

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**  
**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**“Соғлиқни сақлаш” – 720000 таълим соҳаси**  
**“Касб таълими” – 5140900 («Даволаш иши» - 5720100)**  
йўналиши учун

**ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУННИНГ**  
**ШОШИЛИНЧ КАСАЛЛИКЛАРИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ**

**(Ўзбек тилида)**

**Тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари ва 5-7 курс талабалари учун**

**ўқув-услубий қўлланма**

**Тошкент – 2015**

**Тузувчилар:**

1. Кафедра мудир, т.ф.д. проф. **Амонов Ш.Э.**
2. Кафедра доценти т.ф.н. **Джаббарова Д.Р.**
3. Ассистент т.ф.н. **Расулова Н.А.**
4. Ассистент **Абдуллаев К.М.**
5. Ассистент **Якубов М.М.**

**Такризчилар:**

1. ТМА “Оториноларингология” кафедраси мудир т.ф.д проф. **Хасанов У.С.**
2. ТошПМИ “Анестезиология ва реанимация” кафедраси мудир, т.ф.д. проф. **Агзамходжаев Т.С.**
3. ТошПМИ «Ўзбек, рус ва лотин тиллари» кафедраси мудир, ф.ф.н. **Турдиева К.Ш.**

**Ўқув -услугий қўлланма ТошПТИ МУК да муҳокома қилинди**

**2015 й «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_**

**Ўқув - услубий қўлланма ТошПТИ Илмий кенгашида тасдиқланди**

**2015 й «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_**

**Илмий кенгаш котиби**

**Юлдашев М.А.**

### **Аннотация**

В сегодняшний день в Республике Узбекистан, для улучшения качества медицинской помощи населению, воплощается в жизнь ряд мероприятий и ныне основная часть этой помощи осуществляется врачами общей практики. Государством даны заказы медицинским институтам по подготовки врачей общей практики и это в свою очередь накладывает ответственность на преподавателей вузов (в том числе и медицинских), которые должны искать новые эффективные способы подачи учебного материала.

В свете этих задач данное учебно-методическое пособие по по экстренной ЛОР помощи при заболеваниях уха, горла и носа на узбекском языке (на кириллице и латинском шрифте) займет должное место в подготовке врачей общей практики, помогая им в их практической деятельности, пополнит знания по экстренной диагностике, методам исследования и оказанию первой помощи.

### **Аннотация**

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

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

Юқоридаги вазифаларни ҳисобга олган ҳолда муаллифлар томонидан ёзилган ўзбек тилидаги (кирилл ва лотин шрифтида) кулоқ, томоқ ва буруннинг шошилич ёрдам талаб қилинадиган ҳолатларида умумий амалиёт шифокорларнинг тўғри ташҳис қўйиш, текшириш усулларини ўтказиш ва биринчи ёрдам кўрсатиш малакаларини эгаллашига ёрдам беради.

### **Abstract**

At present in the Republic of Uzbekistan for improvement the quality of medical care are embodied in the life of a number of activities and now the main part of this assistance is carried out by general practitioners. Orders given by the state to medical institutions are training of general practitioners and this, in turn, imposes a responsibility on the university teachers (including medical), that must find new and effective methods of presenting educational material.

In light of these challenges this training toolkit on case studies on ENT diseases in the Russian and English languages will take its rightful place in the training of general practitioners, helping them in their practical activities, supplements the knowledge of the diagnosis, methods of investigation and treatment of ear, nose and throat.

## **КИРИШ**

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ

### Мавзу: ШОШИЛИНЧ БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИДА ДИАГНОСТИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИ, ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИНИ, ВА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ЎРГАТИШ

Машғулот мақсади. *Талаба:*

- 1) Шошилинч бурун касалликлари диагностик текшириш усуллари, даволаш принциплари, ва шошилинч ҳолатларда биринчи ердан курсатиш билимларини яратиш
- 2) Шошилинч бурун касалликлари диагностик текшириш усуллари ургатиш, текшириш натижаларини моҳиятини беморларни умумий клиник текширишларда баҳолаш. Кадамма-кадам риноскопия амалий куникмаларини урганиш

#### Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар

##### Адабиетлар

##### Асосий:

1. Дадамухамедов А.Н., Омонов Ш.Э. Болалар оториноларингологияси. Тошкент, 2005.
2. С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.
3. «Оториноларингология», В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Москва, «Литера», 1997 г
4. «Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

##### Кўшимча:

1. «Оториноларингологический атлас», В.А.Гапанович, В.М.Александров, Минск, 1989г.
2. «Клиническая оториноларингология». Учебное пособие. Н.В.Мишенькин, А.И.Драчук, Л.И.Иванова, Ю.М.Дашкевич, А.Л.Носков, М.П.Лисовская, Омск, 1990г.
3. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.
4. «Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа», Французов Б.Л., Францова С.Б., Киев, 1988г.

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

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

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

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

##### Аннотация

**Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатлари ва ўткир касалликларида шошилич ёрдам**

**Хоаналарнинг туғма атрезияси** хоаналар ёриғини хомиладорлик пайтида ёпиб турган мезенхимал туқимани сурилиб кетмаслигидан пайдо бўлади. Хоаналарнинг туғма атрезияси тўлиқ ёки қисман, бир- ёки икки-томонлама, суякли ёки юмшоқ тўқимали бўлиши мумкин. Чақалоқларда оғиз орқали нафас олиш рефлекси бўлма-ганлиги туфайли хоаналарнинг икки томонлама тўлиқ атрезияси буғилиш ёки ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин.

**Диагностикаси.** Хоаналарнинг туғма атрезияси бурун бўшлиғига учи тугмачали зонд киритиш, катетер орқали сув юбориш йули билан аниқланади. Контрастли рентгенография текшируви, эндоскопик текширув усули хоаналарнинг қисман ёки тўлиқ атрезиясини аниқ аниқлашга ёрдам беради.

**Даволаш.** Хоаналар атрезияси боланинг ҳаётига хавф солганлиги учун уни бартароф этувчи жарроҳлик амали чақалоқлик даврида бажарилади; хоаналарни ёпиб турган суякли ёки юмшоқ тўқимали тузилма эндоназал ёки оғиз орқали, қаттиқ танглай ва юқори жағ бўшлиғи орқали олиб ташланади. Хоана ёриғини ҳосил қилиш мақсадида бурун орқали юмшоқ силикон найча киритилади.

**Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатлари** ҳаётда тез –тез учраб спорт машғулотларида, ишлаб чиқариш корхоналарида, кўча транспорт ҳодисаларда, эпилепсия хуружи пайтида содир бўлиб туради.

Жароҳат етказган жисмнинг таъсир кучи ва хусусияти, унинг йўналиши ва тўқима ичига қанча чуқур ботишига қараб бурун жароҳатлари *очик* (тери қопламнинг зарарланиши) ёки *ёпиқ* (тери қопламнинг бузилмаслиги) бўлиши мумкин.

Кўпинча бурун суяклари ва юқори жағ суягининг пешона ўсиғи ўртасидаги чокни кенгайтиши ёки бурун суяклари ва бурун тўсиғининг синиши, ёки чиқиши натижасида ташқи бурунни ён томонга силжиши қайд этилади. Кам ҳолларда юқори жағ суяғи пешона ўсиғининг синиши кузатилади.



Бурун ёндош бўшлиқлари жароҳати бўшлиқлар деворининг ёрилиши, синиши, суяк парчаларини бўшлиқ ичига кириши билан намоён бўлади. Бундан ташқари, улар калла бўшлиғига тарқалган ёки тарқалмаган жароҳатларга бўлинади.

Пешона бўшлиғи одатда қош усти соҳасида жароҳатланади; бўшлиқнинг олд девори синиб, косметик нуқсонга сабаб бўлади. Бурунни ботиши пешона бўшлиғининг табиий тешигини ёпилишига олиб келади. Ғалвирсимон бўшлиқнинг жароҳати кўпинча кўз косасининг медиал қисмида, яъни бурун бўшлиғининг ён томонида жойлашган шиллик парданинг йиртилиши натижасида юзда тери ости эмфиземаси пайдо бўлишига олиб келади.

Понасимон бўшлиқ деворларининг синиши айти пайтда калла суяғи асосининг синиши бўлиб, жуда кам учрайди ва кўриш асаб толаси, ички уйқу артериянинг жароҳати билан бирга ке-чиб, ўлим ҳолатига сабаб бўлган қон оқишларга ёки жароҳатдан сўнгги уйқу артерияси девори аневризмасига сабаб бўлади.

**Белгилари.** Бурун жароҳатида бурундан қон оқиши, бурун терисида ва кўз қовоқларида конталашлар пайдо бўлиши, юмшоқ тўқималар шиши ва тери ости эмфиземаси, суяк парчаларининг крепитацияси кузатилади. Буруннинг нафас олиш функцияси бузилиши ёки ҳид сезиш тирқишларининг шиш натижасида ёпилиши беморда ҳид билиш қобиляти пасайишига, ҳид билиш асаб толалари узилганда эса буруннинг ҳид сезиш фаолияти бутунлай йўқолиши кузатилади.

**Таъхис** бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, куздан кечирув, пайпаслаш, зондлаш, олдинги риноскопия, эндоскопия, рентгенография, компьютер томограмаси текширувлари асосида қўйилади.

Ташқи бурунни куздан кечириш ва пайпаслашда жароҳат майдонининг оғриши, юмшоқ тўқималар шиши, ташқи бурун шакли бузилганлиги аниқланади. Бурун ён томонга силжиганлиги, мажағланганлиги, бурун усти пайпасланганда бўртишлар (зина белгиси), суякларнинг патологик ҳаракатчанлиги ва суяк парчалари крепитациясини аниқланиши бурун суяклари синганлигидан, босиб кўрганда тери ости крепитацияси – ғалвирсимон суяк синганлигидан ва шиллик парда йиртилганлигидан далолат беради.

Олдинги риноскопияда бурун бўшлиғида қон лахталари, конталашлар, шиллик парда жароҳатланганлиги, бурун бўшлиғи торайганлиги, бурун чиганоклари ботган ва бурун тўсиғи қийшайганлиги кўринади.

Юз скелетининг рентгенография, рентгеноскопия, КТ ва МРТ- текширувлари жароҳат ҳажми ва характери ҳақида қимматли маълумотлар олишга ёрдам беради.

**Даволаш** Шошилиш тиббий ёрдам оғриқсизлантириш, қон оқишини тўхтатиш ва беморни дарҳол касалхонага юборишдан иборат. Лат ейиш ёки юмшоқ тўқималарнинг очик жароҳатида ифлосланган жароҳат майдонига бирламчи жаррохлик ишлови берилади; жароҳат майдони дастлаб антисептик эритма билан ювилади, кейин махсус қошиқча ёрдамида синган суяк ва тоғай парчалари олиб ташланади, юмшоқ тўқима эса қолдирилади.

Бурун суяклари синиб, ўз жойидан силжиганда ҳамда ташқи косметик нуқсон пайдо бўлганда бурун суяклари ва бурун ёндош бўшлиқлари деворларининг репозицияси (ўз жойига ўрнатиш) ва суяк парчаларини ички ёки ташқи фиксацияси амали асосий даволаш усули ҳисобланади. Суяк парчаларини ўз жойига ўрнатиш муҳим косметик аҳамиятга эга. Жароҳатнинг биринчи кунни бажарилган репозиция энг оптимал усул деб тан олинган, лекин бош мия, калла ичининг оғир асоратларида уни жароҳатдан сўнгги 3 ҳафта давомида бажарса бўлади.

**Бурун чипқони** - бурун терисининг тукли қопчаси ҳамда атроф тўқима-ёғ беши ва тўқимасининг ўткир йирингли-некротик яллиғланиши.



**Этиологияси.** Бурун чипқонининг ривожланишида терининг стафилококк ёки стрептококк инфекциясига қарши маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сусайиши муҳим аҳамиятга эга. Бундан ташқари қандли диабет, модда алманишувининг бузилиши, гиповитаминоз, шамоллаш каби омиллар касалликни ривожланишига ёрдам беради.

**Патогенези.** Тукли қопчани ўраб олган инфильтратда кичик вена қон томирларининг тромбози ривожланиб, инфильтрат катталашганда (айниқса, карбункулда) тромбоз жараёни вена қон томирлари бўйлаб (*v. facialis, v. angularis, v. ophthalmica*) ғовак-симон ёки калла суягининг бошқа қон томирларига тарқалиши ва беморда сепсис ва оғир калла ичи асоратининг

ривожланишига олиб келиши мумкин.

**Клиник белгилари.** Чипқон асосан бурун учи, бурун даҳлизи ёки туби, баъзан бурун қанотлари, бурун-лаб бурмаси соҳасида пайдо бўлади. Касалликнинг бошланғич босқичида те-рида чегараси ноаниқ қизариш, юмшоқ тўқималарнинг биров шиши ва конуссимон инфильтрат пайдо бўлиб, пайпаслаганда ва бурун қанотлари ҳамда юқори лабларнинг ҳаракатида кескин оғрийди (*инфильтрат босқичи*). Кейинчалик юмшоқ тўқималарнинг шиши юқори лабга ва лунжга тарқалади. 3-4 кундан сўнг инфильтратнинг чўққисида сарғиш-оқ чипқоннинг ўзаги пайдо бўлади (*абсцесс босқичи*) ва у 4-5 кун давомида етилади, кейин ўз-ўзидан очилади.

Чипқон етилаётган пайтда беморнинг тана ҳарорати субфебрил ёки баланд бўлиб, қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Баъзан карбункул ҳосил бўлиб, жараён лунжга, пастки лабга, кўз ковокларига тарқалиши мумкин. Бундай ҳолларда кўз косаси (кўз косаси тўқимасининг яллиғланиши, кўз косаси веналарининг тромбози ва бошқ.) ва кала ичи асоратлари (ғовак-симон синус тромбози, сепсис) ривожланиши мумкин. Шунинг учун бурун чипқони билан оғриган бемор касалхона шароитида даволаниши лозим.

**Диагноз** касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, объектив маълумотлар асосида қўйилади. Бурун чипқони тез-тез қайталаниб турган ва узоқ вақт давом этган ҳолларда қоннинг умумий таҳлили, қандли диабетни инкор этиш учун қондаги глюкоза миқдори аниқланади.

**Даволаш** тадбирлари касалликнинг кечими ва босқичига боғлиқ бўлиб, дори-дармонлар ёки жарроҳлик усули ёрдамида амалга оширилади. Касалликнинг енгил кечимида чипқон ўзаги ўз-ўзидан очилади. Инфильтрация босқичида беморга антибиотиклар (цефалоспоринлар, макролидлар, фторхинолонлар ва бошқ.), (ампициллин, эритромицин 0,5 г дан 4-6 маҳал ичиш); антигистамин, оғриқсизлантирувчи, тана ҳароратини тушурувчи дори воситалар, дармон-дорилар буюрилади, чипқон майдонида синтомицин эмульсияси ёки Вишневский малҳамлари билан бойлам қўйилади.

Абсцесс босқичида жарроҳлик амали қуйидагича бажарилади; йирингли ўчоқ кенг очилиб, йирингли-некротик тўқималар олиб ташланади ва жароҳат майдонида дренаж ўрнатилади.

**Ташқи буруннинг термик жароҳатлари .**

**Бурун куйишлари** (*combustio nasi*) *иссик, қуёш нури, кимёвий моддалар ва электр токи таъсирида юз берган тўқималар жароҳати.* Тўқима куйишининг 4 даражаси тафовут етилади:

I даражаси - эритема, терининг эпидермис қавати қуяди; тери қизариб оғрийди, биров шишади

II даражаси - терининг дерма қавати қуяди, зарарланган эпидермис қавати ажралиб, экссудат билан тўлган пуфакчалар ҳосил бўлади;

III даражаси - тери некрози, дерманинг барча қаватлари, баъзан тери ости клетчаткаси ҳам тўлиқ ёки қисман қуяди.

IV даражаси - тери билан бирга фасция остидаги мушак ва суяк тўқималари ҳам қуяди.

**Даволаш.** Куйишнинг I-II даражаси, юзаки куйиш ҳисобланиб, дори-дармонлар билан даволанилади. Бурун соҳасига асептик бойлам қўйилади, анестезин, борат кислотаси ва анестезин аралашмаси, оксиклозол, оксикорт, левомикол, левосин, легразол, тегралезол, левовинозол, олезол, 1-2% калий перманганат, 1-2 % танин, фурациллин (1:5000), 10% борат ланолин эритмалари ва малҳами, 10% синтомицин эмульсияси суртилади. Куйган майдонга дарҳол муз парчаси қўйилади, амизоль, левомизоль аэрозоллари сепилади. Бундан ташқари

оғриқсизлантириш, дезинтоксикация, десенсибилизация тадбирлари ўтказилади, вена ичига керакли миқ-дорда қон зардоби томчилаб юборилади. Иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида беморга антибактериал дори воситалар тавсия қилинади.

Куйишнинг III-IV даражасида зарарланган тери майдони жарроҳлик усулида тикланади. Бемор кокшолга қарши эмланади.

**Бурунни совқотиши** (*congelatio nasi*) совуқ ҳавонинг маҳаллий таъсири ёки терини совуқ жисмга тегиши натижасида содир бўлган тўқималар жароҳати. Тўқималар совушининг 4 даражаси тафовут этилади:

I даражаси - тери қопламлари рангпар, ёки кўкимтир, шишган. Зарарланган тери соҳаси оғрийди қичийди, парестезия кузатилади.

II даражаси - қизарган ва кўкарган терида серозли экссудат билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Тери 2-3 ҳафтадан сўнг ўз ҳолига қайтади.

III даражаси - терида геморрагик экссудат билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади, тери ва тери ости клетчаткаси некрозга учрайди.

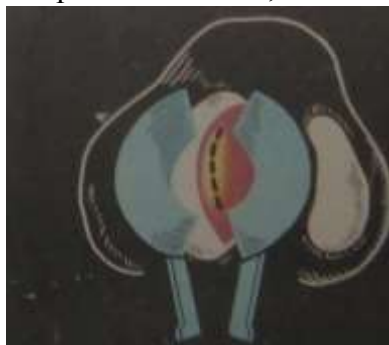
IV даражаси - терининг барча қаватлари, яъни юмшоқ ва суяк тўқимаси ҳам некрозга учрайди. Тўқима

ларни емирилиши 5-6 ой давом этиб, гангрена асоратига олиб келади.

**Даволаш.** Беморга оғриқсизлантириш тадбирлари, антибиотикотерапия ва жарроҳлик даволаш усуллари буюрилади. Енгил ҳолларда беморни иссиқ хонага ётқизиб, унга иссиқ ичимликлар берилади, бурни қўл билан ишқаланади (қор билан эмас), иссиқ сув (сувнинг ҳа-рорати 40<sup>0</sup> С ошмаслиги лозим) билан 30 дақиқа давомида иситилади, терисига спирт суртилади, пуфакчалар очилади. Совуқ уришнинг III - IV даражасида бемор шифохона шароитида даволаниши лозим. У кокшолга қарши эмланади, зарур бўлганда тинчлантирувчи, оғриқсиз-лантирувчи дорилар буюрилади, УБН, УВЧ муолажалари ўтказилади. Айрим ҳолларда тери битишини тезлаштириш мақсадида одам фибробластларини кўчириш усули ҳам қўлланилади.

