

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ЛОР КАСАЛЛИКЛАРИ КАФЕДРАСИ

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

ЎҚУВ ИШЛАРИ БЎЙИЧА ПРОРЕКТОР

ПРОФЕССОР ТЕШАЕВ О. Р.

“ _____ ” _____ 2006 й.

Маъруза: Кириш. Оториноларингологиясини замонавий ютуқлари ва вазифалари. ЛОР аъзолари патологияларини ички аъзолар соматик касалликларига таъсири. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ўткир ва сурункали касалликлари.

Даволаш ва тиббий-педагогика факультетининг 5 курс талабалари учун.

Кафедра конференциясида
тасдиқланган ва тавсия этилган
_____ август 2006 йил
Баённома №1

I. 1.Маърузани мавзуси: Кириш. Оториноларингологияни замонавий ютуқлари ва вазифалари. ЛОР аъзолари патологияларини ички аъзолар соматик касалликларига таъсири. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ўткир ва сурункали касалликлари.

2. Даволаш факультети талабалари учун

3.Маърузанинг мақсади: Фан бўйича таъриф бериш, шу мутахассисликни босқичма-босқич ўсиб келишини, ҳамда бошқа тиббиёт мутахассисликлари орасида ўрни ва аҳамиятини ёритиб бериш.

Ушбу мутахассисликни тиббиётда алоҳида тармоқ эканлигини кўрсатиш. Ўзбекистон олимларини ушбу мутахассисликни ривожланишида кўшган ҳиссаларини кўрсатиш,бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини этиологияси, патогенези, консерватив ва хирургик даволаш усуллари тўғрисида тасаввурга эга бўлиш. Касалликни асосий патологик формалари бурун, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари диагностикасини ўрганиш.

Бурун чипқони, риноген бош мия ичи ва кўз ичи асорати билан касалланган беморларни зудлик билан госпитализация қилишда зарурий чора тадбирларга аҳамият бериш.

Маърузани тарбиявий мақсади:

Талабаларга ЛОР касалликларини ўрганиш муҳимлигига, ҳамда организмни бошқа система ва ички аъзолари билан боғлиқлигига аҳамият бериш. ЛОР – касалликларини келиб чиқиши ва ривожланишида ички ва ташқи манфий омилларни таъсирини тушунтириш. ЛОР ёрдам кўрсатиш ва унинг профилактик йўналишлари структураси бўйича тушунча бериш.

Ўзбекистонда замонавий оториноларингологияни мавқийини кўрсатиш. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини ривожланишида бир қанча ташқи муҳит омилларига, ҳамда зарарли одатларни таъсирига профилактика чора-тадбирларни ишлаб чиқишга аҳамият бериш.

4.Кўриб чиқиладиган саволлар:

4.1.Мазкур Фан бўйича саволларни ўрганиш. ЛОР -аъзоларнинг асосий физиологик вазифаси, улар организм даражасидаги аҳамияти – 5 мин.

4.2.Оторинолорингологияни алоҳида фан сифатида тикланиши ва ривожланиш – 10 минут

4.3Ўзбекистонда оторинолорингологияни ривожланиши – 5 минут

4.4.Ўзбекистон оторинолорингологларини илмий изланишлари – 5 минут.

4.5.Бурундан қон кетиши – 5 минут

4.6.Бурун чипқони – 5 минут

4.7.Ўткир ринит- 5 минут

4.8.Сурункали ринит шакллари – 5 минут

4.9.Озена ёки сассик тумов -5 мин.

4.10.Вазаматор ринит – 5мин

4.11.Параназал синусит- 15мин

4.12.Аудиторияга саволлар – 5мин

4.13.Маърузани ўзлаштириши бўйича саволлар -5мин

Оторинолорингология - эшитиш аъзоларининг тузилиши ва вазифаларини, ҳид билиш фаолиятини, товуш ва нутқ сўзлаш вазифалари ва уларнинг бузилишини, Лор-аъзолари хасталикларини, уларнинг ўзаро ва организмга бўлган таъсирини ўрганади.

Қулоқ ва нафас йўллари касалликлари ҳақида илк бор маълумот Гален, Цельс ва Гиппократнинг илмий асарларида берилган. Бу мутахассислик аста секинлик билан ривожланиб борди, сабаби Лор-аъзолари тўғрисида берилган маълумотлар дастлаб кам эди, айниқса уларни анатомик ва гистологик тузилиши кам ўрганилган, шунингдек уларни ўрганиш учун махсус асбоблар керак эди.

XVII асрни иккинчи ярмида Москва шаҳрида ҳиқилдоқ бўйича мутахассис – табиблар Иван, кейинчалик Влас Губинлар ишлаган.

XVI- XVII асрларда кулоқ, томоқ ва бурун касалликларига кўпроқ аҳамият берила бошлаган.

Асосий даволаш усулларида кўпроқ қон чиқазиш, куйдириш, спиртли компресслар, мойлар ишлатилган. Жарроҳлик усулларида хўппосларни кесиш, ўсмаларни олиб ташлаш ва шунга ухшаш усуллар ишлатилган. кулоқ касалликларида она ва эчки сути томизиш қўлланилган.

XVI да А.Везалийни асарларида кулоқнинг қисмлари тўғрисида маълумот берилган. Евстахий биринчи бўлиб эшитиш найини тузилишини тасвирлаган. Фаллопий – юз нервини канали, кулоқ лабиринти ва ноғора бўшлиғини тузилишини тасвирлаган.

Балонидан келган профессор А.Вальсальва «кулоқ тўғрисида трактат» ёзиб, кулоқни анатомик тузилиши, унда учраши мумкин бўлган патологик ўзгаришлар тўғрисида тўхталиб, ўрта кулоқга ҳаво юбориш усулини ишлаб чиққан.

XIX асрни биринчи ярмида кўп хирурглар сўргичсимон ўсимтани трепанацион йўл билан очиш тўғрисида, трахеотомия қилиш ва пластик операциялар тўғрисида маълумотлар беришган. 1826 йилда рус шифокори Шуллер пешона бўшлиғида қилинадиган операцияни тасвирлаган.

Бу давр ичида оторинолорингология соҳасининг ривожланиши унинг алоҳида фан бўлиб чиқишига катта ёрдам берган. 1841 йили немис врачлари Гофман Лор-аъзоларини кўздан кечириш учун махсус ойнани тавсия қилган.

1854 йили мусиқа ўқитувчиси Мануэль Гарсия бевосита ларингоскопия усулини тавсия қилган.

1880 йили К.Цим юқори жағ бўшлиғини пункция қилиш усулини ишлаб чиққан. 1851 йили Корти биринчи бўлиб спирал аъзони микроскопик тузилишини тасвирлаган (спирал органи). Латвиялик олим Рейснер Кортиев аъзони ўрганиб, уни чегаралаб турган мембрана тўғрисида маълумот берган, шу мембрана кейинчалик уни номи билан аталган.

1959 йили Гельмгольц эшитиш назариясини яратган. Веналик олим Политцер кулоқ касалликларини клиник кечишини тасвирлаган. кулоқга

Поллитцер бўйича ҳаво юбориш усули ҳозиргача бутун дунёда кенг қўлланилади.

Оториноларингология соҳасини ривожланишида гениал олим ва шифокор, хирург Н.И.Пирогов ўз ҳиссасини қўшган. Унинг классик, чуқур, сифатли ва мукамал бўлган ишлари кулоқ, бурун ва томоқ бўйича олинган билимларимизни янада ҳам чуқурлаштиради.

