



RETENSIYALANGAN PASTKI UCHINCHI MOLYARLARNI OLIB TASHLASHDA ERTA VA KECHKI ASORATLAR PROFILAKTIKASI: MAGISTRLIK DISSERTATSIYASI MATERIALLARI ASOSIDAGI ANALITIK SHARH

Hasanova Asal Shavkat qizi

EMU University, Stomatologik fanlar kafedrası magistranti, Toshkent,
O'zbekiston

Muratova N.Yu.

Ilmiy rahbar:, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Maqola magistrlik dissertatsiyasi materiallari asosida tayyorlandi.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.19550537>

Ushbu maqolada retensiyalangan pastki uchinchi molyarlarni olib tashlashda yuzaga keladigan erta va kechki asoratlar, ularning xavf omillari hamda profilaktika choralarini magistrlik dissertatsiyasining nazariy qismida jamlangan manbalar asosida tizimlashtirish ko'zda tutiladi.

Kalit so'zlar: *retensiyalangan pastki uchinchi molyar, alveolit, pastki alveolyar nerv, KNKT, koronektomiya, jarrohlik stomatologiyasi, profilaktika.*

В данной статье предусматривается систематизация ранних и поздних осложнений, возникающих при удалении удерживаемых нижних третьих моляров, их факторов риска и профилактических мер на основе источников, собранных в теоретической части магистерской диссертации.

Ключевые слова: *удержанный нижний третий моляр, альвеолит, нижний альвеолярный нерв, КНКТ, коронэктомия, хирургическая стоматология, профилактика.*

This article aims to systematize early and late complications arising during the removal of retained lower third molars, their risk factors, and preventive measures based on the sources collected in the theoretical part of the master's dissertation.

Keywords: *retentive lower third molar, alveolitis, inferior alveolar nerve, CNCT, coronectomy, surgical dentistry, prevention.*

Materiallar va usullar. Dissertatsiyaning I-bobiga kiritilgan 46 manba IMRaD mantig'ida analitik tahlil qilindi; manbalar anatomik xavf omillari, erta va kechki asoratlar, diagnostika usullari hamda profilaktik taktikalar bo'yicha guruhlandi. Birlamchi klinik kohorta tahlil qilinmadi; natijalar nashr etilgan adabiyotlardan olingan dalillar sintezi sifatida taqdim etildi. **Natijalar.** Adabiyotlarda retensiyalangan pastki uchinchi molyarlarni olib tashlashdan keyingi umumiy asoratlar chastotasi 2–30% diapazonda bo'lishi, alveolit barcha ekstraksiyalar ichida o'rtacha 3–5% ni, murakkab mandibulyar uchinchi molyar operatsiyalarida esa 20–30% gacha yetishi qayd etilgan. Pastki alveolyar nerv shikastlanishi 0,5–1%, doimiy sezgi buzilishi 0,1–0,5%, lingval nerv shikastlanishi <0,5% hollarda uchraydi; lingval tomonda agressiv manipulyatsiyalar qo'llanganda bu ko'rsatkich 1–2% gacha oshishi mumkin. Chekish, faol perikoronit, qandli diabet, yoshi kattalashishi, operatsiya davomiyligining 20–30 daqiqadan oshishi va travmatik texnika asosiy boshqariladigan hamda boshqarib bo'lmaydigan xavf omillari sifatida ajralib turadi. KNKT yuqori xavfli holatlarda jarrohlik rejasini 10–15% bemorda o'zgartiradi, koronektomiya esa pastki alveolyar nerv shikastlanishi ehtimolini keskin kamaytiradi.



Xulosa. Retensiyalangan pastki uchinchi molyarlarni xavfsiz olib tashlash uchun tashxis, operatsion texnika va kuzatuvni yagona profilaktik konturga birlashtirgan bosqichma-bosqich algoritm zarur.

