

*ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ*  
*ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ*  
*САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ*

*ЛОР – аъзоларини текшириш усуллари*

*Талабалар, клиник ординаторлар, магистратура резидентлари ва умумий амалиёт шифокорлари учун уқу – услубий кулланма*

**Тузувчилар:**

**Н. Ж. Хушвакова** – Самарканд Давлат тиббиёт  
институти оториноларингология кафедраси мудири:  
доцент, т. Ф. н.

**Н. О. Хамракулова** – Самарканд Давлат тиббиёт  
институти оториноларингология кафедраси ассистенти

**Такризчилар:**

**Омонов Ш.Э.** – ТашПМИ оториноларингология каф.  
мудири, профессор, т.ф.н.

**Хакимов А.М.** – ТМА ЛОР касалликлари кафедраси профессори,  
т.ф.н.

**Н. Ж. Хушвакова**

**Н. О. Хамракулова**

**Оториноларингология бўйича**

**амалий кўникмалар**



Клиник ординаторлар, магистратура резидентлари, оториноларингологлар ва умумий амалиёт шифокорлари учун укув-услубий кулланма.



Лор органларини текширишдан олдин ёруғлик манбаини тўғрилаш керак. Ёруғлик манбаи текширилувчининг ўнг кулоқ супраси рўпарасида ундан 10-15 см узокликда туради. Пешона рефлектори тўғри ўрнатилиши керак (рефлекторнинг кўз тешиги чап кўз қорачиғи сатҳида жойлашиши керак). Врач текширилувчи рўпарасида , асбоблар столи беморнинг ўнг томонида булиши лозим. Текширилувчи бурнининг учига ёруғлик келтирилади (ўнг қўл бемор боши тепасига чап қўл билан эса пешона рефлектори ёрдамида ёруғлик манбаи топилади). Бемор юзидан 25-30 см масофада пешона рефлектори кўз тешиги орқали ёритилган орган чап кўз ёрдамида кўрилади. Кўрик бинокуляр ўтказилади.

**1. Ташқи кўрик, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини,  
ташқи  
кулоқни пальпация қилиш**



Бурун, юқори жағ ва пешона бўшлиғи юз девори, учламчи нерв чиқиш нуқталари пальпация қилинади. қулоқ олди соҳалари ва ташқи қулоқ пайпасланади (қулоқ юмшоғига босим ҳосил қилинади).

**1. Буйин олдинги ва ён юзалари ташқи кўриқдан ўтказилади регионар лимфа тугунлар пальпация қилинади.**



Регионар лимфа йуллари соҳаси пальпация қилинади: жағ ости, қулоқ олди, жағ олди, ўмров усти ва ости, юқори, ўрта ва пастки учликдаги ўмров кўкрак мушаги олдинги қирраси, бўйиннинг чуқур лимфа тугунларни пальпация қилинади. Унг томонга бемор боши эгилади чап қўл ёрдамида лимфа тугунлар пайпасланади.

**3.Ташқи куриқ, хиқилдоқ ва регионар лимфа тугунларни пальпация қилиш**



Аввалига бўйиннинг олд ва ён юзаси кўздан кечирилади, ҳиқилдок пайпасланади. Буйин тери қопламалари рангига, оқма бор йуқлигига, яллиғланиш инфилтларига, ҳиқилдок харакати - *Мур* крепитация симптомига эътибор берилади. Пальпация вақтида оғриқ борлигига, регионар лимфа тугунлар ҳолатига (ҳиқилдок усти, преларингеал ва претрахеал соҳа кўздан кечирилади).

#### **4. Вестибулоскопия**





Унг қўл беморни боши тепасига қўйилиб, текширилувчи боши фиксация қилинади. Чап қул 4 та бармоғи учи бемор пешонасига қўйилади, бош бармоқ билан эса бурун учи кўтарилади. Буруннинг ўнг ва чап томондан да хлизи кўздан кечирилади Вестибулоскопия фақат ўнг қўл билан ҳам бажариш мумкин, худди чап қўл сингари.

### **5.Олдинги риноскопия**

Чап қўлнинг очиқ кафтига клювасини пастга қилиб бурун кенгайтиргич олинади. Чап қўлнинг бош бармоғи бурун кенгайтиргич винтига, кўрсатувчи ва ўртанча бармоқ ташқаридан браншга қўйилади, 4-5 чи бармоқлар бурун кенгайтиргичнинг браншлари орасида бўлиши керак. Чап қўл тирсаги максимал туширилади, ёруғлик манбаини ёпмаслиги учун. Унг қўл бемор боши тепасига қўйилади, бурун кенгайтиргичнинг клюваси ёпиқ холатда чап қўл билан бемор ўнг бурун дахлизига киргизилади 0,5 кўп эмас. Сабаби бурун тусиғи олдинги учлиги Киссельбах артериал тугунни браншлар билан травма қилмаслик учун. Чап қўлнинг 3 бармоғи билан бурун дахлизига браншлар имкони борича кенгайтирилади. Бунда бурун канотлари ташқарига йўналади, курув майдони катталашади.



Биринчи позицияда бош одатдагидек холатда бурун бўшлиғи кўздан кечирилади. Шиллик парда рангига, бурун чиғаноқлари катталигига, бурун тусиғи шаклига, бурун йуллари ажралмаларига эътибор бериледи.

