

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Олий ва ўрта тиббий таълим бўйича ўқув-услуга идораси

Тошкент Педиатрия тиббиёт институти
Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти

**ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН
КАСАЛЛИКЛАРИ**

Тошкент - 2011 йил.

Тузувчилар: **С.А. Ҳасанов** - Тошкент Педиатрия тиббиёт институти «Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари, болалар стоматологияси» кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори профессор

Н.Х. Воҳидов - Бухоро Давлат тиббиёт институти «Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари ва офтальмология курси» кафедраси мудири тиббиёт фанлари номзоди, доцент.

Тақризчилар: **Р.М. Аҳмедов**- Бухоро Давлат Тиббиёт институти «Факультатив ва Госпитал хирургия, Урология, Анестезиология ва реанимация кафедраси мудири т.ф.д., профессор

А.М. Ҳакимов – Тошкент тиббиёт академияси «Қулоқ, томоқ, бурун касалликлари» кафедраси мудири, профессор, тиббиёт фанлари доктори

С.С. Орифов - Тошкент тиббиёт академияси «Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари» кафедраси профессори, т.ф.д.

МУНДАРИЖА

Сўз боши _____	5
Оториноларингология фанига кириш, унинг мазмуни, вазифалари, бошқа фанлар билан боғлиқлиги. Ўзбекистонда ривожланиш тарихи _6	
Эшитув аъзосининг анатомик тузилиши, физиологияси ва текширув усуллари _____	17
Мувозанат аъзосининг анатомик тузилиши ва текширув усуллари _____	73
Қулоқ касалликлари _____	89
Ташқи қулоқ касалликлари _____	89
Ташқи қулоқнинг туғма нуқсонлари _____	90
Қулоқ жароҳатлари _____	91
Қулоқнинг термик ва кимёвий жароҳатлари _____	99
Қулоқ супраси музлаши _____	100
Қулоқнинг акустик жароҳати _____	100
Ташқи эшитув йўли чипқони _____	101
Тарқоқ ташқи отит _____	103
Ташқи қулоқ сарамаси _____	104
Отомикоз _____	105
Ташқи қулоқ экземаси _____	107
Қулоқ супраси перихондрити _____	108
Қулоқ кири _____	109
Ташқи эшитув йўли ёт жисми _____	111
Ташқи эшитув йўли экзостози _____	112
Ўрта қулоқ касалликлари _____	113
Ўткир ўрта отит _____	114
Болаларда ўткир йирингли ўрта отит _____	124
Юқумли касалликларда ривожланган ўрта отит _____	127
Антриг _____	129
Мастоидит _____	132
Сурункали йирингли ўрта отит _____	138
Ички қулоқ касалликлари _____	157
Лабиринтит _____	157
Отоген калла ичи асоратлари _____	165
Отоген бош мия ҳўппози _____	167
Отоген менингит _____	176
Сигмасимон синус тромбози _____	181
Отоген юз асаб толаси фалажи _____	185
Қулоқнинг йирингсиз касалликлари _____	185
Ўткир тубоотит _____	186
Сурункали тубоотит _____	188
Экссудатив ўрта отит _____	189
Адгезив ўрта отит _____	190

Эшитув асаб толасининг яллиғланиши (неврити) _____	192
Ўткир сенсоневрал паст эшитишлик _____	195
Отосклероз _____	196
Меньер касаллиги _____	201
Ҳалқумнинг анатомик тузилиши, физиологияси ва текширув усуллари _____ 5	
Ҳалқум касалликлари _____	21
Ҳалқум жароҳатлари _____	21
Ҳалқумда ёт жисм _____	22
Ҳалқум куйишлари _____	23
Ўткир бирламчи тонзиллитлар (ангиналар) _____	24
Ангиналарнинг нотипик шакллари _____	33
Юқумли касалликларда ривожланган ангиналар _____	36
Қон касалликларида ривожланган ангиналар _____	45
Ангиналардан кейин ривожланадиган асоратлар _____	47
Сурункали тонзиллит _____	56
Танглай муртаклари гипертрофияси _____	67
Ҳалқум муртаги гипертрофияси (аденоидлар) _____	67
Сурункали аденоидит _____	69
Ронхопатия _____	71
Ўткир фарингит _____	75
Сурункали фарингит _____	77
Фарингомикоз _____	79
Ҳиқилдоқ ва трахеянинг анатомик тузилиши, физиологияси ва текширув усуллари _____ 80	
Ҳиқилдоқ касалликлари _____	93
Туғма ҳиқилдоқ торлиги (стридор) _____	93
Ҳиқилдоқ жароҳатлари _____	93
Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқиши _____	95
Ҳиқилдоқ ёт жисми _____	96
Ҳиқилдоқнинг термик ва кимёвий жароҳатлари _____	99
Ларингоспазм _____	102
Ҳиқилдоқ шиши _____	104
Ҳиқилдоқ ангиnasi _____	105
Ўткир эпиглотит _____	106
Ўткир катарал ларингит _____	108
Инфилтратив ларингит _____	110
Бурма ости ларингити (сохта круп) _____	111
Флегмоноз ларингит _____	112
Ҳиқилдоқ хондроперихондрити _____	114
Болаларда ўткир ларинготрахеит _____	115
Ҳиқилдоқ ва трахеянинг сурункали яллиғланиши _____	128

Ҳақилдоқ мушаклари ҳаракатининг бузилиши _____	132
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг анатомик тузилиши, физиологияси ва текширув усуллари _____	208
Бурун касалликлари _____	240
Ташқи буруннинг туғма нуқсонлари _____	240
Хоаналарнинг туғма атрезияси _____	241
Бурун чипқони _____	242
Бурун сарамаси _____	244
Пушти ҳуснбузарлар ва ринофима _____	245
Бурун даҳлизи сикози _____	245
Бурун даҳлизи экземаси _____	246
Ташқи буруннинг термик жароҳатлари _____	247
Бурун тўсиғи қийшайиши _____	248
Бурун тўсиғи гематомаси ва ҳўппози _____	251
Бурун бўшлиғидаги ёт жисмлар _____	253
Бурундан қон оқиши _____	253
Ўткир ринит _____	258
Сурункали ринит _____	263
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатлари _____	273
Параназал синуситлар _____	278
Бурун ёндош бўшлиқларининг кистасимон кенгайиши _____	306
Бурун бўшлиғи полипи _____	306
Риноген кўз косаси (орбитал) ва калла ичи асоратлари _____	308
ЛОР-аъзолари ўсмалари _____	138
ЛОР-аъзоларининг юқумли гранулемалари _____	157
ЛОР-аъзолари касалликларида меҳнат экспертизаси ____	167
ЛОР-аъзолари касалликларида диспансер назорати ____	174
Оториноларингологияда қўлланиладиган асосий дорилар	181
Адабиётлар _____	208

СЎЗ БОШИ

*Яратилган дарслик Ўзбекистон Республикаси
мустақиллигининг 20 йиллигига бағишланади.*

Тиббиёт институтларининг барча факультетларида оториноларингология фанини ўқитиш амалиёти шуни кўрсатадики, ушбу соҳани ўрганишни бошлаган 4-5- босқич талабалари қулоқ, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва бурун анатомияси асосларини анчагина ёддан чиқарган бўладилар. Шунинг учун биз талабаларга атласлар ёки анатомия ва физиологияга доир бошқа ўқув қўлланмалардан фойдаланишни тавсия этмай, ушбу аъзоларнинг клиник анатомиясига доир керакли билимларни айнан шу дарсликда бериш зарур деб ҳисоблаймиз, чунки оториноларингология фанини ўрганиш учун ажратилган вақтда ягона дарсликдан фойдаланиш талабалар учун қулай. ЛОР кафедраларда талабалар 2-4 ҳафта давомида машғулот ўтадилар, шунинг учун, бизнинг фикримизча, дарслик қисқа ва ихчам бўлиши лозим. Ушбу дарсликда тиббиёт институтлари барча факультетлари талабалари учун қулоқ, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва бурун касалликларининг диагностикасини ўрганиш учун керакли маълумотлар ўзбек тилида баён этилган. Дарсликда касалликларнинг қиёсий ташхисотига, ЛОР – аъзолари касалликларини бошқа аъзо ва тизимлар касалликлари билан боғлиқлигига алоҳида урғу берилиб, ЛОР-аъзолари касалликлари ва жароҳатларида шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари ва тамойиллари ёритилган.

Дарсликда кўпгина касалликларни аниқлаш ва даволаш борасида оториноларингология фани эришган охирги ютуқларига батафсил тўхталиб ўтилган, даволашда ижобий натижа берган замонавий дори воситалари келтирилган; касалликларнинг клиник белгилари рангли расмлар билан тўлдирилган.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ФАНИ, УНИНГ МАЗМУНИ, ВАЗИФАЛАРИ, БОШҚА ФАНЛАР БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ. ЎЗБЕКИСТОНДА РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ.

Оториноларингология – бу калла ва бўйин соҳаси, аниқроғи одам танасининг қош усти ёйидан ўмров суягигача бўлган қисмининг касалликлари билан шуғулланадиган фан.

Юқори нафас йўллари, яъни бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ организмга тозаланган ва иситилган ҳаво оқимини киришини таъминлабгина қолмай, балки ҳид билиш, овқатланиш ва нутқни шакллантириш каби муҳим фаолиятларда иштирок этади. Қулоқлар эса инсонга товушларни ва нутқни эшитиш, уларни таҳлил қилиш ҳамда мувозанатини сақлаш имконини беради. Ушбу аъзоларнинг фаолияти юрак-қон томир, асаб, бош мия, ошқозон-ичак, ҳаракат, иммун, қон ишлаб чиқариш ва бошқа аъзо ва тизимлар фаолияти билан узвий боғлиқ. Шубҳасиз, бундай физиологик ва анатомик алоқалар ЛОР-аъзолари ва ушбу тизимларнинг касалликларида қандай патологик реакциялар юзага келишини белгилаб беради. ЛОР-аъзоларининг яллиғланиши ва бошқа касалликлари аксарият ҳолларда организмда турли патологик ўзгаришларни ривожланишига олиб келади, шунинг учун врачлар оториноларингология фанининг асосларини чуқур ўзлаштиришлари лозим.

Шундай қилиб, оториноларингология фани юқори нафас йўллари ва қулоқ касалликларини бошқа патологиялар билан боғлиқ ҳолда аниқлаш, даволаш ва олдини олиш, ҳамда бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қулоқнинг физиологияси ва патологияси масалаларини бошқа аъзо ва тизимлар билан боғлиқ ҳолда илмий ўрганиш билан шуғулланади.

Оториноларингология фанининг асосий вазифаси тиббиёт институтларининг талабаларига қуйидаги билим ва кўникмаларни ўргатишдан иборат:

- қулоқ, томоқ ва буруннинг клиник анатомияси ва физиологияси;
- ЛОР-аъзолари касалликларининг этиологияси, патогенези, клиник белгилари, даволаш усуллари;
- отоскопия, риноскопия, фаринголарингоскопия текширув усуллари;
- эшитув ва мувозанатни сақлаш аъзоларининг функционал ҳолатини текшириш усуллари;
- талабаларда ЛОР-аъзолари касалликларини аниқлашда клиник фикрлаш қобилиятини шакллантириш.

У ёки бу фандан, шу жумладан оториноларингологиядан, чуқур билимларга эга бўлиш учун шу соҳа қачон ва қандай пайдо бўлганлигини, қандай муҳим ўзгаришлар унинг ривожига таъсир кўрсатганини, ҳозирги кунда асосий мазмуни нимадан иборат эканлигини билиш лозимдир.

Табобат, шу жумладан оториноларингология фани энг қадимий фанлардан бири ҳисобланади. Қадимий юнон ёзувлари ва Букрот (Гиппократ, эрамиздан олдинги 460-377 йй.) асарларида бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг анатомик

тузилишлари, фаолиятлари ва касалликлари ҳақида маълумотлар келтирилган. Букрот суяк чиғаноғининг ичида парда чиғаноқ борлигини аниқлаган, танглай муртакларини кўрсаткич бармоқ ёрдамида пайпаслаш, бурун полипини ипак ип ёрдамида олиш, ташқи эшитув йўлига ўсимлик ёғини томизиш ва тикма қўйиш каби кўпгина текширув ва даволаш усуллари тавсия қилган. Кейинчалик Цельс (эрамиздан олдинги I аср), Жолинус (Гален, эрамиздан олдинги 129-201 йй) ва қадимий дунё тиббиётининг бошқа вакиллари ҳам ўз асарларида ушбу мавзунини кенгроқ ёритганлар.

Ўзбекистонда яшаган қадимий халқлар табобатининг ривожланишига доир дастлабки маълумотлар зардуштийларнинг “Авесто” китобида келтирилган. IX-X асрларга келиб табобат фани Шарқ мамлакатларида тез суръатлар билан ривожлана бошлади. Сомонийлар ҳукмронлиги даврида Бухоро давлатида қатор буюк олимлар етишиб чиқдики, уларнинг асарлари табобат фанининг кейинги кўп асрлик тараққиётига асос солди. Муҳаммад Закариё Розий (865-925) ва Абу Али ибн Сино (980-1037) шулар жумласидандир.

Буюк энциклопедист олим Абу Али ибн Сино 980 йилда Бухоронинг Афшона қишлоғида туғилган. Алломанинг бизгача етиб келган 240 асаридан 40 дан ортиғи тиббиёт масалаларига бағишланган. “Тиб қонунлари” асари эса мисли кўрилмаган шухрат келтириб, Ибн Синони жаҳонга машҳур табиб сифатида танитди. Юз йиллар давомида бутун дунё врачлари ушбу асардан фойдаланганлар.

“Тиб қонунлари” асарида аллома инсон саломатлиги, уни асраш, касалликларни олдини олиш ва ўз вақтида даволашнинг аҳамияти тўғрисида ўз тавсияларини бериб, замонавий тиббиётга асос солди. Ибн Сино соғлиқни сақлаш ишини санъат деб атаган. Унинг фикрича саломат бўлиш (соғлиқни сақлаш) учун қуйидаги етти асосий тадбирларга амал қилиш лозим: 1) тана мутаносиблиги – одам мижозини мўътадил ҳолга келтириш; 2) озиқ-овқат ва ичимликларни тўғри танлаш; 3) танани (организмни) чиқиндилардан тозалаш; 4) тана вазнини (тўғри) сақлаш; 5) бурун орқали олинадиган ҳавони яхшилаш; 6) кийимни мослаштириш (танага ва фаслга мос кийим кийиш) ; 7) жисмоний ва руҳий ҳаракатлар мутаносиблиги (мўътадиллиги). Абу Али ибн Синонинг “Агар нафас олинаётган ҳаво таркибида чанг ва ғубор бўлмаса, инсон минг йил яшаган бўлур эди”, ёки “ Ҳаво токи мувозанатланган ва тоза бўлса, унга (пневмага) бегона қўшимчалар қўшилмаса, у саломатлик гарови бўлади, акс ҳолда турли касалликларга сабаб бўлади” каби қисқа ва кенг маъноли фикри ҳозирги кунда ҳам ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ. Ибн Сино бадантарбияни соғлиқни сақлаш учун энг муҳим ва асосий омил деб билиб, уни биринчи ўринга қўйган, нафас тизимини мустаҳкамлаш учун нафас машғулоти билан шуғулланишни тавсия қилган. Иккинчи ўринга овқатланиш тартибини, учинчи ўринга дам олиш ва уйқуни қўйган.

Абу Али ибн Сино бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қулоқнинг анатомик тузилишини батафсил баён этиб, биринчи бўлиб эшитув аъзосини ташқи, ўрта,

ички бўлимларга ва эшитув асаб толасига бўлади; қулоқ касалликларини эшитиш қобилиятининг вақтинча ва доимий йўқотилиши билан кечган ўткир ва сурункали яллиғланишларга, карлик ва паст эшитишликни туғма ва орттирилган шаклларга бўлади. Ибн Сино паст эшитишлик “йўлнинг (ташқи эшитув йўлининг) жароҳатланиши, “ортиқча гўшт” (ўсма), ёт жисм ва қулоқ кири билан ёпилиши натижасида ривожланиши мумкин деб таъкидлайди, паст эшитишнинг асосий сабаби бўлган ўрта қулоқ касалликларини серозли ва йирингли шаклларга бўлади. Буюк ҳаким отоген калла ичи асоратларининг белгиларини санаб ўтади ва “агар шиш очилмаса бундай касаллик хавфли”,- деб ёзади. Ибн Сино эшитув асаб толаси зарарланишини аниқлашда анамнез маълумотлари ва касалликни бошланғич белгилари муҳим аҳамиятга эга эканлигини таъкидлайди, қулоқ касалликларини даволашда “қулоққа томизиладиган дориларнинг ҳаммаси илиқ бўлиши, совуқ ва қайноқ бўлмаслиги керак”, “Қулоқ шанғиллаши, жаранглаши ва ҳуштак чалишига учраган ҳамма одамлар қуёш нуридан, ҳаммомдан, қўпол ҳаракатлардан, қушишдан, бақир-чақирдан, тўлиқликдан сақланишлари ва ични юмшатишлари керак”,- деб тавсия қилади. Ибн Синонинг тиббий тавсиялари бугунги кунда ҳам амалиётда кенг қўлланилиб келинмоқда.

Абу Али ибн Сино ЛОР-аъзолари касалликларини турли шифобахш ўсимликлардан тайёрланган дориларни ва жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари тавсия қилган, биринчи бўлиб кумуш найча ёрдамида трахеостомия жарроҳлик амалини бажарган. Дориларни интратрахеал йўл орқали юбориш усули эса ҳозирги пайтгача такомиллаштирилган ҳолда қўлланиб келинмоқда. Ибн Сино биринчи бўлиб тиббиётга перкуссия текширувини киритди. У биринчилар қаторида юқумли касалликларнинг кўзга кўринмас кўзғатувчилари мавжудлиги ва улар сув, овқат ва ҳаво орқали тарқалиши ҳақидаги гипотезасини илгари сурди.

Мандино де Луцци 1314 йилда биринчи бўлиб мурдани ёриб кўради ва шу билан тиббиётни кескин ривожланишига замин яратади. А.Везалий (1514-1564) қулоқ бўлимларининг тузилишини, Б.Евстахий (1510-1574) эшитув найи (ушбу най унинг номи билан аталган), ноғора тори ва ўрта қулоқнинг икки мушакчаларининг анатомик тузилиши, Фаллопий (1513-1582) – юз асаб толаси канали (канал олим номи билан аталган), қулоқ лабиринти, ноғора бўшлиғининг анатомик тузилишини батафсил баён этганлар.

Дю Варнэ (1648-1730) чиғаноқни чолғу асбобига ўхшатиб, товушларни фарқлаш қобилияти асосий мембрананинг узунлигига боғлиқ эканлигини исботлади. А.Вальсальва (1666 -1723) ўзининг “Одам қулоғи ҳақидаги трактат” асарида (1704) қулоқнинг анатомик тузилиши ҳақида аниқ маълумотлар келтирган. У эшитув найи орқали ўрта қулоқ бўшлиғига ҳаво юбориш усулини тавсия қилган.

1851 йилда А. Корти биринчи бўлиб чиғаноқ рецептор аъзосининг (спирал ёки Корти аъзоси) микроскопик тузилишини баён қилган, Е.Рейсснер эса

чиғаноқ йўлини даҳлиз норвонидан ажратиб турувчи мембрананинг (Рейсснер, даҳлиз мембранаси) тузилишини ўрганган бўлса, 1890 йилда Купер биринчи бўлиб парацентез, яъни ногора пардани тешиш жарроҳлик амалини бажарган.

XIX асрнинг иккинчи ярмида Г. Гельмгольц эшитув назариясини ишлаб чиқди ва товушнинг бирламчи таҳлили чиғаноқ сатҳида, яъни спирал аъзода содир бўлишини; юқори частотали товушларни - чиғаноқ асосида, паст частотали товушларни – чиғаноқ чўққисида жойлашган рецептор хужайралар қабул қилишини исботлаган. XX асрда Г. Бекеши ички қулоқ суюқликларидаги гидродинамик тўлқин назариясини илгари сурди.

1820 йилда чех олими Я. Пуркинъе кўз олмаси нистагми бош айланиши билан функционал боғлиқлигини, Флуранс эса 1824 йилда гавда мувозанати ички қулоқдаги ярим доира каналларнинг фаолиятига боғлиқ эканлигини исботлаб бердилар.

1892 йилда Р. Эвальд ўз тажрибаларининг натижалари ва адабиётлардаги маълумотларни умумлаштириш асосида ярим доира каналлар фаолиятининг-кейинчалик эса “Эвальд қонунлари” деб аталган муҳим қонунларни ишлаб чиқди.

XIX асрнинг иккинчи ярмида оториноларингология мустақил фан сифатида жарроҳликдан ажралиб чиқди. Бунга қуйидаги омиллар сабаб бўлди:

1. Бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қулоқ функционал жиҳатдан бир-бирига чамбарчас боғлиқ аъзолар эканлиги ва бу боғланиш уларнинг қуйидаги фаолиятларда иштирок этиши билан намоён бўлиши:

- а) ҳавони ўтказиш, тозалаш ва иситиш;
- б) овқат луқмасини ўтказиш ва назорат қилиш;
- в) овоз ва нутқни ҳосил қилиш ва шакллантириш;
- г) ўрта қулоқда ҳавони мунтазам алмашиб туришини таъминлаш.

2. Ушбу аъзоларнинг ўзига хос жойлашуви: бурун, ўрта қулоқ ва ҳиқилдоқ бўшлиқларини марказда жойлашган ҳалқумга очилиши уларни анатомик жиҳатдан бирлаштириб, патологик жараёнларнинг кечимини оғирлаштиради.

3. Шиллиқ парда бир аъзодан бошқасига ўтиб уларни ягона қоплам билан қоплаши ва яллиғланиш жараёнини тарқалишига ёрдам бериши.

4. Қайд этилган аъзоларнинг ҳар бири ташқарига очиладиган чуқур бўшлиқлардан иборатлиги ва уларни текшириш усуллари бир хил тамойилларга эгаллиги; аъзони кўздан кечириш учун унинг чуқур жойлашган деворлари ёруғлик тўплами билан ёритилиши лозим, бунда кўриш ва ёруғлик тўпламининг ўқлари бир-бирига мос тушиши талаб этилади.

1841 йилда немис врачлари Гофман юқори нафас йўллари ва қулоқ соҳасини ёритишнинг оддий усулини таклиф қилиб, уларни текшириш усулини ишлаб чиқди. Усулнинг моҳияти шундан иборатки, кўп катта бўлмаган ойнанинг марказида кичик айлана тешик ҳосил қилинади. Текширувчи ойнадан акс этаётган ёруғлик тўпламини бўшлиқ ичига (ташқи эшитув йўли, ҳалқум, бурун) йўналтириб, уни ойнадаги тешик орқали кўздан кечиради. Бунда кўзнинг

кўриш ўқи ва ёруғлик тўпламининг ўқи бир-бирига мос тушади. Кейинчалик бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қулоқни текшириш учун турли асбоблар ишлаб чиқилди. 1861 йилда А.Трелч ойнани пешонада ушлаб турувчи мосламани яратди (ўша пайтдан бошлаб ушбу асбоб “пешона рефлектори” деб аталиб келинмоқда). 1855 йилда Мануэль Гарсиа (ашула ўқитувчиси) бевосита ларингоскопия текширув усулини таклиф этди, бунда дастали кичик ойнача оғиз бўшлиғига киритилиб, танглай тилчасигача унга ёруғлик тўплами йўналтирилади. Ойнадан акс этган ёруғлик тўплами ҳиқилдоқни ёритиши туфайли, ойнада аъзонинг акси кўринади. Мануэль Гарсиа икки ойнача ёрдамида ўз ҳиқилдоғини кўздан кечириб, биринчи бўлиб аутолларингоскопия текширувини бажарди. Кейинчалик ташқи эшитув йўли ва ноғора пардани кўздан кечириш учун қулоқ воронкаси ишлаб чиқилди; кейин қулоқ воронкаси бўйи бўйлаб кесилиб ва даста ўрнатилиб бурун кенгайтиргич асбоби яратилди. Ҳиқилдоқни кўздан кечириш учун ишлатиладиган ойна кичрайтирилганда (Чермак, 1859) бурун-ҳалқум, хоаналар, бурун чиғаноқларининг орқа учларини кўздан кечириш имкони туғилди (орқа риноскопия).

Шундай қилиб, ЛОР-аъзоларни кўздан кечириш учун тиббий асбоблар тўплами (пешона рефлектори, қулоқ воронкаси, шпател, бурун кенгайтиргич, ҳиқилдоқ ва бурун-ҳалқум кўзгулари) ишлаб чиқилди. Бундай асбоблардан амалиётда фойдаланиш жараёни алоҳида аъзолар бўйича мутахассисларни (отолог, ларинголог ва ринолог) пайдо бўлишига олиб келди. Россияда Д. И. Кошлаков биринчи ларинголог, А.Ф.Пруссак биринчи отолог бўлганлар. К.А. Раухфус билвосита (ойнали) ларингоскопия текшируви ёрдамида биринчи бўлиб бурма ости ларингитнинг (сохта круп) клиник манзарасини кўрсатиб берган.

Веналик олим А.Политцер (1835-1920) ғарбда отоларингологиянинг асосчиси ҳисобланади. У биринчи бўлиб ўз қўлланмаси ва атласларида қулоқнинг асосий яллиғланиш касалликлари ҳақида маълумотлар берди, улар ҳозирги кунгача ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ. Г.Шварц (1837-1910) сўргичсимон ўсиқ трепанациясини бажарилишини, Е.Кюстер эса 1889 йилда ташқи эшитув йўлининг орқа деворини ҳам олиш таклифини киритиб, ушбу жарроҳлик амалини кенгайтирди. Ва ниҳоят, Е.Цауфаль аттикнинг ташқи деворини олиш таклифи билан қулоқнинг радикал жарроҳлик амалини ишлаб чиқилишига яқун ясади. Ушбу жарроҳлик амали ҳозиргача қўлланилиб келинмоқда.

Рус врачлари А.К.Анреп (1884) томонидан таклиф этилган шиллиқ пардани кокаин билан, кейинчалик XX асрда А.В. Вишневский ва А.Д.Сперанский томонидан амалиётга кенг тадбиқ этилган новокаин билан маҳаллий оғриқсизлантириш усуллари ишлаб чиқилгандан сўнг юқори нафас йўлларида жарроҳлик амалларини бажариш учун кенг имкониятлар яратилди.

XIX асрнинг иккинчи ярмида Санкт-Петербург ва Москва шаҳарларида отиатрик даволаш муассасалари ишга туширилди. С.П.Боткиннинг шогирди Н.П.Симановский (1854-1922) биринчи бўлиб қулоқ, томоқ ва бурун

касалликларининг бирлашган клиникасини ташкил қилди (шу вақтгача улар алоҳида-алоҳида фаолият кўрсатар эдилар), 1893 йилда эса дунёда биринчи бўлиб Санкт-Петербург ҳарбий-тиббий академия талабаларига оториноларингология фани алоҳида курс сифатида ўқитила бошланди. 1903 йилда Н.П.Симановский Санкт-Петербург шаҳрида оториноларингологлар илмий уюшмаларига асос солди ва 1909 йилда “Вестник ушных, горловых и носовых болезней” журналини чоп эта бошлади. Ўз шоғирдлари В.И.Воячек, М.Ф.Цытович, Н.В.Белоголовов, Н.М.Асписовлар билан бирга Н.П.Симановский назарий ва амалий оториноларингологиянинг ривожига улкан ҳиссасини қўшди. 1903 йили В.И.Воячек томонидан амалиётга ҳиқилдоқ, қулоқ ва буруннинг лотинчадаги бош ҳарфларидан тузилган “LOR” аббревиатураси киритилди (larynx, otos, rhinos).

Москва шаҳрида Е.С.Степанов, С.Ф.Штейн (биринчи махсус оториноларингология клиникасининг асосчиси ва раҳбари), С.С.Преображенский, Е.Н.Малютин (биринчи фониатр), М.С.Жирмунский (биринчи оториноларингология дарслигининг муаллифи, 1892й.) дастлабки оториноларингологлар сифатида танилдилар.

XX асрнинг биринчи ярмида Россиянинг йирик олимлари К.Л.Хилов, Л.Т.Левин, В.Г.Ермолаев, А.Ф.Иванов, Я.С.Тёмкин ва бошқалар ёш соҳани ривожланишига ўз ҳиссаларини қўшдилар.

Ўрта Осиё худудида амалий тиббиётнинг тармоқларидан бири бўлган оториноларингология хизматига улўф ватандошимиз Абу Али ибн Сино, Исмоил Журжоний, Умар Чаминий каби буюк мутафаккирлар амал тошини қўйган бўлсаларда, лекин XX аср бошларидан тизимли равишда иш олиб борилган. Врач А.И.Журавлёв 1910 йилда Тошкентга келгач, беморларни амбулатор қабул қилиб, даволашни жорий этган. Сўнгра у Ўрта Осиёда илк бор 25 ўринга эга бўлган қулоқ, томоқ, бурун ва кўз касалликлари шифохонасини ташкил этиб, қўплаб ЛОР беморларни даволаб аҳоли ўртасида катта обрў-этиборга сазовор бўлган. Унга шифокор А.И.Ишев яқиндан ёрдам берган. Улар 1920 йилда темир йўл амбулаторияси қошида ЛОР бўйича кабинет ташкил қилганлар. Бундан ташқари Тошкент Ҳарбий госпитали қошидаги ЛОР бўлимида мудир бўлиб С.Ф.Каплан, ординаторлик лавозимида И.М.Розенфельд ишлаган.

1920 йилда Тошкентда Туркистон Давлат университети ташкил этилиб, унинг таркибида тиббиёт факультети фаолият кўрсата бошлаган. 1922 йилда ундан Тошкент Давлат тиббиёт институти ажралиб чиқди. Республикада ташкил этилган ушбу институт нафақат Ўзбекистон, балки жанубий Қозоғистон ва бошқа Ўрта Осиё республикалари учун ҳам олий малакали шифокорларни етказиб берди. Шунинг учун Марказий Осиёдаги тиббиёт тарихида Тошкент давлат тиббиёт институтининг ўрни алоҳида ажралиб туради ва тарихий аҳамиятини инобатга олган ҳолда ушбу масканнинг оториноларингология кафедрасини ташкил этилиши ва кейинги ривожидан биз учун қадрлидир. 1921

йилда оториноларингология кафедраси мудирлигига Москва шаҳридан замонасининг таниқли олими профессор С.Ф.Штейн сайланган. Лекин уч ой ишлагач, касаллигининг хуруж қилиши сабабли даволаниш учун Ессентукига кетиб, 1921 йилнинг август ойида вафот этди.

1921-1927 йиллар мобайнида оториноларингология кафедрасига мудирлик лавозимида С.Ф.Каплан, 1927-1930 йилларда И.М.Розенфельд, 1930-1939 йилларда С.Г.Боржим фаолият кўрсатганлар. 1939-1944 йилларда кафедрага профессор В.П.Чекурин раҳбарлик қилган.

1945 йилдан бошлаб кафедрага профессор С.И.Шумский мудирлик лавозимида сайлангандан сўнг, Ўзбекистон оториноларингологиясининг ривожига тубдан ўзгаришлар юз бера бошлади. Хусусан, кафедра ва клиникадаги иш ўринларига маҳаллий халқ ёшларидан жалб қилиниб, уларга илмий йўналишлари аниқланиб, ҳам амалий, ҳам илмий салоҳият юксала бошлади. Кейинчалик ушбу ёшлардан Қ.Ж.Миразизов, Л.Г.Буссельлар профессорлик, С.К. Аъзамов ва Р.А.Хамраевлар доцентлик лавозимида ишладилар; Ю.Д.Василенко, Ш.О.Максумова, А.У.Усмонова, Ю.С.Кривицкая ва бошқалар фан номзоди, Э.И.Ибодов, Р.Н.Қаюмова, Н.Ф.Гушинская олий тоифали шифокор бўлишиб хизмат қилдилар.

С.И.Шумскийнинг ўқувчиларидан Э.А.Ладыженская врачлар малакасини ошириш институтида, профессор Қ.Ж.Миразизов Тошкент Давлат тиббиёт институтида ЛОР кафедрасини бошқардилар.

С.И.Шумский тонзилляр муаммога бағишланган мавзуда докторлик диссертациясини муваффақиятли ҳимоя қилиб, профессорлик унвонига сазовор бўлган.

ЛОР хизматига эҳтиёжни ошганлигини инобатга олиб, С.И.Шумский ЛОР клиникада беморлар ўрнини 60 тага етказди ва клиника олдидаги кичик бинони таъмирлатиб, ЛОР амбулатория хизматини янада ривожлантирди.

1955 йилдан бошлаб кафедра мудирлиги вазифасига Омск шаҳридан тиббиёт фанлари доктори И.Ю.Ласков таклиф қилинди ва 1968 йилгача раҳбарлик қилди. Израил Юльевич клиникани давомига яна икки қаватли бино қурдириб, беморлар ўрнини 105 тага етказди, ҳамда ўқув ишларини самарали бажариш учун бир неча ўқув хоналарини ташкил қилди. Унинг раҳбарлигида 12 та номзодлик диссертацияси ҳимоя қилинган.

1965 йилда академик Б.С.Преображенский раҳбарлиги остида Марказий Осиёнинг миллий аҳолисидан биринчи бўлиб Қўчқор Жўраевич Миразизов “Қулоқдан калла ичига тарқалувчи асоратларнинг клиникаси, ташхиси ва даволаниши” мавзусида докторлик диссертациясини ҳимоя қилди. Республикамизда ўша даврда йирингли ўрта отит жуда кўп учрар ва унинг турли асоратлари тез-тез кузатилар эди. 1968 йилдан бошлаб профессор Қ.Ж.Миразизов кафедрага раҳбарлик қила бошлади. Энди ЛОР жарроҳлик амалларида аёвчан усуллар кўп қўлланилди, янги йўналишлар бўйича иш олиб борилди. Хусусан, ларингологик беморларни реабилитациясини тамоман янги

даври бошланди. Олиб борилган илмий ишлар натижасида бир неча докторлик ва номзодлик диссертациялари ҳимоя қилинди; илгари бурунхалқум ангиофибромасини жаррохлик усули билан даволашда ташқи уйқу артериялари боғланиб, бурун ён деворларини олиш ҳисобига бажарилар эди, энди эса табиий йўл - оғиз орқали нисбатан енгил усулда олиш йўлга қўйилди.

Республикада биринчи бор доцент Р.А.Хамроева ташаббуси билан фониатрия кабинети ташкил қилинди.

1978 йилда кафедра доценти А.И.Мўминов пестицидларни эшитиш анализаторига таъсири хусусида докторлик диссертациясини ҳимоя қилгандан сўнг, ТошДавТИда 1975 йил янгидан ташкил қилинган II-ЛОР кафедрасига мудирлик қилди.

I-кафедра қошида ҳиқилдоқ касалликларини, II-кафедра қошида эса эшитиш ва нутқни реабилитация қилиш илмий марказлари ташкил этилиши ҳисобига ҳар икки ЛОР кафедрасида илмий салоҳият анча юқори даражага кўтарилди, унга иқтидорли ёшлар жалб этилдилар. Улардан А.М.Ҳакимов, К.Ж.Жабборов, Х.М.Маткулиев, Қ.А.Хўжаева, С.С.Орипов, В.В. Храмцовский, Х.Э.Шайхова ва бошқалар докторлик диссертацияларини ҳимоя қилишиб, профессорлик лавозимида фаолият кўрсатмоқдалар.

1990 йилда Тошкент давлат тиббиёт институти иккига бўлинди: I-ТошДавТИ ЛОР кафедрасига профессор Қ.Ж.Миразизов, II-ТошДавТИ да профессор А.И.Мўминов мудирлик қила бошладилар.

1997 йилдан бошлаб профессор Қ.Ж.Миразизов нафақага чиқиб, илмий маслаҳатчи бўлиб ўтганлари туфайли ЛОР кафедрасига профессор Қ.А.Хўжаева раҳбарликка тайинланди ва устоз ишларини давом эттириб, ҳиқилдоқ ва трахеянинг сурункали стенози ва яллиғланишини жаррохлик реабилитацияси хусусида катта муваффақиятларга эришдилар. Бу ютуқлар Н.И.Абдуллаева ва У.С.Хасановларнинг докторлик ва бир неча номзодлик диссертациялар мавзусида ўз аксини топди.

Лекин янги ташкил топган Бухоро тиббиёт институтига А.И.Мўминовни ректор этиб тайинланиши туфайли II-ТАШДавТИ ЛОР кафедраси доцент А.М.Ҳакимов раҳбарлик қила бошлаб, 1992 йилда Санкт-Петербургда докторлик диссертациясини муваффақият билан ҳимоя қилиб, профессор унвонига эришди.

2005 йилда I- ва II- тиббиёт институтлари қўшилиб Тошкент тиббиёт академияси ташкил этилди ва ЛОР кафедрасига профессор А.М.Ҳакимов мудирлик қилмоқда. Ушбу кафедра юқори салоҳиятга эга бўлиб, унда бешта фан докторлари фаолият кўрсатмоқда.

1930 йилда Самарқанд Давлат Университети ва уни таркибида ҳам тиббиёт факультети ташкил топди. 1935 йилда ушбу факультет алоҳида Самарқанд давлат тиббиёт институтига айлантирилди. Улуғ Ватан уруши йилларида (1941-1944 йиллар) ЛОР кафедрасига генерал лейтенант, профессор Владимир Игнатъевич Воячек раҳбарлик қилган, чунки Ҳарбий-тиббий академия

Ленинграддан Самарқанд шахрига эвакуация қилинган эди. Кейинчалик 1950 йилгача кафедра мудир бўлиб профессор А.В.Савельев, сўнг доцент С.К.Ченгери, (1950-1965 й.), профессор М.С.Лурье (1951-1956 й.), профессор Р.В.Садриева (1965-1970 й.), профессор В.А.Горчаков (1970-1986 й.), профессор Т.Х.Насритдинов (1986-2008 й.), 2009-2010 ўқув йиллари профессор Х.Э.Қорабоев, 2010 йилдан бошлаб доцент Хушбекова раҳбарлик қилмоқда.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, кўп йиллар Москвада тахсил олиб у ерда номзодлик ва докторлик диссертацияларини ҳимоя қилган юқори савияли шифокор ва олим Тахсин Хамидович Насритдинов оториноларингологияни Самарқандда ва умуман Ўзбекистондаги ривожига катта хисса қўшди.

Професор Акрам Иброхимович Мўминовни СамДавТИ га ректор бўлиб келиши билан, 1997 йилда врачлар малакасини ошириш факультетида алоҳида оториноларингология курси ташкил қилиниб, унга ўзи раҳбарлик қила бошлади; 2002 йилдан бошлаб ушбу курсни тиббиёт фанлари доктори У.А.Лутфуллаев бошқармоқда.

1932 йилда Тошкентда Врачлар малакасини ошириш институти (ВМОИ) ташкил топди. Ленинграддан Улуғ Ватан Уруши туфайли эвакуация қилиниб, Тошкентга юборилган профессор Л.Т. Левин 1942 йилда оториноларингология кафедрасини ташкил қилиб, бир пайтда ҳарбий госпиталларда консультантлик қилган.

1944 -1948 йилларда профессор С.И.Шумский бир пайтда ҳам ВМОИ, ҳам ТошДавТИ ЛОР кафедраларини бошқариб турган. 1948-1963 йиллар мобайнида академик В.И.Воячекни ўқувчиси Капиталина Алексеевна Дреннова Ленинграддан келиб, ВМОИ кафедрасига раҳбарлик қилиб, ўз тажрибаларини ёшларга ўргатиб, бир неча ёшларни илмий даража олишларида устозлик қилди. 1963-1972 йилларда кафедрага отоневрология бўйича беназир мутахассис профессор Эсфирь Абрамовна Ладыженская мудирлик қилди. Унинг раҳбарлигида бир неча ёшлар тиббиёт фанлари номзоди даражасига эришдилар.

1963-1972 йиллар мобайнида кафедрага мудир бўлиб Ғайрат Тўлонович Иброхимов фаолият кўрсатган. Унинг раҳбарлигида ҳиқилдоқ папилломатози, сурункали синуситлар ва ўрта отитлар муаммоси бўйича кўп қизиқарли илмий ишлар бажарилди. 1995-2005 йиллар давомида эса кафедрага доцент Толиха Шукуровна Маматова, 2005 йилдан бошлаб профессор Каримбой Жабборович Жабборов мудирлик қилмоқда.

1955 йилда водий тиббий хизматини яхшилаш мақсадида Андижон шахрида тиббиёт институти ташкил топди ва уни ЛОР кафедрасини фаолияти 1959 йили профессор Мирон Самойлович Лурье раҳбарлигида бошланди. 1960-1968 йилларда доцент Семён Мифедович Гордиенко, 1970-2006 йилларда Акрам Иноятович Алимов, 2006 йилдан бошлаб, шу кунгача профессор Қобилжон Қосимович Қосимов раҳбарлик қилмоқда.

1972 йилда Тошкентда педиатрия тиббиёт институти ташкил қилиниб, шу йили 1-сентябрдан бошлаб барча курсларда ўқув жараёни бошланди. ЛОР кафедрани ташкил этишда тиббиёт фанлари номзоди Абдумалик Назирович Дадамухамедов (кафедра мудирини) ва Саидакрам Асқарович Ҳасановлар (кафедра ассистанти) баробар жонбозлик кўрсатишди. Кейинчалик доцент бўлиб С.К.Аъзамов, ассистент лавозимида Р.И.Аврукиналар хизмат қилдилар.

1975 йилда А.Н.Дадамухамедов “Туберкулёз билан оғриган беморларда йирингли ўрта отит ва унинг асоратларини клиникаси ва даволаш” мавзусида докторлик диссертациясини ҳимоя қилиб, профессорлик унвонига эга бўлиб, 1999 йилгача кафедрага мудирлик қилди. Шу йилдан бошлаб ЛОР кафедрасига Москва тиббиёт академиясида академик Николай Александрович Преображенский раҳбарлигида 1984 йилда “Қандли диабет билан оғриган беморларда эшитиш аъзосининг ҳолати” мавзусида докторлик диссертациясини ҳимоя қилган профессор С.А.Ҳасанов раҳбарлик қилмоқда. Унинг раҳбарлиги остида 17 та номзодлик, 2 та докторлик диссертациялари ҳимоя қилинган; яна 3 та докторлик ва 9 та номзодлик диссертациялари ҳимояга тайёрланмоқда. Бу даврда бажарилган илмий ишлар натижасида амалиёт анчагина бойиди. Масалан, дакриоциститларни эндонозал жарроҳлик усулида реабилитация қилиш (Г.Қ.Бобохонов); деминералланган кўзичоқ суяги билан мастоидопластика ҳамда қулоқда бажариладиган классик радикал операцияларини модификация қилиш (Ш.Э.Омонов); риносинусоген орбитал асоратларни даволашда жарроҳлик амалларини кескин камайитиришга эришиш (Х.Н.Абдуллаев); ўткир тонзиллитларни принципиал янги усуллар билан даволаш; синуситларни даволашда табиий йўллари орқали зондлаш; бурун тўсиғи деформацияларининг юқори жағга берадиган асоратлари ва уларни реабилитацияси хусусида кўпгина янги фикрлар таклиф қилинди, Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникаси қошида Ўзбекистонда болаларга алоҳида шўшилишч ЛОР ёрдами кўрсатиш ва Республика болалар оториноларингология маркази ташкил топди.

Кафедра аъзолари чет эл мутахассислари билан илмий-амалий алоқалар ўрнатган, хусусан Россия, Украина, Германия, Жанубий Корея, Австралия ва бошқа давлатлар олимлари билан ҳамкорликда фаолият кўрсатмоқдалар.

1990 йилда Бухоро Давлат тиббиёт институти ташкил этилди. ЛОР кафедрани ташкил қилиш ва унга биринчи мудир бўлиш профессор А.И.Мўминов зиммасига юклатилди. Бухорода ҳам амалий, ҳам илмий ишлар қизғин бошланиб, бир неча номзодлик ва битта докторлик диссертацияси ёқланди, қисқа муддатда кафедрани салоҳияти сезиларли даражада ўсди. А.И.Мўминов Самарқанд Давлат тиббиёт институтига ректорлик вазифасига ўтганидан кейин кафедрага доцент Нуридин Ҳикматович Воҳидов раҳбарлик қилиб, иккита вилоят шифохонасининг қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари бўлимларида даволаш, илмий ва талабаларга таҳсил беришни юқори савияда олиб бормоқда.

1990 йилда яна учта шаҳарда: Урганч ва Фарғонада Тошкент тиббиёт академияси, Нукусда Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг филиаллари ташкил топди ва фаол ишлаб юрган оториноларингологлар кафедрасига ишга таклиф қилинди.

Ҳозирги кунга келиб Ўзбекистондаги ЛОР шифокорлар сони 1000 тага етиб бормоқда, 18 таси фан докторлари, профессорлар; 80 тага яқини фан номзодлари. Республика Вазирлиги маҳкамаси ҳузурида Олий Аттестация комиссияси фаолият кўрсатмоқда, Тошкент тиббиёт академияси қошидаги Ихтисослашган илмий кенгашда тиббиёт фанлари номзоди ва доктори илмий даражасини олиш учун диссертация ёқлаш мумкин.

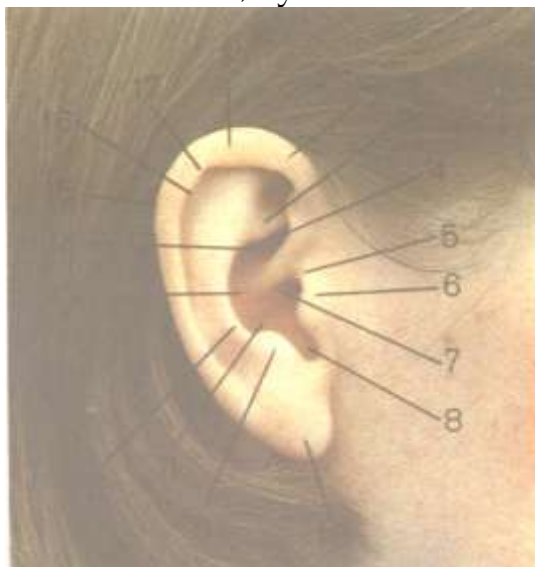
Тўпланган билим ва амалий тажрибалар оториноларингология фанини мунтазам равишда янгилаб бормоқда, соҳа ичида алоҳида йўналишлар - болалар оториноларингологияси, отоневрология, фониятрия, онкологик оториноларингология, ринология, аудиология, вестибулология ташкил қилиниб, мунтазам ривожланиб бормоқда. ЛОР-аъзоларда жарроҳлик амалларини микроскоп, ультратовуш ва лазер ёрдамида бажарилиши беморлар даражасига маълум бўлмоқда.

ЭШИТУВ АЪЗОСИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Қулоқнинг анатомик тузилиши

Эшитув аъзоси товуш тўлқинларини масофада аниқлаш вазифасини бажаради. У кичик бўлсада жуда мураккаб тузилган ва ўзига хос анатомик, физиологик хусусиятларга эга. Инсон қулоғи 3 қисмдан ташкил топган: ташқи, ўрта ва ички.

Ташқи қулоқ (*aurus externa*) қулоқ супраси (*auricula*) ва ташқи эшитув йўлидан (*meatus acuticus externa*) тузилган.



1- расм. Ўнг қулоқ супраси

- 1-helix; 2-crura antihelices;
- 3- porus helices; 4- incisura anterior (auris);
- 5-tuberculum supra tragicum ;
- 6-tragus; 7- porus acusticus exeternus;
- 8- incisura intra tragica;
- 9-antitragus; 10- lobus auriculiae;
- 11- sulcus aurecule posterior;
- 12- antihelix;
- 13- cavum conchae;
- 14- cymba conchae;
- 15- concha auriculiae;
- 16- scapha; 17- tuberculum auriculiae.

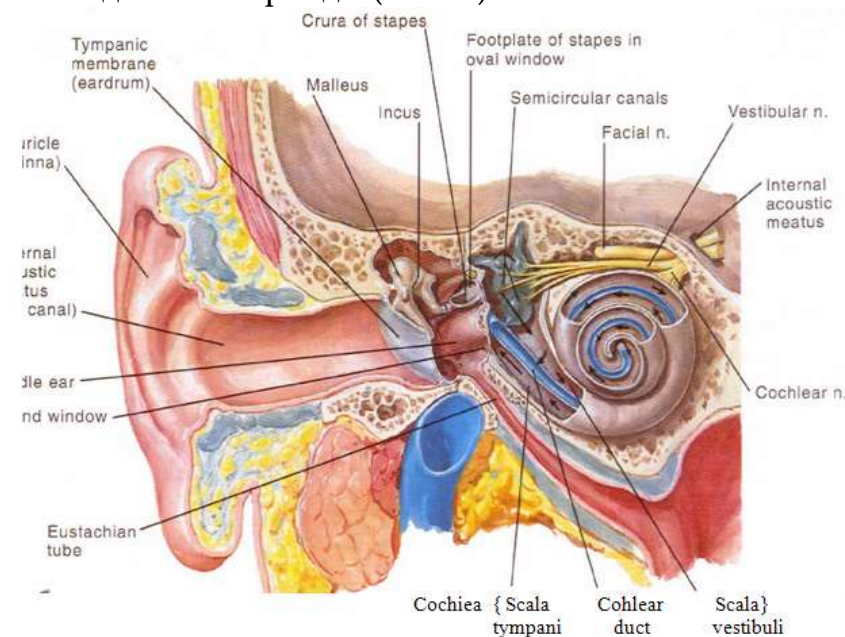
Қулоқ супраси (*auricula*) чакка-пастки жағ бўғими ва сўрғичсимон ўсиқ орасида жойлашган ва қалинлиги 0,5-1 мм тенг эластик тоғайдан иборат. Унда тоғай усти пардаси ва тери билан қопланган ташқи (бўртган) ва ички (ботган) юзаси тафовут қилинади. Қулоқ супрасининг эркин чети олдинга бироз қайрилиб бурма (*helix*) ҳосил қилади. Бурма ўз оёқчаси (*crus helices*) билан ташқи эшитув йўлининг (*meatus acusticus externa*) устидан бошланиб, юқорига, кейин орқага ва пастга давом этади. Бу бурмага параллел равишда ичкарида қарама-қарши бурма (*antihelix*) жойлашган, улар орасида узун чуқурлик – *scapha* жойлашган. Ташқи эшитув йўли кириш жойининг олд қисмида қулоқ дўмбоқчаси (*tragus*), орқа қисмида – қарама-қарши дўмбоқча (*antitragus*) жойлашган. *Tragus* ва *antitragus* лар орасида чуқур ўйма (*incisura intertragica*) ҳосил бўлади. Қулоқ думбоқчаси ташқи эшитув йўлининг бир қисми ҳисобланади. *Antihelix*нинг икки оёқчалари орасида учбурчак чуқурча (*fossa triangularis*), қулоқ супрасининг пастида – тоғайдан холи бўлган ва ёғ тўқимасидан ташкил топган, тери билан қопланган қулоқ солинчаги (*lobus*) жойлашган. *Antihelix*нинг олдида воронкасимон чуқурлик бўлиб, у қулоқ супраси бўшлиғи (*cavum conchae*) деб аталади (1-расм).

Қулоқ супраси бойлам ва мушаклар ёрдамида чакка суягининг тангасимон қисмига, сўрғичсимон ва ёноқ ўсимталарига бирикади. Ташқи эшитув йўлига кириш майдонида тери туклар билан қопланган ва ёғ безларига эга. Қулоқ

супраси товуш тўлқинларини кучайтириб, ташқи эшитув йўлига йўналтириш вазифасини бажаради, ототопикада иштирок этади, ҳамда косметик аҳамиятга эга.

Ташқи эшитув йўли (*meatus acusticus externus*) қулоқ супраси бўшлиғининг бевосита давоми бўлиб, узунлиги 2,5 см, диаметри 0,7- 0,9 см га тенг. У ўрта ва ташқи қулоқни бир-биридан ажратиб турувчи ноғора парда олдида тугайди. Ташқи эшитув йўли 2 қисмдан иборат: ташқи тоғай-парда ва ички суяк қисмлари (2-расм).

Тоғай-парда қисми ташқи эшитув йўлининг 2/3 қисмини ташкил қилиб, қулоқ супраси тоғайининг давоми унинг асосини ташкил қилади. Бу ерда у орқага ва юқорига очилган новсимон шаклга эга. Ташқи эшитув йўлининг тоғай-парда қисмида вертикал жойлашган ва фиброэластик тўқима билан ёпилган Санторини тирқишлари (*incisurae Santorini*) мавжуд, шунинг учун ташқи эшитув йўлининг тоғай-парда қисми осон силжийди ва тортганда ёки ноғора пардани қулоқ воронкаси ёрдамида кўздан кечирганда кенгаяди. Санторини тирқишлари соҳасида ташқи эшитув йўли қулоқ олди сўлак беи билан чегарадош, шунинг учун яллиғланиш жараёни ташқи қулоқдан қулоқ олди беизига тарқалиши мумкин. Тоғай-парда қисмининг ёриғи суяк қисмига ўтиш жойида анча тораяди (*istmus*).



2-расм. Эшитув аъзосининг тузилиши

Тоғай-парда қисми терисининг қалинлиги 1-2 мм, бу қисм туклар, ёғ ва қулоқ кирини ишлаб чиқарувчи церуменал безларга бой бўлади. Ёғ ва церуменал безлар ажралмаси ҳамда кўчган эпидермис тўплами қулоқ кирини (чирк) ҳосил бўлишида қатнашади. Қулоқ кири қуриб, чайнаш ҳаракатида ташқи эшитув йўли тоғай-парда қисмининг тебраниши

ҳисобига ташқарига кўпроқ ажралади. Суяк қисмининг терисида туклар ва чирк ишлаб чиқарувчи безлар бўлмайди, у суяк усти пардасига зич ёпишган бўлиб, аста-секин юпқалашиб боради (0,1 мм) ва эпидермис сифатида ноғора парданинг ташқи қаватига ўтади.

Ташқи эшитув йўлининг тоғай-парда ва суяк қисмлари ўзаро зич фиброз тўқима билан бирикади. Суяк қисми ташқи эшитув йўлининг 1/3 қисмини ташкил қилади; унинг олд ва пастки девори ноғора суяги, юқори ва орқа девори-чакка суягининг тангасимон қисми ва сўрғичсимон ўсимтадан ҳосил

бўлган. Суяк қисмининг тахминан ўртасида ташқи эшитув йўлининг энг тор жойи – *бўйинчаси (istmus)* жойлашган. Ташқи эшитув йўли горизонтал ва фронтал йўналишларда бироз қайрилган, шунинг учун суяк қисми ва ноғора пардани кўздан кечириш пайтида у қулоқ супрасини орқага ва юқорига тортиш билан тўғриланади. Болалар қулоғини кўздан кечириш пайтида қулоқ супраси орқага ва пастга тортилади. Ташқи эшитув йўлининг суяк қисми эгатча (*sulcus tympanicus*) билан тугайди, ноғора парда ўзининг пай ҳалқаси (*annulus tympanicus*) ёрдамида шу эгатчага бирикади.

Ташқи эшитув йўлининг олд девори чакка-пастки жағ бўғими билан ёнма-ён жойлашади, бунда пастки жағ суягининг ҳаракати унинг тоғай - парда қисмига тарқалади. Олд девори соҳасидаги яллиғланиш жараёни кескин оғриқ билан кечади, айниқса пастки жағнинг ҳаракатида оғриқ кучаяди. Бемор ияги соҳаси билан йиқилганда ташқи эшитув йўлининг олд девори жароҳатланиши мумкин.

Ташқи эшитув йўлининг юқори девори икки суяк пластинкасидан тузилган. Юқори пластинка калла ўрта чуқурчасининг тубини ҳосил қилишда иштирок этса, пастки пластинкаси – *аттик* нинг ташқи девори ҳисобланади. Жаррохлик амали пайтида ноғора усти бўшлиғи шу девор орқали очилади. Калла суяги асоси шу соҳада синганда ташқи эшитув йўлидан қон ва мия суюқлигининг оқиши кузатилади.

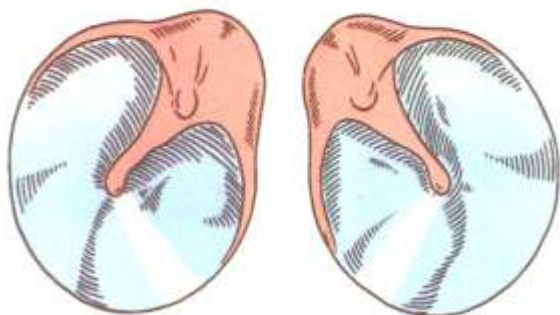
Ташқи эшитув йўлининг орқа девори сўрғичсимон ўсиқнинг олд деворини ташкил қилади. Клиник аҳамияти шундаки, ташқи эшитув йўли орқа-юқори деворининг қизариши ва осилиб туриши сўрғичсимон ўсимта катакларининг яллиғланишидан дарак беради. Унинг асосидан юз асаб толасининг (ҮП жуфт) пастки шохчаси (тушувчи тиззаси) ўтади.

Ташқи эшитув йўлининг пастки девори уни қулоқ олди сўлак безидан ажратиб туради. Суяк қисмида пастки девор юқори деворга нисбатан 4-5 мм узунроқ бўлади.

Ноғора парда (*membrana tympani*) қалинлиги 0,1 мм, бўйи 10 мм, эни 8 - 9 мм, сатҳи 55-60 мм² бўлган жуда юпқа овал тузилма бўлиб, ташқи қулоқни ўрта қулоқдан ажратиб туради. Ташқи эшитув йўлининг ўқиға нисбатан болаларда ноғора парда 30° ўткир бурчак (катталарда 45°) ҳосил қилиб жойлашади. Бундан ташқари ноғора парда ичкариға қадахсимон ботган бўлиб, энг чуқур жойи киндик (*umbo*) деб аталади (3,4-расмлар). Ноғора парда толали-тоғай ноғора ҳалқаси (*annulus fibrocartilagineus*) ичида жойлашади, аммо юқори қисмида бу ҳалқа йўқлиги туфайли у ноғора ўймасида (*incisura tympanica*, ёки *incisura Rivinus*) бевосита чакка суягининг тангачасимон қисмиға бирикади. Ноғора ўймаси соҳасидаги кичик майдон бўшашган қисми ёки Шрапнелл мембранаси (*pars flaccida*, s. *membrana Shrapnelli*) деб аталади.

Ноғора парда 3 қаватдан; *ташқи* - тери, яъни эпидермал қавати, ташқи эшитув йўлининг безлардан ҳоли терисининг давоми ҳисобланади, *ички* - эпителиал шиллиқ қавати ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг давоми

ҳисобланади ва *ўрта* - радиал ва циркуляр фиброз толалардан ташкил топган бириктирувчи тўқима қаватидан иборат.



3- расм. Ўнг ва чап ноғора пардалар



4-расм. Ноғора парда 1- ноғора парданинг салқи қисми; 2- болғачанинг калта ўсимтаси; 3-болғача дастаси; 4-ёруғлик конуси; 5- ноғора парданинг таранглашган қисми.

Болғача дастаси радиал ҳамда циркуляр толалар ёрдамида ноғора парданинг ички ва ўрта қаватига зич бирикади. Болғача дастасининг пастки учи ноғора парда ўртасидан пастроқда чуқурлик – ноғора парда киндигини (*umbo membranae tympani*) ҳосил қилади. Кейин

болғача дастаси юқорига ва бироз олдинга давом этиб, юқори қисмида ташқаридан кўзга кўринадиган калта ўсиқни ҳосил қилади, ундан олдинга ва орқага олд ва орқа болғача бурмалари (*plica malleolis anterior et posterior*) жойлашган.

Отоскопияда сунъий ёруғликда ноғора парда ялтироқ-кулранг бўлиб кўринади. Унда қуйидаги “билиш” нуқталар тафовут қилинади: болғача дастаси, калта ўсиқ, олд ва орқа болғача бурмалари, киндик, ёруғлик конуси.

Ёруғлик конуси ноғора парда юзига тушган ёруғлик акси туфайли ҳосил бўлади ва олд-пастки қисмида жойлашган тенг томонлама ялтироқ учбурчак шаклида намоён бўлади.

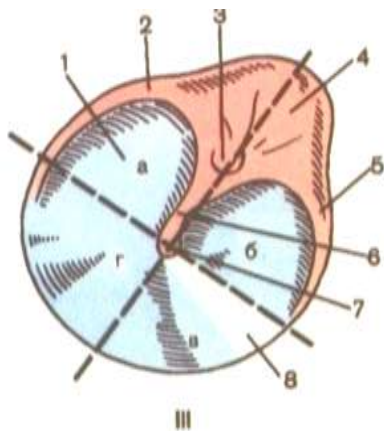
Ноғора парда шартли иккита бир-бирига перпендикуляр ўтказилган хаёлий чизиклар ёрдамида 4 та квадрантларга бўлинади. Чизикларнинг бири болғача дастаси бўйлаб ноғора парданинг пастки четига, иккинчиси - унга перпендикуляр ҳолда киндикдан ўтказилади, натижада ноғора пардада олд-юқори, олд-пастки, орқа-юқори ва орқа-пастки квадрантлар ҳосил бўлади (5-расм). Ноғора бўшлиғи ҳам топографик жойлашуви, ҳам клиник аҳамияти бўйича бошқа бўшлиқларга нисбатан асосий ўринни эгаллайди. Ўрта қулоқ ёпиқ ҳаволи тизимининг ҳаво алмашинувини ноғора бўшилиғини бурунҳалқум билан улаб турган эшитув найи орқали таъминлайди.

Ноғора бўшлиғи (*cavum tympanica*) ноғора парда ва лабиринт орасида жойлашган бўлиб, тўрт қиррали нотўғри куб шаклини эслатади. Унда 6 та девор тафовут қилинади:

- ташқи ва ички;
- юқори ва пастки;

- олд ва орқа.

Ноғора бўшлиғининг ҳажми $0,75-1,0\text{см}^3$, вертикал ва олд-орқа ўлчами 15 мм, кўндаланг ўлчами 2-6 мм тенг. Бундан ташқари, ноғора бўшлиғи шартли равишда юқори - аттик (*epitympanium*), ўрта - (*mesotympanum*) ва пастки (*hypotympanum*) бўлимларга бўлинади.



5-расм. Ноғора пардадаги билиш нуқталарнинг схематик тасвири.

1-таранглашган қисми; 2-орқа бурма; 3-болғачанинг калта ўсимтаси; 4-салқи қисми; 5-олд бурма; 6-болғача дастаси; 7-киндик; 8-ёруғлик конуси; Синик чизик билан ноғора пардани тўрт квадратларга бўлиниши кўрсатилган: а-орқа юқори; б-олд юқори; в-олд пастки; г-орқа пастки.

Ноғора бўшлиғининг ташқи деворини ноғора парда ҳосил қилиб, у ташқи қулоқни ўрта қулоқдан ажратиб туради.

Ноғора бўшлиғининг юқори бўлими- ноғора усти чуқурлиги, аттик ёки эптитимпанум ноғора парда таранг қисмининг юқори

четидан тепароқда жойлашган. Унинг ташқи деворини ташқи эшитув йўли юқори деворининг суяк пластинкаси ва ноғора парданинг салқи қисми ҳосил қилади. Ноғора бўшлиғининг юқори қисмида болғача ва сандонча таналарини бириктирувчи бўғим жойлашган бўлиб, бўшлиқни ички ва ташқи бўлимларга бўлади. Ноғора усти чуқурлиги ташқи бўлимининг пастки қисмида, ноғора парданинг таранг қисми ва болғача бўйинчаси орасида ноғора парданинг юқори чуқурчаси ёки Пруссак чўнтаги жойлашган. Бу тор бўшлиқ ҳамда ундан пастда ва ташқарида жойлашган ноғора парданинг олд ва орқа чуқурликлари (олд ва орқа Трельч чўнтаклари) сурункали эптитимпанитда бажариладиган жарроҳлик амалида клиник аҳамиятга эга. Касалликнинг қайталанишини олдини олиш мақсадида жарроҳлик амали пайтида бу чўнтаклар албатта кўздан кечирилиши лозим.

Ноғора бўшлиғининг ўрта қисми - мезотимпанум (*mesotympanum*)- энг катта бўлим бўлиб, ноғора парда таранг қисмининг жойлашувига мос келади.

Пастки бўлими - гипотимпанум (*hypotympanum*)- ноғора парданинг пастки бирикиш жойида жойлашган чуқурча ҳисобланади.

Ноғора бўшлиғининг юқори девори ёки томи (*tegmen tympani*) қалинлиги 1 - 6 мм гача бўлган юпқа суяк пластинкасидан иборат бўлиб, ноғора бўшлиғини калла суягининг ўрта чуқурчасидан ажратиб туради. Суяк пластинкада суяк нуқсонлари (дегисценциялар) мавжудлиги туфайли калла суяги ўрта чуқурчасининг бош мия қаттиқ пардаси бевосита ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардасига тегиб туради, шунинг учун ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёни бош

мия тўқимасига тарқалиши ва калла ичи асоратларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Ёш болаларда чакка суягининг тошсимон ва тангачасимон қисмларининг чегарасида ноғора бўшлиғининг томи соҳасида битмаган тоштангачасимон тирқиш (*fossa petrosquamosa*) мавжуд бўлиб, ундан қон томирлар тўплами билан бирга бириктирувчи тўқима тўплами ўтади ва инфекциянинг тарқалиш йўли бўлиб хизмат қилиши мумкин. Шунинг учун ёш болаларда ўткир йирингли ўрта отитда қаттиқ мия пардаси таъсирланиши натижасида менингизм белгилари юзага келиши мумкин. Кейинчалик бу тирқишнинг ўрнида тоштангачасимон чок - *sutura petrosquamosa* шаклланади. Баъзан чакка суягининг ички юзасида тирқиш қолдиқлари сақланиб қолганлиги натижасида катта кишиларда ривожланган мастоидит касаллигида суяк тўқимаси остида йиринг тўпланиши мумкин.

Ноғора бўшлиғининг *пастки, бўйинтуруқ девори (pars jugularis)* ёки ноғора бўшлиғининг туби унинг остида ётган ички бўйинтуруқ венанинг юқори пиёзчаси (*bulbus venae jugularis*) билан чегараланган. Бўшлиқ туби ноғора парда четидан 2,5-3 мм пастроқда жойлашган. Баъзан бу деворда суяк нуқсонлари - дегисценциялари бўлиб, вена пиёзчаси ноғора бўшлиғи ичига бўртиб туради. Шунинг учун ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёни бўйинтуруқ венага тарқалиб, септикопиемия асоратини ривожланишига ёки парацентез пайтида вена пиёзчаси жароҳатланиб, қулоқдан кучли қон оқишига сабаб бўлиши мумкин.

Ноғора бўшлиғининг *олд девори, эшитув найи ва уйқу артерияси девори (pars tubaria, s.caroticus)*. Бу деворнинг юқори қисмини икки тешик эгаллаган бўлиб, уларнинг каттаси - эшитув найининг ички тешиги (*ostium tympanicum tubae auditivae*), кичиги - унинг устида жойлашган ноғора пардани таранглаштирувчи мушак ярим доира каналидир.

Пастки қисмида ноғора бўшлиғининг олд девори юпқа суяк пластинкасидан ташкил топган бўлиб, ноғора бўшлиғини ички уйқу артерияси каналидан ажратиб туради. Қон томирлар ва асаб толалари бу девордаги кичик тешикчалар орқали ноғора бўшлиғига киради. Баъзан яллиғланиш жараёни ноғора бўшлиғидан уйқу артериясининг суяк деворига тарқалиши ёки артерия девори парацентез пайтида жароҳатланиб, кучли қон оқишига сабаб бўлиши мумкин.

Ноғора бўшлиғининг *орқа ёки сўрғичсимон девори (pars mastoideus)* сўрғичсимон ўсиқ билан чегараланган. Унинг юқори қисмида кенг йўл - *ғорга кириш йўли (aditus ad antrum)* жойлашган. Бу йўл ноғора бўшлиғининг томини, яъни аттикни сўрғичсимон ўсиқ ғори билан (*antrum mastoideum*), яъни сўрғичсимон ўсиқнинг доимий катакчаси билан боғлаб туради. Ғорга кириш жойидан пастда, даҳлиз дарчасининг пастки чети сатҳида, орқа деворда ўз ичига узанги мушагини жойлаштирган пирамида тепалиги (*eminentia pyramidalis*) жойлашган. Узанги мушагининг пайи тепалик чўққисидан бошланиб, узанги

бошчасида тугайди. Пирамида тепалигининг ташқи томонида кичик тешик бўлиб, ундан ноғора тори –*horda tympani* чиқади.

Ноғора бўшлигининг *ташқи*, яъни *ноғора парда девори (pars membranaceus)* юқорида ноғора парда ва аттикнинг юқори-ташқи девори, пастда - ташқи эшитув йўлининг пастки деворидан ҳосил бўлган. Ноғора пардадан юқорида ташқи деворни эни 3-6 мм бўлган ташқи эшитув йўлининг юқори девор пластинкаси ташкил қилади. Шу пластинканинг пастки четига, яъни ноғора уймасига (*incisura tympanica*) ноғора парда бирикади (6-расм).



6-расм. Ноғора бўшлигининг ташқи девори

1. аттик;
2. болғача бойлами;
3. болғача дастаси;
4. ноғора парданинг таранглашган қисми;
5. эшитув найи;
6. ички уйқу артериясининг олд девори;
7. бўйинтуруқ вена пиёзчаси;
8. юз асаб толаси;
9. ноғора пайи;
10. сўргичсимон ўсиқ ғори;
11. болғача каллачаси.

Ноғора бўшлигининг *ички (лабиринт) девори (paries labyrinthicus)* ўрта қулоқни ички қулоқдан, яъни лабиринтдан ажратиб туради. Ички деворнинг марказий бўлимида чиғаноқ асосий гажагининг ташқи девори ҳосил қилган тепалик (*promontorium*) жойлашган. Тепаликнинг юзида ноғора чигали (*plexus tympanicis*) бор.



7-расм. Ноғора бўшлигининг ички девори ва эшитув найи

- 1- чўққи; 2-даҳлиз дарчасида жойлашган узангича; 3- чиғаноқ дарчаси; 4-юз асаб толасининг биринчи тиззаси; 5-латерал (горизонтал) ярим доира канал ампуласи; ноғора тори; 7-узангича асаб толаси

Ноғора чигалини қуйидаги асаб толалари ҳосил қилади:

- 1) тилҳалқум асаб толасининг шохчаси бўлган ноғора асаб толаси (*n.tympanicis*),

2) уч шохли асаб толаси (*n. trigeminis*),

3) юз асаб толаси (*n. facialis*)

4) ички уйқу чигалининг (*plexus carotis internus*) симпатик толалари. Тепаликнинг юқори-орқа қисмида узангича асоси (*basis stapedis*) билан ёпилган даҳлизнинг овал дарчаси (*fenestra vestibuli*), орқа-пастки қисмида иккиламчи ноғора парда (*membrana tympani secundaria*) билан ёпилган айлана тешик –чиғаноқ дарчаси (*fenestra cochleae*) жойлашган. Чиғаноқ дарча ноғора бўшлиғининг орқа деворига қараган бўлиб, қисман промоториум тепалигининг орқа-пастки бўртиғи билан ёпилган.

Бевосита овал дарча устида фаллопий суяк канали жойлашган бўлиб, ичидан юз асаб толасининг горизонтал шохчаси ўтади. Бу канал девори жуда юпқа ва баъзан тирқишларга эга бўлганлиги сабабли ўрта қулоқдаги патологик жараён юз асаб толасига тарқалиб, юз асаб толаси невритини ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Каналнинг юқори-орқа томонида ташқи (горизонтал) ярим доира канал ампуласининг бўртиғи жойлашган. Овал дарча устида ноғора пардани таранглаштирувчи мушак ярим канали ўтади (7-расм).

Ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардаси бурун-ҳалқум шиллиқ пардасининг давоми ҳисобланади. У ноғора бўшлиғи деворларини ва эшитув суякчаларини қоплаб, бир вақтнинг ўзида периост (*мукопериост*) вазифасини ҳам бажаради. Ноғора бўшлиғида у бир нечта бурма ва чўнтаклар ҳосил қилиб, ноғора бўшлиғининг ўрта ва юқори қаватларини бир-биридан ажратиб туради. Шиллиқ парда бурмалари ва суяк тузилмалар ноғора бўшлиғи чўнтакларини ёки синусларини ҳосил қилишда қатнашади, бу эса сурункали ўрта отитларни ривожланишида клиник аҳамиятга эга. Ноғора синуси пирамида тепалигининг остида жойлашиб, ички бўйинтурук венанинг юқори пиёзчасига ва чиғаноқ дарчасигача давом этади. Юз синуси ички томондан юз асаб толаси канали, орқадан пирамида тепалиги ва олдиндан промоториум тепалиги билан чегараланган.

Ўрта қулоқ шиллиқ пардасини қоплаган эпителий қавати бурунҳалқум эпителий қаватининг ўзгарган шакли бўлиб, эшитув найи тимпанал тешиги соҳасида у 2-3 қаторли цилиндрик ҳилпилловчи эпителийдан иборат (эпителий туклари эшитув найининг тимпанал тешигидан бурун-ҳалқум томон ҳаракатланади). Эпителий қаватида қадахсимон хужайралар сони кам бўлади. Бу майдондан узоқлашган сари ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардаси бир қаватли кубсимон, орқа бўлимларда бир қаватли ясси эпителий билан қопланган бўлади; мезотимпанум ва эптитимпанумнинг орқа қисмида ҳилпилловчи эпителий хужайралари кўп учрайди. Промоторий тепалиги соҳаси шиллиқ пардасида шиллиқ ишлаб чиқарувчи ва шиллиқ ишлаб чиқармайдиган цилиндрик хужайралардан, кам миқдорда - ҳилпилловчи ва ундан ҳам кам миқдорда - қадахсимон хужайралардан ташкил топган.

Ноғора бўшлиғида 3 та эшитув суякчалари ва 2 та уларга алоқадор мушаклар жойлашган. Эшитув суякчаларига болғача (*malleus*), сандонча (*incus*) ва узангича

(*stapes*) киради. Улар бўғимлар орқали бир-бири билан занжирга ўхшаб боғланган. Эшитув суякчалари товуш тўлқинларини кучайтириб, эшитув мушаклари ёрдамида дахлиз дарчасига етказади (8-расм).

1. *Болғачанинг* дастаси ноғора парданинг фиброз қаватига бирикади. Болғачанинг дастаси, бўйинчаси ва каллачаси ҳамда олд ва ташқи ўсиқлари тафовут қилинади. Болғачанинг дастаси ва калта ўсиғи отоскопияда кўзга кўринади. Болғачанинг оғирлиги 30мг.



8-расм. Эшитув суякчалари
1-узангича; 2-сандонча; 3-
болғача;

2. *Сандонча* танаси, калта ва узун оёқчалардан тузилган; калта оёқчаси ёрга кириш жойида жойлашган бўлса, узун оёқчаси орқали узанги каллачаси билан бўғим ҳосил қилади. Сандончанинг оғирлиги 27 мг. Болғача каллачаси, бўйни ва сандончанинг танаси эпителимланумда жойлашган. Ноғора парданинг кенг юзасидан узангининг тор сатҳига тўпланган товуш тўлқинлари анча кучайган бўлади (тахминан 25-30 баробар).

3. *Узангичада* каллачаси, икки оёқчаси ва асоси тафовут қилинади. Унинг оғирлиги 2,5 мг, асосининг

сатҳи - 3-3,5 мм² га тенг. Узангичанинг асоси айлана бойлам (*lig. annulare*) ёрдамида дахлиз дарчасининг четига бирикади. Бойлам етарлича эластик бўлганлиги туфайли узангича асосининг олд бўлимлари анча ҳаракатчан бўлади.

Ўрта қулоқ мушакларига ноғора пардани таранглаштирувчи (*m. tensor tympani*) ва узангича (*m. stapedius*) мушаклар киради. Бу мушаклар эшитув суякчаларининг ҳаракатини таъминлаб, маълум даражада товушни ўтказиш жараёнида қатнашади. Бундан ташқари, улар аккомодация ва ҳимоя фаолиятини бажаради, яъни товушнинг кучига қараб ноғора пардани таранглигини ўзгартириб, лабиринтни кучли товуш тўлқинларидан ҳимоя қилади.

1) Ноғора пардани таранглаштирувчи мушакнинг пайи болғача бўйинчасига бирикади. Бу мушак эшитув найининг ноғора тешиги устида жойлашган суяк ярим доира каналдан бошланади. Мушак пайи аввал олдиндан орқа томон йўналишда боради, кейин тўғри бурчак остида чиғаноқ ўсиғини эгиб, ташқи йўналишда ноғора бўшлиғини кесиб ўтади, шундан сўнг болғачага бирикади. Бу мушак иннервациясини пастки жағ асаб толаси (уч шохли асаб толасининг шохчаси) таъминлайди.

2) Узангича мушаги пирамида тепалигининг суяк қинида жойлашган бўлиб, унинг пайи тепалик чўққисидаги тешиқдан чиқиб, калта поя шаклида олдинга боради ва узангичага бирикади. Бу мушак иннервациясини юз асаб толаси шохчаси - узангича асаб толаси (*n. stapedius*) таъминлайди.

Эшитув (Евстахий) найи (*tuba auditiva*) ўрта қулоқни бурунҳалқум орқали ташқи муҳит билан боғлаб туради. Унинг узунлиги катталарда 3,5 см, чақалоқларда - 2 см га тенг. Эшитув найи ўрта қулоқдаги ҳаво босимини ташқи атмосфера босими билан тенглаштириб туради (барофонкция), яъни ҳавони алмаштириш вазифасини бажаради.

Эшитув найи унинг 1/3 қисмини эгаллаган калта суяк (*pars ossea*) ва 2/3 қисмини эгаллаган узун тоғай (*pars membranacea cartilaginea*) қисмлардан тузилган. Бу қисмлар бирлашиб пастга йўналган ўтмас бурчак ҳосил қилади. Тоғай қисми суяк қисмига ўтиш жойида эшитув найининг энг тор жойи - бўйинчаси (*isthmus*) жойлашган бўлиб, унинг диаметри 1-1,5 мм га тенг. Эшитув найининг ногора тешиги (диаметри 4-5 мм) ногора бўшлиғи олд деворининг юқори қисмида, ҳалқум тешиги -ундан 1-2,5 см пастроқда жойлашиб, пастки бурун чиғаноқларининг орқа учи сатҳида бурунҳалқумнинг ташқи деворига очилади. Ҳалқум тешиги соҳасида лимфоид тўқима тўплами - най муртағи (*tonsilla tubaria*) жойлашган.

Болаларда эшитув найи калта, кенг ва бироз горизонтал жойлашган бўлади. Шу сабабли ёш болаларда сут, сўлак ва бошқа суюқликлар эшитув найи орқали ногора бўшлиғи ичига кириши ва ўрта қулоқнинг яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин. Эшитув найининг шиллиқ пардаси ҳилпилловчи цилиндрик эпителий билан қопланган бўлиб, туклар ўрта қулоқдан ҳалқум томонга ҳаракатланади. Тинч ҳолатда эшитув найи тоғай қисмининг деворлари бир-бирига тегиб туради, шунинг учун унинг ёриғи одатда ёпиқ ҳолатда бўлади. Эшитув найининг ёриғи ютинганда, чайнаганда, эснаганда очилади. Унинг очилиши юмшоқ танглайни таранглаштирувчи (*m. tensor veli palatini*) ва кўтарувчи (*m. levator veli palatini*) мушакларнинг қисқариши натижасида содир бўлади, чунки уларнинг толалари эшитув найи тоғай қисмининг деворига зич ёпишган бўлади. Эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилганда ўрта қулоқда турли патологик жараёнлар юзага келиши мумкин. Шу сабабдан беморларда эшитув найи ўтказувчанлигини тиклаш муҳим аҳамиятга эга.

Сўрғичсимон ўсиқ (*processus mastoideus*) ўрта қулоқнинг орқа қисмида жойлашган. У қалин суяк тўқимаси ва кўпгина ҳаволи катакчалардан иборат бўлиб, барча катакчалар сўрғичсимон ўсиқ ғори (*antrum mastoideum*) ва ғорга кириш жойи (*aditus ad antrum*) орқали ногора бўшлиғининг юқори-орқа қисмига очилади. Чақалоқларда сўрғичсимон ўсиқ яхши ривожланмаган бўлиб, фақат битта бўшлиқдан - сўрғичсимон ўсиқ ғоридан (*antrum*) иборат. Ўсиқнинг шаклланиши 2 ёшдан бошланиб, 6-7 ёшда тугайди.

Сўрғичсимон ўсиқ чўққиси пастга қараган конусни эслатади. Чиғаноқ ўсиғининг давоми бўлган ва калла суяги ўрта чуқурчасининг тубига тўғри келган чакка чизиғи (*linea temporalis*) унинг юқори чегараси бўлиб хизмат қилади. Сўрғичсимон ўсиқнинг олд чегараси – ташқи эшитув йўлининг орқа девори бўлиб, унинг орқа-юқори четида бўртиш – *spina suprameatum* (*spina Henlae*) бор.

Бу бўртиш суяк юзасидан 2-2,5 см чуқурликда жойлашган ғорнинг жойлашувига мос келади.

Сўрғичсимон ўсиқ ғори - айлана шаклдаги ҳаволи катакча бўлиб, шакли ва тузилишидан қатъий назар сўрғичсимон ўсиқда 100 % ҳолларда мавжуд бўлади ва қулоқда бажариладиган барча жарроҳлик амалларида ишончли анатомик тузилма - мўлжал бўлиб хизмат қилади.

Ёш болаларда сўрғичсимон ўсиқ ғори ташқи эшитув йўлидан юқорида ва анча юзаки (2-4 мм чуқурликда) жойлашади, бола ўсган сари у аста-секин орқага ва пастга силжийди (9-расм). Ғор томини (*teg men antri*) ҳосил қилган суяк пластинка уни калла ўрта чуқурчасининг қаттиқ пардасидан ажратиб туради.



9-расм. Сўрғичсимон ўсиқ

Тузилиши бўйича меъёردа сўрғичсимон ўсиқнинг ҳаволи, диплоэтик ва аралаш, патологияда-склеротик турлари тафовут қилинади.

Пневматик сўрғичсимон ўсиқда ҳаволи катакчалар унинг деярли барча майдонини тўлдириб, ҳатто чакка суягининг тангачасимон қисмига, чиганоқ ўсиғи ва пирамидага ҳам тарқалиши мумкин. Одатда ғор атрофида жойлашган кичик катакчалар, узоқроқда жойлашган - йирик катакчалар (баъзан, чўққи катакчаси) тафовут қилинади.

Диплоэтик (спонгиозли) сўрғичсимон ўсиқда ҳаволи катакчалар кам бўлиб, улар асосан ғор атрофида тўпланган ва трабекулалар билан чегараланган кичик бўшлиқлардан иборат. Бундай ҳол кўпинча модда алмашинувининг бузилиши бор болаларда учрайди. Масалан, рахит ва бошқа касалликларда.

Склеротик (зич) сўрғичсимон ўсиқ умумий ва маҳаллий яллиғланишнинг оқибати бўлиб, бунда сўрғичсимон ўсиқ зич суяк тўқимасидан тузилган бўлади, унда ҳаволи катакчалар сони жуда кам ёки умуман бўлмайд.

Сўрғичсимон ўсиқ катакчалари (*cellulae mastoideae*) ҳажми ва жойлашуви бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1. *Бўсага* катакчалари - улар бевосита кортикал қават остида, асосан сигмасимон синус, юз асаб толасининг суяк канали ва антрум оралиғида жойлашган;
2. *Чўққи* катакчалари сўрғичсимон ўсиқ чўққисида жойлашган;
3. *Синус атрофи (перисинуоз)* катакчалари сигмасимон синус атрофида жойлашиб, калланинг орқа чуқурчаси олдида ётади;
4. *Энса суяги атрофи (окципитал)* катакчалари энса суяги томонда жойлашган;
5. *Юз асаб толаси атрофи (перифасциал)* катакчалари юз асаб толаси каналининг пастга тушувчи қисми соҳасида жойлашган;
6. *Антрум атрофи (периантрал)* катакчалари ноғора бўшлиғи ва антрумнинг томида жойлашган;
7. *Чакка* катакчалари ташқи эшитув йўлининг юқори орқа деворида жойлашган;
8. *Бурчак* катакчалари пирамида қирраси бўйлаб жойлашган;

9. *Лабиринт атрофи* (перилабиринт катакчалари пирамидада жойлашиб, лабиринтни ўраб олади.

Сўрғичсимон ўсиқ ғори ва катакчалари ўрта қулоқ шиллиқ пардасининг давоми бўлган шиллиқ парда билан қопланган, шунинг учун ноғора бўшлиқ ичидаги патологик жараён сўрғичсимон ўсиқ катакчаларига осон тарқалади.

Сўрғичсимон ўсиқнинг ички (орқа) юзасида (калла суягининг ичида) *сигмасимон синус (sinus sigmoideus)* - вена бўшлиғи ётади. У бош мия қаттиқ пардасининг дупликатураси бўлиб, бош миядан вена қони шу синус орқали бўйинтуруқ вена тизимига қўйилади. Ноғора бўшлиғининг остида сигмасимон синус кенгайиш, яъни ички бўйинтуруқ вена пиёзчасини ҳосил қилади. Бу ички суяк пластинкаси (*lamina vitrea*) сигмасимон синус ва калла суягининг орқа чуқурчасини сўрғичсимон ўсиқ катакларидан ажратиб туради. Ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёнлари суяк пластинкасини емириб, сигмасимон синусга тарқалиши мумкин, синус девори жароҳатланганда эса ҳаёт учун хавфли қон оқиши юзага келади. Баъзан сигмасимон синусни ташқи эшитув йўли орқа деворига якин ёки юзаки жойлашганлиги (латеропозицияси) қулоқда бажариладиган жарроҳлик амали пайтида синус деворини жароҳатланишига сабаб бўлади.

Tegmen antri суяк пластинкаси сўрғичсимон ўсиқ ғорини калла суягининг ўрта бош мия чуқурчаси ва бош мия қаттиқ пардасидан ажратиб туради; патологик жараён суяк пластинкасини емирганда йиринг бош мия пардаларига тарқалиши мумкин.

Сўрғичсимон ўсиқ чўққисининг ички юзасида икки қоринчали мушак толалари бирикадиган чуқур *сўрғичсимон эгат (incisura mastoidea)* бўлиб, баъзан йирингли жараён сўрғичсимон катакчалардан шу эгат орқали бўйин мушакларининг остига тарқалиши мумкин.

Сўрғичсимон ўсиқ соҳасида муҳим клиник аҳамиятга эга бўлган *Шипо учбурчаги* жойлашган, чунки сўрғичсимон ўсиқ соҳасида бажариладиган барча жарроҳлик амаллари айнан шу учбурчак соҳасида бажарилади. Шипо учбурчаги тепадан чакка чизиғи билан (хаёлан ўтказилган бу чизик ёноқ ёйининг давоми бўлиб, калла суяги ўрта чуқурчаси тубининг сатҳига тўғри келади – *linea temporalis*), олд томондан - ташқи эшитув йўлининг орқа деворидан чакка чизиғига хаёлан ўтказилган тўғри чизик билан (бу чизик Фаллопий канали, уни ичида ётган юз асаб толасининг чегараси ҳисобланади), орқадан -сўрғичсимон ўсиқ чўққиси ўртасидан чакка чизиғига хаёлан ўтказилган вертикал чизик (биссектриса) билан чегараланади. (Ушбу чизик орқа томондан сигмасимон синуснинг чегараси ҳисобланади).

Ички қулоқ (auris interna), яъни *лабиринт* жуда мураккаб тузилган. У суякли лабиринт капсуласи ва унинг ичида жойлашган пардали лабиринтдан тузилган. Лабиринт чакка суягининг тошсимон қисми (*pars pyramida*) ичида жойлашган. Ташқи томонда у даҳлиз ва чиғаноқ дарчалари жойлашган ноғора бўшлиғининг ички девори бўлиб хизмат қилади. Ички томонда лабиринт ички эшитув йўли

(*meatus acusticus interna*) ва даҳлиз сув оқаваси (*aqueductus vestibuli*) орқали калла суягининг орқа чуқурчаси билан туташади. Даҳлиз сув оқавасида чиғаноқ сув оқавасига (*aqueductus cochleae*) – чиғаноқ найчасига (*canaliculus cochleae*) борувчи эндолимфатик йўл (*ductus endolymphaticus*) ўтади. Лабиринт мия суюқлигига ўхшаш суюқлик билан тўлган.

Бу суюқлик пардали лабиринт ичида - эндолимфа, суякли лабиринт ичида – перилимфа деб аталади. Перилимфа ва эндолимфа физиологик фаолияти жиҳатидан ўзаро боғлиқ бўлган кулоқ лабиринтининг гуморал тизимидир. Улар электролит таркиби билан бир-биридан фарқ қилади; эндолимфада кўп миқдорда калий ионлари, кам миқдорда натрий ионлари бўлса, перилимфада бунинг акси, яъни натрий ионлари кўпроқ бўлади. Перилимфа ўз ионлар таркиби билан мия суюқлиги ёки қон зардобини эслатса, эндолимфа - хужайра ичи суюқлигига ўхшайди.

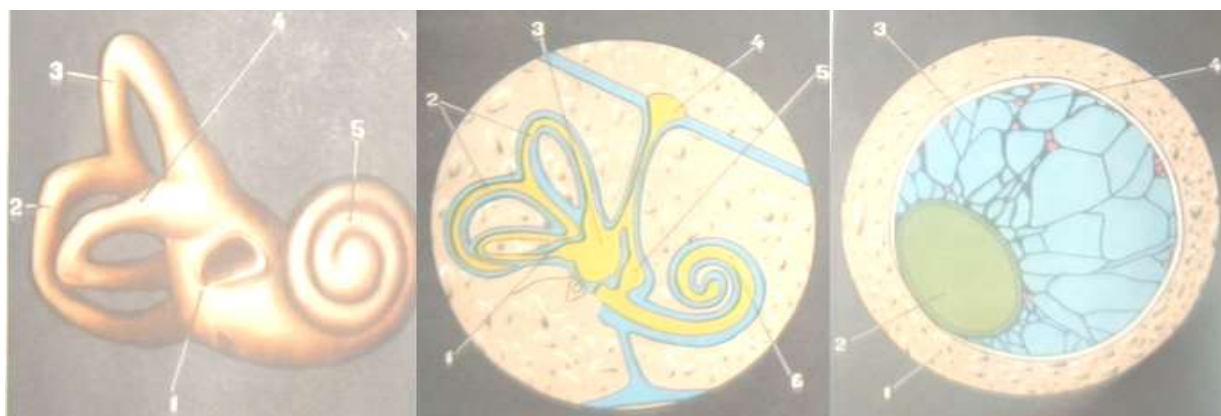
Суякли лабиринт 3 бўлимдан ташкил топган (10-расм):

- олд бўлим - чиғаноқ (*cochlea*);
- ўрта бўлим - даҳлиз (*vestibulum*);
- орқа бўлим - ярим доира каналлар (*canalis semicircularis*).

Чиғаноқ (*cochlea*) - бу ўз ўқи (*modiolus*) атрофида 2,5 марта айланиб, тепада чўққи ҳосил қилган спирал шаклидаги суякли найдир. Суяк ўқидан канал ичига спирал суяк пластинкаси (*lamina spiralis ossea*) киради. Кесимда чиғаноқ ясси конус шаклига эга (конус асосининг эни 9 мм, буйи 5 мм, спирал шаклидаги суякли найнинг узунлиги 32 мм га тенг). Спирал суяк пластинкасининг давоми бўлган пардали базилляр пластинка ва даҳлиз (рейсснер) мембранаси (*tymbrana vestibulatis*) чиғаноқ ичида мустақил найни - чиғаноқ йўлини (*ductus endolymphaticus*) ҳосил қилади. Унинг ташки девори қон томирларга бой бу ерда 3 қатор хужайралар эндолимфани ишлаб чиқаради. Бу йўл чиғаноқ найини юқори ва пастки спирал нарвонларга бўлади: найнинг юқори бўлими - даҳлиз нарвони (*scala vestibuli*), пастки бўлими - ногора нарвони (*scala tympani*) деб аталади. Юқори ва пастки нарвонлар алоҳида-алоҳида жойлашган бўлиб, улар фақат чиғаноқ чўққисидаги геликотрема (*helicotrema*) тешиги орқали бир-бири билан туташади. Даҳлиз нарвони овал дарчага, ногора нарвони эса чиғаноқ дарчаси (айлана дарча) орқали ногора бўшлиғига очилади. Ноғора нарвонида чиғаноқ дарчаси ёнида орқа миянинг тўр пардаси бўшлиғига очилиб, чакка суяги тошсимон қисмининг пастки қиясида тутайдиган чиғаноқ сув оқаваси (*ductus endolymphaticus*) ўтади. Спирал суяк пластинкасининг асоси ёнида суяк канали бўлиб, унда эшитув асаб толасининг биринчи биполяр нейрон хужайраларига эга чиғаноқнинг спирал тугуни (*ganglion spirale cochleae*) жойлашган.

Лабиринт даҳлизи чиғаноқнинг ўрта қисмидаги бўшлиқ бўлиб, унинг ичида 2 та чўнтак бор: сферик чўнтак (*recessus sphericus*) ва эллиптик чўнтак (*recessus ellipticus*). Чиғаноққа яқин турган биринчи ярим доира каналларга туташган чўнтакда сферик (*sacculus*), иккинчи чўнтакда - эллиптик (*utricle*) пардали қопчалар жойлашган. Пардали қопчалар эндолимфатик йўл орқали ўзаро

боғланган. Даҳлизнинг олд қисми даҳлиз нарвони орқали чиғаноқ билан, орқа қисми - ярим доира каналлар билан туташади.



10-расм. Суякли лабиринт

1. Даҳлиз; 2. Сагитал ярим доира канал;
3. Фронтал ярим доира канал;
4. Горизонтал ярим доира канал;
5. Чиғаноқ.

11-расм. Пардали лабиринт.

1. Горизонтал ярим доира канал;
2. Вертикал ярим доира каналлар;
3. Эллиптик қопча; 4. Эндолимфатик қопча;
5. Сферик қопча; 6. Чиғаноқ йўли.

12-расм. Ярим доира каналнинг

1. Суякли қават; 2. Пардали қават;
3. Перилимфатик қўшувчи тўқима толалари;
4. Қон томир

Ярим доира каналлар 3 та бўлиб, улар ўзаро перпендикуляр текисликларда жойлашган:

- 1) ташқи ёки горизонтал канал (*canalis semicircularis lateralis*);
- 2) олд ёки фронтал вертикал канал (*canalis semicircularis anterior*);
- 3) орқа ёки сагитал вертикал канал (*canalis semicircularis posterior*).

Ташқи канал 30° остида горизонтал, олд канал - фронтал, орқа канал - сагитал текисликларда жойлашади. Ҳар бир канал кенгайган ампула оёқчасига ва даҳлизнинг эллиптик чўнтагига қараган силлиқ оёқчасига эга. Олд ва орқа вертикал каналларнинг силлиқ оёқчалари бирлашиб, умумий оёқча ҳосил қилади. Шундай қилиб, ярим доира каналлар даҳлизнинг эллиптик чўнтагида бешта тешик орқали бир-бири билан боғланади. Ташқи каналнинг суяк ампуласи сўрғичсимон ўсиқ ғорига кириш жойига яқин жойлашиб, унинг ички деворини ҳосил қилади.

Суякли лабиринт тузилмалари жуда кичик. Масалан, чиғаноқнинг чўққисидан асосигача бўлган масофа 28-30 мм, суякли спирал пластинканинг эни 1 мм, ярим доира каналларнинг диаметри 0,8-1,5 мм, узунлиги-12-18 мм га тенг.

Пардали лабиринт чиғаноқ йўли, даҳлиз қопчалари ва пардали ярим доира каналлардан тузилган, яъни суякли лабиринт шаклини такрорлайди (11-расм). У эндолимфа билан тўлган ёпиқ эндолимфатик бўшлиқ ва йўллар тизимидан иборат. Суякли ва пардали лабиринтлар орасида перилимфа билан тўлган перилимфа бўшлиғи жойлашган. Пардали лабиринт бириктирувчи тўқима толалари ёрдамида перилимфа бўшлиғи ичида осилиб туради. Перилимфа бўшлиғи чиғаноқ сув оқаваси (чиғаноқ каналчаси - *aqueductus cochlea*) орқали бош мия тўр пардаси ости бўшлиғи билан алоқа ҳосил қилади. Эндолимфа пардали лабиринтнинг ёпиқ тизимида жойлашиб, бош мия суюқликлари билан алоқа ҳосил қилмайди.

Олимларнинг фикрича, эндолимфа қон томирлар тасмаси (*stria vascularis*) томонидан ишлаб чиқарилади, унинг реабсорбцияси эса эндолимфатик

қопчада содир бўлади. Эндолимфани ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилиши лабиринт ичи босимининг ошишига олиб келиши мумкин.

Ички қулоқда 2 та рецептор аъзолари жойлашган:

- 1) эшитув аъзоси. Бу аъзо чиғаноқ йўлида (*ductus cochlearis*) жойлашган;
- 2) мувозанатни сақлаш аъзоси. Бу аъзо даҳлиз қопчалари (*sacculus va utriculus*) ва пардали ярим доира каналларда жолашган.

Чиғаноқ йўли (*ductus cochlearis*) айланма спирал канал бўлиб, чиғаноқнинг ичида, даҳлиз ва ноғора нарвонлари орасида жойлашган. Кўндаланг кесимда у учбурчак шаклига эга. Чиғаноқ йўлининг деворларини даҳлиз (Рейсснер) мембранаси, ноғора (базал) мембранаси ва суякли чиғаноқнинг ташқи девори ҳосил қилади. Даҳлиз нарвонига караган чиғаноқ йўлининг юқори девори икки қават ясси эпителий хужайраларидан иборат юпқа даҳлиз (Рейсснер) мембранасидан тузилган. Чиғаноқ йўлининг тубини *базилляр* мембрана ҳосил қилади. Бу мембрана чиғаноқ йўлини ноғора нарвонидан ажратиб туради. Спирал суяк пластинкасининг (*lamina spiralis ossea*) чети базилляр мембрана орқали суякли чиғаноқнинг қарама-қарши девори билан боғланади. Чиғаноқ йўлидаги базилляр мембранада *спирал бойлам* (*lig. spirale*) жойлашган бўлиб, унинг ташқари қисмини қон томирларга бой *қон томир тасмаси* (*stria vascularis*) ҳосил қилади. Базилляр мембрана кўндаланг жойлашган эластик толалардан иборат тузилма бўлиб, кўпгина капилляр қон томирлар тўрига эга. Эластик толаларнинг узунлиги ва қалинлиги чиғаноқнинг асосий гажжагидан чўққиси томон ортиб боради. Бутун чиғаноқ йўли бўйлаб спиралсимон жойлашган базилляр мембранада *спирал аъзо* (Корти аъзоси), яъни эшитув анализаторнинг периферик рецептори жойлашган.

Спирал аъзо (Корти аъзоси) ички нейроэпителиал, ташқи тукли, тиргак ва озиқлантирувчи, Корти ёйларини ҳосил қилувчи ташқи ва ички устун хужайралардан тузилган. Ички устун хужайралардан ичкарироқда бир қатор ички тукли хужайралар (уларнинг сони 3500 етади); ташқи устун хужайралардан ташқарироқда 20 000 яқин ташқи тукли хужайралар уч қатор бўлиб жойлашган. Тукли хужайралар чиғаноқ спирал тугуни хужайраларидан тарқалган периферик асаб толалари билан синапслар ёрдамида боғланади. Спирал аъзонинг тиргак хужайралари ушлаб туриш ва озиқлантириш вазифасини бажаради. Спирал аъзонинг сезгир хужайралари орасида эпителий ичи бўшлиқлари бўлиб, улар “*кортилимфа*” деб аталган суюқлик билан тўлган. Кимёвий таркиби бўйича кортилимфа эндолимфага ўхшаса-да, ундан анча фарқ қилади.

Корти аъзосининг тукли хужайралари устида *эластик (томсимон) мембрана* (*membrana tectoria*) жойлашган. Бу мембрана ҳам базилляр мембрана сингари спирал суяк пластинкаси четидан бошланади. Унинг ташқи чети эркин бўлганлиги сабабли базилляр пластинка устида осилиб туради. Эластик мембрана остида ҳам кортилимфа суюқлиги оқади. Эластик мембрана узунасига ва радиал жойлашган *протофибриллалардан* тузилган бўлиб, унинг

ичига ташқи тукли нейроэпителий хужайраларининг туклари тарқалади. Хужайралар тукларининг узунлиги турлича бўлиб, энг калта тукли (130-135 мкм) хужайралар чиганоқнинг асосида жойлашган. Чиганоқнинг асосидан чиганоқ йўлига кўтарилган сари хужайралар тукларининг узунлиги аста-секин ошиб боради. Энг узун тукли (230-234 мкм) рецептор хужайралари чиганоқ йўлининг чўққисида жойлашган. Базилляр пластинка тебранганда тукларнинг таранглашиши ва қисилиши туфайли ўзангича ва ички қулоқ суюқликлари тебранишларининг механик энергияси асаб импульсига айланади.

Спирал аъзонинг ҳар бир тукли хужайраси фақат битта асаб толаси билан таъминланган бўлиб, бу асаб толаси қўшни хужайраларга тармоқланмайди. Шунинг учун асаб толасининг дегенерацияси фақат унга тегишли хужайрани нобуд бўлишига олиб келади.

Бундан ташқари, спирал аъзонинг сезгир хужайралари афферент ва эфферент иннервацияга эга бўлиб, у марказга интилган ва марказдан қочган оқимни амалга оширади. Агар ички тукли хужайраларга афферент (марказга интилган) иннервациясининг 95% тўғри келса, асосий эфферент (марказдан қочган) оқим эса, аксинча, ташқи тукли эпителий томон йўналган бўлади.

Лабиринт даҳлизидида 2 пардали қопчалар - эллиптик ва сферик қопчалар жойлашган. Отолит рецепторлари иккала қопчанинг ички юзасида жойлашган ва нейроэпителий билан қопланган кичик тепачалардан иборат. Улар эллиптик қопча доғи (*macula utriculi*) ва сферик қопча доғи (*macula sacculi*) деб аталади. Отолит рецептор аъзоси ҳам таянч ва сезувчан хужайралардан тузилган.

Пардали ярим доира каналлар суяк ярим доира каналлар ичида жойлашиб, уларнинг шаклини такрорлайди, яъни улар ҳам ампула ва силлиқ оёқчаларга эга. Пардали ярим доира каналларнинг диаметри суякли ярим доира каналлар диаметридан кичикрок бўлади (12-расм). Пардали ярим доира канал ампуласи ичида кичик айлана бўртиш (*crista ampullaris*) бўлиб, бу бўртишда туклари бирлашиб “мўйқалам” (*crista ampullaris*) ҳосил қилган тукли хужайралар жойлашган. Бурчакли тезланиш таъсирида эндолимфа ярим доира каналнинг ампула оёқчаси ёки силлиқ оёқчаси томон силжиб, нейроэпителий хужайраларни қитиқлайди, натижада механик энергия асаб импульсига айланади. Шундай қилиб, сезгир мувозанат хужайралар 5 рецептор майдонларида: учта ярим доира каналлар ампулаларида – биттадан, икки даҳлиз қопчаларида - биттадан жойлашган. Даҳлиз ва ярим доира каналлар рецепторларининг ҳар битта сезгир хужайраси бир нечта асаб толалари билан таъминланган, шунинг учун битта асаб толасининг зарарланиши хужайрани нобуд бўлишига олиб келмайди ва бошқа сезгир хужайраларга зарар етказмайди.

Ташқи қулоқни ташқи уйқу артерияси қон билан таъминлайди. Қулоқ супрасини орқа қулоқ артерияси - *a. auricularis posterior*, унинг олд юзаси пастки уч қисмини ва қисман қулоқ солинчагини юзаки чакка артерияси - *a. temporalis superficialis* қон билан таъминлайди. Қайд этилган қон томирлар ва ташқи

эшитув йўли атрофида тўр ҳосил қилган юқори жағ артериясининг шохчаси *чуқур қулоқ артерияси (a auricularis profunda)* ташқи эшитув йўлининг чуқур бўлимларини ва ноғора пардани қон билан таъминлайди.

Ташқи қулоқдан вена қони олдинда *орқа пастки жағ венасига (v. retromandibularis)*, орқада *орқа қулоқ венасига (v.auricularis posterior)* қуйилади. Лимфа ташқи қулоқдан қулоқ дўмбоқчаси олдида ва ташқи эшитув йўлининг пастки девори остида жойлашган лимфа тугунларга, кейин чуқур бўйин лимфа тугунларига қуйилади.

Ташқи қулоқ сезувчанлигини қуйидаги асаб толалари таъминлайди:

- 1) *n. auriculotemporalis* - қулоқ-чакка асаб толаси (уч шохли асаб толасининг шохчаси);
- 2) *n.auricularis magnus* (юқори бўйин чигалининг шохчаси);
- 3) *ramus auricularis n.vagus* (сайёр асаб толасининг қулоқ шохчаси).

Уч шохли асаб толаси асосан ташқи эшитув йўлининг олд ярмига, сайёр асаб толаси – орқа ярмига тармоқланади. Асаб толаларнинг бундай жойлашуви қуйидаги ҳолатларни изоҳлашга ёрдам беради:

- 1) ташқи эшитув йўлининг орқа девори қулоқ воронкаси билан босиб кўздан кечирилганда ёки пахта билан тозаланганда беморда рефлексор йўтал пайдо бўлиши кузатилади;
- 2) ташқи эшитув йўли орқа деворининг чипқонида беморда қулоқ оғриги, қусиш, кўнгил айланиши белгилари кузатилади;
- 3) ташқи эшитув йўли олд деворининг чипқонида фақат оғриқ белгиси кузатилади.

Қулоқ супраси мушакларининг ҳаракат иннервациясини юз асаб толасининг шохчаси - *орқа қулоқ асаб толаси (n. auricularis posterior)* таъминлайди.

Ноғора парданинг ташқи қулоқ томон қараган юзини *чуқур қулоқ артерияси (a.auricularis profunda)*, ўрта қулоқ томон қараган юзини *олд ноғора артерияси (a.tympanica anterior)* қон билан таъминлайди. Ноғора парданинг қон томирлари 2 та тўр ҳосил қилиб жойлашади - ташқи ва ички қон томир тўрлари. Ноғора парданинг ташқи ва ички юзасининг қон томирлари ўзаро анастомоз ҳосил қиладилар. Меъёردа отоскопияда ноғора пардада қон томирлар кўринмайди, ўткир ўрта отит бошланиши билан улар яққол кўзга ташлана бошлайди.

Ноғора пардадан вена қони ташқи бўйинтуруқ венага, кўндаланг синусга ва ўртада жойлашган менингиал веналарга, лимфа суюқлиги эса қулоқ олди, қулоқ орти ва орқа бўйин лимфа тугунларига қуйилади.

Ноғора парда иннервациясини қулоқ - чакка асаб толаси (*n. auriculotemporalis*), сайёр асаб толасининг қулоқ шохчаси (*ramus auricularis n.vagus*) ва ноғора асаб толаси (*n.glosso-pharyngeus*нинг шохчаси) таъминлайди.

Ўрта қулоқни асосан ташқи ва қисман ички уйқу артерия тизими қон билан таъминлайди. Ноғора бўшлиғи артерияларига бигизсўрғичсимон (*a.stylomastoidea*) ва олд ноғора артериялар (*a.tympanica anterior*) киради. Бу артериялар ўрта қулоқни ўраб олган ички юқори жағ (*a.maxilaris interna*), ички

уйқу артериялари (*a.carotis interna*) ва бошқа артериялардан тармоқланган. Эпитимпанум майдонини, сандонча ва болғачани ноғора ва мандибуляр артериясининг шохчаси қон билан таъминласа, бигизсўргичсимон артерия (ўрта менингиал артерия билан анастомоз ҳосил қилган орқа қулоқ артериясининг шохчаси) сўргичсимон ўсиқ катакчаларини, антрум ва ноғора бўшлиғининг орқа бўлимларини қон билан таъминлайди. Ноғора бўшлиғининг тубини юқорига кўтарилувчи ҳалқум артериясининг шохчаси (у ҳам ўрта менингиал артерия билан анастомоз ҳосил қилади), унинг олд қисмини - ички уйқу артерияси қон билан таъминлайди.

Ўрта қулоқдан вена қон томирлари асосан қанотсимон (*plexus pterigoideus*) ва ички уйқу вена чигалларига (*plexus caroticus internus venosus*), ички бўйинтуруқ венанинг юқори пиёзчасига (*bulbus venae jugularis superior*), ўрта менингеал (*v. meningea media*) ва ташқи қулоқ вена қон томирларига қўйилади.

Демак, ўрта қулоқ атрофида жойлашган муҳим анатомик тузилмалар туфайли қулоқдаги инфекция қон томир йўллари орқали бутун организмга тарқалиши мумкин. Масалан, септик инфекциянинг патогенезида бош мия қаттиқ пардаларининг синуслари муҳим аҳамиятга эга.

Сагитал синус (*sinus longitudinalis sagitalis superior*) юз веналари билан туташган жойдан, яъни кўр тешиқдан (*foramen caecum*) бошланиб, сагиттал йўналишда ички энса тепалигигача боради, унга паралел ҳолда *falx cerebri* да *sinus longitudinalis inferior* жойлашган. Бу икки синуслар *protuberantiae occipitalis internae* соҳасида *sinus rectus* ёрдамида бир-бирига боғланган, унинг орқа четигача кўндаланг ҳолда *sinus transversus* ётади. У эгилиб чакка суягига киради ва шу жойда *sinus petrosus superior*ни ўз ичига олади. Сўргичсимон ўсиқнинг орқа ички юзасига ўтган кўндаланг синуснинг қисми *сигмасимон синус* (*sinus sigmoi-deus*) деб юритилади. Ноғора бўшлиғи тубининг остида *sinus sigmoideus* нинг давоми бўлган ва ички бўйинтуруқ венага қўйилган *бўйинтуруқ вена пиёзчаси* (*bulbus v. jugularis interna*) жойлашган. Бўйинтуруқ вена, ўз навбатида, бўйин қон томир тўпламининг таркибига киради. Бўйинтуруқ вена пиёзчасига яқин жойда пиёзчани ёрсимон синус (*sinus cavernosus*) билан боғлаб турувчи *пастки тошсимон синус* (*sinus petrosus inferior*) жойлашган. Бу синус ҳам бўйинтуруқ венага қўйилади.

Sinus sigmoideus калла вена тизимининг *ҳавзаси* (коллектори) вазифасини бажаради, у ноғора бўшлиғи веналарини ўз ичига олиб, *v. mastoidea* орқали калла ичи қон томирларини ташқи қон томирлар билан боғлаб туради (*v.mastoidea sinus mastoideus* ни *v.jugularis externa* га қўйиладиган *v.occipitalis* билан боғлайди).

Биринчидан калла ичи веналари клапанларга эга эмас (калла ичи вена қонини қўшимча чиқарувчиси - *v.mastoidea* да ҳам клапанлар бўлмайди); иккинчидан - улар кўпгина эгриликлар ҳосил қилади. Бу эгриликлар қон оқими тезлигини камайтириб, синустромбоз касаллигини ривожланишида муҳим рол уйнайди.

Ўрта қулоқ шиллиқ пардасининг иннервациясида ноғора, юз, тилҳалқум ва уч шохли ҳамда симпатик асаб толалари иштирок этади. *N.Jacobsoni* тилҳалқум асаб толасининг (*n.glossopharyngei*) пастки тугунчасидан бошланиб ноғора бўшлиғига киради. У мезотим-панум ва эшитув найи шилиқ пардасининг сезувчан иннервациясини таъминлаб, ноғора бўшлиғининг ички деворида *plexus tympanicus* чигалини ҳосил қилади.

Шиллиқ парданинг хеморецепторлари бўйинтуруқ вена пиёзчаси ва промоторий деворида ноғора түри бўйлаб жойлашиб, ўрта қулоқнинг глобус таначаларини (югуляр ва тимпанал) ҳосил қилади.

Сўрғичсимон ўсиқни ташқи уйқу артерияси шохчаси бўлган орқа қулоқ артерияси (*a. auricularis posterior*) қон билан таъминлайди, унинг вена қони - шу номли вена орқали ташқи бўйинтуруқ венага (*v. jugularis externa*) қўйилади. Сўрғичсимон ўсиқнинг иннервациясини бўйин чигалининг сезувчан асаб толалари: қулоқнинг *катта асаб толаси* (*n. auricularis magnus*) ва *кичик энса асаб толаси* (*n. occipitalis minor*) таъминлайди.

Ички қулоқни базилляр артериянинг (*a. basilaris*) шохчаси бўлган ички эшитув артерияси (*a. auditiva interna*) қон билан таъминлайди. Ички эшитув йўлида у 3 та шохчага бўлинади:

- 1) даҳлиз шохчаси (*r. vestibularis*),
- 2) даҳлиз-чиғаноқ шохчаси (*r. vestibulocochlearis*),
- 3) чиғаноқ шохчаси (*r. cochlearis*).

Лабиринтни қон билан таъминланиши ўзига хос хусусиятларга эга:

- 1) лабиринт артерияларининг шохчалари ўрта қулоқ қон томирлар тизими билан анастомозлар ҳосил қилмайди;
- 2) даҳлиз (Рейсснер) мембранаси капиллярларга эга эмас;
- 3) спирал аъзонинг нейроэпителиал тукли хужайраларга қон томирлар етиб бормайди; улар лабиринт суюқликлари (перилимфа, эндолимфа, кортилимфа) ва трофик хужайралардан (Дейтерс хужайралари) озиқланади;
- 4) ампула (*crista ampularis*) ва отолит рецепторлар (*utricle* ва *sacculus*) соҳасида эпителий ости капилляр түри нейроэпителий хужайраларга бевосита тегиб туради.

Ички қулоқдан вена қони 3 та йўл орқали чиқарилади:

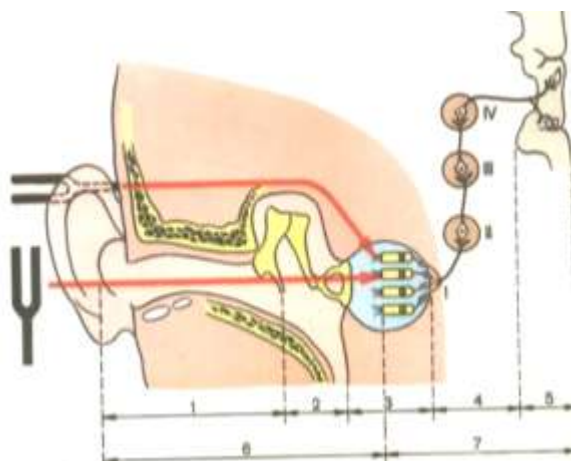
- чиғаноқ сув оқаваси вена томирлари (*v. aquaeductus cochleae*);
- даҳлиз сув оқаваси вена томирлари (*v. aquaeductus vestibuli*);
- ички эшитув йўли вена томирлари.

Даҳлиз сув оқаваси вена томирлари - *sinus transversus*га, чиғаноқ сув оқаваси вена томирлари - *sinus petrosus inferior*га қўйилади. Лабиринтнинг лимфа йўллари субдурал ва суб-арахноидал бўшлиқлар билан алоқа ҳосил қилади..

Спирал аъзонинг тукли хужайралари спирал суяк пластинкасининг асосида жойлашган чиғаноқ *спирал тугуни* (*gang. spirale cochleae*) биполяр хужайраларининг периферик толалари билан синапслар ҳосил қилади. Спирал тугунни биполяр нейронларининг марказий толалари эса *даҳлизчиғанок* (VIII)

асаб толасининг чиғанок қисми толаларидир. Даҳлиз-чиғанок асаб толаси ички эшитув йўлидан ўтиб, кўприк-мияча бурчаги соҳасида кўприкка киради. IV коринчанинг тубида даҳлизчиғанок асаб толаси 2 га бўлинади: 1) даҳлиз (юқори) ва 2) чиғанок (пастки) тармоқлари.

Чиғанок тармоғининг толалари узунчоқ мия ромбсимон чуқурчасининг ташқи бурчагида жойлашган олд ва орқа чиғанок ўзаклари (*nucl. cochlearis ventralis et dorsalis*) хужайраларига етиб боради ва шу жойда эшитув аъзосининг I-нейрони тугайди. Олд ва орқа чиғанок ўзакларидан бошланган II нейрон толаларининг кичик қисми ўз томонида, катта қисми - кўприкнинг қарама-қарши томонига ўтиб, ёнбош сиртмоқ таркибида олива ва трапециясимон таначага етиб боради. Шу жойда эшитув аъзосининг II-нейрони тугайди (13-расм).



13- расм. Эшитув аъзоси (схемаси)

I.Товушни ўтказиш аъзоси (6): ташқи қулоқ (1),ўрта қулоқ (2) ички қулоқнинг суюқ мухитлари (3).

II.Товушни қабул қилиш аъзоси (7): ички қулоқнинг рецептор хужайралари - спирал аъзо (3); лабиринт орти ўтказиш йўллари(4):

I- нейрон спирал тугунида, II- нейрон узунчоқ миёна қисми вентрал ва дорсал ўзакларида, III нейрон – юқори оливанинг ўзаклари, IV нейрон - тўрт тепалик ўзаклари; бош мия қобиғидаги майдон-бош мия чакка бўлагининг кўндаланг (Гешля) эгатидаги Бродман майдони.

Эшитув аъзосининг III- нейрон толалари ташқи сиртмоқ таркибида ўрта мия томи пластинкасининг ўзакларида, яъни тўрт тепаликнинг пастки тепачаларида ҳамда ички тиззасимон таначада тугайди. Бу жойдан бошланган IV - нейрон толалари қарама-қарши томондаги толалар билан яна бир бор қисман кесишиб, бош миёна қисми чакка бўлагига етиб боради ва бош мия пўстлоғида, асосан кўндаланг чакка эгатларда (*Гешле эгатлари*) жойлашган эшитув аъзоси зонасида тугайди. Демак, ҳар бир чиғанок бош мия билан икки томонлама алоқа ҳосил қилади.

Эшитув аъзосининг физиологияси

Инсоннинг эшитиш қобилияти мураккаб жараён бўлиб, у товуш тўлқинларини ўтказиш, уларни асаб импульсига айлантириш ва асаб марказларига етказиш, товуш информациясини таҳлил қилишдан иборат. Қулоқда эшитув ва мувозанат аъзолари жойлашган бўлиб, уларнинг ҳар бири периферик рецептор бўлимига эга. Эшитув ва мувозанат рецепторлари

механорецепторлар гуруҳига, эшитув анализаторининг сезувчан элементлари эса экстрарецепторлар гуруҳига киради.

Эшитув аъзосининг адекват кўзғатувчиси – бу товуш тўлқини, яъни муҳитнинг механик тебранишидир. У газ, суюқлик ва қаттиқ жисмларда тарқалиб, эшитув аъзоси томонидан қабул қилинади. Ҳавода товуш тўлқинларининг тарқалиш тезлиги 332 м/с бўлса, сувда-1450 м/с га тенг. *Товуш* тушунчаси физиология нуқтаи назардан қараганда эшитув рецепторига таъсир кўрсатиб, унда маълум физиологик ўзгаришларга олиб келган ва товуш сифатида қабул қилинган механик тебранишлардир.

Товуш синусоидал (даврий) тебранишлар тўлқини бўлиб, график тасвирида тебраниш амплитудаси, фазаси, даври (фазанинг 360^0 ўзгариши) ва тўлқин узунлиги тафовут қилинади. Товуш тўлқинининг бир хил ҳолатлари - зичлашган ёки бўшашган майдонлари - *товуш фазалари*, тебранаётган жисмнинг ўрта ва энг четки ҳолатлари ўртасидаги масофа – *товуш амплитудаси*, бир хил фазалар ўртасидаги масофа - *тўлқин узунлиги* деб аталади. Товушнинг баландлиги унинг тебраниш тезлиги (*частотаси*) билан, яъни бир сониядаги тебранишлар сони билан ўлчанади ва герц (Гц) бирлигида ифодаланади. *Паст частотали* (*паст товушлар*), *ўрта частотали* ва *юқори-частотали* (*баланд товушлар*) товушлар тафовут этилади. Паст товушларда фазалар бир-биридан узоқ жойлашганлиги учун товуш тўлқинлари узун, баланд товушларда фазалар бир-бирига яқин жойлашганлиги учун товуш тўлқинлари қисқа бўлади.

Фазалар ва тўлқинлар узунлиги физиологияда муҳим аҳамиятга эга. Масалан, оптимал эшитиш қобилияти учун даҳлиз ва чиғаноқ дарчаларига етиб борган товуш тўлқинларининг фазалари турлича бўлиши керак. Бунини эса ўрта қулоқдаги товушни ўтказиш тизими таъминлайди. Қисқа тўлқинли баланд товуш чиғаноқ асосида жойлашган кичик перилимфа майдонини тебратса, узун тўлқинли паст товуш чиғаноқнинг чўққисигача тарқалади.

Тебраниш ҳаракатларининг характери бўйича қуйидаги тонлар тафовут қилинади:

- соф тонлар;
- мураккаб тонлар;
- шовқинлар.

Гармоник (ритмик) синусоидал тебранишлар *соф*, оддий товуш тоинини пайдо қилади (масалан, камертон товуши). Ўз мураккаб тузилиши билан соф тонлардан фарқ қилган аритмик товушлар - *шовқин* деб аталади. Шовқин кўпинча нохуш субъектив ҳиссиётларни уйғотади.

Товуш тўлқини тўсиқларни айланиб ўтиши - *дифракция*, йўлида учраган тўсиқлардан акс этиши - *акс садо*, ёпиқ хоналарда турли жисмларга урилиб, кўп марта акс этиши – *реверберация*, акс этган товуш тўлқинининг бирламчи товуш тўлқини устидан келиши – *интерференция* ҳодисалари деб номланади. Товуш тўлқини ташқи эшитув йўлидан ўтаётганда интерференция ҳодисаси рўй бериб, натижада товуш тўлқинининг кучи нисбатан ортади.

Тебранаётган битта жисмнинг товуш тўлқинлари бошқа жисм тебранишини қўзғатиши – *резонанс* ҳодисаси деб аталади. Резонанслар ўткир ва ўтмас резонансларга бўлинади. Резонаторнинг тебраниш даври таъсир этилаётган товуш кучининг даврига мос келган ҳолларда - ўткир резонанс, мос келмаган ҳолларда - ўтмас резонанс деб юритилади. Ўткир резонансда тебранишлар секин, ўтмас резонансда - тез сўнади. Қулоқ тузилмалари тебранишининг тез сўниши муҳим физиологик аҳамиятга эга; шу туфайли инсон янги-янги товуш тўлқинларини тез ва изчил қабул қилиш қобилиятига эга.

Эшитув аъзоси қуйидаги асосий хусусиятларга эга:

1-хусусият. Инсоннинг қулоғи товушнинг баландлигини, жарангдорлигини ва тембрини фарқлаш қобилиятига эга.

Инсон қулоғининг эшитиш *диапазони* 16 Гц дан 20 000 Гц га тенг. Бундай ҳодиса товуш ҳаво орқали тарқалганда кузатилиб, товуш частотаси 20 000 Гц дан ошганда қулоқнинг ҳаво орқали эшитиш қобилияти сўнади. Частотаси 16 Гц дан кам бўлган товушлар – *инфратовушлар*, 20 000 Гц дан ошган товушлар - *ультратовушлар* деб аталади. Одатда инсон қулоғи инфра- ва ультратовушни эшитмайди. Товуш тўлқинлари суяк тўқимаси орқали тарқалганда эса инсон қулоғи 225 000 Гц, ҳатто ундан ҳам юқори частотали ультратовушларни ҳам қабул қилиш имконига эга.

Инсон томонидан қабул қилинадиган частоталар диапазонлари бир нечта қисмларга бўлинади: 500 Гц гача - *паст частотали* (паст товушлар), 500 -3000 Гц - *ўрта частотали* ва 3000 - 8000 Гц тонлар – *юқори частотали* (баланд товушлар).

Баъзан инсон қулоғи маълум даражада товушнинг абсолют баландлигини фарқлаш қобилиятига эга (абсолют эшитиш қобилияти) бўлади. Буюк композитор Моцарт абсолют эшитиш қобилияти эгаси эди.

2-хусусият - *эшитув аъзоси турли частотали товушларни турлича эшитади.*

Инсон қулоғи 1000 - 4000 Гц майдонидаги товушларга айниқса сезгир. Булар нутқ частоталари бўлиб, товуш частотаси бу оптимал майдондан икки томонга узоқлашганда инсоннинг товушларни эшитиш қобилияти пасая боради. Улғайган сари одамнинг эшитиш қобилияти аста-секин ёмонлашади, оптимал майдон паст частоталар томон силжийди. Масалан, 20-40 ёшда оптимал майдон 3000 Гц сатҳига тўғри келса, 60 ёшдан кейин - у 1000 Гц сатҳигача силжийди. Товуш амплитудаси қанча катта бўлса, у шунча яхшироқ эшитилади. Товуш сезгисини қўзғатган минимал тебраниш *эшитув бўсағаси* деб аталади; эшитув бўсағаси қанча баланд бўлса, инсоннинг эшитиш қобилияти шунча ёмон, ва аксинча, эшитув бўсағаси қанча паст бўлса, эшитиш қобилияти шунча яхши бўлади.

Бундан ташқари, товуш кучи (физикавий тушунча) ва товуш жарангдорлиги (товуш кучининг субъектив баҳоси) тушунчалари мавжуд. Товуш *кучи*, яъни товуш тўлқини текислик бирлигига юборадиган энергияси *ватт* (1 Вт/см³) бирлигида ўлчанса, товуш *жарангдорлиги* дБ (децибелл) бирлигида ўлчанади.

Инсон қулоғи кўтара оладиган энг кучли товуш 140 дБ га, реактив самолёт моторининг шовқини - 120 дБ га, қулоқ супраси олдида қичқириш - 110 дБ га, баланд овоз - 80 дБ га, оддий гаплашиш - 40-60 дБ га, шивирлаш - 30 дБ га тенг. Ноғора пардаси ва эшитув суякчалари зарарланган беморнинг эшитиш қобилияти камида 25 - 30 дБ га пасаяди. Инсон учун товуш кучининг максимал бўсағаси 120-130 дБ га тенг.

3-хусусият. *Товуш ўзгаришларини ҳис этиш қобилияти.*

Эшитув аъзоси бўсаға усти товушлар частотасини ва кучини фарқлаш қобилиятига эга. Товушнинг қўшимча кучини фарқлаш қобилияти, яъни товуш кучини ажратиш бўсағасининг нутқ майдонидаги минимал кўрсаткичи - 0,8 дБ га тенг, паст частотали майдонларда бу кўрсаткич ошиб боради.

4-хусусият. *Мураккаб товушларни таҳлил қилиш қобилияти.*

Товушнинг ранг-баранглиги, яъни *тембри* кўпинча қўшимча товушларга боғлиқ. Табиатда мавжуд бўлган товушлар одатда турли синусоидалар қоришмаси бўлиб, товуш нафақат бутун жисм, балки унинг алоҳида-алоҳида қисмларининг тебраниши натижасида пайдо бўлган қўшимча товушлардан (*обертонлар*) ҳосил бўлади. Қўшимча товушлар товуш тембрини белгилайди.

5-хусусият. *Шовқин шароитида айрим товушларни бошқа товушларга нисбатан ёмонроқ эшитиш хусусияти.*

Бир товушни бошқа товуш билан сўндириш ҳодисаси “*ниқоблаш*” деб аталади. Бу ҳодиса аудиологияда кенг ишлаталади; битта қулоқ текшириляётганда, иккинчисининг фаолияти ниқобловчи тон ёрдамида сўндирилади (Барани сўндирувчиси).

6-хусусият. *Товуш манбаининг кучига физиологик кўникма ҳосил қилиш хусусияти.*

Бу ҳодиса “*адаптация*” деб номланади. Кучли товуш таъсирида қулоқнинг сезгирлиги пасайиб, сокинлик шароитда, аксинча, ўткирлашади. Товуш таъсири тўхтатилганда қулоқнинг сезгирлиги тез тикланади. Адаптация ҳодисасидан *толиқиш* *ходисасини* фарқлаш лозим. Толиқиш ҳодисаси қулоқ ҳаддан ташқари таъсирланганда пайдо бўлиб, аста-секинлик билан тикланади. Бу жараён қулоқнинг фаолиятини пасайтиради. Дам олингандан сўнг толиқиш белгилари йўқолади.

7-хусусият. *Ототопика, яъни товуш манбаини аниқлаш хусусияти.*

Бу ҳодиса фақат икки қулоқ, яъни *бинаурал* эшитувда кузатилади. Товуш қайси томондан келаётганлигини аниқлаш хусусияти қуйидагиларга боғлиқ:

1) у ёки бу қулоқнинг товуш эшитиш даражаси орасидаги тафовут муҳим аҳамиятга эга. Товуш манбаига яқинроқ турган қулоқ, товуш кучини товуш тўлқинидан узоқроқ жойлашган иккинчи қулоққа нисбатан баландроқ эшитади.

2) паст товушларни аниқлашда вақт омили, яъни товушни у ёки бу қулоққа етиб бориш вақтидаги тафовут муҳим аҳамият касб этади. Товуш манбаи ён томонда, икки қулоқ устидан хаёлан ўтказилган чизиқ устида жойлашганда бу тафовут айниқса кескин намоён бўлади. Инсон қулоғи 0,063 м/с га тенг минимал вақт

оралиғини фарқлаш қобилиятига эга. Қулоқлар орасидаги ўртача масофа 21 см га тенг. Товуш тўлқинининг узунлиги бу масофани икки баробар кўпайтмасидан кам бўлган ҳолларда қулоқларнинг товуш йўналишини аниқлаш қобилияти йўқолади. Шунинг учун баланд товушлар ототопикаси қийинлашади.

Эшитув аъзоси 3 бўлимдан иборат:

- 1) периферик;
- 2) ўтказиш йўллари;
- 3) бош мия қобиғида жойлашган марказ.

Эшитув аъзосининг *периферик бўлими* товушни ўтказиш ва товушни қабул қилиш аъзоларидан ташкил топган. Улар икки асосий вазифани бажаради:

- товушни ўтказиш, яъни товуш энергиясини чиғаноқнинг рецептор аъзосига етказиш;

- товушни қабул қилиш- товушнинг механик энергиясини асаб импульсига айлантириш.

Товушни ўтказиш аъзосига ташқи, ўрта ва ички қулоқ, ички қулоқнинг пери- ва эндолимфатик бўшлиқлари, чиғаноқнинг базиляр пластинкаси ва даҳлиз мембранаси киради.

Товушни ўтказишда қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли, ноғора парда, эшитув суякчалари, ички қулоқ суюқликлари, эндо- ва перилимфа, чиғаноқ ва даҳлиз дарчаларининг мембраналари, базиляр ва эластик мембраналар иштирок этади.

Товуш тўлқинлари периферик рецепторларга, яъни спирал аъзога, асосан *ҳаво орқали* етказилади. Товуш тўлқиларининг тебраниши ташқи эшитув йўлидан ноғора пардага етиб бориб, уни тебратади. Ташқи эшитув йўлининг босими ошган фазада ноғора парда болғача дастаси билан бирга ичкарига ботади. Бунда болғача каллачасига бириккан сандончанинг танаси бойламлар ёрдамида ташқарига, унинг узун оёқчаси - ичкарига силжиб, узангичани ҳаракатга келтиради. Даҳлиз дарчасига ботган узангича даҳлиз перилимфасининг турткисимон ҳаракатини келтириб чиқаради. Шундан сўнг товуш тўлқинлари даҳлиз нарвонидаги перилимфа бўйлаб, геликотрема орқали ноғора нарвонига тарқалади ва чиғанок дарчаси мембранасини (*membrana tympani secundaria*) ноғора бўшлиқ томон силжитади. Перилимфанинг тебраниши даҳлиз мембранаси орқали эндолимфага ва спирал аъзо жойлашган базиляр пластинкага (*membrana basillaris*) тарқалади. Ҳаракатга келган эндолимфа спирал аъзонинг сезувчан тукли хужайраларини қитиқлайди, натижада нейроэпителий хужайраларда асаб импульслари пайдо бўлади (14,15 расмлар).

Товуш тўлқинларини перилимфада тарқалишини чиғаноқ дарчасининг эластик мембранаси, эндолимфада тарқалишини - эндолимфатик йўл орқали лабиринтнинг эндолимфатик бўшлиғи билан боғлиқ эластик эндолимфатик қопча (*sacculus endolymphaticus*) таъминлайди.

Лабиринт дарчалари товуш босимини пасайтириб, ҳимоя вазифасини бажаради. Ноғора парда тешилганда товуш тўлқинлари икки дарчага бир хил куч билан урилади, бунинг натижасида перилимфанинг ҳаракати секинлашиб, эшитиш қобилияти пасаяди.

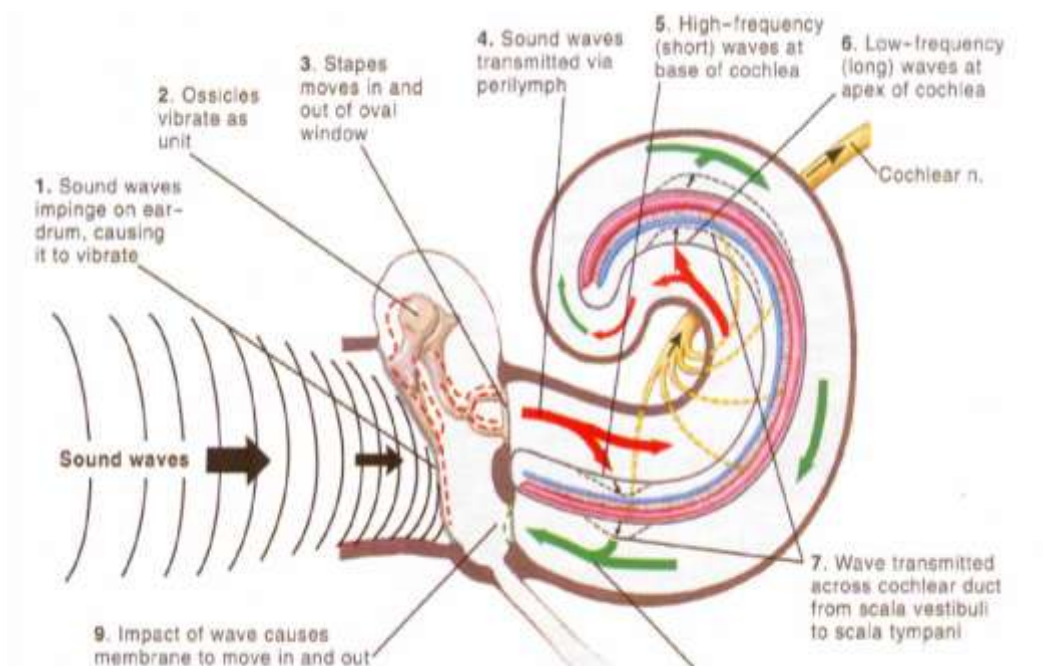
Бундан ташқари, товуш тўлқинлари *суяк - тўқима* йули орқали ўтказилиши мумкин. Бунда товуш тебранишлари чиғаноққа калла суяги орқали етиб боради (жаранглаб турган камертон бевосита калла суягига таъсир этганда).

Суяк ўтказувчанлиги *инерция* ва *компрессия* механизмлари ёрдамида амалга оширилади. Паст товушлар таъсирида калла суяги бир бутун аъзо сифатида тебранганда у билан бирга эшитув суякчалари ҳам инерция билан тебранади. Натижада лабиринт капсуласи узангичага нисбатан силжийди ва чиғаноқ суюқлигини ҳаракатга келтириб, спирал аъзони қўзғатади (*инерция механизми*). *Компрессия механизми* баланд товушлар таъсир этганда кузатилади. Бунда товуш тўлқинининг энергияси вақти-вақти билан лабиринт капсуласини қисади, бу эса чиғаноқ дарчаси мембранасини кўпроқ ва узангича асоси мембранасини камроқ бўртишига олиб келади.

Инерция механизми ҳам даҳлиз, ҳам чиғаноқ дарчалари мембраналарининг ҳаракатчан бўлишини талаб қилса, копрессия механизмида- битта дарча мембранасининг ҳаракати етарли бўлади. Лабиринт дарчалари зарарланганда беморда суяк ва ҳаво ўтказувчанлиги ёмонлашади. Товуш тўлқинларини ўтказиш жараёнида қулоқнинг ҳар бир тузилмаси ўзига хос вазифани бажаради:

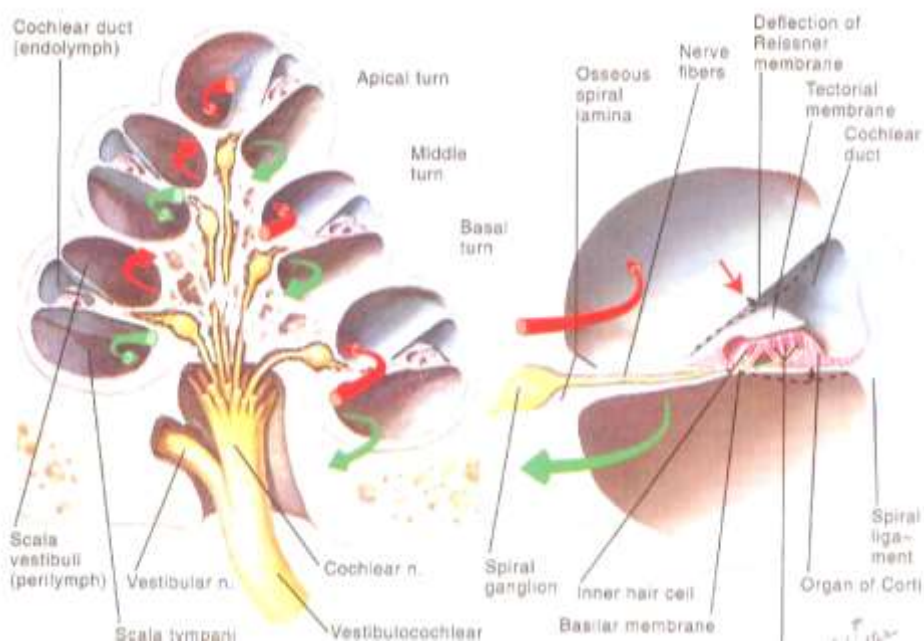
Қулоқ супраси товуш тўлқинларини йиғиш вазифасини бажаради. У юқори частотали товуш тўлқинларини йиғиб, ташқи эшитув йўлининг кириш жойига йўналтиради. Қулоқ супраси вертикал ототопикада ҳам иштирок этади.

Ташқи эшитув йўли товуш тўлқинларини ноғора пардага етказди. Ташқи эшитув йўлининг бутунлай ёпилиши эшитиш қобилиятини пасайишига олиб келади. Ташқи муҳит ҳарорати ва намлигининг баланд-пастлигига қарамасдан ташқи эшитув йўлининг ҳарорати ва намлиги ноғора парда атрофида доимо меъёрда сақланиб турилади. Бу эса ноғора парданинг доимий таранглигини таъминлайди. Бундан ташқари, ташқи эшитув йўлида 3 кГц частота атрофидаги айрим товуш тўлқинлари 10-12 дБ га кучайтирилади. Бундай ходиса ташқи эшитув йўлининг резонанс хусусияти билан изоҳланади, чунки 2,7 см атрофида бўлган ташқи эшитув йўлининг узунлиги резонанс частотасидаги тўлқин узунлигининг 1/4 қисмини ташкил этади. *Ноғора бўшлиғи ва эшитув найи*. Товушни ўтказиш тизими меъёрда ишлашини таъминлаш учун ноғора парданинг ҳар икки томонида ҳаво босими бир хил бўлиши лозим.



14- расм.

Товуш тўлқинларини ташқи, ўрта ва ички қулоқда тарқалиши.



15 - расм. Товуш тўлқинларини ички қулоқда тарқалиши

Ноғора бўшлиғининг ва ташқи эшитув йўлининг ҳаво босимлари орасида тафовут бўлган ҳолларда ноғора парданинг таранглиги ўзгариб, акустик қаршилиқ ошади. Бунинг натижасида қулоқнинг эшитиш қобилияти пасаяди. Эшитув найи ҳаво алмаштириш (вентиляция) вазифасини бажариб, ўрта қулоқ бўшлиғи ва атмосфера ҳаво босимларини тенглаштириб туради.

Ютиниш ёки эснаш пайтида эшитув найи очилиб, ўрта қулоқ бўшлиғининг ҳавоси алмашади. Ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардасида ҳавони аста-секин сўрилиш хусусияти бор. Шу сабабдан эшитув найининг ҳаво алмаштириш феоолияти бузилганда ташқи эшитув йўлининг босими ноғора бўшлиғининг

босимига нисбатан ошиб, ногора пардани ичкарига ботишига, товуш ўтказилишининг бузилишига ва ўрта кулоқда патологик ўзгаришларнинг ривожланишига олиб келади.

Ҳаво алмаштириш фаолиятдан ташқари эшитув найи ҳимоя ва чиқариш вазифаларини ҳам бажаради. Унинг ҳимоя вазифасини шиллиқ ажратувчи безларга бой шиллиқ пардаси (айниқса тоғай қисмида) таъминлайди. Ушбу безлар ажралмасининг таркибида лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулинлар бўлиб, улар яллиғланиш жараёнини ногора бўшлиғига тарқалишига тўсқинлик қилади. Эшитув найининг чиқариш фаолияти ҳилпилловчи эпителий ҳисобига таъминланиб, эпителий туклари унинг бурунҳалқум тешиги томон ҳаракатланади.

Ногора парда ва эшитув суякчалари. Физикавий қонунларга биноан товуш тўлқинлари ҳаво муҳитидан ички кулоқнинг суюқлик муҳитига тарқалганда энергиясининг 99,9% йўқотилади. Бу ҳодиса ҳаво ва суюқлик муҳитларнинг акустик қаршилиги турлича бўлиши натижасида юз беради. Ногора парда ва эшитув суякчаларининг ричаг тизими ана шу йўқотилишни ўрнини қоплаш вазифасини бажаради. Узангича асосининг юзаси (3,2 мм²) ногора парданинг юзасидан (55 мм²) анча кичик бўлганлиги сабабли тўлқин амплитудасининг камайиши ҳисобидан товуш бир неча бор кучайтирилади. Эшитув суякчалари ўзаро ричаг ҳолда боғланганлиги ҳам товуш кучини икки марта оширишга ёрдам беради. Даҳлиз дарчаси юзасидаги босим ногора парда юзасидаги босимдан тахминан 25-30 марта кўп бўлади. Умуман олганда овал дарчага тушадиган босим юмалоқ дарчадаги босимдан 50-60 марта кўп бўлади, шунинг учун перилимфа даҳлиз нарвонидан ногора нарвони томон силжийди.

Ногора парда ва эшитув суякчаларининг фаолияти туфайли ҳавонинг кенг кўламли кучсиз тебранишлари перилимфанинг кичик кўламли кучли тебранишига айланади.

Эшитув мушаклари. Ногора бўшлиқда инсон танасининг энг кичик мушакчалари: ногора пардани таранглаштирувчи (*m.tensor tympani*) ва узангича (*m.stapedius*) мушаклари жойлашган. Ногора пардани таранглаштирувчи мушагини – уч шохли асаб толаси, узангича мушагини - юз асаб толаси иннервация қилади. Бу мушаклар товушни ўтказиш тизими аъзоларининг керакли даражада тортилишини таъминлаб, турли частотали товушларни ўтказилишини бошқаради. Бошқача қилиб айтганда, улар *аккомодация* вазифасини бажаради. Бундан ташқари, бу мушаклар ҳимоя вазифасини ҳам бажаради. Кучли товуш тўлқини таъсирида мушаклар рефлектор равишда қисқариб, перилимфага тарқалаётган товуш босимини камайтиради ва ички кулоқ рецепторларини кучли товуш тўлқинларидан ҳимоя қилади.

Товушни қабул қилиш жараёни товуш тўлқинларининг тебраниш энергиясини асаб импульсига айлантириш ва бош мия қобиғининг марказларига етказиш, товушларни таҳлил қилиш ва англашдан иборат мураккаб нейрофизиологик жараён ҳисобланади. Даҳлиз дарчасига етиб келган товуш тўлқини

перилимфани тебратади, бу тебранишлар чиғаноқ гажаклари, даҳдиз нарвони бўйлаб чиғаноқ чўққисига кўтарилади ва бу ерда ноғора нарвонига ўтади. Кейин ноғора нарвони бўйлаб яна чиғаноқ асосига қайтиб тушади ва иккиламчи ноғора пардани ҳаракатга келтиради. Базилляр пластинка ва унда жойлашган спирал аъзо тебраниш ҳаракатларига жалб этилади. Бу тебраниш натижасида спирал аъзонинг сезувчан хужайралари эластик текториал мембрана туфайли босилади ёки тортилади. Тукли хужайралардаги стероцилий ва киноцилийлар жойлашувининг бир-бирига нисбатини ўзгариши туфайли товушнинг механик тебранишлари электр асаб импульсига айланади.

Эшитув назариялари. Эшитиш механизмига доир турли назариялар мавжуд. 1863 йилда Гельмгольц томонидан таклиф этилган *физикавий резонанс назарияси* товушнинг чиғаноқ сатҳида таҳлил қилинишига асосланган. Бу назария бўйича базилляр мембрана қатор сегментлардан тузилган бўлиб, уларнинг ҳар бири товуш тўлқинининг маълум частотасига жавобан тебранади.

Гельмгольц назариясига асосан:

- 1) эшитув аъзосининг чиғаноқ қисмида товушнинг бирламчи таҳлили амалга оширилади;
- 2) ҳар бир соф тон базилляр мембранада ўзининг алоҳида чегараланган майдонига эга;
- 3) базилляр мембрананинг эни турлича бўлганлиги сабабли (чиғаноқ чўққисида унинг эни чиғаноқ асосининг энига қараганда 10 марта кўп бўлади) паст частотали товуш тўлқинлари асосий мембрананинг чиғаноқ чўққисида жойлашган узун толали сегментларни, юқори частотали товуш тўлқинлари - чиғаноқ асосида жойлашган калта толали сегментларни тебратади.

Бошқа назариялар базилляр мембрананинг турли товуш тўлқинлари таъсирида турлича тебраниши нафақат унинг механик хусусиятларига (таранглиги, зичлиги, резонанс хусусияти), балки ички қулоқ суюқлигининг ҳаракатига ва электролит таркибига ҳам боғлиқлигини эътироф этадилар.

Нобел мукофоти совриндори Бекеш ишлаб чиққан “*югурувчи тўлқин*”лар назарияси (1960) алоҳида эътиборга лойиқ. Бу назария бўйича, маълум частотали товуш тўлқинлари базилляр мембранада “*югурувчи тўлқин*”ларни пайдо қилади. Мембрананинг энг катта эгилиши юз берган майдон шу тўлқиннинг қиррасига тўғри келади. Бу майдоннинг жойлашуви товуш тўлқинининг частотасига боғлиқ бўлиб, паст частотали товуш тўлқинлари таъсирида мембрана чиғаноқ чўққиси соҳасида, юқори частотали товуш тўлқинлари таъсирида – чиғаноқ асоси соҳасида кўпроқ эгилади.

П.П.Лазарев назарияси бўйича тукли хужайраларнинг механик қитиқланиши натижасида уларнинг ичида кимёвий реакция содир бўлади. Бу реакциянинг кучи парчаланаётган модданинг (эшитув пурпураси) миқдорига боғлиқ; реакцияда ажралиб чиққан ионлар асаб қўзғалувчанлигини пайдо қилади.

Спирал аъзо фаолиятининг гуморал бошқаруви маълум даражада қон томир тасмасининг (*stria vascularis*) хужайралари - *апудоцитлар*, яъни хужайранинг эндокрин бошқарув элементлари амалга оширади. Апудоцитлар серотонин, мелатонин биоген аминларни ва адреналин, норадреналин пептид гормонларини ишлаб чиқаради.

Нейроэпителлий хужайраларнинг ҳар бири маълум товуш тўлқинларини қабул қилиш хусусиятига эга. Товуш тўлқинлари тебранишлари перилимфани ҳаракатга келтирганда тукли хужайралар ҳаракатланади ва ўз шаклини ўзгартиради. Бунинг натижасида чиғаноқда микрофон ток, манфий - мусбат электр потенциали, яъни асаб импульси ҳосил бўлади. Ацетилхолин ва бошқа биологик фаол моддалар бу импульсни дендритлар, ганглиялар, дахлиз-чиғаноқ асаб толаси орқали узунчоқ мияда жойлашган ўзаклар ва бош мия қобиғида жойлашган эшитув марказига етказди. Бош мия қобиғида товуш сигналлари таҳлил қилинади.



16 – расм. Эшитув физиологияси

- 1- бош мия чакка бўлаги қобиғи;
- 2- ички тиззасимон тана;
- 3- тўрт тепаликнинг орқа тепачалари;
- 4- ён илгак;
- 5- эшитув ўзаклари;
- 6- оливалар;
- 7- спирал тугун;
- 8- Корти аъзоси

Бош мия пўстлоқ ости эшитув марказларининг фаолияти етарли даражада ўрганилмаган. Бу марказлар товуш тўлқинлари таъсирига жавобан шартсиз рефлексларни: бош ва кўзлар ҳаракати, Бехтеревнинг кохлеопальпебрал (чиғаноқ-қовоқ), Шурыгиннинг кохлео-пупилляр (чиғаноқ-қорачиқ) рефлекслари пайдо бўлишида қатнашади. Эшитув аъзосининг бош мия қобиғидаги бўлимлари товуш сигналларини олий даражада таҳлил қилиб, уларни ягона товуш кўринишида бирлаштиради (16-расм).

Бош мия қобиғи бўлимлари кохлеар рецепторлардан келаётган маълумотни нафақат қабул қилиб, уларни таҳлил қилади, балки эфферент йўллар орқали чиғаноқ билан боғланган бош мия қобиғи шу йўллар орқали рецептор аъзонинг фаолиятини бошқариб туради.

Эшитув аъзосининг ототопика, адаптация, ниқоблаш каби хусусиятлари бош мия чакка бўлагида жойлашган марказий бўлимлар фаолияти билан узвий боғлиқ бўлади.

Қулоқни текшириш усуллари

I боскич. Текширув бемор шикоятларини, касаллик қандай бошланганлигини, илгари у қайси касалликлар билан оғриганлиги ва қандай даволаганлигини, оила аъзоларида ирсий касалликлар бор-йўқлигини аниқлашдан бошланади.

II боскич. Кўздан кечириш ва

пайпаслаш. Дастлаб соғлом кулоқ кўздан кечирилади. Кулоқ супраси, эшитув йўлининг ташки тешиги, кулоқнинг орқа ва олд томонлари кўздан кечирилиб, туғма нуқсон, қизариш, шиш ёки бошқа ўзгаришлар бор-йўқлиги аниқланади.

1. Катта кишиларда ўнг ташқи эшитув йўлини кўздан кечириш учун врач чап қўлининг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан кулоқ супраси бурмасини ушлаб, уни орқага ва юқорига тортади. Чап томонни кўздан кечириш учун у худди шу ҳаракатни ўнг қўли билан бажаради. Меъёрда кулоқ супраси пайпасланганда оғримайди.

2. Кулоқ орқаси майдонини кўздан кечириш учун врач ўнг қўли билан ўнг кулоқ супрасини олдинга тортиб, кулоқ орти бурмасининг (кулоқ супраси сўрғичсимон ўсиққа бириккан жой) ҳолатига эътибор берилади, одатда у аниқ кўриниб туради (17-расм).

3. Кулоқ дўмбоқчаси (козелок) ўнг қўлнинг бош бармоғи билан енгил босилади. Меъёрда оғриқ кузатилмайди. Катталарда ташқи отит, ёш болаларда – ўткир ўрта отитда кулоқ дўмбоқчаси босилганда оғрийди.

4. Чап қўлнинг бош бармоғи ёрдамида сўрғичсимон ўсиқнинг уч нуқтаси пайпасланади: антрум (сўрғичсимон ўсиқ ёри), сигмасимон синус сатҳи ва сўрғичсимон ўсиқ чўққиси.



17-расм. Сўрғичсимон ўсиқни кўздан кечириш ва пайпаслаш

Чап сўрғичсимон ўсиқ соҳасини пайпаслаш учун врач чап қўли билан кулоқ супрасини тортиб, ўнг қўлининг бармоқлари билан шу соҳани пайпаслайди.

5. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан врач ўнг кулоқ ташқи эшитув йўлининг олдида, пастида ва орқасида жойлашган маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслайди.

Шу тариқа, у ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи билан чап маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслайди. Меъёрда лимфа тугунлар пайпасланмайди ва оғримайди.

III боскич. Отоскопия–ташқи эшитув йўли ва ноғора пардани кўздан кечириш (18-расм).

1. Врач чап қўли билан ўнг кулоқ супрасини катталарда орқага ва юқорига, болаларда - орқага ва пастга тортади. Кейин ўнг қўлининг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан кулоқ воронкасини биров бураб ташқи эшитув йўлининг тоғай бўлимига киритади.

2. Ўлчами ташқи эшитув йўлининг диаметрига мос келган кулоқ воронкаси танланади.

3. Кулоқ воронкаси ташқи эшитув йўлининг фақат тоғай қисмига киритилади, чунки суяк қисмига киритилганда кулоқда оғриқ пайдо бўлади.



18-расм. Отоскопия текшируви

4. Ноғора парданинг барча қисмларини кўздан кечириш мақсадида қулоқ воронкасининг ташқи учи енгил силжитилади.

5. Қулоқ воронкаси ташқи эшитув йўлининг орқа-пастки деворига текканда сайёр асаб толаси таъсирланиб, беморда енгил йўтал пайдо бўлиши мумкин.

Ноғора пардани аниқ кўриш ва ҳаракатни баҳолаш мақсадида Зигле пневматик воронкаси ишлатилади. Зигле пневматик воронкаси ташқи томонидан манзарани катталаштирувчи ясси шиша - линза билан ёпилган. Шишанинг ёнида жойлашган найча резина баллонга уланади ва ташқи эшитув йўлининг ҳаво босимини бироз ошириш ёки пасайтириш орқали ноғора парданинг ҳаракатчанлиги текширилади. Бу усул ёрдамида ноғора парданинг айрим чандиқли ўзгаришларини ва уни ўрта қулоқнинг бошқа қисмлари билан бирикма ҳосил қилганлигини аниқлаш мумкин. Айрим касалликларда бу усул ноғора пардани ҳаракатлантириш учун ҳам кенг қўлланилади.

Отоскопия манзараси:

1. Ташқи эшитув йўли тери билан қопланган, тоғай қисмида туклар ва баъзан қулоқ кири кўринади. Ташқи эшитув йўлининг узунлиги 2,5 см ни ташкил қилади.

2. Ноғора парданинг ранги кулранг ва ялтироқ, унда қуйидаги нуқталар кўзга ташланади: болғача дастаси ва калта (ташқи) ўсимтаси, ноғора парданинг олд ва орқа бурмалари, ёруғлик конуси (рефлекс) ва киндиги (*umbo*).

3. Олд ва орқа болғача бурмаларидан пастда ноғора парданинг таранг қисми, уларнинг юқорисида салқи (бўшашган) қисми кўринади.

4. Ноғора парданинг 4 та квадранти тафовут қилинади. Бу квадрантлар хаёлан ўтказилган икки перпендикуляр чизиқлар ёрдамида ҳосил бўлади. Чизиқларнинг бири болғача дастаси бўйлаб, иккинчиси - ноғора парданинг киндиги ва болғача дастасининг пастки учидан биринчи чизиққа перпендикуляр йўналишда ўтказилади. Натижада ноғора парда қуйидаги квадрантларга бўлинади: олд-юқори, орқа юқори, олд- пастки ва орқа - пастки.

IV босқич. *Отомикроскопия* текшируви жарроҳлик микроскопи ёрдамида 10 ва 16 марта катталаштириш остида ўтказилади. Текширув кўпинча қулоқнинг сурункали яллиғланиши билан оғриган беморларда эшитув анализаторининг

товушни ўтказиш тизимида анатомик тузулмаларнинг ва ўрта қулоқдаги патологик ўзгаришларнинг ҳолатини ҳамда уларнинг жойлашувини аниқлаш мақсадида бажарилади (19-расм).



19-расм. Отомикроскопия

Ўрта қулоқда бажариладиган эшитувни сақлаб қолиш ва қайта тиклаш жарроҳлик амалларини амалиётга кенг тадбиқ этилиши ўрта қулоқ товушни ўтказиш тизимининг ҳолатини, касаллик кечимининг хусусиятини ва тарқалиш даражасини янада чуқурроқ ўрганишни талаб этади.

Отомикроскопияда қандай маълумот олишимиз ўрта қулоқнинг

қайси бўлимини текширишимизга боғлиқ. Масалан, ноғора пардада тешик борлиги ва унинг жойлашуви кўпинча оддий отоскопияда ҳам аниқлаш мумкин. Аммо қатор ҳолларда “ташқи отит” ташҳиси қўйилган беморларда отомикроскопияда ноғора парданинг турли бўлимларида бир нечта кичик нуқтали тешиклар борлиги аниқланган; бошқа ҳолларда қулоқдан узоқ вақт йиринг оқиши кузатилган ва эшитиш қобилияти пасайган беморларда отомикроскопия текшируви сурункали ўрта отит ташҳисини инкор этиб, ушбу клиник белгилар мирингит билан боғлиқ эканлигини аниқлашга ёрдам берган. Бошқа кузатувларда оддий отоскопияда ноғора пардада четки тешилишни аниқланган бўлса, микроскопик текширув холестеатома белгилари билан кечган яширин чўнтакларни аниқлашга, беморларнинг даволаш режасига ўз вақтида тегишли ўзгартиришлар киритишга ёрдам беради.

Ноғора бўшлиқда эшитув найи тешиги соҳасини кўздан кечириш учун катталаштирувчи оптика қимматли маълумотлар олиш имконини беради. Отомикроскопия эшитув найининг ўтказувчанлиги нима сабабдан (яллиғланиш ўсмалари ва ноғора парда қолдиқлари натижасида) бузилганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Беморни тимпаноластика жарроҳлик амалига тайёрлаш даврида битишмалар, яллиғланиш ўсмалари, эпидермис билан қопланган ва тимпаносклероз майдонларининг жойлашувини аниқлаш мақсадида ноғора бўшлиғининг ички деворини синчковлик билан кўздан кечириш муҳим аҳамиятга эга. Лабиринт дарчаларини текширишда анъанавий отоскопия одатда уларнинг ҳолати ҳақида жуда кам маълумот беради. Ноғора парданинг орқа бўлимларида йирик тешик аниқланган беморда отомикроскопия бажарилганда кўпинча узангичанинг ҳаракатига ва эшитув суякчалари орқали чиғаноқ дарчаси мембранасига таъсир этувчи босимни ўзгартириш имкониятини баҳолаш мумкин.

Отомикроскопия эшитув суякчаларининг ҳолатини баҳолашда катта ёрдам беради. Бунда уларнинг мавжудлиги, анатомик қисмларининг сақланиб қолганлиги, жойлашуви ва ҳаракатчанлиги, патологик ўзгарган тўқималари (холестеатома, чандиқлар) борлиги, товушни ўтказиш жараёнида иштирок этишлари баҳоланади. Буларнинг барчаси жарроҳлик амалини аниқ режалаштириш ва унинг натижасини башорат қилиш имконини беради.

Ташқи эшитув йўлини тозалаш. Ташқи эшитув йўли қуруқ усулда ёки ювиш усули ёрдамида тозаланади. Қуруқ усулда тозаланганда махсус зондга пахта бўлаги ўралиб (бунда зонднинг учи мўйқаламга ўхшаши керак), ташқи эшитув йўлига киритилиб, унинг ичидаги қулоқ чирки шу пахта бўлаги билан тозаланади.

Ташқи эшитув йулини ювиш учун Жане шприцига ҳарорати тана ҳароратига (36-37°S) мос (мувозанатни сақлаш аъзоси таъсирланмаслиги учун) 50-100 мл илиқ сув тортиб олинади. Беморнинг қулоғи остига буйраксимон тоғорача қўйилиб, шприцни учи ташқи эшитув йўлининг бошланғич қисмига киритилиб, сув ташқи эшитув йўлининг орқа-юкори девори бўйлаб юборилади, шунда қулоқ чирки сув билан бирга буйраксимон тоғорача ичига оқиб тушади. Ювилгандан сўнг ташқи эшитув йўли қуруқ пахта ўралган зонд ёрдамида қуритилиб, 70° ли спирт билан артиб олинади. Анамнезда бемор йирингли ўрта отитни бошдан кечирганлиги ва ноғора парда тешилганлиги ҳақида маълумот бўлса ташқи эшитув йўли ювилмайди ва қуруқ усулда тозаланади. Лозим бўлсагина ювиш учун антисептик эритмасидан фойдаланиб, ювиб бўлгандан кейин қуритилиб, ноғора бўшлиқ ичига антибиотик кукуни пуркалади.

Ҳ боскич. Эшитув найининг фаолиятини текшириш.

Эшитув найининг ҳавони ўтказиш (вентиляция) фаолиятини текшириш усули унга ҳаво юбориш ва най орқали ўтаётган ҳаво шовқинини эшитишга асосланган. Текширув учун махсус эластик (резина) найча, оливали резина баллонча (Политцер баллончаси) ва 1-6 рақамли қулоқ катетерлари тўплами керак бўлади.

Эшитув найининг ўтказувчанлиги кетма-кет бажарилган 5 та синама ёрдамида текширилади. У ёки бу синамани бажариш имконига қараб эшитув найи ўтказувчанлигининг I, II, III, IV ва V- даражалари тафовут қилинади. Текширув пайтида отоскопнинг бир учи беморнинг ташқи эшитув йўлига, иккинчиси - врачнинг қулоғига ўрнатилади.

1. *Қуруқ ютиниш синамаси.* Беморга ютиш ҳаракатини бажариш буюрилади. Меъёрда шу пайтда эшитув найининг ёриғи очилиб, отоскоп орқали енгил шовқин эшитилади.

2. *Тойнби синамаси.* Бемор ютиниш ҳаракатини оғзини ва бурнини ёпган ҳолда бажаради. Меъёрда бемор қулоқларида турткини ҳис этади, врач эса ўтаётган ҳаво оқимининг енгил шовқинини эшитади.

3. *Вальсальва синамаси.* Бемор чуқур нафас олиб, сўнг оғзи ва бурнини ёпган холда бироз кучаниб нафас чиқаради. Меъёردа ҳаво босими таъсирида эшитув найининг оғзи очилиб, ногора бўшлиғига ҳаво кириши билан врач отоскоп орқали ўзига хос шовқин эшитади. Эшитув найи ўтказувчанлиги бузилганда Вальсальва синамасини бажариб бўлмайди.

4. *Политцер синамаси.* Врач Политцер қулоқ баллонининг оливали учини бемор бурнининг ўнг даҳлизига киритиб, уни чап қўлининг II бармоғи билан ушлаб, I бармоғи билан буруннинг чап қанотини бурун тўсиғига босади. Кейин отоскопнинг бир учини беморнинг қулоғига, иккинчисини - ўз қулоғига ўрнатиб, беморга “ку-ку” ёки “пароход” сўзларини айтишни буюради. Бемор унли товуш чиқарган пайтда врач ўнг қўли билан резина баллончани кескин қисиб, бурун бўшлиғининг босимини ошириш мақсадида унга ҳаво юборади. Унли товуш чиқарилганда юмшоқ танглай орқага ва тепага кўтарилиб, бурунҳалқумни оғизҳалқумдан ажратади, шунда ҳаво оқими бурунҳалқумнинг ёпиқ бўшлиғига кириб, унинг барча деворларини бир текисда босади; ҳавонинг бир қисми кучли босим билан эшитув найининг тешигига кирса, шундагина отоскоп орқали ўзига хос шовқин эшитилади. Кейин худди шу тариқа чап бурун даҳлизи орқали чап эшитув найи Политцер усулида текширилади (20-расм).

5. *Эшитув найларини қулоқ катетери ёрдамида текшириш.*

Текширувда турли диаметрдаги (№ 0-4) бошланғич қисми кенгайган, учи қайрилган металл найчалар - қулоқ катетерлари ишлатилади. Катетернинг кенгайган қисмига ўрнатилган ҳалқача катетер тумшугининг йўналишини кўрсатади. Дастлаб бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси 10% лидокаин ёки 2% дикаин эритмаси ёрдамида оғриқсизлантирилади. Врач беморнинг қулоқларига отоскоп оливаларини ўрнатиб, ўнг қўлининг I- ва II- бармоғи билан металл катетерни ручкадай ушлаб, тумшугини бурун тубига қаратган холда уни у ёки бу бурун тешиги орқали бурунҳалқумнинг орқа деворигача аста-секин киритади (катетернинг тўғри қисми бурун тубида эркин туриши лозим). Кейин врач катетер тумшугини 90° ичкарига бураб, тумшуги бурун тўсиғининг орқа четига теккунича ўзига тортади (бурунҳалқум ён деворининг ушбу майдонида эшитув найининг тешиги жойлашган). Шундан сўнг врач аста-секин катетер тумшугини 180° ташқарига бурайди (бунда найчанинг ҳалқачаси, демак тумшуги ҳам, текширилаётган томондаги кўзнинг ташқи бурчагига қаратилган бўлади). Шундай ҳолатда найчанинг тумшуги эшитув найининг бурунҳалқум тешигини беркитган бўлади. Найчани шу ҳолатда ушлаб, врач унинг ташқи учига резина баллонни улайди ва баллонни енгил қисиб, эшитув найига 5-6 марта босим билан ҳаво юборади (20-расм).



20-расм. Эшитув найи ўтказувчанлигини Политцер усулида текшириш

Эшитув найининг ўтказувчанлиги меъёрада бўлганда бемор ноғора бўшлиғига ҳаво кирганини ҳис этади, врач отоскоп орқали везикуляр нафасга ўхшаш шовқинни, эшитув найи яллиғланганда - қуруқ ёки ҳўл хириллашни эшитади; ноғора парда тешилмаган холларда отоскоп орқали туртки товуши, тешилганда - тешикнинг ҳажми ва жойлашувига қараб турли шовқинлар эшитилади.

Юқорида қайд этилган синамаларнинг барчасида ижобий натижалар олинганда эшитув найи ўтказувчанлигининг I даражаси, ижобий натижа фақат 5 та синамада қайд этилганда - эшитув найи ўтказувчанлиги II даражаси деб баҳоланади.



21-расм.

Эшитув найини катетерлаш ва уни бажариш учун керакли тиббий асбоблар.

1.Зигле воронкаси; 2.Политцер баллони ва найчаси.

Эшитув найининг дренаж, яъни ўрта қулоқ ажралмаларини чиқариш фаолияти турли суюқ моддаларни ноғора бўшлиғидан бурунҳалқумга оқиб тушиш вақти билан ўлчанади. Суюқ моддани бурунҳалқумга оқиб тушиши эшитув найининг ҳалқум тешиги соҳаси эндоскопияси (бунинг учун бўёқлар, масалан кўк метилен эритмаси ишлатилади), бемор таъмини сезиши (сахарин билан ўтказилган синама) ёки эшитув найининг контрастли рентгенография текширувлари ёрдамида аниқланади. Эшитув найининг чиқариш фаолияти яхши бўлганда ноғора бўшлиғига юборилган суюқлик бурунҳалқумда 8-10

дақиқадан, қониқарли ҳолларда - 10-25 дақиқадан, қониқарсиз ҳолларда - 25 дақиқадан ортиқ вақтдан сўнг пайдо бўлади.

Эшитув найининг ҳавони ўтказиш фаолияти ҳақида объектив маълумотлар олиш мақсадида *компрессия - декомпрессия тести, отоманометрия* (Воячек, Светляков усуллари) ва *импедансометрия* текширувлари ўтказилади.

Клиник амалиётда, айниқса сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларни даволаш усулини танлашда, эшитув найининг фаолиятини текшириш муҳим аҳамиятга эга. Эшитув найининг фаолияти меъёردа бўлиши кулоқда қайта тиклаш (реконструктив) жарроҳлик амалини бажаришнинг муҳим шарти ҳисобланади.

ҲИ боскич. Рентгенография текшируви.

Кулоқ касалликларини аниқлашда асосан чакка суяги рентгенографиясининг 4 усули Шюллер, Майер, Стенверс ва Шумский усуллари кенг қўлланилади (22-расм).

Шюллер бўйича чакка суякларнинг ён томонлама умумий рентгенографияси сўрғичсимон ўсиқнинг тузилишини аниқлашга ёрдам беради. Рентген тасвирида сўрғичсимон ўсиқнинг ёри, антрум атрофи катакчалари, ноғора бўшлиқнинг томи ва сигмасимон синуснинг олд девори аниқ кўринади. Унга асосланиб сўрғичсимон ўсиқнинг ҳаво билан тўлганлиги баҳоланиб, мастоидит касаллигига хос катакчалараро тўсиқларни емирилишини кўриш мумкин. *Майер усулида аксиал йўналишда бажарилган чакка суяги рентгенографиясида* ташқи эшитув йўлининг суяк деворлари, ноғора усти чуқурлиги ва сўрғичсимон ўсиқ катакчаларини кўриш имконини беради. Аниқ чегараланган аттикантрал бўшлиғининг кенгайиши холестеатома жараёнидан далолат беради.

Стенверс усулида бажарилган рентгенограмма пирамида чўққиси, лабиринт ва ички эшитув йўлининг тасвирини олиш имконини беради. Даҳлизчиғанок (ҲШ) асаб толаси невриномасини аниқлашда ички эшитув йўллар симметрик жойлашганлигига эътибор берилади. Бундан ташқари бу усул кўпинча калла суяги асосининг узунасига синишининг белгиларидан бири - пирамиданинг кўндаланг синишини аниқлашга ёрдам беради.

Шумский усулида бир вақтда иккала кулоқнинг рентген тасвири туширилади (ташқи эшитув йўллари, ноғора бўшлиқлар, сўрғичсимон ўсиқлар, эшитув найлари). Бунинг учун бемор орқаси билан пастга ётиб, бошини максимал олдинга тўш суягига эгиб туради. Рентген нури пешонасидан юқорироқ - соч бошланган жойдан йўналтирилади. *Компьютер томографияси* (КТ) кулоқ касалликларини аниқлашда ҳозирги кунда кенг қўлланилиб келинмоқда. У аксиал ва фронтал йўналишларда 1-2 мм кесим қалинлигида бажарилади. КТ юмшоқ ва суяк тўқималарнинг ўзгаришларини аниқлаш имконини беради. Ушбу диагностик усул холестеатома жараёни мавжудлигини, уни тарқалиш даражасини, ярим доира канал оқмасини, эшитув суякчаларининг емирилган майдонларини, эшитув найи, юз асаб толаси канали, ички эшитув йўлининг ҳолатини аниқлаш имконини беради.

Магнит-резонанс томография(МРТ) юмшоқ тўқима тузилмалари ва ўсма жараёнини аниқлашда, яллиғланиш жараёнларининг қиёсий ташхисотида КТ га нисбатан аниқроқ маълумот беради.



Эшитиш қобилиятини текшириш усуллари

Эшитиш қобилиятини текшириш усуллари қулоқ касалликларини ташхислашда, жарроҳлик даволаш усулини танлаш, даво тадбирлари самарасини баҳолаш, эшитув аппаратларини танлаш, меҳнат, ҳарбий ва тиббий экспертизада муҳим аҳамиятга эга. Айниқса болаларда эшитиш қобилиятини эрта аниқлашга, уларда паст эшитишлик ташхисини қўйиш ва реабилитация чораларини эрта қўллашга ёрдам беради.

Эшитиш қобилиятини текшириш усуллари 5 гуруҳга бўлинади:

1 гуруҳ - Беморнинг шикоятлари ва анамнез маълумотлари.

Эшитиш қобилиятининг бузилиши бир-ёки икки томонлама ўткир ва сурункали, турғун, муттасил тарзда зўрайиб боровчи бўлиши мумкин. Беморнинг шикоятларига асосланиб, паст эшитишнинг даражасини (ишхонада, уйда, шовқин шароитда, ҳаяжонланганда атрофдагилар билан мулоқат қилиши кийинлиги), қулоғида шовқин бор-йўқлигини, унинг характери, аутофонияни аниқлаш мумкин.

Анамнез маълумотларидан эшитиш қобилиятининг пасайишига ва қулоқ шовқинига сабаб бўлган омилларни, касаллик давомида эшитув даражаси қандай ўзгарганлигини, эшитиш қобилиятига таъсир қилувчи йўлдош

касалликларни, бемор қайси дори ва қандай жарроҳлик амали билан даволанганлигини билса бўлади.

2-гуруҳ - эшитиш қобилиятини нутқ (шивирлаш ва овозни чиқариб айтилган сўзлар) ёрдамида текшириш. Бемор текшириляётган қулоғини врач томонга қаратиб 6 м масофада тик туради. Ёрдамчи II бармоғи билан бошқа қулоғинининг дўмбоқчасини ташқи эшитув йўлининг тешигига босган ҳолда уни ёпиб туради ва III бармоғи билан II бармоғини енгил уқалайди, шунда пайдо бўлган шитирлаш товуши текширилмаётган қулоқнинг эшитиш қобилиятини сўндиради.

Врач текшириляётган шахсдан эшитган сўзларини баланд овозда такрорлашни сўрайди. Бемор врач лабларининг ҳаракатини кўрмаслиги учун унга тескари томонга қараб туриши лозим. Кейин врач нафасини чиқариб, ўпкасидаги қолдиқ ҳаво ҳисобига шивирлаб, аввал паст товуш чегарасидаги, кейин баланд товуш чегарасидаги сўзларни айтади.

Паст товуш чегарасидаги сўзлар	Баланд товуш чегарасидаги сўзлар
"ун", "ун", "ур", "ўр", "нур", "умр", "унум", "мум", "нон", "нор", "осмон", "омон", "ўрмон", "унвон", "ўрол", "ўмров", "ўрин", "урин", унум"	"ая", "соя", "яна", "яра", "яса", "яша", "ака", "сирка", "арча", "азиза", "ариза", "жизза", "жийда", "чай", "жой", "сой", "ишчи", "ясси", "шиша"

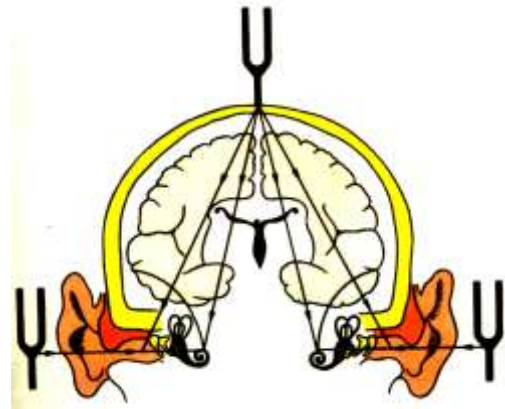
Агар бемор шивирлаб айтилган сўзларни 6 м масофадан эшитмаса, унда ҳар сафар масофа 1 метрга қискартирилади ва текширув бир неча бор такрорланади. Худди шундай текширув овозни чиқариб айтилган сўзлар билан ўтказилади. Беморда эшитиш қобилияти сўзларни қайси масофадан эшитиши билан белгиланади. Меъёردа соғлом одам шивирлаб айтилган сўзларни 6 м масофадан, овозни чиқариб айтилган сўзларни 20 м масофадан эшитади.

Ушбу кўрсаткичларни камайиши эшитиш қобилияти пасайганлигидан далолат беради. Агар бемор шивирлаб айтилган сўзларни қулоқ супраси олдида, овозни чиқариб айтилган сўзларни 0,5-1 метр масофадан эшитса, унда товушни ўтказиш тизимида ўзгаришлар борлигини билдиради; эшитув маркази зарарланган бемор эса овозни чиқариб айтилган сўзларни эшитсада, уларни англай олмайди.

3 гуруҳ - эшитиш қобилиятини камертонлар ёрдамида текшириш усули (акуметрия). Камертонларнинг кичик тўплами 128, 1024, 2048 Гц ва катта тўплами - (16, 32, 128, 256, 512, 1024, 2048, 4096 Гц) камертонлардан иборат. Улар лотин ҳарфлар билан белгиланади. Отиатрияда товушни ҳаво ва суяк оркали ўтказувчанлигини текшириш учун кўпинча "до" нотасига созланган камертонлар - С₆₄, С₁₂₈, С₅₁₂, С₂₀₄₈ ишлатилади, бунда "С" ҳарфи "до" нотасини англатади, пастдаги рақам камертоннинг бир сониядаги тебранишини билдиради (23,24-расмлар).



23-расм. Камертонларнинг кичик тўплами



24-расм. Эшитув аъзоси камертон билан текширилганда товушни ҳаво ва суяк орқали ўтказилиш схемаси

Товуш тўлқинларини ҳаво орқали ўтказилишини (қулоқнинг ҳаво ўтказувчанлиги) текшириш усули паст частотали камертонлар ёрдамида бошланади. Текширувчи камертон шохчаларини кафтининг пастки юзасига уриб тебратади. (C_{512} ва ундан юқори частотали камертонлар икки бармоқ билан шохчаларни қисиш ёки чертиш билан тебратилади). Шундан сўнг текширувчи жаранглаб турган камертон оёқчасини икки бармоғи билан ушлаган ҳолда, беморнинг ташқи эшитув йўлига 0,5 см масофада яқинлаштиради. Бемор камертон товушини эшитмай қолган пайтда текширувчи камертонни текшириляётган қулоқдан тез узоқлаштириб, уни қайта тебратмасдан яна беморнинг қулоғига яқинлаштиради (одатда бемор камертон товушини яна бир неча сония давомида эшитади). Бемор камертон товушини эшитмай қолган вақт белгиланади ва камертон тебратилган вақтдан бошлаб бемор унинг товушини қанча вақт давомида эшитганлиги секундомерда белгиланади. Кейин текширув бошқа камертонлар ёрдамида бажарилади.

Товушни суяк орқали ўтказилишини (қулоқнинг суяк ўтказувчанлиги) текшириш усулида C_{128} камертон ишлатилади. Текширувчи камертон шохчаларини кафтининг пастки юзасига уриб тебратилиб, товуши жаранглаб турган камертон оёқчасини беморнинг сўрғичсимон ўсиғи соҳасига перпендикуляр ҳолда ўрнатади. Бемор камертон тебратилгандан бошлаб қанча вақт давомида товушни хис этганлигини секундомер ёрдамида белгилайди.

Товушни ўтказиш фаолияти бузилган (кондуктив паст эшитишлик) беморда паст частотали C_{128} камертон товушини ҳаво орқали паст, суяк орқали - меъёردа эшитади.

Товушни қабул қилиш фаолияти бузилган (сенсоневрал паст эшитишлик) бемор юқори частотали C_{2048} камертон товушини ҳаво орқали ёмонроқ эшитади. Бунда камертон товушини эшитиш вақти ҳам ҳаво, ҳам суяк орқали бир хил қисқаради. Меъёрда уларнинг ўзаро нисбати 2 : 1 тенг.

Эшитув аъзосининг товушни ўтказиш ва товушни қабул қилиш бўлимлари зарарланганлигини тез аниқлаш мақсадида қуйидаги камертон тестлари бажарилади:

Ринне тажрибаси (R) - қулоқнинг ҳаво ва суяк ўтказувчанлигини таққослаш. Текширувчи жаранглаб турган C_{128} камертон оёқчасини беморнинг сўргичсимон ўсиғи соҳасига вертикал ўрнатади (25-расм).



25-расм. Ринне тажрибаси

Бемор камертон тебранишини ҳис этмай қолган пайтда текширувчи камертонни қайта тебратмасдан унинг ташқи эшитув йўли соҳасига кўчиради. Агар бемор ҳаво орқали камертон тебранишини эшитишни давом этса, унда тажриба натижаси “R+” (*Ринне мусбат*), камертон тебранишини ташқи эшитув йўли орқали эшитмаса, унда “R –” (*Ринне манфий*) деб баҳоланади. Меъёрда Ринне тажрибаси (R+мусбат) бўлиб, ҳаво ўтказувчанлиги суяк ўтказувчанлигидан 2 марта кўп бўлади. R-манфий ҳолларда бунинг акси қайд этилади ва бу товушни

ўтказиш тизими зарарланганидан дарак беради (*кондуктив наст эшитишлик*).

Товушни қабул қилиш тизими зарарланганда (*сенсонебрал наст эшитишлик*) ҳаво ўтказувчанлиги одатда суяк ўтказувчанлигидан кўп бўлиб, тажриба “R+” бўлади. Аммо ҳам ҳаво ва ҳам суяк ўтказувчанлигининг вақти қисқаради. Бу ҳолат “кичик” Ринне деб юритилади.

Вебер тажрибаси (W)- товуш йўналишини (латерализациясини) текшириш усули. Текширувчи жаранглаб турган камертон оёқчасини бемор бошининг ўрта тепасига ўрнатади, бунда камертон шохчалари фронтал текисликда тебраниши керак. Меъёрда камертон товуши бошнинг ўртасида ёки икки қулоқда бир хил эшитилади (меъёрда $\leftarrow W \rightarrow$). Товушни ўтказиш тизими бир томонлама зарарланганда товуш йўналиши зарарланган қулоқ томон (масалан, чапга $W \rightarrow$), товушни қабул қилиш тизими бир томонлама (масалан, чап томонлама) зарарланганда - товуш йўналиши соғлом қулоқ томон йўналади ($\leftarrow W$). Икки томонда товушни ўтказиш тизими зарарланганда товуш ёмонроқ эшитувчи, икки томонлама товушни қабул қилиш тизими зарарланганда - яхшироқ эшувчи қулоқ томонга йўналган бўлади.

Желле тажрибаси (G) ёрдамида узанги ҳаракатчанлиги аниқланади. Жаранглаб турган камертон оёқчаси бемор бошининг тепасига ўрнатилади ва бир вақтнинг ўзида пневматик баллонча ёрдамида ташқи эшитув йўлининг ҳаво босими оширилади. Узангичанинг ҳаракати сақланган соғлом қулоқда босим пайтида узангича даҳлиз дарчасига ботади. Бунинг натижасида эшитув пасаяди ва текширув натижаси – “G +” (*Желле мусбат*) деб баҳоланади. Узангича ҳаракатсиз бўлган ҳолларда бемор ташқи эшитув йўлининг ҳаво босими оширилганда эшитувида ҳеч қандай ўзгаришни сезмаса, яъни унинг эшитиши ўзгармаса, у ҳолда натижа “G –” (*Желле манфий*) деб баҳоланади. Товушни қабул қилиш тизими зарарланганда ҳам унинг натижаси “G +” бўлади.

Федеричи тажрибаси (F) C_{128} ёки C_{512} камертонлар ёрдамида бажарилади. Жаранглаб турган камертон оёқчаси дастлаб сўргичсимон ўсимта соҳасига

ўрнатилади, кейин қулоқ дўмбоқчасига кўчирилади. Меъёрда ва товуш қабул қилиш тизими зарарланганда қулоқ дўмбоқчаси соҳасида товушни эшитиш вақти давомлироқ бўлиб, текширув натижаси “F +” (Федеричи мусбат) деб баҳоланади. Товушни ўтказиш тизими зарарланганда текширув натижаси “F-” (Федеричи манфий) бўлади.

Швабах тажрибаси-товушни қабул қилиш аъзосини текшириш. Текширувчи жаранглаб турган C₁₂₈ камертон оёқчасини беморнинг сўрғичсимон ўсиғи соҳасига ўрнатади ва бемор унинг товушини эшитмай қолгунча шу жойда ушлаб туради, кейин камертонни қайта тебратмасдан ўзининг сўрғичсимон ўсиғи соҳасига кўчиради. Агар текширувчи камертон товушини эшитишни давом этса, унда беморда суяк ўтказувчанлиги зарарланган деб баҳоланади. (Бунда текширувчининг қулоқ тизими соғлом бўлиши шарт).

Субъектив шовқин, шивирлаб айтилган сўзлар (ШС), овозни чиқариб айтилган сўзлар (ОЧС), қичқариб айтилган сўзлар (ҚС) ва камертонлар ёрдамида ўтказилган текширув натижалари В.И.Воячек “*эшитув паспортига*” киритилади.

ўнг қулоқ (AD)	Тестлар	чап қулоқ (AS)
+	субъектив шовқин	-
1м	ШС	6м
2м	ОЧС	> 6м
	ҚС	
20 с	C ₁₂₈ (X* = 90 с)	90 с
22 с	C ₁₂₈ (C* = 50 с)	50 с
15 с	C ₂₀₄₈ (X = 40 с)	37 с
“ R- ”	Ринне тажрибаси (R)	“R+”
ўнг томонга ←	Вебер тажрибаси (W)	

Хулоса: Товушни ўтказиш тизимининг ўнг томонлама зарарланиши билан кечган кондуктив паст эшитишлик (X* - ҳаво ўтказувчанлик; C* - суяк ўтказувчанлик).

Эшитув паспортининг айрим хулосалари қуйидагича ифодаланади: “Эшитиш қобилияти меъёрда”, “Товушни ўтказиш тизимининг ўнг томонлама зарарланиши билан кечган кондуктив паст эшитишлик”, “Товушни қабул қилиш тизимининг чап томонлама зарарланиши билан кечган сенсоневрал паст эшитишлик”, “ Икки томонлама аралаш (кондуктив, сенсо-неврал) паст эшитишлик”.

4 -гуруҳ - эшитиш қобилиятини аудиометр, яъни электроакустик асбоблар ёрдамида текшириш. Товуш тўлқинининг кучи электроакустик асбоблар ёрдамида децибелл (дБ) бирлигида ўлчанади.

Эшитиш қобилиятини текширишда ультра- ва инфратовушлар ҳам ишлатилади. Психо-физиологик нуқтаи назардан турли аудиометрик усуллар субъектив ва объектив усулларга бўлинади. Ҳозирги кунда мавжуд бўлган барча субъектив ва объектив текширув усуллари кўпинча бир-бирини тўлдириб,

эшитув аъзосининг зарарланишини аниқ ва ўз вақтида аниқлаш имконини беради.

Субъектив аудиометрия усуллари кўп жиҳатдан беморнинг ҳиссиётига ва онгли жавоб реакциясига асосланиб, амалиётда кенг қўлланилади. Таъсир этувчи манбаларнинг кучига қараб субъектив аудиометриянинг қуйидаги усуллари тафовут қилинади:

- 1) тонал бўсаға аудиометрия;
- 2) бўсаға усти аудиометрия;
- 3) эшитув тизимининг ультратовушга сезгирлигини аниқлаш;
- 4) нутқий аудиометрия;
- 5) шовқинли аудиометрия;
- 6) ўйинли аудиометрия.

Аудиометр асбоби электр генератордан ҳосил бўлган нисбатан соф товушларни - тонларни ёки тор тасмали шовқинни ҳаво ёки суяк орқали текшириляётган шахс қулоғига юбориш имконини беради. Аудиометрия текширувида “товуш кучи” бирлиги, товушнинг кучига қараб “эшитиш бўсағаси” каби атамалар ишлатилади. Стандарт клиник аудиометр ёрдамида товуш тўлқинларининг частотаси 125 дан 8000 Гц гача бўлган майдонларда беморнинг эшитув бўсағаси текширилади. Бундан ташқари, 20000 Гц гача текшириш имконини берувчи генераторни ҳам ишлатиш мумкин. Товушни кучайтирувчи мослама (товуш аттенюатори) ёрдамида товуш тўлқинларининг интенсивлиги ёки кучини ҳаво орқали ўтказилганда 100—110 дБ гача, суяк орқали ўтказилганда 60-80 дБ гача кучайтириш мумкин (26-расм).



26-расм. Аудиометрия текшируви

Текширувда товуш кучи 5 дБ дан, баъзан 1 дБ дан бошлаб, аста-секин ўзгартирилади. Клиник аудиометр эшитув бўсағасини 125-8000 Гц қўламида ўлчаш имконини беради. Эшитиш қобилиятини кенг 18-20 кГц диапозонларда текшириш ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Тонал аудиометрияда беморга частотаси 125 дан 8000 Гц гача бўлган соф товуш тонлари, нутқий аудиометрияда - магнит тасмасига ёзилган сўзлар, шовқинли

аудиометрияда – товуш генератори ёрдамида ҳосил қилинган “оқ” шовқинлар билан таъсир этилади.

Ҳар бир қулоқнинг ҳаво ва суяк ўтказувчанлиги аудиометр товушини ташқи эшитув йўли (ҳаво орқали) ва суяк орқали юборувчи ҳаво ва суяк телефонлари ёрдамида алоҳида - алоҳида текширилади. Товуш ҳаво орқали юборилганда ташқи эшитув йўлига ўрнатиладиган мосламалар (наушниклар) текшириладиган шахснинг ташқи эшитув йўлига мос бўлиши керак. Суяк орқали ўтказувчанлик текширилганда суяк телефони сўғичсимон ўсиқ соҳасига ўрнатилади. Суяк орқали ўтказувчанлик бўсағаси 125 - 8000 Гц частоталарда текширилади. Меъёрида ҳаво ва суяк ўтказувчанлик бўсағалари бир-бирига мос тушиши ва суяк-ҳаво оралиғи 10 дБ дан ошмаслиги лозим. Тонал аудиометрия текширувининг 2 тури тафовут қилинади: бўсаға ва бўсаға усти тонал аудиометрия.

Тонал бўсаға аудиометрия текшируви ҳаво ва суяк орқали турли частотадаги товуш тўлқинларини эшитиш бўсағасини аниқлаш мақсадида ўтказилади. У ҳаво ва суяк телефонлари орқали 125 - 8000 Гц частоталарда эшитиш бўсағасини аниқлашга ёрдам беради. Дастлаб юқори частотали, кейин паст частотали тонлар юборилиб, беморнинг эшитиш бўсағаси аниқланади. Текширув натижалари махсус аудиограмма бланкида қайд этилади.

Аудиограмма - эшитиш бўсағасининг график ифодаси бўлиб, унинг "0" чизиғи меъёрий эшитув бўсағасини билдиради. Абсциссада таъсир этиладиган тон частотаси (125 - 8 000 Гц), ординатада - товуш интенсивлигини пасайиш даражаси дБ бирлигида белгиланади. Қабул қилинган стандартларга кўра аудиограммада товушни ҳаво орқали ўтказилиши тўғри чизиқ билан, суяк орқали ўтказилиши-синик чизиқ билан, ўнг қулоқ - (О), чап қулоқ- (Х) белгиси билан белгиланади.

Аудиограмма таҳлил қилинганда қуйидаги белгиларга эътибор берилади:

1) "0"чизиғига нисбатан ҳаво ўтказувчанлиги (ХЎ) ва суяк ўтказувчанлиги (СЎ) чизиқларининг жойлашувига;

2) ХЎ ва СЎ чизиқларининг шаклига (горизонтал, юқorigа кўтарилган, пастга тушган ёки эгарсимон)

3) ХЎ ва СЎ чизиқларнинг ўзаро жойлашувига («суяк-ҳаво оралиқ масофасига»)

Текшириладиган шахснинг ҳар икки қулоғи бир хил эшитган ҳолларда тонал бўсаға аудиометрия текширувини бажариш кўп ҳолларда қийинчилик туғдирмайди. Ўнг ва чап қулоқларнинг эшитиш қобилияти орасида кескин тафовут мавжуд бўлган ҳолларда паст эшитадиган қулоқни текшириш учун яхши эшитадиган ёки соғлом қулоқни “ниқоблаш” талаб этилади. Яхши эшитадиган қулоқни ниқоблаш, яъни эшитиш фаолиятини чеклаш учун унга шовқин ёки бошқа товушлар таъсир этилади, бунда ҳар бир бемор учун алоҳида ниқоблаш усули танланади. Одатда эшитиш қобилиятининг асимметрияси 30 дБ ва ундан ортиқ бўлган ҳолларда шовқин ёрдамида ниқоблаш усули ишлатилади.

Товушни ҳаво ва суяк орқали ўтказиш бўсағалари чизиқларининг хусусиятлари ва ўзаро боғлиқлигига қараб эшитиш қобилиятининг сифатига баҳо берилади, яъни беморда товуш тўлқинларини ўтказиш, қабул қилиш жараёни бузилганлиги ёки аралаш бузилиш борлиги аниқланади.

Товушни ўтказиш тизими (ташқи эшитув йўли, ногора парда ва эшитув суякчалари) зарарланганда, яъни *кондуктив паст эшитишликда* аудиограммада паст, ўрта ва баъзан юқори частотали тонларда ҳаво орқали эшитиш бўсағаси ошиб, суяк орқали эшитиш бўсағаси ўзгармайди, шунда ХЎ чизиғи юқорига кўтарилган, ХЎ ва СЎ чизиқлар орасидаги оралик масофаси эса кенгайган бўлади. Қулоқ кири, отосклероз, қулоқнинг яллиғланиш ва яллиғланишсиз кечувчи касалликлари, қулоқ ёт жисми, ногора парданинг жароҳати, эшитув суякчаларининг нуқсонлари, холестеатома ва эшитув найи ўтказувчанлигини бузилиши беморда кондуктив паст эшитишликни ривожланишига олиб келиши мумкин.

Товушни қабул қилиш тизимининг зарарланиши, яъни сенсоневрал (перцептив) паст эшитишлик чиганоқ рецепторларининг фаолияти ёки импульсни марказий асаб тизимига етказилиши бузилганда ривожланади. Бунда ҳам ҳаво, ҳам суяк орқали ўтказувчанлик зарарланиб, ХЎ ва СЎ чизиқлари орасидаги оралик масофа йўқолади. Беморда дастлаб юқори частотали товушларни, кейинчалик барча товушларни қабул қилиш қобилияти пасая боради. Бўсаға чизиқларидаги узилишлар, яъни у ёки бу частоталарда товушни қабул қилинмаслиги, бир ёки икки частоталарни қабул қилган “эшитиш қирғоқчалари” суяк ўтказувчанлиги йўқотилганлигини билдиради. Сенсоневрал паст эшитишлик ототоксик дориларнинг салбий таъсири натижасида, Меньер касаллигида, кексаларда, ички қулоқ ва калла суяги жароҳатларида, захм касаллигида, бош мия қон томирлари склерозида, қандли диабетда ва бир қанча хасталикларда ривожланиши мумкин.

Аралаш паст эшитишликда товуш тўлқинини ўтказиш ва қабул қилиш тизимларининг зарарланиш белгилари кузатилади. Аудиограммада суяк орқали ўтказувчанлик бўсағасини ошиши билан бирга ХЎ ва СЎ оралик масофасини кенгайиши қайд этилади. Бунда эшитиш қобилиятининг ҳаво орқали пасайиш даражаси суяк орқали пасайишига қараганда кўпроқ бўлади.

Кенгқўламли частоталарда бажарилган аудиометрия текшируви. Етакчи фирмаларнинг аудиометрлари ҳаво орқали эшитишнинг тонал бўсағаларини 20 000 Гц гача бўлган частоталар диапозонида аниқлаш имконига эга. Кенгқўламли частоталарда бажарилган текширув эшитувнинг бошланғич бузилишларини, айниқса товушни қабул қилиш тизими бузилишларини аниқлаш имконини беради. Текширув 8 000 Гц гача диапозонда бажариладиган текширувдай ўтказилади.

Шовқинли аудиометрия текшируви бемордаги субъектив қулоқ шовқинларининг характери ва кучини аниқлаш имконини беради. Қулоқ шовқинининг характерини аниқлаш учун текшириладиган қулоққа дастлаб

юқори, кичик танаффусдан сўнг паст товуш тўлқинлари таъсир этилади. Бемор таъсир этилаётган қайси товушлар уни безовта қилаётган шовқинларга ўхшашини аниқлаб, аудиограмма қоғозида айлана (ўнг қулоғи учун) ва ҳож (чап қулоғи учун) шаклида белгилайди. Қулоқ шовқинининг кучи шовқин баландлигини тенглаштириш ва қулоқ шовқинини сўндириш синамалари ёрдамида аниқланади. Биринчи синамада соғлом қулоққа зарарланган қулоқ шовқинининг кучига тенг товуш ёки шовқин таъсир этилса, иккинчи синамада зарарланган қулоқ шовқини таъсир этилаётган оқ товуш билан сўндирилади.

Ўйинли аудиометрия текшируви 2-3 ёшли ва ундан катта болаларда эшитиш қобилиятини аниқлаш учун қўлланилади. Ушбу текширув усули товуш ва бошқа таъсир омиллари (экранда расмни пайдо бўлиши ёки ўйинчоқни кўрсатиш) ўртасида шартли рефлекс ҳосил қилишга ва уни мустаҳкамлашга асосланган. Бунда бола махсус тугмачани босганда товуш билан бирга тасвирни пайдо бўлиши ва боланинг унга нисбатан жавоби (реакцияси) қайд этилади. Текширув дастлаб баланд товушлар, кейин паст товушлар ёрдамида ўтказилади ва шу тариқа боланинг эшитиш бўсағаси аниқланади. Текширув натижаси кўп жиҳатдан боланинг руҳий ҳолатига, эшитиш қобилиятига, бола ва текширувчи ўртасидаги муносабатга боғлиқ бўлади.

Эрта ёшдаги болаларда паст эшитишликни ва карликни аниқлаш учун биринчи навбатда объектив текширув усуллари - инмпедансометрия, чақирилган эшитув потенциалларини қайд этиш, отоакустик эмиссия текширувлари бажарилади.

Тонал бўсаға аудиометрия текшируви эшитув аъзосининг турли бўлимларида ривожланган патологик жараённинг жойлашуви ҳақида умумий маълумот олиш имконини беради. Аммо у эшитув аъзосининг кундалик ҳаётда учрайдиган товушларни қабул қилиш қобилиятини тўлиқ ифодалаб бермайди, чунки бундай товушлар, масалан нутқ бўсаға товушларидан анча баланд бўлади. Паст эшитишликнинг шаклини, эшитув аъзосининг қайси бўлими зарарланганлигини (чиғаноқ рецептори, эшитув асаб толаси, ўзаклари,маркази) аниқлаш учун бўсаға усти тонал, кенгқўламли частоталарда бажарилган,нутқий ва шовқинли ҳамда ультратовуш ва паст частотали тонларда бажарилган аудиометрия текширувлари ўтказилади.

Тонал бўсаға усти аудиометрия текшируви ёрдамида товуш баландлигини тезкор ошиш феномени (ТБТОФ) аниқланади (русчада феномен ускоренного нарастания громкости – ФУНГ- *recruitment phenomenon*). Феномен товушни қабул қилиш тизимининг периферик қисми (чиғаниқдаги спирал аъзонинг рецептор хужайралари) зарарланганда пайдо бўлади. Бунда таъсир этилаётган товуш тўлқинининг кучи бўсаға чегарасидан оширилганда паст эшитишлик билан оғриган бемор уни соғлом одамдай, ҳатто ундан яхшироқ эшитади, яъни зарарланган қулоқ баланд товушларни (70-100 дБ) соғлом қулоқдай яхши эшитиб, зарарланган ва соғлом қулоқларнинг товушни қабул қилиш қобилиятлари тенглашади. Бошқача қилиб айтганда, зарарланган қулоқда

эшитиш қобилиятини пасайиши билан бирга баланд (*бўсаға усти*) товушларга нисбатан сезгирлик ошади, шунинг учун бўсаға усти товушлар таъсирида бундай бемор зарарланган қулоғида ноҳушлик (*дискомфорт*) ҳис этади.

Бўсаға усти аудиометрия текширувларининг 30 дан ортиқ усуллари мавжуд. Икки томонлама паст эшитишликда ТБТОФ ҳодисасини аниқлаш учун кўпинча Si-Si ва Люшер тестлари, ноқулайлик бўсағасини аниқлаш усуллари қўлланилса, бир томонлама паст эшитишликда Фоулер тести бажарилади.

Si-Si теста таъсир етилаётган товушнинг кучи ҳар 4 сонияда эшитиш бўсағасидан

1 дБ га қисқа муддатга оширилади, жами 20 дБ га оширилади. Бемордан товуш кучи ошганлигини илғаб олиши сўралади, кейин тўғри жавобларнинг сони фоиз ҳисобида қайд этилади. Меъёрда ва товушни ўтказиш тизими бузилганда тест натижаси 0 дан 20 % ни ташкил қилса, товушни қабул қилиш тизимини бузилиши билан кечган сенсоневрал паст эшитишликда бу кўрсаткич 80 - 100% этади.

Люшер тести ёки дифференциал эшитув бўсағасини аниқлаш текшируви қуйидагича бажарилади: беморга эшитув бўсағасидан 40 дБ юқори бўлган товуш йўналтирилади. Меъёрда ва кондуктив паст эшитишликда зарарланган қулоқ 1,0-1,5 дБ га яқин товушларни фарқлай олса, сенсоневрал паст эшитишликда дифференциал эшитув бўсағаси пасайиб, 0,2-0,6 дБ га тенг бўлади. *Ноқулайлик (дискомфорт)* бўсағаси тонал бўсаға аудиметрда мавжуд бўлган частоталарнинг барча қўламида аниқланади. Йўналтирилаётган товушнинг кучи эшитув бўсағаси сатҳидан беморда ноқулайлик ҳиссиёти (*дискомфорт*) пайдо бўлгунча ошириб борилади. Меъёрда ва ТБТОФ кузатилган ҳолларда *дискомфорт* бўсағаси 80 - 90 дБ га тенг бўлса, сенсо-неврал паст эшитишлик билан оғриган беморларда эшитув ва *дискомфорт* бўсағалари орасидаги фарқ қисқаради. Кондуктив паст эшитишликда *дискомфорт* бўсағаси 110 дБ ва ундан юқори бўлади.

Фоулер тести ёки товуш баландлигини тенглаштириш текшируви бир томонлама ва эшитув бўсағаларнинг тафовути 30-40 дБ дан юқори бўлган икки томонлама сенсоневрал паст эшитишликда қўлланилади. Дастлаб ҳар икки қулоқнинг эшитиш бўсағаси аниқланади (масалан, ўнг қулоқда 10 дБ, чап қулоқда 50 дБ). Кейин зарарланган қулоққа йўналтирилаётган товушнинг кучи 10 дБ га оширилади, соғлом қулоққа эса зарарланган қулоқ билан тенг бўлган эшитув сезгисини ҳосил қилувчи товуш таъсир этилади. Кейин текширув зарарланган қулоққа йўналтирилаётган товуш кучини яна оширган ҳолда такрорланади. Меъёрда ва ТБТОФ кузатилган ҳолларда товуш баландлигини тенг эшитиш ҳодисаси ёмон эшитадиган қулоққа йўналтирилаётган товушнинг кучи 20-30 дБ га, соғлом қулоққа – 40 - 50 дБ га оширилганда кузатилади. Бундай ҳолларда тест натижаси мусбат ҳисобланади. Меъёрда ва ретрокохлеар паст эшитишликда товуш баландлигини тенг эшитиш ҳодисаси товушнинг кучи ҳар икки қулоқда бир хил даражада оширилганда қайд этилади (*манфий тест*).

Бўсаға усти аудиометрия субъектив текширув усули эканлигини эътиборга олиб, ТБТОФ ҳодисасини аниқлаш учун иккита ва ундан ортиқ бўсаға усти тестлари ўтказилиши лозим.

Нутқий аудиометрия ҳам эшитиш қобилиятининг субъектив текширув усули ҳисобланади. Бу текширувда товуш ўрнида магнит тасмасига ёзилган сўзлар ишлатилади.

Нутқий аудиометрия текшируви эшитиш қобилияти пасайган беморнинг ижтимоий лаёқатини аниқлаш имконини беради. Текширув махсус тинч хонада ўтказилади. Магнит тасмасига ёки CD дискда ёзилган сўзлар беморнинг ҳар бир қулоғига алоҳида-алоҳида эшиттирилади. Беморнинг эшитиш қобилиятини эркин майдонда ҳам текширса бўлади.

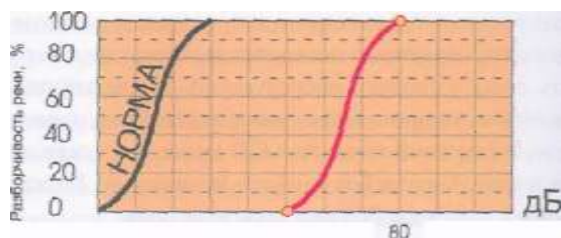
Текширувда фонетик жиҳатдан таркиби бир хил, I- ва II - даражали мураккаб 30-50 та сўзлардан иборат махсус жадвалдан фойдаланилади, ундаги оддий, аниқ маънога эга сўзлар бир хил овозда айтилади.

Нутқий аудиометрияда одатда 1000 Гц частотали товушни эшитув бўсағасидан 5-10 дБ га ошириш ёрдамида *эшитув сезгиси* ва *сўзларни тўғри эшитиш кўрсаткичлари* аниқланади. Сўзларни тўғри эшитиш кўрсаткичи – бу бемор тўғри эшитган сўзларини айтилган барча сўзларга нисбати бўлиб, фоиз ҳисобида ифодаланади. Масалан, айтилган 10 та сўзлардан бемор барчасини тўғри эшитса, унда сўзларни тўғри эшитиш кўрсаткичи 100% ни, агар у фақат 8, 5, 2 сўзларни тўғри эшитса, унда ушбу кўрсаткич 80, 50 ва 20% ни ташкил қилади. Айтилган сўзларнинг сони кўп бўлса текширув натижаси янада ишончлироқ бўлади. Одатда сўзларни тўғри эшитиш кўрсаткичи кучи 30-40 дБ га тенг товуш ёрдамда текширилади.

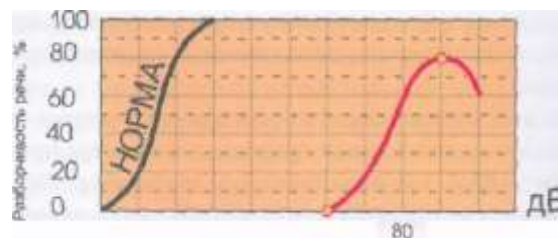
Айтилган барча сўзларни тўғри эшитиш *сўзларни максимал тўғри эшитиш кўрсаткичи* деб баҳоланади. Текширув натижалари қийшиқ чизик шаклида махсус нутқ аудиометрия қоғозида қайд этилади, бунда абсцисс чизигида товушнинг кучи, ордината чизигида – тўғри жавоблар фоизи белгиланади (27-расм). Эшитув ассиметрияси бўлган ҳолларда ниқоблаш усули ишлатилади.

Паст эшитишликнинг турли шаклларида нутқий аудиограмма чизиклари турлича бўлиб, қиёсий таҳҳисотда муҳим аҳамиятга эга. Товушни ўтказиш тизими бузилган беморларда товуш кучини ошириш орқали деярли доимо сўзларни тўғри эшитишнинг 100% кўрсаткичига эришса бўлади. Тонал ва нутқий аудиограммалар таққосланганда сўзларни тўғри эшитиш кўрсаткичи тонал аудиограмманинг нутқ диапозинида (500-4000 Гц) паст эшитишликнинг ўртача даражасига мос дБ миқдорда меъёрдан орқада қолади.

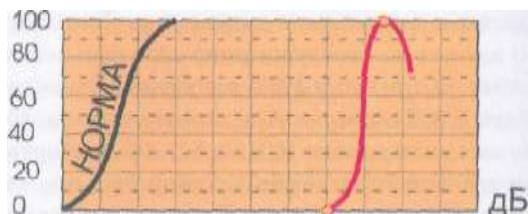
Товуш тўлқинини қабул қилиш тизими зарарланганда ҳам сўзларни тўғри эшитиш кўрсаткичи тонал аудиограммадаги нутқ диапозинида паст эшитишнинг ўртача даражасига мос келади. Сўзларни тўғри эшитишнинг 100% кўрсаткичига келсақ, у паст эшитишликнинг даражасига ва беморда ТБТОФ ҳодисаси борлигига боғлиқ бўлади (27 б –расм).



а



б



в

27-расм. Нутқий аудиограммалар намуналари

а) меъёрда ва кондуктив паст эшитишликда;

б) ТБТОФ - мусбат билан кечувчи сенсонеурал паст эшитишликда;

в) ТБТОФ - манфий билан кечувчи паст эшитишликда.

Ретрокохлеар (ретролабиринт) паст эшитишликда тонал-нутқ диссоцияси ҳодисаси кузатилади, аммо у ТБТОФ ҳодисаси билан изоҳланмайди, чунки бундай ҳолларда ушбу феномен одатда аниқланмайди. Сўзларни тўғри эшитиш қобилиятини бўзилиши эса товушни ўтказиш тизимидаги бузилишлар билан эмас, балки эшитув маркази ва бош миёна пўстлоғидаги органик бузилишлар билан изоҳланади. Товушни қабул қилиш тизимининг чуқур бузилишларида сўзларни тўғри эшитиш кўрсаткичи 100% дан кам бўлади (27в-расм).

Ультратовушларни эшитиш қобилиятини аниқлаш усули. Маълумки, инсоннинг эшитиш кўлами 16 дан 20000 Гц га тенг бўлган товуш частоталарни ўз ичига олади. Меъёрда соғлом одам суяк орқали 20 кГц га тенг ультратовушларни эшитиш қобилиятига эга. Чиганоқ зарарланган ҳолларда ультратовушларни эшитиш бўсағаси ошади.

Ультратовушларни эшитиш учун улар калла суяги ва организмнинг зич тўқималаридан ўтиши лозим. Текширувда энг паст частотали (0,001-0,0001 Вт/см²) ультратовушлар ишлатилади. Ультратовушларни эшитиш қобилияти махсус кенгқўламли генератор ва сегнет тузидан тайёрланган ультратовушларни ўзгартирувчи асбоб ёрдамида аниқланади.

Юқорида баён этилган субъектив ёки психофизиологик текширув усулларида ташқари эшитиш қобилиятининг *объектив текширув усуллари* ҳам кенг қўланилади. Улар текшириладиётган шахсда товуш таъсирида пайдо бўлган шартсиз ва шартли рефлексларни қайд этишга асосланган. Объектив текширувларга товуш таъсирида пайдо бўлган шартсиз рефлексларни қайд этиш, акустик импедансометрия, отоакустик эмиссия ва чақирилган эшитув потенциалларини қайд этиш текширувлари киради.

Тўсатдан таъсир этилган кучли товушга жавобан беморда кўз қорачиғининг кенгайиши (*аурупупилляр, ёки чиганоқ-кўз қорачиғи рефлекс*), кўз қовоқларни ёпилиши (*аурупаль-небрал ёки мижжа қоқиш рефлекс*) қаби шартсиз рефлекслар пайдо бўлади. Текширувда қичқириб айтилган сўзлар ёки камертон ишлатилади.

Объектив текширувларга *тери-гальваник рефлекс* ва *қон томирлар реакциясини* аниқлаш усуллари ҳам киради. Тери-гальваник рефлекс товуш таъсирида терининг турли майдонларида электр потенциалларни ўзгариши, қон томирлар реакцияси эса қон томирлар тонусининг ўзгариши билан намоён бўлади. Натижалар плетизмограммада қайд этилади.

Акустик импедансометрия текшируви ўрта қулоқ касалликларида қиёсий ташхисотини ўтказиш (экссудатив ўрта отит, отосклероз, адгезив ўрта отит, эшитув суякчалари занжирини узилиши), ҳамда VII ва VIII жуфт бош мия асаб толалари ва бош мия пояси ўтказиш йўлларининг фаолияти ҳақида тасаввурга эга бўлиш имконини беради. Текширув импедансометр асбоби ёрдамида бажарилади. Импедансометрия ўз ичига 3 та текширув усуллари – тимпанометрия, акустик рефлексларни қайд этиш ва ўрта қулоқнинг тўлиқ акустик қаршилигини ўлчаш текширувларни бирлаштиради.

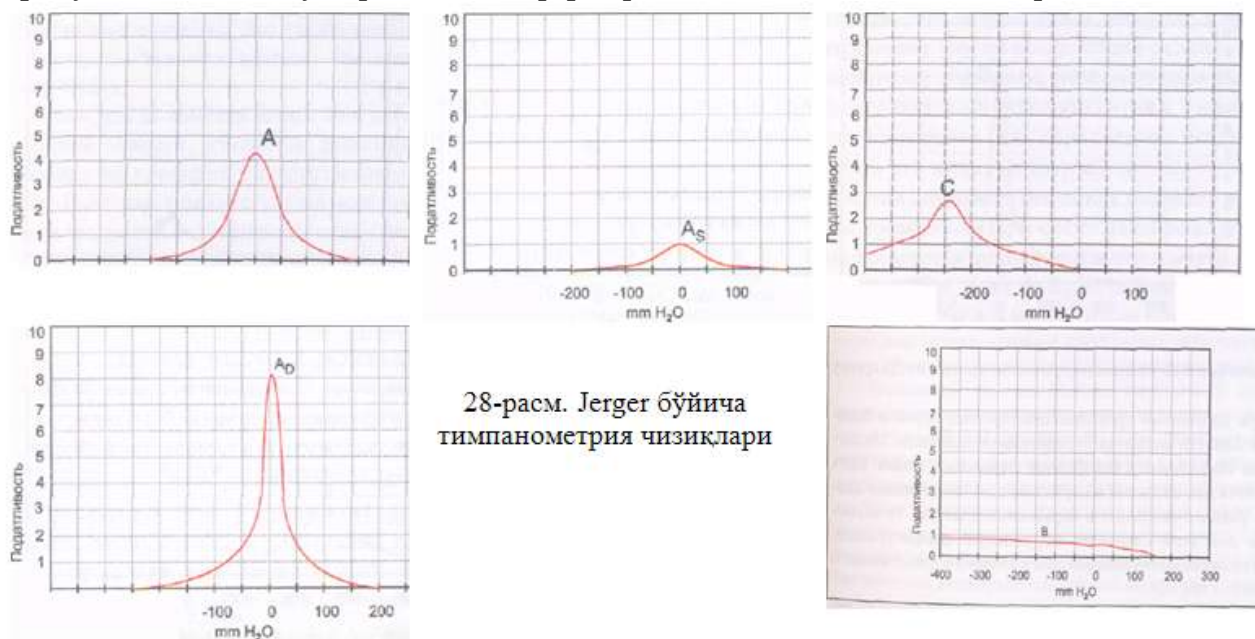
Тимпанометрия - бу товуш тўлқинларини ўтказиш тизимининг акустик қаршилигини (ёки акустик ўтказувчанлигини) қайд этиш усули бўлиб, эшитув суякчалари занжирининг ҳаракатини (ҳаракати чекланганлиги ёки эркинлиги) ҳамда ўрта қулоқдаги ҳаво босимини баҳолаш имконини беради. Тимпанометрияни тушиниш учун товуш тўлқинларини ташқи ва ўрта қулоқдан лабиринт суюқлигига ўтказилишини кузатиш лозим.

Текширув ташқи эшитув йўлига зонд ўрнатишдан бошланади, кейин зонд орқали маълум миқдорда товуш тўлқинлари юборилиб, ўрта қулоқ ичига етиб бормаган ва зондга “қайтган” товуш тўлқинлари ўлчанади. Юборилган ва қайтган товуш тўлқинларининг айирмаси, яъни ўрта қулоқ ичига ютилган (ўтказилган) товуш тўлқинлари товушни ўтказиш тизимининг ҳаракатига тўғри пропорционал бўлади. Зондга қайтган товушнинг миқдори қанча кўп бўлса, ўрта қулоққа ўтказилган товушнинг миқдори, ва демак товушни ўтказиш тизимнинг ҳаракати ҳам шунча кам бўлади. Тизимнинг ҳаракат кўрсаткичларини пастлиги ўрта қулоқнинг ҳаддан ташқари зичлигидан ёки обструкциясидан далолат беради. Аксинча, ҳаракат кўрсаткичи юқори бўлган юмшоқ тизимда зондга қайтган товушнинг миқдори кам бўлади.

Текширувда ташқи эшитув йўлига зонд орқали босим билан (одатда + 200 мм.сув.уст.) ҳаво юборилади. Ноғора пардани ичкари томон ботишига мажбур қилган мусбат босимда ташқи эшитув йўлининг тахминий ҳаво ҳажми, яъни ўрта қулоқ тузилмалари ҳаракатининг бошланғич нуқтаси қайд этилади. Шундан сўнг босим маълум тезлик билан манфий томон пасайтирилади (- 400 мм.сув.уст.) ва ҳаракат чўққиси пайдо бўлгунча давом эттирилади. Ҳаракат чўққисининг сатҳи ноғора парданинг ҳар икки томонида ҳаво босими тенглашган вақтга тўғри келади.

Ҳаво босимини ўзгартириш (Х чизиғи) натижасида ўрта қулоқ тизими ҳаракатини ўзгариши (Y чизиғи) *тимпанограмма*да акс эттирилади.

Jerger (1970) таклиф қилган тимпанограммалар таснифи амалиётда кенг қўланилади. Тасниф бўйича тимпанометрик чизиқларнинг 5 асосий шакли тафовут этилади ва улар лотин ҳарфлар билан белгиланади (28-расм).



Тимпанометрия натижаларини баҳолашда тимпанометрия чизиқларининг қуйидаги белгиларига эътибор берилади:

- мм, см³, акустик Ом ёки 0 дан 10 гача бирликларда ифодаланган чўққи амплитудасига;
- ташқи эшитув йўли босимининг “0” кўрсаткичига нисбатан чўққининг жойлашувига (мм.сув.уст. билан ифодаланган ўрта кулоқ ва атмосфера босимларининг нисбати);
- тимпанограмманинг энига – градиентига (у ноғора парда зичлигини ошиши натижасида тимпанограмма чўққисини яссиланиши билан намоён бўлади). Ноғора бўшлиғининг зичлиги қанча кўп бўлса, градиент шунча кам бўлади. Градиент кўрсаткичини пасайиши ноғора бўшлиғи суюқлик билан тўлганда, ноғора пардада, эшитув суякчалари тизимида ва ўрта кулоқ бўшлиқларида чандиқли жараён ривожланганда кузатилади.

Ўрта кулоқ патологияси мавжуд бўлмаган ва эшитув найининг фаолияти меъёрда бўлган ҳолларда ноғора бўшлиғидаги ҳаво босими атмосфера босимига тенг келади. Шунинг учун максимал эгилувчанлик ташқи эшитув йулида “О” деб белгиланган худди шундай босим ҳосил килинганда кайд этилади (тимпанограмманинг “А” шакли).

Отосклероз касаллигида тимпанограмма ўзига хос хусусиятларга эга. Бунда ноғора парданинг эгилувчанлиги сақланиб, узангичанинг ҳаракатсизлиги кузатилади, натижада товушни ўтказиш тизимининг ҳаракати бироз сусаяди. Бундай тимпанограмма чизиғининг амплитудаси бироз пасайиб, чўққиси ярим доира шаклини эгаллайди (тимпанограмманинг “As” шакли).

Эшитув найи ўтказувчанлиги бузилганда ноғора бўшлиғида манфий босим ҳосил бўлади. Ноғора парданинг максимал эгилувчанлигига эришиш учун

ташқи эшитув йўлида ноғора бўшлиғига тенг босим ҳосил қилиш эҳтиёжи туғилади. Бунда тимпанограмма ўз меъёрий шаклини сақлаган, аммо чўққиси манфий томонга силжиган бўлади (тимпанограмманинг “С” шакли).

Шикастланиш, яллиғланиш ёки асептик некроз жараёнининг таъсирида эшитув суякчаларининг занжири узилади, натижада товушни ўтказиш тизимининг ҳаракати кескин ошади ва тимпанограмма чўққисининг амплитудаси кўпаяди (тимпанограмманинг “Ad” шакли).

Ноғора бўшлиғида суюқлик тўпланганда ёки чандиқланиш жараёни ривожланганда ташқи эшитув йўлидаги ҳаво босимининг ўзгариши товушни ўтказиш тизимининг ҳаракатини сезиларли даражада ўзгартирмайди. Шунинг учун тимпанограмма ясси ёки чўққисиз тепача шаклида бўлади (тимпанограмманинг “В” шакли).

Акустик рефлексометрия - товуш таъсирига жавобан узангича мушаги қисқаришини текшириш усули бўлиб, бу рефлекс ички қулоқни кучли товушлардан ҳимоя қилувчи шартсиз рефлекс ҳисобланади. Эшитув рефлексининг адекват қўзғатувчиси сифатида бўсаға усти товушидан юқори бўлган товуш сигнали ишлатилади. Одатда бу зонддан тарқалган паст частотали товуш тўлқинлари бўлади. Эшитув рефлексини текшириш учун битта қулоққа баландлиги 85 дБ га тенг товуш йўналтирилади. Рефлектор реакция пайдо бўлмаганда таъсир этилаётган товушнинг баландлиги узангича мушагининг қисқариши натижасида 0,05 см га силжиш ҳаракати билан намоён бўлган рефлекс жавоби кайд этилгунча 10 дБ га ошириб борилади. Фаоллаштирувчи товуш тўлқинлари ташқи эшитув йўлига зонд орқали (*ипсилатерал фаоллаштириш*) ёки қарама-қарши қулоқдан наушник орқали (*контрлатерал фаоллаштириш*) йўналтирилади.

Фаоллаштирувчи товуш тўлқинлари пайдо қилган асаб импульслари эшитув йўллари орқали юқори оливаларга етиб боради ва у ерда юз асаб толасининг ҳаракат ядросига тарқалади. Кейин импульслар юз асаб толаси пояси бўйлаб тиззали тугунгача тарқалиб, узангича асаб толаси бўйлаб узангича мушагига етиб келади. Бу жараён ҳар икки томонда узангича мушагини қисқаришига ва тегишли томонда эшитув суякчалари занжирининг зичлигини ошишига олиб келади ва ўрта қулоқ тизими ҳаракатини пасайиши билан намоён бўлади. Акустик рефлексни ҳам таъсирланаётган қулоқда (*ипсилатерал*), ҳам қарамақарши томонда (*контралатерал*) қўзғатса бўлади.

Акустик рефлексни қўзғатган товуш тўлқинининг кучига, рефлексни пайдо бўлиш вақтига, унинг амплитудаси ва яширин даврига, ипсилатерал ёки қарама-қарши томонда бор-йўқлигига қараб эшитув аъзосининг ҳолати, эшитув йўллариининг зарарланган майдони ва унинг жойлашуви аниқланади. Одатда рефлексометрия текшируви пайтида товуш тўлқинининг кучи ва частотаси оширилган сари рефлекснинг амплитудаси ҳам ошиб боради, унинг яширин даври қисқаради.

Меъёрда узангичанинг акустик рефлекс бўсағасига нисбатан эшитув бўсағаси 80 дБ га кўп бўлади. Кондуктив паст эшитишликда одатда зарарланган томонда акустик рефлекс йўқотилади. Эшитув суякчаларининг занжири узангича мушак пайининг бирикиш жойидан дисталроқ майдонда узилган, масалан узангича оёқчалари синган, ҳоллар бундан мустасно. Юз асаб толаси пояси ўзақларини зарарланиши ҳам акустик рефлекснинг ипсилатерал йўқотилишига олиб келади.

Чиғаноқнинг зарарланиши ва ТБТОФ ҳодисаси билан кечган сенсоневрал паст эшитишликда акустик рефлекснинг жавоб бўсағаси анча қисқаради ва 35-60 дБ, ҳатто 10-15 дБ ни ташкил қилади. Ретрокохлеар сенсоневрал паст эшитишликда эшитув ва акустик рефлекс бўсағаларининг нисбати меъёрда бўлиши, баъзан рефлекс йўқолганлиги қайд этилади. Эшитув асаб толаси невриномасида зарарланган томон фаоллаштирилганда ҳам ипси-, ҳам контрлатерал рефлекслар йўқолади.

Бош мия поясининг трапециясимон танаси зарарланганда иккала контрлатерал рефлекслар йўқолиб, ипсилатерал рефлекслар сақланиб қолади. Бош мия поясининг патологик жараёни анча кенг тарқалганда соғлом томондаги ипсилатерал рефлексдан ташқари барча рефлекслар йўқотилиши мумкин.

Ретролабиринт зарарланишининг қиёсий ташҳисотида *акустик рефлекснинг парчаланиш тести (reflex decay test)* муҳим аҳамиятга эга. Тестда текшириляётган кулоқ частотаси 500 ва 1000 Гц, давомийлиги 10 с кам бўлмаган ва кучи ушбу частотада акустик рефлекс бўсағасидан 10 дБ га оширилган товуш тўлқинлари ёрдамида фаоллаштирилади. Меъёрда 10 с давомида рефлекснинг амплитудаси ўзгармайди ёки 50% дан пастроқ камаяди. Рефлекс парчаланишининг сон кўрсаткичини аниқлаш учун рефлекс амплитудасининг максимал кўрсаткичдан 2 марта кам вақт (сониялар) ишлатилади. 1,5 с давомида рефлекснинг ярим парчаланиши вақтининг 2 марта камайиши эшитув асаб толасининг невриномасига, ярим парчаланиш вақтининг 6-10 с гача қисқариши VIII жуфт бош мия асб толаси поясининг ўсмасиз зарарланишига хос белги ҳисобланади.

