

STOMATOLOGIYADA MAHALLIY OG'RIQSIZLANTIRISH, UNDA UCHRAYDIGAN XATO VA ASORATLAR

Toshmatova Kibriyo Qobuljon qizi

kibriyotoshmatova42@gmail.com

EMU University Stom fakulteti 1- kurs talabasi.

Annotatsiya: *Og'riqsizlantirish deganda og'riq sezgisini qoldirish maqsadida qo'llaniladigan tadbirlar yig'indisi tushuniladi. Stomatologik xastaliklarni muvaffaqiyatli davolash muolajaning qay darajada og'riqsiz bajarishga bog'liq. Tishlarni davolashda va yuz – jag' sohasidagi jarrohlik muolajalarida og'qisizlantirishning turli usullari qo'llaniladi. Og'riqsizlantirish ikkiga bo'linadi: umumiy va mahalliy og'riqsizlantirish. Ushbu maqolada stomatologiyada mahalliy og'riqsizlantirishning ahamiyati, qay tartibda amalga oshirilishi, unda uchraydigan xato va u tufayli kelib chiqadigan asoratlarni yoritib beramiz.*

Kalit so'zlar: *Og'riqsizlantirish, mahalliy og'riqsizlantirish, infiltratsion va o'tkazuvchi, anafilaktik shok, anestetikdan zaharlanish.*

Mahalliy og'riqsizlantirish deb, bemorning es-hushini saqlagan holda tananing biron-bir qismidagi og'riq sezgisini yo'qotishga qaratilgan davo chorasiga aytiladi. Mahalliy og'riqsizlantirishning inyeksion va noinyeksion turlari farqlanadi. Inyeksion og'riqsizlantirishning infiltratsion va o'tkazuvchi turlari mavjud. Noinyeksion og'riqsizlantirishning kimyoviy, fizikaviy, fizik-kimyoviy turlari mavjud. Poliklinika sharoitida ko'proq mahalliy og'riqsizlantirish usulidan foydalaniladi. Applikatsiyali og'riqsizlantirish. Teriga ta'sir qilmaydi og'iz bo'shlig'i shilliq pardasiga anestetik moddani surtish, sepish, doka sochiqchasiga shimdirib qo'yishdan iborat. Og'riqsizlantirishning bu usulidan igna kiradigan sohani og'riqsizlantirishda foydalaniladi. Buning uchun 10% lidokain, 2% li pirolkain eritmalaridan foydalaniladi. Hozirda anestetinlarning aerezolli shakldagisidan foydalanilmoqda. Aerezolli usuldan foydalanishning kamchiligi uning boshqa sohalarga ham sachrash, me'yorini aniqlashning qiyinligi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida og'riqsizlantiruvchi moddani surtish uchun, ushbu soha so'lakdan ajratiladi, quritiladi va anestetik shimdirilgan paxta sharchasi qo'yiladi. Applikatsiya muddati 1 daqiqa, og'riqsizlanish muddati 10 daqiqa. Inyeksion og'riqsizlantirish turida anestetik eritmasi bevosita to'qima ichiga kiritiladi. Inyeksion og'riqsizlantirish o'z navbatida ikki guruhga bo'linadi: infiltratsion va o'tkazuvchi.

Infiltratsion og'riqsizlantirish turida anestetik eritmasi bevosita jarrohlik harakati maydonida to'qima ichiga kiritiladi va pereferik nerv retseptorlarining sezgirligini oshiradi. Infiltratsion usuldagi og'riqsizlantirish yordamida yuz, og'iz bo'shlig'ining yumshoq to'qimalarida, yuqori jag' alveola sohasida, pastki jag' alveolalar o'sig'ining frontal tishlar sohasida va qattiq tanglay sohasida o'tkaziladigan jarrohlik maydonini og'riqsizlantirish mumkin. Anestetiklarni periodont yorig'i ichiga (intragamentar) suyak pardasi ostiga (sub periostal), suyak ichiga (intraostal) yuborish mumkin (11-rasm). Infiltratsion og'riqsizlantirish o'tkazish texnikasi sodda. Ignani vestibulyar yuzaga, o'tuv burma sohasiga kiritiladi va