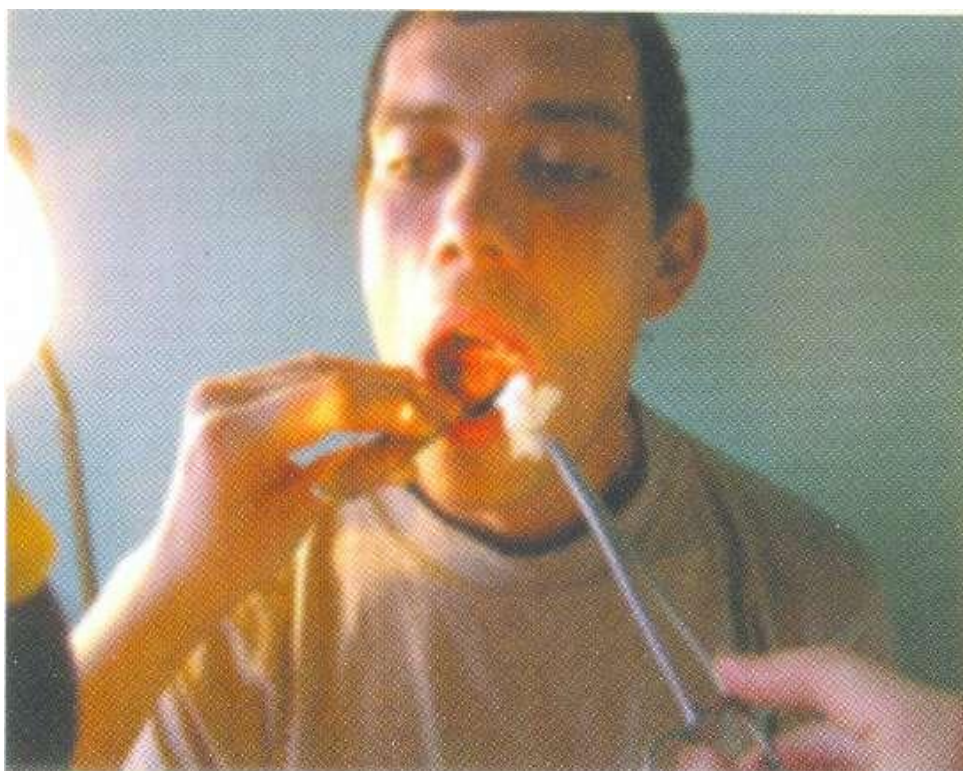


Иккинчи позицияда бурун кенгайтиргични бурун дахлизидан олмай туриб, боши орқага эгилган холда олдинги риноскопия қилинади (ўрта бурун йўлини яхши кўриш учун).

Бундан кейин бурун кенгайтиргич бурун дахлизидан бутунлай ёпилмаган холда олинади, бурун дахлизидаги тукларни юлиб олмаслиги учун. Чап бурун бушлиғи ҳам шу методика бўйича кўздан кечирилади.

## **6.Мезофарингоскопия**

Унг қўл бемор боши тепасига қўйилади, чап қўлнинг бош бармоғи пастда қолган бармоқлар юқори томонда турган холатда шпател олинади. Аввалига оғиз бушлиғи дахлизи шиллик қавати, лунжлар, тишлар ёпилган холатда куздан кечирилади . Шпател ёрдамида навбати билан ўнг ва чап лунж тортилади. Кейин бемор тилини кўтаради ва оғиз бушлиғи шиллик қавати туби, жағ ости сулак безлари чиқарув йўллари кўздан кечирилади, тиш ҳолати баҳоланади.



Оғиз бўшлиғини текшираётган вақтда бемор эркин туриши, бир хил маромда нафас олиши шарт. Шпател ёрдамида тилнинг 2/3 қисми тил илдизига тегмасдан пастга босилади. Бунда чап қўл ёрдамида шпател билан салгина ўнг томонга ўтилади, ҳалқумнинг курув майдонини ёпмаслиги учун. Томоқни яхшилаб кўриш шарт, чунки ҳалқум орқа девори кўздан кечирилади.

Мезофарингоскопия 2 ҳолатда ўтказилади:

1 – ҳолатда бемор эркин нафас олган вақтда

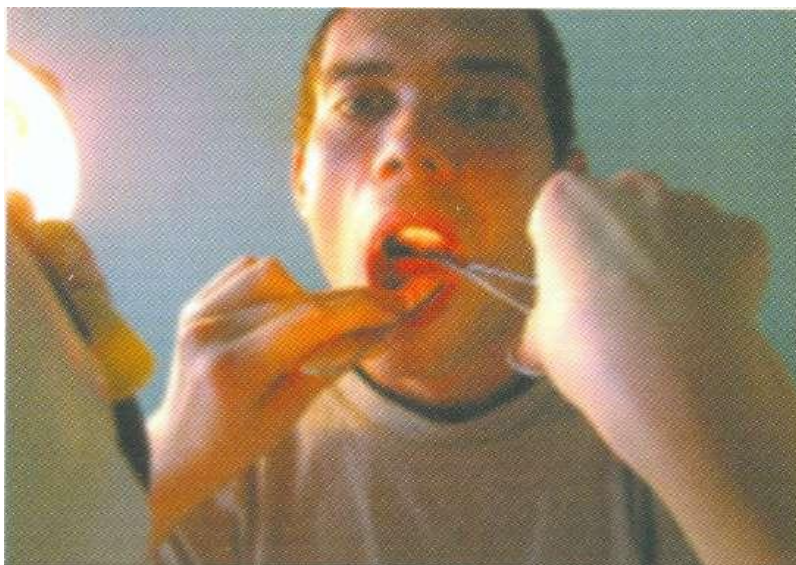


2- «а» товушини талаффуз қилган вақтда. Бу ҳолат юмшоқ танглай яхши ҳаракатига сабаб бўлади.

Бундан кейин ўнг томондаги ҳалқум муртаги пастки полюси кўздан кечирилади. Бунда бемор боши ўнг қўл ёрдамида биров ўнг томонга эгилади, шпател билан эса тилнинг ўнг ярмидан то олдинги танглай ёйларигача борилади ва тил пастга босилади. Кейин чап танглай муртаги пастки полюси шу методика бўйича кўздан кечирилади.

### **7.ОРҚА РИНОСКОПИЯ**

Бурун ҳалқумни текшириш учун Унг қўлга худди хат ёзадиган ручкага ухшаб диаметри 0,8-1 ммли бурун ҳалқум кузгуси олинади. Бурун ҳалқум кўзгусини дастасига ўрнатиб, кўзгули юзаси спирт буғида иситилади. Кўзгунинг иситиш даражасини бармоқнинг ташки юзасига қўйиб туриб текширилади. Чап қўлга шпател олинади, бемор оғзини очишини суралади. Шпател тилнинг 2/3 қисмига қўйилади (тил илдизига тегмаслиги керак, қусиш чақиради). Шпател ёрдамида тил босилади, бурун ҳалқум кузгуси юзасини юқорига қаратган ҳолатда киритилиб, томоқ орқали юмшоқ танглай орқасига утказилади,



Лекин тил илдизига тегмаслиги керак (қусиш рефлексини чақиради). Пешона рефлектори ёруғи бурун ҳалқум кузгусига тўғриланади ва бурун ҳалқум анатомик элементлари кўздан кечирилади: бурун ҳалқум туби, хоаналар, 3 та бурун чиғаноқларининг орқа қисмлари, 3 та бурун йўллари ва ундаги ажралмалар, эшитув найи тешиги.

