

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТИББИЙ ТАЪЛИМ РИВОЖЛАНИТИРИШ МАРКАЗИ

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Қобил Қосимович Қосимов, Зафар Комилович Норбоев, Хаётбек Қобулов
Касимов,

Билим соҳаси – Ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш -500000

Таълим соҳаси - Соғлиқни сақлаш – 510000

«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

фанидан

«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР»

ўқув қўлланмаси

Даволаш иши – 5510100
Касбий таълим – 5111000
таълим йўналишлари учун

Андижон 2015 йил

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТИББИЙ ТАЪЛИМ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

ЎзР ССВ Фан ва ўқув юртлари

Бош бошқармаси бошлиғи

_____ проф.О.С.Исмоилов

_____ йил «__» _____

№__ - баённома

«КЕЛИШИЛДИ»

ЎзР ССВ Тиббий таълимни

ривожлантириш маркази

директори М.Х.Алимова

_____ йил «__» _____

№__ - баённома

«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР»

тиббиёт олий ўқув юртлари 5-6-курс талабалари учун ўқув қўлланма

Андижон 2015 йил

Тузувчи (лар):

Қ.Қ.Қосимов – Андижон Давлат тиббиёт институти оториноларингология, офтальмология кафедраси профессори
З.К.Норбоев – Андижон Давлат тиббиёт институти оториноларингология, офтальмология кафедраси доценти, т.ф.н.
Х.Қ.Қосимов- Андижон Давлат тиббиёт институти оториноларингология, офтальмология кафедраси ассистенти

Такризчилар:

С.С.Орипов – Тошкент Тошкент Врачлар малакаси ошириш институти оториноларингология кафедраси профессори
А.Ф.Икромов – Андижон Давлат тиббиёт институти оториноларингология, офтальмология кафедраси мудир, профессор

Ўқув қўлланма ЛОР касалликлари бўйича Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим Вазирлигининг Мувофиқлаштириш кенгашида кўриб чиқилиб, тасдиқланган - 2008 йилда нашр этилган намунавий дастурлар (5520100-даволаш иши ва 5520200-педиатрия иши таълим йуналишлари) асосида ишлаб чиқилган.

Ўқув қўлланма Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2015 йил 2 февралдаги 32 сонли буйруғига асосан 5520100-даволаш иши ва 5520200-педиатрия иши таълим йуналишларининг талабалари учун нашр қилишга рухсат берилди.

Рўйхатга олиш рақами

32-205

МУНДАРИЖА:

КИРИШ СЎЗИ	1 бет
Беморни текшириш учун оториноларинголог хонасидаги керакли асбоблар рўйхати	5 бет
БУРУН, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА БАЖАРИЛИШИ ЛОЗИМ БЎЛГАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР	6 бет
Бурун бўшлиғини эндоскопик текшириш	15 бет
Бурунга олдинги ва орқанги тампон қўйиш	34 бет
Бурундан ёт жисмлар олиш	51 бет
ХАЛҚУМДА ЎТКАЗИЛАДИГАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР	52 бет
Халқумни текшириш усуллари	59 бет
Халқумдан ёт жисмларни олиш	64 бет
Аденотомия	75 бет
Тонзиллотомия	79 бет
ХИҚИЛДОҚДА ЎТКАЗИЛАДИГАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР	94 бет
Хиқилдоқни текшириш усуллари	99 бет
Трахеотомия	107 бет
ЭШИТИШ ВА МУВОЗАНАТ АНАЛИЗАТОРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ	125 бет
Эшитув анализаторини текшириш усуллари	131 бет
Мувозанат анализаторини текшириш усуллари	148 бет
Қулоқни рентгенологик текшириш	155 бет

СОДЕРЖАНИЕ:

ВВЕДЕНИЯ	1 стр.
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ	3 стр.
Оснащение ЛОР кабинета	5 стр.
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА	6 стр.
Эндоскопический метод исследования носа	12 стр.
Передняя и задняя тампонада	34 стр.
Удаление инородных тел из носа	51 стр.
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ГЛОТКИ	52 стр.
Методы исследования глотки	59 стр.
Удаление инородных тел с глотки	64 стр.
Аденотомия	75 стр.
Тонзиллотомия	79 стр.
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ГОРТАНИ	94 стр.
Методы исследование гортани	99 стр.
Трахеотомия	107 стр.
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХОВОГО И ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА	125 стр.
Исследование слухового анализатора	135 стр.
Исследование вестибулярного анализатора	148 стр.
Рентгенологическое исследование уха	155 стр.

CONTENT:

INTRODUCTIONS	1 page
METHODS of RESEARCH LOR ORGANS	3 pages
An equipment of LOR of cabinet	5 pages
METHODS OF RESEARCH OF NOSE AND ADDITIONAL BOSOMS of NOSE	6 pages
An endoscopic method of research of nose	12 pages
Front and back тампонада	34 pages
Moving away of foreign bodies from the nose	51 page
PRACTICAL SKILLS of GULLET	52 pages
Methods of research of gullet	59 pages
Moving away of foreign bodies from a gullet	64 pages
An adenotomy	75 pages
Tonzillectomy	79 pages
PRACTICAL SKILLS of LARYNX	94 pages
Methods research of larynx	99 pages
Tracheotomy	107 pages
METHODS RESEARCH OF AUDITORY AND VESTIBULAR ANALYZER	125 pages
Research of auditory analyzer	135 pages
Research of vestibular analyzer	148 pages
Roentgenologic research of ear	155 pages

КИРИШ СЎЗИ

Юртбошимиз, мухтарам 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 амалда ижро этиш учун, ҳар соҳада ўз вақтида ҳозирги замон талабига жавоб берадиган ўқув қўлланмалари ва дарсликларини яратишимиз зарур.

Мухтарам президентимиз И.А. Каримов Ватанимизни ўтган 22 йиллик мустақил тарақиёти давомида эришадиган 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 кучайтириш бўйича бажарган ишларимиз ҳақида алоҳида тўхталиб ўтди.

Туғруқ ёшидаги 7 миллион аёл ҳамда 7 миллион 300 минг нафар бола тиббий кўрикдан ўтказилди, 195 минг нафар ёлғиз қариялар, ногирон ва пенсионерларга малакали тиббий ёрдам кўрсатилди.

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

топширилди. Жумладан, Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида янги даволаш корпуси ва диагностика бўлими, болалар касалликлари санаторийси барпо этилди. Қашқадарё вилоятининг Чирокчи туманида тиббиёт бирлашмаси, Сурхондарё вилоятида кўп тармоқли болалар ва катталар тиббиёт марказлари, Фарғона вилоятининг Ўзбекистон ва Қўштепа туманлари тиббиёт бирлашмалари ва бошқа ўнлаб касалхоналар тубдан реконструкция қилинди.

Шу билан бирга, Тошкент шаҳридаги Педиатрия тиббиёт институти клиникасида ҳамда Республика педиатрия ихтисослашган илмий-амалий тиббиёт марказида янги жарроҳлик корпуслари ишга туширилди.

Биргина 2013 йилнинг ўзида Республика ихтисослашган хирургия марказининг кардиохирургия мажмуаси ва бошқа шундай шифохоналарда юрак-қон томир касалликларига чалинган 4 мингдан зиёд бемор дардига даво топди.

Наманган ва Урганч шаҳарларида эса юрак клапанларини алмаштириш, туғма ва орттирилган юрак касалликларини операция қилиш, электр кардиостимулятор имплантацияси, эхокардиография каби даволашнинг янги усуллари йўлга қўйилди. Нукус, Қарши, Фарғона, Самарқанд, Бухоро, Жиззах шаҳарларида эса юрак ҳолатини узлуксиз монитор қилиб бориш амалиёти кенг ўтказилмоқда.

Шунингдек, Урганч, Нукус, Андижон, Самарқанд шаҳарларида лазер нури ва ультратовуш ёрдамида турли кўз касалликларини компьютер технологиялари асосида диагностика қилиш ва даволаш ишлари амалга оширилмоқда.

Шу фурсатдан фойдаланиб, амалда татбиқ этилаётган диагностика ва даволашнинг мутлақо янги усул ва услубларини, энг замонавий технология ва техникани ҳаётимизга жорий этаётган, беморларимизни даволашда юксак маҳорат ва жонбозлик намоиш этаётган шифокорларимизга барча-барчамизнинг номимиздан миннатдорлик билдиришни ҳам қарз, ҳам фарз, деб биламан, деб ўз сўзини якунлади мухтарм юртбошимиз.

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 яратишимиш 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. Хозирги кунгача республикаимизни тиббиёт институтларини 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) томонидан «Болалар оториноларингологияси» 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 назириялар 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 оториноларингологиядан амалий кўникмалар қўлланмасини ёзилиб нашр этишга қандай зарурият туғилди?

Биринчидан оториноларингологиядан бундай амалий кўникма давлат тилида чоп этилганлигига 10 йилдан ортиқ вақт ўтганлиги.

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

Учинчидан охириги йилларда ЛОР аъзоларини баъзи бир касалликларини сабабларини аниқлашда, клиник кечишини ўрганишда, тасхишлашда замонавий асбоб-анжомлар қўлланилаётганлиги ва даволаш масалаларида бир қанча янги дори моддаларини амалиётга татдиқ қилинганлиги. Бундай ўзгаришлар Менъер касаллиги, отосклероз, экссудатли ўрта отит, сурункали тонзиллит, ўткир ларинготрахеитни даволаш, ЛОР аъзоларда 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 аъзолари 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 аъзоларини физиологияси масаласи бўлимига замонавий фан янгиликлари натижаларини киритиш билан бойитилди.

Олтинчидан китобда келитирилган расм ва суратларни асосий қисмини муалифлар томонидан иш фаолиятида кузатишлари 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 аъзоларига берган асоратлари хақида маълумотлар китобни алохида бўлимида берилган.

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

Ўнинчидан амалий кўникмада ўқувчиларга нафақат тиббий билим беришга ҳаракат қилинди, балки уларга тиббий маданият хақида ҳам тушунтириш беришга ҳаракат қилинди.

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

Юқорида келтирилган маълумотларга асосланган ҳолда ушбу ўқув қўлланмани ёзиб ўқувчилар эътиборига тақдим 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.

ГЛОССАРИЙ

Олдинги риноскопия - бурун ичини кўриш учун махсус бурунни ойнаси орқали бурунни кириш қисмини кенгайтириш.

Ўрта риноскопия - текширилувчини боши бироз орқага кўтарилиб, бурун кенгайтиргич анча ичкарига киритилиб текшириш, ўрта бурун чиғаноғи, ўрта ва умумий бурун йўллари ва хид билиш майдони ҳолати, бу жойлардаги ажралмалар, турли ўзгаришларга эътибор қаратилади.

Орқа риноскопия - текширишни амалга ошириш учун шпатель ва бурун-халқум ойнаси ишлатиш ва бурун халқум ҳолатига баҳо берилади.

Ринологияда МРТ текшириш - бошқа турдаги текширишлардан фарқи, бурун ёндош бўшлиқларидаги ўзгаришларни, ўсма ёки оддий яллиғланиш эканлиги аниқланилади. Резонасли томография юмшоқ тўқимларани ҳолати, суюқлик, ўсма ва оддий яллиғланиш жараёнини кескин ажрататиб бериш хусусиятига эга.

Диафаноскопия усули - асосан юқори жағ ва пешона суяги бўшлиқларини суяк ва юмшоқ тўқималарини ёруғлик ўтказиш фаолиятини текшириш. Бўшлиқлар орқали ўтаётган ёруғликни ҳолатига қараб бўшлиқлардаги ўзгаришларга баҳо бериш.

Синоскопия - бурун ёндош бўшлиқларини қўшимча эндоскопик текшириш усули.

Бурун бўшлиғини нафас олиш фаолиятини текшириш - тахиметрик, фонометрик (товуш), прессометрик, волюмометрик, резистометрик усуллари мавжуд.

Коттла тести - беморни яноғини юмшоқ тўқимасидан ушлаб медиал девордан чеккага суриш. Агар нафас олиш яхшиланса бу тест ижобий ва нафас олиш фаолияти кириш қисмида бузилганлигидан далолат берилади.

Бурунни хид билиш фаолиятини текшириш - хид билишни сифатини (одориметрия) аниқлаш.

Бурун бўшлиғи шиллиқ қаватини калорифер фаолияти - бурун орқали ўтаётган ҳаво оқими шиллиқ қаватларга тегиб ўтиши ҳисобига тегишли даражада иссийди ва пастки нафас йўлларида давом этади.

Шиллиқ қаватни ажратиш (секретор) фаолиятини текшириш - мақсад шиллиқ ости безларини шилимшиқ ишлаб чиқариш фаолиятини даражасини аниқлаш.

Цитологик текшириш - бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги яллиғланиш жараёнида, жавоб реакциясини ўрганиш.

Бурун бўшлиғини шиллиқ қаватини Рн миқдорини аниқлаш - текшириш натижасига асосланган ҳолда бурун шиллиқ қаватлардаги яллиғланиш ҳолатини ўрганиш.

Бурунга томчи дориларини қўллаш - кўп дори воситалари суюқ ҳолда томчи сифатида ишлатиш.

Электрокаустика (гальванокаустика) ўтказиш усули - электр каутер орқали катталашган бурун чиғаноқларини куйдириш.

Бурун чиганокларини криотаъсирлаш - крио аппарат орқали суюқ азот бурун чиганокларига таъсир этувчи усул.

Бурун бўшлиғини ювиш - бурундаги қуруқ қасмоқларни ва қўйиқ шилимшиқ ажралмалардан тозалаш.

Юқори жағ суяги бўшлиғи пункцияси - бу муолажа ташхисни тасдиқлаш ва даволаш мақсадларида қилинади.

Пешона суяги бўшлиғига зонд юбориш - муолажа ташхисни тасдиқлаш ва даволаш мақсадларида қилинади.

Трепанопункция - сурункали йирингли фронтитда, ўтказилган ярим жарохлик муолижаси.

Перетц усулида бурун ёндош бўшлиқларини ювиш - бу муолажа бурун ёндош бўшлиқларини бир вақтда яллиғланишини даволаш учун қўлланиладиган усул.

Бурун бўшлиғи медиал девори абсцеси - жарохатидан сўнг медиал девори шиллик остига қон қуйилиши ва йирингланиши.

Блюментал ва Гольдман белгиси - сурункали тонзиллитда жағ ости ва бўйин лимфатик тугунлар катталашаши, зичлашуви ва оғриши.

Халқумнинг нутк вазифаси - хиқилдоқда ҳосил бўладиган, бирламчи, аммо тўлиқ шакилланмаган товушларни резонанс қилиш.

Халқумнинг химоя вазифаси - унга ёт жисмлар тушганда ёки кучли кимёвий моддалар ва термик таъсир этганда халқум мускуллари рефлектор равишда қисқариши, юзасини торайиши.

Мезофарингоскопия - оғизни кириш қисми кўздан кечириш, лабларни ҳолати, тишлар, милкларни ранги, лунжларда ўзгаришлар бор- йўқлиги, бодомча безлари ҳолатига эътибор қаратиш.

Халқумни пастки хиқилдоқ қисмини текшириш гипофарингоскопия - халқумни бу қисми хиқилдоқ ойнаси, ларингоскоп ёки директоскоп Ундриц ёрдамида текшириши.

Халқумдан суртма олиш - халқумдаги турли яллиғланишларга ташхиси қўйиш, микрофлорани таркибини аниқлаш ва уларни дори моддаларга сезувчанлигини белгилаш учун амалга оширилади.

Горнер синдроми - эн офтальм, кўз ёриғини ва қорачиғини торайиши.

Паратонзилляр абсцессни ёриш - бодомча безини ўткир яллиғланиши ва йирингли жараёни паратонзилляр сохага тўпланган, йирингни ёриб чиқариш

Бўйинга спиртли компресс қўйиш - компрес қўйилганда тўқималарда маҳаллий қон айланиши яхшиланиши.

Халқум орқа деворига дори моддалларини суртиш - Люголь эритмаси ёки турли ёғлар (ўрик, шафтоли, наматак ва облепиха мойлари) суртиш.

Аденотомия бурун - халқум безини катталашувида олиб ташлаш.

Бодомча безлари гипертрофиясида тонзиллотомия жаррохлиги - бодомча безларини катталашган қисмини кесиб олиш.

Халқум, хиқилдоқ ва қизилўнгачни куйишлари (термик ёки кимёвий) - термик куйишларда асосан қайноқ сув, чой ва овқатлар ичилганда, кимёвий куйишлар эса ишқорлар ва кислоталар таъсирида узгаришлар бўлиши.

Қизилўнгачга буж киритиш - бу муолажа қизилўнгачни даволаш ва ташхис қўйишда ишлатилади.

Халқум компьютер томографияси (КТ) - халқумни юмшоқ ва суяк тўқималарини тузилишини, улардаги турли ўзгаришлар аниқлаш.

Халқумни ЯМР текшириш - халқумни юмшоқ, суяк тўқималари, суюқлик сатхини ўрганиш.

Электрмиография - хиқилдоқ мушакларида кузатиладиган заифлик ва уларни сабабларини аниқлаш уларни биоэлектрик қуватларини ўрганишдир.

Ларингостробоскопия - овоз бойламларини фаолиятида кузатилган турли ўзгаришларини аниқлаш.

Бронхоскопия - нафас йўллари (хиқилдоқ, кекирдак ва бронхлар) ҳолатини, ундаги ўзгаришларни ва даволаш чораларини амалга ошириш учун бажарилади.

Пастки трахеобронхоскопия - муолижа трахетомия қилингандан сўнг кекирдакни пастки қисмини қўриш.

Интубация - нафас фаолиятини бузилишга олиб келувчи турли сабаблар, яллиғланиш, травмадан сўнг, хиқилдоқ ўсмаси каби ҳолатларда нафас фаолиятини махсус найча кекирдакка киритиб тиклаш.

Трахеотомия - хиқилдоқнинг турли хил касалликларида нафас фаолиятини кескин бузилиши, ўсма, шишларда шикастланишларида, нафас йўллари ўткир қисилишида, нафас йўлларига ёт жисмлар тушиб қолганда кекирдакни кесиб ҳаво ўтишини тиклаш.

Горчичник қўйиш - чалғитувчи даволаш муолижаси.

Ингаляция - нафас йўлларида даволаш мақсадида дори моддаларини махсус инголятор ёрдамида аэрозол ҳолида юбориш.

Жексон белгиси - кекирдакга ўрнашиб қолган ёт жисм нафас олишни маълум миқдорда ўзгартириши.

Ауфрехта белгиси - кекирдакка тушиб қолган ёт жисм ўзига ҳос равишда кекирдакни қисилишига олиб келиши.

Отоскопия - қулоқ сурпаси, ташқи эшитув йўли, ноғора парда, айрим ҳолларда (ноғора пардада тешик бўлса) эса ноғора бўшлиғини ҳолати нур ёрдамида текшириш.

Қуруқ тозалаш - махсус темир зонд учига пахта айланма ҳаракат қилиб ўралади ва қулоқ йирингдан тозаланади.

Ювиб тозалаш - Жане щприци ва илиқ фурациллин эритмасида фойдаланиб, ташқи эшитув йўлидаги ажралмани ювиб, тозаланади.

Отомикроскопия - ташқи эшитув йўли, ноғора пардаси ва ноғора бўшлиғини, ҳамда эшитув найини микроскоп орқали текшириш.

Политцер усули - эшитув найига бурун аорқали ҳаво юбориш.

Ринне синамаси — Rinne томонидан 1855 йили амалиётга киритилган текшириш усули, товуш тўлқинларини ҳаводан ва суякдан ўтишини бир-бирига солиштириш.

Вебер синамаси — Оториноларингология амалиётига синама сифатида Weber томонидан 1829 йили киритилган. Тебранаётган камертон (С-128) оёқчаси

бошни тепа қисмини ўртасига қўйилади, соғлом одамларда камертонни тебраниши бошни ўртасида ёки иккала кулоқда бир хил эшитиш (+ W +).

Швабах синамаси - товуш тўлқинларини суякдан ўтказувчанлигини текширишга асосланган синама. 1885 йили Schwabach томонидан ЛОР амалиётига махсус текшириш усули сифатида киритилган.

Желе синамаси - бу синама 1881 йили Gelee томонидан ташхис сифатида таклиф қилинган.

Федеричи синамаси - тебранаётган камертон оёқчаси навбатма - навбат кулоқ бўртмаси ва сўргичсион ўсимтага қўйиб эшитиш фаолиятини фарқларини аниқлаш.

Аудиометр - товушни электрик генератори ҳисобланада, ҳаво орқали ҳам, суяк орқали ҳам тоза товуш ўтказишни аниқлаш.

Товуш ўтказиш қисмини зарарланганлиги белгиси - эшитишни ҳаводан ўтказиши бўсағаси паст ва ўрта частотали диапазонларда ортиб кетиши.

Бўсаға усти тонал аудиометрия - айрим касалликларда, айниқса нейросенсор карликда оддий тонал аудиометрияда эшитиш фаолиятини ўрганиш.

ФУНГ (феномен ускорения нарастания громкости) - айрим касалликларда, айниқса нейросенсор карликда эшитиш фаолиятини пасайиши билан бирга юқори товушларга сезувчанликни ортиб кетиши.

Сўзлаш аудиометрияси - эшитиш анализаторини фаолиятини, текширувчи томонидан сўзлаш орқали текшириш.

Ауропупилляр рефлекс - жавоб реакциялар қаторига кўз қорачиғини кенгайиши, қовоқни юмилиши (**ауропальпебрал рефлекс**).

Отоакустик имендансометрия - текширишни бу турида ўрта кулоқдаги ялиғланишларни (йирингли ўрта отит, отосклероз, адгезив ўрта отит) бир биридан фарқлашга ва УП, УШ бош мия жуфт нервларини фаолиятини аниқлаш.

Тимпонометрия - бу товуш ўтказув тизимидаги акустик қаршиликларини қайд қилиш.

Тўғри чизик ва ёнбошга юриш синамаси - текширилувчи кўзи юмилган ҳолда тўғри чизик бўйлаб беш қадам олдинга ва беш қадам орқага юриши. Мувозанат анализатори касалланган бўлса, бундай тўғри ҳаракатни бажара олмай йиқилади (агар ички кулоқни фаолияти бузилган бемор бўлса, нистагмга қарши томонга йиқилади, мияча касалланган бўлса касалланган томонга йиқилади).

Барани бўйича кўрсатиш синамаси - текширилувчи кўзи юмилган ҳолатда галма-гал иккала қўлини кўрсатгич бармоғи билан ўзини бурнини учига теккизиши. Мувозанат анализатори касалланган бемор буни тўғри бажара олмайди.

Спонтан нистагмни аниқлаш – вестибуляр аъзони ҳолатини ўрганишда кўз олмасини спонтан ҳаракатларини аниқлаш.

Калорик синама - иссиқ (45С) ва совуқ (19С) сув билан мувозанат анализаторини фаолиятини текшириш.

Айланма синама – Барани креслоси ёрдамида мувозанат анализаторини фаолиятини текшириш.

Пневматик синама – ташқи эшитув йўлидаги босимни ўзгартириш орқали мувозанат анализаторини текшириш.

Вегетатив реакция - отолит аппаратни текшириш вақтида соматик реакциядан ташқари текширилувчиларда вегетатив реакцияларини кузатилиши.

Шюллер усули - бунда сўрғичсимон ўсимтани суяк катакчалари ҳолати тўлиқ кўриниши.

Майер усули - ўрта қулоқда сурункали яллиғланиш натижасида ноғора бўшлиғи, антрум ва унга кириш қисмида суякдаги ўзгаришларни аниқлаш.

Стенверсон усули - чакка суягини пирамида қисми жарохатини ёки эшитув нервини нервиномасини аниқлашда, пирамида қисмини кўндаланг рентгенограмма қилиш.

ЛОР АЪЗОЛАРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Қулоқ, томоқ ва бурун аъзоларини текшириш аввал иш жойини ташкил қилишдан бошланиш зарур. Иш жойи алоҳида боғлов хонасидан иборат бўлиб, бу хонада асбоблар учун алоҳида стол, стерил боғлов материаллари учун стол, нур манбаси, пешона рефлектори, стерил боғлов материаллари бўлади. Текширишни текширувчи билан текширилувчи бир-бирига қарама-қарши ўтириши орқали амалга оширилади.



Расм 1.ЛОР аъзоларни текширишда бемор ва врачни ҳолати.

Враччи оёқлари ичкарида, текширилувчини эса ташқарида бўлади (расм 1). Нур манбаси текширилувчини ўнг қулоғи соҳасида, қулоқ сурпасидан 15-20 см. узоқликда бўлиши керак (Расм 2).



Расм 2.Текширилувчига нисбатан нур манъбасини ўрни

Пешона ойнаси бошга тасмаси орқали бириктирилади, ойна чап томонда, тешиги эса чап кўз соҳасида бўлади (расм 3.).



Расм 3. Пешона ойнасини тақиш ҳолати

Пешона ойнаси текширилувчидан 25-30 см. узоқликда туради (рефлекторни фокус масофаси).

Пешона ойнасини ҳаракатга келтириб, нур манбасидан тушаётган нурни тўплаб текширилувчини бурнига йўналтирилади, сўнгра ўнг кўзни юмиб, чап кўз билан ойна тешиги орқали нур тушган аъзони кўрилади, кейин ўнг кўзни очиб иккала кўз билан текшириш олиб борилади.

Текшириш учун керакли асбоблар ва стол текширилувчини ўнг томонида жойлашади.

БЕМОРНИ ТЕКШИРИШ УЧУН ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ ХОНАСИДАГИ КЕРАКЛИ АСБОБЛАР РЎЙХАТИ

Шпател металдан (бир маротаба ишлатадиган ёғоч шпател)	20 дона
Қулоқ воронкаси (турли хажмда 3-8 мм.)	15 дона
Бурун ойнаси (ҳажми 5-8 мм.)	15
Ҳиқилдоқ ойнаси (диаметри 10-25 мм.)	6
Муолажа учун учлари пармасимон метал зондлар	20
Халқум ва ҳиқилдоқ учун махсус ёйсимон зондлар	5
Зигел воронкаси тўлиқ йиғмаси билан	1 йиғма
Учи тўмтоқ Воячек зонди	5
Эшитув найига ҳаво юбориш учун Политцер балони	2
Гартман канюласи	2
Ҳиқилдоқ муолажаси учун махсус шприци	2
Бодомча безларини ювиш учун шприц йиғмаси	5
Қулоқ пинцети (эгри)	5
Бурун пинцети (найзасимон)	5
Анатомик вқ жаррохлик пинцетлари	3
Қулоқ микроқискичлари	1
Скалпел	5
Гаймор бўшлиғи пункцияси учун махсус игналар	3
Фронтал бўшлиғи учун (Риттер) зонд	1

Дори кукунларини сепиш учун инсуффулятор	1
Камертонлар йиғмасы	1
Суюқ дориларни сепиш учун инсуффулятор	1
Бурундан қон кетишини тўхтатиш учун олдинги ва орқанги тампонлар	2 та йиғма
Стерил тампонлар, турундалар ва салфеткалар	2 та йиғма
Дори моддалари йиғмалари , қон томир торайтиручи, қулоқ, томчилари, йод, спирт проторгол 3%, водород перекиси 3%	
Уй шароитида беморни кўриш учун махсус отоскоп, офталмаскоп йиғмасы	1 йиғма
ЛОР аъзоларни кўриш учун махсус эндоскоп йиғмасы	1
Аудиометр	1

БУРУН, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА БАЖАРИЛИШИ ЛОЗИМ БЎЛГАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР

Бурун юқори нафас йўллариининг бошланғич қисми ҳисобланади, фаолияти нафақат нафас олиш ва хид билишдан иборат, балким инсонни юз тузилишини шакиллантиришда ҳам муҳим ўринни эгаллайдиган аъзодир. 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 ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш уларни ташқи тузилишини **кўздан кечириш ва пайпаслашдан** бошланади.

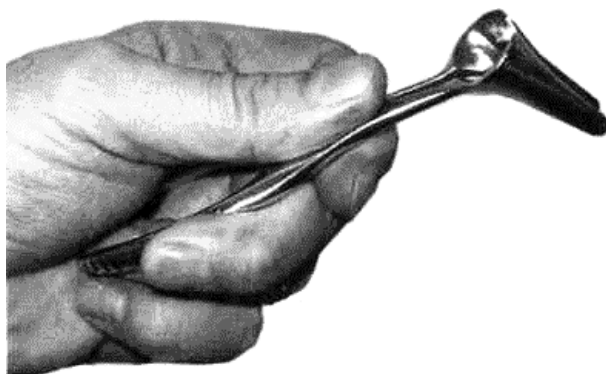
Ташқи тузилишини кўришда бурунни ҳолатига, терисида кўзга ташланадиган нуқсонларга, ташқи бурундаги турли қийшиқликлар, ўсмалар ва шишларни бор йўқлигига эътибор қаратилади. Пайпаслаб кўришда ташқи бурун, бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида оғриқ, ўсимта бор-йўқлиги ҳамда суякларни бутунлиги ҳолати аниқланади



Расм 4.Юқори жағ суяги бўшлиғи соҳасини пайпаслаб кўриш

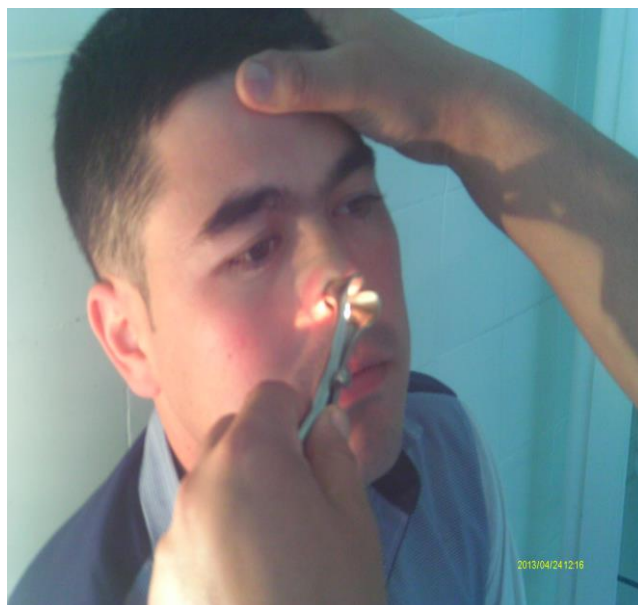
Ташқи текширишлар тугагандан сўнг бурунни риноскопия қилиб кўрилади, бунда олдинги, ўрта ва орқанги риноскопиялар амалга оширилади. Бурунни кириш қисмини бурун учини кўтариб кўриш орқали, бу жойни кенг ёки торлиги, терисини ҳолатига эътибор берилади.

Олдинги риноскопия: Бурун ичини кўриш учун махсус бурунни кенгайтирувчи (бурун ойнаси) қўланилади, бу кенгайтиргичлар текширилувчини ёшига, бурнини кириш қисмини кенг ёки торлигига қараб турли ҳажмларда бўлади.



Расм 5. Бурун кенгайтиргични чап кўл билан ушланган хола

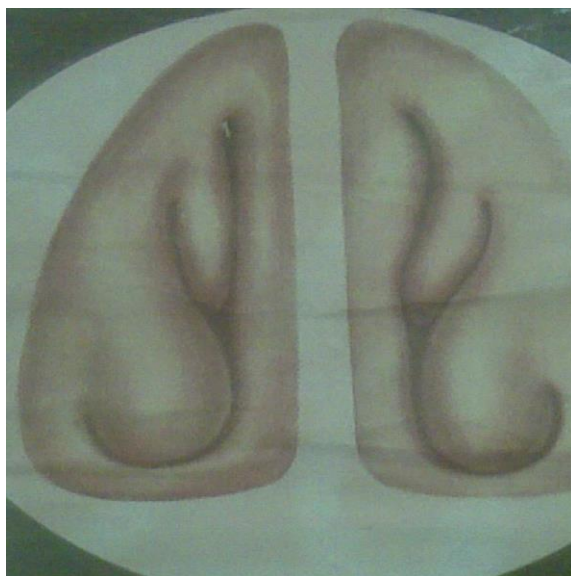
Текширилувчига мос келадиган бурун кенгайтиргич чап кўлда ушлаб, учлари берк холда бурунни кириш қисмига киритилади ва учлари енгил ҳаракат билан аста секин кенгайтирилади, муолажа текширилувчида ҳеч қандай ноҳушлик ва оғриқ чақирмаслик зарур, кўлни билак соҳаси пастга туширилган холда туради, ўнг кўлни эса текширилувчини пешона соҳасига қўйиб, бошни муолажа ўтказишга ўнғай ҳолатга келтириб олади. Текширишда бурунни кириш қисми, шиллик қаватлари ҳолати, ранги ва намлигига эътибор қаратилади. Бурун туби ҳамда пастки бурун чиғаноқларини тузилишга, бурун йўллари ҳолатига, ажралма миқдорига эътибор қаратилади. Бурунни медиал деворидаги Киссельбах зонаси кўрилади. Одатда бурун шиллик қаватлари пушти рангда, намланган, ва ялтироқ бўлади. Пастки бурун чиғаноғи катталашмаган медиал девор билан ораси очик масофада бўлади. Текшириш тугалашда, бурунни кириш қисмидаги тукларни қисиб узиб олмаслик учун, бурун кенгайтиргич ярим ёпиқ холда бурундан чиқарилади.



Расм 6. Олдинги риноскопия муолажаси

Ўрта риноскопияда текширилувчини боши бироз орқага кўтарилиб бурун кенгайтиргич анча ичкарига киритилиб текширилади, натижада олдинги

риноскопияга қўшимча, яна ўрта бурун чиғаноғи, ўрта ва умумий бурун йўллари ва хид билиш майдони ҳолати, бу жойлардаги ажралмалар, турли ўзгаришларга эътибор қаратилади. Агар оддий бурун кенгайтиргич билан кўришни иложи бўлмаса Клиан бурун кенгайтиргич ишлатилади. Бурун йўлларида патологик ажралма бўлса тўлиқ тозалангандан сўнг кўриш зарур, агар бурун чиғаноқлари шишган бўлса аввал қон томир торайтирувчи дорилар суртилгандан сўнг бурун йўллари кенгайтирилади ва кўриш анча осонлашади.



Расм 7. Бурун чиғаноқларини нормал риноскопик кўриниши

Орқа риноскопия Текширишдан мақсад, бурун ҳалқумни кўриши қийин бўлган қисми ҳисобланади, бошқа ўтказилган текширишлар бу аъзони ҳолатига етарли баҳо берамайди, шунинг учун ҳам муолажани тўлиқ ва аниқ бажариш шарт. Барча ЛОР врачлар ҳам бу муолажани амалга оширини удайолмайди. Текширишни амалга ошириш учун шпател ва бурун-ҳалқум ойнаси ишлатилади. Муолажа вақтида текширилувчида рефлексор қайт қилиш кузатилмасликни олдини олиш мақсадида ҳалқумга 1-2% дикаин ёки 10% лидокаин эритмаси суртилади. Текширишда бурун-ҳалқумни шиллиқ қаватлари ҳолати, димоғ ва най безларини тузилиши, эшитув найини тешикларини, бурун чиғаноқларини орқа қисимларига эътибор қаратилади. Учала бурун чиғаноқларини орқа қисмлар, бурун йўллари кўринади ва чиғаноқларни орқа қисимлари димоғдан бурун ҳалқумга чиқмасдан жойлашган, орқа юқори деворда эса 111 димоғ (аденоид) беши жойлашган. Одатда без катта бўлмаган ҳолда бурун ҳалқумни тўртдан бир қисмини эгаллайди. Эшитув найини тешиклари икки томондан пастки бурун чиғаноғи сатҳида бўлади. Бу тешикларни кириш қисмида ёки Розне-Мюллер чуқурчасида 5 ва 6 чи най безлари жойлашган. Безлар эшитув найини кириш қисми эгаламайди.

Айрим ҳолларда бурун ҳалқумни тўлиқ кўриш учун, бурун орқали ўтказилган резинали зонд ёрдамида юмшоқ танглайни кўтариб амалга оширилади.

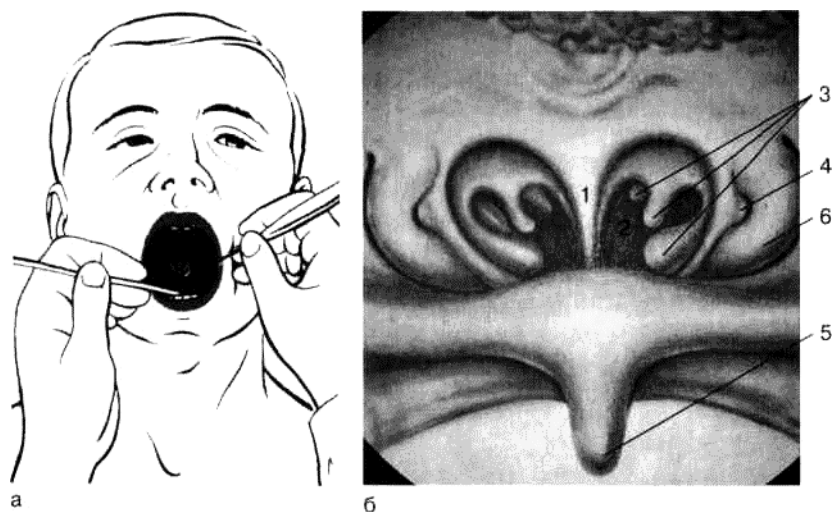


Расм 8. Орқа риноскопия муолажаси (тасвир)



Расм 9 .Орқа риноскопия муолажаси

Бурун бўшлиғини орқа томонларини, бурун-халқумни ҳамда бурун йўлларини тўлиқ кўриш учун hozirга пайтларда микроскопик ва эндоскопик текшириш усуллари қўлланилмоқда.



Расм 10. Бурун-халқумни орқа риноскопиядаги кўриниши.
1.димог суяги, 2.хоана, 3.бурун чиганоқларини орқа қисмлари, 4.эшитув
найи тешиклари, 5.кичик тил.

Ўтказилган орқа риноскопия етарли даражада маълумот бермаган холда, бурун халқум кўрсатгич бармоқ билан пайпаслаб кўрилади. Бунинг учун бемор ўтирган холда, врач эса беморни ўнг томонида тик туради. Чап қўл билан бемор бошини кучоқлаб ушлайди ва чап қўлни кўрсатгич бармоғи ташқаридан пастки ва юқорги жағлар орасига лунж орқали босилади (муолижа вақтида бармоқни тишлаб олмаслик учун). Ўнг қўлни кўрсатгич бармоғи билан дархол юмшоқ танглай орқасиги кичик тил ёнидан киритилиб бурун халқумни тўлиқ пайпасланади.



Расм 11. Бурун-халқумни бармоқ билан текшириш

Бунда бурун чиғаноқларини орқа қисмлари, димоғ суяги, эшитув найлари тешиклари ва безларни ҳолатини аниқланади. Одатда пайпаслаш оғриқсиз бўлади ва муолажа 2-3 дақиқадан ошмаслиги зарур.

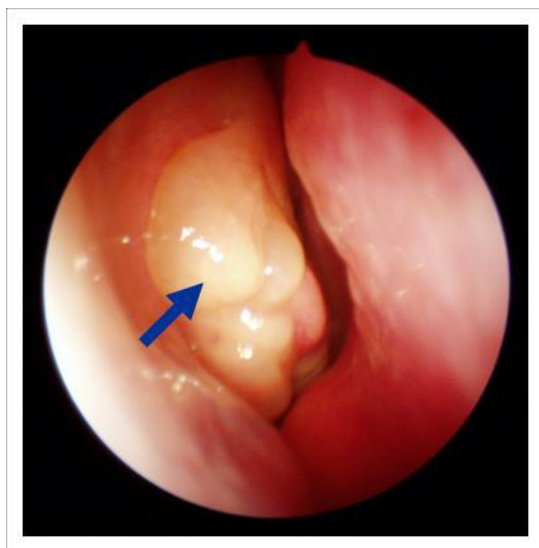
БУРУН БЎШЛИҒИНИ ЭНДОСКОПИК ТЕКШИРИШ

Бу усулни амалга ошириш учун махсус фирмалар “Karl Storz”, “Richard Wolf”, “Karl Zeiss” ва микроэндоскоплар “Olympus”, “Pentax” эндоскопларидан фойдаланилади. Эндоскопик текширишлар оддий риноскопиядан тўлиқ маълумот олинмаганда ёки бурундан узоқ муддат ноаниқ нафас олишни қийинлиги, хид билишни пасайиши, бурундан тез-тез қон кетиши, сабабсиз бош оғриқлари кузатилганда ўтказилади. Бундан ташқари бурундан сабаби ноаниқ бўлган мия суюқлигини оқишида (ликорея) эндоскопия ўтказиш муоммани ҳал қилишда ёрдам беради. Эндоскопик текшириш орқали бир йўла бурун ҳалқумни кўриши қийин бўлган жойларидан биопсия олиш имконияти бор.



Расм 12. Бурун бўшлиқларини эндоскопик текшириш усули

Муолажа бемор ўтирган ёки ётган ҳолда ўтказилади. Шиллиқ қаватларни оғриқсизлантириш учун 2% дикаин ёки 10 % лидокаин суртилади. Диаметри 4 мм. Бўлган зонд секин аста бурунни кириш қисмига киритилади, енгил ҳаракат қилиб ичкарига юритилади, бунда бурун шиллиқ қаватлари ҳолати, ранги, намлиги ҳолати, пастки бурун чиғаноғини ҳолати, пастки ва умумий бурун йўллари ҳолати, бу жойлардаги ажралмаларни миқдорига эътибор қаратилади. Бурун ҳалқумга ўтгандан сўнг безлар кўринишига ва ҳажмига, эшитув найларини тешиклари ҳолати, бурун чиғаноқларини орқа қисмлари кўрилади. Эндоскопик текширишд ғалвисимон катакчаларни катталашганлиги (bulla etmoidalis) ёки ўрта бурун чиғаноғини олдинги қисмини катталашганлиги (concha bullosa) аниқланади. Муолажани охириги босқичи бу хид билиш майдонини текширишдан иборат бўлади.

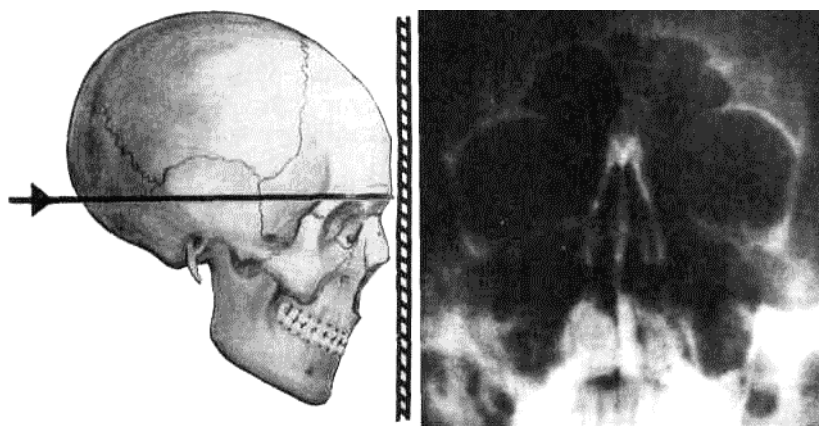


Расм 13. Бурун бўшлиғини эндоскопик кўриниши (бурунни пастки чиғаноғи катталашган)

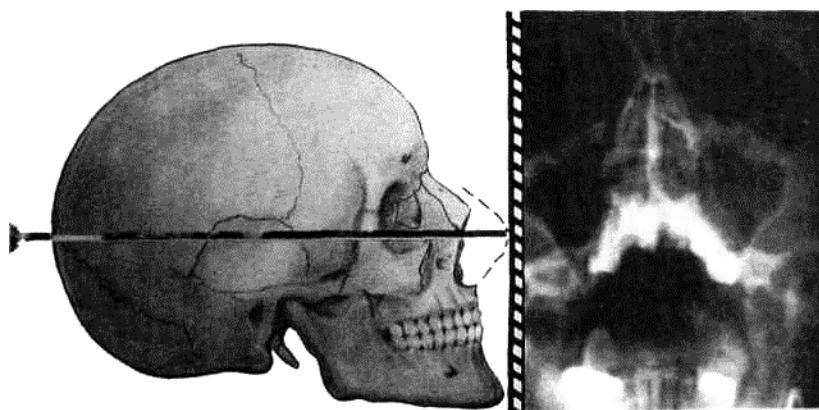
Эндоскопик сурагга олиш учун махсус фотоаппаратга уланган микроскоп ишлатилади. Бу усулни афзаллиги шундан иборатки оддий эндоскопия вақтида кўзга кўринмаган майда ўзгаришларни расмда тўлиқ аниқлаш мумкин. Бундан ташқари даволаш эндоскопик сураг жараёнини динамикада кузатиб бориш имкониятини беради. Олинган сурагларни ўқув жараёнида талабаларга номоиш этиш учун катта аҳамия касб этади.

Шиллиқ қаватлар ва бурун чиғаноқларини қўшимча текшириш усулларида бири учи тўмтоқ зондлар орқали босиб кўриш усули мавжуд. Бундай текширишда шиллиқ қаватлар, бурун чиғаноқларини каттиқ ёки юмшоқлиги, оғриқ бор йўқлиги ва бурун йўллари охиригача очиқлиги аниқланилади (бу текшириш усули асосан бурун йўллари туғма атрезиясини аниқлашда қўлланилади).

Ўтказилган субъектив ва объектив текширишларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ҳолатига тўлиқ баҳо бериш мақсадида ва тўғри даволаш чораларини тавсия қилишда рентгенологик текшириш катта аҳамият касб этади.



A



Б6

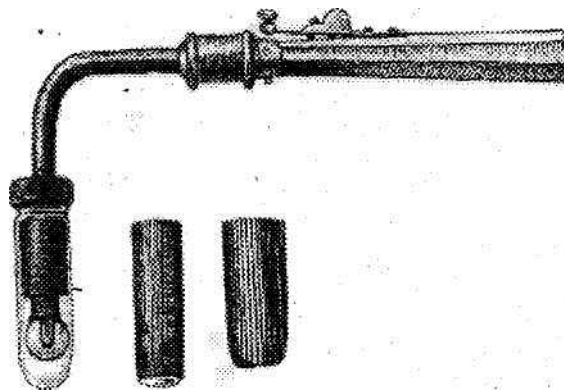
Расм 14. Бурун ёндош бўшлиқларини рентгенографиясида одатда кўп ишлатиладиган А-бурун-пешона ва Б-бурун жағ ҳолатида рентгенографияси.

