

ХАСАНОВ С.А., ДЖАББАРОВА Д.Р.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ФАНИДАН АМАЛИЙ ДАРСЛАР УЧУН ҚЎЛЛАНМА



616.21(076.8)

Ж-24

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА
МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ХАСАНОВ САИДАКРОМ АСҚАРОВИЧ
ДЖАББАРОВА ДОДАР РАХИМОВНА**

Билим соҳаси-Ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш-500000

Таълим соҳаси - Соғлиқни сақлаш – 510000

Таълим йўналиши: 5510200 – Педиатрия иши

Таълим йўналиши: (5510100 - Даволаш иши)

**«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ФАНИДАН
АМАЛИЙ ДАРСЛАР УЧУН ҚЎЛЛАНМА»
ўқув қўлланмаси**

**ТОШКЕНТ
«IJOD-PRINT»
2020**



УЎК 616.21(075.8)

КБК 56.8я73

X 30

Хасанов, С. А.

Оториноларингология фанидан амалий дарслар учун қўлланма
[Матн] : ўқув қўлланма / С. А. Хасанов. - Тошкент : Ijod-print, 2020.
- 224 б.

Тузувчилар:

1. Т.Ф.Д. ПРОФ. ХАСАНОВ С.А.

2. Т.Ф.Н. ДОЦ. ДЖАББАРОВА Д.Р.

Такризчилар:

1. ТВМОИ “Оториноларингология” кафедраси профессори,
т.ф.д., Арифов С.С.

2. ТошПМИ “Офтальмология” кафедраси мудири, т.ф.д. Бузру-
ков Б.Т.

3. ТошПМИ «Ўзбек, рус ва лотин тиллари» кафедраси мудири,
ф.ф.н. Турдиева К.Ш.

Бугунги кунда Ўзбекистон Республикасида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг сифатини янада яхшилаш мақсадида қатор тадбирлар амалга оширилмоқда ва эндиликда аҳолига кўрсатиладиган тиббий хизматнинг асосий қисми умумий амалиёт шифокори томонидан амалга оширилади.

Бундай мутахассисларни тайёрлаш учун тиббиёт институтларига давлат томонидан буюртмалар берилган бўлиб, бу институт ўқитувчилари зиммасига янги самарали ўқитиш услубларини яратиш ва қўлаш мажбуриятини юклайди.

Юқоридаги вазифаларни ҳисобга олган ҳолда муаллифлар томонидан ёзилган ўзбек тилидаги Оториноларингология фанидан амалий дарслар учун қўлланма умумий амалиёт шифокорларининг тайёрлашда муҳим ўрин эгаллаб, тўғри таъхис қўйиш, инструментал текшириш усуллари қўлаш ва даволашда минимал билимлар ва амалий кўникмалари қўламини белгилаб беради.

ISBN 978-9943-5594-8-6

© ХАСАНОВ С.А. – 2020

© “IJOD-PRINT” nashriyoti – 2020

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 1
Мавзу: БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ – I
ЎТКИР ТУМОВ (РИНИТ). БУРУН ЧИПҚОНИ. БУРУН
ТЎСИҒИ ҚИЙШАЙИШИ

Машғулот мақсади. *Талаба:*

1) Ташқи бурун ва бурун бўшлиғининг клиник анатомияси, физиологияси ва ёшга хос анатомо-физиологик хусусиятларини билиши керак.

2) Ўткир ринитлар, бурун чипқони, бурун тўсиғи қийшайиши, бурунда ёт жисмларнинг таснифи, клиникаси, ташхислаш ва даволашнинг умумий принципларини билиши керак.

3) анамнезни тўғри йиғишни, бемор шикоятларини таққослаши керак

4) бурун ва бурун олд бўшлиқларини функционал текшириш усуллариини ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал, микробиологик текширув усуллариини баҳолашни ўрганиши

5) мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, олдинги ва орқа риноскопияни кадамма-кадам ўтказа олиши керак

6) клинικο-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташхис қўя- олиши керак

Аудиториядан ташқари мустақил тайёргарлик ишлари

Қўйидаги саволларга жавоб беринг. Жавобларни мустақил иш дафтарига ёзинг

1. Ташқи бурун тузилиши (суяклари, тоғайлари ва юмшоқ тўқималарни ўзига хослиги)

2. Ташқи буруннинг қон билан таъминланиши ва иннервацияси?

3. Бурун тўсиғининг тузилиши.

4. Бурун бўшлиғи латерал деворининг тузилиши, бурун чиганоклари ва йўллари.

5. Бурун бўшлиғининг қон билан таъминланиши, Кисселбах тугуни қаерда жойлашган?

6. Бурун бўшлиғи шиллик қаватининг гистологик тузилиши.

7. Буруннинг вазибалари.

8. Бурун ёндош бўшлиқлари, сони

9. Юқори жағ (гаймор), галвиссимон (этмоидал) бўшлиқлар, пешона (фронтал) асосий (сфеноидал) бўшлиқ, топографик анатомияси

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

1. Дадамухамедов А.Н., Омонов Ш.Э. Болалар оториноларингологияси. Тошкент, 2005.

2. С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

3. «Оториноларингология», В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Москва, «Литера», 1997 г

4. «Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

Қўшимча:

1. Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. М.:Миклош, 2002. - 390 с.

2. Аллергические болезни у детей. Руководство для врачей / Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина —М.:Медицина, 1998. — 352 с.

3. Амалий оториноларингология. Учебник для вузов, Ходжаева К.А. Ташкент. Iqtisod-molia 2006.

4. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.

5. Хасанов С.А., Вахидов Н.Х. Т. Юқори нафас йуллари касалликлари. Voris-nasnriot. 2008.

Ўқитиш услуби - дискуссия, кучсиз ҳалқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-тасвирлар.

Ўқув жараёнини ташкиллаштириш турлари – кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – тарқатма материаллар: рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар. визуал материаллар – видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келиши), презентациялар

Асосий ўқув саволлари

1. Ўткир тумов (ринит): этиология, таснифи, клиник даврлари, ташхислаш, даволаш.

2. Бурун чипқони: этиология, клиника, ташхислаш, даволаш принциплари.

3. Бурун тўсиғи қийшайиши: сабаби, клиника, ташхислаш, даволаш.

4. Бурундаги ёт жисм: сабаби, клиника, ташхислаш, даволаш.

Аннотация

Ўткир тумов - бурун шиллик қаватини ўткир яллиғланиши.

Этиология – кўпинча аденовирусли флора чакирувчиси, стафилакокк, стрептококк, травмалар ва бошқ.

Клиникаси

1 ўткир катарал тумов

2 ўткир катарал ринофарингит

3 ўткир жароҳатли тумов шаклида

3 даражада кечади.

I даражаси (қуруқ) бир неча соатдан 1-2 кунгача. Бу вақтда шиллик қават қизариши кузатилади. Кўрувда бурун шиллик қавати қуруқ, бурун чиғаноқлари кескин катталашган, пастки бурун чиғаноқлари бурун тўсиғигача катталашган шу сабабли ўрта бурун чиғаноқлари кўринмайди.

II даражада (сероз) бурундан суюқ ажралма келиши, қурушиш ва қичишиш белгилари камаяди. Ажралма келиши кейинчалик кўпайиб боради, сероздан шилликқа, кейинчалик шиллик йирингга айланади. Бу пайтда шиллик қават кўкимтир тусда бўлади, пастки бурун йўлларида ажралма микдори кўпайган.

чиғаноклар бироз кичрайган, бурун орқали нафас олиш нисбатан яхшиланади.

III даражасининг (шилликли йирингли) характерли томони шундаки, бурундан келаётган ажралмалар микдори камайиб боради, ажралма қуюклашиб боради, бурун бўшлиғидаги яллиғланиш камаяди. Ўткир тумов бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом этади.

Ташҳис - анамнезига ва риноскопик таҳлилларга асосланади.

Даволаш

1) антигистамин препаратлар буюрилади (димедрол, супрастин, диазолин ва бошқалар, ёшига қараб).

2) микробга қарши препаратлар қўлланилади.

3) витамин С буюрилади (0,5-1г дан кунига 4 маҳал)

4) бурун шиллик қаватини ултрабинафша нурланиш ва симптоматик даволаниш ҳам ўтказилади

5) бурунга томирни торайтирувчи моддаларни томизиш мумкин (0,01-0,1% називин, риноксил, галазолин ва бошқ.).

6) чалғитувчи - иссиқ муолажалар қўлланилади (оёққа ханталли ванна, товон қисмига ултрабинафша нурланиш)

Бурун чипқони – бурун даҳлизи териси соч қопчасининг яллиғланиши.

Этиологияси – стафилококк, стрептококк ва бошқ.

Клиникаси: 1) **инфильтрация даври** бурун учи ёки бурун даҳлизининг қалинлашиши, терини қизариб шишганлиги, чегараси ноаниқ бўлади. Зарарланган соҳани енгил босиб кўрганда оғрикли; бурун қанотлари ва юқори лаб ҳаракатланганда оғрик кучаяди. Айрим ҳолларда бир неча ўзақлар бирлашиб карбонкулни ҳосил қилади. Тана ҳарорати субфебриль, юқори, гектик характерли бўлиши мумкин.

2) **хўппозлашган даврида** чипқон чуқур жойлашиши ҳисобига бурун тўсиғида, юқори лаб ёки лунжни хўппозига олиб келиши мумкин

Асорати-вена йўлларида тромбозни тарқалиши хавфи (v.facialis ant.,v.angularis,v.opthalmica sinus cavernosus соҳасида

ёки каллани бошқа томирларида) бўлиб, оғир калла ичи асоратларига ёки сепсисга олиб келиши мумкин.

Даволаш

1) гипосенсибиловчи терапия (димедрол, супрастин ва бошқ.),

2) микробга қарши препаратлар (флорани сезгирлигига қараб кефзол, цепорин, оксациллин ва бошқ.)

3) витамин С (0,5-1г дан кунига 4 маҳал)

4) ауто-гемотерапия

5) УВЧ-терапия

6) чипқон очилгандан сўнг борат кислотасини 2% ли эритмаси, диоксидин 1% ли эритмаси, гипертоник эритма (докали турунда), антибиотикли малҳам қўйилади (10%ли синтомицин эмульсияси ва бошқ.)

7) дезинтоксикация чоралари ўтказилади (глюкоза 5%ли эритмаси вена ичига),

8) антикоагулянтлар (гепарин, фибринолизин, аспирин) ва гирудотерапия қўлланилади.

Бурун тўсиғи деформацияси - бурун тўсиғини шаклини ўзгариши.

Сабаби: травма, юз скелетини аномал ривожланишларида, рахит ва бошқа ҳолатларда келиб чиқади.

Клиникаси — буруннинг бир ёки иккала томонидан нафас олишнинг кийинлашишидир, бош оғриғи, кийшайган тарафдаги бурун ёндош бўшлиқларида ҳаво алмашинуви ва ажралмалар чиқишининг бузилиши натижасида бўшлиқларда яллиғланишлар (синуситлар), бурун бўшлиғидаги нерв толаларини китикланиши натижасида (рефлекторли) вазомотор тумов, бронхиал астма ва бошқа хуружлар руй беради. Тўсиқнинг кийшайган томонида эшитув найининг ҳаво ўтказувчанлиги пасайиб, ногора бўшлиғида ҳаво алмашинувини бузади ва натижада эшитиш қобилияти пасаяди.

Хасталикни аниқлашда олдинги ва орқариноскопия кўрсаткичларига асосланилади. Баъзан бурун тўсиғини мукамал кўриш учун бурун шиллиқ қаватига 0,1% ли адреналин ёки 0,05—0,1% ли нафтизин эритмаси суртилади.

Даволаш. Факат жаррохлик йўли қўлланилади.

Бурун ёт жисми. Баъзан болалар ўйнаб бурни ичига танга, мунчоқ, нўхат, писта, тугма, ўйинчоқларнинг кичик қисми, қоғоз парчасини киритиши ҳоллари кузатилади. Бурун бўшлиғида узоқ вақт қолиб кетган ёт жисм ринолитга айланиши мумкин.

Белгилари. Беморда бурун орқали нафас олиши бир томонлама қийинлашади, бурнидан ёқимсиз сассик ҳид келади, бурнининг бир томонидан йирингли ажралма оқиши, бурун даҳлизи соҳаси қизаради.

Ташҳис қўйишда касалликнинг бошланиш тарихи муҳим аҳамият касб этади. Шиллиқ қават шишганлиги туфайли риноскопияда ёт жисмни бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига қон томирларни торайтирувчи дори воситаси суртилгандан сўнггина кўринади. Рентген-контрастли ёт жисм рентгенография текшируви ёрдамида аниқланади. Юқори жағ бўшлиғида тикилиб қолган ёт жисм синусит ва кўз ёши йўлининг яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин.

Даволаш. Бурун ёт жисми пинцет ёки илгак ёрдамида олиб ташланади.

АУДИТОРИЯ ИШИ

Мавзунини оғзаки кўриб чиқиш. Амалий ишларни мустақил бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

Бажариладиган ишлар:

- 1) Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини пайпаслаш ва кўриш
- 2) Бурунни функционал текшириб кўриш
- 3) Олдинги риноскопияни мустақил бажариб кўриш (қадамма-қадам)
- 4) Бурундан нафас олиш қийинлиги синдроми билан мурожаат қилган беморни тиббий куриқдан ўтказиш.

Амалий кўникмаларни ўрганиш

Пешона рефлекторидан фойдаланиш қоидалари

Кўрилаётган соҳага ёруғликни тушириш учун рефлектордан фойдаланилади. Қўлингизга рефлекторни олинг. Бошингизга тасмани мос равишда фиксациялаб рефлектор тиркишини чап

кўзингизга мосланг. Рефлектор билан аъзо ўртасидаги масофа 25-30см (фокус масофа) рефлектордаги акс этаётган нур тутамларини аъзога йуналтиринг. Ўнг кўзни очиб, иккала кўз билан кўришни давом эттиринг. Иккала кўз билан қурилса тўғри ҳисобланади. Олдинги риноскопияда буруннинг ҳар бир томонидан навбат билан кўрилади.

Бурунни текшириш

Аввал буруннинг ташқи текшируви лозим: буруннинг шакли, ҳажми (шиш, қийшайиш, бошдан кечирган жароҳат асорати ва ҳ.к.) бурунда, унинг тўсиғида қон томирлари билан қопланган қисми болалар бурун кавлаганларида бурун қонашининг асосий сабаби эканлигини айтиш, бурун йўллари, бурундан нафас олишни қандай текшириш мумкин – буруннинг ҳар бир катагидан нафас олиши ва чиқаришни сўраш.



Бурунни клиник анатомияси ва физиологиясини таҳлил қилиш (риноскопияси)

Амалий кўникмани ўрганаётганда аввал анатомияни (клиник кўрикнинг атласи, энциклопедиясидан фойдаланинг) ва асосий функцияларни инобатга олган ҳолда физиологияни (қон томирларининг кўплиги – ҳавонинг исиши, эпителий –

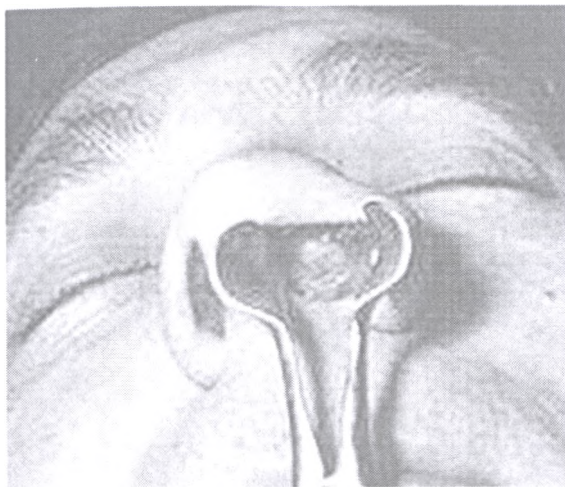
тозаланиш ва ҳимоя, бурун — кўз ёши каналининг мавжудлиги, кўз суюқлигининг чиқариши — намланиш ва ҳ.к. таҳлил қилиб чиқинг

Риноскоп ва ундан фойдаланишни кўрсатинг. Талабалардан риноскопни йиғишни ва уни ёқишни, уни қандай ушлашни ва ойнани қандай суришни кўрсатиб беришларини сўранг. Риноскопияни бурун кенгайтиргичлар ёрдамида ҳам амалга ошириш мумкин.

Олдинги риноскопия (боскичли)

Риноскопияни олд, ўрта ва орқа турлари бўлади. Буруннинг олд томонини текшириш учун ўнг қўлингизнинг I бармоғи билан бурун учини кўтаринг. Одатда бурун олд томони бўш, деворлари тук билан копланган. Олд риноскопия бурун бўшлиқларида навбат билан амалга оширилади. Чап қўлнинг очик панжасининг устига бурун кенгайтирувчи мосламани тумшуғи пастга қаратиб қўйилади: чап қўлнинг бош бармоғи бурун кенгайтирувчи мосламанинг устига қўйилади, I ва III бармоқлар — ташқарига қўйилади; IV ва V бармоқлар бурун кенгайтирувчи мосламанинг дасталари орасида бўлиши керак. Бармоқларнинг бу ҳолати бурун кенгайтирувчи мосламани очиб-ёпиш имконини беради. Чап қўл тирсаги пастга туширилади, бурун кенгайтириш мосламасини ушлаб турган қўлнинг панжаси қимирлайдиган бўлиши керак: ўнг қўл панжаси бемор бошининг тепасига риноскопия вақтида бошга керакли ҳолатни бериш учун ушлаб турилади.

I қадам бурун кенгайтириш мосламаси тумшуғини бемор бурнининг ўнг катагига 0.5 см га ёпиқ ҳолатда киритилади. Бурун кенгайтириш мосламаси тумшуғининг ўнг бўлаги бурун катаги канотининг пастки ички бурчагида ва чап бўлаги тепа ташқи бурчагида (бурун қирраси ёнида) бўлиши керак; чап қўлнинг II ва III бармоқлари билан бурун кенгайтириш мосламасининг дастаси босилади ва ўнг бурун катагининг қаноти бурун кенгайтириш мосламасининг тумшуғи бурун шиллиқ каватига теккизмасдан очилади.



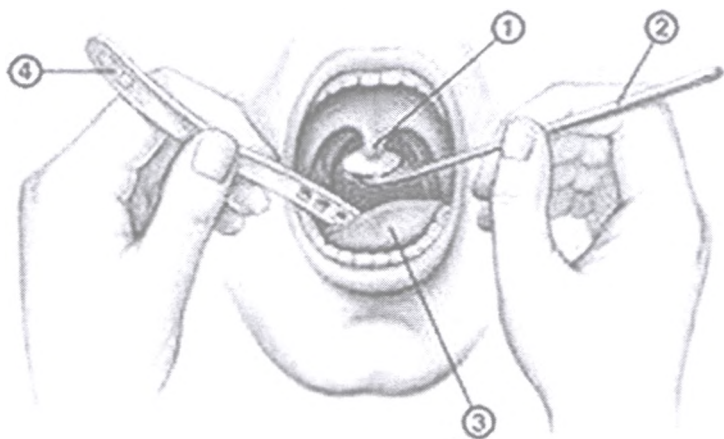
2 қадам буруннинг ўнг ярми бош тўғри ҳолатдалигида кўрилади: шиллик қават ранги оч пушти, усти силлик; бурун тўсиғи ўрта чизикда; бурун катаклари катталашмаган. буруннинг умумий йўли тоза. Сўнгра буруннинг чап катаги текширилади.

3 қадам бурун йўлининг олд бўлимлари ва бурун туби беморнинг боши бир оз олдинга эгилган ҳолатда яхши кўринади, бурун ўрта йўлини кўриш учун бош орқага эгилади ва текширилаётган катак томон бир оз оғдирилади. Шифокор бемор бошининг оғишини ўнг қўл билан унинг бошининг тепа қисмига қўйган ҳолда амалга оширади.

4 қадам меъёрда бурун шиллик қавати оч пушти рангда ва нам, бурун йўллари тоза бўлади. Шамоллаган ҳолатларда бурун ва ёндош бўшлиқларида йирингли ажралмалар бўлиши мумкин.

5 қадам бурун кенгайтиргич мосламаси қуйидаги тартибда чиқарилади: IV ва V бармоқлар билан бурун кенгайтириш мосламасининг ўнг дастаги унинг дасталари охиригача ёпилмайдиган қилиб сурилади ва бурун кенгайтиргич мосламаси бурундан чиқарилади (дасталарни охиригача ёпиш бурун катаги дахлизидagi тукларнинг қисилиб қолишига олиб келиши мумкин).

6 кадам чап бурун ярми бўшлиғи ҳам худди шундай кўрилади
Орқа риноскопия (босқичли)



1 кадам буруннинг орқа қисмларини кўриш учун бурун-халқум ойнасини дастакка ўрнатиш, уни 2-3 дақиқа иссиқ сувда иситгандан сўнг, дастакни ўнг қўлга олиб, ойна салфетка билан артилади, ойнанинг иссиқлиги чап қўл панжасининг устига I бармоқнинг ёнига қўйиш орқали текширилади.

2 кадам чап қўлга шпатель олинади ва унинг учи билан тилнинг олд 2/3 қисми пастга енгилгина босилади. Шпатель шундай ушланадики, I бармоқ пастки юзасида ва II, III ва V бармоқлар – тепа юзада бўлади. Шпатель оғиз ўнг бурчагидан киритилади.

3 кадам бурун-халқум ойнасини дастагидан ушлаб ўнг қўлингизга ёзув ручкиси каби ушлаб олинг ва ойнали тарафини юқорига қаратиб тил илдизи ва томоқнинг орқа деворига теккизмасдан киритинг. Ойна юмшоқ танглай орқасига 45° юқорига қаратиб киритилади.

4 кадам чироқ нури рефлектор ойнасига аниқ йўналтирилган бўлиши керак. Ойнани енгил қайилтириш орқали буруннинг орқа бўлимлари навбат билан кўрилади. Бемор бурнидан нафас олиши

керак. Бунда ойнада бурун чиғаноғининг охири, бурун йўллари, бурун тўсиғининг орқа бўлаклари (димоғ) кўринади. Меъёрда бурун чиғаноғининг охири хоанадан ташқарига чикмайди, димоғ ўрта чизикда жойлашган бўлади. Ойнада халқумнинг юқори қисмлари – бурун халқум гумбази, хоаналар, пастки чиғаноқлари охирининг сатҳида эшитиш (евстахий) найи тешиклари кўринадиган халқумнинг ён деворлари кўринади. Меъёрда хоаналар бўш, халқумнинг юқори қисмларининг шиллиқ қавати ним пушти рангда, силлиқ бўлади. Бурун-халқум гумбазида бурун-халқум муртаги жойлашган; меъёрда у бурун-халқумнинг орқа юқори деворида жойлашган бўлиб, димоғ ва хоананинг юқори чегарасигача етиб бормади.

Бурундан суртма олиш.

Материал стерилланган пахтали тампонлар ёрдамида олинади. Овқатдан сўнг ёки дезинфекция воситалари билан чайилгандан сўнг халқумдан шиллиқ намуна олиш тавсия этилмайди. Материал сифатида йиғилган стерил пробиркаларга жойлаштирилган тампонлар лабораторияга 3-4 соатдан кеч қолмасдан иложи борица тез жўнатилади.

Буруннинг нафас ва ҳидлов функциясини текшириш

Буруннинг нафас олиш фаолиятини баҳолаш учун бажариладиган энг оддий усул – бу *В.И.Воячекнинг пахта толаси билан ўтказиладиган синамаси* ҳисобланади. Ўнг томонда бурун орқали нафас олиш фаолиятини аниқлаш учун врач ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи ёрдамида чап бурун канотини бурун тўсиғига оҳиста босади. Чап қўли ёрдамида ўнг бурун даҳлизига юпқа пахта толаларини ёки дока ипини яқинлаштириб, бемордан нафас олишни ва нафас чиқаришни сўрайди. Пахта толаларининг ҳаракатига қараб бурунни нафас олиш фаолияти баҳоланади. Ушбу ҳаракатнинг сусайиши ёки кучайиши бурун орқали нафас олиш фаолиятининг етишмовчилиги ёки меъеридалигидан далолат беради. Текширувда ҳар икки томонда бурун орқали нафас олиш фаолияти меъёрда, қийинлашган ёки йўқотилган бўлиши мумкин.

Ҳидлов функциясини текшириш. Ольфактометрия.

Ҳар бир бурун бўшлиғи навбатма-навбат текширилади. Ҳидли

моддалар ольфактометрик йиғмадан ёки ольфактометрдан олинади.

Эритма№1 0,5% ли сирка кислота эритмаси (кучсиз ҳид)

Эритма№2 70% ли вино спирти (ўрта кучли эритма)

Эритма№3 оддий валериана настойкаси (кучли ҳид)

Эритма№4 навшатил спирти (ўта кучли ҳид, у бир вақтнинг ўзида учшоҳли асаб толаси шохчаларини ҳам кўзғатиши мумкин)

Эритма№ 5 Дистирланган сув (контрол)

Ҳидлов Бернштейн шкаласи асосида текширилади. Ҳид сақланган ёки бузилганлиги I, II, III, IV даражаси деб ҳисобланади.

Беморларни курация қилиш. Талабанинг анамнез йиғиши, клиник текширишлар олиб бориши, Ташхис қуйиши, даволашни белгилаши ва гуруҳ билан биргаликда баҳолаш.

I. Беморга савол бериш

Талабаларнинг «Бурундан нафас олишнинг қийинлашиши» синдроми бор беморларга (ринитлар, бурун тўсиғининг қийшайиши, синуситлар ва ҳ.к.) бераётган тиббий тавсияларини босқичма-босқич баҳолаш мезонлари.

	Баҳолаш мёзонлари	Балларда баҳолаш
1.	Саломлашди	0.5
2.	Беморни рўпарасига ўтказди	0.5
3.	Паспорт қисмини сўради ва боланинг ота-онасига «Қандай ёрдам бера оламан?» ёки «Нима безовта қиляпти?» саволларини берди	0.5
4.	Беморга унинг исми билан мурожаат қилди	0.5
5.	Боланинг ота-онасига рационал анамнез саволларини берди	16

6.	Ножўя факторлар ҳақида сўради	2
7.	Бемор жавоб бера оладиган саволларни берди	0.5
8.	Бемор учун тушунарли бўлган оддий сўзлар ва жумлалардан фойдаланди	0.5
9.	Суҳбат вақтида тўғри ва эркин ҳолда бемор тарафга бир оз эгилган ҳолда ўтирди	0.5
10	Мимикадан оптимал равишда фойдаланди	0.5
11	Овознинг лозим бўлган тембридан фойдаланди	0.5
12	Суҳбат вақтида эшитганларини маъқуллади	0.5
13	Характерли белгиларни аниқлаш учун объектив кўрикни ўтказишга киришди:	
	Бурун бўшлиғини кўриш учун бурун ойнаси (ёки отоскоп) дан фойдаланди (шиш, қизариш, ажралмаларнинг характери) – олдинги риноскопия	4.0
	Ҳид билиш ўткирлигини текширди	4.0
	Бурун тўсиғи ҳолатини текширди	4.1
	Бурундан нафас олишни текширди	4.2
	Орқа риноскопияни ўтказди	4.5
	Керак бўлганда ольфактометрияни ўтказди	4.6
	Зарур бўлганда систематик кўрикни ўтказди (органларнинг кўриги, пальпацияси, аускультацияси)	4.6
14	Беморга унинг муаммосини тушунганини билдирди	0.5
15	Беморга маълумотларни объектив тарзда берди, хулоса қилди (дастлабки ташҳис), шу билан бирга кейинги лаборатор-инструментал текширувларнинг кераклилигини тушунтирди	7
16	Текширувларнинг лаборатор-инструментал усулининг асосли белгиланиши: - бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографиясини тавсия этди	10
17	Чиқарган хулосасидан келиб чиқиб, дори воситаларини тавсия қилди	12

18	Маълумотларни тақдим этишда ёрдамчи материаллардан фойдаланди	0.5
19.	Мулоқот вақтида шошилмади	0.5
20	Кейинги тактика: - агар риносинусит бўлса, оториноларингологга йўлланма берди - агар бурун тўсиғи қийшайган бўлса, оториноларингологга йўлланма берди - агар аллергик ринит бўлса, аллергологга ва оториноларингологга йўлланма берди	14
21	Беморга нисбатан ҳолис бўлди, фикр билдирмади	0.5
22	Беморни қўллаб-қувватлади ва мақтади	0.5
23	Беморга таъсир ўтказиш учун шахсий фикридан фойдаланмади	0.5
24	Беморнинг фикрини инобатга олди	0.5
25	Бемордан бошқа саволи ва муаммоси бор-йўқлигини сўради	0.5
	ЖАМИ	100

Гуруҳда фаол савол-жавоб.

Интерактив усул «Кучсиз ҳалқа» ёрдамида билимларни текшириш

Мавзу: «Бурун бўшлиғи клиник анатомияси, физиологияси ва текшириш усуллари». 1 талаба саволларни ўқийди, қолганлари кетма-кет жавоб беради. 25-30 та саволдан сўнг кучсиз талаб аниқланади.

Бурун анатомияси

1.Ташқи бурун суяклари

жуфт бурун суяклари, юқори жағ суягини пешона ўсиғи, юқоридан пешона суяғи

2. Ташқи бурун тоғайлари

жуфт учбурчаксимон, катта ва кичик қанотсимон тоғайлар,

3. Дахлиз ҳосил қилишда иштирок этади...

-қанотсимон тоғайларни эркин қирраси

4.Бурун тешигини катталашиши ва торайишида иштирок этади...

- бурун қанотларида жойлашган мушаклар

5.Ташқи бурун артериялари бошланади...

- юқори жағ ва кўз артерияларидан

6.Ташқи бурун сезувчи нерви бу...

- учшоҳли нерв толалари

7. Бурунни ҳаракатлантирувчи нерви бу...

- юз нерви шохлари

8. Бурун бўшлиғи деворлари;

латерал, медиал, юқори ва пастки деворлари бор

9. Бурун медиал девори (бурун тўсиғи) тузилиши

бурун бўшлиғини иккига бўлади ва 2 та суяк – димоғ ва ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкасидан, 1 та туртбурчаксимон тоғайдан ташкил топган

10. Буруннинг латерал девори тузилиши...

-юқори суякнинг пешона ўсиғидан

-юқори жағни медиал деворидан

-бурун суякларидан

-кўзёш суягидан

-ғалвирсимон суякдан

-танглай суягини перпендикуляр пластинкасидан

-понасимон суякнинг қанотсимон ўсиғидан

11. Бурун бўшлиғини асосий артерияси хисобланади...

-понасимон-танглай артерияси

Бурун физиологияси

12.Бурун бўшлиғи бажаради...

-нафас

-ҳид билиш

-химоя

-резанатор функция

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш усуллари

13. Кўрув: нимага эътибор берилади:

-тери қопламлари бутунлиги ва ранги, бурун шаклига, симметриклигига, кўз бурчаги соҳасига, лунж ва кўз олмасига

14. Бурун палпациясида аниқлаймиз...

-бурун суякларини деформацияси, синиши, бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида оғриқни

15. Олдинги риноскопияни бажарамиз

- бурун ойнаси ёрдамида

16. Орқа риноскопия бажарилади...

-иситилган бурун-ҳалқум ойначаси ёрдамида буруннинг орқа қисми кўрилади

17. Ҳид билишни текшириш учун

ольфактометрия

18. Рентгенологик текширув...

-бурун суякларида синиш ёки силжишлар, бурун бўшлиғидаги ёт жисмлар, бурун ёндош бўшлиқларидаги патологик ўзгаришларни

19. Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси ўтказилади...

-пешона-бурун, дахан-бурун, аксилляр ва ён проекцияда

«Мия хужуми». Гуруҳ 2 та микрогуруҳга бўлинади ва 5- 10 дақиқада ҳар бир гуруҳ саволларга жавоблар ёзади. Жавоблар биргаликда муҳокама қилинади.

Бурун тўсиғининг кийшиклигининг бола организмига салбий таъсирлари қандай намоён бўлади.

Талабалар жавоблари

1. рецидивли синуситлар

2. баъзи ҳолларда эшитишни пасайиши.

3. тиш қаторининг бузилиши

4. прегнотия

5. ретрогнотия

6. энурез

7. марказий нерв тизими функцияларини сусайиши (хотира. фикрлаш)

8. бурундан қон кетиш
9. вазомотор тумов
10. бронхиал астма
11. акса уриш
12. бурундан нафас олиш қийинлиги
13. ёпик манқаланиш
14. жисмоний ўсишдан орқада қолиш
15. ташқи бурун деформацияси
16. ангиналар
17. отитлар
18. тонзиллитлар
19. фарингитлар
20. гастритлар
21. адгезив отитлар

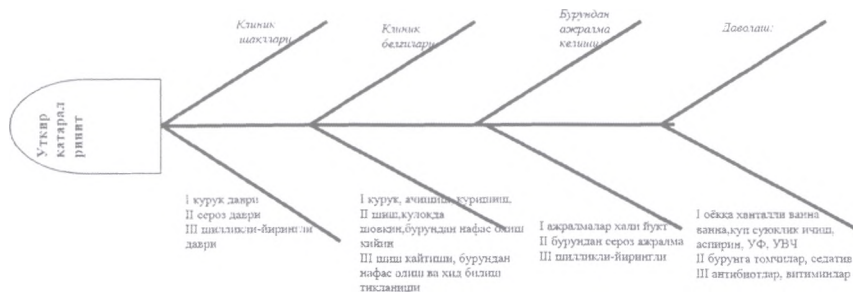
Вариантлар айтилган захоти талабалар ўқитувчи билан вариантларни анализ қилиб тўғри жавобни айтишади.

Масалан: юқоридаги вариантлардан тўғрилари

1. рецидивли синуситлар
2. тиш қаторининг бузилиши
3. прегнотия
4. ретрогнотия
5. энурез
6. марказий нерв системаси функцияларини сусайиши (хотира. фикрлаш)
7. бурундан қон кетиш
8. вазомотор ринит
9. бронхиал астма
10. жисмоний ўсишдан орқада қолиш
11. ташқи бурун деформацияси
12. ангиналар
13. отитлар
14. тонзиллитлар
15. фарингитлар
16. гастритлар

17. адгезив отит

Мавзуга бағишланган «Балиқ скелети» ни ечиш



Рецептлар мавзу буйича.

1.Називин, риноксил, ринозалин, галазолин ва бошқ. 0,01%, 0,025%, 0,05%, 0,1%, бурунга томчилар 1-4 томчидан 2-3 маҳал.

2.Проторгол:

Rp.: Sol. Protorgoli 2% (5%) – 10.0

D.S.5 томчидан хар бир бурун катагига кунига 3 маротаба.

3.Кларитин:

Rp.: Claritini 0.01

D.t.d. № 10 in tab.

S.1 таблеткадан кунига 1 марта.

4.Аугментин:

Rp.: Augmentini 0.6

D.t.d. № 20 in flac.

45. Витаминлашган малхам:

Rp.: Vit. A

Vit. E aa 0.6

Ol. Olivarum 15.0

Ol. Rosae qts III

Lanolini 5.0

M.D.S.Бурун учун малхам.

Талабалар билан клиник вазиятни муҳокама қилиш:

Эркак киши (симулянт -талабалардан тайинланади) сизнинг

хузурингизга икки йилдан бери бурун битишига, баъзида бурундан қон кетишига, бурундан шиллиқли ажралмалар келишига ва оғиз қуришига шикоят қилиб келди.

1-савол. Ташҳис қандай? (талабалар исталган этиологияли тумовга, жумладан, вазомотор, аллергик, вирусли ёки бактериал, бурун травмаси, қон муаммоларига ишора қилишлари мумкин)

2- савол. Сизни қайси қўшимча маълумотлар қизиқтиради? (хид билишнинг пасайиши, хид билишнинг ўзгариши, тумовнинг «мавсумийлиги, йирингли ажралмалар ва ҳ.казолар. мавжудми?)

3 - савол бурун травмалари бўлганми, спорт билан шуғулланадими?

Қўшимча маълумотлар. Йигит унда мавсумийлик йўқлигини; бурун доимо битиб туришини, бокс билан шуғулланишини ва тез-тез юзига зарбалар олишини, йирингли ажралмалар шамоллаш ва қиш вақтида бўлишини айтди. Ҳид билиш бузилмаган.

4-савол. Ушбу беморни кўриги нималардан иборат бўлиши керак? (бурун- шиллиқ, бурун тўсиғини кўздан кечириш, бурун пальпацияси, синуслар проекцияси, томоқ ва қулоқларни кўздан кечириш)

Қўшимча маълумот. Кўрувда ўнг бурун катагини деярли бутунлай ёпувчи, бурун тўсиғини қийшайишини аниқладингиз. Бурун шиллиқ қавати одатдаги тусда, гиперемия аломатлари йўқ. Қулоқ ва томоқ ўзгаришсиз. Синуслар проекцияси оғриксиз.

Шундай қилиб, бурун битишига бурун тўсиғининг қийшайиши асосий сабаб бўлган. Оғиз қуришига бемор ҳавони асосан оғиз орқали олиши сабаб бўлган.

Даволаш: хирургик

Машғулот 1

Вазиатли масалаларни ечиш

Масала №1

Талаба учун маълумот: Бемор тана ҳароратини 37,3⁰ С кўтарилишига, акса уришига, бурун битишига, бурундан ажралма келишига, томоқ қуришига ва кўздан ёш оқишига

шикоят қилади. Бу белгилар бемор оёғидан заҳ ўтказгандан 3 кун ўтиб пайдо бўлди.

Кўрувда: ташки бурун қанотлари устида бироз қизариш бор. Юз ва тана териси одатдаги рангда, бироз намланган. Томир уриши дақиқасига 82 марта. Овози манқаланган. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси қизарган, томирлари кенгайиб шишган. Бурун йўлларида кўп миқдорда шиллиқсимон суюқлик бор. Бурун олди бўшлиқлари соҳаси бармоқ билан босилганда оғриқсиз. Бурун орқали нафас олиш бузилган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот:

Кўрувда: ташки томондан бурун қирраси чап томонга бироз қийшайган. Ташқи буруннинг бошқа қисмларида ўзгариш йўқ. Олдинги риноскопияда бурун тўсиғи S-симон қийшайганлиги аниқланди. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати пушти рангда, бурун йўллари тоза. Бурун ёндош бўшлиқлари пайпасланганда оғриқсиз.

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: Ўткир тумовдан сўнг беморнинг чап бурун ёни терисида шиш, қизариш ва оғриқ пайдо бўлди. Оғриқ тишларга, чаккага ва чап кўз қовоқ атрофига ҳам бериб, тана ҳарорати 38,5 С гача кўтарилди.

Кўрувда бурун чап даҳлизи териси марказида йиринг, атрофида эса қизариш бўлган шиш бор.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: 26 ёшли бемор, маст ҳолда муштлашаётиб, юзига мушт билан кучли зарб олган. Шундан сўнг, бурун қонаши ва енгил кўнгил айланиш рўй берди. Воқеадан 3 соат ўтгач, ЛОР бўлимига келди.

Кўрувда кўз косаси атрофидаги тўқимага қон қуйилган, бурни ўнг томонга қийшайган ва бармоқ билан босганда суякнинг қисирлаши сезилади. Рентген тасвирида: бурун суякларининг, чап юқори жағ бўшлиғи кўз косаси деворининг бутунлиги бузилиши ва юқори жағ бўшлиғининг бир текисда хиралашиши кўринади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: 48 ёшли гипертония билан касалланган беморни тез ёрдам машинасида ЛОР бўлимига олиб келишди. Шикоятлари: бурундан кучли қон кетиши, уй шароитида қонни тўхтатиш иложи бўлмаган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №6

Талаба учун маълумот: Клиникага 3 ёшли йиғлаб турган қизча олиб келинди. Икки соат олдин ўйнаб туриб, тугмачани буруннинг ўнг томонига киргизиб юборди. Олишга ҳаракат қилинганда, тугмача бурун бўшлиғи ичига кириб кетди.

Кўрувда ўнг бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати яллиғланган, шишиб, қизарган. Умумий бурун йўлининг ичида ёт жисм кўринади. Ўнг бурун бўшлиғи орқали нафас олиш қийинлашган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Бурун чипқонини этиопатогенезида асосий аҳамиятга эга бўлган клиник белги?

1. тери ва организмнинг инфекцияга қарши курашиш қобилиятини сусайиши

2. иқлим омили

3. бурун бўшлиғида атрофик жараён борлиги

4. бурун шиллиқ қаватини яллиғланиши

2. Бурун чипқонини асосий этиологик омили қуйидагилардир

1. стафилококк

2. аллергия

3. вирус

4. замбуруғлар

3. Бурун чипқонининг дифференциал Ташҳиси амалга оширилади

1. бурун сарамаси билан

2. бурун тўсиғи гематомаси

3. бурун склеромаси

4. ринофима

4. Бурун чипқонини инфильтрация босқичида қандай даволанади?

1. антибиотик ва малхамлар ёрдамида

2. витаминотерапия

3. чипқонни сиқиш

4. чипқонни очиш

5. Бурундаги думалоқ ёт жисмлар қандай олиб ташланади

1. илмоқ билан
2. пинцет билан
3. ювиш билан
4. киллиан ойнаси билан

6. Бурунни қайси функцияси бола организмнинг аклий ва жисмоний ривожланишига таъсир қилади?

1. ҳидлов
2. резанатор
3. химоя
4. нафас

7. Бурунни ҳидлов функциясини текширишда ушбу ҳидлов моддалари қўлланилади. Нотўғриси топинг

1. калий перманганатнинг кучсиз эритмаси
2. оддий валериана настойкаси
3. 70% вино спирти
4. 10% нашатир спирти
5. 0,5% сирка кислотаси эритмаси

8. Нотўғри ҳид билиш нима деб аталади

1. Какосмия
2. Нормасмия
3. Гиперосмия
4. Аносмия
5. Гипосмия

9. Ўткир тумовни болаларда ривожланиш ўзига хослиги

1. Ўткир тумовни болаларда ривожланиш ўзига хослиги
2. бурун шиллиқ қаватини алоҳида зараланиши
3. сурункалига ўтади
4. яшин тезлигида кечиши

10. Ўткир тумов даврлари

1. куруқ, сероз, йирингли
2. бошланғич, кенгайган, якуний
3. куруқ, шишган
4. геморрагик ва постгеморрагик

кўп жавобли тестлар

11. Риноскопиянинг турларини кўрсатинг

(2та тўғри жавобли)

- 1.олдинги
- 2.орқа
- 3.ички
- 4.ташқи

12.Буруннинг функционал текшириш усуллари кўрсатинг (2та тўғри жавобли)

- 1.ринопневмометрия
- 2.олфактометрия
- 3.флюорография
- 4.ларингоскопия

13. Буруннинг вазифаларини кўрсатинг. (2та тўғри жавобли)

1. нафас олиш
2. химоя вазифаси
3. эшитиш вазифаси
4. овқатни ўтказиб бериш вазифаси

14. Ўткир тумовнинг 3та турини кўрсатинг(2та тўғри жавобли)

1. ўткир катарал
2. ўткир
3. ўткир ўрта ринофарингит
4. ўткир йирингли

15. Ўткир ринитда қайси функция бузилади (2та тўғри жавобли)

- 1.нафас
- 2.ҳид билиш
3. ютиш
4. овоз

мураккаб тестлар

16. Ўткир катарал тумовнинг клиник кечиш тартибини кўрсатинг

- 1) Қуруқ китикланиш даври

2) Шиллиқ-йирингли ажралмалар келиш даври

3) Соғайиш даври

4) Сероз ажралмалар келиш даври

5.1,4,2,3

6.1,2,3,4

7.4,3,1,2

8.3,2,1,4

17. Бурун халқумни бармоқлар усулида текшириш кетма-кетлиги

Хоаналарни, бурун-халқум гумбазини ва халқум ён деворларини пайпаслайди

1) бемор курсига ўтиради

2) чап қўли бош бармоғи билан бемор лунжини босади

3) текширувчи 2, 3, 4, 5 бармоқлари билан бемор бошини ўзини танасига босиб туради

4) ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи билан бурун-халқумга киради

1.1,2,3,4

2.4,3,1,2

3.1,3,4,2

4.3,2,4,1

18. Ўткир ринитларнинг кечиш даврига нисбатан уларни даволаш орасидаги мосликни аниқланг.

1- қуруқ қитиқланиш даврида ... тавсия этилади. 2-сероз ажралмалар даврида ... қўлланилади. 3-шиллик-йирингли ажралмалар келиш даврида эса ... буюрилади.

а. секретолитиклар, бурун шиллик қаватини «буруштирувчи» ва «қурутувчи» томчилар, товонга ва бурунга эндоназал УФО.

б. қон томир торайтирувчи дорилар, бурун туалети, антигистамин препаратлари в.қиздирувчи ва чалғитувчи муолажалар - (оёқлар ваннаси, укалаш), эфир мойлари билан иссиқ-нам ингляциялар, бурунга ёғли томчилар томизиш (пиносол, каметон), вирусларга қарши воситалар (интерферон, оксолин мази, ремантадин), салицилатлар, симптоматик даво

1. 1-в; 2а; 3б

2. 1а; 2б; 3в

3. 1б; 2в; 3б

4. 1а; 2в; 3б

19. Ташқи бурун деформацияси атамалари мос келувчи ҳолатни танланг:

1. Риносколиоз бу..

2. Ринокифоз бу

3. Ринологдороз бу

а. ташқи буруннинг «ўрқач»симон деформациядир.

б. бурун қиррасининг «чўқиши»дир.

в. буруннинг ён томонга оғганлигидир.

1. 1а, 2б; 3в

2. 1а; 2в; 3б

3. 1в; 2б; 3а

4. 1в; 2а; 3б

20. Ўткир ринитни боскичига караб даволаш

1. I-боскич- қуруқ яллиғланиш

2. II- боскич –сероз экссудация

3. III-боскич –шиллик-йирингли ажралмалар

а-секретолитиклар, қуритувчи томчилар бурўнга, УБН эндоназал ёки товонга;

б. кон томир торайтирувчи, бурун тозалаш, малхамлар,антигистамин дорилар в.иситувчи ва чалгитувчи муолажалар(оёкка ванналар, артинишлар), эфир мойлари билан ингациялар, ёғли томчилар бурўнга(пиносол, каметон), вирусга қарши дорилар (интерферон, оксалин малхами, ремантадин)

1. 1в;2б;3а

2. 1а;2б;3в

3. 1в;2а;3б

4. 1б;2в;3а

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 2

Тема: БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ - II СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ, ГИПЕРТРОФИК, АТРОФИК, ВАЗОМОТОР РИНИТЛАР. БУРУН ЎСМАЛАРИ

Машғулот мақсади. *Талаба:*

1)Сурункали ринитларнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник белгилари, текшириш усуллари ва консерватив давонинг умумий принципларини билиши керак

2)Бурун ўсмаларининг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник белгилари, текшириш усуллари ва консерватив давонинг умумий принципларини билиши керак

3)тўғри анамнез йиғишни, бемор шикоятларини таққослашни билиши керак

4)бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш усуллари ўрганиши, рентгенологик, компьютер томографик, магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал ва микробиологик текширув усуллари баҳолашни ўрганиши

5)мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, олдинги риноскопияни ва бурун ёндош бўшлиқларини палпациясини ўтказа олиши керак

6)буруннинг функционал текшириш усуллари қила билиши керак

7)клинико-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташҳис қўя олиши керак

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

1.С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

2.Пальчун В.Т., Крюков А.И., Оториноларингология», Москва. «Литера», 2001г.

