

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

Ўзбекистон республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги

Қ.Қосимов, З.К.Норбоев, А.Ғ.Далиев, Х.Қ.Қосимов

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Андижон – 2015

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

Ўзбекистон республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги

Қ.Қосимов,З.К.Норбоев,А.Ғ.Далиев,Х.Қ.Қосимов

Оториноларингология

**(Оториноларингология фанидан тиббиёт олий ўқув юртларининг
5-6 курс талабалари, клиник-ординаторлари магистрлар ва шифокорлари
учун дарслик)**

Даволаш иши - 5510100

Касбий таълим - 5111000

Педиатрия - 5510200

Таълим йўналишлари учун

Андижон – 2015

Тузувчилар:

Қ.Қосимов-Андижон давлат тиббиёт институти “Оториноларингология, офтальмология кафедраси” профессори т.ф.д.

З.К.Норбоев- Андижон давлат тиббиёт институти “Оториноларингология, офтальмология кафедраси” асистенти т.ф.н.

А.Ғ.Далиев- Андижон давлат тиббиёт институти “Оториноларингология, офтальмология кафедраси” доценти т.ф.н.

Х.Қ.Қосимов- Андижон давлат тиббиёт институти “Оториноларингология, офтальмология кафедраси” асистенти.

Такризчилар:

Х.Э.Шайхова-Тошкент тиббиёт академияси
“Оториноларингология”кафедраси мудири т.ф.д. профессор

С.С.Арифов-Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
“Оториноларингология”кафедраси профессори т.ф.д.

А.Ф.Икрамов- Андижон давлат тиббиёт институти “Оториноларингология, офтальмология кафедраси” мудири т.ф.д.,профессор

*Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигини 2015 йил
2 февралдаги 32 сонли буйруғига асосан Даволаш иши – 5510100 Касбий таълим - 5111000
Педиатрия – 5510200 йўналишларини талабалари учун дарслик сифатида нашр қилишига
рухсат берилди.*

Рўйхатга олиш рақами 32-206

МУНДАРИЖА

Кириш сўзи 6

Оториноларингология фанни ривожланиш тарихи 10

Боб 1. Қулоқ касалликлари 19

1.1. Эшитиш ва мувозанат анализаторлари клиник анатомияси 19

1.1.1. Ташқи қулоқ клиник анатомияси 19

1.1.2. Ўрта қулоқ клиник анатомияси 21

1.1.3. Ички қулоқ клиник анатомияси 28

1.2. Эшитиш ва мувозанат анализаторини физиологияси 32

1.2.1. Эшитиш анализатори физиологияси 32

1.2.2. Мувозанат анализатори физиологияси 36

1.3. Эшитиш ва мувозанат анализаторини текшириш усуллари 37

1.3.1. Эшитиш анализаторини текшириш усуллари 37

1.3.2. Мувозанат анализаторини текшириш усуллари 45

1.4. Ташқи қулоқ касалликлари 49

1.4.1. Ташқи қулоқ нуқсонлари 49

1.4.2. Ташқи қулоқни яллиғланиш касалликлари 50

1.4.3. Отгематома 50

1.4.4. Қулоқ сурпаси ёлини 50

1.4.5. Экзема 51

1.4.6. Қулоқ чирки 52

1.4.7. Қулоқ чипқони 53

1.4.8. Отомикоз 55

1.4.9. Қулоқда ёт жисм 56

1.5. Ўрта қулоқ касалликлари. 57

1.5.1. Ўткир катарал ўрта отит 58

1.5.2. Ўткир йирингли ўрта отит 59

1.5.3. Ўткир йирингли ўрта отитни болаларга хос кечиши 63

1.5.4. Мастоидит 66

1.5.5. Антрит 71

1.5.6. Сурункали йирингли ўрта отит 72

1.5.7. Сурункали йирингли мезотимпанит 74

1.5.8. Сурункали йирингли эптитимпанит 77

1.6. Ички қулоқ касалликлари 81

1.6.1. Лабринтит 81

1.7. Отоген мия ичи асоратлари 85

1.7.1. Отоген менингит 86

1.7.2. Отоген бош мия абсцесси 90

1.7.3. Отоген синус тромбоз, сепсис 97

1.8. Қулоқни йирингсиз кечадиган касалликлари 99

1.8.1. Нейросенсор карлик 99

1.8.2. Менъер касаллига 103

1.8.3. Отосклероз 107

- 1.9. Қулоқ ўсмалари 110**
 - 1.9.1. Қулоқни хафсиз ўсмалари 111
 - 1.9.2. Қулоқни хафли ўсмалари 112
- 1.10. Карлик ва гунг-карлик 112**
 - 1.10.1. Болаларда кар-соқовлик 113
- 1.11. Қулоқ жарохати 114**
 - 1.11.1. Қулоқ сурпаси жарохати 114
 - 1.11.2. Ташқи эшитув йўли жарохати 114
 - 1.11.3. Ноғора пардаси жарохати 115
 - 1.11.4. Ички қулоқ жарохати 115
 - 1.11.5. Қулоқни термик ва кимёвий қуйишлари 116
 - 1.11.6. Қулоқни акустик, баро ва вибротравмаси 116
- 1.12. Қулоқда шовқин 117**
- 1.13. Мавзуга оид тест саволлари ва вазият масалалари 120**

Боб 2. Бурун касалликлари 129

- 2.1. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари клиник анатомияси 129**
 - 2.1.1. Ташқи бурун клиник анатомияси 129
 - 2.1.2. Бурун бўшлиғи клиник анатомияси 129
 - 2.1.3. Бурун ёндош бўшлиқлари клиник анатомияси 130
- 2.2. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари клиник физиологияси 135**
- 2.3. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш усуллари 139**
- 2.4. Ташқи бурун касалликлари 149**
 - 2.4.1. Ташқи бурунни туғма нуқсонлари 149
 - 2.4.2. Бурун чипқони 151
 - 2.4.3. Бурун ёлини 152
 - 2.4.4. Бурунни кириш қисми сикози 153
 - 2.4.5. Бурун экземаси 154
 - 2.4.6. Бурунни қуйиши 155
 - 2.4.7. Бурунни совуқ уриши 156
- 2.5. Бурун бўшлиғини ўткир касалликлари 157**
 - 2.5.1. Ўткир тумов 157
- 2.6. Бурун бўшлиғини сурункали касалликлари 162**
 - 2.6.1. Сурункали катарал ринит 163
 - 2.6.2. Сурункали гипертрофик ринит 165
 - 2.6.3. Сурункали атрофик ринит 172
 - 2.6.4. Сассиқ тумов 174
 - 2.6.5. Вазомотор ринит 179
 - 2.6.6. Бурун тўсиғини қийшайиши 184
 - 2.6.7. Бурун тўсиғига қон қуйилиши ва ҳўппози 188
 - 2.6.8. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жарохати 190
 - 2.6.9. Бурун бўшлиғида ёт жисмлар 193
 - 2.6.10. Ринолитлар 196
 - 2.6.11. Бурундан қон кетиши 196

- 2.7. Бурун ёндош бўшлиқларини ўткир касалликлари 202**
 - 2.7.1. Юқори жағ суяги бўшлиғини ўткир яллиғланиши 205
 - 2.7.2. Ғалвирсимон суяк бўшлиқларини ўткир яллиғланиши 210
 - 2.7.3. Пешона суяги бўшлиғини ўткир яллиғланиши 211
 - 2.7.4. Асосий суяк бўшлиғини ўткир яллиғланиши 214
- 2.8. Бурун ёндош бўшлиқларини сурункали яллиғланиши 215**
 - 2.8.1. Юқори жағ суяги бўшлиғини сурункали яллиғланиши 215
 - 2.8.2. Ғалвирсимон суяк катакчалини сурункали яллиғланиши 219
 - 2.8.3. Пешона суяги бўшлиғини сурункали яллиғланиши 221
 - 2.8.4. Асосий суяк бўшлиғини сурункали яллиғланиши 224
- 2.9. Бурун ёндош бўшлиқларини касалликларини кўзга асорати 226**
- 2.10. Бурун ёндош бўшлиқларини касалликларни мия ичи 229**
асоратлари
- 2.11. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ўсмалари 231**
 - 2.11.1. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини хафсиз ўсмалари 231
 - 2.11.2. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини хафли ўсмалари 232
- 2.12. Бурун захми 234**
- 2.13. Бурун сили 236**
- 2.14. Бурун склеромаси 235**
- 2.15. Мавзу оид вазият масалалари ва тест саволлари. 237**

Боб 3. Халқум касалликлари 248

- 3.1. Халқумни клиник анатомияси 249 255**
- 3.2. Халқумни клиник физиологияси 257**
- 3.3. Халқумни лимфоаденоид халқасини фаолияти 258**
- 3.4. Халқумни текшириш усуллари 261**
- 3.5. Халқум касалликлари 261**
 - 3.5.1. Халқумни туғма ва ортирлган нуқсонлари 261
 - 3.5.2. Халқум жарохатлари 261
 - 3.5.3. Халқумни ёт жисмлари 263
 - 3.5.4. Халқум ва қизилўнгачни қуйиши 265
- 3.6. Халқумни ўткир касалликлари 267**
 - 3.6.1. Ўткир фарингит 267
 - 3.6.2. Ангиналар (бирламчи) 268
 - 3.6.3. Қон тизими касалликларидаги ангиналар 277
 - 3.6.4. Юқумли касалликлардаги ангиналар 280
- 3.7. Ангинани асоратлари 282**
 - 3.7.1. Паратонзиллит 283
 - 3.7.2. Паратонзилляр абсцесс 285
 - 3.7.3. Латерофаренгиал абсцесс 286
 - 3.7.4. Ретрофаренгиал абсцесс 286
- 3.8. Халқумни сурункали касалликлари 288**
 - 3.8.1. Сурункали фарингит 288
 - 3.8.2. Сурункали тонзиллит 290

- 3.9. Бурун халқум безини катталашуви (аденоид) 301**
- 3.10. Танглай безларини катталашуви 302**
- 3.11. Халқум неврози 307**
- 3.12. Апноое- уйқуда хуррак отиш 308**
- 3.13. Халқум ўсмалари 309**
 - 3.13.1. Халқумни хафсиз ўсмалари 310
 - 3.13.2. Халқумни хафли ўсмалари 311
- 3.14. Халқум захми 311**
- 3.15. Қизилўнгачни клиник анатомияси, физиологияси ва текшириш усуллари 312**
 - 3.15.1. Қизилўнгачда ёт жисмлар 313
- 3.16. Мавзуга оид вазият масалалари ва тест саволлари 313**

Боб 4. Хиқилдоқ касалликлари 321

- 4.1. Хиқилдоқни клиник анатомияси 321**
 - 4.1.1. Кекирдак ва бронхларини клиник анатомияси 325
- 4.2. Хиқилдоқни клиник физиологияси 326**
- 4.3. Хиқилдоқни текшириш усуллари 328**
- 4.4. Хиқилдоқни ўткир яллиғланиш касалликлари 332**
 - 4.4.1. Ўткир ларингит 332
 - 4.4.2. Ўткир трахеит 333
 - 4.4.3. Сохта бўғма 334
 - 4.4.4. Хиқилдоқ ангиnasi 338
 - 4.4.5. Флегманоз ларингит 340
 - 4.4.6. Геморагик ларингит 342
- 4.5. Хиқилдоқни сурункали касалликлари 343**
 - 4.5.1. Сурункали катарал ларингит 343
 - 4.5.2. Сурункали гиперпластик ларингит 344
 - 4.5.3. Сурункали атрофик ларингит 347
- 4.6. Хиқилдоқни ўткир ва сурункали қисилиши 349**
 - 4.6.1. Хиқилдоқ қисилишида шошилиш ёрдам 352
 - 4.6.2. Трахеотомия ва трахеостомия 353
- 4.7. Хиқилдоқ шишлари 357**
- 4.8. Хиқилдоқ ўсмалари 359**
 - 4.8.1. Хиқилдоқни хафсиз ўсмалари 359
 - 4.8.2. Хиқилдоқни хафли ўсмалари 362
- 4.9. Хиқилдоқ сили 366**
- 4.10. Хиқилдоқ захми 367**
- 4.11. Хиқилдоқ, кекирдак ва бронхларда ёт жисмлар 367**
- 4.12. Хиқилдоқни асаб тизими бузилишига оид касалликлари 370**
 - 4.12.1. Хиқилдоқни сезув тизими бузилишга оид касалликлари 370
 - 4.12.2. Хиқилдоқни ҳаракат фаолиятини бузилишга боғлиқ касалликлари 371
 - 4.12.3. Нейропатик шоллик ва фалажлик 372

Боб 5. ВИЧ инфекциясида ЛОР аъзолардаги ўзгаришлар 380

Боб 6. Касбга лаёқат ва экспертиза	384
Боб 7. ЛОР амалиётида қўлланиладиган дори воситалари	386
Адабиётлар рўйхати	400
Изоҳли луғат	401

**Шифокор бўлишимга йўлланма берган, машақатларида
хамдард бўлган, мархум отам Иминов Қосимжон ва Иминова
Ўлмасхонларни ёрқин хотирасига бағишлайман**

Қобилжон Қосимов.

КИРИШ СЎЗИ

Мухтарам юртбошимиз И.А.Каримовни Юксак маънавият енгилмас куч (2008 й.) асарида “Энг долзарб вазифамиз-барча жараёнларнинг илмий-назарий асосларини, уларнинг янги қирраларини мукамал очиб бериш, ўқувчиларимиз, талабаларимизга, кенг жамоатчиликка содда, лўнда қилиб тушунтириб бориш ва уларни бугунги замон талабларига жавоб берадиган жамият қурилишининг фаол бунёдкорларига айлантиришдан иборат.

Бунинг учун авваламбор тараққиётимизнинг ҳар бир йўналиши-жамиятимиздаги сиёсий, ижтимоий-иқтисодий, маънавий муносабатларининг ривожига ҳақида махсус адабиётлар яратиш тизимини янада такомиллаштириш зарур” деб айтган сўзларини биз тиббиёт соҳасида фаолият кўсатаётган шифокорлар, тиббиёт институти профессор ўқитувчилари олдиған катта вазифаларни бажариш маъсулятини қўйди.

Мухтарам президентимиз И.А. Каримов Ватанимизни ўтган 22 йиллик мустақил тараққиёти давомида эришаётган натижа ва марралари ҳақида ўзини Ўзбекистон Республикаси Конституция қабул қилинганлигини 21 йиллигига бағишланган тантанали маросимдаги маърузасида кўрсатиб берди.

Ўтган ана шу даврда Ўзбекистон иқтисодиёти 4,1 баробар ўсди.

Жаҳон миқёсида ҳали-бери давом этаётган молиявий-иқтисодий инқирознинг жиддий таъсирига қарамасдан, мамлакатимиз ялпи ички маҳсулотининг йиллик ўсиши 2008-2013 йилларда 8 фоиздан ошди, 2014 йилда эса бу кўрсаткич 8,1 фоизни ташкил этади. Бундай ўсиш суръатларини камдан-кам давлатларда кузатиш мумкин.

Мустақиллик йилларида мамлакатимизда аҳолининг реал ялпи даромадлари жон бошига 8,2 баробар ошганининг ўзи халқимизнинг ҳаёт даражаси тобора ўсиб бораётганидан далолат беради.

Мамлакатимизда ҳар йили давлат бюджетини қабул қилишда айна ижтимоий соҳани ривожлантиришга алоҳида аҳамият берилади. 2013 йилда бу

соҳага ажратилган маблағлар бюджетимиз умумий харажатларининг 60 фоизини ташкил этди. Бу эса 2012 йилга нисбатан 1 триллион сўмга кўпроқдир.

Яна бир устувор вазифамиз деб кўрсатиб ўтди, мухтарам президентимиз И.А.Каримов – халқимиз саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш ва самарасини ошириш, профилактика ишларини кучайтиришдан иборатдир.

Йил мобайнида мамлакатимиз бўйича 311 миллиард сўмлик бюджет маблағи ҳисобидан 146 та замонавий тиббиёт муассасаси фойдаланишга топширилди.

Мухтарм президентимиз Ислом Абдуғаниевич Каримов раҳнамолигида давлатимиз ижтимоий соҳага,хусусан тиббиёт соҳасига кўрсатаётган ғамхўрлиги,тиббиёт ходимларига билдираётган ҳурмат эътиборига жавобан, биз юртимиз аҳолисига кўрсатаётган тиббий хизматни мавқеини янада юқори даражага кўрсатишимиз шарт. Бўлажак тиббиёт ходимларини тарбиялаш ва ўқитишда, замон талабига жавоб берадиган ва илғор тиббиёт ютуқларини акс эттирган, ўқув қўлланма ва дарсликлар яратишимиз билан жавоб беришимиз керак.

Ўзбекистон Республикаси мустақилликка эришгандан сўнг ўзбек тилига давлат тили мақоми берилди. Шундан келиб чиққан ҳолда, барча соҳада иш юритиш ўзбек тилида олиб борилмоқда. Тиббиёт соҳасида ҳам замон талабига жавоб берадиган янги ўқув адабиётлари яратилишига эҳтиёж туғилди. Ҳозирги кунгача республикаимизни тиббиёт инситутларини талабаларини оториноларингология фани бўйича ўқитишда асосан Россия олимлари томонидан яратилган адабиётлардан фойдаланиб келинмоқда. Оториноларингологиядан дастлабки ўзбек тилида ўқув адабиёти проф.А.И.Мўминов (1994) “Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари» ва А.Н.Дадамухамедов, М.Мирзарасуловлар (1999) «Болалар оториноларингологияси», ҳамда С.А.Хасанов, Н.Х.Воҳидовлар томонидан “Қулоқ,бурун,халқум ва хиқилдоқ касалликлари” (2011) дарсликлари яратилган ва ўқув жараёнига тадбиқ этилган. Бу адабиётлар ўз вақтида ўқувчилар томонидан мамнуният билан қабул қилинган. Бу нашрлардан сўнг ўтган даврларда ЛОР аъзоларини текшириш, ташхис қўйиш ва даволаш масалаларида бир қанча янгиликлар пайдо бўлди. Ўқитишни янги технологиялари яратилди, касалликларни ўрганишда замонавий назариялар ва амалиётлар пайдо бўлди,шунинг учун ҳам оториноларингологиядан янги ўқув адабиётини яратилишига эҳтиёж туғилди.

1996 йили давлатимизда иш юритишни лотин алифбосига олиб боришга ўтилгандан сўнг, республика миқёсида давлат идоралари қаторида, бошланғич ва ўрта мактаб, касб-хунар коллежлари ва олий ўқув юртларида ишлар лотин алифбосида олиб борилмоқда. Ўз-ўзидан маълумки, ҳозирги кунда тезлик билан лотин алифбосида ўқув адабиётларини яратиш, ўқувчилар эътиборига ҳавола этиш зарур.

Ўз-ўзидан савол туғилади қуйидаги дарсликни ёзилиб нашр этишга қандай зарурият туғилди?

Биринчидан оториноларингологиядан ўқув адабиётларини давлат тилида чоп этилганлигига анча вақт ўтганлиги.

Иккинчидан ҳар 3-4 йилда тиббиётда маълумотлар 20% янгиланиб туришлигини ҳисобга олинди.

Учинчидан охирги йилларда ЛОР азоларини баъзи бир касалликларини сабабларини аниқлашда, клиник кечишини ўрганишда, тасхишлашда замонавий асбоб-анжомлар қўлланилаётганлиги ва даволаш масалаларида бир қанча, янги дори моддаларини амалиётга татдиқ қилинди. Бундай ўзгаришлар Менъер касаллиги, отосклероз, экссудатли ўрта отит, сурункали тонзиллит, ўткир ларинготрахеитни даволаш, ЛОР азоларда СПИД касаллигидаги ўзгаришлар ҳамда уларни даволашга оиддир.

Сурункали йирингли ўрта отит, адгезив отит, риносинуситлар, бурун полипини даволашда янгича ёндошиш пайдо бўлди.

Оториноларингологик беморларга ташхис қўйиш ва даволашда янги эндоскопик микрохирургия йўлга қўйилди. Булар ҳақидаги маълумотлар ҳам китобни тегишли саҳифаларида кенг ёритилди. Ташхисда ЯМР, компьютер томограф кенг қўлланилаётганлиги, даволаш амалиётида турли физик таъсирлар, крио даволаш, ультратовуш, магнит майдони орқали таъсир этиш, лазер даволар ҳақида маълумот берилган.

Тўртинчидан китобни ЛОР азолари анатомиясига бағишланган бўлимларда, клиник ташхислашда 2007 йили Ўзбекистон олимлари томонидан чоп этилган халқаро анатомик терминологиядан фойдаланилган бу эса талабалар томонидан ўзлаштириш жараёнини анча енгиллаштиради.

Бешинчидан ЛОР азоларини физиологияси масаласи бўлимига замонавий фан янгиликлари натижаларини киритиш билан бойитилди.

Олтинчидан китобда келтирилган расм ва суратларни асосий қисмини ўзимизни кузатишларимиз натижалари билан бойитилган.

Еттинчидан ЛОР касалликларни бартараф этишни асосий йўналиши уни олдини олиш ва сурункали кўринишига ўтганда диспансер назоратига олиш ҳақидаги маълумотлар батафсил ёритилди.

Саккизинчидан аср вабоси хисобланган СПИД, уни ЛОР азоларига берган асоратлари ҳақида маълумотлар китобни алоҳида бўлимида берилган.

Тўққизинчидан ҳар бир бўлим охирида, шу бўлимга тегишли беморларни касаллик тарихидан мисоллар келтирилган ва тест саволлари ва вазият масалалари берилган. Бу эса ўқувчиларни ўтилган дарслар бўйича мавзунини қандай даражада ўзлаштиришга эришганлигини аниқлашда ёрдам беради.

Ўнинчидан дарсликда ўқувчиларга нафақат тиббий билим беришга ҳаракат қилинди, балки уларга тиббий маданият ҳақида ҳам тушунтириш беришга ҳаракат қилинди.

Ўн биринчидан ушбу яратилган ўқув адабиётида ЛОР кафедраси ходимларинин 52 йиллик тўплаган тажрибалари, кузатишлари муаллифларнинг шахсий фикр мулоҳазалари натижалари ҳам акс эттирилган.

Юқорида келтирилган маълумотларга асосланган ҳолда ушбу дарсликни ёзиб чоп этишга ҳаракат қилдик.

Ўқув адабиётини яратишда айрим камчиликлар, хатоликлар, қарама-қарши фикрлардан холи бўлмади. Шунинг учун ҳам ўқувчилар томонидан билдирилган фикр мулоҳазалар ва таклифлар муаллифлар томонидан мамнуният билан қабул қилинади.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ФАНИНИ МАҚСАДИ ВА МОХИЯТИ, ТИББИЁТДА ТУТГАН ЎРНИ,РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ.

Оториноларингология фани тиббиётни махсус бўлими ҳисобланиб кулоқ,томоқ ва бурунни клиник анатомияси,мофологияси,физиологияси ва касалликларини ўрганиш,олдини олиш ва даволаш масалалари билан шуғулланади. Оториноларингология тиббиётни барча сохалари билан чамбар-час боғланиб ривожланади.Тиббиёт соҳасида мурожат қилаётган беморларни 30% ни ЛОР беморлар ташкил қилади, уларни 60% эса болалардир. ЛОР соҳаси тиббиётни бошқа бўлимларига қараганда анча ёш йўналиш бўлишига қарамай ривожланиш поғонасида жадаллик билан олдинга бормоқда.

Оториноларингология фанини ривожланиш йўллари ва унинг бошқа клиник фанлар орасида тутган ўрни

Оториноларингология клиник таълимот бўлиб, латинча сўздан олинган (otos - кулоқ, rhinos - бурун, laryngos - томоқ).

Оториноларингология - кулоқ, бурун, томоқ аъзоларини, уларни тузилиши, вазифалари яъни эшитиш, хид сезиш ва нутқ ҳосил бўлишини, шунингдек кулоқ, бурун, томоқ касалликларини, уларнинг бошқа аъзолар билан чамбарчас боғлиқлигини ўргатувчи фандир.

Оториноларингологияни - ҳозирги кундаги вазифаси кулоқ, бурун, томоқ касалликларини олдини олиш, уларни эрта аниқлаш, даволаш, шунинг билан биргаликда эшитиш, мувозанат ва хид билиш анализаторларни ҳолати ва узгариши даражасини ҳам аниқлашдан иборатдир. Кулоқ, бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқ бутун бир организмнинг бир қисми ҳисобланиб, марказий нерв системаси томонидан бошқарилиб турилади. Бу аъзолар касалликларини бутун организмдан ажратиб олиб ўрганиш ва даволаш мақсадга мувофиқ эмаслиги

бўлгани каби, бошқа аъзоларни ҳам ЛОР аъзоларидан ажратиб даволаш фойдасиздир.

И.П.Павлов таълимотига асосан анализаторлар периферик (қуйи) қисмидан токи бош мия ярим шарлар (марказ) пўстлоғигача бутун бир тизимни (системани) ташкил қилади.

Эшитиш ва мувозанат анализаторларнинг қуйи (периферик) қабул қилувчи марказини рецепторлари ички кулоқда жойлашган. Хид сезиш анализаторлариники эса бурунда жойлашган. Бу анализаторларнинг марказий қисми бош мия ярим шарлари пўстлоғида жойлашган.

Кулоқ ва юқори нафас йўллари тузилиши, вазифаси, касалликлари ҳақидаги дастлабки маълумотларни яратилишида, Гиппократ (460-377) кейинчалик Цельс (I аср), Гален (I-II аср) ишлари аҳамиятлидир.

Ўрта асрнинг йирик, машхур энциклопедист -олими Абу Али Ибн Сино (980-1057) ўзини «Тиб қонунлари» номли китобида: кулоқ, бурун ва томоқ, оғиз бўшлиғи, тиш касалликларига катта бўлимини бағишлаган. Бўлимда карлик, кулоқда пайдо бўладиган шовқин, бош айланиши, нутқда нафас олишнинг аҳамияти каби маълумотлар батафсил ёритиб берилган.

XVI асрнинг йирик олимларидан А.Везалий (1510-1534й.) кулоқ бўлимларини тузилиши ва уларни вазифаси ҳақида ўз асарларида кенг маълумот берган.

Евстахий (1540-1574й) эшитиш найи тузилиши ва уни эшитиш жараёнидаги ўрни тўғрисида ёзган.

Фалопий (1523-1562й) юз нерви канали, кулоқ лабиринти, ноғора бўшлиғи тўғрисида маълумотларга катта аҳамият берган.

А. Вальсальв (1666-1723)ўзини «Одам кулоғини тузилиши» номли китобида (1704) кулоқнинг анатомик ва патологоанатомик тузилишлари ҳақида ёзган. У амалиётда ўрта кулоққа бурун-ҳалқум орқали ҳаво юбориш усулини кашф этди. Бу усул ҳозирги вақтда амалиётда кенг қўлланилмоқда.

ЛОР мутахассислигини фаолияти ва уни вазифалари кенг ёритилиб берилган.

Чех олими Пуркинье (1820) бош айланиши билан нистагмни бир-бирига боғлиқлигини аниқлади. Флуран (1842) кулоқ лабиринтини, ёриб ярим ойсимон каналларни фаолиятини бузилиши билан тана ҳолатини бузилиши орасидаги боғлиқлигини исботлади.

У чиғаноқни эшитиш аппаратида тегишлигини, ярим ойсимон каналларни эса мувозанат аппаратга тегишли эканлигини кўрсатиб берди. Бунга ўшаш бир қанча маълумотларни умумий қонуниятларига суянган ҳолда ички кулоқ ярим ойсимон каналларининг вазифалари тўғрисидаги назарияни Эвальд яратди (Эвальд конуни). Италия олими Корти (1822-1876) чиғаноқни тузилишини ўрганиб чиқди, уни эшитиш жараёнидаги ўрнини кўрсатиб берди, шунинг учун ҳам чиғаноқни бу қисмини Кортиев аъзоси деб номланади. Гельмгольц (1821-1894) ўз текширишларига асосланиб эшитиш назариясини яратди.

А.Политцер (1885-1920) - Гарбий Европада оториноларингологияни асосчиларидан бири бўлиб, илмий ишлари кулоқ касалликларини ўрганишга, жаррохлик усулларни кенгайтиришга асосланган.

XIX асрнинг иккинчи ярмидан оториноларингология тиббиёт фанлари орасидан алохида фан бўлиб ажралиб чиқди.

Немис врачлари Гофман ЛОР аъзоларини текшириш учун ўртасида кичкина юмалок тешик бор ойнак кашф қилиб, шу ойнакдан қайтган ёруғлик нуруни ЛОР аъзоларини кўришни таклиф этган.

Бу ичи ясси ойнак бошнинг пешона қисмига, тешиги эса чап кўз соҳасига тўғриланиб маҳкамланади ва «пешона рефлектори» деб аталади.

Музыка ўқитувчиси, профессор Мануэль Гарсия (1804-1904) 1854 йили билвосита ларингоскопия учун “хиқилдоқ ойнаси” усулини ихтиро қилди.

К. А. Раухфус биринчи бўлиб субхордал ларингитни (сохта бўғма) клиник кўринишини ёзди. У дунёда биринчи бўлиб (1861й) ларингоскопияга асосланган холда трахеотомия қилди ва хиқилдоқ ўсмасини олди.

Россияда биринчи бўлиб Н. В. Склифосовский (1836-1904) хиқилдоқни ярим резекциясини бажарди. Веналик хирург Бильрот 1875 йили хиқилдоқни тўла экстерпациясини қилди. Рус олими В. Н. Никитин (1850-1921) аденоидни клиник кечишини, уни ташхиси ва жаррохлик муолажасини ишлаб чиқди.

Германиялик отолог Г. Шварце (1837-1910) сўрғичсимон ўсимтани оддий трепанациясини таклиф этди.

XIX асрнинг иккинчи ярмида оториноларингология фанини ривожланишига муносиб хисса қўшган ғарбнинг буюк оториноларингологлари Бецольд (Мюнхена) унинг шогирди Денкер, отолог Шварце (Галледа), Штаке (Эрфуртда), Киллиан (Фрейбергда), Цауфаль (Прагада) ва бошқалар хисобланган.

Н. П. Симановский (1854-1922) Россияда биринчи мартаба 1892 й. кулоқ, бурун ва томоқ касаликларини бирлашган клиникасини ташкил қилди.

Келгусида оториноларингологияни равнақида унинг шогирдлари В. И. Воячек, М. Ф. Цитович, Н. В. Белоголов, Н. М. Асписовлар ҳам салмоқли ишлар олиб бордилар.

Профессор, Л. Т. Левинни (1869-1944) «Кулоқнинг хирургик касалликлари» номли қўлёзмаси ҳозирги вақтгача ЛОР мутахассисларига энг керакли қўлланмалардан бири бўлиб хисобланмоқда.

Академик, Солдатов Игорь Борисович (1923) илмий изланишлари кулоқ патологиясига бағишланган, «Меёрдаги (нормадаги) бодомча безларини нерв аппарати», “Кулоқ касаллигида кулоқ шовқини», каби тўпламлар ва “Оториноларингологиядан қўлланма” яратди.

Профессор Андрей Гаврилович Лихачёв (1899-1985) «Кулоқ, бурун ва томоқ касалликлари» дарслиги, «Бурун ҳалқум ракиннинг клиникаси», «Сурункали аллергия риносинуситлар» ва бошқа монографиялар муаллифидир

Академик, Преображенский Борис Сергеевич (1892-1970) - 1941 йилдан умрини охиригача у Москва Тиббий олийгоҳи ЛОР кафедра мудирлари лавозимида ишлади. Унинг «Ангина», «Сурункали тонзиллит», «Кар ва соқовлик», «Ринохирургиянинг ривожланиш тарихи», «Кулоқ, бурун ва томоқ касалликлари» тўпламлари маълум.

Унинг шогирди В. Т. Пальчун 1972 йилдан кафедрани бошқарди. В. Т.Пальчун (1980) «Кулоқ, бурун ва томоқ касалликлари» номли дарсликни муаллифи.

Ўзбекистонда илмий кадрлар тайёрлашда Академик Б. С. Преображенский, профессор Л. Б. Дайняк, хизмат кўрсатган фан арбоби И. И. Патаповларни улкан хизматларини алоҳида кўрсатиш мумкин.

ЎЗБЕКИСТОНДА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Ўзбекистонда биринчи бўлиб 1918 йилда Тошкентнинг эски шаҳридаги касалхона қошида А.М. Журавлев томонидан 25 ўринли кўз ва ЛОР касалликлари учун бўлим очилган. Ўрта Осиё Университети қошида тиббиёт факультети очилиш муносабати билан Тошкентнинг харбий госпиталида ЛОР кафедраси ташкил қилинади ва унинг биринчи мудирлари этиб Масквадан келган профессор С.Ф. Штейн тайинланади. С.Ф. Штейн ташкилий ишлар билан шуғулланиди ва узоқ ишламасдан соғлиги ёмонлашганлиги туфайли Ессентуки шаҳрига кетиб қолади.

1922 йилда кафедра мудирлари этиб С.Ф.Каплан тайинланади. Шу даврда Республикада ЛОР хизматини ривожлантириш учун врачлардан И.Б.Блюм, Н.А.Новиков, В.И. Суравецкий, И.М. Розенфельд, А.А. Мигринскаялар катта хизмат қилдилар.

1925 йилда Ўрта осиё оториноларингологлар илмий жамияти тузилди ва унинг биринчи раиси этиб С.П. Каплан сайланди.

1927 йилда ЛОР кафедраси мудирлари этиб доцент И.М. Рузенфельд сайланади.

1930-1937 йиллар кафедрани профессор С.Г. Боржим бошқаради. Бу даврни кафедрани ривожланиш даври деб аташ мумкин, чунки кафедрада кулоқ, томоқ ва бурун касалликларини жаррохлик йўли билан даволашни янги усуллари ишлаб чиқилди ва ташхис ишлари яхши йўлга қўйилди.

1939-1945 йилларда Тошкент тиббиёт институтининг ЛОР кафедрасини профессор В.П. Чикурин бошқарди. Бу даврда ЛОР касалликларини консерватив усулда даволаш ишларига катта эътибор қаратилди.

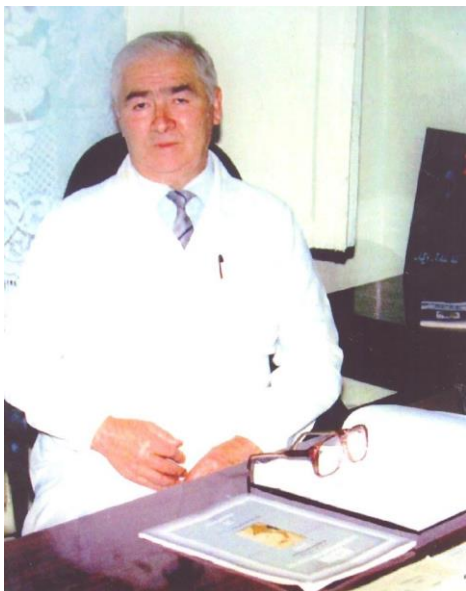
1945-1955 йиллари кафедрани профессор С.И.Шумский раҳбарлигида бошқарилди ва шу даврда 6 та номзодлик диссертациялари ёқланди. С.И Шумский кўпгина маҳаллий миллат врачларини ишга жалб қилди (С.А. Агзамов, Р.А. Хамраева, А.Г. Ганиев, К.Д. Миразизов, Р.Н. Каюмова, А.У. Усманова ва бошқалар).

Ласков Израил Юльевич (1897-1968) профессор 1955-1968 йилларда Тошкент тиббиёт институти ЛОР кафедрасини бошқарди. Ўзини иш фаолиятида хикматдорнинг сурункали қисилишларда протез дилататорлар ёрдамида даволаш усулини йўлга қўйди.



Миразизов Кўчкор Жураевич (1925-2011) профессор. Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби. Тошкент давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси (1969-1998) мудири, оддий ассистентликдан кафедра мудири даражасигача бўлган йўлни босиб ўтди ва 1998 йилгача кафедра мудири лавозимида ишлади. Илмий изланишлари отоген бош мия асоратлари ташхиси ва даволаш йўллари, ЛОР касалликлари ривожланишини олдини олиш ҳамда уларни ташхиси масалаларига бағишланган. Қ.Ж.Миразизов раҳбарлиги остида 40 дан ортиқ фан докторлари ва фан номзодлари тайёрланган. Ватанимизда оториноларингология фанини ривожланишини асосчиларидан бири ҳисобланади.

Кафедрани (1997-2005) йиллар профессор Ходжаева Қундуз Асадуллаевна бошқарди, бу даврда кафедра ЛОР касалликларини ташхиси ва даволаш ишларида янги технологияларни амалиётга киритиш бўйича улкан ишларини амалга оширди. "Амалий оториноларингология" ўқув қўлланмаси муаллифи. Қ.А.Ходжаева раҳбарлигида 2 та фан доктори ва 12 та фан номзодлари тайёрланган. Кафедрада Ватанимизга юқори малакали илмий ва амалий ходимлар тайёрлашда ҳақиқий ЛОР мактаби яратилди.



Мўминов Акрам Ибрагимович (1937-2001) профессор, ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби. 1976 йилдан II-Тошкент давлат тиббиёт институти оториноларингология кафедраси мудирлари бир вақитни ўзида шу институтни ўқув ишлари бўйича проректори лавозимида ишлади. 1989 йилдан янги ташкил қилинган Бухоро тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудирлари ва шу билан бирга институт ректори лавозимида ишлади. 1994 йилдан Самарқанд Давлат тиббиёт институти ректори этиб тайинланди. Илмий ишлари бурун ва бурун ён бўшлиқлари касалликлари ва уларни ўпка касалликларига алоқадорлиги, сурункали тонзиллит, қулоқнинг йирингли касалликларида, алохида сурдологик хизматни ташкил қилишга, касбий касалликлар муаммоларига бағишланган. Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари бўйича талабалар учун ўқув адабиёти муаллифи ҳисобланади, бундан ташқари бир неча илмий монографиялар яратган, ҳамда 40 ортик илмий кадрлар тайёрлаган.

Ҳакимов Абдумалик Махмудович (1941 й.) тиббиёт фанлари доктори, профессор 1992 йилдан аввал иккинчи ТОШМИ Лор кафедраси, сўнгра тиббиёт академияси Лор кафедрасини мудирлари лавозимида фаолият кўрсатган. Илмий йўналиши нейросенсор қарлик муаммоларига бағишланган. 2000 йилдан Республикада оториноларингологлар жамиятини раиси, барча ўтказилган оториноларингологлар съездини асосий ташкилотчиларидан ҳисобланади. "Соғлиқни сақлаш аълочилиси" нишони билан тақдирланган. 300 дан ортик илмий ишлар муаллифи, 2та фан доктори ва 12 та фан номзодлари тайёрлаган. Республикада оториноларингология хизматини ривожланишида улкан хизмат қилган олим сифатида ҳурматга сазавордир.

Тиббиёт академиясини 2011 йилдан бошлаб, тиббиёт фанлари доктори, профессор Шайхова Холида Эркиновна (1954 й.) бошқармоқда. Кафедрада профессор Х.Э.Шайховадан ташқари 8 нафар тиббиёт фанлари доктори профессорлар фаолият кўрсатмоқда. Профессор Х.Э. Шайховани илмий йўналиши юқори нафас йўллари ва ўрта қулоқни йирингли яллиғланиш муаммоларини ҳал қилиш масалаларига бағишланган, 200 ортик илмий ишлар муаллифи, бир қанча илмий ходимларга раҳбарлик қилган. Кафедрада келажаги порлоқ профессор Х.М.Матқулиев фаолият кўрсатмоқда. Олимни илмий йўналиши реконструктив пластик ва эшитиш заифлигини сабабларини аниқлаш ва уларни бартараф этиш муаммоларига бағишланган. 100 ортик илмий ишлар муаллифи.

1930 йилда Самарқанд тиббиёт институти очилди ва ЛОР кафедра ташкил этилди ва мудирлари этиб профессор Гамаюнов Семен Федорович (1896-1931)

тайинлади. С.Ф.Гамаюновни илмий ишлари юқори нафас йўллари касалликларига бағишланган.

1939 йилдан 1950 йилгача Самарқанд тиббиёт институти ЛОР кафедрасини профессор Савельев Александр Васильевич (1898-1985) бошқарди. Илмий ишлари кулоқни йирингли касалликларини консерватив даволаш ишларига бағишланган.

Лурье Мирон Самойлович (1894-1967) профессор, 1951-1956 йилларда Самарқанд тиббиёт институти ЛОР кафедра мудири бўлиб ишлади. М. С. Лурье ва Болотина Б. М. билан биргаликда 1938 йили ҳикилдоқ касаллигини янги клиник шаклини яний -«ноксимон чуқурча ангинаси»ни тўлиқ клиник кўринишини ёзди. Дунёда биринчи марта тонзилляр патологияни ўрганиш бўйича (экспериментал) тажриба ишларни олиб борди.

Бувев Петр Дмитриевич (1899- 1967й.) профессор, Самарқанд тиббиёт институтининг ЛОР кафедраси мудири бўлиб 1956-1957 йилгача ишлади. Илмий ишлари ҳикилдоқни лимфатик тизимини ўрганишга ва ҳикилдоқ қисмларида бўладиган ўзгаришларга бағишланган.

Ченгери Станислав Казимирович (1893 й.) доцент. Самарқанд тиббиёт институти ЛОР кафедрасини 1957-1964 йилгача бошқарган. Илмий ишлари кулоқда сурункали яллиғланиш касалликлари ва уни олдини олиш масаларига бағишланган.

Садриева Р. В. профессор (1918 й.) Самарқанд тиббиёт институтининг ЛОР кафедраси мудири бўлиб 1965 йилдан 1970 йилгача ишлади. Илмий ишлари юқори нафас йўллари касб касалликларини аниқлаш ва уларни даволаш масалаларига бағишланган.

Горчаков Вениамин Андреевич (1917 й.) профессор Самарқанд тиббиёт институти ЛОР кафедрасини 1970-1981 йилларда бошқарди. Илмий ишлари сурункали тонзиллит муаммоларига, сурункали тонзиллитни зардоб юбориб даволаш, уни олдини олиш масалаларига бағишланган.

Насритдинов Тахсин Хамидович (1944 - 2008) профессор. Самарқанд тиббиёт институти ЛОР кафедрасини 1982 йилда бошқарган. Илмий изланишлари ҳикилдоқ ўсмаларини даволаш масаласига бағишланган. 150 дан ортиқ илмий ишлар муаллифи, 6 нафар фан номзодлари тайёрлаган.

Профессор Лутфуллаев Умрулло Лутфуллаевич (1943 й.) ҳозирги кунда Самарқанд тиббиёт институтини ЛОР кафедрасини бошқармоқда. Қобилиятли ва илмий салоҳияти юқори бўлган мутахассислардан ҳисобланади. Асосий илмий йўналиши ЛОР аъзоларини ўсмалари мавзусига бағишланган. Олимини шу кундаги фаолияти, ёш иқтидорли илмий ходимларни тайёрлашга қаратилган.

Тиббиёт институтлари ичида ёш ҳисобланган (1989) Бухоро тиббиёт институти ЛОР кафедрасини профессор А.И.Мўминовдан сўнг ёш, келажаги порлоқ, илмий салоҳияти юқори бўлган Воҳидов Нуритдин Хикматович (1952 й.) бошқармоқда. Илмий йўналиши иссиқ иқлим шароитида юқори нафас йўллари касалликларини ўрганиш ва даволаш масалаларига бағишланган.

Тошкент тиббиёт малака ошириш институти ташкил этилиши билан бирга ЛОР кафедраси ҳам ташкил қилинди.

Дреннова Капитолина Алексеевна (1896-1962) профессор, 1948 йилдан 1962 йилгача врачлар малакасини ошириш институти ЛОР кафедраси биринчи

мудираси бўлиб ишлаган. Илмий изланишлари юқори нафас йўллари ретикуло-эндотелиал тизими иш фаолиятини ўрганиш, ҳалқум ва хиқилдоқнинг химоя вазифаларини аниқлашга бағишланган.

Ладижинская Эсфирь Абрамовна (1905-1985) профессор. 1963-1970 йилларда Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ЛОР кафедраси мудираси, илмий ишлари ўрта ва ички кулоқ касалликларига ва 8-жуфт нервнинг ўтказувчи йўллари ва уни марказий нерв системасига боғлиқлик вазифаларини ўрганишга бағишланган.

Ибрагимов Гайрат Туланович (1929-1995) профессор. 1971-1995 йилларда Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ЛОР кафедраси мудираси бўлиб фаолият кўрсатди. Илмий ишлари сурункали эпителиалларни консерватив (дори-дармон билан) даволаш ва хиқилдоқ ўсмалари ташхисига бағишланган. Ватанимизга оториноларингология соҳаси бўйича бир қанча илмий ва амалий кадрлар тайёрлашда хизматлари катта бўлган.

Кафедрани 2005 йилдан бери профессор К.Ж.Жабборов бошқариб келмоқда.Олимни илмий йўналиши ўсмирлар ЛОР аъзолари касалликларини тасхишлаш,даволаш ва олдини олиш масалаларига бағишланган.Олим бир қанча маъсулятли маъмурий ва ташкилий ишларда фаолият кўрсатган. 1990-1993 йилларда ЎзР ССВ қошида бош оториноларинголог лавозимида,1993-95 йиллари Хоразм вилояти ССБ бошлиғи,1996-99 йиллари ТошДаввТИ Урганч филиали декани каби лавозимларида фаолият кўрсатган.Хозирги кунда кафедра мудирлиги билан биргаликда жаррохлик факультетида декан лавозимида ишлаб келмоқда.

Хозирги кунда кафедрада ёш, илмий салоҳияти юқори бўлган,тиббиёт фанлари доктори,профессор С.С.Арифов фаолият кўрсатмоқда.Олимни илмий йўналиши кулоқнинг йирингли касалликлари муаммоларига бағишланган.200 дан ортиқ илмий мақолалар муаллифидир.Республикада биринчилардан бўлиб эшитув анализаторларини заифлигида ички кулоққа эшитув аппаратларини ўрнатиш усулини амалиётга татдиқ қилди.Оториноларингология соҳасида ватанимизга бир қанча илмий ходимлар тайёрлаб берди.

Андижон Давлат тиббиёт институтида 1959 йилда ЛОР кафедраси ташкил этилди. Кафедрани ташкил этиш ва бошқаришда Аристовна Елена Артемовна хизматлари катта. Кафедрани ташкиллаш даврида дастлаб профессор Лурье С. М. бошқарди.

Гордиенко Семен Мефодьевич (1904-1976) доцент. Андижон Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудираси. Ленинград харбий тиббиёт Академияси ходими, Академик Воячек В. И. раҳбарлигида ишлаган. Илмий ишлари сурункали тонзиллитларни ташхиси ва даволаш, эшитув анализаторларига шовқин ва вибрация (тебраниш) таъсирини ўрганишга бағишланган.

Алимов Акрам Иноятович (1937) профессор. 1968-2008 йиллар Андижон Давлат Тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудираси. 1975-1978 йиллар ва 1987-1994 йилларда даволаш ишлари бўйича проректор. Илмий ишлари хиқилдоқнинг ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликларига бағишланган. Сурункали ларингитларда ва хиқилдоқ шишида узуксимон симптомни ёзган. Антрумни очиш йўллари, сурункали ўрта кулоқнинг ва эшитув найининг касалликларида контрастли рентгенодиагностикани такомиллаштирган.

Кафедрани 2008 йилдан профессор Қ.Қ.Қосимов бошқармоқда, илмий йўналишлари ҳалқумни забуруғли яллиғланиши, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларига бағишланган, бир қанча илмий ходимларга мураббийлик қилмоқда. Унинг бевосита раҳбарлигида 2та номзодлик диссертацияси ёқланди. 200 дан ортиқ илмий мақолалар муаллифи, ЛОР касалликлари бўйича 2011 йили лотин алифбосида дарслик нашр қилган. 1997-2008 йиллар давомида Андижон Давлат тиббиёт институти ўқув ишлари проректори лавозимида ишлади. Кафедрани ташкил қилишдаги асосчилардан бири доцент Ф.Б.Болтабоев (1931 й.) ҳисобланади. Биринчилардан бўлиб кафедрани ташкил этди ва маҳаллий ходимлардан Лор мутахассислар тайёрлашга катта этибор берди. Илмий йўналиши ўрта қулоқдаги ривожаланадиган касб касалликлари масалаларига қаратилган 200 дан ортиқ илмий ишлар муаллифидир.

Ўрта Осиё педиатрия тиббиёт институти Тошкент шаҳрида очилди. Шу йили оториноларингология кафедраси ташкил қилинди ва кафедра мудирси этиб профессор А. Н Дадамухамедов сайланган. Профессор А. Н. Дадамухамедовни илмий йўналишлари ўрта қулоқни сили ва уни даволаш муамоларига бағишланган.

Кафедрани профессор С.А.Хасанов бошқарган. Бу даврни кафедрани ривожланиш, илмий салоҳиятини ўсиш даври деб аташ мумкин. Профессор С.А.Хасанов бошчилигида кафедрада қулоқ касалликлари ва уни замонавий даволаш усули, юқори нафас йўллари касалликларини ташхиси ва даволаш масалалари замонавий талабга жавоб берган ҳолда ҳал этилмоқда. Профессор С.А.Хасанов томонидан болалар оториноларингологияси соҳасида ўзига ҳос илмий мактабни яратган йирик олимлардан ҳисобланади. Кафедрда Ватанимизга юқори салоҳиятли илмий кадрлар тайёрлаш масалалари яхши йўлга қўйилган. Кафедрани 2011 йилдан Омонов Шавкат Эргашевич (1963 й.) бошқармоқда. Илмий йўналиши сурункали тонзиллит ва болаларда сурункали йирингли отитиларни консерватив ҳамда жаррохлик усуллари билан даволаш масалаларига қаратилган, 200 дан ортиқ илмий ишлар муаллифи. Проф А.Н. Дадамухамедов билан биргаликда “Болалар оториноларингологияси” (2005 й.) дарслиги муаллифидир.

Ҳозирги кунда Республика тиббиёт институтларида кафедра мудирлари бўлиб қуйидаги профессорлар хизмат қилмоқдалар:

- Шайхова Холида Эркиновна (Тошкент Тиббиёт Академияси).
- Омонов Шавкат Эргашевич (Тошкент Педиатрия тиббиёт институти)
- Жабборов Карим Жабборович (Тошкент врачлар малака ошириш институти)
- Қосимов Қобил Қосимович (Андижон тиббиёт институти).
- Лутфуллаев Умрулло Лутфуллаевич (Самарканд тиббиёт институти)
- Вахидов Нуритдин Хикматович (Бухоро тиббиё институти).

Оториноларингология фанининг ҳозирги даврдаги вазифалари:

- Ташқи ва ички муҳитнинг ЛОР аъзоларига таъсирини ўрганиш
- Қулоқ ва юқори нафас йўллари микрохирургияси муаммолари
- ЛОР онкология.

ЭШИТУВ ВА МУВОЗАНАТ АНАЛИЗАТОРИНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ушбу бўлимни ёритишда ўқувчиларни эътиборини қуйидаги умумий масалаларни муҳокамасига қаратилади:

- эшитиш анализаторини клиник анатомияси, физиологиясига .
- эшитиш анализаторини адекват қўзгатувчисининг хусусиятига
- эшитиш анализаторини товуш ўтказувчанлик фаолиятини хусусиятига
- эшитиш анализаторини товуш қабул қилиш фаолияти хусусиятларига
- эшитиш фаолиятини текшириш усуллари ва уни хусусиятларига
- мувозанат анализаторининг ҳаёт учун зарур бўлган вазифаларига

Эшитиш анализаторини қуйи бўлими товушни ўтказиш ва товушни қабул қилиш аъзоларига бўлинади. Товушни ўтказиш аппарати ташқи ва ўрта қулоқ, шунингдек ички қулоқнинг пери ва эндолимфатик ораликлари, базиляр пластинка, чиғаноқни дахлиз мембранаси киради. Товушни қабул қилиш аъзосига ички қулоқни чиғаноқ қисмини спиралсимон (кортиев) аъзоси киради.

Товуш ўтказувчи аъзолар товушни қабул қилувчи рецепторларга товуш тўлқинини етказиб бериш вазифасини бажаради. Товуш қабул қилувчи аъзолари эса нерв қўзғалиш жараёнида ҳосил бўлган механик тебранишларни электрик тебранишларга айлантиришда иштирок этади.

Қулоқнинг товуш ўтказувчи қисмин .

Ташқи кулоқ клиник анатомияси

Асосан товуш ўтказувчи қисмни ташкил этиб, кулоқ супраси (conchae auriculae) ва ташқи эшитув йўлидан (meatus acusticus externus) иборат. Кулоқ супраси мураккаб шаклга эга бўлиб, олдидан чакка-пастки жағ бўғини ва орқадан эса сўрғичсимон ўсимта орасида жойлашган. Мушаклар ва бойламлар орқали сўрғичсимон ўсимтага ёпишади. Кулоқ сурпасини асосини (солинчақдан- мочка ташқари) эластик тоғай ташкил этади, уни устидан тоғай устки қатлам ва тери қоплаган. Кулоқ сурпасини пастки қисмини эса, ёғ тўқимасидан иборат юмшоқ солинчақ ташкил қилади. Кулоқ супраси воронкасимон торайиш ҳосил қилиб, ташқи эшитув йўлига ўтади. Кулоқ сурпасини бундай ўзига хос шакли, тарқалаётган товуш тўлқинини имконият даражасида самарали қабул қилиб, тўплаб, ташқи эшитув йўлига йўналтиришда муҳим ўринни эгаллайди, агарда кулоқ супраси бутунлай бўлмаса ёки шакли ўзгарса эшитув қобилияти ҳам шунга монанад ўзгаради. Кулоқ сурпасини бу фаолияти айниқса хайвонот оламида кескин намоён бўлган. Хайвонлар товуш келаётган тарафга кулоқ сурпасини буриб, тегишли тўлқинларни қабул қилади ва шунга монанд ҳаракат қилади. Қабул қилинган тўлқинлар кучайган ҳолда ташқи эшитув йўлига йўналтиради. Ташқи эшитув йўли, товуш тебранишини ўрта кулоққа етказиб берувчи асосий восита ҳисобланади.



Расм 1. Кулоқ сурпаси

Ташқи эшитув йўли узунлиги 3-3,5 см, эни 0,7 см бўлиб, ташқи пардали-тоғайли ва ички суякли қисмлардан иборат. Тоғайли-пардали қисми ташқи эшитув йўлини кириш қисми ҳисобланиб, терисида кўп миқдорда ёғ ва кулоқ чирки ишлаб чиқарувчи безлар, туклар мавжуд. Шунинг учун ҳам бу жойларда кўпинча кулоқ чипқони ва атеромаси учраб туради. Пардали-тоғайли қисмини, суякли қисмига ўтиш жойида, ташқи эшитув йўли кескин торайган, бу жойни клиникадаги

ахамияти шундан иборатки агар ёт жисм шу торайган қисмидан ичкарига ўтиб қолса, уни олиб ташлаш анча мураккаб бўлиб қолади.

Ташқи эшитув йўлини тўрта девори бўлиб **олдинги деворини** - пастки жағ суягини бўғими ташкил қилади, шунинг учун ҳам бу деворда яллиғланиш жараёни бўлганда, чайнаш вақтида оғриқ кучаяди. **Орқа девори** – бир вақтни ўзида сўрғичсимон суякни олдинги девори ҳисобланади. Сўрғичсимон ўсимтани яллиғланишида, йирингли жараёт шу девор орқали, ташқи эшитув йўлига ўтади. **Юқори девори** – Суяк пластинкаси ташқи эшитув йўлини ўрта мия чуқурчасида ажратиб туради. Шунинг учун ҳам юқори деворни жароҳатида қулоқдан мия суяқлиги ва қон оқиши кузатилади. **Пастки девори** – Қулоқ олди беги билан чегараланади. Бу деворни тоғай қисми ёриқлардан (санториев ёриғи) иборат, шунинг учун ҳам беги яллиғланишида йирингли жараён шу ёриқлар орқали ташқи эшитув йўлига ўтади ва аксинча.

Қулоқ сурпаси, ташқи эшитув йўли, ташқи уйқи артериясини тармоғи ҳисобланган юзаки чакка артерияси (*a. temporalis superficialis*), энса артерияси (*a. occipitalis*) ва орқа қулоқ ҳамда чуқур қулоқ артериялари (*a. auricularis posterior et profunda*) ҳисобига қон билан таъминланади. Веноз қон эса юзаки чакка (*v. temporalis superficialis*), ташқи бўйинтуруқ (*v. jugularis ext.*) ва жағ (*v. maxillaris*) вена қон томирлари орқали йўналади.

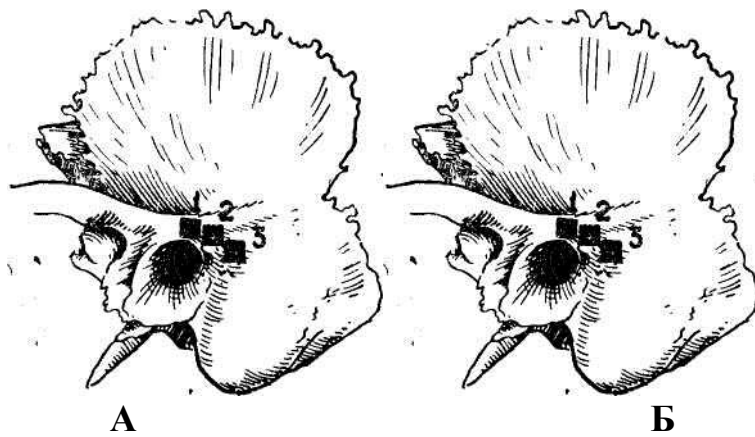
Ташқи қулоқ сезувчи нерв толасини бўйин нерв тугунини тармоғи бўлган катта қулоқ нервидан (*n. auricularis magnus*), учламчи нервдан (*n. trigeminus*) ва адашган нервларидан (*n. vagus*) олади.

Ўрта қулоқ клиник анатомияси

Тузилиши нотўғри куб шаклидаги бўшлиқ бўлиб, ҳажми 0,75 см.кубни ташкил этади. Ўз ичига ноғора бўшлиғини, уни ичидаги аъзолари (эшитиш суякчалари - болғача, сандон, узанги, мушаклар, бойламлар, асаб толаси) билан, сўрғичсимон ўсимта ва уни катакчаларини, эшитув найини ўз ичига олади ва ноғора парда орқали ташқи эшитув йўлидан ажралиб туради. Ноғора бўшлиғини 6 та девори мавжуд.

Олдинги девори – Қон томирлар девори деб юритилади, чунки бу деворни ташкил қилган суяк пластинкасини ташқарисидан ички уйқу артерияси ўтади. Олдинги деворини юқори қисмида эшитув найини тешиги жойлашган. Шу тешик ва эшитув найи орқали ўрта қулоқ бурун ҳалқум билан туташади. Олдинги деворида майда каналлар (*canaliculi caroticotympanici*) бўлиб, улар орқали ноғора бўшлиғига қон томирлар ва нервлар ўтади.

Орқа девори - орқа девори сўрғичсимон суяк ҳисобланади. Бу деворни юқори қисмида антрумга ўтадига (*aditus ad antrum*) йўл бор, шу йўл орқали ноғора бўшлиғи ғор (*antrum mastoideum*) билан туташади. Бу йўлни пастки қисмида пирамидани думбоғи жойлашган, бу думбоғдан узанги мушаги (*m. stapedius*) бошланади. Думбоғни ташқи юзасида ноғора тешиги (*apertura tympanica canaliculi chordae*) бор, бу тешик орқали ноғора бўшлиғига юз нервини тармоғи бўлган ноғора (*chorda tympani*) нерви ўтади. Орқа деворни пастки қисмидан юз нервни ўтадиган канал (*canalis nervi facialis*) жойлашган.



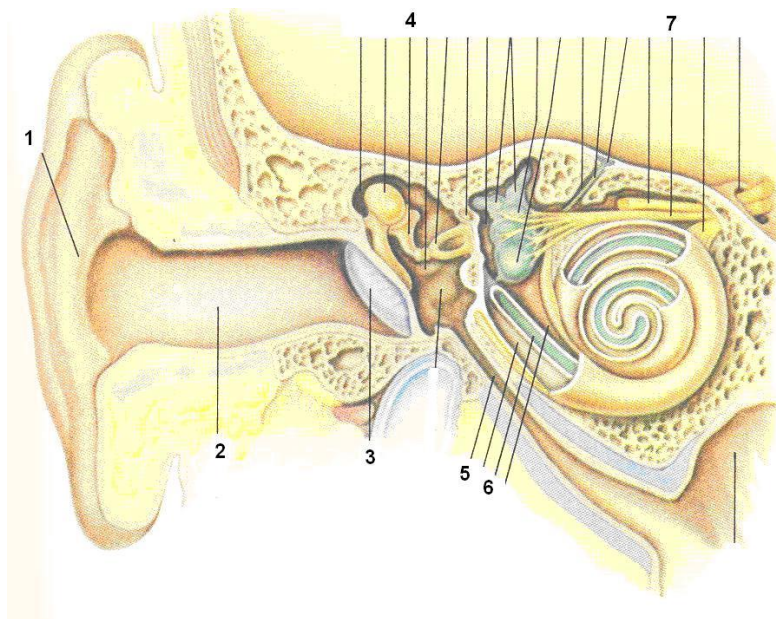
Расм 2. Сўргичсимон ўсимтани топографик жойлашуви

А-1.ўрта мия чуқурчаси тубини сатхи, 2.сигмасимон синусни жойлашуви, 3.юз нервини йўналиши. Б-сўргичсимон ўсимтада ғорни (антрумни)топографияси 1.чақалоқларда, 2.10 ёшгача бўлган болаларда, 3.15 ёшдан юқори одамларда.

Юқори девори (томи – tegmen tympani)) - Ўрта кулоқни,ўртамия чуқурчасидан ажратиб турувчи нозик суяк пластинкасидан иборат.Баъзан бу суяк пластинкаларини туғма битмай қолган ёриқлари хам (дегисценция) учраб туради.Кўпинча, шу девори орқали яллиғланиш жараёни ўрта кулоқдан бош мияга ўтади.

Пастки девори (pars jugularis) – Суяк пластинкаси ўрта кулоқни бўйинтурук венасини пиёзчасидан ажратиб туради. Айрим ҳолларда шу деворни пластинкаларини туғма битмай (дегисценция) қолганда, бўйинтурук венаси шу ёриқлар орқали нағора бўшлиғига кириб қолади.Бўйинтурук венасини шундай жойлашишини кулоқда радикал жарохлигини ва ўткир ўрта отитда парацетез ўтказишда ҳисобга олиш зарур,акс ҳолда қон томирини жарохатлаб қўйиш мумкин. Ноғора бўлиғига хеMODEKТОМА ўсмаси пастки девор орқали ўсиб киради.

Медиал ёки ички девори(лабиринт девори – pars labyrinthicus) - Ноғора бўшлиғининг лабиринт девори ҳисобланиб, деворни ўрта қисмида чиғаноқнинг ўрамидан ҳосил бўлган дўнглик (promontorium) бор.

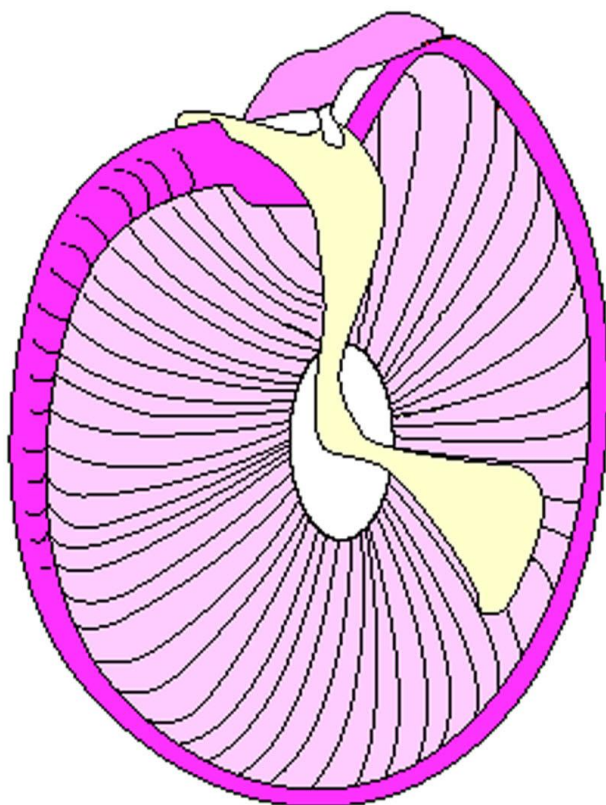


Расм 3.Ташқи, ўрта ва ички қулоқни тузилиши.

1 – қулоқ сурпаси; 2 – ташқи эшитув йўли; 3 – ноғора парда; 4 – эшитиш суякчалари; 5 – эшитув найи; 6 – чиғанок; 7 – эшитув нерви

Дўнгликнинг олдинги ва тепа қисмида чиғанок ўсимтаси жойлашган, ундан ноғора пардани таранглатувчи мушак (*m. tensor tympani*) бошланади. Дўнгликни юқори қисмини орқасида дахлиз ойнаси (*fenestra ovalis*) жойлашиб, уни узангини асоси (*basis stapedis*) халқасимон бойлам (*liq annulare*) орқали беркитиб туради. Дўнгликни пастки ва орқа томонида чиғанок ойнаси (*fenestra rotundum*) жойлашган ва у парда билан қопланган бўлиб бу пардани иккиламчи ноғора пардаси деб юритилади. Бу иккиламчи ноғора парда ҳам 3 қаватдан иборат – ташқиси шиллиқ қават, ўрта қавати қўшувчи тўқима ва ички қавати эндотелийдан иборат. Дахлиз ойнаси ёки овал ойнани юқорисидан олдиндан орқага қараб йўналишда юз нервни горизонтал канали ўтади.

Ноғора бўшлиғини ташқи девори - ноғора пардаси хисобланади. Ноғора парда ноғора чуқурчасида (*sulcus tympanicus*) жойлашган, оч кулранг, овал шаклга эга, диаметри 9 мм, қалинлиги 0,1 мм ташкил қилади. Тузилиши бўйича 3 қаватдан иборат, ташқи эпидермис қавати ташқи эшитув йўлини терисини давоми хисобланади, ички қавати ясси эпителий – ноғора бўшлиғини шиллиқ қаватини давоми хисобланади. Ўрта қавати қўшувчи тўқимадан иборат бўлиб икки йўналишда тузилган, ташқи қатлами циркуляр ва ичкиси радиал ҳолатда. Ўртадаги қават хисобига ноғора парда таранг туради, аммо юқори (эпитимпанал) қисмида шу ўрта қаватни йўқлиги туфайли ноғора парда салки бўлиб, осилиб туради (*pars flaccida*). Ноғора парда оч кулранг, ялтирок, ўрта қисмида эшитув суякчаси хисобланган болғачани узун дастасига ёпишиб, дастани учида эса чуқурча ҳосил қилади ва бу чуқурчани киндик (*umbo*) деб юритилади.



Расм 4. Ноғора парда

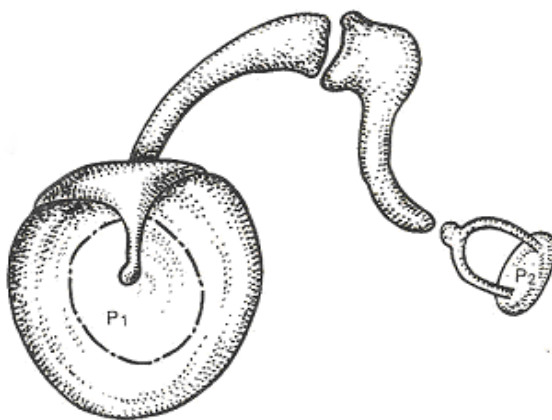
Ноғора пардани тортилган ва салқи қисмларини чегарсида олдинги ва орқанги бурмалар мавжуд. Ноғора пардага тушган нурни бир қисми бурчак остида қайтганлиги сабабли йилтираб кўринади ва нур рефлексини хосил қилади. Амалиётда ноғора пардани тўрт квадрантга бўлинади, бунинг учун биринчи чизик болғачани узун дастаси бўйлаб, юқоридан пастга ўтказилади, иккинчи чизик эса, шу чизикқа кўндаланг (перпендикуляр) киндикча соҳасидан ўтказилади. Бундай бўлиниш натижасида ноғора пардада олдинги юқорги ва олдинги пастки, орқанги юқори ва орқанги пастки квадрантлар хосил бўлади. Клиникада ноғора пардани бундай квадрантларга бўлиниши, пардада ўтказилаётган парацетез муолижасини амалга оширишда ва яллиғланиш жараёни қайси соҳада кетётганлигини аниқлашда катта аҳамиятга эга.

Ноғора бўшлиғини таркибини эшитув суякчалари, бойламлар, мускуллар, нервлар (иккита мушак ва ноғора тори – chorda tympani) ва қон-томирлар ташкил этади. Ноғора бўшлиғи учта қисимга бўлинади: **юқори қисми** (recessus epitympanicus, atticus), ноғора пардани тортилган (таранг) қисмини юқори қирғогидан (олдинги ва орқанги бурмалар) тепасини ташкил этади, **ўрта (sinus tympani)**, ёки энг катта қисми ноғора пардани таранг қисмини ташкил этади ва

пастки (hypotympanum), ноғора пардани пастки ёпишган қисмини яъний, тубини ташкил этади.

Ноғора бўшлиғини **юқори** қисмида асосан эшитиш суякчаларини кўпроқ қисми жойлашган бўлиб, улар ноғора бўшлиғини юқори деворига бойламлар орқали ёпишган. Бундай жойлашишлар натижасида ноғора бўшлиғини бу қисмиларида бир қанча чуқурчалар ва чўнтаклар ҳосил бўлади. Бундай чўнтаклардан **Пруссак чўнтаги** – бўлиб, болғача суягини бошчаси, уни латерал бойлами ва ноғора парда орасида ҳосил бўлади. **Трельча чўнтаги** – ноғора парда билан болғачани орқа бойлами орасида ҳосил бўлади. Бу чуқурчаларни клиникадаги ахамияти шундан иборатки, кўпича яллиғланиш жараёнида ҳосил бўлган йирингли ажралма, холеастетомалар шу жойларда тўпланиб қолиб, чиқиши қийин бўлади, натижада яллиғланиш жараёни узок давом этади ва кейинчалик турли асоратларга олиб келади. Ноғора бўшлиғни шиллиқ қавати, бурун-ҳалқум шиллиқ қаватини давоми ҳисобланади ва бир қаватли ясси эпителий билан қопланган, эшитув найларига кириш қисмларида кўп қаторли хилпиловчи эпителийдан ташкил топган.

Эшитув суякчалари учта: болғача (malleus), сандонча (incus), узангича (stapes). Ҳозирги кунда айрим муалифлар сандони узун оёқчасини алоҳида суякча ҳисоблаб эшитув суякчалари тўрта деган фикрлари бор.



Расм 69. Эшитув суякчалари.

Эшитув суякчалари ўзаро бир-бири билан рычагсимон боғланган, болғачани узун дастаси ноғора пардага зич ёпишган, калта дастаси билан эса сандонга боғланган, сандон ўз йўлида узанги билан боғланган, узангини асоси овалсимон ойнага ҳалқасимон бойлам орқали ёпишиб туради. Бундай жойлашиш рычаг тузилмасини ҳосил қилади, натижада келаётган тўлқинларни жимирловчи тебранишлари камаяди ва дахлиз ойнасига келувчи тўлқинларни кучаяди.

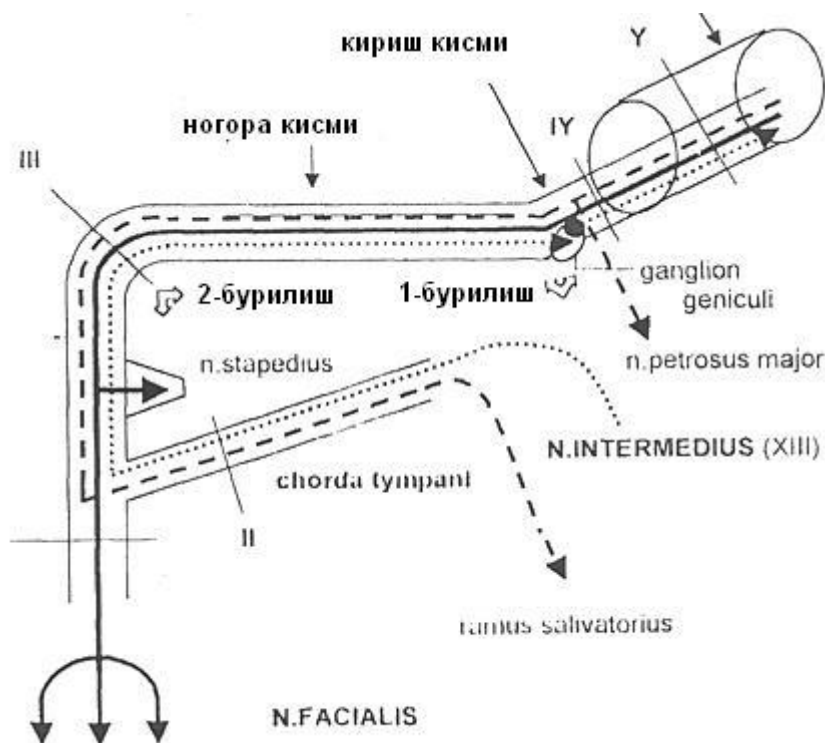
Товуш ўтказишда ноғора бўшлиғида жойлашган, ноғора пардани таранглаштирувчи (m. tensor tympani) ва узанги (m. stapedius) мушаклари аккомодация ва сақловчи вазифасини бажаради. Улар қисқарганда ноғора парда

ичкарига тортилади ва эшитув суякчалари ҳаракатга келиб, дахлиз ойнасига узангини пластинкаси орқали босилади, натижада лабиринтни ички босими ошади ва бир вақтни ўзида, жуда юқори товуш тўлқинларини ўтишидан сақлайди, паст ва кучсиз товушларни ўтишини эса енгиллаштиради. Агар кучсиз товушлар ўтса ноғора пардани таранглаштирувчи мускуллари ва узанги мускуллари қисқариши билан кучайтирилади, кучли товушлар ўтишида эса иккала мускуллар тетаник равишда қисқаради ва шу тариқа лабиринтни кучли таъсирланишидан сақлайди.

Ноғора бўшлиғи ташқи ва ички уйқу артериялари тизимидан чиққан - юқори ноғора атерияси (a. tympanica sup.), ўрта мия артерияси (a. meningea media), пастки ноғора артерияси (a. tympanica inf.), олдинги ноғора атрерияси (a. tympanica ant.), чуқур қулоқ артерияси (a. auricularis profunda) ва қулоқ орқа артериялари (a. auricularis post.) ҳисобига қон билан таъмиланади. Веноз қонлар эса ўрта мия венаси орқали (v. meningea media), юқори тош венасига (sin. petrosus sup.) ва буйинтурук венасига (bulbus v. jugularis) қуйилади. Лимфа томирлари йиғилиб, ҳалқум орти ва бўйин лимфа тугунларига қуйилади.

Ноғора бўшлиғини иннервацияси ноғора нерв тугуни (plexus tympanicus) ҳисобига амалга ошади. Бу тугун бош мия нервлари (nn. trigeminus, fasialis, qlossopharynqeus), ҳамда уйқу нерв тугунидан (nn. caroticotympanici) симпатик нерв толасидан ва ноғора нервларидан (n. tympanicus) олган тармоқларидан ташкил топган.

Клиник нуқтаи – назардан ўрта қулоқни анатомик тузилишини ўрганишда албата юз нервни топографоанатомик жойлашувига эътиборни қаратиш зарур.



Расм 5. Юз нервни топографоанатомик йўналиши.

Юз нерви кўприк-мияча учбурчагидан бошланиб *n. glossopharyngeus* билан биргаликда ички эшитув йўлига (*porus acusticus interna*) киради. Чакка суягини тош қисмида, чиғаноққа яқин жойда уни тош гангилияси мавжуд. Шу жойдан юз нервдан кўз ёши безига боровчи парасимпатик катта тош нерви чиқади. Юз нерви тош суяги бўйлаб давом этиб, ноғора бўшлиғини медиал деворига ўтади, сўнгра тўғри бурчак хосил қилиб орқага бурилади (**биринчи бурилиш**). Юз нерви ётган суяк йўли Фаллопиев (*canalis Fallopii*) канал деб юритилади. Бу канал ички кулоқни дахлиз ойнасини устидан ўтади (кулоқдаги жаррохликда кўпинч юз нервни худди шу канал ичида ётган қисми жароҳатланади) ва ғорга (антрум) кириш жойида кескин пастга бурилиш қилади (**иккинчи бурилиш**) ва бигиз-сўрғичсимон тешик (*forame stylomastoideum*) орқали ноғора бўшлиғини тарқ этади. Иккинчи бурилиши соҳасида юз нервдан узанги (*n. stapedus*) ва ундан пастроқда тўам билиш ва секретор хусусиятга эга бўлган ноғора тори (*chorda tympani*) тармоғлари чиқади. Айрим ҳолларда юз нерви каналини туғма битмаслиги (дегисценция) кузатилади, бундай жойлар фақат ноғора бўшлиғини шиллиқ қавати билан қопланган бўлади, шунинг учун ҳам бундай ҳолларда ўрта кулоқни йирингли жараёнида яллиғланиш тезда юз нервига тарқалиши мумкин.

Кулоқни эшитиш фаолиятида эшитув найи катта ўрини эгаллайди. Эшитув найи ноғора бўшлиғини ташқи мухит билан туташтирувчи ягона йўлдир. **Эшитув найи (*tuba auditiva*)** узунлиги 3,5 см бўлиб, суяк қисми – 1 см ва пардали – тоғайли қисми 2,5 см, иборат. Найни эни суяк қисмида 3-5 мм, пардали-тоғайли қисмида эса 5 – 9 мм ташкил этади. Ёш болаларда, катталарга қараганда эшитув найи калта ва кенг бўлади. Эшитув найи бир томони ўрта кулоққа, иккинчи томони эса бурун – ҳалқумга, уни икки ён томонига, пастки бурун чиғаноғи сатҳига очилади. Найни бурун ҳалқум қисми, ўрта кулоқ қисмига қараганда 2 баробар кенгдир. Шиллиқ қавати кўп қаторли хилпилловчи эпителийдан иборат бўлиб, уларни ҳаракати бурун- ҳалқум томонга йўналган. Одатда бу найни деворлари бир – бирига ёпишган ҳолда бўлади. Эшитув найи ҳаво ўтказиш (вентиляция), дренаж ва химоя вазифани бажаради. Ютиниш вақтида ва овқат чайнаганда эшитув найи очилиб, ноғора бўшлиғига ҳаво киради. Ноғора бўшлиғидаги ҳаво босимини бир хиллигини эшитув найи таъминлаб туради. Бу фаолиятларни бузилиши ўрта кулоқни яллиғланишига ва эшитиш фаолиятини бузилишига олиб келади.

Ўрта кулоқни муҳим қисимларидан бири **сўрғичсимон ўсимта (*proessus mastoideus*)** ҳисобланади. Сўрғичсимон ўсимта, учи пастга ва асоси юқорига қаратилган конус шаклида бўлиб, ички томонини тузилиши ҳаво катакчаларини миқдори ва шаклига боғлиқ бўлади. Сўрғичсимон ўсимтани асосини ғор (*antrum*) ташкил қилиб, уни шакилланиши билан ўсимта ҳам ҳаётни 7-8 ёшларига бориб тўлиқ шакилланади. Агар ғор атрофида ҳаво катакчаларини миқдори кўп бўлиб, сўрғичсимон ўсимтани деярли тўлиқ камраб олган бўлса, **пневматик** тузилиш деб юритилади, ҳаво катакчаларини миқдори кам ва улар фақат ғор атрофида жойлашган бўлса **диплоэтик** тузилиш ҳисобланади, ғордан ташқари ҳеч қандай ҳаво катакчалари бўлмасдан, сўрғичсимон ўсимта фақат қаттиқ суяк тўқимасидан иборат бўлса бу **склеротик** тузилиш бўлади. Сўрғичсимон ўсимтани бундай тузилишга эга бўлиши кулоқдаги йирингли жараённи қандай кечишига тўғридан-тўғри таъсир этади. Сўрғичсимон ўсимтани барча ҳаво катакчалари бир-бири

билан ва асосий ва доимий мавжуд бўладиган хаво катакчаси хисобланган **ғор** билан тутушади. Катта ёшдаги одамларда ғор сўрғичсимон ўсимтани 2- 2,5 см. ичкарисида ётади. Ғор дахлиз йўли орқали ноғора бўшлиғини юқори (epitympanum) қисми билан туташади, ўрта мия чуқурчаси билан суяк пластинкаси (tegmen antri) орқали чегараланади. Ғорни шиллиқ қавати, ноғора бўшлиғини шиллиқ қаватини давоми хисобланади. Сўрғичсимон ўсимтани ички юзасида, бош миядан веноз қонларни олиб кетувчи веноз томирларни давоми хисобланган, сигмасимон вена (sinus sigmoideus) томири ётган чуқурча мавжуд.

Сигмасимон қон томири бош миядан чиқиб кетгунча, сўрғичсимон ўсимтага йирик эмиссар (v. emissari mastoidea) томирлар беради. Сўрғичсимон ўсимтани яллиғланишида, сигмасимон веноз томирда тромбоз ривожланишида, жараён шу эмиссар томирларга ҳам тарқалади, натижада, сўрғичсимон соха босиб кўрилганда оғриқли (Гризингер симптоми) бўлади.

Ўсимтани ташқи юзасида Шипо учбурчаги номини олган майдонча мавжуд. Бу учбурчакни олдинги юқори қисмида, ғорни ташқи девори соҳасига тўғри келадиган чуқурча бўлиб уни Генли дўмбоғи (spina Henli) деб аталади. Ўрта кулоқда ўтказиладиган радикал жарохлигида шу Шипо учбурчаги ва Генли дўмбоқча мўлжал қилиб олинади.

Ички кулоқ клиник анатомияси-(auris interna)

Асосан суяк лабиринтдан (labyrinthus), уни ичида эса суяк лабиринтини тўлиқ қайтаручи парда лабиринтдан иборат. Лабиринт уч қисимдан ташкил топган-марказида дахлиз (vestibulum), дахлизни олдинги қисмида ярим ойсимон каналлар (canales semicirculares) ва уни орқасида чиғанок (cochlea). Ички кулоқ, чакка суягини пармида қисмида жойлашган ва латерал томони билан ноғора бўшлиғи билан чегараланади.

Лабиринтни ўрта дахлиз қисми олдинги томони билан, дахлиз зинаси орқали чиғанокга туташади, орқа қисми эса бешта тешиқлар орқали ярим ойсимон каналлар билан туташади. Дахлизни ноғора бўшлиғига қараган томонини катта қисмини овал ойна эгаллаган ва у узангини пластинкаси билан қопланган, пастки қисмида эса юмалоқ ойна жойлашган. Суяк лабиринти ичида уни тўлиқ шаклини қайтарган, аммо хажми кичик бўлган пардали лабиринт мавжуд. Пардали лабиринтни ичида эндолимфа, суяк лабиринт билан пардали лабиринтни орасида эса перелимфа суюқлиги бор.

Эндолимфани қандай ҳосил бўлиши тўғрисида бир қанча назариялар бор:

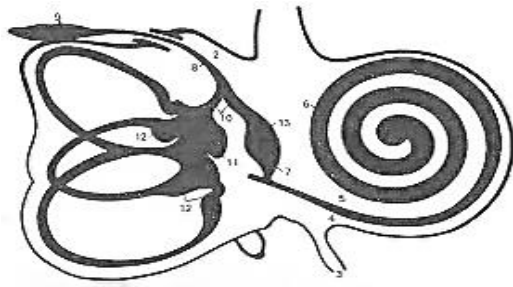
а.эндолимфа қон зардобини суяқ қисмини, қон томирлар деворлари орқали сизиб чиқиши хисобига пайдо бўлади.

б.перелимфани пардали лабиринт девори орқали сизиб чиқиши хисобига пайдо бўлади.

в.мавжуд эндолимфа суюқлигини доимо бир хилда сақланиб туриши хисобига.

Дахлизни ичида 2та чуқурча бўлиб, биринчиси сферик (recessus sphaericus) ва иккинчиси эллиптик (recessus ellipticus) чуқурчалар деб юритилади. Чиғанокқа яқинроқ жойлашган сферик чуқурчада қопча (sacculus) жойлашган, яримойсимон

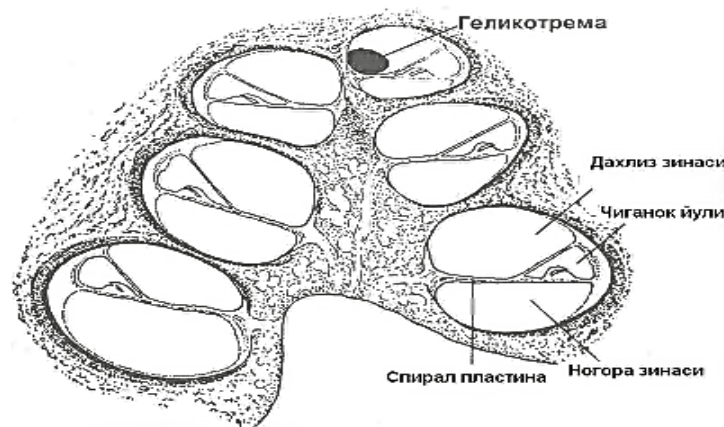
каналларга яқин жойлашган эллептик чуқурчада эллептик қопча (uticulus) жойлашган .



Расм 6. Ички қулоқни кесимда кўриниши

Дахлиз ва яримойсимон каналларда мувозанат анализаторини, чиғанокда эса эшитиш анализаторини (Кориев аъзо) қуйи марказлари жойлашган.

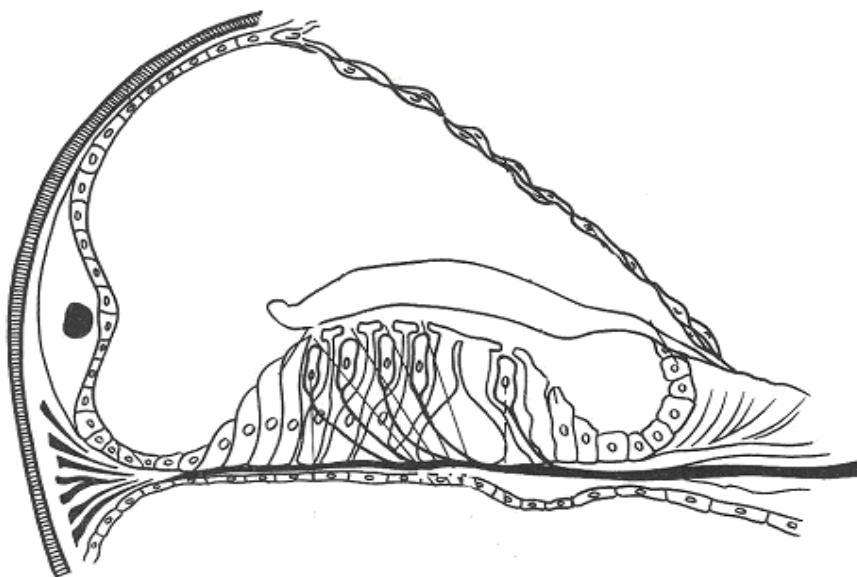
Чиғанок – ўз ўқи (modiolus) атофида икки ярим маротаба айлана ҳосил қилган суяк каналидир. Шу айланани ўқдан суяк канали ичига зинасимон суяк пластинкаси чиқади ва парда пластинкаси билан бирлашиб, асосий мембранани ташкил этиб, суяк каналини тенг иккига бўлади, юқоргиси **дахлиз зинаси (scala vestibuli)**, ноғора бўшлиғи билан овал ойна орқали туташади, пасткиси эса **ноғора зинаси (scala tympani)** деб юритилади ва ноғора бўшлиғига юмалоқ ойна орқали туташади.



Расм 7. Чиғанокни кўндаланг кесими.

Пардали лабиринтни ичида спирал шаклидаги рецептор аппарат жойлашган – чиғанок йўли бор. Бу йўл учбурчаксимон шаклда бўлиб дахлиз, ташқи ва пастки деворлардан ташкил топган. Дахлиз девори - **Рейснер мембранасидан**, ташқи девори- **спирал бойламидан** ва пастки девори - **асосий мембранадан** иборат. Асосий мембранада эшитиш анализаторини қуйи маркази ҳисобланган Кортиев аъзо жойлашган.

Кортиев аъзо-юқори даражада такомиллашган нейроэпителиал – ички ва ташқи тукли, таянч (Дейтерс, Клаудиус, Гензен) ва ташқи ҳамда ички устун хужайраларида иборат.



Расм 8. Кортиев (спирал) аъзо

Ташқи ва ички устун хужайралари ораси кортиев йўлини (тунели) ҳосил қилади, ички устун хужайраларини ичида, ички тукли хужайралар жойлашган, ташқи устун хужайраларини ташқарисида эса ташқи тукли хужайралар ўрнашган. Инсонда жами 23500 га яқин тукли хужайралар мавжуд. Кортиев каналида (тунел) кортилимфа суюқлиги бор, бу суюқлик Кортиев аъзо учун озиклантирувчи вазифани бажаради, чунки кортиев аъзони ўзини қон томирлари мавжуд эмас.

Кортиев аъзони устида қопловчи парда (*membrana tectoria*) бўлиб шу пардани орасига тукли хужайраларни туклари кириб туради. Товуш тўлқинлари, аввал перелимфани, перелимфа эса рейснер пардасини ва асосий пардани ҳаракатга келтирганда, қопловчи парда орасига кириб турган тукли хужайраларни тукларини қисилиб тортилади ва шу вақтда ҳаво тўлқинлари ҳосил қилган механик энергия, электр нерв импульс энергиясига айланади. Шунинг учун ҳам Кортиев аъзосини эшитиш анализаторини қуйи маркази деб аталади.

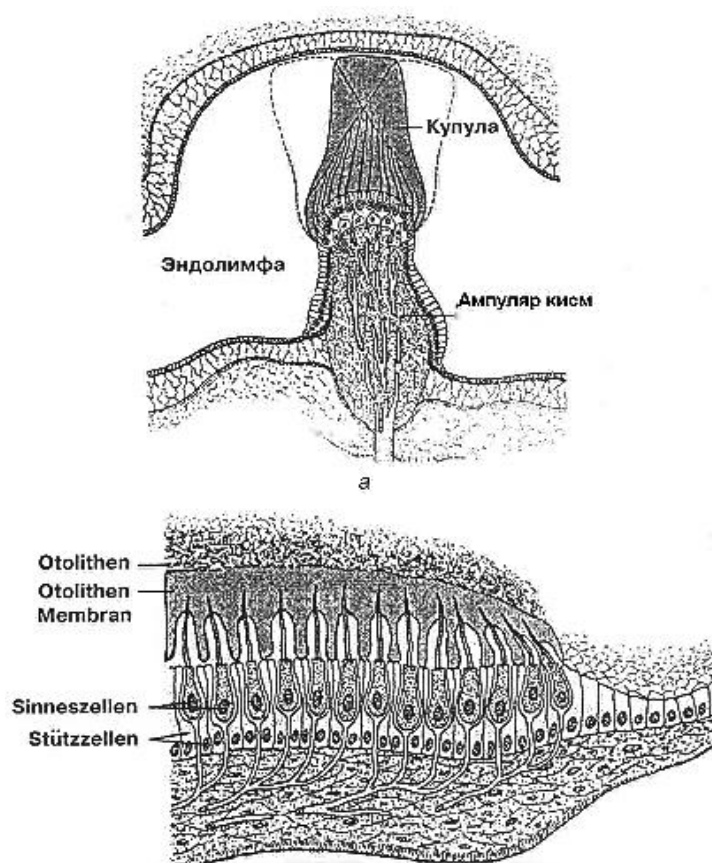
Ички қулоқни дахлиз ва яримойсимон каналларини тузилишида ҳам чиғанок сингари суяк ичида пардали канал мавжуд. Бу пардали канал ҳам суяк каналини шаклини тўлиқ қайтаради ва бойламлар орқали суяк каналида осилган холда туради, фақат яримойсимон каналларни кенгайган – ампуляр қисмида, пардали канал суяк каналига деярли ёпишиб туради. Пардали каналларни ичи эндотелий билан копланган. Яримойсимон каналлар бир-бирига нисбатан турли йўналишда жойлашган (горизонтал, вертикал ва саггитал) учта каналдан иборат. Хар бир канални силлиқ ва кенгайган (ампуляр) бўлиб, бу оёқчалари билан дахлизга бирлашади. Кенгайган ампуляр қисмини ичида дўмбоқча (гребень – *crista ampularis*) бор, бу дўмбоқчада икки қатор нейроэпителиал таянч ва сезгир тукли хужайралар жойлашган. Тукли хужайраларни туклари бир-бири билан ёпишиб, қўтарилиб туради ва мўйқаламни (*cupula terminalis*) эслатади. Бу туклар

эндолимфани йўналишига монанд ҳаракатланади ва мувозанатни бошқариб туради, шунинг учун ҳам бу жойни мувозанат анализаторини қуйи маркази деб аталади.



**Расм 9. Яримойсимон
каналларини кенгайган – ампуляр қисми**

Ички кулоқни дахлиз қисмида ҳар бирида отолит аппаратлари жойлашган иккита пардали қопча – **sacculus** ва **utricle** бор. Бу қопчаларни ичида кичкина думбоқча бўлиб у ерда нейроэпителиал таянч ва тукли хужайралар жойлашган. Тукли хужайраларни туклари бир – бири билан чатишиб тўр ҳосил қилади ва бу тўр фосфат, кальций карбонат тутган кристаллардан иборат қўйиқ ҳосилани ичида жойлашади, уларни **отолитлар** деб аталади.



Расм 10. Яримойсимон каналларни кенгайган (ампуляр) кисми ва отолит аъзони кесимдаги гистологик кўриниши.

Иккала қопча бир – бири билан нозик канал орқали (ductus utriculosaccularis) туташади, улардан иккинчи канал ҳисобланган дахлиз сув йўли (ductus endolymphaticus) чиқиб орқа мия чуқурчасини қаттиқ пардасида (dura mater) тугайди. Танага ташқаридан бўлган механик босим ва тўғри йўналишдаги ҳаракат отолит аппаратни адекват қўзғатувчиси ҳисобланади..

Шундай қилиб мувозанат анализаторини қуйи маркази 5 та ерда жойлашган – биттадан ҳар бир яримойсимон каналларни кенгайган-ампуляр қисмларида ва биттадан ҳар бир қопчада.

Ички қулоқни қон билан таъминлаши асосий артерияни (a. basilaris) тармоғи бўлган ички эшитиш артерияси (a. auditiva interna) орқали амалга ошади. Ички қулоқни чиғаноқ қисмини хусусий қон томири йўқлиги туфайли, Кортиев аъзосини озиқланиши суяқликлар – перелимфа, эндолимфа ва кортилимфа орқали амалга ошади.

Ички қулоқ инервацияси бош мияни V111 жуфт (n. statoacusticus) нерви ҳисобига амалга ошади. Бу нерв ички қулоққа кириб 3 га бўлинади, юқорги, ўрта ва пастки тармоқларга. Юқорги ва ўрта тармоғи дахлиз нервини, пастки тармоғи эса чиғаноқ нервини ҳосил қилади. Бош мия пўстлоғи ва мияча, дахлиз фаолиятини бошқариб туради.

ҚУЛОҚНИ КЛИНИК ФИЗИОЛОГИЯСИ

ЭШИТИШ АНАЛИЗАТОРИНИ КЛИНИК ФИЗИОЛОГИЯСИ

Эшитиш анализаторини адекват қўзғатувчиси – товуш тўлқини ҳисобланиб, уни асосий хусусиятлари бу товушларни юқорилиги (частота), баланд – пастлигини ва тембрни ажратишдан иборатдир. Физиологик нуқтаи назардан товуш бу эшитиш рецепторларига таъсир этиб, у ерда маълум бир физиологик ўзгариш ёки товуш ҳиссиёти келтириб чиқарувчи механик ҳаракатдир. Инсон қулоғи 16 Гц. дан, 20000 Гц. гача товушларни қабул қилаолади. Тебраниш тезлиги 16 Гц. дан пасткиси инфратовуш дейилади, 20000 Гц. дан юқориси эса ультратовуш дейилади. Товуш тўлқинларини ҳаводаги тезлиги 332 м/сек. ташкил қилади, сувда эса 1450 м/сек.

Товушни баҳолашда “бел” атама киритилган бўлиб, бу бирлик текшириладиган товуш кучини, уни бўсаға сатҳига нисбатидир. Децибел (дБ) бу товуш кучини, уни бўсаға сатҳини 0,1 (ўндан бир) логарифм нисбатидир. Шу атамани киритилиши билан, акустик ўлчашларда турли товушларни қабул қилиш чегарасини 0 дан, 140 дБ бирликларда ўлчаш имконини берди. Масалан шивирлаб гапириш 30 дБ, оддий гапириш 60 дБ ташкил қилади.

Эшитиш анализаторини хусусиятларидан бири, бир қанча товушлар бир вақтда таъсир этганда, бир товушни, иккинчи бир товушдан паст қабул қилишидир. Бундай ҳолатни, яъний бир товушни иккинчи бир товуш билан босиши **ниқобланиш (маскировка)** деб юритилади. Аудиолгияда текшириш жараёнида бундай ҳолатни кенг жорий қилинмоқда, бир қулоқни фаолиятини текширишда, иккинчи бир қулоққа ниқобловчи товуш берилади.

Товушлари узоқ вақт бир хил таъсир этиши натижасида қулоқда эшитиш сезгирлиги пасаяди, бундай ҳолатни **мослашиш (адаптация)** деб юритилади. Товуш таъсир этиши тўхтатилгандан сўнг, маълум вақт ўтгач эшитиш сезгирлиги акс холига қайтади. Мослашиш нафақат товушга, хатто тинчликка ҳам, бўлади, яъний тинч ҳолатда эшитиш сезгирлиги ортиб, паст товушларни ҳам эшитишга тайёр бўлади.

Мослашишидан фарқли эшитиш фаолиятида **толиқиш (утомления)** ҳолати кузатилади. Чарчашда эшитиш анализаторида ўта даражада қўзғатиш (перерасдражения) таъсир этганда кузатилади ва бу жараён анча узоқ давом этади, ҳамда эшитиш анализаторини фаолиятини маълум даражада пасайиши билан давом этади. Сурункали отитлар бор беморларда чараш жараёни тез пайдо бўлади.

Эшитиш анализаторини яна бир хусусияти бу товуш йўналишини тўлиқ **аниқлашдир (ототопика)**. Ототопика иккала қулоқ ҳам бир меъёردа (**бинаураль**) фаолият кўрсатаётгандагина тўғри амалга ошади. Ототопик фаолият учун товуш манъбасини масофаси, вақти ва эшитиш анализаторини товуш қабул қилиш хусусиятига боғлиқдир.

Эшитиш анализаторини қуйи аъзолари икки қисимга бўлинади – **товуш ўтказувчи ва товуш қабул қилувчи** турларига. **Товуш ўтказувчи** аъзолар қаторига - кулоқ сурпаси, ташқи эшитув йўли, ноғора парда, эшитиш суякчалари, овал ва юмалоқ ойналар, чиғаноқ, перелимфа, эндолимфа, спирал ҳамда рейсснер пардалар киради.

Товуш қабул қилувчи аъзолар – Кортиев аъзо, эшитиш нерви ва эшитиш маркази киради. Ички кулоқда қабул қилинган нерв импульслари ўтказувчан йўллар орқали мия пўстлоғини чакка соҳасига, эшитиш марказига етказилади.

Товуш тўлқинларини тебраниши икки хил босқичда, тўлқинларни босимини ортиши ва пасайиши ҳисобига амалга ошади. Товуш тўлқинлари кулоқ сурпаси ва ташқи эшитув йўли орқали ноғора пардага етиб, уни ҳаракатга келтиради, ноғора парда эса ўз ўрнида эшитиш суякчаларини ҳаракатга келтиради. Суякчалар рычаг тизимда ҳаракатга келади, натижада узанги ўзини пастки пластинкаси билан дахлиз (овал ойна) ойнасига босади ва перелимфани ҳаракатга келтиради.

Ўрта кулоқда товуш тўлқинларини бир меъёردа ўтишида асосий омил бу ноғора пардани иккала томонида ҳам (ташқи эшитув йўли ва ноғора бўшлиғида) ҳаво босимини бир хилда бўлишидир. Ноғора бўшлиғидаги ҳаво босимини, ташқи мухит босими билан бир хилда бўлиши, эшитув найи фаолиятига боғлиқдир.

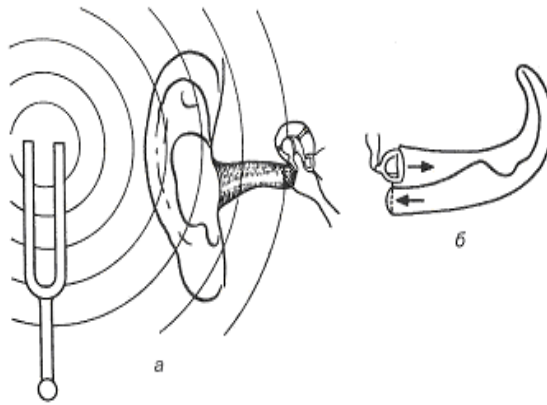
Ўрта кулоқдаги эшитиш мушакларини фаолияти товуш ўтказишда катта аҳамият касб этади, биринчидан-товуш ўтказувчи аъзоларни босқичма-босқич таранглашиб-бўшишишни таъминлайди, иккинчидан эса юқори товушларни эшитиш анализаторига салбий таъсиридан сақлайди.

Эшитиш жараёнида механик энергияни (товуш тўлқинлари) электр энергиясига ўтиш мураккаб жараёндир, бунда асаб толаларини қўзғалиши қўзғатувчини таъсирига монанд келади, натижада биоток деб аталувчи электрик ҳаракат юзага келади.

Товуш тўлқинлари таъсирида дахлиз ойнаси бўйлаб ҳаракатга келган перелимфа, рейсснер пардасига босади, бу парда ичкарига босилиб эндолимфани ҳаракатга келтиради.

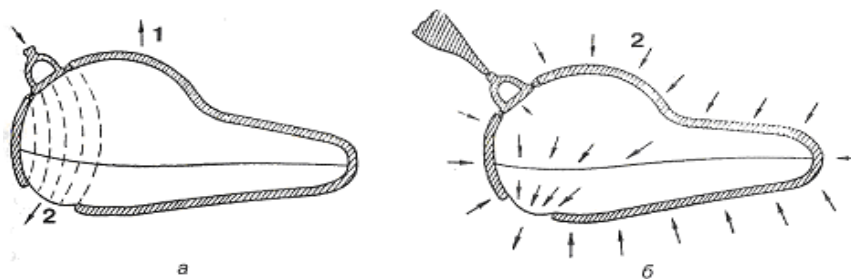
Эндолимфани ҳаракати асосий пардани тўлқинсимон ҳаракатга келтиради, натижада қопловчи пардани ичига кириб турган тукли хужайраларни туклари қисилиб, тортилади ва шу вақтдан товуш тўлқинларини физик қуввати электрик қувватга айланиш бошланади. Ҳосил бўлган электр энергияси чиғаноқда кучайтирилиб юқорига, эшитиш марказига ўтказилади.

Товуш тўлқинларини ички кулоқни Кортиев аъзосига етиб бориши икки йўналишда амалга ошади: - ҳаво ва суяк орқали. Ҳаво орқали товуш тўлқинини Кортиев аъзога етказиш, бу энг асосий йўл ҳисобланади.



Расм 11. Товуш тўлқинини хаво орқали ўтиши.

Хаво тўлқинини ички кулоққа ўтказишни иккинчи йўли бу суяк орқалидир.



Расм 12. Товуш тўлқинини суяк орқали (а-инерцион, б-компрессион) ўтиши

Эшитиш жараёнини амалга оширилишини тушунтиришда бир қанча олимлар ўз назарияларини олға сурган. Булардан физиологик нуқтаи назардан асосий ҳисоблангани **Гельмголцни резонанс назариясидир.**

Бу назария бўйича :

- товуш ички кулоқни чиғаноқ қисмида бирламчи анализ қилинади.
- ҳар бир товуш учун асосий пардада алоҳида ўрин мавжуд.

паст товушлар чиғаноқни юқорисида жойлашган асосий пардани маълум қисмини ҳаракатга келтиради, юқори товушлар эса уни асосидаги пардаларни ҳаракатга келтиради.

Гельмголцни эшитиш жараёнидаги резонанс назариясини исботини Л.А Андреев итларда ўтказган ўз тажрибаларида исботлаган. Итларни ички кулогини чиғаноғини юқори қисмини жароҳатлаганда паст товушларга шартли рефлекслар йўқолган, чиғаноқни асосини жароҳатлаганда эса юқори товушларга рефлекслар йўқолган.

Эшитиш жараёнини тушунтиришда иккинчи бир назария бу гидродинамик назариядир. Ўтаётган товуш таъсирида чиғаноқни лимфа суюқлигида мураккаб гидродинамик жараён юз беради. Келаётган товушлар асосий пардани катта қисмида ҳаракат чақиради, яъний товушлар асосий пардада «ҳаракатдаги тўлқин» ҳолатини вужудга келтиради, натижада бу тўлқинлар ўз ўрнида, асосий пардани товушларга мос жойларида – спирал аъзода жойлашган тукли хужайраларда ҳаракат чақиради.

Мувозанат анализаторини физиологияси.

Мувозанат анализаторини физиологиясида, уларни қуйи маркази ҳисобланган яримойсимон каналларидаги ампуляр дўмбоғ ва дахлиз қопчаларидаги отолит аппаратлар алоҳида ўрин тутди. Мувозанат анализатори инсон танасида мувозанатни сақлаш, мушакларни тонусини бошқариш, инсон танасини фазодаги тўғри ва бурчак остидаги ҳаракатини бошқариш ва бу ҳақида маълумотларни бош мия пўстлоғига етказиб туришдан иборатдир.

Яримойсимон каналларни кенгайган ампуляр қисмини адекват кўзғатувчиси бурчак остида ҳаракат ҳисобланади, дахлиз қисмини қопчаларидаги отолит аъзони кўзғатувчиси эса инсонни танасини фазодаги ҳолати ва тўғри йўналишдаги бўладиган ҳаракатдир.

Мувозанат анализаторини қуйи марказлари кўзғатилганда сенсор, анимал ва вегетатив рекциялар кузатилади. Анимал рекцияни кўринишлари бу инсон танасидаги айрим кўндаланг тарғил мушакларни қисқариши кузатилади, бундай қисқаришлар кўз, оёқ-қўл ва танани мушакларида юз беради. Кўз мушакларини қисқариши натижасида кўз олмасини ритмик ҳаракати - **нистагм** пайдо бўлади.

Ҳаракатни сатҳига қайси бир яримойсимон каналлар тўғри келса ўша каналда кўзғалиш кучли бўлади.

Нистагмни ҳаракати турли кўринишда намоён бўлади ва уларни баҳолаш ҳам шунга монанд белгиланади.: Нистагмни пайдо бўлган **сатҳи бўйича** (горизонтал, фронтал, вертикал), **йўналиши бўйича** (ўнга, чапга, юқорига, пастга), **нистагмни намоён бўлиш кучи бўйича** (учта босқичи мавжуд), **амплитудаси бўйича** (йирик ҳаракатли, ўрта ҳаракатли, майда ҳаракатли), **тезлиги бўйича** (тез, секин) ва **давомийлиги бўйича** (сонияларда, дақиқаларда ўлчанади).

Нистагмни келиб чиқиши ва фаолиятини ўрганиш бўйича Эвальд кабутарларда тажриба ўтказиб ўзини учта қонуни яратди:

Эвальдни биринчи қонуни: Айланиш сатҳида қайси бир яримойсимон канал бўлса, ўша каналда кўзғалиш жавоб реакцияси кучли намоён бўлади.

Эвальдни иккинчи қонуни: Каналлардаги эндолимфани ҳаракати ҳар доимо нистагмни йўналишини секин компонентига ва бош, оёқ, қўл ҳамда танани оғиш томонига тўғри келади.

Эвальдни учунчи қонуни: Горизонтал каналдаги эндолимфани кенгайган – ампула қисмига қараб йўналган ҳаракати, эндолимфани текис оёқчаси томонга қараб қилган ҳаракатига қараганда кучлироқ жавоб реакциясини келтириб чиқаради.

Юқорида кўрсатиб ўтилгандек яримойсимон каналлар кўзғатилганда нистагмдан ташқари турли рефлекслар ҳам кузатилади, буларга: бош, оёқ, қўлларни ва танани турли томонларга оғиши, юрганда эса бир томонга оғиб кетишлар киради.

Отолит аъзони адекват кўзгатувчиси тўғри йўналишдаги тезлик ва танани фазодаги ҳолати ҳисобланади. Отолит аъзони фаолиятини асосан касбий танловда текшириш ўтказилганда ўрганилади.

Эшитиш ва мувозанат анализаторини текшириш усуллари.

Эшитиш анализаторини текшириш

Текширилувчида кулоқ касалликларига хос ўзгариш бўлса текширишни беморни шикоятлари ва касаллик тарихини тўлиқ сўраб ўрганишдан бошланади. Сўнгра ташқи кулоқни умумий кўришига эътибор қаратилади, бунда кулоқ сурпасини шакли, терисини ранги ва ҳолати кўрилади. Ташқи эшитув йўларини кириш қисмини кўздан кечирилади, терини турли яллиғланишлари, чипқонлар ёки бошқа ўзгаришлар бор-йўқлиги аниқланади. Кулоқ сурпаси, сўрғичсимон ўсимта соҳаси пайпаслаганда оғриқ бор, йўқлигига эътибор қаратилади. Йиринг тўпланганда, ушлаб кўрилса ўзига хос флюктация борлиги аниқланади. Агар яллиғланиш натижасида ёки туғма оқма яра (свищ) аниқланса уни йўналиш, чуқурлиги махсус зонд билан текшириб кўрилади.

Отоскопия- отокопия ўтказиш тучуш нур маънбаси, пешона ойнаси ва турли хажмдаги кулоқ воронкаси керак. Кулоқни текширишни асоси бу отоскопиядир, бундай текширишда кулоқ сурпасидан бошлаб, ташқи эшитув йўли, ноғора парда, айрим ҳолларда (ноғора пардада тешик бўлса) эса ноғора бўшлиғини ҳолати ҳақида тўлиқ маълумот олинади. Ташқи эшитув йўлини тўлиқ кўриш учун катталарда кулоқ сурпаси орқага ва юқорига, болаларда эса орқага ва пастга тортилади, натижада ташқи эшитув йўли тўғри йўналишда бўлади. Сўнгра ташқи эшитув йўлини хажмига тўғри келадиган, кулоқ воронкаси киргизилиб кўрилади. Кулоқ воронкасини ишлатишда текширилувчи ҳеч қандай оғриқ ёки ноҳушлик сезмаслиги лозим. Текшириш вақтида ташқи эшитув йўлларида ёт жисм ёки кулоқ чирки бўлса уни икки хил усулда тозаланади.

Биринчи усулда **қуруқ тозалаш** – бунинг учун пахта ўралган кулоқ зонди, ташқи эшитув йўлига киритилиб тозалаш мумкин.

Иккинчи усулда – **ювиб тозаланади**, бунинг учун Жане щприци ва илиқ антисептик эритмалардан фойдаланилади. Ювишда щприцни учи ташқи эшитув йўлини орқа - юқори девори томонга йўналтирилади ва суюқлик ўрта босимда юборилади.

Кулоқ ювилиб бўлгандан сўнг ташқи эшитув йўлида қолган суюқликни докали пиликка шимдирилиб қуришти зарур.

Ташқи эшитув йўли тери билан қопланган учун кириш қисмида туклар ва оз микдорда кулоқ чирки бўлади. Одатда ноғора парда ташқи эшитув йўлини суяк қисмидаги ноғора чуқурчасида (*sulcus tympanicus*) 27 градус бурчак остида, юқоридан пастга қараб эгилган ҳолда жойлашган бўлади. Текширилувчи учун мўлжал ҳисобланган, пардани ўзига хос таниш белгилари мавжуд, булар : **ранги оч кулранг, ялтироқ, ўртасида болғачани узун дастаси**, олдинги-юқорги квадранда **қисқа дастаси** бор, қисқа дастадан, ноғора пардани таранглашган ва

салқи қисмини чегарасида **олдинга** (plicae malleolares anterior) ва **орқанга** (plicae malleolares posterior) иккита **бурмалар** чиқади, бу бурмалардан юқорисини ноғора пардани **салқи** (**membrana Schrapnellii**) қисми ташкил этади, пасткиси эса **таранглашган** (**pars tensa**) қисмини ташкил этади. Ноғора пардага тушаётган нурни маълум бир қисми, бурчак остида қайтиши хисобига, олдинги пастки квадранда, учи юқорига, киндикка қараган бурчак шаклидаги **нур конуси** кўринади, ноғора парда марказда, болғачани узун дастасини учига воронка шаклида чуқурча - **киндик** хосил қилиб ёпишади.



Расм 13. Отоскопия ўтказиш тартиби.

Қулоқ воронкасини учини енгил айлантириб, ноғора пардасини барча қисмларини тўлиқ кўрилади. Айрим ҳолларда отоскопия вақтида, воронкани ташқи эшитув йўлини орқанги-пастки деворига қаттиқроқ босиш хисобига адашган асаб толасини тармоғи қитиқланиб, йўтал чақириши мумкин. Отоскопиядан ташқари қулоқни эндоскопик текшириш усули ҳам охирги вақтларда кенг қўлланилмоқда.



Расм 14. Ташқи эшитув йўлини эндоскопик текшириш.

Эндоскопик текширишда ташқи эшитув йўли,ноғора парда уни таниш белгилари тўлиқ ҳамда катталашган холда кўрилади ва суратга олиши мумкин.

Эшитиш (евистахий) найини асосий фаолияти дренаж ва ноғора бўшиғига хавони ўтказишдан (вентиляция) иборатдир. Найини дренаж фаолияти шиллиқ қавати юзасидаги, кўп қаторли хилпилловчи эпителийни бурун-халқумга томон ҳаракати туфайли амалга ошади.

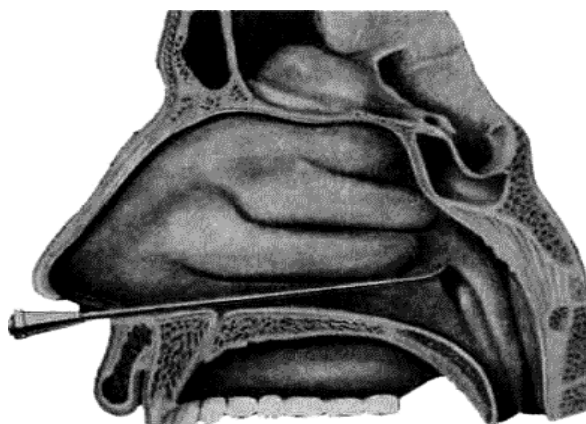
Хаво ўтказувчанлиги найини маълум бир ҳолатларда (гапирганда,эснаганда,йўталганда) очилиб, хаво оқимини ўрта қулоққа ўтиши орқали амалга ошади. Эшитув найини ўтказувчанлик фаолиятини аниқлаш учун бир қанча усуллар мавжуд.

Вальсальви усули: Текширилувчи чуқур нафас олиб оғиз ва бурунни беркитган холда хавони қайта чиқаришга ҳаракат қилади, бунинг натижасида эшитув найини тешиги очилиб қайтган хаво ўрта қулоққа ўтади ва ўтиш жараёнида ўзига хос овоз чиқаради. Эшитув найини яллиғланишида бу синамани бажаришни иложи бўлмайди.

Политцер усули: Политцер балончасини учи (олива) вазелин суртилиб бурунни бир томонига киритилади (текширишдан аввал бурун бўшлиғи тўлиқ тозаланиб олинади) ва бош бармоқ билан ушланади, кўрсатгич бармоқ билан иккинчи томони бурун қанотларини медиал деворига босилади, текширилувчига «параход» ёки “раз,два,три” деган сўзни айтиш таклиф қилинади, “ход” ёки “три” унли товушни айтиш вақтида кичик тил юқорига кўтарилиб бурун-халқумни, оғиз-халқумдан тўлиқ ажратиб қўяди натижада бурундан юборилаётган хаво бурун-халқум деворларига катта босим билан урилади ва хавони бир қисм эшитув найи орқали ўрта қулоққа ўтиб ноғора пардага босади ва ўзига хос овоз чиқаради.

Эшитув найини ўтказувчанлигини катетр юбориб текшириш усули: Биринчи маротаба эшитув найини катетрлашни 1735 йили Guyot томонидан

таклиф қилинган. Бу муолижани амалга ошириш учун кулоқ катетри, Политцер балони ва эшитиш учун отоскоп зарур. Катетризациядан аввал бурун ичидаги турли ажралмалар эшитув найига тушиб қолмасликни олдини олиш учун тозаланади ва бурун ичига 2% колларгаол эритмасидан 2 томчи томизилади.



Расм 15. Эшитув найини (Евистахий найини) катетрлаш

Оғриқсизлантириш мақсадида бурун шиллик қавати 2% дикаин эритмаси суртилади, сўнгра отоскопни резинали катетрини бир учини текширувчини кулоғига, иккинчи учини эса текширилувчи ўз кулоғига киритади, сўнгра темир катетрни эгилган учини пастга қилиб, бурун ичига киритилади ва бурун-ҳалқумгача етказилади. Катетрни эгилган учини ичкарига, эшитув найини тешигига қарама-қарши томонга 90 градус бурчак остида бурилади ва 2-3 мм орқага тортилади, катетирни учи димоғ суягига тақалиб қолганлигини сезилгандан сўнг, катетр текширилаётган кулоқ томонга 180 градусга бурилади, бундай ҳолатда катетрни учи эшитув найини тешигига тўғри келади, шундан сўнг катетр учига Политцер баллон киритилиб секин-аста ҳаво юборилади, бу вақтда эшитув найи орқали ўтаётган ҳавони шовқини отоскоп орқали текширувчи ҳам эшитади, бу эса эшитув найини ўтказувчанлиги яхшилигидан дарак беради.

Кулоқ манометрияси: Эшитиш фаолиятини объектив баҳолаш тизими ҳисобланиб, бунда товуш ўтказиш тизимидаги акустик қаршиликларни баҳолашга асосланган бўлади. Бу текширишга тимпанометрия, акустик рефлексометрия киради.

Тимпанометрия усули бу ташқи,ўрта ва ички қулоқ тизимида,ташқи эшитув йўлидаги босимни ўзгариши натижасида, товуш тўлқинлари учрайдиган акустик қаршиликларни қайд этишдир. Одатда ташқи эшитув йўлидаги хаво босими +200 дан – 400 мм. сув устунига тўғри келади.

Эшитиш анализаторини фаолиятини гапириш ва камертон орқали текшириш.

Эшитиш анализаторини фаолиятини қуйидаги мақсадларда ўрганилади:

-эшитиш фаолиятини қайси қисмида (товуш ўтказувчи ёки товуш қабул қилувчи қисми) ўзгариш мавжудлиги

–эшитиш қобилиятини сифатини ўзгаришини (қайси тонларда ўзгариш мавжуд) аниқлаш

қандай даражада эшитиш пасайганлиги аниқлаш.

Эшитиш анализаторини фаолияти **сўзлаш орқали** текшириш икки кўринишда амалга оширилади. Биринчиси шивирлаб гапириш орқали, иккинчиси одатдаги холда гаплашиш орқали. Бунинг учун текширилувчи 6 метр узоқликдаги масофада туради, текширилаётган қулоқни текширувчи томонга буради, иккинчи қулоғни эса бормоқ билан беркитади.



Расм 16. Шивирлаб гапириш орқали эшитиш қобилиятини аниқлаш

Текширучи сўзларни шивирлаб айтади, текширилаётган одам эшитган сўзларини қаттиқ қайтаради. Шивирлаб гапириш учун ўпкадаги хавони чиқариб бўлгандан сўнг паст товушли сўзларини айтади. Агар текширилаётган одам сўзларни эшитмаса хар сафар орадаги масофа 1 метрга қисқартирилиб борилади ва бундай текшириш текширилаётган одам эшитгунча давом эттирилади. Соғлом одам шивирлаб гапирилаётган сўзларни 6 метрдан эшитади.

Оддий сўзлашиш орқали эшитиш қобилиятини текшириш ҳам шивирлаб гапиришни текширгандек амалга оштиради. Одатдаги сўзларни соғлом одам 15 метрдан эшитади.

Камертонлар ёрдамида хаво ва суяк орқали ўтказувчанлик қобилияти текширилади. Бунинг учун тебранишлари турлича бўлган (С-128, С-512, С-2048) камертонлар танлаб олинади. Одатда синама учун ишлатилаётган хар бир камертонни ўзига хос паспорти (хар бир камертонни паспортини тайёрлаш учун 10 та соғлом эшитувчи одамларда текширилиб, олинган кўрсаткичларни ўртачасини олинади) бўлади. Шу мавжуд паспортидаги кўрсаткичга текширилувчидан олинган маълумот солиштириш орқали уни эшитиш қобилияти ўрганилади.

Текшириш паст тебранишли камертондан (С-128) бошланади, бунинг учун камертон қўлга урилиб юқори қисмида тебраниш пайдо қилинади ва тебранаётган камертонни оёқчасидан ушлаб кулоқ сурпасига 0,5 см масофада, тебранаётган оёқчаларини бир-бирига паралел қилган ҳолда яқинлаштирилади ва эшитиш бошланиш вақти белгиланади. Текширилувчи эшитмай қолгандан сўнг камертон кулоқдан узоқлаштирилиб яна дарҳол яқинлаштирилади, одатда текширилувчи яна бир неча дақиқа эшитиши лозим. Текширилувчи бутунлай эшитмай қолгандан сўнг, текширувчи эшитиш қобилияти соғ бўлса, ўзини кулоғига яқинлаштираиб товушни борлигини аниқлайди. Агар текширувчи эшитишни давом эттирса текширилувчида эшитиш қобилияти пасайганлигидан дарак беради. Эшитиш қобилияти сонияларда баҳоланади.

Эшитиш қобилиятини **суякдан ўтказувчанлик фаолиятини аниқлаш**. Бунинг учун тебранаётган камертон (С-128) оёқчаси сўрғичсимон суякка қўндаланг қўйилади, эшитиш вақти сонияларда (секунд) ўлчанади. Одатда суякдан ўтказувчанлик давомийлиги, хаводан ўтказувчанликка қараганда қисқа бўлади.

Камертонни С 2048 орқали фақат хаводан ўтказувчанлик қобилияти аниқланади. Камертонлар ёрдамида эшитиш анализаторини бошқа фаолиятларини ҳам ўрганилади.

Ринне синамаси – Rinne томонидан 1855 йили амалиётга киритилган текшириш усули бўлиб, товуш тўлқинларини хаводан ва суякдан ўтишини бир-бирига солиштиришга бағишланган. Тебранаётган камертон оёқчаси (С-128) сўрғичсимон суяк соҳасига қўйилади, эшитиш тўхтагандан сўнг кулоқ сурпасига 0,5 см масофада яқинлаштирилади, агар эшитиш давом этса бу синама мусбат, эшитмаса манфий ҳисобланади. Эшитиш анализаторини товуш ўтказиш тизимини касаллигида, хаводан ўтказишга фаолияти бузилиб, суякдан ўтказишга фаолиятига қарагандан ҳам пасайиб кетади, бу – манфий Ринне синамаси дейилади.

Вебер синамаси – Оториноларингология амалиётига синама сифатида Weber томонидан 1829 йили киритилган. Тебранаётган камертон (С-128) оёқчаси бошни тепа қисминини ўртасига қўйилади, соғлом одамларда камертонни тебраниши бошни ўртасида ёки иккала кулоқда бир хил эшитади (+ W +).



Расм 17. Вебер синамасини аниқлаш.

Кулоқни бир томонлама товуш ўтказиш фаолияти бузилганда, тепага қўйилган камертонни товуши касал кулоқ томонга кўпроқ йўналган бўлади, товуш қабул қилувчи аъзони касаллигида эса соғ кулоқ томонга йўналган бўлади.

Швабах синамаси – Товуш тўлқинларини суякдан ўтказувчанлигини текширишга асосланган синама бўлиб, 1885 йили Schwabach томонидан ЛОР амалиётига махсус текшириш усули сифатида киритилган. Тебранаётган камертон оёқчаси бошни тепа суягини ўртасига ёки сўрғичсимон ўсимтага қўйилади, текширилаётган одам товуш тўлқинларини эшитмасдан қолганда текширувчи камертонни ўзи бошни тепасига ёки сўрғичсимон ўсимтасига қўяди, агар у эшитишни давом эттирса текширилаётган одамда бу синама қисқарган, агар текширувчи эшитмаса узайган бўлади. Швабах синамасини узайиши эшитиш, анализаторини товуш ўтказувчи қисмини касалигидан ва уни қисқариши эса товуш қабул қилувчи қисмини касаллигидан дарак беради.

Желе синамаси Бу синама 1881 йили Gelee томонидан ташхис сифатида таклиф қилинган. Тебранаётган камертон (С 128) бошни тепа суяги марказига қўйилади ва бир вақтни ўзида ташқи эшитув йўлида Зигел воронкаси ёрдамида хаво босими ортирилади, эшитиш анализатори соғлом одамларда эшитиш пасаяди, бунга сабаб узанги, овал ойнага босиши натижасида узанги суягини ҳаракатини чегараланиб қолиши ва лабиринтни ички босимини ортишидир. Агар отоскелероз касаллиги бўлса эшитишда ҳеч қандай ўзгариш кузатилмайди. Эшитиш анализаторини текшириш натижаларини жамлаб алоҳида қайд қилиш паспортини В.И.Воячек томонидан таклиф қилинган. Қуйида ўша натижалар паспорт келтирилади.

Эшитиш анализаторини текшириш натижаларини қайд қилиш паспорти

АД (ўнг қулоқ)	СШ (қулоқда шовқин)	АС (чап қулоқ)
-		+(агар қулоқда шовқин бўлса)

6 метр)	ШР(шивирлаб гапириш)	6 метр

15 метр	РР (оддий гапириш)	15 метр

С 128 в(хаводан ўтказувчанлик)

С 128 к(суякдан ўтказувчанлик)

С 2048 в(хаводан ўтказувчанлик)

Вебер синамаси (қайси томонда эшитиш яхши бўлса ўша томон кўрсатилади).

Камартонларни ҳар бирини паспортини тайёрлаш учун 10 соғ одамда эшитишни аниқлаб ўртачасини норма сифатида олинади.

Эшитиш анализаторини электроакустик асбоблар ёрдамида текшириш – аудиометрия ўтказиш. Текширишни бу тури – тонал,сўзловчи ва шовқинли турларига бўлинади. Тонал аудиометрияда товуш тонларини 128 Гц.дан 8192 Гц.гача оралиғдаги тўлқинларда ўрганилади. Сўз аудиометриясида эшитиш анализаторини қайси қисмида ўзгариш борлиги тўлиқ аниқланади. Аудиометрияда товуш тўлқинларини хаводан ва суякдан ўтказишни текширилади ва натижалари масус бланкаларда акс эттирилади. Ёш болаларда бу текшириш ўйинли аудиометрия орқали амалга оширилади.



Расм 18. Аудиометрия ўтказиш жараёни.

Мувозанат анализаторини текшириш усуллари.

Мувозанат анализатори инсонни танасини фазодаги ҳолатини бошқариб туради, уни қўзғатувчиси айланма ва тўғри йўналишдаги ҳаракат, ҳамда ернинг гравитация (тортишиш) майдони ҳисобланади. Мувозанат анализаторини фаолиятини текширишдан аввал беморда бош айланиш, атрофдаги жисмларни айланиши, юришни ўзгариши, турган ҳолатда у ёки бу томонга йиқилиш, кўнгил айланиш ва қайт қилишга шикоятлари борлигини аниқлаш зарур. Текширилувчидан тўлиқ касаллик тарихи сўралади.

Юқорида келтирилган ҳолатлар одамларда икки хил вазиятда пайдо бўлади

а) ўз-ўзидан (спонтан) ҳеч қандай ташқи таъсирсиз,

б) ёки мувозанат анализаторини суъний қўзғатиш натижасида (бундай суъний қўзғатилишида сўнг кузатиладиган жавоб реакцияси, одатдаги кузатиладиган кўринишми, ёки ноадекват реакциями, бу ҳолатга ҳам текшириш вақтида эътибор қаратилади) пайдо бўлади.

Мувозанат анализаторини фаолиятини текширлардан бири текширилувчини **Ромберг ҳолати** бўйича турғунликни аниқлаш – Текширилувчи тик турган ҳолда, оёқларини жуфтлаштириб, кўзини юмган вазиятда, кўлларини кўкрак қафаси сатҳида олдинга чўзади, агар ички кулоқни фаолияти (лабиринтит) бузилган бўлса, бемор (бундай беморларда албатта нистагм ҳам кузатилади) нистагамга қарама-қарши томонга йиқилади. Агар лабиринтит бор беморлар бўлса, бошини 90 градус чапга бурилса йиқилиш йўналиши ўзгаради, худди шундай ҳолат бошни ўнг томонга бурганда ҳам кузатилади. Миячани касаллигида эса бошни бурилиши билан йиқилиш йўналиши ўзгармайди, бемор доимо касалланган томонга йиқилади.

Тўғри чизик ва ён томон йўналишлари бўйича юриш - Текширилувчи кўзи юмилган ҳолда тўғри чизик бўйлаб беш қадам олдинга ва беш қадам орқага

юриши лозим,агар мувозанат анализатори касалланган бўлса, бундай тўғри ҳаракатни бажара олмай йиқилади (агар ички қулоқни фаолияти бузилган бемор бўлса,нистагмга қарши томонга йиқилади,мияча касалланган бўлса касалланган томонга йиқилади). Текширилувчи шундай ҳаракатни ён томонга ҳам бажариши зарур. Мувозанат анализатори касалланган беморлар бу ҳаракатни иккала томонга ҳам тўғри бажаради, аммо миёчаси касалланган бемор (йиқилади) бажараолмайди.

Кўрсатиш синамаси – Текширилувчи кўзи юмилган ҳолатда галма-гал иккала қўлини кўрсатгич бармоғи билан ўзини бурнини учига текизиш керак, мувозанат анализатори касалланган бемор буни тўғри бажара олмайди. Бундан ташқари текширилувчи врач билан қарама-қарши ўтиради ва кўрстагич бармоғи билан врачни кўрсатгич бармоғига текизиш зарур,аввалида бу ишни 3 маротаба кўзи очиқ ҳолда,сўнгра кўзни юмган ҳолда қайтаради. Соғлом одамларда бу амалиёт тўғри бажарилади. Ички қулоқ қасаллигида иккала қўлда ҳам бу амалиёт бажара олмайди,мияча касалланган одамларда эса яллиғланган томонда бу синамани бажараолмайди.

Адиадохокинез – Текширилувчи Ромберг ҳолатида қўллари олдига чўзиб, бир вақтда қафтларини пастга – юқорига (супинация,пронация) айлантиради, миёчаси касалланган беморларда, касалланган томондаги қўлни ҳаракати орқада қолади.

Спонтан нистагмни аниқлаш – Текширувчи текширилувчини қаршисига ўтириб, кўрсатгич бармоғини кўз соҳаси сатҳида, 60 – 70 см узоқликда ушлаб, уни бормоғига қарашни таклиф этади ва бормоқни навбатми-навбат аввал ўнг томонга,сўнгра чап томонга йўналтирилади.Шундай вазиятда спонтан нистагм борлиги аниқланади. Агар спонтан нистагм бўлса уни йўналиши,кучи,тезлиги ва амплитудаси белгиланади.

Калорик синама – Бу синамани бажаришдан аввал текширилувчида қулоқдан йиринг оқанлигини суриштирилади,сўнгра отоскопия қилиб пардасини тешиклиги бор йўқлиги аниқланади. Калорик синама учун иссиқ (45 С) ва совуқ (19 С) сув зарур бўлади. Қулоққа 100 мл совуқ сув, ташқи эшитув йўлини орқа-юқори деворига йўналтирилиб шприц Жане билан юборилади. Сувни юборилгандан сўнг 25 – 30 сек. ўтгач нистагмни аниқланади, совуқ сув билан қилинган синамада нистагм қарама – қарши томонга, иссиқ сув билан қилинган синамада эса ўша тарафга йўналган бўлади.

Айланма синама – Текширилувчи кўзини беркитган ҳолда Барани креслосига ўтиради, боши 30 градусга олдинга эгилади, сўнгра креслони ўн маротаба 20 сек. давомида ўнга айлантирилади, айлантириш тўхтагандан сўнг,бошини кўтариб текширувчини қўлига (қўлни кўздан 70 см. узоқликда чап томонда ушланган ҳолда) қарашни таклиф қилинади ва пайдо бўлган нистагмни йўналиши,сатҳи,амплитудаси,тезлиги ва давомийлиги (одатда 20-30 сония давом этади) аниқланади.



Расм 19. Айланторма синама

Пневматик синама врач текширилувчини қаршисига ўтириб, ўзини чап кулоқ сурпасига доимо қарашни таклиф қилади ва бир вақтни ўзида, бош бармоқ билан текширилувчини ўнг кулоғини бўртмасига (козелок) босиш орқали ташқи эшитув йўлида ҳаво босимини кучайтиради. Соғлом одамларда нистагм кузатилмайди, агар горизонтал яримой каналларида яллиғланиш ҳисобига оқма яра (свиш) пайдо бўлган ҳолда, нистагм ўнг томонга йўналган бўлади. Ташқи эшитув йўлида ҳаво босими озайтирилганда эса, нистагм қарши томонга, яъний чап томонга бўлади.

Отлит аъзони фаолиятини Воячек усулида аниқлаш- Текширилувчи кўзи юмилган ҳолда Барани креслосига ўтиради, боши танаси билан 90 градусга олдинга эгилади., сўнгра текширувчи аввал ўнг томонга, сўнгра чап томонга 5 маротабадан 10 сонияда айлантиради. Айлантириш кескин тўхтатилади ва 5 сониядан сўнг кўзини очиб гавдасини тўғрилаб кўтаришни таклиф этади. Шунда текширилувчида турли даражада **соматик реакциялар** кузатилади. Агар текширилувчини гавдаси ўрта чизикдан 5 градусга оғиб кетса **биринчи даражали**, 5-30 градусга оғса **иккинчи даража** ва мувозанатини йўқотиб, йиқилиб тушса **учинчи даражадаги** реакция деб баҳоланади.

Отолит аппаратни фаолиятини **К.Л. Хилов (1933й.) бўйича** тўрт уситунли арғамчокда текшириш. Текширилувчи текшириш вақтида арғамчокда елкасида ётади, кўзни тоник ҳаракатини электроокулография ёрдамида қайд этилади. Текшириш вақтида арғамчок майдонини сатҳи ўзгармайди ва доими горизонтал ҳолда ерга параллел бўлади. Натижада отолит аппаратини маълум майдонига босим кучайтиради ва тўхтовсиз берилаётган босимга чидамликлигини аниқланади.. Мувозанат анализаторини тўғри йўналишдаги тезлашиши бўсағаси 2-20 см./с. тенг.

Вегетатив реакция- отолит апаратни текшириш вақтида соматик реакциядан ташқари текширилувчиларда вегетатив реакциялар ҳам кузатилади ва бу реакциялар намоён бўлиши даражасига қараб уч босқичга бўлинади.

Вегетатив реакцияни **биринчи босқичида-** тери рангини оқариши, кучсиз томир уриш кузатилади.

иккинчи босқичи- тери ранги оқарган, совуқ тер билан қопланган, кўнгил айнийди.

учинчи босқич- кучли реакция, кўнгил айниб қайт қилади, текширилувчи обморк ҳолатига тушиб қолади.

Мувозанат анализаторини текширишдан сўнг олинган натижалар алоҳида қабул қилинган паспортга киритилади.

Мувозанат анализаторини текшириш натижаларини қайд этиш паспорти.

Ўнг тараф

Чап тараф

Субъектив хиссиёт

Спонтан нистагм

Ромберг ҳолати

Кўрсатма синама

Бошни буришда дабдурустан (спонтан) бир томонга йиқилиш

Адиадохокинез

Тўғри чизик бўйлаб юриш (кўз очик ҳолда)

Ён томонларга юриш

Калорик синама

Босимли (прессор) синама

Қулоқни рентгенологик текшириш усуллари.

Қулоқни рентгенологик натижалари ҳозирги кунда касалликларни ташхиси учун асосий текшириш усулларидан ҳисобланади. Рентгенологик текширишда асосан Шюллер, Майер ва Стенверс усуллари қўлланилади.

Шюллаер усулида сўрғичсимон ўсимтани тузилиши, антрум ва уни атрофидаги катакчалар, ўрта қулоқни томи яхши кўринади. Сигмасимон синусни олдинги девори аниқ кўринади. Сурункали яллиғланишда антрум атрофида бўшлиқлар аниқланади.

Майер усулида эса ташқи эшитув йўлини суяк қисми, эшитиш суякчалари ва эпителимпанал соҳа тузилишлари кўринади.

Стенверс бўйича текширилганда суякни пирамида қисми, лабиринт ва ички эшитув йўли ҳолати аниқланади. Ҳозирги кунда текширишни замонавий компьютерли томография, МРТ усуллари амалиётда қўлланилмоқда ва текширишни асосий усулларига айланиб қолди.

Биз қуйидаги келтирилган маълумотларимизда кулоқ касалликлари: ташқи отит, ўткир йирингли ўрта отит ва уни ёш болаларда ўзига хос кечиши, антрит, мастоидит, сурункали йирингли ўрта отит ва уларни асорати ҳақида сўз юритамиз.

Ташқи кулоқ касалликлари

Ташқи кулоқ касалликлари каторига кулоқ сурпаси ва ташқи эшитув йўли турли туғма нуқсонлари киради.

Кулоқ сурпаси нуқсони.

Ташқи кулоқ нуқсонларига, кулоқ сурпасини тўлиқ ривожланмасдан қолиши (микроотия), кулоқ сурпасини хажмини катталиги (макроотия), умуман кулоқ сурпасини бўлмаслиги (анотия) ва шалпанкулоқликлар киради.

Бошқа учрайдиган нуқсонларга Дарвин бўртмаси (кулоқ сурпасида бўртма), шайтон кулоғи (кулоқ сурпасини найзасимон ўсиши), мааки кулоғи. Беморларни асосий безовта қиладиган ҳолат, бу косметик нуқсон, ташқи кўринишдаги кулоқ сурпасини етишмовчиликдир.

Даволашда барча ҳолатларда кулоқ сурпасида косметик, пластик жаррохлиги ўтказилади. Макроотияда кулоқ сурпасини понасимон кесиб хажм жихатидан кичрайтирилади. Микроотияда эса кулоқ арофидаги тери остига аутотоғай ёки суъний пластик тўқима киритилиб кулоқ сурпасини шакинлантирилади. Осилиб қолган-шалпанкулоқликда кулоқ сурпасини орқа томонидан пластик жаррохлик ўтказилади ва орқага кўтариб қўйилади. Анотиядаги жароҳликда кулоқ сурпасини янгидан шакинлаштиришда, аввал тери остига махсус каркас киритилиб кулоқ сурпаси шакиллантиди, сўнгра икинчи босқичида янги ҳосил бўлган кулоқ сурпаси теридан ажратилади.

Кўпинча ҳолларда кулоқ сурпаси нуқсонлари, ташқи эшитув йўллари **атрезияси** билан кечади, бундай вазиятларда ташқи эшитув йўллари янгидан шакиллантирилади ва узоқ муддатга тампон ёки пластик трубкалар қўйилади.

Ташқи кулоқдаги яна битта туғма нуқсон, бу туғма **оқма яра**дир. Эмбрионал ривожланишда битмай қолиши ҳисобига, кулоқ сурпасини юқори қисмида оқма яра жойлашади. Маълум бир вақтда бу жойдан йирингли ажралма чиқиб туради, айрим ҳолларда тешик беркилиб қолса яра атрофи қизариб шишади, оғриқ бўлиб тана ҳрорати кўтарилади.

Даволаш фақат жаррохлик усулида оқма яра тўлиқ олиб ташланади.

Ташқи кулоқни яллиғланиш касалликлари.

Ташқи кулоқ касалликлари турли ёшдаги одамларда учрайди ва келиб чиқиши, клиник кечишида беморларни ёши, кулоқни турли салбий ташқи таъсирларга учараши ҳолати, беморни иммунологик қобилятини хусусиятларига ва микрофлора вирулентлигига боғлиқ бўлади.

Ташқи кулоқдаги касалликлар – кулоқ сурпаси ва тақи эшитув йўли касалликларига бўлинади. Кулоқ сурпасида, ёлин (рожа), терини яллиғланиши (дерматит), жароҳатдан сўнг тери остига қон қуйилиши (отгематома), перихондрит учраса, ташқи эшитув йўлида чегараланган (чипқон) ёки тарқалган (диффуз) ташқи отит, кулоқ чирки учрайди.

Отгематома

Келиб чиқиши турли механик жароҳатлардан сўнг кулоқ сурпасини тоғай пардаси остига қон қуйилиши кузатилади.

Беморни шикоятлари Жароҳатдан сўнг кулоқ сурпаси соҳасида оғриқ бўлади, сўнгра тери остига қон қуйилиши натижасида кулоқ сурпасида чегараланган шиш пайдо бўлади. Вақт ўтиши билан оғриқ кучаяди, агар қон қуйилган жойга инфекция тушса, йирингли жараён ривожланиб, маҳаллий ва умумий ҳарорат кўтарилади.

Отоскопияда кулоқ сурпасида чегараланган, юмалоқ шаклда, кўкимтир ёки тўқ жигарранг юмшоқ бўртма кўринади, бу бўртмани таркиби қон ёки лимфа суюқлигида иборат, ушлаб кўрилса оғриқли бўлади. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса инфекция кўшилиб йирингли жараёнга айланиши мумкин. Касаллик асоратланган ҳолда йиринглаш жараёни кучайиб, тоғайларга тарқалиб уларда яллиғланиш (перихондрит) чақиради ва кейинчалик кулоқ сурпасида турли иккиламчи деформациялар ривожланади.

Даволаш – кичик отгематомалар енгил, босиб турувчи спиртли боғловлар қилинса, тезда қайта сўрилиб кетиши мумкин. Катта ҳажмдаги отгематомалар пункция қилиниб ичидаги суюқлик сўриб олинади ва ўрнига 5% йод ёки антибиотиклар эритмасини юборилади, сўнгра босиб турувчи боғлов қилинади. Агар катта отгематомалар йиринглаб кетса, кесиб очилади ва яра антибиотиклар эритмаси билан ювилиб, асептик боғлов қўйилади. Агар жараён кучайиб перихондрит билан асоратланса даволашга антибиотиклар ва антигистаминлар қўйилади.

Кулоқ сурпаси ёлини (рожа)-erysipelas

Касаллик бирламчи ҳолда камдан-кам учрайди, кўпинча иккиламчи асорат сифатида юздаги ёки бошдаги ёлинни кулоқ сурпасига тарқалиши ҳисобига ривожланади. Касаллик чақирувчиси стрептококк бўлиб, танани химоя қуввати пасайганда, кулоқ сурпасидаги кичик жароҳат орқали инфекция тарқалиши натижасида ривожланади.

Касалликни белгилари: Кулоқ сурпасида қаттиқ оғриқ безовта қилади, беморни тана харорати юқори бўлади (39-40С), умумий ахволи оғирлашади. Баъзан яллиғланиш кулоқ сурпасидан ташқи эшитув йўли ва ногора пардасигача тарқалиши мумкин. Касалликни енгил кечишида беморлар 4-5 кунда соғайиб кетади.

Отоскопияда кулоқ сурпаси териси қизариб шишаган, яллиғланган тери соғ теридан кескин чегараланган ва бўртган бўлади. Айрим холларда кулоқ сурпаси юзасида, ичида сероз суюқлик бўлган пўрсилдоқлар (пуфакчалар) пайдо бўлади. Бу пуфакчалар ёрилиб, юзалари қасмоқлар билан қопланган яраларга айланади.

Даволаш – Кулоқ сурпасига суртиш учун турли (Вишневский малхами, ихтиол, сариқ симоб малхами) малхамлар, ичиш учун антибиотиклар, сульфаниламидлар тавсия қилинади, физиотерапевтик муолижалардан ультрабинафша нурлари билан таъсир этиш яхши фойда беради.

Экзема - eczema

Касаллик кулоқ сурпасини ўзини алохида чегараланган холда ёки кенг тарқалиб, териларни яллиғланиши билан бирга учрайди. Келиб чиқишини сабаблари махалий ва умумий бўлади. **Махаллий сабаблар** ташқи эшитув йўлидан ажралаётган йирингни узоқ муддат атроф тўқималарга таъсир этиши, кулоқ касалликларида ишлатилаётган турли дориларни (йод, спиртли томчилар), ёки турли кимёвий чиқиндиларни (цемент, кўмир чанги) таъсирлар ҳисобланади. **Умумий сабабларга** эса аллергия касалликлар, диатез, қандли диабет, қон ва ошқозон-ичак касалликлари ҳисобланади. Касаллик ўткир ва сурункали кўринишда кечади, ўткир кўринишда касаллик фақат тери қатлами қамраб олган бўлса, сурункали кўринишида яллиғланиш кулоқ сурпасини чуқур қатламларига ҳам тарқалган бўлади.

Касалликни кечиши: Беморларни кулоқ сурпасида, ташқи эшитув йўлида қичишиш, оғриқ ва доимо намланиб турадига яралар безовта қилади. Ўткир кўринишида кулоқ сурпаси териси қизарган, шишган, инфильтрация ҳисобига қалинлашган, юзасида турли хажмдаги ичи сероз суюқлик ёки йиринг билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Кулоқдаги қичишиш ва уни доимо қашлаб турилиши ҳисобига, теридаги пуфакчалар ёрилиб суюқлик чиқиб терини доимо намлаб туради. Кейинчалик бу ажралмалар қуриб терини турли қалинликдаги кулранг-сариқ қасмоқ бойлайди. Қасмоқлар кўчганда, тагидан доимо намланиб турувчи яралар кўринади. Кейинчалик бу яраларга инфекция кўшилиши ҳисобига иккиламчи йирингли ташқи отит ривожланади. Жараёни тарқалиши натижасида ташқи эшитув йўли торайган ва йирингли ажралма ва қасмоқлар билан тўлган.

Даволаш—Даволашни экземага сабабчи бўлган йўлдош сурункали касалликларни даволашдан ва касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилишдан бошланади. Кулоқ сурпаси, ташқи эшитув йўли доимо тозаланиб, антисептик суюқликлар билан ювилиб турилади, сўнгра турли гормонал (оксикорт, геокортон) малхамилар билан суртилади. Кулоқ сурпасидаги қасмоқлар мойлар суртилиб юмшатиладиган сўнг тозаланади, очилган яраларга антисептик малхамлар боғланади. Ичиш учун антигистамин дорилар тавсия қилинади.

Физиотерапевтик муолижалардан ультрабнафша нурлар таъсир этиш, УВЧ яхши фойда беради.

Қулоқ чирки – (олтингугурт тикини,серная пробка)

Ташқи эшитув йўлидаги ёғ ва олтингугурт ишлаб чиқарувчи безлар ўз махсулотлари билан ташқи эшитув йўлини терисини керакли даражада намлаб,ёғлаб туради. Бу безларни фаолияти бузилиб ўз махсулотларини чиқармай қолса,тери қуруқшаб, қулоқни қичишиши каби нохуш ҳолатлар келтириб чиқаради,ёки кўп махсулот ишлаб чиқарилса,тўпланиб ташқи эшитув йўлида қулоқ чиркини ҳосил қилади.

Қулоқ чирки - безлар ишлаб чиқарган махсулотлар (олтингугурт ажралмаси) ва унга қўшилган терини тушган қатламларидан иборат. Одатда қулоқда ҳосил бўлган чирки секин-аста овқат еганда,гаплашганда ўз-ўзидан тушиб туради,аммо кўп миқдорда ишлаб чиқарилганда,ташқи эшитув йўллариини торлигида тўпланиб қотиб қолади. Узоқ вақт тўпланиб қолган чирки ташқи эшитув йўлини тўлиқ беркитиб, эшитишни вақтинчалик пасайишига, ноғора пардани эзиб қўйиш билан, уни инервация қилувчи уч шохли ва адашган нерв толалари қитиклаб реффлектор тарзда, йўтал, бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниб қайт қилишни келтириб чиқаради, айрим ҳолларда эса ноғора пардани яллиғлаб ўрта отит чақириши мумкин.

Беморлар кўроқ эшитишни пасайишига,қулоқ соҳасида нохуш ҳолатларга, оғриққа (ноғора пардани эзиб қўйиши ҳисобига) **шикоят қиладилар**.Эшитишни пасайиши кўроқ қулоққа сув тушганда кескин билиниб қолади. Сув тушиши ҳисобига чирки кескин шишиб, ташқи эшитув йўлини тўлиқ беркитиб қўяди.

Отоскопияда- ташқи эшитув йўлини тўлиқ беркитиб турган тўқ жигаррангли чирки кўринади.

Даволаш – Катта бўлмаган қулоқ чиркилари зонд орқали (Воячек зонди) ковлаб олиб ташлаш мумкин, ёки илиқ (37 С) антисептик эритмалар билан Жане шприци ёрдамида ювиб ташланади. Узоқ вақт тўпланиб, қотиб қолган чирки, юмшатиш мақсадида аввал 2-3 кун давомида турли ёғлар, 3% водород перекис эритмасидан ёки серумен эритмасидан кунига 4-5 маҳалдан томизилиб юмшатилади, сўнгра илиқ фурациллин эритмаси билан Жане шприци ёрдамида ювиб ташланади.



Расм 20. Қулоқ чиркини ювиш

ҚУЛОҚ ЧИПҚОНИ (*Otitis externa circumscripta*)

Ташқи эшитув йўлини кириш қисми ёки тоғайли - пардали қисмидги тук қопчаларига ва ёғ безларига терини бутунлиги бузилиши натижасида инфекцияни (стафилококк, стрептокок) тушиб яллиғланиш чақириши, ташқи эшитув йўлини чипқонига сабаб бўлади.

Қулоқ чипқонини пайдо бўлишдаги омиллар: танани химоя қувватини пасайиши, модда алмашинувини бузилиши ва витаминлар етишмовчиликлари ҳисобланади. Айрим ҳолларда қулоқ чипқони танани умумий фурункулезни бир кўриниши ҳам бўлиши мумкин.

Касалликни белгилари – беморларни асосан қулоқда кучли оғриқ безовта қилади, оғриқ кўзга, тишларга, бўйинга ва бошга тарқалиши мумкин. Овқат еганда ва гаплашганда (пастки жағни бўғими ташқи эшитув йўлига босиши натижасида) оғриқ кучаяди. Қулоқ сурпасини ушлаб тортганда ёки қулоқ думбоғини босганда ҳам оғриқ кучаяди. Кейинчалик чипқон ёрилиши натижасида ташқи эшитув йўлидан йиринг ажралади. Баъзан беморларда тана ҳарорати 38 С гача кўтарилади.

Отоскопияда – ташқи эшитув йўлини кириш қисмида конус шаклдаги қизарган бўртма кўринади, бўртма ҳисобига ташқи эшитув йўли торайиб қолади. Кейинчалик яллиғланган бўртма катталашиб, қизариб шишади ва айрим ҳолларда қулоқ сурпасига ҳам тарқалиши мумкин. Аста-секин яллиғланган жойни ўртасида оқариш пайдо бўлади, бундай ҳолат йиринг ҳосил бўлганлигидан дарак беради.



Расм 21. Қулоқ чипқонини ёриш

Қулоқ олди ва бўйин лимфа тугунлари катталашган, оғриқли бўлади, беморни тана харорат кўтарилиб, умумий ахволи ёмонлашади. Яллиғланиш жараёни кучайиб, чипқон ўз-ўзидан ёрилиши мумкин, натижада беморни ахволи яхшиланади, оғриқ пасайиб ва тана харорати мўтадил бўлади. Айрим холларда йирингли жараён ташқи эшитув йўлини пастки деворидаги санторин ёриқлари орқали қулоқ олди безига тарқалиши ҳам мумкин. Натижада без уни атрофидаги тўқималар яллиғланиб янги йирингли ўчоқ пайдо бўлади. Касаллик асоратланмаса ўртача 7-8 кун давом этиб тузалиб кетади.

