

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ
САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Олий ва ўрта тиббий таълим бўйича ўқув-услуг идораси

Тошкент Давлат врачлар малакасини ошириш институти

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти

ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Тошкент - 2005 йил.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Олий ва ўрта тиббий таълим бўйича ўқув-услуг идораси

Тошкент Давлат врачлар малакасини ошириш институти

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти

« Т а с д и к л а й м а н »
Ўзбекистон Республикаси
ССВ кадрлар,фан ва уқув
юртлари бош бошкармаси
бошлиги, профессор
_____Ш.Э.АТАХАНОВ
« ____ » _____ 2005 йил.

ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Тиббиёт институти даволаш, стоматология, тиббий педагогика
факультети талабалари ва магистрлар учун ўқув қўлланма

Тошкент- 2005 йил.

Тузувчилар:

Н.Х.Воҳидов - Бухоро тиббиёт институти
оториноларингология кафедраси мудири
т.ф.н., доцент.

К.Ж.Жабборов - Тошкент Давлат врачлар малакасини
ошириш институти “Кулок , томок, бурун касалликлари”
кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Такризчилар:

Р.Ю.Омиров - Бухоро Давлат Тиббиёт институти
6-7 курс жаррохлик кафедраси мудири,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

У.Л.Лутфуллаев - Самарканд тиббиет институти
врачлар малакасини ошириш факультети «кулок,томок,
бурун касалликлари кафедраси мудири, тиббиёт
фанлари доктори, профессор

К.М.Миржонов болалар хирургияси курси
мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Мундарижа

Ҳикилдоқ шиши _____	5
Ҳикилдоқ торайиши _____	5
Ҳикилдоқ ангиnasi _____	6
Ўткир эпиглотит _____	7
Уткир катарал ларингит _____	7
Инфилътратив ларингит _____	8
Бурма ости ларингити (сохта круп) _____	8
Ҳикилдоқ сарамаси _____	9
Уткир трахеит _____	9
Флегмонали ларингит _____	10
Ҳикилдоқ хондроперихондрити _____	10
Болаларда ўткир ларинготрахеит _____	10
Интубация ва трахеостомия _____	13
Ҳикилдоқ ва трахеянинг сурункали касалликлари _____	17
Сурункали катарал ларингит _____	17
Сурункали гиперпластик ларингит _____	17
Сурункали атрофик ларингит _____	19
Сурункали ларингит _____	19
Ларингоспазм _____	20
Ҳикилдоқнинг туғма торлиги (стридор) туғма хурракли ҳикилдоқ _____	20
Ларингоспазм ва хикилдоқ мускуллари ҳаракатининг бузилишлари _____	21
Ҳикилдоқ жароҳатлари _____	24
Қизилўнгач жароҳатлари _____	24
Ҳикилдоқ, трахеядан қон оқиши _____	25
Ҳикилдоқ, трахея ва бронхлар ёт жисми. _____	26
Қизилўнгач ёт жисми. _____	28
Ҳикилдоқ ва қизилўнгачнинг термик ва кимёвий қуйишлари _____	30
Ҳикилдоқнинг ҳавфсиз усмалари. _____	32
Ҳикилдоқнинг ҳавфли усмалари _____	34
Вазиятли масалалар _____	40
Саволлар _____	53
Адабиётлар _____	54

ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ ВА БРОНХ КАСАЛЛИКЛАРИ

ҲИҚИЛДОҚ ШИШИ кўпинча патологик жараёнинг белгиси сифатида кузатилади.. У яллиғланиш, аллергия реакция ёки бошқа сабаблар натижасида юзага келади. Хикилдоқ шиши хикилдоқ ангинасида, флегмонали ларингитда, хикилдоқ усти абцессиди, ҳалқум, унинг ён ва орқа бўшлиқлари, бўйин умурткалари соҳаси, тил илдизи ва оғиз бўшлиғи тубининг йирингли жараёнларида ривожланади.

Хикилдоқ шишининг ривожланишига турли хикилдоқ жароҳатлари (санчилган, кесилган, термик, кимёвий жароҳатлар, ёт жисм) сабаб бўлади. Баъзан у хикилдоқ ва бўйин соҳасида бажарилган жароҳлик амали, давомли юқори трахеобронхоскопия, давомли интубация ёки нур ёрдамида даволашдан сўнг ривожланади.

Хикилдоқнинг яллиғсиз шиши бемордаги баъзи озиқ-овқат, дори ва косметик моддаларга нисбатан аллергия реакциясининг белгиси сифатида намоён бўлади. Бундан ташқари, у юрак, қон-томир касалликларида, қон айланиш етишмовчилгининг II,III боскичларида, буйрак касалликларида, жигар циррозида, кахексияда ривожланиши мумкин.

Хикилдоқ шиши юмшоқ клетчаткага бой шиллиқ ости қаватида, яъни хикилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида, чўмичхикилдоқ усти бурмаларида, хикилдоқга кириш жойининг орқа деворида, хикилдоқнинг пастки қаватида ривожланиб, нафаснинг кескин бузилишига сабаб бўлади.

Даволаш тадбирлари хикилдоқ шишининг ривожланишига сабаб бўлган асосий касалликни даволашга қаратилади ва албатта шифохона шароитида олиб борилади. Беморга дегидротация, гипосенсибилизация, тинчлантирувчи, сийдик ҳайдовчи препаратлар буюрилади. Томир ичига 40%-20 мл глюкоза, 10%-10 мл кальций хлорид (ёки 10% -10 мл натрий хлорид), 5%-5 мл натрий аскорбинат, 40%-5 мл уротропин эритмалари, 30-90 мг преднизолон, 2,4% -5-10 мл эуфиллин эритмаси юборилади. Мускул орасига димедрол (1%-2 мл), пипольфен (2,5% -2 мл), тери остига 0,1% -1 мл атропин эритмалари юборилади.

Бундан ташқари, пастки бурун чиғаноқларининг шиллиқ пардасига 2-3 мл 0,5% -1% новокаин эритмаси юбориш мумкин. Беморга чалғитувчи терапия (оёқларга иссиқ ванна, кўкрак қафаси ва оёқларга хантал куйиш), тана ҳароратини меъёрлаштирувчи ва юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар буюрилади.

Яллиғланиш жараёни туфайли ривожланган хикилдоқ шишида беморга антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари тавсия қилинса, аллергия шишда биринчи навбатда аллергиянинг таъсири бартараф этилиши лозим. Куйишдан сўнг ривожланган хикилдоқ шишида шокка қарши терапия ўтказилади.

ҲИҚИЛДОҚ ТОРАЙИШИ турли касалликларда юзага келиб, хикилдоқ ёриғининг торайиши, нафаснинг қийинлашиши билан кечади. Ривожланиш тезлиги бўйича хикилдоқ торайишлари куйидаги шаклларга бўлинади;

1. Тез ривожланган хикилдоқ торайиши - бир неча сония ва дақиқалар ичида ривожланади (нафас йуллари ёт жисмида);
2. Ўткир торайиш - бир неча соат ёки бир неча кун ичида ривожланади (хикилдоқ ангинаси, термик ёки кимёвий куйишлар, яллиғланиши).
3. Аста-секин ривожланган хикилдоқ торайиши - бир неча кун ёки бир неча ҳафта давомида ривожланади (хикилдоқ дифтерияси, жароҳати, хондроперихондрити, кайтувчи нервнинг икки томонлама фалажида).
4. Сурункали торайиш - бир неча ҳафта ва ундан ортиқ вақт давомида ривожланади (қалқонсимон без ўсмаси, хикилдоқнинг юқумли гранулемалари, хикилдоқни бўқоқ билан қисилиши, хикилдоқ кистаси, хикилдоқ ўсмаси ва трахеостомиядан сўнгги ҳолатларда).

Хикилдоқ торайишининг сабаблари турлича бўлсада, унинг клиник манзараси бир хил бўлади. Инспиратор ҳансираш хикилдоқ торайишининг етакчи белги сифатида намоён бўлади.

Клиник белгилари. Хикилдоқ торайиши 4 боскичга бўлинади:

1-боскич - *компенсация босқичи* - беморнинг нафас олиши чуқурлашади, нафас олиш ва нафас чиқариш ҳаракатлари орасидаги пауза қисқаради, томир уриши тезлашади, инспиратор ҳансираш фақат жисмоний ҳаракатда кузатилади.

2-босқич - *нисбий компенсация босқичи* - нафас олиш учун беморга бироз куч талаб этилади, хансираш тинч ҳолатда ҳам кузатилади, нафас ҳаракатлари шовқинли бўлиб, масофадан эшитилади, унда кўкрак қафасининг мускуллари иштирок этади; нафас олинганда бўйинтурук, умров ости ва умров усти чуқурчалари, қовурғалар оралиги ва эпигастрий соҳаси ичкарига ботади. Бемор безовта, тери қопламлари рангпар булади;

3-босқич - *декомпенсация босқичи* - беморнинг аҳволи жуда оғирлашади, нафаси тезлашади, юзаки булади. Тери қопламлари кўкимтир (дастлаб акроцианоз, кейин тарқоқ цианоз кузатилади). Бемор бошини орқага ташлаган ҳолда ўтиради. Нафас олганда ҳиқилдоқ пастга, нафас чиқарганда - юқорига силжийди. Беморни совуқ тер босади, томир уриши тезлашади, унинг тўлиқлиги сусаяди, қон босими пасаяди.

4-босқич - *асфиксия (бугилиш) ёки терминал босқич* - беморда кескин толиқиш, бефарқлик, юзаки ва узилиб турган нафас ҳаракатлари (Чейн-Стокс нафаси) пайдо булади. Унинг тери қопламлари кулранг, томир уриши тез ва ипсимон, қон босими кескин пасаяди, кўз қорачиқлари кенгаяди, сийдик ва ахлатининг ихтиёрсиз ажралиши кузатилади. Бемор эс-ҳушини йўқотиб, ўлим ҳолати юз беради.

Даволаш тадбирларини танлашда биринчи навбатда ҳиқилдоқ торайишининг босқичи, ундан сўнг сабаби аниқланади ва даволанади.

I, II босқичларда даволаш тадбирлари патологик жараёнга қарши қаратилади. Бунда ёт жисмни чиқариб олиш, дегидратация, гипосенсибилизация, тинчлантирувчи, чалғитувчи терапия (оёқларни иссиқ ванна қилиш, кўкрак қафасига ва оёқ қоринчаларига хантал қўйиш), ҳўлланган кислород бериш, ишқорий эритмалар ва спазмолитик препаратлар билан ингаляция қилиш тадбирлари ўтказилади. Ҳиқилдоқ соҳасига 20% димексид эритмасига шимдирилган бойлам қўйилади, беморга гиоксизон ёки гидрокортизон билан фонофорез, 2% кальций хлорид, 0,5% новокаин, 1% димедрол эритмалари билан электрофорез буюрилади. Зарур бўлган ҳолларда ҳиқилдоқ ва атроф аъзоларнинг абсцесси очилади. Ҳиқилдоқ дифтериясида беморга дифтерия таёқчасига қарши зардоб юборилади. Ҳиқилдоқ торайишининг III, IV босқичларида - трахеостомия, экстремал ҳолатда коникотомия жаррохлик амаллари бажарилади. Ўткир ларинготрахеит билан огриган бемор термопластик найча ёрдамида давомли интубация қилинади.

ҲИҚИЛДОҚ АНГИНАСИ - *маҳаллий ва умумий белгилар билан намоён бўлган ҳиқилдоқ лимфоид тўқимасининг ўткир яллиғланиши*. Ҳиқилдоқ ангинаси юкумли касаллик бўлиб, уни патоген кокклар кўзғатади. Шамоллаш унинг ривожланишига ёрдам беради.

Ҳиқилдоқ ангинасининг оғир кечимида беморнинг умумий аҳволи оғир, тана ҳарорати 38-39⁰ кўтарилади, ютинганда томоғи оғрийди, ҳиқилдоқдан нафас олиши қийинлашади. Ҳиқилдоқ соҳаси пайпасланганда оғрийди. Бўйиннинг маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, оғрийди. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи, ноксимон чунтаклар, чўмичҳиқилдоқ усти ва овоз бурмаларининг шиллиқ пардаси қизарганлиги ва инфильтрацияси кўзга ташланади. Баъзан шиш туфайли беморнинг нафас олиши қийинлашади.

Даволаш. Ҳиқилдоқ ангинаси билан огриган бемор шифохона шароитида даволанади. Даволашда антибактериал ва дегидротация терапиялари ўтказилади. Шишни камайтириш мақсадида томир ичига 40% -20-30 мл глюкоза, 10% - 10 мл кальций хлорид, 60 - 90 мг преднизолон, сийдик ҳайдовчи воситалар (1 мл лазикс), мускул орасига антигистамин препаратларнинг (2% -1 мл супрастин, 2% -1 мл тавегил, 2,5% 1 мл пипольфен) эритмалари юборилади, чалғитувчи муолажалар ўтказилади (оёқларни иссиқ ванна қилиш, кўкрак қафасига ва оёқ қоринчаларига хантал қўйиш), бўйин соҳасига 20% димексид ёки 50% спирт эритмаларига шимдирилган бойлам қўйилади. Баъзан 0,5% 10-20 мл новокаин эритмаси билан блокада қилинади.

Булардан ташқари ҳиқилдоқ соҳасида лимфотроп терапия ўтказилади: бўйиннинг олд ва ён томонига ёки жағ ости соҳасига тери остига аввал 1,0 мл лазикс ва 2 мл новокаин, кейин 10 мл новокаида эритилган антибиотик (100 000 ТБ) юборилади, кейин ҳиқилдоқ соҳасига 20% димексидга шимдирилган бойлам қўйилади. Муолажа ҳар 12 соатда такрорланади. Ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида трахеостомия жаррохлик амали бажарилади.

Касалликнинг енгил кечимида бемор 6-8 кунда соғайиб кетади. Баъзан жараён шиллиқ ости қаватига, мускуллар орасига тарқалиши мумкин.

ЎТКИР ЭПИГЛОТИТ кўпинча 3 -7 ёшар болаларда ривожланади. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати 39-40⁰ С кўтарилади, томоғи оғрийди (айниқса, ютинганда), уйқучанлик, кўнгил айнаши, баъзан қусиш, кейинчалик нафас етишмовчилиги кузатилади. Касаллик белгилари жуда тез ривожланиб (12-15 соат давомида), киска вақт ичида буғилиш ҳолатига олиб келади.

Белгилари. Бола оғзини очиб, пастки жағини олдинга чўзиб, бошини олдига эгиб яримўтрок мажбурий ҳолатни эгаллайди, овқат ва сув ичишдан бош тортади, оғзидан сўлак оқади, овози пасаяди, лекин буғилмайди. Беморда инспиратор хансираш кузатилади, ётганда хансираш кучаяди. аммо шовқинли нафас кайд этилмайди. Ҳикилдоқ соҳаси пайпасланганда оғрийди. Ларингоскопияда ҳикилдоқ усти қопқоғи гилос рангидай кип-қизил булиб, шишганлиги куринади (шиш туфайли ҳикилдоқнинг пастки бўлимлари кўзга кўринмайди, шиш ва қизариш чўмичҳикилдоқ усти қопқоғи ва вестибуляр бурмаларга тарқалади).

Ташхис клиник белгилар, ларингоскопик манзара ва ён томонлама бўйин рентганографияси натижалари асосида қўйилади.

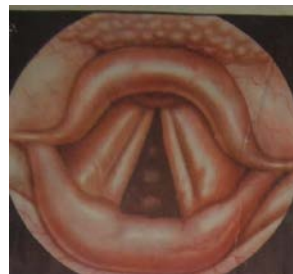
Даволаш. Касалликни ўз вақтида аниқлаш ва беморни ўз вақтида шифохонага ётқизиш талаб этилади. Бошланғич босқичида, яъни енгил нафас етишмовчилигида томир ичига 20% глюкоза билан бирга глюкокортикоид препарати эритмалари юборилади. Муолажа хар 6-8 соатда такрорланади (жами 2-3 кун). Антибиотикотерапия буюрилади. Нафас етишмовчилиги бартараф этилмаган ҳолларда интубация ёки трахеостомия жаррохлик амали бажарилади.

Ҳикилдоқнинг яллиғланиши ўткир ва сурункали шакларда кечади.

ЎТКИР КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ (laryngitis) - *ҳикилдоқ шиллиқ пардаси, шиллиқ ости қавати ва унинг ички мускулларининг катарал яллиғланиши*. Касалликнинг ривожланишига экзоген ва эндоген омиллар таъсирида фаоллашган сапрофит флора сабаб бўлади. Экзоген омилларга шамоллаш, шиллиқ пардага алкохол ва никотинни таъсир этиши, ишлаб чиқариш корхоналардаги зарарли моддалар (чанг заррачалари, буғ, газ ва бошқ.), совуқ ҳавода баланд овозда кўп гапириш, жуда совуқ ёки жуда иссиқ овқатларни истеъмол қилиш каби омиллар киради. Эндоген омилларга - иммунитетнинг пасайиши, меъда-ичак касалликлари, аллергия реакциялар, модда алманишувининг бузилиши, шиллиқ парда атрофияси киради. Ўткир катарал ларингит кўпинча овоз мутацияси кузатилган балоғат ёшидаги болаларда ривожланади.

Этиологияси. Ўткир ларингитнинг ривожланишига бетта-гемолитик стрептококк, пневмо-кокк, вирусли инфекциялар; А ва В грипп ва парагрипп вируслари, коронавируслар, ринови-руслар, замбуруғлар ва кўпинча аралаш флора сабаб бўлади.

Клиник белгилари. Касаллик тўсатдан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати меъёрда, баъзан субфебрил бўлади. Ҳикилдоқ соҳаси ачишиб, қурийди, ютинганда оғрийди. Баъзан беморни қуруқ, кейинчалик шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ балгамли йўтал безовта қилади. Беморда турли даражадаги дисфония кузатилади.



15-расм. Ўткир катарал ларингит

Ташхис клиник белгилар (кўпинча совуқ овқат истемол қилиш, УРВК, шамоллаш, овознинг зўриқишидан сўнг тўсатдан пайдо бўлган дисфония) ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ларингоскопияда ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси ва овоз бурмалари қизарганлиги, овоз бурмалари шишиб, қалинлашганлиги куринади. Баъзан ўткир ларингитда овоз бурмаларининг фақат четки чегараланган қизаришини куриш мумкин. Овоз ёриғида ёпишқоқ йирингли-шилимшиқ ажралма борлиги аникланади. Фонация пайтида овоз ва кўндаланг чўмичсимон мускулларнинг яллиғланиши туфайли овоз бурмалари тўлиқ ёпилмайди. Ўткир ларингитда ҳикилдоқ шиши камдан кам ҳолларда ривожланади. Беморнинг нафас олиши бузилмайди.

Ёш болаларда ўткир ларингит дифтерия касаллигининг тарқоқ шакли билан фарқланади. Дифтерияда шиллиқ пардада тўқималарга зич ёпишган ифлос-кулранг парда ҳосил бўлади.

Даволаш. Ўткир ларингит уй шароитда даволанади, нутқ ва вокал касб эгалари шифохонага ётқизилади. Беморга овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия этилади. Ўткир ва иссиқ овқатлар, чекиш ва спиртли ичимликларни ичиш ман этилади.

Қуруқ йўталда беморга йўтал марказининг кўзгалувчанлигини пасайтирувчи препаратлар буюрилади. Ёпишқоқ шилимшиқ ажралмани суюлтириш ва қуруқликни камайтириш мақсадида

беморга илик сув ёки сутга қўшилган ишқорли минерал сувлар, термопсис, мукалтин каби балғам ажратувчи дорилар буюрилади.

Беморга буғ билан ингаляция, УВЧ ва микротўлқинли терапия тавсия қилинади, томоғига иссиқ бойлам қўйилади. Ингаляцияда турли дорилар, ёғлар, ишқорлар, антибиотиклар ва сульфаниламид дори воситаларининг эритмалари ишлатилади. Аэрозоллардан каметон, ингакамф, ингалипт, камфомен буюрилади. Бундан ташқари, ҳиқилдоқ ичига 1% ментол, антибиотик, гидрокортизон ва қон томирларни торайтирувчи воситаларни пуркаш (инстиляция) ҳамда чалғитувчи терапия (иссиқ оёқ ваннаси, оёқларга, ҳиқилдоқ соҳасига, кўкрак қафасига хантал қўйиш) яхши самара беради.

Маҳаллий даво тадбирлари ёрдам бермаган ҳолларда беморга яллиғланишга қарши умумий воситалар: антибиотиклар, сульфаниламид, антигистамин ва кальций дори воситалари, С витамини буюрилади. Даволаш тадбирлари тўғри олиб борилганда ҳамда гигиена қоидаларига риоя қилинганда ҳиқилдоқ дағи патологик жараёни 5-10 кун ичида бартараф этилади.

ИНФИЛЬТРАТИВ ЛАРИНГИТ (*laryngitis infiltrativa*)- *шиллик пардадан ташқари чуқур тўқималарига тарқалган ҳиқилдоқнинг ўткир яллиғланиши*. Ларингитнинг бу шаклида патологик жараён ҳиқилдоқнинг мускул аппарати, бойламларига ва тоғай усти пардасига тарқалади.

Этиологияси. Касалликнинг ривожланишига турли жароҳат ёки юқумли касалликдан сўнг ҳиқилдоқ тўқимасига тарқалган бактериал инфекция сабаб бўлади. Организмнинг маҳаллий ва умумий ҳимоя кучининг сусайиши касалликнинг ривожланишига ёрдам беради. Инфильтратив ларингит чегараланган ёки тарқоқ шаклда кечади.

Клиник манзараси. Касалликнинг *тарқоқ шаклида* яллиғланиш жараёни ҳиқилдоқ шиллик пардасининг барча майдонларини, *чегараланган шаклида* - унинг айрим майдонларини (чўмичсимон тоғай аро бўшлиқни, ҳиқилдоқ дахлизини, ҳиқилдоқ усти қопқоғини, овоз ости бўшлиғини) камраб олади.

Беморнинг томоғи оғрийди, ютинганда оғрик кучаяди, овози ўзгаради, тана ҳарорати кўтарилади, баъзан қалин шилимшиқ-йирингли ажралмали йўтал кузатилади. Юқорида қайд этилган белгилар билан бирга беморда нафас функцияси ҳам бузилади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, пайпаслаганда оғрийди.

Оғир ҳолларда инфильтратив ларингит *флегмонали ларингитга* утади. Касалликнинг охириги босқичи бўлган ҳиқилдоқ абсцесси кўпинча ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида ёки чўмичсимон тоғайларнинг бирида жойлашади.

Даволаш. Шифохона шароитида беморга антибиотикотерапия, антигистамин препаратлари, муколитиклар, қисқа муддатли кортикостероид терапияси буюрилади. Ҳиқилдоқ абсцессиди шопилинч жаррохлик амали бажарилади; бунда маҳаллий оғриксизлантиришдан сўнг йирингли ўчок (ёки инфильтрат) ҳиқилдоқ тиги ёрдамида очилади. Бир вақтнинг ўзида кучли антибиотикотерапия, заҳарсизлантириш ва трансфузия тадбирлари ўтказилади, антигистамин, кортикостероид ва аналгетик препаратлари буюрилади.

Одатда жараён тез бартараф этилади. Касаллик давомида ҳиқилдоқ ёриғинининг ҳолатини кузатиб бориш ва асфиксия ҳолатини ривожланишига йўл қўймаслик талаб этилади.

БУРМА ОСТИ ЛАРИНГИТИ (СОХТА КРУП) - *laryngitis subglottica, субарахноидал ларингит - laryngitis subchordalis, сохта круп - false croup - бу овоз ости бўшлиғида жойлашган патологик жараён*. У 5-8 ёшдаги болаларда учраб, овоз ости бўшлиғи тузилишининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқ бўлади; ёш болаларда овоз бурмалари остидаги юмшоқ клетчатка яхши ривожланган бўлиб, турли таъсирларга жавобан осон шишади. Ҳиқилдоқ ёриғининг торлиги, асаб ва қон томир рефлексларининг беқарорлиги ҳиқилдоқ торайиши ҳолатининг ривожланишига ёрдам беради. Бемор горизонтал ҳолатда ётганда қон оқимининг кўпайиши натижасида ҳиқилдоқ шиши зўраяди. Шу сабабдан боланинг аҳволи кўпинча тунда ёмонлашади.

Клиник белгилари. Касаллик юқори нафас йўллариининг яллиғланиши, буруннинг битиши ва ундан ажралма оқиши, субфебрил ҳарорат ва йўтал билан бошланади. Кундузи умумий аҳволи қониқарли бўлган болада тунда тўсатдан буғилиш ҳолати, хурувчи йўтал, тери қопламларининг кўкариши кузатилади. Хансираш асосан инспиратор характерга эга бўлиб, бўйинтурук чуқурчаси, умров ости, умров усти бўшлиқлари ва эпигастрий юмшоқ тўқималарининг ичкарига ботиши билан кечади. Бундай ҳолат бир неча дақиқадан ярим соатгача давом этиши ва ҳар 2-3 кунда

такрораланиб туриши мумкин. Ҳансираш хуружидан сўнг беморнинг баданидан тер оқади, нафаси тикланиб, бола ухлаб қолади.

Ларингоскопияда симметрик жойлашган болишсимон шиш борлиги, овоз ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизарганлиги куринади. Болишсимон шиш овоз бурмалари остидан бўртиб туради ва ҳиқилдоқ ёриғини торайтириб, беморнинг нафасини қийинлаштиради.

Таъхис. “Сохта круп” белгиларини дифтериядаги чин круп белгиларидан фарқлаш лозим. Бурма ости ларингитининг кечими хуружли характерга эга бўлади; кундузи беморнинг ахволи қониқарли булса, кечаси нафаснинг қийинлашиши ва тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Дифтерияда беморнинг овози бўғилса, бурма ости ларингитида - у ўзгармайди. Дифтерияда сохта крупга хос бўлган йўтал кузатилмайди. Бурма ости ларингитида маҳаллий лимфа тугунлар катталашмайди, томоғида ва ҳиқилдоқда дифтерияга хос қараш ҳосил бўлмайди. Аниқ таъхис қилиш мақсадида ҳалқум, ҳиқилдоқ ва бурун шиллиқ пардасидан суртма олинади ва дифтерия таёқчасига текширилади.

Даволаш тадбирлари яллиғланиш жараёнини бартараф этиш ва беморнинг нафасини тиклашга қаратилади. Шишга қарши препаратлар аралашмаси билан ингаляциялар (5% эфедрин, 0,1% адреналин, 0,1% атропин, 1% димедрол эритмалари, 25 мг гидрокортизон ва химопсин билан) яхши натижа беради. Беморга антибиотикотерапия, антигистамин терапияси, тинчлантирувчи препаратлар, 1 кг тана вазнига 2-4 мг гидрокортизон буюрилади. Кўп микдорда суюқлик (чай, сут, ишқорли маъданий сувлар) ичиш, чалғитувчи муолажалар (оёқ ванналари, оёқларга хантал қўйиш) тавсия этилади.

Ҳалқумнинг орқа деворига шпателни тегкизиб, қусиш рефлексини чақириш ва шу билан бўғилиш ҳолатини тўхтатишга уриниб куриш мумкин.

Юқорида қайд этилган тадбирлар самара бермаган ва беморда бўғилиш ҳолатининг ривожланиш хавфи булганда 2-4 кун давомида назотрахеал интубация, зарур бўлганда - трахеостомия жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

ҲИҚИЛДОҚ САРАМАСИ (*erysipelas laryngis*) тери сарамасида ривожланиб, инфекция табиий йўллار ёки трахеостомия жароҳат майдонидан тарқалганда юзага келади. Қасалик ўткир бошланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, қалтираш, нафаснинг қийинлашиши, ҳиқилдоқ соҳасининг кескин оғриши (айниқса ютиниш ҳаракатида) кузатилади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг зарарланган майдони кескин қизарган ва шишган ва бу қизариш ўзгармаган шиллиқ парда майдонидан кескин чегараланганлиги кўринади. Жараён йирингламайди ва турли майдонларга кўчиб туради.

Даволаш. Беморга антибиотикотерапия тавсия қилинади; мускул орасига 1 кунда 500 000 – 1 000 000 ТБ ампициллин эритмаси юборилади. Антибиотиклардан 1 г оллететрин, 2 г левомецетин, кефзол, цефазолин, амоксиклав тегишли микдорда ичишга ёки мускул орасига юборилади. Бундан ташқари беморга УБН физиотерапевтик муолажаси буюрилади.

ЎТКИР ТРАХЕИТ (*tracheitis acuta*) - *пастки нафас йўллари (трахея ва бронхлар) шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши* бўлиб, купинча бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқ яллиғланиши билан бирга кечади.

Этиологияси. Ўткир трахеитнинг ривожланишига нафас йўлларида мавжуд бўлган ва турли экзоген омиллар таъсирида (вируслар, ноқулай иқлим, шамоллаш, касб шароити) фаоллашган сапрофит флора сабаб бўлади. Кўпинча трахея ажралмасида *Staphylococcus aureus*, *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* аниқланади.

Патоморфологияси. Трахеядаги морфологик ўзгаришлар шиллиқ парданинг қизариши, шиши, ўчоқли ёки тарқоқ инфильтрацияси, қон томирларининг кенгайиши ва қонга тўлганлиги билан намоён бўлади.

Клиник белгилари. Беморда, айтиқса кечалари, ўзига хос хуружли йўтал кузатилади. Йўтал дастлаб қуруқ, кейинчалик шилимшиқ-йирингли балғамли, баъзан қон аралаш булади. Йўтал хуружидан сўнг бемор тўш суяги орқаси ва ҳиқилдоқ соҳасининг оғришига шикоят қилади, унинг овози бўғилади. Баъзан субфебрил ҳарорат ва ҳолсизлик кузатилади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, ларингоскопия манзараси, балғамнинг микробиологик текшируви ва ўпка рентгенографияси натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Беморга балғам кўчирувчи (мукалтин, глицерам ва бошқ.) ва йўталга қарши (либексин, тусупрекс, синупрет, бронхолитин ва бошқ.), муколитиклар (ацетилцистеин, флуимуцил,

бромгексин ва бошк.) ва антигистамин препаратлари (супрастин, пипольфен, кларитин ва бошк.), парацетамол буюрилади. Бир вақтнинг ўзида балғам кўчирувчи ва йўталга қарши воситаларни қўлламасликка ҳаракат қилинади. Бемор ётган хонанинг ҳавоси иссиқ ва сернам бўлиши талаб этилади. Тана ҳарорати кўтарилган ҳолларда пастга тарқалувчи инфекцияни олдини олиш мақсадида беморга антибактериал терапия буюрилади (оксациллин, аугментин, амоксиклав, цефазолин).