3.«Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки. Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

Қўшимча:

1.Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. М.:Миклош, 2002. - 390 с.

2.Дайняк Л.Б. Нос и околоносовые пазухи. //Руков-во по оториноларингологии. М.: Медицина -1997 с.200-283.

3.Аллергические болезни у детей. Руководство для врачей / Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина —М.:Медицина, 1998. — 352 с.

4. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.

5.Пальчун В.Т., Устьянов Ю.А. Параназальные синуситы М.: Медицина, 1982 - 152с.

Ўқитиш услуги - дискуссия, кучсиз ҳалқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-тасвирлар.

Ўқув жараёнини ташқиллаштириш турлари — кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари — тарқатма материаллар: рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар тасвири /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар — видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келишиш), презентациялар

Асосий ўқув саволлари

1.Сурункали катарал ринит этиология, клиника, диагностика, даволаш.

2.Гипертрофик ринит этиология, клиника, диагностика, даволаш

3.Атрофический ринит этиология, клиника, диагностика, даволаш

4.Вазомотор ринит этиология, клиника, диагностика, даволаш

5.Буруннинг хатарли ва хатарсиз ўсмалари, этиология, клиника, ташҳислаш, даволаш принциплари.

6.Бурундан қон кетиш: сабаби, клиника, ташҳислаш, даволаш.

Аннотация

Сурункали ринит - бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг сурункали носпецифик яллиғланиши.

Сабаби қайталанган ўткир ринит, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, аденоидлар, бурун туғма нуқсонлари, бурун тўсиғи қийшиқлиги, ноқулай экологик шароитлар, чанг, газ, буғ, турли ўсимликлар чанги, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг давомли қизариши, алкоголизм, қон-томир, буйрак, жигар касалликлари, иммунитетнинг сусайиши, эндокрин, марказий ва вегетатив асаб тизимлари фаолиятининг бузилиши сурункали ринитнинг ривожланишига ёрдам беради.

Сурункали ринит таснифи:

Сурункали катарал ринит.

Гипертрофик ринит: а) чегараланган; б) тарқоқ;

Вазомотор ринит: а) аллергик шакли; б) нейровегетатив шакли.

Атрофик ринит: а) оддий шакли; б) сассик тумов, ёки озена.

Сурункали катарал ринит бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг турғун қизариши, шиши ва инфильтрацияси билан кечган яллиғланиш жараёни. Бемор бурнидан кўп миқдорда шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ ажралма оқишига (ринорея), вақти-вақти билан бурни орқали нафас олиши қийинлаши, гипосмия, аносмия, тубоотит кузатилади. Риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси қизарган, шишганлиги, пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари шишган, умумий бурун йўли торайганлиги, пастки бурун йўлида серозли ва шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланганлиги кўринади. Катарал ринитни гипертрофик ринитдан фарқлаш учун бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига 0,1% адреналин гидрохлорид (галазолин, нафтизин) суртилади. Пастки бурун чиғаноқларининг ҳажми анча кичрайиши

гипертрофия жараёни йўқлигидан далолат берса, улар ҳажмининг бирозгина кичрайиши ёки кичраймаслиги гипертрофик жараёни мавжудлигини билдиради.

Даволаш:

1)Бурунга 2% салицил ёки 5% стрептоцид малҳами, 3-5% кумуш нитрати (ляпис) суртилади

2)2-3% колларгол (ёки проторгол) 5 томчидан кунига 3 маҳал

3) “Пиносол” малҳамини 3-4 марта суртилади

4)беморга тубус-кварц, УВЧ, микротўлқинли терапия, кальций хлорид, димедрол, новокаин билан электрофорез, нафтизин ва гидрокортизон билан ингалация муолажалари буюрилади

5) чиниктириш, жисмоний машқларга жалб этилади.

Сурункали гипертрофик ринит бурун бўшлиғи шиллик пардасининг шиши ва инфильтрацияси билан кечувчи яллиғланиш жараёни. Пастки бурун чиғаноқлари юмшоқ тўқимасининг қалинлашиши, катталашishi туфайли беморда бурун орқали нафас олиши қийинлашганлиги, боши оғриши, ҳидни сезиш ва эшитиш қобилияти пасайганлиги, овозининг ўзгариши (ёпиқ манқаланиш), томоғи тез-тез оғриши, иш қобилиятининг пасайиши, асаб тизимининг бузилиши пайдо бўлади

Ташҳис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, олд- ва орқа риноскопия, буруннинг нафас олиш, ҳид сезиш функцияларини текшириш, бурун бўшлиғининг Rn-графияси натижалари асосида қўйилади

Даволаш.

Жарроҳлик усулида даволанади (катталашган чиғаноқ ляпис, учхлорсирка, хром кислотаси ёрдамида куйдирилади , УЗД дёзинтеграциялаш, криотаъсир, вазотомия ёки конхотомия, лазер нурлари ёрдамида таъсир этилади.

Сурункали атрофик ринит бурун шиллик пардасининг дистрофик ўзгаришидир. Атрофия жараёни асосан бурун тўсиғининг олд қисмига (чегараланган) ёки бурун бўшлиғининг барча майдонларига (таркок), баъзан фақат нафас олиш майдонига тарқалиши мумкин (субатрофик ринит).

Этиология - атрофия жараёнининг ривожланишига турли юкумли касалликлар (кизамик, грипп, дифтерия, скарлатина) ва ташки муҳит омиллари (курук ва иссиқ об-ҳаво) таъсири, бундан ташқари чанг, газ, буғ, тамаки, силикат ва цемент чанги ҳам атрофик ринитнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Клиникаси Бемор бурнида куруклик, пўстлоқлар ҳосил бўлиши, бурни орқали нафас олиши қийинлашганига, ҳидни билиши сусайганига, вақти-вақти билан бурнидан кон оқишига шикоят қилади. Олд риноскопияда бурун бўшлиғининг шиллик пардаси оқ-пушти рангда, курук ва юқалашганлиги, бурун йўллари кенгайганлиги, умумий бурун йўлида қалин сарғиш-яшил ажралма борлиги, айрим жойларда ажралма пўстлоқлар ҳосил қилиб, шиллик пардага ёпишганлиги кўринади.

Ташҳис - анамнезига ва риноскопик таҳлилларга асосланади.

Даволаш.

1)бурун физиологик эритмага йод қўшиб (200 мл физиологик эритмага 6-8 томчи 5% йоднинг спиртли эритмаси қўшилади) кунига 1-2 марта ювилади.

2)бурун бўшлиғининг шиллик пардасига йод-глицерин аралашмаси, 1 % Люголь эритмаси суртилади (кунига 1 маҳал 10 кун давомида).

3) цитралнинг 1-2% ёғли эритмаси бурун ичига 5 томчидан кунига 2 маҳал (бир ҳафта давомида),

4)А ва Е (азвит) дармон дориларнинг ёғли эритмалари, алоэ шарбати, каланхоэ ва прополис томизилади.

Сассик тумов ёки озена атрофик ринитнинг оғир шакли бўлиб, бурун бўшлиғидаги атрофик жараён нафақат шиллик пардага, балки суяк тўқималарга тарқалади

Этиология. Кўзгатувчиси энтеробактериялар оиласига мансуб клебсиелла (*Klebsiella ozaenae*), озенада коринебактерия, протей микроблари ҳам аниқланган.

Клиникаси Бемор бурун бўшлиғи шиллик пардаси қуришига, унда кўп микдорда пўстлоқлар ҳосил бўлишига, бурнидан бадбўй ҳид келишига (беморни ўзи бу ҳидни одатда сезмайди), бурун

орқали нафас олиши қийинлигига шикоят қилади, пўстлоқлар тозалангандан сўнг бурун бўшлиғи шу қадар кенгаядики, ҳатто бурун ҳалқумнинг орқа девори, эшитув найининг ҳалқум тешиклари ва най лўлачалари кўриниб туради.

Даволаш.

1)1-босқичда бурун бўшлиғи пўстлоқлардан тозаланади. Бунда 2% натрий гидрокарбонат, 1% водород пероксиди, 0,1% перманганат калий, 1% диоксидин ишлатилади.

2)2-босқичда бурун ичига 2-3 соатга йод-глицерин (ёки 1% Люголь эритмаси), Вишневский, каланхоэ малҳамлари ва 5% синтомицин эмульсиясига шимдирилган пахта тикма қўйилади.

3)3-босқичда беморга физиотерапевтик муолажалар: аэроионотерапия, дори аэрозоллари билан ингальяциялар буюрилади.

4)4-босқичда беморга умумий терапия ўтказилади; мушак орасига озена клебсиелласига қарши антибиотиклар (стрептомицин сульфат, канамицин, гентамицин, левомецетин сукцинат) қўлланилади.

5)С ва В витаминлари, 1% никотин кислотаси мушак орасига юборилади.

Вазомотор ринит аллергик шакли ривожланишига аллергенлар сабаб бўлса, касалликнинг нейровегетатив шакли марказий ва вегетатив асаб тизими ёки эндокрин тизимининг патологик ўзгариши, иммунитетнинг сусайиши натижасида ривожланади.

Клиникаси

Вазомотор ринитнинг ҳар икки шаклида 3 асосий белгилар кузатилади:

1)аксириш хуружлари;

2)бурундан кўп миқдорда шилимшиқ ва серозли ажралма оқиши;

3)бурун орқали нафас олишни қийинлашиши.

Риноскопияда аллергик ринитда бурун бўшлиғининг шиллик пардаси шишади, шиллик парда дастлаб кизаради, кейинчалик

рангпар, баъзан оқиш, мумсимон бўлади, унинг тонуси пасаяди, нейровегетатив ринитда бурун бўшлигининг шиллик пардаси одатда кўкимтир бўлиб, айрим майдонларда “Воячекнинг оқ доғлари” кўринади. Қонда эозинофиллар сони меъёрада бўлади.

Даволаш.

1) организмга аллерген тушишига қарши шахсий химоя тадбирлари

2) специфик иммунотерапия (СИТ)

3) носпецифик гипосенсибилизация терапияси I авлодга мансуб антигистамин дори воситалар (димедрол, супрастин); -II авлодга мансуб антигистамин дори воситалар (гисманал (астемизол), кларитин (лоратадин), гистадин (терфенадин), телфаст (фексофенадин), зиртек (цетиризин), кестин (эбастин), эриус)

4) йирингли ўчоқни бартараф этишга қаратилган жаррохлик амаллари

5) маҳаллий кортикостероид терапияси, рефлексотерапия.

6) топик стероидлар (насобек, назонекс, авамис)

АУДИТОРИЯ ИШИ

Баҳолаш варақларининг ёзилиши ва муҳокама

Ринит билан оғриган беморларни текшириш. Олдиндан флипчарт тайёрлаб қўйиш ёки доскада аллергик ва бошқа ринитлар сабабларини фарқларини ёзиш мумкин. Масалан, аллергик (мавсумий, йиллик, касбий), инфекцион (ўткир ёки сурункали), ноёб турлари (бета-блокаторлар, аспирин, КОК, НПВС, маҳаллий томирларни торайтирувчи препаратларни қабул қилиш билан боғлиқ, атрофик, аутоиммун, неопластик). Баъзида ринитларни, ОИТСни, гормонал касалликлар (гипотиреоз) ни, ҳомиладорликни, кекса эркаklar тумовини ва бошқа касалликларни юзага келиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Ринитлар сабабини муҳокама қилиб бўлгандан кейин, ўзига хос симптоматикани муҳокама қилиш (масалан, аллерик мавсумий ринитларда - асосан акса уриш, қичишиш ва ринорея

шиллик ва сувли ажралмалар билан, йиллик ринитда - бурун битиши ва постназал катар).

Сурункали ринит

Бурун шиллик қаватининг сурункали яллиғланиши акса уриш, бурун битиши ва ринорея каби клиник белгиларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Бу нарса кўпчилик одамларда аллергияларни ингалацияси билан боғлиқ. Ринитларнинг бошқа асосий сабаби - ноаллергик ринит, бошқача номи вазомотор тумов.

Аллергик ринит

•Акса уриш, бурун битиши, бурундан тоза ажралмалар келиши ва кўз қичиши.

•Мавсумийлик (баҳор ёки куз) ёки йиллик

•Антигистаминлардан кейинги эффект

•Одатда рентгенологик ва лаборатор тестлар керак эмас

Вазомотор ринит

•Акса уриш, бурун битиши ва ёки бурундан тоза ажралмалар келиши

•Симптомларни ҳароратнинг ва намликнинг ўзгариши юзага келтиради

•Антигистаминлардан фойда йўқ

•Одатда рентгенологик ва лаборатор тестлар ҳам керак эмас

Вазомотор ринит - бу иммун бўлмаган, ҳароратнинг ва намликнинг ўзгариши, атроф муҳитнинг ифлосланиши, тутун, курум, парланиш, тамаки тутуни каби физик стимулларга гиперсезгирлиги бўлган автоном тумов.

Ринитларнинг учинчи тури - томир торайтирувчи томчилар ва спрейларни доимий қўллаш билан боғлиқ медикаментоз ринитлар.

Анамнез йиғганда ринитларни ташҳиси учун юкорида кўрсатилган симптомларга, бурундан чикадиган ажралмаларга аҳамият берилади. Профуз сувли холда аллергия турдаги,

йирингли, ёмон ҳидли беморларда эса сабаби инфекцион фактор ҳисобланади.

Ажралмалар чиқадиган ҳолат: бу спонтан ринорея бўлганлигими ёки ажралмалар бурун қоққанда пайдо бўлиши, ажралмаларни томоққа ўтиши. Агар профуз сувли ажралмалар ҳолатни ўзгартирганда ёки кучанган ҳолларда пайдо бўлса, бу цереброспинал суюқликнинг оқиши бўлиши мумкин!

Бурун битиши бир хилда аллергия ринитларда ҳам, яллиғланишли ринитларда ҳам горизонтал ётган ҳолатда, айниқса, кечки вақтда асоратланади. Шиллиқ безлари нормада кунига 1 литргача шиллиқ ишлаб чиқаради. Бу шиллиқ доимо синус киприкчалари орқали бурун бўшлиғига, ундан ҳалқумга оқиб тушади ва ютиб юборилади.

Машғулот 2

Вазиятли масалаларни ечиш

Масала №1

Талаба учун маълумот: Бемор 32 ёшда, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашишига, кўп суюқлик ажралиши, ҳид сезишнинг бузилганлиги, акса уриши, кўз ёши оқишига шикоят қилади. Юқоридаги шикоятлари 2 йилдан бери кимё саноатида ишлашни бошлагандан бери бошланган.

Кўрувда бурун шиллиқ қавати шишган, ҳар хил тусда, шиллиқ қават юзасида оқ доғлар мавжуд. Бурун пастки чиғаноқлари шишган, кўкимтир рангда. Бурун йўллари тор. Адреналин ёки нафтизин суртилганда чиғаноқлар қисқаради, йўллар катталашади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: Бемор 7 ёшда, онасини сўзидан 2 ойдан бери ўтказилган ўткир респиратор касалликдан сўнг, бурундан нафас олиш қийинлиги ва шиллиқ ажралма келиши

безовта қилади. Бурун битиши кўпроқ совук ҳавода кучаяди.

Кўрувда: риноскопияда пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари олдинги қисми шишган, шиллиқ қавати қизариб кўкимтир тусга кирган, бурун йўлларида шиллиқ ажралма бор.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: Бемор 24 ёшда, бурундан нафас олиш қийинлигига, бош оғришига, ҳид сезиш пасайишига шикоят қилади. Юқоридаги шикоятлар кўп йилдан бери безовта қилади. Илгари томир торайтирувчи томчилар қабул қилган, аммо охириги 1,5-2 йилдан бери уларнинг таъсири йўқ. Шу вақт ичида икки марта ўткир катарал ўрта отит билан касалланган.

Кўрувда бурун шиллиқ қавати тук қизил рангда, пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари катталашган. Шиллиқ қавати 0,1% адреналин эритмаси билан суртилганда бурундан нафас олиш ўзгармади, пастки бурун чиғаноқлар қисқармади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: Бемор 15 ёшда, доимий бурун ичини қуришига, бурун йўлларида қатқалоқ ҳосил бўлишига, бурундан қон аралаш қуюқ йирингли ажралма келишига ва ҳид сезишни бузилишига шикоят қилади. Бемордан специфик ноҳуш ҳид келади.

Кўрувда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати қуруқ, юпқалашган, юзасида қуруқ сарғимтир-яшил қатқалоқ, жойларда қуюқ йиринг кўринади. Бурун чиғаноқлари кичрайган, бурун йўллари

кенгайган. Бурун шиллик қаватига нисбатан ҳалқум орқа девори шиллик қавати қуриши камроқ.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: Бемор бурнининг доимий қуришига, бурун йўлларида қатқалоқ пайдо бўлишига, бурундан тез-тез йиринг оқишига ва ҳид билишнинг бузилишига шикоят қилади.

Кўрувда бурун бўшлиғининг шиллик пардалари қуруқ, жуда юпқалашган, устида қуруқ қатқалоқлар ва баъзи жойларда қуруқ йиринг кузатилади. Бурун чиғаноклари кичрайиб, бурун йўллари кенгайган. Ҳалқум орқа девори шиллик пардалари ҳам қуруқ, бошқа ЛОР аъзолари ўзгаришсиз.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Буруннинг сурункали касалликларига кирмайди:

- 1.сурункали этмоидит
- 2.сурункали катарал ринит
- 3.сурункали гипертрофик ринит
- 4.сурункали атрофик ринит

2.Сурункали катарал ринит аниқлашда қўлланилмайдиган текшириш усули

- 1.калорик метод
- 2.риноскопия, бурун бактериалогик текшируви

3.адреналин синамасы

4.орқа риноскопия

3.Озена бу

1.атрофик ринитнинг бир тури

2.аллергия ринитнинг бир тури

3.гипертрофик ринитнинг бир тури

4.ўткир катарал ринит

4.Сассик тумовга хос булган риноскопик кўринишни аниқланг

1.бурун бўшлиғи шиллиқ қаватлари оқимтир,чиғаноқлар шишган, полипни эслатади

2.бурун шиллиқ қаватлари қизарган.чиғаноқлар шишган ва умумий бурун йули торайган

3.бурун шиллиқ қаватлари ва бурун бўшлиғи суяк қисми атрофиялашган, ёкимсиз хидли каткалоқлар кўринади

4.бурун шиллиқ қаватлари қизарган,чиғаноқлар шишган ва у бурун тўсиғига тегиб туради

5.Қайси касалликда бурун чиғаноғи олд учлари «малина»нинг кўринишигаўхшайди:

1.сурункали гипертрофик ринитнинг фибротик шаклида

2.сурункали гипертрофик ринитнинг папилломатоз шакли

3.сурункали гипертрофик ринитнинг суяк шаклидир

4.сурункали гипертрофик ринитнинг бирикма шакли

6.Атрофикринитдаги асосий патоморфологик ўзгаришлар:

1.цилиндирсимон эпителининг метаплазиясини текис, турли даражадаги кўп қатламли цилиндрсимон эпителийнинг ингичка зичлиги ва тукча сони камайиш

2.қадоқсимон хужайраларида силлиқ эпителия метаплазияси

3.шиллик қаватининг алохида қисмлари бириктирувчи тўқима гипертрофияси

4.бокалсимон хужайраларда ясси эпителия метаплазияси

7.Атрофик ринитни даволашда қуйидагилардан фойдаланилади:

1. протаргол эритмаси

2. висмут препаратлари

3. 3% эуффилин

4. витамин А, Е препаратлари

8. Вазомотор ринит ташҳиси қуйиш учун қайси усули қўлланади:

1. олд риноскопия ва стробоскопия

2. олд ва орқа риноскопия

3. орқа риноскопия ва адреналин синамасы

4. риноскопия ва отоакустик эмиссия

9. Вазомотор ринитнинг аллергияк шаклини аниқлашда қўлланиладиган текшириш усулини кўрсатинг

1. ольфактометрия

2. адреналин синамасы

3. бурундан суртма олиш

4. бурун ажралмаси таркибидаги ва кондаги эозинофилларни аниқлаш

10. Катарал ринитга хос булган риноскопик кўринишни аниқланг

1. бурун тўсиғи олдинги қисмида шиллиқ қават юпкалашган

2. бурун чиғаноқлари гипертрофиялашган ва у бурун тусига тегиб турибди

3. бурун шиллиқ қаватлари қизарган, чиғаноқлар шишган ва бурун умумий йули торайган

4. бурун шиллиқ қавати ва бурун бўшлиғининг суяк қисми атрофиялашган кўп жавобли тестлар

11. Поллиноз аломатлари: (3 та тўғри жавобни кўрсатинг)

1. бурун йўлларида кўп миқдорда суюқликнинг оқиши

2. тез тез акса уриш

3. аллергияк конъюнктивит билан боғлиқ

4. бурун йўлларида йиринг оқиши

12. Гипертрофик ринитнинг характерли шикоятларини санаб ўтинг (3 та тўғри жавобни кўрсатинг)

1. бурундан нафас олишнинг қийинлашиши

2.бурун йўлларида суюқлик-йирингнинг оқиши
3.бурун шиллик қаватининг камқонлик билан салбий намуна сидир

4.бурун оғриғи, бурунда қобиқларнинг мавжудлиги

13. Сурункали гипертрофик ринитни даволашнинг энг самарали усули (3 та тўғри жавобни ажратиб кўрсатинг)

1.ластки бурун чиганокларининг ултрасоник парчаланиши

2.ластки бурун чиганокларининг вазотомияси

3.ластки бурун чиганокларининг лазер коагуляцияси

4.вазоконструктив ва яллиғланишга қарши томчилар

14. Вазомотор ринитнинг нейровегетацион шаклидаги ҳолат (3 та тўғри жавобни ажратиб кўрсатинг)

1.акса уриш

2. бурундан суюқлик оқиши

3.хароратнинг пасайиши даврида бурун битиши

4.бурун шиллик қаватининг гиперемияси

15. Сурункали катарал ринит учун характерлидир (2 та тўғри жавобни ажратиб кўрсатинг)

1.бурун битиши

2.бурундан йиринг оқиши

3.мусбат адреналин синамаси

4.акса уриш

мураккаб тестлар

16.Мосини топинг.

1. Сурункали атрофик ринит

2. Сурункали катарал ринит

3. Сурункали гипертрофик ринит

4. Сурункали вазомотор аллергик ринит

а. бурун бўшлиғи шиллик пардасининг гиперплазияси билан кечувчи яллиғланиш жараёни

б. бурун бўшлиғи шиллик пардасининг тургун кизариши шиши ва инфильтрацияси билан кечувчи яллиғланиш жараёни

в. бурун бўшлиғи шиллик пардасининг дистрофияси билан кечувчи яллиғланиш жараёни

г. бурун бўшлиғи шиллик пардасининг аллергияси билан кечувчи яллиғланиш жараёни

1. 1г, 2а, 3б, 4в
2. 1 а, 2 г, 3б, 4в
3. 1в, 2 б, 3а, 4г
4. 1г, 2 б, 3 а, 4в

17. Мосини топинг.

1-остеома

2-ангиома

а)кўпинча бурун тўсиғининг олдинги қисмида ривожланади

б)янги ҳосил булган суяк тўқимасидан ташкил топган

в) кўпинча бурун ёндош бўшлиқларида ривожланади

г)кон ва лимфа томирларидан ривожланган ўсма

1. 1-б, в 2-а, г
2. 1-а, в 2-б, г
3. 1-б, г 2-а, в
4. 1-а, б 2-в, г

18. Мосини топинг:

1.хавфли ўсма

2.хавфсиз ўсма

а.рак

б.саркома

в.полип

г. папиллома

д.ангиома

е.остеома

1. 1-а, е 2-в, г, д, б
2. 1-а, д 2-в, г, б, е
3. 1-а, г 2-в, б, д, е
4. 1-а, б 2-в, г, д, е

19. Мосини топинг:

1.риносколиоз

2.ринокифоз

3.ринолордоз

4. платириния
а. бурун шаклини букри бўлиши
б. бурун шаклини ясси бўлиши
в. бурунни ен томонга силжиси
г. бурунни эгарсимон ботиши
1. 1г, 2а, 3б, 4в
2. 1а, 2г, 3б, 4в
3. 1в, 2а, 3г, 4б
4. 1г, 2б, 3а, 4в

20. Мосини топинг :

1. Сурункали атрофик ринит
2. Сурункали гипертрофик ринит
3. Сурункали вазомотор аллергик ринит
а. чегаранланган е таркок
б. аллергик е нейровегетатив
в. оддий е сассик
1. 1а, 2б, 3в
2. 1в, 2б, 3а
3. 1в, 2а, 3б

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 3
ТЕМА: БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ
КАСАЛЛИКЛАРИ
ГАЙМОРИТЛАР. ФРОНТИТЛАР. ЭТМОИДИТЛАР.
СФЕНОИДИТЛАР

Машғулот мақсади. *Талаба:*

1)Бурун олд бўшлиқлари клиник анатомияси, физиологияси ва ёшга хос анатомио-физиологик хусусиятларини билиши керак.

2)Синуситлар этиологияси, таснифи, клиникаси, ташхислаш ва даволашнинг умумий принципларини билиши керак.

3)тўғри анамнез йиғишни, бемор шикоятларини таққослай билиши керак

4)бурун олд бўшлиқларини функционал текшириш усулларини ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши

5)клинико-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташхис қўя олиши керак

Ташқи аудитор мустақил тайёргарлик ишлари

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

1.С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

2.Пальчун В.Т., Крюков А.И., Оториноларингология», Москва. «Литера», 2001г.

3.«Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

Қўшимча:

1.Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. М.:Миклош, 2002. - 390 с.

2. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия / Пискунов Г.З. и др.. М., 2003. 208 с.

3. Козлов М.Я. Воспаление околоносовых пазух носа у детей. -Л.: Медицина, 1985.- 208 с

4. Волков А.Г. Лобные пазухи. М.2001.

5. Шеврыгин Б.Н. Синуситы у детей и взрослых.2002.

6. Амалий оториноларингология. Учебник для вузов, Ходжаева К.А. Ташкент. Iqtisod-molia 2006.

7. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург. 1998г.

8. Хасанов С.А., Вахидов Н.Х. Т. Юкори нафас йуллари касалликлари. Voris-nasnriot. 2008.

Ўқитиш услуги - дискуссия, кучси халқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-тасвирлар.

Ўқув жараёнини ташкиллаштириш турлари – кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – тарқатма материаллар рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар –видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - Ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келишиш), презентациялар

Асосий ўқув саволлари

1. Ўткир синуситлар (гайморит, фронтит, этмоидит, сфеноидит): этиология, таснифи, клиник даврлари, ташхислаш, даволаш.

2. Сурункали синуситлар (гайморит, фронтит, этмоидит, сфеноидит): этиология, таснифи, клиник даврлари, ташхислаш, даволаш.

Аннотация

Синуситлар - бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши. Жараён буруннинг бир нечта бўшлиқларига бир вақтда тарқалганда полисинусит, бир томондаги бурун ёндош бўшлиқлари зарарланганда – гемисинусит ва буруннинг барча ёндош бўшлиқлари зарарланганда - пансинусит деб аталади.

Таснифи.

А. Экссудатив шакли: 1) катарал, 2) серозли, 3) йирингли,

Б. Продуктив шакллари: 1) девор олди гиперпластик; 2) полипозли.

В. Альтератив шакли: 1) атрофик, 2) некротик, 3) холестеатомали, 4) казеозли;

Г. Аралаш шакли (йирингли-полипозли, кистозли-некротик).

Д. Вазомотор ва аллергик синусит.

Ўткир гайморит юқори жағ бўшлиғи шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши бўлиб, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари орасида энг кўп учрайди.

Этиология: стафилакокк, стрептококклар, анаэроблар, вируслар ва замбуруғлар.

Клиникаси. бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, юқори жағ бўшлиғи соҳасини оғриши, оғриқни юз ва бошнинг ярмига тарқалиши, бурундан йирингли ёки шилимшиқ-йирингли ажралма оқиши, хид билиш қобилиятини бузилиши, тана ҳароратини кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, иштаҳани йўқолиши, бош оғриғи киради. Қонда яллиғланишга ҳос ўзгаришлар (лейкоформулани чапга силжиши, бироз лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши) аниқланади.

Ташҳис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, олд риноскопия, рентгенография, компьютер томография, магнит-резонанс томография, бурун ёндош бўшлиқларини зондлаш ёки юқори жағ бўшлиғини тешиб текширишга асосланади.

Ўткир фронтит - пешона бўшлиғининг ўткир яллиғланиши.

Клиникаси. Ўткир фронтит билан оғриган бемор пешона соҳаси оғришига, кўз қосасининг ички-юқори бурчаги, яъни пешона бўшлиғининг пастки девори босилганда кучаяди. Бўшлиқ ажралмасининг чиқарилиши қийинлашганда оғриқ кучайиб, беморнинг қовоқлари ва пешона соҳаси шишади, тана ҳарорати $38-39^{\circ}\text{C}$ кўтарилади. Қонда лейкоцитоз, лейкоформулани чапга силжиши, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Ташҳис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши,

сабаблари, олд ва орқа риноскопия, фарингоскопия, синусокопия, рентгенография, КТ, трепанопункция, бактериологик ва бошқа қўшимча текширув натижалари асосида қўйилади.

Ўткир этмоидит - галвирсимон бўшлиқ катакларининг ўткир яллиғланиши. **Клиникаси.** Галвирсимон бўшлиқ олд катакларининг яллиғланиши бемор боши, бурун негизи соҳаси ва қошларининг ўртаси оғришига шикоят қилади, оғриқ асосан бурун негизи ва кўз косасининг ички чети соҳасида жойлашади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади ($37-38^{\circ}\text{C}$), бурни орқали нафас олиши қийинлашади, бурнидан шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, хид сезиш қобилияти пасаяди..

Ташҳис. Олд риноскопия, рентгенография текшируви га асосланади

Ўткир сфеноидит - понасимон бўшлиқнинг ўткир яллиғланиши.

Клиникаси. Бемор боши оғришига, кўз олмаси орқасида босимни ҳис этишига шикоят қилади (сфеноидитга хос субъектив белги); оғриқ энса соҳасига, кўз косасига, баъзан пешона ва бош теппаси ёки чакка соҳасига тарқалади. Беморда хидни сезиш қобилияти пасаяди, тана ҳарорати кўтарилади, иштаҳаси пасаяди, толиқиш ва руҳий тушқунлик ҳолати кузатилади. Баъзан кўриш ўткирлиги ҳам пасайиши мумкин.

Ташҳис. бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, сабаблари, олд ва орқа риноскопия, фарингоскопия, синусокопия, рентгенография, КТ, трепанопункция, бактериологик ва бошқа қўшимча текширув натижалари асосида қўйилади.

Ўткир синуситларни даволаш

1) антибиотикотерапия (аугментин, амоксициллин, ампициллин, цефазолин, цефтриаксон, клафоран, кефзол, доксициклин, эритромицин, сумамед ва бошқ.) буюрилади.

2) Сульфаниламид препаратлардан: сульфадиметоксин, бисептол 480 ёки 960 (1 табл. кунига 3 маҳал овқатдан кейин) тавсия қилинади

3) антигистамин дори воситалар (супрастин, пипольфен, тавегил) буюрилади

4)бурун бўшлиғига қон томирларни торайтирувчи воситалар томизилади: 3% эфедрин, 0.1% нафтизин

5)Таркибида секретолитик, антибиотик ва оғриқсизлантирувчи дори воситаси бўлган мураккаб эндоназал спрейларни (ринофлуимуцил, изофра, фенилэфринли полидекса ва бошк.) бурун бўшлиғига сепиш яхши натижа беради.

6)Проц усули буйича бўшлиқлардан йиринглар суриб олиниб, антибиотик ва кортикостероидлар юборилади.

7)УВЧ, лазеротерапия, ультратонотерапия, солюкс ёки кўк лампа ёрдамида иситиш тавсия қилинади.

Сурункали гайморит - юқори жағ бўшлиғи шиллик пардасининг сурункали яллиғланиши.

Этиология *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *P.aeruginosa*, *S. aureus*, *S.epidermidis*, анаэроблар ёки грамманфий таёқчалар аниқланади.

Клиникаси бурнидан шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли бадбўй ажралма оқишига, бурни орқали нафас олиши қийинлигига, вақти-вақти билан боши оғришига, хид сезиши пасайганига, димоғида бадбўй хид ҳис этишига, ҳалқумни қуриши, тез-тез туфлаб туришга шикоят қилади.

Ташҳис бемор шикоятлари, объектив текширувлар, айниқса эндоскопия текшируви, рентгенография, компьютер томография, юқори жағ бўшлиғини диагностик зондлаш ёки тешиш натижалари асосида қўйилади.

Одонтоген гайморит. Юқори жағ бўшлиғининг туби иккинчи кичик ҳамда биринчи ва иккинчи катта озиқ тиш илдизларининг чўққисига яқин жойлашганлиги одонтоген гайморитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Бемор ёноқ соҳасининг бироз оғришига, альвеоляр ўсиқдаги окмадан йиринг оқиб чиқишига, бурнини қоқганда оғзига ҳаво киришига, овқат парчаларини юқори жағ бўшлиғига кириб қолиши натижасида пайдо бўлган бадбўй ҳидга шикоят қилади.

Ташҳис. Бурун ёндош бўшлиқларининг эндоскопия, рентгенография, компьютер томография, баъзан контрастли

рентгенография текширувлари одонтоген гайморит ташҳисини аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Одонтоген гайморит “айбдор” тишда ва юқори жағ бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амали ва бошқа комплекс даволаш тадбирлари ёрдамида даволанади.

Сурункали фронтит - пешона бўшлиғи шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши.

Клиникаси бемор вақти-вақти билан ёки доимий равишда бошининг пешона соҳаси оғришига, бурни битишига, бурнида шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланишига, ҳидни сезиши пасайганлигига шикоят қилади.

Ташҳис субъектив ва объектив маълумотлар, қўшимча текширув натижалари асосида қўйилади (рентгенография, пешона-бурун йўлини зондлаш, компьютерли томография , синусоскопия).

Сурункали этмоидит — галвирсимон бўшлиқ катакларининг сурункали яллиғланиши.

Клиникаси бурнидан шилимшиқ ёки йирингли ажралма оқишига, боши ва бурун негизи соҳаси оғришига, боши олдинга эгилганда шу соҳада оғирлик ҳис этишига, тез чарчашига, уйқусизликка, бадбўй ҳид сезишига шикоят қилади.

Ташҳис. Риноскопияда ўрта бурун чиғаноқи ва ўрта бурун йўлининг шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги. ўрта бурун чиғаноқи остидан ёки юқори бурун йўлидаги ҳид сёзиш тирқишидан шилимшиқ-йирингли ажралма оқаётганлиги кўринади. бўшлиқ катаклари соҳаси хиралашганлиги аниқланади.

Сурункали сфеноидит - понасимон бўшлиқнинг сурункали яллиғланиши.

Клиникаси бемор боши оғришига, бурун бўшлиғида қуюқ ажралма ва қуруқ пўстлоқлар тўпланишига, улар қийинчилик билан тозаланишига, ҳолсизликка, тез толиқишига шикоят қилади. Оғриқ кўпинча бошнинг энса соҳасида жойлашади, баъзан чакка ёки пешона соҳасига тарқалиши мумкин, беморнинг боши пастга эгилганда бош айланиши белгиси ҳам пайдо бўлади.

Ташҳис бемор шикоятлари (бош оғриши, бурни битиши, ҳид сезишини пасайиши, бурнидан нохуш ҳид келиши) ва фарингоскопия маълумотлари асосида қўйилади. Понасимон бўшлиқни калла суяги асосининг чуқур бўлимларида жойлашиши унинг баъзан “унитилган бўшлиқ ёки гўнг бўшлиқ” деб аталишига сабаб бўлади. Ташҳис эндоскопия, олд ва орқа риноскопия, фарингоскопия, рентгенография, КТ- ёки МРТ текширув натижалари асосида қўйилади.

Сурункали синуситларни даволаш.

1) Сурункали гайморитда юқори жағ бўшлиғини зондлаш ёки тешиб, унга найча ўрнатиш бўшлиқни антисептик эритмалари билан ювиб, бўшлиқ ичига антибиотиклар (гентамицин, цефазолин, цефазолин, аугментин ва бошқ.), ферментлар (химотрипсин 25 мг ёки химопсин 25 мг, трипсин 5-10 мг) ва кортикостероидлар (0,2-0,3 мл гидрокортизон, дексаметазон, преднизолон) эритмаларини юбориш усули кенг қўлланилади.

2) Замбуруғлар кўзгатган синуситларда беморга ичиш учун леворин, фуцис, ламизил таблеткалари буюрилади.

3) (Проец усули) антисептик эритмалар билан алмашлаб ювиш усули кенг қўлланмоқда.

4) Физиотерапевтик муолажалар

5) Синуситнинг полипоз, гиперпластик, аралаш ва экссудатив шаклларида дори-дармонлар билан даволаш тадбирлари яхши натижа бермаган ҳолларда полипотомия ва бошқа жарроҳлик амаллари бажарилади.

Буруннинг ҳавфсиз ўсмаларига папиллома, фиброма, гемангиома, ангиофиброма, аденома, хондрома, остеома ва липомалар киради.

Белгилари. Беморда ўсма жойлашган томонда бурун орқали нафас олишнинг кескин қийинлашиши, гипосмия ёки аносмия, баъзан бурундан қон оқиши, кечки босқичларида юз скелетининг бузилиши, бош оғриши, кўз олмаларининг силжиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши кузатилади. Бурун эндоскопияси, зонд

ёрдамида текшириш ва пайпаслаш, рентгенография, компьютер томографияси, уйқу артерия тизимининг ангиографияси ва гистологик текширув ташҳис қўйишга ёрдам беради.

Қонайдиган полип тузилиши жиҳатидан ангиофибромани эслагиди ва кенг асосга эга бўлиб, одатда бурун тўсиғининг тоғай қисмида жойлашади, кўпинча катталашмайди, баъзан катталашиб бурун бўшлиғидан чиқиб туради. Полип тез-тез қонаб туради, қон кам миқдорда оқади. Касаллик кўпинча ҳомиладор аёлларда ва қон босими баланд бўлган беморларда учрайди.

Ташҳис қийинчилик туғдирмайди ва бемор шикоятлари, касалликни бошланғич сабаблари, риноскопия ва гистологик текширув асосида қўйилади.

Даволаш: Полип узил-кесил олиб ташланади жароҳат четига гальванокаутер, ультратовуш ёки лазер ёрдамида ишлов берилади ва келтириб чиқарган сабаб даволанади.

Бурун фибромаси кам учрайди ва одатда бурун даҳлизида, бурунҳалқумда ва ташқи бурун соҳасида жойлашади. Ташҳис қийинчилик туғдирмайди. Ўсма жароҳлик усулида даволанади.

Бурун остеомаси кўпинча 15-25 ёшли беморларда кўпроқ учрайди ва аста секин ўсади. Одатда остеома пешона ва ғалвирсимон бўшлиқларнинг деворида, баъзан юқори жағ бўшлиғидан ўсади. Остеома нисбатан тез ўсганда жарроҳлик амали билан олиб ташланади. Баъзан пешона бўшлиғининг церебрал деворида жойлашган бўлса, кичиклигига қарамасдан остеома кучли бош оғриғига сабаб бўлиши мумкин. Бошқа сабаблар инкор этилгандан сўнг остеома олиб ташланади.

Белгилари. Беморнинг юз скелети тузилиши бузилади, бош оғрийди, кўриш ўткирлиги пасаяди, бурун орқали нафас олиш ва ҳид сезиш фаолиятлари бузилади.

Касаллик хондрома, остеосаркома ва экзостозлар билан фарқланиши лозим..

Даволаш: Остеома жарроҳлик усули ёрдамида даволанади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ҳавфли ўсмаларига бирламчи саратон ва саркома киради. Бу ўсмалар

кўпинча ўрта ёки кекса ёшдаги эркакларда ривожланади. Бурун бўшлиғининг ҳавфли ўсмалари атроф тўқима ва аъзоларга (калла суяги асосига, қанот-танглай чуқурчасига, кўз косасига, оғиз бўшлиғига) тез тарқалади. **Белгилари.** Бурун бўшлиғи ҳавфли ўсмасининг белгилари эрта намоён бўлиб, бошланғич даврида енгил кечади. Беморда бир томонлама бурун орқали нафас олишни қийинлашиши аста-секин кучая боради, бурнидан аввал шилимшиқ, кейин қон аралаш ажралма оқади. Кейинги босқичларда бурнидан қон оқиши, қулоғи битиши, евстахеит ва оталгия кузатилади. Ўсманинг сатхи ғадир-будир, баъзан полипсимон бўлади. “Полип” олиб ташлангандан сўнг кекса ёшдаги беморнинг бурнидан кучли қон оқиши кузатилиши мумкин.

Ташҳис. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмасини ўз вақтида аниқлаш мақсадида рентгенография, компьютер томография, кўрсатма бўйича биопсия ва гистологик текширувлари қўлланади.

Даволаш. Ўсманинг дастлабки босқичларда мужассамлашган терапия қўлланилади: ўсма диатермокоагуляция ёрдамида олиб ташлангандан сўнг, беморга кимётерапия ва нур терапияси тавсия қилинади.

АУДИТОРИЯ ИШИ

Интерактив усул «Кучсиз ҳалқа».

Мавзу: «Бурун ёндош бўшлиқлари клиник анатомияси».

1. Олдинги бўшлиқларга киради...

-юқори жағ

-пешона

-олдинги ғалвирсимон

2. Орқа бўшлиқларга киради...

-ғалвирсимон бўшлиқ

-асосий бўшлиқ

3. Янги туғилган чақалоқларда юқори жағ бўшлиғи...

-катта бўлмаган юмалок шаклда бўлади

4. Юқори жағ бўшлиғи қаерда жойлашади...

-кўз косасини пастки ички юзаси ва қисман тиш илдизлари соҳасида...

5. Бўшлиқни юқори девори бир вақтнинг узида кўз олмасини пастки девори бўлиб ички тарафдан бирикади...

-ғалвирсимон суякнинг коғозсимон пластинкаси, кўз ёш халтаси ва кўз ёш канали билан

6. Ғалвирсимон суяк катакчалари янги туғилган чақалоқларда қўйидагича...

-нотўғри шаклдаги майда, узида хаво тўтади, шиллиқ қават билан қопланган

7. Янги туғилган болаларда пешона бўшлиғи...

-бўлмайд

-5 ёшдан кейин ривожлана бошлайди ва 25 ёшга етганда тугайди

8. Асосий бўшлиқ бу...

-ғалвирсимон бўшлиқни бир булаги понасимон суякни танасида жойлашиб, тўсиқ билан иккига булинган

9. Асосий бўшлиқ чақалоқларда...

-тиркишсимон бўлади

10. Юқори жағ бўшлиғи таъминланади...

-юқори жағ артерияси билан

11. Пешона бўшлиғи таъминланади...

-орқа бурун ва кўз артериялари билан

12. Ғалвирсимон бўшлиқ таъминланади...

-бурун чиғаноқлари артериялари ва ғалвирсимон артерия билан

13. Асосий бўшлиқ таъминланади...

-бурун орқа артерияси, қанот-танглай артерияси ва қаттиқ мия парда артерияси билан

«Мия хужуми». Гуруҳ 2 та микрогуруҳга бўлинади ва 5- 10 дақиқада ҳар бир гуруҳ саволларга жавоблар ёзади. Жавоблар биргаликда муҳокама қилинади.

1-микрогуруҳ . Қайси касалликлар бурун орқали нафас олиш кийинлиги билан кечади

жавоблар

бурун тўсиғининг қийшайиши, аденоидлар

гайморит, этмоидит, фронтит, сфеноидит

синусит, хоана атрезияси

гипертрофик ринит, вазомотор ринит

полипплар, бурун ўсмалари

бурун тўсиғининг абсцесси, бурун ет жисми

бурун тўсиғининг гематомаси, бурун травмаси

ўтқир ринитлар, УРВИ

2-микрогурух. **Бурун тўсиғининг қийшайишида**

кузатиладиган симптомлар

Бош оғриши, бурундан нафас олишга қийналиши

Хуррак отиш, тез-тез синуситлар

Тез-тез УРВИ, отитлар

Тиш қаторларининг бузилиши. энурез

Астмоид хуружлар. тонзиллитлар

Фарингитлар. ларингитлар

Бронхитлар

Синуситлар билан оғриган беморлар курацияси. Рентген тасвирлар муҳокамаси. Талабаларга курация учун беморлар бўлиб берилади. 2-3 та синуситлар билан оғриган беморлар, рентген тасвирларни ишлатинг.

Презентацияси («Синуситлар»). Болалардаги ўзига хосликлар.

Синусит симптомлари кўпинча ринит симптомлари устига қўшилиши сабабли, уларни биргаликда муҳокама қилган маъқул. Бунга яна бош оғриғи, юз оғриғи, ҳид сезиш ва таъм билишни пасайиши, **ҳолсизлик**, бурундан йиринг характерли **ажралмалар** келиши қўшилиши **мумкин**. Талабаларни ўқитаётганда ринитни симптомларига ва қачон биз синуситларни тўғрисида гумон қилишимизга урғу бериш керак. Ўтқир ва сурункали синуситларни даволаш (антибактериал терапиянинг давомийлиги - амоксициллин, амоксиклав, азитромицин ва бисептол

билан ўткирда 2 **хафта**, сурункалида 6 ҳафтагача) даги фарк. Синуситлардан келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар (кўз инфекциялари, мия абсцесслари, менингит, каверноз синуснинг тромбози)ни муҳокама қилиш. Синуситлар билан оғриган 2-3 та бемор таклиф қилинади ва уларни мисолида қуйидаги мавзу муҳокама қилинади. Қўрув синуслар проекцияси пальпациясини ўз ичига олиши керак. Албатта, III, IV ва VI бош мия нервлар функциясини баҳолаш керак. Бу жуфт нервлар кучсизлигида синус ва кўз ўткирлигининг процессга қўшилиши мумкин.

Ўткир синусит критерийлари

ВАҚТ

Ўткир-4 ҳафтагача

Ўткир ости- 4- 12 ҳафта

Кучайишнинг қайталама эпизодлари йилига 4 ва ундан кўп. Ҳар бири 7 ва ундан ортик кун давом этади.