**Бурун тўсиғи гематомаси ва абсцесси.** Кучли зарб таъсирида тоғай усти пардаси тоғайдан (суяк усти пардаси суяк-дан) ажралиб, тоғай ва тоғай усти пардаси орасида (суяк ва суяк усти пардаси орасида) қон тўпланиб, бурун йўллари торайтирувчи гематома ҳосил бўлади

**Белгилари.** Бемор бурун орқали нафас олиши қийинлигига, бурни бироз оғ-ришига, ундан шилимшиқ ёки қон аралаш ажралма оқишига, ҳидни билиш қо-билияти пасайганлигига шикоят



қилади. Бир томонлама гематомада бурун ор-қали нафас олиш фаолияти бузилмайди, беморнинг умумий ҳолати ўзгармайди. Олд риноскопияда бир-ёки икки томонда бурун тўсиғининг олд қисмларида умумий бурун йўлини торайтирув-чи ранги тўқ жигари юмшоқ шиш ва инфильтрация кўринади.

Йирингли абсцессда (жароҳатдан 4-7 кун

ўтгандан сўнг) бурун тўсиғининг шиллиқ қавати кескин шишади, пайпаслаганда оғрийди. Йирингли жараён гематомаси тўртбурчак тоғайга тарқалганда беморда бурун хондроперихондрити ривожланади ва у бурун тўсиғи шаклининг ўзгаришига олиб келади. Баъзан йиринг бурун бўшлиғининг юқори бўлимларига тарқалиб, беморда калла ичи асорати ривожланишига сабаб бўлади.

**Таъхис** касалликни бошланиши, беморнинг шикоятлари ва риноскопия манзараси асосида қўйилади. Риноскопияда бурун тўсиғининг олд қисмида ҳар икки томонда юмшоқ кўк-қизил ёки тўқ-қизил шиш кўринади. Бурун тўсиғи гематомасини бурун тўсиғи ҳўппози, бурун чипқони ва бурун сарамасидан фарқлаш лозим. Бурун бўшлиғи зонд ёрдамида текширилади, шишган майдон пункция қилинади.

**Даволаш.** Пайдо бўлган бурун тўсиғи гематомаси (касалликнинг 1-2- куни) йўғон игна билан пункция қилиниб, қон тўплами сўриб олинади ва буруннинг зарарланган томонига зигзагсимон олд бурун тикмаси қўйилади. Тикма 48-72 соатдан сўнг олиб ташланади ва бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига ишлов берилади. Яллиғланиш жараёнини олдини олиш мақсадида



десенсибилизация, антибиотикотерапия, симптоматик терапия тадбирлари ўтказилади, беморга дармон-дорилар буюрилади.

Бурун тўсиғи хўппози шошилиш равишда очилади. Икки томонлама хўппоз ҳар икки томонда алоҳида-алоҳида очилади. Хўппоз майдони 3% водород пероксиди ёки фурациллин эритмаси билан ювилиб, йирингдан тозалангандан сўнг бўшлиқ ичига резина найча (дренаж) ўрнатилади ва гипертоник эритмага шимдирилган пахта пилликча киритилади. Беморнинг ёши, тана вазни ва касалликнинг кечимини эътиборга олган ҳолда унга ампицилин, кефзол, цефамизин каби антибиотиклар, десенсибилизация, дезинтоксикация, иммунитетни фаоллаштирувчи дори воситалар мушак орасига ёки томир ичига юборилади.

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

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

**Таъхис** қўйишда касалликнинг бошланиш тарихи муҳим аҳамият касб этади. Шиллик қават шишганлиги туфайли риноскопияда ёт жисм бурун бўшлиғи шиллик пардасига қон томирларни торайтирувчи дори воситаси суртилгандан сўнггина кўринади. Рентгенконтрастли ёт жисм рентгенография текшируви ёрдамида аниқланади.

**Даволаш.** Бурун ёт жисми илгак ёрдамида олиб ташланади. Бурун бўшлиғидан аскарида ёки зулукни чиқариб олиш учун махсус қис-қич ишлатилади.

**Бурундан қон оқиши** - еритроцитларнинг қон томири деворини бузилиши ёки ўтказувчан-лигининг ошиши натижасида содир бўлади. 95% ҳолларда қон бурун тўсиғининг олд қисмида жойлашган Киссельбах соҳасидан оқади, 85% ҳолларда эса бурундан қон оқишига қу-йидаги **умумий** касалликлар сабаб бўлади: ўткир юқумли аденовирус касалликлари, қон босимини кўтарилиши, атеросклероз, юрак, жигар, буйрак касалликларининг оғир шакли, қон касалликлари; камқонлик, тромбоцитопатия, лейкоз, антикоагулянт дорилар миқдорини оширилиши, в.х.к.з



15% ҳолларда бурундан қон оқишига қуйидаги **маҳаллий**, яъни бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг касалликлари сабаб бўлади: бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг жароҳатлари, қон томирлар деворининг бузилишига олиб келган бурун шиллик пардасининг атрофик жараёнлари, бурун тўсиғини тешилиши, бурун сили, захми, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ҳавfli ўсмалари, ҳавфсиз ўсмалар, бурун бўшлиғи ёт жисми.

Сабаби бўйича қон оқишлар жароҳатдан сўнгги ва симптоматик қон оқишларга бўлинади.

**Белгилари** Бурундан қон оқиши тўсатдан ёки продромал белгилардан сўнг бошланади (бош оғриғи, кулоқни шанғиллаши, бош айланиши, бурунни қичиши). Бурундан оқаётган қонни юқори нафас йўллари ва ошқозондан оқаётган қондан фарқлаш лозим.

Бурундан оқаётган қоннинг ранги қизил бўлиб, бемор бошини орқага ташлаганда ҳалқумнинг орқа деворида кўринади. Ўпкадан оқаётган қон кўпикли, ошқозондан оқаётган қон эса ивиган, ранги тўқ қизил бўлади. Баъзан бемор бола оқаётган қонни ютади, шунда у қон аралаш қуседи.

Буруннинг қонаётган майдонини олд риноскопияда кўриш мумкин. Диагноз аниқлангандан сўнг йўқотилган қон миқдори, қонаётган майдон ва қон оқишининг сабаби аниқланади.

Йўқотилган қоннинг миқдорига қараб қон оқишлар *енгил*, *ўртача* ва *оғир* қон оқишларга бўлинади. Енгил қон оқишларда, одатда, қон Киссельбах, Литтля майдонларидан оқади. Бурун-дан қисқа вақт давомида бир неча миллилитр миқдорда қон томчилаб оқиб, ўз-ўзидан тўхтайдиган (*I даражада қон йўқотиши*).

Ўртача қон оқишларда катта киши 200 мл гача қон йўқотиб, гемодинамик ўзгаришлар кузатилмайди (*II даражада қон йўқотиши*).

Оғир қон оқишларда йўқотилган қоннинг миқдори 200 мл дан ошиб, баъзан 1000 мл етади. Бундай қон оқишлар бемор ҳаётига ҳавф солиши мумкин (*III даражада қон йўқотиши*).

**Даволаш** тадбирлари қуйидагилардан иборат:

бурундан оқаётган қонни тўхтатиш;  
йўқотган қон ўрнини тўлдириш;  
кайта қон оқишини олдини олиш.

### **Мавзуга доир вазиятли масалалар**

#### **Масала №1**

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

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

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала жавоби: Бурун чипқони:**

- A) беморни госпитализация қилиш;
- B) чипқонни очиш;
- V) яллиғланишга қарши, фибринолитик ва умумқувватловчи терапия

#### **Масала №2**

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

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

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала жавоби: Бурун суюқлари ёпиқ синиб силжиши, чап юқори жағ бўшлиғи юқори (кўз) девори синиши, бош мия чайқалиши:**

- A) беморни госпитализация қилиш, динамикада кузатув, лозим бўлса- юқори жағ бўшлиғини пункция қилиб қонни чиқариш;
- B) невропатолог консултацияси; неврологик белгилар бўлмаса, бурун суюқлари репозицияси;
- V) қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит);
- Г) бурунга томир торайтирувчи томчи, яллиғланишга қарши даво.

#### **Масала №3**

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

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала жавоби: Бурундан қон кетиш**

- a) А/Бни ўлчаш, кўрсатма бўйича гипотензив ва гемостатик даво қўллаш, гемодинамика кўрсаткичларини динамикада текшириш (томир уриши, А/Б, ЭКГ), гемоглобин ва гематокрит;
- B) олдинги тампонада, зарур бўлса, орқа тампонада қилиш.

#### **Масала №4**

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

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала жавоби: Чақалоқларда — тўлиқ хоаналар атрезияси.**

Хоаналар ўтказувчанлигини тиклаш мақсадида шошилинич хирургик даво қўллаш.

#### **Масала №5**

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

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

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала жавоби: Қиз болада бурун ёт жисми (тугмача)**

Зудлик билан бурун бўшлиғини оғриқсизлантириб, ёт жисмни олиб ташлаш.

#### **Тестлар**

##### **1. Буруннинг қайси қисмидан кўпинча (85%) қон кетади**

- А. Юкори деворидан
- Б. пастки деворидан
- В. Ташки деворидан
- Г. Бурун тусигини суяк қисмидан
- Д. киссельбах зонасидан

##### **2. Бурун суякларини қандай синишлари кузатилади?**

- А. очик
- Б. ёпик
- В. Очик ва ёпик
- Г. Йиртилган
- Д. шилинган

##### **3. Бурун суяклари ёпик синиб силжиганда қайси усул ташхисни қуйишда асосий ҳисобланади?**

- А. рентген
- Б. пальпация
- В. Олдинги риноскопия
- Г. Орқа риноскопия
- Д. пневмометрия

##### **4. Бурундан қон кетганда олд тампон қанча вақтга қуйилади?**

- А. 24-48соат
- Б. 4-6соат
- В. 48-72соат
- Г. 12-24соат
- Д. 60-72соат

##### **4. Бурундан қон кетганда орқа тампон қанча вақтга қуйилади?**

- А. 24-48соат
- Б. 4-6соат
- В. 48-72соат

Г. 12-24соат

Д. 60-72соат

**5. Бурун чипконини кандай даврлари мавжуд?**

А. Инфилтрация

Б. абцессланиш

В. Бошлангич

Г. Авжга чикиш

Д. якунланиш

**6. Бурун чипкони бу...**

А. битта соч халтасини йирингли яллигланиши

Б. бир нечта соч халтасини йирингли яллигланиши

В. Бурун шиллик каватини яллигланиши

Г. Тогай усти пардасини яллигланиши

Д. битта тер безининг яллигланиши

**7. Бурун тусиги гематомасида қон қаерга йигилади?**

А. шиллик каватга

Б. шиллик кават ва тогай усти пардаси орасига

В. Тогай усти пардаси ва тогай орасига

Г. Тогайга

Д. тогай усти пардасига

**8. Орқа тампонни катталиги нимага қараб белгиланади?**

А. Бош бармоқларини биринчи фалангасига қараб

Б. ешига қараб

В. Бурун катагини катталигига қараб

Г. Курсаткич бармоқни калинлигига қараб

**9. Бурун тусиги гематомаси неча кунда абцессга айланади?**

А. 1кунда

Б. 2кунда

В. 3кунда

Г. 4кунда

Д. 5кунда

**10. Бурун жароҳати ва синишида биринчи ёрдам.**

а) дифтерияга қарши зардоб

б) тўқималарни тозалаш.антибиотика терапия

в) қоқшолга қарши зардоб

г) бурун репозицияси ва тўқимани тозалаш

**11. Олдинги тампонада қандай мақсадларда ишлатилади, қон кетишни тўхтатишдан ташқари.**

а) оғриқсизлантириш

б) бурун репозициясида фиксация

в) гематомани олдини олиш

г) бурун операцияларида йиринглашни олдини олиш

**12. Қайси бурун йўлида кўпчилик ҳолатларда ёт жисм ўрнашиб қолади.**

а) пастки бурун йўлида

б) юқори бурун йўлида

в) ўрта бурун йўлида

г) а,б

**13. Бурундан қон кетишда олд тампонада фойда бермаса нима қилиш керак.**

а) бурунга совуқ қўйиш

б) бошини орқага қилиш

в) бошни ёнга қилиш

г) орқа тампонада

**14. Бурундан қон кетиш умумий сабаблари.**

а) юрак қон томир касалликлари

- б) жигар ва буйрак касалликлари
- в) артериал босим ошиши
- г) ҳамма жавоб тўғри

**15. Бурундан қон кетиш маҳаллий сабаблари.**

- а) бурун жароҳати
- б) бурунни бармоқ билан қовлаш
- в) бурунда ҳосила.атрофик ринит.озена
- г) ҳамма жавоб тўғри

**Клиник ходиса.**

3 ёшли кизча мунчок уйнаб утириб, мунчоклардан бирини бурнига киритиб юборган. Онаси уй шароитида мунчокни пинцет ердамида олишга ҳаракат қилган лекин чиқара олмай бурун шиллик каватини жароҳатлаган ва бурнидан қон оққан. Кизча «тез ёрдам» машинасида шифохонага шошилиш равишида келтирилган.

Сизнинг ташхисингиз? Беморга қандай ёрдам курсатиш керак?

Ташхис: Бурундаги ёт жимс, асорати бурун жароҳати.

Бурундаги ёт жимс олиб ташлаш керак.

Бурун бўшлиғи сунъий ёруғлик (пешона рефлектори ёки ёруғлик манбаи) остида кўздан кечирилади. Ёруғлик манбаи беморнинг чап томонида, унинг чап кулоқ супраси сатҳида ўрнатилади. Текширувда бурун кўзгуси - бурун кенгайтиргич ишлатилади. Врач пешона рефлекторини чап кўзининг рупарасига ўрнатиб, ўнг кўзини юмган ҳолда беморнинг юзига тушаётган ёруғлик нуқ-тасини чап кўзи билан тешиқ орқали кўришга ҳаракат қилади.

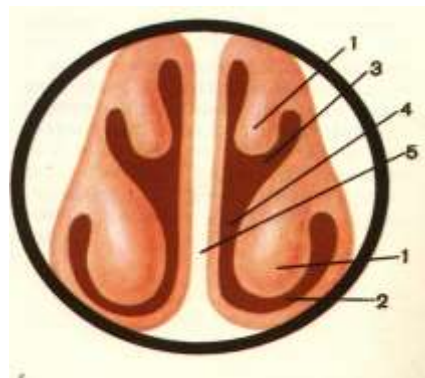
Бурун даҳлизини кўздан кечириш. Врач ўнг қўлининг бош бармоғи билан бурун учини кўтаради ва ёруғлик нуқтасини бурун тешиқларига йўналтириб, бурун даҳлизини кўздан кечиради.

Врач бурун кўзгусининг ишчи учини пастга қаратган ҳолда уни чап қўлига олади; чап қўлнинг бош бармоғини бурун кўзгусининг қулфи устига, II ва III бармоқлари - асбоб тутқичларининг ташқи томонида, IV ва V бармоқлари тутқичлар орасига қўяди.



14- расм. Олд риноскопияни бажарилиши

- 1. юқори бурун чиғаноғи, 2.пастки бурун йўли,
- 3. ўрта бурун йўли,4.умумий бурун йўли,
- 5. бурун тўсиғи.



15-расм. Олд риноскопияда бурун бўшлиғининг манзараси

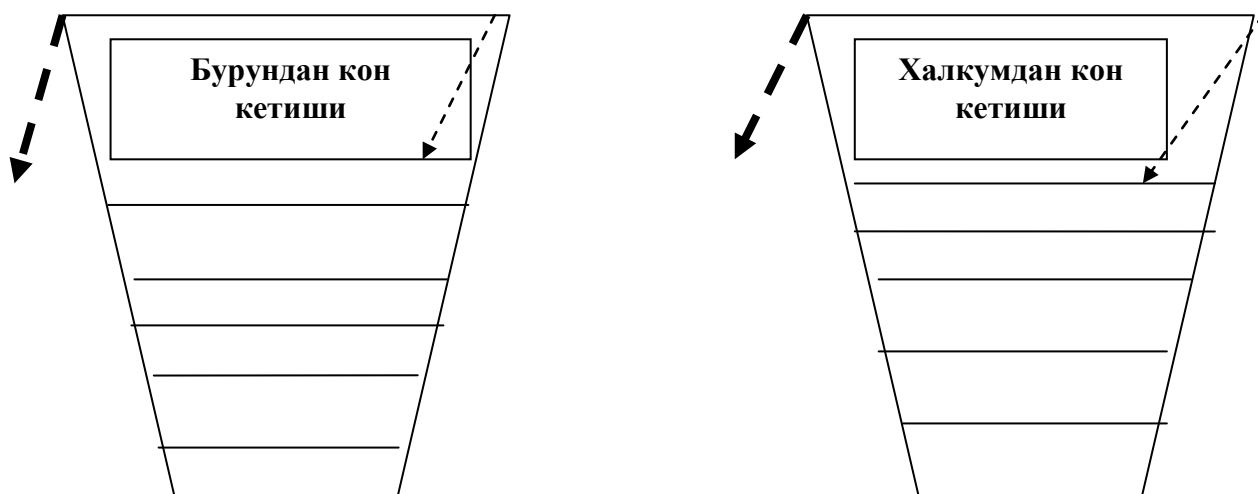
Ишчи қисми (тумшуғи) ёпилган ҳолда бурун кўзгуси бурун бўшлиғининг ўнг даҳлизига 0,5 см ичкарига киритилади, бунда кўзгу тумшуғининг ўнг оёқчаси бурун даҳлизининг пастки-ички, чап оёқчаси - юқори-ташқи бурчагида жойлашиши лозим. Чап қўлнинг II ва III бармоқлари ёрдамида бурун кўзгуси тутқичлари қисилади, шунда ўнг бурун даҳлизи кенгайди. Бурун йулларидаги қон лахталари олиб ташланади. Бемор умумий бурун йули 0,025%ли нафтизин эритмаси ёрдамида анемизайия килиб кенгайтирилади.

Учи тугмачали илгакни бурун бўшлиғидаги мунчокни орқасига утказиб, илгакни олдинга қаратиб тортилади.

Врач IV ва V бармоқлари ёрдамида бурун кўзгусининг ўнг тутқичини силжитади, тумшугининг оёқчаларини тўлиқ ёпмаган ҳолда бурун бўшлиғидан чиқариб олади.

**«Кон кетиши ва билан кечувчи касалликни киесий ташхиси»  
«Икки кайик» сценарийси курунишидаги интерфаол усул.**

Талабалар икки гуруҳга булинишади. Хар бир гуруҳга кайик курунишидаги ташхис езилган блиц анкета топширилади: бурундан кон кетиши ва халқумдан кон кетиши. Ташхис езилган жой букланиб скрепкаланади, курунмаслиги учун. Хар бир гуруҳ ташхисни остидан шу касалликка хос клиник белгилар, шикоятлар, объектив белгиларни имкон қадар купрок ёзиши керак. Жараенни давомийлиги 5 минутни ташкил қилиши керак. Сунгра гуруҳлар анкеталар билан алмашилишади, букилган жойни очмасдан туриб клиник белгилар, шикоятларга караб беморга ташхис куйилади. Чуккан кайик хисобланади ташхис куя олмаган гуруҳ. Бу пайтда гуруҳлар ёзган клиник симптомлар ва шикоятларини мослигига баҳо берилади



**Ролли ўйин.**

Талабалардан биттаси шифокор ролини ўйнайди, унга бемор (талаба - волонтер) бурун чипқони ташхиси билан муружаат қилади.