Даволаш – Касалликни биринчи кунлари антибиотиклар, иситма тушурувчи ва оғриқ қолдирувчи дорилар тавсия қилинади. Ташқи эшитув йўлига оғриқ қолдириш мақсадида новокаинни спиртдаги эритмаси билан докали плик қўйилади, қулоққа спиртли боғлов қилинади. Чипқонни бошланиш даврида инфилтратни қайта сўрдириш мақсадида қулоққа турли малхамлар (сарик симоб малхами, ихтиол ва Вишневский малхамлари) билан боғлов қилинади. Агар инфилтрат марказида йирингли ўзак пайдо бўлса, уни пинцет ёрдамида олинади, иложи бўлса чипқон кенгайтирилади ва йиринг чиқишига шароит яратилади, сўнгра антибиотиклар эритмалари билан боғлов қилинади. Айрим холларда касаллик чўзилиб кетса, кетма-кет чипқон пайдо бўлиши давом этса, аутогемотерапия ҳам қилинади, витаминлар, иммуномодуляторлар тавсия этилади. Физиотерапевтик муолижалардан УВЧ ва УФ яхши фойда беради. Беморларни хар эхтимолга қарши қандли диабетга текшириб қўйилади.

ОТОМИКОЗ (Кулоқни замбуруғли яллиғланиши).

Отомикоз ташки ва ўрта кулоқни замбуруғли яллиғланишидир. Касалликни кенг тарқалганлигига қарамасдан охирги йилларгача кўп оториноларингологлар бу касаллик ҳақида ҳеч қандай маълумот эга бўлишмаган, шунинг учун ҳам бундай беморлар узоқ вақтлар самарасиз турли усуллар билан даволанганлар.

Касалликни чакирувчилари асосан замбуруғлар кандида, пенциллиум, аспергиллус ва мукор ҳисобланади. Бу замбуруғлар алоҳида ёки бактериал флора билан биргаликда касалликни чакириш мумкин. Бактериал флора билан биргаликда кечадиган отомикоз, анча оғир кечади, узоқ давом этади ва даволаниш жараёни қийин бўлади.

Келтирилган маълумотларга қараганда отитларни 25-30% ни замбуруғли отитлар ташкил қилади. Отомикоз кўпинча ташқи эшитув йўли яллиғланган беморларда (дерматитлар), сурункали йирингли ажралма ҳисобига терини бутунлиги бузилган ҳолларда тез ривожланади. Касалликни келиб чиқишидаги омиллардан бу кўп кортикостероидлар, антибиотиклар қўллаш, иммунологик фаолиятни пасайиб кетиши, модда алмашинувини бузилиши ҳисобланади. Асосий омиллардан бири танадаги аллергия ҳолат муҳим ўринни эгаллайди.

Замбуруғлар ташқи эшитув йўлларида доимо мавжуддир, бу жойларда намликни ортиши, ҳароратни бир хилда бўлиши, ҳаво алмашинувини доимийлиги (кислород ва корбонат ангириди), қуёш нурини тўғридан-тўғри таъсир этмаслиги уларни ривожланиш учун яхши шароит ҳисобланади.

Касалликни белгилари ривожланиши оддий ташқи отитга қараганда аста-секин намоён бўлади. Замбуруғларни ривожланиб кўпайиши, улардан ажралиб чиқаётган токсинларни таъсири натижасида, аввал эшитишни пасайиши, кулоқда қичишиш каби белгилар пайдо бўлади. Кейинчалик оғриқ безовта қилади, кулоқни тўлиб қолганлиги ҳиссиёти кучаяди, шовқин пайдо бўлиб, оз миқдорда ажралма келади.

Отоскопияда ташқи эшитув йўлини териси қизарган ва шишган бўлади. Агар жараён ўрта кулоққа ўтмаган бўласа, ноғора парда тешилмаган, аммо бир оз қизарган, таниш белгилари қисман кўринади. Ташқи эшитув йўлидаги ажралмалар кўп бўлиб йўлни тўлиқ беркитиб туради. Замбуруғларни турига қараб турлича бўлади, аспергиллус нигер турида ажралма қора (кўмир кукуни) кўринишида бўлади, кандида турида эса оқ сарғимтир бўтқа кўринишида, пенциллиум турида эса ажралма кулранг кўринишда бўлади.

Ташқи эшитув йўлини ажралмадан тозалангандан сўнг ноғора пардани кўриш мумкин.

Ташхис касалликни ташхиси беморни шикоятлари, отоскопияда ажралмани ўзига хос рангда бўлиши, ажралмани микроскопия қилиш ва махсусу озуқаларга экиш орқали қўйилади.

Даволаш кулоқни тозалангандан сўнг аспергиллус замбуруғга қарши маҳаллий дорилардан бири нитрофунгин, экзодрил, ламизил, низорал, микозолан, батрофен қўланилади.

Кандида замбуруғига қарши клотримазол, низорал ва микозалон қўлланилади. Агар отмикоз бактериал микрофлора билан бирга кечса экзодерил ва барафе яхши самара беради.

Имкония даражасида маҳаллий қўлланиладиган дориларни пахтага шимдирилган холда, ташқи эшитув йўллари билан барча деворларига суртиш орқали қўлланса самараси тез бўлади. Қулоқни ювишни 3% бор кислотаси эритмаси билан амалга ошириш зарур.

Агар маҳаллий даволардан фойда бўлмаса, ичиш учун дифлукан 150 мг. дан кунига бир маҳал 10 кун давомида, ёки орунгал 100 мг. дан кунига бир маҳал 10 кун давомида ичилади. Касалликни қайталанишга мойиллиги юқори бўлганлиги учун ҳам даволангандан сўнг бир ҳафта ўтказиб қайта 10 кун давомида даволаш курсини қайтариш зарур.

ҚУЛОҚДА ЁТ ЖИСМЛАР

Қулоқдаги ёт жисмлари кўпинча 3-7 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Болалар ўйнаб бир-бирини қулоғига ёки ўз қулоқларига турли жисмларни (нўхат, тугма, данаклар, тош ва қоғозларни) тиқиб олишади. Катта ёшдагиларда эса қулоқ тозалаш мақсадида тиқилган гугурт чўплари, пахт, ухлаб ётганда эса тирик хашоратлар (суварак, пашша) тушиб қолади.

Касалликни белгилари - Агар ёт жисм юзаси силлиқ бўлиб ташқи эшитув йўли деворларини жароҳатламаса ёки тўлиқ беркитиб қўймаса, узоқ вақтгача безовта қилмаслиги мумкин. Юзаси нотекис, ўткир жисмлар ташқи эшитув йўлларига санчилиб қолганда, ёки тирик хашоратлар бўлса улар ҳаракатланганда беморларда қулоқда шовқин, оғриқ ва ноҳушликлар келтириб чиқаради. Агар нўхат, ловия ва мош каби ёт жисмлар қулоққа тушиб қолса, аста-секин нам тортиб, катталашади ва ташқи эшитув йўлини тўлиқ беркитиб қўяди, натижада эшитиш пасайиб қолади.

Даволаш: ёт жисмни олишдан аввал агар тирик хашорат бўлса, ҳаракатини тўхтатиш мақсадида қулоққа ёғли ёки сипиртли томчилар томизилади ва ҳаракати тўхтагандан сўнг Жане шприци билан илиқ антисептик суюқлик билан ювиб ташланади. Ёт жисмни олишда бошқа усулларга нисбатан ювиш усули кам жароҳатли ва қулай ҳисобланади. Ювиш орқали олишни иложи бўлмаган ёт жисмлар, учи тумтоқ илмоқли (Зауфал ёки Остман илгаклари) зонд ёрдамида олинади. Бу усулни қўллашда ҳушёрлик билан, бемор бошини қимирлатмасдан олишлик талаб қилинади, акс холда ташқи эшитув йўли деворини ёки ногора пардани жароҳатлаб қўйиш мумкин. Шунинг учун кўпинча ёш болаларда ёт жисмни олишда қисқа муддатли наркоз қилинади.

Нам тортиб шишиб қолган нўхат, ловия, мош каби ёт жисмларни аввал қулоққа спирт томизилади, улар буришиб хажми кичрайгандан сўнг олинади. Юмалоқ шаклдаги ёт жисмларни ҳеч қачон пинцет ёки қисқичлар билан олишга ҳаракат қилмаслик керак, чунки олиш ҳаракатида аксинча уларни янада ичкарига, ташқи эшитув йўлини торайган қисмидан ўтказиб юбориш мумкин. Ёт жисмларни

инструментлар ёрдамида олиш фақат малакали мутахассис томонидан бажарилиши керак, акс холда турли асоратлар юзага келиши мумкин. Ёт жисмларни олишни иложи бўлмаганда ёки турли асорат ва яллиғланиш юз бериб ташки эшитув йўли беркилиб қолганда жаррохлик йўли билан, қулоқда радикал жаррохлиги ўтказгандек, сўрғичсимон соха териси кесилиб, эшитув йўлини орқа девори орқали олиш мумкин.

ЎРТА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўрта қулоқни ўткир яллиғланиши, инсон танасини умумий касаллигини маҳаллий намоён бўлиши билан кечадиган кўринишидир. Умумий қулоқ касалликларини 30% ташкил этади ва йилда-йилга бу кўрсаткич ортиб бормоқда. Касаллик ҳамма ёшда учрайди, аммо болалар ва кекса ёшдагилар орасида кўпроқ кузатилди. Шунинг учун ҳам ўрта қулоқни ўткир яллиғланишини ўрганиш муаммоси нафақат оториноларингология хатто педиатрия соҳасида ҳам катта аҳамиятга касб этмоқда, бундан ташқари ёш болаларда бошланган ўрта қулоқни ўткир яллиғланиши кейинчалик сурункали кўринишига ўтиб, турли асоратларни (бош мия асоратлари, эшитишни пасайиши) келиб чиқишига сабаб бўлмоқда. Натижада бу беморлар балоғат ёшига етмасдан ижтимоий жихатдан ишга яроқсиз бўлиб қолмоқдалар. Ёш болаларда қулоқни анатомио-физиологик ва иммунобиологик хусусиятларини ўзига хослиги туфайли, ўрта қулоқни ўткир яллиғланиши ва уни клиник кечиши, катта ёшдагиларга қараганда кескин фарқланади.

Ўрта қулоқнинг яллиғланиши кўпинча юқори нафас йўллариини ўткир респиратор касалликлари (резанда, тумов), скарлатина, қизамиқ каби юқумли касалликлардан сўнг тез ривожланади. Бурун ва бурун-халқумдаги турли сурункали касалликлар ринитлар, синуситлар, аденоидлар, сурункали тонзиллитлар ўрта қулоқдаги сурункали касалликларни келиб чиқишида ва давом этишда асосий омиллардан бири ҳисобланади.

Гипотрофик, авитаминоз ва аллергияс касаликлари билан хасталанган болаларда ўрта қулоқни ўткир яллиғланиш кўрсаткичлари, соғлом болаларга қараганда 2 баробар юқоридир.

Касалликни **клиник кечиши** бўйича ўткир ва сурункали кўриниши, **босқичларига** биноан эса катарал, сероз ва йирингли турлари тафовут қилинади

ЎТКИР КАТАРАЛ ЎРТА ОТИТ (otitis media catarrhalis acuta)

Эшитув найининг ноғора бўшлиғи билан ўзаро боғлиқлиги ҳолати доимо ўткир ўрта отитларни келиб чиқишида асосий ўринни эгаллайди. Эшитув найини беркилиб қолиши икки хил ҳолатда юз беради

-бурун халқумдаги ўсма, аденоид, най безларини йўғонлашувида механик тўсилиб қолади.

-эшитув найини яллиғланиши туфайли шиллик қаватлар шишиб, деворларини бир-бирига ёпишиб қолиши хисобига

Ўткир ўрта отит келиб чиқишидаги асосий омиллардан бири бу шамоллашдир. Шамоллаш натижасида ҳам маҳаллий, ҳам умумий химоя қобилятини пасайиши кузатилади, натижада сапрофит ҳолдаги микрофлоралар патоген ҳолатга ўтиб, вирулентлик хусусияти кучаяди. Микрофлорани вирулентлик хусусиятини кучайтирувчи иккинчи омил бу турли юқумли (грипп, қизамиқ, бўғма, тиф ва зотилжам) касалликлардир.

Бурун-халқумдаги яллиғланиш жараёни, эшитув найи орқали, ўрта қулоққа қуйдагича ўтади:

а) эшитув найини шиллик қаватларини яллиғланишида микрофлора тўғридан-тўғри ўрта қулоққа ўтиши мумкин

б) бурун-халқумдаги яллиғланишдаги ажралмаларни (шилимшиқ, йиринг) димоғдаги босим ортиши вақтида (чучкириш, йўталиш ва бурунни тозалашда) ўтиши мумкин.

Одатда эшитув найини деворлари доимо ёпиқ ҳолда бўлади, тоғайли-пардали қисмида шиллик қаватлар бир-бирига ёпишиб туради, фақат ютинганда, чайнаш жараёнида ва эснашда очилиб, ўз фаолиятини бажаради.

Эшитув найини яллиғланишида уни шиллик қаватлари шишиб беркилиб қолади ва фаолияти (ўрта қулоққа ҳаво ўтказиш, дренаж) бузилади, натижада эшитув найи орқали ноғора бўшлиғига ҳаво ўтмасдан қолади. Ноғора бўшлиғидаги ҳаво эса шиллик қаватлар орқали сўрилиши натижасида, ўрта қулоқда ҳаво босими пасаяди, бунинг хисобига қонни суюқ қисми қон томирлари деворлари орқали бўшлиққа чиқиб тўпланади. Айрим адабиётларда бу ҳолатни экссудатли ўрта отит, сероз отит, сальпингоотит деб ҳам юритилади. Бу даврда йирингли жараён ҳали шакилланмаган, фақат суюқлик тўпланиши хисобига асептик жараён пайдо бўлади. Кейинчалик инфекцияни қўшилиши хисобига яллиғланиш жараёни йирингли (септик) тус олади.

Беморни шикоятлари—касалликни бошланишида яллиғланган қулоқ соҳасида эшитишни пасайиши, шовқин, аутофония (ўз овозини баландланган ҳолда касалланган қулоғида эшитиши), қулоқда босимни ортишини сезгиси ва бошда оғирлика бўлади. Агар ўрта қулоқда асептик суюқлик тўпланган бўлса бемор бошни ҳолатини ўзгартирганда, суюқликни ҳаракатини ўзига ҳос овоз беради. Бундай ишқаланиш овози (крепитация) катарал отитларга ҳос бўлиб, уни нафақат бемор, балки врач ҳам эшитади - буни **Леде белгиси деб юритилади**. Суюқликни ҳаракати ўзгариши билан, бир вақтни ўзида эшитиш қобиляти яхшиланиб қолади. Эшитишни пасайиши асосан товуш ўтказиш тизимини бузилишига ҳос бўлади, ammo айрим ҳолларда (интоксикацияни ички қулоққа тақалиши хисобига) суякдан ўтказиш ҳам пасайиб қолади. Беморни умумий ахволи деярли ўзгармайди.

Отоскопияда – Ноғора пардани ранги ўрта қулоқда тўпланган суюқликни микдори ва таркибига боғлиқ бўлиб, оқ-қулрангдан, тўқ жигаррангача бўлади, хиралашиб қолади, парда ичкарига тортилганлиги натижасида болғачани калта

дастаси бўртиб чиқади, таниш белгилари аниқ кўринмайди. Нур конуси қисқариб қолади ёки умуман йўқолиб кетади. Айрим ҳолларда ноғора парда орқали ўрта қулоқдаги суюқликни сатҳини кўриш мумкин.

Даволаш – Даволашни эшитув найини ўтказувчанлик фаолиятини тиклашдан бошланади, бунинг учун бурун ва бурун-ҳалқум касалликларини (тумов,резанда,ринитлар,аденоид) даволанади. Бурунга қон томир торайтиручи томчилар томизилади. Агар бурун чиғаноқлари гипертрофияси, бурун полипи ёки аденод бўлса жаррохлий йўли билан бартараф қилинади. Бурунга қон томир торайтиручи томчилар тавсия қилинади,қулоққа иссиқлик берувчи муолижалар – спиртли боғлов қўйилади,соллюкс, УФ қўланилади. Эшитув найини фаолиятини тиклаш учун Политцер бўйича ҳаво юборилади, ноғора пардани ҳаволи массаж қилинади. Эшитув найига катетр юбориб гидрокортисонни химотрипсинлар билан алмаштириб юбориш яхши фойда беради. Айрим ҳолларда ноғора бўшлиғидаги суюқликни чиқариш учун парцентез (пардани суъний тешиш) қилинади.

Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши (otitis media acuta)

Қуйидаги келтирилаётган маълумотларда биз ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланишининг сабабларини, ундаги паталого-анатомик ўзгаришлар, клиник кечишлари, ташҳиси, даволаш усуллари, касалликни кўп учраб турадиган асоратлари ҳисобланган – анtrit ва мастоидитлар ҳақида суҳбатлашамиз.

Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши – организмнинг умумий касаллигини маҳаллий, қулоқда намоён бўлиши билан кечадиган жараён ҳисобланиб, аҳоли ўртасида кенг тарқалган касалликлар қаторига киради. Қулоқ касалликларини 30-35% ўткир йирингли ўрта отит ташкил қилади.

Ўрта қулоқнинг катарал яллиғланишидан фарқи, ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши **биринчидан** тез ривожланади, **иккинчидан** касаллик туфайли организмда содир бўлган умумий ўзгаришлар бир неча кун давом этади ва **учинчидан** ўрта қулоқда йирингли экссудат ҳосил бўлиши билан давом этади.

Этиологияси: Ўрта қулоқнинг яллиғланишида асосан стафило-стрептококклар ва пневмококклар муҳим ўрин эгаллайди,булардан ташқари ичак таёқчаси, микробактерия кох таёқчалари ҳам иштирок этиши мумкин.

Яллиғланиш жараёнида микроорганизмлар асосан эшитув найи – (евстахийев) орқали киради. Бунга сабаб бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, бурун-ҳалқум, оғиз бўшлиқлари аъзоларини тез-тез яллиғланиши, ёки бу аъзоларда кўпроқ жаррохлик муолижаларини ўтказилиши, бурунга кўрсатма бўйича узок муддатга олдинги ва орқа тампоналари қўйилиши, турли сабабларга кўра эшитув найини шиллиқ қаватларини бутунлиги бузилиши натижаларида инфекцияни ўрта қулоққа ўтишига шароит яратилади.

Иккинчи навбатда инфекция ўрта қулоққа, ташқи эшитув йўли орқали, ноғора парда шикастланиб уни бутунлиги бузилганда киради. Бундан ташқари турли юқумли касалликларда қон орқали (грипп, скарлатина, тиф) ўтиши ҳам мумкин. Камдан-кам ҳолатда –ўрта қулоққа инфекция бош мияни бирламчи

яллиғланишида (менингит, бош мия абсцессада юқоридан пастга) ретроград ўтиш мумкин.

Касалликни ривожланишида ва клиник кечишида сўрғичсимон ўсимтани тузилиши (пневматик, диплоэтик, склеротик), танани химоя воситасини холати, беморни ёши муҳим ўринни эгаллайди.

Ўрта кулоқнинг йирингли яллиғланиш ҳамма ёшда учрайди, лекин кўпроқ чақалоқларда ва ёш болаларда кузатилади ва уларда яллиғланиш жуда тез ривожланади ва оғир ўтади, бу тўғрисида биз кейинги бўлимларда алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Патологик анатомик ўзгаришлар: Эшитув найини фаолиятини бузилиши ва ўрта кулоққа турли йўллар билан микроорганизмларни кириши натижасида шиллиқ қаватларда мукоид шиш ва артерияларни тўлақонликлиги ривожланади, натижада қон томирлар деворлари орқали ўрта кулоққа экссудат суюқлигини чиқиши бошланади. Экссудат аввал сероз ва қон аралаш бўлади, кейинчалик инфекцияни кўшилиши хисобига йирингга айланади. Экссудат миқдори аста секинлик билан кўпайиб, ноғора бўшлиғида босим ошади, натижада ноғора пардага босим кучаяди, уни трофикаси бузилади ва пардада тешик пайдо бўлиб, аста-секин йирингли суюқликни чиқиши бошланади. Яллиғланиш натижасида ноғора бўшлиғини шиллиқ қавати бир неча мартаба (20-30 марта) қалинлашади, жойларда шиллиқ қаватни эпителиал қисм емирилади, кўчади, кейинчалик уларни ўрниларида яралар пайдо бўлади ва шу жойлардан грануляциян тўқималар ўсади.

Умумий ва маҳаллий химоя қувватини кўтарилиши, даволаш ишларини самарали олиб борилиши, касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилиниши натижасида яллиғланиш жараёни пасаяди, қисман ташқарига чиқади, қисмани эса қайта сўрилади, йиринг камайиб, ноғора парданинг эпителиали қавати тикланиб яллиғланиш – кейинги репаратив босқичига ўтади. Ноғора пардани тикланиш хусусияти кучли бўлганлиги сабабли учала қавати ҳам тикланиб, ҳосил бўлган тешик нозик чандик билан битади ва эшитиш қобилияти деярли тўлиқ тикланади. Баъзан яллиғланиш жараёни узоқ давом этганлиги туфайли учинчи репаратив қисм яхши давом этмайди, натижасида ноғора парданинг ҳамма қаватлари тўлиқ тикланмай қолади, тешик қирғоқлари чандикланади, шунинг учун ҳам пардада доимий тешик қолади ва эшитиш жараёни қисман пасаяди.

Ўткир ўрта отитни клиник кечиши .

Касалликни клиник кечиши уч босқичдан иборат:

1. **Катарал яллиғланиш босқичи** – яллиғланиш натижасида ўрта кулоқда, экссудат тўпланиб, босим ортади, яллиғланиш жараёнида ҳосил бўлган токсинлар қонга сўрилади ва касалликни клиник белгилари намоён бўлади, ноғора пардада аввал қон томирларни радиал қизариши пайдо бўлади, аммо тешик ҳосил бўлмайди.

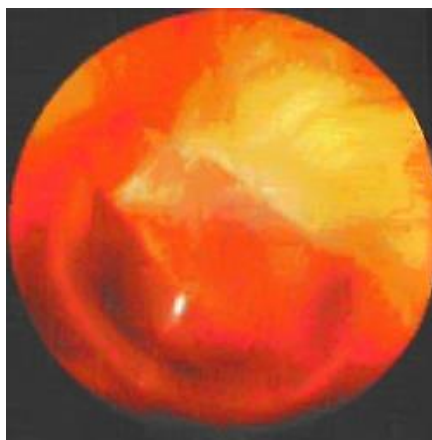
2. **Ноғора пардани тешилиш босқичи** - ноғора парда тешилади ва ноғора бўшлиғидан йирингли ажралма оқиб чиқади, натижада босим камайиб, касалликни биринчи босқичдаги клиник белгилар сусаяди, беморни ахволи нисбатан яхшиланади

3. **Репаратив босқичида** – яллиғланиш жараёни тугалланиб, йиринг оқиши тўхтайдиган, ноғора пардани тешиги нозик чандиқ хосил қилиб битади, яллиғланиш жараёни натижасида келиб чиққан ўзгаришлар қайта тикланади.

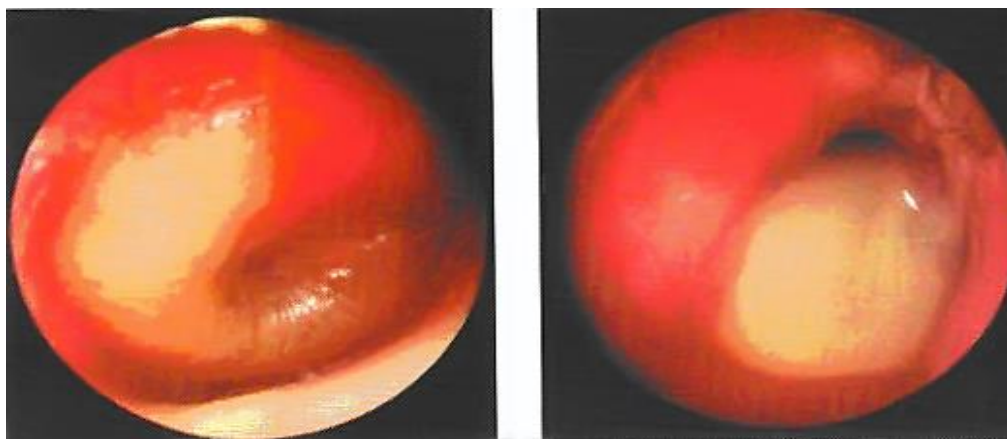
Касалликни клиник кечиши-бошланғич даврида ўрта қулоқда яллиғланиш жараёни пайдо бўлиб, шиллиқ қават шишиб қалинлашиши ва экссудат тўпланиб, ўрта қулоқда босимни ортиши натижасида нерв (тил-юткин, учламчи нерв) толаларини босилиши натижасида турли белгилар намоён бўлади.

Беморларни шикоятлари: Аввалига беморлар эшитишни пасайиши, қулоқни битиб қолишига, сўнгра секин-аста оғриқ пайдо бўлганлига шикоят қиладилар. Кейинчалик ноғора бўшлиғидаги босимни ортиши туфайли қулоқдаги оғриқ кучаяди ва бу оғриқ бошга, тишларга тарқалади, тана харорати кўтарилади, иштаха йўқолади, уйку бузилади, умумий ахволи ёмонлашади. Айрим ҳолларда касаллик оғир кечганда, яллиғланиш жараёни юз нерви каналини (Фалопиев) туғма битмаган (дегисценцияси) тешиклари бўлса, улар орқали ўтиб юз нервни фалажлигини келтириб чиқариши мумкин. Яллиғланиш жараёни қулоқ атрофи тўқималарига тарқалиши туфайли, қулоқ сурпаси, сўргичсимон ўсимта босиб кўрилганда оғриқли бўлади.

Отоскопияда – бу босқичда отоскопик кўриниш ўзгариб туради, бошланишида ноғора пардани қон томирлари радиар қизаради, хиралашади, таниш белгилари қисман аниқланади. Айрим ҳолларда отоскопияда ноғора парда орқали, ноғора бўшлиғидаги тўпланган суюқликни сатхини кўриш мумкин. Кейинчалик яллиғланиш жараёнини кучайиши ҳисобига пардада қизариш кучаяди, таниш белгилари тўлиқ аниқланмасдан қолади ва суюқлик тўпланиб босим кўтарилиши ҳисобига ноғора парда маълум бир жойидан бўртиб чиқади. Кўпроқ бундай бўртиб чиқишлар олдинги-пастки квадрантларда кузатилади.



Расм 22. Ўткир отитда ноғора пардани қон томирларини радиар қизариши



Расм 23. Ноғора парда кескин бўртиб чиққан ва тешилиб йиринг ажралмокда

Касалликни иккинчи –тешилиш босқичи – Ноғора парда тешилиб кулоқдан қон аралаш йиринг оқади, дархол кулоқдаги оғриқ пасайиб тана харорати мўтадил бўлади, беморни ахволи яхшиланади, лекин эшитиш хозирча тўлиқ тикланмаган бўлади. Агар йиринг оқиб чиқиши билан беморни ахволи яхшилимаса, яллиғланиш жараёни сўрғичсимон ўсимтага тарқалганлигидан дарак беради.

Отоскопияда ташқи эшитув йўлида қон аралаш хидсиз йиринг, ноғора парда қизарган, таниш белгилари хали аниқ кўринмайди, бўртиб чиққан (кўпроқ олдинги-пастки квадрантларда) жойда ёриқсимин тешик кўринади.

Учинчи репаратив босқичи- бу босқичида, агар касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этилса, даволаш муолижаларини ўз вақтида олиб борилса ва макроорганизмининг химоя фаолияти яхшиланса, яллиғланиш жараёни бартараф бўлиб, йиринг оқиш тўхтайдиган, ноғора пардани тешиги соҳасида нозик чандиқ ҳосил бўлиб беркилади.

Отоскопияда Ноғора пардада тешик ўрнида нозик чандиқ кўринади, таниш белгилари аввалги ҳолдаги каби аниқ. Ўрта кулоқни фаолияти тикланади, бу жараён ўртача 2 ҳафта давом этади.

Баъзан эса касалликни кечиши чўзилиб кетиш мумкин, бунга сабаб касаллик келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этмаслик, антибиотикларни миқдори етарли даражада қўлламаслик, даволашни ўз вақтида самарали олиб борилмаганлик ва беморда қўшимча йўлдош касалликларни мавжудлиги, ҳамда химоя қувватининг пастлиги ҳисобланади. Бундан ташқари айрим беморларда ўткир отит бошланишида сусти, чўзилиб кетувчи яллиғланиш сифатида давом этади.

Ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиш қандай натижа билан тугаши мумкин.

1. Бутунлай соғайиб кетиш, отоскопияда яллиғланиш белгиларини йўқолиш ва эшитишни тўлиқ тикланиши.

2. Касалликни чандиқли (адгезив) кўринишига ўтиш ва эшитувни қисман пасайиши.

3. Сурункали турига ўтиши

4. Асоратлар қолдириш – мастоидит, лабиринтит, бош мия асоратлари ва бошқалар.

Чақалоқларда ва ёш болаларда ўткир ўрта отитни ўзига хос кечиши

Даволаш усулларга тўхалишдан аввал ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланишини чақалоқларда ва ёш болаларда ўзига хос кечишини кўриб чиқамиз. Касалликни ёш болаларда ўзига хос кечишига алохида урғу беришдан мақсад, уларда ўткир ўрта отит, катталарга нисбатан тез учради,оғир кечади ва кўп асоратлар беради шунинг учун ҳам, бу масалага алохида тўхталиб ўтамиз ва кенг ёритишга ҳаракат қиламиз.

Катталардаги каби,ёш болаларда ҳам ўткир ўрта отитни келиб чиқишида асосий ўринни эшитув найини фаолияти муҳим ўрин тутди. Ёш гўдакларда ташқи мухитни озгина салбий таъсири,хаттоки ноўрин ютиниш,чучкириш ҳам эшитув найини қитиқлаб, шилимшиқ тўпланишига ва кейинчалик эса бундай шилимшиқлар ўрта кулоқда ҳам тўпланишига олиб келади.

Ёш болаларда ўрта кулоқнинг ўзига хос кечишига, қуйидаги анатомик ва физиологик ҳолатлар сабаб бўлади.

1. Ёш болаларда эшитув найи қисқа ва кенг бўлади, бу ҳолат бурун-халқумдан яллиғланиш жараёнини тезда ўрта кулоққа ўтишига шароит яратади.

2. Гўдакларни ўрта кулоғида эмбрионал ривожланишни қолдиғи ҳисобланганл миксоид тўқима кўп бўлади, бу тўқима микробларни ўсиш ва ривожланиш учун яхши озуқа ҳисобланади.

3. Янги туғилган гўдакларда туғилиш жараёнида йўлдошолди суюқлиги эшитув найи орқали ўрта кулоққа тушиб яллиғланиш чақириш мумкин.

4. Ёш болаларда маҳаллий ва умумий химоя воситаси тўлиқ шакилланмаган бўлади,бу ҳолат ташқи мухитни салбий таъсири натижасида тезда ўрта кулоқда яллиғланиш ривожланишга олиб келади.

5. Чақалоқлар кўп вақт чалқанча ётади, натижада бурун-халқумдаги шилимшиқ ажралмалар, эмиш вақтида она сути эшитув найи орқали ногора бўшлиғига ўтиш мумкин.

6. Ёш болалар кўпроқ ўткир юқумли касалликлар билан хасталанади (қизамиқ, бўғма,грипп) бундай касалликлар ўрта кулоқда яллиғланиш жараёнини келтириб чиқарувчи омиллардан ҳисобланади.

7. Ўрта кулоқни шиллиқ қавати бурун-халқум шиллиқ қаватини давоми ҳисобланади,шунинг учун ҳам уни фаолияти,бурун-халқум шиллиқ қаватини фаолиятига боғлиқ бўлади. Ёш болаларда бурун-халқум ва танглай безлари катталашиб, тез-тез яллиғланиб туриши натижасида, аввал эшитув найида,кейинчалик эса ўрта кулоқда яллиғланиш жараёнини доимо ушлаб туради.

8. Ёш болаларда чакка суягини қон билан таъминланиши юқори даражада, шунинг учун ҳам ўрта кулоқдаги яллиғланиш жараёни тезда сўрғичсимон суякга ўтиб суякни емирилиши (остеомиелит)га олиб келади натижада ўрта отит узоқ давом этади.

9. Ёш болаларда бурун –халқумда турли механик тўсиқлар (димоғ ва най безларини йўғонлашуви,бурун чиғаноқларни орқа қисмини йўғонлашуви) эшитув найини фаолиятини бузилишига ва ўрта кулоқни яллиғланишига шароит яратади.

Касаллик клиник белгилари беморни қанчалик ёш бўлса, жараён йўлдош касалликлар билан бирга кечса, ўрта отит шунчалик оғир,узоқ ва даволаниши қийинлик билан кечади. Касаллик аввал эшитишни пасайиши ва кулоқда оғриқ билан бошланади,вақт ўтиши билан оғриқ кучаяди, тана харорати 39-40 С. кўтарилади, қалтираш кузатилади,бемор ўта безовталанади, тинмасдан йиғлайди, ютиниш жараёни оғриқли бўлганлиги учун ҳам кўкрани эмаолмайди, яллиғланган кулоқни тинмасдан ёстиқа ишқалайди ёки қўли билан шу кулоқни тинмасдан ушлайди. Оғриқ туфайли эмиш жараёни бузилганлиги хисобига ошқозон-ичак тизими фаолияти бузилади, беморни ичи ўтиб, тезда озиб кетади. Натижада мавжуд интоксикация жараёни янада кучайиб менингизм белгилари – кўнгил айниб қайт қилиш,бўйин мушакларини қотиб қолиши ҳолати пайдо бўлади,беморни ахволи тобора оғирлашади.

Ўткир ўрта отитларга хос кузатиладиган белгилардан бири **Н.Николаев** симптоми хисобланади-яллиғланган кулоқ томондаги ички уйқу артерияси соҳасига босиб турилса, кулоқдаги оғриқ кескин пасаяди,босишни тўхталиши билан оғриқ яна безовта қилади.

Касалликни клиник кечиш босқичлари катталардаги каби бўлиб, фақат уларда ноғора пардани қалинлиги туфайли ўз-ўзидан тешилиши босқичи узоқ вақт давом этади, шунинг учун ҳам касаллик чўзилиб кетади. Бундай ҳолларда баъзан суний равишда ноғора парда (парацентез) тешилади. Ноғора парда тешилиб йиринг ажралиб чиқиши натижасида тана харорати мўтадил бўлиб,оғриқ пасаяди,беморни умумий ахволи яхшиланади. Антрумни кенглиги,уни ўрта кулоқ билан яхши туташганлиги ва сўрғичсимон ўсимтани қон томирлар билан бой таъминланганлиги учун,ўрта кулоқдаги яллиғланиш жараёни тезда сўрғичсимон ўсимтага тарқалади. Айрим ҳолларда йиринг ажралиб чиқишига қарамасдан беморни ахволи аввалгидек оғир ҳолда қолади, бунга сабаб йирингли жараён сўрғичсимон ўсимтага ёки бош мияга тарқалганлигидан дарак беради.

Отоскопия касалликни отоскопик кўриниши, катталардаги каби унинг босқичларига боғлиқ бўлади. Болаларда тўлиқ отоскопия ўтказишни доимо иложи бўлмайди,бунга сабаб аввало улар тинч ҳолда ўтирмайди, бундан ташқари уларни эшитув йўллари тор ва турли ажралмалар билан тўлганлиги учун ҳам ноғора пардани тўлиқ кўришни иложи йўқ. Кулоқни кўриш учун қилинган ноўрин ҳаракат ноғора пардани қўшимча қизаришига олиб келади.Имкон даражасида отоскопияни бемор тинч ҳолада турганда ўтказиш мақсадга мувофиқдир,чунки болаларни бир маротаба қичқириб йиғлаши соғлом ноғора пардани қизаришига олиб келади,натижада хатога йўл қўйиб,яллиғланмаган кулоққа, ўрта кулоқни ўткир яллиғланиши деб ташхис қўйиш мумкин. Шунинг учун ҳам болаларда ташхис қўйиш масаласида касаллик тарихини тўлиқ ўрганиш ва бошқа текшириш усуллари хам синчиклаб текшириш натижаларига асосланиш зарур.

Даволаш – Даволашни қайси турини (консерватив ёки жаррохлик усулида) белгилашдан аввал беморни ҳолатига касалликни клиник кечишига тўғри баҳо

бериш зарур. Айрим холларда ўткир отитларда ёки сурункали отитларни қайталаниш даврида касалликни микросимптомлари бўлади, тажрибасиз ёш врачлар бундай белгиларга эътибор бермаслик натижасида бош миёна асоратлари ривожланиб қолади. Шундай микросимптомларга бош оғриғи, айниқса кечқурунлари, оғриқ кўпроқ энса соҳасида кузатилади, ёруғликка қарайолмаслик, майда нистагамлар, беморни ланжлиги ҳолатлари киради. Агар юқоридаги белгилар кузатилса беморлар диққат билан қайтадан қўшимча текширишлар ўтказилиб даволашни жароҳлик усулида олиб бориш масаласи ўртага қўйилади.

Консерватив даволашда ёш болаларни имкон даражасида ҳеч бўлмасам аввало уй шароитида ётқизилиши зарур. Даволашни эшитув найини фаолиятини тиклашдан бошланади, бунинг учун аввал бурунга кунига 2-3 маҳал қон томир торайтирувчи дорилар (ареналин 0,1%, эфедрин 3%, насобек, галазолин, нафтизин) томизилади. Гўдакларда қон томир торайтирувчи томчилар бурунни хилпилловчи эпителийсига салбий таъсир этиши муносабати билан, бу томчиларга қўллашдан аввал, тенг миқдорда кўкрак сути аралаштирилган ҳолда томизиш мақсадга мувофиқдир. Бир вақтни ўзида 2% проторгол ёки колларгол ҳам томизалади. Ичиш учун сульфаниламид перпаратлари, антибиотиклар, иситма туширувчи ва оғриқ қолдирувчи дорилар тавсия этилади. Ўрта кулоқдаги босимни яна ҳам оширмаслик учун, беморларга каттиқ бурунни қоқишни ман қилинади. Оғриқни пасайтириш учун кунига икки маҳал 5% корбол кислотасини гелицириндаги аралашмаси, ёки новокаинни спиртдаги аралашмаси билан билан кулоққа докали плик қўйилади ва бир вақтни ўзида кулоққа спиртли боғловлар қилинади. Ҳозирги кунда кулоқдаги оғриқни қолдириш мақсадида дроплекс ёки левосимед томчиларидан кунига 3-4 маҳал 3-4 томчидан томизалади. Физиотерапевтик муолижалардан соллюкс, УВЧ, СВЧ тавсия қилинади. Ноғора парда тешилгандан сўнг йирингни чиқишини яхшилаш зарур, бунинг учун, кулоқдаги ажралмалар электросўргич билан сўриб олинади, ёки ювиб тозаланади. Яллиғланиш жараёни бартараф бўлиб, ноғора пардани тешиги битиб кетгандан сўнг, ўрта кулоқда чандикли жараёнлар авж олдирмаслик мақсадида эшитув найига ҳаво юбориб турилади ва ноғора пардани пневмомассаж қилинади.

Ўтказилган муолижалардан фойда бўлмаган тақдирда ноғора парда ўз-ўзидан тешилмаса, уни суъний тешилади (парацентез) қилинади.

Парацентез – Ноғора пардани суъний тешиш йўли билан бемордаги ўткир отитни салбий белгиларини бартараф қиладиган, уни ахволини тезда яхшиланишга олиб келадиган муолижадир. Бунинг учун махсус Щварц томонидан таклиф қилинган, учи найзасимон шаклдаги игна ишлатилади. Ташқи эшитув йўли бирламчи жароҳлик тозалови қилингандан (спирт билан тозаланади) сўнг, маҳалий оғриқсизлантириш учун, кулоққа дикаин ёки кокаин эритмаси шимдирилган докали плик қўйилади. Айрим холларда бу мақсада ташқи эшитув йўлини орқанги деворига 2 мл. 2 % новокаин эритмаси инъекция қилинади. Оғриқсизлантрилгандан сўнг пардани тешишни энг кўп бўртган жойидан, асосан орқанги - пастки квадрантидан амалга оширилади. Ички кулоқни ёки chordae tympani нерв тармоғини жароҳатмаслиги учун игна 1-1,5мм. чуқурликдан ортиқча ичкарига киритмаслик керак. Игна билан тешилгандан сўнг тешикни 3-4мм.га

кенгайтирилади ва йиринг чиқишини яхшилаш мақсадида ташқи эшитув йўлига стерил докали тампон қўйилади ва уни тез-тез янгиланиб турилади.

Ташқи эшитув йўлини терисини жароҳатлаб қўймаслик учун турли малхамлар (преднизолон, синтомицин) кунига 2-3 маҳал суртилади. Одатда парацетездан сўнг йиринг оқиши 1,5-2 ҳафтада тўхтади ва тешик ўрнида нозик чандиқ ҳосил бўлиб битиб кетади. Ўрта кулоқда чандиқли жараён ҳосил бўлиб эшитишни пасайиб кетишини олдини олиш учун, тешик битгандан сўнг 10 кун давомида ноғора пардани пневмомассаж қилинади.

Энди ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланишда тез учраб турадиган асоратлардан бири – мастоидитни кўриб чиқамиз.

Мастоидит- mastoiditis acuta (сўрғичсимон ўсимтани ўткир яллиғланиши).

Мастоидит деганда ўткир ўрта отит ёки қайталанган сурункали отитда яллиғланиш жараёнини сўрғичсимон ўсимтага тарқалиши ва ўзига хос клиник белгилар билан намоён бўлишидир. Ўрта кулоқни ўткир яллиғланишида жараён албатта сўрғичсимон ўсимтани катакчалари ҳисобланган антрум ва уни атрофидаги бўшлиқларга ҳам тарқалади. Шунинг учун ҳам айрим муалифлар мастоидит ўткир ўрта отитни асорати эмас, балким уни бир қисми деб қарашни таклиф қилишади. Уч ёшгача бўлган болаларда хали сўрғичсимон ўсимта шакилланмаганлиги ва уларда фақат антрум мавжудлиги учун, яллиғланишни анtrit деб юритилади. Одатда ўткир ўрта отитда албатта сўрғичсимон ўсимта антруми ва уни атрофидаги катакчаларда ҳам яллиғланиш кузатилади, аммо аскарият ҳолларда сўрғичсимон ўсимтадаги яллиғланиш жараёни, ўрта кулоқда яллиғланиш тугаланиши билан бирга тўхтади. Фақат 10% ҳолатларда ўткир ўрта отитда жараён кучайиб сўрғичсимон ўсимтада йирингли эмпиема – мастоидит ривожланади. Сўрғичсимон ўсимтада бундай йирингли эмпиемалар ривожланиши учун, бир қанча омиллар муҳим ўринни эгаллайди.

Бундай омилларга касаллик чақирувчи микробни юқори вирулентлиги, танани химоя қувватини пастлиги, ўткир ўрта отит келтириб чиқарувчи сабабларини бартараф этмаслик, даволаш муолижаларини ўз вақтида самарали ўтказмаслик ва беморларда бошқа йўлдош (сил, диабет, рахит, нефрит) касалликлар мавжудлигидир. Юқорида келтирилган сабабалардаги мастоидитлар иккиламчи ҳисобланади.

Бундан ташқари мастоидитларни бирламчи турлари ҳам камдан-кам ҳолларда (жароҳатдан сўнг, умумий септик ҳолатларда, силда ва захмда) учраб туради.

Мастоидитлар асосан 5-7 ёшгача бўлган болаларда кўпроқ учрайди.

Ўткир ўрта отитда мастоидитни шаклланиши касалликни 2-3 ҳафталарига тўғри келади, сўрғичсимон суякни пневматик тузилишида, диплоэтик ва скелеротик тузилишларга қараганда касаллик кўпроқ учрайди. Айрим ҳолларда ўрта кулоқда яллиғланиш жараёни батамом тугагандан сўнг бир неча кун ўтиб мастоидит ривожланади, бу ҳолат кечикан мастоидит деб юритилади. Яллиғланиш

жараёни сўрғичсимон ўсимтага асосан тимпаноген йўл орқали ўтади ва кам холларда гематоген ва бошқа йўллардан тарқалади ва экссудатив ҳамда пролифератив-альтернатив босқичда кечади. Экссудатив босқичида суяк катакчалари шилимшиқ суюқлик билан тўлади, шиллик қаватлари қалинлашади, пролифератив-альтернатив босқичида эса суяк катакчалари емирилиб йиринг билан тўлган битта ягона бўшлиқ ҳосил бўлади, кейинчалик эса бу шилик қаватларида грануляцидар пайдо бўлади.

Яллиғланиш жараёни давом этиб суяк юқори қисмига қараб емирилса бош мия томонга ўтиб, мия асоратларини беради ёки пастга, сўрғичсимон ўсимтани емирса тери остида субпериостал абсцесс пайдо бўлади.

Касалликни клиник белгилари: касаллик умумий ва маҳаллий белгилардан иборат бўлади, маҳаллий белгиларидан **қулоқда оғриқ**, айрим холларда оғриқ бирданига ўткир бошланиб, беморларини кучли безовта қилади. Баъзан оғриқ секин-аста бошланиб, кейинчалик бир хилда “пармаловчи” эзиб давом этадиган хусусиятда эга бўлади ва асосан кечалари кучаяди. Сўрғичсимон ўсимтани босиб кўрилганда оғриқ кучаяди. Оғриқлар энса соҳасига, бошни яримига, кўзга ва тишларга тарқалади.

Беморлар қулоқда қон томирларини уришига монанд **шовқин эшитилишдан** шикоят қиладилар. Бунга сабаб яллиғланиш натижасида, сўрғичсимон ўсимтада, йиринг тўлган бўшлиқ ҳосил бўлиши ва кенгайган қон томирларини бир хилда уриши шу тўпланган эмпиема орқали тарқалиши ҳисобига пайдо бўлади. **Эшитишни пасайиши** товуш ўтказувчи қисмини бузилиши сифатида кечади. Агар камертонни яллиғланган сўрғичсимон ўсимтага қўйилса, бошқа жойга қўйилганга қараганда, товушни тез қабул қилади (**Хеллата симптоми**). Беморларни шикоятлардан яни бири қулоқдан **йиринг оқиши**. Ўткир отитларни бошланишида йирингли ажралма кўп бўлади, кейинчалин ажралма озроқ бўлса, аста-секин йиринг чиқиши кучайиб, қулоқни йирингдан тозалаб улгуриб бўлмайди. Бунинг асосий сабаби, яллиғлиниш жараёни сўрғичсимон ўсимтага тарқалганлигидан ва у ерда тўпланган йирингни тўхтовсиз, ташқи эшитув йўли орқали ажралиши ҳисобигадир.

Касалликни умумий белгилари беморни аҳоли оғир, уйқу ва иштаха бузилган, тана ҳарорати кўтарилган, умумий қувватсизлик ва ланжлик безовта қилади. Қон таркиби ўзгарган (лейкоцитоз, СОЭ тезлашган). Беморларда тана ҳарорати одатда 38 С атрофида бўлади, ҳароратни кўтарилиши интоксикацияни ортиб боришидан дарак беради, агар ҳарорат юқори (39-40 С) бўлса касалликни кечиши асоратлар билан давом этаётганлигидан дарак беради. Айрим холларда касалли давомида тана ҳарорати субфебрил бўлади, бундай холларда эътиборсизлик қилмасдан, беморни тўлиқ назорат остида олиб бориш шарт.

Отоскопияда – сўрғичсимон ўсимтани териси қизариб шишган, шиш ҳисобига қулоқ сурпаси олдинга сурилган. Ташқи эшитув йўли кўп миқдорда суюқ йирингли ажралма билан тўлган. Эшитув йўлини суяк қисмини орқа-юқори деворини териси осилиб туриши ҳисобига торайган. Бундай ўзгаришни биринчи маротаба Шварц томонидан ёзилганлиги учун ҳам, айрим адабиётларда **Шварц белгиси** деб юритилади. Бу кўриниш мастоидитни ташқи эшитув йўлини фурункулидан ажратувчи асосий белгилардан бири ҳисобланади.

Ноғора парда қызарган,бўртиб чикқан,таниш белгилари аниқланмайди,йирингни чиқиши томир уришига монанд (пульсирующий рефлекс) холатда ажралади. Ташқи эшитув йўлида суюқ, хидсиз йиринг кўринади.



Расм 24. Мастоидитда ташқи эшитув йўлини орқа-юқори деворини осилиб қолиши.

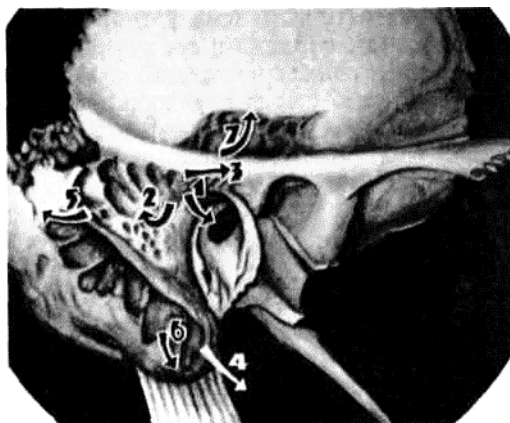
Йиринг суякни емириб тери остига тўпланганлиги учун ҳам, сўрғичсимон ўсимтани пайпаслаб кўрилганда оғриқли ва юмшоқ (флюктация) бўлади.Агар ҳаракатдаги камертонни яллиғланган сўғичсимон ўсимта соҳасига қўйилса, товушни бемор бошқа қўйилган жойларга нисбатан тез эшитади бунини **Хелата белгиси** дейилади. Вақт ўтиши билан даволаниш жараёни кечикса ёки самарали бўлмаса сўрғичсимон ўсимтада ёки ташқи эшитув йўлини орқа- юқори деворида оқма яралар (свиш) пайдо бўлади.

Айрим ҳолларда сўрғичсимон ўсимтадаги ўзгаришлар кўзга кўринарли даражада бўлмаса,қиёсий пайпаслаш ўтказилади,бунинг учун беморни орқасида туриб иккала қўлни бармоқлари учлари билан сўрғичсимон ўсимта икки томондан юқоридан пастга қараб пайпасланади,бунда яллиғланган соҳада ўзига хос оғриқ ва тўқимларни юмшоқлиги аниқланади. Ўрта кулоқдаги яллиғланиш жараёни, атрофдаги суяк тўқималарига ўтиши ва бу жойларда йирингли эмпиемалр ҳосил қилишига қараб мастоидитни бир неча кўринишлари тафовут қилинади: Йирингли жараён сўрғичсимон ўсимтани учига тўпланиб, қисман бўйин соҳасини ҳам қамраб оладиган (бўйин-сўрғичсимон суяк учи соҳаси) кўринишини биринчи маротаба 1881 йили F. Bezold томонидан ёзилганлиги учун ҳам уни адабиётларда **Бецольд** тури деб юритилади. Касалликни бу турида сўрғичсимон суякни учи қисмида ва қисман бўйин соҳасида юмшоқ тўқимани шишиб, териси қизарганлиги кузатилади. Бўйинни буришда оғриқ кучаяди, шунинг учун ҳам беморлар бошини оғриган томонга қийшайтирган ҳолда ушлаб юради ва бошини буриш учун бутун танаси билан бурилади.

Юқоридаги туридан фарқ қиладиган мастоидитни яна бир кўриниш **Мур** тури бўлиб, бунда йирингли жараён сўрғичсимон ўсимтани учни ташқарисида жойлашади.

Айрим ҳолларда йирингли жараён сўрғичсимон ўсимтадан чакка суягини пирамида қисмига тарқалади ва уни - **петрозит** деб юритилади,касалликни бу

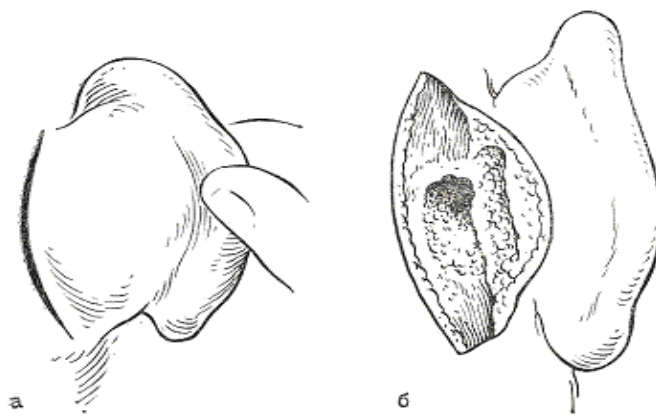
кўринши ўзига хос клиник кечиши билан ажралиб туради. Петрозитга хос белгилардан ўткир йирингли ўрта отит,кўзни узоқлаштирувчи нервни фалажлиги ва учламчи нервни яллиғланиши белгилари (**Градиенго белгиси**) билан кечади. Петрозитни кечиши анча оғир бўлиб беморларни кулоқдаги каттиқ оғриқ безовта қилади, оғриқ кўзга,пешонага ва тишларга тарқалиб, кечалари кучаяди. Йирингли жараён кўзни ҳаракатлантирувчи нервга тарқалганлиги учун ҳам кўз олмаси тўлиқ ҳаракатсиз бўлади. Касалликни одатдагидан ташқари (атипик) кечиши анча хафли бўлиб кўп асоратлар беради, суякларни катта майдонларини емирилишга ва бош мия асоратлари бериши билан давом этади. Бундан ташқари йирингли жараён яноқ суяги соҳасига тарақалса - **зигамотит** ва чакка суяги соҳасига тарқалса - **сквамит** деб юритилади, агар йиринг пирамида суягини учига тўпланса – **апечит** деб аталади.



Расм 25. Мастоидитда йирингли жараённи тарқалиш йўллари
1. ўрта мияга. 2.сўрғичсимон ўсимтага. 3.яноқ суягига. 4.бўйин соҳасига

Касалликни ташхиси: Мастоидитни оддий турини ташхиси кўп қийинчилик туғдирмайди,бунда беморни шикоятлари,касаллик тарихи, отоскопик белгилар ва рентгенологик текширишлар натижаларига асосланиб қўйилади. Қиёсий ташхисда кулоқ чипқонидан фарқлаш зарур.

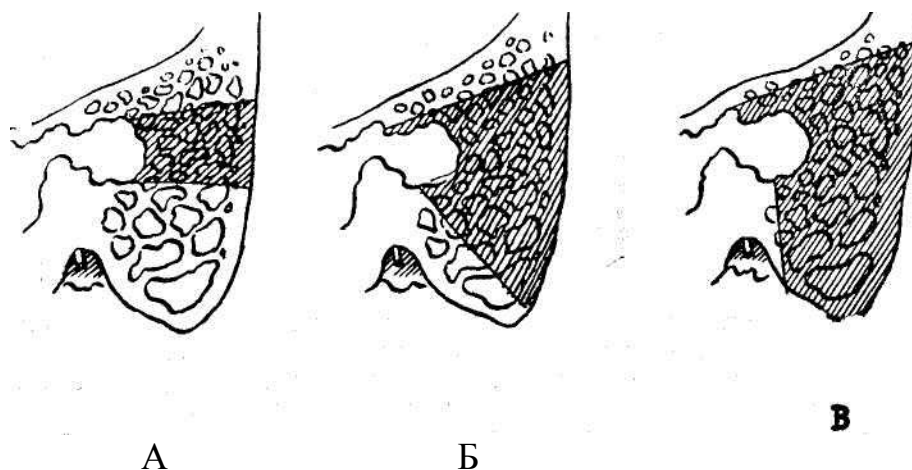
Даволаш: Касалликни кечаётган босқичларидан келиб чиққан ҳолда даволаш ишларини олиб борилади. Агар мастоидитни бошланғич даври бўлиб,беморни ахволи қониқарли бўлса,даволашни консерватив ўтказилади ва бунда асосан антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антигистамин дорилар, кулоққа маҳаллий турли иситувчи муолижалар – спиртли боғловлар, физиотерапевтик муолижалардан УВЧ, СВЧ тавсия қилинади.



Расм 26. Сўрғичсимон ўсимтада антротомия муолижаси.

А. Сўрғичсимон ўсимтанинг терисини кесилиши. Б. Антрум очилган ҳолат.

Ўтказилган консерватив даволардан фойда бўлмаганда, жаррохлик усули билан (антротомия, мастоидотомия) муолижаси ўтказилади.



А

Б

В

Расм.27. Сўрғичсимон ўсимтада ўтказиладиган муолижалар хажми А-антротомия, Б-антромастоидотомия, В-мастоидоэктомия

Сўрғичсимон ўсимтадаги яллиғланиш жараёнини хажмига қараб беморларда антротомия,антромастоидотомия ва оғир ҳолларда эса мастоидоэктомия ўтказилади.

Антрит

Уч ёшгача бўлган болаларда сўрғичсимон ўсимта ривожланмаган, фақат антрум (ғор)бўлади,шунинг учун ҳам ғор қисмини ва ғор атрофи катакчаларини ўткир йирингли яллиғланишни антитрит деб юритилади. Касаллик кўпроқ чала туғилган,турли йўлдош касаллиаклари бор ва суний озиқланиш билин ўсган болаларда учрайди.Болаларда асосан ягона ғор мавжудлиги туфайли экссудатив жараён доимо продуктив жараёндан усутун бўлади.

Касалликни клиник кечишида икки хил кўриниши – биринчиси кам клиник белгилари намоён бўладиган ва суст кечадиган латент, кўриниши холида бўлади. Бу кўринишида бемор болалар анчагина суст, кам уйқули,кўп йиғлайди, инжиқ, иштахаси йўқ, тез ичи ўтиб қайт қилади,озиб кетади. Шу белгилар асосида интоксикация кучайиб, баъзан менингитга хос белгилар намоён бўлади. Касалликни бундай кўринишда кечганлиги учун ҳам ўз вақтида ташхис қўйиш анча мушкул.

Иккинчиси кўриниши эса барча клиник белгилари кескин намоён бўлиб ва кўпинча субпериостал абсцесслар ҳосил бўлиш билан кечадидан туридир. Тана ҳарорати 38-39 С кўтарилади, қонда лейкоцитоз, СОЭ тезлашган.

Ташхис: Касалликни латент кўринишида клиник белгилари кам намоён бўлганлиги учун ҳам, ташхис анча қийин бўлади. Бемор онасини шикоятлари касаллик тарихи ва отоскопик кўриниш ташхисда муҳим ўринни эгаллайди. Айрим ҳолларда ўтказилган антропукция натижаси ташхисга аниқлик киритади.

Даволаш болаларни ёшани ҳисобга олган ҳолда мастоидитни даволагандек олиб борилади. Биринчи навбатда антибиотиклар қўллаш (болаларда пенцилинни қўллаш яхши самара беради),интоксикацияни бартараф этиш учун суюқликларини қуйиш,йўлдош касалликларни бартараф этиш ва симптоматик даволар ўтказилади.Жаррохлик муолижаларидан аввал антрум пунция қилинади,йиринг олингандан сўнг кесиб очилади.Кесиш учун мўлжал қулоқ бўртмасини (козелок) устки қирғоғи сатҳида,қулоқ сурпаси орқасидан 2 см. узунликда тери ва тери ости тўқималари кесилади,турли асоратларни олдини олиш мақсадида ғор оддий қошиқча ёрдамида очилиб тозаланади.

Ўрта қулоқни сурункали йирингли яллиғланиши.

Қуйида келтирилган мавзулар асосан сурункали йирингли ўрта отитни келиб чиқиш сабаблари. Бурун-ҳалқум безининг катталашуви,бурун бўшлиғидаги турли сурункали касалликлар, синуситлар ва сурункали тонзиллитлар,фарингитлар йирингли ўрта отитларни келиб чиқишида муҳим ўрни эгаллайди. Сурункали йирингли ўрта отитни турлари: Мезотимпанит, эптитимпанит, мезоэпитимпанит. Сурункали ўрта отитни клиник кечиши, уни турларига (мезотимпанит,эпитимпанит) боғлиқлиги. Сурункали ўрта отитда пайдо бўлган - холестеатома, грануляция, суяклар қариеси ва полиплар ва уларни касалликни кечишидаги аҳамияти. Сурункали йирингли ўрта отитни асоратлари: Юз нервининг фалажи, бош мия отоген асоратлари (Отоген менингит, бош мия

абсцесс, синустромбоз, сепсис). Отоген бош мия асоратларини олдини олиш.Сурункали ўрта отитларни дори - дармон ва жаррохлик усули билан даволаш.

Ички кулоқ касалликлари ҳақида тушунча, ички кулоққа инфекцияни кириш йўллари. Лабиринтитларда ички кулоқдаги морфологик ўзгаришлар, уни клиник белгилари, ташхиси, кўшимча текшириш усуллари, даволаш ва касалликнинг оқибати.

Инфекцияларини ички кулоққа ўтишида тимпаноген, менингоген ва гематоген йўллариини тутган ўрни. Касалликни кечишига биноан: ўткир, сурункали, хусусиятига биноан - сероз, йирингли, некротик лабиринтит, таркалишига қараб - чегараланган ва диффуз турлари, уларни ўзига кечиши ва даволаш усуллари ҳақидаги мавзулар кўриб чиқилади.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТЛАР (МЕЗОТИМПАНИТ, ЭПИТИМПАНИТ).

Otitis media purulenta chronica

Ер шарини 1% аҳолиси сурункали отитлар билан хасталанган ва даволашни янги усуллариини ишлаб чиқишига, янги дори моддаларини амалиётга татдиқ қилинишига қарамасдан, уларини салмоғи ҳамон ортиб бормоқда ва уларни асоратлари эса аввалгидек беморлар ҳаётига ҳаф солмоқда. Сурункали йирингли ўрта отитлар, ўткир йирингли ўрта отитни узоқ давом этиши, тез-тез қайталаниб туриши, касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этмаслик, етарли даволаш ишларини ўтказилмаганлиги ва беморларни умумий ва маҳаллий химоя қобилиятларини пастлиги туфайли ривожланади. Шакилланган сурункали ўрта отитларни тўлиқ тузалиб кетмаслигини қийинлигига сабаб, яллиғланиш натижасида пайдо бўлган патологик ўзгаришлар, ноғора бўшлиғини шиллиқ қаватларига, суяк тўқималарига ва ўрта кулоқ деворларига чуқур кириб бориши, бу жойларда турғун некротик ўзгаришлар ҳосил қилиши ва яллиғланган тўқималарда аввалги ҳолатига қайтмас ўзгаришлар келтириб чиқаришидир.

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Ўткир отитларни келтириб чиқаришдаги омиллар, сурункали йирингли ўрта отитларни келиб чиқишида ҳам асосий сабаблардан ҳисобланади. Айрим ҳолларда ўткир отитлар бошланишидан сурункали кечишга ҳос, узоқ ва суғ давом этади. Касалик тарихи ўрганилганда ҳозирги кунгача беморларни 50% яқини касалликни аниқ бошланган вақтини билмайди, ёки билса ҳам етарли эътибор бермаган, ўз-ўзидан маълумки мутахассисларга мурожат этмаган. Ёшлар томонидан кулоғда йиринг оқишига эътиборсизлик тушунарли ҳолат, аммо айрим ота-оналар томонидан ҳам ўз фарзандларини кулоқларидан йиллаб йиринг оқишига катта аҳамият бермаслик ҳолатлари кузатилмоқда. Бу эса сурункали отитларни оғир асоратларга олиб келишига сабаб бўлмоқда. Бундай ҳолат оториноларингологлар томонида, аҳоли ўртасида кулоқ, томоқ ва бурун касалликлари ва уларни асоратлари ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш масаласига жиддий ёндашишни тақозо қилади.

Даволаниш масаласига келинса, қатнаб ёки ётиб тўлиқ даволанганликни фақат 30% беморларда кузатилган. Юқоридаги келтирилган сабаблар ўрта кулоқдаги йирингли ўткир жараёни сурункаликга ўтишдаги асосий омиллардан бири ҳисобланади.

Бунда ташқари касалликни сурункали кўринишига ўтишда организмнинг маҳаллий ва умумий химоя фаолиятини пасайиши, касаллик чақирувчи микробларни вирулентлигини юқорилиги, бошқа турли йўлдош касалликлар (қон касалликлари, қандли диабет, рахит, юқумли касалликлар, аллергия ҳолат, юқори нафас йўлларидаги касалликлар- аденоид, гипертрофик ринит, бурун тўсиғини қийшайиши, сурункали синусит), эшитув найини фаолиятини бузилиши, ўрта кулоқдаги йирингли ажралмани чиқишини қийинлаштирувчи ҳолатлар (грануляция, полип) киради.

Ўткир ўрта отитларни ўз вақтида тўлиқ даволамаслик ҳам жараёни сурункали кўринишига олиб келадиган омиллардан бири ҳисобланади.

Клиник кечиши ва касалликни оқибатга қараб сурункали отитлар қуйидагича бўлади: ноғора парданинг марказидан - таранглашган қисми тешилиши ва яллиғланиш жараёнида, ноғора бўшлиғининг шиллиқ қаватини емирилиши билан кечувчи – **мезотимпанитлар**, ҳамда ноғора парданинг салқи қисмини чеккасидан тешилиши натижасида, ноғора бўшлиғини шиллиқ қавати ва суяк тўқимасини емириб, холеастатома, кейинчалик эса турли асоратлар (ички кулоққа ва бош мия асоратлари) билан кечувчи - **эпитимпанитларга** бўлинади.

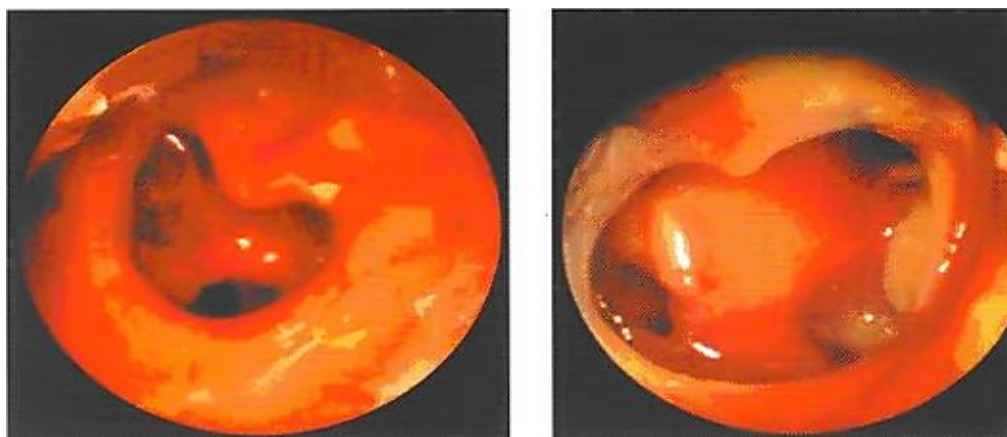
СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ МЕЗОТИМПАНИТ

Касаллик – ноғора пардани таранглашган қисмини тешилиши ва ўрта кулоқни шиллиқ қаватининг яллиғланиш билан кечади ва сурункали йирингли ўрта отитларни 55% ташкил қилади. Эпитимпанитга қараганда анча енгил кечадиган кўринишга эга. Яллиғланиш жараёни асосан ўрта кулоқни ўрта, пастки бўлими ва эшитув найини шиллиқ қаватларини қамраб олади. Шиллиқ қаватларда, сероз суюқликларни чиқиши ва пролифераци жараёни кузатилади, шиллиқ ости қавати қалинлашади, юзаларида майда кисталар, грануляциялар ва полиплар ҳосил бўлади. Бундай ўзгаришларни ҳосил бўлиши яллиғланиш жараёнини хусусиятига боғлиқ бўлади.

Касалликни белгилари: Беморни шикоятлари вақти-вақти билан кулоқдан хидсиз шилимшиқ аралаш **йиринг оқишига** бўлади. Йирингли ажралма кўп миқдорда ажралиши мумкин ёки ташқарига оқиб чиқмайдиган, оз миқдорда ноғора бўшлиғида тўпланиб қолиши мумкин. Яллиғланиш жараёни грануляция ва полиплар билан асоратланганда, ажралаётган йиринг қон аралаш бўлади. **Эшитишни пасайиши**, жараён бир томонлама бўлса, соғ кулоқни эшитиши ҳисоби беморларни кўп безовта қилмайди. Эшитишни пасайиши товуш ўтказиш тизимини бузилиши кўринишида бўлади. Айрим ҳолларда кулоқдаги **шовқин** ва **бош айланиши** кузатилади. Кулоқдаги оғриқ асосан сурункали отит қайталанганда кузатилади, бошқа вақтларда эса кулоқда оғирлик безовта қилади. Касалликни қайталаниш даврида тана ҳарорати кўтарилади, беморни ахволи оғирлашади. Эшитишни 30 дБ.гача пасайиши, ҳали эшитиш суякчаларини

фаолиятини сақланганлигидан,агар 40-50 дб. ва ундан юқори пасайиши,бу фаолиятни кескин бузилишидан дарак беради.

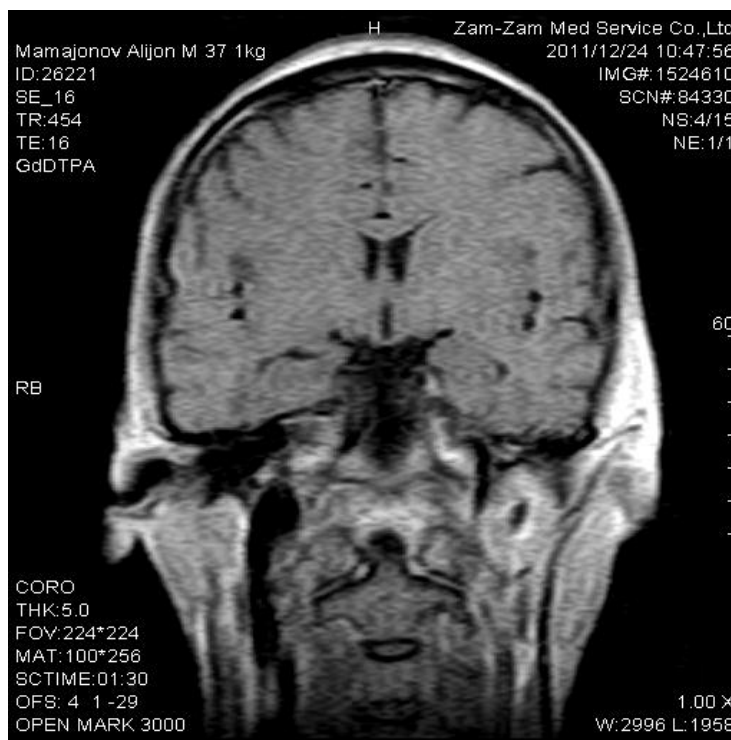
Отоскопия: Ташқи эшитув йўлида шилимшиқ аралаш,хидсиз йиринг кўринади. Жараёни қайталаниш даврида эса йирингли ажралмани миқдори кўпаяди ва ташқи эшитув йўлини тўлдириш мумкин. Одатдаги холда (қайталанмаганда) эса ноғора бўшлиғида қўйиқ йирингли ажралма бўлади. Кўп миқдорда ва узок муддат йиринг ажралиши натижасида, ташқи эшитув йўлини териси хам қизариб шишиб қолади.



Расм 28. Сурункали йирингли мезотимпанит

Ноғора пардани таранглашган қисмида турли шакл ва хажимда тешик кўринади,тешикни қирғоқлари чандикланган, пардани қолган қисми эса қизарган ва таниш белгилари аниқланмайди.Кўпинча ўртада болғачани узун дастаси, ноғора пардани тешилишидан қолган қисми билан кўринади. Айрим холларда тешик катта бўлганлиги учун, ички кулоқни дўмбоғини (промонториум) хам кўриш мумкин. Ноғора бўшлиғини шиллиқ қавати қизарган ва қалинлашган, бўшлиқда хам шилимшиқ аралаш, хидсиз йиринг тўпланади. Яллиғланиш жараёни узок давом этганда шиллиқ қаватда пролиферация жараёни бошланиб, ноғора бўшлиғида полип ва грануляция ўсиш билан асоратланади.Сурункали ўрта отитларни кечиши, айрим холларда кам йиринг ажралиш ва клиник белгиларини кескин намоён бўлмасдан кечиши мумкин,ёки тез-тез қайталаниб,беморларни ўта безовта қилиш ва турли асоратлар бериш билан кечиши мумкин.

Ташхис: Касалликни ташхиси беморни шикоятлари, касаллик тарихи, отоскопик ва рентгенологик текшириш натижаларига асосланиб қўйилади.



Расм 29. КТ Чап томонлама сурункали йирингли мезотимпанит,мастоидит.

Даволаш: - Касалликни даволашни келтириб чиқарувчи сабабларини бартараф қилишдан бошланади.

- кулоқдан йирингни ажралиб чиқишини яхшилаш,бунинг учун кулоқдаги полип,грануляция,ташқи эшитув йўлидаги кулоқ чирки, қасмоқлар олиб ташланади.

- кулоқдаги йирингни тозалаш: бунинг учун махсус зондга ўралган пахта билан қуруқ тозалада ёки антисептик суюқликлар билан ювиб тозаланади.

- кулоққа турли дориларни (бўр кислотаси, салицил кислотаси, лизоцин, фурацилин,левомецетин) спиртли эритмаларини ёки 20-30% альбуцид, 30-50% димексид,кандибиотик,неладекс эритмалари маҳаллий қўллаш (дори шимдирилган докали пликлар қўйилади).

- Антибиотикларни кенг доирали таъсир этувчи касалликни қайталанишида (кулоқдаги йирингли ажралмадаги микрофлорани сезувчанлиги аниқлагандан сўнг тавсия қилинади) қўллаш

- антигистамин дорилар тавсия қилинади.

- физиотерапевтик муолижалар УФ, тубус кварц, УВЧ яхши натижа беради.

- кулоқда грануляция ва полиплар пайдо бўлса турли (трихлоруксус кислотаси ёки кумуш нитратни 30-40% эритмалари) кимёвий дорилар билан куйдирилади.

– юқоридаги даволарга қўшимча танани чиниқтириш,овкатларни юқори калориялигини истемол қилиш ва куротларда дам олишни тавсия қилинади.

–

Сурункали йирингли эпителимпанит.

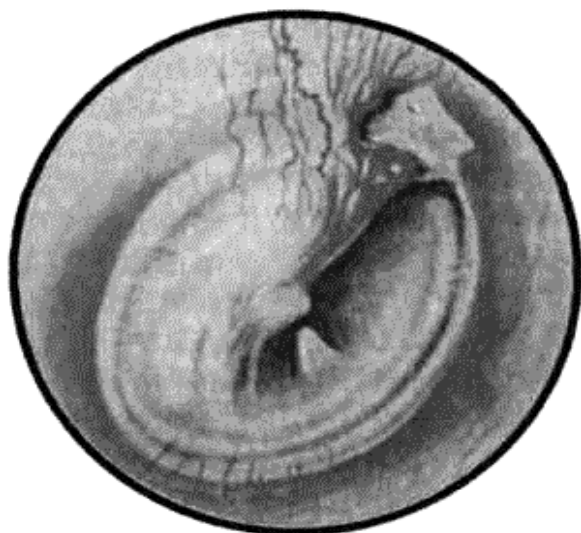
Сурункали йирингли ўрта отитни иккинчи бир кўриниши бу-эпителимпанитдир. Касалликда яллиғланиш жараёни ноғора бўшлиғини юқори қисмида – аттикда жойлашади ва тешик ноғора пардасини салқи қисмида бўлади. Эпителимпанит, мезотимпанитга қараганда анча оғир кечиб, кўпроқ асоратлар беради, бунга сабаб яллиғланиш жараёни нафақат шиллиқ қаватни, балки суяк тўқимасини ҳам қамраб олади ва суякни емириб, тез чиришга олиб боровчи холеастетомат пайдо бўлиши билан кечади.

Касалликни белгилари – Беморларни шикоятлари эшитишни пасайиши, кулоқдан хидли **йиринг ажралишга**, айрим холларда **бош оғриғи, бош айланиши, гандраклаб юришга ва кулоқда оғриққа бўлади**. Бош айланиши ва гандраклаб юриш, **фистула белгиси** хисобланиб, яллиғланиш жараёни ички кулоққа ўтиб, яримойсимон каналларни суяк қисми емириб ўзига хос оқма яра (свищ) хосил қилганлигидан дарак беради. Эпителимпанал қисмда анатомик тузилиш бўйича турли чуқурчалар, чўнтаклар мавжудлиги туфайли хосил бўлган йирингли ажралмаларни чиқиши қийинлашади ва шу тўпланган ажралмаларга некротик тўқималарни, холеастомани кўшилиши натижасида чириш жараёни кучаяди ва индол ҳамда скатол пайдо бўлади, шунинг учун ҳам йирингли ажралма хидли бўлади.

Йирингли ажралмани чиқиши қийинлашиб, тўпланиб босимни ортиши хисобига, кулоқда оғриқ пайдо бўлади.

Эшитишни пасайиши эшитиш суякчаларини кариоз жараён хисобига емирилиши натижасида хосил бўлиб асосан, товуш ўтказуши тизими бузилиши шаклида бўлади, лекин эпителимпанитда чириш жараёни натижасида кўп токсик моддалар хосил бўлиши хисобига товуш қабул қилувчи тизим ҳам бузилади.

Отоскопия: Ноғора пардани салқи қисми қирғоғида катта бўлмаган тешик ва шу тешик орқали казеоз масса холида холестеатомат кўринади, пардани қолган қисми қизарган, хиралашган, таниш белгилари аниқ кўринмайди. Айрим холларда тешик орқали грануляциларни кўриш мумкин.



Расм 30. Сурункали йирингли эпитимпанитда ноғора пардани кўриниши

Ноғора пардани халқасимон қирғоғи (anulus tympanicus), суякдаги алохида чуқурчада (sulcus tympanicus) жойлашади, аммо пардани салқи қисми эса, тўғридан-тўғри суякдаги ёриғ (Incisura Rivini) орқали суякка ёпишади. Шунинг учун ҳам эпитимпанитда яллиғланиш жараёнида ҳосил бўлган тешик, ноғора пардани халқасимон қирғоғига етиб боради, натижада ноғора пардани эпидермис қавати ҳеч қандай тўсиқсиз, тезда ўсиб, ноғора бўшлиғига кириб боришга шароит яратилади. Ўсиб кирган эпидермис суяк тўқимасга ўрнашади ва келгусида холестеатома учун қобиғ (матрикс) вазифасини бажаради. Ноғора бўшлиғида эпидермисни юза қавати аста-секин кўчиб тушиб қатламлар ҳосил қилади. Ҳосил бўлган эпидермис қатламларига холестерин тузлари, ёғ кислоталари ва чириш жараёни маҳсулотлари ўтиради, натижада холестеатома пайдо бўлади. Холестеатома оқ рангли, ўсма сингари ҳосила бўлиб, таркиби холестеин, ёғ кислоталари, оқсил ва сувдан иборат. Доимо эпидермис қатламини ўсиб, кўчиб туриши натижасида холестеатома катталашиб, атрофдаги суякларни чиритиб, емириб боради. Кўпинча яллиғланиш ноғора бўшлиғини юқори, ўрта мия деворини емириб, калла ичига кириб боради ва турли бош мия асоратлар келтириб чиқаради.

Ташхис: Касалликни ташхиси беморни шикоятлари, отоскопик белгилар, кулоқда холестеатома мавжудлиги ва энг асосийси, чакка суякларини рентгенологик текшириш натижаларига асосланади. Текширишда ташхисни аниқлаш мақсадида, албатта отомикроскопия ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Рентгенологик текширишда чакка суягида, аттико-антрал соҳада суякни емирилганлиги белгиси кўринади. Рентгенологик текширишда чакка суягини Шюллер ва Майер услулида текширса яллиғланиш чегаралари аниқ кўринади.

Даволаш: Сурункали йирингли эпитимпанитни даволаш мезотимпанитни даволашга қараганда анчагина мушкул, чунки консерватив даволар вақтинчалик

фойда беради. Консерватив даволар мезотимпанитни даволагандек олиб борилади. Фақат эптитимпанитда ноғора бўшлиғини юқорги қисмидаги ажралмадан тозалаш учун, алохида Гартман канюласи ишлатилади.



Расм 31. Сурункали йирингли эптитимпанитда Гартман канюласи билан қулоқни ювиш.

Бунинг учун аввал қулоққа 2% дикаин ёки 10% лидокаин томизилиб оғриқсизлантирилади. Учи 45 градус бурчак остида букилган, узунлиги 8-10 см. узунликдаги Гартман канюласига илиқ 40 С спирт эритмаси олиниб ноғора пардасини эптитимпанал қисмидаги тешик орқали киритилиб ювилади. Юборилаётган суюқлик босими ўртача ҳолатда бўлиши ва ювиш вақтида беморда оғриқ ёки ноҳушлик ҳолатлари бўлмаслиги керак. Ювиш учун антибактериал моддалри сувли эритмалари ишлатилмайди чунки, сув таъсирида холеатеатома шишиб қолади ва ажралиб чиқиши қийинлашади. Ювиб бўлингандан сўнг Гартман канюласи орқали керакли дори моддалари жўнатилади. Даволаш мақсадида эптитимпанал сохага юбориладиган антибиотиклар аминоглюкозид қатори (неомиқин, канамицин, линкомицин) ототоксик таъсири борлиги учун қўлланилмайди.

Муолижа асорати, ноғора пардасини бошқа жойини тешиб қўйиш, бош айланиши.

Бундай даволаш усули вақтинчалик фойда бериши мумкин,шунинг учун касалликни даволашни асосий усули бу ўрта кулоқда радикал жаррохлигини ўтказишдан иборат.

Бу муолижа кулоқ сурпаси орқасида,сўргичсимон ўсимта соҳасида ўтказилади. Жаррохликни моҳияти шундан иборатки ғор (антрум) орқали ўрта кулоққа тушиб, барча йиринг,грануляция ва чириган суякларни тозалаб олиб, умумий бўшлиқ яратилади ва ташқи эшитув йўлини янгитдан шакиллантирилади.

Сурункали йирингли ўрта отитларни клиник белгиларини бир-бирига қиёслаш

Касалликни клиник белгилари	Мезотимпанит	Эпитимпанит
Кулоқдаги ажралмани ҳолати	Йиринг суюқ,шилимшиқ аралаш,хидсиз	Йиринг қўйиқ,хидли
Ноғора пардани кўриниши	Таранглашган қисмида (pars tensa) турли шаклда, марказий катта тешик	Таранглашмаган (pars flaccida) исмида ноғора пардани қирғоғида кичик тешик,у орқали холестеатома кўринади.
Яллиғланиш ўчоғи	Ноғора бўшлиғини мезо-гипо тимпанал қисмида жойлашади	Жараён ўрта кулоқни тўлиқ эгаллайди,кўпроқ аттико-антрал қисмида кечади.
Яллиғланиш жараёни	Ноғора бўшлиғини шиллиқ қаватини камраб олади.	Шиллиқ қават ва суяк тўқимасини ҳам камрайди
Касалликни асоратлари	Маҳаллий: ноғора пардада тешик,эшитишни пасайиши (товуш ўтказиш тизимида) грануляция ва полип. Умумий асоратлар:камдан-кам холда бош мияга ва ички кулоққа асорат беради.	Ноғора пардада тешик, эшитишни кескин пасайиши (товуш ўтказиш ва товуш қабул қилиш тизимида) Деярли доимо бош мияга (менингит,мия абсцесси сепсис,тромбоз),Лабринтит каби асоратлар беради
Рентгенологик ҳолатларда	Сўргичсимон ўсимтада	Деярли кўпинча

текшириш натижалари склеротик ўзгаришлар

суякда деструктив
ўзгаришлар кузатилади

Касалликни
билан
натижаси

Яхши

касаллик асоратлар

якунланади

Ички кулоқ касалликлари –Лабринтитлар (Labyrinthitis)

Лабринтит - ички кулоқни ўткир ёки сурункали яллиғланиши бўлиб, эшитиш ва мувозанат анализаторини қуйи қисми фаолиятини издан чиқиши билан давом этадиган касалликдир. Касаллик ўрта кулоқни йирингли яллиғланишларини 2-4% ташкил қилади. Касалликни туб мохиятини тўлиқ ўрганиш учун И.Б Солдатов (1980) томонидан таклиф қилинган синфланиши бўйича тахлил қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Касалликни этиологияси бўйича: носпецифик
специфик (силда, захмда)

Яллиғланиш жараёнини келиб чиқиши бўйича:

тимпаноген

менингоген

гематоген

жароҳатдан сўнг

Касалликни кечиши ва клиник белгиларини намоён бўлиши бўйича:

ўткир кечиши

сурункали кечиши (аниқ белгилари намоён бўлиши билан ва клиник белгиларсиз кечиши)

Яллиғланиш жараёнини тарқалиши бўйича:

чегараланган

диффуз (тарқалган)

Патоморфологик ўзгаришлар бўйича:

сероз

йирингли

некротик

Клиникада касалликни тимпаноген - тури кўп учрайди, ички кулоққа инфекция яллиғланган ўрта кулоқдан тарқалади. Ўрта кулоқни сурункали яллиғланиши қайталанишда, айрим ҳолларда ўткир отитларда яллиғланиш жараёнида ҳосил бўлган токсинлар, дахлиз ёки чиғаноқ ойналари пардалари орқали ички кулоққа ўтади ва сероз яллиғланиш, агар инфекция ўтса йирингли яллиғланиш ривожланади. Яллиғланиш ҳисобига суюқлик миқдори кўпаяди, чиғаноқни ички босими ортади, натижада ойналар пардасини тешилади (кўпроқ юмалоқ ойна пардаси) ва суюқлик ўрта кулоққа оқиб

чиқади. Тешилган дахлиз ёки чиғаноқ ойналари орқали инфекция кириб ички кулоқда йирингли яллиғланиш келтириб чиқаради.

Сурункали отитларда эса ойналар пардаларини тешилишидан ташқари, ички кулоқни суяк қатламини яллиғланиб емирилиши хисобига оқма яра (свиш) ҳосил бўлади ва ички кулоқда йирингли лабиринтит ривожланиши кузатилади.

Менингоген лабиринтит – лабиринтитни бу тури камдан-кам ҳолларда учрайди. Бунда бирламчи яллиғланиш жараёни бош мияда бўлиб, инфекция дахлиз сув йўли (ductus endolymphaticus) ёки ички эшитув йўллари орқали ички кулоққа ўтади. Лабиринтитни бу тури эпидемик менингококкли менингитда, сил, скарлатина, қизамиқли ва терламали менингитларида учрайди.

Гематоген лабиринтит – Бирламчи яллиғланиш ўчоғи танани турли жойларида бўлиб, инфекция асосан қон орқали ички кулоққа ўтади.

Жароҳатли лабиринтит – кулоқни турли жароҳатлари натижасида инфекция ички кулоққа ўтиши хисобига ривожланиши мумкин. Ўрта кулоқни тозалаш вақтида ички кулоқни турли жароҳатлиниб қолиши туфайли тўғридан – тўғри инфекцияни ўтиши ёки чакка суягини пирамида қисмидан кўндаланг синганда, ички кулоқ ҳам биргаликда жароҳатланади натижада инфекцияни тарқалиши хисобига яллиғланиш пайдо бўлади.

Касалликни ривожланишида беморни умумий ва маҳаллий химоя қувватини ҳолати, микробларни вирулентлиги, жароҳатни миқдори, жароҳатдан сўнг кўрсатилган тиббий ёрдам сифатига боғлиқдир.

Яллиғланиш жараёни ҳажмига қараб диффуз ёки чегараланган кўринишда бўлиши мумкин.

Чегараланган лабиринтит – Асосан тимпаноген кўринишда бўлади ва кўпинча сурункали, айрим ҳолларда эса ўткир отитлардан сўнг пайдо бўлади. Ўрта кулоқдаги сурункали йирингли жараёнларда, ички кулоқни маълум бир қисмига яллиғланиш тарқалади ва суякда чегараланган яллиғланиш пайдо бўлади ва шу жойда суяк емирилиб, оқма яра (свиш) ҳосил бўлиши хисобига чегараланган лабиринтит ривожланади. Чегараланган лабиринтитни натижаси: а) соғайиб кетиш, б) диффуз-тарқалган йирингли лабиринтитга ўтиш, в) вақти-вақти билан қайталаниб турувчи, сурункали кўринишга ўтиш.

Ички кулоқда пайдо бўлган оқма яра атрофида етарли даражада тўсиқ (барьер) шакиллианмаган бўлса, сурункали отитларни навбатдаги қайталанишида чегараланган лабиринтит, тарқалган (диффуз) лабиринтитга айланиши мумкин.

Тарқалган – диффуз лабиринтит – Яллиғланиш жараёни бутун ички кулоққа тарқалиши билан давом этади.

Касалликни патоморфологик кечиши бўйича уч тури тавофут қилинади: сероз, йирингли ва некротик.

Сероз лабиринтит – касалликни бу турида ички кулоққа микроблар эмас балки уларни токсинлари дахлиз ёки чиғаноқ ойналари пардалари орқали ўтади. Сероз лабиринтит кўпроқ сурункали ўрта отитларни қайталанишида рўй беради. Бундай яллиғланишда эндолимфатик суяқлик кўпайиб, босим ортади, натижада Корти аъзосида жойлашган нейроэпителиал хужайраларда бир қатор морфологик ва функционал ўзгаришлар рўй беради.

Касалликни бу турини натижаси а) соғайиб кетиш, б) яллиғланиш бартараф бўлади, аммо эшитиш ва мувозанат анализаторларида қайтмас ўзгаришлар қолади, в) йирингли лабиринтитга ўтади.

Йирингли лабиринтит – Сероз лабиринтитда ички қулоқда ички босими ортиши хисобига дахлиз ёки чиғаноқ ойналарини пардаларини ёрилиши кузатилади, натижада ўрта қулоқдан инфекцияни ички қулоққа ўтиши хисобига, йирингли лабиринтит ривожланади. Тарқалган йирингли лабиринтит эшитиш ва мувозанат анализаторларини куйи марказларидаги такомиллашган нейроэпителал хужайраларини бутунлай ўлишига олиб келади. Касалликни бу кўринишини натижаси ички қулоқни бутун фаолиятини издан чиқиши ва бош мия асорати ривожланиши билан тугалланиши мумкин ёки ички қулоқда қўшувчи тўқима ўсиб яллиғланиш жараёни тугалланиши мумкин.

Некротик лабиринтит – Касалликни ривожланиши, биринчи навбатда ички қулоқни қон томирларини тромбози хисобига рўй беради. Томирлар тромбози хисобига ички қулоқда некроз ҳолати рўй беради, чиғаноқни айрим жойларида нейроэпителиал хужайраларни кўчиши кузатилади. Бундай ҳолатлар кўпроқ сил ва скарлатина билан оғриган болаларда учрайди. Касалликни натижаси ички қулоқни фаолиятини тўлиқ ишдан чиқиши билан яқунланади.

Лабиринтитни клиник кечиси – ўтқир лабиринтитда касаллик хуруж билан, бош айланиш, кўнгил айниб қайт қилиш, қулоқда шовқин, гандираклаб юриш билан бошланади. Бош айланиш шу даражада кучли бўладики, беморлар ётган жойидан тураолмайди, озгина ташқи таъсир (шовқин, кескин ёруғлик, тана ҳолатини ўзгартириш) бош айланишини кучайтиради, қайт қилади ва танани тер қоплайди. Айрим ҳолларда юз нерви, Х11 жуфт бош мия нерви, катта тош нерви ва сўлак беги фаолиятини бошқарувчи нерв толаларини фаолиятларини бузилишларига боғлиқ клиник белгилар ҳам намоён бўлади. Эшитиш анализаторини бузилишига ҳос қулоқда шовқин, эшитишни пасайиши каби белгилар учрайди. Қулоқда шовқин, эшитишни пасайиши (тўлиқ қар бўлиш) касалликни тарқалган сероз ва йирингли кўринишида кузатилади. Агар тўлиқ қарлик доимий бўлиб қолса, унда йирингли лабиринтитдан дарак беради.

Мувозанат анализаторини фаолиятини бузилишига оид - бош айланиш, спонтан нистагм, тик тураолмаслик ва тўғри юраолмаслик, ҳамда бир қатор вегетатив (кўнгил айниб қайт қилиш, тер босиш, тери рангини оқариши, юрак уришини тезлаши ёки секинлашуви) белгилар намоён бўлади.

Бош айланиш яллиғланиши туфайли ички қулоқни ўзаро мутаносиблигини бузилишидир. Бунда бемор жисимлар атрофида ёки жисимлар бемор атрофида айлангандек туюлади. Ўтқир лабиринтитларда бош айланиш хуружсимон бўлади ва бир неча дақиқадан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Сурункали кўринишида эса бир неча сониядан, бир неча дақиқагача давом этади. Бош айланишлар қулоқда ўтказилган муолижаларда (қулоқни ювиш, тозалаш), бошни ҳолатини ўзгартирганда, транспортда кетаётганда кучаяди.

Нистагм яллиғланиш натижасида ички қулоқни кўзғалиши хисобига ва уларнинг орасидаги мувозанатни бузилишида пайдо бўлади. Лабиринтитда нистагм бир ёки икки босқичда, майда ва горизонтал йўналишда бўлиб, касалликни ўтқир кўринишини бошланишида яллиғланган қулоқ томонга бўлади, кейинчалик соғ қулоқ томонга йўналади. Йирингли яллиғланиш хисобига ички қулоқда оқма яра (свиш) пайдо бўлганликни аниқлаш мақсадида ташқи эшитув йўлидаги ҳаво босимини ортирилса

текширилаётган кулоқ томонга нистагм пайдо бўлади,босим пасайтирилганда эса нистагм қарама-қарши тарафга йўналади, бундай ҳолатни **Люце белги** деб аталади.

Мувозанатни бузилиши турли даражада ривожланади,юрганда бир томонга оғиб кетади,мувозанатни сақлаш мақсадидида оёқларини кенг қўйган ҳолда юради. Ромберг ҳолатига қўйилса бир томонга оғиб кетади. Бошни ҳолатини ўзгартириш билан бирга танани оғиб кетиши ҳам ўзгаради. Танани оғиб кетиши йўналиши бошни ҳолатига боғлиқ бўлади – **Барани белгиси**

Вегетатив ўзгаришлар кўнгил айниб қайт қилиш, терлаш, тери рангини оқариши ёки қизариши, тахикардия ёки брадикардия,юрак атрофида ноҳушлик сезгилари касалликни ўткир кечишида кескин намоён бўлади. Яллиғланиш туфайли издан чиққан мувозанат анализаторини фаолияти маълум муддатдан (бир неча ойлардан сўнг) сўнг, иккинчи томондаги соғ ички кулоқни ҳисобига тикланади.

Кулоқдаги шовқин эшитиш нервни чиғаноқдаги қисмларини таъсирланиши ҳисобига пайдо бўлиб,юқори товушларига(тон) хос бўлади ва бошни бурганда кучаяди.

Эшитишни пасайиши яллиғланишни турига боғлиқ, турли даражада пасайиши мумкин,асосан, юқори товушларга нисбатан пасаяди. Касалликни йирингли ва некротик кўринишида эшитишни пасайиши кўпинча қайта тикланмайди, сероз лабиринтитда эса даволаш натижасида касаликни барча фаолиятини тикланиши билан тугаланади. Лабринтит натижасида эшитиши пасайган беморлар ўта қаттиқ гапиришади-**Ломбара белгиси**.

Лабринтитга хос белгилардан бири, беморларни Барани креслосига ўтиргизиб айлантирилганда мувозанатни кескин йўқотиши ҳисобига дарҳол оёқларига суяниб олишади –**Гарсен белгиси**,бошқа ҳолларда бундай ҳолат кузатилмайди.

Юз нервини фаолиятини бузилиши – юзни бир томонида сезишни пасайиши, фалажлик, кўзни тўлиқ ёпилмасдан қуриб қолиши,там билиш ва сўлак ажралишини бузилиши каби белгилар яллиғланиш жараёнини фаллопиев каналига ўтиши ва юз нервига таъсири натижасидир. Ўткир лабиринтит 2-3 ҳафта давом этиб,ўтказилган даволаш натижасида соғайиб кетиши ёки сурункали кўринишига ўтиб, бир неча йиллар давом этиши мумкин.

Лабринтитни қуйидаги касалликлардан: миёча абсцесси, отоген арахноидит, V111 жуфт бош миё нервини невриномасидан қиёсий тасхиш ўтказиш зарур.

Даволаш – лабиринтитда даволаш комплекс дори-дармонлар ва жаррохлик усулини қўллаш билан олиб борилади. Сероз лабиринтитда даволаш консерватив олиб борилади. Сурункали йирингли отит туфайли пайдо бўлган йирингли лабиринтитда даволашни ўрта кулоқда радикал жаррохлик ўтказишдан бошланади. Консерватив даволаш асосан ички кулоқдаги босимни пасайтириш,сероз яллиғланишни йирингли кўринишига ўтказмаслик ва бош миё асоратлари ривожланмасликка қаратилади. Ички кулоқни босимини пасайтириш учун 40% глюкоза, 10% кальций хлор,25% магний сульфат, тўқималарни озикланишини кучайтирувчи аскорбин кислотаси, витаминлар, АТФ, кокарбоксилаза ва яллиғланишга қарши ототоксик хусусияти бўлмаган антибиотиклар тавсия қилинади. Овқатлардан тузи паст, пархез таомлар буюрилади, суяқлик истемол қилишни чегараланади.

Жаррохлик муолижаларидан ўрта кулоқда радикал жаррохлиги ўтказилади, ички кулоқда пайдо бўлган окма ярани тозалаб пломба қўйиш, бош миё асоратларида эса лабиритотомия ўтказилади.

ОТОГЕН МИЯ ИЧИ АСОРАТЛАРИ

Тиббиёт тизимида ташхисда ва даволашда доимо янги усулларни жорий қилиниши, юқори самарали антибиотиклар, ҳамда антисептик дориларни қўлланиши натижасида охирги 20 йилда отоген бош миё асоратлари салмоғи деярли 3 баробарга камайди. Аммо бу асоратлардан ўлимни миқдори юқорилигича қолмоқда. Бунинг асосий сабабларидан, беморларни ўз вақтида мурожат қилмаслиги ва шу кунгача сурункали отитлар ва уни бош миё асоратларини бартараф этишда ягона самарали даволаш тизимларни (стандартлари) ишлаб чиқилмаганлигидадир. Шунинг учун ҳам ҳар бир оториноларингологик клиникаларда бундай беморларни даволаш турличадир. Отоген бош миё асоратлари ташқи, ўрта ва ички қулоқдан яллиғланиш жараёнини бош миёга ўтиши натижасида пайдо бўлади. Қулоқни яллиғланиш касалликларини 5-10%да калла ичи асоратлари кузатилади. Асоратлар асосан сурункали отитларда (ўткир отитга қараганда сурункали отитларда 10 барабар кўп учрайди), камдан-кам ҳолатларда ўткир отитларда кузатилади.

Сурункали отитлардаги бош миё асоратлари 94%ни эптитимпанитлар ташкил қилади. Отоген бош миё асоратларидан биринчи ўринда отоген менингит, сўнг бош миё ва миёча абсцесслари, кейинги ўринда синус тромбози ва охирида отоген сепсис учрайди.

Этиологик омиллардан касалликни риволанишида асосан стафилококк, стрептококклар ва пневмококклар муҳим ўрин эгаллайди.

Қулоқдан яллиғланиш жараёни бош миёга, қуйдаги йўллар орқали тарқалади:

- контакт йўл (яллиғланиш жойдан тўғридан-тўғри суяк деворини емириб ўтиш).
- лабиринт йўл (пере-эндолимфатик йўл-ductus endolymphaticus)
- гематоген йўл (қон орқали).
- лимфоген йўл (лимфа орқали).
- табиий йўллар орқали (томирлар атрофларидан).

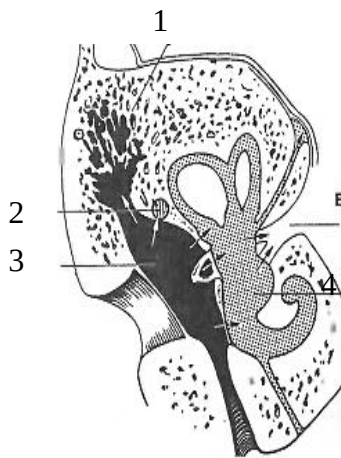
Контак йўл – яллиғланиш жараёнида, суяк девори емирилиш натижасида, қулоқдаги йирингли жараён бош миёга ўтади. Кўпроқ бундай ҳолат сурункали ўрта отитларда (эпитимпанит), ўрта қулоқни юқорги деворини (**tegmen tympani**) емирилиши натижасида кузатилади. Баъзан сўрғичсимон ўсимтани йирингли яллиғланиши натижасида, инфекция орқа миё чуқурчасига ўтади.

Лабиринт йўли-эндолимфатик (ductus endolymphaticus) йўл орқали, орқа миё чуқурлигига ўтади.

Гематоген йўл – Яллиғланиш жараёнидаги инфекцияни қон орқали бош миёга ўтиши, кўпроқ ташқи ва ўткир ўрта отитларда кузатилади.

Лимфоген йўл – инфекция лимфа суяқлиги орқали ўтади.

Табиий йўллар орқали – Суякдаги қон ва лимфа томирларини суяк каналлари, ички эшитув йўли суяк каналлари, чиғаноқ ва дахлиз сув йўллари орқали инфекция бош миёга ўтади.



Расм 32. Ўрта қулоқни яллиғланишида инфекцияни бош миёга ўтиш йўллари.

1. Ноғора бўшлиғини юқори девори. 2. Юз нерви. 3. Ноғора бўшлиғи. 4. Ички қулоқ.

Агар отоген бош миё асоратида, инфекция гематоген ёки табиий йўллар орқали тарқалган бўлса, радикал жаррохликда ноғора бўшлиғини суяк деворлари ўзгармаган бўлади.

Отоген калла ичи асоратларини қуйидаги кўринишлари учрайди:

отоген менингит
отоген абсцесс
арахноидит
синус тромбоз
сепсис.

Отоген менингит

Отоген асоратларни ичида энг кўп учрайдиган касаллик бўлиб, бирламчи ва иккиламчи турлари тафовут қилинади. **Бирламчи** отоген менингит йирингли жараёни ўрта қулоқдан бош миёга ўтишда ривожланса, **иккиламчи** турида эса дастлаб бош миёда ҳосил бўлган йирингли яллиғланишлардан (синустромбоз, абсцесслардан) сўнг пайдо бўлган менингитдир.

Отоген менингитни клиник кўриниши, умумий, менингиал ва маҳаллий ўчоқли белгилардан иборат бўлади.

Умумий белгилар – касалликни бошланишида беморлар тажанг, тез хафа бўладиган ва кўп йиғлайдиган бўлиб қоладилар. Кейинчалик беморни тана ҳарорати 38-40 С кўтарилади, айрим ҳолларда (қарияларда, иммунологик қуввати паст беморларда) эса тана ҳароратини (37-37,5 С) кескин кўтарилмасдан кечиши

холатлари ҳам кузатилади. Юрак қон-томир тизимида ҳам ўзгаришлар кузатилади, юрак уриши тезлашади, ЭКГ да миокардни қон билан таъминланиш жараёни пасайганлиги белгилари пайдо бўлади. Нафас олиш тезлашган, тил қуруқшаган, кир караш билан қопланган, иштаха пасайган, тери оқарган, совуқ тер билан қопланган, беморни умумий ахволи оғрилашган бўлади. Оғир холатларда беморлар беҳуш холатга тушиб қолади.

Беморлар ётганда ўзига хос бир холатда бўлади, яъний ёнбошга ётиб, оёқлари тизза ва сон бўғими соҳасида букилиб қорнига юпишган, боши эса орқага ташланган холатда бўлади, бундай холатни **“милтиқ тепкиси холати”** ёки **“миршаб кучуги холатида”** деб юритилади.

Касалликни менингиал белгилари – беморни доимий ва кўп безовта қиладиган белгиларидан бири, бу бутун бош соҳасини қамраб олган, кучли **бош оғриғидир**. Бош оғриғи, бош миёдаги яллиғланиш жараёнида, босимни ошириб кетиши ҳисобига, миё пардаларини ва учламчи нервни эзилиши натижасида пайдо бўлади. Бош оғриғи ҳар қандай ташқи таъсир (шовқин, ёруғлик, тактил) натижасида кучаяди. Бундай бош оғриғи доимо **кўнгил айниб, қайт қилиши** билан давом этади, бунга сабаб, яллиғланиш натижасида босим ортиши ҳисобига адашган нервни марказини кўзғалишидир. Қайт қилиш овқатланиш жараёни билан боғлиқ бўлмайди ва бош оғриғи кучайиши билан, қайт қилиш ҳам кучаяди. Касалликни 2-3 кунларидан бошлаб, бош миёни босими ортиб кетиши кучайиши билан бошқа менингиал белгилар намоён бўлади, булардан бўйин **мушакларини қотиб қолиши**, бунда бўйинни эгиб пастки жағни кўкракка текизишни иложи бўлмайди, бўйинни эгилиши ўрнига, беморни боши билан бирга бутун танаси ҳам кўтарилиб кетади. Бошни пастга эгиб кўкракка текизишга ҳаракат қилиш вақтида беморни оғзи очилади – бундай холатни **Левинсон белгиси** дейилади. Пастки жағ билан кўкрак орасидаги масофага нечта бармоқ сиғишига қараб бу белгини намоён бўлиш даражаси аниқланади. **Керниг белгиси** – бемор ётган ҳолда, оёқлари тизза ва сон бўғимлари соҳасида букилади, сўнгра оёқни тизза бўғимида қайта ёзиб сон билан бир чизикқа тўғрилашни иложи бўлмайди. **Брудзинский белгиси** (юқорги ва пастки), **юқоргисида**-бошни бўйин соҳасида эгишда, оёқларни тизза ва сон бўғимлари соҳасида букилиб, қоринга ёпишади. **Пасткисида** – тизза ва сон бўғимлар соҳасида букилган оёқни тизза бўғими соҳасида қайта ёзиш вақтида, иккинчи оёқни тизза ва сон бўғимлари соҳасида букилиши кузатилади. Касаллик хос белгилардан яна бири **Бехтеревни яноқ белгисидир**, бунда беморни яноқ суяги соҳасига енгил уриласа, бошда оғриқ кучаяди ва кўз юмилади. Энцефалит ривожланиб бош миёни ҳаракатга келтирувчи марказларини ва орқа миёни олдинги шохлари зарарланганлигини пирамидал белгиларидан бу **Оппонгейм, Гордон, Россолимо, Бабинский** белгиларини пайдо бўлишидир. Яллиғланишни миёни базал қисмини қамраб олганда, миёдан чиқувчи нервлар кўзни узоқлаштиручи (Y11), кўзни ҳаракатга келтирувчи (111), ғалтак нерви (1Y) фаолияти издан чиқади.

Ҳар доим ҳам менингиал белгиларни намоён бўлиши даражаси, касалликни оғир ёки енгиллигига мос келмайди, шунинг учун ҳам ташхисни тўлиқ тасдиқлаш мақсадида орқа миёни пункция қилиб, суюқлигини текшириш зарур.

Менингитда орқа мия суюқлиги катта босим остида отилиб чиқади (одатда соғлом одамларда орқа мия суюқлиги бир минутда 60 томчи томади), лойқаланган, баъзан йирингли бўлади (соғлом одамларда тиниқ бўлади).

Микроскопик текширилганда суюқлик таркибида асосан нейтрофиллар хисобига эпителийларни (одатда 3-6 эпителий 1 мкл) миқдори кўпайганлиги (600-900 эпителий ва ундан юқори 1 мкл) аниқланади. Айрим вақтда касалликни оғир ҳолатларида, орқа мия суюқлигида эпителийни камайиб кетади, бу ҳолат беморни реактивлигини пасайиб кетганлиги натижасидир ва бемор учун яхшилик аломати хисобланмайди. Оқсил миқдори (одатда 150-450 мг/л.) бир неч маротаба ортиб кетади, қандни (одатда 2,5-4,2 мг/л.) ва хлоридни (одатда 118-132 ммоль/л.) миқдори эса пасайиб кетади. Суюқликдаги глобулинларни миқдорини аниқлашга йўналтирилган Нонне-Апельта ва Панди реакциялари 3 ва 4 мусбат бўлади. Орқа миядан олинган суюқликни махсус микробларни ўстиришга мўлжалланган озуқаларга экиб, кўзғатувчисини аниқлаб, уни антибиотикларга сезгирлигини белгилаш мумкин, бу эса даволашни муҳим омилларидан хисобланади. Қонни умумий таҳлил қилинганда нейтрофилар хисобига лейкоцитоз, СОЭ тезлашган бўлади. Кўз тубини текширилганда веноз томирда қонларни димиқиши кузатилади.

Айрим ҳолларда яллиғланиш жараёни бош мияни тўлиқ ва чуқурроқ майдонларини қамраб олганда, пирамидал (бош мия қобиғи билан орқа мияни олдинги шохлари орасидаги ҳаракатлантирувчи узвийликни бузилиши) белгилар (Бабинский, Россолимо, Жуковский, Гордона, Оппенгейм) пайдо бўлади. Бундан ташқари кўзни узоқлаштирувчи нервни фалажланиши кузатилади.

Касалликни маҳаллий-ўчоғли белгилари-маҳаллий белгилари икки хил бўлиб, биринчиси бош мия тўқимасини яллиғланиши натижасида ҳосил бўладиган ва иккинчиси бош миядан чиқувчи нервларини яллиғланишида пайдо бўладиган белгиларидир. Бу белгилар касалликларни белгиларини ёритилаётган бўлимларида батафсил баён қилинган.

Биринчи гурҳ белгилар яллиғланиш жараёни мия тўқимасини қамраб олиш майдонига ва жараённи чуқурлигига қараб, турли кўринишда намоён бўлади. **Иккинчи гуруҳ белгилар** эса кўпроқ бош миядан чиқувчи нервларидан кўзни ҳаракатга келтирувчи, узоқлаштирувчи ва ғалтаксимон нервларни фаолиятини бузилиши билан боғлиқ бўлади.

Қиёсий ташхис беморларга ўз вақтида тўлиқ ташхис қўйиш ва тўғри даволаш мақсадида келиб чиқиши сабаблари турлича бўлган менингитлардан фарқлаш лозим. Бундай менингитлар қаторига силдаги, менингкоккли ва вирусли менингитлар киради.

Силдаги менингит кўпинча болаларда учрайди, касалликни кечишида касалликни клиник белгиларини секи-аста сушт намоён бўлиши билан ажралиб туради, бундан ташқари танани бошқа жойида (биринчи навбатда ўпка сили) бирламчи сил ўчоғи бўлади.

Орқа мия суюқлиги кўпинча сероз бўлади ва текширилганда, суюқлик тиниқ, босими кўп ортмаган, ҳолда чиқади, эпителийлар (лимфоцитлар) 1 мкл.да 100-150 атрофида, қанд миқдори пасайган. Орқа мия суюқлиги 24-48 соат ушлаб турилса, идишни тубига нозик фибринли тўр шаклида чўкмаси пайдо бўлади, чўкмани

текширилса сил таёқчалари топилади, бундай ҳолат фақат сил менингитига хосдир.

Менингококкли менингитда-касалликни бирданига,ўткир клиник кўриниш билан бошланади. Кўпинча менингитни бу турига хос нарсa,бу касалликни бошланишидан аввал беморда юқори нафас йўллари вирусли касалликларига хос катарал яллиғланиши кузатилади. Беморни касаллик тарихида кулоқни яллиғланиши умуман кузатилмаганлиги аниқланади. Отоскопия қилинганда кулоқларда яллиғланишга хос белгилар кузатилмайди. Орқа мия суюқлиги текширилганда менингококклар топилади. Юқори нафас йўллари вирусли касалликларига хос терида тошмалар пайдо бўлади,лабларда учуқлар-herpes labialis учрайди.Ташхис қўйишда албатда эпидемиологик вазиятни (менингококкли касалликлар эпидемияси) ҳисобга олиш зарур.

Вирусли (грипп) сероз менингит - кўпинча грипп касаллигини эпидемияси даврида учрайди. Менингитга хос умумий ва маҳаллий белгилардан ташқари, орқа мия суюқлигида эпителийлар озгина купайиб (1 мкл.да 200-300 эпителий) қолади, лекин қанд ва хлоридлар миқдори ўзгармайди.Оксилни кўпайиши сезирарли даражага етмайди.Менингитга хос белгилар тезда ўз-ўзидан бартраф бўлиб қолади.

Даволаш – Отоген менингитни даволашни энг аввало келтириб чиқарувчи сабабларини баъртараф қилишдан бошланади, яъний бирламчи касаллик ўчоғина тозалашдан (кулоқдаги йирингла жараёни жаррохлик усули билан тозалаш) иборат. Дорилар билан консерватив даволаш – этиологик, патогенетик ва симптоматик усуллардан ташкил топади.

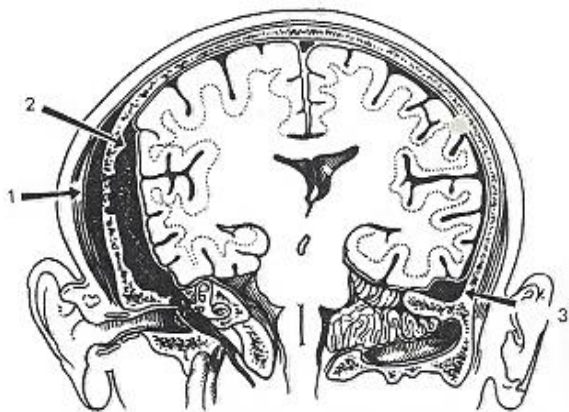
Этиологик даволаш – Антибиотиклар, кўпроқ пенициллин катта миқдорда нафақат мушак орасига, балки томир ичига юбориш тавсия қилинади, имконият даражасида бир вақтда бир-бирига тўғри келадиган икки хил антибиотикларни қўлаш яхши наф беради. Антибиотиклардан ташқари сульфаниламид ва антисептик дориларини қўллаш зарур. Томир ичига метирит,эфлоран каби антисептик ва дезинтоксикацион дориларни кунига 2-3 маҳал юбориш яхши наф беради.

Патогенетик даволаш - Яллиғланиш жараёнида бош мия босими ортиб кетганлиги учун, босимни пасайтирувчи (дегидротация қилувчи маннитол,лазикс,25% мағний сульфат,40%глюкоза, 40%уротропин) ва интоксикация бартараф қилиш мақсадида (диоксидин,гемодез,аскорбин кислотаси) дорилар қўлланилади. Бундан ташқари кортикостероид гармонлардан преднизолон ёки гидрокортизонни томир ичига юбориш яхши фойда беради. Қўшимча витаминлар, антигистамин дорилар ва трентал тавсия қилинади.

Симптоматик даволаш – Бу гуруҳ дориларга юрак гликозидлари, оғрик қолдирувчи ва иситма туширувчи дориларини қўллаш зарур. Ўз вақтида ўтказилган тўғри даволаш муолижалари, кўпинча ҳолатларда яхши натижа беради.

Отоген бош мия абсцеслари

Келиб чиқиши бўйича отоген абсцесслар миани бошқа абсцессларига қараганда кўпроқ учрайди ва асосан чакка соҳасида,ноғора бўшлиғини томига яқин жойда жойлашган бўлади. Отоген бош мия асоратларини 9,5-10% ни бош мия абсцесслари ташкил қилади. Абсцесслар асосан яллиғлиниш натижасида суяк деворини емирилиши ҳисобига, инфекцияни тўғридан-тўғри (контак) бош миёга ўтишида ҳосил бўлади. Камдан-кам ҳолларда мия абсцесслари бирламчи яллиғланиш ўчоғидан инфекцияни қон орқали ўтиш ҳисобига ривожланади. Кўпинча абсцесслар ривожланишдан аввал, албатта лабиринтит ёки синус тромбоз каби бирламчи яллиғланишлар рўй беради. Абсцессларни жойлашган ўрниларига биноан экстрадурал, субдурал, мия ва миёча абсцесслари тафовут қилинади. Айрим ҳолларда инфекцияни қон орқали тарқалишида абсцесслар яллиғланиш ўчоғидан узоқ жойларда учраши мумкин. Деярли абсцесслар яқка ҳолда бўлади ва 9-10% ҳолатларда эса 2 ва ундан ортиқ жойда учрайди.

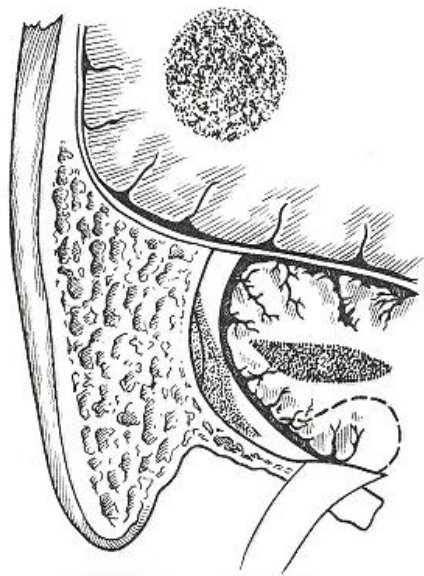


Расм 33. Экстра (1) - ва субдурал (2) абсцессларни жойлашиши.

Бош мия абсцессларини клиник кўриниши - уларни жойлашган ўрни ва ҳажмига боғлиқ бўлади. Касалликни клиник кечиши тўрт босқичдан иборат – бошланғич, яширин (латент), белгиларини аниқ намоён бўлиши ва терминал.

Бошланғич даври – асосан 1-2 ҳафта давом этади, бунда беморларни бош оғриғига шикоят қилади, кўнгил айниб бир,икки маротаба қайт қилади ва танани ҳарорати 37,5 С.га кўтарилади. Уларда умумий интоксикация белгилари намоён бўлади: Беморлар суст, ланж, атрофдагилар билан мулоқатга хоҳиши йўқ, бефарқ бўлади. Яллиғланган кулоқни сўргичсимон ўсимтаси соҳасида кучли бўлмаган оғриқ бўлади. Отоскопияда ўрта кулоқда оз миқдорда қўйиқ,хидли йиринг кўринади,тери ранги оқ-сарғимтир ҳолда. Томир уриши секинлашган,қон тахлилида,лейкоцитоз ва СОЭ тезлашган. Бемордаги бундай кескин намоён бўлмаган клиник белгилари, врачларда бефарқлик чақирмаслиги лозим, акс ҳолда даволаш чораларини зудлик билан бошлашлари шарт.

Яширин давр – Беморлардаги юқоридаги белгилар йўқ бўлиб кетади ёки айрим белгилари билинар-билинамас сақланиб қолади, бундай ҳолат 2-4 ҳафта давом этиши мумкин. Кўпинча ёш тажрибасиз врачлар бу даврда адашади, уларни фикрича беморлар яхши бўлиб қолгандек туюлади,диққат,этиборни сусайтиради ва даволаш жараёнини тўхтатиб, беморларни уйларига чиқариб юборадилар. Агар диққат билан беморга назар солинса,улар озгина ланж,одатдагига қараганда серуйки,тил караш билан қопланган,оғиздан нохуш хид келади, кўз тубида венотўлақонлиги кузатилади.



Расм 34. Бош мия (1) ва мияча (2) абсцесси.

Касалликни клиник белгиларини аниқ намоён бўлиш даври – Бу давр ўртача 1,5-2 ҳафта давом этади. Касалликни барча белгилари менингит каби кескин намоён бўлиши билан боўланади. Агар шаклланган абсцесс атрофида қобиг (капсула) ҳосил бўлса бу белгилар кескин пасаяди. Мия абсцессини белгилари турли-туман бўлганлиги учун ҳам, уларни тўрт гуруҳга бўлиб ўрганиш касалликни тўлиқ ифодалашга замин яратади.

Биринчи гуруҳ белгилар - умумий йирингли жараёнларга хос бўлган белгилар: умумий қувватсизлик, иштаха ва уйқуни бузилиши,ич кетиш, тил кулранг кир караш билан қопланган,оғиздан нохуш хид келади.Беморлар озиб кетади, қонда лейкоцитоз,ҳамда СОЭ тезлашганлиги кузатилади.

Иккинчи гуруҳ белгилари – бош мия касалликларига хос. Калла ичи босимини ортиши натижасида келиб чикадиган умумий белгилар: бош оғриғи (юқоридаги иккита боскичига қараганда бош оғриғи кучли бўлади), оғриқлар абсцесс соҳасида ёки бутун бош соҳасига тарқалган кўринишда бўлади, кўнгил айниб қайт қилади. Каллага енгил уриб кўрилганда абсцесс бор жойда оғриқ кучаяди. Бош мия ва мияча абсцессларига хос белгилардан яна бири бу томир уриши секинлашишидир (брадикардия – бир дақиқада 45 маротаба томир уради), бунинг сабаби калла ичи босимини ортиши (босим 300-400 мм.с.у.ст, соғлом

одамларда кала ичи босими 70-200 сув уст.тенг) хамда яллиғланиш жараёнини тарқалиши хисобига, узунчоқ мияда жойлашган адашган нервни марказига таъсири натижасидир. Айрим холларда бош мия абсцессиди босим одатдагидан хаттоки паст хам бўлиши мумкин.

Абсцесс қобиғ билан тўлиқ ўралга хисобига, орқа мия суюқлиги деярли ўзгармаган ва тиниқ холда бўлади,агар абсцесс ёрилиб йиринг тарқалса унда йирингли бўлади.Менингитдан фарқи оқсил ва хужайраларни микдори (100-300 хужайра 1 мкл.) ўта юқори бўлмайди. Бундан ташқари абсцессга хос белги бу антибиотиклар қўлланиши билан мия суюқлигидаги хужайралар кескин камаяди, аммо беморни ахволи оғрлигича қолади,бундай номутаносиблик менингитга хос эмас.

Кўз тубидаги веноз қон томирларида димиқиш (тўлақонлик) холати кузатилади. Бўйин мушакларини қотиб қолишиб (ригидность) натижасида бош орқага тортилган, Керниг белгиси мусбат бўлади. Агар абсцесс мияни олдинги пешона қисмида жойлашса, қўлини олдинга кўтариб туришни таклиф этилса, бемор қўлини фақат бир неча сония ушлаб тураолади, тезда қўли пастга тушиб кетади (**Барре симптоми**).

Учинчи гурух белгилар – Бу белгилар, абсцессни бош мияни ўтказувчи йўларига ва пўстлоқ ости ядроларига таъсир этиши натижасида пайдо бўладиган ўзгаришлардир. Бундай белгилар қаторига абсцессга қарама-қарши томонда турли **гемипарез,гемиплегия** холатлари, юз ва **кўзни ҳаракатга келтирувчи нервларни фалажлиги**, тутқаноқ тутиш хуружи кузатилади. Бундан ташқари **Бабинский, Оппонгейм** белгилар хам пайдо бўлади.

Тўртинчи гурух белгилар –ўчоғли белгилар хисобланиб, абсцессларни жойлашган ўринларига боғлиқ холда пайдо бўлган ўзгаришлардир. Агар ўнг томонлама фаолиятли беморларда мия абсцесси чап чакка соҳасида жойлашса, уларда **амнестик ва сенсор афазия** холати кузатилади.**Амнестик афазияда** беморлар кўрсатилган жисмларни номларини айта олмайди, фақат уни нима учун ишлатишини гапиради. Беморларда абсцесс мияни Вернике марказида жойлашса уларда **сенсор афазия** кузатилади. Беморларда эшитиш қобиляти сақланган холда,эшитган гапларни тушунмайди. Беморларни **гаплари тушунарсиз, маъносиз, сўзлардан иборат** бўлади.Бундан ташқари уларда **аграфия (ёза олмайди)** ва **алексия (ўқиш қобиляти йўқолади)** холатлари кузатилади. Агар ўнг томонлик беморларда, абсцесс бош мияни ўнг томонида жойлашса, касалликни клиник белгилари нихоятда кам бўлади.Бундай холда, беморларда фақат **атаксия холати** кузатилади, яъний бемор юрганда чап томонга йиқиладиган бўлиб қолади. Чакка соҳасида абсцесслар бор беморларда кўриш майдонлари хам чегараланиб (**гемианопсия**) қолади.Ўнг томонлама абсцесси бори беморлада рухий ўзгаришлар:айрим холларда атроф-мухитдаги бўлаётган жараёнларга бефарқ бўлади ёки ўта тушқинликка тушиб қолади. Ўзини холатига ҳеч қандай танқидий мулоҳаза қилмай қўяди,турли ноадекват ҳаракатлар пайдо бўлади,ўта қайсарлик белгилари кўзга ташланади. Чакка соҳасидаги абсцессларга хос белгилардан бири **тутқоноқсимон** (эплектотоподобнине синдром) холат пайдо бўлишидир.Айрим холларда шу белги чакка соҳасида йирингли жараён тўпланганлигидан хабар беради. **Касалликни терминал даври** – Бу оғир ва охириги босқич хисобланади,

беморларда сопороз ҳолати кузатилади, турли иккиламчи белгилар: кўзни юқорига қаратиши чегараланган, анизокрия кузатилади. Аввалига уларда ташқи таъсирларга бефарқлик, ҳеч қандай жавоб реакцияси йўқ, кейинчалик эса беморлар хушини тўлиқ йўқотади, нафас олиш ҳаракати бузилади ва бундай ҳолат бир неча кун давом этади. Касаллик давомида бош мияда яллиғланиш шиши кучайиши натижасида ҳаётий муҳим аъзоларни марказлари ишдан чиқади ва ўлим билан тугалланади.

Мияча абсцессини кечиши ҳам бош мия абсцесси каби давом этади, лекин мияча абсцессини ўзига хос белгилари кузатилади. Юқорида, бош мия абсцессида келтирилган белгилардан ташқари, мияча абсцессида қўшимча белгилар: абсцесс бор томондаги мушакларни тонусини пасайиши кузатилди, шунинг учун ҳам бу беморларда ҳаракатни бошқаришни бузилиши – атаксия кузатилади. Улар юрганда абсцесс бор томондаги қўл ва оёқлари ҳаракати керагидан ортиқча бўлади. Беморлар бошларини мажбурий, абсцесс бор тарафга энгаштирилган ҳолда ушлайди.

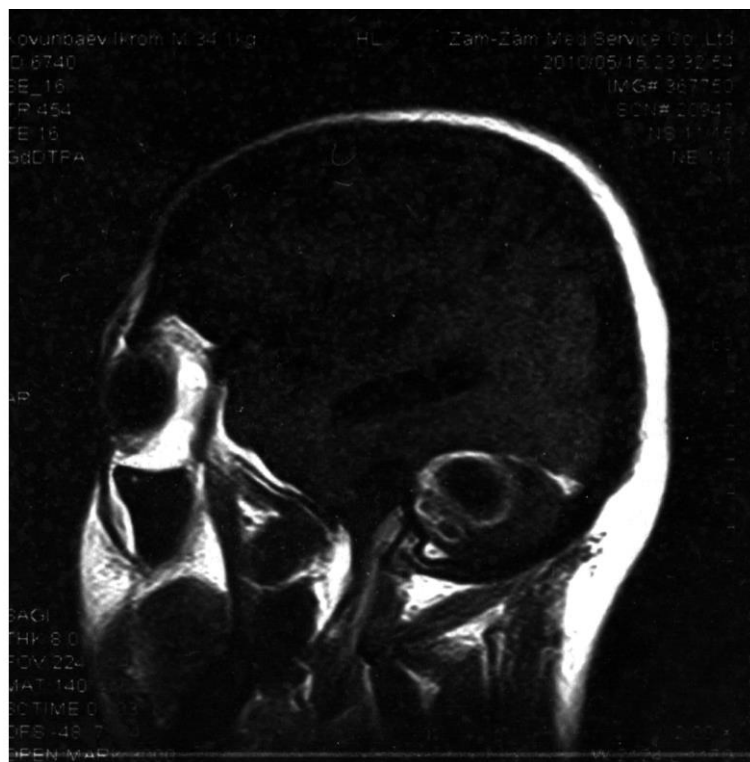
Юришда абсцесс бор томондаги қўл ва оёқлар нотекс ҳаракат қилади ва юрганда бир томонга сурилиб кетади. Агар беморлар ён тарафга чап ва ўнга танани бурмасдан ҳаракат қилса йиқилиб тушади (**Г.Александр симптоми**). Беморда кўзни юмган ҳолда кўрсатгич бармоқни бурунга текизиш, иккала қўлни кўрсатгич бармоқларни бир-бирига текизиш ва оёқ товонини, иккинчи оёқни болдир суяги устидан тўғри юргизиш синамаларини тўғри бажара олмаслик каби ҳаракатни бузилиши белгилари кузатилади. Бундан ташқари **Ромберг ҳолатида** турганда бемор абсцесс бор томонга оғиб кетади. **Адиадохокинез синамасини** ўтказишда, (иккла қўлни олдинга чўзиб кафтни юқорига ва пастга ҳаракат қилдириш) касаллик томондаги қўл орқада қолади.

Беморлар кўзи юмилган ҳолда, қўлларини олдинга кўтариб турганда абсцесс бор томондаги чимчилоқ бармоғи оғиб кетади (**Н.А.Кипишидзе симптоми**). Беморларда танани бўйиндан пастки қисмида мушакларни ҳолати ўзгармаган ҳолда, бўйин мушакларини қотиб қолишлиги кузатилади (**П.Брока симптоми**).

Мияча абсцессига хос белгилардан яна бири ҳар томонга йўналган, йирик қамровли, кўпроқ горизонтал **нистагмдир**. Бошқа сабаблардан сўнг пайдо бўладиган нистагмлардан, мияча абсцессидаги нистагм вақт ўтиши билан кучайиб боради. Кўз тубида веноз тўлақонлик кузатилади. Отоген бош мия ва мияча абсцессларида қонда нейтрофилли лейкоцитоз, СОЭ ни тезлашганлиги бўлади. Орқа мия суюқлигини текширганда босим ортганлиги туфайли, суюқлик босим остида чиқади, кўпинча тиниқ бўлади, эпителийларни микдори озгина ортганлиги (1 мл.да 100-200 эпителий) кузатилади. Агар абсцесс субарахноидал бўшлиққа ёрилса, орқа мия суюқлиги йирингли бўлади. Мияча абсцессида, орқа мияни пункция қилинганда имкон даражасида суюқликни озроқ чиқариш зарур, акс ҳолда орқа мия босими пасайиб, узунчоқ мияни эзилиши натижасида, нафас тўхтаб қолши мумкин.

Бош мия ва мияча абсцессларини ташхиси беморни шикоятлари, касаллик тарихи, объектив ва субектив маълумотлар, ҳамда қўшимча текшириш усулари натижаларига (ЭЭГ, РЭГ, Ультратовушли ЭЭГ, каротид ангиография,

пневмоэнцефалография) асосланиб қўйилади. Хозирги кунда компютерли томография ва МРТ екшириш, аниқ ташхисда катта ёрдам беради.



Расм 35. Бош мия абсцесси (томограмма)

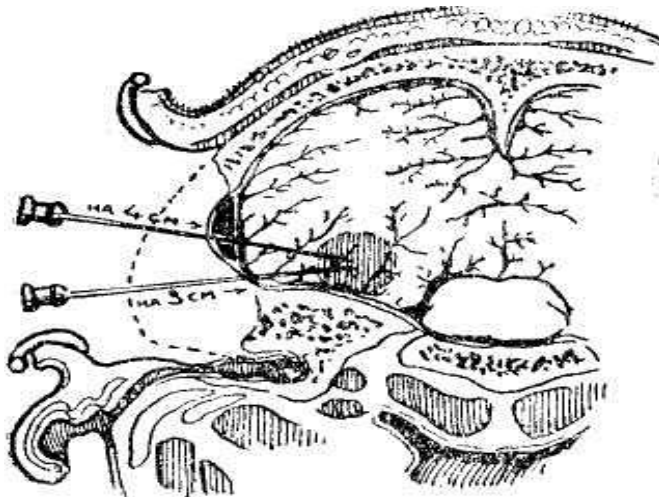
Бош мия ва мияча абсцессини йирингли менингит, серозли лептоменингит ва йирингли лабиринтитдан қиёсий ташхис ўтказиш зарур.

Қиёсий ташхис		
Клиник белгилар	Бош мия ва мияча абсцесси	Менингит
Тана харорати	Субфебрил ёки мутадил	Доимо юқори
Томир уриши	Секинлашган	Тезлашган (тахикардия)
Бемор ҳолати	Бемор, уйқучан, бўшашган	Бемор нотинч, безовта
Кўз туби	Сезирарли ўзгариш йўқ	Веноз томирлар тўлақонлиги
Орқа мия суюқлиги ҳолати	Босим юқори, суюқлик	Катта босим остида

тиник, эпителий
оз микдорда

чиқади
лойқаланган, кўп
микдорда эпителий
бўлади

Бош мия ва миёча абсцессларини даволаш - отоген менингитларни даволагандек олиб борилади, даволаш ишларини бирламчи инфекция ўчоғини тозалашдан бошланади, яъний яллиғланган ўрта кулоқда, радикал жаррохлиги ўтказилади, барча йирингли ажралма, некротик тўқималар ва чириган суяклар олиб ташланади. Ўрта ва орқа мия чуқурлигини очиб, абсцесс бор жойни аниқлаш мақсадида уни пункция қилинади. Абсцессни топиш учун пункция қилинаётган игна бир неча йўналишда киргизилади, лекин уни 4 см.дан ичкарига киритмаслик зарур, акс холда бош мия қоринчасига тушиб қолиш мумкин.



Расм 36. Бош мия абсцессини пункция қилиш

Абсцессни аниқлаш мақсадида миёни пункция қилишда қаттиқ миё пардаси (dura mater) 5% йод билан артилгандан сўнг махсус игна шприцга кийдирилиб парда тешилади ва игна 3 см. чуқурликача киритилади. Игна йўналтирилаётган вақтда шприц поршени доимо тортилиб турилади, агар абсцессга тушиб қолинса шприцда дархол йиринг пайдо бўлади. Йиринг топилмаганда қайта пункция қилиб миё пардасини қўшимча жарохатламалик мақсидида, игнани тўлиқ чиқармасдан уни йўналишини ўзгартириб абсцесс қайта изланади. Миёча абсцесси эса сигмасимон синус орқали ёки сигмасимон синус ва бош миё суяги оралиғида пункция қилиниб изланади.

Абсцесс аниқлангандан сўнг даволашни 3 хил усули мавжуд.

а) **ёпик усул**, бунда абсцесс пункция қилиниб йиринг сўриб олинади, антисептик эритмалар билан ювилади ва ўрнига антибиотиклар эритмаси юборилади.

б) **очик усул**, игна йўналиши бўйича абсцесс кесиб очилади, йирингдан тозалаб антибиотик эритмалари юборилади ва резинали дренаж киритилади.

в) **абсцессни тўлиқ қобиги билан бирга олиб ташлаш**. Охирги усул анча жароҳати катта бўлганлиги учун ҳам, ҳозирги вақтда кўпинча иккинчи усулни қўлланилмоқда.

Абсцесс топиб, очилиб, тозалаб дренаж қўйилиши билан бирга қуйдагича даволар ўтказилади

– антибиотиклар

– патогенетик даволар

–симптоматик даволар.

Ўтказилган даволардан сўнг беморни ҳолати тўлиқ тиклангунча, яна узоқ вақт ЛОР врачлар назоратида остида бўлишлари шарт.

Отоген синус тромбоз, сепсис

Ўрта қулоқни ўткир ва сурункали яллиғланишида, йирингли жараён қон ва лимфа томирлари ёки бош миё қобикларини синуслари орқали умумий қон айланиш тизимига ўтиши мумкин.

Йирингли отитларда жараёни бутун қон айланиш тизимига тарқалиши ва отоген сепсис ривожланишига сабаб, сигмасимон вена томирида ҳосил бўлган тромблардир. Сигмасимон веноз қон томирларда тромблар ҳосил бўлиши, ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёнини сўрғичсимон суяга тарқалиши ҳисобига (анатомик тузилиш бўйича сигмасимон синус сўрғичсимон ўсимтага ёпишиб ётади), дастлаб сигмасимон синус атрофида томир атрофи (пересинуоз) абсцесси ҳосил бўлади, кейинчалик эса бу жараён сигмасимон томирга ўтади ва веноз томирда эндофлебит ривожланади, натижада томир девори шишиб бўртади ва бу жойларга қонни элементлари (тромбоцит, лейкоцит, эритроцит) ўтиради ва тромб ҳосил бўлади, бу тромбларга инфекция қўшилиши натижасида улар яллиғланиб аста-секин кўчади, кичик ва катта қон айланиш тизими орқали бутун танага тарқалади ва септик ҳолат вужудга келади. Айрим ҳолатларда отитларда септик ҳолат веноз томирларда тромб ҳосил бўлмасдан ҳам риволаниши мумкин.

Касалликни клиник кечиши бўйича икки хил тури тафовут қилинади - **эрта ва кечки сепсислар**. Эрта сепсис кўпинча, ёшларда, ўткир отитларда учрайди ва касалликни биринчи кунлариданоқ септик ҳолати намоён бўлади (айрим олимларни фикрича, бу сепсис эмас, балки организмни ўткир отитга нисбатан ўзига хос септик реакциясидир), лекин касалликни натижаси яхшилик билан тугалланади. Кечки сепсисда эса, ўткир ёки сурункали отитларда, аввал бирламчи септик ўчоғи (веноз томирларда тромб) ҳосил бўлади, сўнг сепсис ривожланади.

Отоген сепсини синус тромбозида клиник белгилари ҳам икки гуруҳга бўлинади – умумий ва маҳаллий (ўчоғли). **Умумий белгилари** – септик касалликларга хос бўлган тана хароратни гектик, яъний кескин 39-40 С кўтарилиб, беморда безгакка хос қалтираш ҳолати кузатилади ва бир неча соатдан сўнг иситма кескин пастлаб мўтадиллашади, бу вақтда бемор совуқотиб, терини совуқ тер қоплайди. Бундай ҳолат бир кеча-кундузда бир неча бор қайталаниши мумкин. Шунинг учун ҳамсепсисга гумон қилинган ҳолатда, беморларни тана хароратини ҳар уч соатда ўлчаш тавсия қилинади. Тана харорати кўтарилишига монанд томир уриши ҳам тезлашади. Тромбоз бор томондаги бўйинтуруқ венасини босиб кўрилганда, босими соғ томонга қараганда паст бўлади (**Герхард симптоми**). Беморларда бўйин, юз ва кулоқ соҳаси териси оқарган, шишган, юзаки вена томирлари кенгайиб, бўртиб кўринади. Айрим ҳолларда эса тери ва кўз сарғимтир рангда бўлади, бунга сабаб қон томирлар ичида қони ивиб қолиши (ДВС синдром, эритроцитлар гемолизи) ва жигарда гепатоспленомегалия ҳисобига механик сариқлик юзага келишидир. Қонни текширилганда нейтрофилли лейкоцитоз, гипохром кам қонлик ва СОЭ тезлашган бўлади.

Ташхисда юқорида келтирилган белгилардан ташқари, бу лаборатория шароитида қони махсус озиқаларга экиб микрофлорани турини ва уларни антибиотикларга сезувчанлигини аниқланади. Текшириш учун қонни беморларда безгак каби қалтираш вақтида олган макул. Отоген сепсисларда танани бошқа жойларида (ўпка, жигар, тери остида, бўғимларда ва мушакларда) ҳам метастаз туфайли йирингли абсцесслар пайдо бўлади, бу ҳолат эса касалликни оғрилашганлигидан дарак беради.

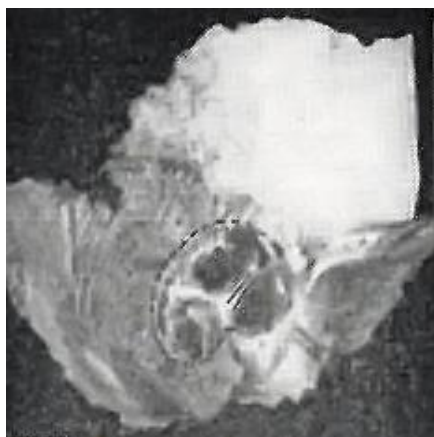
Отоген сепсисда ва синус тромбозида маҳаллий (ўчоғли) белгилар – Касалликка хос белгилардан бири бу **Гризингер белгисидир** – сўрғичсимон ўсимта соҳасида тери оқарган, шишган ва ушлаб кўрилганда оғриқлик бўлади. Бу белгини пайдо бўлишига сабаб, йирик веналардаги тромбларни тарқалиб, сўрғичсимон ўсимта соҳасидаги (эмиссар) веналарга тикилиши натижасидир. Агар тромблар ички бўйинтуруқ венасига тикилса, ўмров-кўкс-сўрғичсимон (m. sternocleidomastoideus) мушакни олдинги қирғоғида босиб кўрилганда оғриқ пайдо бўлади (**Уайтинг белгиси**). Вена томирларини тромбози бор томонни бўйинтуруқ венаси соҳасини аускультация қилинса томиридан ўтаётган қони шовқини эшитилмайди (**Фосса белгиси**). Беморлар бўйин соҳасидаги оғриқни пасайтириш мақсадида доимо боши касалланган томонга бурилган ҳолда ушлайди. Тромбларни кўндаланг синусга тарқалишида мия нервларини Y1 жуфтини (n.abdusens) фалажлиги кузатилади.

Бош мияни яллиғланишига хос умумий белгилар: **бош оғриғи, кўнгил айниб қайт қилиш, беморни умумий ахволи оғирлиги, сустлик, ланжлик кузатилади**, бу белгиларни намоён бўлиш даражаси калла ичи босимини қандай даражада ортганлигига боғлиқ бўлади. Кўз тубида кескин ривожланмаган венотўлақонлик ҳолати аниқланади.

Отоген сепсини зотилжамдан, безгакдан, силдан ва терламадан қиёсий ташхис ўтказиш зарур, чунки айрим ҳолларда бу касалликлада ҳам сепсис сингари белгилар кузатилади.

Отоген сепсисларни оқибати - касалликни қанча эрта аниқланганлигига даражасига, даволарни ўз вақтида ва самарали бошланганлигига, ҳамда беморни химоя қувватини ҳолатига боғлиқ бўлади.

Отоген сепсисда ташхис касални шикоятлари, касаллик тарихи, уни клиник белгилари ва қўшимча текшириш натижаларига асосланади. Рентгенологик текширишда чакка суяги ва сўрғичсимон ўсимтани ғор ва ғор атрофи соҳасида суякларни катта майдонда емирилганлиги аниқланилади.



Расм 37. Сурункали йирингли отитни рентгенограммасида сўрғичсимон суяк емирилишини кўриниши.

Даволаш—таъсир доираси юқори бўлган турли хил антибиотиклар, антисептик дориларни пайдо бўлганлиги ва уларни амалиётда кенг қўлланилганлиги сабабли, отоген синус тромбоз ва сепсислардан ўлим кескин камайган. Бошқа отоген бош мия асоратларини даволагандек, бу касалликда ҳам даволашни бирламчи инфекция ўчоғини бартараф қилишдан бошланади, яъний йирингли отитларда қулоқда радикал жаррохлиги ўтказилади. Отоген синус тромбоз ва сепсисларда албатта жаррохлик ўтказиш вақтида сигмасимон синус топилади ва пункция қилинади, агар тромб аниқланса, томир кесиб очилади ва олиб ташланади. Жаррохлик муолижаларидан сўнг консерватив даволашни (антибиотиклар, патогенетик даволар, симптоматик даволар қўллашдан иборат бўлади) давом эттирилади

Касалликни ўз вақтида аниқлаб, замонавий дори моддаларини қўллаб ўтказилган даволардан, яхши натижа олинади. Бемор соғайиб кетгандан сўнг ҳам оториноларинголог назоратида бўлиши керак.

Қулоқни йирингсиз касалликлари.

Нейросенсор карлик

Қулоқни йирингсиз касалликлари қаторига асосан ички қулоқни йирингсиз кечадиган касалликлари киради. Эшитиш анализаторини бузилиши натижасида карликка олиб келадиган касалликларни 90% қулоқни йирингсиз кечадиган касалликлари ташкил қилади. Бундай касалликлар қаторига кохлеар неврит ҳам киради. Кохлер неврит бу кенг маънодаги тушунча бўлиб, бунда эшитиш анализаторини Корти аъзосини нейроэпителиал хужайраларидан бошлаб, бош миядаги эшитиш маркази хисобланган Гешля бўлимигача бўлган сохадаги ўзгаришларни қамраб олади. Ўзгаришларни жойлашган ўрнига қараб уч қисмга бўлинади: а) кохлеар (рецептор ёки қуйи қисми, б) ретрокохлеар (спирал тугунни зараланиши ёки дахлиз-чиғаноқ нервни зараланиши), марказий (ўтказувчи йўлларда, пўстлоқ ости қисмида ва пўстлоқ қисмида зарарланишлар). Ер шарини 4-6 % ахолиси нейросенсор карлик билан касалланган, улардан 20-30 % туғма ва 60-70 % ортирилган бўлади. Аёлларга нисбатан эркакларда касаллик кўпроқ учрайди, асосан беморларни ўртача ёши 25-40 ёш.

Касалликни келтириб чиқарувчи сабаблари қуйдагича:

- бош мияда қон айланишини бузилиши
- лабиринт гидропсис
- аутоиммун касалликлар
- юқумли касалликлар(тумов, қизамиқ, безгак, терлама, тепки, захм, менингит ва скарлатина)
- дорилардан ва саъноат чиқиндиларидан захарланиш
- турли жароҳатлар (механик, акустик, баротравма, вибрация жароҳати)
- юрак қон-томир касалликлари
- инсон танасидаги турли модда алмашинувини бузилиши
- қулоқ касалликлари (отитлар, отосклероз).
- кексайиб қариш натижасида

Бош мияда қон айланишни бузилиши натижасида қон айланишни вертебробазиляр тизимида ўзгариш хисобига ривожланади, чунки ички қулоқни чиғаноқ қисми шу артериялардан тармоқ олади. Айрим сабабларга кўра бу томирларда тромб ҳосил бўлиши мумкин ёки томирлар спазми ёки томирлар ёрилиши хисобига инсулт ривожланиб қолади.

Юқумли касалликларда ривожланган нейросенсор карлик. Бу касалликларда асосан рецептор хужайраларда ва дахлиз-чиғаноқ нервда ўзгаришлар кузатилади. Хар бир юқумли касалликларда ўзига хос ўзгаришлар кетади, масалан грипп вируси қон томирларига ва ички қулоқ асаб толаларига таъсир кўрсатади. Қон томир орқали тарқаладиган вируслар эса ичи қулоқни тукли хужайраларига ва қон томирларига таъсир этади. Тепкида (паротит) вирус ички қулоқни қон томирларига таъсир этганлиги туфайли икки томонлама лабиринтит ривожланади, натижада эшитув нервни яллиғланиши келиб чиқади.

Интоксикацион нейросенсор карлик бу гуруҳга ототоксик дори моддаларига антибиотиклар (стрептомицин, канамицин, мономицин, линкомицин, канамицин, амкацин), сийдик хайдовчи диуретиклар (лазикс, бринальдекс, урегит), ацетисалицилатлар. Юқорида келтирилгандан ташқари алкохол, никотин, саноат чиқиндилари хисобланган симоб, мишяк, бензин ҳам ототоксик таъсир этади.

Кулоқни сурункали йирингли касалликларида жараён қон ва лимфа томирлари орқали токсик таъсир этиш ёки ички кулоқда қон ва лимфа айланишини бузилиши ҳисобига ривожланади. Ўрта кулоқни йирингли яллиғланишида ички кулоқ билан қон ва лимфа айланиш тизими бирлиги ҳисобига, ички кулоқда бир қатор ўзгаришлар ҳосил бўлади, бундан ташқари яллиғланиш ҳисобига интоксикация таъсирида Кортиев аъзода ўзига хос ўзгариш кетади. Сурункали яллиғланиш жараёнида ҳосил бўлган чандиқли жараён овал ва юмалоқ ойналар соҳасида қон ва лимфа айланиши жараёнини издан чиқаради, натижада ички кулоқда турли дегенератив ўзгаришлар келтириб чиқаради.

Ёшга боғлиқ эшитув нервдаги ўзгаришлар (пресбиакүзис). Кексайиб бориш натижасида инсонларда ички кулоқдаги спирал аъзоларда ва бош миёни эшитиш зоналарида дегенератив ва атрофик ўзгаришлар ривожланади.

Патологоанатомик ўзгаришлар – юқорида келтирилган сабаблар алоҳида ёки биргаликда таъсир этишига биноан, эшитув нервини тўқималарида ва Кортиев аъзони нейроэпителиал хужайраларида турли даражада дегенератив ўзгаришлар кузатилади.

Нейроценсор карликни келиб чиқиши вақтини ҳисобга олганда қуйидаги турлари тафовут қилинади:

тезда ва бирданига ривожланган (келиб чиқишида 12 соатдан ортиқ вақт ўтмаган)

ўткир (1 ой давомида келиб чиққан)

сурункали (келиб чиқишида 1 ой ва ундан кўп вақт ўтган)

Касалликни белгилари – Беморларни асосан эшитишни пасайиши ва кулоқдаги шовқин, айрим ҳолларда бош айланиши, юрганда гандираклаш безовта қилади. Кохлеар невритни бошланишида дастлаб кулоқда турли тембрда шовқин пайдо бўлади, аста-секин эшитишни пасайиши кузатилади, агар касалликни ўз вақтида келиб чиқиш сабабларини аниқлаб, даволаш ишларини олиб боришмасан, кейинчалик беморлар умуман эшитмасдан қолиши мумкин. Кулоқдаги шовқинлар беморларни безовта қилиб, асаб тизимини тўлиқ издан чиқаради, улар асабийлашган, уйқу ва иштаха бузилган, тез чарчаб қолишади. Айрим ҳоллар ички кулоқни қон томирларини ўткир тромбози, ўткир захарланиш, жароҳат ёки ўткир вирусли касалликларда кохлеар невритни ўткир кўриниши ривожланади, бунда беморлар бирданига эшитмасдан қолади. Ўткир карлик асосан бир томонлама бўлади, аммо эшитиш қобилиятини йўқотиш ҳолати юқори бўлади. Ўз вақтида касалликни аниқлаб ўтказилган даволардан, деярли 50% беморларда эшитиш қобилияти тикланади. Эшитиш қобилиятини пасайишига биноан уч даражали карлик тафовут қилинади.

Биринчи даража (енгил тури) - эшитишни пасайиши 50 дБ дан юқори эмас, оддий гипиришда 4-6 метрдан эшитади.

Иккинчи даража (ўртача) - эшитишни пастлиги 50-70 дБ, оддий сўзлашганда 1-4 метрдан эшитади.

Учинчи даража (оғир) - эшитишни пасайиши 70 дБ ва ундан юқори, оддий сўзлашишни кулоқ сурпасида эшитади.

Ташхис – Касалликни ташхиси беморни шикоятлари, касаллик тарихи ва кўшимча ўтказилган функционал текширишлар натижаларига асосланади. Бунда

схемада келтирилган тартиб бўйича эшитиш паспорти тўлдирилади. Бу текширишда касаллика хос ўзгаришлардан бири, шивирлаб гапиришда, эшитиш қобилияти, одатдаги гапиришдаги эшитиш қобилиятига қараганда кўпроқ зарарланган бўлади. Камертонлар билан текширилганда Швабах синамаси қисқарган бўлади.

Ринне ва Федеричи синамалари мусбат, Вебер синамасида эса товуш соғ кулоқ томонга йўналган бўлади. Аудиометрик текширишда юқори тондаги товушларни қабул қилиш пасаяди. Яна бир текшириш усули хисобланган ФУНГ (феномен ускорения нарастания громкости) мусбат бўлади.

Кохляр невритни бир қатор касалликлардан - Меньер касаллиги, отосклероз ва V11-жуфт бош мия нервни нервиномасда қиёсий ташхис ўтказиш зарур.

Даволаш – Кохлеар невритни даволаш асосан уч йўналишда олиб борилади:

- келтириб чиқарувчи сабаларини бартараф қилиш
- касалликни даволашни имконият даражасида эрта бошлаш
- даволашни барча этиотроп, патогенетик усулларни қўллаган ҳолда олиб бориш.

Даволашни асосий йўналиши ички кулоқда кислород етишмовчилигини олдини олиш ва қон айланишни тиклашга қаратилган бўлади.

Касалликни келтириб чиқаруви сабаби инфекция бўлган тақдирда албатта кенг доирада таъсир этадиган ва ототоксик хусусияти йўқ антибиотиклар тавсия қилинади.