ЛОР аъзоларини рентгенографик текшириш усуллари Лор аъзоларини текширишда ва ташхис қўйишда рентгенологик текшириш асосий усуллардан биридир. Хар бир аъзони текширишда ўзига хос ҳолатда амалга оширилади, агар текшириш кўрсатилган усулда қилинмаса рентгенологик суратлардан етарли даражада ахборот олиб бўлмайди. Бунинг учун ҳам рентгенолог ҳам оториноларинглог врач етрали даражада хар бир аъзони анатомик тузилиши тўғрисида маълумотга эга бўлиши шарт.

МРТ-ядерли магнитли

Ринологияда МРТ текшириш. Бошқа турдаги текширишлардан фарқи, бурун ёндош бўшлиқларидаги ўзгаришларни ўсма ёки оддий яллиғланиш эканлигини аниқлаб беради. Резонасли томграфия юмшоқ тўқималарини ҳолати, суюқлик, ўсма ва оддий яллиғланиш жараёнини кескин ажрататиб бериш хусусиятига эга. Бу муолижа ҳам 3 ёшгача бўлган болаларда қисқа мудатли уйқуда амалга оширилади. Бўшлиқда йиринг, киста ёки ўсма эканлигини фарқлайди. Яллиғланиш жараёнини чегараси, қўшни тўқималар билан бир-бирига киришганлик ҳолати тўлиқ кўринади. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги яллиғланиш жараёнини кўзга ва бош мияга қанчалик миқдорда тарқалганлиги ҳолати аниқ кўринади. Бурун халқумдаги ўсмалар МРТ текширишда аниқ чегараси билан кўрсатиб беради, айниқса бу ўсмаларни бош мияга тарқалганлиги ҳолати яққол намоён бўлади.

Диафаноскопия усулида асосан юқори жағ ва пешона суяги бўшлиқларини суяк ва юмшоқ тўқималарини ёруғлик ўтказиш фаолиятини текширилади, бўшлиқлар орқали ўтаётган ёруғликни ҳолатига қараб улар ҳақида маълумот олинади. Текшириш қоронғилаштирилган хонада амалга оширилади.



Расм 15. Диафоноскопни кўриниши

Бунда диафоноскопни чироғини ёндирилган холда оғизга кириталада, агарда бўшлиқларни бирортасида яллиғланиш жараёни кузатилса, ўша тарафда ёруғлик нуруни ўтишини пасайиши кузатилади, айрим холларда бўшлиқдаги суюқлик сатҳини, қалинлишган шиллиқ қаватни, ўсмалар хажми ҳам тўлиқ аниқлаш мумкин.

Синоскопия: бурун ёндош бўшлиқларини қўшимча текшириш усули ҳисобланади. Бошқа ўтказилган текширишларда етарли маълумот олинмаган холларда синускопия бажарилади. Бу муолажа қуйдаги холларда амалга оширилади

а) бўшлиқда клиник ўзгаришлар бор, аммо рентгенологик ўзгариш кузатилмаса

б) рентгенологик текширишда ўзгариш мавжуд, аммо клини белгилар йўқ холда

в) жаррохлик ўтказишдан аввал бўшлиқ ҳолатига баҳо бериш

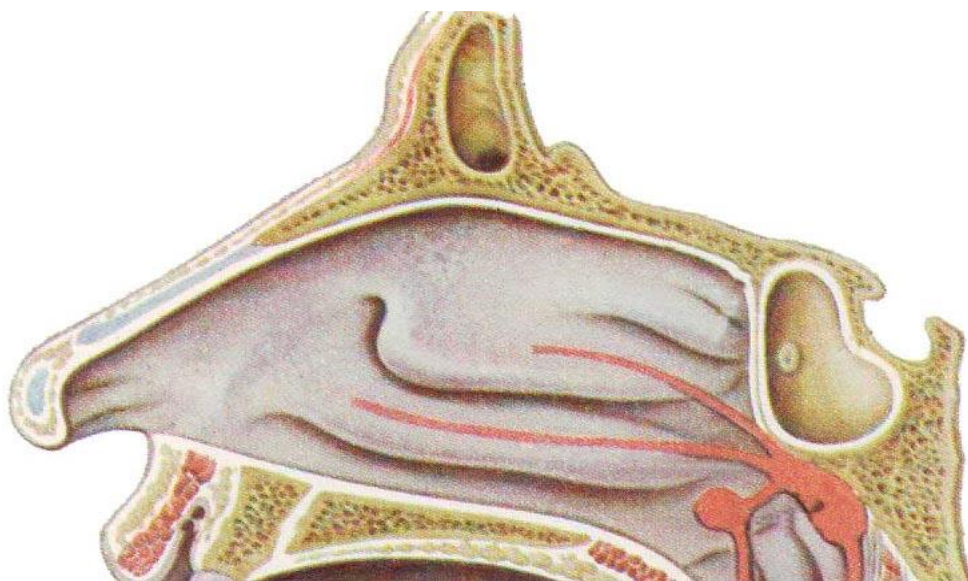
г) ташхис ва бўшлиқдан биопсия олиш мақсадида. Синоскопияга кўрсатма қуйидагилар: рентгенологик текширишлар, диафоноскопия натижаларидан сўнг аниқ ташхис қўйишни иложи бўлмаса, айрим холларда эса, бўшлиқдаги ўсмаларни даволагандан сўнгги қайта текшириш учун ва бошқа ноаниқ ҳолатларда ўтказилади. Бунинг учун махсус синусоскоп мавжуд, учиди ёруғлик маънбасидан ташқари оптик мослама ҳам бор.

Текшириш учун қулай ва мақсадга мувофиқ йўл олдинги девори, яъний fossa canina орқали амалга оширилади, бизнинг фикримизча бу кам қўлланиладиган усул, чунки муолажа, катта жароҳат талаб қилинади. Айрим муаллифлар синусоскопияни юқори жағ суяги бўшлиғини пункция қилгандек, пастки бурун йўлидан амалга оширмоқдалар.

Бурун ёндош бўшлиқларини ҳолати ҳақида тўлиқ маълумот олиш учун энг мукамал текшириш усулларида бири бу бўшлиқларни **пункция қилиш ёки зондлашдир**. Бўшлиқларни пункция 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 пункция 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.



Расм 16. Бурунни хид билиш ва нафас олиш йўллари.



БУРУН БЎШЛИҒИНИ НАФАС ОЛИШ ФАОЛИЯТИНИ ТЕКШИРИШ.

Бурунини асосий вазифаларидан бири ҳисобланади. Нафас олиш фаолиятини текширишни тахиметрик, фонетрик (товуш), прессометрик, волюмометрик, резистометрик усуллари мавжуд. 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.



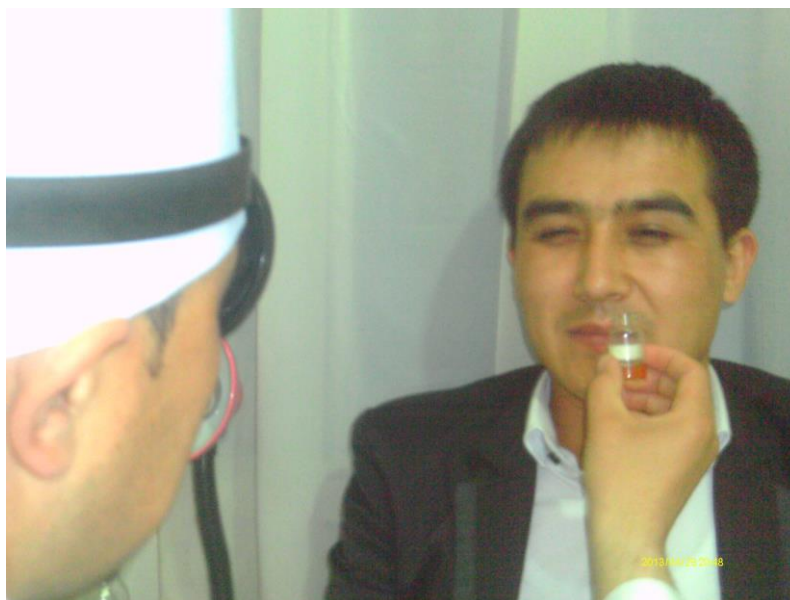
Расм 17.Бурунни нафас олиш фаолиятини текшириш (Воячек усули)

Бу усулни камчилиги нафас олиш фаолияти хақида тўлиқ маълумот бермайди. Нафас олиш фаолиятини текширишни қолган усулларида яна бири Н.Цвардемакер усули ҳисобланиб,бу усулни асосида бурундан чиқарилаётган ҳаво оқими ойна яқинлаштирилади, шу ойна юзасида бурундан чиқаётган ҳаво таъсирида бўғли доғ ҳосил бўлиш “нафас доғи” ҳажмига асосланиб нафас олиш фаолиятига баҳо берилади.

Нафас олиш фаолиятини текшириш учун юқорида келтирилган усуллардан ташқари турли асбоблар аэродрометр Цвардемакер, риноанемометр Ундриц, риноманометр Гольштей ва ринопневмометр Л.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 кириш қисмидаги нафас фаолиятини бузилишини аниқлаш учун **Коттла тести** мавжуд,уни моҳияти беморни яноғини юмшоқ тўқимасидан ушлаб медиал девордан чеккага сурилади,агар нафас олиш яхшиланса бу тест ижобий ва нафас олиш фаолияти кириш қисмида бузилганлигидан далолат берилади.

БУРУННИ ХИД БИЛИШ ФАОЛИЯТИНИ ТЕКШИРИШ.

Бу фаолиятни аниқлаш анча мураккаб ҳисобланади чунки бир вақтда ҳам хид билишни сифатини (одориметрия) ҳам хид билиш микдорини аниқланади. Хид билишни сифатини ўрганилганда хид тарқатувчи моддаларни билиш ва уларни бир-биридан ажратишдан иборат.



Расм 18. Бурунни хид билиш фаолиятини текшириш

Микдорини 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

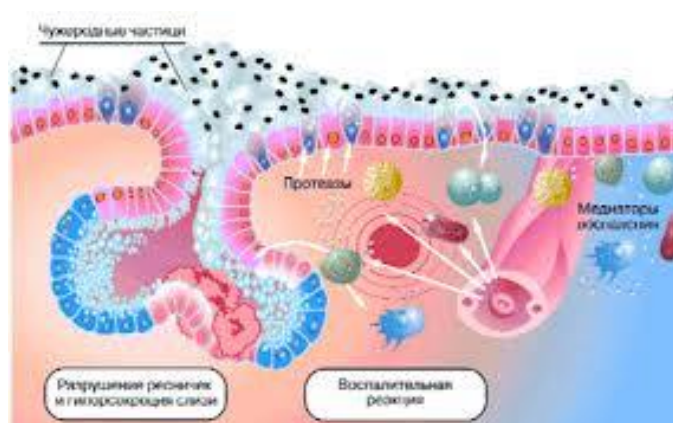
Биринчи гуруҳ моддалар *n. olfactorius*ни қитиклайди, иккинчи гуруҳ моддалар *n. olfactorius* ва *n. trigeminus* ни қитиклайди ва учинчи гуруҳ моддалар эса *n. olfactorus* ва *n. glosso-pharyngeus* ни қитиклайди. Хид билиш фаолиятини аниқлаш учун турли хидларга эга бўлган моддалар 0,5% сирка кислотаси (енгил хид), вино спирти (ўртача хид), валерианка эритмаси (ўткир хид), нашатир спирт (ўта ўткир хид) ишлатилади. Текшириш учун хид тарқатувчи моддалар бурунга 1 см яқин масофага келтирилиб, иккинчи бурун тешиги беркитилган холда хидлаш таклиф қилинади. Текшириш вақтида хақиқий маълумот олиш учун хид тарқатувчи моддани, текшириш ўтказилаётган мухитни харорати, тана хароратига яқин бўлиши шарт. Шундай усул билан бурунни иккинчи томони ҳам текширилади.

Хид билишни микдорини 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 микдоридан бошланиб, юқори даражада суюлтирилган микдорига қараб текширишни бошлайди. Хидни дастлабки аниқланган микдори теширилувчи учун хид билиш бўсағаси ҳисобланадин.

БУРУН ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИ ХИЛПИЛОВЧИ ЭПИТЕЛИЙСИНИ ТРАНСПОРТ (ХАРАКАТ) ФАОЛИЯТИНИ АНИҚЛАШ:

Текширишдан мақсад шиллиқ қаватини эпителийсини ҳаракат фаолиятини текширишдир. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини йирингли яллиғланишида, айниқса атрофик турларида шиллиқ қават эпителийсини транспорт ҳаракат фаолияти кескин пастлаб кетади.

Бунинг учун бурунни пастки чиғаноғини олдинги қисмига сепилган кўмир кукунини орқа қисмига, яъний бурун-халқумга етиб бориш учун кетган ҳаракат вақтини аниқлаш орқали амалга оширилади.



Расм 19. Бурун шиллиқ қаватини эпителийсини тузилиши

Пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмига бурун зонди орқали кўмир кукуни текизилади, текширилувчига одатдаги нафас олишни ва бурунни тозаламаслик таклиф этилади. Кўмир кукунини халқумни орқа деворида пайдо бўлгунча кетган вақт билан белгиланида. Одатда бу вақт 13,0-13,5 мин. ташкил этади. Хозирги кунда энг кўп ишлатиладиган бу Г.И.Маркова (1985 й.) усулидир, бунда крахмал агарга ўтин кўмир кукуни аралашмаси ишлатилади. Нормада 15 мин. Ташкил қилади, агар 30 мин. ташкил биринчи даражали бузилиш, 31-40 мин. Иккинчи даражали бузилиш, 45-50 мин. ташкил қилса учинчи даражали бузилиш дейилади. Транспорт фаолиятини кўрсатгичи асосан бурун бўшлиғидаги ажралмани миқдорига боғлиқдир. 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 ўтин кукуни), таклиф қилинган.

БУРУННИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИ СЎРИБ ОЛИШ ФАОЛИЯТИНИ АНИҚЛАШ:

Текширишдан мақсад бурун шиллиқ қаватларини турли яллиғланиш жараёнида шиллиқ қаватларни сўриш фаолияти сусайиб кетади, бу ҳолат яллиғланиш жараёнини узоқ чўзилишига олиб келади. Шунин учун ҳам даволаниш қандай самара бераётганлигини шу усул билан ҳам назорат қилинади.

Бундай. ўзгаришларни аниқлаш ва натижаларига асосланиб тегишли даволаш чораларитавсия қилинади. Бу фаолиятни аниқлаш учун 0,1% атропин эритмаси (Б.М.Сагалович 1967й.) шимдирилган докали пиликча 10 дақиқага пастки бурун чиғаноғига қўйилади ва хар 5 дақиқада томир уришни текшириб турилади. Сўрилганлик белгиси томир уришни ўзгаришини аниқлаш орқали амалга оширилади. Одатда бу кўрсаткич ўртача 35-40 мин.ташқил этади.

БУРУН БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИ КАЛОРИФЕР ФАОЛИЯТИ.

Текширишдан мақсад шиллиқ қаватлардаги яллиғланиш жараёнини даражасини ўрганишдан ва унга асосланиб даовлаш чораларин белгилашдан. Иборат.

Бурун орқали ўтаётган хаво оқими шиллиқ қаватларга тегиб ўтиши ҳисобига тегишли даражада иссийди ва пастки нафас йўлларида давом этади. Кираётган хаво оқимини харорати бурунни кириш қисмида 20 С бўлган холда, уни бурун-халқум қисмида 36 С га етади. Бурундаги атрофик жараёнларда калорифер фаолияти кескин пасаяди. Бурун шиллиқ қаватларини хароратини электр термометр орқали ўлчаш билан амалга оширилади.. Бунинг учун хароратни ўлчайдиган махсус электротермометр ТПЭМ-1 қўлланилади. Элетротермометрни кўрсаткичлари пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмига қўйилади. Соғлом одамларда бурун бўшлиғини харорати 34 – 34,5 С атрофида бўлади. Охирги вақтларда бу мақсадларда реография усули кенг қўлланилмоқда.

-

ШИЛЛИҚ ҚАВАТНИ АЖРАТИШ (СЕКРЕТОР) ФАОЛИЯТИ.

Текширишдан мақсад шиллиқ ости безларини шилимшиқ ишлаб чиқариш фаолиятини даражасини аниқлашдан иборатдир. Бурун бўшлиғидаги сурункали яллиғланиш жараёнида секретор фаолияти анча сусайган холда бўлади.

Ажратиш (секретор) фаолиятини аниқлаш учун бурун бўшлиғига 1 дақиқага докали пиликни киритилади ва шу вақт давомида сўрилган шилимшиқни микдорини ўлчаш орқали аниқланади. Докали пилик бурунга киритишдан аввал ва сўнгра тортилади. Бундан ташқари бурунни бу фаолиятини аниқлаш учун Ф.В.Семёнов томонидан махсус фильтр қоғозлари ишлатишни таклиф қилган.

ЦИТОЛОГИК ТЕКШИРИШ:

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги яллиғланиш жараёни қандай даражада давом этаётганлиги ва унга бўлган аъзоларни жавоб реакциясини ўрганилади. 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, Никифоров эритмасида 24 соат сақланаи ва Романовский-Гимза усулида бўялади, сўнгра микроскоп остида текширилади. Бундай текширишда эпителийларни ажралиш микдори, уларни дегенератив холати ва метаплазия холатлари, лейкоцитларни тўпланиш микдорларига қараб бурундаги ўзгаришларга баҳо берилади.

БУРУН БЎШЛИҒИНИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИ РН МИҚДОРИНИ АНИҚЛАШ.

Бурун бўшлиғи шиллиқ қаватларини РН миқдорини ўрганишдан мақсад, текшириш натижасига асосланган ҳолда шиллиқ қаватлардаги ва бурун бўшлиғидаги вазиятни ўрганиш, ҳамда даволаш чораларини белгилаш, дори воситаларини қандай турини қўллашни аниқлаб олинади.



Расм 20. Бурун бўшлиғини РН миқдорини лакмус қоғози орқали аниқлаш

Бунинг учун махсус ”Рифан” фирмаси лакмус қоғозини бурунни пастки бурун чиғаноғи соҳасига 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. Бурун тўсиғини қийшайишида РН миқдори 7,4 дан, 7,8 гача бўлади, гипертрофик ринитда 7,8 дан 8,1 гача, сурункали синуситларда 8,3 дан 8,8 гача бўлади. Бурунни РН миқдорини ўзгариши уни секретор, транспорт, лизоцим фаолиятига, ва шиллиқ қават тонусига таъсир этади. Юқорида келтирилган текшириш усуллари амалий аҳамиятдан кўра кўпроқ илмий текширишларда кенг фойдаланилади, шунинг учун ҳам улар ҳақидаги тўлиқ маълумот керакли манбаларда кенгрок келтирилган.

БУРУНГА ТОМЧИ ДОРИЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ:

Бурун ва ёндош бўшлиқларини касалликларини даволашда кўп дори воситалари суяқ ҳолда томчи сифатида ишлатилади, шунинг учун ҳам уларни қўллашда кўрсатилган тартиб қоидага амал қилиниши керак. Бу мақсадда А. И. Иванов усулини қўллаш яхши самара беради, бунинг учун бемор горизонтал ҳолатда (ёстиксиз) бошини бироз орқага эгиб, касалланган бўшлиқни пастки томонга қилиб ётади, дорилардан 4-6 томчидан бурун бўшлиғига томзилади. Шу

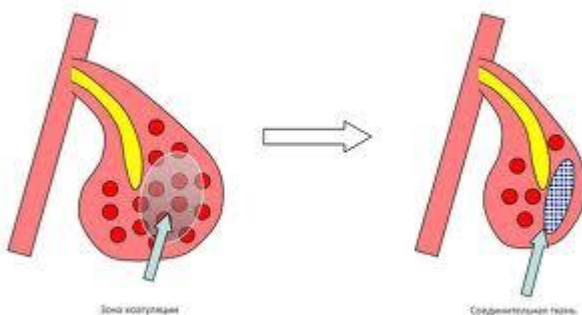
хололда бемор 2-3 минут қолади сўнгра, бармоғи билан бурнни соғ томони беркитилиб бир неча бор, чуқур кучли нафас олиб чиқаради.



Расм 21.Бурунга суяқ томчи дориларини томизиш

Муолажадан 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.

БУРУН ЧИҒАНОҚЛАРИНИ КИМЁВИЙ ЁКИ ТЕРМИК КУЙДИРИШ.



Расм 22.Бурун чиғаноғларини термик куйдиришдан авалги ва сўнгги ҳолати

Муолижага кўрсатма.Сурункали катарал ва гипертрофик ринит,вазомотор ринит.

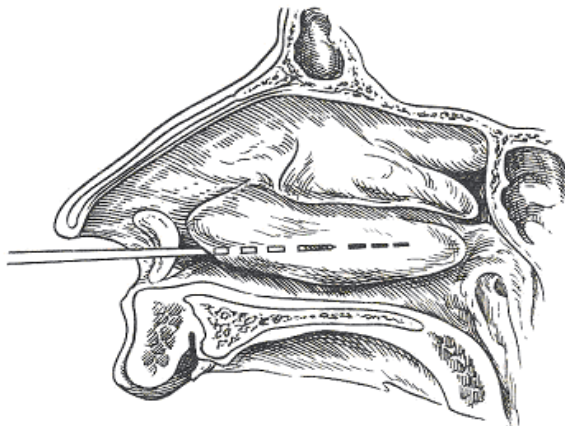
Оғриқсизлантириш бурунга 2% дикаин ёки 10% лидокаин суртиш орқали.

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 урта бир-бирига паралел чизик тортилади.Эртасига куйдирилган жойда шиллиқ қаватни шиши кузатилади.Бурун йўлларига бир неча

кун давомида синтоминцин эмульсияси шимдирилган докали плик қўйилади натижада куйдирилган жойда ҳосил бўлган қасмоқлар 4-5 кунда тозаланади ва келгусида бу жойларда чандиқлар ҳосил бўлиши ҳисобига чиғаноқлар ҳажм жихатидан кичраяди.

Сурункали катарал ва гипертрофик ринитларда яхши натижа берувчи даволардан бири ультра товуш билан (ЛОРА-Дон аппарати) **бурун чиғаноқларини шиллиқ ости қисмидан дезинтеграция қилишдир.**

Оғриқсизлантириш, бурун шиллиқ қаватлари 2% дикаин ёки 10% лидокаин суртилиб маҳаллий оғриқсизлантирилади, сўнг дезинтегратор ишлатилган ҳолда пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмидан шиллиқ остидан киритилиб, чиғаноқ суяги (os turbinalis) бўйлаб охиригача етказилади ва ишлаган ҳолда 6-8 сонияда қайта чиқарилади. Бу усулда чиғаноқларни шиллиқ қаватлари ўзгармаган ҳолда, шиллиқ ости қисмидаги ғовак тўқималари парчаланади, кейинчалик бу жойларда чандиқлар ҳосил бўлиш ҳисобига чиғаноқлар ҳажм жихатидан кичраяди



Расм 23.Пастки бурун чиғаноғини ультратовушли дезинтеграция қилиш

Электрокаустика (гальванокаустика) ўтказиш усули

Бу усул билан даволаш чиғаноқларни чегараланган катталашувида қўлланилади.

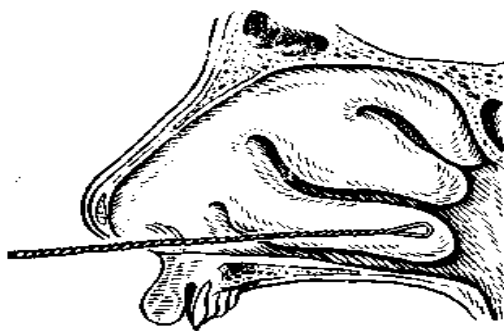
Муолижага кўрсатма. Гипертрофик, вазомотор, сурункали катарал ринит



Расм 24. Гальванокаутерни ишчи ҳолатида кўриниши



Оғриқсизлантириш, жаррохликдан аввал 3-5% кокаин ва 0.1% адреналин эритмаси аралашмаси қўллаш билан амалга оширилади. Аввал гальванокаутерни иш фаолияти текшириб олинади, сўнгра электрокаутер 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, бир-бирига паралел бўлган уч йўналишда куйдирилади.



Расм 25. Гальванокаутерни бурун бўшлиғидаги ҳолати

Муолажа вақтида ҳақиқий гўшт куйгандек овоз чиқади ва бурундан тутун ажралади. Бурунни кириш қисмини куйдирмаслик учун гальванокаутер доимо назоратда туриши керак. Жаррохликдан сўнгги биринчи куни 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 ҳосил бўлган карашлар тозаланади, чиғаноқлар чандиклашади, бурун йўллари кенгаяди ва бурун орқали нафас олиш енгиллашади. Куйишдан ҳосил бўлган қасмоқларни ажралишини енгиллаштириш учун бурунга ҳар куни синтомицин эмулсияси ёки оддий мойлар шимдирилган докали пликлар қўйилиб турилади.

Бурун чиғаноқларини криотаъсирлаш. Муолижага кўрсатма сурункали катарал, гипертрофик ва вазомотор ринит.

Оғриқсизлантириш маҳаллий 2% дикаин ёки 10% лидокаин суртиш орқали амалга оширилади. Жаррохликнинг бу тури юқорида келтирилган усуллардан кескин фарқ қилади. Чиғаноқларни криотаъсирлашга (пастки ва ўрта бурун чиғаноғи) беморни тайёрлаш, гальванокаустикага тайёрлашдан фарқ қилмайди. Гальванокаутер ўрнига махсус криоапликатор қўлланилади.

Криотаъсирлаш ёки совуқ таъсир этиш усули (минус 196 градус совуқ билан таъсир этиш, бунинг учун суюқ азот эритмаси ишлатилади). Бунинг учун махсус крио аппарат (суюқ азот эритмасини куйиш учун) ва таъсир этувчи криоапликатор мавжуд бўлади. Криоапликатор бурун чиғаноғига текизилиши билан дархол тўқимага ёпишиб қолади, малум муддатдан сўнг, апликатор тўқимадан қайта ажралади, ўрнида оқ доғ кўринади, демак криотаъсир тўлиқ амалга ошган ҳисобланади. 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.

БУРУН БЎШЛИҒИНИ ЮВИШ.

Муолижага кўрсатма. Атрофик ринит, сурункали синусит. Бу муолажа бурундаги қуруқ қасмоқларни ва қўйиқ шилимшиқ ажралмалардан тозалаш учун амалга оширилади. Бурунни ювишни одатда оғриқсизлантирмасдан амалга оширилади. Агар ёш болалар ёки асаб тизими мустаҳкам бўлмаган беморларда бурунга 2% дикаин эритмаси суртилгандан сўнг амалга оширилади.



Расм 26 .Бурун бўшлиғини ювиш.

Қасмоқларини кўчишини енгиллаштириш мақсадида аввал турли ёғлар (ўрик,шафтоли,наматак мойлари,вазелин ёғи) шимдрилган докали пиликлар бурун йўллариغا 1-1,5 соатга қўйилади, сўнгра қасмоқлар ювилади. Ювиш учун 2% сода эритмаси ёки 1: 5000 нисбатда фурациллин эритмаси қўлланилади.Жане шприцига 100 мл. юқорида келтирилган суюқликлардан бири олиниб, босим остида ювилади.Ювиш вақтида беморлар бошини олдинга чўзиб,тилини чиқариб туриши керак, ютиниш харакати ва гаплашмаслиги зарур акс холда ювилган суюқликни ютиб юбориш мумкин. Муолажа кунига 2 маротаба амалга оширилади. Қасмоқлардан тозалангандан сўнг, шиллиқ қаватларни қўшимча ёғлаш ва антибактериал таъсир кўрсатиш мақсадида синтомицин эмульсияси докали пиликка шимдирилиб пастки бурун йўллариغا 10-15 дақиқага қўйилади.



БУРУН БЎШЛИҒИНИ ТОЗАЛАШ

Муолижага кўрсатма.

Атрофик ринит, сассик тумов, бурунда ўтказилган муолижадан сўнги қасмоқ тўпланиши.

Айрим ҳолларда бурун бўшлиғида тўпланган ажралма ёки қасмоқлар шу даражада кўп бўладики оддий риноскопия қилиб, бурун бўшлиғини кўришни иложи бўлмайди. Бундан ташқари бурунга қўлланиладиги дори моддаларини ҳам юборишни иложи бўлмайди, шундай ҳолда бурун бўшлиғи кўйиқ ёпишқоқ шилимшиқ ажралмадан, йирингдан ёки қуруқ қасмоқдан тозаланади. Бунинг учун аввал бурун бўшлиғига мой шимдирилган тампон 10 дақиқага қўйилади, ажралмалар юмшагандан сўнг, ажралмани бир қисми оддий бурун пинцети билан олинади, қолган қисмлари эса Жанъе шприци ёрдамида ювиб ташланади. Бунинг учун Жанъе шприцига 100,0 мл илиқ фурациллин эритмаси олиниб, суюқликни бурунни медиал деворига қаратилган ҳолда ўртача босим остида ювилади. Бурундан ажралиб чиқаётган суюқлик бемор пастки жағи тагида ушлаб турган махсус идишга (буйраксимон лоток) оқиб тушади. Муолижадан сўнг бурун бўшлиғи докали пилик билан қуритилади ва керакли дори моддаларини ишлатиш мумкин бўлади.

БУРУН БЎШЛИҒИГА СУЮҚ ДОРИ МОДДАЛАРИНИ ТОМИЗИШ -Бурун бўшлиғига энг кўп дори моддалари томчи холида ишлатилади. Муолажадан аввал бурун бўшлиғи турли ажралмаларадан тозаланади.Керакли дори моддаси махсус пипеткага олинади ва бурун учи аста кўтарилади.



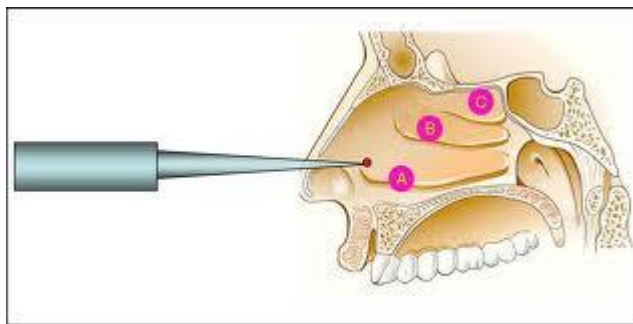
Расм 27.Бурун бўшлиғига дори моддаларни томизиш

Бемор бошини касал томонга эгилади ва дори 2-3 томчи томизилади,бемор шу холда яна 5 қолади,акс холда дори томчиси етарли таъсир кўрсатмасдан қайтиб чиқиб кетиши ёки бурун-халқумга ўтиб кетиши мумкин. Кўпинча холларда суяқ дори моддалари докали пликка шимдирилиб бурун шиллиқ қаватларига ва чиғаноқларига массаж қилиш йўли билан ҳам киритилади.Шундай усулда юборилган дори моддаларини таъсири дархол намоён бўлади,айниқса қон томир торайтирувчи дорилар ишлатилганди.

БУРУН ЧИҒАНОҚЛАРИГА ДОРИ МОДДАЛАРИНИ ЮБОРИШ.

Муолижага кўрсатма. Вазомотор ва аллергик ринит,бурун полипи.
Оғриқсизлантириш. Бурун шиллиқ қаватлари 2% дикаин ёки 10% лидокаин сепиш орқали амалга оширилади. Асосан вазомотор-аллергик ринитларда бурун бўшлиғидаги турли рефлектор жараёнларни бартараф қилиш мақсадида,пастки бурун чиғаноғини олдинги қисмига 0,5% новокаин ёки котрикостероидлардан гидрокортизон ацетат 2,5-5 мл. (125 мг) суспензияси инъекция қилинади, бунинг учун 2% дикаин эритмаси билан чиғаноқлар шиллиқ қаватлари маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг, ингичка игна билан хара тарафдан пастки бурун чиғаноқлари олдинги қисмга 0, 5 мл. дан жами 6 та инъекция қилинади. Гистоглобулинни ҳам эндоназал инъекцияси махсус қабул қилинган микдорлар бўйича юборилади: 1- инъекция 0, 125, 2- инъекция-0, 5 мл; 3- чи инъекциядан

бошлаб 6-10 гача орадан 3 кун ўтказиб, охирги 2 инъекцияни эса 1 хафта ўтказиб қилинади.



Расм 28. Бурун чиғаноғига бори моддаларини юбориш

Инъекция инсулин учун мўлжалланган шприц ёрдамида амалга оширилади.

БУРУНГА ОЛДИНГИ ВА ОРҚАНГИ ТАМПОН ҚЎЙИШ.

Бурундан қон кетиши инсон ҳаётида кўп учрайдиган ва айрим ҳолларда 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 ҳисобланмайди. Қон кетишни 85% танани бошқа жойларидаги ўзгаришлар ҳисобига бўлса, 15% ҳолларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари ҳисобланади. Кўпинча олдинги риноскопияда бурундан қон кетаётганда жойни аниқ кўриш мумкин, айрим ҳолатларда қон кетиш ўчоғни аниқлашни иложи бўлмайди, шунда вазиятда қизилўнғач, ошқозон ва бурун-ҳалқумдаги ўсмалардан чиқаётган қонни, бурун орқали ажралишини ҳисобга олиш зарур.

Бурундан қон кетишини сабаби маҳаллий (20%) ва умумий (80%) бўлади.

Маҳаллий сабабларга кўра қон кетиши

- бурун бўшлиғида ўтказиладиган жарроҳликдан сўнг.
- турли жароҳатларда бурунни лат ёйиши натижасида қон кетиши (бурунинг енгил жароҳатланишидан сўнги ёки, бемор ўзи бармоқлари билан буруннинг қовлаб шикастлаш ҳисобига қон кетиши).
- бурун бўшлиғидаги турли ярали жараёнлар, қон кетиши билан кечадиган ўсмалар.

- шиллиқ қаватларнинг яллиғланиши натижасида қон кетиши

Умумий сабабларга кўра қон кетиши айрим аъзоларни касалланиши натижасида бурундан симптоматик қон кетиши кузатилади, булар

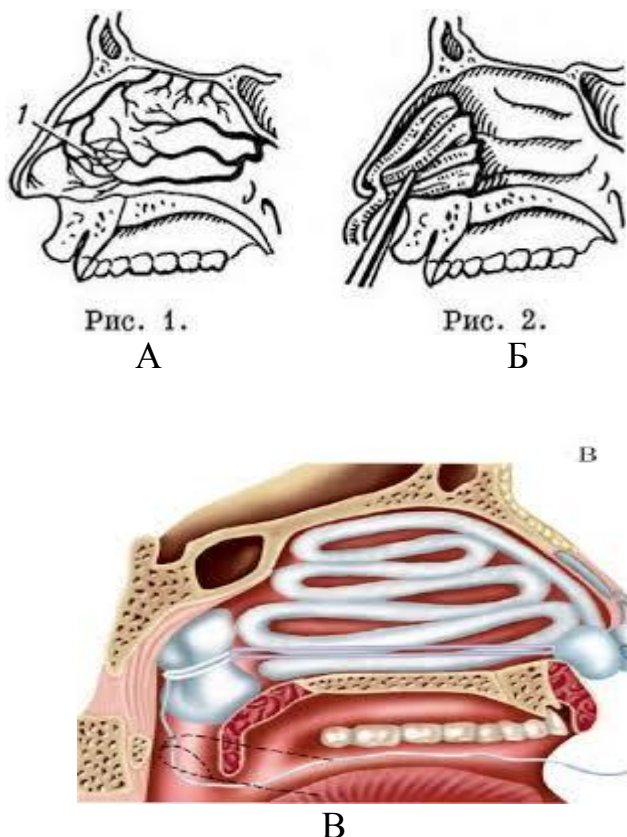
- ҳафқон касаллиги (80% ҳолларда)
- атеросклероз
- қон касалликлари (гемофилия, полицитопения, тромбопения, лейкомия, агранулоцитоз, Верльгоф касалиги, Барлов касаллиги)
- нефрит
- жигар циррози

- юррак нуқсони
- юқумли касалликлар
- бурун ва бурун ҳалқумдаги ўсмалар (ўсмирлар ангиофибромаси)
- жисмоний ва рухий зўриқишда қон кетиши
- хаво босимининг ўзгариши (тоғ касаллиги, Кессон касаллиги) сабаб бўлади.

Бурундан қон кетишнинг 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 сўнги қон кетиши анча хафли ҳисобланади, чунки жароҳатда кўпинча қанотсимон-танглай ва кўз артериялари кесилади, ундан ташқари бундай сабабдан қон кетиши тез ва узок қайталанишга мойил бўлади.

Бурундан қон кетганда босқичма-босқич олдинги ва орқанги тампон қўйилади.



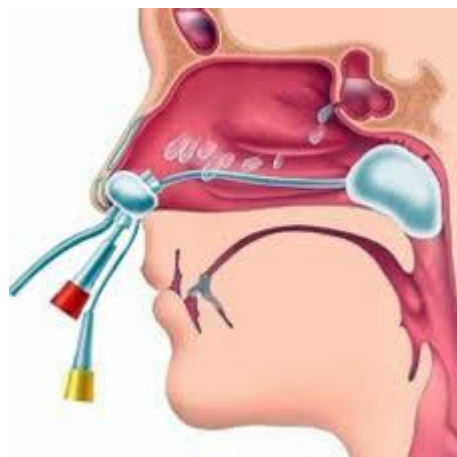
Расм 29.Бурунни қон кетувчи Киссельбах майдони (А), олдинги тампон қўйилган ҳолат (Б), олдинги ва орқанги тампон қўйилган ҳолат (В).

Бурунга қон кетганда олдинги тампон қўйиши учун эни 0,5 см. бўлган докали тампон синтомицин эмульсиясига ёки 10% метилурацил малхамига шимдирилган холда керакли узунликда қаватлаб бурунни орқа томонида олдинга қараб қаватлаб тикилади. Олдинги тампонада учун ҳозирги вақтда ичига паралон тикилган бир неча резина қўлқопин бармоқчалари кетма-кет бурунга тишилади. Бундай тампон қўйиш оғриқсиз, энгил ва шиллиқ қаватларни докали тампон каби жароҳатламайди.

Агар орқа тампон қўйиш зарур бўлса, бурун ҳалқум хажмига ўлчаб бир неча қават қилиб махсус тайёрланган докали ёстикча икки қават ип билан қўндаланг ва узунасига боғлади, натижада докали ёстикчада 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, юмшок танглай ортидан катетер учи кўринганда қисқич ёрдамида ушланиб оғиздан чиқарилади ва аввалдан тайёрланган докали ёстикчанинг иккита ипи катетерга боғланади, кейин катетер бурун орқали қайта орқага тортилади, врач беморни ўнг тарафида турган холда кўрсаткич бармоқ билан ёстикча юмшок танглай ортига, бурун-ҳалқумга маҳкам ўрнатади, натижада хоаналар тўлик беркитилади.

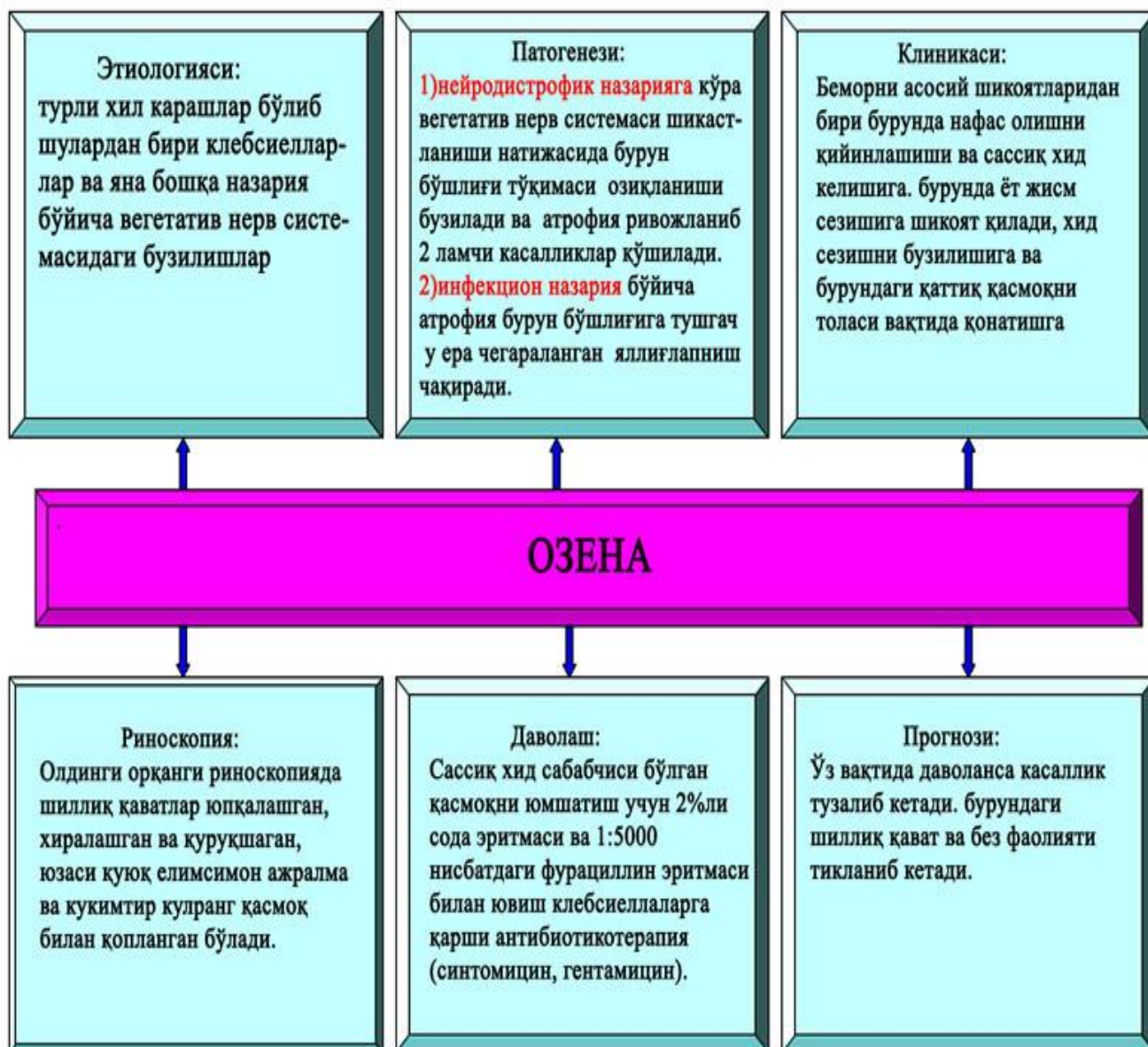
Бурундан тортиб чиқарилган ип таранг тортилиб турилади ва бир вақтни ўзида, бурунга олдинги докали тампон қўйилади. Олдинги тампон қаватма-қават маҳкамлаб қўйилади, сўнгра тампонни устига, буруни кириш қисмига иккинчи докали ёстикча қўйилади ва бурундан чиқиб турилган ип билан боғланади. Оғиз ичида қолдирилган учинчи ипни қулоқ атрофидан айлантирилиб лунжга ёпиштириб қўйилади, бу ип кейинчалик бурун-ҳалқумга қўйилган докали ёстикчани қайта олишига ёрдам беради. Бундай тампон қўйишни Беллоку усули деб юритилади. Беморни ахволини ҳисобга олган холда, қон кетиши давом этиб турса бу тампон 6-7 кунгача туриши мумкин, бундай холда ўрта отит ёки синусит ривожланмаслиги мақсадида тампонларга антибиотик эритмалари юбориб турилади.

Ҳозирги вақтда муолижа вақтида кам оғриқ чақирувчи резинали тампонлар ишлатилмоқда. Бу тампонлар бурун ичига киритилгандан сўнг ичига ҳаво тўлдирилади, натижада бурун йўллари иккала томондан, олдиндан ҳам, орқадан ҳам тўлик беркитилади. Бундай резинали тампонлар 72 соатгача бурунда қолдирилиши мумкин.



Расм 30. Бурунга қўйилган резинали тампон

Бурундан қон кетиши тўхтаганлигига тўлиқ ишонч ҳосил бўлгандан сўнг резинали тампонлардан хаво чиқарилади ва олиб ташланади.



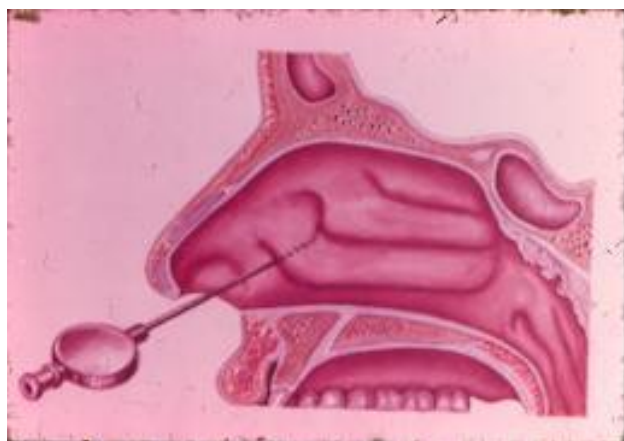
ЮҚОРИ ЖАҒ СУЯГИ БЎШЛИҒИ ПУНКЦИЯСИ:

Бу муолажа ташхисни тасдиқлаш ва даволаш мақсадларида қилинади.

Муолижага кўрсатма. Ўқир ва сурункали гайморит. Юқори жағ суяги бўшлиғи соҳасида оғриқ, шиш, бош оғриғи, бурун йўлларида йирингли ажралма. Ўтказилган консерватив даволашдан фойда бўлмаслиги ва рентгенограммада бўшлиқ соҳасида сояланиш.

Пункция Куликов игнаси ёрдамида пастки бурун йўлидан қилинади. Пункциядан аввал қонни ва сийдикни умуми тахлили ўрганилади.

Оғриқсизлантириш. Пастки бурун йўлига 3% дикаин эритмасини ёки 10% лидокаин 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.



