonchlilikni oshirish uchun muayyan uchastkadagi halqani 180° burish mumkin. Chok tizimi kesmaning mezial qirrasigacha davom ettiriladi, shu

joyda, ushlab (tutish) va tugun bog'lash uchun kichik halqa qoldirib, igna va ip to'qimadan chiqariladi (2-15-rasm).

Yodda tutish joizki, yara yaxshi bitishi uchun, choklar (choklar tizimi) soni iloji boricha kam bo'lishi kerak.

BO'SHASHTIRUVCHI CHOKLAR

Bo'shashtiruvchi choklardan hech qachon alohida foydalanilmagan, ular doim yarani tikishda qo'llaniladigan boshqa choklar bilan uyg'unlikda ishlatilgan. Mohiyatiga ko'ra, bo'shashtiruvchi choklar kesma chizig'i bo'ylab hosil bo'lgan zo'riqishni kamaytirsam, boshqalari yara qirralarini tortmasdan birlashtirishga imkon beradi. Yaralarni tikish uchun mo'ljallangan choklar, uning qirralari orasida tor, nuqtaviy kontaktlarning shakllanishiga olib keladi. Bo'shashtiruvchi choklar bilan uyg'unlashtirilganda esa, yara qirralarining o'zaro zichroq aloqada bo'lishi va bu munosabatlar uzoq masofani qamrab olishi kuzatiladi. Qolaversa, bu choklar yara qirralarini birlashtirish aniqligi va laxtak barqarorligini oshiradi. Ularning bu xususiyati jiddiy shish shakllanganda va yara qirralariga tushayotgan yuklama ko'lami sezilarli darajada ortganda katta ahamiyat kasb etadi. Bo'shashtiruvchi choklar yaralarni tikishdan avval, strategik jihatdan muhim holatda qo'yiladi. Bu jarayonda laxtakka tushadigan yuklama yo'nalishi, yara qirralarini ichki yoki tashqi tarafga qayirish talab qilinishidan kelib chiqib shakllanishi, albatta, nazarda tutiladi. Chunki yuklamaning katta maydonga taqsimlanishi choklarning yumshoq to'qimalarga zarar yetkazishi xavfini kamaytiradi.

Bir qator vaziyatlarda matras choklari bo'shashtiruvchi choklar vazifasini o'taydi va parodontologik hamda implantologik jarrohlikda keng qo'llaniladi. Matras choklari vertikal yoki gorizontal, ichki yoki tashqi bo'lishi mumkin. Ichki gorizontal matras choki eng yaxshisi sanaladi. Bu chok yara qirralarining tashqariga qayrilishiga olib keladi va shu orqali oddiy tugunli choklar yoki uzluksiz choklar qo'yishni ancha osonlashtiradi. Tashqi matras choki, odatda, yara qirralarining ichki tarafga burilishiga sababchi bo'ladi, bu esa tikishni qiyinlashtiradi, keyin bartaraf qilish nihoyatda qiyin chandiqlar shakllanishi xavfini oshiradi.



2-16-rasm (a-ye). Parodontologiya va implantologiyada bo'shashtiruvchi choklarning ichki gorizontal matras choki turidan eng ko'p foydalaniladi. Igna vestibulyar tomondan, laxtak qirrasidan 2-4 mm masofada kiritiladi. Keyin igna har ikki laxtak orqali tanglay tarafga o'tkaziladi. Igna ikkinchi marta birinchisidan gorizontal yo'nalish bo'yicha 3-5 mm chekinib harakatlantiriladi va parallel (yoki kesishma) chok hosil qilib, vestibulyar tomondan yana tanglay tarafga o'tkaziladi.



2-16-rasm (f-h). Bo'shashtiruvchi choklar yara qirralariga tushadigan yuklamani kamaytirishga imkon beradi. Tugun bog'lashda yara qirralari tashqariga qayriladi, bu esa tikishni osonlashtiradi.

Shu sababli, parodontologiya va implantologiyada ichki gorizontal matras choklaridan foydalanish maqsadga muvofiq. Igna vestibulyar

tomondan, yara qirrasidan 2-4 mm masofada kiritiladi va ikki laxtak orqali tanglay tarafga o'tkaziladi. Chiqish nuqtasidan gorizontal yo'nalish bo'ylab 3-5 mm chekinib, igna qarama-qarshi yo'nalishga o'tkaziladi, parallel chok hosil qilib, tugun bog'lanadi. Matras choklar soni kesma uzunligiga bog'liq. Bo'shashtiruvchi matras choklari qo'yilgandan keyin yarani tikishga kirishish mumkin (4-16-rasm).

KOMBINATSIYALASHGAN CHOKLAR: HALQALI QO'SHALOQ CHOK

Halqali qo'shaloq chok bir paytning o'zida ham yarani tikish, ham uning qirralariga tushadigan yuklamani kamaytirish imkonini beradi. Bu amalga oshirish nisbatan oson chok hisoblanadi va u laxtaklarning ishonchli va aniq birlashishini ta'minlaydi. Oddiy tugunli chok qo'yishdagi kabi, igna avval butun laxtak bo'ylab, lekin kesma chizig'idan 3-4 mm masofada o'tkaziladi. Keyin igna har ikki laxtakdan xuddi shu yo'nalishda o'tadi, ammo bu safar kesma chizig'idan 1-2 mm chekiniladi va tugun bog'lanadi. Agar laxtak ancha qalin bo'lsa, ikkinchi chok tizmasini hosil qilish zarurati tug'ilishi mumkin (2-17-rasm).

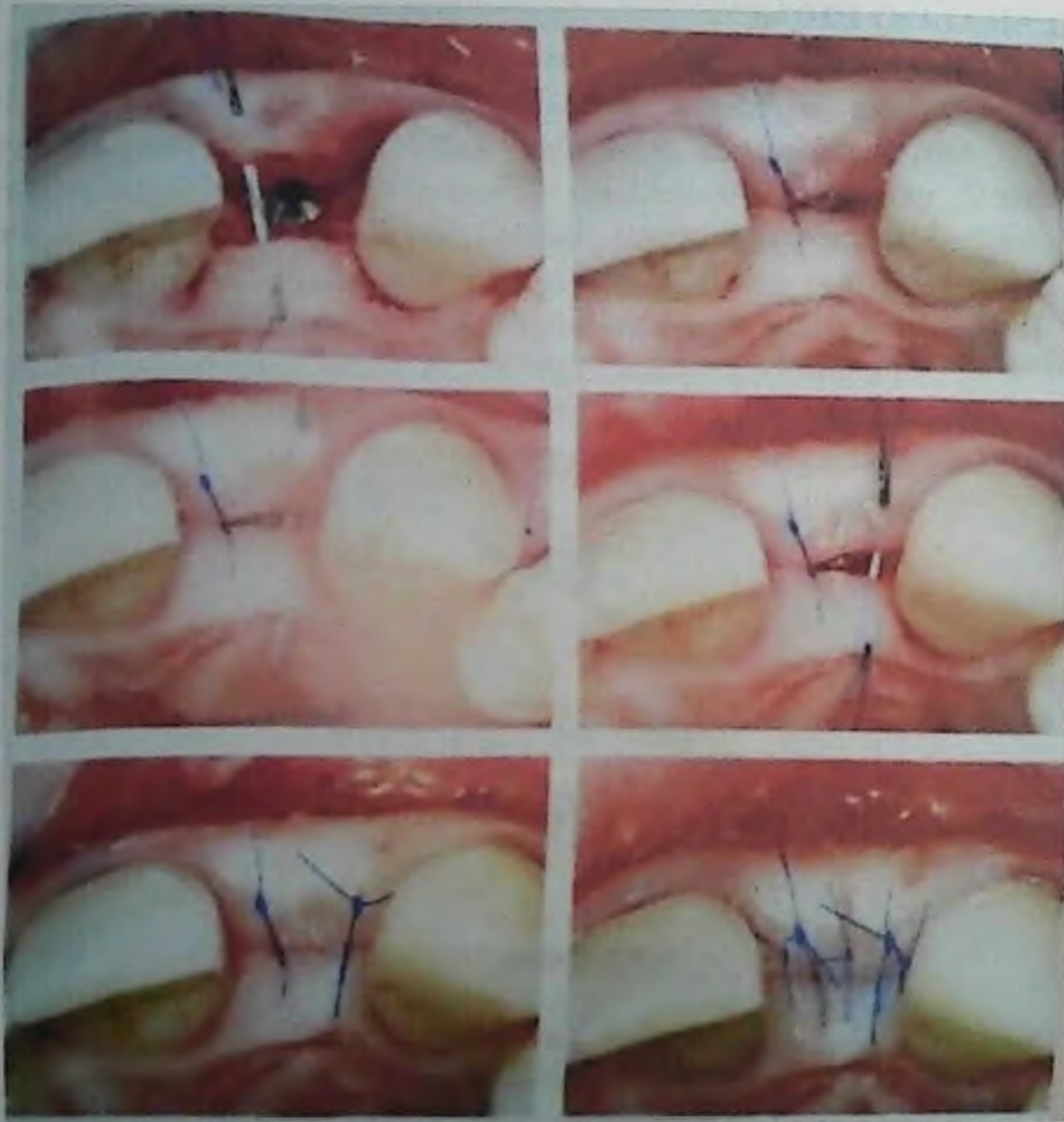


2-17-rasm (a-s). Biriktiruvchi to'qima transplantati yordamida alveolyar qirradi hajmini kattalashtirishda halqali qo'shaloq chokni klinik qo'llash. Igna vestibulyar tomondan, laxtak qirrasidan 3-4 mm apikal masofada kiritilgan va ikki laxtak orqali tanglay tomonga o'tkazilgan.

OSMA CHOKLAR

Laxtakning koronal siljishi ko'lami katta bo'lsa, uni kerakli holatini barqaror ushlab turish osma choklarga ehtiyoj tug'iladi. Mazkur chokni qo'llash uchun ishonchli tayanch zarur va bu vazifani tutash tish, keratinlashgan milk, suyak usti pardasi bajarishi mumkin.

Osma chokdan laxtak mobilizatsiyasi yetarli bo'lgandagina xavfsiz va samarali foydalanish mumkin xolos.



2-17-rasm (d-i). Igna ikki laxtak orqali, vestibulyar tomondan tanglay tarafga o'tkazildi, lekin laxtak qirrasidan kamroq masofaga chekinildi va tugun bog'landi. Igna laxtak orqali o'tkazildi. Halqali qo'shaloq chok bir paytning o'zida ham yarani tikish, ham unga tushadigan yuklamani kamaytirishga imkon beradi.



O'RAMA CHOKLAR

O'rama choklar, odatda, koronal siljirilgan laxtaklar barqarorligini ta'minlash uchun qo'llaniladi. Parodontologiya va implantologiya sohalarida o'tkaziladigan plastik jarrohlik aralashuvlarida gorizontaal va vertikal o'rama choklardan foydalaniladi. Bu choklar puxta mahkamlangan laxtakka qo'shimcha sifatida yara kompressiyasini ta'minlaydi, bu esa uning bitishiga ijobiy ta'sir qiladi. Mazkur holat, ayniqsa, transplantlarning biriktiruvchi to'qimalarini ko'chirib o'tkazishda katta ahamiyat kasb etadi. Gorizontaal o'rama chok qo'yishda tegishli tish qamrab olinadi. Vertikal o'rama chok boshqa tayanchlardan (masalan, interproksimal kontaktlar, shinirlangan kompozitlar) foydalanishi bilan ajralib turadi. Laxtakni kerakli holatda fiksatsiya qilish va yaraning talab darajasidagi kompressiyasiga erishish uchun vertikal o'rama chok hamma tishlararo bo'shliqlarni ikki marta kesib o'tishi kerak. Shuning uchun ham bu choklar qo'shaloq kesishuvchan deb ataladi (2-18-rasm).

Gorizontaal o'rama choklar kesishuvchan yoki parallel konfiguratsiyaga ega bo'lishi mumkin. Ulardan ko'pincha milk

retsessiyasini bartaraf qilishda foydalaniladi. Kesishuvchan gorizontaal o'rama choklar, odatda, biriktiruvchi to'qima transplantatlarida (2-19-rasm), parallellari esa — laxtakni yalang'ochlangan ildiz yuzasiga joylashtirish uchun qo'llaniladi (2-20-rasm).



2-18-rasm (a-h). Retsessiya modifikatsiyalangan tunnel uslubi yordamida bartaraf qilingandan keyin qo'shaloq kesishuvchan vertikal halkali chokdan foydalanishga klinik misol. Bu chok qo'yilgandan keyin laxtak transplantatni "siqib oladi". Laxtak va transplantatning ildiz yuzasida ishonchli fiksatsiyalanishi va kompressiyalanishiga erishiladi. Transplantatning laxtak tomonidan yaxshi oziqlanishi hisobiga aralashuv samaradorligi ortadi.



2-19-rasm. Laxtakni koronal siljitish va biriktiruvchi to'qima transplantatini ko'chirib o'tkazish yordamida milk retsessiyasini bartaraf qilishga klinik misol. Transplantatni fiksatsiyalashda kesishuvchan gorizontaal o'rama chokdan foydalaniladi.



2-20-rasm (a-d). Ikkitalik so'rg'ich laxtagi yordamida milk retsessiyasini bartaraf qilish. Laxtak va biriktiruvchi to'qima transplantatini fiksatsiyalash uchun parallel gorizonal o'rama chok qo'yildi.

Bundan tashqari, biriktiruvchi to'qima transplantati olingandan keyin ham donor sohada gorizontal o'rama choklardan foydalaniladi. Bu chokning kompression ta'siri gemostazga olib keladi, bu esa bitish davrida katta ahamiyat kasb etadi (2-21-rasm).

SUYAK USTI PARDASI CHOKLARI

Suyak usti pardasi choklaridan laxtaklar yoki biriktiruvchi to'qima transplantatlarini apikal siljitishda foydalaniladi (estetik ko'rsatmalarga muvofiq, tishlarning klinik koronkalari balandligini jarrohlik yo'li bilan oshirishda). Bu choklar shilliq qavat laxtagi ajratilgandan keyin, suyak usti pardasi suyak yuzasida saqlanib qolgan holatlardagina qo'llaniladi. Aks holda, chokning fiksatsiyalanishini ta'minlash mumkin emas.

Suyak usti pardasiga chok qo'yishda igna shilliq qavat-milk birikmasi darajasidan kiritiladi va laxtak hamda suyak usti pardasining butun qalinligi orqali koronal yo'nalishda o'tkaziladi. Suyak bilan aloqaga kirishilgach, igna buriladi va laxtakning ichki yuzasi orqali tashqariga chiqariladi. Keyin igna kontakt punkti orqali til tarafga o'tkaziladi, tanglay to'qimasi ushlanadi va yana o'sha tishlararo bo'shliqdan vestibulyar tarafga olib boriladi. Shundan keyin tugun bog'lanadi (2-22 va 2-23-rasmlar).



2-21-rasm. Biriktiruvchi to'qimaning subepitelial transplantati olingandan keyin donor sohadagi yarani tikish uchun parallel kesishuvchan gorizontal choklardan foydalanish.

MAHKAMLOVCHI CHOKLAR

Mahkamlovchi choklar biriktiruvchi to'qima transplantatini laxtakka yoki suyak usti pardasi lojasiga puxta mahkamlash uchun qo'llaniladi. Igna laxtak tashqarisidan kiritiladi va transplantatni qamrab, yumshoq to'qimalar qalinligi tomon chuqurlashib boradi. Igna tashqariga kirish nuqtasiga nisbatan uncha uzoq bo'lmagan joydan chiqadi va bu sohadagi qon aylanishini buzmaslik uchun, erkin tugun bog'lanadi. Mahkamlovchi choklar vertikal yoki gorizontal bo'lishi mumkin (2-24-rasm). Ko'p qatlamli laxtaklardan foydalanilganda, mahkamlovchi choklarni oziqlantiruvchi oyoqchali laxtakning ichki sohasini pozitsiyalash va barqarorlashtirish uchun qo'llash mumkin.

POZITSIYALOVCHI CHOKLAR

Pozitsiyalovchi choklar biriktiruvchi to'qima transplantatini tunnel yotog'iga kiritish uchun qulay. Igna tunnel yotog'iga transplantatsiya zonasiga nisbatan distalroq masofadan kiritiladi va butun tunnel bo'ylab o'tkaziladi. Keyin transplantat igna bilan tutiladi hamda butun tunnel orqali qarama-qarshi yo'nalishda olib o'tiladi. Ipni tortish transplantatni tunnelga aniq kiritish va joylashtirishga imkon beradi (2-25-rasm). Bu uslubning batafsil tavsifi 9-bobda keltirilgan. Yuqorida tilga olingan barcha usullar va yo'llar kitobning keyingi boblarida atroflicha namoyish qilingan va 2-1-jadvalda sanab o'tilgan.



2-22-rasm (a va b). Suyak usti pardasi choklari shilliq qavat laxtagini suyakka birlashtirib turgan suyak usti pardasini qoplovchi biriktiruvchi to'qima qatlamiga ishonchli mahkamlanadi.



2-23-rasm. Yuqori jag' do'ngligi sohasidan biriktiruvchi to'qimaning subepitelial transplantati olingandan keyin laxtakni apikal pozitsiyalash va uni suyak usti pardasi choklari bilan ishonchli fiksatsiyalashga klinik misol.