Токсик невритда эса антидотлар мушак орасига 5,0 мл– 5% унитол , 5,0 мл – 30% тиосульфат натрий, тўқималарни оксидланиш жараёнини кучайтириш учун кальций пантотент қўланилади. Ички кулоқда кислород етишмовчилигини бартараф этиш учун 10 кун давомида гипербарик оксигенация қилинади. Қон томирлардаги қон айланишини тизимини яхшилаш ва тўқималарни модда алмашинувини яхшилаш мақсадида: Бектасерк, вестибо, гепарин, пентоксифиллин, пирацетам, АТФ, кокарбоксилаза, витаминлар В гуруҳи, А, Е қўлланилади. Бундан ташқари - галантамин, прозерин, қон томирларини кенгайтирувчи - никотин кислотаси, стугерон, котикостероидлардан – дексометазон, преднизолон тавсия этилади. Кулоқдаги шовқинни пасайтириш мақсадида анестетик моддаларни кулоқ атрофидаги биологик фаол нуқталарга юбориш, акупунктура, электропунктура, лазерпунктура қилиш зарур. Дори моддаларини меатимпанал ёки кулоқ ичига электрофорез усулида юбориш яхши натижа беради. Нерв тўқималаридаги модда алмашинувини тиклаш, ишемик ҳолатни бартараф этиш учун предуктал (0,02) 1 таблеткадан 3 маҳал, милдронат (0,25) 1 капсуладан 3 маҳал тавсия қилинади. Ички кулоқдаги қон айланиш жараёнини кучайтириш мақсадида беморларга томир ичига 2%-5,0 мл. трентал 250,0 мл физиологик эритма билан юборилади. Нерв тўқималаридаги регенератив жараёни кучайтириш мақсадида ичиш учун предуктал (0,02) 1 таблеткадан 3 маҳал ёки милдронат (0,25) 1 капсуладан 3 маҳал тавсия қилинади. Метаболик дори (ноотропил, солкосерил, церебролизин) моддалари қўллаш ҳам яхши фойда беради. Кулоқдаги шовқинларни пасайтириш мақсадида новокаинли ёки лидокаинли меатимпанал блокадалар қилинади. Нейросенсор қарликда даволаш

улусулини энг самарили турларидан, бу кулоқ сохасига дори моддаларини электрофорез ёки фонофорез холида юборишдир.

Ўтказилган даволардан сўнг беморлар яна бирнеча муддатга сурдолог назорати оstdа бўлиши керак. Касаллик натижасида эшитиш қобилияти қайтмас даражада пасайган бўлса эшитиш аппаратларидан фойдаланилади.

Касалликни натижаси даволашни қанча эрта бошланганлигига ва касаллик жараёни қондай даражада тарқалганлигига боғлиқ бўлади.

Меньер касаллиги

Касаллик асосида ички кулоқда (лабиринтда) эндолимфани босимни ортиб кетиши, натижада вақти-вақти билан бош айланиш, кулоқда шовқин ва эшитишни пасайиши хуружи билан кечиши ётади. Мутахассисларни келтирилган маълумотларига кўра касаллик хар бир 100000 одамга 10 бемор тўғри келади. Бошланиши бирданига бўлиб, асосан 40-50 ёшда учрайди, касаллик аёллар ва эркаклар орасида бир хил миқдорда тарқалган. Айрим адабиётларда касалликни эндолимфатик гидропсис деб хам аталади.

Бу касаллик 1861 йили француз врачлари Проспер Меньер томонидан ёзилган бўлиб, бунда бир қанча симптомларни ўз ичига олган ички кулоқнинг касаллигидир. Муаллиф томонидан бу касаллик тўлиқ ифодалаб берилмасдан аввал, касалликка хос белгилар кузатилган барча ҳолатларни врачлар томонидан мия апоплексияси номи билан аташган. Касаллик кўпинча бир томонлама бўлади, аммо 30% беморларда икки томонлама давом этади.

Касалликни келтириб чиқарувчи сабаблари тўғрисида аниқ бир фикр йўқ, аммо бир қанча назариялар мавжуд.

а)- ангионевроз, вегетатив дистония, эндолимфа суюқлигида ионлар нисбати ва мода алмашинуви бузилиши

б)- қон томирларини фаолияти ва нерв трофикаситни бузилиши

в)- инфекция ва аллергия касаллик натижасида

г)- ички кулоқда озикланиш жараёнини бузилиши (витамин ва суюқлик алмашинуви бузилиши). Келтирилган бу назариялар касалликни келиб чиқиш туб мохиятини тўлиқ очиб бермайди. Касалликни асосида чиғаноқ ичида шишиш жараёни пайдо бўлиши ва эндолимфа суюқлигини босимини ортиши - лабиринт гидропсис кузатилади.

Касалликни белгилари: Касалликни клиник белгиларини қандай даражада намоён бўлиши, беморни нейроэндокрин тизимини ҳолати ва беморларни касалликка мослашиши қобилиятларига боғлиқдир. Беморларни шикоятлари ўзига хос учлиқ белгидан иборат:

- Лабринтитга хос кўнгил айниб қайт қилиш билан давом этувчи бош айланиш хуружи

- кулоқни бир томонида эшитишни пасайиши

- касалланган кулоқда шовқин

Касалликни хуружи вақтида юқорида келтирилган белгилардан ташқари беморда, бир қатор қуйи вегетатив ўзгаришлар ҳам кузатилади.

Бош айланиш хуружи соғлом юрган одамларда ҳеч қандай сабабсиз бирданига бошланади, айрим ҳолларда бош айланиш хуружи аклий ва жисмоний меҳнатдан чарчаганда, қаттиқ хафагарчиликда ёки ўткир товуш таъсиридан сўнг ҳам бошланиши мумкин. Баъзи беморлар касаллик хуружини бир неча соат ёки кун аввал сезишиб қолади (ички сезги), уларда кулоқда шовқинни кучайиб, мувозанатни бузилиши кузатилади. Беморлар учун энг оғир ҳолат бу бош айланишдир, чунки бош айланиш билан бирга беморни кўнгли айниб қайт қилади, хуруж вақтида кулоқда, шовқин кучаяди. Бош айланиш бир томонга йўналган бўлиб, бемор атрофида жисмлар айлангандек, ёки бемор ўзи жисм атрофида айлангандек ҳиссиётини бўлади, айрим ҳолларда беморлар тубсиз чуқурликка тушиб кетаётгандек сезади. Хуруж вақтида ҳар қандай тана ҳолатини ўзгартиришга қилинган ҳаракат, бош айланиш ва кўнгил айниб қайт қилишни кучайтиради. Кескин ёруғлик ёки шовқин касаллик хуружини кучайтиради.

Эшитишни пасайиши товуш ўтказиш ва товуш қабул қилиш тизими фаолиятини аралаш бузилиши кўринишида бўлади. Касалликни бошланиш даврида паст частотадаги товушларни эшитиш пасаяди, кейинчалик эса эшитиш бўсағаси барча диапазонда кўтарилиб кетади. Меньер касаллигига хос белги – флюктация феномени, яъний эшитишни пасайиб бориши жараёнида, айрим вақтларда беморни эшитиш қобилияти яхшиланиб қолади. Вақт ўтган сари беморларда эшитган сўзларни тушуниш қийинлашади ва эшитиш пасайиб боради.

Кулоқда шовқин-беморларни қаттиқ безовта қиладиган ва асабларин тез издан чиқарадиган шикоятлардан, бири турли шаклда ва баландликда бўладиган ва хуруж вақтида кучайиб кетадиган кулоқдаги шовқиндир.

Касалликни хуружи вақтида қуйи тизимга хос турли кўринишдаги **вестибуляр ўзгаришлар** кузатилади: нистагм, иккала кўлларни олдинга кўтарилганда нистагмни секин компоненти томонга оғиши, Ромберг ҳолатида танани нистагмни секин компоненти томонга оғиши, касалланган томонда лабиринтги кўзғалишини пасайиши.

Нистагм - хуруж вақтида намоён бўлиб, горизонтал-ротатор хусусиятга эга ва узоғи билан бир ҳафта давом этиши мумкин.

Юқорида келтирилган ўзгаришлардан ташқари хуруж вақтида турли даражада пайдо бўладиган вегетатив ўзгаришлар (терини оқариши, кўнгил айниш, қайт қилиш, терлаш, қон босимини кўтарилиши ёки пастлаши, тана хароратини пасайиши ва тез-тез сийиш) ҳам кузатилади, бу белгиларни намоён бўлиш даражаси касалликни оғир ёки енгил кечишига боғлиқ бўлади.

Касалликни оғир ёки енгил кечишини баҳолаш хуружларни қанчалик тез қайталаниши ва давомийлигига боғлиқ бўлади.

Касалликни клиник кечиши буйича уч тоифаси тафовут килинади:

1- оғир кечиши, хуружлар тез-тез (ҳар куни ёки кун ора кузатилади) ва узоқ вақт (5 соат ва ундан кўпроқ вақт) давом этади, юқорида келтирилган барча белгилари ёрқин намоён бўлган ҳолда кечади, бунда беморни иш қобилияти тўлиқ бузилади, ўтказилган даволар яхши натижа бермайди, хуружлар орасидаги таннафус қисқа мудатлидир.

2- ўртача оғирликда кечиши, касалликни хуружлари хар хафтада ёки хар ойда бир маротаба қайталаниб туради, давомийлиги 5 соатгача давом этиб, клиник белгилар тўлиқ намоён бўлади, статокинетик ҳолат (Ромберг ҳолати, қўлларни бир томонга оғиб кетиши) кескин намоён бўлмайди, эшитиш қобилиятини пасайиши доимий бўлиб, ремиссия вақтида ҳам тикланмайди, иш қобилияти хуруж вақтида тўлиқ издан чиқади, лекин бир неча кундан сўнг қайта тикланади.

3- енгил кечиши, касаллик хуружлари ойда бир маротаба қайталаниб туради, айрим ҳолларда бир неча ой, ҳатто бир неча йил қайталанмаслик ҳам мумкин, давомийлиги қисқа бўлади, эшитиш қобилиятини вақтинча яхшиланиб қолиш ҳолатлари (флюктация феномени) кузатилади. Хуруж тўхтагандан сўнг бир неча соатдан (5-48 соат) бир неча кунгача беморларда ланжлик, иш қобилиятини пасайиши, гаранглик ҳолатлари сақланиб қолади. Бундай ҳолат ҳам ўтиб кетгандан сўнг беморлар келгуси хуружгача ўзларини соғлом сезадилар, аммо қулоқда шовқин, эшитишни пасайиши турли даражада ўзгарган бўлади. Юқорида келтирилган белгилар бир қатор касалликларда (мувозанат анализаторини қон билан таъминланишини бузилишидаги ҳолат, арахноидит, бош мия V11-жуфт нервни яллиғланиши, миёча ўсмаси, бўйин остеохондрози) ҳам учрайди, шунинг учун бу касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказиш зарур.

Касалликни ташхисида асосан беморни шикоятлари (касалликни хуружлар билан қайталиниб туриши, касалликни ўзига хос белгилар билан кечиши, хуруж вақтида юқорида келтирилган турли вестибуляр ва вегетатив ўзгаришларни кузатилиши, хуружлар оралиғида беморлар ўзларини соғлом сезиши), касаллик тарихи ва қўшимча текшириш натижаларига асосланиб қўйилади. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида қўшимча текшириш усулларида политермал калорик синама, купулометрия, гилцерол-тест ўтказилади ва бу синамалар Меньер касаллигида мусбат бўлади. Касалликни кечишида деярли 95% беморларда вестибуляр тизимни фаолиятини бузилиши кузатилади, агар бундай бузилишлар ёрқин намоён бўлмаса, ташхис флюктация феномени ва лабиринт гидропсис ҳолатини кўсатадиган акуметрик текширишларга асосланади. Қўйилган ташхис беморни ҳолатини тўлиқ ифодалаш учун, касалликни босқичи ва эшитишни пасайиши босқичи кўрсатилиши шарт (масалан: Меньер касаллиги 1 босқич, нейросенсор карлик 11 даража).

Касалликни даволаш: Даволаш чоралари асосан бош айланиш хуружи ва эшитишни пасайишини тўхтатишга қаратилади. Мувозанат ва эшитиш анализаторини фаолиятини тиклаш 3 йўналишда олиб борилади:

- касалликни олдини олиш мақсадида беморларга касаллик ҳақида тушунча бериб, уларни психологик тайёрлаш.
- организмда модда алмашинувини меъёрга келтириш мақсадида, овқатланиш татибини тавсия этиш.
- беморларни касаллик ҳолатларига мослашиши ва ундан чиқишни ўргатиш (бунинг учун уларга хуруж вақтида мувозанат фаолиятини сусайтириш учун тавсия этилган дориларни тўхтатиш ва мувозанат аъзосини фаолиятини кўтариш, мослашиши учун қўлланиладиган жисмоний машқлар, гимнастикалар билан шуғулланиш).

Беморлар касалликни хуружи вақтида албатта касалхонага ётказилиши шарт, улар ётган жойларда ўткир ёруғлик, шовқин ман қилинади, акс холда хуруж кучайиб беморни ахволи оғирлашиши мумкин.

Пархез таомлар - тузи паст, енгил овқатлар ва кам суюқлик тавсия қилинади, ошқозон-ичак тизимини фаолиятини яхшилаш мақсадида, ични юритувчи дорилар буюрилади. Бўйин соҳасига, оёқларга горчичник қўйилади. Ички қулоқни босимини пасайтириш мақсадида (дегидратация қилиш) томир ичига 20 мл-40% глюкоза эритмаси, томирлар спазмни олиш учун ниткотин кислотаси, папаверин, но-шпа, антигистамин дорилардан пиполфен, димедрол, супрастин, бош айланиш хуружини пасайтириш учун, тери остига 1 мл – 0,1 % атропин ёки 2 мл – 0,2 % платифиллин қилинади. Хуружни пасайтириш учун 1 % - 1 мл. новокаин эритмаси меатотимпанал юборилади. Хуружлар орасида натрий гидроксидни 5-7 % эритмасидан 100-200 мл томир ичига юбориш (кунора қўйилади, жами 10-15 маротаба) беморни ахволини яхшилайдди. Вестибуляр ўзгаришни олдини олиш мақсадида бурун чиғаноғига 1 мл. 2% новокаин эритмаси инъекция қилинади, бундан ташқари витаминлар мушак орасига юборилади, ичишга беллоид тавсия қилинади. Хуружни бартараф қилиш учун И.Б.Солдатов бўйича 1-2% новокаин ёки 0,5% тримекаин меатотимпанал юборилади. Хуруж вақтида бетагистинни 24 мг. микдорда 3 маҳал ичиш яхши фойда беради. Касалликни узок муддат (3- 4 ой) бетесерк (16) қўллаш кутилган самарани беради. Бош мияда ва ички қулоқда микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида стугерон, трентал, милдронат, метаболит жараёни яхшилаш мақсадида ноотропил, А,Е,В гуруҳ витаминлар тавсия қилинади.

Турли рефлексотерапия (акупунктура, электропунктура, игна санчиш), жисмоний тарбия ўтказиш билан шуғулланиш яхши натижалар беради. Бундан ташқари турли жаррохлик усуларини (эндолимфатик шунт қўйиш, нейроэктомия, скалпэктомия) қўлловчи даволар ҳам мавжуд. Ўтказилган даволардан 70-80% ҳолатларда яхши натижа олинади. Ҳозирги кунда эндолимфатик йўлни, бош мия қисмини очиш билан лабирит босимини пасайтириш усули билан даволанмоқда.

Меньер касаллигида жаррохлик усули билан даволаш уч йўналишда олиб борилади.

а) биринчи йўналишда жаррохлик нерв толаларида ва нерв тугунларида ўтказилади, яъни ноғора торини (chorda timpani) ёки ноғора нерв тугунини ёки бўйин кўкрак нерв тугунини кесиш.

б) декомпрессия усули, лабиринт босимини пасайтириш учун дахлиз қопчасини, чиғоноқ йўлини ва эндолимфатик қопчага шунт қўйиш.

в) Лабиринт деворини очиш ёки дахлиз чиғоноқ нерв толасини мувозанат қисмини кесиш.

Меньер касаллиги бор беморларга айрим мутахассисларда (ер ости ишлари, юқорида ишловчи, хайдовчиликда ва турли химик ва физик таъсирлар бор соҳаларда) ишлаш тавсия этилмайди.

Отосклероз

Кондуктив ва аралаш карликни асосий сабабларидан бири отосклероз хисобланади ва бу касаллик ер шарини 2% аҳолисида учрайди. Касалликни асосида чиғаноқни суяк қатламида остеодистрофик ўзгаришлар ётади. Беморларни 80%ни аёллар ташкил этади ва касаллик, балоғат ёшидагиларда кўп учрайди, шунинг учун ҳам уларни ўртача ёши 20-40 ёшга тўғри келади. Хомиладорлик вақтларда касалликни кескин авж олиши ва клиник белгиларини намоён бўлиши кузатилади.

Отосклероз тушунчаси Политицер томонидан киритилган атама бўлиб, касалликни асосида, узанги пластинкаси атрофидаги анкилоз ўзгаришлар қулоқдаги катарал яллиғланиш хисобига эмас, балким ички қулоқни суяк қатламида, ўзига хос отоспонгиоз жараёнлар ривожланиши натижасидир.

Касалликни тарқалиш жараёнига қараб учта тури тафовут қилинади – тимпанал, кохлеар ва аралаш.

Отосклерозни **тимпанал ёки фенестрал** (касалликни 37% ташкил этади) кўринишида лабиринтни одатдаги суяк қобиғида, ғовак тузилишга эга бўлган, қон томирларга бой суяк тўқимаси пайдо бўлади, кейинчалик бундай тўқималар кенгайиб тарқалади ва асосан узанги суягини пластинкасини дахлиз (овал ойна) ойнасига ёпишган жойида кузатилади. **Кохлеар ретрофенестрал туридаи (беморларни 29% ташкил этади)** - эса касаллик бошланишидан, отосклеротик жараён чиғаноқ ойнаси, ички эшитув йўли ва ярим халқасимон каналлар сохаларини қамраб олади. Касалликни бу кўринишида отосклеротик ўзгаришлар ички қулоқни чиғаноқ қисмга тарқалиб, Корти аъзосида жойлашган тукли хужарайларни атрофияга олиб келади. Касалликни **аралаш ёки тимпанокохлеар - (беморларни 34% ташкил этади)** турида, юқорида келтирилган ўзгаришлар биргаликда учраши билан давом этади.

Келиб чиқиши бўйича бирламчи ва иккиламчи турлари тафовут қилинади. **Бирламчи** турида дистрофик ўзгаришлар тўғридан-тўғри ички қулоқни лабиринт қисмида пайдо бўлади, **иккиламчи** турида эса лабиринтдаги дистрофик ўзгаришлар, аввал танада пайдо бўлган бирламчи касаллик бўлган қўшувчи тўқималарни тизимли (коллогеноз) тарқалган касалликларидан сўнг пайдо бўлади.

Касалликни этио-патогенези: касалликни келиб чиқиши намаълум, аммо асословчи бир қанча назариялар мавжуд: Булардан ирсий мойиллик, турли жароҳатлар (шовқин, ультратовуш таъсири), эндокрин ўзгаришлар, вирусли касалликлар каби сабаблар кўрсатилмоқда. Хозирги кунда, ирсий мойиллик назариясига кўпроқ эътибор қаратилмоқда, яъний 40% одамларда касаллика ирсий мойиллик мавжуд ва бу ҳолат аутосомал-доминант кўринишида наслдан-наслга ўтиши эҳтимоли назарияси олға сурилмоқда.

Отосклерозни кечиши икки хил: **гистологик ва клиник** кўринишда бўлади.

Гистологик кўринишида дистрофик ўзгаришлар фақат ички кулоқни суяк қисмида ривожланганлиги, морфологик текширишлар орқали аниқланади, аммо ҳеч қандай клиник белгилар намоён бўлмайди. **Клиник** кўринишида эса суякдаги жараён, узанги суягини пластинкаси ўрнашган овалсимон ойна атрофидаги халқасимон бойлам соҳасини қамраб олиб, уни ҳаракатини чегаралаб қўйиши хисобига, кучайиб боровчи эшитишни пасайиши ва кулоқда шовқин каби ўзгаришлар пайдо бўлади. Касалликда дистрофик жараёнлар ички кулоқни турли қисмларида (чиғаноқ соҳасида-35% , яримойсимон каналлар соҳасида -15%, чиғаноқ ойнаси соҳасида 40%) ўзига хос ўзгаришлар намоён бўлади, шунинг учун ҳам клиник белгилар шу ўзгаришларга монанд бўлади. Агар отоскелеротик ўзгаришлар овал ойна атрофидаги, халқасимон бойлам соҳасини қамраб олса, кондуктив карлик белгиси кузатилади, лабиринт зинаси атофида отоскелеротик ўзгаришларда эса аралаш, тимпанал ва кохлеар карлик ривожланади.

Касалликни клиник кўриниши: Беморларни асосий шикоятлари эшитишни пасайиши, кулоқда шовқинга бўлади. Отосклероздаги шовқинлар бошқа сабаблардан сўнг пайдо бўладиган шовқинлардан фарқи, беморлар учун анча азобли ва қийин кечади. Шовқинлар асосан кулоқда, камдан-кам холларда бошда эшитилади ва паст частотали бўлади, агар юқори частотада бўлса ундай холда асосий касалликка, ички кулоқни қон томирлари касаллиги қўшилганлигидан дарак беради.

Бош айланиш каби шикоятлар беморларни 25-30% учрайди.

Клиник белгиларни намоён бўлиши бўйича **тез (11%), секин (68%)** ва **тўлқинсимон (21%)** кечувчи турларига бўлинади. Касалликни белгилари тез намоён бўлиши билан кечадиган тури деярли кам учрайди, уни ўзига хослиги шундаки, клиник белгилари бирданига пайдо бўлиб, эшитишни кескин пасайиши билан тугалланади. Секин кечиши турида эса касалликни клиник белгилари аста секин йиллар давомида намоён бўлиб боради. Тўлқинсимон кўринишида, клиник белгилар кучайиб бормасдан, маълум бир муддатларда бир хилда узоқ вақт ўзгармасдан туриши мумкимасдан туради, сўнггра яна белгилари кучайиб боради, яна маълум муддатга бир хилда ўзгармай туради..

Клиник кечиши бўйича учта давр мавжуд:

- **бошланғич даври**
- **асосий белгиларини намоён бўлиши даври**
- **терминал давр.**

Айрим беморларда касалликни кечиши юқорида келтирилган даврларни намоён бўлиши маълум бир босқичларга бўлинмаган холда, касалликни ҳамма босқичларини қисқа муддатда намоён бўлиши ҳам мумкин ёки касаллик бошланғич даврида белгилари, бир неча йиллар давомида ўзгармасдан қолиши ҳам мумкин.

Касалликни **биринчи - бошланғич даврида** беморларда кулоқни бир томонида шовқин пайдо бўлганлигига ва эшитишни пасайганлигига шикоят бўлади, бу босқич 2-3 йил давом этиши мумкин.

Иккинчи – асосий белгиларни пайдо бўлиш даври - бу даврда беморлар учун азобли бўлган шовқин кучаяди, эшитиш анча пасаяди ва бу белгилар иккинчи кулоққа ҳам тарқалади. Иккинчи давр бир неча йиллар давом этиши мумкин.

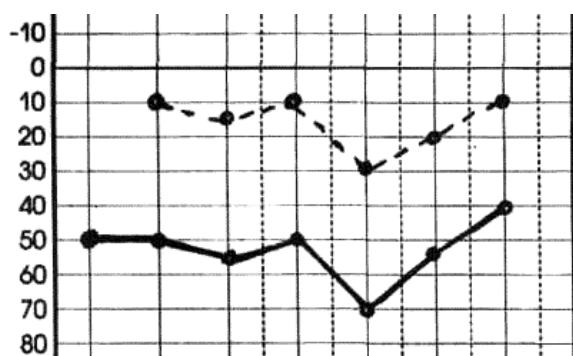
Учинчи - терминал даври касалликни ўткир кечишига хос бўлиб, кулоқ фаолиятини тез ишдан чиқиши билан кечади ва даволаш ҳеч қандай фойда бермайди.

Кулоқдаги пайдо бўлган шовқин уч босқичда намоён бўлади – **биринчи босқич**: кулоқдаги шовқин беморларни кўп безовта қилмайди, фақат диққат билан эътибор қилинганда шовқин борлиги билинади.

Иккинчи босқич: беморлар эшитишни пасайиши билан бирга, кулоқда шовқин борлигига шикоят қилади.

Учинчи босқич: беморларни асосий шикояти кулоқда ўта безовта қиладиган шовқинга бўлади.

Бундан ташқари касаллика хос бир қанча бошқа белгилар ҳам кузатилади,булардан ахамиятлиси **Уиллис феномени (paracusis Willisii)**,яъний беморлар шовқинли ҳолатларда,транспортда кетаётганда яхши эшитади. Бунга сабаб ҳаракатда ва шовқинда узнгини пластинкасини ҳаракати бир мунча кучайиб эшитиш фаолияти яхшиланади. Беморлар ютинганда ва овқат чайнаш вақтида (**deprecusis Scheer**), бир вақтни ўзида бир нечта одамлар сўзлашганда (**Тойнби белгиси**), эшитишга диққат–эътиборни кучайтирганда (**Урбанчич-Вальбе белгиси**) яхши эшитмайди ва эшитган сўзларни маъносига тўлиқ тушунмайди. Бундан ташқари айрим бир беморларда бир қанча қўшимча клиник белгилар: кулоқда оғриқ, бош оғриғи, эслаш қобилиятини пасайиши ва уйқини бузилишлар ҳолатлари кузатилади. Касалликни тимпанал кўринишида, эшитишни фаолиятни камертон билан текширганда, суяк орқали ўтказувчанлиги ўзгармаган ҳолда, хаводан ўтказувчанлиги кескин пасайган аниқланади.



Расм 38. Отосклероз билан беморни тимпанал туридаги аудиограммаси

Ринне,Федеричи ва Желе белгилари манфий бўлади. Беморлар камертон товушини кулоқни кириш қисмига қараганда сўрғичсимон ўсимтада яхши эшитади (**Политцер белгиси**). Айрим беморларда кўп тер ажралиш натижасида терида қурушаб қолиш ҳолати кузатилади **Хаммершлаг белгиси**.

Касалликни кохлеар кўринишида эса нафақат паст товушларга, хаттоки юқори товушларга ҳам эшитишни пасайиши кузатилади, бундан ташқари суякдан ўтказувчанлик қисқарган бўлади.

Юқорида келтирилган белгилардан ташқари отосклерозда мувозанат анализаторини ўзгаришига хос турли даражада белгилар:бош айланиши,калорик

синамаларни кучайиши ёки аксинча пасайиши, нистагм каби ҳолатларда кузатилади.

Отоскопияда ҳам отосклерозга ҳос ўзгаришлар аниқланади: Ташқи эшитув йўли кенг бўлади (**Тилло-Верховский белгиси**), қулоқ чиркини озайиши ёки умуман бўлмаслиги кузатилади (**Тойнби-Бинга белгиси**), эшитув йўли терисини сезувчанлигини пасайиши (**Фрешельс белгиси**) ва ноғора пардани сезувчанлигини пасайиши (**Итара-Холева белгиси**) бўлади ва қулоқни оддий тозалаш вақтида териси тез жароҳатланиб қонайдиган бўлиб қолади (**К.Л.Хилов белгиси**).

Ноғора парда юпқалашиб қолиши ҳисобига, ноғора бўшлиғини медиал деворидаги чиғаноғни дўмбоғини шиллиқ қаватини қизарганлиги парда орқали кўриш мумкин (**Щварц белгиси**).

Касалликни ташхиси бемор шикоятлари, касаллик тарихи, отоскопик, аудиометрик ва мувозанат анализаторини фаолиятларини текшириш натижаларига асосланади. Аудиометрияни тонал бўсаға усули ташхисни аниқлашда муҳим ўринни эгаллайди. Рентгенологик текширишда дахлиз ва чиғаноқни ойналари, ярим ҳалқасимон каналлар, ички эшитув йўли соҳаларида касаллика ҳос ўзгаришлар аниқланди.

Қиёсий тасхишлашни адгезив отитлардан, қулоқ жароҳатидан ва ўрта қулоқ ўсмасидан (невринома) ўтказилади.

Даволаш: касалликни асосий даволаш усули жаррохлик йўли билан амалга оширилади, лекин суякдаги модда алмашинув жараёнига таъсир этиш ва отосклеротик жараёни ҳосил бўлишини пасайтириш мақсадида консерватив даво ўтказилади. Бунинг учун ичишга кальций препаратлари, фитин, бром, натрий фтор - 20 мг 2 маҳал, витаминлар В, А, Е, тавсия қилинади. Гормонал дорилар қўллаш яхши натижа беради. Физиотерапевтик муолижалардан қулоқ ичига кальций ёки йод препаратлари билан электрофорез қилинади.

Жаррохлик усули билан даволашни асосий йўналиши отосклеротик ўзгариш бўлган жойларни тозалаб, узангини пластинкаси ёпишган жойни ҳаракатини тиклашдан иборат бўлади ёки стапедопластика усулини амалга оширилади.

Жаррохлик усули билан даволаш 3 хил йўналишда олиб борилади

а) лабиринт фенестрацияси

б) узангини кўзғатиш

в) стапедопластика

Беморларни келгусидаги тақдири отосклеротик жараёни тарқалганлиги миқдори ва ўтказилган жаррохлик муолижаларидан сўнг қайталаниш ҳолатига боғлиқдир.

Қулоқ ўсмалари

Ташқи, ўрта ва ички қулоқда яхши ва ёмон сифатли ўсмалар тафовут қилинади. Бундан ташқари ўсмасимон ҳосилалар кирувчи касалликлар

мавжуд,буларга: келлоид чандиқ, невус тери мугузи киради,айрим муалифлар улар қаторига оқма яра,киста,атерома ва полипларни ҳам қўшади.

Қулоқни яхши сифатли ўсмаларидан папиллома,фиброма,остеома ва гемангиомалар киради. Ички қулоқни бундай ўсмасига бош мияни Y111 жуфт нерви (n. statoacusticus) нервиномаси киради.

Ёмон сифатли ўсмаларга қулоқ раки,саркома ва меланомалар киради.

Қулоқни ўсмасимон хосилалари.Келлоид чандиқ-келиб чиқишида асосан механик жароҳат ёки куйишлар муҳим ўрин эгаллайди. Асосан келлоид лар қулоқ сурпасини солинчоғида учрайди. Жароҳатдан сўнг тери ва тери ости қисмда қўпол қўшувчи тўқимали чандиқларни ўсиши билан давом этади.Бундан ташқари бундай чандиқларни ўсишига беморни шахсий тўқималарини гиперплазияга мойиллиги ҳам муҳим ўрин касб этади.

Даволаш фақат жаррохлик усулида кесиб олинади,аммо қайталанишга мойиллик бор.

Невус-келиб чиқишида терини нерв толаларини шван қобиғларини эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлари сифатида намоён бўлади.Клиник кечишида икки тури тафовут қилинади ортирилган ва туғма. Туғма тури кам ёмон сифатликка ўтади,аммо ортирилга тури тез ёмон сифатли ўсмага айланади. Имкон даражада тиг текизмасдан даволаш олиб бориш зарур.

Тери мугузи-касаллик асосида терини эпидермал қисмини гиперкератози этади.Ўсмани асосини кўчиб тушаётган эпидермис ташкил этади. Бу рак олди касалликлар қаторига киради. Айрим ҳолларда кўп ажралган эпидермис ташқи эшитув йўлини тўлдириб қўяди.

Атерома-асосан қулоқсурпаси солинчоғини орқасида учрайди.Касаллик асосида терини ёғ безларини тешиқларни беркилиб қолиши натижасида пайдо бўлади.Кўринишида юмалоқ шакили,ушлаб кўрилганда юмшоқ бўлади.

Даволаш жаррохлик усулида олиб ташланади.

Қулоқ олди оқма яраси ва кистаси.Келиб чиқиши эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлар қаторига киради.Жойлашган ўрни қулоқ думбоғини юқори қисмида бўлиб,вакти-вакти билан йирингли ажралма келиши билан давом этади.

Даволаш,фақат жароҳлик усулида амалга оширилади.

Қулоқни хафсиз ўсмалари

Бу ўсмалар қаторига **папиллома** киради.Ўсма эпителийдан келиб чиқади,асосан қулоқ сурпасида ва ташқи эшитув йўлида жойлашади.Ўсиши секинлик билан давом этади.

Даволаш электрокогулятор ёрдамида ёки лазер пичоғи ёрдамида олинади.

Остеома-ташқи эшитув йўлини юқори ёки пастки деворини суягидан чиқади. Асосан нозик оёқда бўлади,секин ўсади,олиб ташлаш енгил кечади.Айрим холларда остеома кенг асосда бўлганлиги учун ташқи эшитув йўлини тўлиқ қамраб олади,ундай холда ўсмани қулоқни орқа томонидан очиб олинади.

Гемангиома ўсма қон томирдан ташкил топган,қулоқни барча жойларида учрайди,секин ўсади. Базан ўсма яраланиб қон кетиши кузатилади.

Даволаш фақат жаррохлик усулида.

Қулоқни хафли ўсмалари

Қулоқни хафли ўсмаларидан кўпроқ **ясси хужайрали рак** учрайди. Бошланишида қулоқ сурпасида аввал кичик бўртма пайдо бўлади. Вақт ўтиши билан бўртма катталашиб юзасида қасмоқ бойлаган яра пайдо бўлади, қасмоғи олинганда ярадан қон кетиши кузатилади.Ўсма қулоқ сурпасини тоғай қисмига тарқалиб яллиғланишига-перехондиритга олиб келса оғриқ пайдо бўлади.

Ташқи эшитув йўлидаги рак бошланишида ҳеч қандай ўзгариш бермайди, катталашиб эшитув йўлинини тўсиб қўйиши хисобига эшитиш пасаяди. Ўсиш давомида эшитув йўлини кириш қисмидаги ўсма пастга қулоқ олди безига тарқалади, суяк қисмидаги ўсма эса ўрта қулоққа ўсиб киради. Қулоқ раки асосан қулоқда сурункали яллиғланиши бор беморларда кўп учрайди, ёш болаларда эса саркома учрайди.

Қулоқ ракини бошланишида отоскопияда грануляция ёки полип шаклида кўринади,ўсмани кеч ташхис қўйишини олдини олиш учун албатта тўқимадан биопсия олиб текшириш зарур.

Даволаш қулоқ ракини даволаш аввал жаррохлик усулида ўсма олиниб сўнгра нур ва кимё терапия биргаликда ўтказилади.

Карлик ва гунг-карлик .

Эшитишни заифлиги,карлик эшитиш фаолиятини ортирилган ёки туғма йўқотишга айтилади. Карлик деганда эшитиш фаолиятини пасайиши хисобига беморлар атрофдагилар билан қийин мулоқатда бўлади. Каргунглик туғма ёки эрта ёшда иккиламчи касалликлар натижасида ортирилган бўлиб, бундай беморларда нутқ ҳам ривожланмайди.

Эшитиш заифлигига ва карликка олиб келувчи сабаблардан қуйидагилар хисобланади: марказий асаб тизимини касалликлари (эпидемик менингит),ўткир юқумлий касалликлар (скарлатина,тумов),сурункали йирингли ўрта отитлар,юқори нафас йўллариини касалликлари (ринитлар,аденоидлар),ички қулоқдаги дистрофик ўзгаришлар (кохлеар неврит,отосклероз,).

Эшитишни заифлигига олиб келувчи яна бошқа сабаблар қаторига турли жарохатлар (бош мия жароҳати),шовқин таъсири,вибрация, баротравма,турли захарланишлар,нур таъсири, дори моддаларини ножўя таъсири, туғиш жараёнидаги жароҳат ва психологик жароҳат киради.

Охирги вақтда техник тараққиёт ортиб бориши ва ҳаёт тарзига турли техник воситаларини кириб келиши муносабати билан травматик жарахат эшитиш заифлиги ривожланишида долзарб масалага айланиб қолди.

Эшитиш заифлигини муҳим томони шундаки, уни нутқни ривожланиши билан боғликидир. Эшитиш заифлиги кейинчалик, нутқ ривожлангандан сўнг пайдо бўлса, аста-секин ундай беморларда нутқ фаолияти издан чиқади, сўзлар бир маромда, тартибсиз бўлиб қолади чунки ундай одамлар ўз нутқини назорат қилаолмайди. Агар эшитиш заифлиги туғма бўла унда беморда нутқ умуман ривожланмайди.

Касалликни ташхиси масаласига бағишланган мавзу тегишли касаликларни баёнида мукаммал ёритилган. Бемор ҳолатини тўғри ва тўлиқ баҳолаш учун ва шунга асосланган ҳолда даволаш чорларини қўриш масалалрига бағишланган турли усуллар таклиф қилинган. Касалликни топиқ ташхисини белгилашда товуш ўтказувчи тизим ёки товуш қабул қилувчи тизим бузилганлигини аниқланади. Эшитиш заифлиги тизимни қуйи қисмидами ёки марказий тизимда эканлигини аниқлаш зарур. Агар касаллик сабаби марказий бўлса ундай ҳолда эшитиш заифлиги икки томонлама ва тонал ва сўзлашиш бўсағасида тафовут бўлади.

Сурдологияни ҳозирги кундаги асосий йўналиши чақалоқларда туғма ва ортирилган эшитиш заифлигини олдини олиш чораларидан иборат. Эшитиш заифлигини олдини олиш бу юқорида келтирилган касаллик сабабларини бартараф этиш, беморларни ҳаётий ваиш шароитини ўрганиш, эшитиш заифлиги бор бемор болаларни эрта диспансер хисобига қўйиб, олдини олиш чораларини белгилашдан иборат.

Даволаш: Асосан касаллик сабабларини бартараф қилишга қаратилади ва нейросенсор карликда ишлатиладиган керакли бутун дори – дароманлар, муолижалар, физиотерапевтик усуллар қўлланилади.

Эшитиш фаолиятини тиклашда ҳозирги кунда эшитишни протезлаш атамаси киритилган бўлиб бунда эшитиш аппаратларин қўллашга асосланган. Эшитиш аппаратлари самараси, товуш ўтказувчи тизими ишдан чиққан беморларда қўллаш яхши самара беради. Туғма карликда ҳозирги кунда ички қулоққа имплант ўрнатиш, кейинчалик нутқни ривожлантиришга қаратилган чоралар амалга киритилган.

Эшитиш аппаратларини қўллашга кўрсатма.

1. Эшитиш заифлигини мавжуд даволаш усуллари билан бартараф этишни имкон бўлмаганда.

2. Эшитиш фаолиятини 40 дБ. дан 80 дБ. гача пасайган ҳолда, аммо сўзлаш масофаси 1 метрда паст бўлган ҳолда. Эшитиш аппаратлари ўрнатилгандан сўнг 2 ҳафта давомида мослашиш даври ўтади. Эшитиш аппаратлари ҳар бир беморга алоҳида тавсия қилинади. Уларни турли кўринишдаги хиллари кўзойнак шаклида, ташқи эшитув йўлига киритиб қўювчи шаклари мавжуд.

Болаларда кар-соқовлик

Болаларда учрайдиган туғма ёки эрта ёшда ортирилган карликни аниқлаш анча мушкул ишдир. Ота-оналар гўдакларда турли товушларга бермаслигига эътибор қаратилгандан сўнг аниқланади. Болаларда шартсиз рефлекс орқали ҳам текшириш

ўтказиш мумкин,яъний (аурепальпелбрал ва ауропупляр),болани орқасида туриб қаттиқ шовқин берилса болани қовоғи ва киприклари учи,кўз қорчиғи кенгаяди.Эрта ёшдаги болаларда карлик босқичини аниқлашда импеданс аудиометрия,чақирилган эшитиш потенциалларини аниқлаш ва отоакустик эмиссия текширишлари ўтказилади.

Кар соқов болалар аниқлангандан сўнг,уларда ҳар томонлама текшириш ўтказиб эшитиш қобилиятини тўлиқ аниқланади,сўнгра улар ёшлари махсус боғчаларда,катта ёшдагилари эса мактаб интернатларда лабдан ўқишни ўрганадилар.

Ҳозирги кунда махсус эшитиш фаолиятини кучайтириб берувчи аппаратлардан фойдаланилади.

Фанни ютуқларидан бири ҳозирги кунда кар соқов болаларни даволашда кохлеар имплантация қўлланилмоқда.Бу жаррохлик усулида ички қулоқни чиғаноқ қисмига махсус имплант ўрнати орқали қулоқни эшитиш фаолиятини кўтарилади.

Имплант товуш тўлқинларини электр тўлқинига айлантириб,уни дахлиз-чиғаноқ нервга етказишдан иборат.Имплантни ташқи қисми микрофон ва сўзларни ўтказувчи процессордан иборат,ички қисми товуш қабул қилувчи ва электродлардан иборат. Ўрнатилган имплантни самараси кейинчалик сурдо педагоглар ўтказилган машғулотларга боғлиқ.

Қулоқ жароҳати

Қулоқ жароҳатлари алоҳида ташқи,ўрта ва ички қулоқларни,ёки уларни биргаликда, ҳамда бошқа қўшни аъзоларни жароҳати билан бирга келиши мумкин. Жароҳатда фақат терини йиртилиши ёки тоғай ҳамда суякни синиши,ёки бош суяғи биргаликда сўрғичсимон ўсимта синиши билан учраши мумкин.

Жароҳатларни турлари,энг кўп учрайдига тури механик жароҳат ҳисобланади,бундан ташқари кимёвий ва термик жароҳатлар ҳам учрайди. Жароҳатни таъсир этивчи омилларидан акутравма,вибротравма ва ҳаво босимини ўзгариши билан боғлиқ турларидир.

Қулоқ сурпаси жароҳати

Қулоқ сурпаси жароҳати тинчлик вақтида ва уруш вақтида ҳам учраши мумкин.Жароҳатлар терини йиртилиши,тоғайни синиши,тери остига қон қуйилиши ёки мураккаброқ ҳолларда суяк синиши билан кузатилади.

Биринчи ёрдам ярани бирламчи жаррохлик тозалови ўтказилади,5% йод эритмаси билан суртилади,йиртилган терига чок қўйилади ва асептик боғлов қилинади,ифлосланган яра бўлса қоқшолга қарши зардоб юборилади.Ўз вақтида тозаланмаган яра хондро перихондритга олиб келади, айрим ҳолларда қулоқ сурпасини иккиламчи деформацияга каби асорат бериши мумкин.

Ташқи эшитув йўли жароҳати

Ташқи эшитув йўли жароҳати алоҳида ёки ноғора пардани жароҳати билан давом этиши мумкин. Кўпинча ташқи эшитув йўли жароҳати қулоққа ёт жисм тушганда ёки уни олиш жараёнида кузатилади.Айрим ҳолларда жароҳат сўрғичсион ўсимта ,яноқ суқлари

хато ички кулоқни жарохати билан давом этади. Агар пастки жағ сохасида зарба етса ундай холда ташқи эшитув йўлини олдинги пастки девори жарохатланади, натижада ташқи эшитув йўлидан қон кетиши кузатилади.

Ташхис,беморни анамнези,отоскопик текшириш,рентгенография ёки КТ текширишлар орқали аниқланади.

Даволаш,жарохатни турига қараб аввал бирламчи хирургик тозалови ўтказилади,йиритлган жойлар тикилади.Жарохатни дастлабки вақтларида ташқи эшитув йўллари чандикли торайиб қолмаслик учун левомекол ёки синтомицин эмульсиялари шимдириган докали пликлар тикилади,кейинчалик яллиғланиш жараёни ўтиб кетгандан сўнг, ташқи эшитув йўли тўлиқ шикилланганга қадар турли резинали найчалар қўйилади.

Ноғора парда жарохати

Ўрта кулоқни жарохатида 90% холларда ноғира пардани йиртилиши билан давом этади.Ташқи кулоққа зарба берилганда,ташқи эшитув йўлида бирданига босимни ортиши ёки пасайиши натижасида ноғора пардани йиртилиши кузатилади,бундан ташқари кулоқни турли учи ўткир нарсалар билан тозалаш вақтида пардани тешиб қўйиши мумкин. Ноғора пардани жарохати ғоввосларда, кессоншикларда ҳам иш фаолиятида бирданига босим ўзгариши хисобига пайдо бўлади. Айрим холларда қайноқ суюқликлар,кислоталар таъсирида ҳам пардани тешилиши кузатилади.

Беморларни кулоқда оғриқ,эшитишни пасайиши, шовқин,айрим холларда қон келиши безовта қилади.

Отоскопияда ташқи эшитув йўлида қон,ноғора парда қизарган ва турли шаклда тешик кўринади.

Даволаш,жарохатни биринчи кунларида имкон даражасида инфекция туширмаслик чорасини кўрилади. Кулоқни ювиш тақиқланади,кулоққа антисептик дорилар ишимдирилган стерил докали пликлар қўйилади. Иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида антибиотиклар тавсия қилинади. Даволаш жараёнида ноғора парда тўлиқ беркилиб кетмаса,у холда мирингопластика жаррохлиги орқали тешик ёпилади.

Ички кулоқ жарохати

Ички кулоқни жарохати асосан учли жимсларни ташқи ва ўрта кулоқни тешиб ўтиши орқали рўй беради. Жарохатни яна бир тури ички кулоқни чиғаноқ қисмида ўтказилаётган жаррохлик вақтида ёки бош жарохатида чакка суягини пирамида қисмини узунасига синиш вақтида учрайди.

Жарохатдан сўнг кулоқни ўша томонида ҳам эшитиш, ҳам мувозанат анализаторини фаолияти издан чиқади,беморда кучли вестибуляр реакция (бош айланиш,кўнгил айланиб қайт қилиш, мувозанатни бузилиши) пайдо бўлади. Бундан ташқари бош мия асорати рвжланишига ҳаф туғилади.

Чакка суягини пирамида қисми узунасига ва кўндаланг синиши жарохатларни оғири хисобланади. Суякни пирамида қисмини синиши урилган зарба пешона сохасидан,ёки энса сохасидан,ёки пастки жағ сохасидан берилган холда кузатилади. Хар қандай синишни ўзига хос белгилари бор. Пирамида қисмини кўндаланг синишида кулоқдан қон ёки орқа мия суюқлиги оқиши кузатилади. Эшитиш ва мувозанат анализаторлари бузилганлиги билан,уларни фаолияти қисман сақланиб қолади. Агар

жарохат Фолопий канали соҳасида кузатилса беморларда юз нервини фалажлиги пайдо бўлади.

Узунасига синган холда ногора парда бутунлиги бузилмайди шунинг учун уларда кулоқдан қон ёки мия суюқлиги келиши кузатилмайди.

Даволаш учун жарохат вақтида беморлар ташқи эшитув йўлига стерил докали пилик қўйилади,боғлов қилинида,беморни боши ва бўйинини ҳаракати чегараланади.

Мия суюқлиги оқиши секин-аста тўхтаб қолади,агар жарохат катта бўлса пластик жррохлиги усули билан тешик тикилади.

Қулоқни термик ва кимёвий жарохатлари

Қулоқни термик куйиши юқори ва паст ҳароратларни таъсир этиши, кимёвий куйиши эса кислота ва ишқорларни таъсири натижасида рўй беради. Қулоқ сурпаси ва ташқи эшитув йўлини термик куйишлари кўпинча юз соҳасини куйиши билан бирга кечади. Қулоқни куйишлари ва совуқ уришлари тўрт даражада намоён бўлади.

Куйишни **биринчи босқичида** терида эритема пайдо бўлади, **иккинчи даражасида** тери шишиб, юзаларида пуфакчалар ҳосил бўлади, **учинчи босқичида** терини юзаки қисмиларида некроз пайдо бўлади ва **тўртинчи босқичида** тўқимани чуқур қатламларида некроз бўлиб кўмирга айланади.

Совуқ уришни **биринчи босқичида** тери шишиб кўкимтир рангда-цианоз кузатилади, **иккинчи босқичида** тери юзасида пуфакчалар пайдо бўлади, **учинчи босқичида** тери ва тери ости қатламларида некроз пайдо бўлади ва **тўртинчи босқичида** тоғайларда ҳам некроз кузатилади.

Даволаш куйиш вақтида биринчи ёрдам жарохат юзалари бирламчи жаррохлик тозалови ўтказилади,ҳосил бўлган пуфакчалар тешилиб суюқлиги чиқариб ташланади, некрозга учраган тўқималар олиб ташланади ва тери юзаси левамекол ёки синтомицин эмульсияси ёки гидрокортизон суспензияси суртилади. Сўнгра оғриқ қолдирувчи дорилар тавсия қилинади.Ташқи эшитув йўлида чандикланиш натижасида иккиламчи атрезияни олдини олиш учун некроз тўқималар олиб ташланиб тўлиқ эпидермизация бўлгунча резинали найчалар киритиб қўйилади.

Совуқ уришда биринчи ёрдам тери илиқ 37 С ҳароратдаги сув билан иситилади,қулоқ сурпаси спирт билан артилади,некроз тўқималар олиб ташланиб терида синтомицин ёки левомекол малхами билан боғлов қилинади.

Терини кислота билан куйишида дарҳол тозалангандан сўнг ишқор - 2% сода эритмаси билан артилади, агар ишқор таъсир этса 2% лимон кислотаси билан суртилади. Келгусидаги даволар оддий куйишдаги каби олиб борилади

Қулоқдаги акустик,баро ва вибиротравма.

Акустик травма. Эшитиш анализаторига узоқ ёки қисқа муддатда юқори кучдаги (120 дБ) товушни таъсир этишида ҳосил бўлади.Таъсир этувчи товушни кучи шу даражада юқори бўлади, хатто кулоқда оғриқ келтириб чиқаради.

Юқори кучдаги товушни таъсирини тажриба хайвонларида ўрганиш мақсадида текширилганда, уларни ички қулоғини лабиринт қисмини спирал қатламларида қон қуйилишлари аниқланган,узоқ давом этган холларда эса тукли хужараларини атрофияси кузатилган.

Ташхис, беморни шикояти,касаллик тарихи,иш шароитини ўрганиш ва аудиометрик текширишлар натижадларига асосланади.

Даволаш, беморни шовқинли иш шароитини ўзгартирилади ёки шовқинни бартараф қиладиган турли муҳофаза чоралари кўрилади, келгусида даволаш масалалари кохлеар невритни даволагандек олиб борилади.

Вибротравма, турли вибрация ҳосил қилувчи аппаратлар билан ишлаш натижасида вибрация ички қулоқни чиғаноқ қисмида дегенратив ўзгаришлар келтириб чиқаради.Ташхис, даволаш ва олдини олиш масалалари акустик травмани каби бўлади.

Баротравма,ташқи атмосфера босимин кескин ўзгариши билан боғлиқ жароҳат туридир. Баротравмани биринчи кўринишида фақат ташқи эшитув йўлида босимни кўтарилиб ноғора пардага таъсир этиши мумкин, бундай ҳолат кафт билан қулоққа уришда ёки Зигел воронкасини ишлатишда ташқи эшитув йўлида кескин босимни кўтаришда рўй беради. Иккинчи кўринишида эса ташқи атмосфера босими билан ноғора бўшлиғидаги босимни кескин ўзгаришидир,бундай ҳолат лётчикларда,ғоввосларда ва кессоншиқларда учрайди. Агар баро травма акустик травма билан бирга келса ноғора пардани йиртилиши билан давом этади.

Отоскопияда ноғира пардага қон қуйилиши,қизариши билан,айрим холларда пардани йиртилиши билан бўлади. Жароҳатни кейинги кунларида йиртилган парда орқали инфекция қўшилиб иккиламчи йирингли отитлар ривожланади. Баротравмани оғир кўринишида беморларда ички қулоқни фаолиятини бузилиши билан ҳам бўлади,бунда беморларда кўнгил айланиб,қайт қилиш,бош айланиши,хатто ҳушини йўқолтиши ҳам мумкин.

Даволаш, жароҳатни биринчи кунлари ташқи эшитув йўллари стерил пахта билан тозаланади,териси спирт билан артилади, оз миқдорда антибиотик ёки сульфаниламид кукуни сепилиб стерил турунда қўйилади. Беморларни қулоғини асло ювиб тозаланмайди, акс холда инфекция ўрта қулоққа ўтади. Баротравмани олдини олиш чораларидан бири водолаз ва кессон ишларига ходимларни махсусу текширишлардан ўтгандан сўнг қабул қилиш лозим.

Қулоқда шовқин

Қулоқдаги шовқинлар алоҳида бир нозологик касаллик бўлмасдан, балким бир қанча бошқа касалликларни белгиларини кўринишидир. Шовқинлар ташқаридаги шовқинларга алоқаси бўлмаган холда, қулоқда ёки бошни ичида эшитилади. Қулоқдаги шовқин инсон танасини маълум бир жойидаги патологик ҳолатлари натижасида, ҳосил бўлган соматик шовқинларни сезиш оқибатидир.

Шовқинлар қуйидаги турларга бўлинади:

- жойлишишига қараб, бир томонлама ёки икки томонлама.
- даврилигига биноан, доимий ёки вақтинчалик
- тафсилоти бўйича, бир меъёردа ёки томир уришига монанд ҳолда
- шовқинни тезлиги юқори частотали ёки паст частотали
- шовқини ҳолати, ўта кучли ёки паст кучли
- шовқинни хусусияти, турлича (хуштак овози, баргларни ишқаланиш овози, сувни жилдираши овози, хашоратларни чийиллаши овози, бугни овози).

Қулоқдаги шовқинлар паст овозли бўлиб, кундузи бошқа ишлар билан машғул бўлиб унчалик сезмайди, аксинча беморлар кўпинча кечқурун тинч ётганда эътибор қилади. Айрим ҳолларда шовқинлар кучли бўлиб беморларни ўта безовта қилади, асабларни издан чиқаради, шунинг учун ҳам улар врачларга мурожат қилаганда, ҳар қандай чорага тайёр эканлигини билдириб, фақат шовқиндан ҳолос этишини сўрашади. Қулоқдаги шовқинлар аҳоли ўрасида анча кенг тарқалган ҳолат бўлиб, деярли 30-35% катта ёшдагилар ҳаёти даврида ҳеч бўлмасам бир маротаба қулоғида шовқин эшитган бўлади.

Қулоқдаги шовқинларни келиб чиқиши сабаблари:

1-қулоқ чирки, ёки қулоқдаги ёт жисм

Даволаш мақсадида қулоқ чиркини ва ёт жисмни олиб ташланади.

2-бўйин соҳаси умуртқа поғонасида турли патолгик ўзгаришлар (жароҳат, остеохондроз, артериал қон томирларини эзилиши).

Шовқинлар қулоқда ва бошда эшитилади. Шовқиндан ташқари қўшимча бошқа белгилар - бош айланиш, гандираклаб юриш, кўзда ёруғликлар чакнаши, кўришни пасайиши, бўйин соҳасида нохушлик, тез толиқиш, бошни энса соҳасига тарқалувчи оғриқлар, беморлар тажанг ва асаблари бўшашган бўлади.

Даволашда: бўйин соҳасига турли гимнастикалар, массажлар, физиотерапевтик муолижалар, қон томир кенгайтирувчи дорилар, витаминлар тавси қилинади.

3-қулоқдаги турли касалликлар (жароҳатлар, йирингли ва йирингсиз яллиғланишлар, қон айланишини бузилишлари). Қулоқда шовқиндан ташқари беморларни бош айланиши, уйқуни бузилиши, эшитишни пасайиши безовта қилади.

Даволаш: Патологик ўзгаришни аниқлаб, шунга биноан симптоматик чора белгилайди.

4-невроз ва рухий тушқинлик ҳолатлари, рухий ва жисмоний чарчоқликлар. Бундай беморларда қулоқда шовқинга қўшимча бош айланиши, бошда шовқин, фикирни бир жойга жамлай олмаслик, мувозанатни бузилишлари, эшитишни пасайиши кузатилади.

Даволаш: даволашни нервпатолог ва психотерапевтлар билан биргаликда олиб борилади.

5-қон томирлари дистонияси - вегетатив асаб тизими фаолиятини бузилиши туфайли томирларда ўзгаришлар кузатилади.

беморларда кулоқдаги шовқиндан ташқари, доимий ёки вақти-вақти билан бош айланиши, кулоқни битиб қолиши каби шикоятлар пайдо бўлади. Бундай беморлар тез-тез хушунни йўқотиш ҳолатларига тушиб қолишади, қон босимларини ўзгариб туради. Бош айланиши оёқ-қўлларини совуқотиши, безгак тутиши, танани қизиб кетиши ва томир уришини гоҳ тезлашиб, гоҳ секинлашиб қолиши кузатилади.

Даволаш: даволашни асосий йўналиши вегетатив бузилишни сабабини аниқлаш, сўнгра дори моддаларин (витаминлар, биостимуляторлар), физиолтепевтик муолижалар (рефлексотерапия, мануалтерапия ва махсус гимнастикалар) тавсия қилишдан иборат.

6-хафакон касаллиги-узоқ вақт қон босимини юқори бўлиши, майда артерияларни жарохатлаб қўяди, шунинг учун ҳам беморларда кулоқда томир уришига ўхшаша шовқинлар безовта қилади. Бундан ташқари улар бош айланишига, бошда шовқинга, бош айланиш мувозанатни бузилиши билан бирга давом этади. Қон босими юқорига кўтрилиб туради ва эшитишни пасайиши ҳам пайдо бўлади.

Даволаш: қон босимини меъёрига келтиришга қаратилган ва асаб тизимини тинчлантирувчи дорилар тавсия қилинади.

7-атеросклероз касаллиги, қон томирларини торайиб қолиш ҳисобига, ички кулоқни қон билан таъминланиш жараёни бузилади, қон айланиши сусаяди.

Беморлар бош айланиши, бошда шовқинга, тез чарчаш ва иштахани бузилишга шикоят қилади. Қон босими тез-тез ўзгариб туради, эшгив пасаяди.

Даволаш : асосий йўналишни атеросклерозни бартараф қилишга қаратилади. Бундан ташқари витаминлар, биостимуляторлар тавсия қилинади.

8-юрак қон-томир касалликлари ва аритмия-юракни сурункали касалликлари, клапанларини етимовчилиги касаллигида, бош миёга қон етарли микдорда етказиб бермайди, шу жумладан ички кулоқда ҳам қон айланиш жараёни бузилади.

Беморлар бош айланишига, эшитишни пастлигига жисмоний зўриқишда бу ҳолатлар кучаяди. Беморлар тез чарчайди, суст, ланж, тез хансираб қолади, совуқ тер қоплайди, оёқ ва қўллар совуқ бўлади.

Даолаш чоралари юрак қон-томир тизимини фаолиятини тиклашга қаратилган чораларни кўриш зарур.

Кулоқдаги шовқинлар ҳақида сўз юритилганда уларни объектив ва субъектив турларга алоҳида эътибор қаратилиши зарур.

Субъектив шовқинларни келиб чиқиши ва уларни ўзига ҳослиги ҳақида юқорида етарли даражада баҳо берилди.

Объектив шовқинлар шундай хусусиятга эга, бунда нафақат бемор, хатто атрофдаги текшириш ўтказаетган шахс ҳам бемордаги шовқинни эшитади.

Объектив шовқинларни келиб чиқиш сабаблари:

-**нейромушак**-ўрта кулоқ ва кичик тил мушакларини қисқариши,эшитув найини доимий очик бўлишидир.

-**мушак-бўгин сабаб**-чакка ва пастки жағ бўғимлари соҳасида патологик ўзгаришлар туфайли

-**қон-томирлар** сабабли-артериовеноз туташлик (шунт),ўрта кулоқ ўсмаси,артерияларни қисилиши (стеноз),вена томирлардаги шовқинлар,юрак етишмочилиги (порок),қон томирларини аномалик жойлашуви.

Қулоқлардаги шовқинларни келиб чиқишига қараб, даволаш тизимида қуйдаги тадбирларни киритилиши шарт.

- инфекцияга қарши даволаш тадбирлари
- яллиғланишга қарши тадбирлар
- дезинтоксикация қилувчи даволар
- гипосенсибилизация ва дегидратация қилувчи даволар
- қон босимини мўтадил қилувчи даволар
- микроциркуляцияни яхшиловчи даволар
- кулоқ тизимидаги холинергик тизимга таъсир этувчи даволар
- кулоқдаги хужайралараро метаболизмни кучайтирувчи дорилар
- антигипоксантилар никотинат ва адипат магния

Дори моддаларидан ташқари даволаш-соғломлаштириш чора-тадбирлари,турли массажлар,акупунктуралар ўтказилади.

Қулоқда шовқин билан азобланаётган беморларда даволаш ишлари доимо,режа асосида олиб борилиши шарт ва эшитиш қобилиятини назоратга олиш керак.

Мавзуга оид тест саволлари ва вазият масалалари

1. Ташқи отитда бемор шикояти нимадан иборат;
 - а) оғиз очилганда, чайнаш вақтида оғриқ кучаяди.
 - б) бош эгилганда оғриқни кучаяди.
 - в) кулоқ ичида оғриқ кучаяди.
 - г) ташқи эшитув йўлини кириш қисмига босилганда оғриқ кучаяди.
 - д) кулоқда оғриқ безовта қилмайди.
2. Йирингли лабиринтитда кохляр рецепторларида ўзгариш кузатиладими?
 - А)ха.
 - Б) йўқ.
 - В) айрим холларда.
 - Г) истима кўтарилганда.
 - Д) нистагм кузалтилганда.
3. Антротомияда қайси соҳа очилади?
 - А) сигмасимон синус.
 - Б) антрум.
 - В) сўрғичсимон ўсимта.

- Г) эшитиш найи.
- Д) юз нервни йўли.

4. Ўткир отитнинг биринчи даврида ноғора парданинг ранги қандай ўзгаради?

- А) кўк рангда бўлади
- Б) ялтирок кулранг
- В) пушти ранг
- Г) тўқ қизил
- Д) ўзгармайди.

5. Ўткир ўрта отитда отоскопияда аниқланган пульсация рефлекси қандай тушунтирилади?

- А) йиринг антрум орқали чиққанлиги учун.
- Б) йиринг ноғора бўшлиғидан парданинг кичик тешиги орқали оққанлиги учун
- В) ноғора парданинг катта тешиги орқали оққанлиги учун
- Г) эшитув найи беркилиб қолганлиги учун
- Д) қон томирларини уришига монанд бўлиб йиринг оқиши хисобига.

6. Ўткир ўрта отитнинг ривожланишига қандай касалликлар сабаб бўлади?

- А) аденоидлар
- Б) кекирдакни яллиғланиши
- В) сурункали зотилжамни қайталаниши
- Г) қизилўнгачни яллиғланиши
- Д) бурун ва бурун олди бўшлиқларини яллиғланиши

7. Менингизмга хос белгилар ривожланишига сабаб?

- А) бош мияни чакка соҳасида абсцессни пайдо бўлиши
- Б) марказий нерв тизимида ўсма ўсиши
- В) мия қобикларининг интоксикация натижасида таъсирланиши
- Г) менингококкли менингит натижасида

8. Ўткир ўрта отитни даволашда режага биринчи навбатда нималарни киритиш керак?

- А) жисмоний машқлар
- Б) эшитиш найини фаолиятини яхшилаш
- В) қон оқишини тўхтатувчи дорилар тавсия қилиш
- Г) кулоққа спиртли томчилар томизиш
- Д) бурунга қон томир торайтирувчи томчилар томизиш

9. Мастоидитни асорати

- А) супериостал абсцесс
- Б) юмшоқ танглай фалажи
- В) 111 шохли нерв невралгияси
- Г) лейкоз

Д) кўзни узоқлаштирувчи нервни фалажи

10. Антрит нима?

- А) чакка суяклари қобиғини яллиғланиши
- Б) сўрғичсимон ўсимта ғорининг яллиғланиши
- В) эшитиш суякчалари яллиғланиши
- Г) юз нерви каналининг яллиғланиши

11. Ўткир отитнинг биринчи даврида отоскопик кўриниш

- А) ноғора пардани белгилари ўзгармаган
- Б) ноғора парда кулранг-ялтирок, ёруғқик рефлекси сақланган
- В) ноғора пардани томирлари радиал қизарган.
- Г) ноғора парда кулранг, марказий тешик мавжуд
- Д) ноғора парданинг таниш белгилари тўлиқ кўринмайди

12. Яллиғланган кулоқда оғриқнинг бўлишига сабаб?

- А) эшитиш суякчаларини яллиғланиши
- Б) ноғора пардага босимнинг ортиши
- В) қон айланишининг бузилиши
- Г) тана хароратининг кўтарилиши
- Д) ноғара бўшлиғида босимини ортиши

13. Кулоқ чипқонида оғриқ қаерда бўлади?

- А) сўрғичсимон ўсимта атрофида
- Б) кулоқ супрасининг ёпишган соҳасида
- В) энса қисмида
- Г) тишларда
- Д) кўзда

14. Ташқи отитда отоскопик кўриниш

- А) ташқи эшитиш йўли кенг, ноғора парда пушти рангда
- Б) ташқи эшитиш йўли яллиғланган, торайган
- В) ташқи эшитиш йўлида кулоқ чирки билан тўлган
- Г) ташқи эшитиш йўли йиринг билан тўлган

15. Эшитув нервининг невритида асосан қайси камертондан фойдаланилади?

- А) С2048
- Б) С 128
- В) С512
- Г) С 254
- Д) С1024

16. Кохляр невритни қайси касалликлар билан қиёсий таққослаш мумкин?

- А) Меньер касаллиги
- Б) Мезотимпонит, эпитимпонит
- В) Отосклероз
- Г) Лабиринтит

17. Кохляр невритни даволаш учун қандай дорилардан фойдаланилади?

- А) Бром, димедрол, промедол, хлоритин

- Б) Аппилак, АТФ, дибазол.
 - В) Камфора, морфин
 - Г) Феррумлек
 - Д) Никотин кислота, глютамин кислота, В группадаги витаминлар
18. Кохляр невритни ривожланиши учун қайси турдаги жароҳатни аҳамияти бор.
- А) Компрессия, контузия
 - Б) Вибрация
 - Г) Баротравма, механотравма.
 - Г) Электротравма
 - Д) Аралаш жароҳатлар
19. Қандай касалликлардан сўнг эшитув нервининг қайтмас неврити ривожланади?
- А) Эпидемик цереброспинал менингит
 - Б) Эпидемик гепатит
 - В) Мияча абцесси
 - Г) Грипп
 - Д) СПИД.
20. Қандай ҳолларда кохляр нервит қисқа даврда бошланади?
- Б) Ўткир захарланишда
 - В) АТФ, аппилак қабул қилганда
 - Г) Жароҳатда
 - Д) Юз нерви фалажида
21. Кохляр нервитда товуш ўтказувчи, товуш қабул қилувчи аппаратлардан қайси бири бузилади?
- А) Товуш ўтказувчи қисми
 - Б) Товуш қабул қилувчи қисми
 - В) Умуман ўзгармайди
 - Г) Ўрта қулоқда суякчаларни фаолияти бузилади
22. Йирингли лабиринтитни натижаси
- А) Яллиғланишни натижасида, ички қулоқни фаолияти бузилиши
 - Б) Ҳеч қандай асорат бермасдан тўлиқ соғайиб кетиш
 - В) Мувозанатни бузилиши
 - Г) Юз нерв фалажи.
23. Кохлеар невритни қайси касалликлар билан таккослаш мумкин?
- Отосклероз,
Мезотимпонит, эптитимпонит.
Ўткир ўрта отит.
Лабиринтит.
24. Кохляр нервитда товуш ўтказувчи, товуш қабул қилувчи аппаратлардан қайси бири бузилади?
- Товуш қабул қилувчи,
Товушўтказувчи.
Ўзгаришбулмайди.
Ноғора парда тешилади.

25. Кохляр нервни даволаш учун кайси дорилардан фойдаланилади?
Аппилак, АТФ,дибазол, никотин кислота, глютамин кислота, Вгруппадаги витаминлар,
Бром, димедрол, промидол, хлоритин.
Камфора,морфиум.
Феррумлек.
26. Кохляр нервни ривожланиши учун кайси турдаги лат ейиш ахамиятга эга?
Компрессия, контузия,
Вибрация.
Ўқ ейиш натижасида баротравма,механотравма.
Электротравма.
27. Куйидаги белгиларни кайси бири ташки эшитув йулида ёд жисм кирганида булмайдиган?
Ташки эшитув йўлида йиринг,
Эшитиш пасайиши.
Қулоқда шовқин.
-Аутофония.
- 28.Қулоқ супраси лат егандан кейин қандай асорат кузатилади?
Отогематома,
Ўрта қулоқ яллиғланиши.
Сепсиси.
Чандиқланиш.
29. Қулоқ супрасини қайси юзаси ўсмага касаллигига берилувчан?
Орка юзаси
Олдинги юзаси.
Ёнбош юзаси.
Медиал юзаси.
- 30.Қулоқ чипқонида оғриқ каерда бўлади?
Қулоқ супрасининг ёпишган соҳасида,
Сурғичсимон ўсимта атрофида.
Энса қисмида.
Тишларда.
- 31 Қайси касаллик куўроқ лабиринтит билан асоратланади?
Эпитимпанит,
Мезотемпанит.
Ўткир отит.
Туб отит.
32. Ноғора парда шикастланишига сабаблар?

Чакка суякни лат ейиши
Атмосфера босимини бирданига ўзгариши.
Термик куйиш.
Акустик ва вибротравма.

33. Минингизмга хос белгилар ривожланишига сабаб?
Мия қобиқларининг таъсирланиши,
Марказий нерв тизимини ўсмаси.
Бош мия чакка соҳасида абсцесс.
Арахноидит.

34. Минингитда орқа мия суяқлигида оқсилни миқдори ўзгариши кандай ҳолда?
Ортган
Қон аралашган.
Пасайган
Ўзгармаган.

35. Отогенг минингитда орқа мия суяқлигида лимфоцитлар миқдори.
1 мм³-10000 ва ундан ортиқ
1 мм³ –100 ва ундан ортиқ.
1 мм³-1000 ва ундан ортиқ.
1 мм³-10 та.

36. Отоскопияда ноғора пардани таранглашган қисмида катта йиртилган.
Эпимезотимпанит,
Эпитемпанит.
Мезотемпанит.
Ташки отит.

37. Ташки отитда бемор шикояти нимадан иборат;
оғиз очилганда, чайнаш вақтида оғриқ кучайиши,
бош эгилганда оғриқни кучайиши.
кулоқ ичида оғриқ кучайиши.
эрталаб оғриқ пайдо бўлиши.

38. Ташки отитда отоскопик кўриниш
Ташки эшитиш йўлида яра
Ташки эшитиш йўли яллиғланган, торайган, йиринг билан тўлган.
Ташки эшитиш йўли кенг,ноғора парда пушти рангда.
Ташки эшитиш йўлида экзостаз.

39. Ташки эшитув йўлида кандай хавфли ўсмалар учрайди?
Меланома, рак
Ангиома.
Саркома.

Фиброма.

40. Ташқи эшитув йўлида қандай хавфсиз ўсмалар учрайди.

Ангиома, остиома, папиллома,

Фиброма, гемонгиома.

Мелонома астеома.

Саркона,рак.

МАВЗУ БЎЙИЧА ВАЗИЯТ МАСАЛАЛАРИ

1. 32 ёшли бемор ЛОР бўлимига иккала қулоғидан бирданига эшитиши пасайишига шикоят қилиб келди. Анамнездан: дарёда чўмилиш вақтида 2 ла қулоғига сув кирган, шундан сўнг эшитиши пасайган. Ташхис қўйинг ва даволанг.

2. 27 ёшли бемор, ўнг қулоғида эшитиш пастлигига, бош ҳолатини ўзгартирганда ноҳуш сезгини кучайишига, шовқинга шикоят қилиб келиди. Отоскопияда: ўнг қулоқ ташқи эшитув йўлида ажралма йўқ, ноғора парда таранглашган, ёруғлик конуси аниқланмади, болғача дастаси бўйлаб қон-томирлар сурати кучайган, ноғора парда орқали ноғора бўшлиғидаги горизонтал сатхга эга суюқлик аниқланмоқда. Бошни ғолати ўзратирилганда ноғора бўшлиғидаги суюқлик сатхи ҳам ўзгармоқда. Ташхис қўйинг ва даволанг.

3. 14 ёшли бемор чап қулоғидаги қаттиқ оғриққа, эшитишни пастлигига, бош оғришига шикоят қилиб кели. Кечқурун оғриғи бироз камайган. Обьектив: қулоқ супраси ва сўрғичсимон ўсимта ўзгаришсиз, ташқи эшитув йўли кенг, тоза, ноғора парда қизарган, элементлари аниқланмаяпти. Ташхис қўйинг ва даволанг.

4. 36 ёшли бемор ЛОР бўлимига, ўнг қулоқда санчувчи характердаги оғришга, оғриқ чакка соҳаларига тарқалишига, йиринг оқиши ва эшитиш пастлигига шикоят қилиб келди. Қулоқда оғриқ секин аста кучайиб, уйқусизлик келтириб чиқарган, сўнгра йиринг пайдо бўлган. Обьектив ташқи эшитув йўли тоғай қисми териси кескин инфильтрацияланган. Ташхис ва даво.

5. 12 ёшли бола иккала қулоғида эшитишни пастлигига шикоят қилиб келди. Охирги пайтлара дарсда биринчи қатордаги партада ўтирмоқа, авваллари эса дарсда охирги қатордаги партада ўтирар эди, дарсда ўқитувчини гапларини тушунмаслиги, гапираётган одамни оғзига қараб гап тушуниши сезилган. Буни оқибатида беморда инжиқлик, урушқоқлик характери намоён бўлмоқда. Обьектив: Отоскопияда – ноғора пардалар ўзгаришсиз. Ташхис қўйинг ва даволанг.

6. Бемор В. 1926 йилда туғилган иккала қулоқда эшитишни пастлигига, шовқинга шикоят қилиб келди. Анамнездан: бемор ўзини ёшлиқдан касал деб ҳисоблайди. Вақти-вақти билан қулоқларда оғриқ, йирингли ажралма пайдо бўлган, тана харорати кўтарилар эди. Бир неча маротаба стационар равишда даволанган. Умумий аҳволи яхшиланганда, йиринг оқиши тўхтаганда беморга уйга жавоб

берилар эди. Охирги 7-8 йил мобайнида кулоқларда оғриқ йўқ эди ва йиринг оқмасди, лекин эшитиши анча пасайган. Объектив ташқи эшитув йўллари кенг холи, ноғора пардалар ичкарига тортилган. Ўнг кулоқда ноғора парда промоториум билан ёпишиб қолган, чандиқ ва петрификат мавжуд. Ташхис қўйинг ва даволанг.

7. Бемор Катя, 12 ёш. Эшитиш пасайишига, баъзида иккала кулоғида шовқин пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Эшитиш пасайишини 2 йилдан бери кузатилмокда, буни стрептомицин қабул қилиши билан ва ўтказган туберкулез касаллиги билан боғлаяпти. Объектив: ташқи эшитув йўллари кенг, ноғора пардалар ўзгаришсиз. Ташхис қўйинг? Даволаш усулини аниқланг?

8. Бемор Ж. 11 ёш, ўнг кулоқда эшитиш пасайишига шикоят қилиб келди. Анамнездан: 3 йил олдин оғир шаклдаги скарлатина билан касал бўлган. Эшитиш пасайиши қачондан бери бошланганлигини аниқ билмаяпти. Охирги пайтда бошқалар гапираётганда уларни чап кулоқ билан эшитишига эътибор берадиган бўлди. Объектив: ЛОР аъзолар ўзгаришсиз. Ноғора пардалар ўзгаришсиз, белгилари аниқ. Ташхис қўйинг? Даволаш усулини топинг?

9. Бемор Лена 27 ёш. Иккала кулоғида эшитиш пастлигига шовқинга, чап кулоқда эшитиш пастлиги кўпроқ. Анамнездан: Эшитиш пастлиги секин-аста бошланди, кейинчалик шовқин пайдо бўлди. Бу ҳолат хомиладор вақтида бошланди ва гўдак туғилгандан сўнг кучайиб кетди. Бемор сўзига қараб: троллейбусда, автобусда юрганда эшитиш яхшиланаяпти, ва шу ҳолат кўп одамлар шовқин билан гапирганда яхши эшита бошлаяпти. Объектив ташққи эшитув йўллари кенг. Ноғора пардалар юпқалашган, белгилари аниқ. Ташхис қўйинг ва даволанг?

10. Эркак 43 ёш: кулоқларда эшитиш пасайишига шикоят қилиб келди. Бу ҳолатни душда чўмилгандан сўнг пайдо бўлган. Ташхис қўйинг? Даволанг?

11. Бемор 40 ёш: ёшликдан ўнг кулоқдан йиринг оқишига, эшитиш пасайишига, бош айланишига шикоят қилиб келди. Отоскопияда ноғора парданинг олдинги тепа қисмида тешик аниқланди, ташқи эшитув йўлида хидли йиринг мавжуд. Ташхис қўйинг? Даволаш усулини аниқланг?

12. Бемор 24 ёш ўнг кулоғидаги қичишиши, эшитиш пасайишига, йирингли қорамтир рангли ажралма келишига шикоят қилиб келди. Отоскопияда ташқи эшитув йўлининг териси шишган, кул рангли қасмоқ мавжуд қасмоқларни кийинчиликсиз олиб ташлангандан сўнг қизарган тери кўринмокда. Ташхис қўйинг, даволаш усулини аниқланг.

13. Бемор 30 ёш, овкат чайнаганда унг кулоғида каттик оғриқ борлигига шикоят қилиб келди. Отоскопияда: ташқи эшитув йўлининг териси ойсимон шишган, қизарган. Ташхис қўйинг ва даволанг?

14. Бемор 20 ёш: ўнг қулоқдаги қаттиқ оғриққа кўп йиринг оқишига, эшитиш пасайишига сўрғичсимон ўсимта соҳасидаги оғриққа шикоят қилиб келди. Отоскопияда: ташқи эшитув йўлида орқанги тепа девори осилиб турган, қулоқ супраси олдинга сурилган, сўрғичсимон ўсимта соҳаси шишган, қизарган, ушлаб кўрилганда оғриқли. Ташхисўкуйинг, кўшимча ташхис усулларни ва даволашни аниқланг.

15. Бемор битта қулоқ ичида қаттиқ оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. ЛОР аъзолар ўзгаришсиз. 8-чи озиқ тишида кариес аниқланди. Қулоқдаги оғрикни тушунтиринг, даволанг.

16. Беморда Ташхис: сурункали йирингли ўрта отит, охирги пайтда тилнинг 2/3 қисми таъм сезмаяпти. Бу ахвол қачон бўлади, ташхис; аниқланг. Бу касалликда қандай бошқа ўзгаришлар бор?

17. Беморда ташхис: сурункали йирингли эпитимпанит. Охирги пайтида юз нервнинг парези (хамма 3 та шохда) лагофталъм, кўз ёши оқиши мавжуд бўлди. Тъам сезиш ўзгармади. Юз нерв қайси қисми яллигланган. Даволаш усулини аниқланг?

18. Бемор 32 ёш чап қулоғидаги ёшликдан бери йиринг оқишига шикоят қилиб келди. Охирги пайтда қаттиқ оғриқ пайдо бўлди, йиринг оқиши кучайди, қаттиқ бош оғриши, қайт қилиш, кўнгил айланиши пайдо бўлди. Отоскопияда: ташқи эшитув йўлида хидли йиринг, полип, грануляция аниқланди. Ташхис қўйинг, асоратни аниқланг?

Бурун касалликлари

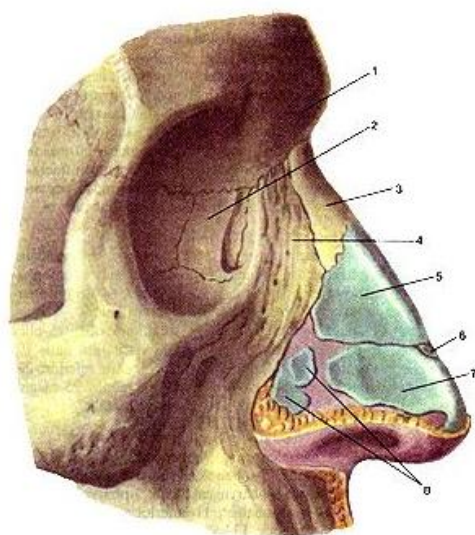
БУРУН, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ.

Бурун юқори нафас йўллариининг бошланғич қисми хисобланади, уни фаолияти нафақат нафас олиш ва хид билишдан иборат, балким инсонни юз тузилишини шакиллантиришда ҳам муҳим ўринни эгаллайди. Бурунни шаклини ўзгариши юз тузилишини кескин ўзгаришига ҳам олиб келади. Ташқи бурунни шаклини ўзгариши инсонларда нафақат жисмоний, эстетик ҳатто рухий етишмовчиликларга ҳам олиб келади. Ташқи бурунни шакли инсонларни қайси ирққа хослигини ҳам белгилайди, масалан ҳозирги вақтда славян ирқига, монголоид ирқига ва негроид ирқларига хос бурун тузилишлари тафовут қилинади.

Бурун тузилиши бўйича ташқи бурун, бурун бўшлиғидан ва бурун ёндош бўшлиқларидан иборат.

Ташқи бурун анатомияси

Нотўғри шаклдаги уч қиррали пирамидага ўхшайди ва асосан суяк, тоғай ва юмшоқ тўқималардан ташкил топган. Ташқи бурунни асоси, қирраси, учи, икки ён томонлари тафовут қилинади. Уни шакиллантиришда қуйдаги суяклар иштирок қилади: Бир жуфт **бурун суяклари**, бу суяклар юқори қисми билан **пешона суягини бурун ўсимтасига** туташади, бурун суякларига икки ён (латерал) томондан ташқи бурунни шакиллантиришда иштирок этувчи энг катта суяк бўлган **юқори жағ суягини пешона ўсимтаси** бирлашади. Бу суяклардан ташқари ташқи бурунни ташкил қилишда қисман кўз ёши ва ғалвирсимон суяклар ҳам иштирок этишади. Ташқи бурунни олдинги пастки қисми тоғай ва фиброз тўқималардан ташкил топганлиги учун ҳам анча ҳаракатчандир (*pars mobilis septi nasi*). Бу қисмини ташкил қилишда бир нечта тоғайлар иштирок этади: Булардан асосийлардан **учбурчаксимон (латерал)** тоғай, **катта** ва **кичик қанот** тоғайлар ва майда қўшимча тоғайлардир.



Расм 39. Ташқи бурун суяклари ва тоғайларин жойлашуви (ён томонидан кўриниши)

1- пешона суяги, 2-кўз ёши суяги, 3-бурун суяги, 4-юқори жағ суягини бурун ўсимтаси, 5-учбурчаксимон тоғай, 6-кичик қанот тоғайи, 7-катта қанот тоғайи, 8-қўшимча тоғай.

Ташқи бурунни суяк ва тоғайлари ўзаро қўшувчи тўқималар орқали бири бири билан бирлашади. Ташқи бурун тери билан қопланган бўлиб, бу тери 0,5 см. хажмда бурун бўшлиғига давом этиб киради, шунинг учун ҳам бурунни кириш қисмида кўп миқдорда туклар ўсади. Бурунни дахлиз қисмида тукларни ўсиши бир томондан хаво оқими билан кираётган турли чанг ва ғуборларини ушлаб қолса, иккинчи томондан бу жойлардаги тук қопчалари яллиғланиб, бурун чипқони ривожланишига олиб келади. Ташқи бурун ҳам бурун бўшлиғи каби қон билан бой таъминланганлиги учун ҳам, бурундаги турли жароҳатлар йирингли асорат бермасдан, нозик чандиқлар ҳосил қилиб тез битиб кетади.

Бурун бўшлиғи анатомияси

Анча мураккаб тузилишга эга бўлиб, юқоридан бош суягини олдинги чуқурчаси, пастдан оғиз бўшлиғи, латерал томондан кўз олмаси чуқурчалари ва юқори жағ суяклари билан ўралган бўлади. Олди томонидан бурун тешиклари орқали ташқи муҳит билан туташади ва орқа томондан эса хоаналар орқали бурун - халқум билан боғланган. Бурун бўшлиғини тўрта, ташқи (латерал), ички (медиал), юқори ва пастки деворлари мавжуд. Ёш болаларда бурун бўшлиғи калта ва пастроқ бўлади. Шиллиқ қаватлари нозик, қон томирлари яхши ривожланмаган. Медиал девори ҳам пастроқ ва қалин тузилишга эга.

Бурун бўшлиғини юқори девори (томи): Ташкил қилишда бурун суяклари, юқори жағ суягини пешона ўсимтаси, галвирсимон суяк ва димоғ (сошник) суяклари иштирок этади. Юқори деворни асосини галвирсимон суякни қоғозсимон пластинкаси (lamina cribrosa) ташкил қилади, бу суякда 20-30 та тешиклар мавжуд бўлиб, бу тешикчалар орқали бош миядан вена қон томирлари, нерв толалари

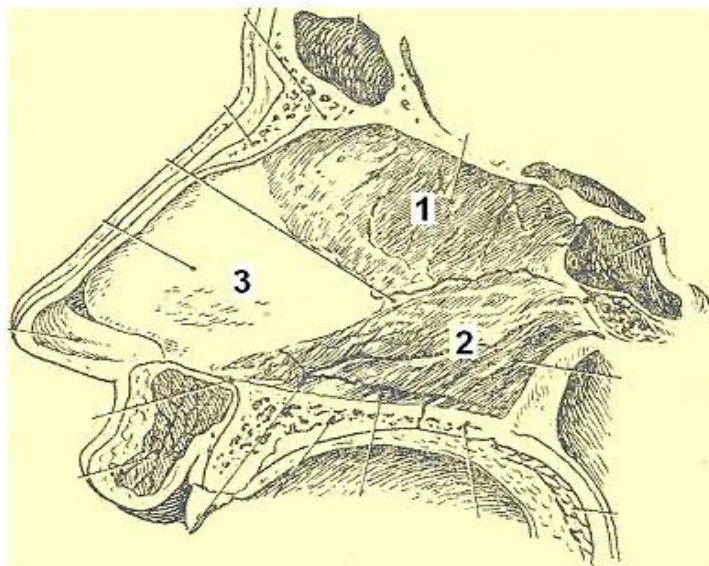
чиқади ва хид билиш толалари ва артериал қон томирлари бош миёга ўтади. Бурун бўшлиғини юқори деворини бундай тузилишини, бурунда ўтказилаётган турли муолижаларда ва жаррохликда (бош миёга турли инфекцияни тушиши ҳафини олиш) албатта ҳисобга олиш зарур. Бундан ташқари бу жойларда бош миёни субарахноидал бўшлиғи билан туташган переневрал лимфатик бўшлиқлар мавжуд, айрим ҳолларда (турли жароҳатлар, бурун ва юз соҳасидаги йирингли жараёнларда) бу жойлардан инфекция бош миёга ўтиб йирингли менингитга олиб келиши мумкин.

Бурун бўшлиғини олдинги девори юқори жағ суягини ноксимон тешиги сатҳида бўлиб, уни шакиллантиришда бурун суяқларини пастки қисми ва юқори жағ суягини пешона ўсимталари иштирок этади. Олдинги девор бурун тешиқлари соҳасига тўғри келади.

Бурун бўшлиғини орқа девори бу девор асосан хоаналардан ташкил топган бўлиб, бурун бўшлиғини бурун-халқум билан туташтиради. Бундан ташқари бу деворини ташкил этишда қисман асосий суяқни танаси ҳам иштирок этади.

Бурун бўшлиғининг туби олдинги бўлимда юқори жағ суягининг танглай ўсиқларидан (*processus palatinus maxillae*), орқа қисми эса танглай суяқларининг кўндаланг пайрахаларидан (*lamina horizontalis ossis palatini*) ташкил топган. Пастки деворини олдинги қисмида канал бўлиб бу жойдан бурун бўшлиғидан оғиз бўшлиғига, бурун-танглай (*n. nasopalatinus*) нерви ўтади.

Бурун бўшлиғини ички (медиал девори). Бурун бўшлиғини тенг иккига чап ва ўнг бўшлиқларга бўлувчи ўрта девори ҳисобланади. Медиал девор суяк ва тоғай қисимлардан иборатдир. Деворни суяк қисми орқа ва юқори томондан галвирсимон суяқни кўндаланг ўсимтаси (*lamina perpendicularis ossis etmoidalis*), пастдан юқори жағ суягини танглай дўмбоғи ва димоғ (*vomer*) суягидан ташкил топган, медиал деворини олдинги пастки қисмини тўртбурчаксимон тоғай (*cartilago quadrangularis*) ташкил қилади, шунинг учун ҳам деворни суяк қисми ҳаракатсиз, олдинги фиброз-тоғай ва тери қисми эса ҳаракатчан бўлади. Бурун бўшлиғини медиал девори камдан-кам ҳолларда тўғри, ўрта чизикда бўлади, кўпинча деворни у ёки бу тарафга тўлиқ қийшиқлиги, ёки айрим жойларида чегараланган бўртма, думбоқчаларда иборат бўлади.



Расм 39. Бурун бўшлиғининг медиал девори

1- Галвирсимон суякнинг кўндаланг пластинкаси; 2- димоғ суяги;
3- тўртбурчаксимон тоғай

Бурун бўшлиғини ташқи ёки латерал девори анча мураккаб тузилишга эга бўлиб, бир вақтни ўзида юқори жағ суягини медиал девори ҳам ҳисобланади. Бу деворда учта бурун чиғаноқлари (concha nasalis inferior, media et superior) мавжуд. Булар пастки, ўрта ва юқори чиғаноқлар ҳисобланиб, пастки бурун чиғаноғи ўзини мустақил суягига (os turbinale) эга қолганларини эса галвирсимон суякни дубликатурси ҳосил қилади.

Хар иккала бурун бўшлиғига тўртадан бурун ёндош бўшлиқлари ва битадан кўз ёши йўллари очилади.

Бурун бўшлиғини медиал девори билан бурун чиғаноқлари орасини умумий бурун йўли деб юритилади ва бу йўлдан, кираётган хавони асосий оқими ўтади.. Ташқи ёки латерал деворда жойлашган учта бурун чиғаноқларини остида учта: пастки, ўрта ва юқори бурун йўллари мавжуд ва бу йўللарга тегишли бурун ёндош бўшлиқлари очилади. Орқа томондан бу йўллар бурун-халқумга туташади.

Пастки бурун йўли - юқоридан пастки бурун чиғаноғи, пастдан эса бурун туби билан чегараланади. Пастки бурун йўлини олдинги учдан бир қисмида бурун-кўз ёши каналани тешиги мажуд, айрим ҳолларда бурун чиғаноғини гипертрофиясида шу йўл беркилиб қолиши ҳисобига кўз ёши каналини яллиғланиши (дакриоцистит) кузатилади. Юқори жағ суяги бўшлиғини (Гаймор бўшлиғи) пукцияси ҳам пастки бурун йўлидан, яъний пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмидан 2 см ичкарида амалга оширилади.

Ўрта бурун йўли - пастки ва ўрта бурун чиғаноқларини орасида жойлашган. Бу йўлни олдинги қисмида яримойсимон тешик (hiatus semilunaris) бўлиб бу жойга пешона суяги бўшлиғи очилади. Шу тешикни орқароқ қисмига эса галвирсимон суякни олдинги ва ўрта катакчалари очилади. Бу жойдан яна ҳам орқада юқори жағ суяги бўшлиғи очилади. Ўрта бурун чиғаноғини олдинги қисмида думбоқча (aqcer

nasi) бўлиб, бу жой пешона суяги бўшлиғида ўтказилаётган жаррохликда мўлжал хисобланади. Ўрта бурун йўли латерал девори фақат суякдан эмас, балким юқори қисми шиллиқ қаватдан ҳам иборат.

Юқори бурун йўли - юқори ва ўрта бурун чиғаноқлари орасида жойлашган ва бу йўлга ғалвирсимон суякни орқа катакчалари ва асосий суяк бўшлиғи очилади. Одатдаги риноскопияда юқори бурун йўли ва чиғаноғини кўриб бўлмайди.

Морфологик тузилиши ва бажараётган вазифасига биноан бурун бўшлиғи иккита қисмга бўлинади. Биринчиси нафас олиш қисми (*regio respiratoria*) ва иккинчиси хид билиш қисми (*regio olfaktorica*).

Нафас олиш қисми пастдан бурун тубидан бошланиб, юқоридан ўрта бурун чиғаноғини ўртаси ва медиал деворни шунга монанд қисмини эгаллайди. Нафас олиш қисмини бошланиши ташқи бурунни тери қопламаси давом бўлиб, бу тери бурун бўшлиғини кириш қисмини (*vestibulum nasi*) қамраб олади, шунинг учун ҳам бу жойларда туклар мавжуд. Тери қопламаси аста-секин юпқалашиб шиллиқ қаватга ўтади. Нафас олиш қисми шиллиқ қавати хид билиш қисмини шиллиқ қаватига қараганда анча қалин бўлиб, кўп қаторли цилиндрик хилпилловчи эпителий билан қопланган. Шиллиқ ости қисми эластик ва қўшувчи тўқималардан тузилган хусусий қаватдан иборат, бу қаватда кўп миқдорда шилимшиқ ишлаб чиқарувчи бокалсимон безлар жойлашган. Нафас олиш қисмини пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари сохаси, кенгайган веноз томирлардан иборат каверноз тўқималардан ташкил топганлиги учун ҳам шиллиқ қаватлари анча қалин бўлади. Бу варикоз кенгайган веноз томирлар турли ташқи таъсирлар (механик, термик ва кимёвий) хисобига тез қон билан тўлиб кенгайиб ёки тез бўшаб кичрайиб туради, бунга монанд шиллиқ қаватлар ҳам тез шишиб катталашиб ёки пасайиб кичрайиши кузатилади. Бундай ҳолат хисобига бурундан ўтаётган ҳаво ҳарорати доимо бир хилда бошқарилиб турилади.

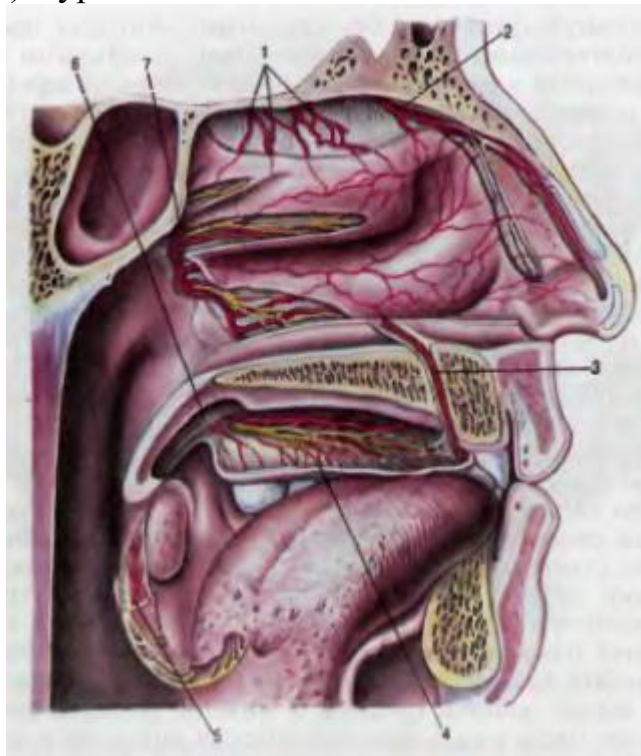
Хид билиш қисми бурун бўшлиғини ўрта бурун чиғаноғини ўртасидан бошланиб тўлиқ бурун бўшлиғини юқори қисми қамраб олади. Хид билиш қисмини шиллиқ қавати нафас олиш шиллиқ қаватига нисбатан анча юпқа ва нозик бўлади, махсус таянч, базал ва хид билувчи нейросенсор эпителийлар билан қопланган. Бу эпителийлар орасида эса кўп қаторли хилпилловчи эпителийлар айрим жойларда оролча шаклида учрайди. Хид билувчи эпителийлар колба шаклида бўлиб, марказида хид билувчи ўсимтаси бор, бу ўсимталар хид билиш ипларини (*fila olfactoria*) ташкил қилади. Бу ипчалар ғалвирсимон суякни тешикчалари орқали калла ичига ўтиб тўпланиб, хид билиш думбоғи (*bulbus olfactorius*) ҳосил қилади. Шу думбокчадан хид билиш йўли (*traktus olfactorius*) бошланади ва бош миани олдинги хид билиш марказида (*trigonum olfactorium*) тугалланади.

Бурун бўшлиғини асаб толалари хид билувчи, сезувчи ва вегетатив турларга бўлинади. Сезувчи асаб толаси учламчи нервни биринчи ва иккинчи шохлари хисобидан ташкил топган.

Бурун бўшлиғидаги физиологик ва патологик ҳолатларни фаолияти асосан қанот-танглай асаб тугуни хисобига бошқарилади. Бу тугун учламчи нервни сезувчи толаси (*n. pterygopalatini*), симпатик тола (*n. petrosus profundus*), ва юз

нервини тармоғи ҳисобланган (*n. petrosus major*) парасимпатик асаб толаси қўшилишидан ҳосил бўлади.

Бурун бўшлиғини шиллиқ қаватлари жуда бой қон томирлар билан таъминланган. **Асосан ташқи ва ички уйқу артериялари ҳисобидан қон билан таъминланади.** Ташқи уйқу артериясидан (*a. carotis externa*) ташқи ва ички юқори жағ артериялари (*a. maxillaris externa et interna*) чиқади. Ташқи юқори жағ артериясидан чиққан юқори лаб (*a. labialis superior*) артерияси бурун бўшлиғини медиал деворини қон билан таъминлайди. Ички юқори жағ артериясидан эса қанотсимон-танглай тармоғи (*a. sphenopalatina*) чиқади, бу артерия бурун бўшлиғига кириб пастки бурун ва девор артерияларини (*a. nasales posterioris lateralis et septi*) беради ва бу артериялар бурун бўшлиғини орқа қисмини ҳамда латерал деворини қон билан таъминлайди. Ички уйқу артериясидан кўз артерияси (*a. ophthalmica*) чиқади, бу артериядан эса олдинги ва орқанги галвирсимон артериялар (*a. ethmoidales anterior et posterior*) тармоқланиб, улар бурун бўшлиғини олдинги ва галвирсимон суяк қисмини қон билан таъминлайди. Артериялар бурун медиал деворини олдинги пастки қисмида бир-бирлари билан тутушиб қон томирлар (Кисельбах) тўрини ҳосил қилади



Расм 40. Бурун бўшлиғини қон билан таъминланиши
1-2-олдинги ва орқанги галвирсимон артериялар
3-қанотсимон-танглай артерияси ,4-Танглай қон
томирлари,5-кичик тил,6-танглай артериясини чиқиш жойи,7-
орқа девор артерияси

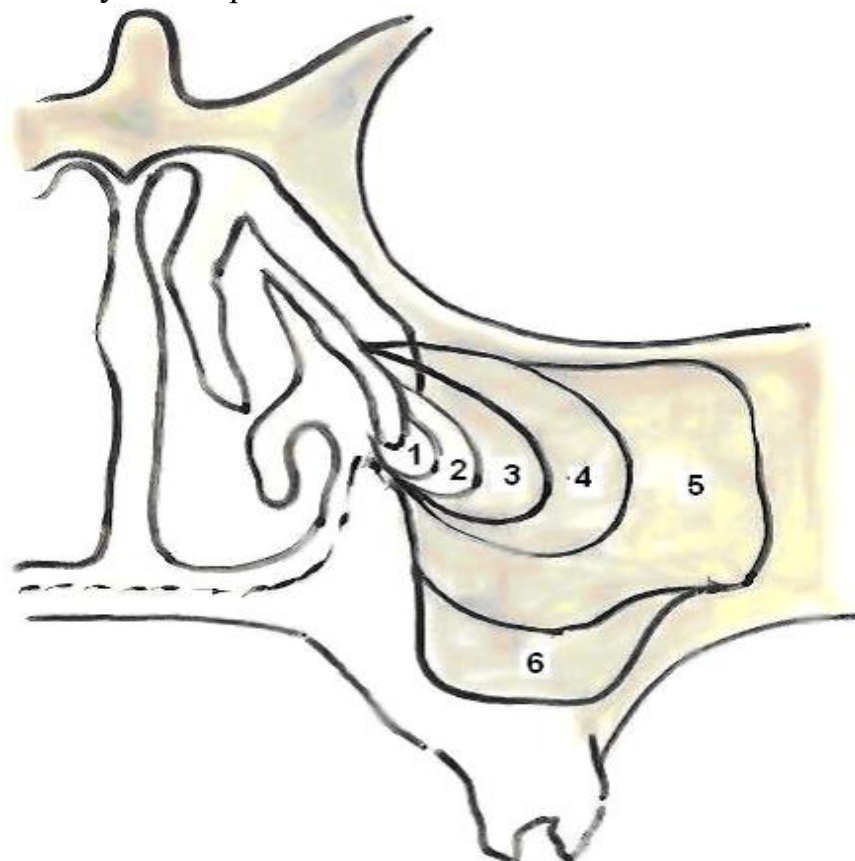
Веноз қонлар артерияларни йўналишини қайтаради. Веноз қонлар асосан олдинги юз ва кўз вена қон томирлари (*v. facialis anterior v. ophthalmicae*) орқали олиб кетилади. Веноз томирлар юз соҳасида бир-бирлари билан тутушиб тўр

хосил қилади. Бу томирлар ўз ўрнида бош миани юмшоқ қобиғлари веноз томирлари билан ҳам туташади. Веноз томирларни бундай ўзига хос тузилиши бурундан турли инфекцияларни бош миёга ўтишда аҳамияти бор.

Лимфа тизими бурунни олдинги қисмидан лимфа суюқлиги жағ ости лимфа тугунига қуйилади, ўрта ва орқа қисмдан эса чуқур бўйин лимфа тизимига қўшилади. Хид билиш қисмини лимфа тизими эса хид билиш нерв толаси қобиғи орқали бош миё қобиғлари билан туташади. Лимфа тизимини бундай ўзига хос тузилишини клиникада инфекцияларни бурундан бош миёга ва аксинча ўтишини ҳисобга олиш зарур.

Бурун ёндош бўшлиқлари анатомияси

Бурун атрофида тўрт жуфт бурун ёндош бўшлиқлари мавжуд. Улар юқори жағ, пешона, олдинги, ўрта ва орқа галвирсимон суяк катаклари, ҳамда асосий суяк бўшлиқлар ҳисобланиб, ўзларини чиқарув тешиклари орқали бурун бўшлиғи билан туташади. Чақалоқларда юқорида кўрсатилган бўшлиқлардан фақат иккитаси: юқори жағ ҳамда галвирсимон суяк катаклари ривожланган бўлади. Қолганлари эса вақт ўтган сари шакллана бошлайди.



Расм 41. Юқори жағ суяги бўшлиғини ёшга нисбатан ривожланиши (А.И.Фельдман ва С.Н.Вульфсон бўйича).

1-2-3- юқори жағ суяги бўшлиғини янги тугилган чақалоқлардаги ҳолати

4- бир ёшдаги болалардаги ҳолати

5- катта ёшдагилардаги ҳолати

6- кекса ёшдаги одамлардаги ҳолати.

Пешона суяги бўшлиғи асосан 3 ёшдан ривожлана бошлайди, асосий суяк бўшлиғининг шаклланиши эса 4-5 ёшларга тўғри келади ва болани 12-14 ёшида шаклланиши тўла тугалланади.

Юқори жағ суяги бўшлиғи (*sinus maxillaris*) бошқа бўшлиқларга нисбатан хажми жихатидан энг каттаси ҳисобланади, шунинг учун ҳам яллиғланиш жараёни нисбатан кўп кузатилади. Юқори жағ суяги бўшлиғи кўриниши тўрт қиррали пирамидани эслатади, унинг ўртача хажми 10-12 см³ га тенг, олти деворига эга.

Юқори жағ суягининг альвеоляр ўсиғи юқори жағ суяги бўшлиғини **пастки** девор ёки бўшлиқнинг туби ҳисобланади. Тиш илдизлари (3-6 озиқ тишлар) баъзан бўшлиққа ботиб қирган бўлиб, айрим ҳолларда тишлардаги яллиғланиш жараёни бўшлиққа шу тиш илдизлари орқали ўтиши (одонтоген гайморит) мумкин.

Юқори девори бир вақтнинг ўзида кўз косасининг пастки девори ҳисобланади ва бошқа деворларга нисбатан анча юпқа бўлади. Айрим ҳолларда бу деворни туғма битмаслиги (дигиссенция) кузатилади. Бу деворида кўз ости йўли бўлиб, бу жойдан кўз ости асаб толаси ва қон томирлар ўтади. Баъзан юқори жағ суяги бўшлиғидан яллиғланиш жараёни кўз олди тўқималарига шу девор орқали тарқалиши мумкин.

Ички ёки медиал девори бурун бўшлиғини ташқи ёки латерал девори ҳисобланиб, пастки ва ўрта бурун йўллари сатҳига тўғри келади. Медиал деворни пастки қисми қалин суяк деворидан иборат, аста-секин юқорига кўтарилган сари бу девор юпкалашади ва ўрта бурун чиғаноғи соҳасида фақат шиллиқ қаватдан иборат бўлади, шунинг учун ҳам юқори жағ суяги бўшлиғини ўрта бурун йўлидан пункция қилиш анча осон амалга оширилади, аммо бу жойдан пункция қилиш айрим ҳолларда кўз олмасини жароҳатланишига олиб келиши мумкин. Ўрта бурун йўлида бўшлиқни чиқарув тешиги жойлашган.

Олдинги, юз ёки жаррохлик девори ҳисобланиб бу деворида чуқурча бўлиб фанда «ит ўраси» (*fossae caninae*) деб номланади, амалий жихатдан катта ахамиятга эга, жаррохлик вақтида юқори жағ суяги бўшлиғига шу девор орқали кириш қулайдир. Бу чуқурчани тепасидан кўз ости нерви (*n. infraorbitalis*) чиқади.

Орка девор - ғалвирсимон суякни орқа катакчалари, асосий суякнинг қанотсимон ўсиқчалари ва жағ суягининг пешона ўсиғи яъний, юқори жағ думбоғи билан чегараланади. Бу думбоғни орқасида қанотсимон-танглай чуқурчаси жойлашган, чуқурчада эса юқори жағ нерви (*n. maxillaris*), қанотсимон-танглай нерв тугуни (*gang. pterygopalatinum*), ички жағ артерияси (*a. maxillaris interna*), қанотсимон-танглай веноз тўри (*plexus pterygopalatinus*) жойлашган.

Барча бурун ёндош бўшлиқлари каби юқори жағ суяги бўшлиғи ҳам хаво билан тўлган бўлиб, унинг алмашинуви бўшлиқнинг чиқарув тешиклари орқали амалга ошади. Юқори жағ суяги (Гаймор) бўшлиғининг чиқарув тешиги сатҳи кўз косасининг тагида (ўрта бурун йўлида) бўлиб, бу бурун бўшлиғи тубидан анча юқорида жойлашган, одам тик ҳолатда турганда бўшлиққа тўпланган ажралмани чиқиши анча қийин бўлади, бу ҳолат эса юқори жағ суяги бўшлиғида яллиғланиш жараёнини тез ривожланишига шароит яратади.

Пешона суяги бўшлиғи (*sinus frontalis*) пешона суяги танасида жойлашган бўлиб, нотўғри шаклга эга. Унинг хажми турли хилда ва шакилда бўлиб, баъзан бутун пешона суягини майдонни тўлиқ қамраб олиши мумкин, ёки латерал

тарафдан кўз косасининг ташқи бурчагига, юқорига эса кўз косасининг юқорги қирғоғидан 5-6 см. тепадаги майдонни эгаллаш мумкин. Айрим холларда у бўшлиқ кичик катаксимон шаклда ёки умуман туғма ривожланмаган (атрезия) бўлиши ҳам мумкин. **Олдинги** девори қовоқ усти ёйига тўғри келиб пешона суягини олдинги пластинкасини ташкил этиб, катта қисми қалин ва мустаҳкамдир. **Орқа** девори асосан юпқа бўлиб, калла суягининг олдинги чуқрига тўғри келади ва мия пўтлоғига ёпишиб туради. Орқа ва олдинги деворлари юқорида бир-бири билан бурчак ҳосил қилиб бирлашади, шунинг учун ҳам юқори девори мавжуд эмас. **Пастки** девори асосан кўз косасини ва қисман бурун бўшлиғини юқори девори ҳисобланади. Пастки деворни кўз косаси қисми анча юпқа шунинг учун ҳам айрим холларда бўшлиқ шу жойдан пункция қилинади. **Ўртада** бўшлиқни иккига бўлиб турувчи юпқа медиал девор бор. Бу девор доимо ўртада бўлмасдан у ёки бу тарафга ўтган холда ҳам учрайди.

Пешона суяги бўшлиғини калла бўшлиғи ва кўз косаси билан яқинлиги туфайли айрим холларда унинг яллигланишида инфекция бош мияга ва кўз косасига ўтиш ҳолатлари кузатилади. Пешона суяги бўшлиғининг чиқарув тешиги пастки қисмида жойлашганлиги учун бўшлиқда пайдо бўлган суюқлик бурун бўшлиғига юқори жағ суяги бўшлиғига нисбатан анча осон чиқиб туради.

Ғалвирсимон суяк бўшлиғи (sinus ethmoidales). Ғалвирсимон суякни бўшлиқлари бир нечта майда катакчаларидан (ари уясига ўхшаша) ташкил топган бўлиб, пешона ва асосий суяк бўшлиқлари орасида жойлашган. **Ташқи** деворини кўз косасини қоғозсимон пайрахаси ташкил қилади, **ички** девори эса бурун бўшлиғининг ташқи деворига тўғри келади. **Юқоридан** пешона суяги бўшлиғи ва қисман бош мияни олдинги чуқурчаси билан чегараланади. Ғалвирсимон суяк катаклари сони ўрта ҳисобда 8-10та, ҳажми ва жойлашиши турли вариантларда бўлади. Асосий вариантлардан бири ғалвирсимон суяк катакчалари кўз косасининг медиал деворни юқори, олдинги ёки орқа бўлимларига қўшилиб кетиши мумкин, бундай холда улар калла суягини олдинги чуқури билан ҳар хил масофада чегараланади. Жойлашишига қараб ғалвирсимон суяк катакчалари олдинги, ўрта ва орқа гуруҳларга бўлинади. Олдинги ва ўрта гуруҳ катакчалари ўрта бурун йўлига, орқа гуруҳлари эса юқори бурун йўлига очилади. Ғалвирсимон суяк катакчалари бош мия чуқурчаларига яқин жойлашганлиги учун ҳам, бурун ичида ўтказилаётган жаррохлик муолижаларида бу ҳолатни ҳисобга олиш керак, акс холда жароҳат туфайли инфекция бурун бўшлиғидан бош мияга ўтиш мумкин.

Асосий суяк бўшлиғи асосий суяк танасида жойлашган. Бўшлиқни **юқори девори** ўрта мия чуқурчаси билан чегараланади ва бу девори анатомик-турк эгари, кўз нерви, гипофиз ва бош мияни пешона соҳасини бир қисми, ҳамда хид билиш маркази билан чегараланади. **Ён девори** уйқу атерияси ва ғовак вена билан чегараланади. **Бўшлиқни пастки девори** бурун ва бурун халқум бўшлиқлари билан чегараланади. Бўшлиқни катталиги ва шакли турлича бўлади, айрим холларда ғалвирсимон суяк катакчаларини орқа гуруҳлари билан қўшилиб кетган ҳолатда ҳам учрайди. Асосий суяк бўшлиғини ўртасидаги суяк тўсиғи уларни тенг икки

қисмга бўлади ва ҳар бир бўшлиқни олдинги деворида юқори бурун йўлига чиққан ўз тешиклари мавжуд.

Бўшлиқ деворининг юпқалиги ва ҳаётӣ зарур аъзоларга яқин жойлашганлиги сабабли, кўп ҳолларда яллиғланиш жараёни бўшлиқдан кўшни аъзоларга ва миё тез тарқалади.

Буруннинг бўшлиғини шиллиқ қаватини тузилиши. Шиллиқ қаватларни тузилишини ўзига ҳослиги ва бурни фаолиятида муҳим ўрин эгалаганлиги учун ҳам уни тузилишига алоҳида эътибор қаратилади. Шиллиқ қават суяк ва тоғай усти қаватларига зич ёпишган бўлади, шунинг учун бу жойларда бурмалар ҳосил бўлмайди. Буруннинг юқори хид билиш қисмида ва бурун ёндош бўшлиқларида шиллиқ қаватлар юпқа бўлади. Ўрта ва пастки бурун йўлларида каверноз тўқималар ҳисобига бироз қалинроқ тузилишга эга. Шиллиқ қават нафас олиш қисмида кўп қаторли цилиндрик хилпилловчи эпителий билан қопланган, бироқ эпителий қаватлари сони ҳам, хилпилловчи эпителийлар миқдори ҳамма жойларда бир хилда тарқалмаган. Бурун тубидан бошланиб, пастки бурун чиғаноғи ва медиал деворни шу соҳаларида эпителийлар қаторлари ва уларни сони юқори қисмларга қараганда анча кўп ва қалинроқдир. Янги туғилган чақалоқларда ва кичик ёшдаги болаларда хилпилловчи эпителийлар шакилланиши ҳамда уларни ҳаракати унча яхши ривожланмаган бўлади, шунинг учун ҳам таўш муҳитни салбий таъсири ёки енгил яллиғланиш жараёни пайдо бўлиши билан эпителийларни ҳаракати пасаяди ва тез ва осон фалажланиб қолади. Бу эса касалликни узоқ ва оғирроқ кечишига олиб келади.

Бурун шиллиқ қавати юзасидаги хилпилловчи эпителийлар туфайли ва шиллиқ қават юзасидаги шилимшиқ суюқлик мавжудлиги ҳисобига бошқа ёт жисмлар ушланиб қолинади ва қисман эпителийларни ҳаракати ҳисобига ташқарига чиқариб турилади. Бу ҳаракатни доимийлиги бурун бўшлиғидаги РН миқдорини ўзгаришига боғлиқ бўлади. Бу мутадилик 7-7,2 РН га тенг, мутадиликни у ёки бу томонга ўзгариши билан эпителий ҳаракати ҳам ўзгаради. Хилпилловчи эпителий узунлиги 5- 7 мм гача бўлади, ҳаракат тезлиги эса минутига 250 атрофидаги тебранишдан иборат. Хилпилловчи эпителийни ҳаракати туфайли шилимшиқ суюқликни ҳаракати амалга ошади, унинг тезлиги минутига 5-20 мм га тенг, бу ҳаракат бурун бўшлиғини ҳар хил қисмларида турлича, ҳаракат тезлиги бурун бўшлиғини орқа қисмига яқинлашган сари ортиб боради.

Микроскопик кесмаларда шиллиқ қават мукоз ва субмукоз юмшоқ бириктирувчи тўқималардан ташкил топган, юқори қисмларида эса шиллиқ ва сероз безлари мавжуд. Уларнинг миқдори пастки бурун чиғаноқларида кўп.

Нафас олиш қисмини шиллиқ қавати учун эса муҳим бўлган ҳолат бу бирикма-ғовак тўқимани мавжудлигидир. Ғовак тўқима юзаки ва чуқур жойлашган қон билан тўлиб турган бўшлиқлардан иборат бўлиб, эпителиал қаватлар орасида кенг венасимон тўр шаклида жойлашган. Ушбу бўшлиқлар деворларидаги мушаклар ясси тузилишга эга бўлганлиги сабабли улар ўз шаклини ва ҳажмини осон ҳамда тез ўзгартиради, яъний мушаклар қисқарганда тўқималардаги қон сиқиб чиқарилади ёки мушаклар тонуси бўшашганда қон босимининг пасайиши туфайли бўшлиқ кенгая бошлайди ва яна қон билан тўлади. Ғовак бўшлиқлар қон билан тўлиш натижасида, шиллиқ қават ва чиғаноқлар бир неча маротаба

катталашади ва бурун йўллари тўсиб қўяди, натижада бурундан хаво ўтиши қийинлашади.

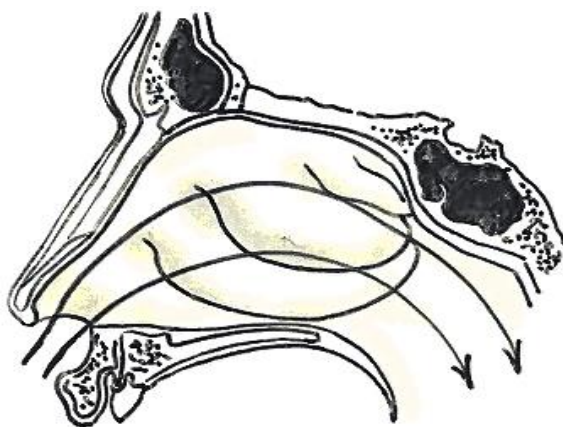
БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИ КЛИНИК ФИЗИОЛОГИЯСИ

Бурунни инсон ҳаёти учун муҳим бўлган фаолиятлари: нафас олиш, химоя, хид билиш, сўзни шакиллантириш, мимик, кўз ёшини ўтказиш ва юзни косметик тўлдиришдан иборат.

Бурунни нафас олиш фаолияти – Инсон дунёга келган биринчи сониялардан бошлаб бурундан нафас олади. Шу нафас орқали эса танани кислородга бўлган талабини тўлиқ қондиради. Бурундан нафас олиш нормал нафас ҳисобланади. Бир маротаба олинган нафасда бурун орқали 500 куб см. хаво олинади ва шунча хаво қайтиб чиқарилади. Катта ёшдаги одамлар бир минутда ўртача 16-20 маротаба (янги туғилган чақалоқлар 43-45 маротаба) нафас олади ва ўртача 8-10 литр хаво ўтади. Жисмоний зўриқишда, югуришда айрим психологик ҳолатларда бурундан олинган хаво етарли бўлмаганлигида нафас аралаш ҳам бурундан, ҳам оғиз орқали амалга ошади.

Нафасни мақдори, уни юзаки ёки чуқурлиги биринчидан рефлексор бошқарилади. Бу бошқарилиш икки томонлама амалга ошади - **биринчидан**, ўпкани ҳаракати келиши ҳисобига, адашган нервни қўзғалади, ундан қўзғалиш бош мияни нафас марказига ўтиши ҳисобига нафас олиш бошқарилади, **иккинчидан** эса гуморал, яъний қондаги СО миқдорин ошиб кетиши натижасида нафас марказини қўзғалиши орқали бошқарилади.

Бурун тешигидан кирган хаво тепага йўналиб, ўрта бурун йўлига ўтади ва халқумни юқори қисмига боргунча ёйсимон ҳаракатни ташкил қилади, бундай йўналишда хаво қисман пастки ва ўрта бурун чиғаноғи, ҳамда бурун бўшлиғини медиал деворини ўрта қисмини қамраб ўтади.



Расм 11. Бурун бўшлиғида хавони йўналиши.

Бурун шиллик қавати қон билан бой таъминланганлиги ҳамда ғоваксимон тўқима мавжудлиги туфайли ўтаётган хаво оқими шиллик қават юзасига урилиб тез илийди. Нафас олишда бурундан кираётган хаво оқимига бурун олди бўшлиғидаги илиган ва етарли намланган хаволар чиқиб, бурун йўлидаги хаво оқимига қўшилади, натижада хаво оқими яна қўшимча илийди ва намланади. Бу хаво оқими бурундан бурун-халқум орқали пастки нафас йўлига ўтади, нафас чиқаришда эса қайтаётган хаво оқимини бир қисми бурун олди бўшлиқларига қайта киради. Нафас олиб чиқаришни шундай физиологик фаолияти бузилиб, оғиздан нафас олинганда, организмга кираётган кислород миқдори озаяди, қон айланиш тизими издан чиқади ва танани мослашиш фаолияти пасаяди, натижада инон танасида турли патологик ҳолатлар пайдо бўлади. Бундай ҳолат айниқса болаларда кескин намоён бўлади. Ўтаётган хавони ҳаракат йўналиши бурун қанотлари, чиғаноқлари ва медиал деворни ҳолатига боғлиқ бўлади.

Бурунни химоя фаолиятин (тозалаш фаолияти) - бурун бўшлиғи турли эгри йўللاردан ташкил топганлиги учун, кираётган хаво оқими тўғридан-тўғри бурун халқумга ўтишдан аввал шиллик қаватларга, чиғаноқларга тўлиқ тегиб ўтади. Шунинг учун ҳам хаво оқими билан кираётган турли йирик чанг ва ғуборларни бир қисми аввало кириш қисмидаги туклар орқали ушланиб қолинади. Бундан ташқари майда зарралар ва микробларни 40-60% шиллик қават юзасидаги шилимшиқ ажралма орқали ушланиб қолинади. Микроблар эса бурундаги шилимшиқ ажралма таркибида бўлган лизоцим, муцин ва инбихин таъсирида зарарсизлантирилади. Бурун йўлларида тўпланиб қолган турли чанглар шиллик қаватни бир минутда 250 маротаба тўлқинсимон ҳаракат қиладиган хилпиловчи эпителийси ҳисобига бурун-халқумга ўтади, ундан пастга тушиб қисмани сўлак билан бирга ютилиб кетади, қолгани эса тупуриб ташланади. Кўпроқ тўпланиб қолган чанг ва микроблар рефлексор чучкириш чакириш ҳисобига акс урилганда ташқарига чиқиб кетади.

Олинаётган хаво оқими ўткир хидли, захарли чиқиндилар билан ифлосланган бўлса, бурунни кириш қисми ва бурун йўллари дархол рефлексор тораяди, нафас секинлашади ва юзаки бўлиб қолади. Айрим ҳолларда ўткир захарли моддалар бурунга тушганда, нафақат бурун йўллари хаттоки рефлексор хиқилдоқ қисилиб, нафас тўхтаб ҳам қолади. Юқоридаги ҳолатлар бурунни химоя фаолиятини бир кўринишидир. Химоя фаолиятини бошқа кўринишлари чучкириш, рефлексор кўздан ёш оқиш, бурундан шилимшиқ ажралишини кучайиши ҳисобланади.

Бурунни иситиш фаолияти - Бурунни химоя фаолиятидан бири ўтаётган хавони иситишдир. Бурундаги иссиқлик маънбаси, бурун бўшлиғидаги бой таъминланган қон томирлар ҳисобланади. Бурун бўшлиғидан ўтаётган хаво оқими бурун шиллик қавати юзасидаги ҳарорат ҳисобига исийди. Бурунга кираётган совуқ хавони таъсирида, пастки ва ўрта бурун чиғаноқларида жойлашган каверноз тўқима қон томирлари рефлексор кенгаяди ва қон билан тўлади, маҳаллий ҳарорат кўтарилади, натижада ўтаётган хавони исиши тезлашади. Бурун бўшлиғига кираётган хавони ҳарорати 20 С бўлган ҳолда бурун халқум қисмида 36 С га етади.

Бурунга кираётган хавони харорати қанча паст бўлса, бурун бўшлиғини истиш кучи шунча юқори бўлади.

Хавони намланиши – бурун йўлларида ўтаётган хаво оқими етарли даражада намланиши зарур. Бурундаги намликни миқдори доимо, қуйидаги манбалар ҳисобига тўлдирилади

–а) бурун бўшлиғини шиллик ва шиллик ости қаватида жойлашган безларни ишлаб чиқарган суюқлик ҳисобига

–б) базиляр мембрана орқали сизиб чиққан лимфа суюқлиги ҳисобига

–в) кўз ёши безини суюқликлари ҳисобига.

Ажралиб чиқаётган суюқликлар миқдори рефлектор бошқарилади. Ташқи мухитни таъсирига (механик, физик, кимёвий) биноан суюқлик ажралиши миқдори ўзгариб турилади (ташқи об-хаво қанчалик совуқ бўлса суюқлик ажралиши шунча юқори бўлади). Бир кеча-кундузда бурун бўшлиғига 500 куб см. суюқлик чиқади. Суюқликни асосий қисми (80%) ўтаётган хавони намлашга сарфланади, шунинг учун ҳам бурундан ўтаётган хавони намланиши 70-80% етади. Бундан ташқари бурун бўшлиғидаги суюқлик, шиллик қават юзасидаги хилпилловчи эпителийни бир маромда фаолият кўрсатишида, муҳим ўринни эгаллайди.

Хавони илиши, тозаланиши ва намланиши оғиз орқали нафас олганда бурундан олинганга қараганда анча паст бўлади.

Бурунни хид билиш фаолияти. Хид билиш жараёни инсонни ҳаётида муҳим ўринни эгаллайди. Бошқа сезги аъзолари қатори хид билиш фаолияти хеморецепторлар қаторига киради ва улар бир-бири билан ҳамма-ҳам бўлиқдир. Хид билиш жараёни хид тарқатувчи моддаларни молекулаларини, хид билиш хужайраларини кўзғатиши даражаси натижасида намоён бўлади. Бурун бўшлиғини хид билиш майдони 250 мм. квадрат ҳажимни эгаллайди. Бу майдонни шиллик қаватини ранги кўғир бўлиб, уч хил хужайралардан ташкил топган:

1) хид билиш хужайралари, марказида хид билиш невронлари билан

2) цилиндр шаклидаги таянч хужайралар

3) конус шаклидаги, марказида хид билиш туклари бор базал хужайралар.

Хид билиш хужайраларини туклари (невритлар) бирлашиб *fila olfaktorica* ҳосил қилади ва ғалвирсимон суяк тешиклари (*lamina cribrosa*) орқали бош миёга ўтиб тўпланиб, хид билиш пиёзчасини (*bulbus olfactorius*) ҳосил қилади. Хид билиш пиёзчасидан марказга йўналиб, хид билиш йўлини (*traktus olfactorius*) ташкил қилади. Бу йўл давом этиб хид билиш марказида *gyrus et uncus hippocampi* тугалланади.

Одатдаги хид билиш жараёни амалга ошириши учун қуйидаги шартлар амалга оширилиши керак:

биринчидан- хид билиш майдонига етарли даражада хид тарқатувчи моддаларни (газ, буғ, аэрозоль, тутун ва чанг) тушириши ва бу уларни диффуз йўли билан сўрилиши

иккинчидан- бурун бўшлиғида хаво оқимини доимо ҳаракати бўлиши .

Хид билиш майдонига тушган хид тарқатувчи моддалар хид билиш хужайралари томонидан ишлаб чиқарилган шилимшиқ модда таъсирида эрийди ва сўрилади, натижада шу хужайраларда бошланиб, то хид билиш марказигача бўлган майдонда кўзғатиш чақиради. Хидли моддалар таъсирида Кортиев аъзодаги

сезувчи пиёзчалардаги каби, хид билиш хужайралари таъсирланиши эпителиал катаклар орқали амалга ошади, натижда хид билиш жараёни амалга ошади.

Хид тарқатувчи моддалар таъсир кўрсатиши бўйича 3 хилга бўлинади

а) хид билиш нерв тизимига таъсир этувчи

б) хид билиш нерви ва учламчи асаб толасига таъсир этувчи

в) хид билиш нерви, учламчи нерв толасига ва таъм билувчи рецепторларга таъсир этувчилар.

Биринчи гурухга-валериан, лаванда, кофе, аччиқ бодом мойи, қалампирмўнчоқ киради

иккинчи гурухга- нашатир спирти, ацетон, метил спирт, туюлган аччиқ қалампир

учинчи гурухга- эса сирка кислотаси, йодформ ва бензоллар киради. Инсонни хид билиш фаолияти ва уни даражасини аниқлаш учун махсус хид тарқатувчи моддаларда иборат йиғма мавжуд.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини резанатор фаолияти- товушларни резанаторлиги (созланиши) бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари мавжудлиги хисобига тўлиқ амалга ошади. Хиқилдоқда хосил бўлган бирламчи товушлар юқорига (халқум, бурун соҳаси) кўтарилиб ҳаво билан тўлган бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида тегишли (созланиб, текисланиб) тембрга эга бўлади. Юқори товушлар кичик бурун олди бўшлиқларида (ғалвирсимон суяк катакчалари, асосий суяк бўшлиғи), паст товушлар эса катта бўшлиқларда (бурун бўшлиғи, юқори жағ ва пешона суяги бўшлиқларида) созланади. Товушлар тўғри тембрга (созланишга) эга бўлиши учун бурун йўллари ўта даражада кенг ёки тор бўлмаслиги зарур, агарда нафас йўлларида бирорта тўсиқлик (аденоид, бурун полипи, бурун чиғаноқларни каталашуви, сурункали яллиғланишлар) бўлса, бу ҳолда товушлар ўзгариб берк пинқилик (гнусавость) кузатилади. Пастдан юқорига кўтарилиб бурун халқумдан бурун бўшлиғига ўтаётган ҳаво оқими ҳеч қандай тўсиққа учрамаса, ўта даражада эркин ҳаракатда бўлса, аммо беморда пинқилик кузатилса бу ҳолат (кичик тил фалажлигида), очиқ пинқилик деб аталади.

Бурунни мимик фаолияти Ташқи бурун юз тузилишида ўзини мушакларини ҳаракатга келтириб, яъний бурун катакларини кенгайтириб ёки торайтириш, бурун учларини ҳаракатга келтириш орқали маълум бир қиёфани хосил қилинади. Айрим ҳолларда бурун мушакларини ҳаракатга келтирилиши бурнга ўткир хидлар таъсир этганда ҳам кузатилади.

Буруннинг рефлексор фаолияти – бурунни нафас олиш, хид билиш ва химоя фаолиятлари бурундаги рефлекслар билан боғлиқдир. Бурундаги рефлекслар ўз таъсир доирасига қараб, қуйидаги гурухларга бўлинади.

1. Таъсир доираси бошқа аъзоларга тегишли бўлган бурундаги рефлекслар.

2. Таъсир доираси бурунга тегишли бурун рефлекслари

3. Танани бошқа жойдаги, бурунга тегишли рефлекслар

Таъсир доираси бошқа аъзоларга тегишлиси, бу бурундан ўтаётган ҳаво оқими шиллиқ қаватларни қўғалишига ва бу қўзғалиш ўз ўрнида нафас олиш марказини қитиклаш хисобига, нафас жараёни бир маромда ушлаб турилади.

Таъсир доираси бурунга тегишли бурун рефлекслари. Бурун бўшлиғини шиллиқ қаватларини қитикланиши реффлектор чучкириш ва бурундан шилимшиқ ажралишига олиб келади.

Танани бошқа жойдаги,бурунга тегишли рефлекслар. Танани бирор жойига совуқни таъсир этиши натижасида, реффлектор бурунни битиб қолиши ва нафас олишни қийинлаши киради.

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш, уларни ташқи тузилишини **кўздан кечириш ва пайпаслашдан** бошланади.

Ташқи тузилишини кўришда бурунни ҳолатига,терисида кўзга ташланадига нуқсонларга,ташқи бурундаги турли қийшиқликлар, ўсмалар ва шишларни бор йўқлигига эътибор қаратилади. Пайпаслаб кўришда ташқи бурун, бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида оғриқ, ўсимта бор-йўқлиги ҳамда суякларни бутунлиги ҳолати аниқланади.



Расм 42. Юқори жағ суяги бўшлиғи соҳасини пайпаслаб кўриш

Ташқи текширишлар тугагандан сўнг бурунни риноскопия қилиб кўрилади, бунда олдинги, ўрта ва орқанги риноскопиялар амалга оширилади. Бурунни кириш қисмини бурун учини кўтариб кўриш орқали, бу жойни кенг ёки торлиги, терисини ҳолатига эътибор бериледи.

Олдинги риноскопия: Бурун ичини кўриш учун махсус бурунни кенгайтирувчи (бурун ойнаси) қўланилади, бу кенгайтиргичлар текширилувчини ёшига қараб турли хажмларда бўлади. Текширилувчини бурнига мос келадиган бурун кенгайтиргич чап қўлда ушлаб,учлари берк холда бурунни кириш қисимига

киритилади ва учлари енгил ҳаракат билан аста секин кенгайтирилади, муолижа текширилувчида ҳеч қандай ноҳушлик ва оғриқ чақирмаслик зарур, ўнг қўлни эса текширилувчини пешона соҳасига қўйиб, бошни муолижа ўтказишга ўнғай ҳолатга келтириб олади. Текширишда бурунни кириш қисми, шиллиқ қаватлари ҳамда пастки бурун чиганоқларини, бурун йўллари ҳолатига, рангига ва намлигига эътибор қаратилади. Текшириш тугалашда, бурунни кириш қисмидаги тукларни қисиб узиб олмаслик учун, бурун кенгайтиргич ярим ёпиқ ҳолда бурундан чиқарилади.



Раси 43. Риноскопия муолижаси

Ўрта риноскопияда текширилувчини боши бироз орқага қўтарилиб бурун кенгайтиргич анча ичкарига киритилиб текширилади, натижада олдинги риноскопияга қўшимча, яна ўрта бурун чиғаноғи, ўрта ва умумий бурун йўлларини ҳолати, бу жойлардаги ажралмалар, турли ўзгаришларга эътибор қаратилади.

Орқа риноскопия қилиш анча мураккаб бўлиб, бунда бурун-халқумни тўлиқ кўриш учун шпател ва бурун-халқум ойнаси ишлатилади. Муолижа вақтида текширилувчида рефлексор қайт қилиш кузатилмасликни олдини олиш учун халқумга 1-2% дикаин эритмаси суртилади. Текширишда бурун-халқумни шиллиқ қаватлари ҳолати, димоғ ва най безларини тузилиши, эшитув найини тешикларини, бурун чиғаноқларини орқа қисимларига эътибор қаратилади.



Расм 44. Орқа риноскопия муолижаси

Бурун бўшлиғини орқа томонларини, бурун-халқумни ҳамда бурун йўлларини тўлиқ кўриш учун ҳозирга пайтларда микроскопик ва эндоскопик текшириш усуллари қўлланилмоқда.

Шиллиқ қаватлар ва бурун чиғаноқларини қўшимча текшириш усулларида бири учи тўмтоқ зондлар орқали босиб кўриш усули мавжуд. Бундай текширишда шиллиқ қаватлар, бурун чиғаноқларини қаттиқ ёки юмшоқлиги, оғриқ бор йўқлиги ва бурун йўлларини охиригача очиклиги аниқланилади (бу текшириш усули асосан бурун йўлларини туғма атрезиясини аниқлашда қўлланилади).

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ҳолатини аниқлашда **рентгенологик** текшириш катта аҳамият касб этади. Бундай текширишларга флюорография, оддий рентгенография, рентгенконтраст усуллари киради. Бундан ташқари текширишни томография ва магнит-резонанс томография усуллари ҳам охириги йиллари кенг қўлланилмоқд.

Диафоноскопия усулида асосан юқори жағ ва пешона суяги бўшлиқлари ҳолати текширилади, бўшлиқлар орқали ўтаётган ёруғликни ҳолатига қараб улар ҳақида маълумот олинади. Текшириш қоронғилаштирилган ҳонада амалга оширилади. Бунда диафоноскопни чироғини ёндирилган ҳолда оғизга кириталади, агарда бўшлиқларни бирортасида яллиғланиш жараёни кузатилса, ўша тарафда ёруғлик нуруни ўтишини пасайиши кузатилади, айрим ҳолларда бўшлиқдаги суюқлик сатҳини ҳам тўлиқ аниқлаш мумкин.

Бурун ёндош бўшлиқларини ҳолати ҳақида тўлиқ маълумот олиш учун энг мукамал текшириш усулларида бири бу бўшлиқларни **пунция қилиш ёки зондлашдир**. Бўшлиқларни пунция қилиш ёки зондлаш учун бурун шиллиқ қаватларига маҳаллий оғриқсизлантириш учун 2-4% дикаин ёки кокаин эритмалари суртилади. Юқори жағ суяги бўшлиғини пастки бурун йўлидан Куликов игнаси орқали пунция қилинади ва ювилади. Пешона суяги бўшлиғи ўрта бурун йўлидан, ўзини таъбий йўли орқали Риттер ёки Устьянов зондлари

киритилиб текширилиб ювилади. Бундан ташқари пешона суяги бўшлиғи трепанация қилинади ёки Ю.Устьянов томонидан таклиф қилинган усул орқали ташқаридан бўшлиқни олдинги девори орқали пункция (трепанопункция) қилинади. Асосий суяк бўшлиғи махсус зондни ўзини олдинги тешиги орқали киритиш усули билан текширилади. Галвирсимон суяк бўшлиқлари Д.И.Тарасов ва Г.З.Пискунов томонидан таклиф қилинган махсус игна ва усул билан пункция қилинади.

Бўшлиқларни ювилгандан сўнг ажраб чиққан суюқликни таркибига қараб ҳар бир бўшлиқни ҳолатига баҳо берилади.

Бурунни нафас олиш фаолиятини текшириш, бунинг учун Воячек, Цваардемакер усуллари, риноанемометр Ундриц, риноманометр Гольтштейн ва ринопневмометр Л.Б.Дайняк-Мельниковалар томонидан таклиф қилинган асбоблари орқали амалга оширилади. Текширишни энг осон ва қулай тури ип толаси (Воячек усули) ёки пахта толаси (Преображенский усули) бурун тешикларига навбатми-навбат яқинлаштирилади (иккинчи бурун тешиги эса беркитилади), нафас олиб чиқаришдаги ҳаракати кузатилади. Ип ёки пахта толасини ҳаракатига қараб нафас фаолиятига баҳо берилади. Бу усулни камчилиги нафас олиш ҳақида тўлиқ маълумот берилмайди. Нафас олиш фаолиятини текширишни қолган усулларида яна бири Н.Цвардемакер усули ҳисобланиб, бу усулни асосида бурундан чиқарилаётган ҳаво оқимида ойна яқинлаштирилади, шу ойна юзасида бурундан чиқаётган ҳаво таъсирида буғли доғ ҳосил бўлиш “нафас доғи” ҳажмига асосланиб нафас олиш фаолиятига баҳо берилади.

Нафас олиш фаолиятини текшириш учун юқорида келтирилган усуллардан ташқари турли асбоблар аэродрометр Цваардемакер, риноанемометр Ундриц, риноманометр Гольштейн ва ринрпневмометр Дайняк-Мельникова ишлатилади, аммо бу асбобларни ишлатиш анча мушкул, бунинг учун қўшимча асбоб ва анжомлар зарур. Бундай асбобларни ишлатишни ижобий томони, улар нафас олиш фаолияти тўғрисида тўлиқ маълумот олишга имкон беради. Бу усулларни фақат илмий фаолият бажаришда аҳамияти катта.

Бурунни хид билиш фаолиятини текшириш : Бу фаолиятни аниқлаш анча мураккаб ҳисобланади чунки бир вақтда ҳам хид билишни сифатини (одориметрия) ҳам хид билиш миқдорини аниқланади. Хид билишни сифатини ўрганилганда хид тарқатувчи моддаларни билиш ва уларни бир-биридан ажратишдан иборат. Миқдорини аниқлашда эса хид тарқатувчи моддани дастлабки сезиш поғонасини, хидларга мослашиш ва хид сезишни қайта тикланиш босқичларни аниқланади. Хид тарқатувчи моддалар уч турга бўлинади:

- 1) фақат хид тарқатувчи
- 2) хид тарқатувчи ва сезги билдирувчи
- 3) хид тарқатувчи ва таъм билдирувчи

Биринчи гуруҳ моддалар *n. olfactorius*ни қитиклайди, иккинчи гуруҳ моддалар *n. olfactorius* ва *n. triqeminus*ни қитиклайди ва учинчи гуруҳ моддалар эса *n. olfactorus* ва *n. qlossopharyngeus*ни қитиклайди. Хид билиш фаолиятини аниқлаш учун турли хидларга эга бўлган моддалар (валерианка эритмаси, нашатир спирт, этил спирт ва ацетон) ишлатилади. Текшириш учун хид тарқатувчи моддалар бурунга 1 см яқин масофага келтирилиб, иккинчи бурун тешиги

беркитилган холда хидлаш таклиф қилинади. Текшириш вақтида ҳақиқий маълумот олиш учун хид тарқатувчи модани, текшириш ўтказилаётган муҳитни ҳарорати, тана ҳароратига яқин бўлиши шарт. Шундай усул билан бурунни иккинчи томони ҳам текширилади.

Хид билишни миқдорини аниқлаш эса ольфактометр асбоби орқали амалга оширилади. Амалиётда қўллаш учун энг қулай усул бу Ю.С.Коган ва Ф.М.Шлейфман (1955) томонидан таклиф қилинган усул афзалдир. Бунинг учун валериан (спиртли эритмаси) ва сирка кислотаси ишлатилади. Бу моддаларни қуйдагича суюлтирилади 0,8. 0,4. 0,2. 0,1. 0,05. 0,025. 0,0125. 0,0062. Текширишни энг паст суюлтирилган миқдоридан бошланиб, юқори даражада суюлтирилган миқдорига қараб текширишни бошлайди. Хидни дастлабки аниқланган миқдори теширилувчи учун хид билиш бўсағаси ҳисобланадин

Бурун шиллиқ қаватини хилпиловчи эпителийсини транспорт (ҳаракат) фаолиятини аниқлаш: Бунинг учун бурунни пастки чиғаноғини олдинги қисмига сепилган кўмир кукунини орқа қисмигача етиб бориш учун кетган ҳаракат вақтини аниқлаш орқали амалга оширилади. Пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмига бурун зонди орқали кўмир кукуни текизилади, текширилувчига одатдаги нафас олишни ва бурунни тозаламаслик таклиф этилади. Кўмир кукунини ҳалқумни орқа деворида пайдо бўлгунча кетган вақт билан белгиланида. Одатда бу вақт 13,0-13,5 мин. ташкил этади. Бундан ташқари бу фаолиятини аниқлаш учун турли муалифлар томонида бир қанча усуллар (Г.В.Лавреновани қандли усули, Б.И.Псахис 1960, Ю.С.Василенко 1964), таклиф қилинган.

Бурунни шиллиқ қаватини сўриб олиш фаолиятини аниқлаш: Бу фаолиятни аниқлаш учун 0,1% атропин эритмаси шимдирилган докали пиликча 10 дақиқага пастки бурун чиғаноғига қўйилади ва ҳар 5 дақиқада томир уришни текшириб турилади. Сўрилганлик белгиси томир уришни ўзгаришини аниқлаш орқали амалга оширилади. Одатда бу кўрсаткич ўртача 35-40 мин. ташкил этади.

Бурун бўшлиғи шиллиқ қаватини калорифер фаолияти бурун шиллиқ қаватларини ҳароратини электр термометр орқали ўлчаш билан амалга оширилади. Бунинг учун ҳароратни ўлчайдиган махсус электротермометр ТПЭМ-1 қўлланилади. Электротермометрни кўрсаткичлари пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмига қўйилади. Соғлом одамларда бурун бўшлиғини ҳарорати 34 – 34,5 С атрофида бўлади. Охириги вақтларда бу мақсадларда реография усули кенг қўлланилмоқда.

Шиллиқ қаватни ажратиш (секретор) фаолияти - текширишдан мақсад шиллиқ ости безларини шилимшиқ ишлаб чиқариш фаолиятини аниқлашдан иборатдир. Бунинг учун бурун бўшлиғига 1 дақиқага докали пиликни киритилади ва шу вақт давомида сўрилган шилимшиқни миқдорини ўлчаш орқали аниқланади. Докали пилик бурунга киритишдан аввал ва сўнгра тортилади. Бундан ташқари бурунни бу фаолиятини аниқлаш учун Ф.В.Семёнов томонидан махсус филтр қоғозлари қўллашни таклиф қилинган.

Цитологик текшириш: Бунда бурун бўшлиғидаги шилимшиқ ажралмадаги хужайралар таркибини аниқланади ва шу орқали уни морфологик фаолияти

баҳоланади. Бунинг учун махсус ойначалар бурун бўшлиғига киритилиб бурун чиғаноғига текизиш орқали суртма олиниб, бўялиб микроскоп остида текширилади. Бундай текширишда эпителийларни ажралиш миқдори, уларни дегенератив ҳолати ва метаплазия ҳолатлари, лейкоцитларни тўпланиш миқдорларига қараб бурундаги ўзгаришларга баҳо берилади.

Бурун бўшлиғини шиллиқ қаватини РН миқдорини аниқлаш. Бунинг учун махсус лакмус қоғозини бурунга киритилади, бурун бўшлиғидаги ажралмани РН миқдорига қараб лакмус қоғозни ранги ўзгаради, шу ўзгаришга биноан белгиланади. Соғлом одамларда бурун бўшлиғини РН миқдори 6,9-7,6 атрофида бўлади. Юқорида келтирилган текшириш усуллари амалий ахамиятдан кўра кўпроқ илмий текширишларда кенг фойдаланилади, шунинг учун ҳам улар ҳақидаги тўлиқ маълумот керакли манбаларда кенгроқ келтирилган.

ТАШҚИ БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

БУРУННИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Бурунни туғма нуқсонлари инсонни эмбрионал ривожланиш вақтида турли салбий таъсир натижасида бузилиши ҳисобига пайдо бўлади. Бундай сабабларидан ирсий камчиликлар наслдан – наслга берилиши ёки ташқи муҳитни салбий таъсири (турли физик ва кимёвий таъсирлар, спиртли ичимликлар ичиш, гиёҳвандлик моддалар қабул қилиш) натижаларида пайдо бўлади.

Туғма нуқсонларни қуйдаги турлари тафовут қилинади

1. Бурун аъзоларини тўлиқ ёки умуман ривожланмай қолиши
2. Бурун аъзоларини керагидан ортиқ ривожланиши
3. Бурун аъзоларини юзни бошқа жойларда ўрнашиб қолиши

Туғма нуқсонларни қуйидаги кўринишлари учрайди:

Иккита бурун

Бурунни ўртасидан тенг иккига ажралиши

Ташқи бурунни бир ёки иккита хартумга ўхшаб ривожланиши

Ташқи бурунни умуман бўлмаслиги

Ташқи бурунда оқма яра ёки киста бўлиши

Бурун чиғаноқларини нуқсонлари

Бурун йўллариини тўлиқ ёки қисман атрезияси

Юқорида келтирилган нуқсонлар ташқи кўришда аниқланилади. Фақат бурун йўллариини атрезиясида қўшимча риноскопия қилиниб, зонд юбориб ёки турли рангли эритмалар томизилиб бурун-халқумга ўтишини аниқлаш орқали билинади.

Даволаш бурунни туғма нуқсонлари фақат жаррохлик усул билан даволанади, муолижани эрта амалга ошириш керак. Нуқсонларни ҳолатига қараб бир неча босқичда косметик жаррохлиги ўтказилади. Нуқсонларни ичида анча енгил бартараф қилинадигани бу бурунни оқма яраси, кистаси ва бурун йўллари атрезиясидир.

Бурун йўллари тўғма атрезияси

Касалликни келиб чиқиши эмбрионал ривожланишда пайдо бўлган нуқсонлар қаторига киради. Бурун йўллари юмшок тўқималар (шиллик қават) ёки суяк тўқимасини ҳисобига тўлиқ ёки қисман берк бўлиши мумкин. Атрезиялар бир ёки икки томонлама бўлади, агар янги туғилган чақалоқларда икки томонлама тўлиқ атрезия бўлса, гўдаклар асфиксия ҳисобига узоқ яшай олмайди ва тезда ўлимга олиб келади, шунинг учун ҳам нуқсон аниқлангандан сўнг дарҳол жаррохлик муолижалари ўтказилиши ва бурун йўллари тўлиқ шакиллантириш шарт. Касалликни пайдо бўлиши сабаблари юқорида кўрсатиб ўтилгандек туғма (ирсий) ва ортирилган (жароҳат туфайли ёки бурунда ўтказилган турли жаррохликлардан сўнг) бўлади.

Касалликни белгилари агар бурун берклиги қисман бўлса деярли ҳеч қандай белгилар намоён бўлмайди. Бурун йўллари бир томони ёки иккала томони тўлиқ тўсилган бўлса, беморлар бурундан нафас олишни қийинлиги ёки батамом бўлмаслиги, овозни бузилиб пингиллаб қолиши, бурундан шилимшиқ ажралиши ва бош оғриғига шикоят қиладилар. Бундай беморларда оғиздан нафас олиш ҳисобига қўшни аъзоларда қўшимча касалликлар (тубоотит, ларингит ва бронхит) ривожланади.

Риноскопияда бурун йўлларида кўп миқдорда шилимшиқ ажралма бўлади, хавони ўтиши умуман бўлмайди ва текширилганда бурун йўллари тўлиқ берклиги кўринади.

Ташхис- бурун йўлларига зонд юбориш билан ёки турли рангли эритмалар томизиб, бурун ҳалқумга ўтишини текшириш билан аниқланади. Агар атрезия бурун бўшлиғини орқа тарафида бўлса, бурун-ҳалқумни бармоқ билан пайпаслаб аниқланади.

Даволаш- Даволаш муолижаларини эрта бошлаб, бурун йўллари троакар билан очилади ва яна қайтадан беркилиб қолмаслик учун узоқ муддатга резинали дренаж қўйилади. Муолижадан сўнг иккиламчи яллиғланишни олдини олиш учун бурун йўлларига антибиотикларни эритмалари томизилади ёки малҳамлар суртилиб турилади.

Бурунни туғма нуқсонларини енгил кўринишларига бурундаги оқма яра, ташқи бурун қийшиқлиги ва бурунни эгарсимон чўкши киради. Нуқсонларни бундай кўринишлари фақат жаррохлик усули билан даволанади.

БУРУН ЧИПҚОНИ (*Furunculus nasi*)

Бурун чипқони – этиологияси, бурунга кириш қисмидаги тук қопчалари ва ёғ безларини ўткир яллиғланишидир.

Касалликни келтириб чиқарувчи омиллар – маҳаллий ва умумий химоя воситасини турли микробларга нисбатан пасайиши, танани бошқа турли қўшимча касалликлар (қандли диабет, модда алмашинувини бузилиши, витаминларни етишмовчилиги ва танани шамоллаши) тук қопчаларини жароҳатлаш натижасида инфекцияни тушиши, бурун чипқонини келиб чиқишидаги асосий ўринни эгаллайди. Айрим ҳолларда бурундан ташқари танани бошқа жойларида ҳам фурункуллар пайдо бўлади, бу ҳолатни фурункулез дейилади. Икки ва ундан кўп фурункуллар бирлашса карбонкул деб юритилади.

Патогенези-яллиғланиш натижасида аввал тук қопчалари ва ёғ безлари атрофидаги майда қон томирларни тромби ҳосил бўлади, бу ҳолат эса жойларда инфилтрат пайдо бўлишига олиб келади, кейинчалик яллиғланиш жараёни катталашади ва веноз қон томирлар орқали тромбларни ғовак венага ўтиши, ундан бош мияга ўтишига ва умумий септик ҳолати келиб чиқиши хафи туғилади.

Беморни шикоятлари асосан бурунда оғриқ, бош оғриғи, тана ҳароратини кўтарилиши ва умумий аҳволи ёмонлашувига бўлади.

Риноскопия: касалликни бошланишида тук қопчаларида кичик инфилтрат пайдо бўлади, 3-4 кун ўтгач пирамида шаклидаги инфилтрат катталашиб ўртасида ок-сарғиш рангда йиринг пайдо бўлади. Кейинчалик чипқон ўртасидаги йиринг ўзаги ажралиб чиқандан сўнг, ўрнидан қон аралаш йиринг оқади. Йиринг ажралиши бошланиши билан яллиғланиш жараёни пасайиб, тана ҳарорати мўтадиллашади ва беморни аҳволи яхшиланади. Агар касаллик асоратланса, бир қанча инфилтратлар бирлашиб чипқон катталашади ва карбонкулга айланади. Касалликни бундай асоратланишида тана ҳарорати анча юқорига (40-41 С гача) кўтарилади, беморни аҳволи оғирлашади, лимфатик тугунлар катталашади ва оғриқли бўлади. Аста-секин бурун билан бирга юзни юмшоқ тўқималарига шишлар тарқалади. Қонда лейкоцитлар миқдори ортади, СОЭ тезлашади. Яллиғланиш жараёни кучайиб бориши ҳисобига терини қизариши ва шиши нафақат бурун соҳасида, балким лабларга, лунжга ҳаттоки қовоқларга ҳам тарқалади. Юз веноз томирларини флебити пайдо бўлади. Касалликни кенг тарқалиб асоратланишга яна бир сабаб, кўпинча беморлар дастлаб пайдо бўлган чипқонни сиқиб ташлашга ҳаракат қилади, бу ҳолат тромбларни веноз қон томирлари орқали кенг тарқалишига олиб келади.

Касалликни асоратланиб оғир кечишида беморлар дарҳол ётқизилади қон ва сийдикни тўлиқ текширилади, қондаги қанд миқдори аниқланади, иккиламчи асоратларни аниқлаш мақсадида беморни асаб ва кўз касалликлари мутахассисларини кўригидан ўтказилади.

Даволаш: Даволаш жараёни беморни аҳволига ва касалликни оғирлигига боғлиқ бўлади. Касалликни енгил кечишида беморлар қатнаб даволанади, ичиш учун антибиотиклар, сульфаниламидлар, витаминлар тавсия қилинади, чипқон спиртли эритмалар билан артилади, маҳаллий физиотерапевтик муолижалардан УВЧ ҳамда кварц тавсия қилинади. Чипқон етилгунча турли малҳамлар (ихтиол, Вишневский ва сарик симоб малҳамлари, левомикол) билан боғлов қилинади.

Чипқон ёрилгандан сўнг, чипқон ўртасидаги йирингли ўзаг олиб ташланади ва яра ажралаётган йирингдан тозалаб, гипертоник эритма билан докали пилик қўйилади.

Касаллик оғирлашиб яллиғланиш жараёни катталашиб асоратланганда томирларда ҳосил бўлган тромблар, қон томирлар орқали тарқалиб септик ҳолатни олдини олиш учун, вақтинча физиотерапевтик муолижалар тўхтатилади. Антибиотикларни кенг доирада таъсир этувчи турларини (макролид, фторхинолон қатори антибиотиклар) томир ичига (кефзол, цепорин) юборилади, интоксикацияни олдини олиш учун гемодез, эфлоран, 20% глюкоза эритмаси қўйилади, антигистамин ҳамда қонни ивишини пасайтирувчи моддалар (гепарин) қўлланилади. Қайталанувчи фурункулларда иммуномодуляторлар ва схема бўйича аутогемотерапия ўтказилади. Антигистамин ва ҳароратни пасайтирувчи дорилар касалликни клиник кечишига асосланган ҳолда қўлланилади.

