



Воҳидов Нуриддин Хикматович
тиббиёт фанлари номзоди, доцент,
олий тоифали шифокор, Бухоро
Давлат тиббиёт институти, кулоқ,
тамоқ ва бурун касалликлари
кафедраси мудири, моҳир педагог,
бир неча илмий ишлар муаллифи.



Хасанов Саидакрам Асқарович
тиббиёт фанлари номзоди, профессор,
Тошкент педиатрия медицина
институти, кулоқ, тамоқ ва бурун
касаликлари кафедраси мудири,
бир неча илмий ишлар муаллифи.

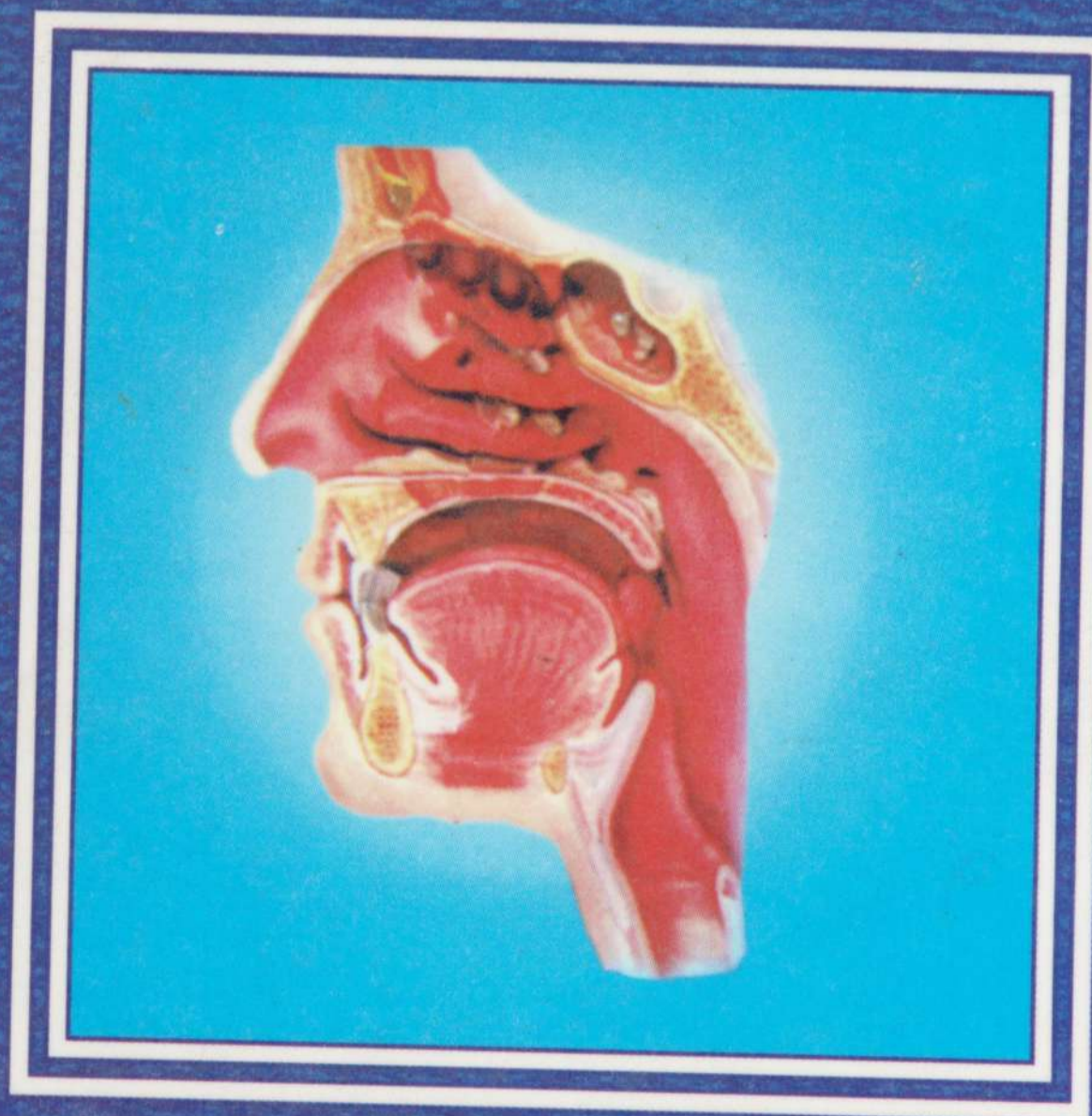
ISBN 978-9943-304-89-5



9 789943 304895

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА
МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
АБУ АЛИ ИБН СИНОНОМИДАГИ БУХОРО ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ

С.А.Ҳасанов, Н.Х.Воҳидов

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

*5720100 — даволаш иши бакалавриат таълим йўналиши
талабалари учун ўқув қўлланма*



«VORIS-NASHRIYOT»
ТОШКЕНТ — 2008

Тақризчилар: **Р.М.Аҳмедов** — Бухоро тиббиёт институти «Факультатив ва госпитал хирургия, урология, анестезиология ва реанимация кафедраси мудири т.ф.д., профессор;

У. Л. Лутфуллаев — Самарқанд тиббиёт институти врачлар малакасини ошириш факультети «Қулоқ, томоқ, бурун касалликлари» кафедраси мудири, т.ф.д.;

С.С.Арифов — Тошкент тиббиёт академияси «Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари» кафедраси профессори, т.ф.д.;

Н.Ж. Шарипова — Бухоро тиббиёт институти «Умумий амалиёт шифокори» кафедраси мудири т.ф.д., профессор.

Ушбу ўқув қўланма тиббиёт институтларининг талабалари учун мўлжалланган бўлиб, унда юқори нафас аъзоларининг тузилиши, уларнинг ўткир ва сурункали касалликлари, бу касалликларнинг олдини олиш ва даволаш усуллари ҳамда бундай касалликларда қўлланиладиган дори воситалари ҳақида батафсил маълумотлар берилган. Ўқув қўланмадан мустақил фаолият юритаётган ҳамширалар ҳам фойдаланишлари мумкин.

*Устозимиз, Ўзбекистонда
хизмат кўрсатган фан арбоби
профессор Акрам Ибрагимович
Мўминов хотирасига
бағишланади.*

СЎЗ БОШИ

Тиббий олийгоҳларнинг турли факультетларида оториноларингология фанини ўқитиш амалиёти шуни кўрсатадики, ушбу соҳани ўрганишни бошлаган 4–5 - курс талабалари томоқ, ҳиқилдоқ ва бурун анатомияси, физиологиясини ўрганишлари, янада бир марта такрорлашлари фанни чуқур ўрганишга ёрдам беради. Шунинг учун биз талабаларга ушбу аъзоларнинг клиник анатомиясига доир керакли маълумотларни айнан ўқув қўлланмада бериш зарур деб ҳисоблаймиз, чунки оториноларингология фанини ўрганиш учун ажратилган вақтда ягона ўқув қўлланмадан фойдаланиш талабалар учун қулай. Ушбу ўқув қўлланмада даволаш, тиббий педагогика ва стоматология факультетлари талабалари томоқ, ҳиқилдоқ ва бурун касалликларининг диагностикасини ўрганиш учун керакли маълумотлар батафсил ёритилган. Ўқув қўлланмада касалликларнинг қиёсий ташхисотига, ЛОР аъзолари касалликларини бошқа аъзолар ва тизимлар касалликлари билан боғлиқлигига алоҳида урғу берилган, ЛОР аъзолари касалликлари ва жароҳатларида шошилинич тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари ва тамойиллари ёритилган.

Ўқув қўлланмада кўпгина касалликларни аниқлаш ва даволаш борасида эришилган оториноларингология фанининг охириги ютуқлари кенг ёритилган, касалликларнинг клиник белгилари расмлар билан тўлдирилган, чунки амалий машғулотларда айрим касалликларни талабаларга кўрсатиш имкони бўлмайди; даволашда ижобий натижалар берган замонавий дори воситалари ҳақида ҳам маълумот берилган.

I БОБ

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 бўлиб, шартли равишда ташқи ва ички бурун бўшлиғига бўлинади.

Ташқи бурун (nasus externus) асоси билан пастга қараган уч қиррали пирамида шаклига эга. У суяк ва тоғай қисмларидан 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 тўсиғининг ҳаракатчан қисми (pars mobilis septi nasi)* билан иккига бўлинган *бурун тешикларини (nares)* 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 ўсимталарига (processus frontalis maxillae)* бирикиб, юз скелетининг ноқсимон тешигини ҳосил қилишда иштирок этади. 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 *медиял* ва *латерал оёқчаларга (crus mediale and laterale)* эга. Ёнбош тоғай оёқчаларининг пастки қисми бурун тешигини ҳосил қилишда қатнашади. Ёнбош ва бурун қанотининг катта тоғайлари орасида *бурун қанотларининг кичик тоғайлари — cartilagine 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 тешигининг орқа-пастки қисмини ҳосил қилишда иштирок этади. Бурун қанотлари терисининг остида бурун тешигини торайтирувчи ва кенгайтирувчи мушаклар жойлашган.

Ташқи бурун ички ва асосан, ташқи уйқу артерияси тизимини қуйидаги қон томирларини қон билан таъминлайди:

— бурчакли артерия (*a. angularis*) — юз артериясининг (*a. facialis*) шохчаси;

— буруннинг дорсал артерияси (*a. dorsalis nasi*) — ички уйқу артерияси тизимига қарашли кўз артериясининг (*a. ophthalmica*) охириги шохчаси.

Ташқи буруннинг негизи соҳасида бу артериялар бирлашиб, ташқи ва ички уйқу артериялари 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 бурчакли вена (*v. angularis*), ташқи бурун веналари (*vv. nasalis externa*), юқори ва пастки лаб веналари (*vv. labiales superior et inferior*) ҳамда юзнинг чуқур венасидан (*v. faciei profunda*) ҳосил бўлади.

Бурчакли вена форсимон синусга (*sinus cavernosus*) қуйиладиган юқори кўз венаси (*v. ophthalmica superior*) билан ҳам анастомоз ҳосил қилиши муҳим клиник аҳамиятга эга. Инфекция ташқи бурун яллиғланиш ўчоқларидан форсимон 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 бир-бирига ўхшаш иккига бўлинади. Олд томондан бурун бўшлиғи бурун катаклари орқали ташқи муҳитга, орқа томондан хоаналар орқали бурун-ҳалқумга очилади. Бурун бўшлиғининг ҳар икки томони 4 та бурун ёндош бўшлиқлари (юқори жағ, галвирсимон, пешона ва понасимон) билан ўралган.

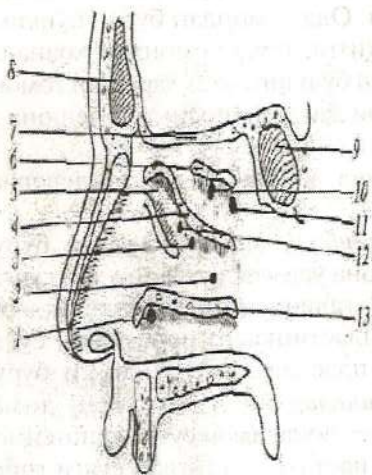
Бурун бўшлиғида латерал, медиал, юқори ва пастки деворлар тафовут қилинади.

Бурун бўшлиғининг латерал (ёнбош, ташқи) девори бурун суяклари, юқори жағ суягининг пешона ўсимтаси, юқори жағ суягининг медиал девори, кўз ёши суяги, галвирсимон суяк катаклари, танглай суягининг перпендикуляр пластинкаси, понасимон суяги қанотсимон ўсимтасининг медиал пластинкаси ва пастки бурун чиғаноқларидан ҳосил бўлган. Хоаналар ички томондан димоғ суягининг орқа чети, ташқи томондан — понасимон суяги қанотсимон ўсимтасининг медиал пластинкаси, пастдан — танглай суяги гори-зонтал пластинкасининг орқа чети билан чегараланган (1-расм).

Бурун бўшлиғининг латерал деворида горизонтал ҳолда 3 та — юқори, ўрта, пастки бурун чиғаноқлари жойлашган (*concha nasalis superior, media, 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. Пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари орасида — *ўрта бурун йўли*, ўрта ва юқори бурун чиғаноқлари орасида — *юқори бурун йўли* жойлашган.

Бурун бўшлиғининг *юқори девори* (*бурун томи*) олд томонда бурун суякларидан, ўрта қисмларида — ғалвирсимон суякнинг элаксимон пластинкаси (*lamina cribrosa*) ва ғалвирсимон суяк катакларидан, орқа томонда понасимон бўшлиқнинг олд деворидан ҳосил бўлган. Элаксимон пластинканинг тирқишлари орқали ҳид сезиш асаб толаси бурун бўшлиғидан калла бўшлиғига ўтади; бу асаб толасининг пиёзчаси элаксимон пластинканинг калла суяғи 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 чизиқ 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 қанот-танглай канали жойлашган бўлиб, ундан бурун бўшлиғига борувчи қанот-танглай асаб толаси ва артерияси ўтади. Ушбу каналда артерия катта танглай артерияси билан анастамоз ҳосил қилади. Бурун бўшлиғининг *орқа девори*, яъни



1- 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 катакларининг 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 катакларининг табиий йўли; 11 — асосий (понасимон) бўшлиқнинг табиий йўли; 12 — пешона бўшлиғининг табиий йўли; 13 — пастки бурун чиғаноғи.

чиқиш жойи — хоаналар, ички медиал томондан димоғ суяги, ташқи латерал 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. Баъзан ёш болаларда хоаналар туғма қисман ёки тўлиқ ёпиқ холда бўлиши мумкин.

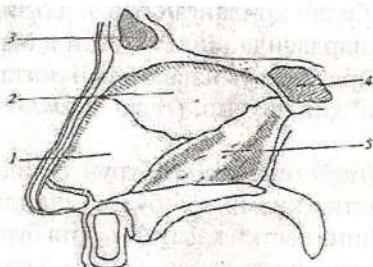
Бурун бўшлиғининг *медиал девори, яъни бурун тўсиғи (septum nasi)* бурун бўшлиғини чап ва ўнг томонларга бўлади. Бурун тўсиғи ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси, димоғ суяги ва ўрта тўсиқ тоғайлардан тузилган бўлиб, суяк ва тоғай қисмларига бўлинади. Чақалоқларда ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси пардали тузилмадан иборат (2-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 ўсиш майдони сабабли содир 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.*

Бурун тўсиғи қийишқлиги 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.

Пастки бурун йўлининг ён 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 ёш чиқиши қийинлашади, натижада каналнинг пастки тешиги кенгаяди. Пастки бурун йўлининг латерал девори пастки бурун чиғаноғининг бириқиш жойида анча юпқа



2- расм. Бурун тўсиғининг тузилиши:

1 — тўртбурчакли тоғай; 2 — ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси; 3 — пешона бўшлиғи; 4 — понасимон бўшлик; 5 — димоғ суяги.

бўлганлиги туфайли юқори жағ бўшлиғига пункция қилиш шу жойда бажарилади: бунда игна чиғаноқнинг бирикиш жойида, унинг олд учидан 1,5–2 см ташлаб санчилади.

Ўрта бурун йўли ўрта ва пастки бурун чиғаноқлари орасида жойлашган. Ўрта бурун йўлининг олд қисмида, бурун чиғаноғи остида *яримой (ўроқсимон) тирқиш (hiatus semilunaris)* жойлашган бўлиб, орқа қисмда у кичик воронка шаклида кенгайиш — *ғалвирсимон воронкани (infundibulum ethmoidale)* ҳосил қилади. Воронканинг олд ва юқори қисмига пешона бўшлиғи канали, орқа ва пастки қисмига — юқори жағ бўшлиғининг табиий йўли очилса, ярим ой тирқишига — олд ва орқа ғалвирсимон суяк катаклари очилади. Ўрта бурун чиғаноғининг орқа учи соҳасида понасимон-танглай тешиги (*foramen sphenopalatinum*) жойлашган бўлиб, ундан артерия, вена ва асаб толалари ўтади.