Замонавий объектив аудиометрия текширувларига чақирилган эшитув потенциаллар (ЧЭП), қисқа яширин чақирилган эшитув потенциаллари (ҚЯЧЭП), узун яширин чақирилган эшитув потенциаллари (УЯЧЭП) ни қайд қилиш текширувлари киради. Улар мураккаб асбоблар (аудиометр, электроэнцефалограф, ЭХМ) ёрдамида бажарилади.

Чақирилган эшитув потенциаллари (ЧЭП) қайд этиш усули бош мия электр фаоллигини қайд этишдан иборат. Аммо бош миянинг товуш сигналларига жавоби жуда суст бўлганлиги учун, улар компьютер ёрдамида кучайтиришни ва ўртача кучга келтиришни талаб қилади. Қисқа, ўртача ва узун яширин чақирилган эшитув потенциаллари тафовут этилади.

Қисқа яширин чақирилган эшитув потенциаллари (ҚЯЧЭП) аниқлаш усули анча кенг қўлланилади, улар 1 дан 10 мс гача вақт ичида эшитув асаб толаси ва бош мия пояси тузилмаларининг электр фаоллиги ҳақида тасаввурга эга бўлиш имконини беради. ҚЯЧЭП мусбат чўққилар комплексида иборат бўлиб, улар пайдо бўлиш тартиби бўйича рим рақамлари билан белгиланади (I – VII тўлқинлар). Ҳозирги кунда барча олимлар қисқа яширин чақирилган эшитув потенциалининг I тўлқини эшитув асаб толаси томонидан пайдо қилинади деган фикрга қўшиладилар. Қатор муаллифлар II-тўлқинни кохлеар ўзак сатҳи, III-тўлқинни - юқори олива комплекси, IV ва V- тўлқинларни – яширин илгак ва тўрт тепаликнинг пастки тепачалари, VI ва VII – тўлқинларни - ички тиззали тана сатҳи пайдо қилади деган фикрни қўллаб-қуватлайдилар.

Меъёрда ҚЯЧЭП барча текширилаётган шахсларда қайд этилиши мумкин. Одатда қайд этиш бўсағаси тонал бўсаға аудиометриядаги эшитув бўсағасига мос келади, ёки бироз юқори бўлади. Кондуктив паст эшитишликда ҚЯЧЭП барча компонентлари яширин даврининг ошиши кузатилади, бунда чўққилар аро масофалар ўзгармайди.

Эшитув асаб толаси невриномасида эшитув асаб толасининг ҳаракат потенциалини кенгайтириш, ҳамда бўсаға аудиометрия кўрсаткичларида уни эшитув бўсағасидан пастда аниқланиши кузатилади. Шу билан бирга I - V чўққилар орасидаги оралиқ масофани чўзилиши аниқланиб, у кўпинча соғлом ва зарарланган қулоқ кўрсаткичлари таққосланганда кескинроқ намоён бўлади. Меъёрда ва чиғаноқ патологиясида I - V чўққилар аро масофаларда қулоқлар орасидаги фарқ 0,3 мс дан ошмаслиги лозим.

ҚЯЧЭПни ҳатто чақалоқларда аниқлаш мумкин, уларни уйқу пайтида бажарса бўлади.

Ўрта яширин чақирилган эшитув потенциаллари (ЎЯЧЭП) 10-50 мс вақт ичида пайдо бўлиб, ҳам асаб, ҳам мушак фаоллигини акс эттиради. Мумкин бўлган генераторларга ички тиззали тана ва бирламчи эшитув пўстлок жалб этилади.

Узун яширин чақирилган эшитув потенциаллари (УЯЧЭП) 50 дан 400 мс гача тенг вақт ичида қайд этилиб, кўпинча эшитув маркази фаоллиги билан белгиланади. ЧЭП ни қайд қилиш текшируви илмий жиҳатдан ўрганиш ва амалда қўллаш жараёнида тобора такомиллаштирилиб ва янги имкониятлар билан тўлдирилиб келинмоқда.

Отоакустик эмиссияни (ОАЭ) қайд этиш усули актинмиозин моддалар туфайли ўз узунлигини ўзгартириш қобилиятига эга спирал аъзонинг ташқи тукли хужайраларида содир бўлган фаол микромеханик жараёнлар натижасида юзага келган товуш жавобини қайд этишга асосланган. Мусбат қайтувчи боғланиш ҳисобидан кучайиб борувчи ташқи тукли хужайраларнинг фаол ҳаракатлари базилляр мембранага тарқалиб, қарама-қарши томонга йўналган, узангича асосига етиб борган ва ногора пардани тебратган “*югурувчи тўлқинларни*” пайдо қилади. Охир-оқибат бундай тебранишлар соғлом

қулоқнинг ташқи эшитув йўлига ўрнатилган ўта сезгир микрофон ёрдамида қайд этилади. Шуниси муҳимки, ОАЭ ни қайд этиш текшируви тинч шовқинсиз хонада ўтказилиши лозим. ОАЭ ни қайд этиш пайтида анча паст кучга эга товуш тўлқинлари ташқи эшитув йўлидаги шовқин фонидан ажралиб туриши учун товушларни ўртача куч билан юбориш талаб этилади. Ўртача кучларнинг турли миқдорини компьютер ишлови ёрдамида қайд этиш усули мавжуд бўлган ўта кичик жавобни ҳам аниқлаш имконини беради. Отоакустик эмиссия спонтан ва чақирилган отоакустик эмиссияларга бўлинади.

Спонтан отоакустик эмиссия (СОАЭ) эшитиш қобилияти меъёрада бўлган 30-40 % шахсларда қайд этилади. Эшитишни 30дБ дан ортиқ пасайиши кузатишган кондуктив ва сенсо-неврал паст эшитишликларда спонтан ОАЭ аниқланмайди.

Чақирилган отоакустик эмиссия (ЧОАЭ) фаоллаштирувчи товуш тўлқинларига жавобан қайд этилади. Юборилаётган фаоллаштирувчи товушнинг характери бўйича кечиктирилган отоакустик эмиссия (КОАЭ) ва бузилиш частотасидаги отоакустик эмиссиялар (БЧОАЭ) тафовут этилади. Меъёрада чақирилган отоакустик эмиссиянинг ҳар икки шакли 100% ҳолларда қайд этилади.

Сенсоневрал паст эшитишликда ички қулоқ тузилмаларининг сақланиб қолиши ОАЭ кўрсаткичларига сезиларли даражада таъсир кўрсатади. Масалан, сенсоневрал паст эшитишликда ички қулоқнинг зарарланиши туфайли ОАЭ ҳар икки шаклининг жавоб амплитудаси меъёрга нисбатан анча камаяди ёки қайд этилмайди. Бунда тонал бусаға аудиограммадаги паст эшитишликнинг юқори даражаси отоакустик жавобнинг анча паст амплитудасига тўғри келади. Патологик жараён ретрокохлеар майдонда кечган ҳолларда, масалан VIII жуфт бош мия асаб толаси невриномасида, жараённинг дастлабки босқичида чақирилган ОАЭ қайд этилиб, у меъёрада бўлади. Узоқ вақт давом этган паст эшитишлик отоакустик жавобни пайдо қилишда қатнашувчи ички қулоқ сенсор тузилмаларининг иккиламчи зарарланишига олиб келади. Шунинг учун ретрокохлеар жараёнда отоакустик жавоб кўрсаткичига паст эшитишлик даражаси эмас, балки патологик жараённинг давомийлиги таъсир кўрсатади.

Электрокохлеография (ЭКоГ) текширув усули фаоллаштирувчи товуш тўлқини таъсир этилгандан сўнг 1-10 м/с вақт оралиғида пайдо бўлган чиғаноқ ва эшитув асаб толасининг электр фаоллигини қайд қилиш имконини беради. Ушбу фаоллик пресинаптик (у микрофон ва йиғинди потенциаллардан иборат бўлиб, ички қулоқ соҳасида пайдо бўлади) ва постсинаптик фаолликлардан (у эшитув асаб толасининг ҳаракат потенциали билан намоён бўлиб, эшитув асаб толасининг периферик бўлимида пайдо бўлади) иборат. Фаол электрод қаерда жойлашганлигига қараб ЭКоГ транстимпанал (бунда электрод промоторий деворда ўрнатилади) ва экстратимпанал (бунда электрод ноғора пардада ёки ташқи эшитув йўлининг ташқи деворида ўрнатилади) бўлиши мумкин. Фаоллаштирувчи омил сифатида турли частотали товуш сигналлари ишлатилиши мумкин. Тизимли бош айланиш хуружлари, чиғаноқ ичи бузилишлари ва қулоқни шанғиллаши билан кечган сенсоневрал паст

эшитишлик ва ретрокохлеар паст эшитишлик борлигига шубҳа туғилиши текширувни ўтказиш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Лабиринт гидропси билан кечган ички қулоқ касалликларини аниқлашда электрокохлеография усули айниқса қимматли маълумотлар олиш имконини беради. Бунда қуйидаги белгилар кузатилади:

- ҳаракат потенциалларидан илгари пайдо бўлган йиғинди потенциалнинг манфий тўлқини пайдо бўлиши. Бунда товуш тўлқинининг кучи оширилган сари йиғинди потенциалнинг амплитудаси ҳам ошади, у билан бирга йиғинди ва ҳаракат потенциаллари амплитудаларининг нисбати ҳам ошади;
- кучли ва енгил қарсак товуши билан фаоллаштирилганда потенциалнинг яширин даврини 0,2 мс дан ортиқ силжиши;
- тон сигналлари билан текширилганда йиғинди потенциални ошиши туфайли сегментни изочизикдан силжиши билан намоён бўлган ўзига хос чизикни пайдо бўлиши.

Ретрокохлеар патологияда ушбу текширув усули ҳаракат потенциалига тўғри келган юқори амплитудали I- чўққини ва шу билан бирга I- ва Y-чўққилар аро масофани қайд қилиш имконини беради.

Шундай қилиб, мавжуд бўлган текширув усуллари паст эшитишликнинг даражасини, шаклини, эшитув аъзосининг зарарланган қисмини аниқлашга ёрдам беради.

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти қабул қилган таснифда (1997) жонли нутқни эшитиш ва нутқ майдонларида (500,1000,2000,4000 Гц частоталарда) эшитиш бўсағасининг ўртача кўрсаткичи бўйича *паст эшитишлик*нинг уч даражаси тафовут қилинади:

<i>Даража</i>	<i>Паст эшитишлик даражаси</i>	<i>Нутқ майдонларида эшитув бўсағаларининг ўртача кўрсаткичлари (Дб)</i>
I	50 ДБ гача, одатдаги овозда айtilган сўзларни 6-4 метр масофадан эшитиш (енгил паст эшитишлик)	26-40
II	50-70 ДБ ,одатдаги овозда айtilган сўзларни 4-1 метр масофадан эшитиш (ўртача паст эшитишлик)	41-55
III	80 ДБ, овозни 1-0,25 метр масофадан зўрға эшитиш	56-70
IV	80 Дб дан юқори, (карлик)	≥ 91

Паст эшитишликнинг I- даражасида бемор овозни чиқариб айtilган сўзларни 6-4 метр, II-даражаси – 4 - 1 метр, III - даражасида 1 – 0,25 метр масофадан эшитади. Эшитиш қобилиятининг бундан ортиқ йўқотилиши *карлик* деб баҳоланади.

МУВОЗАНАТ АЪЗОСИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Мувозанат (вестибуляр) аъзоси организмда мувозанатни сақлаш вазифасини бажаради. Агар учта ярим доира каналлар гавданинг ҳаракатини (кинематикасини) назорат қилса, унинг тинч ҳолатини (статикасини) - даҳлиз қопчалари назорат қилиб туради. Биргаликда улар статокинетик вазифани бажарадилар.

Мувозанат аъзоси қуйидаги уч хусусиятга эга:

1) у ўта сезгир бўлиб, организмда содир бўлаётган барча патологик жараёнларга ўзига хос ўзгаришлар билан жавоб қайтаради. Масалан, бош мия ўсмаларининг 70-80 % мувозанат сақлаш аъзоси фаолиятининг бузилиши билан кечади.

2) организмнинг турли аъзо ва тизимлари билан чамбарчас боғлиқлиги. Шунинг учун юрак, қон томир, асаб ва эндокрин касалликларда доимо бош айланиш белгиси қузатилади.

3) тинч ҳолатда ҳам ишлаб туриши. Агар адекват қўзғатувчининг давомли таъсирида бошқа анализаторлар қўзғалувчанлиги маълум даражада сўнса, мувозанатни сақлаш аъзосининг қўзғалувчанлиги ўзгармайди. Тинч ва ҳаракатсиз ҳолатида ҳам гавданинг фазодаги ҳолати мувозанатни сақлаш аъзосидан келаётган импульслар туфайли фаоллигича қолади.

Мувозанат аъзосининг анатомик тузилиши

Мувозанат аъзоси 4 бўлимдан иборат:

- периферик бўлим ёки рецептор;
- бош миядаги ўзаклар;
- ўтказиш йўллари;
- бош мия қобиғидаги марказ бўлими.

Мувозанат аъзосининг *периферик бўлими* чакка суягининг тошсимон қисмида, яъни лабиринтда жойлашган. Суякли лабиринт чиғаноқ, даҳлиз ва ярим доира каналлардан ташкил топган. Ярим доира каналлар 3 та бўлиб, улар *олд* (*canalis semicircularis anterior*), *орқа* (*canalis semicircularis posterior*) ва *ташқи* (*canalis semicircularis lateralis*) каналлар деб аталади. Ёйсимон эгилган бу каналлар фазода ўзаро перпендикуляр текисликда (фронтал, сагитал ва горизонтал) жойлашган, шунинг учун улар шу текисликлар номи билан ҳам аталади (10-12- расмлар).

Пардали ярим доира каналлар – *ductus semicircularis anterior*, *ductus semicircularis posterior*, *ductus semicircularis lateralis* ўз тузилиши билан суякли каналлар шаклини такрорлайди. Аммо уларнинг диаметри суякли ярим доира каналлар диаметридан 3 марта кичик бўлади (0,5 мм). Суякли лабиринт даҳлизида, унинг ички деворида сферик (*recessus sphericus*) ва эллиптик (*recessus ellipticus*) чўнтаклар бўлиб, уларда сферик (*sacculus*) ва эллиптик (*utricle*) қопчалар жойлашган.

Суякли ва пардали лабиринтлар орасида перилимфа, пардали лабиринт ичида - эндолимфа оқади. Пардали лабиринтда 2 та аъзоларнинг рецепторлари жойлашган:

1) Мувозанат азосининг рецепторлари - иккита даҳлиз қопчалари ва учта пардали ярим доира каналларда ташкил топган бўлиб, у YIII жуфт бош мия асаб толасининг мувозанат шохчаси билан таъминланган.

2) Эшитув аъзосининг рецепторлар пардали чиғаноқда жойлашиб, YIII жуфт бош мия асаб толасининг эшитув шохчаси билан таъминланган.

Лабиринтнинг вестибуляр рецептор аъзоси (3 та ярим доира каналлар ва 2 та пардали қопчалар) эшитув рецептор аъзоси билан сферик қопча ва чиғаноқ йўли орасида жойлашган *ductus reunius* орқали боғланган. Эллиптик қопча барча ярим доира каналлар билан 5 та тешик орқали алоқа ҳосил қилади. Сферик ва эллиптик қопчалар орасида *ductus utriculosac-cularis* жойлашган, улар YIII жуфт бош мия асаб толасининг мувозанат шохчаси билан таъминланган.

Ярим доира каналларнинг бир учи кенгайиб, ампулани ҳосил қилади. Ампула ичида бўртиш, яъни ампула кирраси (*crista ampullaris*) бўлиб, унда кадахсимон нейроэпителий ва таянч хужайралардан иборат YIII жуфт бош мия асаб толасининг рецептори жойлашган. Нейроэпителий хужайраларнинг туклари бир-бирига яқин жойлашиб, мўйқаламга ўхшаш аъзони (*cupula terminalis*) ҳосил қилади. Эндолимфа ҳаракатланганда ушбу аъзо ҳам ҳаракатга келади.

Даҳлиз қопчаларида оқ доғлар бўлиб, улар - *macula utriculi* ва *macula sacculi* деб аталади. Доғлар сезувчан нейроэпителий ва таянч хужайралардан ташкил топган. Сезувчан хужайралар ўз асослари билан даҳлизчиғаноқ асаб толалари билан боғланган бўлса, уларнинг узун туклари бир-бирига чирмашиб, тўр ҳосил қилади. Шу тўрнинг орасида кўп миқдорда турлича шаклга эга карбонат кальцийнинг микроскопик кристаллчалари – *статококнийлар* жойлашган. Сезувчан хужайраларнинг туклари ва статоконийлар желесимон модда ёрдамида бирикиб, статоконий (*отолит*) мембранасини ҳосил қилади (*membrana statoconium*). Нейроэпителий хужайраларнинг тукларида ампула рецепторларига ўхшаш *киноцилий* ва *стереоцилийлар* мавжуд. Сезувчан нейроэпителий хужайраларининг туклари статоконийлар билан босилганда ёки тўғри чизиқли тезланиш таъсирида ҳаракатга келганда, уларнинг механик энергияси биоток холида асаб импульсига айланади.

Демак, сезувчан мувозанат хужайралар 5 рецептор майдонида жойлашади: учта ярим доира каналларнинг ампуласида - биттадан ва иккита даҳлиз қопчаларида - биттадан.

Эллиптик ва сферик қопчалар ингичка каналча - *эллиптик ва сферик қопчалар йўли* (*ductus utriculosaccularis*) орқали ўзаро боғланади. Бу йўл *эндолимфатик йўл* (*ductus endolymphaticus*) деб аталган тармоғига эга. Эндолимфатик йўл даҳлиз сув оқавасидан ўтиб, пирамиданинг орқа юзасига чиқади ва *эндолимфатик қопча*

(*saccus endolymphaticus*) ни ҳосил қилиб тугайди. Эндолимфатик қопча - бош мия қаттиқ пардасининг бурмаси ҳосил қилган кенгликда жойлашган.

Отолит мембранаси эллиптик қопчада - горизонтал, сферик қопчада - вертикал ва сагитал теккисликда, яъни ярим доира йўлларга мос ҳолда жойлашади. Даҳлиз қопчаларида жойлашган ушбу рецептор - *отолит аъзоси* деб аталади.

Пардали чиғаноқ даҳлизидаги *оқ доғлар* ва пардали ярим доира каналларидаги *ампула қирраси* мувозанатни сақлаш аъзосининг *периферик рецептори* ҳисобланади. У даҳлиз асаб толаси тугуни (*gang. vestibulare*) биполяр хужайраларининг асаб толалари билан таъминланган. Периферик рецепторнинг ҳар бир хужайраси бир нечта асаб толаси билан таъминланганлиги туфайли у турли патологик жараёнларга жуда чидамли бўлади. Даҳлиз асаб толаси тугунининг биполяр хужайраларининг аксонлари VIII жуфт бош мия асаб толаси таркибида бош мия поясига, ромбсимон чуқурчадаги вестибуляр ўзакларга етиб боради.

Бош мия поясида 4 вестибуляр ўзаклар мавжуд: ички - Швальбе, ташқи - Дейтерс, юқори - Бехтерев, пастки - Роллер ўзаклари. Қарама-қарши томондаги ўзаклар ўзаро алоқа ҳосил қилиб, импульсни бир томондан бошқа томонга узатиб туради. Мувозанат аъзосининг *маркази* бош мия чакка бўлагининг олд қисмида жойлашган.

Мувозанат аъзосининг физиологияси

Мувозанат аъзосининг фаолияти ярим доира йўллар ампуласида ва даҳлиз қопчаларида жойлашган мувозанат рецепторларнинг фаолиятига боғлиқ. Бу интрарецепторлар гавда ёки бошнинг фазодаги ҳолати, ҳаракат тезлиги ва йўналишининг ўзгариши ҳақида маълумотни қабул қилиб, мувозанат аъзосининг марказий бўлимига етказилади.

Даҳлиз қопчаларида статоконий мембранасини, ярим доира йўлларда эндолимфа ва ампула рецепторининг силжиши механик энергияни асаб импульсига айлантирувчи маҳанизм ҳисобланади. Бу инерцион тузилмаларнинг силжиши натижасида ампула ва отолит қисмида жойлашган сезувчан хужайраларнинг тукли стерео- ва киноцилийларнинг шакли ўзгаради.

Электрон микроскоп ёрдамида ўтказилган текширув шуни кўрсатадики, мувозанат рецепторининг ҳар бир нейроэпителий хужайраси биттадан ҳаракатчан туклар (*киноцилийлар*) ва 40 тадан ҳаракатсиз тукларга (*стереоцилийлар*) эга. Киноцилийлар хужайранинг четида жойлашади. Горизонтал ярим доира каналининг қиррасида улар даҳлизга яқин, икки вертикал ярим доира каналларнинг қиррасида эса оёқчаларига яқин жойлашади. Тукли нейроэпителий хужайраларнинг кўзғалиши эндолимфа стереоцилийлардан киноцилийлар томон ҳаракатланганда (горизонтал каналда - эндолимфа ампула томон ҳаракатланганда, вертикал каналларда эса ампуладан силлиқ оёқчалар томон ҳаракатланганда) содир бўлади. Эндолимфа киноцилийлардан стереоцилийлар томон ҳаракатланганда тукли хужайраларнинг ҳаракати тўхтайдиган (горизонтал каналда - бу эндолимфа

ампуладан силлик оёқчалар томон, вертикал каналларда - ампула томон ҳаракатланганда содир бўлади).

Тинч ҳолатда даҳлиз-чиғаноқ асаб толаси даҳлиз шохчасининг толаларида доимий биоэлектрик фаоллик қайд этилади. Мувозанат аъзосининг рецепторига адекват қитиқловчи таъсир этганда унинг тинч турган ҳолатига нисбатан фаоллигини ошиши ёки камайиши кузатилади. Бу ходиса қуйидагича изоҳланади: ампула эндолимфаси ва даҳлиз қопчалари статоконий мембранасининг силжиши таъсирида сезгир туклар ҳаракат йўналишига қараб эгилади, бунда киноцилий ва стереоцилийлар ўртасидаги масофа кўпаяди ёки камайди. Ўз навбатида у хужайра ичи поненциалининг ошишига ёки камайишига, охир-оқибат рецептор хужайраларининг қўзғалишига ёки ҳаракатини тўхташига олиб келади.

Ампула рецепторларининг *адекват қўзғатувчиси - бурчакли тезланиш* бўлиб, у ярим доира каналлар ичидаги эндолимфани ҳаракатга келтиради ва ампула рецепторини қўзғатади. Ярим доира каналлар тизими айланма тезланиш ҳаракатини таҳлил қилиб, физиологик шароитда бошни у ёки бу томонга буриш ҳаракатини ҳис этишга мослашган. Отолит рецепторлари тўғри чизиқли тезланишга сезгир бўлиб, Ер тортиш кучинининг бошга нисбатан йўналишини узлуксиз назорат қилиб туради. Физиологик шароитда отолит аъзоси бошни олдинга эгиш, орқага ташлаш, юришнинг бошланишини, ҳаракат тезлигини ўзгариши ёки тугашини, пастга тушиш ва юқорига кўтарилиш ҳаракатларини ҳис этишга мослашган.

Агар бурчакли тезланиш - ярим доира каналлар рецепторининг адекват қўзғатувчиси бўлса, даҳлиз қопчаларида жойлашган отолит аппаратнинг адекват қўзғатувчиларига қуйидагилар киради:

- 1) Тўғри чизиқ ҳаракатининг бошланиши ва тугаши, тезлашиши ёки секинланиши;
- 2) Марказдан узоқлашувчи ҳаракат; бош ва тана ҳолатининг фазодаги ўзгариши;
- 3) Ернинг тортиш кучи отолит аъзосига тинч ҳолатда ҳам таъсир кўрсатиб туради.

Квикс назарияси бўйича статоконийларнинг оқ доғлар сезгир хужайраларига кўрсатган босими *отолит аъзосининг қўзғатувчиси ҳисобланади*. Бу босим қўзғатувчи омил бўлиб доимий равишда таъсир кўрсатиб туради. У марказдан қочувчи кучлар, тўғри чизиқли тезлашиш ёки секинлашиш ва Ернинг тортиш кучи таъсирида ўзгаради. Магнус ва де Клайн сезгир хужайралар тукларининг таранглиги - қўзғатувчи омил деб ҳисоблайдилар.

Демак, вестибуляр аппаратнинг адекват қўзғатувчилари - *бу бурчакли ва тўғри чизиқли тезланишлар*. Мувозанат рецептор аъзоси қўзғалишининг пастки бўсағаси тезланишни (b) таъсир вақтига (t) кўпайтириш, яъни (bt) билан ўлчанади. Ярим доира йўллар қўзғалишининг пастки бўсағаси $0,12-2^0 / c^2$ тенг

бўлган бурчакли тезланиш бўлиб, отолит аъзоси учун - у Ер тортиш кучининг (g) тахминан 0,001-0,03 қисмига тенг.

Отолит аъзоси инсон учун жуда муҳим аҳамиятга эга. Отолит аъзоси рецепторидан узлуксиз равишда бошнинг фазодаги ҳолати ва барча мушаклар тонусини бошқариб турувчи импульслар келиб туради ва шу тариқа гавданинг фазодаги тўғри ҳолати таъминланади.

Отолит аъзосининг рефлекслари шу қадар мувофиқлаштирилганки инсон ўз гавдасининг турли ҳолатларида ҳам (ётганда, ўтирганда) ноқулайлик ҳис этмайди. Аммо, таъсир кучи кўзғалиш бўсағасидан ошганда ёки узоқ вақт давомида таъсир этганда организмда патологик ўзгаришлар юзага келади. Масалан, кўп вақт давомида кемада, самолётда, машинада ёки поездда юрган одамнинг боши айланиши, кўнгли айланиши, қон томир ва нафас тизимлари фаолиятининг бузилиши, депрессия ҳолати юзага келиши ва меҳнат қобилиятининг пасайиши кузатилиши мумкин.

Сезгир нейроэпителий хужайралардан ташқари ампула қирраси ва даҳлиз қопчаларида мувозанатни сақлаш аъзосининг мустаҳкамлигини таъминловчи бошқа хужайралар ҳам бор.

Мувозанат аъзоси таъсирланганда организмнинг турли аъзо ва тизимларида хилма-хил бузилишлар содир бўлади. Бундай бузилишлар мувозанат ўзакларида кўпгина боғланиш мавжудлиги билан изоҳланади. Мувозанат аъзосида кенг анатомик ва физиологик боғланишларга эга бўлган иккиламчи рефлекс йўллари жуда яхши ривожланган. Улардан энг муҳимлари қуйидагилар (29-расм):

1.Tractus

vestibulospinalis

- ташқи ва ички мувозанат

ўзаклардан пастга, орқа мия барча бўлимлари олд шохчаларининг

хужайраларига етиб борган пастга

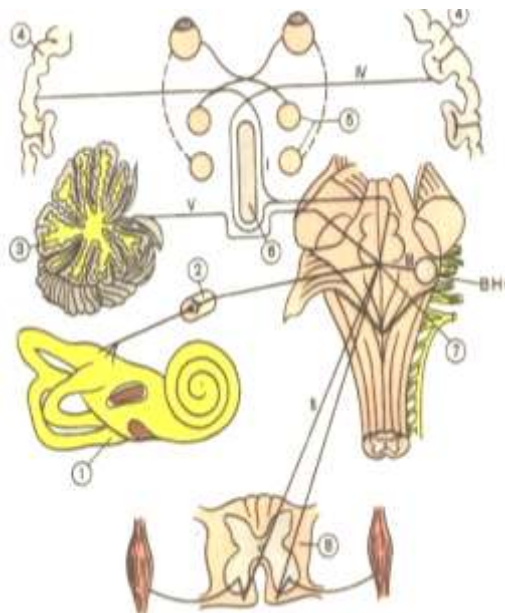
тушувчи рефлекс йўллари бўлиб,

гавдани маълум ҳолатда ушлаб

туриш мақсадида мувозанат аъзоси бу

йўллар оркали

оёқлар, қўллар ва гавда мушакларининг тонусини бошқариш учун тинмай импульслар узатиб туради.



29-расм. Мувозанат аъзосининг физиологик таъсир механизмлари

1-лабиринт; 2-мувозанат туғуни; 3-мияча; 4-катта ярим шарлар қобиғи; 5-кўзни ҳаракатлантирувчи асаб толаларнинг ўзаклари; 6- ретикуляр формация; 7- узунчоқ миядаги мувозанат ўзаклари; 8-орқа мия.

I-tractus

vestibulooculomotorius; I-

tractus vestibulospinalis; III-

tractus vestibulovegetativus;

IV-

tractus vestibulocerebralis; V-

tractus vestibulolongitudinalis.

2. *Tractus vestibulocerebrali* рефлекс йўли юқори ва ички ўзаклар хужайраларидан миячага борган афферент толалар ва мияча томи ўзакларидан ташқи ва пастки мувозанат ўзакларга борган эфферент толаларга эга.

3. *Tractus vestibulolongitudinalis* рефлекс йўли мувозанат тизимини кўзни ҳаракатлантирувчи асаб толаси ўзаклари билан боғлайди. У III-ўзакдан бошланиб (ташқи ўзак бунда қатнашмайди), нистагмни пайдо бўлишида муҳим аҳамиятга эга. Боғланиш орқа узун йўл тизими орқали амалга оширилади: ички ва пастки ўзаклардан кўзни ҳаракатлантирувчи асаб толасининг ўзакларига кесишган йўл борса, юқори ўзакдан - кесишмаган йўл боради.

4. *Tractus vestibuloreticularis* – мувозанат аъзосини мувозанат асаб тизими билан боғлаб турган ушбу рефлекс йўли ички ўзакдан бошланиб, асосан X жуфт бош мия асаб толаси ўзакларида тугайди ва бош мия поясининг *formatio reticularis* орқали мувозанат тизимини сайёр асаб толаси ўзаклари билан боғлаб туради.

5. *Tractus vestibulocorticalis* туфайли бош мия қобиғида мувозанат аъзосининг таъсирланиши билан боғлиқ онгли ҳиссиётлар ва мувозанат рефлекслари бошқарилади.

Мувозанат аъзоси таъсирланганда қуйидаги 3 гуруҳ реакциялар кузатилади:

1) сенсор; 2) вегетатив; 3) соматик.

Барча мувозанат реакциялар организмнинг тизимли реакциялари бўлиб, физиологик ёки патологик характерга эга бўлиши мумкин.

а) *вестибулосенсор реакциялар* - бошнинг фазодаги ҳолати ва бу ҳолатни ўзгаришини, тескари айланиш мувозанат иллюзиясини, бош айланишини ҳис этиш қобилияти бўлиб, *tractus vestibulocorticalis* орқали амалга оширилади;

б) *вестибуловегетатив реакциялар* - барча силлиқ мушакларга, айниқса, бош мия, юрак, қон томир, нафас ва ошқозон-ичак мушакларига симпатик ва парасимпатик асаб толалари орқали тарқалиб, *tractus vestibuloreticularis* орқали амалга оширилади.

в) *вестибулосоматик (анимал) реакциялар* - барча бўйин, гавда, қўл ва оёқларнинг кўндаланг таргил мушаклари ва кўз мушакларига тарқалиб, *tractus vestibulospinalis*, *tractus vestibulocerebrali*, *tractus vestibulolongitudinalis* орқали амалга оширилади;

г) *вестибуломияча реакциялари* гавданинг фазодаги ҳолатини ушлаб туришга қаратилган бўлиб, гавданинг ҳаракатида, яъни тезланиш таъсирида мушаклар тонусини қайта тақсимлаш орқали амалга оширилади;

д) *вестибулоспинал реакциялар* мувозанат импульсларини бўйин, гавда ва қўл-оёқлар мушакларининг тонусига таъсир этиши билан боғлиқ. Бунда битта лабиринтнинг мувозанат рецепторларидан келаётган импульсининг ошиши қарама-қарши томонда мушаклар тонуси ошишига, таъсирланаётган лабиринт томонда - мушаклар тонуси пасайишига олиб келади.

Инсоннинг тинч ҳолатда ва ҳаракатланганда ўз гавдасини вертикал ҳолатда ушлаб туриш *мувозанатни сақлаш* қобилияти деб аталади. Мувозанатни сақлаш қобилияти турли тизимларнинг, шу жумладан мувозанат аъзосининг

фаолиятлари орқали амалга оширилади. Кўриш ва проприоцептив сенсор тизимлар билан бир қаторда мувозанат аъзоси мувозанатни сақлаш фаолиятида қатнашади. Гавданинг фазодаги ҳолати ҳақидаги маълумот мувозанат аъзосининг марказий бўлимларига, экстрапирамида тизимига, мияча, ретикуляр формация ва бош мия қобиғига етказилади. Бу ерда эффектор аъзоларга таъсир кўрсатиш учун олинган маълумот ва импульслар таҳлил қилинади.

Вестибулосоматик реакциялар қуйидагича пайдо бўлади: тинч ҳолатда ярим доира каналлар ва даҳлиз рецепторларидан келаётган импульслар туфайли гавданинг барча мушаклар тонусини мувозанатда сақлаб турилади. Периферик рецептор таъсирланганда эса уларнинг тонуси ўзгаради. Гавданинг фазодаги ҳолати ўзгарганда эндолимфа ҳаракатга келиб, унинг ҳаракат йўналишига қараб лабиринтда турли импульслар пайдо бўлади. Импульслар таъсирида айрим мушаклар гуруҳининг тонуси қайта тақсимланади. Эндолимфа ҳаракатининг йўналиши томонида мушаклар тонуси кучайса, қарама-қарши томонда сусаяди. Масалан, одам ўз ўқи атрофида ўнг томонга айлантирилиб, кейин айлантириш ҳаракати кескин тўхтатилса, эндолимфа инерция билан бир неча дақиқа ўнг томонга ҳаракатланишни давом эттиради. Бунинг натижасида ўнг томондаги мушаклар тонуси ошиб, оғирлик маркази ўнг томонга силжийди, шунда беморнинг гавдаси ўнг томонга оғади. Ўрнидан туриб, кўзларини юмган ҳолда юра бошлаган бемор тўғри чизиқдан ўнг томонга оғади.

Мувозанат аъзосининг таъсирланиши натижасида пайдо бўлган *вестибуловегетатив реакциялар* хилма-хил бўлиб, барча ички аъзо ва тизимларга - ошқозон-ичак йўллари, қон - томир тизими, ички безлар ва модда алмашинувига тарқалади. Бундай реакцияларга кўнгил айланиши, қусиш, нафас ва юрак - қон томир аъзолари фаолиятининг бузилиши, томир уришнинг секинлашиши, қон босимининг пасайиши, коллапс ҳолатини ривожланиши, тана ҳароратини пасайиши, терлаш ва бошқа белгилар киради.

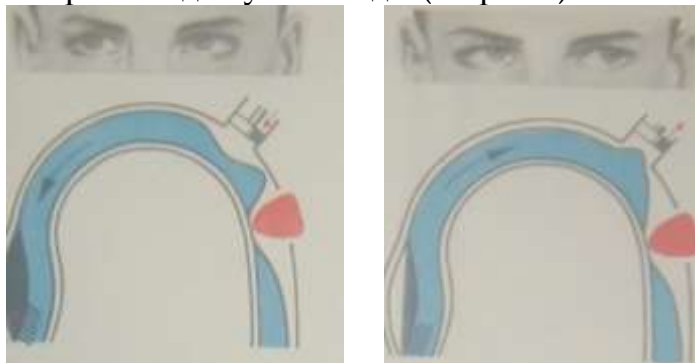
Ярим доира каналлар рецепторининг таъсирланиши натижасида барча кўндаланг-тарғил мушаклар тонусининг ўзгариши билан бир қаторда кўз олмасини ҳаракатлантирувчи мушакларнинг тонуси ҳам ўзгариб, текширилаётган шахснинг кўзлари мушаклар тонуси ошган томонга силжийди. Аммо кўзни ҳаракатлантирувчи мушакнинг қисқариши узоқ давом этмайди ва кўзлар дарҳол аввалги ҳолатига қайтади. Мувозанат марказининг кўзғалиши тугамаганлиги туфайли улар яна мушаклар тонуси ошган томонга силжий бошлайди ва ўз жойига қайтади. Шу тариқа кўзларнинг ритмик ҳаракати, яъни *нистагм* пайдо бўлади.

Мувозанат нистагми - бу секинлашган ва тезлашган фазалари алмашиб турган кўз олмаларининг ихтиёрсиз ритмик ҳаракати бўлиб, у икки фазали характерга эга.

Нистагмнинг *секинлашган* фазаси, ёки компоненти рецептор ва бош мия поясидаги ўзаклар, *тезлашган* компоненти - бош мия қобиғи ёки қобиқ ости

марказ фаолияти билан боғлиқ (умумий оғриқсизлантиришда нистагмнинг тезлашган компоненти йўқолади).

Мувозанат нистагми ярим доира каналлар рецепторларининг таъсирланиши билан боғлиқ. Ампула рецептори фаолиятининг айрим қонунлари Эвальд тажрибасида кузатилади (30-расм).



30-расм.Эвальд тажрибаси

Эвальд 1892 йилда кабутарлар устида олиб борган тажрибасида мувозанат реакциялар у ёки бу ярим доира каналнинг таъсирланишига ва ундаги эндолимфа ҳаракатининг йўналишига боғлиқлигини аниқлаб,кузатув натижаларини қуйидаги қонунларда ифодалаб берди (Эвальд қонунлари) :

- эндолимфа горизонтал ярим доира каналда силлиқ оёқчаларидан ампула томон ҳаракатланганда, пайдо бўлган нистагмнинг йўналиши таъсирланаётган қулоқ томонга йўналган бўлади. Эндолимфанинг ҳаракати ампуладан силлиқ оёқчалар томон йўналганда нистагмнинг йўналиши таъсирланмаётган қулоқ томонга қаратилган бўлади.

-эндолимфа ампула томон ҳаракатланганда (*ампулопетал*) силлиқ оёқчалар томон (*ампулофугал*) ҳаракатига қараганда горизонтал ярим доира каналга кучлироқ таъсир кўрсатади.

-вертикал ярим доира каналларда бунинг акси кузатилади.

1915 йилда В.И.Воячек нистагм реакциясига доир иккита “темир” қонунларни ишлаб чиқди.

Биринчи қонун нистагмнинг текислигига доир қонун бўлиб, у қуйидагича ифодаланади: *нистагм ҳамиша айлантириш текислигида пайдо бўлади*. Демак, нистагмни горизонтал ярим доира каналдан пайдо қилиш учун, уни айлантириш текислигига жойлаштириш, яъни текшириляётган шахснинг бошини 30° олдинга эгиш лозим. Нистагмни фронтал ярим доира каналдан пайдо қилиш учун беморнинг бошни 90° олдида эгиш талаб этилади, бу ҳолда ротатор нистагм пайдо бўлади.

Сагитал ярим доира канални текшириш учун бошни у ёки бу елкага эгиш лозим, шунда сагитал ярим доира каналнинг текислиги айлантириш текислигига мос келади ва беморда вертикал нистагм белгиси пайдо бўлади.

Иккинчи қонун нистагмнинг йўналишига доир қонун бўлиб,нистагмнинг йўналиши шартли равишда тезлашган компоненти билан белгиланади. Нистагмнинг секинлашган компоненти доимо ярим доира каналдаги эндолимфанинг ҳаракатига ҳамда қўл-оёқлар, гавда ва бош оғишининг йўналишига мос келиши туфайли иккинчи “темир” қонун қуйидагича

ифодаланади: нистагмнинг йўналиши доимо эндолимфа ҳаракатининг қарама-қарши томонига қаратилган бўлади.

Мувозанат нистагмлар спонтан ёки экспериментал бўлиши мумкин.

Спонтан мувозанат нистагми лабиринт ёки мувозанат аъзоси юқори бўлимларининг касалликларида кузатилади. Ички қулоқнинг яллиғланиш касалликларида спонтан нистагм дастлаб зарарланган лабиринт рецепторларининг таъсирланиши натижасида юзага келади ва "зарарланган" қулоқ томон йўналган бўлади. Рецепторлар бутунлай ишдан чиқгандан сўнг нистагмнинг йўналиши тескари томонга алмашади. У компенсация жараёнигача соғлом лабиринтнинг тонуси зарарланган лабиринт тонусидан устунлигига боғлиқ бўлади. Таъсир этувчи омилга қараб қуйидаги нистагмлар тафовут қилинади:

- позицион нистагм;
- эндоген (спонтан) нистагм;
- калорик нистагм;
- айланторма нистагм;
- айлантиришдан сўнгги нистагм;
- босим таъсирида пайдо бўлган (прессор) нистагм;
- гальваник нистагм.

Нистагм қуйидаги белгиларига қараб баҳоланади:

- 1) йўналиши - ўнгга, чапга, юқорига, пастга;
- 2) текислиги - горизонтал, вертикал, ротатор;
- 3) кучи - I, II, III даражали;
- 4) қўлами - кичик-, ўрта-, кенгқўламли;
- 5) тебраниш цикллариининг тезлиги - жонли, суст (10 сония давомида ҳаракатлар сони);
- 6) ритми - ритмик ёки ритмсиз;
- 7) давомийлиги (сонияларда).

Нистагмнинг йўналиши кўзга яққол ташланувчи тезлашган компоненти билан белгиланади.

I-даражали нистагм бемор бошини тўғри ҳолатда ушлаб, қўзлари билан нистагмнинг тезлашган компоненти томонга қараганда ҳам пайдо бўлади; II - даражали нистагм бемор унинг тезлашган компоненти томонга ва тўғрига қараганда пайдо бўлади; III-даражали нистагм бемор нистагмнинг тезлашган компоненти томон, тўғрига ва ҳатто секинлашган компоненти томон қараганда ҳам пайдо бўлади.

Мувозанат нистагм, одатда, ўз йўналишини ўзгартирмайди, яъни кўзнинг турли ҳолатларида унинг тезлашган компоненти бир томонга йўналган бўлади.

Экстралабиринт, яъни марказий нистагм вертикал, диагонал, турли томонга йўналган, монокуляр ёки носимметрик бўлади, шунинг учун бундай нистагмнинг тезлашган ва секинлашган компонентларини ажратиш қийин.

Индукцияланган (экспериментал) нистагм лабиринт рецепторлари сунъий усулда таъсирланганда пайдо бўлади ва айланторма, калорик ва галваник синамаларда кузатилади. Пайдо бўлган нистагмнинг давомийлиги ва кескинлиги таъсир этилаётган омилнинг характери ва кучига боғлиқ.

Мувозанат нистагмдан ташқари физиологик, оптокинетик, кўриш ва марказий нистагмлар тафовут қилинади. Икки томонлама кучсиз *физиологик нистагм* кўз олмалари четга силжитилганда пайдо бўлиб, қисқа вақт ичида (2-3 с) сўнади. *Оптокинетик нистагм* тез ҳаракатланувчи жисмни кузатиш пайтида пайдо бўлади. У баъзан темир йўл, ёки фиксация, нистагми деб юритилади. *Кўриш нистагми* кўпинча кўриш аъзосининг туғма нуқсонлари билан боғлиқ бўлиб, ритмсиз характерга эга. *Марказий нистагм* вестибуляр анализаторининг марказий бўлимлари зарарланганда пайдо бўлади. Бундай нистагм кўпсонли, тартибсиз, турли текисликларда пайдо бўладиган, кенг- ёки ўрта қўламли амплитудага эга ва йўналиши доимо зарарланган томонга қаратилган бўлади.

Электр нистагмография объектив текширув усули мувозанат аъзосининг фаолиятини баҳолаш имконини беради. Отолит аъзоси ва ярим доира каналлар рецепторларининг фаолияти бир-бирига боғлиқ. Отолит аппарати таъсирланганда нистагм сусайиб, гавда, қўл ва оёқларнинг мушак реакцияси ва вестибуловегетатив реакциялар фаоллашади. Бош мия барча вестибуляр рефлексларни сўндиради.

Мувозанат аъзосини текшириш усуллари

Мувозанат аъзосининг фаолиятини текшириш кулоқ касалликларини ва текширилаётган шахснинг меҳнатга лаёқатини аниқлашга ёрдам беради.

Текширув беморнинг *шикоятлари ва анамнез маълумотларини* аниқлашдан бошланади. Кўпинча бемор боши айланишидан, юриши ва координацияси бузилганидан, кўнгли айниши ва қусишидан, ҳушдан кетишидан, кўп терлашидан ва терисининг ранги ўзгарганидан шикоят қилади. Бундай белгилар доимий равишда ёки вақти-вақти билан кузатилиб туриши ва бир дақиқа ёки бир неча соат ёки бир неча кун давом этиши мумкин. Улар ўз-ўзидан ёки маълум омил таъсирида: транспортда ўтирганда, ҳаракатланаётган жисмлар ўртасида турганда, жисмоний ҳаракатдан сўнг, бошнинг у ёки бу ҳолатида пайдо бўлади.

Текширилаётган шахснинг меҳнат лаёқатини аниқлаш мақсадида отолит рецептор аъзосининг ҳолати ва вегетатив рефлексларга эътибор берилади.

Вестибулометрия текшируви спонтан мувозанат белгиларни аниқлаш, вестибулометрик синамаларни бажариш, олинган натижаларни таҳлил қилиш ва ҳулоса чиқаришдан иборат.

Спонтан мувозанат белгиларга *спонтан нистагм, қўл-оёқ мушаклари тонусининг ўзгариши, юришининг бузилиши* киради.

1)Текширув беморнинг *субъектив ҳиссиётини* аниқлашдан бошланади. Бунда беморнинг шикоятларига (бош айланиш, гандираклаб юриши, йиқилиши, кўнгли айниши, қусиши) ва анамнез маълумотларига эътибор берилади.

Кейин беморда мувозанатни сақлаш қобилияти навбатма-навбат тинч ҳолатида ва ҳаракат пайтида текширилади. Шундан сўнг спонтан нистагм аниқланади. Текширув натижалари В.И.Воячекнинг “*мувозанат паспорти*” га киритилади.

ўнг томон	Тестлар	чап томон
	СХ(субъектив ҳиссиёт) Ромберг ҳолати Тўғрига ва ён томонга юриш Бошқа координация тажрибалари Спонтан нистагм Калорик синама (ҳарорати...°C) Айлангиришдан сўнгги нистагм (20 сонияда 10 марта) Прессор нистагм Отолит синамаси	

Хулоса:

2) Ромберг ҳолатида мувозанатни сақлаш қобилияти куйидагича текширилади:

а) бемор кўзини юмган ҳолда оёқларини бирлаштиради ва қўлларини олдинга чўзган ҳолда тик туради (31-расм).



31-расм.Ромберг ҳолати

Бундай ҳолатда лабиринт фаолияти бузилган бемор нистагм йўналишига қарама-қарши томонга оғади ёки йиқилади;

б) беморнинг боши 90° чап ёки ўнг томонга бурилади, шунда лабиринт фаолияти бузилган беморнинг йиқиلىш йўналиши ўзгаради, аммо у ҳар сафар нистагм йўналишининг қарама-қарши томонига йиқилади.

3) Тўғрига ва ён томонга юриш :

а) бемор кўзини юмган ҳолда тўғри чизик бўйлаб 5 қадам олдинга ва орқага ўтирилмай 5 қадам орқага юради. Мувозанат рецептор аъзосининг фаолияти бузилганда бемор тўғри чизикдан нистагм йўналишининг қарама-қарши томонига, мияча фаолияти бузилганда –

зарарланган лабиринт томонга оғиб юради;

б) бемор ўнг оёғини ўнг томонга ташлаб, чап оёғини ўнг оёғига яқинлаштириб 5 қадам ўнг томонга, кейин 5 қадам чап томонга юради. Мувозанатни сақлаш рецептор аъзосининг фаолияти бузилганда бемор ён томонга юра олади, мияча фаолияти бузилганда эса - ён томонга юриш ҳаракатини бажаролмай, зарарланган томонга йиқилади.

Адиадохокинез мияча зарарланишининг ўзига хос белгиси ҳисобланади. Бемор Ромберг ҳолатида туриб икки қўллари билан пронация ва супинация ҳаракатларини бажаради. Мияча фаолияти бузилганда “зарарланган” томонда қўл ҳаракати анча суст бўлади.

Қўллар нишонга тегмаслик реакциялари бармоқ-бурун, бармоқ-бармоқ синамалари ёрдамида аниқланади.

а) *Бармоқ - бурун синамаси*. Бемор қўлларини ёнга ёки олдинга кенг очиб, дастлаб кўзларини очган, кейин кўзларини юмган ҳолда кўрсаткич бармоқлари билан бурун учига тегишга ҳаракат қилади.

б) *Бармоқ-бармоқ синамаси*. Текширувчи беморнинг рўпарасига ўтириб, кўрсаткич бармоғини чўзган ҳолда қўлларини кўкрак сатҳига кўтаради. Бемор қўлларини тиззасига қўйган ҳолда текширувчининг рўпарасидаги курсига ўтиради ва қўлларини кўтариб, кўрсаткич бармоқларининг ён томони билан текширувчининг кўрсаткич бармоқларига тегишга ҳаракат қилади. Бемор бундай ҳаракатни дастлаб кўзларини очган, кейин кўзларини юмган ҳолда бажаради. Меъёрда у нишонга (текширувчининг бармоқларига) беҳато тегади. Лабиринт фаолияти бузилган беморнинг иккала қўли нистагмнинг йўналишига қарама-қарши томонда (нистагмнинг секинлашган компоненти), мияча фаолияти бузилган беморнинг зарарланган томондаги қўли “зарарланган” томонда нишонга тегмайди (32-расм).



32-расм. Бармоқ-бармоқ синамаси

в) *Водак-Фишер синамаси*. Бемор кўзларини юмган ва қўлларини олдинга чўзган ҳолда кўрсаткич бармоқларини очиб (қолган бармоқлари букилган) курсига ўтиради. Текширувчи ўзининг кўрсаткич бармоқларини беморнинг кўрсаткич бармоқларининг рўпарасида ушлаб туради. Соғлом кишида қўлларнинг оғиши кузатилмайди, кулоқ лабиринти зарарланганда беморнинг иккала қўли нистагмнинг секинлашган компоненти томон оғади.

4) *Спонтан нистагм* бемор ўтирган ёки чалқанча ётган ҳолатда аниқланади. Текширувчи бармоғини 60-70 см масофага қўйиб бемордан бармоқ ҳаракатини кузатишни сўрайди, кейин бармоғини горизонтал, вертикал ва диагональ текисликда силжитади. Кўзларнинг ҳаракати 40-45⁰дан ошмаслиги лозим, чунки кўз мушакларининг ҳаддан ташқари зўриқиши ҳам кўз олмасининг тебранишига сабаб бўлади. Спонтан нистагмни +20D ёки махсус Френцел кўзойнаклари, баъзан электрнистагмограф ёрдамида кузатиш мумкин.

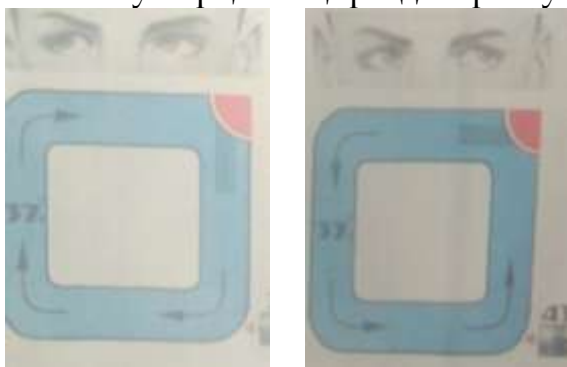
5) *Калорик синама*. Беморнинг ташқи эшитув йўлига совуқ ёки илқ сув қўйилади ва шу тариқа ярим доира каналлар рецептори (асосан ташқи ярим

доира канал) сунъий усулда қўзғатилади. Калорик синама чап ва ўнг лабиринтни алоҳида-алоҳида текшириш имконини беради. Сувнинг ҳарорати мувозанатни сақлаш рецептор аъзосининг адекват қўзғатувчиси бўлмасада, у эндолимфани ҳаракатга келтирувчи омил ҳисобланади.

Калорик синаманинг бир нечта усуллари мавжуд:

- 1) *Брюннинг усули*- ташқи эшитув йўлига кўп миқдорда (300 мл) сув қуйилади;
- 2) *Кобрак усули*- ташқи эшитув йўлига кам миқдорда (5 мл) совуқ сув қуйилади;
- 3) *О. Г. Агеева-Майкова усули* - ташқи эшитув йўлига 100-300 мл миқдорда ҳарорати 25- 30° ва 44-49° бўлган сув қуйилади;

Калорик синама қуйидагича бажарилади: текширувчи ҳарорати 20° С (ёки 42 ° С) бўлган 100 мл сувни Жане шприцига тортиб олиб, бемордан бошини 60° орқага ташлаган ҳолда курсига ўтиришни сўрайди; бундай ҳолатда ташқи ярим доира канал вертикал текисликда жойлашади. Ташқи эшитув йўлига 10 сонияда 100 мл сув орқа - юқори девори бўйлаб юборилади).



33-расм. Калорик синама

Дастлаб қулоққа сув юбориш тўхтатилган пайтдан нистагм пайдо бўлган пайтгача вақт (яширин даври) белгиланади (меъёрда 25-30 с га тенг). Кейин нистагм реакциясининг вақти белгиланади (меъёрда 50-70с га тенг). Қулоққа совуқ сув қуйилганда нистагмнинг йўналиши таъсирланаётган қулоқнинг қарама-қарши томонига, иссиқ сув қуйилганда-

таъсирланаётган қулоқ томонга қаратилган бўлади. Бу ҳолни Эвальд қонуни бўйича изоҳлаш мумкин: калоризация пайтида беморнинг боши 60° орқага эгилганлиги туфайли горизонтал ярим доира каналнинг ампуласи юқорида, силлиқ оёқчаси - пастда жойлашади. Шунда совутан эндолимфа пастга, ампуладан оёқчалар томон ҳаракатланади, пайдо бўлган нистагм эса I қонунга биноан таъсирланган қулоқнинг қарама-қарши томонига йўналган бўлади (33-расм). Тест натижаси нистагмни пайдо қилиш учун сарф этилган сув миқдори билан ўлчанади (меъёрда 50-100 мл).

6) *Айлантирма синамаси* махсус Барани курсида бажарилади. Бемор кўзларини юмган ҳолда бошини 30° олдинга эгиб, курсига ўтиради, шунда ташқи ярим доира каналлар айлантириш текислигида жойлашади. Текширувчи курсини 20 сония давомида чап ёки ўнг томонга 10 марта айлантириб, сўнг айлантиришни кескин тўхтатади. Бунда бемор дастлаб мусбат, кейин манфий тезланиш таъсири остида бўлади. Курси соат мили бўйлаб айлантирилиб, кескин тўхтатилгандан сўнг ташқи ярим доира каналда эндолимфанинг ўнг томонга ҳаракати инерция билан давом этади, шунинг учун пайдо бўлган нистагмнинг секинлашган компоненти ўнг томонга, тезлашган компоненти эса чап томонга йўналган бўлади.

Курси ўнг томонга айлантирилганда беморнинг ўнг қулоғида эндолимфанинг ҳаракати *ампулофугал* (ампуладан силлиқ оёқчалар томон), чап қулоғида -*ампулопетал* (силлиқ оёқ-чалардан ампула томон) бўлади (34-расм).



34-расм. Айлантирма синама.

Айлантиришдан сўнг қарама-қарши томонга йўналган нистагмни пайдо бўлиши.

Демак, беморда пайдо қилинган нистагм ва бошқа мувозанат реакциялар Эвальд қонуни бўйича чап лабирит қўзғалишининг натижасидир. Курси чап томонга айлантирилганда беморда ўнг лабиринтнинг қўзғалиш реакцияси кузатилади. Айлантириш тўхтатилгандан сўнг текширувчи вақтни белгилайди. Бемор текширувчининг бармоғига тикилиб турган ҳолатида нистагмнинг даражаси, жонлилиги, характери ва давомийлиги баҳоланади. Айлантиришдан сўнгги нистагм айлантириш йўналишига қарама-қарши томонга йўналган бўлади.

1-жадвал

Айлантирма ва калорик синамалардан сўнгги нистагмни йўналиши ва характери, гавда ва қўл оёқлар оғишини йўналиши ярим доира каналдаги эндолимфа ҳаркати йўналишига боғлиқлиги

А й л а н т и р м а с и н а м а

Таъсирлаш	Ярим доира каналл	Эндолимфа ҳаракати	Нистагмнинг йўналиши ва характери	Гавда ва қўл оёқларни оғиши
Чап томонга айлантиришдан сўнг	ўнг горизонтал (ён)	ампулопетал	ўнг томонга горизонтал, Жонли	→
	чап горизонтал (ён)	ампулофугал	ўнг томонга горизонтал, Суғ	→
Ўнг томонга айлантиришдан сўнг	чап горизонтал (ён)	ампулопетал	чап томонга горизонтал Жонли	←
	ўнг горизонтал (ён)	ампулофугал	чап томонга горизонтал Суғ	←

<i>Калорик синама</i>				
45° иссик сув қўйилгандан сўнг	унг горизонтал (ён)	ампулопетал	ўнг томонга горизонтал Кучли	→
	чап горизонтал (ён)	ампулопетал	чап томонга горизонтал Кучли	←
30° совук сув қўйилгандан сўнг	унг горизонтал (ён)	ампулофугал	чап томонга горизонтал Суст	←
	чап горизонтал (ён)	ампулофугал	ўнг томонга горизонтал суст	→

Айлантиришдан сўнгги нистагмнинг давомийлигига қараб мувозанатни сақлаш рецепторининг фаолиятига баҳо берилади. Меъёрда ташқи ярим доира каналлар текширилганда нистагм 25-30 сония, орқа ва олд каналлар текширилганда - 10-15 сония давом этади. Ташқи ярим доира каналлар таъсирланганда - горизонтал, олд ярим доира каналлар таъсирланганда – ротатор, орқа ярим доира каналлар таъсирланганда - вертикал нистагм пайдо бўлади (1-жадвал). Чап ва ўнг томонга айлантиришдан сўнг пайдо бўлган нистагмлар таққосланади.

Таъсирланиш бўсагалари 2 усулда текширилади:

1) беморда айланиш ҳиссиёти курсининг қайси айланиш бурчагида пайдо бўлганлиги, яъни *сенсор бўсагаси* (градусда ўлчанади);

2) кўзларда нистагм ҳаракатлари айлантиришнинг қайси таъсир кучида пайдо бўлганлиги, яъни *нистагм бўсагаси* махсус асбоб - нистагмограф ёрдамида ўлчанади. Нистагмография текшируви натижаларни объектив баҳолашга, нистагм амплитудасини (кўламини), секинлашган ва тезлашган компонентларининг тезлигини аниқлашга ёрдам беради.

7) *Купулометрия* кичик тезланиш таъсирида пайдо бўлган лабиринт рефлексларини текшириш усули. Бунда айлантирма синамада беморга нисбатан кичик ($30^{\circ}/c^2$, $40^{\circ}/c^2$, $60^{\circ}/c^2$) ва минимал бурчакли тезланишлар ($0,4^{\circ}/c^2$, $0,6^{\circ}/c^2$, $1^{\circ}/c^2$) таъсир қилинади. Дастлаб мусбат тезланиш, кейин бир маромда тезланишсиз айлантириш бажарилади ва нихоят кескин тўхтатиш (1-2 с давомида) билан манфий тезланиш ҳосил қилинади. Купулометрия текшируви махсус вестибулометрик асбоблар ёрдамида бажарилади.

8) *Отолит рецептор аъзосининг фаолиятини текшириш (отолит реакцияси).*

В.И.Воячек (1929) бўйича отолит реакцияси 4 босқичда текширилади:

1) текширилаётган шахсга бошини ва гавдасини 90° олдинга эгиб, Барани курсисига ўтириш буюрилади.

2) курси 10 сония давомида 5 марта айлантирилади, шунда ярим доира канал ва отолит аъзоси таъсирланади.

3) курси тўхтатилгандан сўнг 5 сония кутиб турилади (бу вақт ичида ярим доира канал реакцияси бироз сўнади).

4) текшириладиган шахсга бошини кўтариб, тезда гавдасини тўғри тутиш буюрилади, шунда статоконий мембранаси қайта таъсирланади.

Отолит рецептор аъзосининг таъсирланиши натижасида сусайган ярим доира каналлар реакцияси яна фаоллашиб, нистагм йўқолади, вегетатив реакциялар эса кучаяди. Текширув натижалари **“Отолит реакцияси”** жадвалида қайд этилиб, каср шаклида ифодаланади (махражда - вегетатив, сурагда - соматик реакциялар белгиланади).

Соматик ва вегетатив реакцияларнинг 4 даражаси тафовут қилинади:

Соматик реакциялар	Вегетатив реакциялар
0-соматик белгилар йўқ I -гавдани 0-5° оғиши II -гавдани 5-30° оғиши III-гавдани 30° дан кўпроқ оғиши ва ҳатто йиқиلىш	0-вегетатив белгилар йўқ I-рангпарлик, томир уришини ўзгариши, бош айланиши, кўнгил айланиши; II-рангпарлик ёки қизариш, тер чиқиши, кўнгил айланиши, юрак-қон томир ва нафас тизими бузилишлари. III-кўнгил айланиши, қусиш, юрак қон-томир тизимининг бузилишлари ва ҳатто эс-хушни йўқотилиши

Текшириладиган шахсни учувчи ёки денгизчи касбига лаёқатини аниқлашда асосан вегетатив реакцияларга эътибор берилади. Вегетатив реакциялари кескин ривожланган шахслар юқорида қайд этилган касбларга жалб этилмайди.

9) Кичик амплитудали тебратишларда кўзларнинг компенсатор ҳаракатини қайд этиш текшируви *“бевосита отолитометрия”* деб аталади.

10) *Таъсир кумуляцияси* кўрсаткичини баҳолаш авиация ва космонавтика соҳасига қабул қилинадиган шахсларда қўлланилади. Бунинг учун К.Л. Хилов (1933) таклиф этган текширув бажарилади: текшириладиган шахс кўзини юмган ҳолда 4 штангали (икки брусли) арғимчоқ супасига ётқизишиб, 15 дақиқа давомида тебратилади. Тебратиш пайтида арғимчоқ полга параллел ҳолатда ҳаракатланади. Электроокулографияда кўзларнинг тоник ҳаракати қайд этилади. Вегетатив белгилар қанча тез пайдо бўлишига қараб шахснинг мувозанат таъсир кумуляциясига сезгирлиги баҳоланади. Таъсир кумуляцияси тўрт даражага бўлинади - 0,1,2,3. Шу вақт ичида вегетатив белгилар пайдо бўлмаган шахсларнинг отолит реакцияси горизонтал, вертикал ва сагиттал текисликларда текширилади.

Вазнсизлик ҳолатида отолит рецептор аъзоси ярим доира каналларга ўз сўндирувчи таъсирини кўрсатмайди, шунинг учун уларнинг фаоллиги ошиб, бошнинг ҳатто кичик ҳаракатида вестибуловегетатив реакциялар пайдо бўлиши кузатилади. Вестибуляр белгилар бош мия гемодинамикаси, сув-туз алмашинувининг ўзгаришлари ва бошқа омилларга боғлиқ.

11) Компьютерли стабилметрия ёки постурография (*posture* - ҳолат) статик мувозанатни объектив баҳолаш усули бўлиб, бунда махсус стабилметрик платформа устида турган бемор танасининг (сагитал ва фронтал текисликда) тебраниши компьютер ёрдамида таҳлил қилиниб, стабилграмма қоғозида қайд этилади. Стабилметрия асосида турли синамалар, шу жумладан *стабилографик вертеброген синама* ишлаб чиқилган бўлиб, улар мувозанат аъзосининг бузилишларини эрта аниқлаш имконини беради.

12) *Прессор (фистула, пневматик) синама* сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморда лабиринт девори (кўпинча ташқи ярим доира канал ампуласи) фистуласини аниқлаш мақсадида бажарилади. Текширувчи текшириляётган қулоқ думбоқчасини бармоғи билан босиб, ташқи эшитув йўлида ҳаво босимини оширади. Беморда нистагм ва мувозанат бузилишининг бошқа белгилари пайдо бўлса, фистула синамаси “*мусбат*” деб баҳоланиб, лабиринт деворида фистула борлигидан далолат беради. Бунда пайдо бўлган нистагмни йўналиши текшириляётган қулоқ томонга қаратилган бўлиб, ташқи эшитув йўли ва ноғора бўшлиғида ҳаво босими ошганлигини билдиради; нистагмни текшириляётган қулоққа қарама-қарши томонга йўналиши ноғора бўшлиғида ҳаво босими пасайганлигини билдиради.

Калорик ва айлантиришдан сўнгги нистагмлар пайдо қилинган (экспериментал) нистагмлар гуруҳига киради ва соғлом кишиларда кузатилмайди. Прессор нистагм фақат беморларда кузатилади. Вестибуляр паспортнинг хулосалари қуйидагича бўлиши мумкин: “Спонтан вестибуляр ўзгаришлар йўқ, мувозанат рецептор аъзосининг қўзғалувчанлиги симметрик ва меъёрда”, “Рефлексларнинг ўнг томонлама пасайиши натижасида ривожланган спонтан вестибуляр ўзгаришлари ва вестибуляр қўзғалувчанлик”.

ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ.

1990 йилда Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти қабул қилган барча касалликларнинг

ҳалқаро таснифига биноан ташқи қулоқ касалликларига қуйидагилар киради:

740.0. Ташқи қулоқнинг туғма нуқсонлари.

380.3. Қулоқ супрасининг орттирилган нуқсонлари.

380.5. Ташқи эшитув йўлини торайиши. Ташқи қулоқ жароҳати ва унинг оқибатлари.

920. Қулоқни лат ейиши. Отогематома.

872.9. Жароҳатдан сўнгги асоратлар.

380.0. Қулоқ супрасининг жароҳатдан сўнгги перихондрити.

911.0. Ташқи қулоқ қуйишлари.

991.0. Ташқи қулоқнинг музлаши.

991.9. Қулоқ супраси тоғайларининг суякланиши;

380.4. Қулоқ кири. Ташқи қулоқнинг яллиғланиш касалликлари.

380.0. Қулоқ супраси перихондрити.

380.1. Ташқи эшитув йўлининг фурункулёзи. Карбункул, фурукул. Ташқи отит.Тарқоқ ташқи отит. Геморрагик ташқи отит. Отомикоз. Аспергиллёз. Монимаз. Сувда сузувчилар қулоғи. Мирингит. Ўраб олувчи темиртки (03.7 бошқа асоратлар билан бирга). Ўткир ташқи буллёз-геморрагик гриппдан сўнгги отит.

692.9. Дерматомикозлар ва токсидермиялар (кимёвий, дори-дармонлар таъсирида, нур таъсирида ва метеорологик омиллар таъсирида ривожланган).

390.2. Ташқи қулоқнинг аллергия касалликлари. Экзема.

710.0. Ташқи қулоқни бириктирувчи тўқиманинг тарқоқ касалликларида зарарланиши коллагенозлар. Қизил бўрича. Дерматомиозит.

785.4. Қулоқ супраси гангренази.

380.1. Ташқи юқумли отит. Сарамас. Сарамас ва бошқа асоратлар. Пиодермия. Импетиго. Оддий герпес (04.7 бошқа асоратлар билан). Склеродермия. Тугунчали периартериит.

380.8. Қулоқ соҳасидаги подагра асоратлари.

380.9. Ташқи қулоқни ретикулёзларда зарарланиши.Ташқи қулоқнинг касб касалликлари. Саратон олди касалликлар. Ташқи қулоқнинг хавфсиз ўсмалари.

380.1. Ташқи қулоқнинг хавфли ўсмалари.

Юқорида ташқи қулоқ касалликларининг рўйхати ва шифрлари келтирилган.

ТАШҚИ ҚУЛОҚНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ га *макротия* (қулоқ ўлчамларини катталиги), *микротия* (қулоқ ўлчамларини кичиклиги) ва *анотиялар* (қулоқ супраси йўқлиги) киради. Бу нуқсонлар пластик жарроҳлик амаллари ёрдамида бартараф этилади. Қулоқ нуқсонлари элликка яқин нуқсонларни ўз ичига олади. Буларнинг барчаси жарроҳлик амалиёти ёрдамида бартараф этилади.

Қулоқ супраси нуқсонлари кўпинча *ташқи эшитув йўли атрезияси* билан бирга кечади. ТошПТИ оториноларингология клиникасининг маълумотларига кўра қулоқ гипогенезияси ҳар 1500-2000 туғилган болаларнинг 1 тасига қулоқ нуқсони тўғри келар экан, лекин Орол бўйи минтақасида бу ҳол нисбатан кўпроқ учрайди. Агар ташқи эшитув йўли атрезиясида ногора парда, эшитув суякчалари ва лабиринт дарчалари сакланиб қолган бўлса, унда маҳаллий тўқима ва аутоген эркин трансплантат (тери ва фасция) ёрдамида янги ташқи эшитув йўлини ҳосил қилиш пластик жарроҳлик амали бажарилади.

Қулоқ супрасининг бошқа нуқсонларига *мушук қулоқ* (юқорига чўзилган қулоқ супраси, *Дарвин тепачаси*, *макака қулоғи* (бурмалар йўқлиги) каби нуқсонлар киради. Анотияда бажариладиган қулоқ супрасини тиклаш жарроҳлик амаллари анча мураккаб. Шунинг учун бундай беморларга сунъий қулоқ супраси ўрнатилади.

Тугма қулоқ олди оқмаси одатда қулоқ дўмбоғидан юқорида қулоқ супрасининг юқорига кўтарилган бурма олдида жойлашади. Баъзан оқмадан қуюқ сариқ ажралма оқади, йирингли оқма атрофида тери яллиғланиб, босилганда оқма

тешигидан йиринг чиқади. Оқма тешиги ёпилган ҳолларда киста ҳосил бўлиши мумкин. Касаллик жарроҳлик усулида даволанади.

ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ. Ташқи, ўрта ва ички қулоқнинг алоҳида ёки аралаш жароҳатлари учрайди. Қулоқ жароҳатларига акустик, механик, термик, физикавий ва кимёвий омиллар сабаб бўлади. Барожароҳат, виброжароҳат ва атмосфера босимининг ўзгаришлари қулоқ жароҳатлари орасида алоҳида ўринни эгаллайди. Юзаки жароҳатларга - юмшоқ тўқималарни зарарланиши, чуқур қулоқ жароҳатларига - чакка суягининг пирамидасини ва бошқа қисмларини шикастланиши ёки синиши киради.

Ташқи қулоқ жароҳатлари. Қулоқ супрасининг алоҳида ўзини жароҳатланиши ёки периаурикуляр тўқима, ўрта қулоқ ва калла суяги бошқа қисмларининг жароҳатлари билан бирга учраши мумкин. Ташқи қулоқ жароҳатлари барча ташқи қулоқ касаллиларининг 0,3% ни ташкил қилади. Sentura ва ҳаммуаллифлар (1980) ташқи қулоқ жароҳатларининг қуйидаги таснифини келтиради:

1. Лат ейиши ва гематома ҳосил бўлиши;
2. Шилиниши;
3. Йиртилиши;
4. Перихондрит ва хондроперихондрит;
5. Ташқи эшитув йўлини торайиши;
6. Куйиши;
7. Музлаши;
8. Радиациядан зарарланиши;
9. Қулоқ гажагининг тутунчали хондродерматити.
10. Ташқи аэроотит.

Жароҳатнинг даражаси клиник белгилар, чакка суягининг рентгенографияси ва компьютерли томография текширувлари ёрдамида аниқланади.

Қулоқ супраси жароҳати зарб тегиши, тишлаш ёки лат ейиш натижасида юзага келиб, жанжал, ўйин ёки спорт мусобакалари пайтида содир бўлади. Бунда ташқи, ўрта ва ҳатто ички қулоқ у ёки бу даражада жароҳатланиб, қулоқ супрасини қисман ёки бутунлай узилиши кузатилади. Қулоқ супрасининг жароҳат майдонига инфекция тушган ёки тиббий ёрдам ўз вақтида кўрсатилмаган ҳолларда беморда қулоқ супраси хондроперихондрити ривожланади. Кейинчалик бундай асорат тоғайни емирилишига ва қулоқ супраси шаклини бузилишига олиб келиши мумкин.

Даволаш. Қулоқ супрасининг юзаки жароҳатида жароҳат майдонининг терисига бирламчи ишлов бериб, маҳаллий оғриқсизлантириш остида чоклар қўйилади. Чоклар мумкин қадар эрта, дастлабки 2 кун ичида қўйилиши лозим. Бемор қоқшолга қарши эмланиб, мушак орасига ёки ичиш учун антибиотиклар буюрилади. Жароҳат майдонига физиотерапия муолажалари буюрилади, бойлами ҳар кун алмаштириб турилади.

Яллиғланиш тарқалмаган ҳолларда жароҳат майдони бирламчи битишма билан битиб, иплар бир ҳафтадан сўнг олинади.

Жароҳат майдони йиринглаганда қўйилган чоклар олиниб, йирингни чиқариш мақсадида тери қўшимча кесилиб, резина чиқаргичлар қўйилади. Жароҳат майдони йирингли жарроҳлик қоидаларига биноан парвариш қилинади (фурацилин, 5-10% димексид ёки ош тузининг гипертоник эритмаси билан ишлов берилади). Бундай ҳолларда жароҳат майдони иккиламчи битишма ҳосил килиб битади.

Чуқур жароҳатларда, шу жумладан қулоқ супраси қисман ёки бутунлай узилганда, маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида жароҳат майдони бирламчи жарроҳлик ишлови ёрдамида ифлосланган тўқима, ёт жисмлардан тозаланади ва антибиотиклар қўшилган анестетик эритма билан асептик бойламлар қўйилади. Жароҳат майдонининг четларини яқинлаштириб ёпишқоқ пластр қўйилади.

Қулоқ супрасининг узилган бўлаги тоза полиэтилен қопчага солиниб, қисқа вақт ичида ўз ўрнига тикилиши мумкин. Ўқ-ёй, суқилган, кесилган, чопилган чуқур жароҳатлар калла суяги ва ноғора парданинг жароҳати билан бирга кечиши мумкин. Шунинг учун рентгенография, компьютер томография текширувлари билан бирга беморнинг эшитиш қобилияти ҳам текширилади (шивирлаб ёки овозни чиқариб айтилган сўзлар, камертонлар ёрдамида), спонтан нистагм ва неврологик белгилар мавжудлиги аниқланади.

Ташқи эшитув йўли жароҳатлари қулоқ супраси жароҳати билан биргаликда ёки ёт жисмни, қулоқ кирини чиқариш ва қулоқни тозалаш пайтида алоҳида жароҳат сифатида содир бўлиши мумкин. Ташқи эшитув йўли суяк қисмининг жароҳати кўпинча ёноқ ва сўргичсимон ўсиқлар, чакка - пастки жағ бўғими, ноғора бўшлиғи, баъзан ички қулоқ жароҳатлари билан бирга кузатилиши мумкин.

Бемор пастки жағи билан ерга йиқилганда ёки зарб ияк соҳасига тўғри келганда ташқи эшитув йўли суяк қисмининг пастки-олд қисми синиши мумкин. Бундай жароҳат олган беморда қулоқдан қон оқиши ва пастки жағ ҳаракатида кескин оғриқ пайдо бўлиши, нутқни бузилиши каби белгилар кузатилади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, жароҳат майдонини кўздан кечириш, зондлаш, отоскопия ва чакка суяклари ва чакка-пастки жағ бўғими рентгенографияси, эшитув ва мувозанат аъзоларининг текширув натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Биринчи тиббий ёрдам қулоқдан қон оқишини тўхтатиш, жароҳат майдонига бирламчи жарроҳлик ишлов бериш, уни зарарсизлантирувчи эритмалар билан ювиш, тери остига қоқшолга қарши анатоксинни юборишдан иборат. Ташқи эшитув йўлининг торайиши ёки атрезиясини олдини олиш мақсадида биринчи кундан бошлаб эшитув йўлига левомикол ёки синтомицин эмульсиясига шимдирилган пиликча киритилади ва бойлам қўйилади. Ҳар сафар бойлам алмаштирилганда ташқи эшитув йўлига 10 томчидан

гидрокортизон суспензияси томизилади. Яллиғланиш жараёни камайгандан сўнг ташқи эшитув йўлига силикондан ясалган найчали кенгайтиргич киритилади. Бир вақтнинг ўзида беморга антибиотико-терапия, физиотерапия тадбирлари (ташқи эшитув йўли соҳасига тубус кварц, УВЧ, микротўлқинли терапия ва лазертерапия) буюрилади. Ташқи эшитув йўлининг олд-пастки девори синган ҳолларда пастки жағ суяги бойлам ёрдамида ҳаракатсизлантирилиб, беморга вақтинча фақат суюқ овқат истеъмол қилиш тавсия этилади.

Отгематома - қулоқ супрасининг тоғай ва тоғай усти пардалари орасига ёки тери остига қон қуюлиши. Отгематома айрим ҳолларда қулоқ соҳасига ўтмас зарб тегиши ёки қулоқ супраси узоқ вақт давомида қисилиши натижасида пайдо бўлади, лекин у кўпинча кураш ва бокс билан шуғулланган шахсларда кузатилади. Одатда отгематома қулоқ супраси юқори қисмининг олд юзасида жойлашган тўқ қизил ёки кўкимтир силлиқ шиш шаклида бўлиб, пайпасланганда лиқиллаш белгиси аниқланади; баъзан отгематома устидаги тери ўзгармаслиги мумкин. Қон ва лимфа тўпламидан иборат отгематома одатда оғирмайди ва беморни безовта қилмайди; у бироз ноқулайлик ҳис этади (35-расм).



35-расм.Отгематома

Кичик отгематома ўз-ўзидан сўрилиши, баъзан йиринглаб, қулоқ супраси хондроперихондрити ривожланишига олиб келиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари ва қулоқ супрасини кўздан кечириш натижаси асосида қўйилади.

Даволаш. Кичик отгематома ўз-ўзидан ёки босувчи бойлам қўйилгандан сўнг сўрилиб кетади. Бундай ҳолларда зарарланган майдонга 5% йоднинг спиртли эритмасини суртиш тавсия этилади. Йирик отгематома асептика қоидаларига риоя қилган ҳолда тешилади ва

экссудат сўриб олинади. Кейин қулоқ супраси соҳасига 5-7 кунга босувчи бойлам қўйилади. Яллиғланган отгематома кенг очилиб, бўшлиғи некрозга учраган юмшоқ тўқималардан тозаланади. Яллиғланиш жараёни чуқур ва кенг тарқалган ҳолларда жароҳат майдони очик усулда даволанади.

Микрофлоранинг антибиотикларга сезувчанлиги эътиборга олинган ҳолда беморга антибиотикотерапия буюрилади (антибиотикларни лимфотроп усулда юбориш энг афзал усул ҳисобланади). Қулоқ супраси тоғайлари синганда тоғай бўлаклари ўз жойига ўрнатилади ва қулоқ супрасига босувчи бойлам қўйилади.

Ноғора парда жароҳатлари. Ноғора пардани йиртилиши ўрта қулоқ жароҳатларининг 90% ҳолларида учрайди. Қулоқ соҳасига зарб тегиши, қулоқ соҳаси билан йиқилиш, қор-бўрон ёки сувга шўнғиш ўйинлари пайтида ташқи эшитув йўлининг ҳаво босими тўсатдан ошиши натижасида ноғора парда йиртилиши мумкин. Бундай жароҳатлар ғоввосларда, компрессия ва

декопрессия қоидалари бузилганда, яқин масофада портлаш содир бўлиб, ноғора пардага кучли ҳаво тўлқини таъсир этганда юз бериши мумкин.

Чакка суягининг пирамида соҳаси узунасига синганда ва синиш чизиғи ноғора парда устидан ўтган ҳолларда ҳам ноғора парда йиртилиши мумкин. Ноғора пардани бевосита жароҳатланиши қулоқни турли қаттиқ жисмлар билан тозалаш (масалан, гугурт чўпи ёки шпилька билан) ёки чакалакзорларда югурганда дарахт шохчалари қулоқни ичига кириб кетиши натижасида содир бўлиши мумкин. Билар-билмас қулоқ ичидан ёт жисмни чиқариб олишга уринишлар ҳам шундай оқибатларга сабаб бўлади.

Клиник белгилари. Бемор қулоғи оғришига, қулоғи шанғиллашига ва эшитиши пасайганига шикоят қилади. Отоскопияда ноғора пардага қон қуйилганлиги, унда тирқишсимон тешик борлиги ва ноғора бўшлиғида гематома ҳосил бўлганлиги кўринади. Баъзан ноғора пардадаги тешик орқали ноғора бўшлиғининг қизарган шиллиқ пардаси ва унинг ички девори кўриниб туради. Тешиклар тирқишсимон, нуқтали, айлана, баъзан чети қийшиқ шаклда бўлиб, ноғора парданинг битта ёки ундан ортиқ қисмларини эгаллаши мумкин. Кўпинча ноғора парданинг одд-пастки қисми соҳаси йиртилади. Буғ, қайноқ сув ёки кимёвий модда таъсири натижасида ноғора парда тўлиқ тешилиши ёки эриб кетиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия текширувлари асосида қўйилади.

Даволаш тадбирлари ноғора пардадаги тешик орқали инфекцияни ўрта қулоққа тарқалишини олдини олишга қаратилади. *Қулоқни ювиш қатъий тақиқланади!* Биринчи тиббий ёрдам ташқи эшитув йўлига 5-7 кунга стерил пиликчани киритиб туришдан иборат. Ўрта қулоқни яллиғланишини олдини олиш мақсадида беморга антибиотиклар буюрилиб, эшитув найининг ўтказувчанлиги текширилади. Ноғора парданинг тешигини ўз-ўзидан битиши унинг ўлчамларига ва жароҳатнинг характериға боғлиқ бўлади. Механик жароҳат олган 55% беморларда ноғора пардадаги тешик ўз-ўзидан битиб кетади. Бу ҳол кўпинча тирқишсимон шаклдаги тешик ноғора парданинг 1/4 қисмини эгаллаганда кузатилади.

Ноғора пардадаги тешик ўз-ўзидан битмаган ҳолларда беморларда кейинчалик *мирингопластика* жарроҳлик амали бажарилади ва тешик турли пластик материаллар (меатотимпанал тўқима бўлаги, чакка мушагининг фасцияси, ишлов берилган бош мия пардаси ва ҳ.к.) ёрдамида ёпилади. Трансплантациядан сўнг 90% беморларда ижобий натижа қайд этилган.

Қулоқдан қон оқиши қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли ёки ноғора парданинг механик жароҳатларида, калла суяги асоси синганда (синиш чизиғи чакка суяги устидан ўтганда), бош мия қон томирлари (айниқса сигмасимон синус), ташқи ёки ички уйқу артериялари шикастланганда кузатилади. Бундан ташқари грипп ёки жарроҳлик амалидан сўнг асорат сифатида ривожланган

ўткир ва сурункали ўрта отитларда ҳам қулоқдан қон оқиши кузатилиши мумкин.

Қулоқдан қон оқишининг кескинлиги жароҳат майдонининг жойлашувига боғлиқ; ташқи қулоқ жароҳатида камроқ, чакка суяги ва ташқи эшитув йўли суяк қисмининг жароҳатида - кўпроқ қон оқиши кузатилади. Ноғора парда йиртилган ҳолларда бемор қулоғини оғришидан ва шанғиллашидан, эшитиш қобилияти пасайганлигидан шикоят қилади. Отоскопияда ноғора парда қизарганлиги, унга қон қуйилганлиги ва тирқишсимон ёки айлана шаклда йиртилганлиги кўринади.

Калла суяги асоси синган ва бош миянинг қаттиқ пардаси шикастланган ҳолларда қулоқдан нафақат қон, балки орқа мия суюқлиги ҳам оқади; беморнинг эшитиш қобилияти кескин пасаяди ёки йўқолади, баъзан юз асаб толасининг фалажи, бош айланиши, кўнгил айниши ва қусиш каби вестибуляр бузилишлар кузатилади.

Ўрта қулоқ томи ва туби шикастланган ҳолларда ноғора бўшлиғида қон тўпланади (*гемотимпанум*). Отоскопияда кўкимтир ноғора парда ташқи эшитув йўлига бўртганлиги, ноғора бўшлиғида қон тўпламининг сатҳи кўринади.

Гриппдан кейин ривожланган ўткир ўрта отитда қулоқдан қон оқиши асосий касалликнинг белгиси бўлиб, отоскопияда ноғора парда қизарганлиги, унинг эпителий қатлами кўчганлиги ва тўқ қизил қон пуфакчалари пайдо бўлганлиги кўринади.

Сурункали йирингли ўрта отит полип ўсиши билан кечганда ташқи эшитув йўлида бажарилган муолажадан сўнг (масалан, ташқи эшитув йўлига киритилган зонд полипга тегиб кетганда) қулоқдан кам миқдорда қон оқиши мумкин. Холестеатома ноғора бўшлиғининг олд деворида жойлашиб, ички уйқу артерия деворини емирган ҳолларда қулоқдан кўп миқдорда қон оқиши кузатилиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия, рентгенография, компьютерли томография текширувлари натижалари асосида қўйилади. Баъзан қулоқ ичида қон борлиги ташқи эшитув йўлини пахта ёки зонд билан тозалаш пайтида аниқланади. Калла асоси синганда бош мия қон томирларининг жароҳатини аниқлаш анча қийин.

Даволаш. Беморга қулоқдан қон оқишини тўхтатиш тадбирлари ўтказилади; томир ичига ёки мушак орасига қон оқишини тўхтатувчи дорилар (дицинон, этамзилат натрий) юборилади, ташқи эшитув йўлига ксероформга шимдирилган пиликча қўйилади. Зарурат туғилган ҳолларда умумий уйқу артерияси босилади ва бемор шошилинч равишда шифохонага юборилади. Оғир ҳолларда ташқи уйқу артерияси боғланади.

Ўрта қулоқ жароҳатлари калла суяги асоси синганда ва синиш чизиги чакка суяги устидан ўтганда ёки чакка суягининг тошсимон қисми узунасига синганда кузатилади. Бундай ҳолларда синиш чизиги ногора бўшлиғининг юқори девори ва ташқи эшитув йўли устидан ўтади.

Жароҳатдан сўнгги ўрта отит ўрта қулоқнинг оддий яллиғланишининг клиник манзараси каби кечади. Шу билан бирга у айрим хусусиятларга эга. Бундай ҳолларда ўрта отит калла суяги, бош мия, умуртқа поғонаси ва бошқа аъзолар жароҳати билан бирга кечади. Шунинг учун диагностик ва даволаш тадбирлари невропатолог, нейрожаррох, офтальмолог мутахассислари билан биргаликда олиб борилиши лозим. Калла суяги асоси ёки умуртқа поғонаси синган беморнинг боши ва гавдаси албатта ҳаракатсизлантирилиши лозим.

Ўрта қулоқ жароҳати ноғора парданинг йиртилиши билан кечган ҳолларда иккиламчи инфекция ноғора бўшлиғига ташқи эшитув йўли орқали, ноғора парда йиртилмаган ҳолларда - эшитув найи орқали тарқалиши ва яллиғланиш жараёнининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Инфекцияни ноғора бўшлиғига тарқалиши сўргичсимон ўсиқнинг очик шикастида ҳам кузатилади. Жароҳатдан сўнг организмнинг ҳимоя кучини пасайиши натижасида жароҳатдан сўнгги ўрта отит билан оғриган беморда мастоидит асорати ривожланиши мумкин.

Ўрта қулоқ жароҳатлари кўпинча эшитув суякчаларида ўзгаришлар билан бирга кечади. Бунда болғача ва сандончани синиши, чиқиши, силжиши, узангича асосини лабиринт дарчасидан чиқиб кетиши кузатилади. Шунга ўхшаш жароҳатлар калла суяги ва пастки жағ суяги жароҳатларида ҳам қайд этилади.

Ўрта қулоқ жароҳатида беморнинг қулоғидан қон, баъзан мия суюқлиги оқади, унда "зарарланган" томонга йўналган нистагм белгиси пайдо бўлиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, зарарланган майдонни кўздан кечириш, пайпаслаш, отоскопия, отомикроскопия, Стенверс бўйича чакка суяги рентгенографияси ёки компьютер томография, қон таҳлилари, орқа мия суюқлигининг таркибини текшириш, акуметрия, аудиометрия текширувлари натижалари асосида қўйилади. Эшитув суякчаларининг шикастланиши отоскопия ва отомикроскопияда, ноғора парда зарарланмаган ҳолларда - импендансометрия текширувлари ёрдамида аниқланади (D шаклидаги тимпанограмма). Айрим ҳолларда жароҳатнинг характери ва эшитув суякчалари занжирининг узилиши тимпанотомия ва тимпанопластика жарроҳлик амали пайтида аниқланади.

Даволаш. Очик жароҳатларда жароҳат майдонига бирламчи жарроҳлик ишлови берилади. Ташқи эшитув йўлига борат кислотасига шимдирилган бинт бўлаги киритилади, шикастланган қулоқ соҳасига асептик бойлам қўйилиб, яллиғланиш жараёнини олдини олиш мақсадида беморга антибиотиклар буюрилади. Эшитув суякчалари ва ноғора парда жароҳатланган ҳолларда ўрта қулоқнинг товушни ўтказиш фаолиятини тиклаш мақсадида ноғора бўшлиғида *тимпанопластика* жарроҳлик амали бажарилади.

Ички қулоқ жароҳатлари ўткир учли ёт жисм (тўғноғич, шпилька) ноғора бўшлиғи ва лабиринт дарчасини тешиб, қулоқ ичига чуқур суқилган ҳолларда

содир бўлади. Ўрта қулоқда бажарилган жарроҳлик амали пайтида ҳам ички қулоқ жароҳатланиши мумкин (масалан, ташқи ярим доира канал жароҳати ёки узангичани даҳлиз дарчасидан ажралиши). Калла суяги асосининг синиши чакка суяги пирамидасининг синиши билан кечган шикастларда ҳам ички қулоқ жароҳатланиши мумкин. Юқорида қайд этилган жароҳатлар қулоқнинг эшитиш ва мувозанатни сақлаш фаолиятини пасайиши, кескин вестибуляр реакциялар (бош айланиши, мувозанатни бузилиши, кўнгил айланиши ва ҳ.к.) билан кечади. Бундан ташқари, инфекцияни ички қулоқдан калланинг орқа чуқурчасига тарқалиши натижасида бундай беморларда калла ичи асоратлари ривожланиши мумкин.

Чакка суяги пирамидасини синиши кўпинча калла суяги асосининг синиши билан бир пайтда содир бўлади. Бундай синиш зарб пешона йўналиши бўйлаб, калланинг энса соҳасига тўғри келганда ёки бемор ияги соҳаси билан ерга йиқилганда юз беради ва синган суяк бўлаклари силжимаслиги билан бошқа суяк синишларидан фарқ қилади. Синиш чизигининг жойлашувига қараб чакка суяги пирамидасини синиши: *узун* ва *кўндаланг* синишларга бўлинади. Биринчи вазиятда ноғора бўшлиғининг томи ва ташқи эшитув йўлининг юқори девори шикастланса, иккинчисида - синиш чизиги пирамидани кўндаланг кесиб ўтганда ноғора парда шикастланмайди, лекин бошқа оғир клиник белгилар юзага келади. Чакка суяги пирамидасининг турли синишлари ўзига хос клиник белгилар билан кечади.

Чакка суяги пирамидасини узунасига синиши одатда калла суяги асоси кўндаланг синганда содир бўлади. Аксарият ҳолларда бундай беморларда ноғора пардани йиртилиши, қулоқдан қон, баъзан мия суюқлиги оқиши кузатилади. Беморда эшитув ва мувозанат аъзоларининг фаолияти бузилади, айрим ҳолларда улар сақланиб қолиши мумкин. Юмшоқ тўқиманинг шиши ва гематомаси юз асаб толасини босиши натижасида беморда юз асаб толаси қисман фалажи ёки фалажи ривожланади.

Чакка суяги пирамидасини кўндаланг синиши калла суяги асоси узунасига синганда содир бўлади. Бундай синишда одатда ноғора парда зарарланмайди, қулоқдан қон ёки мия суюқлиги ҳам оқмайди. Отоскопияда ноғора парда ўзгармаганлиги ёки ноғора бўшлиғида қон тўпланганлиги кўринади (*гемотимпанум*). Синиш чизиги ички қулоқ устидан ўтиши натижасида ички эшитув йўлидан ўтувчи асаб толалари жароҳатланади, беморда эшитув ва мувозанатни сақлаш аъзоларининг фаолияти бузилади, юз асаб толаси фалажи ривожланади.

Чакка суяги пирамидаси синганда инфекция ўрта ва ички қулоқдан калла бўшлиғига тарқалиши, беморда калла ичи асоратлари (отоген менингит, энцефалит ва бошқ.) ривожланиши мумкин.

Клиник белгилари. Жароҳатдан сўнг беморнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, унда спонтан вестибуляр реакциялар кузатилади (бош айланиши, спонтан нистагм, статик ва динамик мувозанатни йўқотилиши, кўнгил айланиши ва

қушиш). Қулоқдан қон ва мия суюқлиги оқаётганда (*ототиквореяда*) доқа боғламда ўзига хос доғ, яъни марказда қон доғи, унинг атрофида оч-сарик тасма шаклида мия суюқлигини доғи қолади. Беморда юз асаб толасининг фалажи, менингиал ва бош миянинг ўчоқли белгилари кузатилади. Зарарланган томонда товушни қабул қилиш тизимининг бузилиши ёки сенсоневрал паст эшитишлик, баъзан карлик ривожланиши мумкин. Лабиринт шикастланганда Вебер синамасида товуш соғлом қулоқ томон, лабиринт шикастланмаган ҳолларда, яъни ўрта қулоққа қон қуйилганда, товушни зарарланган қулоқ томон оғиши кузатилади. Калла суяги синган ҳолларда орқа мия суюқлигида қон аниқланади.

Ташиxis бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, отоскопия, пайпаслаш, перкуссия, вестибулометрия, акуметрия, аудиометрия, рентгенография ва компьютер томография текширувларининг натижалари асосида қўйилади. Беморнинг умумий аҳволини эътиборга олган ҳолда калла суяги рентгенографияси текшируви бажарилади. Лекин жароҳатдан сўнгги дастлабки кунларда чакка суяги рентгенографияси текширувини бажариш имконияти бўлмайди. Беморга невропатолог, нейрорарроҳ ва офтальмолог маслаҳати тавсия этилади.

Даволаш. Қулоқдан қон оқишини тўхтатиш мақсадида ташқи эшитув йўлига тоза стерил доқа ёки пахта бўлаги киритилиб, қулоқ соҳасига асептик бойлам қўйилади. Кейин боши ва буйин соҳасига корсет қўйилиб, чалканча ёткизилган ҳолатда бемор шифохонага юборилади. Йўлда силкинишлар, беморга бошни ҳаракатлантириш ва ёнбошига ётиш тақиқланади. Субарахноидал қон оқишига шубҳа туғилганда мия суюқлиги текширилади; калла ичи гематомаси аниқланганда эса беморда нейрорарроҳлик амали бажарилади. Кейинги даволаш тадбирлари беморнинг умумий аҳволи, шу жумладан касалликнинг неврологик белгилари эътиборга олинган ҳолда олиб борилади.

Мия суюқлигини оқиши одатда ўз-ўзидан тўхтади; баъзан мия суюқлиги босимини пасайтириш мақсадида томир ичига 25% магнелий сульфат юборилади, ташқи эшитув йўлига ёғли пиликча қўйилади. Агар қулоқдан орқа мия суюқлигини оқиши тўхтамаса, унда ўрта қулоқда жарроҳлик амали бажарилади ва бош мия қаттиқ пардаси очилиб, унинг тешилган жойи чакка суяги мушагидан олинган қийиқ билан ёпилади.

Чакка суяги шикастларининг оқибатлари калла суяги асоси синишининг характериға, муддатиға ва неврологик белгиларнинг ривожланишиға, яъни бош мия пардалари ва тўқимасининг жароҳатиға боғлиқ бўлади. Оғир аралаш жароҳатларда кўпинча жароҳатдан сўнгги дасталабки дақиқаларда ёки қисқа вақт ичида бош мияни ҳосил бўлган гематома билан босилиши, бош мия тўқимасининг шиши натижасида беморда ўлим ҳолати юз бериши мумкин. Бошқа ҳолларда жароҳатдан сўнг беморларда бош оғриғи, бош айланиши, эпилепсияға ўхшаш талваса ҳолатлари каби асоратлар кузатилиши мумкин.

ҚУЛОҚНИНГ ТЕРМИК ВА КИМЁВИЙ ЖАРОҲАТЛАРИ юқори ёки паст ҳароратнинг, кислота ёки ишкорли эритмаларнинг таъсири натижасида содир бўлади. Ташқи қулоқнинг термик жароҳати деярли доимо юз, бош ва бўйин соҳаси қуйишлари билан бирга учрайди.

Куйишларда қуйидаги клиник даражалар тафовут қилинади:

I даража - эритема, қулоқ супраси терисининг қизариши ва шиши;

II даража - шиш ва пуфакчаларни ҳосил бўлиши;

III даража – юқоридаги белгилар ва терининг юзаки некрози;

IV даража – юқоридаги белгилар ва терининг чуқур некрози.

Таърих анамнез маълумотлари, бемор шикоятлари ва клиник манзара асосида қўйилади.

Даволашда беморнинг умумий аҳволи, касалликнинг клиник белгилари, заҳарланиш даражасини ҳисобга олинган ҳолда амалга оширилади. Қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўли терисининг термик жароҳатларида биринчи тиббий ёрдам умумий жарроҳлик қоидалари бўйича олиб борилади. Мушак орасига оғриқсизлантирувчи дори воситалар (морфий, пантапон, промедол) юборилади. Маҳаллий даволаш усули оғриқни камайтириш, жароҳат майдонини некрозга учраган тўқималардан тозалаш, яллиғланишга қарши даволаш ва теридаги жароҳатни битишини тезлаштириш, чандиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш тадбирларидан иборат.

Жароҳат майдонига асептик шароитда ишлов берилиши лозим. Некрозга учраган тери қатламлари олиб ташлангандан сўнг куйган тери майдони натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан ювилиб, қуритилади ва спирт билан артилади. Ҳосил бўлган пуфакчалар ичидаги экссудатни чиқариш мақсадида пуфакчалар тешилади ёки қайчи билан кесилади. Бирламчи жарроҳлик ишловидан сўнг жароҳат майдонига асептик бойлам қўйилмайди, уни ўрнига буруштирувчи эритма - 5% танин, перманганат калийнинг оч пушти рангли эритмаси билан намланади ёки махсус лампа остида қуритилади.

Қулоқ супраси термик куйишининг I-II даражасини даволаш жараёнида асептика қоидаларига жиддий риоя қилинганда у 10-12 кун ичида иссиз битиб кетади. III-IV даражали куйишларда бемор қоқшолга қарши эмланади, некрозга учраган тўқималарни олиб ташлаш билан бирга тери аутотрансплантацияси жарроҳлик амали бажарилади. Некрозга учраган тўқималардан тозалаш пайтида антисептик малҳам (левомикол) ва кортикостероид дори моддалари (оксиказол аэрозоли, гидрокортизон суспензияси) ишлатилади. Куйишдан сўнг ривожланган перихондрит умумий тамойиллар бўйича даволанади. Чуқур куйишларда ташқи эшитув йўли атрезиясини олдини олиш мақсадида унинг ичидаги ортиқча яллиғланиш ўсмалари олиб ташланади, жойи эса 10 – 40 % кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилиб, ташқи эшитув йўлига биоинерт материалдан тайёрланган найча киритилиб, ташқи эшитув йўлининг териси эпителий билан қопланмагунча шу ерда қолдирилади. Қулоқнинг термик

куйиши ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши билан бирга учраган ҳолда йирингли ўрта отитни даволаш тадбирлари ўтказилади.

Қулоқнинг кимёвий куйишларда биринчи тиббий ёрдам нейтраллаштирувчи воситаларни зудлик билан қўллашдан иборат. Қулоқ супрасининг териси кислота эритмаси билан куйганда жароҳат майдони ишқорли эритма (2% натрий гидрокарбонат, магний оксиди, совун суви) билан, ишқор эритмаси билан куйганда эса 1-2% сирка ёки лимон кислотаси билан ювилади. Кейин бемор термик куйишларни даволаш қоидалари бўйича даволанади.

ҚУЛОҚ СУПРАСИ МУЗЛАШЛАРИДА куйидаги клиник даражалар тафовут қилинади:

I даража – терининг шиши ва кўкариши;

II даража - пуфакчалар ҳосил бўлиши;

III даража - тери ва тери ости ёғ тўқимасининг некрози;

IV даража - тоғай тўқимасининг некрози.

Таъхис анамнез маълумотлари, бемор шикоятлари ва клиник манзара асосида қўйилади.

Даволаш. Қулоқ супраси музлашида биринчи тиббий ёрдам уни илиқ (37° С) сув билан иситиш, спирт билан ишлов беришдан иборат. Қулоқ супраси қўл ёки юмшоқ мато билан ишқаланади. Терига жароҳат етказмаслик учун қулоқларни қор ёки дағал мато билан ишқалаш ман этилади. Терида пуфакчалар ҳосил бўлганда жароҳат майдонига буруштирувчи эритма ёки малҳам суртилади, пуфакчалар асептик шароитда очилиб, ичидаги экссудат чиқарилади. Кейин жароҳат майдонига антибиотик малҳами билан бойлам қўйилади.

Оғир ҳолларда некрозга учраган тўқималар олиб ташланиб, жароҳат майдонига Вишневский малҳами, левомиколга шимдирилган дока қийиқ қўйилиб, беморга антибиотиклар, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ, УБН) буюрилади. Музлашдан сўнг қулоқ супраси терисининг совуқ ва иссиқ ҳароратга сезгирлиги ошади. Музлашдан сўнгги веналар тромбози ёки қон айланишининг бузилиши натижасида қулоқ супрасининг ранги қизаради ёки кўкимтир тус олади.

ҚУЛОҚНИНГ АКУСТИК ЖАРОҲАТИ ўта кучли товуш тўлқинлари (120 ДБ) эшитув аъзосига қисқа муддатли ёки давомли таъсир этиши натижасида содир бўлади ва эшитув аъзоси фаолиятининг бузилиши билан намоён бўлади.

Бундай жароҳатлар ўткир ва сурункали акустик жароҳатларга бўлинади. *Ўткир акустик жароҳат* ўта кучли ва баланд тўлқинли товуш (портлаш, қулоқ супраси олдида ҳуштак чалиш) қисқа муддатли таъсир этиши натижасида содир бўлиб, оғриқ билан кечади.

Сурункали акустик, ёки шовкин таъсирида юзага келган жароҳатлар кўпинча тинч ҳаётда учрайди ва кучли товуш тўлқинларининг давомли таъсири натижасида ривожланади. Агар ўткир акустик жароҳат натижасида бузилган эшитиш қобилияти тикланса, сурункали акустик жароҳат спирал аъзонинг атрофиясига олиб келиши мумкин. Давомли шовқин ва вибрациянинг (масалан, тўқув

цеҳида, темирчилик устахонасидаги вибрация) биргаликда таъсири беморда эшитиш қобилиятини оғир бузилишларига олиб келади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланишини аниқлаш асосида қўйилади. Акустик жароҳатларда беморда одатда кондуктив паст эшитишлик ва суяк орқали эшитиш бўсағасини ошиши кузатилади.

Даволаш. Касб билан боғлиқ эшитув бузилишларининг бошланғич босқичида беморга касбни ўзгартириш ёки шахсий ҳимоя чораларини қўллаш тавсия қилинади. Бундай беморларга сенсоневрал паст эшитишликни даволаш тадбирлари буюрилади: В,С,А,Е гуруҳи витаминлар, тинчлантирувчи воситалар, меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилиш.

Касбий паст эшитишлик олдини олиш чоралари тиббий ва техник тадбирларга бўлинади. Тиббий тадбирларга шовқин билан боғлиқ ишлаб чиқариш корхоналарига ишга қабул қилинадиган шахсни тиббий кўрикдан ўтказиш ва махсус тестлар ёрдамида эшитув аъзосининг кучли товушдан чарчаш даражасини аниқлаш ишлари киради. Эшитиш қобилиятини тикланиши узок вақт давом этган шахслар шовқин шароитида меҳнат қилишга яроқсиз деб топилади. Корхона ходимларини оториноларингологик кўрикдан ўтказиб, уларнинг эшитиш даражасини ўз вақтида аниқлаш сенсоневрал эшитиш заифлигини олдини олишда муҳим профилактик аҳамиятга эга.

Техник тадбирларга ишчиларга таъсир этувчи товуш тўлқинининг кучини пасайтириш (товуш тўлқинларини ютиш ва тарқалишини чеклаш) чоралари киради. Ишлаб чиқариш корхоналарида юқори тўлқинли товуш кучи 90 - 100 дБ дан, ўрта частотали товуш кучи 85-90 дБ дан ва паст тўлқинли товуш кучи 75-85 дБ дан ошмаслиги талаб қилинади. Шахсий ҳимоя воситаларидан ишчиларга шовқинга қарши турли мосламалар тавсия этилади.

ВИБРАЦИОН (ЧАЙҚАЛИШ) ЖАРОҲАТ. Касалликнинг номидан билиниб турибдики, ушбу жароҳат турли механизмлар (асбоб-ускуналар, транспорт воситалари) тарқатувчи вибрацион тебраниш (чайқалиш) туфайли юзага келади. Вибрацияни ҳайвонларга таъсирини ўрганиш борасида олиб борилган экспериментал тажрибалар шуни кўрсатадики, чайқалиш таъсирида чиғаноқда (унинг чўққиси ва спирал аъзонинг ҳужайраларида, ҳамда чиғаноқ ва мувозанат ўзакларда) дегенератив ўзгаришлар содир бўлади. Ушбу ўзгаришларнинг характери вирациянинг кучи ва таъсирининг давомийлигига боғлиқ бўлади.

Даволаш. Узвий анатомик боғлиқликни ҳисобга олган ҳолда даволаш тадбирлари акуситик жарҳатни даволашдай олиб борилади. Фақат виброжароҳатни олдини олиш мақсадида вибрацияни изоляция қилиш, уни сўндириш ва ютиш чора-тадбирлари ҳам қўшилади.

БАРОЖАРОҲАТ. Барожароҳат атмосфера босимини кескин ўзгариши туфайли содир бўлади. Ўрта ва ички кулоқ бундай ўзгаришларга айниқса сезгир бўлади. Барожароҳатнинг икки тури тафовут қилинади. Биринчи вазиятда жароҳат босимни фақат ташқи эшитув йўлидаги ўзгариши натижасида, масалан кулоқ соҳасига қўл кафти билан урганда, Зигле пневматик воронкасини

ишлатганда ривожланади. Барожароҳатнинг иккинчи тури эса ташқи муҳит ва ноғора бўшлиғи босимлари орасидаги тафовут натижасида ривожланади, масалан учувчилар учганда, ғовослар сувга шўнғиганда ва ҳ.к. Баро- ва акустик жароҳатларни бирга кечиши яқин масофада портлаш содир этилганда ёйи ўқ отилганда кузатилади. Бундай бузилишларнинг негизида атмосфера босимини жуда тез ошиши ва кучли товушнинг тўсатдан таъсири ётади.

Барожароҳатда отоскопия манзараси ноғора пардани қизариши, тўқимасига қон қуйилиши; баъзан йиртилишлар ёки ноғора пардани тўлиқ нобуд бўлиши билан намоён бўлади. Жароҳатдан сўнг 2 кун давомида яллиғланиш белгилари кузатилмаслиги, кейинчалик иккиламчи инфекцияни қўшилиши натижасида яллиғланиш жараёни ривожланиши мумкин. Ноғора бўшлиғига қон қуйилиб, ноғора парда йиртилмай қолган ҳолларда унинг ранги тўқ-қўқимтир бўлади.

Барожароҳат ички қулоқ ва марказий асаб тизимининг қатор функционал бузилишлари билан кечади. Беморда қулоқларни жангиллаши, эшитувни пасайиши, бош айланиши ва кўнгил айланиши пайдо бўлади. Баъзан эс-хушини йўқотилиши кузатилади.

Барожароҳатда эшитувни пасайиш даражаси турлича бўлиб, эшитув аъзосининг қайси қисми зараргалигига боғлиқ бўлади. Баъзан ҳалқум муртаги ёки най ёстикчасининг гипертрофияси туфайли эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилган болаларда барожароҳат самолётда парвоз этганда ривожланади.

Даволаш. Ноғора пардани йиртилиши, қулоқдан қон оқиши ёки ноғора парда-нинг тўқимасига қон қуйилиши билан кечган барожароҳатда биринчи тиббий ёрдам ташқи эшитув йўлини зондга ўралган стерил пахта ёрдамида эҳтиёткорлик ва синчковлик билан қон лахталаридан, ёт жисмлардан (портлаш пайтида қулоқ ичига тўпроқ кириши мумкин) тозалашдан иборат. Қулоқни ювиш қатъиян ман этилади, чунки бу ноғора бўшлиғини яллиғланишига олиб келиши мумкин. Ташқи эшитув йўли тозалангандан сўнг унинг терисига спиртга шимдирилган пахта бўлағи билан ишлов берилади, кейин жароҳат майдонига учта сульфаниламид доридан тайёрланган кукун сепилади. Инфекция тушишини олдини олиш ва қон кетишини тўхтатиш мақсадида ташқи эшитув йўлига қуруқ стерил тикмалар киритилади. Муолажалар ҳар куни бажарилади.

Ички қулоқнинг функционал бузилишлари (бош айланиши ва ҳ.к) пайдо бўлган ҳолларда бемор албатта тўшакда ётиши талаб этилади. Унга умумий қувватловли ва яллиғланишга қарши терапия буюрилади. Даволашнинг 6-кунидан бошлаб даволаш тадбирлари у ёки бу аъзонинг зарарланишига қараб олиб борилади. Жароҳатнинг характери ва кескинлигига қараб бемор поликлиника ёки шифохона ша-роитида даволанади.

Барожароҳатни олдини олиш тадбирлари атмосфера босимини аста-секин ўзгаришини таъминлаш, эшитув найининг меъёрий фаолиятини сақлашдан

иборат. Шахсларни учувчилик, ғоввослик касбига танловдан ўтказиш ҳам муҳим профилактик аҳамиятга эга.

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИНИНГ ЧИПҚОНИ (*furunculus meatus acustici*) – тоғай-парда бўлимида жойлашган соч фолликулалари ҳамда атрофдаги бириктирувчи тўқиманинг ўткир йирингли-некротик яллиғланиши бўлиб, ташқи эшитув йўлининг тери ва тери ости ёғ тўқимасининг чегараланган яллиғланиши билан кечади. Ташқи эшитув йўлининг яллиғланиши, яъни ташқи отитнинг икки шакли: *чегараланган* (жараёни фақат тоғай парда қисмига тарқалиши) ва *тарқоқ* (жараёни суяк қисмига ҳам тарқалиши) тафовут этилади.

Ташқи эшитув йўлининг суяк қисмида соч фолликулалари йўқлиги сабабли бу майдонда чипқонлар пайдо бўлмайди. Инфекция (кўпинча *S. aureus*, кўк йирингли таёқча, стафилококklar) теридаги соч фолликулаларига ташқи эшитув йўлини шпилька ёки бошқа бирор ўткир жисм билан жароҳатланганда тарқалади. Шу сабабдан касаллик қулоғидан вақти-вақти билан йирингли ажралма оқадиган беморларда учрайди. Шамоллаш, модда алмашинуви, хусусан углеводлар алмашинувини бузилиши, нотўғри овқатланиш, гиповитаминоз каби умумий омиллар ташқи эшитув йўли чипқонининг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Ташқи эшитув йўли чипқонининг етакчи белгиси - бу кескин оғриқ бўлиб, у тишлар ва кўзлар соҳасига, бўйинга, баъзан бошнинг барча қисмларига тарқалади. Оғриқ гапирганда, чайнаганда, қулоқ дўмбоқчаси ва ташқи эшитув йўлининг пастки девори босилганда, қулоқ супраси тортилганда зўраяди. Чипқон ташқи эшитув йўлининг барча деворларида ривожланиши мумкин. Оғриқ туфайли отоскопия эҳтиётлик билан, кичик қулоқ қадоқчаси (воронкаси) ёрдамида бажарилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўлида яллиғланган ва қизарган терида шиш ҳосил бўлиб, унинг йўлини торайганлиги кўринади. Баъзан ташқи эшитув йўлида бир нечта чипқонлар пайдо бўлиши мумкин. Ноғора пардада ўзгариш кузатилмайди, беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, енгил пайпасланганда оғрийди. Баъзан яллиғланиш жараёни қулоқ супраси атрофидаги юмшоқ тўқималарга, сўрғичсимон ўсиқ соҳасига тарқалиши мумкин. Чипқон ташқи эшитув йўлининг олд ёки пастки деворидаги санторий тирқишлари соҳасида жойлашганда инфекция қулоқ олди безига тарқалиши ва яллиғланиш жараёнига сабаб бўлиши мумкин.

Беморнинг тана ҳарорати бироз кўтарилиб, қалтираш кузатилиши мумкин. Мувоффақиятли даволанган ташқи эшитув йўлининг чипқони инфильтрация босқичида сўрилиб кетиши мумкин. Бошқа ҳолларда касалликнинг 5-7 кун ичида чипқоннинг чўққиси ёрилиб, ташқи эшитув йўлига қон аралаш йирингли ажралма ва некрозга учраган чипқон ўзаги ҳам оқиб чиқади. Шундан сўнг оғриқ камайиб, беморнинг аҳволи бироз яхшиланади. Касаллик баъзан қайталаниши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия ва аудиометрия, объектив текширув (қулоқ думбоғи босилганда ва чайнаганда оғриқни пайдо бўлиши) натижалари асосида қўйилади. Чипқон ташқи эшитув йўлининг кириш жойида жойлашганда у тиббий асбобларсиз, қолган ҳолларда кичик қулоқ қадоқчаси ёрдамида кўздан кечирилади. Касалликни бошида чипқоннинг ўзаги очилгандан сўнг шиш устида кратерсимон чуқурлик ва ундан оқаётган йирингли ажралма кўзга кўринади.

Ташқи эшитув йўлининг чипқони мастоидит касаллигидан фарқланади. Чипқонда оғриқ ва шиш асосан қулоқ супрасининг бирикиш майдонида, мастоидитда эса сўрғичсимон ўсиқ соҳасида жойлашади. Мастоидитда қулоқ орқасидаги шиш босилганда бармоқ изи қолмайди, чипқон майдони босилганда эса чуқур бармоқ изи қолиб, у биров вақт кўриниб туради. Бундан ташқари, мастоидитда ташқи эшитув йўли суяк қисмининг орқа-юқори девори осилганлиги, чакка суяги рентгенограммасида - сўрғичсимон ўсиқнинг ҳаволи катакларида ҳаво зичлиги камайганлиги ва қулоқнинг эшитиш қобилияти пасайганлиги аниқланади. Чипқонда эса отоскопияда ноғора пардада ўзгариш кузатилмайдиган, беморнинг эшитиш қобилияти бузилмайдиган.

Қандли диабет касаллигини инкор этиш учун қон ва сийдикда глюкозанинг миқдори, зарурат туғилганда микрофлора ва унинг антибиотикларга сезгирлиги текширилади.

Даволаш. Касалликнинг дастлабки кунларида беморга антибиотиклар буюрилади: мушак орасига ампициллин 500 000 ТБ дан кунига 4-6 маҳал, ичишга оксациллин, аугментин болаларга 375 мг, катталарга 625 мг дан 3 маҳал, цефалоспоринлар гуруҳи антибиотиклари - цефалексин, цефазолин. Ташқи эшитув йўлига борат кислотанинг 3% ли спиртли эритмасига шимдирилган пахта пиликча киритилади. Беморга тана ҳароратини пасайтирувчи ва оғриқни қолдирувчи дорилар - панадол, эффералгон, аспирин, парацетамол тавсия қилинади. Десенсибилизация мақсадида ва яллиғланишга қарши 1% ли кальций хлорид эритмасидан болаларга 7-10 мл/кг миқдорда, катталарга 300-400 мл гача 1дақиқада 40-50 томчи тезлигида вена ичига юбориш тавсия этилади. Бундан ташқари беморга пипольфен, супрастин, стафилококка қарши анатоксин ёки гамма-глобулин, витаминлар ва физиотерапия муолажалари (УВН,УВЧ,СВЧ) буюрилади.

Чипқонни очиш муолажаси чипқон хуппозлашганда (одатда касалликнинг тўртинчи кун), оғриқ кучайганда, атроф тўқима инфильтрацияси ва маҳаллий лимфаденит кескинлашганда бажарилади. Маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида чипқон чўққи соҳасида кесилиб, ўзаги ва йирингли ажралма чиқарилиб, ўрнига резина чиқаргич киритилади; ташқи эшитув йўлига гипертоник эритмага шимдирилган пиликча қўйилади ва у ҳар 3-4 соатда алмаштириб турилади.

Лимфотроп усулда кулоқ супрасининг орқа ёки пастки асосининг териси остига антибиотик (масалан, 1 мл 0,5% ли новокаида эритилган 1 мл линкомицинни) эритмасини юбориш яхши самара беради

ТАРҚОҚ ТАШҚИ ОТИТ (*otitis externa diffusa*) - *ташқи эшитув йўли терисининг йирингли тарқоқ яллиғланиши бўлиб*, унинг ривожланишига турли механик, термик ва кимёвий жароҳатлар, йирингли ўрта отит сабаб бўлади. Бунда яллиғланиш жараёни тарқоқ характерга эга бўлади.

Касалликни грамм-мусбат флора, *Pseudomonas aeruginosa*, *S. pyogenes* ёки аралаш микрофлора ва замбуруғлар қўзғатади. Организмда углеводлар алмашинувининг бузилиши, иммунитетнинг сусайиши, қандли диабет ва аллергик касалликлар диффуз ташқи отитнинг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Ташқи тарқоқ отит ўткир ёки сурункали шаклда кечади. Касалликнинг *ўткир* кечимида ташқи эшитув йўлининг териси дастлаб қичийди, кейинчалик оғриқ белгиси қўшилиб, кулоқ дўмбоқчаси босилганда яллиғланган кулоқ оғрийди, ундан йирингли ажралма оқади. Отоскопияда ташқи эшитув йўли тоғай-парда қисмининг териси қизариб, шишганлиги, ёриги торайиб унда кўчган эпидермис қатлами ва йирингдан ҳосил бўлган бадбўй бўтқасимон ажралма тўпланганлиги, ногора парда ҳам бироз қизариб, кўчган эпидермис билан қопланганлиги кўринади.

Қиёсий таъхис. Ташқи диффуз отитни биринчи навбатда ўрта кулоқ касалликлари, отомикоз ва вирусли отитлардан фарқлаш лозим. Ташқи эшитув йўлининг тарқоқ яллиғланиши билан оғриган беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди. *Замбуруғли ташқи отитни* инкор этиш мақсадида микологик текширув ўтказилади. *Вирусли отитда* ўзига хос герпетик тошма тошади, кулоқ супрасининг орқа юзасида, кулоқ солинчаги ва ташқи эшитув йўлининг орқа деворида майда пуфакчалар, *гриппдан сўнгги отитда* эса геморрагик пуфакчалар пайдо бўлади. Вирусологик текширув аниқ таъхис қўйишга ёрдам беради.

Ташқи кулоқ экземасида қизариш ва шиш туфайли кулоқ супраси қалинлашиб, эшитув йўли кескин тораяди, ташқи эшитув йўлининг терисида кичик серозли пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар ёрилганда кулоқдан серозли экссудат оқиб, терининг ҳўл юзасида сарғиш-қулранг пўстлоқлар қўзга ташланади. Пўстлоқлар тўплами ташқи эшитув йўлини қисман ёки тўлиқ ёпиб қўйиши мумкин. Бемор кулоғи тинимсиз қичишига шикоят қилади.

Даволаш. Беморга витаминларга бой, углеводлар миқдори чекланган парҳез таомлар тавсия этилади. Ўткир ва ширин таомларни истеъмол қилиш чегараланади. Гипосенсибилизация (*Calcii gluconici* 0,5 г дан 3-4 маҳал ичиш) ва яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари ўтказилади. Ташқи эшитув йўли фурацилин эритмаси (1:5000) билан яхшилаб ювилиб қуриштилади, кейин унга сафродекс томчилари томизилади. Кулоқни кичишини камайтириш учун унга 1% ментол томчиси, 1-2% салицилат кислотаси, 2% сульфатиозол, 1-2% сариқ симоб ва 2-5% оқ симоб, гиоксизон ёки преднизолон, гидрокортизон, белогент, белодерм, целестодерм-В ва бошқа глюкокортикоид малҳамлар суртилади.

Беморга УВЧ,УБН, гелий-неон лазер нури каби физиотерапевтик муолажалар буюрилади.

Касалликнинг сурункали кечимида вакцинотерапия, стафилококка қарши анатоксин, аутогемотерапия, витаминотерапия ўтказилади. Маълумки, қандли диабет билан оғриган беморларда ташқи диффуз отитнинг сурункали шакли кўп учрайди ва узоқ вақт давом этади. Уни даволашда одатдаги дори-дармонлар яхши натижа бермайди. Бундай ҳолларда С.А.Хасанов таклиф этган усул бўйича ташқи эшитув йўлига инсулин эритмасига шимдирилган пахта пиликчаси қўйилади ва ҳар 4-6 соатда 4-5 томчидан инсулин томизилиб турилади. Маҳаллий усулда қўлланилган инсулин рецепторларга таъсир кўрсатиб, ҳужайралар оралиғидаги глюкозани ҳужайра ичига киришини ва ҳужайрадаги гликолиз жараёни меъёردа кечишини таъминлайди. Қулоқ супраси орқа-пастки бурмасининг териси остига 0,5% новокаинда эритилган антибиотик лимфотроп усулда юборилади. Касалликни олдини олишда гигиена қоидаларига риоя қилиш муҳим аҳамиятга эга.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ САРАМАСИ (*erysipelas*) – бу ташқи қулоқ терисидagi юзаки лимфатизимининг яллиғланиши билан кечувчи тери ва тери ости ёғ тўқимасининг ўткир инфекция - аллергия касаллиги бўлиб, бирламчи ёки юз ва бош терисидан тарқалган иккиламчи касаллик сифатида ривожланиши мумкин. Касалликни кўпинча А гуруҳига мансуб бетта-гемолитик стрептококк қўзғатади. Иммунобиологик ҳимоя механизмларининг бузилиши, терини шилиниши, айниқса қулоқдан йиринг оқиши натижасида қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўлига инфекцияни тарқалиши сарамас жараёнининг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Бемор қулоғи қизиб оғришига шикоят қилади. Қулоқ



36-расм.Ташқи қулоқ сарамаси

супраси кескин қизариб, шишади, пайпасланганда оғрийди, шиш қулоқ солинчагига ҳам тарқалади. Зарарланган майдон қизил ранги ва шиши билан соғлом теридан кескин ажралиб туради. Сарамаснинг буллёз шаклида терида серозли пуфакчалар ҳосил бўлади. Беморнинг тана ҳарорати 39-40°C га кўтарилади, боши оғрийди, қалтираш кузатилади. Касаллик 3-5 кун давом этиб, соғайиш билан тугайди. Баъзан жараён қайталаниб туриши, сўрғичсимон ўсиқ ёки ноғора пардага тарқалиши мумкин (36-расм).

Қиёсий таъхис. Сарамасни кўпинча қулоқ супраси хондроперихондритидан фарқлашга тўғри келади. Сарамасда яллиғланиш жараёни қулоқ супрасининг солинчак қисмига ва атроф тери майдонига тарқалади. Хондроперихондрит эшитув йўли соҳасининг оғриши билан бошланиб, ташқи қулоқ аввал оғрийди, сўнгра унда пуфакчалар пайдо бўлади. Ундан кейин пайдо бўлган шиш қулоқ

супрасининг барча майдонларига (солинчак қисмидан ташқари) тарқалиб, дастлаб ғадир-будир характерга эга бўлади. Кейинчалик тоғай ва тоғай усти пардаси орасида йирингли экссудат тўпланиб, пайпасланганда лўқиллаш ва қулоқ супрасининг кескин оғриши қайд этилади.

Даволаш. Инфекция тарқалишини олдини олиш мақсадида ташқи қулоқ сарамаси билан оғриган бемор алоҳида хонага ётқизилади. Унга антибиотикотерапия, яъни мушак орасига ампициллин юбориш, амоксициллинни 3 маҳал овқатдан олдин ичиш, аугментин 375 ёки 625 мг таблеткасида 3 маҳал ичиш ёки мушак орасига ҳар 8 соатда юбориш тавсия этилади. Бундан ташқари беморга гипосенсибилизация воситалари (вена ичига 1% кальций хлорид эритмасини 7-10 мл/кг ҳисобида юбориш, супрастин ёки пипольфенни қўллаш), витаминлар, биологик фаоллаштирувчи дорилар буюрилади. Маҳаллий усулда қулоқ соҳасига УБН физиотерапия муолажаси ва пенициллин гуруҳига мансуб антибиотик малҳамини суртиш тавсия этилади.

ОТОМИКОЗ (*otomycosis*) – ташқи ва ўрта қулоқ, ҳамда жарроҳлик амалидан сўнгги бўшлиқларнинг замбуруғли яллиғланиши.

Этиологияси. Касалликни *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*, *Rizopus*, *Candida* замбуруғлари, баъзан бактерия ва замбуруғларнинг аралаш флораси (масалан, *Candida* билан тилларанг ёки эпидермал стафилококк) қўзғатади. Этиологик жиҳатдан турлича бўлган отитларнинг 25-30% да микологик зарарланиш қайд этилади. Отомикознинг ривожланишига ташқи эшитув йўлининг дерматити, экземаси, сурункали йирингли ўрта отит ва микрожароҳатлар сабаб бўлади. Бундан ташқари узоқ вақт давомида маҳаллий ёки умумий антибиотикотерапияни ёки гармонотерапияни қўллаш, модда алмашинувининг бузилиши, организмдаги иммунитет танқислиги ҳам отомикознинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Бунга ташқи эшитув йўлида мавжуд бўлган қуйидаги шароит ёрдам беради: замбуруғларни кислород ва карбонат ангидрид билан таъминлаб турувчи атмосфера ҳавоси борлиги, қуёш нурлари тушмаслиги, юқори намлик ва ҳароратни доимо бир хил бўлиши. Бундай шароитда ривожланган замбуруғлар ташқи эшитув йўлида қалин мицелий тўрларини ҳосил қилиб, терини яллиғланишига сабаб бўладилар.

Клиник белгилари. Касаллик аста-секин бошланиб, замбуруғ мицелияси тери ичига ўсиб борган сари унинг белгилари зўрайиб боради. Отомикознинг клиник белгилари ташқи эшитув йўли терисининг нафақат механик зарарланиши, балки замбуруғларнинг ферментатив ва токсик таъсири туфайли юзага келади. Бемор қулоғи қичишидан, оғришидан, битишидан, шанғиллашидан, қулоғидан бироз ажралма оқишидан шикоят қилади. Баъзан зарарланган қулоқ томонида бош оғриғи кузатилиши мумкин.

Отоскопияда ташқи эшитув йўли деворларининг териси қизариб, шишганлиги, унда ўзига хос ажралма борлиги кўринади. Қулоқ ажралмасининг ранги замбуруғларнинг турига қараб қорамтир (*Aspergillus*

niger), сарғиш ёки яшил (*Aspergillus flavus*), кулранг-қора (*Aspergillus fumigatus*) бўлиши мумкин. *Penicillium* замбуруғлари сабаб бўлган отомикозда ташқи эшитув йўлида сарғиш ҳидсиз суюқ серозли ажралма, юмшоқ оқ-сарик осон кўчувчи пўстлоқлар ҳосил бўлади. *Candida* замбуруғлари кўзғатган кандидомикознинг клиник белгилари ташқи қулоқ экземасини эслатади, яъни ташқи эшитув йўлида (кўпинча тоғай-парда қисмида) оқиш ёки сарғиш пўстлоқлар, кепаксимон тангачалар ёки ташқи эшитув йўлининг ёриғини ёпиб турувчи юмшоқ ҳидсиз оқиш ажралма борлиги кузатилади. Аспергиллёз жараёни эса асосан ташқи эшитув йўлининг суяк қисмида жойлашади.

Ташиxis бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, клиник белгилари, отоскопия манзараси, қулоқ ажралмасининг ўзига хос ранги, микроскопияси ва микологик текширув натижалари асосида қўйилади.

Даволаш тадбирлари организмнинг умумий ҳолатини, касалликнинг клиник белгиларини ва замбуруғ турини эътиборга олган ҳолда олиб борилади. Беморга умумий ва маҳаллий усулда замбуруғларга қарши даволаш тадбирлари буюрилади. Дастлаб ташқи эшитув йўли антисептик эритма билан ювилади ва обдон қурилади. Бунда калий перманганат эритмасидан фойдаланиш мумкин. Кейин ташқи эшитув йўлига замбуруғга қарши дори билан шимдирилган пахта пиликча киритилади ва кунига 2-3 марта алмаштириб турилади. Бундан ташқари, 2-3 ҳафта давомида флавофунгин, орунгал, нистатин, низорал, дифлюкан таблеткаларини кунига 2-3 маҳал, ламизил таблеткасини кунига 1 маҳал овқатдан олдин ичиш, ташқи эшитув йўлига ламизил малҳамини ёки нитрофунгин эритмасини суртиш, 10% димексид эритмаси билан кунига 3 маҳал пиликча қўйиш тавсия қилинади.

Аллергик ҳолатларда беморга димедрол 0,05г дан 2 маҳал; супрастин 0,025 г дан 2 маҳал; 5-10% кальций хлор эритмасини 1 ош қошиқдан 3 маҳал; кальций глюконат таблеткасини 0,5 г дан 3-4 маҳал овқатдан олдин ичиш ва парҳезга риоя қилиш тавсия этилади.

Гигиена қоидаларига риоя қилиш, касалликларни даволашда антибиотиклардан ва гормонлардан тўғри фойдаланиш, организмнинг ҳимоя кучини ошириш тадбирлари отомикознинг олдини олишга ёрдам беради.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ ЭКЗЕМАСИ (*eczema*) - ўткир яллиғланиш белгилари билан кечган, қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўли терисининг таъсирланиши ва инфекция тушиши натижасида ривожланган сурункали касаллик. Ўткир ва сурункали ўрта отитда қулоқдан оқаётган йирингли ажралма, таркибида йод бор дори моддалар, кўмир ва цемент чанги, об-ҳавонинг юқори намлиги қулоқ супрасининг терисига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ташқи қулоқ экземаси организмнинг айрим моддаларга нисбатан сезгирлигини ошиши ёки умумий касалликларнинг (қандли диабет, подагра ва бошқ.) белгиси сифатида намоён бўлиши ҳам мумкин. Маҳаллий иммунитетнинг сусайиши, сурункали тери касалликлари (микробли, замбуруғли, вирусли), сурункали инфекция

ўчоқлари (тонзиллит, холецистит) ва сил касалликлари ташқи қулоқ экземасининг ривожланишига ёрдам беради.

Болаларда кўпинча ҳўл экзема учрайди. Унинг ривожланишига экссудатив диатез, рахит, ичак касалликлари, узоқ вақт турли дорилар билан даволаш, болани ҳаддан ташқари иссиқ қийинтириш каби омиллар ёрдам беради.

Клиник белгилари. Ташқи қулоқ экземасининг ўткир ва сурункали, чегараланган ва тарқоқ, ҳўл ва қуруқ шакллари тафовут қилинади.

Ўткир ташқи қулоқ экземасида терининг асосан юзаки қатламлари, сурункали экземада – унинг чуқур қатламлари зарарланади. Ўткир экземада қизариш ва инфильтрация туфайли қулоқ супраси қалинлашиб, эшитув йўли кескин тораяди, терида кичик серозли пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар ёрилгандан сўнг қулоқдан серозли экссудат оқади, ажралма қуригандан сўнг терининг ҳўл юзасида сарғиш-қулранг пўстлоқлар ҳосил бўлади. Пўстлоқлар тўпланиб ташқи эшитув йўлини ёпиб қўйиши мумкин. Бемор қулоғи тинмай қичишига шикоят қилади. Иккиламчи инфекцияни қўшилиши чегараланган ёки тарқоқ ташқи отитнинг ривожланишига олиб келади.

Умумий касалликларда ташқи қулоқ экземаси кўпинча сурункали кечади ва кайталаниб туради; қулоқ супраси қалинлашиб, ташқи эшитув йўли кириш қисмининг терисида ёриқ йўлакчалар ҳосил бўлади.

Таиҳис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, унинг сабаблари ва аллергик омилни аниқлаш, отоскопия, бактериологик, микологик ва бошқа лаборатория текширувлари натижаси асосида қўйилади.

Қиёсий таиҳис. Ташқи қулоқ экземасини ташқи қулоқ сарамаси, чегараланган ва тарқоқ ташқи отит ва отомикоздан фарқлаш лозим. *Сарамасда* зарарланган майдон пайпасланганда кескин оғрийди, унинг чегараси, яъни деморкация чизиғи кўзга ташланиб туради; экземада бу белги кузатилмайди. *Отомикоз* касаллиги беморнинг ўзига хос шикоятлари, отоскопия ва микологик текширувларининг натижаларида асосида аниқланади.

Даволаш тадбирлари касалликнинг ривожланишига сабаб бўлган асосий касалликни даволашдан бошланади ва турли эндоген ва экзоген омиллар таъсири бартараф этилади; хусусан, ўрта қулоқнинг йирингли касалликлари даволанади, сурункали инфекция ўчоқлари соғломлаштирилади, углеводлар алмашинуви тикланади. Беморга пархез таомлар тавсия қилинади (туз, углеводлар, спиртли ичимликлар, қовурилган ва дудланган қўй ёки товуқ гўшти, анжир, писта, бодом каби маҳсулотларни истеъмол қилиш чекланади). Қулоқ супраси ҳар куни тозалангандан сўнг унга талък ёки руҳ оксидининг кукуни сепилади. Ҳўл экземада кортикостероид аэрозоллари ва малҳамлари (оксикорт аэрозоли ва малҳами, гиоксизон, преднизолон, элоком, целестодерм, дипросалик, тридерм малҳамлари) буюрилади. Ташқи эшитув йўлига 2-3% ли кумуш нитрати, 1-2% ли бриллиант яшил эритмалари билан ишлов бериш яхши натижа беради. Пўстлоқлар аввал вазелин ёғи билан юмшатилиб, кейин олиб ташланади. Беморга десенсибилизацияловчи (димедрол, диазолин,

супрастин, фенкарол, гистолан, аналергин, кларитин, лоратадь, кальций глюконат, кальций хлорид) ва кортикостероид дори воситалари тавсия этилади. Зарур бўлса, аутогемотерапия, витаминлар, УБН, УВЧ, лазер- ёки магнитолазеротерапия физиотерапия муолажалари буюрилади.

Ташқи қулоқ экземасини олдини олиш учун касалликнинг ривожланишига сабаб бўлган омиллар бартараф этилиши лозим. Ташқи эшитув йўлини сув билан ювиш тақиқланади, чунки сув ва сувли эритмалар касалликни авж олишига олиб келади. Ўткир ёки сурункали ўрта отит билан касалланган ва қулоғидан тинимсиз йиринг оқадиган беморларни тўғри даволаш муҳим аҳамиятга эга. Бундай беморларга тозаликка риоя қилиш тавсия қилинади.

ҚУЛОҚ СУПРАСИ ПЕРИХОНДРИТИ (*perichondritis auriculae*) - қулоқ супраси тоғайи ва тоғай усти пардасининг яллиғланиши.

Касалликни кўк йирингли таёқча (*P.aeruginosa*) кўзғатади. У қулоқ супрасининг турли жароҳатида инфекцияни тоғай усти қаватига тарқалиши натижасида ривожланади. Перихондрит ташқи эшитув йўли чипқони, грипп ва сил касаллигининг асорати сифатида ҳам ривожланиши мумкин.

Клиник белгилари. Перихондритнинг дастлабки белгиси - бу қулоқ супраси ёки ташқи эшитув йўли соҳасининг аввал оғриши, кейинчалик ушбу майдоннинг терисида пуфакчалар пайдо бўлишидир. Пайдо бўлган шиш қулоқ супрасининг барча майдонларига (солинчак қисмидан ташқари) тарқалиб, дастлаб ғадир-будир характерга эга бўлади. Кейинчалик тоғай ва тоғай усти пардаси орасида йирингли экссудат тўплиниб, пайпасланганда лиқиллаш ва қулоқ супрасининг кескин оғриши аниқланади. Беморга ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатилмаган ҳолларда жараён тоғайнинг емирилишига олиб келади. Бунинг оқибатида қулоқ супраси чандиқланади, бужмаяди, унинг шакли кескин ўзгаради (37-расм). Серозли перихондрит енгилроқ кечади.



37-расм. Қулоқ
супраси
перихондрити

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, объектив тек-ширув натижалари асосида қўйилади. Касалликнинг бошланғич белгиларини қулоқ супраси сарамасидан ва отгематомадан фарқлаш лозим, бунда асосан этиологик омил эътиборга олинади. Сарамасда зарарланган майдоннинг чегараси, яъни деморкация чизиғи кўзга ташланиб туради, яллиғланиш жараёни эса қулоқнинг солинчак қисмига ва атроф тери соҳаларига тарқалиши билан ажралиб туради. Отгематома қулоқ супраси юқори қисмининг олд юзасида жойлашган тўқ қизил ёки кўкимтир силлиқ шиш шаклида бўлиб, одатда

оғримайди.

Даволаш. Беморга яллиғланишга қарши маҳаллий ва умумий терапия буюрилади: 7 кун давомида мушак орасига ампициллин, цефамизин, клафоран юбориш, аугментин 0,375 ёки 0,625 г 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ичиш. Бир вақтнинг ўзида қулоқ супрасига 1% ли полимиксин, синтомицин, левомикол,

гиоксизон малҳамлари, 5% ли йод, 10% ли кумуш нитрат эритмалари суртилади, 10% димексидга шимдирилган бойлам қўйилади. Беморга УБН, УВЧ ёки СВЧ, ультратон физиотерапия муолажалари тавсия қилинади. Қулоқ супраси атрофи териси остига кунига 1 марта лимфотроп усулда 0,5% новокаинда эритилган антибиотик юборилади. Бундан ташқари даволашда тиббий зулукдан фойдаланиш ижобий натижа беради.

Зарарланган майдонда лиқиллаш белгиси аниқланганда қулоқ супрасининг териси кенг кесилиб, некрозга учраган тўқималар олиб ташланади. Ҳўппоз бўшлиғининг ичига антибиотик ёки гипертоник эритмага шимдирилган тикма қўйилади ва резина чиқаргич ўрнатилади. Жароҳат майдонига асептик бойлам қўйилади. Тикма ҳар 3-4 соатда, бойлам – кунига бир марта, оғир ҳолларда – кунига 2 марта алмаштириб турилади. Ажралма оқиши тўхтагандан сўнг жароҳат майдонига босувчи бойлам қўйилади.

ҚУЛОҚ КИРИ (*серитен*) – ташқи эшитув йўлида тоғай-парда бўлимининг безлари ишлаб чиқарган чирк моддаси ва кўчган эпидермис қатламини тўпланиши. Меъёردа ташқи эшитув йўли безларининг ажралмаси, яъни чирк моддаси қуриб, кичик тўплам ёки пўстлоқ шаклида чайнаш ёки гапириш пайтида чакка-пастки жағ бўғими ва ташқи эшитув йўли олд девори ҳаракатланиши туфайли ташқарига чиқарилади. Ташқи эшитув йўлида қулоқ кирини тўпланишига чирк моддаси ишлаб чиқарилишининг ошиши, ташқи эшитув йўли торлиги ёки қийшиқлиги, ёриғига чанг кириши, яллиғланиш жараёни, қулоқ кирини гутурт чўпи ёки шпилка ёрдамида тозалашга уриниш, гиперхолестеринемия, ташқи эшитув йўли дерматити, экземаси, экзостози каби омиллар ёрдам беради. Чирк моддаси одатда ташқи эшитув йўлининг тоғай-парда қисмида тўпланиб, кейин суяк қисмига ҳам тарқалади.

Қулоқ кирининг ранги сарғиш ёки тўқ жигарранг, юмшоқ, дағал ёки тошсимон бўлиб, ташқи эшитув йўлини қисман ёки бутунлай ёпиб қўйиши мумкин. Ташқи эшитув йўлида қолиб кетган қулоқ кири қуриб, унинг деворларида тўпланиб, қотади ва терини босиши туфайли йўтал пайдо бўлиши, баъзан эса эшитиш фаолиятини пасайишига сабаб бўлади.

Клиник белгилари. Одатда бемор қулоқ кирини ҳис этмайди, баъзан қулоғи битишига, шанғилашига, аутофонияга ва рефлектор йўталга шикоят қилади. Эшитув йўли бутунлай ёпилиб қолганда бемор тўсатдан эшитмай қолганлигига ёки эшитиш қобилияти пасайганига шикоят қилади. Бундай шикоятлар кўпинча қулоғи ичига сув кирганда кузатилади (сув таъсирида чирк моддаси шишади). Қулоқ кири ташқи эшитув йўлининг суяк қисмида тўпланиб, ноғора пардани босганда беморда бош айланиши, кўнгил айниши, бош оғриғи, эшитиш қобилиятинини кескин пасайиши кузатилади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари ва отоскопия натижалари асосида қўйилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўлини қисман ёки бутунлай ёпиб турган тўқ сариқ ёки қора тикма борлиги аниқланади.

Даволаш. Кулоқ кири кулоқни ювиш ёки зонд ёрдамида куруқ тозалаш усули ёрдамида чиқарилади. Кулоқни ювишдан олдин бемор илгари кулоқ касаллиги билан оғриганлиги аниқланади, чунки кулоқ касаллигини бошдан кечирган беморда ногора пардада битмаган тешик бор бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда кулоқни ювиш ман этилади, чунки сув ногора парданинг тешиги орқали ногора бўшлиғига кириб, яллиғланиш жараёнининг авж олишига ва кулоқдан йиринг оқишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда кулоқ кири куруқ усулда чиқариб олинади.

Кулоқни ювиш учун тана ҳароратига мос (37°C) 50-100 мл илиқ сув ёки фурацилин эритмаси ишлатилади. Қотган кулоқ кирини юмшатиш учун беморнинг кулоғига дастлаб 7-10 томчи 2% ли содали эритма томизилади, 10-15 дақиқадан кейин Жане шприци ёрдамида ювиб чиқарилади. Муолажа қўидагича бажарилади:

Даволовчи врач ўнг қўлига Жане шприцини олиб, чап қўли билан беморнинг кулоқ супрасини орқага ва юқорига (ёш болаларда - орқага ва пастга) тортади; бунда у чап қўлининг тўртинчи бармоғини шприцга тираб, уни ташқи эшитув йўлига чуқур кириб кетишини, деворлари жароҳатланишини олдини олади. Кейин беморни бўйнига сочиқ ташланиб ёки целлофан фартук боғланиб, ювиладиган кулоқ остига буйраксимон ликопча қўйилади. Шприцнинг учи эшитув йўлининг бошланғич қисмига киритилгандан сўнг врач сув оқимини ташқи эшитув йўлининг орқа-юқори девори бўйлаб юборади. Шунда кулоқ кири парчаланган ёки бутун ҳолда чиқади.

Ювилгандан сўнг ташқи эшитув йўли зондга ўралган куруқ пахта ёрдамида сув қолдиқларидан қуригилади ва ногора парда кўздан кечирилади. Ташқи эшитув йўлининг терисига 70° спиртга (ёки 3% борат кислотасига) шимдирилган пахта ёрдамида ишлов берилади (чунки муолажа пайтида терида кичик жароҳатлар юз бериши мумкин).

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЁТ ЖИСМИ (*corpora aliena*). Ташқи эшитув йўлига нўхат, тугмачалар, писта, ёнғоқ пўчоғи ва бошқа ёт жисмлар, баъзан ҳашаротлар кириб қолиши мумкин.

Клиник белгилари. Болалар одатда ташқи эшитув йўли ёт жисмини узоқ вақт хис этмайдилар. Ёт жисмни чирк моддаси ва кўчган эпидермис ўраб олгандан сўнг ташқи эшитув йўлининг ёриғи бутунлай ёпилади, шунда бемор кулоғи битишига, шанғиллашига шикоят қила бошлайди. Ташқи эшитув йўлига кириб қолган тирик ёт жисмнинг ҳаракатланиши (суварак, кана, чивин ва бошқ.) беморда нохуш ҳиссиётларни келтириб чиқаради. Кулоқ ичига глицерин, ўсимлик ёғи ёки спиртли эритмаларнинг илиқ томчилари томизилгандан сўнг ҳашаротнинг ҳаракатлари тўхтади ва у ювиб чиқарилади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари ва отоскопия натижалари асосида қўйилади. Анамнез маълумотларидан ёт жисм ташқи эшитув йўлига қачон ва қайси вазиятда кирганлиги, уни чиқаришга уринишлар бўлганлиги аниқланади. Дастлаб ташқи эшитув йўли атроф майдонининг териси кўздан

кечирилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўлида ёт жисм (тутмача, нўхат, чўпча, писта, ёнғоқ пўчоғи, қоғоз бўлаги) борлиги кўзга ташланади.

Даволаш. Ташқи эшитув йўли ёт жисми билан оғриган бемор шошилишч тиббий ёрдамга муҳтож бўлади. Ёт жисмни пинцет, қисқич, зонд ёрдамида чиқариб олишга уринишлар оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Бундай уринишлар ташқи эшитув йўли деворларининг жароҳатига, ёт жисмни янада ичкарироққа силжиши ва ноғора пардани жароҳатлаб, ноғора бўшлиғига кириши, кейинчалик ўрта қулоқни яллиғланиши, эшитув суякчаларини ёки юз асаб толасини зарарланишига олиб келиши мумкин.

Ташқи эшитув йўлига илиқ сувни ёки фурацилин эритмасини босим билан юбориб, ёт жисмни ювиб чиқариш энг зарарсиз усул ҳисобланади. Муолажа Жане шприци ёрдамида бажарилади (38-расм). Ноғора пардасида тешик борлиги аниқланган бемор қулоғини ювиш ман этилади. Катталашишга мойил бўлган органик ёт жисмни (нўхат, ловия) чиқариб олиш учун ташқи эшитув йўлига дастлаб 96% спирт томизилади; спирт таъсирида бужмайиб, кичрайгандан ёт жисм ювиб чиқарилади. Ташқи эшитув йўлини тўлиқ ёпиб турган ёт жисмни ювиб чиқариш қийин, чунки ёт жисмнинг орқа томонига кирган сувни ташқарига оқиб чиқиши қийинлашади. Ёт жисмни ўтмас илгак (пинцет ишлатилмайди!) ёрдамида чиқариб олиш муолажасини фақат мутахассис бажариши лозим. Бунда ўтмас илгак кўз назорати остида горизонтал ҳолда ёт жисмнинг орқа томонига эҳтиёткорлик билан ўтказилади ва вертикал ҳолатда чиқариб олинади. Ташқи эшитув йўлида бажариладиган барча муолажалар (айниқса яллиғланиш жараёнида) оғриқ билан кечади, шунинг учун болаларда ва айрим катта ёшдаги беморларда бундай муолажа маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилиши лозим.

Ташқи эшитув йўли орқали ёт жисмни чиқариш имкони бўлмаган ҳолларда у маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш остида *жарроҳлик йўли* орқали олинади.



38-расм. Ташқи эшитув йўли ёт жисмини илгак ёрдамида ва ювиб чиқариш усуллари

Бунинг учун, қулоқ орқаси соҳасида тери кесилиб, ташқи эшитув йўлининг юмшоқ тўқимаси суяқдан ажратилади ва шу кесим орқали ташқи эшитув йўли суяк қисмининг орқа девори очилади. Ёт жисмни чиқариб олишнинг бу усули ҳам ижобий

натижа бермаган ҳолларда ташқи эшитув йўлининг суяк қисми искана ёрдамида кенгайтирилади ва ноғора пардага зарар етказмаган ҳолда

эҳтиёткорлик билан олинади. Баъзан ноғора бўшлиғига кириб қолган ёт жисм умум-бўшлиқ кенгайтирилган жарроҳлик амали ёрдамида чиқариб олинади.

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЭКЗОСТОЗЛАРИ (*exostosis*) - ташқи эшитув йўлининг деворларидан ўсган суяк тузилмалари. Оёқчали ва ясси экзостозлар тафовут қилинади.

Оёқчали экзостозлар кўпинча ташқи эшитув йўли суяк қисмининг ташқи ҳалқаси соҳасида ўсади, ясси экзостозлар кенг асосга эга бўлиб, ташқи эшитув йўлининг битта ёки бир нечта деворларида жойлашади. Экзостозлар тўғнағич каллачасидай ёки ташқи эшитув йўлини тўлиқ ёпувчи йирик ҳажмга эга бўлиши мумкин. Баъзан бундай тузилмаларнинг сони кўп бўлиб, ташқи эшитув йўлида ноғора ҳалқа соҳасигача жойлашади. Кичик экзостозлар беморни безовта қилмайди ва тўсатдан отоскопия пайтида аниқланади. Йирик экзостозлар ташқи эшитув йўлини деярли тўлиқ ёпиб қўяди, баъзан унинг қолган қисмини қулоқ кири тўплами ёпиб туриши натижасида беморда эшитиш қобилиятининг пасайиши, қулоғини шанғиллаши, битиши, баъзан бош оғриғи кузатилади.

Ташхис бемор шикоятлари, отоскопия ва ташқи эшитув йўли тузилмаларини зонд ёрдамида текшириш натижалари асосида қўйилади. Бундан ташқари рентгенография, компьютерли томография текширувлари аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Касаллик жарроҳлик усули ёрдамида даволанади. Даволашда экзостознинг ўлчамлари ва шакли эътиборга олинади; оёқчали экзостоз эндаурал йўл орқали олиб ташланади. Бунда экзостоз асосининг териси 1% новокаин билан оғриқсизлантирилгандан сўнг унинг оёқчаси махсус искана ёрдамида чопиб олинади.

Тарқоқ ясси экзостозлар умумий оғриқсизлантириш остида қулоқ орқаси соҳасида бажарилган жарроҳлик амали ёрдамида олиб ташланади, бунда ташқи эшитув йўли, асосан унинг орқа суяк девори искана ёрдамида кенгайтирилади. Ноғора ҳалқаси ёнида жойлашган экзостозларни олиб ташлаш пайтида ўрта қулоқ тузилмалари жароҳатланиши мумкинлигини инобатга олиш лозим. Ташқи эшитув йўлининг чандиқли торайишини олдини олиш мақсадида жарроҳлик амалидан сўнг унга 7-10 кунга биоинерт найча киритилади ва иккиламчи яллиғланиш ривожланишини олдини олиш учун жароҳат майдони парвариш қилинади.

ЎРТА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўрта қулоқ касалликлари муҳим клиник ва ижтимоий аҳамиятга эга. Уларнинг патогенетик механизми ўрта қулоқнинг анатомик ва физиологик хусусияти, этиологик омил ва организмнинг иммун ҳолати билан белгиланади. Патологик жараён одатда ўрта қулоқнинг уч асосий қисмини қамраб олади: ноғора бўшлиғи, эшитув найи ва сўрғичсимон ўсиқнинг патологик ўзгаришлари бир-биридан кескин фарқ қилади. Масалан, ўрта қулоқ яллиғланишида патологик

ўзгаришлар кўпроқ ноғора бўшлиғида, камроқ эшитув найида ва жуда кам ҳолларда - сўрғичсимон ўсиқ соҳасида ривожланади. Ташхис қўйишда патологик жараён ўрта қулоқнинг қайси қисмида кўпроқ ривожланганлиги эътиборга олинади. Яллиғланиш кўпроқ ноғора бўшлиғини қамраб олганда касаллик “ўткир ўрта отит”, эшитув найида жойлашганда - “евстахеит”, сўрғичсимон ўсиқ соҳасида ривожланганда эса “мастоидит” ёки “антрит” деб номланади.

Кечими бўйича ўрта қулоқ касалликлари ўткир ва сурункали, яллиғланиш жараёнининг характери бўйича - катарал, сероз ва йирингли ўрта отитга бўлинади. Баъзан ўрта қулоқ касалликлари бирламчи касаллик сифатида намоён бўлиб, уларнинг ривожланишида эшитув найининг ўтказувчанлик фаолиятини бузилиши муҳим рол ўйнайди. Бундай касалликларда даволаш тадбирлари биринчи навбатда эшитув найининг фаолиятини тиклашга қаратилади.

Патологик жараёни баҳолашда яллиғланишнинг қайси морфологик шакли етакчилик қилиши эътиборга олинади: *альтератив, экссудатив, пролифератив*. Ўрта қулоқнинг анатомик ва морфологик хусусиятлари экссудатив яллиғланиш жараёни етакчилик қилишини тақозо қилади. Қон томирлар ўтказувчанлигининг бузилиш даражасига қараб экссудат турли характерга эга бўлиши ва бир-биридан таркибидаги оқсил миқдори ва ҳужайраларининг сони билан фарқ қилади. Ўрта қулоқ шиллиқ пардасининг яллиғланиши кўпроқ катарал, серозли ва йирингли шаклларда кечади. Кам ҳолларда фиброзли, геморрагик ва аралаш яллиғланиш шакллари кузатилади.

ЎТКИР ЎРТА ОТИТ (*otitis media acuta*) - *ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши* ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши бўлиб, унда патологик жараён ўрта қулоқнинг барча қисмларини қисман ёки тўлиқ қамраб олади. Ўткир ўрта отит барча қулоқ касалликларининг 25-30% ни ташкил этади ва уч ёшгача бўлган болаларда кўпроқ учрайди.

Этиологияси. Касаллик организмнинг умумий ва маҳаллий иммунитетининг сусайиши ва инфекцияни ноғора бўшлиғига тарқалиши натижасида ривожланади. Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишини турли патоген микроблар: стрептококк, стафилококк, пневмококк, ичак ва дифтерия таёкчалари, сил микобактерияси, вируслар, оғиз бўшлиғи спирохетаси кўзғатади. 80% ҳолларда касалликни ривожланишига *S. pneumoniae* ва *H. influenzae*, камроқ ҳолларда *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, *S. aureus* ёки аралаш микрофлора сабаб бўлади. Вирусли ўрта отит эса асосан вирусли касалликлар эпидемияси пайтида учрайди.

Ўткир ўрта отитнинг ривожланишида организмнинг умумий ва маҳаллий иммун ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Соғлом ва иммунитети меъёрда бўлган шахсларда касаллик енгил кечади ва қисқа вақт давом этади, иммунитети сусайган шахсларда эса у оғир кечиб, тез-тез қайталаниб туради.

Ноғора бұшлиғига инфекция кўпинча эшитув найи орқали киради. Бунга бурун ва бурун ёндош бұшлиқларининг яллиғланиши, уларда бажарилган жарроҳлик амаллари, олд ва орқа бурун тикмалари (тампонада) сабаб бўлади. Меъёрда эшитув найи шиллиқ пардасининг кўп қаватли цилиндрик ҳилпилловчи эпителийсининг фаолияти туфайли ўрта қулоқ бұшлиқларида микроблар бўлмайди, чунки эшитув найида микробларга қарши ажралма ишлаб чиқарилади, ҳилпилловчи эпителий туклари эса бу ажралмани бурунҳалқум томон силжитиб туради. Юқори нафас йўлларининг ўткир ва сурункали касалликларида ҳамда организмнинг турли юқумли касалликларида эшитув найи эпителий қаватининг ҳимоя фаолияти бузилиб, бунинг натижасида бурунҳалқумдаги микрофлора ноғора бұшлиғига тарқалади. Баъзан инфекция ноғора бұшлиғининг шиллиқ пардасига жароҳатланган ноғора парда орқали, яъни *ташқи эшитув йўли орқали* киради. Бундай ҳолларда беморда жароҳатдан сўнгги ўрта отит ривожланади. Турли юқумли касалликларда (грипп, скарлатина, қизамиқ, ич терлама, сил) инфекция ўрта қулоққа *гематоген ёки лимфоген* йўл билан, жуда кам ҳолларда (бош мия ҳўппози, йирингли менингит, йирингли лабиринтит) инфекция даҳлиз-чиғанок, юз асаб толалари каналлари ҳамда сўрғичсимон ўсиқ катаклари, яъни *ретроград йўл* билан тарқалади.

Патогенези ва патологоанатомик ўзгаришлар. Ўткир ўрта отитнинг ривожланишида бурун ва бурунҳалқум физиологик ҳолатининг бузилишлари муҳим аҳамиятга эга. Бундан ташқари, сўрғичсимон ўсиқни анатомик тузилишининг хусусияти ҳам (пневматик, диплоэтик, склеротик, аралаш) ўткир ўрта отитнинг кечишига таъсир кўрсатади ва мастоидит, суб-периостал ҳўппоз ҳамда калла ичи асоратларининг ривожланишида аҳамияти катта. Ноғора бұшлиғининг шиллиқ пардаси мукопериостдан, яъни суяк усти пардасидан ташкил топганлиги сабабли уни яллиғланиши ўзига хос характерга эга. Касаллик эшитув найи ва ноғора бұшлиғи шиллиқ пардаларининг яллиғланиши билан бошланади. Ноғора бұшлиғи шиллиқ пардасида мукоид шиш, лейкоцитли (нейтрофилли ва лимфоцитли) инфильтрация, артерия қон томирларини кенгайиши содир бўлиб, шиллиқ парда 20-30 марта қалинлашади. Эшитув найи фаолиятининг бузилиши натижасида эса ноғора бұшлиғи дастлаб серозли ёки геморрагик, кейин йирингли экссудат (суюқ, қуюқ ёки ёпишқоқ) билан тўлади. Шиллиқ парданинг майдонларида эпителий қавати кўчиб, юзасида яралар ҳосил бўлади. Эшитув найининг чиқариш фаолиятини бузилиши натижасида ноғора бұшлиқда тўпланган патологик суюқлик ноғора пардани ташқи эшитув йўли томон бўрттириб чиқаради; йирингли ажралма тўпланган ноғора бұшлиғида босимни ошиши ва қон айланишининг бузилиши натижасида ноғора парданинг айрим майдонлари тешилиб, беморда оторея, яъни қулоқдан қон аралаш йиринг оқиши кузатилади.

Дастлаб қулоқдан кўп миқдорда қон аралаш шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, кейин ажралма қуюқлашиб, йирингли ажралмага айланади. Ўткир яллиғланиш жараёни тугагандан сўнг ноғора бўшлиғининг шилиқ пардасида тикланиш жараёни бошланади; ажралма миқдори камайиб, қулоқдан йиринг оқиши тўхтайдди, ноғора парданинг тешиги асоратсиз битиб кетади; отоскопия манзараси меъёрлашиб, беморнинг эшитиш қобилияти тўлиқ тикланади. Тикланиш жараёни суст кечган ҳолларда ноғора бўшлиғида чандиқлар ҳосил бўлади. Инфилтрат ва экссудат тўлиқ сўрилмай қолганда ноғора бўшлиғининг шилиқ пардасида, ноғора пардада ва эшитув суякчаларида чандиқли битишмалар ҳосил бўлади, натижада эшитув суякчаларнинг ҳаракатчанлиги бузилиб, беморнинг эшитиш қобилияти ҳар хил даражада пасаяди.

Патологоанатомик ўзгаришлар бир томондан организмнинг иммун ҳолатига, иккинчи томондан микрофлоранинг биологик хусусиятларига боғлиқ бўлади. Масалан, стрептококк қўзғатган ўткир ўрта отит суст кечади, яллиғланиш жараёни чакка суяги соҳасига тарқалиб, кўпинча мастоидит асорати ривожланишига олиб келади.

Сил касаллигининг микобактериялари ўпка ва лимфа тугунларидан ноғора бўшлиғига гематоген йўл орқали тарқалиши натижасида ривожланган йирингли ўрта отит оғриқсиз кечади, беморнинг қулоғидан бадбўй ҳидли йирингли ажралма оқади, ноғора пардада эса бир нечта тешиклар ҳосил бўлади. Сил касаллигининг оғир кечимида ноғора бўшлиғининг деворлари ва эшитув суякчалари емирилади.

Аллергик касалликларга мойил беморларда ўткир ўрта отит ўзига хос кечади. Касаллик тўсатдан бошланиб, беморнинг тана ҳарорати меъёрда ёки субфебрил бўлади. Отоскопияда ноғора парда шишганлиги, ташқи эшитув йўлида тиниқ шилимшиқ ажралма тўпланганлиги аниқланади. Қон ва патологик ажралмаларда эозинофиллар сони кўпаяди.

Клиник белгилари. Одатда ўткир ўрта отитнинг клиник кечимида ўзига хос босқичлар кузатилади. Касалликнинг маҳаллий ва умумий белгилари унинг босқичи ва жараённинг оғирлигига боғлиқ. Ўткир ўрта отитнинг клиник манзарасида уч босқич тафовут қилинади:

1-босқич – ноғора пардани тешилишидан олдинги босқич бўлиб, ўрта қулоқда яллиғланиш жараёнини бошланиши, ноғора бўшлиғида экссудат тўпланиб, беморда яллиғланишга хос умумий ва маҳаллий белгилар кузатилади;

2- босқич - ноғора пардани тешилиши босқичи бўлиб, бунда ноғора парда тешилиб, бемор қулоқдан йирингли ажралма оқиб, касалликнинг умумий ва маҳаллий белгилари нисбатан сусаяди;

3-босқич - репарация ёки тикланиш босқичида яллиғланиш жараёни аста-секин тугайди ва қулоқнинг эшитиш фаолияти тикланади.

Касалликнинг биринчи, яъни *ноғора пардани тешилишидан олдинги босқичи* кескин ривожланган маҳаллий ва умумий белгилар билан намоён бўлади. Бемор қулоғи оғришига ва шанғиллашига шикоят қилади. Тобора зўрайиб

борган оғриқ чакка ва энса соҳаларига, тишларга тарқалади. Ютинганда, аксирганда, йўталганда оғриқ чидаб бўлмас даражада кучаяди. Бундай оғриқ ноғора парданинг яллиғланиш инфильтрацияси, ноғора бўшлиғида тўпланган экссудат ҳамда учшоҳли ва тил ҳалқум асаб толалари шохчаларини таъсирланиши натижасида юзага келади. Баъзан пайпасланганда ёки перкуссия қилинганда бемор сўрғичсимон ўсиқ соҳасида оғриқ сезади. Юз асаб толаси таъсирланиши натижасида юз асаб толаси қисман фалажи ёки фалажи, бош мия пўстлоғининг таъсирланиши натижасида болаларда менингизм ёки менингит белгилари кузатилади. Ноғора бўшлиғида тўпланган суюқлик унинг ички деворини босиши ва заҳарли моддаларни қонга сўрилиши натижасида беморда бош айланиши, мувозанатни бузилиши каби белгилар ҳам кузатилиши мумкин.

Беморниг умумий аҳволи оғирлашади, уйқуси бузилади, тана ҳарорати $38-39^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади, томир уриши тезлашади, ҳолсизлик, дармонсизлик, иштаҳани пасайиши кузатилади. Қонда нейтрофилли лейкоцитоз (лейкоцитлар сони $12-15 \cdot 10^9/\text{л}$, болаларда $20 \cdot 10^9/\text{л}$ етади), лейкоформуланинг чапга силжиши, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошганлиги аниқланади. Бир вақтнинг ўзида ноғора парда ва эшитув суякчалари ҳаракатларининг чекланиши туфайли беморнинг эшитиш қобилияти пасаяди.

Отоскопияда дастлаб болғача дастаси ва ноғора парданинг чети бўйлаб жойлашган қон томирлар кенгайганлиги, ёруғлик конуси қисқарганлиги, кейинчалик ноғора парданинг қизариши кўпайиб, билиш нуқталари йўқолганлиги, ноғора парда бўртган ва инфильтрациялашганлиги аниқланади (39-расм). Баъзан ноғора парданинг бўртган жойи оқиш рангли тус олади. Ноғора парда ва эшитув суякчаларининг ҳаракати қисман чекланади ёки бутунлай ҳаракатсизланади. Ноғора бўшлиғидаги босимнинг ошиши ва иккиламчи ноғора пардани босилиши натижасида узангичани ҳаракати чекланади.



39-расм.

Ўткир ўрта отитда ноғора пардани тешилишигача бўлган даврнинг отоскопия манзараси

Бу босқичда беморда суяк ўтказувчанлигининг бироз ёмонлашиши билан кечувчи кондуктив паст эшитишлик кузатилади. Грипп, ич терлама, скарлатина, қизамиқда ривожланган йирингли ўрта отитларда спирал аъзо ва даҳлиз-чиғаноқ асаб толасининг зарарланиши натижасида беморда товуш тўлқинини қабул қилиш фаолияти ҳам бузилиши мумкин. Биринчи

бочқичнинг дастлабки кунларида шиллиқ парданинг қизириши ва шиши аниқланган, лекин ноғора бўшлиғида ҳали йирингли ажралма пайдо бўлмаган даврда беморга *“ўткир катарал ўрта отит”*, ноғора бўшлиғида йирингли экссудат йиғилиб, уни бўшлиқ деворларига босим кўрсатиши натижасида касаллик белгилари кучайган даврда - *“ўткир йирингли тешилмаган ўрта отит”* ташхиси қўйилади.

Касалликнинг иккинчи, яъни *ноғора пардани тешилиши босқичи*да ноғора парда тешилиб, беморнинг қулоғидан дастлаб кўп миқдорда шилимшиқ-йирингли, баъзан қонли ажралма оқади. Бу босқичда қулоқни оғриши камаяди, беморнинг умумий аҳволи бироз яхшиланади, тана ҳарорати пасаяди. Бу даврда беморга *“ўткир йирингли ўрта отит”* ташхиси қўйилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўлида қон аралаш йирингли ажралма борлиги, ноғора парданинг таранглашган қисми тешилганлиги аниқланади. Тешик кўпинча ноғора парданинг олд пастки қисмида жойлашади, унинг ўлчамлари турлича бўлади. Баъзан отоскопияда йирингли ажралма ноғора парда тешигидан томир уришига мос ҳолда ажралиб чиқаётганлигини кўриш мумкин. Айрим ҳолларда ноғора пардадаги тешик орқали яллиғланиш туфайли дағаллашган ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардаси кўринади ва у яллиғланиш ўсмаларини эслатиши мумкин. Бир неча кундан сўнг ноғора бўшлиғидаги ажралма қуюқлашиб, йирингли ажралмага айланади, унинг миқдори камаяди. Қулоқдан йиринг оқиши одатда 5-7 кун давом этади.

Ўткир йирингли ўрта отитнинг учинчи, яъни *репарация (пролиферация) босқичи*да яллиғланиш жараёни тугаб, қулоқдан йиринг оқиши тўхтаydi, беморнинг эшитиш қобилияти аста-секин тиклана бошлайди. Ноғора парданинг қизариши ва шиши камайиб, билиш нуқталари аста-секин кўрина бошлайди. Ноғора пардада ҳосил бўлган кичик тешиклар қисқа вақт ичида изсиз ёпилади, лекин тешик катта бўлган айрим ҳолларда ноғора парданинг фиброз қавати тикланмаслиги сабабли у ташқаридан эпидермис ва ичкаридан шиллиқ парда ҳисобидан ёпилади. Шунинг учун бу майдон отоскопияда папирос қоғозига ўхшаш бўлади, кейинчалик бу жойда оҳакланиш жараёни ривожланади. Одатда ноғора парданинг йирик тешиклари ўз-ўзидан битмайди ва ноғора пардада доимий қуруқ тешик қолади. Баъзан ўткир йирингли ўрта отитдан сўнг ноғора бўшлиғининг ўзида ҳам фиброзли битишмалар ҳосил бўлиб, эшитув суякчаларининг ҳаракати чегараланиши мумкин.

Касалликнинг ноаниқ суст кечимида иккинчи босқич чўзилиб, қулоқдан йиринг оқиши 2-3 ҳафтагача давом этиши мумкин. Айрим ҳолларда ноғора парда тешилмай, ноғора бўшлиғида қуюқ ва ёпишқоқ ажралма тўпланади. Касалликни бундай кечишига даволашда йўл қўйилган хатолар, микробларнинг антибиотикларга сезгирлиги аниқланмай ўтказилган яллиғланишга қарши терапия, парацентез жарроҳлик амалини ўз вақтида бажармаслик сабаб бўлади. Қатор ҳолларда ноғора бўшлиғида чандикланиш жараёни ривожланиши мумкин.

Баъзан эса, аксинча, касалликнинг биринчи босқичи ўта оғир кечади; беморнинг тана ҳарорати кескин кўтарилиб, кучли бош оғриғи, қусиш, бош айланиши, умумий аҳволининг кескин оғирлашиши кузатилади. Бундай ҳолат ноғора парда тешилмаганлиги ва йиринг ташқи эшитув йўлига оқиб чиқмаганлиги натижасида юзага келади. Айрим ҳолларда инфекция қисқа вақт ичида ўрта қулоқдан калла бўшлиғига тарқалиб, оғир калла ичи асоратлари ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Баъзан эса ноғора парда тешилганлигига қарамасдан, беморнинг тана ҳарорати пасаймайди, аҳволи яхшиланмайди. Касалликнинг бундай кечими сўрғичсимон ўсиқнинг яллиғланиши, яъни мастоидит (антрит) асоратининг ривожланиши билан изоҳланади.

Қатор ҳолларда касалликнинг оддий кечимида ноғора парда тешилиб, беморнинг аҳволи яхшиланган ва тана ҳарорати пасайгандан сўнг касалликнинг клиник белгилари қайта авж олиши кузатилади (тана ҳарорати яна кўтарилади, қулоқ оғриғи кучаяди). Бундай клиник манзара патологик ажралмани чиқарилиши бузилганлиги ва уни ўрта қулоқ бўшлиғида тўпланиб қолиши натижасида юзага келади. Патологик ажралмани ноғора бўшлиғида тўпланишига дағаллашган ва шишган шиллиқ пардаси ёки сўрғичсимон ўсиқнинг яллиғланиши сабаб бўлади.

Узоқ вақт давомида (3-4 ҳафта) қулоқдан йиринг оқиши давом этиши ва тозаллагандан сўнг ташқи эшитув йўлида тезда яна қайта тўпланиши сўрғичсимон ўсиқ эмпиемаси (мастоидит) ва суяк тўсиқлари емирилаётганлигидан далолат беради. Баъзан йирингли ажралмани узоқ вақт давомида тўлқинланиб оқиши беморда экстрадурал ҳўппоз ривожланганлигини билдиради.

Касалликнинг оғир клиник кечимида қондаги кескин лейкоцитоз (баъзан $15-20 \cdot 10^9/\text{л}$ ва ундан ортиқ), лейкоформулани кескин чапга силжиши, эозинофилларни йўқолиши ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланиши сўрғичсимон ўсиқ катакларига ёки инфекцияни калла бўшлиғига тарқалганлигидан далолат беради.

Ўткир йирингли ўрта отит одатда 2-3 ҳафта давом этиб, соғайиш билан тугайди. Бошқа ҳолларда ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши сурункали шаклига айланиб, асоратлар беради. Асоратлар ривожланишига организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетининг сусайиши, микрофлоранинг вирулентлиги ва антибиотикларга чидамлилигининг юқорилиги, ўтказилган даволаш тадбирлари етарли даражада бўлмаганлиги сабаб бўлади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, кўздан кечириш, пайпаслаш, отоскопия манзараси, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, тимпанопункция ва лаборатория текширувлари натижалари, сўрғичсимон ўсиқ рентгенографияси, компьютер томографияси асосида қўйилади.

Қиёсий таъхис. Ўткир йирингли ўрта отит экссудатив ўрта отит, сальпингоотит, ва мирингит касалликларидан фарқланади.

Даволаш. Касалликнинг биринчи босқичида бемор уй шароитида даволанади. Унга дармондориларга бой таомлар, бурунга қон томирларни торайтирувчи (0,05- 0,1% нафтизин, санорин, галозолин, 0,1% адреналин гидрохлорид), 1-2% протаргол эритмаларни томизиш, оёқларига иссиқ ванна қилиш тавсия этилади. Ушбу тадбирлар эшитув найининг чиқариш фаолиятини яхшилаб, ўрта қулоқдаги экссудатни бурунҳалқумга чиқарилишини енгиллаштиради, натижада ўрта қулоқдаги босим пасайиб, оғриқ белгиси камаяди.

Буруннинг икки катагини беркитган ҳолда кескин қоқиш, бурун ажралмасини оғизга тортиш ҳам мақсадга мувофиқ эмас, чунки бундай ҳаракат инфекцияни бурундан бурун-ҳалқумга ва эшитув найига тарқалишига сабаб бўлади.

Ташқи эшитув йўлига 3% борат кислотасининг спиртли эритмаси, Ауросан томчилари томизилади ёки шу дориларга шимдирилган пиликча қўйилади. Ташқи эшитув йўлига спиртлицидинли аралашма (тенг миқдорда олинган борат кислотасининг 3% спиртли эритмаси ва глицидин) билан пиликча киритиш оғриқни биров камайтиради. Аралашмага шимдирилган пахта ёки дока пиликча ташқи эшитув йўлига чуқур киритилади ва у ерда 2-3 кунга қолдирилади. Ҳар куни пиликча қўйилган ташқи эшитув йўлига аралашма 5-6 томчидан кунга 3-4 маҳал томизиб турилади. Беморнинг оғриётган қулоғига ва сўрғичсимон ўсимта соҳасига ярим спиртли иссиқ бойлам қўйилади, УВЧ, соллюкс физиотерапия муолажалари тавсия қилинади. Беморга оғриқсизлантирувчи, тана ҳароратини пасайтирувчи ва тинчлантирувчи дорилар берилади (парацетамол, аналгин, баралгин, кетонал, седалгин).

Патологик ажралма микрофлорасининг антибиотикларга сезгирлигини эътиборга олган ҳолда беморга антибиотиклар буюрилади. Асоратсиз кечган ўрта отитларда беморга 5-7 кун давомида амоксициллин ичиш тавсия этилади (0,25-0,5 г дан 3 маҳал овқатдан олдин). Даволаш тадбирлари самара бермаганда 3 кундан сўнг ушбу антибиотик аугментин (0,375 г ёки 625 г дан кунга 3 маҳал ичиш) ёки цефуроксим (0,25 г ёки 0,5 г дан кунга 2 маҳал ичиш) билан алмаштирилади. Касалликнинг оғир кечимида мушак орасига ёки томир ичига керакли миқдорда ампициллин, цефамизин, цефазолин ва бошқа антибиотик эритмалари юборилади. Беморнинг аҳволи яхшиланганлигига қарамасдан антибиотикотерапия албатта 7-10 кун давом эттирилиши лозим! Антибиотикотерапияни муддатдан олдин тўхтатиш касалликни қайталанишига, ноғора бўшлиқда битишмалар ҳосил бўлишига ва эшитиши пасайишига олиб келади. Антибиотиклар билан бирга дисбактериозни олдини олиш мақсадида беморга нистатин ва витаминлар буюрилади.

Антибиотикларни меатотимпанал усулда юбориш, яъни новокаинда эритилган ампициллин натрий тузини ёки бошқа антибиотикни қулоқ орқаси соҳасига юбориш муолажаси ҳам самарали даволаш усулларида бири ҳисобланади. Битта муолажага 250 000-500 000 ТБ ампициллин натрий тузини 1,5-3 мл 1% новокаинда эритилган ҳолда ишлатилади. Нина қулоқ орқасига,

қулоқ супрасининг бирикиш чизиғи соҳасидан ташқи эшитув йўлининг орқа ва юқори деворларининг чегарасига санчилади. Муолажа тўғри бажарилганда ташқи эшитув йўлининг орқа ва юқори деворларининг териси ва ноғора парданинг орқа қисми оқаради.

Ўрта қулоқда яллиғланиш жараёнини тез бартараф этиш мақсадида дегидротация ва гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилади: вена ичига 5% 3-5 мл аскорбин кислотаси, 1% кальций хлорид эритмасини катталарга 400 мл гача миқдорда бир дақиқада 50 томчидан вена ичига томчилаб юборилади. Болаларга 1% кальций хлорид эритмаси 7-10 мл/кг ҳисобида буюрилади. Масалан, 15 кг вазнли болага 105-150 мл миқдорда 1% кальций хлор эритмаси бир дақиқада 40 томчидан (2 мл дан) юборилади. Кальций хлорид эритмаси организмга қуйидагича таъсир кўрсатади: 1) суюқлик ҳолда юборилиши туфайли организмнинг заҳарланиши камаяди; 2) тўқималараро ўтказувчанликни мўътадиллаштиради; 3) иммунитетни оширади. Бундан ташқари беморга пипольфен, супрастин, димедрол бир таблеткадан 2-3 маҳал, ичиш тавсия этилади.

Ўткир ёки сурункали ўрта отитларни ривожланишида бурун ёндош бўшлиқларидаги йирингли яллиғланишларнинг аҳамияти катта. Шунинг учун беморни нафақат қулоғини, балки бурун ёндош бўшлиқларини рентген тасвирини эътиборга олган ҳолда ташхис қўйиш ва ўткир йирингли ўрта отит билан бирга синуситларни ҳам даволаш лозим.

Парентерал усулда ототоксик дори моддаларини юбориш тақиқланади!

Олиб борилган даволаш тадбирларига қарамасдан беморнинг аҳволи яхшиланмаган, тана ҳарорати пасаймай, қулоқ оғриғи давом этган, сўрғичсимон ўсиқ соҳаси босилганда оғриган ва отоскопияда ноғора парда бўртганлиги аниқланганда беморга *тимпанопункция* - ноғора пардани тешиб, экссудат характерини аниқлаш ва *парацетез* - ноғора пардани кесиш жарроҳлик амаллари бажарилади.

Ўткир йирингли тешилмаган ўрта отитда бажариладиган парацетез жарроҳлик амалига кўрсатмалар 2 - жадвалда келтирилган.

2-жадвал

<i>Режали кўрсатмалар (Беҷолд учлиги)</i>	<i>Шошилиш кўрсатмалар</i>
1) қулоқни қаттиқ оғриши; 2) ноғора пардани қизариши ва бўртиши, Шварц белгиси мусбатлиги; 3) тана ҳароратини кескин кўтарилиши.	1) менингизм ва менингиал белгилар; 2) юз асаб толасининг нимфалажи ёки фалажи; 3) лабиринт фаолиятининг бузилиш белгилари (қулоқни шанғиллаши, эшитувни пасайиши ёки карлик, бош айланиши, нистагм, ганди раклаб юриш, кўнгил айланиши, қусиш;

Ёш болаларда ноғора парда катталарникига нисбатан қалинроқ бўлиши, ўткир йирингли ўрта отитда умумий клиник белгилар кескинроқ ривожланиши, менингизм белгилари, қусиш, тутқаноқ ҳолатлари кузатилиши туфайли тимпанопункция ва парацентез амаллари кўпроқ бажарилади.

Парацентез жарроҳлик амали қуйидагича бажарилади: ташқи эшитув йўли спирт билан тозалангандан сўнг маҳаллий усулда оғриқсизлантирилади, яъни ташқи эшитув йўлининг тоғай-парда бўлими суяк бўлимига ўтиш жойида орқа деворининг териси остига 1,5 - 2 мл 1-2% новокаин эритмаси юборилади ёки 10% лидокаин аэрозоли сепилади. Болаларда парацентез жарроҳлик амали қисқа муддатли умумий оғриқсизлантириш остида бажарилиши мумкин. Ёрдамчи боши ёстиқ устига қўйилган, ярим ўтирган ёки ётган беморнинг бошини ушлаб туради. Одатда ноғора парда орқа ёки пастки қисми соҳасида пастдан юқорига қараб кесилади. Парацентез нинаси 1 -1,5 мм чуқурликка санчилади, чунки у ҳаддан ташқари чуқур санчилганда лабиринтнинг ички девори жароҳатланиши мумкин. Доимий тешик ҳосил қилмаслик мақсадида кесим ноғора парда ҳалкасига етмаслиги лозим. Одатда парацентезда ҳосил қилинган сунъий тешик нозик чандиқ ҳосил қилиб 7-10 кунда батамом битиб кетади (40-расм). Парацентез жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг ташқи эшитув йўлидан қон аралаш йирингли ажралма оқади, шунда унга тоза дока ёки пахта пиликча киритилиб, кунига 1-2 марта алмаштириб турилади. Қуюқ йирингли ажралмага дастлаб 3% водород пероксиди томизилиб, сўнгра ташқи эшитув йўли зондга ўралган пахта билан тозаланади. Ўз вақтида бажарилган парацентез амали оғриқни ва касалликнинг умумий белгиларини камайишига, яллиғланишни тугашига, асоратларни олдини олишга ва эшитиш қобилиятини тезда тикланишига ёрдам беради. Парацентез ёки *микромиринготомия* жарроҳлик амалини оптик асбоб ёрдамида бажариш жуда яхши натижа беради.



40-расм. Парацентез

Ноғора парда ўз ўзидан ёки парацентез, микромиринготомия ёрдамида тешилгандан сўнг, яъни касалликнинг *иккинчи босқичида*, ташқи эшитув йўлидаги йирингли ажралма бир неча марта пахта билан тозаланиб, ноғора бўшлиғига *транстимпанал йўл орқали* гормон ва антибиотик аралашмаси (ноғора бўшлиғида чандиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадида аралашмага трипсин ёки лидаза қўшиш мумкин)

юборилади. Тана ҳароратигача иситилган аралашма бемор ётган ҳолатида ташқи эшитув йўлига 1 мл миқдорда қўйилади ва қулоқ дўмбоқчаси ташқи эшитув йўлининг тешигига енгил босилади, шунда аралашма ноғора бўшлиғига тарқалади. Аралашма ноғора бўшлиғи, эшитув найи ва бурунҳалқумга тарқалишини яхшилаш учун ташқи эшитув йўлига аввал қон томирларни торайтирувчи томчи (нафтизин, адреналин) томизилади. Ташқи эшитув йўли

йирингдан тозалангандан сўнг унга бирорта антибиотик, нафтизин ва гидрокортизон эмульсиясидан тайёрланган аралашма томизилади ва бемор бошини қарама-қарши томонга эгиб турган ҳолатида қулоқ дўмбоқчаси бир неча бор босилади. Бундай ҳаракатлар ташқи эшитув йўлининг ҳаво босимини ўзгартириб, ноғора бўшлиғидаги дориларни эшитув найига тарқалишини таъминлайди. Дориларни транстимпанал йўл орқали юбориш самарали даволаш усули ҳисобланади.

Ўткир йирингли ўрта отитнинг иккинчи босқичида спиртли эритмаларни қўллаш мумкин эмас, чунки спирт ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардасига салбий таъсир кўрсатиб, оғриқни кучайтиради ва шиллиқ пардани дағаллаштиради.

Касалликнинг биринчи босқичида бажариладиган барча муолажалар (оғриқсизлантиришдан ташқари) унинг иккинчи босқичида ҳам давом эттирилади. Беморга антибиотиклар ва антигистамин дорилар ичиш буюрилади, бурнига қон томирларини торайтирувчи томчилардан сўнг 1-2% проторгол эритмаси томизилади. Қулоғидан кўп миқдорда қуюқ йирингли ажралма оқаётган беморга муколитиклар (амбробен, бронхопрет), яллиғланишга қарши, гиперсекрецияни ва шиллиқ парда шишини камайтирувчи ҳамда эшитув найининг ҳилпилловчи эпителий фаолиятини кучайтирувчи дорилар, флуимуцил, синупрет буюрилади.

Қулоқ ажралмасида рН кўрсаткичини ишқорий томонга силжиши ташқи эшитув йўли терисини яллиғланишга олиб келади. Шунинг учун ташқи эшитув йўлига бирорта индефферент ёғ (вазелин ёки пахта ёғи) суртиш фойдадан холи эмас. Йирингли ажралмани ўзига сўриб олиши учун ташқи эшитув йўлига ноғора пардагача қуруқ бинтли пиликча жойланиб, ҳўл бўлганда алмаштирилади.

Физиотерапевтик муолажалардан беморга УБН, УВЧ, СВЧ ва гелий-неон лазер терапияси тавсия қилинади. Гелий-неон лазер ташқи қулоқ орқали 5 дақиқа давомида таъсир этилади (лазернинг дозаси 24 Дж/см^2). Жами 5-6 муолажа ўтказилади (лазернинг умумий дозаси $120-144 \text{ Дж/см}^2$).

Касалликнинг *учинчи босқичида* ноғора парданинг тешиги одатда нозик чандиқ ҳосил қилиб ёпилади. Аммо баъзан ноғора бўшлиғининг ичида чандиқли битишмалар ривожланиши ва эшитув суякчаларининг ҳаракатини чеклаб қўйиши мумкин. Бу босқичда беморнинг эшитиш қобилиятини тўлиқ тикланиши муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун даволаш тадбирлари эшитув найининг ҳавони ўтказиш фаолиятини тиклашга ва организмнинг химоя кучини оширишга қаратилади. Беморга витаминлар, биостимуляторлар (апилак, актовегин) буюрилади. Эшитув ва мувозанат аъзоларининг фаолияти тикланганлигига ишонч ҳосил қилиш мақсадида акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия текширувлари ўтказилади.

Яширин ёки суст кечган йирингли ўрта отитларда касаллик белгиларининг ноаниқлигига қарамасдан парацетез жарроҳлик амали мумкин қадар эрта

бажарилиши фойдадан холи эмас. Бундай ҳолларда парацетездан сўнг ноғора бўшлиғининг ажралмаси сўриб олиниб, кейин эшитув найи фаолияти тикланиб, даволаш муолажалари ўтказилади.

Замбуруғлар кўзгатган ўрта отит нистатин, леворин ва ламизил дори воситалари билан даволанади (даволаш 10 кунлик танаффус билан 2 ҳафта давомида олиб борилади ва 2 марта такрорланади). Маҳаллий усулда ламизил малҳами ва нитрофунгин эритмаси қўлланилади.

Гриппдан сўнгги ўрта отитни даволашда юқорида қайд этилган тадбирлардан ташқари, беморга вирусга қарши дори воситалар буюрилади. Гриппда ривожланган ўткир ўрта отит кўпинча ўткир сенсоневрал паст эшитишлик билан бирга кечади, шунинг учун беморда акуметрия, аудиометрия текширувлари ва шошилиш даволаш тадбирлари ўтказилади.

Ўткир йирингли ўтра отитнинг ривожланишига аллергик омиллар сабаб бўлганда беморларга специфик ва неспецифик гипосенсибилизация терапияси буюрилади.

Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши қуйидагича яқунланиши мумкин:

1. Соғайиш - беморда отоскопия манзараси ва эшитиш қобилияти тўлиқ тикланади, ноғора парданинг тешиги чандиқсиз битиб кетади, баъзан ҳосил бўлган чандиқ оҳақли тузлар (петрификатлар) билан қопланади.

2. Ноғора бўшлиғида чандиқланиш жараёнини ривожланиши - ноғора пардада қуруқ тешик ҳосил бўлади, эшитув суякчалари орасида ҳосил бўлган чандиқли битишмалар туфайли уларнинг ҳаракатчанлиги чекланади ва беморда ўсиб боровчи кондуктив паст эшитишлик ривожланади.

3. Касаллик сурункали клиник кечимида (сурункали йирингли ўрта отитга) айланиши. Ноғора пардада доимий тешик ҳосил бўлиб, қулоқдан йирингни қайта-қайта оқиши кузатилиб, унинг эшитиш фаолияти пасаяди.

4. Беморларда у ёки бу асоратларни ривожланиши. Ўткир йирингли ўрта отитдан сўнг мастоидит (2 ёшгача бўлган болаларда антрит), лабиринтит, юз асаб толаси фалажи, менингит, бош мия ва миёча ҳўппозлари ва сигмасимон синус тромбози, отоген сепсис каби асоратлар ривожланиши мумкин.

Профилактикаси. Ўткир ўрта отит касаллигини олдини олиш тадбирлари қуйидагилардан иборат: 1) гигиена қоидаларига риоя қилиш; 2) болани тўғри овқатланиш; 3) бола организмни чиниқтириш; 4) юқумли касалликларга қарши ўз вақтида эмлаш; 5) юқори нафас йўллари касалликларини тўғри даволаш; 6) бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини ўз вақтида аниқлаш; 7) бурун орқали нафас орлиш фаолиятини тиклаш; 8) организмнинг умумий ва маҳаллий иммунитетини кучайтириш.

ЁШ БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ айниқса кўп учрайди ва барча амбулатор ва стационар беморларнинг 15-16% ташкил этади. Чақалоқларда йирингли ўрта отитнинг ривожланишига Enterobacteriaceae оиласига мансуб

грамманфий таёқчалар (E.coli, S. Pneumoniae ва бошк.) сабаб бўлса, бир ойлик ва ундан катта болаларда касалликни S. pneumoniae ва H. influenzae қўзғатади.

Болаларда ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши кўп учрашини ва ўзига хос белгилар билан кечишини қуйидаги омиллар билан изоҳлаш мумкин:

- ёш болаларда ўрта қулоқнинг анатомик тузилиши ва физиологияси ўзига хос хусусиятларга эгадиги: а) кичик ёшдаги болаларда эшитув найи калта, кенг ва бироз горизонтал ҳолатда жойлашиши; б) чақалоқларда ва эрта ёшдаги болаларда ноғора бўшлиғида ҳаво ва юпқа шиллиқ парда ўрнида микроблар кўпайишига қулай шароит яратувчи юмшоқ миксоид тўқима ва ҳомила атрофи суюқлиги қолдиқларини борлиги;

- ёш болаларда ўрта қулоқ шиллиқ падасининг маҳаллий ва организмнинг умумий иммунитетини яхши ривожланмаганлиги;

- чақалоқ кўп вақт давомида горизонтал ҳолатда ётиши ва унинг эшитув найи кенг ва катта бўлганлиги сабабли сут ва суюқ овқат ноғора бўшлиғига кириб, уни яллиғланишига олиб келиши мумкинлиги;

- ёш болаларда қизамиқ, скарлатина, дифтерия каби юқумли касалликлар кўп учрайди ва уларда ривожланган ўткир йирингли ўрта отит оғир кечади.

- катта ёшдаги болаларда ўткир тонзиллит, ҳалқум муртаги гипертрофияси ва уни яллиғланиши эшитув найининг бурунҳалқум тешигини ёпиб қўйиши натижасида унинг фаолияти бузилиб, ўрта қулоқни яллиғланишига сабаб бўлади.

- ҳомила даврини ва туғилиш жараёнини оғир кечиши, чала туғилиш, акушерлик муолажаси пайтида жароҳат олиш чақалоқда ўткир ўрта отитни ривожланишига ёрдам беради.

- сунъий овқатлантириш, гипотрофия, гиповитаминоз, рахит ва бошқа касалликлар болаларда ўткир йирингли ўрта отитни ноаниқ ва суст кечишига сабаб бўлади.

Клиник белгилари. Ёш болаларда ўткир йирингли ўрта отит ўзига хос кечади. У кўпинча иккиламчи касаллик сифатида ўткир респиратор вирусли инфекцияларда, қизамиқда, скарлатинада, дифтерияда ва сепсисдан сўнг ривожланиб, тўсатдан бошланади. Боланинг тана ҳарорати дастлаб субфебрил, 1-2 кундан сўнг 39,5 - 40°C кўтарилади. Қулоқ думбоғи босилганда оғриқ пайдо бўлиши касалликнинг муҳим белгиларидан бири ҳисобланади. Қулоғи оғриган боланинг ҳатти-ҳаракати катталарникидан фарқ қилади; дастлабки кунларда у безовталаниб кўп йиғлайди, кўкракни эмолмайди, оғриган қулоғини онасининг қўлига ишқалайди, уйқуси бузилади. 4-5 ойлик бола бошини ҳар томонга ташлаб йиғлайди.

Ўрта қулоқ қон томирлари калла ичи бўшлиғи қон томирлари билан алоқа ҳосил қилиши ва ёш болаларда тошсимон-тангача суяк тирқиши очиклиги туфайли уларда бош мия пардаларининг таъсирланиш белгилари, яъни менингизм белгилари (қусиш, бош айланиши, энса мушагини тортилиши, бошни орқага ташлаб йиғлаш, оёқ-қўл мушаклари тонусининг ошиши,

тутқаноқ) пайдо бўлади. Бундай белгилар бош мия пардаларини бактерия токсинларидан таъсирланиши натижасида юзага келади. Ноғора парда тешилиб, ўрта қулоқ бўшлиқлари йирингли ажралмадан бўшагандан сўнг менингизм белгилари тез орада йўқолади.

Ўткир ўрта отит билан оғриган ёш болаларда баъзан ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиши, яъни ўткир диарреянинг белгилари (қусиш, ич кетиши) кузатилади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, клиник белгилари, отоскопия манзараси, рентгенография, компьютерли томография, тимпанопункция, антропункция, парацентез, бактериологик ва бошқа лаборатория текширувлари натижаси асосида қўйилади. Ёш болаларда отоскопия манзарасига тўғри баҳо бериш касалликни ўз вақтида аниқлаш учун муҳим аҳамиятга эга. Ёш болаларда ташқи эшитув йўлининг шакли тирқишсимон бўлиши, унда кўчган эпидермис тўплами мавжудлиги, ноғора парданинг деярли горизонтал жойлашганлиги отоскопия текширувини анча қийинлаштиради. Бундан ташқари ёш болаларда ноғора парда нисбатан қалин бўлиб, у қулоқни тозалаш пайтида ёки бола йиғлаганда осон қизаради. Йиғлаётган ёш болалардаги отоскопия манзарасида ноғора пардани қизаришини ўткир ўрта отитдаги ёрқин гиперемиядан фарқлаш учун беморни бир неча вақт кузатиш лозим. Агар йиғлаётган бола тинчланиб нафас олган пайтида ноғора пардани ранги ўзгариб, биров оқарса, у ҳолда ўрта қулоқда яллиғланиш йўқ деб ҳисоблаш мумкин.

Ноғора парданинг тарқоқ қизариши, инфильтрацияси, билиш нуқталарининг ноаниқлиги ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишдан далолат беради. Болада ўткир йирингли ўрта отитнинг бошқа клиник белгилари аниқланган ҳолларда шовилинч тимпанопункция ёки парацентез жарроҳлик амали бажарилади. Айрим ҳолларда ноғора парда хиралашиб, кулранг ёки сарғиш кўчган эпидермис билан қопланган бўлса, бошқа ҳолларда у юпқалашади, олд қисмлари орқали хира доғга ўхшаш йиринг кўринади. Тўрт қисмларининг бирида инфильтрация ва бўртиш борлиги ҳам ўткир йирингли ўрта отитга хос белги ҳисобланади.

Ёш болаларда ҳам ўткир йирингли ўрта отит уч босқичда кечади. Аммо ёш болаларда ноғора парда қалин бўлганлиги, ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардаси ажралмани ўз ичига тез сингдириб олиш қобилиятига эга эканлиги ва ўрта қулоқ ажралмаси кенг ва калта эшитув найи орқали осон чиқарилиши сабабли уларда ноғора парда кўпинча тешилмайди ва жараён кўп ҳолларда соғайиш билан тугайди.

Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, иммунологик кўрсаткичларни ўзгариши, сўргичсимон ўсиқ соҳасининг термометрияси ҳам тўғри ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга.

Даволашда клиник белгиларнинг кескинлиги, мавжуд бўлган асоратлар ва боланинг умумий аҳволи эътиборга олинади. Ўткир йирингли ўрта отитни

комплекс даволашда антибиотикотерапия муҳим ўринни эгаллайди. Масалан, 2 ёшгача бўлган ва касалликнинг клиник белгилари кескин ривожланган, тана ҳарорати 38°C ва ундан ортиқ бўлган болага албатта антибиотик буюрилади. Боланинг ёши ва вазнига қараб керакли миқдорда антибиотиклар (аугментин, цефуроксим, цефозолин) буюрилади.

Ёш болаларда ўткир йирингли ўрта отит кўпинча бурун ва бурунҳалқум касалликлари билан бирга кечиши сабабли эшитув найи ўтказувчанлигини яхшилаш, ажралмани ноғора бўшлиғидан чиқариш учун бурун ва бурунҳалқум шиллиқ пардаси шишини камайтириш тадбирлари ўтказилади. Бунинг учун боланинг бурнига 0,05% нафтизин, санорин, називин каби қон томирларни торайтирувчи томчилар томизилади. Бир ёшгача бўлган боланинг бурнига эмишидан 10 дақиқа олдин бир томчи 0,1% адреналин гидрохлорид қўшилган изотоник эритма томизилади. Томчиларни томизишдан олдин боланинг бурни тозаланади, ёш болаларда бурун ажралмаси резина баллонча ёрдамида сўриб олинади. Яллиғланишга қарши тадбирлар билан бир қаторда бурунга 1% протаргол ёки колларгол эритмаларини томизиш тавсия қилинади. Қулоқдаги яллиғланиш жараёни тутагандан сўнг ҳалқум муртаги гипертрофияси аниқланса, у ҳолда аденомотомия жарроҳлик амали бажарилиб, эшитув найининг фаолияти тикланади.

Болаларда отоскопия манзараси ишончли бўлмаган, аммо аҳволи тобора ёмонлашиб борган ҳолларда тимпанопункция ёки парацентез жарроҳлик амалини имкон қадар эртaroқ бажариш лозим. Бунда ноғора парда орқа-пастки квадрантида кесилади. Парацентездан сўнг ташқи эшитув йўлида йирингни пайдо бўлиши ўрта отитнинг энг ишончли белгиси ҳисобланади. Баъзан йиринг ташқи эшитув йўлида бир неча соатдан сўнг пайдо бўлиши мумкин. Парацентез жарроҳлик амалидан сўнг боланинг умумий аҳволи тез орада яхшиланади. Айрим ҳолларда касаллик бир неча кундан кейин яна авж олиши мумкин, шунда парацентез жарроҳлик амалини такроран бажаришга тўғри келади. Бу ҳам керакли натижа бермаган ва сўргичсимон ўсиқ катакчаларининг яллиғланиши ривожланганлигига шубҳа туғилган ҳолларда беморда антротомия жарроҳлик амали бажарилади.

Ноғора парда тешилгандан сўнг ёш болаларда ноғора бўшлиғида яллиғланиш ўсмаларини ҳосил бўлиши катталарга нисбатан кўпроқ учрайди. Улар ноғора парда тешигини ёпиб, ажралма чиқарилишини қийинлаштиради. Шунинг учун боланинг қулоғига қон томирларни торайтирувчи томчи, масалан 0,1% адреналин гидрохлорид ёки нафтизин томизилиб (2 томчидан кунига 3 маҳал), қулоқ думбоқчаси бир неча бор енгил босилгандан сўнг ташқи эшитув йўли тозаланиб, ноғора бўшлиғига худди шу усулда антибиотик ва гидрокортизон эмульсияси аралашмаси юборилади.

Профилактикаси. Ўрта қулоқ касалликларини олдини олиш чоралари бола туғилгандан бошлаб олиб борилиши лозим. Гигиена қоидаларига риоя қилиш, тўғри овқатлантириш, организм ҳимоя кучини ошириш, ўткир респиратор

касалликларни олдини олиш, чиниқтириш, сув муолажаларини қўллаш тадбирлари болаларда ўткир йирингли ўрта отитни олдини олишга ёрдам беради. Эмизикли болаларда қулоқ касалликлари нисбатан камроқ учрайди.

Болалардаги бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва ҳалқум касалликлари ҳам ўрта қулоқнинг яллиғланишига олиб келиши мумкинлиги сабабли уларда ушбу аъзолар касалликларини олдини олиш тадбирларини ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Ўткир респиратор касаллик билан оғриган болада биринчи навбатда бурун орқали нафас олиш фаолияти тикланиши лозим. Эшитув найининг анатомик тузилишини ҳисобга олиб эмизикли болаларни овқатлантириш пайтида боши биров юқорироқ ҳолатда бўлгани мақул.

Кўпинча ёш болаларда ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши бошқа умумий касалликларнинг белгилари остида яширин кечади. Уларда отоскопия манзарасини ноаниқлиги, безовталиқ, тана вазнинини йўқотиш, қусиш, ич кетиш, тутқаноқ, бошини орқага ташлаш, она кўкрагини эма олмаслик белгиларини кузатилиши даволашда оториноларинголог ва педиатрни иштироқ этишини тақозо қилади.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН ЎРТА ОТИТ одатда оғир кечади ва организм ҳимоя кучининг пасайиши ҳамда қўзғатувчи микроорганизмнинг вирулентлигига боғлиқ бўлади. Инфекция ногора бўшлиғига эшитув найи орқали, баъзан гематоген ёки лимфоген йўллар орқали тарқалади. Юқумли касалликларда яллиғланиш жараёни иккала қулоқда бир вақтда ривожланиб, ўрта ва баъзан ички қулоқ тузилмаларига тез тарқалади.

Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши юқумли касалликнинг бошланғич даврида ривожланиши ва асосий касалликнинг барча белгилари билан бирга кечиши мумкин; баъзан эса у иккиламчи жараён сифатида юқумли касалликнинг кейинги босқичларида ривожланади.

Гриппдан сўнг ривожланган ўрта отит одатда грипп эпидемияси пайтида кузатилиб, яллиғланиш жараёни геморрагик шаклда кечади. Ташқи эшитув йўлининг суяк қисми терисининг эпидермиси остига ва ногора пардада тери ости қонталашилари пайдо бўлиб, геморрагик пуфакча ёки булла деб аталади. Шунинг учун бундай отит *буллёз отит* деб юритилади. Отоскопияда ногора парда ва ташқи эшитув йўлининг териси тарқоқ қизариши остида 2-3 дона айлана тўқ-қизил геморрагик пуфакчалар кўринади. Пуфакчалар очилганда кам миқдорда қон аралаш суюқ ажралма пайдо бўлади.

Гриппдан сўнгги ўрта отитда яллиғланиш жараёни кўпинча ногора усти чуқурлигида (эпитимпанумда) жойлашади ва оғир кечади. Баъзан беморда жараён ички қулоққа тарқалиши ва беморда менингит касаллигининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Бундай отитни даволаш тактикаси парацетез жарроҳлик амалини бажариш ва ўрта қулоқдан йирингли ажралмани чиқариш, даволашда антибиотикларни (амоксиклав, амоксицилин, клофаран), кортикостероидларни, дезинтоксикация ва десенсибилизация тадбирларини (кальций глюконат, супрастин) ҳамда

витаминовларни кенг қўллашдан иборат. Бир вақтнинг ўзида маҳаллий усулда бурун бўшлиғига интерферон томизиш ва ингаляция қилиш, эшитув найи фаолиятини яхшилаш мақсадида нафтизин, санорин эритмаларини томизиш, оёқларга иссиқ ванна қилиш, сўрғичсимон ўсиқ соҳасига иссиқ ёки яримспиртли бойлам қўйиш ва симптоматик даволаш тадбирлари (тана ҳароратини меъёрлаштириш, оғриқни камайтириш ва бошқ.) олиб борилади.

Йирингли ажралманинг миқдори кўпайиб, суяк тўқимасининг ўзгариш белгилари пайдо бўлгандагина сўрғичсимон ўсиқ соҳасида жаррохлик амали бажарилиши лозим. Агар гриппдан кейин ривожланган ўрта отитда ноғора бўшлиғида йирингли ажралма йўқлиги исботланса, унда беморда асорат сифатида ривожланган менингит нима билан боғлиқлиги аниқланиши лозим. Гриппдан кейин ривожланган ўрта отитда беморнинг эшитиш қобилияти текширилиб турилади, чунки уларда кеч ривожланган кондуктив паст эшитишлик билан бирга сенсоневрал паст эшитишлик белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Скарлатинадан сўнг ривожланган ўрта отит кўпроқ кичик ёшдаги болаларда учрайди. Жараён ўрта қулоқнинг суяк ва юмшоқ тўқималарининг некротик яллиғланиши билан кечади. Скарлатина ва қизамиқдаги некротик ўрта отит одатда юқумли касалликнинг дастлабки кунларида ривожланиб, кўпинча бурун ва ҳалқумнинг некротик жараёнлари билан бирга кечади.

Некротик ўрта отитда юзага келган ўрта қулоқ қон томирларининг тромбози ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардаси, эшитув суякчалари ва сўрғичсимон ўсиқнинг суяк тўқимаси некрозига олиб келади. Инфекция тошсимон - тангача тирқиши ёки некротик жараён ҳосил қилган йўл орқали калла бўшлиғига тарқалиши ва болада оғир калла ичи асорати (йирингли менингит, сигмасимон синус тромбози, бош мия ва мияча ҳўппози), баъзан юз асаб толаси фалажи ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Клиник белгилари. Скарлатинада ва қизамиқда ўрта қулоқни яллиғланиши клиник белгиларсиз бошланади, чунки бу даврда беморда асосий касалликнинг белгилари етакчилик қилади. Қулоқнинг патологик жараёни яширин бошланиб, ноғора парда тез орада некрозга учраши туфайли боланинг қулоғи оғримайди. Касалликнинг биринчи белгиси - бу қулоқдан кўп миқдорда бадбўй ҳидли йиринг оқиши бўлиб, сўрғичсимон ўсимта соҳасини оғриши ва эшитиш қобилиятининг пасайиши эса беморда суяк тўқимаси яллиғланганлигини билдиради. Отоскопияда ноғора пардада йирик тешик ҳосил бўлганлиги, ҳатто бутунлай емирилганлиги аниқланади; баъзан ноғора пардани тешилиши бир кун ичида содир бўлиши мумкин. Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши кўп ҳолларда сурункали шаклга айланади.

Некротик жараён ички қулоққа тарқалганда беморда серозли ёки йирингли лабиринтит ривожланиб, баъзан қулоқнинг эшитув ва мувозанатни сақлаш фаолиятлари тўлиқ издан чиқиши мумкин. Икки томонлама некротик лабиринтит беморда сенсоневрал қарликни ривожланишига олиб келади.

Даволаш тадбирлари йирингли ўрта отитни даволаш тадбирларига ўхшаш бўлиб, асосий касалликни даволаш ва ўрта қулоқдаги маҳаллий бергиларни бартараф этишга қаратилади. Қизамиқ ва скарлатинада антибиотикларни ўз вақтида ва тўғри қўллаш некротик отит ва унинг асоратларини олдини олишга ёрдам беради. Сўрғичсимон ўсиқ катакчаларининг чириши ва кариеси ривожланган беморда жарроҳлик даволаш усули қўлланилиб, чириган ва кариесга учраган тўқималар соғлом суяк тўқимасигача тозаланади. Қулоқ ортидаги жароҳат майдони очик усулда даволанади, грануляция тўқимаси ўсиб бориши билан минераллардан холи қўзичоқ суяги ёки консервация қилинган тоғай тўқимаси билан тўлдирилиб (мастоидо-пластика), юмшоқ тўқималар ўзаро тикилади.

Ўткир юқумли касаллик билан оғриган беморларда бурун, оғиз ва ҳалқум бўшлиқларини соғломлаштириш, ўрта қулоқ яллиғланишининг клиник белгилари пайдо бўлганда тегишли даволаш тадбирларини ўтказиш зарур.

АНТРИТ - сўрғичсимон ўсиқ горининг шилиқ қавати ва гор атрофи суяк тўқималарининг йирингли яллиғланиши. Сўрғичсимон ўсиқ катакчалари уч ёшли болаларда тўлиқ шакланган бўлади. Чақалоқ ва ёш болаларда эса чакка суягининг сўрғичсимон ўсиқда ягона бўшлиқ, яъни антрум бўшлиғи (сўрғичсимон ўсиқ ёри) бўлганлиги сабабли бу ёшдаги болаларда сўрғичсимон ўсиқнинг яллиғланиши “антрит” деб номланади. Ёш болаларда ўткир йирингли ўрта отит ва антрит касалликлари бир вақтда кечиши мумкин. Бундай ҳолларда касаллик “отоантрит” деб юритилади. Антрит кўпинча сунъий овқатланувчи, гипотрофия, рахит, дизентерия, зотилжам билан оғриган болаларда кўпроқ учрайди. Антритда субпериостал хўппоз асорати мастоидитдагига нисбатан кўпроқ учрайди ва баъзан суяк тўқимаси емирилишидан олдин ҳосил бўлади; йиринг битмай қолган тирқишлар (тангача-сўрғич ва ноғора-сўрғич тирқишлар) орқали ички қулоққа ва калла ичига тарқалади.

Клиник белгилари. Антрит аён ва яширин (нотипик) клиник шаклларда кечиши мумкин. Касалликнинг аён шаклида болада ўткир йирингли ўрта отитнинг барча белгилари: қулоғидан йирингли ажралмани оқиши, уйқусини бузилиши, иштаҳасини пасайиши, тана ҳароратини 38-39⁰ С га кўтарилиши, кўкракни эммаслиги, безовталаниши, кўп йиғлаши, менингизм белгилари кузатилади. Антритнинг яширин клиник кечимида бола карахт ва ҳолсиз бўлиши, қулоғини биров оғриши (бола қўлини қулоғига кўп олиб боради ва уни ушлаб, тортади), тана ҳароратини субфебрил ёки меъёردа бўлиши, вазнини камайиши, тез-тез ич кетиши, қусиш белгилари кузатилади. Сўрғичсимон ўсиқ соҳасининг териси биров қизарганлиги, пайпасланганда ва босиб кўрилганда оғриши аниқланади.

Отоскопияда ташқи эшитув йўлида қуюқ-оқиш йирингли ажралма борлиги ва тозалангандан сўнг қайта тўпланиши кузатилади. Ноғора парда тўқ қизил, пушти ёки қулранг, билиш нуқталари ноаниқ, баъзан ноғора парданинг орқа

юқори қисмини бўртганлиги кўринади. Ноғора парда тешилган ҳолларда тешиқ орқали йирингли ажралмани томир уришига монанд тўлқинланиб чиқиши кузатилади. Бундан ташқари, ташқи эшитув йўлининг юқори ва орқа деворлари орасидаги бурчак текисланганлиги, баъзан унинг орқа юқори девори осилганлиги (*Шварц белгиси*) кўринади. Қулоқ супраси бирикиш жойида тери бурмаси бироз текисланиб, пайпасланганда оғрийдиган шиш борлиги (шиш бармоқ билан енгил босилганда бармоқ изи қолмайди) аниқланади.

Ташиxis бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, касалликни бошланиши, унинг маҳаллий ва умумий белгилари, ташқи кўрув, отоскопия, микроотоскопия, тимпанопункция, парацентез, антропункция, рентгенография, компьютерли томография ва клиник текширувларнинг натижалари асосида қўйилади. Антрит аён клиник белгилар билан кечган ҳолларда ташхис қўйиш қийин бўлмайди, аммо маҳаллий белгилари суст ривожланган нотипик шаклини аниқлаш анча қийин. Чакка суяги рентгенограммаси ёки компьютерли томограммасида сўргичсимон ўсиқ ғори хиралашганлиги кўринади. Аммо антрит касаллигида рентгенография текшируви ҳал қилувчи аҳамиятга эга эмас. Шунинг учун ташхис қўйиш ва даволаш мақсадида парацентез, тимпанопункция ва антропункция жарроҳлик амаллари бажарилади.

Антротомия жарроҳлик амали умумий оғриқсизлантириш остида консерватив даволаш тадбирлари натижа бермаган ва беморда периантрал майдоннинг остеомиелити белгилари пайдо бўлган ҳолларда бажарилади. Қулоқ орқасида, қулоқ супрасининг бирикиш жойидан 0,5 см орқада, бирикиш чизигига параллел равишда тери 1,5 см узунликда ёйсимон кесилади (43-расм). Қон оқиши тўхтатилгандан сўнг махсус асбоб ёрдамида юмшоқ тўқима орқага, олдинга силжитилади ва сўргичсимон ўсиқ ғори сатҳида жойлашган Шипо учбурчаги майдони очилади. Бу майдон ташқи эшитув йўлининг орқа-юқори бурчагидан бироз юқорида ва орқароқда жойлашади. Сўргичсимон ўсиқ ғорини очиш, яъни антротомия жарроҳлик амали ўткир тиббий қошиқча, ўткир учли ва новсимон искана, болғача, Воячек исканаси, парма ёки стоматологик бормашина ёрдамида бажарилиши мумкин. Бунда болаларда сўргичсимон ўсиқ ғори нисбатан катта ва юза жойлашганлигини инобатга олиш лозим. Сўргичсимон ўсиқ катакчалари яллиғланган ва емирилган суяк тўқималаридан, йиринг ва яллиғланиш ўсмаларидан тозаланади. Болаларда сўргичсимон ўсиқ ғори одатда 1,0-1,5 см чуқурликда жойлашган бўлади. Очилган бўшлиқ сўргичсимон ўсиқ ғори, яъни антрум эканлигига ишонч ҳосил қилиш учун бўшлиқ ичига тугмачали зонд киритилади.



43-расм. Антротомияда тозалаш пайтида ҳам асоратлар юз бериши терини кесиш чизиғи мумкинлигини эсда тутиш ва эҳтиёткорлик билан ҳаракат қилиш талаб этилади.

Жарроҳлик амалидан сўнг бўшлиқ илиқ антисептик эритмалар (фурацилин, диоксидин) билан ювилиб, бўшлиқ ичига гипертоник ёки антибиотик эритмасига шимдирилган тикма жойланади ва асептик бойлам қўйилади. Бойлам ҳар куни алмаштириб турилади. Беморга антибиотикотерапия, дезинтоксикация, десенсибилизация, маҳаллий даволаш тадбирлари ва физиотерапия муолажалари тавсия қилинади. Одатда бемор жарроҳлик амалидан сўнг 10-12 кун ичида соғайиб кетади.

Болаларда ўрта қулоқнинг яллиғланиши ва мастоидитни олдини олиш учун гигиена қоидаларга риоя қилиш, болани тўғри овқатлантириш ва юқумли касалликларни олдини олиш чора-тадбирлари ўтказилиши лозим. Болани она сути билан овқатлантириш ва чиниқтириш уни соғлом ўсишига ёрдам беради. Бурун, бурун ёндош ва ҳалқум касалликларини даволаш, ўткир йирингли ўрта отитни ўз вақтида ва тўғри даволаш кейинги асоратларни олдини олишга ёрдам беради.

Мастоидит (*mastoiditis*) - сўрғичсимон ўсиқ шиллиқ пардаси ва суяк тўқимасининг йирингли яллиғланиши. Касаллик ўткир йирингли ўрта отит ва сурункали ўрта отитнинг асорати сифатида ривожланади. Мастоидитнинг қуйидаги шакллари тафовут қилинади:

1) бирламчи мастоидит - ўткир йирингли ўрта отитни ривожланиши билан боғлиқ бўлмаган сўрғичсимон ўсимта катакларининг яллиғланиши;

2) иккиламчи мастоидит:

а) ўткир йирингли ўрта отитда ривожланган оддий мастоидит, шу жумладан чўққи-бўйин (Бецельд) мастоидити;

б) нотипик мастоидит - ноғора парда тешилишидан олдин ривожланган мастоидит ва қайталанувчи мастоидит.

Зигоматит, сквамит ва петрозитлар мастоидитнинг алоҳида шакллари ҳисобланади. Мастоидит кўпинча сўрғичсимон ўсиқ катакчаларининг пневматик тузилишида ривожланади.

Этиологияси. Мастоидитнинг ривожланишига ўткир йирингли ўрта отитни қўзгатган микроблар (стрептококк, стафилококк, пневмококк, ичак ва дифтерия таёқчалари, сил микобактерияси, филтрланувчи вируслар, оғиз бўшлиғи спирохетаси, *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, *S. aureus* ёки аралаш микрофлора) сабаб бўлади.

Патогенези. Қуйидаги омиллар яллиғланиш жараёнини сўрғичсимон ўсиқ катакларига тарқалишига ёрдам беради:

- 1) яллиғланишга сабаб бўлган қўзғатувчининг юқори вирулентлиги;
- 2) организмнинг умумий ва маҳаллий иммунитетини сустлиги;
- 3) ўткир йирингли ўрта отитни етарлича даволамаслик ва парацетез жарроҳлик амалини кечиктирилиши;
- 4) ноғора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсиқ катакларидagi патологик ажралмани ташқи эшитув йўлига чиқарилмаслиги;
- 5) қандли диабет, камқонлик, сил, буйрак касалликлари ва бошқалар.

Патологоанатомик ўзгаришлар Сўрғичсимон ўсимтанинг яллиғланишида ривожланган патологоанатомик ўзгаришлар унинг клиник босқичларига боғлиқ бўлади:

1) касалликнинг *экссудатив босқичида* сўрғичсимон ўсиқ катакчаларида *мукопериостит*, яъни сўрғичсимон ўсиқ катакчаларининг шиллиқ ва мукопериост (суяк усти) пардасининг яллиғланиши ривожланади. Шиллиқ пардада қон айланишининг бузилиши натижасида қизариш ва шиш, сўрғичсимон ўсиқ катакчаларида серозли, йирингли ва қон аралаш йирингли экссудатни тўпланиши кузатилади;

2) *альтерация босқичида* суяк тўқималарининг яллиғланиши, яъни *остеит* ривожланади. Яллиғланиш жараёни сўрғичсимон ўсиқ катакчалари орасидаги суяк тўсиқларига тарқалиб, уларни емиради;

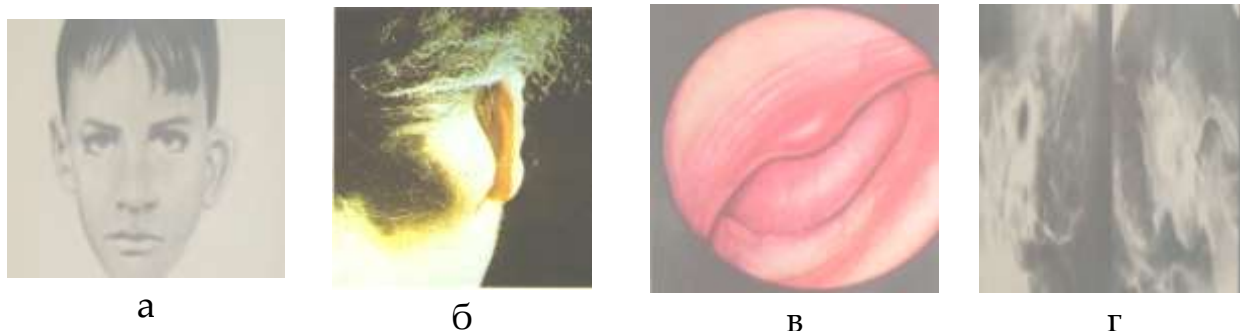
3) сўрғичсимон ўсиқ эмпиемаси босқичида сўрғичсимон ўсиқ катакчалари орасидаги суяк тўсиқлари емирилиб, йирингли ажралма билан тўлган умумий бўшлиқ ҳосил бўлади.

Суяк тўқимасининг емирилиш жараёни калланинг ўрта ва орқа чуқурчалари соҳасидаги бош мия қаттиқ пардасигача тарқалиши ва турли калла ичи асоратларини ривожланишига олиб келиши мумкин.

Клиник белгилари. Ўткир йирингли ўрта отитнинг 2-3- ҳафтасида беморнинг аҳволи тўсатдан оғирлашиб, тана ҳарорати кўтарилиб, боши оғриб, қон ва сийдикда яллиғланишга хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Сўрғичсимон ўсиқ соҳаси шишиб, пайпасланганда оғрийди, қулоқ орти бурмаси текисланиб, қулоқ супраси олд-ташқи томонга бўртиб туради. Бемор қулоғи орқаси шишганлигига, оғришига, қулоғидан йиринг оқишига, тана ҳарорати кўтарилишига, оғриган қулоғи шанғиллаши ва паст эшитишига, боши оғришига шикоят қилади.

Отоскопияда қулоқдан томир уришига мос кўп миқдорда қуюқ йиринг оқаётганлиги кўринади; ташқи эшитув йўли тозалангандан сўнг у тез орада яна

йирингга тўлади. Баъзан йиринг нафақат ноғора пардадаги тешик орқали, балки ташқи эшитув йўлининг емирилган орқа суяк девори орқали оқиб чиқиши мумкин. Кўзга ташланган *ташқи эшитув йўлининг орқа-юқори деворининг осилиши (Шварц белгиси)* мастоидитнинг муҳим отоскопик белгиси ҳисобланади (41-расм).



41-расм. Мастоидит

- а) кулоқ супрасини олдинга бўртиб туриши; б) мастоидитни орқа томондан кўриниши;
в) отоскопияда ташқи эшитув йўлининг суяк қисмини осилиши (Шварц белгиси); г)
рентген тасвирида сўрғичсимон ўсиқ катакчаларида ҳаво зичлигини пасайиши;

Бу белги сўрғичсимон ўсиқ катакчаларида ривожланган яллиғланиш жараёни натижасида сўрғичсимон ўсиқнинг олд девори ва ғорга кириш жойини патологик ажралма билан босилиши натижасида юзага келади. Қатор ҳолларда бу майдонда оқма ҳосил бўлиб, йиринг ташқи эшитув йўлига оқма орқали оқиб чиқади ва мастоидитнинг абсолют белгиси ҳисобланади.

Айрим ҳолларда, масалан, ноғора парданинг тешиги ёпилиб, ноғора бўшлиғидан йирингни чиқарилиши бузилган ёки сўрғичсимон ўсиқ ғорига кириш жойи ёпилиб қолган ҳолларда беморнинг қулоғидан йиринг оқиши тўхтаб қолиши мумкин. Баъзан йиринг сўрғичсимон ўсиқ катакчалари ва суяк тўқимасининг емирилиши натижасида суяк усти пардаси остида тўпланиб, *субпериостал ҳўппознинг* ривожланишига олиб келади; бунда кулоқ орти терисининг шишиши ҳисобига бурмаси текисланиб, кулоқ супраси олд томонга бўртиб туради.

Бундан ташқари, йиринг ўз-ўзидан антрумнинг ташқи девори соҳасига ёки бошқа майдонларга тарқалиши мумкин. Масалан, йиринг сўрғичсимон ўсиқ чўққисининг ички юзасидан бўйин фасциялари орасига тарқалганда *чўққи-бўйин (Бецольд) мастоидити*, сўрғичсимон ўсиқ чўққисининг ташқи деворига тарқалганда - *Орлеанский мастоидити*, икки қоринчали мушакнинг ички томонига тарқалганда – бўйиннинг чуқур ҳўппози, яъни *Муре мастоидити* деб белгиланади. Яллиғланиш жараёни чакка суягининг ёноқ ўсиғи асосига тарқалганда - *зигоматицит*, унинг тангача қисмига тарқалганда - *сквамит*, тошсимон қисмига тарқалганда - *петрозит* деб аталади (42-расм).

Чўққи-бўйин мастоидитида бўйиннинг юмшоқ тўқималари шишади, баъзан шиш сўрғичсимон ўсиқ чўққисидан ўмров суяги соҳасигача тарқалади. Бошини ён томонга бурганда кескин оғриқ пайдо бўлиши сабабли бемор бошини

мажбуран яллиғланган томонга эгиб туради. Баъзан йирингни бўйин бўшлиқларидан кўкс оралиғига тарқалиши натижасида беморда медиастенит ривожланиши мумкин.

Зигоматит ва скваматитда яллиғланган майдон терисининг қизариши, шиш ва маҳаллий оғриқ кузатилади. Петрозитда Граденигонинг уч белгиси (қулоқдан йиринг оқиши, тригеминит - уч шохли асаб толаси бўйлаб тарқалган кучли оғриқ ва узоқлаштирувчи асаб толаси билан таъминланган мушакларнинг қисман фалажи ёки фалажи) кузатилади.



42-расм. Мастоидитда йирингни тарқалиш йўллари

Сўрғичсимон ўсиқ яллиғланишида отоскопияда кўпинча ноғора парданинг орқа юқори қисми қизариб, шишганлиги аниқланади.