Клиник ходисани муҳокама қилгандаги саволларни эсланг:

- Симптомлар бошланиши ва давомийлигини.
- ОРВИ инфекцияси белгилари борми (тумов, йўтал, иситма)

Сўранг "шифокордан" бурун чипқони бор беморни кўрувни.

Албатта кўрув ўз ичига олиши керак:

Ташқи кўрув-ташқи бурун.бурун бўшлиғи

Ташқи бурун пальпацияси

Қулоқ.тамоқни фанарик ва шпатель ёрдамида кўрув-муртаклар.юмшоқ ва қаттиқ танглай.шиллик қават.халқум орқа девори ва ҳиқилдоқ бойламлари.

Талабалардан кўрувда ёрдам беришни сўранг.кейин улар ҳам қийналса.кўрувни кўрсатинг ва бир-бири билг

машқ қилишни сўранг.

Талабаларга муляжда бурунни олд ва орқа тампонадаси қўйишни ўргатиш.

**Назорат саволлари**

1. Қулоқ, томоқ ва бурун ёт жисмлари.
2. Қулоқ, томоқ ва бурундан кон кетиш.
3. Қулоқ, томоқ ва бурун травмалари.
4. Болалар оториноларингологиясида шошилишч ердам, кон кетиши, жароҳатлар, ет жисмлар.
5. Болалар ЛОР онкологияси. Юкори нафас йулларини инфекцион гранулемалари.

Трахеостомия, эзофагоскопия, трахеобронхоскопия, биопсия.

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ**

### **Мавзу: ШОШИЛИНЧ ҲАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИДА ДИАГНОСТИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИ, ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИНИ, ВА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ЎРГАТИШ**

Машғулот мақсади. *Талаба:*

- 1) Шошилинч халқум касалликлари диагностик текшириш усуллари, даволаш принциплари, ва шошилинч ҳолатларда биринчи ердан курсатиш билимларини яратиш
- 2) Шошилинч халқум касалликлари диагностик текшириш усуллари ургатиш, текшириш натижаларини моҳиятини беморларни умумий клиник текширишларда баҳолаш. Кадамма-кадам фарингоскопия амалий куникмаларини урганиш

#### **Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар**

##### **Адабиетлар**

##### **Асосий:**

1. Дадамухамедов А.Н., Омонов Ш.Э. Болалар оториноларингологияси. Тошкент, 2005.
2. С. А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Оториноларингология. Тошкент. 2013.
3. «Оториноларингология», В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Москва, «Литера», 1997 г
4. «Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977г.

##### **Кўшимча:**

1. «Оториноларингологический атлас», В.А.Гапанович, В.М.Александров, Минск, 1989г.
2. «Клиническая оториноларингология». Учебное пособие. Н.В.Мишенькин, А.И.Драчук, Л.И.Иванова, Ю.М.Дашкевич, А.Л.Носков, М.П.Лисовская, Омск, 1990г.
3. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», под редакцией М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998г.
4. «Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа», Французов Б.Л., Французова С.Б., Киев, 1988г.

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

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

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

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

##### **Асосий ўқув саволлари**

1. Халқум жароҳатлари: этиология, таснифи, клиник даврлари, ташхислаш, даволаш.
2. Халқумда ёт жисм: этиология, клиника, ташхислаш, биринчи ёрдан кўрсатиш принциплари.
3. Халқум куйишлари: сабаби, даражалари, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

##### **Аннотация**

**Халқум жароҳатлари.** Халқумнинг механик жароҳатлари терининг зарарланган ёки зарарланмаганлигига қараб ташқи ва ички, ёпиқ ва очик жароҳатларга бўлинади.

Халқумнинг *ташқи* жароҳати аралаш (бўйин, калла суяги, гавда, қўл-оёқларнинг жароҳати билан бирга) ва очик ( кесилган, суқилган, мажакланган) жароҳатларга бўлинади.

Халқумнинг *ички жароҳати* кўпинча механик шикаст, термик ва кимёвий куйишлар натижасида содир бўлади. Бола оғзига солинган қалам ёки чўп билан йиқилганда юмшоқ танглайнинг тешилиши, халқум орқа девори шиллиқ пардасининг йиртилиши ва лат ейиши кузатилади.

Халқумнинг *ёпиқ ташқи* жароҳатларига лат ейиш, тери ости йиртилишлари киради. Бундай жароҳатлар кўпинча куча транспорт ходисаларида, спорт ўйинларида содир бўлади. Енгил жароҳатларда зарарланган майдон оғрийди, шишади, шиллиқ пардаси қон қуйилади, баъзан тери шилинади.

Ҳашаротлар, айниқса ари халқум шиллиқ пардасини чақиши натижасида қисқа вақт ичида маҳаллий шиш ривожланиб, беморда буғилиш ҳолати юзага келиши мумкин.

**Клиникаси** бемор оғзидан сўлак ва қон оқиши, томоғи оғриши, ютиниши қийинлашганлигига шикоят қилади. Баъзан беморда бўйин соҳасининг шиши ва тери ости эмфиземаси кузатилади.

Ташхис қўйишда касалликни бошланиши, жароҳат содир этилган вақти, вазияти муҳим аҳамиятга эга. Бурун-ҳалқум, ҳикилдоқҳалқум ва жароҳат майдони кўздан кечирилиб, ёт жисм бор-йўқлиги, рентгенологик текшируви ўтказилади.

Беморда оғриқ, қон оқиши, пастки жағ ва тил ости суягининг жароҳатида нафас, нутқ, юти-нишнинг бузилиши ва тери ости эмфиземаси кузатилади. Беморга шошилиш равишида ҳаёт учун зарур бўлган физиологик фаолиятларни тиклаш ва қон оқини тўхтатиш оғриқни қолдириш каби тадбирлари, антибиотикотерапия, жароҳат майдонига 3% кумуш нитрати суртилади. Юмшоқ танглай ёки ҳалқумнинг ён девори йиртилганда жароҳат майдонига чок қўйилади. Шифохона шароитида беморга кокшолга қарши зардоб юборилади, яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари ўтказилади. Беморни овқатлантириш зонд орқали амалга оширилади.

**ҲАЛҚУМ ЁТ ЖИСМИ.** Ёт жисм оғиз-ҳалқумда, бурун-ҳалқумда ёки ҳикилдоқ-ҳалқумда текилиб қолиши овқатланиш пайтида ёки ёт жисм оғизга солинганда (тиш тозалагич, игна, тўғнағич, тугма ва бошқ.) содир бўлиши мумкин.

**Белгилари.** Беморнинг томоғи оғриб, ёт жисм суқилиши ёки нохуш ҳолат сезилади; баъзан оғриқ кулоқ соҳасига тарқалиши, йўтал, оғзидан сўлак оқиши, қон тупуриш кузатилади.

Ташхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия, билвосита ларингоскопия, орқа риноскопия натижалари асосида қўйилади. Кўпинча ўткир учли ёт жисм (балиқ суякчалари, игна) муртақлар чўнтақларида, тил негизида, ноксимон чўнтақларда текилиб қолади.

Муртақларни кўздан кечириш учун олд равоқлар шпатель билан босилиб, муртақлар медиал томонга силжитилади. Тил негизи ва ноксимон чўнтақни кўздан кечириш ва текилиб қолган ёт жисмни олиб ташлаш учун шиллик пардага 2% дикаин, 10% лидокаин сепилади. Ноксимон чўнтақни кўздан кечириш учун билвосита ларингоскопия (ёки гипофарингоскопия) текшируви бажарилади. Муолажа беморнинг боши олдинга ёки ёт жисм текилиб қолган томонга эгилган ҳолда бажарилади. Зарурат туғилганда рентгенологик текширув ўтказилади (Г.М.Земцов бўйича бўйиннинг контраст моддасиз ён рентгенографияси). Ҳалқум ёт жисми фарингоскопияда учи эгри қисқич, ҳикилдоқ корнцанги ёрдамида чиқариб олинади. Ёш болаларда ҳикилдоқҳалқум ёт жисмлари умумий оғриқсизлантириш остида бевосита ларингоскопияда олинади. Бурун ҳалқум ёт жисмлари орқа риноскопияда маҳаллий оғриқсизлантириш остида корнцанг ёки Микулич қисқичлари ёрдамида олинади.

**ҲАЛҚУМ КУЙИШЛАРИ.** Ҳалқумнинг термик ва кимёвий куйишлари кўпроқ назоратсиз қолган ёш болаларда содир бўлади (назоратсиз қолган бола тўсатдан чойнак тумшугидан чой ёки қайноқ сувни, сут ёки суюқ овқатни ичиб қўйиши мумкин). Бундан ташқари бола турли суюқликларни, шу жумладан концентрацияси юқори кислота, ишқор, оғир метал тузини, йод эритмасини, перманганат калий кристаллари ёки бошқа захарли моддаларни ичиб юбориши мумкин. Катталар орасида руҳий касалликларда ўз жонига қасд қилиш мақсадида юқорида қайд қилинган моддаларни ичиш ҳоллари кузатилади.

Болаларда оғиз бўшлиғи ва ҳалқум шиллик пардаси куйишлари ҳикилдоқ шиллик пардаси куйишига н исбатан энгилроқ кечади.

**Белгилари.** Дастлаб ҳалқум соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлади, оғриқ ютинганда, қусганда ва йўталганда кучаяди. Аммиак эритмаси (навшадил спирт) ва сирка кислотанинг кучсиз эритмаси оғиз бўшлиғи, ҳалқум шиллик пардаларини юзаки куйдиради. Ўткир кислота ёки ишқор ютиб юборилганда оғиз бўшлиғи ва ҳалқумнинг шиллик пардаларида некроз, деворларининг емирилиши кузатилади.

I даражали куйишда шиллик парданинг эпителий қатлами қуяди, оғиз бўшлиғи, танглай равоқлари, тилча, ҳалқум ва баъзан ҳикилдоққа кириш жойининг шиллик пардаси кескин қизариб, шишади.

II даражали куйишда беморда захарланиш белгилари кузатилади, жароҳат майдонида шиллик парда шишасимон ялтироқ бўлиб шишади, некротик қараш билан қопланади.

Термик куйишларда некрозга учраган шиллик парданинг ранги оқиш, кейинчалик кулранг бўлади.



III даражали куйишда беморда организмнинг кескин захарланиш белгилари, қон ацидозиди, эритроцитлар гемолизи ривожланади. Бунда нафақат шиллик парда, балки унинг остидаги тўқима ҳам куйиб, беморда чуқур некроз жараёни, буйрак, жигар, юрак, қон томир етишмовчилиги ривожланиш ҳавфи туғилади.

**Даволаш.** Беморга шошилиш равишида биринчи тиббий ёрдам кўрсатилади. Кимёвий куйишларда кимёвий моддани нейтраллашга қаратилган тадбирлар ўтказилади. Кислота билан захарланганда ҳалқум оҳак суви, ишқор билан захарланганда эса 1% сирка кислотасининг эритмаси ёки сут ва сув аралашмаси (1:2) ёки тухум оқили билан ошқозон ва қизилўнғач ювилади. Беморга аналгетиклар юборилади, пархез таомлар тавсия этилади. Кейинги даволаш тадбирлари куйиш ва захарланиш даражасига, нафас бузилишига қараб ўтказилади. Ҳалқум ва оғиз бўшлиғининг энгил куйишларида жароҳат майдонига 0,5% новокаин эритмаси ёки 10% лидокаин аэрозоли сепилади, 5% перманганат калий эритмаси билан чайилади. Ичишга 3,0 анестезин қўшилган 100 мл ўсимлик ёғи тавсия этилади (1 ош қошиқдан 4-6 марта). Агар оғиз бўшлиғи калий перманганат кукуни билан куйган бўлса, 5% аскорутин эритмаси билан бир неча марта лидокаин аэрозоли ёки дикаин билан оғриқсизлантирилиб, тоза бўлгунча артилади. Сўнг умумий даволаш тадбирлари ўтказилади.

### **Қадамма-қадам фарингоскопия амалий кўникмаларини ўрганиш**

- 1. қадам** бемор стулга ўтирди, ёритиш манбаи ўнг томонда.
- 2. қадам** шифокор беморни қаршисига ўтиради, бемор ва шифокор стуллари баландлиги бир хил бўлиб, шифокор рефлекторни пешонасига тақиб олган. Аввало рефлекторни фокусини беморни юзига тўғрилаб олиш керак. Бунинг учун шифокорни ўнг қўли бемор бошини тепа қисмида туради.
- 3. қадам** шифокор чап қўли билан рефлектор кўзгусини шундай тўғрилаши керакки, фокусланган ёруғлик манбаи беморнинг бурни учига тушиши керак; бу ёруғликни шифокор рефлектор тешигидан чап кўзи билан аниқ кўриши керак. Сўнгра чап қўлига шпател олиб, бемордан оғзини очиш сўралади ва шпател ёрдамида бемор тили энгил пастга босилади.
- 4. қадам** оғиз бўшлиғи кўрилади – бунда тишлари ранги, бутунлиги, сони ва тишлар қатори ҳолатига эътибор қаратилади. Сўнгра милк, қаттиқ ва юмшоқ танглай шиллик қавати ҳолати кўрилади.
- 5. қадам** бурундан нафас олишни бузилиши билан кечадиган кўпгина касалликлар болаларда юқори жағ-тиш комплексини турли деформациялари (тишлар қатори бузилиши, гумбазсимон танглай ва ҳ.к.) ни келтириб чиқаради. Юмшоқ танглай ҳаракатини бемор «Э» ёки «А» ҳарфини айтганда аниқланади. Бунда ҳалқум орқа деворини кузатиш зарур.
- 6. қадам** танглай муртаклари кўрилади. Нормада танглай муртаклари равоқларидан бироз бўртган, юзаси силлик, нимпушти рангда, лакуналари эркин ва патологик масса (йирингли тикин, суюқ йиринг ва ҳ.к.) лар бўлмаслиги керак. Лакунадаги масса қўшимча иккинчи шпател ёрдамида олдинги равоқни юқори қисмини босиш ёрдамида аниқланади. Лакунани чуқурлиги ва йўналиши зонд ёрдамида аниқланади.

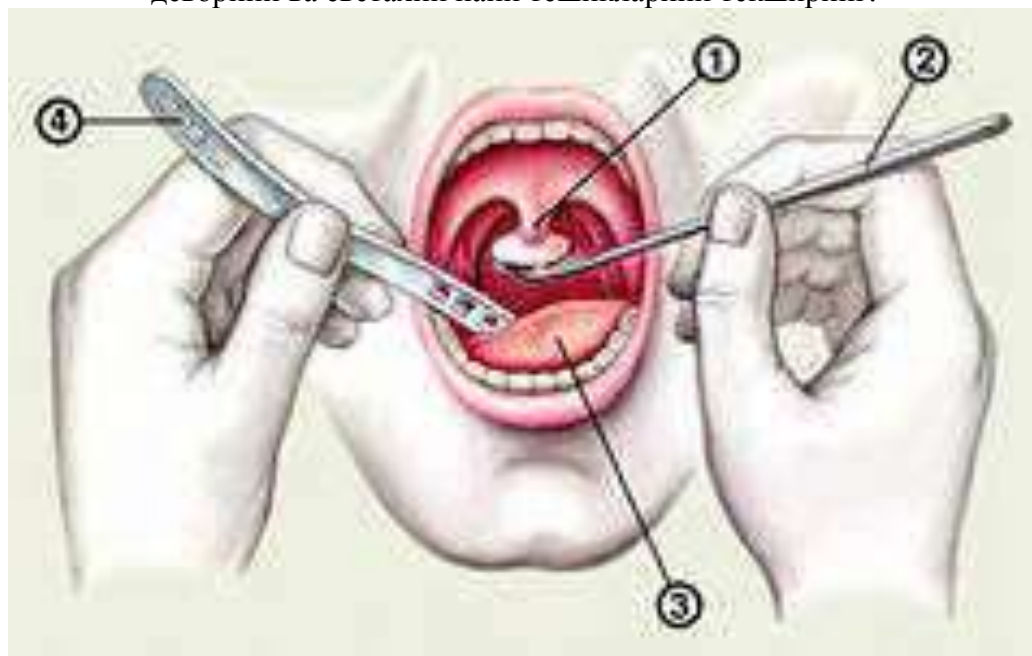
### **Кўкрак ёшидаги болаларда фарингоскопияни ўзига хос хусусиятларини ўрганиш**

- 1 қадам** беморни оёқларини оёқлари орасида ушлаб туриш учун ёрдамчи бўлиши керак.
- 2 қадам** ўнг қўли билан болани иккала қўлини устидан ўтказиб, чап қўлини болани пешонасига қўяди ва болани бошини ўзига тортади. Тинч ўтирмайдиган болаларни олдиндан чойшабга ўраб олиш мумкин.
- 3 қадам** агар бола оғзини очмаса, бармоқлар ёрдамида бурни сиқилади ва шпател оғиз бурчагидан жағигача киргизилиб, рефлектор оғзи очилади.
- 4 қадам** тили куч ишлатмасдан, энгил босилади. Тилни қўпол равишда босиш спазмофилия билан оғриган болаларда ҳалқум орти ҳўппози ёки нафас тўхташини чақиритиши мумкин.



### Эпифарингоскопия-беморни бурун-халкумини кўриш

- 1 **қадам назофаринкс** текшираётганда узун оёқчали ойнадан фойдаланинг. Терлаб қолмаслиги учун олдиндан илиқ сувга солиб олинг ва спирт билан артинг. Пешона ойнасини ишлатган маъкулрок, чунки иккинчи қўлингиз билан шпательни ушлаб турасиз.
- 2 **қадам** бемордан оғзини катта очишини ва тилини бўш қўйишини ва бурундан нафас олишини сўранг. Тилнинг орқа тарафи юмшоқ танглай орқасига итарилиши керак бўлган ойна учун максимал жой ажратишга имкон қадар қисилган бўлиши керак.
- 3 **қадам** бемор бурундан нафас олиши керак, чунки бу юмшоқ танглайнинг бўшашишига ва унинг осилишига ёрдам беради. Хоанларни, нозофаринкснинг орқа деворини ва евстахий найи тешикларини текширинг.



### Гипофарингоскопия-беморнинг оғиз халкумини текшириш

- 1 **қадам** бемордан олдинга озгина эгилишини, орқасини тўғрилашни ва бўйнини озгина чўзишини сўранг.
- 2 **қадам** тилни максимал тарзда чиқариш керак ва шифокор уни салфетка ёрдамида ушлаб олиши, секин пастга тортиши керак. Бемордан ўзини бўш қўйиш ва тилини чиқариш сўралади.

- 3 қадам** ойна юмшоқ танглай рўпарасига жойлаштирилади. Одатда бу қусиш рефлексини келтириб чиқармайди. Ойнани халқум, томоқ ва халқум устини янада яхшироқ кўриш учун алмаштириб туриши мумкин.
- 4 қадам** ҳар доим ҳам ойна ёрдамида кўришнинг имконияти бўлмайди, чунки ҳамма беморлар бу жараёни қусиш рефлексини туфайли кўтара олмайдилар. Бундай ҳолатларда беморни мутахассисга наркоз остида фибротолали назофарингоскопияга юбориш мақсадга мувофиқ.

