

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

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

**«ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ» БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАР**



## «ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ» БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

Тошкент 2025

**МУНДАРИЖА**

ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....5

ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШНИ ЎТКАЗИШ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВ МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ.....20

ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ТАЪСИРИДАГИ АСОРАТЛАРНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА  
ПРОФИЛАКТИКАСИ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....39

# **ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**Тошкент 2025**

## 1. Кириш:

<b>Код</b>
Z 41.8; Z 51.5 <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12554">https://mkb-10.com/index.php?pid=12554</a>
маҳаллий оғриқсизлантириш
QC72; QC10 <a href="https://mkb-11.com">https://mkb-11.com</a>

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

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** Тошкент давлат стоматология институти (ТДСИ)

**Қуйидагилар клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ёрдам берди:**

Жараёни ташкил этиш учун стоматология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1. **Хайдаров Н.К.** – ТДСИ ректори, профессор
2. **Баймаков С.Р.** – ТДСИ ўқув ишлари бўйича проректори, профессор
3. **Ахмедов С.П.** – ТДСИ тиббий ишлар бўйича проректори

**Муаллифлар рўхати:**

**Хасанов А.И.** – ТДСИ болалар юз-жағ жарроҳлиги кафедраси доценти.

**Азимов А.М.** – ТДСИ “жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси мудир, доцент.

**Садикова Х.К.** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси доценти.

**Хомидов М.А.** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси

**Аслонова Г.Б.** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси

**Такризчилар:**

**Абдуқодиров А.А.** Профессор, жарроҳлик стоматология кафедраси мудир Тиббиёт ходимлари касбий малака ошириш маркази мудир ( ТТХКМПМ )

**Шукпаров А. Б., т.ф.д.,** Жанубий Қозоғистон тиббиёт Академиясининг жарроҳлик ва ортопедик стоматология кафедраси мудир.

Клиник баённома Олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон стоматология ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари ва вилоятлар бош стоматологлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди. Стоматология хизмати тизими муассасалари онлайн форматда 2023 йил 7 апрелдаги №2-сонли баённома.

**Ишчи гуруҳ раҳбари – тиббиёт фанлари доктори Хасанов А.И ТДСИ**

Техник кўриб чиқиш ва таҳрирлаш:

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси :

- 1.
- 2.

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

**Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти амалий соғлиқни сақлаш сектори вакиллари билан биргаликда клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалиётда қўлланилиши баҳоланди.**

Амалий шифокорлар:

- 1.
- 2.
- 3..

#### Қисқартмалар рўйхати

ТДСИ	Тошкент давлат стоматология институти
ТТХКМПМ	Тошкент тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази

Ушбу оғриксизлантириш протоколи фойдаланувчилари ;

1. Юз-жағ жарроҳи;
2. Жарроҳ стоматолог;
3. Умумий стоматолог;
4. Шошинч ва шошинч тиббий ёрдам шифокорлари;
5. Лаборатория шифокорлари;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Тиббиёт олий ўқув юртларининг талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, аспирантлари, ўқитувчилари;

**Беморларнинг тоифалари:** Юз-жағ соҳаси касалликлари билан оғриган беморлар

1-жадвал

#### 9) Ишончлилик даражасининг шкаласи:

**Ташхисот усулларини асословчи далилларнинг ишончлилик даражасини баҳоловчи шкала (ташхисий ёндашув)**

ДИД	Таърифи
1	Назоратли референц усул ёки мета-анализ қўллаш ёрдамида тизимли рандомизацияланган клиник тадқиқотли тизимли шарҳлар.
2	Мета анализ қўллаш ёрдамида алоҳида назоратли референц усулли тадқиқот ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқот ва

	рандомизацияланган клиник текширувларсиз ҳар қандай дизайнли тадқиқот тизимли шархлар
3	Навбатсиз референц усулли тадқиқот ёки изланиш усулига боғлиқ референцли тадқиқот ёки рандомизацияланмаган таққослаш тадқиқоти, шу жумладан когорт тадқиқоти
4	Қиёсланмайдиган тадқиқот, клиник ҳолатнинг шархи
5	Таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар ёки экспертлар хулосаси келтирилган

**Профилактика, даволаш, реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи**

ДИД	Таърифи
1	Мета-тахлилни қўллаш ёрдамида РНТ тизимли шарх
2	Алохида РНТ ва мета-тахлилни қўлланиш йўли билан РНТдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тизимли шарх
3	Рандомизацияланмаган қиёсий текширувлар, шунингдек когорт текширув усуллари
4	Қиёсланмайдиган ҳолатлар, клиник ҳолатни шархлаш ёки ходисанинг бир қисми, “ходиса-назорат” текшируви
5	Фақат ёндашувлар таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар (клиникагача бўлган текширувлар) ёки экспертлар хулосаси

**Профилактика, ташхисот, даволаш, реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи**

ТИД	Таснифи
А	Кучли тавсия (ҳамма кўрилатган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим, ҳамма текширув усуллари юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларни хулосалари қониқарли ёки юқори сифатли, қизиқтирган оқибатлари бўйича уларнинг хулосалари келишилган)
Б	Шартли тавсиянома (ҳамма кўрилатган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари қониқарли ёки юқори услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтирган оқибатлари бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (юқори сифатли ишончилиликнинг йўқлиги, ҳамма кўрилатган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибатлари) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари паст методологик сифатга эга ва уларнинг хулосалари қизиқтирган оқибатлари бўйича келишилмаган)

## 2. Асосий қисм

### 2.1. Кириш

"Оғриқ" ва "оғриқсизлантириш" тушунчалари замонавий стоматологиянинг асосий тушунчаларидан биридир.

Ҳар бир стоматолог, агар унинг манипуляцияси беморда оғриқсиз кечишига ишонч ҳосил қилмаса, ўз ишини сифатли бажара олмайди. Оғриқсиз даволаниш беморнинг анестетик таъсири ҳолатида ўчмас ижобий из қолдиради, у оғриқсиз стоматология мавжудлигига ишонишни бошлайди, шунингдек, шифокорнинг профессионал рейтингини сезиларли даражада оширади.

Шу билан бирга, ҳар қандай оғриқсизлантириш ортиб бораётган хавф ҳодисасидир ва стоматологдан нафақат тиббий, балки ҳуқуқий хушёрликни ҳам талаб қилади. Идеал ҳолда, ҳар бир бемор бўлажак аралашув ва оғриқсизлантириш хавфи тўғрисида тушунтириш олиши, шунингдек, даволанишдан олдин, унинг психикаси стрессли вазиятга мослашиши ва манипуляция учун розилик хатини тўлдириши керак. Ушбу муаммони муассасада даволанишнинг кўрсатмалари ва тактикасини,

режалаштирилган тадбирлар кетма-кетлигини аниқлай оладиган, ушбу маълумотни беморга қулай шаклда этказишга қодир бўлган кўриқдан ўтказувчи шифокорнинг мавжудлиги билан ҳал қилиш мумкин.

Сўнги йилларда матбуотда стоматологияда оғриқсизлантириш бўйича юқори сифатли қўлланма ва йўриқномалар тобора кўпайиб бормоқда. Амалиётчи шифокор учун фойдали ва баъзан ўз иши учун зарур бўлган маълумотларни танлаш учун маҳаллий ва умумий оғриқсизлантиришнинг турли жиҳатлари бўйича ўсиб бораётган маълумотлар оқимини бошқариш осон эмас. Шу муносабат билан биз ўқув қўлланмамизда масаланинг моҳиятидан чалғитувчи «лирик» маълумотлардан қочиб, стоматологияда оғриқсизлантириш ҳақидаги асосий ғояларни уларни қўллашнинг амалий турлари орқали қисқа ва мазмунли баён этишга ҳаракат қилдик.

## 2.2. Таърифлар:

**Оғриқсизлантириш** – деганда оғриқ сезгисини қолдириш мақсадида қўл ланиладиган тадбирлар йиғиндиси тушунилади. Стоматологик хасталикларни муваффақиятли даволаш муолажанинг қай даражада оғриқсиз бажаришга боғлиқ. Тишларни даволашда ва юз – жағ соҳасидаги жарроҳлик муолажаларида оғриқсизлантиришнинг турли усуллари қўлланилади. Оғриқсизлантириш иккига бўлинади: умумий ва маҳаллий оғриқсизлантириш. Маҳаллий оғриқсизлантириш — периферик асаб тизими даражасида тўқималарнинг чекланган худудидан афферент импульсларнинг блоканиши ёки ўтказилишининг олдини олиш усуллари тўплами.

<https://api.ziyouet.uz/uploads/books/555273/5a71766cd9463.pdf>

Оғриқ рецепторлари (носисепторлар) миелинсиз С-толалар (импульс тезлиги 1 м / сек.) ва ингичка миелинли А-сигма (импульс узатиш тезлиги 11 м / сек) толалардан иборат эркин нерв охирлари ҳисобланади. Оғриқ импульси миелинли, иккинчиси — миелинсиз толалар бўйлаб марказга етказилади. Бу оғриқ ҳисси ривожланишидаги фазалар кетма-кетлигини тушунтиради.

Чуқур ва висцерал оғриқлар, шунингдек, кечиктирилган, ўтмас, чегараси ноаниқ, ирридиацияланишга мойил бўлиб, вегетатив реакциялар белгилари билан намоён бўлади.

Шунингдек иррадиацияланувчи ва чегараланувчи оғриқ турлари фарқланади

Чегарали оғриқ патологик жараёндан таъсирланган нерв томонидан иннервация зонасида, масалан, невритда пайдо бўлади.

Иррадиацияланувчи (тарқалувчи) оғриқ зарарланиш ўчоғидан узоқда пайдо бўлиб, чуқур оғриқ марказларининг бош мия нервларининг сезувчи ядролари даражасида нейронген алоқаси мавжудлиги билан ифодаланади.

Оғриқнинг субъектив ҳисси қўзғатувчининг интенсивлигига эмас, балки беморнинг ҳиссий, мотивацион ва сезгирлик даражаси ҳолатига боғлиқ.

Оғриқ пайдо бўлишида ва унга жавоб беришда етакчи роль вегетатив, эндокрин, антиноцицептив тизимларнинг функцияларини тартибга солиш туфайли марказий нерв системасига (МНС) тегишли.

<https://studfile.net/preview/5752296/page:26/>

Маҳаллий оғриқсизлантиришни амалга ошириш оғир қўшимча касалликлари бўлмаган, маҳаллий анестетикларга асоратланмаган аллергия тарихи бўлган беморларда ўтказиладиган нисбатан қисқа муддатли, кичик ва ўрта даражадаги шикастли аралашувларда оғриқни йўқотиш учун қўлланилади.

Марказий нерв системасининг турли қисмлари оғриқ реакциясига ўз жавобини беради. Шундай қилиб, ҳиссий компонент (ҳаяжон, кўрқув, ташвиш) таламус ядролари, лимбик система ва мия ўзагининг ретикуляр тўри иштирокида шаклланади. Оғриқ пайдо бўлганда оғриқни англаш мия ярим шарлари пўстлоғида содир бўлади.

Маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш усуллари бир вақтда қўллаш **комбинацияланган оғриқсизлантириш** деб аталади. Ушбу комбинация дориларнинг умумий дозасини ва уларнинг

организмга токсик таъсирини камайтириш учун ишлатилади ва заҳарланиш ҳолатида ва жигар касалликларида заифлашган беморларга кўрсатилади.

Бир хил усулда (умумий ёки маҳаллий) оғриқсизлантиришнинг турли воситалари ёки усулларидан фойдаланиш **комбинацияланган оғриқсизлантириш** деб аталади. Масалан: маҳаллий оғриқсизлантиришда муз ва маҳаллий анестетикни бир вақтнинг ўзида ёки кетма-кет қўллаш, умумий оғриқсизлантириш хавфини камайтириш, наркознинг кирувчи босқичини юмшатиш учун умумий оғриқсизлантиришдан аввал вена ичи ва ингаляцион наркозни қўллаш.

Оғриқсизлантиришнинг бир усули давомида турли хил анестетик воситаларидан фойдаланиш **кўп компонентли оғриқсизлантириш** деб аталади. Масалан: вена ичи оғриқсизлантиришида бир нечта умумий анестетиклардан фойдаланиш, бу дозани камайтиришга имкон беради, чунки уларнинг ҳар бири инсон танасига токсик таъсир кўрсатади.

Оғриқ қолдирувчи воситаларнинг табиатига кўра оғриқсизлантиришнинг: физик (механик, электр, электромагнитли, акустик, оптик), кимёвий (маҳаллий ва умумий анестетик) ва аралаш (физик-кимёвий) усуллар мавжуд.

Анестетик моддаларни юбориш йўлига қараб қуйидагилар мавжуд: **ноинекцион** (тери ва шиллик қаватни шикастламасдан), **инекцион** (тери ёки шиллик қаватнинг шикастланиши билан бирга), **ингаляцион**, ўпка орқали газсимон ёки буғли анестетикларни киритишга асосланган, **вена ичига**, **мушак ичига**, анестетикни тўғридан-тўғри қон оқимида ёки анестетикни депосини яратиш учун мушак ичига киритишга асосланган, **оғиз орқали**, **ректал** оғриқсизлантириш усуллари.

Маҳаллий оғриқсизлантириш усуллари сезувчи импульсларнинг ўтказувчанлигини блоклаш даражасига қараб, қуйидагиларга бўлинади: **юзаки** (сезги рецепторларни блоклаш), тўқималарни анестетик билан бўктиришга асосланган **инфильтрацион** (нерв чигаллари ва майда шохларини блоклаш) ва **регионар** ёки **ўтказувчан** (нерв стволи ва тармоқларини блоклаш).

Юзаки маҳаллий оғриқсизлантириш жисмоний (босим, совутиш, электро-анестезия); кимёвий (апликация, эритма, крем, гель шаклида анестетикни қўллаш); физик-кимёвий (анестетикнинг электро-, ультрафоно-, магнитофорези) усуллар ёрдамида ва қисқа муддатли, кам шикастли аралашувларда (игна инекцияси, юзаки кесма) оғриқсизлантириш учун мўлжалланган.

Инфильтрацион оғриқсизлантиришни ўтказиш учун қуйидагилар қўлланилади: инекция (шиллик қават ичи ва тери ичи, шиллик қават ости ва тери ости, билвосита ва тўғридан-тўғри, қатламли, фациал-футуляр, субпериостал, интраоссал, интерлигаментар, пульпа ичи) ва физик-кимёвий усуллар (электро, ультрафоно ёки магнитофорез). Инекцион инфильтрацион оғриқсизлантиришдан фойдаланишга кўрсатма анестетикларни бўктириш зонасидаги тўқималарнинг кичик майдонини оғриқсизлантиришдир. Оғриқсизлантиришнинг физик-кимёвий усулига кўрсатма асаб касалликларида сурункали оғриқ синдроми, мушак ва бўғимлардаги оғриқдир.

Юз-жағ соҳасида ўтказувчан оғриқсизлантиришдан фойдаланиш учун инекцион усули қўлланилади, унинг ёрдамида уч шохли нервнинг бир ёки бир нечта йирик шохлари ҳудудида анестетик депо ҳосил қилиниб, сезги импульслари тўсиб қўйилади. Оғриқсизлантиришнинг ўтказувчан усуллари улар қайси шохларни тўсиб қўйишига (инфраорбитал, палатинал, инсисивал, мандибуляр, ментал, юқори жағ, пастки жағ) ёки анестетик қаерда (туберал, торусал) юборилганига қараб номланади. Инфильтрацион оғриқсизлантириш самарали бўлмаган ҳолларда (пастки жағнинг танаси ва шохлари) ўтказувчан оғриқсизлантириш қўлланилади, агар яллиғланиш жараёни ёки косметик сабабларга кўра, катта миқдордаги аралашувлар туфайли игна инекция қилиш тавсия этилган оғриқсизлантириш соҳасида қарши кўрсатмадир.

<https://e-library.sammu.uz/ru/book/331>

### 3. Диагностика: усуллар, ёндашувлар ва муолажалар

#### 3.1. Диагностика мезонлари

Оғриқсизлантириш барча турдаги стоматологик касалликлар нозологиясида қўлланилади

Бунинг учун шикоятлар ва анамнез йиғилади, оғиз бўшлиғи ва тишларини текшириш, рентген ёки радиовизиографик текшириш, шунингдек бошқа зарурий тадқиқотлар натижалари стоматологик беморнинг тиббий картасига киритилади (043/У шакл).

**Анамнез:** Оғриқсизлантиришни ўтказиш учун анамнезни йиғишда шикоятлар мавжудлиги ёки йўқлиги, аллергик анамнез, ўткир ва сурункали соматик касалликлар мавжудлиги аниқланади. Бемор оғиз бўшлиғига тўғри гигиеник ғамхўрлик қиладими ёки йўқлигини аниқланади. Шикоятлар тўлиқ, шунингдек, сабабчи тиш соҳасидаги оғриқ ва ноқулайлик табиати аниқланади. Касалликнинг бошланишининг давомийлиги, олдинги даволаниш ёки унинг даволанмаганлиги аниқланади.

### **Алгоритмларнинг хусусиятлари ва оғриқсизлантириш тадбирларини ўтказиш хусусиятлари:**

Юз-жағ соҳасини ташқи текшириш вақтида юзнинг конфигурациясига, терининг ранги ва ҳолатига, юмшоқ тўқималарнинг шишиши локализацияси ва тарқалишига эътибор берилади. Маҳаллий лимфа тугунлари, чайнаш мушаклари, сўлак безлари ва чакка бўғимлари пайпасланади. Оғизнинг очилиши ва оғриқ даражасини баҳоланади.

Ҳар қандай стоматологик даволаш хавфи юқори ҳодиса ҳисобланади. Амбулатор қабулда энг юқори хавф даражаси оғриқсизлантириш ўтказишга тегишли. Бу бемор танасининг анестетикни киритишда олдиндан айтиб бўлмайдиган реакцияси эҳтимоли, ёндош патологиянинг мавжудлиги, тўлиқ текширув учун чекланган вақт ва анестезиологнинг йўқлиги билан боғлиқ. Беморнинг умумий аҳволига етарлича баҳо бермаслик даволаш пайтида ҳам, ундан кейин ҳам оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Операцион ва оғриқсизлантириш хавфи даражасини, беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун турли таснифлар таклиф этилади. Энг қисқа ва қулайларидан бири бу Америка Анестезиологлар Жамияти (ASA) томонидан қабул қилинган беморларнинг жисмой ҳолатини таснифлаш бўлиб, у даволашни бошлашдан олдин аралашув хавфини баҳолашга имкон беради.

Америка анестезиологлар жамияти томонидан таклиф қилинган умумий жисмоний ҳолатнинг таснифи (ASA)

Туркум ASA	Беморнинг аҳволини тавсифлаш	Клиник мисоллар	Даволаш
1	Нормал соғлом бемор	Органик, физиологик, биокимёвий ёки руҳий бузилишлар мавжуд эмас, даволаш маҳаллий бузилишларни бартараф этиш учун қўлланилади.	Стоматологик даволашнинг одатий ҳажмларида
2	Умумий касалликларнинг енгил шакллари бўлган беморлар	Назорат қилинадиган асосий гипертензия, семизлик, психиатрик бузилишлар	Жараёнларнинг давомийлигини чеклаш; улардан кейин эмоционал стрессни минималлаштириш керак

3	Оғир умумсоматик касалликлари бўлган ва, Иш қобилиятини йўқотмаган беморлар.	Қандли диабетнинг оғир шакллари, тург'ун юрак йэтишмовчилиги, сурункали обструктив бронхит, бронхиал астма.	Аралашувнинг давомийлиги ва кўлами бўйича қатъий чекловлар, даволанишдан олдин ва кейин психо-эмоционал стрессни йўқ қилиш
---	--	---	--

[https://uz.wikipedia.org/wiki/ASA\\_bemor\\_jismoniy\\_holati\\_tasnifi](https://uz.wikipedia.org/wiki/ASA_bemor_jismoniy_holati_tasnifi)

Агар ёндош касаллик билан оғриган беморнинг даволанишни нормал қабул қилиш қобилиятига шубҳа туғилса, тегишли мутахассис билан маслаҳатлашиш зарур. Фавқулодда кўрсаткичлар билан даволаш аралашув хавфи даражаси оширади. Ҳар хил турдаги касалликларга чалинган беморларда премедикация схемалари фарқ қилиши мумкин.

### Алгоритмнинг хусусиятлари ва оғриқсизлантиришни қўллаш

**Анестетикнинг таъсир қилиш механизми** шундан иборатки, ароматик халқа билан хужайра мембранасига ёпишиб, диффузия йўли билан нерв толаси ичига кириб, ситоплазмада диссоцияланиб, ионланган шаклга айланади. Шу билан бирга, амин гуруҳи P1 ва P2 алкил радикаллари орқали хужайра мембранасининг ички юзасидаги рецепторларга бирикади, унинг конфигурациясини ўзгартиради ва натрий ион каналларини блоклайди. Натижада, мембрананинг деполаризацияси содир бўлмайди ва нерв толаси бўйлаб импульсларнинг узатилиши бузилади. Анестетик билан алоқа қиладиган хужайра рецепторининг жойи гидрофоб аминокислота: тирозин, фенилаланин, серин, валин ва учта изолейсин қолдиқларидан иборат эканлиги аниқланди. Анестетик ионлашмаган шаклда оғриқсизлантирувчи та'сирга эга эмас. Худди шу нарса хужайралар ситоплазмасидан ташқарида диссоцияланадиган дориларга ҳам тегишли. Анестетик мембрананинг калсий ва калий каналларининг ўтказувчанлигини ҳам бузиши мумкин деган фикр мавжуд.

**Анестезияни объектив баҳолаш** қуйидаги кўрсаткичлар бўйича амалга оширилади: 1) анестетик фаоллик; 2) таъсир тезлиги ва давомийлиги; 3) ёғда эрувчанлиги; 4) сувда эрувчанлиги; 5) диссоциация константаси; 6) қон плазмаси оқсиллари билан боғланиш даражаси; 7) токсиклик.

Препаратнинг **анестетик фаоллиги** унинг кимёвий тузилишига, концентрациясига, диффузия қобилиятига, диссоциация даражасига боғлиқ, лекин киритилган ҳажмга боғлиқ эмас.

**Анестезия бошланишининг тезлиги** препаратнинг сувда эрувчанлигига, унинг диффузия тезлигига, молекулаларнинг катталигига (молекула қанчалик кичик бўлса, тезлик шунчалик юқори бўлади), ёғда эрувчанлигига (тўғридан-тўғри пропорционал), диссоциация константасига (пастроқ бўлса, тезроқ) боғлиқ.

**Таъсир муддати** ёғнинг эрувчанлиги, гидролиз ва танадан ажралиб чиқиш тезлиги, плазма оқсиллари билан боғланиш даражаси ва оғриқсизлантириш соҳасидаги тўқималарнинг васкуляризацияси билан боғлиқ. Таъсир қилишнинг ифодаланганлиги ва давомийлигига қараб, анестетиклар уч гуруҳга бўлинади: паст (прокаин, артикаин вазоконстрикторсиз), ўртача (лидокаин, тримекаин, мепивастезин) ва юқори (дикаин, бупивакаин, ропивакаин).

**Ёғда эрувчанлиги** препаратнинг хужайра мембраналарига кириб бориши ва умумий токсик та'сирга эга бўлиш қобилиятини тавсифлайди, шунингдек, анестетикнинг нерв толаси миелин қобиғи орқали кириб бориш даражасини, оғриқсизлантиришнинг давомийлиги ва чуқурлигини аниқлайди.

**Сувда эрувчанлиги** анестетикнинг тўқималарда диффузия тезлиги ва интенсивлигини, шунингдек, гидролизланиш қобилиятини кўрсатади.

**Мураккаб эфир анестетиклари** кимёвий жиҳатдан парааминобензой кислотасидан олинади. Буларга: новокаин, бензофуракаин, анестезин, дикаин, совкаин киради. Стоматологияда қуйидагилар қўлланилади: новокаин, дикаин ва анестезин. Дикаин ва анестезин юқори токсиклиги

туфайли фақат юзаки оғриқсизлантириш учун ишлатилади. Ҳатто юзаки қўлланилганда ҳам, бу дорилар узоқ муддатли таъсирга эга, аммо анестезин дикаинга қараганда анча заиф ҳисобланади. Новокаин инекция қилиш учун мос келади, аммо бу беқарор дори, чунки у қон ва тўқималар эстеразалари томонидан тезда йўқ қилинади. Унинг таъсири 10-15 дақиқада ривожланади, бу молекулаларнинг секин диссоциация билан боғлиқ ва 20-30 дақиқа давом этади.

Номи	Дозалари	Ён таъсири, қарши кўрсатмалар
Новокаин	умумий жарроҳликда тўғридан-тўғри инфилтратион оғриқсизлантириш учун 0,25% ва 0,5% эритмалар қўлланилади; Новокаиннинг 1-2% эритмаси юз-жағ соҳасида инфилтратион ва ўтказувчан оғриқсизлантириш, нейростоматологик касалликларда, яллиғланиш инфилтрати, трофик яраларни даволашда блокадалар, тўқималарнинг қон таъминотини яхшилаш ва патологик вегетатив рефлексларни бартараф этиш учун ишлатилади. Электрофорез учун новокаиннинг 5-10% эритмасидан фойдаланиш мумкин. Новокаиннинг 0,25% эритмасининг бир марталик энг юқори дозаси — 500 мл (1,25 г қуруқ модда), 0,5% эритма — 150 мл (0,75 г қуруқ модда), 1 ва 2% эритма — 50 мл (1 г қуруқ модда).	Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: туғма псевдохолинестераза етишмовчилиги, сулфаниламидлар қабул қилиш, миастения, гипотензия, оғир юрак касалликлари, дори воситасини индивидуал кўтара олмаслик, аллергик реакцияларга мойиллик. Йирингли ўчоққа инекция қилиш қарши кўрсатмадир. ён таъсири: вазодилатация, артериал қон босимининг пасайиши, юрак етишмовчилиги ва аллергик реакциялар
Анестезин (бензокаин)	Апликацион оғриқсизлантириш учун у мойдаги 5-20% эритмаси, 5-10% малҳам шаклида қўлланилади. Тишнинг қаттиқ тўқималарини оғриқсизлантириш учун 50-70% бензокаин пастаси ишлатилади. Максимал доза 5 г (25 мл 20% эритма).	токсик таъсири паст
Тетракаин (дикаин)	У фақат юзаки оғриқсизлантириш учун 0,5-1,0-2% эритма шаклида қўлланилади. Апликация давомийлиги — 20-30 сек. Бир марталик энг юқори доза 3 мл 2% эритма.	Препарат қон томирларини жуда кенгайтиради, шунинг учун уни вазоконстриктор билан қўллаш тавсия этилади (1-2 мл дикаин учун адреналин гидрохлориднинг 0,1% эритмасидан 1 томчи). Юқори токциклиги туфайли у асосан мишьяк пастасининг бир қисми сифатида ишлатилади.

<http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib445.pdf>

**Амид гуруҳининг** анестетиклари мураккаб эфир ҳосилалари билан солиштирганда фаолроқдир, бу уларнинг кимёвий тузилишининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқ, аллергик реакцияларни келтириб чиқариш эҳтимоли камроқ, стерилизация ва сақлаш вақтида барқарорроқдир.

Амид анестетиклари оғриқсизлантириш тезлиги ва давомийлиги бўйича эфир анестетиклардан 2-4 марта устундир. Бу уларнинг тўқималарга осон диффузияланиш қобилиятига боғлиқ, диссоциация константалари паст бўлади ва ҳужайрада тез гидролизланади. Ёгда юқори эрувчанлиги уларнинг эфир препаратларига қараганда кўпроқ токциклигини оширади, лекин айни пайтда миелин қобиғи орқали нерв толасига кириб боришни осонлаштиради. Амидларнинг вазодилатацион таъсири вазоконстриктор қўшилиши билан компенсацияланади, бу оғриқни йўқотишнинг интенсивлиги ва

давомийлигини оширади. Истисно — бу мепивакаин гуруҳининг дорилари, улар аниқ вазодилатацияга олиб келмайди ва натрий рецепторлари устида барқарор фиксация туфайли узок вақт давомида таъсир қилади.

Амид анестетиклари қон плазмаси эстеразалари томонидан йўқ қилинмайди ва узок вақт давомида метаболизмга учрамасдан қонда айланади, бу эса эфир анестетикларига қараганда узокроқ таъсир қилиш муддатини тушунтиради. Амидларни йўқ қилиш асосан жигарда содир бўлади, шунинг учун амидлар жигар касаллиги билан оғриган ва интоксикацияланган беморларда эҳтиёткорлик билан қўлланилиши керак. Аксарият амидлар миокард хужайраларида натрий ионларининг секин оқимини блокада қилиши туфайли антиаритмик таъсирга эга ва шу билан импульс шаклланишининг эктопик ўчоқларининг автоматизмининг бостиради.