Яширин мастоидитнинг ривожланишида беморнинг ёши, умумий ва маҳаллий иммунитетинининг ҳолати, микробнинг вирулентлиги, сўрғичсимон ўсиқ катакчаларининг ўзига хос анатомик тузилиши, даволашда йўл қўйилган ҳатолар муҳим аҳамиятга эга. Бундай мастоидит кўпинча оғриқсиз ва деярли доимо сўрғичсимон ўсиқнинг суяк тузилмаларининг яллиғланиши ва

емирилиши билан кечади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, анамнез маълумотлари, ташқи қулоқни кўздан кечириш, пайпаслаш, отоскопия, микроотоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, рентгенография, компьютер томография, МРТ, тимпанопункция, парацентез, антропункция, клиник ва бактериологик текширувлар натижалари асосида қўйилади. Аниқ клиник белгилар билан кечган мастоидитда ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Касаллик яширин ноаниқ белгилар билан кечган ҳолларда ташхис қўйишда унинг барча объектив белгилари эътиборга олинади. Шумский ёки Шюллер бўйича чакка суяги рентгенографиясида яллиғланган ва соғлом қулоқлар сўрғичсимон ўсимталарининг тасвири бир-бирига таққосланади; яллиғланган томонда рентген тасвирида сўрғичсимон ўсиқ ёри ва катакчаларининг ҳаво сақлаш ҳолати пасайганлиги, катакчалар орасидаги суяк тўсиқлари емирилганлиги, йиринг ва яллиғланиш ўсмалари билан тўлган бўшлиқ ҳосил бўлганлиги кўринади. Зарур бўлса КТ ва МРТ текширувлари ўтказилади, ташхис қўйишда уларнинг ҳам натижалари инобатга олинади.

Баъзан мастоидитни қуйидаги касалликлардан фарқлаш керак бўлади:

1) қулоқ орқаси лимфа тугунларининг яллиғланишида ноғора пардада, ноғора бўшлиғида ва ташқи эшитув йўлининг орқа-юқори деворида патологик ўзгаришлар аниқланмайди, беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди.

2) ҳўппозга айланган ташқи эшитув йўли чипқони ҳам қулоқ супраси орқасининг шиши билан кечади. Аммо унда ноғора парда ўзгармайди, беморнинг эшитиш

қобилияти сақланиб, қулоқ оғриғи қулоқ супраси тортилганда, қулоқ дўмбоқчаси босилганда, пастки жағ суягининг ҳаракатида ва чайнаш пайтида кучаяди. Чипқонда отоскопияда ташқи эшитув йўлининг тоғай қисми торайганлиги аниқланса, мастоидитда – унинг суяк қисми торайганлиги ва юқори-орқа девори осилганлиги аниқланади. Ташқи эшитув йўли чипқонида сўрғичсимон ўсиқ соҳасидаги шиш майдони босилганда бармоқ изи қолади, мастоидитда эса бармоқ изи қолмайди, аммо босилганда шиш майдони оғрийди.

3) *чакка суяги соҳасининг флегмонасида* бемор оғзини очиши қийинлашади, оғиз бўшлиғида патологик ўзгаришлар пайдо бўлади, беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди, отоскопияда ташқи эшитув йўлининг юқори-орқа деворининг осилиши кузатилмайди, ноғора парда ўзгармайди ва ўрта қулоқда йиринг бўлмайди.

4) *бўйиннинг чуқур флегмонасида* қулоқда патологик ўзгаришлар аниқланмайди, беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди, рентгенограммада сўрғичсимон ўсиқ катакчаларида ҳам патологик ўзгаришлар аниқланмайди.

5) *кичик энса асаб толасининг невралгияси* қулоқ орқаси терисининг кескин оғриши ва унинг сезгирлигини ошиши билан кечади. Бемор бошини пастга ёки ён томонга бурганда оғриқ кучаяди; оғриқ бошни эгувчи ва трапециясимон мушаклар орасида, яъни энса асаб толасининг чиқиш нуқтасида жойлашади. Беморнинг тана ҳарорати меъёрда бўлиб, қонда яллиғланишга хос патологик ўзгаришлар аниқланмайди. Отоскопияда ноғора парда ўзгармаганлиги, акуметрия, аудиометрия текширувларида ўзгаришлар йўқлиги аниқланади.

Даволаш. Мастоидит билан оғриган бемор шифохона шароитида ЛОР бўлимида консерватив ва жарроҳлик усуллари билан даволанади. Консерватив даволаш усули қўйидаги этиопатогенетик ва симптоматик даволаш тадбирларидан иборат бўлиб, улар маҳаллий ва умумий усулда қўлланилади:

1) Бурун бўшлиғи ва эшитув найининг фаолиятини яхшилаш мақсадида бошини орқа-ён томонга эгган ҳолда бурунга қон томирларни торайтирувчи дориларини томизилади;

2) Қулоқ соҳасига яримспиртли иссиқ бойламлар қўйилади, ташқи эшитув йўли ва ноғора бўшлиғи йирингли ажралмадан тозаланади ва уларга ноғора парда орқали дори эритмаларини юборилади;

3) Антибиотикотерапияни ўтказиш: беморнинг аҳволи ва микрофлоранинг антибиотикларга сезувчанлигига қараб бир ёки иккита антибиотик мушак орасида ёки вена ичига юборилади. Антибиотиклардан линкомицин, цефтриаксон ёки бошқаси 0,5-1% новокаинда эритиб, сўрғичсимон ўсимта соҳаси териси остига бир суткада 1-2 маҳал лимфотроп усулида юбориш ижобий натижа беради.

4) Гипосенсибилизация тадбирларидан кальций хлорид, кальций глюконат, димедрол, тавегил, супрастин, зиртек, кларитин, телфаст таблеткаларини буюриш мумкин;

- 5) Гипосенсибилизация, дезинтоксикация ва яллиғланишга қарши восита сифатида 1% кальций хлорид эритмасини вена ичига бир дақиқада 40-50 томчидан (болаларга 7-10 мг/кг ҳисобида, катталарга 400 мл гача) томчилаб юборилади;
- 6) Витаминлардан В₁, В₆, С, В₁₂, никотин кислотасини тавсия қилинади;
- 7) Беморга организмининг иммун ҳолатини яхшиловчи дориларни (имудон, тимолин, т-активин) буюрилади;
- 8) Сийдик ҳайдовчи дорилардан лазикс, новурит, фонурит, диакарб ва бошқалар тавсия қилинади;
- 9) Симптоматик терапия (оғриқни қолдириш, иситмани тушуриш) қўлланилади;
- 10). Физотерапия муолажаларидан УБН, УВЧ, лазеротерапияни буюрилади.
- 11) Беморда бошқа йўлдош касалликлар аниқланганда тегишли мутахассислар маслаҳати уюштирилиб, уларнинг кўрсатмалари бажарилади.

Юқорида қайд этилган консерватив даволаш тадбирлари ижобий натижа бермаган ҳолларда кечиктирмай зудлик билан сўрғичсимон ўсиқ катакчаларини очиш (антротомия, антромастодотомия ёки мастоидэктомия) жарроҳлик амалларидан бири бажарилади.

Субпериостал ҳўппоз, чўққи-бўйин мастоидити, петрозит, зигоматит, сквамит ва калла ичи асорати ривожланган бемор шошилини равишда шифохонага ётқизилиб, дастлабки 2-6 соат ичида *антротомия* ёки *антромастодотомия* жарроҳлик амали бажарилиши, зарур бўлса ўрта ва орқа калла чуқурчалари очилиб тафтиш қилиниши лозим.

Сўрғичсимон ўсиқ катакчаларини ва ғорини очиш ва тозалаш жарроҳлик амали – *антромастодотомия*, уч ёшгача болаларда - *антротомия* деб аталади. Сўрғичсимон ўсиқни чўққиси билан бирга олиб ташлаш жарроҳлик амали-*мастоидэктомия* деб номланади.

Баъзан сўрғичсимон ўсиқнинг барча катакчаларини (периантрал, перифасциал, бурчак, чўққи, ёноқ ва бошқ.) очишга ва сўрғичсимон ўсиқ чўққисини буткул олишга тўғри келади. Бундай жарроҳлик амали *кенгайтирилган антромастодэктомия* деб номланади. Жарроҳлик амалида дастлаб сўрғичсимон ўсиқ чўққиси, периантрал, перифасциал ва бурчак катакчалари очилиб, ўткир қошиқча ёрдамида емирилган суяк парчалари, йиринг ва яллиғланиш ўсмаларидан тозаланади. Кейин суякдаги жароҳат майдонининг четлари суяк қошиқчаси ёрдамида текисланади. Жароҳат майдони антисептик эритма билан ювилиб, қуритилгандан сўнг унга гипертоник эритмага шимдирилган тикма қўйилади ва очиқ холда парвариш қилинади.

Қулоқ орқасидаги жароҳат майдонига 7-10 кундан сўнг кечиктирилган чок қўйилади. Жарроҳлик амалидан сўнг оқма ҳосил бўлган ҳолларда *чуқур тафтиш жарроҳлик амали* ўтказилади. Такроран бажарилган жарроҳлик

амалидан кейин сўрғичсимон ўсиқда орттирилган нуқсон ҳосил бўлган ҳолларда у *пластик жарроҳлик амали* ёрдамида ёпилади.

Антромастодотомия жарроҳлик амали қуйидагича бажарилади:

1. *Субпериостал ҳўппозда*, яъни қулоқ орқаси юмшоқ тўқималарининг кескин шиши, қизариши ва йиринглашида- дастлаб кўпроқ бўртиб турган майдон (лўқиллаш майдони) бироз кесилиб, кейин ҳўппоз бўшлиғига тўмтоқ учли метал найча киритилади ва йиринг электр-сўрғич ёрдамида сўриб чиқарилади. Кейин кесим юқори ва пастга давом эттирилиб, сўрғичсимон ўсиқ соҳаси кўздан кечирилади ва емирилган суяк парчаларидан тозаланади. Ҳўппоз бўшлиғига киритилган зонд сўрғичсимон ўсиқ ғорига кириш жойини топишга ёрдам беради.

2. *Чўққи-бўйин мастоидитида*, яъни йиринг сўрғичсимон ўсиқ чўққисидан тўшўмров сўрғичсимон мушак остига тарқалганда мастоидотомия бажарилиб, йирингли ўчоқлар тозалангандан сўнг қулоқ орқасидаги кесим мушак бўйлаб пастга, унинг олд ёки орқа четига давом эттирилади, кейин тўқималар ўтмас (тиғсиз) усулда ҳўппоз томонга силжитилади. Баъзан чуқур жойлашган йиринг ўчоғини очиш учун бўйин қон томирлари ва асаб толалари тўпламини очишга тўғри келади.

3. Сўрғичсимон ўсиқ соҳасида бажарилаётган жарроҳлик амали пайтида сигмасимон синус суяк деворига яқин жойлашган ҳолларда, яъни сигмасимон синуснинг нотипик жойлашувида у жароҳатланиши ва бемордан кўп миқдорда қон оқиши юз бериши мумкин. Бундай ҳолларда сигмасимон синус суяк деворига босилиб тикма қўйилади (Уайтинг усули).

4. *Петрозитда* дастлаб сўрғичсимон ўсимта соҳасида жарроҳлик амали бажарилади ва ҳосил қилинган бўшлиқ обдон кўздан кечирилади. Оқма йўллари аниқлангандан сўнг патологик ўчоқ майдони кенгайтирилиб, махсус қошиқчалар ёрдамида тозаланади.

Иккиламчи мастоидитнинг нотипик шакллари ҳам консерватив ва жарроҳлик усулари ёрдамида даволанади.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ (*otitis media purulenta chronica*) - *ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши*. Касаллик асосан уч клиник белгилар билан кечади: ноғора пардада доимий тешик ҳосил бўлиши, қулоқдан тинимсиз ёки вақти-вақти билан йиринг оқиши ва эшитиш қобилиятини турли даражада пасайиши кузатилади. 1988-1990 йилларда Ўзбекистон Республикасининг бир неча вилоятларида Тошкент педиатрия тиббиёт институти ЛОР кафедраси ходимлари томонидан 20 000 ортиқ аҳоли профилактик кўрикдан ўтказилганда 6,5-7,0 % да ноғора парда тешилганлиги, вақти-вақти билан қулоқдан йиринг оқиши ҳоллари аниқланган. Лекин кейинги йилларда бу касаллик сезиларли даражада камайган.

Касаллик ижтимоий аҳамиятга эга, чунки сурункали йирингли ўрта отитдан сўнг ривожланган паст эшитишлик беморни атрофдагилар билан мулоқотда бўлишини қийинлаштиради, унинг меҳнат қобилиятига салбий

таъсир кўрсатади, болаларда нутқни ривожланишига салбий таъсир қилади. Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган шахсни ҳарбий хизматга чақирилиши ва айрим касб соҳаларида меҳнат қилишга жалб этилиши чекланади. Баъзан касаллик ички қулоқни зарарланишига ва калла ичи асоратини ривожланишига олиб келади.

Сурункали йирингли ўрта отитнинг ривожланишида ташқи муҳит ва ижтимоий – иқтисодий омиллар муҳим аҳамият касб этади. Аҳолининг тиббий маданияти паст, тиббий ёрдам хизмати етарли даражада йўлга қўйилмаган ва юқумли касалликлар тарқалган ҳудудларда аҳоли орасида сурункали йирингли ўрта отит касаллиги кўпроқ учрайди.

Этиологияси. Сурункали йирингли ўрта отит кўпинча ўткир йирингли ўрта отитнинг давоми бўлганлиги сабабли уларнинг этиологияси ва патогенезида умумийлик мавжуд. Агар ўткир йирингли ўрта отитда қулоқ ажралмасида кўпинча пневмококклар аниқланса, сурункали ўрта отитда асосан стафилококк ва стрептококклар аниқланади (*Pseudomonas*, *S. aureus*, *Proteus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *S.pneumoniae*). 50% ҳолларда стафилококк антибиотикларга чидамли бўлиб, протей ва бошқа грамм-манфий бактериялар билан аралаш флорани ташкил қилади. Охирги йилларда ушбу касаллик билан оғриган беморларнинг 70-90% -да *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Lactobacillus* аэроб микроблари аниқланган. Баъзан сурункали ўрта отитнинг ривожланишига вирус ва замбуруғлар сабаб бўлади. Касалликнинг ривожига аллергия ҳолатлар ва ирсий омил ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Патогенези. Ўткир йирингли ўрта отитни сурункали шаклига айланиши қуйидаги ноқулай омиллар билан боғлиқ бўлади: микробнинг вирулентлиги, унинг антибиотикларга чидамлилиги, бемор организмининг маҳаллий ва умумий иммунитетининг сусайиши, қон касалликлари, қандли диабет, рахит ва ҳ.к. Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган 30% беморларда иммунитет танқислиги аниқланган. Касалликнинг ривожланишига юқори нафас йўллари касалликлари ва нуқсонлари, ўрта қулоқ шиллиқ пардаси тузилишининг хусусиятлари (бурма ва чўнтаклар), сўргичсимон ўсимта катакчаларининг анатомик тузилиши ҳам таъсир кўрсатади.

Болаларда ўткир йирингли ўрта отитни сурункали клиник кечимига ўтиши кўпроқ кузатилади ва бунга асосан қуйидаги омиллар сабаб бўлади: экссудатив диатез, гипотрофия, рахит, бурун орқали нафас олишни қийинлаштирувчи касалликлар (аденоидлар, бурун тўсиғини қийшиқлиги, синуситлар ва ҳ.к.). Шунинг учун профилактик кўрик пайтида болалардаги бурун ва бурунҳалқум ҳолатига алоҳида эътибор берилиши керак. Бурунҳалқум муртаги гипертрофияси эшитув найининг ўтказувчанлигини бузиб, ногора бўшлиғида патологик жараёни ривожланишига, баъзан эса танглай муртакларининг ўткир ёки сурункали яллиғланиши эшитув найи орқали ногора бўшлиғига тарқалиши мумкин. Ўткир йирингли ўрта отитни нотўғри даволаш ҳам жараёни сурункали шаклига айланишига сабаб бўлади.

Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун полиплари, ўсмалари, бурун чиғаноқлари гипертрофияси ҳам эшитув найининг фаолиятини бузиб, касалликни ривожланишида муҳим аҳамият касб этади. ТошПТИ ЛОР клиникасида олинган маълумотларга кўра сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган болаларда бурун ёндош бўшлиқлари рентгенография усулида текширилганда 81,7% ҳолларда уларда сурункали синусит мавжудлиги аниқланган. Демак, ўрта отитларни даволашда биринчи навбатда йирингли синуситларга аҳамият бериш лозим.

Клиник белгилари. Беморнинг шикоятлари (бош айланиши, бош оғриши, қулоқни шанғиллаши, мувозанатни бузилиши каби белгилар) касалликнинг шаклига ва яллиғланиш жараёни атроф тўқималарга қай даражада тарқалганлигига боғлиқ бўлади. Сурункали йирингли ўрта отитда қуйидаги асосий клиник белгилар кузатилади:

- 1) *оторея* - қулоқдан узоқ вақт давомида (6 ҳафта ва ундан ортиқ) вақти-вақти билан ёки узлуксиз йирингли ажралма оқиши;
- 2) *ноғора пардада турли ўлчамдаги тешиклар борлиги*;
- 3) *эшитиш қобилиятининг пасайиши (кондуктив ёки аралаш паст эшитишлик).*

Таснифи. Сурункали йирингли ўрта отит асосан икки клиник шаклда кечади:

- мезотимпанит,
- эптитимпанит.

Касалликнинг ушбу шакллари бир-биридан ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёнининг тарқалиш даражаси, клиник манзараси ва кечими билан фарқ қилади.

Касалликлар халқаро таснифига биноан *сурункали туботимпанал йирингли ўрта отит* (мезотимпанит) ва *сурункали эптитимпаноантрал йирингли ўрта отит* (эпитимпанит) деб белгиланган. Мезотимпанитда яллиғланиш жараёни ноғора бўшлиғининг фақат шиллиқ пардасига тарқалган бўлса, эптитимпанитда эса у шиллиқ пардадан ташқари ўрта қулоқнинг суяк тузилмаларини ҳам қамраб олади. Бундан ташқари, мезотимпанит нисбатан енгил кечиб, тешик ноғора парданинг *таранг* қисмида содир бўлади, эптитимпанитда эса оғирроқ кечади ва тешик ноғора парданинг *салқи* қисмида жойлашади.

Йирингли мезотимпанит - сурункали йирингли ўрта отитнинг нисбатан



44-расм. Йирингли мезотимпанит

енгил кечадиган клиник шакли бўлиб, унда яллиғланиш жараёни кўпроқ ноғора бўшлиғининг ўрта ва пастки қисмларини ва эшитув найини қамраб олади; ноғора парданинг тешиги унинг таранглашган (марказий) қисмида жойлашади (44 –расм).

Йирингли мезотимпанит барча сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларнинг 55% да кузатилади. Ноғора бўшлиғида кўпинча шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ ҳидсиз ажралма тўпланиб, ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардаси дағаллашиб, қалинлашади. Гистологик

текширувда ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши, қизариши, эпителий гиперсекрецияси, қадаҳсимон хужайраларнинг кўпайиши, яллиғланиш ўсмалари ва полиплар ҳосил бўлиши қайд этилади.

Эшитув суякчалари одатда зарарланмайди ёки яллиғланиб, қисман емирилади. Яллиғланиш жараёни кўпинча болғача дастаси, узангичанинг узун оёқчасига тарқалади. Узангича атрофида ҳосил бўлган чандиқлар узангича асосининг ҳаракатини чеклаб қўяди. Мезотимпанитда 15-20% ҳолларда шиллиқ парданинг шиши туфайли ғорга кириш жойининг ёпилиши натижасида сўрғичсимон ўсиқ катакчаларида микробларни кўпайиши ва сурункали яллиғланиш ривожланишига шароит яратилади.

Клиник белгилари. Ўткир йирингли ўрта отитни ёки қулоқ жароҳатини бошдан кечиргандан сўнг беморлар бир неча ой ёки йиллар давомида вақти-вақти билан қулоғи оғришига, қулоғидан йирингли ажралма оқишига, эшитиши пасайганлигига, 50% беморлар қулоғи шанғиллашига шикоят қиладилар. Сурункали мезотимпанит нисбатан енгил кечиб, вақти-вақти билан қайталаниб туради. Бунга шамоллаш, ноғора бўшлиғига сув кириши, бурун, бурун-ҳалқум, бурун ёндош бўшлиқларининг касалликлари ва бошқа йўлдош касалликлар сабаб бўлади. Касаллик хуружи даврида беморнинг қулоғи оғрийди, йиринг оқиши кўпайиб, тана ҳарорати кўтарилади. Ноғора парда олд квадрантлари соҳасида тешилганда беморда оғриқ ва қулоғидан йиринг оқиш белгилари унча кузатилмаслиги мумкин. Улар касалликнинг авжида ёки ташқи эшитув йўли яллиғланганда пайдо бўлади.

Мезотимпанит билан оғриган беморнинг қулоғидан одатда кам ёки кўп миқдорда ҳидсиз шилимшиқ-йирингли, яллиғланиш ўсмалари ва полиплар пайдо бўлганда - қон аралаш йирингли ажралмани оқиши кузатилади.

Отоскопияда ноғора парданинг таранглашган қисми тешилганлиги кўринади. Ноғора пардада ҳосил бўлган тешикнинг шакли, ўлчамлари ва жойлашуви турлича бўлиши мумкин. Шакли бўйича ноғора парданинг тешиги айлана, буйраксимон; ўлчами бўйича - нуқтали ёки ноғора парда таранглашган қисмининг кенг майдонини эгаллаган йирик тешик бўлиши мумкин. Ноғора парданинг йирик тешиги орқали ўрта қулоқнинг қалинлашган шиллиқ пардаси, яллиғланиш ўсмалари ва полиплари кўриниб туради. Баъзан ноғора парда тешигининг четлари ва ноғора бўшлиғининг ички девори ўртасида чандиқлар ҳосил бўлади. Ноғора парданинг таранг қисмида жойлашган *марказий* тешик суяк ҳалқасигача тарқалмай, ҳалқа атрофида ноғора парданинг ингичка тасмаси сақланиб қолади. Ноғора парданинг *четки* тешиги суяк ҳалқасигача тарқалганда сурункали йирингли ўрта отит оғирроқ кечади.

Беморда товушни ўтказиш тузилмаларининг зарарланиши, яъни кондуктив паст эшитишлик ривожланиб, одатда у 40-50 дБ дан ошмайди. Ноғора парданинг олд қисми тешилган ҳолларда эшитиш қобилияти 15-20 дБ га пасайиши ёки меъёрга яқин бўлиши мумкин. Мезотимпанит билан оғриган

беморларнинг 50% овозни чиқариб айтилган сўзларни 2-3 м масофадан эшитадилар.

Таъхис беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, касалликнинг клиник белгилари, отоскопия ва микроотоскопия текширувлари асосида қўйилади. Ноғора парданинг таранг қисмида жойлашган марказий тешик мезотимпанитга хос белги ҳисобланади; қулоқ ажралмаси ҳидсиз, шилимшиқ, шилимшиқ-йирингли ёки йирингли бўлади. Ноғора парданинг йирик тешиги орқали ноғора усти чуқурлигига (аттик соҳасига) зонд киритиб, унинг деворларини текшириш мумкин бўлади; сурункали мезотимпанитда аттик деворлари силлиқ эканлиги аниқланади (кариес жараёнига хос нотекислик кузатилмайди).

Шюллер, Майер ва Шумский усулларида бажарилган чакка суяги рентгенографияси сурункали мезотимпанитда бажариладиган муҳим текширувлардан бири бўлиб, у сўрғичсимон ўсиқ катакчалари ва аттикоантрал майдонининг ҳолатини баҳолашга ёрдам беради. Узоқ вақт давом этган сурункали йирингли ўрта отитда рентген тасвирида чакка суягининг склеротик тузилиши, сўрғичсимон ўсиқ катакчалари ривожланмай қолганлиги ёки сўрғичсимон ўсиқ катакчаларининг ҳаво билан тўлиши пасайганлиги кўринади.

Охирги йилларда қулоқ касалликларини аниқлашда компьютер томография текшируви кенг қўлланилмоқда. КТ текшируви мезотимпанитнинг оғир кечимида ривожланган холестеатомани, эшитув суякчалари нуксонларини, ноғора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсиқ катакчаларининг яллиғланиш ўсмаларини ва полипларини, сўрғичсимон ўсиқнинг ёри, ноғора бўшлиғининг томи ва сигмасимон синус деворининг патологик ўзгаришларини, калла бўшлиғига тарқалган патологик жараёнларни аниқлашга ёрдам беради. Беморларда эшитув найининг ўтказувчанлиги, чиқариш (дренаж) ва ҳавони алмаштириш (вентиляция) фаолиятлари текширилади. Эшитув найининг чиқариш фаолияти ноғора бўшлиғига юборилган рангли эритмани (масалан, кўк метилен) ёки сахаринни бурун-ҳалқумга оқиб тушиш тезлигига қараб баҳоланади. Акуметрия ва аудиометрия текширувлари беморда товуш тўлқинини ўтказиш тизими бузилганлигини, бактериологик, вирусологик ва микологик текширувлар эса касалликнинг кўзғатувчисини ва уни антибиотикларга сезгирлигини аниқлашга ёрдам беради.

Йирингли эптитимпанитда яллиғланиш жараёни асосан ноғора усти чуқурлигида (аттикда) ва сўрғичсимон ўсиқда жойлашиб, ноғора пардани тешилиши унинг салқи қисмида юз беради. Касаллик мезотимпанитга нисбатан оғирроқ кечади, чунки бунда яллиғланиш жараёни ноғора бўшлиғининг нафақат шиллиқ пардасига, балки суяк тузилмаларига ҳам тарқалади. Ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардаси ноғора усти бўшлиғи соҳасида бурмалар ҳосил қилганлиги сабабли бу ерда яллиғланиш жараёни жуда тез ривожланиб, ноғора усти бўшлиғига, ёрга кириш жойига (*aditus ad antrum*), сўрғичсимон ўсиқ ёри (*antrum*) ва катакчаларининг деворларига тарқалади. Аксарият ҳолларда

йирингли эпителимпанитда холестеатома жараёни ривожланади. Шунинг учун йирингли эпителимпанит шартли равишда икки клиник шаклга бўлинади:

- суяк тўқималарини чириши, яллиғланиш ўсмаларини ҳосил бўлиши билан кечган шакли;
- холестеатома ҳосил бўлиши билан кечган шакли.

Суяк тўқималарининг чириши билан кечган эпителимпанитда аттикнинг ташқи деворида ва ғорга кириш жойининг устки қисмида жойлашган суяк тўқималарининг чириши ва емирилиши содир бўлади. Гистологик текширувда сўрғичсимон ўсиқнинг ҳаволи суяк катакчаларини кенгайтириши, уларни бириктирувчи тўқима ва яллиғланиш ўсмалари билан тўлиши, катакчалар орасидаги деворларни емирилиши ва бўшлиқлар ҳосил бўлиши каби ўзгаришлар кузатилади.

Холестеатома ҳосил бўлиши билан кечган эпителимпанитда ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардасини, суяк тўқималарини ва ҳатто суякли лабиринтни емирувчи ўсмасимон тузилма (холестеатома) ҳосил бўлади. Холестеатома суяк тўқималарининг бузилиши билан кечган сурункали патологик жараёнлар натижасида ривожланиб, қалин парда ва эпидермал тўпламдан тузилган. У холестерин, йиринг ва бактериялар қолдиқларидан иборат. Холестеатоманинг бириктирувчи тўқимаси, яъни *матрикси* кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган бўлиб, суяк тўқимасига зич ёпишади. Холестеатоманинг ривожланиши ташқи эшитув йўлининг териси ноғора бўшлиғига ўсиб киришидан бошланади ва ноғора парданинг четки тешигида кузатилади, чунки бунда ташқи эшитув йўли ва ноғора усти чуқурлиги ўртасидаги тўсиқ йўқолади; ноғора бўшлиғи томон ўсган терининг эпидермис қавати холестеатома пардасини, яъни матриксини ҳосил қилади. Терига хос эпидермис қаватининг доимий кўчиши эса ўрта қулоқнинг тор бўшлиқларида ёғ ва кислоталар билан бирга кўчган эпидермис тўпламини, яъни холестеатомани ҳосил бўлишига олиб келади.

Аста-секин катталашиб борган холестеатома аттик ва сўрғичсимон ўсиқ ғорини бутунлай тўлдиради. Суяк тўқималарига зич ёпишган холестеатома матрикси таркибидаги кимёвий моддалар (коллагеназа, фосфатаза, лизосома) эса лабиринтнинг суяк капсуласини, юз асаб толаси каналини, сигмасимон синус ва сўрғичсимон ўсиқ деворларини емиради. Ярим доира каналларида (кўпинча, ташқи ярим доира канал ампуласида) ва юз асаб толаси каналида *фистула* ҳосил бўлади. Сўрғичсимон ўсиқ деворининг емирилиши натижасида бош мия чакка бўлагининг ва миячанинг пардалари ҳамда сигмасимон синус девори очилиб, беморда лабиринтит ва юз асаб толаси фалажи, сигмасимон синус тромбози, менингит каби оғир асоратларни ривожланиш ҳавфи ортади.

Клиник белгилари. Йирингли эпителимпанитда йирингли жараён ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг тор, қийшиқ чўнтакларида ва эшитув суякчаларнинг аксарият қисми жойлашган ноғора усти чуқурлигида (аттиқда) ривожланганлиги сабабли патологик ажралмани ноғора бўшлиғидан

чиқарилиши қийинлашади. Бемор қулоғидан йиринг оқишига, баъзан (60% ҳолларда) қулоғи шанғиллашига шикоят қилади. Одатда қулоқдан оз миқдорда қуюқ қуланса ҳидли йирингли, баъзан қон аралаш йирингли ажралма оқади.

Суяк тўқималарининг чириши билан кечган эптитимпанитнинг чегараланган яллиғланиш жараёнида отоскопияда ноғора парданинг салқи қисмида тешик ҳосил бўлганлиги ва аттикнинг ташқи деворида суст кечувчи остеит ривожланганлиги маълум бўлиб, лекин беморларнинг эшитиш қобилияти ортиқча ўзгармайди. Тарқоқ яллиғланиш жараёнида ноғора парданинг тешиги унинг салқи қисмини ва аттикнинг ташқи суяк деворини тўлиқ эгаллаб, баъзан ташқи эшитув йўлининг орқа-юқори деворига ҳам тарқалиши мумкин. Тешик орқали ноғора бўшлиғида ҳосил бўлган яллиғланиш ўсмалари кўзга кўриниб, суяк тўқимасининг чети зонд билан текширилганда нотекис, ғадир-будур эканлиги аниқланади. Узангича -болғача бўғимининг яллиғланиши ва суяк тўқималарининг емирилиши натижасида беморнинг эшитиш қобилияти кескин пасаяди. Яллиғланиш жараёни чиғаноқ дарчасининг ички мембранаси ва узангича асосининг ҳалқа бойлами орқали ички қулоққа тарқалиши ва ҳосил бўлган захарли моддаларни сўрилиши натижасида беморда кондуктив ва сенсоневрал паст эшитишлик ривожланади.

Холестеатома ҳосил бўлиши билан кечган сурункали эптитимпанит узоқ вақт яширин ва белгисиз кечади. Беморда қулоқ оғриғи кузатилмайди, у вақти-вақти билан қулоғидан йиринг оқишига ва эшитишини пасайганлигига шикоят қилади. Аммо йиллар ўтган сари нисбатан тинч ва яширин кечган эптитимпанитнинг ушбу шаклида ўрта қулоқ суяк тузилмаларининг аста-секин емирилиши давом этиб бориб, охир оқибат ноғора бўшлиғининг ёки сўрғичсимон ўсиқ ғорининг томи ёки сигмасимон синуснинг суяк деворлари емирилиб, беморда *чегараланган лабиринтит, пахименингит* (экстрадурал ҳўппоз) ёки сигмасимон синус тромбози, отоген сепсис, юз асаб толасининг парези ривожланади. Беморда қулоқ ва бош оғриғи, бош айланиши, гандираклаб юриш, нистагм, қусиш, менингеал белгиларларни пайдо бўлиши унда калла ичи асорати ривожланганидан далолат беради.



45-расм. Йирингли
эпитимпанит

Таъхис беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, клиник

белгилар, отоскопия, микроотоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, рентгенография, компьютер томография, клиник ва бактериологик текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Отоскопияда ташқи эшитув йўлида қўланса ҳидли йиринг борлиги, ноғора парданинг салқи қисми тешилганлиги, ноғора бўшлиғида яллиғланиш ўсмалари, полип ва холестеатома ҳосил бўлганлиги аниқланади (45-расм).

Холестеатома ҳосил бўлганда ноғора парданинг тешиги орқали оқ ялтироқ тузилма кўзга кўринади. Бошқа ҳолларда ноғора усти бўшлиғи Гартман канюляси ёрдамида ювилгандан сўнг ювинди суюқлиги устида кепаксимон қипиқлар, яъни эпидермал пўстлоқлар ва унинг сояси (*соя белгиси*) аниқланади; бу эса холестеатома жараёни ривожланганлигидан далолат беради. Ноғора пардадаги тешик орқали тугмачали қийшиқ зонд ёрдамида бажарилган текширувда эса аттик ташқи суяк деворининг устки қисми ғадир-будур эканлиги аниқланади. Баъзан зонд учига холестеатома парчалари ёпишиб қолади. Эпитимпанитнинг бундай шаклида ташқи эшитув йўли орқа юқори деворининг осилиши ва суяк қисмининг торайиши кузатилади (*Ундриц белгиси*). Бу белги холестеатома жараёни ташқи эшитув йўлининг суяк усти пардасига тарқалганлигини билдиради.

Холестеатома ҳосил бўлиши билан кечган эпитимпанитда Шюллер, Майер ва Шумский усуллари бўйича бажарилган чакка суяги рентгенограммасида аттикоантрал майдонда юпқа суяк пардаси билан чегараланган суяк нуқсони мавжудлиги кўринади. Компьютерли томография текшируви (КТ) эса яллиғланиш жараёни қай даражада тарқалганлигини аниқлашга ёрдам беради. 3-жадвалда йирингли мезотимпанит ва эпитимпанитларнинг қиёсий ташхисоти келтирилган.

3-жадвал

Йирингли ўрта отит шакллариининг қиёсий ташхисоти

<i>Диагностик белгилар</i>	<i>Йирингли мезотимпанит</i>	<i>Йирингли эпитимпанит</i>
1.Беморнинг шикоятлари	Қулоғидан йиринг оқиши, эшитиши пасайганлиги, қулоғи шанғиллаши	Қулоғидан йиринг оқиши, эшитиши пасайганлиги, қулоғи шанғиллаши, бош айланиши, юз мушакларининг тортилиши, бош оғриғи, гандираклаб юриш ва бошқалар.
2. Қулоқ ажралмаси	Йирингли-шилмшиқ	Бадбўй қуюқ йирингли ажралма
3. Ноғора парданинг тешиги	Таранг қисмида жойлашган марказий тешик	Салқи қисмида жойлашган йирик четки тешик
4.Жараённи тарқалиши	Ўрта қулоқнинг шиллиқ қаватига тарқалиши	Ўрта қулоқнинг шиллиқ қаватига ва суяк тўқималарига тарқалиши
5.Ноғора бўшлиғидаги патологик ўзгаришлари	Ҳидсиз йирингли ажралма, яллиғланиш ўсмалари, кам ҳолларда холестеатома ва полиплар	Бадбўй қуюқ йирингли ажралма, яллиғланиш ўсмалари, полип, холестеатома

6. Патологик ўчоқни ноғора бўшлиғида жойлашуви	Ноғора бўшлиғининг ўрта ва пастки қаватида	Барча қисмларида, кўпроқ аттик соҳасида
7.Эшитишни пасайиши	Кондуктив паст эшитишлик	Кондуктив ва сенсоневрал (аралаш) паст эшитишлик
8.Чакка суягининг рентгенографияси	Склерозли ўзгаришлар, сўрғичсимон ўсиқ катакчаларда ҳаво зичлигини пасайиши	Склерозли ўзгаришлар, аттикоантрал бўлими суяк тузилмаларининг емирилиши натижасида нуқсон ҳосил бўлиши
9. Компьютер томографияси	Сўрғичсимон ўсиқ катакчаларида ҳаво зичлигини пасайиши	Сўрғичсимон ўсиқ катак- чалари ва ғорининг суяк деворларини емирилиши ва бўшлиқ ҳосил бўлиши
10. Аллергик омиллар билан боғлиқлиги	Аллерген таъсирида қўлоқдан йиринг оқишини пайдо бўлиши ёки кўпайиши	Аҳамияти йуқ

Баъзан сурункали йирингли ўрта отит нотипик шаклда кечади. Масалан, суяк тузилмаларининг емирилиши ва холестеатома жараёни ноғора парданинг марказий қисмида жойлашганда ёки ноғора парда тешилмай кечган яллиғланиш учраши ҳам мумкин.

Сурункали аллергик ўрта отит барча сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларнинг 60% да учрайди. Касаллик тўсатдан бошланиб, беморнинг қулоғидан кўп миқдорда суюқ шилимшиқ - йирингли ажралма оқади. Касаллик оғриқсиз кечади ва тез-тез қайталаниб туради; ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг гистологик текширувида шиш, ялтироқ яллиғланиш ўсмалари ва эозинофиллар аниқланади.

Сурункали йирингли ўрта отитнинг ривожланишига *замбуруғлар* сабаб бўлган холларда касаллик кўпинча ташқи эшитув йўли терисининг яллиғланиши (экземаси) билан бирга кечади. Бемор қулоғи қичишига, битишига, баъзан шанғиллашига ва оғришига шикоят қилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўли суяк қисми терисининг қизариши, шиши, эпидермис қатламининг кўчиши, ноғора бўшлиғида сариқ-яшил ёки қора-кулранг қараш ҳосил бўлиши, ноғора пардада чандиқланган марказий тешиқ борлиги аниқланади.

Даволаш. Сурункали йирингли ўрта отит консерватив ва жарроҳлик усуллари ёрдамида даволанади. Даволаш тадбирларини бошлашдан олдин беморга терапевт, невропатолог ва офтальмолог маслаҳати уюштирилади. Сурункали мезотимпанитда консерватив даволаш тадбирлари ижобий натижа бериб, жарроҳлик амали асосан яллиғланиш ўчоғини тозалаш (антротомия, антромастотомия) ва яллиғланиш жараёнига тўғридан-тўғри таъсир этишга қаратилади. Мезотимпанитнинг асоратсиз кечимида консерватив даволаш

тадбирлари натижасида қулоқдан йиринг оқишини тўхтайди, ноғора парданинг тешиги унинг ташқи ва ички қаватлари ҳисобидан (ноғора парданинг ўрта фиброз қавати тикланмайди) юпқа парда ҳосил қилиб ўз-ўзидан ёпилиши мумкин.

Эпитимпанитда асосан жарроҳлик даволаш усули қўлланилади ва у яллиғланиш ўчоқларини бартараф этиш ва калла ичи асоратларининг ривожланишини олдини олишга қаратилади (аттикоантротомия, кенгайтирилган мастоидотомия, умумбўшлиқ ҳосил қилиш жарроҳлик амаллари).

Сурункали йирингли ўрта отитда *мужассамлашган консерватив даволаш* усули қўлланилади, бунда маҳаллий ва умумий даволаш тадбирлари бир вақтда олиб борилади.

Маҳаллий даволаш тадбирлари ўрта қулоқдаги йирингли ўчоқни бартараф этишга қаратилган бўлиб, улар 3 босқичдан иборат:

I - босқичда ноғора бўшлиғи зондга ўралган пахта ёрдамида йиринг ва бошқа патологик ажралмалардан (грануляция, полип, холестеатома) тозаланади ёки антисептик эритмалар билан ювилади. Дорилар сурилишини яхшилаш, қуюқ экссудатни суюлтириш, чандиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш ва маҳаллий фагоцитозни кучайтириш мақсадида ноғора бўшлиғига протеолитик ферментлар (трипсин, хемотрипсин, лидаза) томизилади, муколитик дори воситалари буюрилади. Ўрта қулоқ шиллиқ пардасининг шишини камайтириш ва дориларни шиллиқ пардага сурилишини яхшилаш мақсадида ноғора бўшлиғига транстимпанал, транстубар йўл орқали дастлаб қон томирларни торайтирувчи эритмалар (0,1% адреналин гидрохлорид, галазолин, нафтизин, виброцил) томизилади. Ноғора парданинг тешигини ёпиб турган полип ёки яллиғланиш ўсмаси 10 – 20 % кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилади ёки қисқичлар ёрдамида аста олиб ташланади. Ўрта қулоқда холестеатома ҳосил бўлган ҳолларда зарарланган қулоқ ичига протеолитик фермент эритмаси (трипсин, хемотрипсин, хеомпсин) 7-8 томчидан кунига 3-4 маҳал томизилиб, эртасига Гартман канюляси ёрдамида ювилади. Ноғора бўшлиғи яхшилаб қурилгандан сўнг унга антибиотик кукуни сепилади.

Эшитув найининг чиқариш ва ҳавони алмаштириш фаолиятларини тиклаш мақсадида транстубар ёки транстимпанал йўл орқали катетер ёрдамида қон томирларни торайтирувчи, яллиғланишга қарши антибактериал ва гормонал дори воситалар юборилади, эшитув найи пуфланиб, унинг ҳалқум ва ноғора тешиклари соҳаларида лазертерапия ўтказилади.

Халқ табobatiда сурункали йирингли ўрта отитни даволашда бодом ёғи, алоэ шарбати, каланхоэ, мойчечак, календула, ёнғоқ пўстлоғининг дамламаси, саримсоқ пиёз ва пиёзнинг суви ёки уларнинг 1% спиртли эритмаси қўлланилади.

Биоген дорилардан солкосерил, прополисининг 30% спиртли эритмаси ёки 33% малҳами, бактерияга қарши табиий дорилардан новоиманин,

хлорофиллит, сангвиритрин, эктерецид, лизоцим ҳам сурункали йирингли ўрта отитни даволашда ижобий натижа беради.

Барча дори воситалар эритма, суртма, суспензия, аэрозоль ёки кукун шаклида ишлатилади. Ноғора парданинг тешиги кичик бўлиб, бетартиб жойлашган бўлса, унда дори эритмалари одатда ўрта қулоқ ичига транстимпанал усулда енгил босим билан юборилади. Бу усул дори эритмасини ноғора бўшлиғининг барча бўлимларига тарқалишига ёрдам беради.

Эпитимпанитда дори эритмаси аттик соҳасига етиб бориши мақсадида ноғора бўшлиғи Гартман канюляси ёрдамида ювилади. Ноғора парданинг йирик тешиги орқали ноғора бўшлиғига суспензия, аэрозол ёки малҳам шаклида турли дорилар киритилади.

II - босқичда ноғора бўшлиғига антисептик ва микробга қарши воситалар юборилади. Улар яллиғланиш жараёнини камайтиришга, зарарланган шиллиқ парданинг физиологик фаолиятини тикланишига ёрдам беради. Диоксидиннинг 1% эритмаси кўпроқ грамм-манфий бактерияларга қарши таъсир кўрсатади.

Сурункали йирингли ўрта отитда антибиотиклар эритмасини қулоқ томчилари, пиликчали тикма шаклида ёки маҳаллий электрофорез, парентерал, меототимпанал, тубототимпанал усулларда юбориш тавсия қилинади. Уларни қўллашдан олдин қулоқ ажралмаси микрофлораси ва унинг антибиотикларга сезгирлиги аниқланади. Давомли антибиотикотерапия беморда аллергия, дисбактериоз ва кандидоз ҳолатларини юзага келишига, яллиғланган тўқималарда ўсма ҳосил бўлишига, ототоксик таъсирли антибиотиклар беморда сенсоневрал паст эшитишликни ривожланишига олиб келиши мумкинлигини ҳам эсда тутиш лозим. Антибиотиклар ҳар 7-8 кунда алмаштирилади. Замбуруғлар қўзғатган ўрта қулоқнинг сурункали яллиғланишида дастлаб микологик текширув ўтказилади ва унинг натижасига қараб беморга ламизил 1 таблеткадан кунига бир маҳал 14 кун ичиш, дифлюкан ёки низорал, ёки интроконозолни 1 капсуладан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичиш буюрилади. Маҳаллий усулда нитрофунгин, ламизил, микосептин, микозан, римфамицин, хлорамфеникол, метронидазол, кандибийотик каби замбуруғлар ва микробларга қарши дориларни қўллаш яхши самара беради.

Сурункали аллергик ўрта отитда антигистамин дори воситалари (тавегил, супрастин, гисманал, кларитин, зиртек, телфаст) таблетка ёки инъекция шаклида, кортикостероид дори воситалари (гидрокортизон, преднизолон, дипроспан, флуцинар, кенолог, фторокорт, оксикорт) эритма, аэрозол ёки малҳам шаклида тавсия қилинади. Стероид гормонлар ноғора бўшлиғининг шишини, экссудация ва пролиферация жараёнини камайтириш, шиллиқ парданинг хужайра таркибини меъёрга келтириш хусусиятига эга.

Физиотерапия муолажаларидан беморга УБН, электрофорез, фонофарез, ультротон, аэроионотерапия, гелий-неон ва углеродли лазер терапияси, ноғора

бўшлиғини озон ва кислород аралашмаси билан аэрация қилиш муолажалари тавсия қилинади.

III – босқичда барча маҳаллий даволаш тадбирлари ногора парда тешигини ёпилишига қаратилган бўлиб, бунда 10 - 25 % кумуш нитрати ишлатилади. Даволаш тадбирлари организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетини ошириш чоралари билан бирга олиб борилади. Беморларни тўғри овқатлантириш, тоза ҳавода сайр қилдириш, чиниқтириш муҳим аҳамият касб этади. Бемор бошини ювганда ёки чўмилганда қулоғига сув кирмаслиги лозим, шунинг учун зарарланган қулоғининг ташқи эшитув йўлига бирор индеферент ёғга (пахта ёғи, вазелин) шимдирилган пахта бўлагини жойлаш лозим.

Сурункали йирингли ўрта отитда *жарроҳлик даволаш усули* икки мақсадни кўзлайди:

- 1) яллиғланиш ўчоғини бартараф этиш ва калла ичи асоратини олдини олиш;
- 2) эшитув аъзоси фаолиятини сақлаш ёки тиклаш.

Сурункали йирингли ўрта отит касаллигининг хуруж даврида бемор албатта шифохона шароитида даволаниши лозим. Эшитув найи, ногора бўшлиғининг шиллиқ пардаси, сўрғичсимон ўсиқ катакчалари, ногора пардадаги тешикнинг ҳажми ва жойлашуви, ривожланган асоратларни эътиборга олган ҳолда яллиғланган қулоқда қуйидаги жарроҳлик амаллари бажарилади:

- 1) аттикоантротомия;
- 2) эшитувни сақлаш умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали;
- 3) ногора бўшлиғи, ногора усти чуқурлиги, ғорга кириш жойини тафтиш қилиш билан бирга бажарилган тимпаноластика;
- 4) тимпаноластика ёки миринголастика.

Беморда 6 ой давомида қулоғидан йиринг оқиши кузатилмаган, эшитув найининг фаолияти сақланган, ўрта қулоқ суяк тизимида чириган суяк тўқимаси ёки шиллиқ пардада гиперплазия жараёни ривожланмаган ҳолларда *миринголастика*, яъни ногора парда тешигини сунъий усулда ёпиш жарроҳлик амали бажарилади.

Миринголастикада биологик ва синтетик трансплантантлардан (турли елимлар, амнион, пластмасса, аутофибрин плёнкаси, вена қон томирининг девори, мушак усти пардаси, кўзнинг шох ва оқ пардалари) фойдаланилади. Жарроҳлик амалидан олдин ўрта қулоқ тузилмаларининг фаолияти ва эшитув найининг ўтказувчанлиги текширилади. Ногора пардадаги тешик ёпилгандан сўнг беморнинг эшитиш қобилияти тикланади.

Аутотўқима ёрдамида бажариладиган миринголастика энг оддий усуллардан бири бўлиб, бунда аутотўқима ташқи эшитув йўли суяк қисмининг терисидан ёки чакка мушаги усти пардасидан олинади.

Консерватив даволаш тадбирларига қарамасдан қулоғидан йиринг оқиши давом этган беморларда дастлаб *антродренаж* жарроҳлик амали бажарилиб, кейин сўрғичсимон ўсиқ ғорига кириш жойининг ўтказувчанлиги текширилади. Ғорга кириш жойи очик бўлган ҳолларда ғорни антисептик

эритмалар билан ювиш, қуритиш ва ноғора бўшлиғи ичига ўрнатилган шунт орқали кварц ёки лазер нурлари билан таъсир этиш муолажалари ўтказилади. Форга кириш жойи ёпиқ бўлган ҳолларда (*адитус блоки*) маҳаллий инфилтратив оғриқсизлантириш ёки нейролептаналгезия остида ушбу майдонда эндаурал микрожарроҳлик амали бажарилади.

Чакка суягининг патологик ўчоғини бартараф этиш, калла ичи ва умумий отоген асоратларни олдини олиш, беморнинг эшитиш қобилиятини сақлаб қолиш ва бироз яхшилаш, кейинчалик эшитишни тикловчи жарроҳлик амалини бажариш учун шароит яратиш мақсадида ўрта қулоқда умумбўшлиқ радикал жарроҳлик амали бажарилади.

Умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали қуйидаги кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда бажарилиши лозим:

- 1) ўрта қулоқ суяк тузилмаларини ва унинг атрофидаги суяк тўқималарини чириши;
- 2) холестеатома;
- 3) юз асаб толасининг қисман фалажи ёки фалажи;
- 4) лабиринтит;
- 5) отоген калла ичи асоратлари (*отоген калла ичи асорати ривожланганда жарроҳлик амали шошилиш равишида бажарилиши лозим!*)

Умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали қуйидаги босқичларга бўлинади;

- 1) сўрғичсимон ўсиқ катакчаларини очиш ва тозалаш - антромастотомия;
- 2) ташқи эшитув йўли орқа деворининг суяк қисмини ва аттикнинг ташқи деворини олиб ташлаш;
- 3) ноғора бўшлиғини патологик ажралмалардан (йиринг, яллиғланиш ўсмалари, полип, холестеатома, емирилган ва чириган суяк тўқималари) тозалаш;
- 4) пластика – сўрғичсимон ўсиқ ва ташқи эшитув йўли орасидаги терини “Т” ёки “Г” шаклида кесиб, кенг йўл ҳосил қилиш;
- 5) сўрғичсимон ўсиқ соҳасида ҳосил бўлган тешикни ёпиш.

Жарроҳлик амали натижасида ноғора бўшлиғи, сўрғичсимон ўсиқ ва ташқи эшитув йўли бирлаштирилиб, умумий бўшлиқ ҳосил қилинади. Шунинг учун у “*эшитувни сақлаш умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали*” деб юритилади.

Умумбўшлиқ жарроҳлик амалининг “очиқ” усули умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида қуйидагича бажарилади:

Жарроҳлик амалининг *биринчи босқичида* игна қулоқ орқаси тери остига ташқи эшитув йўлининг тахминан ўртаси сатҳида санчилиб, тўқималарга 0,5-1% новокаин (10 мл новокаинга 1 томчи 0,1% адреналин гидрохлорид қўшилади) эритмаси юборилади. Эритма юборилгандан сўнг ташқи эшитув йўли кескин тораяди. Кейин игнани юқорига, орқага ва пастга ҳаракатлантириб, суяк усти пардаси остига ҳам 1,5-2 мл новокаин юборилади. Қулоқ супраси чакка суягига ёпишган жойдан 0,5-1,0 см ташлаб, унга паралел ҳолда тери ва тери ости ёғ тўқимаси, суяк усти пардаси 3-4 см узунликда ёйсимон кесилади. Қон оқиши

тўхтатилгандан сўнг юмшоқ тўқималар ўтмас усулда олдинга силжитилиб, Шипо учбурчаги соҳаси очилади.

Ташқи эшитув йўлининг орқа, юқори ва қисман пастки деворининг териси суякдан ажратилиб, олдинга суриб қўйилади ва юқори-орқа суяк деворида *spina Henle* ориентир сифатида топилади.

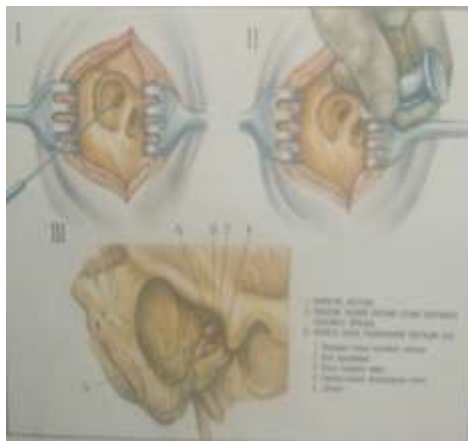
Жарроҳлик амалининг биринчи босқичида бормашина ёки узун новсимон искана ёрдамида Шипо учбурчаги соҳасида сўрғичсимон ўсиқ катакчалари ва ғори очилади (исканани пастдан юқорига, орқадан олдинга қараб ҳаракатлантириш талаб этилади). Бунда чакка чизиғи ва ташқи эшитув йўлининг юқори суяк деворидан баландроқда бош миянинг қаттиқ пардаси, Шипо учбурчагининг орқасида - сигмасимон синус, ғорга кириш жойининг ички деворида юз асаб толасининг иккинчи (вертикал) оёқчаси жойлашганлигини, орқасида – ташқи ярим доира канал бўртиб турганлигини, пастида - юз асаб толасининг суяк канали давом этишини эътиборга олиш лозим. Сўрғичсимон ўсиқ ғори турли ўлчамдаги қошиқчалар ёрдамида патологик ажралмалардан, чириган суяк парчаларидан соғлом суякка қириб тозалангандан сўнг, *иккинчи босқичда* ташқи эшитув йўлининг орқа девори, ғорга кириш жойи устидаги орқа суяк деворининг ички қисми (“кўприкча”) ҳам бор машина ёки искана ёрдамида олиб ташланади. “Кўприкча” дастлаб ғор ва ноғора бўшлиғи томонидан юпқалаштирилади, кейин тепадан оҳиста уриб синдирилади. Калла суягининг ўрта чуқурчаси ва юз асаб толасининг жароҳатланиши олдини олиш мақсадида ғорнинг юқори деворидан баландроқда, ташқи ярим доира канал ампуласининг пастида жойлашган суяк пластинкалари очилмайди.

Умумбўшлиқ жарроҳлик амалининг *учинчи босқичида* ғорга кириш жойи кўздан кечирилади, аттикнинг ташқи девори ингичка новсимон искана ёрдамида (аттикнинг томи ва олд девори ташқи эшитув йўлининг юқори девори орқали яллиғланган суяк тўқималаридан тозаланади) ва ташқи эшитув йўли орқа деворининг қолдиқлари ясси искана ёрдамида силлиқлаштирилади ва олиб ташланади. Ноғора бўшлиғи кўздан кечирилади ва яллиғланиш ўсмаларидан, полип, холестеатомадан тозаланиб, эшитув суякчалари ҳам яллиғланиш ўсмаларидан халос этилади.

Жарроҳлик амали пайтида зарарланмаган эшитув суякчаларини ва ноғора парда қолдиқларини имкон қадар олиб ташламасликка ҳаракат қилинади. Жароҳат майдони антисептик эритмалар (фурацилин, диоксидин) билан ювилиб, гипотимпанум, чиғаноқ ва даҳлиз дарчалари, эшитув найининг ноғора тешиги кўздан кечирилади.

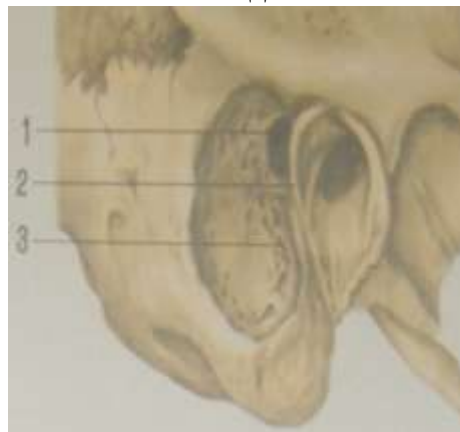
Жарроҳлик амалининг *тўртинчи босқичида* ташқи эшитув йўли орқа деворининг терисидан юқори ва пастки деворлари терисидан озиқлантирувчи оёқчали “Т” ёки “Г”-симон меатотимпанал тўқима қирқилиб, сўрғичсимон ўсиқ ғори, сандонча ва “шпора” устига ётқизилади. “Шпора”- бу ташқи ярим доира

канал сатҳигача текисланган ташқи эшитув йўлининг орқа девори бўлиб, унинг остида юз асаб толаси жойлашган Фаллопий канали ётади.



46-расм. Умумбўшлиқ
жарроҳлик амали.

- I - антрумни (ғорни) очиш;
II - ташқи эшитув йўли суяк қисмининг орқа деворини олиш;
III - умумбўшлиқ жарроҳлик амалида ҳосил қилинган бўшлиқ:
1. ташқи эшитув йўлининг олд девори;
 2. даҳлиз дарчаси ;
 3. юз асаб толаси канали;
 4. гориознтал ярим доира канал.
 5. сўрғичсимон ўсиқ ғори.



47-расм.
Антромастотомиядан
кейинги бўшлиқ.

1. Антрум
2. Ташқи эшитув йўли орқа девори
3. Сўрғичсимон ўсимта суяк тўқимасини очиш

Умумбўшлиқ жарроҳлик амалининг *бешинчи босқичида* ҳосил қилинган бўшлиқ ичига антисептик малҳамларга (левомиколь, диоксиколь, кандибиотик, антибиотик ва вазелин ёғига) шимдирилган дока тикма ёки босувчи баллон жойланади. Кейин қулоқ орқасидаги жароҳат четлари қаватма-қават тикилади ва асептик бойлам қўйилади (46, 47-расмлар).

Жарроҳлик амалидан сўнг тикмалар алмаштириб турилади. Вақти-вақти билан жароҳат майдинини очиқ қолдириш ва антисептик эритмалар билан ювиш тавсия қилинади. Бўшлиқ эпидермис билан бутунлай қоплангандан сўнг (3-4 ҳафтадан сўнг) ундан ажралма оқиши тўхтайдди. Эпидермис билан қопланишига тўсқинлик қилган яллиғланиш ўсмалари жарроҳлик қошиқчаси ёрдамида олиб ташланади ёки 30-40% кумуш нитрат, ваготил эритмалари билан куйдирилади.

Қулоқдан қайта йиринг оқишини ва бўшлиқда эпидермис тўқималари тўпланганлигини инкор этиш мақсадида жарроҳлик амалидан сўнг ҳосил қилинган бўшлиқ вақти-вақти билан кўздан кечирилади.

Сурункали йирингли ўрта отитда умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали билан бир қаторда *аттикоантротомия* жарроҳлик амали ҳам кенг қўлланилади. Аттикоантротомия жарроҳлик амали ташқи эшитув йўлининг

орқа деворини қолдириш, ёки ташқи эшитув йўлининг орқа девори олиб ташланганда, ғорга кириш жойи устидаги суяк “кўприкча”сини қолдириш билан умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амалидан фарқ қилади. Аттикоантротомия жарроҳлик амали “шпора” остида суяк тўқималарининг чириш жараёни ва ғорга кириш жойида яллиғланиш ўсмаси ёки холестеатома ривожланмаган (ғорга кириш жойи блоки бўлмаган) ҳоллардагина бажарилади.

Тимпаноластика - эшитишни яхшилаш (тиклаш) жарроҳлик амали одатда умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали билан бир пайтда ёки ундан 3-6 ой кейин бажарилади.

Тимпаноластика жарроҳлик амали товушни ўтказиш тузилмаларининг зарарланган қисмини тўлиқ ёки қисман тиклаш мақсадини кўзлаб, умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амалида ҳосил қилинган бўшлиқнинг ҳолати қониқарли бўлган ҳоллардагина бажарилади.

Тимпаноластикани амалга ошириш, яъни ноғора бўшлиғини бутунлай ёпиш кўп жиҳатдан мукопериостнинг ҳолатига, эшитув найининг чиқариш ва ҳаво алмаштириш фаолиятига, эшитишни пасайиш даражасига боғлиқ.

Тимпаноластика жарроҳлик амалини бажаришга бўлган қарши кўрсатмалар:

- 1) отоген калла ичи асоратлари;
- 2) тарқоқ лабиринтит;
- 3) ўрта қулоқнинг сурункали аллергия яллиғланиши;
- 4) сурункали ўрта отитнинг ҳуруж даври;

Тимпаноластика жарроҳлик амалининг асосий *вазифалари* қуйидагилардан иборат:

- 1) ноғора бўшлиғини зич ёпувчи тебранувчи мембрана ҳосил қилиш;
- 2) товуш тўлқинларини узангичага етиб боришини таъминлаш;
- 3) лабиринт дарчаларининг ҳаракатини тиклаш;
- 4) қолган ноғора парда фаолиятини тиклаш ёки янги парда ҳосил қилиш;
- 5) ноғора бўшлиғининг ички девори ва эшитув найининг тешиги соҳасида ҳаво бўшлиғини ҳосил қилиш.

Трансплантант сифатида қулоқ орқасидан ёки ташқи эшитув йўлидан олинган тери бўлаги, чакка мушагининг фасцияси, вена қон томирининг девори, кўзнинг шох ёки оқ пардаси, замонавий биоинерт материаллар (полиамид тўқимаси, полифасфазен) ва бошқа биологик тўқималардан фойдаланилиш мумкин.

Жарроҳлик амалидан олдин беморда аудиологик текширув ўтказилади ва паст эшитишликнинг даражаси, чиғаноқнинг физиологик фаолияти (аудиограммада ҳаво ва суяк ўтказувчанликлар орасидаги тафовут), эшитув найининг ҳаво алмаштириш ва чиқариш фаолияти аниқланади. Товуш тўлқинини қабул қилиш тузилмалари зарарланганда (сенсоневрал паст эшитишлик) тимпаноластика жарроҳлик амали ижобий натижа бермайди. Тимпаноластикадан сўнг беморнинг эшитиш қобилияти яхшиланиши

мумкинлигини олдиндан билиш мақсадида қуйидаги синама ўтказилади: агар вазелин мойига шимдирилган юпка пахта бўлагини ноғора пардадаги тешикга ўрнатилгандан сўнг беморнинг эшитиши яхшиланса, унда тимпаноластика яхши натижа беришига ишонч пайдо бўлади.

“Очиқ” тимпаноластика, яъни тимпанал бўшлиқни ҳосил қилишнинг турли усуллари мавжуд бўлиб, уларни немис олимлари *Вульштейн* ва *Цольнер* ишлаб чиқишган. Жарроҳлик амалининг 5 тури тафовут этилади, бунда эшитиш қобилиятининг яхшиланиши қуйидагилар орқали амалга оширилади:

- товуш тўлқинларининг ўзгаришини кучайтириш орқали;
- лабиринт дарчаларидан бирини ҳимоя қилиш (экранлаш) орқали;
- икки усулни биргаликда қўллаш орқали.

Тимпаноластиканинг I тури ноғора парда тешилган, аммо эшитув суякчалари ва эшитув найининг фаолияти сақланган ҳолларда қўлланади. Бунда эндаурал миринголастика жарроҳлик амали бажарилади.

Тимпаноластиканинг II тури - *катта тимпанал бўшлиқни ҳосил қилиш* усули болғача калласи, бўйни ёки дастасининг нуқсони мавжуд бўлган ҳолларда қўлланади. Ноғора бўшлиғи кўздан кечирилгандан сўнг болғача дастаси кесилиб, трансплантант болғачасандонча бўғими устига ўрнатилади.

Тимпаноластиканинг III тури - *кичик тимпанал бўшлиқни ҳосил қилиш* усули болғача ва сангдонча суякчалари чириган ҳолларда қўлланади. Чириган суякчалар олиб ташлангандан сўнг трансплантант бевосита узангича калласига ўрнатилади. Битта суякчадан иборат бундай товуш тўлқинларини ўтказиш тизими қушларникига ўхшайди (*колюмелла*).

Тимпаноластиканинг IV тури - *редукцион тимпанал бўшлиқни ҳосил қилиш* усули барча эшитув суякчалари чириган ва фақат узангичанинг асоси сақланиб қолган ҳолларда қўлланади. Неотимпанал тўқима парчаси промоториум устига ўрнатилиб, эшитув найининг ноғора бўшлиғи тешиги, чиғаноқ дарчаси ва гипотимпанум ёпилади, даҳлиз дарчаси эса очиқ қолдирилади. Эшитиш қобилияти лабиринт дарчаларига таъсир этувчи босимни ўзгариб туриши туфайли яхшиланади.

Тимпаноластиканинг V тури - товушни ўтказиш тузилмаларининг барча суяк элементлари чириганда ва узанги асоси ҳаракатсиз бўлиб қолган ҳолларда қўлланади. Бунда ташқи ярим доира канали фенестрацияси бажарилиб, ҳосил қилинган дарча трансплантант билан ёпилади; бир вақтнинг ўзида чиғаноқ дарчаси ҳам экран билан ёпилиб, кичик тимпанал бўшлиқ ҳосил қилинади. Бу бўшлиқнинг ҳаво алмашинуви ноғора бўшлиғининг пастки қисми орқали амалга оширилади.

“Ёпиқ” тимпаноластика эпимезотимпанит билан оғриган беморларнинг 80 - 90% да умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали билан бир пайтда ёки ундан 3-6 ой ўтгандан сўнг бажарилади. Протезлар кортикал суяк тўқимаси ёки беморнинг тирноғидан тайёрланади.

Тимпанопластикадан сўнг беморга 10-12 кун давомида антибиотиклар (клафорон, цефомизин) буюрилади, гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилади. Унга аскорбин кислота, рутин, D ва B гуруҳи витаминлари, 15-20 кун давомида алоэ ёки ФиБС, метилурацил ёки пентоксил, тимолин ва бошқа керакли дори воситалари тавсия қилинади.

Сўрғичсимон ўсиқда ҳосил қилинган бўшлиқ шунт орқали антибиотик ёки 1% диоксидин эритмалари билан ювилади, кейин бўшлиқ ичига 5-10 дақиқа давомида кислород, жарроҳлик амалидан сўнгги 4 - кундан бошлаб бўшлиқ ичига 0,5 мл гидрокортизон суспензияси юборилади. Ташқи эшитув йўлидаги пахта тикма 4–5- кун, резина катетер эса 7- кун чиқариб олинади. Жарроҳлик амалидан 5-6 кун ўтгандан сўнг жароҳат майдони очиқ усулда парвариш қилинади. Кейинги муолажалар ҳар 2 кунда 1 марта жарроҳлик микроскопи назорати остида такрорланади. Қулоқ ортидаги чоклар 6-7- кун, шунт – 8-10 - кун олиб ташланади. Эшитув найи фаолиятини яхшилаш мақсадида бурунга кунга 2 маҳал 6 -7 томчидан нафтизин томизилади. Жароҳат майдони одатда 14-15 кундан сўнг чандиқланади.

Болаларда сурункали йирингли ўрта отит. Ўткир йирингли ўрта отитни сурункали шаклига айланиши кўпинча умумий ва маҳаллий имунитетни сусайган, ўткир ўрта отит нотўғри даволанган болаларда ривожланади. Касалликнинг ривожланишига эшитув найи фаолиятининг бузилиши (аденоидлар) ва аллергия ҳолатлар ёрдам беради. Болаларда сурункали йирингли ўрта отит кўпинча ногора бўшлиғи шилиқ пардасининг яллиғланиши билан кечиб, уларнинг умумий аҳволи ўзгармайди, қулоқларидан шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли ажралма оқади. Аммо қизамиқ ва скарлатинада ривожланган ўрта отит қисқа муддат ичида суяк тўқимасининг ўзгариши билан кечган сурункали йирингли ўрта отитга ўтиши мумкин. Сурункали йирингли ўрта отит 10-14 яшар болаларда катталардагига ўхшаб суяк тузилмаларининг чириши ёки холестеатома билан кечиши мумкин. Ёш болаларда эса сурункали йирингли ўрта отитнинг бундай шакллари кам учрайди. Боланинг ўрта қулоғида ривожланган холестеатома одатда тез ўсади ва сўрғичсимон ўсиқни парчалаб юмшоқ тўқималарга тарқалиши мумкин. Баъзан холестеатома антротомия жарроҳлик амалини бошдан кечирган болаларда ҳосил бўлади.

Болаларда сурункали йирингли ўрта отитни консерватив даволаш усули одатда яхши натижа беради. Антибиотикотерапия фойда қилмаган болаларда микологик текширув ўтказилиши ва зарур бўлса нитрофунгин, клотримазол, экзодерил, фуцис, ламизил, кандибийотик тавсия қилинади.

Узоқ вақт давом этган ва сўрғичсимон ўсиқнинг яллиғланиши билан кечган сурункали йирингли ўрта отитда сўрғичсимон ўсиқда чириш жараёни аниқланган болалар жарроҳлик усули ёрдамида даволанади. Болаларда кўпинча енгил жарроҳлик амаллари қўлланилади, кенгайтирилган радикал

умумбўшлиқ тозоловчи жарроҳлик амаллари эса калла ичи асорати ва отоген сепсис ривожланган ҳоллардагина бажарилиши мумкин.

Профилактикаси. Ўрта кулоқ касалликларини олдини олиш учун ўткир ўрта отитнинг ривожланишига ва уни сурункали шаклига айланишига сабаб бўлган омиллар (рахит, гипотрофия, камқонлик, бурун тўсиғи қийшиқлиги, аденоидлар, экссудатив диатез) бартараф этилиши лозим.

Ўткир респиратор касалликлар ва ўрта отитларнинг ривожланишини олдини олиш учун болани она сути билан овқатлантириш муҳим аҳамиятга эга, чунки бола она сути билан носпецифик гуморал ҳимояни таъминловчи моддаларни қабул қилади (масалан, лизоцим, иммуноглобулинлар), бу эса ташқи муҳит шароитига мослашиш даврида муҳим аҳамиятга эга.

Болалар ва катталарда ўрта кулоқни яллиғланишига қуйидаги омиллар таъсир қилади:

1. Эшитув найи эпителий қопламанинг мукоцилиар фаоллигини сусайтирувчи ва маҳаллий иммунитетни сўндирувчи респиратор вирусли касалликларни, сурункали йирингли синуситларни кенг тарқалганлиги;

2. Антибиотикларга чидамли микробларни пайдо бўлишига ва организмнинг табиий ҳимоя кучини бузилишига олиб келувчи антибиотикотерапияни кенг, асоссиз ва бетартиб қўлланиши;

3. Консервантлар, турли синтетик моддалар қўшилган таомларни истеъмол қилиш, болаларни сунъий овқатлантириш натижасида юзага келган организмнинг сенсбилизация ҳолати ҳамда маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сусайиши;

4. Гиподинамия, тоза ҳавода ва қуёш нури остида чекланган вақт давомида бўлиш, витаминларга бой бўлмаган озиқ-овқатларни истеъмол қилиш натижасида организмнинг умумий носпецифик ҳимоя кучини сусайиши;

Қайд этилган омилларни бартараф этилиши ўрта кулоқ касалликларини камайишига олиб келади. Масалан, грипп ва ўткир респиратор касалликларнинг профилактикаси (инфлювак, ИРС-19, имудон), юқори нафас йўллари соғломлаштириш ва ўткир респиратор касалликларни антибиотикларсиз даволаш касалликни олдини олишга ёрдам беради.

Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва ҳалқумдаги сурункали инфекция ўчоқларини ўз вақтида даволаш, бурун орқали нафас олишни тиклаш ўрта отитларни олдини олишда муҳим аҳамиятга эга. Сурункали йирингли ўрта отитни олдини олиш учун ўткир ўрта отитни тўғри даволаш, парацентез жарроҳлик амалини ўз вақтида бажариш, микроб сезгирлигини эътиборга олган ҳолда адекват антибиотикотерапияни ўтказиш лозим.

Диспансеризацияси. Ўткир ўрта отитни бошдан кечирган бемор 6 ой давомида диспансер назорати остида бўлиши керак. Ушбу муддат тугагандан кейин бемор қайта текширилади. Отоскопия, акуметрия, аудиометрия текширувларида патологик ўзгаришлар ва эшитув найи фаолиятининг бузилиши аниқланган ҳолларда даволаш тадбирлари (эшитув найига ҳаво юбориш, ноғора пардани

пневмоуқалаш, биостимуляторларни қўллаш) такрорланади, зарур бўлса тимпанотомия, ноғора бўшлиғини шунтлаш жарроҳлик амаллари бажарилади.

Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган бемор ҳар 3 ойда бир марта оториноларинголог кўригидан ўтиши талаб этилади. Зарур бўлганда бемор умумбўшлиқ тозалаш ёки эшитишни яхшилаш жарроҳлик амалини бажариш учун шифохонага ётқизилади. Жарроҳлик амалига қарши кўрсатмалари мавжуд бўлган бемор вақти-вақти билан кўрикдан ўтказилиши ва консерватив усулда даволаниши лозим. Нисбатан тинч кечаётган сурункали йирингли ўрта отитда ўрта қулоқ бўшлиқларида холестеатома ва эшитув суякчаларининг чуқур чириш жараёни ривожланиши мумкинлигини ва паст эшитишликдан ташқари оғир, баъзан бемор ҳаётига хавф солувчи асоратларга олиб келишини доимо эсда тутиш лозим! Шу билан бирга қулоқ касалликларига чалинган беморлар қанча эрта даволанса, эшитиш қобилиятини сақлаб қолиш ва яхшилаш имконияти шунча кўп бўлади.

Шундай қилиб, аҳолининг тиббий маданиятини ошириш, яшаш шароитини яхшилаш, юқумли касалликларни камайтириш, оториноларингология хизматини ва диспансеризация ишларини йўлга қўйиш, тиббиёт янгиликларини амалиётга кенг тадбиқ этиш сурункали йирингли ўрта отитни олдини олишга ёрдам беради.

ИЧКИ ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ички қулоқда организмнинг икки муҳим аъзоларининг (мувозанат ва эшитув) рецепторлари жойлашган. Шу сабабдан ички қулоқ касалликлари мувозанат ва эшитув аъзолари фаолиятларининг бузилиш белгилари билан кечиб, улар субъектив ва объектив усуллар ёрдамида аниқланади. Эшитув ва мувозанатни бузилишлари деярли бир хил намоён бўлиши ёки улардан бири устунлик қилиши мумкин. Ички қулоқ аъзоларининг касалликлари *яллигланиш* ва *яллигланишсиз* кечиши мумкин.

ЛАБИРИНТИТ (*labyrinthitis*) - мувозанат ва эшитиш аъзолари рецепторлари фаолиятининг бузилиши билан кечган ички қулоқ *яллигланиши*.

И.Б.Солдатов (1980) лабиринтитларни қуйидаги шаклларга бўлади:

1. Этиологик омил:

а) *носпецифик*;);

б) *специфик* (сил,захм)

2.Патогенези:

а) *тимпаноген*;

б) *менингоген*;

в) *гематоген*;

г) *жарохатдан сўнгги*.

3. Кечими ва клиник белгилари:

а) *ўткир*;

б) *сурункали* (*клиникаси яққол намоён бўлган, яширин*);

4. Патологоанатомик манзараси:

- а) серозли;
- б) йирингли;
- в) некротик.

5. Яллиғланиш жараёнининг тарқалиши:

- а) чегараланган;
- б) тарқоқ.

Сурункали йирингли ўрта отит, умумбўшлиқ тозаловчи жарроҳлик амали ва тимпанопластикани бошдан кечирган беморларда одатда чегараланган лабиринтит ривожланади.

Патогенези. Лабиринтитнинг патогенезида организмнинг умумий ва маҳаллий иммунитетининг ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Ўткир ёки сурункали ўрта отитда узанги асосининг айлана бойлами, чиғаноқ дарчасининг мембранаси шишиб, ўтказувчанлиги ошади. Натижада лабиринт ичида тарқоқ серозли яллиғланишга хос патологик ўзгаришлар ривожланиб, ички қулоқда серозли суюқлик тўпланиб, лабиринт ичи босими ошади. Сероз-фибринозли яллиғланиш туфайли лабиринт ичи босимини ошиши дарчалар мембраналарининг (қўпинча-чиғаноқ дарчаси) тешилишига олиб келади.

Суяк тузилмаларининг чириши ёки холестеатомани ҳосил бўлиши билан кечган сурункали йирингли ўрта отитда қўпинча ташқи ярим доира канал ампуласининг деворида, баъзан промоторий ёки узангича асосида оқма (*фистула*) ҳосил бўлади. Ўрта қулоқ билан туташган лабиринт деворида периостит ва остит жараёнлари ривожланади. Жараён ярим доира каналнинг эндост қаватига тарқалганда яллиғланиш ўсмалари ва чандиқлар ҳосил бўлади. Натижада фистула майдони инфекцияни перилимфага тарқалишига тўсқинлик қилган яллиғланиш ўсма ҳалқаси билан ўраб олинади. Бундай лабиринтит *чегараланган лабиринтит* деб аталади.

Чегараланган лабиринтитнинг енгил кечимида фистула атрофи бириктирувчи тўқима билан қопланиб ёки суякланиб, айрим ҳолларда эса бу тўсиқ парчаланиб, инфекция ўрта қулоқдан суякли лабиринтга тарқалади ва беморда сурункали *тарқоқ йирингли лабиринтитни* ривожланишига олиб келади.

Патологоанатомик манзара. Серозли лабиринтитда суякли лабиринтнинг эндост қаватининг шиши, қалинлашиши, қон томирларини кенгайиши, ўтказувчанлигини ошиши, перилимфада лейкоцитларни пайдо бўлиши кузатилади. Жараён лабиринтнинг барча бўшлиқларига тарқалади. Касалликнинг енгил клиник кечимида жараён чегараланиб, лабиринтнинг фаолияти қайта тикланади, оғир кечимида эса лабиринт ичи босими ошади, иккиламчи ноғора парда ва узангичанинг айлана бойлами шишади ва ўзгаради, жараён қулоқнинг нейроэпителиал тузилмаларига ҳам тарқалиб, уни чиришига олиб келади.

Амалиётда қўпинча *тимпаноген (отоген) лабиринтит* учрайди ва у барча ўрта қулоқ касалликларининг 1 - 2% ни ташкил қилади. 3,8 - 4,2% ҳолларда

лабиринтит суяк тўқимасининг емирилиши ва холестеатомани ҳосил бўлиши билан кечувчи сурункали ёки айрим ҳолларда ўткир йирингли ўрта отитнинг асорати сифатида ривожланади.

Отоген лабиринтитнинг ривожланишига ўрта қулоқнинг ўткир ва сурункали касалликларини қўзғатган микрофлора сабаб бўлади. Яллиғланиш жараёнини ногора бўшлиғидан чиғаноқ ёки даҳлиз дарчалари орқали ички қулоққа тарқалишига, яъни беморда лабиринтитни ривожланишига ногора бўшлиғидан патологик ажралмани чиқарилмаслиги ва унда ҳаво босимини ошиши сабаб бўлади.

Менингоген лабиринтит тимпаноген лабиринтитга нисбатан камроқ учрайди. Касаллик эпидемик менингит, грипп, сил касаллиги, скарлатина, қизамиқ ва ич терламада ривожланган менингитнинг оғир ёки енгил кечимида яллиғланиш жараёни бош мия пардаларидан ички қулоққа, бош мия суюқлиғидан перилимфа орқали тарқалганда ривожланади. Ички қулоққа инфекция одатда ички эшитув йўли, даҳлиз ва чиғаноқ сув оқавалари орқали тарқалади. Бундай ҳолларда яллиғланиш жараёни ички қулоқнинг барча тузилмаларига тарқалиб, беморда орттирилган сенсонеурал карликни ривожланишига сабаб бўлади.

Гематоген лабиринтит юқумли касалликларда: эпидемик цереброспинал менингит, эпидемик паротит ёки захм ва сил касалликларида ривожланиши мумкин.

Жароҳатдан сўнгги лабиринтит ички қулоқни ногора парда ва ўрта қулоқ орқали жароҳатланиши натижасида (масалан, қулоқ ичига сим, шпилка ёки бошқа ўткир учли ёт жисм киранда) юзага келади. Жароҳатдан сўнгги лабиринтит калла суяги асосининг синиши билан кечган оғир калла суяги ва бош мия жароҳатларида ҳам ривожланиши мумкин. Бундай ҳолларда лабиринтит пирамиданинг кўндаланг ёки узунасига синиб, синиш чизиги чакка суяги пирамидаси устидан ўтиши ва инфекцияни ўрта ва ички қулоққа тарқалиши натижасида ривожланади.

Клиник белгилари Лабиринтит эшитув ва мувозанат аъзолари фаолиятининг бузилиш белгилари билан намоён бўлади; баъзан юз асаб толаси ва унинг ёнида жойлашган оралиқ ва катта тошсимон асаб толалари фаолиятининг бузилиши кузатилиши мумкин.

Мувозанат бузилишлари; дастлаб беморда мувозанат аъзосини таъсирланиши, кейинчалик фаолиятининг пасайиш ёки йўқотилиш белгилари пайдо бўлади. Мувозанат аъзоси рецепторларининг таъсирланиш (*ирритация*) белгиларига бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш, ҳаракатларни бузилиши киради. Бу белгилар бошнинг ҳаракатида, унинг маълум ҳолатида ёки қулоқда бажариладиган муолажалар пайтида кучаяди.

Бош айланиши белгиси - бу атроф жисмларни ёки ўз танасини силжишини ёки айланишини ҳис этиш иллюзияси бўлиб, мувозанат аъзоси тонусининг бир хиллигини бузилиши, яъни таъсирланиш белгиси ҳисобланади; бу ҳиссиёт бош мия қобиғида юзага келиб, мувозанат реакцияси сифатида баҳоланиши

мумкин. Лабиринтитда одатда *тизимли* бош айланиши кузатилади ва у беморда атроф жисмларни атрофида айланиши, ёки ўз танасини, одатда бир текисликда айланишини ҳис этиш иллюзияси билан намоён бўлади.

Тизимли бўлмаган бош айланиши юрганда пастга йиқилиш, пастга тушиб кетиш ёки юрганда мувозанатни сақлай олмаслик ҳиссиёти билан кечади. Бундай бош айланишлар кўпинча мувозанат аъзосининг марказий бўлимлари зарарланганда кузатилади. Ўткир лабиринтитда бош айланиши бир неча сония ёки дақиқа, баъзан бир неча соат давом этса, сурункали лабиринтитда бош айланиш хуружлари бир неча кунлар давом этиши мумкин.

Лабиринтлардан бири таъсирланганда ёки унинг фаолияти сўнганда чап ва ўнг кулоқ мувозанат рецепторларидан келаётган импульслар оқимининг мувозанати бузилиб, беморда *лабиринтлар фаолиятининг бир-бирига ўхшамаслик* ҳолати юзага келади. Ушбу ҳолатнинг объектив кўринишларидан бири - бу *спонтан лабиринт нистагми* бўлиб, уни кўз ёрдамида ёки электрнистагмограммада аниқлаш мумкин. Лабиринтитда спонтан нистагм кўпинча I - II даражали, кичик ёки ўрта кўламли, горизонтал ёки горизонтал-ротатор характерга эга бўлиб, ўз йўналишини ўзгартириб туради; касалликнинг бошланғич босқичида, яъни мувозанат рецепторининг таъсирланиши даврида нистагмнинг йўналиши яллиғланган кулоқ томонга қаратилган бўлса (*ирритация нистагми*), зарарланган лабиринт фаолияти сўнган сари (яъни ундан келаётган импульслар оқими пасайиб, соғлом кулоқ томондаги импульслар кучайиб борганда) спонтан нистагмнинг йўналиши соғлом кулоқ томонга қаратилган бўлади (*деструкция ёки сўниш нистагми*).

Бемор бир нуқтага тикилганда нистагм реакцияси одатда пасаяди, шунинг учун баъзан бемор бир нуқтага тикилганда аниқланмаган спонтан нистагм коронғи хонада бажарилган электрнистагмографияда аниқланиши мумкин. Бу ҳолда у *яширин спонтан нистагм* деб аталади ва ички кулоқнинг фаолияти бузилганлигидан далолат беради.

Ички кулоқни яллиғланиши натижасида юзага келган лабиринтлар фаолиятининг бир-бирига ўхшамаслик ҳолати тоник реакциялар характери ва кўрсаткич синамасининг ўзгариши билан ҳам намоён бўлади. Водак-Фишер, бармоқ-бурун ва бармоқ - бармоқ синамаларида қўллар нистагмнинг секинлашган компоненти томонда нишонга тегмайди. Статик ва динамик мувозанатни сақлаш қобилияти текширилганда беморнинг гавдаси нистагмнинг секинлашган компоненти томон оғиши кузатилади. Бемор бошини ён томонга буриб юрганда оғиш йўналишини ўзгариши лабиринт атаксиясига хос белги ҳисобланади. Масалан, чап томонга оғиб юраётган бемор бошини ўнг томонга бурганда олд томонга юра бошлайди.

Калорик ёки айланторма синамаларда мувозанат аъзосининг қўзғалиш меъёрлари ўзгарганлиги (гиперрефлексия, гипорефлексия, мувозанат аъзолари қўзғалишининг бир хил бўлмаслиги) аниқланади. Ҳар бир кулоқни алоҳида текшириш имконини берувчи калорик синама бемор учун зарарсиз текширув

бўлиб, у оғир беморларда ҳам бажарилиши мумкин. Калорик синаманинг мушбат натижаси зарарланган лабиринтнинг фаолияти сақланганлигидан далолат беради. Рефлексларни ошириш фақат серозли ва чегараланган лабиринтитларда қайд этилади. Калорик кўзғалишнинг йўқлиги (синаманинг манфий натижаси) эса ички қулоқ рецепторлари фаолияти чуқур ўзгарганлигини ёки бутунлай йўқотилганлигини билдиради.

Лабиринт бузилишларини аниқлашда *фистула (прессор) синамаси* ҳам муҳим аҳамиятга эга. Ташқи эшитув йўлида ҳаво босимини ошириш ёки камайтириш, тугмачали зонд ёрдамида ногора бўшлиғининг ички деворида жойлашган оқма майдонига таъсир қилиш натижасида беморда фистула белгиси пайдо бўлади. У прессор нистагм, бош айланиши ёки ўзига хос “туртки” ҳиссиёти, айрим ҳолларда кўнгил айланиши ва қусиш белгилари билан намоён бўлади. Микроскоп остида кўздан кечирилганда ташқи ярим доира канал девори сатҳида эпидермис билан қопланган юмшоқ тузилма борлиги кўзга ташланиб, зонд тегизилганда беморнинг боши айланади. Оқма кўпинча ташқи ярим доира канал деворида жойлашганлиги сабабли ҳаво босими оширилганда нистагмни йўналиши Эвальд қонунига биноан “зарарланган” қулоқ томонга, пасайтирилганда эса қарама-қарши томонга йўналган бўлади.

Шуни эътиборга олиш лозимки, баъзан, оқма мавжуд булган ҳолларда фистула белгиси кузатилмаслиги мумкин, чунки у кўпинча эндост томондан яллиғланиш ўсмалари дўлачаси ёки холестеатома билан қопланган бўлади.

Вегетатив реакциялар кўнгил айланиши, қусиш, кўп терлаш, тери қопламлари ва шиллиқ пардаларнинг рангпарлиги ёки қизариши, тахикардия ёки брадикардия, юрак соҳасида ноҳушлик ҳиссиёти билан намоён бўлади. Касалланган қулоқда ўтказилган барча текширувлар кескин вегетатив реакциялар билан кечади.

Кохлеар бузилишлар эшитувни пасайиши ва қулоқни шанғиллаши билан намоён бўлади.

Серозли лабиринтитда эшитиш қобилияти аралаш шаклда пасайиб, асосан товуш тўлқинини қабул қилиш тизимининг бузилиши ва мувозанат рецепторларининг таъсирланиш ёки фаолиятининг пасайиш белгилари билан кечади. Агар серозли лабиринтитда ўрта қулоқнинг йирингли жараёни даволангандан сўнг беморда эшитув ва мувозанат аъзоларининг фаолиятлари тикланса, йирингли ва некротик лабиринтитларда ички қулоқдаги барча рецепторлар нобуд бўлиши натижасида даволаб бўлмайдиган сенсоневрал карлик ва мувозанат бузилишлар ривожланиши мумкин. Эшитиш фаолиятининг бузилиши ички қулоқдаги яллиғланиш жараёнининг шаклини аниқлашга ёрдам беради. Серозли лабиринтитда беморнинг эшитиш қобилияти 3-4 кундан сўнг қисман тикланса, йирингли лабиринтитда сенсоневрал карлик ривожланиб, беморнинг эшитиш қобилияти тикланмайди. Агар вестибулометрияда нистагмни “зарарланган” қулоқ томонга йўналиши, яъни мувозанат аъзоси рецепторининг таъсирланиши касалликнинг ижобий

белгиси ҳисобланса, калорик синамада, аксинча, соғлом қулоқ томонга йўналган спонтан нистагм мувозанат аъзоси рецептори қўзғалмаганлиги ва эшитув рецепторида чуқур бузилиш борлигидан далолат беради.

Қулоқ шангиллаши кўпинча юқори частотали бўлиб, бемор бошини ён томонларга бурганда кучаяди. Қулоқ шангиллаши эшитув аъзоси рецепторларининг таъсирланиши ва бош мия эшитув марказининг қўзғалиши натижасида юзага келади.

Беморда юз асаб толасининг фалажини ривожланиши яллиғланиш жараёнини ички қулоқнинг даҳлизи ва чиғаноғи ўртасида жойлашган юз асаб толаси соҳасига ёки ушбу майдонга ўрта қулоқ томондан тарқалиши билан боғлиқ бўлиб, беморда юз асаб толаси билан таъминланган мушакларнинг периферик фалажи ривожланиши билан намоён бўлади.

Ўткир лабиринтит 2-3 ҳафта давом этиб соғайиш билан тугаши ёки касаллик яширин шаклига ўтиб, бир неча йиллар давом этиши ва беморни меҳнат қобилиятини пасайишига ёки бутунлай йўқотилишига олиб келиши мумкин. Ўткир лабиринтитнинг йирингли тарқоқ шакли анча оғир кечиб, менингит ёки миёча ҳўппози асоратларининг ривожланишига олиб келиши мумкин; касаллик шиддатли бошланиб, беморда бош айланиши, мувозанатни бузилиши, вегетатив бузилишлар, спонтан нистагм белгилари кузатилади, эшитув ва мувозанат аъзолари рецепторлари фаолияти қисқа вақт ичида издан чиқади.

Ички қулоқ рецепторлари нобуд бўлган ҳолларда аста-секин кўникиш жараёни ривожланиб, мувозанат фаолияти иккинчи лабиринт ва мувозанат аъзолари рецепторлари фаолиятини мувофиқлаштирувчи марказий механизмлар, ҳамда кўриш, эшитиш ва тактил сезги ҳисобидан тикланади. Ушбу сезги тизимлари сақланган ҳолларда, хусусан, ёш организмда мувозанатни сақлаш фаолияти тез орада ва тўлиқ тикланса, эшитиш фаолияти тикланмайди, яъни зарарланган қулоқда сенсоневрал карлик ривожланади.

Чегараланган лабиринтитда фистула белгиси касалликнинг асосий белгиси ҳисобланади. Баъзан чегараланган лабиринтит сурункали тарқоқ йирингли лабиринтитга айланиши мумкин. Агар йирингли лабиринтитда беморда эшитишни пасайиши ва мувозанатни сақлаш фаолиятининг бузилишлари кузатилса, серозли лабиринтитда уларни бузилиши қайд этилмайди. Сурункали йирингли ўрта отитда умумбўшлиқ жарроҳлик амалидан кейин босим натижасида пайдо бўлган нистагм ҳосил қилинган бўшлиқда лабиринт фистулasi борлиги, лекин эпидермис билан қопланмаганлигидан далолат беради.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, клиник белгилари, отоскопия, микроотоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, нистагмография, рентгенография, КТ, МРТ ва бошқа текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Қиёсий таъхис. Лабиринтит касаллигини калла орқа чуқурчаси арахноидитидан, мияча ҳўппозидан, даҳлиз-чиганоқ (ҮШ жуфт бош мия) асаб толаси невриномасидан фарқлаш лозим. *Оттоген арахноидит* бош мия пардаларининг чегараланган яллиғланиши бўлиб, патологик жараён асосан калланинг орқа чуқурчаси ёки кўприк мияча учбурчаги соҳасидаги бош мия асосининг тўр пардасини қамраб олади. Касаллик аста-секин ривожланади, беморда кўпинча субфебрил ҳарорат, лейкоформулани чапга силжиши кузатилади. Жараён кўприк мияча соҳасида жойлашганда беморда зарарланган қулоқ томонда бурун шиллиқ пардаси сезгирлигининг пасайиши, кўз шох пардаси рефлексининг сусайиши ёки йўқотилиши, юз асаб толасининг периферик фалажи ривожланади. Патологик жараён калланинг орқа чуқурчаси соҳасида жойлашганда узоқлаштирувчи (ҮІ), юз (ҮІІ), тилҳалқум (ІХ), сайёр (Х) ва кўшимча (ХІ жуфт бош мия) асаб толалари фаолиятларининг бузилиши кузатилиб, лабиринтитда бундай бузилишлар қайд этилмайди. Арахноидит ІҮ қоринчанинг ўрта (Можанди тешиги) ва ташқи (Люшко тешиги) апертураларини битишмалар билан ёпилиши билан кечганда ІҮ қоринча бўшлиғида калла ичи босими ошиб, касалликнинг клиник манзарасида лабиринтит белгилари эмас, балки умумий бош мия белгилари устунлик қилади. Хусусан, беморни энса соҳасининг оғриши, оғриқни бўйин соҳасига тарқалиши безовта қилади. Бош айланиш хуружларида бемор бошини мажбурий ҳолатда ушлаб туради, бошининг ҳолатини ўзгартиришга уринганда унда рангпарлик, терлаш, томир уришини ва нафас олишини тезлашиши кузатилади.

Мияча ҳўппози кўпинча сигмасимон синус тромбози ва шу соҳанинг экстрадурал ҳўппозида ривожланади; баъзан касаллик лабиринтит билан бирга кечиши мумкин. Бошни ҳўппоз соҳасида оғриши, ҳўппоз томонда мушаклар тонусининг бузилиши мияча ҳўппозининг ўзига хос белгилари ҳисобланади. Бош мия ҳўппозида спонтан нистагмнинг кўлами катта бўлиб, аста-секин кучайиб борса, лабиринтитда - у ўз йўналишини ўзгартириб туради ва 3-4 ҳафтадан сўнг бутунлай сўнади. Бундан ташқари, мияча ҳўппози билан оғриган бемор бармоқ-бармоқ синамасини бажариш пайтида бармоғини врачнинг бармоғига тегиза олмайди, чунки унинг қўли касалланган томонга оғиб кетади; бармоқ-бурун синамасида ҳам бемор касалланган томондаги қўл бармоғини бурун учига тегиза олмайди. Бундай бемор зарарланган томонда тизза-товон синамасини ҳам бажара олмайди - одатда товон тиззага тегар-тегмас ҳаракатга келиб, сирпаниб пастга тушади; Ромберг ҳолатида ҳам бемор ўз мувозанатини сақлай олмайди ва касалланган томонга оғиб кетади, бунда бемор бошини ён томонга буриб юрганда ҳам йиқилиш йўналиши ўзгармайди. Ва ниҳоят, мияча ҳўппозида беморни касалланган томонга ён томони билан юриши бузилади.

Даҳлиз-чиганоқ асаб толаси (ҮІІІ) невриномаси 3 босқичда кечади: отиатрик, отоневрологик ва неврологик (терминал). Касалликнинг бошланғич (отиатрик) босқичида беморнинг бир томонлама эшитиш қобилияти аста-секин пасайиб

боради ва қулоқ шанғиллаши билан бирга кечади. Қулоқ шанғиллаши сув қайнашини, ҳуштак товушини, гувуллашни эслатади. Бош айланиш белгиси кузатилмайди, аммо калорик синамада баъзан мувозанат аъзоси рецепторларининг қўзғалиши пасайганлиги аниқланади. Касалликнинг кейинги босқичида эшитув ва мувозанат аъзолари фаолиятларининг бузилишига энса соҳасини оғриши, зарарланган томонда бурун шиллиқ пардаси сезгирлиги ва кўз шох пардаси рефлексини пасайиши, тилнинг олд 2/3 қисмида таъм билиш сезгисини бузилиши, юз асаб толаси билан таъминланган мушакларнинг периферик фалажи каби неврологик белгилар қўшилади.

Даволаш. Лабиринтит консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари ёрдамида даволанади. Тарқоқ серозли лабиринтитда асосан консерватив даволаш тадбирлари ўтказилиб, лабиринт ичи босимини пасайтириш, серозли лабиринтитни йирингли лабиринтитга айланишини ва калла ичи асоратлари ривожланишини олдини олишга қаратилади. Бунда дегидротация, яллиғланишга қарши, дезинтоксикация, десенсибилизация, симптоматик ва умумий терапия тадбирлари ўтказилади. Таъсир кўлами кенг антибиотиклардан ампициллин, аугментин, цефомизин, зинацеф, клафарон ва бошқалар (ототоксик антибиотиклардан ташқари) керакли миқдорда ҳар 6-8 соатда мушак орасига, вена ичига томчилаб юборилади ёки ичиш учун тавсия қилинади. Беморга сийдик ҳайдовчи ва кортикостероид дори воситалар, гипертоник эритмалар (вена ичига 10 мл 10% кальций хлорид эритмасини, мушак орасига 10 мл 25% магний сульфат эритмасини юбориш) буюрилади. Беморга парҳез таомлар тавсия қилинади (суюқлик миқдори бир суткада бир литргача, ош тузининг миқдори 0,5 г гача камайтирилади). Бундан ташқари тўқималар озикланишини яхшилаш мақсадида 5 % 5 мл аскорбин кислотаси, витамин К, Р, В₁, В₆, В₁₂, АТФ, кокарбоксилаза, предуктал дори воситалари қўлланилади. Лабиринт қўзғалишини камайтириш учун тери остига атропин сульфат, скополамин, пантопон юборилади.

Ўткир ва сурункали йирингли ўрта отитда ривожланган серозли ёки йирингли лабиринтитда *антромастотомия* ёки *умумбўшлиқ жарроҳлик амали* бажарилади. Жарроҳлик амалиёти консерватив даволаш тадбирларидан сўнг, яъни беморда мувозанат аъзосининг бузилиш белгилари камайтгандан кейин, одатда 6-8 - кунларда бажарилади (бу вақт ичида оқма атрофи яллиғланиш ўсмаси тўқимаси билан ўраб олинади). Лабиринтит белгилари 4-5 кун давомида камаймаган беморда жарроҳлик амали шошилишч равишда бажарилиши лозим.

Чегараланган лабиринтитда микрожарроҳлик даволаш усули қўлланилади. Микроскоп остида ташқи ярим доира канал деворлари, юз асаб толаси канали ва ноғора бўшлиғининг ички девори кўздан кечирилади ва оқма канали жарроҳлик усулида тозаланади (канал яллиғланиш ўсмалари ва чириган суяк тўқималаридан тозаланади). Кейин оқма каналининг тешигига юмшоқ тўқима жойланади ёки у трансплантант билан ёпилади. Баъзан сурункали ўрта отит ва

отоген лабиринтит билан шифохонага келтирилгандан беморга шошилиш равишда умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали бажарилади ва яллиғланиш ўчоғи ўткир қошиқча ёрдамида чириган суяк тўқималардан тозалангандан сўнг ўрта қулоқнинг ички девори кўздан кечирилади.

Лабиринтит билан оғриган беморда калла ичи асоратининг дастлабки клиник белгилари кузатилганда ҳам шошилиш равишда тегишли жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

Некротик ва баъзан йирингли лабиринтитда консерватив даволаш ва ўрта қулоқда бажарилган умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали ижобий натижа бермаганда лабиринтни қисман ёки тўлиқ очиш жарроҳлик усули қўлланилади. Лабиринтэктомия жарроҳлик амалиётида ички қулоқнинг барча қисмлари (даҳлиз, ярим доира каналлар ва чиғаноқ) очилади.

Лабиринтитни олдини олиш учун ўрта қулоқнинг йирингли касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва тўғри даволаш, беморларни диспансер назорати остига олиш лозим. Чегараланган лабиринтитда ўз вақтида бажарилган жарроҳлик амали беморда эшитиш ва мувозанат фаолиятларини сақлаб қолишга, йирингли лабиринтитни олдини олишга ёрдам беради.

ОТОГЕН КАЛЛА ИЧИ АСОРАТЛАРИ

Ўрта қулоқнинг йирингли касалликлари билан оғриган беморларда отоген калла ичи асоратлари 3,5 - 4 % ҳолларда учрайди. Сурункали йирингли ўрта отитларда отоген калла ичи асоратлари ўткир йирингли ўрта отитлардагига қараганда 10 марта кўп учрайди. Калла ичи асоратларида ўлим кўрсаткичи 10 % гача бўлиши мумкин ва у кўпинча асоратнинг характери ва ўз вақтида бошланган даволаш тадбирларига боғлиқ.

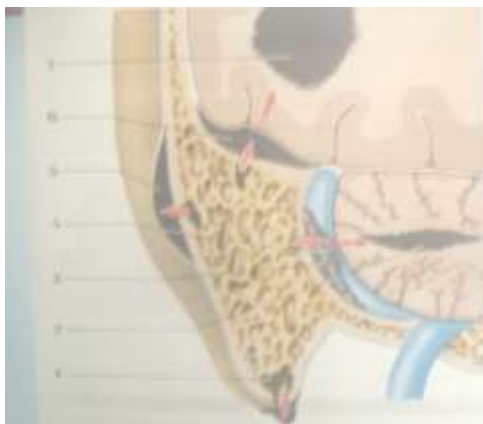
Отоген калла ичи асоратлари орасида биринчи ўринни - отоген йирингли менингит, иккинчи ўринни - бош мия ва мияча ҳўппозлари, учинчи ўринни сигмасимон синус тромбози ва отоген сепсис эгаллайди. Баъзан бир нечта калла ичи асоратлари бирга кечиши кузатилади. Масалан, сигмасимон синус тромбози, менингит, мияча ва бош мия ҳўппозлари. Ёш болаларда кўпинча менингоэнцефалит ривожланади.

Этиологияси. Отоген калла ичи асоратларини турли микроблар қўзғатади: ўткир ўрта отитда стафилококк, стрептококк, баъзан пневмококк ва вируслар; сурункали ўрта отитда - булардан ташқари, протей, кўк йирингли таёқча, Кох таёқчаси ва бошқалар. Отоген калла ичи асоратларининг ривожланишида микробнинг вирулентлиги ва организмнинг иммун ҳолати ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Патогенези. Яллиғланиш жараёни калла бўшлиғига ўрта ва баъзан, ички қулоқдан қуйидаги йўллар орқали тарқалади (48-расм).

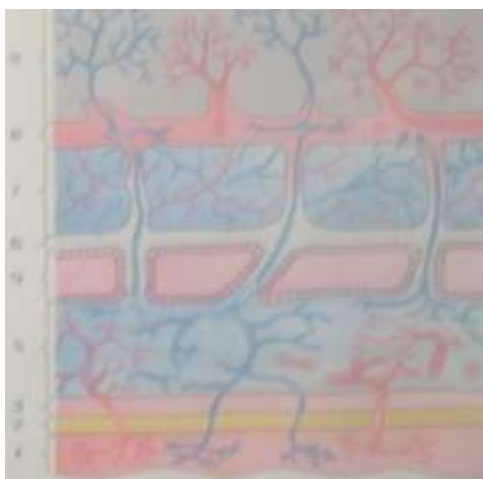
1 - *контакт йўл* - бу йўл сурункали йирингли ўрта отитларга хос бўлиб, яллиғланиш жараёни калла суягининг ўрта чуқурчасига емирилган ноғора бўшлиғининг юқори девори ёки сўргичсимон ўсиқ ёри орқали тарқалади;

2 - *илгари мавжуд бўлган алоқа йўллари орқали*, яъни қон ва лимфа томирлари ҳамда асаб толаларининг йўллари орқали тарқалиши (49-расм);



48-расм. Яллиғланиш жараёнини ўрта қулоқдан бош мияга тарқалиш йўллари.

1. Йирингли ўчоқни бўйин мушаклари орасига очилиши; 2. Мияча ҳўппози; 3. Синус олди ҳўппози; 4. Сигмасимон синус тромбози; 5. Субпериостал ҳўппоз; 6. Бош мия қаттиқ пардаси усти ҳўппози; 7. Бош мия чакка қисмининг ҳўппози.



49-расм. Ўрта қулоқ ва бош мия қон томирларининг ўзаро алоқаси

1. Ноғора бўшлиғининг шиилик пардаси; 2. Ноғора бўшлиғининг томи; 3. Бош мия қаттиқ парда усти бўшлиғи; 4. Бош миянинг қаттиқ пардаси; 5. Бош мия қаттиқ парда остки бўшлиғи; 6. Тўр парда; 7. Тўр парда ости (субарахноидал) бўшлиғи; 8. Бош миянинг юмшоқ пардаси; 9. Бош мия тўқимаси.

3 - *лабиринтоген йўл* – яллиғланиш жараёнини ички қулоқдан даҳлиз-чиғаноқ асаб толаси бўйлаб ички эшитув йўли, перилимфа ва эндолимфа йўллари орқали калла суягининг орқа чуқурчасига тарқалиши. Бунда беморда дастлаб йирингли лабиринтитнинг клиник белгилари (бош айланиши, қушиш, мувозанатни бузилиши, спонтан нистагм, эшитишни пасайиши) кузатилади.

4 - *гематоген йўл* – яллиғланиш жараёнини бош миянинг чуқур қисмларига қон орқали тарқалиши;

5 - *лимфоген йўл* - яллиғланиш жараёнини бош мияга лимфа йўллар орқали тарқалиши;

6 - *дегисценциялар орқали* - яллиғланиш жараёнини бош мияга ноғора бўшлиғидаги битмайган тирқишлар орқали тарқалиши; бу йўл кўпинча ёш болаларда кузатилади. Яллиғланиш жараёнини калла ичига тарқалиши қуйидаги босқичларда кечади:

1- босқич - эпидурал (парда усти) ҳўппозни ҳосил бўлиши. Ўрта ва ички қулоқдаги яллиғланиш жараёни атроф тўқималарга тарқалиб, чириган суяк тўқималари орқали яқин жойлашган қаттиқ бош мия пардасига ўтиб, чегараланган яллиғланиш ўчоғини ҳосил қилади. Калла ичи асоратининг ушбу бошланғич босқичи чегараланган пахименингит деб номланади.

2 - босқич - экстрадурал (ёки парда атрофи) ҳўппозни ҳосил бўлиши. Бунда йиринг чакка суягининг калла бўшлиғига қараган юзаси ва бош мия каттик пардаси (*dura mater*) орасида тўпланади. Йиринг тўпламини синус бўшлиғининг ташқи девори ва калла суяги ўртасида тўпланиши *перисинуоз* (*синус атрофи*) ҳўппоз, йирингли жараёни синус деворига тарқалиши *синусфлебит*, синус ичида тромб ҳосил бўлиши *синустромбоз* деб юритилади.

3 - босқич - субдурал (парда ости) ҳўппозни ҳосил бўлиши. Бунда йирингли яллиғланиш жараёни бош миянинг қаттиқ ва тўр (*arachnoidea*) пардалари орасига тарқалади. Йирингли ўчоқ чакка суяги тошсимон қисмининг орқа томони ва бош миянинг қаттиқ пардаси ўртасидаги *saccus endolymphaticus*да жойлашганда жараён *интрадурал ҳўппоз* деб аталади.

4 - босқич - яллиғланиш жараёнинини тўр парда остига тарқалиши, яъни йирингни бош миянинг тўр ва юмшоқ пардалари орасига тарқалиши. Бундай ҳолларда беморда тарқоқ *йирингли менингит* ривожлананади.

5 - босқич – йирингли яллиғланиш жараёнини бош мия тўқимасига тарқалиши. Бунда бош мия тўқимаси дастлаб юмшайди, кейин - *бош мия* ва *мияча ҳўппозлари* ҳосил бўлади.

Отоген калла ичи асоратларининг ривожланишига асосан ноғора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсиқ катакчаларида тўпланган йирингли ажралманинг чиқарилмай, тўпланиб қолиши сабаб бўлади. Масалан, эпителимпанитда йирингли ажралмани ноғора бўшлиғи тоmidан унинг ўрта қисмига чиқарилиши қийинлашганда, мастоидитда ёрга кириш жойи ёпилиб қолганда, ўткир тешилмаган йирингли ўрта отитда ноғора парда тешилмай, патологик ажралма эшитув найи орқали чиқарилиши қийинлашганда беморда калла ичи асорати ривожланиш хавфи туғилади. Шунинг учун отоген калла ичи асорати билан оғриган беморни даволашда ўрта қулоқдаги йиринг ўчоғини бартаф этиш муҳим патогенетик аҳамиятга эга.

ОТОГЕН БОШ МИЯ ҲЎППОЗЛАРИ га экстрадурал (бош мия парда усти), субдурал (бош мия парда ости) ва бош мия тўқимаси ҳўппозлари киради.

Экстрадурал (бош мия парда усти) ҳўппоз, яъни чакка суягининг ички юзаси ва бош миянинг қаттиқ пардаси орасида йиринг тўпламини ҳосил бўлиши яллиғланиш жараёнини ноғора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсиқ соҳасидан калла бўшлиғига тарқалиши натижасида ривожланади. Парда усти ҳўппози калланинг ўрта ёки орқа чуқурлиги соҳасида жойлашади. Йиринг тўплами сигмасимон синуснинг ташқи девори ва суяк орасида жойлашган ҳолларда касаллик *перисинуоз* (*синус атрофи*) ҳўппоз деб юритилади. Парда усти ҳўппози ўткир ёки сурункали ўрта отитда ўрта қулоқ бўшлиқларидаги йирингли

яллиғланиш ва холестеатома жараёни туфайли сўрғичсимон ўсиқ ва ноғора бўшлиғи юқори қаватларининг суяк тўқималари емирилиши натижасида ривожланган мастоидитнинг асорати сифатида юзага келади.

Яллиғланиш жараёни бош мия қаттиқ пардасига тарқалганда, аммо ўрта қулоқнинг суяк девори емирилмаган ҳолларда беморда *ёпиқ парда усти ҳўппози*, суяк девори емирилган ҳолларда – *очиқ парда усти ҳўппози* ҳосил бўлади.

Клиник белгилари. Бош мия парда усти ҳўппози ноаниқ кечади ва кўпинча жарроҳлик амали пайтида аниқланади. Беморнинг тана ҳарорати меъёрда ёки субфебрил бўлади. Тана ҳароратини кўтарилиши ва ўзгариб туриши йирингли менингит ёки сигмасимон синуснинг тромбози ва сепсис ривожланганидан далолат беради. Бундай ҳўппозда қонда патологик ўзгаришлар кузатилмаслиги ва ЭЧТ меъёрлигича қолиши мумкин. Бош мия парда усти ҳўппозида бошни қаттиқ оғриши кузатилмаслиги мумкин, лекин баъзан бемор доимо боши бироз оғриб туришига шикоят қилади. Ҳўппоз сигмасимон синус олдида ва унинг атрофида жойлашганда беморнинг энса ва пешона соҳаси, калланинг ўрта чуқурчасида жойлашганда – чакка, қулоқ орқаси ва қулоқ думбоқчаси соҳалари оғрийди, калланинг орқа чуқурчасида жойлашганда – бўйин соҳаси оғрийди. Чуқур жойлашган ҳўппоз учшоҳли асаб толасининг тугунини (гассер тугунини) ёки унинг шохчаларини босган ҳолларда беморда тригеминал оғриқлар пайдо бўлади. Қатор ҳолларда беморларда бош оғриши, кўнгил айланиши, қусиш, уйқучанлик белгилари кузатилади. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли, камдан-кам ҳолларда - оғир бўлиши мумкин. Баъзан энса мушакларининг енгил тортилиши, ҳўппоз жойлашган томонда Кернинг белгиси аниқланиши мумкин. Орқа мия суюқлигининг таркиби одатда ўзгармайди. Беморнинг қулоғидан кўп миқдорда қуюқ бадбўй йирингли ажралмани оқиши ва консерватив даволаш тадбирлари ижобий натижа бермаганлиги бош мия парда усти ҳўппозига хос муҳим белги ҳисобланади.

Таъхис беморнинг шикоятлари, касалликни бошланиши, отоскопия, микроотоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, рентгенография, КТ, МРТ, эхоэнцефалография, клиник, бактериологик текширувлар натижалари асосида қўйилади. Баъзан касаллик жарроҳлик амали пайтида аниқланади.

Даволаш. Бош мия парда усти ҳўппози жарроҳлик амали ва умумий даволаш тадбирлари ёрдамида даволанади.

Субдурал (бош мия парда ости) ҳўппоз, яъни бош миянинг қаттиқ ва тўр пардалари орасида йирингли тўпламни ҳосил бўлиши кўпинча сурункали йирингли ўрта отитнинг асорати сифатида учрайди. Инфекция одатда контакт йўл орқали тарқалади; ноғора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсиқнинг юқори қаватидаги суяк тузилмаларини емирилиши натижасида заҳарли моддалар сўрилиб, бош мия қаттиқ пардасини яллиғланиши учун қулай шароит яратилади. Йирингли жараённи ушбу майдонга тарқалиши натижасида бош миянинг қаттиқ ва

юмшоқ пардалари орасида ҳўппоз, яъни чегараланган йиринг тўплами ҳосил бўлади.

Бош мия парда ости ҳўппози бош мия юмшоқ пардаси ва бош мия тўқимасига яқин жойлашганлиги туфайли беморда баъзан менингиал ва ўчоқли белгилар кузатилиши мумкин. Ҳўппоз ўчоғи калланинг ўрта чуқурчаси соҳасида жойлашганда беморда ўрта бош мия чуқурчаси ҳўппозига хос ўчоқли ва енгил менингеал белгилар, орқа мия чуқурчаси соҳасида жойлашганда – мияча ҳўппозига хос белгилар (спонтан нистагм, бош айланиши, кўрсаткич бармоқ синамасида бармоқни зарарланган томонда нишонга тегмаслиги) ва бошқа белгилар кузатилади.

Бош мия парда ости ҳўппози билан оғриган беморда вақти-вақти билан менингиал белгилар ва мия суюқлигида енгил плеоцитоз аниқланади. Касаллик кўпинча менингит ёки бош мия тўқимаси ҳўппозлари, ёки сигмасимон синус тромбози билан бирга кечган ҳолларда клиник белгилар рангбаранглиги билан ажралиб туради.

Таъхис бемор шикоятлари, клиник ва бактериологик текширувлар, отоскопия, микроотоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, рентгенография, КТ, МРТ, эхоэнцефалография ва бошқа текширувлар натижалари асосида қўйилади. Баъзан касаллик жарроҳлик амали пайтида аниқланади.

Даволаш. Бош мия парда ости ҳўппози жарроҳлик усулида даволанади. Беморда кенгайтирилган умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали (баъзан антромасдоидотомия) билан бир пайтда сигмасимон синус ва калланинг ўрта ва орқа чуқурчалари соҳасида бош мия қаттиқ пардаси ҳам очилади. Бош мия қаттиқ пардасида йирингли оқма борлиги бош мия пардаси ости ҳўппози таъхисини тасдиқлайди. Оқма бўлмаган ҳолларда йирингли ўчоқ майдонида бўртиб турган сарғиш-оқ ёки сарғиш-яшил бош мия қаттиқ пардасига йод эритмаси суртилиб, йўғон игна билан тешилади. Шприц ёрдамида аста сўриб олинган йирингли ажралма микроблар тури ва уларни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун бактериологик текширувга юборилади. Шундан сўнг нинани ўз жойида қолдирган ҳолда ҳўппоз майдони хожсимон кесим билан очилиб, резина чиқаргич киритилади. Қулоқ орқасидаги жароҳат майдонига гипертоник эритмага шимдирилган тикма жойланади (чок қўйилмайди). Жарроҳлик амалидан сўнг беморга антибиотиклар, дегидротация, дезинтоксикация, десенсибилизация, умумий, маҳаллий ва симптоматик даволаш тадбирлари буюрилади.

Бош мия тўқимаси ҳўппозлари, яъни *бош мия тўқимасининг чегараланган йирингли тўплами* ўрта қулоқ бўшлиқларида яллиғланиш ўчоғи мавжуд бўлган ҳолларда иккиламчи жараён сифатида ривожланади. Бош мия тўқимаси ҳўппозлари орасида бош мия чакка бўлаги ва мияча ҳўппозлари айникса кўп учрайди. Улар кўпинча сурункали йирингли ўрта отитда ривожланиб, яллиғланиш жараёни бош мия тўқимасига одатда контакт йўл орқали

тарқалади. Бош мия бошқа майдонларининг ҳўппозлари кўпинча яллиғланиш гематоген йўл орқали тарқалганда юзага келади.

Бош мия чакка бўлагининг ҳўппози кўп ҳолларда ногора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсиқ ғорининг юқори деворига яқин майдонда одатда 2 - 4 см чуқурликда жойлашиб, мияча ҳўппозига нисбатан 4 марта кўп учрайди ва одатда айлана шаклга эга бўлади (мияча ҳўппози одатда тирқишсимон шаклга эга). Ҳўппоз ўчоғи бириктирувчи тўқима ёки яллиғланган юмшоқ бош мия тўқимаси (қопчаси) билан ўралган бўлади.

Клиник белгилари кўп жиҳатдан ҳўппознинг жойлашувига, унинг ҳажмига, атроф тўқима реакциясига ва жараённинг босқичига боғлиқ бўлади.

Бош мия ҳўппозининг ривожланишида қуйидаги тўрт клиник босқичлари кузатилади:

- 1) бошланғич
- 2) яширин
- 3) аён
- 4) терминал.

Б о ш л а н ғ и ч клиник босқич одатда 1-2 ҳафта давом этади. Беморда умумий яллиғланиш жараёнига хос умумий белгилар (ҳолсизлик, тана ҳароратини 37,2-37,5⁰ С га кўтарилиши) билан бирга бош оғриғи, кўнгил айланиши, қусиш кузатилади. Ушбу клиник босқич бош мия ҳўппозининг энцефалитга хос босқичи деб номланади. Баъзан бундай ҳолат сурункали ўрта отит авж олган ёки жарроҳлик амалидан сўнгги даврларга тўғри келиши ва шу сабабли етарли даражада эътиборга олинмаслиги мумкин. Шунинг учун бу даврда бемор бошқа текширувлар билан бир қаторда неврологик текширувдан ўтказилиши лозим.

Я ш и р и н клиник босқич тахминан 2 - 6 ҳафта давом этади. Бу босқичда беморда касалликнинг клиник белгилари одатда йўқолади ёки ноаниқ кечади. Уни ҳолсизлик, терисини рангпарлиги, иштаҳани йўқолиши, вақти-вақти билан бошини оғриши безовта қилиб, тана ҳарорати ва қон тахлили меъёрдалигича қолиши ёки бироз ўзгариши ҳам мумкин.

А ё н клиник босқич 2 ҳафта давом этади ва турли клиник белгилар билан намоён бўлади. Бу босқич аста-секин ёки тўсатдан бошланади, беморнинг аҳволи кун сайин оғирлашиб боради. Ушбу босқичда кузатиладиган касаллик белгиларини қуйидаги тўрт гуруҳга бўлиш мумкин:

1 – гуруҳ - *огир йирингли яллиғланиш жараёнларига* хос белгилар. Беморда ҳолсизлик, иштаҳани пасайиши, қабзият, тилни оқ караш билан қопланиши, оғиздан қўланса ҳид келиши кузатилади. Қонда ўзгаришлар борлиги аниқланиб, тана ҳарорати меъёрда ёки субфебрил бўлади.

2 – гуруҳ - *бош мия пўстлоғи таъсирланишининг умумий* белгилари. Калла ичи босимини ошиши, бош мия тузилмаларини ўзгариши, босилиши белгилари яллиғланиш жараёнининг тарқалиши ёки ҳўппознинг узунчоқ мияга токсик таъсири натижасида ривожланади. Беморда қаттиқ бош оғриғи, брадикардия,

кўз туби ўзгаришлари (50% беморларда кўриш асаб толаси сўргичининг турғунлиги аниқланади), энса мушакларининг тортилиши ва Керниг белгилари мусбатлиги қайд этилади.

Бош оғриғи одатда ҳўппоз ҳосил бўлган майдон атрофида жойлашиб, доимий ёки ҳуружли характерга эга бўлади. Ҳўппоз жойлашган майдон енгилгина перкуссия қилинганда оғриқ кучаяди. Баъзан беморнинг боши чидаб бўлмас даражада оғриши мумкин. Бош оғриғи билан бирга беморда овқатланиши билан боғлиқ бўлмаган кўнгил айланиши ва қусиш кузатилади. Мияча ҳўппози билан оғриган бемор кўпинча бошини ён томонга эгиб туради, чунки бунда IV бош мия коринчасида орқа мия суюқлиги ҳаракати бироз енгиллашади. (Бошнинг бундай ҳолати мияча ўсмаси билан оғриган беморларда ҳам кузатилади).

Брадикардия бош мия чакка бўлаги ва мияча ҳўппозларининг ўзига хос белгиси ҳисобланади. Беморнинг юрак уриши ритмик бўлсада, бир дақиқада 45 тагача камади, томир уриши ва тана ҳарорати кўрсаткичлари бир-бирига мос келмайди. Брадикардия калла ичи босимининг ошиши натижасида узунчоқ мияни қисилиши, узунчоқ мияга тарқалган яллиғланиш жараёни ёки ҳўппозни адашган асаб толаси ўзакларига токсик таъсири натижасида юзага келади.

Менингиал белгилар отоген бош мия ҳўппозларида деярли доимо кузатилади. Улар кўпинча ҳўппознинг бошланғич босқичида, яъни ҳўппоз қопчаси ҳосил бўлишидан олдин ривожланади. Ҳўппоз қопчаси ҳосил бўлгандан сўнг улар камайиб, бутунлай йўқолиши мумкин. Менингиал белгиларни кузатилиши умуртқа поғонасининг бел соҳасида орқа мия каналини тешиб суюқлик олиш учун кўрсатма ҳисобланади. Орқа мия суюқлигининг таҳлили менингит ва отоген гидроцефалия ташҳисини аниқлашга ёрдам беради, аммо бошқа калла ичи асоратларни, шу жумладан ҳўппоз жараёнини инкор этолмайди.

Бош мия ҳўппози менингитсиз кечган ҳолларда орқа мия суюқлигининг босими бироз кўтарилиб, 300-500 мм. сув устунига тенг бўлади (меъёрда - 70-200 мм сув устуни.), унинг бошқа кўрсаткичлари меъёрда ёки пасайган бўлади.

Менингитсиз кечган бош мия ҳўппозида орқа мия суюқлиги тиниқ бўлади, менингит асорати билан кечганда - у хира, йирингли тўплам тўр парда остига тарқалганда эса у йирингли характерга эга бўлади. Ундаги оқсил миқдори бироз ошиб, баъзан плеоцитоз (1 мкл 100-300 ҳужайра) кузатилади. Яллиғланишга қарши ўтказилган антибиотикотерапия таъсирида орқа мия суюқлигида ривожланган плеоцитоз тез орада ўз ҳолига қайтади. Орқа мия суюқлиги таркибининг тез орада яхшиланиши, аммо беморнинг аҳволи оғирлигича қолиши орасида тафовут пайдо бўлади. Бундай ҳолат *“тафовут синдроми”* деб аталиб, у ҳам бош мия ҳўппозига хос белги ҳисобланади. Бош мия ҳўппозида орқа мия суюқлигининг Панди глобулин реакцияси деярли доимо мусбат бўлади.

Орқа мия каналини тешиш пайтида ҳўппоз ўчоғи ёрилиб, орқа мия бўшлигига очилиши ёки мияча ҳўппозида мия суюқлиги босимининг кескин пасайиши

содир бўлиши мумкин. Бунинг натижасида беморда узунчоқ мияни жойидан силжиши ва нафас олиш марказини босилиши сабабли нафас олиш фаолияти тўхтаб қолиши мумкин. Шунинг эътиборга олган ҳолда орқа мия суюқлигини 2-3 мл дан ортиқ олиш ман этилади. Қонда яллиғланишга хос белгилар нейтрофилли лейкоцитоз, лейкоформулани чапга силжиши ва ЭЧТ ни 20 -70 мм гача ошиши аниқланади.

3 – гуруҳ - бош мия ўтказиш йўллари ва пўстлоқ ости ўзаклари фаолиятининг бузилиш белгилари. Бундай белгиларга бош мия чакка бўлаги ҳўппозининг жойлашувининг қарама-қарши томонида ривожланган гемипарез, геми фалажлар киради. Беморда юз асаб толасининг марказий фалажи, тутқаноқ хуружлари, Бабинский, Оппенгейм белгилари кузатилади.

4 - гуруҳ - ўчоқли белгилар. Улар ҳўппоз жойлашувини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Бундай белгиларга *афазия* ва *гемианопсия* белгилари киради ва бош мия чакка бўлаги ҳўппозининг 75-80 % ҳолларида аниқланади. Сенсор ва амнестик афазиялар тафовут этилади. Бош мия чакка бўлагининг чап томонлама ҳўппози билан оғриган ўнгқай беморларда *амнестик афазия*, яъни нутқни бузилиши кузатилса, бош мия чакка бўлагининг ўнг томонлама ҳўппози билан оғриган чапқай беморларда - *сенсор-амнестик афазия* белгиси кузатилади. Амнестик афазия бош миянинг энса ва чакка бўлагининг орқа қисми ҳўппозида кузатилиб, бемор жисм номини эмас, уни ишлатилишини айтади. Масалан, қалам кўрсатилганда бемор “бу билан ёзадилар”, қошиқ кўрсатилганда - “бу билан овқатланадилар” - деб жавоб беради.

Вернике маркази (юқори чакка бўлаги эгатининг орқа қисми) ҳўппозида беморда *сенсор афазия* ривожланади. Бунда бемор гапни эшитсада, унинг маъносини тушунмайди; унинг нутқи маъносиз сўзлар йиғиндисига айланади. Вернике маркази зарарланганда ўқиш ва ёзиш кўникмалари йўқолади, яъни беморда *алексия ва аграфия* кузатилади.

Бош мия чакка бўлагининг ўнг томонлама ҳўппози билан оғриган ўнгқай беморда ўчоқли белгилар билан бирга чакка бўлаги *атаксияси* ҳам кузатилади. Бемор Ромберг ҳолатида чап томонга йиқилади. Бундай атаксия бош мия чакка бўлагини қарама-қарши томондаги мияча яримшарлари билан боғлаган йўлни зарарланиши билан изоҳланади. Бош мия пўстлоғининг мувозанат майдонлари зарарланган беморда бош айланиши белгиси пайдо бўлади.

Бош мия чакка бўлаги ҳўппозининг иккинчи муҳим белгиси - бу *гемианопсия* белгиси бўлиб, у ўнг томонида жойлашган ҳўппозда ягона ўчоқли белги сифатида намоён бўлиши мумкин. Гемиианопсия, яъни кўриш қобилиятини икки томонда бир хил йўқотилиши, бош миянинг чакка бўлагидан энса бўлаги томон борадиган кўриш йўли зарарланганда ривожланади. Баъзан беморда юқори- ёки пастки гемианопсия кузатилиши мумкин.

Бош мия чакка бўлаги ҳўппозининг ўчоқли белгиларидан яна бири - *тутқаноқ* белгиси бўлиб, баъзан ҳўппознинг биринчи белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин. Бош мия чакка бўлаги ҳўппозида пирамиданинг

бузилиш белгилари (мушаклар тонусини биров ошиши, мушакларни енгил бўшашиши) ва ҳаракат бузилишлари - қарама-қарши томонда юзага келади. Ҳўппоз томонда ривожланган гемипарез ва пирамида белгилари беморда мияча ҳўппози ҳосил бўлганидан дарак беради.

Отоген мияча ҳўппози бош мия чакка бўлаги ҳўппозига нисбатан 4-5 марта кам учрайди ва кўпинча лабиринтит ёки синустромбоздан сўнг ривожланади. Мияча ҳўппозида кўл ва оёқ мушаклари тонусининг бузилиши, ҳаракат синамаларининг ўзгариши, атаксия ва спонтан нистагм белгилари кузатилади. Баъзан беморда дизартрия, кўл-оёқлар ва кўз мушакларининг қисман фалажлари, узоқлаштирувчи ва юз асаб толаси фаолиятининг бузилиш белгилари ривожланади.

Атаксия белгиси мушаклар тонусининг бир томонлама пасайиши натижасида юзага келади ва у бармоқ-бурун, бармоқ-бармоқ, тизза-товон синамаларида аниқланади; бемор зарарланган томонда бармоқ-бурун, бармоқ-бармоқ синамасини бажаролмайди, яъни кўли билан ношонга теголмайди. Тизза-товон синамасини ҳам у қийинчилик билан бажаради.

Адиадохокинез белгиси - мияча ҳўппозига хос белги бўлиб, бемор икки кўли билан пронация ва супинация ҳаракатларини бажарганда зарарланган томонда унинг кўл ҳаракатлари орқада қолади. Оғир беморларда статик ва юриш синамаларни аниқлаш қийин бўлади. Бемор Ромберг ҳолатида тик турганда ҳар томонга оғиши, орқага ва олдинга юрганда - орқага ва зарарланган томонга йиқилиши, ён томонга ва тўғри чизик бўйлаб юрганида – зарарланган томонда беморда юриш ҳаракати бузилганлиги аниқланади.

Спонтан нистагм кўпинча горизонтал, кенг, баъзан ўртача кўламли, камдан-кам ҳолларда вертикал бўлиши мумкин. Мияча ҳўппози катталашган сари спонтан нистагм кескинлашиб боради, лабиринтитда эса у ўз йўналишини соғлом қулоқ томонга ўзгартириб, аста-секин сўниб боради ва ниҳоят бутунлай йўқолади.

Баъзан кўприк-мияча учбарчагини катталашган ва шишган мияча ярим шарлари билан босилиши ёки бош мия асосининг чегараланган менингити ривожланиши натижасида ҳўппоз жойлашган томонида юз ва узоқлаштирувчи асаб толаларининг фаолияти бузилиши мумкин. Мияча ҳўппозида кўл ва оёқ мушакларининг фалажи кузатилмайди. Мияча ҳўппози билан оғриган беморда кўриш ўткирлигининг пасайиши, кўриш асаб толаси неврити, кўриш майдонларининг ўзгариши аниқланади.

Бош мия пешона, энса ва тепа бўлақларининг ҳўппозлари жуда кам учрайди. Бош мия пешона бўлагининг ҳўппози кўпинча бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланганида ривожланади.

Клиник белгиларсиз кечган ушбу бош мия ҳўппозлари кўпинча йирингни тўр парда остига ёки бош мия қоринчаларига очилиши натижасида беморда тўсатдан ўлим ҳолати юз бергандан сўнг, яъни патологоанатомик текширув пайтида аниқланади.

Бош мия ўнг яримшари соҳасида жойлашган ҳўппозда беморда рухий бузилишлар - эйфория, депрессия, оғир аҳволини ҳис этмаслик, негативизм, психомотор ҳаяжон ҳолатлари кузатилади. Бош миянинг бошқа майдонларида жойлашган отоген ва риноген ҳўппозлар жуда кам учрайди ва КТ, МРТ текширувлари ёрдамида аниқланади.

Ташхис ўз вақтида аниқланмаган ва даволаш тадбирларини ўз вақтида ўтказилмаган ҳолларда беморда бош мия тўқимаси ҳўппозининг т е р м и н а л босқичи ривожланади. Бу босқич одатда бир неча кун давом этиб, беморда анизокария, эс-ҳушни йўқотилиши, нафас ритмини бузилиши кузатилади. Тобора зўрайиб бораётган энцефалит, бош мия шиши ва узунчоқ мия марказларининг фалажи беморда ўлим ҳолати юз беришига олиб келади.

Таххис бемор шикоятлари, клиник белгилари, отоскопия, микроотоскопия, рентгенография, КТ, МРТ, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, пневмо- ва вентрикулография, реография, ангиография, радионуклид сцинтиграфия, клиник ва бактериологик текширувлари натижалари асосида қўйилади.

Шюллер, Майер, Стенверс ва Шумский усулида бажарилган чакка суяги рентгенографияси яллиғланиш жараёнининг тарқалишини, чакка суягининг сўрғичсимон ўсимта катакчаларидаги емирилиш жараёнининг даражасини, беморда петрозит ривожланган ёки ривожланмаганлигини аниқлашга ёрдам беради. Эхоэнцефалография (М-эхо) бош мия тузулмаларидаги силжишларни аниқлайди ва фақат эс-ҳуши сақланган беморларда қўлланилади.

Ангиография текшируви нейрожарроҳликда айниқса кенг қўлланилади. Ташқи (сильвиев) эгат устида ёки остида жойлашган бош мия чакка бўлаги ҳўппозида бош мия ўрта артерияси пастга ёки тепага силжиганлиги аниқланса, ташқи эгатнинг ички томонида жойлашган ҳўппозда - бош мия ўрта артерияси силжимади.

Вентрикулография текширув усули фақат нейрожарроҳлик бўлимида ўтказилади. Бунда бош мия яримшарлари ҳўппозида бош миянинг қоринча тизими, кўпинча бош мия ён қоринчасининг олд шохлари ён томонга силжиганлиги аниқланади. Компьютер томографияси (КТ) текшируви энг аниқ текширув усули ҳисобланади ва у бош мия ва миёча ҳўппозларини аниқлашда кенг қўлланилади. Орқа мия суюқлигини полярографик текширув усули бемор организмда содир бўлган метаболик ўзгаришларни аниқлашда ёрдам беради.

Қиёсий таххисот. Бош мия ва миёча ҳўппозларини йирингли менингит, локал энцефалит ва йирингли лабиринтитдан фарқлаш лозим. *Йирингли менингитда* беморнинг тана ҳарорати баланд, бош мия ҳўппозида - у субфебрил ёки меъёрда бўлади. Менингитда тана ҳароратига мос тахикардия кузатилса, ҳўппозда аксинча брадикардия, яъни юрак уришининг тезлиги тана ҳароратига мос бўлмайди. Менингит билан оғриган бемор безовта бўлади, ҳўппозда эса у, аксинча, карахт бўлади. Бош мия ҳўппозида кўз тубида ўзгаришлар борлиги аниқланади. Менингит ва бош мия ҳўппози бирга кечган ҳолларда беморда

менингит белгилари устунлик қилади. Орқа мия каналини тешиб, орқа мия суюқлигини таҳлил қилиш аниқ ташхис қилишга ёрдам беради. Иккиламчи, яъни бош мия ҳўппози билан кечган йирингли менингитда орқа мия суюқлигида оқсил - ҳужайра тенгсизлиги аниқланади ва даволашдан сўнг ундаги патологик ўзгаришлари тез орада меъёрга келади, аммо беморнинг умумий аҳволи оғирлигича қолади. Ҳўппозсиз кечган отоген менингитда эса орқа мия суюқлигидаги патологик ўзгаришлар касалликнинг кечимига мос бўлади.

Йирингсиз локал энцефалит бош мия ҳўппозига қараганда клиник белгиларнинг ўзгарувчанлиги билан фарқ қилади. Ушбу касалликда бемор юз терисининг ранги ер рангига ўхшаши, тилини қуриши каби белгилар кузатилмайди.

Бош мия орқа чуқурчаси отоген арахноидитининг клиник белгилари миёча ҳўппозининг белгиларига ўхшайди. Аммо, арахноидитда касаллик суст кечади, орқа мия суюқлигида ва қон таркибида патологик ўзгаришлар аниқланмайди.

Йирингли лабиринтит ва миёча ҳўппози бирга кечган ҳолларда уларни бири-биридан фарқлаш жуда қийин. Йирингли лабиринтит тўсатдан бошланади, беморда эшитиш қобилияти кескин пасайиб, ҳатто қарлик ривожланади, бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш, мувозанатни бузилиши, горизонтал-ротатор нистагм пайдо бўлади. Йирингли лабиринтитда пайдо бўлган кичик - ва ўртақўламли нистагм аввал зарарланган, кейинчалик соғлом қулоқ томонга йўналган бўлади. Ромберг ҳолатида беморнинг гавдаси ва қўллари нистагмнинг секинлашган компоненти томонга оғади. Лабиринтитда бош айланиш белгиси кескинроқ намоён бўлади. Йирингли лабиринтит билан оғриган беморда тана ҳароратининг кескин кўтарилиши, бош оғриғи, менингеал белгилар ва брадикардияни аниқланиши унда калла ичи асорати ривожланганлигини билдиради. Бундай ҳолларда биринчи навбатда миёча ҳўппози ҳақида ўйлаш керак. Миёча ҳўппозида нистагм зарарланган томонга йўналган бўлади. Агар йирингли лабиринтитда нистагм аста-секин сўниб борса, миёча ҳўппозида у зўрайиб боради. Миёча ҳўппозида адиадохокинез белгиси кузатилади, Ромберг ҳолатида эса бемор зарарланган томонга йиқилади, нистагм ҳам шу томонга йўналган бўлади. Бундан ташқари миёча ҳўппозида беморда кўз тубининг патологик ўзгаришлари аниқланса, лабиринтитда бундай ўзгаришлар кузатилмайди. Йирингли тарқоқ лабиринтитда беморда эшитув ва мувозанат аъзоларининг фаолиятлари батамом йўқотилади.

Шуни эсда тутиш лозимки, баъзан сигмасимон синус тромбозида патологик ўзгарган сигмасимон вена бўшлиғи тромб билан тўлиб, у миёча тўқимасини босиши мумкин. Бундай ҳолларда беморда миёчанинг зарарланиш белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Даволаш. Отоген бош мия ва миёча ҳўппозлари жарроҳлик ва консерватив усулда даволанади. Антротомия, мастоидотомия ёки кенгайтирилган умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали пайтида калланинг ўрта ва орқа

чуқурчалари соҳаси ва суяк девори олиниб, бош миянинг қаттиқ пардаси йоднинг спиртли эритмаси билан тозаланиб, тешиб кўрилади.

Бош мия ва мияча ҳўппозларида жарроҳлик амалининг қуйидаги уч усули қўлланилади:

1) ёпиқ усул – ҳўппоз майдони тешиб кўрилади ва йирингли ажралма сўриб олинади, кейин ҳўппоз бўшлиғи антисептик эритма билан ювилади;

4) очик усул – тешиб кўрилгандан ҳўппоз майдони нина бўйлаб очилади ва унга резина чиқаргич қўйилади;

3) ҳўппоз майдони копчаси билан бирга олиб ташланади.

Амалиётда жарроҳлик амалининг иккинчи ва учинчи усуллари кенг қўлланилади.

Кенгайтирилган умумбўшлиқ жарроҳлик амали бажарилгандан кейин сўргичсимон ўсимтанинг юқори суяк девори олиниб, ҳўппоз майдони излаб топилади ва очилади. Жарроҳлик амали пайтида калланинг ўрта ва орқа чуқурликлари, зарур бўлса - Траутман учбурчаги соҳасида бош миянинг қаттиқ пардаси кўздан кечирилади. Ушбу соҳада ҳатто бир томчи йирингни аниқланиши ҳўппоз борлигини тасдиқлайди. Ҳўппознинг жойлашувига қараб бош миянинг чакка бўлаги сўргичсимон ўсимтанинг юқори девори орқали, мияча сигмасимон синус бўшлиғи Траутман учбурчаги орқали тешиб кўрилади. Бунда игна уч йўналишда ва 4 см гача (ундан ортиқ эмас) чуқурликка санчилиши лозим. Ҳўппоз майдони излаб топилгандан сўнг игна ўз жойида қолдирилади ва бош миянинг қаттиқ пардаси хочсимон кесилади. Кейин жарроҳ игна бўйлаб ҳўппоз майдонига ёпиқ узун бурун кўзгусини киритиб, уни 1,5-2 см га очади ва шу тариқа йирингли ўчоқ майдонига йўл очади, кейин ҳўппоз бўшлиғига стерил резина қўлқопдан тайёрланган чиқаргични киритади.

Ҳўппоз бўшлиғидан йирингли ажралмани чиқариш ва бўшлиқни тозалаш жарроҳлик амалини ёпиқ усулда ҳам бажарилиши мумкин. Бунда ҳўппоз бўшлиғи тешилгандан сўнг бўшлиқ ичига иккита йўғон игна киритилиб, йирингли ажралма сўриб олинади ва бўшлиқ антисептик дори эритмалари билан ювилади. Ҳўппоз бўшлиғини ювиш муолажаси шу икки игна ёрдамида бажарилади; игналарнинг бири билан антибиотик ва антисептик эритмалар юборилиб, иккинчисидан йиринг ва ювинди сувлар сўриб чиқарилади. Жарроҳлик амалининг бундай ёпиқ усули чуқур бош мия ҳўппозларида қўлланилади.

Жарроҳлик даволаш усули билан бир пайтда беморга фаол мужассамланган этиологик, патогинетик, симптоматик, умумқувватловчи даво тадбирлари буюрилади.

Бош мия ва мияча ҳўппозлари ўз вақтида аниқланиб, резина чиқаргич ўрнатилгандан сўнг беморларнинг аксарияти соғайиб кетади. Йирингли тўплам атрофида энцефалит жараёнини ривожланиши ва кенг тарқалиши, ҳўппоз ўчоғини бош мия қоринчаларига ёки тўр парда остига ўз-ўзидан очилиши эса оғир оқибатларга олиб келиши мумкин.

ОТОГЕН МЕНИНГИТ ёки **лептоменингит** (*meningitis otogenia*) - бош мия қаттиқ пардасининг тарқоқ йирингли яллиғланиши бўлиб, йирингли яллиғланиш жараёни ўрта қулоқ бўшлиқларидан тарқалиши натижасида ривожланади. Менингит кўпинча сурункали йирингли ўрта отитнинг, баъзан -ўткир йирингли ўрта отитнинг асорати сифатида юзага келади. Қулоқ касалликларидан сўнг ривожланганда у *бирламчи менингит*, бошқа калла ичи асоратидан сўнг ривожланганда - *иккиламчи менингит* деб баҳоланади.

Этиологияси. Касалликнинг ривожланишига сурункали ёки ўткир йирингли ўрта отитни ривожланишига олиб келган бактериал флора: пневмококklar, стафилококк ва стрептококklar (*Pseudomonas*, *S. aureus*, *Proteus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *S.pneumoniae*) сабаб бўлади. 50% ҳолларда стафилококklar антибиотикларга чидамли бўлиб, протей ва бошқа грамм-манфий бактериялар билан аралаш флорани ташкил қилади. Охирги йилларда ушбу касаллик билан оғриган беморларнинг 70-90% да *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Lactobacillus* аэроб микроблари аниқланган.

Патологоанатомик манзараси бош мия юмшоқ пардаларининг ва қон томирлар деворларининг қизариши ва шиши, йирингли экссудатнинг тўпланиши билан намоён бўлади. Калла ичи босимининг ошиши натижасида бош миянинг эгатлари текисланади, бош мия тўқималарининг шиши натижасида беморда энцефалитга хос белгилар пайдо бўлади. Шунинг учун баъзан касаллик *менингоэнцефалит* деб аталади.

Клиник белгилари. Отоген менингит билан оғриган беморда *умумий, менингиал* ва *ўчоқли* белгилар кузатилади.

Умумий клиник белгиларга беморнинг умумий аҳволи одатда жуда оғир бўлиши, унда эс-ҳушини хиралашганлиги, алаҳсираш ва кескин психомотор ҳолатлар, карахлик, уйқучанлик, безовталиқ, бош айланиши кузатилиши киради. Бемор оёқларини букиб, бошини орқага ташлаган ҳолатда ётади, тана ҳарорати 39-40°C га ва ундан юқори кўрсаткичларга кўтарилиб, бир кеча-кундуз ичида бир градус атрофида ўзгариб туради, томир уриши тезлашади. Қарияларда, қандли диабет билан оғриган беморларда ва ҳомиладор аёлларда тана ҳарорати субфебрил ёки меъёрда бўлиши ҳам мумкин.

Беморда микроб токсинларининг салбий таъсири натижасида организмнинг кескин заҳарланиш белгилари - тахикардия, юрак тонлари бўғиқлиги, нафас олишни тезлашиши; тери қопламларининг рангпарлиги, тилни қуриқлиги ва караш билан қопланганлиги кузатилади.

Менингиал (парда) белгиларга қаттиқ бош оғриғи, энса мушакларининг тортилиши, юқори ва пастки Брудзинский, Керниг, Бехтерев белгилари, умумий гиперестезия белгилари киради. Улар калла ичи босимини ошиши, орқа мия асаб толалари орқа илдизларини таъсирланиши ва қондаги токсинлар таъсирида юзага келади.

Касалликнинг асосий белгиси - бу калла ичи босимининг ошиши, бош мия қаттиқ пардасини қизариши ва шиши, уч шохли асаб толасини таъсирланиши

сабабли юзага келган қаттиқ бош оғриғи. Бош оғриғи эса ташқи таъсирлар (товуш, ёруғлик, тактил таъсир) натижасида кучаяди. Баъзан оғриқ бўйин ва умуртқа поғонасига тарқалади. 90% беморларда бош оғриғи кўнгил айланиши, 30% ҳолларда – овқат билан боғлиқ бўлмаган қусиш билан кечади.

Энса мушакларининг тортилиши белгиси ушбу мушаклар тонусининг кескин ошиши билан намоён бўлади. Бемор бошини олдинга эгиб, уни тўш суягига яқинлаштиролмайди. Энса мушаклари тортилганлиги туфайли у бошни орқага ташлаган ҳолатда ётади. Бемор ҳолатини ўзгартиришга бўлган уринишлар кучли оғриқ реакциясини пайдо бўлишига олиб келади. Энса мушаклари тортилиши белгисини аниқлаш учун врач беморнинг бўйнини олдинга эгади. Бунда тўш суяги ва пастки жағ орасидаги масофага нечта бармоқ жойлашиши мумкинлигига қараб белгининг мусбат даражаси аниқланади.

Керниг белгиси ҳам энса мушакларининг тортилиши билан бир пайтда ёки кейинроқ пайдо бўлиб, кўпинча касалликнинг учинчи куни аниқланади. Керниг белгиси қуйидагича текширилади: бемор чалқанча ётган ҳолатида текширувчи унинг битта оёғини тизза ва чаноқ-сон бўғимида букиб, тизза бўғимида ёзади. Керниг белгиси мусбат бўлган ҳолларда беморнинг оёғи тизза бўғимида ёзилмайди.

“Юқори” Брудзинский белгиси мусбат бўлган ҳолларда чалқанчасига ётган беморнинг боши олдинга пассив эгилганда унинг оёқлари ҳам чаноқ-сон ва тизза бўғимларида ўз-ўзидан букилади; беморнинг қўллари тирсак бўғимида букилганда эса унинг елкалари юқорига кўтарилади (ўриндан туриш белгиси) .

“Пастки” Брудзинский белгиси - беморнинг бир оёғи тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилганда, унинг бошқа оёғи ҳам ўз ўзидан букилади.

Бехтерев белгиси - текширувчи ёноқ суяги ёйининг соҳасига болғача билан урганда беморда бош оғриғининг кескин кучайиши ва блефароспазм кузатилади.

Одатда энса мушакларининг тортилиши ва Керниг белгилари касалликнинг оғир кечими ва орқа мия суюқлигининг патологик ўзгаришларига мос бўлади.

Беморда Бабинский, Россолимо, Жуковский, Гордон, Оппенгейм белгиларини аниқланиши унда энцефалит ривожланганлигини билдиради. Биринчи навбатда кўзларни ҳаракатлантирувчи бош мия асаб толалари, кўпинча узоқлаштирувчи (ҮІ), кам ҳолларда кўзни ҳаракатлантирувчи (ІІІ) ва ундан ҳам кам ҳолларда (ІҮ) ғалтак асаб толаси зарарланади.

Менингит билан оғриган беморларнинг 1/3 қисмида кўз туби ўзгаришлари аниқланади: кўриш асаб толаси дискларининг қизариши, чегараларининг ноаниқлиги, вена қон томирларининг кенгайиши.

Қонда деярли доимо нейтрофилли лейкоцитоз ($15,0 \cdot 10^9 / л - 25 \cdot 10^9 / л$), лейкоформулани чапга силжиши, ёш лейкоцитлар пайдо бўлганлиги аниқланади, ЭЧТ ошиб, 40-60 мм/соат ни ташкил қилади. Баъзан кескин лейкоцитоз ва ЭЧТ ни бироз ошиши орасида тафовут кузатилади.

Беморда менингиал белгиларни аниқланиши (уларни ҳатто биров намоён бўлиши) умуртқа поғонасининг бел соҳасидан орқа мия каналини тешиш жарроҳлик амалини бажариш ва орқа мия суюқлигини таҳлил қилиш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ўзига хос белгилари, қон ва орқа мия суюқлигининг таҳлили, биокимёвий ва бактериологик текширувлар, отоскопия, микроотоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, рентгенография, КТ, МРТ текширувлар натижалари асосида қўйилади. Менингит касаллигини аниқлашда орқа мия суюқлигини (ликворни) таҳлили муҳим аҳамият касб этади. Орқа мия каналини тешиш жарроҳлик амали бемор олдинга эгилиб, оёқларини қорнига тортиб ётган ҳолатида бажарилади. Махсус нина икки ёнбош суяк қирраларидан ўтказилган шартли кўндаланг чизик устида жойлашган III ва IV бел умуртқалари орасига санчилади. Игна орқа мия бўшлиғига тўғри санчилганда ундан мия суюқлиги томчилаб оқа бошлайди. Йирингли менингитда мия суюқлиги хира ва босим билан оқади (меъёрда унинг тезлиги 1 дақиқада 60 томчи, босими 150-200 мм сув устунига тенг бўлади). Клиник текширувда плеоцитоз, яъни мия суюқлигида хужайралар сони 1 мкл да 200 - 800, 1000 (меъёрда 3-6 хужайра) ва ундан ортиқ бўлиши йирингли менингит ташхисини тасдиқлайди; нейтрофиллар 80 - 90 % етади. Бундан ташқари, мия суюқлигида оксил миқдорининг биров кўпайиши, Панди ва Нонне Апелът глобулин реакциялар мусбатлиги, қанд ва хлорид тузларини камайиши кузатилади (меъёрда глюкоза - 2,5-4,2 ммоль/л, хлоридлар 118-132 ммоль/л ни ташкил қилади).

Олинган орқа мия суюқлиги микрофлора турини ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун микробиологик текширувга юборилади. Беморга невропатолог, офтальмолог, нейрорарроҳ маслаҳати уюштирилади.

Қиёсий таъхисот. Отоген йирингли менингит сил, эпидемик цереброспинал ва серозли вирусли менингитлардан фарқланади.

Сил менингити кўпинча болаларда учрайди ва сустр кечади. Беморнинг бошқа аъзолари, биринчи навбатда ўпкаси сил жараёни билан зарарланганлиги аниқланади. Сил касаллигида асосан серозли менингит ривожланади. Бунда орқа мия суюқлиги тиниқ, хужайраларининг сони 1мкл 100 – 500 та, баъзан 1000 - 2000 тага етади, глюкоза миқдори кам, лимфоцитоз 80% ташкил қилади. 24-48 соат давомида пробиркадаги тиндирилган орқа мия суюқлигида сил таёкчалари мавжуд бўлган тўрсимон майин фибрин парда ҳосил бўлади. Пирке ва Манту синамалари, рентгенологик ва бактериологик текширувлар ташхис қўйишга ёрдам беради

Эпидемик церебрал менингит одатда йирингли бўлиб, касаллик тўсатдан назофарингитнинг клиник белгилари (тумов, томоқни оғриши, ютинишни қийинлашиши ва ҳ.к.) билан бошланади; беморнинг терисида петехиал тошма пайдо бўлади, орқа мия суюқлиги хира ва босим билан оқиб, микробиологик

текширувда унда менингококк бактериялари аниқланади. Ташхисда эпидемик текширув натижалари эътиборга олинади.

Гриппда ривожланган *серозли вирусли менингит* ташхиси ҳам эпидемик текширув натижалари ва орқа мия суюқлигининг таҳлили асосида қўйилади. Орқа мия суюқлиги таркибида лимфоцитли плеоцитоз аниқланади, хужайраларнинг сони 1 мкл 200-300 дан ошмайди, глюкозанинг миқдори меъёрлигича қолади. Жарроҳлик амали пайтида ўрта кулок бўшлиқларида йирингли ажралма бўлмайди, отоскопияда ноғора пардада ва ноғора бўшлиғида ўзгаришлар аниқланмайди; акуметрия ва аудиометрия текширувлари эшитиш фаолияти бузилмаганлигини кўрсатади. Орқа мия суюқлигининг бактериологик ва вирусологик текширувлари аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Отоген менингитда умумий мужассамлашган даволаш усули қўлланилади. Беморнинг аҳволи ва қулоғидаги ўзгаришлар қай даражада ривожланганлигидан қатъий назар биринчи навбатда яллиғланиш ўчоғини бартараф этиш мақсадида яллиғланган қулоқда жарроҳлик амали бажарилиши лозим. Беморнинг умумий аҳволининг қониқарсизлиги жарроҳлик амалини бажариш учун қарши кўрсатма сифатида қабул қилинмайди, чунки ўрта қулоқдаги йирингли ўчоқ бош мия пардаси остига тарқалган микроблар манбаи бўлиб хизмат қилади ва бемор организмида заҳарланиш белгиларини ривожланишига сабаб бўлади.

Кўп ҳолларда калла ичи асорати, яъни бош мия парда усти - ёки парда ости ҳўппози ва сигмасимон синус тромбози фақат жарроҳлик амали пайтида аниқланиши мумкин. Қатор ҳолларда ноғора бўшлиғида аниқланган енгил патологик ўзгаришлар жарроҳлик амали пайтида аниқланган сўрғичсимон ўсимта катакларидаги суяк ўзгаришларига мос келмаслиги, яъни яллиғланиш жараёни чуқурроқ бўлиши мумкин.

Отоген калла ичи асоратларида чакка суягида *кенгайтирилган умумбўшлиқ жарроҳлик амали* бажарилади. Агар ўрта қулоқдаги йирингли ўчоқни бартараф этиш мақсадида ўткир йирингли ўрта отитда - антротомастомидотомия, сурункали йирингли ўрта отитда – кенгайтирилган умумбўшлиқ жарроҳлик амали бажарилса, отоген менингитда – кенгайтирилган умумбўшлиқ жарроҳлик амали билан бирга сўрғичсимон ўсиқнинг орқа соҳасида ёки ноғора бўшлиғининг томи соҳасида бош миянинг қаттиқ пардаси ва сигмасимон синус майдони очилиб, тафтиш қилинади. Жароҳат майдони антисептик эритмалар билан ювилгандан сўнг асептик бойлам қўйилади.

Бир вақтнинг ўзида беморга кучли *антибиотикотерапия* буюрилади; томир ичига томчилаб ёки мушак орасига бемор вазнини ҳисобга олган ҳолда битта ёки иккита антибиотик юборилади. Ярим синтетик пенициллинлар билан бирга, аугментин 600 мг ёки 1,2 мг дан ҳар 6-8 соатда мушак орасига ёки вена ичига юборилади, амоксиклав билан бирга сульбактам (уназин) тавсия қилинади.

Анаэроблар аниқланганда вена ичига томчилаб метронидазол юборилади. Отоген менингитнинг оғир кечимида дастлабки соатлардан бошлаб беморга бирга қўллаш мумкин бўлган турли гуруҳ антибиотиклардан 3 - 4 таси буюрилади. Масалан, вена ичига 5 % глюкоза ёки 0,9 % натрий хлорид, аугментин ва 100 мл 0,5% метронидазол томчилаб юборилса, мушак орасига линкомицин ҳар 8 соатда, кефзол 500 мг ёки 1,0 ҳар 6 – 8 - 12 соатда ёки цефуроксим 750 мг -1,5 гр дан ҳар 6 – 8 - 12 соатда юборилади.

Калла ичи асоратларини даволашда III-авлод цефалоспоринлардан цефтазидим (фортум), цефтибутен (цедекс), цефтриаксон (лонгацеф, роцефин) дори воситалари кенг қўлланилади. *Цефалоспоринларни ампициллин билан бирга қўллаш кўпинча токсик ва аллергияк реакцияларни ривожланишига олиб келади!*

Этиотроп терапия билан биргаликда беморга дегидротация ва детоксикация тадбирларидан иборат *патогенетик терапия* ҳам олиб борилади. Дегидротация дори моддаларидан вена ичига томчилаб 250 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилган 30-60 г маннитол, вена ичига ёки мушак орасига 1-2 мл лазикс; мушак орасига 5 мл 25% магний сульфат эритмаси 0,5% новокаин эритмаси билан бирга юборилади. *Дегидротация терапияси пайтида қоннинг электролит таркиби, айниқса калий миқдорини назорат қилиш талаб этилади!* Беморга калий дори воситалари (калий хлорид, панангин) тавсия қилинади. Детоксикация мақсадида вена ичига томчилаб реополюглокин, дисоль, трисоль, 5% глюкоза, В₁, В₆, С витаминлари юборилади. Беморга антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил, зиртек, гистоланг), беморнинг оғир аҳволини ҳисобга олган ҳолда глюкокортикостероидлар (преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон) буюрилади. Бош миёда қон айланишини яхшилаш мақсадида вена ичига томчилаб – трентал, кавинтон керакли дозада юборилади. Шулар билан бир қаторда симптоматик терапия ҳам ўтказилади (юрак глюкозидлари, оғриқни қолдирувчи, иситмани тушурувчи тадбирлар). Психомотор қўзғалиш ҳолатларида вена ичига 2-4 мл седуксен, реланиум, сибазон, оксибутират натрий (60-120 мг 1 кг тана вазнига) юборилади. Организмни иммун ҳолатини яхшилаш мақсадида вена ичига томчилаб қон ва қон зардоби, мушак орасига тимолин 1,0 мл, т-активин 1,0 мл дан ҳар 3 кунда 1 маҳал юборилади, жароҳат майдони соҳасига лазертерапия тавсия қилинади; вена ичига томчилаб 100 мл стафилококкга қарши зардоб, мушак орасига 3 марта гамма глобулин 3-5 мл дан юборилади.

Вирусли менингитларда жарроҳлик амали ижобий натижа бермайди, аксинча у бемор аҳволини оғирлаштириши мумкин. Шунинг учун вирусли менингит билан оғриган бемор биринчи навбатда дори-дармонлар ёрдамида даволаниши лозим. Жарроҳлик амали эса 2-3 кун давомида олиб борилган консерватив даволаш тадбирлари ижобий натижа бермаган, сўргичсимон ўсимта катакчалари ва ногора бўшлиғида патологик ўзгаришлар аниқланган-дагина бажарилиши мумкин.

Беморда бошқа йўлдош касалликлар аниқланган ҳолларда керакли мутахассислар маслаҳати уюштирилади ва тегишли даволаш тадбирлари ўтказилади.

ОТОГЕН СИГМАСИМОН СИНУС ТРОМБОЗИ (*trombophlebitis sinus sigmoidei*) – *сигмасимон синус деворининг яллиғланиши натижасида унда тромб ҳосил бўлиши, микроблар таъсирида тромбнинг ва синус деворининг йирингли яллиғланиши ва емирилиши.*

Амалиётда сигмасимон ва кўндаланг синуслар тромбофлебити кўпроқ учрайди. Тошсимон ва ғорсимон синуслар деворининг яллиғланиши ва тромб ҳосил бўлиши жуда кам ҳолларда кузатилади.

Сигмасимон синус тромбози ва ундан сўнг ривожланган отоген сепсис ўткир ва сурункали ўрта отитнинг асорати сифатида юзага келади. Яллиғланиш жараёни контакт йўли орқали тарқалади. Дастлаб чакка суягининг йирингли ўчоғига яқин жойлашган синуснинг ташқи деворида *перифлебит* жараёни ривожланиб, *синус атрофи ҳўппози* пайдо бўлади. Сигмасимон синус клапанларга эга бўлмаганлиги ва ундаги қон босими паст бўлганлиги сабабли синус бўшлиғида тромб ҳосил бўлади. Аста-секин яллиғланиш жараёни синус деворининг барча қаватларига тарқалиб, *перифлебит* ва *эндофлебит* сигмасимон синусдаги қон ҳаракатини янада секинлаштиради ва тромбни ўсишига сабаб бўлади. Тобора катталаниб борган тромб сигмасимон синус ёриғини бутунлай ёпиб қўйиши ва калла бўшлиғига (ҳатто унинг қарама-қарши томонига) ёки ички бўйинтуруқ венанинг юқори пиёзчасига ва ҳатто юрак соҳасига тарқалиши мумкин. Бактериялар ва уларнинг токсинлари таъсирида тромбни парчаланиши, синус девори эса некрозга учраши мумкин. Йирингли метастазлар ва тромб парчалари юракнинг ўнг бўлмачасига, ундан кичик қон айланиш доирасига тарқалиб, ўпкада метастазларни пайдо бўлишига олиб келади. Баъзан бактериялар юракнинг чап бўлмачасига, кейин катта қон айланиш доирасига тарқалиб, юрак клапанлари, бўғимлар, буйрак, жигар, тери ости ёғ қавати ва бошқа аъзоларда йирингли метастазлар ҳосил бўлишига олиб келади.

Отоген сепсис қўпинча сигмасимон, бўйинтуруқ синуслар ва бош мия қаттиқ пардасининг бошқа вена бўшлиқлари тромбофлебитида ҳамда сўрғичсимон ўсиқ ғорининг яллиғланишида жараён вена, лимфа ва қон томир орқали тарқалган ҳолларда ривожланади.

Отоген сепсис сигмасимон синус тромбозисиз ривожланиши, айрим ҳолларда тромбни ўз-ўзидан сўрилиши ҳоллари кузатилиши ҳам мумкин.

Отоген сепсис эрта ёки кеч ривожланиши мумкин. Эрта ривожланган отоген сепсис ёш болаларда ўткир ўрта отитнинг дастлабки кунларида септик реакция сифатида намоён бўлади ва одатда енгил кечади. Кечки отоген сепсис эса қўпинча ўткир ёки сурункали ўрта отитларда ривожланиб, беморда септик ўчоқ (тромбофлебитни) шаклланиши билан кечади.

Клиник белгилари. Сигмасимон ва кўндаланг синуслар тромбози ёки отоген сепсис билан оғриган беморларда касалликнинг белгилари 2 гуруҳга бўлинади:

1) умумий белгилар; 2) маҳаллий белгилар.

Умумий белгилар ўзига хос *иситма* билан намоён бўлиб, касалликнинг дастлабки соатларида беморнинг тана ҳарорати 39-41° С га кескин кўтарилиб, кучли қалтираш билан кечади. Бир неча соатдан сўнг беморнинг ҳарорати кескин пасайиб, бемор терлайди, унинг тана ҳарорати кун давомида 2-3° С га ўзгариб туради. Шунинг учун беморнинг тана ҳароратини ҳар 3 соатда ўлчаш тавсия қилинади. Тана ҳароратининг кескин кўтарилиши ва кескин пасайиши бир кунда бир неча бор такрорланиши мумкин. Сигмасимон синус тромбозини иситмасиз кечиши беморларда даволаш жараёнида антибиотикларни қўлланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Баъзан касалликнинг бундай кечими иммунитетни сусайган (масалан, қандли диабет билан оғриган) беморларда ҳам кузатилади. Шунинг учун тана ҳарорати кўп юқори бўлмаган беморларда врач хатога йўл қўйиши ва касалликка етарли даражада баҳо бермаслиги мумкин. Отоген сепсис билан оғриган болаларда кўпинча гектик ҳарорат ва қалтираш кузатилмасда, уларнинг тана ҳарорати мунтазам баланд бўлади.

Сигмасимон синус тромбозидида беморнинг тери қопламлари рангпар, баъзан ер рангига ўхшаш бўлади. Айрим ҳолларда эритроцитлар гемолизи ва жигарнинг токсик заҳарланиши туфайли унинг териси ва кўзларининг оқ қисми (склераси) сарғаяди. Шунинг учун баъзан бундай беморларни юқумли касалликлар шифохонасига ётқизиш ва ўша ерда даволаш ҳоллари ҳам учраб туради.

Отоген сепсисда брадикардия кузатилмайди, беморнинг томир уриши ҳароратига мос ҳолда тезлашади. Қонда яллиғланишга хос нейтрофилли лейкоцитоз ($15-18 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкоформулани чапга силжиши, нейтрофилларнинг токсик доналилиги, ЭЧТ ошиб, ўсиб борувчи гипохром камқонлик аниқланади. Қоннинг микробиологик текшируви аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради. Микробиологик текширув учун олинадиган қон иситма ва қалтираш пайтида олинади (чунки айти шу пайтда қонда микробларнинг сони кўпаяди). Бундан ташқари беморда “гиалуронидазагиалурон кислота” тизимининг ҳолати таҳлил қилинади.

Орқа мия канали тешиб кўрилганда орқа мия суюқлигининг босими ошганлиги, лекин таркиби ўзгармаганлиги, тромб бош мия веналарига ретроград йўл орқали тарқалганда эса орқа мия суюқлигида эритроцитлар борлиги аниқланади (*ксантохром ликвор*).

Сигмасимон синус тромбозининг маҳаллий белгиларига қуйидагилар киради:

- *Гризингер белгиси* тромб сўрғичсимон ўсиқнинг эмиссар веналарига тарқалганда пайдо бўлади; бунда сўрғичсимон ўсиқнинг орқа четдаги юмшоқ тўқималар пайпасланганда шиш ва оғриқ борлиги аниқланади.

- *Уайтинг белгиси* - ички бўйинтуруқ вена тромбозида тўш-ўмров-сўргичсимон мушагининг олд чети пайпасланганда оғрийди. Бемор бошини зарарланган томонга эгиб туради.

- *Фосс белгиси* - аускультацияда ички бўйинтуруқ венанинг шовкини эшитилмайди. Ички бўйинтуруқ вена юқори пиёзчасининг перифлебетида беморда тилҳалқум ва сайёр, яъни IX ва X жуфт бош мия асаб толалари фаолиятининг бузилиш белгилари (ютиниш ҳаракатини қийинлашиши ва овозни бўғилиши) кузатилади.

Кўндаланг синус тромбозидаги бош мия асоси қаттиқ пардасининг шиши туфайли беморда узоқлаштирувчи, яъни VI жуфт бош мия асаб толаси билан таъминланган мушакларнинг қисман фалажи ривожланади. Чегараланган менингит билан кечган сигмасимон синус тромбозида эса кўзнинг бошқа мушакларининг қисман фалажи белгилари кузатилади.

Чакка суяги рентгенограммасида ва компьютер томограммада сўргичсимон ўсиқ катакчаларида суяк тўқимасининг емирилиши ва кўпинча холестеатома жараёни аниқланади.

Ташхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, объектив текширув, отоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия, қон ва мия суюқлигининг умумий таҳлили, бактериологик текширув, рентгенография, компьютерли томография, МРТ, жарроҳлик амали пайтида сигмасимон синус соҳасини кўздан кечириш натижалари асосида қўйилади. Касалликни ўзига хос гектик иситма билан кечиши сигмасимон синус тромбозини аниқлашга ёрдам беради. Ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишида ажралмани ўрта қулоқдан чиқарилиши қийинлашганда беморнинг тана ҳарорати 39°C га ва ундан юқори кўрсаткичларга кўтарилиб, кун давомида кескин ўзгариб туриши, қалтираш, кўп терлаш ҳоллари беморда сигмасимон синус тромбози ривожланганлигини билдиради. Беморда метастазлар ривожланганда касалликнинг клиник белгилари кўпайиб, ташхис қўйиш осонлашади. Яширин иситма билан кечган ҳолларда (масалан, тана ҳарорати субфебрил бўлганда) касаллик жарроҳлик амали пайтида, яъни сигмасимон синус бевосита кўздан кечирилганда аниқланади.

Мия суюқлигида патологик ўзгаришлар аниқланмайди, лекин қонда тромбоцитлар сони кўпайиб, протромбин индекси ўзгаради.

Даволаш. Сурункали ёки ўткир йирингли ўрта отитда сигмасимон синус тромбози ва отоген сепсис асорати аниқлангандан сўнг шу заҳотиёк умумий консерватив даволаш тадбирлари билан бир қаторда ўрта қулоқда кенгайтирилган умумбўшлиқ жарроҳлик амали бажарилади. Бунда сигмасимон синус девори очилиб, йоднинг спиртли эритмаси билан артилиб, унинг юқори ва пастки қисмлари тешиб кўрилади. Агар тешиб кўрилганда нина орқали қон чиқмаса, унда синуснинг олд девори ингичка тиг билан очилиб, синус бўшлиғида ҳосил бўлган тромб қошиқча ёрдамида олиб ташланади. Тромб ички бўйинтуруқ венага тарқалган ҳолларда жарроҳлик майдон

кенгайтирилиб, ички бўйинтуруқ вена боғланади ёки кўндаланг синус очилади. Ўрта кулоқ ва сигмасимон синусда жойлашган йирингли ўчоқни очиш билан бирга қуйидаги консерватив терапия тадбирлари ўтказилади:

1. Даволашда гематоэнцефалитик тўсиқдан ўтиш қобилиятига эга бўлган антибиотиклар (мушак орасига ёки вена ичига ҳар 6-8 соатда керакли миқдорда левомецетин, цепорин, цефамизин) буюрилади. Метрогил 200 мл дан ҳар 12 соатда вена ичига томчилаб юборилади. Дисбактериозни олдини олиш мақсадида 250 000 - 300000 ТБ нистатин, леворин бир суткада 2-3 маҳал овқатдан олдин ичиш тавсия қилинади.

2. Патогенетик терапияда қуйидаги дегидротация ва умумий даволаш тадбирлари ўтказилади: - 30 - 60 г маннитолни 0,9 % натрий хлорид эритмасига қўшиб қунига 1 марта (эрталаб) вена ичига;

- 2-4 мл лазикс 2 маҳал ҳар 12 соатда мушак орасига;
- 25% магний сульфат – 10 мл 2 маҳал ҳар 12 соатда мушак орасига;
- 0,9% натрий хлорид 150-300 мл вена ичига томчилаб;
- 40% уротропин 5 мл 2 маҳал бир неча кун давомида вена ичига;
- 5% аксорбин кислотаси 5-10 мл ҳар 12 соатда мушак орасига ёки вена ичига;
- 250 мл қон ёки қон ўрнини босувчи эритмалар икки кунда 1 марта вена ичига томчилаб юборилади. Бундан ташқари беморга антигистамин дори воситалари, “В” гуруҳи витаминлари тавсия қилинади.

3. Симптоматик терапия - беморга юрак глюкозидлари, тинчлантирувчи ва оғриқсизлантирувчи дори воситалари буюрилади.

4. Гепаринотерапия - сигмасимон синус тромбозида протромбин миқдорини эътиборга олган ҳолда (протромбин индекси 64 га тушганча) беморга гепарин 10000-20000 ТБ (1мл - 5000 ТБ), дикумарин, пелентан буюрилади ва 2-3 кун давомида сўрғичсимон ўсиқ ва бўйинтуруқ вена соҳасига 2-4 донa тиббий зулук қўйилади. Метастаз ўчоқлари жарроҳликнинг умумий қоидалари асосида даволанади: асептик бойламни ҳар куни алмаштириш, бўшлиқ ичини асептик дори эритмалари билан ювиш, жароҳат майдонига УБН, УВЧ муолажаларини тавсия қилиш. Беморлар даволангандан кейин амбулатория шароитида диспансер назорати остига олинади.

ОТОГЕН ЮЗ АСАБ ТОЛАСИ ФАЛАЖИ ўрта кулоқнинг ўткир ва сурункали яллиғланишининг асорати сифатида ёки ушбу асаб толаси жароҳатланганда ривожланади.

Юз асаб толасининг периферик фалажида унинг шохчалари билан таъминланган барча мимик мушаклар ва айрим аъзолар фаолиятининг бузилиш белгилари юзага келса, марказий фалажида эса фақат пастки мимик мушаклар гуруҳи фаолиятининг бузилиши кузатилади (бурунлаб учбурчаги бурмасини текисланиши, оғиз бурчагини осилиши), чунки юз асаб толасининг ўзаги икки томонлама иннервацияга эга бўлиб, кўп ҳолларда узоқлаштирувчи асаб толаси фалажи ва гемиплегия белгилари қўйилади.

Даволаш. Отоген юз асаб толасининг қисман фалажи ёки фалажи аниқланган бемор шошилинч равишда ЛОР-бўлимга ётқизилади. Сурункали йирингли ўрта отитда кузатилган юз асаб толаси фалажи белгилари оғир асорат ривожланганлигини билдиради (яллиғланиш жараёни юз асаб толаси бўйлаб калла суягининг орқа чуқурчасига тарқалиб, йирингли менингит ёки отоген мияча ҳўппозини пайдо бўлишига олиб келади). Отоген юз асаб толаси фалажи билан кечган ўткир ўрта отитда шошилинч равишда парацетез, мастоидитда – мастоидотомия, сурункали йирингли ўрта отитда – умумбўшлиқ жарроҳлик амаллари бажарилиши лозим.

Жарроҳлик амалиёти билан бир вақтда беморга яллиғланишга қарши мужассамлашган консерватив терапия буюрилиб, қулоқ ажралмаси микрофлорасининг антибиотикларга сезгирлигини эътиборга олган ҳолда беморга антибиотиклар, дегидротация дори воситалари (вена ичига 40% глюкоза, мушак орасига 1% - 2 мл лазикс, қон босими назорати остида 0,25 диакарб ёки 0,025 гипотиазид кунига 1-2 маҳал 3-5 кун давомида ичишга буюрилади), асаб тўқимаси фаолиятини яхшиловчи дорилар (прозерин, галантамин гидробромид, В - гуруҳи витаминлари) буюрилади.

Жарроҳлик амалиёти ва икки ой давомида дори воситалар билан даволаш тадбирлари ижобий натижа бермаган ҳолларда юз асаб толасида декомпрессия (юз асаб толаси қисилишини бартараф этиш) жарроҳлик амали бажарилади.

ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНГСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Қулоқнинг йирингсиз касалликларига ўрта қулоқ катари, эшитув асаб толасининг яллиғланиши, отосклероз ва Меньер касалликлари киради. Қайд этилган касалликларда қулоқ тузилмаларида йирингли яллиғланиш ривожланмасада, беморларда эшитиш қобилиятининг пасайиши, қулоқни шанғиллаши каби умумий белгилар кузатилади. Қулоқнинг йирингсиз касалликлари бир-биридан патологик ўчоқнинг жойлашуви, этиологик ва патогенетик омиллари билан фарқ қилади. Улар 91% ҳолларда беморда эшитиш қобилияти пасайишига олиб келади.

ЎТКИР ТУБООТИТ (ЎТКИР ЕВСТАХИИТ) (tubootitis acuta) яллиғланиш жараёни бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва бурунҳалқумдан эшитув найининг шиллиқ пардасига ва ноғора бўшлиққа тарқалиши натижасида ривожланади.

Этиологияси ва патогенези. Ўткир тубоотитнинг ривожланишига кўпинча стрептококк, стафилококк, пневмококк ва вируслар сабаб бўлади. Юқори нафас йўллариининг туғма нуқсонлари, аллергия ва юқумли касалликлари, грипп, ўткир респиратор вирусли касалликлар, аденоидлар, бурун полипоз ва ўсмаси, пастки бурун чиганоғи орқа қисмининг гипертрофияси ва йирингли синуситлар эшитув найи ҳалқум тешигини лимфаденоид тўқима ва шилимшиқ ажралма билан ёпилишига, шиллиқ пардасини шишига ва эшитув найининг ҳаво алмаштириш фаолиятини бузилишига олиб келади. Натижада ноғора

бўшлиғида ҳаво босими пасайиб, ўрта қулоқ ва атмосфера босими орасидаги мувозанат бузилади, ноғора парда ичкарига тортилади, шиллиқ пардасининг қон томирларида турғунлик пайдо бўлиб, транссудат тўпланиши кузатилади. Яллиғланиш жараёни бурунҳалқумдан ўрта қулоқнинг шиллиқ пардасига тарқалганда транссудатга серозли (аллергик ҳолатларда - шилимшиқ-серозли ёки шилимшиқ) экссудат қўшилади.

Белгилари. Ўткир тубоотит билан оғриган бемор қулоғи битишига, эшитишини пасайганлигига, аутофонияга ва баъзан қулоғи шанғиллашига, қулоғида суюқлик борлигини ҳис этишига шикоят қилади; эснаганда, аксирганда эшитиш қобилияти қисқа вақтга яхшиланишини таъкидлайди. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди, тана ҳарорати меъёردа ёки субфебрил бўлади, қулоғи оғримайди.

Отоскопияда ноғора пардани ичкарига ботганлиги ва хиралашганлиги; болғача дастаси калта, ташқи ўсимтаси эса бўртган бўли кўринади, ноғора парданинг олд ва орқа бурмалари кўзга ташланиб туради. Ёруғлик конуси тўғри чизик шаклида кўринади (меъёрда у учбурчак шаклда бўлади). Ноғора парда ичкарига янада чуқур ботган ҳолларда ёруғлик конуси кўринмай қолади (50-расм). Яллиғланиш жараёни эшитув найидан ноғора бўшлиғига тарқалмаган ҳолларда отоскопия манзараси кўп ўзгармайди. Ноғора парданинг ранги оч кулранг, сарғиш баъзан жигарранг ёки кўк бўлиши мумкин. Бу ҳол транссудат таркибидаги эритроцитлар ва уларни парчаланишига боғлиқ бўлади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, отоскопия, микроотоскопия, аудиометрия, импедансометрия, тимпанопункция ва клиник текширувлар натижалари асосида қўйилади.



50-расм. Ўткир тубоотит майдонларда эшитув бўсағасини 30-40 дБ гача ошиши ва суяк-ҳаво оралиқ масофасини 20-40 дБ тенг бўлиши билан намоён бўлади. Сўзларни англаш қобилияти 100% га етади (бунда товуш баландлигини тезкор ошиш феномени кузатилмайди). Тубоотитда сенсонеурал паст эшитишлик асосан лабиринт дарчаларини экссудат билан ёпилиши ва ўрта қулоқ импедансини ошиши натижасида юзага келади.

Даволаш тадбирлари ўткир тумов ва ринофарингит белгиларини бартараф этишдан бошланади. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси шишини камайтириш мақсадида бурун ичига қон томирларни торайтирувчи воситалар (нафтизин, називин, санорин, галозолин) томизилиб, қулоқлар соҳасига иситувчи бойлам

қўйилади, физиотерапия муолажалари (ультратон, соллюкс, УБН, аэрозолтерапия, электрофорез, фонофорез, лазеротерапия) буюрилади.

Ноғора бўшлиғида ҳаво босимини тиклаш ва эшитув найининг ўтказувчанлиги яхшилаш мақсадида эшитув найига Политцер усулида ҳаво юборилади. Эшитув найининг ўтказувчанлиги тиклангандан сўнг беморда ўткир тубоотит белгилари йўқолиб, ноғора парда ўз ҳолатига қайтади. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларининг ўткир даврида ноғора бўшлиғига эшитув найи орқали ҳаво юбориш мумкин эмас, чунки бунда инфекция бурун бўшлиғидан ўрта қулоққа (ноғора бўшлиғига) тарқалиши мумкин.

Ноғора бўшлиғига ҳаво юбориш усули ижобий натижа бермаган ҳолларда эшитув найи катетеризация қилиниб, катетер орқали ноғора бўшлиғига ҳаво ёки дори эритмалари (0,1% хинозол, лидаза, трипсин, диоксидин, нафтизин, гидрокортизон ва антибиотиклар) юборилади. Муолажа кунига бир марта бажарилади. Ушбу усул билан ҳар бир эшитув найини алоҳида-алоҳида катетеризация қилиш имконини беради. Бундан ташқари беморга ноғора пардани пневмоуқалаш муолажаси буюрилади.

Эшитув найи ва ноғора бўшлиғида экссудат тўпланганда тимпанопункция жарроҳлик амали бажарилиб, ажралма сўриб олинади, ҳосил қилинган тешикка чиқаргич найча ўрнатилади ва ноғора бўшлиғи шу найча орқали гидрокортизон эритмаси билан ювиб турилади. Шу билан бирга беморга умумқувватлантирувчи, десенсибилизация (кўрсатмага асосан) ва физиотерапия тадбирлари ўтказилади. Бунда димедрол, эфедрин гидрохлорид, эуфиллин, гидрокортизон ёки лизоцим қўшилган қон томирларни торайтирувчи ва десенсибилизацияловчи дорилар аралашмаси билан эндоназал ингаляциялар қўлланилади.

СУРУНКАЛИ ТУБООТИТ (*tubootitis chronica*) юқорида қайд этилган омиллар (аденоидлар, бурунҳалқум ўсмалари, чандиқлари, склерома тугунчалари ва ҳ.к.) таъсирида эшитув найининг ҳалқум тешиги узок вақт давомида ёпилиши натижасида ҳамда сабаблари ўз вақтида бартараф этилмаган ўткир тубоотитни оқибатида юзага келади.

Эшитув найининг ёпилиши ва у билан боғлиқ бўлган бошқа жараёнлар аста-секин ривожланиб, тўрт босқичда кечади:

- серозли асептик яллиғланиш;
- мукозли асептик яллиғланиш;
- ўрта қулоқда чандиқли битишмалар (*адгезив* босқич) ҳосил бўлиши;
- ноғора бўшлиғининг ўсиб борувчи *ателектази* босқичи.

Ўрта қулоқ бўшлиғида турғун манфий босим ҳосил бўлиши натижасида ноғора парда ноғора бўшлиғи томон ботади; у ерда экссудат ҳосил бўлади (серозли асептик яллиғланиш босқичи); экссудат узок вақт давомида чиқарилмаслиги натижасида қуюқлашади ва ноғора бўшлиғида қуюқ гелсимон ажралма тўпланади (мукозли асептик яллиғланиш босқичи), кейинчалик ноғора бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлади (адгезив ўрта отит босқичи). Оғир

ҳолларда ноғора пардани ноғора бўшлиғининг ички девори билан бирикиши натижасида ноғора бўшлиғининг облитерацияси (ателектази) юзага келади. Сўрғичсимон ўсиқнинг склеротик шаклига эга бўлган шахслар пневматик шаклли шахсларга нисбатан сурункали тубоотитга кўпроқ мойил бўладилар, чунки уларда эшитув найининг фаолиятига таъсир этувчи ўрта кулоқ бўшлиқларининг ҳажми кичикроқ бўлади.

Клиник белгилари. Бемор эшитиши пасайганига, гапни яхши англамаслигига, кулоғи битиши ва шанғиллашига шикоят қилади. Аудиометрияда унда ҳаво орақали 50-60 дБ гача кондуктив ёки аралаш паст эшитишлик, субъектив шовқин ва аутофония аниқланади. Аралаш паст эшитишликда суяк орқали товушларни эшитиш бўсағалари 2-8 кГц майдонларида 20-40 дБ гача ошади, сўзларни англаш қобилияти 100% га етади, рекруитмент ходисаси кузатилмайди. Ноғора бўшлиғининг босими қанча паст бўлса, экссудатни тўпланиши шунча кўп бўлади, демак товушни ҳаво ва суяк орқали эшитиш қобилияти шунча ёмонлашади.

Эшитув найи ўтказувчанлиги бузилишининг I даражасида отоскопияда ноғора парда кам ўзгарганлиги, баъзан ноғора бўшлиғида суюқлик сатҳи кўриниши мумкин, ноғора пардани тешиб кўрганда ноғора бўшлиғида тиниқ кўпикли суюқлик борлиги аниқланади; II даражасида – ноғора парда бироз хиралашганлиги, кўкимтирлиги, бироз ичкарига тортилганлиги ва ҳаракати кескин чекланганлиги аниқланади, тешиб кўрганда ноғора бўшлиғидаги ажралмани сўриб олиш имкони йўқлиги (гель) аниқланади; бузилишнинг III даражасида – ноғора парда хира, оқиш рангда эканлиги, ноғора бўшлиғи ичига кескин тортилганлиги ва унинг ички девори ва эшитув суякчалари билан бирикиб кетганлиги туфайли ҳаракатсиз эканлиги аниқланади. Эшитув найи катетеризация қилинганда унинг ўтказувчанлиги кескин пасайганлиги (III даражаси) ёки йўқотилганлиги аниқланади.

Таъхис бемор шикоятлари, отоскопия, микроотоскопия, риноскопия, орқа риноскопия, фарингоскопия, акуметрия, аудиометрия, импедансометрия, тимпанопункция ва клиник текширувлар натижалари асосида қўйилади. Сурункали тубоотит таъхисини аниқлашда импедансометрия текширув усули қимматли маълумотлар олишга ёрдам беради. Бунда акустик рефлекс бўсағасини кескин ошиши, тимпанометрия чизиғининг ўзгариши аниқланади.

Даволаш эшитув найининг ҳавони ўтказиш фаолиятини бузилишига сабаб бўлган омилларни бартараф этишдан бошланади, яъни бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, бурунҳалқум ва ҳалқумнинг сурункали касалликлари даволанади. Сурункали тубоотитда эшитув найи орқали ҳаво юбориш муолажаси бир неча бор такрорланиши лозим (жами 12-15 муолажа, ҳар 1-2 кунда бир марта). Эшитув найи ўтказувчанлиги бузилишининг II – IV даражаларида беморга ультратовушли терапия, эшитув найини катетеризация қилиш ва ноғора бўшлиғига транстубар йўл орқали 1 мл миқдорда гидрокортизон, химотрипсин ва антибиотик аралашмасини юбориш муолажалари ўтказилади. Эшитув

найининг ўтказувчанлиги ёмон бўлган ҳолларда бу аралашма ноғора парда орқали юборилади; ноғора бўшлиғида экссудат тўпланган ҳолларда у сўриб олинади. 20-30 дақиқадан кейин ноғора пардада Зигле пневматик воронкаси ёрдамида пневмоуқалаш муолажаси бажарилади. Бошқа физиотерапия муолажаларидан лидаза билан эндаурал электрофорез, сўрғичсимон ўсиқ соҳасига тиббий лой қўйиш, Бернар токлари қўлланилади.

Юқорида қайд этилган усуллар ноғора бўшлиғидан экссудатни чиқаришга ёрдам бермаган ҳолларда ноғора парданинг орқа-пастки қисмида парацентез жарроҳлик амали бажарилиб, термопластик найча (чиқаргич) ўрнатилади ва шу найча орқали ноғора бўшлиғига антисептик, яллиғланишга, чандиқ ва битишмалар ҳосил бўлишига қарши дори воситалар (трипсин, хемотрипсин, лидаза, гидрокортизон) юборилади. Оғир ҳолларда шунтлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади. Шунт орқали ҳам ноғора бўшлиғини ювиш ва унга гидрокортизон ва антибиотиклар билан бирга протеолитик ферментлар эритмаларини юбориш муолажаларини бажариш мумкин. Бунда аминогликозидлар гуруҳига мансуб антибиотикларни қўллаш тавсия этилмайди, чунки улар ҳатто маҳаллий усулда қўлланилганда ҳам чиғаноқ дарчаси ва узангининг ҳалқа бойлами орқали лабиринт ичига тарқалиши ва унга токсик таъсир кўрсатиб, сенсоневрал паст эшитишликни ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

ЭКССУДАТИВ ЎРТА ОТИТ (секретор ёки серозли ўрта отит) кўпинча 4-10 ёшли болларда кузатилади ва ўрта қулоқда серозли экссудатни тўпланиши билан кечади. Экссудатив ўрта отитни ривожланишида организмнинг аллергия ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Клиник белгилари. Бемор эшитиши пасайганига, қулоғи шанғиллашига, аутофонияга шикоят қилади. Аудиометрияда беморда кондуктив ёки аралаш паст эшитишлик, субъектив шовқин ва аутофония аниқланади. Суяк орқали ўтказувчанлик ўзгармайди. Отоскопияда ноғора парда кам ўзгарганлиги, ноғора бўшлиғида суюқлик сатҳи қўринади, ноғора пардани тешиб кўрганда ўрта қулоқ бўшлиғида тиниқ кўпикли суюқлик аниқланади (51-расм).



51- расм. Экссудатив ўрта отит

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, отоскопия, акуметрия, аудиометрия, импедансометрия, тимпанопункция текширувларининг натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Экссудатив ўрта отитни даволашда эшитув найи ўтказувчанлигини тиклаш, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ҳамда ҳалқум касалликларини даволаш, ноғора бўшлиғидан экссудатни чиқариш ва ҳаво алмашинувини яхшилаш тадбирлари ўтказилади.

Эшитув найига Политцер усулида ҳаво юборилади, катетеризация қилиниб, гидрокортизон, нафтизин, трипсин, лидаза юборилади. Қулоқлар соҳасига исситувчи бойлам қўйилади. Беморга

антибиотиклар, ферментлар, қон томирларни торайтирувчи ва гипосенсебилизация дори воситалари ҳамда пневмоуқалаш ва аэрозолтерпия қўлланилади.

Бундан ташқари ультратон, соллюкс, УБН, электрофорез, фонофорез ва лазеротерапия физиотерапевтик муолажалар ва реабилитация тадбирлари ўтказилади. Қайд этилган даволаш тадбирлари ижобий натижа бермаганда парацентез жарроҳлик амали бажарилади.

АДГЕЗИВ ЎРТА ОТИТ (*otitis media adhaesiva*). Эшитув найи ўтказувчанлигининг бузилиш белгилари узоқ вақт давом этган ҳолларда ногора бўшлиғида чандиқлар ва битишмалар ҳосил бўлиб, эшитув суякчалари ва ногора парданинг ҳаракати чегараланади, яъни беморда адгезив (ёпишқоқ) ўрта отит ривожланади.

Этиологияси. Адгезив ўрта отит бурун ва бурун ёндош бўлиқларининг сурункали касалликлари, аллергия ҳолатлар, бурун полиплари, бурун тўсиғи қийшиқлиги, аденоидлар, бурунҳалқум ангиофибромаси, бурунҳалқум чандиқлари, склерома тугунчалари, най муртаклари гипертрофияси ва бошқа омиллар таъсирида эшитув найи ҳалқум тешигини узоқ вақт давомида ёпилиб қолиши ҳамда экссудатив ўрта отит ўз вақтида даволанмаганлиги натижасида ривожланади.

Белгилари. Бемор эшитиши пасайганига, қулоғи шанғиллашига ва аутофонияга шикоят қилади. Отоскопияда ногора парда хиралашган ва ичкарига ботганлиги, болғачанинг калта ўсимтаси бўртиб, кўзга ташланиб туриши, ёруғлик конуси хиралашганлиги ёки йўқолганлиги аниқланади (52-расм).



52-расм. Адгезив ўрта отит

Баъзан чандиқлар эшитув найининг ички тешиги соҳасига тарқалади ва уни қисман ёки тўлиқ ёпиб, эшитув найининг чиқариш ва ҳаво ўтказиш фаолиятларини бузади. Эшитув суякчаларининг бўғимларида анкилоз жараёни ривожланиб, узангичанинг даҳлиз дарчасига бирикадиган қисмининг ҳаракати чегараланади.

Айрим ҳолларда отоскопияда ногора парда меъёрда, аммо бироз юпқалашганлиги, баъзи майдонларда оқ доғлар - петрификатлар (оҳак тузи тўплами) пайдо бўлганлиги кўринади. Зигле пневматик воронкаси ёрдамида ташқи қулоқнинг ҳаво босими ўзгартирилганда ногора парданинг ҳаракати чегараланганлиги ёки ҳаракатсиз эканлиги аниқланади.

Эшитув найига Политцер усулида ҳаво юбориш имкони йўқлиги туфайли эшитув найи катетеризация қилинади. Эшитув найи чандиқлар билан тўлиқ ёпилган ҳолларда ҳаво оқими ногора бўшлиғига кирган пайтда отоскоп орқали ўзига хос ҳуштак товуши эшитилади. Бўсағали тонал аудиометрияда беморда кондуктив паст эшитишлик, суяк-ҳаво ўтказувчанлиги номутаносиблиги аниқланади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, отоскопия, микроотоскопия, аудиометрия, тимпанометрия, импедансометрия ва клиник текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Даволаш тадбирлари адгезив ўрта отитни ривожланишига сабаб бўлган омилларни, аллергия ҳолатларни бартараф этиш, бурун ва бурунҳалқум касалликларини даволаш ва эшитув найининг физиологик фаолиятини тиклашдан бошланади.

Адгезив ўрта отитда юқори нафас йўллари соғломлаштириш, ноғора бўшлиғини ўз вақтида шунтлаш (дренаж ўрнатиш), ноғора бўшлиғига меатотимпанал,эндоаурал электрофорез ёки катетер орқали лидаза юбориш, ноғора пардани пневмоуқалаш муолажалари яхши самара беради. Ноғора пардани пневмоуқалаш муолажаси махсус асбоб ёки Зигле пневматик воронкаси ёрдамида бажарилади. Жами 15 та муолажа ўтказилиб, 2-3 ойдан сўнг даволаш курси такрорланади. Пневмоуқалаш ноғора парда ва эшитув суякчаларининг ҳаракатини тиклашга, битишмаларни очилишига ёрдам беради.

Консерватив даволаш ижобий натижа бермаган ҳолларда тимпанопункция, миринготомия, тимпанотомия жарроҳлик амаллари бажарилади. Тимпанопункцияда ноғора парда тўмтоқ нина билан тешилиб ноғора бўшлиқ ичидаги экссудат сўриб олиниб, кейин бўшлиқ ичига лидаза ва гидрокортизон эритмалари юборилади. Миринготомияда ноғора парда кесилади (бу усул қуюқ экссудатни игна ёрдамида сўриб чиқариш имкони бўлмаган ҳолларда қўлланади). Кесилган жойга термопластик найча (чиқаргич) ўрнатилади. Тимпанотомияда ноғора бўшлиғи очилиб, ичидаги битишма ва чандиқлар эҳтиётлик билан олиб ташланиб, ноғора бўшлиғига метилфторурацил, лидаза ва бошқа дори воситалар юборилади.

Ноғора бўшлиғига термопластик найчани (чиқаргични) ўрнатиш усули айрим камчиликларга эга; найча ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардасига шикаст етказиши, баъзан бўшлиқдан чиқиб кетиши ёки найча турган жойда доимий тешик ҳосил бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда қуйидаги даволаш усули қўлланилади. Ташқи эшитув йўли орқа деворининг териси кесилгандан кейин ноғора пардага шикаст етказмаган ҳолда ноғора бўшлиғига йўл очилади ва унга узунлиги 7-8 мм тенг ингичка полиэтилен найча ўрнатилади. Аммо, бу усул ҳам камчиликдан холи эмас. Ҳозирги кунда ноғора пардани жарроҳлик лазер нури билан тешиш усули кенг қўлланилмоқда. Бунда ноғора пардада ҳосил қилинган тешик 1,5-2 ойда чандиқсиз битиб кетади.

ЭШИТУВ АСАБ ТОЛАСИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (НЕВРИТИ). Эшитув асаб толаси ички ва ташқи муҳит таъсирига тез берилувчан бўлади, яллиғланиш жараёни асаб толаси бўйлаб тез тарқалиб, унинг нобуд бўлишига олиб келади.

Этиологияси. Касалликнинг ривожланишига ташқи ва ички омиллар сабаб бўлади. Қайси омил таъсирида ривожланишига қараб эшитув асаб толасининг

инфекцион, токсик, жароҳатдан сўнгги ва касб невритлари ҳамда сенсоневрал карлик тафовут этилади.

Грипп, эпидемик менингит, қизилча, қизамиқ, дифтерия, ич терлама, энцефалит, захм, паротитлардан сўнг асорат сифатида ривожланган эшитув асаб толасининг яллиғланиши *инфекцион неврит* деб аталади.

Ототоксик дориларни эшитув анализаторининг сезгир хужайраларига салбий таъсири натижасида беморда *токсик неврит* ёки *токсик сенсоневрал паст эшитишлик* юзага келади. Ототоксик дориларга аминоглюкозидлар (мономицин, неомицин, сизомицин, канамицин, гентамицин, амикоцин, стрептомицин), этакрин кислотаси, ўсмага қарши дорилар (цисплатин), салицилатлар, хинин ва бошқалар киради. Бундай дорилар таъсирида ички қулоқ қон томирларида, чиғаноқ рецептори хужайраларида ўзига хос патоморфологик ўзгаришлар ривожланади. Патологик ўзгаришлар чиғаноқ мембранаси асосидан бошланиб, унинг чўққисигача тарқалади ва беморларда турли товуш тўлқинларини қабул қилиш қобилиятини бузилишига олиб келади. Дорилар таъсирида эндолимфада калий миқдори камайиб, натрий миқдори кўпаяди, чиғаноқ тўқималарида гипоксия жараёни ривожланади. Неомицин таъсирида лабиринт суюқлигидаги ацетилхолин миқдори камайиб, баъзан бутунлай йўқолади. Оғир металл тузлари (симоб, кўрғошин), фосфор, бензин ва нефтни қайта ишлаш маҳсулотлари, спиртли ичимликлар ва тамаки ҳам эшитув асаб толасига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Бош мия ва қулоқнинг механик, баро- ва акустик жароҳатларида беморда жароҳатдан сўнгги эшитув асаб толасининг неврити ёки *жароҳатдан сўнгги сенсоневрал паст эшитишлик* ривожланиши мумкин.

Касб билан боғлиқ бўлган эшитув асаб толаси неврити ички қулоққа ишлаб чиқариш корхоналаридаги шовқин ва вибрацияни давомли таъсири натижасида ривожланади. Ўта кучли товуш тўлқинларини (ўқ овози, портлаш, хуштак) қисқа вақт таъсир этиши ҳам эшитув асаб толасини жароҳатланишига сабаб бўлиши мумкин.

Сенсоневрал карлик юрак, қон томир касалликларда, буйрак, эндокрин, аллергия ва ирсий касалликларда ҳам кузатилиши мумкин. Қарияларда эшитиш қобилиятини аста-секин пасайиб бориши уларда сенсоневрал паст эшитишликни ривожланишига олиб келади. Бу ҳол кўпинча 60 ёшдан ошган қарияларда кузатилади. Шовқинни давомли таъсири, нотўғри овқатланиш, атеросклероз, гипертония, қандли диабет, ирсий мойиллик ва ототоксик дорилар билан даволаш сенсоневрал карликни ривожланишига ёрдам беради. Эшитиш қобилияти кўпинча баланд, яъни 2000 Гц дан ортиқ майдонларда кўпроқ ёмонлашиб, нутқни англаш қобилияти ҳам бузилади (бемор гапни эшитсада, сўзларини англамайди). Жараён дахлиз-чиғаноқ асаб толасининг чиғаноқ рецепторидан бошланиб, дахлиз қисмига тарқалиши мумкин. Бунда беморларга эшитувни яхшиловчи аппаратлардан фойдаланиш тавсия этилади.

Белгилари. Бемор эшитиши ёмонлашганига ва қулоғи шанғиллашига шикоят қилади. Даҳлиз-чиғаноқ асаб толасининг мувозанат қисми зарарланганда беморда мувозанатни сақлаш қобилиятининг бузилиш белгилари ва бош айланиши кузатилади. Отоскопияда ногора пардада патологик ўзгаришлар кузатилмайди. Ташхис қўйиш учун беморнинг эшитиш қобилияти текширилади. Сенсонеурал паст эшитишликда товуш тўлқинларини қабул қилиш тизимининг фаолияти бузилади, яъни беморда сенсонеурал паст эшитишлик ривожланади. Аудиограммада суяк ва ҳаво ўтказувчанлиги чизиқлари, айниқса юқори частоталарда пастга йўналиб, ораларидаги тафовут йўқолади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, акуметрия, аудиометрия текширувлари натижалари асосида қўйилади. Аудиометрия текшируви эшитув аъзоси турли бўлимларининг - чиғаноқ хужайралари, ганглий, асаб толаси йўллари, ўзаклар, бош мия қобиғидаги марказнинг патологик ўзгаришларини аниқлашга ёрдам беради.

Эшитув асаб толасининг яллиғланишини *VIII жуфт бош мия асаб толаси невриномасидан* фарқлаш лозим. Сенсонеурал паст эшитишликда беморда одатда икки томонлама паст эшитишлик кузатилади, VIII жуфт бош мия асаб толаси невриномасида эса сенсонеурал паст эшитишлик бир томонлама бўлиб, беморда спонтан нистагм, калорик арефлексия, мувозанатнинг бузилиш белгилари, таъмни билиш қобилиятини бузилиши, мияча патологиясига хос клиник белгилар кузатилади. Бундан ташқари VIII жуфт бош мия асаб толаси невриномасида ички эшитув йўли кенгаяди, буни компьютерли томограммада ёки чакка суяги рентгенограммасида қўриш мумкин. Аниқ ташхис қўйиш учун объектив аудиометрия, вестибулометрия, электрогустометрия ва меатоцистернография текширувлари ўтказилади.

Захм касаллигида асосан мувозанатни сақлаш фаолияти бузилиб, эшитув асаб толасидаги ўзгаришлар эса клиник ва аудиологик манзараси жиҳатидан Менъер касаллигини эслатади.

Даволаш тадбирлари асосан эшитув асаб толасининг яллиғланишига сабаб бўлган омиллари бартараф этишга қаратилади. Патогенетик даволаш мақсадида беморга В, А, Е витаминлари, кокарбоксилаза, АТФ, алоэ экстракти, ФИБС, гумизол, апилак, никотин кислотаси, папаверин гидрохлорид, дибазол; асаб тўқималарининг ўтказувчанлигини яхшиловчи дори воситалар (галантамин, прозерин), антигистамин дори воситалар (димедрол, пипольфен, диазолин, тавегил, лораталь) буюрилади. Галантамин (нивалин) 0,5% новокаин билан биргаликда 15 кун давомида қулоқ соҳасига меатотимпанал йўл орқали юборилади. У бош мия холинергик синапсларда импульс ўтказувчанлигини яхшилайди.

Қулоқ шанғиллашини камайтириш ва бартараф этиш мақсадида беморга 2-3 ой давомида 16 мг дан 2-3 маҳал, субъектив белгилар камайтгандан сўнг 8 мг дан 3 маҳал бетасерк (бетагистин) ичиш тавсия этилади. Бундан ташқари

акупунктура, электроакупунктура, магнитопунктура, лазеропунктура ва биологик фаол нуқталарга анестетикларни юбориш муолажалари ўтказилади. Барокамерада гипербарик оксигенация (10 кун давомида) усули ва тиббий зулук ёрдамида даволаш ҳам яхши натижа беради.

Даволаш тадбирларининг самараси кўпинча уни ўз вақтида бошлашга боғлиқ. Товуш тўлқинларини қабул қилиш аъзоси зарарланганлиги туфайли айрим беморларда сенсоневрал паст эшитишликни даволашда ишлатиладиган дорилар яхши фойда бермайди. Бундай ҳолларда беморларга эшитувни яхшиловчи машқлар (*рездукация машқлари*) буюрилади, эшитув асбобларидан фойдаланиш тавсия этилади.

Эшитув аппаратларининг бир нечта тури мавжуд бўлиб, уларни беморга протезист сурдолог танлаб беради. Агар эшитув аппарати ҳам эшитувни етарли даражада яхшиламас, унда беморга фикрини имо-ишора ёки лаблар ҳаракати ёрдамида ифода этиш кўникмаси ўргатилади. Охирги йилларда чиғаноқ ичига электрод ўрнатиш - имплантация усули ишлаб чиқилган бўлиб, у муваффақият билан амалга оширилмоқда.

Профилактикаси. Касб билан боғлиқ бўлган сенсоневрал паст эшитишликни олдини олиш мақсадида ишлаб чиқариш корхоналарида технологик жараёни такомиллаштириш, ҳар бир ишчини махсус антифонлар (шовқинга қарши воситалар) билан таъминлаш, вақти-вақти билан аудиометрия текширувларни ўтказиш талаб этилади.

Чала туғилган, камқонлик ва йирингли ўрта отит билан оғриган ёш болаларда (айниқса уч ёшгача бўлган болаларда) ототоксик антибиотикларни, хусусан, аминогликозидларни имкон қадар қўлламаслик тавсия этилади. Ототоксик антибиотиклар қўлланган тақдирда уларни салбий таъсирини камайтириш мақсадида мушак орасига унитиол (5 % - 5 мл 20 кун давомида), АТФ, В₁ витамини, никотин кислотаси, кокорбаксилаза, вена ичига 10% глюкоза юбориш тавсия қилинади.

ЎТКИР СЕНСОНЕВРАЛ ПАСТ ЭШИТИШЛИК – бу лабиринт қон айланишининг ўткир бузилиши бўлиб, у айрим соматик касалликларда (гипертония, ўткир лейкоз, геморрагик диатез, остеохондроз, қандли диабет, қон томир дистонияси, нефрит, туғма захм) лабиринт артерияси ва унинг шохчаларининг спазми, эмболияси, тромбози натижасида юзага келади. Кучли ҳаяжон, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш ҳам лабиринт қон айланишининг ўткир бузилишига олиб келиши мумкин. Ушбу касалликда кузатиладиган кохлеовестибуляр ўзгаришларга қуйидаги омиллар сабаб бўлади:

- а) эшитув асаб толаси рецепторининг гипоксияси;
- б) реактив шиш туфайли Корти аъзосининг тукли ҳужайраларини, ярим доира каналлар ва даҳлиз қопчалари рецепторларини қўзғалиши ва лабиринт ичи босимини ошиши;
- в) лабиринт артериясида ёки унинг шохчаларида (кохлеар, вестибулокохлеар, вестибуляр) қон айланишининг бузилиши.

Белгилари. Лабиринт қон айланиши ўткир бузилишининг клиник манзараси лабиринт артериясидаги патологик жараённинг шаклига (спазм, тромбоз, эмболия), зарарланган қон томирнинг ҳажмига ва жойлашувига боғлиқ бўлади. Одатда эшитув ва мувозанат аъзолари фаолиятининг бузилишлари тўсатдан бошланади ва бир вақтда кечади, баъзан эса чиғаноқ, даҳлиз ёки ярим доира каналлар фаолиятининг бузилиш белгилари алоҳида-алоҳида кузатилиши мумкин.

Бемор қулоғи шанғиллаши (хуштак товуши эшитилиши), бир томонда эшитиши пасайганлиги, гандираклаб юриши, баъзан бутунлай мувозанатни сақлай олмаслиги, боши айланиши, кўнгли айниши ва қусишга шикоят қилади. Текширувда беморда товуш тўлқинини қабул қилиш аъзосининг фаолияти бузилганлиги, соғлом томонга йўналган спонтан горизонтал-ротатор нистагм, Ромберг ҳолатида ёки олдинга ва орқага юрганда бемор зарарланган қулоқ томонга оғиши ёки йиқилиши аниқланади. Ички қулоқнинг физиологик фаолияти қисман бузилган ҳолларда (бошланғич босқичида ёки лабиринт гемодинамикаси яхшиланганда) беморда баланд товуш тўлқинларини қабул қилиш қобилияти бузилиб, периферик горизонтал - ротатор ёки ротатор нистагм пайдо бўлади.

Таъхис беморнинг шикоятлари, отоскопия, микроотоскопия, аудиометрия, вестибулометрия, КТ, МРТ ва бошқа текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Лабиринт қон айланишининг ўткир бузилишида беморга шошилиш равишида офтальмолог, терапевт ва невропатолог маслаҳати уюштирилади, қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қоннинг ивиш тезлиги ва қон ивиши тизимининг ҳолати текширилади. Текширувларда кўпинча ангиоспазм ёки кўз туби қон томирларининг склерози, баъзан гипертензия, атеросклероз ёки вертебробазилляр қон томирлар етишмовчилиги белгилари аниқланади.

Шуни эсда тутиш лозимки, лабиринт артерияси вертебробазилляр артерия тизимининг охириги шохчаси бўлганлиги туфайли лабиринт қон айланишининг ўткир бузилиши у билан бир пайтда ёки ундан кейин ривожланган калла орқа чуқурчаси қон айланишининг ўткир бузилишини инкор этмайди!

Мувозанат аъзоси фаолиятининг бузилишлари калла орқа чуқурчасида қон айланиши бузилганлигидан далолат беради. Бундай ҳолларда беморда вертикал, диагональ ёки кўп сонли нистагм, ҳаракатларининг ноаниқлиги ва йиқилиш, адиадохокинез белгилари кузатилади.

Даволаш. Ўткир сенсоневрал паст эшитишлик аниқланган бемор дарҳол шифохонага ётқизилади. Асаб тизимининг бузилиш белгилари аниқланган бемор неврология бўлимида, ички аъзолар патологияси аниқланган бемор (лейкоз, ўткир юрак-қон томир ва буйрак етишмовчилиги) терапия бўлимида оториноларинголог назорати остида даволанади. Асаб ва ички аъзоларнинг енгил касалликлари ва лабиринт қон айланишининг ўткир бузилиши билан оғриган бемор ЛОР бўлимида даволанади.

Беморга гипербарик оксигенация, рефлексотерапия, тинчлантирувчи, дегидротация, заҳарланишга қарши тадбирлар, ички қулоқда микроциркуляцияни ва модда алмашинуви яхшилаш, қон босимини ва қон ивишини пасайтирувчи дорилар буюрилади. Ўткир сенсо-неврал паст эшитишлик билан оғриган беморларнинг 48,3% да карбонсувлар, 84% да - ёғ алмашинуви бузилиши туфайли даволашда эндокринолог маслаҳатидан фойдаланиш лозим.

Илгари тавсия этилган даволаш усули, яъни лабиринт ичида осмотик босимни пасайтириш мақсадида вена ичига 20 – 40 мл 40% глюкозани юбориш мутлақо ноўрин, чунки қонда гомеостаз ҳолати тез орада ўз ҳолига қайтади. Бундан ташқари глюкозани тўғридан-тўғри венага юборилиши инсулин ишлаб чиқарувчи ички секреция безларига - Лангерганс оролчаларига ортиқча юклама бўлиб, уларнинг фаолиятига салбий таъсир кўрсатади ва алиментар диабетни ривожланишига олиб келади.

Бундан ташқари, организмнинг аллергия реакцияларига мойиллиги ҳам ички қулоқ тизимидаги кескин ўзгаришларга сабаб бўлишини назарда тутган ҳолда беморларга кортикостероид дори воситаларини тавсия этиш фойдадан ҳоли бўлмайди.

ОТОСКЛЕРОЗ (*otosclerosis*) – суякли лабиринтда ривожланган икки томонлама чегараланган остеодистрофия жараёни ва узангини даҳлиз дарчасига зич ёпишиши натижасида эшитиш қобилиятининг пасайиши, қулоқни шангиллаши билан ёки ички қулоқ сенсоневрал тузилмаларининг зарарланиши билан бирга кечган касаллик. Баъзан отосклероз касаллиги “отоспонгиоз” деб юритилади.

Отосклероз жараёни кўпинча икки томонлама характерга эга, аммо дастлабки босқичларида у бир томонда кескинроқ ривожланган бўлиб, қарама-қарши қулоққа кейинроқ тарқалади. Статистик маълумотларга кўра отосклероз касаллиги бутун Ер юзи аҳолисининг 1 % да, кўпинча 20 ёшдан 45 ёшгача бўлган шахсларда, 78% ҳолларда - аёлларда кайд этилиб, ҳомиладорлик ва туққандан сўнг зўрайиб бориши аниқланган. Марказий Осиёда, хусусан Ўзбекистон ҳудудида яшовчи маҳаллий аҳоли орасида отосклероз касаллиги анча кам учрайди.

Отосклерознинг илк бошланғич даври клиник белгиларсиз, яъни фақат гистологик ўзгаришлар билан кечса, унинг клиник даври қулоқларни шангиллаши ва паст эшитишлик белгилари билан намоён бўлади. Улар патологик жараён лабиринт деворлари ва дарчаларига тарқалиб, узанги ҳаракатини чегараланиши натижасида юзага келади.

Этиология ва патогенези тўлиқ аниқланмаган. Генетика назариясига асосан касаллик аутосом - доминант йўл орқали наслдан наслга ўтади, шунинг учун отосклероз касаллиги генетик нуқсон ташувчи шахсларнинг 40% да учрайди. Айрим тадқиқотчилар отосклерознинг ривожланиши эндокрин безлар фаолиятининг *метаболик бузилишлари* билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар. Касалликни кўпроқ аёлларда учрашини улардаги *гормонал бузилишлар* билан

изоҳлаш мумкин. Перилимфанинг кимёвий таркиби, ундаги кальций, фосфор, магний, натрий, темир, мис, фтор, алюминий моддалари нисбий миқдорларининг бузилиши эшитиш қобилиятига салбий таъсир кўрсатиб, отосклероз касаллигининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Патоморфологияси. Отосклерозда ўзига хос патологоморфологик манзара кузатилади. Лабиринт қобиғининг патологик ўзгаришлари суяк-мия бўшлиқларида, айниқса эмбрионал тоғай қолдиқлари мавжуд бўлган жойларда бошланади. Остеокластларнинг фаоллиги ошганда суяк тўқимаси кальций моддасини йўқотиб, кўпгина суяк-мия бўшлиқлари мавжуд бўлган ва қон томирларга бой майдонларда чегараланган спонгиоз ўчоғи ҳосил бўлади. Касалликнинг ушбу даври отосклерознинг *фаол фазаси* деб номланади. Кейинги босқичида мўрт ғовак суяк тўқимаси сўрилиб, склерозланган суяк пайдо бўлади. Бирламчи отосклероз ўчоғи овал даҳлиз дарчаси, кўпинча узанги асосининг олд қутби ёнида жойлашади ва катталашиб, узангича анкилозига олиб келади. Баъзан жараён ички қулоқнинг бошқа қисмларида – чиганоқ дарчасида, ички эшитув йўлида, ярим доира каналларда жойлашиши мумкин. Отосклероз жараёни чиганоқ бўшлиғига тарқалиб, эшитув рецепторлари фаолияти бузилганда беморда сенсоневрал паст эшитишлик ривожланади.

Клиник белгилари. Бемор эшитиши пасайганига ва қулоғи шанғиллашига шикоят қилади. Касалликнинг бундай белгилари дастлаб бир томонда, кейинчалик икки томонда кузатилади. Бемор шикоятлари ва анамнез маълумотлари таҳлил қилинганда қуйидагиларга эътибор берилади:

- 1) беморнинг қариндошларида отосклероз касаллиги қайд этилиши;
- 2) касаллик 20 дан 40 ёшгача бўлган шахсларда учраши;
- 3) 80-85% ҳолларда отосклероз билан аёллар касалланиши;
- 4) клиник белгиларни кучайиши организмдаги гормонал ўзгаришларига, яъни ҳомиладорлик ёки менопауза давларига тўғри келишига.

Товуш тўлқинларини ўтказиш ва қабул қилиш тизимларининг зарарланишига қараб отосклероз уч клиник шаклда намоён бўлади: 1) тимпанал; 2) аралаш; 3) кохлеар.

Отосклерознинг *тимпанал шакли* билан оғриган беморларда тонал бўсағали аудиограммада кондуктив паст эшитишлик, яъни товуш тўлқинларини ҳаво орқали ўтказувчанлик бўсағаси 40 дБ дан (паст эшитишликнинг I даражаси) 65 - 70 дБ гача ошганлиги (паст эшитишликнинг III даражаси) аниқланади. Товуш тўлқинларини суяк орқали ўтказувчанлик бўсағаси меъёрда қолади (нутқ майдонларида 20 дБ гача), суяк-ҳаво ўтказувчанлиги оралиқ масофаси 30-45 дБ га тенг бўлиб, у *чиганоқ захираси* сифатида баҳоланади. Чиганоқ захираси товуш тўлқинларини қабул қилиш тизими сақланиб қолганлиги ва демак, жарроҳлик амали ижобий натижа бериши ва беморнинг эшитиш қобилияти яхшиланишидан дарак беради.

Тонал бўсағали аудиограммада суяк-ҳаво ўтказувчанликлари орасидаги тафовут муҳим аҳамиятга эга, чунки жарроҳлик амалидан кейин беморнинг эшитиш

қобилияти чиганоқ фаолияти заҳирасини кўрсаткичига тенг даражада яхшиланиши мумкин.

Отосклерознинг аралаш клиник шаклида ҳаво ва суяк орқали товуш тўлқинларини ўтказувчанлик бўсағалари ошади. Беморда аралаш паст эшитишлик аниқланади. Товуш тўлқинларини ҳаво орқали ўтказувчанлик 40-75 дБ гача, суяк орқали ўтказувчанлик 21-40 дБ гача пасаяди. Суяк-ҳаво ўтказувчанлиги орасидаги тафовут қисқаради. Бундай ҳолларда жарроҳлик амалидан сўнг эшитув фаолияти суяк ўтказувчанлиги бўсағасигача тикланиши мумкин.

Касалликнинг кохлеар клиник шакли товуш тўлқинларини қабул қилиш тизимининг зарарланиши билан кечади. Отосклероз жараёни ички қулоққа тарқалади. Суяк орқали ўтказувчанлик бўсағаси турли частоталарда 40 дБ дан ошади. Суяк-ҳаво ўтказувчанлиги орасидаги тафовут 25-30 дБ га етади. Жарроҳлик амали ҳаво ўтказувчанлигини тиклашда ижобий натижа бермайди, лекин беморнинг эшитиш қобилияти бироз яхшиланади, умумий аҳволи анча енгиллашади.

Клиник белгиларнинг ривожланиш даражаси бўйича отосклероз тез (11%), аста-секин (68%) ва гоҳ тез, гоҳ секинроқ ривожланувчи (21%) шакллари тафовут этилади. Отосклерознинг клиник кечимида уч босқич кузатилади:

- 1) бошланғич;
- 2) асосий клиник белгилар;
- 3) терминал.

Касалликнинг бошланғич босқичи эшитишни бир томонлама бироз пасайиши ва субъектив шовқин белгилари билан кечиб, 2-3 йилгача давом этади. Қарама-қарши қулоқда гистологик ўзгаришлар аниқланишига қарамасдан клиник белгилар кузатилмайди. Касалликнинг асосий клиник белгилар босқичи эшитувни анча яхшиланиши билан кечади, бунда иккинчи қулоқнинг зарарланиш белгилари аниқроқ намоён бўлади. Отосклерознинг терминал босқичи тез ривожланиб, товуш тўлқинларини қабул қилиш тизимининг чуқур бузилишлари билан кечади.

Беморларда кўп йиллар давомида отосклерознинг бошланғич ёки аёнлашган даври ривожланиб, терминал даври эса умуман кузатилмаслиги мумкин. Касалликнинг бошланғич босқичида бемор кўпинча битта қулоғи паст эшитишига шикоят қилсада, объектив текширувда унда икки томонлама паст эшитишлик аниқланиб, йиллар давомида оғирлашиб боради. Отосклерознинг эшитиш қобилиятини кескин пасайиши қулоқ шанғиллаши билан кечган босқичларида баъзан зўрайиб борувчи сенсоневрал паст эшитишлик ҳолатлари кузатилиши мумкин.

Отосклероз билан оғриган аксарият беморларда касалликга хос *paracusis Willisii* белгиси, яъни эшитиш қобилиятининг пародоксал яхшиланиши кузатилади. Бунда бемор шовқин шароитда (масалан трамвай ёки метрода) яхшироқ эшитади. Баъзан уларда *deprecusis Scheer* белгиси, яъни ютинганда ёки

чайнаганда эшитиш қобилиятининг пасайиши, кескин эгилганда ёки бошини орқага ташлаганда қисқа муддатли бош айланиш белгиси пайдо бўлиши кузатилади.

Отоскопияда ташқи эшитув йўли кенгайган, суяк қисмининг териси юпқалашганлиги аниқланади, қулоқ кири кузатилмайди. Баъзан ташқи эшитув йўли экзостозлари аниқланади (Тойнби белгиси). Қатор ҳолларда ноғора парда юпқалашиб (шишадай тиниқ бўлиши), ундан promentoriumнинг қизарган шиллиқ пардаси кўриниб туради (Шварц белгиси). Ушбу белги беморда касалликнинг асосий клиник белгилари босқичида кузатилиб, фаол отосклеротик жараён ривожланганлигидан далолат беради (53-рasm). Баъзан беморда тери қопламларини қуриши, тирноқларни синиши, кўзнинг оқ пардаси мовий рангда бўлиши кузатилади.

Таъхис бемор шикоятлари, унинг ёши, жинси, анамнез маълумотлари, касалликни бошланиши, отоскопия, акуметрия, аудиометрия ва бошқа текширувлар натижалари асосида қўйилади. Касаллик клиник белгилари яққол ривожланган аён босқичида бемор зарарланган қулоғи билан шивирлаб айтилган сўзларни эшитмайди, баъзан овозни чиқариб айтилган сўзларни зўрға эшитади. Одатда бемор С₆₄ камертон товушини эшитмайди, С₁₂₈ камертон товушини эса ҳаво орқали қисқа вақт (2-3 сония) давомида эшитади.



Аксарият беморларда ҳаво орқали С₂₀₄₈ камертон товушини эшитиш муддати 4-5 мартагача қисқаради. Паст тонларни эшитиш қобилиятининг пасайиши отосклероз касаллигининг дастлабки белгиларидан бири ҳисобланади.

Беморда Ринне, Федеричи ва Желле тажрибалари манфий бўлиб, Вебер тажрибасида товуш ёмонроқ

53-рasm.Отосклероз эшитадиган қулоқ томонга, яъни узангича даҳлиз дарчасига зичроқ бириккан томонга оғади.Узангича ҳар икки қулоқда бирдай зич бириккан ҳолларда товуш тўлқинлари эшитув тузилмалар бир-бирига нисбатан зичроқ бириккан томонга оғади.

Қиёсий таъхисот. Отосклерозни сенсоневрал паст эшитишликдан фарқлаш учун беморнинг эшитиш қобилияти ультратовушлар ёрдамида текширилади (Б.М.Сагалович усули). Отосклероз билан оғриган беморда ультратовушларни қабул қилиш қобилияти меъёрда бўлади, сенсоневрал паст эшитишликда эса у 2-3 марта ёмонлашади.

Мувозанат аъзосининг фаолияти текширилганда калорик синамада 64% ҳолларда-гипо-рефлексия, 21% ҳолларда - мувозанат аъзоси рецепторлари қўзғалувчанлигини меъёрда бўлиши ва 15 % ҳолларда – гиперрефлексия аниқланади.

Даволаш. Отосклероз касаллиги жарроҳлик усулида даволанади. Жарроҳлик амалининг мақсади товуш тўлқинларини эшитув суякчаларидан перилимфага тарқалишини яхшилашдан иборат бўлиб, у товуш тўлқинлари суяк орқали

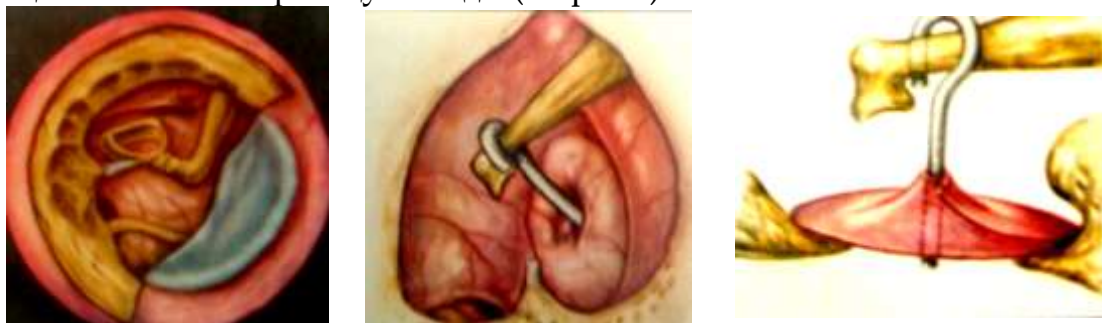
ўтказувчанлиги 15 дБ гача, ҳаво орқали ўтказувчанлиги 50 дБ гача йўқотилган беморларда бажарилади. Жарроҳлик даволаш усули 80 - 90 % беморларда эшитиш қобилиятини анча яхшилашга ёрдам беради. Отосклерознинг клиник белгилари яққол ривожланган аён даврида жарроҳлик амалини бажариш тавсия қилинмайди.

Отосклероз билан оғриган беморларда бажариладиган жарроҳлик амалларининг уч тури тафовут этилади: - лабиринт фенестрацияси;

- узангича ҳаракатини тиклаш;

- стапедэктомия билан бирга бажарилган стапедопластика.

Охириги йилларда қайд этилган жарроҳлик амалларининг биринчи ва иккинчи турлари қўлланилмайди. Ҳозирги кунда қисман ва тўлиқ стапедэктомия билан бирга поршен ўрнатиш стапедопластика микрожарроҳлик усуллари қўлланилади. Бундай жарроҳлик амаллари Shy (1958) таклиф этган узангича асоси фенестрацияси ёки стапедэктомияни бажарилиши, сандончанинг узун оёқчаси ва даҳлиз дарчаси орасига сунъий протез ўрнатилишига асосланган. Дастлаб даҳлиз дарчаси беморнинг кафтидан олинган вена қон томири деворининг парчаси билан ёпилади. Кейин тефлондан устунча шаклида бир учи илгаксимон қайрилган сунъий протез тайёрланади. Узангичанинг асосида диаметри 1 мм га тенг тешик ҳосил қилиниб, унга тефлон протезининг силлиқ учи киритилиб, протезнинг илгакли учи сандончанинг узун оёқчасига илинтириб қўйилади (54-расм).