### **Талабанинг мустақил иши учун шошилиш халқум касалликларига доир вазиятли масалалар тўплами**

#### **Масала №1**

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

**Кўрувда** бемор умумий аҳволи қониқарли. Бир қултум ҳам сув ичолмайди. Халқум орқа деворида жароҳат аломатлари бор. Ларингоскопияда «сўлаккли кўллар». Ҳақиқатдоқ шиллиқ пардасида ўзгариш йўқ. Овоз пайлари оқ рангда, овоз ёриғи кенг.

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала №2**

**Талаба учун маълумот:** Бемор 68 ёшда оғиз бўшлиғи, томоғи оғришига, нафас олиши қийинлигига шикоят қилади. Бемор 2 соат олдин дори ўрнига адашиб навшадил спиртини ичиб юборган.

**Кўрувда** оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизарган, лабларида, юмшоқ танглай ва лунжларининг шиллиқ пардаси қараш билан қопланган. Халқум орқа деворининг шиллиқ пардаси қизарган, олд юзасида бироз қараш борлиги кўринади. Ларингоскопияда: ҳақиқатдоқнинг шиллиқ пардаси қизарган, ҳақиқатдоқ қопқоғининг чекка қисмлари ва чўмичсимон тоғайлар соҳасида шиш ва инфилтрация бор. Овоз бойламлари қирмизи рангда, ҳаракатчан, овоз тирқиши кенг.

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала №3**

**Талаба учун маълумот:** Бола оғзига солинган қалам ёки чўп билан йиқилганда юмшоқ танглайининг тешилиши, халқум орқа девори шиллиқ пардасининг йиртилиши ва лат ейиши кузатилади. Бемор оғзидан сўлак ва қон оқиши, томоғи оғриши, ютиниши қийинлашганлигига шикоят қилади. Баъзан беморда бўйин соҳасининг шиши ва тери ости эмфиземаси кузатилади.

**Кўрувда** бемор умумий аҳволи уртача оғирликда. Бир қултум ҳам сув ичолмайди. Фарингоскопияда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги, жароҳат майдонида шиш, гематома ва яллиғланиш белгилари пайдо бўлганлиги кўзга ташланади. Ҳақиқатдоқ шиллиқ пардасида ўзгариш йўқ. Овоз пайлари оқ рангда, овоз ёриғи кенг.

#### **Талаба учун вазифа:**

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

### **Масалалар жавоблари**

#### **1. Қизилўнгач ёт жисми:**

- А) қизилўнгачни рентгенконтраст текшириш;
- Б) эзофагоскопия ва ёт жисмни олиб ташлаш;

В) 10-20% ли кумуш нитрат эритмаси билан жароҳатланган ҳалқум ва қизилўнғач шиллик қаватини артиш;

Г) аёвчи парҳез.

## 2. Ҳалқумнинг кимевий куйиши

А) қизилўнғачни рентгенконтраст текшириш;

Б) антибактериал, оғриқсизлантирувчи, дегидретацион, дезинтоксикация тадбирлари;

В) Антибиотиклар, кортикос-тероидлар, анестетиклар ва мойлар билан ингальяция

Г) аёвчи парҳез.

## 3. Ҳалқум жароҳати

А) Ҳалқумнинг ташқи жароҳатида шошилиш равишда қон оқишни тўхтатиш ва нафас олиш фаолиятини тиклаш;

Б) Антибиотиклар, оғриқсизлантирувчи, дегидретацион, дезинтоксикация тадбирлари, кортикостероидлар, анестетиклар ва мойлар билан ингальяция

В) аёвчи парҳез.

Г) қокшолга қарши зардоб, яллиғланишга қарши чора тадбирлар

### Гуруҳ билан клиник ходисани муҳокама қилиш..

#### Мавзу: Юқори нафас йўллари куйиши

(кичкина гуруҳларда ишлаш)

Талабалар икки гуруҳга ажратилади ва мавзу бўйича топшириқлар берилади

**1 гуруҳ.** Куйиш турлари. Клиникада куйган беморларни олиб бориш тактикаси (шошилиш ёрдам).

**2 гуруҳ.** Бирламчи звено шароитида профилактик тадбирларни ишлаб чиқиш ва юқори нафас йўллари куйишида ота-оналар учун маслаҳат. Томокни куйишда қандай ҳимоялаш, парваришлаш: нима мумкин ва нимани қилмаслик керак (масалан: томокни артиш).

Талабаларга адабиёт билан ишлашга ва таёргарлик кўришга 10-15 минут вақт беринг, кейин гуруҳлар презентациясини йиғинг. Мавзуни муҳокама қилишда куйиш турларини ҳар хил манзарасига диққат қилинг.

Куйиш шоки даврида яққол нафас етишмовчилиги билан тезда шошилиш ёрдам кўрсатиш зарур.

Дарҳол икки томонлама бўйин вагосимпатик блокадаси ўтказиш зарур ва шу билан бирга бронхоспазм билан курашишда самарали вена ичига преднизолон (30мг 1-2 маҳал суткасига), атропин (0,5-1мл) адреналин (0,2-0,3мл) ва бронхолитиклар, уларни ингальяция йўли билан ҳам юбориш мумкин (бундан олдин иситиш керак). Инфузион терапия учун 0,1 % ли новокаин эритмаси, полиглюкин, плазма, альбумин ва бошқ.Буйрақлар функциясини тиклаш учун осмотик диуретиклар:маннит,маннитол,мочевина.

#### Адабиетлар

«Практическая оториноларингология», К.А.Ходжаева, А.Г.Воробьева, Ташкент, 2005г.

#### Дополнительная литература

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

2. «Оториноларингология для медицинских вузов», Овчинников, М.; Медицина, 1997г.

1. «Атлас по оперативной оториноларингологии», под редакцией В.С.Погосова, М., Медицина, 1983г.

2. «Профессиональные заболевания ЛОР органов», В.Е.Остапкович, А.В.Брофман, М., Медицина, 1982г.

3. «Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа», Французов Б.Л., Французов С.Б., Киев, 1988г

4. «Опухоли ЛОР органов», А.В.Козлова, В.О.Калина, ЮЛГамбург, М., Медицина, 1979г.

5. «Оториноларингологический атлас», В.А.Гапанович, В.М.Александров, Минск, 1989г

6. «Справочник оториноларинголога», Шеврыгин Б.В., М., Медицина, 1996г.

7. «Клиническая оториноларингология». Учебное пособие, Н.В.Мишенькин, АИ.Драчук, Л.И.Иванова, Ю.М.Дашкевич, А.Л.Носков,М.П.Лисовская, Омск, 1990г.

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

9. «Детская оториноларингология», Б.В.Шеврыгин, М, Медицина, 1996г.

10. «Руководство по оториноларингологии», И.Б Солдатов, М, Медицина, 1997г,

11. «Оториноларингология для врачей общей практики», В.В.Дискаленко, Г.В.Ланренова.

Е.Ю.Глухова (под редакцией М.С.Плужникова), СП. Манускрипт, 1997г.

12. Кафедрадаги ўқув услубий кўлланмалар.

13. Интернет сайтлари

<http://www.emedicine.com>

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.mdbow.ru>

<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals>

<http://www.rhinologyjournal.com>

14. Охирги йилларда илмий журналларда чоп этилган мақолалар.

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ

### Мавзу: ҚУЛОҚНИНГ ШОШИЛИНЧ КАСАЛЛИКЛАРИДА ДИАГНОСТИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИ, ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИНИ ВА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ЎРГАТИШ

Машғулот мақсади. *Талаба:*



- 1) Қулоқнинг шошилиш касалликларида диагностик текшириш усуллари, даволаш принциплари, ва шошилиш ҳолатларида биринчи ёрдам кўрсатиш билимларини яратиш.
- 2) Қулоқнинг шошилиш касалликларида диагностик текшириш усулларига ўргатиш, текшириш натижаларини моҳиятини, беморларнинг умумий клиник текширишларини баҳолаш. Қадамма-қадам отоскопия амалий кўникмаларини ўрганиш.

**Мустақил тайерланиш учун кўрсатмалар.**

**Адабиётлар.**

**Асосий:**

1. «Болалар оториноларингологияси» А.Н. Дадамухамедов, Ш.Э. Омонов. Тошкент, 2005 й.
2. «Оториноларингология», С.А. Хасанов, Н.Х. Воҳидов, Тошкент, 2013 й.
3. «Оториноларингология», В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Москва, «Литера», 1997 г
4. «Детская оториноларингология», Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, Душанбе, Маориф, 1977 г.

**Қўшимча:**

1. «Оториноларингологический атлас», В.А. Гапанович, В.М. Александров, Минск, 1989 г.
2. «Клиническая оториноларингология», Н.В. Мишенькин, А.И. Драчук, Л.И. Иванова, Ю.М. Дашкевич, А.Л. Носков, М.П. Лисовская, Учебное пособие. Омск, 1990 г.
3. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», М.С. Плужников, Санкт-Петербург, 1998 г.
4. Б.Л. Французов, С.Б. Французова, «Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа», Киев, 1988 г.

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

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

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

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

**Асосий ўқув саволлари:**

1. Қулоқ чипқони: этиология, таснифи, клиник даврлари, Ташхислаш, даволаш.
2. Қулоқ жароҳатлари: этиология, таснифи, клиник даврлари, Ташхислаш, даволаш.
3. Қулоқда ёт жисм: этиология, клиника, Ташхислаш, биринчи ёрдам кўрсатиш принциплари.
4. Қулоқдан қон кетиши: сабаби, даражалари, клиникаси, Ташхислаш, даволаш.

**Аннотация.**

**Ташқи эшитув йўлининг чипқони** (otitis externa circumscripta) - соч ва ёғ без қопчасининг ўткир йирингли яллиғланиши бўлиб, ташқи эшитув йўли парда-тоғай бўлими терисининг ва тери ости клетчаткасининг чегараланган яллиғланиши билан кечади. Инфекция (кўпинча стафилококк) соч ва без қопчасига қулоқларни тозалаган ёки қулоқда манипуляция (масалан: шифокор текшируви) пайтида микрожароҳат етказилганда киради. Модда алманишувинининг бузилиши, шамоллаш, қадли диабет, ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланиши, нотўғри овқатланиш, авитаминоз ташқи эшитув йўли чипқонининг ривожланишига шароит яратади. Бундан ташқари бу ҳолат умумий фурункуллёзда ҳам кузатилиши мумкин.

**Белгилари.** Ташқи эшитув йўли чипқонининг асосий белгиси - бу кучли оғрик бўлиб, у тишларга, бўйин соҳасига, баъзан бошнинг барча қисмларига тарқалади. Оғрик бемор гапирганда, чайнаганда, қулоқ дўмбоғи ва ташқи эшитув йўлининг пастки деворига босилганда, қулоқ супрасини тортганда кучаяди. Отоскопияда ташқи эшитув йўлида яллиғланган ва қизарган айлана,



конуссимон инфилтрат пайдо бўлганлиги ва ташқи эшитув йўли ёригининг торайганлиги кўринади. Баъзан бир-нечта чипқон пайдо бўлиши мумкин. Оғриқ ва шиш туфайли ташқи эшитув йўлига

**1-расм. Ташқи эшитув йўлининг чипқони.**  
отоскоп киритиб кўришнинг иложи бўлмайди. Ноғора парда ва беморнинг эшитиш қобилиятида одатда ўзгариш бўлмайди. Баъзан яллиғланиш жараёни кулоқ супраси атрофидаги юмшоқ тўқималарга, сўрғичсимон ўсиқ соҳасига ёки кулоқ атрофи безига тарқалиши мумкин. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашади, пайпаслаганда оғрийди.

Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади. Ташқи эшитув йўлининг чипқони хўппоз пайдо бўлгач кўпинча ўз-ўзидан очилади, бунда оғриқ бироз камайиб, беморнинг аҳволи яхшиланади. Касалик одатда 5-7 кун давом этади, баъзан қайталаниш ҳолатлари кузатилиши мумкин.

**Даволаш.** Касаллик аниқлангач беморга антибиотиклар (асосан цефалоспоринлар) буюрилади. Етилган чипқон ёрилмаган тақдирда маҳаллий оғриксизлантириш орқали скальпел ёрдамида очилади ва резина чиқаргич қўйилади. Ташқи эшитув йўлига спирт ёки гипертоник эритма шимдирилган дока пилликчаси киритилади. Беморга тана ҳароратини пасайтирувчи ва оғриксизлантирувчи дорилар - аспирин, парацетамол берилади.

**Кулоқ жароҳатлари.** Кулоқнинг акустик, механик, термик жароҳатлари ва барошикастлар учрайди.

**Кулоқнинг акустик жароҳати** кулоққа ўта баланд ёки узоқ вақт товуш таъсир этиши натижасида юзага келади ва эшитув анализатори фаолиятининг бузилиши билан намоён бўлади.



**Кулоқ супраси жароҳати асосан** спорт мусобақалари, келишмовчиликларда куч ишлатилганда содир бўлади. Бунда ташқи, ўрта ва ҳатто ички кулоқ у ёки бу даражада шикастланиши мумкин.

**Отогематома**, яъни кулоқ супрасининг тоғай ва тоғай устки пардасининг орасига қон қуйилишидир. Бунда кулоқ супрасининг юқори олд юзасида тўқ-қизил рангли, кўкимтир шиш пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Шиш кулоқ супрасининг олд юзида жойлашади, пайпасланганда флюктуация аниқланади. Отогематома одатда оғримайди, ўз вақтида даволанмаса йиринглайди ва хондроперихондритга ўтади.

**Даволаш.** Кичик отогематома ўз-ўзидан ёки бойлам қўйилгандан сўнг сўрилиб кетади. Зарарланган майдонга йод эритмасини суртиш ва босувчи бойлам қўйиш етарли булади. Катта отогематомада пункция қилинади ва қон сўриб олинади,

**2-расм. Отогематома.**

2-3 кунга босувчи боғлам қўйилади.

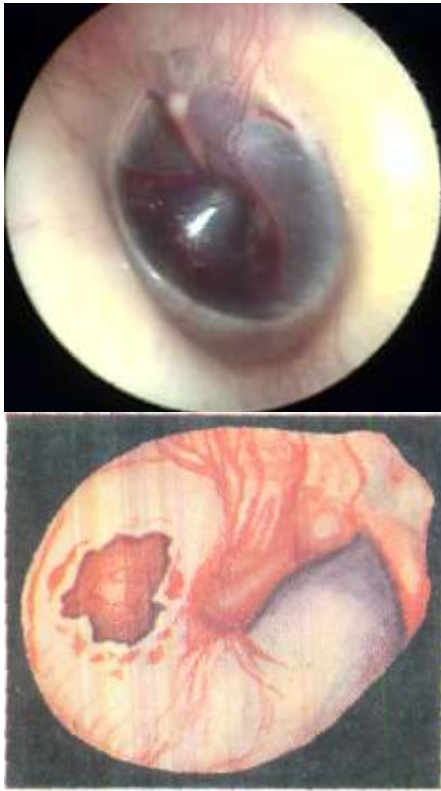
Кулоқ супраси ташқи эшитув йўлига кириш жойи жароҳатланганда биринчи тиббий ёрдам қон оқишини тўхтатиш ва бирламчи жарроҳлик ишловини бажаришдан иборат. Жароҳатга асептик боғлам қўйилади. Кулоқ супрасининг узилган парчаси тоза полиэтилен қопчага солинади ва бемор касалхонага юборилади.

**Ташқи эшитув йўлининг жароҳати.** Бемор пастки жағ соҳаси билан йиқилганда ёки зарб энгак соҳасига тўғри келганда ташқи эшитув йўлининг суяк бўлимининг пастки олд қисми синиши мумкин.

**Белгилари.** Пастки жағ ҳаракатланганда ёки чайнаш пайтида, гапирганда беморда кучли оғриқ пайдо бўлади, кулоғидан қон оқади, нутқи бузилади.

Ташҳис қўйишда беморнинг шикоятлари, анамнез ва отоскопия маълумотлари ҳамда рентгенография текширувининг натижалари эътиборга олинади.

**Даволаш.** Пастки жағ бойлам билан ҳаракатсизлантирилади, ташқи эшитув йўлига докали тикма қўйилади, антибиотиклар ва оғриксизлантирувчи дорилар буюрилади. Беморга суяк овқатларни истеъмол қилиб туриш тавсия



**3-расм. Ташқи эшитув йўли жароҳати.**

этилади.

**Ноғора пардасининг жароҳати.** Ноғора парда ташқи эшитув йўлига берилган зарба, ташқи эшитув йўлининг ёт жисмини олиб ташлаш ёки уни нотўғри тозалаш натижасида жароҳатланиши мумкин.

**Белгилари.** Ноғора парда йиртилганда, беморнинг эшитиш қобилияти пасаяди, кулоқдан бироз қон келади, умумий аҳволи эса ўзгармайди. 90 % ҳолатларда чап кулоқ шикастланади. Ташҳис беморнинг шикаятлари, анамнез ва отоскопия маълумотлари асосида қўйилади.

**Даволаш.** Ташқи эшитув йўлига тоза, асептик пиликча қўйилади. Кулоқни ювиш ёки дориларни томизиш ман этилади. Беморнинг эшитиш қобилияти ноғора пардадаги тешик чандикланиб битгандан сўнг ўз ўзидан одатда тикланади. Айрим ҳолларда миринго- ёки тимпанопластика қилиш операцияси лозим бўлиши мумкин.

**Ўрта кулоқнинг жароҳати.** Қалла суягининг асоси синганда ва синиш чизиғи чакка суяги устидан ўтганда ўрта кулоқ жароҳатланиши мумкин.

**4-расм. Ноғора парданинг йиртилиши.**

Чакка суягининг тошсимон қисми узинасига синганда ноғора бўшлиғи ваташқи эшитув йўлининг юқори девори шикастланади.

**Белгилари.** Ноғора парда йиртилиши ва ташқи эшитув йўлидан қон, баъзан ликвор оқади, беморда зарарланган кулоқ томон йўналган нистагм пайдо бўлади.

Ташҳис қўйишда Стенверс бўйича чакка суяги рентгенографияси ёки компьютерли томография текширувлари ўтказилади.

**Даволаш.** Ташқи эшитув йўлига докали тикма ва асептик бойлам қўйилади. Беморга антибиотиклар буюрилади.

**Ички кулоқнинг жароҳати** чакка суягининг тошсимон қисми кўндалангига синганда содир бўлади.

**Белгилари.** Отоскопияда ноғора парда ўзгармаган, ноғора бушлиғида қон аниқланади (гематимпанум). Беморда эшитиш қобилиятининг кескин пасайиши, бош айланиши, кулоқлари шанғиллаши, боши оғриши, нутқнинг бузилиши, баъзан юз нервининг фалажи белгилари кузатилади.

Ташҳис аудиометрия, акуметрия, вестибулометрия, компьютер томографияси текширувлари натижалари асосида қўйилади. Беморга невропатолог, нейрожарроҳ ва окулист кўриги ўтказиш керак.

**Даволаш.** Ташқи эшитув йўлига докали тампон ва бойлам қўйилади. Бемор шифохонага ётқизилади ва асоратларни ўз вақтида аниқлаш, уларни даволаш тадбирлари ўтказилади.

**Барошикаст** атмосфера босими ўзгарганда (самолётда учиб - аэроотит) юз беради. Барошикаст кўпинча эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилган беморларда қайд этилади.

**Белгилари.** Қасалликнинг клиник манзараси ноғора парда йиртилганлигига ва ички кулоқ ичига қон қуйилганлигига боғлиқ бўлади.