Parodontologiya va implantoliyada o'tkaziladigan plastik jarrohlik aralashuvlarida qo'llaniladigan chok qo'yish uslublari sharhi

Yaralarni tikish uchun mo'ljallangan choklar	Oddiy tugunli chok Vertikal matras choki Uzluksiz chok	
Bo'shashtiruvchi choklar	Gorizontal ichki matras choki	
Kombinatsiyalashgan choklar	Halqali qo'shaloq chok	
Osma choklar	O'rama chok Suyak usti pardasi choki	Vertikal o'rama chok Gorizontal o'rama chok
Fiksatsiyalovchi choklar		
Pozitsiyalovchi choklar		



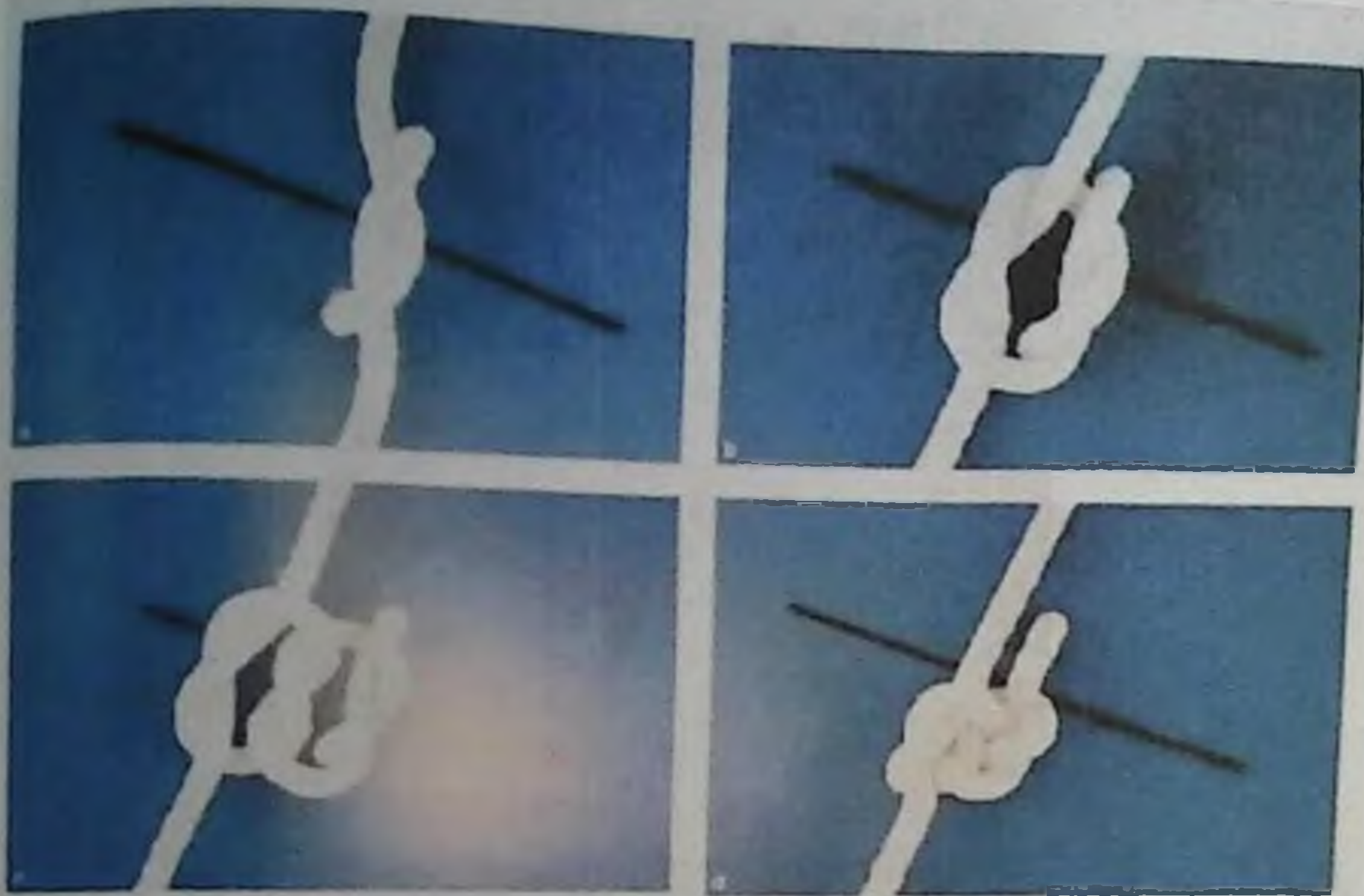
2-24-rasm (a-s). Erkin biriktiruvchi to'qima transplantatini aniq pozitsiyalash uchun mahkamlovchi chokdan foydalanishga klinik misol. Bir paytning o'zida ham implant o'rnatiladi, ham suyak va yumshoq to'qimalar hajmi oshiriladi.



2-25-rasm (a va b). Biriktiruvchi to'qima transplantatini tunnel yotog'iga kiritishda pozitsiyalovchi choklardan foydalanish katta qulaylik beradi. Bu choklar transplantatning aniq va tez joylashtirilishini ta'minlaydi.



2-26-rasm (a-s). Mikrojarrohlik choklov materiallarini oddiy jarrohlik tuguni bilan bog'lash mumkin. Jarrohlik tugunini bog'lashda avval bir yo'nalish bo'ylab ikki marta, keyin qarama-qarshi tarafga qarab, bir marta o'raladi.



2-27-rasm (a-d). Tugun ishonchliligini ta'minlash uchun r-PTFEdan tayyorlangan mikrojarrohlik iplarini kvadrat tugun bilan va qo'shimcha sifatida uchinchi marta aylantirish orqali bog'lash kerak. Tugunni tugishda ip uch marta o'raladi va har bir aylanish avvalgisiga nisbatan qarama-qarshi tomonga yo'naltiriladi.

2.3.3. HALQALAR VA TUGUNLAR

Ishonchlilikni ta'minlash uchun har bir jarrohlik tuguni tarkibidan muayyan miqdorda halqa o'rin olishi zarur. Birinchi halqa tugun holati va ip tarangligini aniqlab beradi, demakki, yara qirralarining joylashuvini belgilaydi. Ikkinchi halqa keyingilari kabi, birinchisi holatining barqarorligini ta'minlaydi. Ushbu kitobda keltirilgan barcha mikrojarrohlik choklov materiallari oddiy jarrohlik tuguni bilan bog'lanishi mumkin va ular bir yo'nalishdagi ikki o'rama hamda qarama-qarshi tomonga boruvchi bir o'ramdan tarkib topadi.

Ikki marta aylantirilgandan keyin, uni tortib, birinchi o'ramani tarang holga keltirish imkonsiz masala.

Shunday qilib, avvali boshidan birinchi tugunning zarur taranglikdagi holatini belgilab olish kerak. Birinchi tugun bog'langach, ikkinchisini shakllantirishdan oldin ip uchlarini 180° burish tavsiya qilinadi (2-26-rasm).

Kengaytirilgan politetraforetilendan (r-PTFE) tayyorlangan mikrojarrohlik iplarini kvadrat tugun bilan bog'lash va qo'shimchasiga uchinchi marta ham aylantirish zarur. Bu tugun ishonchliligini oshiradi. Kvadrat tugun uch alohida o'ram yordamida tugiladi va har bir aylanish avvalgisiga nisbatan qarama-qarshi yo'nalishda hosil qilinadi. r-PTFE iplarning biroz sirpanishi ikkinchi tugun yordamida birinchisini tortish imkonini beradi. Uchinchi tugun qo'shimcha ishonch uchun bog'lanadi (2-27-rasm).



2-28-rasm. Bitish jarayoni buzilishining oldini olish uchun choklarni operatsiyadan keyin 5-7 kun o'tib, imkon qadar, kam jarohat yetkazadigan usul yordamida olish kerak.

Bitish jarayonida laxtak qirralarining qon bilan ta'minlanishini buzmaslik uchun tugunlarni qattiq tortib bog'lamaslik kerak. Operatsiyadan keyingi davrda bemor o'zini noxush his qilmasligi uchun jarrohlik tugunlari soni iloji boricha kam, ularning "quloqchalari" (ip uchlari) uzunligi esa ko'pi bilan 3 mm bo'lishi zarur. Yara qirralarining ta'sirlanishidan qochish va og'iz bo'shlig'i sohasida karash to'planishi xavfini kamaytirish uchun tugunlarni bevosita kesma chizig'i ustiga joylashtirish mumkin emas.

Og'iz bo'shlig'i plastik jarrohligida tugunlar yo faqat asboblar yordamida tugiladi (igna ushlagich va pinset) yoki igna ushlagich hamda barmoqlardan foydalaniladi. Birinchi holatda tugunni nazorat qilish

osonroq, bu, ayniqsa, ko'ruv maydoni cheklangan vaziyatlarda katta ahamiyat kasb etadi. Bu uslubning batafsil tavsifi 2-bobda keltirilgan. Bitish jarayonining kechishini buzmaslik uchun choklarni iloji boricha jarohat yetkazmasdan, operatsiyadan keyingi 5-7-kunga borib olish kerak (2-28-rasm).

3-BOB. MILKNING ESTETIK KO'RSATKICHLARI: MEZONLAR, TAVSIYALAR VA TASHXISLASH

Lablar va milklar tish qatorining tashqi ko'rinishi va umuman yuz qiyofasining tarkibiy qismi hisoblanadi. Ko'p odamlarda muloqot davomida va kulganda yuqori jag' old bo'limi milkleri ko'rinib turadi. Pastki jag' old bo'limining milkleri ko'zga tashlanadigan shaxslar nisbatan kam uchraydi. Bunday vaziyatlarda yaxshi taassurot qoldirish tishlar va unga tutashgan yumshoq to'qimalar muayyan estetik mezonlarga javob berishi kerak. Zero, eng chiroyli tishlar ham milkning kosmetik nuqsonlari o'rnini qoplolmaydi va aksincha. Insonning o'zi va atrofida gilarining nigohida aks etgan tashqi ko'rinishi "pushti-oq" estetikaga bevosita bog'liq. Ta'kidlash o'rinliki, bu masalalarning har biri ahamiyatli va stomatologik davolashni rejalashtirishda va yuqori estetik natijaga erishishni prognoz qilishda shu jihatlarni albatta inobatga olish kerak (3-1-rasm). Hammamiz "go'zallik nisbiy tushuncha", "chiroyingiz sizga qarab turgan inson nigohida aks etadi" qabilidagi gaplarni ko'p eshitganmiz va ular go'zallik talqinining rang-barangligi, murakkabligi va individualligini anglatadi. Shunga qaramay, tish qatorlarining estetik nuqsonlarini bartaraf qilish bo'yicha u yoki bu darajada xolislik beruvchi qandaydir mezonlar va tavsiyalarni ishlab chiqishga urinishlar ko'p bo'lgan. Kimlardir uchun bu mezon va tavsiyalar e'tibor qaratishga ham arzimaydigandek ko'rinadi, boshqalari esa stomatologlar hayotidan munosib o'rin olgan va ular, muayyan kamchiliklardan holi bo'lishiga qaramay, milkning keng ko'lamlil nuqsonlariga ega bemorlarni davolashda qo'l kelyapti.

Go'zallikka berilgan har qanday bahoning sub'ektivligi va uni baholashda nisbatan ob'ektiv mezonlardan foydalanish o'rtasidagi ziddiyat psixologiya sohasida o'tkazilgan qator tadqiqotlarda baholangan. Jozibadorlik va maftunkorlik masalalarini o'rgangan ko'p sonli tadqiqotchilarning fikricha, inson bolasi go'zallikni, biz o'ylagandan ko'ra, ob'ektivroq qabul qiladi, chunki u xulosa chiqarishda muayyan odamlar guruhining umumiy yoki o'rtacha statistik didiga tayanadi. Aksariyat holatlarda, go'zallik haqidagi shaxsiy tasavvur atrofida gilarining umumiy fikridan farq qilmaydi, bu esa umumiyat tomonidan e'tirof

etilgan estetik parametrlar yoki mezonlarni aniq belgilashga imkon yaratadi. Real voqelikda go'zallik masalasida boshqalarnikidan keskin farq qiladigan sub'ektiv fikrga ega insonlar juda kam. Ularning qarori va xulosasi deyarli hamisha shaxsiy tanlov, muhit, madaniyat, ma'lumot darajasi va ijtimoiy tendensiyalar ta'sirida shakllanadi.

Lekin tish va milklar estetikasi bo'yicha belgilangan qoida va tamoyillarga qat'iy rioya qilish ham chiroyli tabassumga erishishni kafolatlamaydi. Yodda tutish kerakki, betakror tabassum muayyan ko'rsatkichlarning ham mukammal ekanidan dalolat bermaydi. Tabiiy go'zal tabassum tishlar va ularni o'rab turgan milk, lablar va umuman yuzning uyg'unligini anglatadi. Bu bobda stomatologik davolashni rejalashtirishda foydalanish mumkin bo'lgan eng ahamiyatli, ob'ektiv mezonlar keltirilgan. Albatta, ularni qat'iy tavsiyalar sifatida qabul qilmaslik kerak. Bundan tashqari, yuqori estetik natijaga erishish uchun stomatolog va tish texnigi muhokama qilinayotgan mezonlardan tashqari, restavratsiyani shaxsning individual, jumladan, psixologik xususiyatlaridan kelib chiqib amalga oshirishni bilishi kerak. Shu nuqtai nazardan olsak, okklyuziya anomaliyalari va yuz asimmetriyasi ham katta ahamiyat kasb etadi. Tishlarga qaraganda, milklar estetik jihatdan o'ektivroq baholanadi. Faqat milkning "ideal" konturi masalasida fikrlar farq qilishi mumkin. Kim uchundir yuqori qoziq tishlarining arzimagan retsessiyasi ham katta muammodek ko'rinishi, boshqalar esa buni ilg'amasligi ham mumkin. Estetik stomatologiya sohasida davolashning muvaffaqiyatli kechishi mutaxassis, eng muhimi, bemor talablarining qondirilishi va ular o'rtasidagi o'zaro munosabatlarning ijobiy shakllanishiga bog'liq. Ayniqsa, davolashni rejalashtirish jarayonida bu masalaning dolzarbligi ortadi. Tishlar tashqi ko'rinishini yaxshilash maqsadida stomatologik yordam olish uchun murojaat qilgan bemorlar, odatda, o'z tashqi ko'rinishini baholashda qiynalishadi. Shuningdek, ularning taklif qilinayotgan terapiya imkoniyatlari va chegaralari xususidagi tasavvurlari kam yoki yo'q. Stomatolog davolashni rejalashtirishda bemorningham faol ishtirok etishi uchun zarur tushuntirish ishlari olib borishi darkor.



3-1-rasm. Yuz tashqi ko'rinishining ijobiy qiyofasi shakllanishi uchun yuqori jag' old bo'limi milklari ko'zga tashlanganda, ayniqsa, kulganda tishlar va unga tutash yumshoq to'qimalar belgilangan estetik mezonlarga javob berishi kerak.



3-2-rasm. Sog'lom milk chiroyli tabassurning eng muhim va zaruriy sharti hisoblanadi.

3.1. MILKNING ESTETIK PARAMETRLARI

Keyingi bo'limlarda milkning qabul qilingan estetik ko'rsatkichlari taqdim qilingan va ular yumshoq to'qimalar hamda milk konturining morfologik xususiyatlarini ifodalaydi.

MILK SALOMATLIGI XUSUSIYATLARI

Ilgari aytilganidek, milk va parodontning sog'lom holati chiroyli tabassurning asosiy sharti hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'i yumshoq to'qimalarining yallig'lanishi unda kechadigan patofiziologik jarayonlar bilan cheklanmaydi, balki milk yuzasi rangi va teksturasining salbiy o'zgarishlariga olib keladi. Yallig'langan milk qonaydi, shishadi, qip-qizil rangga kiradi va jilolanadi. Shu sababli, milkning estetik xususiyatlarini unda yallig'lanish bo'lmagan holatlardagina to'g'ri baholash mumkin.

Quvvatlovchi parodontologik davolashni faol olib borishdan tashqari, og'iz bo'shlig'i gigienasi tadbirlarini mustaqil o'tkazish bo'yicha muntazam yo'l-yo'riqlar berish va bemorning ishtiyoqini oshirish katta ahamiyat kasb etadi. Bundan tashqari, tishlarga tutash milklarning salomatligi va tashqi ko'rinishiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan har qanday turdagi stomatologik manipulyatsiyalarni o'tkazishdan tiyilish joiz (3-2-rasm).



3-3-rasm. Odatda, alveolyar shilliq qavati to'q qizil rangga ega bo'lib, milkning och pushti rangidan keskin farq qiladi.

3-4-rasm. Milk yuzasi zich, jilosiz va apelsin qohig'iga o'xshash teksturaga ega, alveolyar shilliq qavati esa yaltiroq va silliq.

3.1.2. ANATOMIK VA MORFOLOGIK XUSUSIYATLAR

RANG

Sog'lom milkning rangi och pushti bo'ladi. Lekin qora tanli odamlarda milkning yaqqol jigarrang pigmentatsiyali uchastkalari ham ko'p uchraydi.

Alveolyar shilliq qavati to'q qizil rangda bo'lib, bu uni milkdan oson ajratib olish imkonini beradi (3-3-rasm). Shilliq qavat rangi nisbatan shaffof epiteliy qoplami ostida joylashgan biriktiruvchi to'qima qatlami qon ta'minotining yaxshiligi bilan bog'liq.

YUZA TEKSTURASI

Sog'lom milk yuzasining teksturasi subepitelial biriktiruvchi to'qima qirra usti tolalari va milkning keratinlashgan epiteliysi birikishidan kelib chiqqan. Shuning uchun keratinlashgan, biriktirilgan milk epiteliy yuzasining me'yoriy ko'rinishi apelsin qobig'iga o'xshaydi. Bunday tekstura qalin milk biotipiga ega shaxslarda, yupqa milk egalariga qaraganda, yaqqolroq namoyon bo'ladi. Keratinlashgan epiteliy milkka zichlik, uning ko'rinishiga och va jilosiz rang xususiyatlarini beradi.

Alveolyar shilliq qavat yuzasi yaltiroq va silliq bo'lib, shu jihatlariga ko'ra, keratinlashgan milkdan farqlanadi (3-4-rasm).



3-5-rasm. Tishlararo so'rg'ichlar milkning ikki tutash tishning interproksimal kontaktdan apikal masofada joylashgan bo'shlig'ini tishlararo suyak to'sig'igacha to'ldirib turgan qismidan iborat.

TISHLARARO SO'RG'ICHLAR

Tishlararo so'rg'ichlar, mohiyatiga ko'ra, milkning ikki tutash tishning interproksimal kontaktdan apikal masofada joylashgan bo'shlig'ini tishlararo suyak to'sig'igacha to'ldirib turgan qismidan tarkib topgan. Interproksimal kontaktning yuqori jag' markaziy kurak (kesuvchi) tishlari orasidagi apikal chegarasi tishlararo suyak to'sig'i uchidan, og'iz bo'shlig'ining boshqa uchastkalariga qaraganda, maksimal uzoqlikda joylashgan. Estetik nuqtai nazardan olsak, aynan markaziy kurak tishlar orasidagi tishlararo so'rg'ich eng katta balandlikka ega bo'lishi va chaynov tishlari tomon borgani sayin asta-sekin pasayib borishi lozim (3-5-rasm). Tishlararo so'rg'ichlar milk konturini shakllantirishda bevosita ishtirok etadi va unga festonlik xususiyatini beradi. Tish koronkalarini shakli (uch burchak, to'g'ri burchak yoki oval), o'z navbatida, so'rg'ichlar balandligi va shaklini, demakki milk konturining festonlik xossasini (baland yoki past) belgilaydi.



3-6-rasm (a-d). Milk konturining zeniti, odatda, tish vestibulyar yuzasining eng bo'rtib turgan qismi proeksiyasida joylashgan bo'lib, ko'pincha uning uzun o'qiga nisbatan biroz distal masofadan o'rin oladi.

Ma'lumki, tishlarning uch burchakli shaklga ega koronkalari ko'pincha keratinlashgan milkning yupqa zonasi bilan assotsiatsiya qilinadi. Ko'plab mualliflarning ta'kidlashicha, tishlari uchburchak shaklli bemorlarning aksariyatida tishlararo so'rg'ichlar o'zining balandligi va milk biotipining yupqaligi bilan ajralib tursa, to'g'ri burchakli shaklga ega tish sohiblarida tishlararo so'rg'ichlar nisbatan past, milk biotipi esa qalin bo'ladi. Lekin bu kuzatuvlar qat'iy ilmiy isbotini topmagan.