### **8.БИЛВОСИТА ЛАРИНГОСКОПИЯ**

Бемордан оғзини очиш ва тилини чиқариш сўралади. Врач марлили салфетка билан тилни ўраб, чап қўл билан шундай тутадики, 1-чи бармоқ тилнинг устки юзасида, 3-чи бармоқ тил пастки юзасида, 2-чи бармоқ эса юкори лабда турсин. Унг қўлга худди хат ёзадиган ручкага ухшаб диаметри 20 мм ли ҳиқилдок кўзгуси олинади. Ойнали юзаси спиртли буғда иситилади. Кейин ҳиқилдок кўзгуси бурун ҳалқум бушлиғига юзасини пастга қаратиб киритилади. Тил илдизига ва ҳалқум орқа деворига тегмасдан то юмшоқ танглайгача боргандан сўнг юмшоқ танглай енгилгина юкорига ва орқага сурилади.



Ҳиқилдок 3 ҳолатда кўздан кечирилади:

1. эркин нафас олган вақтда.
2. товуш фонацияси вақтида.
3. чуқур нафас олган вақтда.

Фонация вақтида овоз бойламлари ҳаракати ва қалинлик даражаси аниқланади, чуқур нафас олган вақти бурма ости бушлиқ ҳам кўрилади. 40 ёшдан ошганларда ҳиқилдокнинг концероген зоналарига алоҳида эътибор берилади.

## **9.Отоскопия**



Агар иккала кулоқ ҳам соғлом булса, кўрик ўнг кулоқдан бошланади. Бемор боши чапга бурилади, чап қўл билан врач беморнинг ўнг кулоқ супрасини (катталарда) орқага ва юқорига тортади. Кичик болаларда эса орқа ва пастга тортилади. Унг қўл бош ва курсаткич бармоғи билан кулоқ варонкасини ушлаб, ташқи эшитув йўли пардасимон-тоғайли қисмига киритилади. Бемор ташқи эшитув йўлининг диаметрига мос келадиган варонка танланади. Чап кулоқни текширган вақти бемор боши ўнг томонга эгилади, кулоқ супраси катталарда ўнг қўл ёрдамида орқага ва юқорига тортилади. Кулоқ варонкаси чап қўл ёрдамида киритилади, пешона рефлектори ёруғлик манбаи ойна тешиги орқали ноғора парда кўздан кечирилади.

#### **10.Эшитишни нутк ёрдамида ва камертонлар билан текшириш.**



Нутқни текшириш шивирлаш нутқи (ШР) ва сўзлашув нутқи ёрдамида 6-7 м дан катта булмаган хонада ўтказилади. Текширилувчи врач ёнида туради, текширилувчи кулоғи текширувчи томонга йуналган, қарама –қарши кулоқ эса курсаткич бармоқ ёрдамида ташқи эшитув йули тешигига супача (мочка) билан қаттиқ бекитилади. Врач нафас чиқаргандан кейин 6-7 м



масофада қолдиқ ҳаво ёрдамида шивирлайди. Паст товушли сузлар билан: номер, много, мороз ва бошкалар. . . Ёки 2 белгили (двух значные ) сонлар билан: 21,35,43...

Бемор одатда эшитган сузларини баланд овоз билан қайтариши керак. Агар бу масофада бемор эшитмаса, секин унга яқинлашиш керак. Бу шивирлаш токи бемор айтилган сузларни ҳаммасини туғри қайтатдан эшитишигача давом эттирилади. Текширилувчи шивирлаш билан айтилган сузларни эшитиш масофаси сонини курсатадиган маълумот метрда белгиланади. Агар беморда шивирлаш нутқи эшитилмаса, бунда текширув сузлашув нутқи ёрдамида олиб борилади.



Беморга эшитиш паспортини тузишда шивирлаш ва сузлашув нутқидан ташқари камертонлар билан ҳам текширилади (паст С 128 ва юқори С 2048). Камертонни тебрантиришда уни бирдан қулоқ олдига олиб келиш шарт эмас. Жаранглаётган камертон браншлари ташқи эшитув йулига параллел жойлашган булиши керак. (Браншлар орасида эшитиш вақтини белгилаш учун товуш интерференцияси булиши шарт). Паст частотали камертон С 128 бош ва кўрсаткич бармоқ билан браншлар сиқилганда ва бирданига қуйиб юборгандан сунг тебранади. Юқори частотали камертон С 2048 тебраниши кўрсаткич бармоқ фалангаси тирноғи билан чертиш орқали амалга оширилади. Текширилувчи бемор ташқи эшитув йулига жаранглаётган камертон оёқчаси яқинлаштирилади. Агар бемор эшитса, қулоқга камертон бир неча марта яқинлаштирилади, бемор камертонни эшитишни бошласа, камертон доимий 0,5 см масофада то эшитмай қолгунча ушланади. Врач камертонни тебраниш вақтидан бошлаб секундларда белгилаб то бемор «эшитмаяпман» дегунча хисоблайди. Беморда ҳаво утказувчанлик вақти аниқланади ва камертон паспорти вақти билан таққосланади. Бундан врач ҳулоса қилади: ҳаво утказувчанлик норма ёки пасайган. Юқори камертон С



2048 хаво утказувчанлик текширганда ҳам худди шундай методика буйича қарама-қарши кулоқ ёпилган холда утказилади.

Суяк утказувчанлик фақат паст частотали камертонлар билан утказилади. Жаранглаётган С 128 камертон оёқчаси перпендикуляр сурғичсимон ўсик соҳасига қўйилади. Бемор эшитаётганини тасдиқласа, камертон яқинлаштирилади ва узоқлаштирилади (эшитиш адаптацияси хосил булмаслиги учун). Врач бемор товуш қабул қилиши қанча вақт давом этишини секундлар буйича аниқлайди. Бу маълумотлар камертон паспорти маълумотлари билан қиёсланади ва хулоса қилинади: суяк утказувчанлик нормал, узайган, қисқарган. Бу ерда камертонал синамаларни ҳам эшлаш керак: Ринне, Вебер, Швабах.

### **11. Вестибуляр бузилишларнинг спонтан белгилари**

(Бош айланиши, вегетатив реакциялар, нистагм, ҳаракат координацияси бузилиши).

Вестибуляр бош айланишда бемор субъектив атрофдаги нарсалар ёки танасининг бир қисмини ҳаракатини ҳис қилади, вегетатив реакциялар оқариб кетиш, қусиш, кўнгил айланиш кўринишида пайдо булади. Спонтан вестибуляр нистагмда 2та компонент тафовут этилади: тез ва суст. Нистагм йўналиши тез компонент билан аниқланади. Врач бемор қаршисида утиради, узининг курсаткич бармоғини бемор кўзи сатҳидан олдинда 60-70 см узоқликда тутиб туради ва текширилувчидан бармоқга қараш суралади. Агар бу ҳолатда спонтан твестибуляр нистагм кузатилмаса, бунда врач ўзининг бармоғини аввал ўнгга, кейин чап томонга курсатилган масофада ва кўз бурчагидан 45 °С дан кўп булмаган ҳолатда йуналтиради. Спонтан вестибуляр нистагм булса унинг даражаси аниқланади.