54 - расм. Стапедопластика жарроҳлик амалининг босқичлари

Узангича олиб ташлангандан сўнг даҳлиз дарчасини ёпиб турувчи вена қон томири деворига ўрнатилган тефлон (ёки полиэтилен) протез вена деворини босиши ва эшитув рецепторлари фаолиятини чуқур бузилишига олиб келиши мумкин. Шунинг эътиборига олиб, В.Т. Пальчун (1969) даҳлиз дарчасини ёпиш усулига ўзгартириш киритди. Протез сандончанинг узун оёқчасига ўрнатилган, унинг иккинчи учи даҳлиз дарчасига киритилгандан сўнг (узангича олиб ташланганда) вена қон томиридан тайёрланган тасма протез атрофи шарф шаклида ўралади ва шу тариқа протез ва дарчанинг чети ўртасидаги оралик ёпилади. Ҳозирги кунда протезни тайёрлашда аутотоғай ва аутосуякдан кенг фойдаланилмоқда.

Ёмонроқ эшитадиган қулоқда бажарилган жарроҳлик амалиёти ижобий натижа берганда олти ойдан сўнг жарроҳлик амалини иккинчи қулоқда бажариш тавсия этилади.

Отосклероз жараёни фаоллигини ва қулоқ шанғиллашини камайтириш мақсадида беморга консерватив даволаш тадбирлари буюрилади. Бунда беморга узоқ вақт давомида витамин D₃ ва кальций моддасига эга дори воситалар билан бирга фторид натрийни ичиш тавсия қилинади. Бундай даволаш усули узангича остидаги лабиринт дарчасида остеосклероз жараёнининг ўсишига ва суяк тўқимасида минерал тузларни йўқотилишига қарши таъсир кўрсатади ва отосклероз ўчоқларини кенг тарқалишини олдини олади. Натрий фторидни сульфат магний билан бирга эндаурал фонофорез орқали юбориш усули ҳам яхши натижа беради (В.Т.Пальчун ва бошк.,1986).

МЕНЬЕР КАСАЛЛИГИ вақти-вақти билан кўнгил айланиши, эс-ҳушни хиралашиши, мувозанатни йўқотилиши билан кечган бош айланиш хуружлари билан намоён бўлади; бундай хуружлардан сўнг беморда у ёки бу даражада бир томонлама наст эшитишлик ва қулоқ шанғиллаши пайдо бўлади. Бизнинг худудимизда кам учрайди.

Касалликни 1861 йилда француз отиатри Проспер Меньер таърифлаган. Тез орада у алоҳида нозологик бирлик сифатида тан олинган. Меньер касаллигининг клиник манзарасини қуйидагича таърифлайди: “Ёш ва соғлом одамда тўсатдан, ҳеч бир сабабсиз бош айланиши, қулоқ шанғиллаши, эшитиш қобилиятини пасайиши, кўнгил айланиши, қусиш, таърифлаб бўлмайдиган даражада нохушлик ва ҳолсизлик пайдо бўлади; беморнинг ранги оқариб, юзини тер босади. Кўпинча у чайқалишини ёки йиқилишини ҳис этади, йиқилганда эса “караҳт” бўлиб, туролмай қолади. Чалқанчасига ётганда бемор кўзини юмишга мажбур бўлади, чунки кўзини очганда у атрофдаги жисмлар айланаётганлигини ҳис этади.

Бошининг ҳатто бирозгина ҳаракати кўнгил айланишини ва бош айланишини кучайтиради. Боши ёки танасининг ҳолатини ўзгартиришга уринганда эса беморда бош айланиш ва қусиш кузатилади”.

Меньер касаллиги баъзан бошқа касалликлар билан, хусусан асаб касалликлари, модда алмашинувининг бузилиши, эндокрин касалликлар, бошқа қулоқ касалликлари ва жароҳатлари билан бирга кечиши мумкин. Бундай ҳолларда Меньер касаллигини эслатувчи ҳолат фақат бир марта кузатилади ва у “Меньер синдроми “ деб аталади.

Касаллигининг этиологияси ва патогенези охиригача аниқланмаган. Меньер касаллигини ривожланишига қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин:

- ангионевроз, вегетатив дистония, лабиринт ичи суюқлигида ионлар мувозанати ва модда алмашинувининг бузилиши;
- вазомотор ва асаб бузилишлари;
- нотўғри овқатланиш, витаминлар ва сув алмашинувининг бузилишлари.

Қайд этилган сабаблар Меньер касаллигининг бир томонлама ривожланишини, хуружларининг даврийлигини ва касаллик белгиларини изоҳлаб беролмайди. Шулар билан бирга Меньер касаллигини ривожланишига ёрдам берувчи омиллар мавжуд бўлиб, уларга лабиринт артерияларининг ўлчамлари ҳар икки

қулоқда турлича бўлиши каби омиллар киради. Кўпгина олимлар Меньер касаллигининг асосий сабаби – бу лабиринт ичининг шиши, яъни эндолимфатик гидропс ва шу туфайли ривожланган лабиринт ичи босимининг ошиши деб ҳисоблайдилар.

Эндолимфа гидропси ва лабиринт ичи босимининг ошиши уч асосий омиллар билан боғлиқ: эндолимфани ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилиши, резорбциясининг пасайиши, ҳамда ички қулоқ мембрана тузилмалари ўтказувчанлигининг бузилиши. Лабиринт ичи босимининг ошиши узангича асоси пластинкасига босим кўрсатиб, чиғаноқ дарчасини ноғора бўшлиғи томонга бўртиб чиқишига олиб келади. Бу эса товуш тўлқинларини ички қулоқ суюқликлари орқали тарқалишини қийинлаштишига ҳамда чиғаноқ, дахлиз ва ярим доира каналлар рецепторлари озиқаланишининг бузилишига сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Меньер касаллигининг кечими кўп жиҳатдан организм нейроэндокрин тизимининг ҳолатига боғлиқ бўлади. Гипофизнинг кортикотроп, гонадотроп, тиреотроп фаолияти пасайган, глюкокортикоидлар ва прогестерон миқдори камайган, пролактин миқдори кўпайган ҳолларда касаллик айниқса оғир кечади. Меньер касаллигида биоген амин (серотонин, мелатонин) ва пептидли гормонлар (адреналин, норадреналин) ишлаб чиқарувчи лабиринт апудоцитлари, яъни гормон ишлаб чиқарувчи хужайраларнинг фаолияти кучаяди. Меньер касаллиги учта асосий клиник белгилар билан намоён бўлади:

- тизимли бош айланиш хуружларини мувозанатни бузилиши, кўнгил айланиши, қусиш ва

- турли вегетатив белгилар билан кечиши;

- бир томонлама эшитишни пасайиб бориши;

- қулоқларда турли частотали шовқинлар эшитилиши.

Эшитув ва мувозанат аъзолари фаолиятларининг бузилиш белгиларини бирга учраши 1/3 беморларда қайд этилади. Меньер касаллиги 50% беморларда эшитув ва 10 % ҳолларда мувозанат аъзоси фаолиятларининг бузилиш белгилари билан бошланади.

Меньер касаллигининг энг оғир белгиси ҳисобланган бош айланиш хуружлари бир ҳафтада ёки бир ойда 1-2 марта, бир йилда 1-2 марта ёки бир неча йилда 1 марта (эпизодик) такрорланиши ва бир неча дақиқа ёки бир неча кун, кўпинча 2-6 соат давом этиши мумкин. Бош айланиш хуружи пайтида бемор атроф жисмларни айланишини ва силжишини ҳис этади; хуруж кечимининг оғирлиги асосан вегетатив белгиларнинг (кўнгил айланиши, қусиш, терлаш, қон босимини ошиши ёки пасайиши ва ҳ.к.) қай даражада ривожланганлигига боғлиқ бўлади. Одатда хуруж пайтида беморда “зарарланган” қулоғининг шанғиллаши кучайиб, қулоғи битиб қолади. Касалликнинг 67% ҳолларида кузатиладиган бош айланиш хуружларида пайдо бўлган спонтан нистагм хуруж тутагандан сўнг тез орада йўқолади. Бош

айланиш хуружи пайтида бемор мувозанатини йўқотиб, ҳатто оёқларида тик туролмай қолади ва кўзларини юмган ҳолда горизонтал ҳолатни эгаллашга мажбур бўлади. Бошнинг бироз ҳаракати бемор аҳволини оғирлашишига, кўнгил айланиши ва қусишига олиб келади. Хуруждан сўнг бемор бир неча вақт (6 - 48 соат) давомида ҳолсизлик ва иш қобилияти пасайганини ҳис этади. Бош айланиш хуружларидан сўнг касалликнинг нисбатан тинч даври бир неча ой ёки бир неча йил давом этиши мумкин. Тинч даврида мувозанат аъзосининг бузилиш белгилари йўқолиб, бемор ўзини яхши ҳис этади. Аммо касалликнинг ҳар бир хуружидан сўнг беморнинг эшитиш қобилияти пасайиб боради.

Таърих бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия, камертон тестлари, аудиометрия, вестибулометрия, клиник ва биокимёвий текширувлар натижалари асосида қўйилади. Меньер касаллигида эшитиш қобилиятининг пасайиш белгилари бошқа белгиларига нисбатан кескинроқ намоён бўлиб, ўзига хос хусусиятларга эга бўлади.

Қулоқлар шангиллаши мувозанатни сақлаш аъзоси фаолиятининг бузилиш белгиларидан анча олдин пайдо бўлади. У дастлаб вақти-вақти билан, кейинчалик доимий характерга эга бўлади. Қулоқларни шангиллаши хуруж даврида кучайиб, умумий уйқу артерияси босилганда ҳам пасаймайди.

Меньер касаллигининг бошланғич босқичларида беморда *кондуктив*, кейинчалик – *аралаш паст эшитишлик* аниқланади. Дастлаб беморда *паст частотали товуш тўлқинларини эшитиш қобилияти бузилади*, бунда аудиометрик чизиқ ўзига хос ясси ёки юқорига кўтарилган шаклга эга бўлади. Эшитув бўсағаси кўрсаткичи паст ва ўрта частоталарида ошиб, юқори частоталарда меъёрда бўлади. Эшитиш қобилияти ультратовушга нисбатан сақланиши, Вебер тажрибасида товушни “зарарланган” қулоқ томонга йўналиши беморларнинг 2/3 қисмида аниқланади.

Меньер касаллигида кузатиладиган ўзига хос эшитув бузилишларидан яна бири – *бу эшитишни вақти-вақти билан ўзгариб туриши*, яъни *флюктуацияси* бўлиб, уни бемор ҳис этади. Эшитиш флюктуацияси аудиометрияда ҳам аниқланади. Қулоқлар шангиллаши ва битиши ҳиссиёти ҳам ўзгарувчан бўлиб, касаллик хуружидан олдин кучаяди, хуруж пайтида юқори даражада бўлиб, хуруждан сўнг сезиларни даражада камаяди.

Меньер касаллиги билан оғриган беморларнинг барчасида турли бўсаға усти тестлар ўтказилганда, уларда спирал аъзо рецептори зарарланганлигидан далолат берувчи *товуш баландлигини тезкор ошиши феномени ТБТОФ (ёки ФУНГ) мусбат* бўлади.

Лабиринт эндолимфа гидропси кўрсаткичи глицерол, лазикс, ксилит билан бажарилган турли *сувсизлантириш (дегидротация) тестлари* ёрдамида аниқланади. *Глицерол тести* қуйидагича бажарилади: беморга 1-1,5 г/кг ҳисобида глицеролни сувга қўшиб оч қоринга ичиш буюрилиб, дорини ичишидан олдин ва ундан кейин ҳар 2-3 соатда тонал аудиометрия текширувлари ўтказилади. Беморнинг эшитиш қобилияти яхшиланган

ҳолларда глицерол - тест мусбат, ёмонлашган ҳолларда – манфий деб баҳоланади. Ўрта частоталарида эшитиш бўсағасини 10дБ га пасайиши беморда *эндолимфа гидропси* белгиси борлигини тасдиқлайди.

Меньер касаллигининг *бошланғич* босқичида эндолимфа гидропси фақат хуруждан олдин аниқланади; кейинги босқичларда, яъни Меньер касаллигининг клиник белгилари яққол ривожланган аён ва лабиринт ичи босими доимий баланд бўлган босқичларида эндолимфа гидропси мавжудлиги сувсизлантириш тестлари ёрдамида тасдиқланади.

Касалликнинг *охирги* босқичида эшитув флюктуацияси белгиси йўқолиб, тонал аудиометрияда ҳаво ва суяк ўтказувчанликлар орасидаги тафовут йўқолиб, чизиқларнинг йўналиши сенсоневрал паст эшитишликдагидай, пастга йўналган бўлади. Бу босқичда сувсизлантириш тести ўтказилганда беморда эшитиш қобилиятининг яхшиланиши кузатилмайди.

Меньер касаллигинининг хуружида кузатиладиган мувозанатни сақлаш аъзоси фаолиятининг бузилиш белгилари периферик типда кечади, яъни беморда атроф жисмларни айланиши билан кечган бош айланиши, горизонтал-ротатор нистагм, ҳаракат синамаларида қўлларни нистагмнинг секинлашган компоненти томон икки томонлама оғиши кузатилади.

Хуруж пайтида *спонтан нистагм йўналишининг ҳаддан ташқари ўзгарувчанлиги* вестибуляр хуружнинг ўзига хос белгиси ҳисобланади. У мувозанатни сақлаш фаолиятининг ўткир етишмовчилигидан кечроқ йўқолади. Кескинлиги сусая бориб, у баъзан касаллик хуружидан сўнг бир неча кун давомида кузатилади. Аммо Меньер касаллигидаги спонтан нистагм, одатда, бир ҳафтадан ортиқ давом этмайди.

Қиёсий таъхисот. Меньер касаллигини мувозанатни сақлаш аъзоси фаолиятининг бузилиш белгилари билан кечувчи лабиринт қон томир касалликларидан, захарланишдан, юқумли касалликлардан, қулоқ жароҳатларидан, остеохондроздан, лабиринтитдан, VIII асаб толаси невриномасидан, баротравмадан ва акустик жароҳатлардан фарқлаш лозим.

Даволаш. Меньер касаллиги консерватив ва жарроҳлик усуллари ёрдамида даволанади. Даволаш касалликнинг хуружи ва хуружлари орасида ўтказиладиган тадбирлардан иборат бўлади.

Меньер касаллиги хуружи даврида бемор шошилинч тиббий ёрдамга муҳтож, шунинг учун у шовқин ва ёруғликдан холи алоҳида хонага ётқизиilib, оёқлари иситилади, бўйин-энса соҳасига хантал қўйилади.

Бош айланиш хуружини тўхтатиш мақсадида тери остига ёки вена ичига 1% -1 мл атропин сульфат, мушак орасига 2,5% -2 мл пипольфен, ёки 1% -1 мл аминазин, ёки 2% -1 мл промедол, ёки 2% - 2мл супрастин, тери остига 0,2% - 2 мл платифиллин, 10% - 1 мл кофеин натрий бензонат эритмаларини юбориш тавсия қилинади. Хуруж белгилари тўлиқ бартараф этилмаган ҳолларда 3-4 соатдан сўнг атропин, аминазин ва новокаин дори воситалари такроран юборилади. Беморга овқатдан кейин бетасерк ичиш буюрилади (2 ҳафта

давомида 16 мг дан 3 маҳал, кейин яна 3 ҳафта давомида 8 мг дан 3 маҳал), кейинчалик эса даволаш курси врач кўрсатмасига биноан йил давомида такрорланиб турилади.

Бош айланиш хуружини бартараф этиш мақсадида баъзан интрамеатал ёки парамеатал йўл орқали кетма-кет 1-2% -1-2 мл новокаин (ёки 0,5% тримекаин), 0,2%-0,5 мл платифиллин ёки 0,5 мл 0,1% атропин сульфат, ёки 10% кофеин натрий бензонат эритмаларини юбориш усули қўлланилади. Ижобий натижа бермаган ҳолда вена ичига томчилаб 200 мл изотоник эритма билан 2% -1-2 мл трентал, кавинтон юборилади.

Касалликнинг хуружи даврида юзага келган метаболик ацидозни бартараф этиш ва қоннинг ишқор захирасини ошириш мақсадида хуруж ва хуружлар орасида 15 кун давомида вена ичига кунига бир маҳал томчилаб 50 – 100 мл 4% гидрокарбонат натрий эритмаси юборилади. Кейинчалик беморга 30 кун давомида кунига 1-2 маҳал *per rectum* гидрокарбонат натрий шамчаларини қўллаш (бир шамчада 0,5-0,7 г гидрокарбонат натрий) тавсия қилинади. Хуруждан сўнг бемор бир ҳафта давомида врач назорати остида бўлиши лозим. Касалликнинг бошланғич даврида даволашни 1йилда 2 марта такрорлаш яхши натижа беради.

Даволашда юрак-қон томир ва тинчлантирувчи дори воситалари ҳам тавсия қилинади. Бетасерк дори воситаси ички қулоқнинг кичик ва йирик қон томирларида қон айланишини яхшилаши, лабиринт эндолимфаси босимини меъёрлаштириши, бош мия қон томирлари фаолиятини яхшилаши туфайли Меньер касаллигининг тинч ва бошланғич даврларида қўлланилади. Беморга узоқ вақт давомида (3-4 ой) 16 мг дан 2-3 маҳал, (субъектив белгилар камайгандан кейин 8 мг дан 3 маҳал) бетасерк (бетагистин), 4-6 ҳафта давомида 10 мг дан 3 маҳал коринфар, 3-4 ҳафта давомида 4-8 мг дан 3 маҳал перитол ва ҳар 2-3 кунда 5 кун давомида 0,125 г дан 3 маҳал (жами 3 курс) бемитил ичиш тавсия қилинади.

Меньер касаллигини даволашда бош мия ва ички қулоқ қон томирларида қон айланишини яхшиловчи (реополиглюкин, реоглюман, маннитол), бош мия қон айланишини яхшиловчи (стугерон, трентал, кавинтон, милдронат ва бошқ.) дори воситалари, спазмолитиклар (дибазол, папаверин, эуфиллин), веналар тонусини меъёрлаштирувчи (эскузан, детралекс) ҳамда метаболик таъсирга эга дори воситалар (ноотропил, стугерон), В, А, Е, РР гуруҳи витаминлари кенг қўлланилади.

Даволашда 45 дақиқа давом этувчи гипербарик оксигенация муолажаси (жами 10 та муолажа), рефлексотерапия (акупунктура, лазеропунктура, магнит-лазер таъсири) даволаш усулларида фойдаланиш, касалликнинг тинч даврида даволаш машқларини ва стабиллография платформасида реабилитация машқларини бажариш ҳам яхши натижа беради.

Шунга қарамасдан даволаш тадбирлари 70-80 % беморлардагина ижобий натижа беради. Улар касаллик хуружини тўхтатишга, тинч даврини

узайтиришга ёрдам берса-да, айрим беморларда эшитувни пасайиб бориши олдини ололмайди. Консерватив даволаш тадбирлари ёрдам бермаган ҳолда жарроҳлик даволаш усули қўлланилади.

Меньер касаллигида бажариладиган жарроҳлик амалларини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Вегетатив асаб тизимида бажариладиган жарроҳлик амаллари - ноғора торини кесиш, промоторий асаб чигали ва бўйин-кўкрак (юлдузсимон) тугунлар фаолиятини бузиш жарроҳлик амаллари;
2. Лабиринт суюқлиги босимини меъёрлаштирувчи жарроҳлик амаллари - даҳлиз қопчаларини очиш, чиғаноқ йўли ва эндолимфатик қопчага чиқаргич ёки шунт ўрнатиш жарроҳлик амаллари.
3. Лабиринтда ёки даҳлиз-чиғаноқ асаб толасининг мувозанат шохчасида бажариладиган деструктив жарроҳлик амаллари.

Биринчи гуруҳ жарроҳлик амаллари Меньер касаллигининг бошланғич босқичида, қулоқ шанғиллашида, ҳамда эндолимфатик қопчада жарроҳлик амалини бажариш имкони бўлмаганда қўлланилади. Эндолимфатик йўлни кесиш каби сувсизлантириш жарроҳлик амалларини касалликнинг II босқичида бажариш тавсия қилинади. Бундай жарроҳлик амали деярли барча беморларда бош айланиш хуружларини тўхтатишга ёрдам беради. Ва, ниҳоят, деструктив жарроҳлик амаллари юқорида қайд этилган даволаш тадбирлари эшитув ва мувозанат аъзоларининг бузилиш белгиларини бартараф этмаган ҳолларда бажарилади (55-расм).



55-расм. Меньер касаллигида бажариладиган жарроҳлик амалларининг босқичлари

Сурункали тонзиллит, йирингли синусит ва бошқа яллиғланиш ўчоқларини соғломлаштириш тадбирлари Меньер касаллигини олдини олишга ёрдам беради. Беморга кўп миқдорда суюқлик ичиш, кўпроқ мева ва сабзавотларни, сут маҳсулотлари, гўшт ва балиқни фақат қайнатилган ҳолда, ўткир ва шўр таомларни камроқ истеъмол қилиш тавсия этилади.

Меньер касаллиги бемор ўлимига олиб келмасада, у жуда оғир касаллик ҳисобланади. Қайта-қайта такрорланган ва мувозанат аъзоси фаолиятининг бузилиши билан кечган хуружлар беморнинг иш қобилиятига салбий таъсир кўрсатади, эшитиш қобилиятининг пасайиши эса унда карликнинг ривожланишига олиб келади. Баъзан Меньер касаллиги билан оғриган беморлар III ёки II гуруҳ ногиронлари бўлиб қоладилар.

ҲАЛҚУМНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ҳалқум (*pharynx*) нафас олиш ва овқат ҳазм қилиш йўлининг бир-бири билан қўшилган қисми бўлиб, юқоридан бурун бўшлиғининг орқа қисми, яъни хоаналар билан туташади, танглай чодирини орқали оғиз бўшлиғи билан туташган бўлиб, пастда ҳиқилдоқ ва қизилўнгачгача давом этади. Бир вақтнинг ўзида у нафас олиш йўлининг ҳам бир қисмидир, чунки ҳаво ҳалқум орқали бурун бўшлиғидан ҳиқилдоққа ўтади. Ҳалқум умуртқа поғонаси бўйин қисмининг олдида жойлашиб, калла суяғи асоси сатҳидан VI бўйин умуртқаси сатҳигача давом этади ва торайиб, қизилўнгачга ўтади. Катталарда ҳалқумнинг узунлиги 14 см (12-15 см), эни - 4,5 см га тенг.

Ҳалқумда юқори, орқа, олд ва ён деворлар тафовут қилинади.

- юқори девори - гумбази (*fornix pharyngis*) энса суягининг асосий қисми ва понасимон суяк танаси соҳасида калла суяғи асосининг ташқи юзасига туташади;

- орқа девори бўйин фасциясининг умуртқа олди пластинкаси (*lam. prevertebralis*) олдида ётиб, бешта юқори бўйин умуртқалари таналари сатҳига тўғри келади;

- ён деворлари ички ва ташқи уйқу артериялар, ички бўйинтуруқ вена, адашган ва тил ости асаб толалари, симпатик поя, тил ости суягининг катта шохлари ва қалқонсимон тоғай пластинкаларига тегиб туради;

- олд девори бурунҳалқум соҳасида хоаналар орқали бурун бўшлиғига, ўрта бўлими - оғиз бўшлиғига очилади.

Ҳалқум 3 бўлимдан иборат:

- бурун бўлими - *epipharynx* (бурунҳалқум);

- оғиз бўлими - *mesopharynx* (оғизҳалқум);

- ҳиқилдоқ бўлими - *hipopharynx* (ҳиқилдоқҳалқум).

Бурунҳалқум (*epipharynx, nasopharynx*) ҳалқум гумбазидан қаттиқ танглай сатҳигача жойлашиб, унинг гумбази юқорида калла суяғи, аниқроғи энса суягининг асосига ва понасимон суякнинг олд-пастки қисмига, орқа томонда I ва II бўйин умуртқаларига туташади. Бурун-ҳалқум нафас олиш фаолиятида қатнашади. Унинг олд деворини хоаналар (*choanae*), ён деворларида - пастки бурун чиғаноқлари орқа учларининг сатҳида ҳалқумни ноғора бўшлиғи билан боғлаб турувчи эшитув найининг ҳалқум тешиклари эгаллайди. Тешиклар юқори ва орқадан най муртаклари билан ўралган (56-57-расм).

Эшитув найи ҳалқум тешикларининг орқасида, бурунҳалқумнинг ён деворларида ҳалқум чўнтаги - *recessus pharyngeus* (ёки Розенмюллер чўнтаги) бўлиб, унда лимфоид тўқима тўплами - най муртаклари жойлашган.

Бурунҳалқумнинг юқори-орқа деворларида ҳалқум ёки III - муртак жойлашган. Бу муртакнинг гипертрофияси (аденоидлар) хоаналарни қисман ёки тўлиқ ёпиб, бурун орқали нафас олишни қийинлаштиради ёки эшитув найининг ҳалқум тешикларини ёпиб, унинг фаолиятини бузади.

Оғизҳалқум (*oropharynx, mesopharynx*) нафас ва овқатни ҳазм қилиш йўллари бир-бири билан кесишган майдон бўлиб, унинг орқа девори III-бўйин умуртқасига туташади.



56- расм. Ҳалқумни ён томонидан кўриниши



57- расм. Бурунҳалқумни ён томонидан кўриниши

Олд томонда оғиз-ҳалқум томоқ тешиги орқали оғиз бўшлиғига очилади. Томоқ (*fauces*) юқоридан - юмшоқ танглайнинг чети, ён томонларидан - олд (танглай-тил) ва орқа (танглай-ҳалқум) танглай равоқчалари ва пастдан тил негизи билан чегараланган. Юмшоқ танглай (*palatum molle*) қаттиқ танглайнинг давоми

бўлган ҳаракатчан пластинка бўлиб, мушак толалари ва пайлар тўплами апоневрозларидан тузилган. Тинч ҳолатда юмшоқ танглай тил асоси устида осилиб туради, ўрта чизиги бўйлаб чўзилган эркин чети тилча (*uvula*) деб номланади.

Ҳар икки томонда танглай пардаси икки равоқчаларда давом этади. Биринчиси (олд) тил илдизи томон йўналган бўлиб, *танглай-тил равоқчаси* (*arcus palatoglossus*), иккинчиси (орқа) ҳалқум ён деворининг шиллиқ пардасига ўтиб, *танглай-ҳалқум* (*arcus palatopharyngeus*) равоқчаси деб аталади. Танглай-тил (олд) равоқчасининг орқа юзасида шиллиқ парданинг юпқа учбурчак (*plica triangularis*), ёки Гис бурмаси ўтади. Учбурчак бурма танглай муртагини қисман ёпиб туради.

Юмшоқ танглайда қуйидаги мушаклар мавжуд:

- юмшоқ танглайни таранглаштирувчи мушак (*m.tensor veli palatini*) - юмшоқ танглайнинг олд ва эшитув найининг ҳалқум қисмларини кенгайтиради;
- юмшоқ танглайни кўтарувчи мушак (*m.levator veli palatini*) – юмшоқ танглайни кўтаради, эшитув найининг ҳалқум тешигини торайтиради;
- танглай-тил мушаги (*m.palatoglossus*) танглай-тил равоқчаси ичида жойлашиб, тилнинг ён юзасига бирикади. Қисқарганда танглай-тил равоқчасини тил негизига яқинлаштириб, томоқ тешигини торайтиради.
- танглай-ҳалқум мушаги (*m.palatopharyngeus*) танглай-ҳалқум (орқа) равоқчаси ичида жойлашиб, ҳалқумнинг ён деворига бирикади. Қисқарганда танглай-ҳалқум равоқчаларини бир-бирига яқинлаштириб, ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг пастки қисмини юқорига тортади.

Ҳар икки томонда танглай равоқчалари орасида, учбурчак шаклдаги муртак чуқурлиги (*fossa tonsillaris*) бўлиб, уларда танглай муртаклари жойлашади.

Ҳиқилдоқҳалқум (*laryngopharynx, hypopharynx*) хиқилдоқ усти қопқоғининг юқори чети ва тил илдизи сатҳидан бошланиб, IV, V, VI бўйин умуртқалари олдида жойлашади, кейин қадахсимон торайиб қизилўнгачга ўтади.

Ҳиқилдоқҳалқум ҳалқумнинг энг тор қисми ҳисобланади. Ҳиқилдоқҳалқумнинг олд деворида тил негизи устида Ү- тил муртаги (*tonsilla lingualis*) жойлашган. Олдинда ва пастда ҳиқилдоқҳалқум ҳиқилдоққа кириш жойига очилади. Ҳиқилдоққа кириш жойининг ён томони ва ҳалқумнинг ён девори орасида ноксимон чўнтаклар бўлиб, овқат луқмаси улар орқали қизилўнғачни кириш қисмига силжийди. Ҳиқилдоққа кириш жойи олдида ҳиқилдоқ усти қопқоғи, ён томонларда – чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмаси (*lig. aryepiglottica*) билан чегараланган.

Ҳалқумнинг юқори қисмида ва хоаналар ёнида ҳалқумнинг шиллиқ пардаси кўпқаватли ҳилпилловчи цилиндрик эпителий, ўрта ва пастки қисмида кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Шиллиқ пардада, айниқса бурунҳалқум, юмшоқ танглайнинг ҳалқум юзасида ва тил негизининг шиллиқ пардасида кўпгина шиллиқ безлар мавжуд. Лимфаденоид тўқима, шу жумладан муртақлар ҳам шиллиқ ости қаватида жойлашган.

Ҳалқум деворлари шиллиқ (*tunica mucosa*), фиброз (*tunica fibrosa*), бириктирувчи (*tunica adventitia*) ва мушак (*tunica muscularis*) қаватлардан ва бириктирувчи туқималардан иборат. Ҳалқум мускуллари кўндаланг-тарғил мушак толаларидан тузилган. Улар ҳалқумни қисувчи (*constrictor*) ва ҳалқумни юқорига кўтарувчи (*levator*) мушакларга бўлинади.

Ҳалқумни қисувчи мушакларга юқори, ўрта ва пастки констриктор мушаклари (*m.constrictor pharyngis superior, medius et inferior*) киради. Ҳалқумни кўтарувчи мушакларига бигизсимон-ҳалқум (*m.stylopharyngeus*) ва орқа танглай равоқчасини ҳосил қилган танглай-ҳалқум (*m.palatopharyngeus*) мушаклари киради.

Ҳалқумнинг орқа ва ён деворлари юмшоқ бириктирувчи тўқима билан тўлган ҳалқум атрофи бўшлиғи билан ёнма-ён туради.

Ҳалқум атрофи бўшлиғида 2 бўшлиқ тафовут қилинади:

- ҳалқум орти бўшлиғи;
- ҳалқум ён бўшлиғи.

Ҳалқум орти бўшлиғи (*spatium retropharyngeum*) бўйин умуртқалари, уларни қоплаган мушаклар ва бўйин фасцияси умуртқа олди пластинкасининг олд томонида жойлашган; у тор тирқиш шаклида бўлиб, юмшоқ бириктирувчи тўқима билан тўлган. Ҳалқум орти фасцияси калла суяги асосидан бошланиб, ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб пастга тушади ва қизилўнғач орти юмшоқ тўқимасига, ундан кейин кўкс оралиғига ўтади.

Ҳалқум ён бўшлиғи (*spatium lateropharyngeum*) юмшоқ бириктирувчи тўқима билан тўлган бўлиб, бигиз-ҳалқум мушаги ёрдамида олд ва орқа бўлимларига бўлинади. Бу бўшлиқ калла суяги асосидан бошланиб, кўкс оралиғига давом этади.

Ҳалқумни ташқи уйқу артериясининг шохчаси - юқорига кўтарилувчи ҳалқум артерияси (*a. pharyngea ascendens*), юз артерияси шохчаси - юқорига кўтарилувчи танглай артерияси (*a. palatina ascendens*), уйқу артериясининг

охирги шохчаси - юқори жағ артерияси шохчаси - *a. palatina descendens*, унинг пастки бўлимларини асосан *a.thyreoides inferior* (чап томонда *a. subclavia* шохчаси, ўнг томонда *truncus brachiocephalicus*) қон билан таъминлайди.

Ҳалқум веналари олд ва орқа ҳалқум чигалини (*plexus pharyngeus anterior et posterior*) ҳосил қилади. Улар юмшоқ танглай ва ҳалқумнинг орқа ва ён деворларининг ташқи юзасида жойлашган бўлиб, вена қони ички буйинтуруқ венага (*v.jugularis interna*) қуйилади.

Ҳалқумдан лимфа чуқур ва орқа бўйин лимфа тугунларига оқиб тушади. Ҳалқумнинг лимфаденоид тузилмаларида, шу жумладан барча муртақларда лимфа томирлар бўлмайди.

Ҳалқум ўрта қисувчи мушагининг ташқи ва ички юзаларида *nn. glossopharyngeus, vagus et sympathicus* шохларидан ҳосил бўлган ҳалқум асаб чигали (*plexus pharyngeus*) жойлашган. Бу чигал ҳалқумнинг ҳаракат ва сезувчанлик иннервациясини таъминлайди. Ҳалқум юқори қисмининг ҳаракат иннервациясини асосан тил-ҳалқум асаб толаси, ўрта ва пастки қисмларининг иннервациясини сайёр асаб толасининг шохчаси - қайтувчи ҳиқилдоқ асаб толаси (*n.laryngeus recurrens*) таъминлайди. Ҳалқумнинг сезувчанлик иннервациясини юқори қисмида *n.tigempinus*нинг II шохчаси, ўрта қисмида - *n.glossopharyngeus* шохчалари ва пастки қисмида - *n.vagus* нинг юқори ҳалқум асаб толасининг юқори шохчаси таъминлайди.

Ҳалқум физиологияси

Ҳалқум ҳаёт учун муҳим фаолиятларни бажаради: у овқатни қабул қилишда (сўриш ва ютиниш ҳаракатларида), нафас олишда, ҳимоя жараёнида, овозни ҳосил қилиш ва нутқда иштирок этади.

Ёш бола дастлабки ойларида фақат сўриб овқатланади. Бунда оғиз бўшлиғида 100 мм сим. уст. чегарасида манфий босим ҳосил қилинади. Сўриш пайтида юмшоқ танглай пастга чўзилиб, тил негизига яқинлашади ва оғиз бўшлиғини орқа томондан беркитиб, бурун орқали нафас олиш учун шароит яратади. Суюқлик оғиз бўшлиғига кирганда сўриш ва нафас ҳаракатлари тўхтаб, ютиш ҳаракати юз беради. Катталарда чайнаш ҳаракати туфайли овқат луқмаси тил негизи соҳасида тўпланиб, уни қитиқлайди ва ютиш ҳаракатини, яъни ҳалқум констрикторлари, юмшоқ танглай ва танглай равоқчалари мушакларининг тўлқинсимон қисқаришини пайдо қилади. Рефлектор ютиниш ҳаракати туфайли овқат луқмаси оғиз бўшлиғидан ҳалқум бўйлаб қизилўнгачга ўтади. Ютиш ҳаракатида узлуксиз ва кетма-кет 3 босқич кузатилади: оғиз босқичи - ихтиёрий, ҳалқум босқичи – ихтиёрсиз (тезлашган) ва қизилўнгач босқичи - ихтиёрсиз (секинлашган).

Ютиш ҳаракатининг I босқичи ихтиёрий бўлиб, бунда тил юқорига кўтарилиши билан луқма танглай-тил равоқчасининг орқасига силжитилади. Бу босқич бош мия пўстлоғи томонидан назорат қилинади. II босқичда луқма ҳалқум бўйлаб қизилўнгачнинг кириш жойигача ихтиёрсиз силжитилади. Бу босқич юмшоқ танглай ва ҳалқум рецепторларининг қитиқланиши

натижасида пайдо бўлган шартсиз рефлексдир. Иккинчи босқич бошланганда ҳиқилдоқ юқорига кўтирилиб, ҳиқилдоқ усти қопқоғи тил негизига ёпишиб, пастга тушади ва ҳиқилдоққа кириш жойини ёпади; чўмичсимон тоғайлар ва даҳлиз бурмалари бир бирига яқинлашиб, ҳиқилдоқ ёриғини торайтиради.

Танглай равоқчалари мушаклари ва ҳалқум юқори констрикторларининг қисқариши туфайли овқат луқмаси ҳалқумнинг ўрта бўлимига силжийди. Шу пайтда юмшоқ танглай юқорига ва орқага кўтарилиб, ҳалқумнинг орқа деворига ёпишиб, бурунҳалқумни оғизҳалқумдан ажратади. Ҳалқумнинг ўрта бўлимида ўрта ва пастки констрикторлар овқат луқмасини пастга силжитади. Ҳиқилдоқ, тил ости суяги ва ҳалқумни юқорига кўтарилиши луқмани силжишини осонлаштиради. *III босқич* - ихтиёрсиз секин давом этади. Овқат луқмаси қизил-ўнгачга кириш жойига яқинлашганда у рефлекс равишда очилади, қизилўнгач мушакларининг қисқариши эса луқма қизилўнгач бўйлаб силжишини таъминлайди. Овқат луқмасидан бўшагандан сўнг ҳалқум яна дастлабки ҳолатига қайтади. Ютиш ҳаракати 6-8 сония давом этади. Овқатни қабул қилиш ҳаракати организмдаги нафас, қон айланиш, газ алманишувига таъсир кўрсатади.

Суюқликни ютиш ҳаракати бошқачароқ кечади. Оғиз бўшлиғининг туби, тил ва юмшоқ танглай мушакларининг қисқариши натижасида оғиз бўшлиғида юқори босим ҳосил қилинади ва суюқлик тўғридан-тўғри қизилўнгачнинг юқори бўлимига ва меъданинг кириш жойигача етиб боради. Жараён 2-3 сония давом этади.

Юмшоқ танглайнинг олд ва орқа юзасининг шиллиқ пардаси, ҳалқумнинг орқа девори, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тилга қараган юзасида таъм рецепторлари бўлиб, улар *таъм билиш* фаолиятини бажаради. Асосан ширин, нордон, шўр ва аччиқ таъмлар тафовут қилинади.

Таъмни сезишда *ногора тори (chorda tympani)*, *тилҳалқум (n. glossopharyngeus)* ва *сайёр (n. vagus)* асаб толалари иштирок этади.

Ҳалқумнинг *нутқ фаолияти* уни товуш резонансида иштирок этишидан иборат. Товуш тембри ҳиқилдоқ, ҳалқум, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида шаклланади. Ҳалқум ўз ҳажми ва шаклини ўзгартира олиш хусусияти, юмшоқ танглай ўз ҳаракатлари билан товуш тўлқинларининг йўналишини ўзгартириб (оғиз ёки бурун бўшлиғи томон), овознинг кучига, ранг-баранглигига таъсир кўрсатади. Юмшоқ танглай бурунҳалқумни оғизҳалқумдан ажратиб турган ҳолатида - унли товуш, ажратмаган ҳолатида - унсиз товушлар ҳосил бўлади.

Қаттиқ танглайнинг шакли ва ҳажми ҳам товуш тембрига ўз таъсирини кўрсатади. Қаттиқ танглай нуқсонлари, бурун ва бурунҳалқумда ривожланган патологик жараёнлар (аденоидлар, полиплар, ўсмалар, шиллиқ парданинг шиши, юмшоқ танглай фалажи ва бошқ.) овоз тембрининг патологик ўзгаришларига, яъни манқаланишга сабаб бўлади.

Ҳалқумнинг *нафас* фаолиятида унинг барча бўлимлари иштирок этади. Бурун орқали эркин нафас олинганда юмшоқ танглай пастга қараб осилиб туради,

натижада оғиз бўшлиғи ҳалқум бўшлиғидан ажралиб туради. Аммо бурун орқали нафас олиш фаолияти бузилганда нафас оғиз орқали олинади, бунда юмшоқ танглай юқорига кўтарилиб, тил эса яссиланиб пастга тушади, шунинг учун ҳаво тўғридан - тўғри ҳалқумнинг ўрта қисмига ўтади.

Ҳалқумнинг ҳимоя фаолияти. Ёт жисм ёки бошқа (кимёвий, термик) омил таъсир этганда ҳалқум мушакларининг рефлектор қисқариши юз бериб, ҳалқум ёриғини торайтиради, натижада ёт жисмни пастки бўлимларга силжиши қийинлашади. Бундан ташқари, хавонинг иситилиши ва чанг заррачаларидан тозаланиши ҳалқумда ҳам давом этади. Чанг заррачалари ҳалқум деворларидаги шиллиққа ёпишиб, балғам билан бирга ташқарига чиқарилади ёки ютиб юборилиб, ошқозонда зарарсизлантирилади. Оғиз ва ҳалқум бўшлиғидаги шиллиқ парданинг қон томирлари ва лимфаденоид тўқимасидан ажраладиган лимфоцитлар ҳам ҳимоя фаолиятида фаол иштирок этади.

Лимфаденоид муртаклар ҳалқумда, яъни нафас ва овқатни ҳазм қилиш йўллари ўзаро туташган майдонда жойлашганлиги учун доимо ҳаво ва овқат луқмаси таъсири остида бўлади.

Ҳалқум лимфоид аппарати ҳалқа шаклида жойлашиб, “*Пирогов - Вальдейер лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси*” деб ном олган. У иккита танглай (I ва II), битта ҳалқум (III), битта тил (IV) ва иккита най муртаклари (V ва VI) дан ташкил топган.

Жуфт танглай муртаклари (*tonsilla palatina*) ҳалқумнинг ён томонида жойлашиб, олд ва орқа томондан тил-танглай ва танглай-ҳалқум равоқчалари билан чегараланган. Тоқ ҳалқум муртаги (*tonsilla pharyngea*) бурунҳалқум гумбазида, тоқ тил муртаги (*tonsilla lingualis*) тил негизининг тарновсимон сўрғичлари орқасида, бир жуфт най муртаклари (*tonsilla tubariae*) - бурунҳалқумнинг ён деворида, эшитув найининг ҳалқум тешиклари ёнида жойлашган. Юқорида қайд этилган муртаклардан ташқари ҳалқумда лимфаденоид тўқима тўпламлари ҳам мавжуд. Улар ҳалқумнинг ён деворида, танглай-ҳалқум равоқчаларининг орқасида, ҳалқумнинг орқа деворида, ҳиқилдоққа кириш жойида, ноксимон чуқурликда шиллиқ қават остида жойлашган.

Ҳомила даврида муртаклар калла суяги асосида, юрак ва йирик қон томирлар ҳамда ўпка майдонида шаклланади. Танглай муртаги ҳомиланинг 3-ойида, ҳалқум муртаги 5- ойида, най муртаги 6 - ойида ва тил муртаги 7- ойида шакллана бошлайди. Чақалоқларда муртаклар фолликулалари кўзга ташланмайди. 10 ёшда лимфоид тўқиманинг ҳажми катта бўлиб, балоғат ёшига бориб лимфоид элементлар ва фолликулалар аста кичраяди. Катталарда муртаклар кичик, фолликулалар сони кам бўлади, баъзан лимфоид тўқима атрофияга учраб, бириктирувчи тўқима билан алмашади.



58-расм. Танглай муртаги
1-лакуна; 2-фолликул; 3-
псевдокапсула; 4-
трабекула

Танглай муртаги лимфаденоид ҳалқум ҳалқасининг энг йирик тузилмаларидан бири бўлиб, тузилишининг мураккаблиги билан ажралиб туради. Танглай муртагида ички (томоқ) ва ташқи (ён) юзалари ҳамда юқори ва пастки қутблари тафовут этилади (58-расм). Танглай муртагининг ҳалқум ёриғига қараган *ички юзаси* 16-22 чуқур, эгри-бугри, бир-бирига туташган лакуналарга (*крипталарга*) эга. Улар дарахт илдизи каби қатор шохчаларга тармоқланади.

Танглай муртагининг *ташқи юзаси* калин фиброзли бириктирувчи тўқима - муртак *псевдокапсуласи* (сохта капсула) билан қопланган бўлиб, унинг қалинлиги 1 мм га етади. Псевдокапсула ва ҳалқум ён девори орасида юмшоқ паратонзилляр юмшоқ тўқима жойлашган. Муртакнинг ички (томоқ) юзасида ва пастки қутбидан псевдокапсула бўлмайди. Псевдокапсуладан муртак ичига бириктирувчи тўқима толалари – *трабекулалар* киради. Муртак трабекулалари ўзига хос қалин тўр ҳосил қилади. Тўрнинг ораси лимфоцитларнинг шарсимон тўплами - *фолликулалар* билан тўлган; бундан ташқари бу ерда плазматик хужайралар ва лаброцитлар ҳам учрайди. Фолликулалар одатда крипталар бўйлаб жойлашади. Кичик фолликулалардан ташқари муртакда йирик “иккиламчи фолликулалар” ҳам мавжуд бўлиб, уларнинг диаметри 1-2 мм га етади.

Бундай фолликулаларда тўқ рангли периферик ва оч рангли – марказий майдонлар тафовут этилади. Марказий майдон реактив ёки эмбрионал майдон деб аталади. Олимларнинг фикрича унда лимфобластлар бўлиб, улар янги лимфоцитларни ишлаб чиқиш, захарли моддаларни зарарсизлантириш вазифасини бажаради.

Танглай муртагининг эркин юзаси, лакуналарнинг деворлари кўпқаватли ясси эпителий билан қопланган. Эпителий остида коллаген, эластик ва аргирофил толалар тўри тафовут этилади. Аргирофил толалар одатда эпителийнинг ўрта қаватларида, лимфолейкоцитлар жойлашган майдонларда жойлашиб, таянч ва озиқлантириш фаолиятини бажаради. Эпителий қопламида лимфоцит ва нейтрофиллар бўлиб, улар муртак паренхимасидан ҳалқум ёриғига кўчиб туради. Кўчган эпителий, микрофлора, лимфоцит ва нейтрофиллардан муртак крипталарида тикмалар ҳосил бўлади. Лакуналар муртак ичига кириб бирламчи ва иккиламчи тирқишлар ҳосил қилади.

Танглай муртагининг *юқори қутби* соҳасида баъзан учбурчак шаклидаги чуқурлик (синус) бўлиб, унда баъзан танглай муртагининг қўшимча бўлаги жойлашади.

Танглай муртагининг *пастки қутби* тил негизи устида осилиб туриб, ҳалқумнинг ён деворига зич ёпишиб туради. Муртакнинг пастки қутбидан 1,1 -

1,7 см масофада ички уйқу артерияси, 2,3-3,3 см масофада - ташқи уйқу артерияси ўтади.

Танглай муртакларининг ўзига хос анатомо-топографик хусусиятлари, псевдокапсула ва ундан тарқалган трабекулалар, уларни овқатни ҳазм қилиш ва нафас йўллари кесишган майдонда жойлашиши танглай муртакларида сурункали яллиғланиш ривожланишига қулай шароит яратади.

Танглай муртаги қон ишлаб чиқишда ҳам иштирок этади. Лимфоид элементлар турлича ҳосил бўлади. Фолликулалар ҳужайралари митоз, амитоз ва куртакланиш йўли орқали кўпаяди. Ҳосил бўлган янги лимфоцитларнинг бир қисми лимфа томирлар орқали қон томир тизимига, бошқа қисми - эпителий қаватидан ҳалқум ёриғига чиқарилади. Муртак паренхимасида доимо плазмоцит ва гистиоцит ҳужайралари, яъни макрофаглар бўлади. Плазмоцитлар кўпинча фолликулалар ва бириктирувчи тўқима ёнида жойлашади. Улар ўзгарган лимфоцит, полибласт ва моноцитлардан ҳосил бўлиб, муртак узоқ вақт таъсирланганлигини билдиради. Гистиоцитлар одатда ретикуляр тўқимадан ҳосил бўлиб, муртаклар таъсирланганда ҳаракатсиз гистиоцитлар фаол фагоцитларга айланади.

Ҳалқум, тил ва най муртакларининг анатомик тузилиши танглай муртагини эслатсада, ўзига хос хусусиятларига эга.

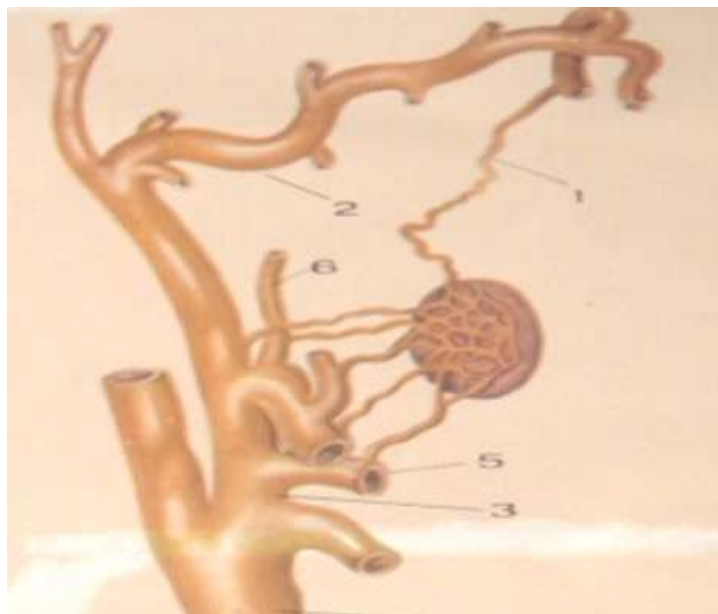
Ҳалқум муртагининг юзаси сагитал йўналишда жойлашган бурмалар ҳосил қилади. Фолликула ва тарқоқ лимфоид элементларининг тўплами шу бурмалар орасида жойлашиб, бурмалар ўзаро эгатлар, яъни ўзига хос крипталар билан ажралиб туради.

Тил муртаги ясси тепаликлар тўпламидан ташкил топган бўлиб, ҳар бир тепаликнинг учида тешикча бўлади. Бу тешикчалар қопчага ўхшаган тирқишсимон лакуна ёки криптага олиб боради. Тил муртаги қон томирларга ва шиллиқ безларга бойлиги, крипталарининг кичиклиги билан танглай муртагидан фарқ қилади.

Най муртаклари ҳажми бўйича бошқа муртаклардан анча кичик, асосан лимфоид тўқимадан ташкил топган бўлиб, уларда фолликулалар сони ҳам кам бўлади. Най ва ҳалқум муртаклари кўп қаватли ҳилпилловчи эпителий билан қопланганлиги билан танглай ва тил муртаклардан фарқ қилади.

Муртакларни ташқи уйқу артерияси қон билан таъминлайди. Танглай муртакларини юқорига кўтариловчи ҳалқум артерияси, юқорига кўтариловчи танглай артерияси ва юз артериясининг танглай шохчаси қон билан таъминлайди (59-расм).

Танглай муртакларидан вена қон томирлари юз венасига, кейин эса ички бўйинтуруқ венага қўйилади. Бурунҳалқум ва шу майдонда жойлашган ҳалқум ва най муртакларининг веналари тўғридан тўғри калла ичи ва умуртқа веналари билан туташади. Тил муртагидан қон тил венаси орқали ички бўйинтуруқ венага оқиб тушади.



59-расм. Танглай муртагини қон билан таъминланиши.

1. Пастга тушувчи танглай артерияси;
2. Юқори жағ артерияси;
3. Ташқи уйқу артерияси;
4. Умумий уйқу артерияси;
5. Тил артерияси;
6. Юқорига қўтарилувчи танглай артерияси;
7. Юз артерияси;
8. Юқори қалқонсимон артерия;

Танглай муртагининг иннервациясида тилҳалқум, тил, сайёр ва симпатик асаб толалари иштирок этади. Асаб элементлари муртакнинг эпителий қаватида ва фолликулаларда жойлашган. Танглай муртаги эпителий қаватининг остида субэпителиал перилакунар асаб тўри, лакуна эпителий қавати остида хеморецепторлар жойлашган. Муртак фолликулаларининг иннервациясини уларнинг орасида жойлашган асаб тўри таъминлайди. Фолликулаларда асаб толаларнинг мавжудлиги унда афферент импульсацияси борлигидан далолат беради. Фолликулаларда холинэстераза тўплами борлиги аниқланган.

Лимфаденоид халқум ҳалқасининг физиологик фаолиятига доир "инфекцион" ва "ҳимоя" назариялари ишлаб чиқилган.

Б.С.Преображенский таснифи бўйича организмдаги лимфаденоид тўқима лимфатик (нодуляр) ва фолликулалардан ташқарида ётган лифоид

(экскранодуляр) тўқималарга бўлинади. Лимфатик тўқима - бу фолликулалар ҳосил қилган лимфоцитлар гуруҳи бўлса, лимфоид тўқима - бу юмшоқ ретикуляр бириктирувчи тўқима орасида жойлашган лимфоид элементларнинг тарқоқ тўпламидир.

Организмнинг лимфатик тизимларини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

- 1) талоқ ва иликнинг лимфатик тўқимаси умумий қон оқимининг йўлида жойлашиб, лимфа-қон тўсиғини ҳосил қилади;
- 2) лимфа тугунлар лимфа оқими йўлида жойлашиб, лимфоинтерстициал тўсиқни ҳосил қилади. Юқумли касалликларда лимфа тугунларда антителолар ишлаб чиқилади;
- 3) муртаклар, ичаклардаги тўп-тўп ва якка лимфа тугунлар биргаликда лимфоэпителиал тўсиқни ҳосил қилади.

Лимфоид ҳалқасининг лимфоэпителиал тўсиқ тизимини шартли 4 босқичларга бўлиш мумкин:

- 1- тўсиқ - муртакнинг шиллиқ пардаси бўлиб, бу тўсиқ заифлашганда беморда ангина касаллиги ривожланади;
- 2- тўсиқ- қон томирлар девори, яъни гистогематик тўсиқ бўлиб, бу тўсиқ заифлашганда микроблар ва уларнинг захарли моддалари қонга тарқалиб, метатонзиллар касалликларни ривожланишига олиб келади;
- 3-тўсиқ - муртак капсуласи бўлиб, унинг фаолияти бузилганда беморда паратонзиллит касаллиги ривожланади;
- 4- тўсиқ - маҳаллий бўйин лимфа тугунларидан ташкил топган.

В.И.Воячекнинг фикрича муртаклар *тўсиқ* (барьер) фаолиятини бажаради. Бактерия ва захарли моддалар муртакнинг эпителий қаватидан ўтиб муртак паренхимасида зарарсизлантирилади. Бу жараёнда ҳосил бўлган маҳаллий антителолар организмнинг иммуннитетига таъсир кўрсатади. Муртак гистиоцитлари асосий тўсиқ элементи ҳисобланади.

Инфекцион назария тарафдорлари муртаклардаги “физиологик яра” ва захарли моддаларни эътиборга олиб, уларни инфекциянинг “кириш дарвозаси” деб ҳисобласалар, “ҳимоя” назарияси тарафдорлари - муртаклардаги лимфа оқими марказдан ташқарига қараб ҳаракат қилганлигини эътиборга олиб, уларни инфекциянинг “чиқиш дарвозаси” деб баҳолайдилар. Аммо, тадқиқотлар иккала назарияларни ҳам инкор этади, чунки муртаклар лимфа чиқарувчи томирларга эга эмас. Муртаклардаги лимфатик капиллярлар тўри лакуналарга (крипталарга) очилмайдиган ёпик каналлар тизимидан иборат.

Танглай муртакларида юзаки ва чуқур жойлашган лимфатик капиллярлар тўри мавжуд. Юзаки жойлашган лимфатик капиллярлар тўри муртакнинг эркин юзасида эпителий остида жойлашган. Чуқур лимфатик капиллярлар тўри тарқоқ лимфоид тўқимада, яъни фолликулалар атрофида ва бириктирувчи тўқимада жойлашган лимфатик капиллярлардан тузилган. Муртак капсуласи ҳам кўп қаватли лимфатик капиллярлар тўрига эга, улардан муртак ташқи юзасининг чиқиш лимфа томирлари ҳосил бўлган; лимфа

муртак фолликулалари атрофи лимфатик капиллярлар тўридан шу лимфа томирлар ва муртакнинг ички юзасидан чиқаётган лимфа томирлар орқали чиқарилади. Танглай равоқчалари шиллиқ пардаси ва бурунҳалқумнинг ён томонида жойлашган лимфа томирлар орқали танглай муртаклари тил, най ва ҳалқум муртаклари билан боғланади.

Барча муртаклар маҳаллий лимфа тугунларга эга. Ҳалқум муртаги учун юқори - ён бўйин, танглай муртаклари учун - жағ ости ва тил муртаги учун чуқур бўйинтуруқ занжирининг юқори тугуни бирламчи маҳаллий лимфа тугунлар сифатида хизмат қилади.

Муртакларнинг ҳимоя фаолияти инфекцияни захарсизлантиришдан иборат. В.Н.Зак ва В. Т.Талалаевлар фикрича доимий равишда таъсир қилган инфекция бу ерда “физиологик ангина”ни пайдо қилади, ўз навбатида ангина организмнинг иммун ҳолатига таъсир кўрсатади.

И.В.Давыдовский муртакларни *физиологик мослашиш* аппарати деб ҳисоблайди.

Ҳозирги кунда муртаклар организм иммун тизимининг периферик аъзоси сифатида хужайра ва гуморал иммунитетнинг шаклланишида иштирок этиши исботланган. Барча лимфатик аъзоларга ўхшаб, муртаклар *лимфоцитлар ишлаб чиқаришда*, яъни лимфопоез жараёнида иштирок этади. Лимфоцитлар фолликулаларнинг марказий қисмида ишлаб чиқарилиб, етилган сари улар фолликулаларнинг четига қараб силжийди ва у ердан лимфа йўллarga, лимфанинг умумий оқимига ва муртаклар юзасига чиқади. Лимфоцитларни муртаклар юзасидан чиқарилиши организмда уларнинг сонини меъёрда сақлашга ёрдам беради, яъни муртаклар *элиминацияси* рўй беради. Танглай муртакларида Т-ва В-лимфоцитлар бўлиб, Т-лимфоцитлар фолликулалар орасида, В-лимфоцитлар - фолликулалар ичида жойлашган. В-лимфоцитлар макрофаг, плазматик хужайралар, иммуноглобулинларни ҳосил қилишда, Т-лимфоцитлар - хужайра иммунитетининг медиаторларини ишлаб чиқаришда қатнашади.

Бундан ташқари танглай ва ҳалқум муртакларида вирусга қарши носпецифик *омил-интерферон*, полиомиелитга қарши *антителолар ишлаб чиқарилиши* аниқланган. Интерферон аденовирус, парагрипп, Коксаки, қизамиқ, стоматит вирусларига қарши восита ҳисобланади.

Кўпгина тадқиқотларда ҳалқум ҳалқаси муртаклари, хусусан, танглай муртаклари *фермент ишлаб чиқаришда* иштирок этиши тасдиқланган. Муртаклар тўқимасида амилаза, липаза, фосфатаза ва бошқа ферментлар борлиги, овқатлангандан сўнг уларнинг миқдори кўпайганлиги аниқланган. Бу эса муртакларни овқатни *орал ҳазм қилиш* жараёнида иштирок этишини тасдиқлайди.

Муртаклар ўзига хос *иммунорецептор* вазифасини бажариб, маҳаллий ва умумий ҳимоя реакцияларни пайдо қилишда муҳим аҳамиятга эга. Муртаклар рецепторлари кўпгина аъзолар билан асаб-рефлектор йўл орқали боғланган.

Хусусан, юрак ва муртаклар ўртасида тонзиллокардиал рефлекс борлиги амалда тасдиқланган. Танглай муртаклари босилганда ёки унга игна санчилганда электрокардиограммада ўзгаришлар пайдо бўлади. Бундай ўзгаришлар сурункали тонзиллит билан оғриган беморда яққол намоён бўлиб, тонзиллокардиал рефлекс деб аталади.

Тонзиллокардиал рефлекс-шартсиз рефлекс бўлиб, ундан шартли рефлекс ҳосил қилишда фойдаланса бўлади. Масалан, муртакларга механик таъсир бир неча бор товуш сигнали билан бирга ўтказилса, кейинчалик электрокардиограммадаги ўзгаришлар фақат товуш сигнали бўлганда ҳам пайдо бўлади. Бу аурокардиал шартли рефлекс амалда эшитувнинг объектив текшируви сифатида қўлланилади.

Бундан ташқари, лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси айрисимон, қалқонсимон, меъда ости, буйрак усти безларининг қобиғи билан, хусусан, танглай муртаклари (айниқса балогат ёшида) гипофиз - буйрак усти безининг қобиғи - лимфатик тўқима тизими билан узвий боғлиқ.

Ҳалқумни текшириш усуллари

I босқич. Бемор шикоятларини ва анамнез маълумотларини аниқлаш.

II босқич. Кўздан кечириш ва пайпаслаш.

1. Текширувчи беморнинг бўйин соҳаси, лабларининг шиллиқ пардасини кўздан кечиради.
2. Маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслаш. Текширувчи беморнинг бошини биров олдинга эгиб икки қўлининг бармоқлари билан жағ ости, орқа бўйин, ретромандибуляр чуқурликдаги лимфа тугунларни пайпаслайди. Кейин бир қўлини бемор бошининг тепасига қўйиб, бошқа қўли билан чуқур бўйин, ўмров усти ва ўмров ости чуқурлигидаги лимфа тугунларни аввал бир томонда, кейин иккинчи томонда пайпаслаб текширади.

III босқич. Ҳалқум эндоскопияси. Орофарингоскопия ёки мезофарингоскопия.

1. Текширувчи шпательни чап қўлига олиб, бош бармоғини шпательнинг пастига, II ва III бармоқларини унинг устида қўйиб, ўнг қўлини беморнинг бошига қўяди.
2. Бемордан оғзини очишини сўраб, шпатель ёрдамида навбатма-навбат оғизнинг ўнг ва чап лунжларини ва оғиз даҳлизини кўздан кечиради: оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси, қулоқ олди сўлак безларининг чиқиш тешикларини кўздан кечиради. Бундан ташқари, тишларни, милкларни, қаттиқ танглайни, тилни, тил ости ва пастки жағ ости сўлак безларининг чиқиш йўллари хамда оғиз бўшлиғининг тубини кўздан кечиради. Оғиз бўшлиғининг тубини кўздан кечириш учун бемордан тил учини юқорига кўтиришини сўрайди ёки уни шпатель ёрдамида кўтаради. Оғиз бўшлиғининг тубида тил ости ва пастки жағ ости безларининг чиқиш йўллари жойлашган.



60-расм.
Мезофарингоскопияда
оғизҳалқум манзараси

3. Текширувчи шпателнинг учи ёрдамида тилнинг олдинги 2/3 қисмини пастга аста босади ва бунда шпателнинг учи билан тил негизига тегмасликга ҳаракат қилинади, акс ҳолда беморда қушиш рефлекси пайдо бўлади. Юмшоқ танглайнинг ҳаракатчанлигини аниқлаш учун текширувчи бемордан “а-а-а-а” товушини чиқаришни сўрайди. Меъёردа юмшоқ танглай ҳаракатчан бўлади.

4. Юмшоқ танглайнинг шиллиқ пардаси, тилча, олд (танглай-тил) ва орқа (танглай-ҳалқум) танглай равоқчалари ва танглай муртакларини кўздан кечириш. Меъёрдa шиллиқ парда силлиқ ва пушти рангда бўлиб, равоқчалар яққол кўзга ташланиб туради (60-расм).

Танглай муртакларининг ҳажми аниқланади, бунинг учун танглай муртаги ҳамда тилча ўртасидан хаёлан ўтказилган чизик орасидаги масофа 3 қисмга бўлинади. Муртаклар шу масофанинг 1/3 қисмигача катталашганда танглай муртаклари гипертрофиясининг I даражаси, 2/3 қисмигача - II ва ҳалқумнинг ўрта чизигигача катталашганда - III даражаси деб баҳоланади.

5. Муртаклар шиллиқ пардасини кўздан кечириш. Меъёрдa у пушти рангда, юзаси силлиқ ва нам, лакуналарининг оғзи ёпиқ бўлади.

6. Муртак лакуналарининг ажралмасини аниқлаш учун текширувчи икки қўлига иккита шпателни олиб, бири билан беморнинг тилини пастга босиб, иккинчиси билан олд равоқча асоси орқали муртакнинг юқори қутбини босади. Ўнг томондаги муртак ўнг қўлга олинган шпател, чап томондаги муртак чап қўлга олинган шпател ёрдамида босилади. Меъёрдa лакуналарда ажралма бўлмайдиган ёки бироз йирингсиз эпителиал тикма бўлади.

7. Ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардасини кўздан кечириш. Меъёрдa у пушти рангда, нам ва текис бўлади, юзасида кам миқдорда ўлчамли 1 мм гача бўлган лимфоид тўқиманинг кичик тўпламчалари (лимфоид доначалар) кўринади.

Эпифарингоскопия (орқа риноскопия).

8. Ҳалқум гумбазини кўздан кечириш учун текширувчи бурунҳалқум кўзгусини дастасига ўрнатиб, кейин кўзгуни 2-3 сонияга иссиқ (40-45°) сувга ботириб ёки спирт алангаси устида ушлаб иситади. Ўнг қўлига кўзгу дастасини олиб, кўзгу юзини тоза салфетка билан қуриштириб, чап қўл кафтининг орқа юзи ёки I бармоғи билан кўзгу исиганлигини текшириб кўради.

9. Чап қўлга шпателни олиб, уни ўнг бурчакдан бемор оғзига киритади ва шпателнинг учи билан тилнинг олд 2/3 қисмини аста босиб, бемордан бурун орқали нафас олишни сўрайди.

10. Бурунҳалқум кўзгусини қаламни ушлагандай ўнг қўли билан ушлаб, текширувчи уни тил негизи ва ҳалқум орқа деворига теккизмасдан беморнинг

оғзига, кейин юмшоқ танглайнинг орқасига киритади, бунда кўзгунинг сатҳи 45°га юқорига қаратилган бўлиши лозим.



61- расм.
Орқа риноскопияни
бажарилиши



62 - расм.
Орқа риноскопияда
бурунҳалқум манзараси

11. Пешона рефлекторидан ёруғликни кўзгуга йўналтириб, ҳалқум гумбази, хоаналар, ҳалқумнинг ён деворлари ва эшитув найининг тешикларини (улар пастки бурун чиғаноғининг орқа учи сатҳида жойлашган) кўздан кечиради. Меъёрда ҳалқум гумбази ва хоаналар эркин, ҳалқум юқори бўлимларининг шиллиқ пардаси пушти рангда ва силлиқ бўлади. Ҳалқум муртаги бурунҳалқум гумбазининг орқа-юқори деворида жойлашиб, димоғ суяги ва хоаналарнинг юқори учига тегмайди (61, 62 - расмлар).

Гипофарингоскопия (билвосита ларингоскопия)

Гипофарингоскопия текшируви хикилдоқ кўзгуси ёрдамида бажарилади.

12. Ҳикилдоқ кўзгуси дастасига ўрнатилгандан сўнг иссиқ сувда (40°-45°) ёки спирт алангаси устида 2-3 сония давомида иситилади, салфетка билан қуритилади. Текширувчи кўзгуни кафтининг орқа юзасига текизиб, уни исиганлигини текшириб кўради.

13. Кейин у бемордан оғзини очиб, тилни чиқаришни ва оғиз орқали нафас олишни сўрайди.

14. Текширувчи чап қўли билан бемор тилининг учини доқа сочиқча билан ушлаб (бунда у бош бармоғини тилнинг юқори юзасига, III бармоғини - унинг пастки юзасига, II бармоғини - юқори лабнинг устига қўяди), бемор тилини ўзига ва пастга бироз тортади. Бу ҳаракатни беморни ўзи ҳам бажариши мумкин.

15. Ҳикилдоқ кўзгусининг дастасини ўнг қўли билан қаламни ушлагандай ушлаб, текширувчи уни оғиз бўшлиғига юмшоқ танглайгача киритади (бунда кўзгунинг сатҳи пастга қаратилган ва тилнинг юзига параллел туриши лозим). Кўзгуни киритиш пайтида тил негизи ва ҳалқумнинг орқа деворига тегмасликка ҳаракат қилинади. Юмшоқ танглайга етгандан сўнг кўзгунинг сатҳи ҳалқум ўқиға нисбатан 45° бурчакда ўрнатилади; пешона рефлекторининг ёруғлиги кўзгуга тушиши учун юмшоқ танглай юқорига ва орқага бироз кўтарилади. Кейин беморга чўзиб “и” товушини чиқариш, сўнг чуқур нафас олиш буюрилади. Овоз чиқариш ва нафас олиш пайтида ҳикилдоқнинг ички юзаси

кўринади (63, 64-расмлар).

16. Текширувчи кўзгуни ҳалқумдан чиқариб олади ва дастасидан ажратиб, уни зарарсизлантирувчи эритмага солиб қўяди.



63- расм.

Гипофарингоскопияда беморнинг ҳолати



64- расм.

Гипофарингоскопияда ҳиқилдоқ кўзгусининг ҳолати

IV босқич. Бурунҳалқумни бармоқлар ёрдамида пайпаслаш.

17. Бемор курсига ўтиради, қўлларига қўлқоп кийган текширувчи беморнинг орқасида ўнг томонда тик туриб, чап қўлининг бош бармоғи билан бемор лунжини тишлари орасига киритиб, иккинчи, учинчи, тўртинчи ва бешинчи бармоқлари билан пастки жағни ушлаб, билагига билан беморнинг бошини ўзининг танасига босиб туриб, ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғини бурунҳалқумга, юмшоқ танглайнинг орқасига чаққонлик билан киритиб, хоаналарни, бурунҳалқум гумбазини ва ҳалқум ён деворларини пайпаслайди. Зарур бўлса текширув дикаин ёки лидокаин билан маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади.

V босқич. Ҳалқумнинг таъм билиш қобилиятини текшириш.

Тилнинг турли бўлимларида таъм билиш қобилиятининг бузилиш белгиси муҳим клиник аҳамиятга эга. Масалан, тилнинг олд 1/2 қисмининг бир томонида таъм билиш қобилияти бузилиб, бошқа сезгилари сақланиб қолганлиги шу томонда ноғора асаб толасининг фаолияти бузилганлигини билдиради; тилнинг орқа 1/3 қисмида таъм билиш қобилиятини бузилишига эса тилҳалқум асаб толасининг зарарланиши сабаб бўлади. Таъм билиш қобилиятини бузилиши турли юқумли касалликларда, калла бўшлиғининг патологик жараёнларида (ўсма, жароҳатлар, тарқоқ склероз) кузатилади.

Таъм билиш қобилиятини текшириш учун *субъектив* ва *объектив* текширув усуллари қўлланилади. Субъектив текширувда ҳар бири асосий таъм сезгисини кўзғатиш таъсирига эга турли қитиқловчи моддалар ишлатилади: шакар (глюкоза) эритмаси - *ширин*, хинин хлорид эритмаси - *аччиқ*, кислота эритмаси (сирка, лимон, хлорид кислоталари) – *нордон*, натрий хлорид эритмаси - *шўр*. Ушбу моддаларнинг бўсаға миқдори қуйидагича бўлади: 100 мл сувда -0,4 г шакар, 0,000008 г хинин, 0,003 г хлорид кислотаси, 0,05 г натрий хлорид тузи. Ҳар бир янги модданинг таъминини аниқлашидан олдин беморга оғзини ½ стакан қайнатилган сув билан чайиш буюрилади. Тактил сезгисини пайдо қилмаслик учун эритма юпқа пахта бўлакчаси ёки пипетка ёрдамида томизилади. Эритма бир томчи миқдорида ушбу моддага сезувчан тил майдонига томизилади. Масалан, шакар эритмаси тилнинг ўнг ва чап томонидаги олдинги 1/3 қисмига ва ён томонидаги олдинги 1/3 қисмига (ноғора асаб толаси); кислота эритмаси -

тил негизининг ҳар икки томонига (тилҳалқум асаб толаси); аччиқ эритма – тилнинг орқа 1/3 қисмининг ҳар икки томонига (тилҳалқум асаб толаси) томизилади. Ош тузи эритмаси тилнинг ҳам олдинги 1/3 (ноғора асаб толаси), ҳам орқа 2/3 қисмига (тил-ҳалқум асаб толаси) навбатма-навбат томизилади. Текширувнинг кейинги босқичларида концентрацияси юқори бўлган эритмалар (2% хинин, 20% шакар, 0,2% хлорид кислотаси) ишлатилади. Таъм билиш қобилияти тилнинг ўнг ва чап томонида навбатма-навбат текширилади.

Ҳозирги кунда таъм билиш бўсағасининг электрометрик текшируви – *электрогустометрия* усули мавжуд. Ушбу текширув таъм билиш бўсағасининг аниқ кўрсаткичини тез аниқлаш ва унинг динамикасини ўрганиш имконини беради. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, текширувда қўлланиладиган электр токининг таъсири табиий таъмли моддаларнинг таъсирига ўхшайди. Ушбу текширув XIX асрда аниқланган ходисага асосланган: тилнинг юзасига 3-4 Вт кучга эга (ундан ортиқ эмас!) кучсиз доимий электр токи яқинлаштирилганда электрод тегиб турган майдонда аччиқ, шўр ёки нордон таъм сезгиси пайдо бўлиб, унинг характери электроднинг қутбига ва тегиб турган майдонга боғлиқ бўлади. Масалан, тилнинг олд 1/3 қисмига ўрнатилган манфий электрод *аччиқроқ- шўрроқ* таъмни, электр токи ўчирилгандан сўнг – *нордонроқ* таъмни, тил асоси соҳасига ўрнатилган электрод эса ичимлик содаси таъмини пайдо қилади. Доимий электр токи импульсларининг тезлигини ва амплитудасини ўзгартириш ва фаол электродни тилнинг турли майдонларига ўрнатиш орқали беморда ширин, шўр ва нордон таъм сезгисини пайдо қилиш мумкин. Ушбу ходиса доимий электр токи маълум таъмни сезиш хусусиятига эга тил сўргичларидан ўтказилганда яққол намоён бўлади.

ҲАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИ

ҲАЛҚУМ ЖАРОҲАТЛАРИ. Ҳалқумнинг механик жароҳатлари терининг бутунлиги бузилган ёки бузилмаганлигига қараб ташқи ва ички, ёпиқ ва очиқ жароҳатларга бўлинади. Бундан ташқари, ботган ёки ботмаган, фақат кириш тешиги ёки ҳам кириш, ҳам чиқиш тешиги мавжуд бўлган жароҳатлар тафовут қилинади.

Ҳалқумнинг *ички жароҳати* кўпинча механик таъсир, термик ва кимёвий куйишлар натижасида содир бўлади. Бола оғзига солинган қалам ёки чўп билан йиқилганда юмшоқ танглайни тешилиши, ҳалқум орқа девори шиллиқ пардасини йиртилиши ва лат ейиши содир бўлади. Шунга ўхшаш жароҳатлар ёт жисм чиқариб олинаётганда ёки эндоскопия пайтида содир бўлиши мумкин. Ҳашаротлар, айниқса ари ҳалқум шиллиқ пардасини чақиши натижасида қисқа вақт ичида маҳаллий шиш ривожланиб, беморда буғилиш ҳолати юзага келади.

Ҳалқумнинг *ёпиқ ташқи* жароҳатларига лат ейиш, тери ости йиртилишлари киради. Бундай жароҳатлар кўпинча кўча транспорт ҳодисаларида, спорт ўйинларида содир бўлади. Енгил жароҳатларда лат еган майдон оғрийди,

шишади ва шиллиқ пардаси остига қон қуйилиб, баъзи ҳолларда тери шилинади.

Ҳалқумнинг ташқи жароҳати *аралаш* (бўйин, калла суяги, гавда, қўл-оёқларнинг жароҳати билан бирга) ва *очиқ* (кесилган, суқилган, мажақланган) жароҳатларга бўлинади.

Белгилари. Касалликнинг белгилари бир вақтнинг ўзида бир неча аъзолар, масалан ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қон томирлар жароҳатланишига боғлиқ бўлади. Беморни оғзидан сўлак ва қон оқиши, томоғи оғриши, ютиниши қийинлашганлигига шикоят қилади. Баъзан беморда бўйин соҳасининг шиши ва тери ости эмфиземасининг клиник белгилари кузатилади.

Беморда оғриқ, қон оқиши, пастки жағ ва тил ости суягининг жароҳатида нафас, нутқ, ютиниш ҳаракатининг бузилиши ва тери ости эмфиземаси кузатилади.

Таъхис бемор шикоятларини, касалликни бошланишини, жароҳат содир этилган вақти ва вазиятини, касаллик белгилари аниқлаш ҳамда пайпаслаш, гипо-, мезо-, эпифарингоскопия, рентгенография, компьютер томография текширувлари натижалари асосида қўйилади.

Фарингоскопияда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги, жароҳат майдонида шиш, гематома ва яллиғланиш белгилари пайдо бўлганлиги кўринади. Бурунҳалқум, ҳиқилдоқ-ҳалқум ва жароҳат майдони кўздан кечирилиб, ёт жисм бор-йўқлиги аниқланади. Жароҳат майдонининг жойлашувига қараб жарроҳ ёки стоматолог маслаҳати уюштирилади, лаборатория текширувлари ўтказилади.

Даволаш тадбирлари оториноларингология ёки реанимация бўлимида олиб борилади. Ҳалқумнинг ташқи жароҳатида шошилиш равишда қон оқишни тўхтатиш, нафас олиш фаолиятини тиклаш, оғриқсизлантириш ва яллиғланишга қарши тадбирлар ўтказилади. Кучли артериал қон оқишларда умумий уйқу артерияси босилиб, жароҳат майдони кўздан кечирилади ва қонаётган қон томир боғланади.

Ҳалқумнинг енгил ички жароҳатида жароҳат майдони тозаланиб, беморга яллиғланишга қарши терапия буюрилади. Ҳалқумнинг шиллиқ пардаси шилинганда жароҳат майдонига 3% кумуш нитрат эритмаси суртилади. Юмшоқ танглай ёки ҳалқумнинг ён девори йиртилганда жароҳат майдонига чок қўйилади. Беморга қоқшолга қарши зардоб юборилади. Ҳалқум орти ҳўппози ривожланиш ҳавфи туғилганда бемор врач назорати остида бўлиши лозим. Бемор зонд орқали овқатлантирилади.

ҲАЛҚУМ ЁТ ЖИСМИ. Ёт жисм оғизҳалқум, бурунҳалқум ёки ҳиқилдоқҳалқумда тиқилиб қолиши овқатланиш вақтида ёки ёт жисм оғизга солинганда (тиш тозалагич, игна, тўғнағич, тугма ва бошқалар) содир бўлиши мумкин.

Белгилари. Беморда томоқ соҳасини оғриши, унда суқилиш ёки нохушлик ҳис этиш кузатилади; баъзан оғриқ қулоқ соҳасига тарқалиши, оғиздан сўлак

оқиши, қон тупуриш, бурун орқали нафас олиш, ютиш ҳаракатларини қийинлашиши ва йўтал қузатилиши мумкин.

Ташиxis касалликни бошланиши, беморнинг шикоятлари, фарингоскопия, билвосита ларингоскопия, орқа риноскопия ва бошқа текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Кўпинча ўткир учли ёт жисм (балиқ суякчалари, игна) муртақлар чўнтақларида, тил негизида, ноксимон чўнтақларда тиқилиб қолади.

Муртақларни кўздан кечириш учун олд равоқчалар шпател билан аста босилиб, муртақлар ички томонга силжитилади. Одатда ёт жисм муртақда ёки равоқчалар орасидаги шиллиқ парда бурмасида тиқилиб қолади. Баъзан ёт жисмнинг бир учи муртақ тўқимасига суқилган бўлса, иккинчи учи тил негизига тегиб туради. Билвосита ларингоскопияда тил негизининг шиллиқ пардаси шилинганлиги кўринади. Тил негизи ва ноксимон чўнтақни кўздан кечириш ва тиқилиб қолган ёт жисмни олиб ташлаш учун шиллиқ пардага 2% дикаин, 10% лидокаин сепилади. Текширувда тил муртаги тўқимаси ҳамда тил негизи ва ҳиқилдоқусти қопқоғи орасидаги бўшлиқ ҳолатига эътибор берилади. Ноксимон чўнтақни кўздан кечириш учун билвосита ларингоскопия (ёки гипофарингоскопия) текшируви бажарилади. Муолажа беморнинг боши олдинга ёки ёт жисм тиқилиб қолган томонга эгилган ҳолда бажарилади. Бунда тил негизи, ҳиқилдоқҳалқумнинг ён девори, чўмичсимон тоғай, чўмичсимон ҳиқилдоқ усти қопқоғи бурмаларининг шиллиқ пардаси шишганлиги, зарарланган томонда ноксимон чўнтақ торайганлиги кўринади.

Зарурат туғилганда рентгенологик, КТ ёки МРТ текширувлари ўтказилади. Агар клиник ва рентгенологик белгилар ноаниқ бўлиб, бемор ютинганда кучли оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилса, унда ёт жисм қизилўнгачда тиқилиб қолганлигига шубҳа қилиш мумкин.

Даволаш. Ҳалқум ёт жисми фарингоскопияда учи эгри қисқич ёрдамида чиқариб олинади. Тил негизи ёки ноксимон чўнтақда тиқилиб қолган ёт жисм шиллиқ қаватга 10% лидокаин сепилиб ёки 2% дикаин суртилгандан сўнг билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ корнцанги ёрдамида чиқариб олинади.

Ёш болаларда ҳиқилдоқҳалқум ёт жисми умумий оғриқсизлантириш остида бевосита ларингоскопия пайтида чиқариб олинади.

Бурунҳалқум ёт жисмлари орқа риноскопияда маҳаллий оғриқсизлантириш остида корнцанг ёки Микулич қисқичлари ёрдамида чиқариб олинади.

ҲАЛҚУМ КУЙИШЛАРИ. Ҳалқумнинг термик ва кимёвий куйишлари кўпроқ назоратсиз қолган ёш болаларда содир бўлади (назоратсиз қолган бола тўсатдан чойнак тумшуғидан 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 заҳарли моддаларни ичиб юбориши мумкин. Катталар орасида руҳий ҳолати ўзгарганда ўз жонига қасд

қилиш мақсадида юқорида қайд этилган заҳарли моддаларни ичиш ҳоллари учрайди.

Болаларда оғиз бўшлиғи ва ҳалқум шиллиқ пардаси куйишлари ҳикилдоқ шиллиқ пардаси куйишига нисбатан енгилроқ 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 шиллиқ пардаларини юзаки куйдиради. Ўткир кислота ёки ишқор ютиб юборилганда оғиз бўшлиғи ва ҳалқумнинг шиллиқ пардаларида некроз, деворларининг емирилиши кузатилади.

Куйишнинг I даражасида шиллиқ парданинг эпителий қатлами қуяди, оғиз бўшлиғи, танглай равоқлари, тилча, ҳалқум ва баъзан ҳикилдоққа кириш жойининг шиллиқ пардаси кескин қизариб, шишади.

Куйишнинг II даражасида беморда умумий заҳарланиш белгилари кузатилиб, жароҳат майдонида шиллиқ парда шишиб, шишасимон бўлади ва некротик қараш билан қопланади.

Куйишнинг III даражасида беморда кескин умумий заҳарланиш белгилари, қон ацидоз, эритроцитлар гемолизи ривожланиб, буйрак, жигар, юрак, қон томир етишмовчилиги ривожланиш ҳавфи туғилади. Фарингоскопияда нафақат шиллиқ парда, балки шиллиқ ости тўқималари куйганлиги ва чуқур некроз жараёни юз берганлиги, шиллиқ парда оқ қараш билан қопланганлиги кўринади.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, қайси заҳарли моддани қандай вазиятда ичганлиги, беморнинг умумий аҳволи, ичган ичимликни ҳиди, қайт қилинган суюқликни характери ва бошқа текширувлар натижасини эътиборга олган ҳолда қўйилади. Бемор ютинганда оғриқни пайдо бўлиши, нафас олиши ва ютиниши қийинлашганлиги, оғзидан кўп миқдорда сўлак оқиши эътиборга олинади. Текширув пайтида врач куйиш қачон ва қандай вазиятда содир бўлганлигини, куйдирувчи моддани ва организмнинг умумий заҳарланиш даражасини аниқлаши лозим.

Фарингоскопияда куйган майдоннинг ҳажми ва куйиш даражаси аниқланади. Керак бўлганда ҳалқумнинг рентгенологик текшируви ўтказилади.

Даволаш. Беморга шошилиш равишда биринчи тиббий ёрдам кўрсатилади. Кимёвий куйишларда заҳарли моддани нейтраллашга қаратилган чоратадбирлар ўтказилади. Кислота билан заҳарланганда ҳалқум оҳак суви, ишқор билан заҳарланганда эса 1% сирка кислотасининг эритмаси ёки сут ва сув аралашмаси (1:2) ёки тухум оқили билан ошқозон ва қизилўнгач ювилади. Беморга ичиш учун оғриқсизлантирувчи дори буюрилиб, пархез таомлар тавсия этилади.

Кейинги даволаш тадбирлари куйиш, организмнинг умумий заҳарланиш ва нафаснинг бузилиш даражаларсига, қараб ўтказилади. Ҳалқум ва оғиз бўшлиғининг енгил куйишларида жароҳат майдонига 0,5% новокаин эритмаси

ёки 10% лидокаин аэрозоли сепилиб, оч пушти рангли перманганат калий эритмаси билан чайилади. Ичишга 3,0 анестезин кўшилган 100 мл ўсимлик ёғи тавсия этилади (1 ош қошиқдан 4-6 маҳал). Агар оғиз бўшлиғи калий перманганат кукуни билан куйган бўлса, 5% аскорбин кислотаси эритмаси билан бир неча марта лидокаин аэрозоли ёки дикаин билан оғриқсизлантирилиб, тоза бўлгунча артилади. Кейинчалик симптоматик ва патогенетик даволаш тадбирлари ўтказилади.

ЎТКИР БИРЛАМЧИ ТОНЗИЛЛИТЛАР (АНГИНАЛАР) (*angina*) - ўткир инфекцион касаллик бўлиб, лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси тўқимасининг (кўпинча танглай муртакларнинг) маҳаллий яллиғланиши билан намоён бўлади. Ангина барча касалликлар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ангина тўғрисида аниқ статистик маълумот олиш қийин, чунки, биринчидан аксарият беморлар ўз билганларича турли дорилар билан даволанса, иккинчидан - шахсий амалиёт олиб боровчи шифокорларга мурожаат қиладилар. Шунинг учун аниқ маълумот олиш қийин. Аммо сурункали тонзиллит борасида ТошПТИ кафедраси 20000 дан ортиқ аҳолини турли вилоят ва шаҳарларда кўриқдан ўтказиб, олинган рақам - 16% (1990) ташкил этишини инобатга олиб, тонзиллит хуружи йилига 1,5-2 марта учрайди деб ҳисобланса, тахминан аҳолимизнинг 1/4 қисми (25%) ўткир тонзиллит билан касалланади деб айтиш мумкин. Бундай аҳвол республикамиз Соғлиқни Сақлаш тизимида анчагина ноқулайликлар туғдиради.

Этиологияси. Касалликнинг ривожланишига А-гуруҳи бетта-гемолитик стрептококки (50-80% ҳолларда), баъзан стафилококк, пневмококк, аденовируслар, оғиз бўшлиғи спирохетаси, замбуруғлар ва бошқа микроблар сабаб бўлади. Ўткир тонзиллитларни ривожланишида 63% ҳолларда анаэроб флоранинг роли аниқланган (С.Н.Алланиёзов).

Патогенези. Инфекция экзоген ва эндоген йўллар орқали тарқалиб, микроблар муртак-нинг шиллиқ пардасига *хаво-томчи* ёки *алиментар* йўллар орқали киради. Эндоген йўл орқали юқиш механизмида организмнинг иммун ҳолатини сусайиши, сапрофит ёки шартли-патоген микрофлораларини патоген микрофлорага айланиши ёки патоген хусусиятини ошиши натижасида юзага келади. Аутоинфекция сурункали тонзиллитнинг хуруж даврини ривожланишида муҳим аҳамиятга эга.

Ангиналар патогенезида организмнинг совуққа бўлган мослашув қобилиятининг сусайиши (совуққа сезгирликни ошиши), ташқи муҳит шароитининг кескин ўзгаришлари (об-ҳавонинг ҳарорати, нисбий намлиги, ҳавода захарли моддаларни мавжудлиги ва бошқ.), С ва В гуруҳ витаминлар, ҳамда овқат таркибида оксиллар етишмаслиги маълум рол ўйнайди. Лимфатик-гипопластик диатез, марказий ва вегетатив асаб тизими тўлиқ ривожланмаганлиги, оғиз, бурун, бурун ёндош бўшлиқларининг сурункали касалликлари, бурун орқали нафас олишни бузилиши ҳам ангинанинг ривожига ёрдам беради.

Касалликнинг ривожда лакуналар ичи микрофлораси ва оқсилни парчаланиши натижасида ҳосил бўлган моддалар сенсibiliзацияловчи омил сифатида таъсир кўрсатса, турли экзоген ёки эндоген омиллар - сенсibiliзацияланган организмда яллиғланиш жараёнини ривожланишига туртки бўлади. Бундан ташқари, аллергия омил инфекция-аллергия характерга эга ревматизм, ўткир нефрит, неспецифич юқумли полиартрит ва бошқа асоратларни юзага келишига ёрдам беради.

Таснифи. Б.С.Преображенский ангиналарни қуйидаги шакллarga бўлади:

1. Эпизотик - атроф муҳит шароитининг ўзгариши, кўпинча шамоллаш натижасида ривожланган ангиналар;
2. Эпидемик- бемордан соғлом кишига юқиши натижасида ривожланган ангиналар;
3. Сурункали тонзиллитнинг хуружи даврида юзага келадиган ангиналар.

Аммо амалиётда Б.С.Преображенский, В.Т.Пальчун бўйича ангиналарнинг қуйидаги таснифи кенг қўлланилади.

Оддий ангиналар: Катарал;

Фолликуляр;

Лакунар;

Аралаш.

Ангиналарнинг нотипик шакллари:

Симановский-Венсан;

Герпетик;

Флегмоноз;

Замбуруғли;

Аралаш.

Юқумли касалликларда ривожланган (иккиламчи) ангиналар:

Дифтерияда;

Скарлатинада;

Қизамиқда;

Захмда;

ОИТСда.

Қон касалликларда ривожланган ангиналар:

Агранулоцитар камқонликда;

Моноцитар камқонликда;

Лейкозда.

Оддий ангиналар қуйидаги умумий белгилар билан бошқа ангиналардан ажралиб туради:

- организмнинг умумий заҳарланиш белгиларини мавжудлиги;
- клиник-патология ўзгаришлар ҳар иккала танглай муртақларида кузатилиши;
- яллиғланиш жараёнини ўртача 7 -8 кун давом этиши;
- оддий ангиналарни қўзғатган бактерия ва вируслар яллиғланиш жараёнида бирламчи омил сифатида хизмат қилиши.

Патологоанатомик ўзгаришлар: муртак паренхимасида қон томир капиллярлари ва лимфа томирларининг кескин кенгайиши, кичик вена қон томирлари тромбози ва лимфа капиллярлардаги турғунлик каби ўзгаришлар юз беради.

Катарал ангина - касалликнинг энг енгил шакли бўлиб, яллиғланиш жараёни танглай муртаклари барча қатламларининг яллиғланиши билан кечади. Ангинанинг бу шаклида танглай муртаклари қизарган, шиллиқ пардаси ҳамда лимфоид тўқима шишган ва юзи серозли ажралма билан қопланган бўлади. Муртаклар эпителиал қаватининг юзасида ва крипталарда лимфоцитлар, лейкоцитларнинг қалин инфильтрацияси аниқланади. Айрим майдонларда эпителий юмшаган ва мугузланган бўлади.

Белгилари. Касаллик ўткир бошланиб, беморнинг томоғида ачишиш, қичиши ва ютганда кучаядиган оғриши кузатилади. У ҳолсизликка, боши ва баъзан бўғимлари оғришига, тана ҳарорати, асосан субфебрил, яъни 38°C гача кўтарилишига, кўнгли айнишига шикоят қилиши мумкин.

Қонда нейтрофилли лейкоцитоз ($7-9 \cdot 10^9 / \text{л}$), лейкоцитлар формула-сини бироз чапга силжиши, ЭЧТ 18-20 мм/соат ошиши қайд этилади. Баъзан тана ҳарорати меъёрда бўлиши ёки лейкоцитлар формуласи ўзгаришсиз қолиши ҳам мумкин. Фарингоскопияда муртаклар шиллиқ пардасининг тарқоқ қизариши ва бу қизариш танглай равоқчаларининг четларига тарқалганлиги, танглай муртаклари кескин катталашиб, қон томирлари бўртиб чиққанлиги, юмшоқ танглай ва ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси ўзгармаганлиги кўринади. Беморнинг тили қуруқ, ок-сарғиш қараш билан қопланади (65-рasm). Катарал ангина кўпинча фолликуляр ва лакунар ангинадан олдин ривожланади ва 2-3 кун давом этиб, даволанмаса фолликуляр ёки лакунар ангинага айланади.



65-рasm.

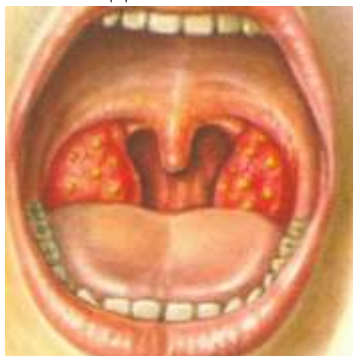
Катарал ангина

Катарал ангинани ўткир фарингитдан фарқлаш лозим. Ўткир фарингит одатда ўткир респиратор касалликларда ривожланиб, унда муртаклар ва ҳалқумнинг шиллиқ пардаси қизаради, катарал ангинода эса яллиғланиш жараёни асосан муртакларда жойлашади. Маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, пайпасланганда бироз оғрийди.

Таъхис анамнез маълумотлари, бемор шикоятлари мезо-, эпи- ва гипофарингоскопия ва клиник текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Фолликуляр ангина касалликнинг оғир шаклларида бири бўлиб, яллиғланиш жараёни нафақат муртакларнинг шиллиқ пардасини, балки фолликулаларни ҳам қамраб олади. Фолликулаларда лейкоцитли инфильтратлар ёки айрим майдонларда некрозли ўзгаришлар пайдо бўлади. Муртаклар шишиб, шиллиқ пардаси қизаради. Эпителий қавати остида жойлашган фолликулаларда тарик донасидай ок-сарғиш кичик нуқталар (йирингли фолликулалар) кўринади.

Шунинг учун муртакларнинг эркин юзи "юлдузли осмон" манзарасини эслатади.



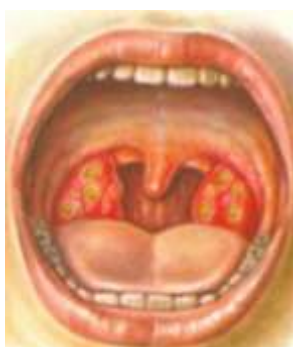
66-расм.Фолликуляр
ангина

Белгилари. Фолликуляр ангина ўткир бошланиб, беморнинг тана ҳарорати 38–38,5⁰С га кўтарилиб, томоғи оғрийди. Оғрик айниқса ютинганда кучаяди ва кўпинча қулоқ соҳасига ҳам тарқалиши мумкин. Организмда умумий заҳарланиш белгилари: ҳолсизлик, қалтираш, бош оғриғи, бўғимлар, мушаклар, баъзан бел ва юрак соҳасининг оғриши, иштаҳани пасайиши ва қабзият кузатилади. Болаларда тана ҳароратини кўтарилиши билан бирга қусиш, менингизм белгилари, талваса, эс-хушни хиралашиши каби оғир белгилар пайдо бўлиши

мумкин. Бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталаниб, пайпасланганда оғрийди. Қонда лейкоцитоз ($12 - 15 \cdot 10^9 / \text{л}$), таёқча ядроли лейкоцитлар сонини кўпайиши, лейкоформулани чапга силжиши, ЭЧТ ни ошиши кузатилади; сийдикда альбуминурия ва микрогематурия аниқланиши мумкин. Фарингоскопияда юмшоқ танглай ва равоқчаларга тарқалган тарқоқ қизариш, инфильтрация, танглай муртакларининг шиши кўзга ташланади. Муртаклар юзасида 1-3 мм хажмдаги кўпсонли айлана, бироз бўртиб чиққан сарғиш-оқ нуқталар кўриниб, юлдузли осмонни эслатади. Бу тузилмалар шиллиқ парда остида жойлашган муртакларнинг йирингли фолликулалари бўлиб, улар касалликнинг 2-3- кунни ёрилиб, шиллиқ пардада тез битувчи ярачалар ҳосил қилади. Касаллик 5-6 кун давом этади (66-расм).

Фолликуляр ва лакунар ангиналар клиник ва патологоанатомик манзараси билан бир-биридан кам фарқ қилади. Касалликнинг клиник шакли эса қайси жараён кўпроқ ривожланганлигига боғлиқ бўлади.

Лакунар ангина лакуналар ичида ва кириш қисмида дастлаб серозли-шиллимшиқ, кейинчалик йирингли ажралма тўпланиши билан кечади. Ажралма лейкоцитлар,



67-расм.
Лакунар ангина

лимфоцитлар, кўчган эпителий ва фибриндан иборат. Лакуналар атрофини ўраган қарашлар бир-бири билан қўшилиб, муртаклар юзасини қисман ёки бутунлай қоплаши мумкин, аммо бундай қарашлар атроф тўқималарга (равоқлар, ён деворлар, тилча) тарқалмайди ва осон кўчади. Лакунар ангинанинг шу белгиси биринчи навбатда уни ҳалқум дифтериясидан фарқлашга ёрдам беради.

Белгилари. Касалликнинг бошланиши ва клиник манзараси фолликуляр ангилага ўхшасада, ангинанинг бу шакли нисбатан оғирроқ кечади. Жараён кўпинча иккала муртақда бир вақтда ривожланиб, баъзан беморда бир вақтнинг ўзида ҳам фолликуляр, ҳам лакунар ангина белгиларини кузатиш мумкин. Фарингоскопияда муртакларнинг қизарган шиллиқ пардаси юзасида, лакуналар очиладиган майдонда сарғиш-

оқ караш пайдо бўлиб, шиллиқ пардада некроз ва кўчган эпителий майдончалари кўринади. Фиброзли караш айрим майдонларда бир-бирига қўшилиб муртак сатҳини тўлиқ қопласада, лекин муртаклар чегарасидан чиқмайди. Карашлар шпател ёрдамида осон кўчади (67-расм). Касаллик ўртача 5-7 кун давом этиши ёки асоратланган оғир кечимида ундан кўпроқ муддатга чўзилиши мумкин.

Танглай муртакларининг ўткир яллиғланиши Пирогов-Вальдейер лимфаденоид ҳалқасининг бошқа муртакларига ҳам тарқалиши мумкин.

Бурунҳалқум муртаги яллиғланганда беморнинг димоғи оғрийди, оғриқ бурун соҳасига тарқалиб, бурун орқали нафас олиш қийинлашади. Тил муртаги яллиғланганда беморнинг томоғи оғриб, ютинганда ва тилини оғзидан чиқарганда оғриқ кучаяди. Ҳалқум ён деворларининг лимфоид тўқимаси яллиғланганда ушбу майдонда бироз оғриқ ва шиш пайдо бўлади. Баъзан касаллик оғир кечиб, беморда йирингли медиастенит ривожланиши мумкин.

Даволаш. Катарал, фолликуляр ва лакунар ангина билан оғриган бемор асосан уй шароитида, лекин касаллик оғир кечган ҳолларда даволаш юқумли касалликлар шифохонасида даволанади. Беморга алоҳида идиш-товоқ ва сочиқ ажратилиб, қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлили ўтказилади, танглай муртагидан бактериологик текширув учун суртма олинади. Енгил ва витаминларга бой овқатлар, кўп миқдорда илиқ суюқликлар ичиш (лимонли чой, шарбатлар, маъданли сувлар) тавсия қилинади.

2010 йилда 8-9 октябр оyiда Ўзбекистон оториноларингологларининг III съезди бўлиб, унда ўткир тонзиллитларда (ангиналарда) яллиғланган танглай муртаклари крипталари ичида йиғилиб қолган йиринглари антисептик дори воситалари билан (хлорйод, хлорфиллипт, йодиол, 0,25% формалин, эктерецид ва ҳ.к.) ювиш муамосига бағишланган маъруза бўлди (проф. С.А.Ҳасанов). Келтирилган маълумотларда 4500 нафар бемордан фақат биттасида енгилгина перитонзиллит аломатлари қайд этилганлиги, у ҳам тезда бартараф этилганлиги кўрсатиб ўтилди. Йирингли жараённинг олтин қoидаси - йиғилган йирингни чиқариб ташлаш лозимлиги ва керак бўлганда ҳўппозда тонзиллэктомия жарроҳлик амалини бажариш амалиётда қўлланилишини кўрсатиб, ўз амалиёти натижасида 5000 дан зиёд ўткир тонзиллитда крипталарни ювиб, бирорта асорат кузатилмаганлигини доцент А.А.Ҳасанов ҳаммага маълум қилди.

Шу билан бирга беморларга этиотроп, патогенетик, симптоматик даволаш тадбирлари ва витаминлар буюрилади. Касалликни турли микрофлора кўзғатишини эътиборга олган ҳолда беморга кенг таъсир қўламига эга антибиотиклар (ампицилин, цефамизин, амоксиклав, клафоран, аугминтин ва бошқ.) буюрилади. Биопарокс маҳаллий яллиғланиш жараёнига қарши таъсирга эга бўлиб, кунига 4 маҳал аэрозол шаклида буюрилади. Антибиотиклар эритмасини пастки жағ суяги бурчагидан 1см олд-пастки соҳасига тери остига лимфотроп усулда юборса бўлади.

Яллиғланиш жараёнининг 63% дан ортиқ ҳолларда анаэроб микроблар иштирок этишини назарда тутиб метрогил эритмаси вена ичига томчилаб юборилади (С.Н. Алланиёзов, 2006).

Беморга антигистамин дори воситалари, витаминлар (шу жумладан, аскорутин) ичиш тавсия қилинади. Томоқни фурацилин, 2% ичимлик содаси эримаси ёки шўр сув, доривор мармарак, календула дамламаси билан кунига 4-6 марта чайиш тавсия қилинади. Клиникамизда олиб борилган тажрибалар шуни кўрсатадики, 1% кальций хлорид эритмасини катталарга 400 мл гача миқдорда (болаларга 7-10 мл/кг дозада бир дақиқада 40-50 томчи) томчилаб юбориш яхши самара беради.

ТошПТИ ЛОР клиникасида олиб борилган кузатувларга кўра ангина билан оғриган беморларни 96% да бурун ёндош бўшлиқларида сурункали яллиғланиш борлиги аниқланди, демак фақатгина ўткир тонзиллитни (ангинани) даволаш билан чегараланмай, синуситларни ҳам даволаш лозим.

Маҳаллий усулда танглай муртаклари соҳасига УВЧ, қисқа тўлқинли терапия муолажалари ўтказилиб, жағ ости лимфа тугунлари соҳасига иссиқ яримспиртли бойлам қўйилади. Кўрсатма бўйича беморга салицилатлар (парацетамол, панадол), муколитиклар ва тинчлантирувчи дорилар буюрилади. Ангина билан оғриган бемор 6-8 кун давомида ишдан ёки ўқишдан озод этилиши, ишга ёки ўқишга рухсат беришдан олдин қон ва сийдик таҳлиллари, ЭКГ текшируви ўтказилиб, бир ой давомида врач назорати остида бўлиши лозим.

Аралаш ангина жуда кам учрайди ва юқорида қайд этилган ангиналар белгиларини бирга кечиши билан намоён бўлади.

Ўткир аденоидит (ретроназал ангина) - ҳалқум муртагининг ўткир яллиғланиши. Касаллик ўткир ёки сурункали қайталанувчи кечимга эга бўлиши мумкин. Кўпинча болаларда ҳалқум муртаги ривожланиши даврида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланишининг асорати сифатида ҳамда турли юқумли касалликларда учрайди; катталарда касаллик кам – муртак инвалюцияси (бола ўсган сари содир бўлувчи атрофия жараёни) ривожланмаган ҳоллардагина кузатилиши мумкин. Яллиғланиш жараёни муртақдан ҳалқумнинг юқори ва ўрта бўлимларининг шиллиқ пардасига тарқалиши мумкин. Касалликни кўпинча болалар ва ўсмирларда учрашини бир томондан уларда ҳалқум муртаги борлиги, иккинчи томондан уни инфекцияга қарши ўта кучли реакцияси билан изоҳлаш мумкин.

Этиологияси. Ўткир аденоидит (эпифарингит) кўпинча болалар респиратор касалликлари билан бирга кечади. Уни ривожланишига оппортунистик ва шартлипатоген флорани турли ноқулай омиллар (ижтимоий-маиший, алиментар, экологик ва бошқ.) таъсирида фаоллашиши сабаб бўлади. Бунда А гуруҳига мансуб бета-гемолитик стрептококк муҳим аҳамиятга эга. Аденоидитнинг ривожланишига сабаб булган бошқа микроорганизмларга микоплазмалар, хламидийлар, рино- ва короновируслар, грипп ва парагрипп

вируслари, Эпштейн - Барр вируси, “С” ва “G” гурухи стрептококклари ва стафилококклар киради.

Ўткир аденоидит ҳаво-томчи йўли орқали тарқалиб, болалар мактаб ва боғчаларда бўлган куз-қиш ва баҳор фаслларида касалликни кўпайиши қайд этилади. Бу ёшдаги болаларда ҳалқум муртаги кўпинча катталашган бўлиб, у турли клиник белгилар билан кечувчи иммунитетни бузилишидан ва организм ҳимоя кучининг сустлигидан далолат беради.

Иммунитет танқислиги ҳолатининг асосий клиник белгиси - бу ЛОР-аъзоларда, бронх –ўпка тизимида, кўзларда, терида ва юмшоқ тўқималарда кўпинча анъанавий ва патогенетик терапияга чидамли оппортунистик ва шартли – патоген микроблар кўзғатган турли сурункали қайталанувчи инфекцион - яллиғланиш жараёнларини ривожланишидир. Организм иммун тизимидаги сифат етишмовчилиги сон кўрсаткичи, яъни лимфоэпителиал тўқимани катталашини билан қопланади.

Клиник манзараси. Ёш болаларда ўткир аденоидит тана ҳароратини 39-40⁰ С га кўтарилиши, бурун орқали нафас олишни кескин бузилиши, қулоқ оғриғи, ҳуружли йўтал билан намоён бўлади. Эмизикли болаларда касаллик кескин таъсирланиш белгилари, эмишини қийинлашини, парентерал диспепсия, қусиш, ич кетиши, қатор холларда бош мия пардаларининг таъсирланиш белгилари билан жуда оғир кечади. Бурундан дастлаб суюқ, кейинчалик шилимшиқ – йирингли ажралма оқиб, маҳаллий лимфа тугунлар, асосан бўйин ва пастки жағ лимфа тугунлари катталашади ва манқаланиш кузатилади. Тана ҳарорати 38⁰ С ва ундан ортиққа кўтарилади, бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашиб, пайпасланганда оғрийди. Катта ёшдаги болаларда ва катталарда касаллик тана ҳароратини биров кўтарилиши ёки меъёрда бўлиши, умумий ҳолатни енгил бузилиши билан кечиши мумкин.

Яллиғланиш жараёни най муртаклари, ҳалқум, бодомча безларнинг равоқчалари ва лимфоид фолликулаларига тарқалганда касаллик *ўткир эпифарингит* сифатида кечиши ва беморда катарал ўрта отит, евстахеит, ретрофарингиал ҳўппоз асоратлари кузатилиши мумкин.

Шуни эътиборга олиш лозимки, ўткир яллиғланиш жараёни сурункали кечимига айланганда катталашган ҳалқум муртакларидаги шиш ва инфильтрация жараёнига пролиферация жараёнини ҳам қўшилади, натижада муртаклар мугузланиб, янада катталашади. Бу эса муртакларнинг физиологик фаолиятини кескин бузилишига олиб келади: эшитув найларининг ҳалқум тешиклари тораяди; бурун орқали нафас олиш фаолияти бузилади (бола оғзи орқали нафас олади, нафас ҳаракатлари юзаки бўлиб, олинган ҳавонинг ҳажми камаяди).

Бош мияда қон айланиши бузилиб, беморда турли неврологик белгилар билан кечувчи бош мия гипоксияси жараёни ривожланади. Ҳалқум муртагининг қон томирлари экстра- ва интракраниал қон томирлар билан

анастомоз ҳосил қилиши эса яллиғланиш жараёнида калла ичи асорати, хусусан сурункали базал лептоменингитни ривожига олиб келиши мумкин.

Бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт давомида бузилиши тиш жағ тизимининг нотўғри ривожланишига, юқори ва пастки жағ суяклари ўсишининг номутаносиблигига олиб келади (*habitus adenoides*).

Баъзан болаларда бурунҳалқумнинг гумбазида жабра тирқишининг битмаслиги ва рудиментар чўнтак – Торнвальд кистаси ҳосил бўлиши мумкин. Киста катталашган ҳалқум муртаги билан ёпилган ва патологик ажралма билан тўлган яширин бўшлиқдир.

Балоғат ёшидаги беморларда аденоидит касаллиги камдан-кам учрайди ва бунда муртак сурункали яллиғланиш ҳолатида бўлади. Яллиғланиш жараёни муртакдан ҳалқум ва нафас йўллари шиллиқ пардасининг барча бўлимларига тарқалиб, катарал, йирингли, йирингли-некротик характерга эга бўлиши мумкин.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, клиник, аллергик, иммунологик текширувлар асосида қўйилади. Фарингоскопияда ҳалқумнинг орқа девори, орқа танглай равоқчалари кескин қизарганлиги, ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб шилимшиқ-йирингли ажралма оқаётганлиги кўринади. Эндоскоп ёрдамида бажарилган орқа риноскопияда ёки эпифарингоскопияда ҳалқум муртаги кескин шишган ва қизарганлиги, унинг юзасида нуқтали ва кўшилиб кетган йирингли карашлар борлиги аниқланади.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси кизарган ва шишганлиги, умумий бурун йўлининг орқа бўлимларида шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли ажралма кўринади.

Қатор ҳолларда бурун бўшлиғи анемизация қилиниб, тозалангандан сўнг кизарган ва турли даражада шишиб катталашган ва шилимшиқ-йирингли ажралма билан қопланган аденоидларни кўриш мумкин.

Периферик қонда чапга силжиган лейкоцитоз, ЭЧТ ни ошиши, вирусли зарарланишда лимфоцитоз кузатилади; сийдикнинг умумий таҳлилида оқсил борлиги аниқланади.

Ҳалқум орқа деворидан суртма олиб, уни микробиологик текширувидан ўтказиш касалликни қўзғатган бактерияларни аниқлаш ва тегишли бактерияларга қарши терапияни ўтказишга ёрдам беради.

Даволаш маҳаллий ва тизимли даволаш тадбирларидан иборат.

- Маҳаллий даволаш тадбирлари: беморга бурун томчилари ёки аэрозол шаклида қон томирларни торайтирувчи, яллиғланишга қарши, муколитик ва антисептик дорилар, иммуномодуляторлар буюрилади. Барча дорилар бурун бўшлиғи ва ҳалқум тозалангандан сўнг киритилади;

- Тизимли терапияда турли дорилар ишлатилади;

- Симптоматик воситаларга тана ҳароратини тушурувчи, оғриқсизлантирувчи дорилар киради (*парацетамол (тайленол), солпадеин ва бошқ.*).

- Вирусларга қарши ацикловир, интерферон ва иммуномодулятор дорилар: полиоксидоний, ликопид, арбидол, Ирс-19, иммудон.

- Этиотроп терапия: микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқлангандан сўнг беморга асосан пенициллин гуруҳи антибиотиклари (феноксиметилпенициллин, амоксициллин/клавуланат) ёки II –III авлодга мансуб цефалоспориинлар (цефуроксим, цефатоксим, цефтриаксон) ва макролидлар (эритромицин, рокситромицин, азитромицин) буюрилади.

Маҳаллий усулда қўлланиладиган фузафунжин (биопарокс) аэрозоли даволашда яхши натижа беради. У бактерияларга ва яллиғланишга қарши кенг таъсир спектрига эга. Биопарокс аэрозоли ҳар бурун тешикларига ҳар 4 соатда 4 ингаляциядан буюрилади. Ингаляциядан олдин “бурун бўшлиғи душини” бажариш даволаш самарадорлигини янада оширади.

- Аденоидитнинг ривожланишига аллергик омил сабаб бўлган ҳолларда беморга антигистамин дори воситалари тавсия этилади (кламастин, лоратадин, эбастин, цетиризин).

Аксарият ҳолларда аденоидит 3-5 кун давомида соғайиш билан тугайди, қатор ҳолларда касаллик 15-20 кун давом этиши мумкин, беморнинг умумий аҳволи нисбатан ёмонлашади.

Дорилар билан даволаш тадбирлари самара бермаган ҳолларда аденотомия жарроҳлик амали бажарилади. Ҳалқум муртаги гипертрофиясининг II-III даражасида аденоидларни касалликнинг хуруж даври даволангандан кейин режага асосан 1-2 ой ичида жарроҳлик амалини бажариш тавсия қилинади.

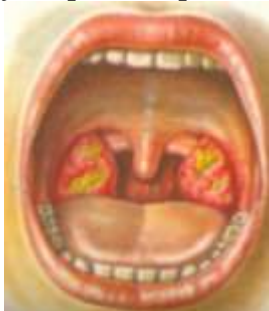
АНГИНАЛАРНИНГ НОТИПИК ШАКЛЛАРИ.

Ярали-некротик ангина, ярали пардали ангина ёки Симановский-Плаут-Венсан ангиnasi муртақларда, баъзан танглай равоқчаларида ва ҳалқум деворларида бадбўй ҳидли, кулранг қараш билан қопланган юзаки яралар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Касаллик ҳақида дастлаб 1890 йилда Н.П.Симановский ва 1897 йилда Н.Р.Plaut ва Н.Vincent маълумот берганлар.

Этиологияси. Бу ангинани соғлом одамнинг оғиз бўшлиғида мавжуд бўлган сапрофит микроблар - *галтаксимон таёқча* (*B. fusiformis*) ва оғиз бўшлиғи *спирохетаси* (*Spirichaeta buccalis*) симбиози қўзғатади. Организм умумий ва маҳаллий иммунитетининг сусайиши, ўткир ёки сурункали юқумли касалликлар, қон касалликлари, гипо- ёки авитаминоз, тиш ва милк касалликлари, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши ва бошқа омиллар ушбу ангинани ривожланишига ёрдам беради.

Белгилари. Муртақнинг томоқ юзасида (одатда, бир томонда) юмшоқ, осон кўчувчи кулранг қараш пайдо бўлиб, қараш олингандан сўнг унинг остида юзаки яра қолади. Яранинг тубида носпецифик микрофлорага бой (асосан галтаксимон бациллалар ва спирохеталар) юмшоқ фибринли қараш ҳосил бўлади. Фибринли қараш остида некрозга учраган лимфаденоид тўқима майдони, унинг четларида - реактив яллиғланиш тасмаси кўринади. Некроз

жараёни муртакнинг эпителий қавати ва паренхимасига, қараш ва яралар милқларга, юмшоқ танглайга, ҳалқумнинг орқа деворига, ҳиқилдоққа ва баъзан атроф тўқималарга ҳам тарқалиши мумкин (68-расм). Бемор чайнаганда ёки ютинганида томоғида ёт жисм ва кучли оғриқ ҳис этишига, оғзидан ёқимсиз ҳид келишига, сўлаги оқишига шикоят қилади. Умумий аҳволи нисбатан қониқарли, тана ҳарорати меъёردа ёки биров қўтарилган, зарарланган томонда жағ ости лимфа тугунлари катталашиб, биров оғрийди. Касаллик 1-3 ҳафта, баъзан ойлаб давом этади. Муртаклар соҳасидаги яралар дағал чандиқли ўзгаришлар қолдирмасдан битиб кетади.



68-расм. Ярали
некротик ангина

Ташиxis бемор шикоятлари ва фарингоскопия манзараси асосида қўйилади. Фарингоскопияда муртаклардан бирининг ҳалқум юзаси қулранг-сарғиш ёки қулранг-яшил қараш билан қопланганлиги, қараш олингандан сўнг остида чети нотекис яра борлиги ва унинг туби ифлос қулранг-сарғиш қараш билан қопланганлиги, оғир ҳолларда яралар муртак чегарасидан ташқарига, атроф тўқималарга - милқларга, тил илдизига, танглай равоқчаларига тарқалган бўлади. Қараш ва яралар ажралмасининг бактериологик

текширувида *Fusobacterium fusiforme* ва *Spirochaeta vincenti* аниқланади, қонда биров лейкоцитоз ва камқонлик белгилари, ЭЧТ ни ошиши кузатилади. 10% ҳолларда ушбу ангина дифтерия билан бирга кечади.

Ярали-некротик ангина ҳалқум дифтерияси, танглай муртаги захми, сили, қон касаллигидаги ангина ва ҳалқум муртаги ўсмасидан фарқланиши лозим.

Даволаш. Беморга умумий ва маҳаллий даволаш тадбирлари буюрилиб, оғиз бўшлиғи касалликлари даволанади.

Герпетик ангина - ҳалқум орқа девори ва юмшоқ танглайда яраланишга мойил майда пуфакча ва тошмаларни пайдо бўлиши билан кечадиган ўткир юқумли касаллик. Касалликни аденовируслар, грипп ва Коксаки вируслари кўзғатади. Инфекция ҳаво-томчи йўли ва қўллар орқали тарқалади. Пуфакчалар ёрилгандан сўнг эпителий қавати фибрин билан қопланиб, бир вақтнинг ўзида пуфакчалар танглай-тил ва танглай-ҳалқум равоқчаларида ҳамда юмшоқ танглайда пайдо бўлиши мумкин. Касаллик кўпинча ёш болаларда учрайди.

Белгилари. Герпетик ангина ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати 38-40°C га қўтарилиб, боши, томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ кучайиб, у ҳолсизланади. Бир томонлама конъюнктивит герпетик ангилага хос муҳим белги ҳисобланади. Жуда кам ҳолларда ёш болаларда серозли менингит белгилари пайдо бўлиши мумкин.

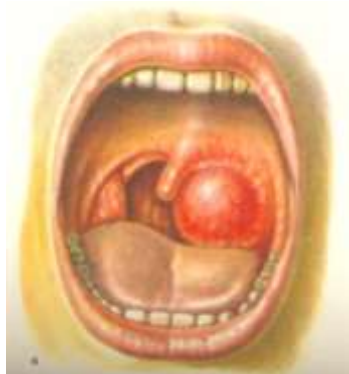
Фарингоскопияда дастлабки соатларда шиллиқ парданинг тарқоқ қизариши аниқланса кейинчалик юмшоқ танглай, тилча, танглай равоқчалари, муртаклар ва ҳалқумнинг орқа деворида кичик қизғиш пуфакчалар пайдо бўлади. Касаллик бошлангандан 3-4 кун ўтиб пуфакчалар ёрилиб ёки ўз-ўзидан сўрилиб кетади ва шиллиқ парда яна ўз ҳолига қайтади.

Даволаш. Антибиотикотерапия яхши самара бермаслигини эътиборга олган ҳолда беморга симптоматик терапия ва вирусларга қарши дори воситалари (ацикловир, интерферон ёки уни ўрнини босувчи дорилар) буюрилиб, 1% ли кальций хлорид эритмаси вена ичига томчилаб юбориш ижобий натижа беради.

Флегмоноз ангина (*интратонзилляр ҳўппоз*) нисбатан кам учрайди. Касалликнинг ривожланишига банал ангиналардан ташқари, муртакларни овқатни қаттиқ луқмаси билан жароҳатланиши сабаб бўлиши мумкин.

Бундай ангинада лакуналар чиқариш фаолиятининг бузилиши, дастлаб муртак тўқимасининг шиши, кейин лейкоцитлар инфильтрацияси кузатилади. Фолликулалардаги некрозга учраган тўқима майдонлари қўшилиб, муртакда йирингли ўчоқ ҳосил қилади (69-рasm). Муртак юзасига яқин жойлашган ҳўппоз ўз-ўзидан оғиз бўшлиғига ёки паратонзилляр бўшлиқ ичига ёрилиши мумкин.

Флегмоноз ангинада муртак қизариб катталашади, пайпасланганда оғрийди. Муртак ичи кичик ҳўппозчалари белгисиз ёки бироз маҳаллий ва умумий ўзгаришлар билан кечиб, одатда кескин клиник белгилар билан кечувчи паратонзилляр ҳўппоздан фарқ қилади. Агар флегмоноз ангинада бемор оғзини оча олса, перитонзиллит ёки перитонзилляр ҳўппозда у оғзини очишга қийналади.



69-рasm.

Флегмоноз ангина

Даволаш. Флегмоноз ангина жарроҳлик усулида даволаниб, беморда муртак ичи ҳўппозини очиш ёки умумий ва маҳаллий оғриқсизлантириш остида *тонзиллэктомия* жарроҳлик амаллари бажарилади. Бир вақтнинг ўзида беморга яллиғланишга қарши антибиотиклар, антигистамин, оғриқсизлантирувчи, дезинтоксикация ва симптоматик дори воситалари буюрилади. Танглай муртаклари чегараси соҳасига тери остига антибиотик эритмасини юбориш ва вена ичига 1% ли кальций хлорид эритмасини 1 дақиқада 40-50

томчидан томчилаб юбориш яхши натижа беради.

Жарроҳлик амали пайтида қуйидаги асоратлар кузатилиши мумкин: жароҳат майдонидан қон оқиши, тана ҳароратини кўтарилиши, бўғилиш (қон нафас йўлларига кирганда содир бўлади), менингоэнцефалит, менингит, умуртқа поғонаси остеомиелити, бўйин умуртқаларини чиқиши, юмшоқ танглай фалажи ва бошқ. Асоратларни олдини олиш учун жарроҳлик амалидан олдин ЭКГ, қон, сийдик ва ахлатнинг клиник текширувлари ўтказилади; педиатр, терапевт ва кардиолог кўриги уюштирилиб, бемор жарроҳлик амалига тайёрланади.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНАЛАР.

Дифтерияда ривожланган ангина ёки ҳалқум дифтерияси *танглай муртаклари ва оғиз-ҳалқум шиллиқ пардасида, яъни инфекция кириш майдонида, фибринли қараш ҳосил бўлиши билан кечган ўткир юқумли касаллик.*

Этиологияси. Касалликни ташқи муҳитга чидамли дифтерия таёқчаси (*Corynebacterium diphtheriae*) кўзғатади. Инфекция асосан ҳаво-томчи ёки контакт йўл орқали тарқалади. Яширин давр 2-7 кун давом этади. Дифтерия катталарга нисбатан болаларда кўпроқ учрайди.

Белгилари. Касаллик ўткир бошланиб, беморнинг тана ҳарорати кўтарилади. Дифтериянинг клиник кечими хилма-хил бўлганлиги сабабли, касалликнинг қуйидаги шакллари тафовут қилинади:

- маҳаллий шакли: қарашли, оролчали, катарал;
- ҳалқум, бурун ва ҳиқилдоқни зарарланиши билан кечувчи тарқоқ дифтерия;
- токсик шакли: геморрагик ва гангренозли дифтерия.

Дифтериянинг маҳаллий шакли - энг кўп учраб, 70-80% ни ташкил қилади. Жараён чегараланган майдонни қамраб олади, организмнинг умумий заҳарланиш белгилари бош оғриғи, ҳолсизлик, иштаҳани пасайиши, бўғим ва мускуллар оғриши билан намоён бўлади. Дастлабки соатларда беморни томоқ оғриғи безовта қилади, иккинчи кун - оғриқ анча зўраяди, нутқи ноаниқ бўлиб, оғзидан ёқимсиз ҳид келади. Тана ҳарорати баландлигига қарамасдан беморнинг юзи рангпар бўлади (лакунар ва фолликуляр ангинода беморнинг икки юзи одатда қизил, лаблари қуруқ бўлади).



70-расм.
Оғизҳалқум
дифтерияси



71-расм.
Бурунҳалқум дифтерияси

Маҳаллий лимфа тугунлар биров катталашиб, оғрийди. Фарингоскопияда муртакларнинг ва танглай равоқчаларининг кўкимтир қизариши ва шиши, лакуналар соҳасида (оролчали шаклида) ва муртакларнинг томоқ юзасида (қараш шаклида) кулранг-оқини қалин қараш кўринади. Қараш баъзан сарғиш ёки яшил рангда

бўлиб, танглай равоқчалари, юмшоқ танглай, тилча ва ҳалқумнинг орқа деворида ҳам жойлашади. Дифтериянинг катарал шаклида қараш қузатилмаслиги ҳам мумкин (70, 71- расмлар). Ҳалқум *дифтериясининг тарқоқ шакли* 3-5% ҳолларда учрайди ва қарашни бурунҳалқум, бурун, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шиллиқ пардасига тарқалиши билан кечади. Беморда пастга тарқалувчи ҳиқилдоқ торайиш ҳоллари ривожланиши мумкин. Беморда заҳарланиш белгилари анча кескин намоён бўлиб, тана ҳарорати 39°C га кўтарилади, томоғи оғриб, ютинганда оғриқ зўраяди. Бундан ташқари беморда

тахикардия, аритмия, қон босимини пасайиши, эс-хушни хиралашиши каби белгилар кузатилади.

Дифтериянинг токсик шакли жуда кам учрайди. Касаллик ўткир бошланиб, беморнинг тана ҳарорати 40°C га кўтарилади, ҳалқум шиллиқ пардасининг ва буйин тери ости ёғ тўқимасининг шиши эрта пайдо бўлади. Беморни томоғи оғриб, ютинганда оғриқ зўрайди, нафас олиши қийинлашади. Кейинги боскичларда юмшоқ танглай фалажи ривожланиб, юмшоқ танглайнинг ҳаракати бузилади натижада, бемор ютинганда овқат парчалари бурун бўшлиғига кириб, беморда манқаланиш юзага келади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталаниб, парафаренгиал, жағ ости ва бўйин тўқималарининг шиши билан бирга кечади. Шиш ўмров суяги ва ҳатто ковурағаларгача пастга тарқалиши мумкин.

Айрим ҳолларда клиник манзарада геморрагик диатез (геморрагик дифтерия) белгилари етакчилик қилиши ва бурундан, юқори нафас йўлларида қон оқиши, тери остига қон қуюлиши белгилари кузатилиши мумкин.

Таъхис. Ангиналарнинг барча шакллари дифтерияга шубҳа туғдириши керак. Дифтерияга хос кулранг - оқиш ёки сарғиш-кулранг караш касалликнинг иккинчи куни охирида пайдо бўлади. Қалин караш қийинчилик билан олиниб, предмет ойначаси орасига қўйиб сиқилганда эзилмай, ўз ҳолатига қайтади, суюкликда чўқади. Караш олинган жойда у қайта ҳосил бўлади. Зарарланган майдондан олинган суртманинг бактериологик текшируви таъхисни тасдиқлайди. Карашнинг четидан олинган суртма ёки караш парчасида 75-80% ҳолларда Лёффлер таёқчаси аниқланади.

Дифтериянинг асоратлари ҳам касалликнинг оғир кечими билан бирга зўрайиб боради. Энг оғир ва энг кўп учрайдиган асорат - бу миокардит. Юмшоқ танглайнинг периферик фалажи (сайёр ва тилхалқум асаб толаси ҳалқум шохчаларининг зарарланиши) бир- ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда оёқларнинг ва диафрагманинг периферик фалажлари, болаларда эса ҳиқилдоқ торайиши (дифтерия крупи) ривожланиши мумкин.

Қиёсий таъхисот. Дифтерия кескин ривожланган заҳарланиш белгилари, адинамия ва тана ҳароратини паст бўлиши, фарингоскопия манзараси ва бошқа белгилари билан ўткир бирламчи тонзиллитдан (хусусан, лакунар ангинадан) фарқ қилади.

Даволаш. Дифтерия, айниқса унинг токсик шакли аниқланган бемор дарҳол юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилиб, санитария-эпидемиология бўлимига шошилиш хабар йўлланади. Дифтерияга қарши антитоксик зардоб инфекция ўчоғидаги ва қондаги заҳарли моддаларни нейтраллаш хусусиятига эга бўлиб, хужайралар билан бирикган заҳарли моддаларга таъсир кўрсатмайди. Шу сабабдан дифтерияга қарши зардобни эрта қўллаш лозим.

Зардоб Безредко усулида юборилади. Тўлиқ даволаш миқдорини юборишдан 1 соат олдин анафилактик шокни олдини олиш мақсадида тери остига 0,5 мл зардоб юборилади. Дифтериянинг маҳаллий шаклида 10000-30000 АЕ, 1-2

кундан сўнг яна 5000 АЕ зардоб юборилади. Дифтериянинг тарқоқ шаклида зардобнинг дастлабки миқдори 30 000 - 40 000 АЕ, кейинги миқдори - 10 000 АЕ ни ташкил қилади. Дифтериянинг токсик шаклида зардобнинг умумий миқдори 100 000-200 000 АЕга етади.

Беморга детоксикация ва симптоматик воситалар, витаминлар буюрилади. Иккиламчи асоратларни олдини олиш мақсадида антибиотикотерапия ва антигистамин дори воситалари тавсия этилади. Ҳозирги кунда даволашда нохуш таъсири камайтирилган “диаферм” – тозаланган зардоб қўлланилмоқда.

Дифтерияни бошдан кечирган беморларнинг 5-10% бацилла ташувчи бўлиб қолади ва атрофдагилар учун ҳавfli ҳисобланади. Бурун ва томоқ суртмаси текширувида уч марта манфий натижа олинганда бемор бацилла ташувчи эмас деб ҳисобланади.

Скарлатинада ривожланган ангина. Скарлатина - стрептококк инфекциясининг клиник шаклларида бири бўлиб, ўзига хос белгилар – организмнинг умумий заҳарланиши, ангина ва майда қизил нуқтали тошмалар билан кечувчи ўткир юқумли касаллик. Касаллик ҳалқум, танглай муртаклари, юмшоқ танглай шиллиқ пардасининг кескин қизариши билан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати 38-40°C қўтарилиб, бош оғриғи ва қусиш кузатилади. Қизариш, яъни “скарлатина энантемаси” қаттиқ танглайга тарқалиб, унда зарарланган майдонни кескин ажратиб турувчи чегара чизиғини пайдо қилади. Бу белги касалликнинг 2-кунда йуқолиб, 3-4- кун эса беморнинг тили малина рангидай кип-қизариб, сўрғичлари кўзга ташланиб туради. Кейинчалик жараён танглай муртакларига кўчади ва у ерда катарал ёки йирингли-геморрагик ангина белгилари пайдо бўлади. Танглай муртаклари шишиб, осон олинадиган ифлос-кулранг караш билан қопланади. Караш танглай равоқчаларига, юмшоқ танглай, тилча ва бурунҳалқумга тарқалади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб оғрийди, терида майда нуқтали тошмалар, эпидермисни кўчиши, Филатов бурунлаб учбурчаги (тошмасиз рангпар тери майдони) белгилари кузатилади. Ангина кўпроқ болаларда ривожланади ва оғир кечади, баъзан скарлатина билан оғриган болада талваса ва эс-хушни йўқотиш ҳолатлари кузатилиши мумкин.

Даволаш. 5-7 кун давомида беморнинг ёшига қараб ичишга ёки мушак орасига пенициллин гуруҳи ва кенг таъсир кўламига эга антибиотиклар буюрилади. Бир вақтнинг ўзида антигистамин дорилар, оғиз ва ҳалқумни антисептиклар билан чайиш тавсия қилинади.

Қизамиқда ривожланган ангина. Қизамиқ - одатда болаларда организмнинг умумий заҳарланиш белгилари, нафас йўллари ва лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси шиллиқ пардасининг яллиғланиши, конъюнктивит, терида папула тошмаларининг пайдо бўлиши билан кечувчи ўткир юқумли касаллик.

Ҳалқумни яллиғланиши қизамиқнинг ҳам яширин даврида, ҳам тошма даврида кузатилади. Болаларда дастлаб юқори нафас йўллариининг катарал

ўзгаришлари ва конъюнктивит белгилари пайдо бўлади. Касалликнинг 3-4- кунини тошма пайдо бўлишидан олдин лунжларнинг ички юзасида қизамиқ касаллигига хос Филатов-Коплик доғлари (ўлчами 1-2 мм бўлган 10-20 дона алоҳида-алоҳида оқиш доғчалар) пайдо бўлиб, 2-3 кундан сўнг йўқолади.

Фарингоскопияда оғиз бўшлиғи, оғизҳалқум ва юмшоқ танглайнинг шиллиқ пардаси қизарган ва бироз шишганлиги, унда турли ўлчамдаги бир-бирига қўшилиб кетган қизил доғлар (қизамиқ энантемаси) кўринади. Танглай муртакларининг зарарланиши лакунар ёки фолликуляр ангина манзарасини эслатади.

Тошмалар даврида юқори нафас йўллари катарал ўзгаришларнинг кучайиши билан бирга, ҳалқум ҳалқаси лимфаденоид тўқимасининг умумий гиперплазияси, маҳаллий лимфа тугунларнинг катталашиши, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Касалликнинг тузалиш даврида ва ундан кейинги даврда иммунитетнинг сусайиши натижасида иккиламчи инфекция қўшилиб, беморда милк, тил ва лабларнинг яраланиши, оғир ўткир ва субхордал ларингит белгилари кузатилиши мумкин.

Даволаш асосан симптоматик бўлиб, у беморни парвариш қилиш, яхши овқатлантириш, витаминотерапия, оғиз бўшлиғини антисептик эритмалар билан чайишни ўз ичига олади.

Болаларни қизамикка қарши эмлаш касалликни олдини олишга ёрдам беради. Асоратлар ривожланиши ҳавфи туғилганда антибактериал терапия буюрилади.

Туляремияда ривожланган ангина. Туляремия касаллиги чанг, озиқ - овқатлар ёки сув орқали тарқалади. Беморда некротик ангина белгилари кузатилади, маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, йиринглайди. Некроз майдонидан олинган суртмада туляремия микроби аниқланади.

Ич терламада ривожланган ангина беморларнинг 1/3 қисмида кузатилади. Катарал ангина танглай муртаклари ва равоқчаларининг шиши, кичик айлана яраларнинг пайдо бўлиши билан кечади. Яраларнинг туби ўзига хос оқ-қулранг тусда бўлади.

Юқумли моноклеозда ривожланган ангина тана ҳароратини 39-40° С кўтарилиши, жигар ва талоқ катталашиб, қонда ўзига хос ўзгаришларнинг юзага келиши (моноклеарлар сони 50-70 % га етади), жағ ости ва бўйин лимфа тугунларининг катталашиши ва оғриши билан кечади. Беморда дастлаб катарал ёки фолликуляр ангина ривожланиб, кейин муртақда оқ-қулранг парда билан қопланган яралар пайдо бўлади.

Ҳалқумни ОИТВ-инфекциясида зарарланиши. ОИТВ (одам иммунитетини танқислиги вируси) - инфекциясининг ривожланишига ретровируслар сабаб бўлади. Касаллик аста-секин ривожланувчи ва белгисиз кечувчи вирус ташувчиликдан бошланиб, кейинчалик ўлим ҳолатига олиб келувчи ва оғир

йўлдош касалликлар билан кечувчи орттирилган иммунитет танқислиги синдромига (ОИТС) айланади.

ОИТС касаллиги XX асрнинг охирида инсоният дуч келган жиддий муаммолардан бири. Касаллик бутун дунёдаги миллионлаб одамларнинг нафақат соғлигига, балки ҳаётига ҳам ҳавф солмоқда. Ҳозирги кунда бутун Ер юзини ва аҳолининг барча қатламларини қамраб олган ОИТС касаллигининг ҳақиқий пандемияси ҳақида гапириш мумкин.

Этиологияси. Касалликни ретровируслар оиласига мансуб, қон ва бошқа биологик муҳитларда ўз фаолиятини сақлаб қолиш қобилиятига эга одам иммунитетини танқислиги вируси (ОИТВ) кўзғатади. Бу вирус узлуксиз қайта тирилиш қобилиятига эга бўлиб, бунинг учун у лимфоид тўқима, асаб тўқимасининг микроглияси ва ичаклар эпителийсидан захира (резервуар) сифатида фойдаланади.

Патогенези. Касалликнинг патогенези ҳужайра ва гуморал иммунитетнинг бузилиши билан боғлиқ, чунки одам иммунитетини танқислиги Т-хелперларни зарарлайди.

Эпидемиологияси. *Инфекция манбаъи* касалликнинг турли босқичи билан оғриган бемор бўлиб, вирус унинг қонида, спермасида, қин ажралмасида, она сутида мавжуд бўлади.

Тарқалиш йўллари. Касаллик бемордан соғлом одамга қон орқали (айниқса наркоманлар орасида битта шприцни бир нечта одам ишлатганда), шиллиқ парда орқали жинсий алоқаларда (ҳам гомо-, ҳам гетеросексуал алоқаларда), плацента орқали онадан болага ва она сути орқали тарқалади.

Зарарланиш ва касалликнинг дастлабки белгиларни пайдо бўлиши орасидаги давр турли беморларда турлича давом этади. Ўрта ҳисобда организмда касалликнинг белгиси сифатида баҳоланувчи қонда ОИТВ га қарши антителоларни аниқланишидан бошлаб, ОИТС нинг клиник белгилари ривожланишигача 7-11 йил ўтади, аммо касаллик дастлабки 3 йил ичида ҳам намоён бўлиши мумкин.

ОИТВ одам организмнинг барча биологик муҳитларида аниқланган.

- Юзасида CD4 + антигенга эга ҳужайралар ОИТВ учун нишон ҳужайралар бўлиб хизмат қилади, асосан улар Т-лимфоцитлардир.
- Моноцит ва макрофаглар ВИЧнинг таъсирига чидамли бўлсалар-да, улар унинг диссеминациясига (тарқалишига) ёрдам беради.
- ВИЧ-инфекциясининг характери ва кечимининг оғирлигини олдиндан айтиш учун CD4+ Т- лимфоцитлар миқдорини ва «вирусли устама»ни (полимераз занжир реакцияси усули билан аниқланган 1мл қон зардобидagi вируслар миқдори) аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.
- CD4+ ҳужайраларнинг сони камайган ва иммун жавоби сусайган сари вирусли устама кўпайиб боради, бу эса касалликни зурайиши билан намоён бўлади.

Тансифи. Мамлакатимизда қабул килинган ОИТВ-инфекциясининг клиник таснифи бўйича касалликнинг кечимида бир-бирини навбатма-навбат алмаштирувчи 4 та даври кузатилади:

I - давр; инкубация даври;

II – давр; бирламчи белгилар, шу жумладан уч босқичлар (фазалар):

А) ўткир инфекция босқичи;

Б) белгисиз инфекция босқичи;

В) кўпсонли тарқоқ лифаденопатия босқичи.

III - давр; иккиламчи касалликлар даври, у ҳам турли инфекция ва ўсма жараёнларининг кучайишини ва тарқалишини акс эттирувчи уч (А, Б, В) босқичдан (фазалардан) иборат.

IV– давр: терминал даври.

Клиник манзараси. ЛОР-аъзолар, биринчи навбатда ҳалқумнинг турлича зарарланиши ОИТВ-инфекциясида тез-тез учрайдиган белгилардан бир бўлиб, касалликнинг деярли барча шаклларида кузатилади ҳамда муҳим диагностик аҳамият касб этади.

I инкубация даври – бу ОИТВ-инфекция билан зарарланиш пайтидан бошлаб, ўткир инфекция белгилари ва/ёки қон зардобидида специфик антителолар пайдо бўлиши орасидаги давр бўлиб, у 2-4 ҳафтадан 3 ойгача (ўрта ҳисобда 1 ой) давом этади.

II даври – ОИТВ-инфекциясининг дастлабки белгилари ривожланган даври (зарарланишдан сўнгги 6-8 ҳафтаси).

А босқич: ОИТВ-инфекциясининг ўткир бошланиши носпецифик бўлиб, моноклеозсимон (кўп ҳолларда) ёки гриппсимон синдром, полиаденит, нафас йўллари пастки бўлимларининг зарарланиши, серозли менингит, энцефалопатия, нефропатия, тромбоцитопатиянинг клиник белгилари билан намоён бўлади.

Моноклеозсимон синдромда беморнинг тана ҳарорати 38-39⁰ С га кўтарилиб, моноцитар шаклдаги ангина, лимфа тугунларнинг катталаниши, гепато - ва спленомегалия, баъзан артралгия, миалгия ва диарея кузатилади. Периферик қондаги ўзгаришлар (моноклеарлар, шу жумладан атипик шакллариининг сонини кўпайиши) моноцитар ангинани инкор этолмайди. Шу сабабдан қатор ҳолларда бирламчи ОИТВ–инфекциясининг белгилари кузатилган беморлар ангина ташхиси билан юқумли касалликлар шифохонасига ётқизиладилар. Бунда серологик текширувда аниқланган ОИТВ-антителолар аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради. Бу даврда беморнинг гавдасида, юзида, бўйнида эритемали макулопапулёз ва геморрагик васкулит тошмасига ўхшаш диаметри 3 мм га тенг геморрагик доғлар пайдо бўлади.

Гриппсимон синдром тўсатдан бошланиши, тана ҳароратининг баландлиги, қалтираш, бош оғриғи, миалгия, анорексия билан кечувчи организмнинг кескин заҳарланиш белгилари билан намоён бўлади; беморда полиаденопатия, спленомегалия, экссудатив фарингит кузатилиши мумкин. Ҳалқумнинг шиллиқ пардаси қизарган, бироз шишган, муртаклар қизарганлиги аниқланиб, касаллик аденовирусли инфекцияни эслатувчи тўлқинсимон кечимга эга

бўлиши мумкин. ОИТВ-инфекциясининг ПА босқичида юз ва буйин соҳаси терисининг вирусли касаллиги - герпетик инфекция ривожланиши мумкин.

Текширув пайтида моноклеозсимон ёки гриппсимон синдромлар белгиларини моноцитар ангина ёки ўткир респиратор инфекциядан фарқлаш жуда кийин, чунки касалликнинг бу босқичида ҳалқумнинг ўзига хос специфик ўзгаришлари кузатилмайд.

ПА босқич: белгисиз вирус ташувчилик (қонда ОИТВ га қарши антителолар титрини ўсиб бориш даври). Бу даврда ОИТВ- инфекция билан зарарланган беморларнинг деярли 50% да марказий асаб тизимида ривожланган демиелинизация жараёни сенсонеурал паст эшитишлик ва мувозанат аъзоси касалликларининг субклиник шакллариининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Айрим беморларда ривожланган транзитор тромбоцитопения жарроҳлик амали пайтида қон оқиши асоратини юзага келишига сабаб бўлади.

ПБ босқич: кўпсонли (персистирланган) тарқоқ лимфаденопатия кўп вақт давомида (10 йил ва ундан ортиқ) тарқоқ лимфаденопатия касалликнинг ягона белгиси бўлиши мумкин.

Кўпинча орқа бўйин, энса орти ва ретромандибуляр лимфа тугунлар катталашади. Беморларда лимфа тугунларнинг катталаниши, тана ҳароратини 39⁰С га ва ундан ортиқ ошиши, калтираш ва терлаш билан кечади; бошқа ҳолларда касаллик белгисиз кечади.

ПВ босқичи бевосита IV босқичга ўтиши ёки ўртача иммун танқислиги остида кечувчи ОИТС-ассоциация комплекси билан намоён бўлиши мумкин.

IV босқич (терминал босқич): ушбу даврда кўпинча оппортунистик ва онкологик касалликларни шиддат билан ривожланиши кузатилади.

Иммун тизими меъёрда бўлган одам учун ҳавфсиз, аммо иммунитет танқислиги шароитида оғир касалликларнинг ривожланишига сабаб бўлувчи шартли-патоген микроорганизмлар қўзғатган касалликлар **“оппортунистик касалликлар”** деб номланади. Иммунитетнинг кескин сусайиши шароитида дастлаб *стрептококк, стафилококк ва пневмококк инфекциялари фаоллашади*. Бу даврда беморларда кузатилган ангина даволаш тадбирларининг самарасизлиги ва оғир асоратлар (паратонзиллит, парафарингит, сепсис) ривожланиши билан кечади.

ЛОР-аъзоларининг бошқа ўткир ва сурункали касалликларининг ривожланиши ҳам иммунитетининг кескин сусайиши шароитида *пиоген флоранинг фаоллашиши* билан боғлиқ бўлади. Ўткир синусит ва отитни анъанавий терапия ёрдамида деярли даволаб бўлмайди ва касаллик тез-тез авж олувчи ва оғир асоратларни ривожланиш ҳавфи юқори бўлган сурункали шаклига айланади.

ЛОР-аъзоларининг оппортунистик инфекциялари орасида **ҳалқум ва қизилўнгач кандидози** айниқса кўп учрайди. Илгари ҳеч қачон антибиотиклар, кортикостероидлар ёки цитостатик дориларни қабул қилмаган ёш йигит -

қизларда давомли фарингомикоз касаллиги аниқланганда шифокор уларни дарҳол ОИТВ - инфекциясига текшириши лозим.

Оппортунистик касалликнинг энг оғири - бу *пневмоцитоз*, яъни *пневмоцитли зотилжам* бўлиб, у иммунитети жуда сусайиб кетган беморларда ривожланади. ОИТС билан оғриган беморларнинг 2/3 қисми ўпка пневмоцитози касаллигига чалинсада, ўрта қулоқ касалликлари уларда нисбатан кам учрайди.

ОИТС нинг муҳим белгиларидан бири - бу сабабсиз ривожланган иммунодепрессия ҳолати ҳамда бир ойдан ортиқ вақтга чўзилган оғиз бўшлиғи, ҳалқум шиллиқ пардалари ва терининг герпетик инфекциясидир. Юзда пайдо бўлган тошмалар билан бошланган оддий герпес диссиминациялашган (тарқоқ) характер касб этиши мумкин. Беморда ташқи эшитув йўли тошмалари, зарарланган томонда юз соҳасини кескин оғриши, юз (YII) ва даҳлиз-чиғаноқ (YIII), баъзан уч шохли (Y), сайёр (X) ва кўшимча (XI) асаб толаларининг зарарланиши билан кечувчи *herpes zoster otitis* ривожланиши мумкин.

Герпетик ангина умумий ва маҳаллий белгилар билан кечади. Умумий белгилар тана ҳароратини кўтарилиши, нохушлиқ, холсизлик билан намоён бўлади. Герпетик ангинадagi маҳаллий белгилар танглай муртаклари, танглай равоқчалари, юмшоқ танглайнинг қизарган шиллиқ пардасида папулалар пайдо бўлиши билан ифодаланади. Папулалар дастлаб оқ-кулранг пуфакчаларга, кейин кичик эрозияларга айланади (ацикловир дори воситаси қўлланилгандан кейин герпетик инфекцияни даволаш самарадорлиги анча ошди).

ОИТС билан оғриган беморларда тил четида, лунжлар шиллиқ пардасида “тукли лейкоплакия”, яъни оқ, юзи нотекис бужмайган шиллиқ парданинг қалинлашган майдони аниқланади. Унинг ривожланишига *Эпштейн-Барр вируси* ёки *папилловируслар* сабаб бўлади.

Цитомегаловирусли инфекция ОИТС га чалинган беморларда эзофагит, колит, гастрит, энтеритни ривожланишига олиб келади. Ошқозон-ичак йўлларида ташқари у кўзларни (хориоретинит), марказий асаб тизимини ва ўпкани зарарлаши мумкин.

Ўсма жараёни билан кечган ОИТС да кўпинча Капоши саркомаси - қон томирларнинг ҳавфли ўсмаси учрайди. Бошнинг терисида қизил ёки пигмантга бой доғлар пайдо бўлиб, улар дастлаб папула ва тасмаларга айланади, кейинчалик бир-бирига кўшилиб, инфильтратлар ҳосил қилади. Тузилма кўпинча қулоқ супрасида ва қулоқ орти соҳасида, оғиз бўшлиғининг қаттиқ ва юмшоқ танглай соҳасида, лунжларнинг шиллиқ пардасида, муртакларда ва ҳиқилдоқда (бунда беморнинг овози буғилади) жойлашади.

Таъхис ОИТВ – инфекцияси таъхиси клиник ва эпидемиологик анамнез маълумотлари таҳлили ва лаборатория текширувлари натижаларига боғлиқ. ОИТВ-инфекциянинг лаборатория текширув усуллари организмнинг биологик суюқликларида ОИТВ га қарши специфик антителоларни аниқлашга асосланган.

Стандарт ва энг оддий текширув - бу иммунфермент таҳлил (ИФТ) реакцияси бўлиб, у ОИТВ га қарши антителоларни серологик усулда аниқлаш ва кейин иммун тизими реакциясида уларнинг специфик эканлигини тасдиқлашдан иборат. Беморларда ОИТВ га қарши антителолар зарарланиш пайтидан бошлаб, 2- ҳафтадан 3 ойгача вақт давомида пайдо бўлади.

Ҳозирги кунда ОИТВ-инфекциясини аниқлаш учун полимераз занжири реакцияси (ПЗР) текшируви кенг қўлланилмоқда. Ушбу текширувда касалликнинг кечими оғирлашган сари кескин ўсиб боровчи “вирусли устама” кўрсаткичи аниқланади.

Даволаш. Ҳозирги кунда ОИТВ-инфекциясига чалинган беморларни узил-кесил даволаш имконини берувчи дори воситалар йўқлиги сабабли даволаш тадбирлари ОИТС касаллигини олдини олиш ёки уни оғирлашишини секинлаштиришга қаратилган.

Даволашда специфик вирусларга, шу жумладан ретровирусларга қарши дорилар: *зидовудин, диданозин, ритонавир, индинавир* ва бошқалар кенг қўлланилади.

Ретровирусларга қарши дорилар билан даволаш тадбирларини беморда кескин иммун танқислиги ривожланмасдан олдин бошлаш ва умри давомида давом эттириш лозим. Даволаш самарадорлиги вирусли устама кўрсаткичи ва CD₄ + Т-лимфоцитлар сони ўзгаришини доимий назорат қилиш орқали баҳоланади.

Шу билан бир пайтда беморда оппортунистик, қон ва ўсма касалликларини даволаш тадбирлари ҳам олиб борилади. ОИТВ-инфекцияси билан зарарланган беморда ЛОР-аъзоларининг иккиламчи касалликларини даволаш ўзига ҳос хусусиятларга эга: касаллик кўзғатувчисига қарши дорилар кўп миқдорда ва узок вақт давомида қўлланилади; улар касалликни олдини олиш мақсадида ҳам тавсия этилади.

Даволашда иммуностимуляторлар ва иммунодепрессив дориларни қўллаш ман этилади.

ҚОН КАСАЛЛИКЛАРИДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНАЛАР

Агранулоцитозда ривожланган ангина - қонда моноцитлар ва лимфоцитлар сақланиб, гранулоцитларнинг (базофиллар, эозинофиллар ва нейтрофиллар) йуқолиши, бир вақтнинг ўзида лейкоцитлар сонининг кескин камайishi (баъзан $0,2-0,5 \cdot 10^9/\text{л}$ гача) билан кечган танглай муртаклари ва ҳалқумнинг ярали-некротик яллиғланиши. Агранулоцитознинг ривожланишига кўпинча гемопоэзга салбий таъсир этувчи дориларни (аналгин, аспирин, сульфаниламидлар, антибиотиклар, ўсмага қарши дорилар) давомли ва нотўғри қўллаш сабаб бўлади.

Этиологияси бўйича агранулоцитознинг 4 тури тафовут қилинади: юқумли, токсик (дорилар таъсири натижасида), нурланиш ва қон касалликларидаги агранулоцитоз.

Касаллик шиддатли, ўткир ва нисбатан ўткир шаклларда кечади. Агранулоцитознинг ўткир шакли бир кеча-кундузда ривожланиб, бемор

аҳволининг оғирлиги, тана ҳароратининг баландлиги ва қалтираш каби умумий белгилар билан намоён бўлади. Бир вақтнинг ўзида танглай муртакларида некротик яралар пайдо бўлади. Жараён оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳатто ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардасига тарқалади. Некрозга учраган чуқур юмшоқ ва суяк тўқималари парчаланиб дағал нуқсонлар ҳосил қилади. Жараён томоқни кескин оғриши, ютинганда оғриқни кучайиши, сўлак оқиши, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши билан кечади.

Қонда кескин лейкопения ва нейтропения аниқланади. Бир неча кун ичида қонда нейтрофиллар йуқолиб, лейкоформулани фақат лимфоцит ва моноцитлар ташкил қилади. Эритроцитлар ва тромбоцитлар сони деярли ўзгармайди.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия, лобаратория текширувлари натижалари ва бошқа қўшимча маълумотлар асосида қўйилади.

Даволаш. Беморга қон ишлаб чиқаришни фаоллаштирувчи дорилар буюрилиб, иккиламчи инфекцияга қарши даволаш тадбирлари ўтказилади. Агранулоцитозга сабаб бўлган дориларни қўллаш тўхтатилади. Вена ичига 200-300 мл қон, лейкоцитар масса қўйилиб, лейкопозни фаоллаштирувчи воситалар - нуклеинат натрий, пентоксил, лейкоген буюрилади, кортикостероидлар, витаминлар, кальций хлорид ёки кальций глюконат тавсия қилинади. Ҳар куни оғиз бўшлиғи ва ҳалқумга ишлов берилиб, некрозга учраган тўқималар олиб ташланади; оғиз бўшлиғи ва ҳалқум антисептик эритмалар билан ювилади.

Алиментар-токсик алейкида ривожланган ангина. Касалликни озиқ-овқат маҳсулотларида мавжуд бўлган замбуруғлар қўзғатади. Организмни заҳарланиши туфайли беморда лейкопоз, кейинчалик тромбопоз ва эритропоз жараёнлари сусаяди. Касалликнинг иккинчи ярмида камқонлик, лейкопения (лейкоцитлар сони $1 \cdot 10^9$ /л гача камаяди), танглай муртакларининг некротик ёки гангреноз яллиғланиши ривожланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилиб, қўл-оёқларида ва гавдасида ўзига хос тўқ-қизил нуқтали тошмалар (петехиялар) пайдо бўлади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмайди.

Лейкозда ривожланган ангина. Лейкоз - оғир қон касаллиги бўлиб, турли аъзоларда патологик гемопоэз ўчоқларининг ҳосил булиши ва қонда етилмаган лейкоцитлар шакллариининг пайдо бўлиши билан ифодаланади. Касаллик ўткир ва сурункали кечади. Лейкозда лейкоцитларнинг фагоцитар фаолияти бузилиши натижасида беморда некротик ва септик асоратлар, кескин геморрагик диатез белгилари, кучайиб борувчи оғир камқонлик ривожланади. Муртаклар лейкомик ва алейкемик лейкозларда зарарланади.

Ўткир лейкознинг ангина шакли тўсатдан бошланиб, шиддатли кечади. Касалликнинг дастлабки босқичларида кузатилган катарал ангина кейинчалик геморрагик, ярали-некротик ва гангренали ангилага айланади. Милкларда ҳам шунга ўхшаш ўзгаришлар содир бўлиб, беморни оғиздан бадбўй ҳид келиб,

дисфагия кузатилади. Териси жуда рангпар бўлиб, унда петехия тошмалари ва конталашлар пайдо бўлади. Оғир ҳолларда бурун, милklar, меъда ва ичаклардан ўлим ҳолатига олиб келувчи қон оқишлар кузатилиши мумкин. Бўйин лимфа тугунлари ва талоқ катталашади.

Қонда лейкоцитлар сони 30 дан – $200,0 \cdot 10^9 / л$ гача етади. Лейкознинг лейкопения шаклида лейкоцитлар сони $1,0 - 3,0 \cdot 10^9 / л$ камайиши мумкин. Қонда етилмаган “бласт” хужайралари (гематобласт, миелобласт, лимфобластлар) пайдо бўлиб, улар 95% ташкил қилади.

Даволаш. Ҳозирги кунда лейкоз касаллигида қўлланиладиган фармакотерапия камсамарали бўлиб, у касалликнинг кечимида ремиссия даврига эришишга ва беморнинг умрини бир неча йилга чўзиш имконини беради, холос. Вена ичига бир-неча бор эритроцитар массани (150-200 мл дан) томчилаб қўйиш лейкознинг асосий даволаш тадбири ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида организмнинг заҳарланиш белгиларини камайитириш ва некротик ўзгаришларни бартараф этиш мақсадида беморга антибиотикотерапия буюрилиб, некрозга учраган майдонларга антисептик эритмалар билан ишлов берилади. Бундай беморлар гематолог назорати остида оториноларинголог иштирокида даволанадилар.

АНГИНАЛАРДАН КЕЙИН РИВОЖЛАНАДИГАН АСОРАТЛАР умумий ва маҳаллий асоратларга бўлинади. Уларни ривожланишига бетта-гемолитик стрептококк ва бошқа микрофлора сабаб бўлади. Умумий асоратлар орасида биринчи ўринда ревматизм ва юракни зарарланиши (тонзиллокардиал синдром) туради. Баъзан буйрак (тонзиллоренал синдром), бўғимлар, қон ишлаб чиқариш аъзолари ва ошқозон-ичак тизимини зарарланиши ёки сепсис кузатилади.

Ангинанинг маҳаллий асоратларидан кўпинча паратонзиллит, баъзан ҳалқуморти (ретрофарингиал) ва парафарингиал ҳўппозлар, ўткир бўйин лимфаденити, ўткир ўрта отит (айниқса ҳалқум ва най муртаклари ангинасида), ҳиқилдоқ шиши ва торайиши (кўпинча паратонзиллитда учрайди), тонзиллоген медиастенит ва сепсис кузатилиши мумкин.

Паратонзиллит (*paratonsillitis*) - паратонзилляр (муртак атрофи) тўқимасининг, яъни муртак қобиги ва ҳалқум фасцияси оралиги юмшоқ тўқимасининг ўткир яллиғланиши. 80% ҳолларда касаллик сурункали тонзиллит билан оғриган беморларда ангинанинг асорати сифатида ривожланади.

Патогенези. Инфекцияни муртаклардан муртак атрофи тўқимасига тарқалишига муртак крипталари чуқурроқ жойлашган қобигига яқин жойлашганлиги сабаб бўлади. Муртакнинг юқори чўққисида инфекция ўчоғи айнақса кескин ривожланган бўлади (муртакнинг ушбу майдони капсулага эга эмас). Баъзан муртак усти чуқурчасида танглай муртагининг қўшимча бўлаги бўлиб, у тонзиллектомияда олинмай қолдирилганлиги шу майдонда ҳўппоз ривожланишига қулай шароит яратади. Бундан ташқари, паратонзилляр ҳўппозни пайдо бўлишига турли жароҳатлар ёки юқумли касалликлар сабаб бўлади, бунда инфекция гематоген йўл орқали тарқалади.

Паратонзилитнинг ривожда 3 босқич тафовут қилинади.

- 1) шиш босқичи;
- 2) инфильтрация босқичининг 3-4 - куни йиринг пайдо бўлиши;
- 3) ҳўппоз босқичи.

Белгилари. Паратонзиллит кўпинча бир томонлама характерга эга. У одатда ангинадан ёки сурункали тонзиллитнинг хуружидан сўнг соғайиш даврида ривожланади (бир томонлама кескин оғриқни пайдо бўлиши асорат ривожланганлигидан дарак беради).

Паратонзиллит турли майдонларда жойлашиши мумкин:

- 1) *олд-юқори (супратонзилляр) ҳўппоз* муртак юқори чўққисининг ёнида, муртак қобиғи ва танглай-тил (олд) равоқчасининг юқори қисми орасида;
- 2) *орқа паратонзилляр ҳўппоз* муртак ва танглай-ҳалқум (орқа) равоқчаси орасида;
- 3) *пастки паратонзилляр ҳўппоз* муртакнинг пастки чўққиси ва ҳалқум ён девори орасида;
- 4) *ёнбош (ташқи) ҳўппоз* муртакнинг ўрта қисми ва ҳалқумнинг ён девори орасида жойлашади.

Супратонзилляр ҳўппоз биринчи ўринни эгаллаб, 70% ҳолларда учрайди, ундан кейин орқа паратонзилляр ҳўппоз - 16%, пастки паратонзилляр ҳўппоз - 7% ва ёнбош паратонзилляр ҳўппоз - 4% ҳолларда учрайди.

Олд-юқори паратонзилляр ҳўппоз тризм, қулоқ соҳасига тарқалган оғриқ, танглай муртагини пастга, ичкарига ва орқага силжиши, юмшоқ танглай ва олд равоқча соҳасига тарқалган инфильтрация, манқаланиш белгилари билан кечади.

Орқа паратонзилляр ҳўппозда одатда енгил тризм, қулоқ соҳасига тарқалган кучли оғриқ, танглай муртагини ташқарига ва олдинга силжиши, юмшоқ танглай шиши ва инфильтрацияси кузатилади.

Пастки паратонзилляр ҳўппоз тризм, қулоқ соҳасига тарқалган кучли оғриқ (тилни ҳаракатида оғриқ кучаяди), инфильтрация жараёнини олд равоқнинг пастки бўлимига, баъзан ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ён деворига тарқалиши билан намоён бўлади.

Ёнбош паратонзилляр ҳўппозда беморнинг умумий аҳволи оғир, ютинганда қулоқ соҳасига тарқалган кучли оғриқ, тризм, танглай муртагини ичкарига силжиши, ҳалқум ён деворининг инфильтрацияси, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Белгилари. Паратонзиллит умумий ва маҳаллий белгилар билан кечади. Умумий белгилар беморнинг нисбатан оғир аҳволи, тана ҳароратининг 39-40°C га кўтарилиши, ҳолсизлик, уйқуни бузилиши, овқат ва сўлакни ютолмаслик билан ифодаланади.

Ҳалқум ва қисман буйин мушакларининг яллиғланиши ва буйин лимфаденити туфайли бемор бошини ҳаракатлантирганда кескин оғриқ пайдо

бўлади, шунинг учун у бошини ён томонга эгиб туришга мажбур бўлади, ён томонга эса бутун гавдасини буриб қарайди.

Маҳаллий белгиларга қулоқ ва тишларга тарқалган кучли оғриқ, бемор овқатдан ва суюқлик ичишдан бош тортади, оғзининг бурчагидан сўлак оқади, турли даражали тризм (чайнов мушакларининг тоник қисқариши) қайд этилади. Бемор оғзини фақат 1-2 см га очиш имконига эга холос, шунинг учун фарингоскопияни бажариш анча қийинлашади. Тризмни пайдо бўлиши мушаклар фасцияси яллиғланишини ва жараён ҳўппоз босқичига айланганлигини билдиради. Танглай мушаклари нимфалажида очик манқаланиш ва ичган суюқликни бурун бўшлиғига кириши белгилари кузатилади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, зарарланган томонда оғрийди, пастки жағ бурчаги кўпинча пайпасланмайди. Қонда лейкоцитоз $10,0-15,0 \cdot 10^9 / \text{л}$, қон формуласининг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Касалликнинг 4-6 - куни ҳўппоз ўз-ўзидан очилиши мумкин. Шундан сўнг беморнинг аҳволи яхшиланиб, тана ҳарорати пасаяди. Аммо қатор ҳолларда, ҳўппозни ёнбош жойлашувида, жараён парафарингеал бўшлиқ ичига тарқалиб, парафарингеал ҳўппозни ривожланишига олиб келиши мумкин. Фарингоскопия манзараси инфильтратни жойлашувига боғлиқ бўлади. Ҳўппознинг олд-юқори жойлашувида муртакнинг юқори чўққиси соҳасида кескин шарсимон бўртиш ҳосил бўлганлиги ва у танглай равоқчалари ва юмшоқ танглай билан бирга ўрта чизик томон, тилча эса қарама-қарши томонга силжиганлиги кўринади. Орқа жойлашувда танглай-ҳалқум равоқчаси ва ҳалқумнинг ён девори соҳасида кескин шиш пайдо бўлганлиги, танглай муртаги ва тилча шишган ва орқага силжиганлиги кўринади. Паратонзиллитнинг пастки жойлашувида шиш ҳиқилдоқнинг юқори бўлимларига тарқалиши ва ёриғини торайтириб, нафас олишни қийинлаштириши мумкин.



72-расм.
Паратонзилляр
ҳўппоз

Бу ҳолда фарингоскопия манзарасида равоқчаларнинг пастки қисми, муртакларнинг пастки чўққиси ва тил негизи соҳасининг шиши ва инфильтрацияси кўринади (72-расм).

Таъхис бемор шикоятлари касаллик бошланиши, клиник белгилар ва фарингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ноаниқ ҳолларда шиш йўғонроқ игна ёрдамида тешиб кўрилади. Ўткир паратонзилляр ҳўппозни токсик дифтерия, танглай муртагининг хавфли ўсмасидан фарқлаш лозим.

Токсик дифтерия тўсатдан бошланади; ташҳисни аниқлашда эпидемиологик ҳолат муҳим аҳамиятга эга; бунда беморда адинамия, ҳолсизлик кузатилиб, тана ҳарорати $39-40^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади; танглай муртаклари шишиб, қалин, яшил, шиллиқ қаватга сингиб кетган қараш

билан қопланади, караш қийинчилик билан олиниб, остида қонайдиган ярали майдон қолади; караш одатда равоқчаларга ва юмшоқ танглайнинг орқа юзасига тарқалади; караш сувда эримайди ва чўкади, шиша билан эзганда эзилмайди. Беморда бўйин тўқималарининг шиши, уни бўйин ва кўкрак қафасининг юқори қисмига тарқалиши, асаб ва юрак-қон томир тизимларининг зарарланиш белгилари (томир уриши ипсимон, кон босимини пасайиши, экстрасистолия, уйқучанлик) кузатилади; маҳаллий лимфа тугунлар биров катталашиб, оғрийди. Даволашда дифтерияга қарши зардоб яхши самара беради.

Муртакнинг хавфли ўсмасида (саратон, саркома) танглай муртаги катталашиб, юзаси қаттиқ, ғадир-будир бўлади; беморнинг тана ҳарорати меъёрга бўлиб, томоғи оғримайди; касаллик 3 ҳафтадан ортиқ давом этади; зарарланган томонда маҳаллий лимфа тугунлар катталашади.

Даволаш тадбирлари паратонзиллитнинг босқичига боғлиқ бўлади. Беморнинг томоғига иссиқ бойлам қуйилиб, томоғини антисептик эритмалар билан 4-6 марта чайиш тавсия қилинади. Паратонзиллитнинг шиш ва инфильтратив босқичларида унга асосан пенициллин, цефалоспорин қаторига мансуб антибиотиклар ва макролидлар (феноксиметилпенициллин, ампициллин, цефазолин, клафоран, олеандомицин, кларитромицин ва бошк.), дезинтоксикация ва антигистамин дори воситалари, тана ҳароратини тушириш, оғриқсизлантириш, тинчлантириш ва юрак фаолиятини яхшилаш тадбирлари буюрилади. Оғир ҳолларда инфузион терапия ўтказилади.

Айрим ҳолларда паратонзилляр ҳўппозни инфильтрация босқичида очиш яхши натижа беради, чунки бунда патологик ажралма чиқиши яхшиланиб, жараёни йирингли босқичига ўтишининг олди олинади.

Паратонзиллит ҳўппозга айланган ҳолларда ҳўппоз соҳаси тешиб кўрилади, кейин ҳўппоз ўчоғи шошилиш жарроҳлик амали ёрдамида очилиб, бир вақтнинг ўзида яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари олиб борилади. Одатда бу касалликнинг 3-6 - кунига тўғри келади. Паратонзилляр ҳўппоз ўчоғи 2% дикаин, 1% промекаин, лидокаин ёки 0,5-1% новокаин эритмалари ёрдамида бажарилган маҳаллий аппликацион ёки инфильтрацион оғриқсизлантиришдан кейин очилади; жарроҳлик амалини бажаришдан олдин мушак орасига 2 мл 50% аналгин ёки 1мл 2% промедол юборилади.

Йирингли ўчоқни ўз-ўзидан очилишини кутиш қатъиян ман этилади !

Одатда ҳўппоз тўқиманинг энг бўртган майдонида очилади. Бу майдонни аниқлаш қийин бўлган ҳолларда олд-юқори паратонзилляр ҳўппоз хаёлан ўтказилган икки чизиқнинг ўзаро кесишган нуқтасида, яъни соғлом томонда охириги юқори озиқ тиш ва тилча асосининг ўртасидан (юқори озиқ тишлар бўлмаган ҳолларда тилча асосидан) ўтказилган горизонтал ҳамда тил-танглай (олд) равоқчанинг пастки қисмидан юқори томонга қараб ўтказилган вертикал чизиқларнинг ўзаро кесишган нуқтасида очилади. Тўқима бир марта ишлатиладиган тиг ёрдамида сагитал йўналишда 0,5-1,0 см чуқурликда

кесилади. Ўртача ўлчамли ўткир учли Кохер қисқичи ёрдамида кесим кенгайтирилади ва йирингли тўплам чиқарилади. Йирингли ажралма чиқарилгандан сўнг беморга оғизни 0,1% калий перманганат, фурацилин, 2% ичимлик содаси ёки 3% водород пероксиди эритмалари билан бир неча бор чайиш буюрилади. Йирингли ажралма тўлиқ чиқарилмаган ва беморнинг умумий ҳолати енгилашмаган ҳолларда жароҳат майдони бир суткадан кейин такроран кенгайтирилади.

Орқа паратонзилляр ҳўппоз орқа равоқчанинг энг бўртган майдонида, чуқурлиги 0,5-1 см вертикал кесим ёрдамида очилади.

Пастки ва ёнбош паратонзилляр ҳўппозлар дастлаб тешиб кўрилгач, кейин очилади. Анамнез маълумотларида ангиналарни тез-тез такрорланиб туриши, жараёни узок вақт давом этиши, ҳўппозларни очиш ижобий натижа бермаслиги, сепсис, парафарингит, бўйин флегмонаси, медиастинит белгиларини пайдо бўлиши *тонзиллэктомия* жарроҳлик амалини бажаришга кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Муртак атрофининг юмшок тўқималари 1% новокаин ёки тримекаин ёрдамида оғриқсизлантирилгандан сўнг тризм камайиб, зарарланган майдонни кўздан кечириш осонлашади. Тонзиллэктомия жарроҳлик амали умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Танглай-тил ва танглай-ҳалқум равоқчалари муртакнинг юқори чўққисидан тўлиқ ажратилгандан сўнг дастлаб ҳўппоз ўчоғи очилади, кейин қолган майдонлар ажратилади ва муртакнинг пастки чўққиси тафтиш қилинади.

Парафарингеал ҳўппоз (ҳалқум ён ҳўппози) - *ҳалқум атрофи тўқимасининг йирингли яллиғланиши.*

Патогенези. Касалликнинг ривожланишига ангиналар, сурункали тонзиллитнинг асоратлари (тонзиллоген сепсис), ўткир ва сурункали йирингли ўрта отитнинг асоратлари (петрозит, бўйинтуруқ вена пиёзчаси тромбози), йирингли одонтоген яллиғланишлар (пастки 8-тишнинг қийинчилик билан чиқиши, пастки жағ остеомиелити, одонтоген сепсис), бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши, йирингли паротит, ҳалқум шиллиқ пардасининг чуқур жароҳатлари ва тонзиллэктомия жарроҳлик амали сабаб бўлади.

Белгилари. Парафарингеал ҳўппозда патологик жараён бўйиннинг юмшок тўқималарида ривожланади. Ҳалқум соҳасида бир томонлама кескин оғриқ пайдо бўлиб, ютинганда у кучаяди. Оғрик кўпроқ бошнинг ярмига ва пастки жағ тишларига тарқалади. Баъзан беморнинг нафас олиши қийинлашади, тризм туфайли у оғзини очишга, ҳатто суюқ овқатни ютишга қийналади, оғзидан сўлак оқади. Ҳўппоз ўз-ўзидан ҳалқум атрофи бўшлиғига очилганда тризм вақтинча йўқолади, кейин ички понасимон мушакнинг шиши туфайли яна пайдо бўлади. Беморнинг умумий аҳволи оғир, тана ҳарорати 40° С ва ундан ҳам юқорига кўтарилади, бошини мажбурий ҳолатда зарарланган томонга эгиб туради.

Зарарланган томонда эшитув найи шиллиқ пардасининг шиши туфайли сальпингоотит белгилари кузатилади, отоскопияда ноғора парда қизариб, ичкарига ботганлиги кўринади. Бўйиннинг ён юзаси пайпасланганда оғрийди, зарарланган томонда маҳаллий лимфа тугунлар катталашади. Қулоқ атрофи, пастки жағ бурчаги ва жағ орти чуқурчаси юмшоқ тўқималарининг шиши туфайли бўйин асимметрияси юз беради. Парафарингеал ҳўппозда медиастинит, менингит, ғорсимон синус ва бўйинтурук вена тромбози, сепсис, жағ ости ва бўйин флегмонаси, йирик қон томирлардан қон оқиши каби асоратлар юзага келиши мумкин.

Фарингоскопияда ҳалқум ён девори шишган ва қизарган, шиш ва қизариш юмшоқ танглай, танглай равоқчалари ва тилчага тарқалганлиги, зарарланган томонда муртак безлари ташқи томонга бўртиб чиқиб, тил оқ-сарғиш караш билан қопланганлиги кўринади (73 а-расм).



а) фарингоскопия манзараси



б) ҳўппоз ўчоғини очиш

73-расм. Парафарингеал ҳўппоз

Қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар (лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, лейкоформулани чапга силжиши) аниқланади. Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия ва лаборатория текширувлари натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Беморга яллиғланишга қарши терапия, томир ичига суюқлик юбориш ва иммунотерапия билан бирга шошилиш равишда жарроҳлик амали бажарилади. Стоматолог-жарроҳ маслаҳати уюштирилади.

Парафарингеал ҳўппоз умумий ва маҳаллий (10% ли лидокаин ёки 1% новокаин эритмалари ёрдамида) оғриқсизлантириш остида муртаклар жойлашган чуқурча орқали очилади (ички усул). Бунда ҳўппознинг энг бўртган майдони учи дока билан чегараланган тиг ёрдамида 1-1,5 см узунликда кесилиб, Гартман асбоби ёки юмшоқ қон тўхтатувчи қискич билан кенгайтирилади (73 б-расм). Тўсатдан йирик қон томирлардан қон оқиши кузатилган ҳолларда томирлар тўплами очилиб, ташқи уйқу артерияси боғланиб, кейин – тонзиллэктомия жарроҳлик амали бажарилади.

Парафарингеал ҳўппоз менингит, сепсис, медиастинит асоратлари билан кечганда ҳалқум атрофи бўшлиғи ташқи томондан очилади (ташқи усул). Бунда

тери тўш-ўмров-сўрғичсимон мушагининг олд чети бўйлаб кесилади. Кейин пастки жағ бурчаги соҳасида тўқималар парафарингеал бўшлиқгача қаватма-қават очилиб, йирингли ўчоқ кенгайтирилади. Йирингли тўплам чиқарилгандан сўнг бўшлиқ антибиотик эритмалари билан ювилиб, унга резина чиқаргич киритилади. Жароҳат майдонига бойлам қўйилиб, у кунига икки маҳал алмаштирилади. Бу усул парафаренгеал бўшлиқни (ҳатто, калла асосининг ташқи юзасини), бўйин қон томирлар тўпламини ва кўкс оралиғининг бўйин қисмини кўздан кечиришга ёрдам беради. Жарроҳлик амалидан сўнг беморга антибиотиклар, организм заҳарланишини камайтирувчи ва симптоматик терапия буюрилади.

Ретрофарингиал ҳўппоз (ҳалқум орти ҳўппози) - *ҳалқум мушаклари фасцияси ва бўйин фасциясининг умуртқа олди пластинкаси орасида жойлашган лимфа тугунлар ва юмшоқ тўқимасининг йирингли яллиғланиши. Ушбу соҳада лимфа тугунлар ва юмшоқ тўқима 4 ёшгача бўлган болаларда яхши ривожланган бўлади.*

Патогенези. Касаллик кўпинча рахит, экссудатив диатез ёки гипотрофия билан оғриган, иммунитети суст ёш болаларда кўпроқ учрайди. Касалликнинг ривожланишига юқумли касалликлар (ўткир респиратор вирусли ва бошқа юқумли касалликлар, ўткир аденоидит, ўткир ўрта отит), ҳалқум орқа деворининг жароҳати сабаб бўлади.

Белгилари. Касаллик тўсатдан, баъзан аста-секин бошланади. Беморнинг томоғи оғрийди, ютинганда оғриқни кучайиши туфайли бола овқатланишдан бош тортади, йиғлайди, безовталаниб, уйқуси бузилиб, оғзидан сўлаги оқиб, хириллаб нафас олади. Тана ҳарорати $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади. Бола бошини орқага ва яллиғланган томонга эгиб туради. Бўйин лимфа тугунлари катталаниб, оғрийди. Қонда лейкоцитоз $10,0 - 20,0 \cdot 10^9 / \text{л}$, ЭЧТ 40 мм/соатга етади. Касаллик 7-8 кун, баъзан ундан ортиқ вақт давом этади.



а) фарингоскопия манзараси;



б) Ҳалқум орти ҳўппозини очиш

74-расм. Ҳалқум орти ҳўппози

Ҳалқум орти бўшлиғининг ҳўппози ҳалқумнинг қайси бўлимида жойлашганлигига қараб турли клиник белгилар билан намоён бўлади:

Ҳўппоз оғизҳалқум соҳасида жойлашганда фарингоскопияда оғизҳалқум орқа деворининг ўртасида ўнг ёки чап, баъзан икки томонда тўқ қизил бўртиш кўринади (74-расм); бармоқ ёки шпател

ёрдамида пайпасланганда флюктуация аниқланади. Равоқчалар ва муртақлар ўзгармайди.

Хўппоз бурунҳалқум соҳасида жойлашганда беморда бурун орқали нафас олишни кескин бузилиши, ёпик манқаланиш кузатилиб, бурнидан кўп миқдорда шилимшиқ ажралма оқади; фарингоскопияда юмшоқ танглай олдинга силжиган, ҳалқумнинг орқа деворида юмшоқ бўртиш ҳосил бўлганлиги кўринади.

Хўппоз ҳиқилдоҳалқум соҳасида жойлашганда бемор хириллаб қийналиб нафас олади, ютиниши ҳам қийинлашиб, бошини мажбурий ҳолатда орқага ташлаб туради. Оғзидан кўп миқдорда сўлак оқиб, тил негизи олдинга силжитилганда ёки ҳиқилдоҳалқум соҳаси пайпасланганда унинг орқа деворида юмшоқ шиш борлиги аниқланади.

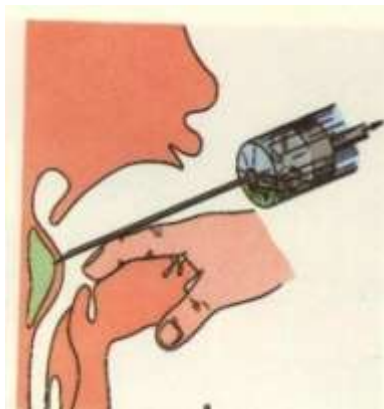
Ёш болаларда нафас ҳаракатларини рефлектор тўхташини олдини олиш мақсадида ҳалқумни бармоқ ёрдамида текшириш ва тил негизини тортиш чаққонлик ва эҳтиёткорлик билан бажарилиши лозим. *Тилнинг негизини куч билан босиш ман этилади!*

Ретрофарингеал хўппозни ҳиқилдоҳалқум ёт жисми ва буйин спондилитидан фарқлаш лозим. Бунга анамнез маълумотлари ва Г.М.Земцов бўйича бўйин соҳасини рентгенография текшируви ёрдам беради.

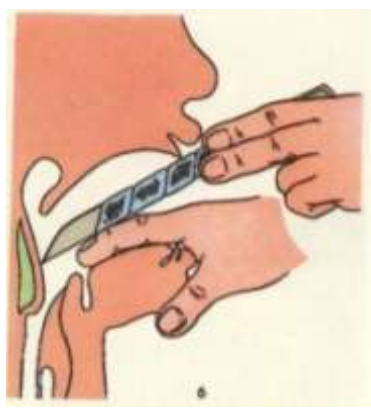
Таъхис касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия, орқа риноскопия, ларингоскопия, шприц ёрдамида тешиб кўриш, рентгенография, КТ, МРТ ва лаборатория текширувларининг натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Беморга яллиғланишга қарши ва инфузион терапияни буюриш билан бирга шошилиш равишда жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

Хўппоз оғизҳалқум ортида жойлашганда йирингли ўчоқ маҳаллий ва умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида оғиз орқали очилади. Беморда шок ҳолатини ва нафасни тўхтаб қолишини олдини олиш мақсадида мушак орасига 50% аналгин ва 0,1% атропин эритмаларидан юборилади. Бемор курсига ўтқизилгандан сўнг тили шпатель билан аста босилиб, кейин оғизҳалқум орқа деворининг энг бўртган жойига шприц ёрдамида узун йўғон нина санчилиб, йирингли ажралма сўриб олинади ва кўздан кечирилади (75-расм).



а) диагностик пункция



б) хўппоз ўчоғини очиш

75-расм. Ҳалқум орти хўппози

Кейин учидан 0,5 см қолдириб учига стерил лейкопластир ўралган ўткир тиг ёрдамида хўппоз майдони вертикал ўрта чизик бўйлаб кесилади. Хўппоз ўчоғи очилганда йирингли ажралма бир зумда оғизҳалқумни тўлдиради, шунинг учун уни чаққонлик билан электр сургич

ёрдамида сўриб олиш ёки беморни бошини тезда пастга эгиб, оғзи остига

чайинди сувлар учун буйраксимон тозча қўйилади, томоғи резина нокчага сўриб олинган 2% ичимлик сода ёки гипертоник эритма билан чайилади.

Хўппоз бурунҳалқум ортида жойлашганда юмшоқ танглай кўтарилиб, хўппоз ўчоғи дастлаб тешиб кўрилади. Йирингли ажралма мавжуд бўлган ҳолларда у электр сўргич билан сўриб олинади, кейин хўппоз ўчоғи пастдан юқорига қараб кесилади.

Хўппоз ўчоғи ҳикилдоқҳалқум ортида жойлашганда чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи ҳикилдоқҳалқумга киритилган ҳолда йирингли ўчоқ бармоқ бўйлаб тешиб кўрилади, йирингли тўплам мавжуд бўлганда у шприц билан сўриб олинади, кейин хўппоз майдони юқоридан пастга қараб кесилади.

Йирик хўппозларда ёки тилни шпатель билан қаттиқ босиганда беморда нафас ҳаракатларини тўхтаб қолиши кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда хўппоз майдони аввал тешиб кўрилиши, нафас ҳаракатлари тиклангандан кейингина очилиши лозим.

Йирингли жараён бўйиннинг орқа-ён юзи ва мушак остига тарқалганда, ҳамда хўппоз ўчоғини оғиз орқали очиш имкони бўлмаганда ретрофарингиал хўппоз мушакнинг орқа чети орқали очилади; бунда мушак юқори бўлагининг териси, тери ости ёғ қатлами ва бўйин фасцияси кесилиб, илгак ёрдамида мушак четга тортилади ва ўтмас усулда бўйин умуртқаларининг олд юзи ва йиринг халтачаси очилади. Зарурат туғилганда жарроҳлик амалидан олдин беморга интубация ёки трахеостомия амаллари бажарилади. Жарроҳлик амали билан бирга яллиғланишга қарши, десенсибилизация, дезинтоксикация, витаминлар, иммунитетни ошириш ва симптоматик даволаш тадбирлари ўтказилади.

Тонзиллоген медиастинит жуда кам учрайди ва юқорида қайд этилган асоратларда йирингли жараёни бўйиннинг асаб-қон томир йўллари орқали кўкс оралиғига тарқалиши натижасида ривожланади. Бунда бўйиннинг ён томонида оғриқли шиш пайдо бўлади.

Даволаш. Парафарингеал хўппоз медиастинит асорати билан кечганда ҳалқум атрофи бўшлиғи ташқи томондан очилади (ташқи усул). Бунда тери тўш-умров-сўргичсимон мушагининг олд чети бўйлаб кесилади. Кейин пастки жағ бурчаги соҳасида тўқималар парафарингеал бўшлиқгача қаватма-қават очилиб, йирингли учоқ кенгайтирилади. Йиринг чиқарилгандан кейин бўшлиқ антибиотик эритмалари билан ювилиб, резина чиқаргич ўранатилади. Жароҳат майдонига бойлам қўйилади ва кунига икки маҳал алмаштирилади. Бу усул кўкс оралиғининг бўйин қисмини кўздан кечириш имконини беради. Жарроҳлик амалидан сўнг беморга антибиотиклар ва симптоматик терапия буюрилади.

Оғир ҳолларда беморга жарроҳ маслаҳати уюштирилиб, зарур бўлса медиастинотомия жарроҳлик амали бажарилади.

Тонзиллоген сепсис. Ангина ва паратонзиллитнинг асорати бўлган тонзиллоген сепсис ҳозирги кунда жуда кам учрайди, лекин касаллик жуда оғир

кечади. Беморнинг тана ҳарорати кескин кўтарилиб, кўзлари сарғайиб, қалтираш, ҳолсизлик кузатилади, унинг боши, бўғимлари, мушаклари оғрийди, маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, пайпасланганда оғрийди, баъзан ички бўйинтуруқ вена соҳаси оғриши мумкин. Беморнинг терисида геморрагик тошма, турли аъзоларида метастатик йирингли ўчоқлар пайдо бўлади. Маҳаллий лимфа тугунлар, талоқ ва жигар каталашади.

Қон таҳлилида камқонлик, лейкоцитоз ($20-30 \cdot 10^9 / л$), нейтрофилез (80-90%), лимфопения (5-15%), ЭЧТни ошиши (45-60 мм/соат), стрептококк, стафилококк бактериялар аниқланади.

Даволаш. Тонзиллоген сепсисни даволашда кучли антибиотикотерапия ўтказилади, инфекция ўчоқлари бартараф этилади, яллиғланган муртаклар олиб ташланади. Даволаш тадбирлари самара бермаган ҳолларда яллиғланган томонда қуйидаги жарроҳлик амали бажарилади: умумий юз венаси ички бўйинтуруқ венага туташган жойда жарроҳлик амали ўтказилиб, веналар кўздан кечиради. Юз ва бўйинтуруқ веналардаги тромб олиб ташланади, яллиғланган ва катталашган лимфа тугунлар кесилиб, парафарингеал бўшлиқ ичига резина чиқаргич киритилади. Жароҳлик амали баъзан икки томонда бажарилади.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ – танглай муртакларининг давомли сурункали яллиғланиши билан намоён бўлган умумий инфекцион-аллергик касаллик. Лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси муртаклари орасида танглай муртаклари энг кўп яллиғланади, шу сабабли "сурункали тонзиллит" атамаси айнан шу муртакларнинг сурункали яллиғланишига тегишли. Танглай муртакларининг патологияси терапевтлар, педиатрлар, инфекционист ва ревматологларни қизиқтириб келган долзарб муаммолардан бири. Сурункали тонзиллит қон-томир ва коллагеноз касалликларнинг ривожланишига ва кечимига ўз таъсирини кўрсатади. Сурункали тонзиллит кенг тарқалган касалликлар гуруҳига кириб, Республикамизда аҳолининг 16% да қайд этилган (С.А.Хасанов ва бошқ., 2009). Сурункали тонзиллит *носпецифик* ва *специфик* шаклларга бўлинади. Сурункали специфик тонзиллит захм, сил ва склерома касалликларида учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Муртакларнинг сурункали яллиғланиши ва организмдаги тонзиллоген жараёни макро- ва микроорганизмнинг бир-бирига таъсири натижасида ривожланади. Текширувларда танглай муртакларининг юзаси ва лакуналарида 30 дан ортиқ микроблар тури мавжудлиги аниқланган. Лакуналар ичида кўпинча монофлора, муртакнинг томоқ юзасида – полифлора, кўпинча А гуруҳига мансуб бетта-гемолитик стрептококк, стафилококк ва аденовируслар аниқланади. Шунини таъкидлаш жоизки, организмда ҳимоя - мослашиш механизмининг бузилиши натижасида юқори нафас йўлларида нопатоген сапрофит флораси фаоллашиб, сурункали тонзиллитнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун сурункали тонзиллитни аутоинфекция касалликларига киритиш мумкин.

Сурункали тонзиллитнинг патогенезида кўпгина омиллар муҳим рол уйнайди. Кўпинча у қайталанган ангиналардан сўнг ривожланади, чунки айрим сабаблар туфайли ўткир яллиғланиш жараёни соғайиш билан тугамасдан сурункали жараёнга айланади.

Танглай муртакларининг анатомио-топографик ва гистологик хусусиятлари, лакуналар микрофлорасининг кўпайишига қулай шароит яратиб, сурункали тонзиллитнинг ривожланишига ёрдам беради. Крипталар, яъни муртак тирқишларининг ёриғи доимо кўчган эпителий хужайралари, лимфоцитлар, турли микрофлора ва овқат парчалари билан тўлганлиги туфайли торайиб ёки бутунлай ёпилиб қолади, шунда уларнинг чиқариш фаолияти бузилади. Лакуналар тешикларининг бир қисми учбурчак Гис бурмаси билан қисман ёпилган бўлса, айримлари торайган ёки ўткир яллиғланишдан сўнг ҳосил бўлган чандиқли тўқима билан тўлиқ ёпилиб, крипталар ичида сурункали яллиғланишни ривожланишига олиб келади.

Муртакнинг сохта капсуласи ва трабекулаларида сурункали яллиғланиш таъсирида морфогистологик ва склеротик ўзгаришлар юзага келади. Кўпинча бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларида инфекция юқори нафас йўллариининг пастки бўлимларига тарқалиши ва сурункали тонзиллитнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бурундан нафас олиш қийинлашиб, оғзи орқали нафас олган беморда муртаклар иссиқ ёки совуқ ҳаво таъсирига дуч келади, натижада уларнинг шиллиқ пардаси қурийд.

Муртаклар инсон организмида умумий ва маҳаллий иммун реакцияларни таъминлашда иштирок этади. Муртак тўқимаси, лакуна атрофи асаб толалари ва эпителий ости хеморецепторларига узоқ вақт давомида турли таъсир кўрсатилганда организмда маҳаллий иммунитет реакциялари пайдо бўлади. Бундай реакциялар гуморал ва хужайра иммунитети орқали специфик (антителоларнинг ҳосил бўлиши) ва неспецифик омиллар ёрдамида (эпителиал тўсиқ, фагоцитоз, ферментлар) амалга оширилади. Антиген-антиело бирикмаси юқори даражада хемотоксик фаолликка эга бўлиб, у макрофагнинг протеолитик қобилятини оширади. Натижада муртак тўқимаси парчаланиб, тўқима оқсиллари ўзгариб, улар аутоантигенга айланади. Аутоантигенлар қонга сўрилиб антителоларни ишлаб чиқарилишига туртки бўлади. Ўз навбатида антителолар хужайра атрофини ўраб олиб, уни жароҳатлайди. Шу тариқа занжирли ҳалқа юзага келиб, танглай муртаклари сенсibiliзация майдонига айланади. Сурункали тонзиллитни ривожланишида организмнинг иммун ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Патоморфологияси. Сурункали тонзиллитда ривожланган патоморфологик ўзгаришлар унинг босқичларига боғлиқ бўлиб, Зақ уни қуйидагича таснифлайди:

1. Лакунар тонзиллит – лакуналарда детрит ва бўтқасимон йирингли тикмани тўпланиши;

2. Паренхиматозли тонзиллит – инфекция ўчоғи бодомча безларнинг паринхимасида жойлашиб, фолликулаларда йирингли жараёни юзага келиши.

3. Паратонзилляр бўшлиқ тўқималарида микроҳўппозлар ҳосил бўлиши.

Лакунар ва лакунар-паренхиматозли тонзиллитда лакуналар эпителий қатламининг кўчиши ёки мугузланиши, ёнма-ён жойлашган паренхима майдонининг яллиғланиши, лимфоцит ва плазматик ҳужайралар инфильтрацияси, лакуналар ёриғида суюқ йирингли ажралма тўпланиши кузатилади. Ажралма асосан кўчган эпителий, полиморфядроли лейкоцитлар, плазматик ҳужайралар, замбуруғлар ва овқат парчаларидан иборат. Сурункали паренхиматозли тонзиллит сурункали фаол альтерация, паренхимада яллиғланиш туфайли инфильтратлар, кейинчалик микроҳўппозлар ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Сурункали паренхиматозли склеротик тонзиллитда бириктирувчи тўқимани ўсиши ёки дағаллашиши кузатилади. Қон томирлар атроф тўқимасининг инфильтрациясида қон томирлар торайиб, тонуси пасаяди ва деворларининг ўтказувчанлиги ошади. Лимфа томирлар ҳам қисман облитерацияга учрайди, натижада лимфанинг чиқарилиши қийинлашиб, маҳаллий лимфа тугунларда турғунлик ва яллиғлиғланиш жараёни ривожланади.

Патологик жараён муртакнинг асаб тизимига ҳам тарқалиб, бунда муртакнинг рецептор фаолияти ва рефлектор алоқаларини таъминловчи афферент йўллар зарарланади. Асаб элементларининг патологик ўзгаришлари хилма-хил бўлиб, қайта тикланиш хусусиятига эга. Муртакдаги ўзгаришлар унинг физиологик фаолиятларининг бузилишига ва патологик импульсларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Патологик импульслар, ўз навбатида, қатор аъзолар фаолиятининг бузилишига ёки организм ҳимоя кучини пасайишига, хусусан уни аутосенсибилизациясига олиб келади. Муртак асаб толаларининг бузилиши лимфаденоид тўқима трофикасига таъсир кўрсатиб, натижада функционал ва морфологик ўзгаришлар янада чуқурлашиб, жараён токсик-аллергик босқичига ўтади.

Муртак асаб элементларидаги айрим ўзгаришлар (асаб толаси варикози, рецепторлар учини шарсимонлиги) организмнинг компенсатор - мослашув реакцияси бўлиб, деструктив ўзгаришларни бартараф этилишига ёрдам беради.

Таъхис анамнез малумотлари, бемор шикоятлари, лимфа тугунлари катталашиши, оғриши, фарингоскопия, лабаратория, алергологик, иммунологик, бактериологик ва бошқа текширувлар асосида қўйилади.

Сурункали тонзиллит таъхисини касаллик хуружи пайтида (ангинада) қўйиш тавсия этилмайди, чунки бемор шикоятлари ва фарингоскопия манзараси жараённинг сурункали кечимини эмас, балки унинг ўткир босқичини акс эттиради.

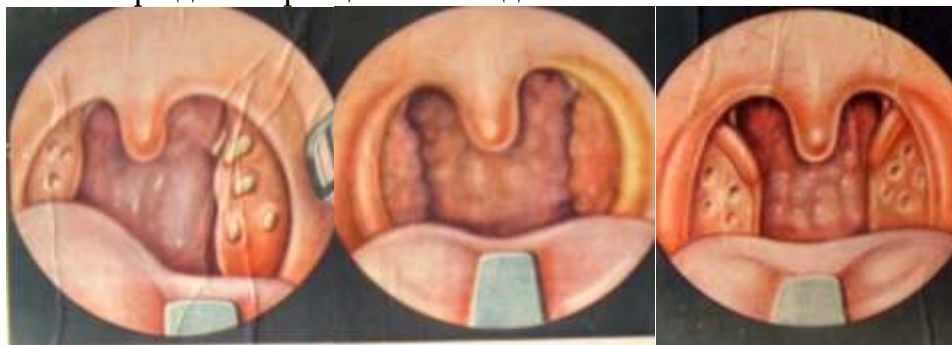
Анамнез маълумотларида тез-тез такрорланиб турган ангиналар ҳақида маълумотни мавжудлиги сурункали тонзиллит ташхисинини ишончли белгиси ҳисобланади. Одатда сурункали тонзиллит бир йилда 2-3 марта, баъзан 5-6 марта авж олиб туради, аммо бир йилда 1 марта кузатилган ангинани ҳам Б.С.Преображенский фикрича тез-тез такрорланувчи ангина сифатида баҳолаш лозим. 4% ҳолларда сурункали тонзиллитнинг *ангинасиз шакли* учраб, унда фарингоскопияда сурункали жараённинг манзараси кескин ривожланган бўлсада, бемор анамнезида ангина ҳақида маълумотлар бўлмайди. Баъзан сурункали тонзиллит ташхисини қўйиш учун анамнез маълумотларида ангиналарни қайд этилиши ва оғиздан ёқимсиз ҳид келиши кифоя бўлади.

Фарингоскопияда сурункали тонзиллитга хос қуйидаги белгилар аниқланади:

- 1) танглай муртаклари танглай-тил ва танглай-ҳалқум равоқчаларига ёпишиб, чандиқлангани;
- 2) танглай-тил (олд) равоқчалар четининг турғун қизариши (*Гизе белгиси*);
- 3) танглай равоқчалари юқори бўлимлари четининг шиши (*Зак белгиси*);
- 4) танглай-тил (олд) равоқчалар четининг инфильтрацияси ва қизариши (*Преображенский белгиси*);

- 1) муртак лакуналарида суюқ казеозли ёки тикма шаклида бадбўй йиринг борлиги, бодом ча безлар устки қисмининг шакли бузилганлиги (76 - расм);

Лакуналар ажралмасини кўриш мақсадида муртак олди равоғининг асоси босилади. Бунинг учун текширувчи битта шпатель билан бемор тилини пастга босиб, иккинчиси билан танглай-тил равоқчасини танглай муртаги ҳалқум ён деворига бириккан соҳасида эҳтиёткорлик билан босади. Лакуналарда ёқимсиз ҳидли тикма ёки йирингли ажралма борлиги сурункали тонзиллитнинг ишончли белгиларидан бири ҳисобланади.



а) Лакуналардаги
йирингли тикмалар

б) Чап томонда Зак,
ўнг томонда Гизе
белгилари

в) Преображенский
белгиси

76-расм. Сурункали тонзиллит

Муртакнинг катта-кичиклиги сурункали тонзиллит ташхисида аҳамиятга эга эмас. Шунга қарамасдан, муртак гиперплазияси сурункали тонзиллитни ривожланишига ёрдам беради. Ноаниқ ҳолларда лакуна ва муртаклардан суртма олинади. Текширувда патоген флора, лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллиги пасайганлиги, уларинг турли дегенератив шакллари пайдо бўлганлиги, лимфоцитлар сони камайганлиги аниқланади. Баъзан муртак безлари лакуналарини зондлаш, диагностик ювиш ёки сўриб олинган

патологик ажралма ҳам аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради. Лаборатория текширувлари ҳам сурункали тонзиллит ташхисида муҳим аҳамиятга эга бўлиб, қонда гипохром камқонлик, нейтрофилли лейкоцитоз, моноцитопения, лейкопения, ЭЧТни ошиши, иммунологик кўрсаткичларнинг ўзгариши (иммуноглобулинлар сони, стрептококкларга қарши антителолар титрининг, комплемент ва пропердин миқдорининг камайиши) аниқланади. Сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклида беморнинг иммун ҳолати бузилади; Т ва В лимфоцитлар миқдори ўзгариб, қонда иммун комплекслар пайдо бўлиб, гранулоцитли сенсibiliзация жараёни кузатилади. Сурункали тонзиллитларни клиник кўринишини изоҳлашда Реминная ва Ромадоновскийларнинг экспериментал илмий ишлари эътиборга лойиқ. Улар итнинг танглай муртакларига қора туш бўёғини юбориб, саккиз соатдан сўнг итни ўлдириб, бўёқ итнинг қайси аъзоларига тарқалганлигини текширганлар. Туш бўёғи бурун бўшлиғида чуқур жойлашган лимфа йўллари, калланинг орқа чуқурчасига, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шиллиқ пардалари остига, қалқонсимон без паренхимасига, бўйин қон томир-асаб тўплами орқали кўкс оралиғига ўтиб, трахея ва бронхлар атрофи лимфа тугунларига ҳамда юрак атрофи лимфа томирларига тарқалганлигини аниқлаганлар. Ушбу тажриба патологик жараён лимфа йўллар орқали қайси майдонларга тарқалишини ва бунда қандай ўзгаришлар содир бўлишини кўрсатади. Бундан ташқари яллиғланган танглай муртак безларидан захарли моддалар қонга сўрилиб, асаб тизими, эндокрин безлар ва бошқа ички аъзолар фаолиятига салбий таъсир кўрсатади. Демак, касалликнинг ҳар бир белгиси организмнинг умумий аҳволини акс эттиради. Шундай қилиб, сурункали тонзиллит ташхисини аниқлашда алоҳида бир белгига эмас, балки маҳаллий ва умумий белгиларнинг йиғиндисига, анамнез маълумотларига, объектив, биокимёвий, бактериологик, иммунологик текширувлар натижаларига асосланиш лозим. Тонзиллоген ўзгаришларни бирламчи ревмокардит касаллигидан фарқлаш учун беморда ЭКГ, ФКГ текширувлари, қонда биокимёвий ва носпецефик реакциялар ўтказилади. Сурункали тонзиллит билан боғлиқ касалликлар **метатонзилляр касалликлар** деб аталади. Кўпинча сурункали тонзиллит билан бирга кечган ёки унинг таъсирида ривожланган белгилар йиғиндиси “тонзиллокардиал”, “тонзиллоцеребрал”, “тонзиллоренал” синдром деб аталади. Метатонзилляр касалликларга коллаген (ревматизм, тугунли периартрит, склеродермия, дерматомиозит), айрим тери касалликлари (псориаз, экзема, полиморф экссудатив эритема), нефрит, тиреотоксикоз, периферик асаб тоаларнинг яллиғланиши (плексит, радикулит) ва бошқалар киради. Узоқ давом этган тонзиллоген захарланиш тромбоцитопения ва геморрагик васкулитнинг ривожланишига олиб келади (И.Р.Эшназаров, 2002). Сурункали тонзиллит қулоқ шанғиллаши, вазомотор ринит, қон томир дистонияси ва мувозанат бузилишларнинг кечимини оғирлаштиради. Б.С.Преображенскийнинг (1970)

ва унинг шогирди В.Т.Пальчун (1974) томонидан ишлаб тўлдирилган сурункали тонзиллитнинг қуйидаги таснифи амалиётда кенг фойдаланилади (4-жадвал).

4- жадвал

Сурункали тонзиллитнинг Б.С.Преображенский - В.Т.Пальчун таснифи

Оддий шакли	Токсико-аллергик шаклнинг	
	I даражаси	II даражаси
<i>Йўлдош касалликлар</i>	<i>Йўлдош касалликлар</i>	<i>Йўлдош касалликлар Боғлиқ касалликлар</i>
Маҳаллий белгилар ва 96% беморлар анамнезида қайд этилган ангиалар билан намоён бўлади;	Маҳаллий белгилар ва анамнез маълумотларида қайд этилган ангиалар ва умумий токсико-аллергик жараённинг I даражаси белгилари билан намоён бўлади;	Маҳаллий белгилар, 96% беморлар анамнез маълумотларида қайд этилган ангиалар ва кескин ривожланган токсико-аллергик жараённинг II даражаси белгилари билан намоён бўлади;
Маҳаллий белгилар *Лакуналарда суюқ ёки казеоз йирингли тикмалар; эпителий остида жойлашган йирингли фолликулалар, муртаклар юзи ғадир-будирлиги; *Гизе белгиси - олд (танглай- тил равоқчалар четининг турғун қизариши; *Зак белгиси- танглай равоқчалари юқори бўлимлари четининг шиши; *Преображенский белгиси: танглай-тил (олд) равоқчалар четининг инфильтрацияси ва қизариши; *Муртакларнинг равоқчалари ва учбурчак бурма б-н бирикиши; *Айрим маҳаллий лимфа тугунлар	Токсико-аллергик белгилар *Субфебрил ҳарорат (вакти-вакти билан) *Тонзиллоген заҳарланиш: вакти- вакти билан ёки доимий ҳолсизлик, тез чарчаш меҳнат қобилиятини пасайиши, ўзини нохуш ҳис этиш; *Бўғимларни вакти-вакти билан оғриши. *Бўйин лимфаденити *Юрак фаолиятининг функционал бузилишлари сурункали тонзиллитнинг авжида кузатилиб, объектив текширувда (ЭКГ) эса аниқланмайди; *Лаборатория текшируви натижаларида ўзгаришларнинг (қон ва иммунологик кўрсаткичлар) ўзгарувчанлиги; - Йўлдош касалликлар	Токсико-аллергик белгилар *Субфебрил ҳарорат (узлуксиз) ёки вакти-вакти билан; *ЭКГда қайд этилган юрак фаолиятининг функционал бузилиши; *Ангина вақтида ҳамда сурункали тонзиллитнинг ремиссия даврида юрак соҳасининг оғриши; * Юрак уриши, юрак ритмини бузилиши; *Клиник, функционал ва лаборатория текширувида аниқланган буйрак, юрак, қон томир тизими, бўғимлар, жигар ҳамда бошқа аъзо ва тизимларнинг ўткир ёки сурункали функционал бузилишлари; Йўлдош касалликларнинг оддий тонзиллит шаклидагидай. Боғлиқ касалликлар

катталашганлиги; *Пайпаслаганда маҳаллий лимфа тугунларни оғриши; *Оғиздан нохуш хид келиши.	оддий шаклидагидай; - Пайпаслаганда маҳаллий лимфа тугунлар катталашган ва оғриқли бўлиши; -оғиздан ёқимсиз хид келиши.	аниқланганда доимо токсико-аллергик шаклнинг II даражаси таъхиси куйилади Боҳлиқ касалликлар ва сурункали тонзиллит умумий этиологик ва патогенетик омилларга эга.
Йўлдош касалликлар Сурункали тонзиллит билан этиологик ва патогенетик асосга эга эмас; патогенетик боғлиқлик умумий ва маҳаллий реактив жараён орқали таъминланади.	Маҳаллий ўхшаш касалликлар *Паратонзилляр ҳўппоз; 2.Парафарингит 3.Фарингит	Умумий боғлиқ касалликлар: *Ўткир ва сурункали тонзиллоген сепсис; *Ревматизм, юрак, эндокрин, сийдик чиқариш тизими, бўғинлар ва бошқа аъзо ва тизимларнинг орттирилган инфекцион-аллергик касалликлари.

Даволаш. Консерватив даволаш тадбирлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

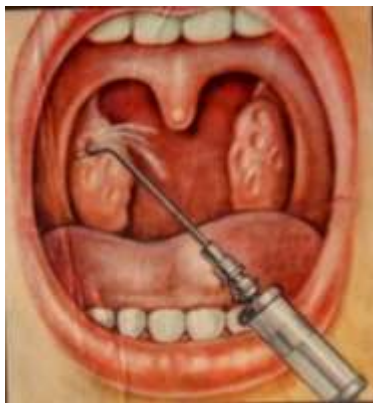
1. Организмнинг табиий ҳимоя кучини ошириш - кун тартибига риоя қилиш, С, В витаминларга бой таомларни истеъмол қилиш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш, даволашда қон зардобини, гаммаглобулинни, темирга бой дори воситаларини қўллаш;
2. Гипосенсибилизация чоралари - кальций хлорид ёки кальций глюконат, аскорбин кислота, антигистамин дори воситалари, кортикостероидлар, вакциналар, аллергияга қарши махсус дориларни қўллаш;
3. Имунитетни тиклаш - аутосеротерапия, иммуностимуляторларни (левамизол, Т-активин, продигиозан, тималин, аутоиммун зардоб ва ҳ.к.) ва имунитетни фаоллаштириш воситаларини (гелий-неон лазер нурлари, ИРС-19, имудон) қўллаш; Имудон бир кунда 2 таблеткадан 3 маҳал 20 кун давомида, касаллик авж олган даврида 2 таблеткадан 4 маҳал 10 кун давомида овқатдан кейин оғизга солиб сўриш тавсия этилади. Тонзилгон драже ёки эритма шаклида катталарга 2 драже ёки 25 томчидан, мактаб ёшидаги болаларга 1 драже ёки 15 томчидан, мактаб ёшигача болаларга -10 томчидан, бир ёшгача болаларга – 5 томчидан кунига 5-6 маҳал ичиш тавсия этилади.
4. Танглай муртаклари ва маҳаллий лимфа тугунларни соғломлаштириш: лакуналарни ювиш, УБН, ультратовуш, интерферон, гидрокортизон билан фонофорез, электромагнит майдон, УВЧ, СВЧ, электрофорез, тиббий лой билан даволаш; тиббий зулукдан фойдаланиш, лимфотроп терапия. Маҳаллий даволаш тадбирларидан сурункали тонзиллитда муртак лакуналарини Н.В.Белоголовов усулида ювиш муолажаси 10-20 мл ли шприц ва инжичка найча ёрдамида турли антисептик эритмалардан (0,25% формалин, ЙОКС, йодиол,

хлорфиллипт) фойдаланилган ҳолда бажарилади. Муртак лакуналарини ҳар куни бир маҳал, жами 7-10 кун давомида ювиш тавсия қилинади (77-расм).

5. Рефлектор таъсир этувчи воситалар: новокаин блокадаси, рефлексотерапия.

Бундан ташқари, беморга дармон дорилар, алоэ, ФИБС, фитин, темир лактат, стафилококка қарши зардоб ёки гамма глобулин буюрилади.

Консерватив даволаш тадбирларини йилига 2 марта (баҳор ва кузда) такрорлаш мақсадга мувофиқ. Мужассамлашган консерватив даволаш 90-95%



77-расм. Танглай муртаклари лакуналарини ювиш

гача ҳолларда яхши самара беради. Беморни ва унинг оила аъзоларини тиббий кўриқдан ўтказиб, диспансер назорати остига олиш ва соғломлаштириш ушбу кўрсаткични янада оширади. Болаларда кўпинча сурункали тонзиллитни ривожланиши сурункали синуситлар ва аденоидлар билан боғлиқ бўлганлиги учун 80 % ҳолларда аденоидотомия жарроҳлик амалидан сўнг сурункали тонзиллит қайталанмайди.

Консерватив даволашнинг самараси кўп жиҳатдан муртак тўқимаси фаолиятига ва жароҳатланган асаб толаларининг тикланишига боғлиқ. Даволаш тадбирлари муртак асаб элементларида компенсатор мослашув жараёнларини қайта тикланишини фаоллаштиради, совуқга нисбатан аллергия реакцияни пасайтиради. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг касалликларини ўз вақтида самарали даволаш сурункали тонзиллитни даволашда асосий мезон ҳисобланади.

Танглай муртакларини тўлиқ олиб ташлаш - *тонзиллэктомия* жарроҳлик амали қуйидаги кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда бажарилади:

- сурункали тонзиллитни консерватив даволаш тадбирларининг самарасизлиги;
- сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шакли, II даражаси;
- сурункали тонзиллит билан боғлиқ касалликлар (ревматизм, ревмокардит, тиреоидит, струмит, полиартрит, сепсис ва бошқ.).

Сурункали тонзиллит ревматизм билан бирга кечган ҳолларда тонзиллэктомия касалликнинг ремиссия даврида, ревматизмга қарши даволаш тадбирларидан сўнг бажарилади.

Тонзиллэктомияга қарши кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- қон касалликлари;
- юрак ва буйрак етишмовчилиги;
- стенокардия, гипертония;
- қандли диабетнинг оғир шакли;
- сил касаллиги;
- ўткир ичак касалликлари;
- ҳомиланинг охирги ойлари, ҳайз кўриш даври.

Ангина ва ўткир респиратор касалликларда, сурункали тонзиллитнинг хуруж даврида тонзиллэктомия жарроҳлик амали бемор соғайгандан сўнг 2-3 ҳафтадан кейин бажарилади.

Бемор тонзиллэктомия жарроҳлик амалига поликлиника шароитида тайёрланади. Бунда у терапевт ёки педиатр, кардиолог, ревматолог, гематолог, невропатолог, эндокринолог, стоматолог ва бошқа мутахассислар кўригидан ўтади, кўкрак қафаси рентгенографияси, қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қон гуруҳи, резус-омил, протромбин индекси, қон ретракцияси, тромбоцитлар сони, Австралия антигени (Hbs), HVC, RW, ВИЧ ни аниқлаш ва ЭКГ текширувлари бажарилади. Болаларда ҳалқумдан Лёффлер таёқчасига суртма олинади. Жарроҳлик амалидан бир ҳафта олдин беморга тинчлантирувчи ва гемостатик дорилар ва психолог маслаҳати тавсия этилади.

Тонзиллэктомия жарроҳлик амали шифохона шароитида бажарилади. Болаларда у умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш ёки нейролептоналгезия остида, катталарда мушак орасига промедол, аналгин, димедрол ёки кетонал қилингандан сўнг 0,5-1% ли новокаин эритмасининг 10 мл га 1 томчи адреналин гидрохлорид қўшилган аралашма ёрдамида бажарилган маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади.

Тонзиллэктомия жарроҳлик амали қуйидагича бажарилади (78-расм):



а) I-босқич. Олд равоқчаларни кесиш



б) II-босқич. Танглай муртакларни ажратиш



в) III-босқич. Ажратилган танглай муртаги



г) IV-босқич. Ажратилган танглай муртагини сим билан кесиш

78- расм. Тонзиллэктомия жарроҳлик амалининг босқичлари

Танглай-тил равоқчасининг четидан оғизҳалқумга қараб тўқималар ёйсимон кесилади. Ажратгич ёки элеватор асбоби ёрдамида паратонзилляр бўшлиқ (муртак капсуласининг орқаси) очилади, кейин муртак экстракапсуляр усулда юқори чўққисидан пастки чўққисигача танглай-тил равоқчасидан ажратилади. Танглай муртаклари қисқич ёрдамида ушланиб, чандиқли битишмалар қайчининг учи билан охиста ажратилади, муртак жойига эса ксеро-форм кукуни сепилади ёки лагоден эритмасига шимдирилган тампон қўйилади. *Муртакларни олиш пайтида чўққиси соҳасида ички ва ташқи уйқу артериялар жойлашганини эсда туттиш лозим!*

Тонзиллэктомиядан сўнг биринчи кун беморга сут ва қатиқ ичиш, илиқ ва суюқ овқатлар истемол қилиш тавсия қилинади, айрим ҳолларда яллиғланишга қарши терапия буюрилади. Муртаклар жойи 7-10 кун давомида фибринли

карашдан аста-секин тозаланиб, жароҳат майдони эпителий билан қопланади. Юрак фаолиятининг патологик ўзгаришлари аниқланган бемор кардиолог назоратида бўлиши лозим. Тонзиллэктомия жарроҳлик амалидан кейин қуйидаги асоратлар кузатилиши мумкин. Ҳалқумдан бирламчи қон оқиши асорати жарроҳлик амали пайтида ва иккиламчи қон кетиши жарроҳлик амалидан сўнгги яқин вақт ичида кузатилиши мумкин. Беморда артериал, веноз ва паренхиматоз қон оқишлар кузатилиши мумкин.

Йирик артериядан қон оқиши энг хавфли асорат бўлиб, бунда жароҳат майдонидан қип-қизил қон томир уришига мос тўлқинланиб оқади. Бундай асорат артерия деворининг емирилиши ёки жарроҳлик амали пайтида жароҳатланиши натижасида юзага келади. Кўпинча қон ички ва ташқи уйқу, юқори ҳалқум ва тил артериялардан оқади. Уни тўхтатиш жарроҳдан зўр маҳоратни талаб этади. Артериал қон кетишида беморнинг оғзи тез қонга тўлади. Бундай вазиятда жарроҳ қонаётган майдонни ва ҳиқилдоқ соҳасида уйқу артериясини чаққонлик билан умуртқа поғонасига босади. Агар шундан кейин ҳам қон кетишини тўхтамас, унда ташқи уйқу артерияни боғлаш лозим. Бошқа ҳолларда қонаётган майдонга спирт, йод, калий перманганат эритмалари, ферропирин, лагоден эритмаси, аминакапронат кислота кукуни, куруқ тромбин, қон зардобини, тромбопластин билан тикма қуйилади. Баъзан атрофига 0,5% ёки 1% новокаин, тримекаин, 0,9 % натрий хлорид эритмаси юборилгандан сўнг қонаётган қон томири Куликов игнаси ёрдамида тикилади. Кўпинча қон кетишини тўхтатишнинг бундай усули ижобий натижа беради. Бу усул ҳам ёрдам бермаган айрим ҳолларда орқа ва олд равоқлар орасига лагоденга шимдирилган дока тикма қўйилган холда тикилади. Тикма 24-48 соатдан сўнг олиб ташланади.

Юқорида қайд этилган шовилинч тиббий ёрдам тадбирлари билан бирга беморга қон ивишини яхшиловчи дорилар юборилади: вена ичига 0,5% -10 мл лагоден, 10% кальций хлорид ёки глюконат, 5% аминакапронат кислотаси, дицинон, этамзилат натрий, қон зардобини, викасол, беморнинг қон гуруҳига мос 50-100 мл тоза қон вена ичига томчилаб юборилади.

Ҳалқумдан қон оқиши асорати асосан, ревматизм, полиартрит, қон касаллиги билан оғриган, салицилатлар ва кортикостероидлар қабул қилган беморларда кузатилади. Бундай асоратни олдини олиш мақсадида қуйидаги тадбирлар бажарилиши лозим:

- 1) беморни жарроҳлик амалидан олдин синчковлик билан текшириш;
- 2) анамнез маълумотларини батафсил йиғиш;
- 3) қон оқишига мойил бўлган беморларга тонзиллэктомиядан олдин 2 ҳафта давомида 5-10% калиций хлорид эритмаси, рутин, аскорутин ичиш тавсия қилинади;
- 4) оғриқсизлантириш пайтида 1%-10 мл новокаинга 1 томчи 0,1% адреналин гидрохлорид қўшилади.

Тонзиллэктомияда кузатилиши мумкин бошқа асоратларга қуйидагилар киради:

- нафас йўллари ёт жисми ва буғилиш ҳолати;
- ўткир лимфаденит;
- тери ости эмфиземаси;
- ўпка ателектази;
- зотилжам;
- бўйин-ҳалқум ҳўппози;
- медиастенит;
- юз асаб толаси фалажи ва бошқалар.

Тонзилэктомиянинг кечки асоратларидан субатрофик фарингит, ҳалқумнинг чандиқли ўзгаришларини ва бошқаларни санаб ўтиш мумкин.

Сурункали тонзиллитни олдини олиш учун умумий гигиеник ва соғломлаштириш тадбирлари ўтказилади. Умумий гигиеник тадбирларга баданни чиниқтириш, тўғри овқатланиш, меҳнат ва уй-жой гигиенасига риоя қилиш, касб билан боғлиқ бўлган бактериал ифлосланишларни бартараф этиш, ҳавони заҳарли газ ва чангдан тозалаш, санитария-оқартув ишлари киради. Соғломлаштириш тадбирлари врач томонидан амалга оширилиб, профилактик кўрикларда тиш ва милк касалликлари, йирингли синусит ва ўрта отит билан оғриган ҳамда бурун орқали нафас олиши қийинлашган беморларни аниқлаш, диспансер назорати остига олиш ва даволашдан иборат.

Охирги йилларда сурункали тонзиллитни даволашда иммуномодулятор ва кучланиши паст лазер нурларини қўллаш яхши натижа бермоқда. Бунда кўпроқ гелий-неон лазерининг қизил нури қўлланилади. Нурлар бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига, ҳалқумнинг орқа деворига ва танглай муртакларига таъсир эттирилади (ёруғлик кучи $2,65 \text{ мВт/см}^2$, таъсир вақти 2-8 дақиқа). Муолажа 5-7 кун давомида бир йилда 2 марта ўтказилади. Бундан ташқари беморга тонзилгон, Т-активин, метилурацил берилади, томоғига 10 кун ИРС-19 пуркалади.

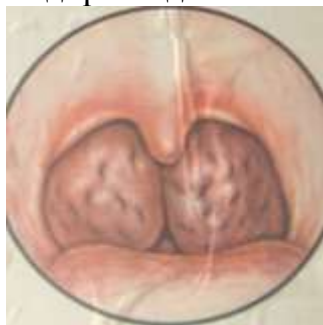
Сурункали тонзиллитни олдини олишда диспансер назорати муҳим аҳамиятга эга. Бунда педиатр, терапевт, оториноларинголог ва стоматолог иштирок этади. Сурункали тонзиллит билан оғриган бемор оториноларинголог томонидан диспансер назорати остига олиниб, бир йилда икки марта, касалликни қайталаниши камайган ҳолларда - бир йилда бир марта кўриқдан ўтказилади. Консерватив даволаш тадбирлари ижобий натижа бериб, ангинанинг қайталаниши камайганда бемор 3 йилдан сўнг, тонзиллэктомия жарроҳлик амали бажарилганда - 6 ойдан сўнг диспансер назоратидан чиқарилади.

ТАНГЛАЙ МУРТАКЛАРИ ГИПЕРТРОФИЯСИ, яъни танглай муртакларнинг яллиғланишсиз катталашиши 3 даражага бўлинади:

I даражада - танглай муртаклари танглай-тил равоқларидан томоқнинг ўрта чизигигача бўлган масофанинг $1/3$ қисмини эгаллайди;

II даражада - танглай муртаклари бу масофанинг 2/3 қисмини эгаллайди;

III даражада - танглай муртаклари бир-бирига тегиб туради.



79-расм. Танглай муртаклари гипертрофияси

Катталашган муртаклар оқ-пушти рангда, юмшоқ, юзи силлиқ бўлиб олд равоқчалардан ўрта чизик томонга чиқиб туради (79- расм).

Бемор нафас олиш ва ютинишни кийинлашганлигига шикоят қилади, унда йўтал, нутқни бузилиши, манқаланиш кузатилиб, уйқусида хуррак отади. Бундай ҳолларда *тонзиллотомия* - муртаклар ҳажмини қисман қисқартириш жарроҳлик амали бажарилади. Тонзиллотомия кўпинча 4-7 ёшдаги болаларда амбулатория шароитида маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Жарроҳлик амалидан сўнг бола 2 соат давомида врач назорати остида, кейин 1-2 кун уй шароитида бўлади. Унга илиқ суюқ овқат берилади. Қон ва ўткир юқумли касалликларда тонзиллотомия амали вақтинча бажарилмай турилади.

ҲАЛҚУМ МУРТАГИ ГИПЕРТРОФИЯСИ (АДЕНОИДЛАР) –(*vegetatio adenoides*) *ҳалқум (бурунҳалқум) муртагининг патологик гипертрофияси*. Кўпинча 3-12 ёшли болаларда, баъзан 26-40, ҳатто 70-75 ёшли кишиларда ҳам учраши мумкин.

Аденоидларнинг 3 даражаси тафовут этилади:

I даражада – ҳалқум муртаги катталашиб, димоғ суягини юқоридан 1/3 қисмини ёпиб туради;

II даражада – катталашган муртаклар димоғ суягини 2/3 қисмини ёпиб туради;

III даражада – муртак хоаналарни бутунлай ёпиб туради.

Белгилари. Ҳалқум муртаги гипертрофияси шарсимон оқ-пушти рангдаги тузилмалар бўлиб, гистологик текширувда юзаки ва паренхиматоз яллиғланиш белгилари аниқланганда, уни сурункали аденоидит деб баҳолаш мумкин.

Ҳалқум муртаги гипертрофияси қуйидаги маҳаллий ва умумий *асоратларга* сабаб бўлади: бурун оркали нафас олишнинг қийинлашиши, юз тузилишнинг бузилиши, эшитиш қобилиятини ва нутқни бузилиб, ёпиқ манқаланиш, бош оғриши, бош айланиши, уйқуни бузилиши, хотирани пасайиши, айрим болаларда энурез, хорей, плексит, эпилепсия, ларингоспазм, бронхиал астма, кўриш ўткирлигининг пасайиши, қоматни (сколиоз, лордоз) ва юрак – қон томир тизими фаолиятининг бузилиши ва бошқалар. Бундай асоратлар бурундан нафас олиш қийинлиги ва аденоидларни асаб тизимига таъсири натижасида юзага келади. Аденоидлар организмнинг аллергия ҳолатига ҳам таъсир кўрсатади.

Таъхис беморнинг ёши, шикоятлари, касалликка хос юз тузилиши асосида қўйилади. Беморнинг юзи биров чўзиқроқ, оғзи ярим очиқ ҳолда, юқоридаги тишлари бетартиб жойлашган ва олдинга бўртиб турган бўлади - *habitus adenoides* (80-расм). Узоқ вақт давомида оғиздан нафас олиш кўкрак қафасининг шаклини ўзгартиради (қуш кўкрак). Олд ва орқа риноскопия (81-расм),

эндоскопия, компьютер томография текширувлари ва бурунхалқумни бармоқ ёрдамида пайпаслаш аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.