anestetik modda 2,3 ml yuboriladi. Alveola o'siqlar sohasida og'riqsizlantirish o'tkazilganda, shpris gorizantal yo'naltirilgan holda, igna uchi o'tuvchi burma sohasidagi shilliq qavatga 40°–45° burchak ostida sanchiladi. Bunda igna uchining charxlangan tomoni suyakka qaragan bo'lishi kerak. Anestetikni tafsia etiladi 15 sekund ichida 1 ml yuboriladi. Infiltratsion og'riqsizlantirish yuqori jag'da yaxshi samara beradi. Pulpitni davolashda pulpa ichiga og'riqsizlantirish o'tkazish mumkin. Buning uchun tish bo'shlig'i ochiladi va juda kichik igna yordamida anestetik tish bo'shlig'iga 0,2–0,3 ml yuboriladi.

O'tkazuvchi og'riqsizlantirish. Mahalliy og'riqsizlantirishning o'tkazuvchi turida jarrohlik maydonini innervatsiya qiluvchi, sezuvchi nervni tanasini yoki biron bir shoxini blokada qilinadi. O'tkazuvchi og'riqsizlantirishning quyidagi turlari mavjud: tuberal, infrorbital, palatinal, mandibulyar, torusal, mental va engak nervini og'riqsizlantirish. O'tkazuvchi og'riqsizlantirishda anestetik eritma og'riqsizlantirilayotgan nerv tolasini yoki uning shox tolalari atrofida to'qima ichiga yuboriladi va anestetik eritma nerv ichiga diffuziya yo'li bilan kirib borib, sezgi impulslarini pereferiyadan markaziy nerv sistemasi tomon o'tishini to'xtatadi (12-rasm). Dorilarni bevosita va bilvosita yuborish usullari mavjud. Vazokon strukturalar anestetik eritma yuborilgan sohaga qon kelishini kamaytiradi, og'riqsizlanish darajasini oshiradi. Shu maqsadda ko'pincha adrenalindan yoki noradrenalindan foydalaniladi. Adrenalinni 1:50000–1:200000, noradrenalin 1:25000–1:100000. Kattalar uchun adrenalinning umumiy miqdori 0,2 mg dan oshmasligi, noradrenalinning miqdori 0,34 mg. Ayrim bemorlarga ular qo'llanilmaydi.

Asoratlar umumiy va mahalliy bo'lishi mumkin. Umumiy asoratlarga anafilaktik shok, hushdan ketish, anestetikdan zaharlanish kiradi. Anafilaktik shok: Bu o'ta xavfli asorat bo'lib, ko'pincha allergik kasalliklarga moyil bemorlarda uchraydi. Uning turli xillari mavjud. Anafilaktik shokning tipik, kordial, astmasimon, serebral, abdominal turlari farqlanadi. Kechishi bo'yicha o'ta tez kechuvchi, og'ir, o'rtacha og'irlikdagi va yengil ko'rinishlari farqlanadi. Kasallikning tipik ko'rinishida anesteziya o'tkazilgandan biroz vaqt o'tgach, bemor bezovtalanadi. Unda qo'rquv hissi paydo bo'ladi, bosh, yuz va qo'l terisida qichishish va igna sanchilganga o'xshash sezgi paydo bo'ladi. Bemor terlaydi, boshida qattiq og'riq, qulog'ida shang'illash paydo bo'ladi. Yuz terisi oldin qizaradi, keyin esa oqarib ketadi. Qo'l oyoqlari tortishib qolishi va bemor hushidan ketishi mumkin. Ko'z qorachiqqlari kengayib ketadi va yorug'likni sezmaydi. To'sh suyagi ortida kuchli og'riq paydo bo'lib, u yurak og'rig'iga o'tadi. Taxekardiya kuzatiladi. Qon bosimi keskin tushib ketadi. Bemorni ko'ngli aynab, qusishi mumkin. Ayrim bemorlarda qorin shishishi, o'z-o'zidan siydik ajralishi va defekatsiya holatlari ro'y berishi mumkin. Anafilaktik shokning boshqa ko'rinishlarida o'sha tana a'zosining kasallanishiga xos bo'lgan belgilar bilan kechishi kuzatiladi. Kasallikning chaqmoqsimon va og'ir shakllrida sanalgan belgilar yuzaga chiqmasdanoq o'lim bilan tugashi mumkin. Birinchi yordam ko'rsatish uchun yuqoridan nafas yo'llarining yetarlicha o'tkazuvchanligini ta'minlash lozim. Buning uchun bemorning boshi yon tomonga burib qo'yiladi, tili tortib chiqariladi, pastki jag' oldinga siljtiladi. Og'iz ichi qusiq massalaridan artib tozalanadi. Agar, nafas olish to'xtab ulgurgan bo'lsa, sun'iy nafas oldirishga kirishiladi. Yuborilgan anestetikni qonga so'rilishini to'xtatish maqsadida shu anestetik kiritilgan soha atrofida 5 ml fiziologik eritmaga aralastirilgan 0,5 ml – 0,1% adrenalin gidroklorid eritmasi