Яқуни Ўз вақтида ва тўғри даволанган бемор 2-3 ҳафтада соғиб кетади. Баъзан касаллик давомли кечиб, сурункали шаклига айланиши, айрим ҳолларда бронхопневмония, зотилжам каби асоратлар кузатилиши мумкин.

ФЛЕГМОНАЛИ ЛАРИНГИТ ҳикилдоқ ангинасида, ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг жароҳатида (ёт жисм, кимёвий ва термик куйиш) юзага келиши мумкин. Шамоллаш омили касалликнинг ривожланишида муҳим аҳамият касб этади. Флегмонали ларингит иккиламчи касаллик сифатида паратонзиллитда, тил илдизи абсцессида, ҳикилдоқ сарамасида, ҳикилдоқ дифтериясида, қон касалликларда, сепсисда кузатилиши мумкин. Уни ривожланишига стрептококк, стафилококк, пневмококк, баъзан ипсимон таёкча ва оғиз бўшлиғи спирохетасининг симбиози сабаб бўлади.

Касаллик ўткир бошланади, бемор умумий ҳолсизликка, нохушликка, томоғи оғришига шикоят қилади. Абсцесс ҳикилдоқ усти қопқоғида, чўмичҳикилдоқ усти бурмаларда жойлашганда оғрик айниқса кучли бўлади. Кўпинча флегмонали ларингит ҳикилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳикилдоқ усти бурмалари ва чўмичсимон тоғайлар шиллиқ пардасининг шиши, инфильтрацияси ва абсцесси билан бирга кечади.

Даволаш. Беморга кўп миқдорда антибиотик ва сульфаниламид препаратлари буюрилади. Бир вақтнинг ўзида шишга қарши терапия олиб борилади: бунда антигистамин ва сийдик ҳайдовчи препаратлар, кортикостероидлар ишлатилади. Маҳаллий даволаш тадбирлари, ва лимфотроп терапия ёрдам бермаган ҳолларда абсцесс учоғи ҳикилдоқ тиги ёрдамида очилади. Ўткир ҳикилдоқ торайишида шошилиш равишида трахеостомия жаррохлик амали бажарилади. Йиринг бўйин ва кукс оралиғи сохаларига тарқалганда медиастинотомия жаррохлик амали утказилади.

ҲИКИЛДОҚ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТИ - *ҳикилдоқнинг тоғай ва тоғай усти пардаларининг яллиғланиши*. Касаллик чегараланган ва тарқоқ, ўткир ва сурункали шаклларда намоён бўлиб, кўпинча ҳикилдоқ жароҳатида, баъзан хавфли ўсмани нур билан даволашдан сунг ривожланиши мумкин. Перихондрит, одатда, йирингли жараён билан кечади. Йирингли жараён тоғай усти пардасини тоғайдан ажратиб, унинг озикланишини бузади ва тоғайнинг емирилишига сабаб бўлади. Ҳосил бўлган тирқиш ва секвестралдан йирингли ажралма оқади. Серозли хондроперихондритда шиллиқ парданинг ўсиши туфайли ҳикилдоқда чандиқлар ҳосил бўлади.

Клиник белгилари. Бемор ютинганда ҳикилдоқ соҳаси оғрийди, тана ҳарорати кўтарилади, овози буғилади, нафас олиши қийинлашади. Пайпасланганда ҳикилдоқ чизгилари текисланганлиги аниқланади. Ларингоскопияда ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг шиши ва инфильтрацияси кўринади. Сурункали хондроперихондрит ноаниқ кечади ва кечки асоратнинг ривожланишига олиб келади. Ҳикилдоқ рентгенограммасида юмшоқ тўқима сояси қалинлашганлиги, тоғайнинг суякланиши ўзгарганлиги, сурункали хондроперихондритда - "тартибсиз охаксизланиш" белгиси аниқланади.

Даволаш. Хондроперихондритни даволашда ҳикилдоқ ангинасида утказиладиган тадбирлар, яъни антибиотик, сульфаниламид ва шишга қарши препаратлар қўлланади. Абсцесс учоклари жаррохлик йўли билан очилади. Беморга УВЧ, ультратон, микротўлқинли терапия, овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади. Ҳикилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида шошилиш равишида трахеостомия жаррохлик амали бажарилади.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЛАРИНГОТРАХЕИТ. Ёш болаларда ўткир ҳикилдоқ торайишининг 99% ўткир ларинготрахеитда ривожланади. Бу касаллик баъзан "бурмаости ларингити (сохта круп)" ёки "обтурацияли тораювчи ларинготрахеобронхит" деб юритилади.

"Бурмаости ларингит" атамаси болаларда ҳикилдоқнинг яллиғланишсиз кечган аллергияк шишида, "ўткир ларинготрахеит"- ўткир респиратор вирусли касалликда ҳикилдоқ оркали нафас олиш қийинлашганда, "обтурацияли тораювчи ларинготрахеобронхит" атамаси давомли интубация ва трахеостомиядан сўнг ҳикилдоқ, трахея ва бронхлар шиллиқ пардасининг жароҳати натижасида ривожланган ларинготрахеитда ишлатилади.

Этиологияси. Ўткир ларинготрахеит вирусли инфекциянинг клиник белгиси ёки бактериал инфекция қўшилгандан сўнг, унинг асорати сифатида намоён бўлади. Респиратор вирусли инфек-

ция доимо бирламчи омил бўлиб хизмат қилса, бактериал флора кейин қўшилади ва касалликнинг кечимига салбий таъсир курсатади.

Ўткир ларинготрахеитнинг ривожланишига сабаб бўлган респиратор вирусли инфекциялар орасида грипп вируси - 56,8% ; парагрипп вируси - 20,1%; аденовируслар - 16,7%; аралаш инфекция - 6,4 % ташкил қилади. Касалликнинг ривожланишига экссудатив диатез, чала туғилиш, ноқулай акушерлик анамнези, сунъий овқатлантириш, эмлаш, чақалоқ даврида бошдан кечирган сепсис, зотилжам ва УРВИ каби омиллар муҳим аҳамиятга эга.

Ўткир ларинготрахеитнинг патогенези ўткир респиратор вирусли инфекциянинг патогенези билан ҳамбарчас боғлиқ.

Ҳикилдоқ ва трахея торайиши куйидаги патологоморфологик белгилар билан намоён бўлади: шиллик парданинг шиши ва инфильтрацияси, ҳикилдоқ ва трахея мускулларининг қисқариши, трахея ва бронх шиллик парда безларининг гиперсекрецияси ва ёригида қалин йирингли-шилимшиқ экссудатнинг тўпланиши. Ҳаво оқими торайган бурма ости бўшлиғидан ўтганда қув-қув йўтал пайдо бўлади. Жараён овоз бурмаларига тарқалганда эса беморнинг овози ўзгаради.

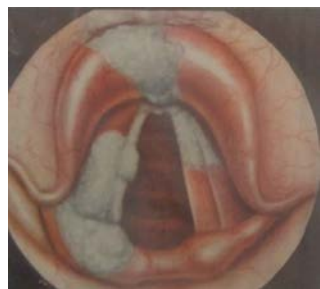
Клиник манзараси. Ўткир ларинготрахеит синдромида 3 етакчи белгилар кузатилади:

- 1) стенодик нафас;
- 2) қув-қув йўтал;
- 3) овознинг ўзгариши.

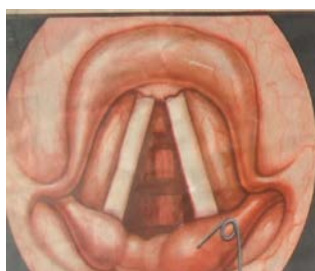
Касаллик тўсатдан, кечаси бошланади. Бола кўркиб уйкудан уйғонади, безовталанади, овози ўзгаради, қув-қув йўталади, нафас олиши чўзилиб, нафас олиш ва нафасни чиқариш орасидаги пауза йўқолади. Бемор ётган хонага ҳўл матоларни осиш, унга иссиқ суюкликлар ичириш, оёқларига иссиқ ванна қилиш аҳволини бироз яхшилаши ва бошланаётган ҳикилдоқ шишини олдини олиши мумкин.

Ларингоскопияда ҳикилдоқ юқори ва ўрта қаватининг шиллик пардаси қизарган, ҳикилдоқ ва трахея ёриғида қатқалоқлар ҳосил қилган йирингли шилимшиқ ажралма туплами кўринади. Бурма ости бўшлиғининг шиллик пардаси шишиб қизаради, у тўқ қизил болишчадай бўлиб, овоз ёриғининг шиллик пардаси учқаватли бўлиб кўринади.

Ўткир ларинготрахеит ҳикилдоқ дифтерияси (А), ҳикил-доқ ёт жисми (Б), ҳикилдоқ папилломатози (В); ҳикилдоқ хондроперихондрит (Г), ҳикилдоқ жарохати (Д), ҳикилдоқнинг аллергияк шиши (Ж), ҳикилдоқ куйишлари, ҳикилдоқнинг уремик торайиши; ҳалқум орти абсцесси; бронхиал астма, астматик зотилжам, қизамиқ, скарлатина, сув чечакдаги ҳикилдоқ торайишидан фарқланади.



А.



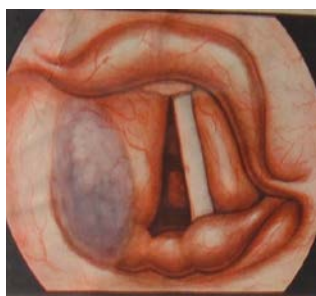
Б



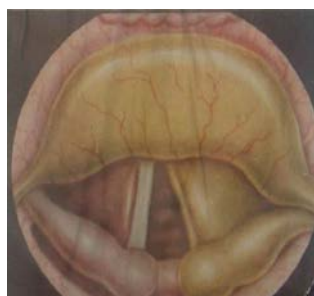
В



Г



Д



Е



Ж

16-расм. Турли касалликлардаги ларингоскопик манзара.

Ҳақилдоқ дифтерияси узига хос 3 белги билан кечади: нафас олишнинг қийинлашиши; овознинг афониягача бўғилиши; йўталнинг овозга мослиги. Унда стенодик нафас овоз функциясининг бузилиши ва умумий белгилари билан биргаликда аста-секин ривожланади, ҳақилдоқ тораиши белгиси эса шиллиқ парданинг дифтеритик яллиғланиши, дифтерия токсинларининг асаб толасига таъсири, ҳақилдоқ мускулларининг қисқариши ва ёригининг фибринли қараш билан тўлиши натижасида юзага келади.

Ю.В.Митин (1979) болалардаги ўткир ларинготрахеитнинг қуйидаги таснифини ишлаб чиқди.

Болаларда ўткир ларинготрахеитнинг клиник таснифи

I. Ўткир респиратор вирусли инфекциянинг тури:

- 1) грипп, парагрипп, адновирუსли инфекция, респиратор-синцитиал инфекция;
- 2) УРВИ-вирусли тури аниқланмаган холлар.

II. Шакли ва клиник варианты;

I-вариант- респиратор вирусли касаллик белгиларисиз ўткир бошланиши;

II-вариант-респиратор вирусли касаллик белгилари билан бирга ўткир бошланиши;

III-вариант- респиратор вирусли касаллик белгилари билан бирга аста-секин ривожланиши.

III.Кечими: 1) узлуксиз, 2) тўлқинли.

1У.Ҳақилдоқ тораишининг босқичи:

- 1) компенсация,
- 2) қисман компенсация,
- 3) декомпенсация,
- 4) терминал.

Тасниф бўйича ташхис қуйидагича ифодаланади:

"УРВК.Бирламчи ўткир ларинготрахеит, I-варианти, узлуксиз кечими. Ҳақилдоқ тораишининг қисман компенсация босқичи", "Грипп. Қайталанувчи ўткир ларинготрахеит, II-варианти, узлуксиз кечими.Ҳақилдоқ тораишининг компенсация босқичи", "Аденовирус инфекцияси. Бирламчи ўткир ларинготрахеит, III-варианти, тўлқинли кечими. Ҳақилдоқ тораишининг декомпенсация босқичи".

Ўткир тораювчи ларинготрахеитнинг Д.И.Тарасов, И.И.Абабий (1972, 1973) ишлаб чиққан таснифи ҳам амалда кенг қўлланилади. Бу тасниф бўйича касаллик 4 шаклга бўлинади:

- 1) катарал;
- 2) шишли-инфилтратив;
- 3) йирингли-фибринли;
- 4) некротик шакли.

Даволаш ўткир ларинготрахеитда қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

- 1) шошилишч тиббий ёрдам;
- 2) ўткир ларинготрахеит ва ҳақилдоқ тораишининг компенсация ва қисман компенсация босқичини даволаш;
- 3) ўткир ларинготрахеит ва ҳақилдоқ тораишининг қисман компенсация босқичини декомпенсация босқичига ўтиш даврида беморга шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш (тент остидаги ингаляциялар ёрдамида даволаш);
- 4) ўткир ларинготрахеит ва ҳақилдоқ тораишининг декомпенсация босқичида беморга шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш (давомли интубация ва трахеостомия);
- 5) давомли интубация ва трахеостомияни бошдан кечирган беморларни реабилитация килиш.

Ўткир ларинготрахеитни этиотроп даволашида интерферон ва гриппга қарши гамма-глобулин қўлланади.

Ҳақилдоқ тораишининг қисман компенсация босқичида томир ичига 20%-10-20-мл глюкоза, 10% кальций хлорид, 5% аскорбин кислотаси, 1 кг тана вазнига 0,2 мл 2,4% эуфиллин, 2-3 мг преднизолон (ёки 3-5 мг гидрокортизон), мускул орасига димедрол 1% - 1 мл эритмалари юборилади. Беморга чалғитувчи терапия тавсия қилинади (оёқ қоринчаларига ва қўкрак қафасига хантал қўйиш, оёқларига иссиқ ванна қилиш). Антигистамин ва спазмолитик препаратлар билан ингаляциялар буюрилади.

Ҳақилдоқ тораишининг қисман компенсация босқичи декомпенсация босқичига ўтганда бемор полиэтилен тент остига ёки кислород палаткасига ётқизилади. Бундай даволаш усулида юқори намликка эга микроклимни яратиш, ҳавода кислород ва турли дориларнинг керакли миқдорини

ҳосил қилиш мақсади кўзланади. Беморни тент остига ётқизишдан олдин унинг нафас йўллари тозаланади; билвосита ларингоскопияда нафас йўлларидаги ажралма электрсўргич ёрдамида сўриб олинади. Нафас йўлларида қалин ажралма ва қатқалоқлар тўпланганда улар олиб ташланади ва шундан сўнг ҳикилдоқнинг шиллиқ пардасига гидрокортизон эмульсияси пуркаланади. Муолаждан сўнг беморнинг нафас олиши анча енгиллашади. Баъзан бу муолажани бир неча бор такрорлашга тўғри келади.

Булардан ташқари, беморга инфузион терапия (электролит ва ишқор эритмалари, оксил гидролизатлари), юрак глюкозидлари, нейролептик ва тинчлантирувчи препаратлар, диуретиклар, томир тонусига таъсир этувчи воситалар, кортикостероидлар тавсия этилади.

Иссиқ иқлим шароитида ўткир ларинготрахеитни даволаш тадбирлари ўзига хос усулда утказилади. Ҳаво қуруқ ва иссиқ бўлганлиги сабабли бурун ва бурун-ҳалқумнинг шиллиқ пардалари ҳавони намлаш ва тозалашга улгурмайди. Натижада пастки нафас йўлидаги шилимшиқ ажралма қуюклашиб, нафас йўллари торайтирувчи қатқалоқлар ҳосил қилади. Ўткир ларинготрахеитни даволаш самарасини ошириш мақсадида Н.Х.Вохидов юқори намликка эга микроклим шароитини яратиш усулини таклиф қилди. Ҳикилдоқ торайишининг II-III-IV босқичларида бемор ҳажми 2м x 2м ва ҳаво намлиги 70-80% оширилган палаткага ёкизилади. Палатка етарли миқдорда кислород ва шифобахш ўсимликлар буғи билан таъминланади. Бемор бевосита ҳамшира назорати остида бўлиб, барча даволаш муолажаларини шу палатка ичида олади.

Бундан ташқари, Н.Х. Вохидов ўткир ларинготрахеитни даволашда лимфотроп терапияни қўллаш усулини таклиф қилди. Лимфотроп терапия қуйидагича бажарилади: ҳикилдоқ соҳасининг териси спирт билан тозалангандан сўнг тери ичига 0,25% - 1,5 мл новокаинда эритилган 8-16 ЕД лидаза ёки 1,0 фурасемид юборилади, 15 дақиқадан сўнг 1 кг тана вазнига 1-2 мг преднизолон, яна 15 дақиқадан сўнг - 150 000 ТБ антибиотик эритмаси юборилди. Кейин беморнинг томоғига 20% димексид эритмасига шимдирилган бойлам қўйилади. Ҳикилдоқ соҳасига гиоксизон малҳами билан фонофорез қилинади. Шу тартибда бажарилган муолажалар ҳар 12 соатда такрорланади.

Ҳикилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи ўткир ларингит билан оғриган болаларнинг 3% кузатилади. Бунда даволаш тадбирлари 2 босқичда олиб борилади:

I- босқич - давомли интубация;

II-босқич - трахеостомия.



17-расм. Интубация.

ИНТУБАЦИЯ турли улчамдаги олти металл найчалар (№ 1,2,3,4,5,6), интубатор, экстубатор ва оғиз кенгайтиргичдан иборат О`Двайернинг тўплами ёрдамида бажарилади.

Интубацияни бажариш учун врач ёрдамчиси бемор болани тиззасига олиб утказида. Шундан сўнг врач беморнинг бошини бироз олдинга эгиб унинг тишлари орасига оғиз кенгайтиргични ўрнатади. Интубация 3 вазиятда бажарилади:

I- вазият - врач чап қўлининг кўрсаткич бармоғини беморнинг оғзига киритади ва уни тил усти ва тил илдизи бўйлаб юритиб, ҳикилдоқ усти қопқоғини тил илдизига босади.

II-вазият- врач ўнг қўли билан интубаторга ўрнатилган найчани беморнинг оғзига, кейин чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи бўйлаб ҳикилдоқ ёриғига киритади.

III-вазият- чап қўлининг кўрсаткич бармоғи ёрдамида найча овоз ёриғи томон силжитилади ва интубатор чиқариб олинади.

Интубация найчасининг юқори учига ипак ип боғланиб, оғиз бўшлиғидан чиқарилади ва беморнинг лунжига пластырь ёрдамида ёпиштириб қуйилади. Найча тўғри киритилган бўлса беморнинг нафаси тикланиб, овози йўқолади. Бу усулни купинча педиатрлар қўллайдилар, оториноларинголог эса интубацияни билвосита ларингоскопияда куз назорати остида бажаради.

Трахеянинг давомли интубацияси ўткир ларинготрахеитда ривожланган ҳикилдоқ торайишини даволашда 60% ҳолларда яхши самара беради. Бундай интубация тана ҳароратида юмшайдиган ва ҳикилдоқ ёриғида узоқ туришига қарамасдан тўқималарга зарар етказмайдиган термопластик найчалар ёрдамида умумий оғриксизлантириш остида ёки беморнинг аҳволи оғир бўлган

холларда - огриксизлантиришсиз бажарилади бажарилади. Интубациядан олдин найчага лоринден малҳами суртилади. Интубация оғиз ёки бурун бўшлиғи орқали бажарилади (оро- ва назотрахеал интубация). Назотрахеал интубациянинг афзаллиги шундан иборатки, бемор бола найчани тишлаб, унинг ёригини ёпиб қуймайди. Бундан ташқари у оғиз орқали овқатланиш имконини беради.

Интубацияни бажариб бўлгандан сунг врач беморни улкасини эшитиб куриши лозим, чунки баъзан чуқур киритилган найча чап бронх ёригини ёпиб қуйиши мумкин. Интубациянинг дастлабки кунларида беморга нейролептик препаратлардан ГОМК, седуксин юборилади.

Найча сутка давомида 1-2 марта, баъзан 1-2 кунда бир марта, иссиқ иқлим шароитида - ҳар 12 соатда алмаштирилади, чунки шилимшиқ ва йирингли ажралма найча деворига ёпишиб қурийд ва интубация найчасининг ёриғини аста-секин торайтиради. Найчани алмаштирган пайтда бемор қисқа муддатга найчасиз қолдирилади, шунда ҳиқилдоқ тўқималарининг маҳаллий гемодинамикаси бироз тикланиб чандиқлар ҳосил бўлишининг олди олинади.

Трахеянинг давомли интубацияси 3-5 ,баъзан 7-10 кун самара бермаган ҳолларда беморга трахеостомия амали бажарилади

Экстубация (найчагни чиқариб олиш) муолажаси ҳиқилдоқ торайишининг белгилари бартараф этилгандан 1-2 кундан утгандан сунг ипини тортиб найчани чиқариб олиш орқали ёки экстубатор ёрдамида бажарилади. Агар давомли интубациядан сунг ҳам беморнинг аҳволи яхшиланмаса, унда трахеостомия жаррохлик амали кулланади.

ТРАХЕОСТОМИЯ жаррохлик амалида трахеядан ташқи муҳитга вақтинча ёки узоқ муддатга алоқа йўли ҳосил қилинади. Трахеотомия жаррохлик амали трахеяни кесиш усули бўлиб, трахеостомиянинг бир босқичи ҳисобланади.

Трахеостомия кўрсатмалари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

I. Механик бўғилишни олдини олиш мақсадида (нафас йўллариининг ўтказувчанлиги бузилганда холларда): 1)ҳиқилдоқ ва трахея жароҳатлари; 2) қуйдирувчи моддалар билан заҳарланиш (сирка кислотаси, каустик сода, сульфат ва азот кислотаси билан); 3) эндотрахеал наркоздан сунг ривожланган ўткир ҳиқилдоқ торайиши; 4) ўсмалар ёки яллиғланиш туфайли ривожланган ўткир ҳиқилдоқ торайиши; 5) ҳиқилдоқ ва пастки нафас йўллариининг ёт жисми; 6) ҳиқилдоқ ва ҳалқум мускуллари фалажларида.

II. Нафас йўллариини тозалаш мақсадида (нафас йўллариининг ўтказувчанлиги аспирация ва секреция моддалар туфайли бузилганда):1) қайд қилинган суюқликни нафас йўлига кириши; 3) нафас йўлларида ажралма тўпланиши; 4) ўпка шиши.

III. "Зарарли" бўшлиқни камайтириш ва нафас йўллари ўтказувчанлигини яхшилаш мақсадида (трахеобронхиал дарахтнинг окклюзиясида ва нафас биомеханикаси бузилганда): 1) қовурғаларни синиши ва парадоксал нафас; 2) кўкрак қафасида бажарилган жаррохлик амалида юзага келган нафас етишмовчилиги.

IV."Зарарли" бўшлиқни камайтириш мақсадида (нафас йўллари ўтказувчанлиги сақланган ҳолда ўткир нафас етишмовчилиги ривожланганда): бош мия ва калла суягининг жароҳатлари, қон айланишининг ўткир бузилиши, бош мия ўсмаси туфайли патологик нафас ритмини пайдо бўлиши.

V. Сунъий нафасни қўллаш мақсадида (нафас етишмовчилиги ривожланган ёки нафас ҳаракатлари йўқотилган бемор трахеостомия жаррохлик амалига муҳтож бўлганда): 1) дорилар билан заҳарланиш (кокаин, уйқу дори); 2) сувга чўкиб кетиш; 3) электр токи уриши.

. Ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация ва терминал босқичлари ҳам трахеостомия жаррохлик амали учун кўрсатма ҳисобланади

Трахеостомия жаррохлик амали қуйидаги асбоблар ёрдамида бажарилади: ўткир тиг , анатомик ва жаррохлик пинцет, бир нечта тишли ва тишсиз жароҳат кенгайтиргичлар, турли ҳажмдаги қисқичлар, элеватор, иккита ўтмас ва битта ўткир илгак, Труссо трахея кенгайтиргичи, жаррохлик игналар, игнаушлагич, шприц, турли ўлчамдаги трахея найчалари, стерил салфеткалар ва керакли анжомлар, иплар. Бу тўплам бўлмаган ҳолларда трахеостомия амали қўл остида бўлган бошқа асбоблар ёрдамида бажарилади .

Қалқонсимон безнинг оралиқ қисмига нисбатан трахеостомия юқори, ўрта ва пастки трахеостомияларга бўлинади (трахея қалқонсимон безнинг оралиқ қисмидан юқорида бажарилса-*юқори трахеостомия*, ундан пастда бажарилганда - *пастки трахеостомия* ва безнинг оралиқ қисми соҳасида бажарилганда-*ўрта трахеостомия* деб аталади). Катталарда-юқори трахеостомия, болаларда-пастки трахеостомия бажарилади.Ўрта трахеостомия жаррохлик амали юқори ёки

пастки трахеостомияни бажариш имкони бўлмаган вазиятларда бажарилади(масалан, қалқонсимон без ўсмасида ёки унинг ноқулай анатомик тузилишида).

Трахеостомия эндотрахеал наркоз ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Болаларда, одатда, эндотрахеал наркоз қўлланилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 0,5%-1% новокаин ёки 0,5% тримекаин эритмалари ишлатилади. Экстремал вазиятларда у оғриқсизлантиришсиз бажарилиши мумкин. Трахеостомия жаррохлик амали қўйидагича бажарилади:

-бемор бошини орқага ташлаган ҳолда чалқанчасига ётқизилади, елкаси остига қаттиқ болишча қўйилади (бундай ҳолатда ҳиқилдоқ ва трахея бўйиннинг олд юзига яқинлашади);

-бўйин ўртасида тери, тери ости тўқимаси ва юзаки фасция қалқонсимон тоғайнинг пастки четидан бўйинтуруқ уймасигача кесилади ва жароҳат майдонининг қони тўхтатилади.

-кейин бўйин ўрта венасини силжитиб ёки боғлаб оқ чизик излаб топилади (тўштилости мускулларнинг бирикиш жойи);

-оқ чизик тўқимаси икки пинцет ёрдамида кўтарилади ва купфер қайчиси билан эни бўйлаб кўндаланг кесилади.

-мускул толалари ўтмас усулда силжитилиб, қалқонсимон безнинг оралиқ қисми очилади (у “жигар” рангда ва қонга тўлган бўлади).

-юқори трахеостомияда қалқонсимон безнинг пастки чети аниқланади ва қалқонсимон без капсуласини узуксимон тоғайга бириктирган фасция кўндаланг кесим билан кесилади.

-қалқонсимон безнинг оралиқ қисми ўтмас усулда ажратилиб, элеватор ёрдамида пастга тортилади.

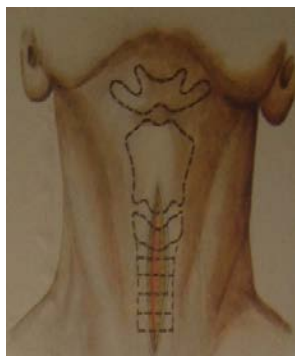
-ўқир бир тишли илгак ёрдамида узуксимон тоғай юқорига ва олдинга кўтарилади.

-трахея тоғайлари қалқонсимон без оралиқ қисмининг юқорисида очилади ва бўйига кесилади.

-жароҳат майдонининг чети Труссо кенгайтиргичи ёрдамида очилади ва трахея ёригига трахеостомия найчаси (канюля) киритилади. Стоманинг юқори ва пастки четига 1-2 та чок қўйилади, найча бинт билан беморнинг бўйнига боғлаб қўйилади. Тери ости эмфиземасини олдини олиш мақсадида стома зич тикилмайди.



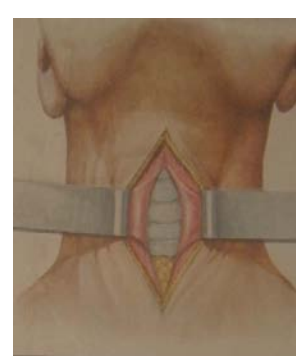
I



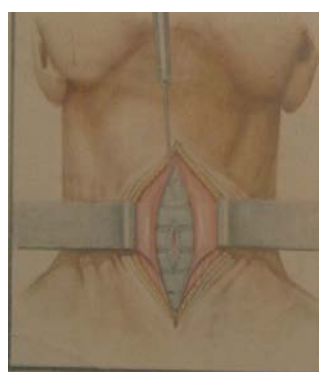
II



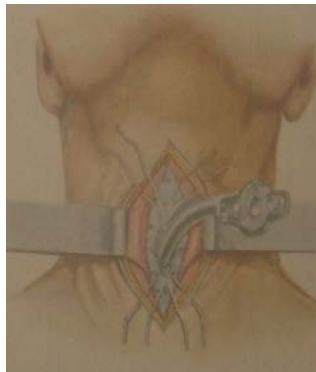
III



IV



V



VI



VII

18-расм. Трахеостомия боскичлари

I-беморнинг ҳолати, II-терининг кесиш, III-бўйин мускулларини очиш, IV-қалқонсимон без бўйинчасини силжитиш ва трахея ҳалқаларини очиш, V-трахея ҳалқасини кесиш, VI-трахеостомия найчасини киритиш VII-трахея найчаси урнатилган .

Ҳикилдоқ перихондритини олдини олиш мақсадида трахеянинг биринчи тоғай ҳалқаси ва lig. cricotracheale кесилмай қолдирилади. Трахея юқори I ва ўрта II-, ёки III ва IV – тоғай ҳалқалари оралиғида кесилади. Трахея оралиғи кўндаланг кесим билан кесилганда киритилган найча трахея олд деворини босиб, унинг шаклини ўзгаришига олиб келади, натижада деканюляцияни бажариш қийинлашади. Шунинг учун трахеялар оралиғини бўйига кесиш тавсия этилади. Трахеостомия маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилганда трахея ёриғини очишдан олдин унга 0,25 – 0,5 мл 1-2% дикаин эритмаси юборилади ёки 10% лидокаин аэрозоли сепилади.