80-расм. Аденоидларда боланинг юз тузилиши



81-расм. Орқа риноскопияда аденоидларни кўриниши

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, бурундан нафас олишни бузилишига сурункали синуситлар ҳам сабаб бўлади, димоғига оқиб тушаётган балғам эса бурунхалқум муртакни яллиғланишига олиб келади. Шунинг учун ҳалқум орқа деворида йирингли ажралма борлиги аниқланганда, дастлаб бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси текшируви

бажарилиб, патологик ўзгаришлар аниқланганда синуситни даволаш лозим. Даволашдан сўнг бурундан нафас олиш қобилияти тикланган беморларда аденотомия жароҳлик амали бажарилмайди.

Даволаш. Қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган, лаборатория текширувларида ўзгаришлар аниқланмаган беморда умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида *аденотомия* жарроҳлик амали бажарилади.

Аденотомияни бажариш учун асосий *кўрсатмаларга* ҳалқум муртаги гипертрофиясининг II,III даражалари қуйидаги белгилар билан кечган ҳолатлар киради:

- бурундан нафас олишни қийинлашиши қайталанувчи этмоидит, сфеноидит, гайморит билан кечганда;
- қайталанувчи тубоотит, катарал, йирингли ва экссудатив ўрта отит, эшитиш қобилиятини пасайиши билан кечганда;
- йўлдош токсико-аллергик касалликлар (миокардит, лептоменингит, сурункали бронхит, бронхиал астма) билан кечганда.

Ноқулай эпидемиологик вазиятда (бола юқумли касаллик билан оғриган бемор билан мулоқотда бўлганда ёки эмланганда) жарроҳлик амали 2-3 ойдан сўнг бажарилади.

Аденотомиянинг *қарши кўрсатмаларига* қуйидагилар киради:

- қон касалликлари (ўткир ва сурункали лейкоз, геморрагик диатез, иммун гемопатия);
- токсик дифтерия коринебактериялари бациллаташувчилиги;
- ўткир ёки сурункали ЛОР-аъзолари касалликларининг хуруж даври;
- ўткир ёки сурункали ички аъзолар касалликларининг хуруж даври;
- юрак, буйрак, жигар ва ўпка касалликларининг декомпенсация босқичлари;
- тиш кариеси;
- тимомегалия;

- ҳалқум қон томирлари нуқсонлари.

СУРУНКАЛИ АДЕНОИДИТ – ҳалқум муртагининг сурункали яллиғланиши ўткир респиратор, аденовирус, риновирус, грипп, парагрипп ёки бошқа юқумли касалликларда (скарлатина, қизамиқ) ривожланиб, болаларда кўп учрайди.

Умумий ва маҳаллий иммунитетнинг сустлиги, ўткир аденоидитни нотўғри даволаш, реконвалесценция даврида кун тартибига риоя қилмаслик бактериал, шу жумладан сапрофит флорани фаоллашишига ва иммун супрессия ҳолатини чўзилишига, микрофлоранинг юқори вирулентлиги ўткир аденоидит жараёнини сурункали шаклига айланишига ёрдам беради.

Клиник манзараси. Сурункали аденоидитнинг асосий белгиси – бу бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, хуррак отиш, ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб шилимшиқ-йирингли ажралмани оқиши, манқаланиш, эрталабки балғамли йўтал хуружлари ҳисобланади.

Бемор боши оғришига, уйқуси бузилганлигига, тез чарчашига, кўриш ўткирлиги ва ҳид билиш қобилияти пасайганлигига, эшитув ўткирлигининг бузилишига шикоят қилади. Сурункали аденоидит билан касалланган болаларда экссудатив диатез, дерматит, сохта круп ва тунги энурез ҳолатлари кузатилади.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, олд ва орқа риноскопия, фарингоскопия, ҳалқумни бармоқ билан текшириш, клиник, эндоскопия ва компьютер томография текширувлар натижалари асосида қўйилади. Бемор кўздан кечирилганда юзининг рангпарлиги, кўзлари остида кўкимтир доиралар борлиги, оғзи ярим очик ҳолатда эканлиги - *“habitus adenoides,”* кўкрак қафасининг шакли ўзгарганлиги, пайпасланганда маҳаллий лимфа тугунлар (ретромандибуляр, жағ ости, ён бўйин) катталашганлиги ва бироз оғриши маълум бўлади. Орофариноскопияда оғиз бўшлиғида бир начта чириган тишлар борлиги ва улар нотўғри ривожланганлиги кўринади.

Қиёсий таъхисот. Аденоидларни ўсмирлар ангиофибромасидан фарқлаш лозим. Ангио-фиброма ўғил болаларда учраб, айлана шаклга, зич-эластик консистенцияга эга бўлади, анамнез маълумотларида бурундан тез-тез қон оқиши кузатилганлиги қайд этилади.

Бурун чиғаноқлари орқа учларининг гипертрофияси ва хоана полипида (бунда ҳаракатчан полип хоанадан ўсиб чиқади, бурунҳалқум гумбази эркин бўлади) ҳам сурункали аденоидит белгиларига ўхшаш клиник манзара кузатилади. Одатда аденоидларнинг консистенцияси юмшоқроқ бўлиб, улар кенг асоси билан бурунҳалқум гумбазининг орқа бўлимига бирикади, катталарда чандикли тўқиманинг кўплиги туфайли (яллиғланиш жараёни натижасида) аденоидлар тўқимаси қаттикроқ бўлади.

Давомли субфебрилитетнинг сабабларидан бири - сил касаллигини инкор этиш мақсадида Пирке ва Манту синамалари бажарилади. Микробиологик текширув натижалари асосан кокклар флораси мавжудлигини ва уларнинг антибиотикларга нисбатан сезувчанлиги паст эканлиги маълум бўлади.

Даволаш тадбирлари ҳам дорилар, ҳам жарроҳлик усули билан бурун ва ҳалқумнинг бузилган фаолиятини тиклашга қаратилади.

Сурункали аденоидитнинг қайталанувчи кечимида аденотомия жароҳлик амали касаллик хуружидан 3-4 ҳафта ўтгандан кейин бажарилади.

Жарроҳлик амалидан олдин болаларга қуйидаги текширувлар ўтказилади:

- қоннинг клиник таҳлили (тромбоцитлар сони, қон ивиши ва қон оқиши вақти);
- ОИТВ, австралия антигенини (Hbs), HVC, RW аниқлаш;
- сийдикнинг умумий таҳлили, ахлатни қуртларга текшириш;
- тишларни соғломлаштириш, токсик дифтерия коринебактериялари бациллоташувчиликни аниқлаш учун ҳалқум ва бурундан суртма олиш;
- микрофлорани антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш;
- жарроҳлик амалини бажариш мумкинлиги ҳақида педиатр хулосаси;
- юқумли касаллик билан оғриган бемор билан мулоқотда бўлмаганлиги ҳақида маълумот.

Аденотомия жарроҳлик амали одатда амбулатория ёки поликлиника шароитида маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида ҳалқасимон пичоқ - аденотом ёрдамида бажарилади. Бунда аденотом ўрта чизик бўйлаб димоғ суягининг орқа четидан ҳалқум гумбазигача киритилгандан сўнг ҳалқум гумбазига ва димоғ суягига босилиб, аденоид тўқимаси асбобнинг ҳалқасига олинади. Кейин аденотом чаққонлик билан бурунҳалқум девори бўйлаб пастга силжитилади, бир пайтнинг ўзида аденоидлар асоси соҳасида кесиб олинади (беморнинг боши биров олдинга эгилган бўлиши керак). Кейин болага навбатма-навбат бурун катакларини қоқиш буюрилади (82-расм). Жарроҳлик амали умумий оғриқсизлантириш остида бажарилганда эса бурун ажралмаси электр сўргич билан сўриб олинади.



а) беморнинг ҳолати



б) аденотомни киритиш



в) Аденотомияда бажариладиган учта ҳаракат

82-расм. Аденотомия жарроҳлик амали

Аденотомия жарроҳлик амалида қуйидаги *асоратлар* кузатилиши мумкин: жароҳат майдонидан қон кетиши, тана ҳароратини кўтарилиши, буғилиш

ҳолати (қонни нафас йўлига кириши натижасида), менингоэнцефалит, менингит, умуртқа поғонаси остеомиелити, бўйин умуртқасини чиқиши, юмшоқ танглайни фалажи ва бошқалар. Беморни жарроҳлик амалига тайёрлаш асоратларни олдини олишга ёрдам беради.

Жарроҳлик амалидан сўнг қон оқиши кузатилмаган бемор 2 соатдан сўнг уйга кетиши мумкин. Унга 1-2 кун давомида уй шароитида бўлиш ва илиқ суюқ овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади. Болаларда аденоидлар кўпинча танглай муртаги гипертрофияси билан бирга учрайди. Бундай ҳолларда дастлаб тонзиллотомия, кейин аденотомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

РОНХОПАТИЯ – уйқуда патологик хуррак отиш ҳолати бўлиб, асосан юмшоқ танглайда ривожланган яллиғланиш-гиперпластик жараёни натижасида ҳалқумнинг ўрта бўлимини торайиши туфайли юзага келади. Уйқуда хуррак отишни вақти-вақти билан такрорланиши 45%, мунтазам хуррак отиш ҳолати-25% аҳолида қайд этилган.

Патогенези. Юмшоқ танглайда (асосан унинг маркази ва баъзан периферик қисмида) сурункали яллиғланиш натижасида юмшоқ тўқимани қалинлашиши (гипертрофияси) ривожланади. Жараён тилча асосини 2-3 баробар болишсимон қалинлашиши билан кечади.

Гистологик текширувда қалинлашган тўқима майдонида кўп миқдорда коллаген толалар ва липоцитлар борлиги, ўчоқли миоцитоз ва стома шиши аниқланади. Қалинлашган юмшоқ танглай ўз таранглигини йўқотиб, ҳалқумнинг олд-орқа ўлчамини 1/3 қисмидан ярмигача торайтириши мумкин. Шиллиқ пардани қалинлашиши ва бурмалари туфайли юмшоқ танглайнинг ушбу майдони қум соат шаклида 30-45% га тораяди. Бемор ухлаганда нафас ҳаракатларини онгли бошқарилиши йўқолиб, нафас олиш ва нафасни чиқариш пайтида ҳаво оқими ҳалқумнинг торайган майдони орқали ўтади.

Бемор уйқусида бурун орқали нафас олганда ҳалқумининг торайган майдонида қўшимча қаршилиқ пайдо бўлади ва ушбу майдондан пастда ҳаво оқимининг тезлиги анча ошади. Шунинг учун бурун орқали нафас олинганда ҳаво оқими оғиз орқали ҳам тортилади (Бернулли қонуни). Натижада юмшоқ танглайнинг чети турли тезлик билан кираётган, аралаш ва турбулент ҳаракатланаётган икки ҳаво оқими орасида қолиб, ўзига хос хуррак товушини ҳосил қилиб тебранади. Уйқуда хуррак отишни ушбу механизми бурун бўшлиғида қаршилиқ ошганда, масалан гипертрофик ринитда, бурун тўсиғининг кийшайишида, полипозли этмоидитда янада кучаяди.

Уйқуда хуррак отиш натижасида ташқи нафаснинг қаршилиги анча ошади, ўпкага кираётган ҳавонинг ҳажми 45% га камайиб, қондаги кислород миқдори ҳам камаяди, гипоксемия ҳолати кундузи 10-20 % га, кечаси 20-30% га етади, карбонат ангидриднинг миқдори аксинча кўпайиб, гиперкапния ва субкомпенсацияли ацидоз ҳолати юзага келади. Қондаги газ адманишувининг бундай бузилишлари нафас марказининг автоматизм фаолиятини ўзгартиради ва у нафас олиш ҳаракатини пайдо қилиш учун карбонат ангидриднинг юқори

миқдорига мослашади. Шунинг учун уйқуда хуррак отган беморда нафас ҳаракатлари вақти-вақти билан тўхтаб қолади (нафас марказининг автоматик рефлектор иши бошланиши учун карбонат ангидриднинг қондаги миқдори анча юқори бўлиши лозим). Навбатдаги нафас ҳаракатини кечиктирилиши *апноэ* деб аталади. Апноэ ҳолати 4-5 дан 15 сониягача давом этиши ва тун давомида 10 ёки 100 марта такрорланиши, жами 2-3 соат давом этиши мумкин.

Сомнография ва клиник текширувларда ронхопатия билан оғриган беморларда тун давомида гипоксия ва гиперкапния шаклида кечувчи газ алманишувининг жиддий бузилишлари қайд этилган.

Клиник манзараси. Ронхопатия кўпроқ ўрта ва кекса ёшли эркекларда (40%) ва камроқ аёлларда (20%), асосан семиз кишиларда учрайди; алкоголь ичимликларни суистеъмол қилиш, жисмоний толиқиш уйқуда хуррак отишни кучайтиради; баъзан навбатдаги апноэдан сўнг бемор уйғониб, яна уйқуга кетади.

Уйқу вақтининг қисқариши, уйқунинг сифатини ёмонлашиши натижасида бундай кишиларда кундузи у ёки бу даражада уйқучанлик, тез чарчаш, хотира ва иш қобилиятини пасайиши каби ҳолатлар кузатилади.

Ронхопатияда нафаснинг обструктив бузилиши акустик феноменни, яъни апноэ билан кечувчи хурракни пайдо қилиб, сурункали кислород етишмовчилиги, юрак уриши ритминин ва қон босиминин ўзгариши, ўпка артериясида қон босиминин ошиши, симпатик фаолликни кучайиши, юрак-қон томир тизимида жиддий ўзгаришларни ривожланиши билан кечади. Бундай ўзгаришлар тунда беморда апноэ пайтида ўлим ҳолати юз беришига сабаб бўлади.

Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва ҳалқум кўздан кечирилганда ронхопатия билан оғриган беморда бурун орқали нафас олиш фаолияти бузилганлиги, гипертрофик фарингит ва суст кечувчи сурункали тонзиллит касалликлари аниқланади. Олд риноскопияда пастки бурун чиғаноқларининг катталаниши, бурун тўсиғининг қийшайиши натижасида бурун йўллари торайганлиги кўринади. Баъзан умумий бурун йўлининг туғма торлиги учрайди.

Фарингоскопияда гиперпластик фарингит ва сурункали тонзиллитнинг манзараси, ҳалқумнинг ўрта бўлими бироз қизарганлиги, аксарият беморларда тилча ўзайганлиги ва қалинлашганлиги кўринади. Юмшоқ танглайда тилча асосини болишсимон қалинлашиши ронхопатиянинг ўзига хос белгиси ҳисобланиб, у орқа риноскопияда яққол кўзга ташланиб туради, бунда юмшоқ танглайнинг чети ва ҳалқумнинг орқа девори орасидаги олд-орқа ўлчами анча қисқа бўлади. Агар меъёردа у 14-15 мм ни ташкил қилса, ронхопатияда у 7-8 мм атрофида бўлади. Айрим беморларда ҳалқумни торайишига қалинлашган шиллиқ пардани вертикал бурмалар ҳосил қилиши ва танглай муртакларини катталаниши сабаб бўлади.

Ронхопатияда юмшоқ танглайни қалинлашиш жараёни тўрт босқичда кечади:

- юмшоқ танглай меъёрда: бунда шиллиқ парда юпқа, пушти рангда, тилча ўзгаришсиз, танглай пардаси ҳаракатчан;
- юмшоқ танглайни қалинлашишининг бошланғич босқичи: бунда унинг четлари ва тилча асоси қалинлашади;
- юмшоқ танглайни кескин қалинлашиши: бунда унинг ҳаракати чегараланади, барча майдонлари қизариб, тилча 2-3 марта катталашади, танглай равоқчалари қалинлашади, орқа танглай равоқчаси орқага силжийди;
- семиз кишиларда юмшоқ танглайни кескин қалинлашиши: бунда унинг барча бўлимлари кескин қалинлашиб, қизаради, ҳаракати кескин чегараланади.

Сомнография, уйқу пайтида бажарилган электрофизиологик ва клиник текширувлар ёрдамида хуррак давом этган вақтни, унинг кучини, аснода неча марта такрорланиб, қанча вақт давом этишини, юрак қон-томир тизимининг бузилишларини, қондаги газ миқдорини аниқлаш имконини беради.

Таъхис. Беморнинг асосий шикоятлари – бу уйқусида хуррак отиши бўлиб, у бу ҳақида яқин кишиларидан эшитади, ўзи эса ухлаганда хуррак отишини эшитмайди. Касаллик қачон бошланганлиги, уйқуда нафасни тўхтаб қолиши, унинг давомийлиги ва нима бор такрорланиши, тез чарчаш, кундузи уйқучан бўлиш, бурун орқали нафас олишни бузилиши, ҳалқум касалликлари ҳақидаги маълумотлар тўғри таъхис қўйишга ёрдам беради. Фарингова риноскопия, эндоскопия текширувларида юмшоқ танглай, ҳалқум ва танглай муртакларининг катталашиш даражаси, ҳалқум ўлчамлари, бурун бўшлиғи тузилмаларининг ҳолати баҳоланади.

Даволаш. Ронхопатия жарроҳлик амали ёрдамида даволанади. Таклиф этилган қуйидаги консерватив даволаш усуллари кўпинча ижобий натижа бермайди:

- бемор ухлаганда пастки жағини боғлаш, оғзига сўргич қўйиш ёки чалқанча ётмаслиги ва бошқалар;
- бемор ухлаганда ўпкасига ниқоб орқали ҳаво юборувчи асбобдан фойдаланиш. Ушбу асбоб беморнинг уйқусини бироз енгиллаштиради, ҳажмининг катталиги ва нафас ҳаракатлари билан синхрон ишлаши уни қониқтирмайди ва у асбобдан фойдаланмайди.

Ронхопатиянинг тўрт даражаси тафовут қилинади:

- I даражаси - хуррак фақат чалқанча ётиб ухлаган ҳолатида кузатилиши;
- II даражаси - чалқанча ва ёнбош ётган ҳолатида баъзан кузатилиши;
- III даражаси - чалқанча ва ёнбош ётган ҳолатида доимий равишда кузатилиши;
- IV даражаси - турли ҳолатларда кузатилиши.

Бундан ташқари хурракни даражаси кучайиб боришига этибор берилади. Ушбу тасниф жарроҳлик амалини танлашга ёрдам бермасда, касалликнинг фарингоскопик белгиларини тўлдиради. Жарроҳлик амалининг ҳажми ҳалқум

ва бурун бўшлиғининг анатомик тузилмалари хуррак отиш механизмида қай даражада иштирок этишига боғлиқ.

Ҳалқумнинг асосий тузилмаларида (юмшоқ танглай, орқа танглай равоқчалари, танглай муртаклари, бурун тўсиғи ва пастки бурун чиганоқлари) сурункали тонзиллитнинг маҳаллий белгилари кузатилмаган ҳолларда жарроҳлик амали бажарилмайди. Худди шундай даволаш тактикаси бурун тузилмаларига ҳам тааллуқли бўлиб, ҳар икки томонда бурун орқали нафас олиш фаолияти меъёрида бўлганда жарроҳлик амали бажарилмайди. Бундай ҳолларда *палатиномия* жарроҳлик амали бажарилиб, юмшоқ танглайнинг пастки чети, тилча, орқа танглай равоқчалари танглай пардасидан ва тилча асосидан 7-8 см қолдириб олиб ташланади.

Жарроҳлик амали узун ва Кохер қисқичлари ёрдамида осон бажарилади, дағал чандиқ ҳосил бўлмаслиги учун жароҳат четига тўртта кетгут чоки қўйилади. Жарроҳлик амалидан сўнг одатда асоратлар кузатилмайди, баъзан бундай беморларда ютиш ҳаракатини бироз бузилиши кузатилиб, тез орада тикланади. Жарроҳлик амалини бошқа асбоблар ёрдамида ҳам бажарса бўлади, лекин бунда тўқима реакцияси кузатилиши мумкин, масалан юмшоқ танглай лазер нури ёрдамида кесилганда кучли яллиғланиш реакцияси пайдо бўлади ва жароҳат майдонида кейинчалик дағал чандиқлар ҳосил бўлади.

Хуррак отишни бутунлай йўқотиш учун сурункали тонзиллитда, танглай муртаклари катталашганда ёки юмшоқ танглай ва ҳалқумнинг орқа девори орасидаги масофа қисқарганда палатиномиядан ташқари тонзиллэктомия жарроҳлик амалини ҳам бажариш, ҳар икки томонда олд ва орқа танглай равоқчаларининг асосларини кетгут билан тикиш лозим. Жарроҳлик амалининг бу босқичи ҳалқумнинг торайган қисмини кенгайтириш ва шу билан уйқудаги обструктив хурракнинг сабабларидан бирини бартараф этиш имконини беради.

Кўпинча ронхопатия бурун тўсиғининг қийшайиши, гипертрофик ринит ёки бурун полипида кузатиладиган бурун йўллариининг торайиши натижасида юзага келади. Бундай ҳолларда бурун орқали нафас олишни яхшилаш жарроҳлик амаллари (бурун тўсиғининг шиллиқ ости резекцияси, конхотомия, полипотомия) даволашда муҳим аҳамият касб этади.

Палатиномия маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилса, бошқа жарроҳлик амалларида (тонзиллэктомия, бурун ичи жарроҳлик амаллари) умумий оғриқсизлантириш қўлланилади. Жарроҳлик амалидан кейин беморга суюқ овқатлар истеъмол қилиш, томоғини фурацилин ёки риванол эритмалари билан чайиш тавсия этилиб, жисмоний зўриқиш чекланади. Ронхопатияни даволашда жарроҳлик амалининг самараси анча юқори бўлиб, уни такроран бажариш зарурати 400 бемордан, фақат 3 нафарида қайд этилган ҳолос.

ЎТКИР ФАРИНГИТ (*pharyngitis acuta*)-ҳалқум шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши. Касаллик мустақил равишда инфекция ёки турли зарарли омилларни (узоқ вақт давомида оғиз орқали нафас олиш, чекиш, спиртли

ичимликлар суистеъмол қилиш, совуқ ҳавода баланд овозда гапириш) бевосита таъсири натижасида ривожланади. Кўпинча у юқори нафас йўллари, юқумли ва ошқозон-ичак касалликлари билан бирга учрайди.

Этиологияси. Касалликни вируслар (аденовирус, энтеровирус, грипп вируси) ва бактериялар (*Corynebacterium diphtheriae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, A, C, G гуруҳига мансуб стрептококклар, диплококклар, гонококклар, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) қўзғатади. Совқотиш, бурун, бурун ёндош бўшлиқлари, бурунҳалқум ва юқумли касалликлар, дисбактериоз, чекиш, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш, ошқозон-ичак касалликлари ўткир фарингитни ривожланишига ёрдам беради.



83-расм.

Гранулёз фарингит

Патоморфологияси.

Морфологик ўзгаришлар шиллиқ парданинг шиши ва инфильтрацияси, қон томирларни кенгайиши ва эпителий қатламини кўчиши билан намоён бўлади. Яллиғланиш жараёни эшитув найининг шиллиқ пардасига тарқалиши мумкин. Лимфоид тўқима тўпланган майдонларда - ҳалқумнинг орқа девори, танглай-ҳалқум равоқчалари орқасида патологик жараён аниқса кескин ривожланади, фолликулалар шишиб ва бир-бирига яқин жойлашган фолликулалар қўшилиб, йирик гранулалар ҳосил қилади –

гранулёз фарингит (83-расм).

Клиник белгилари. Бемор томоғи ачишига, қичишига, қуришига, унда ноҳушлик ёки “ёт жисм” хис этишига, қулоқлари битишига шикоят қилади. Тана ҳарорати меъёрда, айрим ҳолларда ундан юқори ёки субфебрил бўлади. Фарингоскопияда ҳалқумнинг шиллиқ пардаси қизарган, шишган, айрим майдонларда шилимшиқ-йирингли караш билан қопланганлиги кўринади. Ҳалқумнинг орқа ва ён деворларида айлана тўқ қизил тепача шаклида алоҳида жойлашган фолликулаларни кўриш мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, фарингоскопия манзараси, микробиологик текширувлар асосида қўйилади. Дифтерия, катарал ангина ва бошқа юқумли касалликлар ҳам шунга ўхшаш клиник белгилар билан кечиши мумкинлигини эсда тутиш лозим.

Даволаш тадбирлари одатда маҳаллий усулда томоқни антисептик эритмалар (мармарак, мойчечак, фурацилин, хлорфиллипт ва бошқалар) билан чайиш, унга турли аэрозоллар (биопарокс, полидекса, изофра ва бошқ.) пуркаш, антигистамин дорилар, парацетамол, илиқ иш-қорли ингаляциялар, организм иммунитетини оширувчи дориларни (ИРС-19, имудон, тонзилгон-Н ва бошқ.) тавсия қилишдан иборат. Беморга иссиқ, совуқ, нордон, ўткир ва шўр овқатларни истеъмол қилиш, чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш ман этилади.

СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТ (*pharyngitis chronica*) - ҳалқум шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши бўлиб, одатда ўткир фарингитни етарли даражада

даволамаслик ва бартараф этилмаган этиологик омиллар таъсири натижасида ривожланади.

Этиологияси. Касаллик кўпинча тамаки чекувчи, спиртли ичимликларни суистеъмол қилувчи беморларда, чанг ва зарарли газлар билан ифлосланган ишлаб чиқариш корхоналари ишчиларида кузатилади. Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва ҳалқумнинг ўткир ва сурункали касалликлари, тонзиллитлар, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, ноқулай об-ҳаво ва ноқулай экологик шароит сурункали фарингитнинг ривожланишига ёрдам беради.

Қатор ҳолларда касалликнинг юзага келишига ошқозон-ичак касалликлари, эндокрин ва гормонал бузилишлар, тиш чириши, ўткир ва жуда иссиқ ёки жуда совуқ овқатларни истеъмол қилиш ҳам сабаб бўлади. Ниҳоят, сурункали фарингит қатор сурункали юқумли касалликларда ва силда ривожланиши мумкин.

Патоморфологик ўзгаришлари жиҳатидан сурункали фарингит асосан катарал, гипертрофик ва атрофик шаклларга бўлинади.

Сурункали катарал фарингитда ҳалқум шиллиқ пардасининг доимий қизариши, шиши, қон томирларни кенгайиши, кичик веналар турғунлиги, шиллиқ безлар фаолиятининг юқори даражада бузилиши кузатилади.

Гипертрофик (гранулёз) фарингитда (тарқоқ ёки ўчоқли) - эпителий қавати ўзгариб, бурун-ҳалқумда ҳилпилловчи цилиндрик эпителий кубсимон ёки ясси эпителий билан алмашади, ҳалқум орқа, ён деворларининг шиллиқ ости пардаси қалинлашиб, лимфоид тўқимаси катталашади. Ёш болаларда кўпинча сурункали гранулёз фарингит кузатилса, катта ёшли болаларда патологик жараён ҳалқум ён бурмалари лимфоид тўқимасини ҳам қамраб олади. Бемор томоғи қуришига, унда нохушлик, шилиниш, ачишиш ҳис этишига, қуюқ шилимшиқ ажралма тўпланишига, ютиш пайтида қулоғи бироз оғришига шикоят қилади.

Фарингоскопияда ҳалқум орқа девори шиллиқ пардасининг қизариши остида тарикдай ярим айлана тўқ – қизил тепачалар - лимфоид тўқима дончалари кўриниб, айрим жойларда улар бир-бирига қўшилиб кетганлиги, қон томирлар кўзга ташланиб турганлиги ва шиллиқ парда ёпишқоқ ажралма билан қопланганлиги аниқланади. Патологик жараён ҳалқумнинг ён деворида жойлашганда танглай муртаклари орқасида лимфоид тўқимани катталашиши кузатилади. Жараёни эшитув найининг ҳалқум тешиги атрофига тарқалиши эса беморда эшитиш қобилиятининг пасайишига сабаб бўлиши мумкин.

Сурункали атрофик фарингит одатда атрофик ринит билан бирга кечади. Бунда ҳалқумнинг шиллиқ пардаси юпқалашиб, ҳилпилловчи эпителий кўпқаватли ясси эпителий билан алмашади, шиллиқ безлар сони камайиб, уларнинг шиллиқ ишлаб чиқариш фаолияти сусаяди. Фарингоскопияда ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси рангпар, юпқалашган, ялтироқ ва қуруқлиги, айрим жойларда пўстлоқ ва қуюқ ажралма билан қопланганлиги кўринади.

Клиник белгилари. Сурункали катарал фарингитда бемор томоғи қуришига, кичишига, унда нохушлик ва ёт жисмни ҳис этишига, йўталга, баъзан қулоғи битишига шикоят қилади. Атрофик фарингит билан оғриган бемор томоғи қуришига, ютиниши қийинлашганиги, оғзидан ёқимсиз ҳид келишига шикоят қилади. У суҳбат давомида бир қултум сув ичишга эҳтиёж сезади. Гипертрофик фарингитда ҳалқумда шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланади.

Фарингоскопияда сурункали катарал фарингитда ҳалқум шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги, орқа деворининг айрим майдонлари тиниқ ёки хира шилимшиқ ажралма билан қопланганлиги, гипертрофик фарингитда - орқа ва ён деворларининг шиллиқ ости қавати қалинлашиб, унда тарикдай ва ундан каттароқ яримдоира тўқ қизил тепачалар ҳосил бўлганлиги, сурункали атрофик фарингитда- шиллиқ парда юпқалашиб, оч-пушти рангда, айрим жойларда пўстлоқ ва қуюқ ажралма билан қопланганлиги кўринади.

Даволаш тадбирлари поликлиника шароитида олиб борилади. Биринчи навбатда касалликнинг маҳаллий ва умумий сабаблари – бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва муртаклар касалликлари, зарарли омиллар ва оғиз бўшлиғидаги инфекция ўчоқлари бартараф этилади.

Сурункали *гипертрофик фарингитда* ҳалқумни натрий хлориднинг изотоник ёки 1% эритмаси билан чайиш, 3-5% кумуш нитрати, 3-5% проторгол ёки колларгол эритмасини суртиб, шиллиқ парда шишини камайтириш тавсия қилинади. Беморга мойчечак, мармарак дамламалари билан иссиқ ингаляциялар, ҳалқумнинг шиллиқ пардасига облепиха ёғини суртиш ёки ингаляция қилиш, маданли сув ингаляциялари буюрилади. Бактериостатик таъсирга эга антисептиклар карамелларини (фарингосепт, гексализ ва бошқалар) оғизга солиб шимиш яхши фойда беради. Лимфоид тўқимали тез-тез яллиғланувчи дағал тепачалар криотаъсир, 30-40% кумуш нитрат билан қуйдирилади ёки жарроҳлик усули ёрдамида олиб ташланади.

Сурункали *атрофик фарингитда* енгил ишқорий сув-глицеринли аралашма, 0,9 % - 200 мл натрий хлорид ёки унинг 1% эритмасига 4-5 томчи 5% йод қўшиб ҳалқумни чайиш тавсия қилинади. Атрофик фарингитда гидрокарбонат натрий эритмасини, эвкалипт ва облепиха ёғини қўллаш ман этилади, чунки улар безларнинг шиллиқ ишлаб чиқариш фаолиятини сусайтириб, шиллиқ пардани қурушига олиб келади. Ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси ён томонларига 0,5 % новокаин, лидаза, алоэ ва ФИБС юборилади. 2% новокаин ва алоэ экстрактини оғиз-ҳалқум шилиқ қавати остига ҳар икки томонига 1 мл дан юбориш фойдали. Жами 8-10 муолажа ўтказилади. Бундан ташқари беморга 0,5% никотин кислота эритмаси билан электрофорез, индуктотермия муолажалари, лазер нурлари билан нурлаш, протеолитик ферментлар, мойчечак ва ўсимлик ёғи билан ингаляция, ИРС-19 аэрозоли буюрилади. Ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси вақти-вақти билан Люгол эритмасига шимдирилган пахта бўлағи билан уқаланади.

ФАРИНГОМИКОЗ - ҳалқумнинг замбуруғ касаллиги бўлиб, 93% ҳолларда ҳалқум кандидози, 5-6% - ҳалқум микози (лептотрихоз) учрайди. Фарингомикозни ривожланишига қандли диабет, қон ва ошқозон-ичак касалликлари, ичак дисбактериози, хавфли ўсмалар сабаб бўлади. ОИТС билан оғриган беморларнинг 10% айнан шу микозлар туфайли ҳаётдан қўз юмади.

Касалликнинг ривожда организмдаги иммунологик ўзгаришлар, хужайра иммунитетини бузилиши етакчилик қилади. Специфик ва носпецифик сенсбилизация, аллергия, ҳалқум шиллиқ пардасининг жароҳати фарингомикозни ривожланишига ёрдам беради.

Микоз ўчоқлари одатда танглай муртаклари, танглай равоқчалари, ҳалқумнинг орқа девори ва тил соҳасида жойлашиб, эпителийни қалинлашиши, гранулалар (тепачалар) ҳосил бўлиши ва турли некротик ўзгаришлар билан намоён бўлади.

Белгилари. Фарингомикознинг клиник манзараси организмнинг замбуруғларга қарши ҳимоя кучига боғлиқ. Бемор ҳалқум соҳасида нохушлик ҳис этишига, ютинганда томоғи оғришига, ҳолсизликка, кучли ва давомли йўталга шикоят қилади. Унинг умумий аҳволи ёмонлашиб, боши оғрийди, тана ҳарорати бироз кўтарилади.

Ҳалқум шиллиқ пардаси микози *чегараланган юзаки* (жараёнга битта муртак жалб этилади) ёки *тарқоқ чуқур яра пардали* шаклларда кечади (жараён ҳалқум шиллиқ пардаси ва муртакларга тарқалади). Юзаки фарингомикозни дифтериядан, чуқур фарингомикозни – лакунар, ярали - некротик ангина, хавфли ўсма ва ҳалқум захмидан фарқлаш лозим.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия ва патологик ажралманинг микологик текшируви асосида қўйилади.

Даволаш. Фарингомикозни даволашдан олдин замбуруғнинг тури ва микостатик дориларга сезгирлиги аниқланади. Фарингомикозни даволашда ламизил таблеткасини 14 кун давомида бир кунда бир марта ичиш яхши натижа беради. Маҳаллий усулда йод-глицерин, хинозол, леворин, 2% натрий гидрокарбонат, натрий тетраборат, анилин бўёклари, этакридин лактат, кумуш нитрат эритмалари тавсия этилади. Фарингомикозни даволашда лазер нури ҳам қўлланилади. Даволаш тадбирлари гипосенсибилизация ва витаминотерапия билан бирга олиб борилади.

Сурункали фарингит билан оғриган беморлар диспансер назорати остига олиниб, даволаш тадбирлари ўтказилади.

ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ҳиқилдоқнинг анатомик тузилиши

Ҳиқилдоқ юқори нафас йўлининг охириги қисми бўлиб, у пастки нафас йўлининг юқори қисмига, яъни трахеяга ўтади. Катталарда ҳиқилдоқ V-VI бўйин умуртқаси, болаларда -III-IV бўйин умуртқалари, қарияларда эса V - VII бўйин умуртқалари сатҳида жойлашади.

Ҳиқилдоқ скелети бойлам ва бўғимлар ёрдамида ўзаро бириккан 3 тоқ - қалқонсимон (*cartilago thyroidea*), узуксимон (*cartilago cricoidea*), ҳиқилдоқ усти қопқоғи (*epiglottis*) ва 3 жуфт - чўмичсимон (*cartilago aryteoidea*), шохсимон (*cartilago corniculata*) ва понасимон (*cartilago cuneiformis*) тоғайлардан тузилган (84 - расм). Қалқонсимон, узуксимон ва чўмичсимон тоғайлар гиалин, тоғайлар бўлса, қолганлари - эластик тоғайдир.

Эркакларда қалқонсимон тоғайнинг юқори қисми бўйиннинг олд юзига бўртиб чиқиб *promenenta laryngea* деб аталади. Болалар ва аёлларда бўртиш кўзга куринмайди. Ўғил болаларда қалқонсимон тоғай қизларникига қараганда каттароқ бўлади. Ёш болаларда ҳиқилдоқ усти қопқоғи тор ва новсимон шаклда бўлади.

Ҳиқилдоқ 2 жуфт бўғимларга эга: узукқалқонсимон (*articulatio cricothyroidea*) ва узук-чўмичсимон (*articulatio cricoarytenoidea*). Улар юпқа бойламлар билан таъминланган. Ҳиқилдоқнинг бошқа бойламлари нисбатан йўғонроқ бўлади.



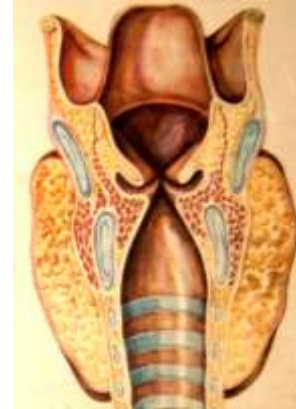
84-расм.

Ҳиқилдоқ тоғайлари
ва бойламлари



85-расм.

Ҳиқилдоқ мушаклари



86-расм.

Ҳиқилдоқ ёриғи

Ҳиқилдоқ қалқон-тил ости мембранаси (*membrana thyrohyoidea*) ёрдамида тилости суягига, узуктрахея бойлами (*lig.cricotracheale*) ёрдамида - трахеяга бирикади. Қалқонсимон тоғайнинг олд пастки чети ва узуксимон тоғайнинг ёйи орасида узук-қалқонсимон бойлам (*lig. cricothyroideum*) жойлашган. Ҳиқилдоқ усти қопқоғини қалқон-ҳиқилдоқ усти ва тил ости-ҳиқилдоқ усти бойламлари ушлаб туради (*lig. thyroepidloticum et lig. hyoepiglotticum*). Ўрта ва ён тил ости ҳиқилдоқ усти бурмалари (*plica glossoepiglottica media et lateralis*) ҳиқилдоқ усти қопқоғини ва тил илдизини бир-бирига туташтириб туради, бурмалар орасидаги чуқурлик валлекулалар деб номланади (*valleculae epiglotticae*).

Узуксимон тоғай ҳиқилдоқнинг асоси, яъни унинг таянчи бўлиб хизмат қилади. Унинг пластинкасида чўмичсимон тоғайлар жойлашган. Чўмичсимон тоғайларнинг ҳар бири икки ўсиққа эга: овоз (*processus vocalis*) ва мушак (*processus muscularis*) ўсиқлари. Чўмичсимон тоғайлар узукчўмичсимон бўғимида айланма вертикал ва силжиш ҳаракатларини бажарганда овоз ёриғи тораяди ёки кенгаяди.

Узукчўмичсимон бўғим, чин бўғим бўлиб, қопча ва синовиал қатламга эга. Бўғимни яллиғланиши (артрити) овоз бурмалари ҳаракатини чеклаб қўйиши мумкин.

Узукқалқонсимон бўғим узуксимон ва қалқонсимон тоғайларнинг олд қисмларини бир-бирига яқинлаштиради ёки узоқлаштиради, натижада овоз бурмалари гоҳ таранглашиб, гоҳ бўшашади.

Ҳиқилдоқ мушаклари ташқи ва ички гуруҳларга бўлинади (85-расм).

Ташқи мушаклар ҳиқилдоқни юқорига кўтариш ва пастга тушириш вазифасини бажаради. Уларга қуйидаги мушаклар киради: тўшқалқонсимон (*m.sternothyroideus*), тўштилости (*m.sternohyoideus*), қалқонтилости (*m.thyrohyoideus*), курактилости (*m.omochoideus*), бигиз-тилости (*m. stylohyoideus*), икки қоринли мушак (*m.digastricus*).

Ҳиқилдоқнинг ички мушаклари тоғайларни ҳаракатга келтириб, овоз тирқишининг энини ўзгартиради. М.Грачева (1956) ҳиқилдоқ мушакларини қуйидаги гуруҳларга бўлади:

- 1) овоз тирқишини торайтирувчи мушак – узукқалқонсимон мушак (*m.cricothyroideus*);
- 2) овоз тирқишини кенгайтирувчи мушак - орқа узукчўмичсимон мушак (*m. cricoarytenoideus posterior*);
- 3) ёрдамчи мушаклар - кўндаланг чўмичсимон (*m.arytenoidustransversus*), эгри чўмичсимон (*m.aritenoidus obliquus*) ва ташқи узукчўмичсимон мушак (*m.cricoarytenoideus lateralis*);
- 4) овоз бурмаларини ҳаракатлантирувчи мушаклар - овоз мушаги (*m.vocalis*), қалқончўмич симон (*m.thyroarytenoideus*) ва узукқалқонсимон мушак (*m.cricothyroideus*);

2) ҳиқилдоқ усти қопқоғини ҳаракатлантирувчи мушаклар ҳиқилдоққа кириш жойининг энини ўзгартиради. Уларга чўмичҳиқилдоқ усти (*m.aryepiglotticus*), эгри чўмичсимон (*m.arytenoideus obliquus*) ва қалқонҳиқилдоқ усти мушаклари (*m.thyroepiglotticus*) киради.

Импульс марказий асаб тизимидан асосий торайтирувчи мушак ва унинг ёрдамчиларига ёки асосий кенгайтирувчи мушак ва унинг ёрдамчиларига етиб келади. Бу мушакларнинг қисқариши натижасида овоз ёриғи тораяди ёки кенгаяди.

Ҳиқилдоқ ёриғининг шакли қум соатни эслатади: ўрта бўлимида у тор, юқорида ва пастки бўлимида - кенг бўлади (86-расм). Овоз бурмалари, ҳиқилдоқусти қопқоғининг тил юзаси ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги

майдондан ташқари (улар кўпқаватли ясси эпителий билан қопланган) шиллиқ парда кўпқаватли хилпилловчи эпителий билан қопланган.

Ҳикилдоқнинг энг тор ўрта бўлими - овоз бурмалари (*plicae vocalis*) ва овоз ёриғи (*rima glottidis*) дан ҳосил бўлган. Овоз бурмалари қалқонсимон тоғай пластинкасининг олд бирикмаси ва чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиқлари орасида жойлашиб, овоз мушаги, эластик ва пай толаларидан тузилган. Овоз бурмаларининг узунлиги эркакларда 18-25 мм, аёлларда - 14-21 мм тенг. Овоз ёриғи парда оралиғи (*pars intermembranacea*) ва тоғай оралиғи қисмларига (*pars intercartilaginea*) бўлинади. Биринчи қисми овоз бурмалари, иккинчи қисми - чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиқлари билан чегараланган.

Овоз бурмалари остида бурма ости бўшлиғи (*cavitasinfraglottica*), яъни ҳикилдоқнинг пастки қавати жойлашган. Ушу майдоннинг шиллиқ пардаси юмшоқ тўқима ва лимфа тугунларга жуда бой бўлиб, яллиғланиш ёки бошқа омиллар таъсирида тез шишади.

Ҳикилдоқнинг юқори бўлими - даҳлизи – ҳикилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳикилдоқ усти бурмалари, чўмичсимон тоғайлар билан чегараланган бўлиб, даҳлизнинг жуфт бурмалари (*plicae vestibulares*) ва ҳикилдоқ қоринчалари (*ventriculus laringis*) дан иборат. Даҳлиз бурмалари овоз бурмаларининг устида жойлашиб, юмшоқ бириктирувчи тўқима, без ва мушак толалардан иборат. Ҳикилдоқ қоринчалари даҳлиз ва овоз бурмалари орасида жойлашган бўлиб, лимфoid тўқима тўпламига эга. Болаларда бу қоринчалар яхши ривожланган бўлиб, қалқонсимон тоғайнинг юқори четига, баъзан тил илдизининг ўртасигача давом этади. Ҳикилдоқ қоринчаларида баъзан ҳаволи киста ҳосил бўлиши мумкин (*ларингоцеле*).

Ҳикилдоқни юқори ва пастки ҳикилдоқ артериялар (*a.laryngea superior et a. laryngea inferior*) қон билан таъминлайди. Юқори ҳикилдоқ артерияси йирикроқ бўлиб, у юқори қалқонсимон артерия (*a.thyreoidea superior*) нинг шохчаси. Юқори қалқонсимон артерия одатда ташқи уйқу артериядан, баъзан бифуркация ёки умумий уйқу артериядан бошланади; пастки ҳикилдоқ артерияси қалқонбўйин поясининг (*truncus thyreocervicalis*) шохчаси бўлган *a.thyreoidea inferior* дан бошланади. Юқори ҳикилдоқ артерияси қалқонтилости мембранасидан ўтиб ҳикилдоқ ичида кичик шохчаларга бўлинади. Ундан яна битта шохча - *a. laryngea media* ажралиб, коник бойлам (*lig. thyreocricoidea*) олдида қарама-қарши томондаги шу номли артерия билан анастомоз ҳосил қилади. Пастки ҳикилдоқ артерияси ҳикилдоқ соҳасига ҳикилдоқ ости асаб толаси билан бирга келади. Ҳикилдоқдан вена қони ҳалқум, тил ва бўйин вена чигаллари билан боғланадиган қатор чигаллар орқали чиқарилиб, у асосан юқори қалқонсимон вена орқали ички бўйинтуруқ венага қуйилади.

Овоз бурмалари ҳикилдоқ лимфа тизимини юқори ва пастки икки қисмларга бўлади. Ҳикилдоқ қоринчалари ва юқори бўлимининг шиллиқ пардаси соҳасида лимфа тўри яхши ривожланган бўлиб, лимфа бу майдон ва ҳикилдоқнинг ўрта бўлимидан ички бўйинтуруқ вена бўйлаб, айниқса умумий

уйқу артериянинг бўлиниши ҳамда *m.digastricus* нинг орқа қоринчаси сатҳида жойлашган бўйиннинг чуқур лимфа тугунларига оқиб тушади. Ҳиқилдоқнинг пастки бўлимидан эса лимфа *lig.conicum* олдида ва ички бўйинтуруқ вена бўйлаб жойлашган трахея олди лимфа тугунларига қуйилади.

Ҳиқилдоқнинг иннервациясини симпатик ва сайёр асаб толаларнинг сезувчан ва ҳаракат шохчалари таъминлайди.

1. Юқори ҳиқилдоқ асаб толаси (*n. laryngeus superior*) *gangl.nodosum* нинг пастки қисми сатҳида сайёр асаб толасидан тармоқланиб, тил ости суягининг катта ўсиғи орқасида икки шохчага бўлинади:

а) *r.externus* - ташқи шохча, у ҳиқилдоқнинг *m.crocothyreoideus* мушаги ва шиллиқ пардасининг иннервациясини таъминлайди;

б) *r.internus* - ички шохча, у *membrana thyreoideani* тешиб ўтиб, ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг сезувчан иннервациясини таъминлайди.

2. Пастки ҳиқилдоқ асаб толаси (*n. laryngeus inferior*) сайёр асаб толасидан бошланиб, чап томонда *n.recurrens* асаб толаси аорта ёйини эгиб ўтган жойда, ўнг томонда - ўмров ости артерияси сатҳида бошланади. Сайёр асаб толасидан тармоқлангандан сўнг ўнг томондаги қайтувчи асаб толаси (*n.recurrens*) юқорига кўтарилиб, трахея ва қизилўнгач орасида ён томонда, чап томондаги қайтувчи асаб толаси эса қизилўнгач олд юзининг чап томонида жойлашади. (Бўйин соҳаси эзофаготомияси жарроҳлик амалида бу асаб толаларнинг ўзига хос жойлашуви эътиборга олинishi лозим!) Қалқонсимон тоғайнинг кичик шохчаси узуксимон тоғай билан бириккан жойда пастки ҳиқилдоқ асаб толаси *n.laryngeus inferior* номини олиб, ҳиқилдоқ ичига киради ва унинг ички мушакларини (юқори ҳиқилдоқ асаб толаси билан таъминланган олд узукқалқонсимон мушагидан ташқари) иннервация қилувчи шохчаларга бўлинади.

Юқори ва пастки ҳиқилдоқ асаб толалари симпатик асаб толалари билан боғланган, уларнинг ҳаракат толалари сайёр асаб толасининг ҳаракат ўзагидан бошланса, сезувчан толалари - *tractus solitarius* нинг бир қисмини ҳосил қилади.

Кўкрак қафаси ёки кўкс оралиғи соҳасида қайтувчи асаб толасининг бир қисмини ўпка ўсмаси, аортанинг кенгайган қисми ёки катталашган кўкс оралиғи лимфа тугунлари билан босилганда ҳиқилдоқнинг ҳаракат иннервацияси бузилади.

Ҳиқилдоқнинг асаб толаларида турли миелинли ва миелинсиз толалардан ташқари, цереброспинал ва вегетатив асаб хужайралари ва инсулин ишлаб чиқарувчи эндокрин хужайралар (апудоцитлар) мавжуд.

Ҳиқилдоқ 3 рефлексоген майдонларга бўлинади:

1-майдон – ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳиқилдоқ юзаси, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари;

2-майдон - чўмичсимон тоғайларининг олд юзаси, овоз ўсиқлари орасидаги майдон;

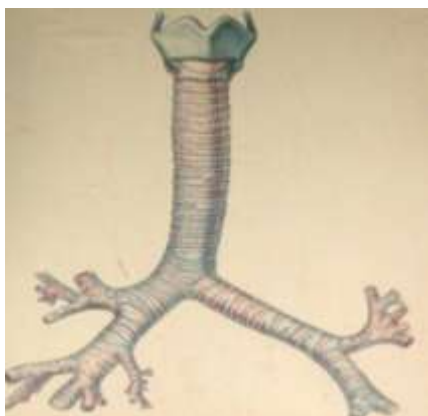
3-майдон - ҳиқилдоқнинг пастки қавати, овоз бойламларининг остидаги майдон.

Биринчи ва иккинчи рефлексоген майдонлар нафас олиш фаолиятини таъминласа, учинчи майдон овоз бойламларининг овоз чиқаришидаги ҳаракатини таъминлайди.

Трахеянинг анатомик тузилиши

Трахея (*trachea*) чақалоқларда С₅ – С₆ умуртқалари сатҳидан бошланиб, Т₄ сатҳида асосий бронхларга бўлинади. Чақалоқларда трахеянинг бўйи 35-45 мм, ҳалқаларининг сони 16-18 га етади. Трахея цилиндр шаклида бўлиб, унинг кўндаланг диаметри 6-10 мм, олд-орқа диаметри 4,5-5 мм га тенг. Трахея бифуркациясининг бурчаги 60° га тенг. Ўнг бронх - 15°, чап бронх - 45° ли бурчак ҳосил қилиб трахеядан ажралиб чиқади. Эркакларда қуйидаги ҳаёт босқичларида: 8-10 ойлик даврда, 6-10, 12-16 ва 20-22 ёшда, аёлларда - 10-12 ойлик даврда, 6-8 ва 10-14 ёшда трахея айниқса тез ўсади. Трахеянинг бўйи эркакларда 28 ёшгача, аёлларда - 20 ёшгача ўсади. Трахеянинг олд-орқа ва кўндаланг диаметрини тез катталашishi 8 ойлик даврда, 1 ёшда, 6-10, 10-12 ва 20-22 ёшда кузатилади. Чақалоқларда трахея ўрта чизикда жойлашиб, пастки 1/3 қисмида у 2-3 мм ўнг томонга силжиган бўлади.

Трахеянинг олд юзасида, унинг YI- XI ҳалқалари сатҳида айрисимон без жойлашган. Қалқонсимон без трахеянинг юқори тўртта ҳалқасининг олд ва ён томонларини ўраб турса, трахеянинг ўнг томонидан елка-мия пояси, чап томонида - умумий уйку артерияси ўтади.



87- расм.

Трахея ва бронхларнинг
анатомик тузилиши



88-расм.

Трахея ва бронх ҳалқаларининг
эндоскопик манзараси

Катталарда С₆ ва С₇ умуртқалари сатҳида ҳиқилдоқ трахеяга ўтади. Трахея бўйин ва кўк-рак қисмларга бўлинади (бўйин қисми 6-8 та тоғай ҳалқалардан иборат). Уларнинг чегараси Т₂- Т₃ умуртқалар сатҳида туради. Кўкрак қафасининг юқори апертурасидан (*apertura thoracis superior*) трахея кўкрак қафасига киради. Бу ерда трахеянинг кўкрак қисми жойлашади. Т₄ - Т₅ умуртқалари сатҳида трахея асосий ўнг ва чап бронхларга бўлинади. Бронхларга бўлиниш жойида трахея ёриғига қараган ярим ой қирра ҳосил бўлади (*carina trachea*). Бу қирра бронхоскопияда муҳим диагностик аҳамиятга эга (87, 88-расмлар).

Катталарда трахеянинг буйи 90-120 мм, кўндаланг диаметри 15-30 мм ни ташкил этади. Трахея ёйсимон трахея тоғайларидан (*cartilagine trachealis*) ташкил топган. Уларнинг орқа учлари бириктирувчи тўқима пластинкаси ёрдамида бирикиб, трахеянинг орқа деворини ҳосил қилади (*paries membranaceus*). Трахея тоғай ярим ҳалқаларининг сони 15-18, баъзан 19 тага етади, уларнинг баландлиги 2-5 мм га, қалинлиги 1 мм га тенг. Трахеянинг биринчи энг баланд ярим ҳалқасининг баландлиги 11-13 мм етади. Трахея ҳалқалари тоғай усти пардаси билан қопланган. Ҳалқалар бир-бири билан ҳалқасимон бойлам (*lig.anularia*) ёрдамида бирикади, орқа томонда у парда деворга қўшилади. Ҳалқасимон бойламнинг баландлиги 1,5 - 3 мм га тенг. Парда деворнинг таркибида узунасига ва кўндаланг жойлашган ясси мушак тоалари бўлиб, улар нафас олганда ёки йўталганда трахеяни ҳаракатга келтиради. Трахея парда деворининг эни 10- 22 мм атрофида бўлади. Ўзига хос анатомик тузилиши туфайли трахея ён томонга силжиши, бўйи ва ёриғининг ўлчамлари ўзгариб туриши мумкин.

Трахеянинг ичи шиллиқ парда билан қопланган, у ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг давоми ҳисобланиб, шиллиқ парда бурмаларига эга бўлмаган кўпқаватли ҳилпилловчи эпителий билан қопланган. Шиллиқ парданинг ўзи ва шиллиқ ости қатлами лимфоцитларга бой юмшоқ тўқимадан иборат. Шиллиқ ости қаватида, айниқса, орқа девори ва ҳалқалар орасидаги бўшлиқда аралаш безлар бўлиб, уларнинг ажралмаси бактериостатик, бактериоцид таъсирга эга.

Трахеяни *пастки қалқонсимон (a.thyroidea inferior)* ва *ички кўкрак (a.thoracalis interna)* артериялар ва кўкрак аортасининг бронх шохчалари (*rami bronchiales aortae thoracicae*) қон билан таъминлайди. Вена қон томирлари трахеяни ўраб олган вена тўрига ва қалқонсимон без венасига қуйилади.

Лимфа трахеянинг ён томонида жойлашган лимфа тугунларга, юқори қисмидан ҳикилдоқ олди ва юқори чуқур бўйин лимфа тугунларига, ўрта қисмидан юқори чуқур бўйин ва ўмров ости лимфа тугунларига, пастки қисмидан олд медиастинал лимфа тугунларга оқиб тушади.

Трахея иннервациясини симпатик поя, сайёр асаб толаси ва унинг шохчаси - пастки ҳикилдоқ асаб толаси таъминлайди.

Трахеянинг юқори ярим ҳалқалари теридан 1,5-2 см, кўкрак қисмида– 4 см масофада жойлашган. Трахеянинг бошланғич қисми олд томондан қалқонсимон безнинг оралиқ қисми билан, ён томондан - унинг бўлаклари билан ёпилган. Қалқонсимон безнинг остида тери ости бўшлиғи бўлиб, у ерда қон ва лимфа томирлар, лимфа тугунлар ва вена тўри жойлашган. Орқа томонда трахея қизилўнғач, ён томонларда - умумий уйқу артериялари билан ёнма-ён туради. Кўкрак қисмида трахея ярим ҳалқаларининг олдида аорта ёйи, елка-калла пояси ва чап уйқу артерияси жойлашган. Трахеянинг ўнг томонида ўнг плевра қопи ва сайёр асаб толаси, чапда-аорта ёйи, чап уйқу, ўмров ости артериялари ва қайтувчи асаб толаси жойлашган.

Ҳикилдоқни текшириш усуллари

I-босқич. Бемор шикоятларини аниқлаш ва касаллик тарихини ўрганиш.

II-босқич. Беморни кўздан кечириш ва пайпаслаб текшириш.

1. Бўйин ва ҳикилдоқ соҳасини кўздан кечириш.
2. Ҳикилдоқнинг узуксимон ва қалқонсимон тоғайларини пайпаслаш. Меъёردа ҳикилдоқ чап ва ўнг томонга силжитилганда оғриқсиз ва ҳаракатчан бўлади.
3. Маҳаллий лимфа тугунлар: жағ ости, чуқур бўйин, орқа бўйин, ҳикилдоқ олди, трахея олди, трахея атрофи, ўмров усти ва ўмров ости лимфа тугунларини пайпаслаш. Меъёрдa лимфа тугунлар пайпасланмайди ва оғриқсиз бўлади.

III - босқич. Билвосита ларингоскопия.

Бемор курсига ўтиргандан сўнг текширувчи унга текширув ҳақида тушунча беради, ёруғлик манбаини тўғрилаб, пешонасига рефлекторни тақади. Текширув ҳикилдоқ кўзгуси ёрдамида қуйидагича бажарилади:

1. Ҳикилдоқ кўзгуси дастасига ўрнатилгандан сўнг иссиқ сувда (40° - 45°) ёки спиртовка устида 2-3 сония давомида иситилиб, салфетка билан артилади. Текширувчи кўзгуни кафтининг орқа юзасига тегизиб, исиганлигини текшириб кўради.
2. Текширувчи бемордан оғзини очиб, тилини чиқаришни, оғиз орқали нафас олишни сўрайди.
3. Текширувчи чап қўли билан бемор тилининг учини дока салфетка билан ушлаб (бунда у бош бармоғини тилнинг юқори юзасига, III бармоғини - унинг пастки юзасига, II бармоғини – юқори лабга қўяди), бемор тилини ўзига ва пастга бироз тортади. Бу ҳаракатни беморни ўзи ҳам бажариши мумкин.
4. Ҳикилдоқ кўзгусининг дастасини ўнг қўли билан қаламни ушлагандай ушлаб, врач уни оғиз бўшлиғига юмшоқ танглайгача киритади (бунда кўзгунинг юзи пастга қаратилган ва тилнинг сатҳига параллел туриши лозим). Кўзгуни киритиш пайтида тил илдизи ва ҳалқумнинг орқа деворига теккизмасликка ҳаракат қилинади. Юмшоқ танглайга етгандан сўнг кўзгунинг юзи ҳалқум ўқиға нисбатан 45° бурчакда ўрнатилади; пешона рефлекторининг ёруғлиги кўзгуга тушиши учун юмшоқ танглай юқорига ва орқага бироз кўтарилади. Кейин беморга чўзиб “и-и” товушини чиқариш, сўнг чуқур нафас олиш буюрилади. Овозни чиқариш ва нафас олиш пайтида ҳикилдоқнинг ички юзаси кўзга кўринади (89, 90 - расмлар).
5. Врач кўзгуни ҳалқумдан чиқариб олади ва дастасидан ажратиб, уни зарарсизлантирувчи эритмага солиб қўяди.



89- расм.Ҳиқилдоқ кўзгусини
киритиш



90-расм. Билвосита
ларингоскопияда

Билвосита ларингоскопиядаги ҳиқилдоқ манзарасига изоҳ:

1. Кўзгуда ҳиқилдоқ олд бўлимларининг акси юқорида жойлашади (орқада жойлашгандай бўлиб кўринади), орқа бўлимлари эса - пастда жойлашади (олдинда жойлашгандай бўлиб кўринади). Ҳиқилдоқнинг ўнг ва чап томонлари ҳақиқий манзарага мос келади.
2. Ҳиқилдоқ кўзгусида дастлаб тил илдизи ва тил муртаги, кейин очилган япроққа ўхшаш ҳиқилдоқ усти қопқоғи кўзга ташланади. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг шиллиқ пардаси меъёрда оч-пушти ёки бироз сарғиш рангда бўлади. Ҳиқилдоқ усти қопқоғи ва тил илдизи орасида икки кичик чуқурчалар-валлекуларлар жойлашган. Улар ўрта ва ён тил ҳиқилдоқ усти қопқоғи бурмалари билан чегараланган.
3. Овоз чиқарилганда ва чуқур нафас олинганда овоз бурмалари кўзгуда аниқ кўринади; меъёрда улар ялтироқ ок рангда бўлади. Овоз бурмаларнинг олд учлари қалқонсимон тоғай соҳасида ўткир бурчак, яъни олд комиссурани ҳосил қилади.
4. Овоз бурмаларининг устида дахлиз ёки сохта бурмалар кўринади, овоз ва дахлиз бурмалари орасида чуқурликлар - ҳиқилдоқ қоринчалари жойлашган.
5. Кўзгунинг пастида ҳиқилдоқнинг орқа бўлими; шиллиқ парда билан қопланган юзи силлиқ чўмичсимон тоғайлар пушти рангли икки тепачадай бўлиб кўзга кўринади; ушбу тоғайларнинг овоз ўсиқларига овоз бурмаларининг орқа учлари бирикади, тоғайлар танасининг орасида эса чўмичсимон тоғайлараро бўшлиқ ҳосил бўлади.
6. Чўмичсимон тоғайлардан юқорига ҳиқилдоқ усти қопқоғи япроғининг ташқи четлари томон чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари жойлашган. Бу бурмалардан ташқи томонда ҳиқилдоқнинг пастки қисми, яъни ноксимон чўнтаклари (*sinus piriformis*) жойлашган.

Меъёрда чўмичсимон тоғайлар, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари ва ноксимон чўнтакларнинг шиллиқ пардаси пушти рангда, юзи силлиқ бўлади.

7. Нафас олинганда ва овоз чиқарилганда кўзгуда ҳиқилдоқнинг икки томонлама баравар ҳаракати кўринади (91-расм).

8. Чуқур нафас олинганда овоз бурмалари орасида учбурчак тирқиш- “овоз ёриғи” ҳосил бўлади (92-расм); овоз ёриғидан оч-пушти шиллиқ парда билан қопланган трахеянинг юқори ҳалқалари кўзга ташланиб туради.

9. Ҳикилдоқ кўздан кечирилганда унинг умумий ва бўлимларининг ҳолатига алоҳида - алоҳида баҳо берилади.

IV босқич. Бевосита ларингоскопия.

Болаларда ва билвосита ларингоскопияни бажарилиши жуда қийин бўлган айрим катта ёшдаги беморларда бевосита ларингоскопия текшируви ўтказилади. Бевосита ларингоскопия турли ларингоскоплар ёки бронхоскоп ёрдамида бажарилади.



91-расм.

Ларингоскопияда овоз ёриғи ёпиқ



92- расм.

Ларингоскопияда овоз ёриғи очик

Ларингоскоплар тўпламига оғиз, ҳалқум ва ҳикилдоқни кўздан кечириш учун мўлжалланган турли ўлчамдаги ишчи учлар (шпателлар) киради. Ишчи учларнинг шакли тўғри ёки қийшиқ бўлади. Тўғри ишчи учлар ҳикилдоқ усти қопқоғини ушлашга мўлжалланган бўлса, қийшиқ ишчи учлар тил негизи ва ҳикилдоқ усти қопқоғи орасидаги чуқурликка киритиш учун ишлатилади. Оториноларингологияда асосан тўғри ишчи учли ларингоскоплар ишлатилади. Бундан ташқари ларингоскоплар ёритиш тизимига ҳам эга. Баъзан текширувда пешона рефлекторидан акс этган ёруғликдан фойдаланилади.

Бевосита ларингоскопия текшируви бемор ўтирган ёки ётган, поликлиника шароитида кўпинча ўтирган ҳолатида бажарилади. Дастлаб ҳалқум ва ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси маҳаллий усулда оғриқсизлантирилади; айрим ҳолларда бевосита ларингоскопия эндотрахеал ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришдан ярим соат олдин беморга премедикация муолажаси ўтказилади, яъни тери остига 2% промедол, 0,1% атропин сульфат ва 1% димедрол эритмалари 1мл миқдордан юборилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 10% лидокаин ёки 1 - 2% дикаин эритмалари ишлатилади. Бевосита ларингоскопияни бажариш учун врач ларингоскопнинг ишчи учи ёрдамида оғиз бўшлиғи ва ҳалқум орасидаги бурчакни тўғрилайди ва шу билан ҳикилдоқ ва трахеяни кўздан кечириш учун шароит яратади. Оғриқсизлантиришдан сўнг бемор паст курсига ўтқизилади, ҳамшира унинг орқасида туриб, елкаларини маҳкам ушлаб туради. Беморга гавдани бўш тутиш ва қўллари билан курсига суяниш буюрилади. Болаларда бевосита ларингоскопия текшируви стационар шароитида, асосан ётган ҳолатида бажарилади. Бевосита ларингоскопия текшируви қуйидагича бажарилади: Врач беморнинг тилини билвосита ларингоскопияда ушлагандай

ушлаб, кўз назорати остида ларингоскопнинг ишчи учини ҳалқумга тил негизигача киритади (93-расм). Врач ларингоскопнинг ишчи учини тилнинг аниқ ўрта чизиги бўйлаб, ҳиқилдоқ усти қопқоғи кўзга кўрингунча киритиб, уни ҳиқилдоқ усти қопқоғининг орқасига ўтказиши ва унинг пастки 1/3 қисмига силжитиши (94-расм). - Врач ҳиқилдоқ усти қопқоғини босиб, нафас йўллари тўғрилайди (95-расм). Ҳиқилдоқнинг олд комиссураси кўринганда, уни кўздан кечириш учун врач ёрдамчиси қалқонсимон тоғайни биров босиб туради.



93- расм.
Ларингоскопни тил
негизигача киритиш



94-расм.
Ларингоскопни
ҳиқилдоқ
қопқоғига
киритиш



95-расм.
Ҳиқилдоқ ости
қопқоғини босиб,
нафас йўлини
тўғрилаш

Фиброларингоскопия. Ҳозирги кунда ҳиқилдоқ ва ҳалқумни текшириш учун эгилувчан фиброскопларда фойдаланилади. Шунинг таъкидлаб ўтиш жоизки, ҳиқилдоқ ва ҳалқумни кўзга ёрдамида кўздан кечириш фиброскопияга қараганда кўпроқ маълумот олиш имконини беради, аммо ҳиқилдоқ усти қопқоғи нотипик тузилган ва ҳалқум рефлексини кескин ривожланган ҳолларда фиброларингоскопия текширувини бажариш мақсадга мувофиқ. Бундан ташқари, уни кичик ёшдаги болаларда ҳам қўллаш мумкин; бунда ҳиқилдоқ ва ҳалқумдан ташқари бурун ва бурунҳалқум ҳам кўздан кечирилади.

Ретроград трахеоларингоскопия текширувида фиброскоп трахеянинг юқори бўлимига трахеостома орқали киритилиб, трахеянинг юқори бўлимлари, товуш пардаси ости бўшлиғи, бурмаларнинг пастки юзаси кўздан кечирилади.

Микроларингоскопия текшируви ҳам билвосита ва ҳам бевосита ларингоскопияда фокус масофаси 300-400 мм га тенг жарроҳлик микроскопи ёрдамида бажарилади. Микроларингоскопия асосида махсус асбоб-ускуналар ва микроасбобларни ишлатган ҳолда микрожарроҳлик амаллари ишлаб чиқилган (Kleinsasser, 1976).

V- боскич. Трахеобронхоскопия.

Трахеобронхоскопия текшируви асосан нафас йўлларида ёт жисмни, трахея ва асосий бронхлардан папилломаларни олиб ташлаш, склерома ва ўпка ҳўппозини даволаш, пастки нафас йўллари ўсмаси, сили, бронхоэктазлари, трахеянинг чандиқли торайишлари ва трахея - қизилўнгач оқмаларини аниқлаш учун қўлланилади.

Трахеобронхоскоп найчаси қайси соҳадан киритилишига қараб юқори ва пастки трахео-бронхоскопия текширув усуллари тафовут этилади. Юқори трахеобронхоскопияда найча оғиз, ҳалқум ва ҳиқилдоқ орқали киритилса, пастки трахеобронхоскопияда у илгари ҳосил қилинган трахеостома ёриғидан киритилади.

Трахеобронхоскопия умумий эндотрахеал оғриксизлантириш остида бажарилади.

Юқори трахеобронхоскопия бемор ўтирган ёки ётган ҳолатида бажарилиши мумкин. Текширувдан 30 дақиқа олдин мушак орасига 1мл 0,1% атропин сульфат ва 1 мл 2% промедол эритмаси юборилади.

Бемор оғзини катта очган ҳолда жарроҳлик столига чалқанча ётқизиблиб, елкалари остига ёстиқча қўйилади. Врач беморнинг пастки жағини чап қўл бармоқлари билан ушлаган ҳолда кўз назорати остида бронхоскоп найчасини оғиз бурчагидан унинг оғиз бўшлиғига киритади. Бунда найчанинг дистал учи оғизҳалқумнинг ўрта чизиғида жойлашиши лозим. Тил ва ҳиқилдоқ усти қопқоғини босиб, найча аста-секин олдинга силжитилади, шунда овоз тирқиши кўзга кўринади. Кейин врач найча дастасини айлантириб, унинг дистал учини 45° га буриб, нафас олиш пайтида найчани овоз тирқишининг кенг орқа қисми орқали трахеяга киритади. Дастлаб трахея деворлари, кейин бифуркация майдони кўздан кечирилади. Трахея ёриғи аста-секин кичрайиб боровчи ҳалқалар шаклида намоён бўлиб, оқиш рангли тоғай ҳалқалар аниқ кўзга ташланиб туради. Меъёردа трахея ва бронхларнинг шиллиқ пардаси оч пушти рангли бўлади. Кўз назорати остида найча навбатма-навбат асосий, кейин - кичик бронхларга киритилади. Бронхоскоп найчасини чап бронхга киритиш нисбатан қийин, бунинг учун беморнинг гавдаси ва бошини ўнг томонга бироз эгиш лозим.

Найчани чиқариб олиш пайтида трахея-бронх дарахти кўздан кечирилади. Ёт жисм ёки гистологик текширувга олинган тўқима парчалари махсус қисқичлар ёрдамида чиқариб олинади. Бронхлардан шилимшиқ ёки йирингли ажралмани чиқариш учун электр сўргич ишлатилади. Муолажадан сўнг бемор 2 соат давомида врач назорати остида бўлади, чунки бу вақт ичида беморда ҳиқилдоқ шиши ва стенодик нафас белгилари руй бериши мумкин.

Пастки трахеобронхоскопияда пастки нафас йўллари трахеостома тешигидан киритилган найча орқали кўздан кечирилади. Дастлаб трахея деворларининг шиллиқ пардаси 10% лидокаин ёки 2% дикаин эритмалари билан маҳаллий усулда оғриксизлантирилади. Кейин трахеостома тешиги атрофига стерил салфеткалар қўйилиб, бронхоэзофагоскоп найчаси трахеостома тешигидан трахея ва бронхларга киритилади.

Ҳиқилдоқ физиологияси

Ҳиқилдоқ организмдаги нафас, ҳимоя, фонация (овоз чиқариш) ва нутқ фаолиятларини бажаради.

Ҳақилдоқнинг *нафас фаолияти* ҳавони ўтказиш ва нафасни бошқаришдан иборат. Пастки нафас йўлига кираётган ҳавонинг ҳажми овоз тирқиши кенгайган ёки торайганлигига боғлиқ: эркин нафас олинганда овоз тирқиши кенгайиб, нафас чиқарилганда – тораяди; чуқур нафас олинганда овоз тирқиши айниқса кенг очилади, нафас олинмаганда – кескин тораяди. Ҳақилдоқнинг асосий кенгайтирувчи ва ёрдамчи мушаклари овоз ёриғини кенгайтирса, ёрдамчи мушаклар уни торайтиради.

Узунчоқ мияда жойлашган нафас маркази ҳақилдоқнинг сезувчан ва ҳаракат иннервациясини таъминловчи сайёр асаб толаси ўзаклари билан боғланган. Ҳақилдоқ ёриғидан ўтаётган ҳаво оқими унинг рецепторларига таъсир кўрсатиши натижада нафас ритми ва чуқурлиги рефлектор равишда ўзгаради. Бунда ҳаво оқими - адекват кўзғатувчи сифатида хизмат қилади. Ҳосил бўлган импульс асосий афферент йўл - юқори ҳақилдоқ асаб толасининг сезувчан йўллари ва қўшимча афферент йўллар пастки ҳақилдоқ ва тил-ҳалқум асаб толалари орқали нафас марказига етиб боради.

Ҳақилдоқнинг *ҳимоя фаолияти* турлича намоён бўлади. Ютинганда ҳақилдоқ юқорига кўтарилиб, ҳақилдоқ усти қопқоғининг ҳақилдоққа кириш жойини зич ёпади ва нафас йўлини овқатни ўтказиш йўлидан ажратади. Бир вақтнинг ўзида даҳлиз бурмалари қисқариб, овоз бурмалари ёпилади.

Рефлектор йўтал муҳим ҳимоя механизми бўлиб, у турли ёт жисмларни (қаттиқ, суюқ, газсимон) ҳақилдоқ ёриғидан чиқариб ташлашга ёрдам беради. Ҳақилдоқнинг лимфаденоид тўқимаси ҳам ҳимоя фаолиятини бажаради.

Ҳақилдоқнинг *фонация ёки овоз чиқариш фаолияти* нафас ва нутқ фаолиятлари билан узвий боғлиқ. Овоз нафас чиқариш жараёни пайтида, овоз бурмалари ёпиқ ҳолатида ҳосил бўлади. Овоз ҳосил бўлишида бир нечта аъзолар: диафрагма, плевра, ўпка, бронхлар, трахея, ҳақилдоқ, ҳалқум, оғиз ва бурун бўшлиқлари ҳамда бурун ёндош бўшлиқлари иштирок этади. Овоз бурмалари кўндаланг, бўйига ва вертикал текисликда тебранади. Уларни кўндаланг тебраниши (ичкарига ва ташқарига) овоз ҳосил бўлишида муҳим аҳамиятга эга.

Ҳақилдоқда ҳосил бўлган овознинг тембри, кучи ва баландлиги резонаторлар (ҳажми ва шакли билан бир-биридан фарқ қилган турли ҳаволи бўшлиқлар) ёрдамида ўзгаради.

Ҳақилдоқнинг *нутқ фаолияти* муҳим ижтимоий аҳамиятга эга. Инсоннинг нутқи энг олий ва энг етук мослашув жараёни ҳисобланади. Сўз - бу иккинчи сигнал тизими, бош мия махсулоти, нутқ аъзоларидан марказий асаб тизимига юбориладиган таъсир эса нутқнинг асосий қисмидир. Нутқ аъзоларига “фаол” (ҳақилдоқнинг овоз бурмалари, тил, лаблар, юмшоқ танглай, ҳалқум) ва “пассив ” (тиш, каттик танглай, юқори жағ) артикуляция аъзолари киради. Артикуляция аъзоларда унли ва унсиз товушлар ҳосил бўлиб, товушлар сўзга айланади. Шивирлаб гапирганда овоз бурмалари ёпилмай, бир-бирига бироз яқинлашади, шунда ўпкадан чиқарилаётган ҳаво оқими ҳақилдоқ соҳасида энгил тўсиққа дуч келади ва ҳосил бўлган товуш шовқинга ўхшайди.

Артикуляция аъзолари ва резонаторлар ёрдамида бу шовқин унли ва унсиз товушларга айлантирилади.

Овозни ҳосил бўлиши, овоз тузилмалари касалликлари ва уларни олдини олиш масаласи билан *фониатрия* фани шуғулланади (грек сўзлари: *phone* - товуш, *iatreia* - даволаш).

Замонавий фониатрия бўлимлари микроларингоскопия, ларингостробоскопия, фиброларингоскопия текширув усуллари, овознинг спектр таҳлилини, ҳиқилдоқ микрожарроҳлигини амалга оширишда фойдаланиладиган асбоблар билан жиҳозланган. Бу бўлимларда ҳиқилдоқ касалликлари аниқланиб, даволанади, вокал ва нутк касб эгалари тиббий кўриқдан ўтказилади, консерватория ва театр ўқув юртиларига кирувчи абитуриентлар назоратдан ўтадилар.

Куйловчи овоз нутқга нисбатан анча кенг кўламга эга бўлади. Гапирганда оддий овознинг кўлами бир октава чегарасида (4-6 тон) бўлса, хонанда овози - икки октава, баъзан ундан ҳам ортиқ кўламга эга. Куйловчи овоз *кўкрак* ва *фальцет* овозларга бўлинади. Инсон овозининг баландлиги овоз бурмаларнинг тебраниш тезлигига боғлиқ. Шунинг учун хонандаларда узукқалқонсимон мушаги яхши ривожланган бўлиб, фальцет овозни ҳосил қилишда иштирок этади.

Овознинг кучи овоз ости бўшлиғининг ҳаво босимига, овоз бурмаларининг таранглиги ва тебраниш кўламига боғлиқ. Овознинг тембри, яъни унинг ранг-баранглиги турлича бўлади. Одатда овоз тембри “ёқимсиз”, “куйловчи”, “металл”, “бўғиқ”, “юмшоқ” деб баҳоланади. Овоз тембри асосий товуш билан бирга пайдо бўладиган турли товушчалар – обертонлардан шаклланади. Обертонлар овоз ёриғида, овоз бурмаларининг тебранишида ҳаво оқими резонанс бўшлиқлардан ўтаётган пайтда ҳосил бўлади. Резонаторлар *доимий* ва *ўзгарувчан* резонаторларга бўлинади. Қаттиқ танглай доимий резонаторлардан бири бўлиб, унинг шакли овоз тембрига таъсир этади. Ўзгарувчан резонаторлар куйлаганда ёки гапирганда овоз тембрини, кучини ва баландлигини ўзгартириш қобилиятига эга. Овоз тембрини машқ ёрдамида ўзгартириш мумкин. Куйловчи овозлар баландлиги билан бир-биридан фарқ қилади. Эркаклар овозида *бас*, *баритон* ва *тенор*, аёллар овозида - *контральто*, *меццосопрано* ва *сопрано* овозлари тафовут этилади. Куйловчи овоз турини аниқлашда овоз бурмаларининг бўйи ва эни эътиборга олинади. Бас овозда овоз бурмалари узун ва кенг (буйи 24-25 мм, эни 3-4 мм), сопранода - калта ва тор (буйи 14-19 мм, эни 1,5-2 мм) бўлади. Овоз бурмалари бевосита ларингоскопия текширувида ўлчанади.

Болалар овози паст - *альт* ва баланд - *дискант* овозларга бўлинади. Болалар овози юмшоқ, “кумуш” овоз бўлиб, кучи чегараланганлиги билан ажралиб туради. Балоғат ёшида (ўғил болаларда 14-16 ёшда, қизларда 12-14 ёшда) овоз мутацияси содир бўлади. Мутация дав-рида ўғил болалар овози бир октавага, қизлар овози икки тонга пасаяди. Қизларда ҳайз кўриш даврида овозни

сабабсиз бўғилиши ёки йўтал кузатилиши мумкин. Мутация даврида қичқириш, узоқ вақт овоз чиқариб ўқиш ва куйлаш ман этилади. Вокал ва нутқ касб эгалари - хонандалар, драматик актёрлар, қўшиқчи – ҳаваскорлар ва педагоглар гигиеник ҳамда соғломлаштириш қоидаларига риоя қилишлари лозим. Гигиеник қоидаларга чиниқиш, жисмоний машқлар, спорт билан шуғулланиш, чекишдан, спиртли ичимликлардан воз кечиш, ўткир ва шўр овқатларни чеклаш, соғломлаштириш қоидаларига - вақти-вақти билан врач кўригидан ўтиш, оғиз бўшлиғи, юқори нафас йўллари, хусусан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини даволаш тадбирлари киради.

ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ТУГМА ТОРЛИГИ (стридор) Касаллик чақалоқлик даврида кузатилиб, боланинг нафаси шовқинли бўлади ва мушук қур-қурлашини эслатади. Шовқинли қур-қур нафас бола безовталанганда, йўталганда, йиғлаганда кучаяди, ухлаганда – камаяди. Унинг овози жарангдор, эмиши яхши, умумий аҳволи қониқарли бўлади. Бола улғайгандан сўнг касаллик ўз-ўзидан йўқолади. Бундай инспиратор шовқин нафас олинганда ҳикилдоқ усти қопқоғи юмшоқлиги туфайли чўмичҳикилдоқ усти бурмалари билан бирга ҳикилдоқ ёриғига кириб қолиши натижасида юзага келади; нафас чиқарилганда улар яна ўз жойини эгаллайди. Бола ўткир респиратор касаллик билан оғриганда ҳам қур-қур нафас олади.

Бола улғайиб инспиратор шовқин камаймаса, унда ҳикилдоқнинг органик касаллигини (киста, овоз ёриғи пардаси) инкор этиш учун бевосита ларингоскопия, компьютер томография текширувлари ўтказилади.

ҲИҚИЛДОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ очик, ёпиқ, ички ва ташқи жароҳатларга бўлинади. Ҳикилдоқ соҳаси жароҳатланганда беморда ютиниш ва нафас олиш фаолиятлари бузилиши, овозининг ўзгариши, йўтал ва тери ости эмфиземаси белгилари кузатилади. Ларингоспазм натижасида ёки жароҳатланган тоғайнинг парчалари, йиртилган юмшоқ тўқиманинг бўлаги ёки шиллиқ парда остидаги гематома нафас йўллари ёпиб қўйиб, беморда бўғилиш ҳолати юз беришига сабаб бўлади. Ҳикилдоқнинг даҳлиз қисми жароҳатланганда ҳалқумнинг ютиниш фаолиятининг бузилиши туфайли ичилган суюқлик ва овқат луқмаси нафас йўлларига кириб қолади ва бемор йўталганда жароҳат майдонидан ҳаво билан бирга чиқарилади. Ҳикилдоқ соҳаси трахея билан биргаликда жароҳатланганда бўйиннинг юмшоқ тўқималари ҳам зарарланган бўлиб, қонталаш ва гематомаларни ҳосил бўлиши, жароҳат майдонидан ҳаво, қон ва шилимшиқ ажралма кириб-чикиб туриш ҳолати кузатилади.

Ҳикилдоқнинг ёпиқ ташқи жароҳатларида ҳикилдоқ қисмларининг лат ейиши, синиши, тери ости тўқимасининг йиртилиши натижасида беморда ҳикилдоқ торайиши ҳолати юзага келади. Бундай жароҳатлар кўпинча кўча-транспорт ҳодисаларида, спорт ўйинлари пайтида содир бўлади. Ҳикилдоқнинг енгил

жароҳатларида ҳиқилдоқ соҳасида оғриқ, шиш, тери остига қон қуйилиши, баъзан терининг шилиниши кузатилади.

Тил ости суяги синган ҳоллар қуйидаги белгилар билан кечади: бемор оғзини очиб, тилини чиқарганида кескин оғриқ пайдо бўлиши, нутқ ва ютиш ҳаракатини қийинлиги; жароҳат майдони пайпасланганда ғирчиллаш (крепитация) товушини эшитилиши.

Ҳиқилдоқ тоғайлари синиб, юмшоқ тўқималар йиртилган ҳолларда беморда эмфизема, дисфагия, нафас фаолиятини бузилиши ва овознинг ўзгариши кузатилади. Оғир жароҳатларда ҳиқилдоқ тил ости суягидан ёки трахеядан ажралиб, беморда бўғилиш ҳолати ёки бўйин, юз ва кўкрак қафаси тери ости эмфиземаси ёки кўкс оралиғи эмфиземаси ривожланиб, беморда ўлим ҳолати юз бериши мумкин.

Ҳиқилдоқнинг *ички* жароҳати кўпинча механик таъсирлар натижасида юзага келади (урилиш, термик ва кимёвий таъсир). Ҳиқилдоқда ва бурма ости бўшлиғида тиқилиб қолган ёт жисм шиллиқ пардани жароҳатлаши мумкин. Бундай ҳолларда ларингоскопияда бурма ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизарган ва йиртилганлиги, унда қонталашлар ҳосил бўлганлиги кўринади. Шунга ўхшаш жароҳатлар ёт жисмни чиқариб олиш ёки эндоскопия муолажаси пайтида ҳам содир бўлиши мумкин. Ҳозирги кунда интубацияли оғриқсизлантириш кенг қўлланилиши натижасида ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг шиши, овоз бурмаларининг фалажи, интубациядан сўнгги гранулемалар каби асоратлар кам учрамоқда.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, жароҳат содир бўлган вақтни ва вазиятини аниқлаш асосида қўйилади. Обьектив текширувда ҳиқилдоқ соҳасидаги жароҳат майдони кўздан кечирилиб, ёт жисм бор-йўқлиги аниқланади. Текширувда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги аниқланади. Ларингоскопияда шиллиқ ости гематомаси, овоз бойламлари



96-расм.

Ҳиқилдоқ жароҳати

йиртилганлиги, ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг жароҳати натижасида ривожланган ҳиқилдоқ торайиши белгилари, ҳиқилдоқ қисмларини ўз жойидан силжиши, ҳиқилдоқ тоғайлари жароҳатланганлиги аниқланади (96-расм). Барча клиник текширувлардан ташқари беморнинг қон гуруҳи ва резус-омили аниқланиб, зарур бўлса эндоскопия, рентгенография, компьютер томографияси, МРТ текширувлари ўтказилади.

Даволаш. Ҳиқилдоқ соҳаси жароҳатланган бемор шифохона шароитида даволанади. Шошилиш равишда ҳаёт учун зарур бўлган нафас фаолиятини тиклаш, қон оқишни тўхтатиш, жароҳат майдонига бирламчи ишлов бериш, тўқималарни ўз жойига ўрнатиш ва чок қўйиш тадбирлари ўтказилади. Кучли қон оқишларда жароҳат майдонидан пастда ташқи уйқу артериясига босувчи

бойлам қўйилади ёки боғланади. Беморнинг нафас олиши кескин бузилган ҳолларда шошилишч интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари (коникотомия, крикоконикотомия) бажарилади.

Ҳиқилдоқнинг *енгил ички* жароҳатида жароҳат майдони тозалангандан сўнг беморга антибиотиклар, шишга қарши ва десенсибилизация дори воситалари ҳамда маҳаллий даволаш муолажалари буюрилади.

ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯДАН ҚОН ОҚИШИ ўткир геморрагик ларингит, қўк йўтал, овоз зўриқишлари, ҳиқилдоқ гемангиомаси, қон касалликлари ва ҳиқилдоқ жароҳатларида ҳамда ҳиқилдоқда бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг кузатилиши мумкин.

Касалликнинг клиник манзараси қон оқишининг тезлиги ва унинг сабабларига боғлиқ бўлади. Ўткир ларингит ва қўк йўталда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси зарарланиб, овоз бурмаларида ҳиқилдоқдан қон оқишига сабаб бўлган гематома ҳосил бўлади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси қизарганлиги, қон томирлари кенгайганлиги, қонталашлар борлиги, комиссура ва бурма ости бўшлиғида лимфаденоид тўқиманинг гипертрофияси кўринади. Ҳиқилдоқнинг кичик гемангиомасида қон оқиши тўсатдан бошланиб, ўз-ўзидан тўхташи кузатилади.

Қон оқишига сабаб бўлган ҳиқилдоқнинг ички жароҳати интубация, юқори бронхоскопия муолажаси пайтида содир бўлиши мумкин. Баъзан ҳиқилдоқдан қон оқиши пастки трахеостомиядан сўнг кузатилиб, 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 ривожланганда, трахеостомия найчаси бўйин қон томир тўпламига яқин жойлашганда ва аста-секин қон томири деворининг эрозияси ва аневризмаси ривожланганда кузатилади. Жисмоний зўриқишдан сўнг беморда кенгайган қон томири ёрилиб, кучли қон оқиши туфайли ҳатто ўлим ҳолатига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун трахеостомия найчаси қон томир уришига мос ҳаракат қилганда у албатта чиқариб олиниши ёки жойи алмаштирилиши лозим. Йирик қон томиридан қон оқиши беморнинг ҳаётига жиддий хавф солиши мумкин.

Белгилари. Бемор йўталганда қип-қизил қон оқиши, қон тупуриш ва бўғилиш ҳолатлари кузатилади. Аускультацияда трахея ва бронхлар соҳасида ўткинчи хириллашлар эшитилади.

Таиҳис беморнинг шикоятлари, касалликни бошланиши, бевосита ва билвосита ларингоскопия, микроларингоскопия, эндоскопия, трахеоскопия, бронхоскопия текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Қиёсий таиҳисот. Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқишини ҳалқум, ўпка ва қизилўнғачдан қон оқишидан фарқлаш лозим. Ўпкадан оқаётган қоннинг ранги оч-қизил ва кўпикли бўлиб, узоқ вақт давомида ивимайди. Қизилўнғач ва меъдадан оқаётган қоннинг ранги тўқ-қизил ва ҳидли бўлиб, қайт қилинган

овқат ва меъда шарбатига аралашган бўлади. Ҳалқум қонашида бемор шилимшиқ ва қон аралаш балғам тупуради.

Даволаш. Бемор шифохона шароитида даволанади. Даволашда қон оқилишининг тезлиги, ҳажми, характери ва сабаби эътиборга олинади. Ҳикилдоқ ва трахеядан қон оқилиши кузатилаётган беморга гапирлишни таъқиқлаш лозим. Қон кам миқдорда оққанда ҳикилдоқ ичига танин ёки висмут кукуни сепилиб, қон кўп миқдорда оққанда беморга муз парчаларини ютиш буюрилади, оёқларига иссиқ қўйилади. Бир вақтнинг ўзида викасол, дицинон, этамзилат натрий, аминокапрон кислотаси, аскорбин кислотаси, томир ичига 10% кальций хлорид эритмаси ва қон зардобини юборилади. Ҳозирги пайтда Ўзбекистонда ишлаб чиқарилаётган 0,5% лагоден эритмасини 10мл миқдорда вена ичига аста-секин юбориш яхши самара бермоқда. Қон оқилишига сабаб бўлган асосий касаллик даволанади. Йирик қон томиридан қон оқилиши бемор ҳаётига жиддий хавф солиши мумкин.

ҲИКИЛДОҚ ЁТ ЖИСМИ. Ҳикилдоқ ва пастки нафас йўлларида кунгабоқар, тарвуз ва ошқовоқ уруғлари, ёнғоқ, писта ёки тухум пўчоғи, гўшт ва сабзавот бўлакчалари, игна, тўгнагич, тугма, мих, ўйинчоқлар қисми ва бошқа ёт жисмлар тикилиб қолиши мумкин. Ёш болаларда ҳар нарсани оғзига олиш одати борлиги сабабли овқатланиш ёки ўйин пайтида, югурганда, йиқилганда ёки гапирганда оғзига олган жисм нафас йўлларида кириб қолиши мумкин. Юқори нафас йўллари ёт жисми кўпинча болаларда учрайди ва уларда ривожланган бўғилиш ҳолатига сабаб бўлади. Ҳикилдоқҳалқумнинг ҳимоя рефлекси сусайган ёки тиш протезлари қўйилган катта кишиларда ҳам ёт жисмни нафас йўлларида кириб қолиш ҳоллари учрайди. Ҳикилдоқ ёт жисми 3,3% ҳолларда қайд этилади.

Касалликнинг кечими ёт жисмнинг шакли ва ўлчамларига боғлиқ бўлади. Ёш болаларда органик ёт жисмлар айниқса ҳавфли ҳисобланади. Нафас йўлларида тикилиб қолган органик ёт жисм шишиб, илгак ёрдамида чиқариб олишга уринганда парчаланиши, унинг кичик парчалари кичик бронхлар ёриғига кириб, уларни ёпиб қўйиши мумкин. Кичик ёт жисм кўзга кўринмайди, шунинг учун у бронхларда узоқ вақт давомида қолиб кетади ва зотилжам, трахеобронхит каби асоратларни ривожланишига олиб келиши мумкин. Органик ёт жисм аллерген сифатида нафас йўллари шиллиқ пардасининг шиши ва патологик микрофларани ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Йирик ёт жисм ҳикилдоқ ёриғида тикилиб қолганда беморда бўғилиш ҳолати юз бериши мумкин. Кичик ёт жисм ҳикилдоқ соҳасида тикилиб қолганда, унинг шиллиқ пардаси яллиғланиб, шишади. Бунинг натижасида беморда ҳикилдоқ торайиши белгилари ривожланиши мумкин. Беморда хуружли йўтал, баъзан ютинганда оғриқ ва қусиш кузатилади. Ёт жисм овоз тирқиши соҳасида тикилиб қолганда беморнинг овози ўзгаради, пасаяди, баъзан афония кузатилади.

Трахея ёригида кўпинча овоз ёригидан ўтган ўртача ҳажмдаги ёт жисмлар тиқилиб қолади (ёнғоқ доналари, нўхат, турли ўсимликларнинг уруғи). Бемор тунда ёки ҳаяжонланганда хуружли йўталга шикоят қилади. Трахеяда тиқилиб қолган ҳаракатчан ёт жисмида аускультацияда дағал ўтказувчан хириллаш эшитилиб, ёт жисмнинг ҳаракати белгиси аниқланади; йўталганда ёки нафас чиқарилганда ёт жисм ҳиқилдоқнинг овоз бойламларига урилади ва шунда врач “чертган” товушни эшитади, трахея соҳасини пайпаслаганда эса у енгил турткини ҳис этади. Бемор оғзини очиб, нафас олганда хуштак товуши эшитилади. Трахеянинг ҳаракатчан ёт жисми баъзан ҳиқилдоқда тиқилиб қолиб, тўсатдан ривожланган бўғилиш ҳолатига сабаб бўлади.

Ёт жисм *трахея бифуркацияси* соҳасида тиқилиб қолганда беморда инспиратор, баъзан - экспиратор ҳансираш, терининг рангпарлиги ва безовталиқ кузатилади.

Бронхларда тиқилиб қолганда ёт жисмда беморда вақти-вақти билан йўтал хуружлари ва нафас фаолиятининг бузилиш белгилари кузатилади. Хуружлар орасида бемор тинчланиб, эркин нафас олади. Кўпинча ёт жисм ўнг бронхда (80% ҳолларда), камдан-кам ҳолларда - чап бронхда тиқилиб қолади.

Ҳиқилдоқ ёки трахея ёригига тиббий зулук кириб қолган ҳолларда беморда хуружли йўтал, қон қусиш, қон тупуриш, овозни буғилиши, нафас олиш ва нафас чиқариш ҳаракатларининг қийинлиги ва ҳатто бўғилиш ҳолати юз бериши мумкин.

Касалликнинг кечими бронх ёригининг ёпилиш даражасига боғлиқ бўлади. Ёт жисм бронх ёригини тўлиқ ёпиб қуйган ҳолларда беморда ўпканинг ўнг ёки чап бўлаги ателектази белгилари ривожланади. Бемор йўталганда ёт жисм ўпканинг қайси бўлагига тиқилиб қолганига қараб аускултацияда нафасни сусайиши, қуруқ ва ҳўл хириллашлар, перкуссияда ўпка товушини қисқариши ёки қутисимон бўлиши.

Бронх торайиши 3 клиник шаклларда намоён бўлади; тўлиқ, вентил ва қисман торайиши.

1) *бронхнинг тўлиқ торайишида* ўпканинг бир бўлаги ателектази ривожланади;

2) *вентил бронх торайишида* ёт жисм тиқилган томонда ўпка эмфиземаси ривожланади.

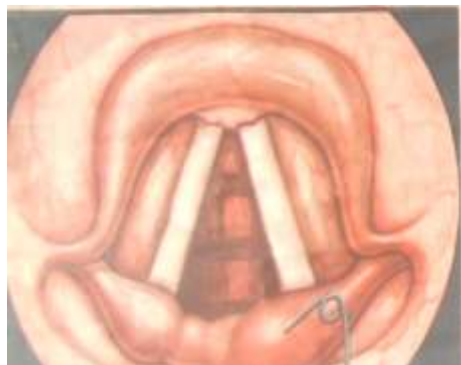
3) *бронхнинг қисман торайишида* Гольцкнехт-Якобсон белгиси кузатилади, яъни бемор чуқур нафас олганда кўкс оралиғи аъзолари ёт жисми бўлган бронх томонга силжийди.

Таъхис касалликнинг ўзига хос бошланиши, бемор шикоятлари, аускультация, перкуссия, рентгеноскопия, рентгенография, бронхоскопия, компьютерли томография маълумотлари асосида қўйилади. Катталарда ҳиқилдоқ ёт жисми билвосита ларингоскопияда аниқланади (97-расм).

Бронхоскопияда бронхоскоп биринчи навбатда ёт жисм тиқилиб қолган майдонга киритилади ва дастлаб шу майдон кўздан кечирилади. Ёт жисмнинг

шакли, бронх деворига нисбатан жойлашуви баҳоланади ва уни чиқариб олиш режаси тузилади. Рентгенологик текширув ёт жисм кайси жойда тиқилиб қолганини аниқлашга ёрдам беради.

Рентгенконтрастли ёт жисм кўкрак қафаси рентгенограммасида кўринади. Рентгенконтрастсиз ёт жисмда рентгенологик манзара бронх ёриғининг ёпилиш



даражасига қараб турлича бўлади:

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

- бронх ёриғи қисман ёпилганда зарарланган томонда диафрагма гумбазининг ҳаракати чекланиб, ўпка сояси хиралашиб, нафас олганда

97-расм.Ҳиқилдоқ ёт жисми кўкс оралиғининг сояси зарарланган томонга силжийди (Гольцкнехт-Якобсон белгиси);

- бронх вентил шаклида ёпилганда ўпка соясининг тиниқлиги кучайиб (эмфизема), қовурғалар оралиғи кенгайиб, кўкс оралиғи аъзолари соғлом томонга силжийди, зарарланган томонда диафрагма гумбази пастга тушиб, унинг ҳаракати чекаланади.

Даволаш. Нафас йўллари ёт жисми шифохона шароитида эндотрахеал оғриқсизлантириш остида бажарилган юқори ёки пастки трахеобронхоскопияда чиқариб олинади.

Нафас йўллари ёт жисмини пастки трахеобронхоскопия ёрдамида чиқариб олиш учун трахеостомия жарроҳлик амали қуйидаги ҳолларда қўлланилади:

- 1) йирикроқ ёт жисм ҳиқилдоқ ости бўшлиғида ёки трахеяда тиқилиб қолганда ва уни чиқариб олиш пайтида бўғилиш ҳоллари ривожланиш хавфи туғилганда;

- 2) ёт жисм трахея-бронх тизимининг чуқур бўлимларида тиқилиб қолганда;

- 3) беморнинг аҳволи оғир бўлиб, врачнинг қўл остида бронхоскоп бўлмаганда.

Пастки трахеобронхоскопия қуйидаги вазиятларда бажарилади:

- 4) шишган ёки ўткир учли йирик ёт жисмини овоз ёриғи орқали чиқариш иложи бўлмаганда;

- 5) ёт жисм туфайли беморда бўғилиш ҳолати ривожланганда;

- 6) бронх ёт жисмини юқори бронхоскопияда чиқариб олишга уринишлар ижобий натижа бермаганда.

Бронхоскопия ёрдамида ёт жисмини чиқариб олишни иложи бўлмаган ҳолларда бемор жарроҳлик бўлимига ўтказилиб, ёт жисм жарроҳлик усули ёрдамида олинади.

Ёт жисм парчаланганда биринчи навбатда унинг йирик бўлаги чиқариб олинади, қолган майда бўлакчалари бронхларни ювиш ёки электр сўргич ёрдамида чиқарилади.

Трахеобронхоскопияда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар:

- жароҳатдан сўнгги ларингит;
- трахея ва бронхлар шиллиқ пардасини жароҳатланиши, тешилиши;
- юрак фаолиятининг рефлектор тўхташи (сайёр асаб толаси босилганда);
- нафас йўлларида қон оқиши;
- пневмоторакс;
- тери ости эмфиземаси;
- трахеобронхит ва зотилжам.

Ҳиқилдоқ ёриғида тиббий зулук тикилиб қолганда умумий оғриқсизлантириш остида бевосита ларингоскопия текшируви бажарилиб, зулук қисқич ёрдамида ушланиб, ҳиқилдоқ ёриғига 10% натрий хлорид эритмаси озгина сепилса тишлаган жойини қўйиб юборади ва зулук осонгина чиқариб олинади.

ҲИҚИЛДОҚНИНГ ТЕРМИК ВА КИМЁВИЙ КУЙИШЛАРИ кўпроқ ёш болаларда содир бўлади (бола билмасдан қайноқ сувни, сут, кислота ёки ишқор эритмасини ичиб қўйиши мумкин). Катталар орасида рухий ҳолатларга дучор бўлган шахслар ўз жонига қасд қилиш мақсадида ўткир кислота ёки ишқор эритмасини ичиш ҳоллари учрайди. Болаларда ҳиқилдоқ куйишлари ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари шиллиқ пардасининг шиши, нафас олишнинг қийинлашиши, ҳиқилдоқ торайишининг клиник белгилари билан кечади.

Белгилари: Дастлаб беморда кучли оғриқ пайдо бўлиб, у ютинганда, қусганда ва йўталганда кучаяди.



98-расм. Ҳиқилдоқ куйиши

Куйишнинг I даражасида ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг эпителий қатлами куйиб, ҳиқилдоққа кириш жойининг шиллиқ пардаси кескин қизаради; II даражасида - беморда заҳарланиш белгилари кучайиб, жароҳат майдонининг шиллиқ пардаси шишиб, некротик қараш билан қопланади. Термик куйишларда некрозга учраган шиллиқ парданинг ранги оқиш, кейинчалик кулранг тус олади (98-расм). Азоткислота билан куйганда жароҳат майдонининг ранги сарғиш, хлорид ва олтингутурт кислоталар билан куйганда - жигарранг, сирка кислотаси ва ўткир ишқорлар таъсирида куйганда - оқиш рангда бўлади.

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

Ҳақилдоқнинг термик қуйишидан сўнг дастлабки соатларда беморда ҳақилдоқ торайиши белгилари риаожланади. Ҳақилдоқ, қизилўнгач ва меъданинг қуйиши бир вақтда юз берган ҳолларда беморнинг аҳволи янада оғирлашади.

Ташихис бемор шикаятлари, касалликнинг бошланиши ҳақидаги маълумотлар асосида қўйилади. Текширув пайтида қуйиш қачон ва қандай вазиятда содир бўлганлиги, қуйдирувчи модда ва заҳарланиш даражаси аниқланиб, зарур бўлса бевосита ва билвосита ларингоскопия, рентгенография ва бошқа текширувлар ўтказилади.

Даволаш. Ҳақилдоқ қуйишларида ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олди олиниши кўпинча поликлиника шароитида кўрсатилган шошилиш тиббий ёрдамга боғлиқ. Биринчи навбатда термик ёки кимёвий омил таъсири тўхтатилиб, беморга шошилиш тиббий ёрдам кўрсатилади, кимёвий қуйишда кимёвий моддани нейтраллаштириш тадбирлари ўтказилади. Ҳақилдоқнинг кимёвий қуйишида 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 тизимига таъсир этувчи дорилар (кордиамин, кофеин), оғриқсизлантирувчи дорилар (аналгин, кетонал, промедол, омнопон, морфин) юборилади. Вена ичига ёки ўмров ости венасига ўрнатилган катетр орқали шокка ва организмнинг заҳарланишига қарши инфузион терапия ўтказилади: поли-глюкин (800 мл), глюкоза-новокаин аралашмаси (300 мл 5% глюкоза ва 30 мл 2% новокаин эритмалари), 0,9 % натрий хлорид эритмаси, реополиглюкин, қон зардоб ва бошқа суюқликлар бемор ёшига, тана вазнига ва аҳволининг оғирлигига қараб томчилаб юборилади. *(Беморнинг артериал босими ва сийдикнинг умумий таҳлили назорат қилинади (гематурия)!* Анурияда буйрак атрофи новокаин блокадаси ва бошқа керакли муолажалар бажарилади. Зарур бўлса шок ҳолати бартараф этилгандан сўнг бемор “сунъий буйрак” бўлимига ўтказилади.

Ҳақилдоқ шиллиқ пардасининг қуйиши натижасида ҳақилдоқ торайиши ва нафас фаолиятининг бузилиш белгилари ривожланганда беморга лазикс, эуфилин 2,4 %, ношпа, 1 кг тана вазнига 5-10 мг ҳисобида гидрокортизон, 1 кг тана вазнига 1-5 мг преднизолон кунига 2 - 4 марта мушак орасига ёки вена ичига юборилади.

Ҳақилдоқ соҳаси лимфотроп терапияси бажарилади: ҳақилдоқ соҳасининг териси спирт билан тозалангандан сўнг тери остига 0,25%-1,5 мл новокаинда эритилган 8-16 ЕД лидаза ёки 1,0 фурасемид юборилади, 15 дақиқадан сўнг 1 кг тана вазнига 1-2 мг дан преднизолон, яна 15 дақиқадан сўнг - 150 000 ТБ антибиотик эритмаси юборилди. Кейин беморнинг томоғига 20% димексид эритмасига шимдирилган иссиқ бойлам қўйилади, ҳақилдоқ соҳасига гипоксизон малҳами билан фонофорез қилинади. Шу тартибда бажарилган муолажа ҳар 12 соатда такрорланади.

Бурун чиғаноклари олд учининг шиллик пардаси остига 0,5 -2 мл новакаин эритмасини юбориш, яъни эндоназал новокаин блокадаси яхши натижа беради. Беморнинг ёшига, танасининг вазнига қараб ношпа, платифиллин, атропин сульфат, баралгин мушак орасига ёки вена ичига юборилади.

Маҳаллий даволаш тадбирларидан яллиғланишга қарши маҳаллий усулда биопарокс аэрозоли 4-5 маҳал сепиш, оғриқсизлантириш мақсадида 1 % новакаин эритмасини 1 ош қошиқдан 8 маҳал, 100 мл ўсимлик ёғига 3,0 анестезин қўшиб, 1 ош қошиқдан 4-6 маҳал ичиш тавсия қилинади.

Беморнинг нафас олишига алоҳида эътибор берилади; ҳикилдоқ торайишининг компенсация ёки субкомпенсация босқичида консерватив даволаш тадбирлари, ҳикилдоқ шиши кучайганда - интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари бажарилади. Бўғилиш ҳолатида трахеостомия ва интубацияни бажаришни иложи бўлмаган ҳолларда коникотомия ёки крикоконикотомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

Беморга намланган кислород, тузсиз таомлар, чой берилади.

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

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ҳикилдоқ куйиши қачон руй берганлиги ва унга нима сабаб бўлганлиги аниқланиб, ҳалқум ва ҳикилдоқ сохалари кўздан кечирилади. Ларингоскопияда ҳикилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳикилдоқ усти бурмалари, валекулалар, ноксимон чўнтақларнинг чандиқли ўзгаришлари аниқланади. Бундан ташқари, ҳикилдоқ 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 тозаланади.

Асоратларни, трахео-, ларинго- ва фарингостома фаолиятининг бузилишини (бўғилиш, бемор вазнининг йўқотилиши) ўз вақтида аниқлаш даволашда муҳим аҳамиятга эга. Ларинго-, фаринго- ва трахеостомада ривожланган ҳикилдоқҳалқум ва ҳикилдоқ соҳасининг яллиғланиши билан оғриган бемор диспансер назорати остига олинади. Вақти-вақти билан стома тозаланиб, трахеостомия найчаси алмаштирилади. Беморга лидаза, эластаза дори воситалари, кун тартибига риоя қилиш тавсия этилади. Юқори нафас йўллари касалликларини олдини олиш чоралари ўтказилади.

ЛАРИНГОСПАЗМ - ҳикилдоқ асаб-мушак аппаратининг рефлексор қўзғалувчанлигининг ошиши ва овоз тирқишининг тўсатдан торайиши бўлиб, одатда 3 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Ларингоспазм рахит, спазмофилия касалликларининг белгиси ва ёш болаларда сунъий

овқатлантиришнинг салбий оқибати сифатида намоён бўлади. Ларингоспазмни ривожланишига гипокальциемия, витамин D етишмовчилиги сабаб бўлади; қонда кальций миқдори 1,4-1,7 ммоль/л гача камаяди (меъёрида 2,4-2,8 ммоль/л). Кальций миқдорининг камайиши натижасида асаб-мушак қўзғалувчанлиги ошиб, кўндаланг-тарғил мушаклар талвасали қисқаришга мойил бўлиб қолади, организмда алкалоз ривожланади. Ларингоспазм ҳолатида ҳиқилдоқнинг барча мушаклари қатнашади.

Клиник белгилари. Касаллик одатда тўсатдан, кучли йўтал ёки қўрқувдан сўнг пайдо бўлади. Беморда дастлаб шовқинли ва давомли нафас ҳаракатлари, кейинчалик узилиб турувчи юзаки нафас ҳаракатларига айланади. Баъзан овоз тирқишининг ёпилиши ва хўроз қичқириғини эслатувчи нафас ҳаракати кузатилади. Ларингоспазм ҳуружи пайтида беморнинг боши орқага ташланган, кўзлари кенг очилган, бўйин мушаклари таранглашган, тери қопламлари кўкарганлиги кўзатилади. Баъзан қўл-оёқлар ва юз мушакларининг талвасали қисқариши юз беради. Овоз тирқишининг бутунлай ёпилиши нафас ҳаракатларининг тўхташига, эс-хушни йўқотилишига, баъзан юрак фаолиятини тўхтаб қолиши ва ўлим ҳолати юз бериши мумкин. Ларингоспазм ҳуружи одатда 10-30 сония давом этиб, кейин давомли ва шовқинли нафас олиш ҳаракати қийин нафас чиқариш ҳаракати билан алмашади. Кейин нафас ҳаракатлари тикланади. Ҳуружлар орасидаги даврда беморда мушаклар қўзғалувчанлигини ошиши белгилари аниқланади:

- *Хвостек* белгиси - боланинг лунжи соҳасига оҳиста урганда юз мушаклари қисқаради;

- *Труссо* белгиси-қўлнинг қон томир ва асаб толалар тўплами соҳаси қисилганда панжа мушаклари қисқариб, боланинг кафти “акушер қўли”ни эслатувчи ҳолатни эгаллайди.

Бундай беморларда аденомия, ҳалқум орти ҳўппозини очиш жарроҳлик амаллари оғир асоратлар билан кечиши мумкинлигини эсда тутиш лозим!

Катталарда ларингоспазм ҳиқилдоқда балғам тўпланганда ёки ҳиқилдоқ ёриғида ёт жисм текилиб қолганда, бемор куйдирувчи моддалар ва турли дорилар билан ишлаганда, зарарли газ ва чанг билан ифлосланган ҳаводан нафас олганда кузатилади. Марказий ларингоспазм қўрқув, асаб бузилишлари, эпилепсия, қоқшол ва орқа мия касалликларида кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда ларингоспазм ҳуружи кучли йўтал, юзни қизариши, бурунлаб учбурчагини кўқариши, овозни ўзгариши билан кечади ва қисқа вақт давом этади.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, ларингоскопия манзараси, овоз бойламлари спазмининг клиник белгилари асосида қўйилади. Ҳуружлар орасида ҳиқилдоқда ҳеч қандай патологик ўзгаришлар кузатилмайди. Ҳуруж пайтида бажарилган бевосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи буралиб, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари ўрта чизикда

бир-бирига тегиб турганлиги ва чўмичсимон тоғайлар бир-бирига яқинлашганлиги кўринади.

Шошилиш тиббий ёрдам. Ларингоспазм хуружини тўхтатиш учун терига (юзга совуқ сув сепиш, игна санчиш, чимчилаш) ва шиллиқ пардага (бурун ичини зондга ўралган пахта билан қитиқлаш, навшодил спиртни ҳидлатиш, тил илдизини шпател билан босиб, ҳалқум рефлексини қўзғатиш) кучли таъсир кўрсатилади. Болага тинчлантирувчи спазмолитик дори воситалари буюрилади, мушак орасига керакли миқдорда ношпа, баралгин, седуксен, реланиум юборилади. Давомли ларингоспазм ҳолатида вена ичига 0,5% новокаин ёки оксибутират натрий эритмалари юборилади. Дорилар самара бермаган оғир ҳолларда интубация, трахеотомия ёки коникотомия жарроҳлик амали бажарилади.

Хуружлар орасида беморга тинчлантирувчи бромидлар, кальций дори воситалари, D₂ витамини, пархез таомлар (сут маҳсулотлари, сабзавотлар) буюрилиб, тоза ҳавода кўпроқ сайр қилиш тавсия қилинади. Бола улғайган сари (одатда 5 ёшда) ларингоспазм хуружлари ўз-ўзидан тўхтайд.

ҲИҚИЛДОҚ ШИШИ (*oedema laryngea*) - ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг тез ривожланиб, шиллиқ ости каватининг трансудат билан туййиниши натижасида нафас олиш ёригини торайиши билан кечувчи вазомотор-аллергик жараён.

Этиологияси. Ҳиқилдоқнинг ўткир шиши кўпинча турли патологик жараёнларнинг белгиси сифатида намоён бўлади. У қуйидаги касалликларда ривожланиши мумкин:

- 1) ҳиқилдоқ ва унга яқин аъзоларнинг яллиғланиш жараёнларида (ҳиқилдоқ ангинаси, бурма ости ларингити, флегмонали ларингит, ўткир ларинготрахеит, хондроперихондрит, ҳиқилдоқ усти ҳўппози, ҳалқум ва унинг ён ва орқа бўшлиқлари, бўйин умуртқалари соҳаси, тил илдизи ва оғиз бўшлиғи тубининг йирингли жараёнлари, бўйин флегмонаси);
- 2) ўткир юқумли касалликларда (дифтерия, қизамиқ, скарлатина, грипп ва бошқ.);
- 3) ҳиқилдоқ, кўкс оралиғи, қизилўнғач ва қалқонсимон без ўсмаларида (ҳавфсиз ва ҳавфли); ҳиқилдоқ шиши онкологик касаллик билан оғриган ва нур билан даволанган беморларда кузатилиши мумкин.



99-расм.
Ҳиқилдоқнинг
аллергик шиши

4) ҳиқилдоқ жароҳатларида (санчилган, кесилган, термик, кимёвий жароҳатлар, ёт жисм);

5) аллергия касалликларда; бунда ҳиқилдоқнинг яллиғланишсиз шиши айрим озиқ-овқат, дори ва косметик маҳсулотларга нисбатан аллергия реакциянинг белгиси сифатида юзага келади (99-расм);

6) юрак-қон томир касалликларида, қон айланиш етишмовчилгининг II, III босқичларида, буйрак касалликлари, жигар циррози ва кахексияда);

3) баъзан ятроген ҳиқилдоқ шиши, яъни ҳиқилдоқ ва

бўйин соҳасида бажарилган жарроҳлик амали, давомли юқори трахеобронхоскопия, давомли интубациядан сўнг ривожланиши мумкин;

Ҳиқилдоқ шиши юмшоқ тўқимага бой шиллик ости қаватида, яъни ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида, чўмичҳиқилдоқ усти бурмаларида, ҳиқилдоқга кириш жойининг орқа деворида, ҳиқилдоқнинг пастки қаватида ривожланиб, нафас фаолиятининг кескин бузилишига олиб келади.

Ташиxis касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, нафас олиш фаолиятининг турли даражада бузилиши, билвосита ва бевосита ларингоскопия, бронхоскопия, ҳиқилдоқ ва кўкрак қафаси рентгенографияси текширувларининг натижалари асосида қўйилади.

Даволаш тадбирлари ҳиқилдоқ шишининг ривожланишига сабаб бўлган асосий касалликни даволашга қаратилади ва шифохона шароитида олиб борилади. Нафас йўллари торайишининг компенсация ва субкомпенсация босқичлари касалликни келиб чиқиш сабабига қараб дорилар билан даволанади. Беморга қуйидаги дори ва даволаш тадбирлари буюрилади:

- 1) антибиотиклар (ярим синтетик пенициллинлар, макролидлар ва бошк.);
- 2) гипосенсебилизацияловчи дори воситалар;
- 3) кортикостероидлар;
- 4) тинчлантирувчи дорилар;
- 5) сийдик ҳайдовчи дорилар;
- 6) ҳиқилдоқ соҳасига турли бойламлар қўйиш;
- 7) физиотерапия муолажалари (ингаляция , электрофорез ва бошк) ;
- 8) чалғитувчи терапия ва дегидратация тадбирлари;

Вена ичига 40% - 20 мл глюкоза, 1% кальций хлорид эритмаси бир дақиқада 40 - 50 томчидан томчилаб (болаларга 7-10 мл/кг, катталарга 400 мл гача, 5%-5 мл натрий аскорбинат, 40% - 5 мл уротропин эритмалари, 30-90 мг преднизолон, 2,4% - 5-10 мл эуфиллин ёки тио-сульфат натрий эритмалари юборилади. Мушак орасига димедрол (1%-2 мл), пипольфен (2,5% -2 мл), тери остига 0,1% -1 мл атропин сульфат эритмалари юборилади.

Пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари олд қисмининг шиллик пардаси остига 1-1,5 мл 0,5% -1% новокаин эритмасини юбориш ҳам самарали даволаш усули ҳисобланади. Беморга чалғитувчи терапия (оёқларга иссиқ ванна, кўкрак қафаси ва оёқларга хантал куйиш), тана ҳароратини меъёрлаштирувчи ва юрак фаолиятини яхшиловчи дори воситалари буюрилади.

Яллиғланиш жараёни туфайли ривожланган ҳиқилдоқ шишида беморга антибиотиклар тавсия қилинса, аллергик шишда биринчи навбатда аллергеннинг таъсири бартараф этилиши лозим. Қуйишдан сўнг ривожланган ҳиқилдоқ шишида шокка қарши терапия ўтказилиб, айрим ҳолларда йирингли жараённи бартараф этиш мақсадида жарроҳлик амали бажарилиши мумкин.

Кескин ривожланган ҳиқилдоқ шишида бемор аҳволи яхшиланмаса кортикостероидларнинг миқдори кўпайтирилиб, вена ичига 200 мл изотоник

эритмада эритилган 90 мг преднизолон, 2 мл пипольфен, 10 мл 10% кальций хлорид, 2 мл лазикс эритмалари юборилади.

Дорилар фойда қилмаганда ва торайишнинг декомпенсация босқичи ривожланганда термопластик найча ёрдамида *интубация ва шошилиш трахеостомия* жарроҳлик амали, бўғилиш ҳолатида эса *шошилиш коникотомия*, ташқи нафас тиклангандан сўнг – трахеостомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

ҲИҚИЛДОҚ АНГИНАСИ (*angina laryngea*) ёки *шиллик ости ларингити (laryngitis submucosa)* – бу ҳиқилдоқ қоринчалари, чўмичсимон бурмаларнинг шиллик пардаси орасида, ноксимон чўнтак тубида ва ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида жойлашган лимфоид тўқималарнинг яллиғланиши билан кечган ўткир юқумли йирингли касаллик.

Этиологияси. Касалликни турли бактериялар: стафилакокк, стрептококк, пневмококк, кўк йирингли таёкча ва замбуруғлар қўзғатади. Ҳиқилдоқ жароҳатлари касалликнинг этиологиясида муҳим аҳамиятга эга.

Касалликнинг патогенизида организм иммун ҳолатини сустлиги, микрофлоранинг вирулентлиги, шамоллаш, совқотиш ва бошқа омиллар муҳим аҳамиятга эга.

Клиник белгилари. Ҳиқилдоқ ангиnasiда беморнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, тана ҳарорати 38-39 °C га кўтарилади, ютинганда томоғи оғрийди, ҳиқилдоқ орқали нафас олиши қийинлашиб, ҳиқилдоқ соҳаси пайпасланганда оғрийди, баъзан ҳиқилдоқ торайишининг белгилари кузатилади. Бўйин маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, оғрийди. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи, ноксимон чўнтаклар, чўмичҳиқилдоқ усти ва овоз бурмаларининг шиллик пардалари қизариб, шишганлиги ва йирингли караш билан қопланганлиги аниқланади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ташқи текширув, ларингоскопия, микроларингоскопия ва бошқа қўшимча текширув натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Ҳиқилдоқ ангиnasi билан оғриган бемор шифохона шароитида даволанади. Унга яллиғланишга қарши, организм заҳарланишини камайтириш, гипосенсибилизация ва симптоматик терапия тадбирлари ўтказилади.

Антибиотиклардан асосан пенициллин гуруҳи антибиотиклари (феноксиметилпенициллин, амоксициллин/клавуланат) ёки II –III авлодга мансуб цефалоспоринлар (цефуроксим, цефатоксим, цефтриоксон) ва макролидлар (эритромицин, рокситромицин, азитромицин) тавсия этилади. Маҳаллий усулда фузафунжин (биопарокс) аэрозолини қўллаш ижобий натижа беради. У топик антибиотик бўлиб, бактерияларга ва яллиғланишга қарши таъсирга эга. Биопарокс аэрозолини 7 кун дамомида ҳар 4 соатда оғиз орқали пуркаш тавсия этилади.

Ҳиқилдоқ шишини камайтириш мақсадида вена ичига 40% -20-30 мл глюкоза, 10% - 10 мл кальций хлорид, 60 - 90 мг преднизолон, сийдик ҳайдовчи дори

воситалар (1 мл лазикс), мушак орасига гистаминга қарши дори воситалари (2% -1 мл супрастин, 2% -1 мл тавегил, 2,5% - 1 мл пипольфен) юборилади. Беморга чалғитувчи муолажалар буюрилади (оёқларга иссиқ ванна қилиш, кўкрак қафасига ва оёқ қоринчаларига ҳантал қўйиш), бўйин соҳасига 20% димексид ёки 50% спирт эритмасига шимдирилган иссиқ бойлам қўйилади. Ҳиқилдоқ соҳаси 0,5% -10-20 мл новокаин эритмаси билан блокада қилинади.

Беморларга 1% ли кальций хлорид эритмасини катталарга 400 мл (болаларга 7-10 мл / кг ҳисобида) вена ичига томчилаб (катталарга бир дақиқада 50-60 томчи, болаларга 40-50 томчи) юбориш усули яхши самара беради. Чунки киритилаётган суюқлик организмни ювиб, дезинтоксикация вазифасини бажаради, секин-аста қон билан тарқалаётган кальций хлорид эритмаси қон томирлар ўтказувчанлигини меъёрлаштириб, антиаллергик ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Ва ниҳоят, кальций хлорид эритмаси иммуностимулятор вазифасини бажаради. Ушбу эритма ўзининг комплекс таъсири билан ҳиқилдоқ ангинасини тезда бартараф этишга, ўткир яллиғланиш жараёнини сусайтиришга ёрдам беради.

Бундан ташқари, антибиотикларни ҳиқилдоқ соҳасига лимфотроп усулда юбориш ҳам фақат фойда келтиради. Лимфотроп терапия қуйидагича ўтказилади: бўйиннинг олд ва ён томонларига ёки жағ ости соҳасига тери остига дастлаб 1,0 мл лазикс ва 2 мл новокаин, кейин новокаинда эритилган антибиотик (150 - 250 000 ТБ) юборилади, ундан сўнг ҳиқилдоқ соҳасига 20% димексид эритмасига шимдирилган иссиқ бойлам қўйилади. Муолажа ҳар 12 соатда такрорланади.

Олиб борилган тадбирлар самара бермай, ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи ривожланганда шошилиш трахеостомия жаррохлик амали бажарилади.

Касаллик енгил кечган ҳолларда эса бемор даволашнинг 6-8- кунини соғайиб кетади. Баъзан яллиғланиш жараёни шиллиқ ости қаватига, бўйин мушаклари орасига, кўкс ораллиғига тарқалиши мумкин. Бундай асоратларни олдини олиш учун касалликни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш тадбирларини ўз вақтида ўтказиш лозим.

ЎТКИР ЭПИГЛОТИТ - ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳиқилдоқ усти ва даҳлиз бурмалари шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши бўлиб кўпинча 3-7 яшар болаларда учрайди. Касаллик белгилари жуда тез ривожланиб, қисқа вақт ичида (12-15 соатда) бўғилиш ҳолатига олиб келиши мумкин. Куз ва қиш мавсумларида ўткир эпиглотит билан оғриган беморлар сони кўпаяди.

Этиологияси ва патогенези. Касалликни ривожланишига кўпинча граммманфий бактериялар, Haemophilus influenzae, Streptococcus viridans, Staphylococcus pyogenes ва Diplococcus pneumoniae қўзғатади. Совуқ ва қуруқ ҳаво яллиғланиш жараёнини ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Касаллик тўсатдан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати 39-40° С кўтарилиб, томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ кучаяди, уйқучанлик,

кўнгил айланиши, баъзан қусиш, кейинчалик нафас етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади. Ушбу белгилар кўпи билан 12-15 соат давом этади, айрим ҳолларда касалликнинг дастлабки соатларида бўғилиш ҳолати юзага келиши мумкин.

Ўткир эпиглотит билан оғриган бола оғзини очган ва пастки жағини олдинга чўзган ҳолда бошини олдинга эгиб ярим ўтроқ ҳолатини эгаллайди, овқатдан ва сув ичишдан бош тортади, оғзидан сўлаги оқиб, овози пасаяди, аммо бўғиқлик қолмайди. Беморда инспиратор ҳансираш пайдо бўлиб, ётганда ҳансираш кучаяди, аммо шовқинли нафас кузатилмайди.



100-расм.
Хордал ларингит,
ҳиқилдоқ қопқоғи
ҳўппози.

Ҳиқилдоқ соҳаси пайпасланганда оғрийди. Ларингоскопияда ҳадқумнинг орқа девори ва ҳиқилдоққа кириш майдони қизарганлиги, ҳиқилдоқ усти қопқоғи гилос рангидай қизариб, кескин шишганлиги аниқланади (100-расм). Шиш ва қизариш чўмичҳиқилдоқ усти ва даҳлиз бурмаларига ҳам тарқалади. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳажми бир неча бор катталашганлиги туфайли ҳиқилдоқнинг пастки қисмларини кўздан кечириш имкони бўлмайди.

Таъхис анамнез маълумотлари, клиник белгилар, ларингоскопик манзара ва ён томонлама бўйин рентганографияси текшируви ёрдамида аниқланади.

Қиёсий таъхисот. Касалликни юқори нафас йўллари ёт жисми, ҳиқилдоқ жароҳати, чин круп, ҳиқилдоқнинг аллергияк шиши ва ўткир тораювчи ларинготрахеитдан фарқлаш лозим.

Даволашда касалликни ўз вақтида аниқлаб, беморни зудлик билан шифохонага ётқизиш муҳим аҳамиятга эга. Касалликнинг бошланғич босқичида, яъни енгил нафас етишмовчилигида вена ичига 20% глюкоза билан кортикостероидлар эритмаси (преднизолон, дексаметазон) юборилади. Муолажа ҳар 6-8 соатда такрорланади (жами 2-3 кун). Беморга антибиотиклар буюрилади. 1% ли кальций хлорид эритмасини вена ичига томчилаб юбориш усули ўткир эпиглотитни даволашда ҳам яхши натижа беради. Нафас етишмовчилигини бартараф этилмаган ҳолларда интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

ЎТКИР КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ (*laryngitis catarrhalis*) – ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси ва ички мушакларининг катарал яллигланиши.

Этиологияси. Ўткир ларингитнинг ривожланишига бетта-гемолитик стрептококк, пневмококк ва вирусли инфекциялар (А ва В гриппи ва парагрипп вируслари, коронавируслар, риновируслар), замбуруғлар ва кўпинча аралаш флора сабаб бўлади.

Касалликнинг ривожланишига *экзоген* ва *эндоген* омилларнинг таъсири остида фаоллашган сапрофит флора, стафилакокк, стрептакокк, пневмакокк, вируслар сабаб бўлади. Экзоген омилларга ҳиқилдоқ жароҳатлари, шамоллаш, шиллиқ

пардага алкоголь, никотин ва ишлаб чиқариш корхоналаридаги зарарли моддаларнинг (чанг заррачалари, буғ, газ ва бошқ.) салбий таъсири, совуқ об-ҳавода баланд овозда кўп гапириш, жуда совуқ ёки жуда иссиқ овқатларни истеъмол қилиш каби омиллар киради. Эндоген омилларга умумий ва маҳаллий иммунитетнинг сусайиши, ошқозон-ичак ва нафас йўллари касалликлари, аллергия реакциялар, модда алманишуви бузилишлари, қандли диабет, шиллиқ парданинг атрофияси киради. Ўткир катарал ларингит кўпинча балоғат ёшидаги ўспиринларда овоз мутацияси даврида кузатилади.

Клиник белгилари. Касаллик тўсатдан ўткир клиник белгилар билан бошланади ва кўпинча совуқ овқатни истеъмол қилиш, ўткир респиратор вирусли касаллик, шамоллаш ва овозни зўриқишидан кейин пайдо бўлган дисфония белгилари билан кечади. Беморнинг тана ҳарорати меъёردа, баъзан субфебрил бўлади. Ҳақилдоқ соҳасида ачишиш, қуриш белгилари бўлиб, ютинганда оғрийди.

Баъзан беморни қуруқ, кейинчалик шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ балғамли йўтал безовта қилади. Унда турли даражадаги дисфония белгиси кузатилади.



101-расм. Ўткир катарал ларингит

Ларингоскопияда ҳақилдоқнинг шиллиқ пардаси ва овоз бурмалари қизарганлиги, овоз бурмалари шишиб, қалинлашганлиги кўринади. Баъзан овоз бурмаларининг фақат четки қисмида чегараланган қизариш борлиги, овоз ёриғида ёпишқоқ йирингли-шилимшиқ ажралма тўпланганлиги кўринади. Фонация пайтида овоз ва кўндаланг чўмичсимон мушакларнинг яллиғланиши туфайли овоз бурмалари тўлиқ жипслашмайди (101-расм). Ўткир ларингитда ҳақилдоқ шиши жуда кам ҳолларда ривожланади ва одатда ҳақилдоқнинг нафас олиш фаолияти бузилмайди.

Таъхис касалликни бошланиши, сабаблари, бемор шикоятлари, ларингоскопия ва бошқа қўшимча текширув натижалари асосида қўйилади.

Ёш болаларда ўткир ларингитни дифтерия касаллигининг тарқоқ шаклидан фарқлаш лозим.

Дифтерияда ҳақилдоқнинг шиллиқ пардаси тўқималарга зич ёпишган ва қийинчилик билан кўчадиган, олинганда ости қонайдиган кулранг караш билан қопланади. Караш предмет шишаси орасида эзилганда ўз шаклини ўзгартирмайди.

Даволаш. Ўткир ларингит билан оғриган беморлар уй шароитда, нутқ ва вокал касб эгалари - шифохона шароитида даволанади. Беморга овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия этилади. Уларга ўткир ва иссиқ овқатлар, чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш ман этилади.

Қуруқ йўталда беморга йўтал марказининг қўзғалувчанлигини пасайтирувчи дори воситалар буюрилади. Ёпишқоқ шилимшиқ балғамни суюлтириш ва шиллик парданинг қуруқлигини камайтириш учун беморга илиқ сув ёки сут билан бирга ишқорли маданли сув, термопсис, мукалтин каби балғам ажратувчи дорилар ичирилади. Lig.copisum соҳасига тери остига антибиотик ва гидрокортисон аралашмасини юбориш яхши натижа беради.

Беморга УВЧ ва микротўлкинли терапия тавсия қилиниб, томоғига иссиқ ёки 20% димексид эритмаси билан бойлам қўйилади. Турли дорилар, ёғлар, ишқорлар, антибиотиклар ингаляция шаклида қўлланади. Аэрозоллардан каметон, ингакамф, ингалипт, камфомен, биопарокс буюрилади. Ҳиқилдоқ ичига 1% ментол, антибиотик, гидрокортисон ва қон томирларни торайтирувчи дорилар пуркалиб, чалғитувчи терапия (оёқларга иссиқ ванна қилиш, ҳиқилдоқ ва кўкрак қафаси соҳаларига хантал қўйиш) тавсия этилади.

Маҳаллий даволаш тадбирлари билан бирга беморга яллиғланишга қарши умумий даволаш тадбирлари (антибиотиклар, антигистамин ва кальций дори воситалари, С витамини) буюрилади.

Даволаш тадбирлари тўғри олиб борилганда ва овоз гигиенаси қоидаларига риоя қилинганда бемор даволашнинг 5-10 - кунли соғайиб кетади.

ИНФИЛЬТРАТИВ ЛАРИНГИТ (*laryngitis infiltrativa*) - шиллик пардадан чуқур тўқималарига тарқалган ҳиқилдоқнинг ўткир яллиғланиши. Ларингитнинг бу шаклида патологик жараён ҳиқилдоқ мушакларига, бойламларига ва тоғай усти пардасига тарқалади.

Этиологияси. Касалликнинг ривожланишига турли жароҳатлар ёки юқумли касалликдан сўнг ҳиқилдоқ тўқимасига тарқалган микроблар сабаб бўлади. Организмнинг маҳаллий ва умумий ҳимоя кучининг сусайиши касалликнинг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник манзараси. Инфильтратив ларингит чегараланган ёки тарқоқ клиник шаклларда кечади. Касалликнинг тарқоқ шаклида яллиғланиш жараёни ҳиқилдоқ шиллик пардасининг барча майдонларини, чегараланган шаклида - унинг айрим майдонларини (чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиқ, ҳиқилдоқ даҳлизи, ҳиқилдоқ усти қопқоғи, овоз ости бўшлиғи) қамраб олади.

Беморнинг томоғи оғриб, ютинганда оғриқ кучаяди, овози ўзгариб, нафас олиши қийинлашади, тана ҳарорати кўтарилади, баъзан қуюқ шилимшиқ-йирингли балғамли йўтал кузатилади. Юқорида қайд этилган белгилар билан бирга ҳиқилдоқнинг нафас фаолияти ҳам бузилади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, пайпасланганда оғрийди.

Оғир ҳолларда инфильтратив ларингит флегмонали ларингитга айланиши мумкин. Касаллик ўз вақтида даволанмаган ҳолларда ҳиқилдоқ ҳўппози ривожланади. Ҳиқилдоқ ҳўппози кўпинча ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида ёки чўмичсимон тоғайлар юзасида жойлашади. Бундай ҳолларда ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи қизарган ва шишганлиги, унда яралар пайдо бўлганлиги, юзаси оқ йирингли караш билан қопланганлиги кўзга

ташланади. Жараён чўмичсимон тоғайлар соҳасида жойлашганда ҳам шунга ўхшаш ўзгаришлар кузатилади.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, ташқи текширув, ларингоскопия ва клиник текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Шифохона шароитида беморга антибиотик ва гидрокортизон аралашмаси билан ингаляция қилинади, ҳиқилдоқ соҳасига биопарокс аэрозоли пуркалади, мушак орасига ампицилин, кефзол, вена ичига 10 мл миқдорда 10 % кальций хлорид эритмалари юборилади. 1% ли кальций хлорид эритмасини катталарга 400 мл (болаларга 7-10 мл / кг ҳисобида) вена ичига томчилаб (бир дақиқада 50-60 томчи) юбориш яхши самара беради. Бундан ташқари, беморга муколитиклар, карбоцистеин, синупрет ва кортикостероидлар тавсия қилинади.

Ҳиқилдоқ ҳўппозида шошилиш равишда жаррохлик амали бажарилади, яъни маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида йирингли ўчоқ (ёки инфилтрат) ҳиқилдоқ тиғи ёрдамида очилади. Беморга бир вақтнинг ўзига бир неча антибиотик буюрилиб, заҳарсизлантириш мақсадида вена ичига томчилаб суюқликлар юборилади ва симптоматик терапия (тана ҳароратини тушириш, юрак фаолиятини яхшилаш) тадбирлари ўтказилади, дармон дорилар тавсия қилинади. Маҳаллий усулда 30% ли димексид эритмаси билан ҳиқилдиқ соҳасига иссиқ бойлам қўйилади, оёқларига иссиқ ванна қилинади. Бурун чиғаноғи остига 1,5 мл, ҳиқилдоқ соҳасига тери остига 10 мл 0,5% новокаин эритмасини юбориш ҳам ижобий натижа беради. Одатда касаллик қисқа вақт ичида бартараф этилади.

Даволаш жараёнида ҳиқилдоқ ёриғини назорат қилиш ва бўғилиш ҳолатини олдини олиш муҳим аҳамиятга эга.

БУРМА ОСТИ ЛАРИНГИТИ (СОХТА КРУП) (субхордал ларингит - *laringitis subchordalis*, сохта круп - *false croup*) - овоз бурмаси ости бўшлигининг яллиғланиш жараёни.

Касаллик 5 ёшгача болаларда учраб, овоз бурмаси ости бўшлиғининг ўзига хос анатомик хусусиятларига боғлиқ бўлади; ёш болаларда овоз бурмалари шиллиқ пардаси остидаги юмшоқ тўқима яхши ривожланган бўлиб, турли таъсирларга жавобан тез шишади. Ҳиқилдоқ ёриғининг торлиги, асаб ва қон томир рефлексларининг кўзгалувчанлиги ҳиқилдоқ торайишини ривожланишига ёрдам беради.

Этиологияси. Касалликни ривожланишига вируслар, стафилакокк, стрептококк, пневмококк ва аралаш микрофлора сабаб бўлади.

Патогенези. Касаллик ўткир респиратор касалликларда ёки мустақил равишда ривожланиши мумкин. Микрофлоранинг вирулентлиги, бола организмида умумий ва маҳаллий иммунитетнинг сусайиши ва аллергия ҳолатлар касалликни ривожланишига ёрдам беради.

Бемор ётганда ҳиқилдоқ соҳасида қон миқдори кўпайиши натижасида касаллик белгилари кучаяди, шунинг учун бундай беморларнинг аҳволи кўпинча кечаси оғирлашади.

Клиник белгилари. Касаллик юқори нафас йўллариининг яллиғланиши, бурунни битиши, бурундан ажралма оқиши, субфебрил ҳарорат ва йўтал билан бошланади. Кундузи умумий аҳволи қониқарли бўлган болада кечаси тўсатдан бўғилиш ҳолати, қув-қув йўталиб, тери қопламларининг кўкариши юз беради. Асосан инспиратор характерга эга бўлган ҳансираш бўйинтуруқ, ўмров ости, ўмров усти бўшлиқлари ва эпигастрий чуқурчалари юмшоқ тўқималарининг ичкарига ботиши билан кечади. Бундай ҳолат бир неча дақиқадан ярим соатгача давом этиши ва ҳар 2-3 кунда такрорланиб туриши мумкин. Ҳансираш хуружидан сўнг бола терлайди, нафас олиш фаолияти тикланади ва у яна ухлаб қолади.

Ларингоскопияда овоз бойламлари остида симметрик жойлашган болишсимон шиш борлиги, овоз бурмаси ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизариб, шишганлиги кўринади. Болишсимон шиш овоз бурмалари остидан бўртиб чиқади ва ҳиқилдоқ ёриғини торайтириб, нафас олишни қийинлаштиради.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликнинг ўзига хос бошланғич белгилари, ларингоскопия манзараси ва клиник текширувлар натижалари асосида кўйилади.

Қиёсий таъхисоти. “Сохта круп” ни дифтериядаги чин круп белгиларидан фарқлаш лозим. Бурма ости ларингитининг кечими хуружли характерга эга; кундузи беморнинг аҳволи қониқарли, кечаси эса нафаснинг қийинлашиши ва тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Дифтерияда бемор овозининг бўғилиши кузатилса, бурма ости ларингитида - овоз ўзгармайди. Дифтерияда сохта крупга хос йўтал кузатилмайди. Бурма ости ларингитида маҳаллий лимфа тугунлар катталашмайди, дифтерияда эса ҳалқум ва ҳиқилдоқ соҳасида ўзига хос караш пайдо бўлади. Аниқ таъхис қўйиш учун ҳалқум, ҳиқилдоқ ва бурун шиллиқ пардасидан суртма олинади ва бактериологик текширув ўтказилади.

Даволаш тадбирлари яллиғланиш жараёнини бартараф этиш ва беморнинг нафасини тиклашга қаратилади. Ҳиқилдоқ шишини даволашда қўлланилган барча чора ва тадбирлар ўтказилади. Бундан ташқари бурун ёндош бўшлиқларидаги ўткир ва сурункали яллиғланиш ўчоқлари Проец усулида антибиотиклар юборилиб бартараф этилади. Қайд этилган даволаш тадбирлари самара бермай, беморда бўғилиш ҳолати ривожланиши ҳавфи туғилганда 2-4 кун давомида назотрахеал интубация, зарур бўлса – шошилишч трахеостомия жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

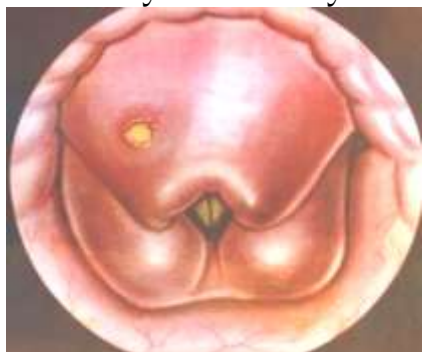
ФЛЕГМОНОЗ ЛАРИНГИТ – ҳиқилдоқ шиллиқ ости қаватининг, баъзан мушак ва бойламлари ва тоғай усти пардасининг йирингли яллиғланиши. Касаллик нисбатан кам учрайди ва ҳиқилдоқ ангинасида, ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг жароҳатида (ёт жисм, кимёвий ва термик куйишда) ривожланади. Бундан

ташқари, флегмоноз ларингит иккиламчи касаллик сифатида паратонзиллит, тил негизи ҳўппози, ҳиқилдоқ сарамаси, ҳиқилдоқ дифтерияси, қон касалликлари ва сепсисда кузатилиши мумкин.

Этиологияси. Касалликни ривожланишига стрептококк, стафилококк, пневмококк, баъзан оғиз бўшлиғи спирохетаси сабаб бўлади. Ҳиқилдоқ тўқималарига инфекция жароҳатланган майдондан ёки юкумли касалликдан сўнг (қизамиқ, скарлатина) киради.

Патогенези. Касалликнинг патогенезида умумий ва маҳаллий иммунитетнинг сусайиши, микрофлоранинг вирулентлиги ва шамоллаш омили муҳим рол ўйнайди.

Клиник манзараси. Касалликнинг клиник белгилари флегмонанинг жойлашувига боғлиқ бўлади. Флегмоноз ларингит ўткир бошланиб, икки клиник шаклда кечади: чегараланган ва тарқоқ. Бемор ютинганда томоғи кескин оғришига, умумий ҳолсизликка, ўзини ноҳуш ҳис этишига шикоят қилади. Флегмона ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида ва чўмичсимон тоғайлар соҳасида жойлашганда оғриқ айниқса кучли бўлади. Беморнинг тана ҳарорати баланд бўлади. Касалликнинг тарқоқ шаклида ҳиқилдоқнинг нафас фаолияти кескин бузилиши мумкин.



102-расм.
Флегмоноз ларингит

Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси кескин қизарганлиги, инфильтрацияси, зарарланган майдон катталашиб, унда некроз учоқлари кўринади (102-расм). Кўпинча флегмона жараёни ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари ва чўмичсимон тоғайлар шиллиқ пардасида жойлашади. Ҳиқилдоқ ҳўппози флегмонали ларингитнинг охириги босқичи сифатида ёки кўпинча ҳиқилдоқни ёт жисм (балиқ суякчаси ва бошқ.) билан жароҳатланишидан сўнг ривожланиши мумкин. Бунда ларингоскопияда

зарарланган майдонда чегараланган шиш пайдо бўлганлиги кўринади. Ҳўппоз ўз-ўзидан очилганда беморнинг аҳволи биров яхшиланади.

Бошқа ҳолларда касаллик узок вақт давом этиб, перихондрит ва парафарингиал флегмона асоратларини ривожланишига олиб келади.

Таъхис касаллик бошланиши, бемор шикоятлари, клиник белгилар, ларингоскопия ва бошқа лаборатория текширувлари натижаси асосида қўйилади.

Даволаш. Бемор шифохона шароитида даволанади. Унга антибиотик дори воситалари буюрилади. Lig. copicum соҳасига тери остига антибиотик ва гидрокомртизон аралашмасини юбориш яхши натижа беради. 1% ли кальций хлорид эритмаси катталарга 400 мл (болаларга 7-10 мл / кг ҳисобида) вена ичига томчилаб (бир дақиқада 50-60 томчи) юборилади. Қандли диабет,

камқонлик ва бошқа йўлдош касалликлар билан оғриган беморларда флегмоноз ларингит асоратли кечиши мумкин. Ҳиқилдоқ торайишининг III-IV даражаси ривожланган беморларда трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади, флегмона бўйиннинг юмшоқ тўқималарига тарқалганда йирингли ўчоқ ташқи томондан очилиб, чиқаргич ўрнатилади. Йиринг кўкс оралиғига тарқалганда эса медиастинотомия жарроҳлик амали бажарилади.

ҲИҚИЛДОҚ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТИ - ҳиқилдоқнинг тоғай ва тоғай усти пардаларининг яллиғланиши.

Этиологияси. Касалликни стафилококк, стрептококк, кўк йирингли таёқча ва аралаш флора қўзғатади. Касаллик кўпинча ҳиқилдоқ жароҳатларида, силда, каллагеноз касалликларида, ҳиқилдоқ ҳавfli ўсмаси нур билан даволангандан сўнг ривожланиши мумкин.

Патогенези. Ҳиқилдоқ тоғайларидаги йирингли жараён тоғай усти пардасини тоғайдан ажралишига олиб келади, натижада тоғайнинг озиқланиши бузилиб, тоғай емирилади. Зарарланган тоғайда тирқишлар ва секвестрлар ҳосил бўлиб, улардан йирингли ажралма чиқади. Серозли хондроперихондритда шиллиқ парданинг дағал ўсиши натижасида ҳиқилдоқда чандиқлар ҳосил бўлади. Чандиқлар эса ҳиқилдоқ торайишига олиб келади.

Клиник белгилари. Клиник кечими бўйича ҳиқилдоқ перихондрити ўткир ва сурункали, яллиғланиш жараёнининг тарқалиши бўйича чегараланган ва тарқоқ бўлади. Бемор ютинганда ҳиқилдоқ соҳаси оғриши, ютиниши қийинлиги, тана ҳарорати кўтарилиши, овози буғилганлиги, нафас олиши қийинлигига шикоят қилади. Пайпасланганда ҳиқилдоқ чизикларининг текисланганлиги, бўйин лимфа тугунлари катталашганлиги ва оғриши аниқланади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси шишганлиги, қизарганлиги ва инфильтрацияси, бунинг натижасида ҳиқилдоқ ёриғи торайганлиги кўринади.

Ўз вақтида даволанмаган ёки нотўғри даволанган ҳиқилдоқнинг ўткир перехондрити сурункали шаклига ўтади. Сурункали перехондрит одатда ноаниқ кечади ва узоқ вақт давом этади (баъзан бир неча ой ёки йиллар давом этиши мумкин) ва кечки асоратларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Рентгенография текширувида ҳиқилдоқ юмшоқ тўқималарининг сояси қалинлашганлиги, тоғайнинг суякланиши бузилганлиги, “тартибсиз охаксизланиш” белгиси аниқланади.

Даволаш. Яллиғланиш жараёнини бартараф этиш учун беморга жадал тиббий ёрдам тадбирлари ўтказилади. Беморга керакли дозада антибиотиклар (ампициллин, цефазолин, кефзол, амоксиклав, биопарокс), метрогил, биссептол ва шишга қарши дори воситалари буюрилади, симптоматик терапия (тана ҳароратини тушириш, юрак фаолиятини яхшилаш), маҳаллий даволаш ва дезинтоксикация тадбирлари, ҳиқилдоқ соҳасида новокаин блокадасини

бажариш ва лимфотроп терапия ўтказилади. Ҳақилдоқ соҳасига 30% димексид эритмаси билан иссиқ бойлам қўйилиб, физиотерапия муолажалари (УВЧ, УБН) буюрилади. Беморга овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади. Ҳўппоз ўчоқлари жарроҳлик амали ёрдамида очилади. Ҳақилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида интубация ва трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади.

Бундан ташқари, ҳақилдоқ хондроперихондритининг ривожланишига сабаб бўлган асосий касалликни даволаш тадбирлари ўтказилади (сил, склеродермия ёки бошқ.).

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЛАРИНГОТРАХЕИТ. Касаллик 99% ҳолларда ўткир ҳақилдоқ торайишининг ривожланишига олиб келади. Ўткир ларинготрахеит баъзан “бурма ости ларингити (сохта круп)” ёки “тораювчи ларинготрахеобронхит” деб юритилади.

Этиологияси. Ўткир ларинготрахеит вирусли инфекциянинг клиник белгиси ёки бактериал инфекция қўшилганда асорат сифатида намоён бўлади. Респиратор вирусли инфекция ҳамisha бирламчи омил бўлиб хизмат қилса, бактериал флора (пневмакокк, стрептакокк, стафилококк, қўк йирингли таёқча ва аралаш флора) кейинроқ қўшилиб, касалликнинг кечимини оғирлаштиради. Ўткир ларинготрахеитда респиратор вирусли инфекция орасида грипп вируслари -56,8%, парагрипп -20,1%, аденовируслар -16,7% ва аралаш инфекция -6,4 % ҳолларда аниқланган. Касалликнинг ривожланишига экссудатив диатез, чала туғилиш, ноқулай акушерлик анамнез, сунъий овқатлантириш, эмлаш, аллергия ҳолатлар, чақалоқ даврида қайд этилган сепсис, зотилжам ва ўткир респиратор вирусли инфекция муҳим аҳамиятга эга.

Патогенези. Ўткир ларинготрахеитнинг патогенези ўткир респиратор вирусли инфекция патогенезига боғлиқ бўлади. Ҳақилдоқ ва трахея торайишларида шиллиқ парданинг шиши ва қизариши, ҳақилдоқ ва трахея мушакларининг қисқариши, шиллиқ ости безлар фаолиятининг кучайиши, ҳақилдоқ ва трахея ёригида қуюқ йирингли-шилимшиқ экссудат тўпланиши кузатилади. Ҳаво оқими тор бурма ости бўшлиғидан қийинчилик билан ўтаётганда беморда қув-қув йўтал кузатилади. Яллиғланиш жараёни овоз бурмаларига тарқалганда эса овоз ёриғи торайганлиги натижасида беморнинг нафас олиши қийинлашиб, овози ўзгаради.

Клиник манзараси. Ўткир ларинготрахеитда 3 етакчи белгилар кузатилади:

- 1) хириллаган (шовқинли) нафас;
- 2) қув-қув йўтал;
- 3) овозни ўзгариши.

Касаллик тўсатдан, кўпинча кечаси бошланади. Бола уйқудан уйғониб, безовталанади. Унинг нафас олиши қийинлашиб, лаблари кўкаради. Ўткир респиратор вирусли инфекцияда ҳақилдоқ торайишининг белгилари касаллик бошлангандан кейин турли муддатларда, касалликнинг дастлабки соатларида, 2 - 3- кунда ва ҳатто ундан кейинги кунларида ривожланиши мумкин.

Клиник белгиларининг кескинлиги ва нафас олишнинг қийинлигига қараб ҳиқилдоқ торайишининг 4 даражаси ёки босқичлари кузатилади. Торайиш даражасини аниқ ва объектив баҳолашда қоннинг газ таркиби ва кислота-ишқор тизимининг ҳолати эътиборга олинади.

Ўткир ларинготрахеитда ривожланган ҳиқилдоқ торайишининг босқичлари:

I даражаси - компенсация;

II даражаси - субкомпенсация;

III даражаси - декомпенсация;

IV даражаси - бўғилиш (асфиксия, терминал).

Ҳиқилдоқ торайишининг даражасини тўғри баҳолаш адекват даволаш тадбирларини ўтказишда муҳим аҳамият касб этади.

Ҳиқилдоқ торайишининг I даражаси (компенсация босқичи). Бу босқич нафас олиш ҳаракатини қийинлашиши, бўйинтуруқ чуқурчасини ичкарига ботиши билан ифодаланади. Бола безовталанганда ёки жисмоний зўриқиш пайтида нафас олиш ҳаракатининг қийинлашиши кучайиб, у хириллаб нафас олади. Болани овози одатда бўғиқ бўлади, баъзан ўзгармайди. Ҳиқилдоқ торайишининг I даражасида гипоксемия кузатилмайди ёки жуда кам бўлиб, pO_2 $71,9 \pm 0,99$ мм симоб устунига тенг бўлади. Гипо- нормо- ёки бироз гиперкапния (pCO_2 $34,0 \pm 0,45$ мм симоб устуни), баъзан компенсацияланган метаболик ацидоз кузатилиши мумкин (pH $7,37 \pm 0,0037$; BE $-4,4 \pm 0,20$ мэкв/л).

Ҳиқилдоқ торайишининг I даражасида организмнинг компенсациялаш қобилияти туфайли артериал қоннинг газ таркиби меъёрий ҳолатда туради. Ҳиқилдоқ торайишининг I даражаси бир неча соатдан 1-2 кунгача давом этиши мумкин.

Ҳиқилдоқ торайишининг II даражаси (субкомпенсация босқичи, қисман компенсация босқичи) нафас ҳаракатларида кўкрак қафасининг барча мушаклари иштирок этиши билан намоён бўлади. Нафас ҳаркатлари шовқинли бўлиб, масофадан эшитилади. Беморнинг овози бўғиқ, йўтали дағал бўлади. Бола одатда безовталанади. Ҳиқилдоқ торайишининг II даражасида нафас етишмовчилиги кескинроқ ривожланган бўлиб, тери қопламларининг рангпарлиги, бурунлаб учбурчагининг кўкариши, тахикардия кузатилади. Қондаги гипоксемия ҳолати кучайиб (pO_2 $66,1 \pm 1,16$ мм.сим.уст.), гиперкапния пайдо бўлади (pCO_2 $37,7 \pm 0,5$ мм симоб устуни), pH кўрсаткичи $7,36 \pm 0,0042$; BE $-3,8 \pm 0,29$ мэкв/л ташкил қилади. Ҳиқилдоқ торайиши II даражасининг белгилари 3-4 кунгача давом этиши ва доимий ёки хуружсимон характерга эга бўлиши мумкин.

Ҳиқилдоқ торайишининг III даражаси (декомпенсация босқичи) ўткир ларинготрахеит билан оғриган болаларнинг 1/3 қисмида кузатилади ва жуда оғир кечади. Бу босқичда касалликнинг барча клиник белгиларини кучайиши, кўкрак қафаси юмшоқ тўқима майдонларини ичкарига чуқур тортилиши билан кечувчи шовқинли нафас билан ифодаланади. Бунда ҳиқилдоқ торайишининг II даражасида пайдо бўлган ва III даражасида кучайган эпигастрий соҳасининг

ичкарига ботишига эътибор бериш лозим. Ҳақилдоқ торайишининг III даражасида нафас етишмовчилиги кучайиб, беморда нафақат лабларни кўкариши, балки акроцианоз, тери қопламларининг кескин рангпарлиги, кўп терлаш кузатилади. Бола безовталанади, уни кўрқув босади. Кейинчалик безовталиқ ўрнини адинамия ва апатия босади. Ўпкада нафаснинг ўтказилиши ёмонлашади. Юрак тонлари буғиқ, тахикардия, пародоксал томир уриши (нафас олинганда томир уриши тўлқинини тушиб қолиши) қайд этилади.

Ҳақилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида қонда гипоксемия (pO_2 $55,2 \pm 3,2$ мм. сим. уст.), гиперкапния (pCO_2 $48,5 \pm 2,8$ мм.сим.уст.), аралаш ёки респиратор ацидоз (pH $7,29 \pm 0,016$; BE $-4,22 \pm 0,73$ мэкв/л) аниқланади.

Ҳақилдоқ торайишининг IV босқичи (асфиксия, бўғилиш ёки терминал босқичи). Беморнинг аҳволи ўта оғир бўлади. Нафас етишмовчилиги, юрак - қон томир тизимининг ўзгаришлари ва метаболик бузилишлар янада кучаяди. Тана ҳарорати меъёрий ёки субфебрил кўрсаткичларгача пасаяди. Беморда чуқур кома ҳолати ривожланиши, талвасалар кузатилиши мумкин. Капилляростаз ва умумий кўкариш белгилари пайдо бўлади. Юрак тонлари буғиқ, брадикардияга мойиллик қайд этилади. Нафас ҳаракатлари тезлашган, юзаки ёки вақти-вақти билан кузатилган апноэ туфайли аритмик бўлади. Ўпкада нафас шовқини зўрға эшитилади. Охир-оқибат беморда бўғилиш (асфиксия) ҳолати юз беради. Бу босқичда гипоксемия ва гиперкапния кўрсаткичлари энг юқори кўрсаткичларга етади, организмда чуқур аралаш ацидоз ривожланади.

Шифохона шароитида тораювчи ларинготрахеобронхит кечимининг оғирлашиши респиратор вирусли инфекцияга бактериал инфекцияни кўшилиши натижасида ривожланган йирингли жараён билан боғлиқ бўлади. Бактериал инфекция билан асоратланиш холлари кўпинча грипп ва аралаш вирусли касаликларда кузатилади.

Йирингли ларинготрахеобронхит зотилжам билан бирга ривожланган аксарият ҳолларда беморнинг аҳволи тобора оғирлаша бориб, йўталганда йирингли балғам ажралади, тана ҳарорати кўтарилади. Ҳансираш аралаш инспиратор-экспиратор характерга эга бўлади. Беморнинг нафаси шовқинли, хуштаксимон, баъзан товушсиз бўлади. Йирингли ларинготрахеобронхит ҳақилдоқ торайишининг III даражаси билан кечган ҳолларда нафас олинганда томир уриши тўлқинининг тушиб қолиши ва тахикардия кузатилади. Ўпкада қуруқ ва турлича намли хириллашлар эшитилади. Периферик қон айланиши бузилади. Қонда лейкоцитлар формуласини чап томонга кескин силжиши билан кечган лейкоцитоз аниқланади.

Ўткир вирусли касаллигида тораювчи ларинготрахеобронхит билан оғриган ҳар бешинчи ёки олтинчи болада (ҳақилдоқ торайишининг III даражаси билан оғриган болаларнинг ярмидан кўпида) ва, айниқса ёш болаларда, зотилжам касаллиги ривожланади. Кичик ўчоқли зотилжам тораювчи ларинготрахеит билан боғлиқ бўлган обструктив нафас етишмовчилигининг клиник белгиларига сезиларди даражада таъсир кўрсатмаслиги мумкин. Аммо икки

томонлама ва айниқса йирик ўчоқли зотилжам тораювчи ларинготрахеит касаллигининг кечимини, шу жумладан ҳиқилдоқ торайишининг енгил шакллариининг кечимини ҳам, анча оғирлаштириб, кескин декомпенсацияланган нафас етишмовчилиги ва заҳарланиш (токсикоз) белгилари билан кечади.

Умуман ҳиқилдоқ торайиши билан кечган ўткир респиратор вирусли касаллигида беморлар умумий аҳволининг оғирлиги биринчи навбатда ҳиқилдоқ торайишининг даражаси билан боғлиқ обструктив нафас етишмовчилигининг кескинлиги билан белгиланади. Организмнинг вирусли ёки вирусли-бактериал заҳарланишининг кескинлиги ва уларга турли асоратларни қўшилиши касалликнинг клиник кечимида ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Д.И.Тарасов, И.И.Абабий (1972, 1973); Н.Х.Воҳидов, С.А.Ҳасанов (2007) таклиф қилган тасниф ўткир ларинготрахеитдаги патоморфологик ўзгаришларини акс эттиради. Тасниф бўйича касаллик 4 шаклга бўлинади:

- 1) катарал;
- 2) шишли-инфильтратив;
- 3) фибринозли-йирингли;
- 4) некротик шакли.

Ўткир тораювчи ларинготрахеитнинг *катарал* шаклида бевосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ ва трахеянинг юқори бўлимлари шиллиқ қаватининг қизариши ва бироз шиши аниқланади. Нафас йўллариининг ёриғида қуюқ ажралма тўпланиб, йўталганда қийинчилик билан ажралади ва тез орада қалоқлар ҳосил бўлганлиги кўринади.

Ўткир торайтирувчи ларинготрахеитнинг *шишли-инфильтратив* шаклида бевосита ларингоскопия манзараси ҳиқилдоқ шиллиқ қаватининг қизариши, шиши ва инфильтрацияси билан ифодаланади. Овоз бурмалари қизарган ва қалинлашган бўлади. Бурма ости бўшлиғи шиллиқ пардасининг инфильтрацияси катарал шаклига қараганда кескинроқ ривожланган бўлади. Нафас ёриғида кўп миқдорда тез орада қалоқлар ҳосил қилиб қурийдиган қуюқ, ёпишқоқ ажралма тўплами кўринади.

Касалликнинг *фибринозли-йирингли* шаклида бурма ости бўшлиғида ҳиқилдоқ ёриғини кескин торайтирувчи шишли болишчалар ва ҳиқилдоқ, трахея, базан бронхларнинг яллиғланган шиллиқ пардасига ёпишган фибринозли - йирингли қарашлар кўринади. Қарашлар куч билан олинганда остида осон қонайдиган яралар ҳосил бўлади.

Ўткир тораювчи ларинготрахеитнинг *некротик* шаклида бевосита ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси кескин қизарганлиги, ҳиқилдоқ ёриғи кескин торайиб болишсимон шишганлиги, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шиллиқ пардасида яралар ва кўп миқдорда қуруқ қонли қалоқлар борлиги кўринади.

Ташиxis касалликни бошланиши, клиник белгилари (шовқинли нафас, қув-қув йўтал, овозни ўзгариши) ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг юқори ва ўрта қаватининг шиллиқ пардаси қизарган, ҳиқилдоқ ва трахея ёриғида қалоқлар ҳосил қилган қалин йирингли балғам тўплами кўринади. Бурма ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси тўқ-қизил болишча шаклида шишиб, қизаради, шунинг учун ларингоскопияда овоз ёриғи уч қаватли бўлиб кўринади.

Қиёсий ташиxisот. Ўткир ларинготрахеит ҳиқилдоқ дифтерияси, ҳиқилдоқ ёт жисми, ҳиқилдоқ папилломатози, ҳиқилдоқ хондроперихондрити, ҳиқилдоқ жароҳати, ҳиқилдоқнинг аллергияк шиши, ҳиқилдоқ қуйишлари, ҳиқилдоқнинг уремик торайиши, ҳалқум орти ҳўппози, бронхиял астма, астматик зотилжам, қизамиқ, скарлатина, сув чечакдаги ҳиқилдоқ торайишидан фарқланади.

Ҳиқилдоқ торайишида даволаш тадбирлари қуйидаги тартибда олиб борилади:

- 1) шошилишч тиббий ёрдам;
- 2) ўткир ларинготрахеит ва ҳиқилдоқ торайишининг компенсация ва субкомпенсация босқичларини консерватив даволаш;
- 3) ўткир ларинготрахеит ва ҳиқилдоқ торайишининг субкомпенсация босқичини декомпенсация босқичига ўтиш даврида беморга этиопатогенетик шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш (тент остида ингаляциялар ёрдамида даволаш);
- 4) ўткир ларинготрахеитда ва ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида беморга шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш билан бирга давомли интубация ва трахеостомия амалини бажариш;
- 5) давомли интубация ва трахеостомиядан сўнг беморларни реабилитация қилиш.

Ўткир ларинготрахеит билан оғриган беморларга қуйидаги даволаш тадбирлари ўтказилади:

1. *Рефлектор чалғитувчи терапия.* Беморнинг оёқларга иссиқ ванна қилиш, оёқларига хантал қўйилади, ўрта бурун чиғаноқлари олд қисмининг шиллиқ пардаси остига 0,5 % ли 1,5 мл новокаин эритмаси юборилади.

2. *Аэрозолтерапия.* Беморнинг томоғига биопарокс, ингалипт, каметон аэрозоллари пуркалади. Ингаляция шаклида қуйидаги дорилар аралашмаси буюрилади: 1% нафтизин, 0,1% адреналин гидрохлорид, 0,1% атропин сульфат, 1% димедрол, 2,5% пипольфен эритмалари, гидрокартизон, химотрипсин, трипсин, муколитиклар, синупрет, ичимлик содаси.

3. *Нисбий намлиги юқори бўлган микроклимни яратиш.* Ўткир ларинготрахеитни даволаш самарасини ошириш мақсадида ҳиқилдоқ торайишининг I-II-III даражаси билан оғриган ва интубация қилинган бемор ҳавонинг нисбий намлиги 70 - 80% гача оширилган полиэтилен тент ёки махсус кислород палаткасига ётқизилади. Бундай даволаш усули нисбий намлиги юқори бўлган микроклимни яратиш, ҳавода кислород ва турли дориларнинг

керакли миқдорини ҳосил қилиш, шилимшиқ ажралма қуриб интубация найчасининг деворига ёпишиб қолишини олдини олиш имконини беради. Чунки об-ҳаво қуруқ ва иссиқ бўлган иқлим шароитида бурун ва бурунҳалқумнинг шиллиқ пардаси нафас йўлларига кираётган ҳавони намлаш ва тозалашга улгурмайди, натижада пастки нафас йўлидаги шилимшиқ балғам қуюқлашиб, нафас йўллариини торайтирувчи пўстлоқларга айланади. Буни олдини олиш учун палатка ичига етарли миқдорда сув ва шифобахш ўсимликлар буғлари етказилиб турилади. Бир вақтнинг ўзида палатка ичидаги ҳаво кислород билан бойитилади. Бемор бевосита ҳамшира назорати остида бўлиб, барча даволаш муолажаларини шу палатка ичида олади.

Беморни кислородли палатка ичига ёки тент остига ётқизишдан олдин нафас йўллари тозаланади; бевосита ларингоскопияда нафас йўлларидаги балғам электрсўргич ёрдамида сўриб олинади. Нафас йўлларида қалин ажралма ва пўстлоқлар тўплами чиқарилгандан сўнг ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардасига гидрокортизон эмульсияси пуркаланади. Шундан сўнг беморнинг нафаси анча енгиллашади. Баъзан муолажа бир неча бор такрорланади.

4. *Антибиотикотерапия.* Бемор боланинг ёштини ва касалликнинг клиник кечимини ҳисобга олган ҳолда бир ёки икки антибиотик (ампицилин, цефамизин, клофаран, цефазолин, кефзол, амоксиклав) керакли миқдорда ичишга, мушак орасига ёки вена ичига юборилади.

Вирусларга қарши дорилардан беморга ремантадин, интерферон, амантадин ва бошқалар буюрилади.

5. *Гормонотерапия.* Ҳиқилдоқ торайишида яллиғланишга ва шишга қарши таъсир этувчи кортикостероид дори воситаларини қўллаш яхши натижа беради. Бунда преднизалон касалликнинг енгил кечимида ҳар 1 кг тана вазнига 1-3 мг дан, оғир кечимида 3-5 мг дан, гидрокартизон - енгил кечимида 3-5 мг, оғир кечимида - 5-10 мг дан, дексаметазон - енгил кечими 0,3-0,5 мг, оғир кечимида - 0,5-0,8 мг дан мушак орасига ёки вена ичига юборилади.

6. *Эксикоз ва токсикоз билан курашиш* мақсадида томир ичига томчилаб 5-10 % глюкоза, реополиглюкин, қон зардоби, 10-20% альбумин ҳар 1 кг тана вазнига 30-50 мл дан юборилади.

7. *Спазмолитик* дори воситаларидан папаверин, адреналин, эфедрин, нафтизин, эуфилин, ношпа керакли миқдорда мушак орасига ёки ингаляция шаклида тавсия этилади.

8. *Десенсибилизация табдирлари.* Яллиғланишнинг аллергияк омилини ва шишни бартараф этиш ҳамда тинчлантириш мақсадида беморга гистаминга қарши дори воситалари: димедрол, супрастин, пипольфен, лораталь, зиртек, альдецин ва бошқалар тавсия қилинади.

9. *Лимфотроп терапия.* Ўткир ларинготрахеитни даволашда Н.Х. Вохидов лимфотроп терапия усулини таклиф қилди. Ушбу даволаш усули қуйидагича бажарилади: ҳиқилдоқ соҳасида тери спирт билан тозалангандан сўнг тери ичига 0,25% -1,5 мл новокаинда эритилган 8-16 ТБ лидаза ёки 1,0 фурасемид

юборилади, 15 дақиқадан сўнг ҳар 1 кг тана вазнига 1-2 мг дан преднизолон, яна 15 дақиқадан сўнг - 150 000 ТБ антибиотик эритмаси юборилади. Кейин беморнинг томоғига 20% димексид эритмасига шимдирилган иссиқ бойлам қўйилади. Ҳиқилдоқ соҳасига гиоксизон малҳами билан фонофорез қилинади. Муолажалар шу тартибда ҳар 12 соатда такрорланади.

10. *Гепаринотерапия*. Ўткир тораювчи ларинготрахеитнинг оғир, шу жумладан зотилжам билан асоратланган шаклларида юзага келган гиперкоагуляция ҳолатини бартараф этиш мақсадида даволашда гепарин ва фибринолизинни қўллаш тавсия этилади. Боланинг ёшига қараб гепарин 500 -10 000 ТБ миқдорда, фибринолизин 1500-20 000 ТБ миқдорда қорин соҳаси териси остига ёки томир ичига юборилади.

11. *Муколитиклар* патологик ажралмани нафас йўларидан чиқарилишини осонлаштириши туфайли улар ўткир ларинготрахеитни даволашда кенг қўлланилади. Беморга балғам ажратувчи микстуралар, флуимуцил, бронхопрет ва синупрет дори воситалари буюрилади.

12. *Тинчлантирувчи терапия*. Ўткир ларинготрахеитнинг оғир кечимида беморни тинчлантириш мақсадида седатив дори воситалари қўлланади. Бунда натрий оксибутират, дроперидол, седуксен, дипразин, сибазон, кетамин, реланиум ишлатилади. Натрий оксибутрат вена ичига ёки мушак орасига 50мг/кг ҳисобида юборилади.

13. *Витаминлардан* беморга аскорбин кислотаси, В гуруҳи витаминлари буюрилади.

14. *Симптоматик терапия* тана ҳароратини тушириш, оғриқсизлантириш, юрак-қон томир тизими фаолиятларини яхшилаш, метаболик ацидоз билан курашиш тадбирларини ўз ичига олади.

15. *Доривор ўсимликлар* ўткир ларинготрахеитни даволашда кенг ишлатилади. Бунда оддий арча, бинафша, гулҳайри, далачай, куйдирувчи газанда, мармарак, мойчечак ва бошқа доривор ўсимликлар қўлланилади.

16. *Бевосита ларингоскопия* овоз ёриғида тўпланган шилимшиқ йирингли экссудатни, ҳосил бўлган пўстлоқларни олиб ташлаш, ҳиқилдоқни физиологик эритмалар билан ювиш ва унга маҳаллий таъсирга эга дориларни сепиш имконини беради.

17. Ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида даволаш тадбирлари 3 босқичда олиб борилади: I- босқич - давомли интубация;

II- босқич - трахеостомия.

III- босқич – реабилитация босқичи.

Трахеянинг давомли интубацияси 60% ҳолларда ўткир ларинготрахеитда ривожланган ҳиқилдоқ торайишини даволашда яхши самара беради. Бундай интубация тананинг ҳарорати таъсирида юмшайдиган ва ҳиқилдоқ ёриғида узоқ вақт давомида қолдирилишига қарамасдан тўқималарга зарар етказмайдиган термопластик найча ёрдамида оғиз ёки бурун бўшлиғи орқали бажарилади (оро- ва назотрахеал интубация) (103-расм).



Интубация умумий оғриксизлантириш остида ёки беморнинг умумий аҳволи оғир бўлган ҳолларда - оғриксизлантиришсиз бажарилади. Трахея ёриғига киритишдан олдин найчага лоринден малҳами суртилади. Назотрахеал интубациянинг афзаллиги шундан иборатки, бола найчани тишлаб, унинг ёриғини ёпмайди. Бундан ташқари, болани оғзи орқали овқатлантириш имкони яратилади. Бемор найчага ўргангандан сўнг унга тинчлантирувчи дориларни бериш тўхтатилади.

Интубация бажарилгандан сўнг врач бемор ўпкасини аускультация қилиши лозим, чунки баъзан чуқур киритилган найча чап бронх ёриғини ёпиб қўйиши мумкин. Интубациянинг дастлабки

103-расм. Интубация кунларида беморга тинчлантирувчи дорилар буюрилади (ГОМК, седуксин, сибазон).

Шилимшиқ ва йирингли балғам найча деворига ёпишиб, қурийди ва интубация найчасининг ёриғини аста-секин торайтиради. Шунинг учун найча бир сутка давомида 1-2 марта, баъзан 1-2 кунда 1 марта, иссиқ иқлим шароитида - ҳар 12 соатда алмаштирилиши лозим. Найчани алмаштириш пайтда бемор қисқа вақт давомида найчасиз қолдирилади. Бунда ҳиқилдоқ тўқималарининг маҳаллий гемодинамикаси бироз тикланиб, чандиқлар ҳосил бўлишининг олди олинади.

Трахеянинг давомли интубацияси 3-5 кун самара бермаган ҳолларда трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади.

Экстубация (интубация найчасини чиқариб олиш) муолажаси ҳиқилдоқ торайишининг белгилари бартараф этилгандан сўнг бажарилади. Беморни палатка ичида дори аэрозоллари ёрдамида даволаш тадбирлари давом эттирилади.

Ҳиқилдоқ торайиши давомли интубация ёрдамида бартараф этилмаган ҳолларда беморда трахеостомия бажарилади. Ушбу жарроҳлик амалида трахея ва ташқи муҳит орасида қисқа ёки узоқ муддатли алоқа йўли ҳосил қилинади. Трахеотомия жарроҳлик амали трахеяни кесиш усули бўлиб, трахеостомиянинг бир босқичи ҳисобланади.

Ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация ва терминал босқичлари ҳам трахеостомия жарроҳлик амалини бажариш учун кўрсатма ҳисобланади

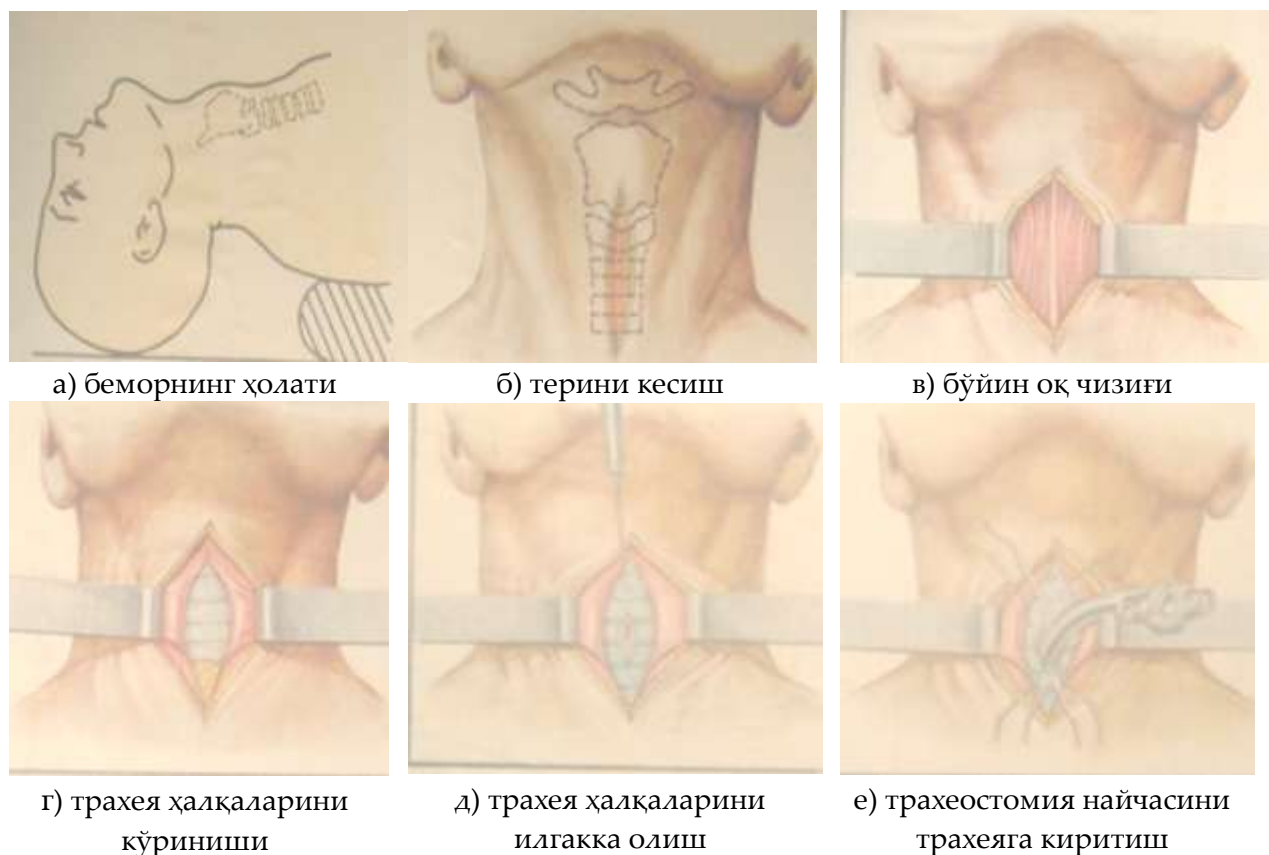
Трахеостомия. Қалқонсимон безнинг бўйинчаси оралиқ қисмига нисбатан ушбу жарроҳлик амали юқори, ўрта ва пастки трахеостомияларга бўлинади. Трахея қалқонсимон безнинг оралиқ қисмидан юқорида кесилса - *юқори трахеостомия*, ундан пастда - *пастки трахеостомия* ва безнинг оралиқ қисми соҳасида кесилса - *ўрта трахеостомия* деб аталади. Катталарда асосан юқори, болаларда - пастки трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади. Ўрта трахеостомия эса юқори ёки пастки трахеостомияни бажариш иложи бўлмаган вазиятларда (масалан, қалқонсимон без ўсмасида ёки унинг ноқулай анатомик тузилишида) бажарилади.

Трахеостомия жарроҳлик амали эндотрахеал наркоз ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади (болаларда, одатда, эндотрахеал наркоз қўлланади). Маҳаллий оғриқсизлантиришда 0,5% -1% новокаин ёки 0,5% тримекаин эритмалари ишлатилади. Экстремал вазиятларда трахеостомия оғриқсизлантиришсиз бажарилиши ҳам мумкин.

Юқори трахеостомия жарроҳлик амали қуйидаги тартибда бажарилади (104-расм):

- бемор бошини орқага ташлаган ҳолда чалқанчасига ётқизилади, елкаси остига қаттиқ болишча қуйилади (бунда ҳиқилдоқ ва трахея бўйиннинг олд юзасига яқинлашади);
- бўйин ўртасида тери, тери ости тўқимаси ва юзаки фасция қалқонсимон тоғайнинг пастки четидан бўйинтуруқ ўймасигача кесилиб, жароҳат майдонида қон оқиши тўхтатилади.
- кейин бўйин ўрта венасини силжитиб ёки боғлаб оқ чизик майдони (тўш-тил ости мушакларнинг бирикиш жойи) топилади;
- оқ чизик соҳасининг тўқимаси икки пинцет ёрдамида кўтарилиб, Купфер қайчиси ёрдамида эни бўйлаб кўндаланг кесилади.
- мушак толалари ўтмас усулда силжитилиб, қалқонсимон безнинг оралиқ қисми очилади (у жигарранг ва қонга тўлган бўлади).
- юқори трахеостомияда қалқонсимон безнинг пастки чети аниқланиб, қалқонсимон без капсуласини узуксимон тоғайга бириктирувчи фасция кўндаланг кесилади.
- қалқонсимон безнинг оралиқ қисми ўтмас усулда ажратилиб, элеватор ёрдамида пастга тортилади.
- ўткир бир тишли илгак ёрдамида узуксимон тоғай юқорига ва олдинга кўтарилади.
- трахея тоғайлари қалқонсимон безнинг оралиқ қисмидан юқорида очилиб, бўйи бўйлаб кесилади.
- жароҳат майдони Труссо кенгайтиргичи ёрдамида очилиб, интубация найчаси юқорига тортилиб, кейин трахея ёригига трахеостомия найчаси (трахеоканюля) киритилади.

Найчани киритиш пайтида врач унинг учини жароҳат соҳасида гавдага нисбатан сагитал текисликда ўрнатади. Кейин фронтал текисликда бураб трахея ёриғига киритади.



104-расм. Трахеостомия жарроҳлик амали

Бемор трахеостомия найчаси орқали эркин нафас олгандан сўнг интубация найчаси чиқариб олинади. Агар трахеостомия найчаси орқали нафас олиши қийинлашса, унда трахеостомия найчаси чиқариб олинади ва интубация найчаси қайта киритилади. Нафасни қийинлаштирган сабаблар бартараф этилгандан сўнг трахеостомия найчаси қайта киритилади. Стоманинг юқори ва пастки четига 1-2 та чок қўйилади, унинг юқори четига узун резина чиқаргич қўйилади. Резина чиқаргич бир суткадан сўнг чиқариб олинади. Трахеостомия найчаси беморнинг бўйнига бинтдан таёрланган тасма ёрдамида боғланади. Беморда тери ости эмфиземаси юзага келишини олдини олиш мақсадида стома майдони зич тикилмайди.

Беморда ҳиқилдоқ перихондрити асорати ривожланишини олдини олиш мақсадида трахеянинг биринчи тоғай ҳалқаси ва *lig. cricotracheale* кесилмайди. Трахея юқори I ва ўрта II, ёки III ва IV тоғай ҳалқалари оралиғида кесилади. Трахея оралиғи кўндаланг кесилганда киритилган найча трахея олд деворини босиб, унинг шаклини ўзгаришига сабаб бўлади, натижада деканюляцияни бажариш қийинлашади. Шунинг учун трахея оралиғини бўйи бўйлаб кесиш тавсия қилинади. Трахеостомия маҳаллий оғриқсизлантириш остида

бажарилганда трахея ёриғини очишдан олдин унга 0,25 – 0,5 мл 1-2% дикаин эритмаси юборилади ёки 10% лидокаин аэрозоли сепилади.

Пастки трахеостомияда қалқонсимон безнинг оралиқ қисми юқорига кўтарилади. Ўрта трахеостомияда қалқонсимон безнинг оралиқ қисми ажратиб олинади, кейин иккита Кохер қисқичлари билан ушланиб, кесилади ва кесилган ҳар учига айланма чок қўйилади. Шундан сўнг қалқонсимон безнинг оралиқ қисми соҳасида трахея ҳалқалари кесилади ва стома ҳосил қилинади.

Трахеостомия жарроҳлик амалини бажариш жараёнида қуйидаги *асоратлар* юз бериши мумкин: трахеяни очишдан олдин беморда нафасни тўхтаб қолиши, трахеяни очишдан ёки очилгандан сўнг юрак фаолиятини тўхтаб қолиши, жароҳат майдонидан кўп миқдорда қон оқиши, қизилўнгачни жароҳатланиши, стомани бўйин мушаклари билан бирга нотўғри тикиш, умуртқа поғонасини жароҳатланиши, тери ости ва кўкс оралиғи эмфиземаси, пневмоторакс, нафасни қийинлашиши, пневмомедиастинум, кечки аррозив қон оқишлар, трахеостомия найчасини жароҳат майдонидан чиқиб кетиши, трахеостома майдонини яллиғланиши, трахеостомиядан сўнгги аэрофагия (ёш болаларда), жарроҳлик амалидан сўнгги зотилжам, ҳиқилдоқ перихондрити, ҳиқилдоқнинг чандиқли торайиши.

Трахеостомия найчасининг қон томири уришига монанд ҳаракатланиши уни йирик қон томирига яқин жойлашганлигидан далолат беради. Бундай ҳолларда трахеостомия найчаси қон томир деворини жароҳатлаши ва кучли қон оқишига, ҳатто ўлим ҳолатига сабаб бўлиши мумкин. Бундай оғир асоратни олдини олиш учун найча бошқа жойга кўчирилиши лозим.

Юқорида қайд этилган асоратларни олдини олиш учун трахеостомия жарроҳлик амали интубациядан сўнг, умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида, асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда бажарилиши лозим.

Болаларда трахеостомия жарроҳлик амалини бажарилиши. Болаларда трахеянинг бўйин қисми ўзига хос топографик хусусиятларга эга. Кичик ёшдаги болаларда қалқонсимон безнинг бўйинчаси ва ҳиқилдоқ анча юқорида жойлашади, баъзан айрисимон без тўш суягининг дастаси ортидан чиқиб трахеяни ва қалқонсимон безнинг бўйинчасини ёпиб туради; трахея ҳалқаларининг бўйин қисми, одатда, пастда жойлашиб, артерия ва вена билан ёпилган бўлади, плевра гумбази эса биров юқорироқда жойлашади. Шунинг учун пастки трахеостомия жарроҳлик амалида қон томир жароҳатланиш ҳавфи туғилади. Болаларда бўйин аъзолари ҳаракатчан бўлганлиги туфайли жарроҳлик амали пайтида дастлаб узуксимон тоғай, бўйинтуруқ чуқурчаси ва трахея пайпасланиб, уларнинг жойлашуви аниқланади.

Болаларда асосан *пастки трахеостомия* жарроҳлик амали бажарилади. Трахея вертикал йўналишда кесилади (энига кесилганда найча юқорида жойлашган тоғай ҳалқасини босиб, трахея ёриғининг шаклини бузади, бунинг

натижасида трахея деворидаги тешик қум соат шаклида торайиш ҳосил қилиши мумкин).

Дастлаб тиғ ёрдамида трахея ҳалқаси ўрта чизик бўйлаб 0,5 см чуқурликда пастдан юқорига йўналтирилган ҳаракат билан кесилади, кейин юқоридаги 2-3 та тоғай ҳалқалари кесилади. Жарроҳлик амали интубациясиз маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилганда трахея ҳалқалари нафас чиқариш пайтида кесилиши лозим, чунки нафас олиш пайтида трахеянинг орқа девори қизилўнгачга яқинлашади, шунда уни жароҳатланиши хавфи туғилади.

Бундай асоратни олдини олиш учун болаларда трахеостомия жарроҳлик амали албатта интубация остида бажарилиши лозим. Болаларда трахея ҳалқаларини кесиш учун ўтмас илгак ёрдамида қалқонсимон без бўйинчасини силжитиш кифоя.

Болаларда трахеяни юқорига кўтариш ман этилади, чунки трахея ҳалқалари анча пастда кесилганда трахеостомия найчаси чиқиб кетиши ва беморда кўкс оралиғи эмфиземаси ривожланиши хавфи туғилади. Баъзан трахеостомия найчасини киритишда қийинчиликка дуч келиш мумкин.

Катталарда трахеянинг ёриғини кенгайтириш учун Труссо кенгайтиргичи ишлатилади. Болаларда трахеянинг ёриғи тор, ҳалқалари юпқа бўлганлиги туфайли трахеостомия найчасини киритишда Труссо кенгайтиргичи ишлатилмайди (чунки у тоғай ҳалқаларини синишига ва перихондрит асоратини ривожланишига сабаб бўлади. Перихондрит деканюляция муолажасини қийинлаштириб, трахеяда чандиқли торайиш ҳосил бўлишига ёрдам беради).

Ёш болаларда трахеостомия найчаси юмшоқ резина катетер (йўлбошчи) ёрдамида ёки қийшиқ тишсиз ингичка қисқич орасидан киритилади. Катетернинг ўлчами найчанинг ташқи ўлчамига мос келиши лозим. Реанимация муолажаларига эҳтиёж туғилганда кесилган трахея ҳалқалари ипак чок ёрдамида теридаги жароҳат майдонига тикиб қўйилади; бунда нина трахеядаги жароҳат майдонининг четидан 0,5 см масофада санчилади. Трахеостома ҳосил қилингандан сўнг найчани киритиш осон кечади. Бўйиндаги жароҳат майдонининг юқори ва пастки бурчакларига чок қўйилади, трахеостомия найчаси остига дока қийиқ жойланиб, унинг қулоқчаларидан ўтказилган дока тасма беморнинг бўйнига суст боғлаб қўйилади.

Трахеостомия жарроҳлик амали бажарилган беморни парвариш қилиш ишлари реанимация бўлимида олиб борилади. Жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг дарҳол трахея ва бронхлар ичига кириб қолган қон ва патологик ажралмалардан электр сўргич ёрдамида тозаланади. Трахеостомия найчаси остига стерил дока қийиқ қўйилади ва у вақти-вақти билан алмаштирилади. Кейинчалик трахеостома очик жароҳатдай парвариш қилинади: трахеостома атрофига водород пероксиди, фурацилин эритмалари ва спирт билан ишлов берилади, лоринден, целестодерм малҳамлари суртилади. Патологик ажралмалар тўпланиб, трахеостомия найчасининг

ёриғини торайтирганда ички найча чиқариб олиниши ва тозаланиши лозим. Пўстлоқлар ҳосил бўлиши ва яллиғланиш жараёнини олдини олиш мақсадида ҳаво намлигини ошириш (натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан ингаляция қилиш), трахеянинг ёриғига 0,5% натрий гидрокарбонат, 0,5% диоксидин, протеолитик ферментлар (химотрипсин, химопсин) ва антибиотик эритмасини пуркаш тадбирлари ўтказилади. Беморга кўкрак қафасини уқалаш, нафас гимнастикаси ва физиотерапия муолажалари тавсия қилинади (105-расм).



105-расм.Трахеостома
найчаси қўйилган бемор

Трахеостомия жарроҳлик амалини бажариш учун шароит бўлмаган экстремал вазиятда *коникотомия* ёки *крикоконикотомия* жарроҳлик амаллари бажарилади: узукқалқонсимон (lig. Cricothyroideum) бойлам ёки шу бойлам ва узуксимон тоғайнинг ёйи бирга кесилади. Коник бойлам пайпаслаб топилади. Коникотомия жарроҳлик амали ҳиқилдоқ перихондритини ривожланишига олиб келиши ва кейинчалик деканюляция муолажасини қийинлаштириши мумкин.Шунинг учун қулай фурсат туғилганда трахеостомия жарроҳлик амали бажарилиб, найчани

бошқа жойга кўчириш лозим.

Болаларда *ўткир ларинготрахеит*ни олдини олиш тадбирлари гигиена қоидаларига риоя қилиш, болани чиниқтириш, ўткир ларинготрахеит билан кечган ўткир респиратор касалликлар билан тез-тез касаланадиган болаларни диспансер назорати остига олиш, нафас йўлларининг сурункали касалликларини даволаш тадбирларини ўз ичига олади.

ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ барча ЛОР-касалликларининг 8,4% ни ташкил қилади. Сурункали ларингитнинг ривожланишига қуйидаги омиллар ёрдам беради: қайталанувчи ўткир ларингит, овозни зўриқиши, тамаки ва спиртли ичимликлар, чанг ва газ билан ифлосланган ҳаводан нафас олиш, юқори нафас йўллари касалликлари (сурункали ринит, синуситлар, бурун тўсиғи қийшиқлиги, тонзиллит, фарингит, аденоидлар, бурун полиплари), юрак-қон томир ва ўпка касалликлари, аллергия ҳолатлар. Сурункали ларингит билан оғриган беморда кўпинча меъда-ичак, юрак,қон-томир,эндокрин касалликлар, сурункали бронхит, сурункали нефрит ёки углевод алмашинувининг бузилиши кузатилади.

Ҳиқилдоқнинг сурункали яллиғланиши қуйидаги клиник шаклларга бўлинади:

- сурункали катарал ларингит;
- сурункали атрофик ларингит;
- сурункали гиперпластик ларингит.

Сурункали катарал ларингит (*laryngitis chronica catarrhalis*) ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг сурункали катарал яллиғланиши. Касаллик кўп учрайди ва енгил

кечади. Сурункали катарал ларингитнинг ривожланишида овоз бойламларининг зўриқиши (хонанда, маърузачи ва ўқитувчиларда) ва ноқулай экзоген омиллар (иқлим, меҳнат шароити), маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сусайиши муҳим аҳамиятга эга.

Клиник белгилари. Касалликнинг етакчи белгиси - бу овознинг ўзгариши бўлиб, беморнинг овози буғилиб, овозининг тембри ўзгаради. Бемор томоғи қичишига, томоғида нохушлик ёки ёт жисмни ҳис этишига ва йўталга шикоят қилади. Тамаки чекувчи беморларда доимий равишда енгил йўтал кузатилади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги, овоз бурмалари соҳасида қизариш ва шиш кескинроқ эканлиги кўзга ташланади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ларингоскопия, стробоскопия, микроларингоскопия ва бошқа текширувлар натижалари асосида қўйилади. Ҳиқилдоқ касалликларида микроларингоскопия айниқса қимматли маълумот беради. Бевосита ва билвосита микроларингоскопия текшируви жарроҳлик микроскопи ёрдамида бажарилади.

Даволаш. Беморга овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия этилади; баланд овозда гапириш ёки узоқ вақт нутқ сўзлаш, чекиш, спиртли ичимликларни ичиш ман этилади. Касаллик авж олган даврда ҳиқилдоққа антибиотик ва гидрокортизон аралашмасини кунига бир марта ингаляция қилиш, lig.conicum соҳасига тери остига лимфотроп усулда 30% линкомицинни 0,5% - 1мл новокаинда эритиб юбориш муолажалари натижасида 2 – 3 кун ичида яллиғланиш жараёни бутунлай ўтиб кетади.

Сурункали гиперпластик (гипертрофик) ларингит (*laryngitis chronica hyperplastica*) чегараланган ёки тарқоқ гиперплазия жараёни билан кечган ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши.

Ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг гиперплазияси қуйидаги шаклларда намоён бўлади:

- хонанда тугунчалари ёки бақироқлар тугунчалари;
- ҳиқилдоқ пахидермияси;
- ҳиқилдоқ қоринчалари шиллиқ пардасининг гипертрофияси ёки пролапси.
- бурма ости сурункали ларингити;

Клиник белгилари. Бемор асосан овози буғилганига ва толиқишига шикоят қилади. Овозни афониягача бўғилиши кўпинча чўмичсимон тоғайлар ораси пахидермиясида кузатилади. Касаллик авж олган даврда беморни томоғи қичиши, ачиши, ютинганда ёт жисм ҳис этиш, вақти-вақти билан шилимшиқ балғамли йўтал безовта қилади.

Сурункали гиперпластик ларингитнинг тарқоқ шаклида ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси қалинлашади, қизаради; чети қалинлашган ва ўзгарган овоз бурмалари фонация пайтида бир-бирига тўлиқ жиплашмайди.



106-рasm.

Хонандалар тугунчаси

Сурункали гиперпластик ларингитнинг чегараланган шаклида (*хонанда тугунчалари*) ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси ўзгармайди, пушти рангда бўлади. Овоз бурмалари олд ва ўрта қисмларининг чегарасида эпителий ва эластик тўқимадан ҳосил бўлган ва диаметри 1-2 мм га тенг кенг асосли кичик тугунчалар кўринади (106-рasm). Катталарда тугунчалар “хонандалар тугунчаси”, болаларда “бақироқлар тугунчаси” деб аталади. Улар овоз ёриғини тўлиқ ёпилишига тўсқинлик қилиши туфайли бемор овозининг жарангдорлиги пасаяди.

Даҳлиз бурмаларининг бир-ёки икки томонлама гиперплазияси овоз бурмаларини қисман ёки бутунлай ёпиб қуйиши мумкин.

Ҳиқилдоқ пахидермиясида чўмичсимон тоғайлар орасидаги бўшлиқнинг шиллиқ пардаси қалинлашиб, юзида кичик тепачаларни эслатувчи чегараланган эпидермал ўсимталар ҳосил бўлади. Эпителий қаватида папилляр ва ипсимон гиперплазия жараёни билан бирга яллиғланиш, реактив пролиферация жараёнига хос ўзгаришлар кузатилиб, бириктирувчи тўқима дағаллашиб, базал ва бигизсимон қаватда ҳужайралар сони кўпаяди.

Яллиғланиш ўсмаси овоз бурмаларининг орқа қисмида ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги бўшлиқда жойлашган бўлади. Ҳиқилдоқ ёриғида кам миқдорда қуюқ ажралма, айрим жойларда қалоқлар ҳосил бўлиши кузатилади. Овоз бурмалари бир-бирига тўлиқ жипслашмайди.

Ҳиқилдоқ гиперкератозлари да юқорида қайд этилган клиник белгилардан ташқари шиллиқ парданинг юқори қаватида ҳам ҳужайралар сони кўпаяди. Ҳиқилдоқ пахидермияси, лейкоплакияси ва гиперкератози одатда чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиғида ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги бўшлиқда жойлашади.

Ҳиқилдоқ қоринчалари шиллиқ пардасининг гипертрофияси (*prolapsus*) овоз зўриқишида ва ҳиқилдоқ қоринчалари шиллиқ пардасининг яллиғланиши натижасида ривожланади. Нафас чиқарилганда, фонация пайтида ва йўталганда қалинлашган ҳиқилдоқ қоринчаларининг шиллиқ пардаси бўртиб, овоз бурмаларини қисман ёпиб, овоз ёриғини тўлиқ ёпилишига тўсқинлик қилади. Ларингоскопияда овоз бурмаларини ёпиб турган лўлачалар кўринади.

Сурункали бурма ости ларингитининг ларингоскопия манзараси сохта круп манзарасини эслатади. Бунда бурма ости бўшлиғи шиллиқ пардасининг гипертрофияси овоз ёриғини торайтиради.

Баъзан овоз бурмаларининг шишли гипертрофияси (*Рейнке-Гайек ларингити*) учрайди. Бунда овоз бурмаларининг олд қисмида полипсимон шиш пайдо бўлиб, бемор нафас олганда у кема елканидай тебранади. Сурункали ларингит

дискератоз билан бирга кечган ҳолларда жараён хавфли ўсмага айланиши мумкин.

Ташиxis бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ларингоскопия, стробоскопия, микроларингоскопия ва бошқа текширувлар натижалари асосида қўйилади. Ҳақиқатда касалликларида микроларингоскопия айниқса қимматли маълумот беради. Бевосита ва билвосита микроларингоскопия текшируви жарроҳлик микроскопи ёрдамида бажарилади. Бу усул ҳақиқатда хавфли ва хавфсиз ўсмаларини аниқлашга, биопсия текширувини ўтказишга ёрдам беради. Бевосита ларингоскопия ва стробоскопияда шиллиқ парданинг чегараланган ёки тарқоқ гиперплазияси, чўмичсимон тоғайлараро бўшлиғида ва ҳақиқатда бошқа бўлимларида қуюқ шилимшиқ балғам тўпланганлиги кўринади. Онкологик касалликларни инкор этиш мақсадида компьютер томография, МРТ ва гистологик текширувлар ўтказилади.

Қиёсий ташиxisот. Гиперпластик ларингитнинг чегараланган шакллари специфик юқумли гранулема (склерома, сил ва захм касалликлари) ва ҳақиқатда ўсмаларидан фарқланади. Аниқ ташиxis серологик реакциялар ва биопсия маълумотлари асосида қўйилади. Эндоскопия текширувда кўпинча специфик тугунчалар - асимметрик ҳолда, гиперплазия жараёнида эса ўзгаришлар симметрик ҳолда жойлашганлиги аниқланади.

Даволаш. Сурункали ларингитни, айниқса сурункали гипертрофик ларингитни даволаш жуда кийин, чунки даволаш тадбирлари кутгандай яхши натижа беравермайди. Шунинг учун касалликни келтириб чиқарувчи сабабларини бартараф этиш мақсадга мувофиқ.

Биринчи навбатда зарарли омилларнинг таъсири бартараф этилади, овоз гигиенасига риоя қилиш талаб этилади. Касаллик ҳуружи даврида беморга ўткир катарал ларингитда қўлланадиган даволаш тадбирлари буюрилади. Сурункали гипертрофик ларингитни даволашда патологик жараённинг кескинлиги, кечими ва микроларингоскопия манзараси эътиборга олинади. Ҳақиқатда олдида (*lig.conicum* атрофига) антибиотик эритмасини гидрокортизон эмульсияси билан бирга тери остига 4-7 кун давомида бир мартадан юбориб, яллиғланиш жараёни тўхтатилади. Бундан ташқари шаклланаётган гипертрофик тўқимани юмшатиш мақсадида лидаза ва гумизолни билагининг териси остига кунига бир мартадан 2 ҳафта давомида юборилади. Ҳақиқатда ичига яллиғланишга қарши дори воситалар, натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилган химотрипсин, гидрокортизон, каланхоэ шарбати ёки 3% колларгол ва таниннинг сувли-глицеринли эритмаси юборилади. Шиллиқ парданинг чегараланган гиперплазияси эндоларингеал усулда олиб ташланади, биопсияда олинган тўқима бўлаги гистологик текширувга юборилади.

Сурункали ларингит билан оғриган беморларда кўпинча сурункали синусит ва тонзиллитлар бирга учрайди. Улар бир-бири билан патогенетик боғлиқ

бўлиб, ўзаро салбий таъсир кўрсатадилар. Шунинг учун бир вақтнинг ўзида уларни ҳам комплекс даволаш чораларини кўриш мақсадга мувофиқ.

Ҳозирги кунда гиперплазияга учраган эпителий, пахидермия, лейкоплакия ва полиплар эндоскопия жарроҳлик амали ёрдамида олиб ташланади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 10% лидокаин, 2% кокаин, 2% дикаин эритмалари ишлатилади.

Сурункали гипертрофик ларингитда ривожланган ҳиқилдоқ дискератози саратон олди касалликлари гуруҳига киради. Бундай беморлар диспансер назорати остига олиниб, онкологик текширувдан ўтказилади. Уларга физиотерапия муолажалари ман этилади.

Сурункали атрофик ларингитда (*laryngitis chronica atrophica*) ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг дистрофик ўзгаришлари кузатилади. Ҳиқилдоқ шиллиқ ости безлари фаолиятининг сусайиши натижасида ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси қурийди ва юпқалашади, шиллиқ парда ва шиллиқ ости тўқимада кичик хужайрали инфильтрация жараёни юзага келади. Жараён ривожланган сари бириктирувчи тўқима жипслашиб безлар сони камаяди, қон томирлар облитерацияга учрайди. Зарарланмай қолган безлар ишлаб чиқарган ажралма қуюқ ва тез орада қуриб пўстлоқларга айланади.

Сурункали атрофик ларингит мустақил касаллик сифатида кам учрайди. Унинг ривожланишига кўпинча атрофик ринофарингит сабаб бўлади. Атроф муҳит ва меҳнат шароити, ошқозон-ичак касалликлари ва бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши (сурункали ринит, бурун полипи, бурун тўсиғининг қийшайиши) ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг атрофияси ривожланишига олиб келади.

Клиник белгилари. Сурункали атрофик ларингитда клиник белгилар патологик жараённинг тарқалиш даражасига боғлиқ. Бемор томоғи қуришига, ачишига, томоғида ёт жисм ҳис этишига, йўталга, балғамнинг қийинчилик билан кўчишига шикоят қилади. Унинг овоз тонлари кун давомида ўзгариб туради; овозининг буғилиши кўпроқ эрталаб кузатилиб, балғам чиқарилгандан сўнг тикланади. Ҳиқилдоқ ёриғида тўпланган пўстлоқлар нафас бузилишларига олиб келади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси юпқалашган ва қуриган, айрим майдонларда ёпишқоқ калин ажралма ва қуруқ пўстлоқлар билан қопланганлиги кўринади. Фонация пайтида овоз бойламлари зич жипслашмайди ва улар орасида овал тирқиш қолади. Қуюқ ажралма ушбу тирқиш соҳасида тўпланиб, қуруқ пўстлоқларга айланиши ва ҳиқилдоқ торайиши ҳолатига олиб келиши мумкин.

Даволашда биринчи навбатда касаликнинг ривожланишига сабаб бўлган омиллар бартараф этилиши лозим. Беморга чекиш, алкоголь ичимликларни ва ўтқир таомларни истеъмол қилиш ман этилиб, овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади. Атрофик ларингитда балғамни суюлтирувчи синупрет, бронхопрет ва балғамни кўчирувчи дорилар, калий-ишкорли, водород

сульфидли ва ёғли ингаляциялар тавсия қилинади. Натрий хлориднинг 200 мл изотоник эритмасига 5 томчи 5% йоднинг спиртли эритмасини қўшиб ҳалқумни чайиш ва шу эритма билан ингаляция қилиш тавсия қилинади. Муолажа кунига 2 маҳал 5-6 ҳафта давом эттирилади.

Вақти-вақти билан беморга 1 - 2% ментол ёғи билан ингаляция қилиш тавсия қилинади, уни 10 кун давомида ҳиқилдоқ ичига қуйиш ҳам яхши самара беради. Ҳиқилдоқ шиллиқ парда ости безларининг фаолиятини фаоллаштириш мақсадида беморга 2 ҳафта давомида 30% калий йодид эритмасини 5-8 томчидан 3 маҳал ичиш буюрилади (дорини буюришдан олдин беморнинг йод дори воситасига сезгирлиги аниқланади).

Бурунҳалқум ва ҳиқилдоқнинг атрофик жараёнлари бирга кечган ҳолларда ҳалқум орқа девори ён бўлимларининг шиллиқ пардаси остига новокаин ва алоэ аралашмасини (1 мл 1% новокаин эритмаси ва 1 мл алоэ) юбориш яхши натижа беради. Аралашма ҳалқум шиллиқ пардасининг остига ҳар икки томонига 2 мл дан юборилади. Инъекциялар ҳар 5-7 кунда такрорланиб, жами 7-8 муолажа ўтказилади. Ҳиқилдоқ ёриғида пўстлоқлар ва ёпишқоқ қуюқ ажралма тўпланганда трипсин, химотрипсин аэрозольтерапияси тавсия қилинади.

ҲИҚИЛДОҚ МУШАКЛАРИ ҲАРАКАТИНИНГ БУЗИЛИШИ икки клиник шаклда, яъни мушаклар фаолиятини ошиши ва сусайиши, ёки бутунлай йўқотилиши билан (нимфалаж ва фалаж) кечади. Келиб чиқиши сабабига кўра *марказий* ва *периферик* шакллarga бўлинади.

Ҳиқилдоқ мушакларининг марказий фалажи сирингомиелия, тарқоқ склероз, ўткир полиомиелит, орқа мия сухоткаси, истерия ва бош мия қобиғи, воролий кўприги, узунчоқ ва бош мия поясининг бошқа қисмларида жойлашган захмни гуммасида, ўсмаларда ва бош мияга қон қуюлиши ҳолатларида юз беради. Бундай фалажлар баъзан IX, X, XI, XII бош мия асаб толалари зарарланишининг клиник белгилари билан бирга кечади.

Ҳиқилдоқ мушакларининг периферик фалажлари қайталанувчи асаб толасининг зарарланиши натижасида ривожланади. Қайталанувчи асаб толаси ҳар икки томонда қизилўнгач, трахея, чап бронх, юрак, аорта, ўнг умров ости артерияси, артериал йўл, қалқонсимон ва айрисимон безлар, кўкс оралиғи ва бўйин лимфа тугунлари билан ёндош жойлашган. Шу сабабдан унинг парези ва фалажи қуйидаги омиллар таъсирида ривожланиши мумкин:

- 1) қайтувчи асаб толасини инфекцион -токсик зарарланиши;
- 2) бўйин, кўкрак қафаси аъзолари ва қизилўнгач ўсмалари ва жароҳатларида;
- 3) юрак касалликлари ва йирик қон томирлар аневризмасида;
- 4) кўкс оралиғи лимфа тугунларининг катталашишида;
- 5) қалқонсимон безда бажарилган жарроҳлик амали натижасида.

Қайтувчи асаб толасининг (*n.recurrens*) *инфекцион-токсик зарарланиши* кўпинча грипп ва ўткир респиратор касалликларда, ўпка силида, баъзан - дифтерия, ич терлама, вирусли гепатит, бош ва юз соҳаси сарамаси, захмда

ривожланади. Агар грипп ва ўткир вирусли касалликларда фалажнинг (парез) ривожланишига бевосита неврит сабаб бўлса, сил касаллигида - асаб толасини босилиши билан кечган периневрал фиброз жараёни сабаб бўлади.

Бундан ташқари, қайтувчи асаб толаси ўпка силида бажарилган жарроҳлик амали пайтида ёки жарроҳлик амалидан сўнгги даврда шиш, гематома, периаденит, сурункали медиастинитда чандиқлар билан босилиши натижасида зарарланиши мумкин.

Қайтувчи асаб толаси *ёндош аъзолар ўсмаларида* - ўпка, қизилўнгач (юқори ва ўрта қисми), кўкс оралиғи ўсмалари (саркома, тимома ва қалқонсимон без кистаси, тўш орқаси бўқоғи, қалқонсимон безнинг кўкрак қафаси ичи ўсмалари - таратома, липома, бронхо- ва энтероген кисталар, невроген ўсмалар, лимфагранулематоз, хавфли ўсмалардаги лимфа тугунлари метастазлари), қалқонсимон без ўсмалари, турли хавфли ўсмалардаги (кўпинча, ҳиқилдоқ ва ҳалқум саратони) бўйин лимфа тугунлари метастазларида ўсма билан босилиши, ўз жойидан силжиши, ўсма ёки бирга кечувчи яллиғланиш ёки заҳарланиш жараёнлари натижасида зарарланади. Беморда овоз ўзгариши белгиси кайд этилган касалликларнинг дастлабки белгиларидан бири сифатида намоён бўлади.

Бўқоқнинг тугунча шаклида, тўш орқасига тарқалган ёки хавфли ўсмага айланган бўқоқда ҳам қайтувчи асаб толаси зарарланиши мумкин. Ҳиқилдоқ фалажига баъзан струмэктомия сабаб бўлади (қайтувчи асаб толасини жарроҳлик амали пайтида жароҳатланиши ёки уни жарроҳлик амалидан сўнгги даврда шиш, гематома, чандиқлар билан босилиши).

Ҳиқилдоқ асаб толасининг юқори шохчаси жароҳатланганда беморда йўтал ва қисқа муддатли дисфония кузатилади.

Х жуфт бош мия асаб толаси (IX ва XI асаб толалари билан бирга) бўйинтуруқ тешиги соҳасида гломус ўсмаси билан босилганда ҳам беморда қайтувчи асаб толаси фалажининг белгилари кузатилади.

Бундан ташқари қайтувчи асаб толасининг фалаж ёки нимфалажлари *юрак ва йирик қон томир касалликларида* ҳам учрайди. Уларнинг ривожланишига аорта кенгайиши, митрал клапаннинг торайиши туфайли юз берган юрак, айниқса чап бўлмачанинг кенгайиши сабаб бўлади. Бунда катталашган чап юрак бўлмачасининг қулоқчаси қайтувчи асаб толасини аорта ёйи томон босади. Юрак етишмовчилигининг декомпенсация босқичида қайтувчи асаб толаси ўпка артерияси билан босилган бўлади. Ҳиқилдоқ мушакларининг фалаж ва нимфалажи ўткир ревмокардит, кифосколиоз, перикардит, миокард инфарктида ривожланган юрак кенгайишида ҳам юз бериши мумкин.

Битмай қолган артериал йўлни бартараф этиш жарроҳлик амалида ҳам кайталанувчи асаб толаси жароҳатланиши (жарроҳлик амали пайтида ёки жарроҳлик амалидан сўнгги даврда асаб толасини лигатура соҳасидаги шиш билан босилиши натижасида) юз бериши мумкин.

Қайтувчи асаб толасининг *“идеопатик”* фалажлари, яъни сабабсиз ривожланган нимфалаж ва фалажлари кўпинча юқорида қайд этилган ва инфекцион-токсик характерга эга касалликлар ёки аниқланмаган ўсмалар туфайли ривожланади.

Шунинг учун қайтувчи асаб толаси нимфалажи ва фалажларида, чуқур клиник ва лаборатория текширувини ўтказиб, ҳар 2-3 ойда беморни мутахассис кўригига юбориш лозим.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, клиник белгилар (овознинг буғилиши, дисфония, енгил хансираш) ва ларингоскопия, стробоскопия ва бошқа текширув маълумотлари асосида қўйилади.

Бир томонлама тўлиқ фалажда овоз бурмаси одатда ўртада жойлашади, яъни интермедиял ҳолатни эгаллайди (чуқур нафас ва фонация ҳолатлар оралиғи). Бу ҳолат кўпинча «ўлик ҳолат» деб аталади, аммо бу нотўғри, чунки ўлимдан сўнг овоз бурмалари кўпинча турли (ички ёки ташқи) ҳолатларда жойлашади. Баъзан қайтувчи асаб толаси фалажида овоз бурмаси ички ва, ҳатто, ташқи ҳолатни эгаллаши мумкин.

Қайтувчи асаб толасининг жароҳатдан сўнгги ва инфекцион-токсик зарарланишида аксарият ҳолларда фалаж – қисқа вақт ичида ривожланса, ўсма ёки бошқа жараён билан босилганда эса аста-секин ривожланади.

Давомли (6 ойдан ортиқ давом этган) ҳиқилдоқ фалажида овоз бурмалари атрофияга учраб, юпкалашади ва осилиб туради, эркин четлари ярим ой шаклида бўртиб туриб, чўмичсимон тоғай бироз олдинга ва ичкарига силжийди. Бундай фалаж билан оғриган беморларда компенсация ҳодисаси кузатилади, яъни соғлом овоз бурмаси фонация пайтида ўрта чизикдан ўтиб зарарланган томондаги бурмага жипслашади ва овоз тирқиши тўлиқ ёпилади. Бунда соғлом томондаги чўмичсимон тоғай зарарланган чўмичсимон тоғай орқасида жойлашиб (тоғайларнинг ўзаро кесишганлиги), ҳиқилдоқ усти қопқоғи - бироз соғлом томонга силжийди. Соғлом овоз бурмаси фаолиятининг кучайиши туфайли бемор овозининг жарангдорлиги бироз тикланади. Баъзан фонация пайтида юқори ҳиқилдоқ асаб толаси билан таъминланган олд қалқонузуксимон мушак фаолиятининг компенсатор кучайиши натижасида фалажланган овоз бурмаси ўрта чизик томон бироз силжигандек бўлади. Юқори ҳиқилдоқ асаб толаси зарарланганда бу ҳол кузатилмайди, беморда олд қалқон-узуksимон мушак фалажи белгилари билан бирга ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг сезгирлиги ва рефлекслари йўқотилиб, беморда йўтал кузатилади.

Қайтувчи асаб толасининг икки томонлама тўлиқ фалажи кам учрайди. Бунда ҳар икки томондаги овоз бурмалари ҳаракатсизланиб, фонация ва нафас олиш пайтида оралик, яъни интермедиял ҳолатни эгаллайди ва беморда овоз жарангдорлигининг пасайиши билан бирга жисмоний зўриқишда нафас фаолияти ҳам бузилади.

Орқа узукчўмичсимон мушакларнинг иккитомонлама фалажида (қайтувчи асаб толаси фалажи айнан шу касаллик билан бошланиши мумкин) беморда асосан

нафас фаолияти бузилади, овозининг жарангдорлиги деярли ўзгармайди. Овоз бурмалари парамедиал, яъни ўрта чизиққа яқин ҳолатни эгаллаб, улар орасида тирқиш бўлади. Тўлиқ фалажларда нафас олинганда овоз бурмалари бир - бирига яқинлашади, нафасни чиқарилганда ва фонация пайтида бурма ости ҳаво босимининг пасайиши туфайли - бир-биридан биров узоқлашади. Тез ривожланган бундай фалажларда беморда асфиксия ҳолати юз бериши ва унинг ҳаётини фақат шошилишч трахеостомия жарроҳлик амали сақлаб қолиши мумкин. Аммо аксарият ҳолларда бундай фалажлар аста-секин ривожланиб, бемор кислород етишмовчилигига кўникиш ҳосил қилади, ҳансираш енгил жисмоний зўриқишда кузатилади. Бундай беморда ҳиқилдоқ яллиғланиши жуда оғир кечади.

Узукчўмичсимон мушакларининг икки томонлама фалажи орқа мия сухоткасида, қалқонсимон без саратонида ва струмэктомиядан кейин кузатилиши мумкин. Шунга ўхшаш ларингоскопик манзара, яъни овоз бурмаларининг парамедиал жойлашуви қизилўнгач кириш қисмининг саратони орқа чўмичсимон мушакларга тарқалганда кузатилади.

Қиёсий ташхисот. Қайтувчи асаб толасининг бир ёки икки томонлама фалажи узук-чўмичсимон бўғимининг бир ёки икки томонлама анкилозидан фарқланади. Қиёсий ташхисот қуйидаги усуллар ёрдамида ўтказилади:

- 1) тутмачали зонд ёки махсус асбоб ёрдамида овоз бурмалари ёки узукчўмичсимон бўғимининг суст ҳаракатини текшириш;
- 2) электрон стробоскопия текшируви;
- 3) бевосита микроларингоскопия, фиброларингоскопия, ларингостробоскопия, компьютер томография ва бошқалар.

Тутмачали зонд ёрдамида бажарилган текширувда узукчўмичсимон бўғим анкилозида бўғимнинг суст ҳаракати йўқотилганлиги, фалажда - сақланиб қолганлиги маълум бўлади. Стробоскопияда бўғим анкилозида овоз бурмалари фонация пайтида титрайди, фалажда эса бу белги кузатилмайди. Текширувда периферик фалажда мушак фаолиятининг қайта тикланиш реакцияси аниқланади.

Даволаш. Қайтувчи асаб толаси фалажида даволаш тадбирлари биринчи навбатда фалажнинг ривожланишига сабаб бўлган омилларни бартараф этишга қаратилади, уларни мутахассис врачлар (жарроҳ, терапевт, невропатолог, онколог ва бошқ.) олиб боради.

Кучли ҳиқилдоқ торайиши билан кечган *m.vocalis* нинг икки томонлама фалажида трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади. Инфекцион-токсик фалажда яллиғланишга қарши антибиотиклар, дезинтоксикация, десенсибилизация тадбирлари, мушаклар ҳаракатини фаоллаштирувчи муолажалар: 0,1% стрихнин, галантамин, алоэ экстракти, никотин кислотаси ва бошқалар, физиотерапия муолажалари (5% калий йодид эритмаси билан электрофорез, диодинамик тоқлар, ҳиқилдоқ асаб-мушак тизимини паст частотали синусоид модул тоқ билан фаоллаштириш) ўтказилади. Овоз

бурмаси фалажида бевосита ва билвосита ларингоскопия ёрдамида парамедиял жойлашган овоз бурмасига тефлон пастасини (тефлон ва глицерин аралашмаси) юбориш 90% беморларда яхши натижа беради.

Инфекцион-токсик ҳиқилдоқ фалажларида бемор соғайиб кетса, бўйин ва кўкрак қафаси аъзоларининг хавфли ўсмаларида касалликни якуни яхши бўлмаслиги мумкин. Жароҳатдан сўнгги фалажларнинг кечими жароҳат ҳажмига боғлиқ бўлади. Струмэктомия пайтида жароҳатланган қайтувчи асаб толасининг фаолияти жуда кам ҳолларда қайта тикланади.

Юрак ва йирик қон томирлар касалликларида ривожланган ҳиқилдоқ фалажида қайталанувчи асаб толасининг фаолияти асосий касаллик даволангандан сўнг тикланиши мумкин.

Ҳиқилдоқнинг миопатик фалажларига турли юқумли касалликлар (грипп, ўткир ва сурункали ларингит) ва овоз зўриқиши (ўқитувчи, актёр, хонандаларда ва бошқ.) туфайли ҳиқилдоқ мушакларида юз берган ўзгаришлар сабаб бўлади. Бундай нимфалажлар одатда икки томонлама бўлиб, у ёки бу мушакнинг нимфалажи ўз ларингоскопик манзарасига эга.

Аксарият ҳолларда овоз мушакларининг (*mm. vocalis, seu thyroarytenoideus internus*) зарарланиши кузатилади. Бунда овоз бурмасининг эркин чети ичкарига бироз қайрилган бўлиб, икки томонлама фалажида овоз тирқиши овал шаклда кўринади (107-расм). Айрим ҳолларда овоз бурмасининг эркин чети бироз қайрилган бўлиб, фонация пайтида овоз бурмалари бир-бирига тўлиқ жипслашмайди.



107-расм.

Икки томонлама овоз
мушаги фалажи

Кўндаланг чўмичсимон мушак нимфалажида фонация пайтида овоз бурмаларининг кўп қисми жипслашади, аммо орқа қисмларида (*pars intercartilaginea*) учбурчак шаклда тирқиш қолади.

Юқорида қайд этилган мушаклар нимфалажи бирга кечган ҳолларда овоз бурмалари орқа ва ўрта қисмларининг чегараси тортилган бўлиб, овоз тирқишининг шакли қум соатга, кам учрайдиган ташқи узукчўмичсимон мушак нимфалажида эса нотўғри ромб шаклига ўхшайди.

Ҳиқилдоқнинг бошқа мушакларининг нимфалажлари деярли учрамайди.

Юқорида қайд этилган барча нимфалажларда беморнинг овози ўзгаради, аммо нафас фаолияти эса ўзгаришсиз қолади. Нимфалажнинг кескинлигига қараб беморнинг овози пасайиши ёки толиқиши, баъзан афониягача ўзгариши мумкин.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, ларингоскопия, микроларингоскопия, стробоскопия, КТ, МРТ ва бошқа текширувлар асосида қўйилади.

Даволаш тадбирларидан овоз гигиенасига риоя қилиш, яллиғланишга қарши терапия, электр токи ёрдамида фаоллаштириш (электрофорез, диодинамик

ток), умумий фаоллаштирувчи терапия (0,1 % стрихнин эритмаси ёки алоэ экстракти) ўтказилади. Бемор врач-фониатр назорати остида бўлади.

Овоз чиқариш фаолиятининг функционал бузилишлари (дисфония ва афония) руҳий касалликларда кузатилади. Ташхис анамнез маълумотлари, беморлар ҳатти ҳаракатини кузатиш ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ларингоскопияда яллиғланиш жараёнисиз кечган миопатик фалаж манзараси кўринади. Функционал афонияда бемор овоз чиқариб йўталади, кулади ва йиғлайди. Даволаш тадбирларини мутахассис врачлар (фониатр, невропатолог ва психиатр) биргаликда олиб борадилар.

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг анатомик тузилиши

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари калла суягининг юз қисмида, кўз косасига яқин майдонда жойлашган. Бурун шартли равишда ташқи ва бурун бўшлиғига бўлинади.

Ташқи бурун (*nasus externus*) асоси билан пастга қараган уч қаррали пирамида шаклига эга. У суяк ва тоғай қисмлардан ташкил топган. Буруннинг юқори қисми пешона суяги билан чегарадош бўлиб, *бурун негизи* (*radix nasi*) деб аталади. Бурун негизи пастда *бурун қиррасига* (*dorsum nasi*) давом этади ва *бурун учини* (*apex nasi*) ҳосил қилиб тугайди. Буруннинг ён томонлари бурун учи соҳасида ҳаракатчан бўлиб, *бурун қанотлари* (*alae nasi*) деб аталади. Бурун қанотларининг эркин четлари *бурун тўсигининг ҳаракатчан қисми* (*pars mobilis septi nasi*) билан иккига бўлинган *бурун катакларини* ҳосил қилади.

Суяк қисми ташқи бурун қиррасини ҳосил қилган жуфт *бурун суякларидан* (*ossa nasalia*) тузилган. Ҳар икки томонда бурун суяклари ён томони билан *юқори жағ суягининг пешона ўсиқларига* (*processus frontalis maxillae*) бирикиб, юз скелетининг ноксимон тешигини ҳосил қилишда қатнашади. Пастда бу суяклар ташқи буруннинг тоғай қисмига бирикади.

Ташқи буруннинг тоғай қисми суяк қисмига зич бирикиб, жуфт *ёнбош учбурчак тоғайлар* (*cartilago nasi lateralis*) ва жуфт *қанотларнинг катта тоғайларидан* (*cartilago alaris major*) ҳосил бўлган. Бурун қанотининг катта тоғайи *медиал ва латерал оёқчаларга* (*crus mediale and laterale*) эга. Ёнбош тоғай оёқчаларининг пастки қисми бурун катакларини ҳосил қилишда қатнашади. Ёнбош ва бурун қанотининг катта тоғайлари орасида *бурун қанотларининг кичик тоғайлари* – *cartilagines alaris minores* (*сесамасимон тоғайлар*) жойлашган.

Ташқи буруннинг териси безларга бой бўлиб, улар буруннинг пастки учдан бир қисмида айниқса кўп бўлади. Бурун даҳлизи (*vestibulum nasi*) ҳам 4-5 мм масофада тери билан қопланган бўлиб, бу майдонда у кўпгина туклар билан таъминланган. Бурун қанотларининг бириктирувчи тўқимаси бурун катакларининг орқа-пастки қисмини ҳосил қилишда иштирок этади. Бурун қанотлари терисининг остида бурун тешигини торайтирувчи ва кенгайтирувчи мушаклар жойлашган.