Охириги йилларда жарроҳлик амалини эндоскопия усули ёрдамида бажариш кенг қўлланилмоқда, шунинг учун врачлар бурун бўшлиғининг асосий анатомик тузилмаларини яхши билишлари лозим. Масалан, “остеомеатал комплекс” — бу ўрта бурун йўлининг олд бўлимида жойлашган анатомик тузилмалар тизими бўлиб, унинг таркибига ғалвирсимон қадоқчанинг медиал девори — илгаксимон ўсимта (ўроқсимон суяк пластинкаси) киради. Илгаксимон ўсимтанинг олдида, ўрта бурун чиғаноғининг юқори учи бирикадиган майдон сатҳида бурун ёстиқчаси ҳужайралари (*agger nasi*) жой олган. Илгаксимон ўсимтанинг орқасида, ўрта бурун чиғаноғи олд учининг остида ғалвирсимон суяк олд бўшлиғининг йирик катакчаси — катта *ғалвирсимон пуфакча (bulla ethmoidalis)* кўринади. Ва, ниҳоят, “остеомеатал комплекс”га бурун тўсиғининг қарама-қарши майдони ҳам киради.

Юқори бурун йўли ўрта бурун чиғаноғи ва бурун томи орасида жойлашган. Понасимон бўшлиқ юқори бурун чиғаноғининг орқа учи соҳасида очилади. Ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари ҳам шу бурун йўлига очилади. Бурун ёндош бўшлиқларини ўрта ва юқори бурун йўлларида бир-бирига яқин жойда очилиши клиник жиҳатдан аҳамиятли, чунки яллиғланиш жараёнининг тарқалишига имкон туғилади, айниқса ёш болаларда.

Бурун бўшлиғига киришда тери билан қопланган бурун даҳлизи (*vestibulum nasi*) бор. Бурун шиллиқ пардасида шиллиқ ости қавати бўлмайди. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасида ўз навбатида иккита — нафас олиш (*regio respiratoria*) ва ҳид сезиш (*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 йўллари ни ҳамда бурун тўсиғининг бир қисмини ўз ичига олади.

Нафас олиш майдонининг шиллиқ пардаси айрим жойларда кенг вена қон томирларидан ташкил топган говак тўқима туфайли анча қалинлашади. Говак тўқимали шиллиқ парда турли омиллар (механик, кимёвий, ҳис-ҳаяжон, дорилар) таъсирида осон шишиб, қисқа вақт ичида ўз ҳолига қайтиш хусусиятига эга. Говак тўқима майдонларига қуйидагилар киради:

- 1) 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 5—6 мм га етиши мумкин.

Бурун нафас олиш майдонининг шиллиқ пардаси кўп қаватли цилиндрик ҳилпилловчи эпителий билан қопланган бўлиб, унда базал ва қадахсимон ҳужайралар 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 ҳужайралари, лимфоид элементлар, шиллиқ ишлаб чиқарувчи қадахсимон ҳужайралар, сероз ёки серозли-шилимшиқ ажралма ишлаб чиқарувчи безлар, асаб толалари ва қон томирлар жойлашган. Шиллиқ парда тоғай ва суяк усти пардаларига зич ёпишган бўлади.

Ҳид билиш майдони (regio olfactoria) бурун бўшлиғининг юқори қаватида жойлашган. У бурун томидан бошлаб ўрта бурун чиғаноғининг пастки четигача бўлган майдонни эгаллайди.

Ҳид билиш майдонининг шиллиқ пардаси ҳид билиш эпителийси билан қопланган, юзасининг сатҳи 24 см² га тенг. Ҳид билиш эпителийси орасида тозалаш вазифасини бажарувчи ҳилпилловчи эпителий майдончалари ҳам учрайди. Ҳид билиш эпителийси базал, таянч ва нейросенсор ҳужайралардан тузилган. Таянч ҳужайралар сарғиш пигментга эга, шунинг учун риноскопияда ҳид сезиш майдони сарғиш бўлиб кўринади. Ҳид билиш ҳужайралари ипсимон шаклда бўлиб, периферик толаларининг (дендритлари) учи кенгайиш ҳосил қилади. Бу ҳужайраларнинг марказий толалари эса (аксонлар) *ҳид билиш ивлари (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 ниёзчасида* тугайди — *bulbus olfactoria*. II нейрони эса *tractus olfactoria* таркибида *trigonum olfactorium, substantia perforata, septum pellucidum* соҳасига етиб бориб, ўша жойда тугайди. Бу ердан бошланган III нейрон бош мия пўстлоғининг ҳид сезиш марказига боради.

Ҳид билиш майдонининг шиллиқ пардасида серозли суюқлик ишлаб чиқарувчи оддий ва шохли найсимон (*Боумен безлари*) безлар мавжуд. Безлар ишлаб чиқарган суюқлик ҳидли моддаларни эритиш қобилиятига эга. Таянч хужайралар ишлаб чиқарувчи пигмент ҳам бунда иштирок этади.

Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси қон томирларга жуда бой. Улар ташқи уйқу артериясидан тарқалади. Бурун бўшлиғининг аксарият қисми *a.sphenopalatina* (*a.maxillaris* нинг охириги шохчаси), олд-юқори қисмлари ички уйқу артерия шохчалари бўлган *a.ethmoidales anterior et posterior* дан қон билан таъминланади. *A.sphenopalatina* канал орқали бурун ичига орқа томонда кириб, бурун тўсиғи ва бурун томидаги ҳид билиш тирқишини қон билан таъминлаган *ramus nasopalatinus* ва бурун ташқи деворини қон билан таъминлаган *ramus nasalis posterior* га бўлинади.

Ramus nasopalatinus ўз навбатида яна 2 шохчага бўлинади:

1) юқори шохчаси олд томонда *a.ethmoidalis* билан, пастда ўзининг пастки шохчаси ва *septum mobile* артерияси билан анастомоз ҳосил қилади;

2) пастки шохчаси димоғ суяғи олд томонининг остидан ўтиб юқори шохчаси ва *canalis incisivus* да *a.palatina major* билан анастомоз ҳосил қилади.

Бурун тўсиғининг олд-пастки бурчаги соҳасида қон томирлар шохчаларининг анастомозлари туфайли кичик артериялар чигали ҳосил бўлади. Тез-тез қонаб турувчи бу майдон *Кисельбах майдони* (*locus Kisselbachii*) деб аталади. Бурун бўшлиғини бу даражада кўп қон билан таъминланиши бурун жароҳатларини қисқа вақт ичида битишига ёрдам беради ва бир вақтнинг ўзида айрим умумий ва бурун бўшлиғи касалликларида бурундан тез-тез қон оқишига сабаб бўлади.

Бурун ва айниқса бурун тўсиғининг қон томирлари шиллиқ парданинг чуқур қатламларида жойлашган. *Ramus nasalis posterior* (*a.sphenopalatina* нинг иккинчи шохчаси) бурун чиғаноқлари учун 2—3 та шохчаларга бўлинади. Бу шохчалар қуйидаги артериялар билан боғланиш ҳосил қилади:

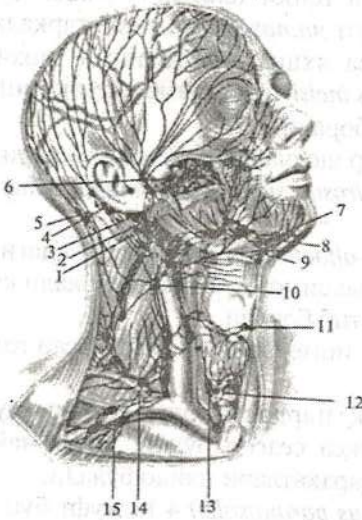
1) олд ва орқа этмоидал артериялар билан (*a.ethmoidalis anterior et posterior - a.carotis internae* дан тарқалган *a.ophthalmicae* шохчаси);

2) *a.palatinae descendenti* билан;

3) кўз косаси ва ҳалқум артериялари билан.

Бурун чиғаноқларининг орқа қисмларида қон томирлар кўпроқ ривожланган.

Бурун бўшлиғи веналари ва қисман кўз косаси веналари орқали қанот-танглай вена тўрига (*plexus pterygoideus*), фомаксимон синусига (*sinus cavernosus*), бош миянинг ўрта венасига (*v.meningea media*), кейин ички бўйинтуруқ венага қуйилади.



3-расм. Бурун лимфа тизимининг кўриниши:

1 — кулоқ олди лимфа тугунлари; 2 — кулоқнинг олд лимфа тугунлари; 3 — кулоқнинг пастки лимфа тугунлари; 4 — кулоқнинг 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 — юзакки бўйин лимфа тугунлари; 10 — чуқур бўйин лимфа тугунлари; 11 — ҳиқилдоқ усти лимфа тугунлари; 12 — трахея усти лимфа тугунлари; 13 — паратрахеал лимфа тугунлари; 14 — ўмов усти лимфа тугунлари; 15 — ўмов ости лимфа тугунлари.

Бурундан вена қони ички бўйинтуруқ венага (*v.jugularis interna*) қуйиладиган олд юз венасига (*v. facialis anterior*) ва *sinus cavernosus* га қўшиладиган *v. ofthalmica* га қуйилади. Буруннинг орқа бўлимларидан қон қанот-танглай (*ganglion sphenopalatinum*) ва бурун-ҳалқум (*ganglion nasopharyngeus*) чигалларига оқади. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари кичик веналарининг қони *sinus longitudinalis* га оқиб тушади. Шу сабабдан ўткир ёки сурункали синусит хуружи билан оғриган беморда риноген кўз косаси, калла ичи асорати ва риноген сепсис ривожланиши хавфи туғилади.

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 бурун-ҳалқум соҳасидан — бўйинтуруқ вена ёнида жойлашган чуқур бўйин лимфа тугунларига қуйилади (3-расм).

Бурун бўшлиғи қуйидаги иннервациялар билан таъминланган:

- ҳид билиш;
- сезувчанлик;
- вегетатив.

Уч шохли асаб толаси (*n.trigeminus*) ва унинг I ва II шохчалари сезувчан асаб толалари бўлиб, I шохчасидан тарқалган *n. ethmoidalis superior et posterior* шу номли артерия ва веналар билан бирга бурун бўшлиғига киради ва бурун томи, унинг ён девори ва бурун даҳизининг иннервациясини таъминлайди. II шохчаси қанот-танглай тугуни (*ganglion sphenopalatinum*) билан ҳосил қилган анастомоз орқали

бурун иннервациясида иштирок этади. Қанот-танглай тугунидан бурун латерал девори ва бурун тўсиғи учун *nn.nasalis posteriors* тарқалади; бурун тўсиғи бўйлаб тарқалган ва яхши ривожланган шохчаси *n.pasopalatinus* деб аталади. У *canalis incisivus* дан ўтиб қаттиқ танглай шиллиқ пардасининг олд қисмига боради.

Бурун шиллиқ безлари секретор шохчалар *n.vidianus* томонидан, аниқроғи унинг бир қисми — *n.petrosus superficialis major* толалари билан таъминланади.

Ҳид билиш асаб толалари (*fila olfactoria*) *regio olfactoria* даги ҳид сезиш эпителий ҳужайраларидан элаксимон пластинка орқали калла бўшлиғига, ҳид сезиш пиёзчасига етиб боради.

Бурун мушакларининг ҳаракат иннервациясини юз асаб толаси (*n.facialis*) таъминлайди.

Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси жуда сезгир; бурун тўсиғининг орқа қисмида у айниқса сезгир бўлиб, ушбу майдон қитиқланганда йўтал ва аксириш ҳаракатлари пайдо бўлади.

Бурун ёндош бўшлиқларига (*sinus paranasalis*) 4 та жуфт бўшлиқ: юқори жағ, ғалвирсимон, пешона, понасимон бўшлиқлар киради.

Бурун ёндош бўшлиқлари олд (юқори жағ, пешона, олд ва ўрта ғалвирсимон) ва орқа (понасимон ва орқа ғалвирсимон) бўшлиқларга бўлинади. 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 шаклланган бўлади.

Ғалвирсимон бўшлиқ чақалоқларда тўлиқ шаклланган бўлиб, у унчалик чуқур бўлмаган ва шиллиқ парда билан қопланган катакчалардан иборат. Катакчаларнинг шиллиқ ости пардаси жуда юмшоқ бўлиб, яллиғланганда айрим ҳолларда бурун бўшлиғида полипдай осилиб туради. Ғалвирсимон суякнинг ҳар бир томонида катакларнинг сони боланинг ёшига, катакларнинг ҳаволилигига (пневматизациясига) қараб 8—10 тага этади. Ғалвирсимон бўшлиқнинг ташқи пластинкаси кўз косасининг қоғоз пластинкаси бўлиб, у бўшлиқ катакларини кўз косасидан ажратиб туради. Ички пластинка бурун бўшлиғининг ташқи деворини ҳосил қилишда иштирок этади. Ғалвирсимон суяк катакларининг юқори қисми элаксимон пластинкага туташади (бу пластинка калла суягининг олд чуқурчаси ёнида жойлашган). Ғалвирсимон суяк катаклари олд, ўрта (у ўрта бурун йўлига очилади) ва орқа катакларга бўлинади.

Ғалвирсимон бўшлиқнинг ўзига хос анатомик-топографик хусусияти патологик жараёни кўз косасига, калла ичига, кўриш асаб толасига тарқалишига шароит яратади.

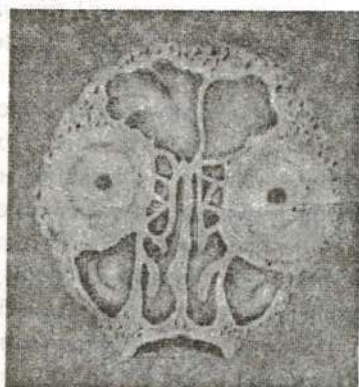
Юқори жағ бўшлиғи жуфт бўлиб, у юқори жағ суяги танасида жойлашган ва ҳар бирининг ҳажми катталарда ўртача 12 — 20 см³ га тенг (ҳатто 30 см³ га етиши мумкин), шакли эса уч қиррали пирами-

дани эслатади. Бўшлиқнинг *олд девори* юқори жағ суягининг олд юзидан ҳосил бўлиб, ичкарига ботган бўлади, *орқа девори* эса юқори жағ бўшлиғини қанот-танглай чуқурчасидан ажратиб туради. Бўшлиқнинг *юқори девори* кўз косасининг пастки девори ҳисобланади. Ундан пастда кўз косаси асаб толасининг яримканали ётади. Юқори жағ бўшлиғининг *пастки девори* альвеоляр ўсиқнинг кириш жойига тўғри келади (бу майдонда иккита кичик ва иккита катта озиқ тишлар илдизи жойлашган). Юқори жағ бўшлиғининг *ички девори* бурун бўшлиғининг латерал девори ҳисобланади. Ўрта бурун йўлида бу майдон суяк тўқимасидан холи бўлиб, фақат икки қават шиллик пардадан ҳосил бўлган.

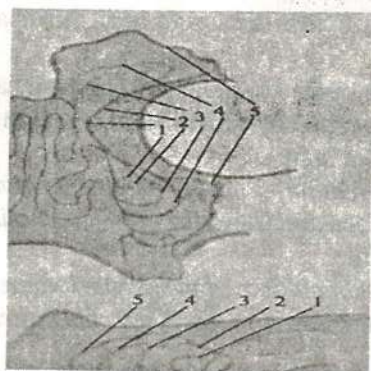
1–5 ёшли болаларда юқори жағ бўшлиғининг узунлиги унинг эни ва баландлигига нисбатан кўпроқ бўлади, 6 ёшга бориб унинг шакли катталарникига ўхшайди. 8 яшар болада юқори жағ бўшлиғининг туби бурун туби сатҳида, 12 ёшли болада – бурун тубидан пастда жойлашади.



4-расм. Бурун йўллари.



6-расм. Бурун ёндош бўшлиқларининг жойлашуви.



5-расм. Бурун ёндош бўшлиқларининг ривожланиш босқичлари: 1—чақалоқларда; 2—1 ёшгача; 3—7 ёшгача; 4—12 ёшгача. 5—катталарда.

1 ёшгача бўлган болаларда юқори жағ бўшлигининг пастки девори икки қатор сут ва доимий тишларнинг куртаклари устида жойлашади, юқори жағ бўшлиғи эса қисман тиш куртаклари устида жойлашиб, улар билан туташмайди. Ёш болаларда қозиқ тиш юқори жағ бўшлиғи ва кўз косасининг ички бурчагига яқин жойлашади. 5—6 ёшда юқори жағ бўшлиғи қозиқ тиш, икки кичик ва катта озиқ тишлар билан узвий боғланган бўлади (5-расм).