Умумий химоя қувватни ошириш учун стафилококкли гамма-глобулин ва антистафилококкли плазма ишлатилади. Айрим оғир ҳолатларда жараён юз соҳаларига тарқалиб кетганда, тўпланган йирингни чиқариш учун юз соҳаси бир неча жойдан кесилади ва резинали дренажлар қўйилади. Бурун чипқонларида жаррохлик билан очиб тозалаш муолижасига айрим ЛОР врачлар қарши, аммо бизни узоқ йилги тажрибамиз шуни кўсатдики, йирингли жараён тўпланиб қолганда дарҳол кесиб очиб тозалаш яхши натижа беради. Жаррохликни бебаҳо қонунларида бири- **Ubi pus, ubi evacuba**- яъний қаерда йиринг, бу жойни кесиб тозала дейилган.

Бурун ёлини (Рожа -erysipelas)

Ёлин – қадимда греция халқ тилида мўтабар Антоний олови деб юритилган. Касаллик ўткир юқумли аллергияк яллиғланиш ҳисобланиб, асосан тери, териости тўқималари ва юзаки лимфатик тизимни қамраб олиш билан кечувчи касалликдир. Чакирувчиси гемолитик стрептокок А гуруҳлари ҳисобланади. Касаллик патогенезида, тери қатламини бутунлиги бузилиши натижасида микрофлорани кириши ёки бошқа йирингли жараёндан қон орқали ўтиши мумкин. Стрептококни ва уни токсинини таъсирида терида ўткир сероз-геморагик яллиғланиш лимфонгаит, артерит ва флебит билан давом этади.

Касалликни клиникаси, бошланиши ўткир, тана ҳароратини 39-40 С га кўтарилиши, қалтириш, умумий қувватсизлик, ланжлик, кўнгил айнаиб қайт қилиш, бўғимларда оғриқлар билан кечади. Касалликни биринчи кунларида бурун териси қизариб шишади, ушлаб кўрилганда оғриқли бўлади. Лимфатик безлар катталашади ва оғриқ зўрайиб кетади. Яллиғланиш симетрик бўлганлиги учун ҳам бурун ва юздаги яллиғланиш капалакни шаклини эслатади. Оғир ҳолларда бурун ва юз териларида майда сероз ва қонли суюқликлар билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Кейинчалик пуфакчалар катталашиб тешилади, суюқликлар ажралиб чиқади, ўрниларида ярачалар пайдо бўлади. Касалликни қизилча

касаллигидан, дерматитдан ва тизимли қизил волчанкадан қиёсий тасхишлаш лозим.

Даволаш пенциллин ва уни қаторидаги антибиотиклардан фойдаланилади, асосан пенциллин 2 млн.Т.Б. кунига 4-6 махал буюрилади, териға УФО ёки солюкс қўйилади, қолган даволар симптоматик олиб борилади.

Бурунни кириш қисми сикози (фолликулит)

Сикоз бурун бўшлиғини кириш қисмидаги тук қопчаларини чегараланган йирингли яллиғланишидир. Сикоз ёки фолликулитни асосан чақирувчиси стафилококклар ҳисобланади. Касаллик бурунни кириш қисмида турли жарохатлар туфайли инфекцияни бир неча тук қопчаларига тушиши натижасида пайдо бўлади. Бундан ташқари бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги йирингли жараёнлар ҳам касалликни ривожланишида алоҳида ўринни эгаллайди. Яллиғланиш жараёни бошланишида бир қанча тук қопчаларида йирингли нуқталар пайдо бўлади. Тукларни ушлаб тортилса некроз ҳисобига йирингли қопчалар билан бирга кўчиб чиқади. Яллиғланиш атрофидаги тери қизариб шишади.

Касалликни белгилари- Касаллик сурункали кечишга мойил бўлади ва тез-тез қайталиниб туради, дастлаб ягона фолликулитлар ҳосил бўлиши билан бошланади, кейинчалик яллиғланиш жараёни тарқалиб бошқа тук қопчаларини ҳам камраб олади. Бу жойлардаги тери қизариб шишади ва юзаси пуфакчалар билан қопланади. Айрим ҳолларда шишилар нафас йўллари қисман беркитиб нафас олишни қийинлаштиради. Пуфакчалар ёрилиб йирингли ажралма пайдо бўлади. Кейинчалик бу ажралмалар куриб қасмоқларни ҳосил қилади, қасмоқлар кўчирилса тагида терини сувли илжираган яраси кўринади. Беморларни бурун соҳасидаги оғриқ, терини қизариб шишиши ва қичишиш безовта қилади.

Риноскопияда- оғриқ бўлганлиги сабабли риноскопия ўтказиш анча мушкул бўлади. Бурунни кириш қисмидаги териси қизариб шишган, тук қопчалари йирингли ажралма билан қопланган бўлади.

Даволаш – Беморлар қатнаб даволанади, яллиғланган туклар ва йирингли қасмоқлар эҳтиётлик билан қисқичлар ёрдамида олинади, сўнгра тери спиртли эритма билан артилади ва синтомицин, левамиколь ёки оксикорт малхами билан боғлов қилинади. Физиотерапевтик муолижалардан УФ ёки УВЧ тавсия қилинади. Касаллик тез-тез қайталанганда бошқа йўлдош касалликларни бор – йўқлиги текширилади. Агар мавжуд йўлдош касалликлар бўлса ва уларни бартараф этилмаса ўтказилган даволардан етарли даражада наф бўлмайди.

Бурун экземаси (Eczema)

Асосан бурунни кириш қисмини терисини касаллиги ҳисобланиб, терида эритема ёки намланиб турувчи пуфакчалар ва қасмоқлар ҳосил бўлиши билан давом этадиган касалликдир. Касалликни келиб чиқишида бир вақтда таъсир этувчи икки хил омиллар асосий ўринни эгаллайди:

1).беморда аллергик касалликларга мойиллик

2).аллергик холатни келтириб чиқарувчи омилни бемор танасига доимий таъсир этиши.

Юқорида келтирилган омиллар беморларда модда алмашинувини бузилишига,махаллий ва умумий иммунологик химояни пасайишига ва организма доимий аллергик мухитни вужудга келтиради,натижада бурун ва бурун олди бўшлиқлари сохаларида турли йирингли касалликларни вужудга келтиради. Бундан ташқари касалликни келтириб чиқарувчи яна бир асосий омиллардан бурун ва бурун бўшлиғидаги турли ўткир ва сурункали яллиғланишлар хисобланади. Бу касалликларда бурундан чиқаётган йирингли ажралмаларни бурун терисига доимий ва узоқ таъсир этиши хисобига,бу жойларда экзематик яллиғланишлар келтириб чиқаради.

Касалликни белгилари - Касалликни клиник кечишида қуйидаги турлари тафовут қилинади:

а) хақиқий (идиопатик) тури, бошланиши ўткир,терини қизариши,шиши ва юзасида майда пуфакчалар ҳосил бўлиши,пуфакчалар ёрилиб доимо намлиниб турувчи,юзалари қуруқ қасмоқ билан қопланган яра кўринишда кечади.

б)микробли экзема,бу турида касаллик сурункалик яллиғланиш жойлари ўрнида ривожланади,тери юзасида йирик юмалоқ шаклдаги яллиғланиш ўчоғлари ҳосил бўлиши билан кечади.

в)касбга оид экзема,касалликни бу кўриниши асосан касбдаги салбий таъсирлар натижасида,терин очик юзасида экзема ўчоқлари пайдо бўлади.

Касалликнинг ўткир даврида аввал терида қизариш пайдо бўлади, сўнгра тери шишади,ёрилади ва пуфакчалар пайдо бўлади, жойларда терини кўчиши кузатилади. Шу босқичида беморларни бурунда қаттиқ оғриқ ва қичишиш безовта қилади. Пуфакчалар сероз суюқлик билан тўлган бўлиб, кейинчалик улар ёрилиб тиник суюқлик ажралади. Ёрилган пуфакчалар юзалари қайизғоқ каби кўчиб турувчи қасмоқ билан қопланади. Қасмоқ билан қопланган терида ёриқлар пайдо бўлади, кейинчалик бу ёриқлар орқали инфекция тушиши хисобига тери иккиламчи яллиғланиб, битиши қийин бўлган чуқур яралар ҳосил бўлади. Қасмоқлар пайдо бўлиши кучли қичишиш билан давом этади,беморлар қасмоқларни кўчиришга ҳаракат қилади,натижада теридаги яралар катталашади,атрофга тарқалади бу ҳолат беморларни ахволини оғирлашига олиб келади.

Касалликни қуруқ кечадиган тури ҳам мавжуд бўлиб,бу турида бурун терисида, доимо кўчиб турувчи, пушти рангдаги чегараланган қуруқ яралар пайдо бўлади. Айрим ҳолларда кўчаётган қасмоқлар шу даражада кўп бўладики,хатто бурун йўллари тўсиб қўйиб нафас олишни қийинлаштиради. Касалликни асоратланган кўринишида бурун терисидаги яралар бутун юзни эгаллаб, хаттоки қулоқ сурпасигача тарқалиши мумкин, юзни бирорта холи жойи қолмайди,интоксикация жараёни кучаяди,беморни ахволи оғирлашади.

Касалликни ташхиси – беморни шикоятлари ва касалликни риноскопик кўринишига асосланган ҳолда ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди.

Даволаш – Даволашни тери таносол мутахасиси билан биргаликда олиб борилади,дастлаб бемордаги аллергик ҳолатни келтириб чиқарувчи барча

омилларни бартараф қилишдан бошлаш зарур. Бурун ва бурун олди бўшлиқларини турли сурункали яллиғланиш касалликларини, танадаги модда алмашинувини бузилишига олиб келувчи бошқа йўлдош касалликларни бартараф қилиш зарур. Алергияга қарши, антигистамин препаратлари (супрастин, задитен, лоратал), интоксикацияни бартараф этувчи муолижалар (гемодез, эфлоран, метирит) суяқликлар қўллаш ва умумий қувватни оширувчи воситалар, иммуномодуляторлар (продегиозан, имудон, тактивин) дорилар тавсия қилинади. Бундан ташқари темир препаратлари, витаминлар қабул қилишга буюрилади. Касаллик узоқ давом этса котрикоостероидлар (преднизолон кунига 30 мг. 10 кун давомида) билан даволаш олиб борилади. Яралар юмшаб қопламалар енгил кўчиши учун юзалари балиқ мойи билан боғлов қилинади. Турли антибактериал малҳамлар (левомикол, левосан) суртилади. Келгусида эса қасмоқлардан тозаланган яраларга маҳаллий турли индеферент ва кортикоостероид малҳамлар суртилади.

БУРУННИ КУЙИШИ (Combusito nazi)

Бурунни куйишига бурун тўқималарини термик, кимёвий, электик ва радиация таъсирида куйишилар киради. Бурун юзда олдинга бўртиб чиққанлиги учун ҳам ташқи муҳитни турли салбий таъсирларига тез дучор бўлади. Алоҳида бурунни куйиши кам учрайди, кўпича юзни бошқа қисмлари билан биргаликда куйиши кузатилади.

Куйишларда тўрта босқичи тафовут қилинади.

Биринчи даражада жараён терини юза, эпидермис қисмини қамрайди, шунинг учун ҳам бурун терисини қизариши ва шиши кузатилади

Иккинчи даражада жараён биринчи босқичга қараганда чуқурроқ ўтади, терини эпидермис қисми кўчиб, юзасида ичлари шилимшиқ суяқлик билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар тешилиб, юзаларида намли яралар ҳосил бўлади. Жараён ўта чуқур бўлмаганлиги учун яралар битишида чандиқлар ҳосил бўлмайди.

Учинчи даражада тери барча қатламларини қисман ёки тўлиқ некрози билан давом этади. Ҳосил бўлган яралар юзалари йиринглайди, кейинчалик бу яралар терида чандиқлар ҳосил бўлиши билан тугалланади.

Тўртинчи даражада куйиш жараёни нафақат тери, хатто тери ости тўқималари, тоғайларини ва суяқларни ҳам тўлиқ куйиб некрозга айланиши билан давом этади.

Ташхис қийинчилик туғдирмайди, бемор шикоятлари, анамнез ва риноскопия маълумотларига асосланади.

Даволаш биринчи ва иккинчи даражада куйишда терида бирламчи жароҳлик тозалови ўтказилиб турли малҳамлар (оксикорт, левомикол, левосин)

билан боғлов қилинади.Антигистамин дорилар ва симптоматик муолижалар ўтказилади. Куйишни учинчи ва тўртинчи босқичларида консерватив даволар билан биргаликда пластик муолижалар ўтказилиши зарур.

БУРУННИ СОВУҚ УРИШИ(Congelatio nazi)

Бурунни совуқ уриши ташқи совуқ хавони таъсири ёки совуқ буюмларни узоқ муддатда таъсир этиши натижасида кузатилади. Касалликни клиникаси совуқни таъсир этиш муддати,совуқлик даражаси,беморни ҳолати ва тўқималарни совуқ уриш чуқурлигига боғлиқдир.

Касалликни белгилари совуқ уришни **биринчи даражасида** бурун териси қизарган ёки кўкимтир рангда,шишган. Беморларни бурнини терисини сезишини пасайиши,қичишиш безовта қилади. **Иккинчи даражада** бурун териси кўкимтир ёки қизарган, тери юзасида ичи шилимшиқ суюқлик билан тўлган пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакчалар ёрилиб ичидан тинқ суюқлик ажралади,ўрнида юзаки яралар ҳосил бўлади 5-6 кун ўтгач яралар чандиқ ҳосил бўлмасдан битиб кетади. **Учинчи даражада** совуқ уришида қорамтир кўкиш рангдаги тери юзасида ичи геморгик суюқлик билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфаклар ёрилиб ўрнига яралар ҳосил бўлади. Некротик ўзгаришлар тери ва тери ости қисмларига ҳам тарқалганлиги учун ҳам яралар битишида чандиқлар ҳосил бўлади. **Тўртинчи даражада** тери ва тери ости тўқималаридан ташқари некротик жараён тоғай ва суякка ҳам тарқалган бўлади. Некротик тўқималар узилиб тушади, айрим ҳолларда бурун тўқималари мумиёланган каби қотиб қолди. Жараён бир неча ойларга чўзилиб кетади.

Даволаш касалликни биринчи ва иккинчи даражаларида совуқ уришни биринчи соатларида бурун териси илиқ сув билин докали боғлов қилинади, кейинчалик турли малҳамлар (оксикорт,левамикол) билан боғлов қилинади, беморга оғриқ қолдирувчи,антигистамин дорилар берилади. Совуқ уришини 3 ва 4 даражаларида беморларга интоксикацияга қарши дорилар,антибиотиклар тавсия қилиш билан бирга, некротик тўқималар кесиб олиб ташланади,кейинчалик яралар битгач,ташқи бурунни одатаги шаклга келтириш мақсадида турли косметик муолижалари ўтказилади.

БУРУН БЎШЛИҒИНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ

ЎТКИР ТУМОВ (РИНИТ) RHINITUS ACUTA

Ўткир тумов юқори нафас йўллари кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади ва бурун фаолиятини бузилиши билан давом этади. Қўзғатувчи

манбаларга қараб касаллик **ўткир юқумли (rhinitis acuta)** ва **ўткир юқумли бўлмаган (rhinitis coryza)** турларига бўлинади. Касалликни юқумли кўриниши юқори нафас йўлларидаги турли инфекцион (тумов,резанда) касалликларда учрайди.

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) маълумотларига биноан ҳар бир инсон умр давомида ўртача 4-6 маротаба юқори нафас йўлларида ўткир касалликларини (тумов,резанда,ОРЗ) бошидан кечирилади, Бу касалликларни 300 дан ортиқ микроорганизмлар келтириб чиқаради. Юқори нафас йўлларида юқумли касалликларида, бирламчи барер бўлиб бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини шиллиқ қаватлари хисобланади.Шундай касалликлар қаторига ўткир тумов ҳам киради.

Касаллик барча ёшда кузатилади, айниқса ёш болаларда кўп учрайди ва оғрироқ кечади. Бунга сабаб болаларда юқори нафас йўлларида яллиғланиш келтириб чиқарувчи бошқа иккиламчи юқумли йўлдош касалликлар кўп учрайди, бундан ташқари ёш организм хали ташқи муҳит таъсирига тўлиқ мослашмаган, маҳаллий ва умумий химоя воситалари шаклланимаган бўлади. Болаларда кўп учрайдиган йўлдош касаллик хисобланган рахит ва диатезларга мойиллик юқори.

Касалликни патогенезида асосан бутун танани ёки уни маълум бир қисмини шамоллаши ётади. Шамоллаш натижасида шиллиқ қаватларда қон айланиш жараёни камаёди, химоя қуввати пасаяди,бурун бўшлиғидаги сапрофит микробларни миқдори ва вирулентлиги ортади, бундай ҳолат касалликни ривожланиши учун яхши шароит хисобланади.

Тумовни қўзғатувчиси турли хил микроблар стрептококк, стафилококк, пневмококк, Фридлендер таёкчаси ва бошқалар хисобланади.

Юқорида келтирилган фикрларни тасдиқлаш мақсадида тажрибада сунъий равишда юқумли тумов чақириш учун бурунни шиллиқ қаватларини патоген микроблар билан махсус инфлюэнциранилганда, соғлом одамларга қараганда, шамоллаган беморларда, тумов билан касалланиш даражаси анча юқори, кечиши оғир,кўп асоратли бўлган ва касаллик узоқ давом этган.

Ўткир тумовни юқумли бўлмаган турини келтириб чиқарувчи сабабларга бурун йўллари шиллиқ қаватларига физик,химик ва механик таъсирлантирувчилар тушиши киради, булар турли чанг, саноат чиқиндилари (ун саноати, тоғ саноати чиқиндилари, кимё саноати чиқиндилари) хисобланади. Яллиғланиш жараёнини қандай даражада ривожланиши, бурунга тушган шу чиқинди ва чанглар ҳажми, шакли, таркибига боғлиқ бўлади.

Йўғон, ўткир учли чиқиндилар механик йўл билан бурун шиллиқ қаватига тушиши натижасида эпителиал қисмини бутунлиги бузилади ва яллиғланиш учун шароит пайдо бўлади. Куйдирувчи хусусиятга эга бўлган кимёвий моддаларнинг оз миқдори ҳам шиллиқ қаватларини яллиғланишга олиб келади. Ҳаво оқими билан биргаликда кўп миқдорда тушган кимёвий моддалар, шиллиқ қаватнинг майда қон томирчаларда тромбоз ҳосил қилади, кейинчалик бу жойларда яллиғланиш ва чириш жараёни ривожланади, натижада яллиғланиш жараёнини тез пайдо бўлишига ва узоқ давои этишига муҳит яратилади.

Баъзан клиник кечишида юқумли ва юқумли бўлмаган ўткир тумовларни бир-биридан ажратишни имкони бўлмайди, бундай ҳолатларда касаллик тарихини мукамал ўрганиш катта ёрдам беради.

Морфологик ўзгаришларда, касалликнинг биринчи кундаёқ микроскопик қўрилганда эпителийда бир қанча ўзгаришлар кузатилади, унинг тукчалари йўқолади, айрим жойларда эпителийлар қўчиб тушади. Шиллик қаватларини шишиши кузатилади, бу жараён шиллик қаватни шиллик ости қисмига зич ёпишган жойларидан ташқарида кескин намоён бўлади. Кейинчалик яллиғланиш кучайиши натижасида шиллик қаватларни қизариш ва шиши кучаяди. Касалликнинг кейинги даврларида яллиғланиш жараёни бутун шиллик қаватни қамраб олади, шиллик ости қаватларида асосан қон томирлар кенгайган, томирлар ва безлар атрофида майда нуқтасимон инфильтрациялар ҳосил бўлади. Безларни шилимшиқ ажратиш фаолияти кучайиб, чиқарув йўллари кенгайди. Шунинг учун ҳам касаллик бурунда кўп миқдорда шилимшиқ ажралиши билан давом этади.

Ўткир тумовнинг асосий белгилари: Касаллик бирдан иккала бурун бўшлиғида яллиғланиши жараёни пайдо бўлиши билан бошланади. Бунда шиллик қаватлар ҳамда бурун чиғаноқларини шиши ҳисобига, бурун йўллари торайиб нафас олишнинг қийинлашади, бурундан тиниқ хидсиз суюқ ажралади. Бу белгилар турлича кўринишларда бўлиб, касалликни ривожланиш даражасига, бурун бўшлиғини шиллик қаватини ҳолатига боғлиқ бўлади. Ўткир тумов 3 босқичда кечади.

Биринчи босқичида: Бу босқич қуруқ яллиғланиш босқичи дейилади, беморнинг умумий аҳоли сезилари ўзгарган, беморларда ланжлик, иштахани пасайиши кузатилади. Улар тез-тез акса уради, томоқда, айниқса бурун ва бурун халқумда қуришиш, ачишиш, қичишиш ва ёт жисм сезгиси безовта қилади, баъзан овоз тиниқлигини ўзгаради, бош оғриғи ва тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Бу босқичда ҳали яллиғланиш жараёни кучаймаганлиги учун ҳам тана ҳарорати 37 – 37,5 С атрофида бўлади. Бу босқич ўртача 1-1,5 кун давом этади.

Риноскопияда: бурун шиллик қавати, чиғаноқлари қуруқшаган, қизариб шишган, бурун йўллари торайганлиги кўринади.

Бир неча соат ёки бир - икки кундан сўнг бу кўринишлар ўзгаради. Шиллик қават бўртиши пасаяди, аммо юзалари намланади ва шиллик ажралма келиши бошланади. Шу билан бирга юқорида келтирилган шикоятлар кучайиб бемор учун ноҳуш бўлган қўшимча сезгилар, чучкириш, нафас олишни қийинлиги, бош оғриғи, қулоқда шовқин ва эшитишни пасайиши кузатилади. **Бу касалликни иккинчи, яъний шилимшиқ ажралиш-босқичи ҳисобланади.** Касалликни биринчи кунлари ажралма суюқ ва тиниқ бўлади, кейин ажралмада муцинни миқдори ортади, қоннинг шакили элементлари (кўчган эпителий, ажраган лейкоцитлар) қўшилади, микрофлора ривожланади, натижада ажралма қўйиқлашиб йирингли тус олади, ажралмаларни бир қисми қуриқ қасмоққа айланади.

Беморларни умумий аҳоли оғирлашади, тана ҳарорати 38-38,5 С га кўтарилади, иштаха ва уйқу бузилади, интоксикация ҳолати кучаяди. Бундай ҳолат айниқса гўдакларда кўп кузатилади, клиник белгилари кескин намоён бўлиши билан кечади, уларда оғирлашиб ҳатто менингизм белгилари пайдо бўлади. Бундай ҳолат касалликни 4-5 кунлари пайдо бўлади.

Риноскопияда бурун шиллик қаватларини қизариб, шишади, натижада бурун йўллари тораяди ва кўп миқдорда хидсиз, тиниқ шилимшиқ ажралма билан тўлган бўлади. Кейинги кунларида ажралмалар қўйиқлашиб, йирингли кўринишда бўлади. Айрим адабиётларда бу босқични алоҳида ажратиб йирингли ажралма келиш босқичи деб ҳам юритилади.

Касалликни учинчи босқичи бу хал бўлиш босқичи деб юритилади – Агар касаллик сабабларини бартараф қилинса, асорат кузатилмаса, беморни химоя қобиляти юқори бўлса ва даволаш ишларини ўз вақтида бошланса, касалликни клиник белгилари пасайиб, секин-аста ажралма миқдори озайиб, беморни ахволи яхшиланади ва 7-10 кундан сўнг бемор соғаяди.

Агар бурун шиллик қаватида атрофик жараён ривожланган бўлса, ўткир тумов белгилари юқорида келтирилгандек ёрқин намоён бўлмайди, яъний: касалликни ўткир босқич даври қисқаради, шиллик қаватни қуруқ яллиғланиш босқичи узок сақланиб туради, ажралмани миқдори кўп бўлмайди ва узок давом этмайди, озгина пайдо бўлган ажралма тезда қуриб қасмоққа айланади, аммо интоксикация жараёни кучли намоён бўлади. Бунга қарама-қарши гипертрофик ринитларда эса шиллик қаватлар шиши ва кўп миқдорда шилимшиқ ажралиши жараёни одатдаги тумовларга қараганда кўпроқ кузатилади ва касаллик узокрок давом этади.

Агар беморни химоя қувватлари пасайган бўлса, даволаш ишлари ўз вақтида бошланмаса ва ўткир тумовни келтириб чиқарувчи омиллар бартараф қилинмаган бўлса касаллик узок давом этиб, сурункали кўринишига ўтади. Аскарият холларда ўткир ринит ён атроф аъзоларга асорат бериб кечади, булардан узок давом этувчи фаринголаринготрахеит, синусит, дакриоцистит, тубоотит ва бошқалар.

Ўткир тумовнинг кечишида беморни нафақат жисмоний, хатто ақлий меҳнат қобиляти ҳам пасаяди. Бурун шиллик қавати бўртиши сабабли бурундан нафас олиш қийинлашади, товуш тиниқлиги ўзгаради. Яллиғланиш жараёнининг хид сезиш соҳасига тарқалганлиги учун беморларда хид сезиш қобиляти пасаяди (гипосмия). Кейинрок пешона ва юз соҳасида, ковоқ устида ёки кўз соққасида оғриқ, пайдо бўлади, бу белги яллиғланиш жараёни бурун ён бўшлиқларига (синуслар) ҳам тарқалганлигини билдиради. Бурундан шиллик ажралиши натижасида бурунни кириш қисми териси биров яллиғланиб шишади, ширинади, терида ёриқлар пайдо бўлиб, қаттиқ оғриқ беради. Баъзан яллиғланиш кўз ёши ўтказувчи йўлларга тарқалганлиги сабабли конъюнктивит ривожланади, кўзлар қизариб, ёш оқади, ёки эшитув найига ўтиши муносабати билан ўткир ўрта отит ривожланиши ҳам кузатилади.

Касалликни гўдакларда кечиши ўзига хос кўринишда бўлади ва муҳим аҳамият касб этади. Гўдакларда марказий нерв тизими морфологик ва функционал хусусиятларига кўра, ташқи муҳит тасирига мослашуви катталарга қараганда анча паст бўлади, умумий ва маҳаллий химоя воситалари хали тўлиқ шакилланмаган. Уларнинг бурун йўллари жуда тор бўлиб, шиллик қаватнинг арзимас шиши натижасида бурун йўллари кескин тўсилиб, ҳаво ўтказувчанлиги бузилиб, бурундан нафас олиш бутунлай тўхтади, нафасни оғиз орқали олади, натижада гўдакларда эмиш қобиляти ҳам издан чиқади, бунинг оқибатида ошқозон-ичак тизими фаолияти бузилади, бола озиб кетади, холсизланиб ўз оғирлигини

йўқотади, уйқусиз бўлиб, инжиқланади, тана харорати кўтарилади. Асосий касаллик ҳисобига умумий ахволи оғирлашган беморни ҳолатига, иккиламчи ошқозон-ичак тизимини бузилишини кўшилиши интоксикация белгиларини икки баробар кучайшига олиб келади. Кейинчалик яллиғланиш жараёни димоғ, хиқилдок, кекирдак, бронх ва ўпкага тарқалиб, уларда ҳам иккиламчи яллиғланиш чақиради. Юқоридаги асоратларни кучайиши ҳисобига интоксикация кучайиб менингизм ҳолати намоён бўлади. Беморни кўнгил айниб қайт қилади, тана харорати 39-40 С га кўтарилади, бўйин мушакларини қотиб қолиши ва тиришиш, беҳушлик ҳолатларига тушиб қолиши кузатилади. Оғир ҳолларда касаллик ўлим билан тугалланиши мумкин. Тумовнинг бундай асоратлари катта ёшдагиларга нисбатан ёш болаларда кўпроқ учрайди.

Ўткир тумовнинг ташхисини беморни шикоятлари, субъектив ва объектив текшириш натижаларига асосаланади.

Айрим ҳолларда айниқса ёш болаларда ўз вақтида ўтказилган даволарга қарамасдан кутилган натижга эришилмайди ва касаллик сурункали кўринишда давом этади. Бундай ҳолларда сузакли, захмли ёки бурун дифтерияси каби касалликларни инкор қилиш керак бўлади, чунки, бу касалликларда ҳам бурундаги жараён тумов сингари клиник белгилар билан кечади. Бундан ташқари ўткир юқумли касалликларда (қизамиқ, скарлатина) ҳам бурунда ўткир тумов каби ўзгаришлар бўлишини ҳам доимо эсда тутиш зарур. Бунда яхши йиғилган эпидемиологик ва умумий текширишлар тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради. Баъзан касалликни ташхисда вирусли гепатит билан таққослашни унутмаслик зарур. Вирусли гепатитда кучайиб борувчи ҳолсизланиш, тана хароратини субфебрил бўлиши ва бурундан шилимшиқ ажралиши кўп кунларгача сақланиб туриши кузатилади.

Ўзининг келиб чиқиши бўйича ўткир тумов, юқори нафас йўлларининг яллиғланиши касалликлари орасида кўп учрайдиган туридир. Яна бир шундай кўп учрайдиган касаллик бу гриппдир.

Гриппда беморни умумий ахволини бузилиши кучли даражада бўлиб, бош оғриши, асосан бошнинг чакка қисми, бўғимларда оғриқ билан кечади. Гриппда кўпинча бурундан қон кетиши кузатилади, касаллик деярли доимо ларинготрахеит билан асоратланиб, қуруқ йўтал билан кечади.

Касалликни таққослашда қонни текшириш натижалари ҳисобга олинади. Қонда лейкопения, моноцитоз кузатилади, асоратли кечишида эса нейтрофилли лейкоцитоз бўлади. Шунингдек тутиш керакки, сурункали тумов ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари қайталаниши ҳам ўткир тумов кўринишида кечиши мумкин. Бундай шароитда аниқ ташхис қўйиш учун касаллик тарихини эпидемиологик ҳолатни батафсил ўрганиш, қўшимча текширишлар ўтказиш (бурун ёндош бўшлиқларини диафоноскопия ва рентгенография қилинади) зарур.

Даволашда ўткир тумов доимо тана харорати кўтарилиши, оғир интоксикация билан кечишини ва турли асоратлар беришини ҳисобга олиб айниқса ёш болаларда ётиб даволаниш тавсия қилинади. Касалликни биринчи босқичида симптоматик маҳаллий таъсир этувчи дорилар интерферон, лизоцим, бурунга ИРС -19, бош оғриганда панадол, солпадеин, тайнелол, аналгин ва бошқалар. Бурунга 2% проторгол ёки колларгол томизилади.

Бемор ётган уйни хавоси тез-тез янгилашиб, хонани намли латта билан артилиб турилади. Кўпроқ суюқлик ичиш (смородинали, малинали, гилос мурабоси аралашган) интосикацияни олдини олади.

Тумовнинг бошланиш босқичида иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида бурунга 20% сульфацил натрий ёки 20% этоний малхами суртиш зарур, бундан ташқари терлатувчи ва чалғитувчи тадбирлар қўлланилади: болдирга горчичник қўйиш, оёққа иссиқ гарчичникли хомом қилиш яхши наф беради.

Оёқлар тагига эритема келтириб чиқариш даражасида ультрабинафша нури билан таъсирлантириш зарур.

Тумовни ривожланишида тана хароратини пасайтирувчи дориларни қанчалик тез (эрта) қўлланса шунча яхши натижаларга эришилади.

Касалликни маҳаллий белгиси: бурундан нафас олишни енгиллаштириш учун вақтинчалик таъсир этувчи томир торайтирувчи дориларни – деконгенцатлар (0,5% нафтизин, 0,05% галазолин, 0,1% санорин, отривин ёки 3% эфедрин, ксемелин) томчи ёки малхам холида қўллаш фойдалидир. Қон томир торайтирувчи дорлар гўдакларни шиллиқ қаватларини цилиар қисмига салбий таъсирини ҳисобга олган ҳолда, уларга бу дорилар 1:2 (0,1% адреналин эритмаси 1: 5000) нисбатда шафтоли мойига ёки кўкрак сутига суюлтирилиб бурунга томизилади. Бу томчиларни гўдак болаларга томизишдан ва ҳар бир эмизшдан аввал бурундаги шилимшиқ ажралмалар махсус балонлар ёрдамида сўриб олинади, сўнгра дорилар томизилади. Қон томир торайтирувчи дориларни томизиш оралиғида кунига 4-5 маҳал 2% колларгол ёки проторгол эритмалари томизилиб турилади. Катта ёшдаги беморларга бу томчиларни яхшиси докали пликларга шимдирилиб бурун йўлларига қўйилса ёки бошни дори томизиладиган томонга энгаштирилиб томизилса шиллиқ қаватларда кўпроқ сўрилади ва таъсири анча давомли бўлади. Касалликни иккинчи босқичида бошқа дорилар билан биргаликда кўпроқ 3-5% колларгол ёки проторгол қўлланса яхши наф беради, чунки бу дорилар ўраб олувчи ва бужмайтирувчи таъсирга эга. Яллиғланиш жараёни кучайиб, ажралмани миқдори ортиб кетса бурунга бир қанча сульфаниламид ва антибиотиклар аралашмасидан иборат дориларини қуқунини сепиш мақсадга мувофиқ бўлади. Бундай аралашмалардан бири Б. С. Преображенский томонидан таклиф қилинган дориларни мураккаб қуқунидир.

Rp Streptocidi albi

Norsulfasoli

Sulfadimezini aa 1, 0

Penicilini 100000 ЕД

Ephedrini hydrochloridi 0, 05

M. D. S. Бурунга сепиш учун.

Бурундаги яллиғланиш жараёнини пасайтириш ва нафас олишни тиклаш мақсадида И.П. Симановский томонидан тавсия қилинган малхам қўлланилади

Rp: Mentholi 0,1

Cocoini hydrochloridi 0,

Zinci oxydi 0,6

Vasellini 10,0

M. f. unguentum

DS Докали плика суртиб кунига бурунга 2-3 махал 15-20 мин. қўйилади

Умумий интоксикацияни олдини олиш мақсадида беморга кўпроқ суюқлик ичиш тасия қилинади. Кейинчалик касалликни қайталанишини олдини олиш мақсадида танани совуққа чиниктириш учун турли сувли муолижалар (эрталабда совуқ сувли ванна қабул қилиш ёки танани совуқ хўл сочик билан артиш) тавсия қилинади. Иш жойидаги турли зарарли чиқиндилар таъсиридан сақлаш мақсадида беморни имкон даражасида енгил иш жойига ўтказиш керак.

СУРУНКАЛИ РИНИТЛАР

Сурункали ринитларни ҳозирги кунгача ягона класификацияси қабул қилинган эмас. В.Т.Пальчун ва Н.А.Преображенский (1980) таклифи бўйича касалликни асосан уч тури тофовут қилинади: Сурункали катарал, гипертрофик ва атрофик. И.Б.Солдатов (1997) сассик тумовни (озена) ҳам шу гуруҳга киритган. А.Х.Миньковский (1949) сурункали катарал ринит гипертрофик ринитни биринчи босқичи деб ҳисоблайди. Б.С.Преображенский (1955) катарал, гипертрофик, атрофик ринит, сассик тумов (озена) ва вазомотор ринитлари ҳаммасини бирлаштириб, сурункали ринитлар гуруҳига киритган.

Ҳозирги кунда сурункали ринитларни қўлланиши учун қулай бўлган, оддий ва тушунарли синифланишни Л.Б.Дайняк (1987) томонидан таклиф қилинган.

1. Катарал ринит
2. Гипертрофик ринит
 - а) чегараланган
 - б) диффуз
3. Вазомотор ринит
 - а) аллергия кўриниши
 - б) нейровегетатив кўриниши
4. Атрофик ринит
 - а) оддий кўриниши
 - б) сассик тумов ёки озена

Сурункали ринитга олиб келувчи сабаблар қуйдагилар:

- узоқ давом этадиган ва қайталанадиган ўткир ринит (бундай ҳолатга олиб келувчи асосий омиллардан бири инсон танасини турли жойларига узоқ муддат совуқни таъсир этиши).

- бурунда яллиғланиш чақирадиган кимёвий, термик ва механик омилларни узоқ муддатда таъсир этиши

- бурун бўшлиғи шиллиқ қаватини микрофлораларга бўлган маҳаллий химоя воситасини пасайиши

- бурун, бурун-ҳалқум ва бурун ёндош бўшлиқларини сурункали касалликлари

- турли йўлдош (юрак етишмовчилиги, миокардит, нефрит, бронхит, жигар циррози, эндокрин касалликлар) касалликлар.

Юқорида келтирилган омилларни алоҳида ёки биргаликда таъсири натижасида бурун бўшлиғида қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:

1) бурун бўшлиғи шиллиқ қаватлари ва чиғаноқларида узоқ вақтга давом этадиган ва тез қайталанадиган маҳаллий қон айланишини бузилиши.

2) бурун бўшлиғидаги микрофлорага нисбатан маҳаллий иммунологик қувватни пасайиши.

3) яллиғланиш натижасида ажралган шилимшиқ модда, бурун бўшлиғидаги микрофлорани вирулентлигини юқори бўлишига муҳим омил ҳисобланади. Бундай ўзгаришлар келгусида сурункали ринитни ривожланишини учун асосий сабаби бўлиб қолади.

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ РИНИТ (Rhinitis catarrhalis cronica)

Сурункали катарал ринит сурункали ринитларни 15% ташкил этади. Касалликни бу даражада кўп учрашини асосий сабаблари:

- бу шиллиқ қаватларга ташқи муҳитни турли салбий омилларини биринчилардан бўлиб таъсир этиши

-бурун шиллиқ қаватларни тез яллиғланишга мойиллиги.

-бурун ва уни атрофидаги аъзоларда сурункали катарал ринитга олиб келувчи турли йўлдош касалликлар.

Яллиғланиш жараёни асосан шиллиқ қават ва қисман шиллиқ остини қамраб олади. Касалликни бошланишида шиллиқ қават юзасидаги хилпилловчи эпителийлар қаторлари озаяди, туклари йўқолади, айрим жойларда цилиндрик эпителийлар кубсимон эпителийга айланади. Шиллиқ қават юзаси шиллиқ ва бокалсимон безлар фаолияти кучайиши ҳисобига ишлаб чиқарган шилимшиқ билан қопланади. Эпителий ости қатлами шишган, қон томирлари кенгайган, деворлари юпқалашган ва қон билан тўлган, атрофида хужайралар (лимфоцитлар, нейтрофиллар) инфильтрацияси кузатилади.

Сурункали ринитни узоқ давом этиши натижасида шиллиқ ости қатламида аста-секин склероз жараёни ривожланади.

Касалликни ўзини клиник кечишига қараб Б.С.Преображенский (1941) уч турга бўлади

1.Гиперсекретор (rhinitis chronica simplex hypersecretoria) тури касалликни бу кўринишида яллиғланиш жараёни касалликни бошқа белгиларига қараганда кўпроқ шилимшиқ ажралиши билан кечади.

2.Вазодилататор (rhinitis chronica simplex vasodilatatoria) тури, қон томирларини тез-тез ва узоқ муддатга кенгайиб туриши натижасида, бошқа белгиларига нисбатан бурун шиллиқ қаватлари ва чиғаноқлари доимо шишганлик ҳолати яққол кескин намоён бўлади.

3.Аралаш (rhinitis chronica simplex hypersecretoria dilatatorica) бу турида касаллик юқоридаги иккала белгиси бир хилда намоён бўлади.

Беморни шикоятлари: Бурундан вақти-вақти билан нафас олишни қийинлиги ва кўп миқдорда хидсиз шилимшиқ ёки шилимшиқ-йиринг ажралма келишига бўлади. Касалликни клиник кечишида у ёки бу белгиларини кўпроқ намоён бўлиши билан давом этади. Айрим беморлар асосан бурундан шилимшиқ ажралишига шикоят қилса, бошқалари эса бурундан нафас олишни қийинлиги безовта қилади. Нафас олишни қийинлиги, алмашилиб туради, бурунни бир томонидан хаво ўтиши қийин бўлса, иккинчи томонидан қониқарли даражада нафас олинади, бундай ҳолат айниқса бемор ётган ҳолда кескин намоён бўлади, яъний қайси томонни босиб ётилса ўша томондан нафас олишни қийинлашади. Бунинг асосий сабабларидан бири бурунни каверноз тўқимасини веноз томирларида тўлақонликли ҳолатини вужудга келишидир. Ажралмани кўп тўпланиши ҳисобига ҳам нафас олиш анча қийинлашади, бурун ажралмалардан тозалангандан сўнг нафас қайта тикланади.

Бурундан нафас олишни қийинлиги кўпроқ совуқ хаво таъсирида кучаяди.

Бурун шиллиқ қаватларини шиши ва бурун йўлларида кўп миқдорда шилимшиқ тўпланиши ҳисобига хид билиш ҳам анча пасайиб (гипосмия) қолади. Хид билишни пасайиши вақтинча бўлиб, яллиғланиш жараёни пасайиб ажралма камайиши билан қайта тикланиши мумкин.. Нафас олишни қийинлашиши бош миёда гипоксия чақиради ва бемор асабига салбий таъсир этади, уларда уйқу ва иштаха бузилади, бош оғриши пайдо бўлади, иш қобилияти пасаяди. Шиллиқ қаватларни шиши ҳисобига,бурун ёндош бўшлиқлардаги ажралмаларни чиқиши қийинлашади,натижада бурун ёндош бўшлиқларида кўп миқдорда шилимшиқ тўпланади,натижада бўшлиқлар соҳасида оғирлик ва оғриқ пайдо бўлади.

Риноскопияда – Бурундан тинимсиз ажралаётган шилимшиқни бурун терисига таъсири ва бурунни тозалаш мақсадида доимо артиш натижасида бурунни кириш қисмини териси қизиради, шилиниб ёрилган бўлади. Бурун шиллиқ қаватлари ва бурун чиғаноқлари қизариб шишган, пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмлари эса йўғонлашган бўлади. Қон томирларини тўлақонлиги натижасида айрим ҳолларда бурун чиғаноқларини ранги кўкимтир тус олади, бундай ҳолатни rhinopathia vasomotorica деб юритилади. Бурун йўлларида кўп миқдорда хидсиз ва рангсиз шилимшиқ ажралма кўринади.

Ташхисда зонд билан чиғаноқлар босиб кўрилганда, улар юмшоқ ва енгил эзилади, бундан ташқари қон томир торайтирувчи дорилар томизилганда чиғаноқлар ҳажим жихатидан кичраяди ва бурун йўллари кенг бўлиб қолади.

Даволаш-даволашни касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилишдан бошланади,бу эса касалликни даволашни асосий кўрсаткичларидан биридир. Бурунга яллиғланишга қарши антибактериал (2% стрептоцид, 2% салицил) малҳамлардан кунига 2 маҳал 2 -2,5 соатга докали пликка шимдирилаб қўйилади. Яллиғланиш жараёни пасайгандан сўнг, 3-5% ли проторгол ёки коллоргол эритмаларидан 3 томчидан 2 маҳал томизилади. Яхшиси бу дориларни пахтага шимдирилиб массаж қилган ҳолда чиғаноқларга суртиш зарур. Бу усулни афзалги шундаки, биринчидан шиллиқ қаватлар массаж қилинади, иккинчидан дори моддалари шиллиқ қаватни барча қисмларига тўлиқ ва узоқ муддатга етиб

боради. Бундан ташқари бурунга коланхое шарбати шимдирилган докали плик кунига 2-3 махалдан қўйилади. Шиллик қаватларини шишини пасайтириш учун кунига бир махал 3-5% ли ляпис (кумуш нитрат) эритмаси суртилади. Бурун ичига ультра бинафша нур таъсир этилади ёки 0,5-0,25% цинк сульфат билан электрофорез қилинади ва бир вақтнинг ўзида УВЧ қилинади. Бурундан нормал нафас олишни тикланиши, касалликни тўлиқ баратараф қилишга олиб келади.

СУРУНКАЛИ ГИПЕРТРОФИК РИНИТ (Rhinitis chronic hyperplastica fibroza)

Гипертрофик ринитда, патологоанатомик нуктаи назардан тўқима хужайраларини гипертрофияси эмас, балки уларни сони кўпайиши, яъний гиперплазияси кузатилади. Шунинг учун ҳам гипертрофик ринит атамаси айрим оториноларингологларни фикрича касалликни ҳолатини тўлиқ акс эттирмайди, бу ерда касалликни гиперпластик ринит атамасини юритишни таклиф қилишади. Хозирги кунда оториноларингология бўйича деярли барча адабиётларда гипертрофик ринит атамаси юритилаётганлиги учун биз ҳам келгуси баёнимизда шу терминни ишлатамиз. Касалликни бу турида гипертрофик жараён нафақат шиллик қаватда хатто суяк тўқимасида ҳам кузатилади.

Касалликни келиб чиқиши-ринитларни (ўткир, сурункали катарал, аллергия) тез-тез қайталаниши ва узок вақт давом этиши, бурун бўшлиғи (бурун медиал деворини қийшиқлиги,бурундаги турли ўсмалар) бурун ёндош бўшлиқларини касалликлари (синуситлар), бурун-ҳалқумда (аденоид) ва ҳалқумдаги турли сурункали яллиғланишлар (фарингит,сурункали тонзиллит,тишлар кариеси), ташқи мухитни (физик,кимёвий,механик) салбий таъсирлари асосий сабаблари ҳисобланади. Бундан ташқари, узок муддат бурунга қон томир торайтирувчи дориларни қўллаш ҳам бурун чиғаноқларини йўғонлашувига (гиперплазияси) олиб келади. Айрим ҳолларда бурун чиғаноғидаги гиперплазия жараёни бирламчи бўлиб, касалликни бошланишидан аста-секин пролефератив ўзгаришлар ривожланиши билан давом этади.

Баъзи олимларни фикрича касалликни ривожланишида атроф мухитни иқлимини таъсири катта, бу назарияни исботи учун шимолий минтақаларда гиперпластик ринитлар кўп учраши, аксинча жанубда атрофик турлари авж олганлигини ҳақида далиллар келтиришган. Касалликни ривожланишида беморни ёши ва жинси ҳам муҳим ўринни эгаллайди, қарияларга қараганда ёшларда ва аёлларга қараганда эркакларда кўп учрайди.

Бундан ташқари умумий сабаблардан юрак, қон – томир ва ошқозон-ичак тизими касалликлари, ёш болаларда эса конституционал тузилиш ва гормонал ўзгаришлар ҳам гипертрофик ринитни келтириб чиқарувчи омилларидан ҳисобланади. Юқорида келтирилган сабаблар, бурун бўшлиғи шиллик қаватларида,чиғаноқларда қон ва лимфа айланиши бузилишига олиб келади,бу ҳолат эса бурун тўқималарида гиперплазия жараёни ривожлишига шароит яратади.

Касалликда шиллик қаватлардаги гиперплазия ҳолати макроскопик аниқ кўзга ташланади,яъний чиғаноқлар катталашган, юзалари дағаллашган ва нотекис ҳолда бўлади.

Гистологик текширишда эпителий қатламида пролифератив жараён авж олади, қопловчи эпителийни таранглиги озайиб, цилиндрсимон эпителий пайдо бўлади ва устки қаватида юмалоқ хужайрали инфильтрацияси кузатилади. Цилиндрик ва бокалсимон эпителийлилар хажим ва миқдор жихатидан ортади, натижада 4-6 қаторли эпителий қатлами 10 қатор ва ундан ортиққа кўпаяди. Базал қаватда кўшувчи тўқимада фибробластлар кўпайиб қалин чандиклар ҳосил қилади, ҳатто гиалин тўқимага айланиши кузатилади. Қон ва лимфа томирлар кенгайган, улар қон ва лимфа билан тўлган, айрим жойларда янги томирлар пайдо бўлиши кузатилади. Шиллиқ ва бокалсимон безлар сони кўпайиб хажми катталашади, жойларда уларни фаолияти ортади. Сезиларли ўзгаришлар суяк қобиғи (периост) ва суяккача етиб боради, асосан бу ҳолат бурун чиғаноқларида яққол сезилади, суяк қобиғи қалинлашади, янги суяк тўқималари пайдо бўлади, қисман суяк ҳам қалинлашади. Бурун чиғаноқларини гиперплазияси баъзан жуда катта хажмга эга бўлади ва бурун йўллари тўлиқ беркитиб қўяди.

Чиғаноқлар гиперплазияси ҳолатига қараб диффуз ва чегараланган (пастки ёки ўрта бурун чиғаноқларини олдинги ёки орқа қисмларида чегараланган гипертрофия кузатилади) турларига бўлинади. Чиғаноқлар юзасида ҳосил бўлган гиперплазия жараёнини кўринишига қараб уч турга бўлинади:

1-ясси

2-дағал

3-папилляр, бу турлари алоҳида ёки биргаликда учраши ҳам мумкин. Айрим вақтда у ёки бу турдаги гиперплазияда чиғаноқларда хужайралараро суяқлик ҳисобига шиши билан асоратланади. Бундай микроскопик кўринишлар буруннинг бошқа қисмларида, айниқса бурун тўсиғи юзасида ва димоғ суягини орқа қисмида учрайди.

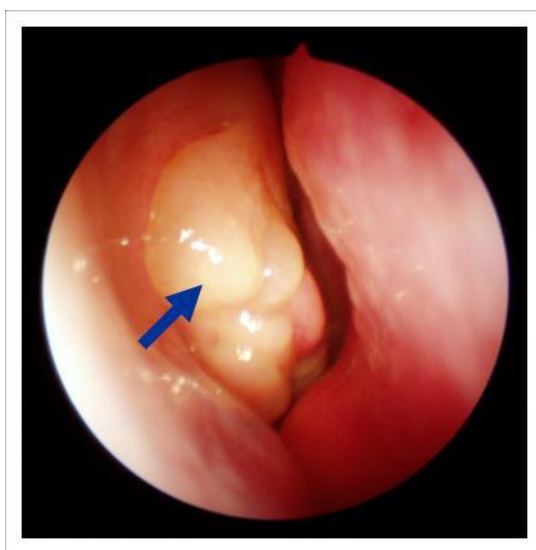
Касалликни белгилари: гипертрофик ринитни асосий белгиси бурун орқали **нафас олишнинг қийинлиги** ёки бутунлай нафас олишни бўлмаслигидир. Бурун чиғаноқларини катталашини тўлиқ ёки чегараланган кўринишда бўлади. Агар бурун чиғаноғини катталашини чегараланган, яъний олдинги қисмида кузатилса, нафас олиш қийин бўлади, нафас чиқариш эса осон, аксинча бурун чиғаноғини орқанги қисми катталашган бўлса, нафас олиш қисман осон, лекин чиқариш қийин бўлади.

Кўп миқдордаги **шилимшиқ ажралма** беморни безовта қилади, ажралма бурун бўшлиғини, бурун йўллари тўлдиради, бир қисми бурун ҳалқум томонга ҳам оқиб тушади. Бу ҳолат беморларни бурунни ажралмадан тозалашга мажбур қилади ва улар доимо бурун қоқиб ёки йўталиб туфлаб юришга мажбур қилади.

Узоқ муддатга нафас олишни бузилиши, бурун бўшлиғидаги лимфа ва қон айланишини бузилишини келтириб чиқаради. Бундай ҳолат бош мияда ҳам қон ва лимфа айланишини бузилишига олиб келади, натижада беморларда доимо **бош оғришини** кузатилади. Юқорида келтирилган ҳолатлар беморларда уйқунинг ва асаб тизимини бузилишига, меҳнат қобилятини пасайишига, ҳолсизланишга олиб келади. Яллиғланиш натижасида хид сезиш майдони шиллиқ қаватларида шиш пайдо бўлиши ва доимо шилимшиқ ажралма билан тўлиб туриши натижасида **хид сезиш қобилятини пасайишига (гипосмия),** ҳаттоки бутунлай йўқолишига (**аносмия**) олиб келади.

Бурун шиллик қаватларини шиши ва чиғаноқларни катталашуви хисобига бурун ёндош бўшлиқларини чиқарув тешиклари беркилиб, бу жойларда шилимшиқ ажралмаларни тўпланишига сабаб бўлади, натижада гипертрофик ринитда кўп учрайдиган белгиларидан бири хисобланган бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида **оғирлик ёки** оғриқ хиссиётини пайдо бўлади.

Катталашган бурун чиғаноқлари бурун йўллариини тўсиб турганлиги учун ҳам беморларда **овоз ўзгариб** (rhinolalia clausa) пинғиллаб гапиради. Бурун чиғаноқларини орқа қисмини катталашуви эшитув найи тўсиб, тубоотит ривожланишига ва эшитишни пасайишига сабаб бўлади. Бурун орқали нафас олишнинг тўла йўқолиши ва оғиз орқали нафас олиш хисобига, пастки нафас йўлларида турли иккиламчи (фарингит, бронхит, зотилжам) яллиғланишлар пайдо бўлади.



Расм 45. Пастки бурун чиғаноғи гипертрофияси (эндоскопик расм)

Риноскопияда кўп миқдорда ажралма чиқиши хисобига, бурунни доимо артиб туриши сабабли, буруни кириш қисмини териси шилиниб, яллиғланиб ёрилган бўлади. Сурункали гипертрофик ринитларда шиллик қаватлар, бурун чиғаноқлари қизарган ва шишганлигини кўриш мумкин.



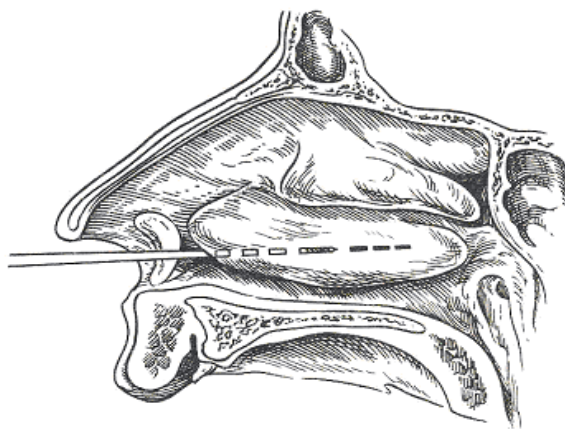
Расм 46. Пастки бурун чиғаноғининг орқа қисми гипертрофияси

Гипертрофик ўзгаришлар асосан пастки бурун чиғаноғида ва қисман ўрта бурун чиғаноқларида кузатилади. Чиғаноқларни гипертрофияси тўлиқ, бутун чиғаноқ бўйлаб ёки қисман чегараланган жойларида учрайди. Чиғаноқларни юзалари нотекис, дағаллашган, ранги тўқ қизилдан, кўкимтиргача бўлади. Бурун чиғаноқларини ранги уларни қон томирларини қон билан тўлганлик даражасига боғлиқдир. Бурун йўллари торайган, бурун тубида ва йўлларида суяқ ёки қўйиқлашган оқ рангли хидсиз ажралма бўлади. Учи тўмтоқ зонд билан босиб кўрилганда, бурун чиғаноқларини қаттиқ, суяксимон тузилишга ўхшашликни эслатади. Томир торайтирувчи дорилар (адреналин, эфедрин, нафтизин, санорин) суртилганда бошқа (вазомотор, катарал) ринитлардан фарқи, гипертрофик ринитларда чиғаноқлар деярли қисқармайди.

Чиғаноқларни гиперплазиясини сўргичсимон турида, чиғаноқлар юзасида сўргич (хўрозни тожиси) каби ўсимталар кўринишда, полипли турида эса чиғаноқларни полип каби кенг асосли катталашганлиги кўринади. Бурун полипларини бурун чиғаноқларини полипсимон гиперплазиясидан фарқи, полиплар ингичка, тор оёқчалар билан асосларга ёпишган ва ҳаракатлари кенг доирада бўлади.

Гипертрофик ринитларни даволашда касалликни даволаш бурун шиллиқ қаватларини ва чиғаноқларини гипертрофияси ҳамда нафас олишни бузилиши даражасига боғлиқ бўлади.. Агар гипертрофия даражаси катта бўлмаса ва нафас олиш қисман қийинлашган бўлганда, чиғаноқларда енгил муолижалар (термик ёки кимёвий куйдириш) ўтказиш билан чегараланади. Шиллиқ қаватларни гипертрофияси каверноз кўринишида бўлса, бурун чиғаноқларига скелероз чақирувчи дорилар юборилади. Бунинг учун пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмига ҳар 4 кунда бир маротаба 1.0 мл гидрокортизон ва шунинг билан бирга 0.5мл.дан бошлаб, 1.0мл.гача етказилиб, кўтарилиб боровчи миқдорда, кунора спленин қилинади. Бир вақтни ўзида бурун чиғаноқлари спленин малхами билан массаж қилинади. Консерватив даволаш наф бермаганда бурун чиғаноқлари кимёвий ёки термик куйдирилади. Кимёвий куйдириш учун бурун чиғаноқлари 2% дикаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг 30% ляпис ёки уч хлорли сирка кислотасидан фойдалинилади. Бунинг учун зондга ўралган пахта куйдирувчи эритмаларни бирига шимдирилиб, пастки бурун чиғаноғини охиридан бошлаб олдинги қисмигача учта бир-бирига паралел чизик тортилади.

Яхши натижа берувчи даволардан бири ультра товуш билан (ЛОРА-Дон аппарати) бурун чиғаноқларини шиллиқ ости қисмидан дезинтеграция қилишдир. Бурун шиллиқ қаватлари 2% дикаин ёки 10% лидокаин суртилиб маҳаллий оғриқсизлантирилади, сўнг дезинтегратор ишлатилган ҳолда пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмидан киритилиб, охиригача етказилади ва ишлаган ҳолда қайта чиқарилади. Бу усулда чиғаноқларни шиллиқ қаватлари ўзгармаган ҳолда, шиллиқ ости қисмидаги ғовак тўқималари парчаланади, кейинчалик бу жойларда чандиқлар ҳосил бўлиш ҳисобига чиғаноқлар ҳажим жихатидан кичраяди.



Рапсм 47. Пастки бурун чиғаноғини ультртовушли дезинтеграция қилиш.

Электрокаустика (гальванокаустика) ва криотасир усули билан даволаш чиғаноқларни чегараланган катталашувида қўлланилади. Жаррохликдан аввал 3-5% кокаин ва 0.1% адреналин эритмаси аралашмаси билан маҳаллий оғриксизлантирилади. Кейин электркаутер совуқ холда бурун ичига киритилиб, бурун-халқумни орқа деворига текизилади, сўнгра 1,0 см. орқага қайтарилади. Каутер электр тизимига уланиб учи қиздирилади ва йўғонлашган бурун чиғаноғини орқа қисмидан олдинга қараб бир хилдаги уч йўналишда куйдирилади. Муолижа вақтида ҳақиқий гўшт куйгандек хид ва овоз чиқади, бурундан тутун ажралади. Бурунни кириш қисмини куйдирмаслик учун гальванокаутер доимо назоратда туриши керак. Жаррохликдан сўнги биринчи кун шиллик қават, бурун чиғаноғи шишиб, қизаради яъний ўткир яллиғланиш жараёни кузатилади, бурундан кўп миқдорда шилимшиқ ажралади ва нафас олиш янада қийинлашади. Муолижани учинчи кунлардан бошлаб бурундаги шишлар ва ажралмалар аста-секин пасайиб, куйдирилган жойлар ўрни чандиклашади, бурун йўллари кенгаяди ва бурун орқали нафас олиш енгиллашади. Куйишдан ҳосил бўлган қасмоқларни ажралишини енгиллаштириш учун бурунга ҳар кун синтомицин эмулсияси ёки оддий мойлар шимдирилган докали пликлар қўйилиб турилади.

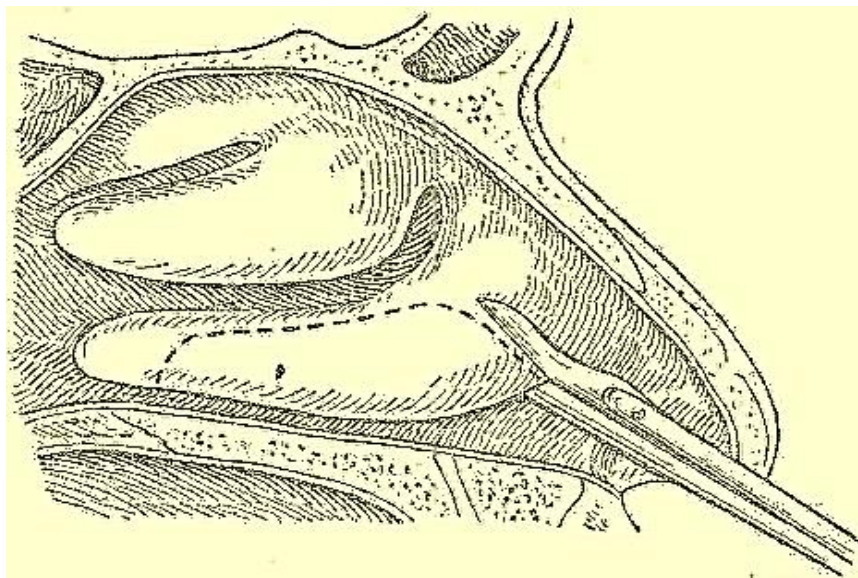
Шиллик ости электрокаустикасида, ингичка Гелли каутери шиллик қаватлар маҳаллий оғриксизлантрилгандан сўнг, пастки чиғаноқни олдинги қисмидан киргизилади ва чиғаноқ шиллик остидан куйдирилади.

Чиғаноқларни фиброз кўринишидаги гиперплазиясида конхотомия жаррохлиги амалга оширилади, бунда бурчаксимон қайрилган Бекман қайчиси ёрдамида чиғаноқ кесилади. Агар чиғаноқларни фақат орқанги қисмлари катталашса, уларни махсус бурун қайчиси ёрдамида кесилиб бурун илгакчалари ёрдамида тортиб олинади. Чиғаноқларни нафақат шиллик қаватлари балки, суяк қисми ҳам катталашганда уларни қирқиш учун ричагли қайчилар ишлатилади. Бурун чиғаноқлари гиперплазиясида қўлланиладиган жаррохлик турлари кўп

бўлиб, бу усуллари кўллашда гипертрофияни шакли ва катталиги даражасига қарабгина эмас, балки бурун чиғаноқларини медиал деворига ҳамда бурун бўшлиғига нисбатан ўзаро жойлашувини ҳам ҳисобга олиб танланади.

Пастки чиғаноқларни олдинги қисмлари катталашганда, понасимон шаклда кесилади, тарқалган гипертрофияда эса (юмшоқ тўқималар ҳамда суяк қисми катталашуви) қайчи билан чиғаноқни катталашган юмшоқ ва суяк қисми бирга қирқилади.

Кейинги вақтларда кам жарохатли ҳисобланган усул, чиғаноқларни шиллик ости конхотомиясидир. Бу жаррохлик усули тарқалган гипертрофияларда қўлланилади. Оғриксизлантириш учун 3% кокаин эритмасига 0,25-0,5мл. 0,5% новокаин эритмаси қўшилади ва шприц билан бурун чиғаноқларини бириккан қисмини, олдинги ва ўрта жойларига, ҳамда медиал деворларига юборилади. Пастки бурун чиғаноғини олдинги қирғоғидан, (кесиш шакли ҳар хил бўлиб) суяк қисмигача кесилади. Шиллик қават ва суяк қобиғи суякдан ажратилиб, суякни катталашган қирғоғи қирқилади, кейин шиллик қават теккисланиб жойига қўйилади ва устидан докали пилик билан бостирилади.



Расм 48. Пастки бурун чиғаноғини кесиш (Конхотомия)

Шиллик ости конхотомиясида кўп қон кетиши кузатилмайди.

Бурун чиғаноқларини криотаъсирлаш. Жаррохликнинг бу тури юқорида келтирилган усуллардан кескин фарқ қилади. Шиллик остини криотаъсирлашга (пастки ва ўрта бурун чиғаноғи) беморни тайёрлаш, гальванокаустикага тайёрлашдан фарқ қилмайди, фақат бунда криоапликатор қўлланилади.

Криотаъсирлашдан (минус 196 градус совуқ билан таъсир этиш, бунинг учун суюқ азот эритмаси ишлатилади) сўнг бурун гальванокаустика каби биринчи кунлари чиғаноқларни шиши ва шилимшиқ ажралишини кучайиши билан давом этади ва кейинги кунлари (3-4 кунлари) шиллик қаватлар ва чиғаноқлар ҳажим жихатидан кичраяди, ажралма камаяди, бурундан нафас олиш, хид сезиш яхшиланади. Ҳозирги кунда эндоскопик муолижалар риволанганлиги туфайли

бурундаги турли муолижалар кўз билан кўриб амалга оширилмоқда. Бундай муолижалардан ўта енгил ва кам жароҳат қилувчи микрофрезалар ишлатилмоқда, улар ёрдамида йўғонлашган чоғаноқни керакли қисми олиб (микродебридер) ташланади.

АТРОФИК РИНИТ (*Rhinitis chronica atrophica*)

Атрофик тумов бурун бўшлиғини тўлиқ сурункали яллиғланиши касалликлари қаторига киради. Атрофик жараён бурун бўшлиғини тўлиқ қамраб олиши мумкин ёки чегараланган, кўпинча бурунни кириш қисмида учраш мумкин. Касаллик асосида яллиғланиш жарёни эмас балким дистрофик ўзгаришлар ўрин эгаллайди.

Атрофик ринитларни келиб чиқишини тушунтиришда турли фикрлар мавжуд. Келтирилган фикрларни такидлашча, бурунга узок муддат иссик, қуруқ ва чанг хавони таъсир этиши натижасида, шиллиқ қаватларни юзаларини қуришига, хилпилловчи эпителийни фаолиятини фалажиги, шиллиқ ости безларини шилимшиқ ишлаб чиқариш фаолияти пасайишига, кейинчалик атрофик жараён ривожланишига сабаб бўлади. Атрофик ўзгаришларини ривожланишига чангларни бир қанча турларини бир вақтда таъсири этиш ҳам муҳим ўринни эгаллайди. Турли физик ва кимёвий таъсирлар (силикат, цемент чанглари ва оғир металлар чиқиндиларини таъсири), бемор танасида микроэлементларини (темир, мис, марганец) алмашинувини бузилиши атрофик жараёни ривожланишида катта ўрин эгаллайди. Айрим мутахассислар атрофик ринитни ривожланишида, бурун бўшлиғидаги микрофлораларни шиллиқ қаватга салбий таъсири муҳим ўрин эгаллашини кўрсатиб ўтишади.

Касалликни келтириб чиқарувчи омилларидан бири узок мудатда, таркибида йод ва витаминлар етарли бўлмаган овқатлар истемол қилиш, бундан ташқари бурундаги турли жароҳатлар ҳам атрофик жараёни келтириб чиқаришда ўзига хос ўрини эгаллайди. Эндокрин тизимидаги ўзгаришлар, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги сурункали яллиғланишлар атрофик жараён ривожланишида муҳим ўринни эгаллайди.

Касалликда атрофик жараён бурун бўшлиғини фақат шиллиқ қаватини ва шиллиқ ости қаватини қамраб олади, аммо суяк қисмига тарқалмайди.

Атрофик ринитда бурун шиллиқ қавати юпқалашади, юзасидаги шилимшиқ ажралма камаяди, чиғаноқлар хажм жихатидан кичраяди. Микроскопик текширишда цилиндрик хилпилловчи эпителийни қатори озайган, туклари жойларда кўчган бўлади, айрим жойларда улар ўрнига кўп қаватли ясси эпителий пайдо бўлади. Шиллиқ ости қатламида лимфа ва қон томирлар тораяди, ғоваксимон тўқима ва безлар миқдори озаяди ва фаолиятлари пасаяди. Қисман қолган шиллиқ ости безлари оз миқдорда ёпишқоқ, қўйиқ шилимшиқ ишлаб чиқаради.

Касалликни белгилари: Беморларни асосий шикоятларидан бири бурунни **қуруқшаб қолишга**, ҳосил бўлган қуруқ қасмоқ ҳисобига бурунда **ёт жисм** борлиги ҳиссиётига бўлади. Шунинг учун беморлар касаллика хос ҳаракатларидан

бири, доимо бурунни бармоқ билан ковлаб қасмоқдан тозалашга бўлади. Бурун йўлларида кўп миқдорда қуруқ қасмоқ ва қўйиқ ёпишқоқ ажралма тўпланиши натижасида беморларни **бурундан вақти –вақти билан нафас олишни қийинлиги безовта қилади.**

Атрофик жараён хид сезиш қисмига тарқалиши ва бурун йўллари қасмоқлар билан тўсилиб қолиши хисобига беморларда **хид сезиш қобилиятини пасайиши (гипосмия)** кузатилади, айрим оғир ҳолларда умуман хид билиш фаолияти йўқолади (аносмия). Қасаллик туфайли шиллиқ қаватлар юпқалашиш хисобига, қон томирлар тез жарохатланади, шунинг учун тез-тез **бурундан қон кетиши** бўлади.

Беморларни умумий шикоятлардан: бош оғриғи, уйқу ва иштахани бузилиши, тажанглик, иш қобилиятини пасайиши каби асоратлар учрайди.

Риноскопияда (олдинги ва орқанги риноскопияда) куйидаги ўзгаришлар кузатилади: Бурун бўшлиғи шиллиқ қаватлари қуруқшаган, юпқалашган, ранги хиралашган, чиғаноқларни хажми кичрайган, бурун йўллари кенгайган ва қўйиқ, ёпишқоқ шилимшиқ ажралма ёки оқ кулранг қасмоқлар билан тўлган. Сассик тумовдан фарқи бу қасмоқлар хидсиз бўлади. Бурун медиал деворини кириш қисмида шиллиқ қаватлар кескин юпқалашиб, ҳатто тешилиб қолиши ҳам мумкин. Бундай атрофик жараён қўшни аъзоларни шиллиқ қаватларига тарқалиб (эшитув найи, бурун кўз ёши йўли, ҳалқум, хиқилдок) уларда ҳам атрофик ўзгаришлар келтириб чиқариш мумкин.

Даволаш: Атрофик тумовни даволашдан аввал уни келтириб чиқарган сабабларни аниқлаш ва уларни бартараф қилишдан бошлаш зарур. Бунинг учун даволашни зарарли чиқиндилар билан ишлайдиган иш жойларда шароитларни яхшилаш ёки иш жойини ўзгартиришдан бошланади. Имкон даражасида қуруқ, чангли ва иссиқ шароитдан, иқлими нам жойларда яшашни тавсия қилинади. Бемордаги бошқа йўлдош касалликларни (бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини сурункали яллиғлиғланишлари, ошқозон–ичак йўллари касалликлари) бартараф этиш зарур.

Даволаш умумий ва маҳаллий чора тадбирлар қўллашдан иборат бўлади. Умумий даволар: асосан беморда йод ва микроэлементларни алмашинувини меёрга етказиш мақсадида, ичгани 3% калий йод эритмасидан 15 томчидан, кунига 3 маҳал, темир препаратлари (ферроцерон, ферроплекс), витаминларни А, В, Д гуруҳлари тавсия қилинади. Шиллиқ ости безларини фаолиятини кўтариш мақсадида биостимуляторлар (алоэ, гумизоль, пелоидин, ва бошқалар) маҳаллий шиллиқ қаватлари остига инъекция қилинади.

Маҳаллий даволардан: бурун бўшлиғини қасмоқлардан тозалаш учун турли ёғлар (вазелин, шафтоли, ўрик, наматак мойлари) шимдрилган докали пликлар бурун бўшлиғига 1-1,5 соатга қўйилади. Қасмоқлар ёғлар таъсирида юмшаб қолгандан сўнг антисептик суюқликлар билан Жане шприц ёрдамида ювиб тозаланади, сўнггра турли дори моддалари (балиғ ёғи, алое, калланхое шарбатлари) шимдрилган докали пиликлар кунига бир маҳал 2-2,5 соатга қўйилади. Бурун бўшлиғини кунора ош тузини изотоник эритмасига йод қўшиб ювиб (200,0 мл. изотоник эритмага 10 томчи 10% йод қўшилади) тозалаш яхши наф беради. Бурун ичига турли дорилардан (алоэ, трипсин, пелоидин, гумизол) электрофорез ва

инголяциялар қилинади. Микробларга қарши таъсир этиши учун бурунга йодиол эритмаси шимдирилган тампон кунига икки маҳал 1,5-2 соатга қўйилади.

Бурун шиллиқ қавати Люголь эритмаси билан кунига 2 маҳал 10-15 мин. массаж қилинади, бу давонинг самараси яхшилиги шундаки, бир томондан йод шиллиқ қаватларга қўғатувчи таъсир этса, иккинчи томондан массаж қилинганда шилимшиқ ишлаб чиқарувчи безларни фаолияти 2-2,5 маротабага яхшиланади. Шиллиқ қаватларни трофикасини яхшилаш мақсадида ёғларга токоферол, ретинол қўшиб, қўллаш яхши натижа беради, шунингдек шу мақсадда облепиха мойи 1: 2 нисбатда шафтоли мойи аралашмаси билан бирга ишлатилиши ҳам кутилган натижаларни беради. Кейинчалик шиллиқ қаватни яхши ҳолатини сақлаш ва қисман шиллиқ ости безларини фаолиятини кучайтириш мақсадида узум шарбати, алоэ шарбати, 3-5% ли мумиё эритмаси ва 2% прополис эритмаси шимдирилган тампонлар 10 кун давомида кунига икки маҳал 2-2,5 соатга қўйилади.

Сероводородли шифобахш балчиқ билан даволашда бурун ёки бурун ён бўшлиқлари соҳасига балчиқли аппликациялар қўйиш билан амалга оширилади. Балчиқ билан даволашда умумий (айниқса сероводородли) ванналарни, маҳаллий тозаловчи ёки сульфидли ингаляциялар билан алмаштириб қўллаш даволаш самарасини оширади. Шиллиқ шиллиқ ости қаватни фаолиятини кўтариш мақсадида 0,5 мл. алоэ шарбати кун ора, 8-10 кун давомида бурун тубининг шиллиқ қаватлар остига юборилади. Атрофик ринитлар қанчалик оғир ва узок давом этса даволашни ҳам шунчалик кўп маротаба қайта-қайта амалга ошириш зарур.

Беморларга иқлими мўтадил ва хавоси намли денгиз бўйларида дам олиш тавсия этилади.

САССИК ТУМОВ (Foetida seu ozaena -ОЗЕНА)

Озена ёки сассиқ тумов ҳақидаги маълумот эрамиздан аввалги тиббиётга оид адабиётларда ҳам ёзилган, қадимдан маълум бўлган касалликдир. Касаллик бурун бўшлиғи шиллиқ қаватини ва суяк тўқимасини ўта даражадаги атрофияси ва сассиқ хидли қасмоқларни ҳосил бўлиши билан кечади. Ер шарини барча жойларида учрайдиган касаллик ҳисобланади, аммо тарқалиши турлича, Хитой, Япония, Испания ва Грецияда кўп учраса, Африка ва Осиё қитъаси давлатларида кам кузатилади. Турли адабиётларда келтирилишича сассиқ тумов ЛОР касалликларини 0,3% дан 3,0% гача микдорини ташкил этади. Эркаклар билан аёллар орасида тарқалиши 1:5 нисбатни ташкил этади ва 10-30 ёшда энг кўп учрайди.

Келиб чиқиши: Сассиқ тумовни келиб чиқиши аниқ сабаблари хали маълум эмас.

Касалликни келиб чиқишини тушунтириш учун бир қанча назариялар мавжуд, аммо бу назарияларини бирортаси ҳам касаллик сабабларини тўлиқ ёритиб бераолмайди.

Баъзи олимларни фикрича касалликни асосий сабаблардан бири ташки **иктисодий ва ижтимоий муҳитни** таъсири деб ҳисобланади. Яъний касаллик оғир, ёмон ва ифлос шароитларда яшаётган одамлар орасида кўп учрайди.

Бошқа гуруҳ олимларни фикрича касалликни келтириб чиқаручи асосий сабаб **инфекцион факторни** ҳисоблайди. Бу назарияга кўра касаллик ривожланишида эндоген ва экзоген омиллар таъсирида, бурун шиллиқ қавати ва бурун суяк скелети атрофияга учрайди, натижада патоген таъсир этувчи махсус *Klebsiella ozaenae* таёқчасини шиллиқ қаватга киришига шароит яратилади. Шиллиқ қаватларга кирган бу таёқча яллиғланиш жараёни келтириб чиқаради ва тўқималарда некротик ўзгаришлар ҳосил қилади, ҳосил бўлган ажралмалар сассик хид таркатади, кейинчалик бу жойларда иккиламчи атрофик жараён ривожланади.

Касалликни сабабларидан яна бири **ирсият омилларига** ҳам эътибор қаратилмоқда, яъний касаллик бир оилани бир қанча аъзоларида ва бир қатор авлодларида кузатилган. Охирги келтирилган маънбаларга қараганда касалликни келиб чиқишидаги сабаблардан бири бу бемор танасида **микроэлементларни алмашинувини** бузилиши деб ҳисобланмоқда. Сассик тумов билан касалланган беморларда мис, темир ва марганец каби микроэлементларни миқдорини пасайиши кузатилган. Юқорида келтирилган назарияларни қайси бири, касаллик сабабчиси эканлигини аниқлаш, узоқ давом этадиган текширишларни талаб этади.

Касалликни патогенези:

Касалликни бошланишида бурун бўшлиғи шиллиқ қаватида чегараланган яллиғланиш жараёни юзага келади, бундай ҳолат, кам клиник белгилари билан узоқ муддат давом этади. Кейинчалик бурун бўшлиғидаги ҳосил бўлган ажралма қўйиқлашиб қурийди ва қасмоқлар ҳосил бўлади. Секин-аста яллиғланиш жараёни кучайиб, кенг тарқалади ва шиллиқ остидаги шилимшиқ ишлаб чиқарувчи безларни атрофияга олиб келади, бу ҳолат эса ажралмани миқдорини озайишига ва тез қуришини олиб келади, бурун бўшлиғида қуруқ қасмоқлар миқдори янада кўпаяди ва тўпланиб бурун йўллари тўсиб қўяди, натижада бурунда хаво алмашинуви хам (аэрацияси) бузилади.

Шиллиқ қаватни цилиндрик эпителийсида хам бир қатор ўзгаришлар кузатилади, айрим жойларда эпителийлар қисман сақланиб қолади, уни асосий қисми метаплазияга учраб ясси эпителийга айланади, кўчиб тушаётган эпителий қасмоқларини асосини ташкил этади. Касалликни бошланғич даврида эпителий ости қисмида хужайралар (лимфоцит, нейтрофил) инфильтрацияси кузатилади. Бу инфильтрациялар айниқса қон томирлар ва безлар атрофида кескин намоён бўлади. Атрофик жараён кучайиб бориши ҳисобига, инфильтратлар ўрнини қалин фиброз тўқималар эгаллайди, бир вақтни ўзида, ғовак тўқима ва безлар атрофияга учраб, ёғ тўқималарига алмашади, шиллиқ қават зичлашиб, юпқалашади. Ҳосил бўлган қалин фиброз тўқималар томирлар ва безларни сиқиб, уларда эндоартерит ва эндофлебитлар чакиради. Бурун чиғаноқларини суяк тўқимасида остеокластлар кўпайиши ҳисобига атрофияга учрайди ва жойларда қўшувчи тўқимага алмашинади. Бурун ёндош бўшлиқларида, асосан юқори жағ ва ғалвирсимон суяк бўшлиқлари шиллиқ қаватларида цилиндрик эпителий сақланиб қолади, аммо шиллиқ ости қисмида хужайралар инфильтрацияси ва қўшувчи тўқима ўсиши кузатилади.

Касалликни клиник кечиши: Касалликни махаллий белгилари-беморлар асосан бурунни куруқшаб қолишига, атрофдагилар сезадиган даражада бурундан сассиқ хид келишига (беморларда аносмия кузатилади шунинг учун ҳам сассиқ хид келишини атрофдагилар орқали эшитиб биладилар) ҳолати ва кўп миқдорда куруқ қасмоқ ҳосил бўлишига шикоят қиладилар. Касалликни дастлабки даврларида қасмоқлар, қўйик, ёпишқоқ шилимшиқ аралаш бўлади. Кейинчалик шиллиқ қаватлардаги атрофик жараён кучайиши натижасида ажралма озайиб, куруқ қасмоқлар кўпаяди. Қасмоқларни таркиби индол,скатол,фенол,олтингугурт водороди ва ёғ кислоталаридан иборат, шунинг учун ҳам кучли даражада сассиқ хид чиқади. Дастлаб хид билишни пасайиши (**гипосми**) бурунда кўп миқдорда ҳосил бўлган қасмоқларни тўсиб қолиши ҳисобига бўлса, кейинчалик бурундаги атрофик жараён кучайиб, хид билиш майдонидаги хид билувчи хужайраларини атрофияга учраши ҳисобига тўлиқ хид билиш йўқолади (**аносмия**).

Бурундаги ажралмалар ва кўп миқдорда қасмоқлар бурун йўллари тўсиб қўйиши ҳисобига бурундан **нафас олиш қийинлашади**. Ҳосил бўлган куруқ қасмоқлар бурунни тўлдириб турганлиги ҳисобига беморларни яна бир шикояти бурунда **ёғ жисм борлигига** бўлади.

Ҳосил бўлган қасмоқни тозалаш мақсадида кучли бурун қоқишда ёки бармоқ билан ковлаш натижасида атофияга учраб юпкалашган шиллиқ қаватлар тез жароҳатлаш натижасида бурундан **қон кетиши** кузатилади.

Умумий шикоятлардан - беморларни бош оғриғи безовта қилади, уларни иш фаолияти ва эслаш қобилияти пасайган, руҳан тушган бўлади. Беморлар бурундан сассиқ хид чиқаётганлиги атрофдагилардан эшитганлиги учун одамлардан узоқроқ юришга ҳаракат қилиб,жамоага қўшилмайди.Асаб бузилиши шундай даражада намоён бўладики, баъзан беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳолатлари кузатилади. Айрим ҳолларда атрофик жараён эшитув найини шиллиқ қаватига тарқалиб, катарал яллиғланиш келтириб чиқаради, натижада қулоқда шовкин пайдо бўлади ва эшитиш пасаяди. Бурун-ҳалқумга тарқалиши натижасида бу жойларда атрофик фаринголарингитлар ривожланади.

Риноскопияда: Ташқи бурунни шакли ўзгармаган, айрим ҳолларда кириш қисими кенгайган ва бурун қирраси пасайган бўлади.

Бурун йўллари сассиқ тумовга ҳос кўкимтир кулранг қасмоқ билан тўлган. Бу қасмоқлар бурун шиллиқ қаватларига, бурун чиғаноқларига ва медиал деворига маҳкам ёпишган бўлади. Қасмоқлар олинганда, тагида кўкимтир кулранг қўйик елимсимон ажралма кўринади, асосан сассиқ хид шу ажралмадан тарқалади. Шиллиқ қаватлар оқиш рангда, юпкалашган, қуруқшаган ва лок суртилгандек ялтираб кўринади. Атрофик жараён дастлаб юмшоқ тўқималарни, кейинчалик суяк қисмларини қамраб олади. Шунинг учун ҳам касалликни бошланишида аввал пастки бурун чиғаноғида, кейинчалик эса ўрта чиғаноғда атрофик жараёнлар намоён бўлади. Чиғаноқлар ҳажим жихатидан кичрайган, бурун йўллари кенгайган, шунинг учун ҳам қасмоқлардан тозалангандан сўнг, бемалол хатто бурун-ҳалқумни ҳам тўлиқ кўриш мумкин.



Расм 49. Сассиқ тумовни (озена) риноскопик кўриниши.

Кейинчалик атрофия аста секин ҳалқумга, хикилдоққа, баъзан кекирдакка ва бронхларга тарқалади. Атрофик жараён кўроқ Пирагов-Вальдейр лимфатик халқага таъсир кўсатади, уларни барчаси хажим жихатидан кичрайиб, деярли кўринмай қолади ва фаолияти кескин пасаяди.

Ташхис: касалликни ташхиси касаллик тарихига, беморларни шикоятларига, риноскопик маълумотларга, бактериологик текшириш натижаларга ва сассиқ тумов антигени билан қўйилган серологик текширишлар натижаларига асосланади.

Сассиқ тумовни, бурун бўшлиғи сили ва захимидан фарқ қилиш зарур. Сассиқ тумовга хос бўлган шикоятлар, шиллиқ қаватларни кучли атрофияси ва кўп микдорда кўкимтир кулранг, хидли қасмоқлар, хид сезишни йўқолиши касалликни бурун бўшлиғи силидан ва захмидан ажратишда муҳим далил ҳисобланади. Бурун бўшлиғи сили ва захимида касаллик тарихини мукамал ўрганиш муҳим ўринни эгаллайди.

Даволаш: юқорида айтилгандек касалликни келтириб чиқарувчи сабаби ноаниқ бўлганлиги учун ҳам, даволаш муолажалари симптоматик кўринишларини бартараф қилишга қаратилади. Даволаш сассиқ хидга сабабчи бўлган қасмоқларни юмшатиш ва олиб ташлашдан бошланади. Қасмоқларни ювиб тозалаш учун 2% сода эритмаси ёки 1: 5000 нисбатда фурациллин эритмаси қўлланилади, ювишдан аввал қасмоқларни юмшатиб осон кўчиши учун турли ёғлар (ўрик, шафтоли, наматак мойлари, вазелин ёғи) шимдрилган докали пиликлар бурун йўллариغا 1-1,5 соатга қўйилади, сўнгра Жане щприци билан босим остида ювилади. Қасмоқлардан тозалангандан сўнг, шиллиқ қаватларни қўшимча ёғлаш ва антибактериал таъсир кўрсатиш мақсадида синтомицин эмульсияси докали пиликка шимдирилиб пастки бурун йўллариغا 10-15 дақиқага қўйилади. Шиллиқ қаватга таъсир этиб шиллиқ ости безларини фаолиятини кучайтириш мақсадида йодоглицеринни эритмалари массаж қилиш йўли билан суртилади.

Бурун йўллариغا балиқ мойи шимдрилган докали пилик қўйиш, шиллиқ қаватини трофикасини яхшилашга олиб келади. Узоқ муддатга бурундаги хидни

йўқотиш мақсадида А.Солодковни хлорофилкаротинли шамчалари бурунга кунига бир махалдан 25-30 кун давомида қўйилади ва бу даволашни йилига 3-4 маротаба қайтарилади. Шамчалар тана харорати таъсирида 3-3,5 соат давомида секи-аста эриб (таъсири антибактериал ва нохуш хидни бартараф қилади) бурун шиллиқ қаватлари юзасида химоя пардасини хосил қилади ва хидни 6-8 соатга бартараф этади. Бундан ташқари бурун бўшлиғига кунига 2 махал Люгол эритмаси шимдирилган докали пилик қўйиш ҳам яхши наф беради.

Бурун бўшлиғига турли антибактериал дорилар тутган малхамлар қўллаш даволаш фаолиятини кучайтиради.

Rp: Succi Kalanchoes 20,0

Furazolidoni

Novocaini aa 0,125

Lanolini 30, 0

D. S. Докали тампонга шимдирилиб бурунга кунига 2 махал 30-40 мин. қўйилади.

Атрофик жараёнда бемор танасида микроэлементларни (асосан темир, мис алмашинуви) алмашинуви бузилиш кузатилади, шунинг учун темир препаратлари тутган дорилар (феррум-лек, эктофер) ичишга ва темир ичига юбориш тавсия қилинади.

Умумий консерватив даволаш мақсадида, организмни иммунологик химоя қувватини оширишга қаратилган дорилар, шунингдек, компенсатор механизмлари қайта тиклашга йўналтирилади муолижалар қўлланилади. Буларга аутогемотерапия, алоэ, фитостимуляция, витаминлар қўллаш, организмни чиниқтирувчи муолижалар ўтказишлар киради. Касаликни ривожланишида муҳим ўринни эгаллаган клебсиелла таёқчасига таъсир этиш мақсадида антибиотиклар (синтомицин, гентомицин, левомецетин) тавсия этилади. Антибиотикларга нитрофуранларни қўшиб ишлатиш яхши натижаларни беради.

Жаррохлик усули билан даволашдан мақсад бурун бўшлиғини сунъий равишда торайтиришга қаратилган бўлади. Бунда бурун бўшлиғини латерал девори бурун тўсиғи томон сурилади. Бу жаррохлик усули 10-12 ёшдан бошлаб амалга оширилади, чунки бу ёшда юқори жағ суяги бўшлиғи тўлиқ шакилланган бўлади. Барча жаррохликлар ичида қўллаш учун қулай бўлган усул шиллиқ остига ёғ тўқимасини, тоғай ва аллопластик материалларни киритиш ҳисобланади. Бу мақсадда Экерт-Мебиус усулини қўллаш анча яхши натижа беради. Бу жаррохлик усулида бурун тўсиғини периост ва перихондрит қаватига суяк пайрахаси жойлаштирилади.

Тавсия этилган барча жаррохлик усуллари айрим даражада бемор ахволини енгилаштиришга ёрдам беради, аммо касалликдан беморларни тўлиқ фориг қилмайди. Шунинг учун ҳам касалликни қайтанланмаслиги учун юқорида келтирилган консерватив даволаш усуллари йилига 2 ёки 3 маротаба қайтарилиб турилади.

ВАЗОМОТОР ТУМОВ (Rhinitis vasomotorica)

Касалликни яқин ўтган асирни 50 йилларига қадар яллиғланиш касалликлари қаторига қўшмаган, шунинг учун ҳам, уни турлича номлар билан: вазомотор ринопатия, ёлғон тумов ёки нерв-қон томир тумови деб аташган. Охирги йиллари экологик муҳитни кескин салбий томонга ўзгариши, турли аллергия ҳолат чақирувчи чиқиндиларини кўпайиши, бу касалликни салмоғини 2-3 баробарга оширди ва ҳозирги кунда мавсумий аллергия ринит ер шарини 80-85 млн. аҳолисида учрамоқда.

Бу касалликни клиник кўринишлари икки хил, бўлиб улар **нейровегетатив ва аллергия** турларига бўлинади (Л.Б.Дайняк 1970) ва клиник кечиши бўйича ўзаро-бир бирларига яқиндир.

Касалликни асосий хусусиятларидан бири кечиши хуружли бўлиши, баъзан бу хуружлар узоқроқ (3 ой, 6 ой ёки бир йил) танафусдан сўнг қайталаниши, айрим ҳолларда хуружлар жуда тез вақт (бир неча соатдан бир неча кун ичида) ичида қайталаниши ёки доимий хуруж билан кечиши мумкин. Кўпчилик беморларда касаллик кўздан ёш оқиши, қовоқ атрофларини, бурун ва қаттиқ танглай соҳаларини қичишиши, бош оғриши, баъзан конъюнктивитлар билан давом этади. Оддий ўткир тумов учун бундай кўринишидаги белгилари қисман бўлади ёки бутунлай бўлмайди. Шунинг учун кўпчилик бу касалликни ринит эмас, ринопатия деб аташни таклиф қилишган.

Нейровегетатив тумов. Касалликни бу турида бурун шиллиқ қаватидаги нерв аппарати томонидан, бурун бўшлиғини ғовак тўқимаси ва қон томирларини вегетатив бошқарувида, ўзаро узвийлиғни бузилиши асосий ўринни эгаллайди. Бурундаги нерв-рефлектор тизимни ишдан чиқиши ҳисобига одатдаги ички ва ташқи таъсирларга (марказий ва периферик нерв тизими касалликлари, эндокрин тизими касалликлари, бурун шиллиқ қаватларига совуқ хавони таъсири, ҳаво босимини ўзгариши, кимёвий ва физик таъсирлар, дори моддаларини рефлектор таъсирлари) бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ўта кескин (гиперреактив) кўзғалиш билан жавоб беради. Касалликни нейровегетатив турида ўтказилган аллергологик текширилар ва беморлар томонида аллергологик анамнез [инкор қилинади.

Морфологик текширишларда: шиллиқ қаватлар қалинлашади, жойларда цилиндрик эпителий кўп қаватли ясси эпителийга айланади. Шиллиқ ости қисмида эозинофиллар, макрофаглар, плазматик хужайралар ва лейкоцитлар инфильтрацияси кузатилади, қон томирлар кенгайган ва қон билан тўлган. Жараён узоқ давом этганда гипертрофик ринитга ҳос ўзгаришлар пайдо бўлади.

Хуруж тутмаган вақтда касаллик белгилари баъзан тўла йўқолади, бурун шиллиқ қаватларида ҳам деярли ўзгаришлар кузатилмайди. Агар касаллик узоқ йиллар давом этган бўлса, шиллиқ қават, бурун чиғаноқларини шиши, ва уларни кўкмир ранги асосида нуқтасимон оқ доғли ҳолати узоқроқ сақланиб қолади. Кейинчалик бу жараён аста-секин бурун ён бўшлиғининг шиллиқ қаватлари ҳам тарқалади.

Касалликни белгилари: Касалликни иккала тури учун ҳос бўлган асосий шикоятлар: Чучкириш хуружи, бурундан кўп миқдорда тиниқ шилимшиқ ажралиши ва нафас олишни қийинлигидир. Шиллиқ қаватлар шиши ва бурун

йўллари кўп миқдорда шилимшиқ билан тўлганлиги учун беморларда хид билиш пасаяди (гипосмия). Касалликни хуружи ўзгарувчан бўлиб асосан ухлаб турган вақтда, овқат егандан сўнг, хаво харорати ва босими ўзгарганда, қон босими кўтарилганда, рухий ҳолатларда, бир ёки бир неча маротаба қайталанади. Узоқ мудатда бурундан нафас олишни бузилиши беморларда уйқу ва иштахани бузилишига, бош оғриғига, асабийлашга ҳамда беморларни иш қобилиятини пасайишига олиб келади. Хуруж даврида бурунда, бурун-халқумда, кўзда хатто халқумда қичишиш безовта қилади.

Риноскопияда кўп миқдорда шилимшиқ ажралиши ва тинимсиз буруни артиб турилиши натижасида буруни кириш қисми терисида яллиғланиш ва шилиниб ёрилишлар пайдо бўлади. Шиллиқ қават, бурун чиғаноқлари шишган, ғовак тўқима томирларини кенгайиб қон билан тўлганлиги учун улар кўкимтир-мармар рангда, жойларда эса аксинча томирларни торайиши ҳисобига, кўкимтир ранг асосида оқ рангли нукталар-(Воячек доғлари) кўринади. Шиллиқ қаватлардаги бундай ўзгаришлар айрим ҳолларда халқум, хатто хиқиллдоқ шиллиқ қаватларига ҳам тарқалиши мумкин. Бурун йўллари торайган ва кўп миқдорда тиниқ рангсиз, хидсиз шилимшиқ билан тўлган. Хуруж вақтида бурун чиғаноқларига томир торайтирувич дорилар (2-3% эфедрин ёки 2-5% кокаин + 0,1% адренилин эритмалари аралашмаси) суртилганда шишларини камайиши ва бурун йўллари кенгайиб нафас олиши тикланиши кузатилади.

Даволаш: Вазомотор ринитни даволаш анча мураккаб жараён ва ҳамма вақт ҳам кутилган натижага эришилмайди.

Даволаш қуйдагича йўналишда олиб борилади:

Организмга аллергенларни тушишини олдини олиш чоралари.

Махсус иммунолигик қобилиятни мустаҳкамлаш.

Носпецифик гипосенсибилизация қўллаш.

Йирингли ўчоқларни жаррохлик усулида бартараф этиш.

Кортикостероид дориларни маҳаллий қўллаш, рефлексотерапия.

Физиотерапевтик муолижалари қўллаш

Касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилишдан бошланади. Аллергик ринитни даволаш масалалари, асосан турли аллергенларни овқат орқали, ёки юқори нафас йўллари орқали организмга тушишини бартараф этишдан бошланади. Ўсимликларга ёки гуллар чангига бўлган аллергия ҳолатларида, беморларга маълум вақтга иқлимни ўзгартиришга тавсия қилинади. Вазомотор кўринишида эса даволашда асосий йўналиш асаб тизими билан бурунни ғовак тўқима ва қон томирлар аро ўзаро узвийлигини мустаҳкамлашга қаратилиши зарур. Бунга аста секинлик ва эҳтиёткорлик билан танани чиниқтириш орқали эришилади (сувли муолажалар, узоқ вақт тоза хавода сайр қилиш, спорт билан шуғулланиш, иқлимни ўзгартириш). Қатор ҳолларда умумий қувватни кўтарувчи дорилар (витаминлар А, Д, рутин, аскорбин кислотаси) ҳамда вегетотроп моддалар (атропин 1: 1000 ва кальций хлоридни 10% эритмаси) атропинни эритмаси сувга 5-6 томчидан томизиб, бир кунда 2 маҳал 5 кун давомида ичилади. Кейинги 5 кун давомида бу дорини қабул қилиш тўхтатиб турилади (кумуляцияни олдини олиш учун) ва яна давом эттирилади. Кальций хлоридни 5% эритмаси 1 ош қошиғдан кунига 3 маҳал. ичилади. Кўп ҳолларда

шундай даволаш усули билан бурундаги яллиғланиш жараёнини пасайтиришга, шилимишиқ ажралмани тўхтатишга ва нафас олишни тиклашга эришилади.

Рефлектор равишда пайдо бўладиган жараённи олдини олиш учун новокаиннинг 0,5% эритмасини бурун пастки чиғаноғини олдинги қисмига навбвтми-навбат 10 кун давомида инъекция қилинади. Игна санчиш (рефлексотерапия) усули билан ҳам бурун бўшлиғидаги рефлектор ҳолатни олдини олинади. Бурун чиғаноқларига турли склероз чақирувчи дориларни юбориш ва шиллиқ қаватни хусусий қисмида чандиқланишни юзага келтириш ва шунини хисобига шишларни ҳамда шилимишиқ ажралишини пасайтиришга эришилади.

Физиотерапевтик муолажаларни қўллаш (бурун ичига 1% новокаин эритмаси билан электрофорез, бўйин соҳасига Щербак бўйича калций хлор эритмаси билан электрофорез қилиш) усуллари аллергия тумовни даволаш бўлимида кенг ёритилган.

Ўтказилган консерватив давони фойдасизлигида бурун чиғаноқларига гальванокаустика, криотерапия, ультратовуш ва лазер нурлари билан таъсир этилади. Айрим ҳолларда эса конхотомия ташриҳини қўллаш (чиғаноқни катталашган қисмини кесиб ташлаш) мақсадга мувофиқ бўлади.

Аллергия тумов.

Касалликни асосида турли йўллар билан нафас йўлларида тушган аллергияларга инсон танасида, хусусан бурун бўшлиғида бўлган жавоб реакцияси ётади. Аллергиялар юқори нафас йўлларида, шиллиқ қаватларда, асосан бурун бўшлиғида тумовни хуружини келтириб чиқаради. Касаллик келтириб чиқарувчи аллергиялар куйидагилар:

ўсимликлар (турли ўтлар, гуллар, терак, тол, ок қайин, эман)

озик-овқатлар (нўхат, мош, школад, асал, кулупной, цитрус мевалар, тухум ва сут)

дори моддалари

турли чанглар

жун махсулотлари ва бошқалар.

Аллергия ринитни **мавсумий ва доимий** турлари фарқ қилинади. Мавсумий кўринишида касаллик хуружи йилнинг маълум бир даврида гуллайдиган ўтлар, гуллар, дарахтлар чанглари тушганда кузатилади ва организмда ўта сезувчанлик ҳолати вужудга келади. Шунинг учун ҳам беморлар касаллик хуружини аниқ вақтини кўрсатиш мумкин.

Доимий турида эса аллергиялар турлича бўлиб: озик-овқатлар, дори-дармонлар, атир-упалар, уй чанглари, хайвон жунлари ва одам сочлари таъсир этиши натижасида пайдо бўлади.

Касалликни классификацияси бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан 2001 йилда қайта кўриб чиқиб, бошқача номлашни таклиф қилинди, унга кўра **интермиттер** аллергия ринит ва **персистир** аллергия ринит деб юритиди.

Интермиттер аллергия ринитда касалликни кечиш хуружлари ҳафтасига 4 кундан кам ёки йилига 4 ҳафтадана кам намоён бўлади, аммо касални аҳоли қониқарли, уйку бузилмаган, оддий иш ва ҳаёт фаолияти сақланган, спорт билан бемалол шуғулланади.

Персистир аллергик ринитда касаллик хуружлари хафтасига 4 кундан ортиқ ёки йилига 4 хафтадан ортиқ давом этади, касалликни кечиши ўртача оғир ёки умуман оғир, белгилари кескин намоён, беморларда уйқу бузилган, оддий иш ва ҳаёт фаолияти бузилган, беморлар спорт билан шуғуллана олмайди.

Аллергенлар таъсирига берилувчанлик туғма ёки ортирилган (аллергенларни қайта-қайта таъсир этиши, яъни аллергик моддалар билан ишлаш) бўлиши мумкин.

Аллергик жараёнларда аллергияларни қайта-қайта таъсири натижасида нафақат бурун шиллик қаватларида, балким бурун ён бўшлиқлари, ҳалқум, трахея ва бронхларнинг шиллик қаватларида ҳам ўзгаришлар намоён бўлиши мумкин. Айрим беморларда касаллик пастки нафас йўлларидаги касалликлар яъний бронхиал астма билан бирга кечади. Уларда ўзига хос астматик учлик белгилар билан кечади:

-айрим дори моддаларига (ацетилсалицилатлар, антибиотиклар, аналгин) ўта сезувчанлик

-бурунда полип ўсиши

-бронхиал астма хуружи.

Касалларни ўзига хос шикоят бу касалликни нейровегетатив тури сингари аллергик ринитда ҳам беморларни учлик белгиси:

чучкириш хуружга

бурунни битиб қолишга

бурундан кўп миқдорда тиниқ шилимшиқ ажралишига бўлади. Ўзига хос бу шикоятлардан сўнг касаллика ташхис қўйиш қийин бўлмайди. Бундан ташқари беморларини бурун ва кўз атрофидаги қичишиш, бош оғриши безовта қилади, бу белгилар хуруж ўтиши билан бутунлай йўқ бўлиб кетиши мумкин.

Риноскопияда бурун шиллик қаватлари, чиғаноқлари оқиш-кулранг ёки бутунлай оқ рангда, шишган ва таранглашган бўлади. Бурун чиғаноқларини шиши ва рангини оқишлиги балиқ пуфагини эслатади. Шиллик қавалари шиши хисобига, бурун йўллари торайган, кўп миқдорда рангсиз тиниқ ва хидсиз шилимшиқ ажралма билан тўлган. Айрим беморларда хуруж тутмаган вақтларда ҳам бурун чиғаноқлари ва шиллик қаватларни шишлари тўлиқ йўқолмайди, бундай ҳолат касаллик узоқ давом этиши натижасида чиғаноқларини иккиламчи катталашувидан дарак беради.

Томир торайтирувчи дорилар суртилаганда чиғаноқларни хажмлари нейровегетатив туридан фарқли, сезирарли қисқармайди, чунки касалликни бу турида шиллик қаватнинг шиши каверноз тўқималар томирларига қон тўлиши хисобига эмас, балки майда томирлардан суюқликни кўп миқдорда тўқималар орасига чиқиши хисобига пайдо бўлган.

Бурундаги аллергик жараённинг доимий белгиларидан бири периферик қонда, бурун ва бурун ён бўшлиқларидаги суюқликлар таркибида эозинофиллар сонини ортиб кетишидир. Агар аллергик жараённи келтириб чиқараётган аллергияни аниқланса, унга нисбатан терига қўйилган синамада ўта сезувчанлиги кучли даражада намоён бўлади. Айрим беморларда синама вақтида касалликка хос бўлган хуруж кузатилиши мумкин.

Аллергик тумовнинг ташхиси аллергия анамнезга, бемор шикоятига, риноскопияда касаликка хос ўзгаришларга ва аллергия синамалар натижаларига асосланган ҳолда қўйилади

Даволаш агар касалликни келтириб чиқарувчи аллергия тўғри аниқланса, ўз вақтида даволаш яхши самара беради. ўта сезувчанликни бартараф қилиш мақсадида, бемор танасига аллергияларни киритишни (тери остига киритиш ёки бурунга томизиш) хуруж келтириб чиқармайдиган оз миқдоридан бошлаб, аста-секин купайтириб бориш билан олиб борилади (Безредко усулида специфик десенсибилизация). Агар аллергия аниқланмаса ёки беморда полиаллергия бўлса, даволаш аллергия реакция, вақтида озод бўладиган биологик актив моддалардан ҳисобланган гистаминни нейтраллашга қаратилган дорилар қўлланилади. Бундай носпецифик десенсибилизация учун димедрол 0,05 бир таблеткадан кунига, уч маҳал тўрт ҳафта давомида ёки диазолин, тавегил ҳам шу миқдорда берилади. Бундан ташқари 5% эпсилон аминокапрон кислотасини қўллаш ҳам яхши самара беради. Гипосенсибилизация қилиш учун гистамин ва гистаглобулинни оз миқдорда бемор организмга ионтофорез ёки тери остига юбориш йўли билан амалга оширилади. Ҳозирги кунда антигистамин дориларини иккинчи авлоди қўланилмоқда, булардан гисманал, кларитин, гистадин, телфаст, зиртек, кестин ва эриус яхши самара бермоқда.

Махсус кўрсатма билан кортикостероидлар ҳам қўлланилади, бунинг учун преднизалон таблеткаси 0,005х3 маҳал 3 кун мобайнида ичиш тавсия қилинади. Дексамезатон қуйдаги жадвал асосида тавсия қилинади: 0,0005 бир табл. 4 маҳал 7 кун мобайнида, 5 кун мобайнида 1 табл. 3 маҳал, 5 кун мобайнида 1 табл. 2 маҳал; 5 кун мобайнида 1 табл. 1 маҳал; 5 кун мобайнида 0, 5 табл. 1 маҳал.

Гидрокортизон ацетат 2,5-5 мл. (125 мг) суспензияси бурун чиғаноқларига инъекция қилинади, бунинг учун 2% дикаин эритмаси билан чиғаноқлар шиллиқ қаватлари маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг, ингичка игна билан пастки бурун чиғаноқлари олдинги қисмга 0, 5 мл дан ҳар куни ёки 1 мл (25 мг) дан кунора қилинади, умумий ҳисобда 5-10та инъекцияга етказилади. Гистаглобулинни ҳам эндоназал инъекцияси махсус қабул қилинган миқдорлар бўйича юборилади: 1- инъекция 0, 125, 2- инъекция-0, 5 мл; 3- чи инъекциядан бошлаб 6-10 гача орадан 3 кун ўтказиб, охириги 2 инъекцияни эса 1 ҳафта ўтказиб қилинади. Инъекция инсулин учун мўлжалланган шприц ёрдамида амалга оширилади.

Катталашган бурун чиғаноқларини ҳажмини кичайтириш учун каверноз тўқималарда қисқариш (склероз) чақирувчи дорилар (спирт, глицерин, натрий салицилат инъекцияси) юбориш усули ҳам мавжуд.

П.С.Темкин (1954 й) , усули бўйича новокаинли блокада 1-2% новокаин эритмаси. 0,2 дан 1 мл гача бурунни, ўрта чиғаноғини олдинги қисмига юборилади. Агар чиғаноқларни шишганлиги сабабли бу жой яхши кўринмаса 2-3% кокаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг амалга оширилади.

Г.Л.Комендатов (1937й) усули бўйича, эндоназал блокада; пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмидан 1,5-2 см. ичкарироққа, шиллиқ остига 0,5%-5 мл. новокаин юборилади.

Айрим холларда бурун бўшлиғини рефлексоген майдонларига таъсир этиб даволаш усули қўлланилади. Бундай рефлекс майдонлари пастки ва ўрта бурун чиғаноқларини олдинги қисмларида, ўрта чиғаноғи қаршисидаги бурун медиал деворида жойлашган. Шу жойларни 2% дикаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг трихлоруксус кислотаси ёки 10% кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилади.

Даволашни усулларида бири дори моддаларини электрофорез усули билан юборишдир: Бунда дорилар бурун ичига ёки бўйин соҳасидаги бўйин симпатик ганглиялари атрофига электрофорез қилинади.

А.Е.Шербак усули бўйича 1-2-3% кальций хлор эритмаси билан эндоназал ёки сегментар ионогальванизация қилинади. Агар биринчи ўринда бурундан нафас олиш қийинлашган бўлса 0,5% цинка сульфат эритмаси билан бурун ичига электрофорез қилинади. Бунда чиғаноқлар шиши камаяди, суюқлик ажралиб чиқиши озаяди, катарал яллиғланиш жараёни пасаяди ва бурун йўллари очилади. Аллергик тумовда суюқлик ажралиши кучайса димедрол билан 1-2% кальций хлор эритмаси (1: 1 нисбатда) аралашмаси билан бурун ичига электрофорез қилинади. Бундан ташқари бурун ичига электрофорез учун гидрокартизон ацетатни суспензияси ёки 5% аминокпропон кислотаси эритмаси билан икки ҳафта давомида электрофорез қилинганда яхши клиник наф олинади. Гормонал перепаратларини малхамлари (преднизолон, фулцинар) билан қилинган фонофорез беморни ахволини тезда яхшилашга олиб келади. Хозирги кунда аллергия ринитларни даволашда аллергияга қарши янги томчи дорилар нособек, носонекс ва сепиш учун флутинекс, антиринол альдецин, ринокорт каби дорилар қўлланилмоқда. Бу дориларни бошланишида кунига 2- 3 маротаба сепилади, касаллик белгилари пасайгандан сўнг дори миқдори камайтирилади. Дориларни клиник таъсири секин аста намоён бўлганлиги учун ҳам бу дорилар узоқ муддатга (2-3 ой) қўлланилади.

БУРУН ТЎСИҒИНИНГ ҚИЙШАЙИШИ (deviatio septi nasi)

Бурун бўшлиғини медиал деворини тузилишидаги нотўғри ҳолати, бурун тўсиғининг қийшайиши деб юритилади. Бу ҳолат бурун тўсиғининг тўлиқ қийшайиши ёки бурун тўсиғида чегараланган ўткир қиррали бўртмалар (шип, гребен) кўринишида намоён бўлади, айрим холларда бундай қийшиқликлар биргаликда учраши ҳам мумкин. Одатда бурун бўшлиғи медиал девори теккис пайраҳадан иборат бўлиб, ўрта чизикда жойлашади, у ёки бу томонга қийшайиши эса бурун бўшлиғининг ва бурун йўллари юзасини торайишига олиб келади. Бурун бўшлиғини медиал деворини қийшайиши сабаблари турлича бўлади.

Физиологик қийшайиши – (касалликни 32% ташкил этади) бурун бўшлиғини медиал деворни ўсиши юз суяқларини ўсишидан тезлашиб кетади, натижада, девор бурун бўшлиғига сиғмасдан қийшайиб ўсади.

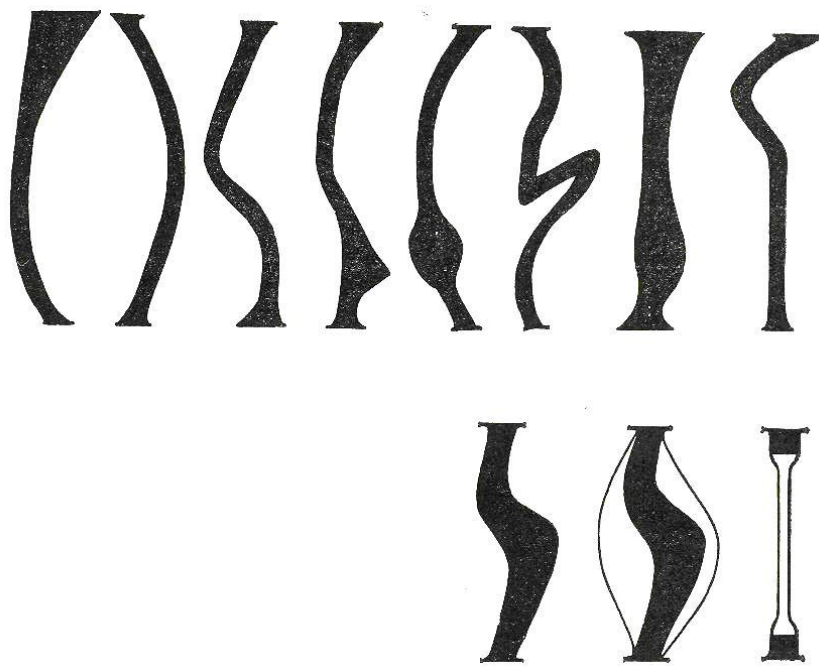
Жарроҳатдан сўнги қийшиқлик бурун медиал деворини қийшайишидаги асосий сабаблардан (54% ҳолатларда касаллик сабабчиси жароҳат) ҳисобланади.

Компенсатор қийшиқлик (10% ҳоларда) бурун бўшлиғидаги турли ўсмалар, бурун чиғаноқларини гипертрофиясида медиал деворга босилиши

натижасида, бурун тўсиғи қийшиқ ўсади. Баъзан бурун тўсиғини эмбрионал ривожланишдан бошлаб қийшайиб ўсиши мумкин.

Бурун тўсиғининг қийшайиши асосан етти ёшдан бошлаб, яъни доимий тишларнинг чиқишидан ва юқори жағнинг жадал ривожланиши давридан бошланади ва йигирма-йиригма беш ёшларга етганда, яъний юз скелетининг ўсиши тўхташ давригача давом этади. Кам холлардагина бурун тўсиғининг қийшайиши уч-тўрт ёшдаги ва эмизикли болаларда учраши мумкин.

Тўсиқнинг қийшайиши кўпроқ олдиғи қисмларда, орқанги бўлимида эса камроқ учрайди. Қийшайиш шакллари турлича бўлиб тўсиқ, тўлиқ бир томонга қийшайиши мумкин, ёки юқори қисми пастки қисмига нисбатан синган шаклда ўткир бурчак остида қийшайди, баъзан зинасимон ва ёпқичсимон қийшайиши мумкин. Айрим холларда медиал деворда бийгизсимон ва тароқсимон бўртмалар, тўсиқнинг димоғ суягининг тоғай билан қўшилган жойида учрайди, айрим холларда бундай ўзгаришлар тўсиқнинг олдини қисмларида ёки бурун тўсиғи бир томонида бошидан охиригача жойлашган бўлади.



Расм 63. Бурун тўсиғини қийшайишини турли шакллари.

Касалликни белгилари: асосий белгиларидан: бурун орқали **нафас олишнинг қийинлигидир**. Нафас олишнинг бузилиши фақатгина тўсиқнинг қийишиқлигига боғлиқ бўлмай, балки деворни қийшиқлиги хисобига бурундан ўтаётган хавонинг нотўғри йўналишига, хавони айланма ҳаракатини бузилишига, унинг натижада бурун бўшлиғидаги босимини ўзгариши хисобига ҳам боғлиқдир. Кўпинча нафас олишнинг бузилиши, бурун тўсиғини қийшайган жойи билан чиғаноқларни орасидаги масофага ҳам боғлиқ бўлади.

Бурун тўсиғини қийшайиши, бурун бўшлиғини юқори қисмида учраши хисобига хид билиш майдонига хаво оқимининг етиб келишини қийинлаштириши ва маҳаллий қон айланишини бузилиши туфайли (хид билиш хужайраларини қон

билан таъминланишини бузилиши) хид сезишни нафақат функционал бузилишига, хаттоки қайта тикланмайдиган даражадаги ўзгаришларга олиб келади. Бурундан нафас олишни қийинлиги кейинчалик **бош оғриғини** келтириб чиқаради. **Шилимшиқ ажралмани** кўп оқиши асосий шикоятлардан бири ҳисобланади. Айрим ҳолларда қулоқда шовқин пайдо бўлади. Узоқ муддат оғиздан нафас олиш ҳисобига беморларни атрофик фарингит ривожланиши натижасида, **томоқда қуриши** ҳолатлари безовта қилади.

Бурун шиллиқ қавати асаб толаларига бой бўлганлиги сабабли, бурун тўсиғини қийшайиши (баъзан ўткир қиррали қийшиқлик ва бўртмалар чиғаноққа чуқур санчилади) **рефлектор неврозларга, вазомотор ринитга** олиб келади, бу ҳолат асосан бийгизсимон ва тароксимон қийшиқлик ва бўртмаларда учрайди.

Бундай риноген рефлектор бузилишларга: бронхиал астма, ҳиқилдок қисилиши, кўз касалликларини баъзи турлари, юрак қон-томирлар тизими касалликлари, бош оғриқлари, рефлектор йўталиш ва акса уришлар киради. Бурун тўсиғини қийшайиши бурун ва бурун атрофидаги аъзоларга таъсир этиб турли ўзгаришларга олиб келиши мумкин.

Бурундан хаво ўтишини узоқ вақт бузилиши, иккиламчи ринитлар, айрим ҳолларда эшитув найи ва ўрта қулоқ (эшитишни пасайиши, қулоқда шовқин), ҳамда бурун ёндош бўшлиқлари, кўз ёши чиқарув йўллариининг фаолиятини бузилишига олиб килиши мумкин. Ўткир ва сурункали синуситлар ривожланишида бурун тўсиғини қийшайиши катта ўрин эгаллайди. Ёшлиқда пайдо бўлган бурун тўсиғини қийшайишини белгилари кейинчалик юзага, чиқиб турли аъзоларда асоратлар беради. Айрим беморларда, агар нафас йўллари кенглигича қолганлиги учун, кескин қийшайган бурун тўсиғи ҳеч қандай шикоятлар чақирмайди.

Ташхис: айрим ҳолларда бурун тўсиғини қийшайишини ташқаридан кўрган вақтида аниқлаш мумкин. Бурунни кириш қисмидаги қийшиқлик бурун учини кўтариб кўрилганда аниқланади, қолган ҳолатларда риноскопиядан сўнг тўлиқ ташхис қўйилади. Керак бўлган ҳолларда ринопневмометрия ўтказиш орқали ташхисни тасдиқлаш мумкин.

Риноскопияда бурун тўсиғини асимметрияси кўзга ташланади, бунда бурун бўшлиғининг қийшайган томони иккинчига томонга нисбатан тор бўлади. Бурун бўшлиғини тўлиқ кўриб чиқиш, турли бўртмалар ва қийшиқлик даражасини, уларни жойлашган ерларини аниқлаш мақсадида, аввал шиллиқ қаватлар 5% эфедрин ёки 0,1% адреналин эритмаси суртилиб, бурун йўллари кенг очилгандан сўнг текширилади ва даволашда жаррохлик аралашуви керак ёки керак эмаслиги белгиланади.

Олдинги риноскопияга қўшимча қилиб, орқанга риноскопия қилинади: бунда димоғ суягининг орқа бўлимини қийшиқлик даражаси, чиғаноқларни орқа қисмларини ва шиллиқ қаватларини ҳолатини аниқланади.

Рентгенологик текширишлар бурун тўсиғини қийшайишида кам маълумотларни беради, лекин бу текширишлар ёндош бўшлиқларни ҳолатини аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш: бурун тўсиғини қийшайишини бирдан бир давоси жаррохлик усулидир, бунда медиал деворни қийшайган тоғай ва суяк қисмини шиллиқ остидан кесиб олинади. Жаррохлик Клиан бўйича қийшайган тоғайни шиллиқ ости

узулида олиб ташлаш ёки Воячек бўйича редрессация (тоғайни айланма кесиш) қилинади.

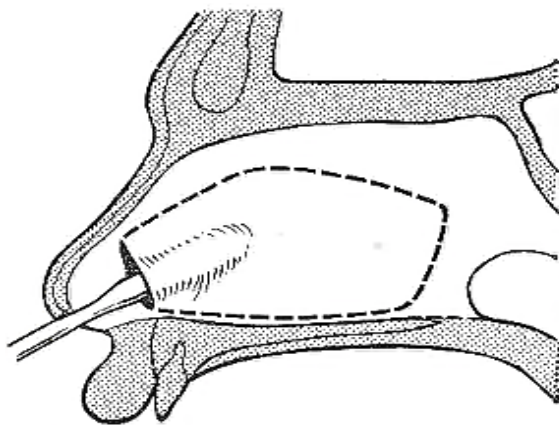
Жаррохликка кўрсатма бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: бурун тўсиғининг қийшайиши натижасида бурун орқали нафас олишни қийинлиги ёки бутунлай бўлмаслиги, касалликни иккиламчи асоратлари, рефлектор неврозлар, бош оғриши, кўп акса уриш, юрак соҳасида турли ўзгаришлар ва кўз ёши йўллариининг тўсилиши ҳисобланади.

Жаррохлик беморни ўтирган ҳолда жуда камдан- кам беморни ётган ҳолатида бошини бироз юқори кўтарилган усулда ўтказилади.

Жаррохлик муолижаси бошланишдан аввал бурун шиллиқ қаватида 5% кокаин ва 0,1% адреналин эритмаси суртилади. Тоғай усти пардаси остига 1% -5,0 новокаин ва 5 томчи 0,1% адреналин эритмаси шприц орқали юбориб оғриқсизлантирилади. Бурун тўсиғи шиллиқ қаватини кесиш юқоридан пастга, ёйсимон (ёйнинг бўртган томони олдинга қараб) ёки тўғри бурчак остида орқадан тоғайгача кесилади, сўнгра распатор ёрдамида шиллиқ қават, тоғай усти қавати билан бирга ажратилади, кейин ажратилган қаватлардан бироз ўтказилиб тоғай кесилади, бунда қарама-қарши томондаги тоғай усти қавати бутун қолиши керак, акс ҳолда бу жойда тешик пайдо бўлиб қолади.

Тоғай кесилган жойдан распатор билан кириб назорат остида шиллиқ қават тоғай усти қавати билан ажратилади, кейин кесилган жойга Киллиана ойнасини (ўртача катталиқда) киргизилади, бунда тоғай Киллиан ойнаси қанотлари оралиғида қолиши керак. Беланжер пичоғи ёки энсиз скапель ёрдамида тоғай кесилади, аввал кесиш бурун устига параллел ҳолда олдиндан бошланиб орқага суяк қисмигача борилади, бурун усти чўкиб қолмаслик учун деворни юқори қисмидан 0,5см қолдирилади. Кейин пастдан, бурун туби бўйлаб кесилади ва қийшайган суяк қисми Брюнингс қисқичи ёрдамида олиб ташланади. Тоғай кесиб олингандан сўнг шиллиқ қаватлар ўз ўрнига келтирилиб, икки тондан ёғ шимдирилганг докали тампон қўйилади.

Қийшайган бурун медиал деворини жаррохлик билан даволашга қарши кўрсатмалар: шиллиқ қаватларни кучли даражадаги атрофиясида, қон касалликлари, ўткир респиратор касалликлар, бурун чипқони, бурун сикози каби касалликлари ҳисобланади.



Расм 64. Бурун медиал деворини қийшиқ қисмни кесиб олиш жараёни

Бийгизсимон ва тароқсимон бўртмаларда эса шиллиқ қаватлар яхшилаб ажратилгандан сўнг стамеска ёрдамида бўртган жой кесиб ташланади. Агарда бўртмалар олиб ташлангандан сўнг, ажратилган шиллиқ қават яна ўз жойига, тоғай ва суяк устига теккис жойлашса, жаррохликни тугатиш мумкин. Жаррохлик охирида бурун бўшлиғининг иккала томонига эластик тампонлар (ёки докали пилик) қўйилади, бунда иккала томонга бир хилда қўйилган тампон шиллиқ қават варақларининг тезда бир-бирига ёпишиб битишига олиб келади. Бурун бўшлиғидаги тамонни 24 соатдан сўнг олиб ташланади, кейинги кунларда бурунга томир-торайтирувчи дориларини томизилади ва ёғлар шимдрилган докали тампонлар қўйилади. Бурун бўшлиғида ҳосил бўлган шилимшиқ ажралма ва қасмоқлар яхшилаб ёғ билан юмшатилиб тозалаб турилади. Юқорида келтирилган жаррохлик усулидан ташқари, бурун тўсиғини қийшиқлигини тўғрилаш учун бир қанча усуллар мавжуд: булар Воячек усули бўйича айланмасимон (редрессация) қилиш, бурун тўсиғини қисман олиб ташлаш, М. Ф. Цитович усули бўйича медиал деворни вақтинча олиш. Кейинги келтирилган жаррохликлар амалиётда кам қўлланилади, асосан ҳозирги кунда биз ёритган Киллиана усули ишлатилади. Айрим ҳолларда бурун ёндош бўшлиқларида (асосий суяк бўшлиғида), бурун-халқумда ўтказиладиган жаррохликда ҳам бурун орқали боришда медиал девор қисман олиб ташланади.

Асоратлари: бурун тўсиғида ўтказилаётган жаррохлик вақтида ва жаррохликдан кейин асоратлар, эртанги асоратлари - хушидан кетиш, бурундан қон кетиши, бурун тўсиғини тешилиши, жаррохликдан сўнги қон қуйилиши, шиллиқ қаватни шиши, кўз соҳасини яллиғланиши киради.

Кечки асоратларига – ташқи бурун чўкиб, шаклини ўзгариши, (бурунни учки қисмини ёки бурун қиррасини чўкиши), атрофик ринит, атрофик жараён натижасида бурун тўсиғини кечикиб тешилиши, бурун тўсиғини ён деворлар билан ёпишиб қолиши (синехия).

БУРУН ТЎСИҒИГА ҚОН ҚУЙИЛИШИ ВА АБСЦЕССИ

Буруннинг ташқаридан лат ёйиши (бурунга зарба етиш, ёш болаларда эса йиқилиб бурун билан урилиши), кўпинча бурун тўсиғининг шиллиқ ости қаватига қон қуйилиши – гематома ҳосил бўлишига олиб келади. Айрим вирусли (тумов ва резанда) касалликларда ҳам бундай қон қуйилиши кузатилади.

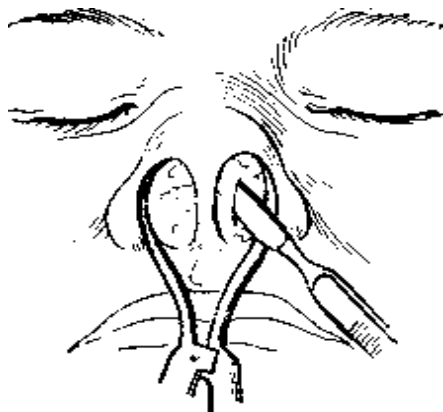
Беморни шикоятлари қон қуйилиши кўпроқ бурун бўшлиғини медиал деворини тоғай қисмида кузатилади. Агар қон қуйилиши бир томонлама бўлса беморларни кўп безовта қилмайди, икки томонлама ва кўпроқ ҳажимда қон қуйилганда, бурун тўсиғи шишиб, йўллар торайиб бурундан нафас олиш қийинлашади. Кейинчалик қон қуйилган жойга инфекция тушиши ҳисобига йирингли жараён ривожланади ва беморларда бурунда оғирик, иситмани кўтарилиши, бош оғриғи пайдо бўлади, нафас олишни қийинлашуви кучаяди. Айрим ҳолларда ташқи бурун териси ҳам қизариб шишади.

Риноскопияда бурун учи бармоқ билан кўтариб кўрилганда бўшлиғини медиал деворини тоғайли қисмида, шиллиқ қаватини чегарланган қизариб

бўртгани (гематома) кўринади, шиш хисобига бурун йўллари торайган. Тугмасимон зонд билан босиб кўрилганда гематома юмшоқ ва оғриқли бўлади.

Даволаш беморлар касалхонади ётиб даволанади,асосан бурун медиал девори бўртган жойдан пукция қилиниб қон сўриб олинади,иккиламчи йирингли яллиғланишни олдини олиш мақсадида антибиотик эритмаси юборилади ва бурунга иккала томонидан босиб турувчи докали тампон қўйилади. Ичишга антибиотиклар ва сульфаниламид дорилари тавсия қилинади.

Қуйилган қонга инфекцияни тушиб йирингли жараёнга айланиб **абсцесс** ривожланса,бўртган жойидан кесилиб йиринг чиқарилади ва тампон қўйилади.



Расм 53. Бурун медиал девори абсцесини очиш

Агар жараён икки томонлама бўлса, кесиш иккала томондан ҳам амалга оширилади, фақат кесиш жойлири бир-бирига тўғри бўлмаслиги шарт,акс холда тоғай қисмида тешик хосил бўлиб қолади. Кесиб йиринг чиқарилгач, абсцесс антибиотик эритмаси билан ювилиб резинали дренаж қўйилади. Ўз вақтида даволаш олиб борилмаслик натижасида бурун медиал деворини тоғай қисмини йирингли яллиғланишига,кейинчалик деворда доимий тешик хосил бўлишига, ҳамда тоғай қисми емирилиб, ташқи бурунни чўкиб қолишига олиб келади.

Беморларга кўшимча равишда антибиотиклар, сульфаниламид дорилари ва физиотерапевтик муолижалар буюрилади.

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ЖАРОХАТИ

Бурун юзининг косметик жихатдан шакллантирадиган асосий аъзолардан хисобланади. Бошқа аъзоларга қараганда бурун юз соҳасида бўртиб чиқанлиги учун ҳам, юздаги жароҳатларни 55-60% ҳолатларда ташқи бурун албатта шикастланади. Тинчлик вақтларда бурунни лат ёйиши транспортда, спортда, ишлаб чиқаришда ва турмуш ходисаларида рўй беради. Бурун жароҳатини ҳолати,уни оғир ёки енгиллиги урилган кучга, уни йўналишига, урилган жойга, урилаётган жисмни ҳолатига ва жароҳат олувчини ёшига боғлиқ бўлади.

Буруннинг лат ёйиши натижасида ташқи бурун шаклини ўзгариши, баъзан бурун фаолиятини бузилиши ва турли косметик нуқсонларга олиб келади.Ташқи

бурунни жарохатдан кейинги нуқсонликларини амалиётда А.Е.Кицера ва А.А.Борисов (1993) томонидан таклиф қилинган синифланиш бўйича ўрганилади.

Риносколиоз-ташқи бурунни ён томонга қийшайиши

Ринокифоз- бурун қиррасини дўмбоғлиги

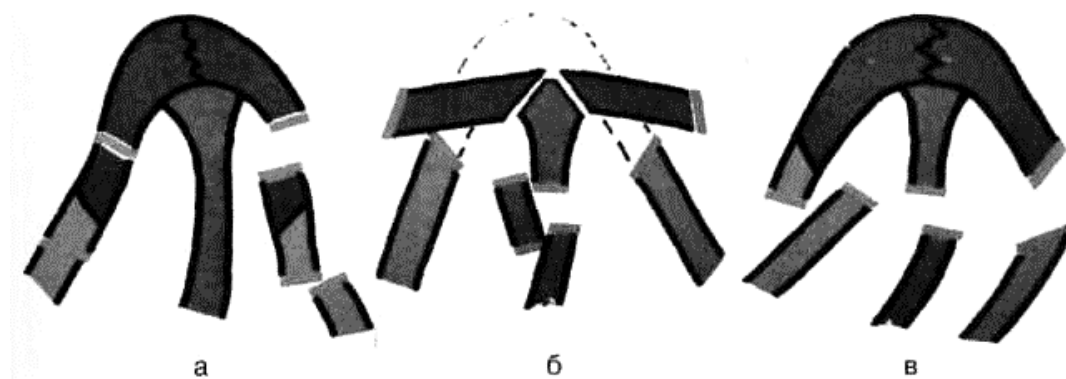
Ринологдоз- бурун қиррасини чўкиб қолиши

Платириния- ташқи бурун япалоқ бўлиб қолиши

Брохирина- ўта кенг бурун

Лепториния -ўта тор бурун

Моллирина- ўта эгилувчан юмшоқ бурун



Расм 50. Ташқи бурунни жарохатдан сўнг турлича синиши

Жарохатда ўз вақтда кўрсатилган тўғри ва тез ёрдам кейинчалик ўтказилиши керак бўлган мураккаб косметик жаррохликларни олдини олади. Жарохатни ҳолатига қараб бурунни юмшоқ тўқималари йиртилиши ёки бир вақтда тоғай ва суяк асосини синиши мумкин. Шунинг учун ҳам лат ейиши қуйидагиларга бўлинади:

эзилиш

юмшоқ тўқималарни йиртилиши

тоғай, ҳамда суякларнинг оддий ёки мураккаб синиши

юзнинг тўмтоқ лат ейиши

бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ёпиқ жарохатланиши ва бошқаларга бўлинади. Лат ейишда кўпинча бурун суяклари ва бурунни медиал девори, камдан-кам ҳолларда пешона суяги, юқори жағ суягини пешона ўсимтаси ва бурун ёндош бўшлиқлари деворлари жарохатланади. Бурун суяклари қиррасидаги озгина синиши ташқаридан кўрилганда шаклини сезирарли даражада ўзгартирмаслиги мумкин, шунинг учун жарохатни ҳолатини аниқлаш мақсадида бурунни лат еган қисми пайпасланади ва ушлаб икки томонга ҳаракатлантирилади, шунда синган суякларни бир-бирига ишқаланиш натижасида ўзига хос овози беради (крепитация), бундан ташқари бурунни ён томондан қўшимча рентгенологик текшириш, суякни синганлигидан дарак беради.



Расм 51. Жароҳат натижасида бурун суягини синиши (рентгенограмма)

Бурунни лат ёйишида агар жароҳат тўғридан (олди томондан) берилган бўлса, бурун қирраси узунасига синиб, чўкиб қолади, шунинг билан бирга бурун бўшлиғини медиал девори тоғай қисмини, баъзан суяк қисмини ҳам синиб қийшйиши, хатто шиллик ости қисмига қон қуйилиши кузатилади.

Болаларда бундай ҳолларда суяк чокларининг мустаҳкам ёпишмаганлиги сабабли бурун суяклари ва пешона суягини бурун ўсимтаси ўртасидаги чокдан ажралиб кетиши мумкин, бунда бурун шакли бузилиб, қиррасининг жуда сезиларли даражада чўкишига сабаб бўлади. Қаттиқ жароҳат олинганда юқори жағ суягини пешона ўсимтаси ва бурун ёндош бўшлиқларини (асосан юқори жағ суяги ва пешона суяги бўшлиқлари) олдинги деворлари ҳам синиши мумкин. Бурун жароҳатлари кўпинча бурун ва кўз атрофи териси остига қон қуйилиши “кўз ойнак” белгиси билан кечади.

Агар жароҳат туфайли ғалвирсимон суяк катакчалари синиб, шиллик қаватлари йиртилган бўлса, ундай ҳолда тери остига ҳаво кириб, эмфизема ривожланганидан дарак беради. Пайпаслаб кўрилганда ҳаво эмфиземасини ўзига хос “қорни босилгандаги каби”овози (крепитация) сезилади.

Бурунни ёндош бўшлиқлари жароҳатида айниқса пешона суяги бўшлиғини жароҳатида, ғалвирсимон суяк пластинкаси, бош мияни олдинги қисmlарини ва кўзни лат ёйиши билан давом этади. Бурун ёндош бўшлиқларини жароҳати кўпинча бош мияни лат ёйиши, мия чайқалиши ва беморларни маълум муддатга хушидан кетишига олиб келади. Оғир жароҳатларда беморлар бош айланиб, беҳуш бўлади, кўнгли айниб қайт қилади, турли бош мияни кўзгалишига хос белгилар -

энгса мушакларини қотиб қолиши, Керниг ва Брудзинский белгилари пайдо бўлади. Айрим ҳолларда кўз атрофида, қовоқларда, яноқ соҳаси териси остида эмфизема ҳосил бўлади. Ғалвирсимон суяк катакчалари жароҳатида мияни пардасини йиртилиши билан давом этса, жароҳатни биринчи кунларида, бурун орқали қонга аралаш мия суюқлиги ҳам қўшилиб чиқади, бунда бурундаги ажралма томчисида **икки қатор халқа** белгиси, яъний ичкаридаги қон халқаси атрофида ташқи тиниқ халқа бўлади, бурундан қон кетиши тўхтагандан сўнг бурундан тиниқ суюқлиги оқиши давом этади, агар текширилганда суюқлик таркибида глюкоза аниқланиши, уни мия суюқлигидан дарак беради. Юқоридаги белгиларга қўшимча хид билиш пасайиб қолади.

Жароҳатдан сўнг беморларни шикоятлари: Беморларни шикоятлари олинган жароҳатларни ҳолатларига боғлиқ бўлади. Агар жароҳат мураккаб бўлиб бош мияни оғир чайқалиши билан кечса беморлар кўпинча беҳуш ҳолда бўлади. Оддий жароҳатларда эса биринчи дақиқаларида бурундан қон кетиши безовта қилади. Баъзан қон кетиши енгил бўлиб, ўз-ўзидан тўхтаб қолиши мумкин ёки ҳаёт учун ҳафли даражада кучли қон кетиши кузатилади. Агар жароҳат бош чайқалиши билан кечса беморларда бош оғриғи, кўнгил айланиб қайт қилиши кузатилади. Кейинги кунларда юмшоқ тўқималарни шиши ҳисобига бурун соҳасида оғриқ, бурундан нафас олишни қийинлашуви пайдо бўлади.

Шикоятлардан бири ташқи бурунни қийшайиб қолишига бўлади, агар бурунга жароҳат тўғридан берилган бўлса, ташқи бурун чўкиб қолади (эгарсимон бурун-ронолордоз), ён томондан урилса қарши тарафга қийшайиб (ринокифоз) қолади.

Риноскопияда кўрилганда ташқи бурунни қийшиқлиги, юмшоқ тўқималарида кесилган, йиртилган ёки эзилган жароҳатлар, тери остига қон қуйилишлар кўзга ташланади. Ташқи бурунни турлича қийшайиши, бурун бўшлиғини медиал деворини қийшайиб латерал деворига ёпишиб қолиши ёки синиши, ҳамда бурун йўллари торайиши аниқланади.

Ташқи буруннинг ён тарафга қийшайиши (қийшиқ бурунлик) бурун чўкишига нисбатан кўпроқ учрайди, бунда бурунни урилган томонга қарама-қаршига қийшайиши кузатилади.

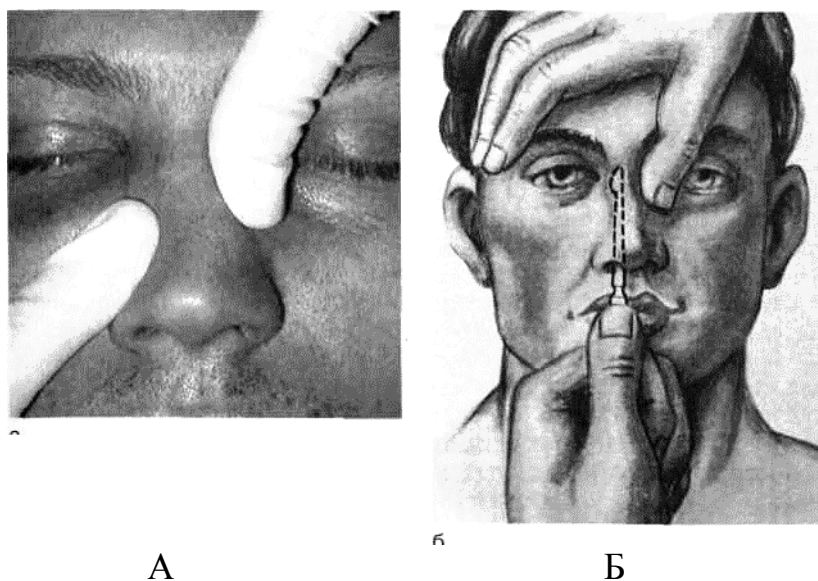
Бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватларни шикастланиши, ташқи жароҳат натижасида содир бўлади (синган суяклар ва тоғайлар силжиши натижасида шиллиқ қаватлар шикастланади). Шиллиқ қаватнинг бевосита лат ейиши ўткир жисмларни (қалам, темир парчаси, гугурт донаси ва бошқалар) бурун тешиклари орқали кирганда юзага келади. Бурун йўллари қотган қонлар билан тўлган.

Ташхис қўйиш бемор шикоятига, буруни ташқи кўриниши, пайпаслаш, риноскопик ва рентгенологик, МРТ текширишлар натижаларига асосланади.

Даволаш: Даволаш жароҳатни катта кичиклиги, уни ҳажми, жароҳат тури, беморни ёшига ва уни жароҳат вақтидаги ҳолатига боғлиқ бўлади. Агар беморда бурун жароҳати билан бирганликда ҳаётга ҳавф соладиган бошқа, оғир ҳолат кузатилса аввал шу ҳавфни бартараф этилгандан сўнг, бурун жароҳати билан шуғулланади.

Ташқи бурунни шикастланиши қон кетиши билан давом этса, биринчи ёрдам бурундан қон кетишини тўхтатишдан иборат бўлади. Бурундан қон кетишини

тўхташишига боғлиқ масалалар бурундан шу масалага тегишли мавзусида батафсил баён этилган. Терини бутунлиги бузилиб, йиртилган, кесилган ёки эзилган жароҳатлар албатта биринчи жароҳлиги тозалови ўтказилади, яралар қирғоқлари текисланади, тикилади, боғлов қўйилади ва қоқшолга қарши зардоб юборилади. Агар бурун суяклари синиб, ташқи бурун қийшайиб қолган бўлса аввал уни тўғрилаб, сўнгра бурунга докали пилик тикилади. Бундай докали пиликлар биринчидан қон кетишини тўхтатса, иккинчидан тўғриланган ташқи бурунни, қайта қийшайиб қолмасдан тўғри битишига ёрдам беради. Ташқи бурундаги кичкина жароҳатлар, бирламчи жароҳлик тозалови ўтказилгандан сўнг ҳеч қандай аралашувисиз ҳам нуқсонсиз яхши битади.



Расм 52. Ташқи бурун деформациясини А қўл билан, Б элеватор ёрдамида тўғрилаш

Агар жароҳат катта ва жароҳлик чоки қўйилиши зарур бўлса, иложи борида яхши косметик натижа олиш учун (тери майдаланиб йиртилганда ҳам имкон даражада сақлаб қолишга ҳаракат қилиниб ўз ўринларига қайта тикилаш зарур) ҳаракат қилинади. Бурунни бирор қисмида узилиш бўлса, ўз ўрнига фақатгина ташқи қирғоқларга тўғриланиб эмас, ҳатто бурун бўшлиғи қирғоқларига ҳам тўғриланиб тикилади, акс ҳолда кейинчалик бурун йўллари иккиламчи торайиб қолиши мумкин.

Бурун қийшиқлигини бартараф этиш қисқа муддатли умумий оғриқсизланитиршдан сўнг тўғриланади, агар шикастланиш янги бўлса ҳеч қандай оғриқсилантиришсиз тўғриланади, бунинг учун қийшайган томондан қарама-қарши томонга бармоқ билан ёки махсус Ю.Н.Волков элеватори ёрдамида босилади, суяк тўғриланганда ўзига хос товуш эшитилади ва ташқи бурун аввалги ҳолига келади.

Кеч мурожат қилинганда, агар ташқи бурун билан бирга бурун бўшлиғини медиал девори ҳам биргаликда қийшайган бўлса, аввал маҳаллий оғриқсизлантирилиб, ташқи бурун тўғриланади, сўнгра медиал деворини махсус

элеваторни бурун бўшлиғига киргизиб, тўғриланади. Тўғрилангандан сўнг, шундай ҳолатда ушлаб туриш учун бурун бўшлиғига докали тампон қўйилади, ташқи бурунни икки томонига 2-3 кунга, махсус ушлаб турувчи докали ёстикча қўйилаб боғлов қилинади. Айрим ҳолларда бурун қийшиқлиги анча вақт ўтиб шакилланган бўлса, шаклини аввалги ҳолига келтириш учун пластик жарохлик ўтказилади. Агар жарохат мия суюқлиги оқиши билан давом этса, бу ҳолат галвирсимон суякни синиши ва мия пардасини йиртилишидан дарак беради, бундай ҳолда бурунга асептик турунда қўйилади, иккиламчи асоратни олдини олиш мақсадида антибиотиклар, бош мия босимини пасайтирувчи гипотензив дорилар тавсия қилинади. Ўтказилган муолижалардан фойда бўлмаса жарохат пластик усулда беркитилади.

Бурун ёндош бўшлиқлари жарохатларида, кўпинча беморлар шок ҳолатида бўлади, шунинг учун бундай ҳолларда биринчи навбатдаги тадбир уларни шу ҳолатдан чиқаришга, нафас олиш бузилган бўлса уни тиклашга қаратилган бўлади. Жарохатдан сўнг бурун ёндош бўшлиқларидан йиринг ажралиши кузатилса қўшимча текширишлар ўтказилиб (риноскопия, эндоскопия, рентгенологик текширишлар) керак бўлса, бўшлиқлар очилиб қайта тозалов ўтказиш зарур. Айрим ҳолларда пешона суяги бўшлиғини жарохатида, бурундан мия суюқлиги оқиши кузатилади, бундай вақтда албатта бўшлиқ очилиши, уни тўлиқ текшириш зарур. Аниқланган патологик ўзгаришлар бартараф этилади, суяк синиқлари жойига қўйилади, бўшлиқда ҳосил бўлган ажралмаларни чиқишини енгиллаштириш мақсадида узоқ муддатга резинали дренаж қўйилади. Агар бош мияни қаттиқ пардаси йиртилган бўлса, бирламчи жаррохлик тозаловини ўтказилгандан сўнг, мия пардаси кетгуд билан тикилади, дренаж қўйилиб бурун бўшлиғига туташтирилади.

Юқори жағ суяги бўшлиғини кўз косаси девори синган бўлса, тозалов ўтказилгандан сўнг, бўшлиққа резинали балон киргизилиб, уни ҳаво билан тўлдириш йўли орқали синган девор ўз ўрнига келтирилади. Иккиламчи асоратларни олдини олиш мақсадида антибиотиклар, яллиғланишга қарши дорилар тавсия қилинади.

БУРУН БЎШЛИҒИНИ ЁТ ЖИСМЛАРИ

Бурун бўшлиғидаги ёт жисмлар кўпроқ болаларда учрайди, чунки улар ўзлари ўйнаган ҳолда бурнига турли жисмларни (мунчок, тугма, танга, нўхот ёки ловия ва бошқа нарсаларни.) тикиб олишади. Катта ёшдагиларда эса ёт жисмлар асосан жарохат вақтида (уруш вақтида, ишлаб чиқаришда, спортда) тушиб қолади. Айрим ҳолларда эса бурунда тирик (зулук, турли куртлар, каналар ва хашоратлар) жонизотлар учраб туради. Рухий беморларда ўзлари англамаган ҳолда бурнига турли нарсаларни тикиб олиши мумкин. Касбга боғлиқ ёт жисмлар цемент, пахта, метал парчаси ва кон саноатларидаги чиқиндаларни бурунга тушиб тўпланиши, сўнгра атрофида ринолитлар (бурун тошлари) ҳосил бўлиши ҳолатлари кузатилади. Тишларни ривожланиш жараёнини бузилиши натижасида, улар бурун бўшлиғига ёки юқори жағ суяги бўшлиғига ёт жисм сифатида ўсиб кириши мумкин. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ёт жисмлари, баъзан

шифокорлар томонидан ўтказилган муолижалар вақтида эсдан чиқариб қолдирилган турли докалар,пахталар,тиш пломбалари ҳам бўлиши мумкин.

Бурун бўшлиғига тушган ёт жисмларни ўз вақтида олиб ташланмаса бурун шиллиқ қаватининг сурункали йирингли яллиғланишига, атрофида грануляция хосил бўлишига, кейинчалик эса, асоратланиб иккиламчи бурун ён бўшлиқларининг яллиғланишига олиб келади.

Беморни шикоятлари асосан тушган ёт жисмни ҳолатига, шаклига, ҳажмига ва тушган муддатига боғлиқ бўлади. Дастлабки шикоят бурунда ёт жисм борлиги, бурундан нафас олишни қийинлигига бўлади. Кейинчалик вақт ўтиши билан бурундан қон аралаш йиринг ажралишига ва бурунда ёқимсиз хид келишига, хид билиш қобилиятини пасайишига,бош оғриғига, бурундан қон кетишига шикоят қиладилар. Ёш болалар бурунда ёт жисм борлигига шикоят қилишмайди, кўпича уларда бир томонидан нафас олишни бузилиши, бурундан сассиқ хид келиб, қон аралаш йиринг ажралиши кузатилади. Бундай ҳолларда ўтказилган текширишлар бурунда ёт жисм борлигини аниқлайди.

Риноскопияда Узоқ вақт туриб қолган ёт жисимлар бурун шиллиқ қаватларида яллиғланиш келтириб чиқаради,шунинг учун ҳам шиллиқ қаватлар қизарган,шишган,бурун йўлларида кўп миқдорда шилимшиқ аралаш йиринг бўлади.Айрим ҳолларда ёт жисм грануляция билан қопланганлиги туфайли ўсмага ўхшаб кўринади, шунинг учун ҳам уни аниқлаш қийин бўлади. Бундай ҳолларда учи тўмтоқ зонд билан текшириб аниқлаш мумкин. Баъзан бурунда туриб қолган ёт жисмлар атрофига фосфор ва кальций тузлари тўпланиб, тошлар (ринолитлар) хосил қилади. Бунда ёт жисмларни ўсмалардан ажратиш мақсадида касаллик тарихи мукамал ўрганилади, эндоскопия,контраст рентгенография ўтказиш ёт жисм ҳақида, унинг жойлашуви тўғрисида аниқ маълумот беради.

Даволаш: буруннинг олдинги қисмидаги юмшоқ ва кичкина жисмлар бурунни қоқиш вақтида чикиб кетади. Узоқ туриб қолган ва катта ёт жисмларни махсус асбоблар ёрдамида олиб ташланади. Муолижадан аввал бурундаги шилимшиқ ажралмалар сўрғич ёрдамида тозаланади,бурунга қон томир торайтирувчи дорилар томизилиб йўллари очилади,сўнгра 2% дикаин ёки 10% лидокаин сепилиб оғиқсизлантирилади. Юзаллари силлиқ ёт жисмлар илгакли зондлар ёрдамида олинади, шакли чўзилган ёт жисимлар полип олишга мўлжалланган сиртмоқ ёрдамида олинади. Тангалар,тугмалар ва ясси жисимлар бурун қорнчаги орқали олинади. Агар катта ринолитлар бўлса улар бурун қорнчаглари ёрдамида майдаланиб олинади.

РИНОЛИТЛАР

Ринолит бу бурун бўшлиғида хосил бўладиган ва органик тузлардан ташкил топган тошлардир. Улар бурундаги ажралмалардаги тузларини чўкиб тўпланиши ҳисобига хосил бўлади. Таркиби карбонат, фосфат ва неорганик тузлардан иборат. Кўпинча ринолитлар бурунга тушган ёт жисимлар атрофида тўпланади ва асосан пастки бурун йўлида жойлашади.

Касалликни белгилари: Ринолитларни ҳажмига,жойлашган ўрнига,консистенциясига ва юзасини ҳолатига боғлиқ бўлади. Шикоятлар бурунни ёт жисмидаги белгиларга хос бўлиб,асосан бурундан нафас олишни қийинлиги,

сассиқ хид келиши,шилимшиқ аралаш йиринг ажралишига, бош оғриғига бўлади. Агар ринолитни юзаси ўткир бўлса,шиллик қаватга санчилиши хисобига,бурунда оғриқ пайдо бўлади.

Бурун йўлларида узоқ вақт турган ринолитлар,нафакат бурун йўлларида,балким,бурун ёндош бўшлиқларида ҳам иккиламчи яллиғланишлар келтириб чиқаради.

Риноскопияда-бурун шиллик қаватлари қизариб шишиган,бурун йўлларида шилимшиқ аралаш йирингли ажралма кўринади.Одатда ринолитларни хажми ловия ёки нўхатлар хажмида бўлади,аммо айрим холларда товук тухуми катталигидагилар ҳам учраб туради.Бурундаги ринолитлар таркибига мос бўлиб, ранги оч пуштидан тўқ жигаррангида бўлади. Агар ринолит атрофида грануляция ўсиб қоплаб қолган бўлса, ташхисда оддий полипга ўхшатиш мумкин.Шунинг учун ҳам текшириш вақтида бурун йўллари барча ажралмалардан тозаланиб,қон томир торайтирувчи дорилар томизилгандан сўнг диққат билан қайта кўриш лозим.

Ташхис касаллик тарихи,риноскопик кўриш, зонд билан пайпаслаш ва рентгенологик текширишлар натижаларига асосланган холда қўйилади.**Даволашда** кичик хажмдаги ринолитлар оддий илгаксимон зондлар ёрдамида олиб ташланади.Катта ринолитлар бурун бўшлиғида майдаланиб олинади, агар майдалашни иложи бўлмаса Rouge жаррохлик усули билан олинади.

БУРУНДАН ҚОН КЕТИШИ (Epistaxis)

Бурундан қон кетиши инсон ҳаётида кўп учрайдиган ва айрим холларда ҳаётга хавф туғдирадиган касалликлар қаторига киради. Турли сабабларга кўра бурундан қон кетиши,бурун бўшлиғини қон томирлар билан бой таъминланганлигидан дарак беради,аммо ҳар доим ҳам қон кетишни сабабчиси бурун бўшлиғидаги ўзгаришлар хисобланмайди.Қон кетишни 85% танани бошқа жойларидаги ўзгаришлар хисобига бўлса,15% холларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари хисобланади. Бундан ташқари қизилўнгач,ошқозон ва бурун-халқумдаги ўсмалардан чиқаётган қонни, бурун орқали ажралишини ҳам хисобга олиш зарур.