Ташқи бурунни қон билан ички ва, асосан, ташқи уйқу артерияси тизимининг қуйидаги қон томирлари таъминлайди:

- бурчак артерияси (*a.angularis*) – юз артериясининг (*a.facialis*) шохчаси;
- буруннинг дорсал артерияси (*a.dorsalis nasi*) – ички уйқу артерияси тизимида қарашли кўз артериясининг (*a.ophtalmica*) охирги шохчаси.

Ташқи буруннинг негизи соҳасида бу артериялар бирлашиб, ташқи ва ички уйқу артериялар орасида анастомоз ҳосил қилади.

Вена қони ташқи бурундан юз венасига (*v. facialis* ва у орқали ички бўйинтуруқ венага (*v. jugularis interna*)) қуйилади. Ўз навбатида юз венаси бурчак венаси (*v. angularis*), ташқи бурун веналари (*vv. nasalis externa*), юқори ва пастки лаб веналари (*vv. labiales superior et interior*) ҳамда юзнинг чуқур венасидан (*v. faciei profunda*) ҳосил бўлади.

Бурчак венаси ғорсимон синусга (*sinus cavernosus*) қуйиладиган юқори кўз венаси (*v. ophthalmica superior*) билан ҳам анастомоз ҳосил қилиши муҳим клиник аҳамиятга эга. Инфекция ташқи бурун яллиғланиш ўчоқларидан ғорсимон синусга тарқалиб, жуда оғир кўз косаси ва калла ичи асоратларининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Лимфа ташқи бурундан асосан жағ ости ва қулоқ атрофи лимфа тугунларига қуйилади.

Ташқи бурун мушакларининг ҳаракат иннервациясини юз асаб толаси (*n. facialis*), сезувчанлик иннервациясини – уч шохли асаб толасининг (*n. trigemini*) I ва II шохчалари (*nn. supraorbitalis et infraorbitalis*) таъминлайди.

Бурун бўшлиғи (*cavum nasi*) оғиз бўшлиғи ва калла суяги олд чуқурчаси орасида жойлашган. Бурун бўшлиғи бурун тўсиғи ёрдамида иккита бир хил яримбўшлиққа бўлинади ва олд томондан катаклари орқали ташқи муҳитга, орқа томондан хоаналар орқали бурун-ҳалқумга очилади. Бурун бўшлиғининг ҳар бир ярми атрофида 4 жуфт бурун ёндош бўшлиқлари (юқори жағ, ғалвирсимон, пешона ва понасимон) жойлашган.

Бурун бўшлиғида ташқи, ўрта, юқори ва пастки деворлари тафовут қилинади.

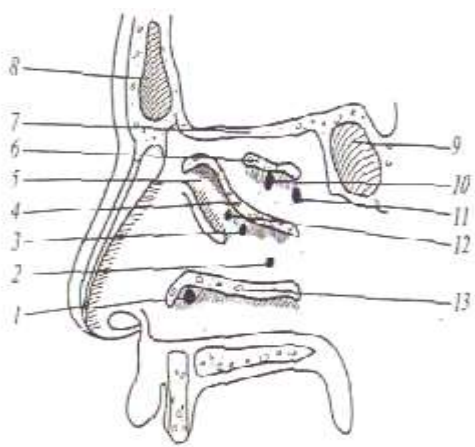
Бурун бўшлиғининг *латерал* (*ташқи, ёнбош*) девори бурун суяклари, юқори жағ суягининг пешона ўсиғи, юқори жағ суягининг ички девори, кўз ёши суяги, ғалвирсимон суяк катакчалари, танглай суягининг перпендикуляр пластинкаси, понасимон суяги қанотсимон ўсиғининг ички пластинкаси ва пастки бурун чиғаноқларидан ҳосил бўлган. Хоаналар ички томондан димоғ суягининг орқа чети, ташқи томондан - понасимон суяги қанотсимон ўсиғининг ички пластинкаси, пастдан – танглай суяги горизонтал пластинкасининг орқа чети билан чегараланган (108-расм).

Бурун бўшлиғининг латерал деворида горизонтал ҳолда 3 та - юқори, ўрта, пастки бурун чиғаноқлари жойлашган (*concha nasalis superior, media et inferior*). Агар пастки бурун чиғаноғи алоҳида суякдан иборат бўлса, ўрта ва юқори чиғаноқлар ғалвирсимон суякнинг ўсимтаси ҳисобланади. Бурун тўсиғи ва бурун чиғаноқларининг ташқи юзаси орасида *умумий бурун йўли*, пастки бурун чиғаноғи ва бурун бўшлиғининг туби орасида - *пастки бурун йўли* ҳосил бўлади. Ҳар бир чиғаноқ остида шу ном билан аталувчи, яъни юқори, ўрта ва пастки бурун йўллари (*meatus nasi superior, media et inferior*) бор.

Бурун бўшлиғининг *юқори девори* (*бурун томи*) олд томонда бурун суякларидан, ўрта қисмларида - ғалвирсимон суякнинг элаксимон пластинкаси (*lamina cribrosa*) ва ғалвирсимон суяк катакчаларидан, орқа томонда понасимон бўшлиқнинг олд деворидан ҳосил бўлган. Элаксимон пластинканинг

тирқишлари орқали ҳид билиш асаб толаси бурун бўшлиғидан калла бўшлиғига ўтади; ушбу асаб толасининг пиёзчаси (*bulbus olfactorius*) элаксимон пластинканинг калла юзасида жойлашган. Элаксимон пластинканинг қалинлиги 2 -3 мм га тенг. Болаларда бурун гумбази 2-3 ёшда суякланади.

Бурун бўшлиғининг *пастки девори (туби)* юқори жағ суягининг танглай ўсиқлари ва танглай суягининг горизонтал пластинкаларидан ҳосил бўлган. Бу суяклар ўзаро ўрта чизик бўйлаб чоклар ёрдамида бирикади. Чақалоқларда бурун туби кичик бўлиб, унинг пастки девори юқори жағда жойлашади ва тиш элементларига тегиб туради. Бурун бўшлиғи тубининг олди ва ўртасида қаноттанглай канали жойлашган бўлиб, ундан бурун бўшлиғига боровчи қаноттанглай асаб толаси (*n. sphenopalatinum*) ва артерияси (*a.sphenopalatinum*) ўтади. Ушбу каналда артерия катта танглай артерияси билан анастомоз ҳосил қилади. Бурун бўшлиғининг *орқа девори*, яъни чиқиш жойи - хоаналар, ички томондан димоғ суяги, ташқи томондан - понасимон суякнинг қанотсимон ўсиғи, тепадан понасимон суякнинг танаси, пастдан танглай суягининг горизонтал пластинкаси билан чегараланган. Катталарда хоаналарнинг ўлчами 20 x 12 мм ни ташкил қилади. Чақалоқ ва ёш болаларда хоаналар тирқишсимон шаклда бўлади. Ёш болаларда баъзан хоаналар парда билан қисман ёки тўлиқ ёпилган бўлиб, 27000 туғилган болага битта ушбу туғма патология тўғри келади (А.Г.Шантуров).



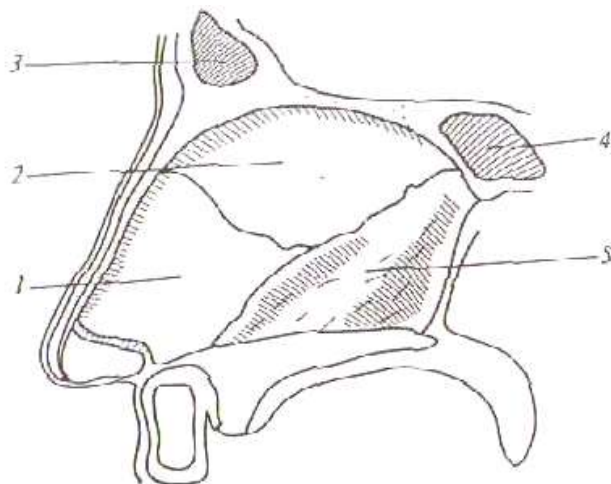
108-расм. Бурун бўшлиғининг ташқи девори ва бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўллари.

- 1) кўз ёши каналининг табиий йўли;
- 2) юқори жағ бўшлиғининг табиий йўли;
- 3) ғалвирсимон бўшлиқ олд катакчаларининг табиий йўли;
- 4) ўрта бурун чиғаноғи;
- 5) ўрта бурун йўли;
- 6) юқори бурун йўли;
- 7) ғалвирсимон пластинка;
- 8) пешона бўшлиғи; 9) асосий бўшлиқ;
- 10) ғалвирсимон бўшлиқ орқа катакчаларининг табиий йўли;
- 11) асосий (понасимон) бўшлиқнинг табиий йўли;
- 12) пешона бўшлиғининг табиий йўли;
- 13) пастки бурун чиғаноғи.

Бурун бўшлиғининг *ўрта девори*, яъни *бурун тўсиги (septum nasi)* бурун бўшлиғини чап ва ўнг бўшлиқларга бўлади. Бурун тўсиги суяк ва тоғай қисмлардан ташкил топган бўлиб, унинг орқа қисми ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси ва димоғ суягидан (*vomer*), олд қисми эса бурун

тўсиғи тоғайидан (*cortillago septi nasi*) тузилган. Чақалоқларда ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси пардали тузилмадан иборат (109-расм).

Перпендикуляр пластинка ва димоғ суяги, бурун тўсиғи тоғайи ва димоғ суяги орасида ўсиш майдони жойлашган. Бу майдоннинг жароҳатланиши бурун тўсиғи ва ташқи бурун шаклининг ўзгаришига (деформациясига) олиб келиши мумкин. Бурун тўсиғи 10 ёшли болада тўлиқ шаклланиб бўлади. Унинг кейинги ўсиши эса ўсиш майдони ҳисобига бўлади. Тоғай ва суяк тўқималарининг ўсиш тезлиги турлича бўлганлиги сабабли ўсиш майдонида бурун орқали нафас олишни қийинлаштирувчи бурун тўсиғи бўртмалари ва нишлари ҳосил бўлиши мумкин.



109 - расм. Бурун тўсиғининг тузилиши

- 1) бурун тўсиғи тоғайи;
- 2) ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси;
- 3) пешона бўшлиғи;
- 4) понасимон бўшлиқ;
- 5) димоғ суяги.

Бурун тўсиғининг қийшиқлиги ўз навбатида бурун орқали нафас олишни қийинлаштириб, сурункали кислород етишмовчилиги туфайли бош оғриғи ва невроз касаллигига сабаб бўлиши мумкин.

Бурун бўшлиғида пастки, ўрта ва юқори бурун йўллари тафовут этилади (110-расм).



110- расм. Бурун йўллари

Пастки бурун йўлининг юқори деворида бурун чиғаноғининг олд учидан 1-1,5 см масофада бурун-кўз ёш каналининг тешиги жойлашган. Бу каналнинг узунлиги 12-24 мм бўлиб, у бурун бўшлиғини кўз косаси билан боғлаб туради. Канал бола туғилиши билан очилади, очилмай қолган ҳолларда болада кўз ёшининг чиқарилиши қийинлашади. Пастки бурун йўлининг ташқи девори пастки бурун чиғаноғининг бирикиш жойида нисбатан юпқа бўлганлиги сабабли

диагностик ва даволаш мақсадида юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажаси шу майдонда осонроқ бажарилади: бунда махсус игна чиғаноқнинг бирикиш жойида, унинг олд учидан 1,5-2 см ташлаб юқори-ташқи йўналишда санчилади.

Ўрта бурун йўли ўрта ва пастки бурун чиғаноқлари орасида жойлашган. Ўрта бурун йўлининг олд қисмида, бурун чиғаноғи остида ярим ой тирқиш (*hiatus*

semilunaris) жойлашган бўлиб, орқа қисмда у кичик қадоқча шаклида кейгайиш - *галвирсимон воронкани* (*infundibulum ethmoidale*) ҳосил қилади. Воронканинг олд ва юқори қисмига пешона бўшлиғи канали, ўрта қисмига – галвирсимон бўшлиқнинг олд катакчалари, орқа ва пастки қисмига - юқори жағ бўшлиғининг табиий йўли очилади. Ўрта бурун чиғаноғининг орқа учи соҳасида қаноттанглай тешиги (*foramen sphenopalatinum*) жойлашган бўлиб, ундан артерия, вена ва асаб толалари ўтади.

Кейинги йилларда эндоскоп ёрдамида бурун ичи микрожарроҳлик амалини бажариш усули кенг қўлланилмоқда, бу эса бурун бўшлиғининг асосий анатомик тузилмаларини яхши билишни талаб этади. Масалан, ўрта бурун йўлининг олд бўлимида жойлашган “*остиомеатал комплекс*” анатомик тузилмалар тизими бўлиб, унинг таркибига галвирсимон воронканинг ички девори, илгаксимон ўсимта, унинг олдида, яъни ўрта бурун чиғаноғи юқори учининг бирикиш майдонда жойлашган бурун ёстиқчаси хужайралари (*aggen nasi*), илгаксимон ўсимтанинг орқасида, яъни ўрта бурун чиғаноғи олд учининг остида жойлашган галвирсимон бўшлиқнинг йирик катакчаси – *галвирсимон нуфакча* (*bulla ethmoidalis*) ва, ниҳоят, бурун тўсиғининг қарама-қарши майдони киради.

Юқори бурун йўли ўрта бурун чиғаноғи ва бурун томи орасида жойлашган. Понасимон ва галвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари шу бурун йўлига очилади. Бурун ёндош бўшлиқлари табиий йўллариини ўрта ва юқори бурун йўлларида бир-бирига яқин жойда очилиши яллиғланиш жараёнини кенг тарқалишига (айниқса ёш болаларда) ёрдам бериб, клиник аҳамиятга эга.

Бурун бўшлиғига киришдан олдин тери билан қопланган бурун даҳлизи (*vestibulum nasi*) жойлашган. Бурун бўшлиғи шиллиқ парда билан қопланган, лекин унда шиллиқ ости қавати бўлмайди. Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасида иккита майдон - нафас олиш (*regio respiratoria*) ва ҳид билиш (*regio olfactoria*) майдонлари тафовут қилинади.

Буруннинг нафас олиш майдони (*regio respiratoria*) бурун тубидан бошлаб ўрта бурун чиғаноғининг пастки қисмигача бўлган шиллиқ парда майдонини эгаллайди. У буруннинг пастки қаватини, ўрта бурун чиғаноғининг бир қисмини, пастки бурун чиғаноғини, ўрта ва пастки бурун йўллариини ҳамда бурун тўсиғининг бир қисмини ўз ичига олади.

Нафас олиш майдонининг шиллиқ пардасида деворлари эластик толалардан иборат капиллярларга бой ғовак (каверноз) тўқима бор. Шунинг учун шиллиқ парда турли омиллар (механик, кимёвий, ҳис-ҳаяжон, дорилар) таъсирида осон шишиб ва қалинлашиб қисқа вақт ичида ўз ҳолига қайтиш хусусиятига эга. Ғовак тўқима майдонларига қуйидагилар киради;

4) пастки ва ўрта бурун чиғаноқларининг олд ва орқа учлари соҳаси, бу жойда шиллиқ парданинг қалинлиги 3-5 мм га етади;

2) бурун тўсиғи соҳаси, ўрта бурун чиғаноғининг олд учи сатҳи;

3) хоаналар ички четининг ёки димоғ суягининг орқа қисми,бу жойда шиллиқ парданинг қалинлиги катталарда 5-6 мм га етиши мумкин.

Бурун нафас олиш майдонининг шиллиқ пардаси кўпқаватли цилиндрик хилпилловчи эпителий билан қопланган бўлиб, унда базал ва қадахсимон хужайралар мавжуд. Эпителий остида юпқа субэпителиал мембрана ётади, унинг остида эса бурун шиллиқ пардасининг хусусий тўқимаси жойлашган. Хусусий тўқима бириктирувчи коллаген ва эластик толалардан тузилган бўлиб, унда ясси мушак хужайралари, лимфоид элементлар, шиллиқ ишлаб чиқарувчи қадахсимон хужайралар, сероз ёки серозли-шилимшиқ ажралма ишлаб чиқарувчи безлар, асаб толалар ва қон томирлар жойлашган. Шиллиқ парда тоғай ва суяк усти пардаларига зич ёпишган бўлади.

Ҳид билиш майдони (regio olfactoria) бурун бўшлиғининг юқори қисмида жойлашган. У бурун тоmidан бошлаб то ўрта бурун чиғаноғининг медиал четигача бўлган майдонни ҳамда шу сатҳга тўғри келган бурун тўсиғи шиллиқ пардасини эгаллайди.

Ҳид билиш майдонининг шиллиқ пардаси ҳид билиш эпителийси билан қопланган, юзаси 24 см² ни ташкил қилади. Ҳид билиш эпителийси орасида тозалаш вазифасини бажарувчи хилпилловчи эпителий майдончалари ҳам учрайди. Ҳид билиш эпителийси базал, таянч ва сенсоневрал хужайралардан тузилган. Таянч хужайралар сарғиш пигментга эга, шунинг учун риноскопияда ҳид билиш майдони сарғиш бўлиб кўринади. Ҳид билиш хужайралари ипсимон шаклда бўлиб, периферик толаларининг (дендритлари) учи кенгайиш ҳосил қилади. Бу хужайраларнинг марказий толалари эса (аксонлар) *ҳид билиш иплари (fila olfactoria)* таркибида юқорига кўтарилади ва элаксимон пластинка тирқишларидан ўтиб, калла суяги бўшлиғига киради. Бу ерда ҳид билиш йўлининг I-нейрони *ҳид билиш асаб толасининг пиезчасида* тугайди - *bulbus olfactoria*. II-нейрон *tractus olfactoria* таркибида *trigonum olfactorium, substantia perforata, septum pellucidum* соҳасига етиб бориб, ўша жойда тугайди. Бу ердан бошланган III-нейрон бош мия пўстлоғининг ҳид билиш марказига боради.

Ҳид билиш майдонининг шиллиқ пардасида серозли суюқлик ишлаб чиқарувчи оддий ва шохли найсимон *Боумен безлари* мавжуд. Улар ишлаб чиқарган суюқлик ҳидли моддаларни эритиш қобилиятига эга. Таянч хужайралар ишлаб чиқарувчи пигмент ҳам ушбу жараёнда иштирок этади.

Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси қон томирларга жуда бой (111-расм). Улар ташқи уйқу артериясидан тарқалади. Бурун бўшлиғининг аксарият қисми *a.sphenopalatina (a.maxillaris* нинг охирги шохчаси), олд-юқори қисмлари - ички уйқу артерия шохчалари бўлган *aa. ethmoidales anterior et posterior* дан қон билан таъминланади. *A.sphenopalatina* канал орқали бурун ичига орқа томондан кириб, бурун тўсиғи ва бурун томидаги ҳид билиш тирқишини қон билан таъминловчи *ramus nasopalatinus* ва бурун ташқи деворини қон билан таъминловчи *ramus nasalis posterior* га бўлинади. *Ramus nasopalatinus* ўз навбатида яна 2 шохчага бўлинади:

- [illegible]

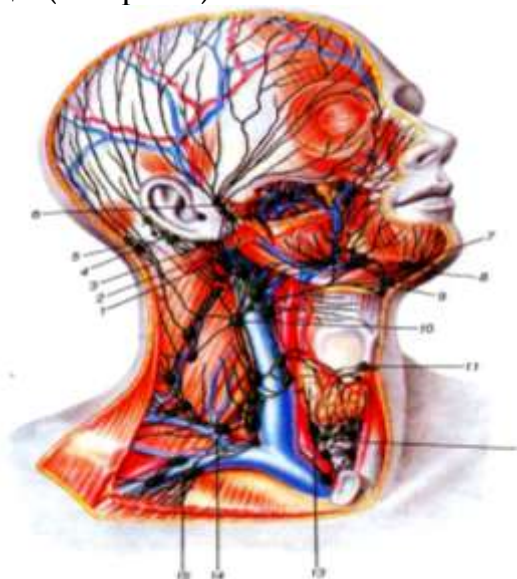
Бурун тўсигининг олд-
пастки бурчаги соҳасида
қон томирлар
шоҳчаларининг
анастомозлари туфайли
кичик артериялар
чигали ҳосил бўлади.
Тез-тез қонаб турувчи бу
жой *Кисельбах майдони*
(*locus Kisselbachii*) деб
аталади. Бурун
бўшлиғини бу даражада
кўп қон билан
таъминланиши бурун

Бурун ва айниқса бурун тўсиғининг қон томирлари шиллиқ парданинг чуқур қатламларида жойлашган. *Ramus nasalis posterior (a.sphenopalatina* нинг иккинчи шохчаси) бурун чиғаноқларини қон билан таъминлаш учун 2-3 та шохчаларга бўлинади. Бу шохчалар қуйидаги артериялар билан боғланиш ҳосил қилади:

- Бурун чиғаноқларининг орқа қисмларида қон томирлар кўпроқ жойлашган. Бурун бўшлиғи веналари қанотсимон вена түри (*plexus pterygoideus*), кейин ғоваксимон синус (*sinus cavernosus*), бош миянинг ўрта венаси (*v.meningea media*) ва ниҳоят ички бўйинтуруқ вена билан боғланиш ҳосил қиладилар.

344

Буруннинг лимфа йўллари субдурал ва субарахноидал бўшлиқлар билан боғланиш ҳосил қилади. Бурун бўшлиғининг олд бўлимлари, ташқи бурун ва оғиз бўшлиғининг олд бўлимларидан лимфа жағ ости ва ияк ости лимфа тугунларига, буруннинг ички ва орқа бўлимлари, эшитув найи ва бурунҳалқум соҳасидан - бўйинтуруқ вена ёнида жойлашган чуқур бўйин лимфа тугунларига қўйилади (112-расм).



112-расм. Бурун лимфа тизимининг кўриниши

1. қулоқ олд лимфа тугунлари;
2. қулоқнинг олд лимфа тугунлари;
3. қулоқнинг пастки лимфа тугунлари;
4. қулоқнинг орқа лимфа тугунлари;
5. энса соҳасининг лимфа тугунлари;
6. ёноқ соҳасининг лимфа тугунлари;
7. ияк ости лимфа тугунлари;
8. пастки жағ ости лимфа тугунлари;
9. бўйиннинг юзаки лимфа тугунлари;
10. бўйиннинг чуқур лимфа тугунлари;
11. ҳиқилдоқ усти лимфа тугунлари;
12. трахея усти лимфа тугунлари;
13. паратрахеал лимфа тугунлари;
14. ўмров усти лимфа тугунлари.
15. ўмров ости лимфа тугунлари

Бурун бўшлиғининг асаб толалари унинг қуйидаги иннервацияларини таъминлайди:

- ҳид билиш;
- сезувчанлик;
- вегетатив.

Бурун бўшлиғининг ҳид билиш иннервациясини ҳид билиш асаб толаси (*n.olfactorius*) таъминлайди. Ҳид билиш майдонининг сезувчан ҳужайраларидан (I нейрон) тарқалган ҳид билиш иплари (*fila olfactoria*) элаксимон пластинка орқали калла бўшлиғига кириб, у ерда ҳид билиш пиёзчасини (*bulbus olfactoria*) ҳосил қиладилар. II нейрон аксонлари ҳид билиш йўли (*tractus olfactoria*) таркибида *trigonum olfactorium*, *substantia perforata*, *septum pellucidum* соҳасига етиб боради ва уша жойда тугайди. Бу ердан бошланган III - нейрон парагиппокампа эгатдан (*gyrus parahippocampalis*) ўтиб, ҳид билиш маркази бўлган гиппокампа (*hippocampus*) пўстлоғида тугайди.

Бурун бўшлиғининг сезувчанлик иннервациясини уч шохли асаб толасининг (*n.trigeminius*) биринчи (кўз асаб толаси - *n.ofthalmicae*) ва иккинчи (юқори жағ асаб толаси - *n.maxillaris*) шохчалари таъминлайди. Биринчи шохчасидан

тарқалган *n. ethmoidalis superior et posterior* шу номли артерия ва веналар билан бирга бурун бўшлиғига кириб, унинг томи, ён деворлари ва бурун даҳлизини иннервация қилади. Иккинчи шохчаси бурун иннервациясида тўғридан-тўғри ёки қаноттанглай тугуни (*ganglion sphenopalatinum*) билан ҳосил қилган анастомоз орқали иштирок этади. Қаноттанглай тугунидан буруннинг ташқи девори ва асосан тўсиғига *nn.nasalis posteriors* шохчалари тарқалади; бурун тўсиғи бўйлаб тарқалган шохчаси *n.nasopalatinus* деб аталади. У *canalis incisivus* дан ўтиб, қаттиқ танглай шиллиқ пардасининг олд қисмига тарқалади. Уч шохли асаб толасининг иккинчи шохчасидан тарқалган кўз косаси ости асаб толаси (*n.infraorbitalis*) бурун бўшлиғининг туби ва юқори жағ бўшлиғининг иннервациясини таъминлайди. Уч шохли асаб толасининг шохчалари ўзаро анастомоз ҳосил қиладилар, шунинг учун бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари соҳаси оғриганда оғриқ тишлар, кўз, пешона ва энса соҳасига тарқалади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг *симпатик ва парасимпатик (вегетатив) иннервациясини* ички уйқу чигалидан (юқори бўйин симпатик тугуни) бошланган қанотсимон канал асаб толаси (*видиев асаб толаси - n.vidianus*) таъминлайди. Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси бурун тўсиғининг орқа қисмида жуда сезгир бўлиб, бу майдон қитиқланганда йўтал ва аксириш ҳаракатлари пайдо бўлади.

Бурун мушакларининг ҳаракат иннервациясини юз асаб толаси (*n.facialis*) амалга оширади.

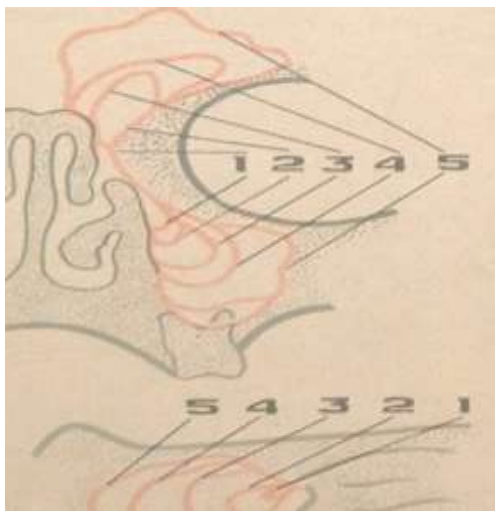
Бурун ёндош бўшлиқларига (*sinus paranasalis*) бурун бўшлиғи атрофида жойлашган ва тешиклари орқали бурунга очиладиган тўрт жуфт ҳаволи бўшлиқлар: ғалвирсимон, юқори жағ пешона, понасимон бўшлиқлари киради.

Бурун ёндош бўшлиқлари олд (ғалвирсимон бўшлиқнинг олд катакчалари, юқори жағ, пешона) ва орқа гуруҳ (ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари, понасимон) бўшлиқларга бўлинади (113расм). Улар тор каналлар орқали бурун бўшлиғига очилади; олд бўшлиқлар - ўрта бурун йўлига, орқа бўшлиқлар - юқори бурун йўлига очилади. Чақалоқларда фақат юқори жағ ва ғалвирсимон бўшлиқлар тўлиқ шакланган бўлади.

Юқори жағ бўшлиғи (*sinus maxillaries*) жуфт ва йирик бўлиб, юқори жағ суяги танасида жойлашган, ҳар бирининг ҳажми турлича бўлиб, катталарда ўртача 12–20 см³ тенг (баъзан 30см³га етиши мумкин). Юқори жағ бўшлиқларининг шакли уч қиррали пирамидани эслатади. Бўшлиқларнинг ички юзаси қалинлиги 0,1мм атрофида бўлган шиллиқ парда билан қопланган ва у кўпқаторли цилиндрик ҳилпилловчи эпителийдан ташкил топган. Ҳилпилловчи эпителийнинг ҳаракати туфайли шилимшиқ ажралма доира бўйлаб юқорига бўшлиқнинг ички девори томон силжийди. Бу жойда бўшлиқнинг ўрта бурун йўлига очилувчи тешиги жойлашган. Юқори жағ бўшлиғида олд, орқа, юқори, пастки ва ички деворлари тафовут этилади.



113-расм. Бурун ёндош
бўшлиқларининг ўзаро
жойлашуви



114-расм. Бурун ёндош
бўшлиқларининг ривожланиш
босқичлари

1. Чақалоқларда; 2.1 ёшгача; 3.7 ёшгача;
4.12 ёшгача. 5. Катталарда

Юқори жағ бўшлиғининг олд, ёки юз девори юқори жағ суягининг олд юзидан ҳосил бўлиб, унда кўз косасининг пастки четидан юқори жағ суягининг альвеоляр ўсимтасигача давом этади. Бу девор бўшлиқнинг энг қалин девори бўлиб, лунжнинг юмшоқ тўқималари билан қопланган. Юз деворининг олд юзасида жойлашган ясси суяк чуқурлиги қозик ёки ит чуқурчаси (*fossa canina*) деб аталади. У 4-7 мм чуқурликда жойлашади. Қозик чуқурчаси ҳаддан ташқари чуқур бўлган ҳолларда юқори жағ бўшлиғининг олд ва юқори деворлари бевосита ички деворига яқин жойлашган бўлади. Буни юқори жағ бўшлиғини диагностик тешиш пайтида эътибога олиш лозим, чунки бундай ҳолларда нина юзнинг юмшоқ тўқималарига ёки кўз косасига кириб кетиши ва йирингли асоратларни ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Бўшлиқнинг юқори, ёки кўз косаси девори энг юпқа бўлиб, кўз косасининг пастки девори ҳисобланиб, унда кўз косаси асаб толасининг канали жойлашган. Баъзан асаб толаси ва қон томирлар юқори жағ бўшлиғининг юқори деворини қоплаган шиллиқ пардага яқин жойлашиши мумкин. Буни жарроҳлик амалида патологик ажралмани олиш жараёни пайтида эътиборга олиш лозим. Бўшлиқнинг орқа-юқори (ички) бўлимлари галвирсимон лабиринтнинг орқа катакчалари ва понасимон бўшлиқ билан ёнма-ён жойлашганлиги туфайли улар юқори жағ бўшлиғига очилиши мумкин. Кўз косаси ва бош мия қаттиқ пардасининг ғорсимон синуси билан алоқа ҳосил қилувчи вена қон томирлар тўрининг мавжудлиги яллиғланиш жараёнини ушбу майдонларга тарқалишига ва ғорсимон синус тромбози, кўз косаси флегмонаси каби оғир асоратларни ривожланишига олиб келиши мумкин.

Юқори жағ бўшлиғининг орқа девори қалин бўлиб, юқори жағ суягининг тепалиги (*tuber maxille*) соҳасига тўғри келади, унинг орқа юзаси юқори жағ асаб

толаси, қаноттанглай тугуни, юқори жағ артерияси ва қаноттанглай вена қон томирлар тўри жойлашган қаноттанглай чуқурчасига қаратилган.

Бўшлиқнинг *пастки девори* юқори жағ суягининг альвеоляр ўсиғига тўғри келади. Юқори жағ бўшлиғининг туби тахминан бурун бўшлиғи туби сатҳида ёки ундан пастроқда жойлашган. Баъзан ушбу майдонда иккинчи кичик ва иккита катта озиқ тишларнинг илдизлари бўртиб чиқиб, баъзан кариеси жараёни одонтоген гайморитни ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Юқори жағ бўшлиғининг *ички (бурун) девори* (пирамиданинг асоси) бурун бўшлиғининг ташқи девори ҳисобланиб, пастки ва ўрта бурун йўлларининг асосий қисмига тўғри келади. У аста-секин юпқалашган суяк пластинкасидан ва ўрта бурун йўли майдонида икки қават шиллиқ пардадан иборат. Юқори жағ бўшлиғининг тешиги юқори бўлимларда жойлашганлиги бўшлиқ ажралмаси чиқарилишини қийинлаштиради.

Юқори жағ бўшлиғининг узунлиги 1-5 ёшли болаларда эни ва баландлигига нисбатан кўпроқ бўлади, 6-7 ёшларга бориб унинг шакли катталарникига ўхшайди. 8 яшар болаларда юқори жағ бўшлиғининг туби бурун туби сатҳида, 12 ёшли болаларда эса бурун тубидан пастроқда жойлашади.

Бир ёшгача бўлган болаларда юқори жағ бўшлиғининг пастки девори икки қатор сут ва доимий тишларнинг куртаклари устида жойлашади, лекин улар билан туташмайди. Ёш болаларда қозиқ тиш юқори жағ бўшлиғи ва кўз косасининг ички бурчагига яқин жойлашиб, 5-6 ёшда юқори жағ бўшлиғи қозиқ тиш, икки кичик ва катта озиқ тишлар билан бевосита боғлиқ бўлади (114-расм).

Ғалвирсимон бўшлиқлар (*sinus ethmoidalis*) бир-биридан юпқа суяк пластинкалари билан ажралган ва шиллиқ парда билан қопланган ўзаро боғлиқ алоҳида катакчалардан иборат. Катакчаларнинг сони, ҳажми ва жойлашуви турлича бўлиб, ҳар икки томонда уларнинг сони 8-10 тага етади. Ҳар икки томонда ғалвирсимон лабиринт ягона ғалвирсимон суяқдан иборат бўлиб, юқорида пешона, орқадан понасимон, ташқаридан юқори жағ бўшлиқлари билан чегараланган. Ғалвирсимон бўшлиқнинг *ташқи девори* кўз косасининг қоғозсимон пластинкаси бўлиб, у бўшлиқ катакчаларини кўз косасидан ажратиб туради. *Ички девори* бурун бўшлиғининг ташқи деворини ҳосил қилишда иштирок этади. Ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг *юқори девори* калла суягининг олд чуқурчаси ёнида жойлашган *ғалвирсимон пластинка (lamina cribrosa)* билан чегараланган. Чақалоқларда ғалвирсимон бўшлиқ тўлиқ шаклланган бўлади.

Ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг шиллиқ ости пардаси жуда юмшоқ бўлиб, яллиғланганда бурун бўшлиғида полиппа ўхшаб осилиб туради. Ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари ўрта бурун йўлига очилган *олд* ва юқори бурун йўлига очилган *орқа* катакчаларга бўлинади.

Ғалвирсимон бўшлиқларнинг ўзига хос анатомик-топографик хасусиятлари патологик жараёни кўз косаси, калла ичи, кўриш асаб толасига тарқалишига ёрдам беради.

Пешона бўшлиқлари (*sinus frontalis*) жуфт бўлиб, пешона суяги ичида жойлашган. Ҳар бирининг ҳажми ўртача 4,7 см³га тенг бўлиб, сагитал кесимда учбурчак шаклига эга. Пешона бўшлиғи тўрт деворга эга бўлиб, унинг *пастки, кўз косаси девори* кўз косасининг юқори деворини ташкил қилади ва кичик майдонда ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари билан чегараланган. Унинг *олд, юз девори* энг қалин бўлиб, қалинлиги 5-8 мм ташкил қилади. Бўшлиқнинг *орқа, бош мия девори* анча мустаҳкам бўлиб, калла бўшлиғининг олд чуқурчаси билан чегараланган. Пешона бўшлиқларни бир-биридан ажратиб турувчи тўсиқ пешона бўшлиғининг *ички девори* ҳисобланади. Бўшлиқ тубида пешона-бурун каналининг тешиги мавжуд бўлиб, у ўрта бурун йўлининг олд қисмига очилади. Каналнинг узунлиги 10-15 мм ни, эни 1-4 мм ни, катталарда 7-8 мм ни ташкил этиши мумкин.

Пешона бўшлиғининг ривожланиши 5-10 ёшга бориб тўлиқ тугайди ва кўпинча асиметрик бўлади, 13 % ҳолларда иккала томонда умуман бўлмаслиги, 10,4% ҳолларда у ёки бу томонда ривожланган бўлиши кузатилди (С.А.Ҳасанов, Н.А.Саидов,2010).

Понасимон бўшлиқлар (*sinus sphenoidalies*) жуфт бўлиб, понасимон суяк танасида жойлашган. Улар калла суягининг асосини ҳосил қилишда иштирок этади. Бўшлиқларнинг ҳар бири тўрта деворга эга: *юқори, пастки, ташқи* ва *орқа*. Понасимон бўшлиқнинг тўсиғи уни ўз чиқиш тешигига эга бўлган икки алоҳида бўшлиқларга бўлади. Юқори девор турк эгарининг пастки юзаси, гипофиз, кўриш асаб толаси кесишмаси ва ҳид билиш эгатларига эга бош мия пешона қисми билан ёнма-ён жойлашган. Понасимон бўшлиқнинг *пастки девори* бурун ва бурунхалқум орқа қисмининг гумбазини ҳосил қилишда иштирок этиб, унда Видиев канал жойлашган. Бўшлиқнинг *ташқи девори* кўпинча юпқа (1-2мм) бўлиб, ички уйқу артерияси ва ғорсимон синус бўшлиғи (*sinus cavernosus*) билан чегараланган, бу жойдан Ү жуфт бош мия асаб толасининг I шохчаси ва III, IV, VI жуфт бош мия асаб толалари ўтади. Унинг *орқа девори* энг қалин девор бўлиб, энса суягининг асос қисмига ўтади. Понасимон бўшлиқнинг ривожланиши 12-15 ёшда тўтади.

Юқори жағ бўшлиқларини *a. nasalis posterior* қон билан таъминлайди. Улардан вена қон томирлари қисман қаноттанглай чигалига, қисман *v.facialis* га, лимфа томирлар эса чуқур бўйин ёки жағ ости лимфа тугунларига қуйилади. Ғалвирсимон бўшлиқларни олд ва орқа ғалвирсимон ва кўз ёши артериялари қон билан таъминлайди, вена қон томирлари кўз косаси венасига қуйилади. Пешона бўшлиқларини *a.sphenopalatina* ва *a.ethmoidalis anterior* қон билан таъминлайди, вена қон томирлари қисман *sinus longitudinalis superior*га ёки *foramen coecum*га қуйилади. Понасимон бўшлиқларни *a.sphenopalatina*,

a.pterygopalatinae, *a.vidianaе* қон билан таъминлайди, вена қон томирлари қисман *v.oftalmica*га ва асосан *sinus cavernosus*га қўйилади.

Бурун ёндаш бўшлиқларидан *лимфа* асосан бурун бўшлиғи лимфа тизими орқали пастки жағ ости ва чуқур бўйин лимфа тугунларга қўйилади. Уларнинг иннервациясини уч шохли асаб толасининг биринчи шохчаси ва қаноттанглай тугуни таъминлайди.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг физиологияси

Бурун бўшлиғи асосий ва иккиламчи физиологик фаолиятларни бажаради. Буруннинг асосий физиологик фаолиятларига *нафас олиш, ҳимоя ва ҳид билиш*, иккиламчи физиологик фаолиятларига - *мимика, кўз ёшни ўтказиш, резонанс (нутқ)* фаолиятлари киради. Бурун бўшлиғи овоз тембрини ҳосил қилишда ҳам иштирок этади.

Нафас олиш фаолияти буруннинг асосий фаолияти ҳисобланади. Меъёردа нафас олинган ва чиқарилган ҳавонинг ҳаммаси бурун орқали ўтиб, унинг ҳажми тахминан 500 см³ тенгдир. Бурун орқали нафас олиш физиологик жараён ҳисобланади. Нафас олинганда кўкрак қафасида юзага келган манфий босим туфайли ҳаво оқими буруннинг ҳар икки ярмига киради. Ҳаво оқимининг асосий қисми умумий бурун йўлидан ўрта бурун чиғаноғи бўйлаб пастдан тепага ёйсимон шаклда тарқалиб, орқага ва пастга, хоаналар томон йўналади. Нафас олинганда бурун ёндош бўшлиқларидан ҳавонинг бир қисми чиқарилади, бу эса кираётган ҳавони иситиш ва намлашга, бир қисмини ҳид билиш майдонига тарқалишига ёрдам беради. Нафас чиқарилганда ҳавонинг асосий қисми пастки бурун чиғаноқлари сатҳидан чиқарилади, бир қисми эса бурун ёндош бўшлиқларига киради. Ёйсимон йўл, бурун ичи йўллариининг мураккаблиги ҳаво оқимига анча қаршилиқ кўрсатади, бу хол физиологик аҳамиятга эга, чунки ҳаво оқими бурун шиллиқ пардасига кўрсатган босими нафас рефлексини қўзғатишда иштирок этади.

Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасидаги рефлексоген майдонлар бурун бўшлиғини бошқа аъзолар билан боғлаб туради. Бундай рефлектор боғланишни I ва V жуфт бош мия асаб толалари амалга ошириди (механо-, хемо- ва терморцепторларнинг фаолияти туфайли). Масалан, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига тамаки тутуни билан таъсир этилганда нафас ҳаракатларининг тезлиги ва чуқурлиги ўзгаради, хлороформ буғидан эса у бутунлай тўхтаб қолиши мумкин. Уч шохли асаб толасининг шохчалари “бурун-бронх рефлекси”ни пайдо қилиши аниқланган. Масалан, 54 - 80,5% ҳолларда бронхиял астма касаллиги аллергия ринитдан сўнг ривожланади.

Бурун орқали нафас олишни қийинлаштириши ва оғиздан нафас олиш натижасида ўпкага етарли миқдорда ҳаво кирмаслиги қуйидаги компенсатор механизмларни ишга тушишига олиб келади:

- 1) нафас олиш ҳаракатларининг сони ошади;
- 2) нафас чиқариш ҳаракати чўзилади;
- 3) кўкрак қафаси ва диафрагманинг экскурсияси кучаяди;

4) плевра ва трахея ичи босими ошади.

Оғиз орқали нафас олинганда ўпканинг ҳаво алмашинуви 25-30% га камаяди, бу эса қонда кислород ва карбонат ангидрид миқдори таъсир кўрсатиб, натижада эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори камаяди, эозинофиллар сони ва ЭЧТ ошади, глюкоза миқдори ўзгаради, кўкрак қафасидаги манфий босим пасайиб, ўпканинг нафас ҳаракатлари сусаяди, натижада организмда гипоксия ҳолати ривожланади. Уларни барчаси асаб, юрак қон-томир, қон ишлаб чиқариш ва бошқа тизимларда салбий ўзгаришларни ривожланишига олиб келади.

Химоя фаолияти. Ҳаво оқими бурун бўшлиғида иситилади, намланади, тозаланади.

Ҳавони иситилиши куйидагича амалга оширилади: совуқ ҳаво бурун шиллиқ пардасининг терморецепторларига таъсир кўрсатганда бурун чиғаноқлари, айниқса калорифер вазифасини бажарувчи пастки чиғаноқлар қонга тўлиб, ҳажми анча катталашади, бунинг натижасида бурун йўллари кескин тораяди. Совуқ ҳаво бурун чиғаноқлари шиллиқ пардасининг катталашган юзасига тегиб кичик оқим билан тор бурун йўлларида ўтиши натижада унинг ўтиш муддати чўзилади ва демак, иситилади.

Ҳавони намланиши шиллиқ безлар, қадахсимон хужайралар ишлаб чиққан ажралма, лимфа ва кўз ёши суюқлиги ҳисобидан содир бўлади. Бир сутка давомида катталарда бурун бўшлиғидан буғ билан 500 мл сув чиқарилиб, ушбу сувнинг миқдори ташқи ҳавонинг намлиги, ҳарорати ва бурун бўшлиғининг физиологик ҳолатига боғлиқ бўлади.

Ҳавони тозаланишида бир неча механизмлар иштирок этади. Йирик чанг заррачалари бурун даҳлизидagi қалин туклар ёрдамида механик усулда ушланиб қолинади. Биринчи тўсиқдан ўтган кичикроқ чанг заррачалари эса микроблар билан бирга шилимшиқ ажралма билан қопланган шиллиқ пардага ёпишиб қолади. Бурун йўлларида торлиги ва қийшиқлиги ҳам чангни ушланиб қолишига ёрдам беради. Қадахсимон хужайралар ишлаб чиққан шиллиқ модда таркибида лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулинлар мавжуд бўлиб, улар қатор микробларга қарши бактерицид ва бактериостатик таъсирга эга. Бурун бўшлиғига ҳаво оқими билан кирган чанг заррачалари, бактериялар ва кимёвий моддаларнинг 40 - 60% шилимшиқ ажралмага ёпишиб, ферментлар ёрдамида парчаланади ва сўлак билан туфлаб чиқарилади ёки ютиб юборилади.

Нафас йўлларида ўз-ўзини тозалаш механизми *мукоциллиар транспорт* (*мукоциллиар клиренс*) деб аталади ва у муҳим физиологик аҳамиятга эга. Ҳар бир тукли хужайра ўз юзасида 200-300 тагача тукларга эга бўлиб, уларнинг узунлиги 5-8 мкм, диаметри 0,15-0,3 мкм га тенг. Тукларнинг ҳар бири ҳаракат мосламасига - *аксонемага* эга. Туклар бир дақиқада 10-15 марта ҳаракатланиши мумкин. Уларнинг ҳаракати туфайли бурун ажралмаси, унга ёпишиб қолган чанг заррачалари, зарарли кимёвий моддалар ва микроблар бурунхалқум томон

силжитилади ва ютиб юборилади. Тукларнинг ҳаракатига турли омиллар таъсир кўрсатиши мумкин: турли юқумли касалликлар (масалан, қизамиқ, скарлатина, ЎРВК ва бошқ.), тана ҳароратини кўтарилиши, зарарли кимёвий моддалар, рН кўрсаткичининг ўзгариши туклар ҳаракатини бузилишига, ҳилпилловчи эпителий метаплазиясига, уни кўпқаватли ясси эпителийга айланишига олиб келади. Уч шохли асаб толаси таъсирланганда тукларнинг ҳаракати тезлашади, симпатик асаб тизими таъсирида-секинлашади. Глицерин, везелин, совук ҳаво ҳилпилловчи эпителий фаолиятини сусайтиради, адреналин эса, аксинча, уни кучайтиради. Тамаки тутини таъсирида эпителий фаолияти 5 дақиқадан сўнг тўхтаб қолиши мумкин.

Бурун касалликларини даволашда бурунга узоқ вақт давомида (икки ҳафтадан ортиқ) қон томирларини торайтирувчи ёки бошқа томчиларни томизиш ҳилпилловчи эпителий фаолиятига салбий таъсир кўрсатишини эсда тутиш лозим!

Буруннинг ҳимоя механизмларига аксириш ва кўз ёшини чиқариш фаолиятлари ҳам киради. Меъёردа кўз ёши суюқлиги бурун - кўз ёши каналининг тешиги орқали бурун бўшлиғига (пастки бурун йўлига) эркин ўтади. Бурун бўшлиғининг гипертрофия жараёнларида ёки совук ҳаво таъсирида бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши туфайли каналнинг тешиги торайиб, кўздан тинмай ёш оқиши кузатилади.

Буруннинг ҳид билиш фаолияти инсон учун жуда муҳим фаолиятлардан бири ҳисобланади. Унинг ёрдамида инсон атроф муҳитнинг ҳидини, озиқ-овқат маҳсулотларининг сифатини баҳолай олади. Кираётган ҳавонинг ҳидини билиш қобилияти организмни ташқи муҳитнинг зарарли таъсирларидан ҳимоя қилади. Масалан, айниган овқат, ҳаводаги зарарли моддаларнинг ҳиди одамни ҳушёр тортишга ва керакли ҳимоя чораларини кўришга ундайди.

Юқори нафас йўлига ҳаво оқимининг фақат 0,01 ёки 0,001 қисми киришига қарамасдан ҳид билиш рецептори ҳидли модданинг жуда кам миқдорини илғаб олади. Рецептор бўлимининг ўта сезгирлиги туфайли инсон 1:0,0000023 аралашма ҳидини билиш қобилиятига эга.

Ҳид билиш анализатори кимёвий сезги аъзоларига киради, ҳидли моддаларнинг ёғда эрувчи молекулалари (*одоривекторлар*) унинг адекват кўзғатувчиси бўлиб хизмат қилади. Ҳид билиш рефлекси асосан I ва Y жуфт бош мия асаб толалари ҳамда вегетатив асаб тизими орқали амалга оширилади. Ҳид билиш рецепторларининг 3 гуруҳи тафовут этилади:

- 1) соф олфактор;
- 2) соф тригеминал;
- 3) ольфактотригеминал.

Бурун орқали нафас олинганда ҳидли моддалар ҳаво оқими билан бурун бўшлиғининг юқори қисми, яъни ҳид билиш майдонига етиб боради. Ҳид билиш майдони (*region olfactoria*) ҳид билиш тирқишидан (*rima olfactorius*) бошланади. У ўрта бурун чиганоғининг пастки чети ва бурун тўсиғи орасида жойлашиб, эни 3-4 мм тенг.

Ҳид билишнинг кимё, физик ва физик-кимё назариялари мавжуд бўлиб, кимё назарияси бўйича бурун бўшлиғига кирган ҳидли моддаларнинг молекулалари (одоривектолар) ҳид билиш хужайралари тукларини қоплаган суюқликка сингиб, уларнинг оксили билан бирикади. Ҳосил бўлган бирикманинг таъсирида ўзгарган ҳид билиш хужайраларининг ионли потенциали асаб толаси хужайраларини қўзғалишига олиб келади. Пайдо бўлган қўзғалиш нейронлар занжири бўйлаб бош мия пўстлоғидаги ҳид билиш ўзакларига етиб боради. Физик назариясига биноан ҳид билиш хужайраларининг ҳар бир гуруҳи маълум одоривекторлар таъсирида, физик-кимё назарияси бўйича эса ҳид билиш аъзоси ҳидли моддаларнинг электр-кимёвий энергияси таъсирида қўзғалади.

Ҳид билиш қобилятининг бирламчи ва иккиламчи бузилишлари кузатилади. Бирламчи бузилишлар ҳид билиш анализаторининг рецептор хужайралари, ўтказиш йўллари ёки марказий бўлимларининг касалликлари, иккиламчи бузилишлар - ҳаво оқими ҳид билиш майдонига кирмаслиги натижасида юзага келади.

Турли яллиғланиш жараёнлари, шиллиқ парданинг полипоз ўзгаришлари, атрофия жараёнлари ҳид билиш қобилятини пасайишига (гипосмия) ва баъзан йўқотилишига (аносмия) олиб келиши мумкин.

Резонанс фаолияти. Бурун ёндош бўшлиқлари асосан резонанс ва ҳимоя вазифасини бажаради. Улар ҳаволи бўшлиқ сифатида оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳиқилдоқ билан бирга инсон овозининг ўзига хос тембрини ва бошқа хусусиятларини шакллантиришда иштирок этади. Кичик бўшлиқлар (ғалвирсимон суяк катакчалари, понасимон бўшлиқлар) юқори товушлар резонансида, йирик бўшлиқлар (юқори жағ ва пешона бўшлиқлари) паст товушлар резонансида қатнашади. Катталарда бурун ёндош бўшлиқларининг ўлчамлари одатда ўзгармайди, шунинг учун овознинг тембри ҳам бир умрга ўзгармайди. Овоз тембрининг бироз ўзгариши бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишида шиллиқ парданинг шиши ва дағаллашиши натижасида юзага келади. Бурунҳалқум ва бурун бўшлиғини товуш келаётган ҳалқумнинг ўрта бўлими ва юмшоқ танглай маълум даражада резонансни бошқариб туради. Юмшоқ танглай фалажида ёки йўқлигида беморда очик манқаланиш, бурунҳалқум, хоаналар ва бурун бўшлиғи ёпилганда - ёпиқ манқаланиш кузатилади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини организмнинг умумий ҳолатига таъсири

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг физиологик фаолияти инсон организмидаги айрим аъзо ва тизимлар учун муҳим аҳамиятга эга. Масалан, чанг заррачаларининг 60% ва кўпгина бактериялар бурун бўшлиғида ушланиб қолинади. Бурун орқали нафас олинганда пастки нафас йўлларида турли касалликларни қўзғатувчи микроблар 10 марта кам киради.

Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши беморда қон босимининг ошишига, кўздан ёш оқишига, кўз қорачиғини торайишига, юрак фаолияти ва бош миёда қон айланишини бузилишига, хотирани сусайишига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, у ангина, ўткир респиратор касаллик, бронхит ва зотилжамни ривожланишига ёрдам беради.

Нафас оғиз орқали олинганда организмга кираётган кислород миқдори меъёрадагига қараганда 78% ни ташкил қилиб, узоқ вақт давом этган кислород етишмовчилиги беморнинг жисмоний ва ақлий ривожланишига салбий таъсир кўрсатади.

Бурун бўшлиғи бош миё билан қон ва лимфа томирлар орқали ўзаро боғланиш ҳосил қилиши туфайли бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт қийинлашиши бош миёда қон ва лимфа айланишининг бузилишига олиб келиши мумкин. Натижада беморда тахикардия, калла ичи босимини ошиши, бош оғриғи, жисмоний ва рухий толиқиш, иштаҳани пасайиши, фикрни жамлай олмаслик белгилари кузатилади.

Бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт қийинлашиши асаб тизими бузилишларига ва қатор касалликларни (бронхиал астмага, болалардаги эпилепсияга ўхшаш талваса ҳолати ёки тунги энурез) ривожланишига олиб келиши ҳам мумкин. Болаларда бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт давомида қийинлашиши кўкрак қафаси суяқларининг ривожланишига салбий таъсир кўрсатиб, қомати ва юз-жағ тузилишининг бузилишига сабаб бўлади; натижада юқори жағ нотўғри ривожланади, унинг ён қисмлари бир-бирига яқинлашади, қаттиқ танглай торайиб, баландроқ жойлашади ("Готик" танглай). Бурун тубининг кўтарилиши бурун тўсиғи қийшиқлигига, тишлар жойлашувининг бузилишига олиб келади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш усуллари

Текширув беморнинг шикоятларини аниқлаш, анамнез маълумотларини йиғишдан бошланади. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшируви қуйидаги босқичлардан иборат:

I босқич. Кўздан кечириш.

1. *Ташқи бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари соҳаларини кўздан кечириш.* Бемор текширув столи ёнидаги курсига ўтиргандан сўнг ташқи бурун кўздан кечирилади, бунда буруннинг шаклига, терисининг рангига, унда доғ ёки чандиқ борлигига эътибор берилади.

2. *Ташқи бурунни пайпаслаш.* Текширувчи икки қўлининг кўрсаткич ёки бош бармоқларини беморнинг бурни устига қўйиб, енгил уқалаш ҳаракатлари билан бурун негизини, унинг суяқларини ва учини пайпаслаб кўради (115-расм).

3. *Пешона бўшлиқлари олд ва пастки деворларини пайпаслаш.* Текширувчи икки бош бармоқларини беморнинг пешонасига, қошларининг устига қўйиб, бу майдонни енгил босади, кейин бармоқларини кўз косаси юқори деворининг ички бурчагига кўчириб, у майдонни ҳам босиб кўради. Уч шохли асаб толаси I

шохчаларининг (*n.supraorbitalis*) чиқиш нуқталарини пайпаслайди. Меъёрда пешона бўшлиқларнинг деворлари пайпаслаганда оғримайди.



115-расм. Ташқи бурунни пайпаслаш



116-расм. Уч шохли асаб толаси II шохчаларининг чиқиш нуқталарини пайпаслаш



117-расм. Уч шохли асаб толаси III шохчаларининг чиқиш нуқталарини пайпаслаш

4. *Юқори жағ бўшлиқларининг олд деворларини пайпаслаш.* Текширувчи икки бош бармоқларини юқори жағ бўшлиғи олд деворидаги қозик тиш чуқурчасига қўйиб енгил босади ва уч шохли асаб толаси II шохчаларининг (*n.infraorbitalis*) чиқиш нуқталарини пайпаслайди. Кейин пастки жағ соҳасида уч шохли асаб толаси III шохчаларининг (*n.mentalis*) чиқиш нуқталарини пайпаслайди (116, 117-расмлар). Меъёрда юқори жағ бўшлиғининг олд девори пайпасланганда бемор оғриқни ҳис этмаслиги керак.

5. *Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш.* Жағ ости ва чуқур бўйин лимфа тугунлари беморни боши биров олдинга эгилган ҳолда бармоқлар учи ёрдамида енгил пайпасланади. Меъёрда лимфа тугунлар пайпасланмайди.

Чуқур бўйин лимфа тугунлари дастлаб бир томонда, кейин бошқа томонда пайпасланади. Беморнинг боши олдинга биров эгилади. Ўнг томондаги лимфа тугунларни пайпаслаш учун текширувчи ўнг қўлини беморнинг энсасига қўйиб, чап бармоқларининг учи билан тўш-ўмров-сўрғичсимон мушаги олдидаги юмшоқ тўқималарни чуқур пайпаслайди. Чап томондаги лимфа тугунларини пайпаслаганда эса чап қўлини беморнинг энсасига қўйган ҳолда ўнг қўли ёрдамида пайпаслайди. Меъёрда лимфа тугунлар пайпасланмайди.

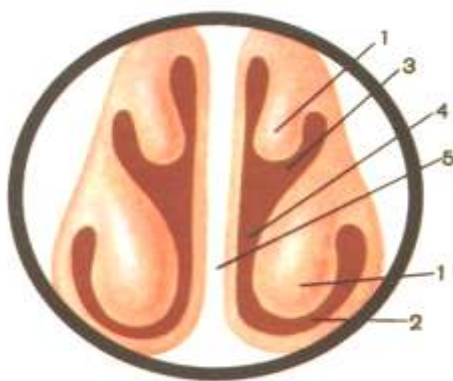
II босқич. Олд риноскопия. Бурун бўшлиғи сунъий ёруғлик (пешона рефлектори ёки ёруғлик манбаи) остида кўздан кечирилади. Ёруғлик манбаи беморнинг ўнг томонида, унинг ўнг қулоқ супраси даражасида ўрнатилади. Текширувда бурун кўзгуси - бурун кенгайтиргич ишлатилади. Текширувчи пешона рефлекторини чап кўзининг олдида тутиб, ўнг кўзини юм-ган ҳолда беморнинг юзига тушаётган ёруғлик нуқтасини чап кўзи билан рефлекторнинг тешиги орқали кўришга ҳаракат қилади.

1. Бурун даҳлизини кўздан кечириш. Текширувчи ўнг қўлининг бош бармоғи билан бурун учини кўтариб, ёруғлик нуқтасини бурун тешиклариغا

йўналтириб, бурун даҳлизини кўздан кечиради. Меъёрда бурун даҳлизи эркин бўлиб, унда туклар кўринади.

2. Олд риноскопия буруннинг ҳар икки қисмида навбатма-навбат бажарилади. Текширувчи бурун кўзгусининг ишчи учини пастга қаратган ҳолда уни чап қўлига олади; чап қўлнинг бош бармоғини бурун кўзгусининг қулфи устига, II, III ва IV бармоқларини - асбоб тутқичларининг ташқи томонига, V бармоғини тутқичлар орасига қўяди (118, 119-расмлар).

3. Чап қўлнинг тирсаги пастга туширилган, бурун кўзгусини ушлаб турган чап қапти ҳаракатчан бўлиши керак. Текширувчи ўнг қўлини бемор бошининг тепасига қўяди.



118-расм. Олд риноскопияда бурун бўшлиғининг манзараси



119-расм. Чап томонда олд риноскопияни бажарилиши

4. Ишчи қисми (тумшуғи) ёпилган ҳолда бурун кўзгуси бурун бўшлиғининг ўнг даҳлизига 0,5 см ичкарига киритилади, бунда кўзгу

- 1-пастки бурун чиғаноғи;
- 2-пастки бурун йўли;
- 3-ўрта бурун йўли;
- 4- умумий бурун йўли;
- 5-бурун тўсиғи;
- 6-ўрта бурун чиғаноғи.

тумшуғининг ўнг оёқчаси бурун даҳлизининг пастки-ички, чап оёқчаси - юқори-ташқи бурчагида жойлашиши лозим.

5. Чап қўлнинг II, III ва IV бармоқлари ёрдамида бурун кўзгуси тутқичлари қисилади, шунда ўнг бурун даҳлизи кенгаяди (бунда кўзгу тумшуғининг учи бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига тегмаслигига ҳаракат қилинади).

6. Бурун бўшлиғининг ўнг томони бемор бошининг тўғри ҳолатида кўздан кечирилади: меъёрда унинг шиллиқ пардаси пушти рангда, сатҳи силлиқ бўлиб, бурун тўсиғи ўртада жойлашади; бурун чиғаноқлари катталашмаган, умумий бурун йўли эркин булади.

7. Бурун бўшлиғининг ўнг томони беморнинг боши бироз олдинга эгилган ҳолда текширилади. Бунда пастки бурун йўлининг олд бўлими ва бурун туби кўринади. Меъёрда пастки бурун йўли эркин бўлади.

8. Буруннинг ўнг томони беморнинг боши орқага ва ўнг томонга бироз эгилган ҳолда текширилади, шунда ўрта бурун йўли кўзга ташланади.

9. Текширувчи V бармоғи ёрдамида бурун кўзгусининг ўнг тутқичини силжитади, тумшуғининг оёқчаларини тўлиқ ёпмаган ҳолда бурун бўшлиғидан чиқариб олади.

10. Бурун бўшлиғининг чап томони ҳам худди шу тартибда кўздан кечирилади.

III босқич. Буруннинг нафас олиш, ҳид билиш ва ҳимоя фаолиятларини текшириш.

1. Буруннинг нафас олиш фаолияти аввал бир томонда, кейин иккинчи томонда текширилади. Ўнг томонда бурун орқали нафас олиш фаолиятини аниқлаш учун текширувчи ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи ёрдамида чап бурун қанотини бурун тўсиғига босади. Чап қўли ёрдамида ўнг бурун даҳлизига юпқа пахта бўлагини ёки дока ипни яқинлаштириб, бемордан нафас олишни ва нафас чиқаришни сўрайди. Шу тариқа буруннинг чап томонида бурун орқали нафас олиш фаолияти текширилади. Пахта бўлагининг силжишига қараб буруннинг нафас олиш фаолиятига баҳо берилади (120-рasm). Текширувда ҳар икки томонда бурун орқали нафас олиш фаолияти меъёрда, қийинлашган ёки йўқотилган бўлиши мумкин.

Буруннинг нафас олиш фаолиятига баҳо берилганда бемор шикоятлари, пахта бўлаги билан ўтказилган синама натижаси ва риноскопия манзараси эътиборга олинади.



120-рasm.Буруннинг нафас олиш фаолиятини текшириш

Баъзан буруннинг нафас олиш фаолияти риноманометрия, тахиметрия, фонометрия, прессометрия, волюмометрия, резистометрия каби объектив текширувлар ёрдамида текширилади.

Риноманометрия текширув усули бурун бўшлиғидан ўтаётган ҳаво оқимининг миқдори ва босимини аниқлашга асосланган. Резистометрия текшируви ринопневмометр асбоби ёрдамида бажарилади. Бунда бурун бўшлиғининг ҳаво оқимига қаршилигининг даражаси баҳоланади.

Буруннинг нафас олиш фаолиятини бузилишига қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин: бурун чиғаноғи гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун суяқларининг нуқсонлари, бурун полиплари, бурун атрезиялари, ўсмалари, аденоидлар.

5- жадвалда буруннинг нафас олиш фаолиятининг бузилиш даражалари келтирилган.

5-жадвал

Бурун нафас олиш фаолиятининг бузилиш даражалари	Бурун бўшлиғида ҳаво айланиш қаршилиги см $H_2O/л/с$	Бурун орқали нафас чиқаришда ҳаво тезлиги л/с
Меъёрда	2-3,5	2,0-0,9
Енгил I	3,5-4,5	0,8-0,7
Ўртача II	4,5-6	0,6-0,4
Кескин III	6-8	0,3-0,2
Тўлиқ IV	8 ва ундан кўпроқ	0,1 ва ундан камроқ

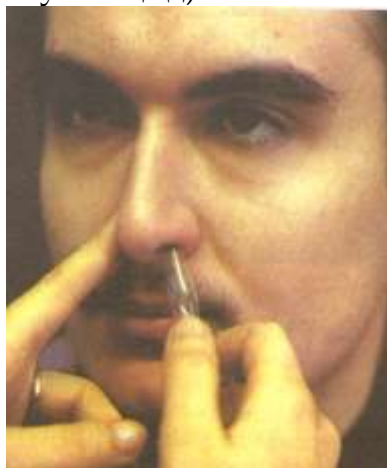
2. Буруннинг ҳид билиш фаолиятини текшириш усулларининг барчаси субъектив, нисбатан объектив ва объектив усулларга бўлиниб, реконструктив эндоназал жарроҳлик амалларига бўлган кўрсатмаларни ва ҳид билиш қобилиятининг перцептив бузилишларини аниқлашда ҳамда тиббий экспертизада қўлланилади. Амалиётда одатда *субъектив* текширув усуллари кенг қўлланилади. Улар теширилаётган шахсга ҳар хил даражадаги ҳидли моддаларни ҳидлатиш ва ундан “ҳа”, “йўқ”, “ҳа, аммо аниқ айтолмайман” каби жавоб олишга асосланган. *Нисбатан объектив* текширувларда ҳидлар таъсирида содир бўлган реакциялар (юрак уриши ва нафас олиш тезлигини ўзгариши, тери-гальваник реакцияларни ўзгариши) аниқланса, *объектив* текширувларда электроэнцефалография натижалари қайд этилади.

Ҳид билиш қобилиятининг *сифат кўрсаткичини* баҳолаш учун 1925 йилда В.И.Воячек томонидан ишлаб чиқилган текширув ўтказилади. Текширувда ишлатиладиган қуйидаги ҳидли моддаларнинг стандарт эритмалари тартиб рақамлари билан белгиланган бир хил шиша идишчаларга солиниб, ҳид кучини ўсиб бориши тартибида жойлаштирилади (121-расм):

- 0,5% сирка кислотаси эритмаси (кучсиз ҳид);
- янги вино спирти (ўртача ҳид);
- валериана тиндирмаси (кучли ҳид);
- навшадил спирти (ўта кучли ҳид).



121-расм. Ҳидли моддалар
тўплами



122-расм. Буруннинг ҳид
билиш фаолиятини
текшириш

Текширувчи ҳидли моддалар эритмаларини текширилаётган шахснинг бурун катакларига навбатма-навбат яқинлаштириб, ундан нафас олишни ва эритма ҳидини аниқлашни сўрайди (122-расм). Буруннинг ўнг томонида ҳид билиш фаолиятини аниқлаш учун текширувчи ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи билан буруннинг

чап қанотини бурун тўсиғига босиб, чап қўли билан ҳидли модда солинган шиша идишни беморнинг ўнг бурун катагига яқинлаштиради ва ундан нафас олишни, модданинг ҳидини аниқлашни сўрайди.

Худди шу тариқа буруннинг чап томонида ҳид билиш қобилияти текширилади. Бунда текширувчи буруннинг ўнг қанотини чап қўлининг кўрсаткич бармоғи билан босиб, ўнг қўли билан ҳидли моддани беморнинг чап бурун катагига яқинлаштиради.

Ҳар бир ҳидли модда ҳид билиш жараёнида иштирок этувчи учта асаб толалардан бирига (уч шохли, тил-халқум, ҳид билиш асаб толаси) таъсир килади.

Текширув олфактометр асбоби ёрдамида бажарилади.

Беморда ҳид билиш қобилияти меъёрда (нормосмия), пасайган (гипосмия), йўқотилган (аносмия), ёки бузилган (паросмия) бўлиши мумкин. Баъзан ҳид галюцинациялари (какосмия) учрайди. Бош мия ўсмаси ва бош мия пешона бўлагининг ҳўппозида бир томонлама аносмия кузатилади.

Текширувда барча эритмалар ҳидини тўғри аниқлаган беморда ҳид билиш қобилияти пасайишининг I даражаси, ўрта кучли ҳидни аниқланганда – II даражаси ва кучли ҳидни аниқланганда – III даражаси деб баҳоланади. Текширилаётган шахс фақат навшадил спирт ҳидини аниқлаганда ҳид билиш қобилияти пасайишининг IV даражаси деб баҳоланади.

Текширувда ҳид билиш тирқишларининг ўтказувчанлиги муҳим аҳамиятга эга, шунинг учун текширувдан олдин бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси шишини камайтириш ва ҳид билиш тирқишларини очиш тадбирлари ўтказилиши лозим.

Отоневрологияда 7 та ҳидли моддалардан иборат Бернштейн (1928) тўпламидан фойдаланилади. Тўпламда қуйидаги ҳидли моддалар ҳид кучини ошиб бориши тартибда жойлаштирилган: 1-кир ювиш совуни, 2-атир гул шарбати, 3-аччиқ бодом шарбати, 4 - қора куя, 5 - скипидар, 6 - навшадил спирти, 7 - хлороформ. Қайд этилган ҳидли моддалар тез бўлганлиги сабабали улар зич ёпилган шиши идишларда сақланади. Текширув ҳавоси тозаланган хонада моно – ва биринал усулда бажарилади. Текширувда ҳидли моддаларнинг турли концентрацияларидан фойдаланилади. Масалан, валериана эритмасининг бошланғич концентрациясидан ташқари яна 0,8; 0,4; 0,1; 0,05; 0,025; 0,0125 концентрациялари тайёрланади. Бемор бармоғи билан бурун катакларининг бирини ёпгандан сўнг текширувчи ҳидли модда эритмасининг энг кичик концентрацияси солинган идишдан бошлаб навбатма-навбат барча эритмаларни иккинчи бурун катагига 1 см масофада яқинлаштириб, беморга бир марта нафас олишни буюради, кейин шиша идишни ундан узоқлаштиради. Бемор ҳидини сеза бошлаган ҳидли модданинг энг кичик концентрацияси - ҳид билиш қобилиятининг *сон кўрсаткичини*, яъни *ҳид билиш бўсағасини*, ҳиди тўғри аниқланиб ифодалаб берилган эритма концентрацияси – *ҳидни аниқлаш бўсағасини* ифодалайди. Ҳидни аниқлаш бўсағаси ҳид билиш бўсағасидан биров баланд бўлади.

Л.Б.Дайняк (1959) ишлаб чиққан текширув усулида бемор бурнига ўрнатилган олива орқали дастлаб ҳидли модда солинган идишдан, кейин бошқа идишдан ўтаётган ҳаводан нафас олади. Ҳавони вақти-вақти билан ёки узлуксиз юборишиши беморда нафақат ҳид билиш, ҳидни аниқлаш бўсағаларини, балки мослашиш ва ҳид билиш қобилиятининг тикланиш вақтини ҳам аниқлаш имконини беради. Мослашиш вақтини аниқлаш учун беморга ҳар 2-3 сонияда

ҳидли модданинг бўсағали миқдори юборилади; у ҳидни билмай қолганлигича давом этган вақт *мослашиш вақти*, бўсағали таъсирдан сўнг ҳидни яна билиш учун керак бўлган вақт ҳид билиш қобилиятининг *тикланиш вақти* деб баҳоланади.

3. Буруннинг мукоциллиар ташувчилик фаолиятини текшириш усулларининг аксарияти турли ҳидли индикаторларни (кўмир чанги, туш, сахарин, белгиланган радиийфаол изотоплар ва бошқ.) шилимшиқ ажралма билан билга бурун бўшлиғида силжиш вақтини аниқлашга асосланган. Амалиётда кўпинча Г.И.Марков (1985) томонидан ишлаб чиқилган текширув усули қўлланилади. Текширувда индикатор сифатида крахмал-агар аралашмасига қўшилган кўмир кукуни (0,2 г крахмал, 0,05 г агар-агар, 1,0 г кўмир кукуни, 10 мл сув) ишлатилади. Ҳилпилловчи эпителийнинг ҳаракати қуйидагича баҳоланади: 15 дақиқагача – меъёрда, 30 дақиқагача – мукоциллиар ташувчилик фаолияти бузилишининг I даражаси, 31-45 дақиқагача – II даражаси, 45-50 дақиқагача III – даражаси.

Сахарин билан ўтказиладиган тестда бемор пастки бурун чиғаноғининг устига қўйилган сахарин бўлакчасининг ширин таъмини сеза бошлаган вақт оралиғи аниқланади. С.З.Пискунов (1995) томонидан ишлаб чиқилган текширув усулида таркибига сахарин ва кўк метилен киритилган метилцеллюлозали эрувчи плёнкаи ишлатилади.

Мукоциллиар ташувчилик фаоллигини текшириш пайтида индикатор пастки бурун чиғаноғининг олд учидан 0,5-1,0 см ташлаб, шиллиқ пардага суртилиши лозим. Ҳилпилловчи эпителий тукларининг ҳаракати бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси ишлаб чиққан ажралманинг миқдори ва характерига ҳам боғлиқ. Шунинг учун бурун бўшлиғи шиллиқ пардасидаги безларнинг суюқлик ишлаб чиқариш ва шилиқ қаватнинг сўриш фаолиятларини аниқлаш назарий ва амалий аҳамиятга эга.

4. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасида жойлашган безларнинг суюқлик ишлаб чиқариш фаолиятини текширишнинг энг оддий усули – бу пахта бўлакчаси билан ўтказилган тест бўлиб, бунда пастки бурун чиғаноғининг ўртасига пинцет ёрдамида диаметри 0,5 см га тенг пахта бўлакчаси 2-3 дақиқага киритилади. Шиллиқ пардада жойлашган безларнинг суюқлик ишлаб чиқариш фаолияти меъёрда бўлган ҳолларда пахта енгил намланади, пасайганда – қуруқлигича қолади, кўпайганда – суюқлик билан тўлиқ намланган бўлади. Текширувда пахта бўлагининг вазнини бурун бўшлиғига киритишдан олдин ва кейин ўлчаш усулини қўллаш мумкин.

5. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг сўриш фаолиятини аниқлаш учун ҳам бир неча текширув усуллари ишлаб чиқилган (Bozik O., 1964; Н.Н.Юдов, 1966; Б.М.Сагалович, 1967).

6. Водород ионларини текшириш усули (рН-метрия) "Рифан" индикатор қоғози ёрдамида калориметрик усулда бажарилади. Бунда қоғоз тасмаси пастки бурун йўлига 10 сонияга киритилиб, кейин чиқариб олинади ва ранги махсус

pH шкаласи ранглари билан солиштирилади. Меъёрда бурун ажралмасининг реакцияси нейтрал ёки суғушқорли бўлиб, pH кўрсаткичи 7,0 га тенг. Бурун бўшлиғи касалликларида ажралманинг pH кўрсаткичи ошади.

7. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг термометрияси махсус электр термометрлар ёрдамида бажарилади. Меъёрда пастки бурун чиғаноғининг олди соҳасида ҳарорат 28,5°C ни, ўрта бурун чиғаноғининг орқа қисмида 35,3°C ни ташкил қилса, бурун касалликларида бурун бўшлиғининг орқа бўлимларида шиллиқ парда ҳароратини ошиши кузатилади.

IV босқич. Орқа риноскопия.

1. Буруннинг орқа бўлимларини кўздан кечириш учун бурунҳалқум кўзгу дастасига ўрнатилади ва 2-3 сонияга иссиқ сувга солиниб, иситилади.

2. Ўнг қўлга кўзгу дастаси олиниб, юзини тоза доқа билан артилади ва чап қўлнинг бош бармоғи билан исиганлигини текшириб кўрилади.

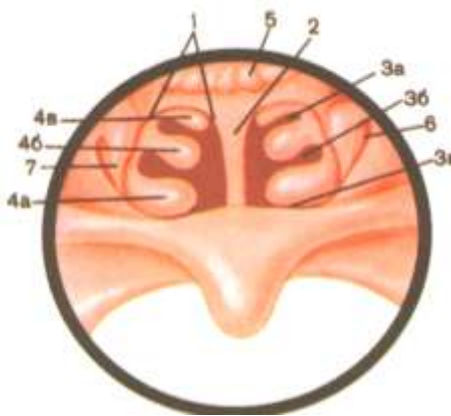
3. Чап қўлга шпател олиниб, ўнг оғиз бурчагидан беморнинг оғзига киритилади ва учи билан тилнинг олди 2/3 қисми астагина босилади.

4. Текширувчи бурунҳалқум кўзгусини ўнг қўли билан қаламни ушлагандай енгил ушлаб, уни тил негизи ва ҳалқумнинг орқа деворига теккизмасдан юмшоқ танглайни орқасига 45° остида киритади (бунда кўзгу юзи юқорига қараган бўлиши лозим);

5. Текширувчи ёруғлик тўпламини кўзгуга йўналтирган ҳолда кўзгунини у ёки бу томонга бураб, бурун бўшлиғининг орқа бўлимларини кўздан кечирилади.

6. Текширув пайтида бемор бурун орқали нафас олиши лозим.

Орқа риноскопияда бурун чиғаноқларининг орқа учлари, бурун йўллари, бурун тўсиғининг орқа бўлими (димоғ суяғи) кўринади (123-расм). Меъёрда бурун чиғаноқларининг орқа учлари хоаналардан чиқмай, димоғ суяғи ўрта чизик бўйлаб жойлашади.



123 - расм. Орқа риноскопияда бурунҳалқумнинг манзараси

- 1.хоаналар; 2.бурун тўсиғи;
3.бурун йўллари; а.юқори бурун йўли;
б.ўрта бурун йўли; в. пастки бурун йўли; 4а. пастки бурун чиғаноқлари; 4б.ўрта бурун чиғаноқлари; 4в.юқори бурун чиғаноқларининг орқа қисми; 5.бурунҳалқум; 6.ҳалқумнинг ён девори.

Катта ёшли болаларда орқа риноскопия текшируви одатда маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилиши мумкин.

V босқич. Бурунҳалқумни бармоқ билан пайпаслаш.

1. Бемор курсига ўтиради, текширувчи унинг орқасида ўнг томонда тик туради;

2. Текширувчи чап қўлининг бош бармоғи билан бемор лунжини жағ тишлари орасига босиб, ўнг қўлининг иккинчи бармоғини бурунҳалқумга, юмшоқ танглайнинг орқасига киритиб, хоаналарни пайпаслайди. (124-расм).



124- расм. Бурунҳалқумни бармоқ билан пайпаслаш

Ёш болаларни текшириш пайтида текширувчи кўпинча боланинг пастки жағини чап қўл кафти орасида олади ва бош бармоғи билан лунжини жағ тишлари орасига киритиб, боланинг бошини маҳкам ушлаб, ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи ёрдамида бурунҳалқумни пайпаслайди.

ҲИ БОСҚИЧ. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси бўшлиқлар бор-йўқлигини, уларнинг ҳажми ва ўлчамини аниқлашга ёрдам беради ва амалиётда кенг қўлланилади.

Рентгенография текширувининг қуйидаги усуллари амалда кенг қўлланилади:

Бурун-пешона йўналишда бажарилган рентгенография текширувида беморнинг пешонаси ва бурнининг учи касетага тегиб туриши лозим. Рентген тасвирида пешона бўшлиқлар аниқ, ғалвирсимон ва юқори жағ бўшлиқлари хирароқ кўринади. Бунда нур *protuberancia occipitalis externa* дан йўналтирилади.

Бурун-ияк йўналишда бажарилган рентгенографияда бемор касетага оғзини катта очиб ўтиради, бунда унинг бурун учи, лаблари ва ияги касетага енгил тегиб туриши лозим. Бундай ҳолатда олинган рентген тасвирда пешона бўшлиқлари, юқори жағ, ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари ва понасимон бўшлиқ аниқ кўринади.

Ён (битемпорал) йўналишда бажарилган рентгенографияда бемор бошининг сагитал юзасини касетага параллел жойлаштиради. Рентген нури қулоқ супраси думбоқчасидан 1,5см олдинда фронтал йўналишда ўтади. Бундай рентген тасвирида пешона ва понасимон бўшлиқлар аниқ кўринади, ғалвирсимон бўшлиқларининг ён томонининг акси бироз хирароқ кўринади. Аммо бу проекцияда бўшлиқларнинг акси бир-бири устига тушиб, қайси томондаги бўшлиқ зарарланганлиги ҳақида маълумот олиш имконини бермайди.

Аксиал йўналишда бажарилган рентгенографияда бемор бошини орқага ташлаган, энса соҳаси касетага теккан ҳолда чалқанча ётқизилади. Бу ҳолатда ияк соҳаси горизонтал текисликда жойлашиб, рентген нури қалқонсимон безнинг юқори кесмасига тўғри вертикал йўналишда ўтади. Бундай проекцияда понасимон бўшлиқлар аниқ кўринади.

Амалиётда бурун-ияк йўналиши кенг қўлланилади. Рентгенограммага баҳо берилганда бўшлиқларнинг ҳажми бир-бирига таққосланади; бўшлиқ қанча катта бўлса, унинг ҳаволилиги, яъни пневматизацияси шунча яхши бўлади. Рентгенография текшируви бурун ёндош бўшлиғида экссудат, шиллиқ пардаси қалинлашганлиги, полип ёки киста борлигини аниқлаш имконини беради. Кичик бўшлиқ доимо хирароқ кўринади.

ҮII босқич. Юқори жағ, пешона ва понасимон бұшлиқлар ичига юпқа полиэтилен *катетерларни* киритиб, уларни ювиш, зарур бўлса антисептик дориларни юбориш. Бурун ёндош бұшлиқларни зонд ёрдамида текшириш имкони бўлмаган ҳолларда *юқори жағ ва пешона бұшлиқларини тешиш ёки трепанопункция* аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Охирги йилларда бурун ва бурун ёндош бұшлиқларини текшириш учун қуйидаги янги текширув усуллари амалиётга татбиқ этилмоқда:

1. Бурун ёндош бұшлиқларини *ультратовуш ёрдамида* текшириш "Синусоскан" каби асбоблар ёрдамида бажарилади (125-расм). Ҳаво муҳити ультратовуш тўлқинлари учун абсолют тўсиқ бўлиб хизмат қилади, шунинг учун улар ҳаволи бұшлиқларни айланиб ўтади ва эхограммада акс этмайди. Бұшлиқнинг ичи патологик ажралма, полип ёки ўсма билан тўлган ҳолларда экранда патологик ўзгаришнинг шакли ва жойлашувини акс эттирувчи чизиқлар пайдо бўлади.

2. Кейинги йилларда амалиётга *ультратовушли биолокация* текширув усули кенг татбиқ этилмоқда. У турли зичликдаги тўқималар чегарасида акс этаётган товушни қайд қилишга асосланган. Ушбу текширувнинг авзал томони шундан иборатки, унда беморга ионлашган нур билан таъсир этилмайди. Чет элларда ишлаб чиқилган эхосинусоскоплар ёрдамида бажариладиган ультратовуш текшируви (УЗИ) хусусан бурун ёндош бұшлиқлари касалликларини аниқлашда кенг қўлланилади. Аммо бурун ёндаш бұшлиқларининг ультратовушли биолокация текшируви рентгенография, КТ ва МРТ текширувларга қараганда камроқ маълумот беради.



125-расм. Юқори жағ бұшлиғини ультратовуш ёрдамида текшириш

3. *Компьютер томографияси* (КТ) текшируви анъанавий рентгенографияга нисбатан кўпроқ қулайликларга эга. Унда тўқималар (суяк, шиллиқ парда, суюқлик) зичлиги орасидаги фарқ яққол намоён бўлишидан ташқари, текширилаётган аъзонинг кўндаланг кесими ҳам қоғозга туширилади. Одатда КТ текшируви коронар, аксиал ёки сагитал йўналишларда, жарроҳлик амалига тайёргарлик жа раёнида кўпинча коронар проекцияда, мураккаб ҳолларда - коронар ва аксиал проекцияларда бажарилади. КТ текшируви бурун ва бурун ёндош бұшлиқлари ичи тузилмаларининг ўзаро жойлашувининг аниқ тасвирини кўрсатиб, анатомик бузилишларнинг характери, патологик

жараёнларга таъсири ҳақида чуқурроқ тасаввурга эга бўлиш имконини беради ва жарроҳлик амалининг ҳажмини режалаштиришда муҳим аҳамият касб этади; жарроҳлик амали пайтида жарроҳ ишини анча енгиллаштиради.

Жарроҳ компьютер томограммасига асосланиб чуқур жойлашган бўшлиқларда кераксиз амалларни бажаришдан воз кечади ва керакли жарроҳлик амалини чуқурроқ режалаштиради.

Бундан ташқари, КТ текшируви бурун ёндош бўшлиқлари ўсмаларини, патологик жараённинг тарқалиш даражасини ва кайталанувчи яллиғланиш жараёнининг сабабларини аниқлашга ҳамда риноген кўз косаси ва калла ичи асоратларини олдини олишга ёрдам беради.

3. *Магнит-резонанс томография (МРТ)* текширув усули яширин яллиғланиш ўчоқларини аниқлашга ёрдам беради. Ионлашган нур таъсирисиз бажариладиган бу текширув ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари ҳолатини, шиллиқ парда шишини, бўшлиқ ичида ажралма ёки юмшоқ ўсма борлигини аниқлаш имконини беради. МРТ текширувининг афзаллиги шундан иборатки, у бемор ҳолати ўзгармаган ҳолда турли текисликларда бажарилади.

Ринологияда МРТ текшируви бурун ёндош бўшлиқларининг замбуруғли касалликларини, мукоцеле ва нотирик кисталар каби патологик ўзгаришларни аниқлаш, яллиғланиш ва ўсма жараёнларини фарқлаш учун қимматли маълумотлар олиш имконини беради. Айрим ҳолларда, масалан ҳавфсиз ва ҳавфли ўсмаларнинг қиёсий ташхисотида, жарроҳлик амалидан олдин ўсма чегарасини аниқлаш жараёнида МРТ текшируви юмшоқ тўқималар тасвирини яхшироқ кўрсатиш имконияти билан КТ текширувидан афзалроқ ҳисобланади. У ўсма жараёнини иккиламчи яллиғланиш жараёнидан фарқлашга, ўсмани кўз косаси, калла ичига ва бош миянинг қаттиқ пардасига тарқалганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш жоизки, МРТ текшируви синуситларни даволаш самарадорлигини баҳолашда сохта ижобий маълумот бериши ва яллиғланиш жараёнининг ҳатто кичик қолдиқлари ёки тўқималарнинг реактив шиши беморга кераксиз даво муолажаларини тавсия этишга сабаб бўлиши мумкин.

Ионлашган нурнинг салбий таъсири нуқтаи назардан қараганда КТ ва МРТ текширувлари рентгенография текширувига нисбатан анча ҳавфсизроқ ҳисобланади.

4. *Микрориноскопия* текшируви жарроҳлик микроскопи ёрдамида оддий риноскопиядан сўнг бажарилиб, бурун бўшлиғининг анатомик хусусиятлари ҳақида аниқ тасаввурга эга бўлиш имконини беради. Текширувда бурун бўшлиғи тузилмалари анча йирик бўлиб кўриниши эътиборга олинади. Микрориноскопия одатда қоронғи хонада, бемор бошини текширувчи томонга биров буриб, кўзларини сочиқ билан ёпиб чалқанча ётган ҳолатида бажарилади.

Дастлаб бурун бўшлиғи ажралмалардан яхшилаб тозаланади, кейин 10% лидокаин эритмаси билан аппликацион оғриқсизлантириш муолажаси бажарилиб, зарур бўлса бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига 0,1% адреналин гидрохлорид эритмаси суртилади. Бурун даҳлизи махсус мослама ёрдамида

кенгайтирилади, ўрта бурун чиғаноғи Киллиан бурун кенгайтиргичи ёрдамида силжитилади. Текширув пайтида электр сўргични ишлатиш мумкин.

Бурун бўшлиғининг барча майдонларни кўздан кечириш учун микрориноскопия одатда кичик катталаштириш даражасидан (4-6 марта) бошланиб, кейин 10 марта ва ундан юқори даражада катталаштирилади. Микроскоп объективи дастлаб бурунга кириш жойидан тахминан 200 мм масофада ўрнатилади, кейин нозик ҳаракатлар билан окуляр ҳолатини ўзгартириб, аниқ тасвир олинади. Текширув пайтида кўздан кечириладиган майдон яхши ёритилиши ва бемор бошини оптимал ҳолатда ушлаб туриши лозим. Текширув пайтида текшириладиган аъзо кўриш майдонидан силжиганда микроскопнинг оптик қисми ва бемор бошининг ҳолатлари бироз ўзгартирилади. Бурун бўшлиғининг орқа бўлимларини кўздан кечириш пайтида микроскопнинг оптик қисми ёки бемор бошининг ҳолатини ўзгартириш билан текшириладиган майдонга тушаётган ёруғлик бурчаги кўпайтирилади. Буруннинг ён бўлимларини, бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўллари, ҳид билиш тирқишларини ва бошқа чуқур тузилмаларни кўздан кечириш учун бурун бўшлиғига кичик кўзгу киритилади.

Микрориноскопия бурун бўшлиғи кичик ўсмаларининг чегарасини аниқлаш имконини беради, бунда ўсма жойлашган майдонда шиллиқ парданинг юзи ғадир-бурур эканлиги, қон томирлар тўри, оқ ёки қуланг ўсма тўқимаси ва фибринозли караш кўринади. Ушбу текширув ўсма жараёнининг кўзга илинмаган қайталанишини эрта аниқлашга ёрдам беради.

Жарроҳлик микроскопи ёрдамида бажарилган эндоназал жарроҳлик амаллари тўлиқроқ бажарилиб, бунда жарроҳ иккала қўллари ишлатиш имконига эга бўлади (бир қўли билан эндоскопни ушлаб туруш эҳтиёжи йўқолади).

5. *Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг эндоскопия* текшируви кўриш бурчаги 0 дан 120° гача бўлган юмшоқ ва қаттиқ эндоскоплар ёрдамида бажарилади. Текширув маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади, бунинг учун бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси 10% лидокаин эритмаси ёки қон томирларни торайтирувчи дори қўшилган бошқа анестетиклар ёрдамида аппликация усулида оғриқсизлантирилади. Одатда эндоскоп ҳалқум ёки бурун орқали киритилади. Эндоскопия текшируви бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини, бурун бўшлиғи турли бўлимларининг патологик ўзгаришларини аниқлаш ва эндоназал жарроҳлик амалини бурун бўшлиғи тузилмаларининг анатомик тузилишини минимал бузган ҳолда бажариш имконини бериб, амалиётга тобора кенг тадбиқ этилмоқда.

Текширувда кўпинча «Karl Storz», «Richard Wolf», «Karl Zeiss» фирмалари ишлаб чиққан қаттиқ эндоскоплар тўпламидан ҳамда «Olympus», «Pentax» фирмалари ишлаб чиққан фиброэндоскоплардан фойдаланилади. Бурун бўшлиғининг турли бўлимлари ва бурун ёндош бўшлиқларининг барча деворларини кўздан кечириш учун одатда «0» оптикали қаттиқ эндоскоп,

баъзан кўриш бурчаги 30° , 70° , 90° ва 120° га, диаметри 4,0 а 2,7 мм га ёки 1,9 мм га тенг эндоскоплар ишлатилади.

Бурун бўшлиғининг эндоскопия текшируви бурун орқари нафас олиш бузилган, бурундан узоқ вақт давомида қон оқиши кузатилган ва сабабсиз бош оғриқларида бажарилган олд ва орқа риноскопия текширувлари етарли маълумот олиш имконини бермаган ҳолларда бажарилади. Бундан ташқари, бурун бўшлиғи эндоскопияси орқа мия суюқлиги бурун орқали оқаётган ҳолларда фистула майдони қаерда жойлашганлигини ва бурун ўсмаларида бўйин метастази манбаъини аниқлаш, биопсияга тўқима бўлагини олиш ва жарроҳлик амалидан сўнг буруннинг фото- ва видеоҳужжатларига эҳтиёж туғилганда қўлланилади (126-расм).



126 - расм. Бурун бўшлиғининг эндоскопик текшируви

Шартли равишда эндоскопия текширув усуллари иккига бўлиш мумкин:

- 1) диагностик эндоскопия;
- 2) жарроҳлик эндоскопия.

Диагностик эндоскопиянинг мақсади шиллиқ пардадаги патологик ўзгаришларни эрта аниқлаш ва соғлом шиллиқ парда, бурун чиғаноқлари ва бошқа анатомик тузилмаларга зарар етказмаган ҳолда жарроҳлик амалини бажаришдан иборат.

Диагностик эндоскопия

қуйидаги кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда бажарилади: бурун орқали нафас олишни қийинлиги, бурундан ажралма оқиши, ҳид билиш фаолиятининг бузилиши, бурундан сабабсиз қон оқиши, бурун бўшлиғи ўсмалари, полипозли гайморо-этмоидит, эшитув найи фаолиятининг бузилиши, сабабсиз бош оғриғи, жарроҳлик амалидан олдин текшириш ва жарроҳлик амалидан сўнг даволаш самарасини назорат қилиш, фото- ва видеоҳужжатларнинг зарурлиги ва бошқалар. Бир сўз билан айтганда, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг деярли барча касалликларида диагностик эндоскопия текширувини қўллаш мумкин.

Текширувдан олдин бурун бўшлиғи тозаланиши, керак бўлса шиллиқ пардага қон томирларни торайтирувчи ва оғриқсизлантирувчи дорилар суртилади.

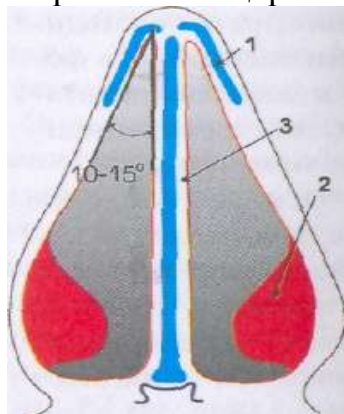
Бурун бўшлиғининг эндоскопия текшируви бемор чалқанча ётган ва бошини текширувчи турган ўнг томонга бироз бурган ҳолатда бажарилади. Текширувчидан маълум изчилликка риоя қилиш талаб этилади, шунда текширувчи бирор бир ҳолатни кўздан қочирмаслигига ишонч ҳосил қилиб,

текширувни тез бажаради. Бурун бўшлиғининг эндоскопия текшируви уч босқичда бажарилади.

Биринчи босқичда бурун бўшлиғининг даҳлизи ва умумий бурун йўли кўздан кечирилгандан сўнг эндоскоп бурун бўшлиғининг туби бўйлаб бурунҳалқум томон силжитилади.

Бурун даҳлизида “олд бурун клапани”, яъни ички томондан бурун тўсиғи, пастдан бурун бўшлиғининг туби, тепадан учбурчак тоғай билан чегараланган бўшлиқ жойлашган (127-расм). Меъёрда бурун клапанининг бурчаги учбурчак тоғай ва бурун тўсиғи орасида 10- 15 ° ни ташкил қилади. Ушбу бурчакни камайиши ва бурун клапанининг торайиши бурун орқали нафас олиш фаолиятини қийинлаштиради, бунда бурун қанотларининг жипслашиши кузатилади.

Текширув пайтида пастки бурун чиғаноғи шиллиқ пардасининг ҳолатига баҳо бериш, баъзан бурун-кўз ёши канали тешигини ва юқори жағ бўшлиғида жарроҳлик амали бажарилган беморларда пастки бурун йўли ва юқори жағ бўшлиғи орасида ҳосил қилинган йўлни кўздан кечириш мумкин. Эндоскопни янада чуқурроқ силжитиб пастки бурун чиғаноқларининг орқа қисмлари, эшитув найининг ҳалқум тешиги ва бурунҳалқум гумбазининг ҳолатига баҳо берилади, аденоидлар бор – йўқлиги ва уларнинг ҳажми, бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўлларида бурунҳалқумга оқиб тушаётган ажралманинг характери аниқланади.



127-расм. Олд бурун клапани: 1-10-15° га тенг клапан бурчаги; 2- пастки бурун чиғаноғи; 3-бурун тўсиғи

Иккинчи босқичда ўрта бурун йўли кўздан кечирилади. Бунда диаметри 4 ёки 2,7 мм га тенг, кўриш бурчаги 30 ° ёки 70 ° га тенг эндоскоп понасимон бўшлиқнинг олд деворига понағалвирсимон чўнтакка киритилади. Бунинг учун қатор ҳолларда ўрта бурун чиғаноғини ички томонга силжитишга тўғри келади. Эндоскопни бурун бўшлиғидан чиқариш пайтида илгаксимон ўсимта, катта ғалвирсимон пуфак, ярим ой тирқиш, ғалвирсимон воронка, понасимон бўшлиқнинг табиий йўли, ғалвирсимон бўшлиқ катаклари навбатма-навбат кўздан кечирилади, ўрта бурун чиғаноғи шиллиқ пардасининг гиперплазияси ва остеомеатал тизим блокадасининг даражаси аниқланади. Ўрта бурун йўлининг бошланғич қисмида *остеомеатал комплекс* жойлашган (128-расм). У ички томондан ўрта бурун чиғаноғи, ташқи томондан -

ғалвирсимон суякнинг ўроқсимон пластинкасининг илгаксимон ўсиғи билан чегараланган. Илгаксимон ўсиқ тароқча шаклида бўлиб, буруннинг ташқи деворига бирикади, у тепага ва орқа томонга чўзилган. Олдинда ва ундан биров юқорида ўрта бурун чиғаноғининг бирикиш майдонида ярим ой тирқишига очилган бурун ёстиқчасининг (*agger nasi*) хужайралари жойлашган. Илгаксимон ўсиқ ғалвирсимон қадоқчанинг (*infundibulum ethmoidale*) олд

девори ҳисобланади, унинг пастки бўлимига юқори жағ бўшлиғининг табиий йўли очилади. Кўпинча эндоскопия текширувида ўрта бурун чиғаноғининг остида галвирсимон бўшлиқнинг йирик катакчаси-галвирсимон пуфакчани (*bullae ethmoidalis*) кўриш мумкин. Галвирсимон воронка ўрта бурун йўлидаги ярим ой тирқишида жойлашган бўлиб, унинг олд деворида пешона бўшлиғининг табиий йўли ҳам очилади.

Юқори жағ бўшлиғининг табиий йўли илгаксимон ўсимтанинг эркин чети орқасида жойлашганлиги туфайли уни кўздан кечириб бўлмайди. Баъзан эндоскопияда ўрта бурун чиғаноғининг катталашган олд учи - *concha bullosa* (129-расм) кўринади, бу ҳолат ўрта бурун чиғаноғи ҳаддан ташқари ҳаво билан тўлганлигини билдиради.

Учинчи босқичда юқори бурун йўли ва ҳид билиш тирқиши кўздан кечирилади. Баъзан юқори бурун чиғаноғи ва орқа галвирсимон катакчаларнинг тешикларини, юқори бурун чиғаноғи орқа қисмининг орқасида жойлашган понасимон бўшлиқнинг тешигини кўриш мумкин. Бунда одатда энг ингичка, яъни кўриш бурчаги 30° ёки 70° тенг эндоскоп ишлатилади.



128-расм.

Остиомеатал комплекс. 1- илгаксимо ўсиқнинг олд чети; 2- ўрта бурун чиғаноғи; 3- умумий бурун йўли.



129-расм.

Ўрта бурун чиғаноғининг катталашган олд учи

Бурун бўшлиғининг юқори бўлимларига киришни енгиллаштириш учун ўрта бурун чиғаноғини ташқи томонга енгил силжитиш лозим бўлади.

Бурун ёндош бўшлиқларининг эндоскопия текшируви қуйидаги кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда бажарилади:

- 1) бўшлиқларнинг рентген тасвирида патологик ўзгаришлар бўлиб, беморда синуситнинг клиник белгилари бўлмаганда;
- 2) синуситнинг клиник белгилари мавжуд бўлиб, рентгенологик белгилари бўлмаган ҳолларда;
- 3) жарроҳлик амалидан олдин бўшлиқ ҳолатини аниқлаш мақсадида;
- 4) юқори жағ бўшлиғида ўсма жараёнини аниқлаш ва уни даволаш пайтида касаллик динамикасини назорат қилиш мақсадида.

Юқори жағ бўшлиғининг эндоскопия (синусоскопия) текшируви одатда қозиқ тиш чуқурча (*fossa canina*) майдонида жойлашган олд девори орқали бажарилади. Бунинг учун маҳаллий оғриқсизлантириш остида қозиқ тиш чуқурчаси ва кўз усти асаб толаси соҳасида юмшоқ тўқималар кесилиб, силжитилади. Кейин юқори жағ бўшлиғининг олд девори тўртинчи ва бешинчи тиш илдизлари соҳасида диаметри 4 мм га тенг махсус троакар-найча ёрдамида енгил айланма ҳаракатлар билан тешилади ва эндоскоп киритилади. Асбобни пастки бурун йўлида жойлашган ички деворидан ҳам киритиш мумкин. Баъзан юқори жағ бўшлиғи ўрта бурун йўли орқали кўздан кечирилади. Эндоназал

йўлнинг афзаллиги шунданки, бунда ўрта бурун йўлидаги табиий йўлни кенгайтириш ёки пастки бурун йўлида сунъий тешик ҳосил қилиш мумкин бўлади. Аммо эндоскопни пастки бурун йўли орқали киритиш қийин, чунки бурун тўсиғи қийшиқлиги, бўшлиқ деворининг қалинлиги бунга тўсқинлик қилади. Баъзан юқори жағ бўшлиғининг ичи қалинлашган шиллиқ парда билан тўлганлиги, қонталашлар ёки ажралмани кўплиги туфайли уни кўздан кечириш жуда қийин.

Меъёрада юқори жағ бўшлиғининг шиллиқ пардаси сарғиш, юпқа (0,1 мм) бўлиб, қон томирлар тўри аниқ кўриниб туради. Орқа-ички бўлимларида юқори жағ бўшлиғи ғалвирсимон суяк катакчаларидан фақат юпқа суяк пластинкаси билан ажралиб туради.

Сурункали гайморитда юқори жағ бўшлиғининг ичи кўпинча шилимшиқ-йирингли ажралма билан тўлган, шиллиқ пардаси одатда нотекис қалинлашган, айрим майдонларида полипоз, фибриноз жараёнлари ривожланганлиги кўринади. Табиий йўлнинг ўтказувчанлиги бўшлиқ ичига физиологик эритма юбориш билан текширилади. Эндоскопга ўрнатилган махсус қисқичлар биопсия текшируви учун бўшлиқнинг турли майдонларидан тўқима бўлагини олиш имконини беради. Йирингли этмоидитда ғалвирсимон бўшлиқ шиллиқ пардасининг ранги тўқ-сарик бўлиши, тарқоқ шиши ва қизариши ўткир яллиғланиш жараёнидан далолат беради.

Пешона бўшлиғининг эндоскопия текширувини диагностик муолажа деб атаб бўлмайди, чунки у экстраназал тимпанопункция ёки эндоназал олд этмоидотомия жарроҳлик амалидан сўнг бажарилади. Понасимон бўшлиқ эндоскопияси ҳам мустақил муолажа ёки ғалвирсимон бўшлиқда бажарилган жарроҳлик амали пайтида бажарилади. Бунда тўғри бурчакли эндоскоп назорати остида ўрта бурун чиғаноғининг орқа учи сатҳида бўшлиқ троакар ёрдамида очилиб, ҳосил қилинган тешик орқали бўшлиқ ичига кўриш бурчаги 30° , 70° га тенг эндоскоплар киритилади. Текширувда шиллиқ парданинг ҳолатига, бўшлиқ ичидаги ажралманинг характериға, асбоб киритилганда қон оқишиға эътибор берилади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг эндоскопия текширувидан сўнг беморда бир неча вақт давомида парестезия ва неврологик оғриқлар кузатилиши мумкин.

6. *Бурун бўшлиғи эндофотографияси* – объектив текширув усулларида бири бўлиб, у олинган маълумотларни ҳужжатлаштириш имконини беради. Бундай текширув нафақат статистик қайдномани тузиш, балки динамик кузатувни олиб бориш ва эрта ташхис қўйиш мақсадида қўлланилади. Бурун бўшлиғини тасвирға тушириш муолажаси эндоскоп ёки жарроҳлик микроскопига ўрнатилган фотомослама ёрдамида бажарилади. Эндофотография усули шиллиқ парданинг ҳолатини, унинг кўзға илинмас ўзгаришларини (полип, ўсма, битишмаларни) аниқлаш имконини беради. Турли вақтларда бажарилган тасвир қоғозларини таққослаш патологик жараённинг кечимини баҳолаш

имкони беради, бу эса ўсма жараёнининг бошланғич босқичларини аниқлаш учун муҳим аҳамиятга эга. Эндофотография бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларининг қиёсий ташхисотида ҳам аҳамиятли. Жарроҳлик микроскопи орқали бажарилган фототасвирлар фотоскоп ёрдамида бажарилган текширувни анча бойитади. Тасвирга тушириш ишлари жарроҳлик амалидан олдин, унинг айрим босқичларида ва жарроҳлик амалидан кейинги даврда бажарилади. Кичик катталаштириш (5 марта) остида олинган фототасвирлар айниқса аниқ бўлади. Ушбу текширув бурун бўшлиғининг чуқур бўлимларида, масалан хоаналарда, бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўлларида бажарилган жарроҳлик амалларининг самарадорлигини баҳолашда айниқса кенг қўлланилади.

Рангли ва рангсиз эндо-ва микрофототасвирлар болалар амалиётида алоҳида аҳамият касб этади, чунки болада эндоскопия текширувини такроран ўтказиш анча қийин.

7. *Масофали термография* - бу бурун ёндош бўшлиқлари соҳаси тери қопламларининг термография текшируви бўлиб, беморда бир неча бор ўтказилиши мумкин.

БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАШҚИ БУРУННИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ нисбатан кам учрайди ва ҳомила давридаги турли бузилишлар, шикастлар ёки касалликлар натижасида (сил, захм, нома, хавфсиз ва хавфли ўсмалар) юзага келади. Ташқи буруннинг туғма нуқсонларини Б.В. Шеврыгин таснифи (1996) бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлиш мумкин:

- агенезия – бурунни тўлиқ ривожланмай қолиши;
- гипогенезия – бурунни қисман ривожланмай қолиши;
- гипергенезия – бурунни ҳаддан ташқари ривожланиши;
- дистопия – бурунни нотўғри жойлашиши;
- дисгенезия – бурунни нотўғри ривожланиши;
- персистенция – туғилгандан сўнг бурунда эмбрионал тузилмаларни сақланиб қолиши.

Буруннинг туғма нуқсонлари орасида икки бўлакка бўлинган бурун, бурунни хартум шаклида бўлиши ва бурун чиғаноқлари нуқсонлари учрайди. Бурун нуқсонлари кўпинча бошқа аъзолар, масалан қаттиқ ёки юмшоқ танглай нуқсонлари, юқори лаб кемтиклиги, бош мия ва қўл-оёқларни ривожланмай қолиши билан бирга учрайди.

Бурун нуқсонларига *бурун усти дермоид кисталари* ва *оқмалари* ҳам киради. Ҳомила давридаги турли бузилишлар натижасида эмбрионал тирқишлар ўрнида эмбрионал эпителий қолдиқлари қолиб, улардан кисталар ҳосил бўлади. Буруннинг дермоид кисталари айлана ва юмшоқ кичик шиш бўлиб, одатда бурун суяклари ва бурун тоғайлари ўзаро бирикиш ҳосил қилган жойда тери остида жойлашади. Киста ичида ушоқсимон чарви моддаси бўлиб, улар

орасида туклар учрайди. Катталашган сари кисталар атроф тўқималарни босиб, бурун шаклини ўзгартириши, ташқарига йўл очиб, бир ёки бир нечта оқмалар ҳосил қилиши мумкин. Бурун бўшлиғига очилмайдиган бундай оқмалар вақтинча ўз-ўзидан ёпилиши, кейин яна очилиши мумкин.

Ташқи буруннинг *орттирилган нуқсонлари* турли шикастлардан сўнг юзага келади. Улар бурун юмшоқ тўқималари, суяк ва тоғайларининг шикасланиш даражасига, турига, зарб кучига ва йўналишига боғлиқ бўлади. Кўпинча бурун суяклари ва бурун тўсиғининг суяк ва тоғайларининг шикастланиши учрайди. Ташқи буруннинг орттирилган нуқсонларига бурун қийшиқлиги (*сколиоз*), бурун букири (*лордоз*), бурун чўққиси тоғайларининг бузилиши (*қўй ёки қуш бурун*), чўзилиши ёки бурунни чўкиши каби нуқсонлар киради.

Даволаш. Ташқи бурун нуқсонлари фақат жарроҳлик усулида даволанади. Даволашда нуқсоннинг шакли, ҳажми ва бошқа аъзо нуқсони борлиги эътиборга олинади. Турли пластик жарроҳлик амаллари косметик жиҳатдан яхши натижа бериши мумкин. Шикастдан сўнгги бурун нуқсонлари 24 соат давомида аутопластика ёрдамида даволанади. Юзаки нуқсонларни бартараф этишда маҳаллий тўқима ёки Тирш усули, йирик нуқсонларда - юз тўқимаси ёки Филатов усули қўлланилади. Бурун усти оқмаси ва кистасида оқма йўллари ёки киста деворлари тўлиқ олиб ташланиши лозим, акс ҳолда оқма қайталаниши мумкин.

ХОАНАЛАР ТУҒМА АТРЕЗИЯСИ ҳомила даврида хоаналар ёриғини пардадай ёпиб турган мезенхиал тўқимани тўлиқ ёки қисман сўрилмай қолиши натижасида юзага келади. Кейинчалик ушбу парда суякланиши ёки бириктирувчи тўқима билан алмашиши мумкин. Хоаналарнинг туғма атрезияси *тўлиқ ёки қисман, бир томонлама ёки икки томонлама, олд ёки орқа, суякли ёки юмшоқ тўқимали* бўлиши мумкин. Чақалоқларда нафас олиш пайтида оғзини очиш рефлекси йўқлиги туфайли хоаналарнинг икки томонлама тўлиқ атрезияси бўғилиш ёки ўлим ҳолати юз беришига сабаб бўлиши мумкин. Оғиз орқали нафас олишга чақалоқлар ҳаётларининг иккинчи ёки учинчи ҳафтасидан сўнг мослашадилар. Хоаналарнинг қисман атрезияси бурун орқали нафас олишни бузилишига, юз тузилишлари бузилиб, хусусан, юқори олд тишларни нотўғри ўсишига, танглайни баланд жойлашишига; бир томонлама атрезия эса танглайни бир томонлама баланд жойлашишига ва бурун тўсиғи қийшиқлигини ривожланишига олиб келади.

Таъхис. Чақалоқда бурун орқали бир ёки икки томонлама нафас ололмаслик, бўғилиш, лабларнинг кўкариши ва нафас етишмовчилигининг бошқа белгилари эътиборга олинган ҳолда бажарилган риноскопия, фарингоскопия, бурунҳалқумни пайпаслаш, бурун бўшлиғига резина найча киритиш, найча орқали суюқлик юбориб текшириш, ҳамда контрастли рентгенография, эндоскопия текширувлари хоаналарнинг қисман ёки тўлиқ атрезиясини аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Ҳаётини сақлаб қолиш ва бўғилиш ҳолатининг олдини олиш мақсадида боланинг оғзига ҳиқилдоқҳалқумга ҳаво ўтказувчи резина найча ёки интубация найчаси киритилади. Хоаналар туғма атрезиясини бартараф этиш жарроҳлик амали чақалоқлик даврида бажарилиб, хоаналарни ёпиб турувчи суякли ёки юмшоқ тўқимали парда эндоназал, оғиз, қаттиқ танглай ёки юқори жағ бўшлиғи орқали олиб ташланади. Жароҳат майдони атроф тўқимадан олинган шиллиқ парда бўлаги билан ёпилади. Ҳосил қилинган хоана ёриғига бурун орқали юмшоқ пластмасса найча киритилиб, у 15-30 кунга, ҳатто ундан кўпроқ муддатга қолдирилади. Хоаналарнинг тўлиқ атрезиясида парда билан ёпилган майдон дарҳол троакар ёрдамида тешилиб, бурун орқали резина найча киритилади.

БУРУН ЧИПҚОНИ – бурун соч фолликуласи ва атроф тўқимасининг (ёғ беzi ва юмшоқ тўқимаси) ўткир йирингли-некротик яллиғланиши.

Этиологияси. Бурун чипқонининг ривожланишида тери ва бутун организмнинг стафилококк ва баъзан стрептококк инфекциясига қарши маҳаллий ва умумий иммунитетининг сусайиши муҳим аҳамиятга эга. Модда алманишувининг бузилиши, гиповитаминоз, қандли диабет, шамоллаш каби омиллар касалликни ривожланишига ёрдам беради. Бурун чипқони стафилококкли сепсис билан оғриган ва умумий иммунитети сусайган болаларда ҳам ривожланиши мумкин. Баъзан бир вақтнинг ўзида бир нечта чипқонлар нафақат бурун соҳасида, балки бошқа майдонларда (юз, бўйин, кўкрак, қорин соҳасида) пайдо бўлиши мумкин. Бундай вазиятда беморга “фурункулёз” ташхиси қўйилади. Икки ёки ундан ортиқ чипқонлар қўшилиб карбункул ҳосил қилганда касалликнинг маҳаллий ва умумий белгилари янада кескинлашади.

Патогенези. Таъкидлаб ўтиш жоизки, соч қопчасини ўраб олган яллиғланиш ўсмасида кичик вена қон томирларининг тромбози содир бўлади, шунинг учун яллиғланиш ўсмасини ривожланиши (айниқса, карбункулда) тромбоз жараёнини вена қон томирлари бўйлаб (*v.facialis*, *v.angularis*, *v.opthalmica*) ғоваксимон синус майдонига (*sinus cavernosus*) ёки калла суягининг бошқа қон томирларига тарқалиши ва беморда сепсис ёки риноген калла ичи асоратини ривожланишига олиб келиши мумкин.

Клиник белгилари. Чипқон кўпинча тукларга бой бурун даҳлизи, баъзан бурун учи, бурун қанотлари, бурун-лаб бурмаси соҳасида жойлашади. Касалликнинг бошланғич босқичида терида ноаниқ чегараланган қизариш, юмшоқ тўқималарнинг биров шиши ва конуссимон яллиғланиш ўсмаси (инфильтрат) пайдо бўлиб, у пайпаслаганда, бурун қанотлари ва юқори лабларнинг ҳаракатида кескин оғрийди (*инфильтрат босқичи*). Кейинчалик юмшоқ тўқималарнинг шиши юқори лабга ва лунжга тарқалади (130-расм). 3-4 кундан сўнг инфильтратнинг чўққисида сарғиш-оқ йирингли ўчоқ, яъни чипқоннинг ўзаги пайдо бўлиб (*хўппоз босқичи*), у 4-5 кун ривожланади ва ўз ҳолича очилади. Чипқон ривожланиши даврида беморнинг тана ҳарорати

субфебрил ёки фебрил бўлиб, қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Баъзан карбункул ҳосил бўлиб, жараён лунжга, пастки лабга ва кўз қовоқларига тарқалиши мумкин. Бундай ҳолларда кўз косаси (кўз косаси тўқимасининг яллиғланиши, кўз косаси веналари тромбози ва бошқ.) ва калла ичи асоратлари (ғоваксимон синус тромбози,менингит,сепсис) ривожланиши мумкин. Шунинг учун бурун чипқони билан оғриган бемор шифохонада даволаниши шарт.



130-расм.Бурун чипқони

Таъхис касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, объектив маълумотлар асосида қўйилади. Бурун чипқони тез-тез қайталанганда ва узок вақт давом этганда қоннинг умумий таҳлили ўтказилади, қандли диабетни инкор этиш учун 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 ҳолича очилади. Инфилтрат босқичида беморга антибиотиклар (цефалоспоринлар, макролидлар, фторхиноллар), антигистамин, оғриқсизлантирувчи, тана ҳароратини тушурувчи дори воситалар керакли миқдорда буюрилади. Чипқон майдонига синтомицин эмульсияси, гиаксизон, 3% сариқ симоб малҳамлари билан бойлам қўйилади.

Чипқон қайталанган ҳолларда беморга носпецифик иммунотерапия, яъни аутогемотерапия ўтказилади; беморнинг билак венасидан қон олиниб, думбасининг юқори-ташқи квадрантига юборилади; 1-чи куни 2 мл, 2-чи куни- 4 мл, 3-чи куни - 6 мл, яъни ҳар куни 2 мл дан кўпайтирилади. 5-чи куни 10 мл қон юборилади. Кейинги 5 кун давомида юбориладиган қон миқдори 2 мл дан камайтириб борилади. Бундан ташқари касалликни бошланиш даврида инфрақизил, айниқса ультрабинафша лазер нурлари яхши натижа беради.

Ҳўппоз босқичида жарроҳлик амали қисқа муддатли умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида қуйидагича бажарилади: йирингли ўчоқ кенг очилиб, йирингли-некротик тўқималар олиб ташлангандан сўнг жароҳат майдонига резина чиқаргич ўрнатилади. Жароҳат майдонига 10% натрий хлорид эритмаси билан бойлам қўйилиб, у вақти -вақти билан шу эритма билан намланиб турилади. Левомикол,левосин малҳамлари билан ҳам бойлам қўйиш фойдали. Оғир ҳолларда микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлигини эътиборга олган ҳолда мушак орасига ёки вена ичига антибиотиклар юборилади. Беморга антикоагулянтлар (аспирин, гепарин, тиббий зулук) ва иммунитетни фаоллаштирувчи дори воситалари тавсия қилинади,дезинтоксикация терапияси ва гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилади. Чипқон майдонини сиқиб, йирингини чиқариш ман этилади,чунки бу

ҳолда беморда юз веналари флебит, риноген орбитал ва калла ичи асорати ривожланиш хавфи тугилади.

БУРУН САРАМАСИ (*erysipeles*) - тери ва тери ости ёғ туқимаси, ҳамда терининг юзаки лимфа тизимини зарарлаган юқумли-аллергик касаллик; уни А гуруҳига мансуб бетта-гемолитик стрептококклар қўзғатади.

Патогенези. Инфекция тери ва шиллиқ пардадан, баъзан стрептококк инфекцияси ўчоқларидан гематоген йўл орқали киради. Стрептококклар ўзидан ажратган эксова эндотоксинлар таъсирида беморда лимфангит, артериит ва флебит билан кечувчи терининг серозли ёки серозли-геморрагик яллиғланиши ривожланади. Оёқларнинг трофик яралари, қандли диабет ва иммунитет танқислиги касалликни ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Касаллик ўткир клиник белгилар билан бошланади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, боши оғрийди, тана ҳарорати 38-40°C кўтарилиб, қалтираш пайдо бўлади, баъзан қусиш, бўғинларни оғриши кузатилади. Касалликнинг биринчи куни зарарланган тери майдонида шиш, қизариш ва оғриқ пайдо бўлади. Кейинчалик маҳаллий лимфа тугунларни катталаниши кузатилиб, бир неча соат ўтгандан сўнг эса терида тез ўсиб боровчи эритема ўчоғи пайдо бўлади. Оғир ҳолларда терининг йирингли-септик некрози билан кечган эритемабуллёз ёки эритема-геморрагик ўзгаришлар пайдо бўлади. Бурун сарамасининг эритема-буллёз шаклида пуфакчалар серозли суюқлик, эритема-геморрагик шаклда – геморрагик суюқлик билан тўлган бўлади.

Юз териси зарарланганда эритема майдони одатда бурун ва лунж соҳасига тарқалиб, симметрик жойлашади, унинг шакли капалакни эслатади. Зарарланган майдон соғлом тери майдонидан аниқ чегара (деморкация) чизиғи билан ажаралиб, ундан биров кўтарилиб туради, пайпаслаганда оғрийди. Баъзан жараён бурун даҳлизининг терисига ва бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига ҳам тарқалиши мумкин.

Қиёсий таъхисоти. Бурун сарамасини *дерматит* (касаллик аста-секин ривожланиб, беморда умумий заҳарланиш белгилари кузатилмайди, тана ҳарорати меъёрда бўлади), *скарлатина* (касаллик кантакт йул орқали тарқалиб, юқори нафас йуллари катари белгилари билан бошланади, тошмалар бутун баданга тарқалади), *қизил бўрича* (тошма капалак шаклида фақат юз яноқ соҳасида жойлашади, беморнинг тана ҳарорати субфебрил бўлиб, қонда ўзига хос антителолар аниқланади) касалликларидан фарқлаш лозим.

Даволаш. Касаллик шифохона шароитида даволанади, беморга пенициллин гуруҳига мансуб антибиотиклар: феноксиметилпенициллин, ампициллин 500000-1000000 ҳар 4-6 соатда буюрилади. Бундан ташқари беморга эритромицин, ёки амоксициллин, аугментин, тазоцин, цефазолин, зиоцеф, клафоран тавсия қилиш мумкин. Зарарланган майдонга антисептик малҳамларини суртиш, инфракизил ва айниқса ультрабинафша ва лазер нури билан таъсир кўрсатиш муолажалари тавсия қилинади. Десенсибилизация

дори воситаларидан беморга кальций глюконат 2 таблеткадан 3 маҳал ичиш буюрилади.

ПУШТИ ҲУСНБУЗАРЛАР ВА РИНОФИМА. Пушти ҳуснбузарлар (*аспе rosacea*) – ангиопатия, нейро-эндокрин бузилишлар ва ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ бурун ёғ безларининг сурункали яллиғланиши. Баъзан касалликнинг ривожланишига ёғ безларида мавжуд бўлган *demodex folliculorum* без канаси сабаб бўлади. Спиртли ичимликлар ва ширинликларни кўп истеъмол қилиш, бурун музлаши, ошқозон - ичак касалликлари, иммунитетни сусайиши каби омиллар касалликни ривожланишига ёрдам беради.

Касалликнинг бошланғич босқичида терида қизил тугунчалар пайдо бўлиб, ташқи буруннинг тоғай қисмида жойлашган тери ости қон томирлари кенгаяди. Кейинчалик тугунлар ва терининг барча қаватлари, ёғ безлари, қон ва лимфа томирлари катталашади. Бунинг натижасида бурун юзасида ғадир-будур, оч пушти ёки кўк-алвон ранг тузилмалар ҳосил бўлиб, улар сиқилганда ичидан қуюқ ёғ моддаси ажралиб чиқади. Бундай оғриқсиз катталашган тузилмалар ташқи бурун шаклини кескин бузиб, *ринофима* – бурун замбуруғи, ғуддасимон бурун деб аталади. У кўпинча ёши кекса эркакларда учрайди.

Даволаш. Касалликнинг бошланғич босқичида, яъни пушти ҳуснбузарлар ҳосил бўла бошлаган даврда беморга тери қон айланишини (никотинат ксантинол, эскузан), ошқозон-ичак йўли фаолиятини яхшиловчи (фестал, мезим форте, хилак форте, бифидумбактрим) дорилар буюрилиб, яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари ўтказилади (метронидазол бир кунда 3 маҳал ичиш, преднизолон кунига 30 мг дан 2 ҳафта давомида). Зарарланган майдонни резорцин, борат кислотаси ва танин эритмалари билан ҳўллаб туриш, метронидазол малҳамини суртиш муолажалари тавсия этилади.

Ринофима жарроҳлик усулида даволанади. Маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида ўткир тиг ёрдамида бурун терисининг катталашган қисми кесиб олинади ва буруннинг шакли тикланиб, жароҳат майдонига вазелинли асептик бойлам қўйилади. Айрим ҳолларда жароҳат майдонига елканинг ички юзасидан олинган тери трансплантанти ўрнатилиб, ингичка полиамид иплар билан тикиб қўйилади.

Профилактикаси. Беморларга узоқ вақт давомида қуёш нурлари остида туриш, совқотиш, иссиқ хоналарда ишлаш, саунага кириш ман этилади. Ширинликлар, кофе, шоколад, спиртли ичимликлар, шўр ва дудланган таомларни истеъмол қилиш чекланади.

БУРУН ДАҲЛИЗИ СИКОЗИ ёки фолликулит (*вестибулит*) - бурун даҳлизи тукли фолликуллари ва атроф тўқималарининг чегараланган йирингли яллиғланиши бўлиб, уни стафилококк ва стрептококклар қўзғатади. Инфекция бурун бўшлиғининг даҳлизи бармоқлар билан тозаланганда ва бурунга кириш майдонининг микрожароҳатларида киради. Бурундан ажралма оқиши билан кечган йирингли ринит ва синусит касалликни ривожланишига ёрдам беради. Сикоз касаллигида бурун даҳлизи алоҳида жойлашган йирингли тўпламчалар ва

йирингли пўстлоқлар билан қопланади, ушбу майдонда терининг шиши ва инфильтрацияси кузатилади. Баъзан жараён чегараланган характерга эга бўлиб, бурун учининг юқори бурчагида жойлашади. Бундай ҳолларда касалликни аниқлаш учун зарарланган майдонни кичик бурунҳалқум кўзгучаси ёрдамида кўздан кечириш лозим.

Клиник белгилари. Беморни бурунга кириш майдони терисини қичиши, ачиши, ёрилиши, оғриши безовта қилади. Тукли фолликулалар соҳасида нуқтали йирингли тўпламчалар ҳосил бўлганлиги, улардан йирингли ажралма оқаётганлиги, айрим жойларда ажралма қуриб бурун орқали нафас олишни қийинлаштирувчи пўстлоқлар (қалоқлар) ҳосил бўлганлиги кўринади. Касаллик бир неча ой давом этади ва тез-тез авж олиб туради. Баъзан бу жойда иккиламчи экзема ривожланиб, беморнинг аҳволи янада оғирлашади.

Даволаш тадбирлари одатда амбулатория шароитда ўтказилади. Сикоз билан зарарланган тери майдонига борат ёки салицил кислоталарининг спиртли эритмаси билан ишлов берилади. Кейин пўстлоқларни юмшатиш мақсадида бурун бўшлиғининг даҳлизига левомикол ёки левосинол, 3% салицилат ёки оқ симоб малҳами суртилади. Зарарланган майдоннинг барча туклари пинцет ёрдамида олиб ташланади, жойига синтомицин, оксикорт ёки гиоксизон, гидрокортизон малҳамлари суртилади. Тукларни механик усулда олиб ташлаш жуда оғриқли муолажа бўлганлиги учун айрим ҳолларда рентген нурлари билан таъсир қўрсатилади. Рентген нурлари тукларни тўкилишига ва яллиғланиш жараёнини камайтиришга ёрдам беради. Касаллик узоқ вақт давом этган ҳолларда маҳаллий даволаш тадбирларидан ташқари беморга умумий антибактериал терапия, витаминлар, стафилококкга қарши гамма глобулин, аутогемотерапия, физиотерапия муолажалари тавсия қилинади. Касалликни келтириб чиқарган омиллар бартараф этилади.

БУРУН ДАҲЛИЗИ ЭКЗЕМАСИ - бурун даҳлизи соҳасининг ўткир серозли яллиғланиш ва тошмаларни хилма-хиллиги билан намоён бўлган бурун терисининг сурункали қайталанувчи яллиғланиши. У аллергик касаллик сифатида жуда кам учрайди, баъзан бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли касалликлари билан бирга кечади. Экземанинг қуйидаги клиник шакллари тафовут қилинади:

- чин (идеопатик) экзема – терида кичик пуфакчалар тошиб, пўстлоқлар ҳосил бўлиши;
- микробли экзема - сурункали яллиғланиш ўчоқлари соҳасида йирик чегараланган яллиғланиш учоғи ҳосил бўлиши;
- себореяли экзема - ёғ безларга бой тери майдонларида (бошнинг соч қисмида, қулоқ супрасида, юзда ва бошқ.) кўчувчи эритема доғларини пайдо бўлиши;
- касбий экзема - терининг очик майдонларида зарарли моддалар таъсирида сурункали яллиғланишни пайдо бўлиши.

Клиник белгилари. Беморни бурун бўшлиғининг даҳлизи ва юқори лаблари соҳасининг териси қизариб, шишганлиги, қичиши ва ёрилиши, эпидермис

қатламини кўчиши, пуфакчалар ва пўстлоқлар ҳосил бўлиши безовта қилади. Баъзан (айниқса болаларда) яллиғланиш жараёни майдонида терини қичиши ва ёрилиши, бурун бўшлиғининг даҳлиз соҳасида пўстлоқ ва ёрилишлар ҳосил бўлиши кузатилади, лекин беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди. Экзема бурун чипқони, сикози ва сарамасининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Таъхис. Касалликнинг сабаблари ва патогенетик хусусиятларини эътиборга олган ҳолда беморнинг иммунологик ҳолати, ошқозон-ичак тизимининг фаолияти текширилади, яширин инфекция ўчоқлари ва касбий омиллар аниқланади.

Даволаш тадбирлари дерматолог билан биргаликда олиб борилади. Биринчи навбатда яширин инфекция ўчоқлари (сурункали тонзиллит, чириган тиш, синусит, ринит) бартараф этилади. Терига яллиғланишга қарши чора тадбирлар (левомикол, левосин) ва гликостероид малҳамлари (локакортен, оксикорт, синолар, белосалик ва бошқ.), ёрилган жойларга - 2-5% ляпис эритмаси суртилади. Беморга темир моддаси билан бойитилган дорилар, антигистамин дорилари (задитен 1 мг дан эрталаб ва кечкурун) ичишга, вена ичига томчилаб 1% кальций хлорид эритмаси (100-200 мл миқдорда), иммунитетни фаоллаштирувчи дорилар (продигиозан, тималин, т-активин), витаминлар, балиқ ёғи, ультрабинафша нурлар таъсири қилинади. Оғир ҳолларда кортикостероидлар буюрилади (бир кеча кундузда 30 мг преднизолон 10-14 кун давомида) мушак орасига юборилади.

ТАШҚИ БУРУННИНГ ТЕРМИК ЖАРОҲАТЛАРИ .

Бурун куйиши (*combustio nasi*) термик, кимёвий, электр токи ва радиация таъсирида юз берган тўқималар жароҳати. Одатда бурун куйиши юзнинг бир қисми ёки тананинг бошқа жойларини куйиши билан бирга учрайди. Куйиш даражаси термик омилнинг шиддатига ва таъсир этиш вақтига боғлиқ бўлади.

Бурун куйишининг 4 даражаси тафовут этилади:

I даражасида бурун териси оғриб, қизаради ва бироз шишади. Бунда куйиш жараёни тери эпидермисининг фақат юзаки қаватларига тарқалади.

II даражасида зарарланган эпидермис қаватини кўчиши, экссудат билан тўлган пуфакчалар ҳосил бўлиши кузатилади. Бунда терининг эпидермис қавати ҳам куяди.

III даражасида куйиш жараёни бурун териси барча қаватларининг, баъзан тери ости юмшоқ тўқимасининг тўлиқ ёки қисман некрози билан кечади. Кейинчалик терида чандиқлар ҳосил бўлади.

IV даражасида тери билан бирга мушак ва суяк тўқималари ҳам куяди.

Даволаш. Куйишнинг I-II даражалари, юзаки куйиш ҳисобланиб, бунда тери ўз-ўзидан тикланиши мумкин, шунинг учун улар дори-дармонлар билан даволанади. Бурун соҳасига асептик бойлам қўйилади, анестезин, борат кислота қўшилган анестезин аралашмаси, 1-2% калий перманганат, 1-2 % танин, фурацилин (1:5000), 10% борат ланолин эритмалари, 10% синтомицин эмульсияси, оксикорт, левомикол, левосин малҳамлари суртилади, легразол,

тегралезол, олезол аэразоллари сепилади. Куйган майдонга дарҳол муз парчаси қўйилиб, оғриқсизлантириш, дезинтоксикация, десенсибилизация тадбирлари ўтказилади. Иккиламчи инфекция ривожланишини олдини олиш учун беморга антибиотикотерапия буюрилади.

Куйишнинг III-IV даражаси, чуқур куйиш сифатида баҳоланиб, зарарланган тери жарроҳлик усулида тикланади.

Бурун музлаши (*congelatio nasi*) совуқ ҳавонинг маҳаллий таъсири ёки терини совуқ жисмга тегиши натижасида содир бўлган тўқима жароҳати. Клиник манзара совуқ омилнинг шиддатига ва таъсир этиш вақтига боғлиқ бўлади.

Бурун музлашининг 4 даражаси тафовут этилади:

I даражасида тери қопламлари рангпар, ёки кўкимтир бўлиб, шишади. Зарарланган тери майдони оғриб, қичийди, сезгирлиги пасаяди (парестезия).

II даражасида қизарган ва кўкарган терида серозли экссудат билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар ёрилиб ярага айланади. Терини ўз ҳолига қайтиши 2-3 ҳафта давом этади.

III даражасида терида геморрагик экссудат билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлиб, ярага айланади, тери ва тери ости ёғ тўқимаси некрозга учрайди. Кейинчалик терида чандиқлар ҳосил бўлади.

IV даражасида терининг барча қаватлари, яъни ҳам юмшоқ, ҳам суяк тўқималари некрозга учрайди. Емирилган тўқима майдонларини кўчиши 5-6 ой давом этиб, одатда гангрена асорати билан кечади.

Даволаш. Енгил ҳолларда бемор иссиқ хонага ётқизирилиб, унга иссиқ ичимликлар берилади. Бурун соҳаси қўл ёки юмшоқ мато билан (қор билан эмас) енгил ишқаланади, илиқ сув (ҳарорати 40° С ошмаслиги лозим) билан 30 дақиқа давомида иситилади, терисига спирт суртилади, пуфакчалар очилади. Зарур бўлса тинчлантирувчи, оғриқсизлантирувчи дорилар қўлланилиб, ультрабинафша нурлар ва бошқа физиотерапия муолажалари ўтказилади.

III-IV даражали музлашда бемор шифохонага ётқизирилиб, унга трансфузия, заҳарланишга қарши ва антибиотикотерапия тадбирлари ўтказилади. Зарур бўлса пластик жарроҳлик амали бажарилади. Буруннинг барча термик жароҳатларида бемор қоқшолга қарши эмланади.

БУРУН ТЎСИҒИ ҚИЙШАЙИШИ (*deviatio septi nasi*) - бурун орқали нафас олишни қийинлаштириши билан кечган бурун тўсиги суяк ёки тоғай қисмларининг табиий (ўсиш хусусияти билан боғлиқ) ёки орттирилган (жароҳат билан боғлиқ) қийишқилиги (131-расм). Бурун тўсиғи қийшайиши сабаблари бўйича жароҳатдан сўнгги (54%), тоғай ва суяк тўқималарни турли тезликда ўсиши натижасида физиологик (38%), полип ёки ўсмалар туфайли бир томонга силжиши натижасида компенсатор (8%) бўлиши мумкин. Бурун тўсиғи қийшайиши ўткир ва сурункали тонзиллит, вазомотор ринит, синусит, фарингит, ларингит, невроз, бронхит, бронхиал астма, миокардит, зотилжам, саабсиз бош оғриғи, юқори жағ тишлари ўсишини бузилиши, қоматни ўзгариши каби касалликларга олиб келади.



131-расм.Бурун тўсиғи қийшиклиги ташқи бурун деформацияси

Клиник белгилари. Бурун тўсиғи қийшайишининг асосан уч шакли –*оддий қийшайиш, найзали* ва *қиррали* шакллари учрайди. Бурун тўсиғи қийшайиши умумий нафас йўлини торайтириб, ҳавони бурун орқали ўтишини қийинлаштиради.

Болаларда бурун тўсиғи қийшайиши ўзаро узвий боғлиқ бўлган бир қанча ўзгаришларни келтириб чиқаради. Масалан, бурун тўсиғи қийшайиши қаттиқ танглайни юқорига кўтаради; буни ҳисобига бурун бўшлиғининг вертикал ҳамда горизонтал ўлчамлари қисқаради, биомеханика қоидалари ҳисобига юқори жағда тишлар жойлашув ёйи тораяди ва ниҳоят, доимий тишлар қинғир-қийшиқ бўлиб ўсади. Кўзга яққол ташланиб турган ушбу бешта клиник белгиларни умумлаштириб биз “С.А.Ҳасановнинг риноортодонтик симптомокомплекси” деб атадик.

Бемор асосан бурун орқали нафас олиши қийинлигига, бурун битишига, баъзан шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли ажралма оқишига, боши оғришига, томоғи қуришига, қулоғи шанғиллашига ва битишига, ҳид билиш қобилияти пасайганига шикоят қилади. Бурун ёндош бўшлиқларига ҳаво киришини пасайиши кейинчалик уларда яллиғланиш жараёнининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Бурун тўсиғининг қийшайган қисми (найзаси, қирраси) буруннинг қарама-қарши ташқи деворига тегиб, уни босади ва шиллиқ пардани қитиқлайди, натижада беморда рефлексор бош оғриғи, вазомотор ринит ривожланади. Кейинчалик жараён эшитув найи ва ўрта қулоққа тарқалиши мумкин. Аммо шунинг эсида тутиш лозимки, баъзан бурун тўсиғи қийшайиши беморни безовта қилмаслиги мумкин, чунки ҳаво оқими қийшайган майдон остидан ёки устидан ўтиб, бурун орқали нафас олиш қийинлашмайди.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, риноскопия, риноманометрия, яъни бурун орқали нафас олиш фаолиятини текшириш усули, эндоскопия, рентгеноскопия, компьютер томографияси текширувлари натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Бурун тўсиғи қийшайиши жарроҳлик усулида даволанади, бунда бемор шикоятлари ва касалликнинг клиник белгилари жарроҳлик амалини бажариш учун асос бўла олади. Бурун тўсиғида бажариладиган жарроҳлик амали “*септопластика*” деб аталади. Кўпинча бурун тўсиғини Киллиан бўйича шиллиқ ости ва Воячек бўйича айланма кесиш жарроҳлик усуллари қўлланилади.

Адабиётларда бурун тўсиғини шиллиқ парда остидан кесиш жарроҳлик амалини 14 ёшдан, жуда зарур бўлса - 6 ёшдан сўнг бажарилади деб кўрсатилган. Лекин ҳозирги кунда болаларда зарур кўрсатмалар бўлганда 2,5 - 3

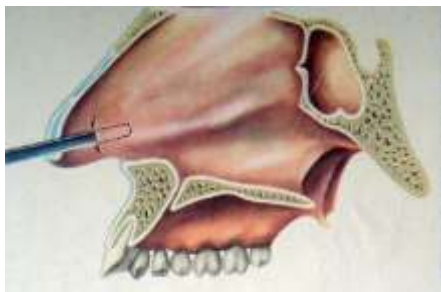
ёшдан бошлаб септопластикани аутотоғай реимплантацияси усули билан бажариш мумкин (С.А.Хасанов; Г.К.Бобохонов ва бошқ.)

Жарроҳлик амали маҳаллий инфилтратив оғриқсизлантириш, болаларда эса фақат умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 0,1% адреналин қўшилган 1% новокаин эритмаси (10 мл эритмага 1 томчи 0,1% адреналин гидрохлорид қўшилади). Жарроҳлик амалидан 10 дақиқа олдин бурун ичига 1% дикаин ёки 2% лидокаин аэрозолига шимдирилган дока тикма қўйиш мақсадга мувофиқ, чунки у жарроҳлик амалини деярли қонсиз бажариш имконини беради.

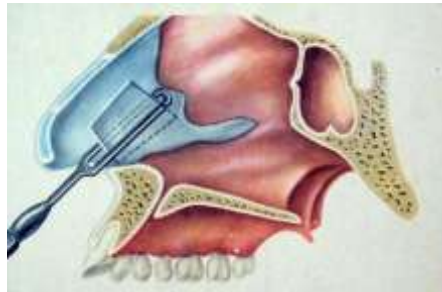
Бурун бўшлиғининг қийшайган томонида шиллиқ ва тоғай усти пардалари тўртбурчак тоғайнинг ташқи четидан 4-5 мм ташлаган ҳолда бурун тубидан бурун қирраси томон ёйсимон кесилади. Агар шиллиқ парда анча орқароқда кесилса, унда жарроҳлик амалини бажариш қийин кечади. Бурун тўсиғи тоғайининг олд чети ўз ўрнидан силжиган ҳолларда шиллиқ парда тоғайнинг чети бўйлаб кесилади. Кўз назорати остида ўткир элеватор билан бурун тўсиғининг шу томондаги шиллиқ пардаси тоғай усти пардаси билан бирга тоғайдан ажратилади. Ажратиш пайтида тоғайнинг силлиқ, ялтироқ юзи кўриниши лозим. Бир томонида шиллиқ пардани ажратиш босқичи тутагандан сўнг иккинчи томонга ўтилади, бунда қарама-қарши томоннинг шиллиқ пардасига зарар еткизмасликка ҳаракат қилган ҳолда тоғай эҳтиёткорлик билан кесилади. Кейин распатор ёрдамида енгил ҳаракатлар билан қарама-қарши томоннинг тоғай усти пардаси шиллиқ пардаси билан бирга тоғайдан ажратилади. Шундан сўнг тўғри тиг ёрдамида ажратилган тоғай ва суякнинг қийшайган майдонлари кесилиб, қисқичлар ёрдамида чиқариб олинади. Тоғай ва суякларнинг қийшайган йирик бўлаклари олингандан сўнг тўғри қисмларини қайтадан шиллиқ парда орасига ўрта чизик бўйлаб жойлаштириш усули *аутосептопластика* деб аталади. Бурун шаклини бузмаслик ва бурун чўкишининг олдини олиш учун бурун қиррасига яқин майдонда 6-8 мм га ва тўртбурчак тоғайнинг олд чети бўйлаб 4-5 мм га тенг тоғай тасмалари қолдирилади. Қийшайган тоғай ёки суяк бўлаклари олингандан сўнг уларни тўғрилаш ва ўз ўрнига реимплантация қилиш муаммоси туради. Масалан “С” шаклида қийшайган тоғай С.А. Ҳасанов усули бўйича текисланади. Бунинг учун, тоғайда кичик-кичик ярим кесимлар ҳосил қилинади, натижада тоғайнинг эгилувчанлиги ошиб, уни тўғрилаш ва тўрт бурчак шаклига келтириш мумкин бўлади. Кейин текисланган тоғайни 180° га бураб, ўз жойига реимплантация қилинади.

Ушбу усулнинг афзаллиги шундаки, қийшайган тоғай барибир ўз шаклини олишга интилади. Бундан ташқари, қийшайган шиллиқ қават ҳам ўз ўрнини олишга ҳаракат қилиб, 180° га бураб ўз жойига қайта ўтнатилган ва бироз тўғриланган тоғайни қарама-қарши томонга тортади, натижада тоғай ўрта ҳолатни эгаллайди. Қийшайишлар *lam. perpendikulyaris ossis ethmoidalis* да мавжуд бўлган ҳолларда уларни енгилгина синдириб, ўз шаклига келтириш ва шуни

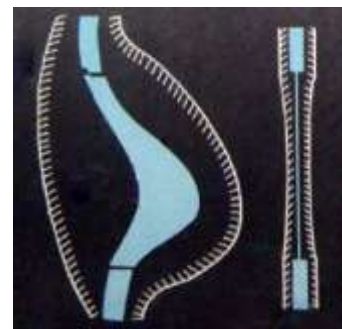
эвазига бурун тўсиғини тўғрилаш мумкин. Жарроҳлик амалининг охирида ҳар икки томонда бурун йўллариغا енгилгина ёғли дока тикма қўйилади. Дока тикма олдиндан орқага қараб қат-қат қилиб жойланади. Тикма бурун тўсиғини ушлаб, унда гематома ҳосил бўлишини олдини олади. У 24 соатдан сўнг олинади. Зарур бўлса шиллиқ қаватнинг биринчи кесимига чок қўйилади (132-134 расмлар).



132-расм. Бурун тўсиғи шиллиқ пардасини тоғайдан ажратиш.



133-расм. Ажратилган тоғайни тўғри тиг билан кесиш.



134-расм.Бурун тўсиғининг қийшайган қисми ва унинг жарроҳлик амалидан кейинги ҳолати.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда жароҳат майдонига ишлов берилади, бурун бўшлиғи қалоқлардан тозаланиб, енгил газсиз ишқорий сув -Тошкент маъданли суви билан намлаб турилиши мумкин.

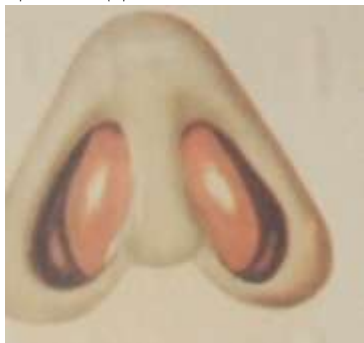
Воячек бўйича айланма кесиш жарроҳлик амалида силжитиш орқали ўртага жойлаштириб бўлмайдиган бурун тўсиғининг майдонларигина олиб ташланади, шунинг учун бундай жарроҳлик амали *консерватив септопластика* деб номланади.

Кўпинча бурун тўсиғининг қийшайиши компенсатор гипертрофик ринит билан бирга кечади. Бундай ҳолларда септопластика билан бирга қуйидаги жарроҳлик амаллари бажарилади: пастки бурун чиғаноғини чети бўйлаб кесиш (*пастки конхотомия*); бурун чиғаноқларининг шиллиқ пардасини суякдан ажратиш (*вазотомия*); пастки бурун чиғаноғининг суяк четини шиллиқ пардадан ажратиб кесиш (*шиллиқ ости конхотомия*); пастки бурун чиғаноғини асоси соҳасида синдириб, латерал деворга босиш (*латероконхопексия*).

Чандикли битишмалар ҳосил бўлишининг олдини олиш мақсадида бурун тўсиғи ва бурун чиғаноқларида бажарилган жарроҳлик амалларида буруннинг умумий йўлига пластинка қўйилади. Жарроҳлик амали, оғриқсизлантириш ва жарроҳлик амалидан сўнг парвариш ишлари нотўғри бажарилганда беморда бурундан қон оқиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, жароҳат майдонининг яллиғланиши, калла ичи асорати, бурун тўсиғи гематомаси, ҳўппози, битишмалари, бурун тўсиғини тешилиши, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг фаолиятининг бузилиши каби асоратлар ривожланиши мумкин.

БУРУН ТЎСИҒИ ГЕМАТОМАСИ ВА ҲЎППОЗИ. *Бурун тўсиғи гематомаси* – тоғай усти пардасини тоғайдан (суяк усти пардасини суякдан) ажратиши натижасида тоғай ва тоғай усти пардаси орасида (суяк ва суяк усти пардаси орасида) бурун

йўлларини торайтирувчи ва бурун орқали нафас олишни қийинлаштирувчи қон тўпламини ҳосил бўлиши. Бурун тўсиғи гематомасини ҳосил бўлишига турли жароҳатлар ва юқумли вирусли касалликлар сабаб бўлади. Гематома бир ёки икки томонлама бўлиб, одатда бурун тўсиғининг тоғай, баъзан суяк қисмида жойлашиши мумкин (135-расм).



135-расм. Бурун тўсиғи гематомаси



136-расм. Бурун тўсиғи ҳўппозини очиш

Белгилари. Бемор бурун орқали нафас олиши қийинлигига, бурни бироз оғришига, ундан шилимшиқ ёки қон аралаш ажралма оқишига, ҳидни билиши пасайганлигига шикоят қилади. Бир томонлама гематомада бурун орқали

нафас олиш фаолияти бузилмайди, беморнинг умумий ҳолати ўзгармайди, шунинг учун у врачга мурожаат қилмайди. Натижада бурун тўсиғи гематомаси йиринглаб ҳўппозга айланиши мумкин. Олд риноскопияда бир ёки икки томонда бурун тўсиғининг олд қисмларида умумий бурун йўлини торайтирувчи тўқ қизил юмшоқ шиш ва инфильтрация борлиги кўринади.

Йирингли ҳўппозда (жароҳатдан 4-7 кун ўтгандан сўнг) бурун тўсиғининг шиллиқ пардаси кескин шишиб, пайпаслаганда оғрийди. Йирингли жараён бурун тўсиғи тоғайига тарқалганда беморда *хондроперихондрит* ривожланиб, тоғайни емирилиши (*хондромалация*) натижасида бурун тўсиғи нуқсони юзага келади. Баъзан йиринг буруннинг юқори бўлимларига тарқалиб, кўз косаси ва калла ичи асоратларини ривожланишига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Таъхис касалликни бошланиши, беморнинг шикоятлари ва риноскопия манзараси асосида қўйилади. Риноскопияда бурун тўсиғининг олд қисмида ҳар икки томонда юмшоқ кўк-қизил ёки тўқ-қизил рангли шиш кўринади. Бурун тўсиғи гематомасини бурун тўсиғи ҳўппози, бурун чипқони ва бурун сарамасидан фарқлаш лозим. Бурун бўшлиғи зонд ёрдамида текширилади, шишган майдонда тешиб кўрилиб, олинган йирингли ажралма бактериологик текширувга юборилади ва микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқланади.

Даволаш. Бурун тўсиғи гематомаси майдонига йўғон игна санчилиб, қон тўплами сўриб олинади, кейин буруннинг зарарланган томонига зигзагсимон олд бурун тикмаси қўйилади (муолажа касалликнинг 1-2-куни бажарилади). Тикма 24-48 соатдан сўнг олиб ташланиб, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига ишлов берилади. Яллиғланиш жараёнини олдини олиш учун десенсибилизация, антибиотикотерапия, симптоматик терапия тадбирлари ўтказилади.

Бурун тўсиғи ҳўппози аниқланганда уни шошилиш равишда очиш лозим. Икки томонлама ҳўппоз ҳар икки томондан алоҳида-алоҳида очилади (136-

расм). Хўппоз майдони 3% водород пероксида ёки фурацилин эритмаси билан ювилиб, йирингдан тозалангандан сўнг бўшлиқ ичига резина чиқаргич ўрнатилиб, гипертоник эритмага шимдирилган пиликча киритилади. Беморнинг ёши, тана вазни ва касалликнинг кечимини эътиборга олган ҳолда унга ампицилин, кефзол, цефамизин каби антибиотиклар, десенсибилизация, дезинтоксикация, иммунитетни фаоллаштирувчи дорилар мушак орасига ёки вена ичига юборилади.

БУРУН БЎШЛИҒИДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР. Баъзан болалар ўйнаб бурун ичига мунчоқ, нўхат, писта, тугма, ўйинчоқларнинг кичик қисмлари, қоғоз парчасини ва бошқа жисмларни киритиш ҳоллари кузатилади. Бурун бўшлиғида узок вақт қолиб кетган ёт жисм ринолитга айланиши мумкин.

Белгилари. Беморнинг бурун орқали нафас олиши бир томонда қийинлиги, бурнидан ёқимсиз ҳид келиши, бурнининг бир томонидан йирингли ажралма оқиши, бурун даҳлизини қизариши безовта қилади. Юқори жағ бўшлиғида тиқилиб қолган ёт жисм синусит ва кўз ёши йўлининг яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин.

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

Даволаш. Бурун ёт жисми илгак ёки куракча ёрдамида олинади. Агар бурун бўшлиғида тирик зулук учраса, уни чиқариб олиш учун махсус қисқич билан ушлаган ҳолда бурун бўшлиғига 10% натрий хлорид эритмаси томизилади.

БУРУНДАН ҚОН ОҚИШИ - epitaxis - қон томири деворини бузилиши ёки ўтказувчанлигининг ошиши натижасида содир бўлади. 97- 98% ҳолларда қон бурун тўсиғининг олд қисмида жойлашган Киссельбах майдонидан оқади (137-расм).

Келиб чиқиш сабабларига кўра қон оқишлар жароҳатдан сўнгги (бирламчи) ва симпто-матик (иккиламчи) қон оқишларга бўлинади. 85% ҳолларда бурундан қон оқишига қуйидаги *умумий* касалликлар сабаб бўлади:

- ўткир юқумли аденовирус касалликлар (кўпинча грипп, қизамиқ, гепатит);
- қон босимини кўтарилиши;
- атеросклероз;
- оғир юрак, жигар, буйрак касалликлари;
- қон касалликлари; камқонлик, тромбоцитопения, лейкоз, антикоагулянт дорилар миқдорини оширилиши;
- септик ва заҳарланиш ҳолатлари;
- гипо-ва авитаминозлар;



137-рasm. Киссельбах чигали

- аёлларда ҳомила ва ҳайз бузилишлари;
- атмосфера босимининг пасайиши, жисмоний зўриқиш, танани исиб кетиши;
- нур касаллиги.

15% ҳолларда бурундан қон оқишига қуйидаги *махаллий*, яъни бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг касалликлари сабаб бўлади:

- бурун ва бурун ёндош

бўшлиқларининг жарохатлари;

- қон томирлар деворининг бузилишига олиб келган бурун шиллиқ пардасининг атрофик жараёнлари; бурун тўсиғини тешилиши, бурун сили, захми;

- бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг хавfli ўсмалари;
- хавфсиз ўсмалар (гемангиома, бурунҳалқум ангиофибромаси);
- бурун бўшлиғидаги ёт жисм.

Белгилари Бурундан қон оқиши тўсатдан ёки продромал белгилардан сўнг бошланади (бош оғриғи, кулоқнинг шанғиллаши, бош айланиши, буруннинг қичиши). Бурундан оқаётган қонни юқори нафас йўллари, қизилўнғач ва ошқозондан оқаётган қондан фарқлаш лозим. Бурундан оқаётган қоннинг ранги қизил бўлиб, бемор бошини орқага ташлаганда ҳалқумнинг орқа деворида кўринади.

Ўпкадан оқаётган қон кўпикли, меъдадан оқаётган қон эса ивиган, ранги тўқ қизил ва меъда суюқлиги билан аралашган бўлади. Баъзан бемор болалар оқаётган қонни ютадилар, шунда уларда қон аралаш қусиш кузатилиши мумкин.

Буруннинг қайси майдонидан қон оқаётганлиги олд ва орқа риноскопия ва эндоскопия текширувлари ёрдамида аниқланади. Кейин йўқотилган қон миқдори ва қон оқилишининг сабаби аниқланади.

Йўқотилган қоннинг миқдorigа қараб *енгил*, *ўртача* ва *оғир* қон оқилишлар (қон йўқотишлар) кузатилади (6-жадвал). Енгил қон йўқотишларда, одатда қон Киссельбах майдонидан оқади. Бурундан қисқа вақт давомида бир неча миллилитр миқдорда қон томчилаб оқиб, ўз-ўзидан тўхтайдиган (*I даражали қон йўқотиш*).

Ўртача қон йўқотишларда катта киши 200 мл гача қон йўқотади. Бунда беморда гемодинамик ўзгаришлар юз бермайди (*II даражали қон йўқотиш*).

Оғир қон йўқотишларда йўқотилган қон миқдори 200 мл дан ошиб, баъзан 1000 мл етади. Бундай қон оқилишлар бемор ҳаётига хавф солиши мумкин (*III даражали қон йўқотиш*).

Қон йўқотиш даражасини аниқлаш

Қон юқотиш даражаси	Йўқотилган қоннинг ҳажми (мл)	Қоннинг солиштирм а оғирлиги	Эритро- цитлар сони (мкл · 10 ¹²)	Гемо- глобин (%)	Гемма- токрит
I	500 гача	1055 ортиқ	4,5-5,0	60 дан ортиқ	40 дан кўп
II	500-1000	1050-1055	3,5-4,0	50-60	30-40
III	1000-1500	1045-1050	3,0-3,5	40-50	20-30
IV	1500 ортиқ	1045	3,0	40	20

Қон оқишининг сабаби анамнез маълумотлари, клиник текширувлар, қон ва сийдик таҳлили, коагулограмма натижалари асосида аниқланади. Организмнинг қон йўқотилишига реакцияси беморнинг шикоятлари, умумий аҳволи, юз терисининг ранги, қон босими, томир уришининг тезлиги, қон таҳлили кўрсаткичларидан билса бўлади. Енгил ва ўртача қон йўқотишларда барча кўрсаткичлар меъёрда, 500 мл миқдорда қон йўқотилганда эса катта кишининг юз териси оқаради, томир уриши тезлашади (1 дақиқада 80-90 та), қон босими пасаяди (110/70 мм сим. уст.), гемокрит (30-35) ва гемоглобин кўрсаткичлари пасаяди.

Бемор ҳаёти учун хавфли бўлган кучли қон оқишлар тўсатдан бошланиб, бемор қисқа вақт ичида кўп миқдорда қон йўқотади. Бундай қон оқишлардан олдин беморнинг кўз олди қоронғилашиб, боши лўқилаб оғрийди. Одатда бундай қон оқишларга бурун қон томирларининг жароҳати, юз суяклари ва калла суяги асосининг синиши, қон томирларнинг кенгайиши ва хавфли ўсма сабаб бўлади. Кўп миқдорда қон йўқотган бемор зудлик билан оториноларингология, баъзан реанимация бўлимига ётқизиilib, қон йўқотилишига қарши чора-тадбирлар ўтказилади.

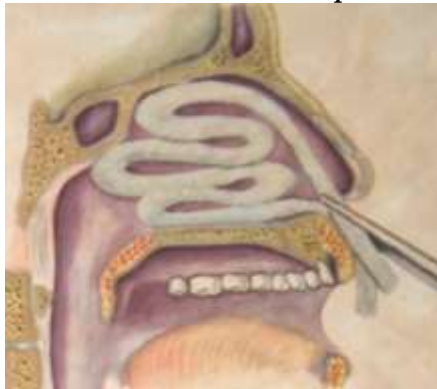
Даволашнинг умумий режаси қуйидаги тадбирлардан иборат:

- 1) қон оқишига сабаб бўлган омилни аниқлаш, уни бартараф етиш ва бурундан қон оқишини тўхтатиш;
- 2) йўқотилган қон ўрнини тўлдириш;
- 3) такроран қон оқишини олдини олиш.

Бурундан қон оқишини тўхтатиш усуллари:

1. *Биринчи тиббий ёрдам* - беморнинг боши кўтарилиб, бурун қанотлари бурун тўсиғига босилади. Бурун бўшлиғига 3% водород пероксиди ёки 10% антипирин, ёки 0,1% адреналин гидрохлорид эритмасига шимдирилган пахта бўлаги киритилади. Беморга тинчланиш, чуқур ва эркин нафас олиш маслаҳат берилади. Бемор ётган хонанинг ҳавоси тозаланади, беморни қон босими аниқланиб, у ошган ҳолларда биринчи навбатда қон босимини туширувчи дори воситалар қўлланилади. Бурун бўшлиғига ёғли пахта бўлаги билан тикма қўйилади. Юқорида қайд этилган муолажалар ёрдам бермаганда даволашнинг кейинги босқичига ўтилади.

2. *Бурун олд тикмаси.* Дастлаб оғриқсизлантириш мақсадида бурун шиллиқ пардасига анестетик эритма (2% дикаин, 10% лидокаин, 5% кокаин, 10% димедрол) суртилади. Мушак орасига 1 мл 2% димедрол, 1мл 1% промедол, 2мл 50% аналгин эритмалари юборилади.



138-расм. Буруннинг олд тикмаси

Оддий стерил ёғга шимдирилган дока тасма 6-7см масофада пинцет билан ушланиб, бурун бўшлиғининг тубидан бошлаб бир-бирининг устига зигзагсимон шаклда қат-қат қилиб зич жойланади, бунда дока тасманинг учи бурунҳалқум деворига тегмаслигига ҳаракат қилинади, акс ҳолда беморда қусиш рефлекси пайдо бўлади (138-расм). Дока тасма зич жойланмаган ҳолларда олд бурун тикмаси қон оқишини тўхтатишга ёрдам бермайди.

Тикма бурун бўшлиғида 24 соатга қолдирилади. Бундан ташқари, бурун олд тикмасини қуруқ тромбин, фибрин толаси, қон оқишини тўхтатувчи дорилар, антибиотик эритмасига шимдирилган пахта бўлаги, резина катетер ёки резина қўлқопнинг бармоғи ичига пахта ёки дока жойланган мослама ёрдамида бажарса ҳам бўлади.

3. *Қонаётган қон томирнинг атрофига* 2-5 мл 0,25-0,5% новокаин ва 5% аминокапронат кислотасининг аралашмасига (1:1) 1-2 томчи 0,1% адреналин гидрохлорид қўшиб юборилади. Баъзан бурун тўсиғи шиллиқ пардаси остига 3-5 мл 0,5% тримекаин ёки 1% новокаин эритмаси юборилади.

4. *Бурун бўшлиғидаги қонаётган қон томирни куйдириш (электрокоагуляция).* Бурундан қайта-қайта қон оқиш ҳолати кузатилганда қонаётган майдонда қон томирлар коагуляция қилинади: бурун шиллиқ пардаси 2% дикаин ёки 0,1% адреналин гидрохлорид ёрдамида оғриқсизлантирилгандан сўнг қонаётган майдонга 20% сирка кислотаси, 30% кумуш нитрат эритмаси (малҳами), ваготил ёки гальванокаутер ёрдамида куйдирилади. Бундан ташқари, қонаётган майдонга ультратовуш аппликацияси, углеродли лазер ва криоаппликатор ёрдамида таъсир кўрсатилиши ҳам мумкин.

5. *Бурун орқа тикмаси.* Гемостатик терапия ва бурун олд тикмаси ёрдам бермаган ҳолларда бурун орқа тикма амали бажарилади. Бунинг учун дастлаб беморда бурунҳалқум ҳажми аниқланади, одатда бир-бирига ёнма-ён қўйилган катта бармоқларнинг тирноқ фалангаларининг ўлчами бурунҳалқум ҳажмига тенг бўлади. Ҳамшира турли ҳажмдаги икки томондан йўғон 50-60 см ипак билан зич боғланган квадратсимон дока тугунчаларни олдиндан тайёрлаши ва уларни стерил ёғда асраши, ишлатишдан олдин ёғли орқа тампонни сиқиб, ёғини камайтириши лозим.

Бурун орқа тикмаси қуйидагича бажарилади (139-расм):

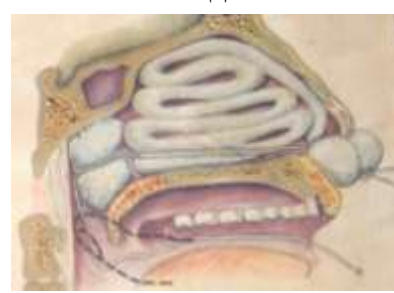
- буруннинг қонаётган томонига № 15-18 резина катетери киритилиб, хоанадан ўтказилади, тилнинг олд 3/2 қисми шпател билан босилганда у ҳалқумда, юмшоқ танглай чодирининг орқасида кўриниши лозим.
- катетернинг учлари корнцанг ёки қисқич ёрдамида тортиб оғиздан 4-5 см га ташқарига чиқарилади.
- катетернинг учларига орқа тампон тутунчасининг икки ипи боғланади (ипларнинг узунлиги 20 см дан кам бўлмаслиги керак).
- врач чап қўли билан катетерни ва уларга боғланган ипларнинг учини бурун орқали чиқариб олади, бир вақтнинг ўзida ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи билан дока тутунчани юмшоқ танглайнинг тилчаси орқасига ўтказиб, бурунҳалқум ва хоаналарга жойлайди.
- орқа тикмани бурунҳалқумда ушлаб турувчи бир жуфт ипак ипларни чап қўл билан ушлаб, ўнг қўл билан иплар орасига олд бурун тикмаси зигзагсимон жойланади.
- бурун орқали чиқарилган икки ипнинг учи бурунга кириш жойида ўрнатилган дока ёстиқчага айлана қилиб боғланади.
- тикмани олиб ташлашга мўлжалланган ип эса оғиз орқали чиқарилиб, пластр билан лунжга ёпиштирилади ёки бўйин соҳасига боғланади.



I-босқич



II-босқич



III-босқич

139-расм. Бурун орқа тикмаси

Кўпинча бурун орқа тикмаси бурундан қон оқишни тўхтатишга ёрдам беради. Тампонни бурунҳалқумда одатда 48 соатдан ортиқ вақтга қолдирилмайди, чунки бунда патоген микрофлора дока тампондан эшитув найи орқали ўрта қулоққа тарқалиш хавфи туғилади. Айрим ҳолларда узок муддатга қолдирилган тампон беморда ўткир фарингит, тонзиллит ва бронхит касалликларини ривожланишига сабаб бўлади. Оғир ҳолларда тикма учинчи кун олиниб, зарур бўлса янгиси қўйилади.

Бурун орқа тикмасида ривожланадиган асоратлар. Бурун орқа тикмасидан сўнг беморда ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши ривожланиши мумкин. Асоратларни олдини олиш мақсадида кунига бир маҳал отоскопия текширувини бажариш, беморга антибиотиклар буюриш лозим. Ўрта қулоқда яллиғланиш белгилари пайдо бўлса бурун орқа тикмаси чиқариб олинади. Орқа тикмани олишдан олдин мушак орасига 2 мл 50% аналгин эритмаси юборилади. Бурун орқа тикмасини чиқариб олиш учун ипларнинг учи кесилади ва аввал 3% водород пероксиди билан намланган бурун олд тикмаси, кейин эса бурун орқа тикмаси чиқариб олинади. Юмшоқ танглайга зарар

етказмаслик учун учинчи ип юмшоқ танглайгача киритилган шпател ёки қисқич билан ушланиб, орқага ва пастга тортилади.

6. *Умумий гемостатик терапия.* Бурундан қон оқишини тўхтатиш мақсадида маҳаллий чора-тадбирлар билан бир қаторда умумий гемостатик терапия ўтказилади. Беморга 0,015 г викасол кунига 2 маҳал ичиш ёки 1% 2 мл вена ичига ёки мушак орасига юбориш; этамзилат натрий ёки дицинон эритмасини мушак орасига ёки вена ичига керакли миқдорда юбориш; аскорбин кислотаси 0,5 г 2 маҳал ичиш ёки 5% 5-10 мл вена ичига юбориш; 10% кальций хлорид 1 ош қошиқдан 3-4 маҳал ичиш ёки 1% - 200 мл вена ичига аста-секин томчилаб юбориш тавсия қилинади.

Қон томир деворининг ўтказувчанлигини яхшилаш учун беморга рутин (0,04 г дан кунига 3 маҳал) ичиш тавсия қилинади.

Қоннинг фибринолитик фаоллигини ошириш натижасида (масалан, гепарин қўлланилгандан сўнг) юз берган қон оқишларда 5% - 30 мл аминаокапронат кислотаси 2 маҳал ичиш учун ёки 5% - 100 мл миқдорда вена ичига томчилаб юбориш учун буюрилади, 5 мл 5% протамин сульфат тавсия қилинади. Ҳозирги кунда Ўзбекистонда ишлаб чиқарилаётган юқори самарали қон тўхтатувчи дори - лагоденни 0,1% - 10 мл вена ичига секин юбориш, айниқса лагоден эритмасига тампонни намлаб бурун бўшлиғига жойлаш яхши самара беради.

Бундан ташқари беморга намланган кислород, юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар буюрилади.

Қон кўп миқдорда (1 000 мл) йўқотилган ҳолларда қоннинг кислород ташувчилик фаолиятини яхшилаш учун, қон миқдорини қоплаш ва қон оқишни тўхтатиш мақсадида беморга эритроцитлар массаси, 100-150 мл қон зардоб, қонни тўхтатиш учун 50-75 мл ва йўқотилган қон ўрнини босиш учун 100-150 мл бир гуруҳли мос донор қони қўйилади. Қон қўйиш пайти беморга оғир юқумли касалликни, гепатит ва ОИТС ни юқтириш хавфи борлигини есда тутиш лозим.

7. *Жарроҳлик усуллари.* Бурундан қон оқишни тўхтатиш учун қўлланган барча усуллар ёрдам бермаган ҳолларда жарроҳлик амали бажарилади. Қонаётган майдонни куйдириш натижа бермаганда бурун шиллиқ пардаси остига 5-10 мл 1% новокаин юборилиб, қонаётган майдоннинг шиллиқ пардаси суякдан ажратлади ва яна тампон билан бостириб қўйилади.

Бемор ҳаёти учун хавфли бўлган артериал қон оқишларда орқа бурун тикмаси ва умумий гемостатик терапия ёрдам бермаган ҳолларда ташқи уйқу артерия икки томондан боғлана-ди. Бундай ҳолларда ангиожарроҳлар маслаҳати олинади ва лозим бўлса бемор уларни бўлимига қўчирилади.

ЎТКИР РИНИТ, ўткир тумов (*rhinitis acuta*) – бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши. Ўткир ринит мустақил касаллик (носпецифик) сифатида ва турли юқумли касалликларда йўлдош жараён сифатида кузатилади. У ҳам болаларда, ҳам катталарда тез-тез учрайди.

Этиологияси. Ўткир катарал ринитнинг ривожланишига организмда маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сусайиши туфайли бурун бўшлиғи сапрофит микрофлорасининг фаоллашиши сабаб бўлади. Одатда касаллик шамоллашдан сўнг бошланади (айниқса сурункали касалликлар билан оғриган беморларда). Ўткир ринофарингит аденовирус инфекцияларда, грипп, парагрипп, менингококк инфекцияси, қизамиқ, скарлатина, дифтерия ва гонорейда кузатилади. Бундан ташқари, ўткир ринитнинг ривожланишига шиллиқ парда жароҳатлари, ёт жисмлар, бурун бўшлиғида ўтказилган жаррохлик амаллари, баъзан ноқулай меҳнат шароити, атроф муҳитнинг экологик омиллари сабаб бўлади (чанг, кўмир ва метал парчалари, тутун, газ ва турли аэрозоллар таъсири).

Патоморфологияси. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасида альтерация, экссудация, пролиферация каби яллиғланиш босқичлари ривожланади. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси эпителий тукларининг ҳаракати секинлашади, кейинчалик тўхтаб қолиб, натижада патоген омил шиллиқ пардада ушланиб қолади. Эпителий ва шиллиқ ости қаватларда яллиғланишга хос ўзгаришлар билан бир қаторда эпителийнинг кўчиши, шиллиқ пардани яраланиши кузатилади. Касаллик 3 клиник шакл билан намоён бўлади:

- 1) ўткир катарал ринит,
- 2) ўткир катарал ринофарингит,
- 3) жароҳатдан сўнгги ўткир ринитлар.

Белгилари. Касаллик ўткир бошланади, бунда бурун бўшлиғининг ҳар икки томони зарарланади. Беморнинг умумий ахволи ёмонлашиб, бурунидан шилимшиқ суюқлик оқиб, нафас олиши қийинлашади. Ўткир ринит 3 босқичда кечади:



а) I-босқичининг
риноскопия манзараси
б) II-босқичининг
риноскопия манзараси
140-расм. Ўткир ринит

I қуруқ босқич одатда 1-2 кун давом этади. Бемор бурун ва бурунҳалқумида қурушиш, ачишиш, тирналишни сезади, ўзини нохуш ҳис этади, боши оғрийди, баъзан тана ҳарорати биров кўтарилади. Олд риноскопияда шиллиқ қаватнинг қизариши, шиши, қуруқлиги, ажралма йўқлиги аниқланади (140

а-расм);

II серозли ажралмалар босқичида беморнинг бурнидан кўп миқдорда тиниқ суюқлик оқади (экссудат), нафас олиш қийин, ҳид билиш йўқ, таъм билиш пасайган.

Қадаҳсимон ҳужайра ва безлар фаолиятининг кучайиши туфайли суюқлик сероз-шилимшиқ ажралмага айланади.

Экссудат таркибида хлорид натрий ва аммиак борлиги сабабли бурун даҳлизининг териси қизариб, бироз шишади, ёрилади. Бу босқичда бурун ичида қурушиш ва ачишиш камаяди, аммо бурунни битиши кучайиб, бурун орқали нафас олиш қийинлашади, ҳид билиш қобилияти йўқолади, таъмни сезиш қобилияти пасаяди. Жараён кўз ёш йўллари ва эшитув найига тарқалганда бемор кўзидан ёш оқади, қулоғи битиб, шанғиллайди.

Риноскопияда бурун йўллари торайган, бурун бўшлиғида кўп миқдорда серозли – шилимшиқ ёки йирингли ажралма кўринади. Бурун чиғаноқларининг шиллиқ пардаси қизариб, шишади, натижада бурун йўллари ёпилади (137 б-рasm).

III-сероз-йирингли ажралмалар босқичи касалликнинг 4-5- кунидан бошланади. Бурундан қуюқ сероз-йирингли сарғиш-яшил ажралма оқиб (унинг таркибида лейкоцитлар, лимфоцитлар,кўчган эпителий бўлади), бурун орқали нафас олиш бироз енгиллашади. Риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши, қизариши камайиб, ажралмани пастки бурун йўлида тўпланиши ва йирингли характерга эга бўлиши кузатилади.

Ўткир ринит 7-8 кун давом этиб,соғайиш билан тугайди; бурундан ажралма оқиши камаяди,шиллиқ парданинг шиши йўқолади, бурун орқали нафас олиш тикланиб, беморнинг умумий аҳволи яхшиланади. Иммун ҳолати кучли бўлган ва тўғри даволанган беморда касаллик 2-3 кун давом этади, иммун ҳолати суст беморда эса у 3-4 ҳафта давом этиши ва сурункали шаклга ўтиши мумкин.

Ўткир ринитдан сўнгги асоратлар:

- 1) фарингит;
- 2) ўткир ларинготрахеит;
- 3) сурункали ринит;
- 4) синусит;
- 5) ўткир катарал ва ўткир йирингли ўрта отит;
- 6) дакриоцистит;
- 7) бурун даҳлизи дерматити.

Болаларда ўткир ринитни кечиши. Ёш болаларда ўткир ринит катталарга нисбатан кўпроқ учрайди ва оғир кечади. Бурун йўллариининг торлиги, иммун механизмларининг тўлиқ ривожланмаганлиги, аденоидлар, бурунни қоқиш кўникмасини йўқлиги туфайли болада бурун битиши, бурун орқали нафас олишни қийинлашиши кузатилади. Яллиғланиш жараёни одатда бурун ва бурунҳалқумни қамраб олганлиги туфайли ёш болаларда ринит ўткир ринофарингит сифатида баҳоланади. Боланинг тана ҳарорати 39-40 ° С кўтарилиб, унда талваса ҳолати кузатилиши, баъзан менингиал белгилар пайдо бўлиши мумкин. Буруннинг битиши туфайли гўдак кўкракни эмолмайди, бир неча қултум сут эмгандан сўнг йиғлаб кўкракни эммай қўяди. Натижада сутга тўймаган гўдак вазнини йўқотади, уйқуси бузилади, унда ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиш белгилари (қусиш, метеоризм, ич кетиш) пайдо бўлади. Оғзи орқали нафас олганлиги туфайли болада *аэрофагия* (ҳавони ютиш)

кузатилади, қорни дамланиб, нафас олиши янада қийинлашади. Болаларда эшитув найи калта ва кенг бўлиши яллиғланиш жараёнини ўрта қулоққа тез тарқалишига сабаб бўлади.

Таъхис ва қиёсий таъхисот. Таъхис бемор шикоятлари, анамнез ва риноскопия маълумотлари, ринопневмометрия, ольфактометрия асосида қўйилади. Шунинг эсада тутиш лозимки, турли юқумли касалликлар ўткир ринит белгилари билан бошланади. Ўткир нонспецифик ринит юқумли касалликнинг белгиси бўлган ўткир специфик ринитдан ва сурункали ринитдан фарқланиши лозим.

Гриппда ўткир специфик ринит бурундан қон аралаш ажралма, қон оқиши билан кечиб, синусит ва ўрта отит асоратларига сабаб бўлади. Ринитдан ташқари беморда тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, уч шохли асаб толасининг невралгияси, мушак ва бўғинларнинг оғриши, адинамия, ҳаддан ташқари терлаш белгилари кузатилади.

Дифтерия касаллигида ўткир ринит катарал шаклида кечганда беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди, шу туфайли касаллик атрофдагиларга жуда тез тарқалади. Бактериологик текширув таъхис қўйишга ёрдам беради. Оғир ҳолларда бурундан қон аралаш шилимшиқ ажралма оқиб, бурун бўшлиғи ва бурунҳалқум шиллиқ пардасида қуланг қараш пайдо бўлади. Дифтерияда кучли токсикоз, миокарднинг дистрофик ўзгаришлари, тилҳалқум (IX) ва сайёр (X) асаб толалари фаолиятининг бузилиш белгилари кузатилади.

Скарлатинада патологик жараён бурун бўшлиғи, бурунҳалқум ва танглай муртакларига (лакунар ангина) тарқалади. Беморнинг бўйни, юзи ва кейинчалик бутун баданида ўзига хос нуқтали қизил тошмалар пайдо бўлади.

Қизамиқда ўткир катарал ринит аксириш, тана ҳароратини кўтарилиши, конъюнктивит, кўзлардан ёш оқиши каби белгилар билан кечади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва лабларда қизил тасма билан ўралган кичик оқ доғлар пайдо бўлади (Филатов-Кеплик белгиси). Бемор юзидаги ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардасидаги ўзига хос тошмалар бадандаги тошмаларидан олдин пайдо бўлиб, аниқ таъхис қўйишга ёрдам беради.

Гонорейда ўткир ринит онадан чақалоқларга ўтиб, бола туғилгандан сўнг дастлабки 24-48 соатда кузатилади. Касаллик туғруқ даврида юқади. Боланинг тана ҳарорати кўтарилиб, бурундан қуюқ сарғиш-яшил ажралма оқади.

Даволаш. Ўткир ринит одатда амбулатория шароитида даволанади. Бемор иссиқ ва ҳаво намлиги юқори бўлган хонага ётқизилади.

Касалликнинг I, II-босқичларида 10-15 дақиқа давомида беморнинг оёқларига иссиқ ванна қилиниб, оёқларининг қоринчаларига хантал қўйилади, кейин малинали иссиқ чой, парацетамол (1,0 г) овқатдан сўнг эзиб ичирилиб, тўшакка ётқизилади. Бурунга 0,05-0,1% нафтизин ёки 0,05% - 0,1% галозолин ёки 0,1% санорин эмульсияси томизилади.

Грипп билан оғриган беморга юқорида қайд этилган тадбирлардан ташқари вирусларга қарши дориларни (интерферон, лейкоинферон) ингаляция ёки томчи шаклида томизиш, А ва С витаминларни тавсия қилиш лозим.

Дифтерия билан оғриган бемор дарҳол юқумли касалликлар шифохонасига юборилади. Унга симптоматик даво чоралари ва дифтерияга қарши зардоб буюрилади.

Скарлатина билан оғриган бемор юқумли касалликлар шифохонаси ёки амбулатор шароитида умумий ва маҳаллий даво тадбирлари ёрдамида даволанади. Қизамиқ билан оғриган бемор алоҳида хонага ётқизилиб, унга симптоматик даво чоралари ўтказилади.

Гонорейда ривожланган ринитда бурун ичига керакли томчилар томизилиб, беморга антибиотиклар буюрилади, она ва болада гонорейни даволаш тадбирлари ўтказилади.

Ўткир ринитнинг I босқичида беморга маҳаллий симптоматик таъсирга эга дори воситалари: интерферон, лизоцим, ИРС-19 аэрозоли тавсия қилинади. ИРС-19 2-5 кун давомида катталарда 5 маҳал, болаларда 3 маҳал ингаляция шаклида қўлланади. Бош оғриғида панадол, солпадеин, аналгин, цитрамон - П буюрилади. Беморга антигистамин дори воситалари (диазолин, димедрол, тавегил) тавсия қилинади. Беморнинг оёқлари ультрабинафша нур билан иситилиб, бурунга УВЧ ёки диатермия каби физиотерапия муолажалари ўтказилади.

Касалликнинг II - босқичида бурунга кумуш моддасига эга дори воситалар (1-2% колларгол, ёки протаргол) 3-5 томчидан 3 маҳал томизилади. Ёш болаларни эмизишдан олдин бурун ажралмаси резина баллонча билан сўриб олиниб, бурун ичи қалоқлардан тозаланиб, кейин 2 томчи 0,1% адреналин гидрохлорид ёки 0,05% нафтизин томизилади. Эмизиш орасида боланинг бурнига 5-6 кун давомида кунига 3-4 томчи 1% колларгол (ёки протаргол) томизилади.

Катталарга асосан қон томирларни торайтирувчи, яллиғланишга қарши томчилар, малҳам ва кукунлар тавсия қилинади. Бурунни физиологик эритма билан чайиш, бурун ичига сульфаниламид ва антибиотиклар аралашмасини (биопарокс, ингакамф, ингалипт, камфомин) пуркаш тавсия қилинади. Бурун соҳасига УВЧ, бурун ичига УБН, микротўлқинли терапия (тана ҳарорати 37 °С ошмаган ҳолларда) қўлланади.

Касалликнинг III босқичида 1-2% протаргол ёки колларголни, 20% альбуцидни бурун ичига томизиш ва физиотерапия муолажалари давом эттирилади. Бурун ичига томизиладиган ёки пуркаладиган дориларни 8-10 кундан ортиқ қўлланилмайди, чунки бунда хилпилловчи эпителий фаолияти, шиллиқ парданинг вазомотор фаолияти бузилади.

Ўткир тумов бошланган кундан бошлаб, Проец усулида бурун ва бурун ёндош бўшлиқларни ювиб, антибиотик ва 0,2 мл гидрокортизон эмульсиясини қўшиб юбориш бизни амалиётимизда яхши самара берди. Имконият даражасида ушбу муолажани кунига икки марта такрорлаш мақсадга мувофиқ.

Яшаш ва меҳнат шароитини яхшилаш, тоза ҳаводан нафас олиш, уйда ҳавонинг нисбий намлиги ва ҳароратини меъёردа тутиш, об-ҳавога мос кийиниш ва чиниқиш ўткир ринитни олдини олишга ёрдам беради.

Грипп ва респиратор инфекция эпидемиясидан олдин, кузда (сентябр-октябр ойларида) ўткир ринитни олдини олиш мақсадида беморга ИРС-19 аэрозоли тавсия қилинади. ИРС-19 поливалент вакцина бўлиб, таркибида 19 нопатоген антиген фракциялари бор. Аэрозол ҳар бир бурун йўлига 2 ҳафта давомида кунига 2 маҳал пуркалади.

Гриппда бурун ичига интерферон томизиш, инфлювак вакцинасини қўллаш фойдали.

СУРУНКАЛИ РИНИТ (*rhinitis chronica*) - бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг сурункали носпецифик яллиғланиши барча ЛОР касалликлар орасида тўртинчи ўринни эгаллайди (синусит, тонзиллит ва ўрта отитдан сўнг). Сурункали ринитнинг ривожланишига биринчи навбатда инфекция сабаб бўлади. Қайталанган ўткир ринит, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, аденоидлар, буруннинг туғма нуқсонлари, бурун тўсиғи қийшиқлиги, ноқулай экологик шароит, чанг, газ, буғ, турли ўсимликлар чанги, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг давомли қизариши, алкоголизм, қон томир, буйрак, жигар касалликлари, иммунитетнинг сусайиши, эндокрин, марказий ва вегетатив асаб тизимлари фаолиятининг бузилиши сурункали ринитни ривожланишига ёрдам беради.

Ҳозирги кунда биз Л.Б.Дайняк буйича сурункали ринит таснифидан (1987) фойдаланамиз:

- 1) Сурункали катарал ринит;
- 2) Гипертрофик ринит: а) чегараланган; б) тарқоқ;
- 3) Вазомотор ринит: а) аллергик шакли; б) нейровегетатив шакли.
- 4) Атрофик ринит: а) оддий шакли; б) сассиқ тумов ёки озена.

Сурункали катарал ринит (*rhinitis catarrhalis chronica*) бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг тургун қизариши, шиши ва инфильтрацияси, айрим майдонларда эпителий метаплазияси билан кечган яллиғланиш жараёни.

Бемор бурундан кўп миқдорда шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ ажралма оқишга (ринорея), вақти-вақти билан бурун орқали нафас олиши қийинлашишига шикоят қилади. Жисмоний ҳаракат пайтида бурун орқали нафас олиши нисбатан енгиллашади, гипосмия, аносмия кузатилиши мумкин. Баъзан яллиғланиш жараёни эшитув найининг шиллиқ пардасига тарқалади (тубоотит). Бошини пастроқ қўйиб ётганда бурун бўшлиғини битиши, баландроқ қўйиб ётганда эркин нафас олиши, тепага қараб ётганда бурун орқали нафас олиши қийналишиши каби беморнинг шикоятлари сурункали катарал ринит касаллигига хос.

Риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси биров қизарган ва шишганлиги, пастки ва ўрта бурун чиганоқлари шишган, умумий бурун йўли

торайганлиги, пастки бурун йўлида серозли ва шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланганлиги кўринади.

Катарал ринитни гипертрофик ринитдан фарқлаш учун қонсизлантириш синамеси бажарилади. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига 0,1% адреналин гидрохлорид (галазолин) суртилади. Пастки бурун чиғаноқларининг ҳажми анча кичрайиши гипертрофия жараёни йўқлигидан далолат берса, улар ҳажмининг бирозгина кичрайиши ёки кичраймаслиги гипертрофик жараёни мавжудлигини билдиради.

Даволаш: Сурункали катарал ринитни даволашда беморни чиниқтириш, жисмоний машқларга жалб этиш муҳим аҳамиятга эга. Бурун бўшлиғига 4-5 томчидан кунига 3 маҳал 2% колларгол (ёки протаргол) томизилади. Даволаш 10 кун давомида олиб борилади. Бундан ташқари бурун бўшлиғига “Назонекс”, “Авамис” аэрозолларини кунига 1-2 марта пуркаш фойдали.

Бир вақтнинг ўзида беморга тубус-кварц, УВЧ, микротўлқинли терапия, ультратон, кальций хлорид, димедрол, новокаин билан электрофорез, нафтизин ва гидрокортизон билан ингаляция муолажалари буюрилади. Оёқларни иссиқ ваннада ушлаш, қоринчаларига хантал қўйиш каби бошқа чора-тадбирлар ҳам ўтказилади.

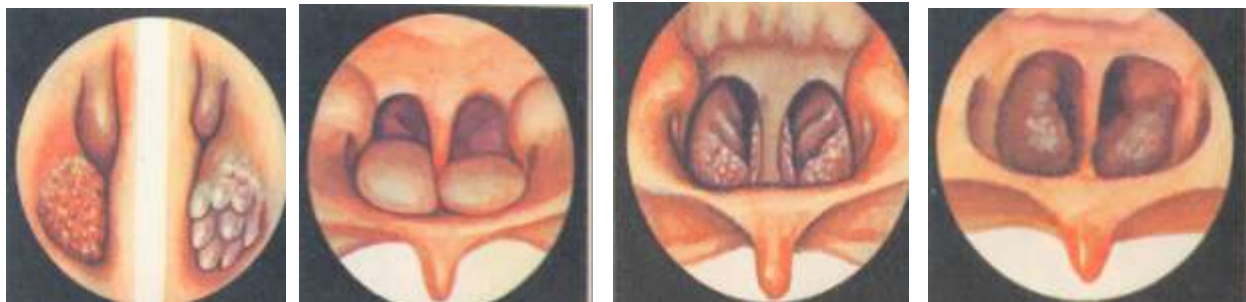
Сурункали гипертрофик ринит (*rhinitis chronica hyperthrophica*) бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши ва инфильтрацияси, айрим майдонларда эпителий метоплазияси ва пролифератив жараён; эпителий гиперплазияси, фиброз ва суяк тўқимасининг гиперплазияси билан кечувчи яллиғланиш жараёни. Пастки бурун чиғаноқлари юмшоқ тўқимаси қалинлашиб, катталашиши туфайли беморда бурун орқали нафас олиши ёки нафас чиқариши доимий қийинлашганлиги, боши оғриши, ҳид билиш ва эшитиш қобилияти пасайганлиги, овозини ўзгариши (ёпиқ манқаланиш), томоғи тез-тез оғриши, иш қобилиятини пасайиши, асаб тизимини бузилиши каби белгилар кузатилади.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси бироз қизарган ёки кўкарганлиги, шилимшиқ ажралма тўплами, пастки бурун йўлида бурун чиғаноқлари (асосан пастки чиғаноқ) катталашиб, бурун тўсиғига тегиб турганлиги кўринади. Пастки бурун чиғаноғининг фақат олд ёки орқа учи катталашганда – чиғаноқни чегараланган катталашиши, унинг барча қисмлари катталашганда чиғаноқни тарқоқ катталашиши деб номланади. Чиғаноқ орқа учининг чегараланган катталашиши тут донаси шаклини ёки бурун полипини эслатади (141-расм).

Пастки бурун чиғаноғининг орқа учи катталашиб, эшитув найининг тешигини ёпганда эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилиб, беморда *евстахеит* (*тубоотит, отосальпингит*) касаллиги ривожланади. Беморда дастлаб респиратор гипо-ёки аносмия, кейинчалик эссенциал (тикланмайдиган) аносмия пайдо бўлиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, олд- ва орқа риноскопия, буруннинг нафас олиш, ҳид билиш фаолиятларини текшириш

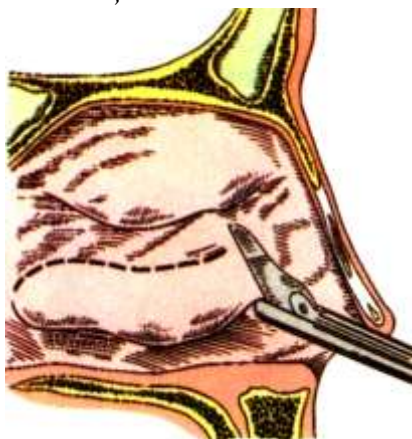
натижалари асосида қўйилади. Ринопневмометрияда маълум вақт ичида бурун бўшлиғи орқали ўтаётган ҳавонинг ҳажми аниқланади. Гипертрофик ринитда бурун бўшлиғи орқали ўтаётган ҳавонинг ҳажми камаёди. Бундан ташқари рентгенография, компьютер томографияси текширувлари ўтказилади.



141-рasm Гипертрофик ринитнинг орқа риноскопиядаги турли манзаралари

Даволаш. Сурункали гипертрофик ринит жарроҳлик усулида даволанади. Шиллиқ парда 10% лидокаин, 1% пиромекаин, 2% дикаин ёрдамида оғриқсизлантирилгандан сўнг катталашган чиғаноқ илгари пайтларда ляпис, учхлорсирка, хром кислотаси ёрдамида куйдирилар эди. Бурун чиғаноқларини гальванокаустика таъсирида куйдириш усули ҳам ҳозирги кунда қўлланилмайди. Лекин бурун чиғаноқларига криотаъсир кўрсатиш муолажалари, пастки бурун чиғаноқларни шиллиқ ости вазотомия ёки конхотомия жарроҳлик амаллари, лазер нурлари ёрдамида таъсир этиш ҳозирда кенг ишлатиладиган даво чоралари ҳисобланади.

Чиғаноқларнинг катталашган қисмининг қисман кесиш усули – *пастки чиғаноқ конхотомияси* жарроҳлик амали шифохона шароитида қуйидагича



142-рasm. Конхотомия жарроҳлик амали

бажарилади. Бемор ётган ҳолатида пастки бурун чиғаноқларининг шиллиқ пардаси маҳаллий усулда 0,1% адреналин гидрохлорид эритмаси қўшилган 0,5-1% новокаин билан оғриқсизлантирилади. Қон оқишини камайтириш мақсадида шиллиқ пардага бир дақиқага қисқич қўйилади. Қисқич чиқариб олингандан сўнг махсус қийшиқ қайчи - “конхотом” ёрдамида чиғаноқнинг катталашган қисми кесиб олинади. Агар чиғаноқнинг орқа қисмини катталашган тақдирда полип олувчи илгак ёрдамида олиш мумкин (142-рasm). Конхотомияда пастки чиғаноғи тўлиқ олиб ташланган беморларда бурун

бўшлиғи шиллиқ пардаси атрофияга учраши мумкин. Ҳозирги кунда жарроҳлик амаллари оптик асбоблар (эндоскоп, микроскоп) ёрдамида бажарилади. Бунда бурун бўшлиғининг катталашган қисми соғлом шиллиқ парда майдонига зарар етказмаган ҳолда микродебридерлар ёрдамида олинади.

Пастки бурун чиғаноғининг шиллиқ ости вазотомияси қуйидагича бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун 1% -ли новокаин эритмаси чиғаноқ олдидан бошлаб юборилгандан сўнг пастки бурун чиғаноғи олд учининг шиллиқ пардаси суяккача бироз кесилади. Кейин махсус асбоб - *распатор* ёрдамида юмшоқ тўқималар тор канал шаклида чиғаноқнинг олд қисмидан орқа қисмигача суяк усти пардасидан ажратилади. Худди шундай ҳаракатлар билан чиғаноқнинг пастки қисмида ҳам юмшоқ тўқималар ажратилади. Жароҳат майдони битиб кетгандан сўнг чиғаноқ кичрайиб, бурун йўллари кенгаяди ва натижада бурундан нафас олиш фаолияти яхшиланади.

Сурункали атрофик ринит (*rhinitis atrophica*) бурун шиллиқ пардасининг чегараланган ёки тарқоқ носпецифик ўзгариши бўлиб, унинг асосида яллиғланиш эмас, балки дистрофик жараёни ётади; шиллиқ парданинг қадахсимон ҳужайралари кичрайиб, цилиндрик ҳилпилловчи эпителий ясси эпителийга айланиши натижасида шиллиқ ишлаб чиқарувчи безлар ва қон томирларнинг фаолияти бузилади. Атрофия жараёни асосан бурун тўсиғининг олд қисмига (чегараланган) ёки бурун бўшлиғининг барча майдонларига (тарқоқ), баъзан фақат нафас майдонига тарқалиши мумкин (*субатрофик ринит*).

Этиологияси. Бирламчи атрофик ринит тарқоқ характерга эга бўлиб, умумий касалликнинг (масалан, мис ёки темир танқислиги, камқонлик) белгиси сифатида намоён бўлиб, жараён бурунҳалқум ва ҳиқилдоқ соҳасига тарқалади. Атрофия жараёнининг ривожланишига турли юқумли касалликлар (қизамиқ, грипп, дифтерия, скарлатина) ва ташқи муҳит омиллари (қуруқ ва иссиқ об-ҳаво) таъсирида шиллиқ парданинг эпителий катламининг фаолияти пасаяди. Инфекцион назария тарафдорлари касаллик бурун бўшлиғида мавжуд бўлган патоген микрофлора таъсири натижасида юзага келади деб ҳисоблайдилар. Бошқа олимлар касалликни дармон дорилар етишмовчилиги билан боғлиқ деб таъкидлайдилар. Бундан ташқари чанг, газ, буғ, тамаки, силикат ва цемент чанги ҳам атрофик ринитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Баъзан касаллик конхотомия ёки бурун жароҳатидан сўнг ривожланади. Касалликни ривожда қайталанувчи ўткир ринит ва эндокрин бузилишлар ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Яқин ўтмишида Республикамизда пахта якка ҳокимлиги даври суриб, қишлоқ хўжалигида кўп миқдорда хлор – ва фосфорорганик захарли моддалар ишлатилганда атрофик ринит касаллиги кўп учрар эди. Ҳозирги кунда бу ҳолат ижобий томонга ўзгарди.

Белгилари. Бемор бурунда қурушиш ҳис этишига, унда қатлоқлар ҳосил бўлишига, бурун орқали нафас олиши қийинлашганига, ҳидни билиши сусайганига, вақти-вақти билан бурнидан қон оқишига шикоят қилади. Одатда қон оқиши ўз-ўзидан ёки бурун олд тикмаси қўйилгандан сўнг тўхтайтиди.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси оқ-пушти рангда, қуруқ ва юпқалашганлиги, бурун йўллари кенгайганлиги, умумий бурун йўлида қуюқ сарғиш-яшил ажралма борлиги, айрим жойларда ажралма

қалоқлар ҳосил қилиб, шиллиқ пардага ёпишганлиги кўринади. Баъзан бурун тўсиғи олд қисмининг тоғайи тешилганлиги аниқланади.

Даволаш. Ринитнинг бу шаклида умумий консерватив ва маҳаллий даволаш тадбирлари ўтказилади. Бурун бўшлиғи физиологик эритмага ва йод аралашмаси (200 мл физиологик эритмага 6-8 томчи 5 % йоднинг спиртли эритмаси қўшилади) билан кунига 1-2 марта ювилади. Вақти-вақти билан бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига йод-глицерин аралашмаси, 1% Люголь эритмаси суртилади (кунига 1 маҳал 10 кун давомида), А ва Е (аэвит) витаминларнинг ёғли эритмалари, алоэ шарбати, коланхоэ ва прополис томизилади. Бурун бўшлиғини енгил ишқорий эритмалар (масалан, Тошкент маъданли суви ва шу кабилар) билан тез-тез пуркаб туриш яхши натижа беради.

Беморга ФИБС, алоэ, рибоксин, пеллоидин, гумизоль ва бошқа биоген дорилар тери остига, тери ичига ёки бурун чиғаноғининг шиллиқ пардаси остига юбориш, витаминлар, йод ва темир моддасига эга дорилар (феррумлек) ичиш тавсия этилади.

Бундан ташқари, беморларга ишқорли 2-3% денгиз тузи эритмаси билан ингаляциялар буюрилади. Гелий-неон лазери бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг трофикасини яхшилаб, даволашда яхши самара беради (муолажа 2-5 ёки 5-10 дақиқа давомида, жами 7-10 марта ўтказилади).

Сассиқ тумов ёки озена (ozaena) атрофик ринитнинг оғир шакли бўлиб, бурун бўшлиғидаги атрофик жараён нафақат шиллиқ пардага, балки суяк тўқималарга ҳам тарқалади. Беморлар бурнидан ўзига хос бадбўй ҳид келади. Сассиқ тумов кўпроқ ёш аёлларда учрайди.

Этиологияси. Сассиқ тумовни келиб чиқиши борасида ижтимоий, анатомик, яллиғланиш, ўчоқли инфекцион, нейродистрофия ва эндокрин назариялари мавжуд. Улар ичида инфекцион ва нейродистрофия назариялари кенг тарқалган.

Инфекцион назарияси бўйича озенанинг ривожланишида бурун бўшлиғи ичидаги микрофлора бирламчи сабабчи ҳисобланади. Микроблар токсинларининг таъсирида тўқима оқсиллари парчаланиб, индол, скатол, водород сульфид каби бадбўй газлар ажралади.

Сассиқ тумов билан оғриган беморларнинг бурун бўшлиғида кўпинча энтеробактериялар оиласига мансуб клебсиелла (*Klebsiella ozaenae*) борлиги аниқланиб, унинг уч тури мавжуд:

- 1) *Klebsiella rhinoscleromatis* - склерома касаллигини қўзғатади;
- 2) *Klebsiella ozaenae* - озенани қўзғатади;
- 3) *Klebsiella pneumoniae* - сепсис, зотилжам, ўткир ичак касалликлари, пиелонефрит, перитонит, менингит каби касалликларни қўзғатади.

Бундан ташқари озенада коринебактерия, протей микроблари ҳам аниқланган.

Нейродистрофия назарияси бўйича бурун бўшлиғида дистрофик жараёнининг ривожланишига марказий вегетатив асаб ва эндокрин тизимларидаги ёки симпатик иннервациядаги бузилишлар, темир моддаси етишмовчилиги сабаб бўлади.

Белгилари. Бемор бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини қуришига, унда қўп миқдорда қалоқлар ҳосил бўлишига, бурундан қўланса ҳид келишига (одатда беморни ўзи бу ҳидни сезмайди), бурун орқали нафас олиши қийинлигига, ҳид билмаслигига шикоят қилади. Бурундан ўта қўланса ҳид келиши туфайли атрофдагилар бемордан узоқлашишга ҳаракат қиладилар, бу эса беморнинг руҳиятига салбий таъсир кўрсатади. Гипосмия дастлаб ҳид билиш майдонини қалоқлар билан қопланиши, кейинчалик ҳид билиш рецепторининг атрофияси натижасида ривожланади. Баъзан беморда аносмия кузатилиши мумкин.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғи жигарранг ёки сарғиш-яшил рангли қалоқлар билан тўлганлиги, улар бурунҳалқум ва пастки нафас йўлларига тарқалганлиги кўринади. Қалоқлар тозалангандан сўнг бурун бўшлиғи шу қадар кенгаядики, ҳатто бурунҳалқумнинг орқа девори, эшитув найининг ҳалқум тешиклари ва най лўлачалари кўриниб туради.

Қиёсий таххисот. Сассиқ тумовни оддий атрофик ринит ва захмда ривожланган ринитдан фарқлаш лозим. Сассиқ тумов қўпинча балоғат ёшидаги хотин-қизларда учрайди. Оддий атрофик ринитда атрофия жараёни фақат шиллиқ пардага тарқалиб, бурундан қўланса ҳид келмайди. Захмда ривожланган ринитда бурундан бадбўй ҳид келади, бурун бўшлиғида қалоқлар, гумма яраси ва бурун тўсиғи суяк қисмининг тешилиши аниқланади, Вассерман реакцияси мусбат бўлади.

Бундан ташқари сассиқ тумовни сил, склерома, Вегенер гранулёматозидан ҳам фарқлаш лозим. Сил инфильтрати бурун тўсиғининг тоғай қисмида жойлашиб, кейинчалик ярага айланади ва ўрнида тешиқ ҳосил қилади. Ўпка рентгенографияси, балғамнинг гистологик текшируви сил ташхисини тасдиқлайди. Склероманинг инфильтратив шаклида бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасида тугунчалар пайдо бўлиб, кейинчалик бурун даҳлизи ва бурун бўшлиғи чегарасида чандиқли бўртиш ҳосил қилади, қонда Фриш-Волкович таёқчаси аниқланади. Вегенер гранулёматозидида бурун тўсиғида ёки пастки бурун чиғаноқларининг олд учида некротик тугунчалар пайдо бўлиб, беморда сепсис, ўпка, буйрак ва бошқа аъзолар касалликлари ривожланади.

Даволаш. Даволаш тадбирлари босқичма-босқич олиб борилади.

1-босқичда бурун бўшлиғи қалоқлардан тозаланади. Бунда 2% натрий гидрокарбонат, 1% водород пероксиди, 0,1% перманганат калий, 1% диоксидин ишлатилади. Бурун бўшлиғи ҳар куни қуйидаги эритмалар билан ювилиши шарт: йод томизилган натрий хлориднинг изотоник эритмаси; 1 стакан сувга 1/2 чой қошиқ солинган аралашма (10 мл салицил кислотаси, 20 г натрий хлорид, 20 г гидрокарбонат натрий).

2-босқичда бурун ичига 2-3 соатга йод (ёки 1% Люголь эритмаси), каланхоэ малҳамлари ва 5% синтомицин эмульсиясига шимдирилган пахта тикма қўйилади.

3-босқичда беморга физиотерапевтик муолажалар: аэроионотерапия, дори аэрозоллари билан ингаляциялар буюрилади. Ингаляция учун мойчечак қайнатмаси, трипсин, рибонуклеаза, колагеназа, стрептомицин сульфат, тетрациклин гидрохлорид эритмалари ишлатилади.

4-босқичда беморга умумий терапия ўтказилади; мушак орасига озена клебсиелласига қарши антибиотиклар (стрептомицин сульфат, левомецетин сукцинат), С ва В гуруҳи витаминлари, 1% никотин кислотаси мушак орасига юборилади. Бурун чиғаноқлари шиллиқ пардаси остига 0,5 - 1% - 5,0 мл гача новокаин эритмасини юбориш ҳам яхши натижа беради (жами 15 - 20 муолажа).

Беморга темир моддага бой дорилар (феррумлек, ферруплекс), аутогемотерапия муолажаси тавсия қилинади, эндокрин тизими патологиясини даволаш тадбирлари ўтказилади.

Сассиқ тумовда бажариладиган жаррохлик амаллари бурун бўшлиғини торайтириш мақсадида бажарилади. Бунинг учун бурун тўсиғи ёки бурун ён деворининг шиллиқ пардаси остига аутотрансплантант (суяқ,қовурға тоғайи) ёки синтетик трансплантатлар (лафсан, тефлон, капрон, акрил пластмасса, полиуретан, полифасфазен) ўрнатилади, бурун тешикларини қисман ёпиш усуллари қўлланади. Жаррохлик амалидан олдин 12 -14 кун давомида бурун бўшлиғида юқорида қайд этилган маҳаллий даволаш тадбирлари ўтказилиши лозим.

Вазомотор ринит. Л.Б. Дайнякнинг (1970) таснифи бўйича касаллик 2 шаклга бўлинади:

- аллергик;
- нейровегетатив.

Вазомотор аллергик ринитнинг ривожланишига аллергенлар сабаб бўлса, касалликнинг нейровегетатив шакли марказий ва вегетатив асаб тизими ёки эндокрин тизимининг патологик ўзгариши, иммунитетни сусайиши натижасида ривожланади. Узоқ вақт давомида умумий ва маҳаллий таъсирга эга дориларни қўллаш ҳамда бурун тўсиғининг қийшайиши касалликни ривожига ёрдам беради.

Аллергик ринит (поллиноз) *мавсумий* ва *доимий* турларга бўлинади. *Мавсумий* аллергик ринит ўсимликлар гуллаши билан боғлиқ бўлиб, уни баъзан “пичан тумови” деб аташади. Касаллик ҳар йили у ёки бу ўсимлик гуллаши даврида такрорланиб туради. Узоқ вақт давом этган ва кўп маротаба такрорландиган мавсумий аллергик ринит доимий аллергик ринитга ўтиши мумкин. *Доимий* аллергик ринит уй ва қоғоз чанги, соч, ҳайвонлар жуни, қушлар пати, аквариум балиқларига бериладиган овқат маҳсулотлари, озиқ-овқат маҳсулотлари, дорилар, микрофлора (стрептококк ва стафилококк), замбуруғлар аллергени

таъсири натижасида ривожланади. Уй чанги таркибидаги *Dermatophagoides* канаси ҳамда ҳайвонлар жунининг чанги кучли аллерген ҳисобланади.

Аллергик ринитни ривожланиш механизми. Нафас олинганда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига турли ёт жисм заррачалари ўрнашиб қолади. Шиллиқ пардадаги мукоциллиар тизимининг таъсири туфайли улар меъёردа тахминан 15-20 дақиқада бурун бўшлиғидан чиқарилади. Аммо аллергенлар молекулалари жуда тез сўрилиш хусусиятига эга, шунинг учун бир дақиқадан сўнг беморда ўзига хос клиник белгилар юзага келади. Аллергенни (ўсимликлар чанги, уй чанги, замбуруғлар спораси ва ҳ.к.) иммунологбулингга (IgE) мансуб антитаначалар билан ўзаро таъсири натижасида аллергик реакция юз беради. Ушбу реакция бириктирувчи тўқима лаброцитларида (семиз хужайраларда) ва базофилларда содир бўлади, кейин биологик фаол моддалар, хусусан гистамин, арахидон кислотасининг метаболитлари, серотонин, ацетилхолин, тромбоцитларни фаоллаштирувчи омил, лейкотриенлар ажралиб чиқади. Биологик фаол моддалар қон томирларни кенгайтириш, қон томирлар ўтказувчанлигини ошириш хусусиятига эга бўлганлиги сабабли бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси шишиб, беморда бурун битиши, аксириш, бурундан шилимшиқ ажралма оқиш белгилари кузатилади.

Вазомотор ринитнинг *нейровегетатив* шакли марказий ва вегетатив асаб, эндокрин тизимлари фаолиятининг бузилиши натижасида ривожланади. Бунда бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси оддий физиологик таъсирларга ҳаддан ташқари кескин жавоб қайтаради.

Белгилари. Вазомотор ринитнинг ҳар икки шаклида 3 асосий белгилар кузатилади:

- 1) аксириш хуружлари;
- 2) бурундан кўп миқдорда шилимшиқ ва серозли ажралма оқиши (бурун гидрореяси);
- 3) бурун орқали нафас олишни қийинлашиши.

Аксириш хуружлари ўсимликлар гуллаши пайтига тўғри келади, беморнинг бурун ва кўзлари қичийди, кўзлари қизариб, улардан тинмай кўз ёши оқади. Бурундан кўп миқдорда суюқ ёки шилимшиқ суюқлик оқиши натижасида бурун даҳлизининг териси қизаради. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши туфайли бурун орқали нафас олиш қийинлашади, беморнинг боши оғрийди, уйқуси бузилади, ҳид билиш ва меҳнат қобилиятлари пасаяди.

Вазомотор ринитнинг аллергик ва нейровегетатив шакллари риноскопия манзараси билан бир-биридан фарқ қилади. Аллергик ринитда бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси шишади. Бунда шиш қон капилярларидан кўп миқдорда транссудат ажралиб чиқиши натижасида пайдо бўлиб, шиллиқ парда дастлаб қизаради, кейинчалик рангпар, баъзан оқиш, мумсимон бўлади, унинг тонуси пасаяди. Ўрта бурун чиғаноғининг шиши полипни эслатади (143-расм).

Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига қон томирни торайтирувчи дори суртилгандан сўнг қон томирлар нисбатан камроқ қисқаради, қонда ва бурун ажралмасида эозинофиллар сони кўпаяди. Вазомотор ринитнинг аллергия шакли баъзан астматик бронхит, бронхиал астма галвиссимон бўшлиқ полипини ҳосил бўлиши билан бирга кечади.



Ремиссия даври



Хуруж даври

143-расм. Вазомотор ринит

Нейровегетатив ринитда бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси одатда кўкимтир бўлиб, айрим майдонларда “Воячек оқ доғлари” кўринади. Қонда эозинофиллар сони меъёردа бўлади.

Даволаш. Вазомотор ринит билан оғриган бемор

даволашдан олдин чуқур текширувдан ўтказилиши лозим. Яширин инфекция ўчоқлари, айниқса милк ва тишлар, танглай муртаклари, бурун ёндош бўшлиқлари, ошқозон, жигар, ўт пуфаги ва ичак касалликлари даволанади.

Аллергик ринитда қуйидаги даволаш тадбирлари ўтказилиши лозим:

- организмга аллергия тушишига қарши шахсий ҳимоя тадбирлари;
- специфик иммунотерапия (СИТ);
- носпецифик гипосенсибилизация терапияси;
- йирингли ўчоқни бартараф этишга қаратилган жаррохлик амаллари;
- маҳаллий кортикостероид терапияси;
- рефлексотерапия.

Аллергик ринитда аллергия реакцияга сабаб бўлган омилни бартараф этиш патогенетик терапиянинг муҳим шартларидан бири ҳисобланади. Беморга ўсимликлар гуллаши пайтида бошқа жойда вақтинча яшаш, уйда респиратор, ҳаво тозалатгич ёки махсус филтрлардан фойдаланиш, уй ҳайвонлари ва аквариумдан воз кечиш, хонадондан гилам ва юмшоқ ўйинчоқларни чиқариш, уйни тоза тутиш, кийим-кечақларини тез-тез ювиш тавсия қилинади.

Аллергология кабинетига касалликни қўзғатувчи аллергия аниқлангандан сўнггина *специфик иммунотерапияни* ўтказиш мумкин бўлади; бунда касалликни қўзғатган аллергиянинг кичик миқдори тери остига юборилади. Специфик иммунотерапия касалликнинг ремиссия даврида ўтказилиб, 3 марта такрорланади.

Аллергия аниқланмаган ёки полиаллергия ҳолларда *носпецифик гипосенсибилизация* тадбири ўтказилади. Носпецифик гипосенсибилизация аллергия белгиларини бартараф этишга қаратилган бўлиб, дорилар ёрдамида амалга оширилади.

- I авлодга мансуб антигистамин дорилар (димедрол, супрастин);

- II авлодга мансуб антигистамин дорилар (гисманал (астемизол), кларитин (лоратадин), гистадин (терфенадин), телфаст (фексофенадин), зиртек (цетиризин), кестин (эбастин), эриус).

Беморга пипольфен, фенкарол, тавегил, интал, задитен, 5% аминокaproнат кислотаси, 10-30 % натрий тиосульфат, 10 % кальций хлорид, 10 % кальций глюконат, 5% аскорбин кислота, атропин сульфат, беллоид ёки белласпон каби дорилар тавсия қилинади.

Енгил ҳолларда маҳаллий таъсирга эга антигистамин дори воситалари-аллергодил (азеластин) ва гистимет (левокабастин) қўлланади. Маҳаллий усулда беморга димедрол, гидрокортизон ва 1% интал малҳами, бекотид аэрозоли, физиотерапевтик муолажалардан - 1% димедрол, 1% интал, 1% кальций хлорид билан электрофорез, гидрокортизон ва спленин малҳами билан фонофорез, аэроионотерапия, УВЧ, магнитотерапия ва гелий-неон лазер нури тавсия қилинади.

Аллергик ринит билан оғриган ва асосан бурун орқали нафас олишнинг қийинлигига шикоят қилган беморларни даволашда топик стероидлар самарали восита ҳисобланади.

Топик стероидлар ҳужайра қобиғидан осон ўтиб, лаброцитлар томонидан гистамин ишлаб чиқарилишини сўндиради ва қон томирлар ўтказувчанлигини камайтириб, яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Янги интраназал кортикостероидлардан фликсоназе (флутиказон), альдецин (беканазе, беклометазон), назонекс (мометазон), ринокорт (будесонид) бурун спрейлари бўлиб, улар бурун ичига кунига 2-4 маҳал сепилади ва узоқ вақт (4-6 ой) давомида қўлланади.

Аллергик ринитнинг оғир ҳолларида беморга қисқа муддатга тизимли кортикостероидлар (преднизолон, метилпреднизолон, кеналог-40, дипроспон) буюрилади.

Амалиётда кўпинча қон томирларни торайтирувчи воситалар ишлатилади, аммо улар вақтинча фойда қилиб, узоқ вақт давомида (2 ҳафтадан ортиқ) қўлланганда касалликнинг кечимини оғирлаштиради.

Жарроҳлик амали касалликнинг ремиссия даврида ва полиноз мавсумидан сўнг бажарилиши лозим. Бурун чиғаноқларининг иккиламчи гипертрофияси криотаъсир, баъзан пастки бурун чиғаноқларида шиллиқ ости вазотомияси, пастки конхотомия, полипотомия, бурун тўсиғининг қийшайишини бартараф этиш жарроҳлик амаллари бажарилади. Жарроҳлик амалидан 6-10 кун олдин беморга носпецифик гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилиб, ундан кейинги даврда беморга узоқ муддатли интраназал кортикостероидлар (назонекс) буюрилади.

Бундан ташқари рефлексотерапия (акупунктура, электроакупунктура) даволаш усуллари қўлланилади; ўрта бурун чиғаноғининг шиллиқ пардасига 0,5% - 1,5 - 2 мл новокаин эритмаси юборилади.

Беморга меҳнат ва дам олишда вақтни тўғри режалаштириш, кўпроқ тоза ҳавода бўлиш, оромгоҳларда даволаниш (Оқтош, Зомин) тавсия қилинади.

БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИ ҳарбий ва спорт машғулотларида, ишлаб чиқариш корхоналарида, кўча транспорт ҳодисаларда, эпилепсия хуружи пайтида содир бўлиб, ҳаётда тез-тез учраб туради.

Жароҳат етказган жисмнинг таъсир кучи ва хусусияти, унинг йўналиши ва тўқима ичига қанчалик чуқур ботишига қараб бурун жароҳатлари *очиқ* (тери қопламини очиқ жароҳатланиши) ёки *ёпиқ* (тери қопламини бузилмаслиги) бўлиши мумкин.

Ёпиқ жароҳатларга лат ейиш, юмшоқ тўқималарга қон қуйилиши, шилиниш, бурун ёндош бўшлиқлари деворлари, кўз косаси, ёноқ суяги, ғалвирсимон бўшлиқ катакларининг силжиши ёки силжимаслиги билан кечувчи бурун суякларининг синиши киради.

Очиқ жароҳатлар йиртилган, кесилган, юзаки ва чуқур, бурун бўшлиғига кириб кетган ёки кирмаган жароҳатларга бўлинади. Бурун бўшлиғига кирган жароҳатларга кўпинча ўткир учли жисм сабаб бўлади. Бунда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини йиртилиши, бурундан қон оқиши, бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларига инфекция кириши, бурун тўсиғи гематомаси ва ҳўппозини ривожланиши кузатилади. Ўткир учли жисмнинг йўналиши бурун бўшлиғининг юқори деворига қаратилганда элаксимон пластинка синиб, беморда мия суюқлигини оқиши кузатилиши мумкин.

Кўпинча бурун суяклари ва юқори жағ суягининг пешона ўсиғи ўртасидаги чокни кенгайиши ёки бурун суяклари ва бурун тўсиғи тоғайининг синиши, ёки чиқиши (144-расм) натижасида ташқи бурун ён томонга силжийди. Баъзан юқори жағ суягининг пешона ўсиғи синиши кузатилади.



144-расм.Бурун тўсиғи тоғайини чиқиши

Кўпинча юз жароҳатларида кўриш ўткирлигини пасайиши ёки бутунлай йўқотилиши (амавроз) билан кечувчи кўз олмаси тубига қон қуйилиши, кўз олмасини силжиши (энофтальм), кўзни ҳаракатлантирувчи мушакларни босилиши натижасида фалажи (диплопия) кузатилади.

Бурун ёндош бўшлиқлари жароҳати бўшлиқлар деворини 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. Пешона бўшлиғининг орқа девори камдан-кам ҳолларда жароҳатланади. Ғалвирсимон бўшлиқнинг жароҳати кўпинча кўз косасининг ички қисмида, яъни бурун бўшлиғининг ён томонида жойлашган шиллиқ

пардани йиртилиши натижасида юз соҳаси тери ости эмфиземаси пайдо бўлишига олиб келади, шиш ва тери ости эмфиземаси, пешона ва бўйин соҳасига тарқалиши мумкин. Олд ғалвирсимон артерия жароҳатланганда кўз косаси атрофи тўқимасига қон қуйилади.

Пешона ва ғалвирсимон суякларнинг жароҳати кўпинча бурун, кўз олмаси ва кўз косаси, баъзан калла суяги жароҳати билан бирга кечади. Кўз косасининг пастки қисми ва юз соҳасида жойлашган юқори жағ бўшлиғининг жароҳати бўшлиқ олд деворининг синиши, жароҳат майдонининг шаклини ўзгариши, кўз косаси пастки девори, кўз олмаси, ғалвирсимон бўшлиқ, ёноқ чакка суяклари, тиш ва оғиз бўшлиғининг жароҳатлари билан бирга кечади.

Понасимон бўшлиқ деворларини синиши айни пайтда калла суяги асосини синиши бўлиб, нисбатан кам учрайди ва кўриш асаб толаси, ички уйқу артериясининг жароҳати билан бирга кечиб, ўлим ҳолатига сабаб бўлган қон оқишларга ёки жароҳатдан сўнгги уйқу артерияси деворининг аневризмасига сабаб бўлади.

Белгилари. Бурун жароҳатида бурундан қон оқиши, бурун терисида ва кўз қовоқларида қон талашишлар пайдо бўлиши, юмшоқ тўқималар шиши ва тери ости эмфиземаси, суяк парчаларини силжиши кузатилади. Буруннинг нафас олиш фаолиятини бузилиши ёки ҳид билиш тирқишларини ёпилиши натижасида беморда ҳид билиш қобилияти пасаяди, ҳид билиш асаб толалари узилганда – буруннинг ҳид билиш фаолияти бутунлай йўқолади.

Аралаш жароҳатнинг белгилари хилма-хил бўлиб, бурун ёндош бўшлиқлари ва улар атрофида жойлашган аъзолар жароҳатига боғлиқ бўлади. Болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг аралаш жароҳатлари юз суяклари жароҳати билан бирга учрайди. Юзнинг ўрта қисми жароҳатланганда юз суякларини нотўғри ўсиши натижасида, болаларда кейинчалик юз тузилишида косметик нуқсонлар ривожланиши мумкин.

Калла бўшлиғига тарқалган жароҳатларда беморда бош мия чайқалиши ёки қисилиш белгилари кузатилади. Калла бўшлиғига тарқалган жароҳатларда калла ичи асоратлари белгилари пайдо бўлади. Калла суяги синганда ва бош миянинг қаттиқ пардаси жароҳатланганда жароҳат майдонидан, бурун ёки ҳалқумдан мия суюқлигини оқиши кузатилади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез, ташқи текширув, пайпаслаш, зондлаш, риноскопия, эндоскопия рентгенография, компьютер томографияси текширувлари асосида қўйилади.

Ташқи текширув ва пайпаслашда жароҳат майдонининг оғриши, юмшоқ тўқималар шиши, ташқи бурун шакли бузилганлиги аниқланади. Бурун ён томонга силжиганлиги, мажақланганлиги, бурун усти пайпасланганда бўртишлар (зина белгиси), суякларнинг патологик ҳаракатчанлиги ва суяк парчалари ғирчиллашини аниқланиши бурун суяклари синганлигидан, босиб кўрганда тери ости ғирчиллаши - ғалвирсимон суяк синганлигидан ва шиллиқ парда йиртилганлигидан далолат беради.

Риноскопияда бурун бўшлиғида қон лахталари, қонталашлар, шиллик парда йиртилганлиги, бурун бўшлиғи торайганлиги, бурун чиғаноқлари ботган ва бурун тўсиғи қийшайганлиги кўринади. Бурун тўсиғи шиллик пардасининг бир томонлама, айниқса икки томонлама шиши бурун тўсиғи гематомасидан дарак беради.

Жароҳатнинг чуқурлиги зонд ёрдамида текширилади. Ёпиқ жароҳатда юмшоқ тўқиманинг шиши ташхис қўйишни қийинлаштириши туфайли босиб кўрганда беморда маҳаллий оғриқ борлиги, бурун соҳасининг шиши, қонталашлари, бурун тўсиғи қийшиқлиги бор-йўқлиги эътиборга олинади.

Юз суяklarининг шикастлари кўпинча кўз қовоқлари ва кўз косаси атрофига қон қуйилиши “*кўзойнак белгиси*” билан кечади. Аммо бу белги калла суяги асосининг синишида, ғорсимон синус жароҳатида ҳам кузатилади. Аниқ ташхис қўйиш мақсадида орқа мияни тешиб кўриш амалиёти бажарилади. Калла суягининг асоси синганда орқа мия суюқлигида қон борлиги аниқланади (субарахноидал қон қуйилиши). Бемордаги ҳушдан кетиш, карахтлик (эс-хушни бутунлай ёки қисман йўқотилиши), талваса ҳолати юз бериши калла суягининг асоси синганлигини билдиради. Бундай ҳолларда бемор бошининг ҳаракати чекланган ҳолатда шифохонага келтирилади. Унга ҳатто рентгенография текшируви ҳам дарҳол қилинмайди, чунки бунда бемор бошини ён томонга буриш керак бўлади.

Ғалвирсимон суякнинг элаксимон пластинкаси синиб, бош мия қаттиқ пардаси зарарланганда бурундан мия суюқлиги оқиши кузатилади. Бурунидан бир пайтнинг ўзида ҳам қон, ҳам мия суюқлигини оқиши ташхис қўйишни қийинлаштиради. Жароҳатнинг биринчи куни “*жуфт доғ*” белгиси кузатилади, яъни оқ матодаги қон доғининг атрофи рангсиз доира билан ўралган бўлади; қон оқиши тўхтатилгандан сўнг бурундан рангсиз ажралма оқади. Лаборатория текширувида бурундан оқаётган ажралма таркибида глюкоза борлиги мия суюқлиги эканлигини тасдиқлайди.

Юз суяklари шикастларини аниқлашда рентгенография, КТ ва МРТ-текширувлари уларнинг ҳажми ва характери ҳақида қимматли маълумотлар олишга ёрдам беради.

Даволашда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатининг характери, чуқурлиги, беморнинг умумий аҳволи эътиборга олинади. Шошилишч тиббий ёрдам оғриқсизлантириш, қон оқишини тўхтатиш, бирламчи жарроҳлик ишловини бериш ва беморни дарҳол шифохонага юборишдан иборат. Лат ейиш ёки юмшоқ тўқималарнинг очик жароҳатида ифлосланган жароҳат майдонида бирламчи жарроҳлик ишлови бажарилади; жароҳат майдони дастлаб антисептик эритма билан ювилади, кейин махсус қошиқча ёрдамида синган суяк ва тоғай парчалари олиниб, юмшоқ тўқима қолдирилади. Беморга қоқшолга қарши анатоксин (эмланган бўлса - 0,5 мл, эмланмаган бўлса - 1 мл дан тери остига), тери ичи синамасидан сўнг Безредко бўйича қоқшолга қарши қон зардоби (3000 МЕ) юборилади. Ҳайвон бурун соҳасини тишлаганда биринчи

тиббий ёрдамдан сўнг бемор қутуриш касаллигига қарши эмланади. Бирламчи чок жароҳатдан бир кун ўтгандан сўнг қўйилади.

Одатда синган бурун суяклари ўз жойига ўрнатилгандан сўнг бурундан қон оқиши ўз-ўзидан тўхтади. Аксарият ҳолларда олд бурун тикмаси, баъзан орқа бурун тикмаси бажарилади. Тикма ҳар 24 - 48 соатда алмаштирилади. Болаларга одатда эластик тикма қўйилади. Жароҳатланган бурун терисида қонгалашларни ва юмшоқ тўқима шишини камайтириш мақсадида 5-6 соат давомида бурун териси устига муз парчалари қўйилади.

Бурун суяклари синиб, ўз жойидан силжиганда ҳамда ташқи косметик нуқсон пайдо бўлганда бурун суяклари ва бурун ёндош бўшлиқлари деворларининг репозицияси (ўз жойига қўйиш) ва суяк парчаларини ички ёки ташқи томондан ҳаракатсизлантириш амали асосий даволаш усули ҳисобланади. Суяк парчаларини ўз жойига қўйиш муҳим косметик аҳамиятга эга. Жароҳатнинг биринчи кун бажарилган суякларни ўз жойига қўйиш (репозиция) амали энг оптимал усул деб тан олинган, лекин бош мия, калла ичи оғир асоратларида уни жароҳатдан сўнгги 3-4 ҳафта давомида бажарса бўлади.