Пастки трахеостомияда қалқонсимон безнинг оралиқ қисми юқорига кўтарилади. Ўрта трахеостомияда қалқонсимон безнинг оралиқ қисми ажратиб олинади, кейин иккита Кохер қисқичлари билан ушланиб кесилади. Кесилган ҳар учига айланма чок қўйилади. Шундан сўнг трахея ҳалқалари қалқонсимон безнинг оралиқ қисми соҳасида кесилиб, стома ҳосил қилинади.

Трахеостомия жарроҳлик амали пайтида қуйидаги *асоратлар* кузатилиши мумкин: трахеяни очишдан олдин бемор нафасини тўхтаб қолиши, трахея очилгандан сўнг нафасни тўхтаб қолиши, трахеяни очишдан ёки очилгандан сўнг юрак фаолиятини тўхтаб қолиши, жароҳат майдонидан кўп миқдорда қон оқиши, қизилўнгачни жароҳатланиши, стомани бўйин мускуллари билан бирга нотўғри тикиш, умуртқа поғонасини жароҳатланиши, тери ости ва кўкс оралиғи эмфиземаси, пневмоторакс, нафаснинг қийинлашиши, пневмомедиастинум, кечки аррозив қон оқишлар, трахеостомия найчасини трахея жароҳатидан чиқиб кетиши, трахеостомани ва ўпкани яллиғланиши, трахеостомиядан сўнг аэрофагия (ёш болаларда), операциядан сўнги зотилжам, ҳикилдоқ перихондрити, ҳикилдоқнинг чандикли торайиши.

Трахеостомия найчасининг қон томирига ури-шига мос ҳаракатланиши уни қон томирга яқин жойлашганлигини билдиради. Бундай ҳолларда найча қон томир деворига жароҳат етказиши ва кучли қон оқишига, ҳатто ўлим ҳолатига сабаб бўлиши мумкин. Бундай оғир асоратни олдини олиш учун найчанинг жойини алмаштириш лозим.

Болаларда трахеостомия жарроҳлик амалини бажариш хусусиятлари.

Болаларда трахеянинг бўйин қисми узига хос топографик хусусиятларига эга. Кичик ёшдаги болаларда қалқонсимон без бўйинчаси ва ҳикилдоқ анча юқорида жойлашади, баъзан айрисимон без тўш суягининг дастаси ортидан чиқиб, трахеяни ва қалқонсимон без бўйинчасини ёпиб туради; трахея ҳалқаларининг бўйин қисми, одатда, пастда жойлашган бўлиб, артерия ва вена билан ёпилган бўлади, плевра гумбази эса бироз юқорироқда жойлашади. Шунинг учун пастки трахеостомия пайтида қон томир жароҳатланиши мумкин. Бўйин аъзолари ҳаракатчан бўлганлиги туфайли операция пайтида узуксимон тоғай, бўйинтуруқ кесик ва трахеянинг жойлашуви пайпаслаб аниқланади.

Болаларда пастки трахеостомия жарроҳлик амали қўлланади. Трахея вертикал кесим ёрдамида кесилади (энига кесилганда найча юқорида жойлашган тоғай ҳалқасини босиб, трахея ёриғининг шаклини қийшайтиради, натижада трахея деворидаги тирқиш қум соат шаклида торайиш ҳосил қилиши мумкин).

Дастлаб трахея ҳалқаси ўрта чизик бўйлаб скальпель ёрдамида 0,5 см чуқурликда пастдан юқорига кесилади, кейин унинг юқоридаги 2-3 та тоғай ҳалқалари кесилади. Операция интубация қилинмасдан маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилганда трахея ҳалқалари нафас чиқариш ҳаракати пайтида кесилади. Нафас олиш ҳаракатида трахеянинг орқа девори қизилўнгачга яқинлашади (бунда қизилўнгач жароҳатланиш хавфи туғилади). Болаларда трахея ҳалқаларини кесиш учун ўтмас илгак ёрдамида қалқонсимон без бўйинчасини силжитиш кифоя.

Болаларда трахеяни юқорига кўтариш ман этилади, чунки трахея ҳалқалари анча пастда кесилганда трахеостомик найча чиқиб кетиши ва беморда кўкс оралиғи эмфиземаси ривожланиши мумкин. Баъзан трахеостомия найчасини киритиш пайтида қийинчиликка дуч келиш мумкин.

Катталарда трахея жароҳатининг майдони Труссо кенгайтиргичи ёрдамида кенгайтирилади ва найчанинг учи жароҳат соҳасида гавдага нисбатан саггитал текисликда ўрнатилади. Кейин врач уни фронтал текисликда бураб трахеяга киритади. Болаларда трахеянинг ёриғи тор, ҳалқалари юпқа бўлганлиги сабабли найчани киритишда Труссо кенгайтиргичи ишлатилмайди (чунки у тоғай ҳалқаларининг синишига ва перихондритнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Перихондрит ўз навбатида деканюляцияни қийинлаштириб трахеяда чандикли торайишнинг юзага келишига олиб келади).

Ёш болаларда трахеостомия найчаси юмшоқ резина катетер (йўлбошчи) ёрдамида ёки қийшиқ тишсиз ингичка қисқич орасидан киритилади. Катетернинг ўлчами найча-нинг ташқи ёриғига мос келиши лозим. Реанимация муолажаларига эҳтиёж туғилганда пастки трахеостомияда кесилган трахея ҳалқалари ипак чок ёрдамида тери жароҳатига тикиб қўйилади; игна трахея жароҳатининг четидан 0,5 см масофада санчилади. Стома шакллангандан сўнг найчани киритиш осон кечади. Бўйин жароҳатининг юқори ва пастки бурчакларига чок қўйилади, трахеостомия найчаси остига зарарсизлантирилган дока салфетка жойланади, найчадан ўтказилган дока тасма бемор бўйнига сустроқ қилиб боғланади.

Юқорида қайд этилган асоратларни олдини олиш мақсадида трахеостомия жаррохлик амали интубация қилингандан сўнг, умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда бажарилиши лозим.

Трахеостомия жаррохлик амалини бажариш учун шароит бўлмаган ва экстремал вазиятларда *коникотомия* ёки *крикоконикотомия* жаррохлик амали қуйидагича бажарилади: узукқалқонсимон (lig. Cricothyroideum) бойлами ёки шу бойлам ва узуксимон тоғай ёйи биргаликда кесилади. Коник бойлам пайпаслаб топилади. Экстремал вазиятда коникотомия жаррохлик амали ҳиқилдоқ перихондритининг ривожланишига олиб келиши, кейинчалик деканюляцияни қийинлаштириши мумкин. Шунинг учун қулай фурсат туғилганда беморда трахеостомия жаррохлик амали бажарилиб, найчанинг жойи алмаштирилади.

ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ барча ЛОР-касалликларининг 8,4% ташкил қилади. Сурункали ларингитнинг ривожланишига қуйидаги омиллар ёрдам беради: қайталанувчи ўткир ларингит, овозни зўриқиши, тамаки ва спиртли ичимликлар, чанг ва газ билан ифлосланган ҳаводан нафас олиш, юқори нафас йўллари патологияси (сурункали ринит, синусит, бурун тўсиғи қийшиқлиги, тонзиллит, фарингит), юрак қон-томир ва ўпка касалликлари, аллергия ҳолатлар ва ҳ.к. Сурункали ларингит билан оғриган беморда кўпинча меъда-ичак, юрак, қон-томир, эндокрин касалликлар, сурункали бронхит, сурункали нефрит ёки углевод алмашинувининг бузилиши кузатилади.

Белгилари. Бемор овози буғилганлигига, томоғи кичишига, унда нохушлик ҳис этишига, йўталга шикоят қилади. Касалликнинг етакчи белгиси - бу овозининг ўзгариши ҳисобланади.

Ҳиқилдоқнинг сурункали яллиғланиши қуйидаги шаклларга бўлинади:

- сурункали катарал ларингит;
- сурункали атрофик ларингит;
- сурункали гиперпластик ларингит.

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ (*laryngitis chronica catarhalis*) *ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши*. Касаллик кўп учрайди ва енгил кечади. Сурункали катарал ларингитнинг ривожланишида овоз аппаратининг зўриқиши (хонанда, маърузачи ва ўқитувчиларда) ва нокулай экзоген омиллар (иқлим, меҳнат шароити) муҳим аҳамиятга эга.

Клиник белгилари. Касалликнинг етакчи белгиси - бу овознинг ўзгариши бўлиб, беморнинг овози буғилади, унинг тембри ўзгаради. Бемор томоғи кичишига, томоғида нохушлик ёки ёт жисмни ҳис этишига ва йўталга шикоят қилади. Чекувчи беморларда доимий кучсиз йўтал кузатилади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги, овоз бурмалари соҳасида қизариш ва шиш кескинроқ бўлганлиги кўринади.

Таъхис анамнез маълумотлари, клиник манзара ва билвосита ларингоскопия натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Беморга овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия этилади; баланд овозда гапириш ёки узок вақт нутқ сўзлаш, чекиш, спиртли ичимликларни ичиш ман этилади. Касаллик авж олган даврда ҳиқилдоққа антибиотик ва гидрокортизон аралашмаси: 4 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси, 150 000 ТБ пенициллин, 250 000 ТБ стрептомицин, 30 мг гидрокортизон қўйилади. Бу аралашма 1-1,5 мг микдорда ҳиқилдоққа 2 маҳал қўйилади. Худди шу аралашмани ингаляцияда қўллаш мумкин. Даволаш 10 кун давомида олиб борилади.

Микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқлангандан сўнг маҳаллий даволаш учун қўлланилган антибиотик алмаштирилади. Зарур бўлганда аралашма таркибидан гидрокортизони чиқариб, унга муколитик таъсирга эга химопсин ёки флуимутил қўйилади.

Ҳиқилдоқ шиллиқ пардасига таркибида антибиотик, аналгетик, антисептик моддаларига эга биопарокс, ИРС-19 аэрозоллари сепилади.

Ёғли-ишқорли ва ёғли ингаляциялар ҳилпировчи эпителий фаолиятига салбий таъсир кўрсатиши сабали, бундай муолажаларни куллаш чекланади.

Сурункали катарал ларингит билан оғриган беморга куруқ денгиз соҳили шароитида дам олиш тавсия қилинади.

Юқорида қайд этилган даволаш тадбирларини вақти-вақти билан такрорлаб туриш талаб этилади, акс ҳолда сурункали катарал ларингит гиперпластик ёки атрофик шаклларига айланиши мумкин.

СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК (ГИПЕРТРОФИК) ЛАРИНГИТ (*laryngitis chronica hyperplastica*) *чегараланган ёки тарқоқ гиперплазия жараёни билан кечган ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши.*

Ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси гиперплазиясининг куйидаги шакллари тафовут қилинади:

- хонанда тугунчалари;
- ҳиқилдоқ пахидермияси;
- ҳиқилдоқ қоринчалари шиллиқ пардасининг гипертрофияси ёки пролапси.
- сурункали бурма ости ларингити;

Клиник белгилари. Бемор асосан овози буғилишига ва толиқишига шикоят қилади. Овознинг афония даражагача буғилиши кўпинча чўмичсимон аро пахидермияда кузатилади. Касаллик авжида беморни томоғи қичиши, ачиши, ютинганда ёт жисм ҳис этиши, вақти-вақти билан шилимшиқ балғамли йўтал безовта қилади.

Таъхис ларингоскопия, стробоскопия ва микроларингоскопия текширувлар натижалари асосида қўйилади. Ҳиқилдоқ касалликларида микроларингоскопия айниқса қимматли маълумот беради. Бевосита ва билвосита микроларингоскопия текширувлари жаррохлик мироскопи ёрдамида утказилади. Бу усул ҳиқилдоқнинг хавфли ва хавфсиз ўсмаларини аниқлашга, биопсия текширувини ўтказишга ёрдам беради. Билвосита ларингоскопия ва стробоскопияда шиллиқ парданинг чегараланган ёки тарқоқ гиперплазияси, чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиғи ва ҳиқилдоқнинг бошқа бўлимларида қалин шилимшиқ ажралма тўплами куринади.

Сурункали гиперпластик ларингитнинг *тарқоқ* шаклида ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси қалинлашади, юмшайди ва қизаради; чети қалинлашган ва ўзгарган овоз бурмалари тўлиқ жипласшмайди.

Сурункали гиперпластик ларингитнинг *чегараланган* шаклида (*хонанда тугунчалари*) ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси ўзгармайди, пушти рангда булади. Овоз бурмалари олд ва ўрта қисмларининг чегарасида эпителий ва эластик тўқимадан ҳосил бўлган асоси кенг, диаметри 1-2 мм тенг кичик тугунчалар кўринади. Катталарда бу тугунчалар “хонанда тугунчалари”, болаларда “қичқирувчилар тугунчалари” деб аталади. Улар овоз ёриғини тўлиқ ёпилишига тўсқинлик қилади. Бунинг натижасида беморнинг овози буғилади.

Дахлиз бурмаларининг бир-ёки икки томонлама гиперплазияси овоз бурмаларини қисман ёки бутунлай ёпиб қуйиши мумкин.

Ҳиқилдоқ пахидермиясида чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиқнинг шиллиқ пардаси қалинлашиб, юзасида кичик тепачаларни эслатувчи чегараланган эпидермал ўсимталар ҳосил бўлади. Эпителий қаватида папилляр ва ипсимон гиперплазия жараёни билан бирга яллиғланиш, реактив пролиферация кузатилади, бириктирувчи тўқима дағаллашиб, базал ва бигизсимон қаватда ҳужайралар сони кўпаяди. Грануляция тўқимаси овоз бурмаларининг орқа қисмида ва чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиғида жойлашади. Ҳиқилдоқ ёриғида кам миқдорда қалин ажралма, айрим жойларда пўстлоқлар ҳосил бўлиши кузатилади. Овоз бурмалари тўлиқ жипслашмайди. *Гиперкератозда* булардан ташқари юқори қават ҳужайраларининг сони кўпаяди.

Ҳиқилдоқ пахидермияси, лейкоплакияси ва кератози одатда чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиғи ва чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиқда жойлашади.

Ҳиқилдоқ *қоринчалари шиллиқ пардасининг гипертрофияси (пролапси)* овоз зўриқишида ва ҳиқилдоқ қоринчалари шиллиқ пардасининг яллиғланишида ривожланади. Нафас чиқарилганда, фонация пайтида ва йўталганда қалинлашган ҳиқилдоқ қоринчаларининг шиллиқ пардаси бўртиб, овоз бурмаларини қисман ёпиб, овоз ёриғини тўлиқ ёпилишига тўсқинлик қилади. Бевосита ларингоскопияда овоз бурмаларини ёпган лўлачалар кўринади.

Сурункали бурма ости ларингитининг ларингоскопия манзараси сохта круп манзарасини эслатади. Бунда бурма ости бўшлиғи шиллиқ пардасининг гипертрофияси овоз ёриғини торайтиради. Таъхис анамнез маълумотлари ва микроларингоскопия натижалари асосида қўйилади.

Баъзан овоз бурмаларининг шишли гипертрофияси (Рейке-Гайека ларингити) учрайди. Бунда овоз бурмаларининг олд қисмида полипсимон шиш пайдо бўлиб, нафас олинганда елкандай тебранади.

Киёсий таъхисот. Гиперпластик ларингитнинг чегараланган шакллари специфик юкумли гранулема (склерома, сил, захм) ва ҳикилдоқ ўсмаларидан фарқланади. Ташхис тегишли серологик реакциялар ва биопсия натижалари асосида қўйилади. Купинча специфик тугунчалар - асимметрик, гиперплазия жараёнлари - симметрик жойлашиши кузатилган.

Даволаш. Сурункали ларингитни, айниқса сурункали гипертрофик ларингитни даволаш кийин, даволаш тадбирлари яхши самара бермайди. Сурункали ларингит дискератоз билан бирга кечган ҳолларда жараён хавфли ўсмага айланиши мумкин.

Биринчи навбатда зарарли омилларнинг таъсирини бартараф этиш ва овоз гигиенасига риоя қилиш талаб этилади. Авж олган даврда беморга ўткир катарал ларингитда кулланадиган даволаш тадбирлари буюрилади. Сурункали гипертрофик ларингитни даволашда жараённинг кескинлиги, кечими ва микроларингоскопия манзараси эътиборга олинади. Зарарланган майдонга 2 ҳафта давомида кун оша 5-10% кумуш нитратининг эритмаси суртилади. Ҳикилдоқ ичига яллиғланишга қарши препаратлар -10% иманин, натрий хлорид изотоник эритмасида эритилган химотрипсин, гидрокортизон, каланхоэ шарбати ёки 3% колларгол ва таниннинг сувли-глицеринли эритмалари юборилади. Шиллиқ парданинг чегараланган гиперплазияси эндоларингеал усулда олиб ташланади, биопсияда олинган туқима булагии гистологик теширувга юборилади. Операция 10% лидокаин, 2% кокаин, 2% дикаин эритмалари ёрдамида маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Ҳозирги кунда гиперплазияга учраган эпителий, пахидермия, лейкоплакия ва полиплар микроскоп остида олиб ташланади.

Сурункали гипертрофик ларингитда ривожланган ҳикилдоқ дискератози рак олди касалликлар гуруҳига киритилган. Шунинг учун бундай бемор диспансер назорати остига олиниб, онкологик текширувлар ўтказилади, унга физиотерапия муолажалари буюрилмайди.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК ЛАРИНГИТда (*laryngitis chronica atrophica*) *ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг дистрофияси кузатилади.* Ҳикилдоқ безлари фаолиятининг сусайиши натижасида ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси қуриydi ва юпқалашади, шиллиқ парда ва шиллиқ ости тўқимада кичик ҳужайрали инфильтрация жараёни юзага келади. Жараён ривожланган сари бириктирувчи тўқима жипслашиб безлар йўқолади, қон - томирлар облитерацияга учрайди. Зарарланмаган безлар қалин ажралма ишлаб чиқаради. Бу ажралма эса тез қуриб, пўстлоқларга айланади.

Сурункали атрофик ларингит алоҳида касаллик сифатида кам учрайди. Унинг ривожланишига кўпинча атрофик ринофарингит сабаб бўлади. Атроф муҳит ва меҳнат шароити, меъда-ичак касалликлари, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши ҳикилдоқ шиллиқ пардаси атрофиясининг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Сурункали атрофик ларингитда клиник белгилар патологик жараённинг тарқалиш даражасига боғлиқ. Бемор томоғи қуришига, ачишига, томоғида ёт жисм ҳис этишига, йўталга, балғамнинг қийинчилик билан қўчишига шикоят қилади. Унинг овози кун давомида ўзгаради; овозининг буғилиши кўпроқ эрталаблар кузатилиб, балғам чиқарилгандан сўнг яна тикланади. Ҳикилдоқ ёриғида тўпланган пўстлоқлар нафас бузилишларига олиб келади.

Ларингоскопияда ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси юпқалашган ва қуриган, айрим майдонларда ёпишқоқ қалин балғам ва пўстлоқлар билан қопланганлиги кўринади. Фонация пайтида овоз ёриғи овал тирқиш қолдирган ҳолда тўлиқ ёпилмайди. Унинг ёриғида пўстлоқлар тўпланиши мумкин.

Даволаш. Биринчи навбатда касалликнинг ривожланишига сабаб бўлган омиллар бартараф этилади. Беморга чекиш, ўткир таомларни истеъмол қилиш ман этилади, овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади. Атрофик ларингитда беморга балғамни суюлтирувчи ва балғам қўчирувчи препаратлар, калий-ишкорли, водород сульфидли ва ёғли ингаляциялар тавсия қилинади, Натрий хлориднинг 200 мл изотоник эритмасига 5 томчи 5% йоднинг спиртли эритмасини қўшиб ҳалқумни чайиш ва шу эритма билан ингаляция қилиш тавсия қилинади. Муолажа кунига 2 мартта бажарилади ва 5-6 ҳафта давомида олиб борилади. Ҳар бир муолажада 30-50 мл эритма ишлатилади. Вақти-вақти билан беморга 1 - 2% ментол ёғи билан ингаляция қилиш тавсия қилинади. Бу эритмани 10 кун давомида ҳар куни ҳикилдоқ ичига куйиш ҳам яхши самара беради. Ҳикилдоқ шиллиқ пардаси безларининг фаолиятини фаоллаштириш мақсадида беморга 2 ҳафта давомида 30% калий йодид эритмасини 8 томчидан 3 маҳал ичиш буюрилади (дорини буюришдан қилишдан олдин бемордан йод препарати қабул қила олиш қобиляти аниқланади).

Бурунҳалқум ва ҳикилдоқнинг атрофик жараёнлари бирга кечганда ҳалқум орқа девори ён бўлимларининг шиллиқ пардаси остига новокаин ва алоэ аралашмасини (1 мл 1% новокаин эритмаси ва 1 мл алоэ) юбориш яхши натижа беради. Аралашма ҳалқум шиллиқ пардаси остига ҳар томонига 2 мл дан юборилади. Инъекциялар ҳар 5-7 кунда такрорланади, жами 7-8 муолажа ўтказилади. Ҳикилдоқ ёриғида пўстлоқлар ва ёпишқоқ қалин ажралма тўпланганда химотрипсин аэрозолтерапияси тавсия қилинади

ЛАРИНГОСПАЗМ - ҳикилдоқ асаб-мускул аппаратининг рефлектор қўзғалувчанлигининг ошиши ва овоз тирқишининг талвасали торайиши одатда 3 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда учрайди ва рахит, спазмофилия, бош мия истискоси (водянка) касалликларининг белгиси ва сунъий овқатлантиришнинг салбий оқибати сифатида намоён бўлади. Ларингоспазмга гипокальциемия, витамин D етишмовчилиги сабаб бўлади; боланинг қонида кальций миқдори 1,4-1,7 ммоль/л гача камаяди (меъёрида у 2,4-2,8 ммоль / л ташкил этади). Кальций миқдори камайганлиги сабабли организмда асаб-мускул қўзғалувчанлиги ошади, кўндаланг таргил мускуллар талвасали қисқаришга мойил бўлиб қолади, алкалоз жараёни ривожланади.

Клиник белгилари. Касаллик одатда тўсатдан, кучли йўтал ёки кўркүвдан сўнг пайдо бўлади. Беморда дастлаб кузатилган шовқинли ва давомли нафас олиш ҳаракати узилиб турувчи юзаки нафас ҳаракатлари билан алмашади. Баъзан овоз тирқишининг ёпилиши ва хўроз кичқириғини эслатувчи нафас кузатилади. Ларингоспазм хуружи пайтида беморнинг боши орқага ташланган, кўзлари кенг очилган, бўйин мускуллари таранглашган, тери қопламлари кўкимтир бўлади. Баъзан қўл-оёқлар ва юз мускулларининг талвасали қисқариши кузатилади. Овоз тирқишининг бутунлай ёпилиши нафас ҳаракатларини тўхташига, эс-хушни йўқотилишига, баъзан юрак фаолиятининг тўхташига ва ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин. Ларингоспазм хуружи одатда 10-30 сония давом этади, кейин эса беморда давомли ва шовқинли нафас олиш ҳаракати нолишли нафас чиқариш ҳаракати билан алмашади. Шундан сўнг нафас ҳаракатлари қайта тикланади. Хуружлар орасидаги даврда беморда мускуллар қўзғалувчанлигининг ошиши қайд этилади ва бу қуйидаги белгилар билан намоён бўлади:

- *Хвостек* белгиси - боланинг лунжиги оҳиста урганда унинг юз мускуллари қисқаради;
- *Труссо* белгиси - қўлнинг қон-томир ва асаб толалар тўпламининг соҳаси қисилганда панжа мускуллари қисқариб, беморнинг қафти “акушер ҳолати”ни эгаллайди.

Бундай беморларда аденотомия, ҳалқум орти абсцессини очиш жаррохлик амаллари оғир асоратлар билан кечади.

Катта кишиларда ларингоспазм ҳикилдоқда балғам тўпланиши ёки ёт жисм ҳикилдоқ ёриғида тикилиб қолиши, қуйдирувчи моддалар билан ишлаш, зарарли газ билан ифлосланган ҳаводан нафас олиш натижасида кузатилиши мумкин. Уларда ларингоспазм хуружи кучли йўтал, юз қизариши ва кўқариши, овоз ўзгариши билан кечади ва қисқа вақт давом этади. Марказий ларингоспазм жазава, эпилепсия, орқа мия сухоткаси, кокшол ва бошқа касалликларда учрайди. Ларингоспазм жараёнида ҳикилдоқнинг барча мускуллари иштирок этади.

Таъхис овоз тирқиши спазмининг белгилари ва хуружлар орасида ҳикилдоқда ҳеч қандай патологик ўзгаришлар йўқлиги асосида қўйилади. Хуруж пайтида бажарилган бевосита ларингоскопияда ҳикилдоқ усти қопқоғи буралиб, чўмичҳикилдоқ усти бурмалари ўрта чизикда бири-бирига тегиб турганлиги ва чўмичсимон тоғайлар бири-бирига яқин жойлашганлиги куринади.

Шошилиш ёрдам. Хуружни тўхтатиш учун терига (юзга совуқ сув сепиш, игна санчиш, чимдилаш) ва шиллиқ пардага (бурун ичини зондга ўралган пахта билан китиклаш, навшодил спиртни ҳидлатиш, тил илдизини шпател билан босиб, ҳалқум рефлексини қўзғатиш) кучли таъсир кўрсатилади. Болага хлоралгидрат эритмаси билан хукна қилинади (гудакларга 0,1-0,2 г, бир ёшдан ошган болаларга 0,3-0,5 г), ёшига караб нош па, седуксин, реланиум юборилади. Давомли ларингоспазм ҳолатида томир ичига 0,5% новокаин юборилади, оғир ҳолларда - трахеотомия ёки коникотомия жаррохлик амаллари бажарилади.

Хуружлар орасида болага бромидлар, кальций препаратлари, D₂ витамини, пархез таомлар (сут маҳсулотлари ва сабзавотлар) буюрилади, тоза ҳавода сайр қилиш тавсия қилинади. Бола улғайган сари (одатда 5 ёшда) ларингоспазм хуружлари ўз-ўзида йўқолади.

ҲИКИЛДОҚНИНГ ТУҒМА ТОРЛИГИ (СТРИДОР) (туғма хурракли ҳикилдоқ) баъзи болаларда чақалоқлик даврида кузатилади. Боланинг нафаси шовқинли бўлиб, мушук хурилашини эслатади. Шовқин бола безовталанганда, йўталганда, йиғлаганда кучаяди, ухлаганда - камаяди. Бо-

ланинг овози тоза, эмиши яхши, умумий ахволи ўзгармайди. Бола 2-3-5 ёшга кирганда бу касаллик ўз-ўзидан йўқолади. Беморда кузатиладиган инспиратор шовқин юмшоқ ҳикилдоқ усти қопқоғини ва чўмичҳикилдоқ усти бурмалари нафас олинганда ҳикилдоқ ёриғига кириб қолиши натижасида ҳосил бўлади; нафас чиқарилганда улар яна ўз жойига қайтади. Ўткир респиратор касалликлар билан касалланганда хиррилаш кучаяди.

Бола улғайгандан сўнг ҳам инспиратор шовқин камаймаса, унда ҳикилдоқнинг органик касаллигини инкор этиш мақсадида (киста, овоз ёриғи мембранаси) бевосита ларингоскопия текшируви ўтказилади.

ҲИКИЛДОҚ МУСКУЛЛАРИ ҲАРАКАТИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ - 2 шаклда намоён бўлади; мускуллар фаолиятининг ошиши ва сусайиши, ёки бутунлай йўқотилиши (парез ва фалажлар).

Ҳикилдоқ мускулларининг марказий фалажлари синингомиелия, кўп-сонли склероз, ўткир полиомиелит, орқа миёна сухоткаси, истерия ва бош миёна қобиғи, воровий кўприги, узунчоқ ва бош миёна поясининг бошқа бўлимларида жойлашган захм гуммаси ярасида, ўсмаларда ва бош миёнага қон қуюлишида кузатилади. Бундай фалажлар баъзан IX, X, XI, XII бош миёна асаб толаларининг зарарланиш белгилари билан бирга кечади.

Ҳикилдоқ мускулларининг периферик фалажлари қайталанувчи асаб толасининг зарарланиши натижасида ривожланади. Қайталанувчи асаб толаси ҳар икки томонда қизилўнгач, трахея, чап бронх, юрак, аорта, ўнг умров ости артерияси, артериал йўл, қалқонсимон ва айрисимон безлар кўкс оралиғи ва бўйин лимфа тугунлари билан ёнма-ён жойлашганлиги сабабли унинг парез ва фалажлари қуйидаги омиллар таъсирида ривожланиши мумкин:

- қайталанувчи асаб толасининг инфекция-токсик зарарланиши натижасида;
- бўйин, кўкрак қафаси аъзолари ва қизилўнгач ўсмалари ҳамда жароҳатлари натижасида;
- юрак ва йирик қон томирлар касалликлари оқибатида ва бошқалар.

Қайталанувчи асаб толасининг *инфекцион-токсик зарарланиши* кўпинча грипп ва ўткир респиратор касалликларда, ўпка силида, баъзан - дифтерияда, терламаларда, вирусли гепатитда, бош ва юз соҳаси сарамасида ва захмда кузатилади. Агар грипп ва ўткир вирусли касалликларда фалажнинг (парез) ривожланишига бевосита неврит сабаб бўлса, сил касаллигида - унга асаб толасининг босилиши билан кечган периневрал фиброз жараёни сабаб бўлади.

Бундан ташқари, қайталанувчи асаб толаси ўпка силида бажарилган жаррохлик амали пайтида (жаррохлик амали пайтида ёки операциядан сўнгги даврда шиш, гематома, периаденит, сурункали медиаститид - чандиқлар билан босилиши натижасида) жароҳатланиши мумкин.

Қайталанувчи асаб толаси *қушни жойлашган аъзолар ўсмаларида* - ўпка, қизилўнгач (юқори ва ўрта қисми), кўкс оралиғи ўсмалари (саркома, тимома ва қалқонсимон без кистаси, тўш орқаси бўқоқи, қалқонсимон безнинг кўкрак қафаси ичи ўсмалари - таратома, липома, бронх-ва энтероген кисталар, невроген ўсмалар, лимфагранулематоз, хавфли ўсмалардаги лимфа тугунлари метастазлари), қалқонсимон без ўсмалари, турли жойлашувдаги хавфли ўсмалардаги (кўпинча, ҳикилдоқ ва ҳалқум саратони) бўйин лимфа тугунлари метастазларида ўсма билан босилиши, ўз жойидан силжиши, ўсма ёки бирга кечган яллиғланиш ёки захарланиш туфайли зарарланади. Бемор овозининг ўзгариши қайд этилган касалликларнинг дастлабки белгиларидан бири сифатида намоён бўлади.