Стоматологияда амидларни қўллаш учун кўрсатмалар: стоматологик аралашувлар, электро-, ультрафоно- ва магнетофорез учун инфилтратион, ўтказувчан, интралигаментар, интраоссал, аппликацион оғриқсизлантириш Амидларни қўллашга қарши кўрсатмалар: аллергик реакциялар, атриовентрикуляр блокада, брадикардия, кардиоген шок, жигар касаллиги, ҳомиладорлик, оғир миастения, ривожланган гипотензия, тиришиш (судорог) синдроми.

Ён таъсири: артериал қон босими пасайиши мумкин, брадикардия, тремор, тиришиш, дисориентация, бош айланиши, қулоқда шовқин, лойқа кўриш, бош оғриғи, фотофобия.

Дозани ошириб юборилганда, марказий асаб тизимининг кўзғалиш босқичидан кейин унинг тормозланиш босқичи ривожланади, бу кўнгил айниши, қусиш, титроқ, тиришиш, нафас қисилиши ва коллапс билан намоён бўлади.

Номи	Дозалари	Ён таъсири, қарши кўрсатмалар
Лидокаин гидрохлориди (байкаин, дентакаин, ксикаин, ксилокаин, лигнокаин, лигноспан, ледестин, луан, октакаин ва бошқалар)	Апликацион оғриқсизлантириш учун 5-10% ли эритмаси ишлатилади. Тўғридан-тўғри инфилтратион оғриқсизлантириш учун 0,25-0,5-1,0%ли эритма ишлатилади. Бу ҳолда унинг бир марталик энг юқори дозаси мос равишда 800 мл, 80 мл ва 40 мл ни ташкил қилади. Билвосита инфилтратион ва ўтказувчан оғриқсизлантириш учун 1-2% эритма ишлатилиши мумкин. Бир марталик энг юқори дозаси 2% эритмаси — 20 мл (0,4 г куруқ модда).	Қўлланиладиган лидокаиннинг контсентрацияси ёки ҳажмининг ошиши билан асоратлар хавфи ортади. Шу муносабат билан бир мартада 5 мл дан кўп бўлмаган миқдорда юбориш тавсия этилади.
Артикаин (ультракаин, убистезин, септанест, альфакаин ва бошқалар)	Катталар учун рухсат этилган максимал доза 12,5 мл ва 4% эритмадан 7 та карпул, 4 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар учун — 5 мг / кг (5 та карпул). Артикаин 1:100000 ва 1:200000 суюлтирилганда вазоконстрикторни ўз ичига олган карпулалар ва флаконларда ишлаб чиқарилади.	Ён таъсири: бош оғриғи, лойқа кўришнинг хиралашиши, гемодинамика ва юрак ритмининг ўртача бузилиши, диплопия, мушакларнинг буришиши, инекция жойида камдан-кам ҳолларда оғриқ ва яллиғланиш реакциялари, аллергик реакциялар.
Бупивакаин гидрохлорид (анекаин, маркаин)	Инфилтратион, ўтказувчан, орқа мия, эпидурал, ретробулбар оғриқсизлантириш, уч шохли нерв шохларини блокада қилиш учун 0,25;	қарши кўрсатмалар: менингит, мия ўсмалари, полиомиелит, интракраниал қон кетиш, гипотензия, юрак

	0,5; 0,75% ли эритма шаклида қўлланилади. Стоматологияда одатда препаратнинг 0,5% ли эритмаси қўлланилади. Бир марталик энг юқори дозаси — 175 мг.	декомпенсацияси, неврологик белгилар билан хавfli анемия, ҳомиладорлик, 12 ёшгача бўлган болаларда. Токсик реакциянинг ривожланиш эҳтимоли туфайли антиаритмик дорилар, бета-адреноблокаторлар, MAO ингибиторлари, антигипертензив дорилар билан биргаликда эҳтиёткорлик билан буюрилади. Ретробулбар оғриқсизлантиришни ўтказишда нафас олиш тўсатдан тўхтатиш мумкин.
Мепивакаин гидрохлориди (мепивастезин, сканданест, скандикаин, карбокаин, мепидонт)	Мепивакаин инфилтратион ва ўтказувчан оғриқсизлантириш учун 2 ва 3%ли эритма шаклида қўлланилади. Бир марталик энг юқори доза 1,8 мл (162 мг) дан 3 та карпула.	Препаратнинг дозасини ҳаддан ташқари ошириш билан ён таъсири тез-тез учрайди. Шу билан бирга, эйфория ривожланиши мумкин, ўзгарувчан депрессия, ютинишнинг ва кўришнинг бузилиши, брадикардия, коллапс, нафас олиш тўхташи, тиришиш.  Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар ва эҳтиёт чоралари: миастения, оғир жигар касаллиги, ҳомиладорлик, порфирия.
Тримекаин гидрохлорид	Стоматологияда инфилтратион ва ўтказувчан оғриқсизлантириш учун 1-2%ли эритма шаклида қўлланилади. Апликацион оғриқсизлантириш учун 2-5% ли эритмалар қўлланилади. 1% эритманинг бир марталик энг юқори дозаси -100 мл, 2% эритма -20 мл.	Ён таъсири: оқариш, бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши, аллергик реакциялар.

[https://pfa.ru/wsapp/images/stories/Diss/info\\_o\\_zash\\_2019/Sabirzyanov/Diss-SabirzyanovDR.pdf](https://pfa.ru/wsapp/images/stories/Diss/info_o_zash_2019/Sabirzyanov/Diss-SabirzyanovDR.pdf)

### АНЕСТЕТИКЛАРНИНГ ТАЪСИРИНИ УЗАЙТИРУВЧИ ПРЕПАРАТЛАР

Ҳозирги вақтда ушбу таъсири узайтирувчилар сифатида қуйидагилар қўлланилади: адреналин гидрохлориди, ноаденалин гидротартрат, левонордефрин, фелипрессин.

Вазоконстрикторларнинг энг машҳурлари адреналин буйрак усти безининг мия қавати гормони ва ноаденалин, адренергик нерв толасидан кўзғалишни эффекторга узатувчи синапсларнинг пуфакчаларида ҳосил бўлади. Кучли симпатомиметик бўлган адреналин ва ноаденалин танага ҳар томонлама таъсир кўрсатади. Бу барча органлар ва тўқималарда жойлашган рецепторлар орқали амалга оширилади.  $\alpha_1$ -рецепторларини стимуляция қилиш тери томирлари, коронар томирлар, буйраклар ва ичакларнинг томирлари сиқилишини, ичак ҳаракати ва тонусининг пасайиши, ошқозон-ичак сфинктерларининг қисқариши, миометрияни келтириб чиқаради.

$\alpha_2$ -адренергик рецепторларнинг қўзғалиши тескари алоқа принтсипига кўра норадреналиннинг чиқарилишини тормозлайди, шунингдек, тромбоцитлар агрегациясини кучайтиради, адреналин  $\alpha_2$ -адренергик рецепторларини, ноадреналин — тизимли таъсирга эга  $\alpha_1$ -адренергик рецепторларни фаоллаштиради.  $\beta_1$ -адренорецепторларнинг қўзғалиши юрак қисқаришларининг частотаси ва кучини оширади, автоматизм ва атриовентрикуляр ўтказувчанликни оширади, гликогенолизни фаоллаштиради, қонда глюкоза миқдорини оширади, липолиз.

$\beta_2$ -адренорецепторлари қўзғатилганда, иннервация қилинган органнинг функцияси сусаяди: скелет мушаклари, жигар ва юрак томирлари кенгайди, бронхлар тонуси, ичакларнинг ҳаракатчанлиги ва тонуси, миёметрия пасаяди. Нейротроп таъсир асосан ноадреналин орқали  $\beta_1$ -адренорецепторлари орқали, айланиб юрувчи адреналиннинг гуморал таъсири эса  $\beta_2$ -адренорецепторлари орқали амалга оширилади.

Бундай кенг қўламли таъсир доираси ёндош касалликларга чалинган беморларда дори-дармонларни қўллашда эҳтиёт бўлишни талаб қилади.

Таркибида адреналин бўлган анестетикни интраорал юборишдан сўнг  $\alpha_1$ -адренергик рецепторларнинг қўзғалиши устунлик қилади ва 30-90 дақиқа давомида маҳаллий вазоконстрикция кузатилади. Аста-секин тўқималарда адреналин концентрацияси пасаяди ва унинг  $\beta$ -адренергик рецепторларга таъсири устунлик қила бошлайди, бу томирларнинг кенгайишига олиб келади, бу 1,5-2 соатгача давом этади. Ноадреналин янада аниқ ва узоқ муддатли вазоконстриктор таъсирини келтириб чиқаради, бундан ташқари, у юрак, бронхлар ва метаболизмга кучсиз таъсир кўрсатади.

Анестетик эритмага қўшилган адреналин ва ноадреналин миқдори 1:100000 дан 1:200000 гача ўзгариши мумкин. Юқори концентрациялар кўпинча асоратларни келтириб чиқаради. Вазоконстрикторнинг оптимал концентрацияси анестетик билан 1:200000 нисбатда эканлиги исботланган (Линдорф Х.Х. 1979).

Вазоконстриктор билан анестетик эритма тайёрлашда 200 мл анестетикга 1 мл адреналин қўшилади ва 1:200 000 суюлтирилади. Концентрацияни 1:10 000 га ошириш беҳушлик чуқурлиги нуқтаи назаридан сезиларли фойда келтирмайди, аммо бу асоратлар хавфини оширади. Эритмага адреналинни мос равишда инсулин шпритс билан мл да дозалаб қўшилади. Тери остига катталар учун адреналиннинг бир марталик энг юқори дозаси — 1 мл, суткалик — 5 мл.

Вазоконстрикторли анестетикларни қўллашга қарши кўрсатмалар: хомиладорлик, лактация даври, олтингугуртга юқори сезувчанлик (айниқса бронхиал астмада), синусли брадикардия, пароксизмал тахикардия, ҳилпилловчи аритмия, ёпик бурчакли глаукома, оғир юрак-қон томир патологияси, тиреотоксикоз, қандли диабет,  $\beta$ -блокаторлар, трициклик антидепрессантлар, MAO ингибиторларини қабул қилиш.

Бундай ҳолларда танланган дорилар мепивакаин ҳосилалари, 4% прилокаин бўлиши мумкин.

Ноадреналин билан анестетикларни қўллаш билан шиллик ости ёки тери ости қатламида некроз ривожланиши мумкин.

Норадреналинни қўллаш фторотан ва циклопропан билан наркозда, тўлиқ атриовентрикуляр блокадада, аниқ атеросклерозда қарши кўрсатмадир.

Левонордефрин — янги вазоконстриктор бўлиб, унинг таъсири кам ўрганилган. Хусусиятлари бўйича у адреналинга ўхшайди ва 1:20000 концентрациясида импорт қилинадиган маҳаллий оғриқсизлантирувчи препаратларда қўлланилади.

Фелипрессин – гипофиз орқа бўлаги гормонининг синтетик аналогидир. Қон томирларининг ва миометриянинг қисқаришига олиб келади.

Ҳақиқий анестетик ва вазоконстрикторга қўшимча равишда, ҳар бир картрижда оғриқсизлантириш билан бевосита боғлиқ бўлмаган бир қатор моддалар мавжуд. Карпула ҳажмини эгаллаган асосий модда натрий хлориднинг изотоник эритмаси бўлиб, унда қолган ингредиентлар эритилади. Сақлаш мақсадида анестетик эритмага антибактериал парабенлар қўшилади, улар одатда дори-дармонлар, тиш пасталари ва бошқаларни ишлаб чиқаришда кенг қўлланилади. Парабенлар

(этил ва метилпарабенлар) анестетикнинг ўзига қараганда кўпроқ аллергия реакцияга олиб келиши мумкин. Антиоксидант (одатда натрий сульфит) вазоконстриктор билан анестетикга қўшилади, бу адреналиннинг оксидланишини олдини олади. Натрий сульфит ҳам аллергия реакцияга олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, уни қўллаш ушбу касаллик тарихи бўлган беморларда бронхиал астма хуружини қўзғатиши мумкин. Етарли сифатга эга эмас шишадан тайёрланган карпулларда оғир металлларнинг тузлари анестетик эритманинг таркибига тарқалади, бу эса беморнинг танасига токсик таъсир кўрсатиши мумкин. Уларни зарарсизлантириш учун эритмага мураккаб бирикма — этилендиамин-тетрасирка кислотанинг (ЭДТА) динарий тузи қўшилади, бу хелатловчи таъсирга эга, оғир ионларни боғлаш имконини беради.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20408748/>

## **СТОМАТОЛОГИЯДА ПОТЕНЦИАЛ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ВА ПРИМЕДИКАЦИЯ.**

Стоматологга ташриф буюришни кутаётган деярли ҳар қандай бемор назоратсиз ташвиш ёки қўрқувни бошдан кечиради. Бу одатда ўтмишда оғриқли даволаниш ёки тишларни олиб ташлашнинг омадсиз тажрибаси билан боғлиқ. Маълумки, қўрқув оғриқ сезувчанлиги чегарасини сезиларли даражада пасайтиради ва оғриқни англаш ва муносабат даражасида тегиниш ҳиссини ҳам оғриққа айлантириши мумкин.

Баъзи эмоционал жиҳатдан ўзгарувчан ва ёндош касалликлардан азият чекадиган шахслар учун қабулни кутиш ва даволанишнинг ўзи баъзида кучли стресс реакциясини келтириб чиқаради, энергия истеъмоли нуктаи назаридан тананинг компенсацион имкониятларидан ошиб кетади. Бу жараёнда лимбик тизим, оралик мия ва эндокрин тизим фаол иштирок этади. Натижада, оғриқли муолажалар қон айланиши ва нафас олишни тартибга солишнинг бузилиши билан тананинг вегетатив реакцияларини ривожланишига олиб келиши мумкин. Буларнинг барчаси стоматологдан инсоннинг психологик статусини тўғри баҳолай олишини талаб қилади.

А.Ф. Бизяев беморларнинг 5 та психо-эмоционал турини клиник белгиларига кўра ажратишни таклиф қилади: 1. **астеник тип (асабий чарчок)**, эмоционал ва вегетатив ўзгарувчанлик, чарчокнинг кучайиши, асабийлашиш билан тавсифланади; 2. **депрессив тип** руҳий тушкунлик, даволаниш натижаларини пессимистик башорат қилиш, сокин овоз, аутизм белгилари билан; 3. **ташвишли тип** нотинчлик, ҳаяжон, қўрқув, тахикардия, тахиапноэ, уйқусизлик билан намоён бўлади; 4. **ипохондрик тип**, кўп сонли шикоятлар, уларнинг батафсил тавсифи, узоқ тушунтиришлари, уларнинг касалликлари ҳақида иложи борича кўпроқ маълумотга эга бўлиш истаги билан; 5. истерик тип, беморнинг эътиборни ўзига жалб қилиш, хушёқшни уйғотиш истаги билан тавсифланади.

Баъзида унинг хатти-ҳаракати театрлаштирилган бўлиб, юз ва бўйин териси қизил доғлар билан қопланади, ҳаво этишмаслиги ҳисси, томоқдаги шиш пайдо бўлади, бу вегетатив реакциянинг бириктирилишини кўрсатади.

Психоэмоционал реакциянинг интенсивлиги: енгил, ўртача ва ривожланган бўлиши мумкин, бу бемор психикасининг компенсацияланган, субкомпенсацияланган ёки декомпенсацияланган ҳолати билан белгиланади. Енгил реакцияда бемор ташвишланади, лекин уни яширишга ҳаракат қилади. Симптомлар доимий эмас ва бу суҳбатда аниқ бўлади. Ўртача реакцияда психо-эмоционал стресс ташқаридан сезиларли бўлади ва беморнинг руҳиятининг муҳим қисмини эгаллайди. Ривожланган реакция беморга қўрқувини бошқаришга имкон бермайди, бу унинг хатти-ҳаракатларини тўлиқ белгилайди.

Шу муносабат билан, бундай беморларнинг барчасида маҳаллий оғриқсизлантириш таъсирини кучайтиришга (потенсирлашга), эмоционал ҳолатни нормаллаштиришга ва вегетатив бузилишлар ривожланишининг олдини олишга қаратилган профилактика чораларини кўришлари керак.

Маҳаллий оғриқсизлантиришни кучайтиришга психологик ва фармакологик воситалар ёрдамида эришиш мумкин.

Психологик тайёргарлик беморлар учун сокин, қулай муҳит яратиш, ходимларнинг дўстона муносабати билан бошланади. Анамнезни тўлиқ йиғиб, беморни текшириб, унинг психо-эмоционал

ҳолатини баҳолагандан, оғриқсизлантириш ва даволаш усулини танлагандан сўнг, шифокор кўрқинчли тафсилотлардан қочиб, беморга оғриқсизлантириш ва даволаниш пайтида бошдан кечириши мумкин бўлган сезгиларининг моҳиятини тушунтиради. Бемор ўзгарган онг, транс (ступор) ҳолатига киритилганда таклифнинг самарадорлиги ортади.

Сўнгги пайтларда транс тушунчаси кенгайди. Бирор киши энгил трансга тушса, бирор нарса ҳақида чуқур ўйлайди, муаммо ёки объектга диққатини қаратади, ҳатто кўзларини юмиб, дам олади.

Ҳаяжон, кўрқув, чўчиш, кутилмаган янгиликлар, қувонч, мусиқа (аудиоанестезия), монотон такрорланадиган товуш ёки ёруғлик, нутқ, калит сўзлар, тасвирлар одамни қарахтлик ҳолатига кириши мумкин. Шу муносабат билан беморни транс ҳолатига киритишнинг кўплаб усуллари мавжуд, улар унинг психотипига қараб танланади. Беморга "оғриқ", "кўрқув", "ташвиш" сўзларини ишлатмасдан оптимистик руҳият берилади. Сиз, масалан, беморга сизнинг ҳаракатларингиз ҳис қилиниши бўйича сартарошнинг ҳаракатларидан фарқ қилмаслигини айтишингиз мумкин, бу унинг руҳиятига тасвирни яратишга ёрдам беради — стрессли вазиятни бошдан кечириш учун ёрдам. Ўзингизнинг қўл ҳаракатларингизни бемор учун мавҳум, ёқимли мавзуда суҳбат билан бирга олиб бориш ва вақти-вақти билан сезилмайдиган тарзда ижобий муносабатда бўлиш тавсия этилади. Агар бир вақтнинг ўзида бемордан кўзларини юмишни сўралса, таклифнинг самарадорлиги ошади. Нафас олиш машқлари яхши тинчлантиради: бурун орқали қисқа нафас олиш ва оғиз орқали секин нафас чиқариш, 2-4 марта.

Психологик тайёргарлик астеник, ипохондрик ва ташвишли шахс турлари бўлган беморларга янада самарали таъсир кўрсатади. Депрессияга учраган беморлар кўпроқ дори воситаларига муҳтож, чунки уларнинг психологик ҳолати уларнинг иродасига бўйсунмайди. Истерик (эгоцентрик) психотип унинг шахсий фазилатларини юқори баҳолашни, ўзига хослигини тан олишни талаб қилади ва бу ишонччи қозониш учун ишлатилиши мумкин, бу эса беморга муваффақиятли психологик таъсир кўрсатишнинг калитидир.

Психологик тайёргарликнинг самараси етарли бўлмаган тақдирда, шунингдек, ёндош патологияси бўлган беморларда препаратни премедикация қилиш мумкин — ҳаяжон, ташвиш ва кўрқувни йўқ қиладиган, вегетатив ва аллергик реакцияларнинг ривожланишига тўсқинлик қиладиган, оғриқ ва операция қилинган тўқималарда яллиғланиш медиаторлари даражасини камайтирадиган.

Энгил даражадаги эмоционал безовталиқда, одатда, беморда седатив (тинчлантирувчи) ҳолатини қўзғатиш кифоя қилади, бунинг учун ўсимлик седативлари қўлланилади, масалан: валерианка дамламаси 60 томчи ёки бир марта 20 мг дан 2-3 таблетка; арслонкуйрук дамламаси 60 томчи; корвалол 30-40 томчи; новопассит 10-15 мг (стоматологик қабулдан 30 дақиқа олдин 1 чой қошиқ) ва бошқалар. Седатив дорилар психо-эмоционал стресс даражасини пасайтиради, аммо уни бутунлай йўқ қилмайди. Улардан фойдаланиш вегетатив нерв тизимининг ҳолатига фойдали таъсир кўрсатади: тахикардия, нафас олиш тезлиги пасаяди, артериал қон босими 10-20 бирлик камайд.

Ўртача реакцияда бу етарли эмас ва транквилизаторлар премедикация режимига киритилади: триоксазин таблеткаси 0,3 г; элениум 0,01 г; мепротан 0,2 г; феназепам 0,25 мг; сибазон 2,5-5 мг; атаракс 10-25 мг; тофизопам 50 мг; мидазолам 7,5-15 мг.

Транквилизаторлар оралик мия ядролари, мия стволининг ретикуляр тўри, лимбик тизимни тормозланишини чақиради, бу ерда эмоционал реакциялар ва вегетатив функцияларни тартибга солади, ташвиш, кўрқув, ҳаяжонни сусайтиради, тананинг стрессга симпатoadренал реакциясини туширади (артериал босим, пульс), уйқучанликка олиб келади. Амбулатор қабул шароитида транквилизаторларнинг гипнотик таъсири исталмаган, чунки бу беморни операциядан кейинги даврда жойлаштиришда қўшимча қийинчиликларни келтириб чиқаради. Энг юмшоқ транквилизаторлардан мепротан (мепробамат), триоксазин бўлиб, улар минимал гипнотик таъсирга эга.

Антигистамин, седатив, анксиолитик, бронходилататор, антихолинэстераз, энгил амнестик таъсирга эга бўлган гидроксизин (атаракс) деярли уйқучанлик олиб келмайди. Мидазолам (дормикум) нисбатан қисқа муддатли таъсирга эга (1,5-3 соат). Уни премедикация учун битта анестетик

шпритсда юқори премолярлар худудида ўтув бурмасининг шиллиқ қавати остига юбориш мумкин, бу ерда у тез сўрилганлиги ҳисобига препаратни томир ичига юборишга тенглаштиради.

Адашган нерв таъсири туфайли брадикардия, гиперсаливация ривожланганда антихолинергик (атропин 0,1% — 0,5-1,0 мл; метацин 0,1% — 1,0 мл; скополамин 0,1% — 1,0 мл) тери остига, мушак ичига ёки томир ичига юбориш мумкин.

Аллергик реакция ривожланишини олдини олиш учун амбулатор шароитдаги премедикация режимига антигистамин препаратларни (димедрол 30 мг, диазолин 50 мг, супрастин 25 мг, тавегил 1 мг, сетрин 10 мг, кларитин 10 мг ва бошқалар) бир марта юбориш мумкин.

Операциядан кейинги даврда оғриқсизлантириш мақсадида премедикацияга нонаркотик анальгетик (кеторол, кетанов 10 мг, нисе 0,1-0,2 г, нимесил 100 мг) киради.

Беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, премедикациянинг кўплаб турли схемалари мавжуд. Уларнинг тўғри танлови шифокорнинг малакаси билан белгиланади.

Поликлиника шароитида транквилизатордан фойдалангандан сўнг беморга тикланиш учун вақт керак бўлишини ёддан чиқармаслик керак. Уни ҳамроҳлик қилувчи шахссиз қўйиб юбориш мумкин эмас.

Премедикациянинг классик схемаси стационар шароитда анестезиолог томонидан уч босқичда амалга оширилади. Биринчи босқич операциядан олдин кечкурун амалга оширилади ва тайинлашни ўз ичига олади: уйку таблеткалари (барбитуратлар), транквилизатор (диазепам, нозепам), антигистамин препаратлар. Иккинчи босқич операциядан 3 соат олдин, кўпинча эрталаб соат 7 да амалга оширилади. Бунда транквилизатор ёки нейрорептик ва антигистамин қўлланилади. Учинчи босқичда, операциядан 40 минут олдин, транквилизаторга холинолитик (тахикардия бўлмаса) ва кўрсатмаларга кўра, наркотик анальгетикни (дипидолор) қўшиш керак. Учинчи босқичнинг таркиби жарроҳлик жароҳатида яллиғланиш медиаторлари ишлаб чиқарилишини камайтириш учун ностероид яллиғланишга қарши препаратларни ўз ичига олиши мумкин, бу эса операциядан кейинги даврни енгиллаштиради.

Агар ёндош касаллик билан оғриган беморнинг даволанишни нормал қабул қилиш қобилиятига шубҳа туғилса, тегишли мутахассис билан маслаҳатлашиш зарур. Фавқулудда кўрсаткичлар билан даволаш аралашув хавфи даражаси оширади. Ҳар хил турдаги касалликларга чалинган беморларда премедикация схемалари фарқ қилиши мумкин.

<https://studfile.net/preview/9714423/page:4/>

### **Фойдаланилган адабиётларнинг рўйхати:**

1. М.И Азимов жарроҳлик стоматология пропедевтикаси. Дарслик Тошкент. 2009. 248 б.
2. Анестезиология и реаниматология: учебник/ под ред. О. А. Долиной.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 576 с.
3. Беляевский А.Д., Монченко Г.Д. Очерки по истории анестезиологии (фрагмент монографии) // Вестник интенсивной терапии. – 1999. — № 2.- С. 82-83.
4. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика, / Под ред.А.М.Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 752 с.
5. Верлоцкий АЕ. Хирургическая стоматология (практическое руководство).- М.: ГИМЛ, 1960. – 343 с.
6. Гольпяпина И. А. Неотложная терапия критических состояний на догоспитальном этапе. Учебное пособие.- Ставрополь Издательский центр «Фабула», 2012г.-148с.
7. Грицук С.Ф. Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 240 с.

8. Грицук С.Ф. Анестезия в стоматологии. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 1998. – 304 с.
9. Золотко Ю.А. Атлас топографической анатомии человека. Часть 1/ Голова и шея/. – М.; Медицина, 1964. - 214 с.
10. Зорян Е.В. Ошибки и осложнения при проведении местной анестезии в стоматологии (Проблемы и решения). Часть 1/ Е.В.Зорян, С.А Рабинович, Е.Г. Матвеева: Практическое руководство для врачей – стоматологов. – М.: МГМСУ, 2007.- 90 с.
11. Кржечковская В.В. Лекарственные средства в анестезиологии. Местные анестетики. / Кржечковская В.В., Вахтангишвили Р.Ш. – Ростов н/д: Феликс, 2006. – 192 с. (Медицина для вас).
12. Малрой М. Местная анестезия: иллюстрированное практическое руководство. /М.Малрой; Пер. с английского С.А.Панфилова. Под ред. проф. С.И. Емельянова, 3-е изд.- М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2013.- 301 с.
13. Махаллий о фиксизлантириш в амбулаторной стоматологии/Ю.Г. Кононенко, Н.М. Рожко, Г.П. Рузин.- Москва: - Издательство « Книга плюс», 2004. 352 с.
14. Махаллий о фиксизлантириш в хирургической стоматологии. Учебное пособие / Под ред. д. м. н. Осипяна Э. М. – Ставрополь: СтГМА. 2007.- 128 с.
15. Методические рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского Совета по реанимации, 2005 г. М., 2008. – 320 с.
16. <https://elib.pnzgu.ru/files/eb/toij5E1uOeNn.pdf>
17. <https://studfile.net/preview/5752296/page:26/>
18. <https://studfile.net/preview/9714423/page:4/>
19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20408748/>
20. [https://pfa.ru/wsapp/images/stories/Diss/info\\_o\\_zash\\_2019/Sabirzyanov/Diss-SabirzyanovDR.pdf](https://pfa.ru/wsapp/images/stories/Diss/info_o_zash_2019/Sabirzyanov/Diss-SabirzyanovDR.pdf)
21. <https://milliytibbiyot.uz/uchebnoe-posobie/>
22. <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib445.pdf>
23. <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/36184/978-985-21-1126-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. <https://elib.pnzgu.ru/files/eb/toij5E1uOeNn.pdf>
25. <https://studfile.net/preview/5135477/page:9/>
26. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/Стоматология/-Местное%20обезболивание%20в%20стоматологии%20Убайдов.pdf>
27. <https://dspace.kpfu.ru/xmlui/bitstream/handle/net/32638/metod.pdf?sequence=1>
28. <https://medlec.org/lek3-102601.html>
29. <https://helpiks.org/2-22737.html>
30. <https://api.ziyonet.uz/uploads/books/459675/5baf395424af8.pdf>
31. <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/3023/Местные%20%20осложнения%20%20при%20%20опрождении%20%20местной%20%20инъекционной%20%20анестезии.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШНИ ЎТКАЗИШ БЎЙИЧА  
ТИББИЙ АРАЛАШУВ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**Тошкент 2025**

## 1. Кириш:

1) код(лар) K10.0

Код	
Z 41.8; Z 51.5	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12554">https://mkb-10.com/index.php?pid=12554</a> маҳаллий оғриқсизлантириш
QC72; QC10	<a href="https://mkb-11.com">https://mkb-11.com</a>

**Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2027 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** Тошкент давлат стоматология институти (ТДСИ)

**Қуйидагилар клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ёрдам берди:**

Жараёни ташкил этиш учун стоматология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1. **Ҳайдаров Н.К.** – ТДСИ ректори, профессор
2. **Баймаков С.Р.** – ТДСИ ўқув ишлари бўйича проректори, профессор
3. **Ахмедов С.П.** – ТДСИ тиббий ишлар бўйича проректори

**Муаллифлар рўхати:**

**Хасанов А.И.** – ТДСИ болалар юз-жағ жарроҳлиги кафедраси доценти.

**Азимов А.М.** – ТДСИ “жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси мудир, доцент.

**Садикова Х.К** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси доценти.

**Хомидов М.А.** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси

**Аслонова Г.Б.** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси

**Такризчилар:**

**Абдуқодиров А.А.** Профессор, жарроҳлик стоматология кафедраси мудир Тиббиёт ходимлари касбий малака ошириш маркази мудир ( ТТХКМПМ )

**Шукпаров А. Б., т.ф.д.,** Жанубий Қозоғистон тиббиёт Академиясининг жарроҳлик ва ортопедик стоматология кафедраси мудир.