Бемор курсида ўтирган ҳолатида бурун бўшлиғи маҳаллий (шиллик пардага 10% лидокаин сепиш, 2% дикаин, 5% кокаинни суртиш ёки синган майдонга 1% новокаин, 2% лидокаин эритмаларини юбориш) усулида оғриқсизлантирилади. Болаларда репозиция амалини умумий оғриқсизлантириш остида бажариш мақул.

Бармоқ ёрдамида синган суяк парчаларини ўз жойига қўйиш усули. Ташқи бурун чап томонга силжиганда умумий оғриқсизлантириш остида синган суяк парчалар ўнг қўлнинг бош бармоғи, ўнг томонга силжиганда эса чап қўлнинг бош бармоғи билан ўз жойига қўйилади. Суяк парчалари ўз жойига тушганда ўзига хос қирсиллаш товуши эшитилади.

Ю.Н.Волковнинг бурун элеватори ёрдамида синган суяк парчаларни ўз жойига қўйиш усули ҳам маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Бунда ўнг бурун элеватори буруннинг ўнг томонига, чап бурун элеватори – чап томонига маълум чуқурликка киритилиб, элеваторнинг учи олдинга ва юқорига йўналтирилган ҳаракат билан буруннинг синган, чўккан суяк парчалари ўз жойига қўйилади.

Суякларни бармоқ ва асбоб ёрдамида ўз жойига қўйиш усули синган суяк парчалари орқага ва ён томонга силжиганда қўлланади. Бунда бир вақтнинг ўзида элеватор ёрдамида олдинга йўналтирилган ҳаракат бажарилса, бош бармоқ ёрдамида синган суяклар ўз жойига қўйилади. Элеватор бўлмаган ҳолларда синган суяк парчаларни ўз жойига қўйиш муолажаси учи стерил пахта билан ўралган ёки резина қўлқоп бармоғи кийдирлган пинцет ёки кискич ёрдамида бажарилади.

Буруннинг синган суяк парчалари ўз жойига қўйилгандан сўнг уларни керакли ҳолатда ушлаб туриш лозим. Бунинг учун маҳаллий оғриқсизлантиришдан сўнг буруннинг юқори ва ўрта йўлига эритилган

парафинга (ҳарорати 50-54° С) шимдирилган дока пиликча билан тикма қўйилади. Парафин қисқа вақт ичида совиб, бурун суяқларини тўғри ҳолатда ушлаб туради, бунда бемор бурнининг пастки қисмидан нафас олади. Парафинли тикма 4-7 кундан сўнг чиқариб олинади, баъзан у бурун бўшлиғида 12 кунгача қолдирилиши мумкин.

Анамнез маълумотлари ва объектив текширувлар асосида беморга бош мия чайқалишининг II-III даражаси ташҳиси (бош оғриғи, кўнгил айланиши, қусиш, ҳолсизлик, неврологик белгилар) қўйилганда буруннинг синган суяк парчаларини ўз жойига қўйиш муолажаси кейинги кунларга (5-6 кундан сўнг) қолдирилади.

Буруннинг жароҳатдан сўнгги айрим оғир нуқсонлари шифохона шароитида жарроҳлик (косметик,пластик,эстетик) усулида даволанади. Ташқи бурун шаклини бузилиши бурун тўсиғи қийшайиши, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши билан кечган ҳолларда умумий оғриқсизлантириш остида *риносептопластика* жарроҳлик амали бажарилади. Бунда биринчи босқичда бурун орқали нафас олишни тиклаш, яъни *септопластика*, иккинчи босқичда - *ташқи буруннинг косметик нуқсонини бартараф этиш* жарроҳлик амаллари бажарилади. Ташқи бурунда ўтказиладиган *пластик* жарроҳлик амаллари очиқ ёки ёпиқ усулда бажарилади. Нуқсонни бартараф этиш учун турли маҳсулотлардан тайёрланган имплантантлар (аутотоғай, консервация қилинган тоғай, полимер маҳсулотлар, силикон ва бошқ.) ишлатилади .

Юқори жағ бўшлиғи деворларининг (кўпинча олд девори) синиши суяк парчаларининг ботиши, бўшлиқ ичига қон қуйилиши, кўз косаси девори ва ёноқ суягининг синиши билан бирга кечади. Бу ҳолда жарроҳлик амалида косметик нуқсонни бартараф этиш билан бирга пастки бурун чиғаноғи остидан бурун ёндош бўшлиғи билан бурун орасида сунъий алоқа йўли ҳосил қилинади. Юқори жағ бўшлиғи ичидаги қоннинг бир қисми сўрилиб кетади, бошқа қисми ҳилпилловчи эпителий ёрдамида бурун бўшлиғига чиқарилади. Баъзи ҳолларда жароҳатдан сўнгги 3-4 кун давомида беморда яллиғланишга хос белги пайдо бўлса (бўшлиқ соҳасининг шиши ва инфильтрацияси, оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши), унда юқори жағ бўшлиғи пастки бурун йўли орқали тешилиб, чиқаргич найча орқали антисептик ва антибиотик эритмалар билан ювилади.

Пешона бўшлиғи деворларининг синиши суяк бўлақларини бўшлиқ ичига ботиши ва табиий тешиги фаолиятининг бузилиши билан кечганда бўшлиқ олд деворини ўз жойига қўйиш ва пешона-бурун бўшлиғи орасида сунъий алоқа йўли ҳосил қилиш жарроҳлик амали бажарилади. Бўшлиқ ичига Б.С.Преображенский бўйича чиқаргич найи ўрнатилади (диаметри 0,6-0,8 см резина найча пешона бўшлиғини бурун бўшлиғига улаб туради) ва 3 ҳафтага ёстиқча ёрдамида жароҳат ёнидаги терига тикиб қўйилади.Пешона бўшлиғининг орқа девори кўздан кечирилиб, зонд билан текширилгандан сўнг орқа деворининг суяги синган ҳолларда нейрорроҳ иштирокида бош

миянинг қаттиқ пардаси очилиб, тафтиш қилинади ва суқилган суяк парчалари олинади, йиртилган қаттиқ парда тикилади.

Бурундан орқа мия суюқлиги оқаётган бемор ярим ўтирган ҳолатда ётқизилади, унга бош мия суюқлиги босимини туширувчи дори воситалари (вена ичига 25% магнезий сульфат 40% уротропин, диакарб керакли миқдорда юборилади), тинчлантирувчи дорилар (седуксин, реланиум, 20% оксибутират натрий) буюрилиб, беморга суюқлик истеъмол қилиш кескин чегараланади. Консерватив даволаш яхши натижа бермаган ҳолларда жаррохлик амали, яъни нуқсон юқори ёки ўрта бурун чиғаноғининг шиллиқ пардасидан фойдаланилган ҳолда бартараф этилади. Ҳозирги кунда жаррохлик амалида эндоскоп ва микроасбоблардан фойдаланиш яхши натижа бермоқда.

Аралаш жароҳатларда беморга оғриқсизлантирувчи (максиган, тримол ва бошқ.), тинчлантирувчи дори воситалар (тазепам, фенобарбитал, седуксен, реланиум, 20 % оксибутират натрий, кетонал, промедол, морфин, кетомин ва бошқ.) тавсия қилинади. Жароҳат майдонининг яллиғланишини олдини олиш мақсадида умумий ва маҳаллий яллиғланишга қарши антибиотиклар буюрилади. Иккиламчи асоратларни олдини олиш учун беморга десенсибилизация, дезинтоксикация, гемостатик ва симптоматик даволаш тадбирлари ўтказилади.

ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТЛАР - бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши барча ЛОР-аъзолари касалликлари орасида биринчи ўринни эгаллайди. Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши бўшлиқ ичидаги ажралмани табиий йўллар орқали чиқарилиши қийинлашганда ривожланади. Жараён буруннинг бир нечта бўшлиқларига бир вақтда тарқалганда *полисинусит*, бир томондаги бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланганда – *гемисинуит* ва буруннинг барча ёндош бўшлиқлари яллиғланганда - *пансинуит* деб аталади.

Этиологияси. Инфекция бурун ёндош бўшлиғига бурун бўшлиғидан, тишлардан ёки бошқа йирингли ўчоқлардан тарқалиши, жароҳатлардан кейин ривожланиши мумкин. Касалликнинг ривожланишига бактериал флора, биринчи навбатда пневмококklar (*Streptococcus pneumoniae*), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, гемолитик стрептококк, ичак таёқчаси, граммусбат ва грамманфий таёқчалар, баъзан грипп ва парагрипп вируслари, аденовируслар, замбуруғлар, *Chlamydia pneumoniae* ва *Mycoplasma pneumoniae* бактериялари сабаб бўлади. Ўткир синуситда кўпинча бир хил микрофлора, сурункали синуситда эса турли микрофлора аниқланади. Касалликни ривожланишида маҳаллий ва умумий иммунитетнинг ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Юқумли касалликларда (дифтерия, скарлатина, қизамиқ) инфекция бурун ён бўшлиғи ичига гематоген йўл орқали тарқалади.

Юқори жағ бўшлиғи яллиғланишининг ривожланишига 10% ҳолларда юқори жағ бўшлиғи пастки деворига ёнма-ён жойлашган кам илдизли иккинчи ва кўп илдизли биринчи чайнов тишларининг апикал гранулёмаси сабаб бўлади. Бу

ҳолда касалликни одатда анаэроб микрофлора кўзгатиб, ажралма ўзига хос бадбўй ҳидга эга бўлади. Бу ҳолда синусит сурункали кечади ва зарарланган тиш даволангандан сўнггина бартараф бўлади.

Касалликни ривожланишида бурун ёндош бўшлиғининг ҳажми ва тузилиши муҳим аҳамиятга эга: бўшлиқнинг ҳажми қанча катта бўлса, у шунча яллиғланиш жараёни ривожланишига мойил бўлади. Бурун ёндош бўшлиқлари орасида энг катта бўшлиқ - бу юқори жағ бўшлиғи бўлиб, у нисбатан кўпроқ яллиғланади. Юқори жағ бўшлиғининг ўрта бурун йўлига очиладиган табиий тешиги бўшлиқнинг юқорисида жойлашганлиги юқори жағ бўшлиғидаги патологик ажралмани бурун бўшлиғига чиқарилишини янада қийинлаштиради.

Бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир ва сурункали касалликларида шиллиқ парданинг мукоциллиар аъзосининг суюқлик ишлаб чиқариш ва транспорт фаолияти бузилади. Бурун ёндош бўшлиқларининг бурун бўшлиғига очилувчи табиий тешикларини шиллиқ парданинг шиши туфайли ёпилиши бўшлиқларидан патологик ажралмани чиқарилишини қийинлаштиради, натижада у бўшлиқлар ичида тўпланиб қолади.

Атроф муҳитнинг ноқулай таъсири (газ, чанг, зарарли моддалар билан ифлосланиши) туфайли шиллиқ ишлаб чиқарувчи безлар хужайраларининг фаолияти ва ҳилпилловчи эпителий тукларининг ҳаракати сусаяди (мукоциллиар клиренс). Ўз навбатида бу ҳол бурун ва бурун ёндош бўшлиқларда яллиғланиш жараёнини ривожланишига олиб келади.

Ўткир синусит, асосан тумов, грипп, қизамиқ, скарлатина, захм, сил ва бошқа юқумли касалликларда уларнинг асорати сифатида ривожланиши мумкин. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг турли жароҳатлари, бурун бўшлиғи ёт жисмлари, хавfli ва хавфсиз ўсмалари ҳам уларнинг яллиғланишига сабаб бўлади.

Сурункали синуситнинг ривожланишига маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сусайиши, аутоаллергия, бактериал аллергия, пастки ва ўрта бурун чиғаноқларининг гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун ўсмаси бурун ёндош бўшлиқларидан патологик ажралмани чиқарилиши қийинлаштириб, сурункали синуситнинг ривожланишига ёрдам беради.

Ўткир синуситда патологоанатомик ўзгаришлар бўшлиқ шиллиқ пардасининг қизариши, инфильтрацияси ва шиши билан намоён бўлади. Айрим майдонларда эпителий қатламини кўчиши, лимфоцитлар, нейтрофиллар ва эозинофилларни тўпланиши кузатилади. Бурун ёндош бўшлиқлари деворларининг шиллиқ пардасида қонталашлар пайдо бўлиб, бўшлиқ ичида серозли, шилимшиқ, йирингли, геморрагик, фибринли ёки аралаш экссудат тўпланади.

Сурункали синусит асосан бириктирувчи тўқимада пролиферация жараёни, лимфоцитлар, нейтрофиллар, плазматик хужайралар инфильтрацияси, яллиғланиш ўсмалари ва полипларни ҳосил бўлиши билан кечади.

Таснифи. Б.С.Преображенский (В.Т.Пальчун,1974) бурун ёндаш бўшлиқлари яллиғланишининг қуйидаги таснифини таклиф қилди:

А. Экссудатив шакли: 1) катарал, 2) серозли, 3) йирингли,

Б. Продуктив шакллари: 1) девор олди гиперпластик; 2) полипозли.

В. Альтератив шакли: 1) атрофик, 2)некротик, 3) холестеатомали, 4) казеозли;

Г. Аралаш шакли (йирингли-полипозли, кистозли-некротик).

Д. Вазомотор ва аллергик синусит.

Таъхис. Бурун ёндош бўшлиқлари касаллиги билан оғриган бемор қуйидаги текширувлардан ўтказилади:

- Бемор шикоятлари ва анамнез маълумотларини таҳлил қилиш;
- Умумий клиник ва биохимик таҳлиллар, оториноларингологик текширув (олд ва орқа риноскопия, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлар фаолиятини текшириш);
- Бўшлиқ ажралмасининг бактериологик ва вирусологик, аллергологик текшируви;
- Эндоскопик текширув (эндофотография), зарур бўлса синусоскопия;
- Биопсия ва цитологик текширув (кўрсатмага асосан);
- Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенологик текшируви, шу жумладан контраст модда ёрдамида;
- Компьютер томография (КТ), магнит-резонанс томография (МРТ) (зарурият туғилганда);
- Пешона,понасимон ва юқори жағ бўшлиқларини диагностик (даволаш) зондлаш;
- Юқори жағ бўшлиғини диагностик мақсадда тешиб кўриш (кўрсатмага асосан).

Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишида турли йўналишларда бажарилган рентгенологик текширув кенг қўлланилади. Коронар ва аксиал йўналишларда бажарилган КТ ва МРТ текширувлари рентгенологик текширувига қўшимча тарзда бажарилади. Агар КТ текширилаётган аъзонинг қаватларини қоғозга тушириш,унинг тузилишини, зичлигини аниқлаш имконини берса, МРТ текшируви юмшоқ тўқима тузилмаларини аниқлашга ёрдам беради. Кенг қўламли ультратовуш тўлқинлари (1,5-10 мГц) ёрдамида бажарилган текширув ҳам бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишини аниқлашда кенг қўлланилади.

Замонавий эндоскопия ва эндофотография текширувлари бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг мураккаб тузилмаларини кўздан кечириш имконини беради. Амалиётда турли кўриш бурчакли қаттиқ ва эгилувчан оптик асбоблар (эндоскоп, фиброскоп ва микроскоп) ишлатилади. Бундай текширувлар бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги оддий текширувларда кўзга кўринмайдиган патологик ўзгаришларни ва яллиғланиш жараёнини эрта аниқлашга ёрдам беради.

Ўткир гайморит - *highmoritis acuta* - юқори жағ бўшлиғи шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши бўлиб, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари орасида нисбатан кўп учрайди. Юқори жағ бўшлиғидан олинган патологик ажралмада 75% ҳолларда бактериял микрофлора: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilis influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pyogenes* анаэроблар, вируслар ва замбуруғлар аниқланади. Касаллик тумов, грипп, қизамиқ, скарлатина ва бошқа ўткир юқумли касалликларда ёки уларнинг асорати сифатида ривожланади.

Охириги йилларда давомли назотрахеал интубациядан сўнг ривожланган назокомиал синусит (шифоҳона синусити) қайд этилмоқда. Касалликни *Pseudomonas aeruginosa* ва бошқа грамм-манфий бактериялар қўзғатади. Бўшлиқ деворининг жароҳати, бурун бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амали, бурун тикмалари ҳам ўткир гайморитни ривожига ёрдам беради.

Юқори жағ бўшлиғида патологик жараёни ривожланишида унинг табиий тешигини торайиши ёки бутунлай ёпилиши, мукоциллиар клиренсни бузилиши натижасида бўшлиқдан патологик ажралмани чиқарилишининг бузилиши муҳим клиник аҳамиятга эга.

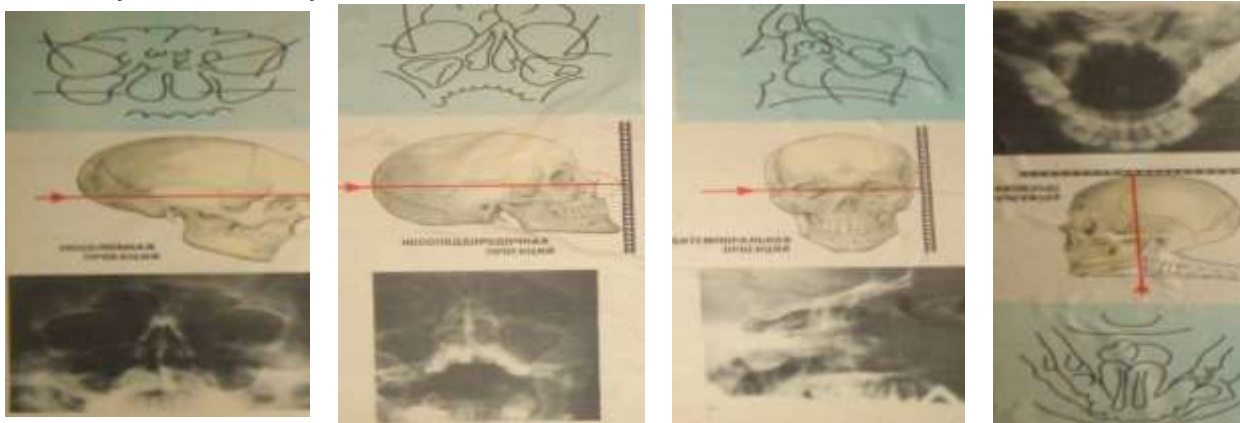
Белгилари. Ўткир гайморитда маҳаллий ва умумий белгилар кузатилади. Маҳаллий белгиларга зарарланган бўшлиқ соҳасида нохушлик ҳис этиш, бир ёки икки томонлама бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, юқори жағ бўшлиғи соҳасида оғриқ ва уни юз ва бошнинг ярмига тарқалиши, зарарланган томонда тиш оғриши, чайнаганда ёки бош олдинга эгилганда оғриқни кучайиши, бурундан йирингли ёки шилимшиқ-йирингли ажралма оқиши, ҳид билиш қобилиятини бузилиши каби белгилар киради. Ажралмани чиқарилиши қийинлашганда беморнинг юзи ва пастки қовоқлари шишади. Умумий белгиларга тана ҳароратини кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, иштаҳани йўқолиши, бошни оғриши киради. Қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар (лейкоформулани чапга силжиши, бироз лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши) аниқланади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари ва бурун бўшлиғининг объектив текшируви натижалари асосида қўйилади. Олд риноскопияда ўрта бурун чиғаноғининг шиллиқ пардаси қизарган ва шишган, ўрта бурун йўлида кўп миқдорда шилимшиқ ажралма ёки йиринг тўпланганлиги кўринади. Ўрта бурун йўли шиллиқ пардасига 0,1 % адреналин гидрохлорид эритмасини суртиб, бемор бошини зарарланган бўшлиқнинг қарама-қарши томонига эгилганда йиринг ўрта бурун чиғаноғи остида пайдо бўлишини кўриш мумкин.

Йирингли тўпламни *резина баллонча ёрдамида сўриб* олса бўлади; бунинг учун ўрта бурун йўлига 0,1% нафтизин ёки 0,1% адреналин гидрохлорид эритмаси суртилиб, кейин ўрта бурун чиғаноғини бурун тўсиғига силжитиб, бемордан “ку-ку” сўзини айтиш сўралади, шу пайт йиринг тўплами резина баллонча ёрдамида сўриб олинади. Муолажадан сўнг юқори жағ бўшлиғига табиий тешиги орқали зонд киритилади, зонддан оқиб чиқаётган йирингли ажралма

бўшлиқда йирингли яллиғланиш борлигини тасдиқлайди. Фронтит ва этмоидитда ҳам ўрта бурун йўли шиллиқ пардасининг яллиғланиши ва йирингли ажралма тўпланиши кузатилади.

Рентгенография, компьютер томография, магнит-резонанс томография ва замонавий оптик асбоблар (қаттиқ ва эгиловчан эндоскоплар) аниқ ташхис қўйишга ва бурун бўшлиғи ичини кўздан кечиришга ёрдам беради. Бурун ёндош бўшлиқларини зондлаш ёки юқори жағ ва пешона бўшлиқларини тешиш муолажаси муҳим диагностик аҳамиятга эга.



145-расм.

Бурун ёндош бўшлиғининг турли йўналишларда бажарилган рентгенограммаси

Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенологик текшируви бўшлиқларнинг бор-йўқлигини, уларнинг ҳажмини, ўлчамини, бўшлиқ ичидаги патологик экссудат, қалинлашган шиллиқ парда майдони ёки полип борлигини аниқлашга ёрдам беради. Рентгенограмма, компьютер томография, магнит-резонанс томография натижалари баҳоланганда бўшлиқларнинг ҳажми бири-бирига таққосланади; юқори жағ бўшлиғининг ҳажми қанча катта бўлса, унинг ҳаволилиги, яъни пневматизацияси шунча яхши бўлади.

Кичик бўшлиқ ҳамиша хирароқ кўринади. Бўшлиқнинг ҳаволилиги камайганда, яъни унда патологик суюқлик тўпланганда рентгенографияда юқори жағ бўшлиғи соҳасининг манзараси хиралашади (145 -расм).

Юқори жағ бўшлигини тешиш муолажаси. Юқори жағ бўшлиғи пастки ва ўрта бурун йўли ёки суғириб олинган тишнинг жойи орқали тешилади. Пастки бурун йўли орқали юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажаси махсус шприц ва узунлиги 8-10 см га тенг бўлган Куликов нинаси ёрдамида бажарилади. Дастлаб пастки бурун йўлига, унинг юқори бўлимига, яъни пастки бурун чиғаноғининг бирикиш жойига оғриқсизлантирувчи дори воситаси суртилади (10% лидокаин аэрозоли, 2% дикаин, 1% пиромекаин, 10% димедрол). Кейин пастки бурун чиғаноқларининг бирикиш жойининг олд учидан 1,5-2 см орқада, Куликов игнаси кўз косасининг ташқи деворига қаратиб санчилади ва юқори жағ бўшлиғининг ички девори тешилади. Тешиш муолажаси тўғри бажарилган ҳолларда врач нинани аввал қийинчилик билан силжишини, кейин бўшлиқ ичига кирганлигини ҳис этади. Игна юқори жағ бўшлиғи ичига киргандан сўнг

унинг учи бўшлиқ ичида эркин ҳаракатланиши текшириб кўрилади. Агар игна бўшлиқ ичида эркин ҳаракат қилмаса, унда у бироз орқага тортилиши лозим. Шундан сўнг бўшлиқ ичидаги ажралма шприц ёрдамида сўриб олиниб, бўшлиқ ичига эса илиқ фурацилин ёки физиолигик эритма юборилади. Юборилган суюқликнинг игнадан томчилаб оқиши уни бўшлиқ ичида эканлигини билдиради.

Сўриб олинган патологик ажралма кўздан кечирилади. Унда йиригнли-полипоз шилимшиқ ажралма ёки тиш кистаси борлиги аниқланиши мумкин. Агар игна бўшлиқ ичидаги ажралманинг устида турса ёки бўшлиқ ичида қуюқ йиригнли ажралма тўпланган бўлса, сўриб олинганда игна орқали ҳеч нарса чиқмайди, чунки қуюқ суюқлик игна тешигини ёпиб қўйган бўлади. Тешиш муолажаси тўғри бажарилиб, бўшлиқ антисептик эритма (фурацилин, риванол, 0,9% физиолигик эритма) билан ювилади. Бунинг учун беморнинг боши олдинга эгилади, шприц билан юборилган суюқлик бурун даҳлизи орқали буйраксимон ликобчага оқиб тушади. Бўшлиқ ичидаги ажралма йиригнли характерга эга бўлганда ювинди сувнинг ранги оқиб ранга ўхшаб, унда йиринг тўпламлари кўринади. Бошқа ҳолларда аввал тиниқ, кейин йиригнли ёки шилимшиқ аралаш суюқлик оқиб чиқади. Бўшлиқ бир неча бор (тиниқ ювинди сув оқишигача) ювилади.

Юқори жағ бўшлиғини тешиш натижасининг манфийлиги юқори жағ бўшлиғининг йирингсиз касалликлари (шишли-катарал, полипозли гайморит) ёки ўсма касаллиги бўлиши мумкинлигини эътиборга олиб, бемор КТ ва МРТ текширувларига юборилади. Юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажаси пайтида ёки ундан кейин маҳаллий ва умумий асоратлар кузатилиши ва улар юқори жағ бўшлиғини тешиш пайтида йўл қўйилган хатолар натижасида юзага келиши мумкин. Оқаётган қон бурун ичи тикмаси ёрдамида тўхтатилади. Юқори жағ бўшлиғи ўрта бурун йўли орқали тешилганда бўшлиқ ичига юборилган суюқлик кўз косаси юмшоқ тўқималарига тарқалиб, кейинчалик шу майдонда йиригнли жараён ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Камдан-кам ҳолларда бош мия ва юрак қон томирларининг ҳаво эмболияси асорати кузатилиши мумкин. Бундай оғир асорат юқори жағ бўшлиғига ҳаво юборилганда юзага келади. Шунинг учун бўшлиқни ювишдан олдин ва кейин ичига ҳаво юбориш тақиқланади. Баъзан юқори жағ бўшлиғининг ўзига хос анатомик тузилиши - ички ёки олд девори ичкарига чуқур ботганлиги учраши мумкин. Бундай ҳолда бўшлиқнинг ички ва кўз косасининг пастки ёки олд деворлари орасидаги масофа 2 мартага камаяди (3-4 мм гача). Шунинг учун юқори жағ бўшлиғини тешишдан олдин рентгенография текширувини бажариш мақсадга мувофиқ.

Ўткир фронтит (*frontitis acuta*)-пешона бўшлиғининг ўткир яллиғланиши. Ўткир гайморитни ривожланишига сабаб бўлган барча омиллар (тишдан тарқалган инфекциядан ташқари) пешона бўшлиғини яллиғланишига ҳам сабаб

бўлади. Пешона бўшлиғи ўрта бурун йўлига узунлиги 1,5-2,5 см га тенг тор канал орқали очилади. Бу эса пешона бўшлиғидан патологик ажралмани чиқарилишини анча қийинлаштиради. Шунинг учун пешона бўшлиғи яллиғланганда доимо калла ичи ва кўз косаси асоратларининг ривожланиш ҳавфи мавжуд бўлади.

Белгилари. Ўткир фронтит билан оғриган бемор пешона соҳаси оғришига шикоят қилади, оғриқ пешона соҳаси босилганда ва пешона бўшлиғининг олд девори перкуссия қилинганда, кўз косасининг ички-юқори бурчаги, яъни пешона бўшлиғининг пастки девори босилганда кучаяди. Беморнинг боши, кўз косаси соҳасида оғриб, нафас олиш ва ҳид билиш қобилияти бузилади. Бўшлиқ ажралмасининг чиқарилиши қийинлашганда оғриқ кучайиб, беморнинг қовоқлари ва пешона соҳаси шишади, тана ҳарорати 38-39⁰ С кўтарилади. Қонда лейкоцитоз, лейкоформулани чапга силжиши, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Олд риноскопияда ўрта бурун йўли шиллиқ пардасида фронтитга хос ўзгаришлар кўринади, бурун чиғаноқлари, хусусан ўрта бурун чиғаноғи қизариб, шишади ва бурун йўлини ёпиб қўяди. Бурун бўшлиғининг ташқи деворида ўрта бурун чиғаноғи олд учининг остидан йирингли ажралма оқаётганлиги аниқланади. Перкуссия қилинганда ва пайпасланганда пешона бўшлиғи олд девори соҳаси ва кўзнинг ички бурчаги оғрийди. Беморни боши олдинга эгилганда пешона соҳасининг оғриғи кучайиб, бўшлиқ соҳасида оғирлик ҳис этади.

Бундан ташқари учшоҳли асаб толасининг невралгиясини инкор этиш мақсадида беморга рентгенография, компьютер томографияси текширувлари ўтказилади. Бунда пешона бўшлиғининг ҳаволилиги пасайган ёки йўқотилганлиги маълум бўлади. Невралгияда оғриқ тўсатдан бошланиб, кескин кечади, фронтитда эса оғриқ аста - секин бошланиб, пешона бўшлиғида яллиғланиш жараёнини ривожланиши билан тобора кучайиб боради; фронтитда оғриётган майдон бармоқ билан босилганда оғриқ кучаяди, невралгияда эса-камаяди; фронтитда жисмоний зўриқишда, йўталганда, аксирганда оғриқ кучаяди. Невралгияда пешона соҳаси терисининг сезгирлиги ошади.

Пешона соҳасининг оғриши баъзан ўткир гайморитда ҳам кузатилиши мумкин. Аниқ ташхис қўйиш учун клиник текширувлар натижаларини таққослаш, пешона бўшлиғини зондлаш ишлари бажарилиши лозим. Ҳозирги кунда катталар ва ҳатто 6 -7 ёшли болаларда 10% лидокаин аэрозоли билан маҳаллий оғриқсизлантириш остида пешона бўшлиғини 0,6 мм ли ўмров ости катетери ёрдамида *зондлаш муолажаси* амалиётга кенг тадбиқ этилган. Зондлаш муолажасини бажариш имкони бўлмаган беморларда трепанопункция жарроҳлик амали бажарилади.

Трепанопункция - пешона бўшлиғини тешиш жарроҳлик амали махсус М.Е. Антонюк пармаси (трепани) ёрдамида бажарилади. Жарроҳлик амалидан олдин тешиладиган майдон нуқта билан белгиланади. Бунинг учун пешона

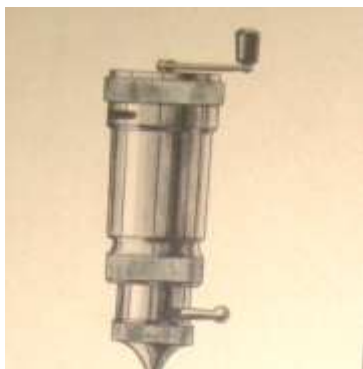
соҳасининг ўртаси ва бурун усти бўйлаб биринчи вертикал чизик, қош усти ёйининг суяк чети бўйлаб биринчи чизикқа перпендикуляр равишда иккинчи горизонтал чизик, ҳамда биринчи ва иккинчи чизиклар ҳосил қилган тўғри бурчакнинг биссектрисаси бўйлаб учинчи чизик ўтказилади. Учинчи чизикда бурчакдан 1-1,5 см ташлаб трепанотом қўйиладиган нуқта белгиланади. Хатога йўл қўймаслик учун фронтал, сагитал йўналишларда бажарилган рентген тасвирини, пешона бўшлиғининг ҳажмини, энини, чуқурлигини ва ички деворини ҳисобга олиш лозим.

Пешона бўшлиғини пармалаб тешиш жарроҳлик амали шифохона ёки поликлиника шароитида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда қуйидагича бажарилади: маҳаллий оғриксизлантириш остида (1% новокаин - 5,0 мл, 2% лидокаин) белгиланган нуқтадан трепан (парма) ёрдамида пешона бўшлиғининг олд девори тешилади. Кейин парма чиқариб олинади ва ҳосил бўлган тешикка темир зонд киритилиб, пешона бўшлиғининг чуқурлиги ва унинг орқа девори аниқланади. Шундан сўнг тешикка канюля киритилиб, пешона бўшлиғи шу канюля орқали илиқ фурацилин, 0,9 % физиологик эритма билан ювилиб, бўшлиқ ичига антибиотик, гармон ва фермент эритмалари юборилади (146-150- расмлар). Муолажалар 7-12 кун давом эттирилади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, сабаблари, олд ва орқа риноскопия, фарингоскопия, синусоскопия, компьютер томографияси, зондлаш, трепанопункция, бактериологик ва бошқа қўшимча текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Ўткир этмоидит (*etmoiditis acuta*) - *галвирсимон бўшлиқ катакчаларининг ўткир яллиғланиши* кўп учрайди ва катталарда юқори жағ бўшлиғининг ўткир яллиғланишидан кейин иккинчи ўринни эгалласа, болаларда биринчи ўринда туради. Ўткир этмоидит камдан - кам ҳолларда алоҳида касаллик сифатида қайд этилади. Одатда галвирсимон бўшлиқ олд катакчаларининг яллиғланиши фронтит ва гайморит, орқа катакчаларининг яллиғланиши сфеноидит билан бирга кечади. Ўткир ринит, ўткир респиратор юқумли касалликлар, грипп, парагрипп ва бошқалар этмоидитни ривожланишига сабаб бўлади. Галвирсимон бўшлиқ катакчалари табиий тешикларининг ўзига хос анатомопографик жойлашуви, ўрта бурун йўлининг торлиги, бурун тўсиғи қийшиқлиги касалликни ривожланишига қулай шароит яратади.

Клиник белгилари. Галвирсимон бўшлиқ олд катакчаларининг яллиғланиши умумий ва маҳаллий белгилар билан кечади, баъзан фронтитга хос белгилар кузатилиши мумкин. Беморнинг боши, бурун негизи, галвирсимон бўшлиқлар соҳаси ва қошларининг ўртаси оғришига шикоят қилиб, оғриқ асосан бурун негизи ва кўз косасининг ички чети соҳасида жойлашади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади (37-38°C), бурундан нафас олиши қийинлашиб, ундан шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, ҳид билиш қобилияти пасаяди.



146-расм. Парма



147-расм. Пешона бўшлиғини тешиш жараёни



148-расм. Парма канюласини ўрнатиш жараёни



149-расм.
Трепанопункцияни
бажариш учун мўлжал
чизиклар



150-расм. Парма канюласини
кўриниши

Болаларда ва сурункали касалликларга чалинган иммун ҳолати суст бўлган беморларда инфекция таъсирида ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг суяк деворлари қисман емирилади. Бундай ҳолларда зарарланган томонда кўз косасининг ички бурчаги, юқори ва пастки қовоқлари шишиб, қизаради. Ушбу майдонда ёпиқ эмпиема (ёпиқ йирингли ўчоқ) ҳосил бўлиши ва йирингли жараён кўз косаси девори ва юмшоқ тўқималарига тарқалиши мумкин. Натижада кўз олмасини ташқи томонга силжиши, экзофтальм, хемоз, кўз олмаси ҳаракатланганда кучли оғриқ пайдо бўлиб, кўриш ўткирлигини пасайиши ва организмнинг заҳарланиш белгилари кузатилади; тана ҳарорати 38° - 39° С га кўтарилади.

Таъхис. Касалликни бошланиши, бемор шикоятлари ва объектив текширувлар асосида қўйилади. Олд риноскопияда ўрта бурун чиғаноғи соҳасида шиллиқ парда шишган ва қизарганлиги, баъзан ўрта бурун йўлида йирингли ажралма ёки орқа катакчалар яллиғланганда ҳид билиш қобилияти бузилади, ҳалқум орқа деворидан йирингли ажралма оқаётганлиги кўзга ташланади. Ғалвирсимон бўшлиқнинг олд катакчалари яллиғланганда патологик ўзгаришлар асосан ўрта бурун йўлида, орқа катакчалари яллиғланганда эса - юқори бурун йўлида аниқланади. Рентгенография, КТ, МРТ текширувида ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг хиралашиши қайд этилса, эндоскопия текшируви ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг бурун бўшлиғига очилган

тешикларини кўздан кечириш ва олд ёки орқа этмоидит ташхисини қўйиш имконини беради.

Йирингли ажралма ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларидан чиқарилмай қолган ҳолларда (ёпиқ эмпиема) беморнинг кўз қовоқлари шишиб, кўз олмаси ташқи томонга ва пастга силжийди, баъзан жараён кўз косаси ва калла ичи асоратларини ривожланишига сабаб бўлади.

Ўткир сфеноидит - (*sphenoiditis acuta*) - понасимон бўшлиқнинг ўткир яллиғланиши бўлиб, одатда ғалвирсимон бўшлиқ орқа катакларининг яллиғланиши билан бирга кечади.

Белгилари. Бемор боши оғришига, кўз олмаси орқасида босимни ҳис этишига ва оғриққа шикоят қилади (сфеноидитга хос субъектив белги); оғриқ энса соҳасига, кўз косасига, баъзан пешона ва бошнинг тепаси ёки чакка соҳасига тарқалади. Беморда ҳидни сезиш қобилияти пасайиб, тана ҳарорати кўтарилади, иштаҳаси пасайиб, толиқиш ва руҳий тушқунлик ҳолати кузатилади. Баъзан кўриш ўткирлиги ҳам пасайиши мумкин.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, субъектив ва объектив текширув, эндоскопия, олд ва орқа риноскопия, фарингоскопия, рентгенография, КТ, МРТ текширувлари натижалари асосида қўйилади. Олд риноскопияда юқори бурун йўлининг шиллиқ пардаси шишган ва қизарганлиги, ўрта бурун чиғаноғининг устида шилимшиқ-йирингли ажралма, баъзан юқори бурун йўлида яллиғланиш ўсмалари ва полиплар борлиги аниқланади.

Орқа риноскопия ёки фарингоскопияда йирингли ажралма бурунҳалқумдан ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб пастга оқаётганлиги кўринади. Понасимон бўшлиқни чуқур жойлашганлиги, бемор шикоятларининг ноаниқлиги, бурун йўллариининг торлиги ва шиллиқ парданинг шиши туфайли аниқ ташхис қўйиш қийин бўлиши мумкин. Бемор оғзини катта очиб турган ҳолатда калла суягининг бурун-ияк йўналишида бажарилган рентгенограммаси барча бурун ёндош бўшлиқлари каби понасимон бўшлиқ ва ғалвирсимон бўшлиқ орқа катакчаларининг патологик ўзгаришларини аниқлаш имконини берса, КТ- ёки МРТ-текширувлари бунга янада аниқлик киритади.

Диагностик ва даволаш мақсадида бажариладиган понасимон бўшлиқни 0,6 мм ли ўмров ости катетри билан зондлаш усули 99% ҳолларда ижобий натижа беради. Аммо ушбу муолажа врачдан юксак маҳоратни талаб қилади. Ҳозирги кунда эндоскопия текшируви понасимон бўшлиқнинг олд девори ва бурун бўшлиғига очиладиган табиий йўллар ҳолатини кўздан кечириш имконини беради.

Ўткир синуситларни даволаш. Асоратсиз кечган ўткир синуситлар одатда консерватив усулда даволанади. Беморга антибиотикотерапия (аугментин, амоксициллин, ампициллин, цефазолин, цепорин, клафоран, кефзол, доксициклин, эритромицин, рулид, сумамед, олеандомицин) буюрилади. Агар

битта антибиотик 72 соат давомида ижобий натижа бермаса, унда қўшимча равишда бошқа антибиотик буюрилади. Даволаш 10-12 кун давом эттирилади.

Бундан ташқари бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шишини камайтириш ва йирингни чиқарилишини яхшилаш мақсадида антигистамин дори воситалар (супрастин, пипольфен, тавегил) буюрилади, бурун бўшлиғига қон томирларни торайтирувчи томчилар (3% эфедрин, 0,1% санорин, 0,05-0,1% галазолин, 0,05-0,1% нафтизин) томизилади.

Бурун бўшлиғига таркибида секретолитик, антибиотик ва оғриқсизлантирувчи дорилар киритилган мураккаб эндоназал спрейларни (ринофлуимуцил, изофра) сепиш фойдали.

Бурун ёндош бўшлиқларидан йирингли ажралмани чиқиши енгиллашгандан сўнг беморга исситиш муолажалари буюрилади. ЛУЧ-2 аппарати ёрдамида микротўлқинли терапия контакт усулда бажарилганда тўқималар яхшироқ исийди ва даволаш ижобий натижа беради. Бундан ташқари, бурун ёндош бўшлиғи соҳасини УВЧ (8-12 муолажа), КУФ (6-8 муолажа), УБН, индуктотермия, лазеротерапия, ультратонотерапия, солюкс ёки қўқ лампа ёрдамида иситиш тадбирлари тавсия қилинади.



151-расм. ЯМИК синус катетри.

Охириги йилларда ўткир ва сурункали синуситларни даволашда бўшлиқларни Г.И.Марков ва В.С.Козлов (1990) таклиф қилган “ЯМИК” синус-катетри ёрдамида ювиш усули кенг қўлланмоқда (151-расм). Синус-катетр шишириладиган иккита резина баллонга эга бўлиб, уларнинг бири (дистал баллонча) хоана орқасига, иккинчиси (проксимал баллонча) – бурун даҳлизига ўрнатилади. Ҳар бир баллончадан клапанли найча чиқади. Баллончалар орасида синус-катетрнинг учинчи найчаси жойлашган.

Ишлатишдан олдин синус-катетр юмшатилади, найчалар эркинлиги ва герметик ёпиқлиги текширилади. Муолажа бемор курсида ўтирган ва бошини орқага ташлаган ҳолатида бажарилади (бунда зарарланган бўшлиқ юқори ҳолатни эгаллаши лозим). Ўрта бурун йўлининг шиллиқ пардаси 2% лидокаин эритмаси ёрдамида оғриқсизлантирилиб, бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўллари қон томирларни торайтирувчи дорилар ёрдамида кенгайтирилади. Кейин синус-катетр кўз назорати остида бурунҳалқумга киритилади (бунда дистал баллонча хоанада жойлашиши лозим). Бурун бўшлиғининг олд-орқа ўлчамини эътиборга олган ҳолда синус-катетрнинг ҳаракатчан проксимал баллони бурун даҳлизига киритилади. Дистал ва проксимал баллончаларга шприц ёрдамида ҳаво юбориб, шиширилганда бурун бўшлиғи хоана ва бурун даҳлизи сатҳида тўлиқ ёпилади. Синус-катетрнинг учинчи найчаси орқали ҳаво шприцга сўриб чиқарилган пайтда бурун бўшлиғида манфий босим ҳосил бўлиб, бурун ёндош

бўшлиқларда мусбат ҳаво босими сақланиб қолади, натижада патологик ажралма бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўлларида бурун бўшлиғига ва синус-катетр орқали шприцга оқиб тушади. Беморни боши қарама-қарши томонга бурилгандан сўнг (бунда зарарланган бўшлиқ пастда, табиий йўли бироз юқорида жойлашиши лозим) шприцга 3-5 мл антисептик дори эритмаси олиниб, бурун бўшлиғига юборилади. Дори эритмаси табиий йўллар орқали бурун ёндош бўшлиғига етиб боргандан сўнг у шприц билан қайта тортиб олинади. Шприц поршенини орқага 14 мл ва олдинга 6 мл белгиларгача ҳаракатлантириб, бурун бўшлиғидан патологик ажралмани сўриб чиқариш (аспирация) учун ўзгарувчан ҳаво босими шароити яратилади. Муолажа патологик ажралмани шприцга чиқарилиши тутагунча бир неча марта такрорланиб, патологик ажралма тўлиқ ювиб чиқарилгандан сўнг бўшлиқ ичига дори эритмаси юборилади. Муолажа тутагандан кейин дистал ва проксимал баллончалар ҳаводан бўшатилиб, синус-катетр чиқариб олинади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини “ЯМИК” синус-катетри ёрдамида аспирация усулида ювиш муолажаси ҳар 2-3 кунда, жами 7-10 марта бажарилиши лозим. Шунинг таъкидлаб ўтиш жоизки, даволашда ижобий натижаларга эриши учун бемор бошининг тўғри ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Патологик ажралмадан бўшатиладиган бўшлиқ бурун бўшлиғига нисбатан юқорида, дори эритмасини юбориш пайтида – у пастроқда жойлашиши лозим.

Юқорида қайд этилган барча умумий ва маҳаллий даволаш тадбирлари ўткир фронтит, этмоидит ва сфеноидитда ҳам қўлланилади.

Ўткир гайморитда амбулатория шароитида юқори жағ бўшлиғи Куликов нинаси ёрдамида тешилиб, бўшлиқ ичига тефлон найча киритилади. Найчанинг дистал учи бурун даҳлизига ёки юқори лабга лейкопластёр ёрдамида ёпиштириб қўйилади. Патологик ажралма борлиги аниқлангандан сўнг юқори жағ бўшлиғи ўрнатилган найча орқали илиқ 0,9 % физиологик эритма, фурацилин (1:5000), ривонол эритмалари билан ювинди суви тиниқ бўлгунча ҳар куни бир марта ювилиб, ичига керакли дорилар юборилади. Тефлон найчани бўшлиқ ичида 2 ҳафта давомида қолдириш мумкин. Юқори жағ бўшилиғи шу вақт давомида фурацилин ёки бошқа антисептик эритмалар билан ювилади, унга ҳар 12 соатда новокаинда эритилган антибиотикни, диоксидин, 5 мг трипсин ёки гидрокортизонни юбориш фойдали.

Бўшлиқдан йирингли ажралма чиқиши камаймаган ҳолларда умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида эндоазал гаймаротомия жарроҳлик амали бажарилади.

Ўткир фронтитда пешона бўшлиғи махсус қийшиқ нина ёрдамида пастки (кўз косаси) девори соҳасида тешилади ва нинадан бўшлиқ ичига катетер (ўмров ости катетри) киритилиб, бўшлиқда қолдирилади, нина эса чиқариб олинади. Катетернинг ташқи учи пешона соҳасига лейкопластёр билан ёпиштириб қўйилади. Пешона бўшлиғи шу катетер орқали ювилиб, ичига дори эритмаси

юборилади. Кўз косаси яқин жойлашганлиги сабабли пешона бўшлиғини олд девори орқали пармалаб тешиш мақсадга мувофиқ.

Дори-дармонлар билан даволаш усули ижобий натижа бермаган ҳолларда ўткир фронтит жарроҳлик амали ёрдамида даволанади. Бунда пешона бўшлиғи эндоскоп ёрдамида бурун бўшлиғи орқали очилади. Кўз косаси ва калла ичи асоратлари ривожланган ҳолларда пешона бўшлиғида радикал жарроҳлик амали бажарилиб, *Б.С.Преображенский бўйича пешона бўшлиғи ва бурун бўшлиғи орасида кенг алоқа йўли* ҳосил қилинади.

Ўткир этмоидитда ривожланган эмпиема, субпериостал ҳўппоз, кўз косаси юмшоқ тўқимаси флегмонаси каби асоратлар жарроҳлик усулида даволанади. Бунда ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари экстра- ва эндоназал йўл орқали, қовоқлар ёки кўз косаси юмшоқ тўқимасининг ҳўппози ташқи йўл орқали очилиб, резина чиқаргичлар ўрнатилади.

Ўткир сфеноидит ҳам одатда юқорида қайд этилган дори-дармонлар билан даволанади. ТошПТИ ЛОР клиникасида болаларда 5-6 ёшдан бошлаб енгил умумий оғриқсизлантириш остида понасимон бўшлиқни зондлаш муолажаси бажарилиб келинмоқда, бунда бўшлиқ тозалангандан сўнг унга антисептик эритмалар юборилади.

Бурун ёндош бўшлиқларини "ЯМИК" синус-катетри билан ювиш, унга Проецнинг "силжитиш" усулида дори аралашмасини юбориш муолажалари ҳам даволашда яхши натижа беради. *Проецнинг "силжитиш" усули* қуйидагича бажарилади:

Дастлаб ўрта ва юқори бурун йўллари соҳаси 2-5 дақиқа давомида қон томирларни торайтирувчи дори (нафтизин, тизин, санорин, галазолин, адреналин гидрохлорид) ёрдамида анемизация қилинади ва шу тариқа бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўллари кенгайтирилиб, улардан патологик ажралмани чиқарилиши осонлаштирилади. Шиллиқ парданинг анемизацияси маҳаллий аппликацион оғриқсизлантириш (2% лидокаин) билан бирга қилинса муолажа оғриқсиз кечади.

Муолажа пайтида бемор бошини қай ҳолатда ушлаб туриши муҳим аҳамиятга эга.

Юқори жағ ва ғалвирсимон бўшлиқларни ювиш пайтида бемор бошини имкон қадар кўпроқ орқага эгиб кушеткага чалқанча ётқизилади. Врач кушетканинг бош томонидаги стулга ўтириб, бемор бошини ўз тиззалари орасига олади (*1-ҳолат*). Бунда унинг тиззалари кушетка сатҳидан 20-25 см пастроқда ва 10-15 см орқароқда жойлашиши лозим. Бундай ҳолатда бурун бўшлиғининг сатҳи ҳалқум сатҳидан 5-10 см пастда жойлашиб, юборилган антисептик эритмаси фақат бурун бўшлиғи ва бурунҳалқумда айланади. Шу тариқа эритмани оғиз-ҳалқумга ва ҳиқилдоқҳалқумга тушиши ҳамда йўтални қўзғатишини олди олинади.

Пешона бўшлиғини ювиш пайтида бемор кушеткада ўтирган ҳолда бошини тик ушлаб туриши лозим, бундай ҳолатда бўшлиқнинг табиий йўли пастроқда

жойлашади (2-ҳолат). Понасимон бўшлиқни ювиш пайтида эса бемор бошини 90° га олдинга эгиб, кушеткада ўтириши ва юзини кушеткага параллел ҳолда тутиши лозим (3-ҳолат).

Беморнинг боши керакли ҳолатни эгаллагандан сўнг электр сўргичнинг бурун катагига мос олиvasи чап қўлга олиниб, чап бурун катагига ёки ўнг қўлга олиниб, ўнг бурун катагига киритилади. Қарама-қарши қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан бурун қаноти буруннинг мобил тўсиғига (*septum mobile*) босилиб, иккинчи бурун катаги ёпилади. Кейин электр сўргич ишга туширилиб, беморга муолажа давомида “кок-кок-кок” ёки “ик-ик-ик” деб мунтазам гапириб туриш тушунтирилади. Бундай товушлар чиқарилганда юмшоқ танглай тепага қўтарилиб, бурунҳалқумни ёпади, натижада электр сўргич фақат бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги ҳавони сўради. Ёш болалар йиғлаган пайтида ҳам шу ходиса юз беради.

Электр сўргич ёрдамида бурун бўшлиғида 0,4-0,8 атмосферагача манфий босим ҳосил қилиниб, керакли босимга эришилгач бурун катаклари олива ва бармоқлардан бўшатилади. Манфий босим туфайли бурун ёндош бўшлиқларидаги патологик ажралма бурун бўшлиғи ва олива томон “силжиб”, найлар орқали махсус қабул қилувчи идишга йиғилади. Айни пайтда ҳаво оқими бурун ёндош бўшлиқлари томон “силжийди”. Муолажа пайтида оливининг ҳолати вақти-вақти билан ўзгартириб турилади. Шу тариқа бурун ёндош бўшлиқлари 3-4 дақиқа давомида шприц ёрдамида 20-30 мл илиқ физиологик эритма билан ювилади.

Муолажанинг охирида бурун ёндош бўшлиқларига дори аралашмаси (30% линкомицин -1 мл, 0,5% метрогил- 4 мл, 2,5% гидрокортизон суспензияси - 0,3 мл) юборилади. Бунинг учун беморнинг боши 90° га чап ёки ўнг томонга бурилади (4-ҳолат). Бундай ҳолатда барча бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўллари оғзи бурун бўшлиғи ён деворининг остида жойлашади, шунинг учун шприц ёрдамида беморнинг пастки бурун катагига юборилган дори аралашмаси шу табиий йўлларнинг оғзида тўпланади. Дори аралашмаси юборилган пастки бурун катаги бармоқ билан ёпилгандан сўнг тепадаги бурун катагига олива киритилиб, электр сўргич билан бурун бўшлиғида 0,5-0,8 атмосферагача манфий босим ҳосил қилинади. Сўргич манометридаги манфий босим керакли кўрсаткичга етганда олива ва бармоқ бурун катакларидан олинади. Шу пайтида бурун бўшлиғидаги манфий босим йўқолади. Бундай ҳаракатлар бир неча бор такрорланади. Шундай қилиб, бурун бўшлиғида ҳосил қилинган манфий босим туфайли барча бурун ёндош бўшлиқларининг ҳавоси бурун бўшлиғи томон сўриб олинади, яъни уларнинг ҳавоси бурун бўшлиғи томон “силжийди”, бурун ёндош бўшлиқларида ҳосил қилинган манфий босим туфайли эса табиий йўлларнинг оғзида тўпланган дори аралашмаси бўшлиқлар ичига “силжийди”. Бурун ёндош бўшлиғига ҳатто бир томчи дори аралашмасини кириши етарли терапевтик доза ҳисобланади. Электр сўргич

дори аралашмасини сўриб олмаслиги учун, аввал олива билан ёпилган, кейин бармоқ билан ёпилган бурун катагини очиш мақсадга мувофиқ.

Бурун ёндош бўшлиқларини Проецнинг “силжитиш” усули билан ювиш болаларда айниқса кенг қўлланилади. Муолажа кунига 2-3 марта такрорланиши, жами 7-10 кун давомида бажарилиши мумкин.

Ўткир сфеноидит билан оғриган беморларда кўз косаси ва калла ичи асоратлари белгилари кузатилган ҳолларда зудлик билан жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

Сурункали гайморит (*highmoritis cronica*) - юқори жағ бўшлиғи шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши бўлиб, одатда тез-тез қайталанган юқори жағ бўшлиғи ўткир яллиғланишининг давоми ҳисобланади. Ўткир яллиғланиш икки ойдан ортиқ вақт давом этса, унда жараён сурункали шаклига ўтган деб ҳисобланади. Ўткир гайморитни сурункали шаклга айланишига умумий ва маҳаллий даволаш тадбирлари етарли даражада олиб борилмаганлиги, юқори жағ бўшлиғининг ўзига хос анатомик тузилиши (бурун бўшлиғининг юқори қисмида жойлашган табиий йўли ўрта бурун чиғаноғи шиллиқ пардасининг шиши билан ёпилиши ёки чиғаноқнинг суяк қисми ва юқори жағ бўшлиғи девори орасидаги бурчак жуда кичик бўлиб, бўшлиқ ичидан патологик ажралмани чиқарилиши қийинлиги), бурун бўшлиғининг ҳавфли ва ҳавфсиз ўсмалари ёрдам беради. Сурункали гайморитнинг ривожланишига тишдан тарқалган инфекция ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Кўпинча йирингли, йирингли-полипоз ва полипоз гайморит, камдан кам ҳолларда катарал, девор олди-гиперпластик ва аллергия гайморитлар учрайди.

Этиология ва патогенези кўп жиҳатлардан ўткир гайморитларга мос келади. Сурункали гайморитнинг негизида юқори жағ бўшлиғи табиий йўллариининг ёпилиши, унинг чиқарув, ҳаво алмашинув фаолиятининг бузилиши, умумий ва маҳаллий иммунитетнинг пасайиши ва бактериялар вирулентлигини ошиши ётади. Юқори жағ бўшлиғи патологик ажралмасида *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, анаэроблар ёки грамманфий таёқчалар аниқланади. Бундан ташқари *Aspergillus*, *Phycomycetes*, *Cladosporium* замбуруғлари ҳам сурункали гайморитнинг ривожланишида муҳим рол ўйнайди.

Ташқи муҳит, шамоллаш, касб омиллари ҳам касалликни ривожланишига ёрдам беради.

Бурун орқали нафас олишни қийинлаштирган ва остеомаеатал комплекс майдонини ёпиб турган бурун бўшлиғининг ўзига хос анатомик тузилиши, шу жумладан бурун тўсиғи қийшиқлиги ва бўртишлари, бурун чиғаноқлари гипертрофияси, полиплар, аденоидлар, хоаналар торлиги ва атрезияси, полипозли этмоидит ва бошқалар ҳам сурункали гайморитни ривожланишига сабаб бўлади. Болаларда сурункали гайморит узоқ вақт давом этган ўткир гайморитдан сўнг ривожланади ва кўпинча катарал шаклида кечади. Аденоидлар ва аденоидит касаллигининг клиник кечимини янада оғирлаштириши мумкин. Бурун орқали нафас олиши тиклангандан сўнг, яъни

аденотомия жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг, юқори жағ бўшлиғи шиллик пардасининг физиологик фаолияти яна ўз ҳолига қайтади.

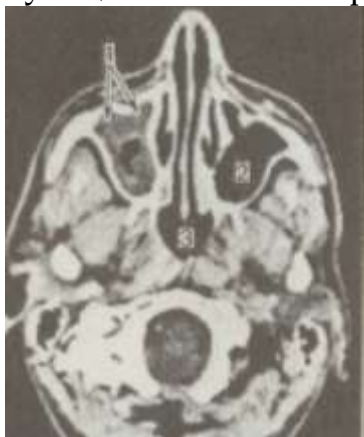
Белгилари. Касалликнинг клиник белгилари гайморитнинг клиник шаклига боғлиқ бўлади. Сурункали гайморитда субъектив белгилар кўпинча ноаниқ бўлиб, бемор узоқ давом этган бир ёки икки томонлама тумовга, бурундан шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли бадбўй ажралма оқиши, бурун орқали нафас олишнинг нисбатан қийинлиги, вақти-вақти билан боши оғришига, ҳид билиш қобилияти пасайганлиги ва йўталга шикоят қилади. Икки томонлама сурункали гайморитда (айниқса полипозли шаклида) ҳидни билиш фаолияти пасайиб (гипосмия), ҳатто аносмия ривожланади.

Ҳалқумни қуриши, тез-тез туфлаб туриш, эрталаб ёки кун давомида кўп миқдорда шилимшиқ ва йирингли-шилимшиқ балғам ажралиши, кўнглини айланиши беморнинг асосий шикоятлари бўлиб қолади. Касаллик белгиларининг пасайиши даврида беморнинг аҳволи қониқарли бўлади.

Юқори жағ бўшлиғи соҳасини оғриши сурункали гайморитда ўткир гайморитга нисбатан кучсизроқ бўлиб, у касалликнинг хуружида ёки бўшлиқ ажралмасининг чиқарилиши қийинлашганда кучаяди. Ажралма димоғга эркин тушиб турганда беморнинг боши одатда оғримайди; баъзан бошида ноаниқ тарқоқ оғриқ пайдо бўлади; асосан зарарланган томонда юқори жағ, чакка ёки кўз косаси, пешона соҳаси оғрийди, баъзан уч шохли асаб толасининг невралгиясига хос белгилар кузатилади. Беморнинг хотираси сусайиб, у фикрини тезда жамлаб ололмайди ва тез толиқади.

Бурун бўшлиғидан доимий равишда йирингли ажралма оқиб туриши туфайли бурун даҳлизининг териси яллиғланади, шишади, унда экземага хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Олд риноскопияда бурун бўшлиғи шиллик пардаси бироз қизарган, бурун чиғаноқлари катталашган, ўрта бурун чиғаноғи остидан чиқиб, ўрта ва пастки бурун йўлида тўпланган шилимшиқ-йирингли ажралма кўринади. Беморнинг боши қарама-қарши томонга эгилганда ажралмани бурун бўшлиғига чиқарилиши тезлашади. Ўрта бурун йўли зондга ўралган пахта ёрдамида тозаланиб, шиллик пардага 0,1% нафтизин ёки 0,1 % адреналин гидрохлорид эритмаси суртилгандан кейин патологик ажралмани қайта тўпланиши, юқори жағ бўшлиғининг яллиғланишига хос объектив белги ҳисобланади. Юқори жағ бўшлиғи ажралмасининг чиқарилиши олд томондан қийинлашганда, у бурун бўшлиғининг орқа томонига - димоғга оқади ва орқа риноскопия ёки мезофарингоскопияда аниқланади. Патологик ажралмани узлуксиз бурунҳалқумга оқиб тушиши натижасида беморда сурункали гранулёз фарингит ривожланади. Юқори жағ бўшлиғидан оқаётган йирингли ажралма ўрта бурун йўли шиллик пардасининг яллиғланиши, шиши ва ўрта бурун чиғаноғи олд қисмининг гипертрофиясига олиб келади; кейинчалик ўрта бурун йўлида бурун чиғаноғи олд қисмининг полипозии ривожланиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, объектив ва эндоскопия текшируви, рентгенография, компьютер томографияси, юқори жағ бўшлиғини зондлаш ёки пункцияси натижалари асосида қўйилади (152-расм).



152-расм. Калла суягининг
компьютер
томограммаси. Ўнг
томонлама гайморит.

Юқори жағ бўшлиғидан олинган ажралманинг бактериологик текшируви ўтказилиб, касаллик қўзғатувчиси ва уни антибиотикларга сезгирлиги аниқланади. Галвирсимон ва пешона бўшлиқларининг яллиғланишида ҳам йирингли ажралма ўрта бурун йўлида тўпланиши ва полип ҳосил бўлиш ҳоллари кузатилиши мумкин.

Аниқ ташхис қўйиш учун бурун бўшлиғи ювилиб, ўрта бурун йўлининг олд қисми тозаланади. 15 - 20 дақиқадан сўнг ўрта бурун йўлида йирингли ажралмани қайта тўпланиши гайморит ривожланганлигидан далолат беради.

Одонтоген гайморит. Юқори жағ бўшлиғининг туби иккинчи кичик ҳамда биринчи ва иккинчи катта озиқ тиш илдизларининг чўққисига яқин жойлашганлиги, улар орасида юпка суяк пластинкаси ва шиллиқ парда ётганлиги одонтоген гайморитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Бу тишлар чўққисининг яллиғланиши юқори жағ бўшлиғига осонгина тарқалиши мумкин. Тиш илдизи гранулемаси, субпериостал ҳўппози одонтоген гайморитнинг ривожланишига олиб келади. Баъзан гайморит тишни суғуриб олиш пайтида юқори жағ бўшлиғи тубининг тешилиши ва инфекция кириши натижасида юзага келади. Бундан ташқари, одонтоген гайморитнинг ривожланишига оғиз бўшлиғидан кирган ёт жисм (тиш пломбаси, стоматологик асбобнинг синган бўлаги, пиликча, тиш илдизи) сабаб бўлади.

Бемор ёноқ соҳасининг бироз оғришига, альвеоляр ўсиқдаги оқмадан йиринг оқиб чиқишига, бурнини қоққанда оғзига ҳаво киришига, овқат парчаларини юқори жағ бўшлиғига кириб қолиши натижасида пайдо бўлган бадбўй ҳидга шикоят қилади.

Таъхис. Касаллик бошланиши, объектив ва субъектив текширув натижалари асосида қўйилади. Анамнез маълумотларидан беморда тишлари оғриб, оғиз бўшлиғида бажарилган даволаш муолажаси ҳақида маълумот олиш мумкин. Стомофарингоскопияда “айбдор” тиш ёки олиб ташланган тишнинг жойида юқори жағ бўшлиғига очилувчи тешик орқали оғиз бўшлиғига қуюқ ва бадбўй йирингли ажралма оқиб чиқаётганлиги кўринади. Стоматолог маслаҳати, бурун ёндош бўшлиқларининг эндоскопия, рентгенография, компьютер томография, контрастли рентгенография текширувлари аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради; рентген тасвирида юқори жағ бўшлиғининг пастки девори қалинлашганлиги кўринади.

Даволаш. Одонтоген гайморит “айбдор” тишда ва юқори жағ бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амали ва бошқа умумдаволаш тадбирлари ёрдамида даволанади. Оқмали одонтоген гайморитда Колдуэлл-Люкк жарроҳлик амалидан ташқари, оғиз даҳлизида ёки танглайнинг юмшоқ тўқимасида ҳосил бўлган оқма тешигини пластик йўл билан бартараф этиш амали бажарилади.

Сурункали фронтит (*frontitis chronica*) - пешона бўшлиғи шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши. Икки ойдан кўп давом этган ўткир фронтит сурункали фронтит деб баҳоланиши лозим. Сурункали фронтит кўпинча тўлиқ даволанмаган ўткир фронтитдан кейин ривожланади. Ўрта бурун чиғаноғи гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшиқлиги, буруннинг аллергия касаллари, полипозли гайморитмоидит сурункали фронтитни ривожланишига сабаб бўлиб, бунда организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетини пасайиши ҳамда микрофлоранинг вирулетлилиги муҳим аҳамиятга эга.



а) ён томондан кўриниши

б) олд томондан кўриниши

153-расм. Пешона бўшлиғи хўппози

Белгилари.

Касалликнинг клиник белгилари пешона бўшлиғидаги патологик жараённинг характериға боғлиқ бўлади. Сурункали фронтитда субъектив белгилар кўпинча патологик ажралмани чиқарилиши қийинлашиб, бўшлиқ ичида тўпланганда юзага келади. Бемор

вақти-вақти билан ёки мунтазам бошининг пешона соҳаси оғришиға, бурун битишиға, бурунда шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланишиға, ҳид билиш қобилияти пасайганлиғиға шикоят қилади. Беморнинг пешонаси пайпасланганда ёки перкуссия қилинганда пешона бўшлиғининг олд ва пастки девори соҳаси оғрийди. Оғриқ турли омиллар таъсирида (спиртли ичимликлар, тамаки, жисмоний зўриқиш) кучаяди. Сурункали фронтит кўпинча галвирсимон бўшлиқнинг яллиғланиши билан бирға кечиб, кўз косаси ва калла ичи асоратларини ривожланишиға олиб келади. Бунда кўз олмаси ҳаракатланганда оғриқ пайдо бўлиши, экзофтальм, хемоз, кўриш ўткирлигини пасайиши каби белгилар кузатилади.

Олд риноскопияда ўрта бурун чиғаноғи олд қисмининг шиллиқ пардаси қалинлашиб, остида кўп ёки кам миқдорда йирингли тўплам борлиғи, бурун бўшлиғининг ташқи деворида шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ ажралма мавжудлиғи, ўрта бурун йўлининг шиллиқ пардаси полипсимон ўзгарганлиғи аниқланади.

Ёпиқ эмпиемада йирингли ажралма кўринмаслиги мумкин. Ўткир ва сурункали фронтитда пешона бўшлиғи шиллиқ пардасининг яллиғланиши ҳисобига емирилиши натижасида жараён пешона суяк усти пардасига ва суякка тарқалиши, кейинчалик шу майдонда дастлаб ҳўппоз ва оқма ҳосил бўлиши мумкин (153-расм).

Оқма пешона бўшлиғининг олд суяк деворини емириб, тери остига тарқалиб, очик эмпиемани ҳосил қилади; баъзан йиринг пешона бўшлиғининг пастки девори орқали кўз косасига ёки орқа девори орқали калла ичига тарқалиб, экстрадурал ҳўппоз ёки йирингли менингитни ривожланишига олиб келади.

Таиҳис субъектив ва объектив маълумотлар, олд ва орқа риноскопия, ринопневмометрия, ольфактометрия, эндоскопия, пешонабурун йўлини зондлаш, рентгенография компьютер томографияси, бактериологик ва аллергологик текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Сурункали этмоидит (*ethmoiditis chronica*) – галвирсимон бўшлиқ катакларининг сурункали яллиғланиши одатда ўз вақтида аниқланмаган ва тўлиқ даволанмаган ўткир этмоидитнинг давоми бўлиб, бошқа синуситлар билан бирга кечади ёки уларнинг асорати сифатида ривожланади. Организм ҳимоя кучини сусайиши ва ўткир юқумли касалликлар, камқонлик, қандли диабет, аденоидлар, бурун тўсиғи қийшиқлиги сурункали этмоидитни ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Кўпинча сурункали этмоидитнинг катарал-серозли, йирингли ёки гиперпластик шакллари учрайди.

Белгилари. Сурункали этмоидит кўпгина ҳолларда яширин кечади, субъектив белгилар кам ёки умуман кузатилмайди. Касаллик белгилари фронтитга ўхшашлиги туфайли баъзан фронтит сифатида даволанади. Бемор бир томонлама давоми тумовга, бурундан шилимшиқ ёки йирингли ажралма оқишига, боши ва бурун негизи оғришига, боши олдинга эгилганда шу соҳада оғирлик ҳис этишига, йўталга, тез чарчашига, уйқусизликка, бадбўй ҳидни ҳис этишига шикоят қилади.

Галвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари яллиғланганда ҳид билиш майдонининг шиллиқ пардаси яллиғланиб шишади, шунинг учун беморда ҳид билиш қобилияти пасаяди. Бундан ташқари орқа катакчалар кўриш асаб толасига анатомик жиҳатдан яқин жойлашганлиги сабабли уларнинг яллиғланиши кўриш ўткирлигини пасайишига олиб келади. Оғир ҳолларда жараён кўз косасига тарқалиши мумкин; бундай ҳолларда бемор кўзининг юқори қовоғи шишиб, унинг юқори ички бурчаги текисланиб, кўз олмаси олд томонга силжийди. Пайпасланганда бурун негизи ва кўзнинг ички бурчак соҳаси оғрийди (периостит). Ёпиқ эмпиема суяк усти пардаси ва суяк тўқимасига тарқалиб, ёрилганда кўзнинг ички бурчаги соҳасида оқма ҳосил бўлади. Яллиғланиш жараёнини кўз қовоқларининг юмшоқ тўқимаси ва вена қон томирлари канали (флебит) орқали тарқалиши натижасида беморда калла ичи асорати ривожланиши ва беморнинг аҳволини янада оғирлаштириши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, объектив текширувлар, айниқса эндоскопия текшируви, рентгенография, компьютер томография, клиник текширувлар натижалари асосида қўйилади. Риноскопияда ўрта бурун чиганоғи ва ўрта бурун йўлининг шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги, ўрта бурун чиганоғи остидан (олд ва ўрта этмоидит) ёки юқори бурун йўлидаги ҳид билиш тирқишидан (орқа этмоидит) шилимшиқ-йирингли ёки йирингли ажралма оқаётганлиги кўринади. Эндоскопия текшируви аниқ таъхис қўйишга ёрдам беради. Узоқ вақт давом этган этмоидитда ўрта бурун чиганоғи катталашади, ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг табиий йўллари атрофида полип ҳосил бўлганлиги кўринади. Бурун бўшлиқлари рентгенографияси ёки КТ, МРТ текширувида яллиғланган томонда ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари хиралашганлиги аниқланади.

Сурункали сфеноидит (*sphenoiditis chronica*) - *понасимон бўшлиқнинг сурункали яллиғланишида* бемор боши оғришига, бурун бўшлиғида қуюқ ажралма ва қуруқ қалоқлар тўпланишига, улар қийинчилик билан тозаланишига, ҳолсизликка, тез толиқишига шикоят қилади. Оғриқ кўпинча бошнинг энса соҳасида бўлиб, баъзан чакка ёки пешона соҳасига тарқалиши мумкин, беморнинг боши пастга эгилганда бош айланиши белгиси пайдо бўлади.

Понасимон бўшлиқ узоқлаштирувчи, кўриш, учшоҳли ва сайёр бош мия асаб толаларига яқин жойлашганлиги сабабли сфеноидитда турли неврологик асоратлар ривожланиши мумкин. Яллиғланиш жараёни понасимон бўшлиқнинг 0,5-3 мм ли юпқа юқори девори соҳасига тарқалганда беморда кўриш ўткирлиги пасаяди. Бундан ташқари сфеноидитда узоқлаштирувчи (IY) бош мия асаб толасини зарарланиши, беморда менингит, ғорсимон синус тромбози каби оғир асоратлар юзага келиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари (бош оғриши, бурунни битиши, ҳид билиш қобилиятини пасайиши, бурундан нохуш ҳид келиши), олд ва орқа риноскопия фарингоскопия, эндоскопия, рентгенография, компьютер томография, КТ ёки МРТ, клиник, бактериологик, аллергологик, иммунологик текширувлар натижалари асосида қўйилади. Фарингоскопияда бурунхалқумнинг юқори бўлимларида йиринг ва қуруқ қалоқлар тўплами ва шиллиқ пардани атрофияси кўринади. Понасимон бўшлиқ калла суяги асосининг чуқур бўлимларида жойлашиши аниқ таъхис қўйишни қийинлаштиради. Шунинг учун бу бўшлиқ баъзан “унутилган бўшлиқ” деб юритилиб келинган.

Сурункали синуситларни даволаш. Сурункали синуситларни даволашда уларни ривожланишига сабаб бўлган омиллар, касалликнинг шакли ва босқичи эътиборга олинади.

Сурункали гайморитнинг катарал, серозли, экссудатив (аллергик), йирингли ва вазомотор шакллари дори-дармонлар билан, продуктив, альтератив ва аралаш шакллари эса жарроҳлик усули ёрдамида даволанади. Кўз косаси ва

калла ичи асоратлари жарроҳлик амалини шошилишч бажарилишига кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Сурункали синуситнинг хуружи даврида маҳаллий ва умумий даволаш тадбирлари ўтказилади. Стафилококк қўзғатган яллиғланиш жараёнида беморга антибиотикотерапия, стафи-лококка қарши зардоб (250 мл дан 1 ҳафтада 2 марта, жами 4 марта) ва стафилококка қарши гаммаглобулин (1,5 мл дан ҳар 3 кунда, жами 3 муолажа) буюрилади. Синупрет катталарга 2 драже ёки 50 томчидан кунига 3 маҳал, мактаб ёшигача болаларга 1 драже ёки 25 томчидан кунига 2 маҳал, 2-6 ёшгача болаларга 15 томчидан кунига 3 маҳал 7-14 кун давомида ичиш тавсия қилинади. Аллергик синуситларда беморга десенсебилизация дори воситалари ва гормонлар буюрилади.

Синуситларнинг экссудатив, аллергик ва атрофик шаклларида маҳаллий терапия бўшлиқларнинг табиий йўллари атрофига қон томирларни торайтирувчи дориларни суртиш, юқори жағ,пешона ва понасимон бўшлиқларни зондлаш ёки тешиш, галвирсимон бўшлиқ катакчаларини Проец усулида ювиб,антисептиклар юбориш ва физиотерапия тадбирларидан иборат.

Қон томирларни торайтирувчи пиносол, тизин каби ёғли дорилар таъсири нафтизин, галазолин ва санорин каби дориларнинг таъсирига қараганда кўпроқ давом этади. Ўрта ва юқори бурун йўлларидаги бўшлиқларнинг табиий йўллари соҳасига ҳар куни 0,1% адреналин гидрохлорид эритмасига шимдирилган пиликчани 2-3 дақиқага қўйиш уларнинг ёриғини кенгайтириб,бўшлиқлардан патологик ажралмани чиқарилишини осонлаштиради ҳамда бўшлиқ ичида ҳаво алмашинувини яхшилайдди. Бундай қон томирларни торайтирувчи дориларни фақат 8-10 кун давомида қўллаш тавсия қилинади.

Сурункали гайморитда юқори жағ бўшлиғини тешиш ва полиэтилен найча ўрнатиб, бўшлиқни антисептик эритмалар (фурацилин, 1% хлорфиллипт, диоксидин) билан ювиш, ичига антибиотиклар (ампициллин, цефазолин, цефазолин, аугментин ва бошқ.), ферментлар (химотрипсин 25 мг ёки химопсин 25 мг, трипсин 5-10 мг) ва кортикостероидлар (гидрокортизон, дексаметазон, преднизолон) эритмаларини юбориш ижобий натижа беради.

Замбуруғлар қўзғатган синуситларда беморга ичиш учун нистатин, леворин, фуцис, ламизил ва бошқа дорилар буюрилади, бўшлиқ ичига леворин, нистатин (изотоник эритманинг 1 мл га 10 000 ТБ дан), хинозол 1:1000, 0,1% бинафша генциан юборилади. Антибиотикларга чидамли микробларга қарши диоцид (1:5000) эритмаси юборилиб, кейин бўшлиқ ичи изотоник, 1% диоксидин, йодионол эритмалари билан ювилади. Дорилар бўшлиқнинг шиллик пардасига яхши сўрилиши учун уларга фурацилинда эритилган 1% димексид қўшилади.

Юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажасини кун оша, жами 7-8 марта бажариш мумкин, лекин беморлар одатда ушбу муолажадан бош тортадилар. Агар юқори жағ бўшлиғи 8-10 марта тешиб қўрилгандан сўнг ҳам йирингли

ажралма бартараф этилмаса, унда жарроҳлик амали бажарилиши лозим. Аммо жарроҳлик амали ҳам беморларга оғир жароҳат етказди, шунинг учун даволашда юқори жағ бўшлиғини тешиб, унга полиэтилен найча ўрнатиш анча қулай усул ҳисобланади. Юқори жағ бўшлиғи найча орқали 20 кун давомида ювилгандан сўнг ҳам йирингли ажралмани оқиши тўхтамаса, у ҳолда албатта жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

Охирги йилларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир ва сурункали яллиғланишларида бўшлиқларни патологик ажралмадан тозалаш учун 1926 йили немис олими Проец томонидан таклиф қилинган “*силжитиш*” ёки халқ тилида “*ку-ку*” усули юқори самара бермоқда. Муолажани бажариш унчалик қийин бўлмай, уни поликлиника шароитида нафақат оториноларинголог, балки умумий амалиёт шифокори ёки ҳамшира бемалол бажара олади. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини “ЯМИК” синус-катетри ёрдамида ҳам ювиш мумкин.

Сурункали синуситларда бўшлиқ ичига полиэтилен найчани ўрнатиш усули ҳам бўшлиқлардан патологик ажралмани узлуксиз чиқарилишини таъминлаб, даволашда ижобий натижа беради. Бундан ташқари найча орқали бўшлиқ ичини ювиш, унга кислород ва антисептик дори эритмаларини юбориш мумкин.

Юқори жағ бўшлиғига полиэтилен найча бўшлиқ тешилгандан сўнг ўрнатилади. Бажарилиши биров қийинроқ бўлган юқори жағ бўшлиғини 0,6 мм ли умров ости катетри билан зондлаш усули ҳам даволашда яхши натижа беради, чунки ҳар зондлаш муолажасида бўшлиқнинг тор табиий йўли кенгайиб, йирингли ажралмани чиқарилиши енгиллашади.

Физиотерапевтик муолажалардан УВЧ, УБН, ультратон, антибиотик ва аллергияга қарши дори аэрозоллари билан ингаляциялар қилиш, микротўлқинли терапия, бурун ёндош бўшлиғи соҳасига тиббий лой ёки 30 дақиқа давомида озокерит билан аппликация (42-45°C) қилиш (10-12 муолажа) тавсия қилинади. Сурункали синуситларнинг катарал шаклида дориларни бўшлиқ ичига электрофорез, фонофорез ёрдамида юбориш яхши самара беради. Бунинг учун антибиотиклар, диоксидин, гидрокортизон эмульсияси, 0,25-1% рух сульфат, 10%, 20%, 50% прополис ишлатилади. Қон босимини ошириш, тана ҳароратини кўтарилиши, турли ўсма жараёнлари физиотерапия муолажалари учун қарши кўрсатма ҳисобланади.

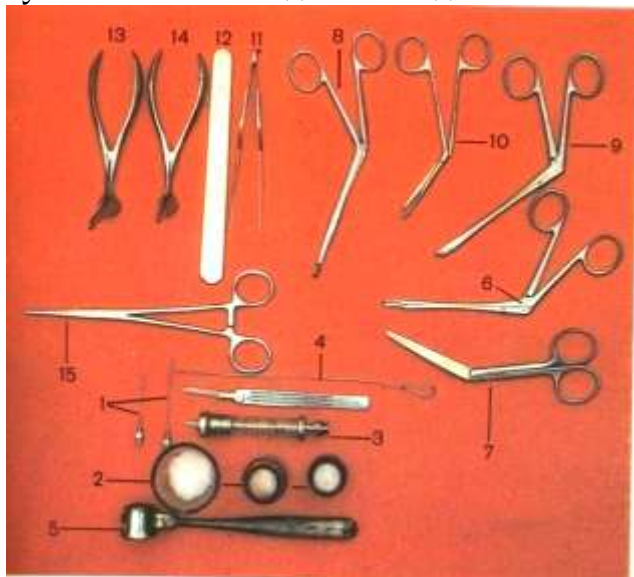
Сурункали синуситларни даволашда оғиз бўшлиғи ва бурунҳалқумни соғломлаштириш, аденоидит, бурун тўсиғи қийшиқлиги, гипертрофик тумовни даволаш муҳим аҳамиятга эга.

Синуситларнинг полипоз, гиперпластик, аралаш ва экссудатив шаклларида дорилар билан даволаш тадбирлари яхши натижа бермаган ҳолларда полипотомия ва бошқа жарроҳлик амаллари бажарилади. Этмоидитда дастлаб ўрта бурун чиғаноғи остидаги полип қолдиқлари конхотом ёрдамида олиб ташланиб, кейин галвирсимон бўшлиқ катаклари очилиб, бўшлиқ ичидаги

полиплар қошиқча ёрдамида олинади. Жарроҳлик амалида зарарланган бўшлиқдан бурун бўшлиғига очилувчи кенг йўл ҳосил қилиниши натижасида бўшлиқнинг ҳаво алмашинуви ва патологик ажралмани чиқарилиши осонлашиб, кўз косаси ва калла ичи асоратлари ривожланишининг олди олинади.

Сурункали гайморитда бурундан ташқари (экстраназал) ва бурун бўшлиғи орқали (эндоназал) бажариладиган жарроҳлик амаллари қўлланилади. Улар махсус жарроҳлик асбоблари ёрдамида (154-расм) бажарилади.

Экстраназал жарроҳлик амаллари бўшлиқлардан яллиғланиш ўсмаларини, холестеатома, полип ва чириган суяк тўқималарини олиб ташлаш, уларда ҳаво алмашинувини яхшилаш имконини бериб, бўшлиқларда йирингли ажралма тўпланишини олдини олади.



154-расм.Бурун бўшлиғида жарроҳлик амалини бажариш учун тиббий асбоблар тўплами

Юқори жағ бўшлиғида бажариладиган Колдуэлл-Люк, А.Ф. Иванов ва Денкер бўйича гайморотомия радикал жарроҳлик усули амалиётда кенг қўлланилади. Ушбу жарроҳлик амалида юқори жағ бўшлиғи юз соҳасидан, оғиз бўшлиғи даҳлизининг юқори лаби остидан очилади. Маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантиришдан сўнг оғиз бўшлиғи даҳлизининг шиллиқ ва суяк усти пардалари милк бурмасидан 0,5 см юқорида иккинчи тишдан олтинчи тишгача горизонтал кесилади. Юмшоқ тўқималар суяк усти пардаси билан бирга махсус асбоб ёрдамида

ажратилиб, юқорига силжитилади.

Воячекнинг новсимон исканаси ва болғача ёрдамида юқори жағ бўшлиғи *fossa canina* соҳасида очилади ва тешик Гаек қисқичлари билан кенгайтирилади. Суякда ҳосил қилинган тешикнинг ўлчами тахминан 2 x 2 см бўлиши лозим. Кейин юқори жағ бўшлиғи тешик орқали кўздан кечирилиб, қийшиқ распатор ёки ўткир суяк қошиқчаси ва учи айлана қисқич ёрдамида некротик тўқима, полип ва яллиғланиш ўсмаларидан тозаланади. Бўшлиқнинг юқори-ички девори соҳаси ҳам патологик тўқималардан тозаланади. Кейин бўшлиқнинг ички деворида пастки бурун йўли сатҳида суяк ва юмшоқ шиллиқ парда тўқималари искана ёрдамида олиб ташланиб, сунъий тешик (2,5 x 1,5 см) ҳосил қилинади (155-157 – расмлар).



155-расм. Гайморотомияда шиллиқ пардани кесиш



156-расм.Юқори жағ бўшлиғини кўриниши

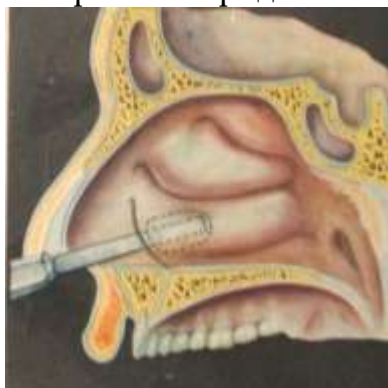


157-расм. Ҳосил қилинган тешикни бурун бўшлиғи томонидан текшириш

Жарроҳлик амалининг охирги босқичида оғиз бўшлиғи даҳлизидagi жароҳат майдонига кетгут чоки қўйилади. Жарроҳлик амалидан кейин бемор 3-4 кун давомида врачлар назорати остида бўлади, унга антибиотиклар, иммунитетни фаоллаштирувчи дорилар буюрилади.

Сурункали серозли ва катарал гайморитларда юқори жағ бўшлиғи *эндоназал йўл* орқали очилади (158-расм).

Юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланишида остеомеатал майдон катталашган ўрта бурун чиганоғи, илгаксимон ўсиқ, полип ёки катта ғалвирсимон пуфак билан ёпилиб қолганда пешона бўшлиғини бурун бўшлиғи билан боғлаб турувчи йўл эндоназал усулда кенгайтирилади, патологик ўзгарган тўқималар олиб ташланади. Дорилар билан даволаш тадбирлари ва эндоназал жарроҳлик амали самара бермаган, яллиғланиш жараёни тез-тез қайталанган ва асоратлар ривожланган ҳолларда пешона бўшлиғида экстраназал радикал жарроҳлик амали бажарилади.



158-расм. Эндоназал гайморотомия

Б.С.Преображенский бўйича дренаж ҳосил қилиш учун пешона бўшлиғида *Риттер-Янсен* жарроҳлик амали бажарилади. Маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш остида тери кўз косасининг юқори чети бўйлаб қошнинг ўртасидан ичкарига, бурун ён девори томон эгиб кесилади. Юмшоқ тўқима суяк усти тўқимаси билан бирга кўз косасининг юқори девори, қош усти ёйи ва бурун ён деворидан кесим бўйлаб ажратилади. Искана ва қисқичлар ёрдамида кўз косаси юқори суяк деворининг бир қисми қош

усти ёйигача олиниб, бўшлиқ ичига очилувчи овал тешик (2x1см) ҳосил қилинади. Бурун бўшлиғига кенг йўл очиш мақсадида баъзан суякдаги жароҳат пастга қараб кенгайтирилади, юқори жағ пешона ўсиғининг юқори қисми, бурун ва кўз ёйи суяклари қисман олинади. Айлана учли қисқич ва суяк қошиқчаси ёрдамида пешона бўшлиғи ва ғалвирсимон бўшлиқнинг юқори қисмидан полип, патологик ўзгарган тўқималар олиниб, гистологик текширувга юборилади. Б.С.Преображенский бўйича найча атрофида пешона бўшлиғининг

сунъий каналини ҳосил қилиш учун бурун бўшлиғи орқали пешона бўшлиғи ичига узунлиги 3 см, диаметри 6-8 мм тенг резина найча киритилади.



а) терини кесиш



б) Преображенский бўйича дренаж
ҳосил қилиш

159-расм. Пешона бўшлиғи радикал жарроҳлик амали

Найча терига ипак ип ёрдамида тикиб қўйилади. Ташқи жароҳат майдонига чок қўйилади. Резина найча ҳосил қилинган каналда 3-4 ҳафтага қолдирилиб, пешона бўшлиғи шу найча орқали ювиб турилади.

Пешона бўшлиғида бажариладиган Белоголовов ва Киллиан жарроҳлик амали умумий ва маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Тери қош ўртасида, унинг ташқи четидан ички қирраси томон кесилади, кесим ёйсимон шаклда пастга туширилиб, ноксимон бўшлиқнинг юқори қиррасигача давом эттирилади. Пешона бўшлиғи кўпинча пастки девори (Белоголовов усули), баъзан олд девори соҳасидан (Киллиан усули) очилади (159 - расм).

Пешона бўшлиғидаги патологик ўзгарган тўқималар, йирингли ажралма ва яллиғланиш ўсмалари ўткир қошиқча ёки айлана учли ясси қисқич ёрдамида олиб ташланади. Бўшлиқ кўздан кечирилиб, патологик ажралмадан тозаланганлигига ишонч ҳосил қилингандан сўнг, пешона бўшлиғини бурун бўшлиғи билан улаб турувчи кенг сунъий йўл ҳосил қилинади. Бунинг учун аввал юқори жағ суяги пешона ўсимтасининг бир қисми олиниб, кейин ғалвирсимон бўшлиқнинг олд ва қисман ўрта катакчалари очилади. Ҳосил қилинган йўл орқали бурун бўшлиғига чиқаргич найча киритилиб, 3 ҳафтага қолдирилади. Баъзан ҳосил қилинган йўл битиб, фронтитни қайталаниши кузатилиши мумкин. Буни олдини олиш учун пешона бўшлиғи тозалангандан сўнг бўшлиқ ичига консервация қилинган тоғай ёки суяк туқимаси билан тулдирилади, юмшоқ туқималар тери кават тикилади.

Ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг сурункали яллиғланиши асоратсиз кечган ҳоллари дастлаб консерватив усулда даволанади.

Дорилар билан даволаш тадбирлари ёрдам бермаган ҳолларда бурун ичи жарроҳлик амаллари - септопластика, полипотомия, ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларини қисман ёки тўлиқ очиш, ўрта бурун чиғаноғининг катталашган қисмини кесиб олиш, пастки бурун чиғаноғини кесиш ёки вазотомия амаллари бажарилади. Кўпинча полипотомиядан сўнг полиплар қайта пайдо бўлиши

мумкин, шунинг учун жарроҳлик амалидан сўнги даврда беморларга 3-5 ой давомида кортикостероид аэрозоллари (фликсоназе, альдецин, назонекс, насобек ва бошқ.), организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетни фаоллаштирувчи дорилар (синупред, иммундон, иммунал) буюрилади.

Ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларини бурун бўшлиғи (эндоназал йўл) орқали очиш ва полипотомия жарроҳлик амали маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш (3 % дикаин ёки 10% лидокаин аэрозоли) остида бажарилади. Мушак орасига керакли дозада 2% промедол, 0,1% атропин сульфат ва тавегил юборилгандан сўнг, бемор жарроҳлик столига ярим ўтроқ ҳолатда ётқизилади. Жарроҳлик амали бажариладиган майдонга 0,1 % адреналин гидрохлорид эритмаси суртилиб, жарроҳлик амалининг биринчи босқичи - полипотом ёки айлана учли бурун қисқичи ёрдамида бурун бўшлиғи полиплари олинади. Ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари соҳасида жарроҳлик амалини бажариш учун ўрта бурун чиғаноғи ички томонга силжитилади (синдирилади) ёки унинг катталашган олд қисми кесиб олинади, шунда ўрта бурун йўли анча кенгаяди. Ўрта бурун йўли кўзга аниқ кўрингандан сўнг айлана учли ясси бурун қисқичлари, конхотом ёки Гартман суяк қисқичи ёрдамида олд ва ўрта ғалвирсимон катакчалар навбатма-навбат қисман очилади. Орқа ғалвирсимон катакчалар ўрта бурун чиғаноғининг орқа қисми орқали очилади. Шу тариқа ғалвирсимон бўшлиқнинг барча катакчалари эндоназар микрожарроҳлик усули буйича понасимон бўшлиқ чегарасигача очилиб, ягона бўшлиқ ҳосил қилинади.

Жарроҳлик амали пайтида врачнинг бироз нотўғри ҳаракати туфайли тиббий асбоб ғалвирсимон суякнинг ғалвирсимон пластинкасини шикастлаб, уни калла ичи бўшлиғига кириб кетишига олиб келиши мумкин. Бу эса мия суюқлигини оқишига, менингит ва бошқа оғир асоратларни ривожланишига сабаб бўлади. Ғалвирсимон пластинканинг шикастланишини олдини олиш учун ушбу тузилманинг топографик жойлашувини яхши билиш лозим. Ғалвирсимон пластинка бурун чўққисининг пастида ўрта чизик бўйлаб жойлашган. Шунинг учун жарроҳлик амали пайтида тиббий асбобларни бурун бўшлиғининг ташқи девори томон йўналтирган ҳолда ҳаракатлантириш талаб этилади, асбобларни ўрта чизикқа яқинлаштириш ғалвирсимон пластинкани жароҳатланишига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, ҳар бир беморда ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг жойлашуви ва сони турлича бўлади, шу сабабдан жарроҳлик амалида барча катакчалар очилган ёки очилмаганлигини аниқлаш қийин. Кўпинча яллиғланган ғалвирсимон катакчаларининг бир қисмини очиш етарли бўлади, қолган катакчалар дорилар ёрдамида даволанади.

Понасимон бўшлиқ ҳам маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида эндоназал йўл орқали очилади. Дастлаб ғалвирсимон бўшлиқнинг олд, ўрта ва орқа катакчалари юқорида қайд этилган усулда навбатма-навбат очилади. Орқа катакчалар очилгандан сўнг понасимон бўшлиқнинг олд девори кўзга ташланади. Понасимон бўшлиғининг олд девори одатда юпқа бўлганлиги

сабабли у Блексли асбоби, новсимон искана ёки Гартман асбоби ёрдамида тешилиб, сўнгра кенгайтирилади. Айрим ҳолларда бўшлиқнинг олд девори тўлиқ кесиб олинади ва бўшлиқ яллиғланган шиллиқ парда, яллиғланиш ўсмалари, холестеатома, полип ва чириган юмшоқ тўқималардан тозаланади.

Сурункали сфеноидит сурункали гайморит билан бирга кечган ҳолларда понасимон бўшлиқ юқори жағ бўшлиғи орқали (*трансмаксилляр йўл*) очилади. Бунда юқори жағ бўшлиғида кенгайтирилган жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг, унинг ички девори орқали орқа-юқори чегарасида понасимон бўшлиқнинг олд деворига ёнма-ён жойлашган ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари навбатма-навбат очилади. Кейин понасимон бўшлиқнинг олд девори очилиб, ичидаги патологик ўзгарган тўқималар ва яллиғланиш ўсмалари олиб ташланади. Патологик жараён иккинчи бўшлиққа тарқалган ҳолларда бўшлиқлар ўртасидаги тўсиқ синдирилиб, у ҳам патологик ажралмалардан тозаланади.

Жарроҳлик амалининг охириги босқичида бўшлиқ ичига левомикол, левосин малҳамига ёки йодоформга шимдирилган дока тикма жойланиб, 24 - 48 соатдан сўнг алмаштирилади.

Бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли яллиғланишини даволаш мақсадида илгари қўлланилган жарроҳлик амаллари (Киллиан, Белоголовов ва Преображенский усуллари) ҳозирги кунга келиб ўз аҳамиятини йўқотди. Пешона, понасимон ва ҳатто юқори жағ бўшлиқларининг патологик ажралмаларини (қуюқ ажралмаларни суюлтириб) табиий йўллари орқали ювиб чиқариш усуллари ишлаб чиқилган. Бурун ёндош бўшлиқларининг анатомик тузилишини бузмаган ҳолда патологик ажралмаларини табиий йўллари орқали чиқариш усуллари замонавий тиббий асбоблар билан жиҳозланган шифохоналар шароитида бажарилиб, 97-99% ҳолларда ижобий натижа бермоқда.

Юқори жағ бўшлиғи кистаси аниқланган ҳолларда уни *fossa canina* дан очилган кичкина тешикча орқали аста олиб (бунда пастки бурун йўлидан бурун бўшлиғига дарча қўйилмайди), кейин тешикчани деминералланган қўзичоқ суяги билан беркитиш технологияси мавжуд (С.А.Ҳасанов, Қ.Ю.Султонов).

Пешона бўшлиғи кистасида эса у одатдаги фронтотомия жарроҳлик амали ёрдамида олиниб, бўшлиқ ичи шиллиқ пардаси қириб олинади ва бўшлиқ деминералланган қўзичоқ суяги қириндиси билан тўлдирилиб, юмшоқ тўқималарга чок қўйилади. Бунинг натижасида пешона бўшлиғи батамом битиб, ҳеч қандай асорат кузатилмайди.

Кейинги йилларда **эндоназал эндоскопик микрожарроҳлик амаллари** амалиётга кенг тадбиқ этилмоқда. Бундай жарроҳлик амаллари бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига ва анатомик тузилмаларига имкон қадар зарар етказмаслик тамойилига асосланган бўлиб, бўшлиқларнинг табиий йўллари тиклаш, анатомик тузилмаларни бузмаслик мақсадини кўзлайди. Микрожарроҳлик амаллари доимий кўз назорати остида бажарилиши туфайли

жарроҳнинг ҳаракатлари юқори даражада аниқ бўлади, бурун ёндош бўшлиқларининг керакли майдонларида минимал ҳажмдаги амални бажариш ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини максимал даражада асраш имконини беради.

Эндоназал эндоскопик микрожарроҳлик амаллари қуйидаги кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда бажарилади:

- сурункали серозли ва экссудатив синусит;
- чегараланган полипозли синусит;
- замбуруғли синусит;
- бурун ёндош бўшлиқлари кисталари;
- бурун ёндош бўшлиқларидаги ёт жисмлар;
- остеомеатал комплекс суяк тўқимасини бўртиши, шиллиқ пардасининг гиперплазияси;
- кўз ёшини оқиши билан кечувчи кўз ёши қопчаси ва бурун-кўз ёши каналининг касаллиги (дакриоцистириномия).

Эндоназал эндоскопик микрожарроҳлик амалларини бажариш учун қарши кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- кўз косаси ва калла ичи риноген асоратлари;
- бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ўсма касалликлари;
- бурун ёндош бўшлиқлари соҳаси остеомиелити;
- бурун ёндош бўшлиқларида бажарилган жарроҳлик амалидан кейин уларнинг табиий тешикларини чандиқлар ва суяк тўқимаси билан ёпилиши.

Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларида жарроҳлик амалини бажариш учун қаттиқ ва эгилувчан эндоскоплар, узунфокусли жарроҳлик микроскоплардан фойдаланилади.

Мессерклингер усулида бажарилган микрожарроҳлик амали амалиётда кенг қўлланилади. Босқичма-босқич бажарилган ушбу жарроҳлик амалида барча бурун ёндош бўшлиқлари патологик ўзгарган майдонлардан тозаланиб, мавжуд бўлган нуқсонлар бартараф этилади. Дастлаб илгаксимон ўсиқ, кейин катта ғалвирсимон пуфакча, ғалвирсимон бўшлиқнинг олд катакчалари, ғалвирсимон воронка, юқори жағ бўшлиғининг табиий тешиги навбатма-навбат кенгайтирилади, охирида понасимон бўшлиқ очилади.

Виганд усулида бажарилган микрожарроҳлик амали чуқур бўлимлардан, хусусан понасимон бўшлиқдан бошланиб, кейин ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа ва ўрта ва ниҳоят олд катакчалари очилади. Ушбу жарроҳлик амали кўп жиҳатдан кенгайтирилган жарроҳлик амалига ўхшайди, масалан унда ғалвирсимон бўшлиқнинг катакчалари тўлиқ очилиб, пастки бурун чиғаноғи остидан юқори жағ бўшлиғига очилувчи сунъий йўл ҳосил қилинади.

БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ КИСТАСИМОН КЕНГАЙИШИ табиий йўллари ёпилиб, ичларида тўпланиб қолган суюқлик бўшлиқлар деворларини кенгайтириши натижасида юзага келади. Бўшлиқ ичида тўпланиб қолган

суюқлик серозли (*hydrops*), шилимшиқ (*mucocoele*) ёки йирингли (*pyocoele*) бўлиши мумкин.

Кўпинча пешона ва ғалвирсимон бўшлиқларнинг кистасимон кенгайиши учрайди. Уларнинг ривожланишига юз суякларининг жароҳатлари, яллиғланиш, аллергия ҳолатлардаги шиллиқ парданинг шиши сабаб бўлиши мумкин.

Белгилари. Касаллик кўпинча ноаниқ кечади. Кейинчалик бўшлиқ деворининг шакли ўзгарганда кўз косасининг юқори-ички бурчагида шиш пайдо бўлиб, кўз олмаси ташқарига ва пастга силжийди, лекин шиш майдони оғримайди. Бўшлиқ ичидаги суюқлик билан тўлган қопча катталашган сари пешона бўшлиғининг юз ва кўз косаси деворлари, баъзан бош мия ва ички деворлари кенгаяди. Пешона бўшлиғининг пастки девори юпқалашиши сабабли пайпасланганда ўзига хос товуш эшитилади. Кўз олмасининг ҳаракати чегараланиб, беморда диплопия ривожланади ва кўзларидан ёш оқиши кузатилади. Риноскопияда ўрта бурун йўлида юзи силлиқ бўртиш кўринади. Касаллик жуда секин ривожланиб, бўшлиқ деворларининг шакли ўзгармагунча белгисиз кечади, дастлабки белгилари эса жароҳатдан 1-2 йил ва ҳатто 15-20 йил ўтгандан сўнг пайдо бўлади.

Таъхис анамнезда юз суяклари жароҳати содир бўлганлиги ва аллергия касалликлар ҳақида маълумот борлиги, бемор шикоятлари, пайпаслаш, риноскопия, рентгенография, компьютер томография, МРТ текширувларининг натижалари асосида қўйилади. Рентгенограммада кўз косасининг юқори қисми кичрайганлиги, ички четида суяк тасвирини узилиши, ғалвирсимон бўшлиқ катаклари катталашганлиги кўринади.

Бурун ёндош бўшлиғи тешиб кўрилганда бўшлиқ ичида тўпланиб қолган ажралма ҳидсиз қуюқ асални ёки тухум оқини эслатади, унда холестерин кристаллари борлиги аниқланади; ажралма тиниқ ёки хира, оч-сарик, сарик ёки сут рангида, баъзан шоколад рангида бўлиши мумкин. Бурун ёндош бўшлиқларининг кистасимон кенгайишини бўшлиқлар яллиғланиши, ўсмалари, кўз косаси атеромаси, кўз ёши қопчаси кистаси ва эмпиемасидан фарқлаш лозим. Мукоцеле одатда асоратсиз кечади. Касаллик жарроҳлик амали ёрдамида бартараф этилгандан сўнг кўз олмаси ўз жойига қайтиб, беморнинг кўриш қобилияти тикланади.

БУРУН БЎШЛИҒИ ПОЛИПИ (*polypi nasi*). Бурун ёндош бўшлиқларининг сурункали яллиғланиши кўпинча бурун бўшлиқларида полиплар ҳосил бўлиши билан кечади. Полиплар қулранг, баъзан сарғиш-қизил, юзи силлиқ, сони ва ўлчамлари бўйича турлича бўлиши мумкин. Улар кўпинча ўрта бурун йўлида, баъзан-юқори бурун йўлида ўсади. Юқори жағ бўшлиғидан ўсган полип бурун бўшлиғи орқа қисми томон ўсади, шунинг учун у *хоана полипи* деб номланади. Бундай полип бурунҳалқумни тўлдириб, юмшоқ танглайни орқасида осилиб туради. Ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларидан ўсган бурун бўшлиғи полипи юқори бурун йўлини тўлдириб туради.



160-расм. Орқа
риноскопияда бурун
полипи



161-расм. Орқа
риноскопияда хоана
полипи



162-расм. Олд
риноскопияда бурун
полипи, ўрта бурун
йўлидаги йиринг



163-расм.
Оёчали
полип

Бурун тўсиғидан ўсган бурун полиплари кўпинча бурундан қон оқишига сабаб бўлади. Риноскопияда бурун тўсиғида турли ўлчамдаги асоси ингичка қизғиш силлиқ тузилма борлиги кўринади. Полиплар бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин (160-163 расмлар).

Белгилари. Дастлаб бемор ҳеч қандай ноқулайлик ҳис этмайди. Баъзан бурун битишига ва ундан кўп миқдорда ажралма ёки қон оқишига, бурундан нафас олиши қийинлашганига шикоят қилади. Бурун ёндош бўшлиқлари зарарланган ёки полип катталашиб, буруннинг икки томонини тўлдирган ҳолларда беморнинг боши, баъзан қоши соҳасини оғриши (уч шохли асаб толаси невралгияси), тез чарчаш ва ҳид билиш қобилиятини йўқотилиши кузатилади.

Таъхис бемор шикоятлари, олд ва орқа риноскопия, рентгенография, КТ, МРТ ва эндоскопия натижалари асосида қўйилади. Бурун бўшлиғи полипини ўсмирлар ангиофибромасидан фарқлаш лозим.

Даволаш. Одатда полип маҳаллий оғриқсизлантириш остида махсус асбоб - полипотом ёрдамида узиб ёки кесиб олинади. Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси 3% дикаин ёки 10% лидокаин аэрозоллари билан оғриқсизлантирилгандан сўнг бурун бўшлиғига полипотом сиртмоғи киритилиб, полип оёқчасига (бирикиш жойигача) ўтказилиб, кейин сиртмоқ аста тортилиб, полип узиб ёки кесиб олинади. Хоана полипи махсус асбоб (*Ланг сиртмоғи*) ёрдамида олинади. Бунда врач фарингоскопия пайтида полипнинг ингичка оёқчасини сиртмоқ ичига киритиб, сиртмоқни ўзига тортади ва полипни узиб олади. Касаллик қайталанганда ғалвирсимон ва юқори жағ бўшлиқларида тегишли жарроҳлик амаллари бажарилади.

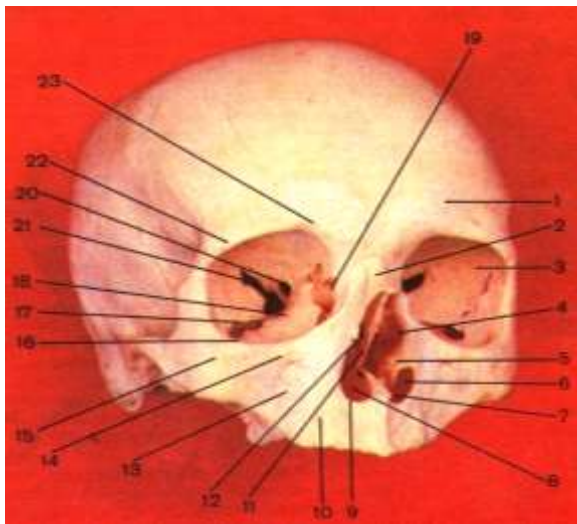
Бурун бўшлиғи полипларини криотерапия усулида даволаш касалликни қайталанишини олдини олишга ёрдам беради, якка полип полипотомия амали ёрдамида олиб ташланади.

Полипозли синусит аллергия ринит билан кечган ҳолларда полипотомия жароҳлик амалидан олдин ва кейин беморга десенсибилизация (пипольфен, супрастин, кеналог-40, дипраспон) ёки бурун полиплари олингандан сўнг бурун ичига турли кортекостероид аэрозолларни сепиш (альдецин, насобек, назонекс 1 дозадан бир кунда 1-2 маҳал) тавсия қилинади.

РИНОГЕН КЎЗ КОСАСИ (ОРБИТАЛ) ВА КАЛЛА ИЧИ АСОРАТЛАРИ. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир ва сурункали яллиғланиши яқин (кўз косаси атрофи ва калла ичи) ва узоқда жойлашган аъзоларда (ҳиқилдоқ, трахея, бронхлар, ўпка, асаб тизими) турли асоратлар ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Қуйидаги омиллар бундай асоратларни ривожланишига ёрдам беради:

- бурун орқали нафас олишнинг бузилиши;
- юқори нафас йўли касалликларини пастки нафас йўлларига рефлексор таъсири;
- инфекциянинг юқори нафас йўлларида пастки нафас йўлларига тарқалиши;
- организмнинг аллергияларга бўлган сезгирлиги.

Биринчидан кўз косаси уч томондан бурун ёндош бўшлиқларининг деворлари (пастда юқори жағ, ички томонда - ғалвирсимон ва понасимон, тепада - пешона бўшлиғи) билан ўралган, калла олд чуқурчаси эса - пешона ва ғалвирсимон бўшлиқларга, ўрта чуқурчаси – понасимон бўшлиққа яқин жойлашган (164-расм);

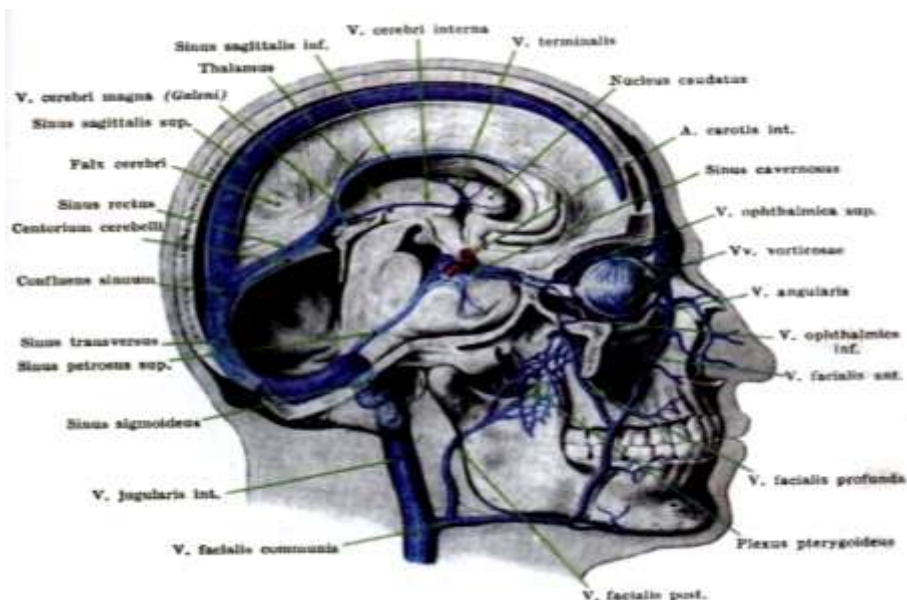


164-расм. Бурун бўшлиғининг кўз косаси билан алоқа йўллари.

1-os frontalis; 2-os nasali; 3 - orbita; 4 - meatus nasi medius; 5-concha nasalis inferior; 6 - meatus nasi inferior; 7 - spina nasalis inferior; 8-cavum nasi; 9-apertura periformis; 10-maxilla; 11-septum nasi; 12-septum nasi, lamina perpendicularis; 13-fossa canina; 14-foramen infraorbitalis; 15-os zygomaticus; 16-facies orbitalis inferior; 17-fissura orbitalis inferior; 18-facies orbitalis major ossis sphenoidalis; 19-cellula ethmoidalis; 20-canal op-ticus; 21-fissura orbitalis superior; 22-facies orbitalis ossis frontalis; 23-foramen supraorbitale.

Иккинчидан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари кўз косаси ва калла суяги билан асаб тодалари ва қон томирлар йўллари орқали боғланиш ҳосил қилади. Ташқи бурун, бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқлари веналарининг бир қисми бош мия қаттиқ пардасининг ғовак вена бўшлиғига қуйиладиган кўз косаси веналарининг бирига оқиб тушса, бошқа қисми - бош мия қаттиқ пардаси вена тўри билан анастомоз ҳосил қилади (165-расм);

Учинчидан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ва ҳид билиш асаб толасининг лимфа йўллари бош миянинг субарахноидал бўшлиғига оқиб боради. Юқорида қайд этилган анатомик яқинлик риноген кўз косаси ва калла ичи асоратларнинг ривожланишига ёрдам беради.



165-расм. Бош мия қаттиқ пардаси вена синусларининг юз соҳасининг асосий қон томирлари билан боғлиқлиги.

Риноген кўз косаси асоратлари инфекция бурун ёндош бўшлиғидан кўз косасига контакт, гематоген ва лимфоген йўл орқали тарқалиши натижасида ривожланади. Ўткир респиратор касалликлар, турли жароҳатлар, қандли диабет, ҳомила каби омиллар бундай

асоратларни юзага келишига ёрдам беради. Синуситлар билан оғриган болаларда риноген кўз косаси асоратлари 0,5 - 14,7% , катталарда - 0,5 - 8,5% ҳолларда учрайди.

Риноген кўз косаси асоратларида беморларни текшириш тартиби қуйидагича бўлади:

- 1) ташқи текширув ва пайпаслаш; буруннинг физиологик фаолиятларини текшириш;
- 2) олд ва орқа риноскопия, эндоскопия текшируви;
- 3) бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси, калла суягининг ён ва олд томонлама рентгенографияси; компьютер томография, МРТ;
- 4) қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, биокимёвий текширувлар, бактериологик текширув;
- 5) юқори жағ бўшлиғини зондлаш ёки тешиш ва табиий йўллари орқали кўздан кечириш, пешона бўшлиғини зондлаш ёки олд девори орқали тешиш;
- 6) асосий бўшлиқни зондлаш;
- 7) офтальмолог кўриги.

Текширувда инфекция манбалари ва бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли жараёнида ривожланган кўз косаси асоратининг шакли аниқланади.

Кўз косаси атрофи асоратининг шаклини аниқлаш:

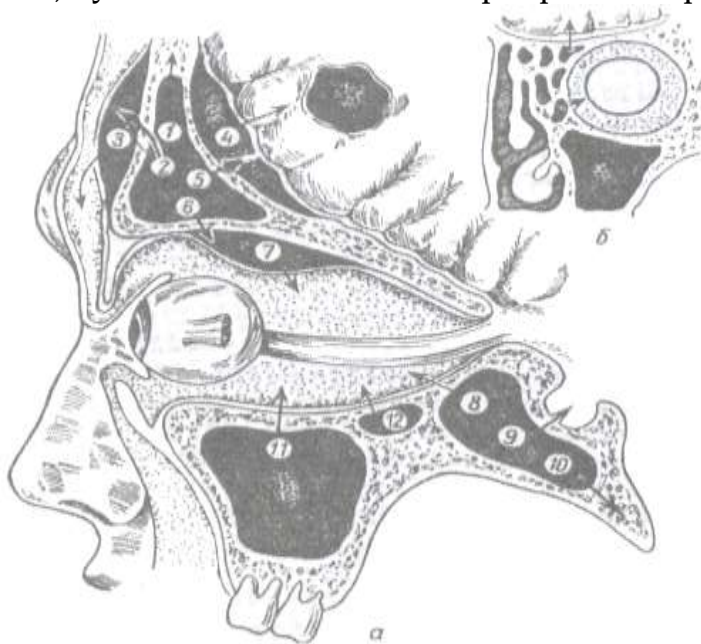
Кўз косаси атрофи асоратлари йирингсиз ва йирингли асоратларга бўлинади ва қуйидаги клиник шаклларда намоён бўлади (166-расм):

- 1) қовоқлар ва кўз косаси юмшоқ тўқимасининг реактив шиши;
- 2) целлюлит- қовоқлар ва кўз косасининг тарқоқ йирингсиз яллиғланиши;
- 3) кўз косаси деворининг (йирингли ва йирингсиз) остеоperiостити;
- 4) субperiостал ҳўппоз;
- 5) кўз қовоғи ҳўппози;
- 6) кўз қовоғи ва кўз косаси деворининг оқмаси;

7) кўз косаси флегмонаси;

8) ретробульбар ҳўппоз;;

9) кўз косаси вена қон томирларининг тромбози.



166-расм. Синуситларда кўз косаси ва калла

ичи асоратларини ривожланиш схемаси.

1.Пешона суяги остеомиелити; 2. Пешона соҳаси суяк усти ҳўппози; 3. Кўз қовоғи ҳўппози; 4.Суяк усти ҳўппози очилиб,калла бўшлиғи ҳўппозига айланиши;5. Калла суяги пешона бўлагининг қаттиқ бош мия пардаси усти (экстрадурал) ҳўппози; 6.Суяк усти ҳўппозини кўз косасида ривожланиши; 7.Суяк усти ҳўппозини кўз косаси флегмонасига айланиши; 8. Яллиғланиш жараёнини понасимон бўшлиқдан кўз косасининг тубида жойлашган аъзоларга тарқалиши: “юқори кўз косаси тирқиши” белгиси, кўриш асаб толасининг атрофияси ва неврити; 9. Яллиғланиш жараёнини турк эгари ва каверноз синусга тарқалиши; 10. Понасимон бўшлиқ остеомиелитини ривожланиши; 11.Йирингли ўчоқни юқори жағ бўшлиғидан кўз косасига очилиши; 12.Йирингли ўчоқни орқа ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларидан кўз косаси ва кўриш асаб толасига очилиши.

Қовоқлар ва кўз косаси юмшоқ тўқимасини реактив шишида кўз атрофи терисининг ранги ўзгармайди, қовоқларнинг бири ёки иккаласи шишади (*сохтанипоз*), терини қизариши ва юмшоқ тўқималарнинг инфильтрацияси кузатиламай, у юмшоқлигича қолади. Реактив шиш кўзнинг орқа тўқимасига тарқалганда кўз олмаси олдинга силжийди (167-расм).

Целлюлит- қовоқлар ва кўз косаси тўқимасининг тарқоқ йирингсиз яллиғланиши. Беморда экзофтальм кузатилади, қовоқлари қизариб шишиб, кўзи ва боши оғрийди, тана ҳарорати кўтарилади. Кўз соҳаси босилганда оғрийди. Баъзан беморда хемоз ва кўриш ўткирлигини пасайиши кузатилади.

Кўз косаси деворининг остеопериостити кўпинча ўткир ва сурункали фронтитда ривожланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилиб, боши оғриб, юқори қовоғи шишиб, кўз шиллиқ пардасининг қон томирлари қонга тўлганлиги кўринади, экзофтальм, баъзан хемоз кузатилади; кўз олмаси кўпинча пастга силжийди, юқорига ҳаракати чекланиб, яллиғланган майдон пайпасланганда ва кўз олмаси ҳаракатланганда оғрийди.



167-расм.

Кўз косаси ички қисмининг реактив
шиши

Этмоидит сабаб бўлган остеопериоститда кўз қовоқларининг асосан ички қисми шишади. Гайморитда остеопериостит асорати кам кузатилади; беморда пастки қовоғи ва кўз шиллиқ пардасининг пастки қисми шишиб, хемоз кузатилади.

Чуқур остеопериоститда кўз олмаси юқорига силжиб, олдинга бўртиб туради. Жараён ривожланганда беморнинг кўз косасида субпериостал ҳўппоз шаклланади. Қовоқлар кескин қизариб, териси шишиб, қаттиқлашади, хемоз кучаяди, кўз олмаси

олдинга силжиб, ҳаракатлари чекланади, кўз олмаси босилганда ёки фаол ҳаракатлантирилганда оғрийди. Шиш ва оғриқ флюктуацияни аниқлашни қийинлаштиради. Чуқур субпериостал ҳўппозда кескин экзофтальм, юзаки ҳўппозда – камроқ намоён бўлади. Бундан ташқари, чуқур субпериостал ҳўппозда беморда узоқлаштирувчи ва кўз олмасини ҳаракатлантирувчи асаб толалари фалажи ва кўриш ўткирлигини пасайиши кузатилади.

Кўз қовоғи ҳўппози; Юқори кўз қовоғининг ҳўппози кўпинча фронтитда, пастки кўз қовоғининг ҳўппози гайморитда ривожланади. Беморнинг қовоқлари шишиб, қизариб, кўзлари ҳаракатсиз қовоқлар билан ёпилади. Кўз қовоғи кўтарилганда унинг шиллиқ пардаси шишган ва қизарганлиги кўринади. Беморнинг кўзи оғрийди, кўз қовоқларига қўл теккизганда ёки кўз олмаси ҳаракатланганда оғриқ кучаяди. Экзофтальм кузатилмайди, кўз олмасининг ҳаракати тўлиқ сақланади. Кўз қовоғи ҳўппози гематоген йўл орқали ёки йиринг бурун ёндош бўшлиғи олд деворини емирганда пайдо бўлиши мумкин. Агар бурун ёндош бўшлиқлари олд девори емирилиши натижасида кўз қовоғи ҳўппози пайдо бўлган бўлса, унинг ўзи ёки жарроҳлик амали ёрдамида очилгандан сўнг ҳосил бўлган оқма бурун бўшлиғини сурункали йирингли (полипозли-йирингли) яллиғланиши борлигидан далолат беради.

Кўз қовоғи ва кўз косаси девори оқмаси. Юқори қовоқлар ва бурун негизи соҳасининг оқмалари фронтит ёки этмоидитда ҳосил бўлиши мумкин. Этмоидитда кўз косаси ички деворининг оқмаси ривожланади. Кам ҳолларда гайморитнинг асорати сифатида ҳосил бўлган пастки кўз қовоғи оқмаси ҳосил бўлиши кузатилади. Сурункали синуситлардан кейин ҳосил бўлган оқма яллиғланиш жараёнини бурун ёндош бўшлиғидан кўз қовоқларига тарқалишининг охирги босқичи ҳисобланади.

Кўз косаси флегмонаси тарқоқ, аниқ чегараланмаган, ўсиб борувчи яллиғланиш жараёни бўлиб, тарзоорбитал бойлам орқасида жойлашган кўз косаси юмшоқ тўқимасининг емирилишига олиб келади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашиб, тана ҳарорати 39-40°C кўтарилади, боши оғрийди, қалтираш кузатилади, кўзида жуда қаттиқ лўқилловчи оғриш кузатилади. Кўз косаси

флегмонасида офтальмоплегия (оғриқ билан кечган экзофтальм, кўз олмаси ҳаракатини кескин чекланиши ёки бутунлай ҳаракатсизлиги), кўз қовоғининг шиши (бу шиш ҳўппоз ҳосил бўлишидан далолат бермайди), кескин хемоз ва кўриш ўткирлигини бузилиши кузатилади (168–расм). Қонда лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши аниқланади. Ўз вақтида ташхис қўйилиб, жадал даволаш тадбирлари ўтказилмаса, беморда сепсис ёки калла ичи асорати ривожланиши мумкин.



168-расм.
Кўз косаси флегмонаси

Кўз косаси веналари тромбози. Ушбу асорат бошқа риноген асоратларга қараганда кам учраб, кўпинча бурун ва юз чипқони ва сарамасда ёки улардан кейин ривожланади. Кўз косаси веналарининг тромбози одатда ғорсимон синус тромбози ва тромбофлебити билан бир вақтда кузатилиб, кўз косаси веналарининг тромбози умумий ва маҳаллий клиник белгилар билан кечади. Беморда септик ҳолат; умумий клиник аҳволининг оғирлиги, тана ҳароратини доимий баланд ёки гектик бўлиши (иситма бир сутка давомида 2-3 марта кўтарилиб, бемор

қалтирайди, совқотади, кейин тана ҳарорати тушиб, бемор терлайди), боши оғриши, қалтираш ва дармонсизлик кузатилади. Яллиғланиш жараёни ғорсимон синусга тарқалмаган ҳолларда беморнинг умумий аҳволи оғир бўлсада, тана ҳарорарати субфебрил бўлиши мумкин. Маҳаллий белгилардан бошланғич даврда кўз қовоқларининг юмшоқ шиши ва тромб билан тўлган вена қон томирлар соҳасида осилиш кузатилиб, пайпасланганда аниқланади. Кейинчалик яллиғланиш белгилари пайдо бўлади: кўз қовоқлари қизариб, шишиб, веналар кўкимтир бўлиб кўринади, хемоз кескинлашади, қовоқлар остида экзофтальм кузатилади. Кўз соҳасини оғриши кўз косаси флегмонаси оғриғига нисбатан кучсиз бўлади. Кўз косаси веналари тромбофлебитида кўз қорачиғи кенгайиб, унинг фалажи ривожланади, кўзнинг ҳаракати чекланади ёки бутунлай йўқолади, баъзан кўриш ўткирлиги пасаяди.

Риноген кўз косаси асоратлари синуситнинг дастлабки клиник белгиси сифатида намоён бўлиши ёки синуситга хос клиник белгилар камайгандан сўнг пайдо бўлиши мумкин.

Қовоқлар шиши кўпинча атроф тўқиманинг йирингли яллиғланишига (юз териси, кўз косаси ва кўз олмасининг специфик ва носпецифик яллиғланиши) жавобан қон айланишини бузилиши сифатида ривожланади.

Қиёсий ташиҳот. Қовоқлар шишини умумий касалликлар, масалан юрак, буйрак, аллергик касалликлар ва турли вегетатив-вазомотор бузилишлардаги шишдан фарқлаш лозим. Чақалоқларда ва ёш болаларда гайморит ва этмоидит касаллигини лунж ва қаттиқ танглай шиши билан кечувчи юқори жағ суягининг ўткир одонтоген остеомиелитидан фарқлаш лозим. Бундан ташқари, кўз

қовоқлари гематомаси, эмфиземаси, сарамаси, кўз косасининг хавфсиз ва хавфли ўсмаларини инкор этиш лозим.

Кўз косаси юқори-ички бурчагининг субпериостал ҳўппози кўз ёши қопчаси флегмонасидан фарқланиши лозим. Йирингли ўчоқ кўз қовоқлари ички бурчагининг юқори қисмида жойлашганда - субпериостал ҳўппоз ривожланганлигидан, пастда жойлашганда - кўз ёши қопчаси яллиғланганлигидан далолат беради.

Даволаш: Риноген кўз косаси асорати аниқланган бемор шошилинч равишда оториноларингология бўлимига ётқизилиши шарт.

1) Кўз косасининг йирингсиз касаллиги асорати билан кечган ўткир синуситларда бурун ичига қон томирларни торайтирувчи дори воситалари (нафтизин, галозолин, санорин) томизилиб, яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари ўтказилади, бурун ёндош бўшлиқларидан Проец усулида йирингли ажралмалар ювиб чиқарилиб, уларга антибиотиклар эритмаси юборилади, беморга тана ҳароратини меёрлаштирувчи, оғриқсизлантириш ва антигистамин дори воситалари буюрилади. Кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда пешона ва юқори жағ бўшлиқлари зонд орқали антисептик эритмалар билан ювилади ёки тешилади.

2) Кўз косасининг йирингсиз касаллиги асорати билан кечган сурункали синуситда зарарланган бурун ёндош бўшлиқларда экстраназал жарроҳлик амали бажарилади ва бурун бўшлиғига очиладиган кенг йўл ҳосил қилинади; беморга яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари, антигистамин ва антибиотиклар буюрилади;

3) Кўз косасининг йирингли касаллиги асорати билан кечган ўткир ва сурункали синуситда кўр косасидаги ҳўппоз ёки флегмона шошилинч равишда очилиб, бурун ёндош бўшлиқларида эндо- ва экстраназал жарроҳлик амали бажарилади. Беморга шошилинч реанимация чора-тадбирлари ўтказилади.

4) Кўз косаси веналарининг тромбози асорати билан кечган ўткир ва сурункали синуситда бурун ёндош бўшлиқларида эндо- ва экстраназал жарроҳлик амали ўтказилиб, бурун бўшлиғига очилувчи кенг сунъий йўл ҳосил қилиниб, беморга антикоагулянтлар (гепарин) 5000 -10000 ТБ мушак орасига 2-3 маҳал тавсия қилинади, протромбин индекси назорати остида шу соҳага тиббий зулук қўйилади. Кўз косаси флегмонаси ва веналар тромбозида дорилар вена ичига юборилади. Даволаш тадбирлари реанимация бўлимида олиб борилади. Беморга антибиотиклар (клафоран, цефамезин, амоксиклав), замбуруғларга қарши дорилар (низорал), десенсибилизация воситалари (кальций хлорид, кальций глюконат, тавегил, зиртек, телфаст, супрастин), кортикостероидлар (преднизалон, гидрокортизон суспензияси) буюрилади.

Бундан ташқари беморга иммоностимуляторлар (тимолин, Т-активин, ИРС-19, имудон) синупрет, витаминлар, модда алмашинувини яхшиловчи воситалар, организм заҳарланишини камайтирувчи ва сийдикни ҳайдовчи тадбирлар ўтказилади (вена ичига глюкоза 5-10%, реополюгликин, натрий

хлорнинг физиологик эритмаси, қон, қон зардобини юбориш), стафилаккокга қарши анатоксин, гаммаглобулин, қон зардобини, симптоматик даво буюрилади.

Риноген калла ичи асоратлари нисбатан кам учрайди ва барча калла ичи асоратларининг 10% ни ташкил қилади. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари билан шифохонага келтирилган беморлар орасида риноген калла ичи асоратлари 1,6 %ни ташкил қилади. Бундай асоратларда ўлим кўрсаткичи 30% га етиши мумкин.

Риноген калла ичи асоратлари кўпинча пешона, понасимон ва галвирсимон катакчаларнинг ўткир ва айниқса сурункали яллиғланишида ривожланади. Инфекция контакт, гематоген ва лимфоген йўллар орқали тарқалади.

Риноген калла ичи асоратларининг қуйидаги клиник шакллари тафовут этилади:

- арахноидит (лептоменингит);
- экстрадурал ҳўппоз ;
- субдурал ҳўппоз;
- серозли ва йирингли менингит;
- бош мия ҳўппози;
- бош мия қаттиқ пардаси синусларининг тромбози, риноген сепсис.

Калла ичи асорати ривожланган беморда қуйидаги клиник белгилар кузатилади:

- бемор бошининг қаттиқ оғриши;
- овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган қусиш;
- кўзларнинг юқори қовоғи ва қош усти териси соҳасини шиши ва қизариши;
- эс- ҳўшининг хиралашиши;
- кўриш ўткирлигининг бузилиши;
- бош мия асаб толаларининг фалажлари;
- талваса ҳолатлари;
- совқотиш, қалтираш, терлаш;
- беморнинг умумий аҳволини синуситга хос бўлмай, жуда оғир бўлиши (сепсисга хос белгиларни кузатилиши);
- бош миёда суюқлик босимининг ошиш белгилари;
- қондаги ўзгаришлар (лейкоцитоз, ЭҶТ ошиши).

Риноген арахноидитда беморда бош оғриғи, кўриш ўткирлигини пасайиши, гипертензия ва менингиал белгилар кузатилади, орқа мия суюқлигида серозли менингитга хос ўзгаришлар аниқланади.

Даволаш. Яллиғланган бурун ёндош бўшлиғида жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг риноген арахноидит билан оғриган бемор неврология бўлимига кўчирилади ва интенсив даволаш тадбирлари ўтказилади.

Калла олд чуқурчасининг экстрадурал ҳўппози (чегараланган пахименингит) – йирингни бош мия қаттиқ пардаси ва суяк орасида тўпланиши. Кўпинча фронтит, этмоидит ва баъзан сфеноидитда инфекцияни контакт йўл орқали тарқалиши натижасида ривожланади.

Белгилари. Одатда умумий ва ўчоқли бош мия белгилари кузатилмайди. Касаллик ўткир ёки сурункали фронтитнинг оғир кечимида (кўз косасига асорати, пешона суяги остеомиелити) бажарилган жарроҳлик амали пайтида тасодифан аниқланади. Баъзан бемор боши оғриши, йирингли ўчоқ майдони перкуссия қилинганда оғриқ кучайиши, кўнгли айниши ва қусиш хуружлари, кўзини ташқи томонга ҳаракатлантириши қийинлиги ва ҳолсизликка шикоят қилади, унинг тана ҳарорати баланд бўлиб, синусит белгилари кузатилади.

Риноген менингит (*meningitis rhinogena*) - бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидан бактериал инфекцияни тарқалиши натижасида ривожланган бош мия пардаларининг яллиғланиши бўлиб, у отоген менингитга нисбатан камроқ учрайди ва оғир кечади.

Одатда менингит пешона, ғалвирсимон ва понасимон бўшлиқлари ўткир ёки сурункали яллиғланишининг хуруж даврида ривожланади. Инфекция кўпинча контакт йўли орқали калланинг олд чуқурчасига тарқалиб, бош мия пардаларининг яллиғланишига сабаб бўлади. Бурун бўшлиғи ичида бажарилган жарроҳлик амалида ғалвирсимон пластинканинг жароҳати ва калла асосининг синишида йирингли менингит ривожланиши мумкин.

Белгилари: Риноген менингит ўткир клиник белгилар билан бошланиб, беморнинг тана ҳарорати доимо баланд бўлади. Калла ичи босими ошиб, беморда тарқоқ бош оғриғи, кўнгил айниши ва қусиш кузатилиб, энса мушакларининг тортилиши ва Керниг белгилари каби менингитга хос белгилар пайдо бўлади. Бундан ташқари, яллиғланиш жараёни бош мия ва бош мия асаб толаларига тарқалиб, беморда талваса, психомотор ҳолат, эс-ҳушининг йўқотилиши ва патологик рефлекслар (Бабинский, Россолимо, Оппенгейм, Брудзинский) пайдо бўлади.

Орқа мия суюқлигини ўзгариши, унда ҳужайралар сони ва оқсил миқдорини кўпайиши менингит ташхисини тасдиқлайди. Орқа мия суюқлигини ишлаб чиқарилишининг кескин ошиши ва калла ичи босимини кўтарилиши натижасида орқа мия тешиб кўрилганда суюқлик босим остида тез-тез томчилаб оқади. Рентгенография ёки КТ, МРТ текширувлари бирламчи йирингли менингитни аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Йирингли менингитда йирингли ўчоқ жойлашган пешона бўшлиғида шошилиш тарзда жарроҳлик амали бажарилади ва бунда албатта калла суяги асосининг олд чуқурчаси соҳасида бош мия қаттиқ пардаси очилиб, кўздан кечирилади; бир вақтнинг ўзида яллиғланишга қарши кучли антибактериал терапия, дегидратация тадбирлари ўтказилади; орқа мия пункцияси бажарилиб, керакли дорилар юборилади.

Риноген бош мия ҳўтпози - бош мия тўқимасининг чегараланган йирингли ўчоғи иккиламчи жараён сифатида бурун ёндош бўшлиғида инфекция ўчоғи мавжуд бўлган ҳолларда пайдо бўлади. Кўпинча пешона бўшлиғи, камдан-кам ҳолларда - ғалвирсимон ва юқори жағ бўшлиқлари инфекция ўчоғи бўлиб хизмат

қилади. Шунинг учун ҳўппоз одатда бош миянинг пешона бўлагида ва деярли доимо яллиғланган бўшлиқ томонда жойлашади.

Белгилари. Касаллик маҳаллий ва умумий белгилар билан кечади. Маҳаллий белгилар кўз қовоқлари ва конъюктиванинг шиши ва қизариши, турли даражали экзофтальм, яллиғланган томонда кўз олмасининг пастга, ташқи томонга ҳаракати чекланиши билан намоён бўлади.

Риноген бош мия ҳўппози 4 босқичда кечади.

Б о ш л а н ғ и ч даврида беморда тана ҳароратининг бироз кўтарилиб, бош оғриғи, қусиш, ҳолсизлик ва умумий яллиғланишга хос белгилар кузатилади.

Я ш и р и н (латент) даврида - касалликнинг барча белгилари сусаяди, тана ҳарорати меъёрлашади, қусиш, ҳолсизлик аломатлари кузатилмайди, беморнинг кайфияти ва умумий аҳволи нисбатан яхшиланади.

А ё н даврида эса яллиғланишга хос умумий клиник белгилар - ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳани йўқолиши билан бирга бош мия пардасининг яллиғланиш белгилари – пешона соҳасининг кескин оғриши, уйқучанлик, овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган қусиш ва кўнгил айланиши кузатилади. Беморда бош мия пешона бўлагининг яллиғланишига хос ўчоқли белгилар пайдо бўлади:

- беморнинг руҳий ҳолати ўзгариб, у ўзининг оғир аҳволини тўғри баҳолай олмайди, ноўрин ҳаракатлар қилади (эйфория ҳолатига тушади), овқатни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиб, атрофдагиларга бефарқ бўлиб қолади, ҳид сезиш ёки кўриш қобилияти пасаяди қуйидаги “пўстлоқ ости рефлекслари” пайдо бўлади;

а) “қўли билан автоматик равишда ушлаш” рефлекси - бемор кафтига теккан жисмни ихтиёрсиз ушлаб олади;

б) “ушлашга интилиш” рефлекси - бемор ихтиёрсиз барча жисмларни ушлашга интилади;

в) “қаршилиқ кўрсатиш феномени”- бемор танасининг эгаллаб турган ҳолатини ўзгартиришга уринганда автоматик равишда антагонист мушаклар қаршилиқ кўрсатиб, қисқаради. Масалан, врач қаршилиқ кўрсатмасликни сўраб, бемор қовоқларини кўтаришга уринганда, у ихтиёрсиз қаршилиқ кўрсатиб, кўзларини юмиб олади (И.Ю.Кохановский белгиси).

Бош мия пешона бўлаги ҳўппозининг ўчоқли белгилари талваса, оёқ қўлларда нимфалаж ва фалажлар, кўриш ўткирлигини пасайиши билан намоён бўлади. Талваса Жексон тутқаноғидай кечиб, қарама-қарши томонда юзнинг мимик мушакларидан бошланиб, қўл ва оёқлар мушакларига тарқалади, баъзан у афазия - нутқни бузилиши билан кечиши мумкин. Ҳўппоз катталашиб, пешона бўлаги чегарасидан чиққанда беморда дислокация белгилари - қарама-қарши томонда қўл-оёқларда сезувчанлик ва ҳаракат бузилишлари пайдо бўлади.

Т е р м и н а л даври организмнинг умумий заҳарланиши ва бош мия шиши натижасида ички аъзоларда чуқур патологик ўзгаришларни юзага келиши билан намоён бўлади. Беморда брадикардия, менингиал белгилар, атаксия,

гемипарез, талваса, афазия, қарама-қарши томонда қўл ва оёқлар фалажи, юз асаб толасининг фалажи, қарахтлик, уйқучанлик, кўриш ва ҳид билиш қобилиятини пасайиши каби касаллик белгилари тобора кучайиб боради.

Таъхис беморнинг ўзига хос шикоятлари, касалликни бошланиши, клиник ва неврологик белгилар, КТ ва МРТ текширувларининг натижалари, орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар асосида қўйилади. Орқа мия суюқлиги босими ошганлиги сабабли тез оқади, унда оқсил-хужайра диссоциацияси, лейкоцитлар, хлоридлар, қанд миқдорини ошиши қайд этилади. Бундай ҳолларда беморда бош миянинг транстекториал ёки чакка бўлаги жароҳати бор бўлиши мукинлигини эсда тутиш лозим!

Таъхис қўйиш учун баъзан бурун ёндош бўлиқлари очилганда бош миянинг қаттиқ пардаси тешилиб, бош миянинг олд чуқурчаси кўздан кечирилади.

Даволаш. Риноген бош мия ҳўппозида яллиғланган бурун ёндош бўшлиғида зудлик билан жарроҳлик амали бажарилиб, бош миянинг суяк девори олиниб, миянинг қаттиқ пардаси очилиб, декомпрессия қилинади. Бош мия қаттиқ пардаси очилганда қуйидаги белгиларга эътибор бериш талаб этилади: парданинг рангига, қалинлигига, фиброз қарашлар ва яллиғланиш ўсмалари борлигига. Бош мия қаттиқ пардасининг керакли майдони йоднинг спиртли эритмаси билан суртилгандан сўнг у махсус йўғон ўтмас нина ёрдамида тешилади (нинани 3-4 см чуқурликгача киритиш мумкин). Бош мия ҳўппозининг жойи аниқлангандан сўнг жароҳат майдони игна бўйлаб кенгайтирилади ва ҳўппоз бўшлиғига тефлон найча чиқаргич ўрнатилади (икки букиб, букилган жойдан кесиб, тешик ҳосил қилинади ва ҳўппоз бўшлиғига жойлаштирилади). Найчани ташқи тешиги орқали бўшлиқ ичи дори воситалари билан ювилади. Бош мия ҳўппозини очиш жарроҳлик амали нейрорроҳ иштирокида бажарилади. Ҳўппоз майдони очилгандан сўнг у антибиотик эритмаси билан ювилиб, жароҳат майдонига антибиотик эритмаси юборилиб, кейин резина чиқаргич ўрнатилади. Ҳўппоз майдонини аниқлаш мақсадида қўшимча текширувлар (электроэнцефалография, эхоэнцефалография, компьютерли томография, МРТ, ангиография) ўтказилади. Ҳозирги кунда бош мия ҳўппози кўпинча трепанация тешиги орқали қобиғи билан бирга олиб ташланади.

Жарроҳлик амалидан кейин бемор реанимация бўлимида даволанади. Унга яллиғланишга қарши, детоксикация ва дегидратация, дезинтоксикация, симптоматик даволаш, кейинчалик реабилитация тадбирлари буюрилади.

Риноген горсимон синус тромбози - бош мия қаттиқ пардасининг горсимон синус деворининг яллиғланиши натижасида дастлаб синус деворларида тромб ҳосил бўлиб, синус бўшлиғи ёпилиб қолади. Инфекция горсимон синус бўшлиғига бурун чипқони, синуситлар, понасимон бўшлиқ эмпиемаси, галвирсимон бўшлиқ орқа катакчаларининг яллиғланишида гематоген, лимфоген ва контакт йўллари орқали тарқалади. Касалликнинг ривожланишига кўз косаси асоратлари - кўз ва юз веналари тромбози ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Белгилари. Ғорсимон синус тромбозида беморда яллиғланишнинг умумий белгилари, умумий бош мия белгилари, менингиал ва маҳаллий ўчоқли белгилар кузатилади.

Яллиғланишнинг умумий белгилари. Беморда умумий аҳволининг оғирлиги, тана ҳароратини доимий баланд ёки тектик бўлиши, кучли қалтираш, совқотиш, терлаш, ҳолсизлик, иштаҳа йўқлиги, кўнгил айланиши, тилининг қуриши ва қараш билан қопланиши, жигар ва талоқнинг катталашиши, қон ва сийдикда сепсисга хос ўзгаришлар кузатилади.

Умумий бош мия белгиларига калла ичи босимини ошиши туфайли юзага келган бош оғриғи, кўнгил айланиши ва қусиш киради.

Менингиал (пардали) белгилардан энса мушакларининг тортилиш белгиси мусбат, Керниг ва Брудзинский (юқори, ўрта, пастки) белгилари эса манфий бўлади (белгилар диссоциацияси). Агар иккиламчи менингит ривожланса, беморда ёруғликдан кўрқиш, умумий гиперестезия, орқа мия суюқлиги босимининг ошиши ва яллиғланишга хос ўзгаришлар кузатилади.



169-расм.

Ғорсимон синус тромбози

қовоқларнинг шиши туфайли экзофтальм кўпинча ноаниқ бўлади. Кўз олмаси олд ва ён томонга силжиб, ҳаракати оғриқли ва кескин чекланган бўлиб, баъзан беморда кўриш ўткирлиги пасаяди.

Ғорсимон синус тромбозида ғорсимон синусга яқин жойлашган II, III, IV, V, VI жуфт бош мия асаб толаларининг зарарланиш белгилари (кўриш ўткирлигини пасайиши, диплопия (кўз олмасини ички томонга силжиши), анизокория, пешона териси сезувчанлигининг ошиши, юз асаб толаси невралгияси, ғилайлик, узоқлаштирувчи асаб толасининг бир томонлама фалажи, птоз) ривожланиши мумкин. Баъзан ғорсимон синус тромбози йирингли менингит, энцефалит, бош мия хўппози билан бирга кечиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, субъектив ва объектив текширув натижалари асосида қўйилади. Ғорсимон синус тромбозини ўз

вақтида аниқлаш қийин. Шунинг учун юз юмшоқ тўқимаси ва бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли жараёнларида ғорсимон синус тромбозига хос белгиларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси, КТ, МРТ текшируви ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Риноген ғорсимон синус тромбозига даволаш тадбирлари қуйидагича олиб борилади. Агар, тромбоз бурун чипқонида ривожланган бўлса, унда беморга консерватив даволаш тадбирлари ўтказилади. Унга антибиотиклар (ампициллин, амоксиклав, зиноцеф, клафорон, роцефин ва бошқ. мушак орасига ёки вена ичига) билан бирга антикоагулянтлар (гепарин, фибриноген) буюрилади. Тромболизисни тезлаштириш учун стрептокиназа ёки авелизин 250000-1500000 ТБ тавсия этилади. Организмнинг захарланишини камайтириш мақсадида вена ичига томчилаб 5-10% глюкоза юборилади.

Баъзан ангуляр ва кўз веналарини боғлаш ёки кесишга тўғри келади, баъзан эса-понасимон бўшлиқ ёки ғорсимон синус ташқи йўл орқали очилиб, йирингли ўчоқлар баргараф этилади.

Дориларни вена ичига юбориш учун йирик вена қон томирларининг бирига катетер ўрнатилади. Вена ичига томчилаб 5% глюкозада эритилган 4-5 млн ТБ ампициллин, 1г сигмомицин, 1г тетраолеан 10 000-15 000 ТБ гепарин билан бирга юборилади. Тиббий зулукни қўллаш ҳам яхши фойда беради.

Риноген сепсис- бу йирингли ўчоқдан доимий равишда ёки вақти-вақти билан микробларни қонга тушиши натижасида юзага келган патологик ҳолат бўлиб, амалиётда кам учрайди. Касалликда бирламчи йирингли ўчоқ бурун ва бурун ёндош бўшлиғида жойлашган бўлади. Сепсисдан олдин беморда одатда кўз косаси атрофи асорати, ғорсимон синус тромбози, кўз косаси юмшоқ тўқимаси веналарининг тромбози ва тромбофлебити кузатилади.

Белгилари. Сепсис *септицемия* ва *септикопиемия* клиник шаклларида кечиб,ўткир (6 ҳафтагача давом этиши) ва сурункали (6 ҳафтадан кўп вақт давом этиши) кечимга эга. Септицемияда одатда йирингли метастаз ўчоқлари ҳосил бўлмайди, аммо у қисқа вақт ичида уларни ҳосил бўлиши билан кечувчи септикопиемияга айланиши мумкин.

Беморда умумий аҳволнинг жуда оғирлиги (*септик ҳолат*), тана ҳароратининг доимий баланг ёки гектик бўлиши, қалтираш, тана ҳарорати пасайганда кучли терлашни кузатилиши, бош оғриги, ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқолиши белгилари кузатилади. Томир уришнинг тезлиги тана ҳароратига қараб ўзгариб туради. Баъзан бемор кома ҳолатига тушади. Кейинчалик буйрак, ўпка, жигар, ичаклар ва талокда ҳўппоз ўчоқлари пайдо бўлади.

Маҳаллий белгиларга кўз қовоқларининг шиши, шишни кўзнинг бошқа қисмларига тарқалиши, кўз шиллиқ пардасида серозли ёки геморрагик хемоз, экзофтальм, кўз олмасини олд ва ён томонга силжиб, ҳаракати кескин чекланиб оғриши, кўриш ўткирлигини пасайиши каби белгилар киради.

Ташхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, ташқи кўрув, пальпация, риноскопия, рентгенография, КТ, МРТ, бурун ёндош бўшлиқларини диагностик

тешиб кўриш ва бошқа текширувлар натижаларига асосан қўйилади. Беморда синусит аниқланганда иккиламчи сепсис, яъни риноген сепсис ташхиси қўйилади. Беморда иситмани 5 кундан ортиқ давом этиши, уни ҳеч бир сабабсиз кўтарилиши ва тушиши, қалтираш ва терлаш беморда сепсис белгилари ривожланганлигидан дарак беради.

Сепсисни кўз косаси қон томирлари тромбофлебити ва кўз косаси флегмонасидан фарқлаш қийин эмас. Агар кўз косаси қон томирларининг тромбофлебитида экзофтальм, кўз қовоқларининг шиши, хемоз, кўриш қобилиятини пасайиши, шох пардани зарарланиши, кўз туби веналарининг кенгайиши кузатилса, флегмонада маҳаллий оғриқ кескинроқ бўлиб, кўз косасида айлана шиш пайдо бўлади, шиш майдони игна ёрдамида тешиб кўрилганда ундан йиринг ва тиниқ суюқлик оқади, клиник манзара одатда ўзгарувчан кечади.

Риноген калла ичи асоратида беморларни текшириш тартиби:

- 1) ташқи текширув, бурун ёндош бўшлиғи деворини, кўз косаси юмшоқ тўқималарини, пешона ва бўйин соҳасини пайпаслаш;
- 2) олд ва орқа риноскопия ;
- 3) бурун ёндош бўшлиқлари ва калла суягининг рентгенографияси;
- 4) қон ва сийдикнинг умумий таҳлили;
- 5) офталмолог кўриги;
- 6) невропатолог ва нейрожарроҳ кўриги;
- 7) юқори жағ, пешона ва бошқа бурун ёндош бўшлиқларини зондлаш, тешиб кўриш;
- 8) орқа мия суюқлигини текшириш;
- 9) эхоэнцефалография, пневмоэнцефалография, вентрикулография, ангиография, МРТ, компьютер томографияси (кўрсатма бўйича) .

Аниқ ташхис қўйиш учун тана ҳарорати баланд бўлган бемордан текширув учун 3 марта (ҳар 60 дақиқада 20-30 мл дан) қон олинади. Қонда лейкоцитоз ёки лейкопения, тромбоцитопенияни аниқланиши, бактериологик текширувнинг мусбат натижаси беморда риноген калла ичи асорати ривожланганлигини тасдиқлайди.

Даволаш. Риноген калла ичи асоратида бемор шошилиш равишда оториноларингология ёки реанимация бўлимига ётқизилиб, офтальмолог, невропатолог, нейрожарроҳ, рентгенолог, анестезиолог иштирокида клиник текширувлар ўтказилади.

Даволаш тадбирлари қуйидагилардан иборат бўлади:

- шошилиш равишда жарроҳлик амалини бажариш (чипқон ва карбункулни очиш, зарарланган бурун ёндош бўшлиғида экстроназал жарроҳлик амалини бажариш);
- яллиғланишга қарши таъсир қўлами кенг антибиотиклар;
- дегидратация тадбирлари; тиббий зулук, антикоагулянтлар;

- симптоматик даволаш. Қон ивишини сусайтирувчи дорилар аспирин 0,5-1,0 овқатдан кейин эзиб бир кунда 3 маҳал ичиш (*аллергия, меъда ва ўн икки бармоқ ярасида аспиринни ичиш ман этилади!*) тавсия қилинади. Протромбин индекси кўрсаткичи (меъёрда 85-100%) назорати остида қорин мушаклари орасига гепарин 50000-100000 ТБ миқдорда 2-3 маҳал (ҳар 8 соатда) юборилади.

Риноген калла ичи асорати билан оғриган беморларга II гуруҳ ногиронлиги белгиланади.

ЛОР-АЪЗОЛАРИ ЎСМАЛАРИ

Қулоқ ва юқори нафас йўллари ўсмалари барча ўсмаларнинг 6-8 % ни ташкил этади. Ҳиқилдоқ ўсмалари айниқса кўп учрайди ва юқори нафас йўллари ўсмалари орасида биринчи ўринни эгаллайди, иккинчи ўринда - бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмалари, учинчи ўринда ҳалқум ўсмалари туради.

Ўсмалар Н.А.Карпов бўйича қуйидагича таснифланади:

Клиник белги, яъни ҳавф даражаси бўйича - хавфсиз, шартли хавфсиз, хавфли ва ўта хавфли;

Морфологик белги- қайси тўқимадан ўсганлиги ва ҳужайранинг такомиллашиш даражаси;

Биологик белги - ўсманинг ионловчи нурга сезгирлиги (ҳужайранинг такомиллашиш даражаси қанча кам бўлса, унинг ионловчи нурга бўлган сезгирлиги шунча ошади);

Ўсма турлари

I тури. Ҳужайраларнинг такомиллашиш даражаси юқори бўлган ўсмалар:

1-гуруҳ. Хавфсиз ўсмалар;

2-гуруҳ. Шартли хавфсиз ўсмалар (хавфли ўсмаларга хос айрим белгиларга эга: қайталаниш ва атроф суяк тўқимасини емиришга мойиллиги)

II тури. Ҳужайраларнинг такомиллашиш даражаси ўртача бўлган ўсмалар:

1-гуруҳ. Эпителий тўқимасининг хавфли ўсмалари;

2-гуруҳ. Бириктирувчи тўқиманинг хавфли ўсмалари;

3-гуруҳ. Нейроген (нейроэктодермал) хавфли ўсмалар.

III тури. Ҳужайраларнинг такомиллашиш даражаси паст ўта хавфли тонзилляр ўсмалар.

Босқичи бўйича: Бирламчи ўсма-Т (*tumor*);

Маҳаллий метастаз - N (*nodulus*);

Узоқ метастаз - М (*metastasis*) (метастаз йўқ-М₀, метастаз бор - М₁).

Бирламчи ўсманинг тарқалиш даражаси бўйича:

1-даража -Т₁-ўсмани аъзонинг битта анатомик қисмига тарқалиши;

2-даража -Т₂-ўсмани аъзонинг икки анатомик қисмларига тарқалиши;

3-даража -Т₃-ўсмани аъзонинг икки ва ундан ортиқ анатомик қисмларига тарқалиб, атроф тўқимага тарқалмаганлиги.

4-даража -Т₄-ўсмани аъзонинг барча қисмларини эгаллаб олиши ва атроф тўқимага тарқалиши.

Маҳаллий метастазларнинг тарқалиш даражаси бўйича:

N₀ - маҳаллий метастазлар аниқланмайди;

N₁ - бир томонлама ҳаракатчан (ҳам горизонтал, ҳам вертикал текисликда силжийдиган) якка лимфа тугуни;

N₂ - икки томонлама ҳаракатчан якка лимфа тугунлар; ҳаракатчан бир томонлама тугунлар; бир томонда ҳаракати чегараланган тугунлар; бир томонлама ҳаракатчан контралатерал тугунлар;

N₃ - бир томонлама ҳаракатсиз лимфа тугунлар; бир томонлама ҳаракати чегараланган контрлатерал тугунлар; икки томонда ҳаракати чегараланган тугунлар;

N₄ - икки томонлама ҳаракатсиз тугунлар; бир-бирига ва атроф суяк тузилмаларига (умуртқа, пастки жағ, сўргичсимон ўсиқ, ўмров суяги) бириккан тугунлар тўплами. Ўсма жараёнининг босқичлари 7-жадвалда келтирилган.

7-жадвал

Ўсма жараёнининг босқичлари

Босқич	T	N	M
I	1	0	0
II	2	0	0
	3	0	0
III	1	1,2,3	0
	2	1,2,3	0
	3	1,2,3	0
	4	0,1,2	0
IV	2	4	0,1
	2	4	0,1
	3	4	0,1
	4	3,4	1

Ташхис қуйидагича ифодаланади: Ҳиқилдоқ саратони, I босқич, T₁, N₀, M₀. Тил муртаги ретикулосаркомаси IV босқич, T₄, N₃, M₁. Бурун бўшлиғи саркомаси, III босқич, T₂, N₂, M₀.

Хавфсиз ўсмалар.

Ҳужайраларнинг такомиллашиш даражаси юқори бўлганлиги туфайли хавфсиз ўсма инфильтрациясиз ва деструкциясиз ўсади, метастаз бермайди, қайталанмайди ва ионловчи нурларга сезгир бўлмайди.

Хавфсиз ўсмалар эпителий тўқимаси, юмшоқ тўқима, суяк, тоғай, асаб тўқималаридан ўсиши мумкин. Баъзан аралаш ўсмалар учрайди.

Қулоқнинг хавфсиз ўсмаларига папиллома, фиброма, ангиома, хондрома, остеома киради. Бундан ташқари қулоқда ўсмасимон атерома, дермоид киста ҳам учрайди. Ўсма одатда ташқи қулоқ соҳасида жойлашади (ташқи эшитув йўлида, қулоқ супрасининг орқа юзида). Ички қулоқнинг хавфсиз ўсмаларидан YIII жуфт бош мия асаб толаси невриномаси айниқса кўп учрайди.

Ташқи қулоқ ўсмалари одатдаги кўрув ва гистологик текширувларда аниқланади. Ташқи эшитув йўлининг хавфсиз ўсмасида беморда эшитиш пасайиши ривожланади. Чакка суяги рентгенографияси ва компьютерли томографияси аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш жарроҳлик усули ёрдамида амалга оширилади.

Гломус ўсмасида ноғора парданинг пастки бўлимларида кўкариш пайдо бўлиб, у ўрта қулоқнинг шиллиқ пардаси ва бўйинтуруқ вена пиёзчасининг адвентициясида жойлашган гломуслардан ўсади (асаб толаси поячасининг

калаваси). Гломус ўсмаси секин ўсади, атрофдаги асаб толаларга ҳам таркалиб, турли асоратларни ривожланишига олиб келади.

Даволашда жарроҳлик амали ва кимё терапия қўлланади.

Даҳлиз-чиғаноқ асаб толаси (ҮШ жуфт бош мия асаб толаси) невриномаси барча бош мия ўсмаларининг 11-13% ташкил қилиб, кўпинча 30-40 ёшли кишиларда учрайди. Невринома хавфсиз ўсма ҳисобланади ва ўз вақтида олиб ташлангандан сўнг бемор соғайиб кетади. Аммо кечки босқичларда ўсма катталашиб, атроф тўқималарни босади ва калла ичи асоратларини ривожланишига олиб келади.

Невриномада беморнинг эшитиш қобилияти карлик даражасигача аста-секин пасайиб боради. Баъзан бемор 5-6 йил давомида “бир томонлама сенсоневрал паст эшитиш” ташҳиси билан даволаниб юради ва врачларга касалликнинг кечки босқичида, яъни бошида кучли оғриқ ва вестибуляр бузилишлар пайдо бўлганда мурожаат қилади.

Невринома ҮШ жуфт бош мия асаб толасининг шванн қаватидан ёки ички эшитув йўлининг бошқа тўқималаридан ўсиб, кўприкмияча бўшлиғига тарқалади ва мияча, бош мия кўприги (воролий кўприги) ва узунчоқ мияни босади.

Касалликнинг *I босқичида* (оториноларингологик босқич) ўсманинг диаметри 1,5 см дан ошмайди; беморда бир томонлама паст эшитишлик ёки карлик, бир томонлама вестибуляр бузилишлар, тилнинг олд икки қисмида таъм билишни пасайиши, тригеминал бузилишлар, ҮШ жуфт бош мия асаб толасининг енгил нимфалажи ва зарарланган томонда корнеал рефлексларни пасайиши кузатилади. Соғлом қулоқда эшитиш қобилияти ўзгармайди.

II босқичида невриноманинг диаметри 1,5 дан см 4 см етади. Барча клиник белгилар кескинлашади. Ўсма бош мия поясини босиши натижасида беморда кўпсонли спонтан нистагм ва вестибуляр бузилишлар ривожланади.

Бурун бўшлиғининг хавфсиз ўсмаларига папиллома, фиброма, гемангиома ва ангиофиброма, аденома, хондрома, остеома ва липомалар киради.

Папиллома бурун даҳлизида жойлашиб, беморда бир томонлама бурун орқали нафас олишни кескин қийинлашишига, гипосмия ёки аносмия, баъзан бурундан қон оқиши, кечки босқичларида юз тузилишининг бузилиши ва бош оғриғи кузатилади. Ўсманинг шакли гулқарамни эслатади. Баъзан бурун папилломаси хавфли ўсмага айланиши мумкин.

Ташхис эндоскопия, зонд ёрдамида текшириш, пайпаслаш, рентгенография, компьютер томографияси, уйқу артерия тизимининг ангиографияси ва гистологик текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Қонайдиган полип тузилиши бўйича ангиофибромани эслатади. У кенг оёқчага эга бўлиб, одатда бурун тўсиғининг тоғай қисмида жойлашади ва кўпинча катталашмайди. Баъзан полип катталашиб, бурун бўшлиғидан чиқиб туради. Полип тез-тез қонаб, бурундан кам миқдорда қон оқиб туради. Касаллик кўпинча ҳомиладор аёлларда ва қон босими баланд беморларда

учрайди. Бурун бўшлиғининг ташқи деворида жойлашган полип хавфли ўсмага айланишга мойил бўлади.

Ташхис бемор шикоятлари, касаллик белгилари, риноскопия ва гистологик текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Даволашда буруннинг қонайдиган полипи тўлиқ олиб ташланади (олиб ташланмаган қисми қайталаниши мумкин). Кенг оёқчали полип атроф тўқималар билан бирга кесиб олинади, жароҳат четига гальванокаутер, ультратовуш ёки лазер нури ёрдамида ишлов берилади. Асосий касалликни даволаш тадбирлари ўтказилади.

Фиброма одатда бурун даҳлизи, бурунҳалқум ва ташқи бурун соҳасида жойлашиб, кам учрайди. Риноскопияда бурун бўшлиғида айлана силлиқ ўсма кўринади. Ташхис гистологик текширув натижаси асосида қўйилади. Ўсма жароҳлик усулида даволанади.

Остеомаси одатда пешона ва ғалвирсимон бўшлиқларнинг деворидан, баъзан юқори жағ бўшлиғидан ўсади. Касаллик кўпинча 15-25 ёшли кишиларда учраб, аста секин ўсади. Кичик остеома кўзга кўринмайди ва беморни безовта қилмайди, шунинг учун у тасодифан рентгенография ёки компьютерли томография текширувида аниқланади. Косметик ёки физиологик фаолиятларни бузилмаган бемор узоқ вақт давомида врач назорати остида бўлади. Нисбатан тез ўсган остеома жарроҳлик амали ёрдамида олиб ташланади. Пешона бўшлиғининг орқа деворида жойлашган остеома кичиклигига қарамасдан кучли бош оғриғига сабаб бўлиши мумкин. Бошқа сабаблар инкор этилгандан у олиб ташланади. Айрим ҳолларда остеома катталашиб, калла суяги ва бурун бўшлиқларига ҳамда кўз косасига тарқалиши мумкин.

Беморнинг юз тузилиши бузилади, бош оғрийди, кўриш ўткирлиги пасаяди, бурун орқали нафас олиши ва ҳид билиш қобилия бузилади. Касалликни остеосаркома ва экзостозлардан фарқлаш лозим.

Остеома жарроҳлик амали ёрдамида даволанади.

Ҳалқумнинг хавфсиз ўсмаларига фиброма, папиллома, тукли полип, ангиома, невринома, нейрофиброма, аралаш ўсмалар, липома, кисталар киради. Ҳалқумда кўпинча оёқчали папиллома ва фибромалар учрайди.

Папиллома одатда юмшоқ ва кичик бўлиб, юмшоқ танглайда ва танглай равоқчаларида жойлашади. Кичик ўсма беморни безовта қилмайди. Баъзан папиллома бурун-ҳалқумдан, ҳалқумнинг ён деворидан, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзаси ёки четидан ўсади. Касаллик кўпинча 20-40 ёшли аёлларда учрайди.

Ташхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, фарингоскопия, папилломанинг ташқи кўриниши ва гистологик текширув натижалари асосида қўйилади.

Якка папилломалар жарроҳлик усулида даволанади, жароҳат майдонига гальванокаустер, ультратовуш ва лазер нури ёрдамида ишлов берилади.

Папилломатоз жойлашган майдонларда криотаъсир муолажалари буюрилади. Якка папилломалар қайталанмайди, папилломатоз эса тез-тез қайталаниб туради. Ҳалқум папилломаси хавфли ўсмага айланиши мумкинлиги туфайли, у ўз вақтида тўлиқ олиб ташланиши лозим.

Бурунҳалқум ангиофибромаси одатда 10-20 ёшли ўсмир ўғил болаларда учрайди, шунинг учун у *ўсмирлар (ювенил)* ангиофибромаси деб аталади. Ўсма бириктирувчи тўқима ва кўпгина қон томирлардан тузилган бўлади. Фиброма понасимон суяк танасидан, ғалвирсимон лабиринтнинг орқа катакларидан ва фасциядан ўсади. Сфеноэтмоидал фиброма ғалвирсимон лабиринтга, понасимон, бурун ва юқори жағ бўшлиқларига ҳамда кўз косасига ўсиб тарқалиши мумкин. Ўсма бурунҳалқумни тепасида жойлашиб, хоаналар орқали бурун бўшлиғига киради (170-расм).



170-расм.
Бурунҳалқум
ангиофибромаси

Ангиофиброма калла суяги деворларининг атрофига ўсиши ва суякни емириб, калла ичи бўшлиғига тарқалиши мумкин. У бошқа ўсмаларга нисбатан тезроқ ўсади.

Беморда юз скелетининг ассиметрияси, атроф суяк ва юмшоқ тўқималарни қисилиши, кўз олмасини силжиши, асаб толаларни босилишига хос белгилар пайдо бўлади. Шунинг учун ўсмирлар ангиофибромаси шартли хавфсиз ўсмалар гуруҳига киради.

Ҳалқум фибромаси ўзига хос клиник манзарага эга: беморда бир томонлама (кейин икки томонлама) бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, кейинчалик бутунлай йўқотилиши, қулоғи битиши, бурундан тез-тез қон оқиб туриши, боши оғриши кузатилади. Риноскопияда кенг асосга эга кўк-жигарранг, қаттиқ, ғадир-будур ўсма кўринади. Қон томирлар юзаки жойлашганлиги туфайли ўсма осон қонайди.

Ташхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, беморнинг ёши, клиник белгилар, олд ва орқа риноскопия, бурунҳалқумни бармоқ билан текшириш, эндоскопия, рентгенография, компьютер томография, ангиография ва гистологик текширувлар асосида қўйилади.

Ўсмирлар ангиофибромаси жарроҳлик усулида даволанади - ўсма одатда ринотомия, баъзан оғиз бўшлиғи орқали олиб ташланади. Жарроҳлик амали кўп миқдорда қон йўқотиш билан кечиши туфайли уни бажаришдан олдин ташқи уйқу артерияси боғланар эди. Ҳозирги кунда беморни операцияга тайёрлаш жараёнида ТошПМИ ЛОР клиникасида 7-8 кун давомида ўсма танасига ҳар куни 1-2 марта 4-5 мл дан 96⁰ спирт эритмаси юбориб турилади. Натижада қон томирлари склерозга учраган ўсманинг ҳажми кичраяди, ҳатто беморни бурун орқали нафас олиши анча яхшиланади. Шу ҳолатда бурунҳалқумга оғиз орқали кириб ангиофибромани тез ва кўп қон йўқотмай (бунда жами 100-150 мл қон йўқотилади) осонгина олиш мумкин.

Ҳавфсиз ангиома одатда кичик, баъзан полип шаклида бўлади. Кичик ангиома секин ўсиб, беморни кўпинча безовта қилмайди, ўртача ва йирик ангиомалар эса бурунҳалқумда ёт жисмни ҳис этиш, бурун орқали нафас олишни бузилиши, ундан қон оқиши каби белгилар билан кечади.

Лимфангиома *гемангиома* ва *лимфангиомаларга* бўлинади. Лимфангиома оч-сарик, кўкимтир ёки бинафша рангдаги йирик ўсма бўлиб, одатда кам учрайди ва кўпинча юмшоқ танглай, танглай равоқчалари, ҳалқумнинг ён ва орқа деворларига жойлашади. Ўсма бириктирувчи тўқимадан тузилган ва ичи лимфа билан тўлган бўлади. Гемангиомалар *капилляр* (артериялардан ўсган) ва *каверноз* (веналардан ўсган) ангиомаларга бўлинади.

Даволаш жарроҳлик амали, электркоагуляция, лазер, ультрозвук ва криотазсир ёрдамида амалга оширилади, баъзан склерозлаш терапияси қўлланилади.

Тукли полип туғма ўсмалар гуруҳига кириб, бир ёшгача бўлган болаларда учрайди. Тукли полип юмшоқ танглайнинг орқа юзасидан ёки ҳалқумнинг ён деворидан ўсади. Ўсма узун оёқчага эга, юзи майин туклар билан қопланган бўлиб, асосан ёғ тўқимаси, ҳомила қолдиқлари ва тоғай элементларидан ташкил топганг. Тукли полип ёш болаларда бурун орқали нафас олишини ва кўкракни эмишини қийинлаштиради. Ўсма ҳалқумдан оғиз бўшлиғига ҳам тарқалиши мумкин.

Ташхис беморнинг ёши, шикоятлари ва объектив текширувлар натижалари асосида қўйилади. Фарингоскопияда ҳалқумда юзи силлиқ ва туклар билан қопланган ҳаракатчан тузилма кўринади. Ташхис гистологик текширув натижаси асосида қўйилади.

Касаллик жарроҳлик усулида даволанади. Полипнинг асоси боғлангандан сўнг, кесиб олинади, жароҳат майдонига электркоагулятор ёрдамида ишлов берилади.

Ҳалқум кистаси чин ўсмалар гуруҳига кирмайди. У кўпинча муртак фолликулларида (фолликуляр ёки ретенциал кисталар), юмшоқ танглайда ва ҳалқумнинг шиллиқ қаватида жойлашади (интрамурал ёки девор ичи кисталари). Кисталар шиллиқ безлар ёки Вебер безлари (сўлак безлар элементлари) чиқиш йўллариининг ёпилиб қолиши натижасида ҳосил бўлади. Чин кисталар ички томонда эпителий билан қопланган бўлиб, одатда оч шилимшиқ модда билан тўлган бўлади. Кисталар кичик бўлганлиги туфайли беморни безовта қилмайди, баъзан бемор ҳалқум соҳасида ёт жисм борлигига шикоят қилади, тил илдизи кисталари бўғилиш ҳолатига сабаб бўлиши мумкин.

Тил негизи кистасини қалқонсимон без эктопиясидан фарқлаш лозим.

Касаллик жарроҳлик амали ёрдамида даволанади. Киста тўлиқ олиб ташланади (киста деворининг қолдиқлари касалликнинг қайталанишига сабаб бўлиши мумкин).

Ҳалқум невриномалари, аралаш ўсмалари, эпителиомалари ва бошқа ўсмалар кам учрайди. Улар шиллиқ ости қаватида жойлашиб секин ўсади. Ташхис гистологик текширув натижаси асосида қўйилади. Даволашда жарроҳлик усули қўлланилади.

Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмаларига фиброма, папиллома ва ангиомалар киради.

Фиброма (гиперпластик тугунча) одатда хавфсиз ўсма бўлиб, овоз бурмасининг четида, унинг олд ва ўрта қисмларининг чегарасида жойлашади ва жуда секин ўсади. Ўсма нўхат донасидай ёки тарикдай бўлиб, кенг асосга, баъзан кичик оёқчага эга. Фиброма бириктирувчи тўқимадан тузилганлиги туфайли чин ўсмалар гуруҳига кирмайди ва *гиперпластик тугунча* деб аталади.



171-расм. Овоз бойлами фибромаси

Толаларининг зичлигига қараб юмшоқ ва қаттиқ фибромалар тафовут қилинади. Қон томирларга бой бўлганлиги туфайли фиброманинг ранги қизил бўлади, шунинг учун у *ангиофиброма* деб юритилади. Фиброманинг юзи ясси эпителий билан қопланган (171-расм).

Ҳиқилдоқ фибромаси бемор овозини бўғилиши, ўзгариши ва йўтал билан кечади, катталашганда нафас олиш қийинлашади.

Ҳиқилдоқ фибромаси микроларингоскопияда эндоларингиал йўл орқали бажарилган жарроҳлик амали ёрдамида олиб ташланади ва одатда қайталанмайди.

Папиллома. Ҳиқилдоқ папилломаси болаларда ва катталарда, кўпинча 1,5-5 ёшли болаларда учрайди. Ўғил болаларда қизларга нисбатан 2 марта, эркакларда аёлларга нисбатан 4 марта кўп учрайди. Касалликни одам



172-расм. Ҳиқилдоқ папилломаси

папилломаси вируси кўзғатади. Ҳиқилдоқ папилломаси хавфсиз фиброэпителиал ўсма бўлиб, ясси ва оралик эпителийлардан ўсади. Бириктирувчи тўқиманинг зичлигига қараб ўсма юмшоқ ёки қаттиқ бўлади. Папиллома кенг, баъзан кичик оёқчали асосга эга. Папиллома овоз бурмаларида жойлашганлиги сабабли беморда овозни бўғилиши, баъзан афония, ҳиқилдоқ орқали нафас олишни қийинлашиши ва ҳиқилдоқ торайиши

белгилари кузатилади.

Ларингоскопияда папилломанинг ташқи кўриниши тут мевасини, гулқарамни ёки хўроз тожини эслатади. Унинг ранги оч-пушти, баъзан қулранг бўлади (172-расм). Кўпинча папиллома олд комиссура соҳасида ва овоз бурмаларининг олд қисмида жойлашади. Болаларда бир нечта папилломалар

овоз бурмасида жойлашиб, овоз ёриғини торайтириши ва нафас олишни қийинлаштириши мумкин. Папиллома тез ўсади ва даволашга қарамасдан қайталаниб туради. У жуда кам ҳолларда хавфли ўсмага айланади. Баъзан балоғат ёшида папиллома ўз-ўзидан сўрилиб кетиш ҳоллари кузатилади. Катталарда овоз бурмасининг якка па-пилломаси учрайди ва у аста-секин ўсиб боради. 25% ҳолларда чуқур ва қаттиқ папиллома яссиҳужайрали саркомага айланиши мумкин. Шунинг учун айрим ҳолларда ҳиқилдоқ папилломаси саратон олди касаллиги сифатида баҳоланади.

Касалликни олдини олиш мақсадида узоқ вақт давомида овози буғилган беморлар албатта оториноларинголог ва онколог кўригидан ўтишлари лозим.

Ташхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, овозни ўзгариши, нафас олишни бузилиши, ларингоскопия (болаларда-бевосита, катталарда-билвосита) ва гистологик текширув натижалари асосида қўйилади.

Ҳиқилдоқ папилломаси эндоларингиал йўл орқали жаррохлик усулда даволанади. Па-пилломатоз жаррохлик амали ёрдамида даволанади. Беморга интерферон тавсия қилинади, 100 000-150 000 МЕ/кг “Рауферон” мушак орасига ҳафтада 3 марта юборилади.

Папилломанинг қайталанишини олдини олиш учун шиллиқ пардага кун оша 1 марта ўсмага қарши дори сепилади (30% подофиллин, 0,5% колхамин, жами 15-20 муолажа).

Проспидиннинг 30-50% ли аэрозоли сепилади, прополисининг 15% ли эритмаси сепиш учун, 33 % ли малҳами суртиш учун ишлатилади. Ҳозирги кунда Ўзбекистонда ишлаб чиқилган лактофлор дориси ҳам муваффақият билан ишлатилмоқда.

Жароҳат жойидаги папиллома қолдиқларига криотаъсир (суюқ азот -183 - 195°C), ультратовуш (кескинлиги 2 Вт/см², узлуксиз 5 дақиқа давомида) ва лазер нури билан ишлов берилади (қуввати 15-25 Вт, экспозиция вақти 0,1-0,5 сония).

Қайталанувчи папилломатозда жаррохлик амали, цитостатик ёки физикавий омилларни маҳаллий қўллашдан ташқари беморга умумий кимё терапияси ўтказилади. Мушак орасига ва вена ичига 2500-3500 мг проспидин (болаларга - 1000-2400 мг, 1 кг тана вазнига 3 мг дан) юборилади. Ўсмага қарши воситалар элеутерококк, витамин А, кальций дори воситалари, бром ва новокаин билан бирга қўлланилади. 0,5-1-2% новокаин 2, 5, 10 мл миқдорда вена ичига аста-секин юборилади (жами 25 муолажа).

Даволаш тadbирларига қарамасдан ҳиқилдоқ папилломатозда беморларни соғайиши 60% ҳолларда қайд этилади холос.

Ҳиқилдоқ кисталари кам учрайди ва ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳиқилдоқ юзасида, ҳиқилдоқ коринчалари соҳасида жойлашади. Улар шиллиқ ишлаб чиқарувчи без тешикларини ёпилиб қолиши натижасида ривожланиб, жуда секин ўсади ва кўп катталашмайди. Кичик кисталар беморни безовта қилмайди.

Ташхис бемор шикоятлари, ларингоскопия, эндоскопия рентгенография ва компьютерли томография, баъзан ларингофиссурада жарроҳлик амали пайтида аниқланади.

Ҳиқилдоқ фаолиятлари бузилганда кистанинг ташқи бўлаги жарроҳлик йўли билан олиб ташланади. Киста одатда қайталанмайди.

Ҳиқилдоқ ангиомалари кенгайган қон (*гемангиома*) ёки лимфа томирлардан (*лимфангиома*) ўсади. Улар овоз ёки чўмичсимонҳиқилдоқ усти бурмаларида, баъзан ҳиқилдоқ қоринчаларида жойлашиб, секин ўсади, кўп катталашмайди, ҳиқилдоқ ёриғига кириб бемор нафас олишини қийинлаштиради.

Гемангиомалар *капилляр* (артериялардан ўсган) ва *каверноз* (веналардан ўсган) ангиомаларга бўлинади. Гемангиоманинг ранги кўкимтир ёки қизил бўлади. Лимфангиома кенг асосга эга оч-сарик ўсма бўлиб, кўпинча бурунҳалқумда жойлашади. Кичик ангиома овоз бурмасида жойлашганда беморда овозни бўғилиши кузатилади. Ўрта ёки йирик ангиомалар ҳиқилдоқнинг бошқа фаолиятларини ҳам бузиши мумкин, шунинг учун улар эндоларингиал йўл орқали олиб ташланади.

Хавфли ўсмалар.

Катталарда ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмалари барча хавфли ўсмаларнинг 67% ни, ҳалқумнинг хавфли ўсмалари - 18% ни, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг хавфли ўсмалари -14% ни ташкил қилади. Болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг хавфли ўсмалари - 35% ни, бурунҳалқумнинг хавфли ўсмалари - 30% ни ва оғизҳалқумнинг хавфли ўсмалари - 19% ни ташкил этади. Ҳиқилдоқ саратони болаларда жуда кам учрайди.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг хавфли ўсмаларига бирламчи саратон ва саркома киради. Бундай ўсмалар кўпинча ўрта ёки кекса ёшдаги эркакларда ривожланади. Кўпинча юқори жағ бўшлиғи ўсмалари (кузатувларнинг 2/3 қисмида), ғалвирсимон бўшлиқ (кузатувларнинг 1/5 қисмида) ва бурун бўшлиғи ўсмалари (кузатувларнинг 1/8 қисмида) учрайди; пешона бўшлиғининг хавфли ўсмаси жуда кам учрайди; понасимон бўшлиғига ўсма асосан бурун ёки юқори жағ бўшлиқларидан тарқалади. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмаларини ўз вақтида аниқлаш қийинлиги сабабли уларни даволаш яхши самара бермайди (даволашдан сўнг бемор умрининг яна 5 йилга чўзилиши фақат 35% ҳоллардагина қайд этилади). Кўпинча бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида эпителиал ўсмалар, саратон, баъзан - саркома, бириктирувчи тўқима ўсмалари ривожланади. Баъзан бурунда ҳужайра такомиллашиш даражаси паст (радийсезгир) тонзилляр ўсмалар – ретикулосаркома, лимфоэпителиома ва меланобластома, эстезионейробластомалар учрайди.

Бурун бўшлиғининг хавфли ўсмалари атроф тўқима ва аъзоларга (калла суяги асосига, қаноттанглай чуқурчасига, кўз косасига, оғиз бўшлиғига) тез тарқалади. Кечки метастазлар дастлаб энса ва жағ ости, кейин бўйин лимфа тугунларига тарқалиб ривожланади.

Бурун бўшлиғи хавфли ўсмасининг белгилари эрта намоён бўлиб, бошланғич даврида енгил кечади. Беморда бир томонлама бурун орқали нафас олишни қийинлаштириши аста-секин кучая бориб, бурундан аввал шилимшиқ, кейин қон аралаш ажралма оқади. Кейинги босқичларда беморда бурундан қон оқиши, қулоғи битиши, евстахеит ва оталгия белгилари кузатилади. Ўсманинг юзи ғадир-будир, баъзан полипсимон бўлади. “Полип” олиб ташлангандан сўнг бурундан қўп миқдорда қон оқиши кузатилиши мумкин.

Юқори жағ бўшлиғининг бирламчи ўсмаси узоқ вақт белгисиз ва кўпинча стоматологик касалликнинг манзараси билан кечади, беморнинг тиши оғрийди, лунжи шишади. Баъзан бемор анамнезида тишни олдирганлиги ёки милки кесилганлиги каби жарроҳлик амалини бошидан кечирганлиги ҳақида маълумот бўлади. Айрим ҳолларда кўз олмасининг силжиши, экзофтальм, кўз косаси ички бурчагининг шиши, тўхтовсиз кўз ёшини оқиши, кўриш ўткирлигини пасайиши ва уч шохли асаб толаси невралгияси бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари хавфли ўсмасининг асосий белгилари сифатида намоён бўлади. Бемор окулистга мурожаат қилишга мажбур бўлади, шунда окулист кўздаги патологик жараён иккиламчи эканлигини пайқаб, уни оториноларинголог кўригига юборади. Баъзан бурун ёндош бўшлиқларининг хавфли ўсмалари уч шохли асаб толаси невралгияси, тишларнинг иккиламчи зарарланиши, юз тузилишни ўзгариши, юқори жағ бўшлиғида иккиламчи яллиғланиш жараёнини ривожланиши ва экзофтальм билан кечади.

Пешона ва айниқса понасимон бўшлиқнинг бирламчи ўсмаси кам учрайди. Бунда беморда неврологик ва бош миёна фаолиятининг бузилиш белгилари ривожланади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмасини ўз вақтида аниқлаш мақсадида юқори нафас йўллариининг патологик жараёнларида биринчи навбатда хавфли ўсма инкор этилиши лозим. Эндоскопия текширувларидан ташқари, бурун ёндош бўшлиқларини тешиб кўриш, зондлаш, бўшлиқ ичидаги суюқликни сўриб олиш ва уни текшириш, рентгенография, компьютер томография, кўрсатма бўйича биопсия ва гистологик текширувлар қўлланилади.

Ўсманинг дастлабки босқичларида мужассамлашган терапия қўлланилади: ўсма диатермо-коагулятор ёрдамида олиб ташлангандан сўнг лимфа йўлларда гамма-терапия ўтказилади. Бундан ташқари беморга кимётерапия ҳам тавсия қилинади. Кейинги босқичларда бемор юзининг косметик нуқсонлари пластик жарроҳлик амаллари ва индивидуал протез ёрдамида бартараф этилади. Беморда кенгайтирилган Мур, Прейсинг ва ринотомия жарроҳлик амаллари бажарилади. Баъзан ринотомия кўз косаси экзентерацияси, кўз олмаси энуклеацияси, юқори жағ суягини олиб ташлаш билан бирга бажарилади. Жарроҳлик амалидан сўнг ҳосил бўлган бўшлиқ протез билан тўлдирилади: буруннинг мураккаб протези, юқори жағ, кўз косаси ва кўз протезлари беморнинг юзидаги косметик нуқсонни бартараф этишга ёрдам беради, унинг тиббий ва ижтимоий реабилитациясини тезлаштиради.

Ҳалқумнинг хавфли ўсмаларига карцинома, лимфоэпителиома, цитобластома, саркома, ретикулоцитом ва аралаш ўсмалар киради. Ҳалқумнинг ўта хавфли ўсмаларга хужайра такомиллашиш даражадаси паст (радийсезгир) тонзилляр ўсма - ретикулосаркома (ретику-лоцитом) ва лимфоэпителиома киради. Тарқалиши бўйича биринчи ўринда - саратон, иккинчи ўринда - тонзилляр ўсмалар туради. Юқорида қайд этилган ўсмаларнинг 53% бурун-ҳалқумдан, 30% оғиз-ҳалқумдан ва 17% ҳиқилдоқ-ҳалқумдан ўсади.

Ҳалқум саратони кўпроқ ўрта ёшдаги эркакларда учрайди. Ўсма кўпинча эндофит ўсиб, юзаси ғадир-будур қаттиқ инфильтратга ўхшайди. Экзофит ўсган ўсма кенг асосга эга бўлиб, шакли гулқарамни эслатади; баъзан ўсманинг аралаш шакллари ҳам учрайди. Касалликнинг бошланғич босқичида бемор томоғида енгил нохушлик, ёт жисм ҳис этишига, томоғи қичишига шикоят қилади. Кейинчалик унда бурун орқали нафас олишни бузилиши, қулоғини битиши (бурунҳалқум саратони); овқат луқмасини, кейинчалик ҳатто сўлагини ютишга тўсқинлик қилувчи ёт жисмни ҳис этиши (оғизҳалқум саратони); ҳалқумидан дастлаб қаттиқ, кейин суюқ овқатлар ўтишини қийинлашиши ва нафас олиш фаолияти бузилишлари (ҳиқилдоқҳалқум саратони) кузатилади. Бундай шикоятлар кўпинча сурункали фарингит ёки невроз белгилари сифатида нотўғри баҳоланади. Бурун ва бурунҳалқумдан қон аралаш шилимшиқ ажралма оқиши бурунҳалқум ўсмасининг дастлабки белгиси ҳисобланади.

Бурунҳалқумнинг хавфли ўсмаси маҳаллий лимфа тугунларга (чуқур бўйинтуруқ занжири ва ҳалқум орқаси лимфа тугунларига) тез метастаз беради.

Оғиз-ҳалқумда кўпинча *карцинома* ва *саркома* ўсади. Касалликнинг клиник манзараси ўсманинг ҳажмига, жойлашувига, парчаланган ёки парчаланмаганлигига боғлиқ бўлади. Дисфагия, овқат луқмасини қийинчилик билан томоқдан ўтиши, томоғини оғриши, овозининг бузилиши, оғзидан ёқимсиз ҳид келиши касалликнинг кейинги босқичларида кузатилади.

Ҳиқилдоқ-ҳалқум соҳасида жойлашган хавфли ўсмалар нисбатан кўп учрайди; бу ерда карцинома, баъзан аралаш ўсмалар ўсади.

Ҳалқумнинг хавфли ўсмаларига хужайраларнинг такомиллашиш даражаси паст бўлган (радий-сезгир) *ўта хавфли тонзилляр ўсмалар* ҳам киради. Муртаклардан ясихужайрали саратон, аденокарцинома ўсади. Шартли хавфсиз ўсмаларга кирувчи папиллома ва мелано-бластома дастлаб ҳалқум муртагининг ён тўқимасидан ўсиб, кейин муртакларга тарқалади.

Радийсезгир ҳалқум ўсмалари муртак тўқимасидан ўсади. Лимфоид тўқимадан ривожланган ва радийга ўта сезгир бўлган бундай ўсмалар тез ўсиши ва маҳаллий лимфа тугунларга ҳамда бошқа аъзоларга тез метастаз бериши билан ажралиб туради. Улар асосан танглай, баъзан ҳалқум, най ва тил

муртакларда жойлашади. Баъзан, бирламчи ўсма бурун, ҳиқилдоқ, трахея шиллиқ пардасининг лимфаденоид тўқимасидан ўсиши мумкин.

Беморда дастлаб танглай муртагининг бири катталашиб, беморни безовта қилмайди, баъзан у томоғида ёт жисм борлигига шикоят қилади. Муртакнинг катталашиши доимо бир томонлама бўлади. Ҳалқум муртаги ўсмасида беморда бурун орқали нафас олишни қийинлашиши, най муртаги ўсмасида зарарланган томонда евстахеит, эшитиш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Бармоқ билан пайпаслаганда ҳалқумда зич эластик ўсма борлиги аниқланади. Кейинчалик ўсма ҳалқумнинг ён тўқималарига тарқалиб, шиллиқ пардада оғрийдиган яралар пайдо бўлади. Тонзилляр ўсма милкларга, тилга, суяк тузулмаларига, бурун-ҳалқумга ва бурун бўшлиғига тарқалиши мумкин. Овқат луқмасини чайнаш ва ютиш қийинлашади, ўсма парчаланганда беморнинг оғзидан ёқимсиз ҳид келади.

Тонзилляр ўсмаларни Симановский-Плаун-Венсан ярали-пардали ангиноидан фарқлаш лозим. Баъзан касаллик лимфа тугунларда ривожланган метастазлар билан бошланади. Танглай муртаги ўсмасида маҳаллий метастазлар пастки жағ ости лимфа тугунларида, ҳалқум муртаги ўсмасида - бўйиннинг юқори-ён лимфа тугунларида, тил муртаги ўсмасида – чуқур бўйинтурук занжири ва умумий уйқу артериясининг бифуркацияси соҳасида жойлашган лимфа тугунларида икки томонлама ривожланади. Баъзан тонзилляр ўсмалар метастаз бермасдан калла суягининг ассосига тарқалиши мумкин. Маҳаллий метастазлар тез катталашиб, асаб толаларни ва қон томирларни босади, натижада беморда кескин оғриқ, қон айланишининг бузилиши ва коллатерал шиш пайдо бўлади. Организмнинг турли аъзоларида ҳам узоқ метастазлар пайдо бўлиши кузатилади.

Ташхис анамнез маълумотлари, беморнинг шикоятлари, эндоскопия, рентгенография, компьютер томография ва гистологик текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Ҳалқумнинг хавфли ўсмалари юқумли гранулемалардан фарқланади. Ҳалқум сили доимо иккиламчи жараён сифатида ривожланиб, унинг бирламчи ўчоғи ўпкада жойлашади. Сил касаллигида ҳалқумнинг рангпар шиллиқ пардасида ярали инфильтрат пайдо бўлиб, ютинганда кескин оғрийди. Захм касаллигида ҳалқумнинг орқа девори ёки гумбазида бироз оғрийдиган ва атроф тўқимадан чегараланган қаттиқ инфильтрат - гумма пайдо бўлади. Гумма парчалангандан сўнг туби ёғли, чети осилган чуқур яра ҳосил бўлади. Ташхис анамнез ва серологик текширув натижалари асосида қўйилади. Склеромада нафас йўллариининг тор қисмларида (бурун даҳлизи, хоаналар, овоз ости бўшлиғи) чандиқли инфильтрат пайдо бўлиб, метастазлар кузатилмайди, аглютинация ва комплементни боғлаш реакцияларни мусбатлиги ва гистологик текширувда Микулич ҳужайралари аниқланади.

Ҳиқилдоқ-ҳалқум соҳасида жойлашган хавфли ўсмалар нисбатан кўп учрайди; бу ерда карцинома, баъзан аралаш ўсмалар ўсади.

Бурунҳалқумнинг ҳавфли ўсмасида асосан гамма-терапия ва кимё терапия қўлланади. Масофали гамма-терапиянинг миқдори 2 маҳалга бўлинади. Ўсмага қарши дорилардан беморга винбластин, метотрексат, циклофосфан тавсия қилинади. Бундай терапиядан сўнг бурунҳалқум саратони 89,7% ҳолларда яхшиланади.

Оғизҳалқум саратонида асосан мужассамлашган терапия усули - нур билан даволаш ва жарроҳлик амали (лазер, криотаъсир) қўлланади. Ўсма ҳалқумнинг орқа деворида жойлашганда криотаъсир ўтказилади. Ҳиқилдоқ-ҳалқум саратонини даволашда дастлаб лазер асбоби ёрдамида диатермокоагуляция амали бажарилади (қизилўнгачнинг бўйин қисмини кесиб олиш жарроҳлик амали билан ҳиқилдоқҳалқумнинг кенг экстирпацияси), кейин беморга нур терапия тавсия қилинади.

Ҳозирги кунда радиийсезгир ўсмалар асосан масофали гамма-терапия ёрдамида даволанади. Баъзан умумий миқдори 1200-1500 рад (12-15 Гр) тенг гамма-терапиядан сўнг эндоскопияда ўсма белгилари йўқолганлиги аниқланади. Аммо биопсияда улар мавжудлиги қайд этилади. Шунинг учун даволашда гамма-терапия кўп миқдорда буюрилади: ҳалқум ўсмасида – 6000-8000 рад (60-80Гр), бўйин лимфа тугунлари соҳасига -4000 рад (40 Гр) ва привентив гамма-терапияда 3000 рад (30 Гр). Танглай муртаги ўсмасининг I даражасида мужассамлашган терапия ўтказилади (жарроҳлик усули ва гамма-терапия). Тонзилляр ўсманинг қайталаниши кўпинча маҳаллий ва узоқ аъзоларнинг лимфа тугунларида кузатилади. Бирламчи ўсма ва маҳаллий метастаз қайталанганда гамма-терапия такрорланади. Гамма-терапия билан бирга кимё воситаларидан оливамицин ва циклофосфанни преднизолон билан бирга қўллаш ижобий натижа беради.

Ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмаларига ясси ҳужайрали ва базал ҳужайрали саратон, саркома ва бошқа хавфли ўсмалар киради.

Ҳиқилдоқ саратони эркакларда аёлларга нисбатан кўпроқ учрайди (12,5 : 1) ва ошқозон, ўпка ва қизилўнгач саратонидан кейин тўртинчи ўринни эгаллайди. Ўсма кўпинча 50-60 ёшли кишиларда қайд этилади. Ҳиқилдоқ саратонининг ривожланишига атмосфера ҳавосини ифлослантирган тутун, ишлаб чиқариш чанги (анилин буёклар, хром ва радиийфаол моддалар), нефтни қайта ишлаш маҳсулотлари, тошкўмир чанги, нитрозаминлар, инсектицидлар, тамаки тутини ва бошқа канцероген моддалар сабаб бўлади. Кимёвий моддаларни организмга узоқ вақт таъсир этиши, тамаки чекиш, нутқ касб эгаларида овозни зўриқиши касалликнинг ривожланишига ёрдам беради.

Афсуски ҳиқилдоқ саратони йилдан-йилга кўпайиб бормоқда. Бундан ташқари, 75% ҳолларда беморлар ҳиқилдоқ саратонининг кечки III ва IV босқичларида тиббий ёрдам сўраб врачларга мурожаат қиладилар. Тарқалиш даражаси бўйича касаллик 4 босқичда кечади:

I - босқич - ўсма ҳиқилдоқ қаватларининг бирида чегараланган майдонни эгаллайди;

II – босқич - ўсма ҳиқилдоқнинг битта қаватига тарқалиб, шиллиқ ва шиллиқ ости пардада жойлашади ва ён тўқималарга тарқалмайди, ҳиқилдоқ қисмларининг ҳаракатига таъсир қўрсатмайди;

III-босқич - ўсма ҳиқилдоқнинг бошқа қаватларига, шу жумладан ҳиқилдоқ қоринчаларига ҳам тарқалади. Бу босқичда зарарланган томонда ҳиқилдоқнинг ҳаракати чегараланади, маҳаллий метастазлар пайдо бўлади.

IV-босқич - ўсма атроф тўқима ва бошқа аъзоларга тарқалади (ҳалқум, тил илдизи, қалқонсимон без ва трахеяга). Икки томонда ҳиқилдоқни ҳаракати чегараланиб, маҳаллий ва узоқ метастазлар пайдо бўлади.

Ҳиқилдоқ саратони одатда бирламчи жараён сифатида ривожланади, баъзан у оғиз бўшлиғи, ҳалқум ёки қалқонсимон без ўсмаларидан сўнг юзага келиши мумкин. Меъёردа оддий тўқима саратон ўсмасига айланмайди, бунга беморда мавжуд бўлган саратон олди касаллиги сабаб бўлади. Саратон олди касалликларга папилломатоз, пахидермия, лейкокератоз, лейкоплакия киради.

Жойлашуви бўйича ҳиқилдоқ саратонининг 3 шакли тафовут қилинади:

- 1) ҳиқилдоқ даҳлизи саратони ;
- 2) ҳиқилдоқ ўрта бўлимининг (овоз бурмалари соҳаси) саратони;
- 3) овоз бойламлари ости саратони.

Гистологик тузилиши бўйича ҳиқилдоқ саратони яссиҳужайрали ўсма бўлиб, кўпинча мугизланувчи ва баъзан мугизланмайдиган шаклда намоён бўлади. Ҳиқилдоқ саратони овоз бурмалари ва ҳиқилдоқ деворини қоплаган цилиндрик эпителий орасидаги яссиҳужайрали эпителийдан ўсади. Ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси безларидан кўпинча аденокарцинома ўсади.

Ўсмани ўсиши ва метастаз бериши ҳужайраларнинг такомиллашиш даражасига боғлиқ бўлади. Такмиллашган ўсма секин ўсади, метастазлар беришга мойил бўлмайди. Ясси-ҳужайрали мугизланмаган, ҳужайраларнинг такомиллашиш даражада паст бўлган ҳиқилдоқ саратони тез тарқалиб, тез метастаз беради, яссиҳужайрали мугизланадиган саратон эса секин ўсиб, кеч метастаз беради.

Ҳиқилдоқ саратони жараёнининг *экзофит ўсиши*, яъни шиллиқ парда юзасидан ҳиқилдоқ ёриғи томон ўсиши беморда қисқа вақт ичида ҳиқилдоқ торайиши ва нафас етишмовчилиги ривожланишига сабаб бўлади.

Ҳиқилдоқ саратони жараёнининг *эндофит ўсиши*, яъни тўқима ичига ўсиши овоз бурмалари остида жойлашган саратонда кузатилиб, дастлабки босқичларида ларингоскопияда ҳиқилдоқ ёриғида шиллиқ парда билан қопланган айлана бўртиш ва қон томирлар кўринади.

Ҳиқилдоқ *усти қопқогининг* саратонида бемор ютинганда нохушлик, томоғида ёт жисм ҳис этишига шикоят қилади. Кейинчалик ўсма катталашиб яраланади, шунда сабабсиз ёки ютинганда томоқни оғриши, оғриқни қулоқ соҳасига тарқалиши кузатилади. Ларингоскопияда оқ-пушти ёки кулранг, баъзан ярали майдончалари қараш билан қопланган кичик ўсма кўринади.

Ҳиқилдоқ юқори қаватининг саратони (даҳлиз бурмалари, ҳиқилдоқ қоринчалари саратони) узоқ вақт субъектив белгиларсиз кечади. Беморда енгил дисфония, овозини ўзгариши ва тез чарчаши кузатилади.

Ҳиқилдоқ юқори қаватининг саратони бошқа қават саратонларига қараганда оғир кечади. Бу жойда лимфа тури яхши ривожланганлиги ва ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳаракатчанлиги туфайли саратон маҳаллий лимфа тугунларга тез метастаз беради. Бундан ташқари, ҳиқилдоқ юқори қаватининг лимфа томирлари тил илдизи ва ҳалқум ён девори лимфа турига туташганлиги туфайли жараён ҳиқилдоқнинг юқори ва олд қисмларига тарқалади.

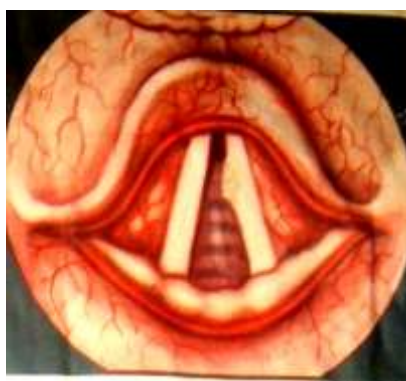
Ҳиқилдоқ ўрта қавати саратонининг дастлабки босқичларида беморда доимий ва кучайиб борувчи овозни бўғилиши кузатилади, кейинчалик афония юзага келади. Шунинг учун бундай беморлар врачга эрта мурожаат қиладилар.

Ҳиқилдоқ пастки қаватининг саратони бошланғич босқичда ноаниқ кечади. Катта ўсма беморда овоз ва нафас фаолиятининг бузилишига олиб келади (овознинг пасайиши, енгил ҳансираш, кейинги босқичларда овознинг бўғилиши ва нафас олишнинг қийинлашиши).

Ларингоскопияда даҳлиз бурмаларининг бири қалинлашганлиги (айниқса, олд қисми), даҳлиз бурмаси ҳамда ҳиқилдоқ қоринчаларининг шиллиқ пардаси қалинлашиб, овоз бурмаларини ёпиб турганлиги кўринади. Овоз бурмаларининг юқори юзасида ёки эркин четида асоси кенг кичик бўртиш ва овоз ёриғи томон ўсган инфилтрат кўринади. Бундай ларингоскопик манзара экзофит ўсган саратонда кузатилади, эндофит ўсган саратонда эса овоз бурмаси пушти рангда қалин ва арқонсимон бўлиб кўринади, унинг ҳаракати чегараланади (173, 174-расмлар). Компьютер томография текшируви аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.



173- расм.
Ҳиқилдоқ саратони



174-расм.
Ҳиқилдоқ ўрта қисмининг саратони

Ҳиқилдоқ саратонини бир томонлама ўсиши эрта ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу белги уни яллиғланиш жараёнидан, захм ва сил касалликлардан фарқлашга ёрдам беради. Захм ва силни инкор этиш учун бемор махсус

тиббий муассасаларга юборилади, касаллик сил ва захм билан бирга кечганда эса ташхис биопсия натижаси асосида қўйилади. Ҳиқилдоқ саратони кечки босқичларининг белгилари унинг жойлашувига боғлиқ бўлмай касалликка хос умумий белгилар билан намоён бўлади: овозни бўғилиши ёки афония, йўтал, қон аралаш балғам ажралиши, ютинганда оғриқни қулоқ соҳасига тарқалиши, нафас олишни қийинлашиши. Ҳиқилдоқ саратони ҳиқилдоқ тоғайларига

тарқалганда беморда ички ва ташқи перихондрит ривожланади. Ўсма ярага айланиб, парчаланганда ёки яллиғланиш жараёни қўшилганда беморнинг оғзидан ёқимсиз ҳид келади, катталашганда эса ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи юзага келади. Организми кескин заҳарланиши натижасида бемор озиб кетади, унда баъзан ўлим ҳолатига олиб келувчи аррозив қон оқишлар кузатилади. 2-10% ҳолларда узоқ метастазлар ривожланиб, беморнинг аҳволини янада оғирлаштиради. Кўпинча метастазлар ўпкада, баъзан кўкс орталиғи, плевра, жигар ва миёда жойлашади.

Экзофит ўсган ҳиқилдоқ саратони билвосита ларингоскопияда, эндофит ўсган ҳиқилдоқ саратони - бевосита ларингоскопияда, микроларингоскопия, фиброларингоскопия, биопсия, эндофотография, электрон ларингостробоскопия, радиоизотоп нурлаш, ультратовуш биолокацияси, компьютер томографияси, термография, гистологик ва цитологик текширувлар ёрдамида аниқланади.

Ҳиқилдоқ саратоннинг асосий ларингоскопик белгиси - бу ҳиқилдоқ деворида ўсма борлиги ҳисобланади ("+" тўқима"). Ҳиқилдоқ саратонига шубҳа қилинган беморда албатта биопсия текшируви ўтказилади.

Беморда мужассамлашган даволаш усули қўлланилади (масофали гамматерапия, жарроҳлик усули ва кимётерапия). Даволаш усуллариининг қайси бирини қўллаш касалликнинг босқичига, жараённинг жойлашувига ва ўсманинг хусусиятига боғлиқ бўлади.

1. *Масофали гамма-терапия* кўпинча ҳиқилдоқ саратонининг I ва II босқичида буюрилади (гамма-терапиянинг умумий миқдори 6000-7000 рад.) Агар гамма-терапияда 3000 рад (30 Гр) таъсиридан сўнг ўсма сезиларли даражада кичрайса, унда беморга даволашнинг тўлиқ миқдори буюрилади. Агар ўсманинг ҳажми ярмидан кам даражада кичрайса гамма-терапия тўхтатилади ва жарроҳлик амали бажарилади. Гамма-терапияда ҳиқилдоқ ўрта қаватининг саратони радиийсезгирлиги юқори, даҳлиз саратонининг радиийсезгирлиги кам ва ҳиқилдоқ пастки қаватининг саратони радиийга сезгир эмаслиги эътиборга олинади.

2. *Жарроҳлик усули ёрдамида даволаш.* Ҳиқилдоқ саратонини даволашда бир нечта жарроҳлик усуллари ишлаб чиқилган:

а) ўсмани *эндоларингиал йўл орқали олиб ташлаш* усули ҳиқилдоқ ўрта қавати саратонининг бошланғич босқичида бажарилади;

б) *тиреотомия* ёки *ларингофиссура*, яъни хордэктомия ёрдамида ташқи йўл орқали ўсмани олиб ташлаш жарроҳлик усули ҳиқилдоқ ўрта қавати саратонининг II босқичида қўлланилади; тил ости суяги остидаги *фаринготомия* жарроҳлик амали *ҳиқилдоқ усти қопқогининг экстирпацияси* деб аталади ва ўсма ҳиқилдоқ усти қопқогининг бирикмаган қисмига тарқалганда қўлланилади;

в) ҳиқилдоқни қисман олиб ташлаш - горизонтал, сагитал, фронтал *гемиларингэктомия* деб аталади ва ўсма овоз бурмалари ҳамда олд комиссурага

тарқалганда, ҳиқилдоқ пастки қаватининг чегараланган саратони ҳамда чўмичсимон тоғайлар юқори қаватининг саратонида қўлланилади;

г) *ларингэктомия* ёки *ҳиқилдоқ экстирпацияси* жарроҳлик амалида ҳиқилдоқ бутунлай олиб ташланади. Ушбу жарроҳлик амали ҳиқилдоқ саратонини олиб ташлаш имкони бўлмаган ҳолларда бажарилади;

д) *кенгайтирилган ларингэктомияда* ҳиқилдоқ тил ости суяги, тил негизи, ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ён девори билан бирга олиб ташланади.

Ларингэктомия жароҳлик амали бемор ногирон бўлиб қолишига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқсиз бемор унинг асосий фаолиятларидан маҳрум бўлади; ҳаво оқими пастки нафас йўлларига бўйин соҳасида ҳосил қилинган трахеостома орқали киради, шунинг учун у етарли даражада иситилмайди, намланмайди ва тозаланмайди. Бундан ташқари бўйин соҳасидаги тешик ёки трахеостома ва атрофдагилар билан мулоқотда бўлмаслик беморнинг асабига салбий таъсир кўрсатади. У ўзини жамиятдан ажралиб қолгандай ҳис этади.

Ларингэктомияни бошдан кечирган беморда меҳнат фаолиятига қайтиш ва ҳиқилдоқсиз фонация кўникмасини эгаллашга эҳтиёж туғилади. Ҳиқилдоқсиз беморнинг овозини тиклаш учун бир нечта усуллар ишлаб чиқилган. Бунда йўқотилган овоз чиқариш фаолияти илгари бу фаолиятни бажармаган аъзоларга, яъни қизилўнғач ва унинг атрофидаги анатомик тузилмаларга (меъданинг кардиал қисми, ҳалқум, оғиз бўшлиғи, тил, тиш) юклатилади. Ҳиқилдоқсиз нутқ кўникмасини эгаллаш жуда қийин, аммо бир томондан врачнинг матонати ва маҳорати, иккинчи томондан беморнинг хоҳиши бу қийинчиликларни енгишга ёрдам беради.

Ҳиқилдоқ олиб ташланганидан сўнг беморда юзага келган айрим нуқсонларни бартараф этиш мақсадида қайта тиклаш жарроҳлик амаллари бажарилади; ҳиқилдоқнинг ўсма билан зарарланган қисми кесиб олингандан сўнг унинг пастки қисми ва трахея тепага қўтарилиб, ҳалқумнинг пастки қисмига, тил ости суягига, тил негизига ва тил орқасига тикиб қўйилади. Бундай жарроҳлик амали *крико-ёки трахеолингвофарингоексия* деб аталади.

3. *Мужассамлашган терапия* - жарроҳлик амали ва гамма-терапияни бирга қўллаш усули бўлиб, у қуйидаги вариантларда амалга оширилиши мумкин:

а) даволаш жарроҳлик амалидан бошланиб, 2-3 ҳафтадан сўнг гамма-терапияга ўтилади; бу усул ҳиқилдоқнинг юқори қавати саратонининг III босқичида, ҳиқилдоқ барча қаватлари саратонининг III босқичида, ҳиқилдоқ перихондрити ёки ҳиқилдоқ торайишида қўлланилади;

б) дастлаб гамма-терапия, кейин жарроҳлик амали бажарилади - бу усул ҳиқилдоқ ўрта қавати саратонининг III босқичида, гамма-терапиядан сўнг жарроҳлик амали 2 ойдан кейин бажарилади;

в) “сандвич” гамма-терапияси : дастлаб гамма-терапиянинг ярим миқдори, кейин жарроҳлик амали, ундан сўнг яна гамма-терапиянинг қолган миқдори ўтказилади.

Бу усул гамма-терапиянинг ярим миқдори билан даволанганда ўсманинг ҳажми ярмига кичрайганда қўлланилади.

4. *Кимё терапия* даволашнинг асосий усулига, яъни гамма-терапия ва жарроҳлик амалига қўшимча сифатида қўлланилади. Жарроҳлик амали ёки гамма-терапияни қўллаш имкони бўлмаган ҳолларда баъзан кимё терапия асосий даволаш усулига айланади. Бунда фторбензотеф, метотрексат, блеомицин, проспидин дори воситалари буюрилади.

Кимё терапиянинг бир қисми ҳисобланган гормонал терапия гамма-терапия самара бермаган ва жарроҳлик амалини қўлаш иложи бўлмаган тақдирда, эркакларга эстраген гуруҳи дори воситалари - синестрол (мушак орасига ёки тери остига кунига 60-100 мг, жами 2500-3500 мг) юборилади. Гармонотерапия ҳиқилдоқ даҳлизи саратонида ижобий натижа беради.

Ҳиқилдоқ саратонида олиб борилган даволаш тадбирларининг самараси беморнинг умрини яна 5 йилга узайтириш билан баҳоланади. Касалликнинг барча босқичларида қўшма даволаш усули, дастлаб жарроҳлик амали, кейин гамма-терапия ўтказилади. Бунда ҳиқилдоқ саратонининг II босқичида 71-75%, III босқичида 25-35% беморларнинг умри яна 5 йил ва ундан ортиққа чўзилади. Ҳиқилдоқ саратонининг I босқичида гамма-терапиянинг ўзи 80-90% ҳолларда беморларда клиник соғайишга олиб келиши мумкин. Ҳиқилдоқ саратони қайталанган беморларда оғир асоратлар ривожланиши мумкин, шунинг учун касалликни ўз вақтида аниқлаш ва олдини олишнинг қуйидаги чора тадбирлари муҳим аҳамиятга эга:

1) врачларнинг (оториноларинголог, терапевт, педиатр, окулист ва бошқ.) онкологик касалликларига бўлган хушёрлигини ошириш;

2) корхоналарда касби бўйича канцероген моддалар билан ишловчи ишчиларни мунтазам профилактик кўрикдан ўтказиш ва сурункали гипертрофик ларингит, монохордит, ҳиқилдоқ папиломаси аниқланган беморларни диспансер назорати остига олиш;

3) ЛОР- врачга мурожаат қилган барча беморларда бошқа аъзолар билан бир қаторда ҳиқилдоқни ҳам албатта кўздан кечириш;

4) беморларни синчковлик билан текшириш: бўйиннинг ташқи юзини кўздан кечириш, маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслаш, билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг барча бўлимлари ва анатомик қисмларини тепадан пастга, орқадан олдинга навбатма-навбат кўздан кечириш, ҳиқилдоқ усти қопқоғи бириккан майдонни кўздан кечириш; .

5) ташхис қўйишда қўшимча текширув усулларида кенг фойдаланиш: микроларингоскопия, фиброларингоскопия, электрон ларингостробоскопия, рентгенография, компьютер томография, эхолокация, термография, радиий изотоп ва флюоресцент текширув усуллари, махсус биокимевий реакцияларни ўтказиш, балғам, суртма, ўсма инфильтрати, аспирация ва биопсияда олинган тўқима бўлагини цитологик текширувдан ўтказиш.

Ҳиқилдоқ саркомаси кам учрайди ва кўпинча ўрта ёшли эркакларда, баъзан болаларда қайд этилади. Ўсма одатда шиллиқ ости пардасининг бириктирувчи тўқимасидан ёки тоғай усти пардасидан ўсади.

Гистологик тузилиши бўйича ипсимон хужайрали, полиморф хужайрали, айлана хужайрали, альвеоляр саркома, лимфосаркома, фибросаркома ва миосаркома тафовут этилади. Лимфосаркома ва альвеоляр саркома ўта хавфли ўсмалар гуруҳига киради. Кўпинча саркома овоз бурмаларида жойлашади ва ҳажми турлича бўлади. Ўсманинг юзи нисбатан текис, ранги қон томирларга бойлигига боғлиқ бўлади. Маҳаллий метастазлар касалликнинг бошланғич босқичларида ривожланиб, узоқ аъзоларга тарқалган метастазлари кам учрайди.

Ҳиқилдоқ саркомасини даволашда гамма-терапия ва жарроҳлик усули қўлланилади, баъзан кимё терапия буюрилади. Даволашдан сўнг саркома қайталаниши мумкин.

ЛОР - АЪЗОЛАРИНИНГ ЮҚУМЛИ ГРАНУЛЕМАЛАРИ

СКЛЕРОМА - сурункали юқумли касаллик бўлиб, юқори нафас йўлларида ўзига хос инфильтратлар ҳосил бўлиши билан кечади, лекин Ўзбекистонда жуда кам учрайди. Касалликни склерома клебсиелласи (Фриш-Волкович таёқчаси) қўзғатади.

Тарқалиши. Склероманинг йирик эндемик ўчоқлари Украина, Белорусия, Италия, Германия, Югославия, Чехия, Словакия, Индонезия, Бразилия, Гватемала, Мексика ва Миср Арабистонида жойлашган. Ер юзидида жами 10 000 яқин склерома билан касалланган беморлар қайд этилган. Кўпинча склерома 16-30, баъзан кекса ёшдаги эркек ва аёлларда учрайди. Касаллик қишлоқ аҳолиси орасида кўпроқ тарқалган (87,5-85%).

Этиологияси. Фриш-Волкович бактерияси (*Klebsiella rhinoscleromatis*) бошқа капсулалли бактериялардан фарқ қилади. Склерома билан оғриган беморда ўтказилган Борде-Жангу серологик реакцияда микробга қарши антителолар аниқланиши ва стрептомицин билан даволангандан сўнг серологик реакция титрини ўзгариши касалликнинг ривожланишига Фриш -Волкович таёқчаси сабаб бўлганлигини исботлаб беради.

Склерома бурун бўшлиғида, унинг шиллиқ ва шиллиқ ости пардасида дастлаб катарал ўзгаришлар, 3-5 йилдан сўнг ўзининг биринчи белгилари билан намоён бўлади. Оила аъзолари, қариндошлар, эр-хотин ва эндемик ўчоқга кўчиб келган одамларни касалланиши склерома юқумли касаллик эканлигидан далолат беради. Фриш-Волкович таёқчаси касалликнинг инфильтратив шаклида ва қайталаниш даврида ҳаво-томчи ёки контакт йўл орқали тарқалади (қўл, сочиқ, даструмол, идишлар, кўрпа-тўшаклар орқали).

Патоморфологияси. Склерома инфильтрати кўп миқдорда плазматик хужайралар ва қон томирларга эга бириктирувчи толали тўқимадан ташкил топган. Булар орасида жойлашган Микулич хужайралари протоплазма вакуолаларида ва уларнинг ташқарисида склерома таёқчалари аниқланади. Склерома тўқимасида баъзан фибробластлар, лимфоцитлар, полибластлар, лаброцитлар, кўп миқдорда лейкоцитлар ва албатта гиалин шарлар-Руссел таначалари аниқланади. Инфильтратнинг морфологик тузилиши жуда ўзгаришчан бўлиб, янги қизил инфильтратда кўп миқдорда лимфоид ва плазматик хужайралар, нейтрофилли лейкоцитлар, капиллярларнинг четида гистецитлар аниқланади, Микулич хужайралари ва лаброцитлар кам миқдорда аниқланади, гиалин шарлар эса умуман бўлмайди. Инфильтрат қалинлашган сари плазматик хужайралар, гиалин шарлар ва Микулич хужайраларининг сони кўпайиб, уларнинг орасида Фриш-Волкович таёқчаси гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади.

Қон томирлар қалинлашиб, без хужайралари қисилади. Склероманинг кейинги босқичида чандиқланган фиброз тўқимада плазматик ва Микулич хужайраларнинг сони камайиб, бактериялар аниқланмайди, гиалин шарлар йўқолади. Қон томирлар деворлари қалинлашиб, безларнинг фаолиятини

йўқотилади, кўп миқдорда фиброз тўқима аниқланади. Гистологик текширув учун тўқима парчаларини бир нечта майдондан олиш тавсия қилинади.

Клиник белгилари. Касалликнинг бошланғич босқичида бемор бурундан қуюқ ажралма оқишига, тумовга, бурун орқали нафас олиши қийинлигига, бурун бўшлиғини қуруқлигига ва унда қалоқлар ҳосил бўлишига шикоят қилади. Кейинчалик беморда овозни бўғилиши, йўтал, ҳансираш пайдо бўлади. Нафас фаолиятининг бузилишлари секин ривожланиши туфайли бемор унга мослашиб, врачларга ўз вақтида мурожаат қилмайди. Бундан ташқари, у ҳолсизликка, тез чарчашига, боши оғришига, иштаҳаси пасайганига шикоят қилади.

Склерома жараёни кўпинча бурун бўшлиғининг олд қисмида, хоаналарда, ҳиқилдоқнинг овоз ости бўшлиғида, трахея бифуркациясида ва бронхларда жойлашади. Жараён бир вақтнинг ўзида нафас йўллариининг 2-3 бўлимларида, баъзан барча бўлимларида ривожланади. Касалликнинг яширин, атрофик, инфилтратив, чандиқли, аралаш ва нотипик шакллари мавжуд.

Таърих анамнез маълумотлари, эпидемиологик ҳолат, бемор шикоятлари, эндоскопия, микроэндоскопия текширувлари, клиник, параклиник белгилар, микробиологик ва гистологик текширувларнинг натижалари асосида қўйилади

Даволаш. Склеромада даволаш тадбирлари 3 гуруҳга бўлинади:

- 1-гуруҳ - этиотроп терапия - склерома қўзғатувчисига қарши терапия;
- 2-гуруҳ - патогенетик терапия - нафас йўлларидаги ўзига хос ўзгаришларни бартараф этиш;
- 3-гуруҳ - саногенетик терапия - организмнинг касалликка қарши кучини ошириш.

Склерома клебсиелласига қарши асосий восита стрептомицин бўлиб, катталарга у 500 000 ТБ кунига 2 маҳал (умумий даволаш миқдори 20-80г), болаларга - 250 000 ТБ кунига 2 маҳал мушак орасига юборилади. Клебсиелланинг стрептомицинга бўлган сезгирлиги пасайганда 10-20 кун давомида беморга левомецетин ичиш буюрилади (0,5 г 4 марта овқатдан ярим соат олдин). Даволаш ҳар 2-3 ойда такрорланади, бунда тетрациклин, олендомицин ва биомицинни қўллаш мумкин.

Склеромани олдини олиш чора-тадбирларига қуйидагилар киради:

1. Склеромани ўз вақтида аниқлаш ва даволаш;
2. Касаллик манбаини зарарсизлантириш; рўйхатга олинган беморлар ва бактерия ажратувчилардан ташқари склероманинг дастлабки белгилари кузатилган беморларни ўз вақтида аниқлаш. Бунинг учун эндемик ўчоқларда профилактик кўриклар ўтказиш, беморнинг оила аъзоларини вақти-вақти билан кўриқдан ўтказиш;
3. Бактериялар ажратилишини ва тарқалишини бартараф этиш мақсадида беморларни поликлиника ёки шифохона шароитида даволаш;
4. Микроўчоқларда инфекция тарқалиш йўллариини бартараф этиш:

а) беморни оила аъзоларидан имкон қадар узоқлаштириш, хусусий гигиена коидаларига риоя қилишини талаб қилиш, унга алоҳида идиш, сочиқ, дастурғомол ва тўшак ажратиш;

б) бемор ва атрофдагилар билан инфекциянинг тарқалиши ҳақида суҳбатлар уюштириш;

5. Бемор ва атрофдагиларни шахсий ва санитария-гигиена коидаларига сўзсиз риоя қилиши;

6. Фриш-Волкович таёкчасини ажратувчи шахсларни болалар ва умумий овқатланиш муассасаларида ишлашига йўл қўймаслик.

СИЛ касаллиги - бу сурункали юқумли касаллик бўлиб, уни сил микобактерияси (Кох бацилласи) қўзғатади. Одам организмига сил микобактерияси кўпинча юқори нафас йўллари, баъзан шиллиқ парда ва жароҳатланган тери, ҳомилага плацентаси орқали тарқалади. Силнинг ривожланишига ноқулай турмуш шароити, беморнинг нотўғри яшаш тарзи муҳим аҳамиятга эга. Қандли диабет, кортикостероид дори воситалари билан даволаниш, ошқозон-ичак касалликлари, руҳий касалликлар силни ривожланишига ёрдам беради.

Ҳозирги кунда ЛОР-аъзолари сили ўпка силининг асорати сифатида ривожланади.

Патоморфологик ўзгаришлар инфильтрат ва яра шаклида намоён бўлади. Сил инфильтрати чегараланган ва тарқоқ, баъзан ўсмасимон бўлади. Сил яраси юзаки жойлашиб шакли нотўғри, чети нотекис, туби рангсиз яллиғланиш ўсмаси билан тўлган бўлади. Касалликнинг босқичига кўра инфильтрация, парчаланиш, кўпайиш, қалинлашиш, оҳакланиш ва сўрилиш жараёнлари кузатилади.

Ўрта қулоқ сили жуда кам учрайди. Қулоқ сили оғриқсиз бошланиб, оғриқсиз кечади, ноғора пардада бир нечта перфорациялар ҳосил бўлиб, қулоқдан кам миқдорда ҳидсиз ажралма оқади, беморнинг эшитиш қобилияти кескин пасаяди. Қулоқ силининг оғир кечимида ноғора бўшлиғи ва сўрғичсимон ўсиқда некроз майдони ҳосил бўлади. Беморнинг қулоғи оғрийди, ундан кўп миқдорда бадбўй ажралма оқади.

Ташиxis беморда аниқланган фаол ўпка сили, йиринг ва яллиғланиш ўсмаларини сил микобактериясига текшириш натижаси асосида қўйилади. Ўрта қулоқ силини даволашда оддий ўрта отитда қўлланадиган маҳаллий даволаш тадбирлари билан бир қаторда ототоксик таъсирга эга бўлмаган силга қарши дорилар буюурилади.

Бурун сили кам учрайди. Бунда бурун бўшлиғида нисбатан тез ярага айланадиган инфильтрат ва бурун тўсиғининг тоғай қисмида тешик ҳосил бўлади. Тугунчаларнинг ранги кулранг-ок ёки кулранг-сарик бўлиб, улар юзаки жойлашади. Кейинчалик папилломатозга ўхшаш тўқима ҳосил бўлади. Тугунча ўсмасимон бўлиши мумкин (туберкулома). Яраинг чети нотўғри, ейилган, атрофи оч пушти ва кулранг грануляция тўқимаси билан ўралган бўлади.

Жараён кўпинча бурун даҳлизи олд қисмининг шиллиқ пардасида жойлашади.

Оғиз бўшлиғи ва ҳалқум сили ҳиқилдоқ сили билан бирга ёки алоҳида кечиб, жараённинг хилма-хиллиги билан ажралиб туради (енгил инфильтрация, юзаки жойлашган чегараланган яра, йирик юзи ғадир-будур папилломатозли тугунлар). Ўткир экссудатив жараёнда оғиз бўшлиғи ва ҳалқумнинг шиллиқ пардасида қизариш, инфильтрация, парчаланадиган ва тез яра ҳосил қилувчи кичик тугунчалар пайдо бўлади. Яралар қўшилиб катта чуқур ярага айланади. Сурункали силининг дастлабки босқичларида ҳалқумда қаттиқ ғадир-будур тугунлар пайдо бўлади, яралар юзаки жойлашади.

Ҳалқумнинг тарқоқ силида жараён лимфаденоид ҳалқум ҳалқасига тарқалиб яширин кечади ва муртакнинг гистологик текширувларидагина аникланади.

Ҳиқилдоқ сили кўп учрайди. Ҳиқилдоқ сили гематоген йўл орқали зарарланади. Жараённинг жойлашуви унинг тарқалиш йўлига боғлиқ бўлади: ҳиқилдоқ даҳлизининг сили инфекция гематоген йўл орқали, ўрта ва пастки бўлимларининг сили - сўлак орқали тарқалганда зарарланади. Кўпинча инфекция гематоген (лимфоген) йўл орқали тарқалади.

Ҳиқилдоқ силининг клиник белгилари жараённинг кечимига боғлиқ. Касаллик ўткир, ноаниқ ва сурункали кечади. Бемор томоғи оғришига, қуриши ва қичишига, овози бўғилганига шикоят қилади. Дисфония белгиси 3 даражага бўлинади:

I даражали дисфония - беморнинг овози вақти-вақти билан бўғилади;

II даражали дисфония - беморнинг овози доимо бўғилган бўлади;

III даражали дисфония - беморда афония ривожланади.

Беморда кузатиладиган оғриқнинг кескинлиги бўйича дисфагия белгиси ҳам 3 даражага бўлинади:

I даражали дисфагия - овқатни ютиш пайтида беморда вақти-вақти билан томоғи оғриши кузатилади;

II даражадали дисфагия - оғриқ доимий бўлиб, ютинганда, йўталганда ва гапирганда кучаяди;

III даражали дисфагия - беморда доимий равишда кучли, қулоқ соҳасига тарқалувчи оғриқ кузатилади.

Инфильтрация, ҳиқилдоқ ташқи ва ички қисмларининг шиши беморда стенотик нафасни ривожланишига олиб келади.