Бўқоқнинг тугунчали шаклида, туш орқасига тарқалган ёки хавфли ўсмага айланган бўқоқда ҳам қайталанувчи асаб толаси зарарланиши мумкин. Ҳикилдоқ фалажига баъзан струмэктомия сабаб бўлади (қайталанувчи асаб толасини операция пайтида жароҳатланиши ёки уни операциядан сўнгги даврда шиш, гематома, чандиқлар билан босилиши натижасида).

Ҳикилдоқ асаб толасининг юқори шохчаси жароҳатланганда беморда йўтал ва туюлиб қолиш белгилари билан кечган қисқа муддатли дисфония кузатилади.

X жуфт бош миёна нерви (IX ва XI нервлар билан бирга) бўйинтуруқ тешиги соҳасида глобус ўсмаси билан босилганда ҳам беморда қайталанувчи нерв фалажининг белгилари кузатилади.

Бундан ташқари қайталанувчи нерв фалаж ёки парезлари *юрак ва йирик қон томир касалликларида* ҳам кузатилади. Уларнинг ривожланишига аортани кенгайиши (захм, мезаортит), митрал клапани стенози туфайли юз берган юрак, айниқса чап бўлмачанинг кенгайиши сабаб бўлади (Ортнер синдроми). Бунда катталашган чап юрак бўлмачасининг қулоқчаси қайталанувчи нервни аорта ёйига босиб туради. Юрак декомпенсациясида қайталанувчи нерв ўпка артерияси

билан босилади. Ҳақилдоқ фалажи ва парези ўткир ревмокардит, кифосколиоз, перикардит, миокард инфарктида ривожланган юрак кенгайишида ҳам кузатилиши мумкин.

Битмай қолган артерия йўлини бартараф этиш операциясида ҳам қайталанувчи асаб толаси жароҳатланиши мумкин (операция пайтида ёки операциядан сўнгги даврда нервни лигатура соҳасидаги шиш билан босилиши натижасида).

Қайталанувчи нервнинг *“идеопатик” фалажлари*, яъни сабабсиз ривожланган парез ва фалажлари кўпинча юқорида қайд этилган ва инфекцион-токсик характерга эга патологиялар ёки аниқланмаган ўсмалар туфайли ривожланади.

Шунинг учун қайталанувчи нерв парези ва фалажларида чуқур клиник ва лаборатория текширувларини ва ҳар 2-3 ойда беморни мутахассис кўригидан ўтказиш талаб этилади.

Таъхис. Қайталанувчи нерв фалажи таъхиси анамнез маълумотлари, клиник белгилар (овознинг бўғилиши, дисфония, енгил ҳансираш) ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади.

Бир томонлама тўлиқ фалажда овоз бурмаси одатда ўртада жойлашади, яъни интермедиал ҳолатни эгаллайди (чуқур нафас ва фонация ҳолатлар оралиғи). Бу ҳолат кўпинча «ўлик ҳолат» деб аталади, аммо бу нотўғри, чунки ўлимдан сўнг овоз бурмалари кўпинча турли (ички ёки медиал) ҳолатларда жойлашади. Баъзан қайталанувчи нерв фалажида овоз бурмаси ички ва, ҳатто, ташқи ҳолатни эгаллаши мумкин.

Қайталанувчи асаб толасининг жароҳатдан сўнгги ва инфекцион-токсик зарарланишида аксарият ҳолларда фалаж – киска вақт ичида, ўсма ёки бошқа жараён билан босилганда эса аста-секин ривожланади.

Давомли (6 ойдан ортиқ давом этган) ҳақилдоқ фалажида овоз бурмаси атрофияга учрайди, юқалашади ва осилиб туради, эркин чети ярим ой шаклида бўртиб туради, чўмичсимон тоғай биров олдинга ва ичкарига силжийди. Бундай фалаж билан оғриган беморларда компенсация ходисаси кузатилади, яъни соғлом овоз бурмаси фонация пайтида ўрта чизикдан ўтиб фалажланган бурмага жипслашади ва овоз тирқиши тўлиқ ёпади. Бунда соғлом томондаги чўмичсимон тоғай зарарланган чўмичсимон тоғай орқасида жойлашади (тоғайларнинг ўзаро кесишганлиги), ҳақилдоқ усти қопқоғи - биров соғлом томонга силжийди. Соғлом овоз бурмаси фаолиятининг кучайиши ҳисобидан беморнинг овоз фаолияти биров яхшиланади. Баъзан фонация пайтида юқори ҳақилдоқ асаб толаси билан таъминланган олд қалқонузуксимон мускул фаолиятининг компенсатор кучайиши натижасида фалажланган овоз бурмаси ўрта чизик томон биров силжийди. Юқори ҳақилдоқ асаб толаси зарарланганда бу ҳол кузатилмайди, беморда олд қалқонузуксимон мускул фалажи белгилари билан бирга ҳақилдоқ шиллиқ пардасининг сезгирлиги ва рефлекслари йўқотилади (йўтал ва туюлиб қолиш белгилари кузатилади).

Қайталанувчи асаб толасининг икки томонлама тўлиқ фалажи кам учрайди. Бунда ҳар икки томондаги овоз бурмалари ҳаракатсизланиб, фонация ва нафас олиш пайтида оралиқ ҳолатни эгаллайди, яъни интермедиал (ички ўртада бир хил) жойлашади, беморнинг овози, жисмоний зўриқишда - нафаси бузилади.

Орқа узукчўмичсимон мускуларнинг иккитомонлама фалажида (қайталанувчи асаб толаси фалажи айнан шу касаллик билан бошланиши мумкин) беморда асосан нафас фаолияти бузилади, овоз фаолияти - деярли ўзгармайди. Овоз бурмалари парамедиал, яъни ўрта ҳолатга яқин ҳолда жойлашади ва улар орасида тирқиш ҳосил булади. Тўлиқ фалажларда нафас олинганда овоз бурмалари бир - бирига яқинлашади, нафасни чиқарилганда ва фонация пайтида бурма ости ҳаво босимининг пасайиши ҳисобидан - бир-биридан биров узоқлашади. Тез ривожланган бундай фалажларда беморда асфиксия ҳолати юз бериб, унинг ҳаётини фақат шошилишч трахеостомия жарроҳлик амали сақлаб қолиши мумкин. Аммо аксирият ҳолларда бундай фалажлар аста-секин ривожланади ва бемор кисород етишмовчилигига кўникиш ҳосил қилади, ҳансираш эса енгил жисмоний зўриқишда кузатилади ҳолос. Бундай беморда ҳақилдоқнинг яллиғланиши жуда оғир кечади.

Узукчўмичсимон мускуларининг иккитомонлама фалажи орқа мия сухоткаси, бўқоқ беги хавфли ўсма саратони ва сутрмэктомиядан кейин кузатилиши мумкин.

Шунга ўхшаш ларингоскопик манзара, яъни овоз бурмаларининг парамедиал жойлашуви, қизилўнғачга кириш қисмининг саратони орқа чўмичсимон мускуларга тарқалган ҳолларда кузатилиши мумкин.

Қайталанувчи нервнинг бир - ёки иккитомонлама фалажи узукчўмичсимон бўғимининг бир - ёки иккитомонлама анкилозидан фарқланади. Қиёсий ташхисот куйидаги усуллар ёрдамида ўтказилади:

- 1) тугмали зонд ёки махсус асбоб ёрдамида овоз бурмалари ёки узукчўмичсимон бўғимнинг пассив ҳаракатини текшириш;
- 2) стробоскопия текшируви усули;
- 3) электрташхис бевосита микроларингоскопия, фиброларингоскопия, ларингостробоскопия, компьютер томография ва бошқалар.

Тугмали зонд ёрдамида ўтказилган текширувида бўғим анкилозида пассив ҳаракат йўқотилган, фалажда - сақланиб қолганлиги аниқланади. Стробоскопияда анкилозда овоз бурмаларининг фонация титрашини аниқланса, фалажда бу белги кузатилмайди. Электрташхисда периферик фалажда мускул фаолиятининг қайта тикланиш реакцияси кузатилади..

Даволаш. Қайталанувчи нерв фалажида даволаш тадбирлари биринчи навбатда фалажнинг ривожланишига сабаб бўлган омилларни бартараф этишга қаратилади ва мутахассис (жаррох, терапевт, невропатолог, онколог ва х.к.) томонидан олиб борилади.

Кучли ҳикилдоқ торайиши билан кечган *m.vocalis* нинг икки томонлама фалажида трахеостомия жаррохлик амали бажарилади. Инфекцион-токсик фалажда яллиғланишга қарши терапия, дезинтоксикация тадбирлари, умумий фаоллаштирувчи муолажалар (0,1% стрихнин, алоэ экстракти ва х.к.), физиотерапия муолажалари (5% калий йодид эритмаси билан электрофорез, диадинамик тоқлар, ҳикилдоқ асаб-мускул аппаратини пастчастотали синусоид модул тоқ билан фаоллаштириш) ўтказилади. Овоз бурмаси фалажида бевосита ва билвосита ларингоскопияда парамедиал жой-лашган овоз бурмасига тефлон пастасини (тефлон ва глицерин аралашмаси) юбориш усули 90% беморларда яхши натижа беради.

Якуни. Инфекцион-токсик ҳикилдоқ фалажлари одатда беморни соғайиши билан тугайди. Бўйин ва кўкрак қафаси аъзоларининг хавфли ўсмалари эса нохуш оқибатларга олиб келиши мумкин. Жароҳатдан сўнги фалажларнинг кечими жароҳат ҳажмининг даражасига боғлиқ бўлади. Струмэктомияда жароҳатланган қайталанувчи нерв камдан-кам ҳолларда тикланиши мумкин.

Юрак ва йирик қон томирлар касалликларида ривожланган ҳикилдоқ фалажи асосий касаллик даволангандан сўнг яхшиланиши мумкин.

ҲИКИЛДОҚНИНГ МИОПАТИК ФАЛАЖЛАРИГА турли юкумли касалликлар (грипп, ўткир ва сурункали ларингит) ва овознинг зўриқиши (ўкитувчи, актёр, хонандаларда ва х.к.) туфайли ҳикилдоқ мускулларида юз берган ўзгаришлар сабаб бўлади. Бундай парезлар одатда икки томонлама бўлади. У ёки бу мускуллар парезида ўзига хос ларингоскопия маназариси кузатилади.

Аксарият ҳолларда овоз мускулларининг (*mm. vocalis, seu thyroarytenoideus internus*) зарарланиши учрайди. Бунда овоз бурмасининг эркин чети ичкарига биров қайрилган бўлиб, икки томонлама фалажда овоз тирқиши овал шаклда кўринади. Баъзан бундай қайрилиш суст бўлиб, фонация пайтида овоз бурмалари тўлиқ жипслашмайди.

Кўндаланг чўмичсимон мускул парезида овоз бурмаларининг кўп қисми фонация пайтида жипслашади, аммо уларнинг орқа қисмида (*pars intercartilaginea*) учбурчак шаклда тирқиш қолади.

Юқорида қайд этилган мускуллар парези биргаликда кечган ҳолларда орқа ва ўрта қисмларининг чегараси тортилган бўлиб, овоз тирқиши қум соат шаклига, камдан-кам учрайдиган латерал узукчўмичсимон мускул парезида - нотўғри ромб шаклига эга бўлади.

Ҳикилдоқ бошқа мускулларининг парезлари деярли учрамайди. Юқорида қайд этилган барча парезларда беморнинг овози бузилиб, нафас фаолияти узгармайди. Парез даражасига қараб беморнинг овози пасайиши ёки толиқиши, баъзан буғилиши ва афониягача ўзгариши мумкин.

Даволаш тадбирларидан овоз гигиенасига риоя қилиш, яллиғланишга қарши терапия, электрстимуляция (электрофорез, диадинамик тоқлар), умумий фаоллаштириш терапияси (0,1 % стрихнин эритмаси ёки алоэ экстракти) ўтказилади. Баъзан беморни врач-фониатр даволайди.

ОВОЗНИНГ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ (ДИСФОНИЯ ВА АФОНИЯ) рухий-асаб бузилишлари натижасида пайдо бўлади. Ташхис анамнез маълумотлари, беморнинг (кўпинча аёлларнинг) хатти-ҳаракатини кузатиш ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади.

Ларингоскопияда яллиғланиш жараёнисиз кечган миопатик фалаж манзараси куринади. Функционал афония билан бирга бемор овоз чиқариб йўталади, кулади, йиғлайди.

Даволаш. фониатр, невропатолог, психиатр томонидан олиб борилади.

ҲИКИЛДОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ. Ҳикилдоқ соҳаси жароҳатланган беморда ютиниш ва нафас фаолияти бузилади, овоз ўзгариши, йўтал ва тери ости эмфиземаси кузатилади. Ларингоспазм ёки жароҳатланган тоғай парчалари, йиртилган юмшоқ тўқима бўлаги ёки шиллиқ ости гематомаси нафас йўллари ёпиб қўйганлиги туфайли беморда буғилиш ҳолати юзага келади. Ҳикилдоқнинг дахлиз қисми жароҳатланганда, ҳалқумнинг ютиниш функцияси бузилганлиги сабабли суюқлик ва овват лукмаси нафас йўлларига кириб, йўталганда жароҳат майдонидан ҳаво билан чиқаради. Ҳикилдоқ трахея билан бирга жароҳатланганда бўйин юмшоқ тўқималарининг ҳам зарарланиши, конталашлар ва гематома ҳосил бўлиши, жароҳат майдонидан ҳаво, қон ва шилимшиқ модда кириб-чикиб туриши кузатилади.

Ҳикилдоқнинг *ёпиқ ташқи* жароҳатларида ҳикилдоқ қисмларининг лат ейиш, синиш, тери ости тўқимасининг йиртилиши натижасида ҳикилдоқ торайиши ҳолати юзага келади. Бундай жароҳатлар кўпинча кўча транспорт ҳодисаларида, спорт ўйинларида содир бўлади. Ҳикилдоқнинг *енгил* жароҳатларида ҳикилдоқ соҳасида оғрик, шиш, шиллиқ ости қаватга қон қуйилиши, баъзан терининг шилиниши кузатилади.

Тил ости суяги синган беморда қуйидаги белгилар пайдо бўлади: оғзини очиб, тилини чиқарганда кескин оғрикни пайдо бўлиб, унинг нутқи ва ютишини кийинлашади; жароҳат майдони пайпаслаганда крепитация аникланади.

Ҳикилдоқ тоғайлари синиб юмшоқ тўқималар йиртилганда беморда эмфизема, дисфагия, нафас бузилишлари ва овознинг ўзгариши кузатилади. Оғир жароҳатларда ҳикилдоқ тило сти суягидан ёки трахеядан ажралиши ва беморда буғилиш ҳолати ёки, бўйин, юз, кўкрак эмфиземаси ривожланиши туфайли ўлим ҳолати юз бериши мумкин.

Ҳикилдоқнинг *ички* жароҳати кўпинча механик таъсирлар натижасида юзага келади (урилиш, термик ва кимёвий қуйишлар). Ҳикилдоқда ва бурма ости бўшлиғида тикилиб қолган ёт жисм шиллиқ пардани жароҳатлаши мумкин, бунда ларингоскопияда бурма ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизарганлиги, йиртилганлиги ва конталашлар ҳосил бўлганлиги куринади. Шунга ўхшаш жароҳатлар ёт жисмни чиқариб олиш пайтида ёки эндоскопия пайтида ҳам содир бўлиши мумкин. Хозирги кунда интубацияли оғриқсизлантириш туфайли ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг шиши, овоз бурмаларининг фалажи, интубациядан сўнгги гранулемаларни ҳосил булиши кам учрайди.

Ҳикилдоқ ёки трахеяга тиббий зулук кириб қолганда беморда хуружли йўтал, қон қусиш, қон тупуриш, овозининг буғилиши, нафас олиш ва нафас чиқариш ҳаракатларининг кийинлашиши ва ҳатто буғилиш ҳолати юзага келиши мумкин.

Таъхис. Ҳикилдоқ жароҳатларини аниқлашда беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, жароҳат содир бўлган вақти ва унинг қандай содир бўлганлиги муҳим аҳамиятга эга бўлади. Обьектив текширувда ҳикилдоқ соҳасидаги жароҳат майдони кўздан кечирилади, ёт жисм бор-йўқлиги аниқланади. Текширувда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги аникланади. Ларингоскопияда шиллиқ ости гематомасини, овоз бойламлари йиртилганлигини, ҳикилдоқ шилиқ пардасининг жароҳати туфайли ҳикилдоқнинг торайиш белгиларини, қисмларининг силжишини, тоғайлар жароҳатланганлигини кўриш мумкин. Беморнинг қон гурухи, резус-омили аникланади, зарур бўлганда эндоскопия, рентгенография, компьютер томография текширувлари ўтказилади.

Даволаш. Ҳикилдоқ соҳаси жароҳатланган бемор шифохона даволанади. Шошилиш равишда ҳикилдоқнинг ҳаёт учун зарур бўлган нафас фаолиятини тиклаш ва қон оқишни тўхтатиш, жароҳат майдонига бирламчи ишлов бериш, тўқималарни жой-жойига қўйиб, чок қўйиш тадбирлари бажарилади. Кучли қон оқишларда жароҳат майдонидан пастда ташқи уйқу артериясига босувчи бойлам бойланади. Беморнинг нафас олиши кескин бузилган ҳолларда шошилиш равишда интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари (трахеотомия, коникотомия) ўтказилади.

Ҳикилдоқнинг *енгил ички* жароҳатида жароҳат майдони тозалангандан сўнг беморга антибиотиклар, шишга қарши ва десенсибилизация дори препаратлари ва маҳаллий муолажалар буюрилади.

ҚИЗИЛЎНГАЧ ЖАРОҲАТЛАРИ. Қизилўнгачнинг механик жароҳати кам учрайди, у ташқи ва ички жароҳатларга бўлинади. Қизилўнгачнинг *ташқи* жароҳатлари унинг бўйин қисми ёки

трахея, бўйин қон- томирлари ва асаб толалари тўпламининг аралаш жароҳатида, бўйин, кўкрак қафасида бажарилган операциялар пайтида кузатилади

Қизилўнғачнинг ички жароҳатлари кимёвий ва термик куйишларда, эндоскопия текширувлар пайтида, ёт жисм тикилиб қолганда ёки уни чиқариб олиш пайтида содир бўлади.

Белгилари. Қизилўнғач жароҳатида ютинганда кескин оғриқ пайдо бўлади; бемор ҳатто суюқ овқатни ҳам ютолмайди, баъзан унда қон аралаш қусиш кузатилади. Ёт жисм қизилўнғачда тикилиб, унинг деворини тешганда туш суяги орқасида, эпигастрий соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлади ва у орқага кўкрак қафасига тарқлади.

Бўйин ва умров усти кўкрак қафаси соҳасида пайдо бўлган тери ости эмфиземасида беморнинг нафас олиши ва нафас чиқариши кийинлашади, томир уриши тезлашади, лаб-бурун учбурчаги кўкаради.

Таъхис кийинчилик туғдирмайди.Зарур бўлганда эзофагоскопия, рентгенография, фиброскопия ва бошқа текширувлари ўтказилади.

Даволаш.Қизилўнғач соҳаси жароҳатланган бемор шошилиш равишида шифохонага юборилади. Унга оғриқсизлантириш, қон оқшини тўхтатиш, жаррохлик даволаш усуллари, антибиотикотерапия, дезинтоксикация, десенсибилизация, дегидротация ва симптоматик терапия тадбирлари ўтказилади. Беморга сульфаниламид препаратлари, витаминлар буюрилади, томир ичига қон зардоби ва қон қуйилади.

ҲИКИЛДОҚ , ТРАХЕЯДАН ҚОН ОҚИШИ -ўткир геморрагик ларингитда, кўк йўталда, овозни зўриқишида, ҳикилдоқ гемангиомасида, қон касалликларида, ҳикилдоқ жароҳатида ва ҳикилдоқда бажарилган жаррохлик амалидан сўнг ҳикилдоқдан қон оқиши кузатилиши мумкин.

Қон оқшининг тезлиги, унинг сабабига боғлиқ бўлади. Ўткир ларингит ва кўк йўталда ҳикилдоқнинг шилиқ пардаси зарарланиб, овоз бурмаларида ҳикилдоқдан қон оқишига сабаб бўлган гематома ҳосил бўлади. Ларингоскопияда ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси қизарган, қон томирлари кенгайган, қонталашлар, комиссура ва бурмасти бўшлиғида лимфаденоид тўқиманинг гипертрофияси куринади.Ҳикилдоқнинг кичик гемангиомасида қон оқиши тўсатдан бошланиб, ўз-ўзидан тўхтади.

Қон оқишига сабаб бўлган ҳикилдоқнинг ички жароҳати интубация, юқори бронхоскопия пайтида содир бўлиши мумкин. Баъзан ҳикилдоқдан қон оқиши пастки трахеостомиядан сўнг кузатилади. У трахеостомия найчасининг диаметри трахея ёриғининг диаметрига мос келмаганда ва найча трахея деворни ва бўйин қон томирлар тупламини жароҳатлаганда юз беради.

Эрозив қон оқишлар беморда ҳикилдоқ перихондрити ривожланиб, трахеостомия найчаси бўйин қон-томир тупламига яқинлашганда ва аста-секин қон – томир деворининг эрозияси ва аневризмаси ривожланганда кузатилади. Бемор зўриққанда зарарланган қон томири ёрилиб, бемор қон кетишидан ҳаётдан қўйиб юмиши мумкин. Шунинг учун трахеостомия найчаси қон томир уриши мос ҳаракат қилганда, уни албатта чиқариб олиш ёки жойини алмаштириш лозим..

Белгилари. Бемор йўталганда қип-қизил қон оқиши, қон тупуриш ва буғилиш ҳолатлари кузатилади.

Ҳикилдоқ ва трахеядан қон оқиши ҳалқум, ўпка қизилўнғач қонашларидан фарқланади.Ўпкадан оқаётган қоннинг ранги оч-қизил, кўпикли бўлиб, узок вақт давомида ивимади.Қизилўнғач ва меъдадан оқаётган қоннинг ранги тўқ қизил, хидли бўлади.Ҳалқум қонашида беморда шилимшиқ ва қон аралаш тупуриш кузатилади. Аниқ таъхис гипотарингоскопия ва билвосита ларингоскопия ёрдамида қўйилади.

Даволаш. Бемор касалхона шароитида даволанади. Даволашда қон оқшининг тезлиги ва сабаби эътиборга олинади.Ҳикилдоқ ва трахеядан қон оқиши кузатилган беморга гапириш ман этилади. Қон қон микдорда оқган ҳолда ҳикилдоқ ичига танин, висмут кукуни сепилади, қон кўп микдорда оқганда-беморга муз парчаларини ютиш буюрилади, оёқларига иссиқ қўйилади. Бир вақтнинг ўзида викасол, дицинон, этамзилат натрий, аминакарпрон кислотаси, аскорбин кислотаси, кальций хлорид, қон-қон зардоби эритмалари мускул орасига ёки томир ичига юборилади. Қон оқишига сабаб бўлган асосий касаллик бартараф этилади. Йирик қон томирдан қон оқиши бемор ҳаётига хавф солиши мумкин.

ҚИЗИЛЎНҒАЧДАН ҚОН ОҚИШИ механик жароҳатда, ёт жисмда, вена кенгайишида, меъда, жигар, қизилўнғач саратонида, Ослер Рандю синдромида (ирсий геморрагик ангиоматоз) кузатилиши мумкин. Ёт жисмни эзофагоскопия ёрдамида чиқариб олиш пайтида ўйку, калконсимон,

умров усти артериялари жароҳатланиб, беморда кучли қон оқиш рўй бериши мумкин. Баъзан қизилўнғачда узоқ вақт давомида қолиб кетган ёт жисм кон томир деворини жароҳатлаб, иккиламчи қон оқишга сабаб бўлади. Ослер-Рендю синдроми билан оғриган беморда вақти-вақти билан кўп миқдорда қон оқишлар кузатилади.

Белгилари. Қизилўнғач деворининг жароҳатида тўш суягининг оркасида кескин оғриқ пайдо бўлади, беморнинг нафас олиши қийинлашади, умров суяги, бўйин, кўкрак қафаси соҳасида териости эмфиземаси пайдо бўлади. Қизилўнғачда ёт жисмнинг тикилиб қолиши дисфагия, сулак оқиши билан намоён бўлади, боланинг оғзи яримочик холда, ичган суви қайта оқиб чиқади. Қизилўнғач веналарининг кенгайишида бемор туш суягининг оркасида нохушлик, дисфагия, ютинганда оғриқ ҳис этади. Ослер-Рендю синдромида бурун ва оғиз бўшлиғининг шиллик пардасида, юз терисида телеангиэктазия аниқланади.

Ташхис рентгенография ва бошқа текширувлар (эзофагоскопия, гастропиброскопия, қон тахлили) натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Қизилўнғачдан қон оқиши кузатилганда бемор шифохонага ётқизилади, унга муз парчалари, музқаймоқ, тухум аралаш совук сут, муздек сув, висмут препаратлари, доривор ўсимликлар қайнатмаси ичирилади. Кучли қон оқишларда беморга 2 кун давомида очлик, шундан сўнг совутилган суюқ овқат берилади. Қизилўнғач қон оқишларида қонни тўхтатувчи ўзига хос усуллар қўлланади; вена ичига қон, қон зардоби, тромбоцитлар юборилади.

ҲИКИЛДОҚ, ТРАХЕЯ ВА БРОНХЛАР ЁТ ЖИСМИ. Ҳикилдоқ ва пастки нафас йўлларида кунгабокар, тарвуз, ошқовоқ уруглари, ёнғоқ, писта ёки тухум пўчоғи, гўшт ва сабзавот бўлағи, игна, тўғнағич, тугма, мих, ўйинчоқ қисмлари тикилиб қолиши мумкин. Ёш болалар ҳар нарсани оғзига олиш одатига эга бўлганликлари сабабли овқатланиш пайтида ёки ўйнаётганда, югурганда ёки йиғлаганда, гапирганда оғзидаги ёт жисм нафас йўлларига кириб қолади. Юқори нафас йўллари ёт жисми кўпинча болаларда учрайди ва буғилиш ҳолатига сабаб бўлади. Ҳикилдоқ-ҳалқумнинг ҳимоя рефлекси сусайган ёки протез тишлари бўлган катта ёшдаги кишиларда ҳам нафас йўлларига ёт жисм кириб қолиш ҳоллари учраб туради. Бронхлар ёт жисми 88%, трахея ёт жисми - 8,8% ва ҳикилдоқ ёт жисми 3,3% ҳолларда кузатилади.

Касалликнинг кечими ёт жисмнинг шакли ва ҳажмига боғлиқ.. Ёш болаларда органик ёт жисмлар айниқса хавфли ҳисобланади. Нафас йўлларида тикилиб қолган органик ёт жисмлар шишиб, илгак ёрдамида чиқариб олишга уринганда парчаланади, шунда унинг кичик парчалари кичик бронхлар ёриғини ёпиб қуйиши мумкин. Кичик ёт жисм кўзга кўринмаганлиги туфайли бронхларда узоқ вақт қолиб кетади ва беморда зотилжам, трахеобронхит асоратлариининг ривожланишига олиб келади. Органик ёт жисмлар аллерген сифатида нафас йўллари шиллик пардасининг шишига ва патологик микрофларанинг ривожланишига ёрдам беради.

Белгилари. Йирик ёт жисм *ҳикилдоқ ёриғида* тикилиб қолганда беморда буғилиш ҳолати юзага келиши мумкин. Ҳикилдоқ соҳасига кичик ёт жисм тикилиб қолганда унинг шиллик пардаси яллиғланиб шишади ва беморда ҳикилдоқ торайишининг ривожланиш хавфи туғилади. Катталарда ҳикилдоқ ёт жисми (игна, тўғноғич, балиқ суякчалари) билвосита ларингоскопияда кўзга ташланиб туради.

Беморда хуружли йўтал, баъзан ютинганда оғриқ ва қусиш кузатилади. Ёт жисм овоз ёриғи соҳасида тикилиб қолганда беморнинг овози пасаяди, баъзан афония кузатилади. Аускультацияда дағал ўтказувчан хириллаш эшитилади.

Трахеяда кўпинча овоз ёриғидан ўтган ўртача ҳажмдаги ёт жисмлар тикилиб қолади (ёнғоқ доналари, нўхат, турли ўсимликларнинг уруғи). Беморни тунда ёки хаяжонланганда хуружли йўтал безовта қилади. Трахеяда тикилиб қолган ҳаракатчан ёт жисмларда аускультацияда ёт жисм ҳаракати белгиси аниқланади; йўтал ёки нафас чиқарилганда ёт жисм ҳикилдоқ овоз бойламларига урилади шунда врач “қарсақ” товушини эшитади, трахея соҳаси пайпасланганда – турткини ҳис этади. Бемор оғзини очиб нафас олганда хуштак товуши эшитилади. Трахеянинг ҳаракатчан ёт жисми баъзан ҳикилдоқда тикилиб қолиши ва тўсатдан буғилиш ҳолатининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Ёт жисм *трахея бифуркацияси* соҳасида тикилиб қолганда беморда инспиратор, баъзан-экспиратор ҳансираш, терисининг рангпарлиги, безовталиқ кузатилади.

Ёт жисм *бронхларда* тикилиб қолганда беморда вакти-вакти билан йутал хуружлари ва нафас бузилишлари кузатилади. Хуружлар орасида бемор тинчланиб, эркин нафас олади. Кўпинча ёт жисм ўнг бронхда (80% ҳолларда), кам ҳолларда- чап бронхда тикилиб қолади.

Касалликнинг кечими бронх ёриғини ёпилиш даражасига боғлиқ бўлади. Ёт жисм бронх тешигини тўлиқ ёпиб қуйганда беморда ўпка ва унинг ўнг ёки чап бўлаги ателектазининг белгилари ривожланади: Ёўтал пайтида ёт жисм ўпканинг қайси бўлагига тикилиб қолганлигига қараб аускультацияда нафаснинг сусайиши, қуруқ ва ҳўл хириллаш, перкуссияда товушнинг қисқарганлиги ёки қутисимонлиги эшитилади.

Бронхостеноз 3 шаклда намоён бўлади; тўлиқ, вентил ва қисман бронхостеноз.