So'rg'ichlar balandligi pasaysa yoki umuman mavjud bo'lmasa, tishlaro bo'shliqda qora uchburchaklar paydo bo'ladi va ular tish qatorining tashqi ko'rinishini nihoyatda xunuklashtirib yuboradi.

MILK KONTURI ZENITI

Milk feston qirrasining vestibulyar proeksiyadagi eng apikal nuqtasi milk konturining zeniti deb ataladi. Zenit sohasidagi yumshoq to'qimalar konturi tegishli tish konturi bilan belgilanadi. Milk konturining zeniti, odatda, tish vestibulyar yuzasining eng bo'rtib turgan qismi proeksiyasida joylashadi. Aksariyat hollarda zenit tishning uzun o'qiga nisbatan biroz distal masofadan o'rin oladi, lekin uning holati tish konturi va joyiga qarab o'zgarishi mumkin (3-6-rasm). Zenit tishning uzun o'qiga nisbatan biroz distal masofada joylashgani milk konturiga uchburchak shaklini beradi. Lekin zenitning turli shakldagi holatlari ko'p qayd qilinadi va ular tish qatorining tashqi ko'rinishiga, umuman olganda, salbiy ta'sir ko'rsatmagani sababli, doimo ham korreksiya qilishni talab etmaydi. Yon kurak tishlarining zenitlari, odatda, tishning uzun o'qi proeksiyasidan o'rin oladi va milk konturiga tipik egilganlik holatini beradi. Ba'zan yuqori jag' markaziy kurak tishlarining vestibulyar yuzasi ortiqcha silliqlashganda, bo'yin oldi sohasining mezial tomonida kichik botiqlik shakllanadi. Mazkur chuqurcha milk bilan to'ladi va uning konturi biroz koronal siljiydi. Bu kabi vaziyatlarda, ya'ni zenit tishning uzun o'qiga nisbatan distal joylashgan holatlarda S-simon milk konturi shakllanadi (3-7-rasm).



3-7-rasm. Milk konturi shakli, zenit holatidan kelib chiqib, uchburchak yoki egilgan ko'rinishda bo'lishi mumkin. Ba'zan markaziy kurak tishining vestibulyar yuzasi ortiqcha silliqlashganda, bo'yin oldi sohaning mezial tomonida kichik botiqlik shakllanadi. Bu holat, zenitning distal joylashuvi bilan birlashib, S-simon milk konturining hosil bo'lishiga olib keladi.



3-8-rasm. Milk konturi sEB bilan parallel bo'lib, uning proksimal uchastkalarga nisbatan koronal joylashuvi milk qirrasiga festonsimonlik beradi.

Yuqorida ta'kidlanganidek, milk konturi zenitining holati va balandligi tish vestibulyar yuzasining shakli bilan belgilanadi, shuning uchun S-simon milk konturini bartaraf qilishda jarrohlik aralashuvidan ko'ra, ortodontik va restavratsion davolashga afzallik bergan ma'qul.

MILK KONTURI

Me'yoriy mezonlarga ko'ra, milk konturi tishlarning sement-emal birikmasiga ergashadi (3-8-rasm). Milk konturining individual arxitektonikasi old tishlarning morfologik xususiyatlari, ularning tish yoyidagi hamda bir-biriga nisbatan tutgan o'rnidan kelib chiqib keskin o'zgarishi mumkin. "Mukammal" milk konturi bo'lmasa ham, uning arxitektonikasi muayyan klinik vaziyatda tishlar bilan uyg'unlashishi ehtimoldan holi emas (3-9-rasm).



3-9-rasm (a-f). Milk konturi sEBga ergashadi, demakki, u tishlar shakli va holatiga bevosita bog'liq. Ularning tish qatorida tutgan o'rni xususiyatlaridan kelib chiqilsa, milk konturining turli, xatto, estetik "mukammallik" mezonlaridan yiroq shakllari ham, uyg'unlik kasb etishi mumkin.

Faqat estetik mezonlardan kelib chiqilsa, yon kurak tish sohasidagi milk qirradi, uni markaziy kurak va qoziq tishlar hududida birlashtiradigan xayoliy chiziqdan koronal masofada joylashsa, bu holat yuqori jag' tishlari sohasidagi milk konturining "mukammal" ekanini anglatadi. Lekin pastki jag' sohasining qoziq tishlar darajasidagi milk qirradi, markaziy hamda yon kurak tishlariga qaraganda, biroz apikal bo'lishi lozim. Milk qirradi umumiy ko'rinishining muvozanatliroq va simmetrik ekani maqsadga muvofiqdir. Bundan tashqari, kulganda yuqori jag' milk konturi tegishli tishlarning kesuvchan qirralari va pastki lab chizig'iga nisbatan biroz parallelikka ega bo'lishi kerak (3-10-rasm).



3-10-rasm. Yuqori jag' sohasida (a) yon kurak tishlar milk konturi, qoziq tishlar va markaziy kurak tishlarga qaraganda, biroz koronal joylashishi kerak. Pastki jag' sohasida (b) qoziq tishlar milk konturining, markaziy va yon kurak tishlariga nisbatan, biroz apikal joylashuvi kutiladi.

3.2. SHILLIQ QAVAT-MILK JARROHLIGINING MAQSAD VA VAZIFALARI. KO'RSATMALAR.

Estetik natijani yaxshilashga qaratilgan jarrohlik aralashuvlarini rejalashtirishda bir qator omillarni inobatga olish kerak. Birinchidan,

faqat estetik ko'rsatmalarga asoslanilsa, kulganda yoki muloqotda milkning ko'rinmasligi kabi elektiv operatsiyalarni bajarish maqsadga muvofiq emas. Ikkinchidan, milk retsessiyasini bartaraf qilish zarurati uning o'lchami va joylashuviga bog'liq. Aksariyat holatlarda tish qatori tashqi ko'rinishini yuqori jag' old tishlari sohasidagi yumshoq to'qimalarning retsessiyasi buzadi. Retssesiya o'rta chiziqqa qancha yaqin bo'lsa, estetik nuqson shuncha yaqqol namoyon bo'ladi. Qolaversa, markaziy kurak tishlar sohasidagi nisbatan yengil retsessiyani qabul qilolmagan bemor qoziq tish ildizining sezilarli darajada ochilib qolganiga ahamiyat ham bermasligi mumkin.

Tish qatorini korreksiya qilish uchun jarrohlik va restavratsiya usullarini birga qo'llashga to'g'ri keladigan murakkab klinik vaziyatlarda, ideal holatdan uzoq bo'lsa ham, muolaja natijasi qoniqarli deb qabul qilinadi. Tabiiy ildiz illyuziyasini hosil qilish, tiklanayotgan tishlar proporsiyasini oqilona o'zgartirish, keramik massa va effektlardan ijodiy foydalanish yumshoq to'qima nuqsonlarini muayyan darajada niqoblash imkonini beradi. Lekin estetik talablar juda yuqori qo'yilgan bo'lsa, mukammal sanalgan mezonlardan ozgina og'ish ham katta muammolarni keltirib chiqaradi.

Har bir klinik holatda bemor davolovchi shifokorning tavsiyalariga amal qilishga tayyor ekanini sinchkovlik bilan tahlil qilish zarur. Stomatolog vaziyatni (jumladan, uzoq muddatda ko'rinadigan natijani) prognoz qilish, biologik va jarrohlik asoratlari xavfini baholashni bilishi, shuningdek, bu ma'lumotlarni bemorga tushunarli tilda yetkazishni uddalashi kerak. Qolaversa, u bemorning taklif qilinayotgan davolashdan kutayotgan istak va umidlarini aniq va batafsil o'rganishi lozim. Bemor terapiyaning yakuniy natijasi to'g'risida haqqoniy va real tasavvurga ega bo'lishi, zamonaviy stomatologik yordamning texnik imkoniyatlarini inobatga olishi kerak.

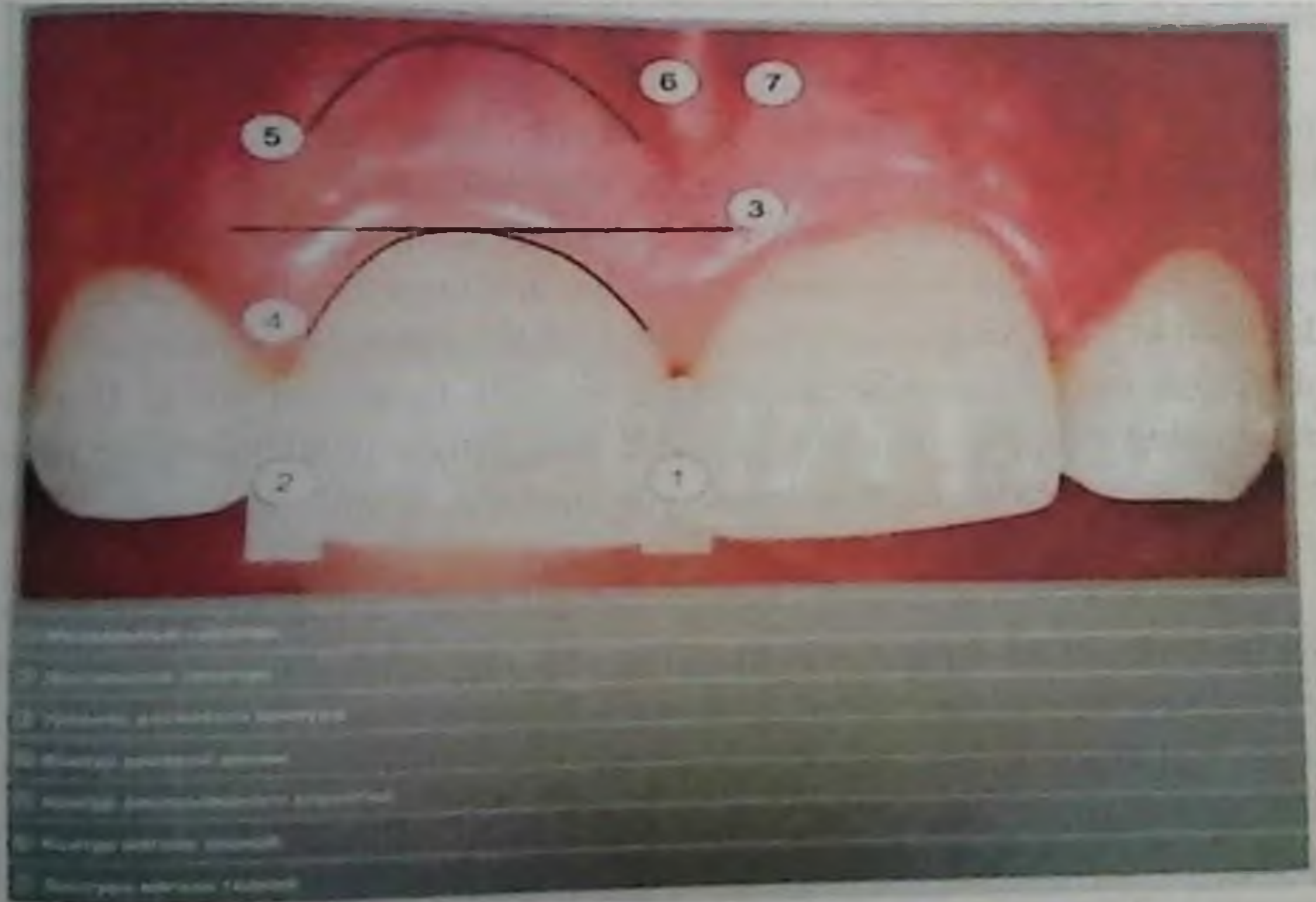
Bemor tish qatorining tashqi ko'rinishini jarrohlik yo'li bilan yaxshilashni afzal ko'rsa, stomatolog bu qarordan kelib chiqadigan miqdor va sifat o'zgarishlarini, imkon qadar, aniq prognoz qilishni bilishi lozim. Lekin davolash muvaffaqiyati bir yoki bir necha omil bilangina ta'minlanmaydi. Miqdor ko'rsatkichlari nuqtai nazaridan, muayyan natijaga erishish ehtimolini nazarda tutish bilan cheklanib qolmay (masalan, ildiz yuzasini qoplash), uzoq muddatga ham prognoz qilgan ma'qul. Sifat parametrlariga esa, jumladan, yumshoq to'qimalar biotipi, teksturasi va rangi kiradi. Bundan tashqari, yuqorida qayd etilgan

jarrohlik aralashuvi ko'rsatkichlari tutash va qo'shni uchastkalar bilan uyg'un qiyofa hosil qilishi darkor. Chandiqlar hajmi va shakllanishini ortiqcha kompensatsiya qilishdan qochgan ma'qul.

Ilgarilari bu jihatlarga, ayniqsa, turli jarrohlik uslublarini taqqoslashda, yetarli e'tibor berilmasdi. Turli uslublarni milk o'zgarishlarining miqdor va sifat ko'rsatkichlarini qiyosiy baholashga qaratilgan birinchi tadqiqot natijalari yaqinda e'lon qilindi. Furhauser va uning hammualliflari aslida implantatlar sohasidagi plastik aralashuvlar natijalarini baholash uchun mo'ljallab yaratilgan pushti estetika shkalasidan (PESh) shu maqsadda foydalanishni taklif etishdi. PESh birinchi marta og'iz bo'shlig'i yumshoq to'qimalarida o'tkazilgan operatsiyalar natijasini miqdor va sifat ko'rsatkichlari bo'yicha baholashga imkon berdi (3-1-jadval).

3-1-jadval

Furhauser va uning hammualliflari tomonidan taklif qilingan pushti estetika shkalasi (PESh) milk estetikasining yetti parametrini o'z ichiga olgan va ularning har biri 0 balldan 2 ballgacha baholanadi (umumiy maksimal ko'rsatkich 14)



3.3. MURAKKAB KLINIK VAZIYATLARNING ESTETIK TAHLILI

Parodont sohasida tishlarni restavratsiya qilmasdan o'tkaziladigan plastik aralashuvni rejalashtirishda ehtimoliy operatsiya hududini estetik ko'rsatkichlar bo'yicha tahlil qilish nisbatan oson, chunki tishlarning o'zi ishonchli mo'ljal sifatida xizmat qilishi mumkin. Yuqorida tilga olingan estetik mezon va tavsiyalardan to'g'ri foydalanish uchun stomatolog tishlarni o'rab turgan yumshoq to'qimalarning holatini ob'ektiv baholash, aniqlangan nuqsonlarni bartaraf qilish maqsadida oqilona davolash rejasini tuzishni bilishi kerak.

Agar plastik jarrohlik aralashuvidan tashqari, tishlarni tiklash zarurati bo'lsa, ayrim mo'ljal beruvchi belgilar, masalan, restavratsiyani talab etadigan markaziy kurak tish kesuvchi qirrasining mavjud emasligi tahlil jarayonini biroz qiyinlashtiradi. Lekin boshqa intakt mo'ljal belgilari, xususan, yon kurak tishlarining kesuvchi qirralari yoki, hech yo'qsa, sEBning saqlanib qolgani so'nggi holat bilan bog'liq vaziyatni yengillashtiradi. Aralashuv o'tkazish rejalashtirilayotgan sohadagi tishlar oldin koronka yoki ko'priksimon protezlar yordamida tiklangan yoki umuman boy berilgan bo'lsa, davolashni rejalashtirish ancha murakkab kechadi. Bunday vaziyatlarda stomatolog ishonchli muqobil yo'llarni qidirishga majbur bo'ladi. Ma'lumki, davolash avvalida tabiiy mo'ljallar soni qancha kam bo'lsa, milk qirrasining estetik tahlili shuncha qiyinlashadi (3-12-rasm).

Murakkab klinik vaziyatlarda estetik tahlilni, imkon boricha, tizimli va muayyan standart asosida o'tkazish katta ahamiyatga ega. Birinchi navbatda, bemor markaziy tishlarining kesuvchi qirralari, keyin esa boshqa old tishlarning lab va umuman yuzga nisbatan holatini aniqlash lozim. Shundan keyin tishlarning klinik koronkalari balandligi o'lchanadi va o'zgarishlar kiritish zarurati baholanadi. Shu nuqtai nazardan olganda, bemorning eski fotosuratlarini, modellari, rentgenogrammalarini tahlil qilish muhim ahamiyat kasb etadi.

Murakkab klinik vaziyatlarda o'tkaziladigan estetik tahlil hamda restavratsiya va jarrohlik usullarini uyg'unlashtirish zarurati keyingi bo'limlarda muhokama qilingan. Ushbu kitob faqat yumshoq to'qimalar nuqsonlarini bartaraf qilishga qaratilgan, shuning uchun estetik tahlil masalasida to'liq ma'lumot olish uchun boshqa adabiyotlarga murojaat qilishni tavsiya qilamiz.

3.3.1. ORIENTIRLAR

KESUVCHI QIRRA HOLATI

Markaziy kurak tishlar kesuvchi qirrasining holati murakkab klinik vaziyatlarda o'tkaziladigan estetik tahlilning eng muhim orientiri hisoblanadi, shuning uchun tahlilning dastlabki bosqichida aynan shu mezonga tayaniladi. Avval chaynov mushaklari bo'shashgan holatda, markaziy kurak tishlar kesuvchi qirrasini lablarga nisbatan qanday joylashgani aniqlanadi (3-13a-rasm). Bu vaziyatda tishlar ko'rinib turishi kerak, lekin vizualizatsiya darajasi bemorlarda farq qilishi mumkin. Vig va Brundo tomonidan o'tkazilgan adabiyotlar tahlili chaynov mushaklari bo'shashgan, ya'ni og'iz tabiiy ravishda ozgina ochilgan holatda, tabiiy old tishlarni ko'z bilan baholash bo'yicha ayrim qimmatli parametrlarni aniqlashga yordam berdi. Mualliflar taqdim etgan ma'lumotlarga ko'ra, ayollarda yuqori jag' markaziy kurak tishlari (3,4 mm), erkaklarga qaraganda (1,91 mm) ko'proq ko'zga tashlanadi. Aksincha, erkaklarda pastki jag' markaziy kurak tishlari ayollarga qaraganda ko'proq ko'rinadi. Bundan tashqari, yoshga xos ayrim xususiyatlar ham qayd etildi: yoshlarda yuqori jag' markaziy kurak tishlari, o'rta yoshlilarga qaraganda, ko'proq ko'zga tashlanadi (mos ravishda 3,37 mm va 1,26 mm). Qolaversa, yosh ulg'aygani sayin pastki jag' markaziy kurak tishlarining kattaroq qismi vizualizatsiya qilinadi. Mualliflar, shuningdek, tishlar ochilishining etnik xususiyatlarini ham aniqlashdi. Xususan, yevropoid irqi vakillarida yuqori jag'ning markaziy kurak tishlari, mongoloid yoki negroid irqiga kiruvchilarga qaraganda, ko'proq ko'rinadi.