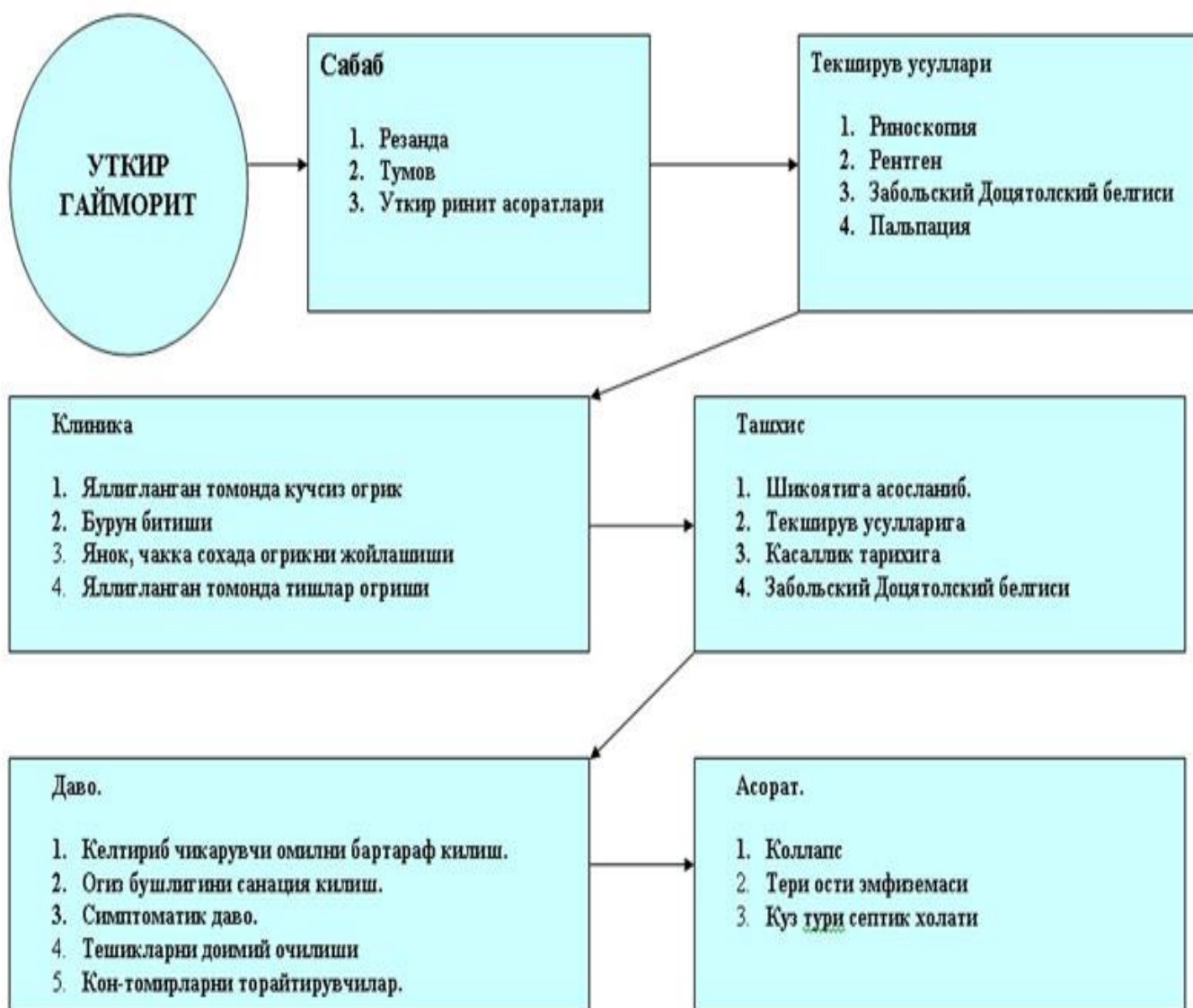
Расм 31. Юқори жағ суяги (Гаймор) бўшлиғини пункция қилиш.

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 муолажа пастки бурун йўлидан, яъний пастки чиғаноқни бириккан ерини остидан қилинади, игнани учини йўналиши эса иложи борича ташқи томонга, яъний кўзни ташқи қирғоғига қараб йўналтириш керак. Шу усулда амалга оширилган муолажада игна ҳеч қандай асоратсиз, осонгина бўшлиққа тушади.

Игна киритилганда ўзига хос енгиллик сезилади, сўнг бўшлиқдаги патологик ажралма шприц ёрдамида сўриб олинади. Агар шприцга ажралма

чикмаса,демак ажралма бўшлиқни тубида ва игнадан пастда жойлашган ёки ажралма анча кўйиқ. Сўнгра тана хароратига яқин 36,6 хароратли 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. Хаво эмболияси кузатилмаслик учун ҳеч қачон ювиб бўлингандан сўнг бўшлиққа хаво юборилмайди.

Айрим ҳолларда юқори жағ суяги бўшлиғини пункцияси ўрта бурун йўлидан қилинади. Бу жойда суяк девори бўлмайди, балки шиллиқ қават дубликатурасидан иборат.Бу жойдан пункцияни нисоятан 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 муолажа вақтида ингнага полиэтилен дренаж кийдирилган ҳолда амалга оширилади ва муолоижа тугагандан сўнг,игна чиқариб олинади, полиэтилен дренаж эса бўшлиқда қолдирилади. Келгусидаги ювиш,ҳамда дори юбориш шу дренажлар орқали амалга оширилади. Касалликни кетишига қараб пункциялар ҳар куни амалга ошириш мумкин,аммо 7-8 пункциядан ошиб кетиши мумкин эмас.



ПЕШОНА СУЯГИ БЎШЛИҒИГА ЗОНД ЮБОРИШ.

Кўрсатма-ўткир фронтит ёки сурункали фронтитни қайталаниш белгилари, бош оғриғи, пешона соҳасида оғрик, шиш, бурунни битиб қолиши, бурунда йирингли ажралма келиши, бош эгилганда пешона соҳасида оғрикни кучайиши.

Рентгенограммада ёки КТ да бўшлиқ соҳасида сояланиш, суюқлик сатҳини аниқланиши.

Ўтказилган консерватив даволанишдан наф бўлмаслиги.

Риноскопияда ўрта ва умумий бурун йўлларида йирингли ажралма келиши.

Оғриксизлантириш бурунга 10% лидокаин сепиш орқали амалга оширилади.

Бу муолажага тайёргарлик ҳам юқори жағ суягини пункцияси каби бўлади. Фарқи шундаки пешона суяги бўлиғига уни табиий йўли орқали кириб борилади, шунинг учун ҳам муолижани бўшлиққа зонд юбориш деб номланади. Бурун бўшлиғи оғриксизлантирилгандан сўнг, махсус Риттер зонди (диаметри 2 мм. хажмда) ёрдамида ўрта бурун йўлидан, ўрта бурун чиғаноғидан 0,5 см ичкаридан бўшлиқни чиқарув тешиги орқали кириб борилади, игнана йўналиши юқорига ва ичкарида ташқарига қараб юрилади, муолажа вақтида

қўпол характ қилиш мумкин эмас, акс холда кўз олмаси томон ёки бош мия томон шикастланиб қолиши мумкин. Бўшлиққа тушилганда ўзига хос енгиллик сезилади.



Расм 32. Пешона суяги бўшлиғига зонд юбориш.

Ювиш учун юборилган суюқлик қисман зонд орқали қайтиб чиқади.



Расм 33. Зонд пешона суяги бўшлиғида

БЕЛГИЛАРИ

пешона бўшлиғини ўткир яллиғланишига нисбатан камроқ намоён бўлади. Беморларни бош о-ри-и, 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 қўзни ички юқори деворини босиб кўрилганда оғриқ кучаяди (Юинга симптоми).

РИНОСКОПИЯ

(олдинги ва орқанги риноскопия) бурун бўшлиғи шиллиқ қаватлари, бурун чиганоқлари (айниқса ўрта чиганоы) кизариб шишган бўлади. Касалликни сурункали кечишида ўрта бурун йўли ва чиганоғини шиллиқ қаватларда полипили ўзгаришлари кузатилиши мумкин. Умумий ва ўрта бурун йўлида касалликни клиник шаклига биноан шилимшиқ ёки йирингли ажралма бўлади. Эрта билан бемор жойида ётган ҳолда кўрилса ўрта бурун йўлида оз миқдорда ажралма кузатилади, кейинчалик бемор тик ҳолда турганда (агар бўшлиқни чиқарув тешиги очиқ бўлса) йиринг чиқиши кшпайиб ўрта ва умумий бурун йўлларида қўн миқдорда йиринг пайдо бўлади.

СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ

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 қўзга асорат берилган бўлса, бурун бўшлиғини ўрта бурун йўлига 5% кокаин эритмаси шимдрилган тампонни 2 соатга қўйилса кўриш қобилияти яхшилинади бу риноген фронтал асоратдан дарак беради.

ДАВОЛАШ

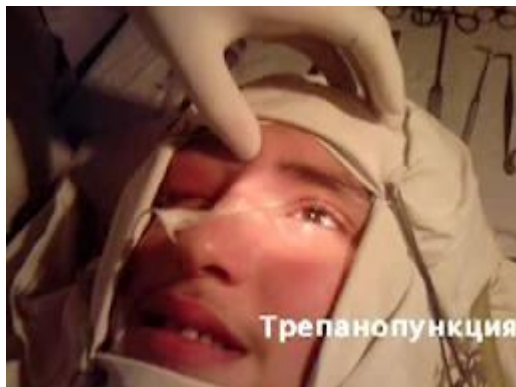
Пешона суяги бўшлиғининг сурункали яллиғланишини даволаш кўпинча консерватив усулда олиб борилади. Даволаш асосан бурун бўшлиғини шиллиқ қаватларини шишини пасайтириб, пешона суяги бўшлиғидан йирингини ажралишини яхшилашга қаратилади. Ўрта бурун йўлининг шиллиқ қаватига қон томир торайтирувчи дорилар докали пиликга шимдирилиб қўйилади, бундан ташқари шу мақсада қўшимча 2-3% ляпис эритмаси 2-3 кун давомида суртилади. Ляпис эритмаси бшшлиғини чиқарув тешиги атрофидаги шиллиқ қаватни гиперплазиясини пасайтиради

Ювиб бўлингандан сўнг керакли дори моддалари беморни ётган холида, бошини кескин орқага бурган вазиятда юборилади. Дори юборилгандан сўнг бемор шу ҳолатда яна 10 мин. ётади, сўнгра туришга рухсат берилади. Агар бўшлиққа тушганликка гумон бўлса, ювишдан аввал имконият даражасида рентгенологик бўлимда ЭОП орқали зондни ҳолатини текшириб олиш зарур.

Муолижа вақтидаги кутиладиган асоратлар. Зонд кўз соҳасига, миёна ичига ёки пешона териси остига кириб қолиши ҳолатлари.

ТРЕПАНОПУНКЦИЯ

Кўрсатма. Сурункали йирингли фронтит, ўтказилган консерватив даволашни фойдасизлиги, бўшлиққа табиий йўли орқали зонд юборишни иложи бўлмаган ҳоллар. Муолижада олдинги девори орқали пункция (трепанопункция) қилиниб маълум муддатга канюла қўйилиб шу орқали ювилиб дори жўнатилади. Бу муолажа ўткир ва сурункали фронтитларда кўрсатмага қараб бир хилда қўлланилади.



Расм 34. Трепанопункция ўтказиш муолажаси

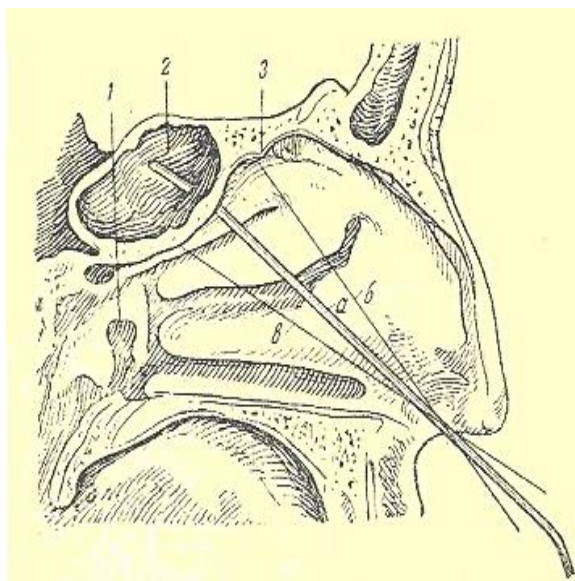
Оғриқсизлантириш. Тери остига 1 % новокаин ёки 2% лидокаин юбориш орқали маҳаллий оғриқсизлантирилади.

Трепанопункция учун М.Е.Антонюк томонидан таклиф қилинган трепано йиғма асбобдан фойдаланилади. Бу йиғмада алоҳида парма, уни турли ҳажмдаги 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. Пешона суяги бўшлиғи олдинги ва орқанги девори оралиғ бўшлиғи 1,0 см. дан кам бўлмаслиги шарт, акс ҳолда орқа деворни жароҳатлаб қўйиши мумкин. Пармалаш давомида бўшлиққа тушилганда ўзига хос енгиллик сезилади. Бўшлиқ ювилиб, дори моддаси жўнатиладигандан сўнг, бу жойга канюла касалликни кечишига қараб 2-7 кунга қўйилади. Келгусидаги муолажалар шу канюла орқали амалга оширилади.

Асосий суяк бўшлиғини зондлаш-бошқа бўшлиқларга қараганда бу бўшлиқни клиник белгилари кам намоён бўлади,врачлар сфеноидит ташхисини кам аниқлайдилар.Касалликни асосий белгиларидан энса соҳасида бош оғриғи,пешона,бурун халқум соҳасида оғриқ,оғирлик,бурун халқумга йирингли ажралма тушиши.

Кўрсатма ўткир ёки қайталанган сурункали сфеноидит,консерватив даволаш фойдасизлиги.

Оғриқсизлантириш маҳаллий аппликация усулида 10% лидокаин ишлатилади.бошқа бўшлиқларга нисбатан анча ичкарида жойлашгалиги учун ҳам зонд юбориш муолажаси анча муракабдир.Бунинг учун учи 45 бурчак остида эгилган,узунлиги 10 см. бўлган махсус зонд ишлатилади. Айрим ҳолларда,бурун йўллари кенг бўлган тақдирда риноскопия орқали бўшлиқни олдинги тешиги кўриш мумкин ва осонгина зондни киритиш мумкин. Бурун шиллиқ қаватлари маҳаллий дикаин ёки лидокаин суртиш орқали оғриқсизлантирилади,зондни Цуккеркандел кўсатган чизик орқали йўналтирилади.Бунинг учун зонд бурунни кириш қисмида уни пастки деворига тегиб туради, бурун бўшлиғида эса ўрта бурун чиғаноғини олдинги қисмига ёпишиб туради.Асосий суяк бўшлиғини олдинги деворига етганда охиста бўшлиқни тешиги зонд билан пайпасланади ва бўшлиққа тушганда ўзига хос енгиллик сезилади.



**Расм 35.Асосий суяк бўшлиғи
(Зонд асосий суяк бўшлиғида)**

Одатда бўшлиқни тешиги медиал девордан кўпи билан 3 мм. атрофида бўлади,шунинг учун ҳам зондни йўналишини латерал томонга йўналтирмаслик даркор.Зондни қандай ҳолатда турганлигини орқа риноскопия қилиб кўриш мумкин.

Муолижа вақтида асоратлар.Зонд ғалвирсимон суяк текшиклари орқали бош мияга тушиб қолиши мумкин,шунинг учун муолижа рентген кабинетида ЭОП орқали назорат қилиб амалга оширилши зарур.

ПЕРЕТЦ УСУЛИДА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИ ЮВИШ.

Муолижага кўрсатма. Ўткир ва сурункали синусит, консерватив даволашни фойдасизлиги, беморларни бўшлиқларни пункция қилишга рози эмаслиги.

Оғриксизлантириш аслида муолижа оғриксизлантиришсиз амалга оширилади, аммо айрим беморларда оғриққа кўрқинч бўлганлиги учун ёки ёш болаларда бурунга 10% лидокаин суртиб амалга ошириш мумкин.

Бундай ювиш усули А.Перетц (1936) томонидан таклиф қилинган. Бу муолажа бурун ёндош бўшлиқларини бир вақтда яллиғланишини даволаш учун қўлланиладиган усул ҳисобланади.

Бунинг учун бемор кушеткага ётқизилади, бош қисми кушетка кирғоғидан ташқарига чиқариб, бир оз пастга осилтирилади.



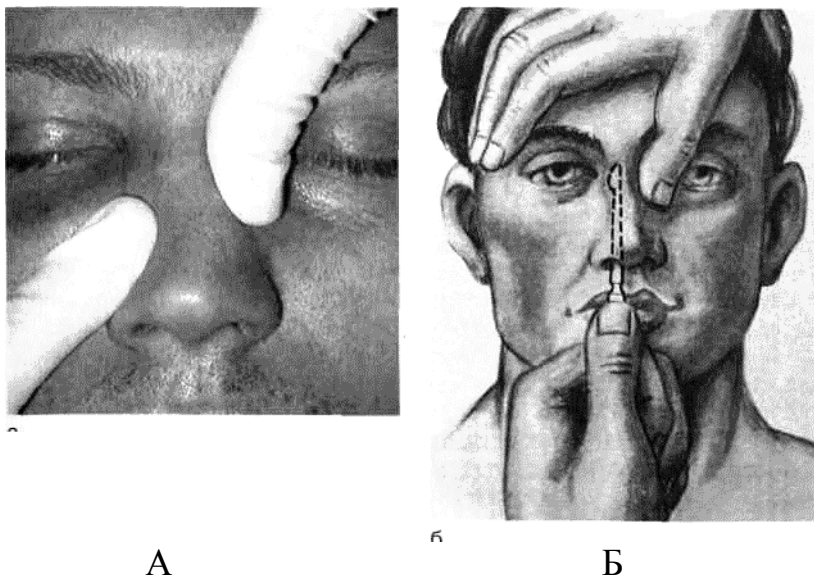
Расм 36. Бурун ёндош бўшлиқларини Перетц усулида ювиш

Бошни орқага шундай буриш керакки, бунда қулоқ билан бурун тешиклари бир вертикал чизикда ётиши шарт. Бурун тешигини соғ томонига учига махсус ўрнатилган катетер киритилади, уни учи эса шланг орқали электроотсосга уланган бўлади. Электроотсос ишчи ҳолатига келтирилади ва ювиш учун илиқ фурацилин эритмаси (1:5000) шприц орқали бурунни иккинчи тешигига юборилади, бунда бемор доимо ку-ку-ку ёки раз, два, три деб айтиши керак. Шундай ҳолда бурун бўшлиғи бурун-халқумдан ажралган ва электроротсос ишлаб туриши ҳисобига бурун бўшлиғида манфий босим пайдо бўлади. Натижада бурунга қуйилган фурациллин эритмаси бўшлиқларга тушади ва у жойларни ювиб, барча патологик ажралмалар билан отсос идишига тўпланади. Муолажа охирида керакли дори моддалари бўшлиқларга киритиш учун шприцга олинган дорилар бурунга қуйилади, электроотсос тўхтатилади, катетр бурундан олиниб, иккала бурун тешиклари маҳкам қисилиб, беморни боши яллиғланган бўшлиқлар томон бурилади ва шу ҳолатда 5 дақиқа ётилад.

Гайморотомиядан сўнг бўшлиқни ювиш-бу муолижа одатда гайморотомиядан сўнг 7-8 суткада амалга оширилади. Ювишдан мақсад бўлиқда жаррохликдан сўнг қолган (қон,йирнг,патологик тўқималар) ажралмалардан тозалаш ва ўтказилган жаррохлик муолижасига баҳо беришдир.

Оғриқсизлантириш бурунга 10% лидокаин эримасини сепиш орқали амалга оширилади.Буниг учун бир учига резина трубка уланган махсус зонд ишлатилади.Бурун йўллари 2% дикаин ёки 10% лидокаин эритмаси суртилади. Бурун йўллари кенгайтирилиб,зонд оддий пункция қилгандек гаймор бўшлиққа,операция вақтида қўйилган соустья (тешик) орқали киритилади.Жане шприцига 100,0 мл,илиқ фурациллин ёки бошқа антибактериал эритма билан ювилади. Ювилиб бўлгандан сўнг бурунга синтомицин шимдирилган турунда қўйилади. Муолажа тугагандан сўнг хаво эмболияси ривожланишини олдини олиш мақсадида, бўшлиққа хаво юборилмайди.

Ташқи бурунни жароҳати ва қийшийишида муолижалар.Ўтказиладиган муолижа жароҳатни катта кичиклиги,уни хажми,жароҳат тури,беморни ёшига боғлиқ бўлади.Ташқи бурунни шикастланиши қон кетиши билан давом этса, биринчи ёрдам бурундан қон кетишини тўхтатишдан иборат бўлади. 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, сўнггра 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 жаррохлик тозалови ўтказилгандан сўнг ҳеч қандай аралашувисиз ҳам нуқсонсиз яхши битади.



А

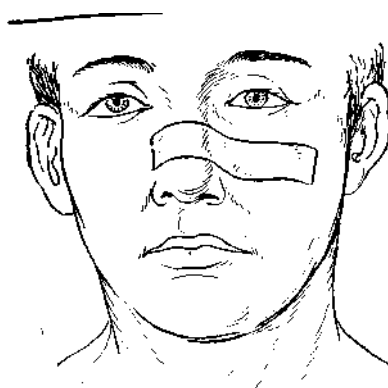
Б

Расм 37. Ташқи бурун деформациясини А қўл билан Б элеватор ёрдамида тўғрилаш

Агар жарохат катта ва жаррохлик чоки қўйилиши зарур бўлса, иложи борида яхши косметик натижа олиш учун ҳаракат қилинади (тери майдаланиб йиртилганда ҳам имкон даражада сақлаб қолишга ҳаракат қилиниб ўз ўринларига қайта тикилаш зарур). Бурунни бирор қисмида узилиш бўлса, ўз ўрнига фақатгина ташқи қирғокларга тўғриланиб эмас, ҳатто бурун бўшлиғи қирғокларига ҳам тўғриланиб тикилади, акс ҳолда кейинчалик бурун йўллари иккиламчи торайиб қолиши мумкин.

Бурун қийшиқлигини бартараф этиш қисқа муддатли умумий оғриқсизлантиришдан сўнг тўғриланади, агар шикастланиш янги бўлса ҳеч қандай оғриқсизлантиришсиз 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.



Расм 38. Бурун қийшиқлғини тўғрилангандан сўнг лейкопластир билан маҳкамланган ҳолат

Айрим ҳолларда бурун қийшиқлиги анча вақт ўтиб шакилланган бўлса, шаклини аввалги ҳолига келтириш учун пластик жароҳлик ўтказилади.

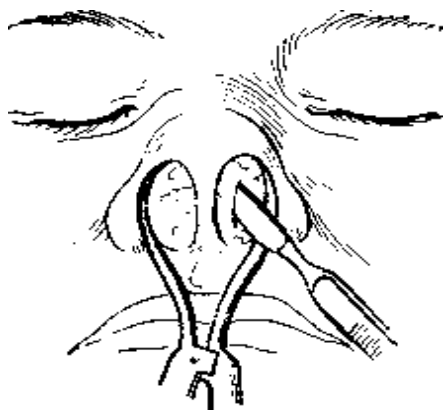
Агар бурунни ўткир жароҳати мия суюқлиги оқиши билан давом этса, бош мияни ҳам жароҳати қўшилганлигидан дарак беради, бундай ҳолда бурунга асептик турунда қўйилади, иккиламчи асоратни олдини олиш мақсадида антибиотиклар, бош мия босимини пасайтирувчи гипотензив дорилар тавсия қилинади. Бемор дарҳол нейрохирург кўрувидан ўтказилади ва кейинчалик даволаш нейрохирурглар билан бирга олиб борилади. Ўтказилган муолижалардан фойда бўлмаса жароҳат пластик усулда беркитилади.

БУРУН БЎШЛИҒИ МЕДИАЛ ДЕВОРИ АБСЦЕСИНИ ОЧИШ.

Муолижага кўрсатма. Бурун жароҳатидан сўнг медиал девори шиллиқ остига қон қуйилиши ва йирингланиши. Ўтказилган консерватив даволардан фойда бўлмаслиги.

Оғриксизлантириш. Бурун шиллиқ қаватига 10% лидокаин сепиш орқали амалга оширилади.

Жароҳатдан сўнг деворга қуйилган қонга инфекцияни тушиб йирингли жараёнга айланиб **абсцесс** ривожланса, бўртган жойидан кесилиб йиринг чиқарилади ва тампон қўйилади.



Расм 39. 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 ҳосил 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 ҳосил бўлишига, ҳамда тоғай қисми емирилиб, ташқи бурунни чўкиб қолишига олиб келади.

Беморларга кўшимча равишда антибиотиклар, сульфаниламид дорилари ва физиотерапевтик муолижалар буюрилади.

БУРУНДАН ЁТ ЖИСМЛАР ОЛИШ

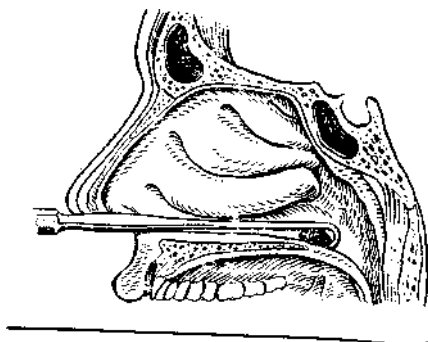
Муолижага кўрсатма. Бурундаги ёт жисм.

Бурундаги ёт жисмлар асосан ёш болаларда кўп учрайди. Буруннинг олдинги қисмидаги юмшоқ ва кичкина ёт жисмлар бурунни қоқиш вақтида чиқиб кетади.

Оғриқсизлантириш. Одатда бурунга 2% дикаин ёки 10% лидокаин сепилади. Ёш болаларда ва олиши қийин бўлган катта ёт жисмларда эндотрхеал наркоз берилади.

Узоқ вақт туриб қолган ёт жисмлар бурун шиллиқ қаватларида яллиғланиш келтириб чиқаради, шунинг учун ҳам шиллиқ қаватлар қизарган, шишган, бурун йўлларида кўп миқдорда шилимшиқ аралаш йиринг бўлади, бурундан сассиқ хид келади. 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) ҳосил қилади. Бунда ёт жисмларни ўсмалардан ажратиш мақсадида касаллик тарихи мукаммал ўрганилади, эндоскопия, контраст рентгенография ўтказиш ёт жисм ҳақида, унинг жойлашуви тўғрисида аниқ маълумот беради.

Узоқ туриб қолган ва катта ёт жисмларни махсус асбоблар ёрдамида олиб ташланади. Муолижадан аввал бурундаги шилимшиқ ажралмалар электросўргич ёрдамида тозаланади, бурунга қон томир торайтирувчи дорилар томизилиб йўллари очилади, сўнгра 2% дикаин ёки 10% лидокаин сепилиб оғриқсизлантирилади. Юзаллари силлиқ ёт жисмлар илгакли зондлар ёрдамида олинади, шакли чўзилган ёт жисмлар полип олишга мўлжалланган сиртмоқ ёрдамида олинади.



Расм 40. Бурундаги ёт жисм илгак ёрдамида олиш

Тангалар, тугмалар ва ясси жисимлар бурун корнцаги орқали олинади. Агар катта ринолитлар бўлса улар аввал бурун корнцаглари ёрдамида майдаланиб кейин олинади. Айрим ҳолларда катта ринолитлар умумий озриксизлантирилгандан сўнг олинади.

АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР РЎЙЎАТИ

1. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини кўриш ва даволаш техникаси:

1. Олдинги риноскопия ва нормал кўриниш
2. Орқа риноскопия қилиш ва нормал кўриниши
3. Бурунга дори суртиш
4. Бурун бўшлиғи шиллиқ қаватидан суртма олиш
5. Бурун бўшлиғи ювиш (Проектц услуби билан)
6. Бурун бўшлиғи қаватига дори суртиш ва куйдириш.
7. Бурун бўшлиғига дори қуйиш.
8. Бурун бўшлиғидан ёт жисмни олиш (усули).
9. Бурун бўшлиғини олдинги ва орқанги тампонадаси.
10. Нухтасимон боғлов қўйиш
11. Бурун бўшлиғини маҳаллий оғриксизлантириш.
12. Бурун тўсиғи абсцессини ёриш (техникаси).
13. Гайморово бўшлиғини пункция қилиш (техникаси).
14. Бурун суяк репозицияси (техникаси).
15. Бурун ён бўшлиғини рентгенограмма қилиш.
16. Пешона бўшлиғини Риттер зонд билан ювиш.
17. Бурун чипқони очиш.
18. Криотерапия ўтказиш.
19. Риноредресация техникаси ўтказиш.
20. Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларини эндоскопия қилиш.
21. Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларини КТ ва МРТ текшириш.

МАВЗУНИ ЎЗЛАШТИРИЛИШИНИ ЎРГАНИШ УЧУН НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари клиник анатомия.
2. Ташқи бурун жароҳатини диагностикаси.
3. Бурун чиғаноқлари тузилиши.

4. Гипертрофик ринитни диагностикаси.
5. Бурун тўсиғи клиник анатомияси
6. Бурун тўсиғи абсцесси диагностикаси.
7. Гаймор бўшлиғини клиник анатомияси.
8. Ўткир йирингли гайморитни диагностикаси.
9. Пешона бўшлиғини клиник анатомияси ва физиологияси.
10. Сурункали фронтитни диагностикаси.
11. Галвирсимон бўшлиқни клиник анатомияси ва физиологияси.
12. Полипли риносинуситни диагностикаси.
13. Бурун бўшлиғини шиллиқ қаватини клиник анатомияси ва физиологияси.
14. Атрофик ринитни диагностикаси.
15. Бурун бўшиғини қон билан таъминланиши.
16. Бурундан қон кетишини диагностикаси.

ХАЛҚУМДА ЎТКАЗИЛАДИГАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР

Халқумни текшириш бошқа аъзоларни текширгандек каби аввал текширилувчи билан сухбат ўтказиш, ташқи кўрикдан, 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, оғриқлиги, бошқа турли инфилтратлар, уларни хажми, ҳолатига эътибор берилади. Текшириш бимануально ўтказилади, беморни боши бироз олдинга эгилган ҳолда марказдан қирғоққа, пастки жағ суяги қирғоғига қараб пайпасланади. Ўнг томонни текширишда ўнг қўл бошни тепасига қўйилади ва чап қўл билан пайпасланади ва аксинча. Бўйинни орқа гуруҳ лимфа тугунлари бирданига иккала қўл билан тўш, ўмров ва сўрғичсимон мушақ орқасидан пайпасланади. Сурункали тонзиллитда жағ ости ва бўйин лимфатик тугунлар катталашган бўлади (**Блюментал белгиси**) ва ушлаб кўрилганда қатик ва оғриқли (**Гольдман белгиси**) бўлади.



Расм 41. Жағ ости лимфатик тугунларини пайпаслаш

Агар бўйин соҳаларида туғма оқма яралар учраса, бундай ҳолларда тўмтоқ зонд ёрдамида уларни йўллари ҳолати, чуқурлиги аниқланади. Зонд ёрдамида текширишлар етарли маълумот бермаса оқма яраларга контраст моддалар юбориб рентгенологик текширишлар қилинади.

Халқумнинг нутк вазифаси ҳикилдоқда ҳосил бўладиган, бирламчи, аммо тўлиқ шакилланмаган товушларни резонанция қилишдан (товушлар нутқ холида сайқалланади) иборат. Товуш тембрининг шаклланиши (сийқаланиши) ҳалқум, оғиз, бурун ва бурун олди бўшлиқлари иштирокида амалга ошади.

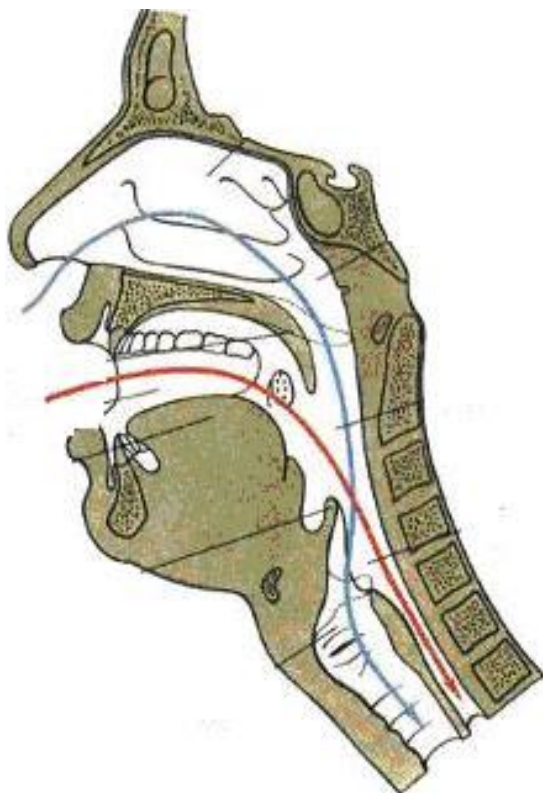
Хиқилдоқда муайян баландликда ва кучда товуш пайдо бўлади, унли ва ундош товушлар асосан оғиз ва камроқ ҳалқум бўшлиқларида тўлиқ ҳосил бўлади. Унли товушлар талаффуз қилинганида, юмшоқ танглай бурун-ҳалқумни, оғиз-ҳалқумдан бўшлиғидан ажратганда шакилланади, ундош товушлар эса юмшоқ танглай ўз ҳолатида турганда талаффуз қилинади. Ҳалқумни бурун-ҳалқум қисми энг муҳим товуш резанатори ҳисобланади ва шу жойда товушларни тембри охирига етади. Қаттиқ танглайдаги турли туғма етишмовчиликлар (қуён лаб, бўри танглай, кичик тил фалажлиги) ёки патологик ўзгаришлар (аденоид, бурун полипи, гипертрофик ринит) товуш тембрини ўзгартириб очиқ (*rhinolalia aperta*) ва ёпиқ (*rhinolalia clausa*) пинқиликка сабаб бўлади.

Ҳалқумнинг 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 ҳалқумни орқа девори орасидан пастга, хиқилдоққни кириш қисмига йўналади, озроқ қисми эса оғиз бўшлиғига ўтади. Айрим ҳолда, сўзлашганда, ашула айтганда ва бошқа ҳолатларда ҳаво бурун-ҳалқумдан эмас, балки у бирданига оғиз орқали ўтади. Баъзан (ёш улғайган сари ҳалқум мушакларини бўшашиб қолиши ёки ухлаётганда) кичик тил ва танглай ёйлари мушаклари бўшашиб, осилиб қолиши ҳисобига ҳаво оқими ўтаётганда вибрацияга учраб хуррак 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 сўлақдаги лизоцим, муцин, ҳазм ферментлари, антителалар таъсирида зарарсизлантрилади. 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.

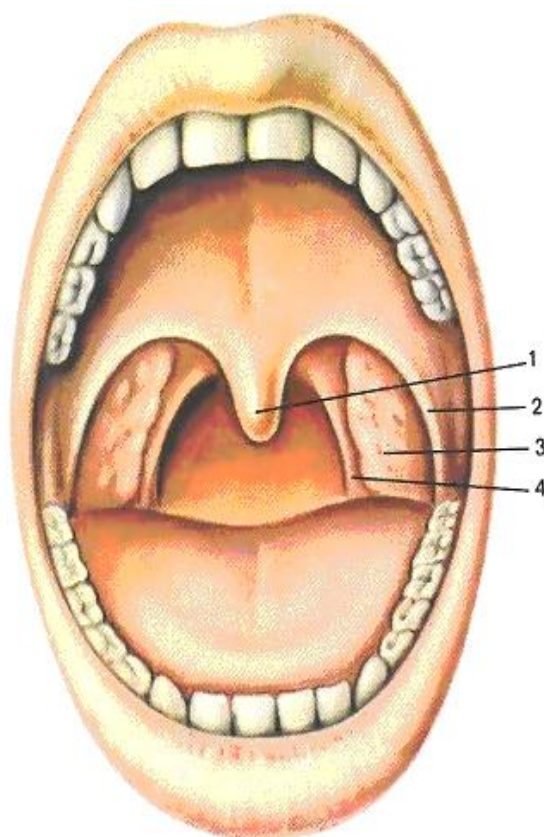
Ҳалқум соҳасини ташқи текширишлари тугугандан сўнг фарингоскопия қилинади. Фарингоскопия ҳам ўз ўрнида уч хил амалга оширилади, ҳалқумни юқори бурун ҳалқум қисми эпифарингоскопия, ўрта оғиз қисми мезофарингоскопия ва пастки хиқилдоқ қисми эса гипофарингоскопия қилинади.



Расм 42. Бурун-халқумни умумий кесимда кўриниши

Мезофарингоскопия -муолажасини ўтказишдан аввал оғизни кириш қисми кўздан кечирилади,лабларни ҳолати,тишлар,милкларни ранги,лунжларда ўзгаришлар бор- йўқлигига эътибор қаратилади.Беморни боши ўнг қўл билан ушланади шпател чап қўл билан бош бармоқ пастдан иккинчи ва учинчи бармоқлар тепадан ушланган ҳолда тилни олдинги учдан бир қисмини босиб 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” ҳарфини талафуз этиш таклиф қилинади,бунда одатда тилча юқорига кўтарилиб,халқумни орқа деворига ёпишади.

Халқумни шиллиқ қаватлари одатда пушти рангда,намланган ва ялтироқ бўлади. Шпател билан лунжлар сурилиб орқа ўзак тишлар соҳасига очиладиган қулоқ олид безларини тешиклари,тишлар ҳолати,тилни остидан сўлак безларини тешиклари кўздан кечирилади.Бодомча безларини текширишдан аввал танглай ёйларини тузилиши ва ранги кўздан кечирилади. Бодомча безларини текширишда албатта уларни ҳажмига эътибор берилади.Чунки безларни физиологик ва патологик гипертрофиясини фарқлаш шарт.



Расм 43.Халқумни мезофарингоскопик кўриниши.

1.кичик тил, 2.олдинги танглай ёйи, 3.танглай бези, 4.орқанги танглай ёйи.

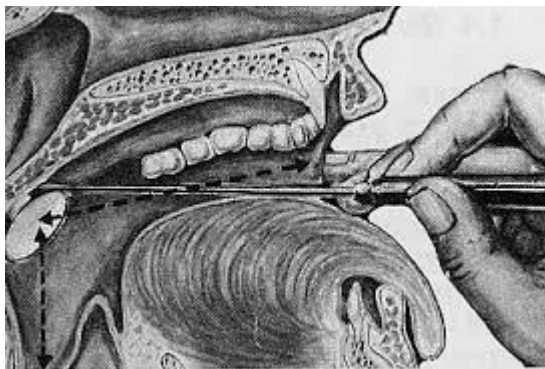
Одатда яллиғланмаган безлар,зонд билан босилганда,юмшоқ,оғриксиз,лакуналари тоза,танглай ёйлари билан чандикли чатишмаган холда бўлади.Бодомча безларини хажми яллиғланишни жараёнини оғир ёки енгиллигига боғлиқ бўлмайди.Безларни лакуналарида патолгик ажралмалар борлигини аниқлаш мақсадида чап қўл билан ушланган шпатель тилни олдинги учдан бир қисмини босади,ўнг қўл билан ушланган шпатель ёрдамида олдинги танглай ёйи орқали безга босилади ва ажралмани ҳолати кўрилади.Одатда яллиғланмаган безлар лакуналарида ажралмалар бўлмайди ёки бўлса оддий шилимшиқ ажралмадан иборат.

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 холда кичик тил орқасига киритилади,бунда халқумни орқа деворига тегиб кетмаслик зарур,акс холда текширилувчида қайт қилиш рефлекси пайдо бўлади. Агар текширилувчида қайт қилиш рефлекси юқори бўлса,у холда 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 холда ўнг қўлни кўрсатгич бармоғи билан кичик тилни орқасига ўтиб хоаналар, ён деворлари, димоғ беи 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. (текшириш усуллари бурунни текшириш бўлимида кенг акс этирилган). Бунда хоаналарини ва бурун чиғаноқларини ҳолати, димоғ беини хажми ва консистенцияси, ён деворларни тузилиши ўрганилади.

Халқумни пастки хиқилдоқ қисмини текшириш – гипофарингоскопия



Расм 44. Халқумни хиқилдоқ қисмини кўриш

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. 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) беи, 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, шиллиқ қаватларни эпителийсини ҳаракатини ва халқумни шилимшиқ ажралмасини водород ионини ўрганиш, реотонзиллография каби усуллардир. Бу текширишлар амалиётдан кўра кўпроқ илмий фаолиятда ўз ўрнини топганлиги учун ҳам бу баёнимизда камроқ тўхталиб ўтамиз.

ХАЛҚУМНИ ТАЪМ БИЛИШ ФАОЛИЯТИНИ ТЕКШИРИШ.

Халқумни таъм билиш фаолиятини ўрганишни зарурлиги шундан иборатки, айрим касалликларда (бош мия жароҳати, ўсмаси, юз нерви жароҳати) бу фаолият издан чиқади. Агар тилни яримини олдинги учдан бир қисмини бузилиши, аммо қолган қисмини ўзгармаганлиги бу юз нервни тармоғи ҳисобланган ноғора торини (*chorda timpani*) зарарланганлигидан дарак беради, ёки тилни орқа учдан бир қисмини таъмни бузилиши тил-халқум нервни зарарланишидан дарак беради. Айрим юқумли касалликларида, бош мияга қон қуйилишида, ўсмаларида ҳам таъм билиш бузилади. Таъм билишни обектив ва субектив текшириш усуллари мавжуд. Бунинг учун таъмини сезишни қўзғатувчиси ҳисобланган турли эритмалар мавжуд булардан **ширин**- глюкоза эритмаси, **нордон**- ҳисобланган кислота эритмалари (хлорид кислотаси, лимон кислотаси ва сирка кислотаси), **аччиқ** эритмалар— (хинин эритмаси), **шўр** эритма- (ош тузи эритмаси) қўлланилади.

Ишлатилаётган ҳар бир эритмани ўзини минимал таъм билиш бўсағаси мавжуд, ош тузи учун 100,0 мл сувда 0,05г, глюкоза учун- 0,4г, хлорид кислотаси учун- 0,003г, хинин учун- 0,000008г. ҳисобланади. Текширилаётган эритма тилга пипетка ёрдамида томизилади, бунинг учун шириш томчилар тилни олдинги учдан бир қисмига (ноғора торини *chorda timpani* фаолиятини аниқлаш), аччиқ ва нордон томчилар тилни орқанги учдан бир қисмига (халқум ютқин нервни фаолиятини аниқлаш) ва ош тузи эритмаси тилни ҳам олдинги ҳам орқанги қисмига (бирданига ноғора тори ва халқум ютқин нервни фаолиятини аниқлаш учун) томизилади.



Расм 45. Таъм билиш фаолиятини текшириш

Хозирги кунда таъм билишни аниқ усули электрогустометр ҳисобланади,бу усулни асосида электродларни тилни маълум қисмларига қўйилиб,паст кучланишдаги 4-6 вольт ток юбориш ҳисобига тилда аччиқ,шўр ва нордан таъм сезилади, шу орқали аниқлашга мўлжалланган.

ХАЛҚУМДАН СУРТМА ОЛИШ.

Бу муолажадан мақсад.Халқумдаги турли яллиғланишларга ташхиси қўйиш, микрофлорани таркибини аниқлаш ва уларни дори моддаларга сезувчанлигини белгилаш учун амалга оширилади.



Расм 46. Халқумдан суртма олиш

Бунинг учун махсус стерил пробирка ва уни ичида эса суртма олиш учун тампон керак бўлади. Муолажадан аввал бемор томоғини антисептик моддалар билан чаймаслиги керак ва кўнгил айланиб қайт қилмаслик мақсадида дархол овқатлангандан сўнг ҳам сурма олиб бўлмайди.Суртма оладиган махсус тампон фақат яллиғланган жойлар юзасига текизилади ва дархол стерил пробиркага жойлаштирилади. Суртма олингандан 3-4 соат кўп вақт ўтмасдан,лабораторияга жўнатилиши шарт.



ХАЛҚУМНИ ЖАРОХАТЛАРИДА МУОЛИЖАЛАР

ЛОР аъзоларини жарохатини 6-10% ни халқум жарохати ташкил этади. Халқумни жарохатлари алохида ёки бошқа аъзоларни жарохатлари билан биргаликда учраши мумкин. Улар ташқи ва ички, ёпиқ (тери ости) ёки очик (тери йиртилиши билан) бўлади.

Ташқи жарохатлар асосан келиб чиқиши бўйича кесилган, эзилган, тешилган ва ўқ теккан турларга бўлинади.

Ички жарохатларда асосан шиллиқ қаватлари, танглай мушаклари, танглай ёйлари, бодомча безлари, халқумни орқа девори, валекулаларни йиртилиши ва кесилиши кузатилади. Бу жарохатлар халқумга турли йўллар билан (овқатланишда) ёт жисимлар тушганда, турли ўткир жисмлар текканда (ўйинчоқлар, қалам) ва жаррохлик муолижаларидан сўнг пайдо бўлади. Айрим холларда тиббий муолижалар, яъний эзофагоскопия, бронхоскопия ва интубациялар ҳам халқум жарохатини сабабларидан бўлиши мумкин.

Жарохатлар ички бўлганда бемор хаёти учун хаф туғдирмайди, чунки кўпроқ шиллиқ қаватларни кесилиши ёки йиртилиши кузатилади. Бундай жарохатлар тезда ўз-ўздан битиб кетиши мумкин.

Жарохатдан сўнг беморларни томоқда оғриқ, ютинишни қийинлиги, қон кетиши безовта қилади. Ютинишни қийинлиги ва оғриқли бўлгани сабабли, оғизда кўп миқдорда сўлак тўпланади.

Мезофарингоскопияда шиллик 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, ҳиқилдоқ-ҳалқум соҳасида турли йирингли жараёнлар (абсцесслар, флегмоналар) пайдо бўлиши ҳисобланади. Ҳалқумдаги йирингли жараёнлар тезда фациялар оралиғидаги юмшоқ тўқилар орқали тарқалиб, кўкис оралиғида йирингли медиастенит ривожланишига сабаб бўлади.

Ҳалқумни 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 дарҳол бошланиши ёки иккиламчи асорат бўлиб бир неча кундан сўнг пайдо бўлиши мумкин. Қон тўғридан-тўғри ташқарига ёки ичкарига ҳиқилдоқ-ҳалқумга кетиши мумкин.