1) *тўлиқ бронхостеноз* ҳолатида ўпканинг бир бўлаги ателектази ривожланади;

2) *вентил бронхо-стенозда*-ёт жисм тикилиб қолган томонда ўпка эмфиземаси кузатилади.

3) *қисман бронхостенозда* Гольцкнехт-Якобсон белгиси кузатилади; бемор чуқур нафас олганда кўкс оралиғи аъзолари ёриғи ёпилб қолган бронх томон силжийди.

Нафас йўллари ёт жисмини аниқлашда рентгеноскопия, рентгенография, бронхоскопия, компьютерли томография текширув усуллари кенг қўлланилади. Бронхоскопия пайтида бронхоскоп биринчи навбатда ёт жисм тикилиб қолган майдонга киритилади ва дастлаб шу майдон кўздан кечирилади. Ёт жисмнинг шакли, бронх деворига нисбатан жойлашуви баҳоланади ва чиқариб олиш режаси тузилади. Рентгенологик текширув ёт жисм қайси майдонда тикилиб қолганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Контрастли ёт жисм кўкрак кафаси рентгенограммасида кўринади. Контрастсиз ёт жисмда бронх ёриғининг ёпилиш даражасига қараб рентгенологик манзара турдича бўлади:

- бронх ёриғи тўлиқ ёпилиб қолганда обтурацияли ателектаз ривожланади, яъни ўпканинг сояси хиралашиб диафрагма гумбази юқорига кўтарилади, ковурағалар ораси торайиб, кўкс оралигининг сояси ён томонга силжийди.

- бронх ёриғи қисман ёпилиб қолганда зарарланган томонда диафрагма гумбазининг ҳаракати чекланади, ўпканинг сояси хиралашади, нафас олганда кўкс оралигининг сояси зарарланган томонга силжийди (Гольцкнехт-Якобсон белгиси);

- бронх вентил шаклида ёпилиб қолганда ўпка соясининг тиниқлиги кучаяди (эмфизема), ковурағалар оралиғи кенгаяди, кўкс оралиғи аъзолари соғлом томонга силжийди, зарарланган томонда диафрагма гумбази пастга тушади, унинг ҳаракати чекаланади.

Даволаш. Нафас йўллари ёт жисми шифохона шароитида эндотрахеал оғриксизлантириш остида бажарилган *юқори бронхоскопияда* чиқариб олинади.

Нафас йўллари ёт жисмида трахеостомия жарроҳлик амали қуйидаги вазиятларда бажарилади:

1) Ёиринг ёт жисм ҳикилдоқ ости бўшлиғида ёки трахеяда тикилиб қолганда ва уни чиқариб олиш пайтида буғилиш хавфи туғилганда;

2) ёт жисм трахеобронхиал дарахтнинг чуқур бўлимларида тикилиб қолганда;

3) беморнинг аҳволи жуда оғир бўлиб, врачнинг қўл остида керакли асбоблар бўлмаганда.

Пастки бронхоскопия қуйидаги кўрсатмаларда бажарилади:

- шишган ёки ўткир учли ёирик ёт жисмни овоз ёриғи орқали чиқариб олиш имкони бўлмаган ҳолларда;

- ёт жисм сабаб бўлган буғилиш ҳолатида;

- бронх ёт жисмини юқори бронхоскопияда чиқариб олиш уринишлари натижа бермаганда.

Ферромагнит ёт жисм электромагнит усули ёрдамида чиқариб олинади.

Бронхоскопия ёрдамида ёт жисмни чиқариб олиш имкони булмаган ҳолларда, бемор жарроҳлик булимига кучирилади.

Ёт жисм парчаланганда биринчи навбатда унинг ёирик булаги чиқариб олинади, кейин бронхлар бир неча бор ювилади.

Бронхоскопия асоратлари: 1

1. Хикилдоқнинг ятроген жароҳатлари

2. Трахея ва бронхлар жароҳати, тешилиши

3. Юрак фаолиятининг рефлексор тўхташи (сайёр нерв зарарланганда)

4. Трахеядан қон оқиши.

5. Ўткир зотилжам.

ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМИ. Қизилўнгачда кўпинча қуйидаги ёт жисмлар текилиб қолади: суяк парчаси (31,4%) ва гўшт парчаси (21,1%), балиқ килтиги (16%), қуш суякчалари (14,2%), металл парчаси (8%) ва пластмасса (1,1%). Болаларда қизилўнгач ёт жисми 4% , баъзан 10-40 % ташкил қилади. Қизилўнгач ёт жисмлари *оддий* - айлана, юзи силлиқ (танга, туғма) ва *асоратли* ёт жисмларга - ўткир, чети ғадир-будир (гўшт ва балиқ суяклари, тиш протези, игна, тўғнагич) бўлинади. Одатда ёт жисм қизилўнгачнинг физиологик торайишларида, кўпинча юқори, бўйин торайишида текилиб қолади. Патологик жараён туфайли ўзгарган қизилўнгачда (масалан, кимёвий қуйишдан сўнг) одатда ошқозонга бемалол ўтадиган овкат парчалари унда текилиб қолиши мумкин (мева донаги, нон, нўхат). Қарияларда овкат лукмасининг текилиб қолиши қизилўнгач мускулларининг тонуси пасайганлигига туфайли содир бўлади. Кўпинча ёт жисм ноксимон бўшлиқда, қизилўнгачга кириш жойида ва унинг бўйин қисмида текилиб қолади.

Белгилари. Ёт жисм қизилўнгачнинг деворига ёпишиб қолганда беморнинг ютиниши биров қийинлашади, кейинчалик шиллиқ парда шишиб, қизилўнгачнинг ёриғи бутунлай ёпилади. Бемор хатто суюк овкатни ҳам ютолмай қолади. Овкатланганда томоғи оғрийди, тўш суяғи орқасида пайдо бўлган кучли оғрик беморнинг орқасига, қўллари ва кўкрак қафасига тарқалади. Бемор овкатдан бош тортади, кусади, оғзидан сулагига оқади.

Ўткир қиррали ёт жисм қизилўнгачнинг бўйин қисмида текилиб қолганда бемор бошини олдинга ва пастга эгиб, қимир этмай ўтиради, ён томонга қараганда бутун гавдаси билан угирилиб қарайди.

Ёт жисм қизилўнгачнинг кўкрак қисмида текилиб қолганда бемор ярим ўтрок ҳолатни эгаллайди (“юк кўтарган одам” ҳолати).

Ёт жисм қизилўнгачнинг I- физиологик торайишида текилиб қолганда узуксимон тоғай, ҳикилдоқ ва буйинтуруқ уймаси соҳаси пайпасланганда оғрийди, ҳалқум ва ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг шилинганлиги, ноксимон чўнтакда сўлак тўпланганлиги, чўмичсимон тоғайларнинг шиллиқ пардаси шишганлиги кўзга кўриннади.

Ёт жисм қизилўнгачнинг пастки қисмларида текилиб қолганда бемор гавдасини тик тутолмайди ва бутун гавдаси билан олдинга эгилиб, қўллари билан қорнини ёки қовурғалар остини ушлаб ўтиради. У ўтирганда ҳам, турганда ҳам шундай мажбурий ҳолатда бўлади.

Болаларда қизилўнгач ёт жисми ўзига хос белгилар билан кечади:

- 1) кўпинча касаллик бола ўйнаб, оғзидаги ёт жисмни беҳосдан ютиб юбориши билан бошланади;
- 2) айлана ва силлиқ ёт жисм қизилўнгачнинг бўйин қисмида текилиб қолган болада сўлак оқиши, йўтал, кўнгил айниши, қусиш, овкатдан бош тортиши кузатилади;
- 3) қизилўнгачнинг бўйин қисмида йирик ёт жисм текилиб қолган болада ҳикилдокнинг ўткир торайиш белгилари юзага келади;
- 4) айлана ва силлиқ ёт жисм қизилўнгачда узок вақт ушланиб қолган болада сўлак оқиши, кўнгил айниши, ютиниши қийинлашганлиги, йўтал хуружлари, овозининг узғариши, буғилиши, хатто хансираш кузатилади.

Ташхис қўйиш учун ота-онасидан боланинг томоғига қайси ёт жисм ва қачон текилиб қолганлиги, унинг катта - кичиклигини аниқланади. Бир култур сув ичириш ёки бир бурда нон едириш синамасида боланинг юзида азобланиш, бошининг мажбурий ҳолати, бировдан сунг қусиш кузатилади.

Қон таҳлилида лейкоцитоз ва ЭЧТ ошганлиги қизилўнгач яллиғланишидан далолат беради. Зарур бўлганда контрастли рентгенография, фиброэзофагоскопия, рентгеноскопия текширувлари ўқилади. Қизилўнгач ёт жисмида қуйидаги рентгенологик текширувлар бажарилади:

1. Г.М.Земцов бўйича қизилўнгач бўйин қисмининг ён рентгенографияси:

- 3 бўйин умурткаси соҳасида жойлашган пастки жағ бурчаги ва тил ости суягининг катта усиклари бир бирига мос тушиши лозим;

- рентгенограммада барча бўйин умурткалари аниқ кузга қуриб туриши керак. Буйни калта ва йўғон гиперстеникларда елка суяклари YII бўйин умурткасини ёпиб туриши мумкин. Шунинг учун бундай беморнинг боши ва елкаси иложи борица орқага ташланиб, кейин Г.М.Земцов бўйича рентгенография текшируви такроран бажарилади.

Рентгенограммага баҳо бериш пайтида қуйидагиларни эсда тутиш лозим: меъёрда умуртка олди туқималари соясининг эни C₄ - C₅ соҳасида 0,4 - 0,5 см, C₆ - C₇ соҳасида - 1,5 см тенг бўлади; қарияларда узуксимон тоғай майдонидаги охакланиш баъзан ёт жисм сифатида хато баҳоланади.

Г.М.Земцов бўйича рентгенологик текширув қизилўнгач *ёт жисмининг соясини* аниқлашга ёрдам беради, одатда у вертикал, ясси ёт жисм фронтал текисликда жойлашади.

Контрастсиз ёт жисмларда ва қизилўнгач девори жароҳатларида қуйидаги *иккиламчи белгиларга* эътибор берилади;

- оғриққа жавобан умуртқа олди мускуллари рефлексор қисқариши натижасида *умуртқа поғонаси бўйин қисмининг шакли ўзгаради*;

- трахея ҳаво устунни ва бўйин умуртқалари орасида жойлашган *умуртқа олди бўшлиғи юмиоқ тўқимасининг сояси кенгайгаяди*;

- “*ҳаво найзаси*” *белгиси*- қизилўнгач ёт жисмида ёки қизилўнгач деворининг шишида меъдадан чиқаятган ҳаво пастда тўпланади, бунда ҳосил бўлган ҳаво “найзанинг” учи патологик ўзгаришлар томон йўналган бўлади;

- *умуртқа олди бўшлиғининг юмиоқ тўқималарида* ҳаво сояси аниқланади ва қизилўнгач орти тўқимасига ҳаво кирганлигидан ёки парчаланиш жараёнидан дарак беради.

2.С.В.Иванова-Подобед *усули бўйича барий ёки йодолипол* ёрдамида қизилўнгачнинг контрастли рентгенографияси. Беморга 2-3 қултум сув ичирилади, агар шунда контрастли доғ йўқолмаса, унда ёт жисм ёки қизилўнгач деворининг жароҳати борлиги тасдиқланади. Аммо суюлтирилган барий эзофагоскопияда ёт жисмни аниқлашга ҳалақит беради. **2 ёшгача бўлган болаларда қизилўнгач ёриғида тикилиб қолган ёт жисмларда контрастли рентгеноскопия ва рентгенографиясида факат йодолипол ишлатилади (чунки бола суюлтирилган барийни қусиб ташлаши ва у нафас йўллариغا кириб, бўғилиш ҳолатига олиб келиши мумкин).**

Даволаш. Асоратсиз кечган қизилўнгач ёт жисми поликлиника шароитида маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилган эзофагоскопияда чиқариб олинади.

Умумий оғриқсизлантириш остида эзофагоскопия муолажаси қуйидаги ҳолларда бажарилади:

- 1) ёш болаларда;
- 2) маҳаллий оғриқсизлантиришни бажариш имкони бўлмаганда;
- 3) руҳий касалликларда ва қулоғи қар беморларда ;
- 4) безовта болаларда;
- 5) оғир беморларда;
- 6) беморда эзофагит, периезофагит, қизилўнгач жароҳатлари аниқланганда;
- 7) ёт жисм маҳаллий оғриқсизлантириш остида чиқариб олинмаганда;
- 8) қизилўнгач спазмида мускуллар меъёрдан ортиқ қисқарганда;
- 9) беморнинг узи умумий оғриқсизлантиришни танлаганда.

Эзофагоскопия бемор ўтирган ёки ётган ҳолда бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришдан 15 дақиқа илгари беморга промедол (1% - 2мл) ва атропин (0,1% -1 мл) мускул орасига юборилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун 2 % дикаин ёки 10% лидокаин аэрозоли ишлатилади.

Ёт жисмни чиқариб олиш пайтида қуйидаги қоидаларга риоя қилиниши талаб этилади:

- 1) ёт жисмни аниқ кўриш;
- 2) ёт жисмни жойлашувини аниқ тасаввур қилиш;
- 3) ёт жисмни чиқариб олиш учун илгакни тўғри танлаш;
- 4) эзофагоскоп найи ёт жисмга яқинлаштирилгандан сўнг, уни илгак билан маҳкам ушлаш;
- 5) ёт жисм ҳолатига қараб эхтиёткорлик билан, қизилўнгач деворини жароҳатламасдан чиқариб олиш.

Эзофагоскопни киритиш ва чиқариш пайтларида қизилўнгачнинг шиллиқ пардаси синчиклаб кўздан кечирилиши лозим.

Эзофагоскопия пайтида ва ундан кейин ёт жисм қизилўнгач деворига жароҳат етказган ҳолларда беморда қуйидаги *асоратлар* ривожланиши мумкин:

- 1) эзофагит;
- 2) қизилўнгач деворининг абсцесси;
- 3) қизилўнгач деворининг тешилиши;
- 4) периезофагит;
- 5) медиастинит;
- 6) қизилўнгач қон томирларидан қон оқиши ва х.к.

*Периэзофагит*да пайпасланганда бўйин юмшоқ тўқималари оғрийди, оғрик кўкрак қафасига берилади, узуксимон тоғай ёки туш суяги соҳасида инфильтрат сезилади, беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар (ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз) пайдо бўлади.

Ўткир учли ёт жисм қизилўнғач деворини тешганда бўйин юмшоқ тўқимаси пайпаслаганда орқага берилувчи кучли оғрик ва крепитация аниқланади. Беморда тери ости эмфиземаси, титраш, нафас олишнинг қийин-лашиши, бошининг мажбурий ҳолати, бўйин ва тана мускуллари тонусининг ошиши, тахикардия кузатилади. Рентгенограммада контраст модда перфорация майдонида ва қизилўнғач деворидан ташқарида тўпланганлиги кўринади.

Медиастинит асорати ривожланган беморнинг тана ҳарорати кескин кўтарилади, томир уриши тезлашади, яллиғланиш туфайли организмда захарланиш белгилари авж олади, тили қараш билан қопланади, эйфория кузатилади. Туш суяги соҳаси перкуссия қилинганда ёки умуртқаларнинг ўткир ўсиқлар соҳаси ва паравертебрал нуқталар пайпасланганда оғрийди, Попков белгиси мусбат бўлади (оёқларини чўзиб ётган бемор товонига урганда туш суяги орқасидаги оғрик кучаяди).

Бўйин ва кўкрак қафасининг йирик қон томирларидан *аррозив қон оқиши* қизилўнғач ёт жисмида кузатиладиган энг оғир асорат бўлиб, бунда бемор қип-қизил қон кусади, туш суяги орқасида кучли оғрик пайдо бўлади, коллапс ҳолати юз беради.

Асоратларни даволаш. Эзофагит ва периэзофагит билан оғриган беморга ёт жисм чиқариб олингандан сўнг пархез таомлар ва яллиғланишга қарши терапия буюрилади.

Қизилўнғач бўйин қисмининг микроперфорациясида бемор доимий клиник ва рентгенологик назорат остида бўлади. Унга оғиз орқали овқатланиш ман этилади (бемор найча орқали овқатлантирилади), инфузион терапия ўтказилади. Беморнинг аҳволи оғирлашганда *медиастинотомия* жаррохлик амали бажарилади. Қизилўнғач кўкрак қисмининг перфорацияси ва йирингли медиастинит асоратларида жаррохлик амаллари бажарилади, бемор гастростома орқали овқатлантирилади. Қизилўнғач ёт жисмида қип-қизил қон қусган бемор шошилиш равишида жаррохлик бўлимига кўчирилади ва даволаш тадбирлари жаррох билан биргаликда олиб борилади. Беморга антибиотиклар, дезинтоксикация, дисенсибилизация, организмнинг химоя кучини кўтарувчи воситалар, иммунотерапия қон, қон зардоби стафилококка қарши зардоб, гамаглобулин, физиотерапия, лазер, фонофарез, қонга УБН таъсир этиш ва бошқа даволаш тадбирлари ўтказилади. Қизилўнғач ёт жисмини олдини олиш учун аҳоли орасида шу мавзуда суҳбатлар ўтказилади.

ҲИҚИЛДОҚ ВА ҚИЗИЛЎНҒАЧНИНГ ТЕРМИК ВА КИМЁВИЙ КУЙИШЛАРИ кўпроқ ёш болаларда учрайди. (бола тўсатдан қайноқ сувни, сутни ёки шўрвани, кислота ёки ишқор эритмасини ичиб юбориши мумкин). Катталар орасида рухий касалликларга дкчор булган шахслар ўз жонига қасд қилиш мақсадида ўткир кислота ва ишқорлар эритмаларини ичиш ҳоллари кузатилади. Болаларда ҳиқилдоқ куйишлари ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмичсимон-ҳиқилдоқ усти бурмалари шиллиқ пардасининг шиши ва нафас олишнинг қийинлашиши билан кечади.

Белгилари: Дастлаб беморда кучли оғрик пайдо бўлади, оғрик ютинганда, қусганда ва йўталганда кучаяди. I даражали куйишда шиллиқ парданинг эпителий қатлами куйиб, ҳиқилдоққа ириш жойининг шиллиқ пардаси кескин қизаради;

II даражали куйишда беморда захарланиш белгилари кучаяди, жароҳат майдонининг шиллиқ пардаси шишиб, некротик қараш билан қопланади.

Термик куйишларда некрозга учраган шиллиқ парданинг ранги оқиш, кейинчалик кулранг тус олади. Азот кислотадан куйганда жароҳат майдонининг ранги сарғиш, хлорид ва олтингугурт кислоталардан куйганда - жигари, сирка кислотаси ва ўткир ишқорлардан куйганда - оқиш бўлади.

III даражали куйишда беморда кескин захарланиш белгилари, қон ацидоз, эритроцитлар гемолизи каби жараёнлар ривожланади. Бунда на фақат шиллиқ парда, шиллиқ ости тўқимаси ҳам куйиб чуқур некрозга учрайди, беморда буйрак, жигар, юрак, қон-томир етишмовчилиги кузатилади. Ҳиқилдоқнинг термик куйишидан сўнг дастлабки соатларда беморда ҳиқилдоқ торайиши ҳолати юзага келади. Ҳиқилдоқ, қизилўнғач ва меъданинг куйиши бир вақтда юз берган ҳолларда беморнинг аҳволи анча оғирлашади.

Қизилўнғач кўпинча концентрацияси баланд кислота ва ишқор эритмасини ёки иссиқ шўрвани ютиб юбориш натижасида куяди. Агар аммиак эритмаси (навшадил спирт) ва сирка кислотасининг кучсиз эритмалари қизилўнғач шиллиқ пардасини юзаки куйдирса, концентрацияси баланд кислота ёки ишқор эритмалари қизилўнғачнинг шилиқ пардасида некроз жараёнининг ривожланишига, деворларининг емирилишига ва беморнинг ҳаётига хавф солувчи оғир асоратларнинг

ривожланиши сабаб булади. Натрий ишқори (каустик сода) купинча қизилўнғач деворларида дағал чандиклар ҳосил бўлишига ва ёриғининг ёпилиши сабаб булади.

Қизилўнғач куйишларида унинг ўтказувчанлигининг бузилиши, деворининг тешилиши, медиа-стинит, перитонит, ҳикилдоқ шиши каби оғир асоратлар ривожланиши мумкин.

Беморнинг ютиниши қийинлашади, кекириш, баъзан қусиш кузатилади, организмда заҳарланиш белгилари ривожланади. Овқатлангандан сўнг туш суягининг орқасида қизилўнғач соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлади. Беморнинг оғиз бўшлиғи, ҳалқум, қизилўнғачнинг шиллиқ пардаси қизариб, осон қонайдиган некротик қараш билан қопланади. Бир неча вақтдан сўнг касаллик белгилари сўниб, сохта яхшиланиш даври (8-12 кунда) кузатилади (бемор ҳам суяқ, ҳам қуюқ овқатни еб билади), 2 - 4 ойдан кейин эса қизилўнғачнинг чандикли торайиши ривожланади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, ютинганда оғриқ пайдо бўлиши, нафас олиш ва ютиниш қийинлашганлиги, оғиздан кўп миқдорда сўлак оқиши каби белгилар асосида қўйилади. Текширув пайтида куйиш ходисаси қачон ва қандай вазиятда содир бўлганлиги, куйдирувчи модда ва заҳарланиш даражаси, қайтарилган суюқликнинг характери аниқланади. Зарур бўлса бевосита ва билвосита ларингоскопия, рентгенография ва бошқа текширувлар ўтказилади.

Даволаш. Ҳикилдоқ ва қизилўнғач куйишларида асоратлар ривожланишини олдини олиш кўпинча поликлиника шароитида кўрсатилган шошилиш тиббий ёрдамга боғлиқ бўлади. Биринчи навбатда термик ёки кимёвий омил таъсири тўхтатилади. Беморга шошилиш равишида биринчи тиббий ёрдам кўрсатилади, кимёвий куйишларда кимёвий моддани нейтраллаштириш тадбирлари ўтказилади. Ҳикилдоқ ва қизилўнғачнинг кимёвий куйишларида беморга кўп миқдорда суюқлик (сут, зардоб.), муз парчалари, ўсимлик ёғи, тухум оксигени ичирилади, томоғи антисептик эритмалар билан чайилади, ошқозони 3-5 л нейтраллаштирувчи суюқлик билан ювилади, ҳар 1-2 соатда 0,5% новокаин эритмасини ичиш буюрилади. Қизилўнғачнинг куйишига ишқор сабаб бўлганда ювиш учун мўлжалланган сувга 0,1% сирка, лимон ёки сут кислотаси эритмалари, кислота сабаб бўлганда 10% мағний оксиди эритмаси, оҳак суви, бўр қукуни қўшилади. Ошқозонни ювишдан олдин беморнинг оғиз бўшлиғига 1% дикаин ёки 10% лидокаин сепилади, зонд учига вазелин суртилади..

Бир вақтнинг ўзида мускул орасига, томир ичига юрак қон-томир дори воситалари (кордиамин, кофеин), натрий бензонат, оғриқ қолдирувчи дорилар (аналгин, промедол, омнопон, морфин) юборилади. Венепункция, венесекция ёки умров ости вена катетери орқали шокка ва заҳарланишга қарши инфузион терапия: полиглюкин (800 мл), гемодез (400 мл), глюкоза-новокаин аралашмаси (300 мл 5% глюкоза ва 30 мл 2% новокаин эритмалари) томир ичига томчилаб юборилади. 0,9% натрий хлорид эритмаси, реполиглюкин, қон зардоби ва бошқа суюқликлар бемор ёшига, тана вазнига, ахволининг оғирлигига қараб буюрилади. **(Беморнинг артериал босимини назорат қилиш ва сийдигини текшириб туриш талаб этилади (гематурия)!**) Анурияда буйрак атрофи новокаин блокадаси ва бошқа керакли муолажалар бажарилади. Шок ҳолати бартараф этилгандан сунг зарурият тугилганда бемор “сунъий буйрак” бўлимига кўчирилади.

Куйдирувчи модда меъда девори тешганда эпигастрий соҳасида кучли оғриқ ва коринпарданинг таъсирланиш белгилари кузатилади. Бундай бемор дарҳол жаррох томонидан текширилиши лозим, унинг эпигастрий соҳасига муз қўйилади.

Ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг куйиши натижасида беморда ҳикилдоқ торайиши ва нафас фаолиятининг бузилиш белгилари юзага келганда пенициллин аэрозоли (10 мл 0,5% новокаида эритилган 200 000-300 000 ЕД пенициллинга 1 мл 5% эфедрин эритмаси қушилади) билан ингаляция қилиш, мускул орасига ёки томир ичига гидрокортизон суспензиясини 1 кг тана вазнига 5-10 мг, преднизолон 1 кг тана вазнига кунига 1-5 мг 2 - 4 марта юборилади. Бурун чиганоклари олд учининг шиллиқ пардаси остига 0,5 - 2 мл новокаин юборилади, яъни эндоназал новокаин блокадаси бажарилади. Беморнинг ёшига, танасининг вазнига қараб нош-па, платифиллин, атропин сульфат, баралгин мускул орасига ёки томир ичига юборилади, 100 мл ўсимлик ёғига 3,0 анестезин қўшиб, кунига 1 ош қошиқдан 4-6 маҳал ичиш тавсия қилинади.

Беморнинг нафас ҳаракатларига алоҳида эътибор берилади; ҳикилдоқ торайишининг компенсация ёки субкомпенсация босқичида консерватив даволаш тадбирлари, ҳикилдоқ шиши кучайганда - интубация ёки трахеостомия жаррохлик амаллари ўтказилади. Бўғилиш ҳолатида трахеостомия ва интубацияни бажариш имкони бўлмаганда коникотомия ёки крикоконикотомия амаллари бажарилади.

Беморга намланган кислород берилади, тузсиз таомлар, барра чой шарбати, чой экстракти ичирилади. Умумий ахволи яхшилангандан сўнг ўз жонига қасд қилишга қайта уринишларни олди олиш мақсадида беморга *албатта психиатр* маслаҳати уюштирилади.

Ҳиқилдоқ ва қизилўнгач куйишларини олдини олиш учун аҳоли орасида заҳарли моддаларни (сирка кислотаси, каустик сода) сақлаш коидалари (бундай моддалар болалардан узоқ жойларда, кучсиз эритма ҳолда сақланади) ҳақида суҳбатлар ўтказилади.

Заҳарли модда кўп миқдорда ютиб юборилганда ҳамда биринчи тиббий ёрдам кечиктирилганда юқорида қайд этилган асоратлардан ташқари беморда ўлим ҳолатига олиб келган кучли заҳарланиш белгилари ҳам ривожланади. Бемор канча ёш бўлса, касаллик шунча оғир кечади.

Ҳиқилдоқ, трахея ва қизилўнгач куйишларида куйидаги **асоратлар** ривожланиши мумкин:

1) ҳиқилдоқ ва қизилўнгачнинг чандиқли торайиши, 2) трахея - қизилўнгач окмаси.

Бундай асоратларда нафас фаолияти, ютиш ҳаракати, ҳиқилдоқ, ҳалқум ва қизилўнгачнинг функциялари бузилади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ҳиқилдоқ ва қизилўнгачни куйиши қачон руй берганлиги ва унга нима сабаб булганлиги аниқланади. Ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қизилўнгач соҳаси кўздан кечирилади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти копқоғи, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари, валекулалар, ноксимон синусларнинг чандиқли ўзгаришлари кўринади. Эзофагоскопияда қизилўнгач шиллиқ пардасида чандиқли торайишлар ҳосил булганлиги маълум булади.

Бундан ташқари ҳиқилдоқ рентгенографияси ва компьютер томографияси, қизилўнгачнинг контрасти рентгенографияси ва бошқа текширувлар ўтказилади.

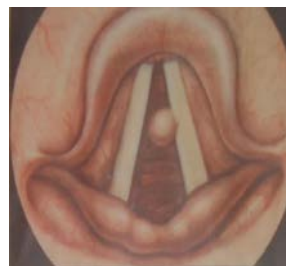
Асоратларни даволаш. Беморга симптоматик ва умумий даволаш тадбирлари, кўрсатма бўйича (сурункали зотилжам, сурункали трахеобронхитнинг авжи) яллиғланишга қарши, гипосенсибилизация ва физиотерапия муолажалари ўтказилади. Зарурат туғилганда трахеостомия найчаси алмаштирилади, трахео-ларинго ва фарингостомия тозаланади. Беморга қизилўнгачнинг торайган майдонини кенгайтириш ёки гастростомия жаррохлик амаллари, кейинчалик пластик операциялар бажарилади.

Асоратлар ривожланганлигини, трахео-, ларинго- ва фарингостомия фаолияти бузилганлигини (бўғилиш, вазни йўқотилиши) ўз вақтида аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Ларинго-, фаринго- ва трахеостомияда ҳиқилдоқҳалқум, ҳиқилдоқ, қизилўнгач соҳаси зарарланган бемор диспансер назорати остига олинади. Вақти-вақти билан стома тозаланиб найча алмаштирилади. Беморга лидаза, эластаза препаратлари, кун тартибига риоя қилиш тавсия этилади. Трахея, бронх ва қизилўнгач касалликларини олдини олиш чоралари курилади.

Қизилўнгачнинг ўтказувчанлиги 3-4 ой давомида сақланиб қолган бемор соғайиб кетган деб баҳоланади. ва поликлиника врачлари назорати остига юборилади.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИГА фиброма, папиллома ва ангиомалар киради.

ҲИҚИЛДОҚ ФИБРОМАСИ (ГИПЕРПЛАСТИК ТУГУНЧА) одатда хавфсиз ўсма бўлиб, овоз бурмасининг четида, унинг олд ва ўрта қисмларининг чегарасида жойлашади. У нўхат ёки тарик донасига ўхшайди ва кенг ёки баъзан ингичка асосга эга бўлиб, жуда секин ўсади. Фиброма бириктирувчи тўқимадан иборат булганлиги туфайли чин ўсмалар гуруҳига киритилмайди. У *гиперпластик тугунча* деб аталади. Толалар зичлигига қараб юмшоқ ва қаттиқ фибромалар қайд этилади. Кон томирларга бой булганлиги сабаби фиброманинг ранги қизил бўлади. Шунинг учун у баъзан *ангиофиброма* деб юритилади.