Клиник баённома Олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон стоматология ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари ва вилоятлар бош стоматологлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди. Стоматология хизмати тизими муассасалари онлайн форматда 2023 йил 7 апрелдаги №2-сонли баённома.

**Ишчи гуруҳ раҳбари – тиббиёт фанлари доктори Хасанов А.И ТДСИ**

Техник кўриб чиқиш ва таҳрирлаш:

- 1.
- 2...

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси :

- 1.
- 2.
- 3..

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги дори сиёсати бошқармаси мутахассисларининг эксперт баҳоси :

- 1.
- 2..

Ўзбекистон Республикаси Вазирлиги ҳузуридаги Тиббий суғурта агентлиги мутахассисларининг эксперт баҳоси :

- 1.
- 2.
- 3..

Ушбу клиник протокол ва стандарт вазир ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори Ф.Р. Шарипов, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.Қ.Алмарданов , Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори. С.А. Убайдуллаева, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бош мутахассислари Ш.Р.Нуримов , С.К.Усмонов ва Г.Т.Жумаева ташкилий ва услубий ёрдамида ишлаб чиқилди. .

**Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти амалий соғлиқни сақлаш сектори вакиллари билан биргаликда клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалиётда қўлланилиши баҳоланди.**

Амалий шифокорлар:

- 1.
- 2.
- 3..

#### Қисқартмалар рўйхати

ТДСИ	Тошкент давлат стоматология институти
ТТХКМПМ	Тошкент тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази

Ушбу оғрикисизлантириш протоколи фойдаланувчилари ;

1. Юз-жағ жарроҳи;
2. Жарроҳ стоматолог;
3. Умумий стоматолог;
4. Шошинч ва шошинч тиббий ёрдам шифокорлари;
5. Лаборатория шифокорлари;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Тиббиёт олий ўқув юртларининг талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, аспирантлари, ўқитувчилари;

**Беморларнинг тоифалари:** Юз-жағ соҳаси касалликлари билан оғриган беморлар

1-жадвал

#### 9) Ишончлилик даражасининг шкаласи:

**Ташхисот усулларини асословчи далилларнинг ишончлилик даражасини баҳоловчи шкала (ташхисий ёндашув)**

ДИД	Таърифи
1	Назоратли референц усул ёки мета-анализ қўллаш ёрдамида тизимли рандомизацияланган клиник тадқиқотли тизимли шарҳлар.
2	Мета анализ қўллаш ёрдамида алоҳида назоратли референц усулли тадқиқот ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқот ва рандомизацияланган клиник текширувларсиз ҳар қандай дизайнли тадқиқот тизимли шарҳлар

3	Навбатсиз референц усулли тадқиқот ёки изланиш усулига боғлиқ референцли тадқиқот ёки рандомизацияланмаган таққослаш тадқиқоти, шу жумладан когорт тадқиқоти
4	Қиёсланмайдиган тадқиқот, клиник ҳолатнинг шархи
5	Таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар ёки экспертлар хулосаси келтирилган

**Профилактика, даволаш, реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

ДИД	Таърифи
1	Мета-тахлилни қўллаш ёрдамида РНТ тизимли шарх
2	Алоҳида РНТ ва мета-тахлилни қўлланиш йўли билан РНТдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тизимли шарх
3	Рандомизацияланмаган қиёсий текширувлар, шунингдек когорт текширув усуллари
4	Қиёсланмайдиган ҳолатлар, клиник ҳолатни шархлаш ёки ходисанинг бир қисми, “ходиса-назорат” текшируви
5	Фақат ёндашувлар таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар (клиникагача бўлган текширувлар) ёки экспертлар хулосаси

**Профилактика, ташхисот, даволаш, реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

ТИД	Таснифи
А	Кучли тавсия (ҳамма кўриладиган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим, ҳамма текширув усуллари юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларни хулосалари қониқарли ёки юқори сифатли, қизиқтирган оқибатлари бўйича уларнинг хулосалари келишилган)
Б	Шартли тавсиянома (ҳамма кўриладиган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари қониқарли ёки юқори услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтирган оқибатлари бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (юқори сифатли ишончлиликнинг йўқлиги, ҳамма кўриладиган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибатлари) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари паст методологик сифатга эга ва уларнинг хулосалари қизиқтирган оқибатлари бўйича келишилмаган)

**1.АСОСИЙ ҚИСМ**

**ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ АЛГОРИТМИ**

- 1) Юза анестезия: музлатиш, аппликацион, суртиш,
- 2) Инфилтрацион: шиллик, интрапульпар, интраоссал, интрасептал, интралигаментал
- 3) Юқори жағ учун ўказувчан: инфраорбитал, туберал, инсизуал, палатинал.
- 4) Пастги жағ учун ўтказувчан: мандибуляр, торусал, ментал,
- 5) Жарроҳлик аралашувини ўтказишга қўйиладиган талаблар: жарроҳлик аралашувни ўтказиш шартлари тавсифланади (хавфсизлик чораларига, санитария ва эпидемияга қарши режимга риоя қилиш талаблари), асбоб-ускуналар, сарф материаллари, дори-дармонларга қўйиладиган талаблар;

Стоматология поликлиникаси Жарроҳлик стоматология бўлими (хона) учун жиҳозлаш стандарти.

Н	Исм Оғриқсизлантириш учун.	Миқдори, дона.
1.	стоматологик кресло	Икки сменали иш вақтида 2 та шифокор лавозимига 1 та
2.	Бир марта ишлатиладиган маҳсулотлар:	сўров бўйича; талабда

	- шприслар ва Инъекция игналари, - турли хил скалпеллар, - ниқоблар, - текширув, диагностика, жарроҳлик қўлқоплари, - беморлар учун қоғоз кўкрак ёпинчиклари, - идишдаги қўл сочиқлари, - санитария салфеткалари, - тиббиёт ходимлари учун тиббий ички кийим, - боғлам материаллари, - сўлакторткичлар, - пластик кўзойнақлар	
3.	бактерицид чироқ (нурлаштирувчи) бинолар учун	сўров бўйича; талабда
4.	Бино учун мобил бактерицид чироқ (нурлаштирувчи).	сўров бўйича; талабда
5.	Шифокорлар учун бинокуляр	сўров бўйича ҳар бир хона учун камида 1 та
6.	Оғиз бўшлиғини текшириш учун асбоблар тўплами (асосий): - тиббий стоматологик патнис, - стоматологик ойна, - бурчакли тиш зонди, - стоматологик пинсет, - стоматологик экскаваторлар, - кенг икки томонлама силлиқлагич.	сўров бўйича; талабда
7.	Стоматологик стол	1 шифокорнинг иш жойига
8.	Шифокор столи	1 шифокорнинг иш жойига
9.	Ёрдамчи учун тиббий стул	Ҳар бир ёрдамчининг иш жойи учун 1 та
10.	тиш шифокори учун стул	1 шифокорнинг иш жойига
11.	Сарф материалларини сақлаш учун тиббий шкаф	ҳар бир хона учун камида 1 та
12.	Дори-дармонлар учун тиббий шкаф	ҳар бир хона учун камида 1 та
13.	Тиббий кийим ва чойшаб учун шкаф	сўров бўйича; талабда
14.	Узоқ муддатли инфузиялар учун тиббий стенд	Ҳар бир хона учун 1 дона
15.	Стоматология учун сарфланадиган материаллар ва дорилар: - доривор, - анестетик, - антисептиклар	сўров бўйича; талабда

#### Қўшимча Ассортимент:

1. Бир марта ишлатиладиган шпател
2. Дезинфекцияловчи салфеткалар
3. Беморнинг фартуги
4. Стандарт пахта роликлари

Америка ва Европа системалари ўлчамларида игна маркировкалари

Игнанинг параметрлари	«Европа системаси»	«Америка системаси»
Узунлик	8 мм	5/16"
	10 мм	3/8"
	12 мм	1/2"
	16 мм	5/8"

	21 мм	13/16"
	25 мм	1"
	35 мм	13/8"
Диаметр	0,3 мм	30 Г
	0,4 мм	27 Г
	0,5 мм	25 Г

## 2. ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШНИ ҲТКАЗИШДА УМУММИЙ ЁНДАШУВ

### Усуллари, ёндашувлари

- 1) муолажа ёки аралашувнинг мақсади;
- 2) муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар;
- 3) оғриқсизлантиришнинг барча турдаги муолажалари
- 4) муолажа ёки аралашувни амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар;
- 5) муолажа ёки аралашувга тайёргарлик жараёнида асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати (алоҳида рўйхат: асосий( мажбурий) ва қўшимча текширувлар, имтиҳон натижаларини талқин қилиш); Амбулатор-поликлиник диагностикага тегишли талаблар
- 6) Юқори жағ учун
- 7)Пастки жағ учун

### 2.1. СТОМАТОЛОГИЯДА ҚўЛЛАНИЛАДИГАН ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШНИНГ ИНЕКЦИОН ВА НОИНЕКЦИОН УСУЛЛАРИ

**Ноинекцион оғриқсизлантириш** – бу анестетикларни юборишда тўқималарнинг шикастланиши кузатилмайдиган усуллардир. Ноинекцион маҳаллий оғриқсизлантириш учун физик (совутиш, босим), кимёвий (анестетик), физик-кимёвий (электро-, ультрафоно-, магнитофорез) усуллар қўлланилади.

**Совутиш**нинг оғриқсизлантирувчи таъсири узоқ вақтдан бери маълум. Бу тўқималарда метаболизм даражасини тормозлаш туфайли рецепторларнинг қўзғалувчанлигининг пасайишига асосланган. Бу оғриқ рецепторларидан оғриқ импульсларининг тарқалишини олдини олади. Ҳозирги вақтда хлоретил оғриқни йўқотиш учун совутиш орқали ишлатилади, у +12-13 даража ҳароратда буғланади, -35 даражага қадар совийди. Препарат шиша колбада герметик ёпилган бўлиб, унинг бир учидан шиша капиллярни синдириш орқали фаоллаштирилади. Капиллярдан келадиган оқим 30 см масофадан терининг оғриқсизлантириладиган жойига йўналтирилади. Бу жойдаги тери совук билан қопланади ва оғриқсизлантириш дарҳол пайдо бўлади ва 2-3 дақиқа давом этади. Бу усул игна киритилишида юзаки оғриқсизлантириш, аниқ флукутация билан юзаки абсцесларни кесиш, абсцесланган фурункулар, каналарни олиб ташлаш, спорт жароҳатлари учун ишлатилади.

**Босим** билан оғриқсизлантириш энг қадимий усуллардан биридир. Кўп одамлар оғриқни бошдан кечирганда, қўлларини оғриқли жойга босадилар, бу эса ўртача енгиллик келтиради. Терига ёки шиллик қаватга бўсаға ости кучи билан оғриқ стимулини қўлланганда, механик таъсир билан мия ярим шарлари пўстлоғида оғриқли худуднинг проэкциясини қоплайдиган қўзғалиш зонаси пайдо бўлади. Оғриқ импульслари яримшарлар пўстлоғининг аллақачон қўзғалган майдонига киради, бу эса оғриқ ҳиссини юмшатади. Кортикал нейронлар тери ёки шиллик қаватдаги доимий босимга тезда мослашиши сабабли, бу усул биринчи оғриқ босқичида энг самарали ҳисобланади. Стоматологияда оғриқсиз тарзда игнани киритиш учун босимли оғриқсизлантириш қўлланилади ва аппликацион медикоментоз оғриқсизлантиришга муқобил ҳисобланади. Ушбу усулни амалга ошириш учун игна инекция жойи яқинидаги тўқима бўлагини бармоқ ёки бирон бир асбоб билан босиш кифоя. Босимнинг интенсивлиги беморнинг оғриқ чегарасига яқин бўлиши керак. Таъсир доирасини кенгайтириш оғриқсизлантирувчи эффектни кучайтиради. Таъсир механизмига кўра, босим билан оғриқсизлантириш умумий оғриқсизлантириш усулларига киради.

**Кимёвий ноинекцион оғриқсизлантириш** оғриқсизлантиришнинг юзаки усуллари киради ва апликация усули билан амалга оширилади.

**Апликацион оғриқсизлантириш** анестетикнинг тўқималарга бузилмаган тери ёки шиллик қават орқали 2-5 мм чуқурликгача кириб боришига, рецепторлар ва периферик нерв толаларини блоклаганга асосланган. Оғриқсизлантириш техникаси оғриқсизлантириш ўтказиладиган юзага анестетикни ўз ичига олган эритма, гель, плёнка, малҳам ёки аэрозолни қўллашдан иборат. Анестетикни қўллашнинг сезиларли токсиклигини ҳисобга олган ҳолда, уларнинг ҳар бирининг таъсир қилиш муддати, ишлатиш бўйича кўрсатмаларга қатъий риоя қилиши керак. Препаратни қўллашнинг бундай усулларида фойдаланиш афзалки, дозанинг ортиб кетишини келтириб чиқармайди (плёнка, кичик пахта болишчаси). Сувда эрувчан дорилар (пиромекаин, дикаин) бошқаларга қараганда тезроқ сўрилади, бу эса дозани ошириб юбориш эҳтимолини оширади. Ёғда эрийдиган дорилар секинроқ сўрилади.

Апликацион оғриқсизлантиришдан фойдаланиш учун кўрсатма игна инекцияси, сут ёки юқори ҳаракатчан доимий тишларни олиб ташлаш, шиллик ости, периодонтал абсесс, оғиз шиллик қаватини очиш ҳисобланади.

Усулни қўллашга қарши кўрсатмалар: маҳаллий анестетикга аллергия, оғир жигар ва буйрак касалликлари, гипотония, миастения, режалаштирилган оғриқсизлантириш соҳасида тери ёки шиллик қаватдаги патологик жараёнлар.

**Маҳаллий оғриқсизлантиришнинг физик-кимёвий усуллари** электро-, ультрафоно-, магнетофорез ёрдамида тўқималарга анестетикни киритишдан иборат.

Электрофорез пайтида анестетик билан намланган дока оғриқсизлантириш ўтказиладиган юзага қўйилади. Унинг устига гидрофил ёстик, сўнгра анод электроди қўйилади. Катод кураклараро соҳага ёки билакка жойлаштирилади. Электр қуввати субъектив ҳис-туйғуларга кўра танланади, 15-20 мА орасида.

Таъсир қилиш муддати — 30 дақиқа. Усулни қўллаш учун кўрсатма юз-жағ соҳасида оғриқ синдромини йўқ қилишдир.

Бошқа физик-кимёвий усуллар ультратовуш ва магнит майдонни тўқималарда анестетик ионларнинг ўтказувчиси сифатида ишлатишга асосланган.

**Анестезиянинг инекцион усуллари** — бу игна ёки юқори босимли анестетик реактив билан тери ёки шиллик қаватнинг шикастланиши билан қўлланиладиган усуллар. Оғриқсизлантиришнинг инекцион усуллари шпритс ва игна ёки игнасиз инектор ёрдамида тўқималарга анестетикни киритишни ўз ичига олади.

Оғриқсизлантиришнинг асосий (инфильтрацион, ўтказувчан) ва қўшимча (интралигаментар, интрасептал, субпериостал, интрапулпар) инекцион усуллари мавжуд. Инфильтрацион оғриқсизлантириш оғриқли манипуляция олиб боориш режалаштирилган тўқималарга анестетик сингдиришдан иборат. Яратилган деподан атрофдаги тўқималарга тарқаладиган анестетик жарроҳлик майдонининг нерв чигаллари, толалари ва рецепторларини блоклайди.

**Тўғридан-тўғри инфильтрацион оғриқсизлантириш** бевосита жарроҳлик соҳаси тўқималарига анестетик сингдиришга асосланган ва юз, бўйин ва оғиз бўшлиғининг юмшоқ тўқималари операцияларида қўлланилади. Бундай оғриқсизлантиришни ўтказиш учун тўқималар операциядан олдин ёки операция давомида қатлам-қатлам инфильтрация қилинади: тери ёки шиллик қават, тери ости клечаткаси ёки шиллик ости қатлами, фасциал қатламлар ва мушаклар. Бунинг учун паст концентрацияли анестетик қўлланилади — 0,25 — 0,5 — 1%, бу сизга операция вақтида препаратнинг катта ҳажмини киритиш имконини беради.

**Тўғридан-тўғри қатламли инфильтрацион оғриқсизлантириш усули** А. В. Вишневский томонидан таклиф қилинган. Терининг антисептик билан ишловидан сўнг, терига ингичка игна билан инекция қилинади, игна терига эгилиб, ўткир бурчак остида жойлаштирилади. Эритма аста-

секин жўнатилади, игнани бир хил чуқурликда олдинга силжитилади ва тавсия этилган кесма бўйлаб лимон пўстлоғига ўхшаш тугун ҳосил қилади. Кейин игна теридан чиқармасдан инекция жойига қайтарилади ва тери ости тўқималарига ботирилади, худди шу тарзда инфильтрация қилинади. Агар чуқурроқ жойлашган шаклланмаларни оғриқсизлантириш керак бўлса, игна қалинроғига алмаштирилади. Кесилган соҳада тўқималар инфильтрациясидан сўнг, жарроҳлик майдонининг барча тўқималарини оғриқсизлантириш учун диагонали кесма чизиғи бўлган ҳаёлий ромбнинг ён томонлари бўйлаб анестетик инекция қилинади. Қаттиқ тўқималарнинг инфильтрацияси нафақат оғриқсизлантиришнинг ривожланишини, балки уларнинг гидропрепарациясини ҳам таъминлайди, бу эса жарроҳнинг ишини осонлаштиради. Агар чуқурроқ тўқималарни оғриқсизлантириш керак бўлса, игна фасция остига киритилади, бу мушаклар ёки нейроваскуляр тўпламлар учун фасциал қобикларни ҳосил қилади ва уларга анестетикни сингдиради. Оғиз бўшлиғида тўғридан-тўғри инфильтрацион оғриқсизлантириш ўтказилаётганда худди шундай тартиб қўлланилади. Бошида шиллик қаватга, кейин шиллик ости қаватига оғриқсизлантириш амалга оширилади. Шиллик қават оғриқсизлантиришига муқобил — бу тўқималарнинг механик шикастланиши кузатилмайдиган аппликацион оғриқсизлантиришдир.

**Билвосита инфильтрацион оғриқсизлантириш** юқори жағнинг альвеоляр ўсиғида ва пастки жағнинг олд қисмидаги тишлар чигалидан блоклаш учун ишлатилади. Бундай ҳолда, тўғридан-тўғри оғриқсизлантиришдан кўра юқори концентрацияли анестетиклар қўлланилади. Оғриқсизлантириш препаратнинг шиллик ости қаватдан альвеоляр чигал ётадиган ғовак суякнинг қалинли бўйлаб тарқалиши натижасида юзага келади.

Билвосита анестезиянинг самарадорлиги анестетикнинг диффузия қобилиятига, унинг ҳажмига (камроқ даражада), контсентрациясига (кўпроқ даражада), кортикал пластинканинг қалинлиги ва зичлигига боғлиқ. Альвеоляр ўсиқнинг қалин кортикал пластинка мавжуд бўлган жойларида (пастки жағнинг ташқи қия чизиғи — пастки мойларлар ҳудудида ва юқори жағдаги яноқ-альвеоляр қирраси — биринчи молярлар ҳудудида), одатда инфильтрацион оғриқсизлантириш, мустақил шаклда етарли даражада самарали эмас. Шунинг учун, бу соҳаларда манипуляция учун ўтказувчан оғриқсизлантириш қўлланилади.

Билвосита инфильтрацион оғриқсизлантиришни ўтказишда милк-шиллик қават чизиғи (ўтув бурмаси) игна инекцияси учун мўлжал сифатида ишлатилади, бу юқори жағнинг альвеоляр ўсиғида вестибуляр томондан ва иккала томондан пастки жағнинг альвеоляр ўсиғида аниқ кўринади. Ўтув бурмаси – бу бириккан милкнинг бирикмаган милкка ўтиш жойи бўлиб, шиллик ости қаватига эга ва милк қирғоғига параллель жойлашган. Билвосита инфильтрацион оғриқсизлантириш учун игна горизонталь, тиш қаторига параллель ёки тиш ўқи бўйлаб вертикал равишда жойлаштирилиши мумкин. Одатда узунлиги 16-25 мм ва диаметри 0,3-0,4 мм бўлган игна ишлатилади. Игнанинг кесик юзаси суяк томон йўналтирилиши керак. Игнанинг горизонталь ҳолатида инекция ўтув бурмасидан 0,5-1,0 см орқага чекиниб ва олиб ташланадиган тишга медиал йўл билан амалга оширилади, шунда игна учи шиллик ости қаватда анестетик депоси яратиладиган илдиз чўққисининг проэкциясида тўхтайдди. Игнани олдинга силжитишда, унинг периост остига тушмаслиги ёки юмшоқ тўқималарга тушмаслиги учун эҳтиёт бўлиш керак. Тиш тожининг узунлигининг икки бараварини унинг илдизи проэкциясига ҳаёлий равишда кўчириб, илдиз чўққисининг проэкциясини аниқлашингиз мумкин.

**Субпериостал оғриқсизлантириш** ўзига хос инфильтрацион оғриқсизлантириш тури бўлиб, лекин анестетик оғриқсизлантириш ўтказилган тишнинг илдиз чўққисининг проэкциясида 16 мм узунликдаги ингичка игна билан периост остида, у ердан тиш нерв чигалига кириб бориши билан фарқланади. Қўлланиладиган анестетик миқдори 0,3 мл дан ошмаслиги керак.

Самарадорлик нуқтаи назаридан у инфильтрацион оғриқсизлантиришдан устундир ва ўткир пульпитни даволашда кўпроқ қўлланилади. Субпериостал оғриқсизлантириш оғриқли бўлиб, периостнинг ажралиши кейинчалик йиринглаши мумкин бўлган гематома шаклланиши билан бирга келади. Шунингдек оғриқсизлантиришнинг камчилиги, инекциядан кейинги оғриқлар эҳтимоли ҳисобланади. Шу туфайли, шунингдек, бозорда юқори анестетик фаолликка эга бўлган янги авлод

анестетикларнинг пайдо бўлиши билан, ҳозирги вақтда субпериостал оғриқсизлантириш кенг қўлланилмайди.

Инфльтрацион усулларга интралигаментар ва интраоссал оғриқсизлантириш ҳам киради.

**Интралигаментар оғриқсизлантиришда** анестетик тўғридан-тўғри тишнинг периодонтига маълум бир босим остида инекция қилинади. Поршенга катта босим бериш билан тиш пульпаси, периодонт ва суяк илиги бўшлиқлари ва озгина босим бериш билан фақат милк ва милк қирғоғидаги периост оғриқсизлантирилади.

Интралигаментар оғриқсизлантириш учун эритманинг киритилишини дозаловчи, ўрнатилган редуктор туфайли юқори босимни ҳосил қилиши мумкин бўлган махсус шпритслар қўлланилади (0,06 мл дан ошмаслиги керак). Интралигаментар оғриқсизлантириш ташқи диаметри 0,3 мм бўлган қисқа игна (8 — 12 мм) билан амалга оширилади. 1,7-1,8 мл ҳажмдаги анестетик ва вазоконстриктор билан карпулаларни қўлланг.

Интралигаментар оғриқсизлантириш бошқа оғриқсизлантириш усулларида афзалликларга эга: оғриқсиз; процедурадан 1 дақиқа ўтгач таъсири намоён бўлади; юқори самарали; препаратнинг минимал дозаси туфайли паст токсиклик; 20-30 дақиқа давом этади, инфльтрацион ва ўтказувчан оғриқсизлантиришга хос бўлган ён нокулайлик ва асоратларни келтириб чиқармайди.

Интралигаментар оғриқсизлантириш учун кўрсатмалар тишни олиб ташлаш, даволаш, чархлаш бўлиши мумкин.

Оғриқсизлантиришдан олдин оғиз бўшлиғи гигиенасини кўриқдан ўтказиш, тишнинг ўзи ва унинг циркуляр боғламига эҳтиёткорлик билан ишлов бериш керак. Инекция тиш ўқиға нисбатан 30° бурчак остида милк эгатиға амалға оширилади, игнанинг кесмаси илдизға қараган бўлиши керак. Игна тўхтагунча 1-3 мм олдинға силжийди. Шундан сўнг шпритнинг поршениға 7 сония давомида босим берилади. Ҳар бир илдизға медиал ва дистал томондан бир ёки иккита инекция керак бўлади. Жами 0,18 мл инекция қилинади. Бир илдизли тишни оғриқсизлантириш учун 0,2 мл, икки илдизли тишға — 0,24-0,36 мл, уч илдизли тишға — 0,36-0,54 мл анестетик етарли. Оғриқсизлантириш таъсири 15-45 сония ичида юзаға келади.

Периодонт ва парадонтдаги ўткир йирингли жараёнлар, эндокардитда интралигаментар оғриқсизлантириш қарши кўрсатмадир.

Интрасептал оғриқсизлантириш интраоссал оғриқсизлантиришнинг бир тури бўлиб, унда анестетик тўғридан-тўғри суяк илиги бўшлиқларига юборилади. Интрасептал оғриқсизлантириш ўтказишда таъсир нафақат нерв чигалларини анестетик билан блокада қилишға, балки муваффақиятли оғриқсизлантиришнинг белгиси бўлган шиллиқ қаватнинг оқариши билан намоён бўладиган тўқималар ишемиясига ҳам асосланган.

Анестетик 27 мм узунликдаги игна билан қўшни тишлар орасидаги интердентал тўсиққа инекция қилинади. Игнани суяк тўсиғидаги инекция қилиш жойи тишлар орасидаги масофанинг ўртасига тўғри келади, у милк қирғоғидан 2-4 мм чуқурроқ жойлашган. Периодонтда тўсиқнинг чуқурлиги рентгенограмма билан аниқланади. Инъекция шиллиқ қават юзасига 90 градус бурчак остида амалға оширилади, 0,2 мл анестетик юборилади, сўнгра игна суякка 1-2 мм чуқурликда киритилади ва 0,2-0,4 мл анестетик инекция қилинади. Оғриқсизлантириш дарҳол содир бўлади. Интрасептал оғриқсизлантириш лаҳтакли операцияларда, оғиз бўшлиғи вестибулопластикаси, тишларни олиб ташлаш, майда ҳосилалар, шунингдек терапевтик ва ортопедик манипуляциялар учун ишлатилади.