Пироговдан ташқари Вальдеер деган олим ҳам ўзи мустақкам халқумнинг лимфаденоид тўқималарини ўрганиб чиққан, кейинчалик бу тузилмага Вальдеер-Пирогов халқаси исми берилган.

С.П.Боткин ва Г.А.Захарин оториноларингологияни асосчилари бўлишади. Уларни клиникаларида ЛОР-аъзолари эндоскопик текшириш усуллари қўлланилган. Боткинни шогирди Пруссак отиатрия бўйича биринчи олим бўлган. Уни бошқа шогирди Н.П.Симановский кулоқ, томоқ ва бурун касалликлари учун алоҳида бўлим тузиб, Петербургдаги харбий-тиббиёт академиясининг ўқув курсига оториноларингологияни алоҳида курс қилиб қўшган.

Н.П.Симановский оториноларингология мактабини тузган: Воячек, Цытович, Велоголовов, Асписов ва бошқалар.

Степанов Е.М. ва Штерн С.Ф. дунёда кенг танилган олимлар бўлиб етишиб чиққан. Москвадаги университетнинг доцентлари Преображенский С.С. ва Малютин Е.Н. карлик, кулоқ оғирлиги, фониатрия соҳасида кўп ишлар қилишган.

1909 йилда Петербургда М.П.Симановский раҳбарлигида махсус журнал «Вестник ушных, носовых и горловых болезней» чиқа бошлаган.

1922 йили Совнаркомни декрети билан оториноларингология фани мажбурий фан бўлиб ҳамма тиббиёт институтларининг дастурларига қўшилган эди.

Фаннинг ривожланишига ўзининг кўп ҳиссасини қўшган олимлардан бири – Воячек В.И. Унинг фундаментал изланишлари ички кулоқ ва харбий оториноларингологияга бағишланган. Унинг шогирди Хилов К.Я. бўлиб, у

Ўзининг илмий ишларини мувозанат анализаторни физиологик ва патологик ўзгаришларига бағишлаган эди.

Ўзбекистонда оторинолорингологиянинг ривожланиши 1918 йилда А.М.Журавлев томонидан Тошкентнинг эски шаҳар касалхонасида ташкил этилган 25 ўринли кўз ва ЛОР касалликлари даволанадиган касалхонадан бошланган. Бу уша даврда Ўрта Осиё ва Қозоғистон учун ягона даволаниш маркази эди. А.М.Журавлев томонидан 1920 йилда Темир йўл поликлиникасида ЛОР-амбулатория очилган эди. Харбий госпиталда ЛОР бўлимини С.Ф.Каплан бошқарар эди, унинг ординатори И.Н.Розенфельт эди. Шу даврга келиб Тошкентда Ўрта Осиё Университети қошида Тиббиёт факультети очилди. Бу ерда ЛОР кафедрасини (харбий госпиталь базасида) проф.С.Ф.Штейн бошқарди. Проф. С.Ф.Штейн Москвадан Тошкентга келиб ташкилотчилик ишлари билан шуғулланди, асфсуски, у тезда касал бўлганлиги учун Есентукига кетишга мажбур бўлди ва у ерда 1921 йил августида вафот этди. С.Ф.Штейн ўлимидан сўнг ЛОР-кафедрани 1922 йилда тиббиёт фанлари доктори ассистент С.Ф.Каплан бошқарди. 1923 йилгача Харбий госпиталнинг қулоқ бўлимини аввал И.М.Розенфельт, кейинчалик В.А.Сгибов бошқарди. В.А.Сгибов клиник тайёргарликни проф. М.Ф.Цитович ва Л.Е.Комендантовлардан олган эди ва ЛОР ёрдамида ўзбекистонда ташкил этишда фаол қатнашди.

Ўзбекистонда ЛОР-ёрдамнинг ташкил этишда врачлардан И.В.Блюм, Н.А.Новиков, В.И.Суроведский, И.М.Розенфельт, А.А.Мигринская ва бошқалар катта роль ўйнадилар.

1924 йилда Ўрта Осиё врачлар Илмий жамияти қошида ЛОР секцияси очилди ва унга фақат кафедра ходимларигина эмас, Тошкент шаҳар даволаш-профилактика муассасаларида ишлайдиган оторинолорингологлар кирдилар. 1925 йилда секцияни Ўрта Осиё оторинолорингологлар жамиятига айлантирилди ва унинг биринчи раиси қилиб С.Ф.Каплан сайланди.

1927 йилда С.Ф.Каплан ўлимидан сўнг кафедра мудири вазифасига И.М.Розенфельт тайинланди ва у 1930 йилгача кафедрани бошқарди.

20-30 йилларда илмий ишлар асосан ЛОР аъзоларининг касб касалликларига ва уларга иссиқ ва совуқ ўзбекистон иқлимининг таъсирини ўрганишга, ҳикилдоқ силига, танглай муртакларининг патологиясига бағишланди. (И.М.Розенфельт, Н.А.Новиков, И.В.Блюм, С.Ф.Каплан).

1930 йилдан 1937 йилгача ЛОР кафедрасининг мудирлигини С.Г.Боржим бажарди. Бу даврни ЛОР кафедраси, клиникаси ва ЛОР жамиятини энг яхши ишлаган даврларидан деб аташ мумкин. кулоқ, бурун ва томоқ касалликларида янги жарроҳлик амалиётлари, янги диагностик текшириш усуллари амалиётга киритилди. Тошкент Тиббиёт институтининг ЛОР-кафедраси қошида 4 ойлик врачлар малакасини ошириш курси ташкил этилди. Йилдан-йилга ЛОР мутахассислари сони ошиб борди. Андижон, Бухоро, Наманган, Қарши, Қукон, Фарғонада 30-40 койкалик ЛОР стационарлари очилди.

Ўзбекистонда ЛОР илмий жамиятининг иши яхшиланди. Ҳар ойда жамият мажлислари ўтказилди ва бу даврда 45 дан ортиқ докладлар тингланди. 1935 йилда проф. С.И.Шумский Бутуниттифок оторинолорингологлар съездида маъруза қилди, И.В.Блюм (1934й) монография чиқарди «Тонзилляр муаммо ҳақида», Н.Н.Кремнев «Одам танглай муртакларининг ташки сезувчанлиги» (1937й) монографиясини чиқарди. Дунёда биринчи бўлиб Н.Н.Кремнев одам танглай муртакларининг сезувчи толаларини ёзиб чиқди.

Тиббиёт фанлари номзоди унвонини И.В.Блюм, Н.А.Новиков, С.И.Шумский, Н.Н.Кремнев, И.И.Дубинчик олдилар ва тиббиёт журналларида кафедра ходимларининг 40 дан ортиқ мақолалари чоп этилди.

Самарқанд вилоятида аҳолига оторинолорингология хизматини кўрсатишнинг ривожланиши Ўзбекистоннинг бошқа шаҳарларига қараганда ўзгача бўлди. А.В.Савельев 1930 йилда Республика касалхонаси қошида 30 ўринли ЛОР-бўлимини ташкил этди. 1930 йилда Самарқандда Тиббиёт институти ташкил этилди ва 1934 йилдан А.В.Савельев кафедра мудирлиги этиб тайинланди.

1939 йилдан 1945 йилгача Тошкент Тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудирлари бўлиб проф. В.П.Чикурин ишлади. Унинг даврида илмий-текшириш ишлари асосан ЛОР-патологиясида нерв трофикасини ўрганишга бағишланди. Хирургик амалиётлар кам бажарилиб, асосан консерватив даволаш йўлга қўйилди.