Агар жароҳат ҳалқумни пастки томони ёки ҳиқилдоқни кириш қисмида бўлса, тўқималардаги пайдо бўлган шишилар ҳисобига ҳаво ўтиши бузилиб, беморни ахволи оғирлашади, агар дарҳол чора кўрилмаса бемор ҳаётига ҳавф туғилади, шунинг билан бирга гапириш ва ютиниш қобилияти ҳам қийинлашади. Агар тўқима орасига қон қуйилиши кузатилса ва жараён кучайиб тўқималар шишиб, жароҳатдан сўнг бир неча соат ўтгач нафас олиши қийинлашиб, кейинчалик 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. Ҳалқумнинг 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. Хосил бўлган йирингли жарён (парфарингеал бўшлиқлар орқали) қизилўнгач атрофига, кейинчалик эса кўкс оралиғига тарқалиши мумкин.

Ҳалқумни пастки қисмидаги жароҳати кўпича ҳиқилдоқни ва кекирдакни жароҳати билан бирга кузатилади, бундай ҳолларда тўқималар орасига ҳавони тарқалиши ҳисобига тери ости эмфиземаси пайдо бўлади. Эмфиземани кучайиши тўқималарни ораларини ажралишига олиб келади, бу эса ўз холида яна иккиламчи инфекцияни тарқалишига шароит яратади.

Бундан ташқари кўп миқдорда тўқима орасига ҳавони тўпланиши кўкрак қафаси аъзоларини эзилишига, ҳаракатини чегараланиб қолишига ва уларни фаолиятини бузилишига сабаб бўлади.

Ҳалқум жароҳатларини асоратларидан яна бири, нерв тугунларини жароҳатланиши ҳисобига кичик тилни ёки қайтувчи нервни жароҳатида овоз байламларини фалажланиб, овозини хирилаши ва нафас олишни қийинлашига олиб келишидир. Катта жароҳатларда бўйиннинг симпатик тугунини зарарланиши

хам кузатилади, бундай холларда ўзига хос белги **Горнер синдроми** пайдо бўлади,яъний- энофтальм,кўз ёриғини ва қорачиғини торайиши.

Халқум жароҳатини ташхиси асосан беморни шикоятлари,касаллик тарихи,текшириш натижалари ва касаллик белгиларига асосланади .

Жароҳатдаги ўтказиладига муолижалар Даволашни биринчи босқичи беморни жароҳат 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, жароҳатни бирламчи жароҳлик тозаловидан ўтказилади.Жароҳатга овқат ёки сўлакни оқиб тушишни олдини олиш мақсадида бурун орқали овқатланиш учун 1-2 ҳафтага ошқозонга зонд қўйилади. Жароҳат 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 жароҳати кўпинча иккиламчи чандиқлар ҳосил бўлиши билан давом этади,бундай ҳолатларни олдини олиш мақсадида узоқ муддатларга бўжлар қўйилади,кейинчалик эса пластик муолижалар ўтказилади.

ХАЛҚУМДАН ЁТ ЖИСМЛАРНИ ОЛИШ.

Ютқинни ёт жисимлари бошқа ЛОР аъзоларини ёт жисимларига 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 қўчиб халқумда 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 хиқилдоқ қисмида, валекулаларда,қизилўғачни кириш қисмида ёки ноксимон чуқурчаларда туриб қолади.

Бундан ташқари халқумда тирик ёт жисмлар ҳам учраб туради. Ўрта Осиё ва Қозоғистон регионларида чорвадорлар ва уларнинг оила аъзолари орасида хиқилдоқ-ютқин соҳасида тирик ёт жисмлардан зулуклар, турли қуртлар, 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, тиббий муолижалар ўтказишда эсан чиқариб қолинган тампонлар ҳам учраб туради.

Касалликни белгилари: Касалликни клиник белгилари ёт жисимни шакли, хажми, тушган жойи ва вақтига боғлиқ бўлади. Беморларни асосий шикоятлари томоқда оғриққа, бу оғриқлар айниқса ютиниш вақтида кучаяди. Томоқда ёт жисим борлиги хиссиёти беморларни доимо томоқни кириб йўталишга сабаб бўлади. Ютиш жараёни оғриқли бўлганлиги, сўлакни кўп миқдорда ажралиши оғиздан кўп миқдорда сўлак тўпланишига олиб келади, айниқсқ ёт жисим ноксимон чуқурчада туриб қолса бу ерда **“сўлак денгизи симптоми”** ҳосил қилади. Катта ёт жисимлар халқумни пастки, ҳиқилдоқ қисмига тушиб қолганда, беморларда нафас олишни ва гапириш фаолиятини бузилиши кузатилади. Қирралари ўткир бўлган ёт жисим қизилўнғач 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 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 қизилўнғач ва ҳиқилдоққа 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 ҳиқилдоқ 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 билан суртилади ва бир неча кун антисептик эритмалар билан томоқ чайилади.

ПАРАТОНЗИЛЯР АБСЦЕССНИ ЁРИШ:

Кўрсатма.

Бодомча безини ўткир яллиғланиши ва йирингли жараёни паратонзилляр сохага тарқалиши билан асоратланиши. Ўтказилган консерватив даволашдан наф бўлмаслик.

Касалликни бошланиши ўткир бўлиб, ангинага хос яллиғланиш белгилари пасайиб беморни ахволи бир оз яхшиланиб турганда, (касалликни 4-5 кунларида)

бирданига беморни харорати кескин кўтарилади (39-40 С), томоқда оғрик кучаяди, жағ мушакларини тризми пайдо бўлиб, ютиниш қийинлашади, оғиздан сўлак оқади, умумий ахvoli оғирлашади. Мушакларни тризими паратонзиллитни инфилтратив кўринишидан, абсцесс холи бўлиш даврига ўтганлигидан дарак беради. Оғрикни кучли бўлиши хисобига бўйин яллиғланган томонга қийшайиб қолади, бемор бирор томонга қараш учун бутун гавда билан бурилишга мажбур, оғиздан нохуш хид келади. Яллиғланиш хисобига кичик тил фалажланиб овоз пинғиллаб чиқади, ичаётган суюқликни бир қисми бурун орқали қайтиб чиқади.

Беморни ранги оқариб, совуқ, ёпишқоқ тер билан қопланади.

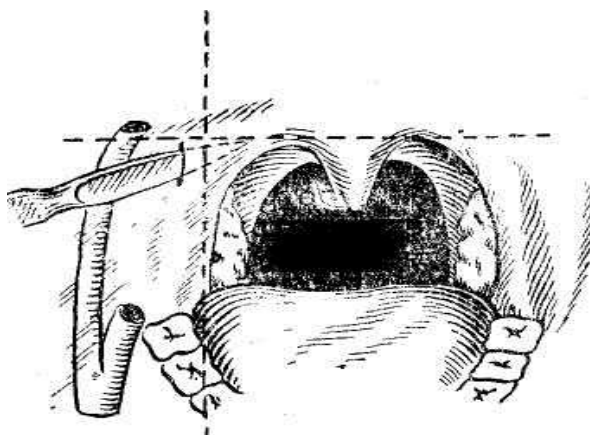
Мушаклар тризми хисобига оғизни очиш қийинлашади.

Бу муолажа баъзан оғриксизлантормасдан ёки ҳалқумга 5-10 % ли кокаин эритмаси ёки 2% дикаин эритмасидан сепилгандан сўнг амалга оширилади. Абсцессни ёришни биринчи босқичи аввал пункция қилишдир.



Расм 47. Олдинги паратонзилляр абсцесс

Куликов игнаси шприц кийдирилиб абсцессни энг бўртиб турган жойидан 0,5-1,0 см чуқурликда пукция қилинади ва йиринг сўриб олинади, сўнгра учи ўтмас зажим билан (бу йўл оғрикли бўлишига қарамай) яра кенгайтирилади. Кесиш жойини аниқлашда юмшоқ танглайни кичик тил ўзагидан горизонтал ўтказилган чизик ва унга паралел олдинги танглай ёйини олдинги қирғогидан узунасига ўтказилган чизикларни кесишган жойи хисобланади.



Расм 48. Паратонзилляр абсцессни ёриш жойи

Агар абсцессни скапель билан ёриш керак бўлса, кесиш чуқурлини 1-1,5 см.дан эни 2 см.дан ошмаслик зарур, акс холда бўйиндаги йирик қон томилири (уйқу артерияси) жароҳатланиши мумкин. Келгуси куни абсцесс яна ўша жойдан кенгайтирилади ва беомрга томоқни кунига 5-6 марта ба илиқ антисептик эритма билан чайиш тавсия қилинади. Агар ўтказилган даводан фойда бўлмаса беморда сепсисга ёки медиастенитга асоратга гумон қилинса дароҳол абсцесс тонзилэктомия ўтказилади.

Муолижада кузатиладиган асоратлар. Қон кетиши, тонзиллоген сепсис

БЎЙИНГА СПИРТЛИ КОМПРЕСС ҚЎЙИШ:

Муолижага кўрсатма. Бодомча безларини ўткир яллиғланиши, ўткир фарингит, ўткир ташқи отит. Компрес қўйилганда тўқималарда маҳаллий қон айланиши яхшиланади.

Компрес боғлов қилиб даволаш чалғитувчи даволаш турига киради. Компресслар иссиқ, спиртли, совуқ турларга бўлинади. Спиртли компресслар асосан ангиналарни даволашда кенг қўлланилади.



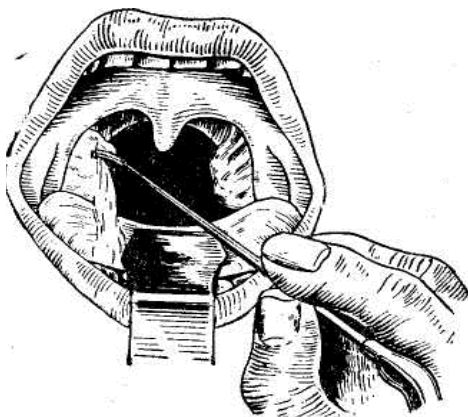
Расм 49. Бўйинга спиртли компресс қўйиш

Тўрт қават қилиб букланган дока иссиқ 40 градусли (ароқ) шимдирилиб сиқилади, бўйинга бодомча безлари соҳасига қўйилади, устидан целлофан қопланади, уни устидан эса калин пахта қўйиб, докали боғлов қилинади. Компресс хар 3-4 соатда қайтарилиб турилади. Муолажага қарши кўрсатма бу бўйин терисидаги турли йирингли яралар ҳисобланади. Агар спиртни харорати юқори бўлса терини куйдириши мумкин.

БОДОМЧА БЕЗЛАРИНИ ЛАКУНАЛАРИНИ ЮВИШ

Муолижага кўрсатма. Сурункали тонзиллит, ўтказилган консерватив даволарни фойдасизлиги, тонзилэктомияга қарши касалликлар мавжудлиги.

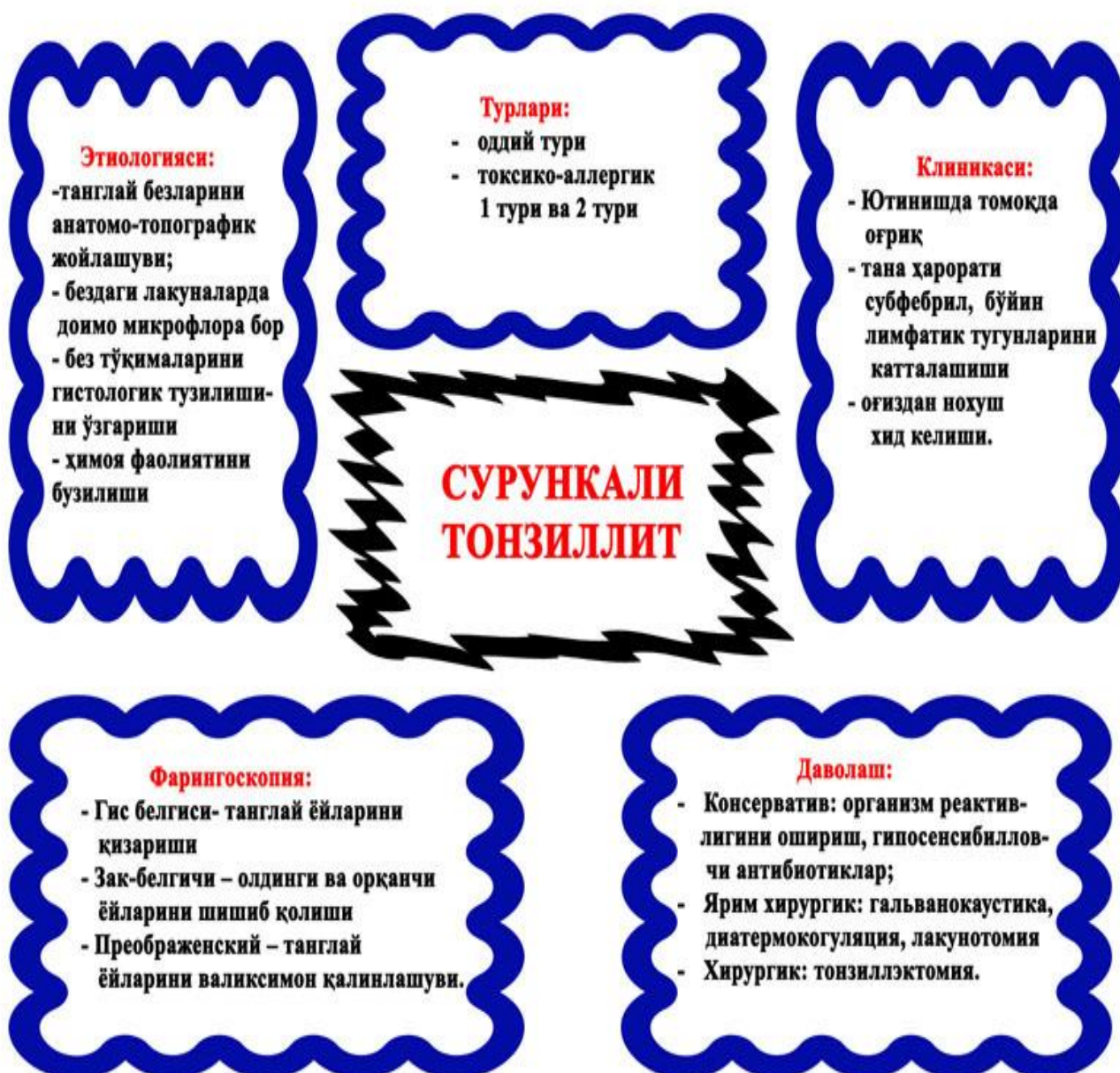
Муолижада бодомча безларини лакуналарида тўпланиб қолган патологик ажралмаларни антисептик эритмалар ёрдамида ювиб ташлашдан иборат. Н.В.Белоголов томонидан таклиф қилинган бўлиб, сурункали тонзиллитларни даволашда лакуналарни ювиш энг яхши фойда берувчи усулдир (бу усул нафақат даволаш, балки диагностик мақсадида ҳам қўлланилади).



Расм 50. Бодомча беги лакуналарини ювиш

Оғриксизлантириш, одатда оғириксилантирмасдан бажарилади, аммо айрим беморларда қайт қилиш рефлекси юқори бўлган холларда томоққа 10% лидокаин эритмаси сепилади.

Муолажа учун ингичка учи тўмтоқ ва 45 градус бурчак остида букилган узунлиги 10 см. бўлган канюла ва шприц керак. Ювиш учун турли антибактериал эритмалар (фурациллин, димексид, диоксидин) фойдаланилади. Без лакуналари кун ора ва бир даволаш муддатига 10-12 маротаба ювиш тавсия қилинади. Хар бир лакунага ўртача 2 мл. суюқлик ишлатилади. Ювишни бирнчи кунларида лакунадан йирингли ажралмалар чиқади, келгусида эса тоза суюқлик ажралади. Йирингли ажралмалар ювиб тозалангандан сўнг беморлар без сохасида енгиллик пайдо бўлганлигини сезади, оғриқлар йўқолади, умуйи холат яхшиланади. Ювиш вақтида ажралган суюқлик беморни жағи тагига қўйилаган махсус буйраксимон лотокка йиғилади. Биринчи даволаш муддати туггандан сўнг иккинчи даволаш муддати 1 ойдан сўнг қайтарилади.



ЛАКУНАДАГИ ПАТОЛОГИК АЖРАЛМА ВА ЙИРИНГ СЎРИБ ТАШЛАШ.

Муолижага кўрсатма.Сурункали тонзиллит,тонзилэктомияга қарши кўрсатма бўлган ҳолатда даволашни консерватив ҳолатда олиб бориш зарур ваътларда,лакуналардаги ажралмаларни ювиб тозалашни иложи бўлмаган ҳолатда.

Оғриқсизлантириш.Томоққа 10% лидокаин эритмаси сепиш орқали амалга оширилади.

Бу муолажани амалга ошириш учун бир учи электро сўргичга, иккинчи учи дори моддаси бор эритмага уланган вакуум-қопқоқчадан фойдаланилади.Электросўргич уланган катетр учига учи тўмтоқланган игна кийдирилади.Электросўргични ҳаракатга келтирилиб имконият даражасида ҳар бир лакунага алоҳида игна киритилиб барча ажралмалар сўриб олинади.

Иккиламчи жарохатдан сўнг иккиламчи инфекцияни ривожланишини олдини олиш мақсадида томоқ антисептик эритмалар билан кунига 3 маҳал чайқалади.



Расм 51. Бодомча безлари лакуналаридан ажралмаларни сўриб олиш.

Муолижа кун ора амалга оширилади ва даволаш учун 6-8 бажарилади, агар даволаш муолажасини қайтариш лозим бўлса иккинчи даволаш муддати 10 кундан сўнг қайтарилади.

БОДОМЧА БЕЗИ ВА БЕЗ АТРОФИГА ДОРИ МОДДАЛАРИНИ ЮБОРИШ:

Муолижага кўрсатма. Сурункали тонзиллит, паратонзиллит, ўткир ангина.

Оғриксизлантириш, томоққа 10% лидокаин эритмаси сепилади.

Сурункали тонзиллитларда лакуналарни ювишни иложи бўлмаганда, ёки ангиналарда паратонзиллитлада дори моддаларини яллиғланган жойга тез таъсир этириш мақсадларида бодомча безлари атрофларига инъекция қилинади.

Сурункали тонзиллитларда лакуналар яхши ривожланмаган ҳолатларда ҳар бир бодомча бези атрофига 3-4 кун таннафус билан 3 маротаба 0,5% новокаин ва 1% трипсин эритмасини аралаштирилиб интра ва паратонзилляр тўқималарга инъекция қилиш яхши самара беради.



Расм 52. Бодомча безларига дори моддаларини юбориш

Паратонзилляр тўқималарга бир вақтнинг ўзida 4 та инъекция қилинади, муолажани бирин-кетин безни юқори, ўрта, пастки, қисмларига қилинади. Паратонзиллит ёки ўткир ангинода паратонзилляр тўқимага бир маротаба

қилинадиган антибиотик миқдори новокаинга эритлган холда инъекция қилинади.Муолижа кунига бир маротаба,даволаш мудатига эса ўртача 4 та инъекция қилинади.Даволашни тўғри амалга оширилган холда 2 муолижадан сўнг беморни ахволи яхшиланади,томоқда оғриф пасаяди,тана харорати мўтадил бўлади. Бундай усул билан даволаш учун аввал микрофлорани антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаб сўнг даволани бошлаш яхши самара беради.

ХАЛҚУМ ОРҚА ДЕВОРИГА ДОРИ МОДДАЛАРИНИ СУРТИШ.

Муолижага кўрсатма. Атрофик,гипертрофик фарингитлар.

Оғриксизлантириш,аслида муолижа ҳеч қандай оғриксизлантиришсиз амалга оширалади,агар беморларда қайт қилиш рефлекси юқори бўлса томоққа 10% лидокаин эритмаси сепилади.

Атрофик фарингитларда Люголь эритмаси ёки турли ёғлар (ўрик,шафтоли,наматак ва облепиха мойлари) суртилади. Гиперпластик фарингитларда катталашган лимфоаденоид тугунлар ляписни 1%,2%,10% эритмалари билан куйдирилади.Бунинг учун махсус ярим ёй шаклида эгилган зонд устига пахта ўралади ва тегишли мойларга шимдирилиб, халқум орқа девори массаж қилиш усули (айланма ҳаракат) билан суртилади,муолажа кунига 2маротаба қайтарилади.Гранулёз фарингитларда эса халқум орқа девори 1-2 % кумуш нитрат эритмаси бир маротаба айлантириш орқали суртилади.Агар гранулалар катталашган бўлса уларни кумуш нитратни 20-30% эритмалари билан куйдирилади. Бунинг учун нозик метал зондлар учига кичик ҳажимда пахта ўралади ва кумуш нитрат эритмасига шимдирилади.Эҳтёткорлик билан ҳар битти гранул алоҳида куйдирилади,бунда куйдирувчи модда пастга оқиб кетмаслиги зарур акс холда шиллик қаватни катта қисмида куйишлар кузатилади.

ХАЛҚУМ ОРТИ АБСЦЕССИНИ ЁРИШ.

Халқум атрофи майдони икки қисмга халқум орти ва халқум ёнбош майдонларга бўлинади.Бу майдонлар юмшоқ лимфоаденоид тўқималар билан тўлган ва жойлардан йирик қон томирилари ва асаб толалари ўтади.Халқум атрофи бўшлиғи ўз навбатида қизилўнгач орти ва кўкс оралиғи майдонлари билан туташади.Шунинг ҳисобга олган холда халқум атрофидаги ҳар қандай яллиғланиш жарайнлирига ва у жойларда ўтказилаётган муолижаларга эҳтиётлик билан ёндашиш зарур,акс холда яллиғланиш жараёни тез орада кўкс оралиғига ва ундан ташқари жойларга тарқалиши мумкин.

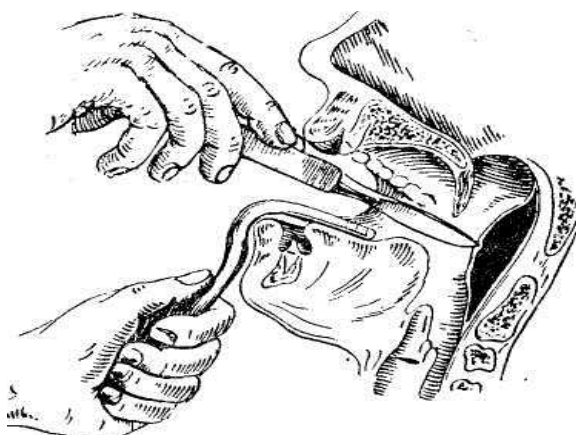
Халқум орти абсцесси асосан 5 ёшгача бўлган болаларда учрайди,

бунга сабаб бу ёшдаги болаларда халқумни ютқин мускуллари фасцияси ва умуртқа олди фасцияси оралиғида юмшоқ ёғ ва лимфоид тўқима бўлади, шу тўқималарнинг йирингли яллиғланиши халқум орти абсцессига олиб келади. Ёш ўтган сари бу юмшоқ тўқималар сўрилиб, ўрнига қўшувчи тўқима эгаллайди, шунинг учун ҳам катта ёшдагиларда бу касаллик учрамайди. Бу жойларга инфекция асосан бурун,бурун ёндош бўшлиқлари ва халқумни сурункали касалликларида лимфа йўллари орқали ўтади ёки жароҳатдан сўнг итккиламчи яллиғланиши шаклида намоён бўлади.



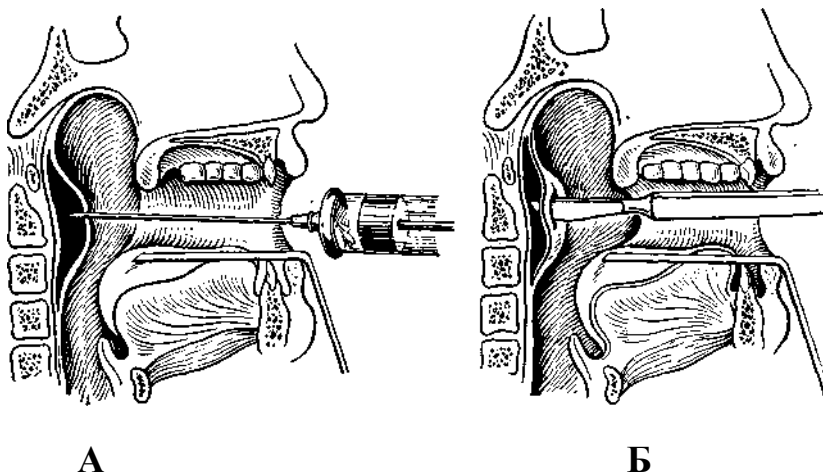
Расм 53 Халқум орти абсцесси

Одатда оғриксизлантириш маҳаллий 2% дикаин ёки 10% лидокаин суртиш билан амалга оширилади.



Расм 54 .Халқум орти абсцессини ёриш

Бемор болалар безовта бўлганлиги учун ва бошқа аъзоларни қўшимча жароҳатмаслик мақсадида ёриш учун мўлжалланган скальпельни учи қолдирилиб қолган қисми дока билан ўралади. Чап қўлни кўрсатгич бармоқни оғизга киритилиб, ўнг қўлдаги скальпель шу бармоқ бўйлаб киритилади ва вергул шаклида абсцесс кесилади, агар тўғри кесилса яра қирғоқлари тезда ёпишиб қолади. Кесилгандан сўнг йиринг пастга нафас йўлларига тушиб қолмаслиги учун бемор боши дархол пастга эгилади. Айрим ҳолларда муолижа вақтида абсцесс ёрилиб, кўп миқдорда ажралиб ажралиб чиққан йиринг нафас йўлига тушиб асфикцияга, ҳаттоки беморни ўлимига ҳам сабаб бўлган. Агар абсцесс катта ҳажмда бўлса иккиламчи асоратни олдини олиш мақсадида аввал абсцесс пункция қилиниб, қисма йиринг сўриб олингандан сўнг ёриш тавсия қилинади. Қон кетиши оддий тампон босиш орқали тўхтатилади.



Расм 55. Халқум орти абсцесси аввал шприц ёрдамида пункция қилинади (А), сўнгра кесилади (Б).

Кейинги даволаш чоралари оддий ангинани даволагандек олиб борилади.

Муолижадан сўнги кузатиладиган асоратлар. Қон кетиши, йирингни нафас йўлларига тушиб, асфикция чақириши.

АДЕНОТОМИЯ.

Муолижага кўрсатма

Бурун-халқум безини катталашуви натижасида бурундан нафас олишни қийинлашуви, ўрта кулоққа, бошқа кўшни аъзоларга асорат бериши, беморда гаплашиш фаолиятини бузилиш муолижага кўрсатма ҳисобланади.

Бурундан нафас олишни қийинлиги туфайли оғиз ярим очиқ ҳолатда бўлади, 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-халқум қисмини тўсилиши ҳисобига беморлар димоғда гапиради, катталашган без қисман эшитув найини тешигини тўсиб қўйиши натижасида эшитиш пасаяди, кулоқда оғриқ кузатилади.

Бурун-халқум безини катталашувини 4 даражага бўлиш мумкин. даражага бўлинади.

Айрим муалифлар катталашувни 3 даражага бўлади.

1- даража каталашуви-аденоид тўқимаси димоғ суягини 1/3 қисмини эгаллайди.

2 -даража каталашуви димоғ суягини-1/2 (яримини) қисмини эгаллайди

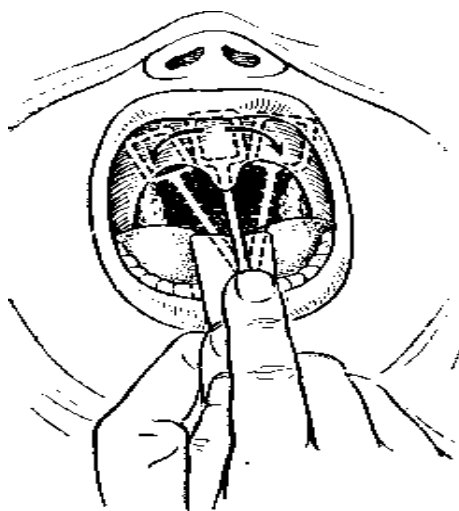
3 даража-бурун халқумни 2/3 қисмини эгаллайди.

4- даража каталашуви - димоғ суяги бутунлай тўсиб, бурун –халқумни тўлик эгаллайди.

Аденоидни даволаш учун энг оддий жаррохлик усуллариدير. Жаррохлик 5-7 ёшда қилинади, лекин касаллик асоратланган бўлса: эшитишни ёмонлашишида, ўрта қулоқни яллиғланнши 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 хулосаси, оғиз бўшлиғини санацияси ўтказилади. Аденотомиядан аввал болани тана харорати ўлчанади. Жаррохлик кўпинча оғриқсизлантиришсиз Бекман аденотоми ёрдамида қилинади.

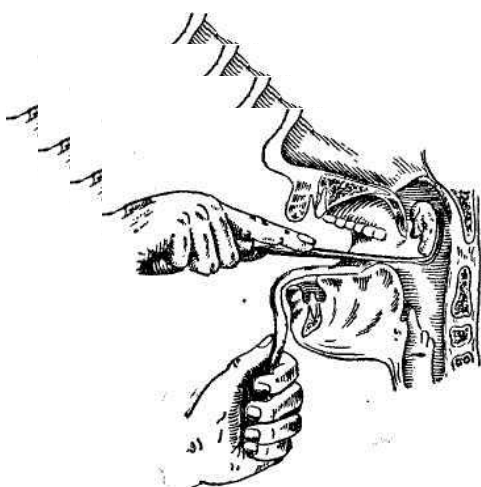
Оғриқсизлантириш. Ёш болаларда ўзини бесарамжон тутган, асаб тизими мустаҳкам бўлмаган тақдирда аденотомиядан 15-20 мин. аввал маҳаллий оғриқсизлштириш учун 1% дикаин эритмаси ёки 5% кокаин эритмаси 5 томчидан бурунни ҳар бир томонига томизилади.

Аденотомлар 5 хил катталиқда бўлади, беморни ёши ва димоғни ҳажмига қараб танлаб олинади. Жаррохлик вақтида жаррохни ёрдамчиси болани қучоғига ўтқазиб, тиззалари орасига оёқларини киргизади, бир қўли билан болани боши ушлайди, иккинчи қўли билан уни кўкрагини қўлларини биргалиқда қўшиб ушлайди. Агар бола ёш бўлса уни чойшабга ўраб олса ҳам бўлади. Жаррохлик вақтида болани бошини ҳаракатга келтирмасликга эришиш зарур, акс ҳолда халқумни жароҳатланишига ёки муолажани сифатсиз ўтказишга олиб келади.



Расм 56 Аденотомни уч йўналишдаги ҳолати

Шпатель билан тилни олдинги 1/3 қисми эзилади, аденомом 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, конхотом ёки эгри қайчи билан қирқиб олинади.



А



Б

Расм 57. Аденотомия жаррохлигини ўтказиш
А-аденотомни бурун-халқумдаги ҳолати, Б-аденотомия ўтказиш ҳолати

Қон кетиш оз миқдорда бўлиб, тезда тўхтайдди. Баъзан кесилган аденоид тўқимаси халқумни пастки қисмига тушиб қолади, уни бемор беҳосдан ютиб юбориш мумкин. Жуда кам ҳолларда кесилган аденоид тўқимаси ҳиқилдоққа тушиб, асфикция келтириб чиқариши кузатилган. Аденотомиядан сўнг қон кетиши кузатилмаса, 2-3 соатдан сўнг беморни маҳаллий педиатр назорати остида уйга жўнатиш мумкин. Бунинг учун бурун ва халқум 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 аденотомиядан сўнг чала қолдирилган тўқималар қайта гипертрофияга учраши мумкин.

Муолижада кузатиладиган асоратлар. Аденотомиядан сўнг қон кетиши, безни чала олинishi, муолижадан сўнг иккиламчи инфекция ривожланиши туфайли халқум орти абсцесси, тубоотит кузатилади. Олинган безни нафас йўлларига тушиб асфикция чакриши ҳолатлари.

БОДОМЧА БЕЗЛАРИ ГИПЕРТРОФИЯСИДА ТОНЗИЛЛОТОМИЯ ЖАРРОХЛИГИ:

Бодомча безларини катталашган қисми кесиб олинади.

Муолижага кўрсатма: Бодомча безларини катталашуви натижасида овқат ўтишни ва нафас олишни қийинлашуви, овоз тембрини ўзгариши, ёпиқ пинқилик ҳисобланади.

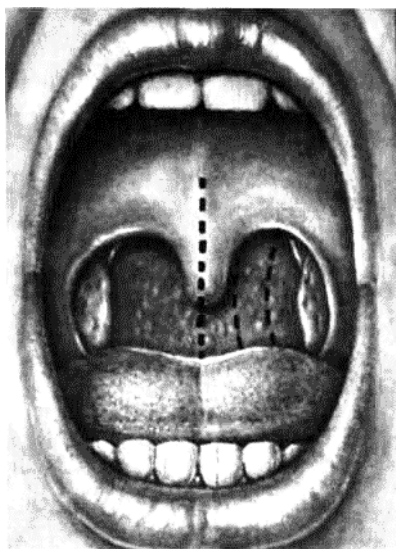
Тонзиллотомия ўтказишга қаршиликлар : қон касалликлари, организмда ўткир ва оғир касалликлар, яна эпидемик юқумли касалликлар билан алоқадор ҳолатлар ҳисобланади. Тонзиллотомия асосан 5-7 ёшдаги болаларда қилинади.

Б. С. Преображенский бодомча безлари катталашувини шартли равишда 3 даражага бўлган. Олдинги танглай ёйлар қирғоғи ва кичик тилни ўртасидан ўтказилган чизиклар оралиги 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.



Расм 58. Бодомча беи гипертрофияси даражаси

Жаррохлик амбулатория шароитда олиб борилади, айрим ҳолларда гўдакларда баъзан эса катта ёшдагиларда касалхона шароитида қилинади. Муолажа аденомотомия ўтказиш каби олиб борилади.

Оғриқсизлантириш. Ҳалқум шиллиқ қавати 1% дикаин эритмасини суртиш йўли билан оғриқсизлантирилади, ёки бутунлай оғриқсизлантиришсиз ҳам ўтказилади. Чунки без паренхимаси амалий жихатдан оғриқ сезмайди.



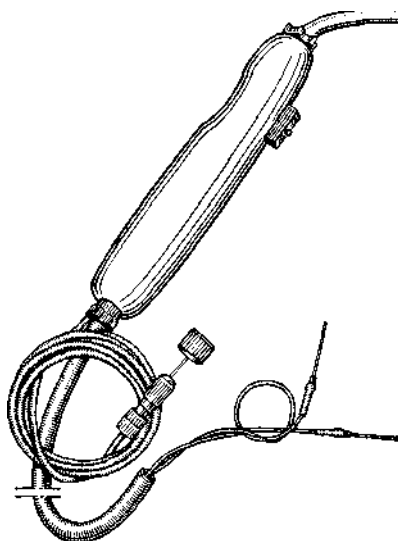
Расм 59.Тонзиллотом ёрдамида қирқиб олинган танглай бези

Тонзиллотомияга кўрсатма худди аденотомияга кўрсатма сингари: бодомча безлари гипертрофияси аниқланган болаларда тонзиллотомия бир вақтда аденотомия билан бирга қилиниши мумкин. Бодомча безларини қисман олиб ташлаш Матъе ёки Бохон тонзиллотомлари ёрдамида амалга оширилади. Безларни каттлашган қисми тонзиллотом халқасига киритилади,сўнгра Кохер қисқичига қисилиб, қирқиб олинади. Қон кетишини оддий тампонни босиб туриш орқали тўхтатилади.Жаррохликдан кейинги назорат аденотомиядан сўнги каби бўлади.

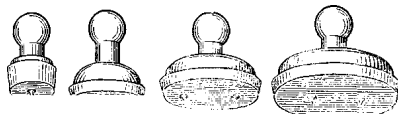
Муолижадан сўнг асоратлар.Қон кетиши,тонзиллоген сепсис,олинган без тўқимасини нафас йўлларига тушиб қолиши.

КРИОТАЪСИРЛАШ.

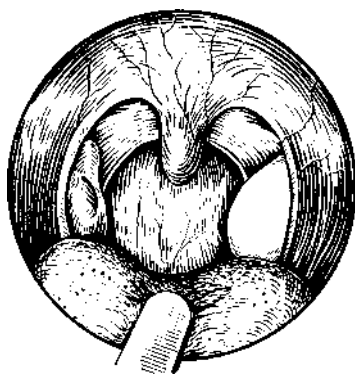
Муолижага кўрсатма.Сурункали тонзиллитларни даволашни ярим жаррохлик усулларида бири бу музлатиш ёки криотасир этишдир.Муолижа учун махсус криоаппарат ва турли хажмдаги криоапликаторлар.хамда суюқ азот ишлатилади.



Расм 60 Криоаппарат



Расм 613. Турли хажмдаги криоапликаторлар



Расм 624.Криотаъсирдан сўнги чап бодамча безни кўриниши

Халқум маҳаллий 2% дикаин ёки 10% лидокаин сепиш орқали оғриқсизлантирилади.Сўнгра безни хажмига тўғри келадиган криоапликатор аппаратга кийдирилади ва безга текизилади. Апликатор учигаги ҳарорат минус 196 С бўлади,шунинг учун ҳам апликатор дарҳол безга маҳкам ёпишиб қолади. Музлиштиш охирига етганда апликатор тўқимадан ўзи ажралади. Муолижадан сўнг тўқима юзасида оқ қарашли қоплама ҳосил бўлади. Бир неча кундан сўнг музлаган тўқима юзасидаги қоплама аста секин тозаланади.

Муолижадан сўнгги асоратлар.Тонзиллоген сепсис.

Халқум, хиқилдоқ ва қизилўнгачни куйишлари - бу аъзоларни куйишлари термик ёки кимёвий турларга бўлинади.Термик куйишларда асосан қайноқ сув,чой ва овқатлар ичилганда,кимёвий куйишлар эса ишқорлар ва кислоталар таъсирида бўлади.Асосан бу моддаларни ёш болалар билмасдан ичиб олишларида ёки катталарда ўз жонига қасд қилишда кузатилади.

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 каттик 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 қийинлашиб қолади.

Куйишни уч босфичи 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 суяқлик 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 каттик 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 шилиқ қават ости тўқималарига ҳам чуқурроқ кириб боради. Бу босқичда доимо хиқилдоққа ва қизилўнгачга

кириш қисмларин куйиши билан бирга давом этади. Томоқда қаттиқ оғриқ,бу оғриқ қизилўнгач бўйлаб кўкис оралиғига тарқалади,ютиниш жараёни оғриқни кучайтирганлиги сабабли қийинлашади, шунинг учун ҳам кўп миқдорда ажралган сўлак тўпланиб, оғиздан оқиб туради,қайт қилиш кучайиши ҳисобига кусукда қон аралашмаси бўлади. Беморни ахволи оғир,айрим ҳолларда беҳуш,тана ҳарорати 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 юзаларда некротик тўқималар ҳосил бўлиб, уларни кўчиши ҳисобига бу жойларда эрозив яралар пайдо бўлади, бу яраларга инфекция тушиши ҳисобига 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. Куйишдан кейинги пайдо бўлган оғриқни қолдириш мақсадида 1,0 мл. 1% промедол,0,1% аропин қилинади,томир ичига 5,0 мл. 0,5% новокаин юборилади.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.Куйишдан кейинги чандиқ ҳосил бўлишини Т.И.Гордишевский 4 босқичга бўлади,биринчи босқичда кўйиш ҳисобига шиллиқ қаватлар шишади ва некротик тўқималар билан тўлади,иккинчи босқичда шишлар пасаяди,некротик ажралмалардан тозаланиб,қизилўнгач бир оз кенгаяди,учинчи босқичда қизилўнгачни торайиши грануляция ўсиши ва деворларини инфильтрацияси ҳисобига бўлади,тўртинчи босқичда чандиқланиш ҳисобиган доимий торайиб қолади.

ҲАЛҚУМНИ ЁТ ЖИСМЛАРИДАГИ МУОЛИЖАЛАР

Ютқинни ёт жисимлари бошқа ЛОР аъзоларини ёт жисимларига 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 халқумда санчилиб қолиши ёки бодомча безларини лакуналарида хосил бўладиган тошлар киради.

Халқумга 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,халқумда санчилиб қолади, агар ёт жисмлар каттароқ бўлса халқумни хиқилдоқ қисмида, валекулаларда,қизилўғачни кириш қисмида ёки ноксимон чуқурчаларда туриб қолади.

Бундан ташқари халқумда тирик ёт жисмлар ҳам учраб туради. Ўрта Осиё ва Қозоғистон регионларида чорвадорлар ва уларнинг оила аъзолари орасида хиқилдоқ-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 жарохатларида тушиб қолган суяк синиқлари,тиббий муолижалар ўтказишда эсдан чиқариб қолинган тампонлар ҳам учраб туради.

Касалликни белгилари: Касалликни клиник белгилари ёт жисимни шакли,хажми,тушган жойи ва вақтига боғлиқ бўлади. Беморларни асосий шикоятлари томоқда оғриққа,бу оғриқлар айниқса ютиниш вақтида кучаяди. Томоқда ёт жисим борлиги хиссиёти беморларни доимо томоқни кириб йўталишга сабаб бўлади. Ютиш жараёни оғриқли бўлганлиги,сўлакни кўп миқдорда ажралиши оғиздан кўп миқдорда сўлак тўпланишига олиб келади, айниқсқ ёт жисим ноксимон чуқурчада туриб қолса бу ерда **“сўлак денгизи симптомини”** хосил қилади. Катта ёт жисимлар халқумни пастки, хиқилдоқ қисмига тушиб қолганда, беморларда нафас олишни ва гапириш фаолиятини бузилиши кузатилади. Қирралари ўткир бўлган ёт жисим қизилўнғач томонга ўтиш жараёнида кўпинча шиллиқ қаватларни жарохатлаб ўтади, натижада бу жойларда тўқимлар шишади ва беморларда доимо ёт жисим борлиги хиссиётини пайдо қилади.Учлари ўткир,кичик ёт жисимлар бодомча безларига ёки шиллиқ қаватларга санчилиб қолиб, узоқ вақтлар туриб қолиши натижасида яллиғланиб, хаёт учун хафли 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 қизилўнғач 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.

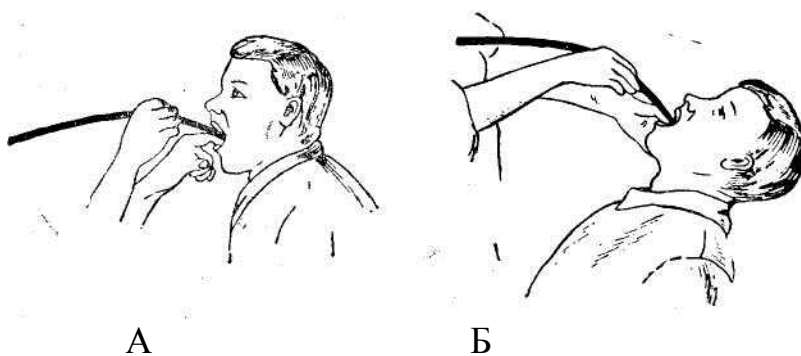
Даволаш: ёт жисмларни ютқиндан олиб ташлаш унча қийин эмас. Ютқиннинг ўрта бўлимидан ёт жисмлар махсус қисқичлар (одатдаги фарингоскопияда) олиб ташланади.



Расм 63.Халқумдан ёт жимсмни олиш

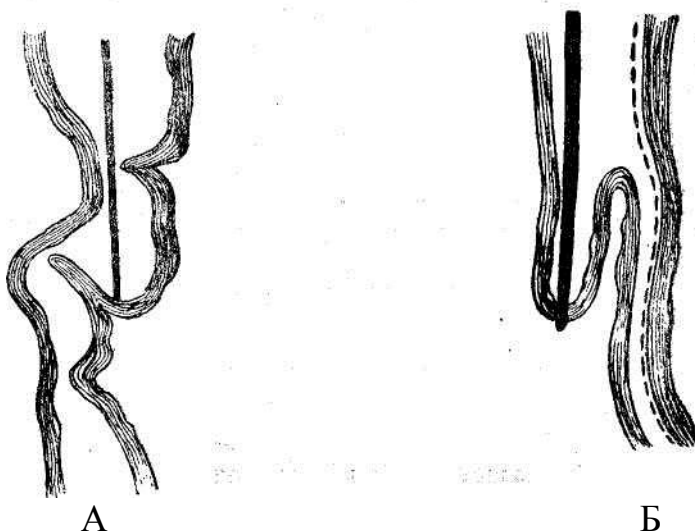
Халқумни ҳиқилдоқ қисмидаги ёт жисмлар бевосита ёки билвосита ларингоскопия, фиброскопия қилиш йўли билан олиб ташланади. Бурун-ҳалқумдаги ёт жисмларни орқа риноскопия ёки бурун ютқин фиброскопияси усулида олиб ташланади. Ёт жисмлар олиб ташлагандан сўнг ўрнида жарохат бўлса, иккиламчи яллиғланишни олдини олиш учун шу жой 2-3% кумуш нитрат эритмаси билин суртилади ва бир неча кун антисептик эритмалар билан томоқ чайилади.

Қизилўнгачга буж киритиш-бу муолажа даволаш ва ташхис қўйишда ишлатилади.Бунинг учун махсус эластик ва металдан тайёрланган бужлардан фойдаланилади.Бужлар одатда эрталаб нахорда қўйилади,бунинг учун муолажадан 30 дақиқа аввал беморга 1,0мл. 0,1% атропин қилинади,халқумга 2% дикаин ёки 10% лидокаин сепилади ва ўтирган ёки ётган холда амалга оширилади. Эластик бужларни юмшатиш мақсадида муолажадан 3 дақиқа аввал қайноқ сувга 5дақиқа солиб қўйилади.Қизилўнгачга буж юборилаётганда,уни холати эътиборга олинади,агар яллиғланиш ёки куйгандан сўнгги чандикланишида,эластик бужларни кичик ҳажимлигидан бошланади.Буж ўтказилаётганда қаттиқ,қўпол ҳаракат қилинмайди,акс холда қизилўнгачни тешиб қўйиш мумкин.Бужлар металдан тайёрланганлари оддий қайнатиш орқали стерилизация қилинса,эластик бужлар тозаланиб ювилгандан сўнг антисептик суюқликларда ёки формалин буғида сақланади.Ишлатишдан аввал уларга стерил мойлар суртилади.