**Интрапульпал ва интраканал оғриқсизлантириш** бошқа турдаги маҳаллий оғриқсизлантиришнинг самарасизлигида тиш пульпасини тўғридан-тўғри оғриқсизлантириш учун ишлатилади. Ушбу турдаги оғриқсизлантириш ўтказиш учун ҳолат — тиш бўшлиғида тешилиши ҳисобланади. Интраканал оғриқсизлантириш, агар бошқа усуллар билан тўлиқ оғриқсизлантиришға эришиш мумкин бўлмаса, пульпитни даволашда илдиз пульпасининг экстирпацияси учун, ушбу оғриқсизлантириш ишлатилади. Оғриқсизлантириш учун ингичка игна ишлатилади. Оғриқсизлантириш дарҳол содир бўлади.

Маҳаллий оғриқсизлантиришнинг инекцион усуллариға, шунингдек, ўтказувчан оғриқсизлантиришни ҳам ўз ичига олади, уни амалға ошириш кейинчалик тавсифланади.

<https://elib.pnzgu.ru/files/eb/toij5E1uOeNn.pdf>

## **ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ ОРҚА-ЁН СОҲАСИДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ**

### **Юқори жағ нерви юқори орқа альвеоляр шохларини блокадаси (оғриқсизлантириш)**

Юқори орқа альвеоляр шохлари бир нечта (2-4) кичик тешиқлар жойлашган юқори жағнинг альвеоляр ўсиғининг орқа юзасида оғриқсизлантириш учун мавжуд бўлиб, улар орқали бу нерв гуруҳи суяк илиги қатламига кириб, юқори орқа альвеоляр чигални ҳосил қилади. Бу тешиқлар охирги мойларнинг орқасида, альвеоляр қиррадан 15-20 мм баландликда жойлашган.

#### **Оғиз ичи усули**

Оғриқсизлантириш техникаси: беморнинг оғзи ярим очик ҳолатда мос томон оғиз бурчаги стоматологик ойна ёки шпатель ёрдамида тортилади. Яноқ-альвеоляр қирра пайпаслангандан сўнг, иккинчи молярнинг дистал лунж илдизи устидаги қиррадан орқароққа, оғиз бўшлиғи дахлизи ёйидан бир оз пастидидаги шиллик қаватга игна санчилади. Игна юқорига, орқага ва ичкарига йўналишида 1,5 см чуқурликкача, суякка теккунча ҳаракатлантирилади ва ҳаракат давомида озгина анестетик суяқлик тўқималарга юборилади. Игна белгиланган масофага киритилгандан сўнг, 1,7-1,8 мл анестетик эритма юборилади. 5-7 дақиқадан сўнг молярлар, милкнинг мос келадиган қисми ва лунж томондан альвеоляр ўсиқда оғриқсизлантириш таъсири сезилади. Танглай томондан жағни қоплайдиган милк оғриқсизланмайди, шунинг учун қаттиқ танглай томондан юмшоқ тўқималарнинг қўшимча оғрисизлантириши талаб қилинади. Игнани олдинга силжитишда шуни ёдда тутиш керакки, юқори жағнинг бўртиғи орқасида қанотсимон чигалнинг зич веноз тўри мавжуд бўлиб, игна суяқдан четга чиққанда осонликча шикастланиши мумкин. Шунинг учун, бу турдаги оғриқсизлантиришда гематомалар кузатилади, улар юқори жағнинг бўртиғида жойлашган юқори орқа альвеоляр артерия шикастланганда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Ушбу асоратни суяк билан алоқани йўқотмасдан, тўғридан-тўғри суяқлик оқими орқасида игнани олдинга силжитиш орқали олдини олиш қийин эмас. Аспирацион синама ўтказиш мажбурий.

### **С.Н. Вайсблат бўйича туберал оғриқсизлантиришнинг оғиз ташқарисидан бажариш усули**

Юқори молярлар соҳасидаги йирингли жараёнлар оғиз ичи усулини ўтказишни истисно қиладиган ҳолларда кўрсатилади.

Чап тарафда оғриқсизлантириш ўтказишда беморнинг боши ўнгга бурилади. Тери этил спиртининг 70% эритмаси билан тозаланади. Чап қўлнинг бош бармоғи терини ташқи томондан биринчи моляр тиш тожининг тепасида жойлашган яноқ-альвеоляр қиррасининг олд юзасига маҳкамланади ва кўрсаткич бармоғи эса унинг орқа юзасига жойлаштирилади. Юмшоқ тўқималар суякка босилади. Игна яноқ суягининг пастки четига бармоқлар орасига инекция қилинади. Игна альвеоляр қирранинг орқа юзаси бўйлаб олдинга силжийди, доимо суякка тегиб, юмшоқ тўқималарнинг қалинлигига қараб 2,0-2,5 см чуқурликда юқорига, ичкарига ва орқага йўналтирилади. Анестетикни юборишдан олдин аспирацион синамани ўтказиш керак.

Ўнг тарафда оғриқсизлантириш ўтказиш учун яноқ-альвеоляр қирранинг олд юзаси чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан, орқа юзаси эса бош бармоғи билан босилади.

П. М. Эгоров томонидан тавсия этилган туберал анестезиянинг афзаллиги, муаллифнинг фикрига кўра, анестетикни керакли соҳага аниқроқ йўналтиришда; игна томирсиз ва мушаксиз жойлардан ҳаракатланади. Антропометрик мўлжаллар оғриқсизлантиришни амалга оширишга индивидуал ёндашиш имконини беради.

### **П.М. Эгоров бўйича туберал оғриқсизлантиришнинг оғиз ташқарисидан бажариш усули.**

Топографик мўлжаллар:

1. Ёноқ суягининг олдинги-пастки бурчаги — ёноқ-альвеоляр қирра бўйлаб бармоқни юқорига қараб ҳаракатлантириш орқали сезилади.
2. Орбитанинг пастки ташқи қирраси — пальпация билан аниқланади.

3. Франкфурт горизонтал — ташқи эшитиш йўлининг юқори четини орбитанинг пастки ташқи чети билан боғлайдиган чизиқ.

Биринчидан, орбитанинг пастки ташқи қирраси ва яноқ суягининг олд пастки бурчаги орасидаги масофа ўлчанади. Бу игнанинг олдинга силжиш чуқурлигига мос келади, уни игна устида стерил резина тиқин билан белгилаш мумкин. Игна яноқ суягининг олд пастки бурчаги даражасида терига инекция қилинади. Бундай ҳолда, игна йўналиши сагиттал ўрта текисликка  $45^\circ$  ва Франкфурт горизонталига  $90^\circ$  бўлади.

Игна белгиланган чуқурликка етгандан сўнг, аспирацион синама ўтказилади ва 2-5 мл анестетик юборилади. Бундай ҳолда, чайнов мушаклари ва қанотсимон веноз чигал игнанинг олдинга силжиш зонасига тушмайди. Йўлда у фақат ёнокнинг ёғли бўлагидан ўтади.

### **Палатинал оғриқсизлантириш**

Бу мос келадиган томонда катта танглай тешигидан чиқадиган катта танглай нервнинг блокадаси. Оғриқсизлантириш соҳаси: танглай томондан шиллик қават, периост, суяк, қозик тишдан учинчи молйар тишгача.

Катта танглай тешикнинг проэксцион нуқтаси иккита чизиқнинг кесишмасида жойлашган: тегишли томондан юқори жағнинг танглай ўсиғининг ўртасидан чизилган сагиттал чизиқ ва юқори учинчи моларлар тожларининг ўрта нуқталарини боғлайдиган горизонталь чизиқ. Сагиттал чизиқни ҳаёлий чизиш учун мос мўлжаллар нуқтаси ўрта танглай чоки ва танглай томондаги юқори учинчи молярнинг милк қирғоғи орасидаги масофанинг ўртасидир.

Оғриқсизлантириш оғизни кенг очган ҳолда амалга оширилади. Игна тешикнинг проэкциясидан 1 см олдинга, юқори иккинчи моляр тиш даражасида, милк қирғоғидан 1,0-1,5 см узоқликда санчилади. Игнанинг кесиги суякка, йўналиши юқорига, орқага, ташқарига. Аспирацион синамадан сўнг 0,3-0,5 мл анестетик аста-секин юборилади. Оғриқсизлантирувчи таъсир 3-5 дақиқадан сўнг юзага келади.

Кичик танглай шохларини оғриқсизлантиришда юмшоқ танглайда сезувчанлик бутунлай йўқолиши мумкин, бу бемор томонидан бегона жисмнинг мавжудлиги сифатида сезилади ва қусиш рефлексини кўзғатиши мумкин, бунда оғизни ёпиб бурун билан тез-тез нафас олиш ёки кўз олмаларини босиш билан бемор енгиллашади.

### **С.Н. Вайсблат бўйича қанот-танглай чуқурчасида уч шохли нервнинг иккинчи тармоғини оғриқсизлантириш (марказий оғриқсизлантириш).**

Қанот-танглай чуқурчаси юз скелетининг чуқур қисмида жойлашган тор бўшлиқ бўлиб, юқори қисмида кенгайиб, пастки қисмида қанот-танглай каналига ўтади. Олдиндан юқори жағ бўртиғи, орқа томондан понасимон суякнинг қанотсимон ўсиғининг олд юзаси ва ички томондан танглай суягининг перпендикуляр қисми билан чегараланган. Қанот-танглай чуқурчасининг ташқи девори қанот-юқори жағ тирқиши ҳисобланади. Қанот-танглай чуқурчаси юмшоқ, таркибида ёғ сақловчи бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб, унда юқори жағ артериянинг охирги сегменти ва уч шохли нервнинг иккинчи тармоғининг шохланишининг бошланиши мавжуд.

Марказий оғриқсизлантириш учун кўрсатмалар юз ва буруннинг ўрта учдан бир қисмидаги суяклар ва юмшоқ тўқималарида ҳажмли операциялардир.

**Оғиз ташқарисидан бажариш усули:** қанотсимон ўсимтанинг ташқи пластинкаси билан бир хил фронтал текисликда овал тешик ва қанот-танглай чуқурчаси мавжуд. Овал тешик қанотсимон ўсимтанинг орқасида, қанот-танглай чуқурчаси эса олдида жойлашган. Қанот-танглай чуқурччиага яноқ ости йўлидан тўғри кириш учун аввал игнани қанотсимон ўсимтанинг ташқи пластинкасига тўхтагунча керакли чуқурликка йўналтириш керак, сўнгра игнани қанот-танглай чуқурчасига бир хил чуқурликда силжитиш керак. С.Н. Вайсблат мўлжал сифатида қулоқ трагусидан орбитанинг пастки ташқи четини ва яноқ суягининг олдинги пастки бурчагини боғлайдиган чизиқнинг ўртасига тортилган трагоорбитал чизиқдан фойдаланишни таклиф қилади. Ушбу чизиқнинг ўртаси доимо қанотсимон ўсимтанинг ташқи пластинкасининг проэкциясида бўлади.

Инекция ёноқ ёйининг пастки четидаги трагоорбитал чизикнинг ўртасидан бошланади. Аввало, игна 5-6 см чуқурликда қанотсимон ўсимтанинг ташқи пластинкасигача киргилади, бу нуқтанинг чуқурлиги игна устида инекцияни ўтказувчи ўнг қўлнинг ўрта бармоғининг учи билан белгиланади. Кейин игна ярмидан бир оз кўпроқ чиқарилади ва биров қиялатиб яна кўрсатилган бармоқнинг охиригача игнага ўрнатилган жойга дастлабки масофагача чуқур санчилади. Бундай ҳолда, игна 1 см олдинга эгилиб, қанот-танглай чуқурчасига тушади ва анестетик эритма билан тўлдирилади. 15-20 дақиқадан сўнг уч шохли нервнинг иккинчи тармоғи магистралининг ўтказувчанлиги блокланади.

### **Ёноқ ости усули**

Игна ёноқ суяги пастки четининг орбитанинг ташқи четидан чизилган вертикал чизик билан кесишган жойида инекция қилинади. Игна тўқималарга чуқур йўналтирилади ва юқори жағнинг бўртиғи билан алоқа қилгунча биров юқорига кўтарилади. Игнани 4-5 см чуқурликда олдинга силжитишда давом эттирилади, доимо суякка тегиб туриши керак, шпритс цилиндри орқага тортилади. Кўрсатилган чуқурликда, аспирацион синамадан сўнг, қанот-танглай чуқурчасининг юқори қисмига 2-4 мл анестетик инекция қилинади.

### **Орбитал усул**

Бемордан бошини кимирлатмаслик сўралади. Игна орбитанинг пастки ташқи четига яноқ суягининг юқори қирраси бўйлаб санчилади. Кейин у орбитанинг латерал девори бўйлаб қатъий горизонталь текисликда 4-5 см чуқурликка киргизилади. Ҳар қандай ҳолатда суяк билан контактни йўқотмаслик ва игнани юқорига қиялатиш керак. Аспирацион синамадан сўнг 2-4 мл анестетик инекция қилинади.

### **Танглай усули**

Игна катта танглай канали орқали қанот-танглай чуқурчасига киритилади, уни юқорига ва орқага 3,0-3,5 см силжитилади ва аспирацион текширувидан сўнг 1,0-1,5 мл анестетик юборилади.

<https://milliytibbiyot.uz/uchebnoe-posobie/>

<http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib445.pdf>

## **ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ ОЛД-ЁН СОҲАСИДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ**

Юқори жағнинг олд-ён қисми инфраорбитал, бурун-танглай ва қисман катта танглай нервларининг шохларидан иннервация олади.

Олд-ён соҳанинг анатомик ва топографик мўлжалларига қуйидагилар киради: кўз ости қирраси, кўз ости тешигининг проэкион нуқтаси, кўз қорачиғи чизиги, танглай сўрғичи, ноксимон тешикнинг пастки қирраси, бурун-лаб бурмаси, бурун қанотнинг чети, оғиз бурчаги.

### **Инфраорбитал оғриқсизлантириш**

Олдинги ва ўрта юқори альвеоляр нервларни блокада қилиш учун хизмат қилади. Оғриқсизлантириш соҳаси: кесувчи ва қозик тишлар, биринчи ва иккинчи премолярлар суякнинг қўшни жойлари билан, орбитанинг пастки қирраси, юмшоқ тўқималар билан қоплаган ит чуқурчаси (fossa canina), буруннинг латерал юзаси, юқори лаб ва ёноқни кўзнинг ташқи бурчагини оғиз бурчаги билан боғлайдиган чизикқа, пастки қовоқ, лабнинг шиллик қавати ва оғиз дахлизининг кесувчи ва қозик тишлар ҳудудида. Оғриқсизлантиришдан олдин тери устидаги инфраорбитал тешикнинг проэкион нуқтасини топиш керак. Орбитанинг пастки четини пайпаслаганда, юқори жағ ва ёноқ суякнинг туташувига мос келадиган дағаллик топилади. Тешик бу чокдан 0,5-0,7 см пастда жойлашган. Юзнинг ўрта учдан бир қисмида травма ёки яллиғланиш жараёни бўлса, бу мўлжал юмшоқ тўқималардаги шиш ёки инфилтратсия билан ниқобланиши мумкин.

### **Бундай ҳолда, бошқа мўлжаллардан фойдаланиш мумкин:**

1. Иккинчи моляр тиш тожининг ўртасидан чизилган вертикал чизик билан кўзнинг пастки қиррасидан 0,5-0,75 см пастда чизилган горизонталь чизик кесишмасида.
2. Орбитанинг пастки четидан 0,5-0,75 см пастда горизонталь чизик, масофага қараган ҳолда, кўз қорачиғининг ўртасидан вертикал чизик ўтказилади ва чизиклар кесишган жой тешиқ проекцияси ҳисобланади.

Каналнинг ўқи олдинга, ичкарига ва пастга йўналган ва қарама-қарши томоннинг каналининг ўқини юқори марказий тишлар орасидаги милк сўрғичи асосида кесиб ўтади.

### **Оғиз ташқарисидан бажариш усули**

Ўнг томонда оғриксизлантириш ўтказилаётганда беморнинг бошини шифокордан биров буриш керак, чап томонда — шифокор томонга бурилади.

Терини спирт билан ишлов берилгандан сўнг, чап қўл кўрсаткич бармоғини инфраорбитал тешиқка босилади. Игна проекцион нуқтадан юқорига, ташқарига ва орқага 1 см пастда ва медиал томондан санчилади ва суякка тақалгунча аста-секин олдинга силжитилади, бу ерда аспирацион синамадан сўнг 0,8 мл амид анестетик инеция қилинади. Одатда, мепивакаин, артикаин ишлатилганда, бу оғриксизлантириш чуқурлиги учун етарли.

Новокаинни қўллашда игна учи билан тешиқни ҳис қилиш ва унинг ичига 0,5 см кириб бориш керак. Аспирацион синама талаб қилинади!

### **Оғиз ичидан бажариш усули**

Тешиқнинг проекцияси чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан босилади ва юқори лаб бош бармоғи билан кўтарилади ва бемордан лаб мушагини бўшаштириш сўралиб, оғиз бўшлиғининг дахлизига киритади. Игна мос келадиган томоннинг латерал кесувчи тиш устидаги ўтув бурмасига санчилади. Игна тешиқка томон юқорига, ташқарига ва орқага 1,5-2 см сурилади. Аспирацион синама ўтказилиши шарт. 2 мл анестетикни юборилади. Узунлиги 25-35 мм, диаметри 0,4 мм бўлган игна билан.

### **Бурун танглай нервини оғриксизлантириш**

Тешиқ юқори марказий тишлар орасида, милк қирғоғидан 7-8 мм орқада, танглай сўрғичи асосида жойлашган.

### **Оғиз ичидан бажариш усули**

Танглай сўрғичини олдиндан аппликацион оғриксизлантириш тавсия этилади. Оғиз кенг очилади ва бош орқага эгилган ҳолатда сўрғичнинг орқа четига узунлиги 12-16 мм ва диаметри 0,3 мм бўлган игна санчилади, суякка етиб келгач, 0,2 мл анестетик юборилади, сўнгра игна учи билан каналга кириш жойи эҳтиёткорлик билан топилади, игна унга 0,5 см киритилади ва аспирацион синамадан сўнг 0,3-0,5 мл анестетик юборилади.

Оғриксизлантириш соҳаси — бу олдинги қаттиқ танглайнинг периости билан шиллиқ қавати (қозик тишдан қозик тишгача). Баъзида оғриксизлантириш майдони латерал кесувчи тишнинг ўртасигача тораяди.

**Бурун ичидан бажариш усули** бурун-танглай нервини инсизив каналига киришдан олдин ўтказувчанлигини блоклаш ва оғиз ичидан бажарилганда юзага келмайдиган олдинги юқори тишлар чигали билан анастомозларни ўчириш.

Пастки бурун йўллариининг шиллиқ қаватини дастлаб аппликацион оғриксизлантириш иккала томондан ҳам амалга оширилади. Кейин иккала томондан бурун тўсиғининг асосига инеция қилинади.

Артикаин каби анестетикларнинг суякнинг ғовак моддасига диффузиялананиши осон, юқори жағнинг паст травматик аралашувларида баъзида палатинал ёки инсизивал оғриксизлантириш билан биргаликда инфилтрацион оғриксизлантириш етарли бўлади.

## ПАСТКИ ЖАҒДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Пастки жағда ўтказувчан оғриқсизлантиришни юқори сифатли ўтказиш игнани блокланадиган нервга аниқ йўналтириш учун ишлатиладиган интраорал ва экстраорал мўлжаллар топографиясини аниқ амалий тушунишни талаб қилади.

Пастки альвеоляр нерв пастки жағга кирадиган пастки жағ тешиги шохнинг олдинги четидан 10-25 мм, орқа томондан 9-20 мм, юқоридан 17-29 мм, пастки жағ бурчагидан 15-35 мм масофада жойлашган. Унинг жойлашувининг бундай ўзгарувчанлиги индивидуал антропометрик мўлжаллардан фойдаланишни талаб қилади. Тешикнинг проекцион нуқтаси пастки молярларнинг чайнов юзаси бўйлаб чизилган горизонталь чизиқнинг шохнинг ўртасидан ўтказилган вертикал чизик билан кесишган жойида. Яна бир мўлжал — кулоқ трагусининг юқори четидан пастки жағнинг пастки қиррасидаги чайнов мушакларининг олдинги четигача ўтказилган чизиқнинг ўртаси.

Пастки жағда оғриқсизлантириш ўтказиш учун интраорал мўлжаллар орасида қуйидагилар мавжуд: тожсимон ўсимтанинг олд-медиал юзасида унинг олд четидан 1 см медиал жойлашган ва чакка мушаги пайининг бириктирилиш жойи бўлган чакка қирраси. Мандибуляр тешик сагиттал йўналишда чакка қиррасининг ўртасидан 1,0-1,5 см чуқурроқда жойлашган. Чакка қиррасининг ўртаси оғиз кенг очилганда юқори ва пастки учинчи молярлар орасидаги масофанинг ўртасига тўғри келади. Чакка қиррасининг пастки қисми пастки учинчи молярнинг орқа юзасидан 1,0 см масофада 2 қиррага (лунж ва тил) бўлинади, пастки "ақл тиши" нинг орқа юзаси асоси ва юқори тишларга қараган домбоғи билан **ретромоляр учбурчак** ҳосил қилади. Буни ретромоляр чуқурча билан адаштириб юбормаслик керак, бу учбурчакнинг ён томонидаги чакка қирраси ва пастки жағ шохининг олдинги қирраси ўртасида жойлашган. Ретромоляр учбурчак ва чакка қирраси оғзини кенг очган ҳолда осонгина пайпасланади.

Интраорал оғриқсизлантириш учун муҳим мўлжал оғиз бўшли очилганда орқа қисмида чўзилган қанот-пастки жағ бурмаси (плиса птерйгомандибуларис) ҳисобланади. Птерйго-мандибуляр бурманинг асосини лунж мушаги ва ютқиннинг юқори констриктори орасидаги пай чоки ташкил қилади, у юқоридан понасимон суягининг қанотсимон ўсимтасига ва пастки қисмида – чакка қиррасининг пастки медаль соҳасида пастки жағ суягига бирикади. Оғизнинг кенг очилиши билан плиса птерйгомандибуларис ретромоляр соҳада вертикал равишда тортилади. Плиса птерйгомандибулариснинг латерал кесиги чакка қиррасининг шиллиқ қаватдаги проэкциясига мос келади.

Ментал тешик пастки иккинчи премоляр тиш альвеоласининг ўртасида ёки биринчи ва иккинчи премолярлар орасида жағнинг пастки четидан 12-13 мм тепада жойлашган. Тешикнинг проекцион нуқтаси чайнов мушакларининг олдинги қирраси билан пастки жағнинг ўртаси орасидаги масофанинг ўртасида, кўз қорачиғи чизиғида ёки оғиз бурчаги даражасида жойлашган.

### **Пастки альвеоляр ва лингуал нервларнинг блокадасида оғриқсизлантириш зонаси**

Пастки жағнинг барча тишлари мос келадиган томонда, кесишган иннервацияни қабул қиладиган кесувчи ва қозиклардан ташқари; жағнинг альвеоляр қисмининг қаттиқ ва юмшоқ тўқималари бир хил чегараларда; оғриқсизлантириш томонида тил ости соҳасининг шиллиқ қавати ва тилнинг олдинги 2/3 қисми.

Вестибуляр томондан шиллик қават иккинчи премолярнинг ўртасидан иккинчи молярнинг ўртасигача бўлган ораликни лунж нерви томонидан иннервация қилинади, шунинг учун бу соҳада кўпинча қўшимча инфилтрацион оғриқсизлантириш талаб қилинади.

### **Лунж нерви блокадаси**

Беморнинг оғзини кенг очиб, шприцни қарама-қарши томонга қўйилиб, игна шиллик қаватига инекция қилинади. Инъекция нуқтаси пастки жағнинг тожсимон ўсиғининг олди четида, юқори молярларнинг чайнов юзаси даражасида жойлашган. Игна тожсимон ўсиқнинг олдинги четига лунж нерви ўтадиган жойга 1,0-1,5 см олдинга силжийди. Оғриқсизлантириш зонаси иннервация зонасига тўғри келади.

### **Тил нерви блокадаси**

Тил нерви жағ-тил тарновида блоккланиши мумкин. Бунинг учун тил қарама-қарши томонга сурилади. Игна тарновнинг шиллик қаватига учинчи пастки моляр тожининг ўртасига, у энг юза жойлашган жойда санчилади. 2 мл анестетик юборилади. Оғриқсизлантириш зонаси тил нервининг иннервациясига тўғри келади.

### **Ментал тешик соҳасидаги оғриқсизлантириш (ментал анестезия)**

Ўнг томонда ментал оғриқсизлантиришни амалга ошираётганда, шифокор беморнинг ўнг томонида ва орқасида, чапда эса ўнгда ва олдида жойлашади.

### **Оғиз ташқарисидан бажариш усули**

Инекция жойида терига спирт билан ишлов берилгандан сўнг, чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан ияк тешиги топилади. Игнага йўналиш бериб, каналнинг боришини ҳисобга олган ҳолда, игна ментал тешикнинг проэкциясидан 0,5 см юқорига ва орқасига санчилади. Суякга тегиб, 0,5 мл анестетик инекция қилинади ва тешик игна учи билан эҳтиёткорлик билан топилади. Каналга кириб, игна 3-5 мм га олдинга силжитилади ва анестетик юборилади. Оғриқсизлантирувчи таъсир 5 дақиқадан сўнг пайдо бўлади.

Каналга анестетик киритилиши билан кесувчи, қозик, премоляр тишларда, альвеолаларнинг суяк тўқималарида, милклар ва шиллик пардаларда, пастки лаб ва ияк терисида оғриқсизлантириш содир бўлади. Тешик жойига анестетик киритилиши билан мос томонидаги пастки лаб ва ияк оғриқсизлантирилади. Пастки жағнинг ўрта қисми кесишган иннервацияга эга, шунинг учун пастки лабда, тиш ва милк соҳасида манипуляция пайтида ментал оғриқсизлантириш икки томондан амалга оширилади.

### **Оғиз ичидан бажариш усули**

Оғиз ёпиқ ёки ярим очик ҳолатда игналар, биринчи моляр тожининг ўртаси даражасида ўтув бурмасидан бир неча миллиметр ташқарига санчилади. Игна 0,75-1,0 см пастдан олдинга ва ичкарига ияк тешигигача сурилади. Кейинги қадамлар техникаси оғиздан ташқари бажариш усули билан бир хил. Игнани олиб ташлагандан сўнг, гематоманинг шаклланишига йўл қўймаслик, шунингдек, оғриқсизлантириш бошланишини тезлаштириш учун бармоқ билан тешикнинг проэкция нуқтасини босиш керак.

### **Пастки альвеоляр нервнинг П.М. Егоров бўйича блокадаси**

Дастлаб мандибуляр тешикнинг терида жойлашган проекцион нуқтаси аниқланади. Бунинг учун шифокорнинг чап қўлининг беш бармоғини беморнинг суяк мўлжалларига қуйидагича қўйилади. Ўнг томонда оғриқсизлантириш ўтказилаётганда, биринчи бармоқ пастки жағнинг тожсимон ўсиғининг олдинги четига унинг асосига жойлаштирилади; II бармоқ — яноқ ёйининг пастки қиррасига; IV бармоқ – бўғим ўсиғининг асосида шохнинг орқа четига; V бармоқ — пастки жағнинг пастки чети бўйлаб бурчақдан 1,5 см олдинга; III бармоқ IV ва II ўртасида, V билан бир хил вертикалда жойлашган. Бунда III бармоқ проекцион нуқтада жойлашади.

Игна оғиз бўшлиғи томонидан понасимон суякнинг канотсимон ўсиғининг илгагидан 1,5 см пастга ва олдинга санчилади.

Илгакни бармоқ билан юмшоқ танглайдаги юқори учинчи моляр орқасида пайпаслаш мумкин. Игнанинг учи тери томонида жойлашган учинчи бармоққа йўналтирилади. Бунда игна тожсимон ўсиққа бириккан чакка мушагининг орқа четидан, латерал қанотсимон мушакнинг пастки четидан, медиал қанотсимон мушакнинг олд четидан ҳосил бўлган мушаклараро учбурчакдан ўтади. Бу соҳада катта қон томирлар ва нервлар йўқ. Суякга этиб боргандан сўнг, 2 см чуқурликда аспирацион синама ўтказилади ва 2 мл анестетик юборилади. Бунда, пастки альвеоляр, тил ва баъзан лунж нервлари блокланади. Оғриқсизлантирувчи таъсир 5-7 дақиқада сезилади, чунки эритма тўғридан-тўғри қанот-жағ бўшлиғига юборилади, бу ердан нейроваскуляр тўплам ўтади.

Чап тарафдаги оғриқсизлантиришни амалга ошираётганда бармоқлар қуйидагича жойлашади: I — шохнинг олдинги четида, V — орқа четида, IV — пастки жағнинг пастки четида бурчакдан 1,5 см олдинда ва қолганлари ўнгдаги оғриқсизлантириш билан бир хил.