1944 йилда Тошкент Тиббиёт институти санитария-гигиена ва педиатрия факультетлари учун 2-ЛОР кафедра ташкил этилди ва унга проф. С.И.Шумский мудир этиб тайинланди. 1945 йилда В.П.Чикурин кетгандан сўнг иккала клиника бирлаштирилиб 100 ўринлик ЛОР-бўлими ташкил этилди ва уни 1955 йилгача проф. С.И.Шумский бошқарди.

Бу даврни кафедранинг энг гуллаган даври деб аташ мумкин. Клиникада сурдологик ва логопедик кабинетлар, шунингдек кулоқни протезлаш пункти ташкил этилди. Бу кабинетлар бутун Ўрта Осиё ва Қозоғистон бўйича хизмат кўрсатар эди. Проф. С.И.Шумский раҳбарлигида 6 та номзодлик диссертацияси ҳимоя қилинди ва 60 дан ортиқ илмий ишлар чоп этилди. С.И.Шумский маҳаллий миллат вакиллари ишга чорлади (С.К.Агзамов, Р.А.Хамраева, А.Г.Ганиев, З.Р.Рахимов, Л.З.Рахимова, М.А.Расулева, К.Д.Миразизов, Р.Н.қаюмова, И.И.Ибодов, А.У.Усманова, З.С.Абдурахимова ва бошқалар). Булар ҳозирда Тошкент Тиббиёт институтлари, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ва Ўрта Осиё тиббиёт педиатрия институтининг етакчилари ҳисобланадилар. С.И.Шумский раҳбарлигида ишлаган бир қанча кафедра ходимлари ҳозирда ЛОР кафедраларини бошқариб келмоқдалар (проф.К.Д.Миразизов, проф.Ю.Д.Василенко, проф.Г.А.Фейгин, проф.А.Н.Дадамухамедов ва бошқалар).

1955-1968 йилларда ЛОР кафедрасида проф. И.Ю.Ласков мудирлик қилди. Баъзи илмий ишларни амалга оширишда ЛОР кафедраси микробиология, биохимия ва гистология кафедралари билан ҳамкорлик қилди. Бу эса ўткир ва сурункали йирингли ўрта отит, тонзиллит, атрофик ринит ва озенанинг этиология ва патогенезидаги янги маълумотларни олиш

имконини берди. И.Ю.Ласков раҳбарлигида 6 та номзодлик диссертацияси тайёрланди.

1968 йил март ойидан кафедра мудир килиб К.Д.Миразизов тайинланди. Бу давр мабойнида кафедра ходимлари томонидан 3 та докторлик (Т.А.Фейгин, АИ.Муминов, С.К.Агзамов) ва 10 та номзодлик диссертациялари ёқланди, шунингдек 1 та монография (Г.А.Фейгин, Л.Г.Буссель ва б.) ва 140 дан зиёд журнал мақолалари чоп этилди.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ЛОР кафедрасини 1941-1944 йилларда проф. Л.Т.Левин, 1944-1947 йилларда проф.С.И.Шумский, 1948-1963 йил йилларда проф.Г.Т.Дренова, 1964-1971 йилларда проф.Э.А.Ладыженская, 1972 йилдан проф.Г.Т.Ибрагимова бошқарди. Самарқанд Тиббиёт институти ЛОР кафедрасини 1934-1951 йилларда проф.А.В.Савельев, 1952 йилдан – проф. М.С.Лурье, 1960 йилдан – доцент С.К.Ченгери, 1966 йилдан – доцент Р.В.Садриева, 1971 йилдан – проф. В.Горчаков бошқарди.

1959 йилда Андижон Тиббиёт институти қошида ҳам ЛОР кафедраси ташкил этилиб, кафедра мудирлигига доцент С.М.Гордиенко тайинланди. У 1968 йилгача мудирлик қилди. 1968 йилдан эса кафедрани доцент А.И.Алимов бошқарди. Янги ташкил этилган ЎртаОсиё тиббиёт педиатрия институти қошида ЛОР кафедраси мудирлигига доцент А.Н.Дадамухамедов тайинланди.

Ҳозирги даврда Республикамизда оторинолорингология мутахассислиги бўйича олиб борилаётган изланишлар, шу соҳа учун долзарб бўлган қуйидаги масалаларни ҳал этишга қаратилган: ўрта кулоқнинг йирингли касалликлари ва уларнинг калла суяги ичидаги асоратлари, бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари йирингли ва аллергия касалликлари, бодомсимон муртаклар касалликларини, ЛОР-аъзоларининг ўсмалари, эшитишни заифлашуви ва қарлик муаммолари.

Ушбу изланишлар натижалари асосан информатсион хат ёки услубий кўрсатмалар шаклида оторинолорингологлар ўртасида тарғиб қилинмоқда.

Охирги йилларда амалий шифокорларнинг малакасини ошириш долзарб муаммо сифатида шаклланди. Жойлардаги даволаш муассасаларнинг молиявий аҳволини қийинлашиши, мутахассислик бўйича янги адабиётларнинг танқислиги шифокорларнинг малака ошириш кўрсаткичларида ўз билимларини бойитиш шароитини чеклаб қўймоқда. ТошМИ ва СамТИ қошидаги шифокорлар малакасини ошириш факультети томонидан амалий оторинолорингология талабларини тўлиқ қоплаш даражасида кучма малака ошириш курслари ташкил этишларига шароитнинг етишмаслиги, ушбу муаммони янада чуқурлаштиради.

Минтақамизда ЛОР касалликларининг, айниқса, болалар ўртасида камаймаётгани ҳам чуқур изланишларни ва кенг профилактик тадбирларни амалга оширишни тақозо қилмоқда.

Албатта, Республикамиз болалар оторинолорингологиясини ривожлантиришда тиббиёт институтлари кафедралари қўшган ҳисса салмоқли бўлиши билан бирга ўз ечимига мунтазир бўлган масалалар жуда кўп.

Республикамиз ёш аҳолиси ўртасида қулоқнинг туғма нуқсонлари кўп учрайди. Россиядаги статистик маълумотларга биноан (Лапченко С.Н., 1972; Балясинская Г.Л., 1996) 5000-10000 туғилган боланинг 1 тасида қулоқ чиноғи учраса, ТошМИ ЛОР кафедраси эпидемиологик текширишларига биноан (Хасанов С.А. ва муаллифдошлар, 1992) республикамиз миқёсида 1500-2000 та туғилган боладан 1 тасида қулоқ гипогенезияси учрамоқда (3-5 баробар кўп).

Ташқи ва ўрта қулоқ туғма гипогенезиясига учраган болаларнинг анамнестик таҳлили ушбу касалликнинг ривожланишида оналардаги турли экстрагенитал хасталиклар (камқонлик, резус номутаносиблик, дориларни ноўрин истъеомол қилиш, вирусли касалликлар билан ҳомиладорликнинг дастлабки муддатларида оғриш ва х.к.), яқин қариндошлар орасида бўлган никоҳнинг ҳамда экологик омилларнинг (айниқса, яқин ўтмишимиздаги пахта яккахокимлиги билан боғлиқ бўлган пестицидларни ноўрин

қўлланилиши оқибатлари ва Орол бўйи минтақаси муаммолари) муҳим аҳамиятга эга эканлиги аниқланди.