Бурундан қон кетишини сабаби маҳаллий (20%) ва умумий (80%)бўлади.

Маҳаллий сабабларга кўра қон кетиши

- бурун бўшлиғида ўтказиладиган жаррохликдан сўнг.
- турли жароҳатларда бурунни лат ёйиши натижасида қон кетиши (бурунинг енгил жароҳатланишидан сўнги ёки, бемор ўзи бармоқлари билан буруннинг қовлаб шикастлаш хисобига қон кетиши).
- бурун бўшлиғидаги турли ярали жараёнлар, қон кетиши билан кечадиган ўсмалар.
- шиллик қаватларнинг яллиғланиши натижасида қон кетиши

Умумий сабабларга кўра қон кетиши айрим аъзоларни касалланиши натижасида бурундан симптоматик қон кетиши кузатилади, булар

- хафакон касаллиги (80% холларда)
- атеросклероз

- қон касалликлари (гемофилия, полицитопения, тромбопения, лейкопения, агранулоцитоз, Верльгоф касалиги, Барлов касаллиги)
- нефрит
- жигар циррози
- юрак нуқсон
- юқумли касалликлар
- бурун ва бурун халқумдаги ўсмалар (ўсмирлар ангиофибромаси)
- жисмоний ва рухий зўриқишда қон кетиши
- хаво босимининг ўзгариши (тоғ касаллиги, Кессон касаллиги) сабаб бўлади.

Бурундан қон кетишининг махсус шаклларида яна бири **викар** (ўриндош) қон кетишидир. Бунда хайз кўриш кунларини кетма-кетлиги бузилганда, хайз қони муддатида кетмасдан унинг ўрнига бурундан қон кетиши кузатилади. Бундай ҳоллар ўсмир қизлар ўртасида учрайди.

Бурун бўшлиғи қон билан бой таъминланган, айниқса медиал деворини олдинги тоғайли қисмида артериал қон томирлар ўзаро туташиб, қон томирларда тўри (анастомоз) ҳосил қилади, бундай томирлар медиал девор артерияси (a. nasalis septi), катта танглай артерияси (a. palatina major), олдинги ғалвирсимон артерия (a. etmoidalis anterior) ва юқори лаб артерияси (a. labialis superior) тармоқларидир. Бу жойни қон кетувчи (Киссельбах майдони) майдон деб юритилади ва энг кўп қон кетиши 90-95% гача шу жойдан, 6-8% эса бурунни ўрта ва орқа томонларидан кузатилади. Киссельбах майдондан қон кетиши тезда тўхтайдиган, шунинг учун хавфли ҳисобланмайди. Жароҳатдан сўнгги қон кетиши анча хавфли ҳисобланади, чунки жароҳатда кўпинча қанотсимон-танглай ва кўз артериялари жароҳатланади, ундан ташқари бундай сабабдан қон кетиши тез ва узок қайталанишга мойил бўлади.

Касалликни белгилари Бурундан қон бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин, айрим ҳолларда бир томондан кетаётган қон бурун-халқум орқали иккинчи томондан ҳам чиқиши мумкин. Айрим беморларда бурундан қон кетишдан олдин бош оғриши, бош айланиши, қулоқда шовқин ва кўзларни жимирлаши каби белгилар кузатилади. Озгина қон кетишда беморларда деярли ҳеч қандай клиник ўзгаришлар кузатилмайди. Бир маротаба 500мл. миқдорда қон кетиши катта одамларда рангини оқариши, юрак уришини тезлашиши (80-90 та уради, қон босими 110/70 мм.с.у.), қулоқда шовқин пайдо бўлишига ва қон босимни пасайишига олиб келади, ёш болаларда эса бу миқдордаги қон йўқотиш оғир кечади. Кўп миқдорда қон кетганда, беморни ҳаётига хавф туғиладиган ўзгаришлар — беморни ранги оқариши, юрак уришини тезлашиши, ҳушдан кетиши, агар ютилиб ошқозонга тушган бўлса қон қайт қилиш, ахлатни қорайиши каби белгилар кузатилади. Оғир қон кетишларда, жараён беморни ўлими билан тугалланиши мумкин.

Бурунни олдинги қисмидан қон кетишини ташхиси қийин эмас, шикастланган томирни ва жойини аниқлаш учун бурун бўшлиғини тўлиб турган қондан тозалаб кўриш мумкин. Ўрта ва орқа бўлимларидан қон оқиши хавфли ҳисобланади, чунки бу ердаги қон томирлар ҳажим жихатидан анча йўғон, бундан ташқари бурундаги тўпланган қонни тозалаб, қон кетаётган жойни аниқлаш ва бу жойларга етиб бориб бирорта муолижа ўтказиш анча мушкул.

Айрим холларда қонни ҳақиқий кетаётган миқдорини аниқлашни иложи бўлмайди, бундай ҳолатлар асосий касаллик натижасида (кўпинча юқумли касалликларда) беморлар кўпинча ётган ҳолатларда бўлганда ёки улар беҳуш холларда, бурундан кетаётган қон, кўпинча ичкарига ютилиб кетади ва бурун орқали оз миқдорда чиқади.

Бундай холларда хатога йўл қўймаслик учун бемор синчиклаб текширилиши зарур, бурун-халқум доимо назаратда бўлиши керак. Бемор кўп қон йўқотганда тез-тез ҳушини йўқотади, қон босими пасайиб, тери ранги оқариб боради, томир уриши тезлашади ва ютилган қонни қайт қилади. Шунинг учун дархол қонни умумий тахлилини ўтказилади ва қон кетиш жойини аниқлаш учун қайта-қайта риноскопия қилинади. Қон кетиши тўхтаганлигига тўлиқ ишонч ҳосил қилиш мақсадида мезофоарингоскопия қилиб халқумни орқа девори тозалиги кўрилади. Юқоридаги текширишлар натижаларига асосланиб ташхис қўйилади

Ташхис қийинчилик туғдирмайди, қайси томондан қон кетаётганлигини билиш учун беморнинг боши бироз олдинга қараб эгилади ва қон кетаётган томон аниқланади. Кўп миқдордаги қон кетишида (1 литр ва ундан кўпроқ) бурун бўшлиғини қон билан тўлиб, қон кетаётган жойини аниқлашни имкони бўлмай қолади, бунда беморни боши бироз орқага кўтарилади, бурун ичи қондан тозаланади ва қон кетаётган жойини аниқлаш имкони туғилади. Агар қон кетаётган манба аниқланмаса, эҳтиёткорлик билан вақтинчалик тампон қўйилади (докали пилик 3% перекис водород эритмасига ёки адреналин ёки эфедрин ёки тромбин эритмаларидан бирига шимдирилиб қўйилади) шу йўл билан кетаётган қонни тўла ёки қисман тўхташи мумкин. Секин пиликни олгач бурун бўшлиғининг туби синчиклаб текширилади ва қон кетаётган жой аниқланади.

Бурундан қон кетишнинг оқибати: агар қон оз миқдорда кетиб узоқ вақтдан сўнг қайталанадиган бўлса, беморни умумий ахволига таъсир кўрсатмайди. Кўп миқдорда тез-тез қон кетиши ўткир камқонлик ва иккиламчи анемияга олиб келади.

Даволаш: Биринчи навбатдаги тадбир қон кетишига олиб келувчи омилларни бартараф қилишдан бошланади. Қўлланиладиган даволаш тадбирлари икки йўналишда бўлиши шарт, биринчиси кетаётган қонни тўхтатиш ва иккинчиси уни қайталанмаслигини олдини олишга қаратилади.

Бурундан кетаётган қонни тўхтатиш учун энг кўп, ҳатто тиббиёт муассаси йўқ жойларда ҳам қўлланиладиган, оддий усуллардан бири, бурун канотини бурун тўсиғига бармоқ ёрдамида босиб туришдир, бир вақтни ўзида пешона соҳасига совуқ сув шимдирилган латта қўйилади, бунда рефлектор қон томирларини торайиши ҳисобига қон кетиши секинлашади ёки тўхташи мумкин. Агар қон кетиши тўхтамаса 3% перекись водород эритмаси докали пилик шимдирилиб буруннинг кириш қисмига қўйилади, бу усул ҳам ёрдам бермаса 10% кокаин билан, 0, 1% адреналин эритмалари шимдирилган докали пилик бурунга тикилиб бир неча дақиқа мобайнида ушлаб турилади, агар қон кетаётган томир аниқланса бу жой ляпис ёки хром кислотаси билан куйидирилади. Бунинг учун спиртли горелка оловида зондни учи қиздирилгач, хром кислотаси кристаллига тегизилади, зонд учида шу модданинг ялтироқ майда доначаси ҳосил бўлади ва

уни қонаётган жой босилади. Агар ўтказилган тадбирлар ёрдам бермаса, бурунга олдинги докали пилик қўйилади.

Бурун бўшлиғининг қонаётган томонига докали пилик вазелин ёки таркибида бирорта ёғ тутган малхамларга (синтомицин эмульсияси, ўрик данагини мойи, шафтоли данагини мойи, облепиха мойи, 10% метилурацил малхами) шимдирилиб, қаватми - қават (48 соатга муддатга) қўйилади, керак бўлса 48 соатдан кейин қайтадан докали пилик алмаштирилиб яна шу муддатга қўйилади. Бурунга олдинги тампон қўйиш Микулич, Воячек ва Лихачев усулида амалга оширилади. Хозирги кунда Микулич усули анча қулай, яъний докали пилик бурун бўшлиғида орқадан олдинга ва пастдан юқорига қават қилиб қўйилади. Бундан ташқари беморлар учун енгил ҳисобланган усул, бу ичига пролон ёки докали пилик тўлдирилган резинали қўлқопни бармоқчаларини бир нечасини қўйилади. Бу усулни афзаллиги шиллиқ қаватлар кам жароҳатланади ва кейинчалик бурундан олиб ташлашда ҳам беморга ортиқча ноҳушлик келтирмайди. Агар буруннинг ўрта ёки орқанги бўлимларидан қон кетса, тўхтатиш бироз қийинлашади, чунки қон кетаётган жойни аниқлаш доимо иложи бўлмайди, бундай ҳолларда докали пилик чуқурроқ ва кўпроқ қўйилади. Бу усул ҳам ёрдам бермаса орқанги докали тампон қўйилади: бурун ҳалқум хажмига ўлчаб бир неча қават қилиб махсус тайёрланган докали ёстиқча икки қават ип билан кўндаланг ва узунасига боғлади, натижада докали ёстиқчада тўрта ип учи ҳосил бўлади, уни учта ипни учи қолдирилиб, тўртинчиси эса калта қилиб қирқилади. Сўнгра ингичка резинали катетер олиб пастки бурун йўлидан бурун ҳалқумга ўтказилади, юмшоқ танглай ортидан катетер учи кўринганда қисқич ёрдамида ушланиб оғиздан чиқарилади ва аввалдан тайёрланган докали ёстиқчанинг иккита ипи катетерга боғланади, кейин катетер бурундан қайта орқага тортилади, кўрсаткич бармоқ билан ёстиқча юмшоқ танглай ортига, бурун-ҳалқумга маҳкам ўрнатилади, натижада хоаналар тўлиқ беркитилади.



1- боскич



2- боскич



3- боскич

Расм 54. Бурундан қон кетганда орқанги тампон қўйиш.

Бурундан тортиб чиқарилган ип таранг тортилиб турилади ва бир вақтни ўзида, бурунга олдинги докали тампон қўйилади. Олдинги тампон қўйилгандан сўнг, тампонни устига, буруни кириш қисмига иккинчи докали ёстикча қўйилади ва бурундан чиқиб турилган ип билан боғланади. Оғиз ичида қолдирилган учинчи ипни кулоқ атрофидан айлантирилиб лунжга ёпиштириб қўйилади, бу ип кейинчалик бурун-халқумга қўйилган докали ёстикчани қайта олишига ёрдам беради. Бундай усулда тампон қўйиш **Беллоку усули** деб аталади.

Бурун халқум қисмида ивиб, тўпланиб қолган қон, турли микроорганизмларни ривожланиши учун яхши озуқа ҳисобланади, бурун-халқумда тампонларни узоқ туриб қолиши микробларни эшитув найлари орқали ноғора бўшлиғига ўтиб, ўрта кулоқнинг йирингли яллиғланишига сабаб бўлади, шунинг учун ҳам орқанги тампон 3-4 кундан кейин олинади, агар яна қон кетиши қайталанса, қайта қўйилган орқанги тампон 7-8 кундан сўнг олинади. Кетма-кет бурунга докали тампон қўйиш, шикастланган ва ўткир яллиғланган шиллик қаватни қайтадан жароҳатлаб қўшимча қон кетишига олиб келади, бундай ҳолларда докали тампонлар ўрнига ҳозирги вақтларда юмшоқ резинали ичига хаво тўлдириладиган балончалардан фойдаланилмоқда. Кейинги даволаш чора-тадбирлар қон кетишининг сабабларини аниқлаб уларни бартараф қилишга қаратилади.

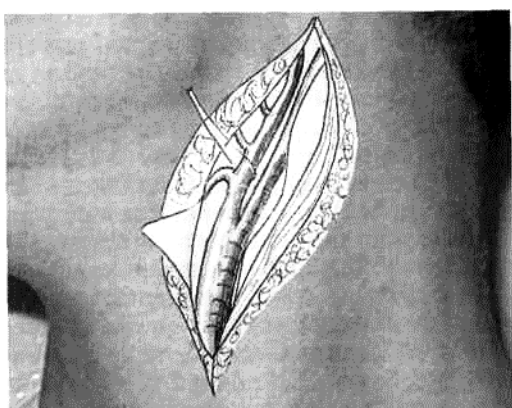
Агар хафақон касаллиги оқибатида қон кетаётган бўлса, қон босимини пасайтирувчи дорилар қўлланилади. Турли кўринишлардаги юрак нуқсонлари ва улардан келиб чиқдиган асоратлари натижасида қон кетса, юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар қўлланилиши керак ва хоказо.

Қоннинг ивиш жараёнини тезлатиш учун мускул остига 20-40 мл миқдорида қон юбориш яхши наф беради, хавфли ҳолатларда эса томир ичига 100-200 мл қон қуйилади, бу нафақат қон кетишини тўхтатибгина қолмай, йўқотилган қонни ўрнини ҳам тўлдиради. Қон ивишини тезлатиш учун кальций хлор 10% эритмасидан 1 ош қошиғида бир кунда 4-5 маротаба 5-7 кун давомида ичилади. Болаларга эса кальций глюконат ичирилади ёки 10 мл томир ичига жуда секинлик билан юборилади. Агар қонда протромбин миқдори пасайган бўлса (тромбопения) витамин К (ёки викасол) берилади. Ўртача миқдори 0,01 дан бир кунда 2-3 маротаба, 10 кун давомида. Агар жуда майда томирчалардан (капиллярлардан) қон

кетаётган бўлса, томирлар деворини ўтказувчанлигини мустахкамлаш мақсадида С, Р витаминлари қўлланилади. Қон оқишини тўхтиш учун 5% аминакапрон кислотасидан 100 мл томир ичига юбориш ёки мушак орасига 2 мл 12,5% дицинон эритмаси ёки 10 мл 10% желатина томир ичига, тери остига эса 1,5% гемофобинни юбориш яхши фойда беради.

Биологик қон тўхтатувчи дориларни маҳаллий, парентерал ҳамда томир ичига юбориш орқали қўлланилади. Маҳаллий кенг қўлланадиган дорилар турига қон плазмаси киради, қон плазмаси докали пиликка шимдирилиб буруннинг олдинги қисмига 24 соатга қўйилади. Бундан ташқари қон плазмасидан тайёрланган дорилар: гемостатик губкалар, фибринли қопламалар, тоза холдаги тромбин ферменти, қуруқ холдаги тромбин, биологик антисептик тампон қўллаш яхши фойда беради.

Қонаётган жойни ивиган қондан тозалаб, адренилин ва кокаин эритмалари аралашмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг плазма кукуни қўйиқ қилиб сепилади ёки тампонга сепилиб қонаётган жойга босилади (тампон тромбин эритмасига шимдирилиб олинса ҳам бўлади). Қон кетишини тўхтатиш мақсадида қон кетаётган жойни шиллиқ қават остига 0,5% ли- 1-2 мл новокаин ва 0, 1% адреналин эритмалари биргаликда юборилади, кўпинча бу усул яхши натижа беради. Айрим ҳолларда қон кетаётган жойни шиллиқ қаватни айлантириб кесиб қўйиш ҳам яхши натижа беради, бунда қонаётган томир тўла кесилгандан сўнг учида тромб ҳосил бўлиб, қон кетиши тўхтайдди. Бурун тўсиғи резекциясидаги каби шиллиқ қават тоғайли қисмидан тўла ажратиб қўйиш натижасида қон кетишни бартараф этиш усули ҳам мавжуд. Кўрсатилган ёрдамдан фойда бўлмаганда, қон кетиши ҳаёт учун ҳаф туғдирилганда ташқи уйқу артерияси боғлаш орқали қон кетишни тўхташиш мумкин.



Расм 55. Ташқи уйқу артериясини боғлаш

Ташқи уйқу артериясини боғлашда ички уйқу артерияси билан алмаштиримаслик зарур, ички уйқу артерияси бўйин соҳасида тармоқ бермайди. Ташқи уйқу артерияси эса умумий уйқу артериясида бўлиниши билан иккита тармоқ беради, биринчиси юқорги қалқонсимон артерия ва иккинчиси тил

артериясидир. Боғлашни юқорги қалқонсимон артерия чиққан жойдан тепада амалга оширилади.

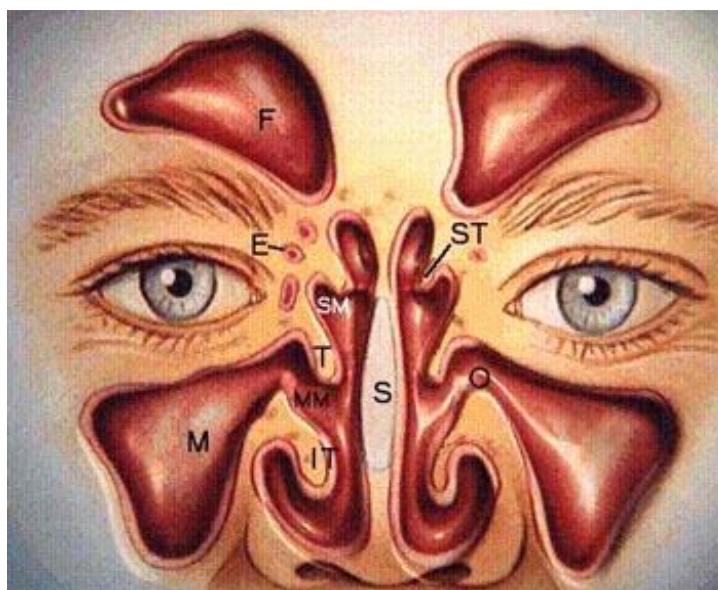
Қайталаниб турувчи қон кетишида маҳаллий ва умумий тадбирлар кам фойда берса, талокни чуқур нурлантириш йўли билан қон кетишни тўхтатишга эришиш мумкин. Қон кетаётган жойни аниқлаш мақсадида ангиография ўтказилиб, сўнгра тегишли чора кўриш мумкин.

БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ

Бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиши қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари ичида кўп тарқалган хасталиklar қаторига киради. Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра, бурун ёндош бўшлиқлари билан касалланган беморлар, ЛОР бўлимларида ётган беморларни 30-50% ташкил қилади.

Бурун ёндош бўшлиқларини яллиғланишини ўрганишдан аввал, шу касалликларга оид бўлган бир қанча терминология билан танишиш зарур. **Гайморит** – юқори жағ суяги бўшлиғини яллиғланиши, **этмоидит** – ғалвирсимон суяк катакчаларини яллиғланиши, **фронтит** – пешона суяги бўшлиғини яллиғланиши, **сфеноидит** – асосий суяк бўшлиғини яллиғланиши. **Полисинусит** – бир қанча бўшлиқларни бирданига яллиғланиши, **пансинусит** – барча бўшлиқларни яллиғланиши, **гемисинусит** – бир томондаги барча бўшлиқларни яллиғланиши, **пиоцелле** – бўшлиқни ичида йиринг тутган қопча (киста) бўлиши, бўшлиқни ичида шилимшиқ тутган қопча бўлиши, **пневмоцелле** – бўшлиқда хавони тўпланиб қолиши, **гематоцелле** – бўшлиқда қонни тўпланиши. **Риносинусопатия** – бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини аллергияк яллиғланишидир.

Ўткир ёки сурункали синуситларни ташхиси ва даволаш масалалари ўрганишга киришишдан аввал, уларни маълум бир синифларга бўлиш мақсадга мувофиқдир.



Расм 56. Бурун ёндош бўшлиқларини топографик жойлашуви

Синуитларни клиник кечиши бўйича, турли муалифлар томонидан ўзлари таклиф қилган бир қанча синфларга бўлинган. Хозирги кунда амалиётда кенг қўлланилаётган, тушунарли ва оддий ҳисобланган Б.С.Преображенский (1958 й.) томонидан таклиф қилинган бўлинишлар қўлланилади.

Булар қуйидагича :

Йирингли

Полипли

Гиперпластик

Катарал

Сероз

Холестатомли

Атрофик

Яллиғланиш жараёнини кўп тарқалиши бўйича биринчи навбатда гайморитлар, сўнгра этмоидитлар, фронтитлар ва оз миқдорда сфеноидитлар учрайди.

Касаликни қўзғатувчилари турли микроорганизмлар ҳисобланиб, булар грипп вируси (кўпинча), стрептококк, стафилокк, диплококк, дифтерия таёкчаси ва бошқалар. Айрим ҳолларда яллиғланган бўшлиқларда микрофлора топилмайди, бундай ҳолларда касаллик сабабчиси вирус, анэроб инфекция ёки замбуруғлар бўлиши мумкин. Ўткир синуитларда асосан монофлора бўлса, сурункалик турида полифлора кузатилади.

Инфекцияни тарқалиши бурун бўшлиғини шиллиқ қаватлари шикастланганда ёки таъбий тешиклари орқали бурун ёндош бўшлиқларига тушиши орқали амалга ошади. Бир қатор юқумли касалликларда (терлама, қизамиқ ва скарлатина кабилар) эса кўп ҳолларда қўзғатувчилар гематоген йўллар билан тарқалади. Тишлар заррланганда эса инфекция тиш илдизлари орқали ўтади.

Бурун ёндош бўшлиқларини жароҳатларида, касаллик қўзғатувчи микроорганизмлар тўғридан-тўғри (очик йўл орқали) бўшлиққа тушади. Синуитларни ривожланишида бурун бўшлиқларининг сурункали касалликлари (сурункали ринитлар, бурун тўсиғини қийшиқлиги, полиплар, аденоидлар), шамоллаш, тумов ва бошқа умумий инфекциялар катта ўринни эгаллайди.

Касалликни бошланишида дастлаб экссудатив яллиғланиш намоён бўлади, шиллиқ қаватлар, қон томирларни кенгайиши ва шиши ҳисобига қалинлашади. Қопловчи эпителий айрим жойларда кўчади, жойларда эса лимфоцитлар, нейтрофиллар инфильтрацияси риволанади. Шиллиқ ости қисмидаги қон томирлари қон билан тўлган ва улар атрофида инфильтрация жараёни кучли намоён бўлади. Айрим жойларда қон қуйилишлари ҳолати кузатилади.

Ўткир синуитларда экссудация жараёни кучли бўлганлиги учун йирингли ажралма шиллиқ қаватни юзасини тўлиқ қоплаб олади.

Айрим холларда синуит ўткир ринит ёки тумов билан бирга кечса, биринчи ўринга шу касалликларни белгилари пайдо бўлиб, ўткир синуитни белгиси кейин намоён бўлади.

Ўткир синуитни белгилари умумий ва маҳаллий кўринишлардан иборат. Умумий белгилари **тана хароратини кўтарилиши** билан бошланади, агар касаллик грипп билан бирга бошланса, у ҳолда тана харорати юқори 38-38,5 С бўлиб беморларини умумий ахволи анча оғирлашади. Доимий шикоятларидан бири **бош оғриғи**, айрим холларда бир қанча бўшлиқлар бирга яллиғланиш билан давом этса бош оғриғи кучли бўлиб, беморлар иш қобилиятини тўлиқ йўқотиши мумкин.

Маҳаллий белгиларидан яллиғлаган **бўшлиқ соҳасида оғриқ** ёки **оғирлик хиссиётига** бўлади. Бу оғриқлар бўшлиқларни чиқарув тешигини беркилиб, ажралма тўпланиб қолиши ҳисобига пайдо бўлади. Пайпаслаганда оғриқлар кучаяди ва чаккага,яноққа,тишларга ва кўз соҳасига тарқалади. Бошни олдинга эгилганда, айниқса фронтитда ва гайморитда,яллиғланган бўшлиқ соҳасида оғриқ кучаяди.

Беморларни доимо безовта қиладиган шикоятлардан бири **бурунни битиб қолишидир**, яллиғланиш жараёнини тарқалишига қараб, бурунни битиши бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Бундай шикоят шиллиқ қаватларни шиши ва йўллариини шилимшиқ ажралмалар билин тўлиши ҳисобига бўлади. Бурун бўшлиғи ажралмадан тозалангандан сўнг, нафас олиш бир оз енгиллашади. Касалликни яна бир асосий белгилардан, бурундан кўп миқдорда **ажралма келишидир**. Яллиғланиш бошланишида ажралма шилимшиқ ва суюқ бўлса, кейинчалик инфекция кўшилиб кўйиқлашади ва йиринг айланади. Шиллиқ қаватларни ва бурун чиғаноқларини шиши,ҳамда бурун йўллариини шилимшиқ ажралмалар билан тўлганлиги ҳисобига **хид билиш пасаяди (гипосмия)**, бундан ташқари пастки бурун чиғаноғини шиши ҳисобига кўз ёши йўли берилиб қолади, натижасида кўздан ёш оқади. Касалликни белгиси яллиғланиш жараёнини жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади. Бурун олди бўшлиқларини алоҳида ёлғиз ўзини яллиғланиши жуда кам учрайди, касаллик асосан гемисинуит, пансинуит кўринишида кечади.

Риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ қаватлари ва бурун чиғаноқлари қизариб, шишган, ўрта ва умумий бурун йўлларида кўп миқдорда шилимшиқ аралаш йирингли ажралмалар кўринади. Касалликни бошланиш даврларида экссудат шилимшиқ кўринишида бўлиб кейинчалик йиринга айланади.

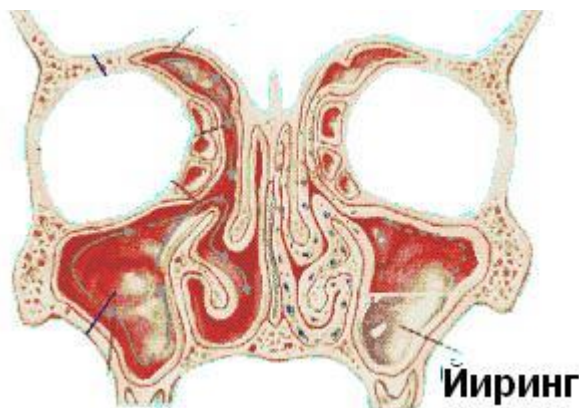
Касаллик келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилмаслик, бурун ва бурун олди бўшлиқларини қайталаниб турувчи ўткир яллиғланиши,айниқса бўшлиқда тўпланиб қолган патологик ажралмани тўлиқ чиқиб кетмаслиги касалликни ўткир кўринишидан сурункаликка ўтишига асосий сабаблардан ҳисобланади.

Бундан ташқари касаллик кўзгатувчи микроорганизмларни антибиотикларга чидамликлиги, танани иммунологик қувватини пасайиши, турли йўлдош юқумли касалликлар, ташқи муҳитнинг салбий таъсири касалликни сурункали шаклга ўтишидаги омиллардан ҳисобланади.

ЮҚОРИ ЖАҒ СУЯГИ БЎШЛИҒИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ЎТКИР ГАЙМОРИТ)

Юқори жағ суяги бўшлиғини ўткир яллиғланиши (ўткир гайморит) кўпинча бошқа касалликлар билан биргаликда (резанда, тумов ва ўткир ринит) кечади, бундай холларда гайморитни асосий белгилари иккинчи даража ўтиб, биринчи ўринга резанда ва тумовни белгилари намоён бўлади. Баъзи холларда (қарияларда, иммунологик қобиляти паст беморларда, бошқа йўлдош касалликлари бор болаларда) касаллик дастлабдан сурункали, узоқ муддатга чўзиладиган, суст клиник белгилар билан бошланади.

Енгил холларда субъектив белгилар яллиғланган бўшлиқ соҳасида оғирли сезгиси, бурунни битиши, шилимшиқ ажралма келишига бўлса, оғирроқ кечишида эса кучли оғриқ фақат яллиғланган бўшлиқ соҳасида эмас, балки пешона соҳасига, тишларга, яноқ ва чакка суяклари томонга ҳам тарқалади, хатто юз соҳасига тўлиқ тарқалади. Яллиғланган бўшлиқ томонда тишларда ҳам оғриқ бўлиб, чайнаш вақтида бу оғриқ кучаяди. Баъзан лунжни, юзни бир томони ва пастки қовоқни коллатерал шиши кузатилади. Касалликни биринчи кунларида титраш, тана хароратини кўтарилиши, холсизланиш ҳолатлари каби умумий белгилар кўпроқ намоён бўлади.

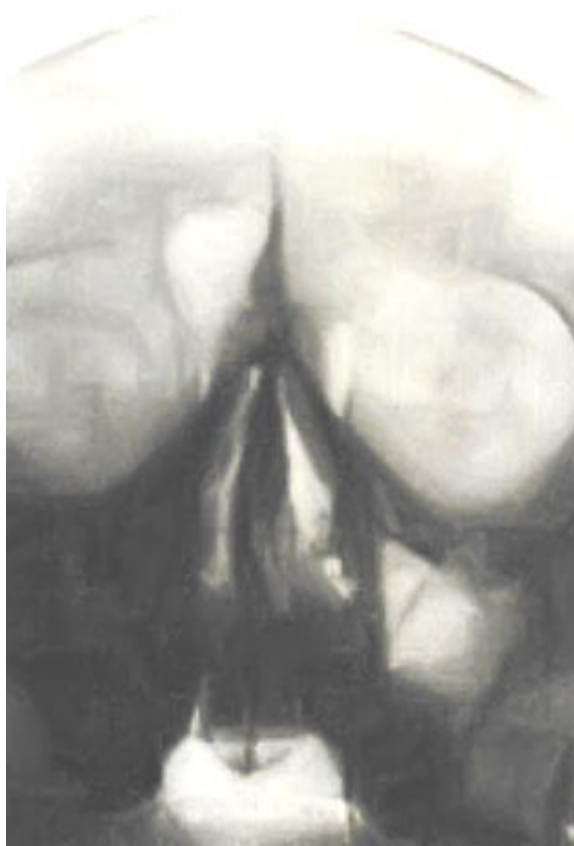


Расм 57. Юқори жағ суяги бўшлиғини ўткир яллиғланиши (ўткир гайморит) .

Олдинги риноскопияда бурун йўллари шиллиқ қаватлари, бурун чиғаноқларини қизариши, шиши кузатилади. Ўрта ва умумий бурун йўллари кўп миқдорда шилимшиқ аралаш хидсиз йирингли ажралмалар билан тўлган бўлади. Айрим холларда яллиғланиш натижасида бўшлиқни шиллиқ қавати шишиб, бўртиб, чиқарув тешиги орқали бурун бўшлиғига полиппа ўхшаб чиқиб қолади (**Кауффман симптоми**).

Ўрта бурун йўлидаги йирингли ажралмани тозалаб сўнг, бемор бошини олдинга эгиб яллиғланган тарафга қарама-қарши томонга бурилса, маълум вақтдан сўнг ўрта бурун йўлида яна йиринг пайдо бўлади, бу ҳолат **Заболцкий-Десятковский белгиси** дейилади ва ўткир гайморитга хос белгидир. Диафаноскопияда яллиғланган бўшлиқ соҳасида сояланиш кузатилади (**Херинг симптоми**).

Ташхис: бемор шикоятига, касалликни келиб чиқиш тарихига ва бурун бўшлиғини риноскопик белгиларига, рентгенологик, эндоскопик ва диафаноскопик текширишлари натижаларига асосланиб қўйилади. Юқорида келтирилган белгилар барча бурун ёндош бўшлиқларни (юқори жағ, пешон суяги бўшлиқлари, асосий ва галвирсимон суяк катакларига) яллиғланишига хосдир. Шунинг учун уларни бир биридан киёслаш учун қўшимча текширишлар олиб борилиши керак. Бундай ҳолларда диафаноскопия ва рентгенологик текширишларда ташқари бурун ёндош бўшлиқлари диагностик пункция қилиниб қўрилади.



Расм 55. Юқори жағ суяги бўшлиғини ўнг томонлама ўткир йирингли яллиғланиши (рентгенограмма)

Юқори жағ суяги бўшлиғи пункцияси: Бу муолижа ташхисни тасдиқлаш ва даволаш мақсадларида қилинади. Пункция Куликов игнаси ёрдамида пастки бурун йўлидан қилинади. Пункциядан аввал қонни ва сийдикни умуми тахлили ўрганилади.



Расм 56. Юқори жағ суяги (Гаймор) бўшлиғини пункция қилиш.

Пастки бурун йўлига 3% дикаин эритмасини суртиш йўли билан маҳаллий оғриқсизлантирилади. Юқори жағ суяги бўшлиғи пункцияси техник жihatдан осон бажарилади. Ёш болаларда эса пункция катта ёшдагилар пункцияси техникасидан кескин фарқ қилади, бундай ҳолда игнани йўналиши бўшлиқни хажми, жойлашган сатҳи ва суяк деворини қалинлиги эътиборга олинади. Бола қанчалик кичик ёшда бўлса юқори жағ суяги бўшлиғи шунчалик юқорида жойлашади ва медиал девори анча қалин бўлади.

Ҳозирги вақтда юқори жағ суяги бўшлиғи пункцияси барча ёшдаги болаларда қилинади, эрта ёшдаги болалар махсус кўрсатма асосида қилинади. Бўшлиқни пункция қилишдан мақсад фақат бўшлиқдаги ажралмани ювиб чиқариш эмас, балки бўшлиқдаги микрофлорага ва шиллиқ қаватни трофикасини яхшилашга таъсир этадиган дорилар юборишдан иборатдир. Бўшлиқни ўрта бурун йўли соҳасидаги девори юпқа ва фақат шиллиқ қаватдан иборат, аммо кўз косасига яқин жойлашганлиги учун ва пункция вақтида кўзга асорат етказмаслик мақсадида муолижа пастки бурун йўлидан, яъний пастки чиғаноқни бириккан ерини остидан қилинади, игнани учини йўналиши эса иложи борица ташқи томонга, яъний кўзни ташқи қирғоғига қараб йўналтириш керак. Шу усулда амалга оширилган муолижада игна ҳеч қандай асоратсиз, осонгина бўшлиққа тушади.

Игна киритилганда ўзига хос енгиллик сезилади, сўнг бўшлиқдаги патологик ажралма шприц ёрдамида сўриб олинади ва тана хароратига яқин даражада илитилган 200 мл. асептик (фурациллин, риванол) суюқлик билан паст босимда ювилади (суюқлик ва ажралма бўшлиқни табиий тешиклари орқали чиқади). Ювилиб тозалангандан сўнг игна орқали бўшлиққа керакли дорилар юборилади.

Айрим ҳолларда юқори жағ суяги бўшлиғини пункцияси ўрта бурун йўлидан қилинади. Бу жойдан пункцияни ниҳоят эҳтиётлик билан амалга ошириш зарур, акс ҳолда кўз соққасини шикастланиши хавфи туғилади. Пункция вақтида беморда коллапс, тери ости эмфиземаси, бурундан қон кетиши, кейинчалик эса кўз тўрини септик яллиғланиши каби асоратлар кузатилиши мумкин. Айрим ҳолларда кетма-кет пункция қилмаслик мақсадида, бирламчи муолижа вақтида ингнага полиэтилен дренаж кийдирилган ҳолда амалга оширилади ва муолижа тугагандан сўнг, игна чиқариб олинади, полиэтилен дренаж эса бўшлиқда қолдирилади. Келгусидаги ювиш, ҳамда дори юбориш шу дренажлар орқали амалга оширилади.

Охирги вақтларда бўшлиқни пукция қилмасдан ювиш учун Г.И.Марков ва В.С.Козлов (1990) томонидан таклиф қилинган синус-катетр “ЯМИК” қўланилмоқда. Катетрни афзаллиги, пукция қилмасдан, бурун бўшлиғида манфий босим ҳосил қилиш орқали, бу жойлардаги ажралмаларни сўриб олиб дори моддаларини юбориш мумкин.

Синоскопия: юқори жағ суяги бўшлиқларига оптик асбобларни киритиш усули билан текшириш ва ташхис қўйишда қўлланилади. Синоскопияга кўрсатма қуйидагилар: рентгенологик текширишлар, диафоноскопия натижаларидан сўнг аниқ ташхис қўйишни иложи бўлмаса, айрим ҳолларда эса, бўшлиқдаги ўсмаларни даволагандан сўнгги қайта текшириш учун ва бошқа ноаниқ ҳолатларда ўтказилади.

Текшириш учун қулай ва мақсадга мувофиқ йўл олдинги девори, яъний *fossa canina* орқали амалга оширилади, бизнинг фикримизча бу кам қўлланиладиган усул, чунки муолижа, катта жароҳат талаб қилинади. Айрим муаллифлар синусоскопияни юқори жағ суяги бўшлиғини пункция қилгандек, пастки бурун йўлидан амалга оширади.

Даволаш: Даволаш усуллари яллиғланиш жараёнини жойлашувига, касалликни клиник белгиларини пайдо бўлиш даражасига боғлиқ ҳолда белгиланади. Биринчи навбатда касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилишдан бошланади (оғиз бўшлиғини санацияси, аденомия ўтказиш, кариес тишларни, бурун бўшлиғидаги сурункали яллиғланишларни ва юқори нафас йўллари вирусли касалликларини даволаш). Агар тана ҳарорати юқори бўлса беморга ётиб даволаш тавсия қилинади ва истима пасайтирувчи дорилар тавсия этилади. Антибиотикларни кенг доирада таъсир этувчи турлари қўлланилади, имконият борича аввал микрофлорани антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш зарур. Организмни иммунологик қувватини оширишга қаратилган муолижалар қўлланилади. Маҳаллий бурунга қон томир торайтирувчи дорилар томизилади. Шиллиқ қаватни шишни пасайтириш, бўшлиқларни доимий тешикларини очиш ва ажралмани чиқишини яхшилаш учун ўрта бурун йўлига, кунига 4-5 маротаба 2-3% кокаин + 0,1% адреналин аралашмаси шимдирилган докали плик қўйилади. Кунига 2-3% маҳал нафтизин ва санорин эритмалари бирга томизалади.

Бурунга томчи дорилар А. И. Иванов усули бўйича қўллаш яхши самара беради, бунинг учун бемор горизонтал ҳолатда (ёстиқсиз) бошини бироз орқага эгиб, касалланган бўшлиқни пастки томонга қилиб ётади, дорилардан 4-6 томчидан бурун бўшлиғига томизилади. Шу ҳолатда бемор 2-3 минут қолади сўнгра, бармоғи билан бурнни соғ томони беркитилиб бир неча бор, чуқур кучли нафас олиб чиқаради. Муолижадан 5 дақиқадан кейин туришга рухсат берилади, бу усул билан дори томизиш 1 кунда 3-4 марта қилинади, агар тунда бурун битиши безовта қилса бу муолажани қайтариш мумкин. Шундай ҳолда юборилган дори моддалари, бурун шиллиқ қаватларига тўлиқ таъсир этади ва қисман бўшлақларга ҳам тешиклари орқали тушади. Шиллиқ қаватларни шишлари пасайгандан сўнг бурунга антибиотикли аэрозоллар қўллаш мумкин. Юқори жағ суяк бўшлиқларини даволашда, УВЧ, электромагнит тўлқинлари, юқори частотали

микротўлқинлар, импульсли тоқлар, паст ва юқори частотали ва синусоидал модуллар қўллаш яхши натижалар беради.

Айрим ҳолларда доимо фойдаланиш учун бўшлиқларга дренажлар ўрнатилади (кўпична аллопластик материаллардан фойдаланилади). Дренажлар орқали ҳар куни бўшлиқ ювилиб, турли дорилар юборилади. Агар консерватив даволаш фойда бермаса, касалликни асорати пайдо бўлса жаррохлик усули билан даволанилади, бўшлиқни очиш экстраназал йўл билан кўпинча Кальдвелл-Люк усулида бажарилади. Шунингдек, юқори жағ суяк бўшлиғини эндоназал йўл билан Галле усули бўйича очиш турлари ҳам мавжуд.

ГАЛВИРСИМОН СУЯК КАТАКЧАЛАРИНИ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ЎТКИР ЭТМОИДИТ).

Галвирсимон суяк катакчаларини ўткир яллиғланиши, кўпинча бошқа бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиши билан бирга кечади. Яллиғланиш эрта ёшдаги болаларда ҳам учрайди, бу ёшда галвирсимон суяк катакчаларик қолган бўшлиқларигага нисбатан яхши ривожланган бўлади.

Касалликни келиб чиқиши ва ривожланиши. Галвирсимон суяк катакчаларни ўткир яллиғланишини келтириб чиқарувчи сабаблар ўткир гайморитни сабаблари кабидир (тумов, резанда, ўткир респиратор вирусли инфекция ва турли шамоллаш касалликлари). Ўрта бурун йўлини ва катакчаларни чиқарув тешиқларини торлиги, шунингдек, турли сабабларга кўра шиллиқ қаватни оз миқдорда шиши, бурундаги турли ўсмалар ва бурун бўшлиғидаги бошқа яллиғланишлар, касалликни келтириб чиқарувчи омилларга киради. Юқорида келтирилган сабаблар натижасида катакчаларидан ажралмаларни чиқиши қийинлашади, тўпланган ажралмага инфекция қўшилиши ҳисобига йирингли яллиғланиш жараёни ривожланади.

Ўткир этмоидитни ривожланишида турли патоген микрофлоралар (стафилококклар, пневмококклар, стрептококклар ва бошқа юқори нафас йўлларидаги микроорганизмлари) асосий ўрини эгаллайди.

Касалликни белгилари; касалликни субъектив ва объектив белгилари кўп жихатдан ўткир гайморит белгиларига хос бўлади. Касалликни умумий белгиларига тана ҳароратини кўтарилиши (доимий равишда), бош оғриши, уйку ва иштахани бузилиши, умумий қувватсизлик кузатилса, маҳаллий белгиларига эса бурун илдизи соҳаси, кўз соққаси атрофида оғриқлар кузатилади. Бу оғриқлар уч шохли нервни 1-2 шохларини таъсирланиши натижасида юзага келади. Беморлар кўп миқдорда бурун-халқумга тушадиган йирингли ажралмага, хид сезишини пасайишига ва бурундан нафас олишни қийинлигига шикоят қиладилар.

Кўпинча болаларда касалликни биринчи кунларидан, оғиздан ноҳуш хид келади, яллиғланган бўшлиқ томонда лунж ва қовоқда шиш пайдо бўлади, бурунлаб чизиги теккисланади, оғиз бурчаги пастга бурилади, юқори лабнинг ҳаракати чегараланади. Касалликни авжида шишилар ортиб, оғриқ кучаяди. Шиллиқ қаватни шиши ҳисобига йирингли ажралмани чиқиши қийин бўлса, ёки бутунлай чиқмаса, яллиғланиш жараёни узок давом этади, оғизни дахлиз қисмида, танглайда унча катта бўлмаган шишлар пайдо бўлади, шишлар катталашиб ёрилади ва бу жойлардан йирингли ажралмалар оқиши кузатилади, кейинчалик бу жойларда узок

давом этадиган окма яралар (свиш) хосил бўлади. Яллиғланиш жараёни кучайиб бориб йирингли ажралма кўз тубига, ёки ташқарига ёрилиши мумкин. Оғир ҳолатларда яллиғланиш жараёни кўзга ва бош мия ўтиши ва бир қатор асоратларини (кўз флегмонаси, менингит, бош мия абсцесси) келтириб чиқаради.

Касалликни ташхисида кўзни тубини текширганда этмоидитга хос белгилардан бири кўзни кўриш майдонидаги “ кўр доғни” чегарасини 3 маротаба катталашганлиги (**Ван дер Хувел симптоми**) кузатилади.

Риноскопияда: Бурун шиллиқ қаватлар, чиғаноқлари қизарган ва шишган, бурун йўллари торайган. Ўрта ва умумий бурун йўллари шилимшиқ аралаш йиринг билин тўлган, айниқса бу йиринги ажралмалар орқа риноскопияда яхши кўринади.

Диафоноскопия: Галвирсимон суяк бўшлиғи соҳасида соя кузатилади. **Рентгенограмма** Галвирсимон бўшлиқ соҳасидаги ўзгаришлар энса-пешона проекциясида рентгенограмма қилинганда яхши аниқланади. Яллиғланган бўшлиқлар соғ томонга нисбатан нур ўтказиши пасайиб қоронғилашган бўлади.

Даволаш: Биринчи навбатда даволашни касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф қилишдан бошланади. Сўнгра асосий эътиборни бурун орқали нафас олишни тиклаш ва бўшлиғини патологик ажралмалардан тозалашга қаратилади.

Бунинг учун касалликни асоратсиз кечишида, бурун бўшлиғини шиллиқ қаватни шишини пасайтириш ва ажралмани чиқишини яхшилаш зарур. Бу мақсадда ўрта бурун йўлига 1-3% эфедрин билан 0.1% адреналин эритмалари аралашмаси шимдирилган докали пилик 5-10 дақиқага қўйилади. Кўп микдордаги йирингли ажралма аввал электросўргич (Перетц усули) билан сўриб олинади, сўнг 2-4 томчи- 1% проторгол эритмаси томизилади. Бурун бўшлиғи ажралмадан тозаланиши билан, бурундан нафас олиш тикланади, беморни ахволи яхшиланиб, тана харорати пасайиб, мўтадил бўлади. Кўрсатма билан антибиотиклар, сульфаниламидлар, десенсибилизация қилувчи дорилар қўлланилади.

Физиомуолажалардан юқори частотали электромагнитли тўлкинлар, УВЧ, импульс тоқлар, паст частотали ва диодинамик кучланишлар билан таъсир этиш, лазер нурлари билан даволашлар қиради. Антибиотикларни бурунга аэрозол орқали юбориш яхши наф беради.

Агар ўтказилган муолижалардан кутилган натижа олинмаса галвирсимон суяк бўшлиқлари Д. И. Тарасов ва Г. З. Пискуновлар томонидан таклиф қилинган игна ва усул билан пункция қилиб ювилиб дори моддалар юборилади.

ПЕШОНА СУЯГИ БЎШЛИҒИНИ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ЎТКИР ФРОНТИТ).

Касалликни келтириб чиқарувчи сабаблари бошқа бурун олди бўшлиқларини яллиғланиш сабаблардан фарқ қилмайди, фақат пешона суяги бўшлиғини ўткир яллиғланишида одонтоген омил инфекцияни тарқалишида ахамият касб этмайди.

Касалликни белгилари:

Беморларни **бош оғриғи, кўзда оғриқ, ёруғликка қарашни қийинлиги, кўздан ёш оқиши безовта қилади.** Касалликни оғир кечишида оғриқ чидаб бўлмас даражага етади, тана харорати кўтарилади, умумий ахвол оғирлашади. Махаллий белгиларидан бири яллиғланган пешона бўшлиғи соҳасида ва кўз соққасини ички бурчагини юқорисидаги кучли оғриққа бўлади. Бемор бошини пастга энгаштирилганда пешона соҳасидаги оғриқ кучаяди. Яллиғланган бўшлиқ томондан, кўзни ички юқори қисми (бўшлиқни чиқарув тешиги соҳаси) босиб кўрилганда кучли оғриқ (**Юингга белгиси**) бўлади. Оғриқдан ташқари бурун орқали **нафас олишни қийинлашади**, яллиғланган томондан бурунда **йирингли ажралма келади.** Ажралма аввалига шилимшиқ, кейинчалик шилимшиқ-йирингли баъзан эса йиринг хидли бўлади. Беморлар йирингли ажралмани эрталаб кўп миқдорда ажралишидан шикоят қилади. Бунинг сабаби ётган ҳолатда бўшлиққа тўпланиб қолган йиринг, тана ҳолатини ўзгартириб, тик ҳолатга ўтганда бурунга бўшлиғига чиқишини кучайиши ҳисобига бўлишидир.

Объектив белгилар: баъзан бўшлиқ соҳасидаги тери ранги ўзгаради, пешона соҳаси шишади, кейинчалик шиш қовоқга, кўз соққасини ички бурчагига тарқалади. Касаллик узоқ давом этиб қайта авж олганда, бўшлиқда ҳосил бўлган йирингли жараён, суяк деворини емириб, тери остига ёрилиб чиқиб, субпериостал абсцесс ҳосил қилади ва кейинчалик бу жойда йирингли оқма яра (свиш) пайдо бўлади.

Риноскопия: Бошқа бўшлиқларни яллиғланганлиги каби ўткир фронтитда ҳам риноскопияда бурун шиллиқ қаватларини ва бурун чиғаноқларини қизариб шиши намоён бўлади. Ўрта бурун йўлини олдинги қисмида ва умумий бурун йўлида йирингли ажралма кўринади, шунингдек, пешона-бурун йўли тешигида ҳам йирингли ажралма тўпланади. Бу тешикка яқин жойлашган ўрта чиғаноқни олдинги қисми шиллиқ қавати аторофдаги шиллиқ қаватларга нисбатан кескин қизарган ва шишган.

Пешона бўшлиғидаги ўзгаришларни тўлиқ аниқлаш учун бурун-жағ проекциясида рентгенография қилинади, бунда бемор рентген кассетасига жағ ва бурун учи билан ётади. Марказий нур энса дўнглигидан биров юқорирокдан юборилади. Айрим ҳолларда рентгенограммада бўшлиқдаги суюқлик сатҳи ҳам аниқ кўринади.

Диафоноскопияда яллиғланган бўшлиқ соҳасида сояланиш аниқланади. Бунда диафоноскопни нури яллиғланган бўшлиқ томондан кўзни ички-юқорги бурчагига қўйилади.

Даволаш: Касалликни даволаш аввало келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф қилишдан бошланади. Даволаш кўп ҳолларда консерватив усулда олиб борилади. Асосий мақсад шиллиқ қаватлар шишини пасайтириб, бўшлиқни чиқарув тешигини очиб, ажралмани чиқишини яхшилашдан иборат. Бу мақсадда ўрта бурун йўлига қон томир торайтирувчи дорилар 0,1% адреналин ва 2-3%

кокаин эритмалари аралашмалари ёки 3% эфедрин томизилади ёки докали пликга шимдирилиб ўрта бурун йўлига қўйилади. Бурунга томчи дорилар томизилганда албатта ўрта бурун йўлига тушиши учун, бунинг учун ўнг томонлама фронтитда беморни боши орқага ва ўнг томонга эгилади, сўнгра дори томизилади, бемор шу ҳолатда яна 1-2 дақиқа туради.

Даволашни самарасини ошириш мақсадида бурун шиллиқ қаватлари шишлари пасайтирилгандан сўнг, пешона суяги бўшлиғига зонд юбориб ювиб тозаланади, сўнгра керакли дори жўнатилади. Шундай олиб борилган даволаш усули яхши самара беради.



Расм 58. Пешона суяги бўшлиғига зонд юбориш (рентгенограмма)

Тана ҳарорати юқори бўлса ва бош оғриги кучайиб бораётган бўлса беморга ётиб даволаниш тавсия қилинади.

Беморга антибиотиклар, иситма туширувчи, оғриқ қолдирувчи дорилар тавсия қилинади. Антибиотиклар беморни ҳолатига қараб, ичиш учун, инъекцияда ёки маҳаллий бурун ичига аэрозоллар ҳолида тавсия қилинади. Физиотерапия муолажалардан бўшлиқ соҳасига соллюкс лампаси, УВЧ, лазер нурлари қўлланилади.

Йирингли фронтитларни узоқ муддат кечишида, консерватив даволашни фойдасизлигида бўшлиқни трепанопункция қилиниб, канюля ўрнатилиб, бўшлиқ йирингдан тозаланиб яллиғланиш бартараф этилгича, шу канюля орқали ювилиб, дори моддалари юборилиб турилади. Даволаниш жараёнини самарасига қараб канюля бўшлиқда 6-8 кун муддатга қолдирилади. Пешона бўшлиғини пункция

қилиш (трепанопункция) усуллари касалликни сурункали шаклини даволаш бўлимида кенг ёритилган. Ўтказилган даволар ижобий натижа бермаса, касаллик кучайиб, пешона суягини емириб остеомиелити, сўнг оқма яра билан асоратланиши ёки кўз ва бош мия ичи асоратлари, оғир септик ҳолатлар каби асоратлар берса, бўшлиқда дарҳол радикал жаррохлиги ўтказилади.

АСОСИЙ СУЯК БЎШЛИҒИНИ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ЎТКИР СФЕНОИДИТ).

Адабиётларда келтирилишича асосий суяк бўшлиғини ўткир яллиғланиши синуситларни ичида кам учрайдиган туридир. Бизнинг фикримизча сфеноидитларни салмоғи ҳам бошқа бўшлиқларни яллиғланишидан кам эмас, фақат кўп оториноларингологлар касалликни клиник белгиларини яхши билмаслиги ва ташхис масаласи қийинлиги учун ҳам бу касаллик ўз вақтида кам аниқланади. Касалликни ўзига хос субъектив белгилари кам бўлганлиги учун ҳам уни адабиётларда “соқов бўшлиқ” деб аталади. Хатто айрим рентгенологлар асосий суяк бўшлиғини рентгенографик текшириш усулини яхши амалга ошира олмайдилар. Сфеноидит кўпинча, галвирсимон суяк катакчаларини орқа гурухи яллиғланиши билан бирга кечади. Касалликни объектив ва субъектив белгилари ўткир гайморитни кечиши белгиларига ўхшайди.

Беморни шикоятлари: бошни энса, пешона қисмида оғриқ, бу оғриқлар, кўз ва чакка сохаларига тарқалади. Йирингли ажралма асосан бурун-ҳалқумга тушиши ҳисобига ҳалқумни рефлектор кўзғатиб, беморларда доимий йўтал чақиради, натижада улар доимо балғам туфлаб юришади. Шиллиқ қаватларини шиши ва хид билиш қисмида доимо йирингли ажралмалар тўпланиб қолиши ҳисобига, беморларда хид сезиш қобиляти пасаяди, тана харорати кўтарилади, ҳолсизлик, ақлий ва жисмоний қувватсизлик пайдо бўлади. Айрим ҳолларда беморлар кўриш қобилятини пасайишига (яллиғланиш жараёни кўриш нервига тарқалганлиги учун) шикоят қилади.

Риноскопия: бурун йўли шиллиқ қавати, чиғанокларни орқа қисимлари қизариб шишган, бурун йўллари торайган ва йирингли ажралма билан тўлган бўлади, йирингли ажралма кўпроқ бурунни орқа қисмида кўринади, шунинг учун ҳам бу ўзгаришлар айниқса орқанги риноскопияда яхши кўринади. Фарингоскопияда ҳалқумни орқа девори юзасида оқиб тушаётган йирингли ажралма кўрилади.

Ташхис: асосий бўшлиқни ичкарида жойлашганлиги, касалликни белгилари бошқа бўшлиқларни белгиларига ўхшашлиги ва яллиғланишига хос белгиларини беморлар томонидан аниқ кўрсатиб бермаслик ташхисини қийинлаштиради. Яллиғланиш жараёни бурун бўшлиғини орқа қисмида кенг

тарқалиб,ғалвирсимон бұшлиқни орқа катакчалирини хам қамраб олганлаги учун, риноскопияда бурун бушлиғини етарли кўришни иложи бўлмайди. Бундай холларда ташхис рентгенлогик ва бұшлиқни зонд билан текшириб ювиш натижаларига асосланади.

Асосий суяк бұшлиғини рентгенологик текширишда кўпроқ аксиал проекция кенг қўлланилади.

Даволаш: касалликни асоратсиз кечишида пешона бұшлиғини ўткир яллиғланишидаги каби даволанади. Биринчи навбатда касалликни келтириб чиқарувчи сабабларини бартараф қилиш зарур. Даволашни асосий йўналиши шиллиқ қаватлар шишини камайтириш ва бұшлиқни чиқарув тешигини кенгайтириб, ажралмани чиқишини яхшилашга қаратилади. Бунинг учун ингичка кичик докали пилик 3% эфедрин ва 0, 1% адреналин эритмалари аралашмалари билан шимдирилиб бурун йўлига кунига 3-4 махал қўйилади. Таркибида антибиотиклар бўлган аэрозолларни бурун орқали қўллаш яхши наф беради. Антибиотиклар,сульфаниламид ва антигистамин дорилари кўрсатмага биноан тавсия қилинади.Физиотерапевтик муолижалардан фонофорез, электрофорез ва УВЧ тавсия этилади.

Даволашни самарали усули асосий бұшлиқа зонд киритилиб ювиб антибиотиклар эритмалари юборишдир. Зондни тўғри юбориб биринчи маротаба ювилиши билан беморни ахволи кескин яхшиланади. Муолижа анча қийин бажариладиган усуллар қаторига киради, озгина нотўғри юборилган зонд мия ичига тушиб қолиши ва турли асоратлар чақириши мумкин, шунинг учун хам зонд юборишни малакали врач имкон даражасида рентген (ЭОП) экрани остида амалга ошириш зарур.

Агар касаллик авж олиб,септик холатлар, бош мия ёки кўз ичи асоратлари пайдо бўлса, дархол жаррохлик усули билан бұшлиқ очилиб йирингдан тозаланади ва бир вақтни ўзида кенг доиради таъсир этувчи антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари ва яллиғланишга қарши дори воситалари қўлланилиши зарур.

БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Юқори жағ суяги бұшлиғининг сурункали яллиғланиши. (СУРУНКАЛИ ГАЙМОРИТ).

Касалликни келиб чиқиши ва ривожланишига асосий сабаблар бу ўз вақтида даволанмаган ўткир гайморит, ўткир гайморитга олиб келувчи омилларни бартараф қилмаслик, микроорганизмни ташқи таъсирларга ўта чидамлиги (юқори вирулентлиги) ва макроорганизмни махаллий ва умумий химоя қувватини пасайиб кетиши кабилардир. Касалликни сурункали шаклга ўтишида юқори жағ суяги бұшлиғини анатомик тузилишини ўзига хос хусусиятларини (чиқарув тешиги бұшлиқни юқори қисмида жойлашганлиги, анатомик тузилиши бўйича тешикларни торлиги ёки шиллиқ қаватлар шиши,полиплар хисобига тўсилиб

қолиши ва бошқалар) ахамияти катта. Бурун бўшлиғидаги патологик ўзгаришлар (бурун тўсиғини қийшиқлиги, ўрта бурун чиғаноғини катталашиб бурун тўсиғи билан ёпишиб қолиши натижасида, бурун йўллари яллиғланиш натижасида торайиши, бурун полиплари, туғма бурун йўлини торлиги ва бошқалар) асосий омиллардан бири ҳисобланади. Юқори жағ суягини озиқ тишларини илдизлари бўшлиқни пастки деворини ҳосил қилади, шунинг учун ҳам одонтоген гайморит касаллиқни 20-30% ташкил қилади. Ёш болаларда юқори жағ суяги бўшлиғини сурункали яллиғланишини этиология ва патогенезида аденоидлар ва аденодитлар асосий ўринни эгаллайди. Сурункали гайморитларни ўрганишни тартибга солиш, даволаш ва ташхисни осонлаштириш мақсадида кўп муалифлар ўзларини синифлаш тизимларини таклиф қилишган. Амалий оториноларингологияда тушунарли ва қўллашдан осон бўлган синифланиш тизимини Б.С.Преображенский томонидан таклиф қилинган.

Б. С. Преображенский сурункали гайморитларни патолого- анатомик ва клиник кечишига асосланиб, қуйдагича турларга бўлишни таклиф қилган:

Экссудатив шакли (катарал, серозли, йирингли ва аллергик)

продуктивли (шиллик қаватларни гиперплазияси, полипли)

холестеатомали

казеозли

некротик

атрофик

Морфологик ўзгаришлар касаллиқларни клиник турларига боғлиқ бўлади. Амалиётда касаллиқни экссудатив кўринишидаги шакли кўп учрайди, продуктив шаклида асосан шиллик қаватларни гиперплазияси ва полипли кўринишлари холида кечади. Атрофик кўриниши иқлим шароити иссиқ ва қуруқ бўлган минтақаларда кўп учрайди.

Касаллиқни белгилари: сурункали гайморитни клиник белгилари унинг шаклига боғлиқ ҳолда бўлиб, ўткир гайморит сингари кескин намоён бўлмасдан кечади.

Шикоятларидан бири **бош оғриғига** бўлади, баъзи беморлар эрталаб бош оғриғи билан туришига шикоят қилсалар, бошқалари бош оғриғи кунни иккинчи яримида пайдо бўлишига шикоят қиладилар. Одатда касаллиқни бу турида, ўткир кўринишадан фарқли, бош оғриғи суст бўлади, лекин жараёни қайталанишида оғриқ кучаяди ва иситма кўтарилади, беморни ахволи оғирлашади. Айрим **холларда** яллиғланган **бўшлиқ соҳасидаги** оғриқ ёки **оғирлик** ҳам безовта қилади.

Бурундан келаётган ажралма касаллиқни турига қараб, шилимшиқ ёки йирингли бўлади. Айрим холларда йирингли ажралма қўйиқ ва хидли бўлиб, кўп микдорда ажралади. Ажралмани оз ёки кўп келиши яллиғланган жараёни ҳолатига, бўшлиқни чиқарув тешигини очиқ ёки берклигига боғлиқ бўлади. Ажралмани ранги ва ҳолати касаллик чакирувчи микроорганизмларни турига ҳам боғлиқ бўлади. Масалан: Замбуруғли гайморитларда ажралма қорамтир рангда (аспергилёз) қўйиқ ёки саргимтир рангда бўлиб (кандида) холеастатомани эслатади. Сурункали яллиғланиш ҳисобига шиллик қаватлар ва бурун чиғаноқларини гипертрофияси ва бурун йўлларида кўп микдорда ажралма

тўпланиши хисобига **нафас олишни** қийинлиги кузатилади. Айрим ҳолларда беморлар **хид билишни пасайишига** шикоят қиладилар. Ажралмани бурун-ҳалқумга оқиши натижасида беморларни **йўтал** безоата қилади. Беморлар кўпинча бурундан нохуш хид келишига шикоят қиладилар, айрим ҳолларда сассиқ хид беморларни ўзларини кўнглини беҳузур қилиб, қайт қилишгача боради. Касалликни атрофик кўринишида беморларни бурнидаги ажралмалар қўйиқ, ёки қуруқ қасмоқлардан ибрат бўлади

Риноскопик кўриниш: Агар жараён қайталанган бўлса лунж ва қовоқлар соҳасида юмшоқ тўқималарни шиши, кўзни яллиғланиб қизариши ва жағ ости ва бўйин лимфа безлаарини катталашуви кузатилади. Доимо ажралмани тозалаш мақсадида буруни артиб юриш хисобига кириш қисмида терини ёрилиб, шилишиб яллиғлиниши кузатилади. Бурун бўшлиғида доимо йирингли ажралма бўлганлиги сабабли шиллиқ қаватлар ва бурун чиғаноқлари қизариб шишган. Умумий ва ўрта бурун йўлида қўйиқ йиринг ёки шилимшиқ ажралма бўлади. Ажралма кўп ва бўшлиқни чиқарув тешиги очиқ бўлса, ўрта бурун йўли доимо йиринг билан тўлган бўлади. Бурун ажралмадан тозаланиб, қон томир торайтирувчи дори (адреналин ва 5% кокаин эритмаси) билан суртилиб, бошини соғ томонга энгаштрилиб қайта кўрилса, бурун йўлида яна йиринг пайдо бўлиб қолади, бу **Заболоцкий-Десятковский симптоми**дир. Яллиғланиш натижасида пастки бурун чиғаноқларини олдинги қисми катталашган бўлса, йирингли ажралма бурун ҳалқумга оқади, натижада бурун ҳалқумни шиллиқ қаватлари яллиғланиб шишади ва ҳалқумни орқа деворида йирингли балғам кўринади..

Бурун шиллиқ қаватни қалинлашуви ўрта бурун йўлидан бошланиб, ўрта чиғаноғнинг олдинги қисмига, сўнг пастки чиғаноқа тарқалади. Юқори жағ суяги бўшлиғини яллиғланишини узоқ давом этиши, ўрта бурун йўлида полипларни пайдо бўлишига сабаб бўлади. Атрофик гайморитда бурун шиллиқ қаватлари қуруқшаган, юпқалашган ҳолда кўринади.

Ёш болаларда синуситнинг катарал, сероз шакллари, йирингли шаклига қараганда кўпроқ учрайди, чунки болаларда катта ёшдагиларга нисбатан бўшлиқни чиқарув тешиклари кенг бўлганлиги учун, ажралмани тўпланмай осон чиқади.

Сурункали гайморитни ташхиси субъектив, объектив белгиларга, диафосокопия, рентгенография, эндоскопия ва ноаниқ ҳолларда юқори жағ суяги бўшлиғини пункцияси натижаларига асосланиб қўйилади. Диафоноскопияда яллиғланган бўшлиқ томонда сояланиш кузатилади (**Херинга симптоми**) ва ўша томонда кўз қорачиғини ёруғлиги пасаяди (**Давидсон симптоми**). Гайморитни галвисимон суяк катакчалари (этмоидит) ва пешона суяги бўшлиқларини яллиғланишларидан (фронтит) фарқлаш учун юқори жағ суяги бўшлиғи ювиб тозалангандан сўнг, 10-20 дақиқадан кейин қайта риноскопия қилинса этмоидит ва фронтитларда бурун бўшлиғида қайтадан йиринг пайдо бўлади.

Даволаш: сурункали гайморитнинг даволаш касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф қилишдан бошланади. Консерватив даволаш усулларида бири бурун йўлларида қон томир торайтирувчи дорилар қўллаб шиллиқ қаватларини шишини пасайтиришга ва ажралмани тез чиқишига қаратилади.

Даволашни энг самарали усули бўшлиқни пункция қилиб, ювиб тозалаш ва антибиотиклар эритмалари юбориш хисобланади. Агар беморларда пункцияга қарши кўрсатма бўлса ёки улар бу муолижадан бош тортсалар, ундай ҳолда бўшлиқ Перетц усулида электросўргич орқали ювилади.

Антибиотикларни қўллашдан аввал микрофлорани уларга бўлган сезувчанлигини аниқлагандан сўнг бўшлиққа юбориш, яхши натижаларни беради. Агар йирингли ажралма қўйик бўлса, бўшлиқ ичига фермент эритмалари (трипсин, химотрипсин) юбориб суюлтирилгандан сўнг, ювилади. Беморда касаллик аллергия жараён остида кечаётганлиги учун бўшлиқ ювиб тозалангандан сўнг антибиотиклардан ташқари антигистамин ва гармонлар аралашмаси юборилади. Қўлланилаётган антибиотикларни таъсири етарли бўлмаган ҳолларда антисептик дорилардан 1% диоксидин, димексид, диоцид, россисептин ёки йодиноллар эритмалари тавсия этилади.

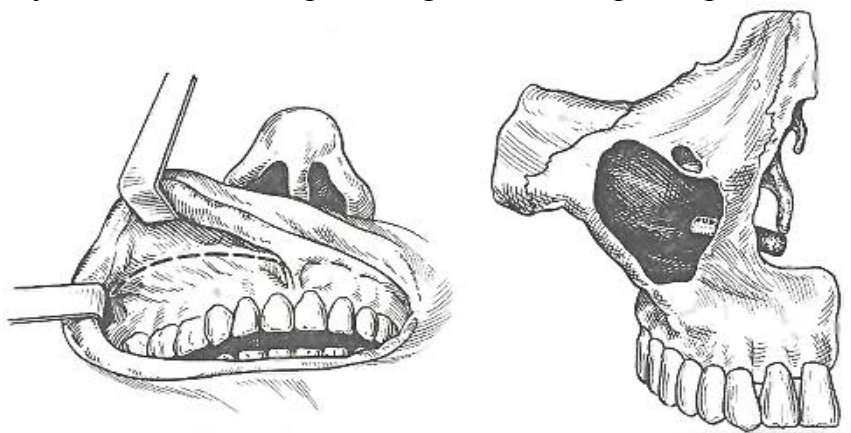
Касалликни оғир кечишида стафилококка қарши плазма (250 мл хафтасига икки маҳал) ва стафилококкли гамма глобулин қўллаш мақсадга мувофиқдир. Касалликни сабабчиси замбуруғлар бўлган ҳолларда фунгоцид (нистатин, леворин, амфоглюкамин) ва сульфаниламид (бисептол) дорилари тавсия этилади. Бўшлиқни ювишда леворин эритмаси 10000 ед. 1мл физ.эритмада ёки 1:1000 хиназол эритмаси ишлатилади.

Бўшлиқни кетма-кет пункция қилмаслик учун биринчи маротаба пункция қилинаётган вақтда 8-10 кунга полиэтилен дренаж трубка қуйилади ва керакли вақтда бўшлиқ шу трубка орқали ювилади ва дори юбориб турилади.

Агар касалликни келиб чиқшига кариоз тишлари сабаб бўлса, у ҳолда тишларни даволаш керак.

Физиотерапевтик даволаш муолажалари: УВЧ, электрофорез, лазер ва магнит даволар қўллаш яхши ёрдам беради.

Агар консерватив даволаш усулида фойда бўлмаса, у ҳолда жаррохлик йўллари билан даволанади. Жаррохлик йўли билан даволашдан мақсад бўшлиқдаги турли яллиғланишга хос ўзгаришларни (йиринг, полип, грануляция) олиб ташлаш ва бўшлиқни медиал деворидан йўл очиб (пастки бурун йулидан) бурун бўшлиғи билан бирлаштиришдан иборатдир.



Расм 59. Юқори жағ суяги бўшлиғини очиш (Гайморотомия).

Юқори жағ суяги бўшлиғини радикал жаррохлиги Калльдвел-Люк ва мукаммалашган А. Ф. Иванов усуллари бўйича олиб борилади. Юқори лаб остидан милк кесилгандан сўнг, юмшоқ тўқим ажратилади ва бўшлиғни олдинги девори (fossae caninae) очилади ва бўшлиқдаги йиринг, полип ҳамда яллиғланиш натижасида ўзгарган шиллиқ қаватни олиб ташланади. Бурун бўшлиғини латерал деворини пастки қисмидан тешик очилиб, бўшлиқ билан туташтирилади. Жаррохлик маҳаллий оғриксизлантириш ёрдамида қилинади. Эхтиёжга қараб кейинги муолижалар шу қўйилган тешик орқали амалга оширилади.

ҒАЛВИРСИМОН СУЯК КАТАКЧАЛАРИНИ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (СУРУНКАЛИ ЭТМОИДИТ).

Касалликни келиб чиқиши ва ривожланиши: Этмоидит камдан-кам холларда алоҳида учрайди, яллиғланиш жараёни деярли доимо бошқа қўшни бўшлиқлари билан биргаликда кечади. Бу катакчалар барча бўшлиқларни марказий қисмида жойлашганлиги ва улар билан қўшнилиги туфайли, кўп холларда этмоидит шу бўшлиқларни яллиғланиши билан бирга кечади. Шунинг учун ҳам этмоидитни тарқалиши гайморитдан сўнг иккинчи ўринда туради. Ғалвирсимон суяк бўшлиқларини сурункали яллиғланиши сабаблари ва клиник кечиши қолган бўшлиқларни яллиғланиши каби бўлади.

Касалликни сурункали кўринишига ўтишига сабаблар, ўткир этмоидитни келтириб чиқарувчи омилларни ўз вақтларида бартараф қилмаслик, ўз вақтида аниқ ташхис қўйилмаслик, натижада даволашни эрта ва тўлиқ ўтказмаслик, бурундаги бошқа йўлдош касалликларни бартараф этмаслик, макроорганизмни умумий химоя қобилятини пастлиги, микроорганизмни вирулентлигини юқорилиги ҳисобланади.

Касалликни клиник кечиши бўйича катарал, йирингли ва гиперпластик турлари учрайди. Йирингли жараёни узок давом этиши, аллергия ҳолатни келтириб чиқаради, натижада шиллиқ қаватларда пролифератив жараён ривожланиш ҳисобига улар қалинлашади ва полиплар ҳосил бўлишига олиб келади. Полиплар яллиғланиш натижасида шиллиқ ва шиллиқ ости қаватларни шишганлиги натижасида, тўқималарни ораларига шилимшиқ суюқликни тўпланиши ҳисобига пайдо бўлади. Юзалари цилиндрик хилпилловчи эпителий билан қопланган жойларда, бу эпителийларни кўчганлиги ёки ясси эпителийга айланганлиги кузатилади.

Беморда касалликни субъектив белгилари ўткир турига қараганда кам намоён бўлади. Улар кўпинча **бош оғриғига, бурун асоси ва кўз косасини ички бурчагидаги оғриққа шикоят қилади.** Бошқа синуситлар каби сурункали этмоидитда ҳам беморларни бурундан нафас олишни қийинлиги, йирингли ажралма келиши, уйқу ва иштахани бузилишига бўлади.

Бўшлиқни орқа гуруҳ катаклари яллиғланганда, беморларни эрта билан турганда кўп миқдорда **бурун-халқум орқали йирингли ажралма оқиб тушиши**

безовта килади. Бунинг сабаби кечаси билан димоғда тўпланиб қолган йиринг,бемор тик холда турганда бурун-халқумга тўхтовсиз оқиши натижасидир. Кўп миқдорда бундай ажралма, халқум шиллик қаватиғи рефлектор таъсир этиши натижасида, беморларда кўнгил айланиб қайт қилиш ва йўталиш хуружи кузатилади. Яллиғланиш жараёни хид билиш соҳасига тарқалганлиги ва йирингли ажралма билан тўлганлаги хисобига беморлар **хид билишни пасайганлигига** ҳам шикоят қиладилар.

Объектив белгилари: сурункали этмоидитни риноскопик кўриниши яллиғланиш жараёнини ҳолатига боғлиқ бўлади. Бурун шиллик қаватлари,бурун чиғаноғи,айниқса ўрта бурун чиғаноғи қизариб шишган бўлади,йўлларида қўйиқ, хидли йирингли ажралма кўринади. Касалликни сурункали кечишида шиллик қаватлари шиши, қалинлашиши, юзаларида грануляция ва полипларни ҳосил бўлиши билан кечади. Полиплар якка холда, тор оёқчаларда осилиб турадиган ёки бир нечта майда полиплардан иборат бўлади. Кўп ҳолларда полиплар нафақат ўрта бурун йўлида бўлади, балки бурун бўшлиғини бутунлай тўлдириб,хатто катталашиб бурун медиал деворини бир тарафга қийшайтириб қўйиши ҳам мумкин.

Полипларни олгандан сўнг, бўшлиқ катакчаларида ёпик эмпиема шаклида тўпланиб қолган йирингларни кўп миқдорда оқиб тушиши кузатилади. Бундай ёпик эпиемалар узоқ вақт, ҳеч қандай клиник белгисиз кечиши мумкин, қачонки ғалвирсимон суяк бўшлиқларини олдинги қисми атипик кўринишда кенгайиб бўртиб қолганда, эмпиема ҳосил бўлганлигига гумон қилинади.Ўз вақтида эмпиемалар аниқланмаса, кейинчалик жараён кучайиб суякни емириб ғалвирсимон суяк бўшлиғини ташқи деворига, кўз косаси атрофига ёрилиб йирингли оқма яра (свищ) ҳосил қилади. Йиринг билан тўлган бундай эмпиема, кўпроқ ўрта чиғаноқни олдинги қисмида пайдо бўлиб, тасодифан полипотомия ёки зонд билан текшириш вақтида аникланади.

Ташхис: Сурункали этмоидитни ташхиси объектив ва субъектив белгиларга, рентгенологик текширишларга, диафаноскопия ва томография натижаларига асосланиб қўйилади. Ғалвирсимон суяк бўшлиқларни ёпик эмпиемасида ташхисни ўз вақтида қўйиш қийинроқ бўлади.

Сурункали этмоидитни даволашда асосий мақсад: бурун бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнларини бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Бу мақсадда бурун бўшлиғидаги ва бурун-халқумдаги турли сурункали яллиғланишларни (бурун тўсиғини қийшайиши, бурун чиғаноқларини гипертрофияси,бурундаги турли ўсмалар,аденоидлар) бартараф этиш зарур. Консерватив даволардан асосан антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, бурун ичига қон томир торайтирувчи дорилар қўлланилади.

Даволашни самарали йўли Д. И. Тарасов ва Г. З. Пискуновлар томонидан таклиф қилинган усул ва игналар орқали бўшлиқларни пункция қилиб ювиб дори юборишдир.

Яллиғланиш жараёнини тез-тез қайталаниши,узоқ давом этиши ва ўтказилган даволарни кам фойда берганда, даволаш бурундаги полипларни ёки гипертрофияланган чиғаноқларни кесиб олишдан, ғалвирсимон бўшлиқ

катакчаларини кенг миқийёсда очишдан (этмоидотомия) иборат бўлади. Ғалвирсимон суяк катакчаларини очиш, бошқа усулларга қараганда кам жароҳат берувчи ва физиологик хособланган Messerklinger усули орқали амалга оширилади. Муолижа маҳаллий оғриқсизлантириш (2% дикаин ёки 10% кокаин эритмаси) йўли билан амалга оширилади. Аввалида бурундаги полиплар олиб ташланади, сўнгра ўрта бурун чиғаноғини олдинги қисми кесилади, натижада ғалвирсимон суяк катакчаларига кенг йўл очилади. Махсус Галле кюреткаси ёрдамида олдинги ва ўрта гуруҳ катакчалар очилади. Бурун ичида ўтказилган бундай муолижалардан сўнг ажралмани чиқиши яхшиланади ва яллиғланиш жараёни тез бартараф қилинади. Даволашни келгусида беморларни ҳолатини ҳисобга олган ҳолда антибиотиклар, яллиғланишга қарши дорилар қўллаш билан олиб борилади. Физиотерапевтик муолижаларидан УВЧ, электрофорез, ультратовуш ва магниттерапиялар қўлланилади.

ПЕШОНА СУЯГИ БЎШЛИҒИНИ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ).

Пешона суяги бўшлиғини сурункали яллиғланиши сабаблари бошқа синуситларни келиб чиқиш сабабларидан деярли фарқ қилмайди. Ўз вақтида даволанмаган ўткир синусит, бурун бўшлиғидаги ўткир синуситга олиб келган турли касалликларни бартараф этмаслик, пешона-бурун йўлини беркилиб қолиши (полип, бурун чиғаноғини гипертрофияси) ва макроорганизмни умумий химоя фаолиятини пасайиши, микроорганизмни вирулентлигини юбюрилиги касалликни сурункали шаклига ўтишга шароит яратади.

Касалликни субъектив белгилари пешона бўшлиғини ўткир яллиғланишига нисбатан камроқ намоён бўлади. Беморларни бош оғриғи, пешона суяги бўшлиғи соҳасидаги оғриқ, бурундан нафас олишни қийинлиги, бурундан хидли йирингли ажралма келиши ва хид билишни пасайиши безовта қилади. Касалликга хос белгилардан, бошни пастга эгилганда бўшлиқ соҳасидаги оғриқ кучаяди. Бош оғриғи кўпроқ пешона соҳасида бўлади. Яллиғланган бўшлиқ томондан кўзни ички юқори деворини босиб кўрилганда оғриқ кучаяди (**Юинга симптоми**).

Риноскопияда (олдинги ва орқанги риноскопия) бурун бўшлиғи шиллик қаватлари, бурун чиғаноқлари (айниқса ўрта чиғаноғи) қизариб шишган бўлади. Касалликни сурункали кечишида ўрта бурун йўли ва чиғаноғини шиллик қаватларда полипли ўзгаришлари кузатилиши мумкин. Умумий ва ўрта бурун йўлида касалликни клиник шаклига биноан шилимшиқ ёки йирингли ажралма бўлади. Ўрта билан бемор жойида ётган ҳолда кўрилса, ўрта бурун йўлида оз микдорда ажралма кузатилади, кейинчалик бемор тик ҳолда турганда (агар бўшлиқни чиқарув тешиги очик бўлса) йиринг чиқиши кўпайиб ўрта ва умумий бурун йўлларида кўп микдорда йиринг пайдо бўлади.

Сурункали яллиғланиш узоқ муддатга чўзилса ва ажралмани чиқиши қийинлик билан давом этса, яллиғланиш жараёни суяк усти пардасини, кейинчалик суякнинг емирилишига ва бўшлиқ деворларида оқма яралар пайдо бўлишига олиб келади. Бундай оқма яралар бўшлиқни олдинги деворини тери остига ўтиб, субпериостал абсцессга, айрим холларда эса очик эмпиемага сабаб бўлади. Кўп холларда йирингли жараён пешона бўшлиғининг пастки деворини емириб, кўзга асоратлар(қовоқлар реактив шиши, субпериостал ва ретробулбар абсцесслар, флегмона) беради. Айрим холларда бўшлиқни орқа девори емирилиб йиринг бош мия ичи асоратларини яъни экстра, субдурал абсцессни ёки йирингли менингитни ривожланишига сабаб бўлади.

Ташхис: Касаллик ташхиси беморни шикоятлари, касаллик тарихи, риноскопик маълумотлар ҳамда қўшимча текшириш (диафаноскопия, рентгенграфия, томография, пешона суяги бўшлиғига зонд юбориб ёки пункция қилиб текшириш) натижаларга асосан қўйилади. Агар кўзга асорат ўтган бўлса, ўрта бурун йўлига 5% кокаин эритмаси шимдрилган тампонни 2 соатга қўйилса кўриш қобилияти яхшилинади бу фронтал риноген асоратдан дарак беради.



Расм 60. Пешона суяги бўшлиғига зонд юбориш.

Даволаш: Пешона суяги бўшлиғининг сурункали яллиғланишини даволаш кўпинча консерватив усулда олиб борилади. Даволаш асосан бурун бўшлиғини шиллиқ қаватларни шишини пасайтириб, пешона суяги бўшлиғидан йирингни ажралишини яхшилашга қаратилади. Ўрта бурун йўлининг шиллиқ қаватига қон томир торайтирувчи дорилар докали пиликга шимдирилиб қўйилади, бундан ташқари шу мақсада қўшимча 2-3% ляпис эритмаси 2-3 кун давомида суртилади. Ляпис эритмаси бўшлиқни чиқарув тешиги атрофидаги шиллиқ қаватни гиперплазиясини пасайтиради.

Даволашни асосий йўлларида бу пешона суяги бўшлиғи табиий йўллари орқали зонд киритилиб, ювилади ва турли дорилар (антибиотиклар, антигистаминлар, кортико-стероидлар ва ферментлар) жўнатилади. Пешона суяги бўшлиғини зондлаш мақсадида Риттер томонидан таклиф қилинган турли хажмдаги зондлардан фойдаланилади, ammo бу зондлар анча кўпол ишланганлиги, хажм жихатидан катталиги ва муолижани бажаришда қийинчиликлар туғдирганлиги учун ҳозирги кунда Белоголовов томонидан таклиф қилинган нозик ва анча эгилувчан зондлардан фойдаланилмоқда.

Даволашда кўшимча физиотерапевтик муолижалар қўллаш (УВЧ, лазертерапия, магнитерапия, микротулкин ва электрофорез) билан олиб борилса яхши натижалар беради.

Пешона суяги бўшлиғини яллиғланиши кўп ҳолларда ғалвирсимон суяк катакчаларини яллиғланиши билан бирга давом этади, шунинг учун кўп ҳолларда шиллиқ қаватларни гиперплазияси, ўрта бурун йўлида полипларни ҳосил бўлиши билан кечади, натижада пешона суяги бўшлиғини табиий йўли беркилиб қолиб, ажралмаларни чиқишини қийинлаштиради, шунинг учун ҳам даволашни гиперплазия бўлган шиллиқ қаватлар ва полипларни бартараф этишдан бошлаш зарур. Айрим ҳолларда бўшлиққа зонд юбориш қийин бўлади, шунда ўрта бурун чиғаноқларини олдинги қисми кесиб олиниб, бурун йўлини кенгайтириб, сўнг зонд киритилиб бўшлиқ ювилиб дори жўнатилади. Бундай ҳолларда пешона суяги бўшлиғида радикал жаррохлик ўтказишга ҳеч ҳолат қолмайди.

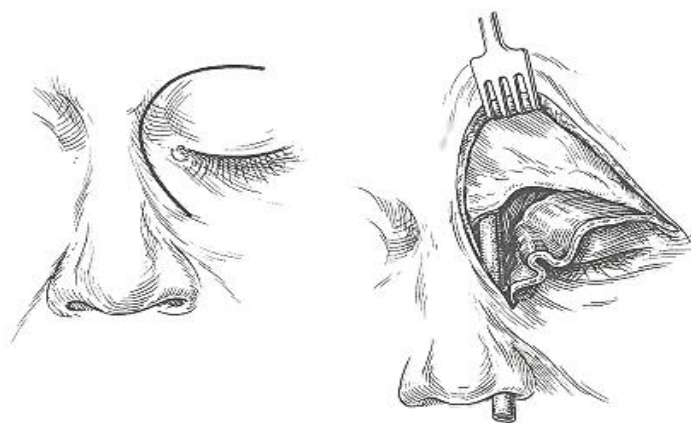
Бўшлиққа табиий йўли орқали зонд юборишни иложи бўлмаган ҳолларда, олдинги девори орқали пункция (трепанопункция) қилиниб маълум муддатга канюла қўйилиб шу орқали ювилиб дори жўнатилади. Бу муолижа ўткир ва сурункали фронтитларда кўрсатмага қараб бир хилда қўлланилади.

Трепанопункция учун М.Е.Антонюк томонидан таклиф қилинган махсус йиғма асбобдан фойдаланилади. Бу йиғмада алоҳида парма, уни турли хажмдаги пармаловчи пичоқлари мавжуд. Аввал пешона соҳасида трепанопункция қилувчи жойни белгилаб олинади. Бунинг учун қошни ёйини устидан тўғри чизик ўтказилади, бу чизикқа перпендикуляр, пешонани ўртасидан иккинчи чизик ўтказилади. Иккала чизик туташган жойни ўртасида бисектриса ўтказилади. Шу бисектрисани бурчакдан бошланган қисмидан 1,0-1,5 см. масофада трепанация қилинади. Тери остига 1 % новокаин ёки 2% лидокаин юбориш орқали маҳаллий оғриқсизлантирилади. Пармалаш давомида бўшлиққа тушилганда ўзига ҳос енгиллик сезилади. Бўшлиқ ювилиб, дори моддаси жўнатилгандан сўнг, бу жойга канюла касалликни кечишига қараб 2-7 кунга қўйилади. Келгусидаги муолижалар шу канюла орқали амалга оширилади. Бундан ташқари пешона суяги бўшлиғини пункция ҳам қилиш усули ҳам мавжуд. Бунинг учун учи ўткир ва йўғон игна билан бўшлиқни пастки деворини ички кўз бурчагидан амалга оширилади, чунки бу жой пешона суяги бўшлиғини энг нозик девори ҳисобланади.

Пешона суяги бўшлиғининг жаррохлик йўли билан очиш учун қуйидаги кўрсатмалар бўлиши керак: ўтказилган даволарни фойдасизлиги, суяк деворини емирилиши, оқма яра (свищ) ҳосил бўлиши, бош мия ва кўз ичи асоратлари ва бошқалар ҳисобланади.

Касалликни тез-тез қайталаниши, бўшлиқдан кўп миқдорда йиринг келиши, қаттик бош оғриши, қайтадан ўрта бурун йўлида полипни ҳосил бўлиши жаррохлик учун нисбий кўрсатма ҳисобланади.

Пешона суяги бўшлиғини очиш, ташқаридан пешона соҳаси орқали ва бурун ичдан (эндонозал) амалга оширилади. Пешона бўшлиғини эндонозал йўл билан очилиши камдан-кам ҳолатда қўлланилади, чунки техник жihatдан мураккаб ва бўшлиқни патологик ўзгарган шиллиқ қаватдан, полипдан, йирингдан тўлиқ тозалашни иложи йўқ, шунинг учун ҳам бу усулни самараси камроқ



Расм 61. Пешона суяги бўшлиғини жарролик йўли билан очиш (Фронтотомия).

Бўшлиқни очишни ташқаридан, Риттер-Янсен усулида ўтказиш энг қулай ҳисобланади. Бу усулда терини кесиш кўз косасини юқори қисми яъний, қошнинг ўрта қисмидан бошланиб, бурун қирраси орқали 1-1,5 см. пастга давом этади. Кўз косасининг юқори деворини юмшоқ тўқимаси суяк пардасидан ажратилади. Пешона суяги бўшлиғини олдинги девори соҳасидан 2,0x2,0 см. катталиқда тешик очилиб бўшлиққа тушилади ва яллиғланиш жараёнида ҳосил бўлган барча патологик ажралмалар (йиринг, полип) олиб ташланади.

Жаррохлик сўнгида бурун бўшлиғи билан пешона суяги бўшлиғи орасидаги йўлни сақлаб қолиш мақсадида резинали (пластмасса) трубка қўйилади. Юмшоқ тўқима жароҳати қаватма-қават тикилади. Дренаж трубка бурунда 3-4 ҳафтага қолдирилади ва бўшлиқ вақти-вақти билан шу дренаж орқали ювиб турилади. Агар иккинчи бўшлиқни ҳам очиш лозим бўлса, ўрта деворни очиш орқали иккинчи томонни ҳам тўлиқ текшириш мумкин.

АСОСИЙ СУЯК БЎШЛИҒИНИ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (СУРУНКАЛИ СФЕНОИДИТ).

Асосий суяк бўшлиғини яллиғланиши алоҳида ёки галвирсимон суяк бўшлиқларини орқа катакчалари яллиғланиши билан бирга кечиши мумкин.

Касалликни келиб чиқиш сабабларидан ўткир яллиғланишини ўз вақтида ва етарли даражада даволанмаслик, ўткир сфеноидитга олиб келувчи омилларни ўз вақтида бартараф қилмаслик, макроорганизмни химоя воситасини пасайиши, микроорганизмни вирулентлигини юқорилиги ҳисобланади. Айрим

холларда сурункали сфеноидит суяк деворларини шикастланишидан сўнг, бурундаги киста ва ўсмалар асорати натижасида ҳам ривожланиши мумкин.

Субъектив белгиларидан биринчи бўлиб, бош оғриғи, кўпроқ бу оғриқлар энса ёки бурун-халқум сохаларида безовта қилади. Йирингли ажралма кўпинча кўйиқ ва хидли бўлади, ажралма асосан бурун-халқумга тушади. Кўйиқ ажралма халқумни орқа деворига тўпланиши хисобига беморларни томоқда ёт жисм борлиги хиссиёти безовта қилади, шунинг учун ҳам балғамни чиқариб ташлаш учун бемор доимо йўталади, вақти-вақти билан рефлексор кўнгил айланиши кузатилади. Кечаси билан бўшлиққа ва бурун-халқумга тўпланган ажралма, эрталаб тик ҳолатга ўтганда, димоғдан халқумга оқиши кучаяди.

Беморларда хид сезиш қобилияти пасаяди, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратини кўтарилиши, рухий ва жисмоний чарчаш каби шикастлар пайдо бўлади.

Объектив белгилари: риноскопия қилинганда бурунни шиллиқ қаватлари, бурун чиғаноқлари, айниқса ўрта бурун йўли сохалари қизарган, шишган бўлади. Бундан ташқари ўрта бурун йўлларида ва умумий бурун йўлларида йирингли ажралма кузатилади. Орқанги риноскопияда бурун-халқумда, димоғда юқоридан оқиб тушаётган йирингли ажралма кўринади.

Рентгенологик текширишда асосий суяк бўшлиғи ва галвирсимон суяк катакчаларини орқа гурухларида яллиғланиш белгилари кўринади. Ташхисни тўлиқ тасдиқлаш мақсадида эндоскопия қилиш, зонд киритиб ва керак бўлса бўшлиқларни рентгенконтраст модда юбориб текширилади.

Даволаш: Даволашни бурун ичидаги сурункали сфеноидитга олиб келувчи патологик омилларни (гипетрофияланган чиғаноқларни, полипни олиш, бурун тўсиғини қийшайган қисмини тўғрилаш) бартараф этишдан бошланади. Бу муолижаларни ҳаммаси бўшлиқдаги йирингли ажралмаларни тўлиқ оқиб чиқишига шароит яратади. Сурункали яллиғланишда консерватив даволаш билан бирга, бўшлиқларни табиий тешиклари орқали зондлар киритиб, турли антибактериал эритмалар билан ювиб, антибиотиклар, антигистамин ва кортикостероид дори моддалари юборилади. Консерватив даволашни физиотерапевтик муолижалар УВЧ, лазер нури таъсир этиш, микротўлқин таъсир этиш йўллари билан бирга олиб бориш яхши натижалар беради. Агар яллиғланиш жараёни шиллиқ қаватларни гиперплазияси ёки полип ўсиши билан бирга кечса у ҳолда (полип олингандан сўнг) бурун ичига 1% гидрокортизон малхами билан ультрафонофорез қилинади. Даволашни бу усули ёрдам бермаса, жаррохлик йўли билан бурун ичидан Воячек ёки Гаека усули билан асосий суяк бўшлиғи олдинги девори очилади.

Асосий суяк бўшлиғи мия суягининг асосисида жойлашганлиги учун, ён томонларидан ҳаётий муҳим аъзолар билан чегараланганлиги сабабли, ҳар қандай муолижаларни ўтказишда нихоятда эҳтиётлик билан амалга ошириш зарур. Бу соҳада жарроҳ бурун анатомиясини, бўшлиқни жойлашиш ҳолати ва ташриҳ ишларини яхши билиши зарур. Ҳозирги кунда эндоскопик хирургия яхши ривожланганлиги учун асосий суяк бўшлиғида ўтказилаётган турли жарроҳлик муолижалари асоратсиз ва кам жараҳатсиз олиб борилмоқда.

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ КЎЗГА АСОРАТЛАРИ

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини анатомик жойлашувига эътибор берилса, улар кўз соққасини атрофида ва бош мияга яқин ўрнашганлиги, айрим бўшлиқларни эса бу аъзолар билан ҳеч қандай деворсиз туташганлиги кўринади. Шундан келиб чиққан ҳолда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини яллиғланишида жараёни кўзга ва бош мияга ўтишни эҳтимоли доимо мавжуддир.

Охирги йилларда бурун ёндош бўшлиқларини яллиғланишида кўзга бўлган асоратларни салмоғи анча ортиб бормоқда. Муалифларини келтирган маълумотларига кўра бундай асоратлар 5,0% дан 8,4% гача беморларда учрайди. Бунга асосий сабаблар охирги вақтларда антибиотикларни самарасиз қўллаши, микробларни антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини камайиб кетиши ва вирулентлиги юқори бўлган штамлари пайдо бўлиши, беморларни ўз вақтида мутахассисларга мурожат қилмасдан, ўзлари уй шароитида даволаниши, ҳамда касалликка кеч ташхис қўйиш натижасидир. Асоратлар 70-75% ҳолатларида сурункали синуситларни қайталанишида, фақат 25-30% ҳолатларда эса ўткир синуситларда кузатилади. Этмоидитлардан тарқалган асорат кўзга берилган асоратлар ичида энг оғир кечадигани ҳисобланади. Сфеноидитларда энг кўп учрайдиган асоратлардан бири бу кўриш нервни яллиғлинишидир, бунда касалликни бошланишидан жараён тўғридан-тўғри кўриш нервига тарқалиши билан бошланади.

Яллиғланган бўшлиқлардан инфекцияни кўзга ва бош мияга ўтиш йўллари қуйдагича:

1. Бўшлиқлардан тўғридан-тўғри суяк деворини туғма битмасдан қолган девор ёриқларидан (дегисценция) орқали
2. Яллиғланиш натижасида суяк деворини емириб (контакт) ўтиши
4. Қон томирлар орқали ўтиши
5. Лимфа томирлари орқали ўтиши
6. Хид билиш нервлари атрофидан пери- эпинеурал йўллар орқали ўтиш.

Бош мияга ўтган риноген асоратлар қуйдагича:

Арахноидит
Менингит
Экстрадурал абсцесс
Субдурал абсцесс

Мия абсцесси

Ғовак вена тромбози

Сагитал вена тромбози каби асоратлари учрайди,бу асоратлар хақида маълумотлар эса отоген асоратлар мавзусида баён этилади.

Қуйида бурун ёндош бўшлиқларини кўзга берган асоратларини клиник кечиши батафсил кўриб чиқамиз.

Қовоқ ва кўз олмаси атрофийи тўқимларини реактив шиши

периостит

қовоқлар абсцесслари

субпериостал абсцесс

кўз флегмонаси

ретробульбар неврит

вена томирлари тромбози

Бу асоратлар маҳаллий ва умумий белгилардан иборат бўлади.

Касалликни клиник кечиши, асоратларни турига боғлиқ бўлади. **Периостит** белгиларини кам намоён бўладиган асорат бўлиб,бунда кўз ва қовоқ тўқималари қизариб шишади. Кўз олмаси қон томирлари кенгайиб бўртиб қолади. Асоратларни ичида энг оғири ва хафлиси **кўз флегмонаси** хисобланади. Яллиғланиш жараёни кўз олмасини қайси қисмини кўроқ қамраб олишига қараб, ташқи кўриниши ўзгаради,агар жараён орқа қисмида жойлашган бўлса, кўз олмаси олдинга кескин бўртиб чиқади ва ҳаракати чегараланган бўлади. Агар яллиғланиш жараёни пешона суяги бўшлиғидан ўтган бўлса, кўз олмаси бўртиб чиққан ва пастга бурилган бўлади.

Кўз флегмонасидаги маҳаллий белгилардан қаттиқ оғриқ,кўриш қобиятини пасайиши ва кўзни ҳаракатини чегараланиши безовта қилади. Умумий белгилардан тана хароратини кўтарилиши, кўнгил айниб қайт қилиш,бош оғриғи кўшилади.

Яллиғланиш жараёни кучайиб бориш натижасида кўзда оғриқ ортиб боради,кўриш қобияти тўлиқ йўқолади, кўз олмасини ҳаракати батамом тўхтади. Кейинчалик кўзни маълум бир жойида шиш пайдо бўлиб,бўртиб чиқади, сўнгра тешилади ва оқма яра ҳосил бўлади. Ярадан йиринг ажралиши бошланиши билан беморни ахволи яхшиланади,кўздаги оғриқлар пасаяди, тана харорати мўтадил бўлади, аммо кўриш қобиятини тикланиши яллиғланиш жараёни қандай даражада чуқур тарқалишга боғлиқ бўлади.Айрим ҳолларда кеч бошланган даволаш натижасида касаллик кўзни тўлиқ кўрмасдан қолиши билан яқунланади.



Расм 62. Сурункали йирингли гайморитни кўзга асорати.

Синуитларни кўзга яна бир оғир асоратларидан бу **кўрув нервини яллиғланишидир**. Бу оғир асоратлардан хисобланиб, кўпинча жараён кўриш қобиятини, ранг ажратиш фаолиятини пасайиши, айрим ҳолларда кўзни тўлиқ кўрмай қолиши билан тугалланиши мумкин, шунинг учун бундай асоратга гумон қилинганда дарҳол даволашни кўз касалликлари мутахассислари билан биргаликда олиб бориш зарур. Кўздаги оғир асоратлардан яна бири **панофталм** яллиғланишни кўзнинг барча тўқималарига тарқалишидир, бу асорат кўз вена қон томирларида тромбозлар ҳосил бўлишидан бошланади, кейинчалик кўриш қобиятини тўлиқ йўқотиш ва кўз олмасини атрофияси билан тугалланади.

Касаллик ташхисда кўзда яллиғланишга хос ўзгаришларни биринчи белгилари пайдо бўлиши билан дарҳол бурун ёндош бўшлиқларини тўлиқ текшириш зарур, чунки кўздаги яллиғланишларни сабабларини 80% ҳолатда бурун ёндош бўшлиқларини касалликлари хисобланади. Беморлардан тўлиқ касаллик тарихини сўраб аниқлагандан сўнг, бурунда риноскопия, эндоскопия ўтказилади, сўнгра уларни рентгенография ва томография қилинади, ташхисни тасдиқлаш мақсадида бўшлиқларни пункция ёки зонд юбориб ювилади. Ўтказилган текширишлар натижаларига асосланиб беморларга даволаш ишлари қўлланилади.

Бурун олди бўшлиқларини кўзга берган асоратларини аниқлаш учун яллиғланган томонни ўрта бурун йўлига 5% кокаин эритмаси шимдирилган докали пиликни 2 соатга қўйилади, агар кўриш қобияти яхшиланса ташхис тасдиқланади.

Даволаш: Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини яллиғланиши натижасида кўзга асоратлар кузатилганда, беморлар дархол касалхонага ётқизиilib офтолмолог ва ЛОР врач биргаликда даволаш ишлари амалга оширилади. Асоратларни енгил кўринишида (периостит,қовоқларни реактив шишлари) даволаш ишлари жаррохлик муолижаларисиз (консерватив) олиб борилади. Дархол яллиғланган бўшлиқлар ювилиб тозаланади, сўнгра антибиотиклар, сульфанамида препаратлари, яллиғланишга қарши дорилар ва физиотерапевтик муолижалар ўтказилади. Агар кўздаги асоратлар йирингли тус олинган бўлса, даволашни дархол яллиғланган бўшлиқни жаррохлик йўли билан очиб, йирингдан тозалаб, сўнгра таъсир доираси кенг ва юқори бўлган атибиотиклар тавсия қилинади.

Кўз вена томирларини тромбозига гумон қилинганда,яллиғланган бўшлиқлар дархол очиб тозаланади, юқорида келтирилган консерватив даволарга қўшимча, қон ивишини пасайтирувчи (антикогулянтлар) дорилар қўлланилади. Кучли интоксикацияда дегидротация ўтказиш мақсадида маннитол,гемодез ва антигистамин дорилари тавсия қилинади.Беморда панофталм асорати пайдо бўлганда, кейинчалик бош мия асорати қўшилишини олдини олиш мақсадида, кўз олмасини тўлиқ олиб ташланади.

Ўтказилган даволарни натижалари, даволашни қанча эрта бошлаганлигига ва врачни тутган йўлини тўғрилигига боғлиқ бўлади

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЯЛЛИҒЛАНИШИДА БОШ МИЯГА АСОРАТЛАРИ

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини оғир асоратларидан бири, бу бош мия асоратлари хисобланади. Бош мияга асоратларни 80-85% ҳолатларда сурункали синуситларни қайталаниши туфайли ривожланади,фақат 10% ҳоллардагина ўтқир синуситлар шундай асоратлар беради. Синуситларни қайталанишини асосий сабаби, юқори нафас йўлларидаги вирусли касалликлар (тумов,резанда) хисобланади. Бундан ташқари бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини жароҳатларида ва бурундаги турли йирингли жараёнларида (бурун чипқони, бурун девори абсцесси) ҳам бош мия асоратлари кузатилади.

Йирингли жараёнини бурундан ва бурун ёндош бўшлиқларидан бош мияга ўтишида, яллиғланиш жараёнида, бир вақтни ўзида вирус ва бактериал флорани биргаликда иштирок этиши муҳим ўринни эгаллайди. Отоген бош мия асоратларига қараганда, риноген бош мия асоратлари камроқ учрайди ва ЛОР касалликларини бош мияга берган асоратларини 10 % ташкил этади.

Яллиғланиш жараёни бош мияга қуйдаги ҳолларда ўтади-

1. чегара деворларни туғма ёриқлари (дегиценция) орқали
- 2.йирингли жараён тўғридан – тўғри деворни (контакт) ўтиши мумкин(бундай ҳолатда кўпроқ пахи ва лептоменингит учрайди).
- 3.қон томирлар орқали (асосан вена қон томирлари орқали) ўтади.
- 4.лимфа томирлари орқали.
- 5.хид билиш нервлари бўйлаб (эпи-периневрал) ўтиши.

Бош мия асоратларни қуйдаги турлари кузатилади:

арахноидит

эстрадурал абсцесс

субдурал абсцесс

менингит

мия абсцесси

сепсис, синус венасини тромбози.

Бош миядаги асоратларни турлари кўпроқ, бурун олди бўшлиқларини яллиғланишлари турларига боғлиқ бўлади, яъний менингит ва бош мия абсцесслари кўпроқ фронтитда, арахноидит эса гайморитда, синус веналарини тромбози, этмоидит, сфеноидит ва бурун чипқонларида кузатилади. Септик холат эса кўпроқ синус веналарини тромбозида учрайди.

Риноген бош мия асоратлари одатда бош оғриғи, лохаслик, тана хароратини кўтарилиши билан бошланади, сўнгра асоратларга хос асосий белгилар пайдо бўлади. Бирламчи белгилар пайдо бўлиши билан дархол даволаш ишларини кучайтириш зарур. Асоратларни ташхиси касалликни биринчи белгиларига, кўздаги ўзгаришларга ва орқа мия суюқликларини текшириш натижаларига асосланади.

Хозирги кунларда бош мия асоратларини ташхиси яхши йўлга қўйилганлиги ва ўз вақтида аниқланаётганлиги, даволашда антибиотикларни, сульфаниламидларни ва бошқа интоксикацияга қарши дориларни янги, кенг таъсирга эга бўлган турларини қўлланилаётганлиги сабабли, ўлим 20 йил аввалги давра нисбатан бир неча баробарга камайган, лекин бу асоратлардан ўлим кўрсаткичи ҳамон 9,8% даражада сақланиб қолмоқда.

Бурун ва бурун олди бўшлиқларини бош мияга асоратлари клиник кечиши ва даволаш масалалари отоген бош мия асоратлари бўлимида кенг ёритилган.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмалари

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмалари инсон танасида учрайдиган ўсмаларни 6-8% ташкил қилади. Ўсмаларни клиник кечиши уни хажми, жойлашган ўрни ва гистологик тузилишига боғлиқдир. Халқаро класификация бўйича бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмалари тузилиши бўйича ўсмасимон хосилалар, хафсиз ва хафли ўсмаларга бўлинади.

Ўсмасимон хосила, касалликни бу турига **фиброз дисплазия** киради. Суяк тўқималарни ривожланишидаги етишмовчилик турига кириб, асосан юқори жағ суяги бўшлиғи соҳасида пайдо бўлади. Оддий суяк ўрнига фиброз қўшувчи тўқима ривожланади, секин ўсади, дастлаб ҳеч қандай белги бермайди. Келгусида бўшлиқ соҳасида қаттиқ бўртма пайдо бўлади, иккиламчи гаймороит белгилари намоён бўлади. Ўсма бўшлиқни медиал девори томонига ўсиши билан бурун йўллари торайиб нафас олиш қийинлашиб қолади.

Даволаш фақат жаррохлик усулида олиб ташланади.

Ангиогранулёма, бошқача номи бурун медиал деворини қон кетувчи полипи. Ўсма асосан бурун медиал деворини тоғайли қисмида жойлашади, секин ўсади, юзалари ноткис, ранги тўқ қизил бўлади ва вақти-вақти билан қон кетиши кузатилади. Даволаш жаррохлик усулида шиллиқ қават тоғай билан бирга олиб ташланади. Айрим холларда коагулятор ёрдамида ёки криотаъсир этилади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини хафсиз ўсмалари.

Бундай ўсмалар каторига папиллома, фиброма, остеома, ангиома, хондрома, невус ва сўнгаллар киради.

Папиллома, келиб чиқиш бўйича қўшувчи тўқимадан иборат бўлиб кўпинча 50 ёш ва ундан юқори ёшдагиларда учрайди. Жойлашган ўрни бурунни кириш қисмида ва ичкарида бурун деворларида. Кириш қисмидаги ўсма кўринишидан сўнгалга ўхшайди, юзалари нотекис, дағаллашган. Ўсмани ички қисмидагиси эса шиллиқ қаватда келиб чиқанлиги учун, юзалари текис, айрим холларда полипни эслатади. Айрим холларда ўсма ўсиб, суяк тўқимларини бутунлигини бузилиб, хатто бурун ёндош бўшлиқларига ҳам ўсиб киради. Папиллома 4% холларда ёмон сифатли ўсмага айланиши мумкин.

Даволаш фақат жаррохлик усулида олиб ташланади.

Гемангиома ва лимфангиома, қон ва лимфа томирларда келиб чиқадиган ўсма бўлиб, асосан бурун латерал деворида ва бурун чиғанокларида жойлашади. Деярли кам учрайди, клиник кечиши оддий полип сингари бўлади. Энг хафли томони бу ўсмалар тез малигинизация (ёмон сифатли ўсмага айланиши) мойилиги бор. Даволаш жаррохлик усулида олиб ташланади.

Остеома, суяк тўқимасидан келиб чиққан ўсма бўлиб, асосан пешона суяги бўшлиғида, иккинчи ўринда ғалвирсимон суяк катакчаларида ва кам холларда юқори жағ суяги бўшлиғида учрайди. Ўсма деярли секин ўсади, кичик хажмдагилари деярли ҳеч қандай клиник белги бермайди, шунинг учун ҳеч қандай даволаш чоралари қўрилмасдан кузатилади. Катта хажимда ўсиб юз соҳасида деформация келтириб чиқарса ёки бош мия ичкарисига ўсиб кирган холларда дархол олиб ташланади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ёмон сифатли ўсмалари.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ёмон сифатли ўсмаларидан рак ва саркома учрайди. Инсон танасидаги барча ёмон сифатли ўсмаларни 2% ташкил қилади.

Жойлашган ўрнига биноан ёмон сифатли ўсмалар биринчи навбатда юқори жағ суяги бўшлиғида, сўнг ғалвирсимон суяги бўшлиғида ва учинчи ўринда бурун бўшлиғида учрайди. Кам холларда пешона суяги бўшлиғи ва асосий суяк бўшлиғи соҳаларида учрайди.

Бурун соҳасида энг кўп учрайдиган ўсма бу **рак** (саратон) хисобланади, ташқи бурунда базал хужайрали ва бурун бўшлиғида эса ясси хужайрали тури учрайди. Ўсма тезда бурун бўшлиғидан бурун деворига, ён бўшлиқларига, танглай-қанотсимон бўшлиққа, кўзга ва бош миёга ўсиб киради.

Тарқалиши бўйича **биринчи босқичда**, ўсма фақат бурун бўшлиғида, атрофга метастаз йўқ, лимфа тугунлари катталашмаган. Ўсмани **иккинчи босқичида** бурундан ташқарига ўсиб, қўшни деворларга ўтади, яқин лимфа тугунларида бирламчи метастазлар пайдо бўлади, лимфа тугунлари катталашган. Ўсмани **учинчи босқичида** ўсма тарқалиб қўшни тўқималарга, хатто бош миёга ҳам ўсади, лимфа томирларида метастазлар кузатилади, лимфа тугунлари катталашган, ушлаб қўрилганда оғриқли. **Тўртинчи босқичда** ўсма тўқималарида некрозлар пайдо бўлади ва танани бошқа жойларида ҳам метастазлар ўсади, лимфа тугунлари катталашган.

Касалликни бошланишида деярли клиник белгиларсиз бошланади, кейинчалик бурундан нафас олишни қийинлиги, бош оғриғи, иштахани пасайиши, ланжлик пайдо бўлади. Аввалида бурундан шилимшиқ ажралма келади, кейинчалик ажралма қон аралаш бўлади, айрим холларда ўткир қон кетиши кузатилади.

Риноскопияда бурунда юзалари нотекис, гулли карамни эслатувчи ўсма бўлади, муолижа вақтида қон кетиши кузатилади. Ўсма катталашиб кўз соҳасига ўтганда, кўз олмаси кескин бўртиб чиқади, ҳаракати чегараланиб қолади, кўриш фаолияти издан чиқади. Юқори жағ суяги бўшлиғидаги ўсмани белгиларидан бири, бўшлиқ соҳасини бўртиб чиқиши, пайпаслаб қўрилганда оғриқли бўлишидир.

Ўсмани ташҳисида аввало беморни шикоятлари, риноскопик текшириш натижаларига асосланиб, врачда онкологик хушёрлик пайдо бўлади. Ташҳис асосан бўшлиқдан пункция вақтида олинган суртмани ва биопсияни гистологик текшириш натижаларига асосланади.

Даволаш асосан ўсмани ўсиш босқичи биноан аъзони сақловчи жаррохлик муолижаси ўтказилиб, кейинчалик кимё ва нур даволаш чораларини биргаликда олиб борилади.

Вегенер грануломатози, бу касллик биринчи маротаба Ф. Вегенер (1936 й.) томонидан ёзилганлиги учун уни номига қўйилган. Асосан 40-50 ёшликлар орасида кўп учрайди ва аёл билан эркеклар орасида бир хил тарқалган. Касалликни асосида тизимли некротик грануломатоз васкулит ётади, биричи навбатда юқори нафас йўлларида ўзига хос ўзгариш пайдо бўлиши билан кечади.

Касалликни келиб чиқишида турли назариялар қаторида инфекцион назария асосий ўринни эгаллайди. Юқори нафас йўлларидаги вируслар ва стафилококклар ва уларни токсинлари таъсири натижасида ўта сезувчанлик ҳолати рўй бериши туфайли, шиллиқ қаватлар қон томирларида ўзига хос аутоаллергик ўзгаришлар билан кечади. Бу ўзгаришлар нафақат ўзгарган, балким ўзини ўзгармаган оқсил моддаларига ҳам аутоантитела пайдо бўлиши билан кечади.

Касалликни патогенезида иммунологик жараён, яъний бактериал флора, дори моддаларига бўлган ўта сезувчанликни секин намоён бўладиган тури ўринни эгаллайди.

Касалликни белгилари, клиник белгиларини пайдо бўладиган ҳолатига қараб ўткир, ўткир ости ва сурункали турлари тафовут қилинади. Касаллик қанчалик ўткир бошланса, клиник белгиси шунчалик тез намоён бўлади, тез тарқалади ва оғир кечади. Грануломатоз ўзгаришларни намоён бўлиши бўйича уч босқичи кузатилади. **Бошланғич босқичи** бурунда, қулоқда ва кўзда алоҳида чегараланган ўзгаришлар кузатилади, **иккинчи** босқичи кенг тарқалган кўриниши, бунда ўзгаришлар ички аъзоларда, ўпка, буйракларга ҳам тарқалади ва **учинчи терминал** босқичи, бунда беморларда ўпка ва буйрак етишмовчиликлари кузатилади.

Касалликни бошланишида беморлар бурунни бир томонидан нафас олишни қийинлигига, қуруқшаб қолишига шикоят қилишади. Аввалида оз миқдорда бурундан шилимшиқ ажралма келади, бир оз вақт ўтгач ажралма йирингли, сўнгра қон аралаш йирингга айланади. Оз миқдордаги ажралма қуруқшаб кўнғир рангдаги қасмоққа айланади.

Риноскопияда бурун йўлларида кўп миқдорда кўғир рангдаги қасмоқ бўлади, қасмоқ олинганда остидаги шиллиқ қават юпқалашган, кўкимтир қизғиш рангда, жойларда грануляциялар ўсганлиги кўринади. Бурун бўшлиғини медиал деворини олдинги тоғайли қисмида яралар пайдо бўлади, кейинчалик яралар катталашади, бу жойлар емирилиб тешиклар ҳосил бўлади, тоғайларни емирилиши натижасида ташқи бурунни кирраси чўкиб, эгарсимон шаклга айланади. Емирилиш жараёни катталашиб бурун бўшлиғини латерал деворини, бурун чиғаноқларини тўлиқ қамраб олади ва юқори жағ суяги бўшлиғи (Гаймор бўшлиқ) билан бурун бўшлиғи қўшилиб катта ягона бўшлиқ ҳосил бўлади, бу бўшлиқ шиллиқ қаватлари некротик тўқималар ва қасмоқлар билан қопланади.

Бурунни захмдаги ўзгаришдан фарқи грануломатоз Вегенерда яллиғланиш жараёни ҳеч қачон қаттиқ танглайга тарқалмайди.

Касаллик вақт ўтган сари пастки нафас йўлларида, кекирдак ва бронхларга ҳам тарқалади, шиллиқ қаватларида некротик яралар ҳосил бўлади. Қулоқ соҳасига ва ўрта қулоққа тарқалиб, айрим ҳолларда юз нервни фалажлиги каби асорат беради. Кам ҳолларда кўзга тарқалиб экзофтальм, хемоз, қовоқ шишлари кузатилади ва жараён кўз нервни атрофияси билан тугалланади.

Касалликни **умумий белгилари** тана ҳароратини субфебрил кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, озиб кетади. Кеч асоратларидан артралгия ва миалгиялар пайдо бўлади. Касалликни пастки нафас йўлларида тарқалганлиги туфайли беморларда йўтал, хансираш, кўрак соҳасида оғриқ ва қон аралаш балғам туфлаш кузатилади. Бу касалликда 90% беморларда буйракда ўзгариш кетади, ўткир гломерулонефрит белгилари намоён бўлади. Беморларда бел соҳасида оғриқ, тана ҳароратини субфебрил кўтарилиши, умумий қуватсизлик, сийдикда гематурия, оксил миқдори кўтарилади. Айрим беморларда гломерулонефрит белгилари кескин пайдо бўлиш натижасида азотемия пайдо бўлади ва буйрак фаолияти тўлиқ издан чиқади. Беморлар азотемик уремиядан ёки ўпка етишмовчилигидан ёки септик асоратлардан ўладилар.

Ташхис, касалликни бошланишида аниқ ташхис қўйиш қийин кечади, аммо диққат билан йиғилган касаллик тарихи, бурун ва ёндош бўшлиқларини текшириш, пастки нафас йўлларидаги ёки буйрак соҳасидаги ўзгаришларга

эътиборни қаратиш лозим. Лаборатор текширишда 50-99% беморларда антинейтрофил, цитоплазматик антитела аниқланади. Бурун шиллиқ қаватлари юзаларидан олинган тўқималарда гистологик текширилганда некротик васкулит ва грануломатоз яллиғланиш белгилари кўринади.

Қиёсий ташхис, тизимли давом этадиган касалликлар билан ўтказилади, булар қаторига тизимли қизил тери сили, геморрагик васкулит, тугунли переартирит ва захм киради.

Даволаш, асосий қўлланиладиган дорилар булар цитостатиклардир, уларда циклофосфамидир, бошланишида 2 мг./кг., бир ой давомида. Касаллик ўткир бошланган ҳолларда циклофосфамидни томир ичига юборилади, кейинчалик таблетка ҳолида ичилади. Циклофосфамид эса преднизолон (1 мг./кг.) билан биргаликда қўлланилади. Даволаш тугагандан сўнг қўллаб турувчи дори сифатида метотрексат 0,3 мг./кг бир ҳафтада бир маротабадан қабул қилади.

Касаллик оқибати, агар даволашни ўз вақтида бошланса беморларда касаллик ремиссияси 15 йилгача давом этади, акс ҳолда беморни тақдири ярим йил давомида ҳал бўлади.

Бурун захми

Касаллик бурунда иккиламчи ва учламчи захм кўринишида, қаттиқ шанкир ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Бирламчи қаттиқ шанкир ҳолида кам учрайди. Қаттиқ шанкир бурунни кириш қисмида 0,3 см. ҳажмдаги қизил рангдаги қирғоқлари валик шаклда бўлган, юзаси ёғли қараш билан қопланган, оғриқсиз қаттиқ инфилтрат ҳолида намоён бўлади.

Қаттиқ шанкир ҳосил бўлгандан сўнг 1,5-2 ой вақт ўтгач, бурун терисида ва шиллиқ қаватларида иккиламчи захм белгилари бўлган розеола, пустула ва папула каби тошмалар пайдо бўлади. Кейинчалик тошмалар қизариб шишади, ярага айланиб, қон аралаш шилимшиқ ажралади. Ажралмани узоқ оқиши натижасида яраларни юзалари доимо янгиланиб туради, шунинг учун ҳам улар битиб кетмайди. Агар янги туғилган чақалоқларда бурунда кўп миқдорда қўйиқ ажралмани келиши ва бу ажралмаларни қасмоқларга айланиши врачда захмга гумон туғдиради. Шунинг учун ҳам бундай чақалоқларда ва уларни оналарида захмга текшириш ўтказиш зарур.

Учламчи захми белгиларидан бири, бурунни шиллиқ қаватларида ўзига ҳос инфилтрат ва гуммалар ҳосил бўлиши ва уларни аста-секин некротик яраларга айланиши билан давом этади. Бундай яраларда жараён нафақат шиллиқ қаватларни ҳатто тоғай ва суяк тўқималарини ҳам емирилиши билан кечади. Натижада бурун бўшлиғи ва оғиз бўшлиғи деворлари емирилиб бир-бири туташади ва ягона бўшлиқ ҳосил бўлади. Бурун қирраси емирилиб чўқади ва эгарсимон шаклда бўлиб қолади.

Беморларни бурундан нафас олишни қийинлиги, оғриқ, бурундан сассиқ хид тарқалиши ва қўйиқ ажралмалар келиши безовта қилади.

Касалликни бошланғич даврида, қаттиқ шанкирни бурун чипқонидан фарқлаш зарур. Бурун чипқонида инфилтрат марказида йирингли ўзак кўринади.

Иккиламчи захмада лабда, оғиз ва бурун соҳасида, ҳамда орқа чиқарув тешик соҳаларида касаллика хос папула пайдо бўлади. Учламчи захмда кўринарли ўзгаришлардан ташқари серологик ва гистологик реакциялар натижаларига асосланади. Бирламчи захмда серологик реакциялар манфий бўлади.

Даволаш масаласи, пенициллин қаторидаги антибиотиклар ишлатилади, яралар ўрни эса антисептик эритмалар билан тозаланиб турли малҳамлар (синтомицин эмульсияси, левомекол малхами, кортикостероид малхамлари) суртилади. Асосий дориларда мишяк препаратлари хисобланган бисмоверол ва биохиноллар қўлланилади.

Бурун сили

Бирламчи касаллик шаклида кам учрайди, кўпинча холларда, ўпка силини давоми холида учрайди. Касалликни бошланишида бурундан кўп миқдорда қўйиқ шилимшиқ ажралмалар келади ва бу ажрамалар тез қуриб қасмоқлар ҳосил қилади. Кейинчалик бурунни кириш қисмлари, шиллиқ қаватлари соҳаларида тугунли инфильтратлар пайдо бўлади, кейинчалик улар кон аралаш шилимшиқ ажралиб турадиган ярага айланади. Инфильтрат марказида грануляция бўлади. Бурун силини бурун захмидан фарқлаш зарур, бунда асосан касаллик тарихи, ўпкада бирламчи сил ўчоғи борлиги ва серологик реакциялар Вассерман ва Пирке натижаларига асосланади.

Склерома

Сурункали юқумли касалликлар қаторига кириб, бурун шиллиқ қаватларида атрофик ўзгаришлар билан бир қаторда, жойларда чегараланган ёки диффуз инфильтратлар пайдо бўлиши билан ва келгусида бу инфильтратлар ўрнида чандиклар ҳосил бўлиб, нафас йўллари тораишига олиб келади.

Касалликни чақирувчиси Фриш-Волкович қобиқлик диплококк таёқчаси хисобланади.

Касалликни ўзига хос кенг тарқалган эндемик ўчоқлари мавжуд бўлиб, бу ўчоқлар Беларусия, Украина, Польша, Германия, Бразилия Греция, Индонезия ва Мексика хисобланади.

Касаллика хос патоморфологик ўзгаришлардан бири бу шиллиқ қаватларда қўшувчи тўқималардан иборат, қон томирларга бой инфильтрат пайдо бўлиши бу инфильтратлар плазматик хужайралардан ва склеромага хос Микулич хужайраларидан иборат бўлади.

Инфекция юқанидан сўнг, касалликни инкубация мудати 4-5 йилга чўзилади.

Риноскопияда асосан бурунни кириш қисмида склеромага хос инфильтратлар кўринади. Бундай инфильтратлар пастки нафас йўлларида, овоз бойламлари ости соҳаси ва кекирдак бифуркациясида ҳам учрайди.

Клиник кўриниши, бошланиши ва кечиши секинлик билан, ҳеч қандай оғриқсиз ва тана ҳарорати кўтарилмасдан давом этади, склерома инфильтратлари симметрик жойлашади.

Касалликни клиник кечиш босқичлари қуйдагича:

- а). скелоротик
- б). инфилтратив
- в). чандикли

Скелоротик босқичида бурун шиллик қаватларида атрофик ўзгаришлар бошланади, юпқалашиб қуруқшаб қолади, юзаларида қўйиқ, ёпишқоқ шилимшиқ бўлади, шилимшиқ қуруқшаб қасмоққа айланади, бурундан ноҳуш хид келади.

Атрофик жараён халқумни орқа деворига ҳам тарқалади, шиллик қаватлари юпқалашиб қуруқшайди ва йилтираб қолади, юзаларида ёпишқоқ қўйиқ балғам ва қуруқ қасмоқ кўринади.

Инфилтратив босқичида атрофик юпқалашган шиллик қават асосида, қизил рангда, юзалари нотекис инфильтратлар бўртиб чиқади. Бу инфильтратларни зонд билан босиб кўрилса айримлари қаттиқ оғрийди, айримлари эса умуман оғриқсиз. Бундай инфильтратлар физиологик торайган жойларда, бурунни кириш қисми тубида, ён деворида, пастки чиганоқни олдинги қисмида, хоанада, хиқилдоқни бойлами остида кузатилади.

Чандикли босқичида, инфильтратлар ўрнида кўпол чандиклар ҳосил бўлиши ҳисобига табиий нафас йўллари торайтириб қолади.

Ташхис масаласи агар касаллик тарихини мукамал ўрганилса, объектив кўринишларга асосаланса ва серологик реакциялардан Вассерман, Борде-Жангу, ҳамда гистологик текширишда Фриш-Волкович ва Микулич хужайралари топилганлигига асосланади.

Даволаш мақсадидан кунига 2 маҳал 0,5 мг. стрептомицин, бошқа антибиотиклардан левомецитин ва тетрациклин қўлланилади. Шиллик қават юзасидаги қасмоқларни тозалаш учун бурунга турли ёғли эритмалар билан тампон қўйилади, сўнгра антисептик эритмалар билан ювилади. Ҳосил бўлган чандикларни бартараф этиш учун жаррохлик усулида пластик муолижалар ўтказилади.

МАВЗУ БЎЙИЧА КАСАЛЛИК ТАРИХЛАРИНИ ЎРГАНИШГА ОИД МАСАЛАЛАР.

Касаллик тарихи-1

Бемор: Х. 36 ёш. **Касаллик тарихи** № 9328/563

Шифохонада: 10 кун даволанган.

Қандай ташхис билан жўнатиш: Сурункали катарал ринит

Клиник ташхиси: Сурункали гипертрофик ринит.

Беморни шикоят: Бурун орқали нафас олишни қийинлигига ва бурундан шилимшиқли ажралма келишига, бош оғриғига, уйқу ва иштахани бузилишига

Касаллик тарихи: Бемор 8 ой давомида ўзини хаста ҳисоблайди, касалликни бошланагини шамоллаш билан боғлайди, бошланиши аста-секин, аввало нафас

олиши вақти-вақти билан қийинлашган, кейинчалик эса доимий бўлиб қолган ва нафас чиқариш ҳам қийинлашган. Даволашни бурунга турли қон томир торайтирувчи дорилар томизиш билан олиб борган. Аввалида даволаш яхши натижа берган кейинчалик эса, наф бермаган.

Олдинги риноскопияда:

Пастки бурун чиғаноқлари катталашган, юзалари нотекис, тўқ-қизил рангда. Пастки чиғаноқнинг орқа қисми эса оқ кулранг, шарсимон шаклда катталашган, дагаллашган, зонд билан босиб кўрилганда каттиқ, бурун йўлида кўп миқдорда қўйиқ шилимшиқ ажралма бор. Нафтизин томизилганда чиғаноқларни қисқариши кузатилмади.

Бошқа ЛОР аъзоларида - халқум, хиқилдоқ ва қулоқда патологик ўзгаришлар аниқланмади.

Касаллик тарихи бўйича назорат саволлари

1. Беморни қайси шикоятлари гипертрофик ринитга хос
2. Олдинги ва орқа риноскопияда қандай ўзгаришлар бор.
3. Нима учун нафас олишдан ташқари, нафас чиқариш ҳам қийинлашган.
4. Нима учун нафтизин томизилса бурун чиғаноқлари қисқармаган.
5. Беморни даволаш услубини белгиланг
6. Касаллик қандай асорат бериши мумкин.

Касаллик тарихи-2

Бемор: Т., 24 ёш. **Касаллик тарихи №** 9480-570

Шифохонада: 10 кун бўлган.

Ким томонидан шифохонага жўнатилган: ҚВП бош хаками

Қандай ташхис билан шифохонага жўнатилган: Ўткир ринит.

Клиник ташхиси: Вазомотор ринит

Хамроҳ касаллик- бурун тўсиғини бўртмаси.

Шикояти: Чучкириш хуружига, бурунни битишига, нафас олишни қийинлигига, бурундан шилимшиқ ажралишига, бурун ва кўз соҳасида қичишишга ва бош оғриғига

Касаллик тарихи: Касаллик беморни 1,5 йил давомида безовта қилади. Эрталаб ўрнидан турганда чучкириш хуружи бошланади, бурун битиб қолади ва кўп миқдорда шилимшиқ ажралади. Касаллик аста-секин бошланган, охириги ойларда юқоридаги белгилари кучайиб кетган, амбулатор қатнаб даволанган, аммо фойдаси қисқа муддатли бўлган.

Олдинги риноскопияда: Бурун шиллиқ қавати, бурун чиғаноқлари катталашган, кўкимтир рангда ва жойларда оқ доғлар мавжуд. Бурун йўллари торайган ва тиниқ, хидсиз шилимшиқ ажралма билан тўлган.

Бурун тўсиғининг олдинги пастки қисмида, қарама-қарши томондаги пастки чиғаноққа тегиб турадиган, учи ўткир бўртма бор. Бурунни нафас олиш вазифасини пахта синамаси билан текширилганда иккала томонда қийинлиги аниқланди. Бурунга 0,1% нафтизин эритмаси суртилса чиғаноқлар яхши қисқармоқда.

Мезофарингоскопияда, ларингоскопияда ва отоскопияда ўзгаришлар аниқланмади.

Касаллик тарихи бўйича назорат саволлари

1. Даволаш режалари белгиланг?
2. Бундай шароитда даволовчи врач қандай физиотерапевтик даволаш усуллари тавсия қилади?
3. Риноскопияда касаллика хос қандай ўзгаришлар аниқладингиз?
4. Бу ҳасталикка ташхис қўйишда нималарга эътибор бериш керак?
5. Бурун орқали нафас олишни қийинлашуви натижасида ЛОР ва ички аъзоларда қандай субъектив ва объектив ўзгаришлар бўлиши мумкин?
6. Беморни қайси шикоятларига асосан ташхис қўйилди?

Касаллик тарихи -3

Бемор: К., 22 ёшда. **Касаллик тарихи № 9680\591**

Шифохонада: 10 кун бўлган.

Қандай ташхис билан шифохонага жўнатиш: Сурункали ринит.

Хамроҳ касаллиги: тубоотит.

Клиник ташхиси: Ўнг томонлама сурункали йирингли гайморит

Шикояти: Бурун орқали нафас олишни қийинлигига, бош оғриғига, бурундан йирингли ажралма келишига, хид сезишни пасайишига, ўнг томонда қулоқда шовқин ва эшитишни пастлигига.

Касаллик тарихи: Бир йил давомида беморни бурун орқали нафас олишни қийинлиги, бош оғриғи безовта қилади, охириги 3 ойда ажралма йирингли кўринишга эга бўлган, хид билиш ва ўнг қулоқда эшитиш пасайган.

Бемор амбулатор шароитда даволанган, бурунга қон-томир торайтирувчи дорилар томизган, антибиотиклар ва физотерапевтик доволар қабул қилган, лекин самара бўлмаган.

Олдинги риноскопияда бурунни ўнг томонида шиллиқ қавати бироз қизарган, қалинлашган, пастки чиғаноқлар катталашган, кўпроқ олдинги қисмида, ўрта ва умумий бурун йўлларида қўйиқ, хидли йирингли ажралма бор. Бошқа ЛОР аъзолари ўзгаришсиз.

Бурун ёндош бўшлиқларини рентгенографиясида ўнг юқори жағ суяги бўшлиғи соҳасида сояланиш мавжуд.

Даволаш ва ташхисни тасдиқлаш мақсадида бўшлиқ пункция қилинди, 4,0 мл. хажмда қўйиқ хидли йиринг олинди. Бўшлиқ фурациллин эритмаси билан ювилди ва 250 мг. ампициллин эритмаси юборилди.

Касаллик тарихи бўйича назорат саволлари:

1. Беморнинг шикоятида касаллика хос қандай белгилар бор.
2. Олдинги риноскопияда бурун бўшлиғида қандай ўзгаришлар бўлади?
3. Қон-томирлар торайтирувчи дорилар томизилса, бурун шиллиқ қаватлари ва чиғаноқларида қандай ўзгаришлар кузатилади?
4. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текширишлар ўтказилиши зарур?

5. Беморни даволаш усулини белгиланг?

Касаллик тарихи-4

Бемор: М., 19 ёшда. **Касаллик тарихи** № 9665-589

Шифохонада: 5 кун бўлган.

Ким томонидан шифохонага жўнатилган: АДТИ клиникаси маслахат поликлиникасидан.

Қандай ташхис билан шифохонага жўнатилган: Сурункали ринит

Клиник ташхиси: Сурункали катарал ринит.

Шикояти: Бурундан вақти-вақти билан нафас олиши қийинлигига (айниқса кечқурун ётганда), шилимшиқ ажралма келишига ва бош оғриғига.

Касаллик тарихи: Касаллик бир неча йилдан бери безовта қилади Бошланишини шамоллаш билан боғлайди. Поликлиникага қатнаб даволанган: бурунга қон томир торайтирувчи дорилар томизган,УВЧ қабул қилган,аммо фойдаси вақтинчалик бўлган. Охирги вақтларда бош оғриғи,хид билишни пасайиши,уйқуни бузилиши каби шикоятлар кучайган.

Риноскопияда: Бурун бўшлиғини шиллик қавати бир текис қизарган ва қалинлашган, бурун чиғаноқлари (кўпроқ пастки) катталашган, қизарган, юза қисми текис. Бурун йўллари (пастки ва умумий) торайган, шилимшиқ ажралма билан тўлган. Бурун бўшлиғига 0,1%- нафтизин томизилса чиганоқлар қисқариб бурун йўллари кенгаймоқда.

Касаллик тарихига оид саволлар:

1. Сурункали катарал ринитни шикоятида нималарга аҳамият бериш керак.
2. Сурункали ринитнинг риноскопик кўриниши изохлаб беринг.
3. Нима учун нафтизин томизилса бурун чиғаноқлардаги шишлар қисқаради?
4. Сурункали катарал ринитни гипертрофик ринитдан фарқини белгиланг?
5. Сурункали катарал ринитни даволаш усуллари кўрсатинг?

Касаллик тарихи

Шифохона номи: АДТИ клиникаси ЛОР бўлими

Бемор: С., 1978 й. туғилган

Шифохонада: 5 кун бўлган.

Қандай ташхис билан шифохонага жўнатилган: Бурун чипқони

Ким томонидан жўнатилган- ҚВП бош ҳакими томонидан.

Клиник ташхис: Бурун чипқони

Шикояти: Бурун соҳасида оғриққа,тана хароратини кўтарилиши,бош оғриғига.

Касаллик тарихи: Касаллик 4 кун аввал бошланган, дастлаб бурун соҳасида қизариш пайдо бўлган,сўнгра инфилтрат катталашиб марказида йирингли ўчоқ хосил бўлган.Кейинги кунлари бурундаги оғриқ кучайган,тана харорати юқорига кўтарилган ва бош оғриғи кўшилган.

Риноскопияда: бурунни чап томонига кириш қисми терилари қизарган,шишган, конус шаклидаги чегараланган инфилтрат,марказида йирингли ажралма бор.

Фарингоскопия ва отоскопияда ўзгаришлар йўқ.

Касаллик тарихи бўйича назорат саволлари:

1. Бурун чипқонини ўзига хос риноскопик кўринишини изохлаб беринг.
2. Ташхис қўйиш учун яна қандай текшириш усулларидадан фойдаланиш мумкин?
3. Касаллик қандай маҳаллий ва умумий асоратлар беради?
4. Беморни даволаш усулини белгиланг.
5. Даволашни самарадорлигини қандай оширса бўлади?

Мавзу бўйича вазият масалалари ва назорат саволлари

1. Ўз мудатида янги туғилган чақалоқда, бурундан нафас олиш умуман йўқ, безовта. Текширилганда бурун йўлларида шилимшиқ ажралма билан тўлган, бурундан нафас ўтмайди. Бурун йўллари зонд орқали текширилганда, ва 2% проторгол эритмаси томизилганда бурун-ҳалқумга ўтмайяпти.

Беморга ташхис қўйинг ва даволаш чораларини белгиланг.

Жавоб: Беморда бурун йўлларида туғма тўлиқ атрезияси.

Тавсия - дархол жаррохлик усул билан бурун йўлларида очиш зарур.

2. **Беморни шикоятлари:** Хар йили баҳор ойларида чучкириш хуружи, бурундан нафас олишни қийинлиги ва бурундан кўп миқдорда хидсиз, тиниқ шилимшиқ ажралишига, бурун ва кўз сохаларида қичишишига.

Риноскопияда-бурун шилиқ қаватлари, бурун чиғаноқлари шишган, оқич-кулрангда, йўллар торайган. Бурун йўллари тиниқ хидсиз, шилимшиқ билан тўлган.

Беморни ташхисини аниқланг ва даво чораларини белгиланг.

Жавоб: Беморда вазомотор-аллергик ринит. Тавсия- касаликни келтириб чиқаруви аллергияни аниқлаш, специфик ва носпецифик гипосенсибилизация чораларини ўтказиш, физиотерапевтик муолижалар (бурун ичига гидрокортизон суспензияси билан электрофорез), антигистамин дорилар буюрилади.

3. **Беморни шикоятлари:** Бир йилдан бери беморни бош оғриғи, бурундан нафас олишни қийинлиги ва хидли йиринг ажралиши безовта қилади.

Риноскопияда бурун шилиқ қаватлари ва бурун чиғаноқлари қизиб шишган, ўрта ва умумий бурун йўлларида йирингли ажралма бор. Рентгенологик текширишда ўнг юқори жағ суяги бўшлиғи соҳасида сояланиш кузатилмоқда.

Беморга ташхис қўйинг ва даволаш тадбирларини белгиланг.

Жавоб: Беморда ўнг томонлама сурункали йирингли гайморит.

Тавсия-ташхисни тасдиқлаш ва даволаш мақсадида ўнг юқори жағ суяги бўшлиғи пункция қилинади, бурунга қон томир торайтирувчи томчилар томизилади, антибиотиклар ичишга, УВЧ.

4. **Беморни** бир неча йиллардан бери бурундан сассиқ хид келиши, бош оғриғи, бурунда ёт жисм борлиғи хиссиёти, бурунни қуруқшаб қолиши, вақти-вақти билан бурундан қон кетиши, бош оғриғи, уйқу ва иштахани бузилиши безовта қилади.

Риноскопия: Кўриш вақтида бурундан сассиқ хид келади, бурун шиллиқ қаватлари ва чиғаноқлари қуруқшаган, хажми жихатидан кичрайган, бурун йўллари кенг, кулранг-кўкимтир қўйиқ ажралма ва қасмоқлар билан тўлган.

Беморга ташхис қўйиб даволашни тавсия этинг.

Жавоб: Беморда сассиқ тумов (Озена). Тавсия Бурунга ёғли тампонлар 2-2,5 соатга қўйиш, қасмоқлар юмшагандан сўнгра фурацилин (1:5000) эритмаси билан ювиш, витаминлар, алое, фибс, гумизол бурун шиллиқ қавти остига инъекция қилиш, бурун ичига ёғли инголяция қилиш. Темир препаратлари эктофер ёки феррум-лек томир ичига юбориш тавсия қилинади.

Бемор доимо маҳалий ЛОР врач назоратига олинади.

Тест саволлари

1. Бурундан қон кетишига асосий сабаб нима?
 - А) Хафақон касаллиғи, жигар касаллиғи.
 - Б) Юқумли касалликлар
 - В) Ошқозон касаллиғи
 - Г) Қон касаллиғи
 - Д) Юрак ва қон-томир касаллиғи
2. Бурунни қайси қисмидан кўпроқ қон кетишга сабаб бўлади?
 - А) Олдинги қисми
 - Б) Пастки қисми
 - В) Киссельбах зонаси
 - Г) Орқанги қисми
 - Д) Бурун туби
3. Киссельбах майдони қаерда жойлашган
 - А) Бурун тўсиғини орқанги қисмида
 - Б) Пастки бурун чиғаноғида
 - В) Бурун тўсиғини олдинги- пастки қисмида
 - Г) Димоғ суягида
4. Бурунинг узок муддатга қўйилган орқа тампонада қандай асоратлар беради?
 - А) Бурун - ҳалқумдан қон кетиши
 - Б) Ўткир ўрта отит
 - В) Ташқи отит
 - Г) тубоотит
 - Д) эзофагит
5. Бурун тўсиғи жаррохлигида қандай асоратлар кузатиш мумкин?
 - А) Ҳалқум артериясидан қон кетиш

- Б) Бурун тўсиғида тешик пайдо бўлиш, бурун белини чўкиши
- В) Бурундан қон кетиши
- Г) Ковак вена тромбози

6. Ўткир гайморитни риноскопик белгилари.

- А) Бурун тўсиғини қийшайиши
- Б) Бош оғриши, йўталнинг кучайиши
- В) Ўрта ва умумий бурун йўлида йиринг тўпланиши
- Г) Юқори бурун йўлида полип
- Д) Бурун шиллиқ қаватларини қизариши

7. Одонтоген гайморит билан беморларни даволаш режасига нималарни киритиш мумкин?

- А) Пешона бўшлиғини зондлаш
- Б) Галвирсимон лабиринт катакларини ювиш
- В) Тишлар санацияси
- Г) Бурун ҳалқум санацияси

8. Бурун ҳалқум шикастланиши қайси аъзоларни шикастланиши билан биргаликда юз беради?

- А) Бурун бўшлиғи медиал девори билан
- Б) Бурун ёндош бўшлиқлар билан
- В) Кўз соққаси билан
- Г) Қулоқ билан
- Д) Умуртқа поғонаси билан

9. Бурун шикастланишини қандай асосий турлари мавжуд

- А) Ташқи бурунни қийшайиши
- Б) Бурун юмшоқ тўқимасини йиртилиши
- В) Тоғай ва суякларни оддий ва мураккаб синиши
- Г) Бурундан қон кетиш
- Д) Кўз соққасини шикастланиши

10. Ташқи бурун қийшайиши кузатилмаса, бу ҳолатда бурун суякларни синганлигини қандай аниқлаш мумкин?

- А) Пайпаслаш ёрдамида
- Б) Рентгенологик текшириш орқали
- В) Диафоноскопияда
- Г) Зондлаш орқали
- Д) Пункция қилиш билан

11. Қандай шароитда бурундан қон кетиши, орқа мия суюқлигини оқиши, ва кузойнак белгиси пайдо бўлади?

- А) Олдинги мия чуқурчаларида ўсма бўлса
- Б) Орқа мия чуқурчалари жарохатида

- В) Ўрта мия чуқурчаларини йирингли яллиғланишида
- Г) Йирингли этмоидитда
- Д) Бурун жарохати, галвирсимон суякни синиши билан биргаликда кузатилса

12. Атрофик ринитда беморни шикояти

- А) Бурундан кўп миқдорда ажралма келишига ва бош оғришига
- Б) Бурундан айрим ҳолларда нафас олиши қийинлашиши
- В) Бурунни қуруқлашиши ва ёт жисм борлигига
- Г) Хид билишни пасайиши ва бурундан вақти-вақти билан қон кетишига
- Д) Бурундан қон кетиш ва ажралма пайдо бўлиши

13. Бурунни қандай касалликлари, бурун ёндош бўшлиқларни яллиғланишига олиб келади?

- А) Ринитлар
- Б) Бурун йўллари кенглиги
- В) Бурун-ҳалқум безини гипертрофияси
- Г) Бурун тўсиғини қийшайиши
- Д) Бурун полипи

14. Бурун ёндош бўшлиқларни яллиғланишида умумий шикоят қандай?

- А) Бош айланиши
- Б) Тана ҳароратини 40 °С даражагача кўтарилиши
- В) Бош оғриш, бурундан ажралма келиши
- Г) Кўришни пасайиши, бурун битиши
- Д) Бурундан нафас олишни қийинлашиши, хид билишни пасайиши

15. Бурун ёндош бўшлиқларни яллиғланишида умумий риноскопик ўзгариш қандай?

- А) Ташқи бурун қийшиқлиги
- Б) Бурун чиғаноқларини қизариши ва катталашуви
- В) Бурун йўллари кенг, шиллик қаватлар қуруқлашган
- Г) Ўрта ва умумий бурун йўлларида йирингли ажралмалар келиши
- Д) Бурун йўлларида ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди

16. Пешона, юқори жағ ва галвирсимон суяк бўшлиқларни ўткир яллиғланишида риноскопия учун қандай умумий кўринишлар хос?

- А) Юқори бурун йўлида йиринг
- Б) Пастки бурун чиғаноқлар катталашган
- В) Бурун тўсиғи қийшайган
- Г) Ўрта ва умумий бурун йўллари йиринг билан тўлган
- Д) Бурун шиллик қаватлари қизарган ва шишган

17. Синуситлар бошқа аъзоларга қандай асоратар бериши мумкин?

- А) Аппендицит

- Б) Кўз флегмонаси, ретробульбар абсцесс
- В) Бронхит
- Г) Менингит, мия абсцесси, арахноидит
- Д) Ўпка яллиғланиши

18. Сурункали катарал ринитда риноскопик кўриниш қандай.

- А) Бурунда полип кўринади
- Б) Бурун шиллиқ қаватлари ўзгармаган
- В) Чиғаноқлар кўкимтир рангда, юзаларида оқ доғлар бор.
- Г) Бурун шиллиқ қавати, бурун чиғаноқлари қизарган, шишган.
- Д) Бурун йўллари торайган, шилимшиқ ажралмалар бор

19. Гипертрофик ринит жараёнига суяк тўқимасини гипертрофияси ҳам қўшилиши мумкинми?

- А) Суяк тўқимаси гипертрофияси доимо кузатилади
- Б) Фақат касалликни қайталашин даврида кузатилади
- В) Сурункали жараёнда мумкин
- Г) Қон кетганда қўшилиши мумкин
- Д) Суяк тўқимасини гипертрофияси умуман кузатилмайди

20. Аллергик ринитда бурун шиллиқ қавати ранги қандай

- А) Оқарган
- Б) Қорамтир кулранг
- В) Сиёҳранг
- Г) Ўзгармаган
- Д) Мармар – оқ-кулранг

21. Оддий атрофик ринитни риноскопик кўриниши

- А) Шиллиқ қават қуруқшаган ва юпқалашган
- Б) Қўйиқ, қорамтир-кулранг ажралма билан тўлган
- В) Полипли ўсимталар билан қопланган
- Г) Шиллиқ қаватлар хиралашган, юзаларида хидсиз, оқ кулранг касмоқлар бор
- Д) Чиғаноқлар гиперплазияси кузатилади

22. Аллергик тумовга асосий сабаб нима?

- А) Бурун ён бўшлиқларида ўтказиладиган жаррохлик
- Б) Организмга турли аллергенлар кириши натижасида
- В) Юқумли касалликлар хисобига
- Г) Ирсият ва ҳаёт давомида аллерген реакцияга мойиллик
- Д) Шиллиқ қаватларни шикастланиши сабабли

23. Аллергик тумовда томир торайтирувчи дорилар таъсирида бурун шиллиқ қавати қисқарадими?

- А) Қисқаради

- Б) Қисқармайди
- В) Фақат УВЧ таъсирида
- Г) Жаррохликдан сўнг қисқаради
- Д) Хаммаси жавоблар тўғри

24. Бурун бўшлиғини юқори девори нимадан ташкил топган
- А) Олдинги томони бурун суякларидан, юқори жағ суягини пешона ўсимтасидан ва қисман галвирсимон суякни кўндаланг ўсимтасидан иборат
 - В) Ўрта қисмини галвирсимон суяк пластинкаси, орқадан эса асосий суякдан иборат
 - Г) Бурун тўсиғидан
 - Д) Бурун чиғаноғидан
25. Галвирсимон суяк катакчалари калла бўшлиғидан нима орқали ажралиб туради
- А) Галвирсимон суяк пластинкаси орқали
 - Б) Қоғозсимон пластинка орқали
 - В) Асосий суяк танаси орқали
 - Г) Танглай-суягини горизонтал пластинкаси орқали
 - Д) Димоғ суяги орқали
26. Бурун- ҳалқумини юқorigи ва орқанги деворини нима ташкил этади
- А) Танглай суягининг горизонтал пластинкаси
 - Б) Танглай суягининг асосий танаси
 - В) Эна суягини қисми ва бўйинни 1-2 умуртқаси
 - Г) 3-димоғ беzi
 - Д) Эшитув найи
27. Бурунни умумий йўли қаерда жойлашган
- А) Латерал девор ва пастки бурун чиғаноқлари орасида
 - Б) Пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари орасида
 - В) Бурун чиғаноқлари ва бурунни медиал девори орасида
 - Г) Пастдан бурун туби ва бурун чиғаноқлари орасида
 - Д) Пастки чиғаноқлар ва бурун туби орасида
28. Юқори бурун йўлига очилади
- А) Пешона суяги бўшлиғи ва асосий суяк бўшлиғи
 - Б) Асосий суяк бўшлиғи ва галвирсимон суякнинг орқанги катакчалари
 - В) Гаймор бўшлиғи ва галвирсимон суяк бўшлиқлари
 - Г) Галвирсимон суякнинг ўрта катакчалари.
29. Аллергик тумовга асосий сабаб нима?
- А) Организмга турли аллергиялар кириши,
 - Б) Бурун ён бушликларида утказиладиган жаррохлик.
 - В) Юкумли касалликлар.
 - Г). Ирсият ва ҳаёт давомида аллергия реакцияга мойиллик.

30. Атрофик ринитда беморни шикояти

- А).Бурун курукшаши, хид пайдо булиши,
- Б).Бурундан нафас олишни кийинлашиши.
- В).Бурундан ажралма келиши бош огриши
- Г).Бурун битиб колиши ва хид бузилиши.

31. Бурун тўсиғи жаррохлигида қандай асоратлар кутиш мумкин?

- А).Бурун тўсиғи шиллиқ қавати тўсилиб, бурун белини чўкиши
- Б).Халқум артериясидан қон кетиш.
- В).Сикоз.
- Г).Ковак вена тромбози.

32. Бурун халқумини юкориғи ва орқанги деворини ташкил этади.

- А).Энса суягини қисми ва 1-2 бўйин умуртқаси,
- Б).Танглай суягининг асосий танаси.
- В).Танглай суягининг горизонтал пластинкаси.
- Г). Най безлари.

Ҳалқумнинг лимфоид ҳалқасининг морфологияси ва физиологияси. Ҳалқумнинг ўткир яллиғланиши, фарингитлар, ангиналар. Ҳалқум орти абцесси. Қон тизими касалликларида ҳалқумдаги ўзгаришлар. Сурункали тонзиллит, аденоид, танглай безларини йўғонлашуви (гипертрофияси).

Китобни бу қисмида ўқувчилар эътиборига ҳавола этилади

Ҳалқумнинг клиник анатомик тузилиши, унинг қисмлари, чегаралари. Ҳалқум лимфоид ҳалқасининг морфологияси ва физиологияси.

Маълумки, ҳалқумнинг лимфоид тўқималари организмнинг ҳаётида муҳим ўрин эгаллайди яъний: қон ишлаб чиқариш жараёнида, антителларнинг пайдо бўлишида ва танани иммунологик қувватини таъминлашда ҳамда ҳазм қилиш тизими фаолиятида иштирок этади.

Ҳалқумни оғиз ҳалқум қисми овқат ўтиш ва нафас йўлини кесишган жойи бўлганлиги учун, ташқи муҳитни турли салбий таъсирлари (жароҳатлар, яллиғланишлар, турли микрофлораларни таъсири) кўп кузатилади, шунинг учун ҳам ютқинни шиллиқ қавати тез - тез яллиғланишга учрайди. Бундай касалликлардан бири фарингитлар бўлиб, кўпроқ ёшлар орасида учрайди.

Ҳалқум касалликларидан яна бири бодомча безларини ўткир яллиғланиши (ангина) ҳисобланиб, аҳоли ўртасида ЛОР касалликларни ичида энг кўп учрайдиган туридир (тарқалиши жихатдан 3 ўринда туради) .