Беморда вестибуляр патология булса, координация бузилишлари қуйидагилар ёрдамида аниқланади:

1. Ромберг позасидаги турғунликни текшириш. (Суст нистагм компоненти томон оғиш кузатилади, оғиш йўналиши бошнинг ҳолатига боғлиқ булади, чунки бунда нистагм суст компоненти йўналиши узгаради).

2. Туғри чизик бўйлаб кўзлар ёпилган ҳолатда («звезды» симптоми – олдинга томон юрганда суст нистагм компоненти томон доимий оғиш кузатилади).

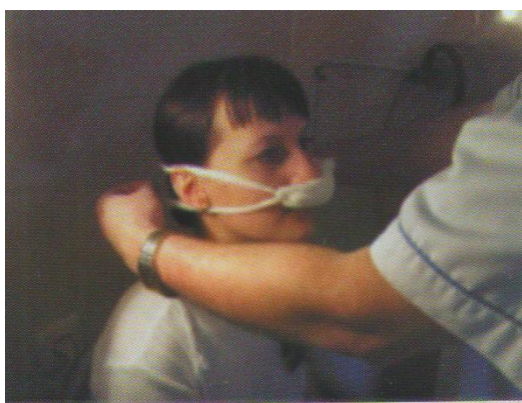
3. Спонтан оғиш реакциясида кузлар ёпилган ҳолатда кўзлар олдинга чўзилади (суст нистагм компоненти томон иккала кўл ҳам оғади).

4. Тегиб (туртиб утиш) синамаси:

А) Бармоқ курсатувчи тажриба – врач беморнинг қаршисида ўтиради. Қўлини кукрак сатҳида чўзади, текширилувчининг кўли тиззасида булади. Беморга кўлини олдинга томон чўзиш ва кўзи ёпилган ҳолатда курсаткич бармоғини врач курсаткич бармоғига кўлини кутарган ва пастга туширган ҳолатда тегизиши керак. Вестибуляр анализатор зарарланганда суст нистагм компоненти томонга бемор иккала кўли ҳам кетиб қолади (промахивается).

Б) Бармоқ бурун синамаси – врач бемордан кўрсаткич бармоғини аввалига кўзини очган ҳолатда, сўнг эса ёпган ҳолда бурун учига тегизиши сўралади. Вестибуляр аппарат бузилганда, бемор иккала кўли билан ҳам суст нистагм компоненти томон кетиб қолиши кузатилади.

## 12. Сопқонсимон боғлам қуйиш



Олдиндан тайёрланган сопқонсимон боғлам 2 та марлили боғлагич билан бурунга фиксация қилиниши керак. Марлили боғлагичлар кулоқ супрасининг юқорисидан ва пастидан ўтиб энса соҳасида боғланади.

## 13. Кулоқдаги пахта ушлагични тайёрланиши.

а) ўнг кўлга кулоқ зонди олинади, унинг учи ёйилган пахтага тегизилади.

Чап кўл курсаткич бармоғи ёрдамида ушланади.



б) катта бармоқ билан курсаткич бармоқ ёрдамида зондга пахта ўралади, зонд охирида «пахтали таёкча» хосил булади.

в) кулоқ зондига пахта булакчасини шундай ўраш керакки, унинг учи момикдай юмшоқ бўлиб мўйқаламга ухшасин.

#### 14. Кулоқ туалети (ўнг кулоқ)



Чап кўл ёрдамида кулоқ супраси ташқи эшитув йўлини тўғрилаш учун орқага ва юқорига нисбатан тортилади. Унг кўлга ташқи эшитув йули



диаметрига мос қулоқ варонкаси олиниб, унинг пардали-тоғай қисмига киритилади. Шундан кейин қулоқ варонкаси чап қўлнинг бош ва курсаткич бармоқлари билан ушланади ва ўнг қўл билан олдиндан тайёрлаб қуйилган пахта ушлагич ёрдамида қулоқ туалети утказилади. Агарда бир марта билан ташқи эшитув йўли тоза булмаса, бунда қулоқ варонкаси қулоқда турган ҳолатида кир пахта тоза пахта булакчаси ёрдамида пахта ушлагичдан олинади. Унга тоза пахта ўрнатгандан сўнг қулоқ туалети то ноғора парда курунгуна яна такрорланади. Чап қўлоқ туалети ҳам худди шундай ўтказилади.

### **15. Қулоқга дори моддаларини турунда ёрдамида киритиш.**

Қулоқ супраси юқори ва орқага тортилиб *ташқи эшитув йўли тўғрилангандан кейин, ўнг қўл ёрдамида қулоқ варонкаси ташқи эшитув йўли парда – тоғай* қисмига киргизилади. Чап қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоғини қулоқ варонкаси кенгайган қисмига фиксация қилиниб, ўнг қул билан қулоқ марлили турундаси ташқи эшитув йўлига қулоқ варонкаси орқали қулоқ пинцети ёрдамида киритилади. Зарур вақтда дори эритмалари ва мазлар ҳам қўйиш мумкин. Чап қулоқда ҳам шу методика бўйича бажарилади.