КЛИНИК ФАКТОРЛАР

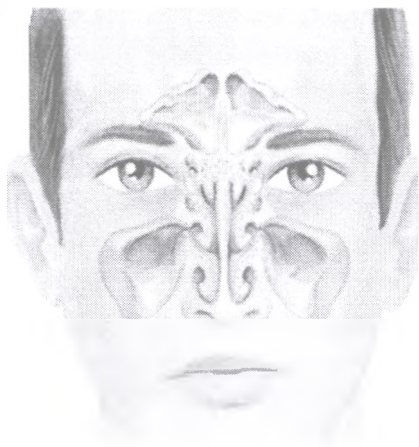
Катта:

Юз соҳасида оғриқ,

Бурун битиши

Бурундан ажралма келиши
ҳид билишнинг пасайиши

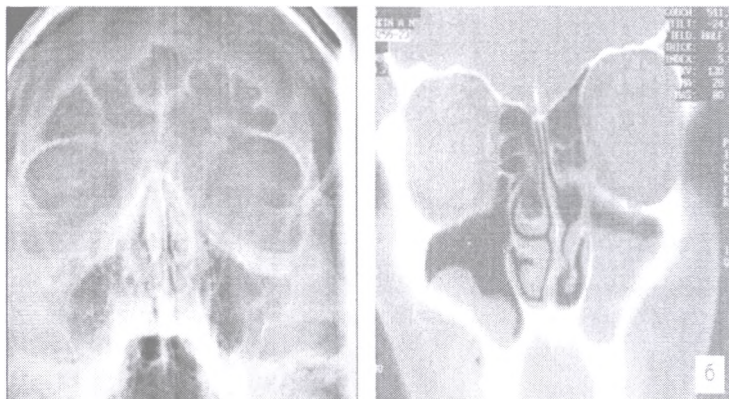
Кичик: Бош оғриғи



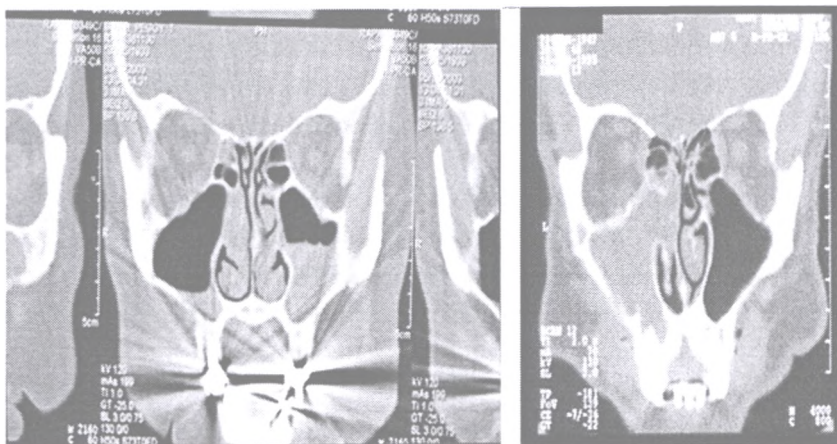
Бурун ёндош бўшлиқларини текшириш услуби

Якуний ташҳисни қўйиш учун таҳлилнинг бир қатор қўшимча услублари талаб этилади; рентгенологик таҳлиллар, компьютер томографияси, магнит-резонанс томографияси. Ёндош бўшлиқларнинг рентген тасвири биринчи навбатда бўшлиқлар уларнинг ҳажми ва катталиги ҳақида хулоса чиқаришга имкон беради. Бўшлиқлар қанчалик кўп бўлса, ёрқин тасвирлар ёки уларнинг пневматизация (ҳаволаниши) деб номланадиган тасвири шунчалик ёрқин бўлади. Патологик жараён (сероз ёки йирингли экссудат) сабабли пневматизациянинг бузилиши ҳаводан зичроқ муҳит пайдо бўлиши натижасида рентгенограммада тук рангдаги тасвир орқали намоён бўлади. Бунга асосланиб ҳам бўшлиқларнинг экссудациясини ва баъзи ҳолларда шиллик қаватнинг қалинлашгани ёки полипларни ҳам аниқласа бўлади. Рентгенограмма таҳлилида бир тарафни иккинчи тараф билан солиштирганда бўшлиқлар катталигини инобатга олиш керак. Масалан, ҳажм жиҳатдан кичкина бўлинма меъёрда ҳам ҳавоси камроқ, каттаси эса ҳатто патологик ҳолатда ҳам камроқ соялашган бўлиб кўриниши мумкин. Рентген тасвирларининг тез-тез алмашинуви, унда соянинг йўқолиши ёки бир неча кун давомида қайтадан пайдо бўлиши аллергик жараёнга хосдир.

Рентген тасвири



КТ тасвир



III. Ташхис: Ўнг томонлама ўткир йирингли гемисинусит

ДАВОЛАШ

А) Проец бўйича бурунни ювиш, бош ва пешона ўнг бўшлиқларини яллиғланишга қарши зондлаш ёки пункция қилиш усули билан даволанган;

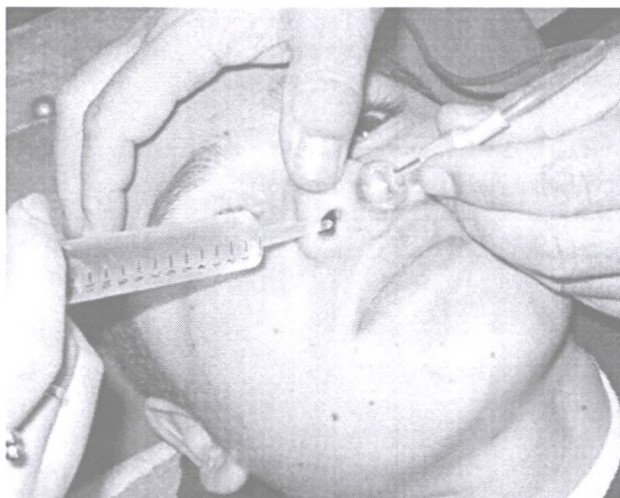
Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларини “Проец” усулида ювиш

1 қадам буруннинг ўрта ва юқори йўллари адrenaлизация (бурун йўлларига 0,1% адrenaлин, 0,1%-0,01% нафтизинни суртиш) қилингандан сўнг бемор столга бошини бироз орқага ташлаган ҳолда ювилишига қараб унг ва чап томонга 40- 45° қаратиб ётқизилади.

2 қадам бурун катаги бир томондан электр сургичга уланган олива билан. иккинчи бурун катаги шифокорни бош бармоғи билан беркитилган ҳолда электр сургични ишга солиниб, бемор «ку-ку», «ку-ку» деб қайта айтганда бурун бўшлиғида манфий босим пайдо бўлади.

3 қадам шифокор бармоғини дам очиб, дам босиб турган

такдирда, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ичидаги ажралмалар сурилиб олинади. Сўнгра антисептик эритма (фурацилин, ва бошк.) билан навбатма-навбат ҳар бир бурун бўшлиғига 5-10 мл шприцда куюлиб, иккинчи тарафдан юқоридагидай суриб олиниб, охирида антибиотик эритмаси + кортикостероид (0.2-0,3 мл) юборилади. Албатта, «кўчириш» усули билан ювишнинг муваффақиятли ўтиши учун бола билан тил топишиш керак.



Ситуацион топшириқни бажариш.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Синусит деб қайси бўшлиқ яллиғланишига айтилади.

1. юқори жағ бўшлиғи.
2. ғалвирсимон бўшлиқ.
3. пешона бўшлиғи
4. хамма бўшлиқлар

2. Гемисинусит деб қандай яллиғланишига айтилади.

1. юқори жағ бўшлиғи.
2. ғалвирсимон бўшлиқ.
3. пешона бўшлиқ

4. чап ёки ўнг тарафлама хамма бўшлиқлар

3. Хамма бўшлиқларнинг яллиғланишига нима дейилади?

1. гайморозтмоидофронтит

2. гайморозтмоидосфеноидит

3. пансинусит

4. риносинусит

4. Қайси синусит болаларда учрамайди?

1. гайморит

2. фронтит

3. этмоидит

4. гемисинусит

5. Синуситларнинг диагностик усулларига кирмайди

1. бурун бўшлиғи эндоскопияси

2. бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари компьютер томографияси

3. пневмоэнцефалография

4. риноскопия

6. Одонтоген синусит сабаби юқориги жағнинг қайси тишлари туфайли келиб чиқади

1. 8

2. 7

3. 4, 5, 6

4. 2, 3

7. Ўтқир синуситларни даволашда қўлланилмайди

1. деконгенсантлар

2. антигистамин препаратлар

3. диуретиклар

4. физиотерапия

8. Йирингли этмоидит кўпинча каерга асорат беради

1. пешона бўшлиғига

2. гаймор бўшлиғига

3. куз косасига

4. понасимон бўшлиғига

9. Риносинуситларни консерватив даволаш усулига кирмайди

1. антибиотиклар

2. эндоаназал синусотомия
3. бурун йўллари адренализацияси
4. Проец усулида ювиш

10. Буруннинг яхши сифатли ўсмасига кирмайдиган

1. папиллома
2. фиброма
3. ангиома
4. саркома

кўп жавобли тестлари

11. Ўтқир гайморитга хос клиник белгиларни кўрсатинг (3 та тўғри жавобни белгиланг)

1. бурундан йирингли ажралма келиши
2. юқори жағ бўшлиғи соҳасида локал оғрик
3. ютинганда оғрик
4. бош оғриши

12. Ўтқир гайморитни даволаш усуллари кўрсатинг: (3 та тўғри жавобни белгиланг)

1. антибактериал даволаш
2. гаймор бўшлиғини пункцияси
3. томир торайтирувчи томчиларни томизиш
4. бурунни тампонада килиш

13. Ўтқир фронтитни ташхислаш усуллари кўрсатинг:

1. риноскопия
2. бурун ёндош бўшлиқларини рентгенографияси
3. пешона бўшлиғини зондлаш ва трепанопункцияси
4. эпифарингоскопия

14. Сурункали сфеноидитда диагностик усуллари (3 та тўғри жавобни белгиланг)

1. орқа риноскопия
2. бурун ёндош бўшлиқлари Р-графияси
3. компьютер томографияси
4. бармоқ билан текшириш

15. Сурункали этмоидитнинг клиник белгилари (3 та тўғри жавобни белгиланг)

1. доимий равишда шиллик, йирингли ажралма келиши
2. доимий бош оғриғи
3. гипосмия
4. дисфония

мураккаб тестлар

16. Бўшлиқларни пункцияда ажралмалари мосини топинг:

1. катарал гайморит
 2. ўткир йирингли гайморит
 3. сурункали одонтоген гайморит
 4. кистоз гайморит
 5. полипоз гайморит
- а.пункцияда бадбуй хидли, яшил рангдаги йирингли ажралма
 б.пункцияда суюклик оч сариқ рангдаги тиниқ ажралма
 в. пункцияда бўшлиқлардаги манфий босим
 г.пункцияда шиллик ажралма
 д.пункцияда суюк хидсиз йирингли ажралма

1. 1г, 2д, 3а, 4б, 5в
2. 1 в, 2д, 3а, 4в, 5г
3. 1г, 2 а, 3 д, 4в, 5в
4. 1г, 2д, 3 в, 4в, 5а

17. Мосини топинг.

1. ўткир йирингли гайморит
2. кистоз гайморит
3. атрофик гайморит
4. аллергик ринит

а. оператив даво - гайморотомия, пастки бурун йўлига сунъий тешиқ ўтказмасдан

б. консерватив даво—бурун бўшлиғига ёғли эритмалар, йод препаратлари, витаминотерапия, ишқор-ёғли эритмалар билан ингация килиш

в. антигистамин препаратлар, специфик иммунотерапия

г. консерватив даво-Проец усулида ювиш, антибиотикотерапия, бурунга контомирни торайтирувчи томчилар, УВЧ, антигистамин препаратлар

1. 1г, 2а, 3б, 4в
2. 1 а, 2 г, 3б, 4в
3. 1г, 2 б, 3 а, 4в
4. 1г, 2 б, 3 а, 4в

18. Мосини топинг.

1-остеома

2-ангиома

а.кўпинча бурун тўсиғининг олдинги қисмида ривожланади

б.янги ҳосил булган суяк тўқимасидан ташкил топган

в. кўпинча бурун ёндош бўшлиқларида ривожланади

г.қон ва лимфа томирларидан ривожланган ўсма

1. 1-б, в 2-а, г
2. 1-а, в 2-б, г
3. 1-б, г 2-а, в
4. 1-а, б 2-в, г

19. мосликни топинг :

1.хавфли ўсма

2.хавфсиз ўсма

а.рак

б.саркома

в.полип

г. папиллома

д.ангиома

е.остеома

1. 1-а, е 2-в, г, д, б
2. 1-а, д 2-в, г, б, е
3. 1-а, г2-в, б, д, е
4. 1-а, б 2-в, г, д, е

20. Юқорижағ бўшлиғи пункцияси кетма-кетлигини кўрсатинг.

1.бўшлиқдаги массанинг флорасини урганиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун шприц билан тортиб олинади

2.пастки бурун йўли шиллиқ қават анистезияси

3.ўрта бурун йўли шиллиқ қавати анемизацияси.

4. Куликовский игнасини пастки бурун йўлидан кузнинг латерал бурчаги йуналиши буйича киритиш.

5.доривор моддаларни бўшлиққа юбориш.

6.бўшлиқни эритмалар билан ювиш

1. 2,3,4,1,5,6

2. 2,3,5,1,6,4

3. 2,5,4,1,6,3

4. 2,3,4,1,6,5

Вазиятли масалалар ечиш

Машғулот 3

Масала №1

Талаба учун маълумот: Беморнинг шикоятлари: бош оғришига, айниқса, ўнг тарафга энгашганда, бурун орқали нафас олиш қийинлашишига, тана ҳароратининг 380С гача кўтарилишига ва умумий ҳолсизликка. Касаллик бошланганига 5 кун бўлган.

Кўрувда: тери қопламлари бироз нам, томир уриши минутига 84 марта. Ички аъзоларда ўзгаришлар йўқ. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати кизариб, ўнг пастки бурун йўлларида шиллиқ-йирингли суюқлик аниқланди. Бармоқ билан босилганда ўнг тарафдан қош усти, юқори жағ соҳасида оғриқ сезилди.

Рентген тасвирида: ўнг томондан ҳамма бўшлиқларда (юқори жағ, пешона, ғалвирсимон, понасимон) хиралашиш кузатилади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: 12 ёшли бемор ЛОР бўлимига кучли бош оғриғи, бурундан йирингли ажралма, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашишига шикоят қилиб келди. Касаллик бир

ҳафта олдин юқори нафас йўлларининг шамоллашидан сўнг пайдо бўлди. Олдин икки тарафдан қош устида оғриқ бўлди, тана ҳарорати 38,50 С гача кўтарилди.

Кўрувда бурун шиллиқ каватлари жуда қизарган, шишган, иккала томонда ўрта бурун йўлларида қуюқ йиринг. Бармоқ билан босилганда иккала жағ бўшлиқлари ва қош устида оғриқ сезилади. Бурун бўшлиқларининг рентген тасвирида юқори жағ, ғалвирсимон, асосий ва пешона бўшлиқлари икки томонлама бир текисда хиралашган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: 14 ёшли бемор пешонасининг ўнг соҳасида қаттиқ оғриқ борлигига, бурун битишига, буруннинг шу ярмидан йирингли ажралма чиқишига, тана ҳарорати 38,7С даражага кўтарилишига шикоят қилди. Бу белгилар 4 кун аввал ўтказилган гриппдан сўнг бошланди.

Кўрувда: бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси қизарган, бўртган, бурун йўлларида қуюқ йиринг кўринади. Пайпаслаганда ўнг қош устида оғриқ сезилади. Бурун ён бўшлиқлари рентген тасвирида сатҳи горизонтал ҳолда бўлган ўнг пешона бўшлиғининг хиралашгани қайд қилинади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: Бемор 36 ёшда, ўнг ёнок соҳасида оғриқга, ўнг бурун бўшлиғидан ҳидли йирингли ажралма келишига шикоят қилади. 3 ҳафта бурун 6 тишни экстракцияси

ўтказган, шундан кейин шикоятлар пайдо бўлган. Пальпацияда ўнг юз соҳаси оғриқли.

Кўрувда бурун бўшлиғи шиллиқ кавати қизарган, шишган, ўнг ўрта бурун йўлида кўп миқдорда йирингли ажралма аниқланади. Олинган тиш ўрнида бўшлиқга оқма йўл борлиги аниқланди. Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенограммасида ўнг юқорги жағ бўшлиғида гомоген хираланиш кузатилади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: Бемор бурун бўшлиғининг ўнг ярмида кўп миқдорда ажралма келаётганига, тез-тез қайталаниб турадиган тумовга шикоят қилди. Касаллик даврида бош оғриғи, тана ҳарорати кўтарилиши кузатилди. Буруннинг ўнг томони билан кийин нафас олади. Бемор ўзини 4 йил давомида ҳаста ҳисоблайди.

Кўрувда: бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси қизарган, яллиғланган. Бурун бўшлиғининг ўнг томонида, ўрта ва юқори бурун йўлларида юмалоқ шаклдаги, шишсимон ўсимталар кўринади. Пайпаслаганда ўнг юқори жағ бўшлиғининг олдинги деворида оғриқ сезилади. Бурундан нафас олиш ўнг томонда ёмонлашган. Бошқа аъзоларда ўзгаришлар йўқ. Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенограммасида ўнг юқори жағ, галвирсимон, пешона бўшлиқлари интенсив хиралашган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №6

Талаба учун маълумот: Бемор 40 ёшда, чап бурун

бўшлигидаги тез-тез қон оқишига шикоят қилади. Қон оқиши кам миқдорда ва ўз ҳолича тўхтайди. Бошқа орган ва системалардан шикояти йўқ. 3 ой олдин профилактик кўрув ўтказган.

Кўрувда бурун тўсиғи тоғай қисмининг чап томонида юмалоқ тук – қизил рангдаги ингичка оёқчали ҳосила жойлашган. Ҳосилага енгил тегилганда қон оқади, чап бурун қанотига қисилганда қон тўхтайди.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №7

Талаба учун маълумот: Бемор 38 ёшда, ўнг бурун бўшлиғи орқали нафас олишга қийналишига, шу томондан йирингли қон аралаш ажралма келишига, пешона соҳаси ўнг ярида бош оғриғига шикоят қилади. 3 ойдан буён касал, бурун орқали нафас олишга қийналиши аста секинлик билан кучайиб борган, охириги ойларда бош оғриғи ҳам қўшилган.

Кўрувда ўнг бурун бўшлиғида тук қизил-кўкиш рангдаги йирик ҳосила ривожланган, унинг олдинги қисми яраланган, зонд билан тегилганда қон оқади. Бурун тўсиғи чапга силжиган. Бурун ҳалқум бўшлиғи эркин. Ўнг хоана юқоридаги ҳосила билан тўлган. Ренгенограммада юмшоқ тўқимали ҳосила сояси аниқланди. Ўнг пешона ва юқори жағ бўшлиғида сояланиш бор.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №8

Талаба учун маълумот: Бемор пешона қисмидаги оғриқга шикоят қилади. Бош оғриғини биринчи марта 4 ой олдин сёзган. Охириги пайтда бош оғриғи кучайиб, доимий равишда безовта

қила бошлади ва тез-тез поликлиникага мурожаат қилишга мажбур бўлди.

Кўрувда бемор аҳволи кониқарли, ЛОР аъзоларида касаллик аломатлари йўқ. Бурун ён бўшлиқлари рентген тасвирида: пешона бўшлиғида думалоқ, четлари текис, суякдек қаттиқ соя кўринди ва бу соя пешона суяги бўшлиғининг мия деворигача етади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №9

Талаба учун маълумот: Ўз вақтида нормал кечган ҳомиладорликда туғилган бола туғилиши билан йиғлади ва нафас олиши қийинлашди. Аниқланишича бола умуман бурундан нафас олмаяпти. Бурун бўшлиғи зондланганда катетер бурун ҳалқумга ўтмади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Интеграция қилиш учун керак бўладиган фанлар

-Анатомия (нормал, патологик, топографик)

-Физиология (нормал, патология)

-Педиатрия

-Неврология

-Нейрохирургия

-Офтальмология

-Стоматология

-Рентгенология

-Фармакология

-Умумий хирургия

4 АМАЛИЙ МАШГУЛОТ

МАВЗУ: ҲАЛҚУМ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ. ЎТКИР ФАРИНГИТЛАР. АНГИНАЛАР.

Машгулот мақсади. *Талаба:*

1) Ҳалқумнинг клиник анатомияси, физиологияси ва ёшга хос хусусиятларини

2) Ҳалқум ўткир касалликлари (ўткир фарингитлар ва ангиналар) нинг этиологияси, патогенези, таснифи, асоратлари, ташхислаш усуллари ва консерватив давланишнинг умумий принципларини

3) тўғри анамнез йиғишни, бемор шикоятларини таққослашишни керак

4) Ҳалқумни функционал текшириш усуллари, ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал микробиологик текширув усуллари, баҳолашни ўрганиши

5) мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, фарингоскопияни қадамма-қадам ўткази олиши керак

6) клинко-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташхис қўя олиши керак

Аудиториядан ташқари мустақил тайёргарлик ишлари

Қуйидаги саволларга жавоб беринг. Жавобларни мустақил иш дафтарига ёзинг

1. Ҳалқум тузилиши (қисмлари, чегаралари)

2. Бурун-ҳалқум, деворлари.

3. Оғиз-ҳалқум, томоқ, ҳалқум орқа девори қаватлари.

4. Ҳикилдоқ-ҳалқум.

5. Юмшок танглай мушаклари, ҳалқум мушаклари.

6. Ҳалқумнинг қон билан таъминланиши ва иннервацияси?

7. Пирогов-Вальдеер ҳалқаси.

8. Танглай муртагининг гистологик тузилиши.

9. Ҳалқум вазифалари.

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

1.С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

2.Пальчун В.Т., Крюков А.И., Оториноларингология», Москва, «Литера», 2001г.

3.Х.Э.Карабаев. Ҳалқум касалликлари. Ўқув қўлланма. Тошкент. 2016.

Қўшимча:

1.Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. М.: Эксмо, 2008. 320с.

2.Цветков Э.А. Аденоидиты и их осложнения у детей. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии. СПб.: ЭЛБИ, 2003. 124 с.

3.Амалий оториноларингология. Учебник для вузов, Ходжаева К.А. Ташкент. Iqtisod-moliya 2006.

4.«Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.

5.Хасанов С.А., Вахидов Н.Х. Т. Юкори нафас йуллари касалликлари. Voris-nasnriot. 2008.

Ўқитиш услуби - дискуссия, кучсиз ҳалқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-таъсирлар.

Ўқув жараёнини ташкиллаштириш турлари – кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – тарқатма материаллар рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар – видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келишиш), презентациялар

Асосий ўқув саволлари

1. Ўткир фарингит этиологияси, клиникаси, диагностикаси. диф.диагностикаси, даволаш.

2. Ўткир тонзиллит – ангиналар (катарал, лакунар, фолликуляр, бугмали, ярали-некротик) этиологияси, клиникаси, диагностикаси, диф.диагностикаси, даволаш.

Аннотация

Ўткир фарингит – ҳалқум шиллиқ қаватининг ўткир тарқоқ яллиғланиши.

Этиология – стрепто-, стафилококклар ёки вируслар (грипп, парагрипп, аденовирусов травмалар ва бошқ.

Клиникаси бемор томоғи қуришига, оғришига (айниқса ютинганда), тана ҳарорати кўтарилишига (субфебрил), йўталга шикоят қилади. Фарингоскопия: ҳалқум орқа девори, танглай равоқлари шиллиқ қавати интенсив гиперемияланган, инфильтраланган, шишган, «лаксимон» кўринишга эга. Алохида лимфатик фолликуллар катталашган, қизил бўртмалар кўринишида бўлиб, қўшилган тутамлар ҳосил қилади. Ён **фарингитда** ҳалқум ён валиклари (лимфоид тўқималари)нинг кескин гиперемияси ва инфильтрацияси кузатилади. Гиперемия ва шиш ҳиқилдоқ усти тоғайи ва чўмичсимон-ҳиқилдоқ усти тоғайи номли бойламларига тарқалиши мумкин. Шиллиқ безлар кўп микдорда шиллиқ ишлаб чиқаради.

Ўткир фарингитни катарал ангина, кизамиқ, скарлатинада ҳалқумнинг зарарланишидан фарқлаш лозим. Ўткир респиратор вирусли инфекция ва гриппда ҳалқумдан ташқари нафас йулининг бошқа қисмлари ҳам зарарланади, яллиғланиш жараёни пастга тушувчи характерга эга белади, организмнинг умумий реакцияси кучлироқ бўлади, регионар лимфаденит ривожланади.

Ташҳис - анамнезига ва фарингоскопик таҳлилларга асосланади.

Даволаш амбулатор.

- 1) аёвчи парҳез;
- 2) ишқорли-ёғли ингаляций; томоқни чайиш (ромашка, шалфей, календула дамламаси; хлорофиллипт, йокс, бикарбонат ва бошқа эритмалар);
- 3) температура кўтарилганда - салицилатлар, десенсибиловчи, витаминлар.

4) Стрепсилс, септолете, фарингосепт и фалиминт таблеткалар, «Каметон», «Ингалипт» - 1-2 сек давомиди 3-4 маҳал томоққа сепиш, 1 ҳафта давомиди;

5) Физиотерапия (УВЧ, УФО, ингальция)

Ўткир тонзиллит - ангина – ҳалқум лимфаденоид ҳалқаси таркибига кирувчи бир ёки бир неча компонентларнинг, энг кўп ҳолларда танглай муртақларининг ўткир инфекцион касаллигидир.

Таснифи. Б. С. Преображенский буйича ангиналарнинг қўйидаги турлари мавжуд:

I — катарал,

II - фолликуляр,

III — лакунар,

IV — фибриноз,

V — герпетик,

VI — флегмоноз (интратонзилляр абсцесс),

VII — ярали-некротик (гангреноз),

VIII — аралаш шакллари.

Этиология – бактериялар, вируслар, спирохеталар, замбуруғлар бўлиши мумкин. Бактериал агентлар ичида кўп ҳолларда β-гемолитический стрептококк, камроқ стафилококк ёки уларнинг биргаликдаги учраши кузатилади. .

Катарал ангина муртақларининг асосан юзаки зарарланиши билан характерланади ва кўпинча уларнинг чуқурроқ зарарланишига ўтиб кетади.

Фолликуляр ангина муртақларнинг асосан паренхимасининг ва фолликуляр аппаратининг яллиғланиши билан кечади. Эпителиал қоплам остидан тўноғич бошчаси катталигида оқиш-сарғиш қўринишда йиринглаган фолликулалар - «юлдузли осмон» қўринишини эгаллайди.

Лакунар ангина муртақларнинг кескин гиперемияси, шиши ва инфильтрацияси кузатилади. Лакуналари кенгайган, ичида – сарғиш-оқиш фиброз-йирингли секрет, муртақ юзасида майда

ўчоқлар ёки пленка кўринишида сийрак караш ҳосил қилади. Караш муртакнинг бутун юзасини коплаши мумкин, лекин унинг атрофига тарқалмайди. У муртак юзасидан осонликча кўчирилиб, остида қонаш аломатлари бўлмайди.

Клиникаси касаллик тўсатдан томоқда куриш, кичишиш хисси, умумий лохаслик, бош оғриғи, бўғимларда, мушакларда оғриқ билан бошланади. Тез орада томоқда оғриқ пайдо бўлади, ютинганда оғриқ кучаяди ва қулоққа тарқалиши мумкин, тана ҳароратининг 40°C га кўтарилиши, қалтираш билан кечиши ҳам мумкин. Кўрувда танглай муртаклари гиперемияланган, шишган, карашлар билан қопланган. Интоксикация белгилари яққол ифодаланган: беморларни умумий холсизлик, бош оғриғи, юракда, бўғимларда ва мушакларда оғриқ безовта қилади. Пастки жағ бурчаги енидаги лимфатик тугунлар катталашган, палпацияда оғриқли. Касаллик 3-7 кун давом этади, кейинчалик ҳалқумдаги яллиғланиш белгилари сўнади ёки ангина бошқа шаклига ўтади. Оқибати хавфсиз.

Диф.диагностика. **Бўғмали ангина** Бўғма (дифтерия) - *Corynebacterium diphterie* - Клебс-Леффлер таёқчаси кўзгатувчи ўткир инфекцион касаллик бўлиб, банал ангинадан муртакларда яққол гиперемия фонида қалин кир-кулранг қопламларнинг пайдо бўлиши ва бу қопламларнинг танглай равоқлари, юмшоқ танглай, тилча, ҳалқум орқа деворига тарқалганлиги билан фарқланади. Қопламлар кийинчилик билан кўчирилади, уларнинг тагида қонаш юзаси пайдо бўлади. Нафас йуллари шиллик қаватининг шишга мойиллиги кузатилади. Бўғма бирламчи тонзиллитдан нисбатан унчалик баланд иситма булмай ифодаланган интоксикация ва адинамия белгилари билан фарқланади.

Скарлатинада ҳалқум шиллик қаватининг зарарланиши доимий симптом бўлиб, унинг даражаси ифодаланиши катаралдан ярали-некротик даражагача бўлиши мумкин. Биргаликда энантема, терида тошмалар ва тилнинг малинасимон кўриниши кузатилади.

Қизамиқда ҳалқум шиллик каватининг зарарланиши продромал ва тошма даврида кузатилади. Дифференциал ташхислашда лунж шиллик каватида Филатова-Коплик доғлари, қизамиқ энантемалари ва терида тошмаларнинг пайдо бўлиши муҳим аҳамиятга эга.

Симановский - Плаут – Венсан ярали-некротик ангинаси организм умумий ахволининг деярли ўзгаришсиз кечади: температура реакцияси суст, интоксикация белгилари йук, ютиниш кам оғриқли. Ҳалқумдаги жараён, ўз навбатида, бир томонлама ва банал ангинага хос булмаган некротик характерга эга.

Ташҳис – анамнез, орофарингоскопия, бактериологик, серологик текширувлар.

Даволаш.

- 1) юкумли касалликлар шифохонасида даволанади
- 2) антибактериал препаратлар линкомицин (лимфотроп жағ ости соҳасига), пенициллин гуруҳи), нистатин ёки леворин; аугментин, пеорал цефалоспоринлар.
- 3) гипосенсибиловчи терапия, витаминлар;
- 4) лакуналарини турли антисептик эритмалар (йокс, фурацилин, бор кислотаси, риванол, йодиол, хлор йод, хлорофиллипт) ёрдамида чайиш ёки ювиш;
- 5) жағостига спиртли компресс, физиотерапия (УВЧ, УФО, ингаляция).

АУДИТОР ИШИ

Мавзун и оғзаки кўриб чиқиш. Амалий ишларни мустақил бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

Бажариладиган ишлар:

- 1) Ҳалқумни кўриш ва пальпация қилиш
- 2) Орофарингоскопия
- 3) Эпифарингоскопия
- 4) Гипофарингоскопия

Ташқи кўрув:

Ташқи кўрувни амалга ошириш методикаси:

Буйин соҳаси ва лаблар шиллиқ қаватини кўринг (лаблар юзаси силлиқ, зарарланишларсиз бўлиши керак-яралар, бляшкалар, пуфакчалар ёки тугунли ҳосилалар). Бемордан лабларни ёпиб кулиб кўришни сўранг, бунинг ёрдамида бир вақтда юз нерви (VII пара) функциясини ва тишлов тўғрилигини баҳолаш мумкин.

Пальпация:

Пальпацияни бажариш методикаси:

Ҳалқум регионар лимфатик тугунларини пальпация килинг: жағ ости, ретромандибуляр, чуқур буйин олдинги, орқа, умров усти ва ости чуқурчаларида. Жағ ости лимфа тугунларини текширилувчи бошини бироз олдинга энгаштирилган холда, бармоқлар фалангаларининг ўқаловчи ҳаракатлари билан пастки жағ ўртасидан киррасига қараб пальпация қилинади. Буйиннинг чуқур лимфа тугунлари аввал бир томондан, кейин бошқа томондан пальпация қилинади. Нормада лимфатик тугунлар пальпацияланмайди (қўлга уннамайди).

Фарингоскопия (ҳалқумни кўриш) - бемор ҳалқумини кўриш

1 қадам бемор стулга ўтирди, ёритиш манбаи ўнг томонда.

2 қадам шифокор беморни қаршисига ўтиради, бемор ва шифокор стуллари баландлиги бир хил бўлиб, шифокор рефлекторни пешонасига тақиб олган. Аввало рефлекторни фокусини беморни юзига тўғрилаб олиш керак. Бунинг учун шифокорни ўнг қўли бемор бошини тепа қисмида туради.

3 қадам шифокор чап қўли билан рефлектор кўзгусини шундай тўғрилаши керакки, фокусланган ёруғлик манбаи беморнинг бурни учига тушиши керак; бу ёруғликни шифокор рефлектор тешигидан чап кўзи билан аниқ кўриши керак. Сўнгра чап қўлига шпател олиб, бемордан оғзини очиш сўралади ва шпател ёрдамида бемор тили енгил пастга босилади.

4 қадам оғиз бўшлиғи кўрилади – бунда тишлари ранги, бутунлиги, сони ва тишлар қатори ҳолатига эътибор қаратилади.

Сўнгра милк, каттик ва юмшоқ танглай шиллик қавати ҳолати кўрилади.

5 қадам бурундан нафас олишни бузилиши билан кечадиган кўпгина касалликлар болаларда юқори жағ-тиш комплексини турли деформациялари (тишлар қатори бузилиши, гумбазсимон танглай ва ҳ.к.) ни келтириб чиқаради. Юмшоқ танглай ҳаракатини бемор «Э» ёки «А» ҳарфини айтганда аниқланади. Бунда ҳалқум орқа деворини кузатиш зарур.

6 қадам танглай муртаклари кўрилади. Нормада танглай муртаклари равоқларидан бироз бўртган, юзаси силлиқ, нимпушти рангда, лакуналари эркин ва патологик масса (йирингли тикин, суяқ йиринг ва ҳ.к.) лар бўлмаслиги керак. Лакунадаги масса қўшимча иккинчи шпател ёрдамида олдинги равоқни юқори қисмини босиш ёрдамида аниқланади. Лакунани чуқурлиги ва йўналиши зонд ёрдамида аниқланади.

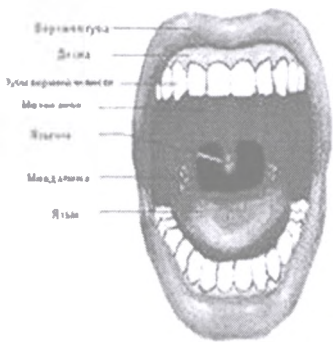
Кўкрак ёшидаги болаларда фарингоскопияни ўзига хос хусусиятлари.

1 қадам беморни оёқларини оёқлари орасида ушлаб туриш учун ёрдамчи бўлиши керак.

2 қадам ўнг қўли билан болани иккала қўлини устидан ўтказиб, чап қўлини болани пешонасига қўяди ва болани бошини ўзига тортади. Тинч ўтирмайдиган болаларни олдиндан чойшабга ўраб олиш мумкин.

3 қадам агар бола оғзини очмаса, бармоқлар ёрдамида бурни сиқилади ва шпател оғиз бурчагидан жағигача киргизилиб, рефлектор оғзи очилади.

4 қадам тили куч ишлатмасдан, енгил босилади. Тилни кўпол равишда босиш спазмофилия билан оғриган болаларда ҳалқум орти ҳўппози ёки нафас тўхташини чақиритиши мумкин.



Эпифарингоскопия-беморни бурун-халкумини кўриш

1 қадам назофаринкс текшираётганда узун оёқчали ойнадан фойдаланинг. Терлаб қолмаслиги учун олдиндан илиқ сувга солиб олинг ва спирт билан артинг. Пешона ойнасини ишлатган маъқулроқ, чунки иккинчи кўлингиз билан шпателни ушлаб турасиз.

2 қадам бемордан оғзини катта очишини ва тилини бўш қўйишини ва бурундан нафас олишини сўранг. Тилнинг орқа тарафи юмшоқ танглай орқасига итарилиши керак бўлган ойна учун максимал жой ажратишга имқон қадар қисилган бўлиши керак.

3 қадам бемор бурундан нафас олиши керак, чунки бу юмшоқ танглайнинг бўшашишишига ва унинг осилишига ёрдам беради. Хоанларни, нозофаринкснинг орқа деворини ва евстахий найи тешикларини текширинг.

Гипофарингоскопия-беморнинг оғиз халкумини текшириш

Гипофаринкс текширилганда катта ҳажмдаги ойнадан фойдаланиш мумкин.

1 қадам бемордан олдинга озгина эгилишини, орқасини тўғрилашни ва бўйнини озгина чўзишини сўранг.

2 қадам тилни максимал тарзда чиқариш керак ва шифокор уни салфетка ёрдамида ушлаб олиши, секин пастга тортиши керак. Бемордан ўзини бўш қўйиш ва тилини чиқариш сўралади.

3 қадам ойна юмшоқ танглай рўпарасига жойлаштирилади. Одатда бу қусиш рефлексини келтириб чиқармайди. Ойнани халқум, томоқ ва халқум устини янада яхшироқ кўриш учун алмаштириб туриши мумкин.

4 қадам ҳар доим ҳам ойна ёрдамида кўришнинг имконияти бўлмайди, чунки ҳамма беморлар бу жараёни қусиш рефлексии туфайли кўтара олмайдилар. Бундай ҳолатларда беморни мутахассисга наркоз остида фибротолали назофарингоскопияга юбориш мақсадга мувофиқ.

“Томоқда оғрик” (тонзиллит, фарингит, паратонзилляр и халқум орти ҳўппози) синдромли беморни қабул қилаётган талабанинг тиббий маслаҳат бериш билимини қадамба-қадам баҳолаш мезонлари

	Баҳолаш мезонлари	Оценка в баллах
1.	Саломлашди	0.5
2.	Беморни ўзининг қаршисига ўтқазди	0.5
3.	Боланинг ота-онасидан исми, шарифи, ёши, манзилени сўради ва «Қандай ёрдамим керак?» ёки «Қандай муаммолар кийнаяпти?» деб сўради	0.5
4.	Беморга исмини айтиб мурожаат қилди	0.5
5.	Боланинг ота-онасига анамнезига хос қўшимча саволлар берди	16
6.	Ножўя факторлар ҳақида сўради	2
7.	Берилган саволларнинг баъзиларига бемор жавоб бера олди	0.5
8.	Беморга тушунарли бўлган оддий сўз ва гаплардан фойдаланди	0.5

9.	Сухбат чоғида тўғри, эркин ва биров беморга эгилган ҳолатда ўтирди	0.5
10.	Мимикадан оптимал фойдаланди	0.5
11.	Зарурий овоз тембридан фойдаланди	0.5
12.	Сухбат чоғида эшитганларини тасдиқлади	0.5
13.	Характерли белгиларини аниқлаш учун объектив кўрувни бошлади:	
	Оғиз бўшлиғини кўриш учун шпателдан фойдаланди (шиш ва қизариш ҳолати)	4.0
	Таъмни сезишини аниқлади	4.0
	Лимфаденоид муртакларни ҳолатини баҳолади (шакли, ранги, формаси, ажралмаси)	4.1
	Эпифарингоскопияни ўтказди	4.5
	Зарур ҳолатда ҳалқумдан суртма олди	4.6
	Зарур ҳолатда умумий текширувни ўтказди (аъзолар кўруви, пальпацияси, аускультацияси)	4.6
14.	Беморга уни дардини тушунаётганлигини билдирди	0.5
15.	Беморга керакли маълумотларни бериб, хулоса чиқарди (дастлабки ташҳис) ва шу билан бирга кейинги лаборатор-инструментал текширувларни тушунтириб ўтди	7
16.	Зарурий лаборатор-инструментал текшириш усуллари тавсияси: - ревмапробага қон, ЭКГ, юрак ва буйрак УЗДси тавсия қилди	10
17.	Чиқарилган хулосаларга қараб, медикаментозларсиз даво маслаҳатини берди	12
18.	Маълумотларни тақдим этишда қўшимча материаллардан фойдаланди	0.5
19.	Мулоқотга шошилмади	0.5
20.	Келгуси тактика: - агар фарингит, паратонзилляр ёки ҳалқуморти хўппози бўлса, оториноларингологга йўлланма берди - агар тонзиллит бўлса, йўлланмани кардиоревматолог ва оториноларингологга берди	14
21.	Бетараф бўлиб, беморни муҳокама қилмади	0.5

22.	Беморни мақтади	0.5
23.	Беморга таъсир қилиш учун шахсий фикрларидан фойдаланмади	0.5
24.	Беморни фикрларини инобатга олди	0.5
25.	Бемордан бошқа савол ва муаммолари бор-йўқлигини сўради	0.5
	ЖАМИ	100

«Кучсиз ҳалқа» усули. Мавзу: Ҳалқум текшириш усуллари ва анатомио-физиологияси.

1 талаба саволларни ўқийди, қолганлари кетма-кет жавоб беради. 25-30 та саволдан сўнг кучсиз талаб аниқланади.

1. Ҳалқум қисмлари нечта? 3 та
2. Ҳалқум ён девори нима билан чегараланган? Артерия, нервлар, симпатик устун билан
3. Юткин муртаги қаерда жойлашган? Бурун-ҳалқум гумбазида
4. Оғиз-ҳалқум оғиз билан қандай боғлиқ? Томоқ
5. Томоқ нималардан иборат? Юмшоқ танглай, тил илдизи, равоқлар
6. Юмшоқ танглай муртаклари нечта? 5 та
7. Тил муртаги қаерда? Тил илдизиди
8. Ҳикилдок- ҳалқум функцияси қандай? Хаво, овқат ўтказиш
9. Ҳалқум муртаклари тури? Қисқартирувчи, кўтарувчи
10. Қисқартирувчи мушаклар тури? Юкори, ўрта, пастки
11. Констриктор мушаклар функцияси: овқатни ҳаракатлантириш
12. Кўтарувчи мушакларни сананг: m. Stoparungeus, m. Palatopharyngeus, m. Salpingopharyngeus
13. Ҳалқум қон-томирлари: a. palatine ascendens, descendens
14. Ҳалқум веналари қайси турни ҳосил қилади? Ҳалқум танглай
15. Қайси нерв ҳалқум чигалини ҳосил қилади? Тил ости, вагус, кўшимча нервлар
16. Пирогов ҳалқасининг муртаклари: юткун, тил, най, танглай

17. Паратанзилляр клетчатка қаерда? Муртак капсуласи ва ҳалқум ён девори атрофида

18. Умумий юза? 300см^2

19. Ҳалқумни текшириш усуллари: олд, орқа риноскопия

20. Лакунани қандай текширади? Олдинги равоқ босилиб

21. Ҳалқумнинг осон кўрилувчи қисми? Оғиз-ҳалқум

22. Ҳалқум орти бўшлиқда нима бор? Лимфа тугунлари

23. Ҳалқум орти абцессининг асорати. Медиостенит

24. Бурун ҳалқум функцияси: нафас ўтказиш

25. Ҳалқум вазифаси: нафас, эшитиш, нутқ

26. Ҳикилдоқ-ҳалқум шиллиқ қавати: кўп қаватли ясси эпителий

27. Бурун ҳалқум шиллиқ қавати: кўп қаватли хилпилловчи эпителий

28. Ҳалқум муртагининг ривожланиши: 2 ёшдан кейин

29. Неча ёшдан юткин муртаги кичиклашади? 10-12 ёшдан

30. Муртак бирлиги: фолликула

31. Крипта ажралмаси? Эпителий, лимфоцитлар, бактерия, овқат қолдиқлари

32. Муртак махсулоти: специфик, носпецифик биологик моддалар, хужайра элементлари

33. Муртак қайси иммунитетга жавоб беради? Регионар

34. Ҳалқум чегараси: калла асосидан, VI буйин умуртқасигача

35. Бурун ҳалқум чегараси: юмшоқ танглайгача

36. Оғиз ҳалқум чегараси: тил илдизигача

37. Ҳикилдоқ ҳалқум чегараси: қизилўнгачгача

38. Оғиз ҳалқум функцияси: ҳаво, овқат ўтказиш

39. Ҳикилдоқ ҳалқум функцияси: ҳаво ўтказиш

40. Ноксимон чўнтак жойи? ҳалқум пастида

41. Ноксимон чўнтак функцияси: овқатни қизилўнгачга ўтказиш

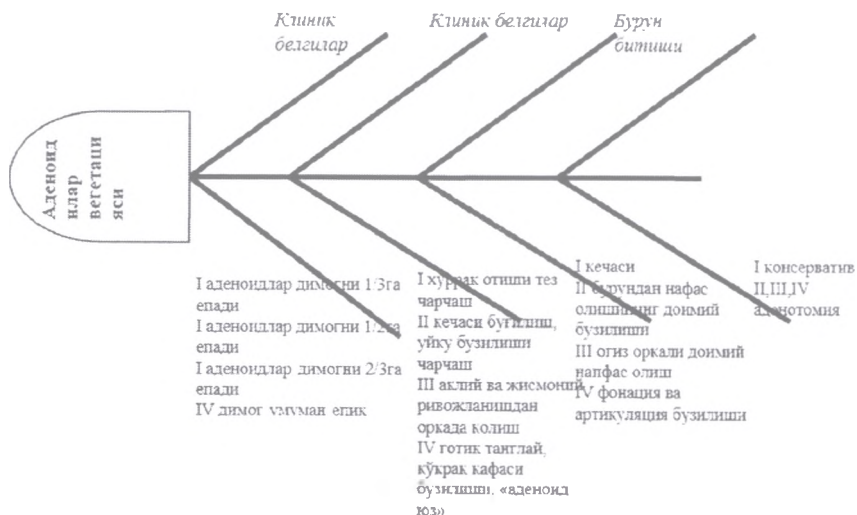
42. Ҳалқум қавати нечта? 3 та

43. Қаватларини айтинг: шиллиқ, фиброз, мушак

44. Юмшоқ танглай ўртасида нима жойлашган? Тилча

45. Най муртагининг жойи? Эшитув найи тешиги ёнида
 46. Най муртагининг жойлашган қисми? Бурун-ҳалқум
 47. Қўтарувчи мушак функцияси? Овқатни қабул қилиш
 48. Ҳалқумни қандай нервлари бор? Сезувчи ва ҳаракат
 49. Ҳалқум орти бўшлиғида қатталарда нималар бор?

Бириктирувчи тўқима



Машгулот 4

Талабанинг мустақил иши учун халқум касалликларига доир вазиятли масалалар тўплами

Масала №1

Талаба учун маълумот: 8 ёшли қизда кеча музқаймоқ еганидан сўнг томоқда қичишиш, ачишиш ва ютинишда оғриқ пайдо бўлган.

Кўрувда бемор умумий аҳволи қониқарли, териси нам, тоза. Танглай ёйлари ва муртак безлари атрофида шиллиқ қаватининг қизарганлигини кўриш мумкин. Яллиғланиш белгилари халқумнинг орқа деворини шиллиқ қаватига тарқалган. Бошқа ЛОР-аъзолари томонидан сезиларли ўзгаришлар аниқланмади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: 17 ёшли беморда томоқда кучли оғриқга, ютинганда кучайишига, тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий лоҳаслик, бош оғриғига шикоят қилади. Бемор бир неча кундан бери бетоб, касаллигини совуқ қотиш билан боғлайди. Тана ҳарорати 38°C, томир уриши минутига 88 та, ритмик.

Кўрувда танглай муртаклари шиллиқ қавати гиперемияланган, юзасида тарик катталигидек оқ нуқтачалар аниқланади. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган, пальпацияда оғриқли.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: Беморда томоқда тинч ҳолатда ва ютинганда оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий лоҳаслик, ҳолсизлик кузатиляпти.