Keyingi bosqichda kulayotgan shaxsning old tishlari kesuvchi qirrasini pastki labga nisbatan qanday holat kasb etishi aniqlanadi (3-13b). Aslida kesuvchi qirralar chizig'i egilgan va pastki lab yoyiga nisbatan parallel bo'lishi lozim. Bu tabassumning pozitiv chizig'i deb ataladi va ko'proq yoshlarda uchraydi. Qoziq tishlar holatidan kelib chiqib, kesuvchi qirralar chizig'i yoysimon yoki qanotsimon bo'lishi mumkin. Odamlarning taxminan yarmida kulish paytida yuqori old tishlarning kesuvchi qirralari pastki lab bilan turli darajada aloqada bo'ladi. Tekshiruvdan o'tkazilganlarning uchdan bir qismida kesuvchi qirralar va pastki lab o'rtasida tirqish aniqlandi, 16% bemorlarda esa kurak tishlarning pastki labni biroz yopish turishi qayd qilindi. Negativ yoki reversiv kulgi chizig'i kesuvchi qirralarning to'g'ri yoki egri chizig'i

bilan ifodalanadi va odatda, xunuk tabassum sifatida baholanadi. Kesuvchi qirralar holatini baholash va to'g'riligini aniqlashda yosh va gender xususiyatlarini inobatga olishga ruxsat beriladi. Eng avvalo, barcha texnik imkoniyatlardan foydalanib, bemorning istak va umidlarini qondirishga katta ahamiyat berish kerak.



3-12-rasm. Ushbu klinik vaziyat murakkab ekani sababli estetik parametrlar tahlilini o'tkazish qiyin. Rejalashtirilayotgan davolash jarayoni mobaynida mavjud restavratsiyalarni almashtirish nazarda tutilgan. Tabiiy va ishonchli orientirlar yo'q.

Kesuvchi qirralarning optimal holatini aniqlashda "f", "v" va "s" tovushlaridan iborat fonetik testlar juda katta yordam beradi, lekin bu jarayonda jag'larning muayyan bemor talaffuziga ta'sir ko'rsatishi mumkin tishlar va skelet sinfi nisbatiga e'tibor qaratish lozim.

TISHLAR KLINIK KORONKALARINING BALANDLIGI

Kesuv qirralar holati aniqlangandan keyin, tishlar klinik koronkalari balandligini tahlil qilish kerak. Bu ko'rsatkichning me'riy talablari intakt tabiiy tishlarnikidan deyarli farq qilmaydi. Tadqiqotlar natijasiga ko'ra, muayyan gender tafovutlar mavjud, lekin ular tishlar o'rtasidagi nisbatni (proporsiyani) yaqqol korrelyatsiya qilishni talab etmaydi (3-2-jadval). Shunday qilib, tishlar klinik koronkasining optimal balandligini aniqlash, boshqa estetik parametrlarga qaraganda, nisbatan oson. Albatta, bu jarayonda bemorning xususiy talablarini ham inobatga olish zarur.

MILK QIRRASI

Murakkab klinik vaziyatlarda milk qirrasi tahlilini, old tishlarning kesuvchi qirralari va klinik koronkalar balandligini aniqlagandan keyingina o'tkazish kerak.



3-13a-rasm. Estetik tahlilning dastlabki bosqichida markaziy kurak tishlar kesuvchi qirralarining chaynov mushaklari bo'shashgan, ya'ni og'iz ozgina ochilgan vaziyatdagi holatini aniqlash joiz. Me'yoriy talablarga ko'ra, tishlar biroz ko'rinib turishi lozim va vizualizatsiya darajasi bemorning jinsi va yoshiga ham bog'liq.



3-13b-rasm. Keyingi bosqichda kesuvchi qirralar va pastki lab yoyining kulgan paytdagi nisbati aniqlanadi. Ideal holatda, kesuvchi qirralar egilgan va pastki lab yoyiga qiyosan parallel joylashishi kerak.

3-2-jadval.

Parodontning sog'lom holatida, yuqori jag' intakt old tishlari klinik koronkalarining o'rtacha balandligi*

	Markaziy kurak tishi	Yon kurak tishi	Qoziq tish
Erkaklar	10,19±0,94	8,70±0,78	10,06±1,02
Ayollar	9,39±0,86	7,79±0,99	8,89±0,97

**Sterrett va hammualliflari bo'yicha.*

3.3.2. OG'IZ ICHI ESTETIK PARAMETRLARINI BAHOLASHDA SINAMA RESTAVRATSIYA VA DIAGNOSTIK PROVIZOR PROTEZLARDAN FOYDALANISH

Sinama restavratsiya va diagnostik provizor protezlar og'iz ichidagi xilma-xil o'zgarishlarni baholashga imkon beradigan muhim vositalar hisoblanadi. Bu, ayniqsa, murakkab klinik vaziyatlarda muhim rol o'ynaydi. Xususan, kesuvchi qirralar holati va old tishlar klinik koronkalari balandligini modifikatsiya qilishda sinama restavratsiya va diagnostik provizor protezlardan foydalanib estetik va funksional parametrlarni tekshirish, shuningdek, bemorning og'iz ichidagi yangi hissiyotlarga moslashuvini baholash hamda milk qirrasini jarrohlik yo'li bilan korreksiya qilish zaruratini aniqlash mumkin.

Ta'kidlash joizki, sinama restavratsiya va diagnostik provizor protezlarni qo'llash rejalashtirilayotgan o'zgarishlar stomatolog va bemor tomonidan ilgari surilgan estetik talablarni qanchalik qondirayotganini tasavvur qilishda yordam beradi. Kerakli estetik va funksional natijani qo'lga kiritish uchun, bunday restavratsiya va protezlarni qancha lozim bo'lsa, shuncha marta korreksiyalash va modifikatsiya qilish mumkin. Odatda, bemorlar davolash natijasi, ularning estetik istak va umidlarini qondirmasa, muolajalarni muvaffaqiyatsiz o'tgan deb hisoblashadi. Bobning kirish qismida aytilganidek, murakkab klinik vaziyatlarda terapiya muvaffaqiyati stomatolog va bemor o'rtasidagi ijobiy munosabatlarga bog'liq. Bu hamkorlik rishtalarini esa tashxislash va rejalashtirish bosqichida shakllantirish kerak. Mumdan tayyorlangan tashxislash modellari va davolash natijalarini kompyuter dasturlari yordamida ko'rsatishdan farqli o'laroq, provizor protezlardan foydalanish bemorni real klinik amaliyotga bevosita jalb qilish, u bilan samarali muloqotni yo'lga qo'yishning eng yaxshi usulidir. Boshqacha aytganda, diagnostik provizor protezlarni qo'llash prognoz qilingan yuqori estetik natijaga erishishning zaruriy sharti hisoblanadi. Shu bilan birga, yodda tutish kerakki, bunday protezlarni tayyorlash tishlarda ortga qaytarib bo'lmaydigan o'zgarishlar o'tkazishni talab qiladi. Shuning uchun restavratsion davolashni o'tkazish uchun bemor roziligi olingandan

keyingina diagnostik provizor protezlardan foydalanish mumkin. Bu esa tishlarni preparatsiya qilish zaruratini asoslab beradi. Sinama restavratsiya — kompozit yoki keramik vinirlarni tayyorlashda, shuningdek, bemor restavratsion davolashga rozilik bermagan vaziyatlarda ishonchli muqobil variant bo'lishi mumkin.

SINAMA RESTAVRATSIYALAR

Sinama restavratsiyalar to'g'ridan-to'g'ri (bevosita bemorning og'iz bo'shlig'ida) yoki bilvosita (tish-texnik laboratoriyasida) tayyorlanishi mumkin. Birinchi holatda, avval diagnostik modelni mumdan yaratish, keyin uni gipsga ko'chirish, so'ngra plastmassa (termovakuum apparati yordamida) yoki silikon nusxa namunasini (shablon) ishlab chiqish tavsiya qilinadi. Bunday namunalar rejalashtirilayotgan o'zgarishlarni diagnostik mum modelidan restavratsiyaga o'tkazishni yengillashtiradi. Zamonaviy kompozit materiallarning rang-barang xususiyatlarga egaligi old tishlarning yuqori estetik talablarga javob beradigan restavratsiyasini yaratishga imkon beradi (3-14-rasm).

Odatda, olinadigan sinama restavratsiyalar polimetilmetakrilat yoki kompozit materiallardan bilvosita usul yordamida, shuningdek, diagnostik mum modeli asosida tayyorlanadi. Olinadigan sinama restavratsiyalar bemorga boshlang'ich vaziyat va ehtimoliy o'zgarishlar o'rtasidagi farqlarni baholash va o'z yaqinlari bilan muhokama qilib olish imkonini beradi. Bu esa keyingi muolajalar masalasida qaror qabul qilishni ancha yengillashtiradi. Lekin tishlar yetarlicha fiksatsiyani ta'minlay olmasa, olinadigan sinama restavratsiyalarni yaratish imkonsiz masala, shuning uchun bunday restavratsiyalar, asosan, bir necha tishni korreksiya qilish zarur bo'lganda qo'llaniladi.

Kesuvchi qirrasi nisbatan yupqa restavratsiyalarni tayyorlash imkoniyati bo'lsa, ularni tayanch tishlarning tabiiy to'qimalari bilan uyg'unlashtirishga erishish mumkin. Yakuniy natijani yaxshilash uchun restavratsiyani fiksatsiyalashdan avval tishlarga vazelin surtish maqsadga muvofiq.



3-14-rasm (a-f). Sinama restavratsiyalarni bevosita usulda yaratish. Diagnostik mum modeli yordamida silikon namuna ishlab chiqiladi, u plastmassa yoki kompozit bilan to'ldiriladi va bemorning og'iz bo'shlig'iga o'rnatiladi (tish texnigi Uli Schoberer, Zeexauzen, Germaniya).

Bemor restavratsion davolashga rozilik bersa, olinmaydigan sinama restavratsiyalar tayyorlanadi. Demak, bunday restavratsiyalarni adgeziv fiksatsiyalash kelajakda biron-bir qiyinchilik tug'dirmaydi. Agar sinama restavratsiyalardan bemorga yakuniy restavratsiyalarni tayyorlash masalasida qaror qabul qilishni osonlashtirish uchun foydalanilayotgan bo'lsa, adgeziv mahkamlash tishlarga fosfor kislotasi bilan ishlov bermasdan amalga oshiriladi (to'liq bo'lmagan adgeziv fiksatsiya). Bu qoida ham bevosita, ham bilvosita usullar uchun birdek taalluqli. Odatda, bunday vaziyatlarda qoniqarli mahkamlash uchun tishning tozalangan yuzasiga to'ldirilmagan kompozitni surtish kifoya. Keyinroq sinama restavratsiyalarni osongina olib tashlash mumkin. Tishning butun yuzasiga ishlov berilganda, sinama restavratsiyalarni tutash to'qimalarga zarar yetkazmasdan chiqarib olish mumkin emas. Bundan tashqari, so'nggi vaziyatda sinama restavratsiyalarni yechish uchun ko'p vaqt talab etiladi (3-15-rasm).

**DIAGNOSTIK PROVIZOR (VAQTINCHALIK)
PROTEZLAR**

Yondosh yumshoq to'qimalarning sog'lom holati va mustaqil ravishda olib borilayotgan og'iz bo'shlig'i gigienasi tadbirlarini davom ettirish imkonini saqlab qolish uchun, diagnostik provizor protezlar qirraga joylashishi, yuza teksturasi, fazoviy konfiguratsiyasi nuqtai nazaridan, yuqori sifatga ega bo'lishi kerak. Shu shartlar bajarilgandagina milk holatini to'g'ri tahlil qilish va jarrohlik aralashuvini muvaffaqiyatli o'tkazish mumkin.

Ba'zan vaqtinchalik protezlar mustahkamligini oshirish uchun tolali yoki metall unsurlardan foydalaniladi. Ular kompozit materiallar qo'shish yoki ishlov berish imkoniyatlarini inobatga olib joylashtiriladi. Bunday protezlar milk konturini modellashtirishda, ayniqsa, parodontologiya va implantologiyada plastik jarrohlik aralashuvlarini o'tkazishda ko'p qo'llaniladi.

Ayrim hollarda vaqtinchalik restavratsiya protezlarini to'g'ridan-to'g'ri usul yordamida tayyorlash mumkin. Buning uchun diagnostik mum modelining gips namunasi asosidagi termovakuum andazasidan foydalaniladi. Xatoga yo'l qo'ymaslik uchun andaza og'iz bo'shlig'ida yetarlicha barqarorlikka ega bo'lishi lozim. Bunday restavratsiyalarni bemorning estetik talablaridan kelib chiqib takomillashtirish mumkin, lekin buning uchun mutaxassis zarur malaka va ko'nikmalar, shuningdek, ijodiy qobiliyatlarga ega bo'lishi kerak.

Yuqorida keltirilgan usulga muqobil sifatida restavratsiyalarni oldndan yarim tayyor holga keltirib qo'yishdan foydalanish mumkin. Ularni tayyorlashga sarflangan vaqt va sa'y-harakatlar, shuningdek, yarim tayyor mahsulotlarning estetik xususiyatlari bevosita va bilvosita usullar yordamida yaratilgan provizor restavratsiyalar orasidagi o'rtacha ko'rsatkichlarga teng. Mohiyatan olganda, tish texnigi diagnostik mum model asosida akrildan yarim tayyor mahsulot hozirlaydi, stomatolog esa uni maqsaddan kelib chiqib, qayta moslashtiradi hamda termovakuum andaza yordamida og'iz bo'shlig'iga joylashtiradi. Jilo berish va polirovka qilish ishlari esa qayta moslashtirilgan sohalardagina amalga oshiriladi. Akril moddalardan ishlab chiqarilgan yarim tayyor restavratsiyalardan foydalanish stomalog va tish texnigining izchil hamkorligi, shuningdek, klinik va tish protezlarini tayyorlashning texnik xususiyatlari protokollarini tizimli qo'llashni talab qiladi. Zudlik bilan ishlab chiqariladigan vaqtinchalik protezlar ham shunga o'xshash usul

bilan yaratiladi. Unutmaslik kerakki, yuqori sifatli provizor protezlarni tayyorlashga sarflangan ozgina vaqt va kuch-quvvat bemor, tish texnigi va stomatolog o'rtasidagi o'zaro munosabatlar taftini ancha oshiradi (3-16-rasm).

Provizor protezlarni bilvosita usulda tayyorlash ko'proq vaqt va harakat talab qiladi, chunki bu jarayon qolip olish, tish-texnik laboratoriyasida murakkabroq amaliyotlarni amalga oshirish va shoshilinch ishlab chiqarilgan vaqtinchalik protezlardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Preparatsiya va qolip olish yakunlangandan keyin provizor protezlar tayyorlashga kirishiladi va bemor bu muddat mobaynida qisqa muddatda hozirlangan vaqtinchalik protezlarni ishlatib turadi. Bilvosita usulda hozirlangan provizor protezlar, boshqa turdagi vaqtinchalik restavratsiyalardan, sifatining yuqoriligi, mustahkamligi, yuza teksturasi, protezlanadigan tish modeli, estetik va funksional parametrlar aniq shakllantirilgani bilan ajralib turadi. Sanab o'tilgan ijobiy xususiyatlari tufayli, bunday protezlardan juda uzoq vaqt davomida foydalanish mumkin (3-17-rasm).



3-15-rasm (a-f). Sinama restavratsiyani, tishga oldindan ishlov bermasdan, to'ldirilmagan kompozit yordamida bilvosita tayyorlash va fiksatsiya qilish (tish texnigi Uli Schoberer, Zeexauzen, Germaniya).



3-16-rasm (a-h). Oldindan hozirlangan yarim tayyor mahsulot yordamida sifatli provizor restavratsiya ishlab chiqarish, odatda, ko'p vaqt va quvvat talab qilmaydi. Tishlar preparatsiyasidan keyin stomatolog tish texnigidan olgan yarim tayyor mahsulotni rejalashtirilgan joyga o'rnatadi. Plastmassa polimerizatsiya qilingandan keyin silliqlanadi va jilo beriladi (tish texnigi Uli Schoberer, Zeexauzen, Germaniya).





3-17 (a-j). Tish-texnik laboratoriyasi sharoitida tayyorlangan bilvosita provizor protezlar juda ko'p vaqt talab qiladi, lekin ular sifat ko'rsatkichlari bo'yicha boshqa vaqtinchalik restavratsiyalarning eng yaxshisi hisoblanadi (tish texnigi Uli Schoberer, Zeexauzen, Germaniya).



3-18-rasm. Murakkab klinik vaziyatlarda milkning estetik parametrlarini baholash uchun foydalaniladigan estetik tahlil shakli namunasi

3.3.3 ESTETIK TAHLIL SHAKLI

Murakkab klinik vaziyatlarda estetik tahlilning muayyan standartga solingan shaklidan albatta foydalanish tavsiya etiladi (3-18-rasm). Bu shakl hujjatlashtirish uchungina xizmat qilmaydi, u, shuningdek, stomatolog, tish texnigi va davolash jarayonining boshqa ishtirokchilari o'rtasidagi aloqalarni yo'lga qo'yadigan ajoyib vosita ham sanaladi.

Shaklda old tishlar kesuvchi qirralarining vertikal va sagittal sathlardagi rejalashtirilayotgan holati, shuningdek, tishlarning klinik koronkasi balandligi to'g'risidagi ma'lumotlar aks ettiriladi. Bundan tashqari, shaklga kiritilgan ma'lumotlar yordamida milk qirrasining optimal ko'rsatkichlardan og'ishini tahlil qilish va milk jarrohlik korreksiyasi bo'yicha talab etilgan parametrlarni qayd etish mumkin.



3-19-rasm (d-e). Yuqori va pastki tish qatorlarining okklyuzion proeksiyadagi boshlang'ich manzarasi



3-19-rasm (f-i). Bilvosita provizor protezlar aniqligini oshirish uchun koronkalarining mum modellari avval og'iz ichi bo'shlig'iga joylashtirib ko'rildi va korreksiya qilindi. Stomatolog va bemor, birinchi navbatda, old tishlar kesuvchi qirralarining holati bo'yicha erishilgan natijalardan qoniqish hosil qilishlari kerak.

3-19-rasmda tishlar va milk estetik nuqsonlarini bartaraf qilish zarurati mavjud murakkab klinik vaziyatlarda o'tkaziladigan estetik tahlilning eng muhim bosqichlari ko'rsatilgan.



3-19-rasm. Tish-texnik laboratoriyasi sharoitida tayyorlangan uzoq muddatli provizor protezlar o'rnatilgandan keyingi klinik manzara. Bu bosqichda milk qirrasining optimal holatini klinik koronkalarining rejalashtirilgan balandligi va old tishlar kesuvchi qirralarining joylashuvidan kelib chiqib, ob'ektiv baholash mumkin.