19-расм. Овоз бойлами фибромаси

Фиброманинг юзи ясси эпителий билан копланган. Ҳиқилдоқ фибромаси овознинг буғилиши, ўзгариши ва йўтал билан кечади, катталашганда беморда нафас олиш қийинлашади.

Ҳиқилдоқ фибромаси микроларингоскопияда эндоларингиал йўл орқали жаррохлик усулида олиб ташланади. Ҳиқилдоқ фибромаси одатда қайталанмайди.

Ҳиқилдоқ папилломаси хавфсиз фиброэпителиал ўсма бўлиб, ясси ва оралиқ эпителийдан ривожланади. Касалликни инсон папилломаси вируслари чакиради. Бириктирувчи тўқиманинг зичлигига қараб ўсма юмшоқ ёки қаттиқ бўлиши мумкин. Папиллома кенг асосга, баъзан ингичка оёқчага эга бўлади. Ҳиқилдоқ папилломаси болаларда ва катталарда, аммо кўпинча 1,5-5

ёшар болаларда учрайди. У ўғил болаларда қизларга нисбатан 2 марта, эркакларда аёлларга нисбатан 4 марта кўп кузатилади. Папиллома ташқи кўринишда тут мевасини, рангли карамни ёки хўроз тожини эслатади, ранги оч-пушти, баъзан кулранг бўлади.

Кўпинча ҳиқилдоқ папиллома олд комиссура соҳасида ва овоз бурмаларининг олд қисмида жойлашади. Болаларда бир нечта папилломалар овоз бурмасида жойлашганда овоз ёриғини торайтириши, нафас олишни қийинлаштириши ва ҳиқилдоқ торайишига олиб келиши мумкин. Папиллома тез ўсади ва даволашга қарамасдан қайталаниб туради, уни саратонга айланиши жуда кам ҳолларда кайд этилади. Баъзан балоғат ёшида папиллома ўз ўзидан сурилиб кетиши мумкин. Катталарда овоз бурмасида якка холда ўсган папиллома ҳам учрайди. У аста-секин ўсиб боради. 25% ҳолларда чуқур жойлашган ва қаттиқ папиллома яссихужайрали саратонга айланиши мумкин. Шунинг учун ҳиқилдоқ папилломасини саратон олди касаллиги сифатида ҳам баҳолаш мумкин.

Папиллома овоз бурмаларида жойлашганлиги туфайли беморда овознинг буғилиши, баъзан афония, ҳиқилдоқ орқали нафас олишнинг қийинлашиши ва ҳиқилдоқнинг торайиш белгилари кузатилади. Шунинг учун узоқ вақт давомида овози буғилган бемор албатта оториноларинголог ва онколог кўригидан ўтиши лозим.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, ларингоскопия (болаларда - бевосита, катталарда - билвосита) ва гистологик текширувлар асосида қўйилади.



20-расм. Ҳиқилдоқ папиломатози

Даволаш. Ҳиқилдоқ папилломаси эндоларингиал йўл орқали жаррохлик усули ёрдамида олиб ташланади. Папилломатоз асосан жаррохлик амали ёрдамида даволанади. Беморга интерферон буюрилади, мускул орасига ҳафтада 3 марта 100-150 000 МЕ/кг “Рауферон” юборилади.

Папилломанинг қайталанишини олдини олиш мақсадида шиллик пардага 2 кунда 1 марта ўсмага қарши препаратлар: 30% подофиллин, 0,5% колхамин, 30-50% проспидин (малхами, аэрозоли) суртилади. Жами 15-20 муолажа ўтказилади.

Жароҳат майдонидаги папиллома қолдиқларига совуқ харорат - криотерапия (183 - 195 °С суюқ азот), ультратовуш нурлари (кескинлиги 2 Вт/см², узлуксиз 5 дақиқа давомида) ва лазер карбонати (қуввати 15-25 Вт, экспозиция вақти 0,1-0,5 сония) таъсир этилади.

Қайталанган папилломатозда жаррохлик амали, цитостатик - ёки физикавий омилларни маҳаллий қўллашдан ташқари беморга умумий кимё терапияси буюрилади. Мускул орасига ва томир ичига 2500-3500 мг проспидин (болаларда -1000-2400 мг, 1 кг тана вазнига 3 мгдан).

Ўсмага қарши препаратлар элеутерококк, витамин А, кальций препаратлари, бром ва новокаин билан бирга қўлланади. 0,5 -1 - 2% новокаин 2, 5, 10 мл микдорда томир ичига юборилади (жами 25 муолажа). Даволаш тадбирларига қарамасдан ҳиқилдоқ папилломатозидида беморнинг соғайиши 60% ташкил килади.

ҲИҚИЛДОҚ КИСТАСИ кам учрайди ва ҳиқилдоқ усти копкоғининг ҳиқилдоқга караган юзасида, ҳиқилдоқ қоринчаларида жойлашади. У шиллик без тешигининг ёпилиб қолиши натижасида ривожланади ва жуда секин ўсади, катталашмайди. Кичик киста беморни безовта қилмайди.

Таъхис бевосита ларингоскопия, рентгенография ва компьютерли томография текширувларида, баъзан ларингофиссурада аниқланади.

Ҳиқилдоқнинг фаолияти бузилган ҳолларда киста ларингоскопия остида, илгак ёрдамида олиб ташланади. Ҳиқилдоқ кистаси одатда қайталанмайди.

ҲИҚИЛДОҚ АНГИОМАСИ кенгайган қон (*гемангиома*) ёки лимфа томирлардан (*лимфангиома*) ўсади. У овоз ёки чўмичҳиқилдоқ усти бурмаларида, баъзан ҳиқилдоқ қоринчаларида жойлашади. Ўсма секин ўсади, кўп катталашмайди, ҳиқилдоқ ёриғи томон ушиб, нафас олишни қийинлаштиради.

Гемангиома капилляр (артерия томирларидан ўсган) ва каверноз (вена томирларидан ўсган) ангиомаларга бўлинади. Уларнинг ранги кўкимтир ёки қизил бўлади. Лимфангиома кенг асосга эга оч-сарик ўсма бўлиб, кўпинча бурун-ҳалқумда жойлашади.

Кичик ангиома овоз бурмасида жойлашганда беморда овозининг буғилиши кузатилади. Ўрта ёки йирик ангиомалар ҳиқилдоқнинг бошқа функцияларини ҳам бузиши мумкин, шунинг учун улар эндоларингиал йўл орқали олиб ташланади.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИга ясси хужайрали саратон, базал хужайрали саратон, саркома ва бошқа хавфли ўсмалар киради.

Ҳиқилдоқ *саратони* эркаларда аёлларга нисбатан кўп учрайди (12,5 : 1) ва ошқозон, ўпка ва кизилўнғач ракидан кейин тўртинчи ўринни эгаллайди. У кўпинча 50-60 ёшда ривожланади.

Ҳиқилдоқ саратонининг ривожланишига атроф муҳит ҳавосини ифлослантирган тутун, ишлаб чиқариш чанги (анилин буёқлар, хром ва радий-фаол моддалар), нефтни қайта ишлаш маҳсулотлари, тошқўмир чанги, нитрозаминлар, инсектицидлар, тамаки тутинидаги ис газы ва бошқа канцероген моддалар сабаб бўлади. Кимёвий моддаларни организмга узоқ вақт таъсир этиши, чекиш, нутқ касб эгаларида овознинг зўриқиши касалликнинг ривожига ёрдам беради.

Афсуски ҳиқилдоқ саратони йилдан-йилга кўпайиб бормоқда. Бундан ташқари, 75% ҳолларда беморлар тиббий ёрдамга касалликнинг кечки III ва IV босқичларида мурожаат қиладилар.

Тарқалиш даражаси бўйича ҳиқилдоқ саратони 4 босқичда кечади:

I-босқич - ўсма ҳиқилдоқ қаватларининг бирида чегараланган майдонни эгаллайди;

II-босқич - ўсма ҳиқилдоқнинг битта қаватига тарқалиб, шиллик ва шиллиқости пардасида жойлашади, ён тўқималарга тарқалмайди, ҳиқилдоқ бўлимининг ҳаракатига таъсир қилмайди;

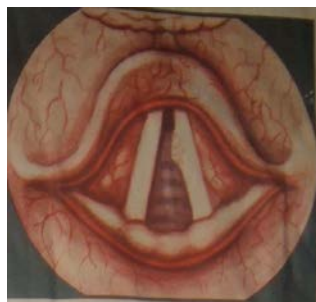
III-босқич - ўсма ҳиқилдоқнинг бошқа қаватларига, шу жумладан ҳиқилдоқ қоринчаларига тарқалади. Бу босқичда зарарланган томонда ҳиқилдоқнинг ҳаракати чегараланади, маҳаллий метастазлар ривожланади.

IV-босқич- ўсма атроф тўқима ва бошқа аъзоларга тарқалади (ҳалқум, тил илдизи, қалқонсимон без ва трахея). Икки томонда ҳиқилдоқ ҳаракати чегараланган булади, маҳаллий ва узоқ метастазлар ривожланади.

Ҳиқилдоқ саратони одатда бирламчи жараён сифатида ривожланади, баъзан у оғиз бўшлиғи, ҳалқум ёки қалқонсимон без ўсмаларидан сўнг пайдо булади. Меъёра оддий тўқима саратон ўсмасига айланмайди, унга беморда мавжуд бўлган саратон олди касаллиги сабаб бўлади. Саратон олди касалликларга ҳиқилдоқ папилломатози, пахидермияси, лейкокератози, лейкоплакиялари киради. Жойлашуви бўйича ҳиқилдоқ саратони куйидагиларга булинади: 1) вестибуляр саратони (ҳиқилдоқ даҳлизи ўсмаси); 2) ҳиқилдоқ ўрта бўлимининг саратони (овоз бурмалари ўсмаси) ва 3) овозости бўлимининг саратони.



21-расм. Ҳиқилдоқ саратони



22-расм.. Ҳиқилдоқ ўрта қисми саратони

Гистологик тузилиши бўйича ҳиқилдоқ саратони яссиҳужайрали ўсма бўлиб, кўпинча мугизланувчи ва баъзан мугизланмайдиган шаклда бўлади. Ҳиқилдоқ раки овоз бурмалари ва ҳиқилдоқ деворини қоплаган цилиндр эпителий орасидаги яссиҳужайрали эпителийдан ўсади. Ҳиқилдоқ касалликларида цилиндр тукли эпителий, ясси эпителий саратон жараёнининг манбаига айланади. Ҳиқилдоқ шиллик пардасининг безларидан кўпинча аденокарцинома ривожланади.

Ўсманинг ўсиши ва метастаз бериши хужайранинг такомиллашиш даражасига боғлиқ булади. Такомиллашган ўсма секин ўсади, метастаз беришга мойил бўлмайди. Яссиҳужайрали музигланмайдиган ва хужайра такомиллашиши паст даражада бўлган ҳиқилдоқ саратони тез тарқалиб, тез метастаз беради, яссиҳужайрали мугизланувчи саратон - секин ўсади ва кеч метастаз беради.

Ҳикилдоқ саратонининг *экзофит* ўсиши, яъни шиллиқ парда юзидан ҳикилдоқ ёриғи томон ўсиши беморда тез орада ҳикилдоқ торайиши ва нафас етишмовчилигининг ривожланишига сабаб бўлади.

Ҳикилдоқ саратонининг *эндофит* ўсиши, яъни тўқима ичига ўсиши овоз бурмалари остида жойлашган саратонда кузатилади. Эндофит саратоннинг дастлабки босқичларида ларингоскопияда шиллиқ парда билан қопланган айлана буртиш ва қон томирлар кўринади.

Ҳикилдоқ усти қопқоғининг саратонида бемор ютинганда нохушлик, томоғида ёт жисм ҳис этишига шикоят қилади. Кейинчалик ўсма катталашиб яраланади, шунда беморда сабабсиз ёки ютинганда томоғи оғрийди, оғриқ қулоқ соҳасига тарқалади. Ларингоскопияда оқ-пушти ёки кулранг, баъзан ярали майдончалари қараш билан қопланган кичик ўсма кўзга ташланади.

Ҳикилдоқ юқори қаватининг саратони (дахлиз бурмалари, ҳикилдоқ қоринчалари саратони) узок вақт субъектив белгиларсиз кечади. Беморда енгил дисфония, овознинг ўзгариши ва тез толиқиши кузатилади.

Ларингоскопияда дахлиз бурмаларининг бири қалинлашганлиги (айниқса, олд қисми), дахлиз бурмаси ҳамда ҳикилдоқ қоринчаларининг шиллиқ пардаси қалинлашиб, овоз бурмаларини ёпиб турганлиги кўринади. Компьютер томография аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Ҳикилдоқ юқори қаватининг саратони бошқа қаватларининг саратонига қараганда оғир кечади. Бу жойда лимфа тури яхши ривожланганлиги ва ҳикилдоқ усти қопқоғининг ҳаракатчанлиги сабабли саратон жараёни маҳаллий лимфа тугунларга тез метастаз беради. Бундан ташқари, ҳикилдоқ юқори қаватининг лимфа томирлари тил илдизи ва халқум ён девори лимфа турига тутушганлиги туфайли рақ жараёни ҳикилдоқнинг юқори ва олд қисмига тез тарқалади.

Ҳикилдоқ *ўрта қавати саратонининг* дастлабки босқичларида беморда доимий ва кучайиб борган овоз бўғилиши, кейинчалик афония кузатилади. Шунинг учун у врачга эрта мурожаат қилади.

Ларингоскопияда овоз бурмаларининг юқори юзида ёки эркин четида асоси кенг кичик буртиш ва овоз ёриғига ўсган инфильтрат борлиги аниқланади. Бу манзара экзофит ўсган саратонда кузатилса, эндофит ўсган саратонда - овоз бурмаси пушти рангда қалин ва арқонсимон бўлиб кўринади, ҳаракати чегараланади.

Саратоннинг бир томонлама ривожланиши эрта ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Ўсманинг бир томонлама ўсиши уни яллиғланиш жараёнидан, юкумли гранулема, захм ва сил касалликлардан фарқлашга ёрдам беради. Захм ва силни инкор этиш учун бемор махсус тиббий муассасаларга юборилади. Баъзан ҳикилдоқ саратони сил ва захм билан бирга кечиши мумкин. Бу ҳолда ташхис биопсия натижаси асосида қўйилади.

Ҳикилдоқ *пастки қаватининг саратони* бошланғич босқичда ноаниқ кечади. Йирик ўсма беморда овоз ва нафас фаолиятининг бузилишига олиб келади (овознинг пасайиши, енгил хансираш, кейинги босқичларда овознинг бўғилиши ва нафас олишнинг қийинлашиши).

Экзофит ўсган саратон билвосита ларингоскопияда, эндофит ўсган саратон - бевосита ларингоскопия, микроларингоскопия, фиброларингоскопия, биопсия, эндофотография, электрон ларингостробоскопия, радиоизотоп нурлаш, ультратовуш биолокацияси, компьютер томографияси, термография текширув усуллари ёрдамида аниқланади.

Саратоннинг асосий ларингоскопик белгиси - бу ҳикилдоқ деворида ўсма борлиги ҳисобланади ("+" туқима"). Саратон жараёнига шубҳа туғилганда албатта биопсия текшируви ўтказилади.

Ҳикилдоқ саратони кечки босқичларининг белгилари унинг жойлашувига боғлиқ бўлмасдан, узига хос умумий белгилар билан намоён бўлади: овозни бўғилиши ёки афония, йўтал, қон аралаш балғам ажралиши, ютинганда оғриқни қулоқ соҳасига тарқалиши, нафас олишнинг қийинлашиши. Саратон жараёни ҳикилдоқ тоғайларига тарқалганда беморда ички ва ташқи перихондрит ривожланади. Ўсма ярага айланиб парчаланганда ёки иккиламчи инфекция билан зарарланганда беморнинг оғзидан бадбўй хид келади, катталашганда - ҳикилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи ривожланади. Кескин захарланиш натижасида бемор озиб кетади, унда баъзан ўлим ҳолатига сабаб бўлган аррозив қон оқишлар кузатилади. 2-10% ҳолларда беморда узок метастазлар ривожланиб, аҳволини янада оғирлаштиради. Кўпинча метастазлар ўпка, баъзан кўкс оралиғи, плевра, жигар ва бош миёда жойлашади.

Даволаш. Беморда мужассамлашган даволаш усули қўлланади (масофали гамматерапия, жарроҳлик усули ва кимё терапия). Даволашнинг қайси усулини қўллаш касаллик босқичига, патологик жараёнининг жойлашувига ва ўсманинг хусусиятига боғлиқ. Булади.

1. *Масофали гамма-терапия* кўпинча ҳиқилдоқ саратонининг I ва II босқичларида қўлланади (умумий миқдори 6000-7000 рад.). 3000 рад (30 Гр) таъсирдан сўнг ўсма сезиларли даражада кичрайса, унда беморга даволаш миқдорининг тўлиқ дозаси буюрилади. Агар ўсманинг ҳажми ярмидан кам даражада кичрайса гамма-терапия тўхтатилиб, жаррохлик амали бажарилади. Гамма-терапияда ҳиқилдоқ ўрта қаватининг саратони радиийга сезгирлиги баланд, дахлиз саратонининг сезгирлиги кам булганлиги ва ҳиқилдоқ пастки қаватининг саратони радиийга сезгир эмаслиги эътиборга олинади.

2. *Жаррохлик усули ёрдамида даволаш.* Ҳиқилдоқ саратонини даволашда бир неча жаррохлик усуллари ишлаб чиқилган:

- а) ўсмани эндоларингиал йўл орқали олиб ташлаш - бу усул ҳиқилдоқ ўрта қавати саратоннинг бошланғич босқичида бажарилади;
- б) тиреотомия ёки ларингофиссура, яъни хордэктомия ёрдамида ташқи йўл орқали ўсмани олиб ташлаш жаррохлик усули. Бу усул ҳиқилдоқ ўрта қавати саратонининг II босқичида қўлланади. Тил ости суяги остидаги фаринготомияда бу жаррохлик амали ҳиқилдоқ усти қопқоғининг экстирпацияси деб аталади ва усма ҳиқилдоқ усти қопқоғининг бирикмаган қисмига тарқалганда қўлланади;
- в) ҳиқилдоқ резекцияси - горизонтал, сагитал, фронтал гемиларингэктомия деб аталади ва ўсма овоз бурмалари ҳамда олд комиссурага тарқалганда, ҳиқилдоқ пастки қавати чегараланган саратонида ҳамда чўмичсимон тоғайлар юқори қавати саратонида қўлланади;
- г) ларингэктомия ёки ҳиқилдоқ экстирпацияси - бу жаррохлик амалида ҳиқилдоқ бутунлай олиб ташланади, у ҳиқилдоқ резекциясини қўллаш имкони бўлмаган ҳолларда бажарилади;
- д) кенгайтирилган ларингэктомия - бунда ҳиқилдоқ тил ости суяги, тил илдизи, ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ён девори билан бирга олиб ташланади.

Ларингэктомия беморнинг ногиронлигига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқсиз бемор унинг асосий функцияларидан маҳрум бўлади; ҳаво оқими пастки нафас йўлларида бўйин соҳасида ҳосил қилинган трахеостома орқали киради, шунинг учун у етарли даражада иситилмайди, намланмайди ва тозаланмайди. Бундан ташқари, бўйнида ҳосил қилинган тешик ёки трахеоканюля туфайли бемор атрофдагилар билан гаплашиб билмайди ва бу унинг асабига салбий таъсир кўрсатади. У ўзини жамиятдан ажралиб қолгандай ҳис этади. Ларингэктомияни бошдан кечирган бемор меҳнат фаолиятига қайтиш ва ҳиқилдоқсиз фонация кўникмаларини эгаллаш зарурати туғилади. Ҳиқилдоқсиз беморнинг овозини тиклашнинг бир нечта усуллари ишлаб чиқилганбулиб, бунда йўқотилган овоз вазифаси илгари бу вазифасини бажармаган аъзоларга, қизилўнгач ва унинг атрофидаги анатомик тузилмаларга (меъданинг кардиал қисми, ҳалқум, оғиз бўшлиғи, тил, тиш) юклатилади. Ҳиқилдоқсиз нутқ куникмасини эгаллаш жуда қийин, аммо бир томондан врачнинг сабр тоқати ва маҳорати, иккинчи томондан беморнинг хоҳиши бу машаққатли ишни уddалашга ёрдам беради.

Ҳиқилдоқ олиб ташланганидан сўнг юзага келган айрим нуқсонларни бартараф этиш мақсадида қайта тиклаш жаррохлик амали бажарилади; ҳиқилдоқнинг ўсма билан зарарланган қисми кесиб олингандан сўнг унинг пастки қисми, трахея билан бирга тепага кўтарилади ва ҳалқум, тил ости суяги, тил илдизи ва тилнинг орқасига тикилади. Бу жаррохлик амали крико-ёки трахеолингвофарингопексия деб аталади.

3. *Мужассамлашган терапия* - жаррохлик амали ва гамма- терапияни бирга қўллаш усули бўлиб, у қуйидаги вариантларда утказилади:

- а) даволаш жаррохлик амалидан бошланади, 2-3 ҳафтадан сўнг гамма-терапияга ўтилади; бу усул ҳиқилдоқнинг юқори қавати саратонининг III босқичида, ҳиқилдоқ барча қаватлари саратонининг III босқичида, ҳиқилдоқ перихондрити ёки ҳиқилдоқ торайишида қўлланади;
- б) дастлаб гамма-терапия, кейин жаррохлик амали бажарилади - бу усул ҳиқилдоқ ўрта қавати саратонининг III босқичида, гамма- терапиядан сўнг жаррохлик амали 2 ойдан кейин бажарилади;
- в) "сандвич" гамма- терапияси- бунда дастлаб гамма-терапиянинг ярим миқдори, кейин жаррохлик амали, ундан сўнг яна гамма-терапиянинг қолган миқдори ўтказилади. Бу усул гамма-терапиянинг ярим миқдори таъсирида ўсманинг ҳажми ярмига кичрайганда қўлланади.

4. *Кимё терапия* даволашнинг асосий усуллари, яъни гамма- терапия ва жаррохлик амалига қўшимча даволаш усули сифатида қўлланади. Жаррохлик амали ёки гамма-терапияни қўллаш имкони бўлмаган ҳолларда, баъзан кимё терапия асосий даволаш усулига айланади. Бунда фторбензотэф, метотрексат, блеомицин, проспидин препаратлари ишлатилади.

Кимё терапиянинг бир қисми ҳисобланган гормонал терапия гамма-терапия самара бермаган ва жаррохлик амалини қўлаш имкони бўлмаган ҳолларда кулланади. Эркакларда эстраген гуруҳи препаратлари- синестрол (мускул орасига ёки тери остига кунига 60-100 мг, жами 2500-3500 мг) юборилади. Гармонотерапия ҳиқилдоқ даҳлизи саратонида яхши самара беради.

Ҳиқилдоқ саратонида утказилган даволаш тадбирларининг самараси бемор умрининг яна 5 йилга узайиши билан улчанади. Касалликнинг барча босқичларида қўшма даволаш усули, дастлаб жаррохлик амали, кейин гамма-терапия ўтказилади. Бунда ҳиқилдоқ саратонининг II босқичида 71 - 75%, III босқичида 25-35% беморларнинг умри яна 5 йил ва ундан ортиққа чўзилади. Ҳиқилдоқ саратонининг I босқичида гамма-терапиянинг ўзи 80-90% ҳолларда беморларнинг клиник соғайишга олиб келиши мумкин.

Ҳиқилдоқ саратони қайталанган беморда оғир асоратлар ривожланиши мумкин. Шунинг учун бу касалликни ўз вақтида аниқлаш ва олдини олиш чора тадбирлари муҳим аҳамият касб этади:

1) врачларнинг (оториноларинголог, терапевт, педиатр, окулист ва бошқ.) онкологик касалликларига бўлган хушёрлигини ошириш;

2) корхоналарда концероген моддалар билан ишлайдиган ишчиларни доимий равишда профилактик кўриклардан ўтказиш ва сурункали гипертрофик ларингит, монохордит, ҳиқилдоқ папилломаси аниқланган беморларни диспансер назорати остига олиш;

3) ЛОР- врачга мурожаат қилган барча беморларда бошқа аъзолар билан бир қаторда ҳиқилдоқни ҳам албатта кўздан кечириш;

4) беморларни синчковлик билан текшириш: бўйиннинг ташқи юзасини кўздан кечириш, маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслаш, билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг барча бўлимларини ва анатомик қисмларини тепадан пастга, орқадан олдинга навбатма-навбат кўздан кечириш, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг бирикиш жойини кўздан кечириш; .

5) ташхис қўйишда қўшимча текширув усуллардан кенг фойдаланиш: микроларингоскопия, фиброларингоскопия, электрон ларингостробоскопия, рентгенография, компьютер томография, эхолокация, термография, радий изотоп ва флюоресцент текширув усуллари, махсус биокимевий реакцияларни ўтказиш, балғам, суртма, ўсма инфильтрати, аспирация ва пунктатнинг цитологик, ўсма тўқимаси бўлагининг гистологик текшируви (биопсия).

ҲИҚИЛДОҚ САРКОМАСИ кам учрайди ва кўпинча ўрта ёшдаги эркакларда, баъзан болаларда кузатилади. Ўсма одатда шиллик ости пардасининг бириктирувчи тўқимасидан ёки тоғай усти пардасидан ўсади.

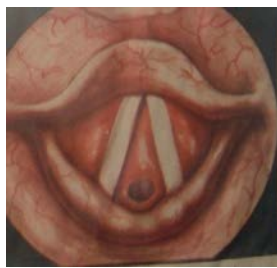
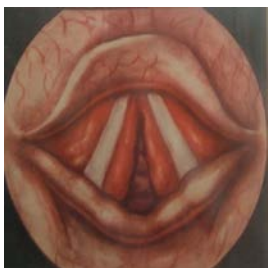
Гистологик тузилиши бўйича ипсимонхужайрали, полиморфхужайрали, айланахужайрали, альвеоляр саркома, лимфосаркома, фибросаркома ва миосаркома тафовут этилади. Лимфосаркома ва альвеоляр саркома ўта хавфли ўсмалар гуруҳига киради. Кўпинча саркома овоз бурмаларида жойлашади, Унинг ҳажми турлича бўлиши мумкин. Ўсманинг юзи нисбатан текис, ранги қон томирларга бойлигига билан боғлиқ бўлади. Маҳаллий метастазлар касалликнинг бошланғич босқичларида ривожланади, узок аъзоларга тарқалган метастазлар - кам кузатилади.

Ҳиқилдоқ саркомасини даволашда гамма-терапия ва жаррохлик усуллари қўлланади, баъзан беморга қўшимча кимё терапия берилади. Даволашдан сўнг саркома қайталаниши мумкин.

ҲИҚИЛДОҚ СКЛЕРОМАСИ. Касалликнинг бошланғич босқичида бемор бурнидан қалин ажралма оқишига, тумовга, бурун орқали нафас олиши қийинлашганлигига, бурун бўшлиғининг қуруқлигига, унда пўстлоқлар тўпланишига шикоят қилади.

Кейинчалик беморда овозининг буғилиши, йўтал, хансираш пайдо булади. Нафас фаолиятининг

бузилишлари секин ривожланади, шунинг учун бемор унга мослашиб врачга мурожаат қилмайди. Бундан ташқари бемор умумий ҳолсизликга, тез чарчашига, боши оғришига, иштаҳаси пасайганлигига шикоят қилади. ташхиси беморнинг шикоятлари, анамнез, клиник белгилар, микробиологик ва гистологик текширув натижалари асосида қўйилади.



23-расм.

24-расм. Ҳиқилдоқ
склеромаси

ХИҚИЛДОҚ СИЛИ кўп учрайди. Касаллик гематоген йўл орқали тарқалади. Яллиғланиш жараёнининг жойлашуви касалликнинг тарқалиш йўлига боғлиқ бўлади: ҳиқилдоқ даҳлизининг сили инфекция гематоген йўл орқали тарқалади, ўрта ва пастки бўлимларининг сили спутоген йўл (сўлак орқали) орқали тарқалади ривожланади. Ҳозирги кунда инфекция асосан гематоген (лимфоген) йўл орқали тарқалиши аниқланган.

Ҳиқилдоқ силининг клиник белгилари жараёнининг кечимига боғлиқ. Касаллик ўткир, ноаниқ ва сурункали шаклларда кечади. Бемор томоғи оғришига, қуришига, қичишига, овози буғилишига шикоят қилади.

Дисфония, яъни ҳиқилдоқ овоз фаолиятининг бузилиши 3 даражага бўлинади:

I даражали дисфония - беморнинг овози вақти-вақти билан буғилади;

II даражали дисфония - беморнинг овози доимий равишда буғилган бўлади;

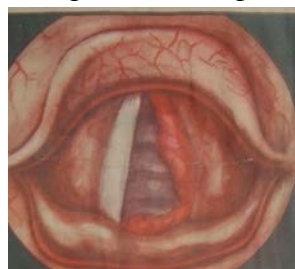
III даражали дисфония - беморда афония ривожланади.

Хиқилдоқ силида кузатиладиган ютиниш бузилишлари (дисфагия) оғриқнинг кескинлиги бўйича 3 даражага бўлинади:

I даражали дисфагия - овқатни ютиш пайтида вақти-вақти билан беморнинг томоғи оғрийди;

II даражадали дисфагия - оғриқ доимий бўлиб, бемор ютинганда, йўталганда, гапирганда кучаяди,

III даражали дисфагия - беморда доимий равишда кучли, кулоқ соҳасига тарқалувчи оғриқ кузатилади.



Инфильтрация, ҳиқилдоқнинг ташқи ва ички бўлимларининг шиши стенотик нафас белгисининг ривожланишига олиб келади.

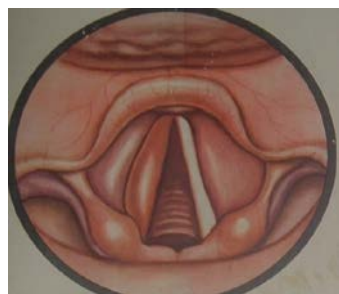
Овоз бурмаларининг сили дастлабки босқичларда асосан ҳиқилдоқ орқа қисмининг қизариши, инфильтрацияси, яъни монохондрит белгилари билан намоён бўлади. Инфильтрат яраланганда туби оч – кул ранг кичик лентиккуляр яра ҳосил бўлади. Баъзан овоз бурмаларининг чети яраланади. Бу яранинг чети нотекис ейилган бўлади.