Кўрувда тери қопламлари нам, тана ҳарорати 38,6°C. Муртаклар шиллиқ қавати гиперемияси, лакуналардан чиқаётган оқ қарашлар мавжуд. Қопламлар осон кўчирилади ва муртаклар юзасидан ташқарига тарқалмайди. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган, зичлашган, пальпацияда оғриқли.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: Онасини гапидан, 5 ёшли болада

томоқда оғрикга, бош оғриги, $39,2^{\circ}$ С гача иситма чиқиши, қусишга шикоят қилади.

Кўрувда ҳалқум шиллиқ қавати гиперемияланган, танглай муртаклари, танглай равоқлари, лунж шиллиқ қаватида пушти-оқиш пуфакчалар мавжуд. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган, оғриқли, конда – лейкоцитоз $10,0 \times 10^{12}$.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: проф.кўрув вақтида 28 ёшли беморда ўнг танглай муртаги юзасида кулранг-сарик караш кўринади. Караш кўчирилганда, юзаси қонталаш, четлари ноаниқ яра кўринади. Бемор чайнаганда ёки ютинганда томоғида ёт жисм ва кучли оғриқ ҳис этади, сўлаги оқади. Тана ҳарорати $37,1^{\circ}$ С, ўнг жағости лифа тугунлари катталашган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №6

Талаба учун маълумот: 8 ёшли болада бурундан нафас олиш қийинлиги, бурундан шиллиқ-йирингли ажралма келиши, томоқдаги оғриқ, субфебрилитетга шикоят қилади. 2 ҳафтадан бери касал.

Кўрувда бурун шиллиқ қавати ним пушти рангда, пастки бурун чиғаноқлари шишган, иккала томонда бурун тубида шиллиқ ажралма. Ҳалқум муртаги II даража катталашган, шишган, қизарган, юзасида оролча кўринишидаги оқ караш эгаллаган. Ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати қизарган, қуюқ ажралма билан қопланган. Жағости лимфа тугуни катталашган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №7

Талаба учун маълумот: 18 ёшли беморда томоғида чап томонлама оғриқ, кўп миқдорда сўлак ажралиши, оғзини очиш ва ютинишда қийналиши кузатиляпти. 4 кун аввал ангинанинг оддий шакли билан оғригандан сўнг бошланган. Бемор мажбурий ҳолатда, яъни боши касал томонга энгашган. Овози манқаланган, тризм, тана ҳарорати 39°C .

Кўрувда юмшоқ танглай чап ярмининг гиперемияси, инфильтрацияси ва бўртиб турганлиги, шишганлиги, тилчанинг соғлом томонга оғиб турганлиги аниқланади. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган, оғриқли.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №8

Талаба учун маълумот: 5 ойлик бола безовта, йиғлаяпти. тана ҳарорати $39,3^{\circ}\text{C}$, фақат оғзини очган ҳолда нафас олади, кўкракни олишдан бош тортяпти.

Кўрувда ҳалқум орқа деворида шиллиқ қават гиперемияси, юмшоқ тўқималар инфильтрацияси, бўртиши аниқланади. Бурун шиллиқ қавати ўзгаришсиз, бурун йўлларида патологик ажралмалар йўқ, лекин бурундан нафас олиш кескин бузилган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №9

Талаба учун маълумот: Бемор 38 ёш, рентгенотехник, томоқда кучли оғрик, ютишнинг қийинлиги, тана ҳароратининг кўтарилиши, оёқ - қўлларида қакшаш. ланжликка шикоят қилапти. Касаллик 2 кун олдин ўткир бошланган. Беморнинг умумий аҳволи ўрта оғирликда, тери қопламлари қуруқ, қулранг-сарғиш тусда. Тана ҳарорати 39°C, томир уриши 88.

Кўрувда муртаклар юзаси қир-қулранг қарашлар билан қопланган. Регионар лимфа тугунлари катталашган. Қон текширилганда ифодаланган яққол лейкопения, нейтрофилли гранулоцитлар миқдорининг ошганлиги аниқланади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташхис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Ангина нима?

- 1.лимфоид тўқималарнинг ўткир инфекцион-аллергик яллиғланиши
- 2.муртак беzi лимфоид тўқималарининг ўткир яллиғланиши
3. ҳалқум лимфоид тўқималарининг ўткир яллиғланиши
- 4.томоқ беzi лимфоид тўқималарининг ўткир яллиғланиши

2.Ангина этиологияси келиб чиқишининг сабаблари қуйидагилар ҳисобланади

1. бактериялар, вируслар, Кох таёқчаси замбуруғлари
2. бактериялар, вируслар, замбуруғлар, Лёффлер бациллasi – таёқча шаклидаги бактерия
3. бактериялар вируслар, замбуруғлар, туссиz, рангсиz трепонемалар
- 4.бактерияларвируслар, спирохеталар, замбуруғлар.

3. Бирламчи ангина турлари

- 1.катарал, лакунар, фолликуляр сифилик
- 2.катарал, лакунар, фолликуляр флегмоноз.
3. лакунар, фолликуляр, флегмоноз грануляцияли.
- 4.тўғри жавоб йўқ.

4. Фолликуляр ангинада фарингоскопик манзара

- 1.олд танглай равоғи ва тилчанинг қизариши ва шиши.
- 2.юмшоқ танглай ва тилча инфильтрацияси.
- 3.ҳалқум орқа девори ва тилчанинг гиперемияси қизариши .
- 4.муртак беzi гиперемияси, йиринглаган фолликулалар

5.Симановский-Плаут-Венсан ангинасини қандай бактериялар симбиози (икки хил организмнинг муайян бир муҳитда бир-бирига фойда ёки зарар келтириб, бирга яшаши) келтириб чиқаради?

1.оғиз бўшлиғининг дуксимон таёқчалари ва спирохеталар (спиралсимон бактериялар).

2.оғиз бўшлиғининг дуксимон таёқчалари ва спирохеталар (спиралсимон бактериялар).

3.Лёфллер ва стрептококк таёқчалари .

4.аниқ жавоб йўқ.

6. Катарал ангинанинг хусусиятлари:

- 1.Танглай муртаги ва равоқларининг қизариши.
- 2.Танглай муртак оралиғининг яллиғланиши.
- 3.оқ-сарик қопламлар.
- 4.йирингла-ган фолликула

7. Замбуруғли ангинани даволаш

- 1.барча жавоблар аниқ.
- 2.гормон терапияси, физиотерапия тайинлаш.
- 3.Кенг қўламда таъсир кўрсатувчи антибиотикларни тайинлаш ва оғиз бўшлиғини тоза тутиш.

4.антибиотикларни бекор қилиш,антимикотик доридармонларни тайинлаш,оғиз бўшлиғини тоза сақлаш.

8. Агинанинг олдини олиш

- 1.барча жавоблар аниқ.
- 2.кариесни даволаш

3. организмни чиниктириш .

4. аденоидлар, гипертрофик ринитни бартараф қилиш, бурун тўсиғининг қийшайиши

9. Юмшоқ танглай равоқларида тарқалувчи, муртак безидаги қаттиқ, оқиш-қулранг тусли кўчиши қийин бўлган карашлар... ушбу кўриниш қайси касаллик тўғрисида гувоҳлик беради:

1. лакунар ангина.

2. дифтерия.

3. фолликуляр ангина

4. трабекуляр ангина.

10. Ангинанинг қайси шаклларида танглай муртаги юзасида «Шарсимон йиринглар» учрайди?

1. тўғри жавоб йўқ

2. катарал.

3. лакунар.

4. фолликуляр.

11. Аденовирусли ангина клиникаси (симптомлар учлиги)

1. иситма, фарингит ва конъюнктивит.

2. иситма, ларингит, қусиш

3. субфебрил иситма, менингизм .

4. тўғри жавоб йўқ.

12. Дифтерияга қарши махсус даволашда токсинларга қарши зардобни қуйидаги усулларда юборилади

1. Симановский.

2. Безредко.

3. Палчун .

4. Преображенский.

қўп жавобли тестлар

13. Ўткир фарингитлар давосида фойдаланилади

(3 та тўғри жавобни белгиланг)

1. тонзиллотомия

2. УФО

3. ишқорий- ёғли ингаляциялар

4.халқум шиллик қаватига буриштирувчи дори воситалари суртиш

14.Паратонзилляр абсцессда даволаш усуллари қуйидагилар ҳисобланади (3 тўғри жавобни белгиланг)

- 1.массив антибиотиктерапия
- 2.паратонзилляр абсцессни очиш
- 3.Абсцессни очиш ва тонзилэктомия
- 4.кортикостероидларни юбориш

15.Халқум абсцесси таърифида нима аниқлигини кўрсатинг (3 тўғри жавобни белгиланг)

- 1.касаллик асосан болаларда учрайди
- 2.ютиниш ва нафас олиш қийинлиги билан ажралиб туради
- 3.халқумнинг орқа деворида флюкти-цияланган дўмбайган бўртма мавжуд
- 4.одатда касалликнинг этиология-си келиб чиқиши стоматит бўлади

Мураккаб тестлар

16. Танглайнинг муртак безларидаги лакуналарни ювиш кетма-кетлигини кўрсатиб ўтинг:

1.беморни ўтқазиб, оғзини очишни илтимос қилинг, 2. чап қўлдаги шпатель билан тил ўртасининг учдан бир қисмини босинг. ўнг қўлдаги канюлани шприц ёрдамида лакуналарга юборинг 3. лакуналар дори эритмаси билан ювилади, Люголь билан артилади 4. лакуналарни ювиш учун асбоблар тайёрланади

1. 3214

2. 3214

3. 4321

4. 4123

17. Юқумли касалликларда ангинага тегишли қўзғатувчиларни мувофиқликни топинг:

- 1) Скарлатина – қизилчадаги ангина
- 2) Дифтерия - бўғмадаги ангина
- 3) Туляремиядаги ангина
- 4) Ич терламадаги ангина

- а) β -hemolytic streptococcus
- б) Francisella tularensis
- в) Salmonella typhi
- г) Corynebacterium diphtheriae

- 1. 1a2б3в4г
- 2. 1г2в3б4а
- 3. 1a2в3г4б
- 4. 1a2г3б4в

18. Бир-бирига мувофиқликни топинг:

- 1. тонзиллотомия
- 2. тонзиллэктомия
- 3. бурун чиганокларини УТТ қилиш
- 4. септопластика.
 - а. бурун тўсиғининг шиллиқ ости резекцияси
 - б. муртақ беги равоқларини буткул олиб ташлаш
 - в. муртақ беги равоқларини қисман олиб ташлаш

г. УТТ ёрдамида вазодеструкция

- 1. 1a2б3в4г
- 2. 1в2б3г4а
- 3. 1г2а3б4в
- 4. 1г2в3а4б

19. Бир-бирига мувофиқликни топинг:

- 1. стрептококклар.
- 2. ичак таёқчалари.
- 3. клебсиелла.
- 4. трепонема.
- 5 РНК-мавжуд бўлган вирус.
 - а. ичак касалликларини қўзғатувчи.
 - б. сурункали тонзиллитнинг асосий қўзғатувчиси.
 - в. сифилис қўзғатувчи.
 - г. озена қўзғатувчиси.
 - д. ОИТС қўзғатувчи
- 1. 1б2а3г4в5д
- 2. 1б2в3а4г 5д

3. 1б2а3в4г 5д

4. 1в2г3а4д 5б

20. Мувофиқликни топинг:

1. аденотонзиллотомия 2. тонзиллэктомия 3. Тонзиллотомия
4. аденотомияа. муртак беzi равоқларини қисман олиб ташлашб.
томоқдаги муртак бёзини олиб ташлаш в. томоқдаги муртак беzi
ва муртак беzi равоқларини қисман олиб ташлаш г муртак беzi
равоқларини капсула билан буткул олиб ташлаш

1. 1а2б3в4г

2. 1в2б3г4а

3. 1г2а3б4в

4. 1в2г3а4б

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 5

Мавзу: ҲАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИ И СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТ, ФАРИНГОМИКОЗ, ТОНИЛЛИТЛАР, ТАНГЛАЙ ВА БУРУН-ҲАЛҚУМ МУРТАГИ ГИПЕРТРОФИЯСИ, ҲАЛҚУМ ЎСМАЛАРИ.

Машғулот мақсади. *Талаба:*

1) Ҳалқумнинг сурункали касалликларининг этиологияси, классификацияси, клиник белгилари, текшириш усуллари ва консерватив даvonинг умумий принципларини билиши керак

2) Ҳалқум ўсмаларининг этиологияси, классификацияси, клиник белгилари, текшириш усуллари ва консерватив даvonинг умумий принципларини билиши керак

3) тўғри анамнез йиғишни, бемор шикоятларини таққослашиши керак

4) Ҳалқумнинг сурункали касалликларида функционал текшириш усулларини ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал микробиологик текширув усулларини баҳолашни ўрганиши

5) мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, клинικο-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташхис қўя олиши керак

Муустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

1. С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

2. Х.Э. Карабаев. Ҳалқум касалликлари. Ўқув қўлланма. Тошкент. 2016.

3.Пальчун В.Т., Крюков А.И., Оториноларингология», Москва, «Литера», 2001г.

Қўшимча:

1.Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И. Воспалительные заболевания глотки. М.: Эксмо, 2008. 320с.

2.Цветков Э.А. Аденоидиты и их осложнения у детей. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии. СПб.: ЭЛБИ, 2003. 124 с.

3.Амалий оториноларингология. Учебник для вузов, Ходжаева К.А. Ташкент. Iqtisod-molia 2006.

4.«Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова. Санкт-Петербург, 1998г.

5.Хасанов С.А., Вахидов Н.Х. Т. Юқори нафас йуллари касалликлари. Voris-nasnrriot. 2008.

Ўқитиш услуби - дискуссия, кучси ҳалқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-таъсирлар.

Ўқув жараёнини Ташқиллаштириш турлари – кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – таркатма материаллар рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар –видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - Ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келишиш), презентациялар

Асосий ўқув саволлари

1.Сурункали фарингитлар, таснифи, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

2.Фарингомикоз этиология, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

3.Сурункали тонзиллит этиология, таснифи, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

4.Танглай ва бурун-ҳалқум муртаги гипертрофияси клиникаси, ташхислаш, даволаш. Ҳавфли ва ҳавфсиз ҳалқум ўсмалари этиология, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

Аннотация

Сурункали фарингит–ҳалқум шиллиқ пардасининг сурункали носпецифик яллиғланиши.

Таснифи

- катарал
- гипертрофик
- атрофик

турларига бўлинади.

Катарал фарингитда–доимий диффуз венозли гиперемия, шиллиқ қаватнинг шиши, майда вена томирларида стаз, чиқиш оқимларининг кенгайиши ва шиллиқ қаватнинг гиперсекрецияси кузатилади. Сурункали катарал фарингит билан оғриган беморларни ҳалқумни қуриши, қичишиши, ҳалқумда “ёт жисм” ҳисси ва йўтал безовта қилади.

Гипертрофик шаклида (диффуз ёки ўчоқли) эпителий қаторининг ўсиши, цилиндрик ҳилпилловчи ҳужайрани кубсимон ёки ясси ҳужайраларга алмашиши кузатилади. Ҳалқумнинг шиллиқ пардаси хира, кулранг кўринишда, инфилтратлар қизарган гранулалар кўринишида бўртиб туради.

Атрофик шакли атрофик ринитнинг давоми кўринишида бўлиб, ҳалқум шиллиқ қаватининг кескин юпқалашуви билан, шиллиқ безларининг миқдорини камайиши, гипосекрецияси билан характерланади. Ҳалқум орқа деворининг шиллиқ қавати ўзига хос “ялтироқ” тусга кириб, жараён кучайиши билан курук йирингли қалоқлар кўринади.

Баъзан аралаш тури ҳам учраб, бунда шиллиқ қават атрофияси билан биргаликда лимфа безлар гипертрофияси кузатилади.

Ташҳис – анамнезга ва фарингоскопик таҳлилларга асосланади.

Даволаш:

- 1) гастроэнтеролог кўрига ва давоси;
- 2) томоқни чайиш (ишқорли минерал сувлар, хлорофилит, фурацилин, бетадин, йокс эритмалари ва бошқ.билан);
- 3) ингаляцион терапия–ромашка, шалфей, эвкалипт

дамламалари 0,5-1% йод-глицерин эритмаси билан томоқни артиш;

4) йод препаратларини ичиш, А, Е, В-гуруҳ витаминлари ва бошқалар., биостимуляторлар;

5) гипертрофик фарингитда ҳалқум орқа ва ён деворларидаги гранулаларни медикаментоз ва физикавий таъсир орқали куйдириш усуллари, атрофик фарингитда ҳалқум ён деворига новокаинли блокада (алоҳ қўшиш мумкин).

6) физиотерапия (УВЧ, УФО, ингаляция, электрофорез)

Фарингомикоз - ҳалқумнинг замбуруғли касалликлари орасида *Candida* турига кирувчи, бижғитувчи замбуруғлар қўзғатадиган кандидоз кўп учрайди. Қандли диабет, систематик қон касалликлари ва меъда-ичак касалликлари, асосан дисбактериоз касаллиги, ОИТС, ўсма касаллиги билан оғриган беморлар фарингомикоз касаллигига мойил бўлади

Клиникаси. Касаллик ютқинда ноҳуш сезги, қичишиш, ютишнинг қийинлашуви ва бироз оғриши, қийновчи йўтал билан бошланади. Беморнинг умумий аҳволи ўзгаради, тана ҳарорати субфебрил, ҳолсизлик ва бош оғриши безовта қилади.

Юза ютқин микоз касаллигида ютқин шиллиқ қаватида кизарган, кулранг ёки оқ караш билан қопланган соҳалар қўзга ташланади. Карашлар осонлик билан кўчади ва остида силлиқ кизарган шиллиқ қават кўринади. Регионар лимфа тугунлари бироз катталашган, кам оғриқли. Фарингомикоз кўпроқ оғиз бурчаги кандидози, кандидозли хейлит, глоссит билан кечади. Касаллик 7-12 кун давом этади ва тўлқинсимон кечади.

Даволаш.

1) нистатин ва бошқа замбуруғга қарши препаратлар ичиш, хинозол, леворин (200000 тб. 5 мл дистилланган сувда эритилган) эритмаси билан чайиш;

2) поливитаминлар (В, С, К) ичиш;

3) жароҳатланган майдонни 2% метилен кўкини сувли эритмаси, 5-10% кумуш нитрат эритмаси, борат кислота сувли эритмаси, календула, саримсоқ пиёз дамламаси билан артиш,

суртма олиш.

Сурункали тонзиллит-танглай муртакларининг сурункали яллиғланиши.

Этиология- А гуруҳига мансуб бетта-гемолитик стрептококк. Кўпинча сурункали тонзиллит ангинадан кейин бошланади, доимий сурункали инфекция ўчоқларидаги аутоинфекцияланиш (кариесли тишлар, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги сурункали яллиғланишлар ва бошқалар), шунингдек, бактериал, маҳаллий тўқима ва умумий аутоаллергия унинг пайдо бўлиши ва ривожланишига сабаб бўлади.

Сурункали тонзиллит таснифи. (Б.С. Преображенский ва В.Т. Пальчун бўйича)

Сурункали тонзиллит			
Оддий шакли		Токсико-аллергик шакли	
		I даража	II даража
		Бирга кечувчи касалликлар	Бирга кечувчи касалликлар
		Қўшимча касалликлар	Қўшимча касалликлар
Оддий шакли маҳаллий белгилар ва 96% беморлар анамнезида ангина билан характерланади. Сурункали тонзиллитнинг та маҳаллий фарингоскопик белгиларига:		I даража оддий ва умумий токсико-аллергик белгилар билан характерланади.	II даража токсико-аллергик белгиларини яққол намоён (органик) булиши билан характерланади.
1. Муртақлар лакунасида суюқ казеоз- йирингли ёки йирингли тусик, эпителий остида жойлашган йирингли фолликулалар. муртақлар юзасини шиши		1 субфебрил температура (даврий)	мавжудлиги да доим II-даража аниқланади.
2. Гизе белгиси-танглай муртақлари равоқлари атрофик кизариши		2. тонзиллоген интоксикация даврий ёки доимий ҳолсизлик, кувватсизлик, тез чарчаш, ишқобилиятини пасайиши. ўзини ёмон хис қилиш.	II даража токсико-аллергик белгилари:
3. Зак белгиси-танглай муртақлари равоқлари юкори қисми четларининг шиши		3. бугимларда даврий огриклар.	1. ЭКГ да аниқланадиган юрак фаолиятидаги органик ўзгаришлар
4. Преображенский белгиси- олдинги ва орқа танглай равоқларининг четларини валиксимон катталашуви (инфильтрация ёки гиперплазия),		4. буйин лимфа-аденити.	2. юрак соҳасидаги огриклар ангина вактида, сурункали тонзиллит авжидан ташқари ҳам булади
5. муртақларни равоқлар ва учбурчак бурма билан битиши ва ёпишиши		5. оғрик кўринишидаги юракдаги функционал ўзгаришлар факат сурункали тонзиллитнинг авж олиш даврида аниқланади ва объектив текширувда (ЭКГ ва бошқалар) аниқланмайди.	3. юрак уриши, юрак ритми бузилиши
6. пастки жағ лимфатугунларининг катталашуви		6. лаборатор курсаткичлардаги ўзгаришлар (конва иммунологик курсаткичлар) доимий ва характерли эмас.	4. субфебрил температура (узок муддатли)
7. пальпацияда бутугунларнинг огриши.			5. клиник, лаборатор ва функционал текширувлар орқали аниқланадиган буйрак, юрак, контомир системаси, бугимлар, жигар ва бошқа системалардаги инфекцияон характердаги ўзгаришлар
Бирга кечувчи касалликлар сурункали тонзиллит билан ягона этиологик ва патогене-тик асосга эга эмас.			Б о г л и к касалликлар Б о г л и к касалликлар с у р у н к а л и тонзиллит билан ягона этиологик ҳамда патогене-тик омилларга эга
			Маҳаллий Ҳалқум орти хўппози Парафарингит Умумий
			Ўткир ва сурункали тонзиллоген сепсис Ревматизм. Инфектартрит. юракни орттирилган касалликлари. сийдик ажратиш системаси, бугим ва бошқа органлар. ҳамда инфекцион-аллергик табиатли касалликлар

Ташҳис - анамнезига ва фарингоскопик таҳлилларга асосланади.

Даволаш

1) консерватив даволаш (лакуналарни антисептиклар билан 10-12 марта ювиш, регионар лимфа тугунларга физиотерапия, витаминотерапия, антигистоминлар) ва фақат 3-4 даволаш курси эффект бермаганда тонзиллоэктомия қилинади.

2) Сурункали тонзиллит ТАШ I даражасида 1-2 курс консерватив даво эффект бермаса тонзиллэктомия қилинади, ТАШ II даражасиси тўғридан - тўғри тонзилэктомия операцияси қилинади.

3) профилактика: ангинани олдини олиш ва организмни мустаҳкамлаш

Танглай муртаклари гипертрофиясини 3 даражаси тафовут қилинади.

1-даража – муртаклар танглай тил равоғидан томоқнинг ўрта чизигигача $\frac{2}{3}$ масофани эгаллайди;

2-даража – шу масофани $\frac{2}{3}$ қисмини эгаллайди;

3-даража – муртаклар бир-бирига тегиб туради.

Клиникаси нафас олиш ва ютишга қийиналишиш, йўтал, нутқнинг бузилиши (димоғида гапиради), кечаси хуррак отиш.

Ташҳис - анамнез, фарингоскопия таҳлилларга асосланади.

Даволаш Тонзиллотомия қилинади-муртакларнинг қисман олиб ташлаш. Бу операция асосан 5-7 ёшда бажарилади.

Бурун-ҳалқум муртаги гипертрофияси (аденоидлар вегетацияси).

Аденоидлар асосан 5-15 ёшли болаларда учрайди. Ҳалқум муртаги гипертрофиясининг 3 та даражаси тафовут қилинади.

1-даража-аденоид димоғ суягининг юқориги $\frac{1}{3}$ қисмини эгаллайди;

2-даража- димоғ суягининг $\frac{2}{3}$ қисмини эгаллайди;

3-даража- бутун димоғ суягини эгаллайди.

Клиникаси бурундан нафас олиш қийинлашади, юз қисмини ўсишини бузилади, эшитиш ва нутқнинг бузилиши, бош

оғриши, бош айланиши, уйқуни бузилиши, хотирани сусайиши кузатилади, субфебрил тана харорати (сурункали аденоид белгиси). 15% беморларда тунги сийдикни тута олмаслик (энурез), эпилептик тутқаноқлар, ларингоспазм, бронхиал астма, кўриш кобилятини пасайиши, юрак-қон томир ва бошқа орган ва системаларда ўзгариш кузатилади. Аденоидлар организмдаги аллергия жараёни ҳосил бўлишида иштирок этади. Аденоид бактериял ва замбуруғли сенсбилизацияни манбаи ҳисобланади.

Ташҳис - анамнез, олдинги ва орқа риноскопия, МСКТ таҳлилларга асосланади.

Давоси

1) Бошланишида консерватив даво (яллиғланишга қарши. антигистаминлар ва организмни иммунологик реактивлигини ошириш.

2) Хирургик даво- аденотомия

Буруннинг ҳафсиз ўсмаларига энг кўп тарқалган папиллома ва ювенил (ўсмирлар) ангиофиброма киради. Нейрофиброма, шваннома, хемодектома, тератома, менингиома ва бошқа ҳафсиз ўсмалар бурун ҳалқумда жуда кам ҳолларда учрайди.

Бурун папилломаси кўпроқ юмшоқ танглайнинг орқа юзасида, камроқ бурун ҳалқумнинг ён ва орқа деворида жойлашади. Бундай жойлашган папиллома кўпроқ эркакларда кузатилади. Ўсма ўзига хос кўринишга эга: у кулранг, донатор юза ва кенг асосли. Чекланган бурун ҳалқум зарарланиши кам ҳолларда учрайди. **Ютқин папилломаси** – улар кўпинча танглай равоқларида, муртақларида, юмшоқ танглайни шиллик пардаларида ва камроқ ютқинни орқа деворида учрайди, у битталаб учрайдиган ҳосила бўлиб, диаметри 1 см дан ошмайди. Оғиз ютқинда кўп учрайдиган ўсмалардан гемангиомадир. Уларни тури кўп бўлиб, ютқинни ўрта қисмида кўпроқ говаксимон, тарқалган ва чуқур капиллярли **гемангиомалар**дир.

Ювенил ангиофиброма бурун ҳалқумнинг кўпроқ кузатиладиган ўсмаларидан бири ҳисобланади: маҳаллий-

деструктив ўсиб, ўғил болалар ва ўсмирларнинг бурун ҳалқуми асосида пайдо бўлади.

Клиникаси манзараси яққол. Ўсма нисбатан тез ўсади. Бурун орқали нафас олиш прогрессив ёмонлашади. Нафас олиш ёмонлашиши билан бирга битта ёки икки қулокнинг эшитиш қобилияти пасаяди. Ангиофибромаларга бурун қонаши каби белги хос. Ангиофиброма бурун ҳалқумдан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, биринчи навбатда, понасимон бўшлиққа ўсиб киради. Орқа риноскопия ёки фиброскопияда (бурун ҳалқумни бармоқ билан текшириш) кўкимтир ғадир-будур, кенг асосли ҳосила аниқланади.

Ташҳис - анамнез, олдинги ва орқа риноскопия, МСКТ таҳлилларга асосланади.

Давоси хирургик.

Бурун ҳалқумнинг ҳавфли ўсмаларга энг кўп учрайдигани саратондир.

Клиникаси ўсма юқори ҳавфли, тез ўсиши, атрофдаги тўқималарни, ҳатто калла суяги асосини емириш каби хусусиятлари билан ажралиб туради. Бурун ҳалқум саратони инфильтратив ўсади, тез яраланади, бурун ва бурун ҳалқумдан қонли ажралмалар, ажралиши, бош оғриши олиб келади.

Оғиз ҳалқум ҳавфли ҳосилаларидан кўпроқ саратон ва айрим ҳолларда саркома ва жуда кам ҳолларда лимфоэпителиома ва лимфома учрайди. Кўпчилик беморларда оғиз юткин ҳосилаларини биринчи белгиларидан - юткинда ёт жисм борлигига ўхшайди. Айрим ҳолларда беморлар юткинда қурукликка ва айрим пайтларда сўлакни ютганларида оғриқ пайдо бўлганига шикоят қилади. Дисфагия асосан, юмшоқ танглай ўсмаларига хос. Бундай беморлар манкаланиб гапиради. Бу ўсмалар ютиш жараёнини қийинлаштиради, ҳамда суюқ овқат қабул қилаётганда хириллашлар келтириб чиқаради. Балғамда ва сўлакда қон ва қон аралашмасини борлиги гемангиомаларга ҳамда ҳавфли ўсмаларни яраланиши ва бўлакланишига хос.

Ташҳис - анамнез, олдинги ва орқа риноскопия, фиброскопия, МРТ, МСКТ таҳлилларга асосланади.

**Давоси хирургик.
АУДИТОРИЯ ИШИ**

**Мавзунинг оғзаки муҳокамаси. Амалий машғулоти
мустақил бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш**

Амалий кўникма:

Танглай муртаги лакуналарини ювиш.

1. қадам пешона рефлекторини тўғри тақиш

2. қадам қулай ҳолатни танлаш ва беморга ўзини қандай
тутишни тушунтириш.

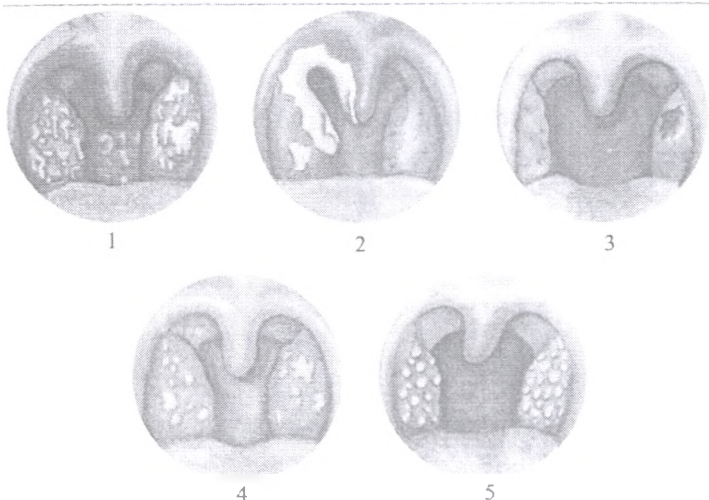
3. қадам томоқни ювиш учун тўғри келадиган дори воситалари
ва асбобларни танлаш.

4. қадам оддий шприцга 20 мл илиқ фурациллин эритмаси
тана ҳароратига яқин ҳароратда тортилади. Метал канюля билан
бирлаштирилади, унинг учи эгик ва 90 ° қайилтирилган.

5. қадам канюланинг учи навбат билан танглай бодомсимон
безларининг барча лакуналари ювиб чиқилади.

6. қадам сўнг босим остида доривор суюқлик юборилади ва у
қайтиб чиқаётганда лакуналарни ювиб чиқади

7. қадам бемор ловия шаклидаги идишга туфлаб ташлайди.
Жараён 6-7 кун давом эттирилади.



Рецептлар мавзу буйича

1. Диоксидин:

Rp.: Sol. Dioxydini 0,5% - 10.0

D.t.d. № 10 in amp.

S. Танглар муртакларини ювиш учун.

2. Преображенский таркиби:

Rp.: Spiritus aethylici 70%

Glycerini

Aq. menthae aa 30.0

M.D.S. ½ стакан сувга 1 чой қошиқдан доридан солиб кунига 3 маротаба томоқни чайиш.

3. Люголя эритмаси глицерин билан:

Rp.: Iodi puri - 0.01

Kalii iodati - 0.02

Glycerini - 10.0

M.D.S. ҳалқумни 1 маҳал артиш учун.

4. *Rp.: Chlorphyllipti 1%-100,0*

D.S. 1:5 эритилади 0,9% натрий хлор эритмасида валақуналар чайилади.

Вазият масалаларини ечиш

Машгулот 5

Масала №1

Талаба учун маълумот: Бемор 63 ёш, ҳалқумни қуриши ва қичишиши, баъзида қаттиқ овқат массасини ютаётганда оғриқга, оғзидан нохуш ҳид келишига шикоят қилади. Анамнезидан 5 йилдан бери касал, сурункали ахилик гастрит ва холецистит билан оғрийди.

Кўрувда ҳалқум шиллиқ қавати рангсиз тусда, юпқалашган, қуруқ ва ёпишқоқ шиллиқ билан қопланган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: 4 ёшли бола тез-тез респиратор касалликлар билан оғриб туради, охирги уч йил ичида бир марта ангина билан оғриган.

Кўрувда объектив кўрувда танглай муртаклари кескин катталашган, ўрта чизикда бир-бирига тегиб туради. Муртакда караш ва тиқинлар йўқ, сурункали тонзиллит белгилари кузатилмайди.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: 12 ёшли бола ҳар йили куз ва киш ойларида қайталайдиган ангина билан шикоят қилиб келди. Касаллик тана ҳароратини 38-39 °C га кўтарилиши, умумий ҳолсизлик билан кечади.

Кўрувда танглай равоқлари қалинлашган ва қизаргани аниқланди. Лакуналарда казеоз тиқинлар, юзаси чандикли ўзгарган. Жағ ости ретромандибуляр ва юқори бўйин лимфа тугунлари катталашган, пальпацияда оғриқсиз.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: 40 ёшли беморда ҳар йили ангина юқори тана ҳароратини билан кузатилиб, субфебрилитет узок вақт давом этади. Ревматоид артрит ташҳиси билан диспансер назоратида туриб, охирги зўрайиши ўтказган ангинадан кейин кузатилган.

Кўрувда танглай равоқлари инфильтрациялашган, юқори

қисми бировз шишган, танглай юзаси чандикли ўзгарган, босиб кўрилганда лакуналардан йирингли-казеоз масса ажралади. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган. Бошқа ЛОР аъзолари ўзгаришсиз.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: 3 ёшли бола бурни билан ёмон нафас олади, тез-тез шамоллаб туради. Бир неча марта ангина билан оғриган, ёмон ухлайди, ухлаб ётиб қичқириб юборади, кечаси ўрнига сийиб қўяди.

Кўрувда тери қопламлари рангсизланган, оғзи ярим очилган, оғиз-бурун бурмаларининг текисланиши, танглайнинг баланд туриши аниқланди.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №6

Талаба учун маълумот: Бемор 51 ёш, томоғида қичишиш, ачишишга шикоят қилади. Люгол эритмасига томоғини артган, фойда бермаган. Тана ҳарорати нормал.

Кўрувда чап танглай муртаги юқори қисмида четлари нотекис, кулранг караш билан қопланган, тегилса осон қонайдиган юзаки яра кўринади. Яра пайпасланганда атрофи ёғоч қаттиқлигида, юмшоқ танглай ва тилчага тарқалган инфильтрат аниқланди. Чап бўйин соҳасида 5 см катталиқда, қаттиқ, ҳаракати чегараланган лимфа тугунларини катталашгани аниқланади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №7

Талаба учун маълумот: Узоқвақтантибиотиклар (пенициллин, стрептомицин) олаётган зотилжамдан ҳолсизланган беморнинг тана ҳарорати кўтарила бошлади, томоқда оғриқ пайдо бўлди.

Кўрувда танглай муртаклари юзаси пардача билан копланган, ҳалқум ён деворлари ва муртак атрофига тарқалган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №8

Талаба учун маълумот: беморни томоғини чап томонидан енгил оғриқ безовта қилади. Умумий аҳволи ўзгармаган. Тана ҳарорати 36,6 С. Ички аъзолари томонидан ўзгаришлар аниқланмади.

Кўрувда чап танглай муртаги юқори қисмида кулранг караш, кўчирилганда ўрнида четлари нотекис чуқур яра пайдо бўлади. Бошқа ЛОР аъзолари томонидан ўзгаришлар кузатилмади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №9

Талаба учун маълумот: Бемор тўш суягининг остидаги оғриқга, ютинишнинг қийинлашувига шикоят қилди. Бу шикоятлар 4 соат аввал гўштли шўрва ичаётиб, тиқилиб қолгандан сўнг пайдо бўлди.

Кўрувда бемор умумий аҳволи қониқарли. Бир култур хам сув ичолмайди. Ҳалқум орқа деворида жароҳат аломатлари бор. Ларингоскопияда «сўлакли кўллар». Ҳикилдоқ шиллик

пардасида ўзгариш йўқ. Овоз пайлари оқ рангда, овоз ёриғи кенг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1.Сурункали тонзиллитнинг келиб чиқишида қайси микробларнинг аҳамияти кўпроқ?

- 1.микобактериялар
- 2.гемолитик стрептококк
3. Леффлер таекчаси
- 4.спирохеталар

2.Сурункали тонзиллитнинг асосий фарингоскопик белгиларини кўрсатинг

- 1.муртақлар ва тилчанинг шишиши ва кизариши
- 2.равоклар қирраларининг болишсимон қалинлашиши ва кизариши

3.муртақлар юзасида ярачалар бўлиши

4.муртақлар юзасида некротик ўчоқлар бўлиши

3.Сурункали тонзиллитнинг оддий шакли қандай белги билан намоён бўлади

- 1.субфебрилитет
- 2.умумий дармонсизлик
- 3.ангина билан кам оғриши
- 4.ангина билан кам оғриши

4.Сурункали тонзиллитни токсико-аллергик шаклига хос белгини айтинг

- 1.субфебрилитет,тез-тез ангина қайталаниши
- 2.кам ангина бўлиши
- 3.йутал
- 4.бош айланиши

5.Сурункали гипертрофик фарингитга хос булган белгини кўрсатинг

- 1.халқум орқа деворида қуруқ каткалоқлар борлиги
- 2.халқум орқа деворида қизил доначаларнинг борлиги
- 3.муртақларнинг 3 даражали катталашуви
- 4.бурун-халқум муртагини катталашуви

6.Тонзиллитлар қайси гуруҳларга бўлинади

- 1.катарал,атрофик,гипертрофик
- 2.экзоген
- 3.аралаш
- 4.оддий, токсико-аллергик

7.Аденоидлар нима?

- 1.эшитув найи муртакларининг гиперплазияси
- 2.бурун-халкум муртагининг яллиғланиши
- 3.бурун-халкум муртагининг гипертрофияси
- 4.сурункали гипертрофик фарингит

8.Тонзилэктомияга асосий кўрсатма бўлиб нима ҳисобланади

- 1.Сурункали тонзиллит оддий шакли
- 2.Тез-тез ангиналар қайталаниши
- 3.Тез-тез ангиналар қайталаниши
- 4.Тез-тез ангиналар қайталаниши

9.Атрофик фарингитга хос белгини кўрсатинг

- 1.халкум орқа деворидаги гранулез узғаришлар
- 2.халкум орқа девори шиллиқ пардасининг юпқаланиши
- 3.муртаклар ва равоклар орасидаги чандикли тўқима
- 4.лакуналарда казеоз-йирингли тикинлар

10. Гипертрофик фарингитга хос белгини кўрсатинг

- 1.Халкум орқа девори шиллиқ пардасининг қалинлашиши
- 2.муртаклар юзасида ифлос кулранг тусли пардаларнинг бўлиши

- 3.халкум орқа деворида шарсимон шиш борлиги

- 4.муртаклар тўқимасининг дағаллашиши

11. Халкумдаги қайси ўсма купрок усмир ешидаги утил болаларда учрайди?

- 1.Папиллома
- 2.Невринома
- 3.Ангиофиброма
- 4.Лимфазпителиома

12. Готик каттик танглай ва юқори жағнинг олдинга буртиб чиқиши қайси касалликда учрайди

- 1.халкум фибромаси

- 2.хоанал полип
- 3.аденоидлар 3 даражаси
- 4.аденоидлар 3 даражаси

13. Танглай ва тил муртакларнинг юзасида ок-саргиш тусли тикансимон

ўсиқлар бор, ютиниш оғриқсиз. Ташхис қўйинг.

- 1.атрофик фарингит
- 2.сурункали тонзиллит
- 3.фарингомикоз
- 4.сил

кўп жавобли тестлар

14. Сурункали тонзиллитнинг ТАШ ўзига хос белгиларини кўрсатинг. (3та тўғри жавобли)

- 1.юррак соҳасида доимий оғриқ
- 2.анамнезда тез-тез ангина билан оғриш
- 3.боғлиқ касалликларни бўлиши
- 4.ретрофарингеал абсцесс

15. Тонзилэктомияга кўрсатмаларни аниқланг. (3та тўғри жавобли)

- 1.консерватив даवони натижасизлиги
- 2.анамнезида ангина билан кўп оғриганлиги
- 3.боғлиқ касалликларни бўлиши
- 4.анамнезида ангина билан кам оғриганлиги

16. Тонзиллитлар қайси гуруҳларга булинади? 3та тўғри жавобли)

- 1.ўткир ва сурункали
- 2.оддий
- 3.токсико-аллергик
- 4.катарал, атрофик, гипертрофик

мураккаб тестлар

17. Сурункали тонзиллит маҳаллий белгилари мослигини топинг:

1. Гизе-
2. Зак -

3. Преображенский-
 - а. Олдинги ёй қалинлашиши.
 - б. Олдинги ёй қизариши
 - в. Олдинги ёй шиши.

1. 1а, 2б; 3в

2. 1а; 2в; 3б

3. 1в; 2б; 3а

18. Аденоидлар вегетациясини даражаси мослигини топинг.

1. I даража

2. II даража

3. III даража

4. IV даража

а. димоғ суягини юқоридан $1/3$ қисмини ёпиб туради

б. хоаналарни бутунлай ёпиб туради

в. димоғ суягини $1/2$ қисмигача ёпиб туради

г. димоғ суягини $2/3$ қисмини ёпиб туради

1. 1а, 2б; 3в, 4г

2. 1б; 2в; 3г, 4а

3. 1в; 2г; 3а, 4б

4. 1а; 2в; 3г, 4б

19. Сурункали тонзиллит шакллари даволаш мослигини топинг

1. Сурункали тонзиллит, оддий шакли

2. Сурункали тонзиллит, ТАШ 1 даража

3. Сурункали тонзиллит, ТАШ 2 даража

а. муртақ лакуналарини антисептиклар билан ювиш 7-10 марта 5-6 курс, физиотерапия, витаминотерапия, гипосенсибилизация воситалари.

б. муртақ лакуналарини антисептиклар билан ювиш 7-10 марта 2-3 курс, физиотерапия, витаминотерапия, гипосенсибилизация воситалари.

в. жаррохлик йўли билан даволаш

1. 1а, 2б; 3в

2. 1а; 2в; 3б

3. 1в; 2б; 3а

20. Сурункали тонзиллит оқибатида кузатиладиган мос асоратларни танланг.

1. ҳалқум орти хўппози; 2. паратонзилляр хўппоз; 3. гранулез фарингит; 4. озена; 5. парафарингит; 6. аденоидит; 7. паратонзиллит; 8. фарингит; 9. ревматизм; 10. тубоотит.

1. 2, 5, 7, 9

2. 1, 3, 9, 7 9

3. 2, 3, 5, 9

4. 2, 5, 6, 10

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 6

Мавзу: ТАШҚИ ҚУЛОҚНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ. ҚУЛОҚ СУПРАСИ ОТОГЕМАТОМАСИ ВА ХОНДРОПЕРИХОНДРИТИ. ТАШҚИ ЭШИТИШ ЙЎЛИНИНГ ЁТ ЖИСМЛАРИ, ҚУЛОҚ КИРИ (cerumen). ТАШҚИ ОТИТЛАР.

Машғулот мақсади. *Талаба:*

1)Қулоқнинг клиник анатомияси, физиологияси ва ёшга хос анатомио-физиологик хусусиятларини билиши керак.

2)Ташқи кулоқ касалликларининг этиологияси, клиникаси, ташхислаш ва даволашнинг умумий принципларини билиши керак.

3)тўғри анамнез йиғишни, беморшикоятларини таққослашиши керак

4)кулоқнинг функционал текшириш усулларини ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал микробиологик текширув усулларини баҳолашни ўрганиши

5)мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, отоскопияни кадамма-қадам ўтказа олиши керак

6)клинико-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташхис қўя олиши керак

Аудиториядан ташқари мустақил тайёргарлик ишлари

Куйидаги саволларга жавоб беринг. Жавобларни мустақил иш дафтарига ёзинг

1.Ташқи кулоқ тузилиши (ташқи эшитув йули қисмлари, деворлари, ногора парда тузилиши)

2.Ногора бўшлиғи, деворлари, эшитув суякчалари, каватлари, мушаклари

3.Эшитув найи тузилиши

- 4.Сўргичсимон ўсик тузилиши
- 5.Ички кулоқ тузилиши.
- 6.Эшитув анализатори тузилиши (адекват кўзғатувчи, кортив органи тузилиши)
- 7.Адаптация, маскировка, ототопика нима?
- 8.Вестибуляр аппарат тузилиши (адекват кўзғатувчиси, рецептор аппарати)

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

- 1.С. А. Хасанов. Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.
- 2.Пальчун В.Т., Крюков А.И., Оториноларингология», Москва, «Литера», 2001г.
- 3.«Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

Қўшимча:

- 1.Козлов М. Я. Острые отиты у детей и их осложнения / М. Я. Козлов. - JL: Медицина, 1986. -232 с.
- 2.Хасанов С.А., Омонов Ш.Э. Хронический гнойный средний отит у детей. Тошкент. Узб. Мил. Энцикл. 2010й.
- 3.«Оториноларингология». Под. ред. Солдатова И.Б. Санкт -Петербург,2001.
- 4.Амалий оториноларингология. Учебник для вузов, Ходжаева К.А. Ташкент. Iqtisod-molia 2006.
- 5.«Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.
- 6.Хасанов С.А., Вахидов Н.Х. Т. Юқори нафас йуллари касалликлари. Voris-nasnriot. 2008.

Ўқитиш услуби - дискуссия, кучсиз ҳалқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-тасвирлар.

Ўқув жараёнини ташкиллаштириш турлари — кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – тарқатма материаллар рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар – видеороликлар ва бошқ..

Кайта алоқа турлари ва воситалари - ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келишиш), презентациялар

Асосий саволлар:

1. Отогематома ва кулоқ супрасининг перихондрити. этиологияси, клиникаси, ташхислаш, диф.ташхислаш, даволаш.

2. Ташқи эшитиш йўлининг ёт жисмлари. Кулоқ кири (серумен), этиологияси, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

3. Ташқи отитлар, этиологияси, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

Аннотация

Кулоқ супрасининг отогематомаси ва хондроперихондрити - кулоқ супрасининг ёпиқ жароҳатланишида аксарият ҳолларда кулоқ супрасининг тоғай усти тагида қон қуйилиш (**отогематома**) кузатилади. Отгематомада аспирация ва кейинчалик субперихондрал антибактериал дорини киритиш йўли билан қонни чиқариб ташлаш ва босиб турувчи боғлам зарур бўлади

Перихондрит – кулоқ супраси тоғай усти қаватнинг тарқок яллиғланиши. Одатда жараён ташқи эшитув йўлининг терисига тарқалади. Касаллик серозли ва йирингли шаклларда кечади ва кулоқ супрасининг турли жароҳатларида инфекцияни тоғай усти катламига тарқалиши натижасида ривожланади. Йирингли перихондритда кулоқ супраси ва эшитув йўли оғрийди. Шиш кулоқ супрасининг барча майдонларига (кулоқ юмшоғидан ташқари) тарқалади, тоғай ва тоғай усти пардаси орасида йирингли экссудат тўпланади. Баъзан тоғай емирилиб, кулоқ супрасида чан-диклар ҳосил бўлади. Серозли перихондрит бироз енгил кечади.