Пешона бўшлиғида 4 девор қайд этилади: *орқа девори* пешона бўшлиғини калла бўшлиғидан ажратиб туради, *пастки девори* кўз косасига ёнма-ён жойлашган. Икки пешона бўшлиқларини ажратиб турган тўсиқ пешона бўшлигининг *ички девори* ҳисобланади. Бўшлиқ тубида пешона-бурун каналининг тешиги мавжуд бўлиб, у ўрта бурун йўлининг олд қисмига очилади.

Пешона бўшлигининг ривожланиши 5 ёшга бориб тўлиқ тугайди ва кўпинча ассиметрик бўлади, 13 % ҳолларда умуман бўлмаслиги мумкин.

Понасимон (асосий) бўшлиқ калла суягининг асосини ҳосил қилишда иштирок этади, у муҳим анатомик тузилмалар билан ўралган. Бу бўшлиқнинг ривожланиши 12—15 ёшда тугайди. Понасимон бўшлиқ орқа томондан фалвирсимон катакларга ёнма-ён жойлашган. Унинг *олд девори* жуда юпқа бўлиб, унда юқори бурун йўлига очилган тешик жойлашган. Понасимон бўшлиқнинг *юқори девори* турк эгари, гипофиз, кўриш асаб толаси кесишмаси ёнида жойлашган.

Унинг *пастки девори* бурун ва бурун-ҳалқумнинг орқа гумбазини ҳосил қилишда иштирок этиб, бу деворидан Видиев канали ичидан асаб толаси ўтади. Понасимон бўшлиқнинг *ён деворида* уйқу артерияси, бош мия қаттиқ пардасининг говаксимон вена бўшлиғи (*sinus cavernosus*), V жуфт бош мия асаб толасининг I шохчаси, III, IV, VI жуфт бош мия асаб толалари жой олган.

Юқори жағ бўшлиқларини *a. nasalis posterior* қон билан таъминлайди. Улардан вена қони қисман қанот-танглай чигалига, қисман *v. facialis* га, лимфа эса чуқур бўйин ёки жағ ости лимфа тугунларига чиқарилади.

Фалвирсимон бўшлиқларни олд ва орқа этмоидал артериялар ва кўз ёши қопчасини ўраб олган артерия тўри қон билан таъминлайди, вена қони эса кўз косаси венасига қуйилади.

Пешона бўшлиқларини *a. sphenopalatina* ва *a. ethmoidalis anterior* қон билан таъминлайди, вена қони эса қисман *sinus longitudinalis superior* га ёки *foramen coecum* га чиқади.

Понасимон бўшлиқларни *a. sphenopalatina*, *a. pterygopa-latinae*, *a. vidianaе* қон билан таъминлайди, вена томирлари қисман *v. ophthalmica* га ва асосан *sinus cavernosus*га қуйилади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг физиологияси

Бурун бўшлиғи асосий ва иккиламчи фаолиятларни бажаради. Буруннинг асосий фаолиятларига нафас олиш, ҳимоя ва ҳид билиш, иккиламчи фаолиятларига — мимика, кўз ёшни ўтказиш, резонанс фаолиятлари киради. Бурун бўшлиғи овоз тембрини ҳосил қилишда ҳам иштирок этади.

Нафас олиш фаолияти. Бурун бўшлиғининг деворлари ва айниқса, шиллиқ пардасининг ўзига хос тузилиши, рефлексоген майдонларнинг мавжудлиги, уч шохли ва ҳид сезиш асаб толаси билан таъминланганлиги туфайли бурун бўшлиғи ўпкага кираётган ҳаво ҳажмини ва тезлигини бошқаришдан ташқари, бошқа аъзо ва тизимлар фаолиятига таъсир кўрсатади.

Кираётган ҳаво ҳидини билиш қобилияти инсон организмни ташқи муҳитнинг зарарли таъсирларидан ҳимоя қилади. Масалан, ачиган овқат, ҳаводаги захарли моддаларнинг ҳиди одамни хушёр тортишга ва керакли ҳимоя чораларини кўришга ундайди.

Бурун орқали нафас олиш физиологик жараён ҳисобланади. Бурун орқали нафас олиш бузилганда нафас олишнинг тезлиги ва чуқурлиги ўзгариб, ўпкада турли касалликлар юзага келиши мумкин. Бурун орқали нафас олиш қийинлашганда ўпкадаги газ алмашинуви, қоннинг физикавий ва кимёвий таркиби, организмда кислород алмашинуви бузилади.

Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши ва оғиз орқали нафас олиш натижасида ўпкага етарли миқдорда ҳаво кирмаганлиги жараёни куйидаги компенсатор механизмларнинг ишга тушиши билан кечади:

- 1) нафас ҳаракатлари сонининг камайиши;
- 2) нафас чиқариш ҳаракатининг чўзилиши;
- 3) кўкрак қафаси ва диафрагма экскурсиясининг кучайиши;
- 4) плевра ва трахея ичи босимининг ошиши.

Оғиз орқали нафас олинганда ўпканинг ҳаво алмашинуви 25—30% га камаяди, бу эса қонда кислород ва карбонат ангидрид миқдорига таъсир кўрсатиб, натижада эритроцитлар сони ва гемоглобиннинг миқдори камаяди, эозинофиллар сони ва ЭЧТ ошади, глюкозанинг миқдори ўзгаради.

Бурун шиллиқ пардасидаги рефлексоген майдонлар бурун бўшлиғини бошқа аъзолар билан боғлаб туради. Бундай рефлектор боғланиш I ва V жуфт бош мия асаб толалари орқали амалга оширилади (механо-, хемо- ва терморцепторлар фаолияти туфайли). Масалан, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига тамаки тутуни таъсир этганда нафас ҳаракатларининг тезлиги ва чуқурлиги ўзгаради, хлороформ бугларидан эса нафас ҳаракатлари бутунлай тўхтаб қолиши мумкин.

Уч шохли асаб толаси шохчалари туфайли “бурун-бронх рефлекси” мавжудлиги аниқланган. Масалан, 54—85% ҳолларда бронхиал астма касаллиги аллергик ринитдан сўнг ривожланса, бунинг тескариси 4—9% ҳоллардагина қайд этилган.

Буруннинг ҳимоя фаолиятига аксириш ва қўз ёшни чиқариш фаолиятлари киради. Ҳаво ифлосланганда бурун бўшлиғининг ҳажми қисқарса, соф тоғ ҳавосида аксинча кенгайди. Бурун бўшлиғида ҳаво намланиб, тозаланади ва иситилади. Бурун шиллиқ пардасининг ҳилпилловчи эпителийси ҳавони механик тозалашда иштирок этса, бурун ажралмаси уни зарарсизлантиради.

Буруннинг ҳимоя фаолияти куйидаги омиллар билан белгиланади:

1. Нафас олинганда ҳаво оқимининг иситилиши ва намланиши бурун бўшлиғи қон билан яхши таъминланганлиги ва қадоқсимон ҳужайралар ишлаб чиққан шиллиқ модда туфайли амалга оширилади. Совуқ ҳаво шиллиқ парданинг терморесепторларига таъсир кўрсатганда бурун чиғаноқлари, айниқса калорифер ролини ўйнайдиган пастки чиғаноқлар қонга тўлади, натижада ҳаво оқими ўтадиган бурун йўллари анча тораяди, натижада совуқ ҳавони бурун чиғаноқлари юзасидан ўтиш муддати чўзилади ва ҳаво иситилади. Бурун бўшлиғига қуруқ ҳаво кирганда эса қадоқсимон ҳужайралар кўп миқдорда шиллиқ модда ишлаб чиқариб, ҳаво оқимини намлайди.

2. Қадоқсимон ҳужайралар ишлаб чиққан шиллиқ модда таркибидаги лизоцим қатор микробларга қарши бактериоцид ва бактериостатик таъсирга эга бўлганлиги туфайли ҳаво зарарсизлантирилади.

3. Ҳилпилловчи эпителийнинг мукоциллиар транспорт фаолияти (*мукоциллиар клиренс*) ҳам муҳим физиологик аҳамиятга эга. Ҳар бир ҳилпилловчи ҳужайра юзасида 200—300 тагача туклар бўлиб, уларнинг узунлиги 5—8 мкм, диаметри 0,15—0,3 мкм ни ташкил қилади. Бу тукларнинг ҳар бири ҳаракат мосламаси — аксонемага эга. Туклар бир дақиқада 10—15 марта ҳаракатланади. Тукларнинг ҳаракатчанлиги асосан кираётган ҳаво оқимининг ҳароратига боғлиқ бўлади. Совуқ ҳаво оқими кирганда тукларнинг ҳаракати секинлашади. Агар уч шохли асаб толаси таъсирланганда тукларнинг ҳаракати тезлашса, симпатик асаб тизими таъсирланганда секинлашади.

Турли юқумли касалликлар (масалан, қизамиқ, скарлатина, ЎРВК ва бошқ.), тана ҳароратининг кўтарилиши, турли кимёвий моддалар, рН кўрсаткичининг ўзгариши ҳилпилловчи эпителий туклари ҳаракатининг бузилишига, унинг метаплазиясига ва кўп қаватли ясси эпителийга айланишига олиб келади.

Глицерин, везелин ҳилпилловчи эпителий фаолиятини сусайтиради, адреналин эса, аксинча, кучайтиради. Тамаки тутунни таъсир этилганда 5 дақиқадан сўнг эпителий фаолияти тўхтаб қолади. Бурун касалликларини даволашда бурунга узоқ вақт давомида (2 ҳафтадан

ортиқ) қон томирларини торайтирувчи ёки бошқа томчиларни томизиш ҳилпилловчи эпителий фаолиятига салбий таъсир кўрсатишини эсда тутиш лозим!

Юқорида қайд этилган механизм туфайли ҳаво оқими билан кирган чанг заррачалари, микроблар буруннинг шилимшиқ суюқлиги билан бирга бурун бўшлигининг орқа бўлимларига силжитилади ва у ердан сўлак билан бирга ютиб юборилади ёки ташқарига чиқарилади. Йирик чанг заррачаларини бурун даҳлизидаги туклар ушлаб қолади.

Буруннинг *ҳид билиш* фаолияти инсон учун жуда муҳим фаолиятлардан бири ҳисобланади. Бу фаолиятлари ёрдамида у атроф муҳитдаги ҳидни, озиқ-овқат маҳсулотларининг сифатини баҳолайди. Ҳидли моддаларда ёғда эрувчи одоривектор молекулалари мавжуд. У ёки бу ҳидни сезиш қобилияти асосан нафас олинганда, яъни ҳаво оқими бурун бўшлигининг юқори қисмига, яъни ҳид сезиш майдонига етиб борганда содир бўлади. Нафасни чиқариш ҳаракати меъёрда буруннинг ўрта ва пастки йўллари орқали амалга оширилади. Шунинг учун, кўпинча ўпканинг йирингли жараёнлари, айрим ошқозон-ичак касалликлари билан оғриган беморлар кекириш пайтида бурунларида ёқимсиз ҳидни ҳис этишига шикоят қиладилар. Ҳидли модда ҳаво билан бирга бурун бўшлиғига, ҳид билиш эпителийсига етиб боради. Бу ерда у шилимшиқ суюқликда эриб, сезгир хужайралар оқсил билан бирикади. Ҳосил бўлган бирикма таъсирида хужайранинг ионли потенциали ўзгариб, асаб толаси хужайралари кўзгалади. Пайдо бўлган импульс асаб толалари орқали бош мияга етиб боради. Ҳид билиш анализаторининг рецептор бўлими жуда сезгир бўлганлиги сабабли, одам 1:0,000023 бўлган аралашма ҳидини сезиш қобилиятига эга.

Ҳид билиш рефлекси асосан I ва V жуфт бош мия нервлари ҳамда вегетатив асаб тизими элементлари орқали амалга оширилади.

Рецепторларнинг қуйидаги 3 гуруҳи тафовут қилинади:

- 1) соф олфактор;
- 2) соф тригеминал;
- 3) ольфактортригеминал.

Ҳар бир гуруҳ рецепторлари ўзига тегишли ҳидли моддаларни сезиш қобилиятига эга. Юқори нафас йўлига ҳаво оқимининг фақат 0,01 ёки 0,001 қисми киришига қарамасдан ҳидли модданинг жуда кам миқдори ҳам ҳид билиш рецептори томонидан илғаб олинади.

Резонанс фаолияти. Меъёрда инсон “м”, “н”, “г” ва бошқа унсиз товушларни аниқ талаффуз қилади. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси шишиб, қалинлашганда эса беморларда манқаланиш ҳолати кузатилади.

Кўз ёшни чиқариш фаолияти. Меъёрда кўз ёши бурун-кўз ёши канали тешиги орқали бурун бўшлиғига (пастки бурун йўлига) эркин

ўтади. Бурун бўшлигининг патологик жараёнларида эса, масалан гипертрофия жараёнида, бу тешик торайиб кўздан тинмай ёш оқишига сабаб бўлади. Совуқ ҳаво таъсирида ҳам бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шишиши туфайли кўздан ёш оқиши кузатилади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ҳолатининг организмга таъсири

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари фаолиятининг меъёрда бўлиши организмдаги айрим аъзо ва тизимлар учун муҳим аҳамиятга эга. Масалан, чанг заррачаларининг 60% и ва кўпгина бактериялар бурун бўшлиғида ушланиб қолинади. Бурун орқали нафас олинганда пастки нафас йўлларида 10 марта кам микроблар киради.

Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши беморда қон босимининг ошишига, кўздан ёш оқишига, кўз қорачиғининг торайишига, юрак фаолияти ва бош миёда қон айланишининг бузилишига, хотирасининг сусайишига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, у ангина, ўткир респиратор касаллик, бронхит, зотилжамнинг ривожланишига ёрдам беради.

Нафас оғиз орқали олинганда организмга кираётган кислороднинг миқдори меъёрдагига нисбатан 78% ни ташкил қилиб, узоқ вақт давом этган кислород етишмовчилиги эса камқонлик, жисмоний ва ақлий ривожланишга салбий таъсир кўрсатади.

Бурун бўшлиғи бош мия билан қон ва лимфа томирлари орқали 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 босимининг ошиши, бош оғриғи, толиқиш, иштаҳа пасайиши, фикрни жамлай олмаслик белгилари кузатилади.

Бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт қийинлашиши асаб тизими бузилишларига ва қатор касалликларнинг (бронхиал астмага, болалардаги epilepsияга ўхшаш талваса ҳолати ёки тунги энурез ривожланишига олиб келиши мумкин. Болаларда бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт давомида қийинлашиши кўкрак қафаси суякларининг ривожланишига салбий таъсир кўрсатиб, шу билан бир қаторда юз тузилишининг бузилишига сабаб бўлади; натижада юқори жағ нотўғри ривожланиб, унинг ён қисмлари бир-бирига яқинлашади, қаттиқ танглай торайиб, баланд жойлашади ("готик" танглай). Бурун тубининг кўтарилиши бурун тўсиғининг қийшайишига, тишлар жойлашининг бузилишига олиб келади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш усуллари

Текширув беморнинг шикоятларини аниқлаш, анамнез маълумотларини йиғишдан бошланади. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш қуйидаги босқичлардан иборат:

1. Босқич. Кўздан кечириш ва пайпаслаш.

1. *Ташқи бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг юздаги проекция майдонларини кўздан кечириш.* Бемор текширув столи ёнидаги курсига ўтиргандан сўнг ташқи бурун кўздан кечирилади, бунда буруннинг шаклига эътибор бериледи. Врач икки қўлининг кўрсаткич бармоқларини беморнинг бурни устига қўйиб, бурун негизини, унинг суяқларини ва учини пайпаслаб кўради.

2. *Ташқи бурунни пайпаслаш.* Врач икки кўрсаткич бармоқларини бемор бурнининг устига қўйиб, енгил уқалаш ҳаракатлари билан бурунни пайпаслаб кўради (7-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 шоҳли асаб толаси I шоҳчаларининг (*n.supraorbitalis*) чиқиш нуқталарини пайпаслайди. Меъёрда пешона бўшлиқларининг деворлари пайпасланганда оғримайди.

4. *Юқори жағ бўшлиқларининг олд деворларини пайпаслаш.* Текширувчи икки бош бармоқларини юқори жағ бўшлиғи олд деворидаги қозиқ тиш чуқурчасига қўйиб енгил босади ва уч шоҳли асаб толаси II шоҳчаларининг (*n.infraorbitalis*) чиқиш нуқталарини пайпаслайди. Кейин пастки жағ соҳасида уч шоҳли асаб толаси III шоҳчаларининг (*n.mentalis*) чиқиш нуқталарини пай-



7-расм. Ташқи бурунни пайпаслаш.