25-расм. Ҳиқилдоқ сили

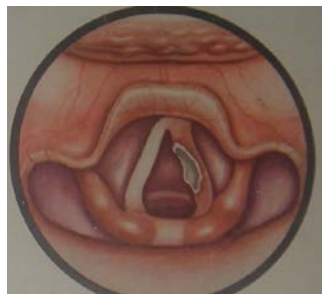
Жараён чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиғига ҳам тарқалиши мумкин. Бу ерда овоз ёриғи томон ўсган туберкулома ҳосил бўлади. Даҳлиз бурмаларида жойлашган сил инфильтратлари уларнинг шаклини ўзгартириб, ларингоскопияда бурмалар юзи силлиқ ёки ғадир-будур болишчага ўхшаб кўринади. Даҳлиз бурмалари овоз бурмаларини ёпиб турганда беморда ҳиқилдоқ торайиши ҳолати юзага келади, инфильтратлар парчаланганда эса чуқур яра ҳосил бўлади. Сил жараёни ҳиқилдоқ усти қопқоғига тарқалиши мумкин. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг шиллиқ пардаси қалинлашиб, анча катталашади ва ҳиқилдоққа кириш жойида ўсмага ўхшаб осилиб туради

Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ўткир экссудатив жараёни тез ривожланиб, перихондрий ва тоғайлар устига тарқалган ярага айланади, айрим ҳолларда ҳиқилдоқ усти қопқоғи емирилади.

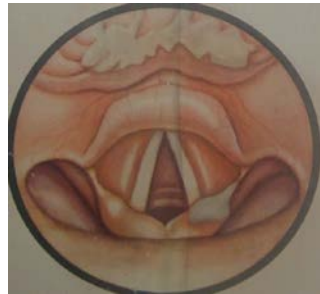
Патологик жараён чўмичсимон тоғайларга тарқалганда уларнинг шиллиқ пардаси шишади ва бу шиш чўмичҳиқилдоқ усти бурмаларига ҳам тарқалади, шиллиқ пардадаги сил яралари чуқурлашиб ҳиқилдоқ тоғайларининг яллиғланишига олиб келади. Ҳиқилдоқ тоғайларининг емирилиши ва секвестрацияси ҳоллари кам учрайди.



А



Б



В



Г

26-расм. Хиқилдоқ сили.

А- хиқилдоқ сили; Б-яралли сили; В-иккиламчи сили; Г-учламчи сили

Ҳалқум ва ҳиқилдоқ сили носпецифик ларингит, ҳиқилдоқ ўсмалари, захми, склеромаси ва лейкоздаги ҳалқум ва ҳиқилдоқда ривожланган патологик жараёнлардан фарқланади. Юқори нафас йўллари ва оғиз бўшлиғи силини уз вақтида аниқлаш учун балғамни сил микобактериясига текшириш ва кўкрак қафасининг флюорография текширувлари бажарилади.

Даволаш. Оғиз бўшлиғи ва юқори нафас йўллари силини даволашда стрептомицин, изониазид ва бошқа силга қарши воситалар қўланилади. Оғрикни камайтириш учун беморга ёғли ингаляциялар, оғиз бўшлиғини анестетик эритмалари билан чайиш ва бурунга томизиш тавсия қилинади. Яралар 5-20% кумуш нитрат ва учхлорсирка кислотаси билан куйдирилади. Беморга пархез таомлар буюрилади. Юқори ҳиқилдоқ асаб толасининг вагосимпатик ва тери ичи новокаин блокадалари бажарилади. Бемор диспансер назоратида бўлади.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Масала №1

27 ёшар беморга «Бўйин ўрта кистаси» ташхиси қўйилган ва жаррохлик амали ўтказилди. Операция маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилди. Операциядан сўнг бемор жароҳат майдони кескин оғриганлигига шикоят қилади. Жарроҳ тузилма асоси остига 0,5% анестетик эритмасини юбориб, операцияни давом эттирди, аммо 5 дакикадан сўнг беморда ҳансираш, буғилиш ва акроцианоз белгилари пайдо бўлди.

Ушбу асорат нима билан боғлиқ? Бундай вазиятда жарроҳ қандай шошилиш чораларни қўллаши лозим?

Масала 2

Бемор 17 ёшда, бўйнининг ён томонида нуктасимон тешик борлигига ва шу тешик орқали вақти-вақтида тиник суюқлик оқишига шикоят қилади.

Объектив текширувда чап томонда бошни силкитувчи мускул ўртасининг ички четида оқма борлиги аниқланди. Тешик ичига 2 мм чуқурликка кийинчилик билан зонд киритилди. Пайпаслаганда бошни силкитувчи мускулга параллел жойлашган юқорига қўтариловчи қалин тузилма борлиги аниқланади. Вальсальва синамасидан сунг тузилма буйлаб копчасимон шиш ҳосил бўлди. Буртиш соҳаси босилганда оқма тешигидан ва чап бодомча усти чуқурчасидан шилимшиқ ажралма оқади.

Ташхис қўйинг.

Масала 3

Бемор 7 ёшда. Уч ёшида беҳосдан каустик сода эритмасини ичиб юборган. Ўша пайда болага ҳеч қандай даволаш тадбирлари ўтказилмаган. Ҳозирги пайтгача ўзини яхши ҳис этган. 4 кун илгари қовурилган думба егандан сўнг бола овқат ейишдан ва ичишдан бош тортган. Ташки текширувда бола озгин, тери ости қоплами кам ривожланган, тили қуруқ, зўрға юради, уни чанкоклик безовта қилади, бола тинмай сув сўрайди, сув ичгандан сўнг шу захотиёқ қусиб ташлайди. Ҳалқум ва ҳиқилдоқ соҳалари ўзгаришсиз.

Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин? Қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши лозим? Врач тактикаси қандай бўлади?

Масала 4

Бемор 60 ёшда, овози буғилганлигига, овқатланганда овқат парчалари томоғига учишига, манқаланишига шикоят қилади. Ўзини 30 йил давомида касал деб ҳисоблайди. Кўп вақт давомида бурнидан бадбўй ҳидли йирингли ажралма оқишини таъкидлайди. Овози ўзгармаган, ютиниш ҳаракати эркин. Бемор даволанмаган.

Фарингоскопияда қаттиқ танглай марказида 0,5 см тарқиш борлиги аниқланади. Тирқиш ёриғига киритилган зонд ўнг бурун бўшлиғидан кўринади. Юмшоқ танглай чандикли ўзгариб, айрим майдонларда ҳалқумнинг орқа девори билан бирикиб кетган.

Ларингоскопия ҳиқилдоқ усти копқоғининг япроғи йўқлиги аниқланди. Ҳиқилдоқ усти копқоғининг танаси, чўмич-ҳиқилдоқ усти ва сохта бурмаларнинг шакли чандиклар туфайли ўзгарган, чандиклар ноксимон синусларга ҳам қисман тарқалган. Ҳиқилдоқнинг ўнг томони ҳаракатчан. Овоз ёриғи нафас олиш учун етарли.

Ташхис қўйинг. Яна қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши лозим?

Масала 5

45 ёшар аёл гўштли шўрва ичаётган пайтда тўсатдан томоғига овқат луқмаси тикилиб қолган. Аёл томоғи оғриганини ҳис этиб, қусишга уринган, нон бўлақларини юта бошлаган. Шунга қарамасдан унинг аҳволи енгиллашмаган. Оғриқ буйиннинг пастки бўлимида жойлашиб, ютинганда кучаяди.

Текширувда ҳиқилдоқҳалқумнинг шиллиқ пардаси шилинганлиги, ҳиқилдоқ усти копқоғининг эркин четида гематома, ноксимон чўнтакларда "сўлак ҳавзаси" ҳосил бўлганлиги аниқланди. Овоз ёриғи эркин. Қолган ЛОР-аъзолар ўзгаришсиз.

Ташхисни аниқлаш учун нималар қилиш керак? Врач қандай даволаш усуллари куллайди?

Масала 6

Бемор тўш суягининг орқаси оғришига, ютиниши қийинлашганлигига шикоят қилади. Бу шикоятлар 4 соат илгари гўштли шўрва ичаятганда томоғига овқат луқмаси тикилиб қолгандан сўнг пайдо бўлган.

Объектив текширувда беморнинг умумий ахволи коникарли. Бир културм сув ичишга уринсада ича олмайди. Халқумнинг орқа девори шилинган.

Ларингоскопияда ноксимон чунтакларда кизилунгачга кириш майдонида "сулак хавзалари" ҳосил бўлганлиги кузга ташланади. Ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси ўзгаришсиз. Овоз бурмалари ок рангда, ҳаракатчан. Овоз ёриғи кенг.

Ташхис қўйинг. Ташхисни аниқлаш учун яна қандай қушимча текширувлар утказилиши лозим? Беморга шошилиш тиббий ёрдам курсатиш усулларини санаб утинг.

Масала 7

Бемор 68 ёшда, шифохонага тўш суяги орқасининг оғриши, нафас ҳаракатлари кескин қийинлашганлиги каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Бемор учун ҳатто сўлагини ютиш оғриқли ва қийин кечади. Бу ҳолат 1 соат илгари гўштли шўрва ичаётган пайтда томоғига овқат луқмаси тикилиб қолгандан сўнг пайдо бўлган. Беморнинг юз кўриниши азобланган, бошини бироз олдинга эгиб туради. Оғиз бўшлиғида 6 дона тиши бор.

Милқларининг шиллиқ пардаси бироз инфилтрланган. Халқум орқа деворининг шиллиқ пардаси шилинган. Ноксимон чўнтакларда кизилўнгачга кириш майдонида "сўлак хавзалари" ҳосил бўлганлиги кўринади.

Ташхис қўйинг. Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 8

Бемор йўталга, овози пасайганлигига, тана ҳарорати кўтарилганига шикоят қилади. Бу ҳолат 2 кун илгари совук пива ичгандан сўнг пайдо бўлган. Бугун касаллик белгилари зўрайган.

Текширувда беморнинг умумий ахволи қониқарли, тана ҳарорати $37,5^{\circ}\text{C}$. Бурун ва оғиз бўшлиғининг яллиғланиши кузатилмайди.

Ларингоскопия: ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси қизарган. Овоз бурмалари пушти рангда, бироз инфилтрланган, овоз ёриғи нафас олиш учун етарлича кенг. Қолган ЛОР-аъзолар ўзгаришсиз.

Ташхис қўйинг. Беморни қандай даволайсиз?

Масала 9

3 ёшар бола кечаси уйқу пайтида тўсатдан қув-қув йўталиб, шовқинли нафас ола бошлади. Нафас ҳаракатида барча ёрдамчи мускуллар иштирок этади. Бола безовта, лаблари кўқарган, совук терга ботган, овози ўзгаришсиз, тана ҳарорати бироз кўтарилган. Нафас етишмовчилиги ва буғилиш ҳолати бола соғ пайтида юзага келган.

Ташхис қўйинг. Беморга қандай шошилиш тиббий ёрдам кўрсатилиши лозим?

Масала 10

Бемор томоғи оғришига, оғриқ ўз ўзидан ёки ютинганда пайдо бўлишига, тана ҳарорати $38,9^{\circ}\text{C}$ кўтарилганлигига ва умумий ҳолсизликка шикоят қилади. Бугун кечаси буғилганлигини ҳис этган. Яримўтроқ ҳолатда нафас олиши бироз енгиллашади. Касаллик 3 кун олдин шамоллашдан сўнг пайдо бўлганлигини таъкидлайди.

Объектив текширувда тери қопламлари ва шиллиқ пардалар рангпар. Тинч ҳолатда беморнинг нафас ҳаракатлари 1 дақиқада 20, томир уриши - 94 тенг. Енгил жисмоний ҳаракатда томир уриши ва нафас олиши тезлашади. Ички аъзоларда патологик ўзгаришлар аниқланмайди. Халқум орқа деворининг шиллиқ пардаси бироз қизарган.

Ларингоскопияда ҳикилдоқ усти қопқоғининг чети ва чўмичсимон тоғайлар соҳаси кескин қизарган. Овоз бурмалари аниқ кўринмайди, қизарган, инфилтрланган, овоз ёриғи торайган.

Ташхис қўйинг. Беморни қандай даволайсиз?

Масала 11

32 ёшар кашанда бемор овози буғилганлигига шикоят қилади. Бу ҳолат 1 йил илгари шамоллашдан сўнг пайдо бўлганлигини ва ўша пайтдан буён овози доимо буғилганлигини таъкидлайди. Шамоллаганда ва респиратор касаллик пайтида бемор шивирлаб гапиради.

Объектив текширувда умумий аҳволи қониқарли. Бурун бўшлиғи ва ҳалқум ўзгаришсиз.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси пушти ва бироз кўкимтир рангда, овоз бурмалари кизарган, калинлашган, ҳаракатчан, овоз ёриғи кенг.

Ташхис қўйинг. Даволашнинг қандай усуллари биласиз?

Масала 12

Беморнинг овози буғилган. Ларингоскопияда чап томонда чин овоз бурмаларининг ҳаракати бузилган.

Бу ҳолатга нима сабаб бўлган деб ўйлайсиз? Беморни текшириш режасини тузинг.

Масала 13

Бемор доимо овози буғилганлигига, респиратор касаллик пайтида нафас олиши қийинлашишига шикоят қилади. Бу ҳолат 2 йил илгари тугунли бўқоқ касаллиги туфайли операцияни бошидан кечиргандан сўнг пайдо бўлганлигини таъкидлайди.

Объектив текширувда умумий аҳволи қониқарли. Бурун ва ҳалқумда патологик ўзгаришлар йўқ. Ларингоскопияда шиллиқ парда пушти рангда, овоз бурмалари оқ, чап овоз бурмаси фонация пайтида ва нафас олинганда ҳаракатсиз, ўрта чизикқа якин жойлашган. Ўнг овоз бурмаси ҳаракатчан, шунинг учун овоз ёриғи нафас олинганда етарлича кенг очилади.

Ташхис қўйинг.

Масала 14

Бемор 59 ёшда, шифохонанинг қабул бўлимига нафас олиши қийинлашган ва овози буғилганлиги сабабли келтирилган. Бундай ҳолатлар илгари ҳам шамоллашдан сўнг кузатилган. Овози буғилганлиги уруш пайтида кўкрак кафаси соҳаси жароҳатидан сўнг пайдо бўлган.

Объектив текширувда умумий аҳволи қониқарли, беморда кескин ҳансираш, овози буғилганлиги кузатилади. Ларингоскопияда овоз бурмалари яллиғланган ва инфильтрланганлиги, бутунлай ҳаракатсиз эканлиги, овоз ёриғи кескин торайганлиги аниқланди. Беморга томир ичига антибиотиклар, 40% глюкоза ва 5% аскорбин кислота эритмалари, мускул орасига преднизолон юборилди, адреналин эритмаси билан ингалицияда қилинди. 1 соатдан сўнг хансираш йўқолди. Ларингоскопияда овоз ёриғи 3 мм кенгайганлиги аниқланди. Бемор тинчланиб, навбатчи врачдан уйга кетишга рухсат сўрашига қарамасдан у даволаш ва кузатув олиб бориш мақсадида ЛОР клиникага ётқизилди. 4 соатдан сўнг, ярим тунда, навбатчи ҳамшира оториноларинголог ҳакимни эркаклар ҳожатхонасига чақиртирди. Бемор ҳушсиз ҳолатда ерга йиқилиб ётар эди. Териси ва лабларининг шиллиқ пардаси кўк-қора рангда, нафас ҳаракатлари йўқ, сийдиги ихтиёрсиз ажралган, оёқлари талвасали тортилар эди.

Навбатчи оториноларинголог беморга қандай шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиши лозим?

Масала 15

Бемор 37 ёшда, вақти-вақти билан респиратор касалликлар билан боғлиқ бўлмаган ҳолда овози буғилишига шикоят қилади. Ўзи ҳақида батафсил гапириб беришни ҳуш кўради. Шивирлаб гапиради. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ яллиғланмаган. Фонация пайтида овоз ёриғи тўлиқ ёпилмайди. Йўтали жарангдор.

Касалликни келиб чиқишига нима сабаб бўлган ва қандай даволаш усуллари қўлланиши лозим?

Масала 16

Бемор 72 ёшда, ютинганда томоғи кескин оғришига ва фақат суяқ овқатлар истеъмол қила олишига шикоят қилади. Ўзини 2 ҳафта давомида касал деб ҳисоблайди. 40 ёшидан буён сил касаллиги бўйича диспансер назорати остига олинган ва бир неча бор махсус даволаш тадбирлари ўтказилган.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқогининг ҳиқилдоқ юзасини, ҳиқилдоқ қоринчасида ва чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмаларининг чўмичсимон тоғайларигача ясси ярали инфильтрат қоплаган. Ҳиқилдоқнинг ҳаракати сақланган, ёриғи кенг. Қусиш рефлекси кучли бўлганлиги туфайли

текширув маҳаллий оғриқсизлантириш (дикаин эритмаси ёрдамида) остида ўтказилди. Текширувдан сўнг бемор оғриқ йўқолганлигини таъкидлади.

Ташхис қўйинг. Текширув режасини тузинг.

Масала 17

Бемор 38 ёшда, Брест вилоятида яшайди. Бурун ва ҳалқум бўшлиғида қуруқлик хис этишига, бурни оркали нафас олиши бироз қийинлашганлигига, хидни сезмаслигига, овози пасайганлигига ва йўталга шикоят қилади. Охирги пайтда ҳолсизланганлигини ва тез толиқишини таъкидлайди. Ўзини 4 йил давомида касал деб ҳисоблайди. Тери қопламлари тоза. Ички аъзоларда патологик ўзгаришлар аниқланмаган. Риноскопияда бурун бўшлиғининг ён девори ва тубида инфилтратлар ҳосил бўлганлиги кўринади. Инфилтратлар устидаги шиллиқ парда қуруқ ва пўстлоқлар билан қопланган. Улар бурунҳалқумнинг ён деворидан юмшоқ танглайга тарқалиб унинг орқа юзининг марказида йўғон тузилма ҳосил қилган.

Ларингоскопияда овоз бурмаларининг остида уларга параллел равишда жойлашган инфилтратлар симметрик йўғон тузилмалар ҳосил қилганлиги куринади. Овоз тарқиши анча кенг, овоз бурмалари ҳаракатчан. Ташхис қўйинг. Текширув режасини тузинг.

Масала 18

5 ёшар болада 2 йил давомида овози буғилганлиги, респиратор касаллик пайтида нафас олишининг бироз қийинлашиши кузатилади.

Объектив текширувда бурун бўшлиғи ва ҳалқумда яллиғланиш белгилари кузатилмайди.

Бевосита ларингоскопия овоз бурмаларининг чети буйлаб ва юзасида гулқарамга ўхшаш гадир-будир инфилтрат ҳосил бўлганлиги кўзга ташланади. Овоз ёриғи бироз торайган. Овоз бурмаларининг ҳаракати бузилмаган.

Ташхис қўйинг. Беморни қандай даволайсиз?

Масала 19

32 ёшар бемор овози буғилганлигига шикоят қилади. Ютинганда томоғи оғримайди. Тахминан 6 ой илгари у иш вақтининг охирида овози пасайганлигини пайқаган, 3 ойдан сўнг эса атрофдагилар ҳам унинг овози буғилганлигига эътибор беришган.

Ларингоскопияда овоз бурмалари рангпар, чап овоз бурмасида, унинг олд ва ўрта қисмининг чегарасида тарикдай айлана оч-қулранг тузилма борлиги аниқланди. Ҳиқилдоқнинг ҳаракати сақланган. Овоз ёриғи меъёрда. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаган.

Ташхис қўйинг. Беморни қандай даволайсиз?

Масала 20

38 ёшар бемор овози бўғиқлигига шикоят қилади. 2 ой илгари эндотрахеал наркоз остида меъдасида бажарилган операцияни бошдан кечирган. Операциядан сўнг томоғи анча вақт давомида оғриганлигини, қон аралаш балғам тупурганлигини ва уша пайда овози буғилганлигини таъкидлайди. 2 ҳафтадан сўнг оғриқ бутунлай йўқолаган, овозининг бўғиқлиги камайган, охирги пайтларда яна зўрайган.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ даҳлизи ўзгаришсиз, чин овоз бойламлари рангпар. Ҳиқилдоқнинг орқа бўлимларида гилосдай тўқ қизил тузилма борлиги кўринади. Тузилманинг ингичка оёқчаси чап овоз устигига бирикканлиги (чап чин овоз бойламининг орқа бўлими), ҳиқилдоқнинг ҳаракати бузилмаганлиги, маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаганлиги аниқланади.

Ташхис қўйинг. Беморни қандай даволайсиз?

Масала 21

22 ёшар бемор овози буғилганлигига шикоят қилади. Ўзини 2 ой давомида касал деб ҳисоблайди. Дастлаб овози буғилганлиги иш кунининг охирида кузатилса, охирги 3 ҳафтада - овози доимий равишда бўғиқ эканлигини таъкидлайди. Яллиғланишга қарши даволаш (ишқор-ёғли ингаляциялар, витамин А эритмасини ҳиқилдоқ ичига юбориш) самара бермади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ даҳлизи ўзгаришсиз. Чап овоз бурмасида малина рангидаги қизил, майда, гадир-будир тузилма борлиги, унинг ингичка оёқчаси овоз бурмасига бирикканлиги аниқланади. Ташқи кўриниши ва ўлчами билан бу тузилма тут меvasини эслатади. Ҳиқилдоқнинг

ҳаракати сақланган. Овоз ёриғи меъёрда. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаган. Қолган аъзо ва тизимларда патологик ўзгаришлар аниқланмади.

Дастлабки ташхисни қўйинг. Бморни қандай даволаш лозим?

Масала 22

Бемор 47 ёшда. Уни 6 ой давомида овозининг буғилганлиги безовта қилади. Бу ҳолатни чекиш билан боғлаб, охириги 3 ой давомида чекишни ташлаган, аммо овозининг бўғиклиги йуқолмаган.

Объектив текширувда ҳалқум бўшлиғида патологик ўзгаришлар аниқланмади.

Ларингоскопияда ўнг овоз бурмасида ғадир-будир инфильтрат кўринади, бурманинг ҳаракати сезиларли даражада чекланган. Овоз ёриғи нафас олиш учун етарлича кенг. Овоз ости бўшлиғи ўзгаришсиз. Қолган ЛОР-аъзоларда патологик ўзгаришлар аниқланмади.

Дастлабки ташхисни қўйинг? Қандай қушимча текширувлар ўтказилиши лозим? Беморни қандай даволайсиз?

Масала 23

Бемор 45 ёшда, охириги 2 ой давомида овози буғилганлигига шикоят қилади. Ютинганда томоғи оғримайди. 2 ҳафта давомида олиб борилган яллиғланишга қарши терапия (ингляциялар, томоғини чайиш, сульфаниламид препаратлари) самара бермаганлигини таъкидлайди.

Ларингоскопияда чап овоз бурмасининг олдинги икки булимининг эркин четида кенг асосга эга кичик ғадир-будир тузилма кўринади. Ҳиқилдоқ чап томонининг ҳаракати бироз чекланган. Ҳиқилдоқнинг ўнг томони ўзгаришсиз. Овоз ёриғи нафас учун етарлича кенг. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаган. Вассерман синамаси манфий.

Дастлабки ташхисни қўйинг. Қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши лозим?

Масала 24

Бемор 42 ёшда, бўйни оғришига, табиий йўл орқали нафас олмаслигига ва афонияга шикоят қилади. Тахминан 6 ой илгари бемор овози буғилганлигини сезган, аммо врачга мурожаат қилмаган ва даволанмаган. Овозининг буғилиши аста-секин кескинлашиб борган, ютинганда оғриқ пайдо бўлиб, нафас олиши қийинлашган. 1 ой илгари нафасининг кескин бузилиши сабабли беморда трахеостомия жаррохлик амали бажарилган.

Ларингоскопияда йирик ғадир-будир инфильтрат ҳиқилдоқнинг ўнг ярмини ва олд комиссурани эгаллаб, унинг чап томонига тарқалганлиги аниқланади. Инфильтрат ҳиқилдоқ ёриғини бутунлай ёпганлиги туфайли овоз ёриғи кўринмайди. Ҳиқилдоқнинг ҳар икки ярми ҳаракатсиз. Чўмичсимон бурма ва ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасининг шиллиқ пардаси шишган.

Ташқи текширувда қалқонсимон тоғай бурчаги емирилган, тоғай чуқурчасида инфильтрация кўринади. Трахеостоманинг атрофида перифокал яллиғланиш кузатилади. Трахея орқа деворининг шиллиқ пардасии рангпар.Кўкрак кафасининг рентгенографияси ўзгаришсиз. Вассерман синамаси манфий.

Ташхис қўйинг. Беморни қандай даволасиз?

Масала 25

Бемор 63 ёшда, оториноларинголог ҳакимга нафас олиши қийинлашганлиги, ютинганда томоғи оғриши ва томоғи қичишига шикоят билан мурожаат қилди. Ўзини 5 йил давомида касал деб ҳисоблайди. Дастлаб томоғининг қичиши ва оғриши вақти-вақти билан безовта қилса, охириги 3 ой давомида нафас олиши қийинлашиб, ютинганда томоғи оғриши, оғриқ қулоқларига тарқалиши безовта қилади.

Объектив текширувда ҳиқилдоқда чап қоринчани ва овоз бурмаларини эгаллаган, олд комиссура орқали унг овоз бурмасига тарқалган ғадир-будир тузилма кўринади. Ҳиқилдоқ чап томонининг ҳаракати кескин чегараланган, чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмаси шишган, овоз ёриғи анча торайганлиги аниқланади. Бемор юрганда хансираш пайдо бўлиб, умров ости ва бўйинтурук чуқурлари ичкарига ботади. Бўйиннинг маҳаллий лифа тугунлари катталашмаган.

Дастлабки ташхисни қўйинг. Қандай текширувлар ўтказилиши лозим?

Масала 26

Бемор 52 ёшда, ютинганда томоғи оғришига ва оғриқ чап кулоғига таркалишига, овози буғилганлигига шикоят қилади. Ўзини 3 ой давомида касал деб ҳисоблайди. "Сурункали фарингит" ташхиси билан поликлиникада даволанган, аммо фойда кўрмаган.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳиқилдоқ юзасида ва ҳиқилдоқ қоринчалари бурмаларининг олд қисмларида ярали инфильтрат борлиги, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасининг шиллиқ пардаси бироз шишганлиги кўринади. Ҳиқилдоқ ички мускулларининг ҳаракати сақланган, овоз бурмалари бироз қизарган, фонация пайтида бир-бирига зич жипслашади. Овоз таркиши меъёрда. Ташки текширувда ҳиқилдоқ усти қопқоғининг олд бўшлиғи бироз шишганлиги аниқланди. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаган.

Ҳиқилдоқ рентгенограммасида ён рентгенограммада ҳиқилдоқ усти қопқоғида ярали инфильтрат борлиги ва у ҳиқилдоқ усти қопқоғининг олд бўшлиғига кириб кетганлиги кўринади. Валлекуллар тубининг шиллиқ пардаси шишган. Томограммаларда овоз ости бўшлиғи эркин. Вассерман синамаси манфий.

Ташхис қўйинг. Қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши лозим?

Масала 27

Бемор 43 ёшда, овози буғилганлигига ва тунлари буғилиш хуружларига шикоят қилади. Буғилиш хуружлари гавдасининг ҳолатини ўзгартирганда ўз-ўзидан йўқолади. Овозининг буғиклиги 4 ой илгари пайдо бўлган. Яллиғланишга қарши даволаш тадбирларини олган(ишқорли-ёгли ингаляциялар, ҳиқилдоқ ичига каротин юбориш). Даволашдан сўнг дастлаб беморнинг аҳволи бироз яхшиланган, аммо 3 ҳафтадан сўнг овозининг буғиклиги кучая бориб, охириги 3 ҳафта давомида бемор юрганида ҳансираш ва тунлари буғилиш хуружлари кузатилган.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ дахлизи ўзгаришсиз, ун овоз бурмаси қизарган, чети текис, чап овоз бурмаси бироз рангпар. Овоз ости майдонида чап томонда кулранг дағал ғадир-будир инфильтрат аниқланади. Инфильтратнинг асоси олд комиссурадан чўмичсимон тоғайгача бўлган майдоннинг чап томонини эгалаб олган.

Ҳиқилдоқнинг чап томони ҳаракатсиз. Овоз ёриғи торайган.

Текширув пайтида ҳиқилдоқ торайишининг белгилари (ҳансираш, умров ости ва бўйинтурук чуқурчаларининг ичкарига ботиши) кузатилмайди; маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаган.

Томограммада 4,5 ва 5 см чуқурликда чап овоз ости бўшлиғида инфильтрат борлиги ва у овоз бурмасидан узуксимон тоғайнинг пастки четигача тарқалганлиги, овоз ости бўшлиғининг ёриғи анча торайганлиги аниқланади. Ён томонлама рентгенограммада патологик ўзгаришлар, ҳиқилдоқ усти қопқоғи олд бўшлиғининг инфильтрацияси аниқланмайди.

Ташхис қўйинг. Қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши лозим?

Масала 28

Бемор 17 ёшда, нафас олиши ва ютиниши қийинлашганлигига, сўлаги оқишига, бўйни ва кўкрак қафасининг олд юзаси шишганлигига, қон аралаш балғамли йўталга шикоят қилади. Бемор 4 соат илгари, зинадан тушаётганда депиниб йиқилган ва бўйнининг олд юзи билан зина тахталарига урилган.Объектив текширувда бўйин терисида гематома кўринади, қалқонсимон тоғай соҳасида оғриқ кузатилади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ қоринчалари, овоз ва чўмич-ҳиқилдоқ-усту бойламларига қон қўйилганлиги, овоз ёриғи торайганлиги аниқланади.

Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 29

6 ёшар қизча йўтал ва буғилиш хуружлари билан ЛОР-клиникага келтирилди. Ота-онаси бу ҳолат 1 соат олдин қизча оғзига тугмани олиб, ухлаб қолгандан сўнг пайдо бўлганлигини таъкидлашди.Объектив текширувда беморнинг тери қопламлари рангпар, нам. Йўтал хуружи пайтида нафас олиши қийинлашади, бунда тери қопламлари ва шиллиқ пардалар кўкаради. Оғиз, ҳалқум бўшлиқлари ва томоғи ўзгаришсиз. Ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси қизарган, инфильтранган. Овоз бурмалари бироз қизарган, қалинлашган. Овоз ёриғи етарлича кенг. Овоз ости бўшлиғида шилимшиқ ажралма тўплами кўринади. Чуқурукда жойлашган майдонлар кўзга кўринмайди.