Ташхис - анамнезига ва ташқи кўрувга асосланади.

Даволаш

1) антибактериал, гипосенсибиловчи даво;

2) флюктуация аниқланса лазер-терапия, ҳамда жароҳат майдонини кенг очиб, некрозга учраган тоғай тўқималарини қошиқчада тозалаш ва бўшлиқга гипертоник эритма синтомицин малҳами билан пиликда қўйиш;

3) маҳаллий-УВЧ, УФО, СВЧ;

4) инфльтрацияда спирт-глицеролли яллиғланишга қарши компресс.

Ёт жисмлар. Ёт жисмлар одатда ташқи эшитиш йўлининг бошланиш қисмида жойлашган бўлиб, қулоқни ювиш орқали осонлик билан олиб ташланади. Жуда силлиқ сиртли ёки ўткир бурчак ва тиканли ёт жисмларни ҳамда йирик ҳашаротларни ташқи эшитиш йўлидан чиқариб ташлаш анча қийинчиликларни туғдириши мумкин. Қулоқни ювишдан олдин уни ўсимлик ёғи ёрдамида ўлдириш лозим. Қаттиқ ёт жисмни қулоқни ювиш орқали олиб ташлаш самарасини бермаган ҳолда, ўтмас илгаклар ишлатилади.

Таъсирчан ва ҳаяжонлиликка бериладиган беморларда илгак билан манипуляцияларни қисқа муддатли наркоз остида қилиш зарур. Шунингдек, биринчи муваффақиятсиз уринишдан сўнг ёт жисмнинг ташқи эшитиш йўлининг суяк қисмига кириб кетишида операция йўли билан даволанади.

Қулоқ кири. Меъёрда ташқи эшитув йўлида олтингугурт моддаси тўпланмайди. Қулоқ кири ташқи қулоқ безларининг гиперсекрецияси, кўп чанг кириши натижасида тўпланиши мумкин. Гиперхолестеринемия, ташқи эшитув йўли дерматити, экземаси, экзостоз қулоқ кири ҳосил бўлишига ёрдам беради.

Клиникаси

Бемор тўсатдан эшитмай қолганига ёки эшитиши пасайганлигига, қулоғи шанғилашига ва аутофонияга шикоят қилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўлида тўқ-сарик ёки қора тўплам борлиги кўринади.

Даволаш

1) тикинни юмшатиш мақсадида ташқи эшитув йўлига 3% ли водород пероксиди ёки ўсимлик ёғи томизиш;

2) Жанэ шприци ёрдамида тана ҳароратига тенг (36° , 37°) 50-100 мл илиқ сув билан тикинни ювиш;

3) сода-глицеролли томчи;

Ташқи эшитув йўлининг чипқони - ташқи эшитув йўли терисининг чегараланган яллиғланиши билан кечувчи соч ва без қопчасининг ўткир йирингли яллиғланиши.

Этиология – стафилакокк, стрептококк, травмалар ва бошқ.

Клиникаси. Ташқи эшитув йўли чипқонининг етакчи белгиси - бу кучли оғриқ бўлиб, у кўзларга, бўйин соҳасига, баъзан бошнинг барча майдонларига тарқалади. Оғриқ бемор гапирганда, чайнаганда, кулоқ дўмбоғи ва ташқи эшитув йўлининг пастки девори босилганда, кулоқ супраси тортилганда кучаяди. Отоскопияда ташқи эшитув йўлида яллиғланган ва кизарган айлана инфильтрат пайдо бўлганлиги ва ташқи эшитув йўлининг ёригини торайганлиги кўринади. Ноғора парда ва беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди. Баъзан яллиғланиш жараёни кулоқ супраси атрофидаги юмшоқ тўқималарга, сўргичсимон усиқ соҳасига ёки кулоқ атрофи безига тарқалиши мумкин. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашади, пайпасланганда оғрийди.

Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади. Ташқи эшитув йўлининг чипқони етилгандан сўнг кўпинча ўз-ўзидан очилади. Шунда оғриқ биров камайиб, беморнинг аҳволи яхшиланади. Касалик одатда 7 кун давом этади, баъзан қайталаниш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Беморда қандли диабет касаллигини инкор этиш мақсадида қон ва сийдикда қанд миқдори текширилади.

Даволаш.

1) антибактериал даво;

2) ташқи эшитув йўлига – борат кислота пиликда 2 маҳал, синтомицин эмулсиясини пиликда алмаштириб;

3) маҳаллий УВЧ, УФО;

4) умумқувватловчи даво. В гуруҳ витаминлари, олтингугурт ва йод препаратлари

Флюктуация аниқланса – ҳўппозни очиб, ажралмани чиқариш.

Отомикоз - ташки эшитиш йўли деворларида турли хил замбуруғлар: *Aspergillus*, *Penicillium*, *Rhizopus* ҳамда *Candida* туфайли юзага келадиган касалликдир.

Отомикоз ривожланишига олиб келувчи омилларга умумий ёки маҳаллий аллергия, модда алмашинуви ва нейрогормонал ҳолатнинг бузилиши, кулоқ кири безларининг иши бузилиши, махсус, яъни утил хом ашёларни тайёрловчи, гардероб хизматчиси, эски буюмларни қабул қилувчининг сингари иш шароитлари киради.

Клиникаси. Отомикознинг асосий аломатлари асосан кулоқдаги доимий қичима, эшитиш йўлининг ва кулоқ супрасининг юқори таъсирчанлиги, кулоқда тўлиқлик, битиш ва шовқин ҳис қилиш ҳисобланади. Отоскопияда терининг яллиғланиш инфильтрацияси оқибатида эшитиш йўли торайган бўлади.

Ташҳис - кўрув ҳамда ташки эшитув йўли суртмаси натижаларига асосланади.

Даволаш

1) ташки эшитув йўлини водород пероксиди билан ювиб, тозалаб қуришти;

2) маҳаллий замбуруғга қарши препаратлар қўллаш (ламизил, клотримазол, нитрофунгин ва бошқалар);

3) нистатин ичишга - 3-4 млн. т.б. кунига 2 ҳафта давомида;

4) сенсibiliзацияга қарши даво, поливитаминлар;

5) физиотерапия

АУДИТОР ИШИ

Мавзун и оғзаки кўриб чиқиш. Амалий ишларни мустақил бажариш ва амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

Бажариладиган ишлар:

1) Кулоқни функционал текшириш

2) Кулоқ ичини тозалаш тартиби

3) Отоскопияни мустақил бажариш (босқичма-босқич)

4) Кулоқ ичини ювиш

5) Эшитиш қобилиятининг пасайиши ва қулоқдан йиринг оқиши синдроми билан мурожаат қилган беморни тиббий куриқдан ўтказиш

Қулоқ физиологияси ва анатомиясини таҳлил қилиш, отоскопия

Амалий кўникмани ўрганаётганда аввал анатомияни (клиник кўрикнинг атласи, энциклопедиясидан фойдаланинг) ва асосий функцияларни инобатга олган ҳолда физиологияни (эшитиш ва вестибуляр) таҳлил қилиб чиқинг. Отоскоп ва ундан фойдаланишни кўрсатинг. Талабалардан отоскопни йиғишни ва уни ёқишни, уни қандай ушлашни ва ойнани қандай суришни кўрсатиб беришларини сўранг. Отоскопияни қулоқ қарнайи (воронка) ёрдамида ҳам амалга ошириш мумкин.



Отоскопия

1 қадам пешона рефлекторини тўғри тақиш

2 қадам беморнинг тўғри ҳолати: бемор шифокорнинг рўпарасига танасини бир оз олдинга энгаштириб, бошини қарама қарши елкаси томонга эгиб ўтиради

3 қадам қулоқ супраси, қулоқ олди ва орқасининг умумий кўриги ва пальпацияси

4 қадам рефлектор нуруни ёки отоскопни ташқи эшитиш йўлига йўналтириш

5 қадам кулоқ карнайининг мос келадиган андозасини танлаш

6 қадам кулоқ супрасини тўғри тортиш ва кулоқ карнайини жойлаштириш

7 қадам асбобларни тўғри ушлаш: ўнг кулоқ текширилганда карнай ўнг қўлда, чап кулоқ текширилганда карной чап қўлда

8 қадам эшитиш йўлини тўғри таърифлаш

9 қадам кулоқ пардасини кўра билиш ва анатомик белгиларини тасвирлай олиши



Кулоқни ювиш

1 қадам пешона рефлекторини тўғри тақиш

2 қадам қулай ҳолатни танлаш ва беморга ўзини қандай тутишни тушунтириш.

3 қадам кулоқни ювиш учун тўғри келадиган дори воситалари ва асбобларни танлаш.

4 қадам Жане шприцига 100-150 мл илиқ ($36,6^{\circ}$) фурациллин ёки калий перманганат эритмаси 1:5000 концентрацияда тана ҳароратига яқин ҳароратда тортилади

5 қадам ювилаётган кулоқ тараф елкага сочиқ ташланади,

кулок остига бемор терисига якин қилиб ушлаб турадиган буйрак шаклидаги идиш қўйилади

6 қадам чап қўл катта ва кўрсатиш бармоғи ёрдамида кулок супрасини эшитиш йўлини тўғрилаш учун тепага ва орқага чўзиш, ва шу қўлнинг ўрта бармоғи бемор бошини нотўғри ҳаракатлантириши мумкин бўлган ҳолатлар учун тиргак бўлади

7 қадам шифокор ўнг қўли билан Жане шприцини ушлайди, унинг ишчи учини эшитиш йўлига киритилади ва орқа тепа деворга қараб йўналтирилади

8 қадам поршен суюқликни ташқи эшитиш йўлининг орқа юқори девор бўйлаб йўналтириш учун итарилади.

9 қадам ташқи эшитиш йўлини тўғри тозалаш, қолдик суюқликларни олиб ташлаш.

Қулоққа турунда киритиш.

Ўрта кулоқнинг йирингли яллиғланишида, ташқи кулоқ касалликларидадоривоситалишимдирилган турунда киритилади. Турунда – эни 5-6 мм, узунлиги 5 см қилиб тахланган ингичка бинтли тасмаларидир. Кулоқ пинцети ёрдамида турундалар учидан олиниб эхтиёткорлик билан кулоқ ичи узунлиги бўйлаб тикилади (2,5 см). Эшитиш йўлини турундалаш енгил тарзда йирингнинг ичкаридан чиқиб кетишига ҳалақит қилмайдиган қилиб амалга оширилиши керак.

эшитиш қобилиятин текшириш нутқ ва камертон ёрдамида асосан эшитиш қобилияти ҳолатини тахминан баҳолаш учун ўтказилади. Эшитиш қобилияти нутқ ёрдамида текширилганда сўзлар пичирлаб, гапириб ёки баланд овозда беморнинг кулоғидан турли масофадан айтилади. Эшитиш қобилияти нутқ ёрдамида текширилганда одатда икки рақамли сонлар ишлатилади.

Эшитиш қобилиятини текшириш натижаларининг камертон ёрдамида таҳлилида фақат иккита камертон ишлатилади – частотаси 128 (паст частотали) ва 2048 (юқори частотали) Гц. Эшитиш қобилияти нутқ ёрдамида текшириш натижалари В. И. Воячекнинг эшитиш паспортига илова қилинади (акуметрик формула).

Эшитиш паспорти

Ўнг кулок	Тестлар	Чап кулок
	СШ (субъектив шовкин)	
	ШГ (шивирлаб гапириш)	
	ОГ (оддий гапириш) Бакириш. (шарақлаш)	
	C_{128} (норма)	
	CC_{128} (норма)	
	C_{2048} (норма....) Ринне синамаси	
	Вебер синамаси	
	Швабах синамаси	
	Желе синамаси	



Рис. 2.26. Исследования слуха с помощью
акустической слуховой трубки



Якуний ташҳисни қўйиш учун таҳлилнинг бир қатор қўшимча услублари талаб этилади: рентгенологик таҳлиллар, компьютер томографияси, магнит-резонанс томографияси. Кулоқнинг рентген тасвири биринчи навбатда кулок пардаси, сўргичсимон ўсимта, уларнинг ҳажми ва катталиги ҳақида хулоса чиқаришга имконини беради. Сўргичсимон ўсимтанинг ҳажми қанчалик катта бўлса, ёрқин тасвирлар ёки уларнинг пневматизация (ҳаво) деб номланадиган тасвири шунчалик

ёркин бўлади. Патологик жараён (сероз ёки йирингли экссудат) сабабли пневматизациянинг бузилиши (ҳаводан зичроқ муҳит) натижасида рентгенограммада тўқ рангдаги тасвир орқали намоён бўлади.

I. Беморга савол бериш

Талабаларнинг «Эшитиш қобилиятининг пасайиши ва қулоқдан йиринг оқиши» синдроми бор беморларга (ўрта отитлар, эшитиш нуқсонлари) бераётган тиббий тавсияларини босқичма-босқич баҳолаш мезонлари

	Баҳолаш мезонлари	Балларда баҳолаш
1.	Саломлашди	0.5
2.	Беморни рўпарасига ўтказди	0.5
3.	Паспорт қисмини сўради ва боланинг ота-онасига «Қандай ёрдам бера оламан?» ёки «Нима безовта қилаяпти?» саволларини берди	0.5
4.	Беморга унинг исми билан мурожаат қилди	0.5
5.	Боланинг ота-онасига рационал анамнез саволларини берди	16
6.	Ножўя факторлари ҳақида сўради	2
7.	Бемор жавоб бера оладиган саволларни берди	0.5
8.	Бемор учун тушунарли бўлган оддий сўзлар ва жумлалардан фойдаланди	0.5
9.	Сухбат вақтида тўғри ва эркин ҳолда бемор тарафга бир оз эгилган ҳолда ўтирди	0.5
10	Мимикадан оптимал равишда фойдаланди	0.5
11	Овознинг лозим бўлган тембридан фойдаланди	0.5
12	Сухбат вақтида эшитганларини маъқуллади	0.5

13	Характерли белгиларни аниқлаш учун объектив кўрикни ўтказишга киришди:	
	Ташқи эшитув йўлини кўриш учун отоскопдан фойдаланди (шиш, қизариш, ажратмаларнинг характери) – отоскопия	4.0
	Қулоқ пардасида перфорация жойини аниқлади	4.0
	Йиринг характерини аниқлади (миқдори, қуюқлиги, ҳиди)	4.1
	Эшитиш қобилиятини баҳолади	4.2
	Эшитиш найининг ўтказувчанлигини текширди	4.5
	Шунингдек риноскопия ва фарингоскопия ўтказди	4.6
	Зарур бўлганда систематик кўрикни ўтказди (органларнинг кўриги, пальпацияси, аускультацияси)	4.6
14	Беморга унинг муаммосини тушунганини билдирди	0.5
15	Беморга маълумотларни объектив тарзда берди, хулоса қилди (дастлабки ташҳис), шу билан бирга кейинги лаборатор - инструментал текширувларнинг кераклилигини тушунтирди	7
16	Текширувларнинг лаборатор-инструментал усулининг асосли белгиланиши: - сўргичсимон ўсимта рентгенографияси ёки КТ сини тавсия этди	10
17	Чиқарган хулосасидан келиб чиқиб дори воситаларини тавсия қилди	12
18	Маълумотларни тақдим этишда ёрдамчи материаллардан фойдаланди	0.5
19.	Мулоқот вақтида шошилмади	0.5
20	Кейинги тактика: - Агар ўрта йирингли отит бўлса, оториноларингологга йўлланма - агар мастоидит бўлса оториноларингологга йўлланма	14
21	Беморга нисбатан ҳолис бўлди, фикр билдирмади	0.5

22	Беморни қўллаб-қувватлади ва мақтади	0.5
23	Беморга таъсир ўтказиш учун шахсий фикридан фойдаланмади	0.5
24	Беморнинг фикрини инобатга олди	0.5
25	Бемордан бошқа саволи ва муаммоси бор-йўқлигини сўради	0.5
	ЖАМИ	100

Вазиятли масалаларни ечиш

Машгулот 6

Масала №1

Талаба учун маълумот: 16 ёшли бемор ўнг кулоқ супрасининг олд юзаси соҳасидаги шишга шикоят қилмоқда. Бокс секциясида шуғулланади, 3 кун олдин машгулот вақтида ўнг кулоқ соҳасига зарба олган.

Кўрувда ўнг кулоқ супрасининг олд юзасида тўқ кизил-кўкимтир рангда бўлган, бармоқ билан текширилганда флюктуацияланаётган шиш аниқланмоқда, оғриқ йўқ.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: Бемор ўнг кулоқнинг қаттиқ оғришига, оғриқни чакка ва бошнинг тепа томонига йўналишига ва иситмаси 37,4 С га кўтарилишига шикоят қилади. Бемор касалликни гугурт чўпи билан кулоғини тозалаётганида, уни тирнаб юборгани билан боғлайди

Кўрувда ўнг кулоқ супраси одатдагидек тузилишда. Ташқи кулоқ йўлининг олдинги деворини териси қизарганлиги ва конуссимон дўнглик кўринади. Дўнгликнинг марказида йирингли ўзак бор. Кулоқ йўли торайган. Ноғора пардаси кўринмайди.

Қулоқ супрасининг олдида жойлашган лимфа тугунчалари катталашган, пайпаслаганда оғримайди. Қулоқ супрасида оғрик кучли. Секин гапирганда иккала қулоқ билан 5 м масофадан эшитади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: Бемор 30 ёш, штуркатур бўлиб ишлайди, қулоғида битиш ҳисси, доимий қичишиш ва вақти-вақти билан оғрикга шикоят қилади. Эшитиши: ўнг томон 2,0 м, чап томон 3,5 м, кондуктив типда эшитиш пасайган.

Кўрувда Икки томондан ташқи эшитув йўли бир хил торайган. деворлари қисман қизарган, шишган, тегилса оғрикли. Эшитув йўли ичкарисида қисман ноғора пардага ёпишган, сарғимтир, юмшоқ консистенцияли казеоз масса кўринади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: Бемор ўнг қулоқ супраси соҳасидаги оғрикга, кизишига, шишишига, тана ҳарорати кўтарилишига ва умумий ҳолсизликка шикоят қилади. 1 ҳафта олдин қулоқ супраси терисини шпилька билан тирнаб олган. 2 кун олдин оғрик кучайиб, қулоқ супрасига тарқалган, териси кизариб, қулоқ супраси катталашган ва ҳарорати кўтарилган.

Кўрувда умумий аҳволи қониқарли, тана ҳарорати 38,5 °C. Ўнг қулоғида-кескин гиперемия, қулоқ супраси териси шишиб, қулоқ атрофи соҳасига тарқалган. Қизарган соҳа териси чегераланган. Ташқи эшитув йўли териси қизарган, шишган. Ноғора парда ўзгаришсиз.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: Бемор ўнг томондан эшитиш қобилияти пасайганига шикоят қилмоқда. Бемор буни кеча кечки пайтда ванна қабул қилишдан кейин сезган

Кўрувда эшитиш йўлида жигарранг массалар, эшитиш йўли тешигини ёпган. Кулоқ супраси ва эшитиш йўлининг териси ўзгармаган. Шивирлаб айтилган гапни ўнг томондан 3 м., чапдан – 6 м. масофада эшитмоқда

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №6

Талаба учун маълумот: 7 ёшли қизча мунчоқ ўйнаб туриб бир донасини ўнг кулоғига киргизиб юборди. Мурожаат қилганда, навбатчи ҳамшира пинцет ёрдамида мунчоқни олишга уриниб кўрди, лекин мунчоқ ичкарига сурилиб кетди. Қизчани ЛОР бўлимига олиб келишди.

Кўрувда Ўнг кулоқ йўлининг териси қизарган, бироз яллиғланган. Терисида тирналган жойлар бор. Ташқи кулоқ йўлининг суяк қисмида ёт жисм бўлиб, ноғора пардаси кўринмайди. Ёт жисмни кулоқдан ювиш йўли билан чиқариш натижа бермади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №7

Талаба учун маълумот: Бемор 30 ёш, шукатур бўлиб ишлайди, кулогида битиш ҳисси, доимий қичишиш ва вақти-вақти билан оғриқга шикоят қилади. Эшитиши: ўнг томон 2,0 м, чап томон 3,5 м, кондуктив типда эшитиш пасайган.

Кўрувда Икки томондан ташқи эшитув йўли бир хил торайган, деворлари қисман қизарган, шишган, тегилса оғриқли. Эшитув йўли ичкарисида қисман ногора пардага ёпишган, сарғимтир, юмшоқ консистенцияли казеоз масса кўринади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Ташқи қулоқ касалликларига кирмайди.

1. туботит, паротит.

2. қулоқ ёт жисми, перихондрит.

3. қулоқ кири, қулоқ сарамаси.

4. қулоқ чипқони, отогематома.

2. УАШ томонидан ташқи қулоқ битганида қулоқ тиқини (кирини) олиб ташлаш услубини белгиланг.

1. қулоқ воронкаси билан олиб ташлаш.

2. қулоқ пинцети билан олиб ташлаш.

3. қулоқ илмоғи билан олиб ташлаш.

4. Жане шприци билан қайнаб совутган иссиқ (36,6°C) сувда ювиш.

3. УАШ Ташқи эшитув йўлидан тирик ёт жисмни шошилинч равишда қандай олиб ташлайди?

1. эшитув йўлига спирт ёки ёғ томизиб, ҳашаротни ҳаракатсизлантириб, Жане шприцида юиб олиб ташлайди.

2. шошилинч илмоқ билан олиб ташлаш спирт билан ишлов беради.

3. шошилинч антигистмаин препаратлар киритиб, пинцет билан олиб ташлайди.

4. тегилса керак эмас, бошини тезда ёнга эгиб турса, ҳашарот ўзи, ўз ҳолича чиқиб кетади..

4.Ташқи эшитув йўли чипқони патогномик симптомин топинг:

- 1.кулоқда санчикли оғриқ.
- 2.кулоқ дўмбоғига босилганда оғриқ
- 3.кулоқдан йирингли ажралма келиши.
- 4.сўрғичсимон ўсимтага босилганида оғриқ.

5.УАШ амалиётида болалардаги ташқи отитларни ташхислаш учун қўлланиладиган усулларни белгиланг:

- 1.кулоқни чайиш ва сўрғичсимон ўсимта рентгенографияси.
- 2.отоскопия ва сўрғичсимон ўсимта рентгенографияси.
- 3.аудиометрия, эшитув найи функциясини текшириш.
- 4.отоскопия,умумий сўров, ташқи кўрик, пальпация

6 . Диффуз ташқи отитларни қандай даволаш мумкин?

- 1.физиотерапия ва антибактериал терапия
- 2.антигистамин ва тана ҳароратини тушурувчи препаратлар.
- 3.кулоқни тозалаш ва иммуномодуляторлар
- 4.оғриқни қолдирувчилар ва кортикостероидлар

7. Отомикоз ривожланишига шароит яратади (нотўғри жавобни танланг).

- 1.узоқ вақт антибиотиклар қабул қилиш..
- 2.кандли диабетнинг оғир шакли
- 3.отгематома
- 4.сурункали йирингли ўрта отит.

8 . Отомикозда асосий симптомларни танланг.

1. кулоқда оғриқ, кўнгил айнаши, қусиш.
- 2.юқори ҳарорат, тез-тез бош айланиши
- 3.кулоқда доимий қичишиш, битиши ҳамда кам миқдорда ажралмалар келиши.

4.доимий бош оғриғи, юқори ҳарорат, ташқи эшитув йўлида бадбўй ажралмалар бўлиши.

9.Ташқи отитлар профилактикаси учун нима қилмоқ керак? (нотўғри жавобни танланг)

1.узоқ вақт антибактериал препаратлар қабул қилиш тавсия этилади.

2.ташқи қулоқни қашиш ва унга сув тушишдан эҳтиёт қилиш керак

3.карбосувлар миқдори рационал бўлган парҳез сақлаш керак.

4.қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўлини тозалашда жароҳатламаслик

10 . Қулоқ супраси хондроперихондрити бу диффуз яллиғланишидир.

1. тоғайнинг

2.тоғайусти пардасининг

3.тоғайусти пардаси ва тоғайнинг.

4.фақат терининг.

11.Қулоқсупрасиперихондритида,пальпацияқилинганида огрик қаерда сезилади?

1.кулоқ супраси ҳамма жойида.

2.кулоқ орти соҳасида.

3. кулоқ солинчиғида

4.кулоқ солинчиғидан ташқари бутун чиғанокда.

Кўп тўғри жавобли тестлар

12. Қулоқ супраси териси тоғай усти билан қаерда тўлиқ боғланмаган ва шу боис отогеметомга келиб чиқади (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1. кулоқ супраси пастки қирраси бўйлаб

2. кулоқ супраси олдинги юзасида

3.кулоқ супраси юқори қирраси бўйлаб

4.кулоқ супраси орқа юзасида

13. Эшитув йўлининг фурункули қайси касалликлардан фарқланади? (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1.ўткир ташқи отит

2.ташқи эшитув йўли жароҳати

3.мастоидит

4.эшитув нерви неврити

14.Ташқи диффуз отитларни шошилишч госпитализациясига кўрсатма (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1.агарда микробиологик усулда стрептококларни аниқлаш ва гижжаларни истисно қилиш лозим бўлса

2. амбулатор этапда самара бермаса
3. тинимсиз қайталанишлар (рецидивлар) билан кечса
4. ёш бола бўлса

9. Қуйидаги хасталиклардан қайсилари мажбурий диспансер назоратида бўлиши керак (100%)? (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1. хавфли ўсмалар
2. эпителимпанитлар
3. ташқи қулоқнинг яллиқланишлари
4. асоратланган мезотимпанитлар

10. Ташқи отитларни даволашда ... ишлатилади (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1. протаргол
2. кандибиотик
3. софрадекс
4. отипакс

мураккаб тестлар

17. Мосликни топинг

1. Мастоидит
2. Фурункул
- а) қулоқ супрасини тортганда (чўзганда) оғрик
- б) ташқи эшитув йўли парда-тоғай қисмининг торайиши
- в) ташқи эшитув йўли суяк қисмининг торайиши
- г) эшитишнинг пасайиши

1. 1-в,г; 2-а,б
2. 1-а,в; 2-б,г
3. 1-а,б,в; 2-г
4. 1-а,б,; 2-в,г

18. Мосликни топинг. Тананинг қаерида жойлашган чипқонлар:

1. Амбулатор даволанади.
2. Шошилинч стационарга ётқизилади ва ётоқ режим лозим?
- а) бурун чипқони
- б) бел-думғаза соҳаси чипқони

- в) юз соҳаси чипқони
- г) бошнинг сочли қисми чипқони
- д) қулоқ чипқони
- е) лаблар чипқони
- 1.1-г,д,е; 2-а,б,в
- 2.1- а,в,е; 2- б,г,д
- 3.1-а,г,д; 2-б,в,е
- 4.1-б,г,д; 2-а,в,е

19. Ташқи қулоқ экзема ривожланиш кетма-кетлигини топинг.

- 1.Эритема даври (ташқи қулоқ териси қизариши ва инфилтрация)
- 2. Тошма даври (кўплаб пуфакчалар тошиб, кучли қичишиш)
- 3. Сувланиш даври
- 4. Қаткалоқлар ҳосил бўлиш даври
- 1.1,3,2,4
- 2.1,4,2,3
- 3.2,1,3,4
- 4.1,2,3,4

20. Ташқи қулоқ термик куйишида бирламчи шошинч ёрдам кетма-кетлиги кўрсатинг.

- 1. Оғрикни қолдирувчи препаратлар киритиш
- 2. Шикастланган жойларга 2% калий перманганат ёки 5% танин билан ишлов бериш.
- 3. Некроз ривожланган бўлса, ўлик тўқималарни олиб ташлаш ва кортикостероид препаратлар (гидрокортизон) малҳами суриш
- 4. Пуфакчаларни очиш ва ляпис эритмаси билан грануляцияларни куйдириш.
- 1.1,2,3,4
- 2.2,1,3,4
- 3.3,2,4,1
- 4.1,2,4,3

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 7

Мавзу: ЎРТА ҚУЛОҚНИ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ. ҚУЛОҚ ЎСМАЛАРИ

Машғулот мақсади. *Талаба:*

1) Ўрта кулоқнинг ўткир ва сурункали касалликларининг этиологияси, клиникаси, ташхислаш ва даволашнинг умумий принципларини

2) кулоқнинг хатарли ва хатарсиз ўсмалари этиологияси, клиник белгиларини, диагностикаси, диф. диагностикаси, асоратларини ва даволаш принципларини билиши керак

3) туғри анамнез йиғишни, бемор шикоятларини таккослашиши керак

4) кулоқнинг функционал текшириш усулларини ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал микробиологик текширув усулларини баҳолашни ўрганиши

5) мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, отоскопияни кадамма-кадам ўтказа олиши керак

6) клинικο-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташхис қўя олиши керак

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

1. С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

2. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Оториноларингология», Москва, «Литера», 2001г.

3. «Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

Қўшимча:

1. Козлов М. Я. Острые отиты у детей и их осложнения / М. Я. Козлов. - JL: Медицина, 1986. -232 с.

2.Хасанов С.А., Омонов Ш.Э. Хронический гнойный средний отит у детей. Тошкент. Узб. Мил. Энцикл. 2010й.

3.«Оториноларингология». Под. ред. Солдатов И.Б. Санкт-Петербург.2001.

4.Амалий оториноларингология. Учебник для вузов, Ходжаева К.А. Ташкент. Iqtisod-molia 2006.

5.«Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.

6.Хасанов С.А., Вахидов Н.Х. Т. Юкори нафас йуллари касалликлари. Voris-nasnriot. 2008.

Ўқитиш услуби - дискуссия, кучсиз халқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-тасвирлар.

Ўқув жараёнини ташкиллаштириш турлари – кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – таркатма материаллар рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар – видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келишиш), презентациялар

Асосий саволлар:

1.Ўрта кулоқнинг ўтқир касалликлари этиологияси и патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш, диф.ташхислаш, даволаш.

2.Ўрта кулоқнинг сурункали касалликлари этиологияси и патогенези, таснифи клиникаси, ташхислаш, диф.ташхислаш, даволаш.

3.Кулоқнинг хатарли ва хатарсиз ўсмалари этиологияси, клиник белгиларини, диагностикаси, диф. диагностикаси, асоратларини ва даволаш принципларини.

Аннотация

Ўтқир ўрта отит- ўрта кулоқнинг ўтқир яллиғланиши

Этиологияси - стрептококк, стафилококк, пневмококлар, вируслар, оғиз бўшлиғи спирохетаси сабаб бўлади. Кўпинча

инфекция ўрта кулоқнинг ичига *риноубар* йўл орқали, яъни эшитув найи орқали киради.

Клиникаси

Ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланиши 3 босқичда кечади:

1. **Перфорациягача бўлган босқич**- ўрта кулоқда экссудат тўпланиб, беморда кулоғида кучли оғриқ, шовқин, эшитиш пасайиши, баъзида тана ҳарорати 38-39⁰ га кўтарилиши кузатилади;

2. **Перфорация босқичида** ноғора парда ўз-ўзидан ёки парацентездан сўнг тешилиб, кулоқдан йирингли ажралма оқади, касалликнинг умумий белгилари сусаяди. Бу босқичда оғриқ камаяди. беморнинг умумий аҳволи бироз яхшиланади, тана ҳарорати пасаяди.

3. **Репарация ёки тикланиш** босқичида яллиғланиш жараёни тугаб, кулоқдан йиринг оқиши тўхтайди.

Даволаш

- 1) парацентез, антибактериал даво, салицилатлар ичишга;
- 2) томир торайтирувчи томчи бурунга;
- 3) ташқи эшитув йўлини 3% ли водород пероксиди билан тозалаб, куришиб, дори препаратларини транстубар киритиш (антибиотик + гидрокортизон эмульсияси);
- 4) УВЧ, УФО ўнг кулоққа маҳаллий;

Сурункали йирингли мезотимпанит - нисбатан енгил кечади, яллиғланиш жараёни кўпроқ ноғора бўшлиғининг ўрта ва пастки қаватларини қамраб олади. Бемор кулоғидан йиринг оқишига, эшитиши пасайганлигига шикоят қилади. Бунда ноғора парданинг таранг қисмининг тешилиши қайд этилади (марказий тешилиш).

Этиология –пневмококк, стафилококк, стрептококклар, протей ва бошқа грамм-манфий бактериялар, вируслар ва микроскопик замбуруғлар ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Клиникаси

Сурункали мезотимпанит билан оғриган беморнинг кулоғидан шиллиқли, шиллиқли – йирингли ажралма оқади, касаллик авж олган даврда беморнинг кулоғи оғрийди, йирингли ажралманинг микдори кўпаяди, тана ҳарорати ошади, товушни ўтказиш аппарати зараланиб, кондуктив (басли) кулоқ оғирлиги ривожланади. Кулоқ оғирлиги даражаси 40-50 дБ дан ошмайди.

Сурункали йирингли эптитимпанит анчаоғиркечади. Жараён ноғора бўшлиғининг юқори қаватида - аттикда жойлашади, баъзан у ўрта ва пастки қаватларга тарқалади. Касалликда нафақат шиллиқ парда, балки ноғора бўшлиғининг суяк деворлари, эшитув суякчалари зараланади ва емирилади (кўпинча болғача ва сандонча). Атик шиллиқ пардасининг бурмаларида яллиғланиш жараёни тез ривожланади. Ноғора парданинг салқи қисми тешилади (четки тешик). Ноғора бўшлиқда қалин, йирингли ва бадбўй экссудат тўпланади. Беморнинг кулоғидан йиринг оқади, шанғиллаш, эшитиш қобилияти пасаяди (аралаш типдаги), боши айланади, оғрийди. Суякни чириши жараёни ноғора бўшлиғининг лабиринт деворига тарқалганда бош айланиши белгиси янада кучаяди. Отоскопияда ноғора бўшлиғида йиринг тўплами, полип ва холестеатома жараёни аниқланади.

Тахҳис - анамнезига, отоскопик ва рентгенологик таҳлилларга асосланади.

Даволаш

- 1) ЛОР бўлимига ётқизиш;
- 2) антибактериал, гипосенсибилловчи ва умумқувватловчи даво;
- 3) томир торайтирувчи томчи бурунга;
- 4) ташқи эшитув йўлини 3% ли водород пероксиди билан тозалаб, қуритиб, дори препаратларини транстубар киритиш (пенициллин + гидрокортизон эмульсияси);
- 5) УВЧ, УФО ўнг кулоққа маҳаллий;

Мезотимпанитда консерватив даволаш тадбирлари одатда яхши самара беради. Эпитимпанит суякнинг емирилиши

ва холестеатома жараёни билан кечганда жарроҳлик амали бажарилади.

Қулоқнинг хатарсиз ўсмаларига папиллома, фиброма, ангиома, хондрома, остеома киради. Бундан ташқари қулоқда ўсмасимон атерома, дермоид киста ҳам учрайди. Ўсма одатда ташқи қулоқ соҳасида жойлашади (ташқи эшитув йўлида, қулоқ супрасининг орқа юзида). Ички қулоқнинг ҳавфсиз ўсмаларидан YIII жуфт бош мия асаб толаси невриномаси айниқса кўп учрайди.

Ташхис - визуал ва гистологик текширувда аниқланади. Ташқи эшитув йўлининг ҳавфсиз ўсмасида беморда қулоқ оғирлиги ривожланади. Чакка суяги рентгенографияси ва компьютерли томографияси аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш жарроҳлик усули ёрдамида амалга оширилади.

YIII жуфт бош мия асаб толаси невриномаси барча бош мия ўсмаларининг 11-13% ташкил қилади ва кўпинча 30-40 ёшли беморларда учрайди. Невринома ҳавфсиз ўсма ҳисобланади. Ўз вақтида олиб ташлангандан сўнг бемор соғайиб кетади. Аммо кечки босқичларда ўсма катталашиб, атроф тўқималарни босади ва калла суяги ичи асоратларининг ривожланишига сабаб бўлади.

Невриномада беморнинг эшитиш қобилияти карлик даражасигача аста-секин пасаяди. Невринома YIII жуфт бош мия асаб толасининг шванн қаватидан ёки ички эшитув йўлининг бошқа тўқималаридан ўсиб, кўприкмияча бўшлиғига тарқалади ва мияча, бош мия кўприги (воролий кўприги) ва узунчоқ мияни босади.

Қулоқнинг хатарсиз ўсмаларидан гломус ўсмасида ногора парданинг пастки бўлимларида кўкариш пайдо бўлиб, у ўрта қулоқнинг шиллиқ пардаси ва бўйинтуруқ вена пиёзчасининг адвентициясида жойлашган гломуслардан ўсади (асаб толаси поячасининг калаваси). Гломус ўсмаси секин ўсади, жараён атрофдаги асаб толаларга ҳам тарқалиб, турли асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Даволаш жарроҳлик амали ва кимё терапия қўлланади.

Вазиятли масалаларни ечиш

Масала №1

Талаба учун маълумот: Бемор оғриқсиз ва оқмасиз, ҳар иккала қулоғида эшитишнинг пасайганлигига шикоят қилади. Эшитиш пасайганлигини 3 йил аввал сезган.

Кўрувда: ички аъзоларда ўзгаришлар йўқ. Риноскопияда: бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси оч қизил рангда, бир мунча калинлашган. Пастки бурун чиғаноқларининг ҳажми, айникса орқа томонлари соҳаси катталашган. Бурун йўлларида ажралмалар йўқ. Ҳалқум ва ҳикилдоқ ўзгаришсиз. Отоскопияда: АД ва АS эшитиш йўли териси ўзгармаган, ажралмаларсиз. Ногора пардаси ичкарига тортилиб, чандикли битган. Болғачанинг калта ўсикчаси тумшуксимон осилган, болғача дастасининг шакли катталашиб кўринади. Ёруғлик рефлекси аниқланмайди. Шивирлаш товуши ўнг қулоқда 3,5 м, чап қулоқда 2 м масофада эшитилади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: 3 ойлик бола онаси сўзига қараганда уйқуси бузилган, кўп безоталанади, кўп йиғлайди. Бола она кўкрагини эма туриб, бирданига кичкириб, эмишдан тўхтайди. Касаллик 2 кун олдин тумовдан сўнг бошланган. Умумий ҳолати: бола сувсизланган ва биров вазнини йўқотган.

Кўрувда АД- қулоқ супраси ва ташки қулоқ йўли териси ўзгармаган, ногора парда қизил рангда, шишган, бўртиб чиққан.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: Бемор 3 кундан бери ўнг қулоғидаги кучли оғриқга, оғриқни тиши ва чаккасига тарқалишига, қулоғини битишига, бош оғриши ва тана ҳароратини 37,8 °C гача кўтарилишига шикоят қилади. Касаллик тумовдан кейин зўрайган.

Кўрувда ногора парда қизарган, инфильтрациялашган ва бўртган, белгилари аниқланмайди. Шивирлаб гапириш ўнг кулоқда 1 м, оддий гапириш 3 м.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: Бемор ўнг қулоғининг оғришига, йиринг оқишига, эшитиши пасайишига, иситма кўтарилганлигига ва лоҳасликка шикоят қилди. Касаллик 7 кун илгари тумовдан сўнг бошланди. Касаллик ўнг қулоғининг қаттиқ оғриши, иситма 39 C гача кўтарилиши, бош оғриғи билан бошланди. Эртасига бемор эшитишини пасайишини сизди. Қулоғидан йиринг оқиши 2 кун илгари бошланди, шундан сўнг умумий аҳволи яхшиланди, иситма 37,5 C гача тушди.

Кўрувда бурун шиллиқ кавати бироз қизарган. Бурун йўллари тоза. Ўнг қулоқ йўлида йиринг бор. Териси ўзгаришсиз. Ногора пардаси қизарган, бўртиб чиққан бўлиб, олдинги бўлимида йиринг лип-лип қилиб чиқиб туради. Шивирлашни ўнг қулоғи билан 5 м, чап қулоғи билан 1,5 м масофадан эшитади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: Бемор тўхтаб- тўхтаб тўтадиган оғриқга, кулоғидан йиринг оқишига, эшитиш қобиляти пасайганига шикоят қилади. Касаллик 2 ҳафтадан бери давом этмоқда. Бемор шамоллаган. Касалликнинг бошланишида беморда тумов кузатилди, сўнг кулоғи битиб, қаттиқ оғриди ва йиринг окди. Иситмаси 39 С гача кўтарилди. Кулоғидан йиринг оққанидан сўнг оғриқ тўхтади. Иситмаси тушди. Бирок даволанишига қарамасдан (сульфаниламид дорилар, компресс) кулоғидан кўп микдорда шиллиқ аралаш йиринг ажралиши давом этди. Оғриқ кулоғининг орқа қисмига таркала бошлади.

Кўрувда кулоқ йўлида шиллиқ аралаш йиринг бор, ноғора пардаси қизарган, яллиғланган. Орқа-пастки бўлимида тешиги бор. Сўргичсимон ўсимта учининг атрофи шишган, пайпаслаганда оғриқ.

Чакка суягининг рентген тасвирида сўргичсимон ўсимтанинг катакчалари хиралашган. Ўнг кулоқ, бурун ва ҳалқумда касаллик аломатлари йўқ.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №6

Талаба учун маълумот: Бемор ўнг томон ўрта кулоғининг ўткир йирингли яллиғланиши билан касалланган. Унда тўсатдан бош айланиши, жисмларни соат йўналишига тескари ҳаракати кузатилди, кўнгли айниб, бир марта қусди. Ўнг кулоғида эшитиш қобиляти йўқолди.

Кўрувда ўнг ташки кулоқ йўлида йиринг, ноғора парда тўқ-қизил рангда. Марказидаги тешикдан йиринг отилиб чиқмоқда. Сўргичсимон ўсимта ва унга ёндош қисмлар пайпасланганда оғриқ сезилмайди. Ўнг кулоғининг эшитиш қобиляти бутунлай йўқолган, спонтан нистагм- ўнг томонда. Бармоқ- бармоқ ва

бармоқ- бурун машқларида мувозанати чап томонга сурилиши кузатилади. Ромберг ҳолатида бемор чапга йиқилади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №7

Талаба учун маълумот: 38 ёшли бемор кулоғидан ажралма келишига, эшитишини пасайишига шикоят қилади. Касаллик ёшлигида ўтказган скарлатинадан кейин бошланган. Шундан бери иккала кулоғидан эшитиши паст. Ҳар йили шамоллаганда касаллик зўрайиб, кулоғидан йирингли ажралма келади ва эшитиши пасаяди.

Кўрувда ўнг кулоқ: эшитув йўлида шиллиқ йирингли ажралма, териси ўзгаришсиз, ноғора парда марказида катта тешик. Чап кулоқ: ноғора парда қизарган, олдинги-юқори квадрантидаги тешик орқали грануляция кўриниб турибди. Шивирлаб гапиришни ўнг кулоғида 3 м, чапида 2 м да эшитади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №8

Талаба учун маълумот: Бемор 44 ёш, реанимация бўлимида калла асосини синиши, субарахноидал бўшлиқга қон қуйилиши ташҳиси билан ётибди. 3 кун олдин автотўқнашувга учраб, ҳушини йўқотган. Бемор ҳушида, боши оғриши. ўнг кулоғида эшитиши пасайишига, бошини ҳаракатида бош айланишига, кўнгил айланиши ва қусишга шикоят қилади.

Кўрувда юзи, кўзи, қошида конталаш белгилари, ўнг юзи

асимметрияси кўринади. Ўнг қулоғи эшитмайди, чап қулоғи норма, чап томонга II даража нистагм кузатилади. Иккала томонда ногора парда ўзгаришсиз.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №9

Талаба учун маълумот: Беморнинг шифокорга мурожаати вақтидаги шикоятлари: чап томон миясининг оғришига, айниқса, охирги кунлари кучайган, иштаҳаси пасайган. Тез- тез қайталанувчи қусишлар (овқат билан боғлиқ бўлмаган). 10 йил мобайнида чап қулоқ касаллигига ва эшитиш қобилиятининг пасайишига шикоят қилади. Шамоллаш пайтида қулоқдан йиринг оқиши кузатилади. Вақти-вақти билан қулоқ оғриғи безовта қилади. Ярим йил илгари касалликнинг юқори боскичида бош айланиши, кўнгил айланиши, эшитиш қобилиятининг пасайиши кузатилган. Бу ҳолат чап қулоқда ҳозиргача давом этмокда.

Кўрувда тишлари сарғайган, тили қарашлаган, томир уриши 48 марта минутига. Бемор ҳолсиз, йиғлоқи, фикрлаш қобилияти пасайган. Кўрсатилган жисмларни номини аниқ айтолмайди, мулоқотга кирмайди, машқларни бажармайди. Беморнинг сўзлаши ўзгармаган, керакмас кўп сўзлар ишлатади, гап тузиши нотўғри. Бўйин мушаклари таранглашган. Бабинский белгиси ўнг томонда кучайган. АД- ташқи қулоқ йўлида кам миқдорда йиринг бор, тозалангач кўринади, қолган ерлари қизарган. Сўрғичсимон ўсимта пайпасланганда оғриқ сезилади. Кўз тубини кўрганда қон томирлар торайгани кўринади. Орқа мия пункция қилинганда мия суюқлигининг ранги лойқа, катта босим билан отилиб чиқади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Ўткир йирингли ўрта отитда йирингли яллиғланиш кузатилмайди.

1. аттикда
2. сўрғичсимон ўсимта хужайраларида
3. ноғора бўшлиғида
4. лабиринтда

2. Ўткир йирингли ўрта отитнинг типик кечишида тафовутланади.

1. 3 та босқич.
2. 2 та босқич.
3. 1 та босқич.
4. 4 та босқич

3. Болаларда инфекция ўрта қулоқ бўшлиқларига қўпинча қайси йўл билан киради?

1. гематоген йўли билан.
2. травма натижасида.
3. лимфоген йўл
4. тубоген йўл

4. Ташқи қулоқдан бадбўй хидли йирингли оқма ажралиши хос симптом .

1. сурункали экссудатив ўрта отитларга.
2. ўткир йирингли ўрта отитларга.
3. йирингли мезотимпанитларга.
4. эптитимпанитларга

5. Ноғора пардасининг таранг қисми перфорацияси характерли:

1. эптитимпанит
2. сурункали экссудатив ўрта отит
3. мезотимпанит
4. сурункали сенсонев-рал эшитиш пастлиги

6. Қулоқда кучли оғрик, юқори ҳарорат, эмолмайди, қайт қилган, ноғора пардаси қизарган в а бўртган. Ташҳис. Шөшилинч ёрдам.

1.ўткир ноперфоратив ўрта отит, парацентез

2.мирингит, борат спирт

3.мезотимпанит, оғрикни қолдирувчилар

4.қулоқ чипқони, чипқонни очиш

7.Ўткир ўрта отитлар олдини олиш чоралари (профилактика).

1.бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари йўллари касалликларини даволаш.

2.сузиш билан шугулланиш.

3.ташқи қулоққа сув тушурмаслик

4.ташқи эшитув йўлини жароҳатдан асраш

8.Қулоқдан йиринг келиши бошланиб, оғриқнинг босилиши қайси ўрта отит учун характерли?

1.ўткир йирингли отитнинг регенератив босқичи.

2.ўткир йирингли отитнинг перфоратив босқичи

3.ўткир йирингли отитнинг ноперфоратив босқичи.