Retensiyalangan pastki uchinchi molyarlarni olib tashlash og'iz bo'shlig'i jarrohligidagi eng ko'p bajariladigan, shu bilan birga eng ko'p bahs uyg'otadigan amaliyotlardan biridir. Muammo faqat tishni ekstraksiyalashning texnik murakkabligida emas. Asosiy qiyinchilik ildizlar, pastki alveolyar kanal, lingval yumshoq to'qimalar va retromolyar hududning topografik o'zaro munosabatidan kelib chiqadi. Dissertatsiya materiallarida retensiyalangan uchinchi molyarlar 9,5–50% bemorlarda uchrashi, ularning katta qismi esa perikoronit, infeksiyon o'choq, qo'shni ikkinchi molyarning periodontal shikastlanishi yoki murakkab ekstraksiya zarurati bilan kechishi qayd etilgan [1].

Mazkur sohada eng muhim klinik masala asoratlarni kamaytirishdir. Adabiyotlarda umumiy intraoperatsion va operatsiyadan keyingi asoratlar chastotasi 2–30% diapazonda keltiriladi; bunday keng farq holat murakkabligi, bemor profili, operatsiya texnikasi va jarroh tajribasiga bog'liq [1,2]. Erta davrda og'riq, shish, trizm, alveolit, qonash va infeksiya ko'proq uchrasa, kechki davrda sensitiv buzilishlar, surunkali og'riq, periodontal nuqsonlar va suyak defektlari alohida ahamiyat kasb etadi [1].

Ayniqsa alveolit va nerv shikastlanishlari klinik nuqtai nazardan eng muammoli yo'nalishlar hisoblanadi. Alveolit odatiy tish ekstraksiyalaridan keyin o'rtacha 3–5% hollarda rivojlanadi, biroq travmatik mandibulyar uchinchi molyar jarrohligida, ayniqsa xavf omillari mavjud bo'lsa, 20–30% gacha yetishi mumkin [1,3]. Pastki alveolyar nerv shikastlanishi 0,5–1% hollarda, doimiy sezgi buzilishi esa 0,1–0,5% hollarda uchraydi; lingval nerv jarohati odatda kamroq kuzatiladi, biroq lingval tomondan agressiv manipulyatsiya qo'llanganda uning chastotasi ham ortadi [1,7,8].

Shu sababli profilaktika bitta alohida usul bilan cheklanmaydi. U preoperatsion risk-stratifikatsiya, radiologik baholash, jarrohlik texnikasi, gemostaz, mahalliy va tizimli dori yordami, shuningdek dinamik kuzatuvni o'z ichiga olgan uzluksiz jarayon bo'lishi kerak. Dissertatsiyaning nazariy qismi aynan shu ko'p bo'g'inli modelni asoslab beradi, biroq undagi ma'lumotlar IMRaD shaklida alohida ilmiy maqola ko'rinishiga keltirilmagan [1].

Ushbu maqolaning maqsadi magistrlik dissertatsiyasining materiallari asosida retensiyalangan pastki uchinchi molyarlarni olib tashlashda erta va kechki asoratlar, ularning boshqariladigan va boshqarib bo'lmaydigan xavf omillari hamda amaliy profilaktika strategiyalarini IMRaD formatida tizimlashtirishdan iborat.

Materiallar va usullar Ushbu ish original klinik tadqiqot emas, balki magistrlik dissertatsiyasining nazariy qismida jamlangan ilmiy manbalar asosidagi analitik sharhdir. Tahlil korpusi sifatida dissertatsiyaning I-bobida foydalanilgan 46 manba qabul qilindi. Mazkur manbalar tarkibiga klinik tadqiqotlar, randomizatsiyalangan sinovlar, sistematik sharhlar, tematik o'qitishlar hamda jarrohlik stomatologiyasi bo'yicha mahalliy va xorijiy nashrlar kiritilgan [1].