Ташҳис беморнинг шикаятлари, анамнез ва отоскопия маълумотлари, ички кулоқнинг зарарланиш белгилари асосида қўйилади.

**Даволаш.** Беморга симптоматик терапия буюрилади: шок ҳолатида – шокка қарши тадбирлар;

безовталиқда – тинчлантирувчи воситалар, қарахтлиқда- асаб тизимини фаоллаштирувчи воситалар; иккиламчи инфекция қўшилганда - антибиотиклар буюрилади. Бундан ташқари эшитув



найининг ўтказувчанлигини яхшилашга қаратилган муолажалар (бурун ичига нафтизин, санорин, галозолин эритмаларини томизиш) қилинади.

**Қулоқдан қон оқиши.** Қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли ёки ноғора парданинг механик жароҳатида, калла суягининг асоси синганда, бош мия қон томирлари (айниқса сигмасимон синус), ташқи ёки ички уйқу артериялар жароҳатланганда қулоқдан қон оқади. Бундан ташқари грипнинг асорати сифатида ривожланган ўткир ўрта отитда ёки қулоқда бажарилган жарроҳлик амалиётидан сўнг ҳам беморнинг қулоғидан қон оқиши кузатилиши мумкин.

Қон оқишнинг даражаси жароҳат майдонининг жойлашувига боғлиқ бўлади; ташқи қулоқ жароҳатида кам миқдорда, чакка суяги ва ташқи эшитув йўлининг суяк қисми жароҳатланганда - кўп миқдорда қон оқиши кузатилади. Ноғора парда йиртилганда бемор қулоғи оғришига ва шанғиллашига шикоят қилади. Отоскопияда ноғора парда қизарган, унга қон қуйилганлиги кўринади.

Калла суягининг асоси синганда ва бош миянинг қаттик пардаси жароҳатланганда қулоқдан қондан ташқари орқа мия суюқлиги ҳам оқиши (ликворея) мумкин, беморнинг эшитиш қобилияти кескин пасаяди ёки йўқолади, қулоғи шанғиллайди, баъзан юз нервининг фалажи, боши айланиши, кўнгли айнаши, қусиш каби вестибуляр бузилишлар кузатилади.

Ноғора бўшлигининг томи ва туби жароҳатланган ҳолларда ўрта қулоқда қон тўпланади (гемотимпанум). Отоскопияда ноғора парданинг ранги кўкимтир бўлиб, у ташқи эшитув йўлига бўртиб турганлиги, ноғора бўшлиғида қон тўпланганлиги кўринади.

Гриппнинг асорати сифатида ривожланган ўткир ўрта отитда қулоқдан қон оқиши касалликнинг белгиси сифатида намоён бўлади. Отоскопияда ноғора парданинг эпителий қоплами кўчганлиги, унда тўқ қизил рангдаги қонли пуфакчалар пайдо бўлганлиги кўринади.

Сурункали полипозли ўрта отитда ташқи эшитув йўлида бажарилган муолажадан сўнг (масалан, ташқи эшитув йўлига киритилган зонд полипга тегиб кетса) қулоқдан кам миқдорда қон оқиши кузатилиши мумкин. Холестеатома ноғора бўшлигининг олд деворини ва ички уйқу артериясининг деворини емирганда қулоқдан кўп миқдорда, аррозив қон оқиши мумкин.

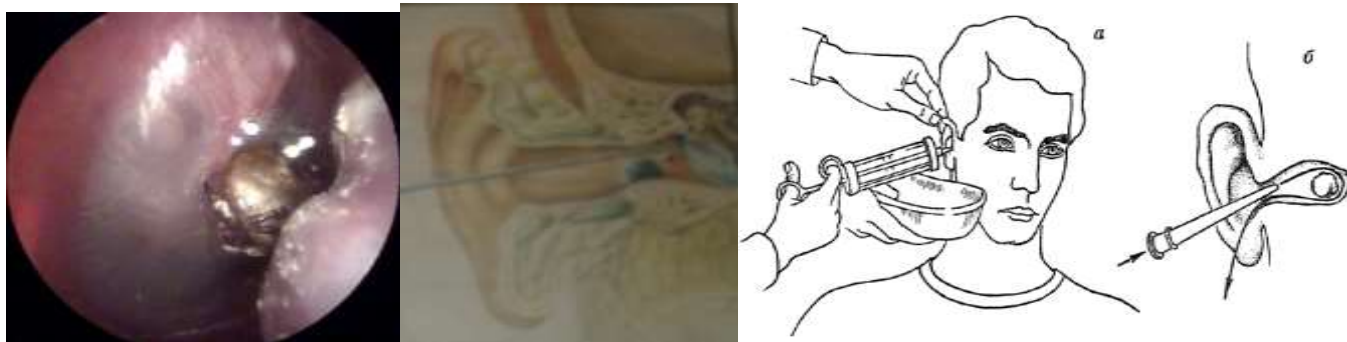
**Белгилари.** Қулоқда қон борлиги баъзан уни пахта ёки зонд билан тозалаш пайтида маълум бўлади.

Ташхис беморнинг шикоятлари, анамнез ва отоскопия маълумотлари асосида қўйилади. Калла суягининг асоси синганда бош мия қон томирларининг жароҳатини аниқлаш анча қийин кечади.

**Даволаш.** Беморда қон оқишини тўхтатиш тадбирлари ўтказилади, ташқи эшитув йўлига тикма тампонлар қўйилади, баъзан умумий уйқу артерия босилади. Тикма ёрдам бермаган ҳолларда бемор шошилиш равишида шифохонага ётқизилади.

**Қулоқ ёт жисми.** Ташқи эшитув йўлида турли ёт жисмлар (нўхат, мунчоқ, тугма, писта, ўйинчоқларнинг кичик қисмлари ва х.к.), шу жумладан тирик ёт жисмлар (хашоротлар) кириб қолиши мумкин.

**Белгилари.** Бемор қулоғида босимни ҳис этишига, йўталга, баъзан кўнгли айнашига шикоят қилади. Болалар одатда қулоғидаги ёт жисмни ҳис этмайдилар.



**6-расм. Ташқи эшитув йўли ёт жисми ва уни чиқариш усуллари.**

Бемордан ёт жисм ташқи эшитув йўлига қачон ва қандай вазиятда кириб қолганлиги, уни чиқаришга уриниш бўлганлиги ёки йўқлиги сўралади. Ташқи эшитув йўлининг кириш қисми кўздан кечирилади.

**Даволаш.** Ёт жисм ташқи эшитув йўлидан ювиш ёки илгак ёрдамида чиқариб олинади (бунда пинцет ишлатилмайди!). Тирик хашоротларни чиқариш учун ташқи эшитув йўлига аввал ўсимлик ёғи томизилади, кейин ёт жисм ювиб чиқарилади. Шишган ёт жисмни чиқариб олиш учун ташқи эшитув йўлига аввал спирт эритмаси томизилади ва хажми кичрайгандан сўнг чиқариб олинади.

### **Меньер касаллиги.**

#### **1. Меньер касаллигига хос учлик белгилар:**

- 1) кулоғининг шанғиллаши;
- 2) эшитиш кобилиятининг пасайиши;
- 3) кўнгил айнаши ва қусиш билан кечадиган бош айланиш хуружлари ҳамда вестибуляр бузилишлар.

Лабиринт босимининг ошиши натижасида - вақти-вақти билан эшитувнинг ўзгариши, кулоқда босимни хис этилиши; дегидратацион даводан сўнг эшитишнинг яхшиланиши ва вестибуляр бузилишларнинг камайиши. Ҳар бир бош айланиш хуружларидан сўнг эшииш кобилиятининг пасайиши кучайиб боради.

Касаллик хуружи бир неча дақиқадан бир неча соатгача, баъзан 1 сутка ёки ундан кўпроқ давом этиши мумкин, бунда беморнинг эс-хуши йўқолмайди. Беморларда горизонтал - ротатор нистагм пайдо бўлади. Бармоқ-бурун синамасида икки томонлама ноаниқлик (қўл нистагмага қарама-қарши томонга оғади), Ромберг ҳолатида, орқага ёки олдинга юрганда нистагмга қарама-қарши томонга оғиш кузатилади, ён томонга бемор тўғри юра олади. Адиадохокинез синамаси манфий булади.

Аудиометрияда эшитиш фаолияти бузилганлиги аниқланади: 1)  $C_{128}$  ёки  $C_{2048}$  камертоннинг товуши соғ ва зарарланган кулоқда турлича қабул қилинади (диплакузия); 2) Вебер синамасида товуш соғлом кулоқда яхшироқ эшитилади.

**Меньер касаллигининг хуружини даволаш:** 1) Бемор ёруғлик ва шовқиндан холи жойга ётқизилади.

2) Томир ичига 40% - 20 мл глюкоза, мускул орасига 2,5%- 2 мл пипольфен, 0,2%- 1,0 мл платифиллин, тери остига 0,1% - 1 мл атропин сульфат юборилади. Қон босими назорат қилинади. Ичишга бетасерк 16 мг 3 маҳал, кейинчалик 8 мг 3 маҳал узоқ муддатга тавсия қилинади.

3) Қон босими назорати остида томир ичига аста-секин 0,5%- 5 мл новокаин ва 40% - 20 мл глюкоза аралашмаси юборилади.

4) Беморга нафас учун кислород ва карбонат ангидрид аралашмаси берилади.

5) Меньер касаллигининг узоқ давом этган хуружида ва юқоридаги тадбирлар ёрдам бермаган ҳолда томир ичига 7 % - 100-200 мл гидрокарбонат натрий юборилади (муолажа қон босими ва қоннинг биокимёвий таҳлили назорати остида бажарилади).

6) Меньер хасталигининг оғир ҳолатларида- кулоқда жарроҳлик муолижалари ўтказилади.

**Ўткир сенсоневрал кулоқ оғирлиги.** Инфекцион касалликлар, дори воситалари, қон айланишининг ўткир бузулишларида юзага келиши мумкин.

**Ўткир кохлеовестибуляр неврит** грипп, цереброспинал менингит, паротит, ич терлама, терлама, юқумли гепатитда ривожланади.

**Дори воситаларидан ўткир заҳарланишда,** асосан аминоглюкозидлар (стрептомицин, гентамицин, канамицин, мономицин, неомицин, тобрамицин, амикацин) ҳамда полимиксин, ацетилсалицил кислотаси, фуросемидни, химиотерапевтик препаратлар, гормонлар, оғир металл тузлари қўллаш натижасида юзага келиши мумкин.

**Белгилари:** Бемор бир кулоғи ёки икки кулоғи шанғиллашига шикоят қилади (одатда кулоғида юқори тонли шовқин эшитилади-чийиллаш, жиринглаш). Кулоқ оғирлиги товушни қабул қилиш аппаратининг бузилиши шаклида ривожланади. Беморда дастлаб бош айланиши, спонтан ёки позицион нистагм кузатилади, статикаси, ҳаракатлари ва юриши бузилади; калорик ва айланма синамада бир томонлама ёки икки томонлама вестибуляр гипо- ёки арефлексия аниқланади. Ноғора пардада ўзгариш бўлмайди. VIII-жуфт асаб толасининг ўткир невритида бемор инфекционист, окулист, невропатолог ва оториноларинголог кўригидан ўтиши ва юқумли касалликлар, неврология ёки оториноларингология бўлимида даволаниши лозим.

Аудиометрияда беморда баланд товушларни ва ультратовушни қабул қилиш фаолиятининг кескин бузилиши аниқланади. Ототоксик антибиотик билан заҳарланган бемор касалхона шароитида шошилиш равишида даволанади.

### Қадамма-қадам отоскопия амалий кўникмаларини ўрганиш.

**1 қадам** -бемор стулга ўтирди, ёритиш манбаи унинг ўнг томонида.

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

**3 қадам**- шифокор чап кўли билан рефлектор кўзгусини шундай тўғрилаши керакки, фокусланган ёруғлик манбаи беморнинг бурни учига тушиши керак; бу ёруғликни шифокор рефлектор тешигидан чап кўзи билан аниқ кўриши керак.

**4 қадам**- шифокор чап кўли билан ўнг қулоқ супрасини катталарда орқага ва юқорига, болаларда - орқага ва пастга тортади. Кейин ўнг кўлининг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан қулоқ қадокчасини ташқи эшитув йўлининг тоғай бўлимига киритади.

**5 қадам**- диаметри ташқи эшитув йўлининг кўндаланг диаметрига мос қулоқ ойнаси (воронкаси) танланади ва у ташқи эшитув йўлининг фақат тоғай қисмига киритилади.

**6 қадам**- ноғора парданинг барча қисмларини кўздан кечириш учун қулоқ ойнасининг ташқи учи енгил айлантириб кўрилади.

#### Интерфаол ўйин: “Мия хужуми”

Ўйин мавзуси: Талабалар икки гуруҳга бўлинади ва иккала гуруҳга ўткир сенсоневрал эшитишни пасайишига олиб келувчи сабабларни алоҳида –алоҳида қоғозларга ёзиш айтилади. Талабаларга 5-6 дақиқа берилади. Сўнг иккала гуруҳ ўзаро жавоблар ёзилган қоғозларни алмашадилар ва бир-бирларини жавобларини текшириб, тўлдирадилар. Талабаларга ёзилган жавоблар сони, фаол иштирокига қараб балл қўйилади.

#### 1 микрогруппа

#### 2 микрогруппа

##### Тахминий жавоблар

Гентамицин

Стрептомицин

Аспирин (салицилатлар)

Висмут препаратлари

Мишьяк препаратлари

Менингит

Эпидемик паротит

Қизамиқ

Қорин тифи

Ҳомила ичи инфекцияси

Қандли диабет

Қон томир патологияси

Травма

Отосклероз

Атеросклероз

Сифилис

Канамицин

Мономицин

Хинин

Мишьяк препаратлари

Грипп

Лабиринтит

Вирусли гепатит

Қизилча

Паратиф

Ирсий касалликлар

Семириш

Гипертония касаллиги

Ички қулоқнинг тромбоз и эмболияси

Меньер касаллиги

Баротравма

Балллар: 16 балл

15 балл

### Талабалар билан клиник ҳодисани муҳокама қилиш.

Бемор-Амиров Асилбек, 5 ёш.Онасининг шикоятлари: бола кечаси бирданига ўнг қулоғидаги оғриқдан уйғониб кетди.Ота-онаси тамонидан ҳеч нима қилинмаган.

Савол 1. Қандай қиёсий ташҳис ўтказилади? Жавоб (сабаблари: эҳтимол қулоққа ёт жисм кирган, ўткир ўрта отит, қулоқ чипқони, невралгия)

Савол 2. Ташҳисни тасдиқлаш учун сиз қандай маълумотни хоҳлагандингиз?

**Талабани анамнез йиғишга тааллуқли саволларини ёзиб олган маъқул, кейинчалик керак бўлиши мумкин!**

**Қўшимча маълумот.** Ўнг қулоқни кўрганда-тирик ёт жисм(суварак) ташқи эшитув йўли торайган қисмида жойлашган.

**Ташҳис:** Ўнг қулоқ ёт жисми(суварак).

Биринчи ёрдам: ўнг қулоққа ҳашоротни ҳаракатсизлантириш ёки жонсизлантириш учун 70%ли спирт ёки ўсимлик ёғи томизилиб, 5-минутдан кейин фурациллин 1:5000 нисбатда илиқ эритмаси ёки физиологик эритма билан Жанне шприци ёрдамида ювиш. Ювишдан сўнг ташқи эшитув йўли пахта пиликча билан қуритилиб, ташқи эшитув йўлига спиртли дока турунда қўйилади.

**Тест саволлари**

**1. Ташқи эшитув йўли қайси қисмида кўпчилик ҳолатларда ёт жисм ўрнашиб қолади.**

- A. Тоғай қисмида.
- B. Суяк қисмида.
- C. Тоғайни суяк қисмига ўтишида.
- D. A, B.

**2. Чипқон ташқи эшитув йўлининг қайси қисмида кўпроқ учрайди?**

- A. Тоғайли қисмида.
- B. Суякли қисмида.
- C. Суякли ва тоғай қисмида.
- D. Қулоқ супчасида.

**3. Ташқи эшитув йўли чипқонига хос бўлган беморнинг шикоятини кўрсатинг:**

- A. Қулоқ думбокчаси босилганда оғриқ борлиги.
- B. Қулоқдан йиринг оқиши.
- C. Бош айланиши.
- D. Нистагм.

**4. Ташқи эшитув йўлидаги тирик ёт жисмлар қандай олиб ташланади?**

- A. Аввал қулоққа мой ёки спирт томизиб ёт жисм ўлдирилади ва Жанне шприци ёрдамида илиқ сув билан ювилади.
- B. Ёт жисм узи чиқиб кетади.
- C. Ташқи эшитув йўлига фурациллин томизилади ва Жанне шприци ёрдамида илиқ сув билан ювилади
- D. Ташқи эшитув йўлига мой томизилади ва отсос билан тортиб олинади

**5. Ташқи эшитув йўлидаги ёт жисм қандай аниқланади?**

- A. Отоскопияда.
- B. Аудиометрияда
- C. Акуметрияда.
- D. Сальпингоскопияда.

**6. Қайси касалликда ташқи эшитув йўлидан орқа мия суюқлиги (ликвор) чиқади?**

- A. Калла суяги асоси синиши.
- B. Сурункали мезотимпанит.
- C. Сурункали эптитимпанит.
- D. Ўткир йирингли отит.

**7. Отгематомани даволашда қайси усул қўлланилади?**

- A. Отгематомани шприц ёрдамида сўриб олиб, босувчи боғлам қўйиш.
- B. Огематомага қон томирни торайтирувчи дорилар юбориш.
- C. Отгематомага диоксидин ва дицинон юбориш ва босувчи боғлам қўйиш
- D. Отгематомага қаттиқ боғлам қўйиш.

**8. Отгематома қаерда жойлашади:**

- A. Қулоқ супрасининг юқори 2/3 қисмида.
- B. Қулоқ супрасининг пастки 1/3 қисмида.

С. Кулоқ юмшоғида.

Д. Ноғора бўшлиғида.

**9. Отогематоманинг асосий даволаш усулини танланг:**

А. Пункция ва босувчи боғлам қўйиш.

В. Кумуш нитрат билан куйдириш.

С. Оғриксизлантириш ва босувчи боғлам қўйиш.

Д. Трепанопункция.

**10. Ташқи эшитув йўлининг тирик ёт жисмларини ҳаракатсизлантириш учун қайси дори воситаларни қўллаш мумкин?**

А. Ўсимлик мойи.

В. Сув.

С. Сирка.

Д. Суюқ азот.

**11. Кулоқдан қон оқиши қачон кузатилади?**

А. Мия асосининг синишида.

В. Адгезив отитда.

С. Менъер касаллигида.

Д. Невриномада.

**12. Кулоқнинг шишган ёт жисми хажмини кичрайтириш учун қандай томчилар ишлатилади?**

А. Спиртли.

В. Ёғли.

С. Сувли.

Д. Кумуш нитрати.

**13. Ноғора парданинг жароҳатида биринчи ёрдам бу-**

А. Ташқи эшитув йўлига тоза, асептик пиликча қўйиш.

В. Ташқи эшитув йўлини ювиш.

С. Ташқи эшитув йўли тампонадаси.

Д. Гемостатиклар бериш.

**14. Ички кулоқ жароҳатининг асосий белгиларини кўрсатинг:**

А. Бош айланиши, эшитишни кескин пасайиши.