8-расм. Уч шоҳли асаб толаси III шоҳчаларининг чиқиш нуқталарини пайпаслаш.



9-расм. Уч шоҳли асаб толаси II шоҳчаларининг чиқиш нуқталарини пайпаслаш.

паслайди (8–9- расмлар). Меъёрда юқори жағ бўшлигининг олд девори пайпасланганда оғримайди.

5. *Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш.* Жағ ости лимфа тугунлари бемор бошини бироз олдинга эгиб турган ҳолда бармоқлар учи ёрдамида жағ ости майдонининг ўртасидан пастки жағ четига қараб энгил уқалаш билан пайпасланади.

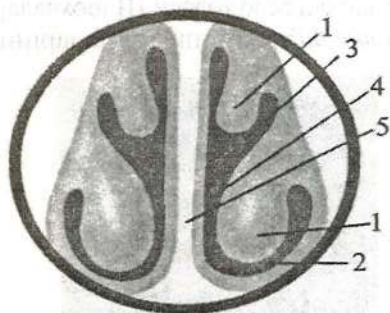
Чуқур бўйин лимфа тугунлари дастлаб бир томонда, кейин бошқа томонда пайпасланади. Беморнинг боши олдинга бироз эгилади. Ўнг томондаги лимфа тугунларини пайпаслаш учун врач ўнг қўлини беморнинг энсасига қўйиб, чап бармоқларининг учи билан тўш-ўмров-сўрғичсимон мушаги олдидаги юмшоқ тўқималарни чуқур пайпаслайди. Чап томондаги лимфа тугунларини пайпаслаганда эса чап қўлини беморнинг энсасига қўйган ҳолда ўнг қўли ёрдамида пайпаслайди. Меъёрда лимфа тугунлари пайпасланмайди.

II босқич. Олд риноскопия. Бурун бўшлиғи сунъий ёруғлик (пешона рефлектори ёки ёруғлик манбаи) остида кўздан кечирилади. Ёруғлик манбаи беморнинг чап томонида, унинг чап қулоқ супраси сатҳида ўрнатилади. Текширувда бурун кўзгуси – бурун кенгайтиргич ишлатилади. Врач пешона рефлекторини чап кўзининг рўпарасига ўрнатиб, ўнг кўзини юмган ҳолда беморнинг юзига тушаётган ёруғлик нуқтасини чап кўзи билан тешик орқали кўришга ҳаракат қилади.

1. Бурун даҳлизини кўздан кечириш (олд риноскопиянинг I ҳолати). Врач ўнг қўлининг бош бармоғи билан бурун учини кўтарди ва ёруғлик нуқтасини бурун тешикларига йўналтириб, бурун даҳлизини кўздан кечиради. Меъёрда бурун даҳлизи эркин бўлиб, унда туклар кўринади.



10-расм. Ўнг томонда олд риноскопиянинг бажарилиши.



11-расм. Олд риноскопияда бурун бўшлигининг кўриниши:

1 – юқори бурун чиганоғи; 2 – пастки бурун йўли; 3 – ўрта бурун йўли; 4 – умумий бурун йўли; 5 – бурун тўсиғи.

2. Олд риноскопия буруннинг ҳар икки қисмида навбатма-навбат бажарилади.

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

3. Чап қўлнинг тирсағи пастга туширилган, бурун кўзгусини ушлаган чап кафти ҳаракатчан бўлиши керак. Врач ўнг қўлини бемор бошининг тепасига қўяди.

4. Ишчи қисми (тумшуғи) ёпилган ҳолда бурун кўзгуси бурун бўшлиғининг ўнг даҳлизига 0,5 см ичкарига киритилади, бунда кўзгу тумшуғининг ўнг оёқчаси бурун даҳлизининг пастки-ички, чап оёқчаси — юқори-ташқи бурчагида жойлашиши лозим.

5. Чап қўлнинг II ва III бармоқлари ёрдамида бурун кўзгуси тутқичлари қисилади, шунда ўнг бурун даҳлизи кенгайди (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 чиганоқлари катталашмаган, умумий бурун йўли эркин бўлади.

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 эгилган ҳолда текширилади, шунда ўрта бурун йўли кўзга ташланади.

9. Врач IV ва V бармоқлари ёрдамида бурун кўзгусининг ўнг тутқичини силжити, тумшуғининг оёқчаларини тўлиқ ёпмаган ҳолда бурун бўшлиғидан чиқариб олади.

10. Бурун бўшлиғининг чап томони ҳам худди шу тартибда кўздан кечирилади. Бунда врач бурун кўзгусини чап қўлига олиб, ўнг қўлини бемор бошининг тепасига қўяди. Кўзгу тумшуғининг ўнг оёқчаси чап бурун даҳлизининг юқори-ички, чап оёқчаси — пастки-ташқи бурчагида жойлашади.

III босқич. Буруннинг нафас олиш ва ҳид билиш фаолиятини текшириш.

1. Буруннинг нафас олиш фаолияти аввал бир томонда, кейин иккинчи томонда текширилади. Ўнг томонда бурун орқали нафас олиш фаолиятини аниқлаш учун врач ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи ёрдамида чап бурун қанотини бурун тўсиғига аста босади. Чап қўли ёрдамида ўнг бурун даҳлизига юпқа пахта бўлагини ёки дока ипини яқинлаштириб, бемордан нафас олишни ва нафас чиқаришни сўрайди. Шу тариқа буруннинг чап томонида бурун орқали нафас олиш фаолияти текширилади. Пахта бўлагининг силжишига



12-расм. Буруннинг нафас олиш фаолиятини текшириш.

қараб буруннинг нафас фаолиятига баҳо берилади (12-расм). Текширувда ҳар икки томонда бурун орқали нафас олиш фаолияти меъёрда, қийинлашган ёки йўқотилган бўлиши мумкин.

Буруннинг нафас олиш функциясига баҳо берилганда бемор шикоятлари, пахта бўлаги билан ўтказилган синама натижалари ва риноскопия манзараси биргаликда эътиборга олинади. Баъзан у ринопневмометр ёрдамида текширилади.

Бурун нафас олиш фаолиятининг бузилиш даражалари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Бурун нафас олиш фаолиятининг бузилиш даражалари	Бурун бўшлиғида хаво айланиш қаршилиги, см Н ₂ О/л/с	Бурун орқали нафас чиқаришда хавонинг 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

Бурун нафас олиш фаолиятининг бузилишига қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин: бурун чиғаноғи гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун бўшлиғи суяқларининг аномалияси, бурун полиплари, бурун атрезиялари, ўсмалар, аденоидлар ва бошқалар.

2. *Ҳид билиш фаолиятини текшириш* учун врач ольфактометр тўпламидаги ҳидли моддаларни (0,5% ли уксус кислота эритмаси, этил спирти, оддий валерианка настойкаси, новшадил спирти) навбатма-навбат ҳар икки бурун тешиқларига яқинлаштиради (13-расм). Буруннинг ўнг томонида ҳид билиш фаолиятини текшириш учун врач ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи билан буруннинг чап қанотини бурун тўсиғига босиб, чап қўли билан ҳидли модда солинган шиша идишни беморнинг ўнг бурун даҳлизига яқинлаштиради ва ундан нафас олишни, модданинг ҳидини аниқлаб беришни сўрайди.

Худди шу тариқа бурун чап томонининг ҳид билиш қобилияти текширилади. Бунда врач буруннинг ўнг қанотини чап қўлининг кўрсаткич бармоғи билан босиб, ўнг қўли билан ҳидли моддани беморнинг чап бурун тешиғига яқинлаштиради. Ҳар бир ҳидли модда ҳид билиш жараёнида иштирок этган уч асаб толалардан (уч шоҳли,

тил-халқум, ҳид билиш асаб толаси) бирига таъсир кўрсатади. Текширув ольфактометр асбоби ёрдамида бажарилади.

Беморда ҳид билиш қобилияти меъёрда (*нормосмия*), пасайган (*гипосмия*), йўқотилган (*аносмия*) ёки бузилган (*паросмия*) бўлиши мумкин. Баъзан ҳид галлюцинациялари (*какосмия*) учрайди. Бош мия ўсмасида ва бош мия пешона бўлагининг ҳўппозида бир томонлама аносмия қузатилади.

IV босқич. Орқа риноскопия.

1. Буруннинг орқа бўлимларини кўздан кечириш учун врач бурун-ҳалқум кўзгусини дастасига ўрнатиб, уни 2—3 сонияга иссиқ сувга солиб иситади.

2. Ўнг қўлига кўзгу дастасини олиб кўзгу юзини тоза дока билан артиб, чап қўлининг бош бармоғи билан эса исиганлигини текшириб кўради.

3. Чап қўлига шпательни олиб, ўнг бурчакдан беморнинг оғзига киритади ва унинг учи билан тилнинг олд 2/3 қисмини босади.

4. Врач бурун-ҳалқум кўзгусини ўнг қўли билан қаламни ушлагандай енгил ушлаб, уни тил негизи ва ҳалқумнинг орқа деворига теккизмасдан юмшоқ танглай орқасига 45° остида киритади (бунда кўзгунинг юзи юқорига қараган бўлиши лозим).

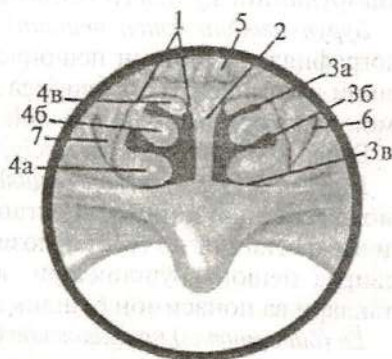
5. Врач ёруғлик тўпланими кўзгуга йўналтирган ҳолда кўзгунини у ёки бу томонга бураб бурун бўшлигининг орқа бўлимларини кўздан кечирилади.

6. Текширув пайтида бемор бурун орқали нафас олиши лозим.

Орқа риноскопияда бурун чиғаноқларининг орқа учи, бурун йўллари, бурун тўсиғининг орқа бўлими (димоғ суяги) кўринади (14-расм). Меъёрда бурун чиғаноқларининг орқа учлари хоаналардан чиқмай, димоғ суяги ўрта чизикда жойлашади.



13-расм. Буруннинг ҳид билиш фаолиятини текшириш.



14-расм. Орқа риноскопияда бурун-ҳалқумнинг манзараси: 1 — хоаналар; 2 — бурун тўсиғи; 3 — бурун йўли; 3а — юқори 3б — ўрта; 3в — пастки; 4 — бурун; 4а — пастки; 4б — ўрта; 4в — юқори чиғаноқларининг орқа қисми; 5 — бурун-ҳалқум.



15-расм. Бурун-ҳалқумни бармоқ билан текшириш.

V босқич. Бурун-ҳалқумни бармоқлар ёрдамида пайпаслаш (15-расм).

1. Бемор курсига ўтиради, врач унинг орқасида ўнг томонда тик туради.

2. Врач чап қўлининг II бармоғи билан беморнинг лунжини тишларини орасига босиб, ўнг қўлининг II бармоғини бурун-ҳалқумга, аникроғи юмшоқ танглайнинг орқасига чақ-

қонлик билан киритади ва хоаналарни пайпаслайди.

VI босқич. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси бўшлиқларнинг бор-йўқлигини, уларнинг ҳажми ва ўлчамини аниқлашга ёрдам беради ва амалиётда кенг қўлланади. Рентгенография текширувининг қуйидаги усуллари амалда кенг қўлланилади:

Бурун-пешона (энса-пешона) проекциясида бажарилган рентгенографияда беморнинг пешонаси ва бурнининг учи касетага тегиб туриши лозим. Рентген тасвирида пешона бўшлиқлари аниқ, галвирсимон ва юқори жағ бўшлиқлари хирарок кўринади.

Бунда нур *protuberancia occipitalis externa* дан юборилади.

Бурун-ияк (энса-ияк) проекциясида бажарилган рентгенографияда бемор касетага оғзини катта очган ҳолда ётади, бунда унинг лаблари ва ияги касетага тегиб туриши лозим. Бундай ҳолатда олинган рентген тасвирда пешона бўшлиқлари, юқори жағ, галвирсимон бўшлиқ катаклари ва понасимон бўшлиқ аниқ кўринади.

Ён (битемпорал) проекциясида бажарилган рентгенографияда бемор бошининг сагиттал юзасини касетага параллел жойлаштиради. Рентген нури кулоқ супраси дўмбоқчасидан 1,5см олдинда фронтал йўналишда ўтади. Бундай рентген тасвирида пешона ва понасимон бўшлиқлар аниқ кўринади, галвирсимон бўшлиқлар ён томонининг акси бироз хира кўринади. Аммо бу проекцияда бўшлиқларнинг акси бир-бири устига тушиб, қайси томондаги бўшлиқ зарарланганлиги ҳақида маълумот олиш имконини бермайди.

Аксиал (ияк-вертикал) проекцияда бажарилган рентгенографияда бемор бошини орқага ташлаган ҳолда, энсаси билан касетага чалқанчасига ётқизилади. Бундай ҳолатда ияк соҳаси горизонтал текисликда жойлашиб, рентген нурлари қалқонсимон безнинг юқори кесмаси томон тўғри вертикал йўналишда ўтади. Бу проекцияда понасимон бўшлиқлар аниқ кўринади.

Амалиётда бурун-ияк ва бурун-пешона проекциялари айниқса кенг қўлланилади.

Рентгенограммага баҳо берилганда бўшлиқларнинг ҳажми бир-бирига таққосланади; бўшлиқнинг ҳажми қанча катта бўлса, унинг

ҳаволилиги, яъни пневматизацияси шунча яхши бўлади. Рентгенография текшируви бурун ёндош бўшлиғида экссудат, шиллиқ пардасининг қалинлашганлигини ёки полип борлигини аниқлайди. Кичик ҳажмдаги бўшлиқ доимо хирароқ кўринади.

VII босқич. Юқори жағ, пешона ва понасимон бўшлиқлар ичига ингичка полиэтилен катетерларни киритиб, уларни ювиш, зарур бўлса антисептик дориларни юбориш. Ёндош бўшлиқларни зондлаш мумкин бўлмаган ҳолларда *юқори жағ ва пешона бўшлиқларини пункция ёки трепанопункция қилиш* аниқ диагноз қўйишга ёрдам беради.

Охирги йилларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини текшириш учун қуйидаги янги текширув усуллари амалиётга татбиқ этилмоқда:

1. Бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида тери қопламанинг *термографияси (масофали термография)* зарарсиз текширув усули бўлиб, беморда бир неча бор ўтказилиши мумкин.

2. Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларининг *эндоскопия* текшируви кўриш бурчаги турлича (0 дан 120° гача) бўлган юмшоқ ва қаттиқ эндоскоплар ёрдамида бажарилади. Эндоскопия текширув усули юқори жағ ва пешона бўшлиқларини кўздан кечириш



16-расм. Юқори жағ бўшлиғини ультратовуш ёрдамида текшириш.

имконини беради. Бунинг учун бўшлиқ девори махсус троакар-найча билан одатдагидай тешилиб, бўшлиқ ичида қолдирилган найчага кўриш бурчаги турлича бўлган эндоскоплар навбатма-навбат киритилиб, бўшлиқнинг барча бурчаклари кўздан кечирилади. Текширувда шиллиқ парданинг ранги, қон томирлари ва табиий йўлларнинг ҳолати баҳоланади. Эндоскопга ўрнатилган махсус қисқичлар турли майдонлардан биопсияга тўқима олиб, гистоморфологик текширув ўтказиш имконини беради.

Бурун бўшлиғини кўздан кечириш учун масофадан бошқариладиган юмшоқ эгилувчан эндоскоплар ишлаб чиқилган.

3. *Магнит-резонанс томография* усули яширин яллиғланиш ўчоқларини аниқлашга ёрдам беради. Нур таъсирисиз бажариладиган бу текширув галвирсимон бўшлиқ орқа катақларининг ҳолатини, шиллиқ парда шишини, бўшлиқ ичида ажралма ёки юмшоқ ўсма борлигини аниқлаш имконини беради.

4. Бурун ёндош бўшлиқларини *ультратовуш* ёрдамида текшириш "Синусоксан" каби асбоблар ёрдамида бажарилади (16-расм).