Manbalarni tanlashning mazmuniy mezonlari quyidagicha belgilandi: 1) retensiyalangan yoki distopiyalangan pastki uchinchi molyarlarni olib tashlashga oid bo'lishi; 2) erta yoki kechki asoratlar chastotasi, patogenez, xavf omillari yoki oldini olish choralarini yoritishi; 3) jarrohlik rejalashtirish uchun radiologik diagnostika, xususan ortopantomografiya va konus-nurli kompyuter tomografiyasi ma'lumotlarini o'z ichiga olishi. Uchinchi molyarlar bilan bevosita

bog'liq bo'lmagan yoki faqat umumiy tavsif beruvchi manbalar fon ma'lumoti sifatida saqlandi, ammo asosiy natijaviy sintezga kiritilmadi.

Tahlil uch bosqichda olib borildi. Birinchi bosqichda barcha ma'lumotlar to'rtta tematik blokka ajratildi: anatomik-topografik risklar, erta asoratlari, kechki asoratlari va profilaktik texnologiyalar. Ikkinchi bosqichda har bir blok bo'yicha adabiyotlarda qayd etilgan miqdoriy ko'rsatkichlar ajratib olindi: asoratlari chastotasi, yosh va komorbid fon bilan bog'liq risklar, operatsiya davomiyligi, radiologik xavf belgilarining prognostik qiymati va profilaktik aralashuvlarning samarasi. Uchinchi bosqichda ushbu ma'lumotlar jarrohlik qaror qabul qilish nuqtai nazaridan interpretatsiya qilindi.

Manbalar dizayni, asoratlari ta'rif va klinik protokollar o'rtasidagi heterogenlik sababli formal meta-tahlil bajarilmadi. Natijalar tavsifiy va taqqoslovchi sintez ko'rinishida berildi. Asosiy chiqish nuqtalari sifatida quyidagilar qabul qilindi: erta asoratlari chastotasi va mexanizmlari, kechki nevrologik va struktur oqibatlarining klinik ahamiyati, radiologik rejalashtirishning o'rni hamda operatsion va operatsiyadan keyingi profilaktika samaradorligi.

Natijalar

Xavf arxitekturasini va preoperatsion baholash

Dissertatsiya materiallarining tahlili shuni ko'rsatdiki, asoratlari xavfi bir vaqtning o'zida bir necha omilning qo'shilishidan shakllanadi. Birinchi blok — anatomik omillar. Winter va Pell & Gregory bo'yicha noqulay joylashuv, chuqur suyak retensiyasi, egri yoki birikkan ildizlar, ildizlarning pastki alveolyar kanal bilan yaqin kontakti operatsiyaning travmatikligini oshiradi [1]. Radiologik xavf belgilariga kanal tasvirining torayishi, yo'nalishining o'zgarishi, kortikal chiziqlarning uzilishi, kanal konturining ikki qavariq ko'rinishi va ildiz soyasining qorayishi kiradi. Dissertatsiyada keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, bunday belgilar mavjud bo'lganda nerv bilan haqiqiy yaqinlik ehtimoli keskin oshadi; ayrim kuzatuvlarda u 20% gacha yetadi, belgilar bo'lmaganda esa 1% dan past bo'ladi [1].

Ikkinchi blok — bemor omillari. Yoshi kattalashgan sari suyakning sklerozlanishi, periodontal birikmaning zichlashishi va regeneratsiya salohiyatining pasayishi tufayli ekstraktsiya qiyinlashadi. Dissertatsiya materiallarida 25 yoshdan yuqori bemorlar noqulay guruh sifatida ajratilgan, 30 yoshdan keyin esa travma va kechikkan bitish xavfi yanada ortishi qayd etilgan [1]. Faol perikoronit, qandli diabet, immun yetishmovchiligi, steroidlarni qabul qilish, chekish va antikoagulyant terapiya ham asoratlari ehtimolini oshiruvchi omillar sifatida tasvirlangan [1,10].