Муаллифнинг фикрига кўра, оғриқсизлантириш қуйидаги афзалликларга эга: мушаклар ва қон томирлар игна томонидан шикастланмайди, оғиз кенг очилмаган ҳолда оғриқсизлантириш ўтказиш мумкин, бу беморнинг антропологик хусусиятларидан қатъий назар, ишончли анестезияга эришиш имконини беради, яъни, индивидуаллаштирилган.

### **Пастки жағда оғриқсизлантиришни оғиз ташқарисидан бажариш усуллари**

Оғриқсизлантиришнинг экстраорал усуллари хавфсизроқ деб ҳисобланади, чунки, игна инекция нуқтасини янада ишончли антисептик ишлов бериш ва анатомик мўлжаллардан янада индивидуал тарзда фойдаланиш имконини беради. Шу билан бир вақтда, уларнинг камчиликлари беморнинг салбий психологик реакциясини, оғриқни, келоид чандиқнинг пайдо бўлиш эҳтимолини ўз ичига олади. Мандибуляр оғриқсизлантиришнинг оғиз ташқарисидан бажариш усуллари кўрсатмалар яллиғланиш контрактураси натижасида оғиз очилишининг чекланиши, оғиз бўшлиғига мўлжалланган игна инекция жойида патологик жараён ёки травматик шикастланишлар мавжудлиги, бу интраорал усулларни қўллашга тўсқинлик қилади.

Юзнинг пастки учдан бир қисмининг марказий оғриқсизлантиришига кўрсатма — бу маҳаллий оғриқсизлантиришнинг бошқа усуллари самарасиз бўлиши мумкин бўлган ҳажмли жарроҳлик аралашуви ёки мандибуляр оғриқсизлантириш таъсир этмайдиган анатомик соҳадаги аралашув (қулоқ олди-чайнов соҳаси, пастки жағ шохи). Оғриқсизлантиришнинг хавфи операциянинг хавфидан ошмаслиги керак.

<https://elib.pnzgu.ru/files/eb/toij5E1uOeNn.pdf>

## **2.2. ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ**

**Кекса ва қарилик ёшидаги** беморлар учун муҳим ҳаётий органлар томирларининг умумий атеросклерози билан боғлиқ бўлган тананинг компенсатор ва мослашиш қобилиятининг пасайиши характерлидир. Соғлом одамларга хос бўлган психологик юктамалар улар учун ҳаддан ташқари бўлиб чиқиши мумкин ва анестетикни танлаш нафақат анамнез маълумотлари, балки клиник текширув (пульс, қон босими, нафас олиш тезлиги) билан ҳам белгиланиши керак. Уларни даволашга тайёрлашда психо-эмоционал ҳолатни тартибга солишга катта эътибор берилади. Енгил ҳаяжонланганда ичишга антигистамин (димедрол 10 мг, супрастин 25 мг) ёки седатив (валерианка, арслонқуйруқ ва бошқалар) ни буюриш кифоя. Бундай беморлар нафас олиш марказини бостирувчи морфинга ўхшаш препаратларни қўллашда қарши кўрсатмадир. Транквилизаторлардан триоксазин 0,3 г, элениум 0,01 г фойдаланиш афзалдир. Кучли ҳаяжонланганда сиз даволашдан 30-40 дақиқа олдин сибазон 0,001-0,002 г дан фойдаланиш мумкин. Феназепам, диазепам, атропин улар ҳаяжон, нотинчлик ҳиссини чақиритиши мумкин.

Пароксисмал тахикардия хуружи ва кучли ҳаяжонланиш хавфи мавжуд бўлганда, режимга анальгин 0,5 г ва обзидан 0,005 г қўшилиши керак, бу тахикардия хавфини камайтиради.

Анестетиклардан адреналинсиз мепивакаин ёки вазоконстриктор миқдори камайтирилган артикаинни танлаш керак.

## **Гипертоник касаллик, Гипертензия**

140/90 мм. симоб устуни дан юқори артериал қон босимининг доимий ўсиши гипертония касаллиги деб ҳисобланади. Биринчи рақам юрак чиқариш кучини тавсифлайди, яъни, юрак мушакларининг иши ( $\beta$ 1-адренорецепторлари томонидан бошқарилади).

Иккинчи рақам умумий периферик қон томир қаршилигининг кўрсаткичидир, яъни, уларнинг тонуси ( $\alpha$ 1-адренорецепторлари). Ҳар бир гипертоник беморни даволашдан олдин қон босимини ўлчаш керак. Қон босими 140/90 мм симоб устунигача кўтарилган беморларда (ASA I) даволашда ҳеч қандай чекловлар йўқ ва вазоконстриктор билан анестетиклардан фойдаланишга рухсат берилади. Артериал қон босими 140/90 — 160/95 (ASA II) бўлган беморларга транквилизатор ва спазмолитик воситаларни ўз ичига олган тавсияли тайёргарлик ва премедикация керак, масалан: сибазон 0,05 + папаверин 2% — 2,0 мл ва дибазол 1% — 2,0 мл / мушак ичига ёки ичишга ёки, ампулалар таркибини стаканга қуйиб, 30-40 мл гача физиологик эритма билан суюлтирилади, анестетик сифатида вазоконстрикторсиз анестетик (мепивакаин 3%, прилокаин 4%) ишлатилади. Қон босими 160/95 мм симоб уст. дан 200/165 мм симоб уст. гача (ASA III) бўлган беморларга капотен 50 мг таблетка ва энгил транквилизатор беради. Агар босим пасаймаса, аралашув терапевт билан маслаҳатлашганидан кейин ёки шифохона шароитида амалга оширилади.

Артериал қон босимининг 200/115 мм симоб уст. дан (ASA IV) юқори ортиши тез ёрдам чақирувига кўрсатмадир. Шошилишч стоматологик даволаниш кардиологик шифохона шароитида мутахассиснинг ўзини чақириб асосланади.

## **Миокард инфаркти, 6 ойдан камроқ вақт олдин ёки иккинчи юрак хуружи (ASA IV)**

ўтказилганлиги асоратлар хавфини кескин оширади. Бундай беморларга шифохона шароитида ёрдам кўрсатилади.

6 ойлик реабилитациядан сўнг хавф ASA III га камаяди ва кардиолог билан биргаликда тузилган премедикация ёрдамида тишларни даволаш мумкин бўлади.

ASA I, II, III беморларга артикаинни 1:200000 вазоконстриктор билан минимал дозаларда — интратригементар, интрасептал беҳушлик билан юборишга рухсат берилади.

## **Юрак етишмовчилиги (юракнинг ишемик касалликлари)**

Дам олишда (ASA IV) ёки жисмоний машқлар пайтида (ASA III) юрак етишмовчилиги бўлган беморларда қон оқимининг пасайиши ва қондаги препарат контсентрациясининг ошиши туфайли анестетикнинг ҳаддан ташқари дозаси хавфи ортади.

Аралашувдан олдин беморнинг хавотирини транквилизатор ёрдамида бартараф этиш керак.

Кўрсатмаларга кўра коронаролитиклар қўлланилади (валидол, нитроглицерин, 1-2 мл 2% папаверин гидрохлорид эритмаси ёки но-шпа 1-2 мл 2% эритма мушак ичига).

Даволаш учун энг яхши позиция — ярим горизонталь. Анестетик вазоконстрикторсиз қўлланилади. Мепивакаинни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Қон босими пасайганда ультракаин ДС дан фойдаланиш мумкин.

Юрак шовқинлари, ревматик полиартрит, туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари, скарлатина, митрал клапан етишмовчилиги, юракнинг сунъий клапани.

Беморнинг компенсацияланган ҳолатида (ASA II) седатив тайёргарликдан кейин даволаниш мумкин. 1:200000 вазоконстриктор билан анестезикадан фойдаланиш мумкин.

Субкомпенсацияланган ҳолатда (ASA III) кардиолог билан олдиндан маслаҳатлашув зарур.

Шошилишч ёрдам вазоконстрикторсиз анестезик билан амалга оширилади. Барча беморларга профилактик антибиотиклар берилади.

## **Электрон юрак стимулятори бўлган беморлар**

Ягона чеклов — электрон жиҳозлардан фойдаланиш (ультратовуш, электроанестезия).

Инсульт ўтказган беморлар, премедикация таркибига транквилизатор ва спазмолитик киради.

Брадикардияда холинолитиклар қўлланилади ва тахикардияда эса улар қарши кўрсатмадир.

Артериал қон босимини назорат қилиш учун анестетикларнинг кичик дозаларини вазоконстрикторсиз қўллаш керак.

## **Бронхиал астма (БА)**

Бронхиал астма юкумли ва юкумли бўлмаган аллергия хусусиятга эга бўлганлиги сабабли, тиш шифокорига мурожаат қилиш шароитида дори аллергияси, айниқса ингалицион аллергиялар алоҳида аҳамиятга эга, 80% ҳолларда улар астма хуружини ривожлантиришда сабачидир. Буларга қуйидагилар киради: антибиотиклар (айниқса, пенициллинлар), эфир анестетиклари, тримекаин, артикаин (таркибида олтингутурт бор), консервантлар (парабенлар, ҳозир АҚШда тақиқланган), стабилизатор-антиоксидант натрий бисульфат, нонаркотик анальгетиклар (анальгин, амидопирин), ностероид яллиғланишга қарши дорилар (аспирин, бутадион, ибуклин ва бошқалар), стрептомитсин, ёдидлар, витаминлар, эфир, спирт буғлари, чиннигуллар ёғи, композит материалларнинг мономерлари.

Шунинг учун, аралашувни амалга оширишдан олдин аллергия тарихни диққат билан тўплаш, аэрозолли бронходилататор (салбутамол — одатда икки доза) дан фойдаланиш керак.

Премедикация транквилизатор, антигистамин препаратларни ўз ичига олади.

Анестезия учун энг яхшиси адреналин 1: 200000 қўшилиши билан карпулланмаган лидокаин билан амалга оширилади. Мепивакаин ёки прилокаин ишлатилиши мумкин. Барча анестетикларга аллергия мавжуд бўлганда, оғриқсизлантириш адреналин қўшилган димедрол ёки супрастин билан амалга оширилади.

## **Қандли диабет**

Қандли диабет билан оғриган бемор навбатсиз қабул қилиниши керак.

Қандли диабет билан оғриган беморларда наркотик анальгетиклар, нейролептиклар ва ганглиоблокаторларга нисбатан сезгирлик кучаяди. Премедикация учун транквилизаторлар баъзан баралгин билан биргаликда қўлланилади.

Қондаги глюкоза даражаси 5,5-5,7 ммол/л (100 мг%) дан ошмаслиги керак. Агар глюкоза даражаси 8,32 ммол/л (150 мг%) гача ошса, ҳар 8 соатда ҳар бир ортиқча 2,77 ммол/л (50 мг%) учун 10 бирлик оддий инсулинни юборилади.

Сийдикдаги глюкоза миқдори 2% дан ортиқ бўлса, инсулинни 20 бирлик, 1-2% бўлса — 15 бирлик, 0,5-1% бўлса 10 бирлик — ҳар 4-8 соатда юбориш керак.

Операциядан 1-1,5 соат олдин бемор 1 г глюкоза учун 1 бирлик инсулин миқдорида концентранган (40%) глюкозани томир ичига юбориши керак. Амбулатор қабул шароитида беморнинг қондаги қанд миқдори ҳар доим ҳам маълум эмаслиги аниқ. Шунинг учун анамнез маълумотларига ва асосий физиологик функцияларни текширишга эътибор қаратиш керак (АБ, пульс, нафас олиш частотаси, тери қопламасининг ранги ва намлиги, оғиз бўшлиғидаги ҳид).

**Тиротоксикозли беморларга адреналинни қўллаш қарши кўрсатмадир.** Қабул қилишнинг бошида асосий физиологик параметрларни аниқлаш керак. Агар ривожланган тахикардия, тремор, тери қопламасининг рангсизлиги, қизишиш шаклида жараённинг субкомпенсация белгилари мавжуд бўлса, эндокринолог билан маслаҳатлашганидан кейин режалаштирилган даволаш тавсия этилади.

Режалаштирилган операциядан олдин 6-8 кун давомида ёднинг микродозалари билан Мерказолил препарати қўлланилади. Транквилизаторлар ва С, В1, В6, В12, Р витаминларини буюриш мажбурийдир. "Тиротоксик юрак" да юрак гликозидлари буюрилади. Жарроҳлик ёки медикоментоз даволанган гипертиреозидизмда вазоконстриктор 1: 200000 нисбатда анестетикдан фойдаланишга рухсат берилади.

**Жигар касаллиги** билан оғриган беморлар учун оғриқсизлантириш эфир анестетик ёки артикаин билан амалга оширилганлиги яхши, чунки қолган амидлар жигарда йўқ қилинади ва бу жигарга қўшимча юклама бўлиши мумкин. Премедикация учун транквилизаторлар қўлланилади.

Аллергия анамнези бўлган беморлар аллергия томонидан дастлабки текширувдан ўтадилар ва улар учун тасдиқланган дорилар рўйхати бўлиши керак.

Шубҳали ҳолатда, шошилишч кўрсатма бўйича оғриқсизлантириш 1% димедрол ёки супрастин эритмаси билан адреналин 1:10000 нисбатда амалга оширилади. Полиаллергияда даволаш наркоз

остида амалга оширилиши яхшироқ ҳисобланади. Ин виво аллергия тести қатиян қарши кўрсатмадир.

### **Эпилепция ёки тиришиш хуружи**

Стресс хуруж ривожланишига олиб келиши мумкинлиги сабабли, беморни қабул қилишдан 30 дақиқа олдин транквилизатор билан олдиндан премедикация ўтказиш керак. Анестетикларни қўллашда ҳеч қандай чекловлар йўқ.

Анамнезда **гипотоник типдаги нейрокиркулятор дистония** бўлса, премедикацияда кордиаминни 30 томчи оғиз орқали ёки мушак ичига 1-2 мл; ёки кофеин-натрий бензоат 10% — 1 мл тери остига, седуксен 1 таб. 0,005 г, вегетатив стабилизатор (атропин 0,1% — 0,5 мл.) қўлланилади. Вазоконстриктор билан анестетикдан фойдаланиш мумкин.

### **Гипертоник типдаги нейросиркулятор дистония**

Транквилизаторлар, спазмолитиклардан фойдаланиш мажбурий. Анестетик вазоконстрикторсиз қўлланилади.

### **Психиатрик даволаш**

Трициклик антидепрессантларни, MAO ингибиторларини қабул қиладиган беморлар вазоконстриктор билан анестезикани қабул қилмасликлари керак, чунки бу "пишлоқ" ёки тирамин синдромининг ривожланишига олиб келиши мумкин — симпатомиметик реакция билан қон босимининг тўлқинли кўтарилиши.

**Қон кетиши ёки қон кетишга мойиллиги бўлган беморлар.** Лаборатория текширувини ўтказиш керак (умумий қон анализи, протромбин индекси, тромбоцитлар, коагулограмма).

Комбинацияланган патологияси бўлган беморларда премедикацияга тайёргарлик патологияга мувофиқ турли гуруҳларнинг бир нечта дори-дармонларини ўз ичига олиши мумкин.

**Ҳомиладор аёлларни** стоматологик даволаш учун энг қулай давр иккинчи триместр — 13 дан 23 ҳафтагача. Бунинг сабаби шундаки, биринчи триместрда ҳомиладор беморга дори-дармонларни қўллаш ёки психо-эмоционал зўриқишлар ҳомиланинг шикастланиш хавфини жуда юқори даражада оширади. Учинчи триместрда ҳомиладор онанинг ўзи учун асоратлар хавфи ортади. Бундай беморларни даволашга тайёргарлик кўришда, биринчи навбатда, уларнинг психо-эмоционал ҳолатини нормаллаштириш талаб этилади. Зарур ҳолларда транквилизаторлар (реланиум, седуксен), холинолитиклар (атропин), спазмолитиклар (баралгин) қўлланилиши мумкин. Седуксен антигипоксанти бўлиб, ҳомилага тератоген таъсир кўрсатмайди. Тахикардияда атропин қўлланилмаслиги керак. Баралгин, спазмолитикдан ташқари, оғриқсизлантурувчи ва ганглиоблокатор таъсирга эга.

Ҳомиладор аёлларнинг токсикози, ҳомила тушиш хавфи, қон кетишида даволаш шошилинич кўрсатма бўйича стационар шароитда ёки гинекологнинг назорати остида ўтказилиши керак.

<https://studfile.net/preview/5135477/page:9/>

<https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/Стоматология/-Местное%20обезболивание%20в%20стоматологии%20Убайдов.pdf>

### **Фойдаланилган адабиётларнинг рўйхати:**

1. М.И Азимов жаррохлик стоматология пропедевтикаси. Дарслик Тошкент. 2009. 248 б.
2. Анестезиология и реаниматология: учебник/ под ред. О. А. Долиной.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 576 с.
3. Беляевский А.Д., Монченко Г.Д. Очерки по истории анестезиологии (фрагмент монографии) // Вестник интенсивной терапии. – 1999. — № 2.- С. 82-83.
4. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика, / Под ред.А.М.Вейна. – М.:

Медицинское информационное агентство, 1998. – 752 с.

5. Верлоцкий АЕ. Хирургическая стоматология (практическое руководство).- М.: ГИМЛ, 1960. – 343 с.

6. Гольяпина И. А. Неотложная терапия критических состояний на догоспитальном этапе. Учебное пособие.- Ставро-поль Издательский центр «Фабула» ,2012г.-148с.

7. Грицук С.Ф. Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 240 с.

8. Грицук С.Ф. Анестезия в стоматологии. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 1998. – 304 с.

9. Золотко Ю.А. Атлас топографической анатомии человека. Часть 1/ Голова и шея/. – М.; Медицина, 1964. - 214 с.

10. Зорян Е.В. Ошибки и осложнения при проведении местной анестезии в стоматологии (Проблемы и решения). Часть 1/ Е.В.Зорян, С.А Рабинович, Е.Г. Матвеева: Практическое руководство для врачей – стоматологов. – М.: МГМСУ, 2007.- 90 с.

11. Кржечковская В.В. Лекарственные средства в анестезиологии. Местные анестетики. / Кржечковская В.В., Вахтангишвили Р.Ш. – Ростов н/д: Феликс, 2006. – 192 с. (Медицина для вас).

12. Малрой М. Местная анестезия: иллюстрированное практическое руководство. /М.Малрой; Пер. с английского С.А.Панфилова. Под ред. проф. С.И. Емельянова, 3-е изд.- М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2013.- 301 с.

13. Махаллий оғрикисизлантириш в амбулаторной стоматологии/Ю.Г. Кононенко, Н.М. Рожко, Г.П. Рузин.- Москва: - Издательство « Книга плюс», 2004. 352 с.

14. Махаллий оғрикисизлантириш в хирургической стоматологии. Учебное пособие / Под ред. д. м. н. Осипяна Э. М. – Ставро- поль: СтГМА. 2007.- 128 с.

15. Методические рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского Совета по реанимации, 2005 г. М., 2008. – 320 с.

16. <https://elib.pnzgu.ru/files/eb/toij5E1uOeNn.pdf>

17. <https://studfile.net/preview/5752296/page:26/>

18. <https://studfile.net/preview/9714423/page:4/>

19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20408748/>

20. [https://pfa.ru/ws/preview/images/stories/Diss/info\\_o\\_zash\\_2019/Sabirzyanov/Diss-SabirzyanovDR.pdf](https://pfa.ru/ws/preview/images/stories/Diss/info_o_zash_2019/Sabirzyanov/Diss-SabirzyanovDR.pdf)

21. <https://milliytibbiyot.uz/uchebnoe-posobie/>

22. <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib445.pdf>

23. <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/36184/978-985-21-1126-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. <https://elib.pnzgu.ru/files/eb/toij5E1uOeNn.pdf>

25. <https://studfile.net/preview/5135477/page:9/>

26. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/Стоматология/-Местное%20обезболивание%20в%20стоматологии%20Убайдов.pdf>

27. <https://dspace.kpfu.ru/xmlui/bitstream/handle/net/32638/metod.pdf?sequence=1>

28. <https://medlec.org/lek3-102601.html>

29. <https://helpiks.org/2-22737.html>

30. <https://api.ziyonet.uz/uploads/books/459675/5baf395424af8.pdf>

31. <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/3023/Местные%20%20осложнения%20%20при%20%20проведении%20%20местной%20%20инъекционной%20%20анестезии.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ТАЪСИРИДАГИ  
АСОРАТЛАРНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВА  
ПРОФИЛАКТИКАСИ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## Тошкент 2025

### 1. Кириш:

Код	
Z 41.8; Z 51.5	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12554">https://mkb-10.com/index.php?pid=12554</a> маҳаллий оғриқсизлантириш
QC72; QC10	<a href="https://mkb-11.com">https://mkb-11.com</a>

**Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2027 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** Тошкент давлат стоматология институти (ТДСИ)

**Қуйидагилар клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ёрдам берди:**

Жараёни ташкил этиш учун стоматология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1. **Ҳайдаров Н.К.** – ТДСИ ректори, профессор
2. **Баймаков С.Р.** – ТДСИ ўқув ишлари бўйича проректори, профессор
3. **Ахмедов С.П.** – ТДСИ тиббий ишлар бўйича проректори

**Муаллифлар рўхати:**

**Хасанов А.И.** – ТДСИ болалар юз-жағ жарроҳлиги кафедраси доценти.

**Азимов А.М.** – ТДСИ “жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси мудир, доцент.

**Садикова Х.К.** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси доценти.

**Хомидов М.А.** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси

**Аслонова Г.Б.** – ТДСИ “Жарроҳлик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси

**Такризчилар:**

**Абдуқодиров А.А.** Профессор, жарроҳлик стоматология кафедраси мудир Тиббиёт ходимлари касбий малака ошириш маркази мудир ( ТТХКМПМ )

**Шукпаров А. Б., т.ф.д.,** Жанубий Қозоғистон тиббиёт Академиясининг жарроҳлик ва ортопедик стоматология кафедраси мудир.

Клиник баённома Олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон стоматология ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари ва вилоятлар бош стоматологлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди. Стоматология хизмати тизими муассасалари онлайн форматда 2023 йил 7 апрелдаги №2-сонли баённома.

### **Ишчи гуруҳ раҳбари – тиббиёт фанлари доктори Хасанов А.И ТДСИ**

Техник кўриб чиқиш ва таҳрирлаш:

- 1.
- 2...

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси :

- 1.
- 2.
- 3..

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги дори сиёсати бошқармаси мутахассисларининг эксперт баҳоси :

- 1.
- 2..

Ўзбекистон Республикаси Вазирлиги ҳузуридаги Тиббий суғурта агентлиги мутахассисларининг эксперт баҳоси :

- 1.
- 2.
- 3..

Ушбу клиник протокол ва стандарт вазир ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори Ф.Р. Шарипов, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.Қ.Алмарданов , Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори. С.А. Убайдуллаева, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бош мутахассислари Ш.Р.Нуримов , С.К.Усмонов ва Г.Т.Жумаева ташкилий ва услубий ёрдамида ишлаб чиқилди. .

**Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти амалий соғлиқни сақлаш сектори вакиллари билан биргаликда клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалиётда қўлланилиши баҳоланди.**

Амалий шифокорлар:

- 1.
- 2.
- 3..

### **Қисқартмалар рўйхати**

ТДСИ	Тошкент давлат стоматология институти
ТТХКМПМ	Тошкент тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази

Ушбу оғрикисилантириш протоколи фойдаланувчилари ;

1. Юз-жағ жарроҳи;
2. Жарроҳ стоматолог;
3. Умумий стоматолог;

4. Шошилинч ва шошилинч тиббий ёрдам шифокорлари;
5. Лаборатория шифокорлари;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Тиббиёт олий ўқув юртларининг талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, аспирантлари, ўқитувчилари;

**Беморларнинг тоифалари:** Юз-жаг соҳаси касалликлари билан оғриган беморлар

1-жадвал

**9) Ишончлилик даражасининг шкаласи:**

**Ташхисот усулларини асословчи далилларнинг ишончлилик даражасини баҳоловчи шкала (ташхисий ёндашув)**

ДИД	Таърифи
1	Назоратли референц усул ёки мета-анализ қўллаш ёрдамида тизимли рандомизацияланган клиник тадқиқотли тизимли шархлар.
2	Мета анализ қўллаш ёрдамида алоҳида назоратли референц усулли тадқиқот ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқот ва рандомизацияланган клиник текширувларсиз ҳар қандай дизайнли тадқиқот тизимли шархлар
3	Навбатсиз референц усулли тадқиқот ёки изланиш усулига боғлиқ референцли тадқиқот ёки рандомизацияланмаган таққослаш тадқиқоти, шу жумладан когорт тадқиқоти
4	Қиёсланмайдиган тадқиқот, клиник ҳолатнинг шархи
5	Таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар ёки экспертлар хулосаси келтирилган

**Профилактика, даволаш, реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

ДИД	Таърифи
1	Мета-таҳлилни қўллаш ёрдамида РНТ тизимли шарх
2	Алоҳида РНТ ва мета-таҳлилни қўлланиш йўли билан РНТдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тизимли шарх
3	Рандомизацияланмаган қиёсий текширувлар, шунингдек когорт текширув усуллари
4	Қиёсланмайдиган ҳолатлар, клиник ҳолатни шархлаш ёки ходисанинг бир қисми, “ходиса-назорат” текшируви
5	Фақат ёндашувлар таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар (клиникагача бўлган текширувлар) ёки экспертлар хулосаси

**Профилактика, ташхисот, даволаш, реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

ТИД	Таснифи
А	Кучли тавсия (ҳамма кўрилаётган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим, ҳамма текширув усуллари юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларни хулосалари қониқарли ёки юқори сифатли, қизиқтирган оқибатлари бўйича уларнинг хулосалари келишилган)
Б	Шартли тавсиянома (ҳамма кўрилаётган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари қониқарли ёки юқори услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтирган оқибатлари бўйича хулосалари келишилмаган)

<b>С</b>	Кучсиз тавсия (юқори сифатли ишончлиликнинг йўқлиги, ҳамма кўрилаётган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибатлари) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари паст методологик сифатга эга ва уларнинг хулосалари қизиқтирган оқибатлари бўйича келишилмаган)
----------	--

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ

Жаҳон стоматология амалиёти ҳозирги вақтда тиш касалликларининг олдини олиш усуллари кундалик амалиётга жорий этиш орқали соғлом тишлар ва периодонтал тўқималарни сақлаб қолиш ва мавжуд вазиятни яхшилаш мумкинлигини ишончли исботлайди.

Профилактика-бу соғлиқни сақлашнинг юқори даражасини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган давлат, ижтимоий, гигиеник ва тиббий тадбирлар тизими. Профилактика тизимида битта профилактика жараёнининг иккита алоқаси мавжуд: бирламчи профилактика ва иккиламчи профилактика.

### 1.1. МАҲАЛЛИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ВАҚТИДАГИ МАҲАЛЛИЙ АСОРАТЛАР

Маҳаллий асоратлар маҳаллий оғриқсизлантириш пайтида ҳам, ундан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин. Шу туфайли улар қуйидагиларга бўлинади: тўғридан-тўғри оғриқсизлантириш пайтида юзага келадиган дарҳол ривожланувчи асоратлар, эрта — оғриқсизлантиришдан кейинги дастлабки 2-3 кун ичида пайдо бўладиган ва кеч — кейинроқ ривожланадиган асоратлар.

#### ДАРҲОЛ РИВОЖЛАНУВЧИ АСОРАТЛАР

1. Анестетик ўрнига агрессив суюқликни нотўғри киритиш тиббиёт ходимлари ёки ишлаб чиқарувчининг ишчиларининг бепарволиги туфайли хавфсизлик қоидаларининг бузилиши оқибатидир. Бу одатда қуйидагиларга боғлиқ: дори воситаларини сақлаш қоидаларига риоя қилмаслик; уларнинг нотўғри этикетланиши; препаратлар билан эҳтиётсизлик билан муомала қилиш. Водород перикс эритмаси, формалин, калций хлорид, этил ва ҳатто аммиак кўпинча нотўғри инекция қилинади. Бундай ҳолда, инекция пайтида бемор препарат киритилган жойда кучли оғриқ ёки қуйишни ҳис қилади, тўқималарнинг оқариши ёки гиперемияси, уларнинг конфигурациясининг ўзгариши ва крепитация пайдо бўлиши мумкин. Бундай вазиятда, беморнинг биринчи реакциясида, инекцияни тўхтатиш, тўқималарни 0,25% — 0,5% анестетик эритма билан инфилтрация қилиш керак, анестетик эритма миқдори агрессив суюқлик миқдоридан камида 5 баравар кўп бўлиши керак, периостни ажратмасдан инфилтрация жойида кесма қилиш керак, агар унинг остига суюқлик киритилмаган бўлса, ўчоқ марказига тўмтоқ йўл билан борилади, уни тўмтоқ игна билан шприц ёрдамида антисептик эритма билан ювилади ва дренаж ўрнатилади. Беморга берилади: антигистамин препаратлар, анальгетик ва эртаси куни текшириш учун буюрилади.