yuboriladi. Agar buni qilishning iloji bo'lmasa, 1 ml adrenalini eritmasini anestetik kiritilgan yo'l bo'ylab yuboriladi. Albatta antigistamin preparatlari yuboriladi (2–4 ml dimedrol eritmasi, 2–3 ml 2,5% suprastin yoki pipolfen eritmaları). Vena yoki mushak ichiga 3–5 ml 3% prednizolon, 0,5 ml 0,1% adrenalini gidroxlorid eritmaları yuboriladi. Agar bronxospazm belgilari bo'lsa, 10 ml 2,4% eufillin yoki 2 ml 0,5% izadrin eritmalarini yuborish zarur. Yurak faoliyatini qo'llab turish uchun yurak glikozidlari va diuretiklar yuboriladi.

Anestetikdan zaharlanish. Buning sababi anestetik dozasini oshirib yuborish va tomirga ignaning tushib qolishi oqibatida qonda modda konsentratsiyasining oshib ketishi hisoblanadi. Zaharlanish ikki davrga bo'linadi: 1-davrda qo'zg'alish, ko'ngil aynish, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, qusish kuzatiladi. Yordam ko'rsatish uchun bemorni yotqizib, 10% ammiak eritmasi hidlatiladi. Tomir ichiga 200–600 mg geksinal yoki tiopental natriy sekin yuboriladi; 2-davrda bemorning holati sustlashadi, A/D pasayadi, taxikardiya, terlash, hushdan ketish, nafas va yurak tomir faoliyatining to'xtab qolishi kuzatiladi. Yordam berish uchun yurak – qon tomir vositalari va yurakni bilvosita massaj qilish tavsiya qilinadi. Profilaktika uchun anestetik yuborishdan 40–50 daqiqa oldin barbituradlar (fenobarbital 0,1 gr) yuborish kerak. Hushdan ketish. Bu ko'p uchraydigan asorat bo'lib, bosh miyaning o'tkir gipoksiyasiga (kislorodning yetishmasligi) bog'liq bo'ladi. Bosh aylanishi, quloq shang'illashi, esnash bilan boshlanadi. Teri qoplamalari oqaradi, namlanadi, qorachiqlari kengayadi, puls kuchsiz bo'lib A/D pasayadi, nafas yuzaki, mushak tonusi yo'qolib hushdan ketish yuz beradi. Yordam berish uchun bemorni yotqizib toza havo kelishini ta'minlanadi. Novshadil spirti hidlatiladi. Yuz, bo'yin terisi sovuq suvga namlangan sochiq bilan ishqalanadi. Kam hollarda nafas analeptiklari va tomir vositalari (kordiamin, efedrin, izadrin) mushak ichiga yuborilishi mumkin. Mahalliy og'riqsizlantirish o'tkazish jarayonida va undan so'ng asoratlari sodir bo'lishi mumkin.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. М.Т. Александров. «Стоматология» – Москва: «ГЕОТАР-МЕДИА», 2008 г.
2. Х.Р. Komilov. «Terapevtik stomatologiya. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi kasalliklari» – Toshkent: «Yangi asr avlodi», 2005-y.
3. S.H. Yusupov. «Tish jarrohligi stomatologiyasi va yuz-jag' travmatologiyasi» – Toshkent: «ILM ZIYO», 2005-y.
4. П.А. Леус. «Заболевания зубов и полости рта» – Минск: «Вишэйная школа», 1998 г.