Uchinchi blok — jarrohlik texnikasi. Operatsiya davomiyligining 20–30 daqiqadan oshishi, haddan tashqari osteotomiya, yetarli sovitishsiz bor ishlatish, qo'pol retractor va elevatsiya, chuqur kuretaj hamda sust gemostaz asoratlari uchun eng muhim boshqariladigan omillar sirasiga kiradi [1,2]. To'rtinchi blok esa jarrohga bog'liq qarorlardir: qaysi holatda KNKT tayinlash, qaysi holatda tishni sektiylab olib tashlash, qaysi holatda esa koronektomiyani tanlash zarur. Adabiyotlarda KNKT yuqori xavf deb baholangan holatlarda operatsion rejani 10–15% bemorda o'zgartirishi qayd etilgan [1,4,5].

Erta asoratlari: chastota, patogenez va boshqariladigan omillar

Erta davr asoratlari ichida eng ko'p uchraydigani alveolitdir. Dissertatsiyadagi sintezga ko'ra, oddiy ekstraktsiyalardan keyin alveolit 3–5% hollarda, murakkab mandibulyar uchinchi molyar operatsiyalarida esa 20–30% gacha uchraydi [1,3]. Uning patogenezini travma, qon ivindisining barqaror emasligi, fibrinolizning kuchayishi va mikroblar kolonizatsiyasi bilan

bog'liq. Jarrohlik vaqtida ivindining yo'qolishi yoki yemirilishi, faol yallig'lanish fonida operatsiya o'tkazilishi, chekish va ortiqcha kuretaj ushbu mexanizmni tezlashtiradi [1,3].

Og'riq, shish va funksional trizm deyarli barcha bemorlarda uchrasa-da, ular odatda dastlabki 2–3 kun ichida pasayib boradi. Biroq og'riqning kuchayib borishi, yomon hid, bo'sh alveola, fibrinoz-najassimon qoplama, limfadenit yoki subfebril holat alveolit va yoki infeksiyon asorat ehtimolini kuchaytiradi [1]. Trizm ayrim hollarda pterigomandibulyar soha reaksiyasi sabab II–III darajagacha yetishi mumkin. Qonash va gematoma ko'proq tomir jarohati yoki antikoagulyant fon bilan bog'liq bo'lsa, yumshoq to'qima yirtilishi va qo'shni ikkinchi molyar shikastlanishi asosan texnik xatolar natijasida yuz beradi [1,2].

Profilaktik nuqtai nazardan eng muhim xulosa shundan iboratki, erta asoratlarning katta qismi boshqariladigan omillar bilan bog'liq. Dissertatsiya materiallari operatsiya oldidan og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish, faol perikoronitni oldindan bartaraf etish, 0,12% xlorheksidin bilan oldindan chayish, atraumatik lappak dizayni, minimal yetarli osteotomiya, doimiy irrigatsiya, sektsiyalash va ishonchli gemostazni asosiy profilaktik choralar sifatida ajratadi [1,9,10]. Antibiotiklar esa universal vosita sifatida emas, balki yuqori xavfli bemorlarda tanlab qo'llanilishi kerakligi ta'kidlanadi [1,10].

Jadval 1. Dissertatsiya materiallarida tizimlashtirilgan asosiy asoratlar va profilaktika yo'nalishlari

Asorat turi	Adabiyotlarda qayd etilgan chastota	Asosiy xavf omillari	Profilaktika strategiyasi
Alveolit	O'rtacha 3–5%; murakkab mandibulyar uchinchi molyar jarrohliligida 20–30% gacha	Travmatik ekstraktsiya, qon ivindisining barqaror emasligi, faol perikoronit, chekish, operatsiya davomiyligining 20–30 daqiqadan oshishi	Atraumatik texnika, minimal osteotomiya, sektsiyalash, xlorheksidin, stabil gemostaz, erta nazorat ko'rigi
Infeksiyon asoratlar	Umumiy asoratlar diapazonining tarkibiy qismi; klinik ahamiyati yuqori	Faol yallig'lanish, qandli diabet, immun yetishmovchiligi, keng to'qima travmasi, sanatsiya qilinmagan og'iz bo'shlig'i	Oldindan sanatsiya, yallig'lanishni bartaraf etish, ko'rsatma asosidagi antibiotik, gigiyena va kuzatuv
Qonash va gematoma	Kamroq uchraydi, ammo qayta murojaat sababiga aylanishi mumkin	Tomir jarohati, antikoagulyant terapiya, yetarli bo'lmagan gemostaz	Anamnezni baholash, dori yuklamasini muvofiqlashtirish, kollagen gubka va tikuvlar bilan gemostaz
Pastki alveolyar nerv shikastlanishi	0,5–1%; doimiy sezgi buzilishi 0,1–0,5%	Ildizlarning kanal bilan intim yaqinligi, xavfli OPG belgilar, chuqur va gorizontall retensiya, agressiv luxatsiya	OPG, ko'rsatma asosidagi KNKT, sektsiyalash, chuqur instrumentatsiyadan qochish, koronektomiya