Ангиналарни: катарал, фолликуляр, лакунар, флегмоноз, ярали пардали ва герпетик турлари тофовут қилинади ва амалиётда кўпроқ катарал, лакунар, фолликуляр ва ярали-пардали кўринишлари учрайди. Юқоридаги келтирилганлар турлари бирламчи ангиналар ҳисобланади, бундан ташқари ангиналарни иккиламчи турлари ҳам учрайди, яъни - бошқа айрим асосий касалликларда (қон касалликлари, юқумли касалликлар) ҳалқум безларида иккиламчи, ангинага хос яллиғланиш жараёни (иккиламчи белгиси сифатида) кузатилади.

Ўткир ангиналарни асоратлари: паратонзиллит, партонзилляр ва ретрофарингеал абсцесслар, тонзилген медиастенит ва тонзиллоген сепсислар.

Ҳалқум касалликларини энг кўп тарқалган ва оғир асорат берадиган касаллиги, сурункали тозиллитлардир. Ҳозрги кунда сурункали тонзиллит билан боғлиқ организмда 100 ортик касаллик тафовут қилинмоқда. Касалликни келиб чиқишида стрепто ва стафилококклар муҳим ўрин эгаллайди.

Сурункали тонзиллитни ташхиси, классификацияси, клиник кечиши, асоратлари ва даволаш масалалари доимо оториноларингологияда муҳим ўрин эгаллаб келмоқда ва бу масалага бағишланган катта изланишлар олиб борилишига қарамай ҳозиргача касалликни айрим масалалари (консерватив ва жарохлик усули) тўлиқ ҳал этилмаган. Адабиётларда касалликни синфланиши (классификация), клиникаси, ташхиси ва даволаш усуллари кенг ёритилган.

Аденоид: бурун-ҳалқум безини катталашуви бўлиб асосан ёш болаларда учрайди, ташхиси, клиник кечиши, асоратлари ва даволаш масалалари кенг муҳокама этилади.

Танглай муртагини йўгонлашуви (гипертрофияси) безларни физиологик катталашуви ҳисобланада ва айрим ҳолларда бундай катталашув овқат ютишда, нафас олишда ҳамда нутқда ҳалакит беради, шунинг учун жаррохлик усулда даволаш чоралари кўрилади.

Ҳалқум орти абсцесси асосан ёш болаларда учрайди, сабаби 5 ёшгача бўлган болаларда ҳалқум ортида, умуртқа поғанаси олди фацияси билан ҳалқум шиллиқ қаватлари орасидаги бўшлиқ юмшоқ тўқималар билан тўлган ва лимфоид безлари ривожланган бўлади, ёш улгайган сари бу тўқималар қайта сўрилиб ўрнини қўшувчи тўқима эгаллайди. Касалликни клиник кечиши ва даволаш ва уни ҳал этиш масалалари батафсил ёритилган.

ҲАЛҚУМНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Ҳалқумнинг клиник тузилиши. Ҳалқум овқат ўтказиш ва нафас олиш йўллариининг бир қисми бўлиб, бошланиши бош суягини асосига ёпишган. У ичи бўш (кавак) аъзо бўлиб, мускуллар фиброз пардалардан ташкил топган ва ички томонидан шиллиқ қавати билан қопланган. Ҳалқум юқоридан бурун ва оғиз бўшлиғининг, пастдан эса хиқилдоқ ва қизилўнгачни бир-бирига боғлаб туради. Ҳалқум бўшлиғи бурун ва оғиз бўшлиғининг орқасида, хиқилдоқ устида, энса суяги тубида ва 1-11 чи бўйин умуртқаларининг олдида жойлашиб, пастда у қизилўнгачга ўтади. Ҳалқум 3 қисмга бўлинади: юқорида бурун - ҳалқум, ўртада оғиз- ҳалқум ва пастда хиқилдоқ- ҳалқум.

Бурун ҳалқум-(epipharynx) нафас олиш ва қисман нутқни шакилланишида иштирок этади, тузилиши бўйича унинг деворлари бир-бирига ёпишмайди ва ҳаракатсиздир. **Олдинги** томондан бурун-ҳалқум иккита хоаналар орқали бурун бўшлиғи билан туташади, **орқа девори** 1-2 бўйин умуртқалари сатҳига тўғри келади, **ён деворлари** эса йирик қон ва асаб томирлари билан чегараланади. Ён деворида, пастки бурун чиғаноқларининг орқа учлари сатҳида воронкасимон чуқурлик бўлиб, у ерда ҳалқум (эшитув) найи тешиклари мавжуд. Эшитув найининг тешикларидан орқароқда бурун-ҳалқумнинг чуқурчаси (ҳалқум чўнтаги ёки **Розенмюллер** чуқури) бўлиб, одатда бу жойда лимфаденоид тўқима тўпланган бўлади. Бу лимфаденоид тузилмалар 5-6 най безларини (Пирогов-Вальдейер лимфоид ҳалқаси) ташкил этади. Бошқа безларага қараганда ҳажим жихатидан кичик бўлиб, лимфоид тўқималардан ташкил топган, юзалари кўп

қаторли цилиндрик эпителий билан қопланган, фоликулалари оз микдорда. Бурун ҳалқумнинг юқори ва орқа деворлари чегарасида 3-бурун-ҳалқум (аденоид) беи жойлашган.

Шиллиқ қаватни остида, хиқилдоқни қисқартирувчи мушак (*m. salpingopharyngeus*) бўлиб уни қисқариши натижасида эшитув найини тешиги кенгаяди ва ногора бўшлиғида ҳаво алмашинуви амалга ошади.

Бурун-ҳалқум пастдан тўғридан-тўғри оғиз-ҳалқумга ўтади.

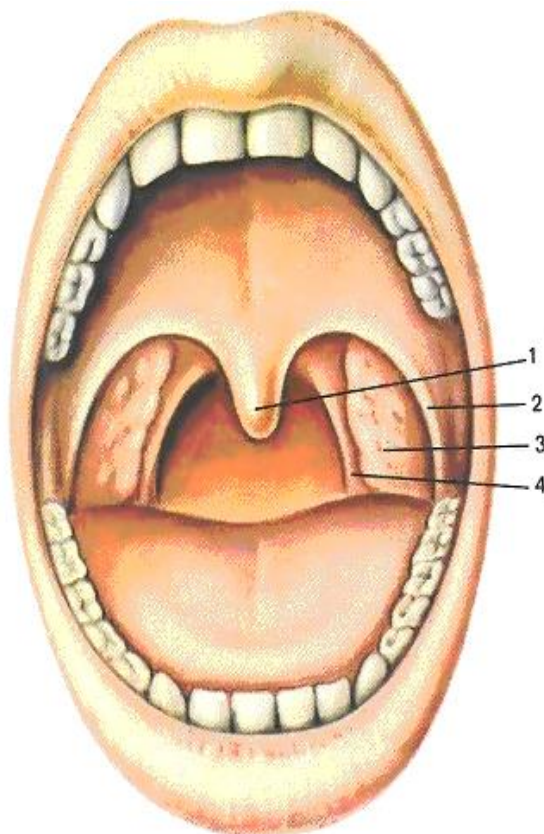
Ҳалқумнинг ўрта-оғиз қисми – (*mesopharynx*) Бурун-ҳалқумни давоми ҳисобланиб, бу ерда нафас ва овқат ўтиш йўллари бир-бири билан кесишади. Оғиз-ҳалқум асосан ҳаво оқимини, овқат луқмасини ўтказишда ва товушни созланишида иштирок этади.

Юқоридан чегараси қаттиқ танглай сатҳидан орқа деворга ўтказилган чизик ҳисобланади, **олдинги** томони оғиз бўшлиғи билан юмшоқ танглай қирғоғи, олдинги ва орқа танглай ёйлари, кичик тил, ҳамда тил илдизи орқали чегараланади. **Орқа** девори 3 бўйин умуртқаси сатҳи тўғри келади, бу жойда ҳалқумни шиллиқ ва шиллиқ ости қавати билан умуртқа олди фацияси орасида 5 ёшгача бўлган болаларда юмшоқ лимфоид тўқима билан тўлган бўлади (шунинг учун ҳам 5 ёшгача бўлган болаларда ҳалқум орти абсцесси учрайди), кейинчалик ёш ўтиши билан бу жойларни қўшувчи тўқима эгаллайди.

Юмшоқ танглай, ҳалқум шиллиқ қаватини давоми ҳисобланиб, ўрта қисми ўсимта шаклида пастга чўзилган бўлиб, тилчани ҳосил қилади. Юмшоқ танглай ён томонлардан иккига ажралиб, олдинги ва орқа танглай ёйлари шакллантиради, бу ёйлар мускуллардан иборат бўлиб ютиниш вақтида қисқариб, қарама-қарши ёйлар бир-бирига яқинлашиб сфинктер вазифасини бажаради ва оғиздаги овқат луқмасини пастга хиқилдоқ-ҳалқумга ўтказди. Олдинги танглай ёйини орқа томонида шиллиқ қаватдан иборат бўлган нозик учбурчаксимон (*plica triangularis*) ёки **Гис бурмаси** мавжуд.

Юмшоқ танглайнинг ўзи мушаклардан иборат бўлиб, бу мушаклар танглайни кўтарувчи (*m. tensor veli palatini*) ва тилча мушагидир (*m. uvulae*), уларни вазифалари юмшоқ танглайни кўтариш ва ҳалқумни орқа деворига ёпиштиришдан иборат, буни натижасида кичик тил юқорига кўтарилиб оғиз-ҳалқумни, бурун-ҳалқумдан ажратади, шунинг учун ҳам овқат луқмаси бурун-ҳалқумга тушмасдан, пастга ўтади. Бошқа мушак бу танглай-ютқин мушаги (*m. palatopharyngeus*) ҳисобланиб уни вазифаси танглай ёйлари бир-бирига яқинлаштириб, ҳалқумни хиқилдоқ қисмини пастдан юқорига кўтарди.

Танглай ёйлари орасидаги учбурчак шаклдаги бўшлиқларда 1-2 чи танглай (бодомча) безлари жойлашган.



Расм 65. Ҳалқумни ўрта, оғиз-ҳалқум қисми.
1- кичик тил; 2- олдинги танглай ёйи; 3- танглай беzi;
4- орқанги танглай ёйи

Бурун-ҳалқум, оғиз-ҳалқум инсон танасида кириш дарвозаси ҳисобланганлиги учун ҳам, бу жойларда химоя воситаси сифатида лимфоид йирик тўқималар жойлашган. Бу лимфоид ҳалқани 6 та йирик без тўплами ташкил қилади, уларни адабиётларда Пирогов-Вальдейер лимфоаденоид ҳалқаси деб ҳам юритилади, улар: танглай (1-2), бурун-ҳалқум (3), тил ўзаги (4) ва най безлари (5-6) ҳисобланади. Клиник нуқтаи-назардан аҳамиятга молик бўлган безлар асосан ҳалқум (1-2) ва бурун-ҳалқум (3) безларидир. Бу безлар кўпроқ яллиғланишга учрайди ва турли асоратлар келтириб чиқаради.

Ҳалқум безлари ёки кўпинча адабиётларда бодомча безлари деб ҳам юритилади, танглайни олдинги ва орқанги ёйлари орасида жойлашган бўлиб иккита юзага эга, биринчиси-эркин ёки (безларни бир-бирига қараганюзаси) оғиз юзаси ҳисобланади ва ҳалқум бўшлиғига қараган бўлиб, кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган ва 12-20 та чуқур ёриқлардан иборат, улар безни лакуналари ёки крипталари деб аталади. Бу лакуналарни айримлари тор ва эгилган йўллардан иборат бўлади.

Без лакуналари ичида турли ажралмалар мавжуд бўлиб, уларни асосини кўчган эпителий билан бир қаторда микрофлора, лимфоцитлар, лейкоцитлар ва овқат қолдиқлари ташкил қилади. Клиник нуқтаи назарадан лакуналарнинг торлиги, чуқурлиги ва тарқоқлиги туфайли уларда тўпланиб қолган патологик ажралмаларни чиқиши қийин кечади ва бу ҳолат безларда яллиғланиш жараёнини узоқ давом этишига шароит яратади.

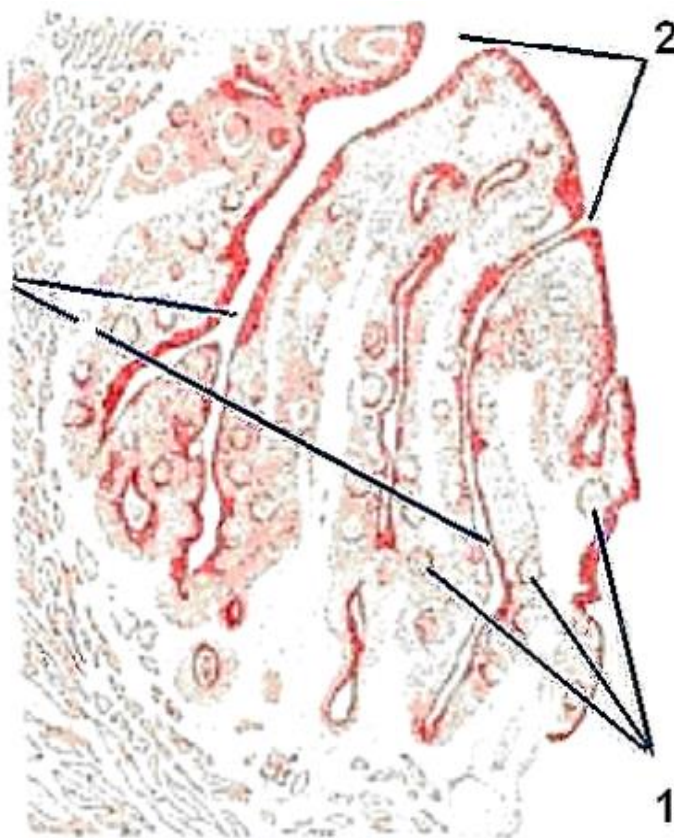
Лакуналардан ташқари безни фолликулалари мавжуд бўлиб уни асосини юмшоқ аденоид ва ретикуляр тўқма ташкил этади. Безни паренхимаси плазматик ва гистокитар хужайралардан иборат.

Ташқи мухитни безларга салбий таъсир этиши натижасида, бу гистокитлар фаоллашиб фагоцитларга айланади.

Танглай безини иккинчи-ташқи юзаси қалин фиброз парда билан қопланиб, шу парда ёрдамида без ҳалқумнинг ён деворига ёпишади, клиникада бу пардани без ғилофи дейилади. Фиброз пардаси билан безни орасида паратонзилляр бўшлиқ бўлиб, у жой ҳам юмшоқ лимфоид тўқима билан тўлган бўлади. Шу тўқима борлиги ҳисобига тонзиллоэктомия вақтида без осонгина қобиғи билан ажралади. Айрим ҳолларда бездаги ўткир яллиғланиш (ангина) жараёни шу жойга тарқалиши ҳисобига паратонзиллит ёки паратонзилляр абсцесслар ривожланади. Безни фиброз пардасидан без ичига қўшувчи тўқимадан иборат тўсиқлар кириб бориб безни бир неча бўлақларга ажратади. Бу бўлақлар лимфоцитларга тўлган фоликулалардан иборатдир.

Бодомча безини юқори томонида, яъний танглай ёйларини бирлашган жойда юмшоқ тўқималар билан тўлган безусти бўшлиғи мавжуд (**Туртюал бўшлиғи**), бу бўшлиқда қўшимча без (**Вебер безлари**) жойлашган, уларни лакуналарини бир қисми шу ерга очилади. Шунинг учун ҳам айрим вақтларда ангинолардан сўнг асорат сифатида бу жойларда паратонзилляр абсцессни ривожланиши мумкин.

Танглай безларини қон билан таъминланиши ташқи ва ички уйқу артерияларидан тармоқлар олади. Булардан бири тўғридан-тўғри ташқи уйқу артериясидан (a. tonsillaris) тармоғини олади, бундан ташқари юз артерияси, қўтариловчи танглай артерияси ва тил артериялардан ҳам қўшимча тармоқлар олади. Веноз қонлар эса йиғилиб қанотсимон венага, ундан юз венасига, кейинчалик ички бўйинтуруқ венасига қуйилади.



Расм 66. Танглай безини нормал гистологик тузилиши
1- фолликулалар; 2- лакуналар

Ҳалқумнинг орқа деворида майда (нуктасимон) лимфоаденоид тўқималарни тўпламлари (гранула) мавжуд, бундай лимфоид тўпламлар ҳалқумни икки ён томонида, орқа танглай ёйларини орқасида (ёнбош валик) ҳам жойлашган.

Ҳалқумда ҳалқум атрофи бўшлиғи (*spatium parapharyngeum*) тушунчаси мавжуд бўлиб, булар ҳалқумни икки ён томонидаги бўшлиқ (*spatium lateropharyngeum*) ва ҳалқум орти бўшлиқларидан (*spatium retropharyngeum*) ташкил топган. Бу бўшлиқлар бошни энса суяги асосида бошланиб, пастга кўкс оралиғига ўтади ва ёш болаларда юмшоқ қўшувчи ва лимфоид тўқималар билан тўлган бўлади. Клиник нуктаи - назардан бу бўшлиқ олди томондан бўйинни лунж-ҳалқум фасцияси (*fascia buccopharyngea*), орқадан эса бўйинни чуқур фасцияси орасида жойлашган бўлиб, ҳалқумдаги турли яллиғланишда, жараён шу бўшлиққа ўтиб йирингли асоратлар ривожланишига олиб келади. Шунинг учун ҳам ҳалқумдаги, оғиз бўшлиғидаги йирингли яллиғланишларда, жараён кўкс оралиғига тарқалиб медиастенит каби асоратлар чақиради.

Ҳалқумни хиқилдоққа кириш қисмида ва ҳалқумнинг ноксимон синусларида унча кўп бўлмаган лимфоаденоид тўқима тўпламларини ҳам учрайди. Бу тўпламларни яллиғланиши хиқилдоқ ангиnasi ёки флегмоноз ларингит каби касалликларни келтириб чиқаради.

Хиқилдоқ – ҳалқум – (hypopharynx) Оғиз ҳалқум ва хиқилдоқ ҳалқум ўртасидаги чегара, хиқилдоқ усти тоғайини юқори чегараси ва тил илдизининг туби ҳамда орқадан бўйин умуртқаси соҳаси ҳисобланади. Хиқилдоқ- ҳалқум пастга воронкасимон торайиб, орқадан қизилўнғачга, олдиндан эса хиқилдоққа

ўтади. Ҳалқумнинг хиқилдоқ қисми 4-5 ва 6 бўйин умуртқаларининг олдинги сатҳида жойлашган. Хиқилдоқ-ҳалқумни олдинги девори тил ўзагидан ташкил топган ва уни остида эса хиқилдоққа кириш қисми (*aditus laryngis*) жойлашган. Тил ўзагида лимфаденоид тўқималарини тўплами бўлиб, улар тил ўзаги безини *tonsilla lingualis* (тўртинчи без) ташкил этади. Безни юза қисми кўп қаватли цилиндрик хилпилловчи эпителий билан қопланган. Бошқа безлардан фарқи, лакуналари яхши ривожланган эмас, аммо қон билан бой таъминланган. Хиқилдоққа кириш қисмининг ён томонларида, ҳалқумнинг латерал деворлари ва хиқилдоқни тоғайларини бўртган қисмлари орасида конуссимон пастга торайиб боровчи ноксимон чуқурчалар бор. Овқат луқмалари қизилўнгачга шу жой орқали тушади. Шунинг учун ҳам айрим ҳолларда бу жойларда ёт жисмларда туриб қолиши кузатилади. Ҳалқум пастки бўлимининг асосий қисми хиқилдоқнинг орасида шундай жойлашганки, бунда хиқилдоқнинг орқа девори ҳалқумнинг олдинги девори ҳам ҳисобланади.

Ҳалқум шиллиқ қаватини юқори бўлими: бурун ҳалқум қисми нафас олиш фаолиятига мос келган ҳолда, кўп қаторли цилиндрсимон хилпилловчи эпителий билан, ўрта ва пастки қисмлари эса кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Ҳалқум шиллиқ пардасида, айниқса бурун-ҳалқумда, юмшоқ танглайнинг ҳалқум юзасида ва тил илдизи соҳасида жуда кўп шиллиқ ишлаб чиқарувчи безлар жойлашган, бундан ташқари бу жойларда кўп микдорда лимфаденоид тўқималар учрайди.

Ҳалқум девори, шиллиқ ва фиброз қаватдан ташқари, қисувчи хусусиятга эга бўлган, юқори, ўрта ва пастки гуруҳ мушаклар қаватидан ҳам иборат. Бу мушаклар юқоридан пастга пластинкалар шаклида устма-уст жойлашиб, бири-бирини беркитиб туради. Шунинг учун ҳам уларни қисқаришдаги ҳаракати юқоридан пастга бўлади. Қисувчи мушаклардан ташқари, ҳалқумнинг кўтарувчи бўйлама мушаклари ҳам бор, уларни қисқариши ҳисобига, ҳалқум ютиниш вақтида юқorigа кўтарилади ва овқат луқмасини ҳалқумдан қизилўнгачни кириш қисмига суради.

Ҳалқумнинг орқа девори билан умуртқа олди фасцияси орасида ясси ёрик шаклида ҳалқум орқа бўшлиғи жойлашган, болаларда (5 ёшгача) бу бўшлиқ юмшоқ лимфоид ва ёғ тўқимаси билан тўлган. Бундай тузилиш клиникада катта аҳамиятга эга, 5 ёшгача бўлган болаларда, ҳалқумдаги турли ўткир яллиғланиш (фарингитлар, ангиналар) жараёни шу жойга ўтиши билан ҳалқум орти абсцесси ривожланиши мумкин. Ёш улғайган сари бу жойларда юмшоқ тўқималарни ўрнини қўшувчи тўқима эгаллайди, шунинг учун катта ёшдагиларда бу касаллик учрамайди. Ҳалқумни хиқилдоқ қисмини ён томонларида эса юмшоқ тўқималар билан тўлган ҳалқум олди бўшлиғи мавжуд, бу жойдан бўйиннинг асосий лимфа тугунчалари ва нерв тутамлари жойлашган.

Ҳалқумнинг қон билан таъминланиши ташқи уйқу артериясининг шахобчаси ҳисобланган, ҳалқумни кўтарилуви артерияси (*a. pharyngea ascendens*) ва танглайни тушувчи артерияси (*a. palatina descendens*) ҳисобидан амалга ошади. Ҳалқумни пастки қисми эса қалқонсимон артерия тармоғидан (*a. thyroidea inferior*) таъминланади. Веноз қонлар йиғилиб юмшоқ тилда жойлашган веноз чигалга қуйилади, ундан бурун, тил ва юз веналарига қўшилади. Юз веналаридан йиғилган

қон ички бўйинтуруқ венасига қўшилади.. Халқумни пастки ноксимон чуқурчани атрофида жойлашган **лимфатик томирлари** юқори жағ суяги бўшлиғини лимфатик томирлари билан қўшилиб, бўйинни чуқур лимфа томирларига қуйилади. Орқа гурухлари эса халқум девори бўйлаб пастга йўналади ва бўйинни ўрта чуқур лимфа томирларига қўшилади.

Бодомча безларидан, без олди тўқималаридан йиғилган лимфа суюқлиги халқумни юзаки ва чуқур лимфа тизимлари орқали халқум орти, чуқур ва орқа бўйин лимфа томирларига қуйилади.

Халқумнинг иннервацияси уч шохли, тил-халқум, қўшимча ва адашган нервлар тармоғлари, ҳамда бўйинни симпатик тугунидан чиққан халқум-хақилдоқ тармоғларидан ҳосил бўлган, ўрта қисқарувчи мускулининг ташқи ва ички юзаларида жойлашган нерв чигалидан ҳаракатлантирувчи ва сезувчи тармоқлар олади. Халқумни юқори бўлимнинг сезги иннервацияси уч шохли нервнинг иккинчи шохчаси билан, ўртадаги бўлими эса тил-халқум нерви билан, пастки қисми адашган нерв тармоғи билан иннервация қилинади.

ХАЛҚУМНИНГ ФИЗИОЛОГИЯСИ

Халқум овқат ўтказиш ва нафас олиш йўлларининг асосий бўлимлари ҳисобланиб, инсон ҳаётида муҳим ўринни эгаллайди. Халқумдан майдаланган овқат луқмаси ажралган сўлак билан аралашиб қизилўнгачга, сўнгра ошқозонга тушади.

Хаво оқими эса ҳиқилдоққа, ундан кекирдақ орқали ўпкага ўтади ва яна орқага қайтади.

Ҳиқилдоқда ҳосил бўлган товуш халқумда тўлиқ шакилланади, тиниқлашади ва созланиб овоз кўринишига эга бўлади.

Халқум ҳаёт учун зарур бўлган қуйидаги вазифаларни бажаради:

1- овқат қабул қилиш вақтида – овқатни майдалаш, сўриш ва ютиш.

2- товуш ва нутқ ҳосил қилиш

3- нафас олиш

4- овқат ютиш ва нафас олиш вақтида химоя қилиш.

Халқумни овқат қабул қилиш вазифаси - бола ҳаётининг биринчи ойларида овқатни қабул қилиш, овқатни фақат сўриш ҳаракати ҳисобига амалга оширади. Сўриш жараёни оғиз бўшлиғида ҳосил бўлган манфий босим (100 мм.с.у.) ҳисобига бажарилади. Овқат луқмасини оғиз бўшлиғидан халқумга, халқумдан қизилўнгачга ўтиши мувофиқлашган рефлектор ютиниш орқали намоён бўлади. Бу жараёнда тил, халқум ва ҳиқилдоқ мушакларини муайян кетма-кетликда қисқариши орқали амалга ошади. Овқат ютиш 3 та босқичда амалга ошади:

- **биринчи босқич, оғиз бўшлиғидаги босқич-бу ихтиёрий-** Ютиш жараёни бошланганда, жағ ва тил ости мушакларини қисқариши ҳисобига оғиз бўшлиғида босим кўтарилади, натижада чайналиб майдаланган овқат луқмаси, халқумни пастки қисмига сурилади.

- **иккинчи босқич, халқумдаги босқич-бу тез ва ихтиёрсиз босқич** – дархол биринчи босқичдан сўнг давом этади. Халқумга тушган овқат луқмаси рефлектор равишда ихтиёрсиз халқум мушакларини қисқаришига олиб келади, бунда кичик тил, юқорига кўтарилиб, бурун халқумни оғиз халқумдан ажратади, хиқилдоқ усти тоғайи эса хиқилдоққа кириш қисмини тўсиб қўяди, натижада овқат ноксимон чуқурча бўйлаб қизилўнгачни кириш қисмига ўтади.

- **учинчи босқич, қизилўнгачдаги-секин ва ихтиёрсиз босқич** -бу босқич узоқ давом этади,халқумдан тушган овқат луқмаси, қизилўнгачни мушакларини босқичма-босқич қисқариши ҳисобига 6-8 сонияда ошқозонга етиб боради.

- юмшоқ танглайда,хиқилдоқ устки тоғайини тил юзасида ва тил ўзагида таъм билиш рецепторлари жойлашган,шу рецепторлар туфайли халқум таъм билишда иштирок этади ва оғиз бўшлиғидаги овқат луқмасини халқумдан пастга ўтиш жараёнида муҳим ўринни эгаллайди. Бу жойларда 4 хил ширин,нордон,аччиқ ва шўр таъм билиш амалга ошади.Таъм билиш ҳиссиёти ноғора тори –chorda tympani орқали тил-халқум (n. glossopharyngeus) ва адашган (n. vagus) нервларга узатилади.

Халқумнинг нутқ вазифаси, хиқилдоқда ҳосил бўладиган,бирламчи,аммо тўлиқ шакилланмаган товушларни резонанция қилишдан (товушлар нутқ холида шаклланади) иборат. Товуш тембрининг шаклланиши (сийқаланиши) халқум, бурун ва бурун олди бўшлиқлари ва оғиз иштирокида рўй беради.

Хиқилдоқда муайян баландликда ва кучда товуш пайдо бўлади, унли ва ундош товушлар асосан оғиз ва камроқ халқум бўшлиқларида тўлиқ ҳосил бўлади. Унли товушлар талаффуз қилинганида, юмшоқ танглай бурун-халқумни, оғиз-халқумдан бўшлиғидан ажратганда шакилланади, ундош товушлар эса юмшоқ танглай ўз ҳолатида турганда талаффуз қилинади. Халқумни бурун-халқум қисми энг муҳим товуш резонатори ҳисобланади ва шу жойда товушларни тембри охирига етади.Қаттиқ танглайдаги турли туғма етишмовчиликлар (куён лаб,бўри танглай,кичик тил фалажлиги) ёки патологик ўзгаришлар (аденоид,бурун полипи,гипертрофик ринит) товуш тембрини ўзгартириб очик (rhinolalia aperta) ва ёпиқ (rhinolalia clausa) пинқиликка сабаб бўлади.

Халқумнинг нафас олиш вазифасида унинг ҳамма бўлимлари иштирок этади, бироқ бурундан нафас олиш бузилганда, нафас оғиздан олинади,бунда нормал физиологик нафас олиш жараёни бузилади.Бурундан ўтаётган ҳаво оқими хоанага ўтиб,орқа танглай ёйи билан халқумни орқа девори орасидан пастга, хиқилдоққни кириш қисмига йўналади, озроқ қисми эса оғиз бўшлиғига ўтади. Айрим ҳолда, сўзлашганда, ашула айтганда ва бошқа ҳолатларда ҳаво бурун-халқумдан эмас, балки у бирданига оғиз орқали ўтади. Баъзан (ёш улғайган сари халқум мушакларини бўшашиб қолиши ёки ухлаётганда) кичик тил ва танглай ёйлари мушаклари бўшашиб,осилиб қолиши ҳисобига ҳаво оқими ўтаётганда вибрацияга учраб хурррак пайдо бўлади.

Ҳалқумнинг химоя вазифаси шундан иборатки, унга ёт жисмлар тушганда ёки кучли кимёвий моддалар ва термик таъсир этганда ҳалқум мускуллари рефлектор равишда қисқаради, унинг юзаси тораяди, натижада ёт жисмларни ёки кимёвий моддаларни ичкарига ўтишига йўл қўймайди.

Ўтаётган ҳаво оқимини бурун бўшлиғидан кейин исиши, тозаланиши намланиши ҳалқумда яна ҳам давом этади. Ҳаво оқими билан кираётган, чанг, ғубор ва микроблар бир қисми сўлакдаги лизоцим, муцин, ҳазм ферментлари, антителалар таъсирида зарарсизлантирилади. Ҳалқумга ўтган қисми эса деворини қоплаб турадиган шилимшик ажралма ҳисобига ушланади ва йўталиш жараёнида ташқарига чиқариб ташланади ёки ютиб юборилади. Ҳалқумни асосий химоя вазифаси ҳалқум лимфоаденоид ҳалқалар томонидан амалга оширилади.

Ҳалқумни лимфоаденоид ҳалқасини фаолияти

Ҳалқумни лимфоаденоид ҳалқаси безларини физиологияси бутун организми лимфоид тизимини фаолиятининг таркибий қисми ҳисобланади. Ҳалқумнинг лимфоид аппарати хусусан танглай муртаклари, ингичка ичакдаги лимфоид фолликулалар, кўр ичак лимфоаденоид тўқимаси сингари, организмга кираётган микробларни ушлаб уларни зарарсизлантиришда, организмни иммунологик қобилятини оширишда, ҳамда қон ишлаб чиқаришда иштирок этишдан иборат. Ҳалқум безлари организмни қуйи иммунологик тизимини асоси ҳисобланиб, тўқима ва гуморал иммунологик жараёни ҳосил қилишда муҳим ўринни эгаллайди. Шунинг билан бирга танглай муртакларининг ўзига хос анатомик тузилишига эгаллиги, яъни крипталарини (лакуналар) мавжудлигидир. Бу крипталарда микроорганизмларнинг тўпланиб кўпайишига ва муайян шароитларда уларнинг ўзи ёки улар ажратган токсинлар организмга тарқалиб, турли оғир касалликларни келиб чиқишига сабаб бўлади. Ҳалқумнинг лимфоаденоид структураси ҳаётнинг биринчи йилларидаёқ етарли даражада ривожланган бўлиб, таносил гармонлар (14-15 ёш) пайдо бўлган даврда бошланиб, улар аста-секин пасайиб боради. Ўтказилган иммунологик текширишлар шуни кўрсатдики, бодомча безлари инсон ҳаётида маҳаллий ва умумий иммунологик фаолиятда шаклланишида муҳим ўринни эгаллайди.

Лимфоаденоид безларни фолликулалари томонидан лимфоцитларни ишлаб чиқариши, уларни қон ишлаб чиқаришдаги ўрнини кўрсатиб беради. Ёш лимфоцитларни бир қисми лимфа томирлари орқали қон томирларга ўтади, қолган қисми эса безни эпителийси орқали ҳалқумга тушади. Бодомча безларини фолликулаларида В-лимфоцитларини ва фолликулалар орасида Т-лимфоцитларни мавжудлиги, безларни тўқима ва гуморал иммунологик фаолиятда иштирокидан дарак беради. Вирусга қарши ҳисобланган интерферон безда шакллланган Т-лимфоцитларни махсули ҳисобланади. Лимфоаденоид безларини

фоликулаларидаги макрофаглар лизоцим, интерферон, трансферин, комплимент компонентлари ва эндоген парогенларни синтез қилишда иштирок этади.

Ўтказилган текширишлар, бодомча безлари олиб ташланган беморларни оғиз бўшлиқларида патоген микрофлораларни миқдори ва турини кескин кўпайиб кетганлигини кўрсатди. Охирги келтирилган маълумотларга асосланган ҳолда безларни ферментатив фаолияти аниқланди. Ўтказилган биохимик текширишлар шуни кўрсатдики безларда ферментлардан липаза, амилаза ва фосфотаза аниқланган, уларни миқдори эса овқат чайнаш вақтида кўпайган, бу маълумотлар безларни орал овқат хазм қилишида иштирокини исботлайди. Лимфоид халқани эндокрин безлари қалқонсимон, ошқозон ости бези, буйрак усти бези ва гипофиз билан ҳамбар-час боғлангандир.

Бодомча безларидаги лимфоэпителиал химояси шартли 4 гуруҳга бўлинади, **биринчиси**-безни шиллиқ қавати, уни бузилиши ангина пайдо бўлишига олиб келади, **иккинчи** химояси безни қон томирлари ёки гистогематик, уларни бузилиши қонга микроблар ва уларни токсинларини ўтишига олиб келади, шунинг билан бирга организмда метатонзиляр касалликлар пайдо бўлади. **Учинчи** химоя тўсиғи бу безни капсуласи, уни бузилиши паратонзиляр абсцессларни ривожланишига сабаб бўлади. **Тўртинчи** химоя бу бўйин регионар лимфа безларидир.

Юқорида келтирилган далиллар, халқумдаги лимфаденоид безларини инсонни ҳаётида муҳим иммунологик фаолият кўрсатишидан далолат беради.

ХАЛҚУМНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Халқумни текшириш бошқа аъзоларни текширгандек каби аввал текширилувчи билан суҳбат ўтказиш, ташқи кўришдан, жағ ости ва бўйин лимфатик тугунларини пайпаслаб кўриш, фарингоскопия, эндоскопия, рентгенография ҳамда функционал текширишлар олиб боришдан иборатдир. Мезофарингоскопия ўтказишдан аввал бўйин жағ соҳасини тузилишига, терини рангига, деформация ва турли патологик ўзгаришларни бор-йўқлиги эътибор қаратилади. Сўнгра бу соҳаларни пайпаслашга ўтилади, лимфатик безларни катталиги, оғриклиги, бошқа турли инфилтратлар, уларни хажми, ҳолатига эътибор берилади. Кўпинча бўйин соҳаларида туғма оқма яралар учрайди, бундай ҳолларда зонд ёрдамида уларни йўллари ҳолати, чуқурлиги аниқланади. Юқоридаги текширишлар ўтказилгандан сўнг фарингоскопия қилинади. Фарингоскопия ҳам ўз ўрнида уч хил амалга оширилади, халқумни юқори бурун халқум қисми эпифарингоскопия, ўрта оғиз қисми мезофарингоскопия ва пастки ҳиқилдоқ қисми эса гипофарингоскопия қилинади.

Мезофарингоскопия-муолижасини ўтказишдан аввал оғизни кириш қисми кўздан кечирилади, лабларни ҳолати, тишлар, милкларни ранги, лунжларда ўзгаришлар бор-йўқлигига эътибор қаратилади. Шпател билан тилни олдинги учдан бир қисмини босиб, халқумни текширилади, агар шпател ичкарига киритилса текширилувчида кўнгил айниб қайт қилиш рефлекси пайдо бўлади. Текшириш вақтида кичик тилни ўртада, симметрик ҳолатда эканлиги кўздан кечирилади. Кичик тилни ҳаракатини тўлиқ эканлигини аниқлаш учун

текширилувчига “а” ёки “э” харфини талафуз этиш таклиф қилинади, бунда одатда тилча юқорига кўтарилиб, халқумни орқа деворига ёпишади.

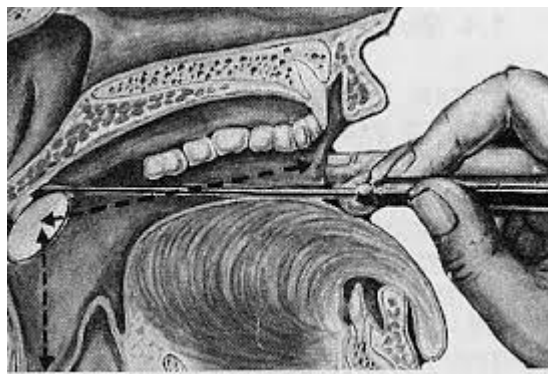
Халқумни шиллиқ қаватлари одатда пушти рангда, намланган ва ялтироқ бўлади. Бодамча безларини текширишдан аввал танглай ёйларини тузилиши ва ранги кўздан кечирилади. Яллиғланмаган бодомча безларини юзалари текис, лакуналари кенг ва тоза бўлади. Лакуналарини ҳолатини аниқлаш мақсадида иккинчи шпател билан олдинги танглай ёйига босилади, агар безларда сурункали яллиғланиш бўлса лакуналардан йирингли ажралма чиқди.

Безларни ҳолати, танглай ёйлари билан чандиқли ёпишганлигини ва лакуналарни йўллари ҳолати, чуқурлиги учи тўмтоқ зонд ёрдамида текширилади. Одатда яллиғланмаган безлар, зонд билан босилганда, юмшоқ, оғриқсиз, лакуналари тоза бўлади. Бодомча безларини хажми яллиғланишни жараёнини оғир ёки енгиллигига боғлиқ бўлмайди.

Бурун-халқум орқа риноскопия қилиб текширилади, бунинг учун кичик хажмдаги (8-10 мм) хиқилдоқ ойнаси қўлланилади. Текширишдан аввал бурун-халқум ойнаси юзаси қайноқ сувда қиздирилади, ойнани юзаси ўта иссиқ бўлмаслигини қўлга текизиб аниқланади, сўнгра ойна дастаси ўнг қўлда қалам тутгандек ушланиб, чап қўл билан эса шпател ёрдамида тилни олдинги учдан бир қисми босилади. Ойна юзаси юқорига қаратилган ҳолда кичик тил орқасига киритилади, бунда халқумни орқа деворига тегиб кетмаслик зарур, акс ҳолда текширилувчида қайт қилиш рефлекси пайдо бўлади. Агар текширилувчида қайт қилиш рефлекси юқори бўлса, у ҳолда текширишдан аввал халқумга 2% дикаин эритмаси сепилади. Одатда бурун-халқумни шиллиқ қавати оч пушти рангда, намланган, хоаналар кенг ва тоза, бурун чиғаноқларини орқа қисмлари хоанадан ташқарига чиқмаган бўлади. Икки ён томондан эшитув найларини тешиклари тоза ва кенг, най безлари (5-6) катталашмаган, аденоид (3) без ўзгармаган ва хажми димоғни юқорни қисмига ҳам етмайди.

Бурун-халқумни тўлиқ текшириш мақсадида, ёки ёш болаларда орқа риноскопия ўтказишни иложи бўлмаганда кўсатгич бармоғ билан пайпаслаб кўрилади. Бунинг учун текширилувчи ўтиради, врач уни ўнг ён томонида турган ҳолда ўнг қўлни кўрсатгич бармоғи билан кичик тилни орқасига ўтиб хоаналар, ён деворлари, димоғ беzi пайпасланиб текширади. Текшириш вақтида қўлни тишлаб олмаслик учун чап қўлни иккинчи ва учинчи бармоқлари ташқаридан лунж орқали юқори ва пастки озиқ тишлар соҳасига босилиб турилади. Бунда хоаналарини ва бурун чиғаноқларини ҳолати, димоғ безини хажми ва консистенцияси, ён деворларни тузилиши ўрганилади.

Халқумни пастки хиқилдоқ қисмини текшириш – гипофарингоскопия
Халқумни бу қисми хиқилдоқ ойнаси, ларингоскоп ёки директоскоп Ундриц ёрдамида текширилади. Ҳозирги кунда энг қулай текшириш бу хиқилдоқ ойнаси ёрдамида (билвосита) амалга оширилади. Хиқилдоқ ойнаси дастаси ўнг қўлда ушланиб, ойна юзаси текширишдан аввал қиздирилади. Оғиз очилиб, тилни олдинги учдан бир қисми докали салфетка орқали чап қўл билан ушланиб олдинга тортилади. Бунда тил чап қўлни биринчи ва учинчи бармоқлари орасига олинади, кўсатгач бармоқ билан эса юқорги лабни кўтариб турилади.



Расм 67. Гипофарингоскопия муолижаси

Хиқилдоқ ойнаси кичик тил соҳасига етганда пастга 45 градус бурчак остида бурилади ва текширилувчига “и” харфини айтишни буюрилади. Бунда тил илдизи унда жойлашган илдиз (1V) беги,хиқилдоқ усти тоғайи ва бу тоғай билан тил илдизи орасида жойлашган чуқурчалар (валекулалар) кўринади.Халқумни ён деворлари тоза, шиллиқ қаватлари оч пушти рангда,ноксимон чуқурчалар тоза ва юзалари текис кўринади.

Халқумни текширишни яна бир усули бу рентгенография, МРТ ва томографиядир,бу текширишлар фронтал ва сагиттал йўналишда амалга оширилади.Бу текширишлар халқумдаги турли деформация,ёт жисмлар ва ўсмаларни аниқлашда катта ёрдам беради. Бундан ташқари ҳозирги кунда кенг қўлланилаётган текшириш усулларида бири ларингофиброскопиядир.

Халқумни фаолиятини текширишни яна бир қанча усуллари мавжуд булар: термография,таъм билиш ва сезиш фаолиятини аниқлаш,шиллик қаватларни эпителийсини ҳаракатини ва халқумни шилимшиқ ажралмасини водород ионини ўрганиш, реотонзиллография каби усуллардир.Бу текширишлар амалиётдан кўра кўпроқ илмий фаолиятда ўз ўрнини топанлиги учун ҳам бу баёнимизда камроқ тўхталиб ўтамыз.

ХАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИ

ХАЛҚУМНИ ТУҒМА ВА ОРТИРИЛГАН НУҚСОНЛАРИ

Халқумни нуқсонлари туғма ва ортирилган бўлади

Халқумни туғма нуқсонларидан амалиётда учрайдиган тури тилчани ўсмасдан қолиши, иккита тилча,бўйинни кистаси ва оқма яраларидир. Амалиётда кўп учрайдиган нуқсонлар бу бўйинни оқма яраси ва кистасидир.

Бўйинни оқма яраси эмбрионал ривожланишда қалқонсимон-тил йўлини тўлиқ битмасдан қолиши ҳисобига пайдо бўлади. Жойлашишига қараб ўрта ва

ёнбош яралар бўлиб, уларни деворлари дағал қўшувчи тўқимадан ташкил топган, айрим холларда эса безларни бўлаклари учрайди. Оқма яралар тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган турлари мавжуд, тўлиқ кўринишида ярани бир томони бўйинни олдинги қисмига очилади, иккинчи томони эса халқумни ичига очилади. Тўлиқ бўлмаган кўринишида яра фақат бўйинни олидинги деворига очилади. Бундан ташқари бўйинда ортирилган оқма яралар ҳам учрайди бундай яралар жароҳатдан сўнг, бўйин силида, лимфа тизимини оқма яраларида кузатилади.

Оқма яраларни кўринишида бўйинда катта хажмга эга бўлмага, шилимшиқ йиринг ажралиб турувчи яра кўринади, атрофини териси қизариб шишган, ушлаб кўрилганда каттиқ бўлади.

Ташхисда беморни шикояти, касаллик тарихи, ярани ташқи кўриниши, ўтказилган текширишлар натижаларига (рентгенологик ва рентгеноконтраст тенкшириш, пайпаслаганда оқма ярани йўли каттиқ, эзилганда ажралма оқиши) асосланади. Оқма ярани тўлиқ йўли контраст модда юбориб фистулография қилиб аниқланади.

Бўйинни кисталари ҳам эмбрионал ривожланишда тўлиқ битмаслик натижасида пайдо бўлади. Кўрилаганда бўйинни олдинги қисмидаги турли шаклда ва хажмга эга бўлган ўсмалар кўзга ташланади, ушлаб кўрилганда юмшоқ ва оғриқсиз бўлади. Асосан бу кисталар кам безовта қилади, айрим холларда хажми катталашганда ютиниш жараёнига халакит беради.

Даволаш бўйини оқма яраси ва кисталарини фақат жаррохлик усулида олиб ташланади.

ХАЛҚУМНИ ЖАРОХАТЛАРИ

ЛОР аъзоларини жароҳатини 6-10% ни халқум жароҳати ташкил этади. Халқумни жароҳатлари алоҳида ёки бошқа аъзоларни жароҳатлари билан биргаликда учраши мумкин. Улар ташқи ва ички, ёпиқ (тери ости) ёки очик (тери йиртилиши билан) бўлади. **Ташқи жароҳатлар** асосан келиб чиқиши бўйича кесилган, эзилган, тешилган ва ўқ теккан турларга бўлинади. **Ички жароҳатларда** асосан шиллиқ қаватларини, танглай мушаклари, танглай ёйлари, бодомча безлари, халқумни орқа девори, валекулаларни йиртилиши ва кесилиши кузатилади. Бу жароҳатлар халқумга турли йўллار билан (овқатланишда) ёт жисимлар тушганда, турли ўткир жисимлар текканда (ўйинчоқлар, қалам) ва жаррохлик муолижаларидан сўнг пайдо бўлади. Айрим холларда кўпол бажарилган тиббий муолижалар, яъний эзофагоскопия, бронхоскопия ва интубациялар ҳам халқум жароҳатини сабабларидан бўлиши мумкин.

Жароҳатлар ички бўлганда бемор хаёти учун ҳаф туғдирмайди, чунки кўпроқ шиллиқ қаватларни кесилиши ёки йиртилиши кузатилади. Бундай жароҳатлар тезда ўз-ўздан битиб кетиши мумкин.

Жароҳатдан сўнг беморларни томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги, қон кетиши безовта қилади. Ютинишни қийинлиги ва оғриқли бўлгани сабабли, оғизда кўп миқдорда сўлак тўпланади.

Мезофарингоскопияда шиллиқ қаватлар юзасида жароҳат ўрни, атроф тўқималарини қизариши, шиши, қон қуйилиши кўзга ташланади. Бундай жароҳатлар

8-10 кун давомида асоратсиз битиб кетади. Беморлар учун мураккаб ва аралаш жароҳатлар хафли ҳисобланади, чунки улар кўп асоратлар беради. Бундай жароҳатларни асоратларидан бири йирик қон томирларидан қон кетиши, хиқилдоқ-халқум соҳасида турли йирингли жараёнлар (абсцесслар, флегмоналар) пайдо бўлиши ҳисобланади. Халқумдаги йирингли жараёнлар тезда фациялар оралиғидаги юмшоқ тўқималар орқали тарқалиб, кўкис оралиғида йирингли медиастенит ривожланишига сабаб бўлади.

Халқумни мураккаб, аралаш жароҳатларида, касалликни клиник кўриниши жароҳатни тури, ҳажми ва жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади.

Жароҳат белгилари - Жароҳатдан сўнг бемор учун дастлабки хафли асорат бу қон кетиши ва нафас олишни бузилиши ҳисобланади. Қон кетиш жароҳатдан сўнг дархол бошланиши ёки иккиламчи асорат бўлиб бир неча кундан сўнг пайдо бўлиши мумкин. Қон тўғридан-тўғри ташқарига ёки ичкарига хиқилдоқ-халқумга кетиши мумкин.

Агар жароҳат халқумни пастки томони ёки хиқилдоқни кириш қисмида бўлса, тўқималардаги пайдо бўлган шишилар ҳисобига нафас йўллари торайиб хаво ўтиши қийинлашади, беморни ахволи оғирлашади, агар дархол чора кўрилмаса бемор ҳаётига ҳаф туғилади. Бундан ташқари беморларда гапириш ва ютиниш қобилияти ҳам издан чиқади. Агар тўқима орасига қон қуйилиши кузатилса, жароҳатдан сўнг бир неча соат ўтгач нафас олиши қийинлашади, кейинчалик қон қуйилиши кучайиши ҳисобига нафас йўли тўлиқ беркилиб нафас олиш аста-секин бутунлай тўхтаб қолиши мумкин. Тўқима орасига қон қуйилишини иккинчи хафли томони, қон қуйилган жойга инфекция тушиб флегмона, абсцесслар ривожланиши, кейинчалик атроф тўқималарни ва йирик қон томирларини емириб иккиламчи қон кетишига олиб келишидир. Бундан ташқари Хосил бўлган йирингли жараён (парфарингеал бўшлиқлар орқали) қизилўнғач атрофига, кейинчалик эса кўкс оралиғига тарқалиши мумкин.

Халқумнинг жароҳати кўпинча ютиниш жараёнини бузилиши билан давом этади, бундай ҳолда ютиниш вақтида ўтиётган овқат луқмасини бир қисми жароҳатга тушиб иккиламчи инфекция қўшилишига ва яра атрофида йирингли жараён ривожланишига сабаб бўлади.

Халқумни пастки қисмидаги жароҳати кўпича хиқилдоқни ва кекирдикни жароҳати билан бирга кузатилади, бундай ҳолларда тўқималар орасига хавони тарқалиши ҳисобига тери ости эмфиземаси пайдо бўлади. Эмфиземани кучайиши тўқималарни ораларини ажралишига олиб келади, бу эса ўз холида яна иккиламчи инфекцион тарқалишига шароит яратади.

Бундан ташқари кўп микдорда тўқима орасига хавони тўпланиши кўкрак қафаси аъзоларини эзилишига, ҳаракатини чегараланиб қолишига ва уларни фаолиятини бузилишига сабаб бўлади.

Халқум жароҳатларини асоратларидан яна бири, нерв тугунларини жароҳатланиши ҳисобига кичик тилни ёки қайтувчи нервни жароҳатида овоз байламларини фалажланиб, овозини хиралаши ва нафас олишни қийинлашига олиб келишидир. Катта жароҳатларда бўйиннинг симпатик тугунини зарарланиши ҳам кузатилади, бундай ҳолларда ўзига хос белги **Горнер синдроми** пайдо бўлади, яъний- энофтальм, кўз ёриғини ва қорачиғини торайиши.

Халқум жарохатини ташхиси асосан беморни шикоятлари, касаллик тарихи, текшириш натижалари ва касаллик белгиларига асосланади.

Даволаш: Даволашни биринчи босқичи беморни жарохат таъсирида халос этиш ва ҳолатига қараб ёрдамни ташкил этишдан иборат. Агар беморда нафас олиш жараёни издан чиққан бўлса дарҳол уни тиклаш зарур (керак бўлса трахеотомия ўтказилади) ва кейинчалик ҳаёт учун ҳафли бўлган қон кетишни тўхтатиш керак. Бемор шок ҳолида бўлса ундан чиқариш учун қон, полиглюкин ёки гемодез қуйилади, қоқшолга қарши зардоб юборилади. Бемор ҳаётига туғилган ҳафни бартараф қилингандан сўнг, жарохатни бирламчи жароҳлик тозаловидан ўтказилади. Жарохатга овқат ёки сўлакни оқиб тушишни олдини олиш мақсадида бурун орқали овқатланиш учун 1-2 ҳафтага ошқозонга зонд қўйилади. Жарохат ўрни тозаланиб қаватми-қават тикишдан аввал тўлиқ текшириш зарур, бирор жойда ёт жисм қолмаслиги ёки қон кетиши кузатилмаслиги керак, сўнгра ярага антибиотиклар сепилади ва боғлов қилинади. Кейинчалик иккиламчи инфекцияни олдини олиш учун антибиотиклар, шишни пасайтириш мақсадида антигистамин дорилар қилинади. Халқумни жарохати кўпинча иккиламчи чандиклар ҳосил бўлиши билан давом этади, бундай ҳолатларни олдини олиш мақсадида узок муддатларга бўжлар қўйилади, кейинчалик эса пластик муолижалар ўтказилади.

ҲАЛҚУМНИ ЁТ ЖИСМЛАРИ

Ютқинни ёт жисимлари бошқа ЛОР аъзоларини ёт жисмларига қараганда кўп учрайди ва келиб чиқишлари бўйича ташқи ва ички турларига бўлинади. Ташқи ёт жисмлар ҳалқумга ташқаридан тушади, ичкиси эса ҳалқумни ўзида пайдо бўладиган, яъний ясама тишларни ўрнида кўчиб ҳалқумда санчилиб қолиши ёки бодомча безларини лакуналарида ҳосил бўладиган тошлар киради.

Ҳалқумга ташқарида тушадиган ёт жисмлар овқат билан ёки ёш болаларда ўзлари ўйнаб киритиши кириш мумкин. Бундай ёт жисмларга суяклар, тиш ва тиш протези, тангалар, майда уйинчоқлар, мих ва бошқа нарсалардир.

Овқатланиш вақтида бирданига йўталиш, аксириш, гаплашиш вақтида ютқинга ёт жисмларни тикилиб қолиши мумкин. Ёт жисмлар кўпроқ ёш болаларда ва тиши тушиб кетган кексаларда учрайди. Майда ва ўткир ёт жисмлар кўпинча танглай безларида, ҳалқумда санчилиб қолади, агар ёт жисмлар каттароқ бўлса ҳалқумни ҳикилдоқ қисмида, валекулаларда, қизилўғачни кириш қисмида ёки ноксимон чуқурчаларда туриб қолади.

Бундан ташқари ҳалқумда тирик ёт жисмлар ҳам учраб туради. Ўрта Осиё ва Қозоғистон регионларида чорвадорлар ва уларнинг оила аъзолари орасида ҳикилдоқ-ютқин соҳасида тирик ёт жисмлардан зулуклар, турли куртлар, гижжа, чивинларни личинкалари кўп кузатилади. Тирик ёт жисмлар кўпинча ариқлардан сув ичилганда, чўмилганда кириб қолади. Халқумни ёт жисимлари сифатида бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини жароҳатларида тушиб қолган суяк синиклари, тиббиё муолижалар ўтказишда эсдан чиқариб қолинган тампонлар ҳам учраб туради.

Касалликни белгилари: Касалликни клиник белгилари ёт жисмни шакли,хажми,тушган жойи ва вақтига боғлиқ бўлади. Беморларни асосий шикоятлари томоқда оғриққа,бу оғриқлар айниқса ютиниш вақтида кучаяди. Томоқда ёт жисим борлиги хиссиёти,бу ҳолат беморларни доимо томоқни кириб йўталишга сабаб бўлади. Ютиш жараёни оғриқли бўлганлиги, ажралаётган сўлакни оғиздан кўп миқдорда тўпланишига олиб келади, айниқсқ ёт жисим ноксимон чуқурчада туриб қолса бу ерда “сўлак денгизи симптомини” ҳосил қилади. Катта ёт жисимлар халқумни пастки, хиқилдоқ қисмига тушиб қолганда, беморларда нафас олишни ва гапириш фаолиятини бузилиши кузатилади. Қирралари ўткир бўлган ёт жисим қизилўнгач томонга ўтиш жараёнида кўпинча шиллиқ қаватларни жароҳатлаб ўтади, натижада бу жойларда тўқимлар шишади ва беморларда доимо ёт жисим борлиги хиссиётини пайдо қилади.Учлари ўткир,кичик ёт жисимлар (балиқ суяги) бодомча безларига ёки шиллиқ қаватларга санчилиб қолиб, узоқ вақтлар туриб қолиши натижасида яллиғланиб, ҳаёт учун ҳафли турли асоратларга (ретерофаренгиал абсцесс,бўйин флегмонаси,медиастенит ва сепсис) сабаб бўлади.

Ютқиндаги ёт жисмларни **ташхислаш** унчалик қийин эмас,асосан беморни шикоятларига асосланади. Фарингоскопияда ёт жисимлар кўп туриб қоладиган жойлар - танглай безлари,валекулалар ва ноксимон чуқурчалар диққат билан текширилиши шарт. Эндоскопик текширишда бурун-халқумдан бошлаб қизилўнгач ва хиқилдоққа кириш қисимларгача тўлиқ текшириш зарур. Рентгенологик текширишда беморни икки ҳолатда, олдиндан ва ёнбошдан текширилади. Халқумни текширишни албатта маҳаллий анестезия қилиб амалга ошириш керак ва ютқиннинг барча бўлимларини кўздан кечиришдан ташқари, қўл етадиган бўлимларини бармоқлар билан пайпаслаш керак.

Даволаш: ёт жисмларни ютқиндан олиб ташлаш унча қийин эмас. Ютқиннинг ўрта бўлиmidан ёт жисмлар махсус қисқичлар (одатдаги фарингоскопияда) олиб ташланади. Халқумни хиқилдоқ қисмидаги ёт жисмлар бевосита ёки билвосита ларингоскопия, фиброскопия қилиш йўли билан олиб ташланади. Бурун-халқумдаги ёт жисмларни орқа риноскопия ёки бурун ютқин фиброскопияси усулида олиб ташланади. Ёт жисмлар олиб ташлагандан сўнг ўрнида жароҳат бўлса, иккиламчи яллиғланишни олдини олиш учун шу жой 2-3% кумуш нитрат эритмаси билин суртилади ва бир неча кун антисептик эритмалар билан томоқ чайилади.

ХАЛҚУМ ВА ҚИЗИЛЎНГАЧНИ КУЙИШИ

Ташқи муҳитни турли салбий таъсирлари биринчи навбатда оғиз бўшлиғи ва халқумга тўғри келиши туфайли бу жойларда турли асоратлар кўп учрайди.Шундай асоратлардан бири халқумни куйишидир.Куйиш жараёни деярли халқумда алоҳида учрамайди,асосан оғиз бўшлиғини, қизилўнгачни ва хиқилдоқни кириш қисмини бирга куйиши билан кузатилади.

Куйишлар келиб чиқиши бўйича термик, нурдан, кимёвий ва электрик турларига бўлинади. Термик куйишлар асосан қайноқ овқат, чой ичилганда ёки иссиқ хаво, қайноқ буғ таъсирида рўй беради. Хаёт учун хафлиси ва оғир асорат берадигани бу кимёвий куйишдир. Кимёвий моддалар (кислоталар ёки ишқорлар) билан кўпинча сирка кислотаси, нашатир спирти, айрим ҳолларда олтингугурт, водород хлорид ва азот кислоталар билан куйишлар кузатилади.

Куйиш **сабаблари катталарда** маст ҳолда ва жонига қасд қилинганда, ёш болаларда эса эҳтётсизлик оқибатларида рўй беради. Бундай ҳолларда куйишни даражаси кимёвий моддани миқдори, концентрацияси, таъсир этиш вақти, ёрдам кўрсатиш сифати ва беморни ҳолатига боғлиқ бўлади. Кимёвий куйишлар одатда халқумда қизилўнгач ва ошқозонга нисбатан енгил бўлади, чунки бу моддалар оғиз бўшлиғидан тезда ютиб юборилади. Кислоталарга нисбатан ишқорлар билан куйишлар оғир кечади. Ишқор таъсирида куйишда, жараён тўқималарни барча қаватларига кенг тарқалади, шунинг учун ҳам оғир кечади ва кўп асорат беради. Кислота билан куйишда, тўқимани юза қаватида куйиш қатлами ҳосил бўлиб, жараённи тўқималарни ички қатламларига тарқалишига йўл қўймайди. Халқумни куйишида кўпроқ танглай ёйлари, бодомча безларини халқум юзаси, кичик тил, хиқилдоқ устки тоғайини тил юзаси, хиқилдоқга кириш қисми ва қизилўнгачни бошланиши (биринчи анатомик қисилиш жойи) жароҳатланади.

Куйишни биринчи дақиқаларида халқумда, қизилўнгач ва ошқозонда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади, ютинишда ва йўталда бу оғриқлар кучаяди, кейинчалик шиш пайдо бўлади ва интоксикация белгилари намоён бўлади. Агар бемор куйишни дастлабки босқичларида интоксикациядан ҳалок бўлмаса, кейинчалик нафас йўлларида хаёт учун хафли бўлган шишлар пайдо бўлиб, нафас ўтиши қийинлаши каби асоратлардан азоб чекади.

Куйишни уч босқичи тафовут қилинади **1-босқичида** шиллиқ қават юзасида қизариш, шиш пайдо бўлади, 3-4 кунларидан сўнг куйган жойни шиллиқ қавти юзаси кўчиб тушади. Беморларни бу босқичда томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги, ачишиш ва оғиздан сўлак ажралиши безовта қилади, тана ҳарорати субфебрил бўлади, аммо беморни умумий аҳволи сезирарли ўзгармайди.

Куйишни **иккинчи босқичи** – жараён тўқималарни чуқурроқ қатламларини қамраб олади, шиллиқ қаватлари юзаларида қизариш, кучли шиш, ичи суюқлик билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади, кейинчалик бу жойлар халқум бўғмасидаги (дифтерия) каби оқ кулранг караш билан қопланади. Бу карашлар 5-6 кунлари кўчиб тушади ва ўрнида қонаб турувчи (эрозия) ярали юзалар пайдо бўлади. Беморни умумий аҳволи анча оғирлашади, томоқда қаттиқ оғриқ, ютинишни қийинлиги, оғиздан сўлак оқади, интоксикация ҳисобига тана ҳарорати 38-39 С даражагача кўтарилади, жағ ости ва бўйин лимфатик тугунлар катталашади ва оғриқли бўлади. Агар хиқилдоқни кириш қисми ҳам куйган бўлса беморларда овозни хирилаши, нафас олишни қийинлашуви ва йўтал кузатилади. Касалликни 10-14 кунларида куйган жойлар юзасида аста-секин чандиқлар ҳосил бўлади.

Куйишни оғирроқ кечиши **учинчи босқичида** кузатилади – касалликни бу босқичида жараён нафақат шиллиқ қаватни, балки шиллиқ қават ости тўқималарига ҳам чуқурроқ кириб боради. Бу босқичда доимо хиқилдоқ ва қизилўнгачга кириш

қисмларин куйиши билан бирга давом этади. Томоқда қаттиқ оғриқ,бу оғриқ қизилўнғач бўйлаб кўкис оралиғига тарқалади,ютиниш жараёни оғриқни кучайтирганлиги сабабли қийинлашади, шунинг учун ҳам кўп микдорда ажралган сўлак тўпланиб, оғиздан оқиб туради,қайт қилиш кучайиши хисобига қусукда қон аралашмаси бўлади. Беморни ахволи оғир,айрим холларда беҳуш,тана харорати 40 С ва ундан ҳам юқори бўлади. Куйиш аломатлари (терида куйиш доғлар пайдо бўлади) оғизни кириш қисмлари,лаблар ва жағ ости терисида ҳам кўзга яққол ташланади. Куйиш натижасида шиллиқ қават юзаларда некротик тўқималар ҳосил бўлиб, уларни кўчиши хисобига бу жойларда эрозив яралар пайдо бўлади, бу яраларга инфекция тушиши хисобига иккиламчи флегмона ва абсцесслар ривожланади. Куйишни бу босқичида беморлар интоксикация натижасида биринчи кунлари ҳалок бўлмаса, куйиш аломатлари узокроқ давом этади, касалликни 3-4 ҳафталарига бориб, шиллиқ қаватлар юзасидаги қарашлар аста-секин кўчади ва улар ўрнида грануляция қопланаган яра кўринади. Кейинчалик бу грануляциялар ўрниларида кўпол чандиқлар ҳосил бўлади, бундай чандиқлар ютиниш, нафас олиш ва гапириш фаолиятларини бузилишига олиб келади.

Даволаш: Даволашини куйишни биринчи сонияларида куйишга олиб келувчи омилларни бартараф қилишдан бошланади. Кимёвий моддалар билан куйишдаги чоралар қуйдагича бўлади. Агар кислоталар билан куйган бўлса 2% натрий гидрокорбанат эритмаси ёки совунли сув ичирилади, ишқор билан куйганда оддий сув ёки сирка,лимон кислоталарини енгил эритмалари ичирилади. Кимёвий куйишларни бартараф этишни энг яхши чораси сут ичиришдир. Келгусидаги даво чоралари симптоматик даволар бўлиб,бунда оғриқ қолдирувчи,шишга қарши дорилар,ютиш учун бир қошиқдан синтомицин эмульсияси ёки балиғ мойи ичиш тавсия қилинади. Куйган некротик тўқималар антисептик дорилар шимдирилган тампонлар билан тозаланади,юзаларига антибиотикли аэрозоллар сепилади. Иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида антибиотиклар буюрилади. Интоксикацияни олдини олиш мақсадида томир ичига глюкоза, реополиглюкин,гемодез каби суюқликлар юборилади. Кўпол чандиқлар ҳосил бўлганда ҳалқум фаолиятини тикловчи пластик жаррохлиги ўтказилади.

ХАЛҚУМНИ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўткир фарингитлар

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотини маълумотиға биноан, дунёда ҳар бир катта ёшдаги одам ҳар йили 4-6 маротаба қадар юқори нафас йўлларини ўткир яллиғланиши билан оғрийди. Ҳалқум шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши (ўткир фарингит) аксарият холларда бурунни бўшлиғини ўткир яллиғланиши билан бирга кечади, аммо баъзан, ўзини алоҳида яллиғланиши ҳам учраб туради. Ўткир фарингитнинг пайдо бўлишидаги омиллар, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишлари, касбдаги зарарли омиллар (чанг,турли кимёвий чиқиндиларни таъсири), ичкилик ичиш, тамаки чекиш, жуда иссиқ ва аччиқ овқат тановул қилиш кабилар сабаб бўлади. Бундан ташқари айрим юқумли ва қон касалликларда (терлама, чечак, агранулоцитоз, лимфогрануломатоз ва бошқалар) ҳам ҳалқумда иккиламчи ўткир фарингит каби яллиғланиш кузатилади.

Касалликни этиологиясида вируслар 70% (аденовирус, энтеровирус, грипп вируси) ва 30% бактериялар (стрептококк, диплококк, гонококк) муҳим ўринни эгаллайди. Патоморфологик ўзгаришлардан шиллик қаватларни шиши, инфильтрацияси, қон томирларини тўлақонлиги, эпителийлар десквамацияси кузатилади. Бундай ўзгаришлар кўпроқ лимфоид тўқималар тўпланган жойларда яққол намоён бўлади, халқумни орқа девори (гранулёз фарингит) ва ён томонларида (ёнбош фарингит).

Беморларни шикоятлари: Томоқда оғриқ, ачишиш, ютинишни қийинлиги ва йўталга бўлади. Томоқдаги оғриқ қуруқ, сўлакни ютишда кучаяди. Оғриқ бурун халқумга, қулоққа тарқалади, кейинчалик яллиғланиш жараёни тарқалиб, танглай ёйларини қамраб олгандан сўнг, беморларда томоқда ёт жисм борлигига шикоят пайдо бўлади. Айрим ҳолларда томоқдаги ачишиш хиссиёти шу даражада кучли бўлади, ҳатто беморларда кўзларидан ёш оқади. Беморларни умумий ҳолати кескин ўзгармайди, уларда сезирарли қувватсизлик, тана хароратини субфебрил кўтарилиши ва иштахани бузилиши кузатилади.

Фарингоскопия қилинганда халқум шиллик қаватлари локлангандек қизариб, ялтираб кўринади. Орқа девори шилимшиқ ажралмалар билан қопланга, лимфоид гранулалар қизариб катталашган, қон томирлари бўртган бўлади. Касалликни ён томонларини яллиғланиши турида, икки ён томондаги валикларни қизариб, шишганлиги кўзга ташланади, бундай ўзгаришлар танглай ёйлари, кичик тилга, хиқилдоқ устки тоғайи ва хиқилдоқни кириш қисмларига ҳам тарқалади. Шилиқ ости безларини фаолияти кучайганлиги сабабли, халқум шилимшиқ ажралма билан тўлган бўлади.



Расм 68. Ўткир фарингит

Ўткир фарингитни оддий катарал ангинадан, қон касалликларида халқумдаги иккиламчи ўзгаришлардан ва халқумни ёлинидан (рожа) фарқлаш лозим.

Ўткир фарингит одатда маҳаллий даволанади. Даволашни қатнаб, амбулатор олиб борилади ва дастлаб касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилишдан бошланади. Беморларга илиқ суюқ овқатлар тавсия қилинади, томоқни чайиш учун илиқ антисептик дориларни қайнатмалари (эвкалипт, шалфей ва ромашка қайнатмалари, натрий гидрокорбанат эритмаси) буюрилади. Кунига 4-5 маҳал ингалипт, ёки

каметон аэрозоллари сепиш тавсия этилади ва бурунга мойли томчилар (облепиха, ўрик данагини мойи, шафтоли данагини мойи кунига 4 маҳал томизилади) тайинланади. Ёғли томчиларни беморларга ётган ҳолда томизиш буюрилади, бундан ёғлар бурун орқали ўтиб ҳалқумни орқа деворини ёғлайди. Натижада шиллиқ қаватлар юзасида мойли химоя қатлами ҳосил бўлади. Антигистами дорилар ва химоя қуватини кўтарувчи (имудон, тонзилгон ва ИРС-19) тавсия қилинади. Ҳарорат субфебрил бўлганда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари қўлланилади. Сўриш учун фалиминт, фарингосепт ёки антибиотиклардан макропен қўллаш яхши натижа беради. Охириги вақтларда антисептик ва оғриқсизлантирувчи хусусиятга эга бўлган лоробен ва септолета эритмалари қўланилмоқда. Лорбен спрей ҳолида кунига 4-6 маҳал сепиш тавсия қилинади.

Физиотерапевтик муолижалардан ҳалқумни орқа деворига УФ нурлари билан таъсир этиш ва ёғли-ишқорли инголяция қўлланилади.

АНГИНАЛАР (ҲАЛҚУМ БЕЗЛАРИНИ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ)

Ангина ўткир умумий юқумли касаллик бўлиб, бунда битта ёки бир нечта ҳалқум безларини маҳаллий ўткир яллиғланиши намоён бўлиши билан кечади. Ангиналар келиб чиқиши бўйича бирламчи ва иккиламчи яъний асосий касалликда (ўткир юқумли касалликлар, бўғма, ич терлама, қизилча ва тулеремида, қон касалликларида-юқумли мононуклеоз, агранулоцитоз, алиментар токсик алейкия ва лейкозда) томоқда ангина сифатида яллиғланиш жараёни кузатилади. Ангина кенг тарқалган касалликлар қаторига кириб, ер шари аҳолисини 4-6 % қисмида учрайди. Аскарият ҳолларда танглай безларини (1-2 безлар) ўткир яллиғланиши кузатилади, шунинг учун ҳам «ангина» деганда танглай безларини ўткир яллиғланиши тушунилади. Ангина латин тилидан келиб чиққан сўз "anqo", бўғилмоқ ёки қисилмоқ маънони англатади. Ангина тушунчаси кўп адабиётларда ўткир тонзиллит деб ҳам юритилади. Касалликни ривожланиши фаслларга боғлиқ бўлиб, совуқ ва ҳаво намлиги юқори (касалликни кўтарилиши баҳор ва кузда кучаяди) бўлган ойларда кўп учрайди. Ангина ҳаво-томчи ва алиментар инфекцияси қаторига кирганлиги учун, атрофдагиларга тез юқиб тарқалади. Касаллик асосан 17-30 ёшларда кўп (70-90%) учрайди. Асосий касаллик қўзғатувчиси стрепто-стафилококклар ва кам ҳолларда замбуруғлар (кандида) ҳисобланади.

Инсонда химоя қувватини пасайиши ҳисобига озгина совуқ ўтиши билан ҳалқум безини ўткир яллиғланиши намоён бўлади.

Инфекция экзоген ёки эндоген бўлиши мумкин, ҳалқум безларини шиллиқ пардаси юзасига экзоген фактор сифатида касаллик чақирувчи микроб ҳаво-томчи ва алиментар йўл билан ёки беморга тўғридан-тўғри яқин алоқада бўлиш натижасида ўтиши мумкин. Бундан ташқари одатда ҳалқум шиллиқ пардасида,

халкум безларини лакуналарида бўладиган микроблар ёки вируслардан аутоинфекция сифатида ривожланиши мумкин.

Оддий ангина уч хил вазиятда келиб чиқади (Б.С.Преображенский бўйича).

1.Эпизодик вазият: ташқи мухитни ижтимоий шароитлари ёмонлашганда, иммунологик химоя қувват пасайганда ва совуқ таъсир этганда аутоинфекция сифатида пайдо бўлади.

2.Эпидемик вазият: бемордан юқиши туфайли ривожланадиган ангина.

3.Сурункали тонзиллитнинг қайталаниши сифатида пайдо бўладиган ангина.

Кўпинча ангина сурункали тонзиллитнинг қайталаниши сифатида кечади.

Касалликни муккамал ўрганиш учун,уларни аввал **синифларга бўлиш мақсадга мувофиқдир.** Ангиналарни синифларга бўлишидан мақсад, касалликни ташхиси, даволаш ва олдини олиш масалаларини ягона бир тизимга туширишдан иборатдир. Бу мақсадда турли муалифлар ўзларини мулохазаларини таклиф қилишган. Касалликни синифланишида уни клиник, морфологик, патофизиологик, этиологик ва бошқа масалаларни қамраб олишга асослангандир.

Хозирги кунда ангинани энг кўп тарқалаган ва амалиётда кенг қўлланилаётган Б.С.Преображенский томонидан таклиф қилинган ва В.Т.Пальчун томонидан ўзгартирилган синифланишидир:

Оддий ангина;

- катарал
- фолликуляр
- лакунар,
- аралаш.

Атипикки ангиналар:

Симановский-Плаут-Венсан ангинаси

Герпетик

Флегманоз

Замбуруғли

Аралаш

Юқумли касалликлардаги ангина:

Дифтериядаги

Қизилчадаги (скарлатина)

Қизамиқдаги

Захмдаги

ВИЧ даги

Қон касалликларидаги ангина

Агранулоцитоздаги

Моноцитардаги

Лейкоздаги

Ангинада пайдо бўладиган патолого-анатомик ўзгаришларни асосида без паренхимасида майда қон ва лимфа томирларнинг кенгайиши, майда веналарининг

тромбози, лимфатик капиллярнинг стази аниқ намоён бўлиши кузатилади. Қуйида ангинани хар бир турини алохида кўриб чиқамиз.

Катарал ангина. Бодомча безларини юза қисмини яллиғланиши билан кечади. Касалликни бошланиш боқичи бир неча соатдан 2-4 кунгача давом этади. Клиник белгилари бирданига намоён бўлади, беморларни шикоятлари томоқ қуриши, қирилиши, озгина оғриқ сезишдан ва ютинишда бу оғриқларни кучайишидан иборат бўлади. Беморларни умумий холсизланиш, бош оғриғи, бўғимларда оғриқ, аъзои баданда қувватсизлик аломатлари безовта қилади. Тана харорати одатда субфебрил (37-37,5С) бўлади, периферик қонда яллиғланишга хос озгина ўзгариш, лейкоцитлар микдори ортиб, СОЭ тезлашганлиги кузатилади.

Фарингоскопияда танглай безлари ва танглай ёйларининг четларида қизариш ва шиш кузатилади, безлар бирмунча катталашади, айрим жойлари шилимшиқ аралаш йирингли юпқа экссудат парда билан қопланган. Тил қуруқ, қараш билан қопланган. Кўпинча регионар (жағ ости ва бўйин тугунлари) лимфатик тугунларнинг катталашини ва ушлаб кўрилганда оғриқлик бўлади. Болаларда ҳамма клиник аломатлар катта кишилардагига нисбатан кучли намоён бўлади. Касаллик 3-5 кун давом этади ва секин-аста яллиғланиш пасайиб бемор тузалиши ёки аксинча яллиғланиш аломатлари кучайиб ангинани бошқа оғирроқ кўринишига ўтиши мумкин.

Фолликуляр ангина. Касалликни бошланишдаги яширин даври унча узок бўлмайди. Кўпинча бир неча соат, камдан-кам холларда бир неча кун давом этади ва касаллик ўткир, одатда тана хароратининг 38-39 С гача кўтарилиши ва қалтираш билан бошланади. Ютинганда томоқда кучли оғриқ пайдо бўлади, кўпинча оғриқ қулоққа, бўйинга тарқалади, аксарият сўлак ажралиши кучаяди. Беморларда умумий интоксикация ривожланиб, умумий қувватсизлик, бош оғриғи, бўғимлар ва юрак соҳасида оғриқ ва иштахани бузилиши пайдо бўлади. Болаларда касалликни клиник белгилари, умумий интоксикация бирмунча оғирроқ бўлади: Тана хароратини юқори бўлиши билан бирга иштаха бузилади, кўкрак ёшидаги болаларда ич кетиши кузатилади, интоксикация кучайиб, менингизм аломатлари пайдо бўлади ва беморни кўнгли айниб қайт қилади. Қондаги ўзгаришлар: нейтрофил лейкоцитоз бўлиб, лейкоцитлар сони 12000 дан 15000 гача кўтарилади, эозинофилия, СОЭ кўпинча соатига 30-40 мм. ни ташкил этади. Сийдикда оқсил пайдо бўлади. Одатда регионар лимфатик тугунлар катталашган, улар пайпасланганда оғрийди, талоқнинг катталашини кузатилади.

Фарингоскопияда юмшоқ танглай ва танглай ёйларида туташ қизариш ва инфильтрация кузатилади, безлар катталашиб, кизаради, шишади юзаларида юмалоқ, озгина кўтарилиб турадиган сарғимтир ёки оқимтир сарғич рангда 3 мм. гача хажимда бўлган кўп сонли йирингли нукталар кўринади. Бу йирингли ажралмалар шпатель билан олинса енгил кўчади.

Бодомча безларини қизарган шиллик қаватлари юзаларидаги йирингли нукталарни адабиётларда “юлдуз тўла осмонга” киёслайди. Бу йирингли нукталар безларни фолликулаларини яллиғланиши натижасидир. Касаллик беш-етти кун давом этади, кейинчалик аста-секин яллиғланиш жараёни пасайиб, интоксикация белгилари йўқолади, тана харорати мўтадиллашади ва бемор аста-секин соғайиб кетади. Айрим холларда касалликни 4-кунларида беморни ахволи қайтадан

оғирлашади, бу ҳолат яллиғланиш жараёнини без олди тўқималарига тарқалганлигидан ва паратонзиллит ёки паратонзилляр абсцесслар билан асоратланганлигидан дарак беради.



Катарал ангина



Лакунар ва фолликуляр ангина



Расм 69. Ярали-пардали ангина

Лакунар ангина. Касалликнинг бошланиши ва унинг умумий белгилари фолликуляр ангинодаги каби бўлади. Лакунар ангина фолликуляр ангинога қараганда бирмунча оғир кечади. Ангиналарни бу турларини лакунар ва фолликуляр кўринишларига бўлиниши шартли ҳисобланиб бир беморни ўзида бир вақтда ҳам лакунар ҳам фолликуляр ангина кўриниши учраши мумкин. Айрим адабиётларда муалифлар лакунар ангина, фолликуляр ангинани келгуси босқичи деб ҳисоблайди. Касаллик бирданига тана ҳароратини 40 С кўтарилиши, қалтираш, интоксикация белгиларини кескин намоён бўлиши билан бошланади. Беморларни томоқда қаттиқ оғриқ, ютинишни қийинлиги, оғиздан кўп миқдорда сўлак ажралиши, бош оғриғи, бўғимлар ва юрак соҳасида оғриқлар безоата қилади. Умумий интоксикацияни кучайиши ҳисобига беморларда лоҳаслик ва бутун танада оғирлик безовта қилади.

Фарингоскопияда Бодомча безлари кескин қизариб шишган, юзаларидаги аввал ҳосил бўлган оқ-сарғимтир рангли йирингли ажралмалар кейинчалик катталашиб бир-бирлари билан қўшилиб йирингли оролчалар ҳосил қилади. Бундай йирингли оролчалар фақат безни юзасида жойлашган бўлиб, без ташқарисига тарқалмайди. Аммо шиллиқ қаватларни қизариб шиши атрофга кенг

тарқалади. Касаллик 5-7 кун давом этади ва кейинчалик яллиғланиш белгилари аста-секин пасайиб безни шиши ва қизариши пасаяди, без юзасидаги йирингли ажралмалар йўқолади, аммо тана харорати умумий интоксикация хисобига яна бир неча кун кўтарилиб туради, катталашган жағ ости лимфатик безлар узоқ вақт оғрикли бўлиб туради. Агар лакунар ангина асоратланса (паратонзиллит ва паратонзилляр абсцесс), ундай ҳолатда яллиғланиш жараёни анча вақтгача чўзилиши мумкин.

Лакунар ангинани халқум бўғмасидаи, фарқи,ангинани бошланиши тез клиник белгилари яққол намоён бўлиши билан кечади.Бодомча безлар юзасида оқиш рангли,юмшоқ, енгил кўчувчи караш пайдо бўлади. Бўғмада эса клиник белгилари секин аста намоён бўлади, касалликни 3-4 кунларида без юзаларида майда,кулранг, тўқималардан қийин кўчувчи, каттиқ караш пайдо бўлади. Агар бу карашлар шпател орасига олиб эзилса,қийн эзилади.Карашларни лабораторияда текширилса бўғмада Лефлер таёқчаси топилади. Даволашда бўғмага қарши зардоб қилинганда наф бўлади.

Катарал, лакунар ва фолликуляр ангиналарни даволаш: Бу кўринишдаги ангиналарни келиб чиқиши ва клиник кечишлари деярли бир хил бўлганлиги, амалиётда энг кўп учраганлиги учун, даволаш масалалари умумлаштирилган ҳолда,алохида кўриб чиқилади. Касалликнинг биринчи кунларидан беморларни уйда ётқизилиб даволанади, уларга кескин жисмоний ҳаракатлар қилмаслик буюрилади, бу тавсия касалликнинг даволашда ҳамда асоратларнинг олдини олишда энг муҳим чора хисобланади. Касалликни атрофдагиларга юқишини олдини олиш учун беморни алохида хонага жойлаштирилади ёки ётган жойи парда билан тўсиб, атрофдагилардан ажартилади, уларга овқатланиш учун алохида идиш-товоқлар ва парвариш буюмлари ажратилади, ангинага мойил болалар бемор хузурига киритилмайди. Касаллик оғир кечиши билан бошланганда беморлар дарҳол касалхонага ётқизилади.

Пархез овқатлар: суюқ,илиқ, юмшоқ, сутли овқатлар, витаминлар тайинланади.

Маҳаллий даволаш учун илиқ натрий гидрокарбонат эритмаси (200 мл сувга 1 чой қошиқ натрий гидрокарбонат ёки натрий хлорид эритмаси), фурацилин, калий перманганат, водород пероксид, календула,ромашка,шалфей дамламаларини ёки лоробен эритмаси билан томоқни кунига 5-6 маҳал чайиш тайинланади, томоққа хепилор спреии кунига 6 маҳал сепилади, бўйинга кунига 4-5 маҳал иситадиган спиртли боғлов қилинади. Умумий даволаш учун иситма туширувчи ва антибактерал препаратлар буюрилади. Касалликни биринчи кунларида антибактериал дориларни тонзилгон, фарингосепт,макропенни кунига 4-5 маротаба сўриш тавсия қилинади. Антибиотиклардан пенициллинни (беморнинг ёшига қараб суткасига 1500000- 2500000 ТБ дозада одатда 5 кунгача инекция қилиш мақсадга мувофиқ), ёки бошқа таъсир доираси кенги антибиотиклар тегишли миқдорда қўлланилади. Томир ичига антитоксик хусусиятга эга бўлган метрит 200,0 мл. кунига 2 маҳал томизилади. Неомицин, мономицин, стрептомицин каби ототоксик таъсири бор препаратларни имконият даражасида қўлламаслик зарур. Беморларни умумий ахволини эътиборга олиб, антибиотикларни ичишга тавсия

қилиш мумкин. Микрофлорани пенциллинга чидамли турларига тасир этиш мақсадида антибиотикларни аугментин, амоксиклав, кефзол, цефамезин каби турларини қўллаш мақсадга мувофиқдир. Биопороксини инголяция шаклида кунига 4 маҳал қўллаш касалликни тезда бартараф этишга олиб келади.

Кандидознинг ривожланишини олдини олиш учун антибиотиклар билан бирга, ичишга нистатин ёки леворин тавсия қилинади. Организм сезгирлигини пасайтириш мақсадида антигистамин дорилари (димедрол, супрастин, диазолин, кларитин, телфаст, фенкакрол, лордес, лорд ва бошқалар) қўллаш мақсадга мувофиқ. Яллиғланишга қарши, оғриқ қолдирувчи ва иситма туширувчи сифатида салицилатлар қўлланилади. Даволаш ишлари доимо кон, сийдик тахлили ва кардиограмма натижаларини назорат қилиш билан олиб борилади.

Касалликнинг маҳаллий ва умумий аломатлари йўқолгандан сўнг 2-3 кун кузатилади, агар ҳеч қандай асорат белгилари кузатилмаса уларга жисмоний ишлар билан шуғулланишига рухсат берилади. Беморнинг ишга лаёқатсизлик муддати ўрта ҳисобда 10-12 кунни ташкил қилади.

Флегмоноз ангина (интратонзилляр абсцесс). Касалликни бу тури ангиналарни оғир ва кўп асорат берадиган кўриншига оид бўлиб, бодомча безларини маълум бир қисмини йирингли яллиғланиб, флегмона ёки абсцесс ҳосил бўлиши билан давом этади. Бошқа турларига қараганда касаллик нисбатан кам учрайди, унинг пайдо бўлиши безнинг йирингли яллиғланиши билан боғлиқдир: одатда бир томонлама бўлади. Флегмоноз ангина бошқа ангиналардан сўнг асорат сифатида ёки безнинг шикастланишдан натижасида пайдо бўлади. Бошланиши кескин томоқда каттиқ оғриқ, ютинишни қийинлиги, калтираш, бош оғриғи, камқуватлик, тана ҳароратини юқорига кўтарилиши (39-40 °C) билан бошланади. Томоқдаги оғриқ шу даражада кучли бўладики, беморлар ҳатто бошини буришини ҳам иложи бўлмайди. Оғиздан ноҳуш хид келади, ютиниш жараёни оғриқли бўлганлиги сабабли оғизда кўп миқдорда сўлак тўпланади. Беморни териси оқимтир-кулранг, ёпишқоқ тер билан қопланади, бу ҳолат умумий интоксикацияни кучли эканлигидан дарак беради.

Фарингоскопияда ташқаридан қаралганда оғриқ кучаймаслиги учун беморлар бошларини яллиғланган без томонга эгилган ҳолда ушлайди. Яллиғланиш жараёни кучли бўлганлиги натижасида беморларда чайнаш мушакларини қисман тризми ривожланганлиги учун, оғизни тўлиқ очишни имкони йўқ. Яллиғланган без ва уни атроф тўқимаси кескин қизариб шишганлиги ва тилча томонга сурилганлиги сабабли, халқумга кириш қисми тўсилиб қолган. Юмшоқ танглайни ҳаракати кескин чегараланган, шунинг учун ҳам беморларда очиқ пинқилик ва ичилган суюқ овқат бурундан оқиб чиқиши кузатилади. Регионар лимфа безлари катталашган ва оғриқли бўлади. Бўйинни ҳаракати томоқдаги оғриқни кучайтирганлиги сабабли беморлар бошини буриш учун бутун гавдасини буришади.

Даволаш: Абсцесс тўлиқ шакилланган бўлса, аввал безни шишган жойидан Куликов игнаси ёприцга кийдирилиб пункция қилиб йиринг сўриб олинади, сўнгра пункция қилинган жойдан абсцесс учи ўткир зажим билан кенгайтирилиб барча йиринг чиқариб ташланади. Кейинги даволаш бошқа ангиналарни доволагандек (антибиотиклар, иситма туширувчи, оғриқ қолдирувчи ва антигистамин дорилар)

олиб борилади. Агар яллиғланиш жараёни қайталаниб, абсцесс хосил бўлиши давом этса, ундай ҳолда даволашни бир томонлама тонзиллэктомия қилишдан бошланади. Бундай усулда олиб борилган абсцесс тонгзилэктомия яллиғланиш жараёнини тез бартараф қилиб, беморни ахволини яхшилашга олиб келади. Аммо баъзан қон кетиши каби асоратларни ҳисобга олиш зарур.

Хақиқий безолди абсцессини, эпителий остида хосил бўладиган сарғимтир рангли ретенцион кисталардан фарқ қилиш керак. Бундай кисталарда яллиғланиш жараёни ўткир кечмайди, беморни умумий ахволи қониқарли ва тана харорати доимо мўтадил бўлади.

Герпетик ангина: Бу ангинани кўзгатувчиси аденовирус Коксаки А ҳисобланади. Касалликни клиник кечиши қиш ва баҳорда спорадик кўринишда, ёз ва кузда эса эпидемик кўринишга бўлади. Герпетик ангина кўпинча болаларда асосан кичик ёшдагиларда учрайди. Инкубацион даври 2-5 кун баъзан 2 ҳафтагача давом этади. Касаллик контакт йўл билан тарқалишига мойил. Бошланиши ўткир бўлиб, тана харорат 38-40 С даражага кўтарилади, ютинганда томоқда кучаяди, иштаха ва уйку бузилади, бемор лохас бўлиб, бош оғрийди, қорин мускулларида оғриқ пайдо бўлади, қайт қилиш ва ич кетиши кузатилади, умумий ахволи оғирлашади. Қонда бироз лейкоцитоз, кўпинча озгина лейкопения ва СОЭ тезлашади. Айрим ҳолларда болаларда касаллик сероз менингит каби асорат беради.

Фарингоскопияда касалликнинг биринчи соатларида ҳалқум шиллик пардасида диффуз қизариш кўзга ташланади. Юмшоқ танглай, тил ёйчаларида ва қисман безларда ва ҳалқумнинг орқа деворида унча катта бўлмаган қизғич пуфакчалар кўринади, 3-4 кундан сўнг пуфакчалар ёрилади ва оз миқдорда шилимшиқ ажралмалар чиқади. Айрим ҳолларда пуфакчалар ёрилмасдан қайта сўрилади ва шиллик парда одатдаги ҳолатига келади.

Даволаш бошқа ангиналарни даволангандек олиб борилади.

Ярали-пардали (Симановский- Плаут-Венсен ангиnasi) ангина. Бу ангинанинг кўзгатувчиси туксимон таёқча ва оғиз бўшлиғидаги сапрофит спирахета симбиози ҳисобланади. Бу таёқчалар кўпинча соғлом кишиларнинг оғиз бўшлиғида сапрофит ҳолатда учрайди. Симановский-Плаут-Венсен ангиnasi нисбатан кам, спорадик ҳолда учрайди. Бироқ уруш ва таъбий офатлар юз берган йилларда касаллик кўп учраган ва оғир кечган, бунинг сабаби ижтимоий ҳаёт тарзи ёмонлашиб инсонларда химоя қувватлари пасайиши ҳисобига касалликни авж олишидир. Бундан ташқари касаллик асосан иккиламчи йўлдош касалликлари бор, кам қувват, озғин, витаминлар етишмовчилиги бор ва иммунологик қобиляти пасайган одамларда ҳам кўпроқ учрайди.

Касалликни белгилари: беморлар ютинганда томоқда ноқулайлик, ёт жисм борлигига ўхшаш сезгидан, оғиздан сассик хид келишидан, кўп сўлак ажралишидан шикоят қиладилар. Тана харорати одатда мўтадил бўлади, унинг кўтарилиши эса асоратлар пайдо бўлганидан дарак беради. Яллиғланган муртак томонидаги регионар лимфатик тугунлар катталашади, пайпаслаганда оғриқ сезилади. Касалликни клиник белгиларини кескин намоён бўлмаслигига қарамай,

беморларда умумий интоксикация белгилари яққол кўзга ташланади. Ютинишда одатда оғриқ бўлмайди. Касаллик бир хафтадан уч хафтагача давом этади. Айрим холларда эса бир ойгача чўзилиши мумкин. Касалликни клиник белгилари кескин намоён бўлмаслиги сабабли, айрим холларда беморлар деярли врачларга мурожат этишмайди ва даволанмайдилар. Кўпинча бундай беморларни умумий тибий кўриклар ўтказилаётганда тасодифан аниқланади.

Фарингоскопик ўзгаришлар: жараён кўпинча бир томонлама бўлиб, без юзасида чуқур бўлмаган, қирғоқлари нотекис, некрозли яра кўринади, яра юзи эса сарғимтир, енгил кўчувчи йирингли парда билан қопланган бўлади. Кўчган қараш тагида некротик тўқима бўлади (расм 69).

Қиёсий ташхисни халқум бўғмаси (дифтирея) билан, қон касалликларида халқумдаги ўзгаришлар билан ўтказилади. Касалликни клиник белгиларига ва қопламадан олинган суртмада спирохетани бўлишлигига асосан қўйилади. Қонда енгил лейкоцитоз ва СОЭ тезлашган бўлади.

Даволаш: Одатдаги ангиналарни даволагандек олиб борилади ва қўшимча ярани антисептик дорилар шимдирилган тампон орқали эҳтиётлик билан некроздан тозаланади, оғиз бўшлиғини кунига 5-6 маҳал фурацилин эритмаси (1:5000) ёки шалфей ва ромашка дамламаси билан чайилади. Яра йод ёки кумуш нитрат (5% ёки 10%) эритмаси билан суртилади, бундан ташқари яра юзасига неосальварсан, новарсенол суртиш ёки сепиш бир мунча яхши фойда беради. Касаллик оғир кечганда венага новарсенол юборилади (0,3-0,4 г) ҳамда спирохеталарга қарши таъсир кўрсатадиган пенициллин ишлатилади.

Замбуруғли ангина (Кандидоз). Асосан кичик ёшдаги болаларда, бундан ташқари кўп антибиотиклар, кортикостероидлар, цитостатиклар қўлланилганда ва иммунологик қувватлари паст одамларда учрайди. Касаллик ўткир бошланади, тана харорати 37, 5-37, 9С гача кўтарилиши билан кечади. Клиник кўриниши бошқа ангиналарга қараганда кам намоён бўлиши билан давом этади. Беморларни томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги, умумий қувватсизлик безовта қилади. Без юзаларида кандидозга хос қарашлар хосил бўлганлиги учун ҳам беморларни томоқда ёт жисм борлиги хиссиёти безовта қилади. Оддий ангиналардан фарқли, кандидозли ангинадаги йирингли ажралмалар оқ рангда, творог қолдиқларини эслатади.

Ўз вақтида ва охиригача олиб борилмаган даволаш касалликни тез кунларда яна қайталанишига сабаб бўлади.

Фарингоскопияда безлар катталашган ва биров қизарган, юзаларида оқ майда ва тиниқ, творогсимон кўринишидаги, енгил кўчувчи, нуктасимон ажралмалар кўринади. Бундай қопламалар секин-аста катталашиб қўшилиб қопламалар хосил қилади. Агар даволашни ўз вақтида ўтказилса касалликнинг 5-7 кунда бошлаб бундай ажралмалар йўқолиб без тозаланади. Касаллик авж олганда регионар лимфатик тугунлар катталашади, тана харорати кўтарилади, беморни ахволи оғирлашади.

Ташхисда без юзасидан олинган суртмани бўялмаган холда, микроскоп остида кўрилса, кандида бластоспорларини фаол бўлинаётганлиги кўзга ташланади.

Даволаш Касаллик антибиотикларни, кортикостероидлар кўп қўллаганда дисбактериоз ривожланиш хисобига пайдо бўлади. Шунинг учун даволашни бу

дориларни қўллашни тўхтатишдан бошланади. Сўнгра организмнинг умумий химоя қаршилигини кучайтириш, витаминлар группасидан В, С, К қўллаш, кунига 500000 ТБ дан нистатинни 3-4 марта 2 ҳафта давомида ичиршга буюрилади. Жароҳатланган без юзалари анилинли бўёқлар – метилбинафша ва геннцан бинафшанинг 2% ли сувдаги ёки спиртаги эритмаси маҳаллий суртилади ва бундан ташқари, 5-10% ли кумуш нитрат эритмаси ёки 2-5% ли натрий гидрокарбонат ёки Люголь эритмаси суртилади. Томоқни ни кунига 5-6 мартаба 1:10000 нисбатдаги хиназол эритмаси билан чайилади.

Ангиналарни асоратлари. Ангиналар оғир асоратлар беради,бу асоратлар касаллик вақтида ёки каслликдан бир неча кун ўтгандан сўнг намоён бўлиши мумкин. Асоратлар маҳаллий ва умумий кўринишга эга бўлади, маҳаллий асоратлари паратонзиллит, паратонзилляр абсцесс, латерофарингиал абсцесс, тонзиллоген медиастенит ва тонзиллоген сепсис, бўйин флегмонаси сифатида кўринишга эга бўлади. Умумий асоратлардан ревматизм, ревматик полиартерит,нефрит, холецистит ва менингитлар учрайди. Охирги келтирилган маълумотларга қараганда инсон танасида ангиналар билан боғлиқ бўлган 100 дан ортиқ касалликлар мавжудлиги аниқланган.

ҚОН ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИДАГИ АНГИНАЛАР

Қон тизими касалликларида ҳалқум безларида ангина каби яллиғланиш жараёни кузатилади, бундай касалликларни ўз вақтида аниқлаб,оддий ангиналардан қиёсий фарқини ажратиб, ташхис қўйиб даволаш, бир қанча оғир асоратларни олдини олади.

Қон тизимини бундай касалликлари қаторига қуйдагилар киради: Юқумли моноклеоз, агранулоцитоз, алиментар токсик алейкия ва ўткир лейкоз. Қон тизими касалликларида, беморни иммунологик химоя кучи кескин пасаяди,бундай шароитда оғиз бўшлиғидаги сапрофит микрофлорани патологик хусусиятга кучаяди ёки сурункали яллиғланган бадомча безларидаги жараённи фаоллашиши хисобига,безларда иккиламчи ангиналар пайдо бўлади.

Юқумли моноклеозда ангина:Адабиётларда бу ангинани бошқа номлар билан (Лимфоид тўқималари ангинаси,Пфейферни безлар иситмаси,Филатов касаллиги) деб ҳам аталади. Касаллик кўпроқ болаларда ва ёшларда учрайди.

Касалликни келиб чиқишида икки хил назария мавжуд,биринчи назария бўйича касаллик махсус *B. monocytogenes* бактериялар келтириб чиқаради, иккинчи назария бўйича касаллик қўзғатувчиси лимфатроп Эпистайна-Барр вируси хисобланиб, бу вирус доимо листерелла бактерияси билан бирга учрайди. Касаллик хаво-томчи йўл билан ва беморни буюмлари орқали юқади.Асосий кириш дарвозаси бурун ва оғиз йўллари хисобланади.

Касалликни бошланишида ўзига хос триада симптом пайдо бўлади: хароратни кўтарилиши,томоқда ангиная хос ўзгариш,аденогепатоспленомегалия ва қонда лейкоцитоз яъний касалликни 6 -10 кунларида моноцитларни (60- 80%) атипик турлари кўпайиб кетишидир. Беморларда умумий қувватсизлик,иштаха ва уйқуни бузилиши безовта қилади,орадан 1-2 кун ўтгач бирданига тана харорати

юқорига (39-40 С) кўтарилади, бодомча безлари катталашиб, айрим холларда нафас олишга қийинлик туғдиради. Дастлаб бўйиндаги лимфатик безлар, кейинчалик бошқа безлар ҳам катталашади ва пайпаслаганда оғриқли бўлади. Бунга қўшимча жигар ва талоқ катталашади, айрим беморларда терида тошмалар кузатилади. Касалликни ўзи хос кўринишларидан бири (айниқса болаларда) бурун-ҳалқум шиллиқ қаватларини кескин шиши билан давом этади, шунинг учун ҳам беморларда нафас олишни қийинлиги, пингиллаб гапириш каби белгилар пайдо бўлади. Бодомча безларида ярали-пардали ангина ёки ҳалқум бўғмаси сингари йирингли карашлар ҳосил бўлади. Шунинг учун ҳам айрим холларда адашиб ҳалқум бўғмаси ташхиси қўйилиб даволанади.

Фарингоскопияда: моноклеозда ҳалқум шиллиқ қаватларни кескин шиши кузатилади, ҳалқум безлари катталашган, қизарган юзаларида дифтерия қопламасига ўхшаш сарғимтир караш билан қопланган бўлади. Без юзасидаги карашлар танглай ёйлари, кичик тилга тарқалади. Бошқа ангиналардан фарқи бу карашлар ҳалқумда узок муддат (1 ойгача) сақланиб туради.

Ташхисда қонни умумий тахлили катта ўрин эгаллайди, касалликни 2-3 кунларидан лейкоцитларни миқдори ортади (лейкоцитоз) ва 7-10 кунларида энг юқори даражасига этади. Ортган лейкоцитларни 60-80% ўзгарган моноцитлар – моноклеарлар ташкил этади. Ташхисда серологик текширишлар ҳам муҳим ўринни эгаллайди, бунда Паул-Буннел реакцияси мусбат бўлади. Бауэр-Гоффа синамаси қонда махсус антигенни миқдорини аниқлашда ёрдам беради. Касаллик 3-4 ҳафта давом этади ва аста-секин яллиғланиш жараёни пасаяди, иситма мўтадил бўлади, лимфатик безлар, кичради, беморни ахволи яхшиланади.

Даволаш: беморга ётиб даволаниш тавсия қилинади ва витаминларга бой суюқ, илқ овқатлар тавсия этилади. Иккиламчи инфекциянинг олдини олиш учун антибиотиклар қўлланилади. Томоқни чайиш учун дезинфекцияловчи, буриштирувчи суюқликлар тавсия этилади, безни некрозга учраган қисмларни 10% ли кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилади, бу даволарга қўшимча равишда кортикостероидлар қўлланилади. Касалликни авжида тонзилэктомия яхши фойда беради, аммо беморни ахволи кескин ёмонлашиб қолиши ҳам кузатилади.

Агранулоцитозда ангина. Алохида нозологик касаллик ҳисобланмасдан, балки қон ишлаб чиқариш тизимини турли юқумли касалликлар, токсик таъсирлар, ўткир нурланишдан сўнг, цитостатик дорилар қўлланилганда ва Кандида замбуруғи таъсири натижасида пайдо бўлган реакциясидир. Бу касалликда қонда лейкоцитларни миқдори (нейтрофил гранулоцитлар) кескин (0,5-10 9×10^9 /л) камайиб кетади. Клиник кечиши касалликни келиб чиқишига қараб икки хилга биринчиси:

секин-аста бошланадиган **миелотоксик**

иккинчиси: ўткир бошланадиган **иммунологик** турларига бўлинади.

Касалликни миелотоксик турида бошланиши (1-2 кун давомида) дастлаб умумий қуватизлик, иштаха ва уйқуни бузилини сифатида намоён бўлади, кейинги кунларида тана хароратини кескин кўтарилади, қалтираш пайдо бўлиб, умумий ахволи оғирлашади, томоқда оғриқ, ютинишни ва гапиришни қийинлаги пайдо бўлади. Оғиздан ноҳуш хид келиб, сўлак оқади, ошқозон ичак тизимида турли диспептик ҳолатлар пайдо бўлади.

Касалликни иммунологик кўринишада юқорида келтирилган клиник белгилари биринчи кундан бошлаб кескин намоён бўлиши билан ажралиб туради. Беморни умумий ахволи оғирлашади, тана харорати септик тус олади, томоқдаги оғриқ кучаяди, бўғимларда оғриқлар пайдо бўлади, кўзларда сарғайиш аломатлари кўринади, юқори иситма натижасида беморлар алахсирайди.

Фарингоскопияда танглай безларида, кичик тилда турли некротик ярачалар пайдо бўлади, бу ярачалар тўқималарни чуқур қисмларини ҳам қамраб олади. Кейинги кунларда некротик ярачаларни юзалари кўчиб тушади, ўрнида чуқур, секин битадиган яралар пайдо бўлади. Шиллиқ қаватлар қизариб, шишиб кетади. Касалликни авжга чиқиш даврида оғизни шиллиқ қаватларига ҳамда тери остига қон қуйилишлар кузатилади.

Касалликни ташхисида қон ва суяк кемикларидан олинган суртмаларни текширишлар натижаси муҳим ўрин эгаллайди.

Даволаш: Касалликни даволашда келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф этиш, қон тизимига салбий таъсир этувчи дориларни қўллашни тўхтатиш зарур. Томирга лейкоцитар массалар ва қон қуйилади, мушак орасига 5% нукленат натрий эритмаси 5-10 мл 2 маҳалдан юборилади. Бундан ташқари гормонал дорилар ва витаминлар тавсия этилади, оғизни турли антисептик дорилар билан чайилади. Касалликни натижаси анча мураккаб бўлиб, айрим ҳолларда турли оғир септик ҳолатлар сингари асоратлар пайдо бўлади.

Лейкозда ангина. Қон тизимидаги энг оғир касалликлардан бири ҳисобланади, бу касалликда қонда лейкоцитларни етилмаган таначалари кўпайиб кетади. Касалликни асосида хромосомаларни таркибини туғма ёки ортирилган бузилиши ётади.

Клиник кечиши бўйича: ўткир ва сурункали кўринишлари тафовут қилинади. Касаллик кўпроқ ёшларда учрайди. Бу касалликни оғир кечадиган тури, ўткир лейкозни миелоз кўринишидир. Бошланиши ўткир, кескин тана хароратини кўтарилиши, (гектик кўтарилиши кузатилади) қалтираш билан бошланади. Томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги ва оғиздан ноҳуш хид келади. Беморларда умумий қуватсизлақ, кўп терлаш кузатилади ва бош айланиши безовта қилади, уларда кучли геморрагик белгилар, тери ва шиллиқ қаватларга қон қуйилиши, бурундан қон кетиши, озгина жароҳатлардан ҳам узоқ вақт тўтамайдиган қон кетади. Бодомча безларини яллиғланиши, касалликни 3-5 кунларида намоён бўлади, лимфатик безлар катталашади, бир вақтни ўзида жигар ва талоқ ҳам катталашади. Касалликни бир кўринишида лейкоцитларни миқдорини кескин кўпайиб кетиши билан давом этса, бошқа кўринишида аксинча лимфоцитларни миқдорини кескин камайиб кетиши билан кечади.

Фарингоскопияда касалликни бошланишида танглай безлари қизаради ва шишган бўлади, аста-секин юзаларида яралар пайдо бўлади, кейинчалик бу яралар некрозга айланади, некрозга учраган жойлар оқиш ёки сарғимтир-оқиш рангдаги караш билан қопланади. Бу карашлар без юзасидан қийин кўчади, уларни кўчирилганда узоқ вақт, қон кетувчи яралар очилади. Бундай яралар оғиз бўшлиғига, танглайга, милкларга тарқалади ва тез-тез қон кетиши билан давом этади.

Касалликни ташхисида қонни ва суяк кемигидан олинган суртма тахлили асосий ўринни эгаллайди. Қонда кўп миқдорда ёш ва атипик (гематобласт, миелобласт, лимфобласт) қон шаклари пайдо бўлади.

Бу касалликда натижа кўпинча ўлим билан якунланади.

Даволашда асосан цитостатик (атлеран, допан), кортикостероид дорилар қўлланилади, ҳамда лейкоцитар масса ва қон қуйилади, рентген нурлари билан таъсир эттирилади. Хозирги кунда яхши наф берадиган даволаш усулларида бири суяк кемигини кўчириб ўтказиш хисобланади. Иккиламчи инфекцияни олдини олиш учун антибиотиклар ва фунгостатик дорилар қўлланилади.

Юқумли касалликлардаги ангиналар

Айрим юқумли касалликларда танглайда ва танглай безларида ҳам ангинага хос яллиғланишлар кузатилади. Буни билишни ахамияти шундаки ангина ташхисини қўйиб даволаб, бошқа асосий юқумли касалликларни ўтказиб юбормаслик керак. Бундай юқумли касалликларга қуйдагилар киради: Бўғма (дифтерея), қизилча (скарлатина), ич терлама ва бошқалар. Бу касалликларни ташхис қўйишда ўзига хос клиник белгилари ва лаборатор текширишлар натижаларига асосланади.

ҲАЛҚУМ БЎҒМАСИ (ДИФТЕРИЯ)

Ҳалқум бўғмаси ўткир юқумли касаллик хисобланиб, қўзғатувчиси Клебса-Леффлера (*Corynebacterium diphtherie*) хисобланади. Касалликда 90-95 % ҳолатларда ҳалқумни яллиғланиши билан ва танглай безларида ангинага хос ўзгариш бўлиши билан кечади.

Клиник кечиши бўйича чегараланган, тарқалган ва токсик турларига бўлинади. Чегараланган тури ўз йўналишида, катарал, оролча (без юзида чегараланган 5-6 мм ҳажмда қопламалар ҳосил бўлиши билан кечади) ва карашли-қоплама (без юзасини тўлиқ қоплаб олувчи караш ҳосил бўлади) пайдо бўлиши кўринишда кечади. Касалликни катарал тури асосан эмланган болаларда учраб, катарал ангина каби, қоплама ва карашлар ҳосил бўлмасдан енгил кечади. Қолган барча турларида бўғмага хос ҳалқумда ва бодомча безларда карашлар ҳосил бўлиб давом этади.



Расм 70. Ҳалқум бўғмаси (дифтерия)

Ҳалқум бўғмасини клиник кечишида- Касаллик секин-аста клиник белгиларни намоён бўлиши билан бошланади. Биринчи навбатда интоксикация белгилари пайдо бўлади, беморлар кам кувват, ранги оқарган,ланж бўлиб қолади, аммо тана харорати юқори бўлмаслиги мумкин,вақт ўтиши билан интоксикация кучаяди.Кейинчалик томоқда оғриқ,тана хароратини юқорига кўтарилиши ва без юзаларида қорамтир-кулранг карашлар пайдо бўлади. Кейинчалик бу карашлар катталашиб без юзини тўлиқ қамраб олади ва ташқарига, танглай ёйларига,кичик тилга,ҳалқумни орқа деворига тарқалади. Касалликни энг оғир кечиши, бу берган асоратларидир, яъний токсик миокардит, кичик тилни фалажлиги, нефрит ва бошқа аъзоларга токсик таъсири.

Фарингоскопия: Қизариб шишган танглай шиллиқ қаватларида ва безлар юзасида аввал катта бўлмаган қалин қорамтир-кулранг караш ҳосил бўлади, кейинчалик бу карашлар без юзасидан ташқарига танглай ёйлари, кичик тил ва ҳалқумни орқа деворларига ҳам тарқалади. Без юзасидаги бу карашлар қийин кўчади ва кўчириш вақтида без юзасида қонаб турувчи яра ҳосил бўлади. Бўйин лифатик тугунлари катталашган, оғир ҳолатларда бўйин юмшоқ тўқималарини шиши кузатилади.

Ҳалқум бўғмасини лакунар ангинадан фарқи агар фолликуляр ангинада жараён доимо икки томонлама бўлса, бўғмада айрим ҳолларда жараён бир томонлама бўлиши мумкин. Лакунар ангинада без юзасидаги қоплама оқ-сарғиш рангда, енгил кўчувчи ва қоплама остидаги шиллиқ қават юзаси ўзгармаган бўлади. Бўғмадаги караш тоғай сингари қаттиқ бўлади,тўқималардан қийин ажралади.. Касалликни кечишида дифтерияга гумон қилинса дарҳол без юзасидан суртма олиниб бактериологик текшириш ўтказилади. Агар суртмада Клебса-Леффлера таёқчалари аниқланса, бемор дарҳол юқумли касалликлар бўлимини алоҳида ажратилган хонасига ётқизилаб даволанади.

Даволашда дифтерияга қарши зардоб Безредка усулида киритилади.Касалликни чегараланган кўринишида 10 000-30000 АЕ,тарқалган

турида 40000-50000 АЕ ва некротик кўринишида 100000 АЕ киритилади. Зардобни асосий миқдорини киритишдан 1 соат аввал,ножўя таъсирини аниқлаш мақсадида тери остига 0,5 мл киритилади, агар салбий ўзгариш кузатилмаса қолган миқдорини киритилади.Даволашни қолган қисми симптоматик олиб борилади.Хозирги кунда зардобни кам асорат берадиган ва тозаланган диаферм тури ишлатилмоқда.

Скарлатинада (кизилча) ангина.

Ўткир юқумли касаллик бўлиб,чақирувчиси стрептококклар ҳисобланади. Қизилча билан асосан ёш болалар (2-10 ёш) касалланади. Касаллик беморлардан хаво-томчи йўл билан тарқалади. Бошланишида томоқда ангина сингари ўзгариш билан кечади. Клиник кечиши бўйича енгил, ўртача оғир ва оғир турлари мавжуд. Томоқдаги ўзгариш касалликни килиник турлари мос равишда катарал яллиғланишдан бошланиб некротик ўзгаришларгача бўлиши мумкин.

Касалликни белгилари -касаллик ўткир бошланади, беморларда тана ҳарорати кескин кўтарилади, кўнгил айниб қайт қилади,ичи тез ўтади ва умумий ахволи оғирлашади. Беморлар томоқни қуруқшаб қолиши ва кучайиб боровчи оғриқга шикоят қилади. Интоксикация кучайиб бориши натижасида,тана ҳарорати кўтарилади, томир уриш ва нафас олиш тезлашади беморларда ваҳима ва қўрқинч ҳиссиётлари пайдо бўлади,лоҳас бўлиб,уйқу ва иштаха бузилади.

Бемор кўрилганда лунжлари қизарган (артериал тўлақонлик ҳисобига), яноқлари тўқ қизил, аммо бурун-лаб учбурчаги оқ рангда бўлади, бундай ҳолатни “скарлатинага хос никоб” дейилади (биринчи маротаба бу белгилар Н.Ф.Филатов томонидан ёзилган).

Касалликни бошланишида қаттиқ танглайда, танглай ёйлари, кичик тил, безлар юзасида, атроф тўқималардан кескин чегараланган, қизариб шишга скарлатинага хос тошмалар кузатилади, бундай тошмаларни “скарлатина энантемаси” деб юритилади (тошмаларни шундай тўқ қизил рангдалиги учун касалликни скарлатина деб номланган ёки италиян тилида скарлатум –тўқ қизил деган сўз). Бодомча безлари катталашган ва тўлақонлик ҳисобига қизарган. Тил қалин оқ қараш билан қопланган, қирғоқлари эса қизарган бўлади. Касалликни ёрқин намоён бўлган даврида, бўйин терисида, танада ва оёқ-қўлларда майда, қизил рангли бўртмалар пайдо бўлади. Бўйин ва жағ ости лифатик тугунлар катталашган, ушлаб кўрилганда орғиқли бўлади. Касалликни кейинги кунларида бундай ўзгаришлар бошқа жойларда йўқолиб фақат безларда қолади. Бодомча безларидаги ўзгаришлар касалликни оғир кечишида катарал ҳолатдан ярали-некротик ҳолатгача ўтиши мумкин. Беморга ташхис қўйилгандан сўнг дарҳол атрофдагилардан ажратилади ва юқумли касалликлар клиникасига ётқизишиб даволанади.

Даволашда кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклар,сульфаниламид препаратлари ва антигистамин дорилар қўлланилади. Қолган даволар симптоматик олиб борилади.

Ич терламада (Брюшной тиф) ангин.

Ўткир юқумли касаллик хисобланиб,асосан чакирувчиси терлама таёқчасидир. Касаллик тарқатувчиси бемор хисобланиб, овқат ўтиш йўллари орқали юқади. Бошқа юқумли касалликларга қараганда ич терламада, ҳалқумда ўзгаришлар кам учрайди.

Бу касалликни эскича номи Дюге ангиnasi деб ҳам юритилади.

Касалликни бошланишида томоқда ва бодомча безларида катарал яллиғланиш хос ўзгариш пайдо бўлади, кейинчалик танглай ёйларида ва безларда шишлар пайдо бўлади. Аста-секин без юзасида сарғимтир-оқиш рангда, юмалоқ, майда некротик ярачалар хосил бўлади. Шунинг билан бирга беморни умумий ахволи оғир бўлади, тана харорати гипертермик чизикда, бош оғриғи, терида ич терламага хос тошма (розеола) кузатилади. Беморларда талоқ катталашади (спленомегалия), ичаклар фаолиятини бузилиши хисобига метиоризм кузатилади, қонда лейкоцитларни миқдорини озаийиши (лейкопения), эзинофилларни кескин пасайиши ва камконлик белгилари пайдо бўлади.

Ҳалқум ва безлардаги некротик ярачалар учинчи хафтага бориб секин-аста тозаланади ва грануляциялар ўсиб эпителий қатлами тикланади.

Ташхисда бактериологик ва серологик текширишлар натижаларига ва касалликни клиник белгиларига, ахлатда ич терламани кузгатувчисини аниқлаш натижаларига асосланиб қўйилади.

Даволашда ич терлама зардоб,иммунотрансфузия килинади, ҳамда махсус бактериофаг ва нитрофуран антибиотиклари,иммунологик қувватни кўтарувчи дорилар қўланилади.

АНГИНАНИ АСОРАТЛАРИ

Паратонзиллит

Асоратларни энг кўп учрайдиган тури бу паратонзиллит ва паратонзилляр абсцесслар ангинани кўп учрайдиган асоратлари каторига кириб, Лор касалликларини 12,5% салмоғини ташкил қилади.

Паратонзиллит сўзи касалликнинг мохиятини тўлиқ акс эттиради, чунки бунда бездаги яллиғланиш жараёни без олди тўқималарига тарқалиши ва бу жойда яллиғланиш инфильтрати хосил бўлиши билан кечади. Ангина вақтида макроорганизмни химоя фаолияти пасайиши ёки микроорганизмни вирулентлиги юқори бўлганда, инфекцияни без олди тўқималарига ўтиши натижасида паратонзиллит ривожланади.Баъзан паратонзиллитни ривожланиши безни юқори қисмида,капсуласидан ташқарида жойлашган шилишшиқ ишлаб чиқарувчи Вебер безларини ялиғланишидан,ёки шу жойдаги қўшимча безни яллиғланиши натижасида ривожланиши мумкин. Айрим холларда партонзиллит одонтоген – яллиғланган тишлардан инфекцияни тарқалишини хисобига пайдо бўлади. Ангинадан сўнг хосил бўлган бундай инфильтратлар ўз вақтида ўтказилган даволаш натижасида секин-аста қайта сўрилиб кетиши ёки жараён кучайиб

паратонзилляр абсцессга ўтиши мумкин. Касаллик аскарият ёшларда (15-30 ёш) кўп учрайди. Клиник-морфологик нуқтаи назардан паратонзиллитни ривожланиши кетма-кет кечадиган уч босқичдан иборат бўлади: яъний шиш, инфильтрация ва абсцесс ҳосил бўлиш.

Касалликни кечиши: Кўпчилик ҳолларда жараён бир томонлама бўлади. Яллиғланиш жараёни жойлашиши бўйича олдинги (олдинги танглай ёйи ва без орасида), орқанги (орқа танглай ёйи ва без орасида), юқорги (танглай ёйларини юқорги бирлашган -супратонзилляр қисмида) ва пастки (безни пастки қисми билан халқумни ён девори орасида) турлари тафовут қилинади. Клиникада асосан 70% ҳолда олдинги ва юқорги турлари, иккинчи ўринда 20% орқанги ва қолган ҳолларда пастки 7%, латерал 3% кўриниши учрайди. Клиник кечиши бўйича энг кам учрайдигон латерал тури оғир ҳисобланади, чунки бошқа турларига қараганда, абсцессни ўз-ўзидан ёрилиб йирингни чиқиши деярли кузатилмайди.

Тонзилоген паратонзиллитлар одатда тонзиллитнинг навбатдаги хуружи тугагандан сўнг, бир неча кундан кейин ёки яллиғланиш жараёни даврида ривожланади. Касалликни бошланиши ўткир бўлиб, ангинага ҳос яллиғланиш белгилари пасайиб беморни ахволи бир оз яхшиланиб турганда, (касалликни 4-5 кунлари) бирданига беморни ҳарорати кескин кўтарилади (39-40 С), томоқда оғриқ кучаяди, жағ мушакларини тризми пайдо бўлиб, ютиниш қийинлашади, оғиздан сўлак оқади, умумий ахволи оғирлашади. Мушакларни тризими паратонзиллитни инфильтратив кўринишидан, абсцесс ҳосил бўлиш даврига ўтганлигидан дарак беради. Оғриқни кучли бўлиши ҳисобига бўйин яллиғланган томонга қийшайиб қолади ва бемор бирор томонга қараш учун бутун гавда билан бурилишга мажбур, оғиздан нохуш хид келади. Яллиғланиш ҳисобига кичик тил фалажланиб овоз пинғиллаб чиқади, ичаётган суюқликни бир қисми бурун орқали қайтиб чиқади.

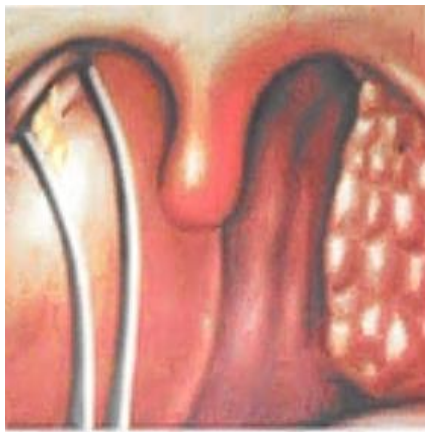
Беморни ранги оқариб, совуқ, ёпишқоқ тер билан қопланади.

Мушаклар тризми ҳисобига оғизни очиш қийин ва оғриқли бўлади, шунинг учун ҳам **фарингоскопия** ўтказиш қийин бўлади. Кўрилганда безни бир томони, без олди тўқималари билан кескин қизариб шишиган бўлади ва олдинга бўртиб кичик тилни соғ томонга суриб қўяди. Абсцесс тўлиқ шакилланганда, бўртган жойни маркази оқариб қолади. Тил сарғимтир қараш билан қопланади, оғиз бўшлиғи сўлак билан тўлган бўлади. Жағ ости ва бўйин лимфатик тугунлари катталашган ва оғриқли бўлади. Қонда лейкоцитоз ва СОЭ тезлашган.

Агар даволаш муолижалари ўз вақтида бошланса инфильтрат қайта сўрилиб, беморни ахволи яхшиланади. Агар ўтказилган доволардан наф бўлмаса яллиғланиш жараёни кучайиб паратонзилляр, парафаренгиал абсцесслар, тонзиллаген медиастенит ва тонзиллоан сепсис каби оғир асоратлар пайдо бўлади.

Касалликни даволаш кенг доирада таъсир этувчи антибиотиклар, иситма туширувчи, антигистамин ва дегидротация қилувчи дори моддалари қўллаш билан олиб борилади. Паратонзилляр тўқимага антибиотикларни инъекция қилиб юбориш яхши натижа беради. Маҳаллий даволашда антибактериал ва оғриқ қолдириш хусусиятига эга бўлган лоробен ёки хепилор препарати кунига 5-6 маҳал сепиш учун тавсия қилинади, сўриш учун таркиби доривор ўсимликлардан иборат

тонзипрет препарати, томоқни антибикириал дорилар билан чайиш ва бўйинга спиртли кормпресслар қўллаш даволашни самарасини оширади.



Расм 71. Паратонзилляр абсцессни ёриш

Паратонзилляр абсцесс

Паратонзилляр абсцесс паратонзиллитни давоми хисобланиб, без олди тўқималари атрофида ҳосил бўлган инфильтратни йирингли яллиғланишга айланиши билан давом этади. Юқорида келтирилган клиник белгиларни кучайиши - томоқда оғриқ кучаяди ва доимий бўлади. Сўлакни ютишга ҳаракат қилинганда оғриқ зўраяди шунинг учун ҳам беморлар иложи борида ютинмасликка ҳаракат қилади натижада оғиздаги сўлак лабларни бир четдан оқиб туради, овқат ютиш қийинлашади, оғиздан ноҳуш хид келади. Бош оғриғи пайдо бўлади, бутун тана зирқираб оғрийди, тана ҳарорати юқorigа кўтарилади. Чайнов мушакларини тиризми пайдо бўлади, натижада оғизни тўла очишни иложи бўлмайди, яллиғланиш натижасида кичик тилни ҳаракати чегараланиб қолади, шунинг учун ҳам товуш пингиллаб қолади ва ичилган суяк овқатни бир қисми бурунда қайтиб чиқади. Ҳалқум мушакларини яллиғланиши ва бўйин лимфаденити ҳисобида бошни бурганда бўйинда ва томоқдаги оғриқ кучаяди шунинг учун бемор бошини яллиғланган томонга эгилган ҳолда ушлайди ва керак бўлганда бошини буриши учун бутун гавдаси билан бурилади.

Фарингоскопияда: Чайнаш мушакларини тиризми туфайли оғизни очиш кескин чегараланган ва оғриқли шунинг учун ҳам оғиз 1-1,5 см очилади. Юмшоқ танглайнинг яллиғланган томони, бодомча безни ва танглай ёйларининг юқориси билан бирга шарсимон кўринишида шишиган, унинг сатҳи қизарган ва таранглашган кўринишда. Шишган танглай ёйлари безни тўлиқ беркитиб қўяди, кичик тилча қарама-қарши томонга силжиган. Тил қалин қараш билан қопланган, ажралаётган сўлак ёпишқоқ бўлиб қолади.

Кўпроқ бўртиб чиққан соҳада флюктуация аниқланади, шишни маркази йиринг тўпланганлиги ҳисобида оқаришиб қолади. Агар абсцессни ўз вақтида ёриб

йирингини чиқарилмаса, кейинчалик йиринг супратонзилляр чуқурчадан ёки олдинги танглай ёйидан ёриб чиқади. Абсцесс етарли даражада очилиб йирингни тўлиқ чиқишини таъминлаш ҳисобига касалликнинг ҳамма клиник белгилари кескин пасайиб, беморни ахволи яхшиланади. Конда лейкоцитлар сони $1 \text{ мкл да } 10 \times 10^3 - 15 \times 10^3$ гача кўтарилади ва қон формуласи чапга силжийди, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ортади.

Касалликни қиёсий ташҳисида бодамча безини раки, саркомаси ва бошқа бир қатор ўсма касалликларни истисно қилиш керак, бу касалликлар одатда ўткир клиник белгилар (тана хароратининг кўтарилиши, томоқда қаттиқ оғриқ) билан бошланмайди.

Даволаш: Беморлар касалхонга ётқизиilib даволанади. Уларга суюқ илиқ овқатлар ва кўп суюқлик ичиш тавсия этилади. Махаллий иссиқ муолижалари қўлланилади, бунинг учун бўйинга спиртли боғловлар (хар 3 соатда янгиланиши зарур) қилинади, томоқни илиқ мойчечак ёки шалфей дамламаси билан кунига 5-6 махалдан чайилади. Томоққа оғриқ қолдирувчи ва антибактериал хусусиятга эга бўлган лоробен ёки хепилор дорилари спрей холида кунига 4 махалдан овқатдан сўнг сепилади.. Иситма туширувчи, оғриқ қолдирувчи ва тинчлантирувчи дорилар тавсия қилинади. Яллиғланиш жараёни кучайиб, оғриқ зўрайса бўйин териси орасига регионар ёки вагосимпатик новокаинли блокада қилинади.

Паратонзилляр абсцессни барча босқичларида антибактериал дорилар қўлланилади. Агар беморда ютиниш жараёни енгил бўлса, сульфаниламидлар ва антибиотикларни ичишга буюрилади. Оғир ҳолларда антибиотиклар мускул орасига ёки томир ичига юборилади.

Паратонзилляр абсцесс тўлиқ етилгандан сўнг (3-6 кун ичида) ўзини ёрилишини кутмасдан йирингни ёриб чиқариш лозим. Аксинча агар абсцесс ўзича ёрилса ҳосил бўлган кичик тешикдан йиринг тез ажралиб чиқишини иложи бўлмайди. Абсцессни ёриш баъзан оғриқсизлантормасдан ёки ҳалқумга 5-10 % ли кокаин эритмаси ёки 2% дикаин эритмасидан сепилгандан сўнг энг бўртиб турган жойидан кесилади ва учи ўтмас зажим билан (бу йўл оғриқли бўлишига қарамай) яра кенгайтирилади. Абсцессни скальпель билан ёришда, кесиш чуқурлини 1-1,5 см.дан ошмаслик зарур, аск холда бўйиндаги йирик қон томирлари (уйқу артерияси) жароҳатланиши мумкин.

Айрим клиникаларда паратонзиллитнинг инфилтратив ёки абсцессли кўринишига ташҳис қўйилгандан сўнг, агар беморни касаллик тарихида сурункали тонзиллит шакилланган бўлиб, йилда бир неча маротаба ангина шаклида қайталиниб, баъзан паратонзиллит билан асоратланиб турадиган бўлса, беморга тонзилэктомия қилиш маслаҳат берилади. Баъзан беморлар анамнезида ангина бўлмаса-да, аммо паратонзилляр абсцесс пайдо бўлиб, жараён ён томонда жойлашиб ва уни ёриб йирингни чиқаришни иложи бўлмаса, касаллик узок давом этиб турли ҳаёт учун ҳафли асоратларга (тонзиллоген сепсис, ҳалқум орти абсцесси, бўйин флегмонаси, медиастинт) гумон қилинса, бундай ҳолларда ҳам тонзилэктомия қилиш тавсия этилади. Бу усулни афзаллиги шундаки, йирингли ўчоқнинг қаерда жойлашишидан қатъий назар фақат, паратонзиллитдан эмас, балки сурункали тонзиллитдан ҳам тез соғайишни таъминлайди. Бундай муолижаларни беморлар яхши ўтказадилар.

Латерофарингиал абсцесс паратонзилляр абсцессни бир кўриниши бўлиб кам учрайдиган турига киради, бунда йиринг без олди тўқимасини ён қисмида жойлашиб, клиник кечиши ва даволаши паратонзилляр абсцесс каби давом этади. Касалликни ўз вақтида ташхис қўйиш анча мушкул, чунки клиник белгилари кўпроқ тиш ва милк касалликларига ўхшаш бўлади. Шунинг учун ҳам бу беморлар узоқ вақт, турли ташхислар билан стоматологларда даволанадилар. Касалликни иккинчи муҳим томони камдан-кам ҳолларда абсцесс ўз-ўзидан ёрилади.

Ҳалқум орти абсцесси (Ретерофарингиал абсцесс). Ҳалқум орқаси абсцесси асосан 3-4 ёшгача бўлган болаларда учрайди ва бунга сабаб бу ёшдаги болаларда ҳалқумни ютқин мускуллари фасцияси ва умуртка олди фасцияси оралиғида юмшоқ ёғ ва лимфоид тўқима бўлади, шу тўқималарнинг йирингли яллиғланиши ҳалқум орти абсцессига олиб келади. Ёш ўтган сари бу юмшоқ тўқималар сўрилиб, ўрнига қўшувчи тўқима эгаллайди, шунинг учун ҳам катта ёшдагиларда бу касаллик учрамайди. Инфекция асосан бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва ҳалқумни сурункали касалликларида лимфа йўллари орқали ўтади ёки жароҳатдан сўнг иккиламчи яллиғланиши шаклида намоён бўлади.

Касалликни дастлабки белгилари ҳосил бўлган абсцессни жойлашган ўрнига ва ҳажмига боғлиқ бўлади: одатда бемор ютинганда томоқда қаттиқ оғрик пайдо бўлади, нафас олиш ва овқат лўқмасини ўтиши қийинлашади. Бола овқат ейишни истамайди ва уйқуси бузилади, нотинч ва кўп йиғлайдиган бўлиб қолади. Тана ҳарорати 38-39 С гача кўтарилади, баъзан иммунологик қобиляти паст беморларда ҳарорат субфебрил бўлади. Абсцесс бурун-ҳалқумга яқинроқ жойлашган бўлса, бурундан нафас олиш қийинлашади, бемор пинғиллаб гапиради ва товушнинг жарангдорлиги пасаяди. Йирингли жараён ҳалқумнинг ўрта қисмида жойлашган бўлса, товуш бўғик, нафас олиш шовқинли бўлади ва бемор ухлаганда хуррак тортади.. Абсцесс ҳалқумнинг пастки ҳалқумни ҳиқилдоқ қисмига тарқалган бўлса, бемор бўғилади ва нафас етишмаслиги натижасида кўкариш хуружлари кузатилади. Бу эса ҳиқилдоққа кириш қисмининг торайиши, қизилўнгач ва кекирдақ қисилишига олиб келиши мумкин.

Регионар лимфатик тугунларнинг реакцияси одатда, унчалик кучли бўлмайди, айрим оғир ҳоллатларда инфекция лимфатик тугунлар ўтиб яллиғланиш келтириб чиқарганда, улар шишиб оғриши пайдо бўлади, натижада бемор бошини мажбурий ҳолатда бир томонга эгилган ҳолда тутиб туришга мажбур бўлади.

Фарингоскопияда Ҳалқумни орқа деворини шиллиқ қавати қизарган, шишган ва бўртган, айрим ҳолларда бундай бўртма ҳалқумнинг орқа деворини бир томонида асимметрик жойлашиши мумкин.



Расм 72. Ҳалқум орти абсцесси

Учи тумтоқ зонд билан босиб кўрилса, бўртма юмшоқ ва оғриқли бўлади. Одатда қоннинг таҳлилида лейкоцитоз, формуласи чапга силжиган, СОЭ соатига 40-59 мм.

Касаллик 5-6 кун, баъзан бундан ҳам кўпроқ вақт кучли интоксикация билан давом этади ва ўз вақтида ўтказилган даволаш ҳисобига яхши натижаларга эришилади. Фарингоскопия ўтказиш вақтида эҳтиётликка риоя қилиш зарур, акс ҳолда муолижа вақтида бемор бола тинч ўтирмасдан бошини олиб қочишга ҳаракат қилади, натижада шпатель билан абсцессга тегиб уни ёрилишига сабаб бўлади ва ажралган йирингни тўғри ҳикилдоққа тушиб уни тўлиқ беркитиб, асфиксияга олиб келиши мумкин. Клиникада шундай ҳолат кузатилиб, бемор болани ўлимига сабаб бўлганлиги адабиётларда келтирилган.

Касалликни қиёсий ташҳисида кўпинча ҳалқум орти липомаси, гемангиомаси ёки лимфатик безларни ҳалқумни бошқа жойида пайдо бўлган ёмон сифатли ўсмаларини метастази натижасида яллиғланишидан қиёсий ташҳис ўтказилади. Ёши катта одамларда учрайдиган ҳалқум орти «совуқ» абсцесси, асосан бўйин умуртқасини сили ёки захмида кузатилади. Бу касалликларда тўқималарни яллиғланиши узок вақт давом этиб, жойларда абсцесслар ва окма яралар шакилланади. Бундай абсцесс атрофида ўткир яллиғланиш жараёни кечмайди, беморни ахволи кескин ёмонлашиб, тана ҳароратини кўтарилиши кузатилмайди, шунинг учун ҳам уни совуқ абсцесс деб юритилади.

Даволаш: абсцесс пайдо бўлгунга қадар консерватив даволанади, бунинг учун, антибиотиклар, сульфаниламидлар тайинланади, катта ёшдаги болаларда кучсиз дезинфекцияловчи эритмалардан оғизни чайиш тавсия этилади. Кичик ёшдаги болаларда эса бундай антисептик эритмалар эҳтиётлик билан махсус асбоблар (пулвивизатор) орқали пуркалади. Абсцесс белгилари пайдо бўлса тезда йирингни чиқаришни чорасини кўриш зарур. Абсцессни ёриш пайтида йиринг пастга, нафас йўлларига тушиб қолишни ва асфиксияни олдини олиш зарур. Бунинг учун аввал абсцесс йўғонроқ игна билан пункция қилиниб йиринг сўриб олинади, сўнгра ўша жойдан кесилади. Абсцессни имконият даражасида бемор

ётган ҳолатда кесиш қулай, аммо кўпинча бу муолижа беморни ўтирган ҳолда ўтказилади, шунинг учун ҳам абсцессни ёриши билан дарҳол беморни бошини пастга энгаштириш зарур, бунда ажралиб чиққан йиринг пастга эмас балким оғиз бўшлиғига тушади. Абсцесс ёрилиб йиринг чиқарилгандан сўнг даволаш консерватив давом эттирилади.

ХАЛҚУМНИ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТЛАР

Сурункали фарингит: касаллик асосан ўткир фарингитдан кейин ривожланади. Унинг пайдо бўлишига ўз вақтида даволанмаган ўткир фарингит, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, ошқозон-ичак, юрак-қон томир тизими касалликлари, диатез ва қандли диабет, зарарли одатлар (чекиш, спиртли ичимликлар ичиш), касбдаги турли салбий (кимёвий ва физик) таъсирлар, иқлим (қуруқ, иссиқ ва чанг ҳаво) шароитлари сабаб бўлади. Сурункали фарингитни келиб чиқишида асосан шиллиқ қаватларга салбий омилларни узоқ вақт таъсирини натижасидир. Сурункали фарингитнинг уч тури тафовут қилинади:

Катарал

Гипертрофик

Атрофик

Катарал фарингитда беморлар томоқда ачишиш, ёт жисм борлиги хиссиётига ва йўталга шикоят қиладилар.

Фарингоскопияда ҳалқум орқа деворини шиллиқ қаватлари қизариб шишган, қон томирлари бўртиб чиққан ва юзасида кўп миқдорда шилимшиқ ажралма бўлади.

Гипертрофик фарингитда катарал фарингитдаги **шикоятлар** касалликни бу турида кучлироқ намоён бўлади ва икки хил - тарқалган (диффуз) ёки чегараланган кўринишда кечади. Яллиғланиш натижасида ҳалқумда кўп ҳосил бўлган балғам рефлексор қўзғалиш келтириб чиқариб, беморларни доимо йўталиб тупуришга мажбур қилади. Томоқда ёт жисм хиссиёти беморларда ўсма борлиги ваҳимаси “ракофобия” олиб келади ва улар доимо турли йўналишдаги врач мутахассисларга мурожат қилишга мажбур.

Фарингоскопияда-шиллик қаватни эпителий қатламларини кўпайиши ҳисобига диффуз ёки чегараланган гипертрофия кузатилади. Жойларда цилиндрик эпителий ясси эпителийга алмашади. Гипертрофик жараён асосида жойларда эса кисталар ҳолида кўринади. Қон томирлар бўртиб чиққан, шиллиқ қават юзасида йиринг аралаш балғам бўлади. Клиник кечиши бўйича гипертрофик фарингитлар гранулёз ва ёнбош фарингит турларига бўлинади. Гранулёз фарингитда ҳалқумни орқа девори ўртасида, қизариб шишган шиллиқ қават асосида, жойларда қизариб бўртган лимфоид грануллар кўзга ташланади. Ёнбош фарингитда бунда ўзгаришлар ҳалқумни орқа деворини икки ён

томонларидаги, орқа танглай ёйига паралел жойлашган лимфоид тўқималарда кузатилади.

Сурункали атрофик фарингитни кўпинча сурункали фарингитларни якунланиш босқичи деб ҳам аталади, чунки узоқ давом этган сурункали яллиғланиш кейинчалик, кўпинча атрофик жараён билан якунланади. Беморларни **шикоятлари**: томоқни қурқушаб қолиши, томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги ва томоқда ёт жисм борлиги хиссиётига бўлади.. Беморлар аччиқ ва шўр таомлар истемол қилишганда юқоридаги белгила кучайиб кетади. Томоқдаги қуруқшаш белгиси беморларни уйқудан безовта қилади. Шунин учун ҳам улар томоқни хўллаш мақсадида доимо суюқлик ичишга мажбур.Атрофик жараён қанчалик кучли ривожланган бўлса, ютинишни қийинлиги шунчалик кескин намоён бўлади.Беморларни оғиздан нохуш хид келади.Томоқдаги доимий ёт жисм борлиги ва қуруқ ютинганда ёт жисм юқоридан пастга ўтгандек хиссиёти беморларда ўсмага гумон туғдиради. Шунинг учун ҳам бу беморлар доимо врачлар хузурида турли ташхислар билан даволанадилар.

Фарингоскопияда Халқумдаги атрофик жараён асосан атрофик ринитни давоми шаклида ривожланади. Шиллиқ қавати қуруқшаган, юпқалашган ва қизарган бўлади, шунинг хисобига халқум шиллиқ қавати локланган сингари йилтираб кўринади. Шиллиқ қават юзасида кўйиқ шилимшиқ ажралма ёки қуруқ қасмоқ бўлади .

Даволаш: Касалликни даволаш қилиниқ кўринишига асосланган ҳолда олиб борилади. Касалликни қайси кўриниши бўлишидан қатъий назар даволашни беморларга чекиш ва спиртли ичимликларни ичиш ман этишдан бошланади. Ташқи муҳитини салбий таъсири,ишлаб чиқаришдаги нозуя таъсир этувчи омилларни бартарф қилишга эришиш зарур. Сурункали фарингитларни даволашдаги асосий йўналиш бу инголяциялар тавсия қилиш билан олиб боришдир. Агар сурункали катарал фарингит бўлса инголяция учун турли ўсимлик (шалфей, чинни гул, эвкалипт) антисептик хусусиятига эга бўлган дамламалари, гипертрофик турида эса юзаки куйдирувчи ва бужмайтирувчи дорилар,атрофик кўринишида ишқорли-ёғли муолижалар тавсия қилинади.

Гипертрофик фарингитларда томоқни 5-10% танинни глицериндаги эритмаси билан суртиш ёки катталашган гранулаларни кумуш нитрат, уч хлорли сирка кислотаси эритмаси билан алоҳида-алоҳида куйдирилади. Айрим ҳолларда бу катталашган гранулалар термик ёки музлатиш (крио таъсир) усули билан ҳам таъсир этилади. Атрофик фарингитда ёғли-ишқорли инголяциялардан ташқари яна халқум шиллиқ қавати Люголь эритмаси билан массаж қилинади, витамин А ёғли эритмалари суртилади,шиллик қавати остига турли биоактив дорилар (гумизол, алое) юборилади. Физиотерапевтик муолижалардан кўшимча яна лазер нурлари ва магнит тўлқинлари таъсир этиш усулари билан даволаш яхши ёрдам беради. Жағ ости соҳасига 0,5% никотин кислотаси эритмаси билан электрофорез қилиш даволаш кучайтиради. Витаминларни қўллаш даволаниш таъсирини кучайтиради.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛИТ

Касалликни этиологияси ва патогенези- сурункали тонзиллит муаммоси хозирги кунда нафакат оториноларингологларни, балки тиббиётни барча соҳа мутахасисларини муаммоси бўлиб қолмоқда, чунки бемор танасида, сурункали тонзиллит асорати ёки унинг билан боғлиқ бўлган касалликлар миқдори хозирги кунда 100 дан ортиб кетди.

Халқум лимфоаденоид тизимида энг кўп яллиғланиш танглай безларида учраганлиги учун ҳам сурункали тонзиллит ҳақида сўз юритилганда танглай безларини яллиғланиши тушунилади. Болалар орасида сурункали тонзиллит 12-15% учраса, катталар орасида эса 4-10% учрайди

Сурункали тонзиллит бутун организмни инфекцион-аллергик касаллиги ҳисобланиб, маҳаллий танглай безларида яллиғланиш жараёни сифатида намоён бўлади. Агар ўткир ангина келиб чиқишида инфекцион агент туртки берса, касалликни кейинги даврларида эса янги патологик ўзгариш яъний, аллергия жараёнлар асосий ўринни эгаллайди.

Ўткир ангинада, ёки сурункали тонзиллитни тез-тез қайталанувчи турида танглай ёйлари, муртак безлари ва атроф тўқимада дистрофик ўзгаришлар ҳосил бўлади, организм реактивлиги ўзгаради, натижада бош мия пўстлоғи ва пўстлоқ ости марказларида тургун қўзғолиш ўчоқларни вужудга келади. Шундай қилиб сурункали тонзиллитда инфекцион агент ва уни таъсири натижасида пайдо бўлган янги патологик механизми ишга тушади, бу ўзгаришлар макроорганизм билан микроорганизмни ўзаро узоқ вақт бир-бирига таъсири натижасида шаклланади.

Сурункали тонзиллит болалик даврдан ёки кейинги даврларда тез-тез ангина бўлган одамларда, ундан ташқари инфекцион касалликлар (скарлатина, қизамиқ, дифтерия) билан оғриган беморларда кўпроқ ривожланади. Танглай безларини лакуналаридаги йирингли ажралмаларни без тўқималарига доимо таъсир этиши натижасида, организмда антиген-антитело комплекси ҳосил бўлади, бунинг натижада без тўқималарини таркиби (яллиғланиш ҳисобига тўқималар когуляция учрайди.) ўзгаради, таркиби ўзгарган бундайн тўқима келгусида ўзини организми учун антиген хусусиятига эга бўлган тўқимага айланади. Бунинг оқибатида бодомча беzi аста-секин аллергия ўчоғига айланиб қолади.

Сурункали тонзиллит келиб чиқишида кўп ҳолларда, оғиз бўшлиғидаги сурункали касалликлар муҳим ўрин эгаллайди (тиш кариеси, сурункали фарингит, стоматит). Кўпинча сурункали тонзиллит бурун-ҳалқумни ва бурун ёндош бўшлиқларини йирингли яллиғланишлари билан касалланган шахсларда учрайди, чунки бу касалликларида, бўйинни чуқур лимфа безларида лимфаденит ҳолати вужудга келади, оқибатида лимфостаз ривожланади. Бу соҳадаги лимфа безлар билан, танглай безлари лимфа томирларини ўзаро туташлиги учун, улардаги яллиғланиш жараёни танглай безларига ҳам тарқалади.

Сурункали тонзиллитда, бошқа аъзоларга патологик таъсири турли кўринишда намоён бўлади. Бундай ўзгаришлардан бири юрак қон-томир тизими мисолида яққол кўринади. Безларни сурункали яллиғланиши натижасида танглай безларида ҳосил бўлган патологик ўчоқдан чиқаётган импульс, юрак қон томир ва

марказий асаб тизимига рефлектор таъсир қилиши ҳисобига, бу аъзоларда аввал функционал кейинчалик эса органик ўзгаришлар кузатилади.

Хулоса қилиб айтилганда сурункали тонзиллитни келиб чиқишида қуйдаги омиллар муҳим ўрин эгаллайди:

- Танглай безларини антомо-топографик жойлашганлиги ҳолати (ташқи муҳитни доимий салбий таъсири).

- Безни лакуналарда доимо патологик ажралмалар ва микрофлораларни мавжудлиги (антиген-антитело комплексни доимийлиги).

- Без тўқималарини гистологик тузилишини ўзгариши (тўқималарни каогуляцияси).

- Безни химоя фаолиятини бузилиши.

- Беморни маҳаллий ва умумий химоя фаолиятини пасайиши.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТЛАРДА БЕЗЛАРДАГИ ПАТОЛОГО-АНАТОМИК ЎЗГАРИШЛАР

Патолого-анатомик нуқтаи назардан сурункали тонзиллитда қуйдаги ўзгаришлар кузатилади.

1. Эпителиал қатлам ёки уни атрофидаги ўзгаришлар

2. Паренхимадаги ўзгаришлар;

3. Пери ва паратонзилляр тўқимадаги ўзгаришлар.

Сурункали тонзиллитда **эпителиал қатламдаги ўзгаришлар** асосан лакуналарда ривожланган бўлади, бунда яллиғланиш натижасида эпителий қалинлашади, жойларда уларни кўчиши кузатилади. Эпителийни ўзгариши крипталарни кенлиги ва узунлиги, уларни тармоқланганлигига боғлиқдир. Бу ўзгаришлар яллиғланиш жараёнини даражаси, вақтига, давомийлига ва беморни ёшига боғлиқ бўлади, шунинг учун ҳам жойларда эпителийлар қалинлашади ёки юпқалашади, метаплазияга учрайди, баъзида эса бу қатлам бутунлай текисланиб кетади. Айрим ҳолларда эпителий қатламини кескин инфильтрацияси ҳисобига крипталарда лейкоцит ва лимфоцитларни чиқиши кузатилади. Крипталар паренхима билан қўшилиб, турли перилакунар яллиғланиш жараёнлари вужудга келтиради.

Перенхимадаги ўзгаришлар икки кўринишда намоён бўлади булардан:

- а) биринчиси фаол яллиғланиш жараёни

- б) иккинчиси эса яллиғланиш жараёнини асорати .

Биринчи гуруҳдаги ўзгаришларда безларда инфильтратлар ва абсцессларни ҳосил бўлиши кузатилади, инфильтратлар ягона ёки тўпланиб, перенхимани турли ерларида жойлашади, қирғоқлари ноаниқ бўлган бир нечта фолликулаларни қамраб олади. Марказда жойлашган инфильтрат, периферияга тарқалиб, без капсуласига ҳам етиб боради. Баъзи инфильтратларни марказида шаклланган абсцессни кўриш мумкин. Абсцесс бутун фолликула ёки бир нечта фолликуляр гуруҳини қамраб олади. Бундай яллиғланиш жараёни натижасида танглай безларини лимфа йўлларида, лимфостаз кузатилади.

б) безлардаги иккинчи гуруҳ ўзгаришларга чандиқли склеротик ҳолатлар киради, бу ҳолат яллиғланишни охири босқичи ҳисобланади. Бунда бездаги крипталар озаяди ва юзаки жойлашади. Эпителий қалинлашган, фоликулалар оз, чунки уларни ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллаган бўлада, баъзида лимфоид инфильтрация кузатилади.

Пери ва паратонзиляр тўқимадаги ўзгаришлар склеротик характерда бўлиб, бунда бақувват бириктирувчи тўқима безларни нафақат ташқи қисми, ҳатто капсуласини ҳам қамраб олади. Камайиб қолган лимфоид тўқималарда яллиғланиш белгилари тўлиқ намоён бўлмайди. Безни капсуласини ичкарасида ва уни ташқарида перетонзиляр тўқима инфильтрацияси ёки перетонзиллит ҳолати кузатилади. Бундай ҳолат кўпинча безни юқори қисмида учрайди.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛИТНИ КЛИНИКАСИ ВА ТАШХИСИ

Сурункали тонзиллитни ташҳисида, касаллик тарихини тўлиқ ўрганиш асосий омиллардан бири ҳисобланади. Беморларни шикоятлари касални индивидуал хусусиятлари ва патологик жараёнини қайси йўналишида тус олишга боғлиқдир.

Беморларни характерли шикоятлари – қайталанувчи тез-тез ангиналар тонзиллит учун энг хос ва ягона белгилардан ҳисобланади. Аммо 2-3% беморларда касаллик ангина ҳолида қайталанмасдан (ангинасиз сурункали тонзиллит) ҳам кечади. Қуйидаги келтирилган ҳолат умумий интоксикацияга хос белгилар ҳисобланади: ютинганда томоқда оғриқ, бўйин лимфатик тугунлари соҳасидаги оғриқ, тана хароратини субфебрил кўтарилиши, умумий қувватсизлик, айрим ҳолларда юрак ва бўғимлар соҳасида оғриқ, оғиздан ноҳуш хид келиши, иштахани бузилиши, тез чарчаб қолиш, бош оғриғи ва бошқалар.

Касалликни ривожланишида беморларни тез шамоллаши, ўта чарчаши, зарарли шароитларда ишлаши, нотўғри овқатланиши, ҳамда бошқа турли йўлдош яллиғланишлар - тиш кариеси, оғиз ва бурун бўшлиғидаги сурункали яллиғланишлар, иммунологик химоя қувватини пасайиб кетиши муҳим ўрин эгаллайди.

Фарингоскопияда маҳаллий белгиларидан:

Безларни ҳажми турлича бўлиб, яллиғланиш жараёнини даражаси, беморни ёши, конституцион хусусиятига, касалликни давомийлигига боғлиқ бўлади. Баъзида бодомча безлар катта ўлчамда бўлади (танглай ёйларида ташқарига чиқиб, бир-бири билан ёпишиб туради – учинчи даражада йўғонлашуви)), баъзида безлар атрофик тузилишда бўлиб, танглай ёйлари ортидан деярли кўринмайди. Бодомча безларни ҳажми уларни яллиғланиш даражасини баҳоламайди, шунинг учун ҳам безларини ҳажми сурункали тонзилитни ташҳиси учун асос бўла олмайди.