Расм 64. Буж юбориш муолажаси

А-беморни ҳолати тўғри,Б-беморни ҳолати нотўғри



Расм 65. Қизилўнгачга киритилган бужларни ҳолати

А-киритилган буж чандикқа қадалиб қолган ҳолати,Б-буж қизилўнгачни тешиб ўтган ҳолати.

ҚИЗИЛЎНГАЧДАН ЁТ ЖИСМНИ ОЛИШ

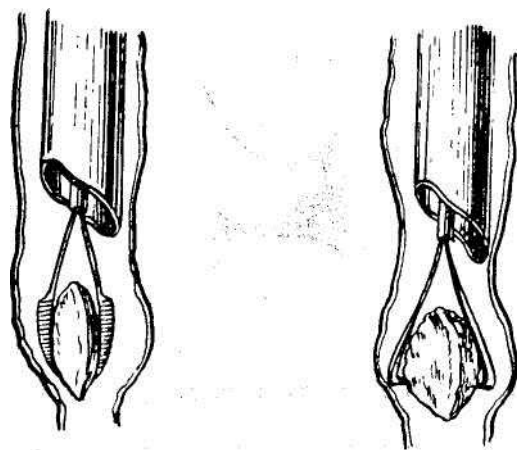
Қизилўнгачга ёт жисмлар асосан оғиз орқали овқат луқмалари билан биргаликда тушиб қолади. Катта ёшдаги одамларда ёт жисмлар асосан овқат билан бирга тушса, кичик болаларда эса ўйнаб туриб оғизга солинган жисмларни беҳосдан ютиб юбориш орқали тушиб қолади. Агар ёт жисмлар қизилўнгачда узок туриб қолса яллиғланиш чақириб эзофагит ривожланади. Л.И.Фельдман бўйича ёт жисмларни 60-80% биринчи физиологик қисилган жойда ушланиб қолади, 15-20% фоизи иккинчи физиологик қисилган жойда ва 5-10% учинчи ыисилган жойда ушланади.

Касалликни белгилари асосан тушган ёт жисмларни хажми, шакли, оғирлиги, тушган вақти ва жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади. Айрим ҳолларда ёт жисм тушиб қолга беморлар бошни ҳаракатга келтирганда, ютинганда қизилўнгач

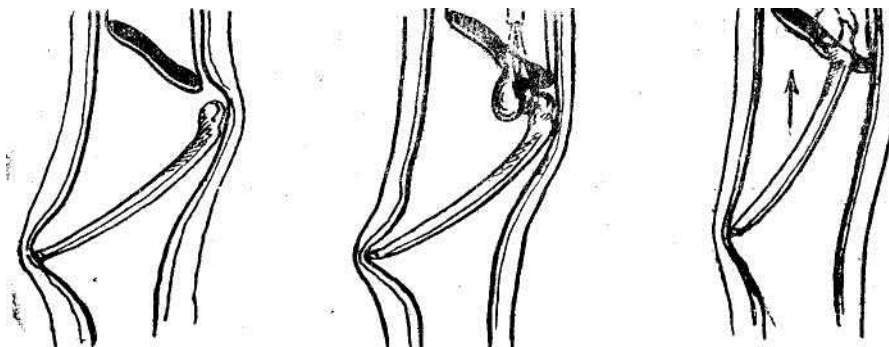
сохасида курак сохасига тарқалувчи оғриқ, ачишишга шикоят қиладилар. Касалликни белгиларидан бири, агар ёт жисим қизилўнгачда туриб қолса, бемор кейинги ютган овқат луқмалари пастга ўтиб кетмасдан қайт қилиб чиқариб ташлайди. Ютиниш жараёни оғриқли бўлиши ҳисобига беморларда оғиздан кўп сўлак оқиш кузатилади. Қизилўнгачда ёт жисим бор беморларда кўрилганда хиқилдоқни ноксимон чуқурчасида кўп миқдорда сўлак тўпланади – **Жексон белгиси**, катта ёт жисм биричи анатомик қисилишда туриб қолганда хиқилдоқни олдига суриб қўяди – **Денмайер белгиси**, хиқилдоқни ушлаб кўрилганда оғриқли бўлади (айниқса ўткир қиррали ёт жисим бўлса) – **Шлиттлер белгиси** кузатилади. Ёт жисим узок туриб қолганда эзофагит ривожланиб, оғриқ кучаяди, беморлар овқатдан бош тортади, иситма кўтарилиб, ахволи оғирлашади.

Касалликни ташхиси – ташхис учун мукаммал йиғилган беморни шикояти ва касаллик тарихи муҳим ўринни эгаллайди. Рентгенологик, МРТ ва эндоскопик (эзофагоскопия) текширишлар ташхисни тўлиқ аниқлайди.

Ёт жисмларни олиш уч босқичда амалга оширилади, биринчи босқичда ёт жисмни аниқланади, иккинчи босқичда ёт жисмни олишга қулай ҳолатга келтирилади ва учинчи босқичда ёт жисм олиб ташланади. Оғриқсизлантириш маҳаллий 2% дикаин ёки 10% лидокаин суртиш орқали амалга оширилади, ўта безоата бўлган ёш болаларда эса умумий наркоз орқали амалга оширилади. Эндоскопни трубкаси назорат остида кичик тилга сўнгра халқум орқа деворига ва қизилўнгачни кириш (оғзи) қисмига мўлжал қилган ҳолада енгил ҳаракат билан киритилади. Ёт жисм аниқлангандан сўнг уни шакли, жойлашган ўрни ва ҳажмини ҳисобга олган ҳолда олишга қулай ҳолатга келтирилади. Ёт жисм оладиган қисқичлар уни шаклига ва ҳажмига қараб танланади.



Расм 66. Шакли юмалоқ бўлган ёт жисмларни олиш



Расм 67. Учи ўткир (балиқ суяги) ёт жисмларни олиш

Халқумда ўтказилган муолажаларни барчаси ҳақида тўлиқ маълумот берилмаган келгуси ишларимизда бу камчиликларни бартараф этиш масалалари олдимизда.

ХАЛҚУМ РЕНТГЕНОГРАФИЯСИ.

Клиник текширишларни тўлдиришда катта аҳамиятга эга бўлиб, бажарилиши тез ва осон амалга оширилади. Халқумдаги ёт жисмлар, ўсмалар ва жароҳатдан сўнги ташхисни аниқлаш ва келгусидаги амалга ошириладиган тадбирларни рентгенологик текширишлар натижасига асосланади. Рентгенологик текшириш олдиндан ва ёнбошдан қилинади.

Халқум компютер томографияси (КТ). Халқумни юмшоқ ва суяк тўқималарини тузилишини, яққол кўрсатиб беради, улардаги турли ўзгаришлар, яллиғланиш ёки ўсмалар чегаралари, тўқималар билан чатишганлик ҳолатлари аниқланади.

Халқумни ЯМР текшириш. Халқумни юмшоқ, суяк тўқималари, суюқлик сатҳини ўрганиш бўйича ўта даражада аниқ маълумот беради. КТ берган маълумотни тўлдиради. ЯМР ни ўтказишдан мақсад халқумдаги ўзгаришлар, уларни чегаралари, қўшни тўқималар билан чегаралари ҳолати ҳақида маълумот олишдан иборат.

Қизилўнгачни рентгенологик текшириш, асосий текширишлардан бири ҳисобланади, кўпинча бу текшириш қизилўнгачни ўсмасида, деветикулида, жароҳатида ёки ёт жисм туриб қолганда амалга оширилади. Агар ёт жисмга гумон қилинса аввал оддий рентгенологик текшириш ўтказилади, сўнгра беморга барийни суюлтирилган ҳолда суюқлик билан бирга ичирилади, одатда барий тезда 5-6 соғияда ошқозонга ўтиб кетади, иккинчи ва учинчи физиологик қисилган жойларда биров тўхтаб ўтади. Ёт жисм бор жойда эса барий анча узокроқ ушланиб қолади. Қизилўнгачни деворларида жароҳатга ёки тешилганлигига гумон қилинса, у ҳолда сувда эрийдиган контраст моддалар ишлатилади. Бундай ҳолларда жароҳат ва тешилган жой атрофида хавони тўпланганлиги кўрилади. Агар қизилўнгач шиллиқ қаватларри яллиғланган бўлса деворларини қалинлашганлиги аниқланади. Қизилўнгачни дивертикулида контраст модда шу жойда узок туриб қолади.

ХАЛҚУМДА МУОЛИЖА ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ.

Халқумда энг кўп учрайдиган муолижалардан бири бу тозилэктомиядир.

Муолижа тугагандан сўнг, қон кетиши тўлиқ тўхтатилганлигига ишоч ҳосил қилингандан сўнг, бемор палатага ўтказилади ва ёнбошлаб ётқизилади, жағини тагига салфетка қўйилади, чунки уларда кўп микдорда сўлак ажралиши кузатилади, бемор сўлакни ютмасдан оғиздан чиқариб туриши керак. Биринчи кун беморга ютиниш, гаплашиши ман қилинади. Беморга 12 соатдан сўнг илиқ сув ёки чой ичишга рухсат берилади. Кечқурун эса бирорта оғриқ қолдирувчи дори тавсия қилинади. Эртаси кундан бошлаб беморга томоқни фурациллин эритмаси (1:1000) ёки ромашка дамламаси (бир чой қошиқ ромашка ўти 200 мл. қойноқ сувга дамланади) билан кунига 4 маротаба томоқни чайиш тавсия қилинади ҳамда гаплашишига ва суюқ илиқ овқат ичишга рухсат берилади.

Кўрилганда тангла ёйлари, кичик тил сохаларида шиш ва қизаришлар кузатилади. Олинган без ўрнида оқиш рангда караш қопланади, бу карашлар 5-7 кунларида тўлиқ тозаланади.

Жаррохликдан сўнг икки кунда беморни тана ҳарорати 37 С атрофида бўлади. Беморларни уйга чиқарилгандан сўнг яна 1 ой мобайинида оғир жисмоний ишлардан сақланиш зарур.

АМАЛИЙ КўНИКМАЛАР РўЙЎАТИ

Халқумни кўриш ва даволаш техникаси.

1. Фарингоскопия (мезофарингоскопия) ва нормал кўриниши
2. Эпифарингоскопия қилиш ва кўриниши.
3. Халқум шиллик қаватига суртма суртиш.
4. Бодомча безлари лакуналарини зонд билан ювиш.
5. Гиполарингоскопия қилиш ва нормал кўриниши.
6. Халқум касаллигида дори моддаларини инфузияси.
7. Халқумдан ёт жисмларни олиш (услуги).
8. Иситувчи компрессни томоғига қўйиш.
9. Бурун ва халқум пальпацияси (бармоқ билан текшириш)
10. Махаллий юзаки оғриқсизлантиришни ўтказиш.
11. ЛОР касаллигида паратонзилляр абсцессини пункция қилиш ва очиш (услуги).
12. Бодомча безларидан биопсия олиш (услуги).
13. Тонзиллотомияга кўрсатма ва қилиш техникасини тушунтириш
14. Аденомотомияга кўрсатма ва қилиш техникасини тушунтириш.
15. Эзофагоскопияга кўрсатма қилиш техникаси (услуги).
16. Халқум орти абсцессини очиш.
17. Халқумга тубук кварц қўйиш.
18. Халқумни КТ ва МРТ текшириш усули.

МАВЗУНИ ЎЗЛАШТИРИЛИШНИ ЎРГАНИШ УЧУН НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Бодомча безларини клиник анатомияси.
2. Флегманоз ангинани диагностикаси.

3. Нормал мезофарингоскопик кўриниши.
4. Ангиналарни классификацияси.
5. Халқум қаватларини клиник анатомияси.
6. Халқум қаватларини физиологияси.
7. Лакунар ангинани диагностикаси.
8. Фолликуляр ангиани диагностикаси.
9. Ярали пардали ангинани диагностикаси.
10. Халқум бугмасини диагностикаси.
11. Паратонзилляр абсцессларни диагностикаси.
12. Халқум орқа деворини абсцессини диагностикаси.

ХИҚИЛДОҚНИ ТЕКШИРИШДА АМАЛГА ОШИРИЛАДИГАН МУОЛИЖАЛАР

Хиқилдоқни текшириш ҳам бошқа ЛОР аъзоларини текширгандек амалга оширилади. Касаллика оид масалалар кўрилганда беморлардан касалликка тегишли шикоятлар сўралади, касаллик тарихини ўрганишда уни бошланиш вақти, кечиши, қайталаниш ҳолати, муддати ўрганилади. Агар даволаш муолижалари олиб борилган бўлса уни самараси ва қандай даволар ўтказилганлиги аниқланади.

Ташқи текширишда 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 (жағ ости, хиқилдоқ олди, кекирдак атрофи, хиқилдоқни чуқур лимфа тугунлари, ўмров усти ва ости тугунлар) ҳолати, хажми, уларда оғриқ бори-йўқлиги аниқланади. Бир вақтни ўзида хиқилдоқ тоғайларини (узуксимон ва қолқонсимон) ҳаракатини текширилади, бундай текширишда тоғайларни бири-бирига ишқаланиб ўзига хос 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 маротаба 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 тутатқич қисимлардан иборат. Ойна қисми тутатқичга 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, кўрсатгич бармоқ билан эса юқори лаб кўтарилиб турилади. Хиқилодоқ ойнаси кичик тилни орқасига ўтказилиб, ойна қисми пастга қаратилган ҳолда кўрилади. Беморда рефлексор кўнгил айланиб, қайт қилишни олдини олиш учун, ойна ҳалқумни орқа деворига қаттиқ босилмайди. Айрим беморларда рефлексор 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 ҳаракатини тўлиқ аниқланади. Ҳозирги кунда қўллаши қулай бўлган портатив йиғма отоскоп-офтальмоскоп кенг қўлланилмоқда.

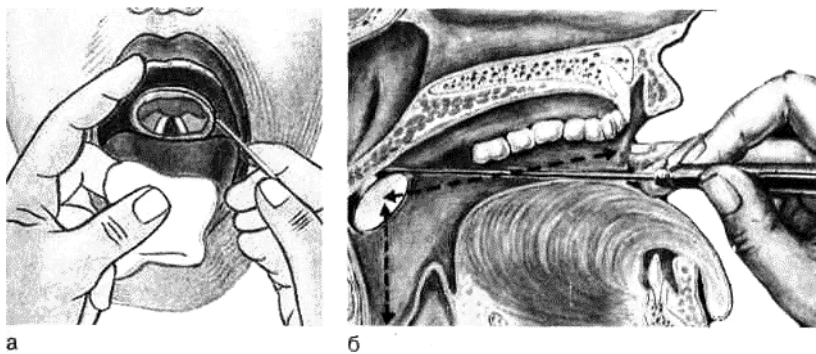


Расм 68.Портатив йиғма ларингоскоп



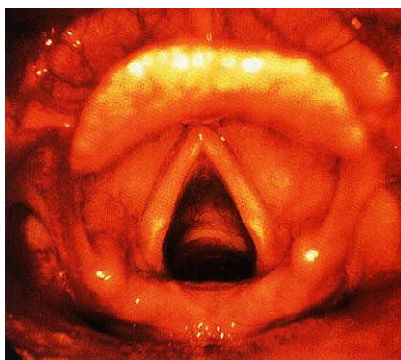
Расм 69. Портатив йиғма ларингоскоп ёрдамида ларингоскопия ўтказиш

Муолижа вақтида хиқилдок устки тоғайи, тил ўзаги, ноксимон чуқурча, чўмичсимон тоғайлар, дахлиз ва овоз бойламлари, бойлам ости қисмилари, ҳамда уларни симметрик ҳаракатига эътибор берилади.



Расм 70. Воситали ларингоскопияни тасвирда кўриниши

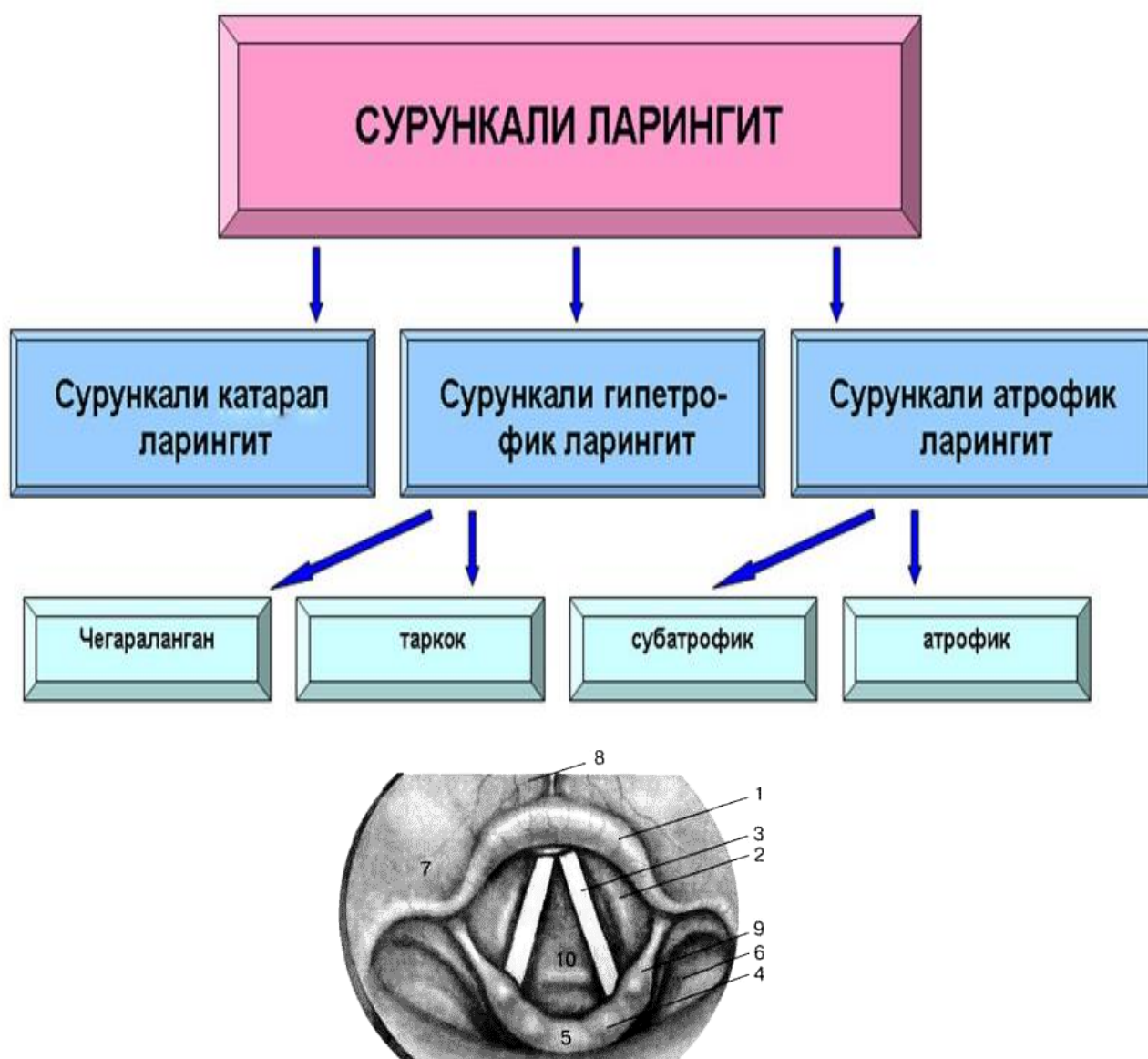
Овоз бойлами ёриғи одатда учбурчаксимон шаклда бўлади нафас олиш ва овоз хосил бўлишида бир маромда очилиб ёпилади. Овоз бойламлари оралиғини узунлиги 15- 19 мм. (аёлларда 15- 17 мм.) ташкил қилади



Расм 71. Нафас олишдаги нормал ларингоскопик кўриниш



Расм 72. Овоз хосил қилишдаги нормал ларингоскопик кўриниш



Расм 73. Хиқилдоқни ларингоскопик тасвири

1.Хиқилдоқ устки тоғайи, 2. дахлиз бойлами, 3. овоз бойлами, 4.чўмичсимон тоғай, 5. чўмичсимон тоғай оралиғи,6. ноксимон чуқурча, 7.хиқилдоқ устки тоғай чуқурчаси, 8.тил ўзаги, 9.чўмичсимон хиқилдоқ устки тоғай бурмаси. 10. бойлам ости қисми,кекирдак тоғайлари.

Воситали ларингоскопияни бажаришда бир қанча қийинчиликлар мавжуд биринчидан тажрибасиз ЛОР врач пешана ойнасидан тушаётган нурни тўғри йўналтира олмайди,шунинг натижасида текширилувчи аъзони тўлиқ кўришни иложи йўқ.Иккинчи қийинчилик беморларда ўта даражада қайт қилиш рефлекси юқори бўлади,бундай холларда хиқилдоқ 2% дикаин ёки 10% лидокаин суртилиб сўнг кўрилади. Айрим холларда тил ўта даражада катталигида тилни шпатель билан босиб сўнг кўрилади,агар хиқилдоқ устки тоғайи кенг бўлиб хиқилдоқни тўлиқ беркитиб қўйса,ундай холда хилдоқ устки тоғайи олдинга тортилиб сўнг кўрилади.Учинчи қийинчилик бу ёш болалар доимо тинч ўтирмайди,ойнани оғиз бўшлиғига киритишни иложи бўлмайди.

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 фойдаланилади. Бевосита ларингоскопия кўпинча ёш болаларда амалга оширилади. Муолижа асосан бемор ўтирган ёки ётган ҳолда маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг амалга оширилади. Ёш болаларда наркоз остида кўрилади.

Микроларингоскопия бу усулда текшириш учун жаррохлик микроскопи ишлатилади, фокус орлиғи 400 мм. Ташкил қилади. Муолижа операцион бўлимда ўтказилади, агар керак бўлса бир вақтни ўзида турли микрожаррохлик муолижаларини ҳам ўтказиш мумкин.

Фиброларингоскопия – ҳозирги кунда кенг қўлланилаётган текшириш усулларида бири ҳисобланади. 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 оғриқсизлантриш йўли билан амалга оширилади ва хиқилдоқни турли жойларида текшириш учун биопсия олиш, ҳамда даволаш ишларини амалга оширишга имкон беради



Расм 74. Фиброларингоскопия ўтказиш муолиси

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ.

Муолижадан мақсад – хиқилдоқ мушакларида кузатиладиган заифлик ва уларни сабабларини аниқлаш уларни биоэлектрик қуватларини ўрганишдир. Текширишда миографдан фойдаланилади, аниқланган заифлик сабабларидан келиб чиққан ҳолда тегишли чора-тадбир белгилашга имкон беради.

ЛАРИНГОСТРОБОСКОПИЯ.

Муолижадан мақсад, овоз бойламларини фаолиятида кузатилган турли ўзгаришларини аниқлаш.

Муолижа махсус стробоскоп асбоби ёрдамида, экранда ҳосил бўлган ёруғлик тўлқинларидаги ўзгаришга асосланган ҳолда баҳоланади. Овоз бойламларини узунасига,энига қисқаришлари ва тўлқинсимон тебранишларини ёруғлик орқали ўганилади.Бу усулда ҳиқилдоқдаги турли патологик ҳолатлар (дисфония,ўсмалар,сурункали яллиғанишларни) аниқланади. Текширишни асосида овоз бойламларини бир-бирига тўлиқ ёпишиш ҳолати агар овоз бойламларини бирор жойида тўлиқ бирикиш бўлмаса стробоскоп ёруғлигида ўзгариш кузатилади ва шу ўзгаришларни ташхис аниқланади.Келгусида стробоскоп маълумотига асосланган ҳолда тегишли даволаш чоралри амалга оширилади.

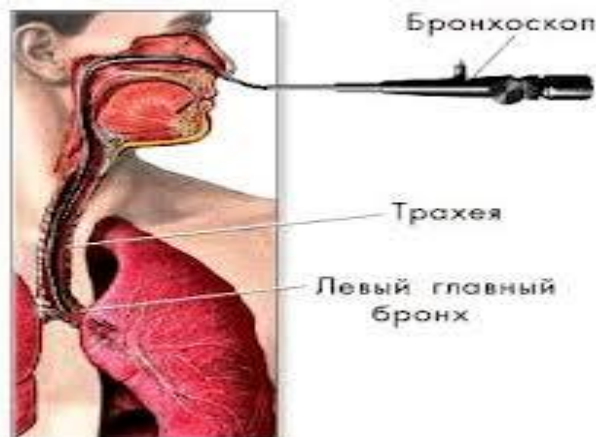
БРОНХОСКОПИЯ.

Муолижадан мақсад –Нафас йўллари(ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхлар) ҳолатини,ундаги ўзгаришларни ва даволаш чораларини амалга ошириш учун бажарилади.

Бунинг учун эластик (фибробронхоскоп) ёки метал трубкалардан иборат бронхоскоплар (Мезрин,Брюнингс,Фридел) қўлланилади.Муолижа ноҳорда оч қоринга амлга оширилади.Агар ясама тишлари бўлса олиб қўйилади.

Оғриқсизлантириш.Брохоскопия муолижасидан 30 мин. аввал текширилувчига 1% 1,0 мл. промедол ва шилимшиқ ажралишини озайтириш мақсадида 0,1% 1,0мл. атропин қилинади,сўнгра кекирдак шиллиқ қаватларига оғриқ қолдирувчи 2% дикаин ёки 10% лидокаин сепилади. ёш болаларда муолижа умумий наркоз остида ўтказилади.

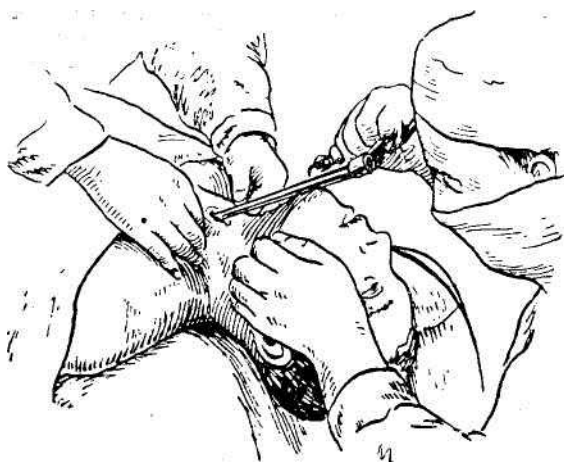
Бронхоскоп беморни ётган ҳолда амалга оширилади,айрим ҳолларда эса ўтирган ҳолатда ҳам бажариш мумкин. Бемор ётган ҳолда елкаси остига махсус ёстикча қўйилади,бунда беморни бўйин ва бош соҳаси 10-15 см. қўтарилади.



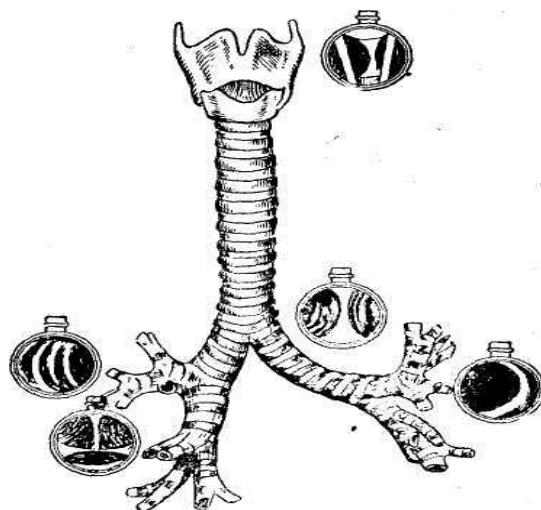
Расм 75.Бронхоскопия муолижаси

Муолижа вақтида ҳар эҳтимолга қарши электросўргич ва ўпкани суъний нафас олдирувчи аппаратлари тайёр бўлиши керак. Бронхоскоп тилни ўртасидан халқумни орқа деворига қараб юрилади, хиқилдоқ устки тоғайи тил ўзгига босилади ва бронхоскоп трубкасида хиқилдоққа кириш қисми кўринади. Бунда дахлиз ва овоз бойламлари ҳолатига эътибор берилади, сўнгра трубкани учни енгил айлантириб овоз бойлами орасидан ўтиб кекирдакка тушилади, кекирдак шиллиқ қавтлари, барча деворлари кўздан кечирилади. Бронхоскоп нихоятда енгил, шиллиқ қаватни жароҳатланмасдан ҳаракат қилиниши зарур. Кекирдан кўрилгандан сўнг пастда бифуркация текширилади, бронхлар ҳам кўздан кечирилади. Текшириш вақтида аниқланган ўсмалардан биопсияга олинади, нафас йўлларидаги патологик ажралмалар электросўргич ёрдамида сўриб олинади. Турли асоратларни олдини олиш мақсадида муолижадан сўнг беморлар ЛОР бўлимида яна 2 соат назоратда бўлиши шарт.

Пастки трахеобронхоскопия-муолижа трахетомия қилингандан сўнг кекирдакни пастки қисмини кўриш, биопсия олиш ва дори моддаларини юбориш мақсадларида амалга оширилади. Бунинг учун бемор ётган ҳолда, трахетомик тешик орқали йўтал рефлексини олиш мақсадиди 2% дикаин ёки 10% лидокаин томизилади. Керакли ҳажмдаги бронхоскоп трубкаси ёки эластик бронхофиброскоп киритилиб бронх деворлари ҳолати, бифуркацияни тўлиқ текширилади, керак бўлса биопсия олинади. Муолижа вақтида бошланғич қисмида кекирдакни ўзига хос томир уришга монанад ҳаракати кўрилади, бу ҳолат йирик қон томирларини уришини бевосита бронхга таъсиридир. Нафас олиш ва чиқаришда кекирдакни кенгайиб торайиши, ҳамда бифуркацияни кўтарилиб тушиши кўрилади. Кекирдак шиллиқ қаватлари оч пушти рангда, намланган ва ялтироқ бўлади. Бронхоскоп трубкаси кекирдак ва бронхлар орқали ўтаётган вақтда учраган шилимшиқ ва балғамлар доимо электросўргич ёрдамида тозалаб борилади. Бронхлардаги патологик ўзгарган ажралмалар бўлса электросўргич ёрдамида сўриб олинади ва ўрнига керакли дори моддалари жўнатилади. Муолижа тугагандан сўнг керак бўлмаса трахеотомик стома тикиб қўйилади.



Расм 76. Пастки трахеобронхоскопия муолижаси



Расм 77. Трахеобронхоскопия ўтказишда ҳиқилдоқ ва кекирдакни турли қисмларини кўриниш.

Бронхоскопия вақтида кузатиладиган асоратлар.Муолижа вақтида турли асоратлар учрашини ҳисобга олиниши шарт,булардан бронхларни реффлектор қисилиши,шилиқ қаватларни жароҳати ҳисобига эмфизема,муолижа узоқ давом этса беморларда шок ҳолати кузатилади,қон кетиши.Ёш болаларда эса муолижадан сўнг бойлам остида реактив шиши ривожланиб нафас олиш қийинлашиб қолади.Юқорида келтирилган асоратларни олдини олиш мақсадида муолижадан сўнг бемор яна 2 соат врач назортида қолиши шарт.

БЕМОРНИ НАФАС ОЛИШ ФАОЛИЯТИНИ АНИҚЛАШ.

Муолижадан мақсад.Нафас йўллари бoшланишидан охири қисмигача бўлган фаолиятига тўлиқ баҳо берилади.Текшириш натижасида нафас йўллари қайси соҳасида, қандай даражада ўзгаришлар борлигини аниқлангандан сўнг тегишли даволаш чоралари белгиланади.Нафас олиш бу инсон танаси ва атроф муҳит орасидаги ўзаро ҳаво (кислород ва карбонат ангидриди) алмашинувидир.Нафас олиш қуйидаги босқичлардан иборат: 1).Ташқи нафас- бунда инсон танасига кислород киради ва карбонат ангидрид чиқарилади. 2). Қон орқали кослород тўқималарга етиб боради ва карбонат ангидриди олиб кетилади.3). Тўқима нафаси-кислородни ўзлаштириш ҳисобига тўқималардаги органик бирикмалар оксидланади,натижада карбонат ангидрида ҳосил бўлади ва инсонни ҳаёти учун зарар бўлган қўшимча энергия ажралади. Инсон ўпкасини ҳаётини сифими 3-3,5 литр,бир дақиқада 16-20 маротаба нафас олади ва бир маротаба нафас олганда 500,0 мл ҳаво ўтади. Нафас олишни аниқлаш учун беморни кўкрагига ёки қорнига қўлни босган ҳолда 1 дақиқада олган нафас миқдори ҳисобланади.Нафас етишмовчилиги бўлса беморларда хансираш бошланади.

Нафас йўлини кириш қисмини текшириши ҳақидаги маълумот бурунни текшириш қисмида тўлиқ баён қилинган.

ХИҚИЛДОҚНИ ТЕКШИРИШНИ ЯНА БИР ТУРИ БУ РЕНТГЕНОГРАФИЯДИР.

Муолижа ўтказишдан мақсад. Хиқилдоқ ва кекирдак ҳолатига тўлиқ баҳо бериш, нафас йўлларидаги, ўсмалар, ёт жисмларни аниқлаш мақсадида амалга оширилади.

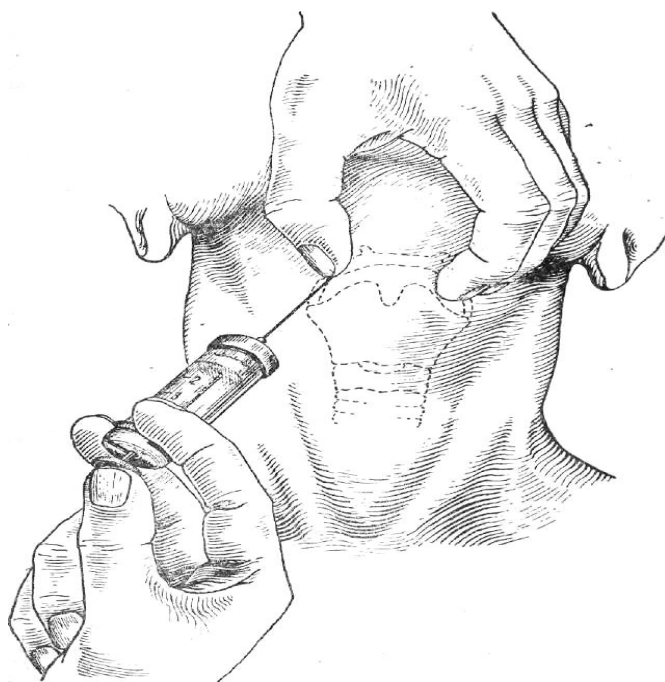
Рентгенография олдиндан ва ёнбошдан амалга оширилади, бу усулда хиқилдоқни тузилиши ҳақида, ўсмалар ҳамда уларни тарқалиш ҳолати, ҳажми тасвирланади, қўшни тўқималарга тарқалиш ҳолати кўрилади. Ёт жисмларни жойлашган ўрни, шакли ҳажми ҳақида аниқ маълумот олинади. Рентгенологик маълумотга асосланган ҳолда ўсмаларни келгусида ўтказиладиган даволаш чоралари аниқланади, ёт жисмни олиш масаласи ҳал этилади. Ёш болаларда учрайдиган хиқилдоқни ҳаволи кистаси аниқланади, уни хиқилдоқ ўсмасида қиёсий ташхисланади.

Ҳозирги вақтда хиқилдоқни компьютер томография (КТ), МРТ текшириш усуллари кенг қўланилмоқда. КТ текширишда хиқилдоқдаги ўсмани жойлашган ўрни, чуқурлиги, қўшни тўқималар билан чатишганлик ҳолати ва уни аниқ чегараси турли кесимларда кўрилади. КТ текширишда хиқилдоқ тўқималарини денситометрик ҳолатини кўрсатгичи (тўқималарни зичлиги ҳолати), хиқилдоқ тоғайлари қалинлиги кўрсатгичлари, хиқилдоқ касалликларини қиёсий ташхисида муҳим ўринни эгаллайди.

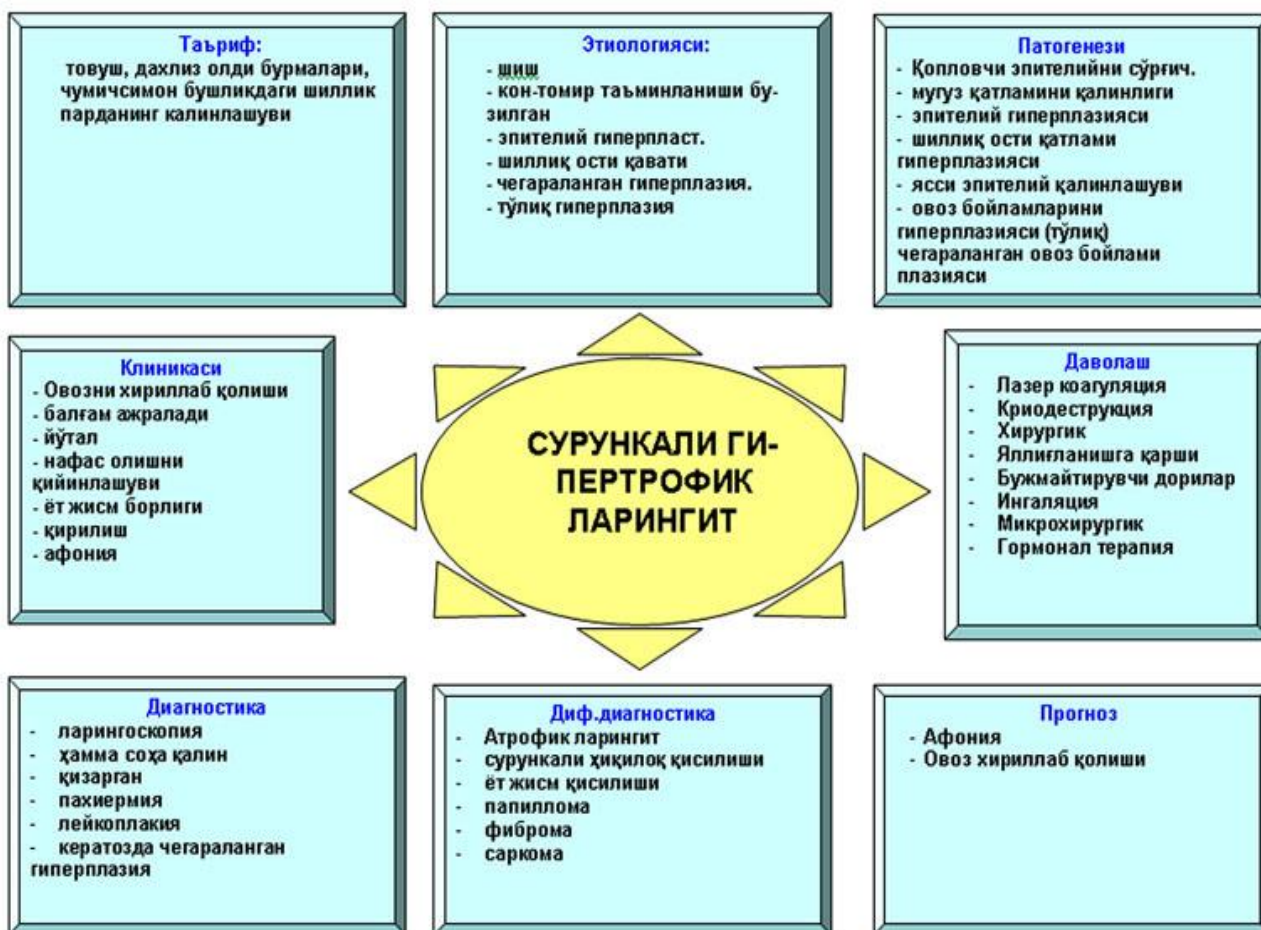
МРТ яна ҳам аниқ текшириш усули ҳисобланади, КТ маълумотни тўлдиради, беморларга нурни салбий таъсири деярли кам ва беморлар бир ҳолатда бўлганда, текшириш турли кесимларда кўрилади. Хиқилдоқ шилик қаватидаги ўзгаришлар, ўсмаларни ҳолати, чегараси, ҳажми кўрилади.

ЮҚОРИ ХИҚИЛДОҚ НЕРВНИ НОВОКАИНЛИ БЛОКАДА ҚИЛИШ (А.В.Вишневский бўйича) .

Муолижага кўрсатма: Хиқилдоқда ўтказиладиган турли муолижалар бажариш, трахеотомия муолижаси ўтказиш учун амалга оширилади. Бунинг учун бемор ётган ҳолда бошини қарама-қарши тарафга буради ва елкаси остига кичик ёстикча қўйиб бошини бир оз кўтаради.



Расм 78.Юқори хиқилдоқ нервни бўйинни ён тарафидан новокаин билан оғриқсизлантириш.



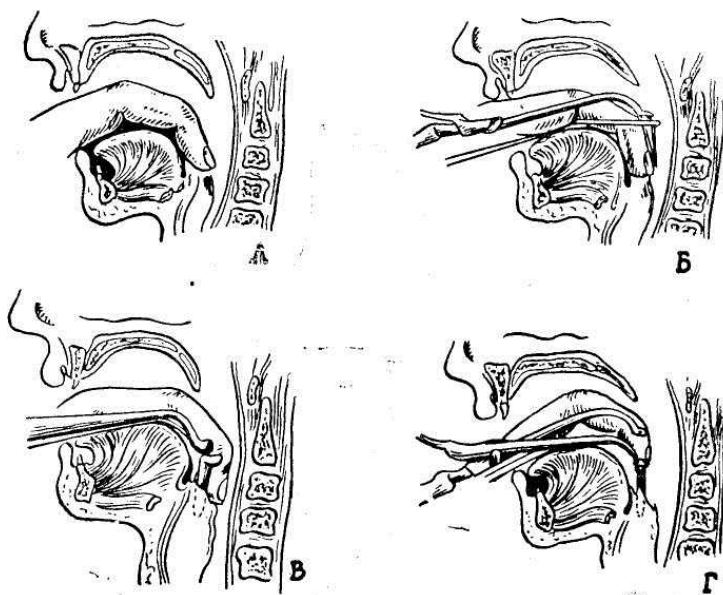
Кўрсаткич бармоқни сўргичсимон-ўмров-тўш мушагини (m. sternocleidomastoidea) орқа томонини ўртасидан сал юқори қисмига босилади,бу жой шу мушагни ташқи бўйинтрук венаси билан кесишган жойи хисобланади.Бармоқни чуқурроқ босиш орқали нерв ва қон томирлар ичкарига сурилади ва умуртқани олдинги қисми бармоқ билан пайпаслаб аниқланади.Бармоқ бўйлаб узун игнани умуртқани олдинги томонига кириб борилади ва игнадан қон чиқмагандан сўнг блокада қилиш бошланади,бунинг учун 40-50 мл.0,25% новокаин юборилади.Агар муолижа тўғри бажарилса беморни яноғи ва кўзи қизаради,Горнер симптоми мусбат бўлади,яъний кўз олмаси ичкарига ботиб,қорачиғи билан кўз ёриғи тораяди.Муолижа ўтказилгандан сўнг турли асоратларни олдини олиш мақсадида бемор врач назоратида ЛОР бўлимга ётқизилади..

Муолижа асоратлари.Игна йирик қон томирларга тушиб қолиши,инфекция тушиши,беморларда аллергия холат кузатилиши мумкин.

ИНТУБАЦИЯ.

Муолижа ўтказишдан мақсад.Нафас фаолиятини бузилишга олиб келувчи турли сабаблар,яллиғланиш,травмадан сўнг,хиқилдоқ ўсмаси каби холатларда нафас фаолиятини тиклаш,хиқилдоқда муолижалар ўтказиш мақсадида интубацион найча киритилади.

Муолижа бемор ўтирган ва ётган ҳолда амалга оширилади. Ўтирган ҳолда амалга ошириш учун бемор бола чойшабга аденомия ўтказгандек қилиб боғланади, керакли асбоблар беморни чап томонида бўлади, врач эса беморга қарши тарафда туради. Керакли хажмдаги интубацион найча аввал мой билан ёғланади ва ўнг қўлда ушланади, чап қўлни кўсатгич бармоғи оғизга киритилади ва хиқилдоқ устки тоғайини ушлаб олдинга, тилни узагига босилади. Ўнг қўл билан интубацион найча ушланиб, чап қўл кўрсатгич бармоққа ёпиштирилган ҳолда киритилади, овоз бойлами соҳасига етганда найчани ташқаридаги қисми кўтарилиб олдинга ва пастга ҳаракат қилиб кекирдакка ўтказилади. Найчани тўғри турганлигини белгиси ундан нафас олиш амалга ошишидир.



Расм 79.Интубацион найчани хиқилдоққа киритиш босқичлари

Одатда интубацион найча беморни нафас олиш фаолияти тиклангандан сўнг олинади, аммо интубацион найча хиқилдоқда туриши 4-5 кундан ошиб кетмаслиги даркор. Найча қанча кўп турса асроти шунча кўп бўлиши мумкин, асоратлардан найча турган жойларда эзма яралар, перихондрит ва чандиқланишлардир.

Муолижа вақтида кузатиладиган асоратлар. Муолижа кўпинча жарохатдан сўнги беморларда, ёш болаларда ёки нафас етишмай қолган беморларда ўтказилганлиги учун врач доимо мурракаб ҳолатда бўлади, шунинг хисобга олган ҳолда муолижа вақтида трахеотомия учун асбоблар тайёрланиб қўйилади ва керак бўлса дарҳол трахеотомия ўтказилади. Асоратлардан, кўпинча найчани тўғри ўтказишни иложи бўлмайди, трубка бойлам ёриғига сиғмайди, қон кетиши мумкин.

ТРАХЕОТОМИЯ ВА ТРАХЕОСТОМИЯ.

Трахеотомия.

Муолижадан мақсад. Хиқилдоқнинг турли хил касалликларида нафас фаолиятини кескин бузилиши, ўсма, шишларда шикастланишларида, нафас йўлларидаги ўткир қисилишида, нафас йўлларидаги ётжисмлар тушиб қолганда хаво ўтишини тиклаш учун.