Кейинги даволаш ва натижа инекция қилинган суюқлик ҳажмига, унинг хусусиятларига, локализациясига боғлиқ. Қанот-жағ бўшлиғига ёки тилнинг асосига агрессив суюқлик киритилганда, ўчоқни дарҳол очиш, ювиш ва дренажлашдан сўнг, бемор яллиғланиш жараёни тўхтагунча тил, юткиннинг латерал девори, ҳалқумнинг шиллиқ ости қатлами шишган тўқималари томонидан асфикциянинг олдини олиш учун касалхонага ётқизилиши керак. Яллиғланиш жараёни сусайгандан сўнг, медиал қанотсимон мушак толалари, тил мушакларининг чандиқлари пайдо бўлиши мумкин, бу функциянинг турғун чекланишига олиб келади.

Худди шу нарса чакка ости чуқурчасга агрессив суюқлик юборилган беморларга ҳам тегишли. Кеч аррозив қон кетишининг кескин ривожланиш хавфи туфайли уларни кузатиб бориш керак. Регенерация жараёнининг натижаси одатда латерал қанотсимон мушакнинг чандиғидир, бу эса узок муддатли даволанишни талаб қилади.

Карпул анестетиклардан фойдаланиш билан бундай асоратни ривожланиш хавфи сезиларли даражада камаяди. Асоратларнинг олдини олиш шифокор томонидан препаратни шприцга тортишда ҳамширанинг ҳаракатларининг тўғрилигини назорат қилишни, дори воситаларини сақлаш қоидаларига қатъий риоя қилишни талаб қилади. Агар препарат солинган идишдаги этикеткада нуқсон бўлса, уни ишлатишдан бош тортиш керак.

**2.** Анестетикни томир ичига юбориш ўтказувчан оғриқсизлантириш пайтида аспирацион синамани эътиборсиз қолдиришда содир бўлади. Қон томир каналига адреналинни ўз ичига олган анестетикни киритиш кучли оғриқ ва лунж, ёноқ, инфраорбитал ёки иякнинг терисида ишемик зонанинг шаклланиши билан бирга келади. Баъзида кўз олмасининг оғиши, лагофталмос, диплопия ва ҳатто бир кўзда вақтинчалик кўришнинг йўқолиши, юрак уриши, нафас қисилиши қўшилиши мумкин. Томир йўналиши бўйлаб тўқималарнинг уйқучанлиги билан биргаликда бу аломатлар бемор учун сезиларли ноқулайлик ва ташвиш туғдиради. Кўпинча улар катта хавф туғдирмайди ва ўз-ўзидан ўтиб кетади. Аммо баъзи ҳолларда гематоманинг шаклланиши, флебитнинг ривожланиши, юз веналарининг тромбофлебити ва узок муддатда — юз оғриғи кузатилиши мумкин.

Адреналинсиз анестетикни томир ичига юбориш камроқ кучли маҳаллий реакцияни келтириб чиқаради, аммо препаратнинг умумий токсик таъсирини келтириб чиқариши мумкин.

Қон томир каналига анестетикни киритишнинг биринчи белгилари пайдо бўлганда, инекцияни тўхтатиш керак, гематома пайдо бўлишининг олдини олиш учун инекция жойини тампон билан босиш керак. Одатда, махсус маҳаллий даволаш талаб қилинмайди. Беморни тинчлантириш, уни ғайриоддий ҳис-туйғуларнинг хавфсизлигига ишонтириш керак, шундан сўнг даволанишни давом эттириш мумкин.

Интраваскуляр асоратларнинг олдини олиш учун ностероид яллиғланишга қарши дори воситалар, витамин С буюрилади. Бир кун давомида жисмоний фаолиятдан, термал процедуралардан бош тортиш тавсия этилади.

**3.** Оғриқсизлантириш пайтида қон томирнинг игна билан шикастланиши тез-тез учрайди.

Инфилтрацион оғриқсизлантириш пайтида кичик томирларнинг шикастланиши хавфли эмас.

Гематома пайдо бўлишининг олдини олиш учун игна инекция жойини стерил дока билан бир неча дақиқа давомида босиш kifоя.

Мандибуляр оғриқсизлантириш пайтида пастки альвеоляр томирларнинг шикастланиши одатда сезиларли оқибатларга олиб келмайди. 1-2 кун давомида оғизни очганда ўртача оғриқлар бўлиши мумкин, гарчи қанот-жағ бўшлиқда гематома ҳосил бўлгандан сўнг чамдиқли контрактуранинг ривожланиши ҳақида далиллар мавжуд бўлсада.

Туберал оғриқсизлантириш пайтида қанот-танглай венос чигали томирларининг шикастланиши лунж ва чакка соҳаларда гематоманинг тез ривожланиши билан бирга келади. Бундай ҳолда, 1-2 та тампонни юқори учинчи моларнинг орқасига тезда киритиш ва бармоқ билан 5-10 дақиқа давомида босиб туриш керак. Ташқаридан 20 дақиқа давомида лунж ва чакка соҳасига муз тўплами қўлланилади. Шу куни беморга жисмоний фаолиятдан, термал муолажалардан, антикоагулянтларни қабул қилишдан қочиш, гипертония билан оғриган одамларда қон босими даражасини назорат қилиш тавсия этилади. Тўқималарда тўпланган қон тана ҳароратининг 1-2 даражага кўтарилишига олиб келиши мумкин, бу эса йиринглаш жараёнидан фарқли ўлароқ, бир сутка ичида йўқолади. Агар гематома катта ҳажмга етган бўлса, чуқур чандиқ пайдо бўлишининг олдини олиш учун уни 1-2 кундан кейин бўшатиш кўрсатилади.

3-4 кундан кейин гематома устидаги тери кўк ранга айланади, кейин эса сарғаяди. Терини тозалашни тезлаштириш учун троксевазин малҳами, бодяга бальзами, гепарин малҳами маҳаллий равишда буюрилади.

**4.** Нервнинг игна билан шикастланиши кўпинча мандибуляр, инфраорбитал, ментал, инсисивал, палатинал оғриқсизлантириш пайтида юзага келади ва бу уни амалга ошириш техникасининг бузилиши, игнанинг тез олдинга силжиши билан боғлиқ.

Субъектив равишда бемор пастки альвеоляр ёки ментал нервнинг шикастланишини жағнинг ияккача бўлган соҳани электр токи уриши каби ҳис қилади. Агар оғриқсизлантириш таъсири тугагандан сўнг, уйқусизлик ёки парестезия давом этса, унда нерв шикастланиши ҳақида гапириш мумкин ва доимий ўтмас, оғриқли ирридацияланувчи оғриқ қўшилиши сезувчи нервнинг травматик нейропатиясининг ривожланишини кўрсатади. Ҳаракатлантирувчи шохининг игна билан шикастланиши унинг периферик характерга эга бўлган парези ёки фалажининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Нерв толасида яллиғланиш жараёнини тўхтатиш учун беморга ностероид

яллиғланишга қарши воситалар, В витамин гуруҳи ва физиотерапия буюрилади. Ҳаракат нерви шикастланганда антихолинестераза препаратлари (прозерин, галантамин) буюрилади. Нейропатия учун адекват терапия қанчалик тез бошланса, ижобий натижа эҳтимоли шунчалик юқори бўлади.

**5.** Мушакнинг игнадан шикастланиши одатда мандибуляр оғриқсизлантириш пайтида содир бўлади. Йўлда игна чакка ва медиал қанотсимон мушакларнинг толалари билан учрашиши мумкин, бу оғиз йэтарлича кенг очилмаганида, оғриқсизлантириш техникасидан четга чиққанда содир бўлади. Натижада, пастки жағнинг рефлектор контрактураси ривожланиши мумкин, бу даволанишни талаб қилади (Ностероид яллиғланишга қарши воситалар, физиотерапия, миогимнастика). 10 кун ичида даволаниш самараси бўлмаса, чандиқли контрактура шаклланиши мумкин.

**6.** Инекцион игнанинг синиши, асосан, мандибуляр ёки экстраорал оғриқсизлантириш пайтида, игна мушак ёки пай орқали зўрлик билан ўтганда, шпритснинг ҳолати ўзгарганда, бемор кескин ҳаракатланганда, игнанинг ишлаб чиқариш нуқсони натижасида содир бўлади. Агар игнанинг цинган қисми тўқималарга тўлиқ ботирилган бўлса, уни поликлиникада олишга уринмаслик керак. Игнани муваффақиятли олиб ташлаш учун камида 2 текисликда рентген текширувини олдиндан ўтказиш керак.

Ушбу асоратнинг олдини олиш учун игна ўлчамини тўғри танлаш, унинг узунлигининг 2/3 қисмидан кўпроғини тўқималарга ботирмаслик, оғриқсизлантириш тартибига қатъий риоя қилиш ва юқори сифатли тиббий маҳсулотлардан фойдаланиш керак.

**7.** Бурун бўшлиғининг тешилиши, манипуляция техникасидан четга чиққан ҳолатда, Вайсблат бўйича, юқори жағ нервини марказий оғриқсизлантириш пайтида пайдо бўлиши мумкин. Кисселбах веноз чигалининг шикастланиши бўлмаса, бу асорат хавfli эмас, бу бурундан қон кетишининг ривожланиши билан боғлиқ, олдинги ёки орқа бурун тампонадасини талаб қилади.

**8.** Кўз олмасининг шикастланиши баъзан инфраорбитал оғриқсизлантириш пайтида юзага келади, чунки инфраорбитал каналнинг ингичка ва баъзан тешилган устки девори игна каналга чуқур кириб кетганда ёки кўпол манипуляциялар билан осон шикастланади. Офтальмологнинг шошилишч маслаҳати, антибиотик терапиясини ўтказиш талаб қилинади.

**9.** Тери ости эмфиземаси анестетик билан бирга шпритсдан чиқарилмаган ҳаво пуфакчаси юборилганда пайдо бўлади. Пальпация пайтида юмшоқ тўқималарнинг крепитацияси шаклида ўзини намоён қилади. Шпритсдаги ҳаво потенциал инфекцияланганлигини ҳисобга олиб, беморга йирингли асоратларни олдини олиш учун антибиотик терапияси курсини буюриш керак. Тўқималарда газ пуфакчалари тезда тарқалади.

**10.** Чакка пастки жағ бўғимининг чиқиши мандибуляр ёки торусал оғриқсизлантириш пайтида оғизнинг кенг очилиши сабабли юзага келади ва бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Ушбу асоратга заиф боғланган бўғим аппарати, бўғим бошчаси паст беморлар мойил ва одатий чиқишга эга бўлиш эҳтимоли кўпроқ.

Ёрдам мавжуд усуллардан бири билан бўғим чиқишини камайтириш, жағнинг ҳаракатини чеклаш, шикастланган бўғим ёки бўғимларга муз қўллаш, бўғим чиқишидан кейин 3-кундан бошлаб физиотерапия қўшишдан иборат.

<https://dspace.kpfu.ru/xmlui/bitstream/handle/net/32638/metod.pdf?sequence=1>

## **ЭРТА АСОРАТЛАР**

**1.** Инекциядан кейинги гематоманинг йиринглаши у инфекцияланганида содир бўлади. Катта эҳтимол билан инфекция инекция жойида игна ёки шиллик қават юзасидан тўқималарга киради.

Одатда, гематома соҳасидаги йиринглаш жараёни 1-2 кундан кейин оғриқнинг кучайиши, шишнинг катталаниши, маҳаллий ҳароратнинг ошиши ва умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан бошланади. Бундай ҳолда, йирингли жарроҳликнинг барча қоидаларига мувофиқ даволанишни амалга ошириш керак.

**2.** Постинекцион стоматит игна инекция жойини инфекциялашда юзага келади ва оғриқли афта ёки яра пайдо бўлиши билан бирга келади. Бу, одатда, инекциядан олдин шиллик қаватнинг антисептик ишловини эътиборсиз қолдиришда содир бўлади. Ушбу асоратни даволаш зарарланиш ўчоғини антисептик билан ишлов беришни, метрогил дента малҳамини суртишни ва ностероид яллиғланишга қарши воситаларни қабул қилишни ўз ичига олади.

**3.** Юмшоқ тўқималарнинг некрози анестетик нормал тўқималар трофизминини бузганда ривожланади. Бу қандли диабет, оғир қон айланишининг бузилиши билан оғриган беморларда палатинал оғриқсизлантириш пайтида периост остига кўп миқдорда препарат киритилганда содир бўлади. Бир вақтнинг ўзиде периост озикланишдан маҳрум бўлиб, унинг бир қисми кейинчалик некрозга учраши мумкин.

Клиник жиҳатдан асоратлар шиллик қаватнинг оғриғи, шишиши ва гиперемияси билан танглай абсесси белгилари билан бирга келади. 1-2 кундан кейин ўчоқ марказида цианотик рангнинг юмшаш жойи пайдо бўлади, уни очгандан сўнг унинг қирралари некротик қараш билан қопланади. Беморга антибактериал, яллиғланишга қарши терапия буюрилади. Антисептик ишлов бериш маҳаллий даражада амалга оширилади, ферментлар, кератопластиклар қўлланилади. Суяк тўқимаси очиқ бўлса, ёдоформли тампонни очиқ жойга ушлаб туриш учун химоя пластинкаси тайёрланади. Тампон эпителизацияга қадар ҳар 3 кунда ўзгартирилади. Кенг некроз майдони мавжуд бўлганда, нуқсонни пластик ёпиш амалга оширилади.

## **КЕЧКИ АСОРАТЛАР**

**1.** Чандикли контрактура анестетик ўрнига агрессив суюқлик киритилгандан ёки гематома ҳосил бўлганидан кейин 7-10 кун ўтгач, жароҳатдаги коллаген толалар сони жағнинг ҳаракатини чеклаш учун етарли зичликка етганда шакллана бошлайди. Жараёнда чайнов мушаклари ёки фақат шиллик қават иштирок этиши мумкин. Вақт ўтиши билан чандик анча кўполроқ бўлади ва консерватив даволаш мос келмайди. Шу туфайли, чандикли контрактуранинг олдини олиш ҳодисадан сўнг дарҳол бошланиши керак. Биринчи навбатда, гематомани бўшатиш ёки инекция жойидан агрессив суюқлик оқимиға йўл яратиш керак. Кейинчалик миогимнастика, лидаза электрофорези ва гирудотерапия ҳар куни амалга оширилиши керак. Одатда, бундай чоралар кўпол чандик шаклланишидан қочишга ёрдам беради. Мураккаб ҳолатларда жарроҳлик амалиётиға мурожаат қилиш керак.

**2.** Травматик невропатия ўтказувчан оғриқсизлантириш пайтида нерв шикастланишидан кейин ривожланиши мумкин ва ўзини иннервация қилинган ҳудуднинг уйқучанлиги ва нерв бўйлаб доимий оғриқли оғриқ, ирридацияланишға мойил бўлган ёки чайнов, юз мушакларининг парезлари ёки фалажлари шаклида намоён бўлади. Даволаш тегишли бўлимда тасвирланган.

<http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib445.pdf>

### **2.1. МАҲАЛЛИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ ВАҚТИДАГИ УМУМИЙ АСОРАТЛАР.**

Стоматологик қабулда стоматолог ўз беморларидаги хилма-хил касалликлар билан шуғулланиши керак. Уларнинг компенсацияланган мослашув ҳолатида бўлган қисмида даволаш тананинг асосий физиологик функциялари кўринадиган бузилишларсиз амалга оширилади. Мослашув механизмлари яқунланган ва суб- ёки декомпенсация босқичида бўлган худди шу беморлар стоматологик муолажалар билан боғлиқ психо-эмоционал стрессға ёки кичик дозаларда дори-дармонларни қабул қилишға етарли даражада жавоб бермаслиги мумкин. Бундай ҳолда, беморнинг умумий аҳволининг

кескин ёмонлашуви ривожланиши мумкин, бу асосий касалликнинг кучайиши ёки организмнинг мослашувининг бузилиши билан боғлиқ. Умумий асоратларнинг аксарияти ўткир қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ.

**I. ҲУШДАН КЕТИШ (ОБМОРОК)** — миянинг қисқа муддатли қон таъминоти бузилиши ҳисобига ўткир ишемия туфайли қисқа муддатли онгни йўқотиш хуружи.

Ҳушдан кетишнинг кўплаб таснифлари орасида ҳеч бирини кенг қамровли деб ҳисоблаш мумкин эмас, чунки унинг патогенези ҳақида ягона тушунча мавжуд эмас. Анъанавий равишда барча обморокларни нейровегетатив (вазодепрессор, ортостатик, гипервентиляцияон, синокаротидли, йўталли, гипогликемик, истерик) ва кардиоген ва қон томир обморокларига бўлиш мумкин. Одатда ҳушдан кетиш 3 босқичда содир бўлади (Боголепов Н.К., 1968 йил).

**1. Липотимия (хабарчилар босқичи).** Бош айланиши, кўзнинг олди қоронғулашиши, қулоқларда шовқин, кўришнинг хиралашиши, кўнгил айниш, рангпарлик, совуқ тер, нафас қисилиши, юрак уриши, "томоқдаги шиш", тил, бармоқлар, лаблар увишиши. Босқичнинг давомийлиги 4-20 сониядан 1,5 дақиқагача. Баъзида у кузатилмаслиги мумкин.

**2. Обморок.** Ҳушдан кетиш давомийлиги 60 сониягача. Онг йўқлиги пайтида рангпарлик, мушак тонусининг пасайиши, ҳаракатсизлик, кўзлар ёпик, мидриаз (кўз қорачиғининг кенгайиши), кўз қорачиғининг ёруғликка таъсирининг пасайиши, кучсиз лабил пульс, қон босимининг пасайиши, юзаки нафас олиш кузатилади. Ушбу босқичда чуқур обморокда клоник ёки тоник-клоник сиқилишлар, нафас олишда қисқа пауза ва беихтиёр сийиш чиқариш мумкин.

**3. Обморокдан кейинги давр** бир неча сониядан бир неча дақиқагача давом этади. Беморда ташвиш, ранги оқарган, адинамик, тахикардия, тахиапноэ, умумий заифлик қайд этилади. Вазодепрессор обмороки бўлган бемор тез тик турганида такрорий ортостатик обморок ривожланиши мумкин.

**Гипервентиляцияон обморок** стоматологик процедура олдидан хавотирланиб тез нафас олаётган беморда ривожланиши мумкин. Бу вегетатив кризнинг (вахима ҳужуми) сабаби бўлиши мумкин. Бундай ҳушидан кетишнинг ўзига хос хусусияти липотимия даврининг узоқ вақт давом этиши бўлиб, у ўн дақиқагача кўпайиши ва юрак уриши, кардиалгия, ҳаво етишмаслиги, тетания, полиурия билан бирга келиши мумкин. Онгни йўқотиш табиатда милтилловчи ҳарактерли ва онгнинг ўзгариши билан бирга келади. Вақти-вақти билан онг қисман тикланади. Бу ҳолат 20-30 дақиқагача давом этиши мумкин. Обморок баъзида артериал қон босимининг пасайишисиз содир бўлади. Обморокдан кейинги давр узоқ, ортостатик обмороклар такрорланиши мумкин.

**Синокаротидли синдром.** Кўпинча 30 ёшдан ошган эркакларда учрайди. Атеросклероз фонида артериал гипертензия билан оғриган беморларда каротид синусга босилганда, 80% ҳолларда турли қон томир реакциялар пайдо бўлади. Бу 3% беморларда каротид тугуннинг юқори сезувчанлиги билан боғлиқ бўлган обморокни ривожлантиради. Галстукни қаттиқ боғлаш, қаттиқ ёқа, бошнинг ҳолатини ўзгартириш кўзғатувчи омил бўлиши мумкин. Ушбу обморокнинг ҳарактерли хусусияти обморок олди даврининг йўқлиги ҳисобланади. Ҳушидан кетиш босқичида баъзида брадикардия ва қон босимининг пасайиши кузатилиши мумкин. Обморокдан кейинги даврда бахтсизлик, депрессия, астения ҳисси мавжуд бўлади.

**Гипогликемик обморок** — қандли диабет билан оғримайдиган, узоқ вақт овқатланмаган ва қабулга боришдан олдин кўп энергия сарфлаган беморларда ривожланиши мумкин. Унинг ўзига хос хусусияти заифлик, терлаш, титроқ, бош айланиши, очлик ҳисси мавжудлиги. Гипервентиляция ҳушидан кетиш давомийлигини оширади. Обморокдан кейинги давр узоқ давом этади. 40% глюкоза — 20-40 мл томир ичига юбориш билан тўхтатилади.

**Истерик ҳушидан кетиш** - ўзини намоён қилишнинг ўзига хос усули. Қизиғи шундаки, беморларнинг ўзлари кўпинча ўзларини ёмон ҳис қилишларига ишонишади. Беморнинг физиологик кўрсаткичлари (АБ, юрак уриши) – норма чегараларида. Бемор кўзларини куч билан очишга уринишда зўрлик билан қаршилиқ кўрсатади. Бундай беморга ёрдам транквилизаторни киритишдан иборат.

**Кардиоген обморок** тўсатдан ўлимга олиб келиши мумкин. Сўнгги йилларда бу муаммога кўпроқ эътибор қаратилмоқда. Кардиоген обморокда онгни йўқотиш юрак етишмовчилиги натижасида

юзага келади, бу туғма ёки орттирилган нуқсонларда ҳам юракнинг органик шикастланиши, ҳам юрак ритмининг бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

**Брадиаритмик обморок** 5-10 секунддан ортиқ асистолияда юрак уриш тезлигининг дақиқада 20 зарбагача кескин секинлашиши фонида содир бўлади. Энг хавфлиси юрак уриш тезлиги дақиқада 200 дан ошганда пароксизмал тахикардия хуружи фонида ривожланиши мумкин бўлган тахиаритмик обморок ҳисобланади. Унинг хавфи шундаки, бу қоринча фибрилациясига ва тўсатдан ўлимга олиб келадиган қоринча тахикардиясидир. Шу туфайли, кардиоген обморокнинг нейроген сифатида нотўғри ташхиси ўлимга олиб келиши мумкин.

**Ангиогеник обморок** кўпинча кекса беморларда мияни (орқа мия ва уйку артериялари) таъминлайдиган томирларнинг патологияси фонида пайдо бўлади.

Айтиш керакки, қисқа муддатли онгни йўқотиш эпизодлари гипер- ва гипотензия, мигрень билан содир бўлиши мумкин.

**Профилактика:** хонани шамоллатиш, салбий ҳиссиёт берувчи таъсирни йўқ қилиш, қабулдан олдинги кутиш вақтини қисқартириш, агар иложи бўлса, беморнинг қорни оч бўлса иложи борича у билан ишламаслик. Операция пайтида беморнинг аҳволини кузатиб бориш. Эмоционал заиф беморларга 20 дақиқа олдин транквилизатор (элениум 0,005, седуксен 0,05, реланиум 0,05) ёки седатив препаратлар (валериана дамламаси 30-40 томчи, арслонқуйруқ 20 томчи, валокордин 40-50 томчигача) ушбу дориларга аллергия анамнези бўлмаса, қабул қилиш тавсия этилади. Даволаш пайтида беморнинг нафас олиши бир текис бўлишига ишонч ҳосил қилиш керак.

**Даволаш:** беморни горизонталь ҳолатда ётқизиш, устки кийимини, ёқаси ёки галстугини ечиш, тоза ҳаво бериш, нашатир спирти буғи билан нафас олдириш (кўзларга эҳтиёт бўлинг!), юз ва бўйинга совуқ сув сепиш. Бош бармоқ билан кафтнинг ўртасидаги, бурун тўсиғининг тагидаги, пастки лабнинг пастки қисмидаги ияк устидаги нуқталарни массаж қилиш. Одатда булар беморни уйғотиш учун етарли. Истерик ҳушдан кетишда транквилизаторлар тайинлашни талаб қилади.

Беморнинг розилиги билан гемодинамик кўрсаткичлар (АБ; пульс) нормаллашгандан кейин кейинги даволаниш давом эттирилиши мумкин.

Даволаш беморнинг ярим горизонталь ҳолатида амалга оширилади. Беморни унинг аҳволи тўлиқ нормаллашганидан кейин, унга катта ёшли ҳамроҳ билан рухсат бериш мумкин.

<https://studfile.net/preview/1859951/page:2/>

**II. КОЛЛАПС** – умумий томирларнинг кенгайиши ёки айланма қон ҳажмининг камайиши натижасида қон босимининг кескин пасайиши билан кечадиган ўткир қон томир етишмовчилиги.

Коллапснинг 3 та шакли мавжуд:

**1. Кардиоген** — юрак мушакларининг кучсизлиги натижасида кўпинча миокард инфарктида (кардиоген шок), ўткир миокардитда, ўпка артерияси тромбоземболиясида ривожланади.

**2. Қон томир** — интоксикация, инфекция, заҳарланиш, транквилизаторларни қабул қилиш, гипотоник турдаги нейросиркулятор дистония, анафилактик шок натижасида.

**3. Гиповолемик** - қон йўқотиш ёки сувсизланиш туфайли айланма қон ҳажмининг пасайиши, ҳақиқий кардиоген шокда қон томирлар спазми натижасида.

Клиник манзараси

Беморнинг онги сақланган. Летаргия, апатия, нафас қисилиши, бош айланиши, кулоқларда шовқин қайд этилади, териси рангпар, совуқ, нам, юрак уриши тез-тез, ипсимон, ёмон тўлади. Артериал босим 60/40 мм симоб устуни ва пастроққача тушади.

**Ёрдам кўрсатиш:** беморга горизонталь ҳолат ёки Тренделенбург ҳолати берилади.

Босимнинг энгил пасайишида кофеин — натрий бензоат 10% — 1 мл ёки кордиамин 2-3 мл мушак ичига юборилади. Брадикардияда — атропин 0,1% 0,5 мл тери остига.

Босимнинг янада пасайишида томчилатиб юбориш тизими ўрнатилади ва физиологик эритма ёки коллоид плазма ўрнини босувчи дориларни қуйиш бошланади.

**III. ГИПЕРТОНИК КРИЗ (ГК)** – қон босимининг кескин ошиши, клиник белгилар билан бирга келади ва нишон органларга зарар етказилишининг олдини олиш учун уни дарҳол камайтиришни талаб қилади (нормал қийматларгача тушириш шарт эмас).

Қон босимининг кескин ошиши нейрoпсихик травма, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, атмосфера босимининг кескин ўзгариши, гипoртензив терапияни бекор қилиш ва бошқалар билан кузатилиши мумкин.

ГК иккита асосий механизм туфайли юзага келади:

**1. Қон томир** — артериолаларнинг вазомотор (нейрогуморал таъсирлар) ва базал (натрийни ушлаб туриш билан) тонусининг ошиши туфайли умумий периферик қаршиликнинг ошиши.

**2. Кардиал механизм** — юрак уриш тезлигининг ошиши, айланма қон ҳажми, миокард қисқариши туфайли юракдан чикувчи қон ҳажмининг ошиши

Классификация

Гемодинамик бузилишлар тури бўйича:

I тип. Гиперкинетик (гипертензиянинг дастлабки босқичларида тез-тез кузатилади, асосий медиатор — адреналин): ўткир ривожланади, беморларнинг қўзғалувчанлиги, кўплаб "вегетатив белгилар" (мушакларнинг титраши, терлашнинг кучайиши, терида қизил доғлар, тез) юрак уриши, якуний ГКда полиурия, баъзида мўл суюқ ахлат) ва қисқа вақт давомида (3-4 соатдан кўп бўлмаган) давом этади. Ушбу кризлар учун систолик қон босимининг устун ўсиши, пульс босимининг ошиши ва тахикардия характерли.

II тип. Гипокинетик (қоида тариқасида, касалликнинг кечки босқичларида қон босимининг юқори даражаси фонида юзага келади; асосий медиатор — ноадреналин): камроқ ўткир бошланади, аста-секин ривожланади, нисбатан узoқ (бир неча соатдан 4-5 кунгача) ва oғир кечиш характерли.