### **16.Ташқи эшитув йулидаги олтингурут тикинини ювиш ва ёт жисмни олиб ташлаш.**

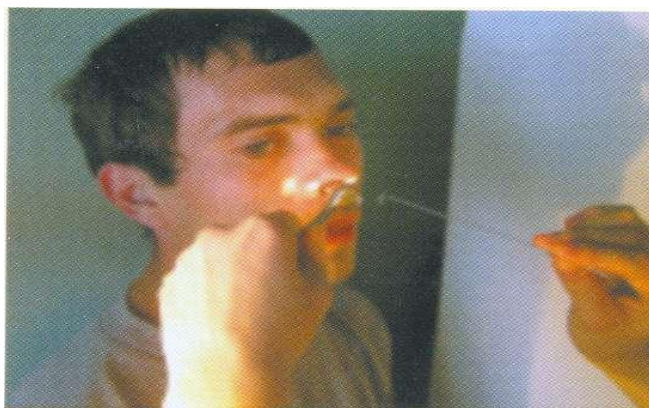




Ўнг қулоқни ювиш учун буйраксимон тогора (лоток) бемор бўйнига ва елкасига жойлаштирилади. Бемор узи лотокни ушлаши керак. Врач ўнг қўлига 100 мл сув солинган Жане шприцини олади (сув температураси тана ҳароратига тенг, рангланган марганцовкали булиши керак). Бош бармоқ поршин, халқасига, қолган бармоқлар эса шприц тутқичида бўлади. Жане шприци чюзинчоқ учини ташқи эшитув йўлининг парда-тоғайли қисмига 0,5 см киргизилади, кулоқ супраси орқага ва юқорига тортилган холатда суюқлик ташқи эшитув йўлининг орқа юқори деворига қаратиб юборилади. Бунда чап қўл урта бармоғи шприцга фиксация қилинади, бир вақтнинг узида бош ва курсаткич бармоқ билан кулоқ супраси катта кишиларда орқа ва юқорига тортилади. Чап кулоқда ҳам худди шундай, фақат қўл холати узгартирилади.

### **17. Бурун бўшлиғини зондлаш**

Олдинги риноскопия қилинади, кейин ўнг қўл бемор боши тепасидан тушириб, ўнг қўлга худди мўйқаламга ухшаб тугмали зонд олинади ва очилган бурун кузгуси орасидан киргизилади. Қуйидагилар аниқланиши мумкин: ўсма, полип, ёт жисм, ... **8.Бурун бушлиғи туалети**



А) Олдинги риноскопия ўтказилади, ўнг қўл бемор боши тепасидан туширилиб, унга худди муйқалам ушлагандек бурун зонди олинади. Олдиндан тайёрланган пахта ушлагичли зонд очилган бурун кузгуси орқали бурун бушлиғига киргизилади.

Б) зонд учигаги кир пахта (бурун бўшлиғидаги шиллик, йиринг, қаткалоқ тозаланади) тоза пахта бўлакчаси ёрдамида олиб ташланади.

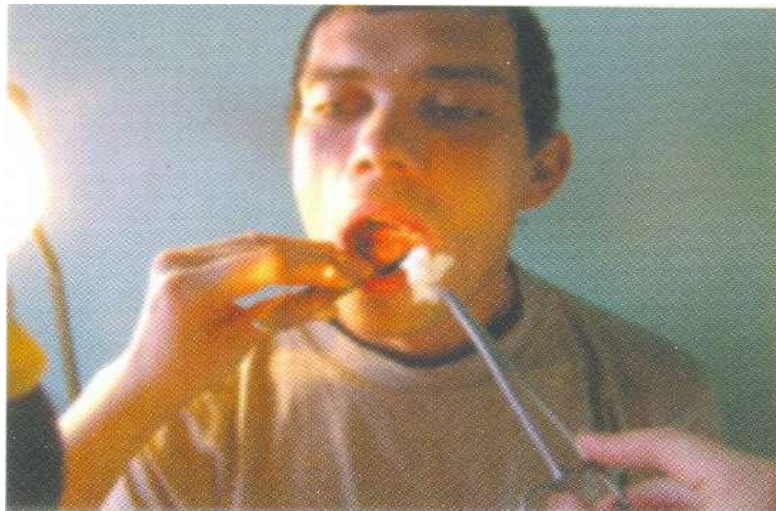
Г) Бурун зондидан олинган кир пахта лотокга ташланади.

### **19.Бурун бушлигидан ёт жисмни олиб ташлаш**

Олдинги риноскопия ўтказилади, ўнг қўл бемор боши тепасидан туширилиб, унга худди мўйқалам ушлагандек кулоқ илмоғи (крючок)

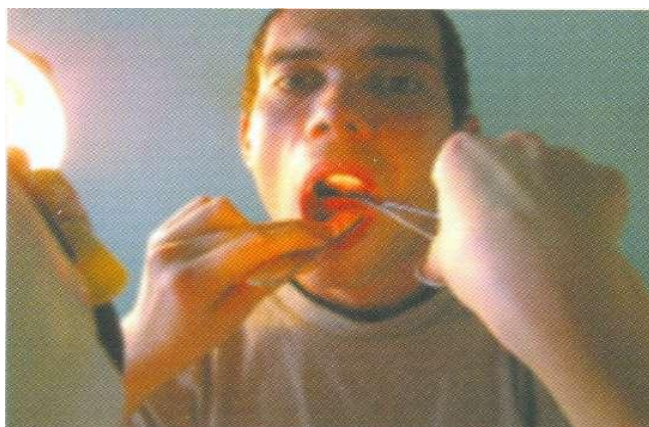
олинади. Очилган бурун кузгуси орқали бурун бушлиғига ёт жисм остидан киргизилади ва ёт жисмни узига томон тортиш орқали олиб ташланади.

## **20. Оғиз бушлиги туалети**



Фарингоскопия ўтказилади, ўнг қўл ор боши тепасидан туширилиб, унга дезрастворли марлили шарик қистирилган зонд олинади. Кейин оғиз бушлигига киргизилади ва овқат қолдиқлари, шиллиқ ва нелетлардан тозаланади.

## **21. Халқумдан ёт жисмларни олиб ташлаш**

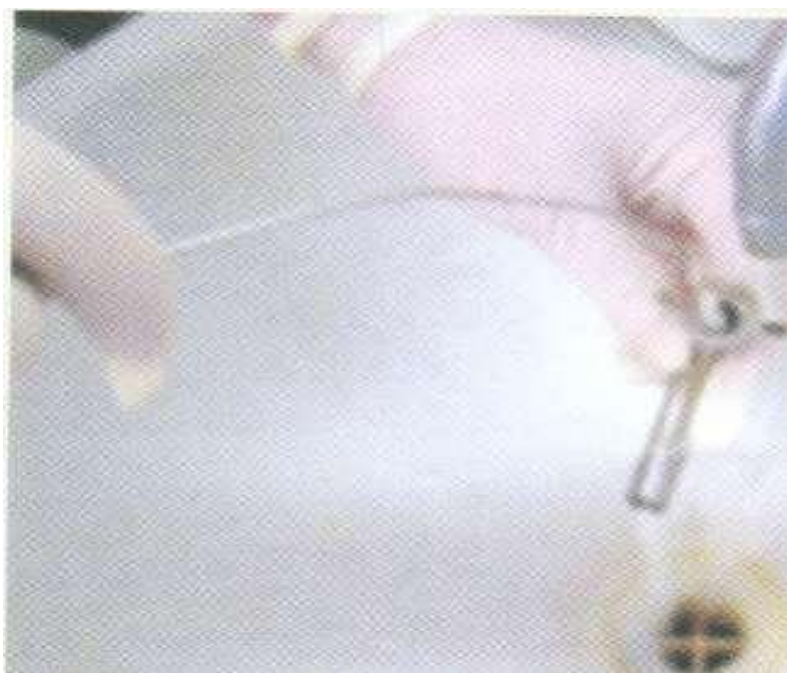


Фарингоскопия ўтказилади, ёт жисм жойлашган жойи аниқланади (балиқ суяги) қўл бемор боши тепасидан туширилиб, унга қискич (зажим) олинади. Оғиз бушлиғи очилган ҳолатда киргизилиб, сунг ёт жисм ушланади, зажим билан қисилиб ёт жисм олиб ташланади.