В. Гиперакузия, кулоқда шовқин.

С. Дудукланиш, кулоқдан қон оқиши.

Д. Иситма чиқиши, кўнгил айниши.

**15. Ўрта кулоқ жароҳатида нистагм қайси томонга йўналган бўлади?**

А. Зарарланган кулоқ томонга.

В. Қарама-қарши кулоқ томонга.

С. Юқорига.

Д. Пастга.

**16. Барошикастнинг асосий сабабларидан бири бу-**

А. Эшитув найи ўтказувчанлигининг бузилиши ва атмосфера босимининг юқорилиги.

В. Баланд овозда гапириш.

С. Ноғора бўшлиғида дегисценцияларни мавжудлиги.

Д. Эшитув найини кенглиги.

**Талабанинг мустақил иши учун кулоқнинг шошилиш касалликларига доир вазиятли масалалар тўплами.**

#### **Масала №1**

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

**Кўрувда:** ўнг кулоқ супрасининг олд юзасида тўқ қизил-кўкимтир рангда бўлган, бармоқ билан текширилганда флюктуацияланаётган шиш аниқланмоқда, оғрик йўқ.

**Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала №2**

**Талаба учун маълумот:** бемор ўнг кулоқнинг қаттиқ оғришига, оғриқнинг чакка ва бошнинг тепа томонига йўналишига ва иситмаси  $37,4^0$  С га кўтарилишига шикоят қилади. Бемор касалликни гугурт чўпи билан кулоғини тозалаётганида, уни тирнаб юборгани билан боғлайди.

**Кўрувда** ўнг кулоқ супраси одатдагидек тузилишда, ташқи кулоқ йўлининг олдинги деворининг териси қизарганлиги ва конуссимон дўнглик кўринади. Дўнгликнинг марказида йирингли ўзак бор, кулоқ йўли торайган, ноғора пардаси кўринмайди. Кулоқ супрасининг олдида жойлашган лимфа тугунчалари катталашган, пайпаслаганда оғримайди. Секин гапирганда иккала кулоқ билан 5 м масофадан эшитади.

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала №3**

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

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

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала №4**

**Талаба учун маълумот:** Бемор 44 ёш, реанимация бўлимида калла асосини синиши, субарахноидал бўшлиқга қон қўйилиши ташҳиси билан ётибди. 3 кун олдин автотўқнашувга учраб, ҳушини йўқотган. Бемор ҳушида, боши оғриши, ўнг кулоғида эшитиши пасайишига, бошини ҳаракатида бош айланишига, кўнгил айниши ва қусишга шикоят қилади.

**Кўрувда** юзи, кўзи, қошида қонталаш белгилари, ўнг юзи асимметрияси кўринади. Ўнг кулоғи эшитмайди, чап кулоғи нормада, чап томонга II даражали нистагм кузатилади. Иккала томонда ноғора парда ўзгаришсиз.

#### **Талаба учун вазифа:**

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

#### **Масала №5**

**Талаба учун маълумот:** Бемор 40 ёшда. 3 ойдан бери кулоғидаги шовқинга шикоят қилади. Кеча иш пайтида шовқинни кучайиб, 2 соатдан сўнг бирдан боши айланиб, нарсаларни чапга қараб айланаётгани, кўнгил айниши, умумий ҳолсизлик кузатилган. ҚВП шифокори беморда терини оқариши, намланиши, артериал қон босимини пасайиши 90/60 мм.см.у, томир уриши минутага 60 та ураётганини кузатган.

**Кўрувда** беморда чап томонлама спонтан нистагм ва чап кулоғида эшитишни пасайишини аниқлаган. Аввал кулоғи умуман касалланмаган.

#### **Талаба учун вазифа:**

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

2. Бморга қандай инструментал текшириш ўтказиш керак?

3. Шу беморга маслаҳат бериб, даволашни белгиланг.

**Масалалар жавоблари**

**Ташқи қулоқ жароҳати:**

-ўнг қулоқ супраси отогематомаси;

- отогематомани пункция қилиб, қонни чиқариш ва 5 кунга босиб турувчи боғлам.

**Ўнг ташқи эшитув йўли ҳўппозлашган чипқони:**

А) антибактериал даво;

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

В) маҳаллий УВЧ, УФО;

Г) умумий қувватловчи даво, В гуруҳ витаминлари, олтингугурт ва йод препаратлари

Д) лазер-терапия;

Е) аспири 1,0 кунига;

Ж) қанд миқдорини текшириш учун қон таҳлили.

З) Флюктуация аниқланса – ҳўппозни очиб, ажралмани чиқариш.

**Чап ташқи эшитув йўли ёт жисми:**

А) ёт жисмини аттик зонди ёрдамида олиб ташлаш;

- зарурат бўлса у/о остида жарроҳлик йўли орқали.

Қулоқ орқасини очиш орқали ташқи эшитув йўлидан ёт жисмини олиб ташлаш;

Б) маҳаллий яллиғланишга қарши даво қўллаш

**Ўнг томонлама чакка суяги пирамидасинг кундаланг синиши.**

Чакка суякларини Стенверс бўйича рентгенографияси ёки КТ, вестибулометрия - калорик проба (ҳаволи), аудиометрия, неврологиктекширувлар.

Даволаш: қатъий ётоқ режим, дегидратацион терапия, антибиотиклар, В гуруҳ витаминлари.

**Меньер касаллиги.**

А) Вестибулометрия, аудиометрия, РЭГ, умуртқа бўйин қисми Ro-графияси, дегидратацион тестлар.

Б) Дегидратацион, спазмга қарши, томир кенгайтирувчи, стимулловчи терапия, В гуруҳ витаминлари.

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ

### Мавзу: ҲИҚИЛДОҚНИНГ ШОШИЛИНЧ КАСАЛЛИКЛАРИДА ДИАГНОСТИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИ, ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИНИ ВА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ЎРГАТИШ

Машғулот мақсади. **Талаба:**

1. Ҳиқилдоқнинг шошилинч касалликлари диагностик текшириш усуллари, даволаш принциплари ва шошилинч ҳолатларда биринчи ёрдам кўрсатиш билимларини яратиш.
2. Ҳиқилдоқнинг шошилинч касалликларининг диагностик текшириш усулларига ўргатиш, текшириш натижаларини мохиятини, беморларнинг умумий клиник текширишларини баҳолаш. Қадамма-қадам ларингоскопия амалий кўникмаларини ўрганиш.

**Мустақил тайёрланиш учун кўрсатмалар.**

**Адабиётлар:**

**Асосий:**

1. Болалар оториноларингологияси А.Н.Дадамухамедов, Ш.Э. Омонов. Тошкент, 2005.
2. Оториноларингология С. А.Хасанов, Н.Х. Воҳидов. Тошкент. 2013.
3. «Оториноларингология» В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Москва, 1997.
4. «Детская оториноларингология», Ю.Б.Исхаки, Л.И.Кальштейн, Душанбе, 1977.

**Қўшимча:**

1. «Оториноларингологический атлас», В.А.Гапанович, В.М.Александров, Минск, 1989.
2. «Клиническая оториноларингология»,. Учебное пособие. Н.В.Мишенькин, А.И.Драчук, Л.И.Иванова, Ю.М.Дашкевич, А.Л. Носков, М.П.Лисовская, Омск, 1990г.
3. «Ситуационные задачи по оториноларингологии», М.С. Плужникова, Санкт-Петербург, 1998.
4. «Лекарственная терапия заболеваний уха, горла и носа», Б.Л.Французов, С.Б Французова., Киев, 1988.

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

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

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

**Қайта алоқа турлари ва воситалари** - ўқитиш сўнгида блиц-сўров тестлаш (мос келиши), презентациялар.

**Асосий ўқув саволлари:**

1. Ҳиқилдоқ жароҳатлари: этиологияси, таснифи, клиник даврлари, ташхислаш, даволаш.
2. Ҳиқилдоқда ёт жисм: этиологияси, клиникаси, ташхислаш, биринчи ёрдам кўрсатиш принциплари.
3. Ҳиқилдоқ куйишлари: сабаби, даражалари, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

**Аннотация:**

**Ҳиқилдоқ шиши-** ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг тез ривожланувчи ва овоз ёриғини торайтирувчи вазомотор-аллергик жараён.

**Этиологияси:**

- 1) ҳиқилдоқдаги яллиғланиш жараёнлари (ҳиқилдоқ ангинаси, бурма ости ларингити, флегмонали ларингит, ўткир ларинготрахеит, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг хўппози);
- 2) ўткир юқумли касалликлар (дифтерия, қизамиқ, скарлатина, грипп ва бошқ.);
- 3) ҳиқилдоқ ўсмалари (хатарсиз ва хатарли);
- 4) ҳиқилдоқ жароҳатлари;
- 5) аллергия касалликлар ва бошқ.

Ҳиқилдоқ шиши юмшоқ клетчаткага бой шиллиқ ости қаватида, яъни ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида, чўмич ҳиқилдоқ усти бурмаларида, ҳиқилдоқга кириш жойининг орқа деворида, ҳиқилдоқнинг пастки қаватида ривожланиб, нафас олиш фаолиятининг кескин бузилишига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқ торайишининг 4 та босқичи тафовут қилинади:

I- компенсация;

II- субкомпенсация (нотўлиқ компенсация);

III- декомпенсация;



IV- бўғилиш (асфиксия, терминал).

**Компенсация босқичида** қонда кислород миқдорининг камайиши ва карбонат ангидрид миқдорининг кўпайиши натижасида нафас маркази фаолиятининг кучайиши ёки сусайиши кузатилади. Беморнинг нафас олиши чуқурлашади, нафас олиш ва нафас чиқариш ҳаракатлари орасидаги танаффус қисқаради, томир уриши тезлашади, инспиратор ҳансираш фақат жисмоний ҳаракатда қайд этилади. Овоз ёриғининг энига ҳажми 6-7 мм ни ташкил қилади.

**Субкомпенсация босқичида** гипоксия белгилари зўраяди, бемор зўриқиш билан нафас олади, инспиратор ҳансираш тинч ҳолатда ҳам кузатилади, нафас ҳаракатлари шовқинли бўлиб, масофадан эшитилади (стридор), бўйинтурук, ўмров ости ва ўмров усти чуқурчалари, қовурға ораликлари ва эпигастрал соҳалари ичкарига ботади, бурун қанотлари кенгайади. Терининг ранги оқаради, бемор безовталанаяди. Овоз ёриғининг энига ҳажми 4-5 мм ни ташкил қилади.

**Декомпенсация босқичида** беморнинг аҳволи янада оғирлашади, нафас ҳаракатлари тезлашган ва юзаки бўлади. Бурун-лаб учбурчаги, бармоқ учлари ва тирноқлар, тери қопламлари кўқаради. Бемор бошини орқага ташлаган ҳолда ярим ўтrock ҳолатини эгаллайди ва қўрқув ҳиссиёти пайдо бўлади. Нафас олганда ҳиқилдоқ пастга, нафас чиқарганда юқорига силжийди. Бемор баданини совуқ тер босади, томир уриши тезлашиб, тўлиқлиги сусаяди, қон босими пасаяди. Овоз ёриғининг энига ҳажми 2-3 мм ни ташкил қилади.

**Асфиксия (бўғилиш) ёки терминал босқичида** беморда кескин толиқиш, бефарқлик, юзаки ва узилиб турувчи патологик нафас ҳаракатлари (Чейн-Стокс нафаси) пайдо бўлади. Тери қопламлари кулранг, томир уриши тез ва ипсимон бўлиб, қон босими кескин пасаяди. Овоз тирқишининг энига ҳажми 1 мм ни ташкил қилади. Оғир ҳолларда бемор эс-хушини йўқотади, кўз қорачиқлари кенгайади, сийдик ва ахлатининг ихтиёрсиз чиқиши ва ўлим ҳолати кузатилади.

**Ташхис:** беморнинг шикоятлари, нафас олиш фаолиятининг турли даражадаги бузилишлари, билвосита ва бевосита ларингоскопия, ҳиқилдоқ ва кўкрак қафаси рентгенография текширувларининг натижалари асосида қўйилади.

**Даволаш** тадбирлари фақатгина шифохона шароитида олиб борилади. Нафас йўллари торайишининг компенсация ва субкомпенсация босқичлари одатда дори-дармонлар билан даволанади, бунда:

1) антибиотиклар (цефалоспоринлар, яримсинтетик пенициллинлар, макролидлар ва бошқ.);

2) антигистамин дори воситалари;

3) кортикостероидлар қўлланилади.

Беморга дегидротация, гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилади, тинчлантирувчи, сийдикни ҳайдовчи дори воситалар буюрилади. Томир ичига 40%-20 мл глюкоза, 10%-10 мл кальций хлорид (ёки 10% -10 мл кальций глюконат), 5%-5 мл натрий аскорбинат, 40%-5 мл уротропин эритмалари, 30-90 мг преднизолон, 2,4% -5-10 мл эуфиллин ёки тиосульфат натрий эритмалари юборилади. Мушак орасига димедрол (1%-2 мл), пипольфен (2,5% -2 мл), тери остига 0,1% -1 мл атропин сульфат эритмалари юборилади. Беморга чалғитувчи терапия (оёқларга иссиқ ванна, кўкрак қафаси ва оёқларга горчичник қўйиш), тана ҳароратини меъёрлаштирувчи ва юрак фаолиятини яхшиловчи дори воситалари буюрилади.

(А расм) - компенсация босқичи,

(В расм) - бўғилиш (асфиксия, терминал) босқичи



Кескин ривожланган ҳиқилдоқ шишида бемор аҳволи яхшиланмаса кортикостероидлар миқдори кўпайтирилади. Томир ичига 200 мл изотоник эритмада эритилган 90 мг преднизолон, 2 мл пипольфен, 10 мл 10%- кальций хлорид, 2 мл лазикс эритмалари юборилади.

Дори-дармонлар фойда қилмаган ва торайишнинг декомпенсация босқичи ривожланаётган ҳолларда интубация ёки шошилич трахеостомия бажарилиши лозим. Бўғилиш ҳолатида шошилич коникотомия, ташқи нафас тиклангандан сўнг

трахеостомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

**Ҳиқилдоқ жароҳатлари** очик, ёпик, ички ва ташқи хилларга бўлинади. Ҳиқилдоқ соҳаси жароҳатланган беморда нафас олиш ва ютиниш фаолиятлари бузилади, овозининг ўзгариши, йўтал ва айрим ҳолларда тери ости эмфиземаси белгилари кузатилади. Ларингоспазм ёки жароҳатланган тоғай парчалари, йиртилган юмшоқ тўқима бўлаги ёки шиллиқ ости гематомаси нафас йўллари ёпиб қўйиши натижасида беморда бўғилиш ҳолати юзага келади. Ҳиқилдоқнинг даҳлиз қисми жароҳатланганда ҳалқумнинг ютиниш фаолияти бузилганлиги сабабли суяқлик ва овқат лўқмаси нафас йўлларига кириб, бемор йўталганда жароҳат майдонидан ҳаво билан бирга чиқиши мумкин. Ҳиқилдоқ трахея билан бирга жароҳатланганда бўйиннинг юмшоқ тўқималари ҳам зарарланган бўлиб, қонталаш ва гематомалар ҳосил бўлиши, жароҳат майдонидан ҳаво, қон ва шилимшиқ ажралма кириб чиқиб туриши кузатилади.

Ҳиқилдоқнинг ёпик ташқи жароҳатларида ҳиқилдоқ қисмларининг лат ейиш, синиш, тери ости тўқимасининг йиртилиши натижасида беморда ҳиқилдоқ торайиши ҳолати юзага келади. Бундай жароҳатлар кўпинча кўча транспорт ҳодисаларида, спорт ўйинлари пайтида содир бўлади. Ҳиқилдоқнинг енгил жароҳатларида ҳиқилдоқ соҳасида оғрик, шиш, шиллиқ ости қаватига қон қуйилиши, баъзан терининг шилиниши кузатилади.

Тил ости суяги синганда қуйидаги белгилар пайдо бўлади: бемор оғзини очиб, тилини чиқарганда кескин оғрик пайдо бўлади, нутқи ва ютиниши қийинлашади; жароҳат майдони пайпаслаганда крепитация аниқланади.

Ҳиқилдоқ тоғайлари синиб юмшоқ тўқималар йиртилганда беморда эмфизема, дисфагия, нафас бузилишлари ва овознинг ўзгариши кузатилади. Оғир жароҳатларда ҳиқилдоқ тилости суягидан ёки трахеядан ажралиб, бўғилиш ҳолати ёки бўйин, юз, кўкрак қафаси тери ости ва кўкс оралиғи эмфиземаси ривожланиши натижасида беморда ўлим ҳолати юз бериши мумкин.

Ҳиқилдоқнинг ички жароҳати кўпинча механик таъсирлар натижасида юзага келади (урилиш, термик ва кимёвий куйишлар). Ҳиқилдоқда ва бурма ости соҳасида тикилиб қолган ёт жисм шиллиқ пардани жароҳатлаши мумкин, бунда ларингоскопияда бурма ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизарган ва йиртилганлиги, унда қонталашлар ҳосил бўлганлиги кўзга ташланади. Шунга ўхшаш жароҳатлар ёт жисмни чиқариб олиш ёки эндоскопия муолажаси пайтида ҳам содир бўлиши мумкин. Ҳозирги кунда интубацияли оғриксизлантириш туфайли ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг шиши, овоз бурмалари фалажи, интубациядан сўнгги гранулемалар кам учрамоқда.

**Диагноз:** бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, жароҳат содир бўлган вақтни ва вазиятини аниқлаш асосида шакллантирилади. Текширувда ҳиқилдоқ соҳасидаги жароҳат майдони кўздан кечирилади, ёт жисм бор йўқлиги ҳамда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги аниқланади. Ларингоскопияда шиллиқ ости гематомаси, овоз бойламлари йиртилганлиги, ҳиқилдоқ шилиқ пардаси жароҳати натижасида ривожланган ҳиқилдоқ торайишининг клиник белгилари, ҳиқилдоқ қисмларининг силжиши, тоғайлар жароҳати аниқланади. Беморнинг қон гуруҳи, резус омили аниқланади, зарур бўлса эндоскопия, рентгенография, компьютер томография текширувлари ўтказилади.

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

Ҳиқилдоқнинг енгил ички жароҳатидан сўнг беморга антибиотиклар, шишга қарши ва десенсибилизация дори воситалари ва маҳаллий муолажалар буюрилади.

**Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқиши** ўткир геморрагик ларингитда, кўкйўталда, овоз зўриқишларида, ҳиқилдоқ гемангиомасида, қон касалликларида, ҳиқилдоқ жароҳатида ва ҳиқилдоқда бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг кузатилиши мумкин.

Қон оқшининг тезлиги, унинг сабабига боғлиқ бўлади. Ўткир ларингит ва кўкйўталда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси зарарланиб, овоз бурмаларида ҳиқилдоқдан қон оқишига сабаб бўладиган гематомалар ҳосил бўлади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси қизарган,



қон томирлари кенгайган, конталашлар, комиссура ва бурма ости бўшлиғида лимфаденоид тўқима гипертрофияси кўринади. Ҳиқилдоқнинг кичик гемангиомасида қон оқиши тўсатдан бошланиб, ўз-ўзидан тўхтайд.