Беморлар летаргик, тормозланган кўринади. Улар асосан аниқ ривожланган мия ва юрак белгиларига эга. Бу ҳолатларда систолик ва диастолик қон босими жуда юқори, аммо диастолик босимнинг ошиши устунлик қилади.

Клиник кечиши бўйича:

Асоратланмайдиган ГК.

Асоратланадиган ГК (геморрагик ёки ишемик инсульт; субарахноидал қон кетиш; гипертоник энцефалопатия, мия шиши; аорта аневризмаси; чап қоринча етишмовчилиги; ўпка шиши; ностабил стенокардия; ўткир миокард инфаркти; эклампция; ўткир буйрак етишмовчилиги; гематурия; oғир ретинопатия.)

Диагностика мезонлари

ГК диагностикаси қуйидаги асосий мезонларга асосланади:

1. Нисбатан тўсатдан бошланиш.

2. Қон босимининг индивидуал равишда юқори кўтарилиши.

3. Серебрал, кардиал ва вегетатив табиатли субъектив ва объектив белгиларининг мавжудлиги.

Клиник кўринишнинг oғирлиги ва қон босимининг кўтарилиш даражаси ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик йўқ. Шунини таъкидлаш керакки, ГК нинг миқдорий чегаралари маълум даражада ўзбошимчалик билан амалга оширилади, шунинг учун юқори хавф ёки нишон органларнинг шикастланиш белгилари мавжуд бўлганда, қон босими пастлигида ушбу чегараларни тиббий кўриб чиқиш имкониятини таъкидлаш жуда муҳимдир.

**ГК терапиясининг мақсади**

Дастлабки мақсад қон босимини (бир неча дақиқадан 2 соатгача) 25% дан кўп бўлмаган, кейин эса охириги 2-6 соат ичида — 160/100 мм симоб устунига камайтиришдир. Буйраклар, бош мия ёки миокард ишемиясини келтириб чиқариши мумкин бўлган қон босимининг ҳаддан ташқари пасайишига йўл қўймаслик керак. Қон босимини 15-30 минутлик интервал билан назорат қилиб бориш керак.

180/120 мм симоб устунидан ортиқ ортишида oғиз орқали қисқа таъсир этувчи воситалар етарли дозада ва қабул қилишнинг етарли частотаси билан белгиланиши керак. Ҳолати барқарорлашгандан сўнг, беморга узoқ муддатли дори-дармонларни буюриш керак.

**Касалхонадан олдинги ёрдам**

Гипертоник кризнинг асоратланмайдиган шакллари

Асоратланмаган ГК учун дориларни парентерал юбориш кўрсатилмайди. Қон босимини "одатий кўрсаткичлар" га силлиқ равишда камайтириш керак, агар улар номаълум бўлса, 160/90 мм симоб уст. гача.

Асоратланмайдиганган гипокинетик:

- нифедипин 5-20 мг чайнашга; 30 дақиқадан сўнг таъсир бўлмаса. доза такрорланади (препаратнинг самарадорлиги юқори бўлса, бошланғич қон босими шунчалик юқори бўлади. Шунингдек, нифедипиннинг самарадорлиги ёшга қараб ортиб боришини ҳисобга олиш керак, шунинг учун ГК ни даволашда препаратнинг бошланғич дозаси кексаларда ёш беморларга қараганда камроқ бўлиши керак). Нифедипиннинг мумкин бўлган ножўя таъсири унинг вазодилататор таъсири билан боғлиқ: рефлексли тахикардия билан биргаликда артериал гипотония, шунингдек уйқучанлик, бош оғриғи, бош айланиши, юз ва бўйин терисининг қизариши. Асосан эҳтиёткорлик билан нифедипин ўткир коронар етишмовчилик (миокард инфаркти, ностабил стенокардия), оғир юрак етишмовчилиги, оғир чап қоринча гипертрофияси (аорта стенози, гипертрофик кардиомеопатияда), шунингдек, бош мияда қон айланишнинг ўткир бузулишлари билан оғриган беморларда қўлланилади.

- 25-50 мг дозада сублингуал ангиотензинга айлантурувчи фермент ингибитори каптоприл бироз камроқ самара беради, чунки препаратга реакцияни олдиндан айтиб бўлмайди (коллапс ривожланиши мумкин). Каптоприлни тил остига қабул қилишда гипотензив таъсир 10 дақиқадан сўнг ривожланади. ва тахминан 1 соат сақланади;

- клонидин 0,075-0,15 мг тил остига — нифедипинга нисбатан ҳеч қандай афзалликларга эга эмас (клонидинни мунтазам равишда қабул қилишни бекор қилиш билан боғлиқ кризлар бундан мустасно). Клонидинни қабул қилиш брадикардия, заиф синус тугуни синдроми, II-III даражали АВ-блокадада қарши кўрсатмадир; уни депрессияда фойдаланиш фойдасиз.

Асоратланмайдиган гиперкинетик:

- адреноблокаторлар (обзидан, индерал) 20-40 мг, қарши кўрсатмалар бўлмаганда (брадикардия, сурункали обструктив ўпка касаллиги, компенсирланмаган қандли диабет).

- магний сульфат 25% 5-10 мл м/и ёки в/и. Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар (гипотирозидизм, синусли брадикардия, АВ-блокада II ва ундан юқори босқичларда, миастения) бўлмаса.

Ривожланган вегетатив ва эмоционал рангга эга бўлган гипертоник криз

- пропранолол (обзадан, индерал) 20 мг

- реланиум 5-10 мг

Гипертоник кризнинг асоратланувчи шакллари

- Серебрал — гипертоник энцефалопатия — мия қон айланишининг вақтинчалик бузилишлари билан ёки инсульт — ишемик ёки геморрагик;

- ўткир коронар етишмовчилик ва ўткир миокард инфаркти кўринишидаги коронар;

- астматик — юрак астмаси ва кейинчалик ўпка шиши билан.

ГК нинг асоратланувчи шаклларида қон босимини тезда пасайтириш керак — АБ 170-160/90 мм симоб устунигача.

ГК нинг асоратланувчи шакллари бўлган беморлар касалхонага ётқизилади.

Гипертоник энцефалопатия билан гипертоник криз гипотензив терапия ва мия шиши ва тиришиш синдромини даволаш ёки олдини олиш зарурлигини талаб қилади.

- нифедипин 5-20 мг (чайнашга);

- магний сульфат 25% 5-10 мл м/и ёки в/и; магнезияга қарши кўрсатмалар бўлса — нифедипин 5-20 мг сублингуал (чайнашга) ёки 30-40 мг в/и;

- реланиум 10 мг м/и ёки в/и;

- эуфиллин 2,4% 10 мл в/и;

- лазикс 20-40 мг;

- зарур бўлса дексаметазон 4-8 мг. Гипертоник криз инсульт билан.

Миянинг қон томир генезли функциясининг бузилиши инсульт деб аталади. Инсульт ишемик (мия инфаркти) ёки геморрагик (мия қон кетиши) бўлади.

Инсульт учун умумий мия усти ўчоқли симптомларнинг устунлиги характерли.

Касалхонагача бўлган босқичда дифференциал ташхис қўйиш қийин: нонспесифик терапия кўрсатилади, ёрдам кўрсатишни бошлаш учун энг қулай вақт касаллик бошланган пайдан бошлаб биринчи 3-6 соат ҳисобланади ва "терапевтик ойна" деб аталади.

Касалхонагача тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажми:

1. Ташқи нафас олиш функциясини нормаллаштириш (нафас олиш аналептиклари қарши кўрсатмадир!).

2. Қон босимини барқарорлаштириш фақат ўта юқори кўрсаткичларда.
3. Тиришишқа қарши терапия — диазепам 5-10 мг в/и, магний сульфат в/и, м/и.

<https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/21051/978-985-21-0076-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

#### IV. АРИТМИЯЛАР

Юрак қисқаришларининг частотаси ва ритмининг бузилиши. Миокард инфаркти, ўткир миокардит, инсульт, атеросклеротик кардиосклероз, неврозларда тез-тез пайдо бўлади.

**1. Пароксизмал тахикардия.** Тўсатдан бошланади ва тугайди. Зарбалар сони дақиқада 200 ёки ундан кўпга етади. Чап қўлга ирридацияланувчи юрак соҳасидаги заифлик, нокулайлик, бўйин томирларининг шишиши ва пульсацияси, нафас қисилиши, кўркув ҳисси ҳақида шикоятлар.

Тери ва кўринадиган шиллиқ пардалар оқарган. Систолик босим пасаяди, диастолик босим кўтарилади.

**2. Ҳилпилловчи аритмия** кўпинча гипертензия, коронар склероз, тиротоксикозда ривожланади.

Юрак соҳасида дискомфорт, юракнинг тез уриши ҳисси пайдо бўлади. Юрак ритмида қонуниятлар аниқланмайди. Диапазондаги зарбалар сони — дақиқада 80 дан 200 гача.

**3. Экстрасистолия** — юрак ишидаги узилишлар, бир қисқариш ёки иккитаси тўхтаб қолади, кейин эса компенсатор пауза кузатилади.

Бу юрак касалликлари, чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, ички органларнинг шикастланиши ва нейропсихиатрик касалликларда юзага келиши мумкин.

**Даволаш:** 1. Манипуляцияни тўхтатиш, тез ёрдам чақириш.

2. Беморни тинчлантириш.

Ёш беморларда пароксизмал тахикардияда ўнг каротид синус минтақасини массаж қилиш мумкин. Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар – пульснинг тўлиқ тўлмаслиги. 2-3 бармоқ бу жойни 4 сониядан кўп бўлмаган пальпация қилади. Агар керак бўлса, усул яна 2 марта такрорланади. Ҳеч қандай таъсир бўлмаса, Вальсальв усулидан фойдаланинг. Ётган ҳолатда оғиз ёпиқ ҳолда мажбурий нафас олдириш керак. Агар таъсир кўрсатмаса, юрак уриши ва қон босими назорати остида томир ичига аста-секин 2 дан 10 мл гача новокаинамид 10% ёки лидокаиннинг 2% эритмасидан 1-2 мг / кг 10 мл физиологик эритмада юборилади.

Ҳилпилловчи аритмияда рефлексотерапия кўрсатилмайди, строфантинни киритиш (қоринча фибрилляцияси хавфи) мумкин эмас, бемор учун тинчлик яратиш, тез ёрдам чақириш керак.

Тўлиқ атриовентрикуляр блокада. Морган-Адамс-Стокс синдроми бош айланиши, 4-8 сония давомида онгни йўқотиш, юз, қўлларнинг сиқилиши пайдо бўлиши, юрак уриш тезлигининг дақиқада 20-30 зарбагача камайиши билан ривожланади.

Реанимация чора-тадбирларини ўтказишни бошлаш керак. Вена ичига секин-аста 0,5 мл 0,1% атропин сульфат эритмаси ёки 0,5 мл 0,1% адреналин гидрохлорид эритмаси ёки 1 мл 5% эфедрин гидрохлорид эритмаси юборилади.

#### V. ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ

Ўткир коронар синдром (ЎКС) ностабил стенокардия ва миокард инфаркти каби ҳолатларни ЭКГда патологиясиз Қ тишисиз бирлаштиради.

ЎКС патогенезида етакчи ролни атеросклеротик бляшка яхлитлигининг бузилиши, коронар томир ичи тромбознинг шаклланиши ва коронар спазмнинг ривожланиши ўйнайди. ЎКСда тўсатдан коронар ўлим механизмлари орасида патологик ўчоқ ҳажмига боғлиқ бўлмаган ўлимга олиб келадиган ишемик юрак ритми бузилишининг юқори эҳтимолини ҳисобга олиш керак.

Ностабил стенокардия (НС) — миокард инфаркти (МИ) ёки тўсатдан ўлимнинг ривожланишига таҳдид соладиган, юрак ишемик касаллиги (ЙИК) кучайишининг энг оғир даври бўлиб, ЙИК нинг стабил кечиши ва асоратланган ўртасида оралик позицияни эгаллайди.

НС нинг клиник вариантлари

Биринчи марта стенокардия ҳаётда биринчи марта ёки узоқ вақт давомида хуружларсиз ангиоз хуружларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланади.

Прогрессив стенокардия: ангиоз хуружлар стереотип хусусиятларини йўқотади, нитроглицеринни қўшимча қабул қилиш зарурати ортади (> 10 таблетка / кун). ЭКГ ўзгаришлари: СТ сегментининг доимий ёки вақтинчалик депрессияси, СТ сегментининг доимий кўтарилишининг йўқлиги, Т тишинининг инверсияси, текисланиши ёки псевдонормализацияси. Кўпинча, ҳатто хуруж пайтида ҳам, ЭКГ ўзгаришлари ноаниқ ёки йўқ бўлиши мумкин.

• Абдоминал: кўпинча орқа (пастки) МИда кузатилади, диспепция ва абдоминал оғрик синдроми билан намоён бўлади.

• Коллаптоид: кардиоген шок клиникаси.

• Кам симптомли (оғриқсиз): ўзига хос бўлмаган аломатлар (заифлик, кўкрак қафасидаги ноқулайлик), кўпинча кексаларда ва қандли диабетга чалинган беморларда учрайди.

• Периферик: атипик локализация оғриғи (ҳикилдоқ-ҳалқум, чап қўл, юқори умуртқалар, пастки жағ).

• Аралаш: МИ нинг турли кўринишларининг комбинацияси (масалан, ангиноз-астматик, абдоминал-аритмик).

Б. Асоратларнинг мавжудлигига кўра:

• асоратланмаган МИ;

• асоратланган МИ

С. Жойлашуви бўйича:

• чап қоринча МИ (олдинги, орқа (пастки), тўсиқ);

• ўнг қоринча МИ (чап қоринча пастки МИ ҳолатларининг тахминан 25% и ўнг қоринчанинг шикастланиши (клиник жиҳатдан ифодаланган ёки симптомсиз) билан бирлаштирилган;

• Бўлмача МИ.

Касалхонадан олдинги босқичда МИ ташхиси клиник кўриниш ва ЭКГ маълумотлари асосида белгиланади, чунки миокард шикастланишининг биокимёвий белгиларини ўрганиш мумкин эмас (қондаги тропонин Т ни тезкор таҳлил қилиш учун чизиқлардан фойдаланиш бундан мустасно, усулнинг сезгирлиги 60-100%, ўзига хослиги 100% ни ташкил қилади). Динамикада ўрганилган ЭКГ маълумотлари энг катта ишончлилиқка эга, шунинг учун иложи борича электрокардиограммаларни аввалгилари билан солиштириш керак.

Қиёсий ташхис

Агар МИга шубҳа бўлса, кўкрак қафасидаги оғриқнинг бошқа сабабларини биринчи навбатда чиқариб ташлаш керак, масалан: перикардит, плевропневмония, пневмоторакс, ўпка артерияси тромбоземболияси, РАА, ўткир қорин.

Касалликнинг дастлабки дақиқалари ва соатларида шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажми ва етарлилиги, шунингдек, беморни ихтисослаштирилган бўлимга тезкор етказиб бериш катта даражада прогнозни аниқлайди.

МИ терапиясининг мақсадлари: оғриқли хуружини бартараф этиш, коронар қон оқимини тиклаш, некроз зонасини камайтириш, асоратларни даволаш ва олдини олиш.

**Асоратланмаган МИ учун касалхонадан олдинги ёрдам**

Оғриқ синдромини йўқотиш. Морфин — 1 мл 1% эритма физиологик натрий хлорид эритмаси билан 20 мл гача суюлтирилади (1 мл эритмада 0,5 мг фаол модда мавжуд) ва ҳар 5-15 дақиқада 2-5 мг юборилади. оғриқ синдроми тўлиқ бартараф этилгунга қадар ёки ножўя таъсирлар пайдо бўлгунга қадар (гипотензия, нафас олишнинг сусайиши, қусиш). Умумий доза 20 мг (2 мл 1% эритма) морфиндан ошмаслиги керак. Малумот учун наркотик анализгетик – морфин ўрнига — омнопоннинг эквивалент дозасини қўллаш мумкин (10 мг морфин 20 мг омнопонга тенг). Агар наркотик анализгетикларини қўллашга қарамай, қўзғалиш ва ташвиш давом этса, диазепам 10 мг дан томир ичига юборилади;

• кучли оғриқ синдромида нейрелептаналгезия кўрсатилади: 1 мл 1% морфин эритмаси + 2 мл 0,25% дроперидол эритмаси томир ичига;

• гипотония билан оғир брадикардияда ёки гипотониясиз атропинни 0,5 мг дозада (0,5 мл 0,1% эритма) в/и қўллаш кўрсатилади.

• Папаверинни вена ичига юборилганда юрак аритмиясини келтириб чиқариши ва артериал гипертензияни кучайтириши мумкин бўлган оғриқ қолдирувчи воситаларга қўшмаслик керак.

• Оғриқ синдромининг қайталанишида нитропрепаратларни томир ичига юбориш кўрсатилади. Вена ичига юбориш учун нитратларнинг эритмалари эх темпоре тайёрланади: ҳар бир миллиграмм нитроглицерин ёки изосорбид динитрат 100 мл физиологик эритмада суолтирилади (2 мг препарат (20 мл 0,1% эритма) — 200 мл физиологик эритмада НаСл); шундай қилиб, 1 мл тайёрланган эритмада 100 мкг препарат мавжуд бўлади. Нитратлар қон босими ва юрак уриш тезлигини доимий назорат остида 5-10 мкг / мин бошланғич тезлигида ва ҳар 5 дақиқада тезликни 20 мкг / мин га ошириш орқали томчилаб юборилади, исталган эффе́кга ёки максимал қабул қилиш тезлигига эришилгунга қадар — 400 мкг / мин. Одатда, таъсирга 50-100 мкг / мин тезликда эришилади. Дозатор йўқ бўлганда, 1 мл да 100 мкг нитрат бўлган тайёрланган эритма эҳтиёткорлик билан назорат остида (юқорига қаранг) 1 дақиқада 1-2 томчи бошланғич тезликда юборилади, барқарор гемодинамика ва оғриқ синдроми сақланиб қолган ҳолда, 1 дақиқада 60-80 томчи максимал тезликка қадар аста-секин оширилиши мумкин. Нитратларнинг киритилиши ҳам линияли, ҳам ихтисослашган гуруҳлар томонидан амалга оширилади ва касалхонада давом этади. Нитратларнинг ҳаддан ташқари дозаси, юракдан қон чиқишининг камайишига ва қон босимининг 80 мм симоб устунидан пасайишига олиб келади, паст коронар перфузиянинг ёмонлашишига ва миокард инфаркти ҳажмининг ошишига олиб келиши мумкин.

• тахикардия билан биргаликда доимий оғриқ синдромида — пропранолол 1 мг в/и ҳар 3-5 дақиқада юрак тезлиги 1 дақиқада 55-60 га етгунча, ёки умумий дозаси 10 мг гача (қон босими, юрак тезлиги ва ЭКГни қаттиқ назорат қилиш).

Кислородли терапия 1-3 дақиқа давомида кислород ингалацияси билан бошланади, сўнгра азот оксиди кислород билан 1: 1 нисбатда ишлатилади. Ижобий томондан, азот оксиди чап қоринча функциясига таъсир қилмайди. Наркоздан чиққач артериал гипоксемиянинг олдини олиш учун соф кислородда 10 дақиқа давомида нафас олади.

Аспирин 250-325 мг оғиз орқали.

Гепарин 10-15 минг ТБ в/и.

Касалхонага ётқизиш талаб қилинади! Транспортировка портатив ЭКГ мониторлари, дефибрилаторлар билан жиҳозланган ва юрак-ўпка реанимацияси бўйича малакали ихтисослашган гуруҳ томонидан амалга оширилади.

<http://www.lib.krsu.edu.kg/uploads/files/public/5872.pdf>

**VI. БРОНХИАЛ АСТМА ХУРУЖИ** — бронхиолаларнинг устун шикастланиши билан кечадиган ва у ёки бу давомий астма хуружлари шаклида давом этадиган юқумли-аллергик характердаги сурункали қайталанувчи касалликдир.

Хуруж бронхиолаларнинг силлик мушакларининг узоқ муддатли спазми, бронхиал безларнинг гиперсекресияси натижасида юзага келади.

Нафас олиш сезиларли даражада қийинлашади, альвеолалар ҳаво билан тўлдирилади, ўпканинг ўткир шишиши ривожланади, уларнинг ҳаётий қобиляти пасаяди, хипоксемия ривожланади. Стоматологик қабулда астма хуружи пайдо бўлиши мумкин.

Кўпинча у балғамсиз оғриқли йўтал билан бошланади, бу бўғилиш хуружи, нафас олиш қийинлишуви билан шовқинли нафас пайдо бўлиши ва беморнинг ташвиши билан кечади. Бемор тиззаларига қўли билан таяниб, мажбурий позицияни эгаллайди (ортопноэ). Тери қопламаси цианотик бўялади. Одатда хуруж ёпишқоқ ва қалин балғамли йўтал билан тугайди.

Хуруж бир неча дақиқадан бир неча соатгача давом этиши мумкин.

**Ёрдам кўрсатиш:** тез ёрдам келишидан олдин беморни тоза ҳаво оқими билан таъминлаш ёки кислород бериш керак. Салбутамол (венталин), фенотерол (беретек), алулент, астмапентнинг 1-2 дозасини ингалациялаш орқали енгил хуружни тўхтатиш мумкин. Ингалациядан сўнг, тўшдаги рефлексоген нуқталарни бармоқ билан массаж қилинади: 1 – тўшнинг тирқиши; 2 – тўшнинг ўртаси; 3 — ханжарсимон ўсик.

Агар терапия самарасиз бўлса, томир ичига инекция аста-секин қўлланилади: эуфиллин 2,4% — 10 мл 10 мл физиологик эритма, преднизалон 60-90 мг ёки дексазон 4-8 мг.

Хуруж тўхтатгандан сўнг, даволаниш бемор ва шифокорнинг розилиги билан давом этиши мумкин. Бостирилмаган хуружда касалхонага ётқизиш масаласи ҳал қилинади.

## VII. АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР

### Анафилактик шок

Анафилактик шок – тезкор типдаги аллергия реакциянинг бир тури бўлиб, аллергия танага такроран кирганда ривожланади.

### Этиологияси

Аллерген моддалар кўпинча дорилар, шу жумладан аллергия билан оғриган беморларда диагностика ва гипосенсибилизация учун ишлатиладиган дорилар, шунингдек хашаротлар заҳарлари.

### Анафилактик шок клиникаси

Шок кечишининг тури аллергия контакти пайтидан то шокнинг клиник белгилари пайдо бўлгунга қадар ўтган вақт (дастлабки 3-10 дақиқа прогностик нуқтаи назардан ўта хавфли), хавф оралиғи билан белгиланади. Анафилактик шокнинг ривожланиши учун хавф оралиғи — бу аллергия билан биринчи алоқа қилиш ва унинг танага қайта кириши ўртасидаги вақт даври (2 — 3 кундан бир неча йилгача). Олти ойлик интервал энг хавфсиз деб тан олинган. Аллергиянинг тури клиник кўринишга ва шокнинг оғирлигига таъсир қилмайди.

Кечиш турига кўра фарқланади:

- Яшин тезлиги шакли (ўткир ёмон сифатли, аллергия киритилган пайдан шок ривожланишига қадар бир неча дақиқа ўтади).
- Ўткир яхши сифатли шакли — аллергиянинг киритилишидан шок ривожланишигача бўлган вақт оралиғи ярим ёки бир соатлик интервални ташкил қилади.
- Чўзилган шакл — шокнинг ривожланиши аллергия киритилгандан кейин бир неча соат ўтгач содир бўлади.
- Рецидивланувчи.
- Абортив (ўз-ўзини тузалиш).

Аллергия шокнинг 5 та клиник варианты мавжуд:

- 1) типик;
- 2) гемодинамик;
- 3) асфикцияли;
- 4) серебрял;
- 5) абдоминал.

Ҳар қандай клиник вариантда продромал симптомлар бўлиши мумкин — исиш ҳисси, ўлим қўрқуви, нотинчлик, қулоқларда шовқин, терининг гиперемияси шаклида терида намоён бўлиши, қичишиш, тошма, эритема, Квинке шиши. Яшин тезлиги шаклида продромал ва тери симптомлари бўлмайди. Терида намоён бо'лиши кейинроқ, шокдан 30-40 минут о'тгач пайдо бо'лиши мумкин. Типик кечишда онгнинг бузилиши, қон босимининг пасайиши, тахикардия, гипотермия кузатилади. Гемодинамик вариант юрак соҳасида оғриқ шикоятлари, сезиларли гемодинамик бузилишлар (гипотензия, аритмия, ўпка шиши) билан фарқланади. Клиник манзара кўпинча кардиоген шок билан дифференциал диагноз қилишни талаб қилади, бунда ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги ва аллергия билан алоқа ўртасида ҳеч қандай боғлиқлик йўқ, шунингдек, ўткир миокард шикастланишининг ЭКГ белгилари мавжуд.

Асфикцияли шаклида бронхоспазм ва трахеобронхиал дарахтнинг шиллик қаватининг шишиши натижасида келиб чиққан ўткир нафас етишмовчилиги белгилари устунлик қилади.

Аллергия шок курсининг серебрял шакли умумия симптомларининг намоён бўлиши билан тавсифланади — кучли бош оғриғи, кўнгил айнаши, қусиш, тиришиш синдроми.

Абдоминал вариантда сохта ўткир қориннинг клиникаси ичак деворининг шишининг намоён бўлиши сифатида шок ҳодисалари билан бир вақтда ривожланади.

### Касалхонадан олдинги ёрдам

1. Препарат таъсирини дарҳол тўхтатиш. Хашарот чақишидан кейин нишини олиб ташлаш. Препаратни киритиш ёки чақиш жойидан юқорига жгут қўйиш, умумий дозада 1 мг дан (1 мл 0,1% эритма) адреналин билан инъекция ёки чақиш жойини (бош, бўйин, бармоқ, оёқ юзаси бундан мустасно) блоклаш.

2. Адреналин. Енгил аллергия реакция бўлса, турли жойларда мушак ичига 0,5 мг дан адреналинни умумий дозаси 2 мг дан кўп бўлмаган миқдорда юбориш мумкин. Систолик артериал босим 90 мм симоб устунда ёки мушак ичига инекцияларнинг таъсири бўлмаса, томир ичига ишончли киришни таъминлаш ва адреналинни 500 мкг дозада (5 мл 0,1% эритма 1:10 000 суялтиришда) 100 мл / мин дозада юбориш керак; болаларда — 10 мкг / кгдан клиник таъсир пайдо бўлгунга қадар. Кейин адреналин 0,015 — 0,06 мкг / кг / мин дозада вена ичига секин томчилаб юборилади (1-иловага қаранг).

3. Салбутамол. Адреналиннинг самараси етарли бўлмаган ҳолларда салбутамолни 100-200 мкг (1-2 ингаляция) билан ингаляциялаш кўрсатилади; носелектив β-блокаторларни қабул қилган беморларга 250 мкг салбутамол томир ичига юборилади.

3. Глюкокортикостероидли терапия. Преднизолоннинг бошланғич дозаси 1-2 мг / кг ни ташкил қилади. Глюкокортикостероидларни киритиш шокни баргараф этиш учун эмас, балки кечиктирилган даврда вазиятни беқарорлаштиришнинг олдини олиш учун керак (стационар босқичда парентерал гормонотерапия 7 кун давомида давом эттирилади).

4. Аминофилин (эуфиллин) 240 мг в/и.

5. Шокнинг ўткир даврида антигистаминларни қўллаш тавсия этилмайди, чунки гистамин фақат аллергия реакциянинг бошида ишлаб чиқарилади. Бундан ташқари, бу дорилар артериал гипотензияни келтириб чиқариши мумкин. Гемодинамик параметрларни барқарорлаштиришдан кейин кўрсатилади.

6. Кальций хлорид медиаторларнинг қўшимча чиқарилиши билан боғлиқ асоратлар хавфи туфайли ҳозирги пайтда қўлланилмайди.

7. Диуретиклар барқарор қон босимида (!) кўрсатмаларга мувофиқ қўлланилади.

8. Инфузион терапия узоқ муддатли коллапс, терининг кучли шишишида адреналин таъсири бўлмаганда керак. (бутун тананинг 1 мм га шишиши 2 литр ҳажмдаги гиповолемига олиб келади). Кристаллоидлар инфузион терапия учун ишлатилади.

9. Симптоматик терапия – оғриқ қолдирувчи, спазмолитик, тиришишқа қарши; клиник ўлимнинг бошланишида – юрак-ўпка реанимацияси.