Нафас етишмовчилигида 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 кекирдикни тоғайларини кесиб очиш тушунилади, кекирдик тоғайларини кесиб очилгандан сўнг вақтинчалик ёки узоқ мудатга кекирдикни ташки муҳит билан туташтирувчи тешик (соустя) қўйишдир. Бу муолижани тўлиқ амалга ошириш учун кесилган тешикга хаво ўтказувчи най киритилади.

Трахеотомия ўтказиш учун кўрсатмалар:

-Нафас йўлларидаги 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 чиқариш жараёни бузилганда.

-Хиқилдоқ мушаклари ва асаб томирларини фалажланиши натижасида нафас ёриғи торайиб қолганда,

-Кўкрак қафаси ва бош миёна жароҳатларида нафас йўлларидаги фаолияти ва нафас олиш жараёни бузилганда.

-Хиқилдоқни ва кекирдикни жароҳатларида, куйишида (кимёвий ва термик) нафас олиш жараёни бузилиб, интубация қилишни иложи бўлмаганда.

-Хиқилдоқ ва кекирдикдаги 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 трахеотомия бемор бошини орқага ташлаб ўтирган ҳолатида ҳам қилинади.

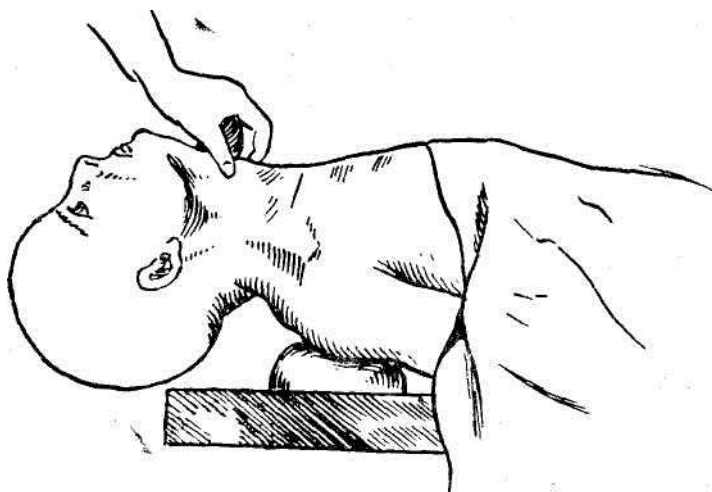
Трахеотомия шошилиш жароҳлик ҳисобланганлиги сабабли, кўпчилик ҳолларда маҳаллий оғриқсизлантиришдан фойдаланилади, лекин айрим ҳолларда муолижа қилинмаган жойларда, зудлик билан амалга оширилиши зарур

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. Бунинг учун 1% новокаин эритмаси хиқилдоқни атрофига ромб шаклида юборилади.

Муолижа вақтида трахеяни аниқлаш учун бўйин олди деворини айрим белгиларга этибор қаратилади: қалқонсимон тоғайни юқори бурчаги, хиқилдоқ бурмаси, узуксимон тоғай девори, бўйинтуруқ чуқурчаси. Трахеотомия жароҳлигида 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 кекирдакни топишга қийналиб қолиши мумкин.

Трахеотомияда кекирдакни кесилган жойига қараб (қалқонсимон беги бўйнига насбатан олинганда) юқориги, ўрта ёки пастки турлари мавжуд. Муолижа вақтида жаррох беморга нисбатан қуйидаги вазиятда туради: юқориги ва ўрта трахеотомия ўтказишда ўнгда, пастки трахеотомияда эса чапда, бу кекирдакнинг 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 чизикни ўртада бўлиши жаррохлик тўғри бажарилаётганидан далолат беради.



Расм 80. Трахеотомия вақтида беморни ҳолати

Этиология

- ёш болалар тугма, танга, тарвуз, қовоқ уруғлари, нўхат, майдо ўйинчоқлар
- қайт ҳосилалари, қон
- бронхлит (бронх юзасига туз тушиши)
- тирик жонзотлар (аскарида)
- хашорат тушиши
- механик қўқисдан калтакланиш, йиғлаганда

Патогенези

- овоз ёригини беркилиши
- асфиксия тез ривожланади
- овоз ёригини қисман беркилишида йўтал, хириллаш, шиллиқ қават шиши
- узоқ йўтал натижасида ёт жисм атрофдаги некрозга учраган тўқимаси билан чиқариб ташланади.

Клиникаси

- Мунтазам тинимсиз йўтал
- Бўғилганлик
- Нохушлик
- Ҳеч қандай сабабсиз нафас қисиш
- Гиперсоливация
- Ютиша оғриққа хос шикоят
- Ёт жисм сезгиси
- Нафас олишни қийинлашуви

Диагностикаси

- билвосита ларингоскопияда ёт жисм топиш
- ҳиқилдоқ, қўқрак қафаси аъзолари, қизилўнгач рентгенографиясини қилиш;
- трахеобронхоскопия қилиш

**ҲИҚИЛДОҚДА
ЁТ ЖИСМ**

Диф.диагностикаси

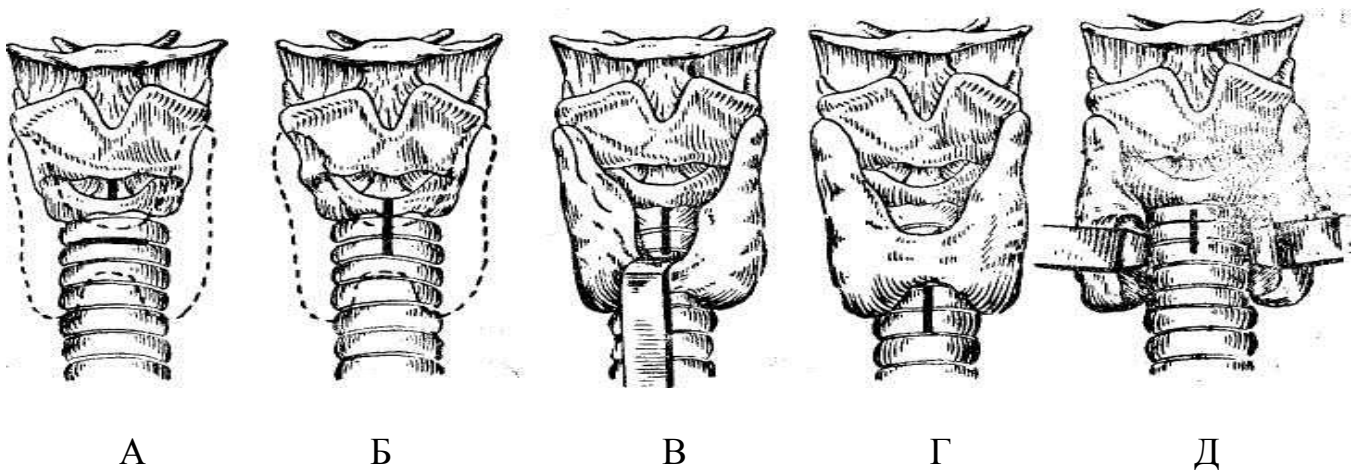
- сохта бўғнадан
- дифтериядан
- ҳиқилдоқ ўсмаларидан

Даволаш

- бронхоскопия ёрдамида ёт жисмни олиш
- темир бўлса электромагнит билан олинад
- асфиксия ҳолатда трахеотомия қилинади

Прогноз

- асфиксияда тез ёрдан бермас бемор ўлими
- йўталиш билан ўзи чиқариш қилганда ёт жисм нафас олиш йўллари деворларини санчиш
- трахеостомия қилинаётгандаги асоратлар ҳам кузатилади



Расм 81.Трахетомияни турлари

А-кони́кото́мия ва кўндаланг трахеотомия,Б-крикотрахеотомия, В-юқори трахетомия, Г- пастки трахетомия, Д-ўрта трахеотомия .



Трахеотомия 1- боскичи, тери ва мушаклар ажратилган ҳолат

Трахеотомия килиниб кекирдак очилган

Расм 82. 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 ҳиқилдоқ анча юқори жойлашганлигини ҳисобга олиб, уларда кўпинча пастки трахеотомия қилинади.

Кекирдакни очишдан олдин атроф тўқималардан қон оқишини 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 узок вақт қолиб кетиши тўғри келади, бунинг натижасида эса бу жойларда грануляциялар ўсишига олиб келади, кейинчалик бу грануляциялар ўрнида чандиқлар ҳосил бўлиб, ҳиқилдоқ ёриғини сурункали торайишига сабаб бўлади. Оқибат-натижада бемор узок вақт бу найча билан юришга мажбур бўлади.

Ҳиқилдоқ қисилишида нафас олиш ва чиқаришда ҳиқилдоқ, 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 ҳажимда тегишли трахеотомик найча қўйилади. Агар жароҳатнинг (кекирдак тешигининг) катталиги қўйиладиган найчани ҳажмига 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 ҳиқилдоқнинг ўткир қисилишига олиб келган 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 трахеотомик 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 парваришlash биринчи кунларидан алохида эътибор талаб қилади. Яна бир оғир асоратларг 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, кайнатилиб, 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 трахеотомик 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. Ўйталиш вақтида кўчиб чиққан, шилимшиқ, балғамлар трахеостомик найча атрофидаги терини яллиғлаб, ярага айланишини олдини олиш мақсадида найча атрофлари вазелин ёки Лассар пастаси билан суртиб турилади.

ГОРЧИЧНИК ҚЎЙИШ

Муолижага кўрсатма: чалғитувчи даволаш муолижаси ҳисобланганлиги учун турли ўткир яллиғланиш жараёнларида амалга оширилади. Болаларда эса ёлғон бўғмада кўкрак қафасига ва оёқларга қўйилади.

Горчичниклар чалғитувчи, қон томирларини кенгайтирувчи ва кўзғатувчи даво сифатида таъсир этади. Горчичник суртилаган махсус варақлар аввал илиқ сувда намланади ва кўкрак қафаси терисига айлантириб қўйилади. Бемор болалар терисини куйдириб қўймаслик мақсадида тери билан горчичник орасига икки қават дока қўйилади. Муолижа 10-15 дақиқага қўйилади, муолижа тугагач тери латта билан артиб ташланади. Бу касалликда бир вақтни ўзида оёқларга ҳам иссиқ горчичникли ҳаммом қилинади. Беморларни ёшини эътиборга олган ҳолда 8,0 литр, оёқ териси куйиб қолмаслик даражада иссиқ сувга 4 қошиқ қукунидан солиб аралаштирилади, бемор оёқлари 10-15 дақиқага солинади, муолижадан сўнг оёқлар қуриқ қилиб артилади ва иссиқ пайпоқ кийдирилиб ётқизилади.

Кузатиладиган асоратлар. узок вақт қолдирилган горчичниклар терини куйишига олиб келади, горчичника аллергия реакция бўлиши мумкин.

ИНГОЛЯЦИЯ.

Муолижадан мақсад—нафас йўлларига даволаш мақсадида дори моддаларини махсус асбоблар ёрдамида аэрозол ҳолида юбориш. Инголяция усулида дори моддаларини юбориш бошқа усулларга қараганда бир қанча афзалликлари бор:1. бу усул дори моддаларини физиологик,яъний оддий нафас олиш йўли билан киритилади. 2.дори моддалари шиллиқ қаватларга маҳаллий таъсир этади. 3.шиллик қаватлар орқали кирган дори моддалари сўрилиши бир неча баробар тез амалга ошади. 4.нафас йўллари орқали кирган дори моддалари тезда лимфа орқали кичик қон айланиш тизимига жигарга тушмасдан ўтади. 5.дори моддаларидан ташқари инголяция нафас йўлларига ижобий таъсир кўрсатади.



Расм 83. Инголяция муолижаси

Инголяциялар қуйидагича бўлинади:буғли,иссиқ-намли,ёғли,қурук кукунли.

Юборилаётган дори моддаларини таъсир доирасини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

Шилимшиқ ажралмаларни суялтирувчилар
бужмайтирувчи ва юзаки куйдирувчилар
антимикроб таъсир этувчилар
замбуруғларга қарши таъсир этувчилар
силга қарши таъсир этувчилар
маҳаллий оғрикислантирувчилар
антигистамин дорилар
тўқималар фаолиятини кучайтирувчилар
қон тўхтатувчи дорилар
астмага қарши таъсир этувчилар

Инголяцияни ўтказиш тартиби бемор тинч,гаплашмасдан ёки китоб ўқимаган ҳолда бўлиши керак. Дарҳол овқатлангандан сўнг ёки жисмоний зўриқишдан кейин муолижа ўтказилмайди,муолижани олиб бўлгандан сўнг 30 дақиқа дам олиши шарт. Инголяцияни оғиз орқали олиниб нафасни бурун орқали чиқариш зарур.

Асоратлари. Ўта иссиқ буғ юборилганда оғиз шиллиқ қаватларни куйиши,дори моддаларга беморни сезувчанлиги.

ХИҚИЛДОҚҚА ДОРИ МОДДАЛАРИНИ СУРТИШ.

Муолижадан мақсад-Хиқилдоққа даволаш,оғриксизлантириш ва муолижа ўтказиш мақсадида амалга оширилади.

Ишлатиладиган дори моддалари таъсир доирасига қараб куйидагича бўлинади:оғрик қолдирувчи (2% дикаин ва 10% лидокаин),куйдирувчи (кумуш нитрат эритмалари),бужмайтирувчи (колларгол ва проторгол),кўзғатувчи (Люголь эритмаси),балғамларни юмшатувчи(трипсин,химотроипсин), мойловчи (ўрик данаги мойи,шафтоли мойи,облепиха мойи).

Муолижани амалга ошириш,бунинг учун эгилувчан юмшоқ металдан ясалган махсус зонд,уни учига махкам қилиб пахта ўралади акс холда дори моддаларини суртиш вақтида ўралган пахта хиқилдоққа тушиб қолиш мумкин.Кўзғатувчи дориларни суртишда массаж қилгандек айланма ҳаракат қилинади. Дориларни суртиш каслликни кечишига қараб кунига бир ёки икки маротаба амалга оширилади.

ХИҚИЛДОҚҚА ДОРИ МОДДАЛАРИНИ ҚУЙИШ

Муолижага кўрсатма.Ўткир ва сурункали ларингитлар,атрофик ларингитларда балғам ва қасмоқларни ажралиши қийин ҳолатларда.

Хиқилдоқни атрофик ялиғланишида,хосил бўлган қасмоқларни юмшатиб кўчириш учун аввал трипсин ёки химотрипсин эритмаси куйилади,сўнгра турли мойлар (ўрик,шафтоли,наматак ва облепиха мойлари) куйилади.Бунинг учун махсус учигадаги игнаси 45 градус бурчак остида эгилган махсус шприцга 2,0 мл. бирорта мойдан олинади, бемор тилини докали салфетка билан ушлаб тортади, врач чап кўли билан хиқилдоқ ойнасини ушлайди,ўнг кўлида шприц билан назорат остида мойни юборади.Муолижа кунига бир маҳал,10 кун давомида амалга оширилади.Агар беморда қайт қилиш рефлекслари юқори бўлса,муолижадан аввал хиқилдоққа 2% дикаин эритмаси суртилади. Атрофик ларингитларда халқум шиллиқ қаватларини ёғлаш мақсадида ҳар кун хиқилдоққа бирорта мойлардан куйилиб турилади.

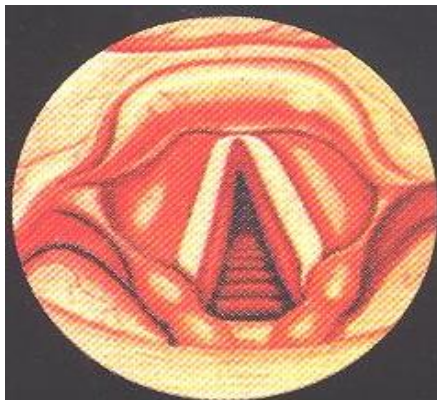
ЁЛҒОН БЎҒМА БИЛАН БЕМОРНИ ПАРВАРИШЛАШ ВА ДАВОЛАШ:

Муолижадан мақсад. Беморлардаги ўткир ҳаво етишмасликни олдини олиш.

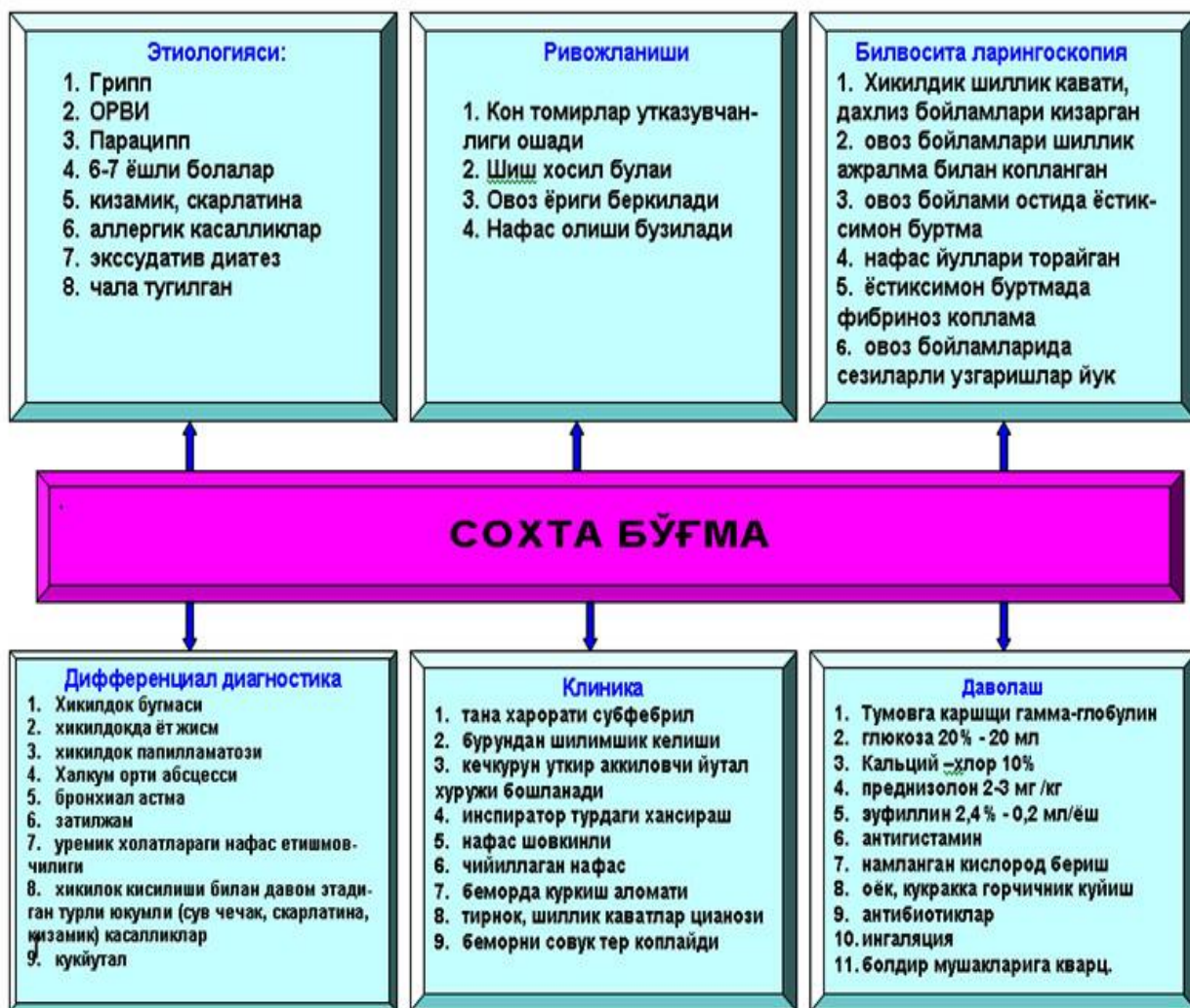
Даволаш муолижалари зудлик билан касалхона шароитида ўтказилишини тақоза қилади,акс холда беморни ҳаёти учун ҳафли вазият вужудга келиши мумкин.

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.



Расм 84.Бойлам ости ларингити (ёлғон бўғма)



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 палатасида 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 хавоси намли бўлиши 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 ичрилади. Нафас қисилишини рефлексор бартараф қилиш мақсадида, шпатель билан халқумни орқа деворини қитиқлаб қайт қилиш рефлекси чақирилади.

Нафас олиш етишмовчилиги кескин намоён бўлиб, бемор ахволи оғирлашганда дарҳол томир ичига 25 мг. гидрокортизон ёки 30 мг. преднизолон юборилади ва шу вақтни ўзида кетма-кет қон томирга қуйидаги дорилар ни 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 орасига антигистамин дорилар юборилади. Юқорида қилинган муолижалардан сўнг нафас олиш бир оз яхшиланиши билан дарҳол 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 қисилишни декомпенсация босқичида бемор болаларни махсус кислородли палаталарга жойлаштирилади ва интубация ёки трахеотомия муолижаларини ўтказишга тайёргарлик қилинади, керак бўлса джархол ўтказилади.

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 келадики, трахеотомия ҳеч қандай тайёргарсизлик ва антисептик қоидаларигиша 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.

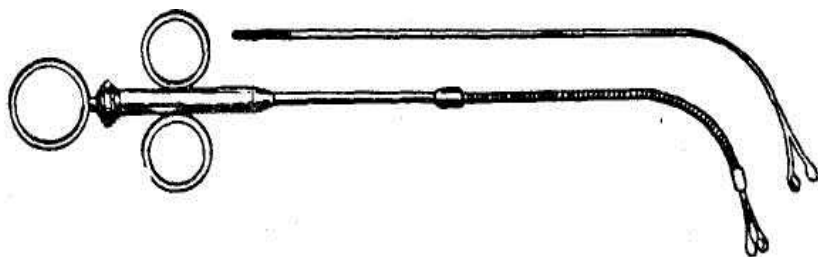
Муолижа асоратлари. Ўз вақтида кўрсатилмаган даволаш муолижалари натижасида бемор оғир аҳволга тушиб қолиши ёки ўлим билан тугаши мумкин.



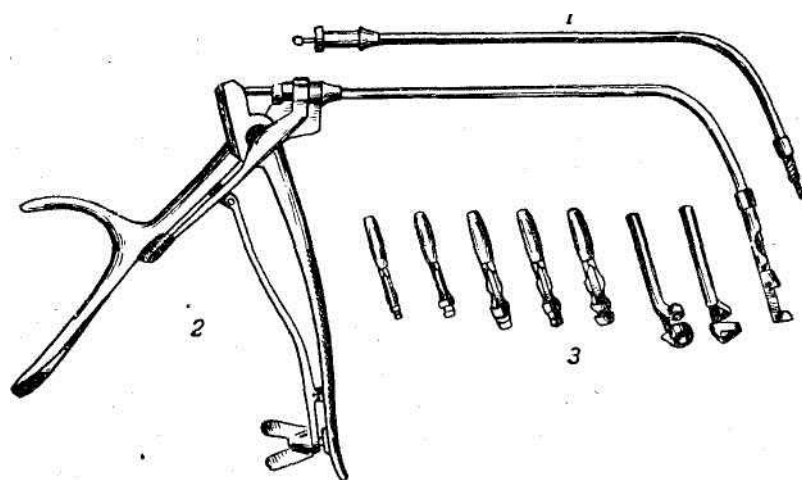
ХИҚИЛДОҚДАН ЎСМАЛАРНИ ОЛИШ.

Муолижадан мақсад. Хиқилдоқдаги ўсмаларни гистологик текширишга олиш, нафас йўлларидаги ўсмаларни ҳаво ўтишига тўсқинликни бартараф қилиш.

Бу муолижа ўсмаларни олиш ёки гистологик текшириш мақсадларида амалга оширилади. Бунинг учун махсус щипцилар ва кордеслар ишлатилади.



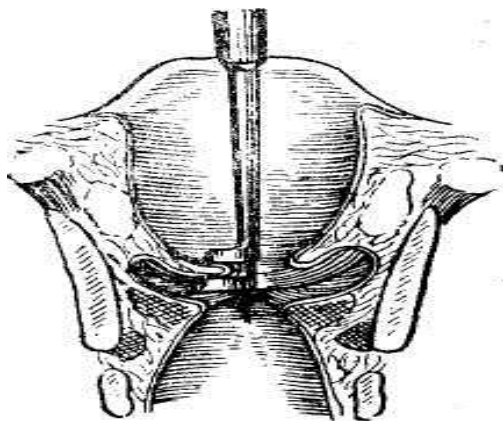
Расм 85. Мориц-Шмид (қисқичи) щипциси



Расм 86. Хиқилдоқдан ўсмаларни олиш учун махсус кордес

Муолижа бемор ўтирган холда амалга оширилади.

Оғриқсизлантириш. Бунинг учун ошиқча сўлак ажралишини пасайтириш мақсадида беморга муолижадан 30 дақиқа аввал 0,1% атропин юборилади. Махаллий оғриқсизлантириши учун хиқилдоқ 2% дикаин ёки 10% лидокаин суртилади. Бемор ўзи тилини докали салфетка билан ушлаб тортади, врач чап қўли билан хиқилдоқ ойнасини киритади ва ўнг қўли билан щипцилар ёрдамида ўсма олинади. Муолижа вақтида агар ўсма овоз бойламларида бўлса, уларни жароҳатламасдан амалга оширилиши шарт, акс холда беморларда овозни хиррилаб қолиши мумкин. Олинган тўқима 2 соат давомида текширишга юборилади. Муолижадан сўнг иккиламчи хиқилдоқ шишини олдини олиш учун беморга гидрокортизон ёки преднизолон ҳамда бирорта антигистамин юборилади.



Расм 87. Хиқилдоқдан махсус шипцилар ёрдамида ўсмаларни олиш
Муолижа асоратлари. Овоз бойламини жароҳатланиши, муолижадан сўнг хиқилдоқ шиши.

ХИҚИЛДОҚДАН ЁТ ЖИСМЛАРНИ ОЛИШ.

Муолижадан мақсад. Нафас йўлларига тушиб қолган ва нафас олишга тўсқинлик қилган ёт жисмни олиб ташлаш.

Муолижа албатта ЛОР бўлимида амалга оширилади, ёт жисмни олиш асосан беморни ахволи, ёт жисмни хажми ва шаклига боғлиқ.

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 рефлeksi кўзғалиши натижасида хуружсимон йўтал бошланади, нафас олиш қийинлашиб, беморда тери ва шиллиқ қаватларни кўкариш аломатлари пайдо бўлади, овоз хириллаб қолади ва хиқилдоқ соҳасида оғриқ пайдо бўлади. Ёт жисмлар нафас йўли деворларида ўрнашиб қолганда ёки ўткир кирраси билан санчилиб қолганда узоқ йўталиши натижасида чиқиб кетиши ҳам мумкин.

Ёт жисмлар бронхларда ўтиб кетмасдан айрим ҳолларда кекирдакда туриб қолади, шундай ҳолда нафас олишда ҳаво 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. Хиқилдоқда бундай ёт жисмларни ҳафли томони шундаки, маълум бир вақтда, юқорика кўтарилиш жараёнида овоз бойламлари орасига кириб қолса рефлектор қисилиб, зудлик билан асфиксия чақиради ва беморни ўлимга олиб келиши мумкин (амалиётда бундай ҳолатлар учраган).

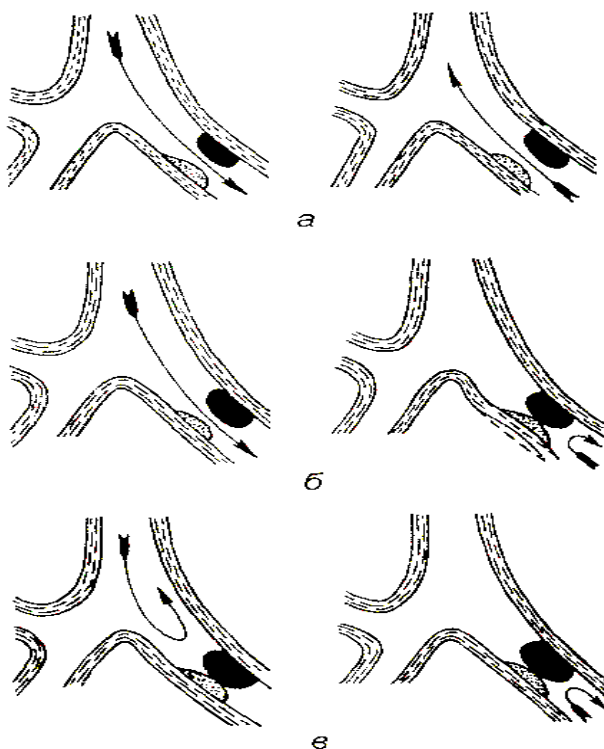


Ёт жисмлар пастга тушиб бронхларга ўрнашиб қолиши билан аста-секин йўталиш рефлексини сўниб боради ва умуман тўхтади тери ва шиллик қаватлар кўкариш аломатлари йўқолади.

Кекирдакга 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 жисим борлиги аломати кўринмайди, натижада кўпинча шифокорлар ёт жисим борлигига шухба қилиб ёки уни чиқиб кетган деган фикирга бориб, беморни диққат-этибордан четда қолдиради. Бундай ҳолат кейинчалик ёт жисм билан боғлиқ бўлган турли кўнгилсиз асоратларга (зотилжам, ўпка абсцесси, нафас йўлларида қон кетиши) олиб келади. Беморни диққат билан назорат қилинса, унда сезиларли даражада хансираш аломатлари борлигини аниқлаш мумкин. Кекирдакка тушиб қолган ёт жисм ўзига хос равишда кекирдакни қисилишига олиб келади,шунинг учун ҳам бундай беморларни текширишда ҳиқилдоқ устида нафасни пасайганлиги кузатилади бундай ҳолатни **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 ҳолларда бронхларга тушиб қолган ёт жисм бир томонлама “қопқоқлик” (клапан) ҳолатини ҳосил қилади, яъний нафас олиш вақтида бронхлар кенгайиб ёт жисм атрофидан ҳаво пастга ўтади, нафас чиқаришда эса

бронхни торайиши хисобига ёт жисм атрофидан хаво қайтиб чиқмасдан тўпланиб қолади. Натижада ўпкада хаво тўпланиб эмфизема ҳолати вужудга келади ва кўкс орлиғидаги (медиастенум) аъзоларни соғ томонга суриб қўяди, буни хисобига 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.



Расм 88. Хиқилдоқдаги ёт жисмларни нафас олиш ва чиқаришдаги ҳолати.

Оғриқсизлантириш. Маҳаллий оғриқсизлантириш (2% дикаин ёки 10% лидокаин суртиш) ёки интубацион наркоз орқали амалга оширилади. Агар ёт жисм хиқилдоқни кириш қисми ёки ноксимон чуқурчада жойлашса ва нафас фаолиятига деярли таъсир кўрсатмаса, оддий гипофарингоскопия қилиб коринцаг ёки щипцилар ёрдамида олиб ташланади. Хажми катта ёт жисмлар (тиш протези, катта суяк) бўлса қўпол куч ишлатмасдан, шиллиқ қаватларни жарохатлаб қўйиши мумкин, бундай ҳолларда фаринготомия қилиб олиш тавсия қилинади. Хиқилдоқдаги ёт жисмлар ларингоскопия ёки ларингофиброскопия орқали аниқланади, айрим ҳолларда рентгенография қилинади. Оддий корнцаг ёрдамида олишни иложи бўлмаган ҳолларда трахеотомия қилингандан сўнг олинади. Ҳозирги кунда турли юмшоқ фиброскоплар ишлатилаётганлиги туфайли ёт жисмлар нафас йўлларида умумий наркоз остида миорелаксантлар қўллаган ҳолда амалга оширилмоқда.

Муолижа асоратлари. Нафас йўлларини жароҳатланиши, ёт жисмни санчилиб қолиши, эмфизема ва қон кетиши.

ХИҚИЛДОҚДА МУОЛИЖАЛАР ЎТКАЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ

Муолижадан мақсад. Ўтказилган муолижаларни самараси асосан ўтказилган жарроҳликдан сўнгги парваришга боғлиқ.

Хиқилдоқда турли муолижалардан (фиброма олиш, хордоэктомия, нур терапия) сўнг яқин вақтларда реактив шишлар пайдо бўлади, келгусида эса турли иккиламчи чандиқлар, аъзоларни фаолиятини қисман бузилиши кузатилади. Шишларни даражаси ўтказилган муолижалар хажми, жароҳат турига ва беморни реакциясига боғлиқдир. Муолижадан сўнг яқин соатларда беморларда енгил хиқилдоқ шиши пайдо бўлади, айрим ҳолларда хиқилдоқ шишлари кучайиб беморни ахволи оғирлашади бундай ҳолда дарҳол трахеотомия ўтказиш тўғри келади. Баъзи беморларда эса муолижадан сўнг қон кетиши кузатилади. Шунинг учун ҳам муолижалар ўтказилгандан сўнг беморлар 1 сутка мобайинида ЛОР врач назоратида бўлимда ётиши мақсадга мувофиқдир. Беморларга гапириш овқат ичиш вақтинчалик ман этилади. Муолижалардан сўнг беморларга турли нафас гимнастикалари тавсия қилинади.



АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР РЎЙЎАТИ

Хикилдоқни кўриш ва даволаш техникаси.

1. Билвосита ларингоскопия ва нормал кўриниши.
2. Бевосита ларингоскопия (услуги).
3. Трахеотомияни парвариш қилиш.
4. Хикилдоқни интубацияси (услуги).
5. Трахеотомия ва крикоконикотомия (услуги).
6. Юқори хикилдоқ нервни блокада қилиш (услуги).
7. Юқори нафас йўллари ва қизилўнгачдаги ёт жисмларни рентгенография қилиш.
8. Трахеобронхоскопияга кўрстайиш ва қилиш техникаси (услуги)
9. Эзофагоскопияга кўрсатма қилиш техникаси (услуги)
10. Стробоскопия ўтказиш усули.
11. Хикилдоқни эндоскопик текшириш усуллари.
12. Хикилдоқни пайпаслаш усули.
13. Хикилдоқни КТ ва МРТ текшириш усули.

МАВЗУНИ ЎЗЛАШТИРИЛИШИНИ ЎРГАНИШ УЧУН НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Хикилдоқни клиник анатомияси.
2. Хикилдоқни физиологияси.
3. Ларингитларни классификацияси.
4. Уткир ларингитни кўриниши.
5. Флегманоз ларингитни диагностикаси.
6. Сохта бугмани диагностикаси.
7. Чин бугмани диагностикаси.
8. Хикилдоқ қисилишлари.
9. Хикилдоқни ёт жисмлари диагностикаси.
10. Қизилўнгачда ёт жисмлар диагностикаси.
11. Хикилдоқ усмаларини диагностикаси.

Эшитиш ва мувозанат анализаторини текшириш усуллари.

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. Кулоқ сурпаси иккала томондан кўрилади ва бир-бирига солиштирилади. Ташқи эшитув йўларини кириш қисмини кўздан кечирилади, терини турли яллиғланишлари, чипқонлар ёки бошқа ўзгаришлар бор-йўқлиги аниқланади. Ташқи текшириш тугалангандан сўнг кулоқ сурпаси, сўргичсимон ўсимта соҳаси пайпаслаганда оғриқ бор, йўқлигига эътибор қаратилади. Кулоқ сурпаси пайпаслаганда оғриқдан ташқари бўртмалар, шишлар, деформациялар бор йўқлиги аниқланади. Агар ўрта отит қўзғалиш даври бўлса ёки йирингли жараён ўрта кулоқдан сўргичсимон ўсимтага ўтган ҳолда пайпаслаганда кулоқ орқаси соҳасида оғриқ аниқланади. Кириш қисмида чипқон бўлса кулоқ дўмбоғи эзилганда оғриқ кучаяди. Тери остига 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.



Расм 89. Портатив отоскоп билан отоскопия муолижаси

Отоскопия- муолижани ўтказиш учун 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 холларда (ноғора пардада тешик бўлса) эса ноғора бўшлиғини холати хақида тўлиқ маълумот олинади. Отоскопияни аввал соғ кулоқни кўришдан бошланади, агар отит икки томонлама бўлса кўришни йиринг оқмаётган кулоқдан бошланади. Айрим беморларда отоскопия вақтида рефлектор йўтал кузатилади, бу холат адашган нерв тармоғини кўзгалиши сабабдир. 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. Ташқи эшитув йўли 2,5 см. узунликда, кириш қисмида туклар мавжуд, тери остида олтингугурт ва ёғ безлари борлиги туфайли бу жойларда кулоқ чирки учрайди. Текширишда 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.



Расм 90 Отоскопия муолижаси

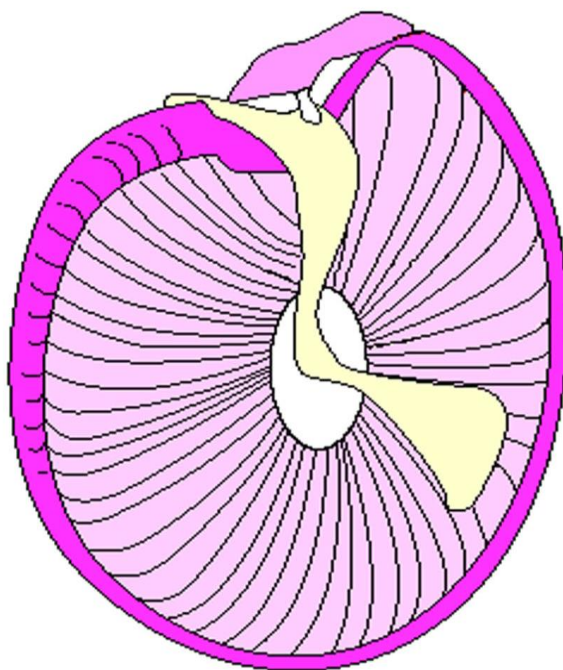
Биринчи усулда **қуруқ тозалаш** – бунинг учун махсус темир зонд учига пахта айланма ҳаракат қилиб ўралади, зондни учи чиқиб қолмаслигини бармоқ билан текшириб кўрилади. Пахта ўралган зонд ёниб турган спиртовка устидан ўтказилади куйдириш орқали стерилланади. Аста-секин ноғора пардага тегиб кетмасдан, айланма ҳаракат орқали кулоқдаги патологик ажралмалар тозаланади, ҳар сафар зондга ўралган пахта янгиланади.

Иккинчи усулда – **ювиб тозаланади**, бунинг учун Жане шприци ва илиқ фурациллин эритмаси фойдаланилади. Ювишда шприцни учи ташқи эшитув йўлини орқа - юқори девори томонга йўналтирилади ва ўрта босимда суюқлик юборилади.

Кулоқ ювилиб бўлгандан сўнг қолган суюқликни докали пилик киритиб куритиш зарур.

Ташқи эшитув йўли тери билан қопланган учун кириш қисмида туклар ва оз микдорда кулоқ чирки бўлади. Ташқи эшитув йўлини тоғайли қисмидан суякли қисмига ўтишда торайиш (istmus) кузатилади.

Одатда ноғора парда ташқи эшитув йўлини суяк қисмидаги ноғора чуқурчасида (sulcus tympanicus) 27 градус бурчак остида, юқоридан пастга қараб эгилган холда жойлашган бўлади.



Расм 91. Ноғора пардани умумий кўриниши

Ноғора парда кулоқни холатини белгиловчи кўзгу хисобланади. Одатда ўзгармаган ноғора парда 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.

Амалиётда ноғора пардани тўрт квадрантга бўлинади, бунинг учун биринчи чизиқ болғачани узун дастаси бўйлаб, юқоридан пастга ўтказилади, иккинчи чизиқ эса, шу чизиққа 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.

Кулоқ воронкасини учини енгил айлантириб, ноғора пардасини барча қисмларини тўлиқ кўрилади. Айрим ҳолларда отоскопия вақтида, воронкани

ташқи эшитув йўлини орқанги-пастки деворига қаттиқроқ босиш ҳисобига адашган асаб толасини тармоғи қитиқланиб, йўтал чақириши мумкин.

Агар кулоқда яллиғланиш пайдо бўлса бошланиш даврида ноғора парда хиралашади, қон томирлари бўртиб қизаради, бтаниш белгиларини аниқлаш қийинлашади, кейинчалик яллиғланиш кучайиши ҳисобига парда тўлиқ қизарган бўлади. Ўткир ўрта отитдан сўнг ноғора парда юзасида тешик ўрнида нозик чандиқ ҳосил бўлади, айрим ҳолларда парда юзасида оқ доғлар (петрификат) кўринади. Агар сурункали отитлар бўлса ноғора пардада турли шаклда (овал, ловиясимон) тешиклар кўринади, тешик қирғоқлари чандиқлашган. Тешик орқали ноғора бўшлиғини шиллиқ қаватларини кўриш мумкин. Эпитимпанитларда тешиклар асосан пардани салқи қисмида жойлашади, катта бўлмаганлиги учун ҳам тешикни кўриш қийин, айрим ҳолларда тешик юзалари йиринг, кулоқ чирки ёки холеастатома билан тўсилиб қолган бўлади. Шунинг учун эпитимпанитларга гумон бўлганда текширишни нихоятда диққат билан амалга ошириш зарур.

Ташқи эшитув йўлида ва ноғора бўшлиғида ажралмалар бўлса уни микдори, ранги, қўйиқ ёки суюқлиги, хидига ҳамда холестеатомага эътибор берилади. Эпитимпанитларда ажралма қўйиқ, хидли ва холестеатомадан иборат бўлади. Эпитимпанитга гумон бўлганда аттик зонди билан эпитимпанал қисмида суяклардаги емирилиш жараёнини аниқлашда текшириш ўтказилади.



Расм 92. Ташқи эшитув йўлини эндоскопик текшириш

Отомикроскопия. Муолижадан мақсад. Ташқи эшитув йўли, ноғора пардаси ва ноғора бўшлиғини, ҳамда эшитув найини тўлиқ текшириш. Оддий ўтказилган отоскопия ёки Зигел воронкаси орқали текшириш етарли бўлмаган ҳолларда оддий жаррохлик микроскопи ёрдамида 10,16 маротаба катталаштирилган ҳолда текширилади. Отомикроскопия асосан ўрта кулоқда сурункали йирингли

яллиғланишлари бор беморларда,ўрта кулоқни,эшитиш суякчаларини холатини бахолаш,ўтказиладиган жаррохлик муолижаларни хажмини белгилаш учун амалга оширилади.

Эшитиш (евистахий) найини асосий фаолияти дренаж, ноғора бўшлиғига хавони ўтказишдан (вентиляция) ва химоя қилишдан иборатдир. Найини дренаж фаолияти шиллиқ қавати юзасидаги, кўп қаторли хилпилловчи эпителийни бурун-халқумга томон ҳаракати туфайли амалга ошади.Бунда нғора бўшлиғида ҳосил бўлган шилимшиқ ажралмалар най орқали бурун халқумга ўтади.Эшитув найини фаолиятини ўрганиш асосан ўрта кулоқни йирингли яллиғланишида даволаш чораларини белгилашда асосий ўринни эгалайди.Бундан ташқари кулоқни эшитув фаолиятни яхшилаш мақсадида ўтказиладиган жаррохлик муолижаларини самараси эшитув найини фаолиятига боғлиқдир.

Хаво ўтказувчанлиги найни маълум бир ҳолатларда (гапирганда,эснаганда,йўталганда) очилиб,керакли микдорда хаво оқимини ўрта кулоққа ўтиши орқали амалга ошади.Эшитув найи хисобига ўрта кулоқ билан ташқи мухит (атмосфера) босими бир хилда сақланиб туради,фақат шундай бўлган ҳолда эшитиш фаолияти мўтадилдир.Хаво ўтказувчанлик фаолият бузилганда ноғора бўшлиғидаги босим пасаяди,ташқи эшитув йўлидаги босим ноғора пардага босади,ноғора парда ичкарига тортилади,ноғора бўшлиғида манфий босим пайдо бўлади,натижада лабиринт босими ортада,узанги суягини пластинкасини ҳаракати чегараланади ва беморларда ўртача 20-25 дБ. эшитиш пасаяди. Ўрта кулоқдаги мавжуд манфий босим узок давом этса ўрта кулоқда ўткир яллиғланиш жараёни ривожланади.

Эшитув найини ўтказувчанлик фаолиятини аниқлаш учун бир қанча усуллар мавжуд.

Тойнби усули:Муолижани амалга ошириш учун резина трубка,бурунга турли хажмдаги олива,кулоққа киритадиган махсус мослама.Текширилувчини бурнини бир томонига олива киритилади,иккинчи томони эса бармоқ билан медиал деворга босилади,резинали трубкани иккинчи учи махсус мослама билан врачни кулоғига киритилади ва текширилувчини оғиз ва бурни беркитилиб ютинишни тавсия қилинади,шу вақтда врач трубка орқали текширилувчини эшитув найи орқали ўтаётган хавони товушини эштади.Агар эшитув найи тўсилиб қолган бўлса ҳеч қандай товуш эшитилмайди.

Вальсальви усули:Текширишдан мақсад эшитув найини ўтказувчанлигини аниқлаш



Расм 93. Вальсальви усули:

Текширилувчи чуқур нафас олиб оғиз ва бурунни беркитган холда хавони қайта чиқаришга ҳаракат қилади, натижада бурун ҳалқумда хавони босими ортади ва бунинг натижасида эшитув найини тешиги очилиб қайтган хаво най орқали ўрта қулоққа ўтади ва ўтиш жараёнида ўзига хос овоз чиқаради, хаво босими ногора пардага урилади. Эшитув найини яллиғланиши ҳисобига шиллиқ қаватлар шишганда, найини бурун ҳалқум тешиклари аденоид тўқимаси ва ўсмалар билан тўсилиб қолганда бу синамани бажаришни иложи бўлмайди.

ПОЛИТЦЕР УСУЛИДА ЭШИТУВ НАЙИГА ХАВО ЮБОРИШ:

Муолижага кўрсатма эшитув найини сурункали яллиғланиши, тешикларини ўсмалар ва катталашган аденоид тўқимаси билин тўсилиб қолиши, қайталанувчи ўрта отит ҳисобланади. Муолижа учун махсус Политцер балончаси зарур.

Бажариш учун балончани текширилувчини бурун тешикларига мос келадиган ҳажимдагиси олиниб унга (олива) вазелин суртилиб бурунни бир томонига киритилади 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 балонга босилади, натижада кичик тил юқорига кўтарилиб бурун-ҳалқумни, оғиз-ҳалқумдан тўлиқ ажратиб қўяди ва юборилаётган хаво бурун-ҳалқум деворларига катта босим билан урилади ва бир қисм хаво эшитув найи орқали ўрта қулоққа ўтиб ногора пардага босади ва ўзига хос овоз чиқаради. Шундай холда эшитув найини фаолияти тўлиқ ҳолатда эканлиги ишонч ҳосил қилинади.