Қон оқишига сабаб бўлган ҳиқилдоқнинг ички жароҳати интубация, юқори бронхоскопия муолажаси пайтида содир бўлиши мумкин. Баъзан ҳиқилдоқдан қон оқиши пастки трахеостомиядан сўнг кузатилади ва трахеостомия найчасининг диаметри трахея ёриғининг диаметрига мос келмаслиги, найча трахея деворини ва бўйин қон томирларини жароҳатлаши натижасида юз беради.

Эрозив қон оқишлар беморда ҳиқилдоқ перихондрити ривожланиб, трахеостомия найчаси бўйин қон томир тўпламига яқинлашганда ва аста-секин қон томир деворининг эрозияси ва аневризмаси ривожланганда кузатилади. Бемор зўриққанда кенгайган қон томири ёрилиши ва у кучли қон оқишидан ҳаётдан куз юмиши мумкин. Шунинг учун трахеостомия найчаси қон томир уришига мос ҳаракат қилган ҳолларда албатта чиқариб олиниши ёки жойи алмаштирилиши лозим.

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

**Дифференциал ташхис.** Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқиши ҳалқум, ўпка, қизилўнғач қонашларидан фаркланади. Ўпқадан оқаётган қоннинг ранги оч-қизил, кўпикли бўлиб, узоқ вақт давомида ивимади. Қизилўнғач ва меъдadan оқаётган қоннинг ранги тўқ қизил, хидли бўлади. Ҳалқум қонашида бемор шилимшиқ ва қон аралаш балғам тупуради. Аниқ ташхис гипофарингоскопия, бевосита ёки билвосита ларингоскопия, фиброгастроскопия ва рентген-томография маълумотлари асосида қўйилади.

**Даволаш.** Бемор касалхона шароитида даволанади. Даволашда қон оқшининг тезлиги ва сабаби эътиборга олинади. Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқиши кузатилган беморга гапириш таъқиқланади. Қон кам миқдорда оқганда ҳиқилдоқ ичига адреналин сепилади ва буйинга совуқ, муз компресслари буюрилади. Бир вақтнинг ўзида викасол, дицинон, этамзилат натрий, аминокарпрон кислотаси, аскорбин кислотаси, кальций хлорид эритмалари, қон, қон зардоби мушак орасига ёки томир ичига юборилади. Қон оқишига сабаб бўлган асосий касаллик даволанади. Йирик қон томирдан қон оқиши бемор ҳаётига ҳавф солиши ҳам мумкин.

**Ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар ёт жисми.** Ҳиқилдоқ ва пастки нафас йўлларида кунгабоқар, тарвуз, ошқовоқ уруғлари, ёнғоқ, писта пўчоғи, гўшт ва сабзавот парчалари, игна, тўғноғич, тугма, мих, ўйинчоқ қисмлари ва бошқа жисмлар тиқилиб қолиши мумкин. Ёш болаларда ҳар нарсани оғзига олиш одати бўлганлиги сабабли овқатланиш пайтида ёки ўйнаётганда, югурганда ёки йиғлаганда, гапирганда оғзидаги жисм нафас йўлларига кириб қолади. Юқори нафас йўллари ёт жисми кўпинча 3 ёшгача бўлган болаларда учраб, бўғилиш ҳолатига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ҳимоя рефлекси сусайган ёки тишларига протез ўрнатилган катта кишиларда ҳам нафас йўлларига ёт жисм кириб қолиш ҳоллари учрайди. Бронхлар ёт жисми 88%, трахея ёт жисми - 8,8% ва ҳиқилдоқ ёт жисми 3,2% ҳолларда қайд этилади.

Касалликнинг кечиши ёт жисмнинг шакли ва ўлчамларига боғлиқ бўлади. Ёш болаларда органик ёт жисмлар айникса ҳавфли ҳисобланади. Нафас йўлларида тиқилиб қолган органик ёт жисмлар шишиб, илгак ёрдамида чиқариб олишга уринганда парчаланиши ва шунда унинг кичик парчалари кичик бронхлар ёриғини ёпиб қўйиши мумкин. Кичик ёт жисм кўзга кўринмаслиги туфайли бронхларда узоқ вақт давомида қолиб кетиши ва зотилжам, трахеобронхит каби асоратларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Органик ёт жисмлар аллерген сифатида нафас йўллари шиллик пардасининг шишига ва патологик микрофларанинг ривожланишига ёрдам беради.

**Клиник белгилари.** Йирикроқ ёт жисм ҳиқилдоқ ёриғида тиқилиб қолганда беморда бўғилиш ҳолати юзага келиши мумкин. Ҳиқилдоқ соҳасига кичик ёт жисм тиқилиб қолганда унинг шиллик пардаси яллиғланиб шишади ва беморда ҳиқилдоқ торайиши

белгиларининг ривожланиш ҳавфи туғилади.

Катталарда ҳиқилдоқ ёт жисми (игна,

**Ҳиқилдоқ ёт жисми рентген таъсвири** тўғноғич, балиқ суякчалари) билвосита ларингоскопияда аниқланади. Беморда хуружли йўтал, баъзан ютинганда оғриқ ва қусиш кузатилади. Ёт жисм овоз тирқиши соҳасида тиқилиб қолганда беморнинг овози пасаяди, баъзан афония кузатилади. Аускультацияда дағал ўтказувчан хириллаш эшитилади.

**Трахея ёриғида** кўпинча овоз ёриғидан ўтган ўртача ҳажмдаги ёт жисмлар тиқилиб қолади (ёнғоқ доналари, нўхат, турли ўсимликларнинг уруғи). Беморни тунда ёки хаяжонланганда хуружли йўтал безовта қилади. Трахеяда тиқилиб қолган ҳаракатчан ёт жисмларда аускультацияда ёт жисм ҳаракати белгиси аниқланади; йўталганда ёки нафас чиқарилганда ёт жисм ҳиқилдоқ овоз бойламларига урилади. Трахеядаги ҳаракатчан ёт жисм баъзан ҳиқилдоқда тиқилиб қолиши ва тўсатдан бўғилиш ҳолатига сабаб бўлиши мумкин.

Ёт жисм трахея бифуркацияси соҳасида тиқилиб қолганда беморда инспиратор, баъзан-экспиратор ҳансираш, терисининг ранг-парлиги, безовталиқ кузатилади.

Ёт жисм бронхларда тиқилиб қолганда беморда вақти-вақти билан йўтал хуружлари ва нафас бузилишлари кузатилади. Ҳуружлар орасида бемор тинчланиб, эркин нафас олади. Кўпинча ёт жисм ўнг бронхта (80% ҳолларда), кам ҳолларда- чап бронхта тиқилиб қолади.

Касалликнинг кечиши бронх ёриғининг қай даражада ёпилишига боғлиқ бўлади. Ёт жисм бронх ёриғини тўлиқ ёпиб қуйганда беморда ўпка ва унинг ўнг ёки чап бўлаги ателектази белгилари ривожланади: йўтал пайтида ёт жисм ўпканинг қайси бўлағида тиқилиб қолганлигига қараб аускультацияда нафаснинг сусайиши, куруқ ва ҳўл хириллаш, перкуссияда ўпка товуши қисқарганлиги ёки кутисимонлиги эшитилади.

Бронх торайиши уч шаклда намоён бўлади; тўлиқ, вентил ва қисман бронх торайиши:

1) бронхнинг тўлиқ торайиши ҳолатида ўпка бир бўлагининг ателектази ривожланади;  
2) вентил бронх торайишида -ёт жисм тиқилиб қолган томонда ўпка эмфиземаси ривожланади;

3) бронхнинг қисман торайишида Гольцкнехт-Якобсон белгиси кузатилади; бемор чуқур нафас олганда кўкс оралиғи аъзолари ёпилиб қолган бронх томон силжийди.

**Диагностикаси** касалликнинг ўзига хос бошланиши, бемор шикоятлари ва анамнез



далиллари, аускультация, перкуссия, рентгеноскопия, рентгенография, бронхоскопия, компьютерли томография маълумотлари асосида қўйилади. Бронхоскопияда нафас йуллари кўздан кечирилади. Ёт жисмнинг шакли, бронх деворига нисбатан жойлашуви баҳоланиб, уни чиқариб олиш режаси тузилади. Рентгенологик текширув ёт жисм қайси жойда тиқилиб қолганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Рентгенконтрастли ёт жисм кўкрак қафаси рентгенограммасида кўринади. Рентгенконтрастсиз ёт жисмда бронх ёриғининг ёпилиш даражасига қараб

(расм) Бевосита ларингоскопия ёрдамида ҳиқилдоқдан ёт жисмни баргараф қилиш.

рентгенологик манзара турлича намоён бўлади:

- бронх ёриғи тўлиқ ёпилганда беморда обтурацияли ателектаз ривожланади, яъни ўпка сояси хиралашиб, диафрагма гумбази юқорига кўтарилади, коворғалар ораси торайиб, кўкс оралиғининг сояси ён томонга силжийди;

- бронх ёриғи қисман ёпилганда зарарланган томонда диафрагма гумбазининг ҳаракати чекланади, ўпка сояси хиралашади, нафас олганда кўкс оралиғининг сояси зарарланган томонга силжийди (Гольцкнехт-Якобсон белгиси);

- бронх вентил шаклида ёпилганда ўпка соясининг тиниклиги кучаяди (эмфизема), коворғалар оралиғи кенгаяди, кўкс оралиғи аъзолари соғлом томонга силжийди, зарарланган томонда диафрагма гумбази пастга тушади, унинг ҳаракати чекланади.

**Даволаш.** Нафас йўллари ёт жисми шифохона шароитида эндотрахеал оғриқсизлантириш остида бажарилган юқори ёки пастки бронхоскопияда олиб ташланади.

Баъзан, нафас йўллари ёт жисмини олиш мақсадида трахеостомия жарроҳлик амали куйидаги вазиятларда бажарилади:

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

2) ёт жисм трахеобронхиал тизимининг чуқур бўлимларида тикилиб қолганда;

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

Пастки бронхоскопия куйидаги кўрсатмалар асосида бажарилади:

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

- ёт жисм сабаб бўлган бўғилиш ҳолатида;

- бронхдаги ёт жисмни юқори бронхоскопияда чиқариб олиш уринишлари натижасиз бўлганда.

Ферромагнит ёт жисм электромагнит усули ёрдамида чиқариб олиниши мумкин.

Бронхоскопия ёрдамида ёт жисмни чиқариб олиш имкони бўлмаган ҳолларда, бемор жарроҳлик бўлимига кўчирилиб, ёт жисм жарроҳлик усули билан олинади.

Ёт жисм парчаланганда биринчи навбатда унинг йирик бўлаги олинади, қолган майда бўлакчалари бронхларни ювиб, электросўргич ёрдамида чиқарилади.

Бронхоскопияда ривожланиши мумкин бўлган асоратлар:

1. жароҳатдан кейинги ларингит;

2. трахея ва бронхлар шиллик пардасининг жароҳати ва тешилиши;

3. юрак фаолиятининг рефлектор тўхташи (сайёр нерв зарарланганда );

4. нафас йўлларида қон оқиши;

5. пневмоторакс;

6. тери ости эмфиземаси;

7. трахеобронхит ва зотилжам.

### **Ҳикилдоқнинг термик ва кимёвий куйишлари**

кўпроқ ёш болаларда учрайди (бола тўсатдан қайноқ сувни, сут ёки суюқ овқатни, кислота ёки ишқор эритмасини ичиб юбориши натижасида).

Катталар орасида суицид мақсадида ёки рухий касалликларга дучор бўлган шахслар ўз жонига қасд қилиш мақсадида ўткир кислота ва ишқор эритмаларини ичиш ҳоллари учрайди

Болаларда ҳикилдоқ куйишлари ҳикилдоқ усти қопқоғи, чўмичсимон-ҳикилдоқ усти бурмалари шиллик пардасининг шиши ва нафас олишнинг қийинлашиши билан кечади.

**Белгилари:** Дастлаб беморда кучли оғриқ пайдо бўлади, оғриқ ютинганда, қусганда ва йўталганда кучаяди.

Куйишнинг I даражасида ҳикилдоқ шиллик пардасининг эпителий қатлами куйиб, ҳикилдоққа кириш жойининг шиллик пардаси кескин қизаради; II даражасида - беморда заҳарланиш белгилари кучайиб, жароҳат майдонининг шиллик пардаси шишади, некротик қараш билан қопланади.

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

Куйишнинг III даражасида беморда кучли заҳарланиш белгилари, ацидоз, эритроцитлар гемолизи каби жараёнлар ривожланади. Бунда нафақат шиллик парда, шиллик ости тўқимаси ҳам куяди ва чуқур некрозга учрайди. Беморда буйрак, жигар, юрак, қон-томир тизимлари етишмовчилиги ривожланади.

Ҳикилдоқнинг термик куйишидан сўнгги дастлабки соатларда беморда ҳикилдоқ торайиши белгилари юзага келади. Ҳикилдоқ қизилўнғач ва меъданинг куйиши бир вақтда юз берган ҳолларда беморнинг аҳволи анча оғирлашади.

**Диагноз** бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши ҳақидаги маълумотлар асосида қўйилади. Текширув пайтида куйиш ходисаси қачон ва қандай вазиятда содир бўлганлиги,



куйдирувчи модда ва захарланиш даражаси аниқланади. Зарур бўлса бевосита ва билвосита ларингоскопия, рентгенография ва бошқа текширувлар ўтказилади.

**Даволаш.** Ҳикилдоқ куйишларида асоратлар ривожланишини олдини олиш кўпинча поликлиника шароитида кўрсатилган шошилич тиббий ёрдамга боғлиқ бўлади. Биринчи навбатда термик ёки кимёвий омилнинг таъсири тўхтатилади. Беморга шошилич равишда биринчи тиббий ёрдам кўрсатилади, кимёвий куйишларда кимёвий

**Ёш болаларда билвосита ларингоскопия ўтказиш имкони бўлмаганда тўғридан-тўғри ларингоскопия ўтказилади.**

моддани нейтраллаштириш тадбирлари ўтказилади. Ҳикилдоқнинг кимёвий куйишларида беморга кўп миқдорда суюқлик (сут, зардоб.), муз парчалари, ўсимлик ёғи, тухум оқили ичирилади, томоғи антисептик эритмалар билан чайилади.

Бир вақтнинг ўзида мушак орасига, томир ичига юрак қон-томир дори воситалари (кордиамин, кофеин), натрий бензонат, оғриқни қолдирувчи дорилар (анальгин, кетонал, промедол, омнопон, морфин) юборилади. Венопункция, венесекция ёки умров ости вена катетери орқали шокка ва захарланишга қарши инфузион терапия ўтказилади: полиглюкин (800 мл), гемодез (400 мл), глюкоза-новокаин аралашмаси ( 300 мл 5% глюкоза ва 30 мл 2% новокаин эритмалари) томир ичига томчилаб юборилади. 0,9 % натрий хлорид эритмаси, реполиглюкин, қон зардобини ва бошқа суюқликлар бемор ёшига, тана вазнига, аҳволининг оғирлигига қараб буюрилади. Анурияда буйрак атрофи новокаин блокадаси ва бошқа керакли муолажалар бажарилади. Шок ҳолати бартараф этилгандан сўнг зарур бўлса бемор “сунъий буйрак” бўлимига кўчирилади.

Ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг куйиши натижасида беморда ҳикилдоқ торайиши ва нафас фаолиятининг бузилиш белгилари юзага келганда антибиотиклар (ампициллин ) аралашмаси (10 мл 0,5% новокаинда эритилган антибиотик ва адреналин эритмаси) билан ингаляция қилиш, мушак орасига ёки томир ичига кортикостероидлар (гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон) кунига 2 - 4 марта юборилади.

Ҳикилдоқ соҳаси лимфотроп терапияси тадбирлари бажарилади: ҳикилдоқ соҳасининг териси спирт билан тозалангандан сўнг тери ичига 0,25%-1,5 мл новокаинда эритилган 1,0 фурасемид юборилади, 15 дақиқадан сўнг бир кг тана вазнига 1-2 мг дан преднизолон, яна 15 дақиқадан сўнг - 150 000 ТБ антибиотик эритмаси юборилди. Кейин бемор томоғига 20% димексид эритмасига шимдирилган бойлам кўйилади. Ҳикилдоқ соҳасига гидрокортизон малҳами билан фонофорез қилинади. Муолажа шу тартибда ҳар 12 соатда такрорланади.

Бурун чиғаноклари олд учининг шиллиқ пардаси остига 0,5 -2 мл новокаин юборилади, яъни эндоназал новокаин блокадаси бажарилади. Беморнинг ёшига, танасининг вазнига қараб ношпа, платифиллин, атропин сульфат, баралгин мушак орасига ёки томир ичига юборилади, 100 мл ўсимлик ёғига 3,0 анестезин кўшиб, кунига 1 ош қошиқдан 4-6 маҳал ичиш тавсия қилинади.

Беморнинг нафас ҳаракатларига алоҳида эътибор берилади. Ҳикилдоқ торайишининг компенсация ёки субкомпенсация босқичида консерватив даволаш тадбирлари, ҳикилдоқ шиши кучайганда - интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари ўтказилади. Бўғилиш ҳолатида трахеостомия ва интубацияни бажариш имкони бўлмаганда коникотомия ёки крикоконикотомия жарроҳлик амаллари бажарилади. Беморга намланган кислород, тузсиз таомлар, чой шарбати ва экстракти берилади.

Ҳикилдоқ куйишларини олдини олиш учун аҳоли орасида захарли моддаларни (сирка кислотаси, каустик сода) сақлаш қоидалари ( бундай моддалар болалардан узоқ жойларда, зарасиз эритма ҳолда сақланиши лозим) ҳақида суҳбатлар ўтказилади.

Захарли модда кўп миқдорда ютиб юборилганда ҳамда биринчи тиббий ёрдам кечиктирилганда юқорида қайд этилган асоратлардан ташқари беморда ўлим ҳолатига олиб

келадиган кучли захарланиш белгилари ривожланади. Бемор қанча ёш бўлса, касаллик шунча оғир кечади.

Ҳақилдоқ, трахея куйишларида куйидаги асоратлар ривожланиши мумкин:

- 1) ҳақилдоқнинг чандиқли торайиши;
- 2) трахея - қизилўнгач оқмаси.

**Диагноз** қўйиш учун бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ҳақилдоқ куйиши қачон руй берганлиги ва унга нима сабаб бўлганлиги аниқланади (баъзан бемордан ишқор ёки кислотанинг кучли хиди келади). Ҳалқум ва ҳақилдоқ сохалари кўздан кечирилади.

Ларингоскопияда ҳақилдоқ усти қопқоғи, чўмич ҳақилдоқ усти бурмалари, валлекуларлар, ноксимон чўнтақларнинг чандиқли ўзгаришлари аниқланиши мумкин. Бундан ташқари, ҳақилдоқ рентгенографияси ва компьютер томографияси текширувлари ўтказилади.

**Асоратларни даволаш.** Беморга симптоматик ва умумий даволаш тадбирлари, кўрсатма бўйича (сурункали зотилжам, сурункали трахеобронхитнинг авжи) яллиғланишга қарши, гипосенсибилизация ва физиотерапия муолажалари ўтказилади. Зарур бўлса трахеостомия найчаси алмаштирилади, трахеоларинго- ва фарингостома килинади.