4.мезотимпанит

9. Ўткир ўрта отитлар асорати

1.отоантрит, мастоидит, юз нерви фалажи, калла ичи асоратлари.

2.адгезив отит, тимпаносклероз, хавфли ўсма

3.пневмония, бронхит, паратонзилляр ҳўппоз

4.лабиринтит, отсклероз, кўз косаси асоратлари

10. Холестеатома асосан учрайди

1.сурункали экссудатив ўрта отит

2.сурункали экссудатив ўрта отит

3.ўткир йирингли ўрта отитларда

4.эпитимпанитларда

Кўп жавобли тестлар

11. Ўткир йирингли ўрта отит 3 даврини даволаш чоралари белгиланг (3 та тўғри жавоб)

- 1.евстахий найини пуфлаш
- 2.антибиотиклар
- 3.кулоққа оғрикни колдирувчи препаратлар томизиш
- 4.УВЧ терапия, ногора пардасининг пневмомассажи

12. Ўткир йирингли ўрта отитларда шошилинч ёрдам (3 та тўғри жавоб)

- 1.ҳароратни туширувчилар
- 2.бурунга томирларни торайтирувчилар
- 3.бурунга томирларни торайтирувчилар
- 4.отоген менингит юқумли касалликлар бўлимига ётқизилади

13. Қайси касалликда парацетез амалга оширилмайди? (3 та тўғри жавоб)

- 1.мастлоидитда
- 2.эпитимпанитда
- 3.ўткир ноперфоратив ўрта отитда
- 4.мезотимпанитда

14. Сурункали ўрта отитларга хос белгиларни аниқланг(3 та тўғри жавоб)

- 1.кулоқда оғрик
- 2.8 ҳафтадан ошиқ кулоқдан йиринг келиши
- 3.эшитиш пастлиги
- 4.эшитиш пастлиги

15. Ўрта кулоқ яллиғланиши фониди қандай калла суяги ичи асоратлари ривожланади? (3 та тўғри жавоб)

- 1.менингит
- 2.эпидурал абсцесс
- 3.мия абсцесси
- 4.мия абсцесси

16. Ўткир йирингли ўрта отит ривожланишининг босқичлари кетма-кетлиги:

1. Перфоратив
 2. Перфорациягача
 3. Репаратив
- 1.2,3,1

2.3,2,1

3.1,2,3

4.2,1,3

17. Ўткир йирингли ўрта отитга шубҳа қилинганда УАШ врач тактикаси кетма-кетлиги:

1. Отоскопия

2. Шикоятлари ва анамнез йиғиш

3. Қулоқ туалети.

4. Даво буюриш

1.2,1,3,4

2.1,2,3,4

3.4,1,3,2

4.2,1,4,3

18. Ёшга нисбатан эшитишни текширув усуллари кетма-кетлигини топинг.

1. уйинли аудиометрия

2. кохлеопальпобрал рефлекс

3. Нутқли (речевая) аудиометрия

4. тонал, бўсагани аниқлаш аудиометрияси

5. Кохлеопупилляр рефлекс

1.2,5,1,4,3

2.2,5,1,4,3

3.4,5,3,2,1

4.4,5,3,2,1

19. Акуметрия ўтказишнинг кетма-кетлиги:

1. Шивирлаб гапириб, текшириш (ШР)

2. Субъектив шовқин борлигини аниқлаш (СШ)

3. оддий гапиришни эшитиш масофасини аниқлаш(ОГ)

4. Бақриш (Б)

5. Камертонал пробалар ўтказиш

1.2,1,4,3,5

2.5,4,3,2,1

3.1,2,3,4,5

4.3,4,2,1,5

20. Мастоидит белгилари (мосликни танланг):

1. Эшитув йўлининг орт-юқори деворининг осилиши;
2. Эшитиш пасайиши;
3. Қулоқ супрасининг шалпангқулоқ-лиги;
4. Қулоқ орти соҳасининг шиши;
5. Эшитиш нормада;
6. ташқи эшитув йўлидан қон кетиши

1. 1,2,3,4,5,6

2. 1,2,3,4

3. 1,2,5,6

4. 1,5,6

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 8

Мавзу: ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНГСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИ. ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ТУБОУТИТ (ЕВСТАХИИТ), КОХЛЕАР НЕВРИТ, ОТОСКЛЕРОЗ, МЕНЬЕР КАСАЛЛИГИ.

Машғулоти мақсади. *Талаба:*

1.Ўткир ва сурункали тубоотит (евстахиит), кохлеар неврит, отосклероз, Меньер касаллиги, таснифи, клиникаси, ташхислаш ва даволашнинг умумий принципларини билиши керак.

2.Анамнезни тўғри йиғишни, бемор шикоятларини таққослаши керак

3.Қулоқни функционал текшириш усуллари, ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал, микробиологик текширув усуллари, баҳолашни ўрганиши

4.Мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, отоскопияни қадамма-қадам ўтказа олиши керак

5.Клинико-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташхис қўя- олиши керак

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

1.С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

2.Пальчун В.Т., Крюков А.И., Оториноларингология», Москва, «Литера», 2001г.

3.«Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн. Душанбе, Маориф, 1977г.

Қўшимча:

1. Козлов М. Я. Острые отиты у детей и их осложнения / М. Я. Козлов. - JL: Медицина, 1986. -232 с.

2. Хасанов С.А., Омонов Ш.Э. Хронический гнойный средний отит у детей. Тошкент. Узб. Мил. Энцикл. 2010й.

3. «Оториноларингология». Под. ред. Солдатов И.Б. Санкт-Петербург, 2001.

4. Амалий оториноларингология. Учебник для вузов, Ходжаева К.А. Ташкент. Iqtisod-molia 2006.

5. «Ситуационные задачи по оториноларингологии». под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.

6. Хасанов С.А., Вахидов Н.Х. Т. Юқори нафас йуллари касалликлари. Voris-nasnriot. 2008.

7. Пальчун В.Т., Магомедов В.Т., Лучихин Л.А. «Оториноларингология», Москва. «Медицина», 2007г.

Ўқитиш услуби - дискуссия, кучсиз халқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-таъсирлар.

Ўқув жараёнини ташкиллаштириш турлари – кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – тарқатма материаллар: рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар – видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мас келиши), презентациялар

Асосий ўқув саволлари

1. Ўткир ва сурункали тубоотит (евстахиит): этиология, таснифи, клиник даврлари, ташхислаш, даволаш.

2. Кохлеар неврит: этиология, клиника, ташхислаш, даволаш принциплари.

3. Отосклероз: сабаби, клиника, ташхислаш, даволаш.

4. Меньер касаллиги: сабаби, клиника, ташхислаш, даволаш.

Аннотация

Ўткир ва сурункали тубоотит (евстахиит) - эшитув найи фоллятнинг бузилиши билан намоён бўлади.

Этиология – кўпинча стрептококк, стафилококк, пневмококк ва вируслар сабаб бўлади. Юқори нафас йўлларининг юқумли касалликлари, грипп, ЎРВК, аденоидлар, бурун полипоз ва ўсмаси, пастки бурун чиганоклари орқа учларининг гипертрофияси ва йирингли синуситлар эшитув найининг ўтказувчанлигини бузади.

Клиникаси

Евстахиитда бемор кулоклари битишига, эшитиши пасайганлигига, аутофонияга ва баъзан кулоғи шангиллашига шикоят қилади. Отоскопияда ноғора пардани ичкарига ботиши кузатилади, ноғора парданинг ранги оч-қулранг, сарғиш, баъзан жигари ёки кўкимтир бўлади. Айрим ҳолларда (кўпинча, 4-10 ёшли болаларда) ўрта кулоқда серозли экссудат тўпланади, яъни **экссудатив ўрта отит** ривожланади (секретор ёки серозли отит). Ноғора парда орқасида суюқлик сатҳи кўринади. Беморда товушни ўтказиш аппаратини бузилиши, яъни кондуктив кулоқ оғирлиги ривожланади.

Ташхис - анамнез, отоскопия, импендансометрия текшируви ўтказилади.

Даволаш

- 1) томир торайтирувчи томчи бурунга;
- 2) эшитув йўлига УВЧ, УФО (эндоназал), лазер-терапия;
- 3) эшитув йўлига катетер орқали ҳаво пуркаб, томир торайтирувчи ва гормонал препаратлар киритиш, ноғора парда пневмомассажи;

4) сульфаниламид препаратлар;

5) ҳамроҳ касалликларни даволаш;

Кохлеар неврит - касаллигида беморда эшитув анализаторининг периферик ва марказий бўлимлари зарарланади, нейросенсор қарлик ривожланади.

Келиб чиқиш омиллари: грипп, эпидемик менингит, захм, паротитда инфекцион неврит, токсик неврит беморда ототоксик дориларни қўллаш натижасида юзага келади, жароҳатдан сўнгги

кохлеар неврит юзага келиши мумкин (бош мия ва кулоқнинг механик жароҳатларида, баро-ва акустик шикастларда), контомирлар, эндокрин ва аллергия касалликларда ва ният қариялар *неврити* эшитув асаб толасидаги қариш жараёни тфайли ривожланади.

Клиникаси

Бемор эшитиш ўткирлиги пасайганлигига ва кулоқлари шангиллашига шикоят қилади. Дахлиз-чиғаноқ асаб толасининг вестибуляр қисми зарарланганда беморда мувозанатнинг бузилиши ва бош айланиш белгиси кузатилади. Отоскопияда патологик ўзгаришлар аниқланмайди.

Ташҳис - анамнезига, акуметрия, объектив аудиометрия, вестибулометрия, электрогустометрия ва меатоцистернография текширув усуллари ўтказилиши лозим.

Даволаш

1) «В» гуруҳи дармон-дорилари, витамин А,Е, кокарбоксилаза, АТФ, алоэ экстракти, ФИБС, гумизол, апилак, никотин кислотаси, папаверин, дибазол;

2) ацетилхолинэстераза дори воситалари - галантамин, прозерин;, асаб тўқимасининг ўтказувчанлигини яхшиловчи дорилар;

3) антигистамин дори воситалари - димедрол, пипольфен, диазолин, тавегил

4) бурун шиллиқ қаватини ултрабинафша нурланиш ва симптоматик даволаниш ҳам ўтказилади

5) бурунга томирни торайтирувчи моддаларни томизиш мумкин (0,01-0,1% називин, риноксил, галазолин ва бошқ.).

6) чалғитувчи - иссиқ муолажалар қўлланилади (оёққа ханталли ванна, товон қисмига ултрабинафша нурланиш)

Отосклероз - кулоқ лабиринти суяк капсуласининг ўчоқли зарарланиши бўлиб, лабиринтнинг айрим майдонларида соғлом суяк тўқимаси билан бирга қон томирларга бой ва толасимон спонгиоз суяк тўқимаси пайдо бўлади. Одатда отосклероз ўчоғи дахлизнинг овал дарчаси ёнида жойлашади, баъзан эса у ички

кулоқнинг бошқа бўлимларига - чиғаноқ дарчаси, ички эшитув йўли, ярим доира каналларга тарқалади.

Этиология – тўлиқ аниқланмаган, баъзи ирсий нуқсон деб ҳисобланади..

Клиникаси

Отосклероз касаллигида гистологик ва клиник боскичлари тафовут этилади. Патологик жараён фақат суяк тўқимасига ёки ўзангичанинг айлана бойламига тарқалганда (lig. annulare stapedis) унинг ҳаракатчанлиги пасайиб, кулоқда товуш тўлқинларини ўтказилиши аста-секин ёмонлашиб боради ва у кулоғи шангиллашига ва эшитиши пасайганлигига шикоят қилади. Отосклерозга хос пародоксал белги - бу paracusis Willisii феномени бўлиб, беморнинг кулоқлари шовкин шароитида яхшироқ эшитади.

Баъзан deprecusis Scheer феномени кузатилади - ютинганда ёки чайнаш пайтида эшитув ўткирлиги пасаяди, 40% ҳолларда қисқа муддатли бош айланиш кузатилади. Бош айланиши бемор кескин эгилганда ёки бошни орқага ташлаганда пайтида пайдо бўлади, ташқи эшитув йўли кенгайган, суяк қисмининг териси юпқалашганлиги, ташқи эшитув йўлида олтингугурт моддаси йўқолганлиги,ноғора парда юпқалашиб, қизарганли ва promantorium кўзга ташланиб туриши аниқланади.

Ташҳис - анамнез, отоскопия, акуметрия (Федеричи ва Желле тажрибалари манфий), тонал аудиометрия, акустик импендансометрия ва ультратовушларга сезгирлик текширувлари ўтказилади.

Даволаш

Операция - жарроҳлик усули стапедопластика.

Меньер касаллиги- ички кулоқда лабиринт босимининг ошиши (эндолимфатик гидропс) ва ички кулоқ қон- томирлар вегетатив иннервациясининг бузилиши натижасида келиб чиққан касаллик ҳисобланади.

Клиникаси

Менъер касаллиги бош айланиш ҳуружлари, эшитиш қобилиятининг пасайиши ва қулоқ шанғиллаши белгилари билан кечади.

Бош айланиш ҳуружлари мувозанатни бузилиши, кўнгил айланиши, қусиш, юрак кон-томир тизими фаолиятининг бузилиши, терининг оқариши, баданидан совук тер оқиши ва бошқа вегетатив бузилишлар белгилари билан бирга намоён бўлади. Бош айланиш ҳуружидан сўнг ремиссия даври бошланади. Беморларнинг 67% да ҳуруж пайтида спонтан нистагм пайдо бўлади. Ремиссия пайтида вестибуляр белгилар йўқолади, аммо беморнинг эшитиш қобилияти ҳар ҳуруждан сўнг тобора пасайиб боради.

Ташҳис - анамнез, вестибулометрия, аудиометрия, РЭГ, умуртқа бўйин қисми Ro-графияси, дегидратацион тестлар ва глицерол тести ўтказилади.

Даволаш

1) Ҳуруж даврида бемор шовқин ва ёруғликдан холи хонага ётқизилади, беморнинг оёқларига иссик компресс, бўйин-энса соҳасига хантал қўйилади.

2) Томир ичига 40% -20 мл глюкоза, мускул орасига 2,5% -2 мл пипольфен ёки 1%-1,0 аминазин, тери орасига 0,1%-1,0 мл атропин (0,2% - 2 мл платифиллин), 10% -1 мл кофеин

3) меатотимпанал йўл орқали кетма-кет 1-2% - 1-2 мл новокаин (ёки 0,5% тримекаин), 0,2% -0,5 мл платифиллин ёки 0,1% атропин юборилади. Бу ҳам фойда қилмаса беморга 10-20% -0,3-0,5 мл кофеин ёки 2% -1-2 мл трентал

4) В группа витаминлари

5) Хирургик даво-эндолимфатик қопчани дренажлаш ёки очиш, хордоплексустомия.

Интерактив усул

«Кор бурон» усули. Гуруҳ 2 та микрогуруҳга бўлинади ва 5- 10 дақиқада ҳар бир гуруҳ саволларга жавоблар ёзади. Жавоблар биргаликда муҳокама қилинганда туғри жавоблар доскага қор тўпи шаклида йиғилади ва қайси гуруҳда кўп йиғилса ўша гуруҳ ғолиб бўлади.

Савол: сенсоневрал эшитиш пастлиги сабаблари?

1 микрогуруҳ	2 микрогуруҳ
Гентамицин Стрептомицин Аспирин Висмут препарати Эпидимик паротит Қизамиқ Кор Кандли диабет Томир патологияси	Канамидин Мономицин Хинин Симоб препарати Грипп Лабиринтит Юкумли гепатит Қизилча Паротит Ирсий мойиллик синдроми касаллиги Семириш Гипертоник касаллик Ички қулоқ томир касаллиги Меньер касаллиги Баротравма

Балл 16 балл

15 балл

Тема: Кар-соков, қулоқ огирлиги синдроми

Уйин темаси: сенсоневрал эшитишни пастлиги

Мақсад: Талабаларни кар-соковлик, эшитишни пастлиги ҳақида тушунчага эга қилиш

Вазифа:

1.Талаба кар-соковлик, эшитишни пастлиги сабабини топиши керак

2.Касалликни хатосиз аниқлаш

3.Даволаш-тактик ечимини туғри қабул қилиш

Вазият масалаларни ечиш

Машгулот 8

Масала №1

Талаба учун маълумот: Қон босимининг ошиши касаллигига чалинган 54 ёшли бемор аёл, 3 йил давомида юриш ҳаракатида, деярли доимий, турғунсизлик ҳолатга, чап қулоқда гоҳ кучайиб, гоҳ бир мунча сусайиб турувчи шовқинга шикоят қилади.

Кўрувда Отоскопияда: иккала ногора парда ўзгаришсиз.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: Бемор 40 ёш, қулоғида шовқинга, эшитишни пасайишига шикоят қилади. 6 йилдан бери касал, касалликни ўтказган грипп билан боғлайди. Охирги йилларда эшитишни пасайиши зўраймоқда.

Кўрувда қулоғида ва юқори нафас йўлларида патологик ўзгаришлар аниқланмади. Эшитиш паспорти икки томондан товуш қабул қилувчи аппарат типигаги эшитиш пасайишини кўрсатмоқда.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: 32 ёшли аёл чап қулоғида шовқин ва эшитишни пасайишига, таъм билиш сезгисини пасайишига, юз соҳасини увишишишига шикоят қилади. Қулоғи олдин безовта қилмаган. 2 йил олдин эшитиши пасайганини тўсатдан билиб қолган. Кейинчалик эшитиши пасайиб бориб, шовқин пайдо бўлган.

Кўрувда яққол (40-60дБ) юқори частота диапазони жароҳатланишига хос нейросенсор эшитиш пасайиши аниқланади; ўнг томонлама эшитиш ўзгаришсиз. Ўнгга спонтан нистагм кузатилади. Айлана ва калорик тажриба текширилганда чап томондан вестибуляр кўзғалувчанлик кузатилмади. Чап томондан корнеал рефлекс ва бурун бўшлиғи шиллик қавати сезувчанлиги пасайган. Текширув пайтида тилнинг чап 2/3 олдинги қисмида ширин, аччиқ, шўрни сезувчанлиги бузилган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: Бемор 40 ёшда. 3 ойдан бери қулоғидаги шовкинга шикоят қилади. Кеча иш пайтида шовқинни кучайиб 2 соатдан сўнг бирдан боши айланиб, нарсаларни чапга қараб айланаётгани, кўнгил айниши, умумий ҳолсизлик кузатилган. Мед. пункт шифокори беморда терини оқариши, намланиши, артериал қон босимини пасайиши 90/60 мм.с.м.у, томир уриши минутага 60 та ураётганини кузатган.

Кўрувда Беморда чап томонлама спонтан нистагм ва чап қулоғида эшитишни пасайишини аниқлаган. Аввал қулоғи оғримаяган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: 27 ёшли бемор аёл қулоғидаги шанғиллаш ва эшитишни пасайишига шикоят қилади. 3 йилдан бери касал. Касаллик аста-секин ривожланиб борган, даволанмаган. Бир йил аввал туққанидан сўнг эшитиш

кескин пасайиб, шанғиллаш кучайган. Шовқинда эшитишни яхшиланишини кузатган.

Кўрувда иккала кулоғи ташқи эшитув йўли кенг, кири йўқ, ноғора парда кулранг, тиниш белгилари аниқ кўринади. Ринне ва Желе тажрибалари манфий.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Меньер касаллиги қандай касаллик?

- 1.сурункали евстахеит
- 2.чиғаноқни яллиғланиши
- 3.ички кулқнинг яллиғланиши
- 4.ички кулоқ гидропси

2. Отосклероз қандай касаллик?.

- 1.ташқи эшитув йўли экзостози.
- 2.лабиринт капсуласининг остеодегенерацияси.
- 3.сўрғичсимон ўсимтанинг яллиғланиши.
- 4.ноғора парданинг патологик суякланиши.

3.Меньер касаллигининг диагностикасида қандай классик синамалар ўтказилади .

- 1.Сахарин тести (40% глюкоза эритмаси).
- 2.вестибулометрия.
- 3.тимпанометрия.
- 4.Полицер усулида пуфлаш

4.Отосклерозни диагностикасида қандай текширувлар ўтказилади.

- 1.отоскопия
- 2.Unterberger синамаси
- 3.ринне синамаси

4.анамнез маълумотлари отоскопия ва аудиометрия.

5. Меньер касаллиги хуружи даврида биринчи ёрдам.

1.кальций хлорид 10% -20 мл в/и оқим билан

2.мияда кон айланишини яхшиловчи дори воситалари.

3.ётоқ режими, тери остига 0,1% - 1 мл атропин сульфат эритмаси

4.ётоқ режими.

6. Отосклероз касаллигини даволаш усулини топинг.

1.отопластика.

2.стапедопластика.

3.мирингоплатика.

4.тимпаноплатика

7. Қуйидагилардан қайси касалликда аёлларда туғруқдан сўнг касаллик аломатлари кучаяди

1.ҳеч қайсида

2.экссудатив ўрта отит.

3.меньер касаллигида

4.отосклерозда.

8.Нейросенсор эшитиш пастлигини сабаблари қуйидагилар .

1.бўйин умуртваларини жароҳати.

2.юқоридагиларни ҳаммаси.

3.хафақон касаллиги.

4.инфекцион касалликлар.

9.Нейросенсор эшитиш пастлигини асосий белгиси ҳисобланади.

1.бош оғриғи

2.кўнгил айнаши

3.кўнгил айнаши.

4.субъектив шовқин.

10. Ототоксик таъсирга эга бўлмаган антибиотик .

1.канамицин

2.цефтриаксон

3.гентамицин

4.стрептомицин.

кўп жавобли тестлар

11. Карликнинг турларини кўрсатинг (2 та тўғри жавоб)

- 1.ўткир
- 2.туғма
- 3.сурункали
- 4.орттирилган

12.Кондуктив эшитиш пастлигига олиб келувчи касалликларини кўрсатинг (3 та тўғри жавоб)

- 1.мезотимпанит
- 2.адгезив отит
- 3.эпитимпанит
- 4.отосклероз

13. Эшитиш пастлагини турларини кўрсатинг (3 та тўғри жавоб)

- 1.кондуктив
- 2.катарал
- 3.сенсоневрал
- 4.аралаш

14. Эшитиш пастлигига олиб келувчи дориларни гуруҳини кўрсатинг (3 та тўғри жавоб)

1. антибиотиклар
2. сийдик хайдовчилар
3. хининлар
4. метаболитлар

15. Менъер касаллигини диспансеризациясидан мақсад?(2-та тўғри жавобни белгиланг)

1. касалликни прогрессивлашишини назорат қилиш
2. менъер касаллиги келиб чиқишини олди олинад
3. социал ногиронлик профилактикаси
4. отосклероз асоратларини олдини олиш

мураккаб тестлар

16. Менъер касаллиги клиник формаларини мосланг

1. енгил даража

2. ўрта оғир даража

3. оғир даража

а. хуруж бир йилда 1 марта

б. хуруж бир йилда бир неча марта

в. эпизодик бир неча йилда бир марта

1. 1-в, 2-а, 3-б

2. 1-б, 2-а, 3-в

3. 1-а, 2-б, 3-в

4. 1-в, 2-а, 3-б

17. Менъер касаллигини даволашда мосликни топинг:

1. хуруж бир йилда 1 марта

2. хуруж бир йилда бир неча марта

3. эпизодик бир неча йилда бир марта

А. Консерватив даво

В. Лабиринт диструкцияси

С. Диета

1. 1-а, 2-б, 3-с

2. 1-а, 2-б, 3-с

3. 1-а, 2-с, 3-б

4. 1-с, 2-б, 3-а

18. Кайси эшитиш пастлигига мослигини аниқланг

1- кондуктив

2-нейросенсор

3 аралаш

а. эптитимпанит

б. мезотимпанит

в. кохлеар неврит

г. адгезив отит

д. отосклероз

е. Менъер касаллиги

1. 1-б, г, 2-в, е, 3-а, д

2. 1-б, г, 2-в, е, 3-а, д

3. 1-а, д, 2-б, г, 3-в, е,

4. 1-б, е, 2-а, г 3-в, д

19. Эшитув паспортини тўлдириш кетма кетлигини кўрсатинг:

1. пичирлаб гапириш
2. субъектив шовқинни аниқлаш,
3. гапирганда эшитиш,
4. камертонал текширув

5. синовлар

1. 4,1,2,3,5

2. 2,3,5,4,1

3. 1,2,4,5,3

4. 2,1,3,4,5

20. Эшитиш пастлигини мосланг

1-эшитиш пастлиги 1 даража

2- эшитиш пастлиги 2 даража

3- эшитиш пастлиги 3 даража

4- эшитиш пастлиги 4 даража

а эшитишни 61-80дб пасайиши

б. 80 дбдан паст

в. эшитишни 20-40дб пасайиши

г. эшитишни 41-60дб пасайиши

1. 1-г 2-в, 3-а, 4-б

2. 1-б 2-а, 3-г, 4-в

3. 1-в, 2-г, 3-а, 4-б

4. 1-б 2-г, 3-в, 4-а

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ №9

Мавзу: ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ.

Машғулот мақсади. *Талаба:*

1) Ҳиқилдоқнинг клиник анатомияси, физиологияси ва ёшга хос анатомио-физиологик хусусиятларини билиши керак

2) ўткир ларингит ва эпиглотит клиникаси, ташҳислаш ва даволашнинг умумий принципларини билиши керак.

3) анамнезни тўғри йиғишни, бемор шикоятларини таққослаши керак

4) ҳиқилдоқнинг функционал текшириш усулларини ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнитрезонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал, микробиологик текширув усулларини баҳолашни ўрганиши

5) мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, ларингоскопияни кадамма-кадам ўтказа олиши керак

6) клинико-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташҳис қўя- олиши керак

Аудиториядан ташқари мустақил тайёргарлик ишлари

Қўйидаги саволларга жавоб беринг. Жавобларни мустақил иш дафтарига ёзинг

1. Ҳиқилдоқ жойлашиши, топографияси?

2. Ҳиқилдоқ тузилиши?

3. Ҳиқилдоқ тоғайлари.

4. Ҳиқилдоқ ички қисми қанақа шаклга эга?

5. Ҳиқилдоқ мушаклари ...га бўлинади.

6. Шиллиқ қаватини қанақа эпителий ташқил этади?

7. Ҳиқилдоқнинг артериал қон билан таъминланиши қандай?

8. Ҳиқилдоқ иннервацияси.

9. Ҳиқилдоқ вазифалари

10. Ҳиқилдоқнинг текшириш усуллари.

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

1.С. А. Хасанов, Н.Х. Вохидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

2.Пальчун В.Т., Крюков А.И., Оториноларингология», Москва, «Литера», 2001г.

3.«Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

Қўшимча:

1.Митин Ю.В. Острый ларинготрахеит у детей. «Медицина». Москва. 2001.

2. «Оториноларингология». Под. ред. Солдатов И.Б. Санкт-Петербург, 2001.

3.Амалий оториноларингология. Учебник для вузов, Ходжаева К.А. Ташкент. Iqtisod-molia 2006.

4.«Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург. 1998г.

5.Хасанов С.А., Вахидов Н.Х. Т. Юқори нафас йуллари касалликлари. Voris-nasnriot. 2008.

6.Пальчун В.Т., Магомедов В.Т., Лучихин Л.А. «Оториноларингология», Москва, «Медицина», 2007г.

Ўқитиш услуби - дискуссия. кучсиз халқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-тасвирлар.

Ўқув жараёнини ташкиллаштириш турлари – кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балиқ скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – тарқатма материаллар: рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар – видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келиши), презентациялар

Аннотация

Ўткир ларингит - ҳиқилдоқ шиллиқ қаватларининг, шиллиқ ости қавати ва унинг ички мушакларининг яллиғланиши.

Этиология – кўпинча аденовирусли флора чакирувчиси, стафилакокк, стрептококк, травмалар ва бошқ.

Клиникаси касаллик тўсатдан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати меъёрга, баъзан субфебрил бўлади. Ҳақилдоқ соҳаси ачишиб, қурийди, ютинганда оғрийди. Баъзан беморни қурук, кейинчалик шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ балгамли йўтал безовта қилади. Беморда турли даражадаги дисфония кузатилади.

Таъхис - анамнезига ва ларингоскопик таҳлилларга асосланади.

Даволаш **Ларингитни** даволашда чалгитувчи ва патогенетик воситалардан фойдаланилади: оёқларга иссиқ ванна қуйиш, болдир мушакларига, ҳақилдоққа ҳамда қурак қафасига хантал қуйилади. Касаллик узок давом этганда ва маҳаллий даво натижа бермаганда, умумий таъсирдаги яллиғланишга қарши воситалар буюрилади: Антибиотиклар, сульфаниламид ва антигистамин препаратлари, кальций препаратлари ва аскорбинка кислотаси. Ўткир қатарал ларингитда туғри тартибдаги даволашда ҳақилдоқдаги жараёнлар 5-10 кун ичида бутунлай бартараф этилади.

Эпиглотит – бу ҳақилдоқ усти тоғайининг шиллиқ ости қаватини, мушак ва боғлам аппаратини инфильтратив – йирингли яллиғланиши.

Этиология - стафилококк, стрептококк ва бошқалар.

Клиника 2 хил шакли учрайди инфильтратив ва абсцессланувчи. Бемор ютинганда, айниқса, инфильтратив ҳақилдоқ усти тоғайи соҳасида жойлашганда қучли оғриққа шикоят қилади. Ларингитнинг турли шаклларида ҳақилдоқнинг нафас олиш функцияси асфиксияга қадар бузилади. Ҳарорат кўтарилади, аниқланади. Ларингоскопияда ҳақилдоқ шиллиқ қаватининг гиперемияси ва инфильтрацияси, некроз соҳаларида эса шикастланган тўқиманинг ҳажми катталашганлиги аниқланади. Ҳақилдоқнинг алоҳида элементларининг ҳаракатчанлиги кескин чегараланган бўлади.

Ташҳис: касалликнинг клиник кўринишига ва ларингоскопик маълумотларга асосланади.

Даволаш: беморни госпитализация қилиш шарт. Стенознинг ривожлани даврида трахеостомия қилинади. Касалликнинг эрта даврида умумий ва маҳаллий антибактериал ва ялликланишга қарши терапия билан бошланади, бемор қаътий режимда бўлиши шарт.

Ўткир ларинготрахеит (бурма ости ларингити, сохта круп)- бу бурма ости бўшлиғида жойлашган патологик жараён.

У 5-8 ёшар болаларда учраб, овоз ости бўшлиғи тузилишининг ўзига хос хусусиятларига боғлиқ бўлади; ёш болаларда овоз бурмалари остидаги шиллиқ қаватида ғоваксимон тўқима бўлиб, турли таъсирларга жавобан тез шишади. Бемор горизонтал ҳолатни эгаллаганда қон окимининг кўпайиши натижасида ҳиқилдоқ шиши зўраяди. Шунинг учун боланинг аҳволи кўпинча кечаси ёмонлашади.

Этиология – кўпинча вируслар ва бошқалар.

Клиникаси

Ўткир ларинготрахеитда 3 етакчи белгилар кузатилади:

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

Касаллик юқори нафас йўлларининг яллиғланиши, бурун битиши, ундан ажралма оқиши, субфебрил ҳарорат ва йўтал билан бошланади ва кечаси тўсатдан буғилиш ҳолати, қув-қув йўтал, тери қопламларининг кўкариши юз беради. Асосан инспиратор характерга эга бўлган ҳансираш бўйинтурук, умров ости, умров усти бўшлиқлари ва эпигастрий чуқурчалари юмшоқ тўқималарининг ичкарига ботиши билан кечади. Бундай ҳолат бир неча дақиқадан ярим соатгача давом этиши ва ҳар 2-3 кунда такрорланиб туриши мумкин. Ҳансираш хуружидан сўнг бола терлайди, нафас фаолияти тикланиб, ухлаб қолади.

Унда ҳиқилдоқ торайишининг 4 босқичи кузатилади:

I - компенсация босқичи;

II - субкомпенсация босқичи;

III - декомпенсация босқичи;

IV - буғилиш (асфиксия, терминал) босқичи.

Ларингоскопияда овоз бойламлари остида симметрик жойлашган болишсимон шиш борлиги, овоз ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизариб, шишганлиши кўринади.

Ташҳислаш. Бемор шикоятлари, касалликнинг ўзига хос бошланиши, ларингоскопия манзараси асосида қўйилади.

Даволаш .

А) Шишга қарши терапия (дексаметазон, преднизолон, лазикс, супрастин, калций хлор),

Б) чалғитувчи муолажалар (оёқларга иссиқ ванна қилиш, оёқ қоринчаларига хантал қўйиш)

В) Ингаляция (шишга қарши дори воситалари аралашмаси билан ингаляциялар)

Г) Кўп миқдорда суюқлик (чай, сут, ишқорли маъданли сувлар) ичиш тавсия қилинади

I. Беморга савол бериш

	Баҳолаш мезонлари	Балларда баҳолаш
1.	Саломлашди	0.5
2.	Беморни рўпарасига ўтказди	0.5
3.	Паспорт қисмини сўради ва боланинг ота-онасига «Қандай ёрдам бера оламан?» ёки «Нима безовта қилаяпти?» саволларини берди	0.5
4.	Беморга унинг исми билан мурожаат қилди	0.5
5.	Боланинг ота-онасига рационал анамнез саволларини берди	16
6.	Хатар факторлари хақида сўради	2
7.	Бемор жавоб бера оладиган саволларни берди	0.5
8.	Бемор учун тушунарли бўлган оддий сўзлар ва жумлалардан фойдаланди	0.5
9.	Сухбат вақтида тўғри ва эркин ҳолда бемор тарафга бир оз эгилган ҳолда ўтирди	0.5
10.	Мимикадан оптимал равишда фойдаланди	0.5

11.	Овознинг лозим бўлган тембридан фойдаланди	0.5
12.	Сухбат вақтида эшитганларини маъқуллади	0.5
13.	Характерли белгиларни аниклаш учун объектив курикни ўтказишга киришди:	
	Хикилдокни кўриш учун хикилдок ойнаси (ёки отоскоп) дан фойдаланди (шиш, кизариш, ажратмаларнинг характери)	4.0
	Овоз пайчаларининг ҳолатини баҳолади (ҳажми, ранги, шакли, симметрияси)	4.1
	Нафас олишни баҳолади	4.2
	Сўлак безларини пальпация қилди	4.5
	Хикилдок тоғайларини, қалқонсимон безни ва лимфа тугунларини текширди ва пальпация қилди	4.6
	Зарур бўлганда систематик кўрикни ўтказди (органларнинг кўриги, пальпацияси, аускультацияси)	4.6
14.	Беморга унинг муаммосини тушунганини билдирди	0.5
15.	Беморга маълумотларни объектив тарзда берди, хулоса қилди (дастлабки ташҳис), шу билан бирга кейинги лаборатор - инструментал текширувларнинг кераклилигини тушунтирди	7
16.	Текширувларнинг лаборатор-инструментал усулининг асосли белгиланиши	10
17.	Чиқарган хулосасидан келиб чиқиб дори воситаларини тавсия қилди	12
18.	Маълумотларни тақдим этишда ёрдамчи материаллардан фойдаланди	0.5
19.	Мулоқот вақтида шошилмади	0.5
20.	Кейинги тактика: - агар бурма ости ларингити бўлса, инфекционистга йўлланма - агар катарал ларингит бўлса, оториноларингологга йўлланма - агар хикилдок стенозининг III-IV даражаси бўлса, зудлик билан реанимацияга юбориш	14
21.	Беморга нисбатан ҳолис бўлди, фикр билдирмади	0.5
22.	Беморни қўллаб-қувватлади ва мактади	0.5
23.	Беморга таъсир ўтказиш учун шахсий фикридан фойдаланмади	0.5
24.	Беморнинг фикрини инобатга олди	0.5
25.	Бемордан бошқа саволи ва муаммоси бор-йўқлигини сўради	0.5
	ЖАМИ	100

II Беморни объектив кўриқдан ўтказиш

Билвосита ларингоскопия

1 қадам пешона рефлекторини тўғри кийиш

2 қадам беморнинг тўғри ҳолати: бемор шифокор рўпарасида танасини у томонга бир оз энгаштириб ўтиради

3 қадам томоқни текшириш, жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пальпация қилиш

4 қадам хиқилдоқ ойнасини олиш, уни дастакда ўрнатиш. 2-3 сония давомида хиқилдоқ ойнасини спиртовка оловида 40 – 45° гача қиздириш, салфетка ёрдамида артиш (ойнанинг иссиқлик даражаси уни панжанинг орқа томонига қўйиб кўриш орқали аниқланади)

5 қадам бемордан оғзини очишини, тилини чиқаришини ва оғзидан чуқур нафас олишини сўраш

6 қадам тил учининг усти ва остидан бинтли салфетка билан ўраш, тилни чап қўлнинг бармоқлари билан шундай ушлаш керакки, бош бармоқ тилнинг устида, ўрта бармоқ тилнинг остида бўлиши ва кўрсатиш бармоғи тепа лабларни суриб туриши керак. Тилни енгилгина ўзингиз томонга ва пастга тортинг

7 қадам хиқилдоқ ойнасини дастагидан ўнг қўлингизга ёзув ручкаси каби ушлаб олинг ва тил илдизи ва халқумнинг орқа деворларига теккизмасдан оғиз бўшлиғига киритинг. Киритаётган вақтингизда ойнали тараф пастга қаратилган бўлиши керак. Тилчага етганда ойнани халқумнинг кўндаланг ўқи томонга 45° бурчак остида қайилтиринг, тилча ва юмшоқ танглайни юқорига ва орқага кўтаринг. Рефлекторнинг нури хиқилдоқ ойнасига аниқ йўналтирилган бўлиши керак. Бу вақтда кўриқдан ўтаётган бемордан «и» товушини айтишини, сўнг юмшоқ нафас олишини сўранг.

8 қадам хиқилдоқ ойнасида томоқнинг пастки қисмлари (тилнинг унинг устидаги бодомсимон беzi билан бирга илдизи, ундан сўнг очик япроқ шаклидаги хиқилдоқ усти, унинг оч пушти ёки сарғиш шиллик қавати, хиқилдоқ усти ва тил илдизи орасида хар бири ўрта ва ён тил-халқум усти тахлами билан чегараланган

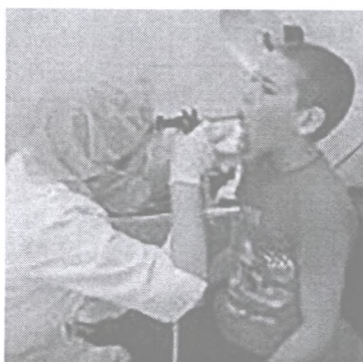
унча катта бўлмаган иккита чуқурликлар – валлекуларни кўрса бўлади)

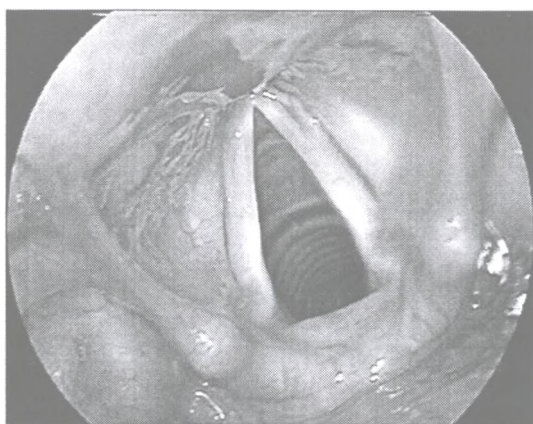
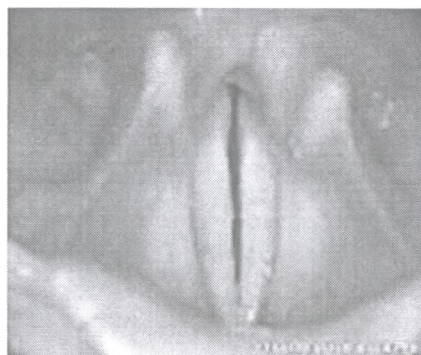
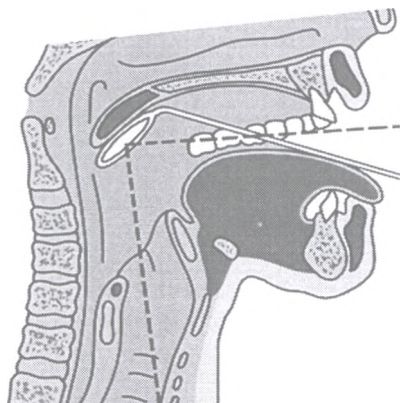
9 қадам ойна ёрдамида хиқилдоқнинг орқа ва ён деворларини кўриб чиқинг (бу деворларнинг шиллиқ қавати пушти рангда, силлик; фонацияда ноксимон синуслар – халқумдан ён тарафдаги чуқурликлар яхши кўринади, ноксимон синуслар атрофидаги шиллиқ қаватлар ҳам силлик, пушти рангда)

10 қадам ойнани чиқариб олинг, дастагидан чиқаринг ва дезэритмага солинг

11 қадам кўрикнинг ва олинган натижалар таҳлилининг тўғрилиги

Ёш болаларда билвосита ларингоскопия ўтказиш имкони бўлмаганда тўғридан-тўғри ларингоскопия ўтказилади





Бўйин юмшоқ тўқималарининг пальпацияси

1 қадам жағ ости лимфа тугунлари беморнинг бошини бир оз олдинга эгиб бармоқ учлари билан сирпанчиқ ҳаракатлар билан пальпация қилинади. Пальпация жағ остида пастки жағнинг ўртасидан четига қараб амалга оширилади

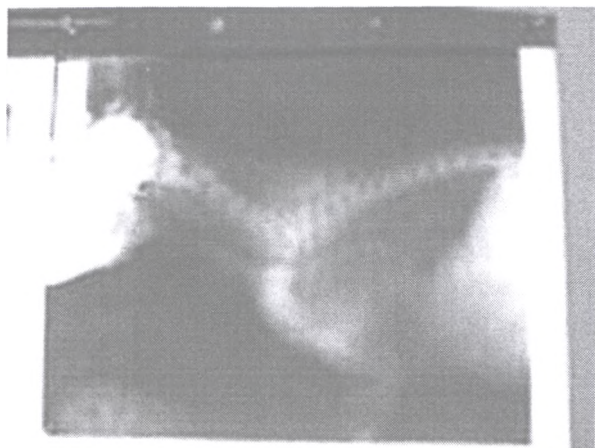
2 қадам бўйин чуқур лимфа тугунлари аввал бир томондан, кейин иккинчи томондан пальпация қилинади. Беморнинг боши бир оз олдинга эгилган. Лимфа тугунларининг ўнг томондан пальпациясида ўнг қўл бемор бошининг тепа қисмида, пальпация чап қўл билан кўкрак-елка-қулоқ мушакларининг олд чегараси остида чап қўл билан ўтказилади. Лимфа тугунларининг чап томондан пальпациясида чап қўл бемор бошининг тепа қисмида бўлиб пальпация ўнг қўл билан ўтказилади.

3 қадам бўйин лимфа тугунларининг пальпацияси икки қўл билан икки томондан кўкрак-елка-қулоқ мушакларининг орқа чегараси остида бармоқ учи билан тепадан пастга ва олдиндан орқага қараб ўтказилади

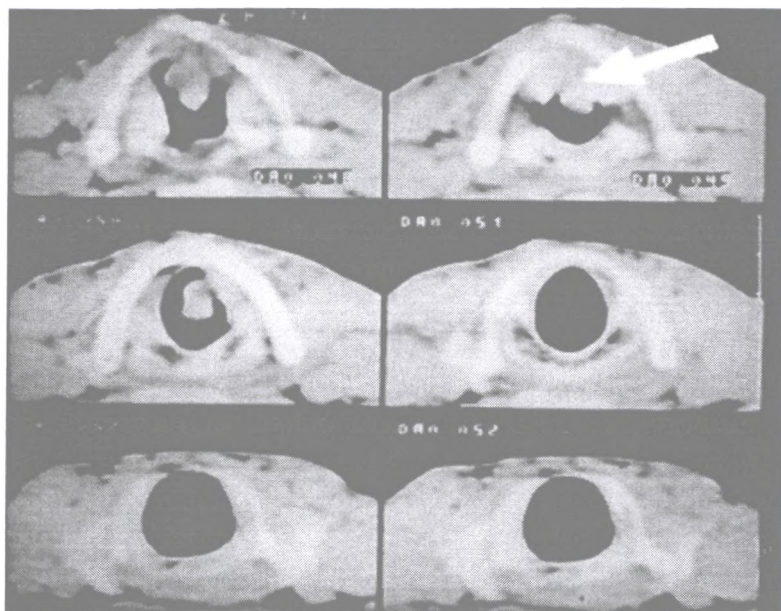
4 қадам преларингеал лимфа тугунларининг пальпацияси бармоқ учи билан тепадан пастга ва томоқнинг ён томонларида горизонтал ҳаракатлар билан амалга оширилади

5 қадам претрахеал лимфа тугунларининг пальпацияси трахеядан олдинга ва трахеянинг ён томонида кўкрак тепаси чуқурчасида бармоқ учлари билан тепадан пастга қараб амалга оширилади

6 қадам елка усти ва елка ости лимфа тугунларининг пальпацияси аввал бир тарафдан, сўнг иккинчи томондан амалга оширилади. Лимфа тугунларининг ўнг томондан пальпациясида ўнг қўл бемор бошининг тепа қисмида, пальпация чап қўл билан елка усти ва елка ости чуқурчаларида амалга оширилади. Лимфа тугунларининг чап томондан пальпациясида чап қўл бемор бошининг тепа қисмида бўлиб пальпация ўнг қўл билан ўтказилади. Меъёрий ҳолатда лимфа тугунлари пальпацияланмайди (бармоқ билан сезилмайди)



Рентген тасвир



КТ сураатлар

III. Даволаш:

Умумий гигиеник чора-тадбирлар: бола ўтирган хонанинг ҳавосини алмаштириш ва намлантириш.

2. Беморга ичиш учун илиқ сут ва боржоми бериш тавсия этилади. Бўйинга хантал қўйилади.

3) оёқ учун иссиқ ванналар (тиззагача), ҳарорати 42-45°C 5 дақиқадан кўп бўлмаган вақт давомида, чунки бундан узок давом этадиган ванналар тескари реакцияни келтириб чиқариши мумкин.

4) бўйин учун иситувчи боғламлар ёки хантал кунига 1 – 2 марта 10—15 дақиқага;

5) бўғилишни халқумнинг орқа томонига шпатель билан тегиб қусиш рефлексини юзага келтириш билан тўхтатиш мумкин

Балғамни суюқлаштириш учун ичишга балғам кўчирувчи воситалар белгиланади:

IV. Қайтадан кўрикдан ўтиш.

Ларингитнинг барча турларида — даволаш натижаларини кўриш учун 2-3 ҳафтадан кейин

Кейинчалик — аҳволига қараб ҳар чоракда ёки ҳар ярим йилда бир марта.

Интерактив ўргатиш усули.