Yuqori jag' tishlari parametrlari	14	13	12	11	21	22	23	24
Kesuvchi qirraning vertikal sathdagi holati, mm					+1	+1	+1	+1
Kesuvchi qirraning gorizontal sathdagi holati, mm								
Klinik koronka balandligi, mm		11,5	9,5	11,5	11,5	10	11,5	10,5
Pastki jag' tishlari parametrlari	44	43	42	41	31	32	33	34
Kesuvchi qirraning vertikal sathdagi holati, mm								

Kesuvchi qirraning gorizontal sathdagi holati, mm								
Klinik koronka balandligi, mm								
Yuqori jag' yumshoq to'qimalari	14	13	12	11	21	22	23	24
Kattalashtirish, mm		+2	+1		+1	+1	+1	
Kichiklashtirish, mm				-1				
Alveolyar qirra I, II, III								I
O'zgarishlar zarurati	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pastki jag' yumshoq to'qimalari	44	43	42	41	31	32	33	34
Kattalashtirish, mm								
Kichiklashtirish, mm								
Alveolyar qirra I, II, III								
O'zgarishlar zarurati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

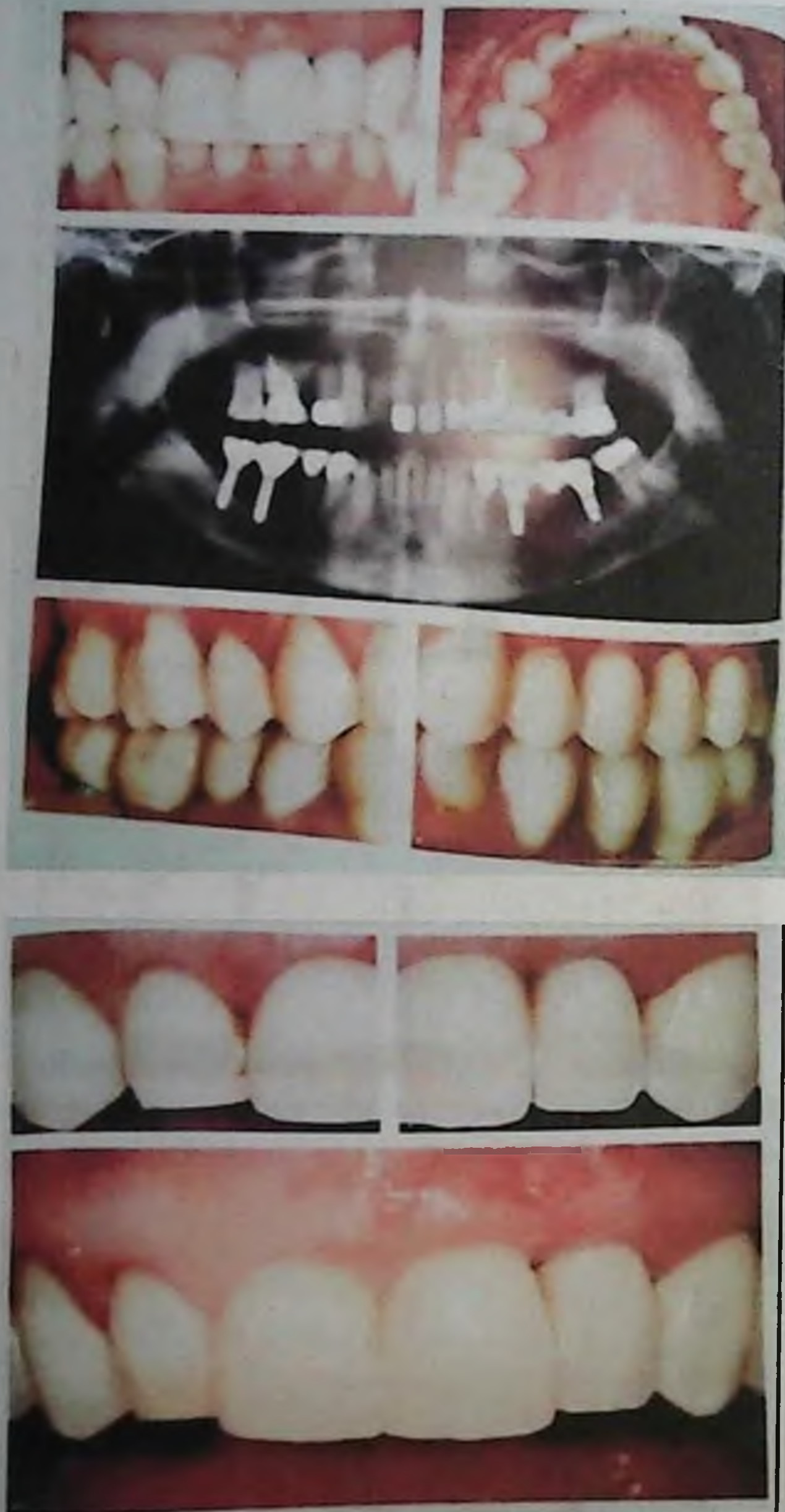
3-19k-rasm. Milk konturini jarrohlik aralashuvi yordamida korreksiya qilishni rejalashtirishda markaziy va yon kesuvchi tishlar sohasida milk retsessiyasining Miller bo'yicha III sinfi mavjudligini inobatga olish kerak. Chap markaziy va har ikki yon kesuvchi tishlar sohasidagi retsessiyani bartaraf qilish, shuningdek, o'ng markaziy kurak tish klinik koronkasi balandligini jarrohlik yo'li bilan oshirish ko'rsatilgan. Davolashni rejalashtirishda estetik tahlilning belgilangan shaklda hujjatlashtirilgan ma'lumotlaridan foydalaniladi.



3-19-rasm (i-r). Milk konturini uyg'unlashtirish maqsadida o'tkaziladigan parodontologik jarrohlik aralashuvi bosqichlari



3-19s-rasm. Provizor restavratsiya bosqichining jarrohlik operatsiyasidan 5 oy o'tgandan keyingi klinik vaziyati



3-19-rasm (t-aa). Klinik va rentgenologik nazorat milk konturi uyg'unligiga milk parametrlarining estetik tahlili asosida tuzilgan va amalga oshirilgan davolash rejasi yordamida erishilganini isbotladi.

OTTO SURNING KIRISH SO'ZI

Ushbu kitobning qanday ko'rinishda chop etilishiga 2005 yilda bo'lib o'tgan bir voqea katta ta'sir ko'rsatgan. U paytlarda biz Myunxendagi eski uyimizda yashardik va qizim Emma, odatdagidek, men ishlaydigan xonada ko'p bo'lar, bolalarcha suhbat bilan qo'lyozma ustida olib borayotgan faoliyatimga boshqacha joziba bag'ishlardi. Emma har doimgiday mavzudan mavzuga sakrarkan, to'satdan, kitobimning muqovasi qaysi rangda bo'lishini so'rab qolganini xaligacha yaxshi eslayman. Uning savoli meni shoshirib qo'ydi va men kitobni xali yozib tugatmaganim va uni bezash masalasida o'ylashga hali erta ekanini tan olishga majbur bo'ldim. Ammo Emmani bunaqa javoblar qoniqtirmasdi: qizimga kitob albatta "sevimli malikam" sevgan rangda chop etilishiga va'da beribgina qutilib qoldim. Keyinchalik "Kvintessensiya" xodimlarini kitob muqovasini pushti rangda chop etishga ko'ndirish uchun ancha vaqtim va kuchimni sarfladim. Oxir-oqibatda, ming bir ikkilanish va e'tirozlar bilan bo'lsa ham, ular taslim bo'lishdi. Shuning uchun kimdir kitobni bezashda muallif pushti estetikaga bo'lgan muhabbatidan kelib chiqqan deb o'ylasa, adashadi. Bu qarorga jajji qizimning istagini bajo keltirish uchungina jazm etganman...

Hozir esa, fursatdan foydalanib, "Kvintessensiya" xalqaro noshirlik guruhi rahbarlari Xorst-Volfgang Xaaze, Aleksandr Amman, Kristian Xaaze va Yoxannes Voltersga qizini behad yaxshi ko'radigan otaning rang borasidagi istagiga yon berganlari uchungina emas, balki so'nggi bir necha yillar mobaynida qo'llab-quvvatlab kelayotganlari, sabr-toqatlari, ijodiy faoliyatimga bildirgan ishonchlari uchun rahmat aytmoqchiman. Men qo'lyozmamni haqiqiy kitobga aylantirgan Yanina Kun, Ina Shteynbryuk, Valeriy Ivankov va Peter Rudolfdan cheksiz minnatdorman. Bu loyihaning muvaffaqiyatli chiqishi uchun hamma chora-tadbirlar ko'rilayotganiga ishontirib, menga xotirjamlik va o'z kuchimga ishonch bergan Peter Rudolfdan umrbod qarzdorman. Kristina Roza, Florian Kurtius, Andreas Dollinger va Yens Xyopfnerga betakror klinik tasvirlar uchun, shuningdek, kitob asosida videomateriallar tayyorlagan Quintessense TV xodimlari Gerd Basting, Martin Yakovlevich, Fabian Pich va Ireneush Vatolaga katta rahmat. Yorqin ilustrasiyalar uchun Anjelika Kramer va kitobni bezashda ko'maklashgan Shtefan Bogner, Anetta Bauer va Shtefan Vitmandan minnatdorman. Kitobni ingliz tiliga tarjima qilgan Syuzen Onil Uandrey

va ingliz tilidagi talqinini tahrir qilgan Chi Van Ang mehnatini e'tirof qilmay o'tolmayman.

Fursatdan foydalanib, ustozlarimning har biriga cheksiz hurmatimni bildirmoqchiman. Kasbiy faoliyatim mobaynida men tom ma'noda buyuk shaxslar bilan ishlash baxtiga erishdim. Ularning ishini kuzatish, beqiyos klinik tajribasini o'zlashtirishdan tashqari, sohamiz bo'yicha baxs-munozaralarda qatnashishga musharraf bo'ldim. Hamisha qo'llab-quvvatlagani va ilhom baxsh etgani uchun Wolfgang Bols va Xannes Vaxtel oldida hamisha ta'zimdaman.

Bu kitobga qancha kuch-quvvat, vaqt sarflaganimni so'z bilan yetkazish nihoyatda qiyin, bu esa kundalik klinik faoliyatimga ham katta ta'sir ko'rsatdi. Kitob ustida ishlash jarayonida mening muayyan majburiyatlarimni bajarish mas'uliyati hamkasblarim zimmasiga tushdi. Bugun esa jamoa sifatida yuksak ahillik namunasini ko'rsatgan barcha insonlar, yordamchilar, gigienistlar, ma'muriyat xodimlariga, xususan, belgilagan maqsadlaridan og'ishmay oldinga qarab intiladigan va o'z mahoratini tinimsiz takomillashtirishdan charchamaydigan Berbel Xyurseler, Mark Xyurseler, Volf Rixterga; hamisha birinchi bo'lib yordamga yetib keladigan Stefan Fiklga; ushbu kitob uchun texnik jihatdan mukammal konstruksiyalar yaratib bergan, shuningdek, kasbiy faoliyatining ilk qadamlaridan boshlab yelkadosh bo'lib kelayotgan Rayner Yanush, Uli Shoberer, Uli Verderga katta rahmat aytmoqchiman. Men betakror analitik, ijodkorlik va noyob texnik qobiliyat sohibi Uli Shobererdan cheksiz minnatdorman. U menga mavjud sharoitlarda yuksak natijalarga erishish mumkin bo'lgan bir holatda, past ko'rsatkichlar bilan o'zini ovutib yurish mantiqsizlik ekanini anglatdi. Rassom va haykaltarosh Gerd Bishurga mening g'oyalarimni amalga oshirishda ko'rsatgan yordami uchun alohida rahmat aytmoqchiman.

Kitobni nashr qilishga topshirishdan oldin, uning qo'lyozmasini talaba Shtefan Rebelega taqriz uchun berish fikri tug'ilgandi. Bu tashabbusim o'zini har tomonlama oqladi. Shtefanga matn va rasmlarga berilgan izohlarga tanqidiy yondashgani uchun minnatdorchilik bildiraman. Uning tavsiyalari asosida kitobga didaktik ahamiyatga ega o'zgarishlar va qo'shimchalar kiritildi. Berbel Xyurselelarning hissasi esa bebaho: kitob materialining jilosi va jozibasi uning zakovati, mehri, qanoati va mehnati samarasidir.

3.4. EHTIMOLIY KO'RSATKICHLAR: TABIIYLIK, GO'ZALLIK VA ESTETIK PARAMETRLARNING YOSHGA DOIR O'ZGARISHLARI

Zamonaviy dunyoda maftunkor tashqi ko'rinish muvaffaqiyatga erishgan insonga xos xususiyat sifatida qabul qilinadi. Odam tabiati jozibadorlik va yoshlik tushunchalari o'rtasiga bevosita tenglik belgisini qo'yishga odatlangan. Tibbiy yordam sifatining oshishi va umr davomiyligining uzayishi ko'plab insonlarni keksalikda ham yoshlikni saqlab qolish yoki yoshlardek ko'rinishga ilhomlantirdi. Ta'kidlash o'rinliki, bu istaklardan, birinchi navbatda, go'zallik sanoati yo'riqchilari, murabbiylari, maslahatchilari, plastik jarrohlarning manfaat ko'rishyapti. Ular sirasiga stomatolog va tish texniklarini ham kiritish mumkin.

Lekin kosmetik stomatologiyada bemorning abadiy yoshlik to'g'risidagi orzu-havaslariga e'tibor qaratish bilan cheklanish yaramaydi. Estetik tahlil jarayonida uning yosh xususiyatlarini inobatga olish zarur. Keksalik tishlar, parodont tuzilmasi, shuningdek, lablar hamda unga yondosh yuz tuzilmalariga ta'sir ko'rsatadi. Vaqt o'tgani sayin og'iz bo'shlig'ini o'rab turgan mushaklar tonusi pasayadi, bu esa yuqorida tilga olingan estetik parametrlarning o'zgarishiga olib keladi. Bu holat tishlar va unga tutash yumshoq to'qimalar o'rtasidagi nisbatda ham yaqqol ko'zga tashlanadi. Yosh ulg'aygani sayin, birinchi navbatda, yuqori lab uzunligi ortadi, natijada suhbat jarayonida ustki jag' kurak tishlarining ochilishi hajmi kamayadi. Pastki jag' tishlari esa, aksincha, keksayish asnosida, ko'proq ko'rinishni boshlaydi. Vaqt o'tib, pastki jag' tishlarining milklari ochilib qoladi. Stomatolog o'z bemorlariga ushbu xususiyatlar haqida ma'lumot berishi va davolashni rejalashtirishda inobatga olishi kerak.

Stomatologik yordam olish uchun murojaat qilgan bemorlarning aksariyati muolajalar ta'sirida yoshroq ko'rinishdan umidvor bo'lib kelishadi. Ba'zi keksa bemorlar esa yoshlarga xos estetik parametrlar o'zlariga ham tegishli ekani xususida noto'g'ri xulosa chiqarib, qattiq adashishadi va insonning tashqi ko'rinishi uning yoshiga muvofiq bo'lishi tabiiy jarayon ekanini unutib qo'yishadi. Bugungi kunda ommaviy axborot vositalari go'zallikning muayyan ideallarini targ'ib etish bilan ovora, zero, bu ko'rsatkichlar real shaxslar uchun emas, ko'proq modellarga mo'ljallangan. Bu esa estetika, kosmetika, tabiiylik va go'zallik o'rtasidagi chegaralarning yo'qolishiga olib kelmoqda.

Estetik stomatologiyaning asosiy maqsadi bemorning shifokorga murojaat qilishga undagan individual xususiyatlaridan kelib chiqib, imkon qadar, tabiiy natijalarga erishishdan iborat. Bemorning "chiroyli tishlar" to'g'risida sub'ektiv tasavvuri kosmetik manipulyatsiyalarning qanchalar tabiiy bo'lishini belgilab beradi (stomatologiyaning texnik imokniyatlari doirasida, albatta).

Yuqorida keltirilgan jihatlar ta'sirida stomatologlar oldida bir qator ahloqiy-etik muammolar yuzaga keldi. Birinchidan, mutlaqo sog'lom, ya'ni patologiyasiz tishlar va parodontda tibbiyot nuqtai nazaridan umuman kerak bo'lmagan, faqat kosmetik nuqtai nazardan o'zini oqlashi mumkin manipulyatsiyalarni o'tkazish to'g'rimi? Ikkinchidan, stomatolog bu manipulyatsiyalarga ehtiyoj borligini tan oldi ham deylik, lekin u, bir tomondan, o'zining shifokor sifatidagi majburiyatlarini bajarish, boshqa tomondan, bemorning istak va umidlarini oqlash uchun qanday ko'lam va hajmli ishlarni bajarishi kerak va ularning muayyan chegarasini belgilash mumkinmi? Klinika sharoitida ishlaydigan har bir fikrlovchi mutaxassis bu savollarga mustaqil javob izlashga majbur. Nazarimda, stomatologlar davolash muolajalarining maqsad va vazifalarini aniqlash, shuningdek, prognoz qilinayotgan muayyan estetik natijaga erishishda foydalaniladigan terapiyaning optimal rejasini shakllantirish qobiliyatiga ega bo'lishi kerak. Stomatolog va bemorning go'zallik to'g'risidagi tasavvurlari hamda tishlar va parodontning ortga qaytarib bo'lmagan o'zgarishlari olib keladigan invaziv manipulyatsiyalarni qo'llash masalasidagi qarashlarida keskin farq bo'lsa, davolashni o'tkazishdan chekingan ma'qul. Shifokor bemorning go'zallik haqidagi tasavvurlaridan kelib chiqqan asossiz talablarini qondirishga majbur emas va ahloqiy jihatdan ham uning bunday huquqi yo'q.

4-BOB. BEMORNI BOSHQARISH

4.1. XABARDORLIK ROZILIGINI OLISH

Tishlar va implantatlar sohada amalga oshiriladigan jarrohlik aralashuvlari reja bo'yicha o'tkaziladigan operatsiyalar sirasiga kiradi, ya'ni bemor bir necha davolash variantlari hamda muolajalarni o'tkazish vaqti ichidan o'ziga qulayini tanlashi mumkin. Bu rejaviy operatsiyalar va kechiktirish, ortga surish mumkin bo'lmagan shoshilinch aralashuvlar orasidagi (masalan, o'tkir absessda) asosiy tafovut hisoblanadi. Ular davolashni boshlashdan oldin bemorga yetkazish zarur ma'lumotlar hajmiga ko'ra ham farqlanadi: shoshilinch operatsiya arafasida qisqa tushuntirish berish bilan cheklanish mumkin bo'lsa, tashqi ko'rinishni yaxshilash uchun reja asosida o'tkaziladigan jarrohlik aralashuvlari batafsil muhokamani talab qiladi.