Асоратларни, трахеоларинго- ва фарингостома фаолиятининг бузилишини (бўғилиш, бемор вазнини йўқотилиши) ўз вақтида аниқлаш муҳим ахамият касб этади. Ларинго-, фаринго- ва трахеостомада ҳақилдоқ-ҳалқум соҳаси зарарланган бемор диспансер назоратига олинади. Вақти-вақти билан стома тозаланиб, найча алмаштирилади. Беморга лидаза, эластаза дори воситалари, ва кун тартибига риоя қилиш тавсия этилади. Трахея, бронх касалликларини олдини олиш чоралари кўрилади.

### **Қадамма-қадам билвосита ларингоскопия амалий кўникмасини ўрганиш:**

**1 қадам** - пешона рефлекторини тўғри тақиш;

**2 қадам**- беморнинг тўғри ҳолати: бемор шифокор рўпарасида танасини у томонга бир оз энгаштириб ўтиради;

**3 қадам**- томоқни текшириш, жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш;

**4 қадам**- Ҳақилдоқ ойнасини олиш, уни дастақда ўрнатиш, 2-3 сония давомида ҳақилдоқ ойнасини спиртовка оловида 40 – 45° гача ёки иссиқ сувда қиздириш, салфетка ёрдамида артиш (ойнанинг иссиқлик даражаси уни панжанинг орқа томонига қўйиб кўриш орқали аниқланади);

**5 қадам** - бемордан оғзини очишини, тилини чиқаришини ва оғздан чуқур нафас олишини сўраш;

**6 қадам**- тил учининг усти ва остидан бинтли салфетка билан ўраш, тилни чап қўлнинг бармоқлари билан шундай ушлаш керакки, бош бармоқ тилнинг устида, ўрта бармоқ тилнинг остида бўлиши ва кўрсатиш бармоғи тепа лабларни суриб туриши керак. Тилни енгилгина ўзингиз томонга ва пастга тортинг;

**7 қадам**- Ҳақилдоқ ойнасини дастагидан ўнг қўлингизга ёзув ручкаси каби ушлаб олинг, тил илдизи ва ҳалқумнинг орқа деворларига теккизмасдан оғиз бўшлиғига киритинг. Киритаётган вақтингизда ойнали тараф пастга қаратилган бўлиши керак. Тилчага етганда ойнани ҳалқумнинг кўндаланг ўқи томонга 45° бурчак остида қайилтиринг, тилча ва юмшоқ танглайни юқорига ва орқага кўтаринг. Рефлекторнинг нури Ҳақилдоқ ойнасига аниқ йўналтирилган бўлиши керак. Бу вақтда кўриқдан ўтаётган бемордан «и» товушини айтишини, сўнг юмшоқ нафас олишини сўранг.

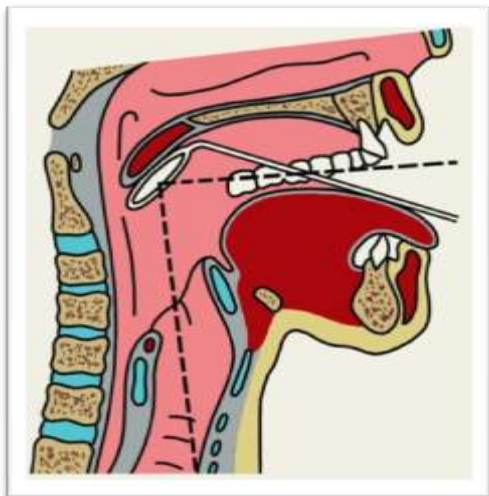
**8 қадам** - Ҳақилдоқ ойнасида томоқнинг пастки қисмларини (тилнинг унинг устидаги бодомсимон беги билан бирга илдизи, ундан сўнг очик япроқ шаклидаги Ҳақилдоқ усти, унинг оч пушти ёки сарғиш шиллик қавати, Ҳақилдоқ усти ва тил илдизи орасида хар бири ўрта ва ён тил-ҳалқум усти тахлами билан чегараланган унча катта бўлмаган иккита чуқурликлар – валлекуларларни) кўрса бўлади;

**9 қадам**- ойна ёрдамида Ҳақилдоқнинг орқа ва ён деворларини кўриб чиқинг (бу деворларнинг шиллик қавати пушти рангда, силлик; фонацияда ноксимон синуслар – ҳалқумдан ён тарафдаги чуқурликлар яхши кўринади, ноксимон синуслар атрофидаги шиллик қаватлар ҳам силлик, пушти рангда);

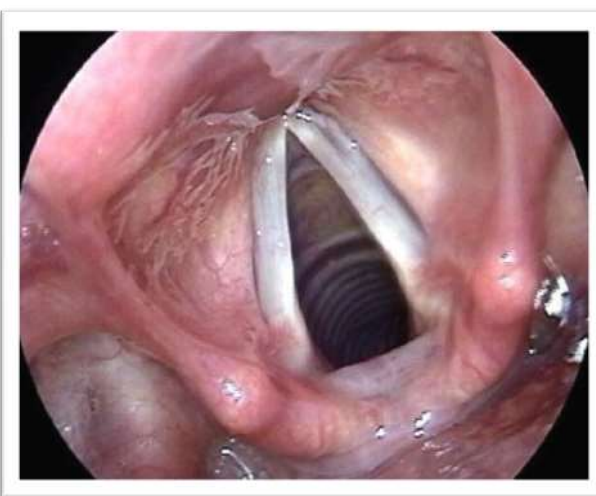
**10 қадам** - ойнани оғздан чиқариб олинг, дастагидан чиқаринг ва дез.эритмага солинг;

**11 қадам-** кўрикнинг ва олинган натижалар таҳлилининг тўғрилигига ишонч хосил қилинг.

Ёш болаларда билвосита ларингоскопия ўтказиш имкони бўлмаганда тўғридан-тўғри ларингоскопия ўтказилади.



Билвосита ларингоскопия



Ҳикилдоқни ойнача ёрдамида кўриниши

### **БЎЙИН ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ПАЛЬПАЦИЯСИ.**

**1 қадам-** жағ ости лимфа тугунлари беморнинг бошини бироз олдинга эгиб, бармоқ учлари билан сирпанчиқ ҳаракатлар билан пайпасланади. Пальпация жағ остида пастки жағнинг ўртасидан четига қараб амалга оширилади;

**2 қадам-** бўйин чуқур лимфа тугунлари аввал бир томондан, кейин иккинчи томондан пальпация қилинади. Беморнинг боши бир оз олдинга эгилган. Лимфа тугунларининг ўнг томондан пальпациясида ўнг қўл бемор бошининг тепа қисмида, пальпация чап қўл билан кўкрак, елка, қулоқ мушакларининг олд чегараси остида чап қўл билан ўтказилади. Лимфа тугунларининг чап томондан пальпациясида чап қўл бемор бошининг тепа қисмида бўлиб, пальпация ўнг қўл билан ўтказилади.

**3 қадам-** бўйин лимфа тугунларининг пальпацияси икки қўл билан икки томондан кўкрак-елка қулоқ мушакларининг орқа чегараси остида бармоқ учи билан тепадан пастга ва олдиндан орқага қараб ўтказилади;

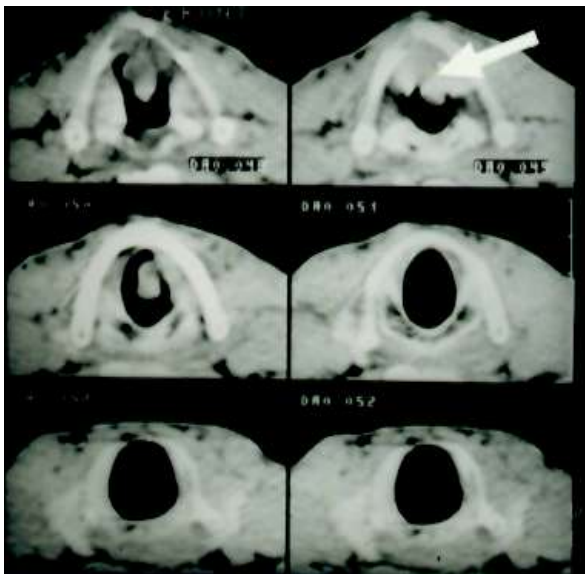
**4 қадам-** преларингеал лимфа тугунларининг пальпацияси бармоқ учи билан тепадан пастга ва томоқнинг ён томонларида горизонтал ҳаракатлар билан амалга оширилади;

**5 қадам-** претрахеал лимфа тугунларининг пальпацияси трахеядан олдинга ва трахеянинг ён томонида кўкрак тепаси чуқурчасида бармоқ учлари билан тепадан пастга қараб амалга оширилади;

**6 қадам-** елка усти ва елка ости лимфа тугунларининг пальпацияси аввал бир тарафдан, сўнг иккинчи томондан амалга оширилади. Лимфа тугунларининг ўнг томондан пальпациясида ўнг қўл бемор бошининг тепа қисмида, пальпация чап қўл билан елка усти ва елка ости чуқурчаларида амалга оширилади. Лимфа тугунларининг чап томондан пальпациясида чап қўл бемор бошининг тепа қисмида бўлиб, пальпация ўнг қўл билан ўтказилади. Меъёрий ҳолатда лимфа тугунлари пайпасланмайди (бармоқ билан сезилмайди)



(расм) Ҳиқилдоқни КТ суратлар



(расм) Ҳиқилдоқ ёт жисм рентген тасвир



## ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИГА ДОИР ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

### Масала №1

**Талаба учун маълумот:** бола 3 ёшда, ухлаб ётган пайтда тўсатдан увулловчи йўтал пайдо бўлиб, нафас олиш шовқинли бўлган.

**Кўрувда:** нафас олишга ёрдамчи мушаклар кўшилган, лаблар кўқарган, болага хаво етишмайди, у ўрнида безовталаниб, совуқ тер билан қопланган. Овози жарангдор.

#### Талаба учун вазифа:

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

### Масала №2

**Талаба учун маълумот:** бемор 20 ёшда, томогидаги ўткир оғриқга, айниқса ютинганда оғриқни кескин кучайишига, овозининг хириллашига шикоят қилади. Тана харорати 37,5 С, тери қопламлари қизарган, томир уриши - 120 та 1 дақиқага, А/Б 120/70.

**Кўрувда:** жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли, Ҳиқилдоқ шиллиқ қавати диффуз қизарган ва шишган. Ҳиқилдоқ усти тоғайининг хажми катталашган, харакати чекланган, овоз бурмалари бироз шишган. Овоз ёриғининг эни 6 мм гача торайган.

#### Талаба учун вазифа:

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

### Масала №3

**Талаба учун маълумот:** бемор 40 ёшда, қулупнайни истеъмол қилгандан сўнг, овози хириллашиб, тобора кучайиб борди. 15-20 дақиқадан сўнг ютинганда томоқда оғриқ пайдо бўлди ва нафас олиш қийинлашди. Узоқ вақт давомида озиқ-овқат аллергияси билан касалланган. ЛОР- клиникага олиб келинган.

**Кўрувда:** Ҳиқилдоқ усти тоғайида, чўмичсимон-Ҳиқилдоқ усти ва вестибуляр бурмаларда шишасимон шиш аниқланди. Овоз ёриғининг кенглиги 3-4 мм. Нафас олиш дақиқага 14 та, пульс - 98 та 1 дақиқада.

#### Талаба учун вазифа:

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

### ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИГА ДОИР ТЕСТ САВОЛЛАРИ

**1. Болаларда ўткир стенозли (сиқувчи) ларинготрахеитда қуйидагилардан қайси бири этиологик сабабчи бўлади:**

- A. Юқори нафас йулларининг вирусли инфекцияси.
- B. Ичак микрофлораси.
- C. Кўк йиринг таёқчаси.
- D. Буғма (леффлер) таёқчаси.

**2. Болаларда ҳиқилдоқнинг қуйишидаги асосий ҳаёт учун хавф нимадан иборат бўлади:**

- A. Нафас олишнинг қийинлашиши.
- B. Ютинганда оғрик бўлади.
- C. Тана хароратини кўтарилиши.
- D. Товушнинг ўзгариши.

**3. Қуйидаги келтирилган қайси касалликлар ҳиқилдоқ ўткир стенозининг сабабчиси бўлмайди:**

- A. Ҳиқилдоқ склеромаси.
- B. Сохта бўгма.
- C. Ҳиқилдоқ дифтерияси.
- D. Ҳиқилдоқдаги ёт жисм.

**4. Ҳиқилдоқда ёт жисм бўлганда қандай текшириш усуллари қўлланилади:**

- A. Бронхоскопия.
- B. Рентгеноскопия ва рентгенография.
- C. Ларингоскопия.
- D. Бронхоскопия ва рентгенография.

**5. Асфиксияда биринчи ёрдам:**

- A. Тезкор трохеотомия.
- B. Антибиотикотерапия.
- C. Сунъий нафас бериш.
- D. Коникотомия қилиш.

**6. Ҳиқилдоқ қуйишида кислота таъсирини кўрсатинг.**

- A. Кислота тўқимага таъсир қилади, оксилдан суюқлик ажралиб ва каттик қараш қоплайди.
- B. Кислота тўқимага таъсир қилиб оксилни парчалайди.
- C. Кислота тўқимага таъсир қилиб оксил ўтиради.
- D. Кислота тўқимага таъсир қилиб, ёғларни парчалайди.

**7. Ҳиқилдоқ ишқорлар билан қуйганда даволаш тадбирларини кўрсатинг:**

- A. Кислотани кучсиз зритмаси билан ювиш, шиш ва нафас сиқилишини тўхтатиш ва ҳиқилдоққа антибиотиклар юбориш.
- B. Кучсиз ишқор билан ювиш, шиш ва нафас сиқилишини йўқотиш, юмшоқ ва суюқ овқатлар бериш.
- C. Сув билан ювиб, антибиотиклар юбориш.
- D. Кучсиз кислота эритмаси билан ювиш, замбуруғларга қарши препаратлар ва витаминотерапия.

**8. Ҳиқилдоқнинг ўткир стенозининг нечта даражаси бор:**

- A. 2
- B. 3

- C. 4  
D. Даражаси йўк

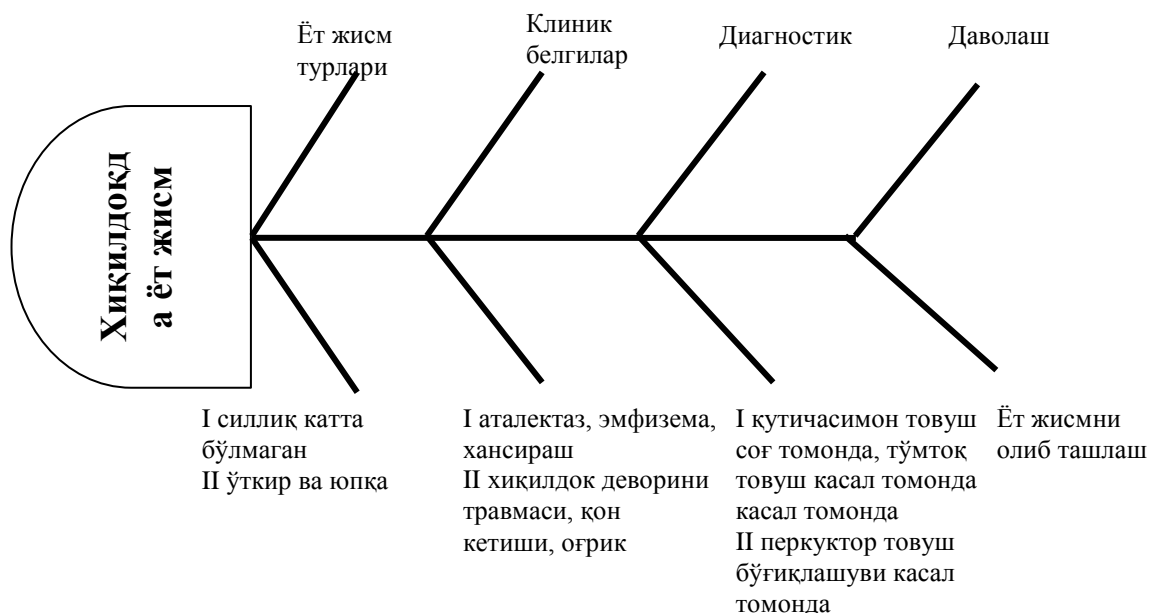
**9. Нафас етишмовчилиги жисмоний зўриқишда кузатилади, нафас олиш бироз қийинлашган. Бу ҳолат стенознинг қайси даражасида бўлади.**

- A. Компенсация  
B. Субкомпенсация  
C. Декомпенсация  
D. Асфиксия

**10. Кўкрак ёшидаги болаларда нима учун трахеотомия ўтказиш қийин?**

- A. Қиска бўйин  
B. Бўйин тери ости ёғ клетчаткаларга бой  
C. Ҳиқилдоқ тоғайи етилмаганлиги  
D. Ҳамма жавоб тўғри

### Мавзуга бағишланган «балиқ скелетини» ечиш



### ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИГА ДОИР ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАРИ ЖАВОБЛАРИ

**1. Субхордал ларингит (ўткир ларинготрахеобронхит, сохта бўғма):**

- A) Шишга қарши терапия (преднизолон, лазикс, супрастин, калций хлор),  
B) 5 минут оёққа иссиқ ванна,  
C) Балғам кўчирувчи препаратлар,  
D) фойдаси бўлмаса - трахеотомия.

**2. Ўткир эпиглотит, Ҳиқилдоқ стенози I дар.**

- A) Антибиотиклар,  
B) шишга қарши терапия,  
C) антибиотик ва гидрокортизонли, A витаминли аэрозол,  
D) стеноз зўрайса - трахеотомия.

**3 Аллергик ларингит. Ҳиқилдоқ стенози II дар.**

Антигистамин ва гормонал препаратларни қўллаган ҳолда стенозга қарши даво.

## МУҲДАРИЖА

|  |    |
|--|----|
| Бурун касалликларида диагностик текширув усуллари .....  | 4  |
| Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатлари ва ўткир касалликларида<br>шошилич ёрдам.....            | 4  |
| Мавзуга доир вазиятли масалалар.....   | 9  |
| Бурун касалликларидга доир тест саволлари.....   | 10 |
| Шошилич ҳалқум касалликларида диагностик текширув усуллари.....                                      | 14 |
| Талабанинг мустақил иши учун шошилич ҳалқум касалликларига доир<br>вазиятли масалалар тўплами.....   | 18 |
| Масалалар жавоблари.....   | 18 |
| Юқори нафас йўллари куйиши.....  | 19 |
| Қулоқнинг шошилич касалликларида диагностик текшириш усуллари.....                                   | 20 |
| Ташқи эшитув йўлининг чипқони.....   | 21 |
| Отогематома.....   | 22 |
| Қадамма-қадам отоскопия амалий кўникмаларини ўрганиш.....  | 26 |
| Қулоқнинг шошилич касалликларига доир вазиятли масалалар тўплами.....                                | 28 |
| Ҳиқилдоқнинг шошилич касалликларида диагностик текшириш усуллари.....                                | 30 |
| Ҳиқилдоқ шиши .....  | 30 |
| Ҳиқилдоқ жароҳатлари.....  | 33 |
| Шошилич ҳалқум касалликларида диагностик текширув усуллари.....                                      | 38 |
| Талабанинг мустақил иши учун шошилич ҳиқилдоқ касалликларига доир<br>вазиятли масалалар тўплами..... | 40 |
| Ҳиқилдоқ касалликларидга доир тест саволлари.....  | 41 |