Расм 94. Политцер усулида эшитув найига хаво юбориш

Муолижани ўткир ёки сурункали тубоотитларда 4-5 кун давомида кунига 3-4 маротаба қайтарилади.Муолижа беморда ҳеч қандай ноҳушлик ёки оғриқ келтириб чиқармаслик зарур.

ЭШИТУВ НАЙИНИ ВЕНТИЛЯЦИЯ ФАОЛИЯТИНИ ТЕКШИШИР.

Текшириш учун махсус компрессия-декомпрессия синамаси мавжуд.Синамани мақсади ногора пардада тешиги бор беморларда ташқи эшитув йўлига сув манометри ёрдамида юқори босим берилганда, эшитув найини пассив очилиш бўсағасини аниқлашдан иборат.Эшитув найини очилганлик даражасини белгилаш сув манометридаги босимни пасайиши билан баҳоланади.Эшитув найини фаолияти

аъло бўлса манометр босими 200 мм. сув устинида бўлади
200 мм.дан,300 мм.сув устинида бўлса яхши
300 мм.дан,400 мм.гача сув устинида фаолияти қониқарли бузилган
400 мм.дан 500мм.гача сув устинида кескин даражада бузилган
500мм.дан сув устинидан юқори бўлса эшитув найини умуман
вентиляция фаолияти йўқ.

ЭШИТУВ НАЙИНИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИ КАТЕТР ЮБОРИБ ТЕКШИРИШ УСУЛИ:

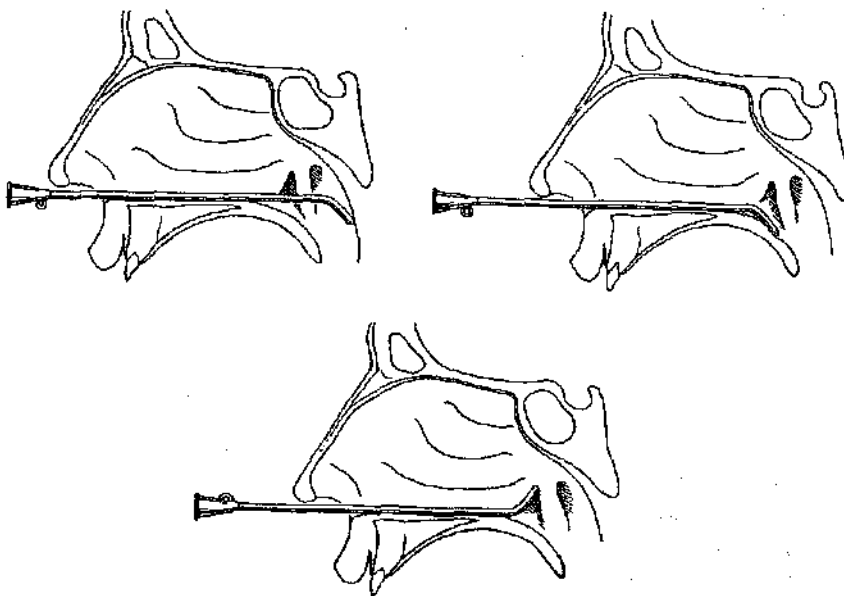
Муолижага кўрсатма:Сурункали тубоотитлар,ўрта отитлар,эшитув найини сурункали яллиғланиши.Текширишни бошқа усулларида амалга оширишни иложи йўқлиги.

Биринчи маротаба эшитув найини катетрлашни 1735 йили Guyot томонидан таклиф қилинган.Катетрлашдан мақсад эшитув найини фаолиятини ўрганиш агар бирор сабабга кўра беркилиб қолган бўлса уни тиклашдан иборат. 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.

Оғриқсизлантириш мақсадида бурун шиллиқ қавати 2% дикаин эритмаси билан суртилади, сўнгра отоскопни резинали катетирини бир учини текширувчини кулоғига, иккинчи учини эса врачни кулоғига киритилади, сўнгра темир катетрни эгилган учини пастга қилиб бурун ичига киритилиб, бурун-ҳалқумни орқа деворига текизилади.



Расм 95.Эшитув найи катетирлари



Расм 96.Эшитув найига катетр юбориш босқичлари

Сўнгра катетрни 2-3 мм орқага тортиб, эгилган учини ичкарига, эшитув найини тешигига қарама-қарши томонга 90 градус бурчак остида бурилади, қайта тортилаётган катетрни учи димоғ суягига тақалиб қолганлигини сезилгандан сўнг, катетрни учни энди текшириладиган 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 врач эшитади, бу эса эшитув найини ўтказувчанлиги яхшилигидан дарак беради. Агар ҳавони ўтиши қийин бўлса муолижа жуда эҳтиётлик билан ҳар қуни секин-аста бажарилади ва ҳаво ўтказувчанлиги тўлиқ тиклангунча давом этирилади. Эшитув найида ялиғланиш жараёни аниқланса катетризация вақтида дори моддаларини катетр орқали юбориш ҳам мумкин.

Агар текширилувчида ногора парда тешилган ҳолда, эшитув найини ўтказувчанлигини аниқлаш учун ногора бўшлиғига турли суюқликларни юбориш орқали ҳам аниқланади. Бунинг учун яшил метелин, сахарин эритмаси (мазасини сезиш вақти) ёки рентгенконтраст моддалар ишлатилади. Ноғира бўшлиғидан бурун халқумга ўтиши вақтини аниқлаш орқали текширилади. Одатда бундай ҳолларда эшитув найи ўтказувчанлиги яхши бўлса суюқлик 8-10 мин. ўтади, қониқарли бўлса 10-25 мин. қониқарсиз бўлса 25 мин. ва ундан юқори, агар най тўлиқ тўсилган бўлса суюқлик умуман ўтмайди.

ЭШИТИШ АНАЛИЗАТОРИНИ ФАОЛИЯТИНИ СУБЪЕКТИВ УСУЛЛАР ОРҚАЛИ ТЕКШИРИШ.

Ўтказилаётган текширишларга текширилувчи томонидан берилган жавоблар субъектив текширишга киради. Текширилувчини эшитиш қобилиятини ўрганиш бир қанча субъектив омилларга боғлиқ бўлади, буларда текшириш вақтида уни психологик ҳолати, маълумоти, ёши ва атроф муҳитни ҳолати киради.

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

– эшитиш қобилиятини миқдор ўзгаришини (нормал эшитишга нисбатан қандай даражада эшитиш пасайганлиги) аниқлаш.

Эшитиш анализаторини фаолияти **сўзлаш орқали** текшириш икки кўринишда амалга оширилади. Биринчиси шивирлаб гапириш орқали, иккинчиси одатдаги ҳолда оддий гаплашиш орқали. Бунинг учун текширилувчи 6 метр узоқликдаги масофада туради, айтаётган гапларни врачни лабидан уқиб олмаслик учун текширилаётган қулоқни текширувчи томонга буради, иккинчи қулоқни эса бормоқ билан беркитади.



Расм 97. 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, ҳар 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 оширилади. Одатдаги сўзларни соғлом одам 20

метрдан эшитади.Эшитиш анализаторини товуш ўтказувчанлик қисми зарарланган бўлса беморлар паст частотали товушларни яхши қабул қилмайди,агар нейросенсор карлик бўлса юқори частотали товушлар қабул қилиш қийинлашади ва беморлар эшитган гапларини маъносини тушунмайди. Текшириш учун Воячек томонидан таклиф қилинган махсус сўзлар таблицалардан фойдаланилади.

Камертонлар ёрдамида текшириш. Камертонлар билан паст,ўрта ва юқори частотадаги товушлар,хам хаводан хам суякдан ўтказувчанлик ҳолати ва бир вақтни ўзида товуш ўтказувчанлик,товуш қабул қилиш тизимлари ҳолати хам ўрганилади. Ўтказилаётган текширишни мақсадига қараб энг паст тебранувчи (Гц) 32 Гц. дан,энг юқори 4096 Гц.гача бўлган камертонлар ишлатилади. Аммо амалиётда тебранишлари турлича бўлган (С-128, С-512, С-2048) камертонлар кўпроқ ишлатилади.Шу камертонлар ёрдамида олинган маълумот етрали даражада товуш ўтказувчи ёки товуш қабул қилувчи тизимни қайси соҳасида ўзгариш борлигини белгилаб беради. Одатда синама учун ишлатилаётган хар бир камертонни ўзига хос хам хаводан ўтказиш,хам суякдан ўтказиш бўйича 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.

Хаводан ўтказувчанлик фаолиятни текшириш:Текшириш паст тебранишли камертондан (С-128) бошланади,бунинг учун камертон қўлга урилиб юқори қисмида (оёқчаларида) 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 дархол яқинлаштирилади, одатда текширилувчи яна бир неча дақиқа эшитиши лозим.Текширилувчи бутунлай эшитмай қолгандан сўнг,текширувчи эшитиш қобилияти соғ бўлса, ўзини кулоғига яқинлашртириб 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 сўргичсимон суякка кўндаланг қўйилади, эшитиш вақти сонияларда (секунд) ўлчанади. Одатда суякдан ўтказувчанлик,хаводан ўтказувчанликка қараганда қисқа бўлади.



Расм 98.Товуш тўлқинларини суякдан ўтишини камертон ёрдамида текшириш.

Камертонни С 2048 оркали 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 бири-бирига солиштиришга бағишланган. Тебранаётган камертон (С-128) сўргичсимон суяк соҳасига оёқчаси билан қўйилади, эшитиш тўхтагандан сўнг кулоқ сурпасига 0,5см масофада якинлаштиради,агар эшитиш давом этса бу синама мусбат,эшитмаса манфий хисобланади. 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 қисмини ўртасига қўйилади,соғлом одамларда камертонни тебраниши бошни ўртасида ёки иккала кулоқда бир хил эшитади (+ W +).



Расм 99.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.



Расм 100. Швабах синамаси

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 1881йили Gelee томонидан ташхис сифатида таклиф қилинган. Тебранаётган камартон (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.

Федеричи синамаси:Тебранаётган камертон оёқчаси набатми навбат куло бўртмаси (козелок) ва сўрғичсион ўсимтага қўйилади,соғлом одамларда ва нейросенсор карликда кулоқ ўсимтасидан яхши эшитади (Федеричи синамаси мусбат),товуш ўтказувчи қисм зарарланган беморларда сўрғичсимон ўсимтадан яхши эшитади (Федеричи синамаси манфий).

Кулоқда ўтказилган текширишлар шивирлаб гапириш,оддий гапириш камертонал текширишлар жамланиб махсус эшитиш паспорти тузилади.

Эшитиш паспорти

АД	текшириш синамалари (соғлом одамларда)	AS
—	субектив шовқин	—
6 м.	Шивирлаб гапириш	6 м.
20 м.	Оддий гапириш	20 м.
55 сек.	Камертон 128 (хаво 55 сек.)	55 сек.
30 сек.	Камертон 128 (суяк 30 сек.)	30 сек.
24 сек.	Камертон 2048 (хаво 24 сек.)	24 сек.
+	Ринне синамаси	+
+	Желе синамаси	+
—	Вебер синамаси(W)	-

Эшитиш паспорти

(товуш ўтказиш тизими зарарланган беморларда)

АД	текшириш синамалари	AS
+	субъектив шовқин	-
1 м.	Шивирлаб гапириш	6 м.
4 м.	Оддий гапириш	18 м.
16 сек.	Камертон 128 (хаво 55 сек.)	53 сек.
30 сек.	Камертон 128 (суяк 30 сек.)	30 сек.
12 сек.	Камертон 2048 (хаво 24 сек.)	24 сек.
- (манфий)	Ринне синамаси	+
+	Желе синамаси	+
—	Вебер синамаси	

Эшитиш паспорти тўлдирилгандан сўнг беморларга хулоса қилинади, бунда эшитишни қайси тури, товуш ўтказувчанликми ёки товуш қабул қилиш тизимида ўзгариш кетаётганлиги ҳақида хулоса қилинади.

ЭШИТИШ АНАЛИЗАТОРИНИ ЭЛЕКТРОАКУСТИК АСБОБЛАР ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ – АУДИОМЕТРИЯ ЎТКАЗИШ.

Аудиометр товушни электрик генератори ҳисобланади, хаво оқали ҳам, суяк орқали ҳам тоза товуш ўтказади.

Текширишни бу тури – тонал, сўзловчи ва шовқинли турларига бўлинади. Тонал аудиометрияда товуш тонларини 128 Гц. дан 8192 Гц. гача оралиғдаги тўлқинларда ўрганилади. Хар битта қулоқ алоҳида ҳам хаводан, ҳам суякдан ўтказувчанлигини ўрганилади. Текшириш натижалари махсус бланкаларга график чизиқлар орқали (аудиограмма) аск этирилади. Аудиограмма бу инсонни турли

частотадаги товушларни эшитиш қобилиятини график тасвиридир.Аудиограммани горизонтал чизиғида товуш частотасини герцдаги тасвири,вертикал чизикда эса товуш кучини децибелдаги тасвири ифодаланган.Суякдан ва хаводан ўтказувчанликни текшириш натижалари аудиограммада акс этиррилгандан сўнг натижаларга асосланиб эшитишни қайси қисмида ўзгариш кетаётганлиги ҳақида сўз юритилади.Эшитишни ўзгаришини 500,1000,2000 ва 4000 гц.частотада аниқланади.

Ёш болаларда эса ўйинли аудиометрия қўлланлади.



Расм 101.Аудиометрия ўтказиш жараёни.

Товуш ўтказиш қисмини зарарланганлиги белгиси:Эшитишни хаводан ўтказиши бўсағаси паст ва ўрта частотали диапазонларда ортиб кетади,аммо суякдан ўтказиш ҳолати ўзгаришсиз қолади.Аудиограммада хаводан ва суякдан ўтказиш оралиғида катта фарқ кўринади.

Товуш қабул қилиш тизимини бузилишидаги ўзгаришлар: Хаводан ва суякдан ўтказиш бир даражада пасаяди,оралиғида фарқ бўлмайди.Бошланишида эшитишни юқори частоталарда пасайиши кузатилади,келгусида эса барча частоталарда пасайиб кетади.

Тонал бўсаға аудиометрияси. (кенгайтирилган бўсаға частотасида)Бу текширишда асосан 8000 гц. гача бўлган оралиғда амалга оширилади.Текширишни асосий мақсади бошқа текшириш усулларида аниқланмаган эшитиш фаолиятини эрта бузилишларини аниқланади.Асосан биринчи навбатда эшитишни товуш қабул қилиш тизими ўзгаришлари ўрганилади.

Бўсаға усти тонал аудиометрия:Айрим касалликларда ,айниқса нейросенсор карликда оддий тонал аудиометрияда эшитиш фаолифтини тўлиқ ўрганишни иложи бўлмайди,бундай ҳолларда бўсаға усти тонал аудиометрия қилинади.

ФУНГ (феномен ускорения нарастания громкости)айрим касалликларда,айниқса нейросенсор карликда эшитиш фаолиятини пасайиши билан бирга юқори товушларга сезувчанликни ортиб кетиши кузатилади.Бундай ҳолат товуш қабул

қилиш тизимини периферик маркази (Кортиев аъзодаги тукли хужайралари) зарарланиши натижасида пайдо бўлади.Бунда зарарланган кулоқда юқори товушларга сезувчанлик ортиб кетиши туфайли,бўсағадан юқори берилган товушлар (70-90 дБ)соғ кулоқдек қабул қилинади. Бошқача қилиб айтилганда касал кулоқ ва соғ кулоқлар юқори товушларни бир хил қабул қилади.

Сўзлаш аудиометрияси-эшитиш анализаторини фаолиятини текширувчи субъектив текширишларга киради.Тонал аудиометриядан фарқи бунда сўзлардан фойдаланилади.Хар томонлама тўлиқ ажратилган алоҳида хонада текшириш олиб борилади,текширилувчига аввалдан дисклар ёзиб олинган сўзларни ўзгармаган ҳолда эшитирилади.Бунда нафақат товушларни эшитади, хатто сўзларни аниқ маъносини тушиниш керак

Аудиограммада товуш ўтказиш тизимини зарарланишини белгиси бу ҳаводан ўтказиш бўсағасини паст ва ўрта частоталарда ортиб кетиши,суякдан ўтказиш эса ўзгармаган ҳолда қолишидир,яъний ҳаводан ўтказиш чизиги билан суякдан ўтказиш чизиқлари орасида катта фарқ кузатилади.

Товуш қабул қилиш тизимини бузилишида эса ҳаводан ва суякдан ўтказиш бир хил пасаяди,бошланишда юқори частотада пасаяди,кейинчалик ҳамма частотада пасайиш кузатилади.Суякдан ва ҳаводан ўтказиш чизиқлари орасида фарқ кузатилмайди.

ЭШИТИШ АНАЛИЗАТОРИНИ ФАОЛИЯТИНИ ОБЪЕКТИВ

ТЕКШИРИШ.

Юқорида келтирилган текширишлар субъектив текширишларга асосланган бўлиб,бундан юборилаётган товуш тўлқинларини эшитиш анализатори томонидан қандай ҳолда сезиш ўрганилади.

Эшитиш анализатори фаолияти фақат субъектив жавоб реакциялари орқали ўрганилмайди,айрим ҳолларда хатто объектив реакция орқали ҳам ўрганилади.Объектив реакцияларга текширилувчи томонидан товуш тўлқинларига бўлган шартсиз рефлекс жавоб реакцияларидир.Бу реакциялар қаторига қон томирлардаги ўзгаришлар,нерв тизимида биопотенциал ўзгаришлар киради.Объектив реакциялар асосан эшитиш анализаторини марказий қисмида ўзгаришларни аниқлашда,суд тиббиёти амалиётида,ёш болаларни текширишда ва ақлий жихатдан заиф инсонларни текширишда амалга оширилади.

Жавоб реакциялар қаторига кўз қорачиғини кенгайиши (**ауропупилляр рефлекс**), қовоқни юмилиши (**ауропальпобрал рефлекс**) киради.Бу текшириш кўпроқ гўдакларда амалга оширилади,яъний уларда эшитиш қобилияти ҳолати туғилган биринчи кундан аниқланади,текширишни трешетка Барани ёки камертонлар билан амалга оширилади,бошқа усулда текшириш (чаппак чалиш) мумкин эмас, акс ҳолда текширилувчи чаппагидан чиқаётган ҳаво тўлқинини сезиш ҳисобига турли рефлекслар пайдо бўлади. Ёш болаларда кўпроқ товуш билан расмлар биргаликда келадиган ўйин аудиометрияси қўланилади.

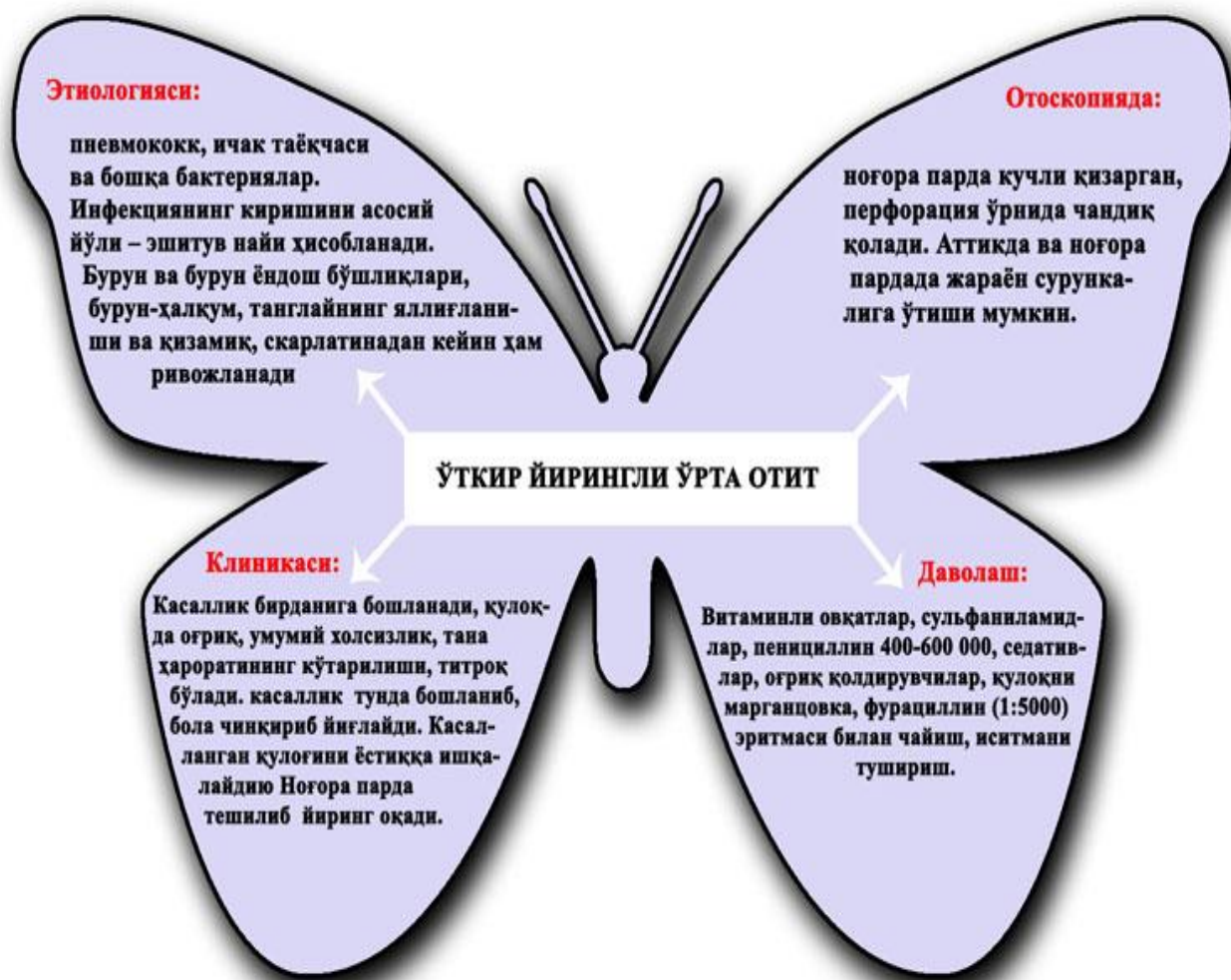
Хозирги кунда амалиётда кўроқ акустик импендосметрия қўлланилмоқда. Бу текшириш қаторига тимпанометрия, кулоқни ички мушакларини рефлексини ўрганиш ва отоакустик эмиссия киради.

Отоакустик импендансометрия: текширишни бу турида ўрта кулоқдаги ялиғланишларни (йирингли ўрта отит, отосклероз, адгезив ўрта отит) бир биридан фарқлашга ва Y11, Y111 бош мия жуфт нервларини фаолиятини аниқлашга ёрдам беради.

Импендансометрия текшириш турига **тимпанометрия ва акустик рефлексометрия** киради.

Тимпанометрия бу товуш ўтказув тизимидаги акустик қаршиликларини қайд қилишдир. Текширишда эшитув суякчаларини (болғача, сандон ва узанги) ҳаракатини ўлчашдан ва ўрта кулоқдаги босимни аниқлашдан иборат. Хулоса қилиб айтилганда тимпанометрия ноғора парда, эшитув суякчалари, эшитув найи, ноғора бўшлиғидаги мушаклар ва боғламларни ўзаро боғлиқликлар ҳолатини аниқлашдан иборатдир. Ташқи эшитув йўлига махсус зонд киритилади ва аниқ миқдорда ўлчанган товуш энергияси ноғора пардага берилади, шу берилган товуш энергияси билан қайтган энергия миқдори аниқланади, орадаги фарқ товуш ўтказувчи тизм ҳаракатига тўғри пропорционалдир.

-текширишни бу турида берилган товушга узанги мушагини қисқариш жавоб реакциясини аниқлашдир. Бу шартсиз рефлекс ҳисобланиб, ички кулоқни ўткир ва интенсив товушлардан химоя қилиш реакциясидир.



МУВОЗАНАТ АНАЛИЗАТОРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Мувозанат анализатори инсонни танасини фазодаги ҳолатини, тўғри йўналишдаги ва айланма ҳаракатини бошқариб туради, уни кўзғатувчиси айланма ва тўғри йўналишдаги ҳаракатдир.

Мувозанат анализаторини фаолиятини текширишдан аввал беморда бош айланиш, атрофдаги жисмларни айланиши, юришни ўзгариши, турганда у ёки бу томонга йиқилиш, кўнгил айланиш ва қайт қилишга, тез терлаш, тери рангини ўзгариши ва қисқа муддатга ҳушидан кетиш каби 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 кўзғатиш натижасида (бундай суъний кўзғатилишида сўнг кузатиладиган жавоб реакцияси, одатдаги кузатиладиган кўринишми, ёки ноадекват реакциями, бу ҳолатга ҳам текшириш вақтида эътибор қаратилади) пайдо бўлади. Касаллик тарихи йиғиш вақтида

,касалликни давом этиш муддати,хуружларни даврийлиги,давомийлиги ҳолати ўрганилади.

Мувозанат анализаторини фаолиятини текширлардан бири **Ромберг** ҳолати ўрганилади,бунинг учун текширилувчини



Расм 102. Ромберг ҳолати

тик туриши бўйича турғунликни аниқланади – текширилувчи тик турган ҳолда, оёқларини жуфтлаштириб, кўзини юмган вазиятда, қўлларини кўкрак қафаси сатҳида олдинга чўзади,агар ички қулоқни фаолияти (лабиринтит) бузилган бўлса, бемор (бундай беморларда албатта нистагм ҳам кузатилади) нистагмга 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 ёнбошга юриш синамаси.



Расм 103.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 миячаси касалланган бемор (йиқилади) бажараолмайди.



Барани бўйича 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.



Расм 104. Кўрсатиш синамаси

Бундан ташқари текширилувчи врач билан қарама-қарши ўтиради ва кўрстагич бармоғи билан врачни кўрсатгич бармоғига текизиш

зарур,аввалида бу ишни 3 маротаба кўзи очик холда,сўнгра кўзни юмган холда қайтаради. Соғлом одамларда бу амалиёт тўғри бажарилади. Ички кулоқ қасаллигида иккала кўлда ҳам бу амалиёт бажара олмайди,мияча касалланган одамларда эса яллиғланган томонда бу синамани бажараолмайди.



Расм 105. Адиадохокинез синамаси

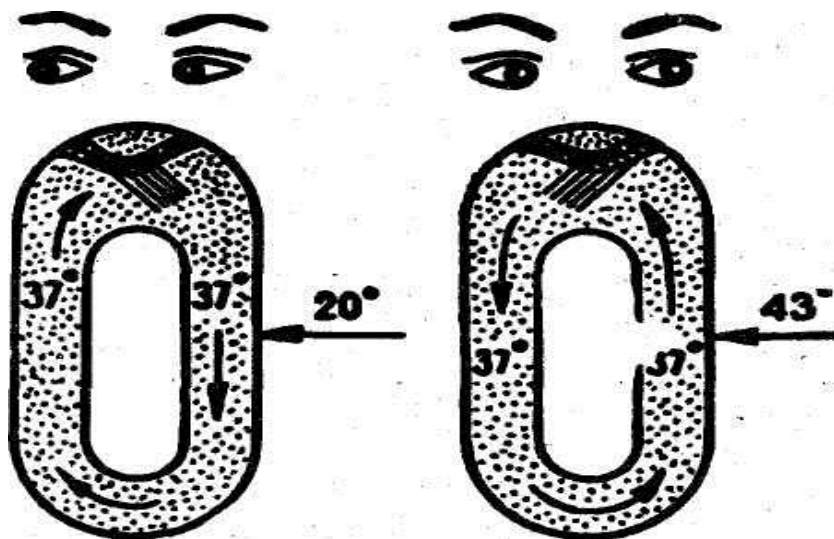
Текширилувчи Ромберг холатида кўлларини олдинга чўзиб, бир вақтда кафтларини пастга – юқорига (супинация,пронация) айлантиради, миячаси касалланган беморларда, касалланган томондаги кўлни ҳаракати орқада қолади.

Спонтан нистагмни аниқлаш – Вестибуляр аъзони спонтан белгиларидан бири нистагмдир.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.

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 даражаси бўйича (учта даражаси мавжуд) 1- даражада нистагм фақат кўз тез компонентиға қараганда намоён бўлади,аммо тўғриға ва секин компоненти томонигаға қараганда кузатилмайди,11-даражада эса нистагм тўғриға ва тез компонентиға қараганда пайдо бўлади,111-даражада нистагам кўзни барча томонға қараганда пайдо бўлади ва тез компонентиға қараганда кучаяди, амплитудаси бўйича (йирик ҳаракатли, ўрта ҳаракатли, майда ҳаракатли), тезлиги бўйича (тез,секин) ва давомийлиги бўйича сонияларда,

дақиқаларда ўлчанади. Бундан ташқари физиологик нистагм ҳам мавжуд бўлиб у кўз олмасини ўта чекка томонга қаратилганда кузатилади, бунинг сабаби кўз мушакларини толиқиши натижасидир. Марказий нистагм бу бош миёдаги марказлардаги ядроларини бузилиши ҳисобига пайдо бўлади.

Калорик синама



Расм 106. 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 107.Айлантирма синама

Пневматик синама текширилувчини қаршисига врач ўтириб, беморни врачни 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.

Отолит аъзони фаолиятини 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 тўхтатади 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.

Вегетатив реакция- отолит апаратни текшириш вақтида соматик реакциядан ташқари текширилувчиларда вегетатив реакциялар ҳам кузатилади.

биринчи босқичда- тери рангини оқариши, кучсиз томир уриш.

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

учинчи босқич- кучли реакция, кўнгил айниб қайт қилади, 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 холати

Кўрсатма синама

Бошни буришда дабдурустдан (спонтан) бир томонга йиқилиш

Адиадохокинез

Тўғри чизик бўйлаб юриш (кўз очик холда)

Ён томонларга юриш

Калорик синама

Босимли (прессор) синама

Қулоқни рентгенологик текшириш усуллари.



Расм 108.Сўргичсимон ўсимтаси рентгенографиясида беморни холати

ҚУЛОҚНИ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШ.

Қулоқни рентгенологик текшириш натижалари ҳозирги кунда касалликларни ташхиси учун асосий текшириш усулларида бирига айланиб қолди. Қулоқни рентгенографиясини амалга ошириш учун муалифлар Майер,Шюллер ва Стенверсон томонидан таклиф қилинган усулда амалга оширилади. Рентгенограммани амалга ошириш учун албатта иккала тарафдан чакка суякларини текшириш шарт,шундай қилингандагина қулоқлардаги ўзгаришлар ҳақида солиштирма маълумот бўлади. Текширишда қулоқни қайси соҳаси ҳақида маълумотга эга бўлиш учун ва касалликни клиник кечишига қараб юқорида келтирилган усулларда рентгенография қилинади.

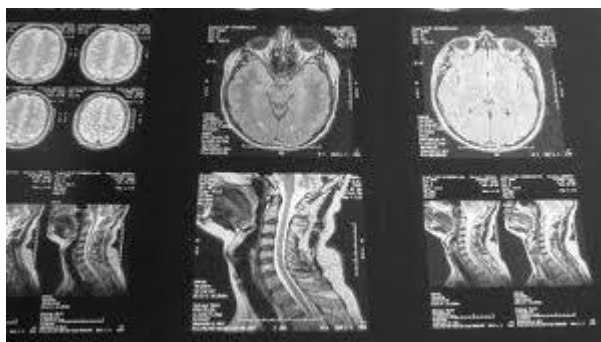


Беморда отитдан сўнг сўрғичсимон ўсимтада яллиғланиш-мастоидитга гумон қилинганда **Шюллер усулида** рентгенография қилинади, бунда сўрғичсимон ўсимтани суяқ катакчалари ҳолати тўлиқ кўринади. Бу жойларда суяқлик ёки суяқлар емирилиб бўшлиқ ҳосил бўлганлиги ҳақида маълумот олинади.

Ўрта қулоқда сурункали яллиғланиш натижасида ноғора бўшлиғи, антрум ва унга кириш қисмидаги ўзгаришлар ҳақида маълумотга эга бўлиш учун **Майер усулида** рентгенография қилинади.

Беморда жароҳат натижасида чакка суягини пирамида қисми синганда ёки эшитув нервини нервиномасини аниқлашда пирамида қисмини кўндаланг **Стенверсон усулида** рентгенограми қилинади. Охирги вақтларда арзонлиги ва етарли маълумотга эга бўлганлиги туфайли электрорентгенография кенг қўлланилмоқда. Шуни таъкидлаш лозимки ЛОР аъзоларини рентгенографиясида беморлар томонида рентген нурларидан зарарланиш катта аҳамият касб этмайди.

Ҳозирги кунда текширишни замонавий компютерли томография, МРТ усуллари амалиётда қўлланилмоқда ва текширишни асосий усулларига айланиб қолди.



Расм 109.Қулоқни МРТ тасвири

Қулоқ сурпасидаги отгематомани ёриш.

Муолижадан мақсад. Турли жарохатларда тоғай усти пардаси остига қон қуйилиб қолиши, ийкиламчи инфекция тушиб йирингли жараёнга айланишиди ва яллиғланишни тоғай қисмига ўтиб перихондрит ривожланиши.

Оғриқсизлантириш тери остига 1% новокаин эритмаси юбориш.



Расм 110.Отгематомада қулоқ сурпасини очиш

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

Асорати, даволаш жараёнини ўз вақтида тўғри бошламаслик натижасида перехондрит ривожланиб, келгусида кулоқ сурпалари шакли ўзгариб,бужмайиб қолиши мумкин.

Қулоқни йирингдан тозалаш.

Муолижага кўрсатма.Ташқи эшитув йўлида ва ўрта кулоқда тўпланиб қолган йирингли ажралма туфайли кулоқни тўлиқ кўришга, дори моддаларини қўллашга халақит бериши,даволаш самараси ошириш учун ва иккиламчи асоратларни олдини олиш.



Расм 111.Қулоқдан йирингни электросўргич ёрдамида тозалаш

Тозалашни икки услда олиб борилади,**биринчиси** турли антисептик эритмалар билан ювиб тозалаш,**иккинчиси** пахта билан артиб тозалаш.Қулоқни ювиб тозалаш учун кўпинча фурациллин ёки риванол эритмаси ишлатилади.Бунинг учун тана хароратига тенг қилиб илитилган фурациллин эритмасидан 100,0 мл.Жане шприцига олиб,кулоқ сурпаси орқага ва юқорига тортилади,шприцни учи ташқи эшитув йўлини орқа деворига текизиб,енгил босим билан бўлиб-бўлиб ювилади, йирингдан тозалангандан сўнг қолдиқ суюқлик докали тампон киритилиб қуритилади ва керакли спиртли томчилар томизалади. Пахта ёрдамида тозалаш эса,оддий метал зондни учига пахта ўралади ва кулоқдаги йирингли ажралма айланма ҳаракат қилиб тозаланади,хар сафар зонд учига ўралган пахта янгиланади. Ҳозирги кунда ташқи эшитув йўли ва ноғора бўшлиғидаги йирингли ажралмаларни электосўргич ёрдамида тозаланаёпти,бунинг электросўргич учига зонд ўрнатилиб аввал ташқи эшитув йўлидаги,сўнгра ноғора бўлиғидаги ажралмалар сўриб олинади.

Асорати қуруқ даволашда зондни ичкарига киритиб ноғора пардани жарохатлаш,ювиб тозлашда суюқлик босимини юқори бўлиши ҳисобига кулоқда оғриқ ёки ноғора пардани жарохатлаш.

Қулоққа дори моддларини томизиш

Муолижага кўрсатма.Қулоқни ўткир ва сурункали йирингли яллиғланиши.

Қулоқни яллиғланишида дори моддалари асосан суюқ,томчи ҳолида ишлатилади.



Расм 112.Қулоққа дори томчилари томизиш

Шунинг учун ишлатилаётган дори моддаларидан самарали фойдаланиш учун қуйидаги қоидаларга риоя қилишлари шарт. Аввал қулоқдаги барча ажралмалар тўлиқ тозаланиши шарт, сўнгра томизиладиган дори тана хароратига тенг бўлиши керак, акс холда беморларда ички қулоқни қўзғалиши хисобига бой айланиши ва кўнгил айланиши кузатилади. Муолижани бажаришда бемор соғ томонига ётган бўлиши керак. Қулоқ сурпасини орқага ва юқорига тортиб 4-5 томчи дори томизилади, сўнгра қулоқ дўмбоғига бир неча бор босиш орқали, ташқи эшитув йўлидаги томчиларни ўрта қулоққа ўтказилади, бемор шу холда яна 8-10 дақиқа ётади, муолижа кунига 2 мартаба қайтарилади.

Асорати, совуқ холда юборилган томчилар вестибуляр реакция чақириши. Томчиларни ўрта қулоққа, қулоқ дўмбоғига босиш орқали ўтказишда, чала тозалаш натижасида йирингли ажралмани ички қулоққа тушиб қолиши.

Қулоққа спиртли компресс боғлов қилиш.

Муолижага кўрсатма. Қулоқ сурпасини жарохати, ўткир ўрта отитда ва мастоидитда, қулоқ чипқони.



Расм 113 Қулоққа спиртли боғлов қилиш

Қулоқни яллиғланишида турли боғловлар қилинади. Шундай боғловлардан бири спиртли боғловлардир. Иситилган 40 градусли ароқ 4 қават қилиб букланган докага шимдирилади, сиқилади ва қулоқ сурпаси, сўрғичсимон ўсимтага қўйилади, устига целофан қўйилади, уни устидан пахта босилади ва жунли мато билан боғлов қилинади. Боғлов шундай қўйиладики қулоқни оғритмаслиги зарур ва бир вақтни ўзида бўш бўлиб сирғалиб тушиб кетмаслик керак. Муолижа кунига 2 маҳал қўйилади.

Асорати, спирт таъсирида терини яллиғланиши ёки куйиши.

Қулоқ чиркини ювиш.

Муолижага кўрсатма. Ташқи эшитув йўлига тўпланган қулоқ чирки. 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 ёки серумен эритмасидан кунига 4-5 маҳалдан томизилиб юмшатилади, Жанне шприцига 100,0 мл илиқ фурацилин ёки калий перманганат эритмаси олиниб, учига резина трубкаси кийдирилади. Ўнг қўл билан қулоқ сурпаси орқага ва пастга тортилади, шприцни учи ташқи эшитув йўлини орқанги деворига текизилган холад аввал паст босимда ювилади. Агар бундай босим билан ювиб ташланмаса, ундай холда босим аста-секин оширилади, аммо муолижа қулоқда оғриқ келтириб чиқариши мумкин эмас. Ювиб бўлингандан сўнг ташқи эшитув йўли қуририлиб, спиртли томчилар шимдирилган докали пликлар қўйилади.

Асорати, ташқи эшитув йўли ва ногора пардасини яллиғланиши.



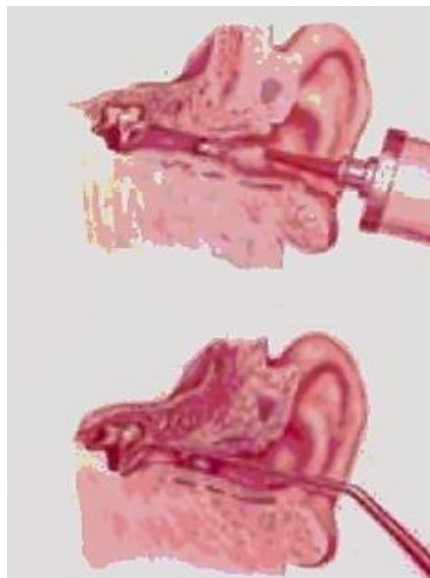
Расм 114. Қулоқ чиркини ювиш

Қулоқдан ёт жисмларни олиб ташлаш.

Муолижага кўрсатма.Ташқи эшитув йўлида турли ёт жисмлар,(тирик).

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 тикилган гугурт чўплари, пахта, ухлаб ётганда эса тирик хашоратлар (суварак,пашша) тушиб қолади.

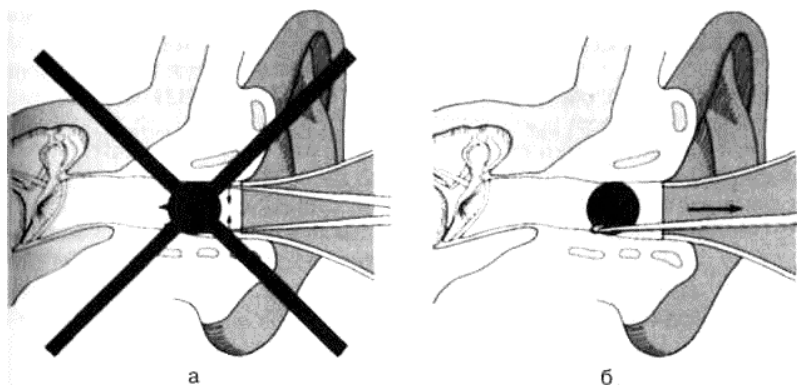
Агар ёт жисм юзаси силлиқ бўлиб ташқи эшитув йўли деворларини жароҳатламаса ёки тўлиқ беркитиб қўймаса, узоқ вақтгача безовта қилмаслиги мумкин. Юзаси нотекис, ўткир жисмлар ташқи эшитув йўлларига санчилиб қолганда,ёки тирик хашоратлар бўлса улар ҳаракатланганда беморларда қулоқда шовқин, оғриқ ва нохушликлар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



Расм 115.Ташқи қулоқдаги ёт жисимни олиш (ювиш усули ва махсус илгак ёрдамида

Муолижани ўтказиш: 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 ёрдамида ювиб ташланади. Ёт жисмни олишда бошқа усулларга нисбатан ювиш усули кам жароҳатли ва қулай ҳисобланади. Ювиш орқали олишни иложи бўлмаган ёт жисимлар,учи тумтоқ илмоқли (**Зауфал ёки Остман илгаклари**) зонд ёрдамида олинади. Бу усулни қўллашда хушёрлик билан, бемор бошини қимирлатмасдан олишлик талаб қилинади, акс ҳолда ташқи эшитув йўли,ноғора

пардани жарохатлаб қўйиш мумкин. Шунинг учун кўпинча ёш болаларда қисқа муддатли наркоз қилинади.



Расм 116. Эшитув йўлидан ёт жисмни А. нотўғри олиш ва Б. тўғри олиш (Остман илгаги ёрдамида).

Нам тортиб шишиб қолган нўхат, ловия, мош каби ёт жисмларни аввал кулоққа 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 ҳолда турли асоратлар юзага келиши мумкин. Ёт жисмларни олишни иложи бўлмаганда ёки турли асорат ва яллиғланиш юз бериб ташқи эшитув йўли беркилиб қолганда жаррохлик йўли билан, кулоқда радикал жаррохлиги ўтказгандек, сўрғичсимон соха териси кесилиб, эшитув йўлини суякли қисмини оз миқдорда олиб, ташқи эшиту йўлини кенгайтириш орқали олиш мумкин.

Асорати, муолижа вақтида ташқи эшитув йўлини жарохатлаш, ёт жисмни ичкарига ўтказиб юбориш, ноғрапардани тешиб қўйиш, ўткир йирингли ўрта отит келиб чиқиши.

Ўткир ўрта отитда биринчи ёрдам – ўткир ўрта отитда, айниқса ноғора парда тешилгунча бўлган даврда беморни кулоқдаги қаттиқ оғриқ, тана ҳароратини кўтарилиши, безовта қилади. Бундай ҳолларда бемор дарҳол ЛОР бўлимига ётқизилади, тинч шароит яратилади, овқатлар витаминларга бой бўлиши керак, дори моддаларидан антибиотиклар (инъекция холида), ичишга сульфаниламидлар, оғриқ қолдирувчилар ва тинчлантирувчилар тавсия қилинади. Маҳаллий кулоққа карбол кислотасини гилцериндаги 10% эритмаси ёки дроплекс (4-5 маҳал) ёки новакаинли спирт илиқ ҳолда томизилади. Дарҳол кулоққа спиртли компрес ҳар 3 соатда қўйилади, бурунга эса қон томир торайтирувчи эритмалар томизалади. Агар ўтказилган муолижалардан кутилган натижа олинмаса, парцентез ўтказилади. Ноғора парда тешилиб, яллиғланиш жараёни пасайиб йиринг ажралиш тўхтагандан сўнг, чандиқланиш жараёнига ўтганда, эшитиш жараёнини тиклаш мақсадида секин-аста кулоққа Политцер

узулида хаво юборилади.Муолижани кунига 3-4 маротаба амалга оширилади ва бурунга қон томир торайтируви дорилар суртиш билан бирга олиб борилади.

Ташқи эшитув йўлига малхам суртиш.

Муолижага кўрсатма, ташқи эшитув йўли териси яллиғланиши, экзема ва чипқонларида дори моддалрини малхам холида қўйилади.



Расм 117. Ташқи эшитув йўлига малхам суртиш

Кулоқ чипқонларида сариқ симоб малхами, экземасида кортикостероид малхамлар, териси яллиғланишида левомикол ёки Вишневский малхамлари ишлатилади. Ташқи эшитув йўли ажралмалардан тозалангандан сўнг кулоқ зондга пахта ўралиб малхамга текизилади ва ташқи эшитув йўлини яллиғланган қисмига нозик қилиб суртилади, кўп суртилган малхам эшитув йўлини тўлиқ беркитиб қўйиши мумкин, натижада ажралмани чиқиши қийинлашиб, яллиғланиш жараёни чўзилиб кетади. Муолижа кунига бир маротаба амалга оширилади.

Парацетез.

Муолижага кўрсатма, ўткир катарал ўрта отит, тубоотит.

Ноғора пардани суъний тешиш йўли билан бемордаги ўткир отитни салбий белгиларини бартараф қиладиган, бемор ахволини тезда яхшиланишга олиб келадиган муолижадир. Бунинг учун махсус Цварц томонидан таклиф қилинган, учи найзасимон шаклдаги игна ишлатилади. Ташқи эшитув йўли бирламчи жаррохлик тозалови қилингандан (спирт билан тозаланади).