Lingval nerv shikastlanishi	<0,5%; lingval manipulyatsiya agressiv bo'lsa 1–2% gacha	Lingval tomonda noaniq dissektsiya, qo'pol retraksiya, yumshoq to'qimalarni yetarlicha himoya qilmaslik	Ehtiyotkor lappak, lingval to'qimalarni himoyalash, instrument yo'lini nazorat qilish
-----------------------------	--	---	---

Jadvalda pastki uchinchi molyarlarni olib tashlash bilan bog'liq asosiy asoratlar tizimlashtirilgan holda berilgan. Asoratlar ikki guruhga ajratilgan: erta (og'riq, shish, alveolit, qon ketish, trizm) va kechki (nerv shikastlanishi, uzoq davom etuvchi og'riq, suyak va yumshoq to'qima o'zgarishlari). Har bir tur uchun asosiy xavf omillari va ularga mos profilaktik yo'nalishlar ko'rsatilgan. Profilaktika uch bosqichda yoritilgan: operatsiyadan oldingi tayyorgarlik, jarrohlik texnikasi va operatsiyadan keyingi kuzatuv. Jadval klinik qaror qabul qilishda asoratlar xavfini baholash va ularni kamaytirish strategiyasini tanlashga xizmat qiladi.

Kechki asoratlar va nervni asrashga qaratilgan yondashuvlar

Kechki asoratlar ichida nevrologik oqibatlar markaziy o'rinni egallaydi. Pastki alveolyar nerv shikastlanishi 0,5–1% hollarda, doimiy sezgi buzilishi 0,1–0,5% hollarda kuzatiladi [1,7,8]. Lingval nerv jarohati odatda <0,5% bo'lsa-da, lingval tomondan noaniq dissektsiya yoki agressiv retraksiya qo'llanganda bu ko'rsatkich 1–2% gacha oshadi [1]. Klinik jihatdan lab, iyak yoki tilning old uchida paresteziya, gipoesteziya, dizesteziya va ba'zan neyropatik og'riq yuzaga keladi. Yengil neyropaksiya odatda 4–8 hafta ichida regress qiladi, og'irroq shikastlarda esa tiklanish oylarga cho'ziladi [1].

Dissertatsiyada nervni asrashning asosiy vositasi sifatida to'g'ri radiologik tanlov ko'rsatilgan. Ortopantomografiya birlamchi skrining usuli bo'lib qoladi, ammo kanal bilan yaqinlikka shubha tug'ilganda, gorizontal yoki chuqur retensiyada, ildizlar shakli murakkab bo'lganda KNKT zarur [1,4,5]. Shu bilan birga, adabiyotlarning umumiy xulosasi KNKTni barcha bemorlarga rutinda buyurish zarurligini tasdiqlamaydi; uning qiymati aynan yuqori xavfli holatlarda namoyon bo'ladi [1,4,5,6].