4.1.1. HUQUQIY ASOSLAR

Bemorning taklif qilingan davolash tadbirlariga rozi bo'lishi, uning davolovchi shifokor bilan shartnoma munosabatlarga kirishganini anglatadi. O'z navbatida, shifokor bemor salomatligini mas'uliyatli tibbiyot tamoyillariga muvofiq saqlashga majbur. Huquqiy jihatdan olganda, tana a'zolari va to'qimalarining anatomik yaxlitligi yoki fiziologik funksiyalari faoliyatini buzish salomatlikka zarar yetkazish sifatida tavsiflanadi. Shuning uchun bemor roziligi belgilangan tartibda rasmiylashtirilmagan har qanday aralashuv, shifokor xatoga yo'l qo'ymagan taqdirda ham, huquqiy jihatdan jazolanadi.

Har bir aralashuvning qonuniyligi tibbiy ko'rsatmalar va bemorning xabardorligi bilan aniqlanadi. Stomatolog bemorga rejalashtirilayotgan muolajalarning oqibatlarini va xavfi yuzasidan atroflicha axborot berishi shart. Davolash tadbirlarini fuqaroviy-huquqiy va jinoiy oqibatlarsiz o'tkazishning yagona yo'li muolajalarni boshlashdan avval bemorni kerakli ma'lumotlar bilan ta'minlash va uning xabardorligi to'g'risida ixtiyoriy roziligini olish hamda bu holatni amaldagi qonun hujjatlari talablariga muvofiq rasmiylashtirishdir. Shartnoma munosabatlariga kirishish yoshi ham qonun hujjatlarida belgilangan.

4.1.2. TAQDIM QILINAYOTGAN MA'LUMOTLAR MAZMUNI VA HAJMI

Xabardorlik roziligini berish uchun bemor nimaga rozi bo'layotganini batafsil bilishi kerak. Individual muloqot paytida unga taklif qilinayotgan jarrohlik aralashuvining afzalliklari, imkoniyatlari, ehtimoliy xavf va asoratlari to'g'risida to'liq axborot berish lozim. Suhbat paytida bemorning aqliy salohiyatini inobatga olish va tibbiy atamalarni qo'llashga berilib ketmaslik kerak.

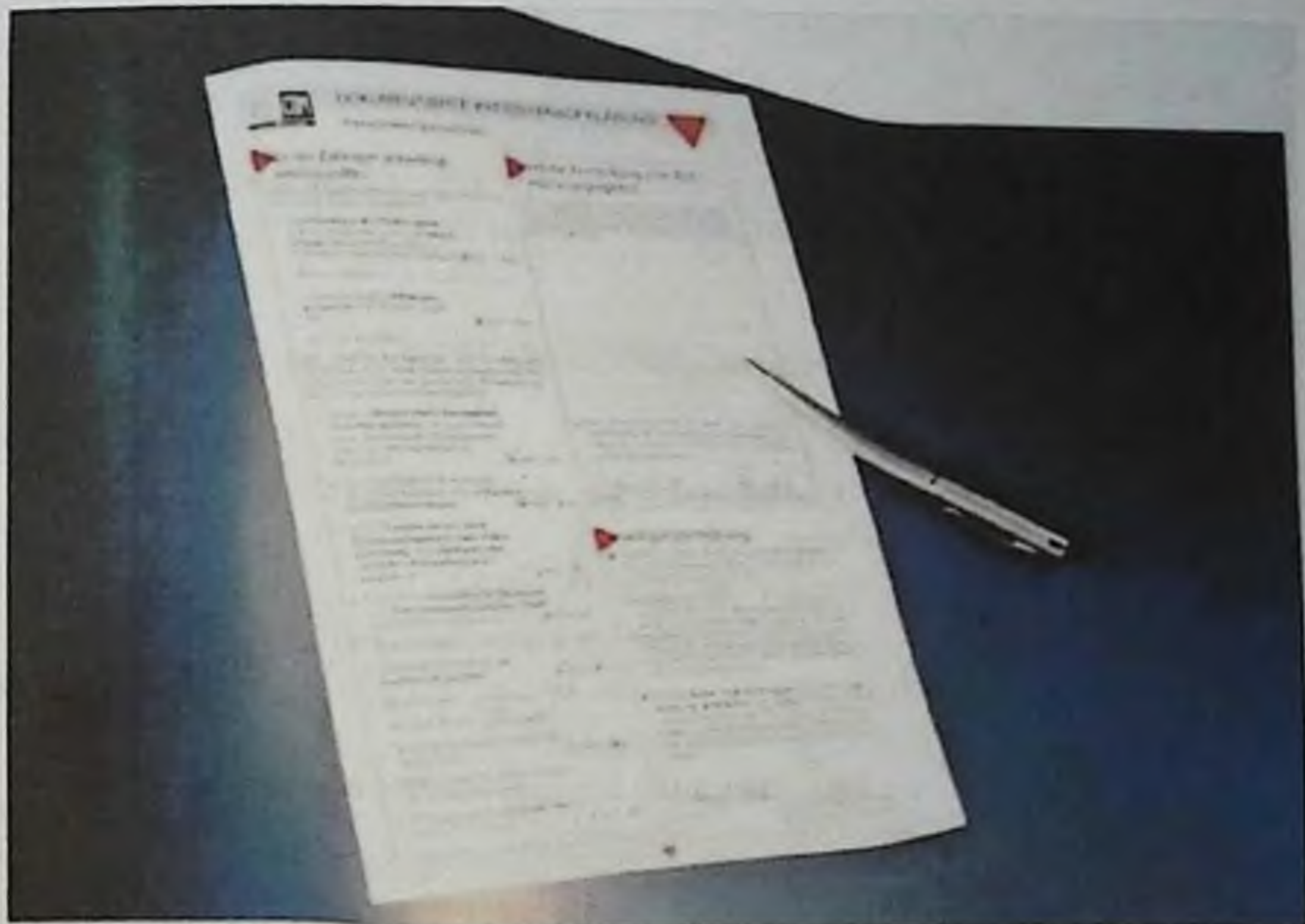
Muloqotni tashxis, kasallik tabiati, jarrohlik aralashuvi xususiyatlari va maqsadlari, shuningdek, u bilan bevosita va bilvosita bog'liq xavflardan boshlash tavsiya qilinadi. Xususan, bemor operatsiyaning qanday natijaga olib kelishi mumkinligi, davolashdan voz kechishning oqibatlari yuzasidan tasavvur hosil qilishi zarur.

Bemorga taqdim qilinadigan ma'lumotlar hajmi operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasigina emas, balki uning jismoniy va ruhiy holati bilan ham bog'liq. Shuning uchun bemor kam uchraydigan va eng jiddiy xavflardan xabardor qilinishi shart. Bu masala, operatsiya va uning ehtimoliy asoratlari bemorning shaxsiy hayoti va kasbiy faoliyatiga ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lsa, masalaning dolzarbligi yanada oshadi.

Qonun shifokorga bemorni tibbiy yo'l bilan davolash mumkin oqibatlardan xabardor qilish majburiyatini qo'ymagan (masalan, qon ketishi). Shunga qaramay, uni shu kabi asoratlarning va ularni bartaraf qilish usullaridan ogoh etib qo'yish maqsadga muvofiqdir. Xabardorlik roziligini olish bosqichida stomatolog operatsiyadan keyingi parvarish jarayoni to'g'risida ham umumiy ma'lumot berishi kerak (yanada batafsil tavsiyalar muolajalardan keyin taqdim qilinadi).

Ayrim hollarda ish sudlashigacha borishi mumkinligini inobatga olib, bemorning davolanishga bergan og'zaki roziligini belgilangan tartibda hujjatlashtirib qo'yish kerak. Bemor imzolagan xabardorlik roziligi himoyalashda eng ishonchli dalil sanaladi. Rozilik shaklini ishlab chiqishda sana, bemorning ismi, familiyasini ko'rsatish, shuningdek, stomatologga klinik vaziyatni xotirasida tiklashga yordam beradigan maxsus qaydlar hamda izoh beruvchi suratlar chizishi yoki kiritishi uchun yetarlicha maydon qoldirish lozim. Axborot varaqalari va shakllari davolovchi shifokor va bemor o'rtasidagi jonli muloqot o'rnini bosolmaydi.

Bemorga yuqorida ko'rsatilgan masalalar bo'yicha zarur ma'lumotlarni taqdim qilmaslik shifokorning o'z ishiga mas'uliyatsizlik bilan yondashganini anglatadi. Buning uchun stomatolog asoratlar yuzaga kelganda javobgar bo'ladi. Uni operatsiyaning muvaffaqiyatli o'tgani ham, shifokorlik san'atining barcha qoidalariga amalga qilingani ham, muolajalar bemor manfaatidan kelib chiqib amalga oshirilgani ham qutqarib qololmasligi mumkin.



4-1-rasm. Xabardorlik roziligi shaklini ishlab chiqishda sana, bemorning ismi, familiyasi hamda maxsus qaydlar va izohlovchi suratlar uchun joy qoldirish tavsiya etiladi.

4.1.3. QAROR VAQTI

Xabardorlik roziligini o'z vaqtini olish bu jarayonning muhim xususiyatlaridan biri hisoblanadi. Bemor o'ziga berilayotgan ma'lumotlarni qabul qilish va qarorga kelishga tayyor bo'lishi kerak. Unga o'ylab ko'rish uchun vaqt berish lozim. Bu vaqt chegarasi har bir bemor uchun alohida belgilanadi, lekin, xabardorlik roziligi, odatda, operatsiyaga kamida bir kun qolgungacha olinadi. Reja asosidagi aralashuvlarda bemorga u bilishi zarur ma'lumotlarni ancha ertaroq taqdim qilish tavsiya etiladi.

Reja asosidagi jarrohlik aralashuviga xabardorlik roziligini olishning asosiy tamoyillari

Asosiy tamoyillar	<ul style="list-style-type: none"> • Bemorni xabardor qilish va aralashuvning shoshilinchligi teskari proporsional • Xabardorlik roziligi ham og'zaki, ham yozma shaklda olinishi kerak
Ma'lumot mazmuni va hajmi	<ul style="list-style-type: none"> • Tashxis • Davolash variantlari • Ehtimoliy noxush oqibatlar • Operatsiyadan keyingi davr uchun tavsiyalar • Jarrohlik aralashuvi xavflari
Ma'lumot berish Vaqti	<ul style="list-style-type: none"> • Operatsiyadan kamida 24 soat oldin
Operatsiyadan keyingi tavsiyalar	<ul style="list-style-type: none"> • Operatsiyadan keyingi birinchi haftada jismoniy yuklamadan voz kechish • Odatiy ovqatlanish tartibi • Tarkibida spirt va kofein mavjud ichimliklardan voz kechish • Chekishdan voz kechish • Operatsiyadan keyingi shishni bartaraf qilish va uning oldini olish choralari

4.1.4. OPERATSIYADAN KEYINGI TAVSIYALAR

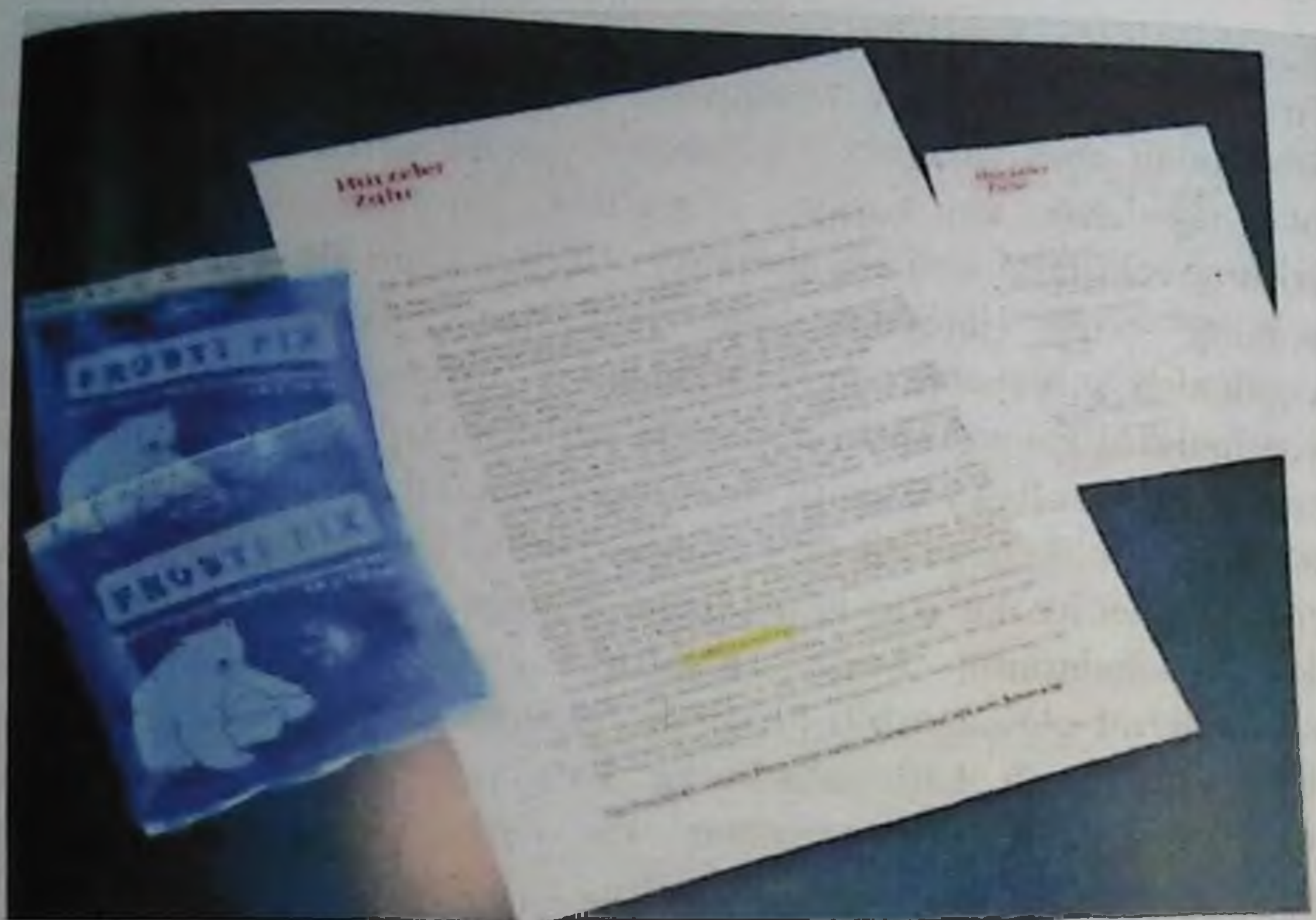
Xabardorlik roziligini olish paytida aytib o'tilgan operatsiyadan keyingi tavsiyalar masalasiga aralashuv yakunlangandan keyinoq alohida e'tibor qaratish kerak. Asoratlar rivojlanishi xavfi va noxush holatlar miqdorini kamaytirish maqsadida bemorga dori terapiyasi va o'zini qanday tutish yuzasidan atroflicha ko'rsatmalar berish zarur.

Tishlar va implantatlar sohasida jarrohlik aralashuvi o'tkazilgandan keyin jismoniy yuklamalardan, shuningdek, bosh va bo'yinni keskin burishdan tiyilish kerak, chunki ular qon ketishi, shishga sabab bo'lishi, choklar esa ochilib ketishi mumkin. Xuddi shu sabablarga ko'ra, operatsiyadan keyingi yaraga iliq suvda ishlov berish tavsiya etiladi. Saunaga borish qat'iy ta'qiqlanadi.

Ko'pincha bemorlar operatsiyadan keyin kamroq ovqatlanishga o'tishadi, qolaversa, faqat muayyan turdagi mahsulotlarni iste'mol qilish bilan cheklanishadi. Ovqatlanish tartibi va tarkibining ataylab yoki tasodifan va keskin o'zgarishi oziqlantiruvchi moddalar yetishmovchiligini keltirib chiqaradi, bu esa immunitetni pasaytiradi, yaraning bitish jarayoni ham sustlashadi. Bemorga to'laqonli ovqatlanish nihoyatda muhim ekanini yetkazish va doimgidek ovqatlanishni (pyure shaklida bo'lsa ham) tavsiya qilish zarur. Agar bemorning ahvoliga yaxshi ta'sir ko'rsatishi aniqlansa, tarkibida kofein mavjud ichimliklar va alkogol mahsulotlarini iste'mol qilishga ruxsat beriladi. Chekish qat'iy ta'qiqlanadi. Bemor operatsiyadan keyin tig'tekkan sohalarning biroz shishishi, gematoma hosil bo'lishi mumkinligini oldindan bilishi kerak. Shishish, odatda, muolajalardan 24-48 soat o'tib kattalashadi va ko'pincha tezda o'tib ketadi. Yallig'lanishga qarshi vositalar va fizikaviy choralar shishni kamaytirishga yordam beradi. Bemorga uch kun davomida bir necha mahaldan lunjga operatsiya sohasi tomondan muz solingan xalta bosish tavsiya qilinadi. Iliq nam kompress qon aylanishini me'yorlashtirishda ko'maklashadi. Mexanik zarar yetmasligi uchun operatsiyadan keyingi birinchi haftada jarrohlik aralashuvi sohasidagi tishlarni tozalash ta'qiqlanadi.

Bemorning operatsiyadan keyingi dastlabki holati barcha zarur ma'lumotlarni qabul qilish va anglab yetishga halal berishi mumkin, shuning uchun operatsiyadan keyingi tavsiyalarni oila a'zolari yoki hamroh shaxs ishtirokida berish maqsadga muvofiq. Barcha yo'l-yo'riqlarni yozma shaklda berish va muammo tug'ilganda qo'ng'iroq qilish uchun telefon raqamini ham yozib qo'yish tavsiya etiladi.

Bemorning reja asosidagi jarrohlik aralashuvini o'tkazishga roziligini olish jarayonida muhokama qilinishi shart savollar 4-1-jadvalda keltirilgan.



4-2-rasm. Operatsiyadan keyin bemorni muz solingan paket bilan ta'minlash, unga zarur dori vositalari yozilgan retsept, shuningdek, muammo tug'ilganda davolovchi shifokor bilan bog'lanish imkonini beradigan telefon raqami ko'rsatilgan yozma yo'riqnoma taqdim qilish kerak.

4.2. OPERATSIYADAN OLDINGI VA KEYINGI TADBIRLAR

4.2.1. OPERATSIYA OLDI TAYYORGARLIGI TAMOYILLAR

Barcha stomatologik operatsiyalar mikroblar miqdori (mikrob yuklamasi) ko'p sharoitda o'tkaziladi. Og'iz bo'shlig'i sterilligini ta'minlash imkonsiz. Shuning uchun operatsiya oldi tayyorgarligining asosiy maqsadi og'iz bo'shlig'i mikroflorasini maksimal darajada bostirishga qaratilishi lozim.