5. *Компьютер томографияси* текшируви эса бурун ёндош бўшлиқлари ўсмаларини аниқлашга ёрдам беради.

II БОБ

БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

Ташқи буруннинг туғма нуқсонлари нисбатан кам учрайди ва ҳомила давридаги бузилишлар, турли жароҳатлар ёки касалликлар оқибатида (сил, захм, нома, мохов, хавфсиз ва хавfli ўсмалар) юзага келади. Ташқи буруннинг туғма нуқсонлари Б.В.Шеврыгин (1996) бўйича куйидаги гуруҳларга бўлинади:

- агенезия – буруннинг бутунлай бўлмаслиги;
- гипогенезия – буруннинг чала ривожланганлиги;
- гипергенезия – буруннинг ҳаддан ташқари кўп ривожланганлиги;
- дистопия – бурун ёки унинг қисмлари нотўғри жойлашганлиги;
- дисгенезия – буруннинг нотўғри ривожланганлиги;
- персистенция – болада эмбрионал тузималарнинг сақланиб қолиши.

Буруннинг туғма нуқсонларига бурунни иккига бўлиниши, иккита бурун ва бурун чиганоқларининг нуқсонлари киради. Кўпинча улар бошқа аъзолар нуқсонлари билан, масалан қаттиқ ёки юмшоқ танглай нуқсонлари, юқори лабнинг битмаслиги, бош мия ва қўлоёқларнинг ривожланмай қолиши билан биргаликда учрайди.

Бурун нуқсонларига *дермоид кисталар* ва *бурун усти оқмалари* ҳам киради. Ҳомила ривожланишининг бузилиши натижасида эмбрионал тирқишлар жойида эмбрионал эпителий қолдиқлари сақланиб қолади ва шу майдонларда кисталар ҳосил бўлади. Буруннинг дермоид кистаси айлана шаклда, юмшоқ бўлиб, одатда бурун суяклари ва бурун тоғайлари ўзаро бириккан майдонда, тери остида жойлашади. Кистанинг ичида чарви моддаси ва туклар бўлади. Ўсган сари у атроф тўқималарни босиб, бурун шаклини ўзгартиради. Баъзан киста ташқарига йўл очиб, оқма ҳосил қилиши мумкин. Оқмалар бурун бўшлиғига очилмай, ўз-ўзидан битиши ва қайта пайдо бўлиши мумкин.

Ташқи буруннинг *орттирилган нуқсонлари* жароҳатдан сўнг пайдо бўлади. Бурун юмшоқ тўқималари, суяклари ва тоғайлари жароҳатининг оғирлигига, зарбнинг кучига, унинг йўналишига, жароҳатнинг турига боғлиқ бўлади. Кўпинча бурун суяклари ва бурун тўсиғининг жароҳатланади. Ташқи буруннинг орттирилган нуқсонларига бурун қийшиқлиги (*сколиоз*), бурун букири (*лордоз*), бурун чўққиси тоғайларининг бузилиши (*қўй ёки қуш бурун*), чўзилиши, бурунни чўкиши каби нуқсонлар киради.

Даволаш. Ташқи бурун нуқсонлари фақат жарроҳлик усулида даволанади. Даволашда нуқсоннинг шакли, ҳажми ва бошқа аъзода нуқсон мавжудлиги эътиборга олинади. Турли пластик жарроҳлик амаллари косметик жиҳатдан яхши натижа бериши мумкин. Жароҳатдан 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 қўлланади. Бурун оқмаси ва кистасида оқма йўллари ёки киста деворлари тўлиқ олиб ташланади. Эпителий қолдиқлари касалликни қайталанишига сабаб бўлиши мумкин.

Хоаналарнинг туғма атрезияси ҳомила даврида хоаналар ёриғини пардага ўхшаш мембрана ёпиб турган мезенхиал тўқиманинг тўлиқ ёки қисман сўрилмай қолиши натижасида пайдо бўлади. Кейинчалик бу мембрана суякланиши (хоаналарнинг суякли атрезияси) ёки бириктирувчи тўқима билан алмашиши мумкин. Хоаналарнинг туғма атрезияси тўлиқ ёки қисман, бир ёки икки томонлама, олд ёки орқа, суякли ёки юмшоқ тўқимали бўлиши мумкин. Чақалоқларда оғиз орқали нафас олиш рефлекси бўлмаганлиги туфайли хоаналарнинг икки томонлама тўлиқ атрезияси бўғилиш ёки ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин. Хоаналарнинг қисман атрезияси юз тузилишининг бузилишига, хусусан, юқори олд тишларнинг нотўғри ўсишига, танглайни баланд жойлашувига, бир томонлама атрезияси эса танглайни бир томонлама баланд жойлашувига ва бурун тўсиғининг атрезия томон қийшайишига олиб келади.

Таъхис. Чақалоқда бир ёки икки бурун тешиклари орқали нафас ололмаслик, бўғилиш, лабларнинг кўкариши, нафас етишмовчилигининг бошқа белгиларини эътиборга олган ҳолда бажарилган рино-ва фарингоскопия, бурун-ҳалқумни пайпаслаш, бурун бўшлиғига зонд киритиш, катетер орқали сув юбориш, контрастли рентгенография, эндоскопия текширувлари хоаналарнинг қисман ёки тўлиқ атрезиясини аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Боланинг ҳаёти хавф остида қолганда тез ёрдам кўрсатиш учун унинг оғзига ҳиқилдоқ-ҳалқумга ҳаво юборувчи резина найча ёки интубация найчаси киритилади ва шу тариқа бўғилиш ҳолатининг олди олинади. Хоаналарнинг туғма атрезиясини бартараф этувчи жарроҳлик амали чақалоқлик даврида бажарилиб, бунда хоаналарни ёпиб турган суякли ёки юмшоқ тўқимали тузилма эндо-назал ёки оғиз, қаттиқ танглай ва юқори жағ бўшлиғи орқали олиб ташланади. Жароҳат майдони атроф тўқимадан олинган шиллиқ парда бўлаги билан ёпилади. Хоана ёриғини ҳосил қилиш мақсадида бурун орқали юмшоқ пластмасса найча киритилади. Хоаналарнинг тўлиқ атрезиясида парда билан ёпилган майдон троакар ёрдамида тешилиб, бурун орқали катетер киритилади.

Бурун чипқони — бурун терисининг туқли қопчаси ҳамда атроф тўқима — ёғ беги ва тўқимасининг ўткир йирингли-некротик яллиғланиши.



17-расм. Бурун чипқони.

соҳасида, балки бошқа майдонларда (юз, бўйин, кўкрак, қорин соҳасида) пайдо бўлиши кузатилади. Бундай вазиятда беморга «фурункулёз» ташхиси қўйилади. Икки ёки ундан ортиқ чипқонлар кўшилиб карбункул ҳосил қилганда касалликнинг маҳаллий ва умумий белгилари анча кескинлашади.

Патогенези. Туқли қопчани ўраб олган инфилтратда кичик вена қон томирларининг тромбози ривожланиб, инфилтрат катталашганда (айниқса, карбункулда) тромбоз жараёни вена қон томирлари бўйлаб (*v. facialis*, *v. angularis*, *v. ophthalmica*) фоваксимон ёки калла суягининг бошқа қон томирларига тарқалиши ва беморда сепсис ва оғир калла ичи асоратининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Клиник белгилари. Чипқон асосан бурун учи, бурун даҳлизи ёки туби, баъзан бурун қанотлари, бурун-лаб бурмаси соҳасида пайдо бўлади. Касалликнинг бошланғич босқичида терида чегараси ноаниқ қизариш, юмшоқ тўқималарнинг бироз шишиши ва конуссимон инфилтрат пайдо бўлиб, пайпаслаганда ва бурун қанотлари ҳамда юқори лабларнинг ҳаракатида кескин оғрийди (*инфилтрат босқичи*). Кейинчалик юмшоқ тўқималарнинг шиши юқори лабга ва лунжга тарқалади (17-расм). 3—4 кундан сўнг инфилтратнинг чўққисиди сарғиш-оқ йирингли ўчоқ, яъни чипқоннинг ўзаги пайдо бўлади (*хўппоз босқичи*) ва у 4—5 кун давомида етилади, кейин ўз-ўзидан очилади.

Чипқон етилаётган пайтда беморнинг тана ҳарорати субфебрил ёки баланд бўлиб, қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Баъзан карбункул ҳосил бўлиб, жараён лунжга, пастки лабга, кўз қовоқларига тарқалиши мумкин. Бундай ҳолларда кўз косаси (кўз косаси тўқимасининг яллиғланиши, кўз косаси веналарининг тромбози ва бошқ.) ва калла ичи асоратлари (фоваксимон синус тромбози,

сепсис) ривожланиши мумкин. Шунинг учун бурун чипқони билан оғриган бемор касалхона шароитида даволаниши лозим.

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

Даволаш тадбирлари касалликнинг кечими ва босқичига боғлиқ бўлиб, дори-дармонлар ёки жарроҳлик усули ёрдамида амалга оширилади. Касалликнинг енгил кечимида чипқон ўзаги ўз-ўзидан очилади. Инфльтрация босқичида беморга антибиотиклар (цефамезин, амоксиклав, ампициллин, бактокс), антигистамин, оғриқсизлантирувчи, тана ҳароратини тушурувчи дори воситалар, дармон-дорилар керакли миқдорда буюрилади. Чипқон майдониға синтомицин эмульсияси, гиаксизон малҳамлари билан бойлам қўйилади.

Чипқон қайталанган ҳолларда беморга носпецифик иммунотерапия, яъни аутогемотерапия ўтказилади; беморнинг билак венасидан қон олиниб, думбасининг юқори-орқа 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 чипқон майдониға УВЧ, УБН, кварц муолажалари тавсия этилади.

Хўппоз босқичида жарроҳлик амали қўйидагича бажарилади; йирингли ўчоқ кенг очилиб, йирингли-некротик тўқималар олиб ташланади ва жароҳат майдониға резина чиқаргич ўрнатилади. Жарроҳлик амали қисқа муддатли умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади, жароҳат майдониға 10% ли натрий хлорид эритмаси билан боғлов қўйилади ва у вақти-вақти билан шу эритма билан намланиб турилади. Левомекол, левосин малҳамлари билан ҳам боғлов қўйиш фойдали. Оғир ҳолларда микрофлоранинг антибиотикларға сезгирлигини эътиборға олган ҳолда мушак орасиға ёки томир ичиға кўп миқдорда ампициллин, кефзол, цефамезин, цеполин, оксациллин ва бошқа антибиотиклар юборилади. Беморға антикоагулянтлар (аспирин, гепарин, тиббий зулук) ва иммунитетни фаоллаштирувчи дори воситалари тавсия қилинади, гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилади. Чипқон майдонини сиқиб, йирингини чиқариш қатъиян ман этилади, чунки бу ҳолда беморда юз веналари флебити, орбитал ва калла ичи асоратлари ривожланиш хавфи туғилади.

Бурун сарамаси (*erysipelas*) — тери ва тери ости ёғ тўқимасининг *A* гуруҳи бетта-гемолитик стрептококклари қўзғатган ва терининг юзаки лимфа тизимини зарарлаган юқумли-аллергик касаллик.

Патогенези. Инфекция тери ва шиллиқ пардадан, баъзан стрептококк инфекцияси ўчоқларидан гематоген йўл орқали киради.

Стрептококклар ўзидан ажратган экзо-эндотоксинлар таъсирида беморда томирлар лимфангити, артериити ва флебити билан кечган терининг серозли ёки серозли-геморрагик яллиғланиши ривожланади. Оёқларида трофик яралари бўлган, қандли диабет билан касалланган ва иммунитети сусайган беморларда касаллик тез ривожланади.

Клиник белгилари. Бурун сарамаси ўткир клиник манзара билан бошланади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, боши оғрийди, тана ҳарорати 38–40°C га кўтарилиб, қалтираш пайдо бўлади, баъзан қусиш, бўғинларни оғриши қайд этилади. Касалликнинг 1-чи кунда зарарланган тери майдонининг кескин қизариши ва инфильтрацияси, кейинчалик маҳаллий лимфа тугунларининг катталашishi кузатилади. Бир неча соатдан сўнг терида тез катталашадиган пуфакчалар ўчоғи пайдо бўлади. Касалликнинг оғир ҳолларда пуфакчаларнинг эритематоз-буллёз ёки эритематоз-геморрагик шакллари пайдо бўлиб, улар тери майдонининг йирингли-септик некрози билан кечади. Эритематоз-буллёз шаклида эпидермал пуфакчалар серозли суюқлик, эритематоз-геморрагик шаклда — геморрагик суюқлик билан тўлган бўлади. Ўзгарган тери тўқимаси соғлом теридан аниқ чегара чизиги билан ажралиб, ундан бироз кўтарилиб туради, пайпасланганда оғрийди, деморкация чизиқ ҳосил бўлади. Юз терисининг зарарланиши кўпинча симметрик бўлиб, жараён бурун ва лунж соҳасига тарқалади ва унинг шакли капалакни эслатади. Баъзан жараён бурун даҳлизининг терисига ва бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига тарқалиши мумкин.

Кийсй тахисоти. Бурун сарамаси *дерматит* (бунда касаллик аста-секин ривожланиб, беморда умумий заҳарланиш белгилари кузатилмайди, тана ҳарорати кўтарилмайди), *скарлатина* (касаллик контакт йўл орқали тарқалади ва юқори нафас йўллари катари билан бошланади, терида пайдо бўлган тошмалар лаб-бурун учбурчагидан ташқари бутун баданга тарқалади), *қизил волчанка* (бунда тошма капалак шаклида юз, ёноқ соҳасида жойлашади, беморнинг тана ҳарорати субфебрил бўлиб, қонда касалликка хос антителолар аниқланади) каби касалликлардан фарқланади.

Даволаш. Касаллик шифохона шароитида даволанади, беморга пенициллин гуруҳи антибиотиклари: феноксиметилпенициллин, ампициллин 500000–1000000 ҳар 4–6 соатда буюрилади. Бундан ташқари беморга эритромицин, ёки амоксициллин, аугментин, тазоцин, цефазолин, зиноцеф, клаферон тавсия қилиш мумкин. Зарарланган майдонга антисептик малҳамлар ва УБН муолажаси тавсия қилинади. Десенсибилизация дори воситаларидан 10% ли кальций хлорид ёки кальций глюконат вена ичига юборилади.

Пушти доначалар ва ринофима. Пушти доначалар (*acne rosacea*) ангиопатия, нейроэндокрин бузилишлар ва ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ бўлган бурун ёғ безларининг

сурункали яллиғланиши. Баъзан касалликнинг ривожланишига ёрдам беради. Бундан ташқари кўп миқдорда спиртли ичимликларни, ширинликларни истеъмол қилиш, бурунни совуқ уриши, ошқозон-ичак касалликлари, иммунитетнинг сусайиши каби омиллар касалликнинг ривожланишига ёрдам беради.

Дастлаб терида қизил тугунчалар пайдо бўлиб, ташқи буруннинг тоғай қисмида жойлашган тери ости қон томирлари кенгайди. Кейинчалик терининг барча қаватлари, ёғ безлари, қон ва лимфа томирлари катталашади. Тугунчалар пайдо бўлиши натижасида бурун юзасида ғадир-будур, оч пушти ёки кўкимтир-жигарранг доғлар ҳосил бўлиб, қисилганда ичидан куюқ ёғ моддаси ажралиб чиқади. Тугунчалар ташқи бурун шаклини кескин бузади. Ринофима аста-секин ривожланиб, кўпинча кекса эркакларда учрайди.

Даволаш. Касалликнинг бошланғич босқичида, яъни пушти доначалар ҳосил бўла бошлаган даврда беморга тери микроциркуляциясини (никотинат ксантинол, эскузан), ошқозон-ичак фаолиятини яхшиловчи (фестал, мезим форте, хилак форте, бифидум-бактерин) дорилар буюрилади, яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари ўтказилади (метронидазол бир кунда 3 маҳал ичиш, преднизолон кунига 30 мг дан 2 ҳафта давомида). Зарарланган майдонга резорцин, борат кислотаси ва танин эритмалари шимдирилган дока қўйилади, метронидазол малҳами суртилади.