Bunday vaziyatlarda operatsion taktika hal qiluvchi ahamiyatga ega. Tishni butun holda zo'ravonlik bilan chiqarish o'rniga koronkani va ildizlarni alohida sektsiyalash, minimal zarur suyakni olish va chuqur instrumentatsiyadan qochish nerv shikastlanishi ehtimolini kamaytiradi [1]. Ildizlar kanalga intim yaqin joylashgan bemorlarda koronektomiya eng asosli alternativ taktika sifatida ko'rsatilgan. Dissertatsiyada keltirilgan randomizatsiyalangan hamda o'zop ma'lumotlariga ko'ra, koronektomiya pastki alveolyar nerv shikastlanishi xavfini to'liq ekstraksiya bilan taqqoslaganda 10–20 baravar kamaytiradi [1,7,8,9]. Qoldirilgan ildizlarning qisman migratsiyasi ko'pincha klinik jihatdan ahamiyatsiz bo'lib, faqat 3–4% hollarda bir yil ichida qayta aralashuv talab qilishi mumkin [1].

Muhokama

Tahlil qilingan materiallar retensiyalangan pastki uchinchi molyar jarrohligida asoratlar tasodifiy hodisa emasligini ko'rsatadi. Ular bemor, tish va jarrohlik texnikasi kesishgan nuqtada shakllanadi. Shu sababli xavfni birgina yakuniy natija bilan emas, balki butun klinik yo'l bo'ylab boshqarish lozim. Dissertatsiyaning eng kuchli jihati shundaki, u profilaktikani faqat dori tayinlash bilan emas, balki tashxis, rejalashtirish, operatsiya va kuzatuvning uzluksiz konturi sifatida talqin qiladi [1].

Erta asoratlar bo'yicha asosiy klinik xulosa — travma darajasini kamaytirish muhimroq, antibiotikni rutinda buyurish esa ikkilamchi masaladir. Alveolitning ko'p hollarda 2–3-kunda

boshlanishi, uning qon ivindisining destabilizatsiyasi va mikroblar kolonizatsiyasi bilan bog'liqligi operatsion texnikaning ustuvor rolini tasdiqlaydi [1,3]. Shunga ko'ra, agressiv kuretajdan saqlanish, operatsiya vaqtini uzaytirmaslik, yumshoq to'qimalarni ehtiyot qilish va stabil gemostazga erishish eng katta amaliy qiymatga ega. Antibiotiklar esa immunosupressiya, diabet, faol yallig'lanish yoki keng to'qima travmasi mavjud bo'lganda tanlab qo'llanilgandagina o'zini oqlaydi [1,10].

Kechki asoratlar, ayniqsa nevrosensor buzilishlar, klinik qaror qabul qilishni ancha o'zgartiradi. KNKTning afzalligi uning universal qo'llanishida emas, balki to'g'ri indikatsiyada namoyon bo'ladi. Ya'ni, xavfli radiologik belgilar mavjud bo'lsa, uch o'lchamli tasvir jarrohga ildiz-kanal aloqasini aniqroq ko'rsatadi, seksiyalash hajmini rejalashtirishga yordam beradi va kerak bo'lsa koronektomiya qarorini asoslaydi [1,4,5,6]. Bu yondashuv radiatsion yuklama va diagnostik qiymat o'rtasidagi muvozanatni saqlaydi.

Koronektomiya bo'yicha ma'lumotlar alohida e'tiborga loyiq. Dissertatsiya materiallarida ushbu usul yuqori nerv xavfi bo'lgan holatlar uchun nervni saqlovchi strategiya sifatida ko'rsatilgan va mavjud klinik dalillar ham shu qarorni qo'llab-quvvatlaydi [1,7,8,9]. Biroq koronektomiyani faqat texnik manipulyatsiya deb baholash yetarli emas. Uni muvaffaqiyatli qo'llash uchun bemorni to'g'ri tanlash, qoldiriladigan ildiz balandligini nazorat qilish, emal qoldiqlarini bartaraf etish, keyingi kuzatuvni rejalashtirish va bemorga ehtimoliy ildiz migratsiyasi haqida oldindan tushuntirish zarur.