## **22. Трахеостомик трубкани туалети**



А) Бемор бўйнига фиксацияланган трахеотомик трубкадан бироз ён томонга фиксатор флажкани бураб ички трупка олинади.

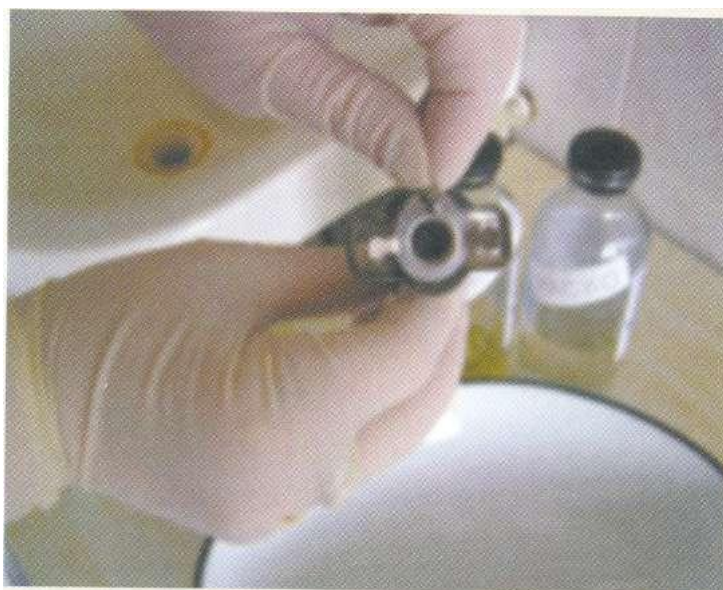


Б) Ички трубка оқиб турган сув остида ювилади. Бунинг учун пахта уралган зонд ишлатилади.





В) Ювилган ички трубка аввалига антисептиклар билан тозаланади, кейин унга ёғ суртилади.



Г) Тозаланган ички трубка қайтадан жойлаштирилади, фиксатор флажкани пастга бураш орқали фиксация қилинади.

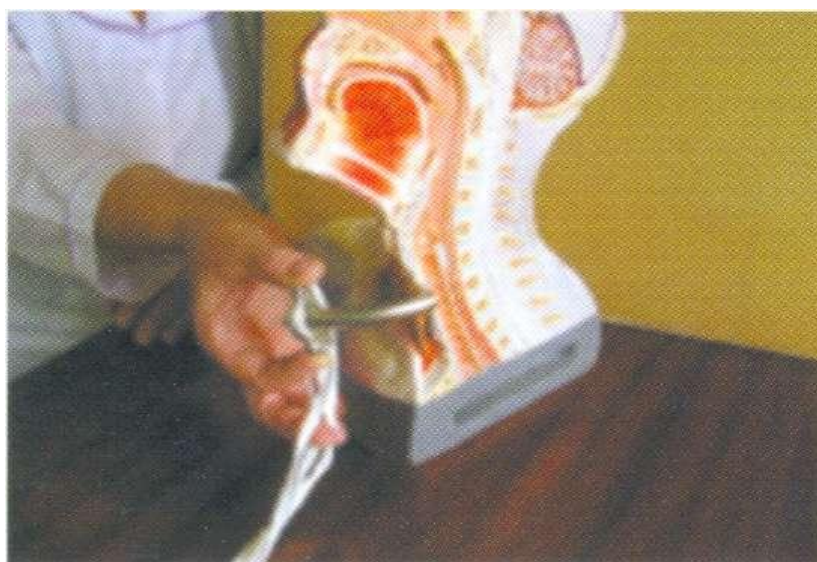
### **23.Трахеотомик трубкани алмаштириш**





А) Трахеостом урнатилган беморда трахеотомик трубкани қуйидаги йул билан алмаштирилади:

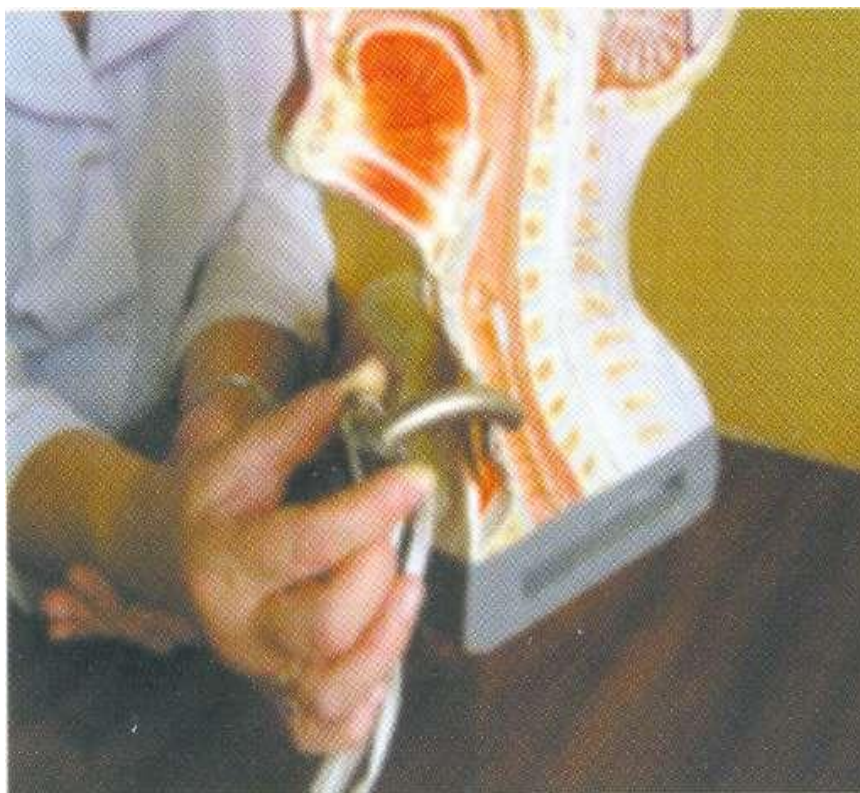
Буйинга фиксацияланган марлили боғич ечилади ва трахеотомик трубка (най) резинали перчатка кийилган қўл билан олинади. Бунда трубка унғ қўл ёки чап қўлнинг 2 та бармоғи билан горизонтал пластинканинг ён қиррасидан ушлаб узимизга ва юқорига тортамыз.