Jarrohlik aralashuvlarini yallig'lanish fonida o'tkazmaslik kerak, chunki patologik holatlar bitish jarayonini buzadi va manipulyatsiyalarni aniq va to'g'ri bajarishga ta'sir qiladi. Yallig'lanish generallashtgan infeksiyalar xavfi va keyingi og'ir hamda o'limga olib kelishi mumkin asoratlari bilan assotsiatsiya qilinadi. Operatsiyadan oldin mahalliy va tizimli yallig'lanishni davolash

jarrohlik aralashuvining zaruriy shartidir. Kollagenga boy ekani sababli sog'lom parodont shikastlanishlarga, yallig'langan to'qimalardan ko'ra, bardoshli. Kollagen tolalar miqdorining ko'pligi aniq va puxta chok qo'yishda yordam beradi, yara qirralarini birlashtirishni osonlashtiradi, bu esa yaraning birlamchi tortishish bilan bitishi uchun sharoit yaratadi hamda jarrohlik aralashuvi va laxtak operatsiyalari muvaffaqiyatini oshiradi. Yallig'lanishning yo'qligi intraoperatsion qon ketishi xavfini sezilarli darajada kamaytiradi, natijada, operatsiya maydonini ko'rish ko'lami, asboblari va to'qimlar bilan manipulyatsiya qilish imkoniyati kengayadi.

OPERATSIYADAN OLDINGI DAVRDA PARODONTOLOGIK DAVOLASH O'TKAZISH

Parodontit faolligi belgilarining mavjudligi tishlar va implantatlar sohasida jarrohlik aralashuvini o'tkazishdan oldin yallig'lanishni bartaraf qilish maqsadida parodontologik muolajalar o'tkazish uchun ko'rsatma vazifasini o'taydi. Tish karashini samarali yo'qotish og'iz bo'shlig'idagi bakteriyalar miqdorini sezilarli darajada kamaytirish imkonini beradi (4-3-rasm). Shunday qilib, operatsiya muvaffaqiyati ko'p jihatdan og'iz bo'shlig'i gigienasining sifati bilan belgilanadi. Operatsiyadan oldingi davrda bemorning gigiena talablariga rioya qilish darajasi baholanadi va zarurat bo'lsa, unga og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish qoidalari o'rgatiladi.

Davolashda ishtirok etayotgan gigienist og'iz bo'shlig'ida professional gigiena tadbirlarini o'tkazish bilan cheklanib qolmay, bemorga mustaqil gigienadan saboq berishi, uning ishtiyoqini oshirishi kerak. Operatsiya arafasida o'tkaziladigan parodontologik muolajalar doirasida tish karashining shakllanishiga sabab bo'ladigan va osilib turgan restavratsiya qirralari va boshqa hosilalar bartaraf qilinadi. Surunkali parodontit aniqlangan bemorlarga kasallik kuchayishining oldini olish, jumladan, jarrohlik yo'li bilan davolanish bo'yicha ko'rsatma beriladi.

Yallig'lanish ko'lami tish karashi va milkning qonashi indeksleri bilan baholanadi. Odatda, tish karashining Ainamo va Bay bo'yicha soddalashtirilgan indeksidan (KI) va Saxer Muhlemann tomonidan ishlab

chiqilgan milk qonash indeksidan (MQI) foydalaniladi. Bu ko'rsatkichlarni muntazam aniqlab borish bemorning hamkorlik darajasini baholashga imkon beradi. Tish va implantatlar sohasidagi jarrohlik aralashuvlarini $KI < 20\%$ va $MQI < 5\%$ qiymatga ega bo'lganda o'tkazish mumkin, chunki bu ko'rsatkichlar parodont to'qimalarida klinik ahamiyatga molik yallig'lanish yo'qligini va kollagen miqdori kattaligini anglatadi. Tanglay laxtagini rejaviy shakllantirishda aralashuv sohasini himoya qilish uchun parodontologik boylamlarni oldindan tayyorlab qo'yish tavsiya etiladi. Operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda tanglay yumshoq to'qimalarini gemostazga erishish uchun zarur bosim bilan ta'minlaydi (qarang: 7-bob).

OPERATSIYAGA TAYYORGARLIK

Operatsiya arafasida bemor bilan suhbatlashish uchun biroz vaqt topish, uni ruhlantirish va so'nggi lahzalarda tug'ilgan savollariga javob berish zarur. Operatsiyaga kirishdan avval bemordan noqulay kiyimlarini yechish, baxilla kiyish yoki poyafzalini operatsiya zalidan tashqarida qoldirish so'raladi. Bu nosteril sharoitda yakuniy tayyorgarliklarni o'tkazish mumkin (masalan, keyinroq chok bilan fiksatsiya qilish uchun interproksimal kontakt punktlarini kompozit bilan shirinlash). So'ngra mahalliy og'riqsizlantirish bajariladi.

Bemor og'iz sohasida maxsus teshik hosil qilingan, sterillangan jarrohlik cho'yshabi bilan to'liq yopiladi. Operatsiya kreslosi qulay holatga keltiriladi. Rezident va tranzistor mikroflorani maksimal darajada bartaraf qilish uchun operatsiya sohasiga 1 daqiqa mobaynida 0,1% xlorgeksidin eritmasi bilan ishlov beriladi.

Jarroh va uning yordamchisi qo'llaridagi hamma taqinchonlar, soatni yechishadi, jarrohlik qalpog'i kiyishadi, niqob, binokulyar yoki himoya ko'zoynagi taqishadi. Qo'llarini operatsiya uchun tayyorlashga kirishishadi. Avval kaft va bilaklar 1 daqiqa davomida tarkibida sovun bo'lmagan suyuq, tozalovchi vosita bilan yuviladi. Tirnoq osti maydoni sterillangan tirnoq cho'tkasidan foydalanib, oqib turgan suv ostida tozalanadi.



4-3-rasm. Og'iz bo'shlig'i gigenasiga e'tiborli bo'lish tishlar va implantatlar sohasida o'tkaziladigan jarrohlik aralashuvining muvaffaqiyati garovidir

So'ngra qo'llar steril va toza, bir martalik sochiq bilan quriguncha artiladi. Keyin kaft va bilak terisiga dezinfeksiyalovchi vosita bilan 2-5 daqiqa ishlov beriladi va quritiladi. Shundan so'ng steril jarrohlik xalati kiyiladi, bir martalik qo'lqop taqiladi va operatsiyaga kirishiladi (4-4-rasm).



4-4-rasm. Operatsiyadan oldin bemor ustiga steril jarrohlik choyshabi yopiladi (a), operatsiya maydoniga 0,1% xlorgeksidin eritmasi bilan ishlov beriladi (b, c). Qo'llarga ishlov berib, steril operatsiya liboslari kiyilgach, jarroh qo'lqopni taqib, aralashuvni boshlashi mumkin

Mamlakatlarning qo'llarni jarrohlik operatsiyasiga tayyorlash bo'yicha rasmiy tavsiyalari bir-biridan farq qiladi. Batafsil ma'lumot olish uchun o'z mamlakatingiz standartlariga murojaat qiling.



4-5-rasm. Choklar olingandan keyin, rezina chashkalar va xlorgeksidin gelidan foydalanib, aralashuv sohasidagi tish karashi bartaraf qilinadi.

4.2.2. OPERATSIYADAN KEYINGI BOSHQARUV TAMOYILLAR

Bemorni operatsiyadan keyingi boshqarish unga tegishli tavsiyalarni berish, zarur dori vositalarini tayinlash hamda yara bitishi uchun qulay sharoitlarni yaratishdan iborat.

DORI VOSITALARI BILAN DAVOLASH VA OG'IZ BO'SHLIG'I GIGIENASI

Ushbu bobda og'riq, yallig'lanish va infeksiyani dori vositalari bilan bartaraf qilish bo'yicha tavsiyalar berilgan. Bemor, yaxshisi, uning oilasi yoki operatsiyadan keyin hamrohlik qilayotgan shaxsga tegishli yo'riqnomalar taqdim qilinadi. Dori vositalari bilan davolashni shishni kamaytiradigan boshqa chora-tadbirlar bilan birgalikda olib borish maqsadga muvofiq (masalan, shishga muz solingan paket bosish).

Bemorga jarrohlik aralashuvidan keyin ikki hafta mobaynida tish cho'tkasidan foydalanmaslik, og'iz bo'shlig'ini 0,1% xlorgeksidin eritmasi bilan kuniga uch mahal 1 daqiqadan chayish tayinlanadi.

YARANI BOSHQARISH VA CHOKLARNI OLISH

Operatsiyadan bir hafta o'tib, choklar olinadi, yara ko'zdan kechiriladi va rezina chashkalar hamda tarkibida xlorgeksidin mavjud gel yordamida milk ustidagi tish karashi ehtiyotkorlik bilan olib tashlanadi [4-5-rasm]. Keng ko'lamlı aralashuv o'tkazilganda, dastlabki nazorat ko'ruvini ertaroq, operatsiyadan 4 kun o'tib amalga oshirish tavsiya qilinadi.



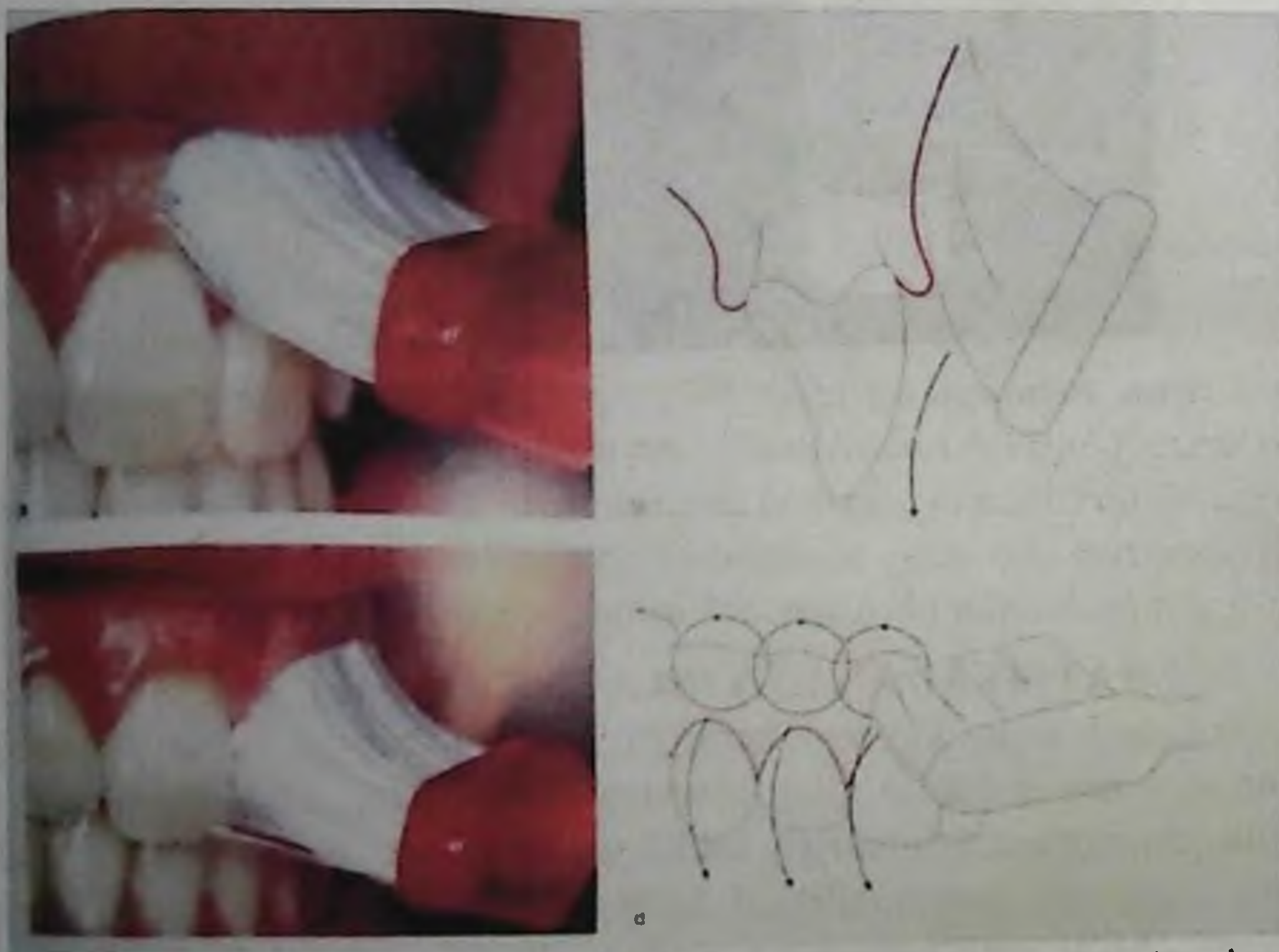
4-6-rasm. Bemorga og'iz bo'shlig'i gigienasi tadbirlarini mustaqil o'tkazish bo'yicha maslahatlar beriladi. Operatsiyadan uch hafta o'tgach, jarrohlik aralashuvi amalga oshirilgan soha tishlarini juda yumshoq tish cho'tkasi, xlorgeksidinli tish pastasi yordamida, kuniga uch mahaldan ehtiyotkorlik bilan tozalash tavsiya qilinadi.

OPERATSIYADAN KEYINGI PARVARISH

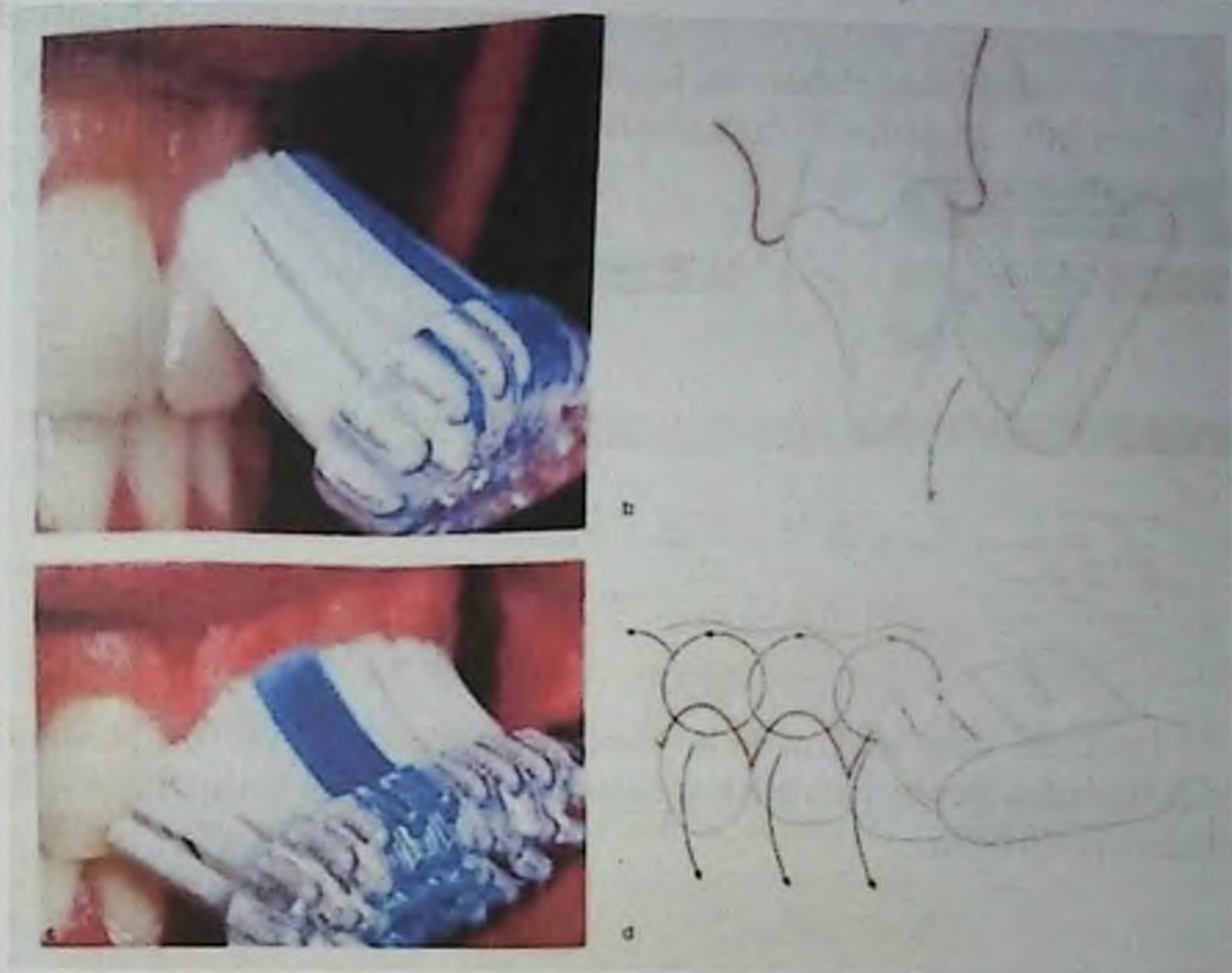
Operatsiyadan keyingi birinchi haftada bemor og'iz bo'shlig'i gigienasi bilan mustaqil shug'ullanishda qiynaladi, shuning uchun bu davrda uni gigienist huzuriga taklif qilish kerak. Professional gigiena uchun Heitz va hammualliflari tomonidani tuzilgan protokol tavsiya qilingan. Milk usti karashlari rezina chashka va xlorgeksidinli gel yordamida olib tashlanadi hamda tishlar oraliqlarga superfloss, xlorgeksidinli gel bilan ishlov beriladi.

Keyin bemorga bitish jarayonining qolgan davrida og'iz bo'shlig'i gigienasini mustaqil ta'minlab borish bo'yicha tavsiyalar taqdim qilinadi.

Tish klinik koronkasi balandligi oshirilgan va bitish oson kechishi uchun boshqa muolajalar o'tkazilgan bemorlar tishlarni Bassning modifikatsiya qilingan uslubi bo'yicha tozalashga kirishishlari mumkin. Ular bu jarayonda tish oraliqlarini ham albatta parvarish qilishlari lozim. Lekin rekonstruktiv jarrohlikdan (masalan, retsessiya bartaraf qilinganda) keyin bemorlar aralashuv o'tkazilgan sohani ayashlari, to'qimalarga shikast yetkazib, bitish jarayonini sekinlashtiradigan mexanik ta'sirlardan qochishlari kerak. Uchinchi haftadan boshlab bu bemorlarga aralashuv amalga oshirilgan sohadagi tishlarni Stilmanning modifikatsiya qilingan uslubi bo'yicha tozalash tavsiya qilinadi. Bu usul parvarishlashni juda yumshoq tish cho'tkasi va tarkibida xlorgeksidin mavjud tish pastalari bilan 4 hafta mobaynida kuniga uch mahaldan bajarishni nazarda tutadi (4-6 va 4-7-rasm). Aralashuv hududidan tashqaridagi tish oraliqlarida tish iplari yoki superflossdan foydalanishga ruxsat beriladi. Og'iz bo'shlig'ini xlorgeksidin bilan chayish bekor qilinadi.