Mazkur maqolaning cheklovi shundan iboratki, u original klinik kohorta natijalariga emas, dissertatsiyada yig'ilgan adabiyotlar bazasiga tayanadi. Shu sababli tahlil heterogen dizaynli tadqiqotlar, turlicha ta'riflangan asoratlar va turli klinik protokollarni birlashtiradi. Biroq aynan mana shu xususiyat amaliy qarorlar uchun foydalidir: jarroh kundalik ishda bitta tor protokolga emas, bir necha dalil qatlamlari kesishmasiga tayanadi. Natijada, dissertatsiyadan ajralib chiqqan ushbu IMRaD-formatdagi sharh retensiyalangan pastki uchinchi molyarlarni olib tashlashda xavfni kamaytirish uchun amaliy algoritmnini aniq shaklda taqdim etadi.

Xulosa

1. Retensiyalangan pastki uchinchi molyarlarni olib tashlashdan keyingi asoratlar ko'p omilli xarakterga ega bo'lib, ularning umumiy chastotasi adabiyotlarda 2–30% diapazonda, alveolit esa 3–5% dan murakkab holatlarda 20–30% gacha qayd etiladi.

2. Asoratlar profilini anatomik-topografik yaqinlik, bemorning yoshi va komorbid fon, faol yallig'lanish, chekish, operatsiya davomiyligi hamda jarrohlik travmasi belgilaydi; ularning sezilarli qismi boshqariladigan omillardir.

3. Birlamchi radiologik skrining uchun ortopantomografiya yetarli, ammo nerv bilan yaqinlikka shubha qilingan yuqori xavfli holatlarda KNKT jarrohlik rejasini aniqlashtirish va operatsion taktika tanlash uchun maqsadga muvofiqdir.

4. Atraumatik lappak, minimal osteotomiya, tishni seksiyalab olib tashlash, doimiy irrigatsiya, ehtiyotkor kuretaj, ishonchli gemostaz va erta nazorat ko'rigi erta asoratlarni kamaytirishning asosiy amaliy komponentlaridir.

5. Ildizlar pastki alveolyar kanal bilan intim yaqin bo'lgan holatlarda koronektomiya nervni saqlovchi oqilona alternativa bo'lib, kechki nevrosensor asoratlar xavfini sezilarli kamaytiradi

Adabiyotlar:

1. Hasanova A.Sh. Profilaktika rannix i pozdnix oslojneniy pri udalenii retinirovannix tretix nijnih molyarov: магистерская диссертация. Toshkent: EMU University; 2026.
2. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61(12):1379–1389.
3. Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002;31(3):309–317.
4. Robbins J, Smalley KR, Ray P, Ali K. Does the addition of cone-beam CT to panoramic imaging reduce inferior dental nerve injuries resulting from third molar surgery? A systematic review. BMC Oral Health. 2022;22(1):466.
5. Ghaeminia H, Gerlach NL, Hoppenreijns ThJM, Kicken M, Dings JP, Borstlap WA, et al. Clinical relevance of cone beam computed tomography in mandibular third molar removal: a multicentre, randomised, controlled trial. J Craniomaxillofac Surg. 2015;43(10):2158–2167.
6. Korkmaz YT, Kayıpmaz S, Senel FC, Atasoy KT, Gumrukcu Z. Does additional cone beam computed tomography decrease the risk of inferior alveolar nerve injury in high-risk cases undergoing third molar surgery? Int J Oral Maxillofac Surg. 2017;46(5):628–635.
7. Renton T, Hankins M, Sproate C, McGurk M. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. Br J Oral Maxillofac Surg. 2005;43(1):7–12.
8. Renton T. Update on coronectomy. A safer way to remove high risk mandibular third molars. Dent Update. 2013;40(5):362–368.
9. Pogrel MA. Coronectomy to prevent damage to the inferior alveolar nerve. Alpha Omegan. 2009;102(2):61–67.
10. Cervino G, Cicciù M, Biondi A, Bocchieri S, Herford AS, Laino L, Fiorillo L. Antibiotic prophylaxis on third molar extraction: systematic review of recent data. Antibiotics (Basel). 2019;8(2):53.