10. Касалхонага ётқизиш барча беморлар учун 5 дан 7 кунгача мажбурийдир, чунки шокнинг қайта ривожланишига қадар вазиятнинг тўлқинсимон ёмонлашуви эҳтимоли юқори.

11. Транспортировка 100% кислород билан оксигенотерапия шароитида амалга оширилади.

Профилактика таъминлайди:

- анамнезни диққат билан йиғиш;
- бир марталик шприц ва тизимлардан фойдаланиш;
- оғир аллергия анамнезга эга бўлган беморларга Х1- ва Х2-гистамин рецепторлари блокаторлари — димедрол 0,1-0,3 мг / кг ва симетидин 3-5 мг / кг в/и га илгари фойдаланилмаган дори-дармонларни қабул қилишдан бир неча соат олдин;
- Дори воситаларига аллергияни аниқлаш учун тестлар (эпикутант, скарификация, интрадермал, сублингуал ва бошқалар) ихтисослаштирилган лабораторияларда ўтказилиши керак, чунки тўғри жавоб олиш учун кўрсатмаларга қатъий риоя қилиш керак.

## **Терининг аллергия кўринишлари**

1. Тери тошмаси дори реакцияларининг одатий тез-тез намоён бўлишидир. Тери элементларининг спектри кенг: эритема тошмаси, макуло-папуляр, скарлатинали ва экзематоз тошмалар. Тери тошмаси дориларни қабул қилиш бошланганидан бир неча кун ўтгач, кўпинча 7-8 кунларда пайдо бўлади.

2. Эшакеми (уртисариа) – терининг сўргичсимон қатламининг чекланган майдонининг шишиши бўлган терида қичувчи пуфакчалар тез, кўпроқ ёки камроқ тарқалган тошмалар билан тавсифланган касаллик. Аллергенлар сифатида одатда дори воситаларилар, ҳашаротлар аллергиялари, озиқ-овқат маҳсулотлари қаралади.

Эшакеми патогенезида трансапилляр ўтказувчанликнинг кучайиши ётади, натижада эпидермиснинг шишиши кузатилади. Кейинроқ периваскуляр инфилтрация ривожланади. Клиник кўриниш мономорик тошма билан тавсифланади, унинг бирламчи элементи – қаварчиқ – дерманинг сўргичсимон қавати ўткир шишишини ўзида акс эттиради. Тошма элементларининг

ўлчами ҳар хил – тўнағич бошидан улкан ўлчамларга қадар. Эшакеми такрорланиши мумкин, унинг умумий давомийлиги 5 — 6 ҳафтагача.

3. Квинке шиши (ангионевротик шиш, гигант эшакеми) эшакемининг бир шакли бўлиб, кўпинча генераллашган эшакеми тошмалари билан бирга ривожланади, лекин эшакемисиз ҳам пайдо бўлиши мумкин. Квинке шиши оқарган, зич, қичимайдиган инфилтрат кўринишига эга бўлиб, у босилганда из қолдирмайди. Локализациясининг сеvimли жойлари: лаблар, кўз қовоқлари, оғиз шиллик қавати. Квинке шиши ҳалқум соҳасида айниқса хавфлидир (25% ҳолларда). Адекват терапия бўлмаса, бундай беморлар асфикциядан вафот этиши мумкин. Жараён локализацияси ошқозон-ичак трактида бўлса, абдоминал синдром пайдо бўлади — ўткир оғрик, кўнгил айниши, қусиш. Оғрик бутун қорин бўшлиғига тарқалиши мумкин, метеоризм билан биргаликда, сохта ўткир қорин клиникаси (Шеткин-Блумбергнинг ижобий симптоми). Хуруж кучли диарея билан яқунланади.

Аллергик эшакеми антигистамин препаратлар билан даволанади. Димедрол м/и ёки в/и га 0,5-1 мг / кг дозада қўлланилади; симетидин 800 мг пер ос ёки 200 мг в/и, м/и. Аминофилин ва супрастинга нисбатан тоқатсиз беморларга қарши кўрсатмадир. Квинке шиши бўлган беморларда бўғилишнинг кучайишида кортикостероид гормонлари ва диуретиклар қўлланилади. Маҳаллий — совутиш. Консерватив терапиянинг таъсири бўлмаса, коникотомия ёки трахеостомия ўтказиш керак.

<https://elib.pnzgu.ru/files/eb/doc/nWKILHM3T5WE.pdf>

### **VIII. ЭПИСИНДРОМ**

Эписиндром эпилепсия учун характерли, шунингдек симптоматик эпилепсия ҳам ажралиб туради, у шикастланишдан кейинги энцефалопатия, атеросклероз, ўсмалар, мия захми, систисеркоз, мия эхинококкози, тугунли периаартерит, нейробрутселлоз, токсоплазмоз каби касалликларда синдром сифатида намоён бўлади.

Эпилепсия — бу такрорий тиришиш хуружи билан тавсифланган мустақил руҳий касаллик. Унинг ривожланиши учун 3 омил талаб қилинади:

1. марказий асаб тизимида кўзғалишнинг турғун ўчоғи;
2. тиришиш тайёргарлигининг кучайиши;
3. кўзғатувчи омиллар.

Интоксикацияда (алкоголь, ҳомиладор аёлларнинг токсикози, гипо- ва гипергликемик кома, уремия, ҳаддан ташқари иссиқлик, гипервентиляция, анестетикнинг ортикча дозаси) эпилептик шаклдаги тиришиш хуружи ривожланиши мумкин. Шуни эсда тутиш керакки, ҳар қандай тиришиш хуружи нафас олиш, қон айланиш функциялари, метаболизмнинг бузилишига олиб келади.

Катта эпилептик хуруж 4 босқичда содир бўлади:

1. Хабарчилар (аура). Бир неча сония давом этади. У воқеликни нотўғри идрок этиш сифатида намоён бўлади ва индивидуал равишда давом этади. Сенсор, вегетатив, моторли, психик ауралар мавжуд.

2. Тоник тиришишлар. Хушнинг тўлиқ йўқолиши, йиқилиш (кўпинча олдинга), овоз ёриғининг торайиши ва нафас олиш мушакларининг спазми туфайли бақириш ёки инграш, беихтиёр сийиш, дефекация, гиперсаливация, оғиздан кўпик, юзи цианоз билан оқарган, кўз қорачиғи кенгайган, ёруғликка таъсирланмайди, юз. мушаклари таранглашган. Нафас олиш тўхтади. Пульс — дақиқада 100-120 гача, қон босими кўтарилади. Фазанинг давомийлиги 5-40 сония.

3. Клоник тиришишлар — 1-5 дақиқа. Оёқ-қўл ва тананинг букувчи ва ёзувчи мушаклари навбат билан қисқаради. Нафас олиш тезлашади, кўпикли шовқинлар пайдо бўлади. Аста-секин тиришишлар пасаяди.

4. Тиришиш хуруждан кейинги фаза. Бемор чарчаган, нигоҳлари чайқалади, атрофдагиларни танимайди. Сопор уйқу билан алмаштирилади. Бемор хуружни ўзи эслай олмайди. Аурани эслай олиши мумкин. Уни уйғотмаслик керак.

Кичик тиришиш хуружи — бу бир неча дақиқа ёки дақиқа давомида тўсатдан онгни йўқотиш. Биринчи ҳолда, бемор "музлаб қолган" кўринади ва кейин яна тўхтатилган машғулотни

давом эттиради. Шу билан бирга, баъзида тиришишли учишлар қайд этилади. Иккинчисида бемор йиқилиши ва жароҳат олиши мумкин.

Бирдан ўзига келади. Кўпинча бундай тиришиш хуружи анамнезида травматик бош мия шикастланиши бўлган беморларда учрайди.

**Профилактика:** аралашувдан олдин невропатолог билан маслаҳатлашиш тавсия этилади. Узоқ кутиш, ҳиссий таъсирлантирувчиларга йўл қўймаслик. Аралашувдан 20-30 дақиқа олдин 2 мл (10-20 мг) 0,5% диазепам, сибазон, реланиум инекция қилинади. Оғриқсизлантириш артикаин (ультракаин Д-С, мепивакаин) билан тўлиқ бўлиши керак.

**Даволаш:** беморни полга ётқизиш, боши остига букланган кийим жойлаштириш, оғиз кенгайтиргични киритиш, бошини бир томонга буриш, эркин нафас олишни таъминлаш, мушак ичига ёки томир ичига 20 мл 40% ли глюкоза эритмасига кўшиб 4 мл 0,5% диазепам юбориш. Беморни неврологик бўлимда касалхонага ётқизиш кўрсатилади.

## IX. ИСТЕРИК ХУРУЖ

Эпилепциядан фарқли ўлароқ, унинг фазаси йўқ. Клиника қатъий индивидуалдир. Давомийлиги — бир неча дақиқадан бир неча соатгача. Хуружнинг давомийлигига атрофдагиларнинг хатти-ҳаракатлари таъсир қилади. Агар улар шовқин қилсалар, ҳамдардлик билдиришса, хуруж чўзилади. Энг типик кўриниш — тоник тиришиш (истерик тиришиш). Бемор боши ва товонлари билан полга тегади. Кўз қорачиғининг ёруғликка ёрқин реакцияси, юзнинг гиперемияси, патологик рефлексларнинг йўқлиги ва тутқаноқдан кейинги уйқу истерик хуружни эпилепциядан ажратиб туради.

Лабларни, тилни тишлаш, сийдик чиқариш ҳам истерия билан бирга бўлиши мумкин, агар бу аломатлар беморга маълум бўлса.

**Даволаш:** беморни юмшоқ жойга ётқизиш, кийимларнинг тугмасини ечиш, бегоналарни хонадан чиқариш, тинчлик яратиш, 20-30 томчи валерианка дамламаси ёки 0,01-0,02 г диазепам бериш. Кейинги даволаш невропатолог билан маслаҳатлашганидан кейин транквилизатор билан премедикация амалга оширилиши керак.

## X. ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ГИПОГЛИКЕМИК КОМА

Гипогликемик кома тўсатдан бошланади. Аввалига хабарчилар очлик ҳисси, заифлик, кучли терлаш, тахикардия, қўлларнинг титраши, ташвиш, диплопия шаклида намоён бўлади. Агар ёрдам кўрсатилмаса, унда тартибсизлик ва онгни йўқотиш, кўзғалиш, алаҳлаш, тоник ва клоник тиришишлар, тери нам, юзаки нафас, тез-тез, тўлиқ атония пайдо бўлади. Гипогликемик кома жуда хавфлидир, чунки ёрдамни кечиктириш ҳалокатли оқибатларга олиб келиши мумкин. Беморга инсулинни нотўғри юбориш алоҳида хавф туғдиради.

**Даволаш:** гипогликемиянинг биринчи белгилари пайдо бўлганда, бир стакан ширин чой ичиш, шакар, асал, мураббо истеъмол қилиш керак. Кейин даволанишни давом эттириш мумкин. Оғир ҳолатда 20-40 мл 40% глюкоза эритмасини томир ичига юбориш керак.

Шуни эсда тутиш керакки, гипогликемик комада бўлган беморга инсулинни нотўғри киритиш ўлимга олиб келади. Агар шубҳангиз бўлса, томир ичига 20 мл глюкоза 40% юбориш яхшироқдир.

**Профилактика.** Стомологик аралашув учун энг яхши вақт эрталаб, овқатдан 1-2 соат ўтгач ва инсулиннинг кейинги дозасини қабул қилгандан кейин амалга оширилади. Шикастли аралашув бўлса, эндокринолог билан инсулинни дозалаш режимини олдиндан муҳокама қилиш мақсадга мувофиқдир. Бундай беморларда йирингли инфекциянинг олдини олиш ҳақида ёдда тутиш керак.

<https://elib.pnzgu.ru/files/eb/doc/nWKILHM3T5WE.pdf>

## XI. МАҲАЛЛИЙ АНЕСТЕТИКЛАРНИНГ ДОЗАСИНИ ОШИРИБ ЮБОРИШ

Бу маҳаллий оғриқсизлантиришнинг энг кенг тарқалган асоратларидан бири ҳисбланади. Баъзида у анафилактик шок, нейросиркулятор коллапс ва бошқалар остида "ниқобланади". Шу билан бирга, эсда тутиш керакки, дозани ошириб юбориш реакцияси юборилган препаратнинг дозасига боғлиқ ва аллергия реакция препаратнинг микродозаларига ва одатдаги дозага бир хил кучга эга. Дозани ошириб юбориш реакцияси ривожланиш эҳтимолига ички ва ташқи омиллар таъсир қилади.

Юқоридаги омилларга қуйидагилар киради: ёш, тана вазни, ёндош касалликлар мавжудлиги. Шундай қилиб, жигар патологияси ёки қон айланиши бузилган беморларнинг кўпчилигида дозани ошириб юбориш хавфни орттиради.

Ташқи омилларга қуйидагилар киради: анестетик тури, вазоактивлик, концентрацияси, дозаси, қўллаш тезлиги.

Анестетик аспирацион синамадан сўнг, аста-секин, етарли дозада киритилиши керак. Кўпинча дозани ошириб юбориш анестетикни томир ичига юбориш натижасида юзага келади.

Клиник манзараси: маҳаллий оғриқсизлантирувчи умумий токсик реакция симптомлар билан намоён бўлади: бош айланиши, заифлик, кўнгил айнаши, қусиш, бош оғриғи, кулоқда шовқин, лаблар ва тилнинг қарахтлиги, кўришнинг бузилиши, қон босимининг пасайиши, брадикардия, оғирроқ ҳолатларда — юрак аритмияси, тиришишлар, онгни йўқотиш.

#### **Даволаш:**

1. Беморни кислород билан таъминлаш керак.

2. Изотоник NaCl эритмаси билан томир ичига томчилатиб юбориш тизимини ўрнатиш — 200 мл.

3. Тиришиш билан сезиларли қўзғалиш бўлса, диазепам 10-20 мг томир ичига ёки мушак ичига юборилади.

Коллапснинг ривожланиши тегишли даволанишни талаб қилади.

<https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/3023/Местные%20%20осложнения%20%20при%20%20проедении%20%20местной%20%20инъекционной%20%20анестезии.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**ХII. ИДИОСИНКРАЗИЯ** - бу парадоксал реакция, дозани ошириб юбормаганда ҳам ёки аллергия бўлмаган дорига ҳам ҳар қандай салбий реакция. Масалан, анестетик киритилгандан кейин ичакдаги бузилиш. Идиосинкразия индивидуал, генетик жиҳатдан аниқланган реакция бўлиб, симптоматик даволашни талаб қилади.

#### **ХIII. ТИРЕОТОКСИК КРИЗ**

Тиреотоксикозли беморга вазоконстрикторли анестетикни киритиш қарши кўрсатмадир. Криз беморнинг руҳий стресси, оғриқсизлантиришнинг етарли эмаслигида қўзғалиши мумкин.

Тиреотоксик криз ташвиш, бўғилиш ҳисси, ўлим кўркуви, юрак соҳаси ва қоринда оғрик, кучли бош оғриғи, қусиш, қон босими ортиши, тахикардия, гипертермия, терининг қизариши, терлаш билан намоён бўлади, кейин юрак-қон томир етишмовчилиги ва терминал ҳолат ривожланади.

**Тез ёрдам** бригадаси келишидан олдин тиреотоксик криз белгилари пайдо бўлса, қўзғалиш босқичида 10 мг седуксен ёки сибазонни мушак ичига ёки томир ичига юбориш керак; оғир тахикардияда преднизолон 60-120 мг, анаприлин 1-2 мг в/и. Гипертермияда мушак ичига 2 мл 50% анальгин юборилади.

Терминал ҳолат юзага келганда шошилишч реанимацион чора-тадбирлар ўтказилади.

#### **Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:**

1) манфаатлар тўқнашувининг йўқлиги ҳақида маълумот;

Протоколни бажаришда беморнинг онгли ихтиёрий розилиги шакли. Бемор ва унинг оила аъзолари учун қўшимча маълумотлар. Ҳар бир аралашув тури учун алгоритмларда батафсил тавсиялар берилган. Протоколни амалга оширишда талабларни ўзгартириш ва протокол талабларини бекор қилиш қоидалари. Агар периостит билан бирга бошқа касаллик белгилари аниқланса, беморга талабларга мувофиқ тиббий ёрдам кўрсатилади:

а) периоститга мос келадиган ушбу клиник тавсиялар (даволаш протоколи) бўлими;

б) аниқланган касаллик ёки синдром билан даволаш протоколнинг клиник тавсиялари

2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);

Мониторинг бутун Ўзбекистон ҳудудида олиб борилади.

Ушбу ҳужжат назорат қилинадиган тиббий ташкилотлар рўйхати ҳар йили мониторинг учун масъул бўлган муассаса томонидан белгиланади. Тиббий ташкилотга ёзма равишда протокол мониторинги рўйхатига киритилганлиги тўғрисида хабар берилади. Мониторингга қуйидагилар киради:

- маълумот тўплаш: стоматологик тиббиёт ташкилотларида периостит билан оғриган беморларни бошқариш тўғрисида;

- олинган маълумотларни таҳлил қилиш;

- таҳлил натижалари бўйича ҳисобот тайёрлаш;

- Протоколни ишлаб чиқиш гуруҳига ҳисобот тақдим этиш.

Мониторинг учун дастлабки маълумотлар:

- тиббий ҳужжатлар-стоматологик беморнинг тиббий картаси (043/й шакли);

- тиббий хизматлар учун тарифлар;

- стоматологик материаллар ва дори-дармонлар учун тарифлар.

Агар керак бўлса, Протоколни кузатишда бошқа ҳужжатлардан фойдаланиш мумкин.

Мониторинг рўйхати билан белгиланган стоматологик тиббиёт ташкилотларида ушбу протоколда бемор моделларига мос келадиган периостит билан оғриган беморларни даволаш бўйича беморнинг картаси ҳар олти ойда тиббий ҳужжатлар асосида тузилади.

### Бемор Картаси

Касаллик тарихи № \_\_\_\_\_

Муассаса номи

Сана: кузатув бошланиши \_

Ф.И.О.

кузатишнинг охири

ёши

Асосий ташхис

Кўшимча касалликлар:

Бемор модели: \_\_\_\_\_

Кўрсатилган дори-дармонсиз тиббий ёрдам ҳажми:

Дори-дармон ёрдами (ишлатилган дори воситасини кўрсатинг):

Дори терапиясининг асоратлари (кўринишларини кўрсатинг):

Уларни келтириб чиқарган дори номи:

Натижа (натижа таснифлагичига кўра):

Бемор тўғрисидаги маълумотлар муассаса мониторингига ўтказилди Протокол:

(номи). муассаса) (сана)

Тиббий муассасада протокол мониторинги учун масъул шахснинг имзоси:

Код	Тиббий хизматнинг номи	Таъминлаш частотаси	Амалга ошириш сони
A01.07.001	Оғиз бўшлиғи патологияси учун анамнез ва шикоятларни тўплаш		
A01.07.002	Оғиз бўшлиғи патологиясини визуал текшириш		
A01.07.003	Оғиз бўшлиғини палпасия қилиш		
A01.07.006	Юз-жағ соҳани палпасия қилиш		
V01.064.001	Тиш шифокори билан бирламчи учрашув (кўрик, маслаҳат).		
V01.067.001	Стоматолог-жарроҳ билан бирламчи учрашув (кўрик, маслаҳат).		

A01.07.007	Оғизни очиш даражасини аниқлаш ва пастки жағнинг ҳаракатчанлигини чеклаш		
A02.07.006	Тишлашнинг таърифи		
A02.07.007	Тишларнинг перкуссияси		
A06.07.003	Мақсадли интраорал контакт рентгенографияси		
A06.07.004	Ортопантомография		
A06.07.010	Юз-жағ соҳани радиовизиографияси		
A06.30.002	Радиографик тасвирларнинг тавсифи ва талқини		
A02.07.001	Қўшимча асбоблар ёрдамида оғизни текшириш		
A02.07.003	периодонтал зонд ёрдамида текшириш		
A11.03.001	Суяк биопсияси		
A11.30.005	Свишларни зондлаш		

Мониторинг жараёнида таҳлил қилинган кўрсаткичларга қуйидагилар киради: Протоколга киритиш ва чиқариб ташлаш мезонлари, мажбурий ва қўшимча тиббий хизматлар рўйхати, мажбурий ва қўшимча дори-дармонлар рўйхати, касаллик натижалари, Протоколга мувофиқ тиббий ёрдам кўрсатиш нархи ва бошқалар.

#### **РАНДОМИЗАЦИЯ ТАМОЙИЛЛАРИ**

Ушбу протоколда рандомизация (тиббий ташкилотлар, беморлар ва бошқалар) кўзда тутилмаган.).

#### **ТАШҚИ ТАЪСИРЛАРНИ БАҲОЛАШ ВА ҲУЖЖАТЛАШТИРИШ ВА АСОРАТЛАРНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ТАРТИБИ**

Беморларни ташхислаш ва даволаш пайтида юзага келган ножўя таъсирлар ва асоратлар ҳақидаги маълумотлар беморнинг жадвалида қайд этилади (4-илова).

#### **БЕМОРНИ МОНИТОРИНГДАН ЧЕТЛАШТИРИШ ТАРТИБИ**

Беморнинг картаси унга тўлдирилганда бемор мониторингга киритилган деб ҳисобланади. Агар картани тўлдиришни давом эттиришнинг иложи бўлмаса (масалан, тиббий қабулга бормаслик) мониторингдан четлатиш амалга оширилади. Бундай ҳолда, карта беморни протоколдан чиқариб ташлаш сабаби тўғрисида эслатма билан мониторинг учун масъул бўлган муассасага юборилади.

#### **ВАҚТИНЧАЛИК БАҲОЛАШ ВА ПРОТОКОЛГА ЎЗГАРТИРИШЛАР**

Протоколнинг бажарилишини баҳолаш йилига бир марта мониторинг давомида олинган маълумотларни таҳлил қилиш натижалари асосида амалга оширилади.

Протоколга ўзгартиришлар маълумот олинган тақдирда амалга оширилади:

- а) протоколда беморларнинг соғлиғига зарарли бўлган талаблар мавжудлиги тўғрисида,  
б) мажбурий протокол талабларини ўзгартириш зарурлиги тўғрисида ишончли маълумотларни олгандан кейин.

Ўзгаришлар тўғрисида қарор ишлаб чиқиш гуруҳи томонидан қабул қилинади. Протокол талабларига ўзгартишлар киритиш Ўзбекистон стоматология ассоциацияси Кенгашининг қарори асосида амалга оширилади.

#### ПРОТОКОЛНИ БАЖАРИШДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ ПАРАМЕТРЛАРИ

Протокол моделларига мос келадиган периостит билан оғриган беморнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун аналог шкала қўлланилади (5-илова).

Протоколни амалга ошириш қиймати ва сифатли клиник ва иқтисодий таҳлил нархини баҳолаш меъёрий ҳужжатлар талабларига мувофиқ амалга оширилади.

#### НАТИЖАЛАРНИ ТАҚҚОСЛАШ

Протоколни кузатишда ҳар йили унинг талабларига жавоб бериш натижалари, статистик маълумотлар ва тиббий ташкилотларнинг ишлаш кўрсаткичлари таққосланади.

#### ҲИСОБОТНИ ТУЗИШ ТАРТИБИ

Мониторинг натижалари бўйича йиллик ҳисобот тиббий ёзувларни ишлаб чиқиш жараёнида олинган миқдорий натижаларни ва уларнинг сифатли таҳлилин, хулосаларини ва Протоколни янгилаш бўйича таклифларни ўз ичига олади. Ҳисобот Ўзбекистон стоматология ассоциациясига ушбу протокол мониторинги учун масъул муассаса томонидан тақдим этилади. Ҳисобот натижалари очиқ эълон қилиниши мумкин

муҳрлар. Протокол протоколени ишлаб чиқилганидан 3 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга бўлган янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш; ҳаволалар рўйхати (протокол матнидаги санаб ўтилган манбаларга ҳаволалар талаб қилинади)

8. Протоколни ташкиллашдириш иштирокчилари:

- 1) тарафдорлар ҳамкорлигидаги муаммолар: йўқ.
- 2) Экспертлар тўғрисидаги маълумотлар (махаллий ва чет эл мутахасислари);

Тақризчилар:

Абдуқодиров Абдусалом Абдуқодирович

ТТХКМРМ Жаррохлик  
стоматология кафедраси  
муdiri, профессор

Шукпаров А. Б.

Жанубий Қозоғистон  
тиббиёт академияси  
жаррохлик ва ортопедик  
стоматология кафедраси  
муdiri, профессор

3) Протоколни қайта ишлаб чиқиш: 3 йилдан сўнг (агар янги ташхис, даволаш, профилактика ва реабилитация усуллари киритилса);

#### ҲОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАРНИНГ РЎЙХАТИ:

1. М.И Азимов жаррохлик стоматология пропедевтикаси. Дарслик Тошкент. 2009. 248 б.
2. Анестезиология и реаниматология: учебник/ под ред. О. А. Долиной.- М.: ГЭОТАР - Медиа,

2007. – 576 с.

3. Беляевский А.Д., Монченко Г.Д. Очерки по истории анестезиологии (фрагмент монографии) // Вестник интенсивной терапии. – 1999. — № 2.- С. 82-83.
4. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика, / Под ред.А.М.Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 752 с.
5. Верлоцкий АЕ. Хирургическая стоматология (практическое руководство).- М.: ГИМЛ, 1960. – 343 с.
6. Гольпяпина И. А. Неотложная терапия критических состояний на догоспитальном этапе. Учебное пособие.- Ставро-поль Издательский центр «Фабула» ,2012г.-148с.
7. Грицук С.Ф. Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 240 с.
8. Грицук С.Ф. Анестезия в стоматологии. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 1998. – 304 с.
9. Золотко Ю.А. Атлас топографической анатомии человека. Часть 1/ Голова и шея/. – М.; Медицина, 1964. - 214 с.
10. Зорян Е.В. Ошибки и осложнения при проведении местной анестезии в стоматологии (Проблемы и решения). Часть 1/ Е.В.Зорян, С.А Рабинович, Е.Г. Матвеева: Практическое руководство для врачей – стоматологов. – М.: МГМСУ, 2007.- 90 с.
11. Кржечковская В.В. Лекарственные средства в анестезиологии. Местные анестетики. / Кржечковская В.В., Вахтангишвили Р.Ш. – Ростов н/д: Феликс, 2006. – 192 с. (Медицина для вас).
12. Малрой М. Местная анестезия: иллюстрированное практическое руководство. /М.Малрой; Пер. с английского С.А.Панфилова. Под ред. проф. С.И. Емельянова, 3-е изд.- М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2013.- 301 с.
13. Махаллий оғриксизлантириш в амбулаторной стоматологии/Ю.Г. Кононенко, Н.М. Рожко, Г.П. Рузин.- Москва: - Издательство « Книга плюс», 2004. 352 с.
14. Махаллий оғриксизлантириш в хирургической стоматологии.Учебное пособие / Под ред. д. м. н. Осипяна Э. М. – Ставро- поль: СтГМА. 2007.- 128 с.
15. Методические рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского Совета по реанимации, 2005 г. М., 2008. – 320 с.
16. <https://elib.pnzgu.ru/files/eb/toij5E1uOeNn.pdf>
17. <https://studfile.net/preview/5752296/page:26/>
18. <https://studfile.net/preview/9714423/page:4/>
19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20408748/>
20. [https://pfa.ru/wsapp/images/stories/Diss/info\\_o\\_zash\\_2019/Sabirzyanov/Diss-SabirzyanovDR.pdf](https://pfa.ru/wsapp/images/stories/Diss/info_o_zash_2019/Sabirzyanov/Diss-SabirzyanovDR.pdf)
21. <https://milliytibbiyot.uz/uchebnoe-posobie/>
22. <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib445.pdf>
23. <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/36184/978-985-21-1126-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. <https://elib.pnzgu.ru/files/eb/toij5E1uOeNn.pdf>
25. <https://studfile.net/preview/5135477/page:9/>
26. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/Стоматология/-Местное%20обезболивание%20в%20стоматологии%20Убайдов.pdf>

27. <https://dspace.kpfu.ru/xmlui/bitstream/handle/net/32638/metod.pdf?sequence=1>
28. <https://medlec.org/lek3-102601.html>
29. <https://helpiks.org/2-22737.html>
30. <https://api.ziyonet.uz/uploads/books/459675/5baf395424af8.pdf>
31. <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/3023/Местные%20%20осложнения%20%20при%20%20Опроведении%20%20местной%20%20инъекционной%20%20анестезии.pdf?sequence=1&isAllowed=y>