Ринофима жарроҳлик усулида ҳам даволанади. Маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида ўткир тиг ёрдамида терининг катталашган майдони кесилиб, буруннинг шакли тикланади. Жароҳат майдонига асептик боғлов қўйилади. Зарур бўлса пластик жарроҳлик амали бажарилади, яъни зарарланган майдонга тери трансплантанти ўрнатилиб, ингичка полиамид иплар ёрдамида чок қўйилади.

Профилактикаси. Касалликка мойил бўлган беморларга узоқ вақт давомида кўёш остида, совуқ жойда туриш, иссиқ хоналарда меҳнат қилиш ман этилади, ширинликлар, кофе, шоколад, спиртли ичимликлар, шўр ва дудланган таомлар чекланади.

Бурун бўшлиғи даҳлизининг сикози ёки фолликулит (вестибулит) — бурун даҳлизи тукли фолликуллари ва атроф тўқималарининг чегараланган йирингли яллиғланиши бўлиб, уни стафилококк ва стрептококклар чақиради. Инфекция бурун даҳлизи бармоқлар билан тозаланганда содир бўлган микрожароҳатлар орқали киради. Бурунда йирингли ажралма оқиши билан кечган ринит ва синусит сикознинг ривожланишига ёрдам бериши мумкин. Сикоз касаллигида бурун даҳлизи алоҳида-алоҳида жойлашган йирингли тўпламчалар ва йирингли пўстлоқлар билан қопланади, бу майдонда терининг шиши ва инфильтрацияси аниқланади. Баъзан жараён чегараланган характерга эга бўлиб, бурун учининг юқори бурчагида жойлашганда касалликни

аниқлаш қийин бўлади. Бунда зарарланган майдонни кўздан кечириш учун кичик бурун ҳалқум кўзгусидан фойдаланилади.

Клиник белгилари. Беморни вақти-вақти билан бурни қичиши, оғриши, бурун орқали нафас олишни қийинлаштирувчи пўстлоқлар ҳосил бўлиши, бурун даҳлизи терисининг қизариши, шиши ва оғриши безовта қилади. Тукли фолликулалар соҳасида йирингли тўпламчалар, айрим майдонларда йирингли ажралма бўлиб, пўстлоқлар ҳосил қилганлиги кўринади. Касаллик сурункали кечади ва вақти-вақти билан авж олиб, бир неча ой давом этиши мумкин. Баъзан у иккиламчи экземага айланади.

Даволаш тадбирлари амбулатор шароитда ўтказилади. Сикоз билан зарарланган терига борат ёки салицил спирти билан ишлов берилади. Пўстлоқларни юмшатиш мақсадида бурун бўшлиғига левомекол ёки левосинол, 3% ли салицилат ёки оқ симоб малҳами суртилади. Зарарланган майдоннинг барча туклари пинцет ёрдамида олиб ташланади, синтомицин, оксикорт ёки геоксизон, гидрокортизон малҳамлари суртилади. Тукларни механик усулда олиб ташлаш жуда оғриқли муолажа ҳисобланади. Шунинг учун айрим ҳолларда уларга рентген нурлари ёрдамида таъсир кўрсатилади. Рентген нурлари тукларни тўкилишига ёрдам беради. Касаллик узоқ вақт давом этган ҳолларда маҳаллий даволаш тадбирларидан ташқари беморга умумий антибактериал терапия, дармон-дорилар, стафилококкга қарши гаммаглобулин, аутогемотерапия, физиотерапия муолажаларидан УВН, УВЧ тавсия қилинади. Касалликни келтириб чиқарувчи сабаблар бартараф қилинади.

Бурун экземаси — бурун даҳлизи соҳасининг ўткир серозли яллиғланиши ва турли тошмалар билан кечувчи бурун терисининг сурункали қайталанувчи яллиғланиши. У аллергик касаллик бўлиб, жуда кам учрайди, баъзан бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли касалликлари билан бирга кечади. Экземанинг куйидаги клиник шакллари тафовут қилинади:

- чин (идеопатик) экзема;
- микробли экзема;
- себореяли экзема;
- касб экземаси.

Клиник белгилари. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди. Бурун даҳлизи ва юқори лаблар соҳасида тери қизариб, шишади, баъзан қичийди ва ёрилади, унинг эпидермис қатлами кўчади, пуфакчалар ва пўстлоқлар ҳосил бўлади. Баъзан (айниқса болаларда) жараён юз, кулоқ ва бош терисига тарқалиши мумкин. Экзема чипқон, сикоз ва сарамас касалликларининг ривожланишига ёрдам беради. Касаллик сабабларини, патогенетик хусусиятларини эътиборга олган ҳолда беморнинг иммунологик ҳолати, ошқозон-ичак йўлининг фаолияти

текширилади, яширин инфекция ўчоқлари, касб омиллари 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 (левомекол, левосин) ва глюкокортикоид малҳамлар (оксикорт, локакортен, гиаксизон малҳамлари), ёрилган жойларга 2–5% ли ляпис эритмаси суртилади. Беморга таркибида темир моддаси бўлган дорилар, антигистамин дорилари (задитен 1мг дан эрталаб ва кечқурун) ичишга, вена ичига томчилаб 1% ли кальций хлорид эритмаси (100–200 мл миқдорда), гемодез қўйилади, иммунитетни фаоллаштирувчи дорилар (продигиозан, тимолин, т-активин), дармондорилар, балиқ ёғи, УБН, УВЧ тавсия қилинади. Оғир ҳолларда кортикостероидлар буюрилади (бир кечакундузда 30 мг преднизолон 10–14 кун давомида) мушак орасига юборилади.

Ташқи буруннинг термик жароҳатлари

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

I даражаси — эритема, терининг эпидермис қавати қуяди; тери қизариб оғрийди, бироз шишади;

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

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

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

Даволаш. Куйишнинг I–II даражаси, юзаки куйиш ҳисобланиб, дори-дармонлар билан даволанилади. Бурун соҳасига асептик бойлам қўйилади, анестезин, борат кислотаси ва анестезин аралашмаси, оксиклозол, оксикорт, левомекол, левосин, легразол, тегралезол, левовинозол, олезол аэрозоллари сепилади, 1–2% ли калий перманганат, 1–2 % ли танин, фурациллин (1:5000), 10% ли борат ланолин эритмалари ва малҳами, 10% ли синтомицин эмульсияси суртилади. Куйган майдонга дарҳол муз парчаси қўйилади. Бундан ташқари оғриқсизлантириш, дезинтоксикация, десенсибилизация тадбирлари ўтказилади, вена ичига керакли миқдорда суюқликлар томчилаб юборилади. Иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида беморга яллиғланишга қарши дори воситалар (ампициллин, цефазолин, амоксиклав) тавсия қилинади.

Куйишнинг III–IV даражаси, чуқур куйиш сифатида баҳоланиб, зарарланган тери жарроҳлик усулида тикланади. Бемор қоқшолга қарши эмланади.

Бурунни совуқ уриши (*congelatio nasi*) — совуқ ҳавонинг маҳаллий таъсири ёки терини совуқ жисмга тегиши натижасида содир бўлган тўқималар жароҳати. Совуқ уришининг 4 даражаси тафовут этилади:

I даражаси — тери қопламлари рангпар ёки кўкимтир бўлиб, шишади, зарарланган тери майдони оғрийди ва қичийди, унинг сезгирлиги пасаяди (парестезия).

II даражаси — 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 даражаси — терида геморрагик экссудат билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлиб, улар ярага айланади, тери ва тери ости ёр тўқимаси некрозга учрайди.

IV даражаси — терининг барча қаватлари, яъни ҳам юмшоқ, ҳам суяк тўқималари некрозга учрайди. Тўқималарни емирилиши 5–6 ой давом этиб, гангрена асорати ривожланишига олиб келиши мумкин.

Даволаш. Беморга оғриқсизлантириш тадбирлари, антибиотикотерапия ва жарроҳлик даволаш усуллари буюрилади. Енгил ҳолларда беморни иссиқ хонага ётқизиб, унга иссиқ ичимликлар берилади, бурун қўл билан ишқаланади (қор билан эмас), иссиқ сув (сувнинг ҳарорати 40° С дан ошмаслиги лозим) билан 30 дақиқа давомида иситилади, терисига спирт суртилади, пуфакчалар очилади. Совқотишнинг III–IV даражасида бемор шифохона шароитида даволанади. Зарур бўлганда унга тинчлантирувчи, оғриқсизлантирувчи дорилар буюрилади, УБН, УВЧ муолажалари ўтказилади. Айрим ҳолларда пластик жарроҳлик амали бажарилади. Бемор қоқшолга қарши эмланади.

Бурун тўсиғи қийшиқлиги (*deviatio septi nasi*)—бурун орқали нафас олишни қийинлаштирувчи бурун тўсиғининг суяк ёки тоғай қисмларини



18-расм. Ташқи бурун қийшиқлиги.

табиий (ўсиш хусусияти билан боғлиқ) ёки орттирилган (жароҳат билан боғлиқ) қийшиқлиги. Бурун тўсиғи қийшиқлигининг сабаблари физиологик (3%), яъни тоғай ва суяк тўқималарининг турли тезликда ўсиши, жароҳатдан сўнгги (54%) ва полип ёки ўсма туфайли компенсатор (8%) бўлиши мумкин. Бурун тўсиғи қийшиқлиги беморларда ангина, сурункали тонзиллит, вазомотор ринит, синусит, фарингит, ларингит, неврозлар, бронхиал астма, миокардит, бронхит, зотилжам, сабабсиз бош оғриқлар ва бошқа касалликларнинг ривожланишига ёрдам беради (18-расм).

Клиник белгилари. Бурун тўсиғи шаклининг ўзгариши қийшиқ, тикансимон ёки тароқсимон бўлиши мумкин. Бемор асосан бурун орқали нафас олиши қийинлигига, бурун битишига, ундан шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли ажралма оқишига, боши оғришига, томоғи қуришига, қулоғи шанғиллаши ва битишига, ҳид билиши пасайганига шикоят қилади.

Бурун тўсиғи қийшиқлиги вазомотор ринитнинг ривожланишига, эшитув найи ва ўрта қулоқни яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин. Шунини эсда тутиш лозимки, баъзан бурун тўсиғи қийшиқлиги беморни безовта қилмайди, чунки ҳаво оқими қийшайган майдоннинг ости ёки устидан ўтади. Шунинг учун бемор бурни орқали нафас олиши қийинлашганлигига шикоят қилмайди. Демак, бурун тўсиғи қийшиқлиги эмас, балки беморнинг шикоятлари жарроҳлик амалини бажаришга кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Таъхис бемор шикоятлари, риноскопия, ринопневмометрия, яъни бурун орқали нафас олишни текшириш усули, эндоскопия, рентгеноскопия, компьютер томографияси текширувларида олинган маълумотлар асосида қўйилади.

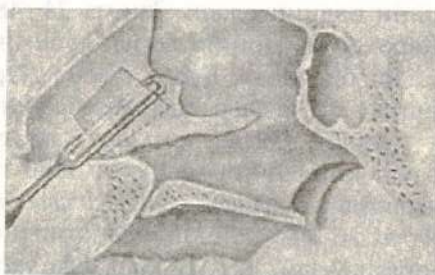
Даволаш. Бурун тўсиғи қийшиқлиги жарроҳлик усулида даволанади. Бурун тўсиғида бажариладиган жарроҳлик амали “септопластика” деб аталади. Кўпинча Киллиан бўйича бурун тўсиғи шиллиқ қавати остини кесиш ва Воячек бўйича айланма кесиш усуллари қўлланади.

Киллиан бўйича бурун тўсиғи шиллиқ қавати остини кесиш 14 ёшда, зарур бўлса — 6 ёшдан сўнг бажарилиши мумкин (19—21- расмлар).

Жарроҳлик амали маҳаллий оғриқсизлантириш ёки умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 0,1% адреналин кўшилган 1% ли новокаин (1% ли лидокаин) эритмаси (5 мл эритмага 1 томчи 0,1% ли адреналин гидрохлорид кўшилади) дан фойдаланилади. Жарроҳлик амалидан 10 дақиқа олдин беморнинг бурнига 1% ли дикаин, 2% ли лидокаин шимдирилган дока тикма қўйиш мақсадга мувофиқ. Ушбу муолажа жарроҳлик амалини деярли қонсиз бажариш имконини



19-расм. Бурун тўсиғи шиллиқ қаватини тоғайдан ажратиш.



20-расм. Ажратилган тоғайни Беланжир пичоғи билан кесиш.



21-расм. Бурун тўсиғининг қийшиқ қисми ва жарроҳлик амалидан кейинги ҳолат.

қарама-қарши томондаги шиллиқ парда тоғай усти қавати билан бирга ажратилади. Шундан сўнг Беланджир пичоғи, қайчи ва тиг ёрдамида тоғай ва суякнинг қийшайган майдони кесилади ва Брюнингснинг айлана учли қисқичи ёрдамида олиб ташланади. Баъзан тоғай ва суякларнинг тўғри бўлаклари шиллиқ парданинг орасига жойлаштирилади (*септопластика*). Бурун шаклини бузмаслик мақсадида жарроҳлик амали пайтида бурун қиррасига яқин майдонда 6—8 мм, ҳамда тўртбурчак тоғайнинг олдида 3—4 мм тоғай бўлағи қолдирилади. Кесилган юмшоқ тўқима бўлаклари бир-бирига яқинлаштирилиб, тикилади ва бурун бўшлиғига антибиотик малҳами шимдирилган тикма қўйилади. Агар жарроҳлик амали пайтида шиллиқ парда жароҳатланса (йиртилса), унда бемор гапирганда ёки нафас олганда (айниқса ухлаганда) бурун тўсиғида ҳосил бўлган тешик туфайли хуштак товуши эшитилади. Қийшайган тоғай ёки суяк олиб ташлангандан сўнг ҳар икки томонда бурун йўллариغا антисептик эритма ёки гиоксизон, синтомицин, ксероформ малҳамларидан бири шимдирилган дока тикма қат-қат қилиб олдиндан орқа томонга қараб жойланади. Тикма бурун тўсиғини ушлаб туриб, гематома ҳосил бўлишини олдини олади. Тикма 24—48 соатдан сўнг олиб ташланади. Жароҳат майдонида бурун тўсиғининг шиллиқ пардаси битгунча ишлов берилади. Бурун тўсиғи тўғри шаклни эгаллаши учун бурун ичига I ҳафта давомида тикма қўйилади.

Воячек бўйича резекция жарроҳлик амалида бурун тўсиғининг фақат қийшайган майдони олиб ташланади, шунинг учун бундай жарроҳлик амаллари *консерватив септопластика* деб аталади. Кўпинча бурун тўсиғи қийшиқлиги компенсатор гипертрофик ринит билан бирга кечади. Бундай ҳолларда *пастки конхотомия* — пастки бурун чиғаноғини кесиб олиш, *вазотомия* — бурун чиғаноқлари шиллиқ қаватини суякдан ажратиш, *шиллик ости конхотомия* — пастки бурун

беради. Бурун бўшлиғининг чап томонида тўртбурчак тоғайининг ташқи четидан 4—5 мм ташлаб шиллиқ ва тоғай усти пардалари бурун тубидан бурун қирраси томон ёйсимон кесилади. Ўткир ажратгич ёрдамида бурун тўсиғининг чап томонидаги шиллиқ парда тоғай усти пардаси билан бирга тоғайдан ажратилади, натижада тоғайнинг шиллиқ, ялтироқ юзи кўзга кўринади. Кейин қарама-қарши томондаги тоғай кесилади. Тоғайни кесаётганда қарама-қарши томондаги шиллиқ пардага зарар етказмасликка ҳаракат қилинади. Кейин ажратгич ёрдамида

чиғаноғининг суяк четини шиллиқ пардадан ажратиб олиб ташлаш, *латероконхопексия* — пастки бурун чиғаноғини асоси соҳасида синдириб, латерал деворга босиш каби жарроҳлик амаллари бажарилади. Бурун тўсиғи ва бурун чиғаноқларида жарроҳлик амали бажарилганда бурун бўшлиғига пластинка қўйилади ва у чандиқли бирикмалар ҳосил бўлишини олдини олади.

Жарроҳлик амалидан сўнг қўйидаги асоратлар кузатилиши мумкин: бурундан қон оқиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, жароҳат майдонининг яллиғланиши, калла ичи асоратининг ривожланиши, гематома, ҳўппоз ва битишмалар ҳосил бўлиши, бурун тўсиғининг тешилиши.