- Сурункали йирингли ўрта отитларни аҳоли орасида учраши агарда Россия давлатида ўртача 4-5% ни ташкил қилса, бу кўрсаткич республикамизда 5,6% ни, ваҳоланки, Орол бўйи минтақамизда 9% ни ташкил қилмоқда. Клиникада кузатишлар бу хасталикда ўрта қулоққа яқин анатомик аъзолар касалликларининг кўп учраши (айниқса синуситлар, аденоидлар ва сурункали тонзиллит), қулоқ йирингида 25 % гача беморларда анаэроб микробларнинг мавжудлиги, периферик кон тартибида ҳаёт учун зарур бўлган айрим микроэлементлар (темир, селен, бром) микдорининг камайиб кетиши ва бола организмнинг сурункали захарланиши заминида иккиламчи иммун тнқислиги ривожланишини кўрсатмоқда.

- Амалиётда қўлланилаётган мавжуд консерватив даво чоралари каторига сурункали йирингли ўрта отитли беморларни оторинолорингология тарихида биринчи марта янги даволаш усули бшлган, яъни лимфа томири ичига (эндолимфатик) дориларни бевосита юбориш билан даволаш яхши натижаларни бермоқда.

- Сўнги йилларда республикамизнинг ташқи дунё билан алоқалари мустақиллигимиз шарофати жадал ривожланмоқда, айнқса, бу нарсa тиббиёт соҳасида ҳам кенг раvнаққа эга бўлмоқда. Дания давлатларининг «Мадсен» фирмасининг II-ТошДавТИ ЛОР-клиникасида ўтказган сурдология бўйича халқаро семинари, ТошПМИ ЛОР кафедрасининг АҚШ нинг Нью-Йорк штати университетининг ходимлари билан амалий ҳамкорлиги бунга мисол бўла олади. Профссор Х.Гепхард раҳбарлигидаги гуруҳ 1997-1999 йилларда Тошкент шаҳридаги кам эшитувчи болаларга ихтисослашган мактаб-интернат ўқувчиларини аудологик текширишдан ўтказдилар. Эшитиши заиф беморларни германиялик ва америкалик сармоядорлар ҳисобига эшитиш аппаратлари билан бепул таъминланаётганлиги юксак таҳсинга сазовордир.

- 1-ТошДавТО ЛОР кафедраси оторинолорингологиясининг оғир соҳаларидан бири ҳиқилдоқ ва кекирдakни реконструктив тиклаш бўйича

салмоқли илмий изланишлар олиб борилди ва ҳозирда яна давом эттирилмоқда. Ушбу клиника жамоаси бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари микрожарроҳлигини амалиётга сингдирмоқдалар.

-2-ТошДавТО қошида эшитишни реабилитация қилиш маркази ташкил этилди. Ушбу олийгоҳ ЛОР кафедраси жамоаси болалардаги туғма ва орттирилган нейросенсор эшитиш пастлигини индивидуал ўзига хос мижозини (характерини) ҳисобга олган ҳолда тавсифлаш ва шунга боғлиқ ҳолда даволаб, эшитишни тиклаш услуби ишлаб чиқилди.

Ўзбекистонда оторинолорингология хизматини яхшилаш мақсадида барча вилоятлар марказларида, туманлараро ЛОР бўлимларини, йирик шаҳарларда сурдология, эшитишни протезлаш ва фониатрия хоналарини ташкил этиш зарур. Бунда асосий эътиборни ташкил этилган ўринлардан унумли фойдаланишга қаратиш мақсадга мувофиқ бўлади. Вилоят оторинолорингологлари ишини мутахассисликнинг турли йўналишлари бўйича республика марказлари ва институтлар кафедралари фаолияти билан мувофиқлаштириш ва узвий боғлаш керак. Илмий ишлар натижаларини амалиётга тадбиқ этишни кучайтириш, бу ишни юқори савияда, қисқа вақт ичида ва янги услублардан кенг фойдаланиб ўтказиш беморларни даволашни самарасини ошириш имконини беради.

Оторинолорингологлар ишини бошқа соҳа мутахассислари билан ҳамкорлигини кенгайтириш, беморларни ҳар томонлама ва чуқур текширишни таъминлайди.

Вилоятлар бош мутахассислар жойларда мутахассисликнинг ҳолатини яхши билишлари сабабли, ЛОР хизматини ривожланиш истиқболларини, кадрларни режалаштиришда, бўлинмаларни янги ва замонавий асбоб-ускуналар билан жиҳозлашда ўз фаолиятларини жадаллаштиришлари ва тўғри ташкил этишлари зарур.

Юқорида айтилганлардан келиб чиқиб, Республика оторинолорингология хизмати олдида турган муаммолар:

1. Болалар ЛОР аъзоларини реконструктив тиклаш марказини яратиш;
2. Тимпанопластикани клиникаларимиз амалиётига кенг тадбиқ этиш;

3.Назарий ва амалий нуқтаи назардан кохлеар имплантация масаласини давлатимизнинг қўллаш режаларига киритиш;

4.Амалиётда ташхислаш ва даволаш учун ўта зарур ҳисобланган эндоназал ва эндоларингеал микрожарроҳлик асбоб-анжомлари, отоакустик эмиссия, чақирилган биопотенциалларни қайд қилувчи ускуналарни олиш;

5.Юқоридагиларни ҳаётга сингдириш учун етарли даражада юқори малакали шифокорлар тайёрлаш.

Буларнинг барчаси республикамизда оторинолорингология хизматини янада ривожланишига хизмат қилади.

Бурундан қон кетиши: Бурун тўсиғи олдинги пастки бўлими тез-тез қонаб турадиган ҳисобланади (Киссельбах соҳаси).

Маҳаллий сабабларга бурун жароҳати, шиллик қават тўқималаридаги сифат ўзгаришларининг пайдо бўлиши, бурун бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётларининг ўтказилиши киради. Умумий сабабларга эса хафакон касаллиги, буйрак хасталиги, жигар тўқималарининг тугунли ўзгариши, юқумли касалликлар, аёлларда хайз кўриш кечикканда, Верльгов касаллигида, қон ва қон томир касалликларида кузатилади.

Бурундан қон кетиши касаллигини даволаш: Баъзида, бурун қанотларини бурун тўсиғига бармоқ билан босишнинг ўзи кифоядир. Клиника шароитида беморларга олдинги бурун тампонадаси ўтказилади, агар қон кетиши тўхтамаса орқа томпанада қўйилади. Шу билан биргаликда беморларга викасол, дицинон, 5% амнокапрон кислотаси, кальций глюконат қилинади, бемор кўп қон йўқотган бўлса қон ёки қон ўрнини босувчи воситалар қилинади. Бурун бўшлигини текшириб кўрганда, қонаб турган қисм кўринса, қон оқишни тўхтатиш мақсадида ўша жой ляпис қотишмаси ёки хром кислотаси билан куйдирилади.

Бурун чипқони — соч илдизи қопи ёки ёғ безини ўткир яллиғланишидир.

Этиологияси- асосан организмнинг маҳаллий иммунитетини стафилококк ва стрептококк инфекциясига қаршилиги пасайиб кетиши.

Фурункул патогенизида шунга эътибор бериш керакки (яллиғланган инфильтрат) соч илдизи қопи атрофидаги яллиғланган инфильтрат майда веноз томирларини тромбозини келтириб чиқаради, шунинг учун инфильтратни катталаниши (асосан карбункул) кузатилади.