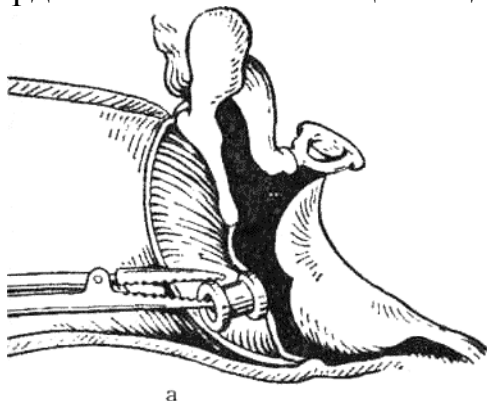
Махалий оғриқсизлантириш учун, кулоққа дикаин ёки кокаин эритмаси шимдирилган докали плик қўйилади. Айрим ҳолларда бу мақсада ташқи эшитув йўлини орқанги деворига 2 мл. 2 % новокаин эритмаси ёки 1% лидокаин инъекция қилинади. Бемор ўтирган ҳолда бўлади. Оғриқсизлантирилгандан сўнг пардани тешишни энг 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.



Расм 118.Ноғора пардани суъний тешиш - парацентез

Ташқи эшитув йўлини терисини жарохатлаб қўймаслик учун турли малхамлар (преднизолон,синтомицин) кунига 2-3 маҳал суртилади. Одатда парацентездан сўнг йиринг оқиши 1,5-2 ҳафтада тўхтайди 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.



Расм 119. Ноғора пардага парацентездан сўнг шунт қўйилган ҳолат

Охирги вақтларда ажралмани узоқ давом этиб чиқиб туришини таъминлаш мақсадида парацентез қилинган жойга тефлон,сликон каби материаллардан тайёрланган шунтлар ўрнатилмоқда,бундай шунтлар ўрта кулоқдан ажралма тўхтагунча давом этади.

Асорати,юз нерви тормоғини жарохатлаш,ички кулоқни тешиб қўйиш,sinus sigmoidеа ни жарохатлаш.

Гартман канюласи билан эптитимпанал сохани ювиш.

Муолижага кўрсатма. Сурункали йирингли эптитимпанит,холеатеатома билан асратланган,консерватив даволаш самара бемаган ҳолат.

Эпитимпанал сохага йиғилган йирингли ажралма,холеастатомаларни оддий ювиш билан тозлашни иложи йўқ,чунки бу сохада турли чуқурликлар,чўнтаклар мавжуд, шунинг учун ҳам ювишни Гартман канюласи билан амалга оширилади.

Бунинг учун аввал кулоққа 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 эпителимпанал 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 эпителимпанал соҳага юбориладиган антибиотиклар аминоглюкозид қатори (неомицин, канамицин, линкомицин) ототоксик таъсири борлиги учун қўлланилмайди.

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



Расм 120. Сурункали йирингли эпителимпанитда Гартман канюласи билан қулоқни ювиш

Бундай даволаш усули вақтинчалик фойда бериши мумкин, шунинг учун касалликни даволашни асосий усули бу ўрта қулоқда радикал жаррохлигини ўтказишдан ва барча патологик ўзгарган ажралмаларни тозалаб олишдан иборат.

Қулоққа дори моддаларини куни холида юбориш.

Муолижага кўрсатма. Ўрта қулоқни ўткир яллиғланиши, қулоқда ўтказилган радикал жаррохлигидан сўнг бўшлиқни битишини кучайтриш мақсадида айрим ҳолларда дори моддаларини кукун холида сепилади.

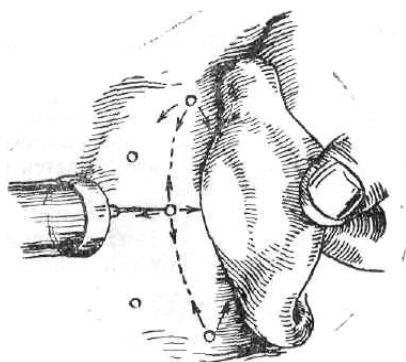


Расм 121.Қулоққа дори моддаларини кукун холида юбориш

-қулоқни йирингли яллиғланишида қўланилаётган турли спиртли томчилар кутилган фойда бермайди,бундай ҳолларда антибиотиклар ва бошқа антибактериал моддаларини кукун холида сепади,бундан ташқари ўрта қулоқда ўтказилган радикал жаррохлигидан сўнг бўшлиққа дори моддалари кукун холида сепади.Бунинг учун аввал қулоқ турли патологик ажралималардан тўлиқ тозаланади,сўнггра махсус кукун сепадиган мослама (инсифульктор) ёрдамида оз микдорда дори кукунлари сепади,агар кўпроқ сепилиб қолса ўрта қулоқда дори моддаларини тўпланиб қотиб қолишига олиб келади.Муолижа кунига бир маҳал қайтарилади.

Меатимпонал блокада.

Муолижага кўрсатма. Қулоқда оғриқ,,шовқин кузатилган вақтда ва қулоқда турли муолижалар ўтказишда амалга оширилади. Бунинг учун1% илитлган новокаин эримаси ишлатилади.Игна қулоқ сурпасини орқа томонинидаги бурмаси ўртасига суякча синчилади ва 1,0 мл. микдорида новокаин юборилади.



Расм 122.Қулоқ сурпаси орқасиги меатимпанал блокада қилиш

Игна ташқи эшитув йўлини орқа-юқори девор томон суяк ва суяк усти пардаси (переост) ораси бўйлаб юритилади (1,5 см.чуқурликда) ва бир вақтни ўзида новокаин эритмаси киритилиб борилади,муолижа учун ўртача 3-5мл микдорда новокаин ишлатилади.Агар муолижа тўғри бажарилган бўлса эшитув йўлини орқа-юқори девор терисида оқарган бўртма пайдо бўлади.Муолижани

беморни ахволига қараб кун ора қайтариш мумкин,даволаш учун 6-8 маротаба қилинади.

Асорати,ташқи эшитув йўлини теришини тешилиши,ноғора пардани жарохати,

Қулоққа докали плик қўйиш: Муолижадан мақсад.Ўткир ва сурункали йирингли ташқи,ўрта отитлар.

Муолижани бажаришдан мақсад дори моддаларини эшитув йўли териси ва ўрта қулоқ шилиқ қаватларига узоқ муддат таъсир этиришдир. Қулоқни турли яллиғланишида,хамда йирингли ажралмалар келишида дори моддаларини докали пликка шимдирилган холда ташқи эшитув йўлга киритилади.



Расм 123. Қулоққа докали плик қўйиш

Докали пилик эни 0,5 см. узунлиги 5-6 см. керакли дори моддаларига шимдирилган холда ташқи эшитув йўлига киритилади,бунинг учун чап қўл билан қулоқ сурпаси орқага ва юқорига тортилади,қулоқ пинцети билан турунда 0,3 см. қолдирилган холда ушлаб эхтиётлик билан ташқи эшитув йўлига имкон даражасида ичкарига киритилади,муолижа қулоқда оғриқ келтириб чиқариши мумкин эмас.Муолижадан аввал албатта қулоқ ажралмалардан тозаланган бўлиши шарт акс холда қўйилган доридан тегишли фойда бўлмайди. Йирингли ажралма кўп бўлганда докали пилик кунига 5-6 маротаба алмаштирилади,агар ажралма оз микдорда бўлса 2-3 маротаба алмаштириш етарли. Дори моддаларини докали пликни орқали киритишни афзаллиги шундан иборатки биринчидан-дори моддаларини таъсир этиш вақти анча узоқ давом этади,иккинчидан-докали плик йирингли ажралма учун энг яхши дренаж вазифасини бажаради.

Ўрта қулоқда радикал жаррохлик ўтказган беморни парваришлаш-жаррохликни биринчи кунлари бемор алохида тинч хонага ётқизилади ва доимий хашира назоратида бўлади.Беморни боши паст қилиб,бошини соғ қулоғи томонга бурган холда ётқизилади,қайт қилиш ҳолатини ҳисобга олган холда ёнига буйраксимон тоғорача қўйилади. Жароҳликни биринчи кунда қайт қилиш наркозни таъсирида бўлади,агар кейинги кунлари хам қайт қилиш кузатилса,бош мия асоратиган гумон қилган холда текширишни ўтказиш зарур.Беморни доимо нафас фаолияти,томир уриши ва қон босими назорат қилинади. Беморга биринчи

кунлари ўтириш, юриш тавсия этилмайди. Беморларда овқатланиш, ошқозон-ичак тизими ва сийиш фаолиятлари мунтазам ишлашини таъминлаш зарур. Қулоқа қўйилган боғлов қатик бўлиб беморда оғриқ чақирмаслиги керак, агар боғловда қон пайдо бўлса, жарохлик ярасини текшириш, қон кетаётган жойни аниқлаш ва қайта боғлов қилиш зарур. Жарохликдан сўнги бўшлиқ антибиотклар эритмасига шимдарилган докали пилик билан тўлдирилади. Одатда докали пликлар леавомеколь, эплан бактобан каби антибактериал дорилари шимдирилади, уларни таъсир доираси кенг ҳисобланади. Жаррохликдан сўнги биринчи боғлов 24 соатдан сўнг бажарилади, унда фақат ташқи бойланган докаларни алмаштиришдан иборат, кейинги кунларда эса жаррохлик бўшлиғидаги докали пликни 03-03 микдордан олиб ташлашдан иборат бўлади ва тўлиқ боғлов еттинчи куни амалга оширилади. Ярадан тўлиқ докали пилик олиб ташлангандан сўнг, бу жойдаги қон қолдиқлари, некротик тўқималардан тозаланиб, кейинги боғловлар кун ора амалга оширилади ва асосан синтомицин ёки левомиколь малҳамлари билан докали пликлар қўйилади.

Ярани иккинчи фазаси (регенерация) ҳисобланиб 4-5 кунларига тўғри келади ва 3 ҳафта давом этади. Бунда дастлабки грануляциялар пайдо бўлади. Агар яра бўшлиқларида эпителийларни ўсиши секин кетса, у ҳолда бўшлиққа докали пликларни кун ора қўйилади, қолган кунлари эса бўшлиққа ҳеч нарса қўйилмайди, айрим ҳолларда грануляциялар ўсишини кучайтириш мақсадларида, бўшлиқ 5% йод эритмаси суртилади ёки алоэ билан докали пилик қўйилади. Агар грануляция ўсиши кескин кучайиб кетса, у ҳолда ярани кумуш нитратни 20% эритмаси ёки 5% колларгол билан куйдирилади. Ярани меёрида кечиши ва битиши учун эшитув найини фаолияти тўлиқ бўлиши шарт.

Учинчи фаза бу эпидермизация ҳисобланиб учинчи ҳафтадан бошланади, одатда асоратсиз кечса бўшлиқ эпителий билан секин-аста қопланади. Агар ялиғланган тўқималар тўлиқ олиб ташланмаса ярани битиши қийинлашиб, иккиламчи инфекция қўшилиб, ярадан яна йирингли ажралмалар келади.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГЛАР БИЛИШИ ШАРТ БЎЛГАН УМУМИЙ АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР.

Қон босимини аниқлаш:

Қон босими деганда томирдан ўтаётган қонни томир деворларига босимини микдори тушунилади. Қон босимини ўлчаш, беморни умумий ахволига баҳо берадиган энг муҳим диагностик текшириш усулидир. Қон босимларини ўлчаш учун симобли сфигмоманометр (Рива-Роччи) ёки пуржинали (монометр) тонометр ишлатилади.



Расм 124. Қон босимини ўлчаш муолижаси

Қон босимини тўғри ўлчаш беморни танасини, елка ва қўлини холати, мушакларни тўлиқ бўшашганлиги ва қўлга кийдирилган манжеткани хажми, ҳамда маҳкам боғланганлик ҳолатига боғлиқ бўлади. Агар махсус кўрсатма бўлмаса қон босимлари эрталаб ва кечқурун ўлчанади.

Қон босимини ўлчаш-бемор тинч, гапирмасдан, ўтирган ёки ётган ҳолда ўтказилади, елкаси юрак соҳаси сатҳида бўлиши шарт. Тонометр манжеткаси билакка, тирсак чуқурчасидан 2 см. юқорига кийдирилади, бунда манжетка маҳкам бўлиб билакни қисиб қолмаслик ёки бўш кийдирилиб қўлдан сирғаниб тушиб кетмаслиги лозим. Фонендоскопни тирсак чуқурчасига, билак артериясини томир уриш жойига қўйилиб систолик ва диастолик шовқинлар аниқланади. Соғлом одамларда систолик босим 120-140 мм.с.у.да, диастолик босим эса 70-90 мм.с.у. да бўлади.

Аутогемотерапия-беморни химоя қобилятини кўтариш мақсадида амалга ошириладиган муолижа бўлиб, бунда беморни ўз қонини ўзига юбориш орқали амалг оширилади.

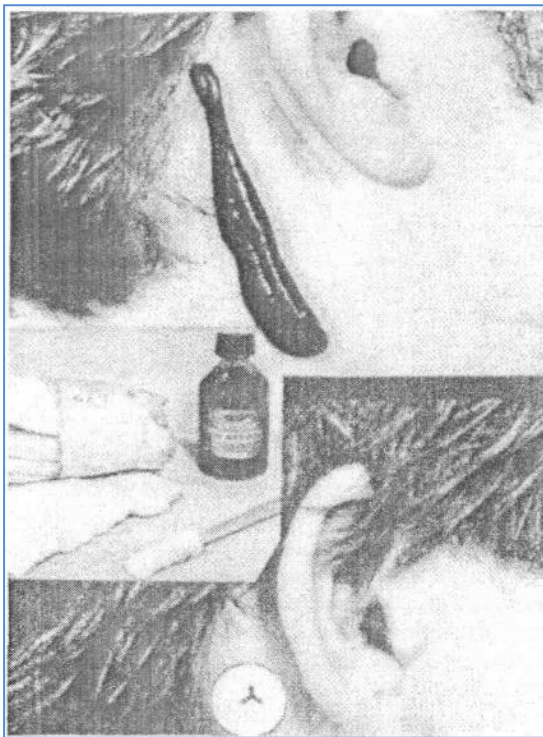
ЛОР амалиётида бу муолижа қулоқ ва бурун чипқонларида, сурункали синусит ва отитларда қўлланилади. Биладан олинган стерил веноз қон асосан мушак орасига, айрим ҳолларда эса тери остига ва томир ичига юборилади. Муолижани амалга ошириш усули: Вена қон томиридан стерил шприц орқали 2,0 мл. қон олиниб думбани юқорги-ташқи квадрантига чуқурроқ юборилади, муолижа ҳар 2-3 кунда қайтарилади ва ҳар сафар 2,0 мл.га ошириб борилади ва 10,0 мл. етказилади. Тезроқ сўрилиш мақсадида муолижа ўрнига спиртли компресс қилинади.

Тана ҳароратини ўлчаш

Тиббиётда беморни ҳақиқий ҳолатига баҳо бериш, яллиғланиш жараёнини кектиши ҳолатларини аниқлаш, уни тана ҳароратини ўлчашдан иборатдир. Инсонларни мўтадил тана ҳарорати 36-37 С орасида бўлади. Эрталабки тана ҳарорати кечикига қараганда озгина паст бўлади.

Тана харорати ўлчайдиган жойлар қўлтиқ ости, чов соҳаси, оғиз бўшлиғи, тўғри ичак ва қин ичи ҳисобланади. Одатда симобли термометрлар ва электротермометрлар ишлатилади. Симобли термометрлар анча аниқ ҳисобланади, улар доимо бирорта антисептик эритмаларда сақланади, ишлатишдан аввал қуруқ қилиб артилиб сўнгра қўлтиқ остига маҳкам қилиб 10 дақиқа давомида ушлаб турилади. Тана харорати одатда эрталаб 7-9 соатларда, кечқурун эса 4-6 соатларда ўлчанади, агар беморда сепсисга гумон қилинса харорат ҳар 3 соатда бир мартаба ўлчаниб турилади.

Зулук қўйиш билан даволаш - халқ табobatiда зулук қўйиш билан даволаш бир неча минг йиллардан бери амалга ошириб келинмоқда. Аммо расмий тиббиётда бир неча ўн йиллардан бери даволаш муолижаси сифатида фойдаланилмоқда. Оториноларингологияда зулик қўйиш билан даволашга дастлабки қадам қўйилди. Зулукни таъсир этиш соҳаси нафақат уни сўлагидаги гирудин, балким ундан ташқари сўлакдаги муракаб тузилишга эга бўлган оксил бирикмаларида ҳам мужассамдир. Зулук сўлагини таъсири қонни ивиш тизимини пасайтиради, бактериостатик ва иммунологик қобилиятни кўтарувчи хусусиятга эга.



Расм 125. Қулоққа зулук қўйиш

Ҳар қандай даволаш тизимини қўллашда ўзига хос қарама-қаршиликлар мавжуддир, зулик қўйишга қаршиликлар бу қонни ивишиш тизими касалликлари, камқонлик, теридаги йирингли касалликлар ва аллергия ҳолатлардир. Зулук қўйиш учун ҳар касаликда ўзига хос биологик фаол нуқталар мавжуд. Ишлатиш учун ажратилган зуликлар алоҳида шиша идишларда тоза, хлор аралашмаган сувларда сақланади. Қўйиладиган жойлар илиқ тоза сувда артиб тозаланади. Зулуклар тегишли жойга пинцет ёрдамида қўйилади, танасини остига докали салфетка бўлади, уни танасини тўлқинсимон ҳаракати қон сўриш жараёни

бошланганидан хабар беради. Одатда жараён 30-50 дақиқа давом этади, зулик ўртача 4-10 мл. қон сўргандан сўнг ўзи тушиб кетади, айрим ҳолларда уни пинцет ёрдамида олиб ташланади. Муолижа ўрнига стерил боғлов қилинади.

Томир уришни аниқлаш-беморни ҳолатини баҳолашда томир уришни аниқлаш муҳим ўринни эгаллайди. Томир уриши бу юракдан чиқаётган қонни артерия томирларидаги ҳаракатидир. Одатда томир уришни чакка артерияси, уйқу артерияси, сон артерияси, оёқ панжаси артерияси ва билак артериялари соҳаларида аниқланади. Ўлча шун учун энг қулай жой бу билак артериясидир. Одатда текширувчи иккинчи ва тўртинчи бармоқларини билак артерияси соҳасига қўйиб секин босилади, бунда ритмик томир уриш сезилади. Бир дақиқада томир уриши 60-80 ташкил қилади. Томир уришини тезлиги текширилувчини ёши, жинси ва атроф муҳитни ҳароратига ҳам боғлиқ бўлади, аёлларда томир урини озгина тезроқ бўлади. Томир уриши кетма-кет, ритмик бўлади, айрим ҳолларда бу ритмиклик бузилади ва аритмия кузатилади. Ҳозирги вақтда томир уришларини тўлиқ баҳолаш шун махсус аппаратлар қўлланилмоқда.

ЛОР аъзоларини ультратовуш ёрдамида текшириш

КТ ва МРТ ўта қиммат текширишлардан ҳисобланганлиги ва ҳамма тиббиёт муассасаларида йўқлигини ҳисобга олган ҳолда охирига вақтларда айниқса амбулатор шароитида ультратовуш билан текшириш йўлга қўйилмоқда. Бу усулда текширишда ультратовушларни тўқималарга суюқликларга тегиб қайтган тўлқинларини қайд қилишга асосланган. Тўқималар ва суюқликларни зичлиги турлича бўлганлиги сабабли ҳам биолокация тўлқинлари -эхограмма ҳам ҳар намоён бўлади. Бу усулда текшириш бемор шун ҳеч қандай зиён келтирмайди. Текширишни афзаллиги амбулатор шароитда ҳам амалга ошириш мумкин.

ЛОР аъзоларида ўсмалар аниқланганда врач оториноларингологни вазифаси.

ЛОР аъзоларидаги аниқланган ҳар қандай ўсмани албатта ёмон сифатли кўринишга айланиш (малигнизация) нуқтаи назардан қараб онкологик хушёрлик билан ёндашиш зарур.

Ўсма касалликларини қондаси мавжуд бўлиб шунда, ўсмани бошланиш даврида аниқлаш мушкул, аммо даволаш осон, тарқалиб кетган ўсмани эса аниқлаш осон аммо, даволаш мушкул. Беморлар билан мулоқат вақтида шикоятларига, касаллик тарихини суритиришда, уни бошланиш вақтига, ажралмани ҳолатига (қон, йиринг, шилимшиқ), пайпаслашда ўсмани ўшакли, ҳажми қаттиқ ёки юмшоқлик ҳолатларига эътибор қаратилади.

Бурун ва ёндош бўшлиқларини текширишда нафасни ўтиши, келаётган ажралмани кўринишига, тарқалаётган хидга ва бурундаги ҳосилани ранги, ҳамда шаклига диққатни йўналтирилади.

Халқумни текширишда беморни шикоятларидан бири томоқда ёт жисм борлиги хиссиётига, ютинишни қийинлиги каби бўлади. Бурун халқумни текширишда эпифаригоскопиядан ташқари албатта бармоқ билан пайпасланадидан, бунда ўсмани хажми, шакли қаттиқ ёки юмшоқлиги, ушлаб кўрилганда оғриқ мавжудлиги ва қон кетишга эътибор берилади. Мезофаригоскопияда эса халқум орқа деворига, бодомча безларини холатига, хажмига ва уларни бир-биридан фарқи борлиги кўрилади. Хиқилдоқни текширишда беморни шикоятларидан бири овозни ўзгариб хириллаб қолишига бўлади, шунда қанча бу ўзгаришлар вақтдан бери пайдо бўлганлиги суриштирилади, қандай даволаш муолижалари ўтказилганлиги ўрганилади нафас олиш фаолияти қандай даражада ўзгарганлиги сўралади.

Ларингоскопияда хиқилдоқ қаватлари холатига, бу жойдаги ўзгарган тўқималар, уларни атроф аъзоларга тарқалганлиги даражаси ўрганилади. Қулоқ соҳаси текширилганда қулоқ сурпасидаги узоқ вақт давом этаётган ҳар қандай яллиғланиш, яралар ва ўсмалар врачда тўлиқ текшириш ўтказишга фикр ўйғотиш зарур.

ЛОР аъзолар соҳасидаги ҳар қандай ўсма, яралар, яллиғланишлар албатта олиб ташланиши ва гистологик текширишлар ўтказилиш зарурдир. **Биопсия** тўқималарда кетаётган яллиғланиш, ўсма ва яралардан олиб гистологик микроскоп остида текширишдир. Бундай текширишда яллиғланган тўқимадаги ўзгаришларни чуқурлиги, ўсмани сифати, тўқимадаги гиперпластик даражаси ўрганилади, текширишлар натижасига қараб даволаш турлари белгиланади, агар жаррохлик муолижаси белгиланса уни қамраб олиш даражаси аниқланилади. Биопсиялар олинишига қараб инцизион, пункцион ва аспирацион турларига бўлинади. **Инцизион биопсия** бунда ўсма тўқимасидан маълум қисми кесиб олинади ёки тўлиқ олинган ўсма гистологик текширилади. Текширишга олинаётган тўқима ўсмани марказидан ёки яллиғланган тўқимани некротик қисмида олинади.

Пункцион биопсия текширишни бу турида кўпроқ ички аъзоларни текширишда қўлланилади. Бунинг учун махсус шприц ва троакар керак бўлади. Пункция қилиб текшириляётган аъзога тушилгандан сўнг материал шприцга сўриб олинади (текшириш тўлиқ бўлишлиги учун шприцга сўриб олиш бир неча бор қайтарилади) ва махсус ойналарда суртма тайёрланади.

Аспирация усулида текшириш, бунинг учун махсус қирғоқлари силлиқланган ойналар, яллиғланган жойларга, тўқималарга текизилади ёки пункция қилиб олинган суюқлик ойнага суртилиб Никифоров эритмасида сақланади, сўнггра махсус усулда бўялиб микроскоп остида кўрилади. Бу усулда текширилганда ойнада кўрилган эпителийлар, лейкоцитлар ва лимфоцитлар холатига қараб яллиғланиш жараёни чуқурлиги, даражаси ва тарқалганлиги холати белгиланади.

Аъзолардан олинган ҳар қандай текширилувчи тўқима, ажралма гистологик текширишга юбориляётганда махсус йўлланма варағига олинган вақти, беморни ёши, манзили, касаллик бошланган вақти, тўқимани миқдори биопсия олинган аъзони микроскопик кўриниши каби малумотлар ўз аксини топиши зарур. Агар врачда онкологик хушёрлик бўлса, текшириляётган беморни тўлиқ

ўрганса,гистологик текширишни мукамал ўтказса,хар қандай ўсма касаллигини эрта аниқлашга ва беморни шундай хафли касалликдан ўз вақтида батамом кутилиб кетишига олиб келади.

АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР РЎЙЎАТИ

Қулоқни кўриш ва даволаш техникаси

1. Отоскопия ва нормал кўриниши
2. Қулоқни тозалаш учун пахтасини тайёрлаш ва кўрсатиш
3. Қулоқдан суртма олиш
4. Ташқи эшитув йўлига турунда қўйиш.
5. Ташқи эшитув йўлига ва ноғора бўшлиғига толқон сепиш.
6. Ташқи эшитув йўлидаги ёт жисмларни олиш
7. Қулоқ чиркини ювиш қондаси
8. Қулоққа боғлов қўйиш
9. Қулоққа иситувчи компресс қўйиш.
10. Эшитув найининг текшириш усуллари
11. Парамеатал блокада қилиш.
12. Эшитув паспортини тузиш.
13. Эшитиш қобилиятини компьютер билан текшириш.
14. Акуметрия усулини амалга ошириш.
15. Аудиометрия усулини амалга ошириш.
16. Вестибулометрия усули.
17. Қулоқ касалликларини рентгенограммасини проекциясини авторлар бўйича тушунтириш.
18. Қулоқ чипқони ва отгематомасини ёриш.
19. Қулоқни КТ ва МРТ текшириш усули.

МАВЗУНИ ЎЗЛАШТИРИЛИШНИНГ ЎРГАНИШ УЧУН НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Ўрта қулоқ клиник анатомияси.
2. Ўткир ўрта отитни диагностикаси.
3. Отосклероз диагностикаси.
4. Эшитув паспортини тўлдириш.
5. Сурункали йирингли мезотимпанитни диагностикаси.
6. Ички қулоқ клиник анатомияси.
7. Менъер касаллигини. диагностикаси.
8. Ташқи эшитув йўли чипқони диагностикаси.
9. Ноғора пардани клиник анатомияси, тузилиши.
10. Ўткир йирингли ўрта отитни диагностикаси.
- 11.Сўргичсимон ўсиқни анатомияси.
12. Антрит ва мастоидитни диагностикаси.
13. Қулоқ супрасини клиник анатомияси.
14. Отгематомани диагностикаси.

15. Чиғанокни анатомияси ва физиологияси.
16. Кохлеяр невритни диагностикаси.
17. Евстахий найни анатомия ва физиологияси.
18. Тубоотитни диагностикаси.
19. Ноғора бўшлиғи ички девори клиник анатомияси.
20. Чегараланган лабиринтитни диагностикаси.
21. Ноғора бўшлиғини клиник анатомияси.
22. Эпитимпанитни диагностикаси.
23. Ноғора бўшлиғини юқори девори клиник анатомияси.
24. Отоген бош мия абсцессини диагностикаси.
25. Сўрғичсимон ўсични клиник анатомия ва физиологияси.
26. Отоген сепсис ва сигмасимон синус тромбозини диагностикаси.

1. ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

Асосий адабиётлар:

1. Ананьева С.В. – “Болезни уха, горла, носа». Ростов-на-Дону «Феникс». 2003 г. Стр.410.
2. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р.- «Детская оториноларингология». Москва. 2002г. Стр.429.
3. Дадамухамедов А.Н., Мирзарасулов М.М. «Болалар оториноларингологияси». Ташкент. 1999й., 2005. 190 бет.
4. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. - «Детская оториноларингология». Душанбе. 1984г, с.320.
5. Козорез Е.С. – ЛОР заболевания «Учебная пособия для студентов высших медицинских учебных заведений». М. Из-во ЛАБ ОС-ПРЕСС, 2005г., стр. 223.
6. Овчинников Ю.М.- «Оториноларингология для медицинских вузов» Москва. 1997 г. стр.296.
7. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А.-«Болезни уха, горла, носа».Москва. 1980 г. Стр. 487.
- 7.Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.Е. -«Оториноларингология». Москва. 2002 г. Стр. 572.
8. Солдатов И.Б.- «Руководство по оториноларингологии». Москва. 1997г. Стр. 432.
9. Ундриц В.Ф., Хиллов К.Л., Лазанов Н.Н, Супрунов В.К..- Под редакцией Пигулевского Д.А. – «Болезни уха, горла, носа». Л. 1969г. стр. 580.
10. Ходжаева К.А., Воробьева А.Г.- «Практическая оториноларингология». Ташкент. 2005г. Стр.345. (русча, узбекча – кирилл, лотин вариант).

Қўшимча адабиётлар:

1. Атлас оперативной оториноларингологии. Под редакцией Погосова В.С. Из-во М.1983 год. Стр.425.
2. Гапанович В.А., Александров В.М.- Атлас по оториноларингологии. Минск.1989г. Стр. 290.
3. Генрих Г., Кобрак - «Среднее ухо». Из-во «Медицина» Москва-1963г. стр. 456.
4. Дайняк Л.Б., Алимов А.И.-«Гипертрофический ларингит». Из-во «Медицина». Ташкент, 1986г., стр.114.
5. Косимов К.К., Норбаев З.К., Норбаев К.П. – «Кулок, томок ва бурунни текшириш усуллари».- Андижан 2009 йил.
6. Мануйлов Е.Н., Батюнин И.Т.-«Юношеская ангиофиброма основании черепа». Из-во. «Медицина». Москва-1971г. Стр.143.
7. Муминов А.И. «Кулок, томок ва бурун касалликлари». Ташкент 1994, 205 бет. (лотинча вариантда).
8. Периодический журнал.- Вестник оториноларингологии 2003-2007 гг. Москва с.1 по 6 номер.

9. Пискунов Г.З. и Пискунов С.З. «Клиническая ринология». Москва. 2002г. Стр. 350.
10. Преображенский Б.С., Дайняк Л.Б., Тарасов Д.И., Богомильский М.Р.- «Аллергические заболевания верхних дыхательных путей». Из-во. Медицина, Москва, 1969г.
11. Преображенский Б.С., Попова Г.П. – «Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ними заболевания». Медицина Москва.
12. Солдатов И.Б. «Лекция по оториноларингологии». Москва. 1990г. Стр. 234.
13. Шевригин Б.В. «Справочник по оториноларингологии». Москва. 1996г. Стр.205., Минск, 1989, с.290.
14. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.К. «Заболевания среднего уха». Москва. 1988г. Стр. 286.
15. Учебно-методическое пособие разработанные на кафедре оториноларингологии (проф., К.К.Косимов, А.И.Алимов, доц-ты К.П.Норбаев, Ф.Б.Балтабаев, асс. З.К.Норбаев). Ташент 2012г.
16. Эшбадалов Х.Ю. Махкамова Ф.Т. Даминов Ш. Особенности диагностики и лечение перфоративных гайморитов. Сборник тезисов Тошкент 2012. С.53.
17. Эдгем С.Р. Обоснование эффективности пункционного лечения острого гнойного гайморита у детей. Вестник оториноларингологии. 2011-6. С.27
18. Александров А.А. Значение коррекции внутриносовых структур в лечении хронического одонтогенного верхнечелюстного синусите. России 2006. С.244
- 19.Александров А.А. Ватеков В.Ф. Шилов М.В. Вихретоковая синусоскопия в диагностике и оценки эффективности лечения верхнечелюстных синуситов. России 2006. С.245.
- 20.Арефьева Н.А. Азнабоева Л.Ф. Шарипова Э.Р. Влияние отогенетических особенности на частоту рецидивов хронического гнойного риносинусита. России 2006. С.248
- 21.Арефьева Н.А. Султанов Н.М. Азнабоева Л.Ф. Варошилова Н.Н. Риноситограммы больных хроническим гнойным риносинуситом при лечении пибактериофагом поливалентным очищенным. России 2006. С.249.
- 22.Богданов И.Ю. Моренко В.М. Ранняя диагностика расстройств при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух. России 2006. С.253.
- 23.Богданов В.В. Болобанцев А.Г. Алгоритм диагностики одонтогенных гайморитов. России 2006. С.254.
- 24.Берихина В.В. Шленкова В.В. Пасо В.В. Двухмерная ультрасонограия в диагностике хронических синуситов. России 2006. С.255.
- 25.Забиоров Р.А. Боклин А.К. Лонская Е.В. Компьютерная томография в диагностике одонтогенных гайморитов. России 2006. С.275.
- 26.Фениксова Л.В. Хирургическое лечение хронического риносинусита в детском возрасте. Вестник оториноларингологии. 2011-6. С.83.

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. Adrenalini 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 маҳал.

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 маҳал сепиш учун

9. Rp: Aerosolum Inhalypum

D.S.бурунга кунига 2 маҳал сепиш учун

10. Rp: Spray Ksemelinum 0,1%- 10.0

D.S.кунига 2 маҳал бурунга сепиш учун

11. Rp: Spray Kromosolum 28 мл.

D.S. бурунга кунига 2 маҳал сепиш учун

12. Rp: Pinasolum 30 мл.

D.S.кунига 2махал 2 томчидан бурунга томизиш.

13. Rp: Spray wibroclim

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 ҳисобга 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.Аллергик 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.аллергик 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 Antirinoli 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 ҳолда 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 маҳал томизилади.

36.Rp. Streptocidi
Norsulfasoli
Ephedrine hydrochloride 0,03
(Benzylpenicillini-natrii-200.000 ed)
M.f. pulv. subtil.
D.S. Қунига 2—3 мартадан ўткир ринитда бурунга пуркаш учун.

20.Rp. Sol. Collargoli 1-2%-10,0
D.S. 3-5 томчидан қунига 2-3 марта бурунга томизилади.

37.Rp. Sol. Protorgoli 1-2%-10,0
D.S. 3-5 томчидан қунига 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. Adrenalini 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 йўлларига 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 синуситларда 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

MDS. Бурун чипқонида қунига 3 маротаба суртиш учун,

47.Rp. Ung. Flavi oxidati 1% - 100,0

D.S. Бурун чипқонида қунига 3 марта суртиш учун.

48.Rp. Ung. Hydrargyru albi 3-5%-10,0

Streptocidi 0,3

DS. Қунига 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 сувида аралаштириб бурун ёндош бўшлиқлари ювилади.

52.Rp. Ung. «Flucinar» 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 шиллик қаватларининг ўткир касалликларида қўлланиладиган дори моддалари:

54.Rp: Tab.Hexaliz N 10

D.S. анги́на ва ўткир фарингитларда кунига 5 махал овқатдан сўнг шимилади.

55.Rp:Tab.Sebedini N10

D.S. анги́на ва ўткир фарингитларда кунига 5 махал овқатдан сўнг шимилади.

56.Rp: Spray Happylor 10,0 мл.

D.S. анги́на ва ўткир фарингитларда томоққа кунига 4 махал сепилади.

57.Rp: Spray Hexorali 0,2%-40,0.мл.

D.S. анги́на ва ўткир фарингитларда томоққа кунига 4 махал сепилади.

58.Rp: Spray Loroben 30,0 мл. et Sol.200,0 мл.

D.S.Ўткир фаринги ва анги́нада томоққа кунига 4 махал сепилади. Эритмаси билан кунига 4 махал чайилади.

59.Rp: Sol.Miramistini 0,01%-100,0 мл.

D.S. Сурункали тонзиллитларда лакуналар кунига 1 махал ювилади.

60.Rp:Tab.Tonzipreti

D.S. Ўткир фарингит ва анги́нларда 1 таб.кунига 4 махал ичилади

61.Rp:Capsulae Flunolum 150,0 мг.

D.S. кадидозли анги́нада 1 капсуладан 1 махал 10 кун давомида

62.Rp:Tab.Exzoli 100,0 мл.

D.S. Кандидозли анги́нада 1 таб.1 махал 15 кун давомида.

63.Rp: Faringosepti 0,01

D. t. d. N 20 in tab

Д.С. ўткир фарингит ва ангианаларда овқатдан сўнг 1 таблетка 3 махал сўрилади.

64. Rp: Faliminti 0,025

D. t. d. N 20 in dragee.

С. Ўткир фарингит ва ангианаларда кунига 1 дражадан 3 махал сўрилади.

65.Rp:Sol.Eludrili 90,0

Д.С.Ўткир фарингит ва ангианаларда 2 чой қошиқ 1 стака илиқ сувга аралаштилиб томоқ кунига 4 махал чайилади.

66.Rp: Ac. Borici 30,0

D. S. Ангинада халқумни чайқаш учун 1 чой қошиқни 1 стаканда илиқ сувга эритиб 3-4 махал чайқаш.

67. Rp: Jodi puri 0,02

Kalii jodidi 0,25

Glycerini

Aq. Destillatae аа 10,0

М. D. S. Атрофик фарингитларда халқум шиллиқ қаватига кунига 2 махал суртиш учун.

68. Rp: Tannini 1. 0

Glycerini 10,0

М. D. S. Сурункали катарал фарингитда халқум орқа девори шиллиқ 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

Д.С. Ўткир фарингит ва ангианаларда 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 аа 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. Кукунли 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 махал суртилади.

ҲИҚИЛДОҚ 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. Inf. 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. Охycort-aerозoli 75,0

D.S. Халқум ва ҳиқилдоқнинг 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, хиқилдоқни ўткир яллигланишида аэрозоль шаклида кунига 1 мартаба 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. Йиринггли 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. Oxycort - aerosoli 75,0

D.S. Қулоқ супрасининг яллиғланган қисмига кунига 2 марта сепилади.

97. Rp. Oxucort 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 ташқи 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 70°-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 кулоққа 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 кулоқ кунига бир маҳал ювилади.
- 114. Rp. Succī 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 кулоққа 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 кулоққа 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.

“ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ” ФАНИНИ АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАРИНИ ЎҚИТИШНИНГ ЯНГИ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯ УСУЛЛАРИ

Буларга куйидагилар киради:

“Мия штурми”, “Думалок стол усули”, “Боскичма-боскич” усуллари ва б. технологиялар. Бу усуллар буйича ишлаш учун 5-6 кишидан иборат гуруҳлар ташкил қилиниб, ишонч мухитини яратиш, очик муҳокама қилишга ҳалокит берувчи рухий зуриқишни енгил ва 1 соатдан ортик бўлмаган вақтни белгилаш лозим.

Мақсади:

Талабаларнинг иштирок этиш даражасини ошириш, уларга бир-биридан ўрганишга имкон бериш.

Афзаллиги:

-Иштирокчилар ўзаро ғоя ва фикрларни алмашилиш имкониятига кўпроқ эга бўладилар.

-Иштирокчилар катта гуруҳларда баён қила олмайдиган фикрларини, кичик гуруҳларда баён қиладилар.

-Иштирокчиларнинг тажриба ва ғоя алмашинувлари орқали, билимларини ошириш, масалага ҳар томонлама ёндашишларини ўзгартиради.

-Диққат марказни ўқитувчидан талабаларга ўтказилади.

-Билим олиш учун катта маъсулиятни иштирокчилар ўзларига олишга мажбур бўладилар.

“Боскичма – боскич” интерфаол уйини

Уйинни ўтказиш қоидаси:

Уйин 3 турдан иборат. Ҳар бир турда талабаларга 3 тадан савол берилади. Энг кам балл тўплаган талабалар кейинги турга қуйилмай, уйиндан чиқариб юборилади. 1-чи турдан ўтмаган талаба “қониқарсиз”, 2-чи турдан ўтмаган талаба “қониқарли”, 3-чи турдан ўтмаган талабалар “яхши” ва 3-чи турдан ўтган талабалар “аъло” га баҳоланадилар.

“Мия штурми” интерфаол уйини

Уйинни ўтказиш қоидаси:

Талабаларга савол ёки тугалланмаган мулоҳаза берилади. Бир неча дақиқа ичида талабалар шу мавзуга фикр билдирадилар. Ўқитувчи гуруҳдаги ҳар бир талабанинг муҳокамада иштирокини кузатиб боради. Бирорта жавоб тўғри ёки нотўғри деб шарҳланмайди. Ҳамма айтилган гаплар, маъноси ва мазмунидан қатъий назар доскага бирма-бир ёзилади. Сўнгра талабалар ўқитувчи билан биргаликда ҳамма вариантларни фаол муҳокама қилишга киришадилар. Бунда нотўғри жавоблар муҳокама тарзида ҳал қилинади ва асослаб берилади. Шундан сўнг билимларни кўпроқ мустаҳкамлаш мақсадида талабалардан тўғри вариантларни ёзиб олишни сўрайди. Бу усулда талабаларга ҳеч қандай баҳо қўйилмайди, муҳокама қилинмайди.

“Думалок стол” интерфаол уйини

Уйинни ўтказиш қоидаси:

Стол устига вазиятли масала ёзилган қоғоз ташланади. Ҳар бир талаба ўзининг жавоб вариантини ёзиб, бошқа талабага узатади. Ҳамма ўз жавобини ёзиб бўлгандан сўнг, таҳлил қилинади: нотўғри жавоблар ўчирилиб, тўғри жавоблар муҳокама қилинади. Талабаларнинг билим даражаси баҳоланади. Бу усулни нафақат ёзма, балки оғзаки ҳолда ҳам олиб бориш мумкин.

“Бўш халқа” ўйини. Уйинни ўтказиш қоидаси:

Бу ўйинда гуруҳнинг барча талабалари иштирок этади. Ушбу ўйин учун мавзу бўйича энг камида 30-40 та савол тузилади. Гуруҳ ўқитувчиси томонидан берилган саволга жавоб бера олмаган талаба ўйиндан чиқади. Ҳар бир талабани неча саволга жавоб берганига қараб баҳоланади.

«Аквариум ўйини»

Ўйинни ўтказиш қоидаси:

Бу интерфаол ўйинида гуруҳдан 3 киши танлаб ўртага ўтказилади. Улар «Балиқ» бўлса, қолган талабалар кузатувчи бўлади. Бу ҳолат Нима? Қачон? Қерда ? телеўйинига ўхшайди. Ўртадагилар 1 дақиқа ичида берилган саволга жавоб топмаса, ўрнига бошқа учлик ўтиради.

Инсерт - самарали ўқиш ва фикрлаш учун белгилашнинг интерфаол тизими ҳисобланиб, мустақил ўқиб-ўрганишда ёрдам беради. Бунда маъруза мавзулари, китоб ва бошқа материаллар олдиндан талабага вазифа қилиб берилади. Уни ўқиб чиқиб, «V; +; -; ?» белгилари орқали ўз фикрини ифодалайди.

Матнни белгилаш тизими

(v) - мен билган нарсани тасдиқлайди.

(+) – янги маълумот.

(-) – мен билган нарсага зид.

(?) – мени ўйлантирди. Бу борада менга қўшимча маълумот зарур

Бундан ташқари қуйидаги график органайзерлардан фойдаланилади:

Кластер, ВЕНН диаграммаси, нима учун, балиқ склети, пирамида, шажара дарахти, ечим дарахти ва бошқалар.

«Кластер» методи

Кластер (ғунча, боғлам) методи педагогик, дидактик стратегиянинг муайян шакли бўлиб, у ўқувчиларга ихтиёрий муаммо (мавзу)лар хусусида эркин, очиқ ўйлаш ва шахсий фикрларни бемалол баён этиш учун шароит яратишга ёрдам беради. Мазкур метод турли хил ғоялар ўртасидаги алоқалар тўғрисида фикрлаш имкониятини берувчи тузилмани аниқлашни талаб этади. «Кластер» методи аниқ объектга йўналтирилмаган фикрлаш шакли саналади. Ундан фойдаланиш инсон мия фаолиятининг ишлаш тамойили билан боғлиқ равишда амалга ошади. Ушбу метод муайян мавзунинг ўқувчилар томонидан чуқур ҳамда пухта ўзлаштирилгунига қадар фикрлаш фаолиятининг бир маромда бўлишини таъминлашга хизмат қилади.

«Вен диаграммаси» стратегияси методи

Ушбу стратегия ўқувчиларда мавзуга нисбатан таҳлилий ёндошув, айрим қисмлар негизида мавзунинг умумий моҳиятини ўзлаштириш (синтезлаш) кўникмаларини ҳосил қилишга йўналтирилади. Стратегия кичик гуруҳларни шакллантириш асосида схема бўйича амалга оширилади. Стратегия ўқувчилар томонидан ўзлаштирилган ўзаро яқин назарий билимлар, маълумотлар ёки далилларни қиёсий таҳлил этишга ёрдам беради. Ушбу стратегиядан муайян бўлим ёки боблар бўйича якуний дарсларни ташкил этишда фойдаланиш янада самаралидир.

ЯНГИ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯ УСУЛЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ

Замонавий интерактив педагогик усулларни оториноларингология фанини амалий машгулотларини олиб боришда қўллаш, ҳар бир талабани машгулотларда фаол иштирок этишини кучайтиради.

Мавзунинг ўзлаштиришининг текширишидаги савол-жавобларида «критик вазиятни таҳлил қилиш» усули қўлланилиб, бу усулда талаба ўзининг эркин фикрини баён этади, унинг яхши томони мавзуда қўйилган хатоликларни қайта кўриб чиқилиб, ижобий томонга ўзгартирилади.

Касалликларни компьютер презентацияларида ва амалий кўникмаларни ўрганишларда «думалоқ стол» усулини қўллаб, ҳар бир талабанинг жавоби тўғри-нотўғри эканлиги текширилиб билим даражаси баҳоланади, муаммони ҳал қилишда «босқичма-босқич», “бўш халқа” усулини қўллаб, ушбу мавзудаги патология муаммолари аниқланади, у: 1-босқичда

муаммони аниқлаш (патологик ўзгарган тўқима ёки аъзонинг нормал кўринишини эслашга), 2-босқичда - маълумотни топиш (юзага келган патологияни аниқлашга), 3-босқичда олинган маълумотларни амалиётда–клиникада (қайси патологик ҳолатларда ёки касалликларда) қўлланилади.

Амалий машғулотларни олиб боришда талабалар гуруҳларига машғулот бошида тестлар ва вазиятли масалалар берилиб, «мия штурми», «инсерт» услубида жавоблар олинади: бунда талабалар томонидан қисқа фикрларда кўплаб жавоб ва ғоялар ўртага ташланади, ўқитувчига қисқа муддат ичида талабаларнинг амалий машғулотга тайёргарлиги ҳақида маълумотлар олишга имкон яратилади.