Ташҳисда танглай ёйлари шишганлиги ва қалинлашганлиги катта аҳамиятга эга бўлиб, сурункали яллиғланган без атрофидаги коллатерал қон ва лимфа айланиши бузилиши натижасида ҳосил бўлган белгилардир.

Танглай безлари ва уни атрофидаги тўқималардаги тонзиллитга хос ўзгариш ҳолатига қараб, асосланувчи бошқа белгилар ҳам мавжуд бўлиб улар қуйдагилардир:

1. Гиз белгиси (1920) – олдинги танглай ёйларини қирғоқларини қизариб қолиши. Безни лакуналаридан доимо (чуқурчалари) чиқаётган йирингли ажралмаларни атроф тўқималарга таъсири натижасида олдинги танглай ёйларида қон томирларида микроциркуляцияни бузилиши ҳисобига қизариб қолади.

2. В.Я.Зак белгиси (1933) олдинги ва орқанги танглай ёйларини юқори қисмини бурчак шаклида шишиб қолиши. Бу белги танглай безларини юқори қисмидаги лакуналардан ажралаётган йирингни таъсири натижасида пайдо бўлган лимфостаздир.

3. Б.С.Преображенский белгиси (1958) -олдинги ва орқанги танглай ёйларни валиксимон қалинлашувидир. Бу белги танглай безларни лакуналарда узок муддат давом этган яллиғланиш жараёнини таъсири ҳисобига тўқималарни гиперплазиси кузатилади. Натижада танглай ёйлари қалинлашиб ўзига хос халқа ҳосил қилади, бу халқа танглай безларини кириш дарвозасига ўхшаб қолади.

Сурункали тонзиллитни асосий белгиларидан бири **лакуналарда патологик экссудат ёки йирингли ажралмаларни бўлишидир**. Лакунадаги бундай патологик ажралмалар (йиринг) безни сурункали яллиғланишини натижасидир. Баъзида фарингоскопияда битта ёки бир нечта лакуна тешиклари оқиш-сарик йирингли ажралмалар билан тўлганлиги кўринади. Бу ҳолат лакунар ангинани эслатади, лекин ундан фарқи ўлароқ сурункали тонзиллитларда без тўқималарида ўткир яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Бундан ташқари ташхисда касаллик тарихи маълумотлари, беморни шикоятлари, регионар лимфатик тугунларни ҳолати, бундай ўзгаришлар сурункали тонзиллитдан далолат беради.

Кўп ҳолларда, лакуналардаги патологик ажралмаларни борлигини аниқлаш учун шпатель билан тилни учдан бир қисми босилади, иккинчи шпатель билан безни юқorigи қисмидан, олдинги танглай ёйлари орқали эзилади, натижада лакунадан суюқ ёки қўйиқ йирингли экссудат ажралаб чиқади.

Сурункали тонзиллитни яна белгиларидан бири, **безни танглай юзасига эзилганда оғриқ бўлишидир**.

Айрим ҳолларда бодомча безларини эзилиганда турли асоратлар келиб чиқмаслигини олдини олиш мақсадида, безларни текширишда зондлардан фойдаланиш қулай ҳисобланади, бунинг учун узунлиги 10-15 см, охири тўмтоқ бўлган зонддан фойдаланилади. Бундай зондлар кўпинча даволаш мақсадда лакунани ювиш учун қўлланилади. Безларни юзалари нотекис ва дағаллашган, безлар танглай ёйлари билан чандикли чатишган бўлади. Тонзиллитни қайталаниши қанча кўп бўлса, чандиикланиш жараёни шунчалик ривожланган бўлади.

Жағ ости ва бўйин лимфатик тугунлар катталашган бўлади (**Блюментал белгиси**) ва ушлаб кўрилганда қатик ва оғрикли (**Гольдман белгиси**) бўлади.

Сурункали тонзиллитни ўзига хос умумий интоксикацияга хос белгиларини хам мавжуд: Беморларда вақти-вақти билан **тана хароратини субфебрил кўтарилиб туришлиги** безовта қилади. Бундай ҳолатни асосий сабаби сурункали яллиғланиш ҳисобига организмда доимо интоксикация

жараёни кетаётганлигидан дарак беради. Сурункали тонзиллитдаги умумий интоксикацияни кўринишларидан яна бири беморда узоқ давом этувчи **қувватсизлик,ланжлик,иш қобилиятини пасайиши,уйқу ва иштахани бузилишидир.**

Сурункали тонзиллитни бошқа асоратлардан бири бу ревматизмдир. Ревматизмда доимо юракда етишмовчилик (стеноз ёки юрак клапанларини етишмовчилиги, миокардиодистрофия, инфекцион-аллергик миокардит) пайдо бўлади. Шунинг учун ҳам беморлар кўпроқ юрак соҳасидаги оғриққа шикоят қилади ва ЭКГ да ҳам ревматизмга хос ўзгаришлар кузатилади.

Қон тизими ўрганилганда лейкоцитларни фагоцитар фаолияти пасайганлиги, уларни дегенератив турлари пайдо бўлиши аниқланади, лимфоцитларни умумий миқдори пасайиб кетади. Ёш болаларда камқонликка мойилик пайдо бўлади. Узоқ давом этган тонзилляр интоксикация тромбоцитар пупурага ва геморагик васкулитга олиб келади. Организмни иммунологик фаолияти пасайиб кетади яъний: қон зардобда иммуноглобулинларни миқдори озаяди Т ва В лимфоцитларни номуносиблиги вужудга келади,носпецифик иммунологик фаолиятни омиллари ҳисобланган иммуноглобулинларни миқдори кескин ўзгаради

Юқорида келтирган ўзгаришлардан ташқари сурункали тонзиллитда организми бошқа аъзоларида ҳам турли хилдаги асоратлар пайдо бўлади ва улар ҳақида келгуси бўлимларда батафсил тўхталиб ўтамиз.

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, келтирилган ҳеч бир белгилар сурункали тонзиллит учун махсус белги ҳисобланмайди. Бошқа касалликларга ўхшаб сурункали тонзиллитга ташхис қўйишда битта белгига қараб эмас, балки касалликни барча клиник кўринишларини йиғиндиси ва яхши йиғилган касаллик тарихига асосланади

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТЛАРНИ СИНИФЛАНИШИ

Сурункали тонзиллитни тўлиқ таҳлил қилиш ва даволаш масалаларини аниқ белгилаш, уларни диспансер назоратига олиш масаласини ҳал этиш ва амалиётда қўллашда осон бўлиши учун, албатта синифларга бўлиб ўрганиш мақсадга мувофиқдир. Бунинг учун сурункали тонзиллитни туб моҳиятини ифода этувчи синифланишни бир неча муалифлар томонидан турли кўринишларини таклиф қилинган. Ҳозирги кунда амалиётда Б. С. Преображенский томонидан 1958 йилда таклиф қилинган,синифланиш кенг қўлланилмоқда:

Сурункали тонзиллит оддий тури

Сурункали тонзиллитни токсико-аллергик тури, бу тури ўз ҳолида токсико-аллергик биринчи ва иккинчи босқичларга бўлинади.

Сурункали тонзиллитни оддий кўринишида касалликни юқорида келтирилган маҳаллий белгилари клиник кўриниши намоён бўлади, беморларни касаллик тарихида ҳаётида бир маротаба ангина ўтказганлигига шикоят бўлади. Касалликни бу кўринишида сурункали тонзиллитга хос бўлган,лекин кескин намоён бўлмаган маҳаллий ва умумий белгилар аён бўлади,сурункали тонзиллит билан боғлиқ бўлган йўлдош касалликлар учрамайди.

Сурункали тонзиллитни токсико-аллергик кўринишини биринчи босқичида касалликни оддий кўринишидаги барча белгилари аниқ кўзга ташланади ва бунга қўшимча сурункали тонзиллит натижасида пайдо бўлган йўлдош касалликлар (ревмокардит, ревматизм) ҳам пайдо бўлади. Касалликни бу турида юқорида келтирилган белгиларига қўшимча, сурункали тонзиллит тез-тез қайталанади (йилига 3-4 маротаба), баъзан паратонзиллит билан асоратланади, тана хароратини субфебрил кўтарилиши узок муддатиларга чўзилади, умумий интоксикация белгилари кескин намоён бўлади.

Тонзиллоген интоксикация хисобига беморларда доимо қувватсизлик, тез-тез чарчаш, иш қобилиятини пасайиши безовта қилади. Беморларни вақти-вақти билан бўғимларида ва юрак соҳасида оғриқлар безовта қилиб туради. Юрак соҳасидаги оғриқлар функционал характерга эга бўлиб фақат сурункали тонзиллитни қайталаниш (ангина) вақтида кузатилади. Юракни ЭКГда ўзгаришлар ревмокардитга хос бўлиб, ремиссия вақтида деярли ўзгариш аниқланмайди. Бўйиндаги ва жағ остидаги лимфатик безлар каталашган, ушлаб кўрилганда баъзан оғриқли бўлади. Қонни тахлилидаги ва иммунологик фаолиятидаги ўзгаришлар доимий.

Сурункали тонзиллитни токсико-аллергик кўринишини иккинчи босқичи: касалликни анча оғри ва асоратли кўриниши хисобланади. Бу босқичида касалликни ҳам маҳаллий, ҳам умумий белгилари тўлиқ ва доимий намоён бўлади. Йўлдош касалликлар ва касалликни асоратидан сўнг пайдо бўлган бошқа касалликлар тўлиқ шакилланган. Ангиналарни қайталаниши деярли ҳар ойда бир маротаба ва ундан ҳам кўп бўлади, қайталаниш кўпинча паратонзиллит ва паратонзилляр абсцесслар билан асоратланади.

Токсико-аллергик ҳолат барча кўринишида ривожланган бўлади. Юракдаги ўзгаришлар ва оғриқлар доимий ва ЭКГ да ўз аксини топган. Бошқа аъзоларда: буюрак, бўғимлар, жигар ва юрак-қон томирлар тизимидаги ўзгаришлар доимий ва ҳам клиник, ҳам лаборатория текширишларида тасдиқланади.

Сурункали тонзиллитни ташхиси. Касалликни ташхиси умумий ва маҳаллий белгиларга ва беморни шикоятига, касаллик тарихига, лаборатория текширишлар натижаларига асосланиб қўйилади. Айрим гумон ҳолларда лакуналардан ва без юзасидан олинган суртмаларни текшириш, касалликни ташхисини тўлиқ тасдиқлашга ёрдам беради. Олинган суртмаларда патологик микрорфлоралар топилади, лейкоцитларни фагоцитар фаолиги пасайган бўлади ва қонда лейкоцитларни кўп ядроли турлари пайдо бўлади, лимфоцитлар камайяди.

Сурункали тонзиллитни қиёсий ташхиси кўп қийинчилик туғдирмайди. Бодомча безларини физиологик гипертрофиясини (айниқса ёш болаларда) кўпинча бошқа соҳа врачларни сурункали тонзиллит билан алмаштиради, холбуки ҳеч қачон танглай безларини ҳажми сурункали тонзиллитга ташхис қўйишда аҳамият касб этмайди.

Айрим ҳолларда лимфатик тизимни ва қон ҳосил қилувчи аъзоларни системик касалликларида (лейкозларда) танглай безларини гиперплазияси ва тонзиллитга хос ўзгаришлари кузатилади. Бунда ҳолларда диққат билан умумий текширув ўтказиш, айнақса лимфатик аъзоларни ва қонни текшириш касалликни тўлиқ аниқлашга ёрдам беради.

Бодомча безни ёмон сифатли ўсмасида, безни бир томонини катталашиши, ўсмани кўшни аъзоларга ўсиб кириши, бўйинний лимфа тугунларини метастази хисобига катталашиши кузатилади. Аниқ ташхисни ўтказилган биопсия натижасига асосланади.

Кўпинча сурункали тонзиллитни сурункали фарингитни, оддий ёки гранулёз турларини фарқлаш керак. Бу касалликларда беморларда сурункали тонзиллитлардаги каби шикоятлар учрайди. Сурункали фарингитни кўзғалиш даврини, айрим ҳолларда катарал ангина билан чалкаштирилади. Сурункали фарингит учун ҳалқумни орқа деворини шиллиқ қаватини лимфоаденоид тўқималарини (диффуз ёки маҳаллий), қизариши, шиши бўлиши ҳосил. Баъзида ёнбош фарингитда, тилча ва танглай ёйларни шиши кузатилади, аммо танглай безларида деярли ўзгаришлар кузатилмайди.

Агар сурункали фарингит ва сурункали тонзиллит бирданига кечса, ташхисда бир оз қийинчилик туғилиши мумкин. Бу ҳолатда, қиёсий тасхислаш учун фарингоскопик маълумотлар асос бўлади.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛИТНИ БОШҚА АЪЗОЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ

Ҳозирги кунда сурункали тонзиллит фақат ҳалқумни чегараланган касалликлари қаторида эмас, балким бутун танани касаллиги деб қаралмоқда. Бу касаллик ҳалқумда маҳаллий ўзгариш бўлиши билан кечсада, аммо бутун организмда ўзига ҳос ўзгаришлар келтириб чиқаришга сабаб бўлмоқда. Касалликни бундай кенг тармоқлаганлигини олимлар томонидан XX аср бошида ўрганишга бошлаган.

Даволаш жараёнида жаррохлик усулини кенг қўлланиши (тонзилоэктомия) сурункали тонзиллитларни ва унинг билан боғлиқ бўлган касалликларни бартараф этишда яхши самара беради. Адабиётларда келтирилган маълумотларга қараганда, сурункали тонзиллитларда тонзилоэктомиядан сўнг кўпгина йўлдош касалликларни клиник белгиларини бартараф бўлиши тезлашган, чунки сурункали яллиғланган танглай безлари кўп касалликлар учун инфекция ўчоғи ҳисобланган. Инглиз муаллифи Мур (1929 й) ўзини тонзиллит муаммосига бағишланган монографиясида сурункали тонзиллит натижасида пайдо бўладиган 10 дан ошiq касалликларни келтирган, булар қаторига: Сурункали токсемия ва септицемия, гастроэнтрал диспепсия, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, ўткир инфекцион холецистит, ўткир панкреатит, аппендицит, қизилча, бўйин лимфаденити, бўқоқ, фиброзит, бурсит, периостит, остеомиелит, миозит, невритлар, бод, артритлар, бронхит, бронхоэктозиялар, гангрена, митрал ва аортал пароклар, перекардит, эндокардит миокардит, флебит, септикотромбофлебит, нефрит, хорея, эпилепсия, психозлар, кўп шаклли эритема, сурункали торвоқ, темиртки, учуқлар ва хокозолар.

Сурункали тонзиллитни узок давом этиши, турли йўлдош касалликларни пайдо бўлиши ва унинг натижасида беморларни эрта ёшда меҳнат қобилиятини доимий йўқотишга ҳамда ногиронликка олиб келади. Бундай йўлдош касалликлардан каллоган касалликлар (ревматизм, дерматомиозит, склеродермия,

тугунли периартерит, тизимли қизил волчанка), тери касалликлари (псориаз, экзема,), нефрит, бўқоқ хисобланади. Узоқ давом этган интоксикация хисобига тромбоцитар пурпура ва геморагик васкулит ривожланади.

Юракни тонзилоген зарарланиш механизмида нерв-рефлектор, инфекцион токсик, аллергик омиллар муҳим ўрин тутadi. Яллиғланиш натижасида миокардда метаболлик ўзгаришлар ривожланади, тўқимада оксидланиш-кайталаниш жараёнларини издан чиқади, бу ҳолат ўз навбатида юрак мушакларини қисқарувчанлик миқдорини ўзгартиради.

Патологик ўзгарган танглай безлари, аввалгидек химоя аъзоси эмас балки организмга «инфекция тарқалиш дарвозаси» хисобланиб, септик ҳолат, ревматик инфекция, холицистит, пиелит, нефритни каби касалликларни келтириб чиқаради ва бир вақтини ўзида организмни доимий инфекция тарқатувчи ўчоғига айланиб (хронιο-сепсис) қолади. Натижада организмда турли аутоиммун ва иммунопатологик ҳолатлар вужудга келади.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ ДАВОЛАШ.

Даволашни бошлашдан аввал сурункали яллиғланиш жараёни тўлиқ намоён бўлган, сурункали тонзиллитни буткул даволаш мумкинлиги ҳақидаги саволни ҳал қилмоқ керак. Касалликни оддий кўринишини ҳозирги кунда амалиётда ишлатилаётган антибактериал дорилар ва замонавий даволаш усуллари қўллаш билан тўлиқ даволаш мумкин, аммо токсико-аллергик биринчи ва иккинчи даражаларида батамом тузалиш масалалари анчагина муаммолидир. Бундай ҳолат эса юқорида келтирилган, касаллик натижасида пайдо бўлган ва унинг билан боғлиқ бўлган организмдаги иккиламчи касалликлар асосий сабаблар хисобланади.

Касалликни даволаш усули клиник шаклини турига қараб консерватив, ярим хирургик ва хирургик турларига бўлинади. Касалликни қайталаниш даврида албатта ётиб даволаниш тавсия этилади.

Даволашдан олдин касалликни келтириб чиқарувчи омилларни, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, оғиз бўшлиғларидаги турли сурункали яллиғланиш ўчоғларини тўлиқ бартараф этиш зарур.

Консерватив даволашга кўрсатма: Асосий таъсир этиш турига қараб консерватив даво қуйидагича гурухланади.

1. Организмни реактивлигини оширишга қаратилган даволар: кунлик ҳаёт тарзини тўғри режжалаштриш, ўз вақтида ишлаш, овқатланиш ва дам олиш, витаминларга бой рационал овқатлар истемол қилиш, жисмоний машқлар, санатор-курортларда даволаниш, гаммаглобулин, темир, фосфор препаратларини қўллаш.

2. Гипосенсибилизацияловчи даволар: кальций препаратлари, аскорбин-кислота, эпислон-аминокапрон кислота, антигистамин препаратлар, кортикостероидлар тавсия этилади.

3. Умумий таъсир қилувчи химиотерапевтик препаратлар (антибиотиклар, антисептик дорилар, фарингосепт, метилурасил, фалимит, тонзиллгон, тонзипрет, макропен, лорабен, хепилор ва х) .

4. Танглай безларини ва уларни регионар лимфа тугунларини санация қилувчи воситалар қўллаш: лакунадаги йирингни сўриб олиш, антисептик ва антибиотик эритмалари билан лакуналарни ювиш, лакуналар ичига антисептик дорилар билан тўлдириш, интра ва паратонзиляр тўқималарга антибиотиклар ва антисептик дориларни инъекция қилиш, лакуналарга даволовчи дори пасталарини юбориш, антибиотик ва фитонцидлар билан инголяция ва аэрозоллар қилиш, ультрабинафша нурлари, ультратовуш, лазер нурлари ва электромагнит билан таъсир этиш, УВЧ ва бошқалар.

Н.В.Белоголов томонидан таклиф қилинган лакуналарни ювиш энг яхши фойда берувчи усулдир (бу усул нафакат даволаш, балки диагностик мақсадида ҳам қўлланилади. Ювиш учун ингичка канюла ва шприц керак. Без лакуналари кун ора 10-12 маротаба ювилади).

Лакунадаги йиринг сўриб ташлаш мақсадида бир учи электро сўргичга, иккинчи учи дори моддаси бор эритмага уланган вакуум-қопқоқчадан фойдаланилади. Лакуналар яхши ривожланмаган ҳолатларда ҳар бир бодомча безига 3-4 кун таннафус билан, 3 маротаба 0, 5 % новокаин ва 1% трипсин эритмасини аралаштирилиб интра ва паратонзиляр тўқималарга инъекция қилиш яхши самара беради. (И. Б. Солдатов) . Бундай усул билан даволаш учун микрофлорани антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаб антибиотиклар ҳам юбориш мумкин.

Ҳар бир бодомча безига ва паратонзиляр тўқималарга бир вақтнинг ўзида 4 та инъекция қилинади, муолижани бирин-кетин безни юқори, ўрта, пастки, қисмларига қилинади.

5.Рефлектор таъсир этиш, турли новокаинли блокадалар, игна рефлектор терапияси, бўйинни ультрабинафша нурлантириш.

6. Консерватив даволашда организмни табиий реактивлигини ошириш. Бунинг учун В. С. Жданов усули буйича С, РР, В гуруҳ витаминлар, биостимуляторлар (алоэ экстракти, шишасимон тана, Фибс) инъекция қилинади, кальций глюконат, фитин, темир препаратлари ичишга буюрилади.

7.Охирги вақтда левомизол,нуклеат натрий, продегиозан, имудон ва ауто зардоб билан **иммунокоррекцияловчи даволаш ўтказиш** яхши самара бермоқда. Консерватив даво йилига икки маротаба, икки ҳафтадан баҳор ва кузда ўтказилади. Сурункали тонзиллитни тез-тез қайталаниши билан кечадиган кўринишида, консерватив даво йилига 4 маротабагача ўтказиш керак.

Консерватив даволашни юқорида кўрсатиб ўтилган режа асосида олиб борилганда, самарадорлик 71-85% га етади.

Ўтказилган консерватив даво натижасиз бўлганда, сурункали тонзиллитни декомпенсация турида, ангиналар қайталаниши тезлашганда **ярим хирургик даволардан** ҳисобланган гальванокаустика, диатермокогуляция, лакунотомия, бодомча безларига крио (музлатиш) таъсирлаш, лазер деструкция қилинади, бу даволаш усуллари касалликни клиник шакли, декомпенсация тури, албатта бодомча безни анатомик хусусиятини ҳисобга олинган ҳолда амалга оширилади.

Шунга кўра бодомча безлар кескин катталашган ёки кичик атрофик ҳолда,лакуналари ёпиқ бўлса крио таъсирлаш ўтказилмайди. Бундан ташқари

сурункали тонзиллитни гипертрофик кўринишида, айрим ҳолларда безни бир қисмини (тонзиллотомия) кесиб ташланади. Сурункали тонзиллитларда ўтказилган консерватив даволарни самарадорлигини қуйидаги белгиларга қараб аниқланади: икки йил давомида назорат қилинганда, касалликни объектив белгиларини йўқолиши, умумий токсико-аллергик ҳолатни бартараф бўлиши ва касалликни қайталаниш ҳуружи (ангина) кузатилмаслик, лаборатор текширишларни (қон, сийдик таҳлили, ЭКГ) натижаларини мўтадиллиги ҳисобланади.

Сурункали тонзилитни жаррохлик усули билан даволаш – тонзиллэктомия. Ўтказилган консерватив даволардан фойда бўлмаганда ва сурункали тонзиллитни токсико-аллергик турини иккинчи босқичида ангиналарни қайталаниши давом этса, паратонзиллит ва паратонзилляр абсцесслар билан асоратланса, беморда интоксикация белгилари доимо намоён бўлса, сурункали тонзиллит натижасида бир қанча йўлдош касалликлар пайдо бўлганда, без олиб ташланади – яъний тонзилэктомия қилинади. Беморни тонзилэктомияга тайёрлашда, тўлиқ ҳар томонлама текширишдан ўтказилади, агар беморларда ревматизм ҳуружи даври бўлса, унга қарши даволаш ишлари олиб борилади, ундан ташқари тонзилэктомия ўтказиш учун қарши кўрсатмалар аниқланилади

Тонзилоэктомияга қарши кўрсатмалар: қон касалликлари * (гемофилия), юрак ва буйрак етишмовчилиги, стенокардия, гипертензияни юқориги даражаси, қандли диабетни оғир шакли, силни фаол даври, ўткир юқумли касалликлар, хомиладорликни охириги ойлари, ҳайз даври.

Ташрих касалликни қўзғалмаган даврида, ангина қайталангандан 2-3 ҳафтадан ўтгандан кейин бажарилади.

Тонзилоэктомияга тайёргарлик-поликлиникада, ташрихи - касалхонада ўтказилади. Ўтказилган ташрихдан сўнг энг кўп учрайдиган ҳафли асоратларидан бири бу қон кетиши бўлиб, кўпроқ бу ҳолат ревматизм билан асоратланган беморларда ёки даволаниш жараёнида салитсилатлар (аспирин) ичган беморларда учрайди. Тонзилоэктомияни бошқа асоратларидан: жағ орти ўткир лимфоденити, териости эмфиземаси, пневмония, ўпка ателектази ва абсцесси ҳисобланади. Жуда кам лекин ҳаёт учун ҳафли асоратларидан менингит, мия абсцесслари ҳам кузатилиши мумкин.

Асоратларни энг ҳафлиси ва кўп учрайдиган тури қон кетиш ҳисобланиб, қуйдаги турлари мавжуд: артериал, веноз ва паренхиматоз. Қон кетишни ўта ҳафлиси бу артериал қон кетиши бўлиб, агар қатта артериялардан кетса томир уришига монанд қон отилиб чиқади ва ҳаёт учун ҳафли бўлиб қолади, шунинг учун ҳам врач дарҳол қон тўхтатишни чорасини кўриши керак.

Веноз қон кетишида, артериал қонга қараганда анча қорамтир рангда ва паст босимда оқади. Паринхиматоз қон кетишда олинган безни ўрнидан капилляр қон оқади ва аниқ бир жойни топиш қийин бўлади.

Қон кетишни тўхташишда энг аввало қон оқаётган жойни тампон билан босилади, айрим ҳолларда тампонлар қон тўхтатувчи дориларга (перикис водород, аминакапрон кислотаси кукуни, куруқ плазма ва тромбопласт) шимдирилиб босилади, бундан ташқари турли қонни ивишини кучайтирувчи моддалар (10% калций хлорид эритмаси, 5% аминакапрон кислотаси эритмаси, 1% викасол) томирга ва мушак орасига юборилади. Кўпинча оз миқдордан қон қуйиш яхши ёрдам беради. Ўтказилган чора-тадбирлардан фойда бўлмаса олинган безни ўрнига тампон тиқилиб, устидан олдинги ва орқанги танглай ёйларини бир-бирига 36-48 соатга тикилади.

Айрим ҳолларда тонзилэктомиядан сўнг қилинган тавсияларга риоя қилинмаганда, яъний 8-15 кунларида кечки қон кетиши кузатилади, бундай кечки қон кетишлар, эрта қон кетишга қараганда хафсизрок бўлади ва кўрилган чоралардан сўнг тезда тўхтайд.

Тонзиллитларни олдини олишга умум-гигиеник ва санация тадбирлари киради. Бу иккиламчи олдини олиш хисобланади.

Умумий тадбирлардан: танани чиниқтириш, рационал овқатланиш, яшаш ва иш жойи гигиенасига риоя қилиш, бактериал инфлюкени йўқотиш, санитар-оқартириув ишларини ривожлантириш, оғиз бўшлиғидаги сурункали яллишгланиш ўчоқларини бартараф қилиш: йирингли синуситлар, аденоитларни даволаш, бурун орқали нафас олиш тиклаш каби ишлари киради.

Сурункали тонзилит касалигини олдини олиш ва уни асоратларини пасайтиришда: бўлим терапевти ва педиатри, оториноларинголог, стоматологлар биргаликда ишлар олиб бориб, сурункали тонзилити бор беморларни доимий назоратга олиш ишларини йўлга қўйиш, касалларни фаол излаш, уларни кузатиш, олдини олиш тадбирларни олиб бориш керак.

Сурункали тонзилит билан хаста беморларни ҳаммаси оториноларинголог назоратида бўлиши шарт. Касалларни саралаш ёки диспансер хисобга олиш, аҳолини ёппасига даврий кўрикдан ўтказиш, амбулатор қабулда, стационарда текширилганда, сурункали тонзилит ёки уни асорати билан оғриб, вақтинча меҳнат қобилиятини йўқотган беморларни вақтида аниқланиб уларга керакли чора-тадбирлар белгиланади.

Диспансер назоратда бўлган беморлар ҳар 3 ойда 1 марта оториноларинголог томонидан текширилади. Кейинчалик асоратлар, қўзғалишлар бўлмаса, назорат миқдорини йилига 2 мартага камайтиради.

Сурункали тонзилит болалар орасида кўп учраганлиги учун диспансеризацияда педиатр ва ўрта тиббий ходим қатнашиши шарт.

Агар консерватив даво самарадор бўлса, диспансер назоратда охириги даволаш ишларидан сўнг 3 йил давомида касалликни қайталаниши кузатилмаса бундай беморлар диспансер хисобидан чиқарилади. Агар, даво чоралари самарасиз, маҳаллий белгилар сақланган, ангинани қайталаниши давом этаверса жаррохлик йўли билан даволашга ўтилади.

БУРУН ҲАЛҚУМ БЕЗИНИ КАТТАЛАШУВИ - АДЕНОИДЛАР

Аденоид бурун-ҳалқум (3) безини сурункали яллиғланиш натижасида ёки физиологик катталашувидир. Бурун-ҳалқум безини катталашувига олиб келувчи сабаблар: болаларда учрайдиган турли юқумли ва тез-тез қайталаниб турувчи юқори нафас йўллари вирусли касалликлари, иммунотанқислик ҳолатлари, аллергия касалликларга мойиллик ва касаллика ирсий мойилликлар муҳим ўрин тутди. Бу безни катталашуви ўз ўрнида юқори нафас йўллари ва эшитиш аъзолари касалликларини келтириб чақаришда муҳим ўрин эгаллайди.

Аденонд туфайли нафақат бурун, кулоқ ва нафас йўллари аъзоларни фаолиятини бузилиши, балки шунинг билан бир қаторда, ўсиб келаётган ёш организмда ҳам бир қатор функционал ҳамда органик ўзгаришлар калиб чиқишида муҳим ўринни эгаллайди. Бундай ўзгаришлар умумий бир тушунча - аденоидизм ёки аденондсимон ўзгариш деб юритилади.

Болаларда аденоид иккала жинсда бир хил миқдорда учрайди ва 15 ёшгача кузатилиб, балоғат ёшига етгандан сўнг, без аста-секин атрофияланади. Морфологик жиҳатадан аденоид қуйидагича тузилган: ретикуляр-қўшувчи тўқима трабекулалари орасида, фолликулалар жойлашади. Без кўп қаторли хилпилловчи цилиндрик эпителий билан қопланган, стромасида шиллиқ ишлаб чиқарувчи безчалар жойлашган, улар томонидан ишлаб чиқарилган шилимшиқ доимо бурун - ҳалқум деворларни ювиб туради, натижада без нормал физиологик фаолият кўрсатиб туради. Айрим ҳолларда без юзасида майда (пуфакчалар) кисталар учрайди.



**Расм 73. Орқа риноскопияда бурун-ҳалқумни
(аденоид) безини гипертрофиясини курилиши**

Белгилари: Аденоидизм белгилари безларни катталашуви даражасига боғлиқдир.

Беморлардаги асосий ўзгаришлар: Бурундан нафас олишни қийинлиги туфайли беморларни доимо оғиз ярим очик ҳолатда, бурундан кўп миқдорда шилимшиқ оқиб туради, юқори жағ бироз олдинга бўртиб чиққан, шунинг учун ҳам оғиз юмилганда юқори лаб, тишларни тўлиқ беркитмайди, пастки жағ осилиб туради, беморни ранги оқарган, бурун-лаб чизиклари текисланган, тиш-жағ тизими нотўғри шаклланган, юқори танглай чўққиси (гумбази) ичкарига ботиб кирган бўлади. Бундай ўзига хос кўринишни адабиётларда “аденоидли чехра” (*habitus adenoileus*) деб юритилади. Бурун-ҳалқум қисмини тўсилиши ҳисобига беморлар димоғда пингиллаб гапиради, катталашган без қисман эшитув найини тешигини тўсиб қўйиши натижасида эшитиш пасаяди, қулоқда ноҳушлик ва оғрик кузатилади.

Узоқ муддат бурундан нафас олишни қийинлашуви ҳисобига, кўкрак қафаси тузилиши ўзгариб “товуқ кўкраги” шаклини олади. Қонни кислород билан тўйинмаслиги натижасида, беморлар аклий ва жисмоний жихатлардан ривожланишда ўз тенгдошларидан орқада қолади, уларни ҳаёли паришон, фикрини бир манзилга тўплайолмайди, хотираси пасайган, ўқув машғулотларида ўзлаштира олмайди, тунги уйқу бузилган, хуррак отиб ухлайди, уйқу вақтида безовталаниб тез-тез ҳолатини алмаштиради (қулай жой излайди), тунда уйқудан беҳосдан чўчиб ўйғониб кетади, уйқудан беморлар лоҳас ва ланж бўлиб туришади. Шунингдек рефлатор ўзгаришлар натижасида бош оғриши, тунда сийиб қўйиши, хуружсимон йўтал, асмастик спазмофилияга хос ҳолатлар кузатилади.

Аденоид нафақат бурун орқали нафас олишга механик равишда тўсқинлик кўрсатади, балки қон айланишига ҳам рефлатор таъсир этади, натижада бурун ва уни атрофларидаги тўқималарда қон тўпланиши кузатилади, бу эса ўз навбатида бурун шиллиқ қаватини ва бурун чиғаноқларини сурункали шишига ва яллиғланишига олиб келади. Бундай ўзгариш кўпроқ чиғаноқларни орқанги қисмида кечади ва бу жойларда кўп миқдорда қўйиқ ёпишқоқ ажралма тўпланиб қолиши ҳисобига, узоқ давом этувчи тумовга сабаб бўлади.

Бурун-ҳалқум безини катталашувини 4 даражага бўлиш мумкин, айрим адабиётларда 3 даражага бўлинади.

1- даража катталашуви-аденоид тўқимаси димоғ суягини 1/3 қисмини эгаллайди.

2 -даража катталашуви димоғ суягини-1/2 (яримини) қисмини эгаллайди

3- даража катталашуви димоғ суягини- 2/3 қисмини эгаллайди

4- даража катталашуви - димоғ суяги бутунлай тўсиб, бурун –ҳалқумни тўлиқ эгаллайди.

Аденоид ташхиси юқорида айтиб ўтилган белгиларга қўшимча яна орқанги риноскопияни натижаларига асосланади. Кўпинча ёш болаларда орқанги риноскопия қилишни иложи бўлмайди, бунда бурун ҳалқум қисми бармоқ билан текширилади, бу текширишда безни мавжудлигини аниқлаш эмас, балки уни юзаси, консистенцияси, юмшоқлига, жойлашуви ҳолати, тарқалиш соҳаси, оғрик бор-йўқлиги ҳам аниқланади. Керак бўлса оддий ёки контраст моддалар билан рентгенография қилинади. Ҳозирги кунда эндоскопик текшириш яхши йўлга қўйилган, бундай текшириш натижасида бурун-ҳалқумни ҳолати тўғрисида тўлиқ маълумот олиш имконияти бор.

Касалликни қиёсий фарқлаш: Касаллик бурун чиғаноқлари гипертрофияси, бурун тўсиғини қийшайиши, ўсмалар, бурун ичидаги чандиқланиш жараёнлари, хоанал полип, димоғни туғма етишмовчилиги, баъзан эса бурунда инфильтратлар ҳосил бўлиши билан кечувчи қон касалликлари, димоғдаги лимфаденоид тўқимани деструкцияси билан таққосланади.

Даволаш: Димоғ безини йўғонлашиш босқичига қараб консерватив ва жаррохлик усулидан даволанади. Беморларда жаррохликка қарши кўрсатма бўлганда ёки безни хажми катта бўлмаган даражасида консерватив усул билан даволанади. Консерватив даволаш усуллардан иқлимни алмаштириш (денгиз соҳилида иқлим терапияси) яхши натижа беради. Антигистамин дорилар, бурунга қон томир торайтиручи, бўжмайтирувчи ва юзаки куйдирувчи дорилар (колларгол, проторгол) томизиш тавсия қилинади. Айрим ҳолларда консерватив давони фойдасизлигида рентгенотерапия қўлланилади.

Энг оддий жаррохлик усулларида аденотомия ҳисобланади. Жаррохлик 5-7 ёшда қилинади, лекин касаллик асоратланган бўлса: эшитишни ёмонлашишида, ўрта кулоқни яллиғланган жараёнида, бурундан нафас олишни қийинлашувида мақсадга мувофиқ кўкрак ёшидаги болаларда ва катталарда ҳам қилиниши мумкин. Ёш болаларда аденотомия амбулатория шароитида ўтказилиши мумкин, катталарида эса албатта стационар шароитида бўлиши керак. Жаррохликдан аввал қуйидаги текширишлар олиб борилади: қонни умумий тахлили, тромбоцитлар сони, қонни ивиш вақти ўрганилади, сийдик ва ахлат тахлили, педиатр ҳулосаси, оғиз бўшлиғини санацияси ўтказилади. Аденотомиядан аввал болани тана ҳарорати ўлчанади. Жаррохлик оғриқсизлантиришсиз Бекман аденотоми ёрдамида қилинади. Ёш болаларда аденотомиядан 15- 20 мин. аввал маҳаллий оғриқсизлантириш учун 1% дикаин эритмаси ёки 5% кокаин эритмаси 5 томчидан бурунни ҳар бир томонига томизилади.



Расм 74. Аденомия жаррохлигини ўтказиш

Аденомлар 5 хил катталиқда бўлади, беморни ёши ва димоғни хажмига қараб танлаб олинади. Жаррохлик вақтида жаррохни ёрдамчиси болани қучоғига ўтқазиб, тиззалари орасига оёқларини киргизади, бир қўли билан болани боши ушлайди, иккинчи қўли билан уни қўқрагини қўлларини биргалиқда қўшиб ушлайди. Жаррохлик вақтида болани бошини ҳаракатга келтирмасликга эришиш зарур, акс ҳолда ҳалқумни жароҳатланишига ёки муолижани сифатсиз ўтказишга олиб келади. Шпатель билан тилни олдинги 1/3 қисми эзилади, аденом юмшоқ танглай ортидан, димоққа киритилади ва ўрта чизик бўйлаб димоғни орқа-юқори деворига босилади, тез ҳаракат билан димоғ бўйлаб олдиндан орқага ва пастга қараб ҳаракат қилиниб без кесилади ва ташқарига олиб чиқарилади. Агар без тўлиқ кесилмасдан осилиб қолган бўлса, қонхотом ёки эгри қайчи билан қирқиб олинади.

Қон кетиш оз миқдорда бўлиб, тезда тўхтайдди. Баъзан кесилган аденоид тўқимаси ҳалқумни пастки қисмига тушиб қолади, уни бемор беҳосдан ютиб юбориш мумкин. Жуда кам ҳолларда кесилган аденоид тўқимаси ҳиқилдоққа тушиб, асфикция келтириб чиқариши кузатилган. Аденомидан сўнг қон кетиши кузатилмаса, 2-3 соатдан сўнг беморни маҳаллий педиатр назорати остида уйга жўнатиш мумкин. Бунинг учун бурун ва ҳалқум орқали қон оқиши бор йўқлиги кўрилади, 2 кун давомида бемор болани уйда ётиши ва врач берган кўрсатмаларга риоя қилиши ўқтирилади. Овқат юмшоқ ва суюқ бўлиши керак, жаррохликдан икки ҳафтадан сўнг бемор қайта текширишдан ўтказилади. Биринчи маротаба аденомидан сўнг чала қолдирилган тўқималар қайта гипертрофияга ўраши мумкин.

Болани ёши қанчалик кичик бўлса, аденоидни қайталаниши эҳтимоли шунчалик юқори бўлади. Қайта гипертрофияланган аденоидни яна аденомия қилинади.

ТАНГЛАЙ БЕЗЛАРИНИ ГИПЕРТРОФИЯСИ

Танглай безларини гипертрофияси бурун-ҳалқум (аденоид) беги гипертрофиясига монанд кечади. Ёш болаларда безларда физиологик гипертрофияга мойиллик бўлганлиги учун ҳам, уларда танглай безларини йўғонлашуви (гипертрофияси) энг кўп ўчрайди. Танглай безларини гипертрофияси лимфаденоид тўқималари умумий гиперплазия кўринишида бўлади. Одатда бу безлар юмшоқ, оч пушти рангда, болаларда кўпинча катталашиб, танглай ёйларидан ташқарига чиқиб туради, баъзан шу даражада катталашадики ҳатто улар бир бирига тегиб туради, натижада ҳалқумга кириш қисмини бутунлай тўсиб қўяди. Физиологик гипертрофияланган танглай безларида яллиғланиш белгилари ўчрамайди. Вақт ўтиши билан катталашган танглай безлари хажми жихатидан кичрайиб, ўзини одатдаги шаклига қайтади. Айрим ҳолларда бу инволюция жараён

ушланиб қолади, шунинг учун айрим катта ёшдагиларда ҳам безларини гипертрофиясини 11 ва 111 даражада учрайди. Бундан ташқари яллиғланиш жараёнига жавобан ҳам безларни гипертрофияси учрайди. Бу турдаги катталашган танглай безлари қаттиқ, тўқимасида лимфоид элементлар кам, қўшувчи тўқималарга бой бўлади. Кейинчали қўшувчи тўқима кўпайиши ҳисобига безларни кичрайиб, атрофияга учрайди.

Касалликни кечиши: Гипертрофияланган бодомча безлари маълум даражада механик равишда нафас олишга, овқат ютишга ва товуш ҳосил бўлишига ҳалақит беради. Ёш болаларда рефлектор йўталга сабаб бўлади (безга боғлиқ йўтал) ва бундай йўталлар тунда кучаяди, уйқулари безовта, юзаки ва хуррак отиб ухлашади. Текширишлар натижасига асосан бурун-ҳалқум ва танглай безлари катталашган болалар турли юқумли касалликларга тез берилувчан бўлади ва бу касалликлар (скралатина, бўғма) бошқа болаларга қараганда анча оғир кечади.

Ташхис: беморни шикоятлари ва фарингоскопияга асосан қўйилади.

Б. С. Преображенский бодомча безлари катталашувини шартли равишда 3 даражага бўлган. Олдинги танглай ёйлар қирғоғи ва кичик тилни ўртасидан ўтказилган чизиклар оралиғи ўлчов қилиб олинган:

1. Танглай безлари шу ҳалқум бўшлиғини $\frac{1}{3}$ қисмини эгалласа бу биринчи даража катталашув ҳисобланади.

2. Агар танглай безлари шу бўшлиқни $\frac{2}{3}$ (яримини) қисмини эгалласа иккинчи даражали катталашув ҳисобланади.

3. Танглай безлари шу бўшлиқни тўлиқ эгалласа ва бир-бирига тегиб турса бу учинчи даража катталашган ҳисобланади.

Танглай безларини оддий шаклдаги гипертрофиясини сурункали гипертрофик тонзиллит билан таққослаш мумкин: сурункали тонзиллитни бу шакли бемор анамнезида ангина ва фарингоскопик кўринишда сурункали яллиғланишга хос белгиларни борлиғи билан ажралиб туради.

Танглай безларини унча юқори бўлмаган бир томонлама яллиғланиши лимфосаркомада, лейкомия, лимфогранулематозда бўлиши мумкин. Қон тахлили ва биопсия олиниб гистологик текшириш натижаларига асосан бу касалликлар ўзаро таққосланади.

Даволаш: Танглай безларини кичик ҳажмдаги гипертрофиясида ва яллиғланиш жараёнини қўшилиш натижасида ҳосил бўлган шишларни камайтириш мақсадида ишқорли ёки буриштирувчи эритмалар билан (5% натрий бикорбанат, танин эритмаси 1: 1000) томоқни чайқаш тавия этилади. Бундан ташқари безлар юзалари Люголь эритмаси билан ёки 3-5% ляпис билан суртилади. Керакли ҳолларда қўшимча равишда умумий даволаш тадбирлари, физиотерапевтик муолижалар қўлланилади. Шунингдек, иқлим алмаштириш яъний денгиз иқлимида дам олиш яхши натижа беради.

Жаррохлик йўли билан даволашда тонзиллотомия қилинади, бунда безни катталашган қисми кесиб ташланади.

Тонзиллотомия ўтказишга қаршиликлар : қон касалликлари, организмда ўткир ва оғир касалликлар, яна эпидемик юқумли касалликлар билан алоқадор ҳолатлар ҳисобланади. Тонзиллотомия асосан 5-7 ёшдаги болаларда қилинади.

Жаррохлик амбулатория шароитда олиб борилади, айрим ҳолларда кўрсатмага биноан гўдакларда баъзан эса катта ёшдагиларда касалхона шароитида қилинади. Жаррохлик. аденотомия ўтказиш каби олиб борилади. Ҳалқум шиллиқ қавати 1% дикани эритмасини суртиш йўли билан оғриқсизлантирилади, ёки бутунлай оғриқсизлантиришсиз ўтказилади чунки без паренхимаси амалий жихатдан оғриқ сезмайди.



Расм 75. Тонзилотом ёрдамида қирқиб олинган танглай бези

Тонзиллотомияга кўрсатма худди аденотомияга кўрсатма сингари: бодомча безлари гипертрофияси аниқланган болаларда тонзиллотомия бир вақтда аденотомия билан бирга қилиниши мумкин. Бодомча безларини қисман олиб ташлаш Матье ёки Бохон тонзиллотомлари ёрдамида амалга оширилади. Безларни каттлашган қисмидан Кохер қисқичига қисилиб, қирқиб олинади. Жаррохликдан кейинги назорат аденотомиядан сўнги назорат каби бўлади.

ХАЛҚУМ НЕВРОЗИ

Бу ҳолат алоҳида нозологик касаллик ҳисобланмайди, балким бошқа патологик ҳолатларни, иккиламчи симптомкомплексидир. Бу патологик ҳолатни кўриниши, халқумни сезувчанлик фаолиятини бузилиши (гипостезия, гиперестезия ва парестезия) билан давом этади.

Халқумни сезувчанлигини бузилишини асосида, уни турли яллиғланиш касалликларини таъсири, шиллиқ қаватларни сезувчанлигини таъмин этувчи асаб толаларини қуйи ёки марказий бузилишлари ётади. Халқум неврозини келиб чиқишини асосий сабаби бу истериядир. Касаллик асаб тизими ўзгарувчан, муқом бир ҳолатга, иродага эга бўлмаган одамларда энг кўп учрайди.

Гипостезия ва анестезия ҳолатлари-бу ҳолатни кўринишида халқумдаги рефлексни пасайиши ёки умуман бўлмаслиги сифатида намоён бўлади. Бу ҳолат истериядан ташқари, марказий асаб тизимида турли касалликлар (захм, склероз, бульбар фалажлик, мия ўсмаси) ҳисобига пайдо бўлган органик ўзгаришлар, бундан ташқари умумий вирусли касалликлар ва халқум бўғмаси сабаб бўлади. Гипостезия ва анестезия ҳолатлари ҳиқилдоқни кириш қисмига яқин жойларда бўлса, кўп ҳолларда овқат луқмаси ёки сўлакни нафас йўлларига тушиб аспирация бўлиши кузатилади.

Гиперестезия- юқоридаги ҳолатга қарама-қарши,бу ерда халқумни рефлексларини ва шиллиқ қаватларни сезувчанлигини ортиб кетганлиги кузатилади. Гиперестезия ҳолати халқумни турли сурункали касалликларида (гранулёз,ёнбош фарингитлар,сурункали тонзиллитларда) ёки невростения ва истерияда асаб тизимини қўғалувчанлигини ортиб кетиши натижасида пайдо бўлади.

Бу ҳолат учун хос шикоятлар:томоқда доимий ёт жисм борлиги ҳиссиётига, бу ҳолат айниқса ютинганда кучаяди,бундан ташқари, қичишиш,ачишиш,санчилиш,нохушлик белгилари безовта қилади.Томоқдаги ёт жисмни тупуриб ташлаш мақсадида беморлар доимо томоқни кириб, йўталиб,тупуриб юради. Томоқдаги қирилиш ҳиссийти, вақти-вақти билан йўталиш хуружини чақиради.

Парастезия- яллиғланиш жараёни бўлмаган ҳолда томоқда турли шикоятлар:ёт жисм санчилиб туриши,сезиш жараёнларини пасайиб қолганлик ҳолати,қичишиб туришига бўлади. Бундай ҳолат кўпинча асаб тизими чарчаган,тажанг одамларда ёки климактерик ҳолатдаги аёлларда кузатилади.Бу беморлар бутун диқат этиборини томоқдаги ўзгаришларга қаратиб, ўзларини оғир касалликка чалинган беморлардек тутати. Айрим ҳолларда рақафобия ваҳимаси билан, тинмасдан бир врачдан,иккинчи врач қабулида бўлади.

Ташхис беморни томоқдаги ўзига хос шикоятлари, фарингоскопик текширишлар натижасига асосланади. Бундан беморларни тинчлантириш мақсадида ички касалликлар мутахассиси,нервпатолог,акушер-гинеколог кўригидан ўтказиш зарур. Хар эҳтимолга қарши, бўйин соҳаси остеохондрозини аниқлаш учун шу соҳани рентгенография қилинади.

Даволаш даволаш муолижалари текшириш натижаларига асосланади. Агар томоқда турли сурункали яллиғланиш жараёни аниқланилса,шу йўналишда муолижалар ўтказилади.Асаб,ички аъзолар ва эндокрин тизими фаолиятини мўтадиллаштириш учун турли муолижалар,физioterапевтик таъсир этувчи даволар олиб борилади.Бўйин соҳасига Щербак усули бўйича калций хлор эритмаси билан электрофорез ўтказилади,халқум ва ҳиқилдоқ соҳасидаги симпатик тугунларга новокаинли блокада қилинади.

Апноное синдроми ёки уйқуда хуррак отиш

Апноное синдроми-уйқуда хуррак отиш жараёнида,маълум муддатга нафасни тўхтаб қолишидир. Беморларни уйқуда хуррак отиши ва апноное синдроми билан кечиши,бу ўзига хос нафас олиш тизимини патологик ҳолатларига киради. Бундай патологик ҳолатлар ўрта ва қари ёшдаги ҳамда ўта семиз одамларда,аёлларга нисбатан эркаклар орасида кўп учрайди.

Дастлаб уйқуда оддий хурракдан бошланади, кейинчалик вақти-вақти билан нафасни тўхтаб қолиши - апноное қўшилади.Чет элларда бу ҳолатни **SAS (sleep apnae syndrome)** ёки **ронхопатия** деб юритилади. Вақт ўтиши билан апноное ҳолати

кўпайиб бир неча сониядан, бир неча дақиқигача давом этади. Апное вақтида нафас олиш бош мия орқали онгли бошқарилмасдан, аксинча қонда кислород миқдори озайиб, карбонат ангидридини миқдорини кўпайиши натижасида нафас марказини қитиқлаш хисобига амалга оширилади. Уйқудаги нафасни шу тарзда кечиши, вақт ўтиши билан инсон танасидаги хаётий муҳим аъзоларда патологик ўзгаришлар келтириб чиқаради. Хуррак отиш жараёнини апное билан давом этиш хисобига, уйқуда беҳосдан ўлимлар ҳам кузатилган.

Хуррак отишни келиб чиқиши механизмида асосий ўринни кичик тил ўйнайди, кўпинча холларда кичик тил узайиб, йўғонлашиб қолади ёки мушаклари ўз тонусини йўқотиб осилиб қолади. Бундан ташқари хурракни ривожланишида танглай ёйларини, юмшоқ танглайни ҳолати ва бодомча безларини ҳажми (йўғонлашуви) муҳим аҳамият касб этади.

Семиз, йўғон ва бўйни калта одамларда ҳам хуррак отишга мойиллик юқоридир. Хуррак отишда нафас йўллари кассалликлари (аденоидлар, гипертрофик ринитлар, сурункали синуситлар, аденоидлар) хиқилдоқ-халқум аъзоларини (тил ўзаги беzi, хиқилдоқ тоғайини, хиқилдоққа кириш қисмини тузилиши) ўзига хос тузилишга эга эканлиги ҳам аҳамият касб этади.

Фарингоскопияда: кўпинча бундай одамларда кичик тил чўзилиб пастга тил ўзагига тегиб туради, танглай ёйлари ва юмшоқ танглай тонуси пасайиб осилиб қолади, бодомча безлари катталашган кўринади.

Ташхис ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди, кўпроқ беморлар ўзлари хуррак отишдан шикоят қиладилар ёки атрофидагилар апное синдроми ҳақида сўз юритадилар.

Даволаш: консерватив даволаш мақсадида пастки жағни тортиб боғлаб қўйиш, бурун қанотларини кенгайтириб қўйиш, ухлашдан аввал оғизга махсус резинали сўрғичлар солиш, рефлекс даволаш, физиотерапевтик даволар қўланилади. Ҳозирги кунда сезирарли наф бераётган даволаш СРАР усули (Continuons positive airway pressure) хисобланади. Бу усулда нафас йўлларида доимо мусбат босим ҳосил қилиш учун, беморга ётишда махсус маска кийдирилади ва юқори босимда ҳаво юборилиб турилади.

Даволашни энг самарали усули жаррохлик хисобланади ва умумий қилиб увулопалатинофарингопластика деб юритилади. Жаррохлик усулини асосида кичик тил, танглай ёйлари, юмшоқ танглайда турлича жаррохлик муолижаларини ўтказилади. Ҳозирги кунда бундай жаррохлик усуллари 10 дан ортиғи мавжуд ва жаррохлик муолижаларини ўтказишда ҳар бир беморга шахсий ёндошиш зарур.

Халқум ўсмалари

Бошқа ЛОР аъзолари каби халқумдаги ҳосилалари ҳам ўсмасимон ҳосила, хафсиз ва хафли ўсмаларга бўлинади.

Халқумни ўсмасимон ҳосилаларига киста киради. Бу кисталар халқумни турли жойларида учрайди, яъний бодомча безларида ретинцион киста ҳолида, ёки юмшоқ танглайда ҳақиқий (интрамурал) кисталар шаклида учрайди. Бундай кисталарни ички қисми эпителиал қаватдан иборат бўлиб, сероз суюқлик билан

тўлган бўлади. Хажми унчалик катта бўлмаганлиги учун, беморларни кам безовта қилади.

Даволаш асосан жаррохлик усулида олиб ташланади.

Халқумни хафсиз ўсмалари.

Халқумни хафсиз ўсмалрига папиллома, ўсмирлар ангиофибромаси киради.

Папиллома, халқумни танглай ёйларида, орқа деворини ён томонида ва халқум усти тоғайини тил юзасида учрайди. Ранги қизил пушт бўлиб кенг асосда жойлашади, сўрғич каби кўринади, хажми катта бўлмаса беморларни безовта қилмайди, фақат катталашган холда, томоқда ёт жисм борлиги сифатида халақит беради.

Даволаш фақат жаррохлик усулида олиб ташланади, лазер нурида куйдириш мумкин, агар қайта ўсишга мойиллик бўлса олингандан сўнг ўрнига 30% проспедин малхами суртилади.

Ўсмирлар ангиофибромаси

Бу касаллик асосан 20 ёшгача бўлган ўғил болаларда учрайди. Агар даволаниш ўз вақтида ўтказилмаса, беморлар хаётига хаф туғилмаса, кейинчалик аста-секин қисман қайта сўрилиши мумкин. Ўсма бурун халқумда учрайди, келиб чиқиши эмбионал ривожланишдаги мезинхимани патологик қолдиғи сифатида пайдо бўлади. Гистологик тузилиши бўйича хафсиз ўсма, қўшувчи тўқима асосли, қон томирларга бой бўлади, аммо ўсиш жараёни хафли ўсма каби бўлади. Ўсиши қўшни азоларни деворларини емириб, бош мияга, ёндош бўшлиқларга ва бурун бўшлиғига кириб боради. Кечишида кўп ва хафли қон кетиши кузатилади.

Касалликни клиник кечиши уни ўсиш босқичига боғлиқдир. Ўсиш босқичлари В.С.Погосов 1987 й. томонидан таклиф қилинган синифланишга асосланади.

1.босқич-ўсма бурун халқумни ёки бурун бўшлиғини тўлдирган, аммо суяк деворларини емирилиши кузатилмайди.

11.босқич ўсма биринчи босқичга тўғри келади, қанотсимон чуқурга, бурун ёндош бўшлиқларига ўсиб киради, суяк деворларида емирилишлар пайдо бўлган.

111.босқич ўсма кўзга ва бош мияга ўсиб киради.

1Ү.босқич ўсма 111 босқичга тўғри келади ва қўшимча каверноз венага, гипофизар чуқурликка ўсиб киради.

Касалликни бошланишида бурунни бир томонида нафас олиш бир мунча қийинлашади, томоқда ачишиш хиссиёти бўлади, баъзан бурундан қон кетиши кузатилади. Кейинчалик ўсма хажми катталашгандан сўнг бурундан нафас олиш бутунлайин бўлмайди, хид билиш пасаяди, бурундан қўйиқ йирингли ажралма келади, товуш ўзгаради (пинқилик), беморда аденоид юз холати пайдо бўлади, беморларда оғиз ярим очиқ, пастки жағ осилган, нафас олиш оғиз орқали бўлади. Ўсмани оғир асоратларидан бири вақти-вақти билан бурундан қон кетишидир, бунинг натижасида бемор анча холсизланган, қувватсиз, ранги оқарган.

Ўсма катталашган сари бемор юзида ассиметрия пайдо бўлади,кўз ўз жойидан (орбитадан) чиққан,харакати чегараланган,кўриш фаолияти пасайган.

Риноскопияда бурун бўшлиғида пушти кулранг,юзалари текис ўсма кўринади,айрим холларда мезофарингоскопияда бурун халқумдан осилиб турган ўсма кўринади. Бармоқ билан бурун халқум пайпасланганда,юзалари текис, аммо қаттиқ ўсма аниқланади,текшириш вақтида қон кетиши кузатилади.

Ташхис беморни шикоят,касаллик тарихи,риноскопия,эндоскопия,рентгенография,ангиография ва КТ,МРТ текшириш натижаларига асосланади. Охирги ташхис ўсмани гистологик текширгандан сўнг қўйилади.

Қиёсий ташхисни аденоиддан,хоанал полипдан ва саркомадан қилинади.

Даволаш фақат жаррохлик усулида бўлади,ўсма аниқлангандан сўнг тез муддатда олиб ташланиши зарур,акс холда қўшни аъзоларга тарқалиш эҳтимоли юқори. Ўсмани олиш усули эндоназал,эндоорал ва трансмаксилляр орқали амалга оширилади.Жаррохлик вақтида кўп қон кетиши кузатилади,шунинг учун ҳам ўсмани олиш тўхтовсиз қон қуйиш билан олиб борилади. Айрим холларда қон кетишини олдини олиш мақсадида,жароҳликдан аввал ташқи уйқу артериясини боғланади.

Халқумни хафсиз ўсмалари.

Халқумни хафсиз ўсмаларидан карцинома,саркома,лимфоэпителиома,цитобластомалар учрайди.

Ўсмани бурун халқум қисмида жойлашгани узоқ вақт бирорта белги бермайди. Касалликни бошланишида беморларда бурун халқумда ачишиш,қирилиш ва ёт жисм борлиги хиссиёти безовта қилади, келгусида вақти-вақти билан ўсмадан қон кетади, бурундан ёки оғиз орқали шилимшиқ ажралма пайдо бўлади, регионар лимфа безлари катталашади.

Халқумни оғиз қисмида кўпроқ рак ва саркома кузатилади. Касалликни бошланишида бодомча безларини бир томонида ўсма пайдо бўлади, кейинчалик катталашади ва айрим холларда юзаларида сарғимтир караш бойлаган ярага айланади. Яра ўрнида оғриқ безовта қилади.

Регианар лимфа безлари катталашади ушлаб кўрилганда оғриқли бўлади.

Касалликни қиёсий ташхисда ярали пардали Симановский Венсен ангиnasiда,халқумни СПИД ўзгаришларидан,қон касалликларида бодомча безидаги ўзгаришлардан фарқлаш зарур.

Ташхис албатта ўсмадан олинган биопсия натижасига асосланади.

Даволаш масаласи-ўсмани босқичларига боғлиқ,асосан жарролик усулида олиб ташлангандан сўнг кимёвий дори воситалари ва нур билан таъсир этиш билан даволанади.

Халқум захми

Халқум захмини қаттиқ шанкир босқичида,томоқни бир томонда эритема,эрозия ва яра кўринишида бўлади,шу тарафдаги лимфатик безлар ҳам катталашган ва оғриқли.

Захми иккинчи босқичида халқумдаги ўзгаришлар билан бирга терида турли тошмалар разеол ва папулар шаклида намоён бўлади. Ўткир ангинадан фарқи беморларда томоқда оғриқ бўлмайди, тана харорати субфебрил, умумий интоксикация кескин намоён эмас.

Фарингоскопияда халқумни шиллиқ қаватлари тўқ қизил қизарган ва уларни тарқалган шиши кўринади.

Захми учламчи даврида юмшоқ ва қаттиқ танглайда ўсма шаклидаги чегараланган гуммалар пайдо бўлади. Гуммалар ярага айланади, бу яраларни қирғоқлари текис, некротик қоплама ва уни тубида ёғли қатлам бўлади.

Ташхис беморни шикоятларига, касаллик тарихига ва серологик текширишлар натижаларига асосланади.

Даволаш этиотроп йўналишда олиб борилади. Яраларни антисептик дорилар билан ювилади ва турли малхамлар суртилади.

Даволаш натижасида гуммалар ўрнида қўпол чандиқ ҳосил бўлиб битади, уни натижасида беморларда пинқилик, эшитиш фаолиятини пасайиши каби кузатилиши мумкин. Иккиламчи ҳосил бўлган чандиқлар пластик жаррохлиги орқали бартараф қилинади.

ҚИЗИЛЎНГАЧ - OESOPHAGUS

(клиник анатомияси, физиологияси ва текшириш усуллари)

Қизилўнгах халқумни давоми ҳисобланиб, шиллиқ қават ва мушак тўқималарида иборат бўлган найсимон аъзодир. Узуксимон тоғайни пастки қирғоғи, ёки Y1 бўйин умуртқаси сатхидан бошланиб, умуртқаларни олдида ва кекирдакни орқасида пастга давом этиб, X1 кўкрак умуртқаси сатхида ошқозонга ўтади. Қизилўнгахни олидинги тишлардан ҳисобланса, ошқозонгача бўлган узунлиги 38-42 см. ташкил этади. Уни 3 та анатомик ва 2 та физиологик қисилган жойлари мавжуд. **Анатомик** қисилишларга, **биринчиси** - қизилўнгахни бошланғич қисми, яъний қизилўнгахни оғзи дейилади, **иккинчиси** - кекирдакни бронхларга бўлиниш (бифуркация) жойида, **учинчиси** - қизилўнгахни диафрагма орқали ўтиш жойида. **Физиологик** қисилишларни **биринчиси** - аорта билин кесишган жойида ва **иккинчиси** ошқозонга кириш қисмида жойлашган. Қизилўнгахни бундай қисилишлари клиник жихатида катта аҳамият касб этади. Масалан анатомик қисилишларни биринчисида кўп ҳолларда ёт жисм туриб қолади. Қизилўнгахни бўйин ва қорин қисмлари одатда ёпишган ҳолда бўлади, кўкрак қисми эса бу жойда манфий босим мавжудлиги учун ҳам доимо очик ҳолда туради. Деворлари тузилиши: ички қисми шиллиқ қаватдан иборат, ўрта қисми мушакдан ва ташқиси қўшувчи тўқимали қатламдан иборат.

Қон билан таъминланишида бўйин қисми қизилўнгах артерияси орқали амалга ошади, кўкрак қисми эса аортадан олинган тармоқдан ва қорин қисми эса диафрагма артериясидан таъминлади. Веноз қонлар якка (v. azugos) ва ярим якка (v. hemiazygos) веноз томирлар орқали кетади. Лимфа томирлари юзаки ва чуқур лимфа тизими шаклида фаолият кўрсатади. Инервация адашган нерв ва симпатик тизим орқали амалга ошади.

Қизилўнгачни асосий вазифаси овқат луқмасини ошқозонга ўтказишдан иборат.

Қизилўнгачни текшириш:Текшириш учун кўпроқ сўраб суриштиришга эътибор қаратилади, бундан ташқари асосий текширишлардан бири рентгенологик усуллар ҳисобланади,агар етарли маълумот олинмаса, рентгенконтраст усули қўлланилади.Эндоскопик текшириш усулларида эзофагоскопия қилиш йўли билан тўлиқ маълумот олиш мумкин.

Қизилўнгачни ёт жисмлари

Қизилўнгачга ёт жисмлар асосан оғиз орқали овқат луқмалари билан биргаликда тушиб қолади.Катта ёшдаги одамларда ёт жисмлар асосан овқат билан бирга тушса,кичик болаларда эса ўйнаб туриб оғизга солинган жисмларни беҳосдан ютиб юбориш орқали тушиб қолади. Агар ёт жисмлар қизилўнгачда узоқ туриб қолса деворларига таъсир этиб турли яллиғланиш чақириб эзофагитга олиб келади.

Касалликни белгилари асосан тушган ёт жисмларни хажми,шакли, оғирлиги,тушган вақти ва жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади. Беморларни асосий шикоятларидан бири бошини ҳаракатга келтирганда, ютинганда қизилўнгач соҳасида, курак соҳасига тарқалувчи оғриқ,ачишишга бўлади. Касалликни белгиларидан яна бири, ёт жисим қизилўнгачда туриб қолиб,бемор кейинги ютган овқат луқмалари пастга ўтиб кетмасдан орқага қайт қилиб чиқариб ташлайди. Ютиниш жараёни оғриқли бўлиши ҳисобига улар деярли ютинмайдилар,шунинг учун беморларда оғиздан кўп сўлак тўпланиб қолиши кузатилади.

Беморларни эндоскопик қилиб кўрилганда ҳиқилдоқни ноксимон чуқурчасида кўп миқдорда сўлак тўпланлиги кузатилади –**Жексон белгиси**, катта ёт жисм биринчи анатомик қисилишда туриб қолганда, ҳиқилдоқни олдида суриб кўяди-**Денмайер белгиси**, ҳиқилдоқни ушлаб кўрилганда оғриқли бўлади (айниқса ўткир киррали ёт жисим бўлса)-**Шлиттлер белгиси** кузатилади. Ёт жисим узоқ туриб қолганда эзофагит ривожланиб,оғриқ кучаяди,беморлар овқатдан бош тортади,иситма кўтарилиб,ахволи оғирлашади. Айрим ҳолларда ўз вақтида аниқланмаган ёки олиб ташланмаган ёт жисмлар қизилўнгачни деворини емириб, йирингли медиастинит каби оғир асоратларга олиб келади.

Касалликни ташхиси-ташхис учун мукамал йиғилган беморни шикояти ва касаллик тарихи муҳим ўринни эгаллайди. Рентгенологик ва эндоскопик (эзофагоскопия) ташхисни тўлиқ аниқлайди.

Даволаш:ёт жисмни эндоскопик усулда олишдан иборат ва келгуси даволар беморни ҳолатига қараб белгиланади.

Мавзуга оид касаллик тарихларини таҳлили

Бемор 6 ёшда

Касалхонага маҳаллий поликлиника педиатри томонидан сурункали тонзиллит ташхиси билан тонзилэктомияга юборилган

Беморни келгандаги ташхиси-сурункали тонзиллит

Беморни келгандаги шикоятлари: томоқда ёт жисим борлиги хиссиёти, ютинишни ва гапиришни қийинлиги, овқат лўқмасини ютинишда ўтишини қийинлигига.

Лор бўлимда текширилганда: Онасини айтишича болани анамнезида ўткир ангина билан ҳеч қачон оғримаган, аммо бола доим томоқда ёт жисим борлиги хиссиётига, ютинишни қийинлигига, гапирганда пинғиллаб қолишига шикоят қилиб келинган.

Фарингоскопия: оғиз очиш бемалол, бодомча безлари 111 даражада катталашган, бир-бирига тегиб туради, юзалари текис, лакуналари кенг ва тоза.

Бўлимда болани ташхиси бодомча безларини йўғонлашуви (111 даража) Тонзиллотомияга тайёрлаш мақсадида қони ва сийдиги текширилди, стоматолог ва педиатр кўригидан ўзказилди. Келган кунини эртасига тонзиллотомия жаррохлиги ўтказилди, муолижадан сўнг қон кетиши кузатилмади ва 2 соат назоратдан сўнг маҳаллий педиатр назоратида уйга жавоб берилди.

Бемор 63 ёшда

Касалхонага маҳаллий ҚВП бош ҳаками томонидан ярали-пардали ангина ташхиси билан даволанишга юборилган.

Беморни шикоятлари: Томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги, оғиздан ноҳуш хид келиши, умумий қувватсизлик, иштаҳа ва уйқуни бузилишига.

Касаллик 3 ой аввал бошланган, дастлаб томоқда ёт жисим борлиги хиссиёти безовтв қилган, кейинчалик, оғриқ кўшилган, сўнггра оғиздан ноҳуш хид келган ва жағ ости ва бўйин лимфатик тугунлари катталашган.

Даволаниш мақсадида: антибиотиклар, антигистамин дорилар қабул қилган, томоқни антисептик дорилар билан чайқаган, аммо фойдаси бўлмаган.

Фарингоскопияда: Оғизни очиши бемалол, бодомча беи чап томондаг, без олди тўқимаси билан қизариб шишиган, без юзасида, қирғоқлари нотекис, юзалари сарғимтир караш билан қопланган яра кўриняпти. Жағ ости ва бўйин лимфатик тугунлари катталашган, ушлаб кўрилганда оғриқли.

Савол беморни текшириш ва даволаш бўйича сиз қандай ишларни олиб борасиз?

Бемор А.17 ёш.

Клиникага яшаша жойидаги ЛОР врач томонидан лакунар ангина ташхиси билан жўнатишган.

Келганда шикоятлари: Томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги, тана хароратини кўтарилиши, оғиз очишни қийинлиги, умумий қувватсизликка

Фарингоскопия: Бемор бўйни ўнг томонга қийшайган, оғиз очиши кескин қийинлашган, оғиздан ноҳуш хид келади. Ўнг танглай беи, без олди тўқималари

билан кескин қизарган, шишган ва бўртиб чиққан.Безни бўртган жойи маркази оқиш рангда. Кичик тил соғ томонга сурилган.

Беморга ташхис қўйинг ва даволаш чораларини белгиланг.

Мавзу бўйича назорат саволлари ва вазият масалалари.

1. Ҳалқумдаги ёт жисмлар қандай асоратлар келтириб чиқаради?
 - А) парафарингит
 - Б) флегмона
 - В) катарал ангина
 - Г) нафас олишни қийинлиги
 - Д) ҳалқум орқа абцесси
2. Ҳалқумни кўп сонли жароҳатида қон кетиш қандай тўхтатилади?
 - А) Бирламчм хирургик тозалаш, қон кетаётган жойга тампон қўйиш, қон тўхтатувчи дорилар қўллаш
 - Б) Эритроцитар масса, плазма куйиш
 - В) Гемостатик губка қўйиш
 - Г) Бошини осмонга қаратиб ётқизиш
 - Д) Қон кетган жойни кумуш нитрат билан куйдириш
3. Тонзиллэктомиядан сўнг биринчи кунда қандай пархез буюрилади?
 - А) Сувни кўп миқдорда ичиш
 - Б) Одатдаги кунлик овқатлардан тановул қилиш
 - В) Иссиқ чой
 - Г) Суюқ ва илиқ овқатлар тавсия этилади
 - Д) Стол №15
4. Сурункали тонзиллитни консерватив даволаш қандай олиб борилади?
 - А) Лакуналарни ювиш ва ичидаги ажралмаларни сўриб олиш
 - Б) Лакуналар ичига антибиотикларни юбориш
 - В) Лакуналарни учхлорли сирка кислота билан куйдириш
 - Г) 5 % ли йод эритмаси билан ҳалқумни артиш
 - Д) Глюкоза эритмаси билан томоқни чайиш
5. Симоновский-Венсен кўзгатувчиси қандай касаллик чақиради?
 - А) Ҳалқум бўғмасини келтириб чиқаради
 - Б) Ҳалқум орти абсцессини келтириб чиқарувчи герпетик вируси
 - В) Ангинани ярали-пардали турини чақирувчи лептоспира

- Г) Юқори нафас йўлларида яллиғланиш келтириб чиқарувчи пневмококк
- Д) Синусит

6. Тизимли қон касалликларида ангинани қайси турлари учрайди?

- А) Моноцитар ангина, алегментар-токсик алегкицядаги ангина
- Б) Симоновский Венсен ангиnasi
- В) Лейкоздаги ангина, агронилоцитар ангина
- Г) Фоликуляр ангина
- Д) Дифтерия

7. Қуйидаги бемор томонидан қилинадиган шикоятлар қайси касалликка хос: оғиздан нохуш хид келиши, томоқни қуриши, томоқда ёт жисм борлиги хиссиёти?

- А) Флегмоноз ангина
- Б) Атрофик фарингит
- В) Ярали-пардали ангина
- Г) Паратонзиляр абсцесс
- Д) Муртаклар флегмонаси

8. Беморни қуйидаги шикоятлари қайси касаллика хос: Томоқда қаттиы оғриқ, ютинишни қийинлиги, чайнаш мушакларини тризми хисобига оғиз очишни қийинлиги, тана хароратини юқорилиги ва оғиздан сўлак оқиш.

- А) Ўткир фарингит
- Б) Лакунар ангина
- В) Ҳалқум бўғмаси
- Г) Паратонзиляр абсцесс
- Д) Ҳалқуморти абсцесси

9. Паратонзиляр абсцессни ёришни қандай турларини биласиз?

- А) Ўтмас йўл билан ёрилади
- Б) Учли қайчи ёрдамида ёрилади
- В) Умуман ёрилмайди
- Г) Аввал пункция қилинади
- Д) Пункция қилингандан сўнг скальпель ёрдамида ёрилади.

10 Паратонзиялар абсцессни ёриш вақтида қандай хавфли асоратлар кузатилиши мумкин?

- А) Уйқу артериясини жарохатланиши
- Б) Ковак венани жарохатланиши
- В) Адашган нервни жарохатланиши
- Г) Юз артериясини жарохатланиши
- Д) Юз нервини жарохатланиши

11. Сурункали тонзиллитни Б.С. Преображенский (1964 й.) классификацияси бўйича қандай клиник шаклларга бўлинади?

- А) Сурункали тонзиллитни оддий шакли
- Б) Мураккаб шакли
- В) Компенсация, субкомпенсация шакли
- Г) Токсико-аллергик 1 ва 2 даражаси

Д) Оддий ва гипертрофик шакли

12. Тонзиллэктомия вақтида қандай асоратлар кутилиши мумкин?

А) Хушдан кетиш

Б) Қон кетиш

В) Сепсис

Г) Нафас олишни тўхтаб қолиши

Д) Тери ости эмфиземаси, пневмония, ўпка ателектази

13. Фоликуляр ангинани фарингоскопик кўринишини тасвирланг

А) Ҳалқум шиллиқ қавати ва бодомча безлар қизарган, шишган

Б) Бодомча безлар шишган, юзасида серозли ажралма бор

В) Бодомча безлар юзасида кулранг ифлосланган ажралма бор

Г) Бодомча безларининг юзасида енгил кўчувчи, оқ-сарғиш рангдаги ажралмалар мавжуд

Д) Безлардан қон кетиш, юзасида сариқ нуктасимон ажралмалар кузатилади

14. Ангина ўртача қайси ёшда кўп учрайди

А) 30 ёшгача

Б) Ёш болаларда

В) Ёшга боғлиқ эмас

Г) 10 ёшгача болаларда

15. Ангина лор аъзоларига қандай асорат бериши мумкин?

А) Паратонзилляр абсцесс

Б) Паратонзиллит, тонзиллоген медиастенит ва тонзиллоген сепсис

В) Мезофарингит

Г) Стоматит

Д) Сепсис

16. Ҳалқум орти абсцессини ёриш учун қанча чуқурликда кесиш керак?

А) 1 см.

Б) 2,5 см.

В) 0,5 см.

Г) 3,5 см.

Д) 4 см.

17. Қуйдаги клиник белгилар қайси касалликка хос: Бемор 4 ёшда, шикоятлари нафас олишни қийинлиги, нафас шовқин билан давом этади, томоқда оғриқ, ютинишни қийинлигига ва тана хароратини юқорига кўтарилиши. Кўрилганда: Ҳалқумни оғиз қисмини орқа девори шиллиқ қавати қизарган ва шишган, зонд билан текширилганда флюктация кузатилади.

А) Паратонзилляр абсцесс

Б) Лакунар ангина

В) Ҳалқум орти абсцесси

Г) Аденоид

18. Бурун ҳалқумга очилади

А) Гайморова бўшлғи

- Б) Эшитув найи
- В) Юз нерв канали
- Г) Пешона суяги бўшлиғи

19. Юмшоқ танглай нормада

- А) Оч пушти рангда, ҳаракатчан
- Б) Ҳаракатсиз
- В) Чандикли
- Г) Атрофияланган
- Д) Шишган

20. Гранулёз фарингитни мезофарингоскопик кўриниши қандай?

- А) Шиллиқ қават оч пушти рангда, ҳаракатчан
- Б) Ҳаракатсиз
- В) Чандикли
- Г) Атрофияланган
- Д) Халқум орқа девори шиллиқ қавати қизарган, юзаларида қизариб, шишган

2-3мм. ҳажмда лимфоаденоид тўқималари тўпланган.

21. Пирогов-Вальдейр лимфоид халқасини қайси безлардан ташкил топган?

- А) Хиқидоқ ва кўкс оралиғидаги лимфатик тугунлардан
- Б) Халқум ортидаги лимфатик тугунлардан
- В) Халқум (1,2), бурун-халқум (3) безлари
- Г) Тил илдизи (4) беzi
- Д) Эшитув найи тешиклари олдидаги (5-6) безлардан.

22. Бодомча безлари қайси артериялардан тармоқ олади?

- А) Ташқи уйқи артерияси, тил артериясидан
- Б) Юз артерияси, кўтарилувчи танглай артериясидан
- В) Хиқилдоқни юқориги артериясидан
- Г) Кўтарилувчи халқум артериясидан
- Д) Пастки бурун артериясидан

23. Халқумни вазифалари қуйдагилардан иборат.

- А) Нафас олишда иштирок этиш
- Б) Овқат ҳазм қилиш ва овқат ўтказиш
- В) Товуш ва овоз ҳосил қилиш
- Г) Химоя вазифаси

24. Ангинани қандай турлари тафовут қилинади?

- А) Катарал, лакунар, фоликуляр
- Б) Флегманоз, ярали-пардали
- В) Герпетик, аралаш
- Г) Сурункали, одонтоген турлари
- Д) Хамма жавоб тўғри

25. Ҳалқум қандай қисмларга бўлинади?

- А) Бурун-ҳалқум
- Б) Оғиз-ҳалқум
- В) Қулоқ-ҳалқум
- Г) Хиқилдок-ҳалқум
- Д) Умуртқа-ҳалқум

26. Қизилўнгачдан ёт жисимни олишда қандий асбоблардан қулланилади

- 1. Эзофагоскопия,
- 2. Бронхоскопия.
- 3. Ларингоскопия.
- 4. Орқанги риноскоп.

27. Академик Солдатов И.Б. оториноларингологиядаги хизмати

- 1. Сурункали тонзиллит классификацияси,
- 2. Қизилўнгач жарроҳлиги билан шуғулланган.
- 3. Бурун - ҳалқум ангиофибромаси масаласи билан шуғулланган.
- 4. Бурма ости ларингити устида илмий иш қилган.

28. Тил ости абсцессини ёриш учун қанча чуқурликда кесиш керак?

- 1. 0,5 см,
- 2. 2,5 см.
- 3. 1 см.
- 4. 3,5 см.

29. Товуш тўлқинларини ҳаркати қуйидаги тартибдаги суякчалар орқали амалга ошади.

- 1. Болғача, сандонча, узангча,
- 2. Узанги болғача, сандонча.
- 3. Сандонча, узанги болғача.
- 4. Лабиринт орқали.

30. Трахеостомия асоратлари

- 1. Тери ости эмфиземаси,
- 2. Қон кетиши.
- 3. Чандиқли мембрана.
- 4. Пастки нафас йўллари яллиғлиниши.

31. Трахеотомик найчани узоқ туриши қандай асоратлар келтириб чиқаради ?

- 1. Ярада грануляция ўсиши ва терини бичилиши
- 2. Ярадан қон кетиши.
- 3. Пневматорокс.
- 4. Бош оғриғи.

32.. Халқумдаги ёт жисмлар қандай асоратлар келтириб чиқаради?

- 1.Халқумда флегмона
- 2.Парафарингит.
- 3.Ўпка абсцесси.
4. Халқумдан қон кетиши.

33. Халқумни кўп сонли жароҳатида қон кетиш қандай тўхтатилади?

- 1.Маҳаллий тозалаш, тампонада, қон тўхтатувчи дорилар қўллаш
- 2.Эритроцитар масса, плазма қўйиш.
- 3.Гемостатик губка қўйиш.
- 4.Бошини осмонга қараб ётқизиш.

34. Халқум қандай қисмлардан иборат?

- 1.Хиқилдок-халқум,
- 2.Бурун -халқум.
- 3.Оғиз-халқум.
- 4.Қулоқ –бурун халқум.

35. Халқумни қон билан таъминланишида қандай тармоқлар олади?

- 1.Юқори жағ артериясининг тармоқлари,
- 2.Ташки уйқу артериясининг тармоқлари.
- 3.Пастки қалқонсимон артериянинг тармоқлари.
4. Юқори танглай артерияси.

36. Пирогов-Вальдейер халқасини қайси безлар ташкил қилади?

- 1.Тил ўзаги бези
- 2.Танглай безлари.
- 3.Бурун халқум безлари.
- 4.Най безлари .
5. Хиқилдок безлари

37. Халқум иннервацияси қуйдаги нерв тармоқлари билан таъминланган?

- 1.Уч шохли нерв
- 2.Тил-ютқин нерви.
- 3.Тўрт шохли нерв.
- 4.Адашган нерв.

38. Ўткир фарингитда яллиғланиш қаерда кузатилади.?

- 1.Ютқин шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши
- 2.Бодомча бези яллиғланиши.
- 3.Тилчани яллиғлагиши.
- 4.Танглай муртаги яллиғланиши.

39. Ангинада қаерда яллиғланиш кузатилади?

- 1.Танглай муртакларининг ва ютқин шиллиқ қаватида

- 2.Тилчада.
- 3.Халқумни орқа деворида.
- 4.Бурун-халқумда.

ХИҚИЛДОҚНИ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Хиқилдоқ - юқори нафас йўлини охирги қисми хисобланиб 4-6 бўйин умуртқасини сатхига тўғри келади ва пастдан кекирдакка ўтади. Хиқилдоқ тил ости суяги, тил, пастки жағ суяги, кекирдак, қизилўнгач, йирик қон-томир ва асаб толалари билан чегарланади. Харакатчан аъзо хисобланиб нафас олиш, овқат ўтишда юқорига кўтарилади ва пастга тушиб туради.

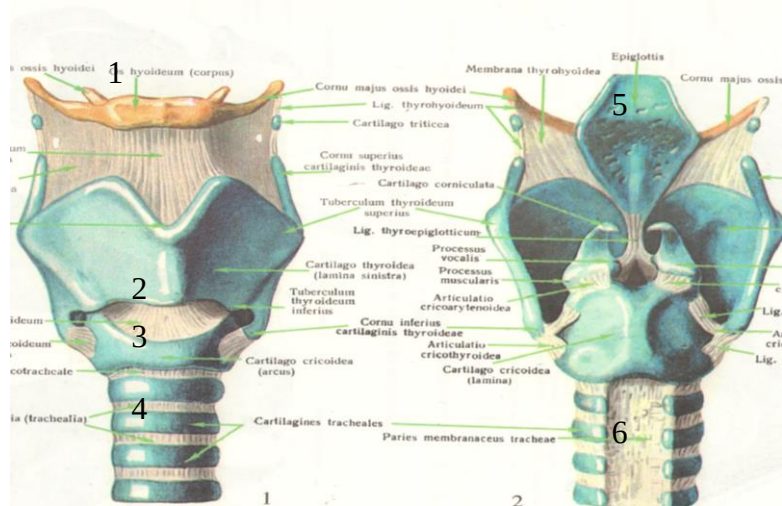
Хиқилдоқни ташкил этишда 3 та жуфт ва 3 та тоқ тоғайлар иштирок этади. Жуфт тоғайлардан: чўмичсимон, понасимон ва шохсимон тоғайлар, тоқ тоғайлардан узуксимон, қолқонсимон, хиқилдоқ устки тоғайлардир.

Тоқ тоғайлар: Узуксимон тоғай (cartilago cricoidea) хиқилдоқни асосини ташкил этади ва шакли бўйича узукни эслатади, узукни кенг кўзи орқага, қизилўнгач томонга ва нозик халқаси олдинга қараган бўлади. Тоғайни икки ён томонида қолқонсимон тоғайни пастки шохи бирлашадиган бўғим юзаси мавжуд, тоғайни кенг қисмини юқорисида эса чўмичсимон тоғай бирлашадиган бўғим юзаси бор.

Қалқонсимон тоғай (cartilago thyroidea) ўз номидан ҳам маълумки бу тоғай қалқон сингари хиқилдоқни ташқи томондан тўсиб туради ва турли таъсирдан химоя қилади. Тоғай бир-бирига ўткир бурчак остида бирлашган иккита тоғай пластинкаларидан иборат бўлиб, ўртасида чуқурча хосил қилади ва тоғай узуксимон тоғайни устига жойлашган.

Қалқонсимон тоғайни орқа томонидан иккитадан юқорги ва пастки шохлар чиқади (cornu superior et inferior). Юқорги шохлари тил ости суягини катта шохи билан бирлашади, пастки шохлари эса узуксимон тоғайни ён томонидаги бўғимларга бирлашади. Бу тоғайни устки қисми тери ва тери ости фацияси билан қопланган, шунинг учун ҳам ориқ одамлардау тоғай пластикалари бирлашган жой айниқса бўртиб кўриниб туради, бу бўртмани одам ато олмаси (promum Adami) деб ҳам юритилади.

Хиқилдоқ устки тоғайи (cartilago epiglottica) тузилиши барг шаклида бўлиб асоси билан қалқонсимон тоғайни ўрта чуқурчаси соҳасига бирлашади. Нафас олишда тик ҳолатда бўлади, овқат ютишда эса пастга эгилиб, хиқилдоқа киришни беркитиб, овқат луқмасини қизилўнгачга ўтказди.



Расм 76. Хиқилдоқ тоғайларини жойлашуви.

1. Тил ости суяги. 2. Қалқонсимон тоғай. 3. Узуксимон тоғай. 4. Кекирдак тоғайлари. 5. Хиқилдоқ устки тоғайи. 6. Кекирдак бўшлиғи.

Хиқилдоқни жуфт тоғайларидан - чўмичсимон тоғай (*cartilagine arythenoideae*) ўз номидан билиниб турибди, шакли бўйича бу тоғай чўмични эслатади. Тоғайларни асоси (*basis*) ва учи (*арех*) тафовут қилинади, асосида иккита ўсимта бўлиб, биричиси ташқи мушак ўсимтаси (*processus muscularis*) ва иккинчиси овоз бойлами ёпишадиган ўсимтасидир (*processus vocalis*). Чўмичсимон тоғай хиқилдоқни фаолиятида асосий вазифани бажаради.

Қолган иккита жуфт тоғайлар қолдиқ тоғайлари (рудиментар) ҳисобланиб хиқилдоқни фаолиятида муҳим ўрин эгалламайди, булардан:

Шохсимон тоғайлар (*cartilagine corniculatae*) чўмичсимон тоғайларни учида жойлашган.

Понасимон тоғайлар (*cartilagine cuneiformes*) чўмичсимон хиқилдоқ устки тоғайлар бойламларида жойлашган.

Хиқилдоқда ахамиятга молик бўлган иккита жуфт бўғинлар бўлиб биринчиси узуксимон-қалқонсимон тоғайлар бўғин ҳисобланиб, узуксимон тоғайни халқасини ён қисми билан қалқонсимон тоғайни пастки шохи орасида жойлашган. Бу бўғинлардаги ҳаракат натижасида хиқилдоқ ўз ўқи атрофида айланма ҳаракат қилади, бир вақтда қалқонсимон тоғай олдинга ва орқага ҳам ҳаракат қилади, бу вақтда овоз бойламлари таранглашади ва бўшашади. Иккинчиси узуксимон-чўмичсимон (*articulatio cricoarythenoidea*) бўғин ҳисобланиб, узуксимон

тоғайни кўз қисмини юқориси ва чўмичсимон тоғайни пастки юзаси орасида жойлашган ва бу бўғинда икки йўналишда ҳаракат амалга ошади: биринчиси: чўмичсимон тоғайни вертикал ўқи атрофида ҳаракати, бунда овоз ўсимталари бир-бирига яқинлашиб узоқлашади, иккинчиси: чўмичсимон тоғайларни узуксимон тоғайни устки қисмидаги ҳаракатидир, бунда тоғайлар тўлиқ бир-бирига яқинлашиб, ёпишади ва узоқлашади, натижада овоз ёриғи кенгайиб тораяди.

Хиқилдоқда бир қанча бойламлар мавжуд бўлиб уларнинг ахамияти қуйдагилардан иборатдир:

Қалқонсимон-тил ости суяги бойлами (membrana thyroidea) бу бойлам тил ости суяги ва чўмичсимон тоғайлар орасида тортилган бўлиб бойлам ҳисобига хиқилдоқ тил ости суягига осилиб туради.

Хиқилдоқ тоғайларини ички томонида эластик парда бўлиб у икки қисмдан иборат, биринчи қисми тўртбурчаксимон пардани (membrana quadrangularis) ташкил қилади, бу пардани юқори қисми чўмичсимон-хиқилдоқ устки тоғайи бойламини ташкил қилади. Пастки қисми эса дахлиз бойламини (liq. vestibulare) асосини ташкил этади. Пардани иккинчи қисми эластик конус (conus elasticus) бўлиб, у хам ўз ўрнида икки қисмдан иборат, уни юқори қисми овоз бойламини (liq. vocale), пастки қисми эса коник бойламни (liq. conicum) ташкил этади, хиқилдоқ ўткир қисилишида зудлик билан нафас йўлини тиклашда, шу бойлам кесилади (коникотомия).

Овоз бойлами олдиндан қалқонсимон тоғайни бурчагига, орқадан эса чўмичсимон тоғайни овоз дўмбоғига ёпишади. Бу бойламлар эластик толалардан иборат, оқ-сарғимтир рангда бўлиб бир-бирига паралел жойлашган.

Хиқилдоқни мушаклари: Мушаклар икки гуруҳга бўлинади ташқи гуруҳ ёки склет мушаклари ҳамда ички гуруҳларга.

Ташқи гуруҳ мушаклари хиқилдоқни ташқаридан ўрайди ва бир вақтни ўзида хиқилдоқни ташқи таъсирдан химоя хам қилади. Асосий вазифаларидан улар хиқилдоқни тўлиқ ҳаракатга келтиради, яъний хиқилдоқни кўтариб туширади ва уни ўз ўқи атрофида айланишини таъминлайди.

Бу мушаклар: қалқонсимон-тўш (m. sternothyroideus), тўш-тил ости суяги мушаги (m. sternohyoideus), қалқонсимон-тилошти суяги мушаги (m. thyrohyoideus). Иккинчи гуруҳга хиқилдоқни ҳаракатга келтирувчи мушаклар киради булар қуйдагилар: Курак-тил ости суяги мушаги (m. omohyoideus), бийгизсимон ўсиғи-тил ости суяги мушаги (m. stylohyoideus) ва икки қоринли мушак (m. digastricus).

Ички гуруҳ мушаклари вазифалари бўйича хиқилдоқни тоғайларини ўзаро ҳаракатини бошқаради, улар нафас олиш, овоз ҳосил қилиш ва ютиниш вазифаларини бошқаради. Бажараётган вазифаларига қараб қуйдаги гуруҳга бўлинади:

1. Овоз ёриғини кенгайтирувчи мушак: орқанги узуксимон-чўмичсимон мушак (m. cricoarythenoideus posterior ёки қисқартириб m. posticus дейилади)

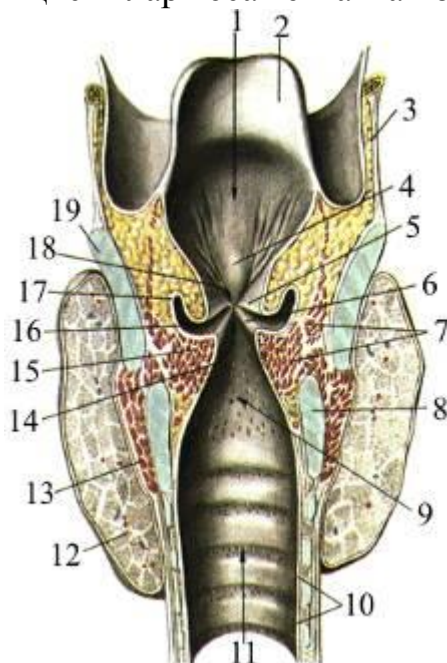
2. Овоз ёриғини торайтирувчи мушаклар: олдинги узуксимон-қалқонсимон мушак (m. cricothyroideus anterior), қийшиқ узуксимон-қалқонсимон мушак (m. cricothyroideus obliquus), ёнбош узуксимон-чўмичсимон

мушак (*m. cricoarytenoidtus lateralis*), кўндаланг чўмичсимон мушак (*m. arythenoideus transversus*)

3.Овоз бойламларини бошқарувчи мушаклар улар овоз бойламларини таранглаштириб бўшаштириб туради. Қалқонсимон-чўмичсимон мушак (*m. thyroarithnoideus*) ва узуксимон-қалоқонсимон мушак (*m. cricothyroideus*) .

4.Хиқилдоқ устки тоғайини бошқарувчи мушаклар: Чўмичсимон-хиқилдоқ устки тоғайи мушаги (*m. aryepiglotticus*) ва қалқонсимон-хиқилдоқ устки тоғайи мушаги (*m. thyroepiglotticus*) кабидир.

Хиқилдоқни тузилиши ҳамма бўлимларида турли хилда жойлашган, уни бўшлиғи вертикал кесимда шакли қум соатини шаклини эслатади, яъний ўртаси торайган юқориси ва пастки қисимлари эса кенгайган бўлади.



Расм 77. Хиқилдоқни кесимда кўриниши

1,4- Хиқилдоққа кириш қисми, 2 – хиқилдоқ устки тоғайи, 5,18 – дахлиз бойлами, 6 – овоз бойлами, 7,13,15 – хиқилдоқ мушаклари, 8 – узуксимон тоғай, 9,14 – бойлам ости қисми, 10, 11 – кекирдак халқалари, 12 – қалқонсимон без, 16,17 – хиқилдоқ қоринчаси, 19 – қалқонсимон тоғай

Хиқилдоқни шиллиқ қаватлари кўп қаторли хилпилловчи эпителий билан қопланган, фақат овоз бойлами соҳасида, хиқилдоқ устки тоғайини тил юзасида ва чўмичсимон тоғайлар оралиги ясси эпителий билан қопланган. Эпителийни бундай ўзига хос тузилишга эга бўлишини доимо эътиборга олиниши зарур, чунки гистологик текширишлар ўтказишда уни ахамияти катта. Айрим ҳолларда эпителийни бундай ўзига хос тузилиши билмаган ҳолда, текширишга олинган тўқимани нормал тузилишини метаплазия сифатида қабул қилиш мумкин.

Хиқилдоқни уч қавати тафовут қилинади, **юқори қавати** хиқилдоққа кириш қисми ёки дахлизи (*vestibulum laryngis*) деб юритилади ва овоз бойламигача бўлган жойни эгаллайди. Бу қаватга хиқилдоқ устки тоғайи, чўмичсимон -

хиқилдоқ усти тоғайи бойлами, чўмичсимон тоғайлар, чўмичсимон тоғайлар оралиғи бўшлиғи, дахлиз бойлами, дахлиз ва овоз бойламлари орасига жойлашган хиқилдоқ қоринчалари (*ventriculum laryngis*) киради. Чўмичсимон-хиқилдоқ устки тоғайи бойлами билан халқум девори орасида ноксимон чуқурча жойлашган ва хиқилдоқни орқасидан қизилўнгачга ўтади. Шу чуқурчани тубида юқорги хиқилдоқ нерви ва қон томиридан иборат бўлган ва орқадан пастга қараб йўналган бурма мавжуд. Қолқонсимон тоғайни ўрта ва пастки учдан бир қисми сатхида иккита паралел бурма мавжуд бўлиб юқориси дахлиз бойлами ва пасткиси овоз бойламидир. Овоз бойламлари узунлиги аёлларда 1,6-2,0 см., эркекларда эса 2,0-2,4 см. Шу бойламлар орасида хиқилдоқ (Морганев қоринча) қоринчаси жойлашган. Қоринчани шиллиқ ости қисмида ҳам кўп миқдорда лимфоаденоид тўқима жойлашган.

ўрта қавати овоз бойлами соҳаси ҳисобланади, бу бойламлар орасида овоз ёриғи (*rima glottidis*) мавжуд ва хиқилдоқни энг торайган қисмидир.

Пастки қавати (*cavum infraglotticum*) овоз бойламини пастки қисми бўлиб, пастга кенгайиб боради ва бу қават юмшоқ, тез яллиғланишга мойил тўқимадан иборат, айниқса 5 ёшгача бўлган болаларда бундай тўқималар кўп миқдорда бўлади, шунинг учун ҳам уларда нафас йўллари турли яллиғланишларида, жараён бу жойларга тарқалиб, тез шишлар ҳосил бўлиб, нафас олишни ҳаёт учун ҳафли қийинлашувига олиб келиши мумкин.

Хиқилдоқни қон билан таъминланиши юқорги ва пастки қалқонсимон артериялар (*a. thyroidea superior et inferior*) ҳисоби аамалга ошади.

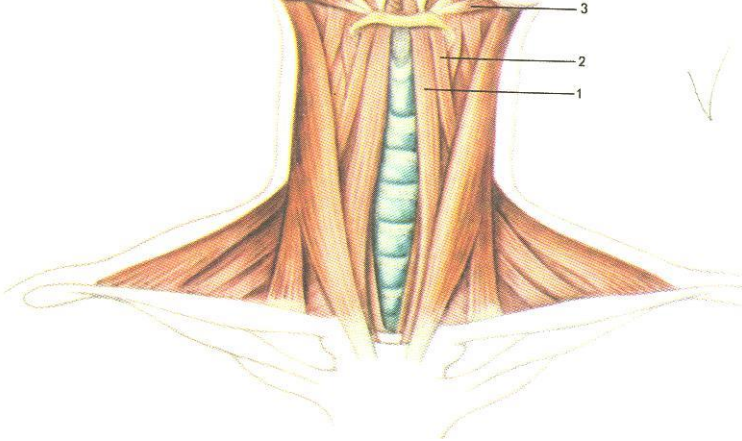
Хиқилдоқни симпатик инервацияси бўйин симпатик тугунидан тола олади. Парасимпатик толани (сезувчи ва ҳаракатлантирувчи тола) эса адашган нервни қайтган қисмини (*n. recurrens*) тармоғи бўлган юқорги ва пастки (*n. laryngeus superior et inferior*) хиқилдоқ толасидан олади.

Хиқилдоқда 3 та рефлекс майдонлари мавжуд: **биринчи майдон** хиқилдоқ устки тоғайини хиқилдоқ юзаси ва хиқилдоқ устки –чўмичсимон тоғайлар бурмаси соҳасида, **иккинчи майдон** чўмичсимон тоғайларни олдинги юзаси ва уларни овоз бойламлари юзаси оралиғида ва **учинчи майдон** овоз бойламини пастки қисмида жойлашган. Биринчи ва иккинчи рефлекс майдонлари нафас олиш ва ҳимоя фаолиятида, учинчи рефлекс майдони эса овоз ҳосил қилишда иштирок этади.

Хиқилдоқни лимфа тизими икки бўлимдан иборат бўлиб улар овоз бойлами соҳасида иккига ажралган бўлиб, юқори қисмидан тўпланган лимфа бўйин лимфа тугунларига қуйилади, пастки лимфа тизимидаги лимфа эса қалқонсимон безини бўйин қисмидан бошланиб, ички буйинтуруқ венаси бўйлаб кекирдак атрофидаги лимфа тугунига қуйилади. Юқорги лимфа тизими яхши ривожланганлиги ва кенг тармоқланганлиги учун ҳам, хиқилдоқни юқори қаватидаги ёмон сифатли ўсмаларини тарқалиши тез ва кўпроқ кузатилади.

Кекирдак ва бронхларни клиник анатомияси ва

кекирд
цилин
ибора



йин умуртқаси соҳасида
эвут қилинади. Кекирдак
халқасимон тоғайлардан

Бу халқасимон тоғайлар бир-бирлари билан бойламлар (Ligg. anularia) орқали туташади ва бу бойламлар халқаларни орқа туташмаган қисмида ўзига хос парда деворини хосил қилади. Шу парда деворни ичида кўндаланг ва узунасига жойлашган кекирдак мушаклари (m. tracheales) бор. Шу мушаклар ва пардали девор хисобига кекирдак кенгайиб тораяди ва юқорига кўтарилиб, пастга тушади. Кекирдакни ички шиллиқ қавати (tunica mucosa) хиқилдоқни шиллиқ қаватини давоми хисобланиб, кўп қаватли хилпилловчи цилиндрик эпителий билан қопланган. Шиллиқ ости қисмида шилимшиқ ишлаб чиқаруви безлар бўлиб, бу шилимшиқ ажралма бактероцид хусусиятига эга, шунинг учун ҳам кекирдакга тушган турли микроблар, чанг ғуборлар бирданига касаллик келтириб чиқармайди.

Ташқаридан кекирдакни бошланиш қисми, қалқонсимон безни бўйни ва икки ён тарафдан уни бўлаклари билан тўсилган, уни пастда эса юмшоқ тўқималар билан тўлган бўшлиқ (spatium pretracheale) бўлиб, бу жойда қон томирлар ва лимфатик безлар жойлашган. Бу жойни клиникада ўзига хослиги шундан иборатки, турли яллиғлиниш жараёнларида, хосил бўлган йирингли ажралма, шу жой орқали пастга, кўкис оралиғига тарқалиши мумкин. Кекирдакни орқа томонида қизилўнгач ётади, икки ён томонида эса умумий уйқу артерияси ўтади.

Кекирдакни кўкрак қисминни олдида аортани равоғи (arcus aortae) ўтади, ўнг томонида ўнг плевра қопчаси ва ўнг адашган нерв ётади. Чап томонида аорта равоғи ҳамда чап уйқу артерияси ва чап адашган нерв ўтади.

Кекирдакни қон билан таъминланиши пастки қалқонсимон (a. thyroidea inferior) ва ички кўкрак (a. thoracica) артериялари орқали амалга ошади. Веноз қонлар тўпланиб кекирдакни ўраб турган веноз чигалларга қуйилади. Лимфатик томирлари кекирдак атрофида жойлашган лимфа тугунларига қуйилади.

Кекирдакни иннервацияси адашган нерв (n. vagus) ва бўйин симпатик тугун тармоқлари хисобига амалга оширилади. Кекирдак IY – Y кўкрак умуртқалари соҳасида чап ва ўнг бронхларга бўлинади. Бронхларни тузилиши ҳам кекирдакни тузилишига ўхшашдир. Ўнг бронх асосий хисобланиб, 6-8 та тоғайли ярим халқалардан иборат ва ўз ўрнида 3 кичик бронхларга бўлинади. Чап бронх хажми жихатидан ўнг бронхга қараганда кичирок бўлиб, 9-12 тоғайли ярим халқа тоғайлардан иборат ва 2 кичик бронхларга бўлинади. Бронхлар a. bronchalis орқали қон билан таъминланади, веноз қонлар v. bronchialis орқали олиб кетилади.

ХИҚИЛДОҚНИ ФИЗИОЛОГИЯСИ.

Хиқилдоқ юқори нафас йўлини давоми хисобланиб, ўз фаолиятига биноан бир қатор вазифаларни бажаради, булар нафас олиш, химоя, овоз хосил қилиш ва нутқни шакиллантиришдир.

Нафас олиш вазифаси Хиқилдоқ нафақат хаво оқимини тўғридан-тўғри пастки нафас йўлига ўказади ва қайта ўтказади, балким ўтаётган хаво оқимини миқдорини, овоз ёриғини торайиб кенгайтириши хисобига бошқариб туради. Нафас олишда орқанги узуксимон-чўмичсимон мушак қисқариб овоз ёриғи кенгайди, овоз хосил бўлишда эса аксинча. Хиқилдоқ ташқи нафасни, кекирдакга, кейин бронхларга ўтказади, сўнгра альвеолаларга етказиб уларни хаво билан тўлишини, ундаги хавони диффузи йўли билан қонга ўтишини ва бу хавони қайтишини ҳам рефлектор бошқаради.

Узунчоқ миёда жойлашган нафас олиш маркази, адашган нервни маркази билан боғланган. Ўтаётган хаво оқими бу марказ учун ўзига хос қитиқловчи вазифасини ўтайди. Хиқилдоқдаги рефлектор майдонлар нафас олишни миқдор, ритми, чуқурлигини доимо бошқариб туради.

Химоя вазифаси овқат луқмаси ўтаётганда ва ҳар бир ютиниш вақтида хиқилдоқ юқорига кўтарилади, орқадан олдинга ҳаракат қилади, натижада хиқилдоқ овқат луқмасидан юқорида кўтарилади, хиқилдоқ устки тоғайи хиқилдоқа кириш қисмини беркитиб қўяди, дахлиз бойламлари қисқаради, овоз бойламлари бир-бирига ёпишиб, хаво йўлини тўлиқ беркитади ва овқат луқмаси хиқилдоққа тушмасдан, икки ён томонидан ноксимон чуқурча орқали қизилўнгачни кириш қисмига тушади. Хиқилдоқни муҳим химоя воситасидан яна бири, йўтал хисобланади. Турли йўлар орқали хиқилдоққа ёт жисмлар тушганда, рефлектор равишда овоз бойламларини бир-бирига юпишиб, йўлларда беркитиб қўяди ва йўталиш хисобига ташқарига чиқариб ташлайди. Хиқилдоқни химоя воситаларидан яна бири, барьер хусусиятига эга бўлган кўп қаторли хилпилловчи эпителийсидир. Эпителийни ҳаракати туфайли тушган ёт жисмлар қайтаётган хаво оқими билан ташқарига чиқариб юборилади. Халқумни турли инфекцияларни киришидан химоя қиладиган лимфоид тўқималари ва бактериоцид хусусиятга эга бўлган шилимшиқ ажралмалар ҳам химоя тизимини бири хисобланади.

Овоз хосил қилиш вазифаси, хиқилдоқда овоз хосил бўлишида барча нафас олиш тизими аъзолари тўлиқ иштирок қилади. Овоз хосил бўлишида, овоз мушакларини қисқариши хисобига, овоз бойламлари бир маромда қисқариб, тебраниб туради, натижада ўпкадан чиқаётган хаво оқимлари ҳам тебранаётган овоз бойламларга урилиб, ўзига хос тебраниши хисобига бирламчи кўпол овоз хосил бўлади. Бу жараёнда, овоз бойламлари кўндаланг равишда ичкарига ва ташқарига тебранади. Бирламчи хосил бўлган товушлар, ўзига хос жарангдорликка, баландликка, тембрга ва тушунарли овозларга айланишда, овоз ёриғидан юқорида жойлашган (халқум, оғиз бўшлиғи, бурун ва

бурун олди бўшлиқлари) турли хаво сақловчи резанатор бўшлиқларни, резанаторлик фаолияти муҳим ўринни эгаллайди.

Нутқ вазифаси хиқилдоқни овоз бойламлари соҳасида бирламчи кўпол овоз ҳосил бўлади, аммо нутқ хиқилдоқ-ҳалқум, оғиз-ҳалқум ва бурун-ҳалқумлар ва лабларни иштирокида шакилланади ҳамда ўзини ҳақиқий баландлигига, жарандорлигига ва софлигига эга бўлади. Овозни паст - баландлиги ўпкадаги хавони микдорига, овоз бойламларини таранглашиш ҳолатига ва тебраниш сонига боғлиқ. Нутқ эшитиш анализатори билан ўзаро узвий алоқада бўлганда тўлиқ шакилланади.

Хиқилдоқни текшириш усуллари.

Хиқилдоқни текшириш бошқа ЛОР аъзоларни текширгандек амалга оширилади. Аввал бўйинда хиқилдоқ соҳасини **ташқи кўринишини** кўздан кечиришдан бошланади, бунда теридаги ўзгаришлар, хиқилдоқни шаклига, пайдо бўлган шишларга эътибор қаратилади, сўнгра бўйин соҳаси **пайпаслаб кўришга** ўтилади, пайпаслашда бўйиндаги лимфа тугунларини ҳолати, ҳажми, уларда оғриқ бор-йўқлиги аниқланади. Бир вақтни ўзида хиқилдоқ тоғайларини ҳаракатини текширилади, бундай текширишда тоғайларни бир-бирига ишқаланиб ўзига ҳос овозни ҳосил қилади. Айрим касалликларда (ўсмаларда) тоғайларни ишқаланишида бундай товушлари бўлмайди.

Ташқи текшириш ўтказилгандан сўнг хиқилдоқни асбоблар билан текширишга (ларингоскопия) ўтилади. Бунда **воситали** яъний хиқилдоқ ойнаси орқали кўриш ва **бевосита** ёки ларингоскоп билан тўғридан-тўғри кўриш усуллари мавжуд. Хиқилдоқни воситали, яъний ойна орқали, уни аксини кўриш биринчи мартаба 1854 йили испаниялик ашулачи Мануэль Гарсия томонидан таклиф қилинган усулда амалга оширилади. Бунинг учун, юмалоқ шаклда ва диаметри 10 мм.дан 40 мм.гача, бўлган ойна ва уни тутутқич қисимлардан иборат мослама ишлатилади. Ойна қисми тутқичга 125 градус бурчак остида бириктирилган бўлиб, ишлатишдан аввал, ойна юзаси терлаб қолмаслик учун қайноқ сувда ёки спиртовка лампаси устида қиздирилади. Ойна ўта иссиқ бўлмаслигини текшириш учун, уни орқа томони кафтга текизиб текширилади. Хиқилдоқ ойнаси ўнг қўлда ушланиб, чап қўлни бош ва ўрта бармоқлар билан тил докали салфетка орқали ушлаб тортилади, кўрсаткич бармоқ билан эса юқори лаб кўтарилиб турилади. Хиқилодоқ ойнаси кичик тилни орқасига ўтказилиб, ойна қисми пастга қаратилган ҳолда кўрилади. Беморда рефлектор кўнгил айланиб, қайт қилишни олдини олиш учун, ойна ҳалқумни орқа деворига қаттиқ босилмайди. Айрим беморларда рефлектор кўнгил айланиш ҳолати юқори бўлса, текширишдан аввал ҳалқумга 10% лидокаин ёки 2% дикаин сепилади. Текширишда хиқилдоқни ҳолатини эркин нафас олишда ва алоҳида “э” ёки “и” ҳарифларини айтишда текширилади. Бундай текширишда овоз

бойламларини харакатини тўлиқ аниқланади. Хозирги кунда қўллаши қулай бўлган портатив йиғма отоскоп-офтальмоскоп кенг қўлланилмоқда.



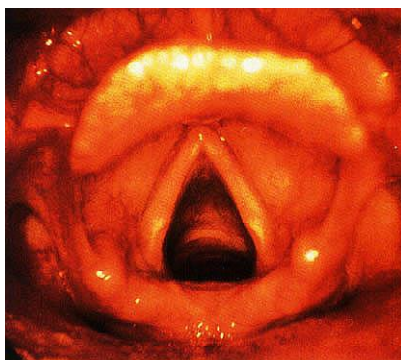
Расм 78. Портатив йиғма ларингоскоп

Муолижа вақтида хиқилдок устки тоғайи, тил ўзаги, ноксимон чуқурча, чўмичсимон тоғайлар, дахлиз ва овоз бойламлари, бойлам ости қисмилари, ҳамда уларни симметрик харакатига эътибор берилади. Овоз бойлами ёриғи одатда учбурчаксимон шаклда бўлади ва бир маромда очилиб ёпилади.

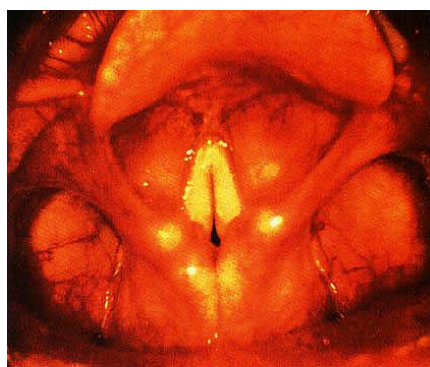


Расм 79. Портатив йиғма ларингоскоп ёрдамида воситали ларингоскопия ўтказиш

Бу усулда текширишда етарли даражада маълумотга эга бўлинмаса, унда хиқилдоқни бевосита, тўғридан-тўғри кўришга ўтилади. Бу усул 1895 йили Kirstein томонидан таклиф қилинган ва уни амалга ошириш учун турли муаллифлар томонидан (Мезрин, Брюнигс, Ундриц ва Фридел) таклиф қилинган ларингоскоп, директоскоп ва бронхоэзофагоскоплардан фойдалинилади.



Расм 80. Нафас олишдаги нормал ларингоскопик кўриниш



Расм 81. Овоз хосил қилишдаги нормал ларингоскопик кўриниш

Микроларингоскопия бу усулда текшириш учун операцион микроскоп қўлланилади, текширишда хиқилдоқни барча қаватлари тўлиқ назардан ўтказилади, агар керак бўлса бир вақтни ўзида турли микрожаррохлик муолижаларини ҳам ўтказиш мумкин.

Фиброларингоскопия – эластик ларингофиброскоп учидан ёритгич ва оптик мослама бор, ўз ўқи атрофида 270 градусга айланиш хусусиятига эга бўлганлиги туфайли хиқилдоқни барча томонларини тўлиқ кўриш имконини беради. Муолижа маҳаллий оғрикислантриш йўли билан амалга оширилади ва хиқилдоқни турли жойларида текшириш учун биопсия олиш имконини беради.



Расм 82. Фиброларингоскопия ўтказиш муолажаси

Электрмиография – хиқилдоқ мушакларини биоэлектрик қувватларини аниқлаш имконини беради, бу усулда текширишда мушакларни фаолиятини (парез ва паралич), улардаги турли ўзгаришларини аниқлашга ва тегишли чоратадбир белгилашга ёрдам беради.

Ларингостробоскопия овоз бойламларини узунасига,энига қисқаришлари ва тўлқинсимон тебранишларинини ёруғлик орқали аниқлаш усулидир.Бу усулда хиқилдоқдаги турли патологик ҳолатлар (дисфония,ўсмалар,сурункали яллиғанишларни) ўрганилади. Текширишни асосида овоз бойламларини бир-бирига тўлиқ ёпишиш ҳолати ўрганилади.

Ташқи нафас фаолиятини аниқлаш- бу усулда текшириш нафас йўллари кайси соҳасида, қандай даражада ўзгаришлар борлигини аниқлаш ҳақида маълумот беради.

Хиқилдоқни текширишни яна бир тури бу рентгенографиядир – бу усулда хиқилдоқни тузилиши ҳақида аниқ маълумот олинади. Ҳозирги вақтда компьютер томография,МРТ текшириш усуллари кенг қўланилмоқда.

ХИҚИЛДОҚНИ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ

ЎТКИР ЛАРИНГИТ

Ўткир ларингит (laryngitis acuta) хиқилдоқ шиллиқ, шиллиқ ости ва мушак қаватларининг ўткир яллиғланиши бўлиб, хиқилдоқ касалликлари ичида энг кўп тарқалган тури ҳисобланади. Ўткир ларингит алоҳида мустақил касаллик сифатида камдан-кам ҳолларда учрайди,асосан ўткир респиратор хасталиклар, ОРЗ,грипп ва тумов билан бирга ёки уларни асорати сифатида кечади.

Алоҳида касаллик сифатида ўткир ларингит хиқилдоқни овоз ҳосил бўлиш қисмини ўта зўриқиши,кўп чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш,касбдаги турли салбий таъсирлар оқибатида ёки шамоллаш натижасида нафас йўлларидаги микрофлораларни фаолиги кучайиши натижасида юзага келиши мумкин. Ўткир катарал ларингитда хиқилдоқ бўлимларининг шиллиқ қаватларини гиперемияси ва шиши билан характерланади, бу ҳолат айниқса дахлиз бурмаларида яққол билинади. Одатда овоз бойламларини чеккаси юпка ва текис бўлади, овоз ҳосил бўлаётган вақтда улар бир-бирига зич ёпишади. Яллиғланишда бойламлар йўғонлашиб, четлари буришиб қолади, натижада бойламларни таранглашиш, бир-бирига яқинлашиб, узоклашиш каби ҳаракатлари ва тебранишлари сусаяди, бу эса овоз ҳосил бўлишни ўзгаришига яъний - дисфонияга олиб келади. Яллиғланиш натижасида ҳосил бўлган шилимшиқ ажралма овоз бойламларига ёпишиб, нафас ёриғларини қисман беркитиб, хиқилдоқни нафас олиш ва овоз ҳосил қилиш жараёнига қўшимча ҳалақит беради.

Касалликни белгилари: Юқори нафас йўллари вирусли касалликларида,яллиғланиш жараёни пастга хиқилдоқ соҳасига тарқалиши ҳисобига ўткир ларингитни белгилари ОРЗ, гриппни белгиларига иккиламчи бўлиб қўшилади. Касалликни алоҳида мустақил кечишида эса,беморни умумий аҳволи қониқарли бўлган ҳолда, клиник белгилар ўткир бирданига намоён бўлиш билан бошланади. Аввал товуш ўзгариб дағаллашади,кейинчалик умуман чиқмасдан (афония) қолиши мумкин, томоқ ачишади, қичишади,томоқда ёт жисм борлиги ҳиссиёти пайдо бўлади, аввал қуруқ, сўнгра балғамли йўтал пайдо бўлади. Айрим

холларда йўталлар беморларни холдан тойдириш даражасида,узоқ ва хуружсимон давом этади, турли даражадаги дисфония кузатилади.Тана харорати кўтарилади,беморда умумий қувватсизлик,ланжлик,уйқу ва иштахани бузилиши пайдо бўлади.Касалликни бошланишида шиллиқ қаватларини шишлари кескин ривожланмаганлиги учун, нафас олиш деярли ўзгармайди, кейинчалик шишлар пайдо бўлиши билан, нафас олиш ҳам турли даражада қийинлашади.

Ларингоскопияда - ҳикилдоқни барча бўлимларини шиллиқ қаватлари бир хил қизарган, шишган, овоз ёриғида ва бойламларида ёпишқоқ шилимшиқ ажралма кузатилади. Шиллиқ қаватларни шиши ва шилимшиқ ажралмалар борлиги ҳисобига, фонация вақтида овоз бойламлари бир-бирига тўлиқ ёпишмайди.

Даволаш. Муолижаларни касаликни келтириб чиқарувчи омилларни олдини олишдан ёки бартараф қилишдан бошланади. Асосий касалликларни белгиларини бартараф қилиш учун симптоматик даволар бошланади.

Эҳтиёт чораларини кўриш учун, имконият даражасида овоз бойламларига тинч шароит яратиш учун гапирмасликни тавсия қилинади. Агар беморнинг эгаллаган касби бўйича, кўп гапиришга тўғри келсаа, овоз фаолияти тўлиқ тикланмагунча уларни ишдан озод қилинади. Даволашда овқатланиш режими муҳим ўрин тутди. Бунда ўта совуқ ёки ўта иссиқ, аччиқ ва шўр овқат истемол қилиш,спиртли ичимлик ичиш,чекиш ман қилинади.

Бўйинга турли иситувчи (спиртли) компресс қўйилади, оёқларга эса иссиқ ванналар қилинади.Таркибида антибиотиклар бор аэрозоллар (каметон,ингакамф,ингалипт,камфомен,лоробен,хепилор) ишлатиш яхши натижа беради. Шунингдек, ҳикилдоқ ёриғида ва бойламлар юзасида қуриб, ёпишиб қоладиган балғамларни ҳосил бўлишини олдини олиш ва тезроқ кўчириш ҳамда йўтални пасайтириш мақсадида ёғли-ишқорли инголяция, бир вақитни ўзида турли мойларини (шафтоли,ўрик ёки облепиха) қуйиш, балғам кўчирувчи (термопсис,ипекакуана),йўтал қолдирувчи дорилар қўллаш мақсадга мувофиқдир. Шишларни пасайтириш учун қон томир деворларининг ўтказувчанлигини яхшилиовчи ва шишни пасайтирувчи (пипольфен, димедрол, супрастин, кальций хлорид,лордес,лорд) дорилар берилади, чалғитувчи воситалар сифатида кўкрак қафасига ва болдир мушакларига хантал (горчичник) қўйилади. Имконият даражасида дори моддаларини (ментол мойи, антибиотиклар эритмалари, гидрокортизон, қон томир торайтирувчи дорилар) ҳикилдоққа,махаллий қўллаш яхши фойда беради. Ўз вақтида, сифатли ўтказилган даволаш натижасида яллиғланиш жараёни 6-10 кунларда беморни соғайиши билан тугалланади.

ЎТКИР ТРАХЕИТ (Trachitis acuta)

Ўткир трахеит алоҳида касаллик кўринишида кам учрайди. Кўпинча ўткир ринит, фарингит ва ларингитларни давомчиси ҳисобланади. Касаллик (юқори нафас йўллари вирусли касалликлари эпидемияси вақтларида) кузда, қишда ва баҳорда кўп учрайди. Ўткир трахеитни ривожланишига организмни умумий шамоллаши билан бирга вирусли инфекцияни қўшилиши сабаб бўлади.

Кекирдакдаги морфологик ўзгаришлар: шиллиқ қаватларни қизариши, инфильтрацияси, қон томирларини тўлақонлик ҳолатлари ва шишидан иборат бўлади. Шиллиқ ости қаватларида лимфоцитлар инфильтрацияси кузатилади. Шиллиқ қаватлар юзаларида шилимшиқ ажралмалар тўпланади.

Белгилари: беморлар кўпинча тунда хуружсимон йўталади, йўталиш тўхтагандан сўнг кўкрак қафасида ва хиқилдок соҳасида оғриқ пайдо бўлишидан шикоят қиладилар. Хуружсимон йўталиш аввал қуруқ, сўнггра балғам кўчиши билан давом этади. Йўтални кечаси бўлишига сабаб, беморлар ётган ҳолда ҳосил бўлган ажралмалар кекирдакка тўпланиш ҳисобига, рефлексор йўтал чақиради, балғам тўлиқ чиқариб ташлангандан сўнг йўтал хуружи пасаяди. Овоз ўзгариб, хириллаб қолади.

Ташхис: беморни шикоятига, анамнезига, ларингоскопик кўринишларига (кекирдакни шиллиқ қавати қизариши ва шиши) асосан қўйилади.

Даволаш: ўткир катарал ларингитни даволаш каби олиб борилади. Ўз вақтида ўтказилган самарали тўғри даволашда касалликни башорати-яхши, лекин баъзида касаллик бронхопневмония, ёш болаларда капилляр бронхит билан асоратланиши мумкин.

Сохта бўғма (Larinqitis subhordaiis)

Бойлам ости ларингити (субхордал) ёки сохта бўғма, ўткир ларингитлар турига мансуб бўлиб, овоз бойламлари ости бўшлиғида (хиқилдокни пастки қавати) яллиғланиш натижасида сезиларли даражадаги шиш пайдо бўлиши ва нафас олишни бузилиши билан намоён давом этади. Сохта бўғма деб аталишига сабаб шундан иборатки, касаллик бир қанча клиник белгилари чин бўғмани (дифтерия) эслатади. Ёш болалардаги хиқилдокни ўткир қисилишини 95% сабабчиси шу бойлам ости ларингити ҳисобланади.

Келиб чиқиши: касалликни келиб чиқишида асосий ўринни юқори нафас йўллари вирусли касалликлари (грипп, ОРВИ, парагрипп) ҳисобланади. Адабиётларда кўпинча ёлғон бўғма, юқори нафас йўллари вирусли касалликлари синдроми деб аталади. Ёлғон бўғма асосан 6-7 ёшгача бўлган болаларда учрайди.

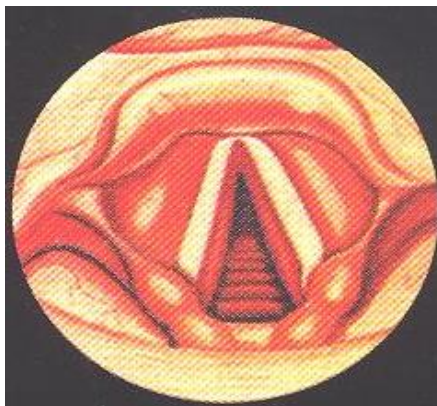
Касаллик экссудатив диатез, аллергия касалликларга мойил бўлган, ўз мудатидан олдин туғилган, суний озиқланган болаларда, шунингдек умумий юқумли (қизамиқ, скарлатина) касалликларга тез чалинадиган болаларда учрайди. Айрим вақтларда сохта бўғма ларингоспазм билан биргаликда кечади.

Ривожланиши: Сохта бўғма (хиқилдокни пастки қавати) овоз бойлами ости соҳасини ўзига хос анатомио-физиологик тузилиши (болаларда бойлам остида тез яллиғланишга чалиниб, шиш ҳосил бўлиши билан кечадиган, кўп миқдорда юмшоқ лимфоаденоид тўқима мавжудлиги, бундан ташқари болаларда асаб тизими ҳамда қон томирлари ташқи таъсирларга жавоб реакцияси анча кучли намоён бўлиши.) ҳисобига, яллиғланиши натижасида, бу соҳада тез шиш пайдо

бўлиб, овоз ёриғини беркитиб қўйиб, хаёт учун хафли бўлган, нафас олишни бузилши билан кечади.

Патологик анатомияси: Яллиғланиш жараёни қон томирларга бой бўлган, юмшоқ тўқималардан иборат бойлам ости қисмида тез ривожланади. Касалликни кечишида яллиғланиш натижасидаги патологик ўзгаришлар пастга, кекирдак томонга қараб тарқалиб боради, юқорига кўтарилмайди, чунки бу жойларда шиллик қават, шиллик остидаги қаватига мустахкам ёпишган бўлади (айниқса овоз бурмалари қирғоқлари шундай мустахкам тузилишига эга) ва ши-ллик ости қисмида юмшоқ лимфоид тўқималар деярли бўлмайди.

Касалликни белгилари: Кундузи бемор болаларда юқори нафас йўлларида катарал яллиғланиш хос ўзгаришлар кузатилади, яний уларни бурнидан шилимшиқ ажралма келади, тана хароратини субфебрил кўтарилади, баъзан йўтал бўлиши мумкин, лекин бемор бола анча фаол бўлади. Ота-оналар болаларни бундай ҳолатига катта эътибор бермайди. Касаллик хуружи асосан кечкурун ётганда, бирданига, ўткир бошланади, беморда вақти-вақти билан аккиловчи йўтал хуружи бошланади, инспиратор турдаги хансираш, нафас шовкинли ва қийин олинади, овоз тўлалигича тиниқ ёки оз миқдорда хириллайди. Йўтални бундай даражада бўлишига сабаб, яллиғланиш ҳисобига бойлам ости қисмини шиши, бунинг натижасида нафас йўллари дренаж фаолияти пасайиши ҳисобига шилимшиқ ажралмани тўпланиб қолишига олиб келади. Бундай ҳолат йўтални кучайишига, хиқилдоқ мушакларини спазмига, ҳамда нафасни хансираб, чийиллаб чиқишига сабаб бўлади. Нафас олишни қийнлашиши натижасида бемор болани бутун танасида гипоксия ҳолати намоён бўлади. Бемор болада кўрқич аломати пайдо бўлади, ётган жойида нафас олишни қулай вазиятини излаб, безовталанади, бу эса яна қўшимча гипоксия ҳолатини кучайтиради.



Расм 83. Сохта бўғма

Объектив текширишларда: Ташқаридан қараганда нафас олиш ва чиқаришда хиқилдоқни кўтарилиб тушиши кузатилади, бемор оғизни очиб кўпроқ хавони ютишга ҳаракат қилади. Хар бир нафас олишда бўйинтурук, ўмров усти ва ости чуқурчалари ичкарига торилади, бўйин мушаклари ва қон томирлари бўртиб чиқади. Хаво етишмаслик натижасида тирноқлар, шиллик қаватлар ва бурун-лаб сохалари териси кўкимтир рангда, беморни совуқ, ёпишқоқ тер қоплайди.

Билвосита ларингоскопияда: Бемордаги ўткир нафас етишмовчилиги ва безовталиги ҳолати ларингоскопия ўтказишга имкон бермайди, шунинг учун ҳам кўпинча ҳолларда касалликга ташхисни клиник белгиларига қараб қўйилади.

Ларингоскопия ўтказилганда, ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари, дахлиз бойламлари, қизарган, овоз бойламларида сезиларли ўзгаришлар йўқ, ёки енгил гиперимия ҳолати кузатилади, фақатгина юзалари шилимшиқ ажралма билан қопланган бўлади. Овоз бойламлари остда, уларга паралел ҳолда ёстиксимон шаклда қизариб шишган қўшимча бўртма кўринади. Бу бўртма шишиб чиқиб, нафас йўллари тораитирган ва юзаларида шилимшиқ ажралма, айрим ҳолларда фибринозли қопламалар бўлади. Аускультацияда ўпкани иккала қисмида чийилловчи товушлар эшитилади. Бу товушлар бронхларда яллиғланиш ҳисобига шишиллик қаватларни шиши, шилимшиқ ажралмалар билан тўлганлиги ва ҳиқилдоқ мушакларини спазмидан далолат беради. Касалликни кечишида нафас етишмовчилигини кескин намоён бўлишига сабаб, болаларда танани ўсиши билан, нафас тизимини ўсиши орасидаги номутанасиблик мавжудлигидир.

Ташхис. Касаллик тарихи, беморни шикоятлари, беморни объектив ҳолати ва ларингоскопик текширишлар натижаларига асосланади.

Касалликни клиник кечиши ҳиқилдоқни бошқа бир қанча касалликларга ўхшашлигини ҳисобга олиб қуйидаги касалликлардан қийсий тасхишлаш лозим

Ҳиқилдоқ бўғмасидан (дифтерия).

Ҳиқилдоқ ёт жисмдан.

Ҳиқилдоқни қисилиши билан давом этадиган турли юқумли (қизамиқ, сув чечак, скарлатина) касалликларидан.

Ҳиқилдоқ папилломатозидан.

Уремик ҳолатлардаги ҳиқилдоқ қисилишидан

Ҳалқум орти абсцессидан.

Бронхиал астма, зотилжамдан.

Биринчи навбатда ҳиқилдоқ, бўғмаси билан таққосланади.

Ҳиқилдоқ бўғмаси учун хос ҳолат касалликни белгиларни аста-секин ривожланиши билан ажралиб туради, дастлаб умумий интоксикация хос белгилар: умумий қувватсизлик, тана ҳароратини кўтарилиши, умумий қувватсизлик, уйқу ва иштахани бузилиши пайдо бўлади, кейинчалик ёлғон бўғмани белгилари пайдо бўлади: нафас олишни кучайиб боровчи қийинлиги, овозни дастлаб хирилаши, кейинчалик умуман чиқмасдан қолиши (афония) ва йўтал. Бўғмадаги йўтал ёлғон бўғма сингари акилловчи ва хуружли бўлмайди. Касалликни кечиши бўғмада доимо кучайиб, беморни ахволи оғирлашиб бориш билан кечади.

Ларингоскопияда бўғмада ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари қизараган, дахлиз ва овоз бойламларида, қорамтир-кулранг, қийин кўчувчи караш билан қопланган бўлади. Карашлар узиб олинганда тўқималарни қонаши кузатилади. Ташхисни тўлиқ бактериологик текшириш натижаларига асосланиб қўйилади.

Ҳалқум орти абсцессидан Ҳиқилдоқни ўткир қисилиши кузатилмайди, йўтал деярли бўлмайди, оғиз доимо ярим очик ҳолда, овқат лўқмасини ютиш нафас

олиш жараёни қийин ва оғриқли бўлади. Фарингоскопияда – ҳалқум орти шиллик қавати шишиб бўртиб қолади.

Хиқилдоқ ёт жисмида доимо касаллик тарихи муҳим ўрин эгаллайди. Беморда аввал ҳеч қандай яллиғланиш аломати бўлмаган ва тана ҳароратини доимо мўтадил бўлган ҳолда барча клиник белгилар бирданига пайдо бўлади. Хиқилдоқни қисилиши ёт жисм тушиши билан боғлиқ бўлиб, бирданига бошланади, йўталиш хуружи ва беморни ранги кўкариб кетиши кузатилади. Бироз вақт ўтгач бу ҳолатлар ўтиб кетади. Қиёсий ташхисда муҳими, ўтказилган ларингоскопияда хиқилдоқда ҳеч қандай яллиғланиш аломатлари кузатимайди. Аускультация қилинганда хиқилдоқ соҳасида ёт жисимни ҳаракати туфайли пайдо бўлган ўзига хос овоз (симптом баллотирование) эшитилади. Ташхисни қўшимча рентгенологик текширишлар билан тўлдирилади.

Даволаш: Даволаш муолижалари зудлик билан касалхона шароитида ўтказилишини тақоза қилади, акс ҳолда беморни ҳаёти учун ҳафли вазият вужудга келиши мумкин.

Сохта бўғма кўпроқ нимжон, касалманд, иммунологик қуввати пасайган болаларда учрашини ва юқори нафас йўллари вирусли касалликларида авж олишини ҳисобга олиб, олдини олиш мақсадида, бундай беморларга тумов эпидемияси бошланиш даврларига яқин фурсатларда тумовга қарши турли эмлаш чоралари ўтказиш, гамма-глобулин ва интерферон тавсия қилинади.

Сохта бўғмани даволаш қуйидаги йўналишда олиб борилади:

а) ўқир нафас қисилиши бўлган беморларга ёрдам кўрсатишни ташкил этиш (барча чоралар ЛОР бўлимида, педиатр ва оториноларинголог назорати остида олиб борилади).

б) нафас қисилишини компенсация босқичида бўлган беморларни даволашни ташкил этиш (ЛОР бўлимида алоҳида кислородли палаталарда ЛОР мутахассиси ва педиатр назоратида даволанади).

в) нафаси қисилган беморларни декомпенсация босқичига ўтиш ҳолатида даволашни интенсив палаталарда ташкил этиш (реанимация бўлимини интенсив палтасида реаниматолог, педиатр ва ЛОР мутахассиси назоратида даволанади)..

г) нафаси қисилган беморларни декомпенсация босқичида даволашни ташкил этиш (интубация ёки трахеостомия қилинган ҳолда, реанимация бўлимида, интенсив палатада, реаниматолог, педиатр ва ЛОР мутахассиси назоратида даволанади).

д) интубация ва трахеостомия қилиб даволанган беморларни реабилитация қилишни ташкил этиш (ЛОР бўлимини интенсив палатасида ЛОР мутахассиси, педиатр назоратида даволанади ва реабилитация тадбирлари ўтказилади).

Ташкил қилинган даволаш муолижаларидан кўриниб турибдики, бундай беморларга тиббий ёрдам фақат касалхона шароитида нихоятда тез ва малакали ўтказиш зарур.

Бемор ётган хонани ҳавоси намли бўлши керак, бунинг учун хоналарга нам чойшаблар илинади, хона марказлашган кислород таъминотига уланган жихозлар ўрнатилган бўлиши шарт. Беморни келгандаги ҳолатини баҳолагандан сўнг,

даволаш чораларини бошлаш зарур. Беморга ичиш учун иссиқ сут ёки боржоми суви тавсия қилинади. Нафас қисилишини рефлексор бартараф қилиш мақсадида, шпател билан халқумни орқа деворини қитиқлаб қайт қилиш рефлексни чақиради.

Нафас олиш етишмовчилиги кескин намоён бўлиб, бемор ахволи оғирлашганда дархол томир ичига 25 мг. гидрокортизон ёки 30 мг. преднизолон юборилади ва шу вақтни ўзида кетма-кет кон томирга қўйидаги дориларни жамламаси қилинади: Глюкоза 20% - 20.0 мл, кальций хлорид 10% - (хар бир ёшга 1 мл. ҳисобида), аскорбин кислотаси 5% - 3.0 мл, эуфиллин 2,4% (хар бир ёшга 0,2 мл. ҳисобида). Бир вақтни ўзида мушак орасига антигистамин дорилар юборилади. Юқорида қилинган муолижалардан сўнг нафас олиш бир оз яхшиланиши билан дархол намланган кислород бериш зарур. Оёққа горчичникли ҳаммом қилинади ва кўкрак қафасига ҳам горчичник қўйиш яхши натижа беради. Ёш болаларни териси нозик бўлишини ҳисобга олиб, горчичникларни тўрт қаватли доқа устидан қўйиш керак.

Нафас қисилиш декомпенсация босқичида бемор болаларни махсус кислородли палаталарга жойлаштирилади ва интубация ёки трахеотомия муолижаларини ўтказишга тайёргарлик қилинади, керак бўлса дархол амалга оширилади.

Антибиотиклар асосий касалликни асоратини (риносинуситлар, бронхит, зотилжам) олдини олиш мақсадида буюрилади. Физиотерапевтик муолижалардан инголяция ва болдир мушакларига кварц тавсия қилинади.

Ўтказилган даволардан фойда бўлмасдан жараён кучайиб борилса беморни ахволи оғирлашса интубация ёки трахеостомия қилинади. Тезда ривожланувчи бўғилишда бу жаррохлик аввал умумий интратрахеал наркоз билан беморни интубация қилингандан сўнг амалга оширилади. Айрим ҳолларда шундай вазият вужудга келадиги, трахеотомия ҳеч қандай тайёргарсизлик ва антисептик қоидаларига риоя қилмасдан амалга ошириш зарур бўлиб қолади. Ўткир хиқилдоқ хансирашининг барча турларида бемор ҳам ЛОР врачлари билан педиатр назоратида туриш керак. Доимо ўпка ва юрак-қон томирлар тизими фаолияти текшириб борилади. Даволашни пироворд натижаси, ўтказилган муолижалар ўз вақтида ва тўғри олиб борилса-яхшилик билан тугайди. Касалликни олдини олиш учун болалардаги турли шамоллаш ва юқумли касалликларни ўз вақтида бартараф қилиш зарур.

ХИҚИЛДОҚ АНГИНАСИ (Angina laryngea)

Хиқилдоққа киришидаги шиллиқ ости қисмидаги лимфоид тўқималарни (хиқилдоқ устки тоғайи-чўғичсмон тоғайлар бурмалари олдидаги, хиқилдоқ қоринчаси соҳасидаги ва ноксимон чуқурчадаги лимфоид тўқималар) ўткир яллиғланиши, хиқилдоқ ангинаси дейилади. Яллиғланиш натижасида шиллиқ қаватларни инфильтрацияси ва шиши билан кечганлиги учун, асосий белгиларидан бири нафас олишни қийинлигидир, шунинг учун ҳам бу ҳолатни

хиқилдоқ ангинаси (лотин тилидан *ango* – бўғилиш дегани) деб аталиши касалликни асл мохиятини тўлиқ изхор этади. Касаллик беморни умумий химоя қобиляти пасайганда, совуқ ўтганда, юқори нафас йўлларида ўткир вирусли касалликларида (ОРВИ, грип), жароҳатлардан сўнг ва ёт жисм тушганда ривожланади. Асосий чақирувчи турли стафило ва стрептококклар ҳисобланади. Хиқилдоқ ангинасини клиник белгилари беморни ёши, уни иммунологик қобиляти, микроорганизмни вирулентлиги каби омилларга боғлиқ бўлади. Шунинг учун ҳам айрим беморларда бу касаллик енгил кечса, айримларида эса оғир асоратларга, ҳаттоки ўлимга ҳам олиб келади.

Касалликни белгилари: бошланиши икки хил кечади, енгил ва оғир кўринишда. Оғир кечишида бошланиши ўткир, томоқда оғриқ, овозни хирриллаб қолиши, ютинишни ва нафас олишни қийинлиги билан бошланади. Томоқдаги оғриқ ютинганда ва бўйинни бурганда кучаяди. Беморни умумий ахволи оғирлашади, тана ҳарорати 38-39 °C кўтарилади, тери ранги оқариб, танани тўлиқ, совуқ тер босади. Хиқилдоқни ушлаб кўрилганда оғриқ кучаяди, лимфа безлари катталашган, оғриқли бўлади. Касалликни енгил кечишида эса, ўткир катарал ларингитни белгиларига хос ўзгаришлар кузатилади, тана ҳарорати субфебрил, овоз деярли ўзгармаган ва беморни умумий ахволи қониқарли ҳолда кечади.

Ларингоскопияда: Касалликни енгил кечишида, хиқилдоқ шиллиқ қаватлари катарал қизарган, юзаларида оз миқдорда шилимшиқ ажралма бўлади. Диққат билан эътибор берилса, хиқилдоқни кириш қисмидаги лимфоид тўқималар тўпланган сохаларда, бошқа жойларга қараганда кўпроқ чегараланган инфильтрация ва шишлар кўзга ташланади. Хиқилдоқ устки тоғайи, ноксимон чуқурча, чўмичсимон тоғай ва овоз бойламлари сохалари шилиқ қаватлари қизариб шишган, айрим жойларда эса йирингли қопламалар кўринади.

Оғир ҳолатларда хиқилдоқ устки тоғайи, хиқилдоқ устки-чўмичсимон тоғайлар бурмалари, ноксимон чуқурча ва дахлиз бойлами сохалари шилиқ қаватлари қизариб шишган, бундай шишлар кейинчалик тарқалиб, овоз ёриғини беркитиб, нафас ўтишни қийинлаштириб қўйиши мумкин. Вазият шундай давом этиб беморни ахволини оғирлашувига олиб келса, зудлик билан чора кўришга (интубация ёки трахеотомия) тўғри келади. Касаллик давом этиши чўзилиб кетганда эса, хиқилдоқ устки тоғайини тил юзасида, ёки чўмичсимон-хиқилдоқ устки тоғайи бурмалари сохаларида абсцесслар пайдо бўлади.

Касалликни ташхиси беморни шикоятлари, ларингоскопия натижаларига асосланади. Қиёсий ташхис хиқилдоқ бўғмаси (дифтерия) ва хиқилдоқ ёлини (рожа) билан солиштирилади. Хиқилдоқ бўғмасида ҳосил бўлган қарашлар, қорамтир-кулранг тўқималардан қийин ажралади.

Ташхисда бактериологик текширишларда Лёфлер таёқчаларини топилиши муҳим ўринни эгаллайди. Хиқилдоқ ангинасида яллиғланиш жараёни чегараланган бўлиб, қарашлар ҳосил бўлмайди.

Даволаш: Тавсиялар ўткир ларингитники каби бўлади, аммо касалликни оғир кечишида, ҳар қандай беморни ҳаёти учун ҳафли вазиятлар пайдо бўлишини эсдан чиқармаслик даркор. Бундай вазиятлар кузатилса қўшимча равишда антибиотикларни кенг таъсир этувчи турлари, кортикостероидлар ва антигистамин

дорилар қўланилади. Иссиқ инголяция ва бўйинга спиртли боғловлар қилинади, бўйинга новокаинли блокадалар қилиш беморни ахволини тез яхшилинишига олиб келади. Шишларни пасайтириш мақсадида томир ичига 40% глюкоза, 10% калций хлор юборилади, сийдик хайдовчи дорилар ва гормонлар (преднизолон, гидрокортизон) қўланилади. Агар жараён зўрайиб консерватив даволар ёрдам бермаса интубация ёки трахеотомия қилиш зарур бўлади.

ФЛЕГМОНОЗ ЛАРИНГИТ (Laryngitis phlegmonosa)

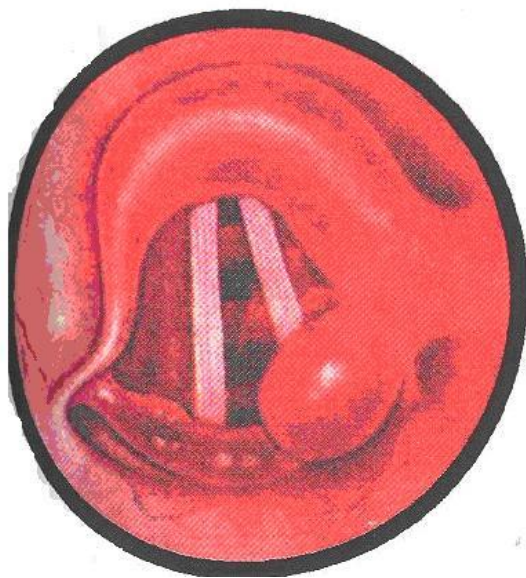
Хиқилдоқ юмшоқ тўқималарини ўткир йирингли яллиғланиши бўлиб, айрим ҳолларда оғир асоратлар билан намоён бўлади. Бошқа хиқилдоқ касалликларига нисбатан кам учрайди ва ўрта ёшдаги одамларда орасида кўпроқ кузатилади.

Касалликни келиб чиқиши асосан хиқилдоқ ангинасини кенг тарқалиб асоратланишида, хиқилдоқни жароҳатда (ёт жисмни тўқималар орасига тушиб қолиши, термик ва кимёвий куйиш), турли юқумли касалликларни натижасида пайдо бўлади. Жароҳат натижасида шиллиқ қаватларни бутунлиги бузилиб турли микробларни (стафило-стрептококклар) тушиши ва ривожланиб яллиғланиш келтириб чиқаради. Яллиғланиш жараёни нафақат шиллиқ қаватга, хаттоки шиллиқ ости, мушак тоғай усти қатлами ва тоғайларга ҳам тарқалиши мумкин. Флегмоноз ларингит иккиламчи касаллик сифатида паратонзиллит, хиқилдоқ бўғмаси, терлама, тил ўзаги абсцесси ва септик ҳолатлардан сўнг ҳам пайдо бўлиши мумкин. Касалликни ривожланишида шамолаш, умумий ва маҳаллий химоя фаолиятини пасайиши муҳим ўрин эгаллайди.

Касалликни клиник кечиши бўйича икки хили тафовут қилинади: инфильтратли ва йирингли.

Клиник кечиши: Касаллик бошланиши ўткир бўлиб, беморлар умумий қувватсизлик, томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги, айрим ҳолларда нафас олишни қийинлиги ва тана ҳароратини кўтарилишига шикоят қиладилар. Агар жараён хиқилдоқ усти тоғайи ёки чўмичсимон - хиқилдоқ устки тоғайи бурмаси соҳасида бўлса томоқдаги оғриқ кучли бўлади. Яллиғланиш жараёни овоз ёриғи соҳасига яқин бўлса шиш кучайиб, овоз хиррилаб, нафас олиши қийинлашади ва айрим ҳолларда тезлик билан трахеотомия қилишга тўғри келади. Бўйин ва жағ ости лимфатик тугунлар катталашиб, оғрикли бўлади. Айрим ҳолларда яллиғланиш жараёни кенг тарқалиб бўйинни чуқур абсцессларига, кейинчалик кўкис оралиғини йирингли яллиғланишига олиб келади. Ўз вақтида ўтказилмаган даволаш беморларни 30% ҳолатда ўлим билан тугашига олиб келади.

Ларингоскопияда: хиқилдоқ шиллиқ қаватлари қизариб шишган, айрим жойларида тўқималарни чегараланган некрози ҳосил бўлади ва юзасида йирингли ажралма кўринади. Некротик жойлар кўпинча (40% ҳолларда) хиқилдоқ устки тоғайини тил юзасида учрайди, бунда шиллиқ қаватлари кескин шишиган, инфильтрат маркази оқариб, йиринг тўпланганлигидан дарак беради. Хиқилдоқни ҳаракати кескин чегараланган. Айрим ҳолларда яллиғланиш жараёни чўмичсимон тоғайлар соҳасида жойлашса овоз ёриғи тўсилиб, нафас олиш қийинлашиб қолади.



Расм 84.Флегмоноз ларингит

Ташхис беморни шикоятлари,ларингоскопик текшириш натижаларига асосланади.

Флегмоноз ларингитни хиқилдоқ ангинасида қиёслаш зарур.Юқорида келтирилгандек флегмоноз ларингитга касалликни ўткир бошланиши,тезлик билан абсцесслар пайдо бўлиши билан кечиши хосдир.

Даволаш: Турли ҳаёт учун ҳафли ҳолатлар вужудга келмаслик учун бемор ЛОР бўлимга ётқизилиб даволанади. Даволашни кенг доирада таъсир этувчи антибиотиклар тавсия қилишдан бошланади. Сульфаниламид препаратларидан ичиш учун буюрилади. Хиқилдоқ шишларини олдини олиш мақсадида антистаминал дорилари, сийдик ҳайдовчи ва кортикостероидлар (гидрокортизон,преднизолон) қўлланилади. Бўйин симпатик тугунлар соҳасига қилинган новокаинли блокада яхши натижа беради,антибиотикларни (пенициллин) параларенгиал қилинса таъсири тез намоён бўлади.Бўйин соҳасига турли иситувчи спиртли компресслар қўйиш,оёқларга иссиқ хаммом қилиш яхши ёрдам беради. Физиотерапевтик муолижалардан хиқилдоқ соҳасига 10% кальций хлорид + 1% димедрол эритмасидан иборат электрофорез қилиш даволаш самарасини кучайтиради, бундан ташқари ёғли-ишқорли ёки антибиотикли инголяция айна муддао ҳисобланади.Хиқилдоққа турли мойлар (шафтоли.ўрик ёки облепиха мойлари) фўйилади. Яллиғланган жойда абсцесс пайдо бўлганда дарҳол хиқилдоқ учун мўлжалланган алоҳида пичоқ билан очилади,яралар антисептик эритмалар билан ювилади,сўнгра колларгол ёки Люгол эритмаси суртиб турилади. Кучайиб борувчи хиқилдоқни қисилиши кузатилса дарҳол трахеотомия қилиш зарур. Ўйрингли жараён бўйин юмшоқ тўқималарига тарқалса бўйини ташқ томонидан кенг очилиб дренаж қўйиши лозим.

ГЕМОРРАГИК ЛАРИНГИТ

Ларингитнинг бу кўриниши токсик гриппдан сўнг ривожланади, баъзан қон тизими касалликлари, юрак қон томир тизими, жигар касалликлари, хомиладорлик ҳолатларини асорати шаклида ҳам пайдо бўлади.

Белгилари: касалликни асосий белгиларидан бири эрталаб хуружсимон қуруқ йўтал бўлади. Айрим ҳолларда йўтал билан бирга қасмоқлар, қон аралаш балғам ажралиши кузатилади. Йўтал вақтида қон кетиши кузатилиб, беморларда нафас олиши қийинлашиб, хаттоки бўғилишигача олиб келади. Доимий бўлмаган белгиларга томоқда қуриқшаб қолиш ва ёт жисм борлиги ҳиссиёти пайдо бўлади.

Ларингоскопияда Хиқилдоқ шиллиқ қавати қизарган ва шишган, жойларда қон кетиши ёки шиллиқ ости қаватига қон қуйилган ҳолатлари кўринади. Бундай қон қуйилишлар турлича катталикларда бўлиши мумкин.

Геморрагик ларингитни ташхиси: субъектив маълумотларга ва ларингоскопик текширишларга асосланади.

Даволаш: ўткир ларингит даволангандек олиб борилади. Бемор албатта ётқизилади, балғам кўчирувчи дорилар, витаминлар тавсия этилади. Қон кетишида қон ивишини кучайтирувчи дорилар - кальций хлорид, викасол, ичишга буюрилади ва оз микдорда қон қуйилади, пархез таомлар буюрилади.

СУРУНКАЛИ ЛАРИНГИТЛАР. (Laryngitis chronica)

Сурункали ларингитлар ЛОР аъзолари касалликларини 8-10% ташкил қилади. Касалликда асосан ўзгаришлар овоз бойламлари, чўмичсимон тоғайлар оралиғидаги жойларда ва чўмичсимон тоғайни овоз юзаларида кузатилади. Клиник кечиши бўйича уч тури тафовут қилинади: катарал, гипертрофик ва атрофик кўринишлари. Касалликни учала тури учун ҳам хиқилдоқда овоз ҳосил бўлиш фаолиятини бузилиши ҳосилдир.

Сурункали ларингитларни келиб чиқишига сабаблар: ўткир ларингитни ўз вақтида тўлиқ даволамаслик, касалликни келтириб чиқаруви омиллари бартараф

қилмаслик, юқори нафас йўллариға иш жойини ва атроф мухит хавосини (иссиқ, куруқ ва чанг хаво, ишлаб чиқаришда турли зарарли чиқиндилар) салбий таъсир этиши, юқори нафас йўлларидаги турли сурункали (синусит, ринит, тонзиллит ва фарингитлар) касалликларни даволамаслик, кўп чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш, овоз бойламларини узок вақт зўриқиши хисобланади.