Дастлабки таъхисни қўйинг. Қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши лозим? Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 30

13 ёшар қизча ЛОР-клиникага нафас олиши қийинлашганлиги, ҳансираш ва вақти-вақти билан кузатилган йўталга шикоят қилади. Анамнез маълумотларидан маълум бўлишича 1 ҳафта илгари йўлда нўхат еб кетаётганда йўловчилардан бири бехосдан унинг орқасини туртиб ўтишган. Шундан сўнг қизчада йўтал пайдо бўлиб, нафас олиши қисқа муддат давомида қийинлашган. Кейинчалик нафас ҳаракатлари тикланиб, йўтали камайган. Аммо қизча йўтал пайтида томоғига бир нарса тикилишини ва чуқур нафас олганда ёт жисм пастга тушишини ҳис этади. 4 кундан сўнг бу ҳолат ўтиб кетганлигига қарамасдан қизчада ҳолсизлик ва йўтал кузатилади.

Текширувда ЛОР-аъзоларда патологик ўзгаришлар аниқланмайди. Рентгенограмада ўнг ўпка пастки бўлагининг ателектази куринади.

Таъхис қўйинг. Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 31

4 ёшар бола тўсатдан бетоб бўлиб қолди. Соғ пайтида тўсатдан инспиратор ҳансираш ва ютиниш ҳаракатининг кескин қийинлашиши кузатилган. Боланинг нафас ҳаракатлари шовқинли, ҳуштаксимон, овози буғилган. Тана ҳарорати 40°C кўтарилди. Ютиниш ҳаракатлари оғриқли, оғзидан кўп сўлак оқади.

Қонда лейкоцитлар сони $9,8 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкограмма чапга силжиганлиги ва лимфоцитопения кузатилади. Сийдикда-оқсил излари аниқланган. Бевосита ларингоскопияни бажаришга уринганда беморнинг умумий аҳволи ёмонлашган. Юқорида қайд этилган бузилишлар бартараф этилиб, билвосита ларингоскопия бажарилганда ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳажми катталашганлиги, шишганлиги, тўқ қизил рангда бўлиб, ҳиқилдоққа кириш жойини ёпиб турганлиги аниқланди.

Таъхис қўйинг. Врачнинг тактикаси қандай?

Масала 32

Бемор 65 ёшда, ҳиқилдоқ ракиннинг IV босқичи билан оғриган, ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши сабабли унга трахеостома қўйилган. Трахеостомия III ва IV трахея ҳалқалари орасида кўндаланг кесим ёрдамида бажарилган. Операциядан сўнгги иккинчи кунда беморда йўтал пайдо бўлганлиги, трахеостомадан кам микдорда суюқ овқат парчалари оқиб чиқаётганиги кузатилган.

Трахеостомия амалини бажаришда қандай хатоликка йўл қўйилган? Бундай вазиятда қандай чора - тадбирлар кўрилиши лозим.

Масала 33

40 ёшар беморда ўткир ҳиқилдоқ торайиши туфайли пастки трахеостомия жаррохлик амали бажарилган. 4 соатдан сўнг беморнинг трахеостомия найча орқали нафас олиши қийинлашган, бўйнида тери ости эмфиземаси юзага келиб, кучая борган. Жароҳат майдони кўздан кечирилганда найча трахея ёриғидан чиқиб кетганлиги ва юмшоқ тўқималарда турганлиги аниқланди; тери ости эмфиземаси туфайли жароҳат майдони чуқурлашган ва трахеостомия найчаси энди калталиқ қилиши ва бу канюлядан энди фойдаланиб бўлмаслиги аниқланган.

Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 34

Бемор 48 ёшда, овози буғилганлигига, жисмоний ҳаракатда нафас олиши қийинлашганлигига шикоят қилади. Касаллик белгилари 2 йил илгари струмэктомия жаррохлик амалидан сўнг пайдо бўлган. Бевосита ларингоскопияда овоз бурмалари ўзгаришсиз, унинг ҳаракатлари чекланганлиги аниқланади.

Таъхис қўйинг. Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 35

Беморда ўткир ҳикилдоқ ангинаси туфайли пастки трахеостомия жаррохлик амали бажарилди. Найча трахеяга киритилгандан сўнг жароҳат майдонига чок қўйилди. Операциядан 3 соат ўтгандан сўнг навбатчи врач чақиртирилди. Беморнинг бўйни ва кўкрак қафасининг олдида юмшоқ тўқималар шишганлиги, пайпасланганда шу майдонда тери ости крипитацияси аниқланди.

Бундай вазиятда қандай асорат ҳақида гап кетади? Жараён қай даражада тарқалганлигини аниқлаш мақсадида яна қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши лозим? Врач қандай шошилиш чораларни қўллаши керак?

Масала 36

Бемор 43 ёшда. Касби юк ташувчи. Танасининг тузилиши бўйича - гиперстеник. Мускуллари яхши ривожланган. Овқатланиш пайтида товуқ гўштининг суяги томоғида тикилиб қолган. Ташхис клиник белгилар билан тасдиқланди.

Рентгенограммада суяк парчаси қизилўнгачда C-VI умуртқа сатҳида тикилиб қолганлиги кўринади. 2% промедол ва 0,1% атропин билан бажарилган промедикация ва 2% дикаин эритмаси ёрдамида бажарилган аппликацияли оғриқсизлантириш остида врач эзофагоскопияни бажаришга уринади, аммо бемор жуда безовта бўлганлиги ва қаршилиқ кўрсатганлиги туфайли уни бажара олмайди.

Врачнинг кейинги тактикаси қандай бўлади?

Масала 37

4 ёшар бола ўткир респиратор вирусли касаллик билан касалланганлиги туфайли 2 кун боғчага бормаган. Кечаси тўсатдан уйқусидан уйғониб, безовталанган, унда шовқинли нафас ва кучли инспиратор ҳансираш кузатилган. Овози ўзгармаган. Бемор шифохонанинг қабул бўлимига келтирилди. Билвосита ларингоскопия текширувини бажаришнинг иложи бўлмади.

Ташхис қўйинг. Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 38

Бемор 54 ёшда. 2 соат илгари балиқ гўштини еб турган пайтда томоғига балиқ қилтиғи тикилиб қолганлигига шикоят қилади.

Фарингоскопияда ҳалқумнинг шиллиқ пардаси ўзгаришсиз, ўнг валлекулада тўқималарга санчилиб қолган балиқ қилтиғи кўринади.

Суяк қандай олиб ташланади?

Масала 39

Бемор 35 ёшда, 3 йил илгари пенициллин таблеткасини қабул қилгандан сўнг тили ва лаблари шишган. ЛОР-клиникага овоз бурмалари фибромасини жаррохлик усулида даволаш мақсадида ётқизилган. Ўсма эндоларингиал йўл орқали олиб ташлангандан сўнг, 3 кундан кейин беморга ёғли-ишқорли ингаляциялар буюрилган. Ингаляция хонасига кирганда бемор тўсатдан кескин ҳолсизлик, нафас етишмаётганлигини ҳис этиб, ҳушидан кетди. Юзи, бўйни ва танаси қизарган. Томир уриши сусайиб, 1 дақиқада 115, А/Б 50/0 симоб уст., экспиратор ҳансираш 1 дақиқада 40 тенг бўлган. Оғзидан кўпик чиқди.

Буғилиш ҳолатининг механизмини изоҳланг. Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 40

2 кун илгари томоғига суяк тикилиб қолган беморда ён томонлама бўйин рентгенограммасида ёт жисмнинг сояси, умуртқа олди юмшоқ тўқималар кенгайганлиги ва улар орасида ҳаво пуфакчалари борлиги аниқланди.

Ташхис қўйинг.

Масала 41

Жанжал пайтида беморнинг ҳиқилдоқ соҳасига кафт қирраси билан урилгандан сўнг у дарҳол шифохонага мурожаат қилди.

Текширувда бўйиннинг тери қоплами ўзгаришсиз. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ даҳлизи ва овоз бурмалари соҳасида тўқ-қизил шиш пайдо бўлганлиги аниқланади, шиш устидаги шиллиқ парда ўзгаришсиз. Овоз ёриғи кенг. Нафас ҳаракатлари эркин.

Бундай беморни касалхонага ётқизиш шартми ёки у поликлиника шароитида даволанса бўладими?

Масала 42

26 ёшар беморни 5 кун давомида грипп касаллигидан даволаган.

Оториноларинголог ҳакимга ҳиқилдоқ соҳасида қуруқлик ва ёт жисмни ҳис этишига, дағал хуружли йўталга шикоят қилиб мурожаат қилди. Йўталганда қон аралаш балғам ажралади.

Билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ ва трахеянинг кўзга ташланган бўлимларининг шиллиқ пардаси қуруқ ва кескин кизарганлиги, унда қонталашлар, ўнг чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмасида кичик гематома борлиги аниқланди; Трахея ёриғида шилимшиқ-йирингли ажралма ва қорамтир пўстлоқлар кўринади.

Ташхис қўйинг. Даволаш борасида тавсиялар беринг.

Масала 43

Бемор 40 ёшда, гриппдан даволаняпти. Касалликнинг 7-куни бўйиннинг ўрта чизигида, қалқонсимон тоғайнинг остида шиш пайдо бўлган, тана ҳарорати кўтарилган.

Текширувда бўйинтуруқ чуқурчаси ва қалқонсимон тоғай орасининг териси инфильтрланган, пайпасланганда оғрийди. Ютинганда инфильтрат юқорига кўтарилади.

Ларингоскопия манзараси ўзгаришсиз. Беморда тахикардия ва вегетатив ўзгарувчанлик кузатилади. Қонда: енгил лейкоцитоз, нейтрофиллар формуласи чапга сурилганлиги аниқланади.

Беморда қандай асорат ривожланди? Уни қандай даволаш лозим?

Масала 44

Бемор ўпка инфильтратив силига қарши даволаш курсини тугатди. Назорат рентгенограмасида ўпка илдизининг дағал манзарасидан ташқари, ўнг ўпка чўққисида йирик Гон ўчоғи аниқланди. Охирги пайтларда беморни овози ўзгарганлиги безовта қилмоқда. Билвосита ларингоскопияда фтизиоларинголог унг томонда овоз бойламининг ҳаракати чекланганлигини аниқлади.

Ривожланган овоз бурмасининг парези қандай пайдо бўлганлигини айтиб беринг. Беморни қандай даволайсиз?

Масала 45

28 ёшар бемор қариндошлариникида клубнай еган. 2 соатдан сўнг нафас олиши қийинлашган, бўйин соҳасида қисилиш, ютинганда ноҳушлик ҳис эта бошлаган. Ўсиб бораётган буғилиш ҳолати билан бемор касалхонанинг қабул бўлимига келтирилган.

Текширувда ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзида - шишасимон шиш кўзга ташланади, ушбу шиш ноксимон чўнтакларнинг деворларига ҳам тарқалганлиги аниқланди.

Тўсатдан ривожланган касалликнинг сабаби нима? Уни қандай даволайсиз?

Масала 46

24 ёшар бемор бошини бурганда, ютинганда томоғи кескин оғришига, қалтираш ва кўп терлашига шикоят қилади. Касаллик 3 кун илгари тўсатдан бошланган, тана ҳарорати 38°C кўтарилган. Текширувда бўйин лимфа тугунларининг барча гуруҳлари катталашган ва оғрийди. Ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси кизарган ва бироз шишган. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида айлана буртиш ҳосил бўлганлиги ва унинг чўққисида сариқ доғ борлиги аниқланди. Ҳиқилдоқнинг пастки бўлимлари кўзга кўринмайди.

Ташхис қўйинг. Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масада 47

50 ёшар бемор 2 ой илгари струмэктомия операциясини бошдан кечирган. Бехосдан овози ўзгарганлигига ва тез толиқишига эътибор берди.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг чап томони ҳарактсиз.

Бу асорат нима сабабдан юзага келган?

Масала 48

35 ёшар беморнинг овози дағал ва хириллаган. Унда I-даражали нафас етишмовчилигининг белгилари кузатилади. «Сурункали ларингит» ташхиси билан касалхонага юборилган. Текширувда кўпсонли папилломалар ҳиқилдоқ даҳлизини бутунлай тўлдириб, овоз ёриғини торайтирганлиги аниқланди.

Касалликни раkning бошланғич боскичи сифатида бахоласа бўладими? Бу касалликни Сиз қайси шаклга киритасиз - облигат ёки факультатив? Агар жаррохлик йўли билан даволанса, унда унинг хажми қандай бўлади?

Масала 49

Бемор 23 ёшда, ЛОР клиникага 100 мл сирка эссенциясини ичгандан сунг ярим соатдан кейин келтирилди. Умумий аҳволи оғир, кескин инспиратор ҳансираш (1 дақиқада 36), тери қопламлари рангпар, А/Б 100/ 60 сим.уст. Аускультацияда ўпкада куруқ ва ҳўл хириллашлар эшитилади.

Врачнинг тактикаси қандай бўлади?

Масала 50

Бемор 29 ёшда, ЛОР-клиникага 1 кун илгари келтирилган. Чандикли ўзгарган қизилўнгачнинг ёриғи гўшт парчаси билан ёпилиб қолганлиги аниқланди. Қизилўнгач торайиши болалигида кимёвий куйишдан сўнг ривожланганлиги маълум бўлди. Ёт жисм кийинчилик билан такрорий эзофагоскопияда олиб ташланди. Иккинчи куни беморнинг тана ҳарорати $38,7^{\circ}\text{C}$ кўтарилди. Бемор қизилўнгач соҳаси оғришига шикоят қила бошлади.

Ташхис қўйинг. Врачнинг тактикаси қандай бўлади? Юз берган ҳолатни нима билан изоҳлайсиз?

Масала 51

Қизилўнгачнинг чандикли торайиши аниқланган 37 ёшар бемор овкатланаётганда тўсатдан мева донасини ютиб юборади. Қисқа муддат ичида тўш суягининг оркаси оғрий бошлайди, овкатни ўтиши қийинлашади, тана ҳарорати 38°C кўтарилади. Умумий оғриқсизлантириш остида ёт жисм олиб ташланди. Иккинчи куни бажарилган рентгенограммада контраст модда қизилўнгачнинг чегарасидан оқиб чиққанлиги аниқланди.

Ташхис қўйинг. Врачнинг тактикаси қандай бўлди?

Масала 52

Маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилган аденотомия жаррохлик амали пайтида 5 ёшар қизчада тўсатдан буғилиш ҳолати юзага келади. Бола ҳушидан кетиб, унда талваса ҳолати кузатилди.

Талвасанинг ривожланиш механизмини айтиб беринг. Бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун врач қандай шошилиш чораларни қўлаши лозим?

Масала 53

20 ёшар беморда ёт жисмни(балиқ суяги) чиқариб олиш мақсадида маҳаллий оғриқсизлантириш остида эзофагоскопия муолажаси бажарилди, II- физиологик торайиш сатҳида тикилиб қолган ёт жисм қизилўнгач деворини тешганлиги маълум бўлди. Суяк олиб ташлангандан сўнг беморга кучли антибиотикотерапия буюрилди. Шифохонада беморнинг тана ҳарорати кўтарилмаган ва у ҳеч қандай шикоят қилмагандан сўнг эзофагоскопиядан 10 кун ўтгандан сўнг уйга кетишга рухсат берилган. Ўша куни бемор одамлар билан тўлган автобусга ўтираётганда тўсатдан оғзидан кўп қон кетганлиги сабабли вафот этган.

Ушбу патологик ҳолатнинг ривожланиш механизми қандай?

Масала 54

Бемор 40 ёшда, жанжаллашган пайтда унинг ҳиқилдоқ соҳасига уришган. Иккинчи куни бемор ЛОР-поликлиникага мурожаат қилган. Унда инспиратор ҳансираш кузатилган. Бемор безовта, юрак уриши тезлашганлиги аниқланди.

Ҳиқилдоқ кўздан кечирилганда унинг даҳлизида шиллиқ ости гематомаси ҳосил бўлганлиги ва овоз ёриғини ёпиб турганлиги аниқланди.

Ташхис қўйинг. Беморни қандай даволайсиз?

Масала 55

Соат 5⁰⁰ эрталаб навбатчи ҳамшира навбатчи врачни клиника корридорига чақиртирди. У кеча компенсация босқичидаги ҳиқилдоқнинг оралиқ торайиши билан келтирилган беморни ерда ётганлигини кўрсатди. Беморнинг тери қопламлари кескин кўкарган, нафас ҳаракатлари йўқотилган, оёқ-қўлларининг талвасали ҳаракатлари кузатилади.

Ушбу вазиятда ҳиқилдоқ кесишнинг қандай усулини қўллаш мумкин?

МАСАЛАЛАР ЖАВОБЛАРИ

- 1-Жавоб:** Ушбу асорат новокаин эритмаси ҳиқилдоқнинг шиллиқ ости қаватига тарқалганлиги билан боғлиқ. Беморга шошилинь трахеостомия жароҳлик амали бажарилиши лозим.
- 2-Жавоб:** Бўйиннинг чала ташқи окмаси. Ductus thymopharyngeus.
- 3-Жавоб:** Қизилўнгачнинг чандикли торайиши. Овқат тўпланиши. Қизилўнгач рентгенографияси. Умумий оғриқсизлантириш остида эзофагоскопия.
- 4-Жавоб:** Учламчи захм. Серологик реакциялар.
- 5-Жавоб:** Қизилўнгач ёт жисми (суяк парчаси). Қизилўнгач рентгенографияси. Умумий оғриқсизлантириш остида эзофагоскопия.
- 6-Жавоб:** Қизилўнгач ёт жисми (суяк парчаси). Қизилўнгач рентгенографияси. Умумий оғриқсизлантириш остида эзофагоскопия.
- 7-Жавоб:** Қизилўнгач ёт жисми (суяк парчаси). Қизилўнгач рентгенографияси. Умумий оғриқсизлантириш остида эзофагоскопия.
- 8-Жавоб:** Ўткир ларингит. Антибиотиклар, кортикостероид препаратлари, эфир ёғлари, томир торайтирувчи воситалар билан ингаляция қилиш. Овоз гигиенасига риоя қилиш. Балғам кўчирувчи воситалар.
- 9-Жавоб:** Ўткир тораювчи ларинготрахеит. Яллиғланишга қарши, чалғитувчи, гипосенсибилизация терапияси.
- 10-Жавоб:** Ҳиқилдоқ ангинаси. Беморни шошилинь равишда ЛОР-бўлимга ётқизиш. Антибактериал, гипосенсибилизация терапияси.
- 11-Жавоб:** Сурункали гипертрофик тарқоқ ларингит. Шишга қарши, буруштирувчи, глюкокортикоид препаратлар ва ёғли ингаляция. Ҳиқилдоқ ичига дори аралашмасини юбориш.
- 12-Жавоб:** Ҳиқилдоқ асаб толасининг қисилиши. Ўпка, қизилўнгач, кўкс оралиғи рентгенографияси. Бўйин аъзоларининг УЗИ текшируви.
- 13-Жавоб:** Қайтувчи асаб толаси жароҳатидан сўнгги чап томонлама ҳиқилдоқ парези.
- 14-Жавоб:** Сурункали паралитик ҳиқилдоқ торайиши, УРВИ. Шошилинь трахеостомия жароҳлик амали бажарилиши лозим.
- 15-Жавоб:** Функционал дисфония. Тинчлантирувчи воситалар. Ҳиқилдоқ соҳасига дарсонвал тоқлар билан таъсир кўрсатиш, психотерапия.
- 16-Жавоб:** Ҳиқилдоқ сили. Трахеобронхиал ажралманинг бактериологик текшируви. Кўкрак қафаси рентгенографияси.
- 17-Жавоб:** Юқори нафас йўллари склеромаси. Серологик реакциялар (Вассерман, Борде-Жангу) ва шиллиқ парда суртмасини клебсиеллага текшириш.
- 18-Жавоб:** Ҳиқилдоқ папилломатози. Даволаш- операция ёрдамида. Вирусга қарши терапия.
- 19-Жавоб:** Ҳиқилдоқ фибромаси. Даволаш- жароҳлик амали.
- 20-Жавоб:** Ҳиқилдоқ ангиофибромаси. Даволаш лазер ёрдамида бажарилган жароҳлик амали.
- 21-Жавоб:** Ҳиқилдоқнинг салитар папилломаси. Даволаш - жароҳлик амали.
- 22-Жавоб:** Ҳиқилдоқ ўсмаси. Биопсия. Ҳиқилдоқ томографияси. Маҳаллий лимфа тугунларни ультратовуш ёрдамида текшириш. Даволаш мужассамлашган даво усулида (жароҳлик амали ва нур терапия).
- 23-Жавоб:** Ҳиқилдоқ раки. Биопсия. ҳиқилдоқ томографияси. Маҳаллий лимфа тугунларни ультратовуш ёрдамида текшириш.
- 24-Жавоб:** Ҳиқилдоқ раки. Даволаш- жароҳлик амали ёки мужассамлашган терапия усулида.
- 25-Жавоб:** Ҳиқилдоқ ўсмаси. Биопсия. Ҳиқилдоқ томографияси. Маҳаллий лимфа тугунларни ультратовуш ёрдамида текшириш. Кўкрак қафаси рентгенограммаси. Даволаш текширувлар натижасига боғлиқ.
- 26-Жавоб:** Ҳиқилдоқ ўсмаси. Биопсия, ҳиқилдоқ томографияси. Маҳаллий лимфа тугунларни ультратовуш ёрдамида текшириш. Кўкрак қафаси рентгенограммаси.
- 27-Жавоб:** Ҳиқилдоқ ўсмаси. Биопсия. Маҳаллий лимфа тугунларини ультратовуш ёрдамида текшириш. Кўкрак қафаси рентгенограммаси.
- 28-Жавоб:** ЛОР-клиникага ётқизиш. Шишга қарши терапия. Кузатув.
- 29-жавоб:** Трахея ёт жисми. Кўкрак қафаси рентгенограммаси. Трахеобронхоскопия. Ёт жисмни чиқариб олиш.

- 30-Жавоб:** Ўнг пастки ўпка бўлаги бронхининг ёт жисми. Бронхоскопия.
- 31-Жавоб:** Ҳикилдоқ усти қопқоғининг хуппозси. Касалхонага ётқизиш. Хуппозни очиш. Кучли антибактериал, дегидротация, дезинтоксикация терапияси.
- 32-Жавоб:** Трахеостомияни бажариш пайтида қизилўнгачнинг олд девори жароҳатланган. Беморни зонд орқали овқатлантириш. Кучли антибактериал терапия.
- 33-Жавоб:** Трахеостомик найчани бошқа узун найча билан алмаштириш ва интубация найига киритиш.
- 34-Жавоб:** Ҳикилдоқнинг оралиқ торайиши. Даволаш - жаррохлик усули ёрдамида- бир томонлама хордаритеноидэктомия.
- 35-Жавоб:** Териости эмфиземаси. Бўйин ва кўкрак қафаси рентгенографияси зарур. Чокларни камайтириш лозим.
- 36-Жавоб:** Миорелаксатларни қўллаган ҳолда умумий оғриқсизлантириш остида эзофагоскопияни бажариш.
- 37-Жавоб:** Ўткир тораювчи ларинготрахеит. Дегидротация, антибактериал терапия, антигистамин препаратлари. Кузатув.
- 38-Жавоб:** Суяк ҳикилдоқ корнцанги ёрдамида бевосита ларингоскопияда олиб ташланади.
- 39-Жавоб:** Халқум ва ҳикилдоқнинг аллергияк шиши. Шошинч равишда кортикостероид препаратларини юбориш. Трахеостомия.
- 40-Жавоб:** Қизилўнгач ёт жисми (суяк парчаси) ва жароҳати.
- 41- Жавоб:** Бемор ЛОР-касалхонага ётқизилиши лозим.
- 42-Жавоб:** Парагрипп. Ўткир ларингит. Қон томир деворларининг ўтказувчанлигини камайтирувчи воситалар. Ишқорли ёғли ингаляциялар. Ҳикилдоқ ичига ёғлар ва глюкокортикоидларни қўйиш.
- 43-Жавоб:** Ўткир тиреоидит. Жаррохлик бўлимида даволаш. Яллиғланишга қарши даволаш.
- 44-Жавоб:** Қайтувчи асаб толасининг қисилиши. Сил шифохонасида ўпка силлини даволаш.
- 45-Жавоб:** Ҳикилдоқнинг аллергияк шиши (аста-секин ривожланган аллергия). Антигистамин препаратлар, глюкокортикоидлар.
- 46 - Жавоб:** Ҳикилдоқ усти қопқоғининг хуппозси. Хуппозни очиш.
- 47-Жавоб.** Струмаэктомия операцияси пайтида чап қайтувчи асаб толасининг жароҳатланиши туфайли юзага келган.
- 48- Жавоб.** Ҳикилдоқ папилломатози (обликат рак олди касаллиги). Ҳикилдоқ экстирпацияси.
- 49-Жавоб:** Меъдани ишқор эритмаси билан ювиш. Шокка қарши терапия. Ҳикилдоқ торайишини олдини олиш мақсадида детоксикация, дегидротация, глюкокортикоидлар. Токсикология бўлимига ётқизиш.
- 50-Жавоб:** Қизилўнгач жароҳати. Медиастинит. Очлик, антибактериал терапия. Парентерал йўл орқали овқатлантириш. Кўкс оралиғининг орқа рентгенографияси.
- 51-Жавоб:** Эзофагоскопия пайтида қизилўнгачнинг йиртилиши. Даволаши-коллея медиастинотомия жаррохлик амали ёрдамида.
- 52- Жавоб:** Нафас йўллариининг ёт жисми (аденоидлар). Трахеотомия, ёт жисмни олиб ташлаш.
- 53-Жавоб:** Эзофагоскопиядан сўнги ҳолат. Медиастинит. Умумий уйку артериясидан эрозив қон оқиши.
- 54 - Жавоб:** Ҳикилдоқ гематомаси. Шошинч равишда шифохонага ётқизиш. Трахеостомия. Антибактериал ва шишга қарши терапия.
- 55- Жавоб:** Коникотомия, кейинчалик трахеостомия.

Талабалар билимини синаш учун саволлар

1. Ҳикилдоқ, трахея, бронхлар физиологияси текшириш усуллари айтиб беринг.
2. Ҳикилдоқ шишининг келиб чиқиш сабаблари, клиникаси, даволаш усуллари .
3. Ҳикилдоқ торайиши даражалари, клиникаси, даволаш тактикасини айтиб беринг
4. Ўткир ларингит этиологияси, клиникаси ва даволаш усуллари.
5. Ҳикилдоқ ангинаси сабаблари, клиникаси даволаш усуллари.
6. Ўткир эпиглотит этиологияси, клиникасининг узига хос хусусиятлари, шошилишч тиббий ёрдам.
7. Уткир катарал ларингитнинг сабаблари ва клиник белгилари.
8. Инфилтратив ларингитнинг этиологияси, клиникаси, киёсий ташхисоти, даволаш усуллари.
9. Бурма ости ларингитининг этиологияси, патогенези, клиникаси, киёсий ташхисоти ва даволаши.
10. Ҳикилдоқ сарамасининг этиологияси, клиникаси, киёсий ташхисоти, даволаш усуллари.
11. Уткир трахеитнинг сабаблари , клиникаси, даволаш усуллари, болалардаги асоратлари.
12. Флегмонали ларингитнинг сабаблари, клиникаси, киёсий ташхисоти, даволаши, асоратлари
13. Ҳикилдоқ хондроперихондритининг сабаблари ва клиник белгилари
14. Болалардаги ўткир ларинготрахеитнинг сабаблари, клиникаси, даволаши, профилактикаси ва асоратлари
15. Интубация ва трахеостомияга булган курсатмалар, қарши курсатмалар ва бажариш техникаси.
16. Ҳикилдоқ ва трахея сурункали касалликларининг сабаблари, клиникаси, асоратлари, даволаши..
17. Сурункали катарал ларингитнинг сабаблари, клиникаси, даволаш усуллари.
18. Сурункали гиперпластик ларингитнинг клиникаси, даволаш усуллари, асоратлари.
19. Сурункали атрофик ларингитнинг сабаблари, клиник белгилари, даволаш усуллари.
20. Сурункали ларингитнинг сабаблари, клиник белгилари , даволаш усуллари.
21. Ларингоспазмнинг этиологияси, даражалари, клиникаси, асоратлари.
22. Ҳикилдоқнинг туғма торлиги (стридор) туғма торлигининг клиник белгилари, даволаши.
23. Ҳикилдоқ мускуллари ҳаракати бузилишларининг этиологияси, клиникаси, даволаш усуллари.
24. Ҳикилдоқ жароҳатларининг турлари, шошилишч тиббий ёрдам.
25. Ҳикилдоқ, трахеядан қон оқишининг сабаблари, клиникаси, даволаш чоралари.
26. Ҳикилдоқ, трахея ва бронхлар ёт жисмининг клиник белгилари, шошилишч тиббий ёрдам , асоратлари, диагностика, даволаш усуллари.
27. Ҳикилдоқ , трахея, бронхлар термик ва кимёвий қуйишларининг клиник белгилари, диагностикаси , даво усуллари
28. Ҳикилдоқ ҳавфсиз усмаларининг клиник белгилари, даволаш усуллари.
29. Ҳикилдоқ ҳавфли усмаларининг клиник белгилари, даволаш усуллари.

АДАБИЁТЛАР

1. Иссхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. Душанбе. 1985.
2. Брюс У., Джафек ЭНН. Секреты оториноларингологии. 2001.
3. Муминов А.И. Кулок, томок ва бурун касалликлари. М. Ташкент. 1994.
4. Пальчун В.Т. Болезни уха, горла и носа. М. М. 1991.
5. В.Т. Пальчун, Преображенский Н.А. Болезни уха, горла и носа. М. 1978.
6. Материалы II съезда оториноларингологов Узбекистана. 2002.
7. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М. 2000 г.
8. Муминов А.И., Вохидов Н.Х., Оториноларингологияда шошилиш тиббий ёрдам. Тошкент. 2001.
9. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. М. 1990.
10. Григорьев Г.М. Современная лекарственная терапия и пропись рецептов при основных заболеваниях уха, горла и носа. Екатеринбург. 1998.
12. Плужников М.С. Заболевания наружного уха. Санкт-Петербург. 2000г.