“Мия хужуми”

Ўқитувчи савол беради: **Болаларда ҳиқилдоқ хусусиятларини санаб бериш.**

Талабалар барча белгиларни санаб беришади:

1) Ҳиқилдоқ юкорида 2-4 бўйин умуртқалари (катталарда 4-6) соҳасида жойлашган

2) Тоғайлари эластик, суякланмаган, одам ато олмаси йўқ

3) Ҳиқилдоқ усти тоғайи тор

4) Ҳиқилдоқ муртаги яхши ривожланган

5) Бойлам ости соҳасининг шиллиқ қавати сийрак тўқималардан ташкил топган

6) 7 ёшгача болаларда ноксимон синуслар чуқурлиги кенглигидан ошади

7) Ҳилпилловчи эпителий майдони кенгрок

8) Ҳақилдоқ 3 ёшгача интенсив ўсади, сўнг тўхтаб, балоғат ёшга етганда яна ўсишни давом эттиради

9) Чақалоқларда товуш ҳосил бўлиши рефлексор

10) Болаларда ҳақилдоқни пайпаслаш қийинроқ

11) Болаларда билвостита ларингоскопияни қилиш қийин

12) Бевосита ларингоскопияни анестезиясиз ўтказиш мумкин

13) Кичик ёшдаги болаларда овози ингичкароқ, 12 ёшларда овоз дағаллашади

14) Кичик ёшдаги болаларда эзофагоскопия қилинганда асфиксия бўлиши мумкин

Талабалар қуйидаги масалани тўғри жавобларини 3 гуруҳга бўлиб санаб ўтишлари керак:

I. Болаларда ҳақилдоқнинг анатомик хусусиятлари:

1) Ҳақилдоқ усти тоғайи тор

2) Тоғайлари эластик, суякланмаган, одам ато олмаси йўқ

3) Ҳақилдоқ муртаги яхши ривожланган

4) Ҳақилдоқ юқорида 2-4 бўйин умуртқалари (катталарда 4-6) соҳасида жойлашган

5) Бойламости соҳасининг шиллиқ қавати сийрак тўқималардан ташкил топган

6) 7 ёшгача болаларда ноксимон синуслар чуқурлиги кенглигидан ошади

7) Ҳилпилловчи эпителий майдони кенгрок

II. Болаларда ҳақилдоқнинг физиологик хусусиятлари:

1) Ҳақилдоқ 3 ёшгача интенсив ўсади, сўнг тўхтаб, балоғат ёшга етганда яна ўсишни давом эттиради

2) Чақалоқларда товуш ҳосил бўлиши рефлексор

3) Кичик ёшдаги болаларда овози ингичкароқ, 12 ёшларда овоз дағаллашади

III. Болалада ҳақилдоқ текшириш усулларининг ўзига хослиги:

1) Кичик ёшдаги болаларда эзофагоскопия қилинганда асфиксия бўлиши мумкин

- 2) Болаларда ҳиқилдоқни пайпаслаш қийинроқ
- 3) Болаларда билвостита ларингоскопияни қилиш қийин
- 4) Бевосита ларингоскопияни анестезиясиз ўтказиш мумкин

“Мия хужуми” тугагандан сўнг ўқитувчи ўйин ўтишини анализ қилиб, талабаларни баҳолайди. Энг актив иштирокчи юқори балларни олади.

“Бўш ҳалқа” усули

Мавзу: Ҳиқилдоқнинг клиник анатомияси, физиологияси ва текшириш усуллари.

Гуруҳдан битта талаба савол беради, қолганлари кетма-кет жавоб беришади. Ҳар 25-30 саволларда суст талабани аниқланишини таклиф қилишади.

1. Ҳиқилдоқ қаерда жойлашган? а. Қизилўнгач олдида
2. Ҳиқилдоқ юқорида нима билан боғланган? а. Ҳалқум билан
3. Ҳиқилдоқ нималардан тузилган? а. Тоғай ва мушаклардан
4. Ҳиқилдоқ тоғайлари.а. Узуксимон, қалқонсимон, чўмичсимон
5. Ҳиқилдоқда жуфт ва тоқ тоғайлари қанча? а.3та жуфт ва 3 та тоқ тоғайлардан тузилган
6. Сохта боғламлари нимадан иборат? а. Шиллиқ қават дубликатураси
7. Ҳиқилдоқ қандай шаклга эга? а. Қум соат кўринишига
8. Ҳиқилдоқда нечта қават фарқланади? а. Учта
9. Юқори қават қаерда жойлашган? а. Сохта боғламлар устида
10. Ўрта қават қаерда жойлашган? а. Овоз бойламлар соҳасида
11. Пастки қават қаерда жойлашган? а. Овоз бойламлар остида
12. Юқори қаватнинг бошқача номи? а. Вестибуляр
13. Ҳиқилдоқ мушаклари бўлинади? а. Ташки ва ички
14. Ички мушаклар бўлинади? а. Овоз ёригини кенгайтирувчи, овоз бурмасини торайтирувчи ва тортувчи мушаклар
15. Ташқи мушакларга киради? а. Қалқонсимон-тилошти, қалқонсимон, тўш-тил ости

16. Овоз ёриғини кенгайтирувчи мушакларга киради: а. Узуксимон-чўмичсимон тоғай
17. Овоз ёриғини торайтирувчи мушакларга киради? а. Ён узуксимон-чўмичсимон, қийшик
18. Овоз бойламларини тарангловчи мушаклар? а. Узуксимон-қалқонсимон ва овоз мушаклари
19. Ҳикилдоқ шиллиқ ости қаватида нима бор? а. Сийрак тўқима
20. Ҳикилдоқ шиллиқ қаватини нима ҳосил қилади? а. Бурмалар ва чуқурчалар
21. Ҳикилдоқда қандай эпителий? а. Цилиндрик, хилпилловчи ва кўп қаторли
22. Сероз – шиллиқ безлар қандай вазифани бажаришади? а. Овоз бойламларни намлайди
23. Ҳикилдоқни қайси артериал томирлар қон билан таминлайди? а. Юқориги, ўрта ва пастки ҳикилдоқ
24. Ҳикилдоқ нима билан иннервацияланади? а. Юқориги ҳикилдоқ ва қайтувчи нервлар билан
25. Ҳикилдоқ вазифалари? а. Нафас олиш, овоз ҳосил қилиш, ҳимоя.
26. Қайси ҳолатларда овоз ёриғи максмал очилган бўлади? а. Жисмоний зўриқишда
27. Ҳикилдоқнинг ҳимоя вазифаси нимадан иборат? а. Овоз ёриғини ёпилишида
28. Ёт жисм ҳикилдоққа тушганда нима содир бўлади? а. Йўтал
29. Қандай қилиб ҳикилдоқни ички кўрувини ўтказиш мумкин? а. Бевосита ва билвосита
30. Билвосита ларингоскопия қандай бўлинади? а. Катта ва кичик ёшдаги болаларда ларингоскопия
31. Қайси ларингоскопия усули ёрдамида чақалоқларда ҳикилдоқ кўрилади? а. Бевосита
32. Нима ёрдамида билвосита ларингоскопия ўтказилади? а. Ҳикилдоқ ойнаси ёрдамида

33. Ҳикилдоқ ойнаси терламаслиги учун нима қилиш керак? а. Унинг юзаси қиздирилади
34. Ойна қиздирилганлик даражаси қандай текширилади? а. Ойнанинг орқа юзаси кафтнинг орқа юзасига теккизилади
35. Қусиш рефлексини чақирувчи зона? а. Тилнинг илдизи, ҳикилдоқ муртагининг орқа девори
36. Билвосита ларингоскопияда қандай тасвир кўришимиз мумкин? а. Ярим тескари
37. Билвосита ларингоскопияда кичик ва катта ёшдаги болаларда фарқлари нимада? а. Кичик ёшдаги болаларда шпатель билан фойдаланилади
38. Ҳикилдоқ рентгеноскопияси қайси ҳолларда қўлланилади? а. Травмалар билан ёт жисмларда
39. Қайси ҳолатларда бевосита ларингоскопия ўтказилади? а. Биопсия учун, ёт жисмни олиб ташлашда
40. Бевосита ларингоскопияда нимадан фойдаланилади? а. Тихомиров шпатели, Ундриц директоскопи
41. Билвосита ларингоскопияда биопсия қандай ҳолатларда жойлашади? а. Ўтирган ҳолатда
42. Бевосита ларингоскопияда биопсия қандай ҳолатларда жойлашади? а. Ётган ҳолатда
43. Бевосита ларингоскопия каерда ўтказилади? а. Жарроҳлик хонасида
44. Ҳикилдоқ ойнасида қайси девор юқорида тасвирланади? а. Олдинги
45. Ҳикилдоқ ойнасида қайси девор пастда тасвирланади? а. Орқада
46. Ҳикилдоқ ойнасида овоз бойламлари қандай йўналишда бўлади? а. Юқоридан пастга
47. Шифокор орқа деворини қандай ҳолатда кўринади? а. Ўтирган ҳолатда
48. Шифокор олдинги деворини қандай ҳолатда кўринади? а. Турган ҳолатда
49. Катта ҳажмдаги тилни шифокор нима қилади? а. Бармоқлар билан ушлайди

МАШҒУЛОТ 9

ВАЗИАТЛИ МАСАЛАЛАРНИ ЕЧИШ

Масала №1

Талаба учун маълумот: Бемор йўтал, овоз бўғилиши, тана хароратининг кўтарилишига шикоят қилиб, юқоридаги белгилар 1 кун олдин, муздек пиво ичгандан сўнг пайдо бўлган. Тана харорати 37,5 С. Овози хириллаган.

Кўрувда: шиллиқ кават қизарган, овоз бойламлари пушти рангда, бирмунча шишган. Овоз ёриғи нафас олиш учун етарлича кенг.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: Бола 3 ёшда, ухлаб ётган пайтда тўсатдан вовулловчи йўтал пайдо бўлиб, нафас олиш шовқинли бўлган.

Кўрувда: Нафас актига ёрдамчи мушаклар қўшилган, лаблар кўкарган, болага ҳақиқатдан ҳам хаво етишмайди, у ўрнида безовталаниб, совуқ тер билан қопланган. Овози жарангдор.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: Бемор 20 ёшда, томоқда ўткир оғриққа, айниқса ютинганда оғриқни кескин кучайиши. Овознинг хириллашига шикоят қилади. Тана харорати 37.5 С

тери қопламлари қизарган, томир уриши - 120 та 1 дақиқага, А/Б 120/70.

Кўрувда: жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган ва оғрикли, хиқилдоқ шиллиқ қавати диффуз қизарган ва шишган. Хиқилдоқ усти тоғайи катталашган, ригид. Овоз бурмалари шишган. Овоз ёриғи 6 мм гача торайган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: Бемор 17 ёшда. Нафас олиш ва ютинишни қийинлигига, сўлак оқишига, кўкрак қафасининг олдинги юзаси ва лунж соҳаси шишишига, қон элементлари мавжуд балғамли йўталга шикоят қилиб келди. Анамнезидан маълум бўлдики, 4 соат олдин зинадан тушаётиб, сирпаниб кетган ва тутқичга бўйиннинг олди қисми билан урилган.

Кўрувда: бўйин териси остида гематома, қалқонсимон тоғай соҳасида локал оғриқ. Ларингоскопияда: ўнг томон вестибуляр, товуш бойлами соҳаси ва хиқилдоқ усти-чўмичсимон бурма соҳасида қон қуйилиш, овоз ёриғи 8 мм. Нафас сони минутига 16 та.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: 24 ёшли беморни ЛОР-клиникага 6 кун муддатли бўйин соҳасини санчилган жарохати билан олиб келишди.

Кўрувда лунжни олдинги юзасида шиш ва қизариш, ҳамда қалқонсимон тоғай ўнг соҳасида 2 см кесилган яра кўринади.

Тоғайни пайпаслаганда оғрикли, қисирлаш эшитилмайди. Хиқилдоқ усти ва чўмичсимон тоғай соҳасида қизариш ва шиш кўринади. Овоз бойлами кулранг тусда, овоз ёриғи 1 см. Нафас қийинлашган, дақиқасига 14 та.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №6

Талаба учун маълумот: Бемор 40 ёшда, қулупнайни истеъмол қилгандан сўнг, овози хириллашиб, тобора кучайиб борди. 15-20 дақиқадан сўнг томоқда ютинганда оғрик пайдо бўлди ва нафас олганда қийинлашди. Узоқ вақт давомида озик-овқат аллергияси билан касалланган. ЛОР клиникага олиб келинган.

Кўрувда: хиқилдоқ усти тоғайни, чўмичсимон-хиқилдоқ усти ва вестибуляр бурмаларда шишасимон шиш аниқланади. Овоз ёриғи 3-4 мм. Нафас олиш дақиқага 14 та. Пулс - 98 та 1 дақиқада.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №7

Талаба учун маълумот: Бемор 44 ёш, 2 кундан бери касал. Товуш хиралашиши, қув-қув йўталга, нафас олиш қийинлиги безовта қилади. Тери қопламлари рангпар, тана ҳарорати 37,6 С, юрак уриши дақиқасига 70 та, ҳолсиз.

Кўрувда бўйин юмшоқ тўқималари шишган, жағости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган; вестибуляр ва овоз бойлами, ҳамда чўмичсимон тоғай оралиғи соҳасини қопловчи кулранг-оқиш-кирлашган, қалин фибриноз парда кўринади. Парда атрофи конталаш. Хиқилдоқ шиллиқ қавати қизарган. Овоз ёриғи 6-7 мм.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №8

Талаба учун маълумот: Бемор 20 ёшда, 2-кундан бери нафас олиши қийинлашиши, овозининг хириллашиши, ютинганда ўткир оғриқга шикоят қилади. Юз териси оқиш-қўқимтир рангда, тер билан қопланган, лаблар стенодик, бемор мажбурий ярим ўтирган ҳолатни эгаллаган, қўзғалувчан. Пулс 120 та 1 дақиқада, хансираш (нафас ҳаракати 1 дақиқада 38та).

Кўрувда: хиқилдоқ усти тоғайининг тил юзаси, чўмичсимон тоғайлар, вестибуляр бурмалар юзаси қизарган ва инфилтрацияланган. Хиқилдоқнинг шиллиқ қавати қизарган. Овоз ёригининг кенглиги 1.5-2 мм

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Ўткир катарал ларингит бу ..

1. тери ва организмнинг инфекцияга қарши курашиш қобилитини сусайиши

2. хиқилдоқ шиллиқ қавати ва лимфoid тўқимасининг яллиғланиши

3. хиқилдоқ шиллиқ қавати ва тоғайларининг яллиғланиши

4. хиқилдоқ шиллиқ қавати, шиллиқ ости ва ички мушакларининг яллиғланиши

2. Ўткир ларингит клиникаси: бошланиши, тана ҳарорати.

1. тўсатдан безовталаниш, бугилиш, шовкинли нафас, лабларни қўқариши, қув-қув йўтал.

2. аста-секин, йутал, тана ҳароратини ошиши.
3. аста-секин бошланиши, тана ҳароратини ошиши, лабларни кукариши

4. тана ҳароратини субфебрил бўлиши, йутал, холсизлик.

3. “Сохта бўғма” синдромли болаларда бевосита ларингоскопияда куйидагилар аниқланади.

1. овоз бойламлари усти соҳасида валиксимон қалинлашиш

2. сохта ва чин овоз бойламлари қалинлашиши

3. овоз бойламлари ости соҳасида валиксимон қалинлашиш

4. ҳиқилдоқ усти қопқоғини шиши

4. Бурма ости ларингитни II даражасида даволаш принциплари.

1. гормонотерапия, антигистамин, шишга қарши препаатлар.

2. трахеостомия гормонотерапия, парокислородли палаткада интенсив даволаш.

3. коникотомия гормонотерапия, антигистамин, шишга қарши препаатлар.

4. гормонотерапия, антигистамин, шишга қарши препаатлар, парокислородли палаткада интенсив даволаш

5. Вирусли ўткир стенозловчи ларинготрахеитнинг IV босқичида болаларни даволаш .

1. давомийли интубация.

2. интенсив инфузион терап.

3. шошилич трахеотомия.

4. мақсадга йуналтирилган

6. Ҳиқилдоқнинг қандай касаллиги ёш болаларда кўпроқ кузатилади.

1. ўткир стенозловчи ларинготрахеобронхи.

2. ҳиқилдоқ дифтерияси.

3. “сохта бўғма”, ўткир стенозловчи ларинготрахеобронхит.

4. ҳиқилдоқнинг чандикли стеноз.

7. Стенознинг декомпенсация босқичида керакли муолажалар мажмуаси .

1. яллиғланишга қарши, дегидратацион терапия,кислородли палатка, трахеостомия + симптоматик терапия.

2. трахеостомия + симптоматик терапия
3. антибиотикотерапия, сийдик хайдовчи препаратлар, чалгитувчи терапия, трахеостомия + симптоматик терапия.
4. ларингофиссура, трахеостомия + симптоматик терапия.

8. Ҳиқилдоқдан ёт жисмларни олиш қандай усулда бажарилади

1. билвосита ларингоскопияда, бевосита ларингоскопияда.
2. билвосита ларингоскопияда, трахеобронхоскопияда.
3. бевосита ларингоскопияда.
4. трахеобронхоскопияда

9. Ҳиқилдоқ ангинаси учун патогномоник симптом.

1. чайнов мушаклари тризми
2. асфиксия
3. овоз бойламлари ҳаракатчанлигини чегараланиши.
4. тил чиқарганда оғрик

10. “Сохта бўғма”га хос белгилар .

1. овози ўзгаришсиз, экспиратор ҳан
2. қўпол овоз, экспиратор ҳансираш
3. «қув қув йутал», инспиратор ҳансираш.
4. овоз бўғилиши, йўтал йўқ.

кўп жавобли тестлар

11. Қуйидаги қайси касалликларда ҳиқилдоқ шиши кузатилади (2-та тўғри жавобни белгиланг)

1. буйин жароҳати
2. юрак етишмовчилигида
3. буйрак етишмовчилигида
4. аллергия

12. Ўткир декомпенсирланган ҳиқилдоқ стенозида қайси операция бажарилади (2-та тўғри жавобни белгиланг)

1. трахеотомия
2. торакотомия
3. коникотомия
4. ларинготрахеофиссура

13. Ҳақилдоқ стенозини қайси касалликлар билан диф. диагностика қилиш керак (2-та тўғри жавобни белгиланг)

1. паратонзиляр абсцесс
2. пневмоторакс
3. бронхопневмония
4. бронхиал астма

14. Бўғмани 2 та турини кўрсатинг

1. некротик
2. чин
3. йирингли
4. сохта

15. Чин бўғмага хос учта клиник белгилларини кўрсатинг

1. инспиратор нафас етишмаслиги
2. афония (овозни йуқолиши)
3. экспиратор нафас етишмаслиги
4. субфебрил ҳарорат

мураккаб тестлар

16. Ҳақилдоқ торайишининг кетма-кетлигини аниқланг

1. субкомпенсация босқичи
2. компенсация босқичи
3. декомпенсация босқичи
4. бўғилиш (асфиксия, терминал) босқичи.

1. 2,3,1,4

2. 1,3,2,4

3. 1,2,3,4

4. 2,1,3,4

17. Ҳақилдоқ торайишининг босқичли даволаш тадбирлари кетма-кетлигини кўрсатинг:

1. Дегидратацион, гипосенсибиловчи, тинчлантирувчи, чалғитувчи терапия;

2. Давомли интубация

3. Трахеостомия

1. 3,2,1

2. 2,1,3

3. 1,3,2

4. 1,3,2

18. Ҳикилдоқдаги жарроҳлик турлари ва маъноси тўғрисидаги мосликни аниқланг

1. Юқориги трахеотомия

2. Пастки трахеотомия

3. Коникотомия

4. Трахеостомия

а.узоқ вақт мобайнида трахеостомик найча ташиш лозим бўлган ҳолларда трахеотомия қилиниши ва кёкирдик чеккаларини терига тикиш билан тургун стома шакллантирилиши

б.калқонсимон без бўйинчадан тепада (краниал) трахеотомия қўйилиши

в.калқонсимон без бўйинчадан пастда (каудал) трахеотомия қўйилиши

г.конуссимон боғлам (lig. conicum) кесиш

1. 1-а;2-б;3-г;4-в

2. 1-б;2-в;3-г;4-а

3. 1-в;2-а;3-б;4-г

4. 1-а;2-б;3-в;4-г

19. Ҳикилдоқ стенозининг турли босқичларида қуйидаги консерватив ва жарроҳлик даволаш усулларида қайси бири қўлланилади? Мос жавобни танланг.

1. Компенсация босқичи;

2. Субкомпенсация босқичи;

3. Декомпенсация босқичи;

4. Асфиксия.

а. консерватив даво+ кортикостероидлар+ диуретиклар;

б. консерватив даво;

в. коникотомия;

г. интубация ёки трахеостомия;

1. 1-г;2-в;3-б;4-а

2. 1-в;2-а;3-г;4-б

3. 1-б;2-а;3-г;4-в
4. 1-б;2-а;3-в;4-г

20. Мосликни топинг

1. Сохта бўғма

2. Чин бўғма

а. қўзғатувчиси - Леффлер тайёкчаси

б. қўзғатувчиси - вируслар

в. 5-8 ёшгача болалар касалланади

г. касалланиш турли ёшда кузатилади

д. бир марта касалланади

е. бир неча марта касалланади

1. 1-б, в, д; 2-а, г, е

2. 1-б, г, е; 2-а, в, д

3. 1-а, в, д; 2-б, г, е

4. 1-б, в, е; 2-а, г, д

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ 10
Мавзу: ҲИҚИЛДОҚНИНГ СУРУНКАЛИ
КАСАЛЛИКЛАРИ. ҲИҚИЛДОҚ ЎСМАЛАРИ.
Машғулот мақсади. Талаба:

1) Сурункали ларингитларни, ҳиқилдоқни сурункали стенози ва ўсмаларни таснифи, клиникаси, ташҳислаш ва даволашнинг умумий принципларини билиши керак..

2) анамнезни тўғри йиғишни, бемор шикоятларини таққослаши керак

3) ҳиқилдоқни функционал текшириш усуллариини ўрганиши, рентгенологик, компьютер-магнит резонанс томографик тасвирларни ўқишни ўрганиши, функционал, микробиологик текширув усуллариини баҳолашни ўрганиши

4) мустақил равишда беморни кўрувдан ўтказиб, бевосита, билвосита ларингоскопияни кадамма-кадам ўтказа олиши керак

5) клинко-лаборатор ва инструментал текшириш натижалари асосида ташҳис қўя- олиши керак

Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

Адабиётлар

Асосий:

1. Дадамухамедов А.Н., Омонов Ш.Э. Болалар оториноларингологияси. Тошкент, 2005.

2. С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.

3. «Оториноларингология», В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Москва, «Литера», 1997 г

4.«Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

Қўшимча:

1. Митин Ю.В. Острый ларинготрахеит у детей. «Медицина». Москва. 2001.
2. Диагностика и хирургическое лечение хронических стенозов гортани у детей. М.Р.Богомильский. А.Ю.Разумовский.З.М.Митупов. Руководство для врачей. «ГЭОТАР Медия».
3. «Оториноларингологический атлас», В.А.Гапанович. В.М.Александров, Минск, 1989г.
4. «Клиническая оториноларингология». Учебное пособие. Н.В.Мишенькин, А.И.Драчук, Л.И.Иванова, Ю.М.Дашкевич, А.Л.Носков, М.П.Лисовская, Омск, 1990г.
5. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.
6. «Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа». Французов Б.Л., Французова С.Б.. Киев, 1988г.

Ўқитиш услуби - дискуссия, кучсиз ҳалқа, вазиятли масалалар ечиш, рентген, МСКТ-тасвирлар.

Ўқув жараёнини ташкиллаштириш турлари – кичик гуруҳлар (3-4 талаба), «балик скелети», тестлар ечиш.

Ўқитиш воситалари – тарқатма материаллар: рентген-, МСКТ, МРТ - томограммалар /флипчарт/, муляжлар, визуал материаллар – видеороликлар ва бошқ.,

Кайта алоқа турлари ва воситалари - ўқитиш сўнгида блиц-сўров/ тестлаш (мос келиши), презентациялар

Асосий ўқув саволлари

1.Сурункали ларингитлар, этиология, клиника, ташҳислаш, даволаш принциплари.

2.Сурункали ҳиқилдоқ ва трахея стенозлари диагностикаси, диф диагностикаси, шошилиш ёрдам.

3.Ҳиқилдоқ ўсмалари этиология, клиника, ташҳислаш, даволаш принциплари.

Аннотация

Сурункали ларингит - ҳикилдоқнинг шиллиқ қаватини сурункали яллиғланиши.

Этиология — кўпинча стафилакокк, баъзида замбуруғ аниқланди.

Таснифи. Сурункали ларингитни уч хил шакллари мавжуд: катарал, гипертрофик ва атрофик.

Клиникаси

Сурункали катарал ларингитда гиперемия ва шиллиқ қавати шиши, овоз бойламлари гиперемиялашган.

Сурункали гипертрофик ларингитлар чегараланган ва диффуз бўлади. Сурункали гипертрофик ларингитда доими симптоми овоз бўғилиши. Ҳикилдоқ пахидермиясида овоз бўғилиши яқол афониягача. Сурункали гипертрофик ларингитни диффуз шаклида ларингоскопияда шиллиқ қават шиши, кизариши кузатилмоқда.

Сурункали атрофик ларингит клиник шакли жараени тарқалишига боглик. Сурункали ларингит ривожланишида 2та давр бор: субатрофик ва атрофик. Субатрофик ларингитда шиллиқ қаватнинг силлиқ юзаси ҳикилдоқнинг ҳамма юзасида учрамайди, овоз бойламларда томирлар кенгайган. Атрофик ларингитда шиллиқ қавати юпқалашган, қатқалоқлар мавжуд.

Ташҳис - анамнезига ва риноскопик таҳлилларга асосланади.

Даволаш

1) Овоз гигиенаси (баланд овозда гапириш, узоқ вақт гапириш) чекиш, ичиш, ўткир таомларни истеъмол қилиш ман этилади.

2) Шишга қарши терапия (дексаметазон, преднизолон, лазикс, супрастин, калций хлор)

3) Антибиотикотерапия, муколитиклар

4) чалғитувчи муолажалар (оёқларга иссиқ ванна қилиш, оёқ коринчаларига хантал қўйиш)

5) Ингаляция (шишга қарши дори воситалари аралашмаси билан ингаляциялар)

6) Кўп миқдорда суюқлик (чой, сут, ишқорли маъданли сувлар) ичиш тавсия қилинади

7) Гипертрофик ларингитда зарарланган майдонга 2 ҳафта давомида кумуш нитрати, колларгол, танин эритмалари сурилади, кўшиқчилар тугунчаси эндоларингеал олиб ташаланиб гистологик текширувга юборилади.

8) Атрофик ларингитда балғам суюлтирувчи ва балғам кўчирувчи дори воситалари, калий-ишқорли, водород сульфидли ва ёғли ингаляциялар тавсия қилинади

Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмаларига фиброма, папиллома, ангиома ва ҳиқилдоқ кисталари киради. **Ҳиқилдоқ хавфли ўсмаларига** ясси ҳужайрали саратон, базал ҳужайрали саратон, саркома ва бошқа хавфли ўсмалар киради.

Ҳиқилдоқ фибромаси (гиперпластик тугунча) одатда нўхат донасига ёки тарик шаклида бўлиб, кенг асосга эга бўлади, баъзан эса кичик асосли оёқчага эга хавфсиз ўсма бўлиб, овоз бурмасининг четида, унинг олд ва ўрта қисмларининг чегарасида жойлашади ва жуда секин ўсади. Фиброма бириктирувчи тўқимадан тузилганлиги туфайли чин ўсмалар гуруҳига кирмайди ва гиперпластик тугунча деб аталади. Қон томирлар туфайли фиброманинг ранги қизил бўлади, шунинг учун у ангиофиброма деб юритилади.

Ҳиқилдоқ папилломаси хавфсиз фиброэпителиал ўсма бўлиб, ясси ва оралик эпителийдан ривожланади. Касалликни одам папилломасининг вируси чақиради. Папиллома кенг асосга эга, баъзан кичик оёқчали асосда бўлиб ташқи кўринишда тут мевасини, рангли карамни ёки хўроз тожини эслатади. Унинг ранги оч-пушти, баъзан кулранг бўлади. Ҳиқилдоқ папилломаси кўпроқ ўғил болаларда учрайди. Папиллома тез ўсади ва даволашга қарамасдан қайталаниб туради, у жуда кам ҳолларда саратонга айланиши мумкин.

Ҳиқилдоқ ангиомалари кенгайган қон томирлардан (гемангиома) ёки лимфа томирлардан (лимфангиома) ўсади. Улар овоз ёки чўмичсимон ҳиқилдоқусти бурмаларида, баъзан

ҳиқилдоқ қоринчаларида жойлашади. Ўсма секин ўсади, кўп катталашмайди. ҳиқилдоқ ёриғига кириб беморнинг нафас олишини қийинлаштиради.

Гемангиомалар капилляр (артериялардан ўсган) ва каверноз (веналардан ўсган) ангиомаларга бўлинади. Гемангиоманинг ранги кўкимтир ёки кизил бўлади. Лимфангиома кенг асосга эга оч-сарик ўсма бўлиб кўпинча бурун-ҳалқумда жойлашади.

Ҳиқилдоқ кисталари кам учрайди ва ҳиқилдоқусти қопқоғининг ҳиқилдоқ юзасида, ҳиқилдоқ қоринчаларида жойлашади. Улар шиллиқ ишлаб чиқарувчи без тешикларини ёпилиб қолиши натижасида ривожланиб, жуда секин ўсади ва кўп катталашмайди. Кичик кисталар беморни безовта қилмайди ва даволанмайди.

Клиника Ҳиқилдоқ ўсмаларида овознинг буғилиши, баъзан афония, ўзгариши ва йўтал билан кечади, катталашганда беморда нафас олиш қийинлашади ва ҳиқилдоқ торайиши ривожланади. Шунинг учун узоқ вақт давомида овози буғилган бемор албатта оториноларинголог ва онколог кўригидан ўтиши лозим.

Ташҳис бемор шикоятлари, ларингоскопия, эндоскопия, рентгенография, компьютерли томография, ва гистологик текширув асосида қўйилади, баъзан ларингофиссурада жарроҳлик амали вақтида аниқланади.

Даволаш. Хирургик йўл билан даволанади. Ҳиқилдоқ ўсмалари эндолярингиал йўл орқали жарроҳлик усулда даволанади. Ўсмаларнинг бошқа ўсмаслиги учун операциядан сўнг консерватив даво (вирусга қарши ва бошқ) олиб туриши керак.

Ҳиқилдоқ ҳавфли ўсмаларига ясси хужайрали саратон, базал хужайрали саратон, саркома ва бошқа ҳавфли ўсмалар киради.

Ҳиқилдоқ саратони эркакларда аёлларга нисбатан кўп учрайди (12,5:1) ва ошқозон, ўпка ва кизилўнгач саратонидан кейин тўртинчи ўринни эгаллайди. Ҳиқилдоқ саратонининг ривожланишига атмосфера ҳавосини ифлослантирган тутун, ишлаб чиқариш чанги (анилин буёқлар, хром ва радий-фаол

моддалар), нефтни қайта ишлаш маҳсулотлари, тошқўмир чанги, нитрозаминлар, инсектицидлар, тамаки тутинидаги ис газидан ва бошқа канцероген моддалар сабаб бўлади. Кимёвий моддаларни организмга узоқ вақт таъсир этиши, чёкиш, нутқ касби эгаларида овознинг зўриқиши касалликнинг ривожига ёрдам беради.

Тарқалиш даражаси бўйича ҳиқилдоқ саратони 4 боскичда кечади:

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

II – боскич - ўсма ҳиқилдоқнинг битта қаватига тарқалиб, шиллиқ ва шиллиқости қаватида жойлашади, ён тўқималарга тарқалмайди, ҳиқилдоқ қисмлари ҳаракатига таъсир кўрсатмайди;

III-боскич- ўсма ҳиқилдоқнинг бошқа қаватларига, шу жумладан ҳиқилдоқ қоринчаларига тарқалади. Бу боскичда зарарланган томонда ҳиқилдоқнинг ҳаракати чегараланади, маҳаллий метастазлар юзага келади.

IV-боскич- ўсма атроф тўқима ва бошқа аъзоларга тарқалади (ҳалқум, тил илдизи, қалқон-симон без ва трахея). Икки томонда ҳиқилдоқни ҳаракати чегараланган бўлиб, маҳаллий ва узоқ метастазлар пайдо бўлади.

Жойлашуви бўйича ҳиқилдоқ саратони уч шаклга бўлинади:

1) ҳиқилдоқ даҳлизи (вестибуляр) саратон;

2) ҳиқилдоқ ўрта бўлимининг саратони (овоз бурмалари соҳаси);

3) овоз бойламлари ости бўлимининг саратони.

Клиникаси Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг саратонида бемор ютинганда ноҳушлик, томоғида ёт жисм ҳис этишига шикоят қилади. Ҳиқилдоқ юқори қаватининг саратони (даҳлиз бурмалари, ҳиқилдоқ қоринчалари саратони) узоқ вақт субъектив белгиларсиз кечади. Беморда енгил дисфония, овозини ўзгариши ва тез чарчаши кузатилади.

Ларингоскопияда даҳлиз бурмаларининг бири қалинлашганлиги (айниқса, олд қисми), даҳлиз бурмаси ҳамда ҳиқилдоқ қоринчаларининг шиллиқ қавати қалинлашган овоз

бурмаларини ёпиб турганлиги кўринади. Компьютер томография аниқ ташҳис қўйишга ёрдам беради.

Ташҳис - бевосита ларингоскопияда, микроларингоскопия, фиброларингоскопия. биопсия, эндофотография, электрон ларингостробоскопия. радиоизотоп нурлаш, ультратовуш биолокацияси, компьютер томографияси, термография текширув усуллари ёрдамида аниқланади.

Даволаш

Беморда мужассамлашган даволаш усули қўлланилади (нур терапияси, жарроҳлик усули ва кимё терапия). Даволаш усулларининг қайси бирини қўллаш касалликнинг босқичига, жараённинг жойлашувига ва ўсма хусусиятига боғлиқ бўлади.

Ҳикилдоқ саркомаси кам учрайди ва кўпинча ўрта ёшли эркакларда, баъзан болаларда қайд этилади. Ўсма одатда шиллиқости каватининг бириктирувчи тўқимасидан ёки тоғайусти пардасидан ўсиб ривожланади.

Гистологик тузилиши бўйича ипсимонҳужайрали, полиморфхужайрали, айланаҳужайрали, альвеоляр саркома, лимфосаркома, фибро-саркома ва миосаркома тафовут этилади. Лимфосаркома ва альвеоляр саркома ўта хавфли ўсмалар гуруҳига киради. Кўпинча саркома овоз бур-маларида жойлашиб унинг ҳажми турлича бўлиши мумкин. Ўсманинг юзи нисбатан текис, ранги қон томирларга бойлигига боғлиқ бўлади. Маҳаллий метастазлар касалликнинг бошланғич босқичларида ривожланади, узоқдаги аъзоларга тарқалган метастазлар - кам кузатилади.

Ҳикилдоқ саркомасини даволашда гамма-терапия ва жарроҳлик усуллари қўлланилади, баъзан қўшимча кимё терапия берилади. Даволашдан сўнг саркома қайталаниши мумкин.

Вазиятли масалаларни ечиш

Машғулоти 10

Масала №1

Талаба учун маълумот: Бемор 50 ёшда. Овоз бўғилишига шикоят қилади. 30 йилдан буён кунига 2 қути сигарета чекади.

Овоз бўғилиши охирги 7 йил ичида даврий хуруж қилиб туради.

Кўрувда: Хиқилдоқ шиллиқ пардалари бироз қизарган. Сохта ва чин товуш бурмалари икки томонда ҳам симметрик гипертрофияланган. Чўмичсимон тоғайлар орасидаги соҳада юзаси нотекис кўндалангига жойлашган бурма кўриниб, у хиқилдоқ йўлига бўртиб чиққан.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №2

Талаба учун маълумот: 50 ёшли бемор енгил жисмоний меҳнатда нафас сиқилиши, хансираш ва овози бўғилишига шикоят қилади. Бу ҳолат бир йил олдин бўқоқ безида ўтказилган тугунчали токсик бўқоқ операциясидан кейин бошланган. Беморга трахеостомия тавсия қилиганда, рад қилган.

Кўрувда бўйин соҳасида кўндаланг чандиқ. Овоз ёриғи овоз бойламлари ҳаракати чегараланганлиги ҳисобига торайган. Шиллиқ қавати ўзгармаган. Овоз ёриғи 5мм.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.

2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №3

Талаба учун маълумот: 32 ёшли бемор овози бўғилишига шикоят қилади. Бу ҳолатни 6 ой олдин, иш кунини тугашига яқин овозини хиралашиши билан боғлайди.

Кўрувда овоз бойламлари хиралашган, чап овоз бойламини олдинги ва ўрта қисмида тарик катталигида, думалоқ шаклдаги, хира-кулранг тусдаги ҳосила кўринади. Хиқилдоқ ҳаракати чегараланмаган. Овоз ёриғи одатдаги ўлчамда.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №4

Талаба учун маълумот: 5 ёшли беморда икки йил давомида овоз бўғилиши кузатилади, респиратор касалликларга чалинганида нафас олиш қийинлашади.

Кўрувда: Иккала товуш бурмаларининг четида гулкарам кўринишидаги бўртиқли инфилтрат мавжуд. Овоз ёриғи бироз торайган, товуш бурмалари ҳаракатчанлиги бузилмаган.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №5

Талаба учун маълумот: Бемор 40 ёшда, эстрада хонандаси. Кейинги пайтларда катта овоз зўриқишларидан кейин товуши бўғилишига эътибор қилган.

Кўрувда иккала товуш бурмаларининг олдинги ва ўрта учдан бир қисми чегарасида катталиги

1-2 мм келувчи, симметрик жойлашган, учлари ўткир, ранги оч пушти иккита кўтарилма аниқланди.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №6

Талаба учун маълумот: 63 ёшли бемор нафас олиши қийинлашишига шикоят қилиб келди. 2 йилдан буён касал. Кейинги 3 ой мобайнида томоғида ютинганида юзага келувчи ва чап қулоғига берувчи оғриқ пайдо бўлган.

Кўрувда ҳиқилдоқни чап товуш бурмасини бўртмали хосила эгаллаб, олдинги комиссура орқали ўнг товуш бурмасига ўтган. Хиқилдоқ чап ярмининг ҳаракатчанлиги кескин чекланган. Овоз ёриги сезиларли даражада торайган. Жисмоний ҳаракат қилганда хансираш, ўмров усти ва бўйинтурук чуқурчалари таранглашиши кузатилади. Бўйиндаги маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаган. Нафас сони дақиқасига 15 марта.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Масала №7

Талаба учун маълумот: Бемор 50 ёш анча йилдан буён касал томоғ қуриши, қичиши ва борган сари товушининг ўзгаришига шикоят қилади. беморда овози пасайиб, тез чарчаш, кучли йўтал сўнг шилимшиқ қатқалоқлар ажралиб чиқиши, шундан сўнг бироз овознинг яхшиланиши кузатилади. Кўрувда ҳиқилдоқ шиллиқ кавати қуриган бўлиб чин товуш бойламлари ингичгалашган, қатқалоқлар кўринади.

Талаба учун вазифа:

1. Шикоятлари, анамнез маълумотлари ва физикал кўрув натижаларини ҳисобга олган ҳолда беморга ташҳис қўйинг.
2. Беморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?
3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

Назорат тестлар

Битта тўғри жавобли тестлар

1. Сурункали ҳиқилдоқ торайишлари сабаблари

1. қалқонсимон без ўсмаси ва без билан қисилиши, ҳиқилдоқнинг турли ўсмалари, трахеостомиядан сўнгги ҳолат
2. қалқонсимон без ўсмаси, ҳиқилдоқ ангинаси, ҳиқилдоқ ўсмалари, трахеостомиядан сўнг ҳолат
3. қалқонсимон без билан қисилиши, ҳиқилдоқнинг турли ўсмалари, ҳиқилдоқ дифтерияси трахеостомиядан сўнг ҳолат

4. қалқонсимон без ўсмаси ва без билан қисилиши, ҳиқилдоқ куйишлари, трахеостомиядан сўнг ҳолат

2. Сурункали ларингитлар таснифи .

1. катарал, гиперкератоз, атрофик.
2. катарал, гипертрофик, субатрофик.
3. катарал, вазомотор, гипертрофик, атрофик
4. катарал, гипертрофик, атрофик.

3. Сурункали катарал ларингит клиникаси .

1. кам учрайди, овози бўғилади, енгил йўтал
2. кўп учрайди, оғир кечади, овози ўзгаришсиз, баъзида йўтал.
3. кам учрайди, енгил кечади, овози бўғилади,.
4. кўп учрайди, енгил кечади, овози бўғилади, баъзида йўтал.

4 . Сурункали ларингитнинг атрофик формасига мос ларингоскопик кўринишини топинг

1. ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари ва овоз бурмалари калинлашган, чегараланган ёки диффуз гиперплазиялашган.

2. ёпишқоқ ажралма ва қатқалоқлар ҳисобига шиллиқ қават юпқалашган.

3. овоз бурмалари шиллиқ қаватлари қизарган, инфильтрациялашган, қалинлашган.

4. овоз бурмалари қалинлашган, олдинги 1/3 қисмида тугунча кўринади.

5. Сурункали ларингитнинг гипертрофик формасига мос ларингоскопик кўринишни топинг .

1. ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари қизарган, инфильтрацияланган.

2. овоз бурмалари шиллиқ қаватлари қизарган, инфильтрацияланган, қалинлашган.

3. ёпишқоқ ажралма ва қатқалоқлар ҳисобига шиллиқ қават юпқалашган.

4. ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари ва овоз бурмалари қалинлашган, чегараланган ёки диффуз гиперплазиялашган.

6. Сурункали ларингитлар диагностикаси.

1. ларингография, стробоскопия, микролариноскопия.
2. ларингоскопия, стробоскопия, макролариноскопия.

3. диафаноскопия, стробоскопия, макролариноскопия.
4. ларингоскопия, стробоскопия, микролариноскопия.
7. Сурункали ларингитда даволашнинг асосий чоратadbирларини кўрсатинг.

1. овозни зўриқтирмаслик, десенсибилизацияловчи даво, хиқилдоқ ичига дори киритиш.

2. ётокли тартиб, томоқни чайиш, буйинга ярим спиртли компресс

3. томоқни чайиш, хиқилдоқ ичига дори киритиш

4. томоқни чайиш, буйинга ярим спиртли компресс

8. Сурункали ларингитлар давоси .

1. овоз гигиенаси, диета, антибиотикотерапия, гормонотерапия, компресс.

2. овоз гигиенаси, диета, антибиотикотерапия, ферментотерапия, ингаляция.

3. томоқни ювиш, диета, антибиотикотерапия, гормонотерапия, ингаляция.

4. овоз гигиенаси, диета, антибиотикотерапия, гормонотерапия, ингаляция.

9. Сурункали гипертрофик ларингит давоси.

1. овоз гигиенаси, диета, кумуш нитрати эритмаси суриш, ингаляция

2. томоқни ювиш, диета, антибиотикотерапия, гормонотерапия ингаляция.

3. овоз гигиенаси, диета, антибиотикотерапия, ферментотерапия, ингаляция.

4. овоз гигиенаси, диета, антибиотикотерапия. ферментотерапия, ингаляция.

10. Сурункали ларингитнинг катарал формасига мос ларингоскопик кўринишни топинг.

1. овоз бурмалари калинлашган, олдинги 1/3 қисмида тугунча кўринади.

2. ёпишқоқ ажралма ва қатқалоқлар ҳисобига шиллиқ қават юпқалашган.

3. овоз бурмалари шиллик қаватлари қизарган, инфильтрациялашган, қалинлашган

4. ҳиқилдоқ шиллик қаватлари қизарган, инфильтрацияланган.

кўп жавобли тестлар

11. Ҳиқилдоқнинг 3 та хавфсиз ўсмаларини кўрсатинг (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1. папиллома
2. фиброма
3. ангиома
4. склерома

12. Қайси касалликлар ҳиқилдоқ фалажини келтириб чиқаради (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1. бронхиал астма
2. ошқозон раки
3. тугунли бўқоқ
4. аорта аневризмаси

13. Ҳиқилдоқдан қон оқиши белгилари (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1. қон тупуриши
2. бўғилиш
3. йўталганда қоп қора қон оқиши
4. йўталганда қип қизил қон оқиши

14. Ҳиқилдоқдан қон оқиши давоси (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1. овоз гигиенаси, оёқ тагига муз қўйиш
2. қон препаратлари қуйиш
3. қон тўхтатувчи дорилар юбориш
4. овоз гигиенаси, муз ютиш, оёқ иссиқ ванна

15. Ҳиқилдоқ мушаклари ҳаракати бузилиши белгилари (3-та тўғри жавобни белгиланг)

1. дисфония
2. шовқинли қур қур нафас
3. ҳансираш

4. овоз бўғилиши
мураккаб тестлар

16. Ҳикилдок текшириш усуллариининг кетма -кетлиги кўрсатинг:

1. Бемор шикоятлари ва касаллик тарихини ўрганиш.
2. Беморни кўздан кечириш ва пайпаслаб текшириш.
3. Билвосита ларингоскопия (гипофарингоскопия)
4. Бевосита ларингоскопия

1. 4,2,3,1

2. 3,4,2,1

3. 1,2,3,4

4. 4,2,3,1

17. Ҳикилдок торайишининг 4 босқичи кетма-кетлигини аниқланг

1. субкомпенсация босқичи
2. компенсация босқичи
3. декомпенсация босқичи
4. буғилиш (асфиксия, терминал) босқичи.

1. 2,1,3,4

2. 1,2,3,4

3. 1,3,2,4

4. 2,3,1,

18. Ўсма типларига ва шаклларига хос мосликни танланг

1. Хатарсиз

2. Хатарли

а. папиллома.

б. киста.

в. карцинома.

г. саратон

д. ангиома

е. саркома

1. 1-б, в, д; 2-а, г, е

2. 1-б, в, е; 2-а, д, г

3. 1-б, г, е; 2-а, в, д

4. 1-а,в,д; 2-б,г,е

19. Даволашда мосликни топинг

1. Сохта бўлма

2. Чин бўлма

а. вирусга қарши интерферон, гамма глобулин

б. чалғитувчи терапия, ингаляция

в. Безредко усулида зардоб юбориш

г. шишга қарши, юрак препаратлари

д. кислородотерапия

е. антибиотикотерапи

1. 1-б,в,д; 2-а,г,е

2. 1-б,г,е; 2-а,в,д

3. 1-а,в,д; 2-б,г,е

4. 1-а,б,д; 2-в,г,е

20. Ҳикилдоқ куйишининг 4 босқичи кетма-кетлигини

аниқланг

1. Ҳикилдоқ кириш жойи қизариши

2. Ҳикилдоқ шиллиқ пардаси шиши

3. Ҳикилдоқ шиллиқ пардаси некрози

4. Ҳикилдоқ шиллиқ пардаси чуқур некроз

1. 2,3,1,4

2. 1,3,2,4

3. 2,1,3,4

4. 1,2,3,4

ИЛОВА 1.