Узок муддат тамаки тутунини таъсири хиқилдоқ, кекирдак ва бронхларни шиллик пардасида барқарор, махаллий тўлақонлик юзага келтиради, бу эса ўз навбатида кўп миқдорда балғам ажралиши (айниқса эрталабда балғамни чиқариш учун, узок ва қаттиқ йўталиш кузатилади) билан давом этувчи яллиғланишга олиб келади. Тамаки тутуни нафас йўллари шиллик қаватларини химоя қилувчи, кўп қаторли цилиндрик эпителийсини фаолиятини сусайтиради, бу ҳолат эса кун бўйи йўтал рефлексини пасайтиради, натижада ҳосил бўлган балғам йўталиб чиқариб ташланмасдан, аксинча овоз бойлами остида тўпланиб қолишга олиб келади. Кечга бориб бу балғамлар пастга кекирдакка кўчиб тушиб, шиллик қаватни қитиклаб узок давом этадиган йўталга сабаб бўлади. Йўтал кучли ва узок давом этади, чунки балғам хиқилдоқ деворларга ёпишиб қолиб, кўчиши анча қийин кечади. Кучли ва узок давом этадиган йўталда хиқилдоқ шиллик пардасини, овоз бойламларини доимо жароҳатланишига олиб келади, натижада уларни фаолиятини турли даражада бузилиши пайдо бўлади..

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ (*Laryngitis catarrhalis chronica*)

Юқорида келтирилган сабаблар натижасида хиқилдоқни сурункали яллиғланишини энг кўп учрайдиган тури бўлган бу катарал яллиғланишдир. Бу касалликда хиқилдоқни барча бўлимларини шиллик пардаларининг турғун, унчалик ифодаланмаган бир маромли тўлақонлиги ва уларнинг ўртамиёна гипертрофияси, ҳамда шишганлиги қайд қилинади. Сурункали катарал ларингитда, қопловчи ясси эпителий қалинлашади, шиллик ости безлари катталашиб, шилимшиқ ажралиши кучаяди. Касалликни бу тури бошқа турларига қараганда анчагина енгил кечади.

Беморларни шикоятлари: Беморларни доимий шикоятлари овозни хирилаб тез чарчаб қолишига, балғам ажралиши билан давом этадиган йўталга, томоқда қичиши ва ёт жисим борлиги хиссиётига бўлади. Томоқдаги ачишиш ва қичишиш жараёни беморда доимий йўталга сабаб бўлади.

Бу ўринда сурункали чекувчиларни ўзига хос енгил ва кам намоён бўладиган йўтални доимо хисобга олиши шарт.

Ларингоскопия қилиб кўрилганда хиқилдоқнинг шиллик пардаси, айтиқса овоз бойламлари соҳасида ва чўмичсимон тоғайлар оралик бўшлиғда, шиллик пардалар қизирган, шишган ва ёпишқоқ шилимшиқ ажралма билан қопланган бўлади, бунинг натижасида нафас олишда ва овоз чиқаришда овоз бойламларини бир-бирига тўлиқ ёпишмаслиги кузатилади. Дахлиз бойламлари ҳам қизарган, қалинлашган ва шишган бўлади

Ташхисда беморни шикояти, ларингоскопик текширишдан ташқари стробоскопия, микроларингоскопия ва керак вақтида цитологик текширишлар натижаларига ҳам асосланади.

Даволаш. Даволашни сурункали ларингитга олиб келувчи барча омилларни бартараф этишдан бошлаш зарур. Агар ўткир ларингитни ўз вақтида охригача даволанмаса, келгусида сурункали яллиғланишга ўтиш замин яратилади. Беморларга чекишни ва спиртли ичимликларни ичишни ман қилинади, даволаниш даврида камрок гапиришга тавсия берилади. Юқори нафас йўлларидаги турли сурункали (ринитлар, аденоид, тонзиллит, фарингит) касалликларни даволанади. Томоққа ёғли-ишқорли инголяциялар тавсия этилади. Таркибида антибиотиклар тутган аэрозолардан (каметон, ингалипт) фойдаланилади, кўшимча равишда хиқилдоққа турли ёғлар (ўрик, шафтоли мойи) қуйилади, бундан ташқари балғам кўчирувчи дорилар (термопсис, ипекакуана), антибиотиклар ва антигистамин (димедрол, пипольфен, супрастин) дорилар тавсия этилади. Хиқилдоққа пенициллин 150000 ЕД + 250000 ЕД стрептомицин + 25 мг гидрокортизон + 4 мл физиологик эритмада аралаштирилиб 1,5 – 2 мл хар куни бир маҳал қуйиш яхши фойда беради. Беморларни иқлими юмшоқ, намли бўлган жойларга бориб даволаш тавсия қилинади. Сурункали катарал ларингитларда даволангандан сўнг беморлар диспасер назоратига олиниб маълум муддатларда қайтадан кўриб туриш зарур.

СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК (ГИПЕРТРОФИК) ЛАРИНГИТ **(Laryngitis chyperplastica chronica)**

Сурункали катарал ларингитга олиб келувчи омилларни бартараф қилмаслик ёки уни ўз вақтида батамом даволаш чораларини олиб бормаслик натижаларида жараён касалликни гиперпластик кўринишига ўтиши мумкин. Касаллини бу кўринишида, нафақат **эпителий қатлами балки шиллик ости қисмида ҳам гиперплазия холати кузатилади.** Гистологик тузилиши бўйича гиперплазия уч хил кўринишда кечади:

- а) оддий (эпителий қатламларини ва хужайра ядроларини ўзгармаган) тури,
- б) атипик тури (эпителий қатламлари, хужайра ядроларида атипик ўзгаришлар мавжуд) эпителийни тўлиқ дифференция холати сақланиб қолган.
- в) эпителийда карциномага хос ўзгаришлар (эпителияда тўлиқ дифференсация холати кузатилмайди, рак ўсмасига хос ўзгаришлар мавжуд) кузатилади.

Гиперплазия жараёнини тарқалиши бўйича **тўлиқ (диффуз)** овоз бойламларини қамраб олиши мумкин ёки айрим **чегараланган** кўринишда тафовут қилинади. Чегараланган ва оддий гиперплазия холати қуйидаги кўринишда бўлади - пахидермия, лейкоплакия ва кератоз.

Пахидермияда қопловчи эпителийни сўрғичсимон қалинлашуви кузатилади, **лейкоплакияда** эса эпителийни қатламларини ясси ёки сўрғичсимон қалинлашуви кузатилади **ва гиперкератозда** қопловчи эпителийни мугуз ва донали қатламларини кескин қалинлашуви бўлади. Чегараланган овоз бойламларини гиперплазияси айрим ҳолларда бир-бирига қарама-қарши жойлашган чегараланган, конус шаклидаги ва кўпинча овоз бойламларини олдинги учдан бир қисмида учрайди, бундай ҳолатни **ашулачилар тугуни (ёшларда эса бакроқлар тугуни)** деб юритилади. Гиперплазияни бу тури кўпинча овоз бойламларини зўриқиши билан ишлайдиган мутахассисларда (ашулачилар, маърузачилар, ўқитувчиларда) учрайди.

Овоз бойламларини тўлиқ гиперплазиясида, бойламларни барча қисимлари бир хилда диффуз қалинлашганлиги, юзаларида балғам билан қопланганлиги кўринади.

Беморларни асосий шикоятларидан бири овозни хирилаб қолишига бўлади, айрим ҳолларда овоз бутунлай чиқмасдан (афония) қолади. Овозни тўлиқ чиқмасдан қолиши, кўпроқ пахидермияда кузатилади, айниқса жараён чўмичсимон тоғайлар оралиғида жойлашса, чунки бунда чегараланган гиперплазия ва шилимшиқ балғам, овоз бойламларини тўлиқ бир-бирига ёпишига ҳалақит беради. Айрим ҳолларда яллиғланиш жараёни дахлиз бойламларига тарқалади, натижада улар қалинлашиб ва қизариб, тўлиқ овоз бойламларини тўсиб қўяди.

Бундан ташқари беморларни балғам ажралиши билан давом этувчи йўтал хуружи қийнайди. Балғам хиқилдоқ деворига ёпишиб, кўчиши қийин бўлади, натижада узоқ давом этувчи йўтал хуружи бошланади. Йўтал хуруж билан давом этганлиги учун нафас олиш қийинлашиб, баъзан стеноз ҳолатлари вужудга келади. Бундай йўталлар беморларни ҳолда тойдиради, уларни совуқ тер босади.

Беморларни хиқилдоқ соҳасида қирилиш ва ёт жисм борлиги ҳиссиёти ҳам безовта қилади.

Ларингоскопияда касалликни овоз бойламларини тўлиқ гиперплазиясида, бойламлар диффуз қалинлашиб қизариб қолади, чегараланган кўринишида эса (пахидермия, лейкоплакия ва кератоз) кўпроқ бойламларни олдинги учдан икки қисмида чегараланган, қалинлашувлари кўринади. Овоз бойламларини “ашулачилар тугуни” деб номланган қалинлашувда, иккала бойламларида бир бирига қарама-қарши жойлашган, конус шаклидаги бўртма кўринади.



Расм 85. Овоз бойламларини чегараланган бўртмаси ёки “ашулачилар тугуни”.

Касалликни пахидермия турида эпителий ва уни ости қатламларини сўрғичсимон гиперплазияси ҳолида кўринади. Лейкоплакияда эпителийни қатламини кўпайиши ҳисобига, овоз бойлами яссисимон ёки сўрғичсимон қалинлашади.



Овоз бойлами гиперкератози



Овоз бойлами гиперплазияси

Расм 86. Гиперпластик ларингит

Гиперпластик ларингитни диффуз кўринишида жараён асосан бойламларни орқа қисмида ва чўмичсимон тоғайлар оралиғи бўшлиғида учрайди. Айрим ҳолларда бу жараён ҳиқилдоқ қоринчалари ва дахлиз бойламларини камраб олган бўлса, улар валиксимон йўғонлашиб овоз бойламларини тўлиқ беркитиб қўяди.

Камдан-кам ҳолларда гипертрофик ларингитни шишган шакли учрайди бунин Рейнке-Гайека ларингити деб юритилади. Бу касаликни асосида овоз бойламларини қон билин таъминланиш жараёнини бузилиши, лимфатик томирларда суюқликни димиқиши ётади. Жараён асосан овоз бойламларини олдинги учдан икки қисмини камраб олади. Кўрилганда ҳиқилдоқни шишган шиллиқ кавати, оқиш сарғимтир рангда бўлиб полипни эслатади. Касалликда жараён асосан овоз бойламларини ички медиал юзасида учрайди

Ташхисида асосан беморни шикоятлари, ларингоскопи натижаларига ва микроларингоскопия ҳамда керак бўлса цитологик текширишларга асосланади.

Даволаш. Сурункали гиперпластик ларингитни даволаш муаммоси ҳозиргача оториноларингология амалиётитда долзарб масала бўлиб қолмоқда, чунки жараён узок давом этади ва ҳар доим ҳам қўланилаётган чора-тадбирлардан кутилган натижалар бермайди, бундан ташқари касалликни ёмон сифатли ўсмаларга айланиш эҳтимоли юқоридир. Шунинг учун даволаш масалалари ҳал этишда ҳар бир беморга шахсий ёндашиш зарур. Даволашни сурункали ларингитга олиб келувчи омилларни бартараф қилишдан бошланади. Беморларга биринчи навбатда кам гапириш тавсия қилинади, спиртли ичимликларни ичиш, тамаки чекишни ман этилади. Овқатлар суюқ ва илиқ бўлади, ўта шўр, ачиқ овқатлар ман этилади. Яллиғланиш жараёнини ҳолатига қараб даволаш чоралари белгиланади: турли ёғли-ишқорли ёки антибиотиклар билан, керак бўлса кортикостероидлар билан инголяциялар яхши фойда беради. Бунда ташқари балғамлар ажралишини енгиллаштириш, яллиғланиш жараёнини пасайтириш мақсадида ҳиқилдоққа 10% иманин эритмаси ёки физиологик эритмада эритилган химотрипсин, гидрокортизон ва алое аралашмалари қуйилади. Бужмайртирувчи дори сифатида колларголни 3% эритмаси ёки танинни сувли-глицеринли эритмалари ҳиқилдоққа суртилади. Бундан ташқари ҳиқилдоқ Люгол эритмаси билан ҳам суртилиб

турилади. Касаликни чегараланган гиперплазия турида кумуш нитратни 1-3-10% эритмалари билан куйдирилади. Вақти-вақти билан беморларга ёғли-ишкорли ёки 2% цитрални ёғдаги аралашмаси билан инголяция тавсия этилади. Микроларингоскопия ривожланиши билан чегараланган гиперпластик жойлар микрохирургик усуллар билан олиб ташланади. Айрим ҳолларда криотаъсир этиш йўллари билан ҳам даволанади. Иккиламчи ўзгаришларни ривожланишини ёки касалликни ёмон сифатли ўсмаларга айланишини олдини олиш мақсадида, бу беморлар доимо ЛОР врач назорати бўлиши шарт ва ўз мудатида профилактик даволарни ўтказилиб турилиши керак.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК ЛАРИНГИТ (Laryngitis atropica chronica)

Атрофик ларингит кўп ҳолларда атрофик ринофаринголарингит шаклида учрайди, клиник кечиши бўйича субатрофик ва атрофик турлари тафовут қилинади, субатрофик ларингитда атрофия жараёнлари ҳиқилдоқни чегараланган жойларида оролча шаклда учрайди ва клиник жихатдан кескин намоён бўлмайди.

Касалликни келиб чиқишида турли инфекцион касалликлар (бўғма, скарлатина), атроф мухитни ўта иссиқ, чанг ва қуруқ хавосини узоқ вақт таъсири натижаси, ҳамда кўп тамаки чекиш, спиртли ичимликлар ичиш асосий омиллардан бири ҳисобланади. Юқори нафас йўллари турли сурункали касалликлари (ринитлар, синуситлар, фарингитлар ва тонзиллитлар), атрофик жараёни ривожланишида муҳим ўринни эгаллайди. Касалликнинг асосида турли даражада дистрофик ўзгаришлар бўлиши кузатилади, жойларда эпителий қатламини пасайиши, цилиндрик эпителийни кўчиши ёки уларни метаплазияси кўринади. Натижада шиллиқ қаватлар юпқалашиб, қуруқшаб, хиралашиб қолади. Шиллиқ ости қисмида қўшувчи тўқималар кўпайган, безлар ва қон томирлар кичрайган, безларни фаолияти пасайган, улар атрофида хужайралар инфилтрацияси кузатилади.

Сақланиб қолган безлар кам миқдорда қўйиқ шилимшиқ ишлаб чиқаради. Бу шилимшиқ ажралма тезда қуриб, қасмоқлар ҳосил қилади.

Касалликни клиник кечиши атрофик жараёни қандай даражада тарқалишига боғлиқ бўлади. Беморлар овозни хириллашига, томоқни қуруқшаб, ачишишига, баъзан қичишишга, ёт жисм борлиги ҳиссиётига, балғам ажралиши қийин бўлган йўталга шикоят қиладилар. Овозни хириллаб қолиши кўпроқ эрталабда кузатилади, бунга сабаб кечаси билан ҳиқилдоқда балғам тўпланганлигидир, кейинчалик йўталиб балғам чиқарилгандан сўнг овоз бироз яхшиланиб қолади. Узоқ давом этиб йўталиш натижасида балғамда қон аралашмаси бўлади, бундай ҳолларда беморларда ракофобия ваҳимаси пайдо бўлади. Қун давомида бундай ҳолат бир неча бор такрорланиши мумкин. Айрим ҳолларда балғам кўпроқ тўпланиб қолганда, нафас олиш ҳам қийинлашиб қолади. Касалликни субатрофик кўринишида, юқорида келтирилган белгилар яққол намоён бўлмаган ҳолда кечади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари қуруқшаган, юпқалашган, ранги хиралашган, қон томирлари аниқ бўртиб кўринади ва юзаси қўйиқ балғам ва қуруқ қасмоқ билан қопланган бўлади. Айрим ҳолларда атрофик жараён фақат

хиқилдоқниги шиллиқ пардасидагина эмас, балки юқори нафас йўлларида бошланиб бурун, юткии, кекирдақнинг шиллиқ пардаларида ҳам кузатилиши мумкин.

Ташхис: Хиқилдоқни ёмон сифатли ўсмалари ҳам бошланиш даврида атрофик ларингитни кўринишига ўхшаш кечади, шунинг учун касалликни олдини олиш ва ташхисни яна ҳам мукамал қилиш мақсадида имконият даражасида микроларингоскопия ва биопсия ўтказиш зарур.

Даволаш. Барча сурункали ларингитларни даволагандек, атрофик ларингитларда ҳам касаллика олиб келувчи омиларни бартараф қилишдан бошланади. Имконият даражасида беморлар йилига 2-3 маротаба денгиз иқлими бор жойларда даволаниши касалликни енгил кечишига олиб келади.

Беморларга турли ёғли-ишқорли ёки ишқорли-калийли инголяциялар тавсия қилинади. Инголяцияларни йодглицеринли ёки сераводородли қилиш яхши наф беради. Хиқилдоқ шиллиқ қавати Люголь эритмаси билан маҳаллий массаж қилиш йўли билан суртилади ва ёғлар махсус шприц орқали кунига 2-3 маҳал қўйилади.

Томоқни турли антисептик хусусиятга эга бўлган ўтларни (алое, календулда, ромашка) дамламаси билан чайилади ва таркибида антибиотиклар бор аэрозоллар (каметон, ингалипт) тавсия этилади. Агар ажралмалар қўйиқ ёки қасмоқ холида бўлиб ажралиши қийин бўлса лизоцим ёки химотрипсинли аэрозоллар тавсия буюрилади, бунда ажралмалар тезроқ юмшаб кўчиши осонлашади. Физотерапевтик муолижалардан УВЧ, хиқилдоқ соҳасига диатермияни шифобахш балчиқ қўйиш билан олиб бориш ва уқалаш яхши фойда беради. Халқумни орқа деворига 10 кун давомида алое 0,5 мл. ва 0,5%-0,5 мл. новокаин аралашмасини кунига бир маҳал инъекция қилиш яхши наф беради.

Сурункали ларингитларни олдини олиш учун юқори нафас йўлларидаги турли яллиғланиш касалликларни (бурун ва бурун олди бўшлиқлари, халқумдаги турли сурункали касалликлар) бартараф этиш зарур, беморларни жисмоний чиниқтириш ва турли салбий таъсир этувчи омилларни бартараф этишдан иборат.

ХИҚИЛДОҚНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ҚИСИЛИШЛАРИ (СТЕНОЗЛАРИ)

Хиқилдоқни овоз ёриғи торайишига ва нафас олишни бузилишига олиб келадиган патологик жараёнлар, хиқилдоқ касалликларининг алоҳида тоифасини ташкил қилади. Хиқилдоқ шиллиқ пардасининг шишлари фақат яллиғланиш касалликлари натижасида эмас, балки баъзи бир аллергия хусусиятга эга бўлган воситаларни таъсир этиш натижаида ҳам юзага келади.

Хиқилдоқни қисилиши алоҳида касаллик бўлмасдан, балки бошқа турли касалликлар ва ҳолатларни хиқилдоқда намоён бўлиши билан кечадиган клиник кўринишидир. Хиқилдоқ қисилишида танани мослашиш тизими кучаяди ва тўлиқ ишга тушади.

Мослашиш

механизмига:

нафас олиш

гемодинамик тизим (қон томирлар тизими)

қон тизими

тўқима тизими киради.

Нафас олиш тизими –нафас хансираш билан давом этади, ўпкани вентиляцияси кучаяди,нафас олиш тезлашади ва чуқурлашади.Нафас олишда барча мушаклар (бўйин,кўкрак қафаси ва қорин мушаклари) иштирок этади.

Гемодинамик тизим-дастлаб томир уриши тезлашади (тахикардия) томирлар тонуси ортади,қон босими кўтарилади,қонни минутлик хажми 4- 5 маротаба ортади,бутун депо бўлиб тўпланиб турган қонлар ҳаракатга ўтади. Бунинг натижасида кислород танқислиги бартараф қилинади,ҳаётий муҳим аъзоларни (бош мия,ўпка,юрак,жигар) озиқланиши ва кислорадга бўлган талаби тўлиқ қондирилади.Ҳиқилдоқ қисилиши натижасида ҳосил бўлган шлаклар организмдан тезда чиқариб ташланади.

Қон тизими-депо бўлиб тўпланиб турган эритроцитлар талокдан қон айланиш тизимига чиқади,қон томирларини ўтказувчанлиги ортади,гемолглабинларни қон билан тўйиниши кучаяди,эритропоэз ортади.

Тўқима тизими-тўқималарни қондан кислородни ўзлаштириш жараёни кучаяди,қисман хужайралардаги модда алмашинув тизими анаэроб турига ўтади. Юқорида келтирилган тизимлар организмдаги қонни ва тўқималарни кислородга бўлган эҳтиёжини қисман камайтиради ва карбонат ангидридни миқдорини эса ортиради.

Клиник кечиши бўйича ҳиқилдоқни ўткир ва сурункали қисилишлари фарқ қилинади. Ўткир қисилишни пайдо бўлиши ва кечиши бир неча сониядан бир неча кунгача давом этади, сурункали қисилишини пайдо бўлиши ва кечиши бир неча ҳафтадан бир неча йилларгача давом этади.

Ўткир қисилишни сабаблари турлича бўлиб: -ҳиқилдоқ шиши (яллиғланиш натижасидаги шишлар ва яллиғланишга алоқаси бўлмаган шишлар), жароҳатлар, кимёвий ва термик куйишлар, жаррохлик муолижаларидан сўнг, ёт жисмлар тушиб қолиши, ўткир вирусли ларинготрахеит, бўғма (дифтерия) ҳисобланади. Айрим ҳолларда турли захарли моддаларни таъсири натижасида химоя рефлекси ишга тушиб,ҳиқилдоқни рефлексор қисилиши мумкин.

Ҳиқилдоқни сурункали қисилишига сабаблар: ҳиқилдоқни турли ўсмалари, юқумли гранулёмалар (захм, сил ва склеромадан сўнгги чандиқлар ҳисобига қисилишлар), турли яллиғланишдан сўнг пайдо бўладиган (хондроперехондрит, куйишлар, жароҳатлардан сўнгги) чандиқлар, ҳиқилдоқни туғма ва ортирилган пардаси (мембранаси), ҳиқилдоқни ҳаракатлантирувчи асаб толасини жароҳатланиши ва ҳиқилдоқ кистаси кабилар ҳисобланади. Ҳиқилдоқ қисилишларини келиб чиқиши сабабларидан қайтй назар, касаликни клиник кечишида бир хил ҳолат, яъний инспиратор хансираш ёки нафас олишни қийинлиги ётади.

Ҳиқилдоқ қисилишини юзага келишдаги вақтни ҳисобга олганда қуйдаги 4та кўриниши тафову қилинади:

Яшин тезлигида қисилиш-бу ҳолат бир неча сониядан бир неча дақиқада пайдо бўлади (ҳиқилдоққа ёт жисм тушганда) .

Ўткир қисилиш-бир неча соатдан бир кеча-кундузда пайдо бўлади (ҳиқилдоқ ангинасида, ҳиқилдоқни куйишда ва шишларида) .

Ўткир ости қисилиши-бундай вазият бир кеча-кундуздан бир хафта давомида пайдо бўлади (хиқилдоқ бўғмаси, жарохати, хиқилдоқни турли юқумли касалликларида ва хиқилдоқни қайтувчи нервларини фалажлигида) .

Сурункали қисилиши-бир хафтадан бошланиб, бир неча йиллар давом- ида ривожланиши мумкин (хиқилдоқни турли юқумли касалликлари-захм,сил,склерома, ўсмалари, кисталари ва ортирилган хиқилдоқ чандикларида) .

Хиқилдоқни қисилишини клиник кечиши бўйича 4та босқичи мавжуд: компенсатор, тўлиқ бўлмаган компенсатор, декомпенсатор ва терминал. Бу босқичларни клиник кўриниши бўйича хар бирини ўзига хос қуйдагича таърифи берилган.

1-компенсация босқичи. Бу босқичда нафас олиш билан чиқариш оралигидаги вақт қисқаради, нафас олиш секинлашган,аммо чуқурлашган ва шовқинли бўлади. Тинч ҳолатда бемор хансирамайди, аммо озгина жисмоний зўриқишда эса хансираш пайдо бўлади. Юрак фаолияти кучаяди, томир уриши секинлашган, қон босими кўтарилади. Одатда бу босқичда бемор ўта безовта бўлмайди. Овоз ёриги 6-7 мм ташкил этади.

2-тўлиқ бўлмаган компенсация босқичи. Бу босқичда нафас олиш қийинлашганлиги сабабли барча нафас олишга таълуқли механизмлари ишга тушади. Нафас олишда зўриқиш ҳолати кузатилади, нафас шовқин билан давом этади ва масофадан эшитилади. Бемор ўзига қулай жой топишга ҳаракат қилиб безовталанган, тери ранги оқарган. Нафас олишда нафақат кўкрак қафаси мушаклари, балки ўмров ости ва усти, бўйин ҳамда қобирга оралари мушаклари иштирок этади. Керакли даражадаги ҳаво алмашинуви эндиликда анча зўриқиб амалга ошади ва нафас олиш билан нафас чиқариш орасидаги муддат кескин йўқолади, нафас анча сийраклашиб қолади. Овоз ёриги 4-5 мм ташкил қилади.

3- декомпенсация босқичи ҳисобланади. Беморни ахволи оғирлашган, нафас олиши тезлашган ва юзаки, тери ранги кулранг-кўкимтир бўлади (бошланишида акроцианоз кейинчалик эса цианоз пайдо бўлади). Озгина бўлса ҳам нафас олишни енгиллатишга мақсадида бемор мажбурий ҳолатни эгалашга ҳаракат қилиб,ярим ўтирган ҳолатда, бош орқага ташланган бўлади.Инспиратор шовқинли нафас пайдо бўлади. Бурун-лаб соҳаси,панжалари учлари кўкимтир рангда.Юзни ёпишқоқ, совуқ тер босади, кўзлар катталашиб ўз жойидан бўртиб чиққан, уларда кўрқинч аломатлари кўринади. Бу босқичда нафас тезлашсада, лекин у юзаки, билинар-билинемас даражада бўлиб қолади, чунки кўкрак қафаси деярли қимирламайди ва фақат хиқилдоқ нафас олишда ва чиқаришда тепа ва пастга тез-тез ҳаракат қилади. Товуш ва йўтал эшитилмайди, томир уриши паст ва тезлашади, эс-хуш йўқолмайди. Овоз ёриги кенлиги 2-3 мм.

4- асфиксия (бўғилиш) босқичи: Бу босқичда бемор ўта чарчаган, атрофга бефарқ,ташқи таъсирга жавоб йўқ, нафасни тўхтаб-тўхтаб олади, нафасни олишни бу кўринишини Чейн-Стокс (чуқур нафас олиб чиқаргандан сўнг анча вақтгача танаффус бўлади, сўнгра яна секин-аста нафас пайдо бўлади) тури деб юритилади. Овоз ёриги 1 мм. ташкил қилади.Тери оқ-кулранг, томир уриши санаб бўлмайдиган даражада тезлашган, кўз қорачиғи катталашган, бир нуқтага қадалган ҳолда, аввалига эси-хуши кирди-чикди бўлади, кейинчалик хушини батамом йўқотади ва

беморларда ихтиёрсиз сийиши, ахлат кетиши кузатилади ва жараён ўлим билан якунланади.

Хиқилдоқни қисилишини даволаш - биринчи навбатда қисилишни қайси босқичи эканлиги аниқланилади ва тегишли тезкор чора-тадбир белгиланади, нафас олиш тикланиб, беморни ахволи яхшилангандан сўнг **иккинчи навбатда** хиқилдоқ қисилишини келтириб чиқарувчи сабабни бартараф қилишга қаратилади. Хиқилдоқ қисилишини компенсация ва субкомпенсация босқичларида ўз вақтида чора кўрилса, (консерватив) дорилар билан даволашни имконияти бўлади, декомпенсация босқичида дархол интубация ёки трахеостомия қилиниши зарур, асфикцияда эса тезлик билан коникотомия ўтказилади ва нафас олиш тикланиб, беморни ахволи яхшилангандан сўнг трахеотомия қилинади.

Агар хиқилдоқ қисилишини келтириб чиқарувчи сабаб хиқилдоқ шиши бўлса, бундай ҳолатда даволаш шишни пасайтириб, нафасни тиклаш учун дегидротация ва гипосенсибилизация қилучи, кортикостероидлар, тинчлантиручи дорилар тавсия этилади

Даволашда чалғитувчи муолижалар: оёқларга иссиқ хаммом, болдирларга ва кўкрак қафасига хантал (горчичник) қўйиш яхши ёрдам беради. Физиотерапевтик чоралардан намланган кислород бериш, электрофорез ва ультратовушли инголяция қилиш беморни ахволини тезда яхшиланишига олиб келади.

Агар касаллик сабабларида яллиғланиш жараёни ётса албатда даволашга антибиотиклар, сульфаниламидлар қўшилади. Хиқилдоқ соҳасида яллиғланиш жараёнида йирингли абсцесслар пайдо бўлса, дархол уни ёриб йирингни чиқариш зарур, кўпинча хиқилдоқни қисилишига бўғма (дифтерия) сабабчи бўлади, бундай ҳолларда албатта бўғмага қарши зардоб юбориш зарур (агар нафас олиш қийинлашиб қолса, аввал трахеотомия қилинади, сўнггра бўғмани даволашга киришилади) бўлади.

Хиқилдоқ қисилишини учинчи ва тўртинчи босқичларида албатта жаррохлик муолижалар ўтказилади, яъний трахеотомия қилинади, айрим шошилиш ҳолатларда трахеотомия ўтказишга ҳам вақт бўлмай қолади, шунда тезлик билан коник бойлам кесилади – коникотомия қилинади. Хиқилдоқни тез қисилишига ўткир ларингит сабабчи бўлган ҳолатларда нафас ўтишни тиклаш учун хиқилдоқга узок мудатларга интубацион найлар қўйилади, бу қўйилган найларни олиш мудатлари уларни эластиклик ҳолатларига, касалликни кечишга боғлиқ бўлади.

ХИҚИЛДОҚ ҚИСИЛИШИДА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМИ

Хиқилдоқнинг нафас йўли тез торайиб, шошилиш ёрдам кўрсатиш зарурати туғилганда, шифокор бемор ҳолатини тўғри ва ўз вақтида бохолаб, уни қайта тиклаш услулари танлай билиши зарур. Бунда беморнинг нафас ололмай қолганлиги сабабини тезда аниқлаш ва бу ҳолатни тўғри ва ўз вақтида бартараф қилишга киришиш керак бўлади. Бундай ҳолатларда кўрсатиладиган шошилиш

ёрдамлардан интубация ва хирургик муолижалардан **-трахеотомия** амалга оширилади. Агар беморни ҳолати тўғри келса, имкон даражасида трахеотомия қилмасдан интубация ўтказишга ҳаракат қилиш зарур.

Интубация- ўтказиш уч босқичда олиб борилади.

Биринчи босқич- врач чап қўлни кўрсатгич бармоғини беморни тилни ўртасидан киргизиб, тил ўзагига етиб боради ва хиқилдоқ устки тоғайини тепа қисмини тил ўзагига босади.

Иккинчи босқич-ўнг қўл билан интубацион найни ушлаб оғизга киритади ва чап қўл кўрсатгич бармоғи бўйлаб найни секин-аста хиқилдоқни кириш қисмига етказди.

Учинчи босқич-врач чап қўлни кўрсатгич бармоғи билан найни овоз бойлами ёриғидан пастга ўтказди. Интубацион найча лейкопластир ёрдамида ёноққа ёпиштирилади. Найни тўғри ўрнатганлиги белгиси, бу нафасни тўлиқ тикланиши ва овозни йўқолишидир. Найча турли ажралмалар билан тўлиб, беркилиб қолмаслик учун, вақти-вақти билан хиқилдоқдан чиқариб тозалаб турилади. Агар яллиғланиш жараёни пасайиб, хиқилдоқ қисилиши бартараф қилинса, 1-2 кундан сўнг интубацион найни олиб ташланади. Агар кўрсатилган муддатда, ўтказилган интубациядан кутилган натижа олинмаса, бундай беморларга трехотомия жарохлиги қилинади.

Трехеотомияни тезлик билан ўтказиш айрим ҳолларда, бўйин соҳасидаги қон томирларнинг қон билан тўлалиги, бемор бўйнининг анатомик тузилиш - уни калталиги, ёки тери остидаги ёғ тўқимасини қалинлиги, жаррохлик ишини қийинлаштиради. Одатдаги тўлиқ трахеотомияни ўтказиш шароити бўлмаганда, врач беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш имконини берадаган барча чоратадбирларни қўллаб, қисман нафас олиншини тиклашга эришиш зарур, сўнгра беморни ҳолатига қараб трахеотомия қилиш имконияти бор даволаш муассасасига юбориш керак. Лекин тиббиёт амалиётида шу нарсани ёдда сақлаб қолиш зарурлиги уқтирб ўтилган –ҳар бир врач эгаллаган тиббий мутахассислигидан қатъий назар, интубация ва трахеотомия қилишни билиши шарт дейилган.

Баъзан шароит тақозоси билан (транспортда, кўчада, жамоат жойларида) трахеотомия қилиб нафас ўтишни тиклашни иложи бўлмаганда, коникотомия деб юритладиган муолижа қилинади, яъний коник бойламни кесиб нафас тикланади, бемор ахволи яхшилангандан сўнг, бемор тегишли тиббиёт муассасига жўнатилгандан сўнг бу жойда, одатдаги тўлиқ трахеотомия қилинади.

Коникотомияда- узуксимон тоғайни юқори қисми билан қалқонсимон тоғайнинг пастки чеккасини туташтирувчи коник бойлам шошилинич ҳолатларда нафасни тиклаш учун кесилади. Коникотомия қилинганда узуксимон, қалқонсимон тоғай ёки товуш ости бўшлиғини шикастланишидан эҳтиёт бўлиш керак бўлади. Кўпинча коникотомиядан сўнг шу жойларда грануляциялар, перихондритнинг авж олиши ва чандикли тўқима ўсиши ҳисобига товуш ости бўшлиғининг торайиши кузатилади. Шунинг учун бу муолижа бемор ҳаётини сақлаб қолишнинг бошқа иложи қолмаганда қилинади.

Коникотомияни бажариш учун бемор боши орқага ташланган ҳолда ётқизилади. Шунда коник бойламнинг жойлашган ўрни аниқ билинади, бундан ташқари, бу жойни аниқлашда бармоқ билан қалқонсимон тоғайнинг олдинги

чеккаси бўйлаб пастга тушиб борилади, шунда бармоғнинг учи кичик чуқурчага, коник бойлам соҳаси тушади. Жойни аниқлаб олгач вақтни бой бермасдан анестезия қилмай, скалпелни санчиб, терини ва бойламни горизонтал кесиб овоз бойлами ости бўшлиғига кирилади. Бу муолижани бажаришда шу соҳанинг орқа бўлимларини шикастлашдан эҳтиёт бўлиш керак. Кесилган жойга киритилган найча жуда ҳам йўғон бўлмаслиги лозим, акс холда бу найча атрофидаги тўқималарни босиб қўйиб, уларни яллиғланишига олиб келади.

ТРАХЕОТОМИЯ ВА ТРАХЕОСТОМИЯ.

Трахеотомия - хиқилдоқнинг турли хил касалликларида ва шикастланишларида, нафас йўллариини ўткир қисилишида хаво ўтишини тиклаш, ҳамда бемор ҳаётини сақлаб қолишнинг қадим замонлардан маълум, бўлган жаррохлик усулидир. Айрим ҳолларда пастки бронхоскопия қилиш мақсадида аввал трахеотомия қилинади.

Ҳозирги кунда ҳам бу муолижа жуда мурракаб жаррохлик аралашувлари қаторига киради, чунки ўз вақтида ва тўғри қилинган трахеотомия ҳақиқатдан ҳам бемор ҳаётини сақлаб қолиш билан бирга, унинг кейинчалик тўлиқ соғайиб кетишига сабаб бўлади.

Трахеотомияда кекирдакни тоғайларини кесиб очиш тушунилади, кекирдак тоғайларини кесиб очилгандан сўнг вақтинчалик ёки узоқ мудатга кекирдакни ташки муҳит билиан туташтирувчи тешик (соустя) қўйишдир. Бу муолижани тўлиқ амалга ошириш учун кесилган тешикга хаво ўтказувчи най киритилади.

Трахеотомия ўтказиш учун кўрсатмалар:

- Нафас йўлларига тушган ёт жисмларни бошқа усуллар билан олишни имконияти бўлмаганда.
- Нафас йўлларидаги айрим касалликларда (ўткир ларинготрахеит, хиқилдоқни қисилиши ва шишида) қўйилган интубациядан 2-3 кун ичида фойда бўлмаганда.
- Ўткир захарланиш натижасида ўпкада яллиғланиш ва ателектаз жараёни пайдо бўлганда.
- Нафас йўллари фаолияти издан чиқиши натижасида, бу жойдаги ажралмаларни йўталиб чиқриш жараёни бузилганда.
- Хиқилдоқ мушаклари ва асаб томирларини фалажланиши натижасида нафас ёриғи торайиб қолганда,
- Кўкрак қафаси ва бош мия жароҳатларида нафас йўллариини фаолияти ва нафас олиш жараёни бузилганда.
- Хиқилдоқни ва кекирдакни жароҳатларида, куйишида (кимёвий ва термик) нафас олиш жараёни бузилиб, интубация қилишни иложи бўлмаганда.
- Хиқилдоқ ва кекирдакдаги ҳосил бўлган чандиклар ва уларни жаррохлик йўли билан бартараф этишини иложи бўлмаганда.

Муолижани ўтказиш учун энг қулай ҳолат беморни чалқамча, елка остига ёстиқча қўйилиб ётиши ҳисобланади, лекин қатор ҳолларда трахетеомия бемор бошини орқага ташлаб ўтирган ҳолатида ҳам қилинади.

Трахеотомия шошилиш жарохлик хисобланганлиги сабабли, кўпчилик холларда маҳаллий оғриқсизлантиришдан фойдаланилади, лекин айрим холлатларда муолижа кутилмаган жойларда, зудлик билан амалга оширилиши зарур бўлиб қолганда ҳеч қандай оғриқсизлантиришсиз ва асептика қоидаларига риоя қилинмасдан ҳам бажарилади. Агар трахеотомия режа асосида ва шошилиш вазиятда бўлмаса, айниқса болаларда интубацион наркоз остида ўтказиш ҳеч қандай асорат қолдирмасдан, яхши натижа беради, чунки муолижа вақтида нафас олишни бошқарилиб турилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун новокаин ёки тримекаин (1%) эритмалари ишлатилади..

Муолижа вақтида трахеяни аниқлаш учун бўйин олди деворини айрим белгиларга эътибор қаратилади: қалқонсимон тоғайни юқори бурчаги, хиқилдоқ бурмаси, узуксимон тоғай девори, бўйинтуруқ чуқурчаси. Трахеотомия жарохлигида бўйиннинг олдинги юзасидаги кесилган тери чизиғи аниқ ўртадан ўтиши зарур, акс ҳолда ассистент кесилган жойни қирғоқларини бир хилдан кенгайтириб ушламаса бўйин аъзолари ҳам силжиб қолиб, жаррох кекирдани топишга қийналиб қолиши мумкин.

Трахеотомияда кекирдани кесилган жойига қараб (қалқонсимон беги бўйнига насбатан олинганда) юқориғи, ўрта ёки пастки турлари мавжуд. Муолижа вақтида жаррох беморга насбатан қуйидаги вазиятда туради: юқориғи ва ўрта трахеотомия ўтказишда ўнгда, пастки трахеотомияда эса чапда, бу кекирданинг тез топишга ва керакли катталиқда очишга имкон туғдиради. Дастлаб бўйин териси хиқилдоқ бўртмаси ўртасидан бўйинтуруқ чуқурчасига қараб 5-6 см узунликда кесилади. Тўш-тил ости мушакларининг бирлашган жойидан, бўйиннинг оқ чизиғи топилади ва муолижа давомида оқ чизиқни ўртада бўлиши жаррохлик тўғри бажарилаётганидан далолат беради.



Трахеотомия 1- боскичи, тери ва мушаклар ажратилган ҳолат



Трахеотомия қилиниб кекирдак очилган

Расм 87. Трахеотомия муолижасини бажариш босқичлари

Бўйиннинг оқ чизиғи ўртадан бутун тери узунлигида кесилади. Бунда қалқонсимон без бўйинчасини шикастланмаслик учун, скальпел эмас, балки қайчи ишлатилади, бунинг учун кесилган жойга тепадан пастга қаратиб, тарновсимон зонд киритилади ва шу зонд бўйлаб бўйиннинг оқ чизиғи кесилади.

Мушаклар икки ён тарафга сурилгандан кейин, қалқонсимон безнинг бўйини аниқ кўринади. Юқорги трахеотомияни бажариш учун қалқонсимон без бўйинчаси учи тумтоқ илгак билан пастга тортилади. Кекирдак тоғайларини очилгандан сўнг биринчи тоғай халқаси қолдириб, кейинги тоғайлар узунасига кесилади. Кекирдакни кесишдан аввал йўғонроқ игна билан тешиб кўрилади, агар кекирдакга тушилган бўлса игна орқали нафас ўтади. Кекирдакга киритилаётган найни ўтишини осонлаштириш учун кесилган тоғайларни қирғоқлари Труссо кенгайтиргичи билан кенгроқ очилади. Нафас олиш учун найча ўрнатилгандан сўнг, бўйин терисига юқори ҳамда пастки қирғоқларига 1-2 тадан ипакли чок қўйилади. Болаларда хиқилдоқ анча юқори жойлашганлигини ҳисобга олиб, уларда кўпинча пастки трахеотомия қилинади.

Кекирдакни очишдан олдин атроф тўқималардан қон оқшини тўхтатиш лозим. Кекирдак очилгандан сўнг йўтал рефлексини бартараф этиш учун кекирдакнинг шиллик пардасига 5% ли кокаин ёки 10% ли дикаин эритмаси томизилади. Юқори трахеотомияда кекирдакнинг иккинчи ва учинчи халқалари, ўрта трахеотомияда эса учинчи ва тўртинчи халқалари, пасткисида эса – тўртинчи ва бешинчи халқалари кесилади. Юқори трахеотомияда иккинчи халқани кесишда, товуш ости бўшлиғининг шиллик пардасини шикастлашдан эҳтиёт бўлиш керак, шу соҳа тўқималари шикастланиши, трахеотомия найчаси узоқ вақт қолиб кетиши тўғри келади, бунинг натижасида эса бу жойларда грануляциялар ўсишига олиб келади, кейинчалик бу грануляциялар ўрнида чандиқлар ҳосил бўлиб, хиқилдоқ ёриғини сурункали торайишига сабаб бўлади. Оқибат-натижада бемор узоқ вақт бу найча билан юришга мажбур бўлади.

Хиқилдоқ қисилишида нафас олиш ва чиқаришда хиқилдоқ, кекирдак мунтазам равишда тепага-пастга сурилиб туради, шунинг учун унинг деворини тўғри ва керакли жойидан кесиш мақсадида ёрдамчи врач узуксимон тоғай ёйига бир тишли илгак санчиб, кекирдак очилгунича уни тепага кўтариб туради. Кекирдак халқачалари ўткир скальпел билан кесилади, бунда орқа деворини шикастлантирмаслик учун скальпел қоринчасининг учидан 0,5 см қолдирилиб, қолган қисмига докали пилик ўралади. Иккита халқа кесилиб кенгайтирилади ва кесилган жойга мос хажимда тегишли трахеотомик найча қўйилади. Агар жароҳатнинг (кекирдак тешигининг) катталиги қўйиладиган найчани хажмига мос келмаса, нафас олишда ва йўталганда тери ости тўқимасига ҳаво кириб, эмфизема пайдо бўлади ва кейинчалик эмфизема бўйин, юз, кўкрак соҳасига ҳам тарқалиб, ҳатто кўкс оралиғи аъзоларини эзиб ҳаракатини чегаралаб қўйиши мумкин.

Зудлик билан трахеотомия қилиниб нафас тиклангандан кейин, барча даволаш муолижалари хиқилдоқнинг ўткир қисилишига олиб келадиган сабабларни бартараф этишга қаратилиши лозим.

Асорати: трахеотомия билан боғлиқ бўлган асоратларга, биринчи навбатда қон кетиши (эрта, кеч) киради. Эрта қон кетишида муолижа вақтида бўйин қон томирларини жароҳатланиши сабабдир. Кеч қон кетишига асосий сабаблардан трахеостомик найни атрофидаги тўқималарда яллиғланиш кучайиб, аввал флегмона, кейинчалик некроз ривожланиш ва қон томирларни емрилиши хисобига бўлади.

Асоратлардан бири тери остида эмфизема пайдо бўлишидир. Трахеостомик найча ва кекирдакни хажми бир-бирига тўғри келмаслик сабабли кириб чиқаётган хаво стома атрофларидан сўрилиб тери ости эмфиземаси ривожланади.

Трахеостомия қилинган беморларни парваришлаш биринчи кунларидан алоҳида эътибор талаб қилади. Яна бир оғир асоратларга қўйилган трахеостомик найча балғам ва қасмоқлар билан тўлиб, беркилиб қолиб нафас ўтиши қийинлашишидир, бундай ҳолатни олдини олиш учун, бир кунда 2-3 маротаба ҳар 2-3 соатда найчага 2-3 томчидан ўсимлик мойини томизилиб турилади. Найчани ички қисми бир кунда 2-3 маротаба чиқариб, қайнатилиб, тозалаб қайта қўйилиб турилади.

Хаво оқими тўғридан-тўғри кекирдакка кирганлиги оқибатида, шиллик қаватларини қуруқшаб кузатилади, бундай асоратни бартараф этиш учун хонадаги хавони намлиги бир меёрда ушлаб турилади ва трахеостомик найни устига намланган дока қўйилади.

Нафас олишни қийинлашишига олиб келувчи сабаблардан яна бири кекирдакни ичида қийин кўчувчи қўйиқ балғам, қасмоқ тўпланишидир, бундай ҳолатларда кекирдакка 10-25 мг. трипсин ёки химотрипсин 5 мл. изотоник эритмаларда эритилиб томизалади, натижада қасмоқлар юмшаб, балғам кўчиши енгиллашади. Йўталиш вақтида кўчиб чиққан, шилимшиқ, балғамлар трахеостомик найча атрофидаги терини яллиғлаб ярага айланишини олдини олиш мақсадида найча атрофлари вазелин ёки Лассар пастаси билан суртиб турилади.

ХИҚИЛДОҚНИ ШИШЛАРИ (Oedema laryngis)

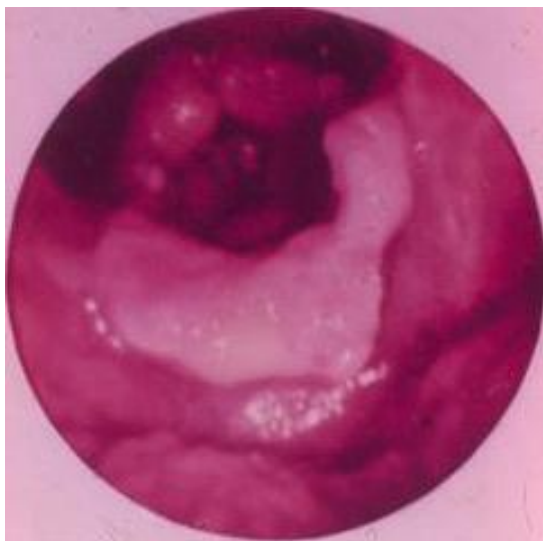
Хиқилдоқ шишлари алоҳида касаллик бўлмасдан, асосан бошқа йўлдош касалликларни симптоматик кўриниши хисобланади. Келиб чиқиши бўйича яллиғланишдан сўнги ва яллиғланишга алоқаси бўлмаган турлари тафовут қилинади.

Яллиғланиш жараёнида пайдо бўлган шишлар асосан қуйидаги касалликларда намоён бўлади: хиқилдоқ ангинаси, флегманоз ларингит, хиқилдоқ устки тоғай абсцеси, ҳалқум (паратонзиллит ва паратонгзилляр абсцесс) ва ҳалқум орти сохаларидаги абсцесслар, бўйин ва умуртқа поғонаси ҳамда тил ўзагидаги турли йирингли яллиғланишларда.

Хиқилдоқ шишларини яллиғланишдан сўнг пайдо бўладиган асосий кўринишларига бу жароҳатлардир: урилган, кесилган, термик ва кимёвий куйишлар киради. Бундай шишлар хиқилдоқда ўтказилган жарроҳлик муолижаларидан

сўнг,узок вақт интубацион найларни хиқилдоқда бўлиши, даволаш мақсадида ўтказилган нур таъсиридан сўнг ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Яллиғланиш жараёнига алоқаси бўлмаган шишлар:Бу турдаги шишларга биринчи навбатда аллергияк ҳолатлардан сўнг пайдо бўладиган шишлар киради .



Расм 88. Хиқилдоқ шиши

Хиқилдоқ шишларига олиб келадиган сабаблардан яна бири бу юрак қон-томир тизими касалликлари,қайсики қон айланишини бузилиши билан кечадиган турларида,буйрак касалликлари,жигар циррози,айрим юқумли касалликларда кузатилади. Шишлари асосан хиқилдоқни шиллиқ ости юмшоқ тўқималарга бой қисимларида (хиқилдоқ устки тоғайини тил юзасида, чўмичсимон-хиқилдоқ устки тоғайи бурмасида,хиқилдоқга кириш қисмини орқа деворида ва овоз бойлами остки қисмида) кўпроқ учрайди.

Хиқилдоқ шишларини клиник кечиши: касалликни клиник кечиши сабаб бўлган касалликни турига ва шишни қандай даражада намоён бўлганлик даражасига боғлиқ. Агар хиқилдоқ шишлари яллиғланишдан сўнг пайдо бўлган бўлса, шикоятлар ютинганда оғриқ,томоқда ёт жисм борлиги хиссиёти, нафас олишни қийинлигига,овозни ўзгарганлиги ва тана хароратини кўтарганлигига бўлади. Яллиғланишга алоқаси бўлмаган шишларда беморларни шикоятлари хиқилдоқ соҳасида ёт жисм борлиги,нафас олишни қийинлиги ва овозни ўзгариб қолганлигига бўлади.

Ларингоскопия яллиғланиш натижасида ривожланган шишларда шиллиқ қаватлар қизарган,шишган,юзаларида шилимшиқ ажралмалар кўринади. Агар шиш хиқилдоқ устки тоғайи соҳасида бўлса,унда тоғай валик шаклида катталашиб қолади.Овоз бойламлари соҳасидаги шишлада эса овоз ёриғини торайтриб қўяди. Бойлам ости соҳаларидаги шишларда,яллиғланган шиллиқ қават бўртиб қўшимча бойлам шаклида овоз бойлами тагидан кўриниб ётуради. Шишлар яллиғланишга хос бўлмаган сабаблардан сўнг пайдо бўлса, унда шиллиқ қават балиқ пуфаги рангида (оқ кулранг), шишган бўлиб яллиғланиш аломатлари кўринмайди.

Хиқилдоқ шишларини ташхиси қийинчилик туғдирмайди,бунда

беморларни шикоятлари, касаллик тарихи, ларингоскопик ва рентгенологик текшириш натижаларига асосланади.

Хиқилдоқ шишларини даволаш Беморни ҳолатини баҳолаб, биринчи навбатда зудлик билан қилинадиган тадбир нафас олишни тиклашга ва асфикция ҳолатига тушиб қолмаслиқа қаратилади. Нафас олишни тиклаб беморни ахволини яхшилагандан сўнг, даволашни касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилишга қаратилади. Бунинг учун дегидратация, гипосенсибилизация қилувчи ва тинчлантирувчи дорилар қўланилади. Даво чоралари албатта касалхонада ўтказишни тақозо қилади, чунки хиқилдоқ шишларида кутилмаган вақтда беморни ахволи оғирлашиб, зудлик билан трахеотомия қилиш лозим бўлиб қолиши мумкин.

Беморларга шишни олдини олиш ва нафасни тиклаш учун қуйидаги дори чора-тадбирларини қилиш керак: томир ичига 40% - 20 мл глюкоза эритмаси, калций хлориди 10% - 10 мл эритмаси, 5 мл 5% уротропин, 30-90 мг микдорида преднизолон ёки гидрокортизон юбориш. Хиқилдоқ мушакларини спазминини олиш мақсадида томир ичига эуфиллин 2,4% эритмасидан 10 мл ёки ношпа қилинади. Бир вақтни ўзида беморга намланган кислород билан нафас олдирилади. Мушак орасига тинчлантирувчи, гипосенсибилизация қилувчи (2,0 – 1% димедрол; 2,0 – 2,5% пиполлфен), сийдик хайдовчи дорилар (1 мл. лазикс) қилинади, бўйинга спиртли компресс қўйилади. Физиологик эритмага химотрипсин ва эфедрин аралашмалари қўшиб ингляция қилинади.

Муолижаларни чалғитувчи турлари ҳам шишни олдини олишда яхши натижа беради, бунинг учун оёқларга иссик хантали хаммом, кўрак қафасига хантал қўйилади, рефлектор таъсир этиш мақсадида бурун чиганоғига 1% - 2 мл. новокин билан блокада қилинади. Даволаш жараёнида албатта симптоматик (иситма туширувчи, йутал қолдирувчи) даволар қўлланилади.

ХИҚИЛДОҚНИНГ ЎСМАЛАРИ

Хиқилдоқнинг яхши сифатли ўсмалари.

Лор аъзоларни ичида хиқилдоқ ўсмалари алоҳида ўрин эгаллайди. Хиқилдоқ ўсмаларини ташхиси ва даволаш йўналишида эришилган ютуқларга қарамасдан уларни салмоғи охириги йилларда аксинча ошиб бормоқда, айниқса ўсмаларни ёмон сифатли кўринишлари. Шунинг учун ҳам хиқилдоқ ўсмаларини аниқлаш ва даволаш масалалари ЛОР касалликлари муаммоларининг энг долзарб қисмини касб этмоқда. Ўсмалар тузилиши ҳамда клиник кечиши бўйича яхши ва ёмон сифатли турларига бўлинади.

Яхши сифатли ўсмаларга асосан: полип, фиброма, папиллома, ангиома ва кисталар киради.

Хиқилдоқ полипи ўсмалар ичида энг кўп учрайдиган турига киради, асосан овоз бойламларида жойлашади, ҳажми жихатидан турли бўлиб, кўзга элас кўринишдан тортиб, айрим ҳолларда катта, гигант полиплар ҳам кузатилади. Беморларни шикоятлари овозни хириллаб қолишига ва хиқилдоқ соҳасида ёт жисм борлигига бўлади. Агар полип овоз ёриғига яқин жойлашиб уни қисман беркитиб турса, нафас олиш жараёни ҳам қийинлашади. Ларингоскопияда ўсмани юзалари текис, кенг асосда ёки нозик оёқчалар билан бойламларга ёпишган бўлиб, оч

пушти рангда бўлади. Полип катта кичиклигига ва жойлашган ўрнига қараб хиқилдоқни нафас олишга ва овоз хосил қилишга турлича таъсир кўрсатади.

Даволаш: полип асосан жаррохлик (эндоскопия) йўли билан олиб ташланади.

Хиқилдоқ фибромаси хиқилдоқнинг кўп учраб турадиган хавфсиз ўсмалари қаторига кириб, улар овоз бурмаларини қирғоқларида, олдинги бўлимларга яқин жойлашади. Секин ўсади ва камдан-кам холларда катта хажмда бўлади. Кўпинча юмалоқ шаклда бўлиб кенг асоси билан бойламга бирикади, айрим холларда нозик оёқли бўлиб, анча кенг доирада ҳаракатчан, айрим холларда овоз ёриғиги қисилиб қолиб асфикция ҳам чақириш мумкин. Гистологик нуқтаи назардан фибромалар бириктирувчи тўқимадан иборат ва эпителий билан қопланган бўлади, тўқималарни зичлигига қараб қаттиқ ва юмшоқ турларга бўлинади. Қон томирлар билан ҳам турлича таъминланган

Ташки кўринишидан улар сферик шаклда, кулрангсимон тусли бўртмаларга ўхшаб кетади, товуш бурмалари чеккасидан бошланадиган ингичка оёқчаси бўлади. Баъзан бундай ўсманнинг бириктирувчи тўқимасида жуда кўп қон томирлар бўлиб, қизғиш-кўкимтир тусда бўлади.

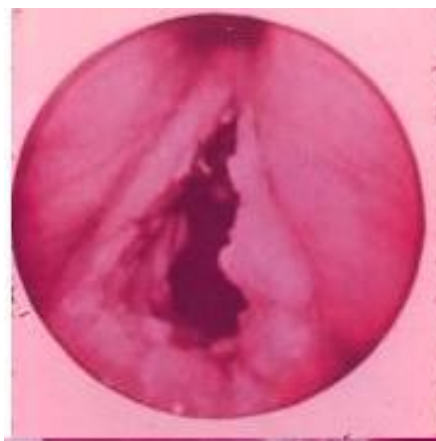
Бундай ўсмалар ангиофиброма ҳисобланади, жуда секин ўсади ва уларнинг жойлашувига қараб эрта (ўсма бойламнинг эркин чеккасида жойлашиб, фонацияда бойламларни бир-бирига ёпишишига ҳалақит беради) ёки кечиккан белгилари бўлади (ўсма овоз бойламлари фаолиятга ҳалақит қилмайди), шунинг учун ҳам улар кеч аниқланади.

Хиқилдоқ фибромаси бор беморлар асосан товуши хириллаб қолишига, айрим беморлар хиқилдоқ соҳасида ёт жисм борлигига ва йўталга шикоят қилади. Билвосита ўтказилган ларингоскопия текшириш ташхис қўйиш имконини беради, ташхисни тўлиқ аниқлаш учун биопсия олиб текшириш зарур.

Даволаш: Авоз бойламларидаги фиброма махсус қисқичлар билан маҳаллий ориксизлантрилгандан сўнг олиб ташланади. Ҳозирги кунда бундай муолижалар микроскоп остида амалга оширилмоқда.

Папилома Хиқилдоқни яхши сифатли ўсмаларини орасида кўп учрайдиган (45% ташкил этади) ўсмалар қаторига киради. Бу ўсма 10 ёшгача бўлган болалар орасида кенг тарқалган. Аёлларга нисбатан, эркаклар орасида касаллик кўп учрайди. Папиломатозни энг хафли томони шундаки, ёшларга қараганда, кексаларда касаллик 15-20 % ҳолатларда тез малигинизацияга учраб ёмон сифатли ўсмага айланиш хафи бор шунинг учун ҳам бу касалликни саратон (рак) олди касалликлар қаторига киритилади.

Кўпинча балоғат ёшида ўсмани ўсиши секинлашади ёки бутунлай тўхтади. Олимларни фикрича касалликни келиб чиқишида вирус асосий ўринни эгаллайди. Бундан ташқари хиқилдоқни сурункали яллиғланишлари ҳам асосий ўринни эгаллайди. Папиллома клиник кечиши бўйича сурункали давом этиб, тез-тез қайталаниб турадиган, хиқилдоқнинг ҳамма бўлимларига ва хатто кекирдакка тарқалиши мумкин бўлган ўсма ҳисобланади.



Расм 89. Хиқилдоқ папилламатози

Беморни асосий **шикоятлари** касалликни давомийлигига, ўсмани жойлашган ўрнига ва хажмига боғлиқ бўлади. Доимий шикоятларидан бири дастлаб овозни хириллашига, кейинчалик умуман чиқмасдан (афония) қолишига, нафас олишни қийинлигига ва йўталга бўлади.

Касаллик кўпроқ ёш болаларда учраганлиги учун, ташхисда воситали ларингоскопия ўтказиш анча мушкул, шунинг учун ҳам уларда бевосита ларингоскопия ёки фиброларингоскопия ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Ташхисни тўлиқ гистологик текшириш ўтказиш билан аниқланади.

Папиллома кўриниши бўйича кенг асосли, юзасидан бир қанча сўрғичсимон бўртмалар бўлиб, тут меваси ёки гулли карамни эслатади. Кўпинча овоз бойламларини олдинги қисми ва комиссураларда жойлашади. Ўсмани ранги қон томирлар билан таъминланиш ҳолатига қараб оқ-қизғиш рангдан тўқ қизил рангача бўлади. Агар малигинизация жараёни кузатилса ўсма атрофида яллиғланиш черагаси пайдо бўлади, атрофларида ярачалар кузатилади, қон томирлари кўпаяди ва катталашади.

Даволаш- Папиллома эндоларингиал ёки хиқилдоқни очиб - ларинготомия қилиб олинади, бу поллиатив чора ҳисобланади, чунки ўсма қайталанишга мойил бўлганлиги сабабли, қайта-қайта олишга тўғри келади. Олиб ташлангандан сўнг, қайта ўсишини олдини олиш мақсадида томир ичига проспекдин препарати юборилади, биринчи кунлари 50 мг. юборилади, агар бемор ўзини яхши ҳис қилса, доримикдори 0,2 г. кўтарилади, бир курс даволашга 2-2,5 г. проспекдин сарф қилинади. Бир вақтни ўзида шу препаратни 50% малхами ўсма олинган жойига суртилади. Бундан ташқари иммунологик қувватни кўтарувчи ва пирогенал дорилар қилинади.

Жароҳлик билан даволашда лазер нурларидан фойдаланилса яхши натижа олинади. Айрим ҳолларда ўсма катта бўлиб, кенг тарқалса, уни олиш учун трахеотомия қилиб, ташқи усул билан олиб ташланади. Айрим ҳолларда касалликни қайталанишини олдини олиш учун ўсма олиб ташлангандан сўнг ўрни музлатиш (криотерапия) мумкин.

Ларингоцеле (хиқилдоқнинг қоричасига хаво тўлиши) хиқилдоқ ўсмаси қаторига киради, айрим адабиётларда хаволи киста деб ҳам юритилади. Ларингоцеле асосан хиқилдоқ қоринчалари соҳасида вужудга келади.

Хиқилдоқни турли сурункали яллиғланишларида,қоринчага кириш қисми торайиб,клапан тизими вужудга келади, яъний хаво йўталганда,акс урганда ва кучанганда,хаво оқими катта босим остида хиқилдоқ қоринчаларга киради ва қайтиб чиқмайди,натижада қоринчалар кенгайиб хаво тўлган ўсма пайдо бўлади.Каттагина кўринишга эга бўлган, бу ўсма бўйинни жағ ости соҳасида сферик шаклидаги шиш холида аниқланади. Бу шиш одатдагидек оғриқсиз бўлиб, юмшоқ эластик конститенцияга эга бўлади, билвосита ларингоскопия қилинганда бурма дахлизидан бошланган пушти рангдаги сферик шиш кўринади, айрим холларда бундай хаволи ўсмалар нафас ёриғини ёпиб қўйиши ҳам мумкин.

Беморларни асосий **шикоятлари** хаволи ўсмани хажми ва жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади. Кўпроқ овозни пасайиб, хирилаб қолишига,тез-тез чарчаб қолишга, нафас олишни ва баъзан гапиришга қийинлигига бўлади. Ларингоцелини ташқи турида, овоз ва нафас олиш деярли ўзгармайди.Бундай ўсмалар одатда кучанишда ёки йўталда пайдо бўлиб, бўйин соҳасида тери остидан бўртиб кўриниб туради, босиб кўрилганда хажми кичраяди, баъзан эса умуман йўқолиб кетади. Айрим холларда ташхисни тасдиқлаш мақсадида рентгенограмма қилинса ўсмани аниқ тасвири кўрилади.

Даволаш асосан жароҳлик усули билан амалга оширилади,кичик шишларда билвосита ларингоскопия қилиб олиб ташланади, агар хажми катта бўлса уни олиш учун бўйини ташқарисидан кесиб кирилади ва ташқи қобиғи билан олиб ташланади..

ХИҚИЛДОҚНИНГ ЁМОН СИФАТЛИ ЎСМАЛАРИ

Хиқилдоқнинг хафли ўсмалидан энг кўп учрайдигани бу хиқилдоқ саратони (рак) хисобланади. Инсонда учрайдиган саратон (рак) ўсмалари орасида хиқилдоқ саратони 2-8% ни ва ЛОР аъзоларини хафли ўсмаларини орасида эса 38-65% ташкил қилади.Хафли ўсмаларни ташхиси ва даволаши йўналишида эришилган ютуқларга қарамасдан, йилдан-йилга хиқилдоқ раки билан касалланган беморларни сони ортиб бормокда.Эркакларда аёлларга қараганда бир неча маротаба (22:1 нисбатда) юқори, буни сабабларидан эркакларда турли рак олди касалликларини кўпроқ чалиниши, аёлларга нисбатан эркаклар кўпроқ салбий (канцероген) таъсир этувчи шароитларда (кўп тамаки чекиш, спиртли ичимликлар ичиш,салбий таъсир этувчи шароитларда ишлаш) бўлиш хисобланади. Кўп холларда хиқилдоқ раки иккиламчи, яъний оғиз бўшлиқларидаги ўсмани тарқалиши натижасида ҳам пайдо бўлади. Хиқилдоқ раки асосан хиқилдоқни юқори қаватида,ундан озроқ ўрта қаватда ва кам холларда пастки қаватларида учрайди.

Касалликни келтириб чиқарувчи омиллардан чанг ва ифлос иш шароитларида ишлаш,турли кимёвий чиқиндилар таъсири,кўп чекиш (хиқилдоқ раки чекувчиларда, чекмайдиганларга қараганда 25 марта кўпроқ учрайди) ва спиртли ичимликлар ичиши,овозни кўп зўриқтириш,хиқилдоқни сурункали касалликлари ва рак олди хисобланган турли яхши сифатли ўсмалари киради. Хиқилдоқни айрим сурункали касалликлари (сурункали ларингитни гиперпластик тури,кератоз,пахидермия) саратон (рак) олди касалликлари қаторига киради ва шу

касалликлар билан оғриган беморларни 60% да саратон касалликлари учрайди. Яна бир ахамият берадиган вазият шундан иборатки, ташхис қўйиш масаласи hozirги кунда яхши йўлга қўйилганига қарамай, хамон 75% беморлар кеч, касалликни 3 -4 босқичларида муружат этишмоқда.

Хиқилдоқни ёмон сифатли ўсмаларини клиник белгилари ўсмани жойлашган ўрни ва хажмига боғлиқ бўлади,агар ўсма овоз бойламларида жойлашган бўлса, беморларни биринчи муружат этадиган шикоятни аввал овозни ўзгариб қолишига бўлади.Овоз бойламларида жойлашган ўсма гистологик тузилиши жихатидан секин ўсади, шу тариқа метастаз хам кечроқ юзага чиқади.Хиқилдоқни дахлизида жойлашган ўсмаси бир қадар тезроқ авж олиб, бўйин лимфа тугунларига эртароқ метастаз беради,аммо касалликни бошқа клиник белгилари (овозни хирилаб қолиши,йўтал,нафас олишни қий-инлиги) кечроқ намоён бўлганлиги учун хам жуда кеч аниқланади. Овоз бойлами ости сохаси раки хам кеч аниқланадиган ўсмалар турига киради, чунки бемор маълум вақтгача ўзида ҳеч қандай ўзгариш сезмайди, у шифокорга фақат нафас олиши қийинлашиб йўтал пайдо бўлгандан сўнг муружаат қилади.

Беморни шикоятлари: Касалликни клиник белгилари ўсмани бошланган вақти, шакли ва ўрнашган жойига боғлиқ бўлади.Дастлабки белгиларидан хиқилдоқни кириш қисмида (хиқилдоқ усти тоғайи, чўмичсимон тоғайлар, чўмичсимон-хиқилдоқ усти тоғайи бурмалари сохаларида) ачишиш, гохида оғрик сезиши,ёт жисм борлигига шикоят қилади. Касалликни тўлиқ шакилланган босқичида – беморлар овозни хирилаб қолишига, йўталга, нафас олишни ва ютинишни қийинлигига шикоят қилишади. Касалликда метастаз пайдо бўлганда, шунга монанд кўшимча шикоятлар пайдо бўлади.

Ларингоскопияда ўсма ўрнашган жойда юзалари нотекис,гул қарамга ўхшаган оч-қулрангли ўсма кўринади. Ўсмани баъзи жойларида йиринг билан қопланган яралар пайдо бўлади.Айрим холларда ўсма бор томондаги овоз бойламини ҳаракати чегараланиб қолади – **Семон белгиси**. Шундай қилиб, ҳар қандай шифокор эгаллаган мутахассислигидан қатъий назар, агар бемор ўзида юқорида келтирилган ўзгаришлардан шикоят қилса, онкологик хушёрлик қилиб уларни зудлик билан отоларингологка юбориш зарур. Натижада касалликни эртароқ аниқлаб, керакли даволарни вақтида бошлашга имкон яратилади.



Расм 90. Хиқилдоқ саратони (раки)

Хиқилдоқ ракини ўсишига қараб экзофит ва эндофит турлари тафовут қилинади. Кўпроқ касалликни экзофит ўсиши учрайди, бунда ўсма асосан шиллик парда юзасига кенг ёки нозик оёқчалари хосил қилиб ўсиб чиқиб, нафас йўлларини торайишига олиб келади. Ўсмани эндофит ўсишида кўпроқ бойлам ости қисмида учраб, асосан тўқимани ичига ўсади, шунинг учун ҳам узок вақт клиник белгилар бермайди.

Ларигоскопияда ўсма жойлашган жой тўқимаси диффуз бўртганлиги ва қизариганлиги кўрилади, кўпинча бундай ўсишда касалликни клиник белгилари кеч намоён бўлганлиги учун, ташхис анча кеч қўйилиши мумкин.

Ўсманинг тарқалганлигига ҳолатига қараб, 4 босқичга ажратилади.

1-босқич – ўсма хиқилдоқ бўлимини бир қисмини чегарасида (масалан, овоз бойламини бир қисмида жойлашган.) метастаз бермаган.

2-босқич – ўсма хиқилдоқнинг бўлимини тўлиқ (бутун овоз бойлами) қамраб олган, аммо метастаз бермаган;

3-босқич – ўсма хиқилдоқнинг бир бўлимида, бошқа бўлимларига ҳам тарқалган (овоз бойламларидан, дахлиз олди бурмасига, хиқилдоқ кириш қисмига тарқалган) регионар лимфа тугунларига метастаз берган;

4-босқич – ўсма хиқилдоқ чегарасида чиқиб, қўшни аъзоларга (тил илдизига, қизилўнгачга, ўпкага) тарқалади, регионар метастазлар беради, ўсмани охириги босқичи, кахексия кузатилади.



Расм 91. Хиқилдоқ саратони (раки) томограмма

Ташхис: Ўсманинг ташқи кўринишига қараб, хиқилдоқ ракига гумон қилиш мумкин, аммо аниқ ташхис қўйиб бўлмайди. Беморни шикоятларида овозни ўзгариб қолганлиги, айрим ҳолларда нафас олишни қийинлиги ва йўтал бўлиши, кўрилганда ўсма жойлашган овоз бойламининг ҳаракатини чегараланганлиги ёки унинг бутунлай ҳаракатланмаслиги, хиқилдоқни турли бўлимларини шиллиқ қаватларини рангининг турли бўлиши (овоз бойламини бир томони одатдаги рангда бўлса, иккинчиси қизарган) катта аҳамият касб этади. Фронтал кесимида қилинган томографияси хиқилдоқда ўсмани даражасини кўрсатади. Ташхисни узил-кесил биопсия натижаси ҳал қилади.

Даволаш: Хиқилдоқ ўсмасини жойлашган ўрни ва тарқалганлик даражасига қараб даволаш усуллари белгиланади. Даволаш асосан қўшма усулда олиб борилади, яъний жаррохлик билан олиб ташлангандан сўнг, нур билан таъсир этиш ва кимёвий-терапевтик дорилар қўллашдан иборат бўлади. Ҳозирги вақтда ўсманинг эрта аниқлаш усуллари йўлга қўйилганлиги ва аъзоларни сақловчи хирургик даволаш усуллариининг ишлаб чиққанлиги муносабати билан даволаш ишлари анча муофакиятли олиб борилмоқда, натижада хиқилдоқни бутунлай олиб ташлаш усули анча кам қўлланилмоқда. Айрим ҳолларда касаллик анча кеч аниқланиб, ўсма бошқа қўшни аъзоларга тарқалган ҳолатларда тўлиқ ларингоэктомия билан бирга, регионар лимфа тугунлари, тери ости тўқималари олиб ташлаш усуллариини қўлланилмоқда. Ўтказилган мураккаб даволардан сўнг, бемор доимо ЛОР врачлари назоратида туради.

ХИҚИЛДОҚ СИЛИ

Кўп холларада хиқилдоқ сили иккиламчи касаллик шаклида намоён бўлиб, бунда бирламчи касаллик ўчоғи ўпкада жойлашган бўлади. Бемор мунтазам балғам ажратиб йўталиши оқибатида, хиқилдоқ шиллиқ пардасини қоплаган эпителий қисман шикастланади ва уни бутунлиги бузилади. Ўзида сил микробактерияларини бўлган балғам, шикастланган шиллиқ пардага тушиб, бу ерда ўзига хос яллиғланишнинг келтириб чиқаради, натижада аввал бу жойларада инфильтрат ҳосил бўлади, кейинчалик инфильтрат маркази творогсимон ярага айланади. Яралар жуда чуқур бўлиб, тарқалиб хиқилдоқ тоғайларига ўтиб,бу жойларда перихондрит ривожланишига олиб келади.

Хиқилдоқдаги яллиғланишни ривожланишининг ҳар бир босқичи ўзига хос клиник кўринишлари билан намоён бўлади, бундай кўринишлар кўп жихатдан яллиғланган ўчоқнинг жойлашган ўрнига, касалликни давомийлигига боғлиқ бўлади.

Беморни шикоятлари касаллик бошланишида овозни хирилаб, кейинчалик умуман чиқмасдан қолишига, ютиш жараёнини оғриқли бўлишига, томоқда ёт жисм борлиги ва балғам ажралиши билан давом этадиган йўталга бўлади. Томоқдаги оғриқлар йўтал вақтида ва овқат ўтишда кучаяди. Агар яллиғланиш жараёни хиқилдоқ устки тоғайи соҳасида жойлашса беморларни кўпроқ оғриқ безовта қилади. Бойлам остида жойлашган сил жараёни, дастлаб нафас олишни қийинлашига олиб келади. Беморларни умумий аҳволи касалликни интоксикация ҳисобига анча оғир, тана ҳарорати субфебрил, иштаха ва уйқу бузилган, асаблар таранглашган, тери ранги оқ кулранг, лимфатик безлар катталашган, ушлаб кўрилса оғриқли бўлади.

Ларингоскопияда хиқилдоқ бўлимларини шиллиқ қаватларини рангининг ассиметрияси яққол кўриниб туради. Кучли оғриқ берадиган қирғоқлари нотекис, юзаси оқ рангдаги казеоз ажралма билан қопланган яра кўринади. Ташхисда беморни касаллик тарихида бирламчи ўпка сили борлиги, ўпкани рентгенологик текшириш натижалари, силга хос турли синамаларни мусбатлиги, касалликни аниқлашда муҳим ўринни эгаллайди.

Даволаш махсус силга қарши даво (стрептомицин, фтивазид, ПАСК) тавсия қилиниб, беморни ихтисослаштирилган силга қарши муассасада кузатиб борилади. Яраларни 5-10% кумуш нитратни эритмаси билан куйдирилади.

Хиқилдоқ захми

Касалликни бу тури хиқилдоқ сили каби инсон танасидаги бирламчи захми хиқилдоқдаги асорати сифатида бир кўринишидир.

Хиқилдоқ захмидаги маҳаллий ўзгаришлар, инсон танасидаги бирламчи захми, ҳар бир босқичига мос ўзгаради. Захми дастлабки босқичида хиқилдақда деярли ўзгариш йўқ.

Захми **иккинчи** босқичида дастлаб хиқилдоқ шиллиқ қаватида катарал яллиғланишга хос бўлган ўзгаришлар кузатилади. Кейинчалик чўмичсимон

тоғайлар, овоз бойламлари ва хиқилдоқ устки тоғайларида папулалар пайдо бўлади.

Касаликни **учинчи** босқичида кўпинча хиқилдоқ устки тоғайини юзасида захмга хос аниқ чегарали гуммалар пайдо бўлади. Гуммалар юзалари яллиғланиб, яраларга айланади, унга инфекциялар қўшилиши хисобига улар катталашиб, йирингли оқма яраларга айланади. Кейинчалик яралар ўрнида, хиқилдоқни деформацияга олиб келувчи чандиқлар ўсади, бундай чандиқлар кейинчалик хиқилдоқни сурункали қисилишини келтириб чиқаради.

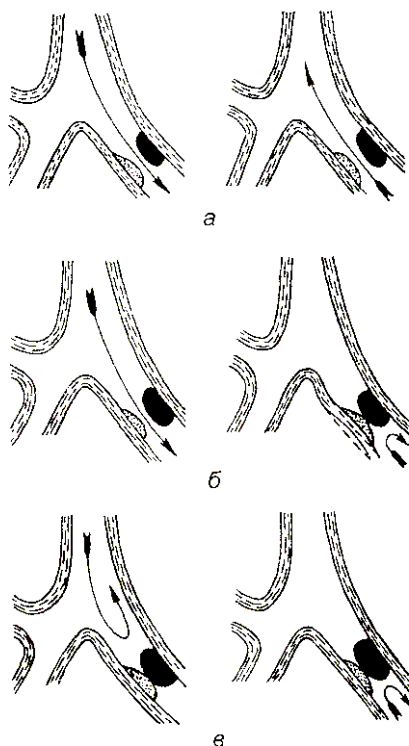
Беморларни **шикоятлари** касалликни бошланишида ҳеч қандай клиник белгилар безовта қилмайди, шунинг учун ҳам бундай беморлар узок вақтлар, касаллик тарқатувчи ўчоққа айланиб қолади. Асосий белгилари асосан овозни хирилаб қолишига, баъзан йўталга бўлади, касалликни охириги босқичларида чандиқлар ҳосил бўлиши натижасида эса нафас олишни ва ютинишни қийинлиги пайдо бўлади. Агар захм яралари хиқилдоқни дахлиз қисмида жойлашган бўлса қисман ютиниш жараёни ҳам бузилади. **Ларингоскопиядаги** ўзгаришлар касалликни қайси босқичига боғлиқлигига мос равишда ўзгаради. Бошланғич даврида, хиқилдоқ раки ва силида бўлгани каби, шиллик пардаси рангининг ўзгариши (ассиметрик бўлиши) кузатилади, яъний битта овоз бурмаси одатдаги рангда бўлса, иккинчиси қизариб шишган холда кўринади. Бундай ларингоскопик манзарадан врач огоҳ, бўлиши керак ва ташхисни ойдинлаштириб, беморни ихтисослашган муассасага (пухта анамнез йиғиб, ларингоскопия қилинади, шикоятларни таҳлил этилади, серологик текширув ва биопсия ўтказилади) юбориш чорасини кўриши зарур. Касалликни учинчи босқичида хиқилдоқни деформацияга олиб келувчи турли чандиқлар ҳосил бўлади.

Даволаш: махсус захмга қарши даволар — новоарсенол, осарсол ва антибиотиклар қўлланилиб махсус касалхоналарда олиб борилади.

ХИҚИЛДОҚ, КЕКИРДАК ВА БРОНХЛАРДА ЁТ ЖИСМЛАР

Келиб чиқиши ва ривожланиши: нафас йўлларида ёт жисмлар кўпинча ёш болаларда учрайди, улар қўлидаги нарсаларни ўйнаб доимо оғзига солишга одатланганлиги сабабли бу буюмлар нафас йўлларида тушиб қолади. Бирданига пайдо бўлган хаяжонда, кўрқинчда, кулганда ёки йиғлаганда чуқур нафас олиш хисобига оғиздаги нарсалар нафас йўлига ўтиб кетади. Нафас йўлларида ёт жисмларини 65-70%, 3 ёшгача бўлган болалар орасида учрайди. Жойлашиши бўйича хиқилдоқда 10-14%, кекирдакда 20-24% ва бронхда 60-65% ташкил этади. Ўнг бронх деярли кекирдакни давоми хисобланганлиги учун ҳам 80% холларда ёт жисм шу бронхга тушади. Бундай ёт жисмлар тугмалар, тангалар, писта, тарвузқовун уруғлари, нўхат, майда ўйинчоқлар, буюмларни парчалари хисобланади. Катта ёшдагиларда ҳам нафас йўлларида ёт жисмлар турли вазиятларда (этикдўзлар, дурадгор усталар доимо оғизда майда мих ушлаши, чеварлар илгак тугма, игналарни оғзига солиши) тушиб қолади. Бундан ташқари қайт қилиш вақтида овқат луқмалари, тиш протезлари, қон ва шилимшиқ ажралмалар тушиб қолиши мумкин. Жуда кам холларда ёт жисмлар бронхолитлар (бронх юзасида туз

хосил бўлиши хисобига пайдо бўлади), тирик жонзотлар – аскаридалар, меда куртлари, хашаротлар, ариқлардан ётиб сув ичишда зулуклар тушиши мумкин.



Расм 92. Нафас йўлларидаги ёт жисмларни нафас олиш ва чиқаришдаги ҳолати

а) бронхлардан хавони кириб чиқиши тўлиқ, аммо ёт жисм хисобига қисман торайган, б) бронхдан хаво киради аммо қайти чиқмайди, в) бронхдан хаво умуман кирмайди ва чиқмайди

Асосий оғир асоратлар нафас йўлларидаги тирик ёт жисм хисобланган арилар тушганда кузатилади. Бунда нафас йўлини механик равишда тўсилишидан ташқари, ари чақиши хисобига тўқималарда пайдо бўладиган шишлар хисобига нафс ўтиши кескин қийинлашиб асфикцияга олиб келиши мумкин.

Белгилари: ёт жисм тушиб қолганда, уни клиник белгилари тушган жисимни хажмига, шаклига, ўрнашиб қолган ҳолатига, жойига ва организмни жавоб реакциясига боғлиқ бўлади. Агар овоз ёриғига катта хажимдаги ёт жисм тушиб қолса, нафас йўлини тўлиқ беркитиб қўйиши натижасида бирданига асфиксия ривожланиб, беморни ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

Агар нафас йўллари ёт (айниқса пастки нафас йўллари) жисм бор бемор мурожат этса ўзига хос белгиларни баён қилади, яъний - ёт жисм овоз ёриғидан ўтиб кекирдакга тушганда, химоя рефлекси қўзғалиши натижасида хуружсимон йўтал бошланади, нафас олиш қийинлашиб, беморда тери ва шиллиқ қаватларни қўқариш аломатлари пайдо бўлади, овоз хириллаб қолади ва хиқилдоқ соҳасида оғриқ пайдо бўлади. Ёт жисмлар нафас йўли деворларида ўрнашиб қолганда ёки ўткир қирраси билан санчилиб қолганда узоқ йўталиши натижасида чиқиб кетиши ҳам мумкин.

Ёт жисимлар бронхларда ўтиб кетмасдан айрим холларда кекирдокда туриб қолади,шундай холда нафас олишда хаво оқими билан пастга бронхларни бўлинган жойигача тушади ва нафас чиқаришда эса юқорига кўтарилиб овоз бойламларига урилиб, ўзига хос бўлган товуш чиқаради (симптом баллотирование). Бу белгини аускультация қилиш йўли билан аниқлаш мумкин. Хиқилдокда бундай ёт жисмларни хафли томони шундаки,маълум бир вақтда,юқорига кўтарилиш жараёнида овоз бойламлари орасига кириб қолса рефлексор овоз бойлами қисилиб,зудлик билан асфиксия чақиради ва беморни ўлимга олиб келиши мумкин (амалиётда бундай холатлар учраган).

Ёт жисмлар пастга тушиб бронхларга ўрнашиб қолиши билан аста-секин йўталиш рефлексини сўниб боради ва умуман тўхтади тери ва шиллиқ қаватлар кўкариш аломатлари йўқолади.

Кекирдокга ўрнашиб қолган ёт жисм нафас олишни маълум миқдорда ўзгартиради,шунинг учун ҳам бундай беморларни диққат билан эшитилса оғиз яқинида хуштаксимон товуш эшитилади— буни **Жексон белгиси** дейилади.Ташқаридан қараганда беморда ҳеч қандай ёт жисм борлиги аломати кўринмайди, натижада кўпинча шифокорлар ёт жисм борлигига шухба қилиб ёки уни чиқиб кетган деган фикирга бориб, беморни диққат-эътибордан четда қолдиради. Бундай холат кейинчалик ёт жисм билан боғлиқ бўлган турли кўнгилсиз асоратларга (зотилжам,ўпка абсцесси, нафас йўлларида қон кетиши) олиб келади. Беморни диққат билан назорат қилинса,унда сезирарли даражада хансираш аломатлари борлигини аниқлаш мумкин. Кекирдокка тушиб қолган ёт жисм ўзига хос равишда кекирдокни қисилишига олиб келади,шунинг учун ҳам бундай беморларни текширишда хиқилдок устида нафасни пасайганлиги кузатилади бундай холатни **Ауфрехта белгиси** деб юритилади.

Агар ёт жисм асосий бронхлардан бирини тўлиқ беркитиб қўйса шу томондаги ўпка қисми нафас олишда иштирок этмайди, натижада альвеолалар бўшашиб, ёпишиб қолади (ателектаз) ва шу жойда яллиғланиш жараёни ривожланади. Айрим холларда бронхларга тушиб қолган ёт жисм бир томонлама “қопқоклик” (клапан) холатини ҳосил қилади, яъний нафас олиш вақтида бронхлар кенгайиб ёт жисм атрофидан хаво пастга ўтади, нафас чиқаришда эса бронхни торайиши ҳисобига ёт жисм атрофидан хаво қайтиб чиқмасдан тўпланиб қолади. Натижада ўпкада хаво тўпланиб эмфизема холати вужудга келади ва кўкс орлиғидаги (медиастенум) аъзоларни соғ томонга суриб қўяди, буни ҳисобига ёт жисм тушмаган соғ ўпкани фаолияти ҳам бузилади, беморларда хансираш ва юрак,қон-томир тизими етишмовчилиги пайдо бўлади. Дукакли ёт жисмлар (нўхат,ловия,писта мағизлари) хафли томони шундаки улар вақт ўтиши билан шишиб катталашади ва бронхларни тўлиқ беркитиб қўйиши мумкин.

Ёт жисмларни ташхиси беморни шикоятлари,объектив ва рентгенологик текширишлар натижаларига асосланади. Ўпкани рентгенологик текшириш нафақат ёт жисмни борлигини аниқлайди, хаттоки уни асоратларини ҳам кўрсатиб беради. Рентгенографияни **Гольцкнет-Якобсон** белгисини аниқлаш тарзида олиб борилади,бунда рентгеноскопия беморни турли вазиятда ва нафас олишни ҳамма босқичида қилинади. Агар бу симптом мусбат бўлса нафас олишда кўкс ораллиғи бўшлиғи аъзоларини соғ томонга силжиганлигини аниқланади.

Пастки нафас йўлларида туриб қолган ёт жисмларини 20% металлдан, 80% эса метал бўлмаган жисмлардан иборат. Метал ёт жисмларни рентгенологик текшириб аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Агар рентген нурларини ушламайдиган бўлса (ўсимликларга таълуқли ёт жисмлар), бундай беморларни фиброларингоскопия ва фибробронхоскопия қилиб текшириш зарур.

Даволаш: Хиқилдоқдаги ёт жисмлар ларингоскопия (бевосита, билвосита) қилиниб, пастки нафас йўлларидаги ёт жисмлар эса бронхоскопия қилиниб олиб ташланади. Ёш болаларда кекирдакдаги ҳаракатчан ёт жисмларни кекирдакдан билвосита ларингоскопия усулида олинади. Баъзан бу усул рентген назорати остида қилинади. Агар ёт жисмлар темир бўлиб, юмалоқ шаклида бўлса, электромагнит билан олинади. Ёт жисмлар илгак бўлиб очиқ томони юқорига қараган бўлса, махсус қисқичлар ёрдамида қисилиб тортиб олинади. Асфиксия ҳолатида беморларга дарҳол трахеотомия қилинади ва ёт жисмни аниқлаш учун трахеотомия қўйилага тешик орқали пастки ва юқорги трахеобронхоскопия қилинади.

Нафас йўлларида ёт жисмларни тушиб қолишини олдини олиш учун аҳоли ўртасида, поликлиникаларда, она-болани химоя қилиш бўлимларида, боғчаларда, болаларни тарбияловчи муассасаларда тушунтириш ишлари олиб бориш зарур. Тиббиётни бирламчи бўғини бўлган ҚВП ва ШВП врачларига нафас йўлларида ёт жисмлар тушган беморларга кўсатиладиган биринчи ёрдам ҳақида доимо малакаларини ошириб бориши зарур.

ХИҚИЛДОҚНИ АСАБ ТИЗИМИНИ БУЗИЛИШИГА БОҒЛИҚ БЎЛГАН КАСАЛЛИКЛАРИ

Хиқилдоқни асаб тизимини бузилишига боғлиқ касалликлари асосан икки хил кўринишда намоён бўлади: сезувчи ва ҳаракатга келтирувчи тизимини бузилиши шаклида. Бундай бузилишларни келиб чиқиши марказий ёки қуйи бўлиши мумкин.

Хиқилдоқни сезувчи тизимини бузилишига оид касалликлари.

Сезувчанликни бузилиши марказий ёки қуйи қисмлардаги турли патологик ўзгаришлар натижасида пайдо бўлади. Марказий бузилишлар асосан икки томонлама, қуйи қисмидаги бузилишлар эса фақат бир томонлама бўлади.

Сезувчанликни бузилишини кўринишлари:

- а)- умуман сезмаслик (анестезия)
- б)- ўта сезувчанлик (гиперестезия)
- в)- ўзгарган сезувчанлик (парестезия) ҳолатларида намоён бўлади.

Умуман сезмаслик (анестезия) – бундай ҳолат асосан жароҳатлардан сўнг, жароҳлик вақтида хиқилдоқ нервни кесиб қуйиш ҳолатларида пайдо бўлади. Бундай вазиятда беморларда кўпинча ўтаётган овқат лутқаси ва

ичилган суюқликларни нафас йўлларига тушиб беркитиб асфикция чақириши, кейинчалик эса пастки нафас йўлларида турли асоратларга (зотилжам, ателектаз) олиб келиши мумкин.

Ўта сезувчанлик (гиперестезия) – ҳикилдоқда енгил ўзгаришлар бўлишига қарамай, сезувчанлик кескин ортиб кетиши ҳолати (гиперестезия) кузатилади. Бундай беморларда на клиник, на морфологик ўзгаришлар бўлмаган ҳолда турли номутоносиб шикоятлар пайдо бўлади: яъний нафас олаётганда, овқат ютаётганида турли оғриқлар, ёт жисм борлигини сезади, томоқда балғам тўплангандек бўлиб, доимо уни йўталиб туфлашга ҳаракат қилади ёки сабабсиз кўнгил айниб қайт қилади. Буни сабаблари асаб тизимини умумий касалликлари (невростения, истерия) ёки маҳаллий шиллиқ қаватларни сезувчанлигини бузилиши ҳисобланади.

Ўзгарган сезги (парестезия) – Томоқда турли – туман сезгилар (санчик, ютган нарсасини тикилиб қолиш сезгиси, ёт жисм борлиги ҳиссиёти, ачишиш ва қисилиш) ҳис қилинади, аслида бу белгилар пайдо бўлишига ҳос ҳикилдоқда ҳеч қандай ўзгаришлар йўқ. Улардаги асосий шикоят ракофобия ҳисобланади. Бундай беморлар узок вақт турли мутахассисларда, ҳар-хил ташхислар билан даволаниб юришади.

Бундай беморларни ташхиси шикоятлар, касаллик тарихини ўрганиш ва ларингоскопик текширишлар натижаларига асосланиб қўйилади.

Даволаш – Беморларни асаб тизимини тинчлантиришга қаратилган даволар бўлади, витаминлар, алое, бўйин соҳасини уқалаш, гальваник муолижалар, игнарефлекс даволаш, нерв тугунлари соҳасига новокаин билан блокада қилиш, дам олиш ва иш фаолиятини тартибга солишдан иборат бўлади. Дорилардан кўпроқ плацеболардан фойдаланиш яхши натижа беради.

Ҳикилдоқ ҳаракатини бузилиши касалликлари.

Ҳикилдоқни ҳаракатини бузилиши ҳолатига қараб **органик ва функционал**, бузилиши доирасига биноан **қисман ёки тўлиқ** бўлиши мумкин. Келиб чиқиши сабабларига қараб бузилишлар ҳикилдоқ мушакларидаги ўзгаришлар ҳисобига (**миопатик**) ёки ҳикилдоқни ҳаракатга келтирувчи асаб толаларини патологик ўзгаришлар (**нейропатик**) ҳисобига юзага келади. Нейропатик ўзгаришлар марказий ва қуйи бўлади.

Ҳикилдоқ ҳаракатини бузилишида мушакларни (миопатик) шоллик (парез) ва фалажлик (паралич) сабаблари қуйдаги касалликларда кузатилади:

ҳикилдоқни турли ўткир ва сурункали яллиғланишларида

овоз бойламларини ўта зўриқтиришда

балогат ёшида кузатиладиган ўзгаришлар (кўпинча бу ҳолат ўткинчи бўлади).

турли юқумли касалликларда (тумов, ҳикилдоқ бўғмасида, силда) учрайди.

Мушаклар фалажлиги ва шоллиги кўпинча икки томонлама бўлиб, асосан жараён овоз ҳосил қилишда тўғридан –тўғри иштирок этувчи мушакларда кузатилади.

Касалликни кечиши – беморлар кўпинча овозни тез чарчаб, хириллаб қолишига, овозларни тиниклиги ва баландлигини ўзгариши, айрим ҳолларда эса нафас олишни қийинлигига шикоят қиладилар.

Ларингоскопияда – Хиқилдоқ шиллиқ қаватлари ўзгармаган, аммо овоз бойламлари нафас олишда ва товуш ҳосил бўлишида тўлиқ бир-бирига ёпишмайди. Жароҳатланган мушакларни турига боғлиқ ҳолда, овоз ёриғини шакли ҳам ҳар-хил бўлади.

Касалликни ташҳиси беморни шикояти, касаллик тарихи ва ларингоскопик текширишларга асосланиб қўйилади.

Даволаш – Касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни олдини олишдан бошланади, овозни зўриқтирмаслик чоралари қўрилади. Ялиғланишга қарши даволар, хиқилдоқ соҳасига электрофорез, электр стимуляция муолижалари қўлланилади. Беморга витаминлар, биостимуляторлар (алоэ, АТФ, гумизол), 0,1% стрихинин инъекция қилинади ва овоз гимнастикаси тавсия этилади.

Нейропатик фалажлик ва шоллик

Нейропатик шоллик ва фалажлик органик ва функционал турларга бўлинади. Органик фалажликни марказий ва қуйи кўриниши тафовут қилинади. Органик турини марказий кўриниши асосан бош миёдаги турли касалликларда (бош миё ўсмаси, миёга қон қуйилиши, ўткир полиомиелит, захмдан сўнги миёдаги ўзгаришларда ва энцефалитда).

Органик фалажлик ва шолликни қуйи кўриниши эса кўпинча адашган нервни қайтувчи тормоғини жароҳатида, кекирдак ва трахеяни жароҳатида, қалонсимон безда ўтказилган жароҳлигида нервни жароҳатланишида, кўкс оралиғидаги ўсмалар ҳаракатлантирувчи асаб толасини эзиб қўйишида, турли юқумли касалликларда (тумов, терлама, сил, бўғма ва захмда), ўткир захарланишларда (алкоголдан, тамакидан, қўрғошиндан ва маргимушдан) ва идиопатик - яъний сабаби ноаник фалажлик ва шоллик турлари тафовут қилинади.

Касалликни белгилари: Нейропатик шоллик ва фалажликда жараён бир томонлама бўлса, беморлар овозни ўзгаришига шикоят қилишади, агар жараён икки томонлама бўлса беморлар овоз ўзгаришдан ташқари яна нафас ўтишни қийинлигига, хансирашга шикоят қилишади. Айрим ҳолларда ўткир икки томонлама фалажликда овоз бойламлари етарли даражада кенгаймасдан нафас олиш қийинлашиб қолади, ундай ҳолатда зудлик билан трахеотомия қилишга тўғри келади.

Касалликни ташҳиси Беморни шикоятлари ва ларингоскопик текширишлар натижаларига асосланади.

Даволаш Органик шоллик ва фалажликда даволаш ишлари асосан касалликни келтириб чиқарувчи сабабларини олдини олишдан бошланади. Касалликни функционал кўринишида даволаш турли овоз бойламлари ва нафас гимнастикаси тавсия этилади. Бундан ташқари тинчлантирувчи, биостимуляторлар ва витаминлар қўлланади. Овоз бойламларини тўлиқ

фалажлигида стрихинин, прозерин, галантамин, витаминлар, АТФ инъекция қилинади. Физиотерапевтик муолижалардан электростимуляция, 5% калий йод ва гепарин билан электрофорез қилинади.

Мавзу бўйича вазият масалалари ва назорат саволлари

1. Бемор 4 ёш.

Лор бўлимига кечкурун, тез тиббий ёрдам томонидан келтирилган.

Шикоятлари: (онасини сўзидан), тун яримида, бемор бирданига, қўпол аккиловчи йўтал хуружи бошланган, ўйғониб кетган ва безовталанган, нафас олиш қийин, шовқин билан. Нафас олишда бўйин, кўкрак қафаси мушаклари иштирок этади. Овоз деярли ўзгармаган.

Кўрилганда: тери ранги оқарган, совуқ тер билан қопланган, бурун-лаб соҳаси кўқарган, тана харорати 38°C. Безовта бўлганлиги сабабли ларингоскопия қилишни иложи йўқ. Онасини сўзидан, бемор кундузи соғлом бўлган, озгина бурундан шилимшиқ ажралма келган, оз миқдорда қуруқ йўтал кузатилган.

Сизнинг ташхисингиз ва даволаш тadbирларингиз.

2. Бемор аёл 53 ёш.

Яшаш жойидан ҚВП бош шифокори томонидан ҳиқилдоқ ўсмаси ташхиси билан жўнатилган.

Келганда шикоятлари: овозни хириллаб ва пасайиб қолишига, озгина жисмоний ҳаракатда хансирашга.

Касаллик бундан 1,5 ой муқаддам бўқоқ касаллиги билан жаррохлик бўлимида операция ўтказгандан сўнг бошланган. Авваллари ҳиқилдоқ соҳасида ҳеч қандай шикояти бўлмаган.

Ларингоскопияда: Ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари, овоз бойламлари одатдаги рангда ўзгаришсиз. Нафас олиш ва овоз ҳосил бўлишида овоз бойламларини ҳаракати умуман йўқ, овоз ёриғи 2-3 мм. очилган.

Ташхис қўйинг ва даволанг.

3. Бемор 49 ёш

Беморни туман оториноларингологи томонидан гиперпластик ларингит ташхиси билан юборилган.

Шикоятлари: Овозни хириллаб қолиши, йўтал, ютинганда томоқ соҳасида оғриқ, охири кунлари нафас олишда қийинчилик пайдо бўлган.

Беморни умумий ахволи қониқарли, пайпаслаб кўрилганда бўйин лимфатик тугунлар катталашган, ҳиқилдоқ ҳаракатга келтирилганда, тоғайларини ишқаланишини ўзига хос (крепитацияси) овози йўқолган.

Лариноскопияда-хиқилдоқни кириш қисмини шиллиқ қаватлари қизарган, чап овоз бойламида, юзалари нотқис, гул карамни эслатадиган ўсма, уни атрофидаги тўқималар, қизариб, шишган.

Фонация вақтида ўсма хисобига овоз бойламлари тўлиқ бир-бирига ёпишмайди.

Касалликка ташхис қўйишда ва даволашда сизнинг режангиз.

4. Бемор 45 ёш

ЛОР бўлимига овозни хириллаб қолишига, хиқилдоқ соҳасида ёт жисм борлигига ва йўталга, айрим ҳолларда йўтал балғам ажралиши билан давом этишига шикоят қилиб келган. Бемор ўрта мактабда ўқитувчи бўлиб ишлайди, охириги вақтларда дарс сўнгида овоз чарчаб хириллаб қолиши безовта қилган, вақт ўтгач бундай ҳолат доимий бўлиб қолган. Бир неча бор даволанган, аммо фойдаси бўлмаган.

Ларингоскопияда: хиқилдоқ шиллиқ қаватлари, ўзгармаган, овоз бойламлари оч пушти рангда, олдинги учдан бир қисмида бир –бирига қарама-қарши жойлашган конус шаклидаги бўртма бор. Овоз ҳосил бўлишида шу ўсмалар хисобига бойламлар бир-бирига тўлиқ ёпишмайди.

Сизнинг ташхисингиз ва даволаш муолижаларингиз.

5. Ўткир ларингитда ларингоскопияда овоз бойламлари нима учун тўлиқ бир –бирига бирикмайди?

- А) Овоз бойламларини шиши хисобига
- Б) Овоз бойламлари юзасидаги тўпланган балғам хисобига.
- В) Қайтувчи нерв яллиғланиши натижасида
- Г) Юқори хиқилдоқ нерви фалажи хисобига
- Д) Хиқилдоқда қон айланиши бузилиши натижасида

6. Ўткир ларингит билан беморни даволаш режасига нималар қиради?

- А) Буғли ингаляция, антибиотиклар, антигистаминлар қўллаш
- Б) Хиқилдоқни антисептик эритмалар билан ювиш, сульфаниламид дорилар қўллаш
- В) Викасол, витамин В1, В6
- Г) Новокаин, прозерин, никотин кислота
- Д) Овоз бойламларини зўриқтирмаслик ва кам гапириш.

7. Хиқилдоқ ангинаси қандай касаллик

- А) Хиқилдоқ қон томирлари йўғонлашуви
- Б) Хиқилдоқ лимфоид тўқимасини ўткир яллиғланиши
- В) Бурма ости бўшлиғини ўткир яллиғланиши
- Г) Ҳалқум- хиқилдоқнинг ўткир яллиғланиши
- Д) Овоз бойламини ўткир яллиғланиши

8. Хиқилдоқ ангинасининг ларингоскопик кўринишини тарифланг
- А) Хиқилдоқ қопқоғи шиллиқ қавати қизарган ва инфилтрацияси кузатилади.
 - Б) Бўғим ости сохаси шиллиқ қаватини қизариши ва инфльтрацияси
 - В) Қизилўнгачга кириш сохасини қизариши ва инфилтрацияси
 - Г) Ноксимон синуслар ва чўмичсимон тоғайлар инфилтрацияси кўринади
 - Д) Хиқилдоқни овоз бойламларини ҳаракати чегараланган
9. Хиқилдоқ ангинасини даволашни белгиланг
- А) Антибиотиклар, кальций хлор томир ичига тавсия қилинади.
 - Б) Гепарин, санорин қўлланади
 - В) Лидаза, лазикс, преднизолон қўлланилади
 - Г) Глюкоза, В1, В6
 - Д) Бир хил гуруҳдаги қон қуйилади
10. Флегманоз ларингит билан беморда нафас олишни қийинлашишда қандай чора кўриш керак?
- А) Интубация қилинади
 - Б) Билвосита ларингоскопия ўтказилади
 - В) Трахеотомия қилинади
 - Г) Нафас олишни қийинлашиш даражасига қараб даво чораси белгиланг зарур
 - Д) Конхотомия қилинади
11. Овоз ёриги бу
- А) Хиқилдоқ қоринчалари оралиғидаги бўшлиқ
 - Б) Чўмичсимон тоғайлар оралиғидаги бўшлиқ
 - В) Овоз бойламлари оралиғидаги бўшлиқ
 - Г) Дахлиз бурмалар орасидаги бўшлиқ
 - Д) Ноксимон синуслар орасидаги бўшлиқ
12. Пастки хиқилдоқ нервини асосий вазифаси
- А) Ҳаракатлантирувчи
 - Б) Аралаш
 - В) Сезувчи
 - Г) Симпатик
 - Д) Секретор
13. Ўткир ларингитда ларингоскопик кўриниш
- А) Хиқилдоқ шиллиқ қавати ва овоз бурмалари қизарган
 - Б) Хиқилдоқ шиллиқ қавати пушти рангда, овоз бурмалари оқ рангда
 - В) Хиқилдоқ шиллиқ қавати қизарган, овоз бурмалари эса оқ кулранг
 - Г) Хиқилдоқ шиллиқ қавати шишган
 - Д) Овоз бойламлари юзасида шилимшиқ ажралма

14. Трахеостомияни асоратлари қандай
- А) Терини бичилиб қолиши
 - Б) Қон кетиши
 - В) Ютинишни қийинлиги
 - Г) Пастки нафас йўллари яллиғлиниши
 - Д) Тери ости эмфиземаси
15. Трахеотомик трубкани узоқ муддат тақиб юришда қандай асоратлар келиб чиқиши мумкин
- А) Стома атрофида грануляция ўсиши ва тери бичилиши
 - Б) Қон босимини кўтарилиши
 - В) Пневмоторкс
 - Г) Доимо трубка билан юришга ўрганиб қолиш
 - Д) Хиқилдоқ фалажи
16. Қизилўнгачдаги қандай патологик кўринишни оғир даражага киритиш мумкин
- А) Йирингли эзофагит
 - Б) Медиастенит
 - В) Эзофагит
 - Г) Ютиниш вақтида оғриқ
17. Қизилўнгачда ёт жисмни олишда қандий асбоблардан қўлланилади.
- А) Эзофагоскоп
 - Б) Бронхоскоп
 - В) Ларингоскоп
 - Д) Ёт жисмларни олиш учун махсус қисқичлар
 - Г) Синусоскоп
18. Хиқилдоқдаги ёт жисм қандай асоратлар келтириб чиқаради
- А) Парафарингит
 - Б) Хиқилдоқ флегмонаси
 - В) Ҳалқум абсцесси, қон кетиш
 - Г) Ҳалқум орти абсцесси
 - Д) нафас олишни қийинлашуви ва стеноз
19. Ёт жисмларни аспирация даражаси нимага боғлиқ
- А) Нафас олиш йўлда хавони миқдорига
 - Б) Ёт жисм оғирлигига
 - В) Ёт жисмни хажмига
 - Г) Ёт жисмни шакли ва турига
 - Д) Бемор ёшига

20. Хиқилдоқ, трахея, бронхларда ёт жисм бўлганда ташхис нимага асосланиб ва қандай текширишлар натижасига асосланади

- А) Ларинготрахеобронхоскопия
- Б) Фарингоскопия
- В) Эзофагоскопия
- Г) Синусоскопия
- Д) Ўпкани рентгеноскопия қилиш натижасига

21. Хиқилдоқни шикастланиш натижасида қон кетаётган вақтда бемор қандай ҳолатда бўлиши керак ва нима учун?

- А) Горизонтал ҳолатда, қон нафас йўлига тушмайди.
- Б) Вертикал ҳолатда, қон қизилўнгачга тушади
- В) Қорин билан ётишда қон ошқозонга тушади
- Г) Тик турган ҳолатда умуман қон оқмайди
- Д) Ёнбош ҳолатда қон бурундан тушади

22. Ўткир ларингитни клиникаси қандай

- А) Тана ҳароратини кўтарилиши
- Б) Қон аралаш балғам ажралиши
- В) овозни хиралашиши ва йўтал
- Г) кўнгил айниб, қайт қилиш
- Д) Ютинишни қийинлиги

23. Беморнинг умумий ахволини бузилиши, тана ҳароратини 39 С даражага кўтарилиши, ютиниш вақтида томоқда кучли оғриқ, товушни хирллаб қолиши, нафас олишни қийинлашиши каби белгилар қандай касалликка хос?

- А) Бурма ости ларингити
- Б) Хиқилдоқ кистаси
- В) Хиқилдоқ ангиnasi
- Г) Хиқилдоқ папилломатози
- Д) Гиперпластик ларингит

24. Папилломатоз хиқилдоқни қайси қисмида кўпроқ жойлашади?

- А) Дахлиз бурмасида
- Б) Ноксимон синусда
- В) Овоз бурмасида
- Г) Чўмичсимон тоғайлар оралиғи соҳасида
- Д) Хиқилдоқник пастки қаватида

25. Хиқилдоқ папилломатозиди беморни шикоятлари қандай

- А) Қув-кувлаб йўталиш хуружи
- Б) Нафас олишнинг қийинлиги
- В) Овозини хиралашиши
- Г) Хиқилдоқ қуруқшаб қолиши

Д) Хиқилдоқда ёт жисм борлиги сезгиси

26. Трахеостомия асоратлари

- А) Трахея тоғайларни майдаланиб синиши
- Б) Тери ости эмфиземаси
- В) Қон кетиши
- Г) Қайтувчи нерв шикастланиши
- Д) Аспирация ва клиник ўлим

27. Қуйидаги касалликлардан қайси бири сурункали гиперпластик ларингитга хос

- А) Ҳордит
- Б) Хиқилдоқ фибромаси
- В) Хиқидоқ папилломатози
- Г) Хиқилдоқ склеромаси
- Д) Хиқилдоқ полипи

28. Хиқилдоқ-ҳалқум шикастланиши натижасида хиқилдоқ қисилишини олдини олиш мақсадида қандай муолижа ўтказилади?

- А) Трахеостомия
- Б) Ларингофиссура
- В) Коникотомия
- Г) Эзофаготомия
- Д) Ларинготомия

29. Хиқилдоқни текширишни қандай усулларни биласиз?

- А) Пайпаслаш
- Б) Ларингоскопия
- В) Мезофарингоскопия
- Г) Дифаноскопия
- Д) Стробоскопия, рентгенография

30. Бурма ости ларингитни субъектив белгилари

- А) Қўпол аккиловчи йўтал хуружи
- Б) Товушнинг хиралашиши
- В) Хиқилдоқдан қон кетиш
- Г) Ёиринг ажралиш
- Д) нафас олишни қийинлашиши

31. Сохта бўғмада ларингоскопик кўриниш қандай

- А) Овоз бойламлари қизарган ва шишган
- Б) Бурма ости сохаси шишган
- В) Хиқилдоқ устки қопқоғини ҳаракати пасайган
- Г) Овоз бойламлари юзасида кулранг, қийин кўчадиган қараш

32. Сохта бўғма қайси ёшда кўпроқ учрайди?

- А) 3 ёшгача
- Б) 17 ёшгача
- В) Турли ёшда
- Г) Катталарда
- Д) Аёлларда

33. Хиқилодоқ шишини турлари

- А) Яллиғланиш натижасидаги шишлар
- Б) Чегараланган хиқилдоқ шиши
- В) Яллиғланишга алоқаси бўлмаган шишлар
- Г) Характи пасайиши натижасидаги шишлар
- Д) Геморрагик- некротик шишлар

34. Хақиқий бўғма нима?

- А) Хиқилдоқни ўткир яллиғланиши
- Б) Хиқилдоқ бўғмаси
- В) Хиқилдоқ устки қопқоғи яллиғланиши
- Г) Ҳалқум орти абсцесси
- Д) Ўткир трахеит

35. Хақиқий бўғмада касалликни риволаниши қандай кечади

- А) Клиник белгилар аста секин ривожланади
- Б) Бирданига, ўткир бошланади
- В) Овоз хириллаб, сўнгра бутунлай чиқмасдан қолади
- Г) Чақмоқсимон тезликда
- Д) Бошланишида нафас олиш ўзгармайди

36. Хақиқий бўғмада товуш қандай ўзгаради?

- А) Дастлаб овоз хириллаб сўнгра бутунлай йўқолади
- Б) Овоз вақти-вақти билан бўғилиб туради
- В) Товуш кесин кўтарилиб кетади
- Г) Шовқинли бўлади
- Д) Товуш ўзгармайди

37. Ўткир ларингитлар этиологиясига қараб қандай асосий гуруҳга бўлинади?

- А) Юқори нафас йўллари вирусли касалликлари натижасида
- Б) Термик шикастланиш, кўп миқдорда спиртли ичимликлар ичиш ва тамаки чекиш натижасида.
- В) Овоз бойламларини ўта зўриқтириш хисобига
- Г) Механик таъсир натижасида
- Д) Ташки муҳитни салбий таъсири (чанг ва кимёвий чиқиндилар) натижасида

38. Қуйидаги касалликлардан қайси бири сурункали ларингитни клиник

кўринишидир.

А. Хордит,

Б. Хирилдок фибромаси.

В. Хирилдок граниломаси.

Г. Хирилдок склеромаси.

39. Овоз ёриги бу

А.Овоз бойламлари оралигидаги бўшлиқ,

Б.Чўмичсимон тоғайлар оралигидаги бўшлиқ.

В.Хирилдок қоринчалари оралигидаги бўшлиқ.

Г.Вестибуляр бурмалар орасидрги бўшлиқ.

40. Сохта бўғма қайси ёшда купрок учрайди?

5 ёшгача,

17 ёшгача.

Турли ёшда.

Катталарда.

ВИЧ инфекцияда ЛОР аъзоларини зараланиши

ВИЧ инфекция секин-аста кучайиб борувчи, контакт йўл билан тарқалувчи антропоноз инфекция ҳисобланади. Асосан иммунологик тизимга салбий таъсир этиб иккиламчи иммун танқислик ҳолати (СПИД) вужудга келтиради. Иммун танқисликда иккиламчи инфекцияни ривожланиб, турли ёмон сифатли ўсмалар пайдо бўлади ва аутоиммун ҳолатлар кучайиб, пироворд натижада беморларни ўлимга олиб келади. Ўтган асрни 80 йилларида Вич билан зарарланганлар фақат марказий африкада ва америкада учраган бўлса, ҳозирги кунда ер шарини ҳамма жойини тўлиқ қамраб олган. Вич инфекцияни асосан жинсий йўл билан тарқалади. Агар 1990 йилгача, асосий тарқалиш йўли жинсий бўлса, ундан кейинги даврда инъекция орқали (ғиёҳванд ва бангилар орасида) тарқалиш биринчи ўринга кўтарилди. Бундан ташқари бу инфекцияни тарқалишига тиббиёт муассасалари, косметик салонлар ходимлари ҳам турли муолижалар орқали юктиришга ўз ҳиссаларини қўшишмоқда. ВИЧ юктирилган онадан сут орқали болага ҳам берилмоқда.

Инсон танасига ВИЧ вируси тушгандан сўнг, махсус иммунологик қобилиятни мустаҳкамловчи хужайраларга таъсир этади, натижада инсон танаси иккиламчи инфекция-бактерия, замбуруғ ва вирусларни киришига, ҳамда ёмон сифатли ўсмаларни хужайраларини ривожланишига қарши тўсиқлик кўрсата олмайди.

ВИЧ инфекцияси юққан одамларда касалликни кечишини қуйидаги босқичлари тафовут қилинади:

1. Инкубация босқичи

2. Касалликни бирламчи белгиларини пайдо бўлиши

а. клиник белгиларисиз кечиши

б. ўткир ВИЧ инфекция иккиламчи касалликларсиз

в. ўткир ВИЧ инфекция иккиламчи касалликлар билан кечиши

3. Яширин босқичи

4. Иккиламчи касалликлар пайдо бўлиши билан кечиши

а. озиб кетиш, танани оғирлигини 10% миқдорида йўқотиш, тери ва шиллик қаватларда турли замбуруғли, вирусли ва бактериял яллиғланишлар пайдо бўлиши, фарингитлар, ангиналар, синуситлар ва бошқалар.

б. озиб кетиш, тана оғирлигини 10% ва ундан кўпроқ йўқотиш, ички аъзоларда, ўпкада (пневмониялар), марказий асаб тизимини касалликлари, саркома Капоши, турли ёмон сифатли ўсмалар ўсиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади.

в. кахексия, бутун танада кенг тарқалган замбуруғли, вирусли, бактериял касалликлар, саркома Капоши, ўсмалар пайдо бўлади.

5. Терминал босқичи

Инкубация босқичи инфекция юққандан бошлаб 2-3 ҳафтадан 3 ойгача давом этади.

Касалликни биринчи белгилари босқичи 6-8 ҳафтадан сўнг пайдо бўлади. Бошланиши асосий касалликка хос бўлмасдан, балким оддий тумов, нафас йўллари катарал яллиғланишларига, ошқозон-ичак тизими касалликларига ёки сероз менингит белгиларига хос бўлади.

ВИЧ инфекциялар билан зарарланган беморларда биринчи клиник белгилар оғиз бўшлиғи шиллик қаватларини ва бодомча безларини яллиғланиши сифатида намоён бўлади. Бундай яллиғланишларга оғиз бўшлиғи **кандидози** киради. Касаллик оғиз шиллик қаватлари, бурун-халқум ва қизилўнгачни кириш қисмлари шиллик қаватлари қизарган уларни юзаларида оқ рангли, нуқтасимон, юмшоқ ва енгил кўчувчи ажралмалар пайдо бўлади.



**Расм 93. ВИЧ инфекцияси юктирилган беморда
кандидози**

оғиз бўшлиғи

Бўйин ва жағ ости лимфатик тугунлар катталашган ва ушлаб кўрилса оғриқли бўлади. Хосил бўлган ажралмалардан суртмалар тайёрлаб микроскоп остида кўрилса Кандидани бластоспорлари ва уларни фаол ривожланаётганлиги аниқланади. Агар махсус озуқаларга экилса кандидани ўзига хос колониялари ўсади. Хеч қандай асосиз оғиз бўшлиғидаги бундай ўзгаришлар кузатилганда беморларни албатта ВИЧ инфекцияга текшириш зарур.

Гистоплазмоз-замбурғларни тизимига киради,асосан ўпка,жигар ва талокда ретикуло-эндотелиал тизимида турли гиперплазия ўзгаришлари келтириб чиқаради. Оғиз бўшлиғида ва бодомча безларида турли шаклдаги яралар пайдо бўлади,уларни юзалари нотекис,қирғоқларида грануляциялар ўсади,юзалар оқ рангли караш билан қопланган холда кўринади.

ВИЧ инфекция билан беморларда иккиламчи бактериал микрофлора кўшилиб оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида,бодомча безларида,халқумни орқа деворида турли яралар пайдо бўлади,бу яраларни қирғоқлари нотекис,айрим холларда қон кетиши кузатилади. Сурункали синуситлар,отитлар тез-тез қайталаниб туради,кечиши чўзилиб кетади ва ўтказилган даволарда деярли фойда бўлмайди.

Қайталанувчи учуқлар –тери ва шиллиқ қаватларда тез-тез қайталаниб турувчи учуқлар тошади. ВИЧ инфекция юктирилган беморларда эса Р.Ханта синдроми кузатилади: кулоқ сурпасида ва ташқи эшитув йўлида учуқлар-тошмалар тошади,қаттиқ оғриқ пайдо бўлади,бу оғриқлар пешонага,энса соҳасига ва бўйинга тарқалади, кўп холларда юз нервни неврити билан давом этади.



Расм 94. ВИЧ инфекцияси юктирилган беморда ташқи отит белгиси-Ханта синдроми (ташқи эшитув йўлида учуқлар тошишиши)

Тошма тошган томонни юз қисмида сезувчанлик пасаяди. Беморларда горизонтал нистагм,бош айланиши,эшитишни пасайиши каби белгилар кузатилади. Айрим ҳолларда учламчи, тил-халқум,адашган ва адашган нервларни ҳам яллиғланиши кузатилади. Шунинг учун ҳам бундай беморларда турли клиник белгилар пайдо бўлади. ВИЧ юктирилган беморларда иккиламчи инфекция сифатида кўпинча папилома-вирус учрайди.Бундай ҳолларда танглайда,милкларда қизил рангда сўрғичсимон тугунчалар учрайди.

Саркома Капоши – ВИЧ юктирилган беморларда саркома Капоши ёшларда кўп учрайди. Касалликни бошланишида,қулоқ соҳасида оғиз бўшлиғида,милкларда,хиқилдоқда кўк рангли ёки қорамтир,баъзан қизил ранда яссиروق қон томир бўртмалари пайдо бўлади, вақт ўтиши билан улар катталашади қорамтир ранг олади ва бўлақларга бўлиниб, юзаларида яралар ҳосил бўлади.

Қулоқ ваа томоқда оғриқлар пайдо бўлади, овоз хириллаб қолади.

Касалликни **ташхисида** қуйидаги усуллар қулланилади:

1. Серологик усул, ИФА, ИБ биологик суюқликларда (қон,сўлак,сперма суюқлиги ва йиринг) махсус анти ВИЧ антителани аниқлаш

2. Генодиагностика – микдорли ПЦР
сифатли ПЦР

3. Иммунологик усул- СД4 ва СД8 хужайраларни микдорини аниқлаш.

Касалларни **даволаш** учун беморларни умумий ахволига қараб амбулатор ёки касалхонада даволанади. Ҳозирги кунда вирусни фаолиятини пасайтириш ёки маълум муддатга тўхтатиш учун бир қанча дори воситалри мавжуд,булардан: абакавир,зидовидин,ланивидин,диданозин,невирамин , индинавир ва бошқалар. Бир

вақитни ўзида иккиламчи инфекция туфайли пайдо бўлган касалликларини ҳам даволаш зарур бўлади.

КАСБГА ЛАЁҚАТ ВА ЭКСПЕРТИЗА

Хар бир врачни ўз касби билан боғлиқ бўлган фаолияти,бу беморларни ишга лаёқатини белгилаб беришга йўналтирилган бўлади. Касбга танлаш – инсонларни меҳнат фаолиятини у ёки бу турига, қайси касбга саломатлиги жихатидан лаёқатлигини аниқлашдан иборат.Бунда шахсни ишлаб чиқаришда ишлаш қобилиятини бор ёки йўқлигини, харбий хизматчиларни қуролли кучларда хизмат қила олиши имконияти аниқланади. Кишиларнинг соғлиғини умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, меҳнатнинг қайси турини танлашда маслаҳат берилади. Касб танлашда тиббий қаршилик икки гуруҳга бўлинади:

Биринчи қаршилик – инсон жисмонан соғлом бўлган ҳолда, айрим касбга мос келмаслик. Бунга хид билишни бузилиши бир қанча касбда (парфюмерия, озиқ-овқат ва химия саноатида) ишлаш мумкин бўлмайди. Бошқа бир қатор касбларда: двигателларни фаолиятини текширувчи, мусиқачилар, ашулачилар, ер ости ва ер усти транспорти хайдовчилари, радио, телеграфистлар ва гидроакустик мутахассисликлари бўйича ишлаш учун эшитиш қобилияти нихоятда соғлом ва кўрсатилган шартларга тўла мос бўлиши шарт.

Баландликда, сув остида ишловчиларга (денгизчилар,ғаввослар, учувчи, космонавтлар) мувозанат анализаторини фаолиятини ҳолатига талаб юқори бўлади.

Иккинчи қаршилик – Саломатликда маълум бир нуқсон бўлиб,касбда ва ишлаб чиқаришни таъсирида бу нуқсон ёмонлашиши мумкин бўлган касаллик. Масалан - отосклероз, кохлеар неврит, Меньер касаллиги – билан хасталанган беморларга шовқин билан ишлаш мумкин эмас. Хиқилдоқни сурункали касалликларида овоз бойламини зўриқтирувчи (ўқитувчилик, сухандонлик, артистлик) касбларда ишлаш ман этилади.. Касб танлашда парашютчилар, учувчилар, кессончилар, денгизчилар, сув ости кемаларида хизмат қилувчиларнинг қулоқ барофунцияси ва бурун ён бўшлиқлари фаолиятини текшириш катта аҳамиятга эга. Қулоқнинг барофунцияси эшитиш вақтида товушни ўтказувчанлик ва ноғора парданинг тебраниши ҳолатига боғлиқ. Ноғора парданинг тебраниши отоскопик текширишда Зигле воронкаси (2,5 маротаба катталашган ҳолда) билан аниқланади. Эшитув найини ўтказувчанлигини баҳолашда: оддий ютиниш, бурунни беркитиб ютиниш, бурун ва оғизни беркитиб нафас чиқариш (Вальсальви усули), эшитув найига Политцер усули бўйича ҳаво юбориш, эшитув найига катетер киритиб орқали текширилади.

Қулоқни мувозанат фаолияти билан боғлиқ бўлган касбга танлашда, реактив ва товушдан тез учувчи авиацияда, космик авиациясида, шунингдек денгизчиларда, юқорида ишловчи-қурувчи-монтажчиларда мувозанат фаолият тўлиқ текширилади. Текширилувчиларнинг ҳолати, вегетатив реакциянинг даражасига қараб баҳоланади.

Меҳнат қобилиятини қандай даражада йўқолганлик ҳолатини аниқлаш катта аҳамият касб этади. Қулоқ, бурун, томоқ касалликларида меҳнат қобилиятини бутунлай йўқолиши камдан-кам кузатилади. Бундай ҳолат хавфли ўсма

касалликларида (III-IV даражасида), Меньер касаллигини оғир шаклида, ёки бошқа сабабли мувозанат анализаторини фаолияти оғир бузилишида, нафас йўллари сурункали қисилиши натижасида доимо нафас олишни қийинлигида кузатилади. Мехнат фаолиятини тўла йўқолиши касаллик бўйича ногиронлик гуруҳини кўриб чиқишни талаб этади.

Айрим касалликларда вақтинчалик мехнат қобилиятини йўқотиш мудатлари белгиланган ва шунга асосан уларни ишдан озод этилади.

Юқори нафас йўллари вирусли касалликларида 7 кун озод этилади.

Ангиналарда – 7 кун

Паратонзилляр абсцессларда 8-12 кун

Бурунни асоратсиз жароҳатида 3-4 кун

Вазомотор ринитни қўзғалиш даврида 3 кун

Ўткир гайморитда 6-9 кун

Ўткир фронтит ва сфеноидитда 10-12 кун

Сурункали синуситларда 5-7 кун

Бурун чипқонида 6-10 кун Ўткир ларингит 4-7 кун

Ўткир йирингли ўрта отит ва мастоидит 12-18 кун

Ташқи қулоқ жароҳатида 5-7 кун

Беморларни ишга яроқсизлиги белгилашда ҳар бир ҳолатда албатта шахсий ёндашиш ва уни касбини ҳисобга олган ҳолда амалга ошириш зарур.

ЛОР АМАЛИЁТИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИ РЕЦЕПТУРАСИ

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН АСОСИЙ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ.

Маҳаллий қон томир торайтирувчи дори воситалари

1.. Rp: Naphtysini 0,05% - 10,0

D. S. 2 - 3 томчи 3 маҳал.

2.Rp.Emuls. Sanorini 10,0 мл

D.S . бурунга 2 томчидан 2 маҳал томизилади.

3.Rp. Sol. Adrenalinii hydrochloride 0,1%-1,0

D.S. бурундан қон кетиш вақтида пахтали пиликка шимдирилиб бурун бўшлиғига қўйилади

4.Rp. Halasolini 0,05%.,0,1%-10,0 мл.

D.S. бурунга 2 томчидан 2 маҳал

5.Rp.Nazivini 0.01%, 0.025%,0.05%-10 мл.

D.S. бурунга 2 томчидан 2 махал.

6.Rp. Sol. Ephedrini hidrochloridi 1-2%-1,0

D.S. 2-3 томчидан 1 кууда 3 марта бурунга томизилади.

7.Rp. Sol. Sanorini 0,05%—10,0 мл.

D.S. 2-3 томчидан 1 кунда 3 марта бурунга томизилади.

8. Rp: Spray Aphrinum 20,0

D.S. бурунга кунига 2 махал сепиш учун

9. Rp: Aerosolum Inhalyptum

D.S.бурунга кунига 2 махал сепиш учун

10. Rp: Spray Ksemelinum 0,1%- 10.0

D.S.кунига 2 махал бурунга сепиш учун

11. Rp: Spray Kromosolum 28 мл.

D.S. бурунга кунига 2 махал сепиш учун

12. Rp: Pinasolum 30 мл.

D.S.кунига 2махал 2 томчидан бурунга томизиш.

13. Rp: Spray wibrocilim

D.S. бурунга кунига 2 махал томизиш учун.

15. Rp: Spray Nasocortum

D.S.кунига бир махал бурунга сепиш учун

16. Rp: Spray Nasolum 30 мл.

D.S. кунига бир махал бурунга сепиш

Аллергик ринитларда қўлланиладиган дори воситалари:

Тизимли антигистами дори воситалари.

17. Rp:Loratali 0,01

D.S. кунига 1 таб.1 махал ичиш

18. Rp: Phencaroli 0,025

D. t. d. N 30 S. 1 таблеткадан 3 махал

19. Rp: Tab Zirtek 0.1

D. S. Кунига 1 таблеткадан 1 махал

20. Rp: Suprastini 0,025

D. t. d. N 30 in tab

S.кунига 1 таблеткадан 3 махал

21.Rp:L-цет 0,5

**D.t.d аллергия ринитда 1 табл. 1махал ичилади
(6 ёшдан катта беморларга буюрилади)**

22. Rp:Terix 100,0 мл. сироп,10,0 мг таб

**D.S. сироп 1 чой қошиқда 1 махал ёки 1 таб 1 махал
(бемор ёши хисобга олинади).**

23. Rp. Klemastini 1,0 таб.холида ёки 2,0 мл инъекция учун

D.S. кунига 1 таб. 1махал ёки 1,0 мл. инъекция учун

24.Rp.Zefeksal 120 мг.,180 мг.таб.холида

D.S. кунига 1 таб. 1 махал

25.Rp: Lordestini 5 мг.

D.S.кунига 1 таб 1 махал

Махаллий таъсир этувчи антигистамин дори воситалари.

26. Rp: Spray Allerqodili

D. S. кунига 2 махал сепиш учун

27. Rp: Spray Polidexy

D.S.Аллергия ринитда кунига 3-5 махал бурунга сепилади.

28.Rp: Spray Avamisi

**D.S. аллергия ринитда кунига бир махал сепилади.
(12 ёшдан катта беморларга)**

29.Rp. Spray Afrini 10.0 мл.

D.S. кунига 2 махал бурунга сепиш учун

30.Rp: Spray Flytonexi

**D.S.аллергия ринитда кунига 1 махал сепилади
(4 ёшдан катта болаларга)**

31.Rp: Spray Cromolinum 15 мл
D.S. кунига 2 махал бурунга сепиш.

32.Rp: Spray Antirinali 2%-25 мл.
D.S. кунига 3 махал бурунга сепиш

33.Rp. Sol. Levamisoli 0,1%-10,0
D.S. 3-5 томчидан кунига 3 марта бурунга томизилади (вазомотор тумовда).

**Бурунни ўткир ва сурункали яллиғланишида
қўлланиладиган дори воситалари.**

34.Rp: Tab. Sinupreti et sol.100,0
D.S. Ўткир ва сурункали риносинуситларда 1 таб.4 махал,суюқ холда эса 50 томчидан кунига 3 махал ичишга буюрилади.

35.Rp: Dimedroli 0,02
Furacillini 0,01
Sol. Streptocidi 0,8% - 20,0
Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% gtt. X
M.D.S. Болаларда ўткир ринитда бурунига 3 томчидан 3 махал томизилади.

36.Rp. Streptocidi
Norsulfasoli
Ephedrine hydrochloride 0,03
(Benzylpenicillini-natrii-200.000 ed)
M.f. pulv. subtil.
D.S. Кунига 2—3 мартадан ўткир ринитда бурунга пуркаш учун.

20.Rp. Sol. Collargoli 1-2%-10,0
D.S. 3-5 томчидан кунига 2-3 марта бурунга томизилади.

37.Rp. Sol. Protorgoli 1-2%-10,0
D.S. 3-5 томчидан кунига 3 марта бурунга томизилади.

38.Rp. Sol. Furacillini 1:5000-10,0
Ephedrine hydrochloridi 0,2

D.S. Ўткир тумовда қунига 3 томчидан 3 марта томизилади.

39.Rp. Sol. Acidi borici 2%-10,0

Sol. Adrehalini hydrochloridi 0,1% gtt. X

M.D.S. Ўткир тумовда 2-3 томчидан қунига 3 марта томизилади.

40.Rp. Mentholi 0,1

Ol. vaselini 10,0

**M.D. Ўткир ринитда бурунга 3 томчидан қунига 3 марта томизилади.
(5 ёшдан катта болаларга).**

41.Rp. Protargoli 0,15

Mentholi 0,15

Lanolini 5,0

Vaselini 15,0

M.F. Ung.

**D.S. Атрофик тумовда қунига 3 мартадан докали пилик билан бурун
йўллариға қуйилади.**

42.Rp. Jodi puri 0,02

Kalil jodidi 0,2

Glicerini 20,0

M.D.S. Атрофик ринитда бурунга, қунига 2—3 марта томизиш учун.

43.Rp. Sol. Jodinoli 1%-50,0

D.S. Бурун ичига пуркаш учун 2-3 марта (озена ва ат-рофик тумовда).

44.Rp. Suprastini 0,025

S. 1/2 т дан қунига 2-3 марта ичилади.

45.Rp. Susp. Hydrocortisoni acetates 2,5%-5,0 ml.

**S. Аллергик синунитларда бурун ён бўшлиқларига қуйилади (1,0 мл
суспензияни 2,0 мл тоза натрий хлор эритмасида аралаштириб,
пункциядан сўнг юқори жағ бўшлиғига юборилади).**

46.Rp. Zinci oxidati 5,0

Vaselini 30,0

M.D.S. Бурун чипқонида қунига 3 маротаба суртиш учун,

47.Rp. Ung. Flavi oxidati 1% - 100,0

D.S. Бурун чипқонида кунига 3 марта суртиш учун.

48.Rp. Ung. Hydrargyru albi 3-5%-10,0

Streptocidi 0,3

D.S. Кунига 2-3 марта бурун чипқонида суртиш учун.

49.Rp. Sol. Dimexidi 30 %-30,0

D.S. Сурункали синуситларда пункция қилингандан сўнг 2,0 мл. бўшлиққа юборилади.

50.Rp. Sol. Dioxidini 10,0

D.t.d. N 10 amp.

S. Синуситларда бурун ёндош бўшлиқларига пункция қилиб ювилади.

51.Rp. Sol. Chlorophyllipty 0,25%-2,0

D.t.d. N 5 in amp.

Синуситларда 1 дона ампулани 10,0 мл. дистилл сувига аралаштириб бурун ёндош бўшлиқлари ювилади.

52.Rp. Ung. «Flucinari» 30,0.

D.S. Ташқи бурун терисига суртиш учун.

53.Rp. Levorini-natrii 200,00 ed

D.t.d. N 10

S. Замбуруғли синуситларда 1 флакондаги дори 10,0 мл. тоза (дистилланган) сувда эритилиб бурун ёндош бўшлиғига юборилади.

ХАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИДА ИШЛАТИЛАДИГАН ДОРИ МОДДАЛАРИ

Халқум шиллиқ қаватларининг ўткир касалликларида қўлланиладиган дори моддалари:

54.Rp: Tab.Hexaliz N 10

D.S. анги́на ва ўткир фарингитларда кунига 5 маҳал овқатдан сўнг шимилади.

55.Rp:Tab.Sebedini N10

D.S. анги́на ва ўткир фарингитларда кунига 5 маҳал овқатдан сўнг шимилади.

56.Rp: Spray Happylor 10,0 мл.

D.S. ангина ва ўткир фарингитларда томоққа кунига 4 маҳал сепилади.

57.Rp: Spray Hexorali 0,2%-40,0.мл.

D.S. ангина ва ўткир фарингитларда томоққа кунига 4 маҳал сепилади.

58.Rp: Spray Loroben 30,0 мл. et Sol.200,0 мл.

D.S.Ўткир фаринги ва ангинада томоққа кунига 4 маҳал сепилади.

Эритмаси билан кунига 4 маҳал чайилади.

59.Rp: Sol.Miramistini 0,01%-100,0 мл.

D.S. Сурункали тонзиллитларда лакуналар кунига 1 маҳал ювилади.

60.Rp:Tab.Tonzipreti

D.S. Ўткир фарингит ва ангинларда 1 таб.кунига 4 маҳал ичилади

61.Rp:Capsulae Flunolum 150,0 мг.

D.S. каидозли ангинада 1 капсуладан 1 маҳал 10 кун давомида

62.Rp:Tab.Exzoli 100,0 мл.

D.S. Кандидозли ангинада 1 таб.1 маҳал 15 кун давомида.

63.Rp: Faringosepti 0,01

D. t. d. N 20 in tab

Д.С. ўткир фарингит ва ангиналарда овқатдан сўнг 1 таблетка 3 маҳал сўрилади.

64. Rp: Faliminti 0,025

D. t. d. N 20 in dragee.

S. Ўткир фарингит ва ангиналарда кунига 1 дражадан 3 маҳал сўрилади.

65.Rp:Sol.Eludrili 90,0

D.S.Ўткир фарингит ва ангиналарда 2 чой қошиқ 1стака илиқ сувга аралаштилиб томоқ кунига 4 маҳал чайилади.

66.Rp: Ac. Borici 30,0

D. S. Ангинада халқумни чайқаш учун 1 чой қошиқни 1 стаканда илиқ сувга эритиб 3-4 маҳал чайқаш.

67. Rp: Jodi puri 0,02

Kalii jodidi 0,25

Glycerini

Aq. Destillatae aā 10,0

M. D. S. Атрофик фарингитларда халқум шиллик қаватига кунига 2 махал суртиш учун.

68. Rp: Tannini 1. 0

Glycerini 10,0

M. D. S. Сурункали катарал фарингитда халқум орқа девори шиллик қаватига кунига 2 махалсуртиш.

69.Rp:T-ae Calendulae 25,0

D. S. Халқумни ўткир яллиғланишида томоқни кунига 4 махал илиқ холда чайқаш.

70.Rp. Jnf. Radicis Althaeae 10,0%-300,0

D.S. Ўткир фарингит ва ангиналарда томоқни кунига 4 махал чайиш учун.

71. Rp: T - гае Eucalipti 30,0

D. S. Сурункали катарал фарингитда томоқни кунига 4 махал илиқ холда чайқаш.

72. Rp: Sol. Argenti nitrici 2% - 10,0

Da in vitro nigro!

D. S. Гранулёз фарингитда халқум орқа деворига кунига 1 махал суртиш.

73. Rp: Natrii hydrocarbonatis 30,0

Natrii tetraboratis 10,0

Natrii chloridi

Natrii benzoatis aā 5,0 Ol. Menthae gtt. III

M. D. S. Атрофик фарингитда томоқни кунига 2 махал чайқаш.

74.Rp. Sol. Jodinoli 1%-10,0

Natrii tetraboratis 0,6

Glicerini 10,0

M.D.S. Сурункали тонзиллитларда муртакларга суртилади.

75.Rp. Succi Kalanchoes 10,0

D.t.d. N 10 in amp.

S. Сурункали тонзиллитларад бодомча безларини лакуналарини ювиш учун.

76.Rp. Sol. Gramicidini 2%-2,0

D.t.d. N 10 in amp.

S. Сурункали тонзиллитда 1 ампулани 100 мл сувда эритиб, лакуналар кунига 2 марта ювилади.

77.Rp. Citrali 0,2

01. Persicorum 10,0

M.D.S. Сурункали тонзиллитда бодомча безларга суртиш учун.

78.Rp. Sol Dioxidini 1%-10,0

D.t.d. N 10 in amp.

S.Сурункали тонзиллитда лакуналарни ювиш учун.

79.Rp. Sol. Chlorophyllipti 0,25%-2,0

D.t.d. N 5 in amp.

S. 1 ампулани 5,0 мл. дистилланган сувга аралаштирилиб лакуналарни ювилади.

80.Rp. Sol. Jodinoli 1%-10,0

Natrii tetraboratis 0,6

Glicerini 10,0

M.D.S. Сурункали тонзиллитда муртакларга суртилади.

81.Rp.Sol. Microcidi 100,0

D.S. Сурункали тонзиллит ва фарингитларда 1 стакан сувга 1 чой қошиқ эритмадан аралаштириб, томоқ чайилади.

82.Rp. Levamicini 0,01

Glucosae 0,3

M.F. Pulv.

D.t.d. N 15

S. Куқунли дорини 10 мл дистилланган сувда эритиб, муртак лакуналари ювилади.

83.Rp. Jodi puri 0,02

Kalil jodidi 0,2

Glicerini 20,0

M.D.S. Атрофик фарингитда халқум орқа деворига кунига 3 маҳал суртилади.

ХИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИЛАР

84.Rp. Sol. Ephedrini hydrochloridis 2%-1,0

Sol. Natrii hydrocarbonatis 2%-5,0

Prednisoloni 0,005

Streptomycini sulfatis 50,000 ed

M.D.S. Ўткир ларингитда кунигу 1 махал аэрозол холида юборилади.

85.Rp. Jnf. herb. Thermopsidis 0,12%-100,0

Liq. Ammonii anisati 2,0

Sir. Althaeae 10,0

M.D.S. Сохта бўғмада 1 чой қошиғида кунига 5-6 марта қабул қилинади

86.Rp. Euphyllini 0,1

Dimedroli 0,2

Chymotripsini 0,025

Aq. Destill. 20,0

M.B.S. Ўткир ларингитда кунига 1 махал ингаляция (2.0 мл.) учун.

87.Rp. Oxycort-aeroli 75,0

D.S. Халқум ва ҳикилдоқнинг шиллиқ қавати куйганида кунига 1 махал 10 кун давомида сепилади.

88.Rp. Dimedroli 0,15

Ephyllini 0,3

Ac. Ascorbinici 0,5-1,0

Aq. Destill 30,0

M.D.S. Сохта бўғмада, хикилдоқни ўткир яллигланишида аэрозоль шаклида кунига 1 маротаба қўлланилади.

89.Rp. Sol. Ephedrini hydrochloridi 5%-0,5

Sol. Euphyllini 2,4%

Sol. Dimedroli 0,5%

Sol. Novocaini 0,5% аа 1,0—

Ag destill 5,0

M.D.S. Сохта бўғмада инголяция холида юборилади.

90. Rp: Amphotericini B 50. мингЕД

D..S. Хиқилдоқни кандидомикозида кунига 1 махалдан инголяция холида ишлатилади

ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИДА ИШЛАТИЛАДИГАН

ДОРИЛАР

91.Rp:Sol. Drophlexi 20,0 мл.

D.S. Қулоқдаги оғриқларда кунига 2 томчидан 4 махал томизилади.

91.Rp:Sol.Othofa 20,0 мл.

D.S.Қулоқдаги йирингли отитларда кунига 2 томчидан 2 махал томизилади.

92.Rp: Sol.Safrodexi 5,0

D.S.Йирингли ўрта отитда қулоққа кунига 2 махал 2 томчидан томизалади.

93.Rp:Sol.Cardexini 5,0 мл.

D.S. Йирингли ўрта отитда қулоққа 2 томчидан 2 махал томизиш

95.Rp. Prednisoloni 0,05

Jecoris Aseli 3,0

Vaselini 6,0

M.F. Ung.

D.S. Аллергик дерматитларда қулоқ супрасига суртилади.

96. Rp. Oхycort - aerosoli 75,0

D.S. Қулоқ супрасининг яллиғланган қисмига кунига 2 марта сепилади.

97. Rp. Oхucort 10,0

D.S. Қулоқ супрасининг куйган қисмига суртилади.

98. Rp. Spiritus asidi borici 3%-10,0

D.S. Қулоққа томизиш учун.

99. Rp. Recorcini 0,5

Anaesthesini 1,0

Jchthyoli

Vaselini aa 5,0

M.F. ung.

D.S. Ташқи қулоқнинг экземасида ишлатилади.

100. Rp. Ung Nystatini 10,0

D.S. Отомикозда кунига 2-3 марта ташқи эшитув йўлига суртилади.

101. Rp. Ung. Levorini 30,0

D.S. Отомикозда кунига 2 марта ташқи эшитув йўлига суртилади.

102. Rp. Asidi Salicylisi 0,2

Spiritys aethylici 70°-20,0

M.D.S. Йирингли отитларда 6-8 томчидан кунига 3 марта томизилади.

103. Rp. Natrii hydrocarbonatis 0,5

Glycerini

Aq destill aa 5,0

M.D.S. Қулоқ кирини юмшатиш учун 7-10 томчидан кунига 3 марта томизилади.

104. Rp. Sol. Zinci sulfatis 0,5%-10,0

D.S. 5 томчидан кунига 3 марта қулоққа томизилади.

105. Rp. Susp. Hydrocortisoni acetates 2,5%-5,0

D.S. Аллергик отитларда 3-5 томчидан кунига 2-3 марта томизилади.

106. Rp. Sol. Argenti bitratis 10 (20-30)%-10,0

D.S. Қулоқдан грануляцияларни куйдириш учун.

107. Rp. Solfadexi 5,0

D.S. Йирингли отитларда кунига 2 маҳал 2 томчидан қулоққа томизиш учун.

108. Rp. Nitrofungini 20,0-30,0

D.S. Отомикозда ташки эшитув йўлига 2 томчидан томизилади.

109. Rp. Sol. Dimexidi 30%-10,0

D.S. 5 томчидан кунига 2-3 марта қулоққа томизилади.

110. Rp. Novocaini 0,3

Spiritus aethylici 70⁰-5,0

Glicerini 5,0

M.D.S. Қулоқ оғриганда 3-5 томчидан эшитув йўлига томизилади.

111. Rp. Furacillini 0,01

Spiritus aethylici 50⁰-10,0

M.D.S. Йирингли отитларда 3-5 томчидан кунига 3 марта қулоққа томизилади.

112. Rp. Laevomycetini 0,5

Spiritus aethylici 50⁰-20,0

M.D.S. Йирингли отитларда 3-5 томчидан кунига 2-3 марта томизиш учун.

113. Rp. Sol. Dioxydini 1%-10,0

D.S. Сурункали йирингли отитларда ўрта қулоқ кунига бир маҳал ювилади.

114. Rp. Succı Kalanchoes 0,5

Spiritus aethylici 70⁰-20,0

M.D.S. Йирингли отитларда 3-4 томчидан кунига 2-3 марта томизиш учун.

115. Rp. Spreptocidi

Sulfademizini

Norsulfazoli

Levomycetini

Aetazoli aa 10,0

M.F. Pulv. Subtilissimi

D.S. Йирингли отитларда кулоқка пуркаш учун.

116. Rp. Unq. Synarali 20,0

D.S. Ташқи диффуз отитда кулоқ терисига суртиш учун.

117. Rp. Sol. Protargoli (seu Collargoli) 1%-10,0

D.S. Болаларда ўткир отитларда 3-5 томчидан кунига 3 мартадан кулоқка томизиш учун.

118. Rp. Microcodi 50,0

D.S. Йирингли отитларда кулоқни кунига 1 маҳал ювилади.

119. Rp. Sol. Argentum nitrici 10(20)%-10,0

D.S. Ноғора бўшлиғдаги грануляцияни куйдириш учун.

ИЗОХЛИ ЛУҒАТ

Отоскопия-кулоқни кўриш

Лабиринт-ички кулоқни чиганоқ қисми

Евистахий найи-ўрта кулоқни бурун халқум билан туташтирувчи най.

Нистагм - кўз олмасини ритмик ҳаракати

Аудиометрия - эшитиш қобилиятини электроакустик асбоб ёрдамида текшириш

Отолит аппарат- ички кулоқни дахлиз қисмида жойлашган, инсон танасини фазодаги ҳолати ва тўғри йўналишдаги ҳаракатини бошқарувчи қуйи маркази

Отит- кулоқни яллиғланиши

Мастоидит - сўрғичсимон ўсимтани яллиғланиши.

Отомикоз - кулоқни замбуруғли яллиғланиши.

Парацентез - ногора пардани суъний тешиш.

Антротомия - сўрғичсимон ўсимтани ғор (антрумни) қисмини очиш.

Мезотимпанит -ўрта кулоқни шиллиқ қаватларини яллиғланиши ва ногора пардасини таранглашган қисмини тешилиши.

Эпитимпанит- ўрта кулоқни шиллиқ қаватларини ва суяк тўқималарини яллиғланиши ҳамда ногора пардасини салқи қисмини тешилиши.

Отоген менингит-яллиғланиш жараёнини ўрта кулоқдан бош миёга тарқалиши.

Нейросенсор карлик- эшитиш анализаторини нерв тизимини яллиғланиши туфайли, эшитиш фаолиятини заифланиши.

Отосклероз- ички кулоқ чиганоқларини суяк қатламида дистрофик ўзгариши.

Риноскопия- бурнни махсус асбоблар билан текшириш.

Синусит- бурун ёндош бўшлиқларини яллиғланиши.

Гайморит- юқори жағ суяги бўшлиғини яллиғланиш.

Фронтит- пешона суяги бўшлиғини яллиғланиши.

Этмоидит- ғалвисимон суяк катакчаларини яллиғданиши.

Сфеноидит- асосий суяк бўшлиғини яллиғланиши.

Диафоноскопия- бурун ёндош бўшлиқларини ёрғлик нури билан кўриш.

Риносколиоз- ташқи бурунни ён томонга қийшайиши.

Ринология- ташқи бурунни қиррасини чўкиб қолиши.

Ринолит- бурун бўшлиғида ҳосил бўладиган, органик тузлардан иборат тошлар.

Фарингоскопия- халқумни текшириш.

Ангина- бодомча безларини ўткир яллиғланиши.

Паратонзиллит- бодомча беzi ва без атрофи тўқималарини ўткир яллиғланиши.

Аденотомия- бурун халқум (аденоид) безини олиб ташлаш.

Ларингоскопия- хиқилдоқни текшириш.

Ларингостробоскопия- овоз бойламларини ҳаракатларини ёруғлик орқали текшириш.

Субхордал ларингит- овоз бойлами ости қисмини ўткир яллиғланиши.

Коникотомия- қалқонсимн ва узуксимон тоғайлар орасидаги коник бойламни кесиш.

Трахеотомия- кекирдак тоғайларини кесиб очиш.

Ларингоцелле- хикқилдоқ қоринчасига хавони тўпланиши.

АДАБИЁТЛАР:

1. Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстнолицевая хирургия. Ленинград. Медицина. 1985. 448 с.
2. Атлас по оперативной оториноларингологии. /под редакцией проф. Погосова В.С. М. Медицина. 1983. 416 с.
3. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология Санкт-Петербург 2005. 800 с.
4. Брос У., Джафек, Энн К. Старк Секреты оториноларингологии М. 2001. 624 с.
5. Вохидов Н.Х., Хасанов С.А. Болаларда уткир ларинготрахеит. Тошкент 2007. 207 с.
6. Григорьев Г.М. Современная лекарственная терапия и пропись рецептов при основных заболеваниях уха, горла и носа. Екатеринбург. 1998. 206 с.
7. Дадамухамедов А., Мирзарасулов М. Болалар оториноларингологияси. Тошкент. Абу Али Ибн Сино нашриёти 1999. 216 с.
8. Исхаки Ю.Б. Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. Душанбе. Маориф. 1977. 359 с.
9. Козлов М.Я. Воспаление придаточных пазух носа. М. Медицина. 1985. 207 с.
10. Крученина И.Л. Лихачев А.Г. Синуситы в детском возрасте. М. Медицина. 1989. 144 с.
11. Материалы II съезда оториноларингологов Узбекистана Т. 2002.
12. Материалы III съезда оториноларингологов Узбекистана Т. 2010.
13. Муминов А.И. Кулок, томок ва бурун касалликлари. Тошкент. Абу Али Ибн Сино. Т. 1996. 270 с.
14. Овчинников Ю.М. Оториноларингология для медицинских вузов. М. Медицина. 1997. 296 с.
15. Оториноларингология: национальная руководство. /Под редакцией В.Т. Пальчун. М. ГЭОТАР - Медиа 2008. 960 с.
16. Пальчун В.Т. Крюков А.И. Оториноларингология. М. Литера. Москва. 1997. 512 с.
17. Пальчун В.Т. Магамедов М.М. Лучихин Л.А. Оториноларингология. Москва. Медицина. 2002. 464 с.

18. Сергеев М.М. Ланцов А.А. Воронкин В.Ф. Руководство по поликлинической оториноларингологии. Санкт-Петербург. 1999. 256 с.
19. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. М. 1990.
20. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М. Медицина. 1996. 608 с.
21. Стратиева О.В. Клиническая анатомия уха “Спец Лит” 2004. 271 с.
22. Фейгин Г.А. Ненаева М.Т. Основы клинической фармакологии для оториноларинголога. Фрунзе: Илим. 1985. 296 с.
23. Французов Б.Л., Французова С.Б., Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа. Киев. 1988.
24. Хасанов С.А. Вохидов Н.Х. Юкори нафас йуллари касалликлари. Т. 2009.
25. Хасанов С.А. Вахидов Н.Х. Кулок, бурун, халкум ва хикилдок касалликлари. Тошкент. 2011. 210 с
26. Шадиёв Х.Д. Хлистов В.Ю. Хлистов Ю.А. Практическая оториноларингология. М. Медицина. 2002.
27. Шевригин Б.В. “Детская оториноларингология”. М. Медицина. 1996. 608 с.
28. Шустер М.А., Калина В.О., Неотложная помощь в оториноларингологии. М. «Медицина». 1988. 304 с.
29. Hirshorn M.S., Meklenburg D.J., Dowell R., Clfrk G/ M/ Clinical results for the nucleus 22 channel cochlea implant// International congress of audiology, 18: Abstracts. – Prague 1986 –P 89. Ўқув қўлланма.
30. Hinorjiosa R., Marion M. Otosclerosis and sensory – neural hearing loss: a histopathological study // Amer.J. Otol -1987. Vol.8 – P 296-307. Ўқув қўлланма.
31. Lasers in Facial Aesthetic and Reconstructive surgery. Brian S. Biesman M.D. 1999. Ўқув қўлланма.
32. Virn H J.E. Winter, Manual of minor Oral Sbrgery. L edition, 1 printing 1995. Ўқув қўлланма.