Айрим ҳоларда катта чипқонларда қачонки яллиғланувчи жараён бурунга кириш қисми тери ости клетчаткасида бўлса инфекция қонга тушиши мумкин ва сепсис баъзида мия ҳўппозини чақириш мумкин.

Клиник кўриниши: бурун чипқонида бирдан кучли оғриқ яллиғланган соҳада пайдо бўлади, териси қизаради, инфильтрат, инфильтрат чуққисида йирингча, температурани 38-39 градусгача ошиши, лейкоцитоз регионар лимфа тугунларини катталашиши ва оғриқлилиги билан кузатилади. Ташхис асосан касалликни кечиши ва маҳаллий кўриниши шунга қараб қўйилади.

Даволаш: ўз ичига антибактериал воситаларни (эритромицин, сульфаниламидлар, аугментин), парентерал қўлланилади, сульфаниламид дори воситалари ичилади, ҳамда дезинтоксикацион терапия, қонни суюлтирувчи дори воситалари қўлланилади. Умуман чипқонни босиш ва инцызияси мумкин эмас, инфекция қон йўли билан бошмия ичи асораталрига олиб келиши мумкин.

Ўткир тумов (ўткир ринит)

Ўткир ринит (rhinitis chronica) бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўткир носпецифик яллиғланишидир.

Болаларда ҳам катталарда ҳам кўп кузатиладиган касалликлар қаторига киради. Клиникада унинг қуйидаги турлари тафовут қилинади.

- ўткир катарал ринит (rhinitis catarrhalis acuta)
- ўткир катарал ринофарингит одатда болаларда учрайди (rhinitis catarrhalis acuta)
- ўткир травматик ринит (rhinitis traumatica acuta)

Этиологияда асосий ўринни организмнинг маҳаллий соғ умумий реактивлигини пасайиши ҳамда бурун бўшлиғи микрофлорасини активланиши эгаллайди.

Ўткир травматик тумов шиллиқ қаватини бу нарсалар билан жароҳатланишда, хирургик аралашувларда, касбий омиллар ёки ташқи муҳит таъсири: минерал чанглар, кийим чанглар, тугун, газ, аэрозол химик таъсири натижасида юзага келади.

Клиник манзараси: Ўткир катарал ринит учун жараённинг тўсатдан бошланиши ва бирдан буруннинг икала томони зарарланиши хос. Фақатгина травматик ринитда бир томон зарарланиши мумкин.

Ўткир катарал ринит клиникасида 3 даврни ажратиш мумкин:

1. қуруқ таъсирланиш даври
 2. серез ажралмали давр
 3. шиллиқ-йирингли ажралма даври (тузатиш)
- Қуруқ таъсирланиш даври бир неча соат давом этади, кам ҳолларда 1-2 сутка бўлиши мумкин. Бурунда, ҳалқумда, хиқилдоқда қуруқлик, таранглик, ачишиш, тирналиш ҳисси пайдо бўлади.
 - Сероз ажралма даври яллиғланиш ортиб бориши билан характерланади, кўп миқдорда суюқ сероз ажралма пайдо бўлади. Кейин шиллиқ миқдори ортиб, ажралма сероз-шилликли ва амиак бўлади, бу эса бурун терисини, шиллиқ қаватини айниқса болаларда таъсирлашувига олиб келади. Бурунга кириш соҳасида ва юқориги лабда қизариш ва шиш кузатилади.
 - Шиллиқ йирингли ажралма даври касалликнинг бошлангандан 4-5 кундан кейин пайдо бўлади. Аввалига кулрангроқ, кейин сарғимтир ва яшилроқ рангда ажралма келади. Бундай бўлишига сабаб қон шакли элементлари-лейкоцитлар, лимфоцитлар, эпителиал хужайралар ва муцин ҳосил бўлади.

Ўткир ринитда таъсирланиш бурун ёндош бўшлиқларининг шиллиқ қаватига ҳам ўтади, шунинг учун пешона ва икки қош ўртасида оғрик

пайдо бўлади. Яллиғланиш кўз ёш чиқариш йўлларига эшитув тоғайларига пастки нафас йўлларига ўтиши мумкин.

Диагностика. Ўткир катарал ринит юқорида келтирилган симптомларга асосланиб аниқланади, лекин ҳар бир ҳолатда уни инфекцион касалликлар-грипп, дифтерия, қизамиқ, кўкйўтал, скорлатина, ҳамда гонорея, сифилис кабилардаги специфик ринитдан фарқлаш керак. Кўп ҳолларда вазаматор (нейровегетатив ёки аллергик) ринитдан фарқлаш керак (расм)

Давоси. Одатда амбулатор.

Кам ҳолларда оғир тумов юқори тана ҳарорати билан кечса, ётоқ тартиби буюрилади.

Асосий медикаментоз даво ўткир катарал ринитда томир торайтирувчи ва микробга қарши воситалар ҳисобланади.

Ўткир катарал ринитни олдини олишда организмни совуқ қотишига, исиб кетишига, намлик ва ҳаво қуруқлигига секи наста чиниқтириб бориш аҳамият касб этади.

Сурункали тумов (сурункали ринит)

Сурункали ринит (rhinitis chronica) ни асосий шакллари қуйидагилар – катарал, гипертрофик ва атрофик булар бурун бўшлиғи шиллиқ қават ва айрим ҳолларда суяк деворининг ҳам ўзига хос носпецифик дистрофик жараёнини намоён қилади.

Сурункали катарал ринит.

Этиология:

1)Умумий сабаблар

а)Доимий совуққотиш; б)умумий касалликлар натижасида кучсизланиш – диабет, туберкулёз; в)қон айланишни бузилиши – юрак касалликлари, жигар циррози, ўпка эмфиземаси, бронхэктозлар, гломерулонефритлар, эндокрин бузилишлар, ҳомиладорлик.

2)Маҳаллий сабаблар:

а)маҳаллий таъсирлантирувчилар – кўмир, цемент, оҳак, ун, металл чанглари б) химик таъсирлантирувчилар: алкоголь, кокаин, табака тутуни,

аммиак ва фосфат кислотаси парлари; в) термик таъсирлантирувчилар; паст ёки юкори температура) бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини зарарланишлари (йирингли синуситлар, аденоид усимталари, бурун тўсиғи қийшайиши, бурунда ёд модда).

Буларнинг ҳаммаси буруннинг оддий микрофлорага нисбатан ҳам иммунитетни пасайишига олиб келади.

Патанатомия: қопловчи эпителийнинг ўзгариши – эпителий қаторларини камайиши, уларни цилиндрик шаклдан кубсимон ёки яси шаклга айланиши, суб эпителиал қаватда думалоқ хужайрали хужайра парчаланишлари билан қон томир ва лимфатомирлар экссудат билан бўккан шиллиқ қават юзасига экссудат хужайра элементлари билан чиқиши, бурун шиллиғи ҳосил бўлиши (сероз, шиллиқли, шиллиқли йирингли)

Симптомлар: Бурун орқали нафас олиш қийинлашиши, куп миқдорда шиллиқ ажралиши, респиратор гипосмия ёки аносмия. Бурун орқали нафас олишни оғиз орқали олиши, эшитув найи фаолияти бузилади, халқум, ҳиқилдоқ, трахея, бронх касалликларга олиб келади.

Таъхис: шиллиқ қаватни бир хил шишланганлиги нормал ранг ёки гиперемия, бурун йўллари торайганлиги, бурун тубида суюқ ёки ёпишқоқ ок рангли шиллиқ, зондланганда шиллиқ қават қаттиқ консистенцияли, адреналин сурилгандан кейин бурун йўллари очилиб кенгайиши.