Мустақил иш буйича берилган саволлар жавоблари

Машғулот №1

1. Ташқи бурун: бурун негизи, чўққиси, учи ва ен кирралари фарқланади. Ташқи бурун тузилиши: иккита бурун суяклари, пешона суягининг бурун ўсиғи ва юқори жағ суягининг пешона ўсиқларининг қўшилишидан ҳосил бўлади. **Тоғайлари:** енбош (учбурчак), катта ва кичик қанотсимон тоғайлари. Ташқи бурун тери билан қопланган (терида кўп сонли ёғ безлари ва тукчалар бор). Ташқи бурун **мушаклари** бурун тешиklarини торайтириш ва бурун қанотларини пастга тортилишини бошқаради.

2.Ташқи бурунни кўз артерияси (a.ophtalmica), орқа бурун (a.dorsalis nasi) ва юз (a.facialis) артериялари **қон билан** таъминлайди. **Вена оқими** юз, бурчак ва қисман кўз веналари орқали оқиб ўтади ва бу кўп ҳолларда ташқи бурун яллиғланиш касалликларида инфекцияни мия қаттиқ пардаси синусларига тарқалишига олиб келади. Ташқи бурун ҳаракат **иннервациясини** юз нерви, сезгини-учламчи нерв (1 ва 2 шохи) таъминлайди.

3. Бурун бўшлиғининг ички медиал девори **бурун тўсиғи** ҳисобланади. Тузилиши: 2 та суяк - ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси ва димоғ суягидан, 1 тоғай бурун тўсиғининг туртбурчак шаклидаги тоғайдан.

4. Бурунни ён девори тузилиши 7 та суякдан: бурун суяклари, юқори жағнинг медиал девори ва пешона ўсиғи, кўз ёш суяги, ғалвирсимон суяк, танглай суягининг вертикал пластинкаси ва асосий суякнинг қанотсимон ўсиғидан ташқил этган.

Ён девори учта чиғаноклардан (пастки,ўрта ва юқори) ташқил топган. Пастки чиғанок остида бурун-кўз ёш канали очилади. ўрта бурун йўлига яримойсимон ёриқ очилиб, унинг олд қисмига пешона бўшлиғи, ўртасига ғалвирсимон лабиринтнинг олдинги ва ўрта катаклари, орқа қисмига эса юқори жағ бўшлиғи

очилади. Юқориги бурун йўлига ғалвирсимон лабиринтнинг орқа катаклари ва асосий бўшлиқ очилади.

5. Бурун бўшлиғи ташқи (a.carotis externa) ва ички (a.carotis interna) уйқу артериялари орқали **қон билан** таъминланади. A.carotis externадан a.sphenopalatina бошланиб, икки шохга - aa.nasales posteriors laterals et septica бўлинади. A.carotis internадан олдинги ва орқа ғалвирсимон артерияси чикиб кўз артериясини бошлангич қисми бошланади.

Қон айланиши олдинги юз ва кўз веналари орқали амалга оширилади. Бурун бўшлиғида вена томирлари бурун тўсиғини олдинги қисмида коллатерал хосил қилиб, бу (**lokus Kilssebachii**) «Кисселбах» зонаси дейилади.

6. Бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати кўп қаватли цилиндрик ҳилпилловчи эпителийдан иборат: респиратор ва ҳид билиш қисмларига булинади. Респиратор қисми бурун бўшлиғининг тубидан то бурун ўрта чиғаноғини ўртасигача (унинг эпителий ости қисмида кўп сонли альвеоляр найчали безлар жойлашган бўлиб, секрет хусусиятига қараб, шиллиқ, сероз ва аралашга ажратилади), бу чегарадан юқориси махсус ҳид билиш зонаси ҳисобланади. Шиллиқ қаватини респиратор қисмининг характерли томони шундаки, у каверноз таначалардан (хаво хароратини бошқариб туради.) иборат бўлиб, девори эластик толалардан ташқил топган, шу ҳисобига улар қисқариши мумкин.

7. Буруннинг вазифалари: нафас олиш, химоя, резанатор ва ҳид билиш, ва кўз ёши ажралишини бошқаради.

8.Турт жуфт хаво резурвуарларни бажарувчи бурун ёндош бўшлиқлари бор: юқори жағ бўшлиғи (sinus maxillaris), ғалвирсимон лабиринт (sinus.ethmoidalis), пешона бўшлиғи(sinus frontalis) ва асосий бўшлиқ(sinus sphenoidalis).

9. Юқори жағ бўшлиғи (sinus maxillaris) жуфт бўлиб, юқори жағ танасида жойлашган ва 5 та девордан иборат:

Олдинги девори - ит чўқурчаси (fossa canina), медиал (бурун девори)- пастки ва ўрта бурун йўлларига тўғри келади, юқори

девори- кўз косасининг пастки деворига тўғри келади, пастки девор-юқори жағнинг альвеоляр ўсиғи бўлиб, 2-премоляр ва 1-2 молярга тўғри келади, орқа девори – канот-танглай буртигидан ташкил топган.

Ғалвирсимон бўшлиқ (sinus ethmoidalis) пешона ва асосий бўшлиқлар орасида жойлашган бўлиб ташқаридан кўз косасининг когозсимон пластинкаси билан чегараланиб туради, ғалвирсимон суякнинг медиал девори эса бурун бўшлиғининг латерал деворига тўғри келади. Уларнинг сони 8-12 та.

Пешона бўшлиғи (sinus frontalis) пешона суягида жойлашган. Бўшлиқ туртта девордан иборат: олдинги (юз), орқа (олдинги мия), пастки (кўз косаси), Ўртада - бўшлиқлараро тўсиқ. Одатда канал ўрта бурун йўлининг яримойсимон тешигининг олдинги қисмига очилади.

Асосий бўшлиқ (sinus sphenoidalis) асосий суяк танасида жойлашган.

Бўшлиқлараро тўсиқ ёки ички девор бўшлиқларни ажратиб туриб, ҳар бир бўшлиқнинг олдинги девори юқори бурун йўлига олиб боради. Пастки девори - қисман бурун-юткин чўққисини, юқори девори - турк эгарининг пастки юзасини ташкил қилади, бу деворга юқоридан гипофиздан ташқари миyanинг ҳид билиш эгриликлари тўғри келади, орқа девор- нисбатан тулик ва энса суягининг базиляр қисмига, латерал девор - ички уйқу артерияси ва каверноз бўшлиқ (sinus cavernosus) билан чегараланади; бундан кўзни ҳаракатлантирувчи, учламчи нервнинг биринчи шохи, тўхтатувчи (блоковый) ва олиб кетувчи нервлар (3,4,5,6 жуфт бош мия нервлари) киради.

4 – МАШҒУЛОТ

1. Ҳалқум (pharynx) овқат ҳазм қилиш йўли ҳамда нафас йўлининг ҳам бир қисми ҳисобланиб оғиз бўшлиғи билан қизилўнғач ўртасида жойлашган. Ҳалқум уч қисмга бўлинади: 1) бурун қисми - **nasopharynx** ёки **epipharynx**; 2) оғиз қисми - **mesopharynx**; 3) ҳикилдоқ қисми - **hypopharynx**.

2. **Бурун-ҳалқум** хоана ёрдамида бурун бўшлиғи билан туташган бўлиб, юқорида калла асоси, пастдан қаттиқ танглайдан ўтказилган чизикдан билан чегарадош. Икки ён томонда ҳалқум яқинидан ички ва ташқи уйқу артерияси, ички бўйинтуруқ венаси, адашган. қўшимча, тил-юткин, тил ости ва симпатик нервлар ўтади. Бу бўлимнинг ён деворида ўрта қулоққа олиб боровчи эшитув найи бошланиб, унинг атрофида муртақлар - **tonsilla tubaria** жойлашган. Бурун-ҳалқум гумбазида **tonsilla pharyngea** ёки III муртақ жойлашади, у муртақ ёш болаларда яхши ривожланган бўлиб, 10—12 ёшдан бошлаб кичиклашиб боради.

3. **Оғиз-ҳалқум (mesopharynx)** олд томондан томоқ тешиги орқали оғиз бўшлиғи билан туташиб, у юқоридан юмшоқ танглай, пастдан тил илдизи, ён томондан олдинги ва орқа танглай равоқлари билан чегараланган. улар орасида танглай муртақлари **tonsilla palatina** (I ва II) жойлашган.

4. **Ҳалқум-ҳиқилдоқ (hypopharynx)**. Оғиз-ҳалқум ва ҳалқум-ҳиқилдоқ орасидаги чегара тил илдизи ва ҳиқилдоқ усти тоғайи ҳисобланади. Ҳалқум-ҳиқилдоқнинг пастки қисми воронкасимон торайиб, қизилўнгачга ўтади. Тил ўзагида ҳам лимфоид тўқима тўплами бўлиб, у **tonsilla lingualis**, IV муртақ деб аталади.

5. Ҳалқум мушаклари:

Юмшоқ танглай мушаклари - юмшоқ танглайни таранглаштирувчи ва кўтарувчи мушак (*m.tensor veli palatini* ва *m.levator veli palatini*)

Ҳалқумни қисувчи мушакларга юқори, ўрта ва пастки констриктор мушаклари (*m.constrictor pharyngis superior, medius et inferior*) киради. Ҳалқумни кўтарувчи мушаклари: бигизсимон-ҳалқум (*m.stylopharyngeus*), танглай-ҳалқум (*m.palatopharyngeus*), танглай-тил мушаги (*m.palatoglossus*), танглай-ҳалқум мушаги (*m.palatopharyngeus*).

6. Ҳалқумнинг асосий қон айланиши **a.pharyngea ascendens** ва **a.palatina ascendens** (a. carotis externa шоҳлари), **aa. palatine descendens** (a. maxillaris ташқи уйқу артериясининг охириги шоҳи) ҳисобига амалга ошади. Ҳалқумнинг пастки қисми

қисман a. thyroidea inferior (чапдан a.subclauia ва ўнгдан truncus branchiocephalicus шохи) дан қон олади.

Ҳалқумни иннервацияси **nn. glossopharyngeus vagus et sympaticus** шохларидан иборат нерв тугуни (**plexus pharyngeus**) , ҳалқумнинг юқори қисми сезув иннервациясини n. trigeminus нинг иккинчи шохи, ўрта қисмини n. glossopharyngeus шохлари ва пастки қисмини n.vagusдан чиқувчи, юқори хиқилдоқ нервнинг ички шохи таъминлайди.

7. Ҳалқумда лимфаденоид ҳосилалар Пирогов-Вальдеер номли халқа кўринишида жойлашади: **иккита танглай (1 ва2), иккита найсимон (5 ва 6), битта бурун-ҳалқум (3) ва битта тил муртақлар (4)**. Шунингдек лимфаденоид тўқима ҳалқумнинг орқа деворида **гранула, фолликулалар** ва танглай равоғи ортида **ён ёстиқчалар** кўринишида жойлашади.

8. Ҳалқумнинг лимфаденоид тўқимасини гистологик тузилиши: муртакни ташқи юзасини **капсула** (зич фиброз коплан), **трабекулалар** (ичида артерия, вена, нервлардан ташқил), бириктирувчи тўқима толалари орасида **фолликулалар** (В-лимфоцитлар йиғиндиси) муртак юзасида **крипталар** ёки **лакуналар** (ичида казеоз массалар, микрофлоралар, лимфоцитлар, нейтрофиллар) деб номланувчи 16-18 чуқур ёриғлардан ташқил топган.

9. Ҳалқум вазифаси: 1) овқат қабул қилиш -**суриш ва ютиш**; 2) **овоз ва нутқ ҳосил қилиш**; 3) **нафас олиш**; 4) **химоя**.

6-Машғулот

1. **Ташқи қулоқ** қулоқ супраси (асоси эластик тоғай) ва ташқи эшитув йулидан ташқил топган, узунлиги 2-2,5 см бўлиб 2 қисмдан ташқи: парда-тоғайли, ички: суяк қисмдан ташқил топган. 4 девори бор: олдинги- пастки жағ бўғими, юқори - ўрта мия чуқурчаси, орқа - сўргичсимон усимта, пастги - қулоқ олди беzi. Ноғора парда: таранг ва бўшашган қисмлардан, 3та қаватдан (ташқи-тери, ўрта- бириктирувчи, ички- шиллик), болаларда думалок шаклда, қисман қалин бўлади.

2. Ноғора бўшлиги: ҳажми $0,75-1\text{см}^3$, 6 та девори бор: юқориги девори - ўрта калла чуқурчаси, пастки девори - буйинтурук венаси, олдинги девори - ички уйқу артерияси ва эшитув найи, орқа девори - сўргичсимон ўсимта, ташки девори - ноғора парда, ички девори – лабиринт хисобланади. 3 та эшитув суякчалари: болғача, сангдонча, узангича бор. Ноғора бўшлиги 3 та қавати: юқори- эптитимпанум, ўрта-мезотимпанум, пастги-гипотимпанум ва 2 та мушаги бор: ноғора пардани тортувчи ва узангича мускули.

3. Эшитув найи орқали ноғора бўшлиги бурун–халқум билан бирикади, 2 қисмдан суяк ва парда-тоғай қисмларидан, узунлиги 2-3,5 см. Болаларда калта, кенг ва горизонтал жойлашган.

4. Сўргичсимон ўсимта пневматизация характериға кўра: нормада - пневматик, диплоитик ва патологияда - склеротик, аралашганға бўлинади. Сўргичсимон ўсиқ катаклари (cellulae mastoideae): периантрал, перифациал, перилабиринт, перисинуоз, чўкки, бурчак, траутманн учбурчаги.

5. Ички кулоқ: суяк лабиринт ва парда лабиринтдан тузилган. Парда лабиринт ичида эндолимфа, суякли лабиринт ичида перилимфа суюқлиги бор. Суякли лабиринт: дахлиз, ярим айлана каналлар, чиғаноқдан ташкил топган.

6. Эшитув анализатори 2 қисмдан: 1) товуш ўтказувчи (кулоқ супраси, ташки эшитув йули, ноғора парда, эшитув суякчалари, лабиринт суюқлиги) ва 2) эшитувни қабул қилиш қисми (спирал- Кортиев орган, ўтказиш йўллари ва бош мия пўстлоғининг эшитиш марказида жойлашган (41 Бротманн майдони). Кортив аъзоси чиғаноқнинг пардали қисмида жойлашган бўлиб, 23 500 га яқин юқори дифференциалланган нейрoэпителиал тукчали хужайралардан, Дейтерс, Гензен, Клаидиусс номли устун хужайраларидан ташкил топган.

7. Эшитув анализаторини адекват кўзгатувчиси – товуш бўлиб юқорилиги (герц), баландлиги (дБ), тембриға қараб ажратилади. **Адаптация** - бу овозға нисбатан эшитув органини физиологик кўникиши, **маскировка**-битта овоз иккинчи

овозни босиб кетиши, **ототопика** - бу эшитув анализаторининг товушнинг каердан келаётганини аниқлаш хусусияти.

8. Вестибуляр анализаторни **адекват кўзғатувчиси**: ерни тортиш кучи ёки танани муҳитда ҳаракатини тезланиши бўлиб, бурчакли ва тўғри чизикли тезланишлар таъсири остида танани муҳитдаги ҳолатини ўзгариши ҳақида маълумот беради. Вестибуляр аппарат дахлизни **иккита халтачаси** (сферик ва эллиптик) ва **учта ярим айлана каналлар** (горизонтал, вертикал ва фронтал)дан иборат. Вестибуляр анализаторни рецептор аппарати тукчали ва таянч хужайралардан ташқил топган. Вестибуляр анализатор **бўлимлари**: охирги рецептор, ўтказувчи йуллар ва пустлок мода. Вестибуляр анализатор **ўтказувчи йуллари**: вестибулоспинал, -окуломотор, -вегетатив, -мияча, -кортикал.

9 машғулот

1. **Ҳиқилдоқ** юқори нафас йўлининг охирги қисми бўлиб, у пастки нафас йўлининг юқори қисмига, яъни трахеяга ўтади. Катталарда ҳиқилдоқ VI бўйин умуртқаси, болаларда -III-IV бўйин умуртқалари, қарияларда - VII бўйин умуртқаси сатҳида жойлашади.

2. **Ҳиқилдоқ тоғайлардан** ва **мускуллар** системасидан тузилган.

3. **Ҳиқилдоқ тоғайлари**: 3 та тоқ тоғайлардан (қалқонсимон, узуксимон ва ҳиқилдоқ усти тоғайи) ва 3 та жуфт тоғайлардан (чўмичсимон, понасимон, шохсимон) ташқил топган.

4. **Ҳиқилдоқ бўшлиғининг** ички қисми қум соатни эслатади:, юқори бўлим- даҳлиз, ўрта бўлими - овоз бурмалари (сохта ва чин) ва пастки бўлими -бойлам ости қаватидан ташқил топган. Юқори ва пастки қисми кенг бўлиб, ўрта қисми тор бўлади.

5. **Ҳиқилдоқ мушаклари** ташқи ва ички гуруҳларга бўлинади: ташқи мушаклар ҳиқилдоқни юқорига кўтариш ва пастга тушириш вазифасини бажаради. Уларга қуйидагилар киради: тўшқалқонсимон (*m.sternothyroideus*), туштилости

(*m.sternohyoideus*), қалқонтилоисти (*m.thyrohyoideus*), курактилоисти (*m.omochoyoideus*), бигизтилоисти (*m.stylohyoideus*), икки қоринли мушак (*m.digastricus*), ички гурӯҳ мушаклари: узукқалқонсимон мушак (*m.cricothyroideus*). орқа узукчўмичсимон мушак (*m. cricoaryte-noideus posterior*), кўндаланг чўмичсимон (*m.arytenoideustransversus*), эгри чўмичсимон (*m.aritenoides obliquus*), латерал узукчўмичсимон мушак (*m.cricothyroideus lateralis*), овоз мушаги /*m.vocalis*/, қалқончўмичсимон (*m.thyroarytenoid eus*), узук-қалқонсимон мушак (*m.cricothyroideus*), чўмичҳиқилдокусти (*m.aryepiglotticus*), эгри чўмичсимон (*m.aryteno-ideus obliquus*) ва қалқонҳиқилдокусти мушаги (*m. thyroepiglotticus*) киради.

6. Ҳиқилдоқни юқори ва пастки ҳиқилдоқ артериялар (*a.laryngea superior et a. laryngea inferior*) қон билан таъминлайди.

7. Ҳиқилдоқ иннервацияси юқори ҳиқилдоқ, қайтувчи нерв ва симпатик нерв толалари билан иннервация қилинади.

8. Ҳиқилдоқ организмнинг нафас, ҳимоя, фонация (овоз чиқариш), нутқ фаолиятида қатнашади.

9. Ҳиқилдоқ текшириш усулларига бевосита ва билвосита ларингоскопия киради.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР ЖАВОБЛАРИ:

МАШҒУЛОТ 1

Масала №1. Ўткир ринит:

- А) бурунга кон томирни торайтирувчи дорилар;
- Б) сульфаниламидлар, салицилатлар ичишга;
- В) оёққа иссиқ ванна, физиотерапия (УВЧ, УФО бурунга).

Масала № 2. Нафас олиш функциясига таъсир қилувчи бурун тўсиғи қийшайиши:

Жарроҳлик усули – бурун тўсиғи шиллиқ ости резекцияси.

Масала № 3. Бурун чипқони:

- А) беморни госпитализация қилиш;
- Б) чипқонни очиш;
- В) яллиғланишга қарши, фибринолитик ва умумқувватловчи терапия

Масала № 4. Бурун суяклари ёпиқ синиб силжиши, чап юқори жағ бўшлиғи юқори (кўз) девори синиши, бош мия чайқалиши:

- А) беморни госпитализация қилиш, динамикада кузатув, лозим бўлса- юқори жағ бўшлиғини пункция қилиб қонни чиқариш;
- Б) невропатолог консультацияси; неврологик белгилар бўлмаса, бурун суяклари репозицияси;
- В) қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит);
- Г) бурунга томир торайтирувчи томчи, яллиғланишга қарши даво.

Масала № 5. Бурундан қон кетиш

- а) А/Бни ўлчаш, кўрсатма бўйича гипотензив ва гемостатик даво қўллаш, гемодинамика кўрсаткичларини динамикада текшириш (томир уриши, А/Б, ЭКГ), гемоглобин ва гематокрит;
- Б) олдинги тампонада, зарур бўлса, орқа тампонада қилиш.

Масала №6 Қиз болада бурун ёт жисми (тугмача)

Зудлик билан бурун бўшлиғини оғриқсизлантириб, ёт жисмни олиб ташлаш.

МАШҒУЛОТ 2

Масала № 1. Вазомотор ринит - аллергия шакли:

- А) қон томир торайтирувчи томчиларни томизишни чеклаш;
- Б) специфик гипосенсибилизация;
- В) нонспецифик гипосенсибилизация (антигистамин препаратлар, кальций, олтингугурт препаратлари, витаминлар);
- Г) бурун ичига новокаинли блокада;
- Д) ФЭФ, гормонал препаратлар билан ультратовуш.

Масала № 2. Вазомотор ринит, невровегетатив шакли:

- А) қон томир торайтирувчи томчиларни томизишни чеклаш;
- Б) седатив, вегетотроп препаратлар билан даволаш;
- В) эндонозал новокаинли блокада, кортикостероидларни шиллик қават ичига киритиш;
- Г) рефлексоген зоналарни қуйдириш, игнарефлексотерапия;
- Д) цербак усулида бўйин соҳасига физиотерапия, эндонозал электрофорез, фонофорез;
- Е) жарроҳлик усули — шиллик ости вазотомия, аёвчи конхотомия.

Масала № 3. Сурункали гипертрофик ринит:

Жарроҳлик усули (конхотомия).

Масала № 4. Сурункали атрофик сассик тумов (озена):

- А) Клебсиела микробига қарши антибиотикотерапия (умумий);
- Б) бурунга тоза ўсимлик мойи томизилиб йод қўшилган изотоник эритма билан бурун бўшлиғини қатқалоқдан тозалаш;
- В) бурун бўшлиғи шиллик қаватини йодглицерол эритмаси билан 1 маҳал артиш 10 кун;
- Г) бурун бўшлиғига витаминли малҳам суртиш;
- Д) витаминлар, биостимуляторлар, ингаляция, диатермия, ионофорез.

Масала № 5. Сурункали атрофик ринит:

- А) ишлаб чиқаришдаги ножўя сабабларни йўқотиш;
- Б) йод қўшилган изотоник эритма билан бурун бўшлиғини қатқалоқдан тозалаш;
- В) бурун бўшлиғи шиллик қаватинини йодглицерол эритмаси билан 1 маҳал артиш 10 кун;

Г) бурун бўшлиғига витаминли малҳам суртиш;

Д) витаминлар, биостимуляторлар.

МАШҒУЛОТ 3

Масала № 1. Ўнг томонлама ўткир гемисинусит:

А) Проец усулида ювиш, ўнг юқори жағ ва пешона бўшлиқларини пункция ёки зондлаб, яллиғланишга қарши препаратлар киритиш;

Б) антибиотикотерапия (умумий);

В) бурунга қон томир торайтирувчи томчи;

Г) умумқувватловчи, сенсibiliзацияга қарши препаратлар;

Д) физиотерапия (УВЧ, УФО, эвкалипт билан ингаляций).

Масала № 2. Ўткир йирингли пансинусит реактив белгилар билан:

А) юқори жағ, пешона, асосий бўшлиқларни зондлаш ва пункция қилиб, антибактериал препаратлар киритиш;

Б) бурунга қон томир торайтирувчи томчи;

В) умумий антибактериал даво;

Г) реактив белгилар зўрайганда хирургик даво.

Масала № 3. Ўнг томонлама ўткир йирингли фронтит:

А) антибактериал, сенсibiliзацияга қарши даво;

Б) бурунга қон томирни торайтирувчи томчилар;

В) пешона бурун тешиги соҳасини анемизацияси 2-3 маҳал;

Г) 1-2 кун ичида ижобий динамика кузатилмаса, пешона бўшлиғини зондлаш ёки трепанопункция қилиб антибактериал дори киритиш.

Масала № 4. Ўнг томонлама одонтоген гайморит:

Юқори жағ бўшлиғида радикал операция, тиш илдизи пластикаси билан.

Масала № 5. Ўнг томонлама сурункали полипоз-йирингли гайморозтмоидитофронтит:

А) юқори жағ бўшлиғини контраст рентгенографияси;

Б) кўрсатма – бурун полипотомияси, юқори жағ бўшлиғи радикал операцияси, ғалвирсимон бўшлиқ хужайраларини очиш билан.

Масала № 6. Бурун тўсиғи коновчи полипи;

Полипни олиб ташлаш (тоғай усти парда билан) ва гистологик текшириш.

Масала № 7. Бурун-бўшлиғи хатарли ўсмаси?:

Биопсия, хирургик даво.

Масала № 8. Пешона бўшлиғи остеомаси:

Хирургик даво – остеомани олиб ташлаш.

Масала № 9. Чақалоқларда — тўлиқ хоаналар атрезияси.

Хоаналар ўтказувчанлигини тиклаш мақсадида шошилишч хирургик даво қўллаш.

МАШҒУЛОТ 4

Масала № 1. Ўткир фарингит:

А) аевчи пархез;

Б) ишкорий -егли ингальяциялар; чайиш (ромашка, шалфей, календула дамламалари; бикарбонат эритмаси в ах.к.);

В) танаҳарорати кўтарилганда – доримоддалари, салицилатлар, десенсибилизацияловчи, витаминотерапия.

Масала № 2. Фолликуляр ангина:

А) антибактериал воситалар (пенициллин гуруҳи танланиши мақсадга мувофиқ), нистатин ёки леворин;

Б) гипосенсибилизацияловчи терапия, витаминлар;

В) томоқни антибиотиклар билан чайиш;

Г) жағ ости соҳасига қиздирувчи ярим спиртли компресс. Еток тартиби.

Масала № 3. Лакунар ангина:

А) антибактериал;

Б) иситма туширувчи воситалар;

В) антигистамин препаратлар;

Г) витаминлар;

Д) томоқни антисептиклар билан чайиш;

Е) жағ ости соҳасига қиздирувчи компресс.

Масала № 4. Герпетик ангина:

А) вирусга қарши препаратлар: днк-аза бурунга томчилар ёки ингальяция кўринишида, интерферон, бокафтон ва б.;

Б) очилган пуфакчалар юзасини 5-10% ли ляпис эритмаси билан суртиш.

В) умумий кувватлантирувчи воситалар (витаминлар, биостимуляторлар);

Г) томоқни календула, шалфей, березовый риб, льняный семен кайнатмалари билан чайиш.

Масала № 5. Ярали-некротик ангина:

А) аёвчи парҳез;

Б) висмут сакловчи аралашмалар билан томоқни чайиш (гарамицин, календула).

В) физиотерапия,

Г) висмут препаратларини ичиш.

Масала № 6. Аденоидли вегетациялар, йирингли аденоидит:

А) антибактериал, антигистамин препаратлар;

Б) бурун бўшлиғига қон томир торайтирувчи ва ўраб олувчи томчилар, бурундан ажралмаларни сўриб ташлаш;

В) рецидивлар кузатилганда – хирургик даво

- бурун ва ҳалқумга тубус кварц

- умумкувватловчи терапия

- чиниктириш.

Масала №7. Ўткир паратонзиллит, чап томонлама парафарингит, сурункали тонзиллит ва регионар лимфааденит

А) жаррохлик муолажаси ўтказилиши лозим – чап томонлама абсцесстонзиллэктомия, тонзилляр ниша орқали парафарингеал бўшлиқ ревизияси; парафарингит белгилар ортиб борганда – парафарингеал бўшлиқни ташқи йул билан очиш;

Б) антибиотикотерапия;

В) дезинтоксикацион терапия;

Г) умумкувватловчи терапия.

Масала № 8. Ҳалқум орти абсцесси:

А) абсцессни очиш;

Б) яллиғланишга қарши терапия.

Масала №9. Агранулоцитар ангина:

А) конга зарарли таъсир килувчи медикаментларни (анальгин, амидопирин, стрептоцид, сальварсан и др.) истисно килиш

Б) лейкопозни стимулловчи воситалар куллаш (натрий нуклеинат 5% эритмаси 5-10,0 дан 2 махуал 2 hafta давомида; тезан 0,01 x 3 махал кунига; немтоксил, лейкоген, витаминлар B₁₂, C, камполон, антианемон ва б.)

В) аевчи пархез, антисептиклар, чайиш;

Г) иккиламчи инфекция билан курашиш: антибиотикотерапия, гипосенсибилизацияловчи ва умумкувватловчи воситалар;

Д) ҳалқумга тубус-кварц.

МАШҒУЛОТ 5

Масала №1. Атрофик фарингит:

А) гастрозентеролог давоси;

Б) томоқни чайиш (пеландин, Преображенский бўйича 1 стакан изотоник эритма+4-5 томчи 10% йод эритмаси);

В) 0,5-1% йод-глицерин эритмаси билан ҳалқум шиллик қаватини артиш;

Г) Йод препаратлари, А, Е, В-гуруҳ витаминлари ва бошқалар, биостимуляторлар ичишга;

Д) Ҳалқум ён деворига новокаин (алоэ қўшиш мумкин) блокада.

Масала № 2. Танглай муртаги гипертрофияси III даражаси:

Хирургик даво-тонзиллотомия.

Масала № 3. Сурункали тонзиллит, оддий шакли:

Консерватив даво, фойдаси бўлмаса - тонзиллэктомия.

Масала № 4. Сурункали тонзиллит, токсико-аллергик шакли II даражаси, ревматоид артрит:

А) хирургик даво - икки томонлама тонзиллэктомия;

Б) операциядан кейин ревматоид артрит қайталанишига қарши даво чоралари.

Масала № 5. Аденоидлар (бурун-ҳалқум муртаги гипертрофияси):

Хирургик даво-аденотомия.

Масала № 6. Чап танглай муртаги ўсмаси (хавфли):

А) биопсия;

Б) сил, захм жароҳатлари билан солиштириш.

Масала № 7. Ҳалқум кандидамикози:

А) нистатин ва бошқа замбуруғга қарши препаратлар ичиш;

Б) поливитаминлар (В, С, К) ичиш;

В) жароҳатланган майдонни 2% метилен кўкини сувли эритмаси, 5-10% кумуш нитрат эритмаси, борат кислота сувли эритмаси, календула, саримсоқ пиёз дамламаси билан артиш, суртма олиш.

Масала № 8. Сифилис - қаттиқ шанкр I давр: - RWга кон.

Масала № 9. Қизилўнгач ёт жисми:

А) қизилўнгачни рентгенконтраст текшириш;

Б) эзофагоскопия ва ёт жисмни олиб ташлаш;

В) 10-20% ли кумуш нитрат эритмаси билан жароҳатланган ҳалқум ва қизилўнгач шиллиқ қаватини артиш;

Г) аёвчи парҳез.

МАШҒУЛОТ 6

Масала №1. Ташқи қулоқ жароҳатланиши, ўнг қулоқ супрасининг отогематомаси

- отогематома пункцияси, ичидаги массани аспирациялаш, 5 кунга босиб турувчи боғлам қўйиш.

Масала №2. Ўнг тараф ташқи эшитиш йўли чипқони

А) антибактериал терапия;

Б) ташқи эшитиш йўлига –гипертоник турундалар кунига 2 маҳал, синтомицин эмулсияли турундалар билан навбатма-навбат қўйилади;

В) УВЧ, маҳалли уфо;

Г) умумий соғайтирувчи терапия, В гуруҳи витаминлари, сульфат ва йод препаратлари;

Д) лазер-терапия;

Е) аспирин суткасига 1.0 дан

Ж) қонни қанд моддасига таҳлил қилиш.

Флюктуацияда – хўппозни очиш ва дренажлаш.

Масала №3. Ташқи кулоқнинг икки тарафлама сурунқали экзематоз отити

- чап тарафдан кулоқ супраси ва ташқи эшитиш йўлининг экземаси.

А) кулоқларни сув билан ювишни тўхтатиш

Б) углеводлар алмашинувини тўғрилаш

В) маҳалли тарзда – зарарланган тери қисмларини спирт билан артиш, рух оксиди билан упалаш, оксикорт аэрозоли билан ишлаш, гормонал дори малҳамлардан бирини суртиш;

Г) антигистамин препаратларни ичиш

Д) тубус, УВЧ, УФО.

Масала №4. Чап тараф кулоқ супрасининг хондроперихондрити:

А) антибактериал, гипосенсибияловчи терапия;

Б) флюктуация мавжудлигида – лазер терапияси, зарарланган соҳаларни кенг очиш, кемирчакнинг некрозланган қисмларини олиб ташлаш учун қошиқ билан қириб олиш; ковакка гипертоник эритмали ва синтомицин эмулсияси билан турунда қўйилади;

В) УВЧ, УФО, СВЧ – маҳаллий;

Г) инфильтрация учун спирт-глицерол дегидратацияловчи яллиғланишга қарши компресслар.

Масала №5. Ўнг тарафдан ташқи эшитиш йўлининг кулоқ киридан ҳосил бўлган тикин.

А) Жаннэ шприци ёрдамида кулоқ ичини ювиш орқали тикинни олиб ташлаш;

Б)- ташқи эшитуш йўлига 3% H_2O_2 томчилаб юбориш;

В) сода-глицерол томчилар.

Масала №6. Ўнг ташқи эшитув йўли ёт жисми:

А) ёт жисмни аттик зонди ёрдамида олиб ташлаш; зарурат бўлса кулоқ орқасини очиш орқали ташқи эшитув йўлидан ёт жисмни олиб ташлаш;

Б) маҳаллий яллиғланишга қарши даво қўллаш.

Масала №7. Икки томонлама отомикоз (кандидамикоз?)

А) ташқи эшитув йўлини водород пероксиди билан ювиб, тозалаб қуритиш;

Б) маҳаллий замбуругга қарши препаратлар қўллаш (ламизил, клотримазол, нитрофунгин ва бошқалар);

В) сенсibiliзацияга қарши даво, поливитаминлар;

Г) иккала қулоғига тубус-кварц.

Д) ташқи эшитув йўли ажралмасини микроскопик текшириш, бак.экиш:

МАШҒУЛОТ 7

Масала №1. Икки томонлама сурункали тубоотит:

А) қон томир торайтирувчи томчи бурунга;

Б) эшитув йўлига УВЧ, УФО (эндоназал);

В) эшитув йўлига катетер орқали ҳаво пуркаб, қон томир торайтирувчи ва гормонал препаратлар киритиш, ногора парда пневмомассажи;

Г) сульфаниламид препаратлар;

Д) лазер-терапия;

Е) антиоксидант даво;

Масала №2. Эмадиган болаларда ўткир ўрта отит.

А) Парацетез, антибактериал даво, салицилатлар ичишга;

Б) қон томир торайтирувчи томчи бурунга;

В) УВЧ, УФО маҳаллий;

Г) Дегидротацион терапия.(реополиглюкин, 5% глюкоза)

Масала №3. Ўнг томонлама ўткир йирингли ўрта отит (тешилмаган).

А) парацетез, антибактериал даво, салицилатлар ичишга;

Б) қон томир торайтирувчи томчи бурунга;

В) УВЧ, УФО маҳаллий;

Масала №4. Ўнг томонлама ўткир йирингли ўрта отит, (тешилган).

А) антибактериал, гипосенсибилловчи ва умумқувватловчи даво;

Б) қон томир торайтирувчи томчи бурунга;

В) ташқи эшитув йўлини 3% ли водород пероксиди билан тозалаб, куришиб, дори препаратларини транстубар киритиш (пенициллин + гидрокортизон эмульсияси);

Г) УВЧ, УФО ўнг кулоққа маҳаллий;

Д) лазер-терапия.

Масала №5. Чап томонлама ўткир ўрта отит, мастоидит:

А) антибиотикотерапия (юқори дозада);

Б) қон томир торайтирувчи томчи бурунға;

В) кулоқни 3% водород пероксиди билан тозалаб, транстимпанал дори киритиш;

Г) кварц тубус + УВЧ, чап кулоққа;

Д) ижобий динамика кузатилмаса - хирургик даво - антромастоидотомия

Масала №6. Ўнг томонлама ўткир йирингли ўрта отит, диффуз йирингли лабиринтит:

А) ЛОР бўлимига ётқизиш;

Б) антромастоидотомия;

В) антибактериал, гипосенсибиловчи, дегидратацион, седатив даво;

Г) АТФ, кокарбоксилаза, В –группа витаминлар;

Д) физиотерапия.

Масала №7. Икки томонлама сурункали йирингли ўрта отит, чапда - эптитимпанит, ўнгда - мезотимпанит:

-қўрсатма-чап кулоқ радикал операцияси;

Ўнг томонда консерватив ёки оператив даво (чакка суяги рентгенографияси, вестибулометрия, аудиометрия) текширувлар ўтказилгандан сўнг ҳал қилинади.

Масала №8. Ўнг томонлама чакка суяги пирамидаси синиши.

Чакка суяқларини Стенверс бўйича рентгенографияси, вестибулометрия - калорик проба (ҳаволи), аудиометрия, неврологик текширувлар.

Даволаш: қатъий ётоқ режим, дегидратацион терапия, антибиотиклар, В группа витаминлари.

Масала №9. Чан томонлама мия чакка бўлаги отоген ҳўппози, чап томонлама сурункали йирингли ўрта отит (эпитимпанит):

А) ЛОР-бўлимига шошилиш ётқизиш;

Б) невропатолог, окулист консултацияси, 2- проекцияда чакка суяги рентгенографияси, мия КТси ёки ЯМР-текширув;

В) шошилиш чап қулоқ кенгайтирилган радикал операцияси, ўрта мия чуқурчасини диагностик пункцияси, ҳўппозни очиш ва дренажлаш;

Г) яллиғланишга қарши, дезинтоксикацион, дегидратацион даво, витаминотерапия.

МАШҒУЛОТ 8

Масала №1. Чан томонлама кохлеар неврит, гипертония касаллиги 2 дар., церебрал атеросклероз.

Гипертония касаллигини даволаш, склерозга қарши даво, ҳамда ички қулоқни микроциркуляциясини яхшиловчи даво, витаминотерапия.

Масала №2. Икки томонлама кохлеар неврит (нейросенсор эшитиш пастлиги).

Даволаш режасида — комплекс акуметрия.

Консерватив даво- дезинтоксикацион, қон томир кенгайтирувчи, шишга қарши терапия.

Масала №3. Кохлеовестибуляр нерв невриномаси.

Стенверс бўйича чакка суяги рентгенографияси, 3,4 чуқурча компьютер топографияси.

Оператив даво.

Масала №4. Меньер касаллиги.

Вестибулометрия, аудиометрия. РЭГ, умуртқа бўйин қисми Ро-графияси, дегидратацион тестлар.

дегидратацион, спазмга қарши, қон томир кенгайтирувчи, стимулловчи терапия. В группа витаминлари

Хирургик даво-эндолимфатик қопчани дренажлаш ёки очиш. хордоплексустомия.

Масала №5. Отосклероз.

Операция - стапедэктомия стапедопластика билан.

МАШҒУЛОТ 9

Масала №1. Ўткир ларингит:

- А) Овоз режими
- Б) Антибиотикотерапия
- В) Ингаляция гидрокортизонли,
- Г) А ва Е витаминли аэрозол,
- Д) балғам кўчирувчи препаратлар

Масала №2. Субхордал ларингит (ўткир

ларинготрахеобронхит, сохта бўғма):

А) Шишга қарши терапия (преднизолон, лазикс, супрастин, калций хлор),

- Б) 5 минут оёққа иссиқ ванна,
- В) Балғам кўчирувчи препаратлар,
- Г) фойдаси бўлмаса - трахеотомия.

Масала №3. Ўткир эпиглотит, хиқилдоқ стенози I дар.

- А) Антибиотиклар,
- Б) шишга қарши терапия,
- В) антибиотик ва гидрокортизонли, А витаминли аэрозол,
- Г) стеноз зўрайса - трахеотомия.

Масала №4. Хиқилдоқ гематомаси, хиқилдоқ стенози I даражаси:

А) Қон тўхтатувчи препаратлар (в/и га кальций хлор, дицинон, аминокaproн кислотаси, хиқилдоқ соҳасига муз халта),

- Б) динамикада стенозни кузатиш.
- В) ахволи оғирлашса- трахеостомия.

Масала №5. Хиқилдоқни кесилган жарохати, хиқилдоқ хондроперихондрити, хиқилдоқ стенози II дар.

- А) Катта дозада антибиотикотерапия,
- Б) дегидратацион терапия,
- В) нафас олиш қийинлашса - трахеостомия.

Масала №6. Аллергик ларингит. Хиқилдоқ стенози II дар.

Антигистамин ва гормонал препаратларни қўллаган ҳолда стенозга қарши даво.

Масала №7. Хиқилдок дифтерияси. Хиқилдок стенози I дар.

- А) юқумли касалхонага ётқизиш;
- Б) эпидемияга қарши комплекс чоралар;
- В) дифтерияга қарши антитоксик зардоб;
- Г) стенозга қарши даво;
- Д) динамикада ЛОР-врач назорати
- Е) хиқилдок интубацияси.

Масала №8. Ўткир инфилтратив-шишли ларингит. Хиқилдок стенози II даражаси:

- А) стенозга қарши препаратлар;
- Б) хиқилдокқа антибиотик+гидрокортизон суспензия эритмаси қуйиш (ёки аэрозол)

МАШҒУЛОТ 10

Масала №1. Сурункали гиперпластик ларингит, (чўмичсимон тоғай оралиғи пахидермияси):

- А) яллиғланишга қарши даво
- Б) лазертерапия, бойламларни 5 % лик кумуш нитрат билан куйдириш.
- В) хиқилдокқа А ва Е таркибли ёғли эритмалар қуйиш,
- Г) динамикада кузатув, биопсия

Масала №2. Икки томонлама хиқилдок парези, сурункали стеноз.

- А) Трахеостомия,
- Б) ларингопластика: - шошилиш конхотомия трахеостомия билан, реанимацион тадбирлар.

Масала №3. Чап товуш бурмаси фиброз полипи:

-эндоларингеал полипни олиб ташлаш ва гистологик текшириш.

Масала №4. Хиқилдок папилломатози:

- А) консерватив - химиотерапия усулини қўллаш (проспидин

малхами, иммунокорректорлар);

Б) хирургик - эндоларингеал хосилани олиш ва криотаъсир ёки лазердеструкция.

Масала №5. Хиқилдоқни ашулачилар тугуни:

А) фонопедик машқлар, товушга дам бериш;

Б) кумуш нитрат эритмаси билан куйдириш;

В) консерватив даво фойда бермаса - эндоларингеал олиб ташлаш.

Масала №6. Хиқилдоқ раки т3 н0 м0:

Биопсия.

Масала №7. Сурункали атрофик ларингит:

А) Овоз режими

Б) Парҳез (шўр, аччиқ, нордон овқатлар тақиқланади)

В) Ингаляция (турли ёғлар билан)

Г) Люголь эритмасини суриш, 30% калий йод эритмасини 8-10 томчидан 3 марта томизиш

Глоссарий:

ЛОР – сўзнинг қисқартирмаси: Larynx – ҳикилдоқ, Otos – қулоқ, Rhinos – бурун. Тиббиётда қулоқ, томоқ ва бурун касалликларини ўрганувчи фан.

Эпистаксис – бурундан қон кетиш

Тиннитус – қулоқда шовқин

Одоривекторлар – ҳидларни тарқатувчи моддалар.

Ольфактометрия – буруннинг ҳид сезиш функциясини текширувчи услуб.

Какосмия – ҳид галюцинациялари

Страбоскопия – овоз бойламларининг ҳаракатини ўрганиш

Холестеатома – таркибида кимёвий моддалар (коллагеназа, фосфатаза, лизосома) ва холестерин кристаллари бор ўсмасимон ҳосила

Импеданс – акустик система босимини баҳолаш имконини беради

Тимпанометрия - бу товуш тўлқинларини ўтказиш апаратининг акустик қаршилигини қайд этиш усули

Риноманометрия – ҳавонинг қаршилиги бурундаги ҳаво оқимининг миқдори ва босимини ўлчаш усули

Ангина – «ango-» бўғилиш – лимфоид тўқиманинг ўткир яллиғланиши.

Эндоскопы – мураккаб электрон– оптик қурилма.

Дакриоцистит – кўз ёш каналининг яллиғланиши

Ринофима – ташқи буруннинг терисининг яллиғланиши.

МУНДАРИЖА

Амалий машғулот 1

Мавзу: Бурун касалликлари – I ўткир тумов (ринит). бурун чипқони. бурун тўсиғи кийшайиши	3
--	---

Амалий машғулот 2

Мавзу: Бурун касалликлари - II сурункали катарал, гипертрофик, атрофик, вазомотор ринитлар. бурун ўсмалари.....	29
---	----

Амалий машғулот 3

Мавзу: Бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари гайморитлар. фронтитлар. этмоидитлар. сфеноидитлар.....	45
---	----

Амалий машғулот 4

Мавзу: Ҳалқум ўткир касалликлари. ўткир фарингитлар. ангиналар.....	69
--	----

Амалий машғулот 5

Мавзу: Ҳалқум касалликлари II сурункали фарингит, фарингомикоз, тонзиллитлар, танглай ва бурун-ҳалқум муртағи гипертрофияси, ҳалқум ўсмалари.....	92
---	----

Амалий машғулот 6

Мавзу: Ташқи кулоқнинг касалликлари. кулоқ супраси отогематомаси ва хондроперихондрити. ташқи эшитиш йўлининг ёт жисмлари. кулоқ кири (серумен). ташқи отитлар.....	111
--	-----

Амалий машғулот 7

Мавзу: Ўрта кулоқни ўткир ва сурункали касалликлари. кулоқ ўсмалари.....	131
---	-----

Амалий машғулот 8

Мавзу: Кулоқнинг йирингсиз касалликлари. ўткир ва сурункали тубоотит (евстахиит), кохлеар неврит, отосклероз, меньер касалли-ги.....	146
--	-----

Амалий машғулот 9

Мавзу: Ҳиқилдоқнинг ўткир касалликлари.....	160
---	-----

Амалий машғулот 10

Мавзу: Ҳиқилдоқнинг сурункали касалликлари. ҳиқилдоқ ўсмалари.....	185
Илова 1.....	200
Вазиятли масалалар жавоблари:.....	208
гlossарий:.....	222

**ХАСАНОВ САИДАКРОМ АСҚАРОВИЧ
ДЖАББАРОВА ДОДАР РАХИМОВНА**

**«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ФАНИДАН
АМАЛИЙ ДАРСЛАР УЧУН ҚЎЛЛАНМА»
ўқув қўлланмаси**

Ижодий гуруҳ раҳбари: *Зайниддинхўжа Шукурхўжаев*

Мухаррирлар: *Гулнора Раҳмонбердиева,
Худойберди Пулатхўжаев*

Рассом *Жамила Пулатхўжаева*

Саҳифаловчилар *Зохидхўжа Пулатхўжаев*

Мусахҳиҳа: *Дилноза Жабборова*

Нашриёт литсензияси АИ № 003, 20.07.2018-й.

Босишга 15.03.2020-йилда рухсат этилди.

Қоғоз бичими 60/84 1/16. Нашр тобоғи 14,0.

Шартли босма табоғ 14.0 Адади 30.

Буюртма № 31

«IJOD-PRINT» МЧЖ нашриёти.

100011, Тошкент шаҳри, Шайхонтохур тумани, Навоий 30-уй

МЧЖ «IPAK YO‘LI POLIGRAF» босмахонасида чоп этилди

Тошкент ш., 100170, Авайхон кўчаси, 98 А

ISBN 978-9943-559-48-6



9 789943 559486