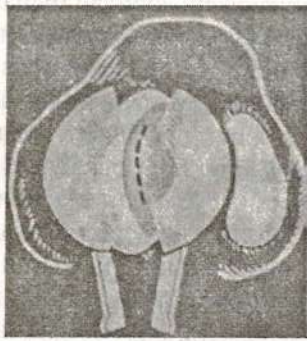
Бурун тўсиғи гематомаси ва ҳўппози. Кучли зарб таъсирида тоғай усти пардаси тоғайдан (суяк усти пардаси суякдан) ажралиб, тоғай ва тоғай усти пардаси орасида (суяк ва суяк усти пардаси орасида) қон тўпланиб, бурун йўллари торайтирувчи гематома ҳосил бўлади. Бурун тўсиғи гематомаси ҳосил бўлишига жароҳатлар ва юқумли вирусли касалликлар сабаб бўлади. Гематома бир ёки икки томонлама бўлади. Одатда у бурун тўсиғининг тоғай қисмида жойлашади, баъзан эса суяк қисмига ҳам тарқалиши мумкин (22-расм).

Белгилари. Бемор бурун орқали нафас олиши қийинлигига, бурни биров оғришига, ундан шилимшиқ ёки қон аралаш ажралма оқишига, ҳид билиш қобилияти пасайганлигига шикоят қилади. Бир томонлама гематомада бурун орқали нафас олиш фаолияти бузилмайди, беморнинг умумий ҳолати ўзгармайди. Шунинг учун у касаллигига эътибор бермайди, натижада гематома бурун тўсиғининг *йирингли ҳўппозига* айланади. Олд риноскопияда бир ёки икки томонда бурун тўсиғининг олд қисмида умумий бурун йўлини торайтирувчи тўқ жигарранг юмшоқ шиш ва инфильтрация кўринади (23-расм).

Йирингли ҳўппозда (жароҳатдан 4–7 кун ўтгандан сўнг) бурун тўсиғининг шиллиқ қавати кескин шишади, пайпаслаганда оғрийди.



22-расм. Бурун тўсиғи.



23-расм. Бурун тўсиғи гематомаси ҳўппозини очиш.

Йирингли жараён түртбурчак тоғайга тарқалганда беморда бурун хондроперихондрити ривожланади ва у бурун тўсиғи шаклининг ўзгаришига олиб келади. Баъзан йиринг буруннинг юқори бўлимларига тарқалиб, кўз атрофи ва калла ичи асоратлари ривожланишига сабаб бўлади.

Таухис касалликни бошланиши, беморнинг шикоятлари ва риноскопия манзараси асосида қўйилади. Риноскопияда бурун тўсигининг олд қисмида ҳар икки томонда юмшоқ кўк-қизил ёки тўқ-қизил шиш кўринади. Бурун тўсиғи гематомасини бурун тўсиғи хўппози, бурун чипқони ва бурун сарамасидан фарқлаш лозим. Бурун бўшлиғи зонд ёрдамида текширилади, шишган майдон тешиб кўрилади ва аниқланган йирингли ажралма бактериологик текширувдан ўтказилади, микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқланади.

Даволаш. Бурун тўсиғи гематомаси майдонига йўғон игна санчилиб, қон тўплами сўриб олинади, кейин буруннинг зарарланган томонига зигзагсимон олд бурун тиқмаси қўйилади (муолажа касалликнинг 1—2-куни бажарилади). Тиқма 48—72 соатдан сўнг олиб ташланади ва бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига ишлов берилади. Яллиғланиш жараёнини олдини олиш мақсадида десенсибилизация, антибиотикотерапия, симптоматик терапия тадбирлари ўтказилади, беморга дармон дорилар буюрилади.

Бурун тўсиғи хўппози шошилиш равишида очилиши лозим. Икки томонлама хўппоз ҳар икки томонда алоҳида-алоҳида очилади. Хўппоз майдони 3% ли водород пероксиди ёки фурациллин эритмаси билан ювилиб, йирингдан тозалангандан сўнг бўшлиқ ичига резина чиқаргич ўрнатилади ва гипертоник эритмага шимдирилган пиликча киритилади. Беморнинг ёши, тана вазни ва касалликнинг кечишини эътиборга олган ҳолда унга ампициллин, кефзол, цефамизин каби антибиотиклар, десенсибилизация, дезинтоксикация, иммунитетни фаоллаштирувчи дорилар мушак орасига ёки томир ичига юборилади.

Бурун ёт жисми. Баъзан болалар ўйнаб бурун ичига танга, мунчоқ, нўхат, писта, тугма, ўйинчоқларнинг кичик қисми, қоғоз парчасини тиқиб юбориш ҳоллари кузатилади. Бурун бўшлиғида узоқ вақт қолиб кетган ёт жисм ринолитга айланиши мумкин.

Белгилари. Беморда бурун орқали нафас олиш бир томонда қийинлашади, бурнидан ёқимсиз ҳид келади, бурнининг бир томонидан йирингли ажралма оқади, бурун даҳлизига қизаради. Юқори жағ бўшлиғида тиқилиб қолган ёт жисм синусит ва кўз ёши йўлининг яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин.

Таухис 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 кўринади. Рентген-контрастли ёт жисм рентгенография текшируви ёрдамида аниқланади.

Даволаш. Бурун ёт жисми илгак ёрдамида олиб ташланади. Бурун бўшлиғидан аскарарида ёки зулукни чиқариб олиш учун махсус қисқич ишлатилади. Острица қуртини чиқариб олиш учун бурун бўшлиғига аввал ментол, зулукни чиқариш учун 10% ли натрий хлорид эритмаси томчилари томизилади. Бурун ичига кириб қолган йирик ҳашарот илгак ёрдамида чиқарилади.

Бурундан қон оқиши — epitaxis — қон томири деворининг бузилиши ёки ўтказувчанлигининг ошиши натижасида содир бўлади. 95% ҳолларда қон бурун тўсигининг олд қисмида жойлашган Киссельбах соҳасидан оқади (24-расм).

Келиб чиқиш сабабларига кўра қон оқишлар жароҳатдан сўнгги ва симптоматик қон оқишларга бўлинади. 85% ҳолларда эса бурундан қон оқишига қуйидаги **умумий** касалликлар сабаб бўлади:

— ўткир юкумли аденовирус касалликлари (кўпинча грипп, қизамиқ, гепатит);

— қон босимининг кўтарилиши;

— атеросклероз;

— юрак, жигар, буйрак касалликларининг оғир шакли;

— қон касалликлари; кам-

қонлик, тромбоцитопатия, лейкоз, антикоагулянт дорилар миқдорини оширилиши;

— септик ва захарланиш ҳолатлари;

— гипо ва авитаминозлар;

— аёлларда ҳомила ва ҳайз бузилишлари (викар қонашлар);

— атмосфера босимининг пасайиши, жисмоний зўриқиш, тананинг исиб кетиш;

— нур касаллиги.

15% ҳолларда бурундан қон оқишига қуйидаги **маҳаллий**, яъни бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг касалликлари сабаб бўлади:

— бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг жароҳатлари;

— қон томирлар деворининг бузилишига олиб келган бурун шиллиқ пардасининг атрофик жараёнлари; бурун тўсигининг тешилиши, бурун сили, захми;

— бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг хавфли ўсмалари;

— хавфсиз ўсмалар (гемангиома, бурун-ҳалқум ангиофибромаси);



24-расм. Киссельбах чигали.

— бурун бўшлиғи ёт жисми.

Белгилари. Бурундан қон оқиши тўсатдан ёки продромал белгилардан сўнг бошланади (бош оғриғи, қулоқ шанғиллаши, бош айланиши, бурун қичиши). Бурундан оқаётган қонни юқори нафас йўллари ва ошқозондан оқаётган қондан фарқлаш лозим. Бурундан оқаётган қоннинг ранги қизил бўлиб, бемор бошини орқага ташлаганда ҳалқумнинг орқа деворида кўринади.

Ўпкадан оқаётган қон кўпикли, меъдадан оқаётган қон эса ивиган, ранги тўқ қизил ва меъда суюқлиғи 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 оқишининг сабаби аниқланади.

Йўқотилган қон миқдorigа қараб қон оқишлар *енгил*, *ўртача* ва *оғир* қон оқишларга бўлинади.

Енгил қон оқишларда, одатда, қон Киссельбах, Литтля майдонларидан оқади. Бурундан қисқа вақт давомида бир неча миллилитр миқдорда қон томчилаб оқиб, ўз-ўзидан тўхтайдиган (*I даражали қон йўқотиши*).

Ўртача қон оқишларда катта киши 200 мл гача қон йўқотади. Бунда беморда гемодинамик ўзгаришлар юз бермайди (*II даражали қон йўқотиши*).

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

Қон оқишининг сабаби анамнез маълумотлари, клиник текширувлар, қон ва сийдик таҳлили, коагулограмма натижалари асосида аниқланади. Организмнинг қон йўқотилишига реакциясини беморнинг шикоятлари, умумий аҳволи, юз терисининг ранги, қон босими, томир уришининг тезлиги, қон таҳлили кўрсаткичларидан билса бўлади. Енгил ва ўртача қон оқишларда 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.), гематокрит (30—35) ва гемоглобин кўрсаткичлари пасаяди.

Бемор ҳаётига хавф солувчи кучли қон оқишлар тўсатдан бошланиб, бемор қисқа вақт ичида кўп миқдорда қон йўқотади. Бундай қон оқишлардан олдин беморнинг кўз олди қоронғилашиб, боши лўқиллаб оғрийдиган. Одатда бундай қон оқишларга бурун қон томирларининг жароҳати, юз суяклари ва калла суяғи асосининг синиши, қон томирларнинг кенгайиши ва хавфли ўсма сабаб бўлади. Кўп миқдорда қон йўқотган бемор зудлик билан оториноларингология, баъзан реанимация бўлимига ётқизиلىб, қон йўқотилишига қарши чора-тадбирлар ўтказилади.

Қон йўқотилиши даражасини аниқлаш

2-жадвал

Қон йўқотилиши даражаси	Йўқотилган қоннинг ҳажми (мл)	Қоннинг солиштирма оғирлиги	Эритроцитлар сони (мкл · 10 ¹²)	Гемоглобин (%)	Гематокрит
I	500 гача	1055 дан ортик	4,5–5,0	60 дан ортик	40дан 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 ортик	1045	3,0	40	20

Даволаш. Даволашнинг умумий режаси куйидаги тадбирлардан иборат:

- 1) бурундан оқаётган қонни тўхтатиш;
- 2) йўқотилган қон ўрнини тўлдириш;
- 3) қайта қон оқишининг олдини олиш.

Бурундан қон оқишини тўхтатиш усуллари:

1. *Биринчи тиббий ёрдам* – беморнинг боши кўтарилиб, бурун қанотлари бурун тўсиғига босилади. Бурун бўшлиғига пахта бўлаги киритилади. Пахтани 3% ли водород пероксиди ёки 10% ли антипирин, 0,1% ли адреналин ёки 5% ли ферропирин эритмасига шимдириш тавсия этилади. Бурун қанотлари соҳасига муз парчаси қўйилади. Беморга тинчланиш, чуқур ва эркин нафас олиш маслаҳат берилади. Бемор ётган хонанинг ҳавоси тозаланади.

2. Бурун бўшлиғида қонаётган қон томирни куйдириш (*электрокоагуляция*). Бурундан қайта-қайта қон оқиш ҳолати кузатилганда қонаётган майдонда қон томирлар куйдирилади: бурун шиллиқ пардаси 2% ли дикаин ёки 0,1% ли адреналин гидрохлорид ёрдамида оғриқсизлантирилгандан сўнг қонаётган майдон 20% ли сирка кислотаси, 30% ли кумуш нитрат эритмаси (малҳами), ваготил ёки гальванокаутер ёрдамида куйдирилади. Бундан ташқари, қонаётган майдонга ультратовуш аппликацияси, углеродли лазер ва криоаппликатор ёрдамида таъсир кўрсатилади.

3. *Кумуш нитрат "марвариди" усули*. Кумуш нитрат кристалчаси оловда қиздирилган тугмали зонд учига олинади ва қонаётган майдонга суртилади.

4. *Қонаётган қон томирнинг атрофига* 2–5 мл 0,25–0,5% ли новокаин ва 5% ли аминакапронат кислотасининг аралашмасига (1:1) 1–2 томчи 0,1% ли адреналин гидрохлорид қўшиб юборилади. Баъзан бурун тўсиғи шиллиқ пардаси остига 3–5 мл 0,5% ли тримекаин ёки 1% ли новокаин эритмаси юборилади.

5. *Бурун олд тиқмаси*. Дастлаб оғриқсизлантириш мақсадида буруннинг шиллиқ пардасига анестетик эритма (2% ли дикаин, 10%



25-расм. Буруннинг олд зигзагсимон тикмаси.

ли лидокаин, 5% ли кокаин, 10% ли димедрол) суртилади. Мушак орасига 1 мл 2% ли димедрол, 1 мл 1% ли промедол ва 2 мл 50% ли аналгин эритмалари юборилади.

Бурун олд тикмасининг Микулич, Воячек, Лихачёв усуллари мавжуд. Микулич услида бурун олд тикмасини бажариш учун бурун кенгайтиргич, тигсиз пинцет ёки бурун корнцанги ва узунлиги 60–70 см, эни 1–1,5 см бўлган дока тасма керак бўлади (25-расм).

Ксероформ, цитрал ёки глицеринга шимдирилган дока тасма 6–7 см масофада пинцет билан ушланиб, бурун бўшлиғининг тубидан бошлаб бир-бирининг устига зигзагсимон шаклда қат-қат қилиб зич жойланади, бунда дока тасманинг учи бурун-ҳалқумга ва ҳалқум деворига тегмаслигига ҳаракат қилинади, акс ҳолда беморда қусиш рефлекс пайдо бўлади. Дока тасма зич жойланмаган ҳолларда олд бурун тикмаси қон оқишини тўхтатишга ёрдам бермайди. Агар тикма бурун тикмаси қон оқишини тўхтатишга ёрдам бермайди. Агар тикма бурун бўшлиғида 48–72 соатга қолдирилганда вақти-вақти билан унга вазелин ёғи ёки 3% ли водород пероксиди томизилади. 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.

Қон бурун тўсиғининг олд қисмдан оқаётган бўлса, унда бурун бўшлиғига кетма-кет узунлиги 6–7 см га тенг бир нечта дока тампонлар жойланади. Қон бурун бўшлиғининг ўрта ёки орқа бўлимларидан оқаётган бўлса ёки қонаётган майдон аниқданмаган ҳолларда тикма буруннинг бир томонига жойланади (бунда 2–3 та узун дока тампон ишлатилади). Киритишдан олдин дока тампонга 3% ли водород пероксиди ёки 5% ли аминокпронат кислота, дала шароитида 70% ли спирт шимдирилади.

В.И.Воячекнинг “илгак” усули қуйидагича бажарилади. Ҳамшира узунлиги 30 см га тенг бўлган ва вазелин ёки гемостатик эритма шимдирилган дока тасманинг ўртасини бурун даҳлизи олдида ушлаб туради. Врач қийшиқ қисқич ёки бурун тампонатори ёрдамида дока тасманинг ўртасини 6–7 см чуқурликда бурун бўшлиғига киритади ва “илгак” шаклида икки қават қилиб ўрнатади, “илгак” орасига эса гемостатик эритма шимдирилган бошқа дока тампонни жойлайди.

“Илгак” ва дока тампоннинг ортиқча бўлаги кесиб ташланади. 24—48 соатдан сўнг тиқмага 3% ли водород пероксида эритмаси томизилади ва аввал дастлаб тиқилган дока тампон, ундан кейин “илгак” чиқариб олинади.

4. *Бурун орқа тиқмаси.* Гемостатик терапия ва бурун олд тиқмаси ёрдам бермаган ҳолларда бурун орқа тиқмаси бажарилади. Бунинг учун дастлаб бемор бурун-ҳалқумининг ҳажми аниқланади, одатда бир-бирига ёнма-ён қўйилган катта бармоқларнинг тирноқ фалангаларининг ўлчами бурун-ҳалқумнинг ҳажмига тенг бўлади. Ҳамшира турли ҳажмдаги кубсимон дока тугунчалар тайёрлайди, бунинг учун эни 1,5—2,0 см, бўйи 40—50 см тенг бўлган бир нечта дока салфеткалар устма-уст қўйилади ва узунлиги 60—70 см икки йўғон ипак ип билан зич боғланади (тампон юмшоқ бўлса у қон оқишини тўхтатмайди). Боғлангандан сўнг иплар сони тўртта бўлиб, уларнинг бири кесиб ташланади, учтаси қолдирилади.