Даволаш: Сабабларни йўқотиш, томир торайтирувчилар маз ҳолида, 1% проторголь эритмаси томизиш, Ляпис куйдириш, гальванока устига

Сурункали атрофик ринит

Бу касаллик узоқ давом этувчан гипертрофик ринитда унга олиб келувчи ҳамма сабаблари билан бирга ёки озенага ухшаш туқима трофикасини бузилганида ривожланиши мумкин.

Симптомлари: озенадагидай фақат белгилар камроқ намоён бўлган, бурун чиғаноқларини суяк қисми зарарланмайди.

Даволаш: озенадагидай.

Сассиқ тумов

Сассиқ тумов– (Озена). Характерли булган триада симптомлари: 1) шиллиқ кават ва суяк ўсимтасини ярасиз атрофиясиз 2) бурундаги ўткир сассиқ хид, оёқ тери хидига ухшаш 3) бурунда қалоқлар бўлиши

Гинзбург бўйича кўпроқ жинсий етилиш даврида учрайди, аёллар кўпроқ касалланади (70-76 % аёл, 24-30 % эркак) Айниқса испанияликларда кўп учрайди. Испанияда ЛОР касалларнинг 1/3 қисми озена билан оғрийди.

Келтириб чиқарувчи омиллар: ёмон ҳаёт шароити (ёмон ётоқ, овқат етишмаслиги)

Этиология ва патогенези ноаниқ, бир қанча назариялар бор. Симпатик иннервация бузилишидан келиб чиқади деган гипотеза кўпроқ тўғри келади.

Вазоматор ринит.

Инсон истиқомат қилувчи муҳитда доимо бўлган аллергенлар кузгатади. Уй чанги, ёстиқ пари, инсон сочи, кутубхона чанги, уй ҳайвонлари юнги, сурункали тонизиллитдаги, бурун ёндош бўшлиқлари зарарлангандаги бактериал аллергенлар.

Патогенези мавсумий ринитдагидай.

Клиникаси ҳам мавсумий ринитдагидай аммо йил давомида безовта килади қисқа муддатли ремиссиялар билан.

Диагностика – мавсумий ринитдагидай.

Даволаш: носпецифик ва специфик гипосенсибилизация.

Юқори жағ бўшлиғининг ўткир яллиғланиши.

Ўткир гайморитнинг субъектив ва объектив белгилари маҳаллий ва умумий бўлиши мумкин. Маҳаллий симптомларга зарарланган бўшлиқ соҳасидаги пешона бурун илдизи, ёноқ суяги соҳасидаги оғриқ киради. Оғриқ турли интенсивликда бўлиши мумкин, пальпацияда кучайиши, чакка ёки юзнинг уша ярмига тарқалиши мумкин. Айрим ҳолларда бош оғриги тарқоқ бўлади. Маҳаллий симптомлардан одатдагиларга ўша зарарланган бўшлиқ тарафда ёки икки томонлама бурундан нафас олиш қийинлиги киради.

Клиник манзараси: Умумий симптомларга тана хароратининг субфебрал ёки фебрингача кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, нафас олиш қийинлиги сабабли ҳолсизликнинг янада кучайиши кузатилади.

Диагностикаси: ўткир йирингли гайморитнинг объектив симптоми юқори жағ бўшлиғидан йирингли ўрта бурун йўлигачизикча шаклида тушиб туриши ҳисобланади. Агар ўрта бурун йўлидан йиринг тозалаб ташлангандан сўнг бошни карама қарши томонга эгганда йиринг яна ўрта бурун йўлида пайдо бўлса, йиринг айнан юқори жағ бўшлиғида тушаётган бўлади.

Рентгенограммада – юқори жағ бўшлиғи проекциясида солманиш пайдо бўлади.

Анамнезига кўра ва шикоят объектив кўрув маълумотларига кўра ҳар доим ҳам ўткир гайморитни фронтит, этмоидитдан ажратиб бўлмайди.

Синуситнинг объектив ва субъектив белгилари ва рентгенография кўрсаткичлари диагностик пункциясига кўрсатма ҳисобланади.

Пункциядан олдин пастки ва ўрта бурун йўллари 2 қайта адреналин билан қўшилган дикаин эритмаси билан анемизация ва шиллиқ қаватни анестезия қилинади. Пункция учун Куликовский игнаси ишлатилади.

Даволаш: ўткир гайморитда маҳаллий томир тарайтирувчи препаратлар, фрунотерапия ва умумий антибактериал даво (юқори тана харорати ва организмни интоксикацияланганда).

Антибактериал даво кўпинча пенициллин (4000000-6000000 ед.суткада) препаратлар (ампициллин, оксациллин) билан ўтказилади, лекин бошқа антибиотиклар (эритромицин, тетрациклин, аугментин ҳамда сульфамид препаратлар (стрептоцид, сульфадимезин ва бошқалар) яхши терапевтик эффект беради.

Шошилишч хирургик аралашувга кўрсатма бўлиб маҳаллий ёки умуми асоратлар орбита ҳўппози (флегмонаси мия ичи абсцесси, менингит, сепсис ҳисобланади.

Юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланиши.

Кўпроқ сурункали гриппнинг йирингли, йиринг полиноз, полиноз ва девор олди гиперпиостик шакллари учрайди. Кам ҳолларда – катарал, сероз, аллергик, жуда кам – холестеотом некротик ва сассик димоғ (озена) шакллари учрайди.

Клиник манзараси: сурункали гриппнинг экссудатив шаклининг характерли белгиси турли шаклдаги ва миқдордаги ажралма чиқиши кўпинча битта томондан кузатилади. Зурайиш даврида кўп ажралади, ремиссия даврида кам.

Бош оғриши, геморрагик ёки диффуз бўлади, ҳамда зўрайиш даврида ёки бўшлиқнинг ажралма чиқиши қийин бўлганда кучайди. Ремиссия даврида умумий аҳволи қониқарли бўлади, бу даврда беморлар патологик ўзгаришларга ўрганиб қолади ёрдам сўраб кам ҳолларда мурожаат қилади.

Беморларда сурункали грипп кўпинча қайталанади, бунда тана харорати кам ҳолларда кўтарилади, умумий ҳолсизлик, конъютивит, маҳаллий лимфадент ва кўпинча бош оғриғи бўлади.

Диагностика: анамнезга, шикоятига текшириш усуллари бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси диагностик пункцияга, ноаниқ ҳолларда контраст рентгенография компьютер томографиясига асосланади.

Давоси: одонтаген гайморитларда тишлар санацияси қилингандан кейин консерватив даво наф беради. Сурункали гриппда давони консерватив усулдан бошлаш керак. Энг самаралиси бўшлиқни пункция қилиб дезинфекцияловчи эритмалар (фурациллин, пермонганат калий, диоксидин) билан ювиб, бўшлиқни кенг таъсир доирали антибиотиклар (масалан: цефалоспарин, антибиотиклар) ли эритмани юбориш ҳисобланади.

Хирургик даво усуллариб юқори жағ бўшлиғидаги операциялар икки хил йўл билан – буруничи (эндоназал) ва бурундан ташқари (экстраназал) йўллар билан амалга оширилади.

Юқори жағ бўшлиғидаги радикал операция одатда Калдуэллюк усули билан маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш йўли билан қилинади.