Овоз бойламлари силининг дастлабки босқичларида уларнинг асосан орқа қисмини қизариши, инфильтрацияси, яъни монохондрит белгилари билан намоён бўлади. Инфилтрат яраланганда тубида оч-кулранг кичик лентиккуляр яра ҳосил бўлади. Баъзан овоз бойламларининг чети яраланиб, яранинг чети нотекис ейилган бўлади. Жараён чўмичсимон тоғайлар ораси бўшлиғига ҳам тарқалиши мумкин. Бу ерда овоз ёриғи томон ўсган туберкулома ҳосил бўлади. Даҳлиз бурмаларидаги сил инфилтратлари уларнинг шаклини ўзгартириб,

ларингоскопияда бурмалар юзаси силлиқ ёки ғадир-будур болишчага ўхшаб кўринади (175-расм).



175- расм.
Ҳиқилдоқ сили

Даҳлиз бурмалари овоз бурмаларини ёпган холларда беморда ҳиқилдоқ торайиши ривожланади, инфильтратлар парчаланганда чуқур яра ҳосил бўлади. Сил жараёни ҳиқилдоқ усти қопқоғига тарқалиши мумкин. Бунда ҳиқилдоқ усти қопқоғи кескин катталашиб, шиллиқ пардаси ўсмага ўхшаб ҳиқилдоққа кириш жойида осилиб туради. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ўткир экссудатив яллиғланиши тез ривожланиб, перихондрит ва тоғайларга тарқалган ярага айланади. Айрим холларда ҳиқилдоқ усти қопқоғи емирилади.

Патологик жараён чўмичсимон тоғайларга тарқалганда уларнинг шиллиқ пардаси шишиб, шиш чўмич-ҳиқилдоқусти бурмаларига тарқалади, шиллиқ пардадаги сил яралари чуқурлашиб, ҳиқилдоқ тоғайларини зарарлайди. Ҳиқилдоқ тоғайларининг емирилиши ва секвестрацияси кам учрайди.

Ҳалқум ва ҳиқилдоқ сили носпецифик ларингит, ўсма, захм, склерома ва лейкоздаги ҳалқум ва ҳиқилдоқ ўзгаришларидан фарқланади. Юқори нафас йўллари ва оғиз бўшлиғи силини ўз вақтида аниқлаш учун анамнез маълумотлари ва бемор шикоятларига эътибор бериш, балғамни ўз вақтида сил микобактериясига текшириши, кўкрак қафаси флюорографиясини ўтказиш лозим.

Даволаш. Оғиз бўшлиғи ва юқори нафас йўллари силини даволашда стрептомицин, изониазид ва бошқа силга қарши дори воситалар қўлланади. Оғриқни камайтириш учун беморга ёғли ингаляциялар, оғиз бўшлиғини анестетик эритмалари билан чайиш ва бурун ичига томизиш тавсия қилинади. Яралар 5-20% кумуш нитрат ва учхлорсирка кислотаси билан куйдирилади. Беморга пархез таомлар буюрилади. Юқори ҳиқилдоқ асаб толасининг вагосимпатик ва тери ичи новокаин блокадалари бажарилади.

Юқори нафас йўллари ва қулоқ сили ўпкада кечаётган оғир жараёндан дарак беради. Шунинг учун даволаш тадбирлари бутун организмга қаратилади. Даволаш муддати инфекция ўчоғидаги яллиғланишнинг шаклига боғлиқ. Даволашда силга қарши дорилар қўлланилади. Дориларнинг бири эндоларингеал йўл орқали шприц билан ҳиқилдоқ ичига юборилади. Ингаляциядан олдин 5-7 кун давомида беморга спазмолитиклар берилади. Стрептомицин, стрептосалюзид, тубазид, солютизон, флюримидин сульфат аэрозол шаклда ишлатилади.

Ўпка силини ўз вақтида ва тўғри даволаш юқори нафас йўллари ва қулоқ силини олдини олишга ёрдам беради. Юқори нафас йўллари ва қулоқ сили ўпкада кечаётган оғир жараёндан дарак беради. Шунинг учун даволаш

тадбирлари бутун организмга қаратилиб, даволаш муддати асосий инфекция ўчоғидаги яллиғланишнинг шаклига боғлиқ бўлади.

ЗАҲМ касаллиги сурункали юқумли касаллик бўлиб, уни рангпар трепонема қўзғатади. Рангпар трепонема организмга тери ёки шиллиқ пардадаги кичик жароҳатлар орқали киради. Кўпинча инфекция жинсий йўл, баъзан - бошқа йўллари (оилавий заҳм) орқали тарқалиши мумкин. Заҳмнинг яширин даври тахминан 21-28 кун давом этади, баъзан 10-21 кунга қисқариши ёки 6 ойга чўзилиши мумкин.

Заҳмнинг *бирламчи* босқичида инфекция кириш жойида қизғиш доғ ёки папула пайдо бўлади, у бир неча кун ичида катталашиб ва зичлашиб, *қаттиқ шанкр*га айланади (бирламчи сифилома). Шанкр марказида яра ҳосил бўлади. Бу босқич 6-7 ҳафта давом этади.

Қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан сўнг (5-7 кундан кейин) маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, рангпар трепонемалар лимфа тугунларда кўпайиб бутун лимфа тизимига тарқалади, натижада беморда полиаденит ривожланади.

Бурун бўшлигининг қаттиқ шанкри жуда кам учрайди ва кўпинча унинг даҳлизи, қанотлари, терисида, шиллиқ парданинг олд қисми ва бурун тўсиғида жойлашади. Буруннинг чуқур бўлимлари ва бурунҳалқумда қаттиқ шанкр инфекция тиббий асбоблар орқали тарқалгандагина пайдо бўлади. Қаттиқ шанкр лаблар ва оғиз бўшлигининг шиллиқ пардасида, тилда ва муртақларда пайдо бўлиши мумкин. Шакланган қаттиқ шанкр оғримайди ва ликопчага ўхшаш эрозия ёки яра шаклида бўлиб, унинг асосида қаттиқ инфилтрат пайпасланади.

Оғиз бўшлиғида одатда битта бирламчи сифилома ҳосил бўлади. Иккиламчи инфекция қўшилганда эрозия кулранг қараш билан қопланган чуқур ярага айланади. Тил устида жойлашган қаттиқ шанкр ликопчага ўхшаб атроф тўқимадан бўртиб туради, юзида ранги хом гўшт рангига ўхшаш эрозия кўринади. Муртақларда қаттиқ шанкр яра, ангина ёки ангина ва яра белгилари билан намоён бўлиши мумкин. Ангинага хос белгилар билан кечган қаттиқ шанкрда муртақ бир томонда кескин катталашади, аммо оғримайди, у мисранг-қизил рангли бўлади. Ангина ва яра белгилари билан кечган қаттиқ шанкрда муртақда яра пайдо бўлади. Лаблар ва оғиз бўшлигининг бирламчи сифиломаси жағ ости склероаденити билан кечади.

Ҳиқилдоққа инфекция кўпинча тиббий асбоблар орқали киради. Қаттиқ шанкр ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ташқи юзасида, чўмичсимон ҳиқилдоқ усти бурмаларда, баъзан овоз бурмаларида жойлашиши мумкин. Ҳиқилдоқнинг қаттиқ шанкри кам учрайди ва атроф тўқимадан кескин чегараланган, тез яраланадиган юзи кулранг қараш билан қопланган ўсмага ўхшайди, у жағ ости ва бўйин аденити билан бирга кечади. Серологик текширув ташхис қўйишга ёрдам беради.

Бурун бўшлигининг иккиламчи заҳми бирламчи сифиломадан кейинги дастлабки ойларида ривожланади, у тери ва шиллиқ қаватда пайдо бўлган

тошмалар билан бирга кечади. Ташқи бурун терисида ва бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасида турли тошмалар (иккиламчи сифилидлар) - розеола, папула, баъзан пустулалар пайдо бўлади. Розеолалар катарал ўзгаришлар, яъни бурун шиллиқ пардасининг қизариши ва шиши, бурундан қон аралаш шилимшиқ ва шилимшиқ ажралма оқиши билан намоён бўлади.

Бурун бўшлиғи захмида беморда субъектив какосмия ривожланади, у бурунда ёқимсиз ҳидни ҳис этишига шикоят қилсада, атрофдагилар бунини сезмайдилар). Тумов - туғма захмда тез-тез учрайдиган белгилардан бири ҳисобланиб, чақалоқ туғилганидан сўнг дастлабки 2-3 ҳафта давомида кузатилади. Чақалақда бурун орқали нафас олиши қийинлашади, ундан кўп миқдорда шилимшиқ, кейинчалик йирингли-шилимшиқ яшил бадбўй ажралма оқади, бурун даҳлизи икки томонда сарғиш-яшил ва жигарранг пўстлоқлар билан тўлиб, осон қонайдиган чуқур ёрилишлар ҳосил бўлади. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг инфильтрацияси тоғай ва суякларининг емирилишига олиб келиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар захми кўпинча тери тошмалари билан бирга ёки иккиламчи захмда алоҳида учрайди. Бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг иккиламчи сифилидлари субъектив сезгиларсиз кечиши туфайли ўз вақтида аниқланмайди ва бемор узок вақт давомида инфекция манбаига айланади.

Иккиламчи захм билан касалланган беморларнинг 50% да оғиз бўшлиғида розеола ёки папула элементлари пайдо бўлади. Розеолалар одатда танглай равоқчалари, юмшоқ танглай ва муртакларнинг шиллиқ пардасида жойлашади. Бир бирига қўшилиб, улар ўзига хос эритемали ангинани пайдо қилади. Зарарланган майдон кескин қизариб, мисранг бўлиб қолади.

Ҳалқумнинг иккиламчи захми оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳиқилдоқда папулалар пайдо бўлиши билан кечади. Папулалар шиллиқ парданинг турли майдонларида - кўпинча муртакларда, равоқчаларда, юмшоқ танглайда жойлашади ва қўшилиб папулани ангинани ривожланишига олиб келади. Бундай папулалар тил, лунжда ва лабларда ҳам жойлашиши мумкин.

Дастлаб папулалар нўхатдай кичик, қизил, атроф тўқимадан кескин чегараланган, асосида кичик тугунчага эга шиллиқ парда майдонига ўхшайди.

Кейинчалик папулада экссудат тўпланиб, шиллиқ парданинг зарарланган майдони кулранг оқ қараш билан қопланади, аммо оғримайди. Қараш шпатель билан олиб ташланганда остида хом гўшт рангига ўхшаш эрозия кўринади. Иккиламчи инфекция қўшилганда папулалар ярага айланади, бемор ютинганда оғриқ пайдо бўлиб, папула атрофидаги қизил майдон кенгаяди. Оғиз бурчакларида жойлашган папулалар - “захм учуқлари” касалликнинг ўзига хос белгиси ҳисобланади.

Бемор оғзини очганда оғиз бурчакларида пўстлоқ билан қопланган, оғриқли ва қонайдиган ёрилишлар пайдо бўлади.



176-расм.
Ҳиқилдоқ захми

Ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг иккиламчи сифилидлари эрозия ва ярага айланувчи эритема, папула, шиллиқ ости инфильтратлар билан кечади (176-расм). Касалликнинг эритема шакли катарал ларингитни эслатади. Кейинчалик қизариш тўқ-қизил тусга эга бўлиб, беморда узоқ вақт давом этган овозини бўғилиши, калта-калта йўтал кузатилади.

Қизарган шиллиқ пардада пайдо бўлган жаралар атроф тўқимадан тўқ қизил чегара чизиги билан ажралиб туради. Овоз ва даҳлиз бурмаларида сифилитик хордит ривожланиб, у қизарган шиллиқ пардадан бўртиб турувчи якка ёки қўшилиб кетган тузилмалар шаклида намоён

бўлади. Иккиламчи захмда ларингит ривожланиб, ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг турли майдонларида кичик, аммо аниқ чегарага эга юзаки жаралар пайдо бўлади. Жаралар даҳлиз майдонида жойлашганда беморда дисфагия, овоз бурмаларида жойлашганда – дисфония кузатилади.

Захмга қарши даволаш тадбирлари ўз вақтида ўтказилмаган ҳолларда захм ларингити ҳиқилдоқ торайишига олиб келиши мумкин.

Касалликнинг *учламчи даврида* юқори нафас йўлларининг захми юмшоқ ва қаттиқ танглай, тил, бурун бўшлиғи, ҳалқумнинг орқа деворида жойлашган ва биров оғрийдиган қизил гумма инфильтратлари пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Гумма инфильтрати тез парчаланиб ва жараланиб, тоғай ва суяк тўқималарни емиради. Гумма кратерсимон ва чуқур, туби йиринг ва тўқима қолдиқлари билан тўлган яра бўлиб, унинг чети зич инфильтрат билан чегараланиб кескин тубига ўтади.

Гумма бурун тўсиғида жойлашганда уни тешади, димоғ суягининг юқори бўлимлари ва бурун қанотларининг тоғайлари емирилганда буруннинг шакли ўзгаради (эгарсимон бурун), оғир ҳолларда бутунлай емирилади, жойида учбурчак очиқ тешик ҳосил бўлади (бурун тўсиғи бўлмаган, чиғаноқлари емирилган бурун бўшлиғи).

Гумма жараёни чуқурлашган сари юмшоқ танглай, танглай равоқчалари ва тил чегарасида жойлашган жаралар туфайли тўқималар емирилади, жойида нурга ўхшаган дағал чандиқлар ҳосил бўлади. Танглайнинг юмшоқ пардаси ҳалқумнинг орқа деворига ёпишиб бурунҳалқумнинг чандиқли торайишига сабаб бўлади. Гумма қаттиқ танглайда жойлашганда суяк тўқимасини емиради, оғир ҳолларда - оғиз ва бурун бўшлиқлари ораси тешилиб беморда манқаланиш ва овқат парчаларини бурун бўшлиғига кириши кузатилади. Гумма жараёни ҳалқумнинг орқа деворида жойлашганда, бу ерда соғлом

тўқимадан зич инфильтрат билан чегараланган туби йирингли-некротик қараш билан тўлган яра, кейинчалик нурга ўхшаш ботиқ чандиқ ҳосил бўлади.

Захмининг учламчи даврида гумма инфильтратлари ҳиқилдоқни ҳам зарарлайди. Инфильтратлар юмшаб, парчалангандан сўнг соғлом тўқимадан кескин чегараланган ва яллиғланиш майдони билан ўралган туби ёғли гумма яраси пайдо бўлади. Яра чуқурлашган сари беморда ларингохондроперихондрит, хондрит ва ҳиқилдоқ торайишлари белгилари ривожланади.

МОХОВ касаллиги жуда кам учрасада, у ҳозиргача йўқотилгани йўқ. Касалликни мохов микобактерияси қўзғатади. Мохов билан оғриган бемор ягона инфекция манбаи ҳисобланади. Инфекция ҳаво-томчи йўл орқали тарқалади. Мохов - эндемик, камюқумли касаллик бўлиб, бемор билан узоқ йиллар бирга яшаган шахсларда, масалан, эр-хотинларда учрайди.

Моховда морфологик ўзгаришлар икки шаклдаги гранулемалар билан намоён бўлади – мохов гранулемаси (LN) ва сил гранулемаси (ТТ). Бундан ташқари оралиқ шакллари ҳам учраши мумкин. Мохов гранулемаси оғир, сил гранулемаси шакли нисбатан енгилроқ кечади. Мохов касаллигининг инкубация даври 4-6 йилдан 10-20 йилгача чўзилиши мумкин.

Моховнинг клиник белгилари хилма-хиллиги билан ажралиб туради. Жараён терига, юқори нафас йўллариининг шиллиқ пардасига, периферик асаб тизимига, кўриш аъзосига тарқалади. Ички аъзоларда дистрофик ўзгаришлар пайдо бўлиб, беморда эндокрин, қон ишлаб чиқариш ва лимфа тизимлари зарарланади.

Мохов жараёни кўпроқ юқори нафас йўлларида, юз ва асосан бурунда жойлашади. Бурун ифекция кириш майдони ҳисобланиб, мохов гранулемасида у биринчи бўлиб зарарланади. Касалликнинг *бошлангич даврида* бурун тўсиғи, бурун туби ва пастки чиғаноқлар олд учининг шиллиқ пардаси қизаради. Қизариш узоқ давом этмай, тез орада рангсизланади. Шиллиқ парда юзида тепача ва тугунчалар ҳосил бўлганлиги сабабли у доначали бўлиб кўринади. Кейин кичик эрозиялар пайдо бўлиб, тугунчалар ярага айланади. Қуюқ ажралма кўрингандан сўнг бурун бўшлиғида жигарранг-қора бадбўй қалоқлар ҳосил бўлади. Қалоқлар олиб ташланганда, уларнинг ости қонайди. Бемор бурнидан қон оқишига, аносмия, бурун орқали нафас олиши қийинлашганига шикоят қилади. Бурун даҳлизининг териси ва шиллиқ парда орасидаги чегарада чандиқ ҳосил бўлади. Чуқур яллиғли инфильтрация ва иккиламчи инфекциянинг қўшилиши натижасида бурун тўсиғи олд қисмининг шиллиқ пардаси аста-секин емирилади. Бурун тўсиғининг тоғайлари емирилиб сўрилади. Бурун тўсиғи билан бирга бурун чиғаноқларининг шиллиқ пардаси ҳам емирилади.

Бир вақтнинг ўзида жараён ташқи бурун терисига ҳам тарқалиб, терида ривожланган инфильтрация туфайли у мисранг-қўқимтир рангли бўлади, қон томирлари қўзга ташланиб туради, кейинчалик қон томирлар эктазияси юзага

келади. Бурун қанотлари ва бурун учи қалинлашади, лепромаларнинг қўшилиши натижасида ушбу майдонда йирик тугунлар пайдо бўлади. Лепрома ва тугунлар яраланиб, қисқа вақт ичида чандиқлар ҳосил қилади, натижада бурун қанотлари ва бурун учининг шакли ўзгаради. Беморнинг бурни чўкади, унинг териси бужмаяди, шиллиқ пардасида чандиқлар ҳосил бўлади, цилиндрик эпителийнинг ўрни ясси эпителий билан алмашади. Моховда бурун нуқсонлари жуда ўзгарувчан бўлиб, касаллик авж олганда янги лепромалар пайдо бўлиши, эски лепромаларни яраланиши ва қайта чандиқланиш жараёни кузатилади.

Моховда кўпинча буруннинг тоғай қисми емирилади ва у шу белги билан бурун захмидан фарқ қилади, баъзан суяк тўқималарининг сўрилиши кузатилади. Айрим ҳолларда бурун тўсиғи суяк қисмининг нуқсонлари ва бурун чиғаноқлари суягининг атрофияси кузатилади. Лепромали моховда жараён албатта лабларга ҳам тарқалиб, у ердаги лепрома ва инфильтратлар яраланиб, чандиқлар ҳосил қилади. Юқори лаб айниқса кўп зарарланади; яраларни чандиқланиши натижасида у юпқалаши, бужмаяди, беморнинг оғиз тешиги торайиши ҳисобига нутқи бузилади, баъзан лаблари шишиб ва буралиб милкларга ёпишиб қолади.

Ҳозирги замон даволаш тадбирлари туфайли ҳалқум ва ҳиқилдоқ мохови жуда кам учрайди. Жараён юз асаб толасига тарқалганда беморда юз асаб толаси фалажи ривожланади.

Мохов билан касалланган барча беморларда кулоқ супрасининг ўзгариши кузатилади. Лепромалар кўпинча кулоқ юмшоғи ва гажак соҳасида жойлашади. Инфильтратлар туфайли кулоқ супраси катталашиб, териси бужмаяди, чандиқланади, кулоқ солинчаси осилиб қолади. Оғир ҳолларда кулоқ супрасининг тоғайи емирилиб, турли нуқсонлар юзага келади.

Таъхис. Моховни ўз вақтида аниқлаш касалликни тарқалишини олдини олишга ёрдам беради, тиббий ва реабилитация тадбирлари яхши самара бериб, даволаш муддати қисқаради. Эндемик ўчоқларда аҳолини оториноларинголог кўригидан ўтказиш моховни ўз вақтида аниқлашга ёрдам беради, чунки бурун бўшлиғи шиллиқ пардасидаги ўзгаришлар мохов тошмаларидан анча олдин пайдо бўлади. Мохов касаллигига шубҳа туғилганда бемор дарҳол дерматолог кўригига юборилади.

Даволаш. Моховга қарши сульфон дори воситалари қўлланади: диафенил сульфон, солюсульфон, рифампицин, лампрен, этионамид ва бошқалар. Мохов билан оғриган беморга мужассамлашган даволаш тадбирлари ўтказилади.

ЛОР – КАСАЛЛИКЛАРДА МЕҲНАТ ЭКСПЕРТИЗАСИ

Аҳолини иш билан таъминлашдан олдин уларни тиббий кўрикдан ўтказиш, поликлиника шароитида беморларни қабул қилиш, ишчи ходимларни тиббий кўрикдан ўтказиш, касаллик варақасини очиш, беморларни клиник-эксперт комиссияга ва тиббий-ижтимоий экспертизага юбориш меҳнат экспертизаси ишларининг асосий босқичлари ҳисобланади.

Беморнинг меҳнатга лаёқатини аниқлашда нафақат асосий касаллик, балки бутун организмнинг ҳолати эътиборга олинади. Даволовчи врач беморнинг вақтинча меҳнатга лаёқатсизлигини экспертиза қилиб, бирламчи ҳужжатларда унинг шикоятларини, касаллик тарихини ва умумий аҳволининг объектив кўрсаткичларини ёритади.

Ташхисда аъзо ва тизимлардаги физиологик фаолиятларнинг бузилиш даражаси, асоратларнинг оғирлиги ифодаланади. Врач ўз ҳулосасида меҳнатга лаёқатсизлик муддатини белгилаб, асосий ва йўлдош касалликларни ҳамда уларнинг асоратларини кўрсатади, кейинги кўрикларда касалликнинг кечимини, ўтказилган даволаш тадбирларининг самарасини таҳлил қилиб, меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини тугатиш ёки узайтириш масаласини ҳал қилади.

ЛОР-касалликларда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатлари:

Ангина ва сурункали тонзиллит хуружнинг маҳаллий белгилари ва бошқа ички аъзоларнинг (юрак-қон томир тизими, нафас аъзолари ва буйрак) ўзгаришлари билан кечади. Ташхис қўйишда анамнез маълумотлари, шикоятлари, беморнинг тана ҳарорати, ҳалқумдаги маҳаллий ўзгаришлар, юрак-қон томир тизимининг ҳолатини, қон ва сийдик таҳлиллари натижалари ҳисобга олинади. Касалликнинг турли босқичларида бемор аҳволини тўғри баҳолаш ва меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлаш учун юқорида қайд этилган барча маълумотлар инобатга олинади.

Муртақлар ва ҳалқумдаги ўзгаришларсиз “ангина” ташхиси қўйилмайди. Беморда ангинанинг у ёки бу шаклини (катарал, лакунар, фолликуляр) аниқланиши вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлик муддатига таъсир кўрсатмайди. Ангинанинг барча шаклларида кузатилган танглай муртақларининг қизариши ва маҳаллий лимфаденит касалликнинг бошқа белгиларига қараганда кўпроқ давом этади (2-4 ҳафта), аммо бу касаллик варақасини узайтиришга асос бўла олмайди. Ангинада танглай муртақларининг яллиғланиши билан бирга кўпгина аъзоларнинг фаолияти ҳам бузилади ва уни тикланиши камида 6 кун давом этади. Баъзан касаллик 5-9 кун давом этиши мумкин. Ангина паратонзилляр хуппоз асорати билан кечганда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддати 8-12 кунга узайтирилади.

2010 йил Ўзбекистон оториноларингологларининг III съездида қабул қилингандек танглай муртақларини антисептик эаритмалар билан ювиш, муртақ безлари проекцияси соҳасига тери остига антибиотикларни лимфотроп усулда юбориш тавсия этилди. Натижада оддий ангина билан оғриган

беморларда тана ҳароратини меъёрлашиши, умумий аҳволини енгиллашиши кузатилиб, ананавий консерватив даволаш тадбирлари билан бирга унинг соғайиши анча тезлашади.

Бурун жароҳатлари. Беморда бурун жароҳатига хос белгилар - шиш, оғриқ, бурун соҳасида ва юзда қонталашлар пайдо бўлиши, бурундан қон оқиши, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши кузатилади. Бурун суяқларининг синишида синиш чизиғи калла суягининг олд чуқурчасига тарқалганда бурундан орқа мия суюқлиги оқади.

Бурун ва бошқа аъзолар жароҳатларда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлашда “Фуқароларнинг вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлигини тасдиқловчи ҳужжатларни бериш тартиби тўғрисидаги” буйруқдан фойдаланилади. Меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлашда бурун жароҳатининг қай даражада мураккаблиги, калла суяги асосига ва юз скелетига тарқалганлиги, ривожланган асоратлари эътиборга олинади. Бурун жароҳати фақат юмшоқ тўқима билан чегараланиб, кам миқдорда қон оқиши билан кечганда буруннинг нафас олиш фаолияти 3-4 кунда тикланади.

Вазомотор ринит. Вазомотор ринит билан оғриган бемор касалликнинг хуружида 3 кунга ишдан озод этилиши мумкин.

Бурун ёндош бўшлиқларининг бирортасини алоҳида ўткир яллиғланиши катталарда кам учрайди, лекин ёш болалар амалиётида барча бурун ёндош бўшлиқларини (пансинусит) ёки бир томонлама (гемисинусит) яллиғланишлари кўп учраши туфайли уларни алоҳида-алоҳида эмас, балки ҳаммаларини комплекс даволаш масаласини ҳал этиш хусусида ўйлаш лозим. Аммо сурункали синуситларни алоҳида яллиғланиш ҳоллари нисбатан кўпроқ учрайди. Шунинг учун уларни замонавий даволашда самарали усуллардан кенг фойдаланиш (Проец усулини кунига 2-3 маҳал қўллаш, 0,6 мм ли ўмров ости зонди билан зондлаб, ювиб, бўшлиқ ичига антисептик дори воситаларни киритиш, ЯМИК катетеридан самарали фойдаланиш ва ниҳоят, бурундан ҳавони кескин чиқариш машқини беморларга ўргатиб, уни кунига 300-400 марта ва ундан ортиқроқ бажаришни қилиш) ижобий самара беради.

Ўткир гайморит. Организм ҳимоя кучи пасаймаган ва даволаш муолажалари тўғри бажарилганда ўткир гайморит белгилари 6-9 кунда бартараф этилади. Шу вақт ичида бурун бўшлиғидаги йирингли ажралма йўқолиб, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши камаёди, бурун орқали нафас олиш тикланиб, беморнинг умумий аҳволи яхшиланади.

Ўткир фронтитда даволаш муолажалари тўғри ўтказилишига қарамасдан соғайиш учун гайморитга нисбатан кўпроқ вақт талаб этилади. Ўткир асоратсиз фронтитда бемор 7-10 кун давомида меҳнатга лаёқатсиз деб топилади.

Ўткир этмоидит. Ғалвирсимон лабиринт катақларининг ўткир яллиғланиши кўпинча ўткир гайморит, фронтит ва сфеноидит билан бирга кечади. Шу сабабдан беморнинг меҳнатга лаёқатсизлиги юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда ҳал қилинади. Кўз косаси ва калла ичи асоратлари ривожланганда

меҳнатга лаёқатсизлик муддати офтальмолог, нейророжарроҳ ва невропатологлар билан бирга бажарилган жарроҳлик амалининг ҳажми ва асоратнинг оғирлигига қараб белгиланади.

Ўткир сфеноидит. Ўткир сфеноидит билан оғриган бемор 5-7 кун давомида меҳнатга вақтинча лаёқатсиз деб топилади. Ноқулай меҳнат шароитида ишлайдиган ишчилар учун бу муддат 10-12 кунга узайтирилади.

Бурун ёндош бўшлиқларининг сурункали яллиғланишида ҳар бир хуруж даврида бемор 7 - 9 кун давомида меҳнатга вақтинча лаёқатсиз деб ҳисобланади, жарроҳлик амали бажарилганда ушбу муддат 14 кунга узайтирилади.

Бурун ва юқори лаб чипқони. Бурун ва юқори лаб чипқонида яллиғланиш жараёни юз веналари орқали бош миянинг қаттиқ пардаси вена бўшлиқларига тарқалиши мумкин. Калла ичи ва умумий асоратларни инобатга олган ҳолда бемор 6-10 кун давомида шифохона шароитида даволанади.

Ўткир ларингит. Касаллик юқори нафас йўллари яллиғланишида ривожланиб, баъзан трахея шиллиқ пардасининг яллиғланиши билан бирга кечади. Ўткир ларингитларни даволашда Н.Х.Воҳидов самарали фойдаланган лимфотроп усулда антибиотик ва гидрокортизонни log. conicum соҳасига тери остига юборишни амалиётда қўллаш яхши самара беради. Даволаш тадбирлари тўғри олиб борилганда у 4-7 кун давом этади.

Ҳалқум, қизилўнгач ва нафас йўллариининг кимёвий куйиши. Ҳалқум, ҳиқилдоққа кириш жойи ва қизилўнгачнинг кимёвий куйиши баъзан организмнинг оғир захарланиши ёки ўлим ҳолатига олиб келувчи асоратларни ривожланиши билан кечиб, беморни ногиронлигига сабаб бўлади. Бундай беморлар шифохонага ётқизилади. Касалликнинг дастлабки кунларида улар соматик бўлимда, 5-7 кундан сўнг оториноларингология бўлимида даволанадилар. Даволаш пайтида (30-45 кун) бемор меҳнатга лаёқатсиз ҳисобланади.

Нафас йўллари ва ҳалқум ёт жисмлари. Бурун бўшлиғидан ёт жисмини чиқариб олиш қийин эмас. Ёт жисм чиқариб олингандан сўнг бемор меҳнат фаолиятига қайтарилади. Йирик ринолит ёки юз тўқималари орқали бурун ва бурун ёндош бўшлиқларига тешиб кирган ёт жисм жарроҳлик усулда олиб ташланади. Бунда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддати жарроҳлик амалининг ҳажмига қараб 12-18 кунни ташкил қилади.

Ҳиқилдоқда тиқилиб қолган ёт жисм бевосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ қисқичлари ёрдамида чиқариб олинади, 1-3 кундан сўнг бемор меҳнат фаолиятига қайтади.

Бронхлар ва трахея ёт жисмлари трахеобронхоскопияда чиқариб олинади. Муолажа ортиқча жароҳатсиз ўтказилганда 4-5 кундан сўнг бемор иш фаолиятига қайтади. Ёт жисм бронхларда кўп вақт қолиб кетган ҳолларда бемор шифохона шароитида даволанади.

ЛОР-аъзоларида бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини белгилашда жарроҳлик амалининг ҳажми, беморнинг умумий аҳволи, бажарадиган иши, шифохонадан чиқарилгандан сўнг врач

назорати остида бўлиши эътиборга олинади. Даволовчи врач ана шуларни назарда тутиб, ҳар бир бемор учун меҳнатга вақтинча лаёқатсизликнинг аниқ муддатини белгилаб беради, бемор неча кун шифохона ёки ва уй шароитида даволаниши масаласини ҳал қилади. Бемор шифохонадан чиқарилгандан сўнгги 2-3 кун поликлинаика врачига мурожаат қилиши лозим.

Ҳозирги пайтда жарроҳлик амалларини такомиллашганини ҳисобга олиб ва антибактериал дори воситаларини юқори савиядалиги ва соғлиқни сақлаш тизимини реформа қилиниб, шифокорларнинг савиясини юқори даражага эришилганлигини инобатга олиб илгари ҳаддан зиёд меҳнатга лаёқатсизлик даражасини чўзишдан воз кечишга тўғри келади.

8-жадвал

Айрим ЛОР-касалликларда бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг беморларнинг вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик муддатлари

№	Жарроҳлик амалининг номи	Вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик	Оғир меҳнат билан шуғулланган шахслар
1	Бурун тўсиғи хўппозини очиш	3-7 кун	6-7 кун
2	Бурун тўсиғини кесиш	4-7 кун	7 кун
3	Конхотомия	6-8 кун	7-8 кун
4	Бурун суяқларини тўғрилаш	4-7 кун	7-10 кун
5	Гайморотомия	Зондлаб амулатория шароитида даволаш	Зондлаб амублатория шароитида даволаш
6	Фронтотомия	-"-	-"-
7	Сфеноидотомия	-"-	-"-
8	Аденоидэктомия	1-2 кун	
9	Тонзилэктомия	3-4 кун	6-7 кун
10	Паратонзилляр хўппозни очиш	3-5 кун	5-6 кун
11	Овоз бойлами фибромасини олиш	2-3 кун	
12	Трахеостомия	Беморнинг умумий аҳволига қараб турлича бўлиши мумкин	Беморнинг умумий аҳволига қараб турлича бўлиши мумкин
13	Хордотомия	-"-	-"-
14	Ҳиқилдоқ экстирпацияси	-"-	-"-
15	Калла ичи асоратида бажарилган жар-роҳлик амали	-"-	-"-

Касбий касалликларда меҳнат экспертизаси

Касб касалликларнинг тарқалиши тиббий кўриклардан олинган статистик маълумот асосида ўрганилади. Касб касаллигини тўғри аниқлаш ва беморнинг меҳнатга лаёқатини ҳал қилиш учун врач-эксперт меҳнат гигиенаси, касб касалликларининг кечимини яхши билиши лозим. Врачлик меҳнат экспертизаси комиссияси (ВМЭК) меҳнат экспертизаси масаласини ҳал қилишда даволаш муассасалари ва бошқа врачлик комиссияларга қуйидаги тавсиялар берилади:

1. Касб касаллигининг бошланғич босқичида аъзо ва тизимларда ўзгаришлар кузатилмаса (масалан, шовқин шароитида ишлаган ишчининг эшитиш қобилияти бироз пасайганда) беморга поликлиника шароитида даволаниш тавсия этилади. Ноқулай шароитда ишламаслик ёки оториноларинголог назорати остида олдинги ишида қолдириш масаласи ҳал қилинади. Касб касаллиги туфайли меҳнат қобилияти вақтинча пасайган беморга 2 ойга касаллик варақаси очилади ва у вақтинча бошқа ишга ўтказилади.

2. Сурункали касб касалликларда бемор поликлиника ёки шифохона шароитида даволаниши учун вақтинча ишдан озод этилади (масалан, бурун тўсиғи шиллиқ пардасининг эрозияси аниқланганда). Кейинчалик беморнинг меҳнатга лаёқати патологик жараёни тикланишига қараб ҳал қилинади.

3. Меҳнат лаёқатини йўқотилиши ёки пасайишига олиб келган айрим аъзо ва тизимлар фаолиятининг бузилиши билан кечган касб касалликларининг оғир шаклларида бемор олдинги ишдан бутунлай озод этилиб, касб касаллиги бўйича ногиронлик гуруҳини белгилаш учун тиббий экспертиза комиссиясига юборилади.

Ноқулай ишлаб чиқариш шароитида меҳнат қилган ишчиларни мавсумий тиббий кўриклардан ўтказиш касб касалликларни олдини олишга ёрдам беради.

Мавсумий тиббий кўриклар. Мавсумий тиббий кўрикларнинг асосий вазифаси касб касаллигининг бошланғич белгиларини ўз вақтида аниқлаш ва ноқулай иш шароитида меҳнат қилган ишчилар соғлигини кузатиб боришдан иборат. Клиник текширув натижалари ва физиологик фаолиятни текшириш синамалари касб касалликларини аниқлашга ёрдам беради.

Бундан ташқари, мавсумий тиббий кўрикларда касб касалликларни авж олишига сабаб бўлган йўлдош касалликлар ҳам аниқланади.

Оториноларингологияда касб касалликлари экспертизаси.

Экспертиза қилишдан олдин ЛОР-аъзодаги патологик ўзгаришлар касб касаллиги гуруҳига кириши аниқланади. Бунинг учун врач касб касалликлар рўйхати ва ундан фойдаланиш ҳақидаги буйруқни яхши билиши лозим. Корхонада санитария-гигиеник шароит бузилганда алоҳида цех ёки корхона ишчилари орасида умумий касалликлар сони кўпаяди.

Қулоқ, томоқ ва буруннинг касб касалликлари меҳнат гигиенаси билан чамбарчас боғлиқ. Ишлаб чиқариш корхоналарида инсон саломатлигига зарар

етказувчи омилларнинг сифати ва миқдори аниқланади. Саноат чанги ва турли заҳарли кимёвий моддалар таъсирида ривожланган ЛОР-аъзолари касалликлари кўпинча куйдирувчи, канцероген ва сенсibiliзацияловчи моддалар билан ишлаш натижасида ривожланади. Бундай ноқулай меҳнат шароитида ЛОР-аъзоларининг айрим ўткир ва сурункали касалликлари ривожланиши мумкин.

Ўткир касалликлар кимёвий-токсик моддаларнинг (хлор, аммиак, фосген, диметилсульфат) маълум миқдордаги концентрацияси таъсирида пайдо бўлади. Назофаринголаринготрахеитда шиллиқ парда қизариб, буруннинг пастки чиғаноқлари ва овоз бурмалари шишсада, аммо бу белгилар беморнинг меҳнат қобилиятига таъсир кўрсатмайди. Юқорида қайд этилган заҳарли моддаларнинг миқдори купайганда эса унда касалликка хос ўзгаришлар, яъни ЛОР-аъзолари шиллиқ пардасининг қизариши, чўмичсимон тоғайлар ва даҳлиз бурмаларининг некрози ривожланади. Бундай ҳолларда беморнинг меҳнатга вақтинча лаёқатсизлиги 4-6 ҳафтага чўзилиши мумкин. Касалликка хос ўзгаришлар бартараф этилгандан сўнг эса у ишлаб турган корхонасида ишни давом эттириши мумкин. Касаллик асоратлар билан кечганда бемор 2 ой давомида бошқа ишга кўчирилади.

Аллергозлар. Кимё корхоналарида ишлатилган заҳарли моддалар инсон организмга ҳаво орқали киради ва биринчи навбатда ЛОР-аъзоларининг шиллиқ пардасига салбий таъсир кўрсатади. Аллергик касалликларда меҳнат экспертизаси масаласи касаллик қайси аъзода жойлашганлиги, унинг давомийлиги, клиник белгилари, беморнинг касбини эътиборга олган ҳолда ҳал қилинади.

I. Ҳалқум ва бурун бўшлиғи кимёвий аллергиясининг яширин шаклида, кимёвий аллергиялар билан ўтказилган эндоанал тест динамикасида умумий аллергия реакциялар кузатилмаганда ишчи ўз касби бўйича ишини давом эттириши мумкин. Врач бундай беморларни бир йилда бир марта текшириши ва гипосенсибилизация тадбирини ўтказиши лозим.

II. Кимёвий моддалар таъсирида ривожланган аллергия ринитлар бошланғич босқичда касб касаллиги сифатида баҳоланиб, бемор 2 ой давомида бошқа ишга кўчирилади.

III. Аллергик жараён бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, ҳалқум ва ҳиқилдоққа тарқалганда, касалликнинг клиник белгилари кучайиб, даволаш тадбирлари самара бермаган ҳолларда бемор узоқ муддатга бошқа ишга кўчирилади. Бундай беморларни врач 6 ойда бир марта кўриқдан ўтказиб, гипосенсибилизация тадбирини буюради.

IV. Бронхоспазм билан кечган аллергияда ВМЭК тавсияси билан беморнинг меҳнат фаолияти чекланади. Бемор иш ҳақи кам бўлган бошқа ишга кўчирилиши, илгари ишлаган корхонаси эса унга қўшимча иш ҳақи тўлаши лозим.

Ү. ЛОР-аъзолари аллергозлари тери (дерматит, экзема) ёки ўпка аллергозлари (астматик бронхит, бронхиал астма) бирга кечган ҳолларда беморнинг меҳнат фаолияти чекланиб, унга ВМЭК номенклатураси бўйича III гуруҳ ногиронлиги белгиланади.

ЛОР-АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ

Диспансер назоратининг асосий мақсади патологик ўзгаришларни мумкин қадар эрта аниқлаш ва даволаш-профилактика тадбирлари ёрдамида кейинги ривожини олдини олишдан иборат.

Оториноларингологияда ўтказиладиган диспансер назоратининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

- 1) сурункали ва қайталанувчи касалликлар билан оғриган беморни ўз вақтида аниқлаш;
- 2) аниқланган беморларни фаол даволаш ва кузатиб бориш;
- 3) касалликнинг сабабини аниқлаб, соғломлаштириш тадбирларини ўтказиш;
- 4) олиб борилган даволаш-профилактика ишларининг натижасини баҳолаш.

Диспансер назорати уч босқичда амалга оширилади.

I-босқичда оториноларинголог диспансер назоратига мухтож бўлган беморларни топиб, уларни гуруҳларга ажратади, зарур бўлган даволаш-профилактик тадбирлар ва кузатувлар режасини тузади.

Оториноларинголог беморларни мактабгача ва мактаб ёшидаги ўтказилган профилактик кўрикларда (фаол усул), амбулатория ёки уй шароитида (пассив усул) беморни текширганда рўйхатга олади. Кейин рўйхатга олинган беморларни гуруҳларга ажратади:

- I - гуруҳ - соғлом шахслар;
 - II - гуруҳ - амалда соғлом бўлган шахслар;
 - III- компенсация босқичидаги касалликлар билан оғриган беморлар;
 - IV- субкомпенсация босқичидаги касалликлар билан оғриган беморлар;
 - V - декомпенсация босқичидаги касалликлар билан оғриган беморлар;
- Диспансер назорати қуйидаги 3 босқичдан иборат:

I-босқичда диспансер назорати остига олинган беморларга тиббий ҳужжатлар тўлдирилади, даволаш-профилактик тадбирларининг режаси тузилади. Ҳар бир беморнинг индивидуал амбулатория дафтарчасига “Д” белгиси ва касалликнинг шифри белгиланади. Бундан ташқари ҳар бир беморга “Диспансер назорати варақаси” тўлдирилади. Варақага беморни кўздан кечириш ва соғломлаштириш тадбирларининг режаси тузилади ва муддати белгиланади.

II-босқичда диспансер назорати остига олинган беморларни кузатиш ва даволаш тадбирлари режа асосида амалга оширилади. Бу босқичда врач фаол ҳаракат қилиб, диспансер назорати остига олинган беморларга алоҳида вақт ажратади, уларни ўз вақтида кўздан кечиради, даволаш тадбирларини буюради, ота-оналари билан суҳбат ўтказади. Бу ишлар кўпинча баҳор ва кузда бажарилади (март - апрел ва сентябр-октябр ойларида), чунки кўпгина сурункали касалликлар айна шу пайтда авж олади.

III-босқичда ўтказилган даволаш-профилактик ишларнинг сифати баҳоланади. Бунда қуйидаги кўрсаткичлар ҳисобга олинади:

- 1) диспансер назоратининг ҳажми;
- 2) беморларни диспансер назорати остига тўлиқ олиниши;
- 3) даволаш-профилактика ишларини тўлиқ бажарилиши.

Диспансер назоратининг самараси касалликни авж олиши ёки яхшиланиши, ўзгаришсиз қолиши, оғирлашиши каби кўрсаткичлари билан баҳоланади.

Диспансер назорати остига олинадиган касалликлар.

Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган ҳар 100 болалар орасида 0,3 - 0,75 % ҳолларда учрайди. Эпидемиологик мезотимпанит калла ичи асоратларига олиб келиши мумкин, шунинг учун бундай беморлар қулоғида жарроҳлик амали ўтказилади. Агар ота-онаси операцияга розилик бермаса, унда улар диспансер назорати остига олиниб, 3-4 ойда бир марта назорат кўригидан ўтказилади ва даволанади.

Қайталанувчи ўрта отит, экссудатив ўрта отит, сурункали йирингли мезотимпанит ва адгезив ўрта отит паст эшитишликка сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун бундай беморлар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтказилади ва даволанади.

Жарроҳлик амалидан сўнг трепанация бўшлиғи йиринглаган беморлар доимий равишда оториноларинголог назорати остида бўлиши лозим. Яллиғланиш жараёни камайгандан сўнг улар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтказилади.

Сенсоневрал паст эшитишлик билан оғриган беморлар (невринома ташхиси инкор этилгандан сўнг) доимий кузатув ва даволанишга муҳтож. Улар бир йилда 1-2 марта кўриқдан, акуметрия, аудиометрия текширувларидан ўтказилади, махсус мактаб-интернатларга юборилади; баъзан эшитув протезлари тавсия этилади.

Бурун ва бурун ёндош касалликларидан сурункали ринит, сурункали синусит кўп мактаб ўқувчиларида аниқланган. Сурункали синусит билан оғриган беморларда кўз косаси, калла ичи ва ўпка асоратлари ривожланиш хавфи бўлганлиги туфайли улар диспансер назорати остига олинади. Буруннинг сурункали касалликлари боланинг жисмоний ва ақлий ривожланишига, бошқа аъзолардаги йўлдош касалликларнинг кечимига салбий таъсир этади, шунинг учун тегишли даволашдан сўнг бундай беморлар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтишлари лозим. Буруннинг аллергия касалликлари билан оғриган беморлар ҳам диспансер назорати остига олинади ва алерголог маслаҳати уюштирилади. Кузатув муддати ҳар бир беморга индивидуал равишда белгиланади.

Ҳалқум касалликларидан сурункали тонзиллит болаларда кенг тарқалган. С.А.Ҳасанов ва ҳаммуаллифлар (1990) мактаб ёшидаги болаларнинг 16% да сурункали тонзиллит аниқлашган. Сурункали тонзиллитнинг компенсация шакли билан оғриган болалар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтказилади ва даволанади. Агар ангиналар 2 йил давомида қайталанмаса ва касаллик

белгилари йўқолса ёки тонзилэктомия жарроҳлик амали бажарилган бўлса, унда бемор 6 ойдан сўнг диспансер назоратидан чиқарилади.

Сурункали назофарингит ва аденоидитлар беморларда ўпка ва қулоқ касалликларининг ривожига олиб келади. Бундай беморларнинг кўпчилиги аденотомия жарроҳлик амалидан сўнг соғайиб кетади. Жарроҳлик амали ёрдам бермаган ҳолда улар диспансер назорати остига олиниб, бир йилда 2 - 4 марта даволанади.

Ҳақилдоқ касалликлари бошқа ЛОР-аъзолари касалликларининг 3% ташкил қилади. Деканюляция ва давомли интубацияни бошдан кечирган беморлар, канюляташувчилар, ҳақилдоқ папилломаси ва ўсмалари, қайтувчи асаб толаси фалажи билан оғриган беморлар доимий диспансер назорати остига олиниши ва айримларига ногиронлик гуруҳга ўтиш тавсия этилади.

Ҳақилдоқ торайишининг субкомпенсация босқичи қайд этилган беморлар бир ойда 1 марта кўриқдан ўтказилади, зарур бўлганда улар шифохонага ётқизилади. Торайишнинг компенсация босқичида болалар тўрт ойда 1 марта кўриқдан ўтказилади. Ҳақилдоқнинг нафас ва овоз чиқариш фаолияти тўлиқ тикланмагунча беморларга ногиронлик гуруҳи берилади.

Айрим ҳолларда кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда юқори нафас йўллари касалликлари билан оғриган бемор даволаниши учун сиҳаттоҳларга юборилади.

6-Ҳадвал

Оториноларинголог диспансер назорати остида бўлган беморларни кузатиш тартиби

Нозологик бирлик	Назорат вақти	Бошқа мутахассислар кўриги	Лаборатория ва бошқа текширувлар номи, муддати	Асосий даволаш ва соғломлаштириш тадбирлари	Диспансер назоратининг самарасини баҳолаш мезонлари
1	2	3	4	5	6
1.Сурункали тонзиллит (токсик - аллергик шакли) (Дш)	1 йилда 2 марта	1 йилда 2 марта терапевт, ревматолог кўриги, кўрсатма бўйича стоматолог кўриги	Сийдик таҳлили 1 йилда 2 марта, аллерголоик текширув 1 йилда 1 марта; кўшимча текширувлар мутахассис кўрсатмасига асосан	Жарроҳлик даволаш усули; қарши кўрсатмаларда - сурункали тонзиллитнинг оддий шаклида ўтказиладиган дорилар билан даволаш ва физиотерапия муолажалари	Юрак-қон томир, буйрак ва бошқа аъзолар томонидан асоратлар йўқлиги, қайталанишини камайиши, вақтинча ишга лаёқатсизлик йўқлиги
2.Бурун орқали	1 йилда 1 марта		Бурун ёндош бўшлиқлари-	Шунга ўхшаш	Касаллик авж олмаганлиги,

нафас олиш бузилмаган ва ўрта қулоқда ўзгаришсиз кечган аденоидлар ва муртақлар гипертрофиясининг I-II даражаси			нинг рентгенографияси, компьютер томографияси		меҳнатга лаёқатсизликни йўқлиги, жарроҳлик амалидан сўнг соғайиш
3.Сурункали қайталанувчи синусит (Дш)	1йилда 1 марта	Кўрсатмага асосан бошқа мутахассислар кўриги	Кўрсатмага асосан бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси, компьютер томографияси, қон ва сийдик таҳлили, аллергологик текширувлар.	Бўшлиқларни зондлаш, тешиш, жарроҳлик амалидан сўнг юқори жағ бўшлиғини ювиш, бурун чиганоқлар шиллиқ пардасига дорилар юбориш, бурун чиганоқлари вазотомияси ва криожарроҳлик амали, полипотомия, физиотерапия муолажалари	Клиник кўрсаткичларнинг яхшила ниши, меҳнатга лаёқатсизлик йўқлиги
4.Сурункали гайморитнинг ремиссия даври	Кўрсатмага асосан		Кўрсатмага асосан	Жисмоний тарбия билан шуғулланиш, организмни чиниқтириш, ЎРВК ва шамоллашни олдини олиш	Касаллик хуружи кузатилмаслиги ва меҳнатга лаёқатсизликни йўқлиги
5.Нокулай ва асоратлар билан кечган ҳамда овоз касб эгаларидаги сурункали ларингитлар, ринофарингитлар	1 йилда 1 марта		Кўрсатмага асосан ҳиқилдоқ рентгенографияси, компьютер томографияси, стробоскопия; қон ва сийдик таҳлили	Субатрофик ларингитда сангвиритрин, ретинол билан ишқорлиёғли ингаляциялар, ҳиқилдоқ ичига ёғларни юбориш; гипертрофик ларингитда – целлоидин ёки гуммизол билан ингаляция қилиш;	Соғайиш. Ремиссия муддатини чўзилиши. Клиник кўрсаткичларининг яхшиланиши. Овоз бурмалари стробоскопияси кўрсаткичларини меъёрлашуви.

				аллергик ринитда юқори жағ бўшлиғи пункцияси, унга гидрокортизон юбориш; гистаминга қарши дори воситалар, бурун ичига 1% ли гидрокортизон малҳами билан фонофорез қилиш; овоз касб эгаларига нафас ва овоз машқлари; тинчлантирувчи дорилар, спазмолитиклар, жадаллаштирувчи воситалар; антибиотик-лар ва кортикостероид дорилар билан ингаляция қилиш, витаминлар, аутотренинг, спазмолитиклар билан электрофорез, рефлексотерапия, кўрсатмага асосан микрожарроҳлик амали.	(Д II) гуруҳига кўчириш
6.Сурункали фарингит ва ларингит-нинг субатрофик шакллари (Д II)	Кўрсатмага асосан		Кўрсатмага асосан	Жисмоний тарбия билан шуғулланиш, организмни чиниқтириш, зарарли одатлар (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш) йўқотиш; пархез таомлар, ишқорли-ёғли ингаляциялар.	Касаллик авжи ва меҳнатга лаёқатсизлик йўқлиги

7.Ҳиқилдоқнинг саратон олди касалликлари (гипертофиларингит, сурункали хордит, контакт яралар, кератозлар, папилломатоз, гранулемалар, фиброматоз ва бошқ.) (Дш)	Индивидуал тарзда бир йилда 3 марта	Кўрсатмаларга асосан мутахассислар кўриги	Кўрсатмага асосан ҳиқилдоқ рентгенографияси, компьютер томографияси ва биопсия, стробоскопия, қон ва сийдик таҳлили бир йилда 2 марта	Гранулема ва контакт яраларда-антибиотиклар билан ингаляция, гистаминга қарши дори воситалари, кўрсатмага кўра-жароҳлик даволаш усули. Папилломатозда жарроҳлик даволаш усули, кимё ва нур терапияси Сурункали ларингитларда-жарроҳлик амали, кимётерапия	Касаллик хуружини йўқлиги ёки камайиши. Анатомик тузилма ва ҳиқилдоқнинг физиологик фаолиятлари кўрсаткичларининг тикланиши
8.Ҳиқилдоқнинг сурункали торайишлари (чандикли, склерома, папиломатоз ҳиқилдоқ фалажи (шу жумладан трахея найчаси ташувчилар) (Дш)	1 йилда 2 марта	Терапевт (пульмонолог)-кўрсатма бўйича эндоскопист 1 йилда 2 марта; ҳиқилдоқ фалажида эндокринолог кўрсатма бўйича	Қон ва сийдик таҳлили, кўрсатма бўйича рентгенография, компьютер томография, эндофибротрахеоскопия ва стробоскопия	Тикловчи жарроҳлик амали (босқичма-босқич пластика қилиш), бужлаш, асосий касалликни дорилар билан даволаш, трахея-ҳиқилдоқ протезларини тўғри танлашни назорат қилиш, шу жумладан трахеостомия найчаларини ҳам, трахеостомани парваришлаш, шамоллашни олдини олиш, касб танлаш	Дш гуруҳига кўчириш
9.Сурункали ринитлар: гипертрофик, вазомотор, алергик (Дш)	1йилда 1-2 марта	Невропатолог, алерголог кўрсатма бўйича	Қон,сийдик таҳлили 1 йилда 1-2 марта Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси,	Организмни чиниқтириш. Сурункали гипертрофик ринитда вазотомия, криотаъсир ёки пастки бурун	Дг гуруҳига кўчириш

			компьютер томографияси, алергологик текширув кўрсатмага кўра	чиғаноқлари вазотомияси. Алергик ринитда десенсибилизация терапияси	
10. Табиий йўллар орқали компенсатор нафас билан кечган ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши (Дп)	1 йилда 1 марта	Терапевт, пульмонолог кўрсатма бўйича	Қон ва сийдик таҳлили. Кўрсатма бўйича ҳиқилдоқ рентгенографияси, компьютер томография	Касаллик хуружи даврида дорилар билан ингаляция, физиотерапия муолажалари, ҳиқилдоқ соҳасига калий йодид, лидаза билан электрофорез	Кортикостероидларни қўллаш, ўткир респиратор вирусли касалликлар билан касалланишни олдини олиш

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН АСОСИЙ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

Қулоқ, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, ҳалқум, ҳиқилдоқнинг ўткир ва сурункали касалликлари авж олган даврида беморларни даволашда асосан касалланган аъзода яллиғланиш жараёнини бартараф этишга ва унинг йўқотилган физиологик фаолиятини тиклашга ёрдам берувчи дорилар қўлланилади. Буларга қуйидаги гуруҳларга мансуб дорилар киради:

- 1. Антибиотиклар** - патоген микрофлорага бактериостатик ва бактериоцид таъсир қилади;
- 2. Сульфаниламид дорилари** - патоген микрофлорага бактериостатик таъсир кўрсатади;
- 3. Кортикостероидлар** - шишга, аллергияга, яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади;
- 4. Десенсибилизация дори воситалари** –гистамин рецепторларининг фаолиятини сўндиради, аллергия реакцияларни олдини олади ва яллиғланган тўқима шишини камайтиради;
- 5. Маҳаллий қон томирларини торайтирувчи дорилар** – бурун орқали нафас олиш фаолиятини, бурун ёндош бўшлиқлари табиий йўллариининг ўтказувчанлигини тиклайди;
- 6. Иммун тизимига таъсир кўрсатувчи дори воситалар, вакциналар;**
- 7. Муколитик дори воситалари** – шиллиқ безлар фаолиятини яхшилайдди, нафас йўлларидаги патологик ажралмаларни суюлтиради;
- 8. Фермент дори воситалари** – шиллиқ безлар фаолиятини яхшилайдди, нафас йўлларидаги патологик ажралмаларни суюлтиради;
- 9. Яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантириш таъсирига эга дори воситалар;**

Яллиғланиш жараёнини тўхтатади, бемор аъзоларида оғриқ сезгини камайтиради
- 10. Маҳаллий антисептик дори воситалари**-маҳаллий тўқимага таъсир қилиб, яллиғланишни , оғриқни камайтиради.
- 11. Маҳаллий оғриқсизлантириш таъсирига эга дори воситалари**-маҳаллий оғриқни камайтиради.
- 12. Витаминлар** - организмда модда алмашинувини, оксидланиш-кайтарилиш жараёнини яхшилайдди.

Бундан ташқари ҳалқум ва ҳиқилдоқ касалликларида беморга таркибига юқорида қайд этилган гуруҳ дорилари киритилган турли аралашмалар; ҳалқумни чайиш, ингаляция, ҳалқумни ювиш, ҳиқилдоқ ёриғига турли дори «коктейл»лар қуйиш учун тавсия қилинади. Яллиғланиш ўчоғини бартараф этиш мақсадида бир вақтнинг ўзида беморга физиотерапия даволаш тадбирлари ўтказилади.

1. Антибиотиклар

Антибиотиклар – турли микроблар гуруҳига бактериостатик ва бактериоцид таъсирга эга дори воситаларидир. Микробга қарши кимётерапия - микроорганизмлар қўзғатган юқумли касалликларни айнан шу микробга қарши таъсирга эга дори билан даволашдир. Кимётерапияда 3 асосий таркибий қисмлар бир-бирига ўзаро таъсир қўрсатади, яъни *микроорганизм - дори воситаси – макроорганизм*. Микроорганизмларга юқумли касалликларни қўзғатувчи бактериялар, риккетсиялар, вируслар, замбуруғлар ва оддий микроблар киради.

Бактерияларга қарши дори воситалари таркибига кимёвий тузилиши ва таъсир механизми турлича бўлган дорилар киради. Бундай дорилар бактерия ҳужайрасининг у ёки бу молекуласи ёки унинг ферменти билан бирикма ҳосил қилиш хусусиятига эга. Поликлиника шароитида оториноларинголог асосан оғиз орқали қабул қилинадиган антибиотикларни ишлатади. Бундан ташқари антибиотиклар эритма шаклида антисептиклар билан бирга бўшлиқ ичига ҳам юборилади. Оториноларингологияда асосан қуйидаги гуруҳ антибиотиклари қўлланилади: - β-лактамли (пенициллинлар);

- цефалоспориинлар;
- макролидлар;
- линкозаминлар;
- қўшма антибиотиклар.

1.1. Пенициллин гуруҳи дорилари (бета-лактамли антибиотиклари)

Ушбу гуруҳга биосинтетик, яримсинтетик ва синтетик дорилар киради. Улар грамм-мус-бат бактериялар (кокк флораси), айрим грамм-манфий ва грамм-мусбат таёқчалар қўзғатган юқумли касалликларни даволашда яхши самара беради.

Биосинтетик пенициллинлар:

Бензилпенициллиннинг натрий тузи: 250-500 000 ТБ флаконига эга оқ кукун билан тўлдирилган флаконлар. Мушак орасига, томир ичига юбориш ёки бўшлиқга киритиш учун эритма ҳолда қўлланилади. Пенициллиннинг калий тузи орқа мия суюқлиги ёки вена ичига юборилмайди!

Rp.: Benzylpenicillini – natrii 500 000 ТБ

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% стерил новокаин эритмасида эритиб 5 мл дан ҳар 4 соатда мушак орасига юбориш

Феноксиметилпенициллин (оспен): 0,1 ва 0,25 г таблеткалар, 0,1г дражелар. Бактерио-статик таъсирга эга. Овқатдан 30 дақиқа ёки бир соат олдин бир суткада 4-6 маҳал ичиш. Катталар учун бир мартали ўртача миқдори 0,25 г , суткали миқдори 1,5 г тенг. Бир ёшгача болаларга суткали миқдори 25-30 мг/кг, 1-6 ёшгача 15-30 мг/кг, 6-12 ёшгача 10-20 мг/кг, 12 ёшдан ошган болаларда 0,5 дан 1 суткада 3 марта.

Rp.: Phenoximethylpenicillini 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S.Икки таблеткадан кунига 4 маҳал ҳар 6 соатда
овқадан олдин ичиш.

Яримсинтетик пенициллинлар:

Оксациллин: яримсинтетик пенициллинлар гуруҳига киради, 0,25 - 0,5 г таблеткалар. Катталар ва 6 ёшдан ошган болаларга дорининг бир мартали миқдори 1г (суткали миқдори 3 г). 3 ойгача бўлган болаларга 200 мг/кг, 3 ойликдан -2 ёшгача бир суткада 1 г, 2 дан - 6 ёшгача бир суткада 2 г.

Rp.: Oxacillini 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S.Бир таблеткадан кунига 3-4 маҳал,
Ҳар 6-8 соатда овқатдан олдин ичиш.

Ампициллин тригидрат: 0,25 г таблеткалар; 0,25 г капсулалар; суспензия тайёрлаш учун флакондаги кукун. Яримсинтетик пенициллинлар гуруҳига мансуб кенг таъсир қўламига эга дори. Катталар учун бир марталик миқдори 0,5 г, суткали миқдори 2-3 г. Болаларга дори 100 мг/кг ҳисобидан буюрилади. Дори бир суткада 4-6 маҳал ичишга буюрилади. Аналоги **Росциллин:** флакондаги 0,5 г кукун эритмаси билан биргаликда ишлаб чиқарилади.

Rp.: Ampicillini trigidrati 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S.Икки таблеткадан кунига 4 маҳал
ҳар 6 соатда овқатдан олдин ичиш.

Ампициллин натрий тузи: 0,25 ва 0,5 г флаконлардаги кукун. 2 мл ампуладаги инъекция суви билан бирга ишлаб чиқарилади. Бурун ёндош бўшлиқларига киритиш ва ЛОР касалликларининг оғир кечимида мускул орасига юбориш учун қўлланилади.

Rp.: Ampicillini Natrii 500 000 ТБ

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% стерил новокаин
эритмасида эритиб 5 мл дан ҳар 4 соатда мушак
орасига юбориш

Ампиокс: ампициллин ва оксациллин натрий тузларидан иборат мураккаб антибиотик. Флаконларда 100, 200 ва 500 мг. Деярли барча микробларга қарши кенг таъсир қўламига эга. Ўткир ёки сурункали жараёнлар авжида турли бўшлиқларга киритиш ва 0,025 г капсулалар ичиш учун буюрилади. Катталарга суткали миқдори 2 - 4 г, 12 ёшгача болаларга 100 мг/кг.

Rp.: Ampioxii 500 000 ТБ

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% стерил новокаин
эритмасида эритиб 5 мл дан ҳар 4 соатда мушак
орасига юбориш

Амоксициллин; аналоглари **Оспамокс, Хиконцил:** 1,0 г таблеткалар, 0,25 ва 0,5 г. Капсулалар, суспензия тайёрлаш учун флакондаги кукун (5 мл да 0,25г ичиш учун). Кенг таъсир кўламига эга яримсинтетик пенициллин гуруҳига мансуб антибиотик. Бактериоцид таъсирга эга, грамм-мусбат ва грамм-манфий кокклар, айрим грамм-манфий таёқчаларга нисбатан фаол. Катталарга ва 10 ёшдан ошган болаларга 0,5 г дан, 10 ёшгача - бир суткада 0,125- 0,25 г, 2 ёшгача- 20 мг/кг бир суткада 3 маҳал ҳар 8 соатда ичиш буюрилади.

Rp.: Amoxycillini 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 3-4 маҳал, 6-8 соатда ичиш.

Аугментин (амоксициллин тригидрат + клавулан кислотасининг калий тузи): мураккаб антибиотик 250 мг + 125 мг, 500мг + 125 мг, 800 мг + 125 мг таблеткалар, сироп тайёрлаш (5 мл да 125 мг + 31,5 мг ичиш учун) ва парентерал йўл орқали юбориш учун (500 мг + 100мг, 1,0 г + 200мг) флакондаги кукун шаклида ишлаб чиқарилади. Микроб хужайрасига бактериоцид таъсир кўрсатади, таъсир кўлами кенг антибиотик. Грамм-мусбат ва грамм-манфий микроорганизмлар ҳамда аэроб грамм-мусбат бактерияларга нисбатан фаол. Жараённинг кескинлигига қараб дори бир суткада 2-3 маҳал буюрилади.

Аналоги **Амоксиклав:** 375 мг, 625 мг ли таблеткалар; суспензия тайёрлаш (5 мл да 312 мг) ва парентерал йўл орқали юбориш (600 мг, 1,2г) учун флакондаги кукун шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Amoxiclavi 375 mg

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал, ҳар 8 соатда овқатдан 30 дақиқа олдин ичиш

Сультамициллин (ампициллин+сульбактам); аналог **Сультасин:** парентерал йўл орқали юбориш учун флакондаги 500 мг + 250 мг, 1г + 500 мг кукун шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Sulthamicillini 1,5

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% стерил новокаин эритмасида ритиб, ҳар 6-8 соатда мушак орасига юбориш.

1.2. Цефалоспоринлар

Цефалоспоринлар гуруҳига мансуб антибиотиклар микробга қарши кенг таъсир кўламига эга. Оддий антибиотиклар таъсир қилмаган патоген флорага нисбатан яхши самара беради. Цефалоспоринларнинг 4 авлоди мавжуд.

Цефалоспоринларнинг **I – авлодига** мансуб дорилар:

Цефалексин (цепорекс): 0,25 ва 0,5 г капсулалар. Ичиш учун мўлжалланган кенг таъсир кўламига эга дори. Катталар учун бир мартали миқдори: 0,25 -0,5 г, суткали миқдори 4,0 - 6,0 г ташкил қилади. Тана вазни 40 кг дан кам бўлган

беморларга бир суткали ўртача миқдори 25-50 мг/кг тенг. Дори бир суткада 4 маҳал қабул қилинади. Даволаш курси 7-12 кун. Қарши кўрсатмалари: ҳомилалик даври ва дорига нисбатан индивидуал сезгирлик.

Rp.: Sefalexini 0,25

D.t.d. N 10 in caps.gel.

S. Бир капсуладан кунига 4 маҳал,
ҳар 6 соатда овқатдан олдин ичиш.

Цефазолин (цефамизин): парэнтрал йўл орқали юбориладиган флакондаги 0,5 г ва 1г кукун. Бўшлиқларга юбориш учун ҳам қўлланилиши мумкин.

Rp.: Sefazolini 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% новокаин
эритмасида эритиб, мушак орасига ҳар 6-8 соатда юбориш.

Анцеф: 0,5 ва 1,0 г флакондаги кукун. Бактериоцид таъсирга эга. Бир суткали максимал миқдори 6,0 г. Бўшликни ювиш ва ичига юбориш учун қўлланилиши мумкин.

Rp.: Ansefi 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% новокаин
эритмасида эритиб, мушак орасига ҳар 8 соатда юбориш.

Цефаклор: 0,125 ва 0,25 г таблеткалар, 0,25 ва 0,5 г капсулалар. Дори 0,25 г дан кунига 3 маҳал ичилади. Зарурат туғилганда дорининг миқдори бир суткада 4 г гача кўпайтирилади.

Rp.: Sefaclori 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал
ҳар 8 соатда овқатдан олдин ичиш.

Цефадроксил: 0,5 г таблеткалар, 0,25 ва 0,5 г капсулалар. Дори бир суткада 1-2 г дан 1-2 маҳал буюрилади.

Rp.: Sefadroxili 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал
ҳар 12 соатда овқатдан олдин ичиш.

Цефалоспоринларнинг **I I – авлодига** мансуб дорилар

Цефокситин: 1,0 ёки 2,0 г флакондаги кукун. Мушак орасига ёки томир ичига юбориш учун қўлланилади. Маҳаллий усулда ҳам қўллаш мумкин.

Rp.: Sefoxithyni 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% новокаин
эритмасида эритиб, мушак орасига юбориш.

Цефуроксим; аналоги Зинацеф: парентерал йўл орқали ҳар 12 соатда юбориш учун 250мг, 750мг, 1,5г флакондаги кукун. Аналоги **Зиннат:** 0,125, 0,25 ва 0,5 г таблеткалар, суспензия тайёрлаш учун гранулалар 5мл да 125 мг. Катталар учун бир суткада 250 мг дан 2 маҳал, болалар учун 125 мг дан. Қарши кўрсатмалар: цефалоспиринларга сезгирликни ошиши.

Rp: Sefuroximi 0,750

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% новокаин эритмасида эритиб, мушак орасига 2 маҳал ҳар 12 соатда овқатдан олдин юбориш.

Rp.: Zinnati 0,25

D.t.d. N 10 in tabullet.

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал ҳар 12 соатда овқатдан олдин ичиш

Цефалоспиринларнинг **III – авлодига** мансуб дорилар:

Цефобид: 1,0 ёки 2,0 г флакондаги кукун. Кенг таъсир доирасига эга. Мушак орасига ва томир ичига юборилади. Аминоглюкозидлар билан бирга қўлланилмайди.

Rp.: Sefobiti 1,0

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% новокаин эритмасида эритиб, мушак орасига ҳар 12 соатда юбориш.

Цедекс: 0,2 ва 0,4 г капсулалар. Катталарга 1 суткада 0,4 г дан 2 маҳал буюрилади.

Қарши кўрсатмалар: цефалоспиринларга сезгирликни ошиши.

Rp.: Sedexi 0,2

D.t.d. N 10 in caps. gel.

S. Бир капсуладан кунига 2 маҳал ҳар 12 соатда овқатдан олдин ичиш.

Цефиксим; аналоги Цефспан: ичиш учун 100,200 ва 400 мг капсулалар.

Rp.: Sefixsimi 0,1

D.t.d. N 10 in caps. gel.

S. Бир капсуладан кунига 2 маҳал ҳар 12 соатда овқатдан олдин ичиш.

Цефотаксим: парентерал йўл орқали юбориш учун флакондаги 1 ва 2 г кукун; аналоги **Клафоран:** парентерал йўл орқали юбориш учун флакондаги 1 г кукун.

Rp.: Sefothaximi 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% новокаин эритмасида эритиб, мушак орасига юбориш ҳар 8-12 соатда.

Rp.: Claforani 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукуни 10 мл 0,5% новокаинда
эритиб, мушак орасига ҳар 8-12 соатда юбориш.

Цефтриаксон; аналог **Роцефин**: парентерал йўл орқали юбориш учун флакондаги 250, 500 мг ва 1 г кукуни эритувчи моддаси билан ва флакондаги 1 ва 2 г кукуни шаклида ишлаб чиқарилади; аналог **Лонгацеф**: флакондаги 250 мг, 1 г кукуни

Rp.: Sefthryacsoni 0,5

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукуни 5 мл 0,5% новокаин
эритмасида эритиб мушак орасига бир
суткада бир маҳал юбориш.

Rp.: Longasefi 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукуни 10 мл 0,5% новокаинда
эритиб, мушак орасига 1 суткада 1 маҳал юбориш.

Цефалоспоринларнинг **IY – авлодига** мансуб дорилар:

Цефепим; аналог **Макситим**: флакондаги 500 мг ва 1 г кукуни. Юқумли касалликларнинг оғир шаклларида томир ичига ёки ЛОР аъзолари бўшлиқларига юбориш учун ишлатилади.

Rp.: Saferimi 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукуни 10 мл 0,5% новокаин
эритмасида эритиб вена ичига ҳар 8-12 соатда юбориш.

Цефпиром; аналог **Цейтен**: парентерал йўл орқали юбориш учун флакондаги 250, 500 мг ва 1 г кукуни, эритувчи суюқлиги билан бирга ишлаб чиқарилади.

Rp.: Sephpirom 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукуни эритувчи суюқлик билан эритиб,
мушак орасига юбориш.

1.3. Фторхинолонлар

Ципрофлоксацин; аналог **Ципробай, Ципролет, Ципромед**: 100, 250 ва 500 мг таблеткалар.

Rp.: Siproleti 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал ичиш

Пефлоксацин; аналог **Абактал, Пефлацин, Пефлацине**: 400 мг таблеткалар ичиш учун; парентерал йўл орқали юбориш учун 5мл ампулалардаги эритма (1 мл да 80 мг).

Rp.: Pefloxacin 0,4

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан олдин ҳар 12 соатда ичиш

Rp.: Pefloxacin 5 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. 5 мл дан мушак орасига кунига 2 маҳал ҳар 12 соатда юбориш.

Левифлоксацин; аналоги **Таваник:** 250 ва 500 мг таблеткалар; парентерал йўл орқали юбориш учун эритма 1 мл да 5 мг -100 мл.

Rp.: Levofloxacin 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 1 маҳал овқатдан олдин ичиш

1.4. Макролидлар

Азитромицин; аналоги **Сумамед:** 125-500 мг таблеткалар; суспензия тайёрлаш учун 5 мл да 100 мг ва 5 мл да 200 мг кукун шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Azitromycin 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 1 маҳал овқатдан 1 соат олдин ичиш.

Клиндамицин: таъсир кўлами эритромицинга ўхшайди. Кўпгина анаэробларга қарши таъсирга эга. Ичиш учун 150 - 450 мг дан ҳар 6 соатда ёки 600-900 мг дан томир ичига ҳар 8 соатда юбориш учун буюрилади.

Rp.: Clindamycin 0,150

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 4 маҳал овқатдан олдин ҳар 6 соатда ичиш.

Кларитромицин: яримсинтетик макролид, таъсир кўлами бўйича эритромицинга ўхшайди. Аммо *Haemophilus influenzae* ва *Moraxiella catarrhalis* га нисбатан ҳам фаол. Дори юқори нафас йўллари ва ўпка касалликларини даволашда ишлатилади. Ичишга 250-500 мг дан ҳар 12 соатда буюрилади. Қарши кўрсатмалар: ҳомиладорлик даври ва буйрак етишмовчилиги.

Rp.: Clarithromycin 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан олдин ҳар 12 соатда ичиш.

Вильпрофен: 0,05, 0,2 ва 0,5 г таблеткалар. Флаконидаги суспензия 100 мл. Бактериостатик таъсирга эга. Суткали миқдори 0,8 - 2,0 г, суспензияси 30-50 мг /кг бир суткада 3 маҳал.

Rp.: Vilprophen 0,2

D.t.d. N 10 in tab .

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал
овқатдан олдин ҳар 8 соатда ичиш.

Спиромицин; аналогҳои Ровамицин: 1,5 ва 3 млн ТБ таблеткалар. Суткалик миқдори 6-9 млн ТБ, кунига 2-3 маҳал ичиш учун буюрилади. Томир ичига юбориш учун 1,5 млн ТБ флакондаги қуқун; болаларга суспензия тайёрлаш учун ҳалтачадаги 375 минг, 750 минг, 1,5 млн ТБ гранулалар шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Spuromycini 3 000 000 ТБ

D.t.d. N 10 in tab .

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал

Рокситромицин; аналогҳои Рулид: 0,15 г таблеткалар шаклида ишлаб чиқарилади ва кунига 2 маҳал буюрилади.

Rp.: Roxitromycini 150 мг

D.t.d. N 10 in tab .

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Синтомицин 1,5 ва 10 % **линименти:** йирингли яра, қуйишлар ва пиодермияда ишлатила

Rp.: Lynimentum Synthomycini 10% 10,0

D.S. Қуйган тери майдонига суртиш учун

1.5. Карбапенемлар

Тиенам (имипенем + циластатин): томир ичига юбориш учун флакондаги қуқун (500мг + 500 мг); мушак орасига юбориш учун флакондаги қуқун (500 мг + 500 мг).

Rp.: Thienami 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Вена ичига юбориш учун.

Меропенем; томир ичига юбориш учун флакондаги 500 мг ва 1г қуқун

Rp.: Meropenemi 1,0

D.t.d. N 6 in flac

S. Томир ичига юбориш учун

1.6. Тетрациклинлар

Ушбу гуруҳга мансуб антибиотиклар бактерияларга қарши кенг фаолликка эга. Бактериостатик таъсир кўрсатади. Рибосомалар билан фаол бирикма ҳосил қилиш ва транспорт ҳамда информация РНК комплексларининг ўзаро таъсирини бузиш орқали бактериялар ичида оқсил моддасининг синтезига таъсир кўрсатади. Тетрациклинлар протей ва қўқ йирингли таёкчанинги аксарият штаммларидан ташқари грамманфий ва граммусбат патоген бактерияларга нисбатан фаол.

Тетрациклин (тетрациклин гидрохлорид): 0,05 г, 0,1 ва 0,25 г. таблеткалар. Микробга қарши кенг таъсир қўламига эга. Катталар учун бир марталик миқдори 0,2 - 0,25 г дан кунига 3-4 маҳал, даволаш курси 7-10 кун.

Rp.: Tetracyclini hydrochloridi 0,25

D.t.d. N 10 in tab .

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал ичиш. 10 кун давомида
10 кун давомида овқатдан олдин ҳар 8 соатда

Окситетрациклин дигидрат: 0,25 г таблеткалар. Кўрсатмалари ва миқдори
тетрациклиндай.

Rp.: Oxytetracyclini dihydrati 0,25

D.t.d. N 10 in tabulett.

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал ҳар 8 соатда ичиш

Окситетрациклин гидрохлорид:

Rp.: Ung. "Hioxizoni" 10,0

D.S. Зарарланган териға суртиш учун.

Метациклин; аналоги **Метациклин гидрохлорид:** 0,15 ва 0,3 г капсулалар.
Фаоллиги бўйича тетрациклиндан устун турган яримсинтетик дори. Бир
мартали миқдори 0,3 г, суткали миқдори 0,6 г .

Қарши кўрсатмалар: дорига сезгирликни ошиши, ҳомила даври ва замбуруғли
касалликлар.

Rp.: Metacyclini hydrochloridi 0,15

D.t.d. N 10 in caps.gel.

S. Бир капсуладан кунига 3 маҳал
овқатдан олдин ҳар 8 соатда ичиш.

Доксициклин гидрохлорид (вибрамицин): 0,05 ва 0,1 г капсулалар. Кенг таъсир
кўламига эга ярим синтетик антибиотик, ичакларда тез сўрилади. Овқатдан сўнг
ичиш буюрилади. Катталарга ва 12 ёшдан ошган болалар учун 4 мг/кг ҳисобида
бир суткали миқдори даволашнинг биринчи куни 0,2 г дан ҳар 12 соатда,
кейинги кунларда – бир суткада 0,1г миқдорда, 8 дан 12 ёшгача болаларга бир
суткада 2 мг/кг ҳисобидан буюрилади.

Rp.: Metacyclini hydrochloridi 0,1

D.t.d. N 10 in caps.gel.

S. Бир капсуладан кунига 3 маҳал
овқатдан олдин ҳар 8 соатда ичиш

1.7. Аминогликозидлар

Бу дорилар гуруҳига **стрептомицин, канамицин, гентамицин, софрамицин, тобрамицин, амикацин** киради. Юқори даражада ототоксик таъсирга эга бўлгани учун оториноларингология амалиётида деярли қўлланилмайди. Ҳозирги кунда ЛОР касалликларини даволаш учун аминоглюкозидлар бурун бўшлиғи ва бурунҳалқумга пуркаш учун аэрозол (**изофра** 15,0 мл флаконларда) шаклида ишлаб чиқарилади. Ушбу дори воситаларини қўллашда уларнинг фармакологик хусусиятларини ҳисобга олиш ва фақат зарур бўлган ҳоллардагина буюриш лозим.

1.8. Имидазоллар

Метронидазол: томир ичига юбориш учун ампуладаги 0,5% 20 мл эритма;
томир ичига томчилаб юбориш учун флакондаги 0,5% 100 мл эритма.

Аналоги: **Трихопол**: 250 мг таблеткалар.

Rp.: Metronidasoli 0,5% 20 ml

D.t.d. N 6 in amp.

S. Вена ичига 20 мл юбориш учун.

1.9. Маҳаллий таъсир этувчи антибиотиклар

Фузафунжин; аналоги **Биопарокс**: 20 мл 400 дозали флакондаги аэрозол.

Rp.: Aërozolum "Bioparoxi" 20 ml

D.S. 0,125 кунига 4 маҳал пуркаш керак.

Изофра (фрамицетин сульфат): 15 мл бурун спрейи

Rp.: Spray «Izofra» 15 ml

D.S.Бурун ичига кунига 2 маҳал пуркаш керак.

1.10. Замбуруғларга қарши дори воситалари

Флуконазал; аналоги **Дифлюкан**: 50,100,150 ва 200 мг таблеткалар; томир ичига юбориш учун флакондаги 50,100 ва 200 мл эритма, концентрацияси 2мг/мл.

Rp.: Diphflucani 100 ml

D.S. Вена ичига томчилаб юбориш учун.

Кетоконазал; аналоги **Низорал**: 200 мг таблеткалар.

Rp.: Nizorali 0,2

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан бир маҳал овқатдан олдин ичиш

Итраконазал; аналоги **Орунгал**: 100 мг капсулалар.

Rp.: Nizorali 0,2

D.t.d. N 10 in caps. gel.

S. Бир таблеткадан бир маҳал овқатдан олдин ичиш.

Нистатин: 250 минг ва 500 минг ТБ таблеткалар.

Rp.: Nistatini 250 000 ТБ

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан олдин ичишга

Фуцис ДТ,Авамис,Назонекс таблеткалари 1 кунда 1 марта.

3.Кортикостероидлар

3.1.Тизимли таъсирга эга кортикостероидлар

Бетаметазон; аналоги **Дипроспан, Целестон**: ампуладаги 1 мл эритма.

Rp.: Diprospani 2 ml

D.S. 1 мл дан мушак орасига юбориш

Преднизолон: 5мг таблеткалар; ампуладаги 1 мл - 30 мг эритма вена ичи ва мушак орасига юборилади.

Rp.: Tab.Prednisoloni 0,005

D.S. Схема бўйича қабул қилиш

Гидрокортизон: флакондаги 2 мл суспензия.

Rp.: Susp.Hydrocortizoni acetatis 2 ml

D.S. 1 мл дан мушак орасига юбориш.

Кеналог-40- 1 мл ампулада чиқарилади. 1,0 мушак орасига.

3.2.Маҳаллий таъсирга эга кортикостероидлар

Беклометазон; аналоглари Альдецин, Насобек, Беконазе: флакондаги *Авамис* аэрозол (200 доза). Мураккаб дори бўлиб, аллергия ринит ва полипозли риносинуситларда (бошланғич даврида) қўлланилади. Таркибида дексаметазон бор. Бир мартали дозаси - 50 мкг.

Rp.: Spray "Aldecini"

D.S. Бурун ичига кунига 2 маҳал пуркаш учун

Беконазе: бекламетазон пропионатнинг флакондаги миқдорли аэрозоли (200 доза), шишга қарши таъсирга эга. Аллергия ҳолатларида қўлланилади.

Rp.: Sprey "Beconase"

D.S. Бурун ичига кунига 2 маҳал пуркаш учун.

Назонекс; аналогли Мометазон: флакондаги миқдорли аэрозол (120 доза), бурун ичига пур-каш учун. Таркибида мометазон фуорат бор. Катталарда ва 12 ёшдан ошган болалардаги аллергия ҳолатларда қўлланади. Ҳар бурун тешигига 2 ингаляциядан бир суткада бир маҳал. Оғир ҳолларда ингаляцияларни 4 маҳалгача кўпайтириш мумкин.

Rp.: Aerosolum "Nasonexi"

D.S. Бурун ичига сутка давомида бир маҳал пуркаш учун.

Флутиказон; аналогли Фликсоназе: флутиказон пропионатнинг флакондаги миқдорли аэрозоли, бурун ичига пуркаш учун (120 доза). Аллергия ҳолатларда бурун тешикларида 2 миқдордан бир суткада 2 маҳал пуркалади. Қарши кўрсатмалари: индивидуал сезгирлик.

Rp.: Spray "Flixsonazi"

DS: Бурун ичига 2 дозадан суткасига 2 маҳал пуркаш учун.

4. Десенсибилизацияловчи дори воситалари

Бу гуруҳга турли дорилар кирсада, уларнинг таъсири яллиғланиш жараёнида организмда H_1 – гистамин рецепторлари томонидан кўп миқдорда ишлаб чиқариладиган гистаминнинг қонга чиқариладиган миқдорини камайтиришга қаратилган бўлиб, ҳам яллиғланиш ўчоғида, ҳам бутун организмда яллиғланиш жараёнини сусайишига ёрдам беради. Гистаминга қарши дори воситаларининг кўплиги, уларни чет эллардан келтирилиши ва анъанавий дорилар билан бир қаторда янги гуруҳларга мансуб дориларни пайдо бўлиши билан изоҳланади.

Қўлланиладиган гистаминга қарши дори воситаларининг аксарияти алоҳида гуруҳ сифатида ажратиш имконини берувчи ўзига ҳос фармакологик хусусиятларга эга.

Улар қуйидагча таъсир кўрсатади: терининг кичишига қарши, шишга қарши, спазмга қарши таъсирлар, антихолинергик ва антисеротонин таъсирлар, тинчлантириш ва маҳаллий оғриқсизлантириш ҳамда бронхоспазмни олдини олиш таъсирлари. Антигистамин дори воситалари гистаминнинг H_1 -

рецепторларига таъсирини маҳаллий рақобат ингибитор механизми орқали амалга оширади, бунда уларнинг рецепторларга яқинлиги гистаминниги нисбатан анча паст бўлади. Шунинг учун бу дорилар рецепторлар билан боғлиқ гистаминни сиқиб чиқариш қобилиятига эга эмас, улар фақатгина гистамин эгаллашга улгурмаган ёки гистаминдан холи бўлган рецепторлар фаолиятини тўхтатади холос. Демак улар тез ривожланувчи аллергия реакцияларни олдини олишда энг самарали восита ҳисобланади, аллергия реакция бошланганда ишлаб чиқилган гистаминни юзага чиқишини олдини олади.

Ишлаб чиқариш вақти бўйича гистаминга қарши биринчи ва иккинчи авлод дорилар гуруҳига бўлинади. Биринчи авлодга мансуб дорилар ёндош таъсирининг устунлиги туфайли тинчлантирувчи, иккинчи авлод дори воситалари- тинчлантирмайдиган дорилар деб аталади. Ҳозирги кунда бу дори воситаларнинг учинчи авлоди мавжуд: улар гистаминга қарши таъсирга эга, тинчлантириш ва иккинчи авлодга хос кардиотоксик таъсирга эга бўлмаган фаол метаболитлар киради. Гистаминга қарши дори воситалари буюрилганда уларнинг терапевтик фаоллиги ва беморнинг аҳволи эътиборга олинади.

4.1. Тизимли таъсирга эга гистаминга қарши дори воситаларининг I - авлоди (тинчлантирувчи дорилар)

Бундай дорилар ёғда яхши эрийди, Н₁ гистамин, холинергик, мускарин, серотонин рецепторларининг фаолиятини тўхтатади. Улар қуйидаги хусусиятларга эга:

- тинчлантириш (ёғларда яхши эригани туфайли гематоэнцефалик тўсиқдан ўтиб, бош миёна Н рецепторлари билан боғланади);
- анксиолитик таъсир (марказий асаб тизимининг бош миёна пўстлоғи остидаги айрим

майдонлар фаоллигини сўндириш қобилияти):

- атропинсимон таъсир, қусиш ва чайқалишга қарши таъсир кўрсатиш;
- йўталга қарши таъсир;
- маҳаллий оғриқсизлантириш таъсири;
- нисбатан тез клиник таъсир билан бирга қисқа вақт ичида таъсир кўрсатиши.

Димедрол ; аналог **Дифенгидрамин**: десенсибилизация дори воситаларининг етакчиси ва уларнинг биринчи вакиллари дан бири. У организмнинг гистаминга ва капиллярлар ўтказувчанлигининг ошишига бўлган реакцияни сўндиради, яллиғланиш ўчоғида тўқима шишини олдини олади ва камайтиради, аллергия реакциялар кечимини енгиллаштиради; яллиғланишга қарши, тинчлантириш ва ухлатиш, кучли маҳаллий оғриқсизлантириш таъсирига эга.

Димедрол таблетка, кукун, ампуладаги эритма, шамча шаклларда ишлаб чиқарилади.

Миқдори: катталар учун димедрол – таблетка шаклида: 0,03-0,05 г кунига 1-3 маҳал, 10-15 кун давомида; мушак орасига 1 % эритмаси 0,01 - 0,05 г миқдорда юборилади. Болаларга димедрол кам миқдорда буюрилади: 1 ёшгача 0,002-0,005 г; 2 - 5 ёшгача - 0,005-0,015 г; 6-12 ёшгача - 0,015-0,03 г. Катталар учун

димедролнинг энг юқори миқдори - 0,1 г, суткали миқдори 0,25 г (per os); эритма ҳолда мушак орасига: 1 мартали миқдори -1% -5,0 мл; суткали миқдори - 1% - 15 мл.

Касби чаққонликни ва эътиборни талаб этувчи шахсларга (хайдовчилар ва бошқ.) димедролни қўллаш ман этилади, чунки дори беморда галлюцинацияларни пайдо қилиши мумкин.

Rp.: Tab.Dimedroli 0,05 N 10

D.S. ½ -1 таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Rp.: Sol.Dimedroli 1% 1 ml

D.t.d.N 6 in amp.

S.1 мл дан мушак орасига кунига 1-2 маҳал юбориш

Диазолин: 0,05-0,1-0,2 г дражелар. Катталар учун бир мартали миқдори : 0,3 г, суткали миқдори -0,6 г. Болалар учун: бир мартали миқдори 0,02, суткали миқдори 0,05 г. Дори ов-қатдан кейин қабул қилинади. Ухлатувчи таъсирига эга эмаслиги билан димедролдан фарқ қилади (кундузги десенсибилизатор).

Қарши кўрсатмалари: ошқозон ичак яра касаллиги, ошқозон-ичак йўлининг яллиғланиши.

Rp.: Dragee Diazolini 0,05 (0,1) N. 20

D.S. Бир дражедан кунига 2 маҳал (овқатдан кейин) ичиш

Дипразин (пипольфен): кучли гистаминга қарши фаолликка эга дори. Таблетка (0,025 г) ва ампула (2,5% - 2,0 мл) шаклида ишлаб чиқарилади. Бир мартали энг юқори миқдори катталар учун - 0,075 г, суткали миқдори -0,5 г (per os) ва ампуладаги 2,5 % эритманинг бир мартали энг юқори миқдори 2,0 мл, суткали миқдори 10,0 мл. Кучли тинчлантириш таъсирга эга.

Rp.: Tab.Diprazini 0,025 N.10

D.S. 1 таблеткадан кунига 2-3 маҳал (овқатдан кейин) ичиш

Rp.: Sol.Diprazini 2,5% 2 мл

D.t.d. N. 6 in amp.

S. 2 мл дан керакли миқдорда мушак орасига юбориш.

Фенкарол: 0,025 г таблеткалар. Гистаминга қарши фаоллиги димедролга нисбатан бироз камроқ. Организмга салбий таъсир кўрсатмайди, тинчлантириш таъсирига эга эмас (гемато-энцефалитик тўсиқдан суст ўтиши туфайли), тўқимада гистамин миқдорини камайтиради.

Қарши кўрсатмалари: ҳомиланинг дастлабки ойлари. Катталарга 0,025-0,05 г дан кунига 2-3 маҳал 10-12 кун давомида; 3 ёшгача болаларга 0,005 г, 3-7 ёшгача - 0,01 г, 7-12 ёшгача - 0,01-0,015 г, 12 ёшдан ошган болаларга - 0,025 г дан кунига 2-3 маҳал буюрилади.

Rp.: Tab.Fenkaroli 0,025

D.S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал ичиш

Супрастин; аналогли Хлоропирамин: 0,025 г таблеткалар, 2 % ампуладаги 1,0 мл эритма. Кучли гистаминга қарши фаолликка эга. Ўртача даражада спазмолитик, тинчлантириш ва ухлатиш таъсирига эга. Узоқ вақт қўлланганда

қон зардобиди тўпланмайди ва миқдордан ошиш ҳоллари кузатилмайди. Дори восита кенг қўламли терапевтик миқдорда қўлланади. Супрастин тез таъсир этиши ва таъсири қисқа вақт давом этиши билан ажралиб туради. Аллергик реакциянинг даражасига қараб суткали миқдори ичиш учун 0,075 г ни, эритма шаклида мушак орасига ёки вена ичига -1,0-2,0 мл ни ташкил қилади.

Rp.: Tab.Suprastini 0,025

D.S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан кейин ичишга

Rp.: Sol.Suprastini 2%-1,0 ml

D.t.d.N 10 in amp.

S. 1 мл дан кунига бир маҳал мушак орасига юбориш.

Тавегил; аналог **Клемастин:** 0,001 грам таблеткалар. Ўз таъсири бўйича димедролдан устун туради, улкан фармакокинетик фаолликка эга (бир марта қўллагандан сўнг унинг таъсири 8-12 соатга чўзилади). Катталар учун суткали миқдори 0,003 - 0,004 г, болалар учун 0,0005 - 0,001 г га тенг.

Rp.: Tavegyl 0,001 N 20

D.S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш

Rp.: Tavegyl 2 ml

D.S. Мушак орасига 1 мл дан юбориш.

Кетотифен (задитен): 0,001 г ли капсулалар ёки таблеткалар. Антианафилактик ва тинчлантириш таъсирига эга. Дорининг миқдори катталар учун 0,001-0,002 г/суткада, болалар учун 1 кг тана вазнига 0,025 мг кунига 2 маҳал (5 мг ёки бир ч.қ. сиропи суткада 1 маҳал). Вазни 30 кг дан ортиқ болаларга дори суткада 10 мг миқдорда тавсия этилади.

Қарши кўрсатмалар: индивидуал сезгирлик.

Rp.: Tab.Ketatifen 0,001

D.S.Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Оринол: 8 мг хлорофенирамин малеат ва 75 мг фенилпропаноламин гидрохлоридга эга капсулаларда чиқарилади. Қарши кўрсатмалари: бир вақтнинг ўзида трициклик антидепрессантлар, МАО ингибиторлари, бета адреноблокаторлар, фенилпропаноламин дори воситаларни қўллаш, 12 ёшгача болалар, дорига нисбатан сезгирлик.

Rp.: Orinoli

D.t.d. N 10 in caps.gel.

S.Бир капсуладан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Перитол: 0,004 грам таблеткалар, флакондаги 100,0 мл сироп. Гистаминга қарши ва кучли антисеротонин таъсирга эга. Миқдори–катта кишиларга бир таблеткадан 1 суткада 3 маҳал; 2 дан 6 ёшгача болаларга 8 мг/сут, 6 - 14 ёшгача 12 мг/сут.

Қарши курсатмалар: глаукома, простата беши аденомаси, шишга мойиллик ҳолатлари, ҳомила даври, лактация даври, 6 ойгача болалар, дорига нисбатан сезгирлик.

Rp.: Tab.Peritoli 0,004

D.t.d.N 10

S.Бир таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин ичишга

4.2. Тизимли таъсирга эга гистаминга қарши дори воситаларининг II - авлоди (тинчлантирмайдиган дорилар)

Иккинчи авлодга мансуб гистаминга қарши дорилари тинчлантириш ва холинергик таъсирга деярли эга бўлмаганлиги билан биринчи гуруҳ дорилардан фарқ қилади, айрим Н₁ рецепторларга нисбатан фаол. Аммо уларда турли даражада кардиотоксик таъсирлар аниқланган. Иккинчи гуруҳ дориларнинг умумий хусусияти - бу уларни юқори даражада специфик бўлишидир, Н₁ рецепторларга яқинлиги, холин ва серотонин рецепторларга таъсир қилмаслиги; клиник таъсирнинг тез юзага келиши ва узоқ вақт давом этиши; терапевтик миқдорда қўлланганда минимал даражада тинчлантириш таъсирига эга; юрак мушлагининг калий йўллари ёпиш қобилияти юрак ритмининг бузилиши ва Q-T интервалининг узайиши билан намоён бўлиши; парентерал йўл орқали юбориш шаклида ишлаб чиқарилмайди.

Кестин; аналогли Эбастин : 10 мг таблеткалар. суткада бир маҳал қабул қилинади.

Қарши кўрсатмалари: буйрак етишмовчилиги, ҳомила ва лактация даврлари

Rp.: Tab.Cesthyni 0,10 N 10

D.S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Кларитин; аналоглари Лоратадин, Кларотадин: 10 мг таблеткалар ва флакондаги 120 мл. сироп. Унинг гистаминга қарши фаоллиги периферик Н-рецепторлар билан мустақам бирикмалар ҳосил қилиши туфайли амалга оширилади. Дори тинчлантириш таъсиридан холи ва алкагол таъсирини кучайтормайди. Бундан ташқари кларитин бошқа дори воситалар билан ўзаро ва кардиотоксик таъсирга эга эмас. Миқдори: бир суткада 1 таблетка ёки 2 чой қошиқдан сироп, 12 ёшгача бўлган болаларга 5 мг (1/2 таблеткадан, ёки бир чой қошиқ сироп бир суткада бир маҳал). Вазни 30 кг дан ортиқ болаларга бир суткада 10 мг дан бир маҳал ичишга берилади.

Rp.: Tab.Clarithyni 0,10 N 10

D.S. Бир таблеткадан кунига бир маҳал овқатдан кейин ичиш.

4.4. Тизимли таъсирга эга гистаминга қарши дори воситаларининг III – авлоди (метаболитлар)

Цетиризин; аналоглари Зиртек, Цетрин: периферик Н₁ рецепторларининг юқори даражали селектив антогонисти. Гидроксизиннинг фаол метоболити бўлиб, жуда кам тинчлантириш таъсирига эга. Цетеризин организмда деярли метоболизмга учрамайди, унинг чиқарилиши буйракнинг фаоллигига боғлиқ. Юрак аритмиясини юзага келтириш хусусияти йўқлиги билан ажралиб туради

Rp: Tab. Zirtek 0,10

D.S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш учун.

Фексофенадин; аналоги Телфаст: терфенадиннинг (гистадин) фаол метаболити. Фексофенадиннинг кимёвий таркиби организмда ўзгармайди. Унинг кинетикаси буйрак ва жигар фаолияти бузилганда ўзгармайди, бошқа дорилар билан ўзаро таъсирга киришмайди. Тинчлантириш таъсирига эга эмас. Руҳий ҳолатга таъсир кўрсатмайди. Шунинг учун бу дорини эътиборни талаб қилувчи касб эгаларида қўллаш мумкин. Узоқ вақт давомида ва қўп миқдорда қўлланганда юрак фаолиятига таъсир кўрсатмайди. Хавфсизлиги билан бирга у фасли аллергия ринитларни даволашда жуда яхши самара беради.

Rp.: Tab.Telphasti 0,120 D.S.Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш учун.

Рузам: аллергияга ва яллиғланишга қарши ностероид дори воситаси. Ампулада 0,2 мг эритма шаклида ишлаб чиқарилади. Яллиғланишга қарши хусусиятга эга, пепцидларнинг янги синфига мансуб.

Кўрсатмалар: аллергия касалликлар - бронхиал астма, фаслар давомида ва йил давомидаги ринит, конъюнктивит, атопик дерматит, крапивница, алоҳида ёки атопик синдром шаклида кечган Квинке шиши: дорига, озик-овқатга ва поливалент аллергия.

Қўлланиши: тери остига 0,1-0,2 мл миқдорда кунига 1 маҳал ҳар 5-7 кунда. Жами 5-10 инъекциялар. Муолажа 20 кундан сўнг такрорланиши мумкин. Профилактик даволаш курслари 1 йилда 2 марта, баҳор ва кузда ўтказилади. Поллинозларда рузам бевосита ўсимликлар гуллашидан олдин тавсия этилади.

Қарши кўрсатмалари: ҳомила даври, ички аъзоларнинг оғир касалликлари.

Rp.: Rusam 1 ml

D.S. Тери остига 0,1 мл дан кунига бир маҳал юбориш.

Лораталь: 10 мг таблеткалар. Гистамин Н-рецепторларининг блокатори, ушбу периферик рецепторларга нисбатан селектив антогонизм хусусиятига эга. Аллергия, қичитма ва экссудацияга қарши таъсир кўрсатади. Капиллярлар ўтказувчанлигини камайтириб, тўқималар шиши ривожланишини олдини олади. Марказий асаб тизимига деярли таъсир қилмайди, уйқучанликни келтириб чиқармайди, седатив ва антихолинергик таъсирга эга эмас.

Катталарга ва 12 ёшдан ошган болаларга 1 суткада бир маҳал 10 мг, тана вазни 30 кг дан кам бўлган 2 дан 12 ёшгача болаларга - 5 мг, тана вазни 30 кг ва ундан ортиқ бўлган болаларга – бир суткада 1 маҳал 10 мг дан буюрилади.

Қарши кўрсатмалар: дорига нисбатан сезгирлик, ҳомила ва лактация даври.

Rp.: Loratali 001

D.t.d N 10 in tab.S. Бир таблеткадан кунига бир маҳал ичиш.

4.5. Маҳаллий таъсирга эга антигистамин дори воситалар

Гистимет; аналоги Левокабастин: аллергия ринитларда томчи ёки бурун спреи шаклида қўлланади. Маҳаллий усулда қўлланганда дори қон айланиш тизимига кам миқдорда тарқалади, лекин марказий асаб ва юрак қон-томир тизимига салбий таъсир кўрсатмайди.

Rp.: Spray "Histimet" 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2 маҳал пуркаш.

Аллергодил; аналоги Азеластин: алергик ринитни даволашда қўлланиладиган юқори самарали дори воситаси. Спрей шаклида ишлаб чиқарилади, тизимли таъсирга эга эмас.

Rp.: Spray Allergodili 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2 маҳал пуркаш.

Кромоглициен кислотаси; аналоглари Кромоглин, Ломузол, Кромолин: бурун спрейи.

Rp.: Spray Cromolinum 15 ml

D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2 маҳал пуркаш.

5. Маҳаллий қон томирларини торайтирувчи дорилар

Адреналин гидрохлорид; 0,1% эритма: қон томирларни торайтирувчи дорилар гуруҳининг энг кучли таъсирга эга дориларидан бири. Адреналин гидрохлориднинг эритмаси асосан турли муолажаларда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини анемизация қилиш ва қон оқишини тўхтатиш учун соф ҳолда (қон оқишида) ва дори коктейллари (микстуралар)га қўшилган ҳолда қўлланилади. Адреналин гидрохлорид шошилиш тиббий ёрдам ва шокка қарши дорилар тўплами таркибида оториноларинголог иш столи устида ҳамisha бўлиши талаб этилади. Адреналин гидрохлориднинг бир мартали энг юқори миқдори - 1 мл, бир суткали миқдори - 5 мл дан ошмаслиги керак.

Rp.: Sol. Adrenalinum hydrochloridi 0,1% 1ml

D.t.d. N 6 in amp.

S. Тери остига 0,5 мл дан (катталарга).

5 ёшгача бўлган болага тери остига 0,1мл дан кунига 2 маҳал юборилади.

Талваса ҳолати юз бериш ҳавфи бўлганда, гипертонияда, чуқур атеросклерозда, қон томирлар кенгайишида, тиреотоксикозда, қандли диабетда ва 10 ёшдан кичик бўлган болаларда адреналин гидрохлоридни қўллаш ман этилади!

Африн; аналоги Оксиметазолин: флакондаги бурун спрейи 20 мл. Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир жараёнларида 6 ёшдан ошган болаларда ва катталарда бурун бўшлиғига 2-3 мартадан кунига 2 маҳал пуркалади.

Rp.: Spray "Aphrinum" 20 ml

D.S. Бурун тешикларига

кунига 2 маҳал пуркаш.

Називин; бурун томчилари, флакондаги 0,01, 0,025 ва 0,05% эритма 10 мл

Rp.: Sol. Nazivini 0,01% 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига 2 -3 томчидан 2 маҳал томизиш.

Виброцил:- аэрозол. Кўрсатма ва терапевтик таъсирлари юқоридаги дориларга мос келади.

Rp.: Sprey "Wibrocilum"

D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2 маҳал пуркаш.

Галозолин; аналоглари **Ксилометазолин, Отривин:** флакондаги 0,1 ва 0,05% эритма 10 мл.

Терапевтик таъсири ва қарши кўрсатмалари нафтизиндай.

Rp.: Sol. Halazolini 0,05% 1,0 ml

D.t.d. N 1 in flac.

S. Бурун бўшлиғига 1-2 томчидан кунига 2-3 маҳал томизиш.

Длянос: флакондаги 0,1 % аэрозол 10 мл. Катталар ва 6 ёшдан ошган болаларга бурун бўшлиғига 1 марта пуркаш, бир сутка давомида 4 мартадан ортиқ пуркаш тавсия қилинмайди. 6 ёшгача бўлган болаларга 0,05% эритмаси бурун томчилари шаклида буюрилади. Дорини 3-5 кундан ортиқ қўллаш ман этилади! Қарши кўрсатмалари: гипофиз ва бош мия пардаларида бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг дорига нисбатан индивидуал сезгирлик мавжуд бўлган ҳолларда қўлланилмайди.

Rp.: Spray "Длянос" 0,1% 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига пуркаш (кунига 3-4 маҳал).

Ментол:- 1 % ёғли эритма шаклида тумов, фарингит, ларингит ва трахеитларда томчи, суртма ва ингаляция шаклида қўлланилади. У қатор мураккаб дорилар (хусусан, "Боромен-тол", "Эваменол", "Ингакамф", "Ингалипт") нинг таркибига киради. Нафас ҳаракатларини сўндириши ва нафас тўхташига сабаб бўлиши мумкинлиги туфайли уни ёш болаларда қўллаш ман этилади!

Rp.: Mentholi 0,1

Ol. Persicorum 10,0 D.S. Бурун бўшлиғига 5-10 томчидан томизиш.

Нафтизин; аналоглари **Нафазолин:** флакондаги 0,05 ва 0,1 % эритма 10 мл - бурун қон томирларини узок вақт давомида торайтирувчи дори воситаси. Бурун бўшлиғининг ўткир яллиғланиш жараёнлари ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларида бурун томчилари шаклида қўлланилади. Терапевтик таъсири аста-секин пасайиб бориши туфайли уни узок вақт давомида қўллаш тавсия қилинмайди.

Қарши кўрсатмалар: гипертония, тахикардия ва чуқур атеросклероз.

Rp.: Sol. Naphthyzini 0,05 % (0,1%) 10ml

D.S. Бурун бўшлиғига 1-2 томчидан

кунига 2-3 маҳал томизиш

Санорин ва **тизин;** 0,05 ва 0,1% эритма: нафтизиннинг чет элда ишлаб чиқариладиган аналоглари – эмульсия. Бир флаконда 10,0 мл (1 мл да 1 мг). Таркибида нафозолин нитрат бор. Қон томирларни торайтириш ва яллиғланишга қарши таъсирга эга. Бурун катакларига 2-4 томчидан суткасида 3-4 маҳал томизилади.

Қарши кўрсатмалари: қон босимни ошиши, қалқонсимон безни катталашиши, 2 ёшгача болалар.

Rp.: Emuls. "Sanorini" 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига 2-4 томчидан
қунига 3-4 маҳал томизиш.

Санорин-аналергин: флакондаги бурун томчилари - 10 мл. Таркибида нафозолин нитрат и антазолин мезилат бор. Аллергияга қарши ва қон томирларни торайтириш таъсирига эга.

Қўллаш усули: юқорида кўрсатилган.

Rp.: "Sanorin-anallergin" 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига 2-4 томчидан
қунига 3-4 маҳал томизиш

Ингалипт: флакондаги аэрозол 30мл. Қон томирларни торайтириш ва яллиғланишга қарши таъсирга эга (таркибига: ёғ, ялпиз, эвкалипт, тимол, эрувчи сульфаниламид ва сульфатизол натрий дори воситалари киради).

Қарши кўрсатмалар: 12 ёшга етмаган болалар ва дорининг таркибий қисмларига сезгирлик.

Rp.: Aerosolum "Inhalypum"

D.S. Бурун бўшлиғига қунига 2 маҳал пуркаш учун.

Кромогексал: флакондаги 2 % дозали аэрозоль 15 ва 30 мл. Бурун бўшлиғига бир марта пуркаш, бир суткада 3 - 4 маҳал пуркалади. Кўпинча аллергия ҳолатларида буюрилади.

Қарши кўрсатмалар: ҳомиланинг дастлабки 3 ойида мумкин эмас.

Rp.: Spray "Kromogeksalum" 2%-30,0

D.S. Бурун бўшлиғига қунига 2-4 маҳал пуркаш учун.

Кромосол (интал): флакондаги миқдорли аэрозол 28мл. Кўрсатмаси кромогексалникидай.

Rp.: Spray "Kromosolum" 28 ml

D.S. Бурун бўшлиғига қунига 2-4 маҳал пуркаш учун.

Ксемелин: бурун учун флакондаги миқдорли аэрозол 10 мл. Бурун бўшлиғига қунига 2-3 маҳал 1-2 мартадан пуркалади.

Rp.: Spray "Ksemelinum" 0,1% 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига қунига 1-2 маҳал пуркаш
учун.

Назокорт: флакондаги миқдорли аэрозол (100 доза). Таркибида триамцинолон ацетат бор. Бурун бўшлиғига 2 дозадан бир суткада бир маҳал пуркалади. Аллергияга қарши дори.

Rp.: Spray "Nasocortum"

D.S. Бурун бўшлиғига бир суткада бир маҳал пуркаш

Називин: флаконда 10 мл. Таркибига оксемедазолин гидрохлорид бор. Қўлланиши: ҳар бир бурун катакларига 4 томчидан қунига 2-3 маҳал буюрилади.

Rp.: Nasivinum 10 ml

D.S. Бурун тешикларига 4 томчидан

кунига 2-3 маҳал томизиш

Назол: флакондаги аэрозол 30 мл. Таркибида оксиметазолин гидрохлорид бор. Қон томирларни торайтириш таъсирига эга. 3 кундан ортиқ қўллаш тавсия қилинмайди.

Қарши кўрсатмалари: қон босимни ошиши, қон томирлар артеросклерози, юрак ритмини бузилишлари, қандли диабет, тиреотоксикоз, буйрак фаолиятининг бузилиши, дорига бўлган ўта сезгирлик.

Rp.: Spray “Nasolum” 30 ml

D.S. Бурун бўшлиғига суткада 1 маҳал пуркаш.

Пиносол: ёғли томчилар. Таркибида арча, эвкалипт ва ялпиз ёғлари бор. Юмшатувчи ва суюлтирувчи бурун томчилари ва ингаляция шаклида қўлланилади. Дори малҳам ёки крем шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: “Pinosol” 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига 1-2 томчидан

кунига 3 маҳал томизиш.

6. Иммун тизимига таъсир кўрсатувчи дори воситалар, вакциналар

Бактериялар лизатлари: **ИРС -19:** флакондаги 20 мл спрей (60 доза). Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига аралаш таъсир кўрсатиш хусусиятига эга. Таркибига касалликни қўзғатувчи вирус лизатлар, шу жумладан – инфлюэнца лизати ҳам бор. Дори касаллик белгилари йуқолгунгача бурун ичига бир суткада 2 - 5 мартадан 2 маҳал пуркалади. Бурун орқали нафас олишнинг тикланиши бурун бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнини бартараф этиш орқали эришилади. Қарши кўрсатмалар аниқланмаган.

Rp.: Spray “IRS-19”

D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2 маҳал пуркаш

20 кун давомида

Имудон: шимиш учун таблеткалар (40 дона)

Rp.: Tab. Imudoni N 40

D.S. Кунига 1 донадан 6 маҳал шимиш.

Rp.: Tab.Tonsilgon N 100 ml in flac.

S.25 томчидан ёки 2 дражедан

5-6 маҳал бир кунда шимиш учун

Мактаб ёшидаги болаларга: 15 томчидан ёки бир дражедан 5-6 маҳал бир кунда Мактабгача ёшдаги болаларга 10 томчидан 5-6 маҳал бир кунда Бир ёшгача болаларга 5 томчидан 5-6 маҳал бир кунда

Римантадин; аналог **Ремантодин:** 50 мг таблеткалар.

Rp.: Tab.Remantodini 0, 05

D.S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан

олдин ичиш.

Полиоксидоний: 3 ёки 6 мг ли вена ичига юбориш учун ампуладаги эритма шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Polioxidoni 0,003

D.t.d.N 3 in amp.

S.Схема бщйича томир ичига юбориш учун.

Рибомунил: таблеткалар,12 дона.

Rp.: Tab.Ribomunili

D.t.d N 12 in tab.

S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Деринит: флакондаги 15 мл, томчилаб қабул қилинади.

Rp.: Deriniti 15 ml

D.S. 15 томчидан кунига 2 маҳал ичишга овқатдан олдин ичиш.

7. Муколитик дори воситалари

Ацетилцистеин; аналог **АЦЦ,АЦЦ-100,АЦЦ-200,АЦЦ-лонг:** 100,200,600 мг эрувчи таблеткалар;

Rp.: Acethylcysteini 0,1

D.t.d. N 10 in tab.

S.Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Флуимуцил: яллиғланиш ўчоғида шилимшик ажралмани суялтиришга ёрдам берувчи муколитик дори ва антиоксидант. Ишлаб чиқариш шакллари: 200 мг кукун билан тўлдирилган қопчаларда чиқариладиган 200 мл сув билан эритилиб қабул қилинади. Кунига 3 маҳал ичиш учун буюрилади. Даволаш курси 5-10 кун. Дори ингаляция шаклида ҳам қўлланилиши мумкин (5% эритма 6 мл дан ҳар куни); ампуладаги 10% эритма – 3 мл, бурун атрофи бўшлиқларини ювиш учун.

Rp.: Fluimucili 0,2

S. Қопчадаги кукунни 200 мл сувда эритиб 3 маҳал ичиш учун

Карбоцистеин; аналог **Мукопронт:** 375 мг капсулалар, 200 мл флакондаги сироп.

Rp.: Mucopronti 200 ml

D.S. Бир чой қошиқдан 3 маҳал ичиш.

Синупрет: ўсимликлардан тайёрланган мураккаб дори воситаси. Ичиш учун драже, флакондаги 100 мл томчилар шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Sinupreti 100 ml

D.S. 25 томчидан 3 маҳал ичиш.

Микдори ва қабул килиниши:

мактаб ёшидаги болаларга: 25 томчидан ёки 1 дражедан 3 маҳал бир кунда 2 ёшдан 6 ёшгача булган болаларга 15 томчидан ёки 1 дражедан 3 маҳал бир кунда

катталарга: 50 томчидан ёки 2 дражедан 3 маҳал бир кунда Даволаш 7-14 кун давом этади. **Геломиртол форте**: мураккаб дори; ичиш учун капсулалар шаклида ишлаб чиқарилади.

8. Фермент дори воситалари

Трипсин кристаллари: 5 ёки 10 мг ампула ёки флаконларда ишлаб чиқарилади.

Rp.: Tripsini 0,10 мг

D.t.d. N 6 in amp.

S. 1 ампуладан тери остига новокаин ёки сувда эритиб юбориш.

Rp.: Hemotripsini 64 UE

D.t.d. N 6 in flac

S. 0,5% новокаинда эритиб тери остига юбориш.

Химотрипсин; Лидаза (Гиалуронидаза): 64 UE флаконларда ишлаб чиқарилади.

9. Яллиғланишга қарши ва оғриксизлантириш таъсирига эга дори воситалар

XIX асрда кашф этилган ва яллиғланишга қарши хусусиятига эга ацетилсалицил кислотаси ва унга ухшаш дорилар (мажнунтол пустлоғидан олинган модда - салицилин). Ҳозирги пайтгача тиббиётда фаол ишлаб келинмоқда. Яллиғланишга қарши, ҳароратни тушурувчи, оғриксизлантириш таъсир механизми жуда мураккаб ва у простагландинлар синтезини сўндириш хусусияти билан боғлиқ (аналгетик таъсири - марказий ва периферик, ҳамда гипо-таламуста таъсир этиши билан ҳароратни тушуриш хусусиятига эга).

Аспирин (ацетилсалицил кислотаси); 0,25 ва 0,5 г таблеткалар. Оғриксизлантириш, тана ҳароратини тушириш ва агрегантга қарши таъсирга эга. Ичиш учун 0,5 г дан кунига 3-4 маҳал ёки ректал шамчалар шаклида 0,3-0,6 г дан ҳар 3-4 соатда буюрилади.

Нохуш таъсири-ошқозон ичак йули (меъда) ва туғри ичак шиллик пардаларига салбий таъсир кўрсатиши, узоқ вақт давомида қўлланилганда беморда интерстициал нефрит ва капилярлар некрози, ич кетиши ва қон оқишлар кузатилиши мумкин. Ацетилсалицил кислотаси турли мамлакатларнинг фармакология саноати ишлаб чиқарувчи мураккаб дорилар таркибига киради.

Rp.: Tab.Acidi acetylsalicylici 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан кейин эзиб ичиш

Бенорилат (бенорал): ацетилсалицил кислотасининг эфири ва парацетамолдан иборат мураккаб дори. 0,75 г ли таблеткалар. Меъданинг шиллик пардасига кам таъсир қилади. Бир суткалик миқдори 4-8 грамм, 2-3 маҳал ичишга тавсия қилинади.

Rp.: Tab.Benorilati 0,75

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан кейин эзиб ичиш.

Дифлунизал (долобид): 0,25 ва 0,5 грам таблеткалар, салицил кислотанинг фторфенил шакли. Ошқозон ичак йўли томонидан ноқулай реакцияларни кам қўзғатади. 0,25; 0,5 г дан 2 маҳал ичиш учун буюрилади.

Rp.: Tab.Diflunizali 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан кейин эзиб ичиш.

Антипирин (феназон): пиразолондан ишлаб чиқарилган дори воситаси, 0,25 грамм таблеткалар яллиғланишга қарши, тана ҳароратини тушуриш ва оғриқсизлантириш таъсирига эга. У шиллиқ пардага нохуш таъсир кўрсатмайди, қон ивишини оширади.

0,25 -0,5 г дан кунига 2-3 маҳал ичиш учун буюрилади.

Rp.: Tab.Antipirini 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан 2 маҳал овқатдан кейин эзиб ичиш.

Амидопирин: 0,25 г таблеткалар. Ўз таъсири бўйича антипиринга яқин туради, аммо ундан фаолроқ. Ичиш учун кунига бир таблеткадан 3-4 маҳал буюрилади.

Rp.: Tab.Amidopirini 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан кейин эзиб ичиш.

Анальгин: 0,25 - 0,5 г ли таблеткалар. Жуда кенг қўлланиладиган наркотиксиз анальгетик. Ичиш учун 0,25-0,5 г дан кунига 2-3 маҳал ёки мушак орасига 50 % эритма холда 2,0 мл бир суткада 2 маҳал буюрилади.

Rp.: Sol. Analgini 50% 2 ml

D.t.d. N 2 in amp.

S. 1 мл мушак орасига юбориш.

Боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл дан юборилади.

Парацетамол: 0,2 г ли таблеткалар. Дорининг бир мартали миқдори 0,5 грам, суткали миқдори 1,5 г. Яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантириш таъсирига эга.

Rp.: Tab.Paracetamoli 0,2

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан 2 маҳал овқатдан кейин эзиб ичиш.

Вобензим: 40, 200 ва 800 мг дражелар. Яллиғланишга қарши ва муколитик таъсирга эга мураккаб дори. Юкори нафас йўллари яллиғланишида қўлланилади.

Rp.: Tab.Vobenzimi 0,2

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир дражедан 3 маҳал овқатдан кейин эзиб ичиш.

10. Маҳаллий антисептик дори воситалари.

Бундай дорилар суюқ, аэрозол ва таблетка шаклида ишлаб чиқарилади. Уларнинг асосий вазифаси яллиғланиш ўчоғида юқори миқдорда антисептик дори заҳирасини ҳосил қилишдан иборат.

Гексализ: шимиш учун мураккаб таблеткалар. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳиқилдоқ яллиғланишларида бир суткада 6-8 таблеткадан қўлланилади.

Rp.: Tab.Hexalizi N 10

S. Бир таблеткадан кунига 5-6 маҳал шимиш.

Гексаспрей: флакондаги 30,0 г спрей. Оғиз бўшлиғи ва бурунҳалқум касалликларида маҳаллий усулда қўлланади. Бир суткада 3 маҳал 2 мартадан пуркалади.

Rp.: Spray Hexaspray 30,0

D.S. Бир суткада 3 маҳал ҳалқумга пуркаш.

Гексорал: маҳаллий усулда қўллаш учун 0,1% эритма флаконда 60 ва 200мл, 0,2% эритма флаконда 40,0 мл – спрей шаклида ишлаб чиқарилади. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳиқилдоқ касалликларида қўлланилади.

Rp.: Spray Hexoral 0,2% 40ml

D.S. Бир суткада 3 маҳал ҳалқумга пуркаш.

Ларипронт: шимиш учун таблеткалар. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқнинг яллиғли касалликларида бир таблеткадан ҳар 3-4 соатда буюрилади.

Rp.: Tab.Larypronti N 10

S. Бир таблеткадан кунига 5-6 маҳал шимиш.

Мирамистин: маҳаллий усулда қўллаш учун 0,01% эритма. Антисептик дори. Ҳалқум, ҳиқилдоқ яллиғланишларида, ўрта кулоқ ва бурун ёндош бўшлиқларини ювиш учун қўлланилади. 100 ва 500 мл флаконларда ишлаб чиқарилади.

Rp.: Sol.Miramistini 0,01% 100 ml

S. Юқори жағ бўшлиғини ювиш учун.

Себедин: оғиз бўшлиғи ва ҳалқум яллиғланишларида шимиш учун таблетка, бир таблеткадан ҳар икки соатда шимиш учун буюрилади.

Rp.: Tab.Sebedini N 10

S.Бир таблеткадан ҳар 2 соатда шимиш.

Стрепсилс, тантум верде, фалиминт, фарингосепт: тил остига қўйиладиган таблеткалар. Оғиз бўшлиғининг ўткир яллиғланиш жараёнлари оғриқ билан кечган ҳолларда ишлатилади. Бир суткада бир таблеткадан 3-4 маҳалдан буюрилади.

Rp.: Tab.Pharyngosepti N 6

S. Бир таблеткадан кунига 5-6 маҳал шимиш

Rp.: Tab.Phaliminti N 10

S. Бир таблеткадан кунига 5-6 маҳал шимиш

Ринофлуимуцил: оғиз бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланишини маҳаллий усулда даволаш учун қўлланиладиган мураккаб дори. 10,0 мл флаконда аниқ миқдорини белгиловчи мослама билан бирга ишлаб чиқарилади. Бурун тешикларида 2 дозадан 5 дақиқали танаффус билан кунига 3-4 маҳал пуркалади.

Rp.: Sol.Rynofluimucili 10ml

S. Бурун ичига 2 дозасини

5 дақиқали танаффус билан пуркаш.

11. Маҳаллий оғриқсизлантириш таъсирига эга дори воситалар

Лидокаин: ампуладаги 2% эритма 2мл; ампуладаги 10% эритма 2мл; маҳаллий усулда қўлаш учун флакондаги аэрозол 10% -38 мл.

Rp.: Sol.Lidocaini 2% 2ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун.

Ультракаин: картриджадаги 1,7 мл эритма 100 дона. Ампуладаги 2 мл эритма 10 дона.

Rp.: Sol.Ultracaini 2ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун.

Новокаин: ампуладаги 0,25%, 0,5%, 1%, 2% 2-5-10 мл, флакондаги 0,25-0,5-1% 50-100 мл эритма шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Sol.Novocaini 2% 2ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун.

Rp.: Sol.Novocaini 0,5% 5ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун.

12. Витаминлар

Яллиғланиш ўчоғида ривожланган инфекцияга қарши организм ҳимоя кучини ошириш мақсадида антибиотиклар билан бир қаторда дармон дорилар ҳам кенг қўлланилади. Кўпинча С ва В гуруҳи витаминлари ишлатилади. **Витамин С (аскорбин кислотаси):** организмда оксидланиш-қайталаниш жараёнларини яхшилайдди. Углеводлар алмашинувида қатнашади, қон томир деворини мустаҳкамлайди ва шу орқали яллиғланиш ўчоғида тўқима шиши ривожланишига тўсқинлик қилади. Аскорбин кислотасига бўлган бир суткалик эҳтиёж 70-100 мг ни ташкил қилади. Аскорбин кислотаси таблетка шаклида 0,05 ва 0,1 г ҳамда инъекция учун 5 % ли эритма шаклида ишлатилади. **В гуруҳи витаминлари** – кучли антиоксидант бўлганлиги туфайли тўқималарда оксидланиш-қайталаниш жараёнларини яхшилайдди. Улар эритма шаклида қўлланилади. Бошқа витаминлар «Аэровит», «Гексавит», «Ундевит», «Рибовит», «Ревит», «Олиговит» каби мураккаб поливитаминлар таркибига киради.

ЛОР- БЎЛИМИДА КАСАЛЛИК ТАРИХИНИ ЁЗИШ ҚОИДАЛАРИ.

Умумий қоидалар. Беморнинг касаллик тарихини ёзиб бориш шифохонада фаолият юритувчи врачнинг энг муҳим ишларидан бири. Ушбу ҳужжат беморда касалликни ривожланиши, клиник - лаборатор ва турли асбоб-ускуналар ёрдамида ўтказилган текширувлар натижалари, олиб борилаётган консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари асослаш ва уларнинг самарадорлигига доир барча керакли маълумотларга эга. Касаллик тарихи катта амалий, илмий ва юридик аҳамиятга эга. Унга беморни текшириш ва даволаш пайтида олинган барча маълумотлар киритилади. Уни “минимал даражада етарли” тамоилига риоя қилган ҳолда изчил ва аниқ, қисқа ва ҳаққоний ёзиш талаб этилади, яъни матнда бемор ва уни даволаш ҳақида етарлича тасаввурга эга бўлиш учун маълумотлар кўп ҳам, кам ҳам бўлмаслиги лозим. Касаллик тарихида барча ёзувларнинг вақти (куни, ойи, йили, соати) белгиланади. Сўзларни қисқартириш ман этилади (х.к. каби сўзлардан ташқари). Касаллик тарихидаги барча ёзувлар, ҳамда врачлар ва ҳамширалар имзолари аниқ ва тушунарли бўлиши лозим.

Касаллик тарихининг титул варағи бемор қабул бўлимига келган пайтда тўлдирилади. Касаллик тарихининг ушбу қисмини ҳамшира тўлдирсада, врач ушбу маълумотларни текшириб, керакли ўзгартиришларни киритиши лозим. “Дориларга нисбатан аллергия” саволида нафақат маълум бир дорига ёки озиқ-овқат махсулотига ва х.к. бўлган ҳаддан ташқари сезувчанликни, балки кузатилган нохуш реакцияларнинг характерини белгилаш талаб этилади. Ушбу савол ёзувлари остида даволовчи врачнинг аниқ ва тушунарли имзоси бўлиши керак (титул варағида белгиланадиган беморнинг қон гуруҳи ва резус-омили белгиси каби). Шифохонага ётқизишдан олдин бемор билан дастлабки танишиш пайтида унинг вақтинча меҳнатга лаёқатсизлиги (масалан, вақтинча меҳнатга лаёқатсизлиги варағи қачондан... қачонгача... ёки вақтинча меҳнатга лаёқатсизлиги йўқ; ногиронлик гуруҳи) ҳақида титул варағининг 2- бетидаги 15 пунктни ҳам белгилаш лозим.

Шошилиш кўрсатмалар бўйича ётқизилган бемор учун қабул бўлими врачининг шифохонага шишилиш равишида ётқизиш ва даволаш кераклигини асословчи ёзуви бўлиши шарт. Ушбу ёзувда беморнинг шикоятлари, ҳозирги касаллигининг тарихи, анамнез маълумотлари, текширувнинг объектив маълумотлари, ташхис, керакли текширувлар ва қабул бўлимида бажариладиган муолажалар ёки жарроҳлик амалларининг қисқача рўйхати бўлиши лозим.

Шифохона шароитида даволашнинг барча босқичларида тиббий муолажалар беморнинг улар ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлган ҳолда ихтиёрий рози-ризолигидан сўнг бажарилиши лозим. Ушбу розилик керакли даволаш муолажалари, режалаштирилган диагностик ва даволаш усуллари ва

уларни саломатликка таъсири ҳақида тиббий ходимдан олган маълумотларга асосланган бўлиши лозим.

Қонун бўйича 15 ёшга тўлган бемор ушбу розиликни мустақил, ота-онасининг рухсатисиз бериш ҳуқуқига эга. 15 ёшга тўлмаган беморлар учун тиббий муолажага розиликни ота-оналари (тарбиячилари) беради. Врачлар (айниқса, жарроҳлар) томонидан ушбу қонунга риоя қилмаслик инсоннинг (бемор ёки унинг вакили) ҳақ-ҳуқуқларини поймол бўлишига олиб келиши мумкин. Алкоголизм, руҳий хасталиклар, қариялар ақл заифлиги ва ҳ.к. билан касалланган беморлар учун розиликни уларнинг қонуний вакили ёки қарамоғига олган шахслари беради. Қонуний вакили бўлмаган ҳолларда жарроҳлик амалини бажариш масаласини консилиум, консилиумни йиғиш имкони бўлмаган ургент патологияларда эса бевосита даволовчи (навбатчи) врач ҳал қилиб, кейинчалик даволаш – профилактик муассасанинг раҳбарига ва беморнинг қонуний вакилига билдиради.

Врачлар сирига киритилган маълумотларни (беморнинг умумий аҳволи, жарроҳлик амалининг хусусиятлари, таҳлиллар натижалари, касалликнинг якуни) беморнинг розилигисиз бошқаларга билдириш ман этилади.

Шошилиш равишда шифохонага ётқизилган бемор бўлим навбатчи врач томонидан кўздан кечирилиши лозим. Касаллик тарихида бемор шикоятлари, касаллик анамнези, ЛОР-статус ва беморнинг умумий аҳволи ҳақида қисқача ёзув қолдирилади. Бемор нима мақсадда бўлимга ётқизилганлиги белгиланади, зарур бўлса Соғлиқни Сақлаш вазирлигининг қўлланмасига биноан шошилиш умумий ва лаборатор текширувлар ўтказилади, стандарт титул варағининг № 9 – “Дастлабки ташхис” пункти тўлдирилади.

Бўлимда даволовчи врач беморни ётқизилган куни (агар бемор бўлимга иш кунининг соат 14.00.гача келтирилган бўлса) ва 2 – кундан кечиктирмай кўздан кечирилади ва кўрсатмаларга ўзгартиришлар киритади. Шу пайтнинг ўзида беморни бўлим мудир ва зурур бўлса консултант кўздан кечирилади. Касаллик тарихининг “Клиник ташхис” пункти бемор ётқизилган 3-суткадан кечиктирмай тўлдирилади, ташхис жиҳатидан мураккаб ҳоллар бундан мустасно. (№10 пунктга барча ЛОР ташхислар китирилади.

Якуний ташхисни бемор шифохонадан чиқарилагн куни куратор-врач белгилайди, бунда № 11 пунктга: а) олиб борилган даволаш тадбирлари, даволаш вақ-ти ва натижасини белгиловчи асосий ташхис (битта); б) йўлдош ЛОР ташхислар киритилади. Бошқа аъзо ва тизимлар патологиясини акс эттирувчи умумий йўлдош ташхиси №11в – пунктига киритилади. №11б пунктига касалликнинг асоратлари ёзилади (қандай, қачон пайдо бўлган). №13 пунктга жарроҳлик амали (қандай, қачон), ривожланган асоратлари ҳақида маълумотлар киритилади.

Бўлим мудир беморларни бўлимга ётқизилган куни кўздан кечирилади, даволовчи врач билан биргаликда клиник ташхисни аниқлайди, текшириш ва даволаш режасини тузади. Жарроҳлик амлидан бир кун олдин бўлим мудир

беморни қайта кўздан кечириб, жарроҳлик амалидан олдинги эпикризга қўл қўяди. Кейинчалик бўлим мудирини ҳар ҳафтада бир марта беморларини кўздан кечириб, уларни даволаш ишларига керакли ўзгартиришлар киритади ва бу касаллик тарихида ўз аксини топади. Ва ниҳоят, бўлим мудирини беморни шифохонадан чиқишидан олдин кўздан кечирилади, даволовчи врач эса касаллик тарихида бу ҳақида ёзув қолдиради. Мураккаб клиник ҳолатларда даволовчи врач ва бўлим мудирини консултант (невропатолог, офтальмолог ва бошқ.) чақириш чораларини кўрадилар, кафедра мудирини ёки унинг даволаш ишлари бўйича ўринбосарлари (профессор, доцент) билан биргаликда консилиум ташкил қиладилар. Бўлим мудирини юридик шахс сифатида беморни бўлимда бўлиши ва даволаниши бўйича тўлиқ юридик жавобгарликни ўз бўйига олади.

Алмашиб турувчи врачлар (таҳсил олаётган клиник ординаторлар, магистрлар, иш жойида малакасини ошираётган врачлар) клиник ҳужжатларни фақат бўлим мудирини ва доимий врачлар (катта ординатор, штатли врачлар, кафедра ўқитувчилари) раҳбарлиги ва иштироки остида олиб борадилар. Алмашиб турувчи врачлар беморларни кўздан кечириш ишларини, барча даволаш тадбирларини, шу жумладан жарроҳлик амалларини, доимий врачлар раҳбарлиги ва иштироки остида бажарадилар.

Даволовчи врачлар (штатли ва кафедра врачлари) беморларни ҳар кунини кўздан кечириладилар ва касаллик тарихидаги кундалик ёзувларида беморнинг аҳволи ва кўрсатмаларнинг динамикасини аниқ акс эттириладилар. Мураккаб клиник ҳолатларда ва жарроҳлик амалидан сўнгги 3 кун давомида анча батафсил ёзувлар қолдирилади. Агар оғир аҳволи туфайли беморни сутка давомида кузатиш зарур бўлса, унда навбатчи врач касаллик тарихида бемор аҳволидаги ўзгаришлар ва ўтказилган даволаш тадбирларини акс эттирувчи такрорий ёзувларни киритади. Кафедра мудирини ва унинг ўринбосарлари клиника беморларини ҳафтада бир марта кўздан кечирилади ва мураккаб ҳолларда клиник муҳокамани ўтказилади. Даволовчи врач эса уларнинг ҳулоса ва тавсияларини касаллик тарихига киритади.

Касаллик тарихининг схемаси. Даволовчи врачнинг бўлим мудирини билан биргаликда кўриги.

Кўрик кунини ва вақтинини. *Шикоятлари:* 1) ЛОР-аъзоларининг ҳолатига; 2) бошқа аъзо ва тизимларнинг ҳолатига.

Касалликнинг анамнези. *Субъектив анамнез* (бемор сўзидан): ЛОР касаллигининг дастлабки белгилари ва бошланиш вақти, кечимининг динамикаси, илгари олиб борилган даволашнинг характери, унинг самарадорлиги (батафсил); агар илгари жарроҳлик амали бажарилган бўлса, имкон қадар унинг ҳажми кўрсатилади.

Объектив анамнез: 1) ЛОР-касаллик бўйича маълумотнома, рентгенограмма ва бошқа ҳужжатлар; 2) бошқа касалликлар бўйича ҳудди шулар.

Ҳаёт анамнези. Ирсият ҳақида маълумотлар, мавжуд бўлган бошқа аъзо ва тизимларнинг касалликлари (қанди диабет, руҳий касалликлар, юрак, қон

томир тизимини зарарланиши ва ҳ.к.), бошидан кечирган юқумли касалликлар (сил, венерик касалликлар, вирусли гепатит, ОИТС ёки ОИВ- инфекция), уй-жой ва меҳнат шароити, зарарли кўникмалари (наркотик моддаларни қабул қилиши, токсикомания, тамаки чекиши, алкоголь ичимликларни суистъеъмол қилиши ва бошқ.) ҳақида қисқача маълумот. Беморда ҳамда унинг ота-онаси ва болаларида аллергия касалликларни мавжудлиги (дори воситаларни, айрим озиқ-овқат маҳсулотларни кўтаролмаслик, бронхиял астма, Квинке шиши, экзема, аллергия ринит) белгиланади. Илгари бемор кортикостероид дориларни қабул қилганлиги кўрсатилади.

Ҳозирги аҳволи (*status presens*). Умумий аҳволи (қониқарли, ўрта оғир, оғир). Беморнинг ҳолати (фаол, пассив, мажбурий). Гавдасининг тузилиши (нормостеник, гиперстеник, астеник). Озиқланиши (юқори, паст, меъёрда). Тери қопламлари ва кўзга кўринган шиллиқ пардалар: ранги (оч-пушти, кўкимтир, сарғиш, рангпар, ер рангида); пигментлар, тошмалар, телеангиэктазиялар, чандиқлар, трофик ўзгаришлар мавжудлиги. Тери ости ёғ қатлами (ривожланганлиги, кўп миқдорда ёғ тўпланган майдойлар), шишлар (жойлашуви, тарқалиши, кескинлиги). Периферик лимфа тугунлар: пайпасланган лимфа тугунларнинг жойлашуви, уларнинг ўлчамлари, зичлиги, оғриши, ҳаракатчанлиги, ўзаро ва атроф тўқималар билан бирикиши, тугунлар устидаги терининг ҳолати.

Асаб тизими. Эс-хуши (тиник, хиралашган). Неврологик бузилишлар бор-йўқлиги. Менингиал ва ўчоқли белгилар. Бош миёна асаб толаларининг фаолияти: кўриш ўткирлиги, диплопия, птоз, кўз олмалари ҳаракатининг ҳажми, кўз қорачиқларининг ёруғликка реакцияси, тишлар жипслашганда бурун-лаб учбурчагининг симметрик жойлашуви, чиқарилган тилнинг ҳолати.

Руҳий ҳолати. Жой, вақт ва шароитда ўзини тута билиши, ақлий ривожланишнинг ёшига мослиги.

Таянч-ҳаракат аппарати (мушаклар, суяклар, бўғимларнинг ҳолати).

Қон айланиш аъзолари тизими. Аускультацияда юрак тонлари, ритми, қон босими, томир уриши.

Нафас аъзолари тизими. Нафас ҳаракатларининг тезлиги. Ҳансираш мавжуд бўлган ҳолларда унинг характери белгилаш (инспиратор, экспиратор, аралаш). Ўпка соҳаси перкуссиясида (аниқ ўпка товуши, тўмтоқ, қуттичали, тимпаник). Аускультацияда: нафасни сусайиши, кучайиши; везикуляр, қаттиқ, бронхиял.

Овқатни ҳазм қилиш аъзолари. Қорин бўшлиғи аъзоларини пайпаслаш ва перкуссия қилиш (жигар, талок). Физиологик ажратмалар.

Сийдик-танонсил аъзолари. Дизурия белгилари, Пастернацкий белгисини аниқланиши.

Эндокрин тизими. Тана вазнини ошиши ёки камайиши, чанқоқлиқ, очлик ҳиссиёти, иссиқлик ҳиссиёти, қалтираш, мушаклар сустлиги, кўзларни ялтиллаши. Қалқонсимон безни пайпаслаш (ўлчамлари ва зичлиги, оғриши).

ЛОР-аъзолари. Ташқи кўрувда ЛОР-аъзоларининг ташқи кўринишига эътибор берилади. Ташқи бурун, пешона ва юқори жағ бўшлиқлари деворларининг юз соҳаси проекцияси майдонлари, қулоқ супраси, бўйин шаклининг ўзгаришлари (масалан, "ташқи бурун қирраси суяк қисмини чўкиши", "бурун пирамидасини чапга силжиши" ва ҳ.к.). У ёки бу ЛОР-аъзоси эндоскопиясидан олдин маҳаллий лимфа тугунлар, пешона бўшлиғининг олд ва пастки деворлари, уч шохли асаб толаси биринчи ва иккинчи шохчаларининг чиқиш тешиклари, юқори жағ бўшлиқларининг олд деворлари, ҳиқилдоқ тоғайлари ва ш.ў. пайпасланади. Барча ЛОР-аъзолар кетма-кет текширилади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари. Бурун орқали нафас олиш қобилияти пахта билан бажарилган синама ёрдамида текширилади ва эркинлиги ёки қийинлашганлиги (нафас олиш ёки нафасни чиқариш ҳаракати қийинлашганлиги) баҳоланади. Зарур бўлса ринопневмометрия текшируви ўтказилади.

Ҳид билиш қобилиятини бузилишига шикоятлар мавжуд бўлганда ҳидли моддалар тўплами: 0,5% сирка кислотасининг эритмаси (№1), 70% ли этил спиртнинг эритмаси (№2), валериана настойкаси (№3), навшадил спирти (№4) ёрдамида одориметрия текшируви ўтказилади. Ҳид билиш қобилиятини чуқурроқ текшириш учун олфактометрлардан фойдаланилади.

Олд риноскопия текшируви навбатма-навбат аввал ўнг, кейин чап томонда бажарилади. Ҳар бир томонда бурун бўшлиғи даҳлизининг ҳолати алоҳида-алоҳида қайд этилади, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг ҳолатига (ранги, ялтиллаши, намлиги), бурун тўсиғининг жойлашувига (қийшайиш бўлганда унинг характери, жойлашуви, кескинлиги кўпроқ қайси томонга силжиганлиги), бурун чиғаноқларининг ўлчамларига, бурун йўллариининг кенглигига, ёриғида ажралма бор-йўқлигига, унинг характери (шилимшиқ, йирингли, геморрагик ажралмалар, қалоқлар) эътибор берилади. Зарур бўлса анемизация ёрдамида бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг қисқариш қобилияти аниқланади.

Бурунҳалқум (эпифарингоскопия). Бурунҳалқум орқа риноскопия текшируви ёки эндоскоп ёрдамида кўздан кечирилади. Бунда шиллиқ парданинг ҳолати, ҳалқум (аденоидларнинг I, II, III даражаси, аденоидит белгилари) ва най муртаклари, эшитув найининг ҳалқум тешиги, димоғ суягининг орқа чети, хоаналар ёриғи, бурун чиғаноқларининг орқа учлари, бурун йўллариининг орқа бўлимларида ажралма бор-йўқлиги, унинг характери аниқланади. Зарур бўлса бармоқ ёрдамида текширув бажарилади.

Ороскопияда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси, тишлар ва милklar (тиш кариеси, пародонтоз, периодонтит бор-йўқлиги ва унинг кескинлиги), сўлак безлари чиқиш тешикларининг ҳолатига эътибор берилади.

Оғизҳалқум (мезофарингоскопия). Шиллиқ парда (ранги, ялтиллаши, намлиги), танглай равоқчаларининг ҳолати (қизарган, инфилтрланган, шишган, муртакларга бирикканлиги), тунглай муртакларининг ўлчамлари (равоқчалар

ортида, гипертрофиясининг I, II, III даражаси), уларнинг юзаси (силлиқ ёки ғадир-будир), лакуналарнинг ҳолати (кенгаймаган ёки кенгайган), уларнинг ичида патологик ажралмани бор-йўқлиги (босилганда казеоз, йирингли тикинлар, суюқ, қуюқ йирингли ажралмани чиқиши), ҳалқум орқа девори шиллиқ пардаси ва лимфоид тузилмаларининг ҳолати. Ютиниш фаолияти: юмшоқ танглайнинг симметриклиги ва ҳаракатчанлиги баҳоланади.

Ҳиқилдоқҳалқум (гипофарингоскопия). Ҳалқум деворларининг (ноксимон чўнтакларнинг) симметриклиги, сўлак “кўллари” ёки ёт жисмларни мавжудлиги, тил муртагининг ўлчамлари ва ҳолати. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг чуқурчалари меъёрда эркин.

Ҳиқилдоқ. Меъёрда ҳиқилдоқ тўғри шаклда, пассив ҳаракатчан, тоғайлар қирсиллаши белгиси аниқланади. Маҳаллий лимфа тугунларини пайпаслаш. Билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳиқилдоқ усти ва даҳлиз бурмалари, чўмичсимон тоғайлар соҳаси, чўмичсимон аро бўшлиқ шиллиқ пардаларининг ҳолати баҳоланади. Меъёрда у пушти рангда, нам, ялтироқ, юзаси силлиқ бўлади. Овоз бурмалари ялтироқ-кулранг, фонация пайтида симетрик ҳаракатчан, тўлиқ жипслашади, нафас олинганда овоз тирқиши кенг (меъёрда 15 мм дан 19-20 мм гача), овоз ости бўлиғи эркин. Овоз жарангдор, нафас эркин. Патологик ҳолатлар белгиланади.

Қулоқлар (отоскопия). Ташқи кўрувда қулоқ супрасининг шакли, яллиғли инфилтратлар, қулоқ атрофи майдонда жароҳатлар, қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўлининг ўзгаришлари борлиги батафсил ёритилади. Қулоқ атрофи майдони, қулоқ дўмбоқчаси ва ташқи эшитув йўли пайпасланганда пайдо бўлган оғриқ баҳоланади.

Отоскопия текшируви дастлаб соғлом, кейин зарарланган қулоқда бажарилади; агар беморни иккала қулоқлари безовта қилса, унда текширув ажралма оқмаётган қулоқдан бошланади. Ташқи эшитув йўлидаги ажралманинг характери ва миқдори (ажралма шилимшиқ, йирингли, геморрагик 1-2 пахтача ва ундан ортиқ, ҳидсиз ёки ёқимсиз ҳидли), ташқи эшитув йўлининг эни ва шакли (терисида яллиғли ўзгаришлар, қулоқ кири, экзостозлар, орқа деворини осилиши мавжудлиги) баҳоланади.

Ногора пардани (Mt) таърифлаш пайтида унинг рангига (меъёрда у кулранг-ялтироқ) ва билиш нуқталарига: болғачанинг калта (латерал) ўсимтаси ва дастаси, ёруғлик конуси, олд ва орқа болғача бурмаларига эътибор берилади. Патологик ҳолатларда Mt қизарган, инфилтрланган, ботган ёки бўртган, қалинлашган, ёруғлик конуси қисқарган ёки йўқолган бўлиши мумкин. Ногора пардада тешик мавжуд бўлганда унинг ўлчамлари, жойлашуви, шакли, тури (периферик, марказий); очиқ ёки тўлқинсимон рефлексни мавжудлиги аниқланади. Баъзан йирик тешик орқали ногора бўшлиғининг тузилмалари (қалинлашган шиллиқ парда, грануляциялар, эшитув суякчаларнинг қолдиқлари ва ҳ.к.) кўринади.

Агар беморда эшитиш қобилиятидан шикоятлари бўлмаса, унда эшитиш қобилияти шивирлаб айтилган сўзлар (ШС) ёрдамида текширилиб, натижалари ҳар бир қулоқ учун ШС АД ва АС 6 м деб белгиланади. Агар беморда эшитишни пасайиши ва қулоқ патологияси аниқланган бўлса, унда албатта эшитув паспортини тузиш ва эшитув найлари фаолиятини текшириш талаб этилади. Бош айланиши ва мувозанатни бузилиши каби шикоятлари бўлган ҳолларда мувозанат фаолияти текширилиб, натижалари мувозанат аъзоси фаолиятининг функционал текшируви паспортига киритилади.

Эшитувни шивирлаб ва овозни чиқариб айтилган сўзлар, ҳамда камертонлар ёрдамида текшириш натижалари эшитув паспортига киритилади.

Мувозанат тестларини бажаришда ўзгаришлар кузатилганда, қўшимча тарзда калорик ва айланторма синамалари, мувозанатни бузилиши кузатилганда эса –стабилометрия текшируви ўтказилади. Вестибулометрик текширув натижаларини врач-вестибулолог таҳлил қилади ва ўз хулосаларини чиқаради.

Мувозанат аъзосининг функционал текшируви ва айрим мияча синамалари натижаларининг паспорти.

Ўнг томон	Тестлар	Чап томон
-	СХ (субъектив ҳиссиётлар)	+
Abs	СН (спонтан нистагм)	СН II даражали
	Кўрсаткич синамаси	Иккала қўллар бироз ўнг томонга оғади
	Қўлларни спонтан оғиши реакцияси	Шунга ўхаш
	Ромберг ҳолати	Йиқилмайди
	Адиадохокинез	Йўқ
Бажаради	Кўзларини очга ҳолда юриш	Бажаради
Манфий	Ён томонга юриш	Бажаради
	Прессор синама	Манфий

Беморни тешириб бўлгандан сўнг врач поликлиникада ёки бошқа даволаш муассасаларида ўтказилган текширув натижалари (лаборатор таҳлиллар,

рентгенограммалар, ЭКГ, аудиограммалар, консультантларнинг хулосалари, касаллик тарихида кўчирмалар) билан танишади. Ушбу ҳужжатлардан энг муҳимлари шифохонада ўтказилган текширув натижалари билан биргаликда ташхис қўйишда эътиборга олинади.

Клиник ташхис шифохонада даволовчи врач ва бўлим мудирининг биргаликда беморни кўздан кечирганларидан сўнг қўйилади ва номенклатура ёки қабул қилинган тансиф бўйича ифодаланади.

Текширув ва даволаш режаси. Уни даволовчи врач бўлим мудирининг билан биргаликда шифохонада беморни биричи бор кўздан кечирганда тузадилар. Режада керакли умумий клиник, биокимёвий, рентгенологик ва махсус функционал (ЭКГ, ЭЭГ, РЕГ, доплеография, ангиография ва ҳ.к.) текширувлар, қўлланиладиган оториноларингологик текширув усуллари (аудиологик, вестибулометрик ва ҳ.к.); бошқа мутахассисликлар вакиллари билан керакли консультациялари, оғриқсизлантириш усули кўрсатилган ҳолда режалаштирилган жарроҳлик амали ва белгиланади.

Бўлим мудирининг кўриги. Клиник ташхисни тасдиқлаш, беморни текшириш ва даволаш режасини қўллаб қуватлаш, қўшимчалар.

Жарроҳлик амалидан олдинги эпикриз. 1. Беморнинг исми, шифо, ёши, клиник ташхис, хирургик касалликнинг объектив белгилари (масалан, нафас фаолиятининг бузилиши билан кечган бурун тўсиғи суяк қисмининг кескин қийшайиши бор).

2. Касаллик қанча вақт давом этганлиги, ҳар неча вақтда авж олиб туриши, консерватив даволашнинг самарасизлиги. Жарроҳлик амалига тайёрлаш давомида ўтказилган лаборатор ва функционал текширувларнинг асосий маълумотлари келтирилади.

3. Жарроҳлик амалининг мақсади ва унинг асосий босқичлари, танланган оғриқсизлантириш усули аниқланади, бемор жарроҳлик амалидан хабардор бўлиб, унга рози эканлиги, психопрофилактик суҳбат ўтказилганлиги, ҳамда бемор юз бериши мумкин бўлган асоратлари ҳақида огоҳлантирилганлиги белгиланади. Беморнинг, 15 ёшга тўлмаган болалар учун- ота-онасининг ўз қўли билан ёзилган шахсий имзоси бўлиши шарт. Жарроҳ ва ассистентларининг фамилияси кўрсатилади. Врач-кураторнинг имзоси. Бўлим мудирининг имзоси. Агар жарроҳлик амали врач-анестезиолог иштирокида режалаштирилган бўлса, унда жарроҳлик амалидан олдин ушбу мутахассис ҳам беморнинг аҳволи ва наркоз олиб бориш учун керакли тайёргарликлар ҳақида ёзуви бўлиши лозим.

Жарроҳлик амали (номи,номери). Жарроҳлик амали бошланган ва тугатилган куни ва вақти. Оғриқсизлантириш маҳаллий..... (ёки умумий, наркоз). Навбатма-навбат қуйидагилар қайд этилади: терини кесиш.....ажратиш.....олиб ташлаш..... очиш.....атроф тўқималардан ажратиш.....микроскоп остида тафтиш қилиш..... тампон ўрнатиш чок қўйиш.....бойлам қўйиш. Қон йўқотилиши.....патологик жараённинг хусусиятлари, асоратлари (агар мавжуд

бўлса), наркоз ҳолатидан чиққандан ва бевосита жарроҳлик амалидан сўнги беморнинг аҳволи белгиланади. Патологоанатомик текширувга қандай материал юборилганлиги кўрсатилади. Жарроҳлик амалидан кейинги ташхис. Кўрсатмалар.

Жарроҳ(имзоси).

Ассистент(имзоси).

Барча жарроҳлик амалларини (кўрсатмалар, натижаси, якуни) бўлим мудир, зарур бўлса кафедра мудир ёки унинг ўринбосарлари ўз назорати остига олади.

Кундаликни олиб бориш. Жарроҳлик амалидан кейинги дастлабки 3 кун давомида кундаликда даволовчи врач ёзувларни батафсилёзади, оғир ҳолларда даволовчи врач бўлмаган пайтда бемор аҳволининг ўзгаришларни акс эттирувчи навбатчи врачларнинг ёзувлари билан бирга ҳар куни батафсил ёзилади. Кундаликда ўтказилган лаборатор ва функционал текширувларнинг натижалари ва уларнинг таҳлили ҳақидаги даволовчи врачнинг ёзувлари бўлиши лозим. Шу билан бирга даволовчи врач барча янги кўрсатмаларни кундаликда асослаб бериши талаб этилади.

Ҳар 10 кунда албатта *босқич эпикризи* ёзилиб, унда беморнинг умумий аҳволи, ўтказилган текширув ва даволаш тадбирларининг асосий натижалари (шу жумладан жарроҳлик даволаш усулининг), кейинги даволаш режалари тузилади.

Агар бемор 30 кун давомида меҳнатга яроқсиз (шифохонага ётқизилишидан олдинги кунларни ҳам ҳисобга олган ҳолда) ҳисобланса, унда у меҳнатга лаёқатсизлик варағини давом эттиришни асосланганлигини ва зарурлигини баҳолаш учун *клиник-эксперт комиссиясига* (КЭК) юборилади.

Агар меҳнатга яроқсизлик 4 ой давом этса, унда ногиронлик гуруҳига ўтказиш ёки меҳнатга лаёқатсизлик варағини давом эттириш (соғайиб кетишига ишонч бўлганда) мақсадга мувофиқлиги масаласини ҳал қилиш учун бемор албатта *тиббий-ижтимоий эксперт комиссиясига* (ТИЭК) юборилади.

Шифохонадан чиқазилган бир кун олдин бўлим мудир беморни кўздан кечи-риб, унинг объектив ҳолатига, ЛОР- аъзолари фаолиятини кўрсатган ҳолда жар-роҳлик даволаш усулининг натижаларини баҳолайди, турар жойида даволанишни давом эттириш бўйича тавсиялар беради.

Шифохонадан чиқазилган эпикризи. Бемор исми, шарифи ЛОР-бўлимида “....” 200...йил....дан.....гача(якуний ташхис) билан даволанди. “....” 200...йилда оғриқсизлантириш остида жарроҳлик амали бажарилди (жарроҳлик амалининг тўлиқ номи). Жарроҳлик амали ва ундан сўнги даври асоратсиз кечди (жарроҳлик амали бажарилишининг хусусиятлари, асосий жарроҳлик топилмалари, гистологик текширув натижалари, жарроҳлик амалидан кейинги даврининг хусусиятлари кўрсатилади). Ҳозирги пайтда: жарроҳлик амали ўтказилган аъзонинг қисқа объектив манзараси (масалан, ўртача ривожланган реактив белгилар) ва фаолияти (масалан, жарроҳлик

амалидан олдин ўнг қулоғи ШС-қулоқ супраси ёнида, шифохонадан чиқиш пайтида ШС-3 м масофадан эшитади).

Бемор қониқарли аҳволда район оториноларингологи назорати остига юборилади, ... (кузатув кунларининг сони, даволаш тадбирлари, уй шароитида бўлиш муддати) тавсия қилинади.

Даволовчи врач..... (имзоси).

Бўлим мудири (имзоси)

(Жарроҳлик бўйича бош врач ўринбосари)

Беморни чиқазиш пайтида даволовчи врач шифохонадан чиқарилган бемор картасини тўлдиради.

ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ БУЙИЧА ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

МАСАЛА № 1

Бемор 23 ёшда, чап қулоғи оғришига, ундан йиринг оқишига, эшитишнинг пасайганлигига, тана ҳарорати кўтарилганлигига, умумий ҳолсизликка шикоят қилади. Касаллик 7 кун илгари тумовдан сўнг бошланди. Касаллик чап қулоғининг кескин оғриши, тана ҳароратининг 39°C кўтарилиши, бош оғриши билан бошланди. Иккинчи куни бемор эшитиши пасайганлигини пайқайди. Охирги 2 кун давомида қулоғидан йиринг оқа бошлаганлигини ва шундан сўнг аҳволи биров яхшиланганлигини, тана ҳарорати 37,5°C тушганлигини таъкидлайди.

Объектив текширувда ички аъзолар ўзгаришсиз. Бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати қизарган. Бурун йўлларида патологик ажралма аниқланмайди. Ўнг қулоғи, томоғи ва ҳалқум соҳаси ўзгаришсиз.

Чап қулоғининг ташқи эшитув йўлида йирингли ажралма борлиги аниқланди, унинг териси ўзгаришсиз. Ноғора парда қизарган, бўртган; олд пастки квадрантда тўлқинли рефлекс аниқланади.

Бемор шивирлаб айтилган сўзларни ўнг қулоғи билан 5м, чап қулоғи билан 1,5 м масофадан эшитади.

I. Дастлабки диагноз: _____

II. Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

IV. Диагностик асослаш _____

V. Диф. диагностика _____

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____

МАСАЛА №2

Бемор ўнг қулоқ супраси оғришига ва шишганлигига шикоят қилади.

Оғриқ ва шиш 5 кун илгари ташқи эшитув йўлида ўткир жисм ёрдамида бажарилган муолажада қулоқ дўмбоғининг териси жароҳатлангандан сўнг пайдо бўлганлигини таъкидлайди.

Объектив текширувда ўнг қулоқ супраси юмшоқ тўқималар инфильтрацияси туфайли катталашган, териси биров қизарган. Қулоқ супрасига қўл текканда оғрийди. Қулоқ дўмбоғи ўзгаришсиз. Эшитув йўлининг ташқи бўлими кескин торайган. Ноғора парданинг кўзга кўринадиган қисмлари ўзгаришсиз.

I. Дастлабки диагноз: _____

II. Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____

IV. Диагнозни асослаш _____

V. Диф. диагностика _____

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____

МАСАЛА №3

Бемор ўнг қулоғи оғришига, ундан йирингли ажралма оқишига, умумий ҳолсизлик, мадорсизлик, тана ҳароратининг 38°C кўтарилишига шикоят қилади. Ўзини болалигидан касал деб ҳисоблайди. Касаллик 10 кун илгари шамоллашдан сўнг авж олганлигини таъкидлайди.

Объектив текширувда: сўрғичсимон ўсиқ соҳаси ўзгармаган, перкуссияда ва пайпасланганда оғримайди.

Отоскопияда: ўнг томонда ташқи эшитув йўлида бадбўй йирингли ажралма, ноғора парданинг олд юқори квадрантида четки тешик борлиги, ундан оқиш эпидермал массалар кўзга кўриниши аниқланди. Ноғора парданинг таранг қисми бироз қизарган, қон томирларининг чизгилари кўзга ташланиб туради. Эшитув ўткирлиги шивирлаб айтилган сўзларга -3 м, оддий овозга - 6 м.

I. Дастлабки диагноз: _____

II. Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____

IV. Диагнозни асослаш _____

V. Диф. диагностика _____

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

МАСАЛА №4

40 ёшли аёл сурдологик бўлимга охирги 6 ой давомида эшитиши ёмонлашганлигига шикоят қилиб мурожаат этди. Бемор 11 ой илгари ўткир плеврит билан оғриб, 25 кун давомида кунига 1000000 ТБ стрептомицин қабул қилган. Даволаниш пайтида бемор қулоғида юқори частотали шовқин пайдо бўлганлигини, эшитиши ёмонлашганлигини ва тентраклаб юра бошлаганини пайқайди. Даволашдан 2 ой сўнг эшитиши кун сайин пасая борди.

ЛОР-аъзолар кўздан кечирилганда патологик ўзгаришлар йўқ. Эшитиш ўткирлиги текширилганда товушни қабул қилиш механизми бузилганлиги аниқланди. Вестибуляр анализатор ҳолатининг текшируви иккала лабиринтларнинг фаолияти сусайганлигини кўрсатди

I. Дастлабки диагноз: _____

II. Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____

IV. Диагнозни асослаш _____

V. Диф. диагностика _____

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

МАСАЛА №5

Бемор бошининг чаккасига ва тепасига тарқалган, чайнаганда кўчувчи ўнг қулоқ оғриғига шикоят қилади. Тана ҳарорати-37,4°C.

Объектив текширувда ўнг қулоқ супрасининг шакли ўзгармаган. Ташқи эшитув йўлининг олд деворида конуссимон бўртма аниқланади, унинг териси қизарган, марказида йирингли ажралма кўринади. Ташқи эшитув йўлининг ёриғи кескин торайган, ноғора парда кўринмайди. Қулоқ супрасининг олд томонидаги лимфа тугуни катталашган, пайпасланганда оғрийди. Чап қулоғи ўзгаришсиз. Бемор шивирлаб айтилган сўзларни иккала қулоғи билан 5м масофадан эшитади.

Ташхис қўйинг. Беморни қандай даволайсиз?

I.Дастлабки диагноз: _____

II.Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____

IV.Диагнозни асослаш _____

V. Диф.диагностика _____

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

МАСАЛА №6

Бемор ёшлигидан тез-тез ангина билан касалланган. Охирги йилларда бемор юрак соҳасида ва қўл-оёқ бўғимларида оғриқ борлигига шикоят қилади.

Объектив қўрганда: аҳволи қониқарли, томир уриши 76 та. Аускультацияда юрак соҳасида функционал шовқин борлиги аниқланади. Ички аъзоларида бошқа ўзгаришлар йўқ. Стомофарингоскопия- иккита чириган тишлари бор.

Фарингоскопияда олдинги равоқчалар қирралари биров қизарган ва болишсимон қалинлашган, муртаклар равоқчаларга ёпишган, муртаклар тўқимаси қаттиқ, чандиқли, лакуналарида суюқ йирингли тикма бор. Жаг ости лимфа тугунлари қаттиқ, пайпаслаганда катталашган, оғриқсиз

I. Дастлабки диагноз: _____

II. Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

IV. Диагнозни асослаш _____

V. Диф. диагностика _____

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

VII. Диспансеризация _____

МАСАЛА №7

Бемор 27 ёшда, ҳалқумининг чап томони кескин оғриши туфайли оғзини қийинчилик билан очишига, қаттиқ овқатни ютолмасликка, умумий ҳолсизлик ва тана ҳарорати кўтарилганлигига шикоят қилади. Бемор ўзини тўрт кун давомида касал деб ҳисоблайди, уйда даволанган (аспирин,аналгин таблеткаларини ичган, оғзини мармарак дамламаси билан чайқаган).

Текширувда: жағости соҳасида чап томонда лимфа тугунлар катталашган ва оғрийди. Бемор оғзини қийинчилик билан очади, оғзи кенг очилмайди. Оғизҳалқумнинг шиллиқ қавати қизарган, танглай муртаги марказга силжиган, олд равоқча ва юмшоқ танглайнинг бир қисмини қамраб олган инфильтрат кўзга ташланади.

I.Дастлабки диагноз: _____

II.Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

IV.Диагностни асослаш _____

V. Диф.диагностика _____

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

МАСАЛА №8

Бемор 19 ёшда, боши қаттиқ оғришига, ютинганда иккала қулоғи соҳасига бериладиган оғриқ пайдо бўлишига, қўл ва оёқларининг бўғимлари ва бели оғришига шикоят қилади. Касаллик бир кун илгари тўсатдан бошланган, тана ҳарорати 39-40 даражага кўтарилади.

Текширувда: бўйиннинг маҳаллий лимфа тугунлари катталашган, пайпаслаганда оғрийди. Оғзи эркин очилади, тили кулранг караш билан қопланган, танглай муртакларининг ҳажми катталашган, улар кизарган, муртакларнинг эркин юзасида сарғиш-оқ нуқтачалар кўринади.

I. Дастлабки диагноз: _____

II. Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

IV. Диагнозни асослаш _____

V. Диф. диагностика _____

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____

МАСАЛА №9

Бола 5 ёшда, қабул бўлимига оғир аҳволда келтирилган. Тана ҳарорати 39,0, нафас олиш бироз қийин, овқат емайди. 7 кун олдин ЎРВИ билан касалланган ва даволанган.

Фарингоскопияда-олдинги равоқчалар ва юмшоқ танглай бироз кизарган, карашлар йўқ. Ўнг томонда ҳалқумнинг орқа деворида тўқ қизил рангли шарсимон бўртма кўринади. Жағ ости лимфа тугунлари ўнг томонда катталашган, пайпаслаганда оғриқли.

I.Дастлабки диагноз: _____

II.Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

IV.Диагнозни асослаш _____

V. Диф.диагностика _____

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

б) маҳаллий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

МАСАЛА №10

Бемор 16 ёшда қабул бўлимига носилкада олиб келинган, шикоятлари умумий дармонсизликка, бош оғришига, томоғида оғриқ борлигига. Бемор икки кундан бери касал. Анамнезидан маълумки, икки ҳафта олдин юқумли касаллик билан оғриган. Бемор бола билан алоқада бўлган. Беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, дармонсиз. Тўшакда қийинчилик билан ўтиради. Тери қатлами оқимтир, нам. Тана ҳарорати 38,6 С. Томир уриши 82 та. Ҳалқумнинг шиллиқ қавати қизарган, муртаклар ифлос кулранг караш билан қопланган. Карашлар равоқчаларга ҳам тарқалган. Карашлар қийинчилик билан кўчади, остидаги тўқималар қонайди. Муртаклар атрофидаги юмшоқ тўқималар шишган. Оғзидан еқимсиз ҳид келади. Жағ остида юмшоқ тўқималар шишганлиги кўринади. Регионар лимфа тугунлари катталашмаган.

Диагноз қўйинг. Диагнозни тасдиқлаш учун нима қилиш керак.

I.Дастлабки диагноз : _____

II.Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

IV.Диагнозни асослаш _____

V. Диф.диагностика _____

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

б) маҳаллий

- 1) _____

МАСАЛА №11

3 ёшар болада кечаси уйқуси пайтида тўсатдан хурувчи йўтал бошланди, у шовқинли нафас ола бошлади.Нафас ҳаракатида барча ёрдамчи мускуллар иштирок этади, лаблари кўкарди,болага ҳаво етишмаслиги яққол намоён бўлди,у безовта,совуқ терга ботди. Овози ўзгаришсиз, тана ҳарорати бироз кўтарилган.Буғилиш бола бутунлай соғлом пайта содир бўлди.

Ташхис қўйинг.Беморга қандай тиббий ёрдам кўрсатилиши лозим?

I.Дастлабки диагноз: _____

II.Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____

IV.Диагнозни асослаш _____

V. Диф.диагностика _____

VI.Даволаш

а) умумий

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

б) маҳаллий

1) _____

2) _____

3) _____

VII.Диспансеризация _____

МАСАЛА №12

Бемор 45 ёшда, охириги икки ой давомида овози буғилганлигига шикоят қилади. Ютинганда оғриқ сезмайди. Икки ҳафта давомида олиб борилган яллиғланишга қарши даволаш (антибиотиклар, ингаляциялар, томоғини чайиш, сульфаниламидлар) самара бермади.

Ларингоскопияда: чап овоз бурмасининг олдинги икки бўлимининг эркин четида асоси кенг кичик ғадир-будир тузилма кўринади. Ҳиқилдоқ чап томонининг ҳаракати бировз чегараланган. Ҳиқилдоқнинг ўнг томони ўзгаришсиз. Овоз тарқиши нафас учун етарлича кенг. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаган. Вассерман синамаси манфий.

I.Дастлабки диагноз: _____

II.Асосий текшириш усуллари

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. _____

2. _____

3. _____

IV.Диагнозни асослаш _____

V. Диф.диагностика _____

VI.Даволаш

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

VII.Диспансеризация _____

МАСАЛА №13

13 ёшар қизча ЛОР-клиникага нафас олишининг қийинлиги, ҳансираш, вақти-вақти билан йўтал шикоятлари билан келтирилди. Анамнездан маълум бўлишича, бир ҳафта илгари йўлда у нўхат еб кетаётганда,тўсатдан орқасини туртишган,шундан сўнг йўтал пайдо бўлиб,нафас олиши қисқа муддатга қийинлашган. Кейин нафас олиши тикланиб, йўтали камайган, лекин йўтал пайтида у томогига бир нарса тикилишини ҳис этар, чуқур нафас олганда ёт жисм пастга тушар эди.Тўрт кундан сўнг бу ҳолат ўтиб кетди, аммо ҳолсизлик ва йўтал ҳалигача безовта қилар эди.

Текширувда ЛОР-аъзоларда патологик ўзгаришлар аниқланмаган. Рентгенограмада ўнг ўпканинг пастки бўлаги ателектазининг манзараси аниқланган.

I.Дастлабки диагноз: _____

II.Асосий текшириш усуллари

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. _____

2. _____

3. _____

IV.Диагнозни асослаш _____

V. Диф.диагностика _____

VI.Даволаш

1) _____

МАСАЛА №14

Бемор 28 ёшда, қариндошлариникида қулупнай еган. Икки соатдан сўнг нафас олиши қийинлашган, бўйин соҳасида қисилиш, ютинганда нокулайлик ҳис этди. Ўсиб бораётган буғилиш билан бемор касалхонанинг қабул бўлимига келтирилди.

Текширувда: ҳикилдоқусти қопқоғининг тил томондаги юзида-шишасимон шиш кўзга ташланади, шиш ноксимон чўнтакларнинг деворларига ҳам тарқалган.

I. Дастлабки диагноз: _____

II. Асосий текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. _____
2. _____
3. _____

IV. Диагнозни асослаш _____

V. Диф. диагностика _____

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

б) маҳаллий

- 1) _____

VII. Диспансеризация _____

МАСАЛА №15

Бемор томоги огришига, огрик уз узидан ёки ютинганда пайдо булишига, тана арорати 38,9 град. кутарилишига, умумий холсизликка шикоят килади. Бугун кечаси бутилганлигини ҳис этди. Яримутрок ҳолатда нафас олиши бироз енгиллашади. Касаллик уч кун олдин шамоллашдан кейин ривожланди.

Объектив текширувда: тери копламлари ва шиллик кават рангпар. Тинч холатда нафас олиши эркин- бир дакикада нафас ҳаракатлари 20 та. Томир уриши бир дакикада 94 та. Енгил жисмоний ҳаракатда томир уриши ва нафас олиши тезлашади. Ички аъзоларда патологик узгаришлар аниқланмайди. Халқумнинг ва унинг орқа деворининг шиллик кавати бироз кизарган.

Ларингоскопия: хиқилдоқ усти копкогининг чети ва чумичсимон тоғайлар соҳаси кескин кизарган. Овоз бурмалари аниқ кузга ташланмайди, кизарган, инфилтрланган, овоз тарқиши торайган.

Ташхис куйинг. беморни қандай даволайсиз?

I. Дастлабки диагноз: Хиқилдоқ ангинаси

II. Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашмаган, ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқсиз)
2. Стомофарингоскопия (тишлар ўзгаришсиз)
3. Мезофарингоскопия (ҳалқум орқа деворларида бир оз қизариш ва шиш бор)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (хиқилдоқ усти копкогининг чети ва чумичсимон тоғайлар соҳаси кескин кизарган. Овоз бурмалари аниқ кузга ташданмайди, кизарган, инфилтрланган, овоз тарқиши торайган)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л, эритроцитлар $2,5 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-20мм/с, қонда эозинофиллар миқдори, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оксил –йўқ)
2. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади. Ўпка аускультациясида иккала томонда ҳам дағал хириллашлар эшитилади
3. Мутахассислар маслаҳати : (аллерголог, терапевт)

IV. Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия ва ларингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар, терапевт ва аллерголог хулосалари)

V. Диф. диагностика (ўткир ларинготрахеит, хиқилдоқ дифтерияси, хиқилдоқ склеромаси, хиқилдоқ сили)

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) Шошилиш равишда ЛОР-касалхонага ётқизиш. Антибактериал, гипосенсибилизация терапияси.
- 2) амбулатор шароитда антибиотикотерапия
- 3) витаминотерапия, десенсибилизация
- 4) чалгитувчи ва витамин терапия

Д) гармонал терапия

б) маҳаллий

1) томоққа “Лоробен”, “Биопарокс” аэрозоллари пуркаш.

VII. Диспансеризация (терапевт ва аллерголог томонидан қўрилади)

МАСАЛА №16

Бемор 34 ёшда, чап томонда бурундан йирингли ажралма оқишига, бурун орқали нафас олиш қийинлашганлигига, субфебрил ҳароратга шикоят қилади. Кейинги 10 йил давомида тумов тез-тез безовта қилаётганини ва узоқ вақт давом этишини таъкидлайди. Бундан 3 йил илгари касаллик авж олган пайтда биринчи марта “Бурун атрофи бўшлиқларининг яллиғланиши” ташхиси қўйилган.

Риноскопияда: бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати қизарган, инфильтрланган, чап томонда пастки бурун йўлида йирингли ажралма қўринади. Чап томонда юқори жағ бўшлиғининг соҳасини босилганда оғрийди. Чап томонда бурун орқали нафас олиш қийинлашган. Фарингоскопияда ҳалқумнинг орқа девори буйлаб йирингли ажралма оқаётганлиги кўзга ташланади. Ренгенограммада: чап томонда юқори жағ бўшлиғи хиралашган.

Сизнинг ташхисингиз. Аниқ ташхис қўйиш учун яна нималар килиш керак? Беморни қандай даволайсиз?

I. Дастлабки диагноз: Чап томонлама сурункали йирингли гайморит

II. Асосий текшириш усуллари:

1. Уч шохли нерв чиқиш нуқталарини пайпаслаш (чап томонда уч шохли нервнинг иккинчи шохининг чиқиш жойида оғриқ)
2. Риноскопия (бурун шиллиқ қавати қизарган, шишган, пастки бурун чиғаноқлари катталашган, чап томонда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма бор, бурун тўсиғи ўрта чизикда жойлашган)
3. Чап гаймор бўшлиғини тешиш (3,0 мл ҳидсиз йиринг)
4. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)
5. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
6. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л, эритроцитлар $4,1 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-15мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та)

к/м, оқсил –йўқ)

2. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси (чап гаймор бўшлиғи тиниқлигининг пасайиши)
3. Йирингни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш.
4. Ольфактометрия
5. Ринопневмометрия

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, риноскопия ва рентгенография далилларига, лаборатор таҳлиллар, чап гаймор бўшлиғининг тешиш натжаларига)

V. Диф.диагностика (сурункали ринит, уч шохли асаб толаси невралгияси, юқори жағ бўшлиғи ўсмаси)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, цефазолин)
- 2) организмнинг табиий қаршилигини кучайтирувчи воситалар (алоэ, гамма-глобулин, витаминлар)
- 3) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 4) витаминотерапия (С ва В витаминлар)

б) маҳаллий

- 1) бурунга томир торайтирувчи препаратлар (нафтизин, галазолин)
- 2) секретолитик ва муколитик препарат (Синупрет)
- 3) чап гаймор бўшлиғини дренажлаш

VII.Диспансеризация (ҳар 6 ойда консерватив даво курслари ўтказилади)

МАСАЛА №17

Ўткир тумовдан сўнг беморда чап томонда бурнининг терисида шиш, қизариш ва оғриқ пайдо бўлди. Оғриқ тишларга, чакка соҳасига ва чап кўзига таркалади, тан ҳарорати 38°C гача кўтарилди.

Объектив текширувда: чап томонда бурун қаноти соҳасида марказида йиринг тўплами бўлган оч қизил чегараланган шиш кўринади.

I.Дастлабки диагноз: бурун чипқони

II.Асосий текшириш усуллари

1. Ташқи кўрув (чап томонда бурун қаноти соҳасида марказида йиринг тўплами бўлган оч қизил чегараланган шиш кўринади)
2. Риноскопия (бурун даҳлизи қизарган, марказида йиринг тўплами бўлган оч қизил чегараланган шиш кўринади, пастки бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун тўсиғи ўрта чизиқда жойлашган)

3. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 115г/л, эритроцитлар $3,8 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-25мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 1-2та к/м, оқсил –йўқ)
2. Окулист ва эндокринолог маслаҳати

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, ташқи кўрув ва риноскопия далиллари, лаборатор таҳлиллари, окулист ва невропатолог хулосалари)

V. Диф.диагностика (бурун сарамаси, бурун тўсиғи абсцесси, ринитлар, бурун сикози)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, эритромицин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 3) дезинтоксикацион терапия (гемодез, реополиглюкин)
- 4) антикоагулянт терапия

б) маҳаллий

- 1) бурун даҳлизи соҳасида (Вишневский малҳамини суртиш)
- 2) бурун даҳлизи соҳасида УВЧ

МАСАЛА №18

Бемор бурни орқали нафас олиши қийинлашганлигига, бурун соҳаси оғришига, тана ҳароратининг $37,5^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилишига шикоят қилади. Юкорида санаб ўтилган белгилар уч кун илгари бурнига олган зарбидан сўнг пайдо бўлган, бурнидан қон кетган.

Объектив текширувда: бурун тўсиғи юмшоқ тўқималарининг инфильтрацияси туфайли бурун йўллари торайган. Инфильтрат маркази юмшоқ, зонд ёрдамида текширилганда флюктуация аниқланади. Бурун орқали нафас олиш қийинлашган.

I.Дастлабки диагноз: бурун тўсиғи абсцесси

II. Асосий текшириш усуллари

1. Ташқи кўрув (ташқи бурун соҳаси пальпацияда оғриқли)
2. Риноскопия (бурун тўсиғи ўрта чизикда, чап томонда бурун тўсиғи юмшоқ тўқималари шишган, қизарган, шу туфайли бурун йўли торайган, инфилтрат маркази зонд ёрдамида текширилганда флюктуация аниқланади, пункция қилганда 3гр йиринг олинди)
3. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 115г/л, эритроцитлар $3,9 \cdot 10$, лейкоцитлар $9,7 \cdot 10$, ЭЧТ-22мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 1-2та к/м, оқсил –йўқ)
2. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси

IV. Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, ташқи кўрув ва риноскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар)

V. Диф. диагностика (бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун тўсиғи гематомаси, бурун чиғаноқларининг гипертрофияси)

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, эритромицин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 3) дезинтоксикацион терапия (гемодез, реополиглюкин)
- 4) витаминотерапия (С ва В витаминлар гуруҳи)

б) маҳаллий

- 1) жарроҳлик усули (абсцессни очиш)
- 2) антисептик препаратлар билан ишлов бериш

МАСАЛА №19

Бемор 26 ёшда, ўнг пешона соҳасига тарқалган бош оғриғига, бошида оғирлик ҳис этишига, тумов, бурун орқали нафас олиши қийинлашганлигига, тана ҳарорати 38°C гача кўтарилишига, умумий ҳолсизлик шикоятлари билан мурожаат қилди. Юқоридаги белгилар юқори нафас йўллари шамоллагандан бир ҳафта ўтгач пайдо бўлган.

Объектив текширувда: тери қопламлари биров нам. Томир уриши ритмик, 1 дақиқада 84 та. Ички аъзолар ўзгаришсиз. Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизарган, инфильтрланган. Ўнг томонда юқори жағ бўшлиғи ва қош усти соҳаси пайпасланганда бемор оғриқ сезади.

Рентгенограммада ўнг томонда пешона бўшлиғи деворолди пардаси ҳамда галвирсимон ва юқори жағ бўшлиқларининг соҳаси кескин хиралашганлиги кўринади.

I. Дастлабки диагноз: Ўнг томонлама гемисинусит

II. Асосий текшириш усуллари

1. Уч шохли нерв чиқиш нуқталарини пайпаслаш (ўнг томонда уч шохли нервнинг биринчи ва иккинчи шохининг чиқиш жойида оғриқ)
2. Риноскопия (бурун шиллиқ қавати қизарган, шишган, пастки бурун чиғаноқлари катталашган, ўнг томонда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма бор, бурун тўсиғи ўрта чизикда жойлашган)
3. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)
6. Ўнг гаймор бўшлиғини тешиш (4 гр сариқ рангли, ҳидсиз йиринг)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л, эритроцитлар $4,1 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-15мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4 та к/м, оксил –йўқ)
2. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси (унг томонда пешона бўшлиғи деворолди пардаси ҳамда галвирсимон ва юқори жағ бўшлиқларининг соҳаси кескин хиралашганлиги куринади)
3. Йирингни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш.
4. Ольфактометрия
5. Ринопневмометрия

IV. Диагностик асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, риноскопия ва рентгенография далиллари, лаборатор таҳлиллар, ўнг гаймор бўшлиғининг тешиш натижалари)

V. Диф. диагностика (сурункали ринит, уч шохли нервнинг невралгияси, юқори жағ бўшлиғи ўсмаси, пешона бўшлиғининг остеомаси)

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, цефозалин)
- 2) организмнинг табиий қаршилигини кучайтирувчи воситалар (алоэ, гамма-глобулин, витаминлар)

3) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)

4) витаминотерапия (С ва В витаминлар)

б) маҳаллий

1) бурунга торайтирувчи препаратлар (нафтизин, галозалин)

2) секретолитик ва муколитик препарат (Синупрет)

3) бурун йўллари анемизация қилиш

VII. Диспансеризация (ҳар 6 ойда консерватив даво курслари ўтказилади)

МАСАЛА №20

Бемор 54 ёшда ЛОР-булимига “утқир пансинусит” ташхиси билан келтирилган. 10 кун илгари касалланган, аммо врачга мурожаат қилмаган. Рентгенография текширувида барча бурун атрофи бушликлари хиралашганлиги, чап томонда пешона ва юкори жаг бушликларида суюклик сатхи аниқланди. Беморнинг тана ҳарорати $38,5^{\circ}\text{C}$, томир уриши 1 дақиқада 66 та, ритмик. Текширув пайтида бемор исиб кетганлигини айтиб ечинишга ҳаракат қилди. Врач уни тухтаганда, у кулиб, “ялангоч аёллардан уялмайсизми” деб сурайди. Текширувдан сунг ЛОР - булимида беморнинг чап юкори жаг бушлиги пункция қилиниб, ундан бадбуй йиринг олинади, жаррохлик амалини ўтказишга қарор қилинади. Умумий огриксизлантириш остида жаррохлик амали бажарилди. Жаррохлик амалидан сунги давр асоратсиз кечди.

Сизнинг даволаш режангиз? Жаррохлик амали қандай ҳажмда бажарилиши керак эди?

I. Дастлабки диагноз: Утқир йирингли пансинусит

II. Асосий текшириш усуллари

1. Уч шохли нерв чиқиш нуқталарини пайпаслаш (уч шохли нервнинг биринчи ва иккинчи шохининг чиқиш жойида оғриқ)

2. Риноскопия (бурун шиллиқ қавати қизарган, шишган, пастки бурун чиғаноқлари катталашган, чап ва унг томонда ўрта ва юкори бурун йўлида йирингли ажралма бор, бурун тўсиғи ўрта чизиқда жойлашган)

3. Гаймор бўшлиғини тешиш (унг томонда йиринг 3,0мл ҳидсиз, чап томонда куп миқдорда йирингли ажралма)

4. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)

5. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўтқирлиги меъёрида)

6.Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1.Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л,эритроцитлар $4,1 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-15мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –йўқ)

2.Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси (бурун атрофии ён бўшлиқлари тиниқлигининг пасайиши)

3.Йирингни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш.

4.Ольфактометрия

5.Ринопневмометрия

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, риноскопия ва рентгенография далиллари, лаборатор таҳлиллари, чап гаймор бўшлиғининг тешиш натижаларига)

V. Диф.диагностика (сурункали ринит, уч шохли асаб толаси невралгияси, юқори жағ бўшлиғи ўсмаси)

VI.Даволаш

а) умумий

1) антибактериал терапия (ампициллин, цефазолин)

2) дезинтоксикацион терапия (гемодез, 0,5% глюкоза)

3) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)

4) витаминотерапия (С ва В витаминлар)

б) маҳаллий

1) жаррохлик усули (чап гаймор пешона ва галвирсимон бўшлиқ катакларни очиш)

2) секретолитик ва муколитик препарат (Синупрет)

3) пастки ва урта бурун йуллари анемизацияси

VII.Диспансеризация (ҳар 6 ойда консерватив даво курслари ўтказилади)

ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ БУЙИЧА ВАЗИЯТЛИ

МАСАЛАЛАРГА ЖАВОБЛАР

МАСАЛА № 1 ЖАВОБИ

I. Дастлабки диагноз (Чап томонлама ўткир йирингли отит)

II. Асосий текшириш усуллари

1. Сўрғичсимон ўсимта ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (қулоқ олди лимфа тугунлари катталашмаган, пайпаслаганда оғриқсиз, сўрғичсимон ўсимта соҳасида оғриқ йўқ)
2. Қулоқ супраси тўғри шаклда (патологик ўзгаришлар йўқ)
3. Отоскопия (Чап қулоғининг ташқи эшитув йўлида йирингли ажралма борлиги аниқланди, унинг териси ўзгаришсиз. Ноғора парда қизарган, бўртган; олд пастки квадрантда тўлқинли рефлекс аниқланади)
4. Риноскопия (Бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати қизарган. Бурун йўлларида патологик ажралма аниқланмайди, нафас олиш ва хид билиш меёрий)
5. Фарингоскопия (Ҳалқум шиллиқ қавати оч-пушти рангда, бодомсимон безлар ўз равоқлари чегарасида, олдинги равоқчалардан босганда лакуналардан патологик ажралмалар йўқ)
6. Аккуметрияда (шивирлаб айтилган сўзларни ўнг қулоғи билан 5м, чап қулоғи билан 1,5 м масофадан эшитади)
7. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир-бирига тўлиқ ёпишади)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 90,0г/л, эритроцитлар $2,8 \times 10^{12}$, лейкоцитлар $7,4 \times 10^9$, ЭЧТ-24мм/с; сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4 та к/м, оксил – оз миқдорда)
2. Сўрғичсимон ўсимта рентгенографияси (иккала томондан ҳаво зичлиги сақланган)
3. Аускультацияда юрак тонлари аниқ, шовқин эшитилмайди.
4. Бактериологик текширув: (қулоғидан йирингли суртма олиб антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш)

IV. Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия далиллари, аккумуляция, рентгенография, лаборатор таҳлиллари)

V. Диф. диагностика (сурункали йирингли отит, экссудатив ўрта отит, ташқи отит)

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, оксамп, эритромицин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар, калций препаратлари)

3) витаминотерапия

б) маҳаллий

1) ташқи эшитув йўлига дори моддаларига бўктирилган пиликчалар киритиш

2) нафтизин 3-4 томчидан кунига 3маҳал бурнига томизиш

МАСАЛА №2 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз(Ўнг томон кулоқ супраси перихондрити)

II.Асосий текшириш усуллари

1. Сўрғичсимон ўсимта ва бўйин лимфа тутунларини пайпаслаш (сўрғичсимон ўсимта соҳаси ўзгаришсиз, бўйин лимфа тутунлари бир оз катталашган)

2. Чап кулоқ супраси тўғри шаклда (патологик ўзгаришлар йўқ)

3. Отоскопия (ўнг қулоғининг ташқи эшитув йўлида йирингли ажралмалар йўқ, унинг териси қизарган, шишган. Ноғора парданинг кўзга кўринадиган қисмлари ўзгаришсиз)

4. Риноскопия (Бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватлари оч-пушти рангда, чиғаноқлар катталашмаган, бурун орқали нафас олиш эркин, бурун йўлларида патологик ажралма аниқланмайди ва хид билиш меёрий)

5. Фарингоскопия (Ҳалқум шиллиқ қавати оч-пушти рангда, бодомсимон безлар ўз равоқлари чегарасида, олдинги равоқчалардан босганда лакуналардан патологик ажралмалар йўқ)

6. Аккуметрияда (эшитиш ўткирлиги меъёрида)

7. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир-бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қонтаҳлили: гемоглобин 10,0г/л,эритроцитлар $3,8 \times 10$, лейкоцитлар 15×10 , ЭЧТ-24мм/ сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –йўқ.)

2. Аускультацияда юрак тонлари аниқ, шовқин эшитилмайди, ўпкасида везикуляр нафас эшитилади.

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия далиллари, аккумуляция, рентгенография, лаборатор таҳдиллар)

V. Диф.диагностика (сарамас, экзема)

VI.Даволаш

а) умумий

1) антибактериал терапия (ампициллин, гентамицин, оксамп, эритромицин)

2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар, калций препаратлари)

- 3) витаминотерапия
- б) маҳаллий**
- 1) жарроҳлик амали
- 2) физиотер

МАСАЛА №3 ЖАВОБИ

I. Дастлабки диагноз (Ўнг томонлама сурункали йирингли эпителимпанит)

II. Асосий текшириш усуллари

Сўрғичсимон ўсимта ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (сўрғичсимон ўсик соҳаси ўзгармаган, перкуссияда ва пайпасланганда оғримайди)

1. Чап қулоқ супраси тўғри шаклда (патологик ўзгаришлар йўқ)
2. Отоскопия (ўнг томонда ташқи эшитув йўлида бадбуй йирингли ажралма, ногора парданинг олд юқори квадрантида четки тешик борлиги, ундан оқиш эпидермал массалар кўзга кўриниши аниқланди. Ногора парданинг таранг қисми бироз қизарган, қон томирларининг чизгилари кўзга ташланиб туради)
3. Риноскопия (Бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватлари оч-пушти рангда, чиғаноқлар катталашмаган, бурун орқали нафас олиш эркин, бурун йўлларида патологик ажралма аниқланмайди ва хид билиш меёрий))
4. Фарингоскопия (Ҳалқум шиллиқ қавати оч-пушти рангда, бодомсимон безлар ўз равоқлари чегарасида, олдинги равоқчалардан босганда лакуналардан патологик ажралмалар йўқ)
5. Аккуметрияда (эшитув ўткирлиги шивирлаб айтилган сўзларга -3 м, оддий овозга - 6 м)
6. Аудиометрияда (эшитишнинг товуш ўтказувчанлик бўйича бузилганлиги кўринади)
7. Вестибулометрияда беморда патологик ўзгаришлар аниқланмайди
8. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир- бирига тўлиқ ёпишади)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қонтаҳлили: гемоглобин 7,0г/л, эритроцитлар $2,8 \times 10^9$, лейкоцитлар 15×10^9 , ЭЧТ-24мм/ сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –бор.)
2. Аускультацияда юрак тонлари аниқ, шовқин эшитилмайди, ўпкасида везикуляр нафас эшитилади .

IV. Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия далиллари, аккумуляция, аудиометрия, сўрғичсимон ўсимта рентгенографияси, лаборатор таҳлиллар)

V. Диф. диагностика (сурункали йирингли мезотимпанит)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, оксамп, эритромицин, аугментин, цефазолин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар, калций препаратлари)
- 3) витаминотерапия

б) маҳаллий

- 1) ташқи эшитув йўлига дори моддаларига бўктирилган пиликчалар киритиш
- 2) нафтизин 3-4 томчидан кунига 3маҳал бурнига томизиш
- 3) жарроҳлик амали (мастоидотомия)

МАСАЛА №4 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз(Икки томонлама кохлеар неврит)

II.Асосий текшириш усуллари

1. Отоскопия (қулоқ супраси тўғри шаклда, сўрғичсимон ўсиқ соҳасида ўзгаришлар йўқ, ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора парда иккала томондан кулранг тусда)
2. Риноскопия (Бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватлари оч-пушти рангда, чиғаноқлар катталашмаган, бурун орқали нафас олиш эркин, бурун йўлларида патологик ажралма аниқланмайди Хид билиш меёрий)
3. Фарингоскопия (Ҳалқум шиллиқ қавати оч-пушти рангда, бодомсимон безлар ўз равоқлари чегарасида, олдинги равоқчалардан босганда лакуналардан патологик ажралмалар йўқ)
4. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир- бирига тўлиқ ёпишади)
5. Аккуметрияда (Эшитув ўткирлиги шивирлаб айтилган сўзларга -1,5 м, оддий овозга - 5 м)
6. Аудиометрияда (эшитишнинг товуш қабул қилиш бўйича бузилганлиги кўринади)
7. Вестибулометрияда беморда патологик ўзгаришлар аниқланмайди

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қонтаҳлили: гемоглобин 12,0г/л,эритроцитлар $3,8 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $6 \cdot 10^9$, ЭЧТ-22мм/ сийдик таҳлили: лейкоцитлар 1-2та к/м, оқсил –йўқ.)
2. Аускультацияда юрак тонлари аниқ, шовқин эшитилмайди, ўпкасида везикуляр нафас эшитилади .
3. Каллорик синама (иккала лабиринт фаолиятининг пасайганлиги кўринади)

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия далиллари, аккуметрия, аудиометрия,вестибулометрия, эшитув найининг ўтказувчанлик фаолиятини аниқлаш, лаборатор таҳлиллари)

V. Диф.диагностика (икки томонлама кохлеар неврит)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) дезинтоксикацион терапия
- 2) биостимуляторлар
- 3) витаминотерапия
- 4) микроциркуляцияни яхшиловчи дорилар
- 5)нейротроп дори воситалари

б) маҳаллий

- 1) физиотерапия
- 2) парамеатал дори воситаларини юбориш
- 3) вибромассаж
- 4) оксигенотерапия

МАСАЛА №5 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз(Ўнг ташқи эшитув йўли чипқони)

II.Асосий текшириш усуллари

- 1.Сўргичсимон ўсимта ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (қулоқ олди лимфа тугунлари катталашган, пайпаслаганда оғриқли, сўргичсимон ўсимта соҳасида оғриқ йўқ)
2. Ташки курув (қулоқ супраси тўғри шаклда патологик ўзгаришлар йўқ)
- 3.Отоскопия (Ташқи эшитув йўлининг олд деворида конуссимон бўртма аниқланади, унинг териси қизарган, марказида йирингли ажралма кўринади. Ташқи эшитув йўлининг ёриғи кескин торайган, ногора парда кўринмайди. Чап қулоқ ўзгаришсиз. Эшитиш ўткирлигини текширганда, шивирлаб айтилган сўзларни иккала қулоғи билан 5 м масофадан эшитади.)
- 4.Риноскопия (Бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати оч пушти рангда, чиганоқлар катталашмаган, бурун орқали нафас олиш эркин, хид билиш меёрий. Бурун йўлларида патологик ажралма аниқланмайди)
- 5.Фарингоскопия (Ҳалқум шиллиқ қавати оч-пушти рангда, бодомсимон безлар ўз равоқлари чегарасида, олдинги равоқчалардан босганда лакуналардан патологик ажралмалар йўқ)
- 6.Аккуметрияда (шивирлаб айтилган сўзларни иккала қулоғи билан 5м масофадан эшитади.)
- 7.Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир- бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

- 1.Лаборатор текширувлар (қонтаҳлили: гемоглобин 100,0г/л,эритроцитлар 3,2*10, лейкоцитлар 5,4*10, ЭЧТ-24мм/ сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –йук)
- 2.Сўрғичсимон ўсимта рентгенографияси (иккала томондан ҳаво зичлиги камаймаган)
- 3.Аускультацияда юрак тонлари аниқ, шовқин эшитилмайди, ўпкасида везикуляр нафас эшитилади .

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия далиллари, аккумуляция, рентгенография, лаборатор таҳлиллар)

V. Диф.диагностика (мастоидит)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, оксамп, эритромицин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар, кальций препаратлари)
- 3) витаминотерапия

б) маҳаллий

- 1) ташқи эшитув йўлига дори моддаларига бўктирилган пиликчалар киритиш
- 2) кулоқ соҳасига иситувчи компресс қўйиш
- 3) кулоқ соҳасига малхамли бойламлар
- 4) физиотерапия

МАСАЛА №6 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: Сурункали тонзиллит токсико- аллергик шакли I даражаси

II.Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган,ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқсиз)
2. Стомофарингоскопия (курси тишда иккита чириган тишлари бор)
3. Мезофарингоскопия (олдинги равоқчалар қирралари бироз қизарган ва болишсимон қалинлашган, муртаклар равоқчаларга ёпишган, муртаклар тўқимаси қаттиқ, чандиқли, лакуналаридан суюқ йирингли тикма бор)
4. Риноскопия (бурун шиллиқ пардаси оч пушти рангда, бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун йўлларида ажралма йўқ, бурун тўсиғи ўрта чизиқда жойлашган, нафас олиш ва ҳид сезиш меъёрий)
5. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, нишон белгилари аниқ кўринади, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
6. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация

пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 140г/л, эритроцитлар $4,5 \cdot 10^9$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-20мм/с, ревмосинамалар: сиал кислотаси +, С реактив оқсил кучсиз мусбат, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –оз миқдорда)
2. Электрокардиография (ЭКГда юрак чўқисида кислород етишмовчилиги)
3. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади.
4. Бактериологик текширув (томоғидан Леффлер таёқчасига суртма олиш)
5. Мутахассислар маслаҳати (Ревматолог, кардиолог, терапевт маслаҳати)

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар, ЭКГ далиллари, ревматолог, терапевт, кардиолог хулосалари)

V. Диф.диагностика (сурункали фарингит, танглай муртаклари гипертрофияси, сурункали тонзиллит токсико –аллергик шакли, 2- даражаси, лимфогранулематоз)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) организмнинг табиий қаршилигини кучайтирувчи воситалар (алоэ, гамма-глобулин, витаминлар)
- 2) иммун ҳолатни яхшиловчи воситалар (Тонзипрет, Тонзилгон)
- 3) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 4) антибактериал терапия (ампициллин, эритромицин)

б) маҳаллий

- 1) танглай муртаклари лакуналарини антисептик эритмалар билан ювиш (фурацилин, фаргалс)
- 2) лимфотроп терапия
- 3) томоқни Люгол эритмаси билан уқалаш
- 4) томоққа “ Ингалипт “, “ ЙОКС”, “ Лоробен” аэрозолларини пуркаш.

VII. Диспансеризация (ҳар 3 ойда консерватив даво курслари ўтказилади, лаборатор таҳлиллар, ЭКГ қилинади, терапевт, кардиолог ва ревматолог томонидан кўрилади)

МАСАЛА №7 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз(Чап томонлама паратонзилляр абсцесс, олд-юқори шакли)

II.Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган, ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқли)
2. Стомофарингоскопия (кариесли тишлари бор)
3. Мезофарингоскопия (танглай муртақларининг асимметрияси ва қизарганлиги, танглай муртаги бир томонлама шишган ва қизарган, олд равоғи соҳасида (олд юқори паратонзилляр абсцессда), орқа равоғи соҳасида (орқа паратонзилляр абсцессда), муртақдан ташқарида (ташқи абсцессда) тўқималар инфильтрациясининг кузатилиши, муртақ соғлом томонга силжиганлиги, тилча шишганлигини аниқлаш;)
4. Риноскопия (бурун шиллиқ пардаси оч пушти рангда, бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун йўлларида ажралма йўқ, нафас олиш ва ҳид сезиш меъёрий)
5. Отоскопия- АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда , нишон белгилари аниқ кўринади эшитиш ўткирлиги меъёрида)
6. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангди, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қонтаҳлили: гемоглобин 140г/л, эритроцитлар $4,3 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $11,2 \cdot 10^9$, ЭЧТ-30мм/ ревмосинамалар кучсиз мусбат, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оксил –оз миқдорда)
2. Электрокардиография (ЭКГда патологик ўзгаришлар йўқ)
3. Аускультацияда юрак тонлари аниқ, шовқин эшитилади.
4. Томоғидан Леффлер таёқчасига суртма олиш.
5. Абсцесс соҳасини тешиб кўриш (йирингли ажралма чиқади)

IV. Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар, ЭКГ далиллари)

V. Диф. диагностика (паратонзиллит, қон томирлар аневризмаси, парафарингеал абсцесс, тил ости флегмонаси, лимфогранулематоз)

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) ётоқли тартиб, парҳез таомлар
- 2) антибактериал терапия (ампициллин, оксамп, цефазолин)
- 3) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар, калций препаратлари)
- 4) дезинтоксикация воситалари (глюкоза 10%-200,0 вена ичига томчилаб, реополиглюкин 200,0 вена ичига томчилаб)

б) маҳаллий

- 1) абсцессни жарроҳлик йўли билан очиш
- 2) томоқни антисептик эритмалар билан чайиш
- 3) Фалиминт, Танзипрет

МАСАЛА №8 ЖАВОБИ

I. Дастлабки диагноз (Фолликуляр ангина)

II. Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган, ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқли)
2. Стоматофарингоскопия (кариесли тишлари бор)
3. Мезофарингоскопия (Оғзи эркин очилади, тили кулранг караш билан қопланган, танглай муртакларининг ҳажми катталашган, улар кизарган, муртакларнинг эркин юзасида сарғиш-оқ нуқтачалар кўринади)
4. Риноскопия (бурун шиллиқ пардаси оч пушти рангда, бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун йўлларида ажралма йўқ, нафас олиш ва ҳид сезиш меъёрий)
5. Отоскопия- АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, нишон белгилари аниқ кўринади эшитиш ўткирлиги меъёрида)
6. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангди, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қонтаҳлили: гемоглобин 140г/л, эритроцитлар $4,0 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-30мм/ревмосинамалар манфий, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –оз миқдорда)
2. Электрокардиография (ЭКГда патологик ўзгаришлар йўқ)
3. Аускультацияда юрак тонлари аниқ, шовқин эшитилмайди.
4. Бактериологик текширув (томоғидан Леффлер таёқчасига суртма олиш.)

IV. Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар)

V. Диф. диагностика (паратонзиллит, ҳалқум дифтерияси, лакунар ангина, ярали-пардали ангина)

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, оксамп, эритромицин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар, калций препаратлари)

б) маҳаллий

- 1) томоқни антисептик эритмалар билан чайиш
- 2) Фалиминт, Граммидин, Тонзипрет (тил остига)

МАСАЛАН №9 ЖАВОБИ

I. Дастлабки диагноз (Халқум орти абсцесси)

II. Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган, ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқли)
2. Стомофарингоскопия (тишларида патологик ўзгаришлар йўқ)
3. Мезофарингоскопия (олдинги равоқчалар ва юмшоқ танглай бироз қизарган, қарашлар йўқ. Ўнг томонда ҳалқумнинг орқа деворида тўқ қизил рангли шарсимон бўртма кўринади)
4. Риноскопия (бурун шиллиқ пардаси оч пушти рангда, бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун йўлларида ажралма йўқ, нафас олиш ва ҳид сезиш меъёрий)
5. Отоскопия- АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, нишон белгилари аниқ кўринади, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
6. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 80,0 г/л, эритроцитлар $2,8 \times 10^{12}$, лейкоцитлар $7,4 \times 10^9$, ЭЧТ-24 мм/ревмосинамалар манфий, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4 та к/м, оксил – оз миқдорда)
2. Электрокардиография (ЭКГда патологик ўзгаришлар йўқ)
3. Аускультацияда юрак тонлари аниқ, шовқин эшитилмайди.
4. Бактериологик текширув (томоғидан Леффлер таёқчасига суртма олиш)

IV. Диагностик асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар)

V. Диф. диагностика (паратонзиллит, ҳалқум дифтерияси, лакунар ангина, ярали-пардали ангина)

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, оксамп, эритромицин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар, кальций препаратлари)
- 3) витаминотерапия

б) маҳаллий

- 1) абсцессни жарроҳлик йўли билан очиш
- 2) Фалиминт, Граммидин, Тонзипрет (тил остига)
- 3) Томоққа “Ингалипт” аэрозолини пуркаш

МАСАЛА №10 ЖАВОБИ

I. Дастлабки диагноз: (Халқум дифтерияси)

II. Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашмаган)
2. Стомофарингоскопия (тишларида патологик ўзгаришлар йўқ)
3. Мезофарингоскопия (олдинги равоқчалар юмшок танглай, тилча ва халқумнинг орқа деворида ифлос кулранг тусли калин қарашлар аникланади)
4. Риноскопия (бурун шиллиқ пардаси оч пушти рангда, бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун йўлларида ажралма йўқ, нафас олиш ва ҳид сезиш меъёрий)
5. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, нишон белгилари аниқ кўринади эшитиш ўткирлиги меъёрида)
6. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III. Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 80,0г/л, эритроцитлар $2,8 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $7,4 \cdot 10^9$, ЭЧТ-24мм/с, ревмосинамалар манфий, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оксил –оз миқдорда)
2. Электрокардиография (ЭКГда патологик ўзгаришлар йўқ)
3. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ, шовқин эшитилмайди.
4. Бактериологик текширув: (томоғидан Леффлер таёқчасига суртма олиш)

IV. Диагностик асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар)

V. Диф. диагностика (паратонзиллит, лакунар ангина, ярали-пардали ангина)

VI. Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, оксамп, эритромицин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 3) витаминотерапия
- 4) дифтерияга қарши зардоб

б) маҳаллий

- 1) томоқни антисептик эритмалар билан чайиш.

МАСАЛА №11 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: Ўткир тораювчи ларинготрахеит

II.Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган,ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқли)
2. Стоматофарингоскопия (тишлар ўзгаришсиз)
3. Мезофарингоскопия (ҳалқум орқа деворларида бир оз қизариш ва шиш бор)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ қавати қизариб, шишган, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишмайди)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л,эритроцитлар $2,5 \cdot 10$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10$, ЭЧТ-20мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –оз миқдорда)
2. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади.Ўпка аускультациясида иккала томонда ҳам дағал хириллашлар эшитилади
3. Мутахассислар маслаҳати: (педиатр, инфекционист маслаҳати)

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия ва ларингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар, педиатр ва инфекционист хулосалари)

V. Диф.диагностика (ҳиқилдоқ ёт жисми, ҳиқилдоқ ўсмаси, ларингоспазм, ҳиқилдоқ шиши, обструктив бронхит, асматик бронхит, бронхиал астма, ўткир бронхит астматоидли компонент билан)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1)Яллигланишга қарши, чалгитувчи, гипосенсибилизация терапияси, (антигистаминлар ва кальций препаратлари, оёқларига ханталли ванночкалар)
- 2) антибактериал терапия (ампициллин, эритромицин, амоксиклав)
- 3) упка шишига қарши чоралар (фурасемид, лазикс, маннитол)
- 4) вирусга қарши препаратлар (ацикловир, анаферон)
- 5) интубация
- 6) трахеостомия

б) маҳаллий

- 1) лимфотроп терапия
- 2) ҳиқилдоқ соҳасига 10% димексидли бойлам
- 3) томоққа “ Ингалипт “ , “ ЙОКС”, “ Лоробен”, “Биопарокс” аэрозолларини пуркаш.

VII.Диспансеризация (педиатр ва инфекционист томонидан кўрилади)

МАСАЛА №12 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: ҳиқилдоқ раки

II.Асосий текшириш усуллари

1. Биопсия (дифференциаллашмаган хужайраларнинг топилиши)
2. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашган, ҳаракатсиз, пайпаслаганда оғриқли)
3. Стомофарингоскопия (тишларда кариес бор)
4. Мезофарингоскопия (ҳалқум орқа деворларида бир оз қизариш ва шиш бор)
5. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
6. Риноскопия (бурун шиллиқ пардаси оч пушти рангда, бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун йўлларида ажралма йўқ, бурун тўсиғи ўрта чизикда жойлашган)
7. Ларингоскопия (чап овоз бурмасининг олдинги икки бўлимининг эркин четида асоси кенг кичик ғадир-будир тузилма кўринади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л, эритроцитлар $2,5 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-20мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4 та к/м, оқсил –оз миқдорда) биокимёвий таҳлиллар
2. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади. Ўпка аускультациясида иккала томонда ҳам дағал хириллашлар эшитилади
3. Мутахассислар маслаҳати (онколог, терапевт, кардиолог маслаҳати)

IV.Диагностик асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия ва ларингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар, онколог ва терапевт, кардиолог хулосалари)

V. Диф.диагностика (ҳиқилдоқ папилломатози, ҳиқилдоқ фибромаси, ҳиқилдоқ склеромаси, ҳиқилдоқ дифтерияси, ҳиқилдоқ кистаси)

VI.Даволаш

- 1) кимёвий терапия
- 2) нур билан даволаш
- 3) полиатив даволаш
- 4) жарроҳлик усули

VII.Диспансеризация (Онколог, терапевт, кардиолог томонидан кўрилади)

МАСАЛА №13 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: Нафас йўлидаги ёт жисм

II.Асосий текшириш усуллари

- 1.Кўкрак қафаси рентгенографияси
- 2.Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашмаган,ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқсиз)
- 3.Стоматофарингоскопия (тишларда кариес бор)
- 4.Мезофарингоскопия (ҳалқум орқа деворларида бир оз қизариш ва шиш бор)
- 5.Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
- 6.Риноскопия (бурун шиллиқ пардаси оч пушти рангда, бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун йўлларида ажралма йўқ, бурун тўсиғи ўрта чизикда жойлашган)
- 7.Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III.Кўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л,эритроцитлар $2,5 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-20мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –оз миқдорда) биокимёвий таҳлиллари
2. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади.Ўпка аускультациясида ўнг томонда сусайган везикуляр нафас эшитилади
3. 3.Мутахассислар маслаҳати (педиатр, алерголог маслаҳати)

IV.Диагностик асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия ва ларингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллари, кўкрак қафаси рентгенографияси, педиатр, алерголог хулосалари)

V. Диф.диагностика (асматоидли бронхит, обструктив бронхит)

VI.Даволаш

- 1) даволовчи бронхоскопия

МАСАЛА №14 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: Ҳиқилдоқ алергик шиши

II.Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашмаган, ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқсиз)
2. Стоматофарингоскопия (тишлар ўзгаришсиз)
3. Мезофарингоскопия (ҳалқум орқа деворларида бир оз қизариш ва шиш бор)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (ҳиқилдоқусти копкогининг тил томондаги юзида-шишасимон шиш кузга ташланади,шиш ноксимон чўнтакларнинг

деворларига ҳам тарқалган)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л,эритроцитлар $2,5 \cdot 10^9$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-20мм/с, қонда эозинофиллар миқдори, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оксил –йўқ)
2. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади.Ўпка аускультациясида иккала томонда ҳам дағал хириллашлар эшитилади
3. 3.Мутахассислар маслаҳати (аллерголог, терапевт)

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия ва ларингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар, терапевт ва аллерголог хулосалари)

V. Диф.диагностика (ҳиқилдоқ ёт жисми, сурункали гранулёз фарингит, ўткир ларинготрахеит, ҳиқилдоқ дифтерияси)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1)яллигланишга карши, гипосенсибилизация терапияси, (антигистаминлар ва кальций препаратлари)
- 2) глюкокортикоидлар (преднезалон, дексаметазон, гидрокартизон)
- 3) жарроҳлик даво

б) маҳаллий

- 1) томоққа “ Лоробен”, “Биопарокс” аэрозолларини пуркаш.

VII.Диспансеризация (терапевт ва аллерголог томонидан кўрилади)

МАСАЛА №15

I.Дастлабки диагноз: Ҳиқилдоқ ангинаси

II.Асосий текшириш усуллари

1. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш (жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашмаган,ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқсиз)
2. Стомофарингоскопия (тишлар ўзгаришсиз)
3. Мезофарингоскопия (ҳалқум орқа деворларида бир оз қизариш ва шиш бор)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (ҳиқилдокусти копкогининг чети ва чумичсимон тоғайлар соҳаси кескин кизарган. Овоз бурмалари аниқ кузга таъданмайди, кизарган, инфильтрланган, овоз тиркиши торайган)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1.Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л,эритроцитлар $2,5 \cdot 10$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10$, ЭЧТ-20мм/с, қонда эозинофиллар миқдори, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –йўқ)

2.Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади.Ўпка аускультациясида иккала томонда ҳам дағал хириллашлар эшитилади

3.Мутахассислар маслаҳати : (аллерголог, терапевт)

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, мезофарингоскопия ва ларингоскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар, терапевт ва аллерголог хулосалари)

V. Диф.диагностика (ўткир ларинготрахеит, ҳиқилдоқ дифтерияси ҳиқилдоқ склеромаси, ҳиқилдоқ сили)

VI.Даволаш

а) умумий

1) Шошинч равишда ЛОР-касалхонага ётқизиш. Антибактериал, гипосенсибилизация терапияси.

2) амбулатор шароитда антибиотикотерапия

3) витаминотерапия, десенсибилизация

4) чалгитувчи ва витамин терапия

Д) гармонал терапия

б) маҳаллий

1) томоққа “ Лоробен”, “Биопарокс” аэрозолларини пуркаш.

VII.Диспансеризация (терапевт ва аллерголог томонидан кўрилади)

МАСАЛА №16 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: Чап томонлама сурункали йирингли гайморит

II.Асосий текшириш усуллари:

1. Уч шохли нерв чиқиш нуқталарини пайпаслаш (чап томонда уч шохли нервнинг иккинчи шохининг чиқиш жойида оғриқ)

2. Риноскопия (бурун шиллиқ қавати қизарган, шишган, пастки бурун чиғаноқлари катталашган, чап томонда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма бор, бурун тўсиғи ўрта чизикда жойлашган)

3. Чап гаймор бўшлиғини тешиш (3,0 мл ҳидсиз йиринг)

4. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)

5. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)

6. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л, эритроцитлар $4,1 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-15мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –йўқ)
2. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси (чап гаймор бўшлиғи тиниқлигининг пасайиши)
3. Йирингни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш.
4. Ольфактометрия
5. Ринопневмометрия

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, риноскопия ва рентгенография далиллари, лаборатор таҳлиллар, чап гаймор бўшлиғининг тешиш натжаларига)

V. Диф.диагностика (сурункали ринит, уч шохли асаб толаси невралгияси, юқори жағ бўшлиғи ўсмаси)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, цефазолин)
- 2) организмнинг табиий қаршилигини кучайтирувчи воситалар (алоэ, гамма-глобулин, витаминлар)
- 3) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 4) витаминотерапия (С ва В витаминлар)

б) маҳаллий

- 1) бурунга томир торайтирувчи препаратлар (нафтизин, галазолин)
- 2) секретолитик ва муколитик препарат (Синупрет)
- 3) чап гаймор бўшлиғини дренажлаш

VII.Диспансеризация (ҳар 6 ойда консерватив даво курслари ўтказилади)

МАСАЛА №17 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: бурун чипқони

II.Асосий текшириш усуллари

1. Ташқи кўрув (чап томонда бурун қаноти соҳасида марказида йиринг тўплами булган оч кизил чегараланган шиш кўринади)
2. Риноскопия (бурун даҳлизи қизарган, марказида йиринг тўплами булган оч кизил чегараланган шиш кўринади, пастки бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун тўсиғи ўрта чизикда жойлашган)
3. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)

5. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 115г/л, эритроцитлар $3,8 \times 10$, лейкоцитлар $9,3 \times 10$, ЭЧТ-25мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 1-2та к/м, оқсил –йўқ)
2. Окулист ва эндокринолог маслаҳати

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, ташқи кўрув ва риноскопия далиллари, лаборатор таҳлиллар, окулист ва невропатолог хулосалари)

V. Диф.диагностика (бурун сарамаси,бурун тўсиғи абсцесси, ринитлар, бурун сикози)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, эритромицин)
- 2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 3) дезинтоксикацион терапия(гемодез, реополиглюкин)
- 4) антикоагулянт терапия

б) маҳаллий

- 1) бурун даҳлизи соҳасида (Вишневский малҳамини суртиш)
- 2) бурун даҳлизи соҳасида УВЧ

МАСАЛА №18 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: бурун тўсиғи абсцесси

II.Асосий текшириш усуллари

1. Ташқи кўрув (ташқи бурун соҳаси пальпацияда оғриқли)
2. Риноскопия (бурун тўсиғи ўрта чизикда, чап томонда бурун тўсиғи юмшоқ тўқималари шишган, қизарган, шу туфайли бурун йўли торайган, инфилтрат маркази зонд ёрдамида текширилганда флюктуация аниқланади, пункция қилганда 3гр йиринг олинди)
3. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 115г/л, эритроцитлар $3,9 \times 10$, лейкоцитлар $9,7 \times 10$, ЭЧТ-22мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 1-

2та к/м, оқсил –йўқ)

2. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, ташқи кўрув ва риноскопия далиллари, лаборатор таҳлиллари)

V. Диф.диагностика (бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун тўсиғи гематомаси, бурун чиғаноқларининг гипертрофияси)

VI.Даволаш

а) умумий

1) антибактериал терапия (ампициллин, эритромицин)

2) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)

3) дезинтоксикацион терапия(гемодез, реополиглюкин)

4) витаминотерапия (С ва В витаминлар гуруҳи)

б) маҳаллий

1) жарроҳлик усули (абсцессни очиш)

2) антисептик препаратлар билан ишлов бериш

МАСАЛА №19 ЖАВОБИ

I.Дастлабки диагноз: Ўнг томонлама гемисинусит

II.Асосий текшириш усуллари

1. Уч шохли нерв чиқиш нуқталарини пайпаслаш (ўнг томонда уч шохли нервнинг биринчи ва иккинчи шохининг чиқиш жойида оғриқ)
2. Риноскопия (бурун шиллиқ қавати қизарган, шишган, пастки бурун чиғаноқлари катталашган, ўнг томонда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма бор, бурун тўсиғи ўрта чизикда жойлашган)
3. Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)
4. Отоскопия-АД /AS (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ногора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
5. Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)
6. Ўнг гаймор бўшлиғини тешиш (4 гр сариқ рангли, ҳидсиз йиринг)

III.Қўшимча текшириш усуллари

1. Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л,эритроцитлар $4,1 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-15мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –йўқ)
2. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси (унг томонда пешона бўшлиғи деворолди пардаси ҳамда галвирсимон ва юкори жаг бўшлиқларининг соҳаси кескин хиралашганлиги куринади)

3. Йирингни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш.
4. Ольфактометрия
5. Ринопневмометрия

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, риноскопия ва рентгенография далиллари, лаборатор таҳлиллар, ўнг гаймор бўшлиғининг тешиш натижалари)

V. Диф.диагностика (сурункали ринит, уч шохли нервнинг невралгияси, юқори жағ бўшлиғи ўсмаси, пешона бўшлиғининг остеомаси)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, цефозалин)
- 2) организмнинг табиий қаршилигини кучайтирувчи воситалар (алоэ, гамма-глобулин, витаминлар)
- 3) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 4) витаминотерапия (С ва В витаминлар)

б) маҳаллий

- 1) бурунга торайтирувчи препаратлар (нафтизин, галозалин)
- 2) секретолитик ва муколитик препарат (Синупрет)
- 3) бурун йўллари анемизация қилиш

VII.Диспансеризация (ҳар 6 ойда консерватив даво курслари ўтказилади)

МАСАЛА №20

I.Дастлабки диагноз: Ўткир йирингли пансинусит

II.Асосий текшириш усуллари

- 1.Уч шохли нерв чиқиш нуқталарини пайпаслаш (уч шохли нервнингбиринчи ва иккинчи шохининг чиқиш жойида оғриқ)
- 2.Риноскопия (бурун шиллиқ қавати қизарган, шишган, пастки бурун чиғаноқлари катталашган, чап ва унг томонда ўрта ва юқори бурун йўлида йирингли ажралма бор, бурун тўсиғи ўрта чизикда жойлашган)
- 3.Гаймор бўшлиғини тешиш (унг томонда йиринг 3,0мл ҳидсиз, чап томонда куп микдорда йирингли ажралма)
- 4.Мезофарингоскопия (танглай муртаклари равоқлар чегарасида, йирингли тикинлар йўқ, шиллиқ қавати оч-пушти рангда, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда)
- 5.Отоскопия-АД /АС (ташқи эшитув йўллари кенг, ажралма йўқ, ноғора пардалар одатдаги рангда, эшитиш ўткирлиги меъёрида)
- 6.Ларингоскопия (ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оч пушти рангда, фонация пайтида овоз бурмалари бир бирига тўлиқ ёпишади)

III.Қўшимча текшириш усуллари

- 1.Лаборатор текширувлар (қон таҳлили: гемоглобин 120г/л,эритроцитлар $4,1 \cdot 10^{12}$, лейкоцитлар $9,3 \cdot 10^9$, ЭЧТ-15мм/с, сийдик таҳлили: лейкоцитлар 3-4та к/м, оқсил –йўқ)
- 2.Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси (бурун атрофии ён бўшлиқлари тиниқлигининг пасайиши)
- 3.Йирингни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш.
- 4.Ольфактометрия
- 5.Ринопневмометрия

IV.Диагнозни асослаш (беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, риноскопия ва рентгенография далилларига, лаборатор таҳлиллар, чап гаймор бўшлиғининг тешиш натжаларига)

V. Диф.диагностика (сурункали ринит, уч шохли асаб толаси невралгияси, юқори жағ бўшлиғи ўсмаси)

VI.Даволаш

а) умумий

- 1) антибактериал терапия (ампициллин, цефазолин)
- 2) дезинтоксикацион терапия (гемодез, 0,5% глюкоза)
- 3) гипосенсибилизация воситалари (антигистаминлар ва калций препаратлари)
- 4) витаминотерапия (С ва В витаминлар)

б) маҳаллий

- 1) жаррохлик усули (чап гаймор пещона ва галвирсимон бўшлик катакларни очиш)
- 2) секретолитик ва муколитик препарат (Синупрет)
- 3) пастки ва урта бурун йуллари анемизацияси

VII.Диспансеризация (ҳар 6 ойда консерватив даво курслари ўтказилади)

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Брюс У., Джафек ЭНН . Секреты оториноларингологии. 2001.
2. Волков А.Г. Лобные пазухи.М.2001.
3. Григорьев Г.М. Современная лекарственная терапия и пропись рецептов при основных заболеваниях уха, горла и носа. Екатеринбург. 1998.
4. Гусель В.А., Маркова И.В. Справочник педиатра по клинической фармакологии. Ленинград: Медицина : 1989 г.
5. Дерюгина О.В, Ф.И.Чумаков. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у взрослых и детей.М.М.2001.
6. Егоров В.М., Козин В.К., Гришин Б.С. Промедикация детей (цели, задачи,

- способы). Методические указания. Свердловск : изд.Свердловского мед. института, 1987 , стр.13.
7. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И., Детская оториноларингология. Дружба: маориф, 1977 г.
 8. Максимович Я.Б., Гайденоко А.И. Прописывание, несовместимость и побочное действие лекарственных средств. Киев: Здоровье, 1988 г. стр. 144
 9. Маркова И.В., Калиничева В.И., Педиатрическая фармакология. М.1987 г.
 10. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М.Медицина: 1987 г, т 1,2
 11. Материалы II съезда оториноларингологов Узбекистана.2002.
 12. Муминов А.И.Кулок,томок ва бурун касалликлари.М.Ташкент.1994.
 13. Муминов А.И.,Вохидов Н.Х. Оториноларингологияда шошилиш тиббий ёрдам. Тошкент.2001.
 14. Овчинников Ю.М. Оториноларингология для медицинских вузов.М.,Медицина,1997.
 15. Овчинников Ю.М.,Гамов В.П. Болезни носа,глотки,гортани и уха. М.,Медицина,2003.
 16. Пальчун В.Т.,Преображенский Н.А. Болезни уха,горла и носа. М.,Медицина,1980.
 17. Пальчун В.Т.Болезни уха,горла и носа.М.М.1991.
 18. Пальчун В.Т.,Крюков А.И.Оториноларингология.М.,Литера,1997.
 19. С.А.Хасанов, Н.Х.Вохидов «Юкори нафас йуллари касалликлари» Т.2009
 20. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии.М.1990.
 21. Фегин Г.А. Ненаева М.Т.Основы клинической фармакологии для отоларинголога. Фрунзе: Илим: 1985 стр. 296
 22. Шеврыгин Б.В. Болезни уха, горла, носа у детей. Справочник . М. Авиценна 1996 г.
 23. Шадиёв Х.Д., Хлыстов В.Ю., Хлыстов Ю.А. Практическая оториноларингология. М.2002
 24. Шеврыгин Б.Н. Синуситы у детей и взрослых.2002.
 25. Материалы III съезда оториноларингологов Узбекистана.Т.2010.

Уқув адабиётининг нашр рухсатномаси

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2009 йил «27.10.» даги 373-сонли буйруғига асосан

Хасанов С, Вохидов Н.

(муаллифнинг фамилияси, исми-шарифи)

5720100-Даволаш иши нинг

талабалари (ўқувчилари) учун тавсия этилган

Қўлоқ, томоқ ва бўрун касалликлари
(ўқув адабиётининг номи ва тури; дарслик, ўқув қўлланма)

Ўқув қўлланмаси га

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан лицензия берилган
нашриётларда нашр нашр қилишга рухсат берилди.

Вазир _____ **А.Парниев**
(имзо)

Рўйхатга олиш рақами **373-142**

*Бухоро шацар «Матбаа» босмахонасида
100 нусхада чоп этилди.
Буюртма № 201.
Бухоро шацри, С.Муродов кычаси, 265*