Б) Олдиндан алмаштириш учун ҳудди шундай улчамдаги най ва марлили боғич тайёрлаб қўйилади. Трахеотомик трубка олинган заҳоти олдиндан тайёрланган трахеотомик трубка қўйилади (вақтни юқотиш мумкин эмас, трахеостоманинг кирувчи тешиги тезлик билан торайиб трубка кириши

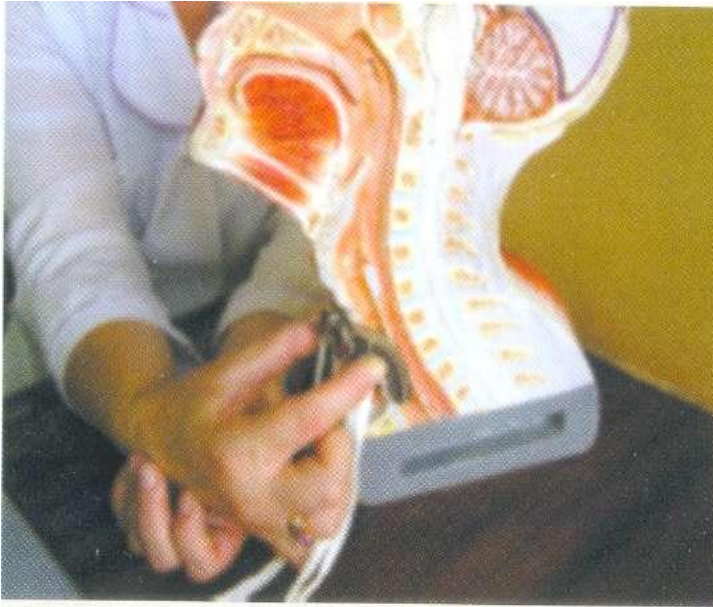
қийинлашади). Бунда муҳим нарсa трахеотомик трубкани бошида горизонтал ҳолатда киритиш керак, кейинчалик унинг охириги учидаги тешигини трахеотомик тешикга киритилади.

**Диққат:** Вертикал ҳолатда трахеотомик трубка трахеостомага кирмайди. Агар куч билан киргизилса, бунда туқималар жарохати ва улардан қон кетиши мумкин. Бу эса муолажани қийинлаштиради.

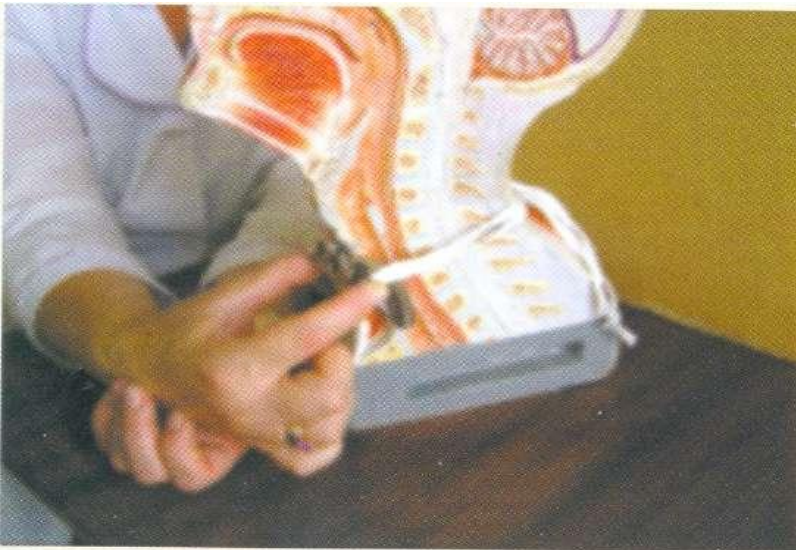


В) Трахеотомик трубкани горизонтал ҳолатдаги учи трахеянинг кириш тешигига кирган захоти трахеотомик трубкани вертикал ҳолатда утказиб киритишни давом эттириш керак.





Г) Трахеотомик трубканинг пластинкалари бўйин терисига киргунча киргизилади.



Д) Трахеотомик трубка киритилгандан сўнг марлили боғич билан бўйинга фиксация қилинади.

#### **24. Буруннинг олдинги тампонадаси**





Олдиндан бурунга марлили тампон тайёрланади, банкада гемостатик пастага, вазелин ёғига ёки аминокапрон кислотага шимдирилади. Буруннинг қоновчи қисмида олдинги риноскопия ўтказилади. Унг қўлга қулоқ пинцети худди мўйкаламга ухшаб олинади. Марлили тампоннинг учидан 10 см қолдириб, пинцет тумтоқ учлари билан марлили тампон уртасидан ушланади (булмаса тампон пинцетдан силжиши мумкин). Кейин тенг 2 га булинган тампон очик бурун кузгуси орқали қулоқ пинцетининг бутун узунлиги бўйича умумий бурун йўлининг тубидан бошлаб киритилади. (Узунлиги 7 см га тенг, бу катта одам бурун бушлиғининг узунлигига баровар.)



Бурун бушлиғига киритилган марлили тампон бурун бушлиғи тубига куч билан босилади, пинцетнинг тумтоқ учида босимни камайтириш йули билан ўнг қўл бармоқлари ёрдамида пинцет браншига туширилади ва у бурун бушлиғидан бошка марлили тампон учун чиқарилади.



Чап қўлнинг бош бармоғи билан бурунга киритилган марлили тампон бурун кузгусига шундай босиладики, ўртадаги бўшлиқни бекитиб қўймаслиги керак. Яна пинцетнинг тумтоқ учи билан бурун тампо энининг уртасидан ушланади ва 7 см жой қолдирилади. Тампон тахланган ҳолатда бурун бўшлиғига олдиндан киритилган тампон устига тахланади ва биринчи тампон устига босилади. Қисилган пинцет тумтоқ учларини қўйиб юборилади ва пинцет бурун бўшлиғидан чиқарилади. Бунда чап қўлнинг бош бармоғи билан 2 тур киритилган тампон устига босилади. Бу муолажа токи бурун ҳалқум чуққисигача бурун бўшлиғини зич тулдирмагунча давом эттирилади («гормошка» куринишида).