Пешона бўшлиғининг ўткир яллиғланиши.

Ўткир фронтитни юзага келишида ўткир ринит ва этмоидит аҳамиятга эга. Умумий вирусли инфекцияни, ўткир респиратор касалликларни, организм совуқ қотишининг аҳамияти бор.

Клиник манзараси: ўткир фронтитни асосий симптоми бўлиб маҳаллий пешона соҳасидаги оғриқ тарқоқ ёки турли локализациясидаги бош оғриғи ҳамда уша томондан бурундан келадиган йирингли ажралма келиши ҳисобланади. Пешона соҳасидаги оғриқ турли интенсивликда бўлиши мумкин.

Диагностика: Риноскопияда йирингли ажралманинг ўрта чиғаноқнинг олд томони ортида кўринади, чиғаноқ шу жойини шиши ва гиперемияси кўринади. ўткир фронтитда рентгенологик манзара ўзига хос. Самарали диагностик ва даво усули бўлиб трепанопункция ҳисобланади.

Ўткир фронтитда сурункалига нисбатан трепанопункция кам қилинади.

Давоси: кўпинча консерватив фақатгина чузилган ҳолларда ҳамда кўз ичи, мия ичи умумий асоратланган ҳолларда кечиктириб бўлмайдиган хирургик аралашув йирингли учоқни бушатиш ва пешона бурун каналини ўтказувчанлигини тиклаш учун қилинади.

Пешона бўшлиғининг сурункали яллиғланиши.

Ўткир фронтитни сурункали ўтишида пешона бурун каналини ўтказувчанлигини турғун бузилиши, организм реактивлигининг пасайиши ҳисобланади.

Клиник манзараси: Ремиссия даврида шикоятлар бўлмаслиги мумкин, лекин кўп ҳолларда касаллик тез тез бош оғриши, пешона соҳаси ёки тарқоқ ҳолдаги бош оғриши билан кечади.

Реноскопияни: шиллиқ йирингли ажралма фақат шиллиқли ёки фақат йирингли ажралма кўп ёки кам миқдорда бўлиши мумкин. Полиноз, сероз, каратал жараёнларида суяқ оч рангли ажралма кўриниши мумкин.

Диагностика: касаллик симптомлари яққол бўлса қийинчилик туғдирмайди. Манзара яққол бўлмаган ҳолларда эндоназал микроэндоскопия

пешона бўшлиғини қоплама билан зондлаб ёки трепанопункция қилиб текшириш мумкин.

Давоси: маҳаллий ва умумий асоратлар бўлмаган ҳолларда консерватив усуллар қўлланилади.

Узоқ вақт ва турғун сурункали фронтит кузатилганда, асоратлар пайдо бўлганда хирургик аралашувга кўрсатма бўлади. Пешона бўшлиғини эндонозал усул билан очиш асоратланмаган ҳоллардагина тавсия қилинади. Ташқи томондан қилинадиган усулга 1837 йилда Н.И.Пирогов томонидан таклиф қилинган кўз соҳасидан ёндашув киради. Риттер-Янсен усули ҳам кўп тарқалган.

Ғалвирсимон лабиринт хужайраларнинг ўткир яллиғланиши.

Ғалвирсимон лабиринт хужайраларнинг ўткир яллиғланиши кўпинча тумовдан кейин, гриппдан кейин бошқа бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши билан бирга кузатилади. Болалик даврида ғалвирсимон лабиринт хужайраларнинг ўткир яллиғланиши ўткир респиратор касалликдан, қизамиқдан, бошқа инфекцион касалликлардан кейин кузатилади.

Клиник манзараси: ўткир этмоидитнинг характерли белгиси бурун девори, ўрта тусиғи соҳасидаги ҳамда турли локализациядаги бош оғриғи, ҳамда бурундан нафас олиш қийинлашиши ҳисобланади.

Тана хароратининг кўтарилиши кўпинча грипп ёки бошқа инфекцион касаллик реакцияси ҳисобланади ва ўткир этмоидитда 37,5-38,0 градус температурада бўлиши хафта давомида ушланиб туриши мумкин.

Диагностика: юқоридаги симптомларга асосланади. Рентгенография, офтальмологик ва неврологик текширувлар, инфекционист кўриги диагностикани аниқлаштиради.

Давоси: ўткир этмоидитда консерватив даво асоратланган ҳолларда қилинади. Асорат юзага келган бўлса кўз ёпиқ эмпиемияси ёки кўздаги асоратларда ва кўзда йиринг бўлса ғалвирсимон лабиринт хужайраларни очишга тўғри келади.

Ғалвирсимон лабиринт хужайраларнинг

сурункали яллиғланиши

Ғалвирсимон лабиринт хужайраларнинг сурункали яллиғланиши (сурункали этмоидитдаги) кўпинча ўткирдан кейин пайдо бўлади. Алоҳида бўлиб жуда кам ҳолларда учрайди. Кўп ҳолларда бошқа бурун ёндош бўшлиқлари билан яллиғланади, кўпинча юқори жағ бўшлиғи билан.

Сурункали этмоидитнинг кўп ҳолларда катарал- сероз, катарал-йирингли ва гиперпластик шакллари аниқланади. Буларда шиллиқ қаватнинг анчагина қалинлашуви ва полипоз ҳосилалар пайдо бўлиши кузатилади.

Клиник манзараси: Сурункали этмоидитда жараённинг активлигига боғлиқ. Ремиссия даврида беморни вақти вақти билан бош оғриги безовта қилади. Кўпинча бурун ўзаги соҳасида, иккила кош ўртасида, айрим ҳолларда тарқоқ оғриқ бўлади.

Риноскопияда катарал ўзгаришлар асосан буруннинг ўрта қисмида, ўрта бурун чиғаноғи остида шиллиқ ёки шиллиқ йирингли ажралма кўринади. Полипоз ҳосилалар ҳам ўрта ва юқори бурун йўлларида кўринади.

Давоси: Сурункали этмоидитнинг асоратланмаган шаклларида, полипоз билан кечганда аввал консерватив, кўп ҳолларда консерватив билан бирга бурун ичи операциялари (колипатомия, ғалвирсимон лабиринт хужайраларини очиш операциялари). Бурун чиғаноқларини қисман резекцияси операциялари қилинади. Синус-катетер «ЯМИК» ни қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Кўпинча ғалвирсимон лабиринт хужайралари қисман очилади ва бурун ичи йўл билан полипатация қилинади; бу операциялар бир вақтнинг ўзида қилинади.

Понасимон бўшлиқнинг ўткир ва сурункали яллиғланиши.

Понасимон бўшлиқларнинг алоҳида яллиғланиши (сфеноидит) жуда кам учрайди, уларнинг яллиғланиши ғалвирсимон лабиринт орқа катакчаларининг яллиғланиши билан бирга келади.

Клиник манзараси: ўткир сфеноидитда кескин шиллиқ қават шиши кузатилади, шиллиқ қават бутун бўшлиқни беркитиб қўйиши мумкин,

жараён бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Ўтуир сурункали яллиғланишнинг субъектив белгиси бўлиб энса соҳасидаги бош оғриғи хисобланади. Орқа риноскопияда бурун халқумда ва хоналарида йирингли каткалоқлар қуринади.

Диагностика: Клиник манзараси асосланади, бунда рентгенологик текширув катта аҳамиятга эга.

Диагностик ва даволаш мақсадларда понасимон бўшлиқни зондлаш ёки олдинги деворини пункция қилиш ўтказилади.