4-7-rasm. Stilmanning modifikatsiya qilingan uslubi. Tish cho'tkasi tuklari milkka tishning ko'ndalang o'qiga nisbatan 45° burchak ostida joylashtiriladi (a-b). Keyin milkni rag'ballantirish va drenajlash uchun cho'tkadan ehtiyotkorlik bilan, koronal yo'nalishda, aylanma yoki boruvchi-qaytuvchi harakatlar bilan foydalaniladi.

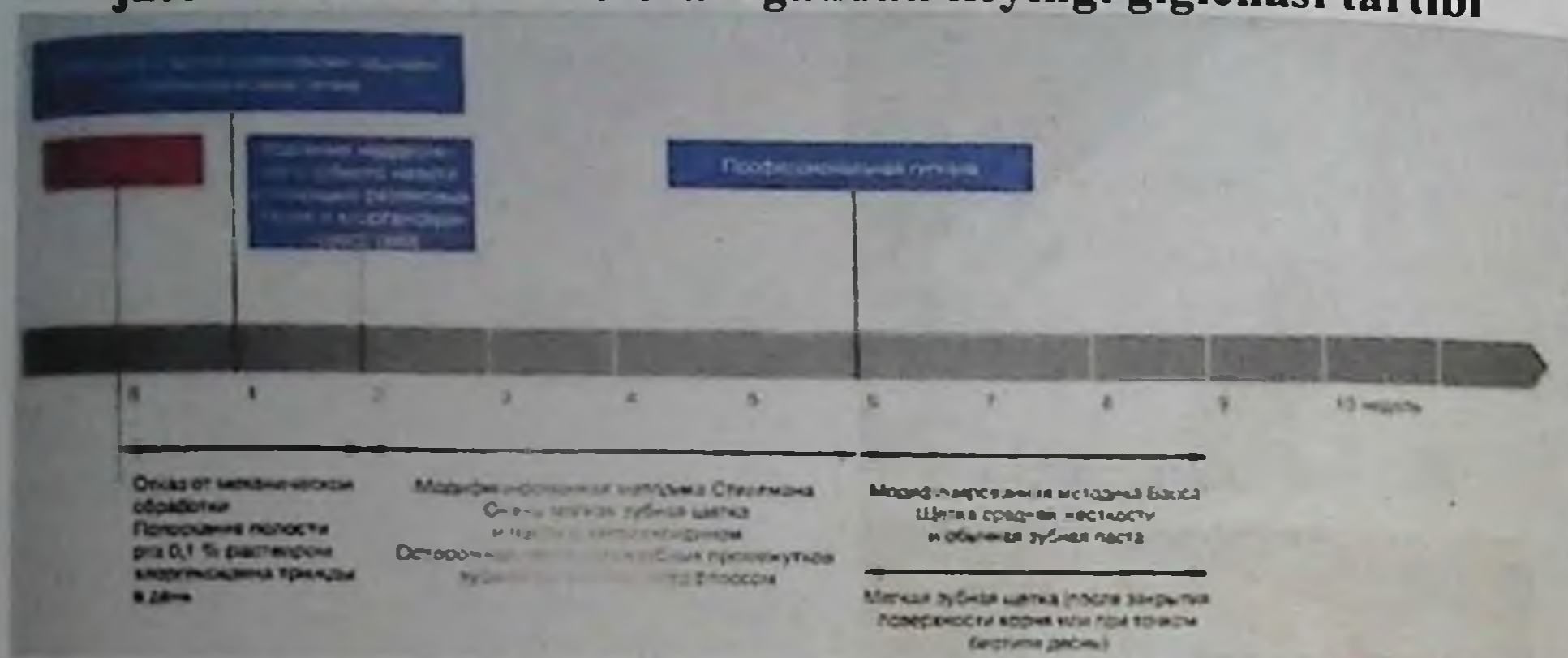


4-8-rasm. Operatsiyadan keyingi yettinchi haftadan boshlab, barcha tishlarni tozalashda Bassning modifikatsiyalangan uslubini qo'llash mumkin. Tish cho'tkasining boshini milkka nisbatan 45° burchak ostida joylashtirib, tuklarining tishlar oralig'ini tozalashi uchun tish-milk egatchasiga yetarli miqdorda kirishiga erishiladi. Bu harakatlar kichik bosim ostida amalga oshiriladi (a, b). Keyin tish cho'tkasi boshchasini uning uzun o'qi atrofida burib, qisqa, tebranma va aylanma harakatlar amalga oshiriladi (s, d). Aksariyat bemorlar o'rtacha qattiq cho'tkalar va oddiy tish pastasidan foydalanishlari mumkin. Yupqa milk biotipiga ega va retsessiyaga moyil shaxslarga yumshoq tish cho'tkasi tavsiya etiladi.

Operatsiyadan 6 hafta o'tib, yara holati baholanadi va milk usti tish karashi tozalanadi. Aksariyat bemorlarga tishlarni Bassning modifikatsiyalangan uslubi bo'yicha, o'rtacha qattiq tish cho'tkasi va oddiy tish pastasi bilan tozalashga ruxsat beriladi (4-8-rasm). Yupqa milk biotipiga ega va retsessiyaga moyil shaxslarga yumshoq tish cho'tkasi tavsiya etiladi.

4-2-jadval

Og'iz bo'shlig'ining tishlar va implantatlar sohasida rekonstruktiv jarrohlik aralashuvi o'tkazilgandan keyingi gigienasi tartibi



Og'iz bo'shlig'ini tish va implantatlar sohasida jarrohlik aralashuvi o'tkazilgandan keyin parvarish qilishning eng muhim bosqichlari 4-2-jadvalda keltirilgan.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. U M Wikesjö, R E Nilvéus, K A Selvig. Significance of early healing events on periodontal repair: a review. *J Periodontol* 1992; 63:158-165.
2. Rechmann P. Wundheilung. In: Reichart PA, Hausamen J-E, Becker J, et al (eds). *Curriculum Zahnärztliche Chirurgie*. Berlin: Quintessenz, 2002.
3. Grimm G. Wundheilung. In: Schwenger N, Grimm G (eds). *Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde, vol 1. Allgemeine Chirurgie, Entzündungen. Mundschleimhautrekrankungen. Röntgenologie*. Stuttgart: Thieme, 1988.
4. Wong M, Hollinger J, Pinero G. Integrated processes responsible for soft tissue healing. *Integrated processes responsible for soft tissue healing. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82:475-492.
5. Wachtel H, Schenk G, Böhm S, Weng D, Zühr O, Hürzeler M. Microsurgical access flap and enamel matrix derivative for the treatment of periodontal intrabony defects: a controlled clinical study. *J Clin Periodontol* 2003; 30:496-504.
6. Baldi S, Pini-Prato G, Pagliaro U, et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness a relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series. *J Periodontol* 1999; 70:1077-1084.
7. Hwang D, Wang H. Flap thickness as a predictor of root coverage: a systematic review. *J Periodontol* 2006; 77:1625-1634.
8. Allen E, Miller P. Coronal positioning of existing gingiva: short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. *J Periodontol* 1986; 60:316-319.
9. Pini Prato G, Pagliaro U, Baldi C, et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. *J Periodontol* 2000; 71:188-201.
10. Burkhardt R, Lang N. Role of flap tension in primary wound closure of mucoperiosteal flaps: a prospective cohort study. *Clin Oral Implants Res* 2010; 21:50-54.

11. Burkhardt R, Preiss A, Joss A, Lang N. Influence of suture tension to the tearing characteristics of the soft tissues: an in vitro experiment. *Clin Oral Implants Res* 2008; 19:314-319.
12. Mealey B, Ocampo G. Diabetes mellitus and periodontal disease. *Periodontol 2000-2007*; 44:127-153.
13. Mealey B. Periodontal implications: Medically compromised patients. *Ann Periodontol* 1996; 1:256-321.
14. Deutsche Diabetes Gesellschaft. (German Diabetes Society). Stellungnahme 2007.
15. Johnson G, Guthmiller J. The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. *Periodontol 2000-2007*; 44:178-194.
16. Palmer R, Scott D, Meekin T, Poston R, Odell E, Wilson R. Potential mechanisms of susceptibility to periodontitis in tobacco smokers. *J Periodontal Res* 1999; 34:363-369.
17. Silva S, Lima A, Sallum A, Tataki D. Coronally positioned flap for root coverage in smokers and non-smokers: stability of outcomes between 6 months and 2 years. *J periodontal* 2007; 78:1702-1707.
18. Trombelli L, Scabbia A. Healing response of gingival recession defects following guided tissue regeneration procedures in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontol* 1997; 24:529-533.
19. Miller P. Root coverage with free gingival grafts. Factors associated with incomplete coverage. *J Periodontol* 1987; 58:674-681.
20. Erlay K, Swiec G, Herold R, Bisch F, Peacock M. Gingival recession treatment with connective tissue grafts in smokers and non-smokers. *J Periodontol* 2006; 77:1148-1155.
21. Krall E, Dawson-Hughes B, Garvey A, Garcia R. Smoking, smoking cessation, and tooth loss. *J Dent Res* 1997; 76:1653-1659.
22. American Dental Association Division of Communications dental patient: How medications can affect your oral health. *J Dent Assoc*: 2005; 136-831.
23. Schmidt-Westhausen A. Die Bedeutung der HIV-Infektion für das Zahn, Mund und Kieferheilkunde. In: Reichart P, Hausamen JE, Becker J. et. al (eds). *Curriculum chirurgie, vol 2. Zahn, Mund und Kieferheilkunde*. Berlin: Quintessenz, 2002.
24. Coerper S, Wicke C, Pfeffer F, Köveker G, Becker H. Documentation of 7051 chronic wounds using a new computerized system within a network of wound care centers. *Arch Surg* 2004; 139:251-258.

25. Wagner S, Coerper S, Fricke J, et al. Comparison of inflammatory and systemic sources of growth factors in acute and chronic human wounds. *Wound Repair Regen* 2003; 11:253-260.
26. Lindeboom J, Mathura K, Irene C. Influence of the application of platelet-enriched plasma in oral mucosal wound healing. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18:133-139.
27. Huang L, Soehren S, Giannobile W, Wang H. The effect of platelet-rich Plasma on the coronally advanced flap root coverage procedure: a pilot human trial. *J Periodontol* 2005; 76:1768-1777.
28. Hoang A, Oates T, Cochran D. In vitro wound healing responses to enamel matrix derivative. *Periodontol* 2000; 71:1270-1277.
29. Lyngstadaas S, Lundberg E, Ekdahl H, Andersson C, Gestrelus S. Autocrine growth factors in human periodontal ligament cells cultured on enamel matrix derivative. *J Clin Periodontol* 2001; 28:181-188.
30. Van der Pauw M, Everts V, Beertsen W. Expression of integrins by human periodontal ligament and gingival fibroblasts and their involvement in fibroblast adhesion to enamel matrix-derived proteins. *J Periodontal Res* 2002; 37:317-323.
31. Van der Pauw M, Van den Bos T, Everts V, Beertsen W. Enamel matrix-derived protein stimulates attachment of periodontal ligament fibroblasts and enhances alkaline phosphatase activity and transforming growth factor beta1 release of periodontal ligament and gingival fibroblasts. *J Periodontol* 2000; 71:31-43.
32. Schlueter R, Carnes DJ, Cochran D. In vitro effects of enamel matrix derivative on microvascular cells. *J Periodontol* 2007; 78:141-151.
33. Sculean A, Auschill T, Donos N, Brex M, Arweiler N. Effect of an enamel matrix protein derivative (Emdogain) on ex vivo dental plaque vitality. *J Clin Periodontol* 2001; 28:1074-1078.
34. Spahr A, Lyngstadaas S, Andersson C, Podbielski A, Haller B. Effect of the enamel matrix derivative Emdogain on the growth of periodontal pathogens in vitro. *J Clin Periodontol* 2002; 29:62-72.
35. Walter S, Jawor P, Bernimoulin J, Hägewald S. Moderate effect of enamel matrix derivative (Emdogain Gel) on *Porphyromonas gingivalis* growth in vitro. *Arch Oral Biol* 2006; 51:171-176.
36. Okuda K, Miyazaki A, Momose M, et al. Levels of tissue inhibitors of metalloproteinase-1 and matrix metalloproteinase-1 and in

gingival crevicular fluid following treatment with enamel matrix derivative (Emdogain). *J Periodontal Res* 2001; 36:309-316.

37. Wennström J, Lindhe J. Some effects of enamel matrix proteins on wound healing in the dento-gingival region. *J Clin Periodontol* 2002; 29:9-14.

38. Hageaars S, Louwense P, Timmerman M, Van der Velden U, Van der Weijden C. Soft-tissue wound healing following periodontal surgery and Emdogain application. *J Clin Periodontol* 2004; 31:850-856.

39 Shiche G, Kokich V, Caudill R. Diagnosis and treatment planning of esthetic problems. In: Shiche G, Pinault A (eds). *Esthetics of Anterior Fixed Prosthodontics*. Chicago: Quintessence. 1994: 33-52.

40 Kokich V., Nappen D, Shapiro D. Gingival Contour and Clinical Crown Length: Their Effect on the Esthetic Appearance of Maxillary Anterior Teeth. *American Journal of Orthodontics*, 86, 89-94.

41 Magne P, Belser U. *Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition*. Chicago: Quintessence. 2002: 57-98.

42 Kokich VJ, Kiyak H, Shapiro P. Comparing the perception of dentists and lay people to altered dental esthetics. *J Esthet Dent* 1999; 11:311-324.

43 Wagner I., Carlsson G, Ekstrand K, Odman P, Schneider N. A comparative study of assessment of dental appearance by dentists, dental technicians, and laymen using computer-aided image manipulation. *J Esthet Dent* 1996; 8:199-205.

44 Bulser U. Esthetic checklist for fixed prosthesis. 2. Biscuit bake tryin. In: Scharer P, Rinn LA, Kopp FP (eds). *Esthetic Guidelines in Reconstructive Dentistry*. Chicago: Quintessence. 1982: 188-192.

45 Fradeani M. *Esthetic Rehabilitation In Fixed Prosthodontics*. Quintessence. 2005.

46 Henss R. *Spieglein, Spieglein an der Wand-. Geschlecht, Alter und physische Attraktivität*. Munich: Beltz, 1992.

47 Henss R. *Gesichts und Persönlichkeitseindruck*. Gottingen: Hogrefe. 1998.

48 Renz U. *Schonheit: Eine Wissenschaft fur sich*. Berlin: Berlin Verlag. 2006.

49 Rufenacht C. Morphologic integration. In: Rufenacht C (ed). *Principles of Esthetic Integration*. Chicago: Quintessence. 2000: 13-36.

50 Gebhard W. A comprehensive approach for restoring esthetics and function in fixed prosthodontics. *Quintessence Dent Technol* 2003; 26:21-44.

51 Renner R. Anatomie und Asthetic des mastikatorischen Systems. Berlin: Quintessence. 1989.

52 Rufenacht C. Structural esthetic rules. In: Rufenacht CR (ed). *Fundamentals of Esthetics*. Quintessence. 1990: 67-134.

53 Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004; 31:749-757.

54 Schroeder HE. *The Periodontium*. Berlin: Springer, 1986.

55 Olsson M, Lindhe J. Periodontal characteristics in individuals with varying form of the upper central incisors. *J Clin Peridontol* 1991; 18:78-82.

56 Olsson M, Lindhe J, Marinello C. On the relationship between crown form and clinical features of the gingiva in adolescents. *J Clin Periodontol* 1993; 20:570-577.

57 Sanavi F, Weisgold A, Rose I. Biologic width and its relation to periodontal biotypes. *J Esthet Dent* 1998; 10:157-163.

58 La Vacca M, Tarnow D, Cisneros G. Interdental Papilla Length and the Perception of esthetics. *Pract Proced Aesthet Dent* 2005; 17:405-412.

59 Vig R, Brundo G. The kinetics of anterior tooth display. *J P. Dent* 1984; 51:24-28.

60 Tian A. Miller G. The J. Some esthetic factors in a smile. *J P. Dent* 1984; 51:24-28.

61 Philips E. The classification of smile patterns. *J Can Dent A.* 1999; 65:252-254.

62 Srispin B. Watson J. Margin placement of esthetic veneer crown 2 Posterior visibility. *J Prosthet Dent* 1981; 45:389-391.

63 Fayyad M. Al-Obaida M. Jamani K. A visual method of determining marginal placement of crowns: Part I. Marginal placement of anterior crowns. *Quintessence Int* 1995; 26:325-329.

64 Peck S, Peck L, Kataja M. Some vertical lineaments of lip position *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1992; 101:516-524.

65 Kokich V. Anterior dental esthetics: An orthodontic perspective. 2 vertical relationships. *J Esthet Dent* 1993; 5:174-178.

- 66 Fürhauser F, Florescu D, Benesch T, Haas R, Mailath G, Watzek G. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. *Clin Oral Implants Res* 2005; 16:639-644.
- 67 Chiche G, Pinault A. Replacement of deficient crowns. In: Chiche G, Pinault A (eds). *Esthetics of Anterior Fixed Prosthodontics*. Chicago: Quintessence. 1994: 53.
- 68 Lombardi R. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. *J Prosthet Dent* 1973; 29:358-382.
- 69 Horn R, Stuck J. *Zahnaufstellung in der Totalprothetik: Ein Leitfaden für Zahnarzt und Zahntechniker*. Berlin: Quintessence. 1987.
- 70 Magne P, Gallucci G, Belser U. Anatomic crown width/length ratios of unworn and worn maxillary teeth in white subjects. *J Prosthet Dent* 2003; 89:453-461.
- 71 Sterrett J, Oliver T, Robinson F, Fortson W, Knaak B, Russell C. Width/length ratios of normal clinical crowns of the maxillary anterior dentition in man. *J Clin Periodontol* 1999; 26:153-157.
- 72 Magne P, Magne M, Belser U. The diagnostic template: a key element to the comprehensive esthetic treatment concept. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1996; 16:560-569.
- 73 Zühr O, Schoberer U, Wachtel H, Bolz W, Hurzeler M. Diagnostische Prinzipien im Licht moderner Behandlungsstrategien. *Teamwork Interdisziplinäre J Prosthet Zahnheilkd* 2004; 7:108-126.
- 74 Rufenacht C. Morphopsychology. In: Rufenacht CR (ed). *Fundamentals of Esthetics*. Quintessence. 1990: 33-58.
- 75 Maio G. Being a physician means more than satisfying patient demands: An ethical review of esthetic treatment in dentistry. *Eur J Esthet Dent* 2007; 2:147-151.

**J.A. Rizaev, A.I. Xazratov, F.A. Ismatov, I.I. Xasanov D.A.
Rustamova, Sh. M. Inogomov**

JARROXLIK PARODONTOLOGIYASI

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000211-2023

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

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

Bosishga 27.12.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 5

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 5,58 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 73/2024

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