Бундай буруннинг олдинги тампонасида тампон бурун ҳалқум бўшлиғигача кирмайди ва унинг 2 учи (бошлангич ва охири) бурун бўшлиғи даҳлизидида туради. Қайта тампонлашда марлили бурун тампонини юқоридаги учидан хирургик пинцет ёрдамида тортиб чиқарилади. Тампон тахланган тахламлари бўйича чиқади ва шиллиқ қават шилинмайди.

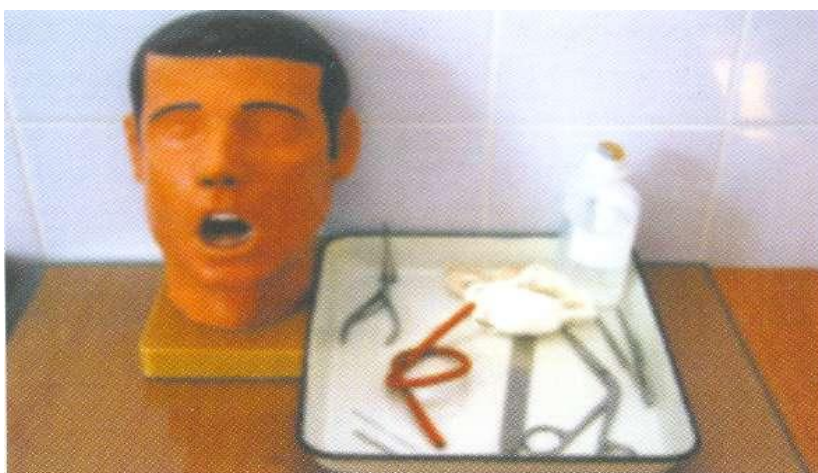
Бурундан кучли қон кетганда иккинчи бурун бўшлиғига ҳам олдинги тампонада юқоридаги методика бўйича ўтказилади.





Бурун олдинги тампонадаси сопқонсимон боғлам қўйиш яширин қон кетишини аниқлаш учун (ҳалқум орқа девори бўйлаб қон кетиш) фарингоскопия қилиниб тугатилади.

## **25. Буруннинг орқа тампонадаси**



Бурун орқа тампонадаси учун лотокда қуйидагилар булиши керак:

Бурун кузгуси, кулоқ пинцети, ингичка урологик катетер, банкада бурун марлили тампони, уни гемостатик пастага, вазелин ёғи ёки аминакапрон кислотага шимдириш учун. Орқа тампон олдиндан беморга мос танланади.



Орқа тампон фиксацияси учун марлили валик ва вазелин ёғи сақланадиган флакон (гемостатик пастага, аминакапрон кислотага ва бошкалар...)



Турли улчамдаги орқа тампонлар олдиндан тайёрланади ва шифохона (лор булими) қабул булимида стерил биксада сақланади. Орқа тампон марлидан пакетчалар куринишида қилинади, қалин шойи ипакли ип билан зич қилиб х-симон боғланади. Фақатгина охиридан 3 та узун уч қолдирилади. (2 таси бурун бушлиғидан катетер билан тортиш учун ва 1 таси кейинчалик тампонни олиб ташлаш учун).

Орқа тампон индивидуал равишда танланади ва у бемор бош бармоқ тирноқ фалангасининг ўлчамига тўғри келиши керак.

Орқа тампонада бурун бўшлиғи бирининг олдинги риноскопияси билан бошланади. Бунни қилишдан мақсад юпқа урологик катетерни бурун бўшлиғига киритишни осонлаштириш ва уни бурун - халқум, оғиз-халқумга киритишдан иборат. Кейин фарингоскопия ўтказилиб катетернинг оғиз бўшлиғига чиқиб турган учи қисқич билан ушланиб оғиз бўшлиғидан чиқарилади.



Оғиз бушлиғидан чиқарилган катетерга орқа тампон 2 та ипи учидан маҳкам боғланади (иплар шундай узун бўлиши керакки, улар бурун бушлиғидан катетер орқасидан чиқиши лозим). Кейин чап қўл билан катетерни ва унга боғланган ипни бурун бушлиғидан чиқарамиз. Орқа тампоннинг 3-чи ипи оғиз бушлиғида туриши лозим. Кейин бурун бушлиғидан 2 та ипни шундай тортамизки у бурун халқумга зич фиксация булсин.

Бунда баъзан танглай ёйи пардаси кайрилиб бурун халқумни ёпиши мумкин, шунда орқа тампонни бурун халқумга ўнг қўл билан итариш мумкин.



Тугри танланган орқа тампон иккала хоанани ҳам зич ёпиб яширин қон кетиши олдини олади.

Ёрдамчи (хамшира) бурун бушлиғидан 2 та чиқган ипни ип оғиз ҳалқумга тушиб кетмаслиги учун тортиб туради (асфиксия хавфи). Врач олдинги тампонадани бурунда иккинчи тамондан ҳам юқориғи методика буйича бажаради. Кейин орқа тампон қуйидагича фиксация қилинади: 2 та ип ажратилади (улар таранглиги камайтирилмайди). Улар орасида марлили валик тахланади ва улар жуда қаттиқ валикга боғланади.



Қолган узун иплар олдинги тампонни алмаштириш учун ишлатилади. Бу ҳолатда орқа тампонадани сақлаб қолиш мумкин. Орқа тампоннинг оғиз бушлиғидан чиқиб турган учинчи ипи ёпишқоқ пластр билан ёноқга фиксация қилинади. У орқа тампонни олиб ташлаш учун керак. Унинг учидан ушлаб оғиз бўшлиғидан орқа тампон чиқарилади, чиқарилгаётган пайт тортилган ҳолатда бўлади (иплар бармоқга тампон тушиб кетмаслиги учун боғланади). Агар ип боғланмаса олдинги тампонада олиниб иплари кесилгандан кейин тампон ҳикилдок ҳалқумга тушиб асфиксия келтириб чиқариши мумкин.





Буруннинг орқа тампонадаси сопконсимон боғич қўйиш ва мажбурий фарингоскопия қилиш билан тугатилади (қон кетиш тухтаган ёки яширин қон кетиш йўқлигини аниқлаш учун). Халқумни орқа девори бўйлаб қон оқмаслиги ёки юмшоқ танглай тилчасидан қон томиб турмаслиги лозим.