Давоси: бошида консерватив – маҳаллий томир торайтирувчи препаратлар, синус-катетер ва микроэндоскоплар ва антибактериал даво ёрдамида. (чузилган ҳолларда 10 кундан кўпроқ) микроэндоскопик текширув тавсия қилинади (операция), бўшлиқни зондлаш ва ювиш. Асоратлар белгиси кузатилса септик ҳолат, мия ичи, кўз асоратлари пайдо бўлса понасимон бўшлиқда кечиктириб бўлмайдиган жаррохлик аралашувга кўрсатма берилади. (микроэндоскоп ёрдамида эндоназал усули).

Клиник манзараси: сурункали сфеноидитни бошқа бурун ёндош бўшлиқлар сурункали зарарланиши каби шароитларда вужудга келади. Касаллик белгилари бўлиб энса соҳасидаги бош оғриқлари, хоналар орқасини ажратманинг ва бурун-халқумга оқиб тушади ва халқум ороқа деворига оқиб тушади. Бурундан хид келиши ва беморнинг ўзи томонидан буни сезилиши хисобланади.

Фарингоскопияда халқум орқа деворида шиллиқ йирингли ажралмани аниқлаш, шиллиқ қаватнинг атрофиясини кўриш мумкин. Рентгенография ва бўшлиқдаги хажмни жараённи аниқлаб бериши мумкин.

Давоси: сурункали сфеноидитда кўпинча хирургик тактика қўлланилади. Самарадорлиги бўлиб бу понасимон бўшлиқни микроэндоскопик очиш усули хисобланади. Сурункали сфеноидитнинг сурункали гайморит этмоидит билан бирга келган ҳолларда понасимон бўшлиққа юқори жағ бўшлиғи орқали боришади.

Маърузанинг ҳар бир саволига амалиётдан мисоллар.

6.1.1982-1983 йилларда Россияда биринчи бўлиб кулоқ бурун ва тамоқ касалликлари клиникасини очилиши, отиатрия ва ринолорингология кафедраларини бирлашиши, ҳарбий медицина академияси студентлари учун оторинолорингологияни мажбурий ўқитилиши керак бўлган фан сифатида киритилди. Оторинолорингология тарихида аҳамиятли ҳисобланади.

6.2.Тошкент шаҳрида 1919 йилда биринчи оторинолорингология кафедраси очилди. Кафедра мудирлари кўпгина таниқли шахслар бўлдилар.

6.3.Ўзбек оторинолорингологиясининг ривожига проф.Миразизов қ.Ф жуда катта ҳисса қўшдилар. Уларнинг раҳбарлигида 1-ТошДавТИ қошида ҳикилдоқ микрохирургияси маркази, 2-ТошДавТИ қошида Республикада биринчи бўлиб эшитиш ва нутқни реабилитация қилиш маркази А.И.Муминов раҳбарлигида ташкил қилинди.

6.4.Буруннинг тўғри ва нотўғри шакллари тафовут қилинади: улардан биринчиси ирқнинг маиллатнинг ўзига хос характери ҳисобланади, масалан, грекча, монголоид турдаги бурун ва бошқалар.

6.5.Хафақон касаллиги билан оғриган беморлардан бирданига бурун қонаши кузатилди. Агар сиз тез ёрдам врачлари бўлсангиз, қилиниши керак бўлган ҳаракатлар кетма-кетлигини санаб олинг.

6.6.Бемор бурун соҳасидаги кесувчи характердаги оғриққа шикоят қилади, 3 кун олдин бурун деворидаги учуқни эзиб чиқарган, кейин тана ҳарорати кўтарилган, юз юмшоқ тўқимасининг шиши кузатилган. Диагноз қўйинг.

6.7.Касаллик симптомлари ортиб борди. Бош оғриғи пайдо бўлди, температура, қалтираш билан ортиб борди, беморда птоз олиб кетувчи нерв парези кузатилди.

6.8.Беморда совуқ кейин бурун битиши, чап бурундан йирингли ажралма келиши кузатилди. Бош оғриғи кузатилди, чап юз ярмида тишларга иррадиация килувчи оғриқ кузатилди. курувда бурун ўрта йўлида йирингли чизик кўринади.

6.9.Баҳор мавсумида беморда бурун битиши, акса уриш хиружлари суюқ ажралма келиши, бурунда қичишиш бўлади.Томир торайтирувчи воситалар нафас олишни яхшиламайди. қайси касаллик хакида уйлаш керак ва яна қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши керак.

6.10.Ҳар бир саволга кўргазмали қўлланма: етакчи оторинголог олимларнинг суръатлари. Касаллик тарихлари, рентгенограммалар, Кулуков игнаси, трепан, зонд, бурун пичоғи, конхатомлар, гальванокаутер, ультратовушлар, дезинтегратор, ринопневмометр, бурун ёндош бўшлиқларнинг рентгенография суратлари.

6.11.Хотима. Орқага, босиб ўтилган йўлга назар ташласак, оторинолорингология ўз ривожланиши йўлида тўла қонли даволаш ва профилактик фан сифатида топилди ва бошқа тиббиёт фанлари ўртасида ўз ўрнини эгаллади, тиббиётнинг аҳамиятли бўлаги бўла олди.

Шуни айтиб ўтиш керакки, Бизнинг олимлар замонавий оторинолорингология ривожланишида ўз хиссасини қўшган ва қўшиб келмоқдалар. Клиник саволларни, муаммоларни кўриб чиқа туриб, профилактик йўналишда эканлигига амин бўлиш мумкин. Чунки бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини замонавий диагностикаси ва рационал даволаш усуллари оғир, ҳаёт учун хавфли бўлган касалликларни олдини олади профилактикаси ҳисобланади. Кўпинча бронх-ўпка патологияси рипоген эканлигини эсда тутиш керак, бурунни ва бурун ёндош бўшлиқларини санацияси чузилиб кечаётган пастки нафас йўлларининг яллиғланиш ва аллергиясиз касалликларни профилактикаси эканлигини ёдда тутиш керак.

9.Аудиторияга ўзаро қайта алоқани аниқлаш

9.1. Оторинолорингология нимани ўргатади

9.2.Бошқа клиник фанлар билан қандай алоқаси бор?

9.3. Оторинолорингологиялар мактаби қндай ташкил этилди?

9.4.Ўзбекистонда оторинолорингологиянинг қандай илмий йўналишлари мавжуд

9.5.Ташқи буруннинг қон билан таъминланиши ва веноз оқимининг ўзига хослиги қандай?

9.6.Бурун фурункулида қандай даволаш усули қўлланилади

9.7.Ўткир ринитнинг клиник босқичларилари қандай?

Адабиётлар:

1. ЮЛ. Воячек ВИ основы оториноларингологии. Л. Медгиз-1953г.
2. Гладков АА Болезни уха горла носа. М.Медицина-1973г.
3. Ю.З.Солдатов ИБ лекции по оториноларингологии. М Медгиз-1990г.
4. Исхаки Ю.Б., Калыптеин Л.И. Детская оториноларингология , Душанбе, Маориф 1977г.
5. Преображенский БС , Темкин ЯС, Лихачев АГ Болезни уха горла носа. М, Медгиз -1954г.
6. Пальчун с соавт. Параназальные синуситы. М медицина-1985г.
7. Благовещетская НС., Мухамеджанов Н.З., Риносинусогенные абсцессы мозга - Вестник оториноларингологии . №5 С32-37.