Бурун орқа тиқмаси қуйидагича бажарилади (27—29- расмлар):

— буруннинг қонаётган томонига 15—18 рақамли резина катетер киритилади, кейин тилнинг олд 2/3 қисми шпател билан босилиб, катетер учи хоаналардан ўтказилади. Шунда у ҳалқумда, юмшоқ танглай чодирининг орқасида кўриниши лозим.

Катетернинг учлари оғиз-ҳалқумда кўрингандан сўнг, уларнинг ҳар бири корнцанг ёки қисқич ёрдамида оғиз орқали 4—5 см ташқарига чиқарилади.

Катетернинг учларига тугунчанинг икки ипи боғланади (иплар узунлиги 20 см дан кам бўлмаслиги лозим).

Врач чап қўли билан катетерни ва уларга боғланган ипларнинг учини бурун орқали чиқариб олади, бир вақтнинг ўзида ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи билан дока тугунчани юмшоқ танглайнинг тилчаси орқасига ўтказиб бурун-ҳалқумга, хоаналарга зич жойлайди.

Орқа тиқмани бурун-ҳалқумда ушлаб турувчи бир жуфт ипак иплар чап қўл билан ушланади, ўнг қўл билан зигзагсимон олд тиқма бажарилади.

Бурун орқали чиқарилган икки ипнинг учи бурунга кириш жойида ўрнатилган дока ёстиқчага айлана қилиб боғланади.

Тиқмани олиб ташлашга мўлжалланган ип эса оғиз орқали чиқарилиб, пластр билан лунжга ёпиштирилади ёки бўйин соҳасига боғланади.



26-расм. Бурун орқа тиқмасини бажариш учун керакли асбоблар тўплами.



27-расм. Бурун орқа тиқмаси (I босқич).



28-расм. Бурун орқа тиқмаси (II босқич).



29-расм. Бурун орқа тиқмаси (III босқич).

Кўпинча бурун орқа тиқмаси бурундан қон оқишини тўхтатишга ёрдам беради. Тампонни бурун-ҳалқумда 48 соатдан ортиқ вақтга қолдириш ман этилади, чунки бунда патоген микрофлора дока тампондан эшитув найи орқали ўрта қулоққа тарқалиш хавфи туғилади. Айрим ҳолларда узоқ муддатга қолдирилган тампон беморда фарингит, тонзиллит ва бронхит касалликларини ривожланишига сабаб бўлади. Оғир ҳолларда тиқма 6–7 кунга қолдирилиши мумкин, бундай ҳолларда у антибиотик, аминаокапронат кислота, дицинон эритмалари билан ҳар куни намлаб турилади.

Бурун орқа тиқмасининг асоратлари. Бурун орқа тиқмасидан сўнг беморда ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланиши ривожланиши мумкин. Асоратларни олдини олиш мақсадида кунига бир маҳал отоскопия текширувини бажариш, беморга сульфаниламид ва антибиотик дориларни буюриш лозим. Ўрта қулоқда яллиғланиш жараёни ривожланганда беморнинг ҳарорати 38–39° С гача кўтарилади, бурундан ёқимсиз ҳид келади, боши ва қулоғи оғрийди. Бундай ҳолларда бурун орқа тиқмаси олиб ташланади. Орқа тиқмани олишдан олдин мушак орасига 2 мл 50% ли аналгин эритмаси юборилади. Бурун орқа тиқмасини чиқариб олиш учун ипларнинг учи кесилади ва аввал 3% ли водород пероксиди билан намланган бурун одд тиқмаси, кейин эса бурун орқа тиқмаси чиқариб олинади. Юмшоқ танглайга зарар етказмаслик учун учинчи ип юмшоқ танглайгача киритилган шпателнинг охириги тешигидан ўтказилади ёки қисқич билан ушланиб, куч билан тортилади.

5. *Пневматик бурун тикмаси.* Бурун орқа тикмасини такрорлаш эҳтиёжи туғилган ёки бурун ва бурун-ҳалқумнинг яллиғланиши кучайган ҳолларда М.П.Мезрин таклиф қилган жуфт пневматик тикмаси бажарилади. Бунинг учун резина катетернинг қийшиқ учига резина қўлқопнинг битта бармоғи ёпилиб, катетер учидаги тешикни ёпган ҳолда ип билан боғланади, натижада катетернинг учида баллонча ҳосил бўлади. Кейин қиздирилган игна ёрдамида катетернинг учидан 6 см ташлаб, янги тешик очилади. Катетер устига резина қўлқопнинг бошқа бармоғи ёпилади ва иккита ип билан иккинчи тешикдан юқорида зич боғланади. Шу тариқа иккинчи баллонча ҳосил бўлди. Иккала баллон зич ёпилиши учун катетернинг эркин учига бир неча томчи вазелин ёғи томизилади. Резина катетер бурун туби ва бурун тўсиғи бўйлаб киритилади, кейин шприц ёрдамида баллончаларга ҳаво ёки фурациллин эритмаси юборилади, катетернинг эркин учига эса қисқич қўйилади. Биринчи баллонча шишиб хоанани, иккинчиси бурун даҳлизини зич ёпади. Бурун тикмасининг бундай усули осон бажарилиб, зарарсиз ҳисобланади. Пневматик тикмани олиб ташлаш учун қисқични очиб, бурундан резина катетерни чиқариб олиш кифоя.

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 2 мл томир ичига ёки мушак орасига юбориш; этамзилат натрий ёки дицинон эритмасини мушак орасига ёки томир ичига керакли миқдорда юбориш; аскорбин кислотаси 0,5 г 2 маҳал ичиш ёки 5–10 мл томир ичига юбориш; 10% ли кальций хлорид 1 ош қошиқдан 3–4 маҳал ичиш ёки 10 мл томир ичига аста-секин юбориш тавсия қилинади.

Қон томир деворининг ўтказувчанлигини яхшилаш учун беморга рутин (0,04 кунига 3 маҳал) ичиш тавсия қилинади.

Қоннинг фибринолитик фаолиги ошганда (масалан, гепаринни қўллаш натижасида) юз берган қон кетишда беморга 30 мл 5% ли аминокапронат кислотаси 2 маҳал ичиш ёки 100 мл томир ичига томчилаб юбориш ва 5 мл 5% ли протамин сульфат буюрилади. Қоннинг реологик хусусиятини яхшилаш мақсадида вена ичига томчилаб реополиглюкин, желатинол, альбумин, протеин юборилади.

Бундан ташқари намланган кислород, юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар буюрилади.

Қон кўп миқдорда (1000 мл) йўқотилган ҳолларда қоннинг кислород ташувчилик фаолиятини яхшилаш учун, қон миқдорини қоплаш ва қон оқишини тўхтатиш мақсадида беморга эритроцитлар массаси, 100–150 мл қон зардоби, қонни тўхтатиш учун 50–75 мл ва йўқотилган қон ўрнини босиш учун 100–150 мл бир гуруҳли мос донор қони қуйилади. Қон қуйиш пайти беморга оғир юқумли ка-

салликлар, гепатит, ОИТС ни юқтириш хавфи борлигини эсда тутиш лозим.

7. Жарроҳлик усуллари. Бурундан қон оқишини тўхтатиш учун қўлланган барча усуллар ёрдам бермаган ҳолларда жарроҳлик амали бажарилади. Қонаётган майдонни куйдириш натижа бермаганда бурун шиллиқ пардаси остига 5–10 мл 1% ли новокаин юборилиб, қонаётган майдоннинг шиллиқ пардаси суякдан ажратилади, яъни бурун тўсиғи шиллиқ ости резекцияси жарроҳлик амали бажарилади.

Ҳаёт учун хавfli бўлган артериал қон оқишларда, яъни орқа бурун тикмаси ва умумий гемостатик терапия ёрдам бермаган ҳолларда ташқи уйқу артерияси икки томонда боғланади. Бунинг учун бемор елкалари остига ёстиқча қўйилиб, бошини соғлом томонга бурган ҳолда чалқанча ётқизилади. Тўш-ўмров-сўргичсимон мушакнинг олд чети соҳасида пастки жағ бурчагидан бошлаб 8–10 см узунликда навбатма-навбат тери, тери ости клетчаткаси, бўйиннинг тери ости мушаги (platysma) ва фасция кесилади. Мушак тўқимаси ён томонга силжитилади. Жароҳат майдонининг юқори қисмида бўйин тери ости мушагининг остида ётган ташқи бўйинтуруқ вена ён томонга силжитилади ёки боғланади. Тўш-ўмров-сўргичсимон мушаги остида асаб-қон томир тўплами ётади. Унинг ташқи томонида ички бўйинтуруқ вена, ички ва олд томонида умумий уйқу артерияси, орқасида ёки уларнинг орасида сайёр асаб толаси жойлашган. Ўтмас усулда дастлаб умумий, кейин ташқи уйқу артериясининг юзи очилади.

Ташқи уйқу артериясини ички уйқу артериясидан фарқлашда ички уйқу артерияси бўйин соҳасида шохланмаслигини, ташқи уйқу артерияси эса умумий уйқу артерияси бифуркацияси соҳасида юқори қалқонсимон ва тил артерияларига шохланишини эсда тутиш лозим.

Ташқи уйқу артерияси юқори қалқонсимон артерияга шохланган жойдан юқорироқда икки лигатура орасида боғланади. Артерияни боғлашдан олдин бармоқ билан босиш лозим. Артерия тўғри танланганда юз ва юзаки чакка қон томирларининг уриши тўхтайди.

Ғалвирсимон лабиринт қон томирлари ва понасимон-танглай артерияси жароҳати сабаб бўлган қон оқишлар эндоскопия усули ва биполяр коагулятор ёрдамида тўхтатилади.

Оғир қон оқишларда ғалвирсимон лабиринтда бажарилган трансмаксилляр жарроҳлик амали яхши натижа беради. Бунда ғалвирсимон лабиринт катакчалари юқори жағ бўшлиғи орқали олиб ташланади. Кейин ғалвирсимон бўшлиқлар соҳаси ва бурун бўшлиғига юқори жағ бўшлиғи орқали йодоформ шимдирилган дока тикма қўйилади. Тикманинг учи контапертура орқали пастки бурун йўлига чиқарилади.

Қон йирик қон томирлардан оқаётган ҳолларда ангиография текшируви ўтказилиб, электрон-оптик асбоблар назорати остида калла суяги ичи қонаётган қон томирининг эмболизацияси бажарилади.

Аммо бундай жарроҳлик амалидан сўнг бош мия тўқималарининг қонсизланиши туфайли беморда фалаж касаллиги ривожланиши мумкин.

Ўткир ринит, ўткир тумов (*rhinitis acuta*) — бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши. Ўткир ринит мустақил касаллик сифатида (носпецифик) 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, гриппда, парагриппда, менингококк инфекциясида, қизамиқда, скарлатинада, дифтерияда ва гонорейда кузатилади. Бундан ташқари, ўткир ринитнинг ривожланишига шиллиқ парда жароҳатлари, ёт жисмлар, бурун бўшлиғида ўтказилган жарроҳлик амаллари, баъзан ноқулай меҳнат шароити, атрофмуҳитнинг экологик омиллари сабаб бўлади (чанг, кўмир ва металл парчалари, тутун, газ ва турли аэрозоллар таъсири).

Патоморфологияси. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасида альтерация, трансудация, пролиферация каби яллиғланиш босқичлари ривожланади. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси эпителий тукларининг ҳаракати секинлашади, кейинчалик тўхтаб қолади, натижада патоген омил шиллиқ пардада ушланиб қолади. Эпителий ва шиллиқ ости қаватларда яллиғланишга хос ўзгаришлар билан бир қаторда эпителийнинг кўчиши, шиллиқ парданинг 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 аҳволи ёмонлашади, бурнидан суюқлик оқади, бурун орқали нафас олиши қийинлашади. Ўткир катарал ринит 3 босқичда кечади:

I қуруқ босқич одатда 1–2 кун давом этади. Бемор бурни ва бурун-ҳалқумида қуруқлик, ачишиш, тирналишни ҳис этади, ўзини нохуш сезади, боши оғрийди, баъзан тана ҳарорати 37° С гача кўтарилади. Олд риноскопияда шиллиқ қаватнинг қизариши, шишиши, қуруқлиги, ажралма йўқлиги аниқланади (30-расм).

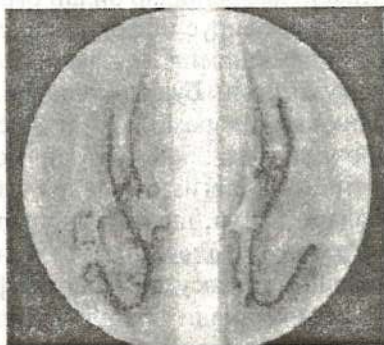
II серозли ажралмалар босқичида беморнинг бурнидан кўп миқдорда тиниқ суюқлик оқади (трансудат), нафас олиш қийин, ҳид билиш йўқ, таъм билиш пасайган. Қадаҳсимон ҳужайра ва безлар

фаолятининг кучайиши туфайли суюқлик сероз-шилимшиқ ажралмага айланади. Транссудат таркибида хлорид натрий ва аммиак борлиги сабабли бурун даҳлизининг териси қизариб, бироз шишади, ёрилади. Бу босқичда бурун ичида қуруқлик ва ачишиш камаяди, аммо буруннинг 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 сероз-шилимшиқ ёки йирингли ажралма борлиги кўринади. Бурун чиганоқларининг шиллиқ пардаси қизаради ва шишиб бурун тўсигига тегиб туради, натижада бурун йўллари ёпилиб қолади (31-расм).



30-расм. Ўткир ринит I босқичининг риноскопия манзараси.



31-расм. Ўткир ринит II босқичининг риноскопия манзараси.

III сероз-йирингли ажралмалар босқичи касалликнинг 4–5-кунидан бошланади. Бурундан қалин сероз-йирингли, сарғиш-яшил ажралма оқади (унинг таркибида лейкоцитлар, лимфоцитлар, кўчган эпителий бўлади). Бурун орқали нафас олиш бироз енгиллашади. Риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шишиши, 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. Иммуно ҳолати кучли бўлган ва тўғри даволанган беморда касаллик 2–3 кун давом этади, иммуно 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 отит;
- 6) дакриоцистит;
- 7) бурун даҳлизи дерматити.

Болаларда ўткир ринитнинг кечиши. Ёш болаларда ўткир ринит катталарга нисбатан кўпроқ учрайди ва оғир кечади. Бурун йўллариининг торлиги, иммун механизмларининг тўлиқ ривожланмаганлиги, аденоидлар, бурунни қоқиш кўникмасининг йўқлиги туфайли боланинг бурни битиб, бурун орқали нафас олиши қийинлашади. Яллиғланиш жараёни одатда бурун ва бурун-ҳалқумни қамраб олганлиги туфайли ёш болаларда ринит ўткир ринофарингит сифатида баҳоланади. Бемор боланинг тана ҳарорати 39–40° С гача кўтарилиб, унда талваса ҳолати кузатилиши, баъзан менингиал белгилар пайдо бўлиши мумкин. Бурни битганлиги туфайли гўдак кўкракни эмолмайди, бир неча култур сут эмгандан сўнг кўкракни ташлайди. Натижада сутга тўймаган гўдак вазнини йўқотади, уйқуси бузилади, унда ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиш белгилари (қусиш, метеоризм, ич кетиш) ривожланади. Оғзи орқали нафас олганлиги туфайли болада аэрофагия ҳолати (ҳавони ютиш) кузатилиб, бунда боланинг қорни дам бўлади; бу эса ўз навбатида нафас олишни янада қийинлаштиради. Эшитув найи болаларда калта ва кенг бўлиши яллиғланиш жараёнининг ўрта қулоққа тарқалишига ёрдам беради.

Ташхис ва қийсий ташхисот. Ташхис бемор шикоятлари, анамнез ва риноскопия маълумотлари асосида қўйилади. Шунинг эсда тутиш лозимки, турли юқумли касалликлар ўткир ринит белгилари билан бошланади. Ўткир носпецифик 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 бўгинларнинг 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 ташхис қўйишга ёрдам беради. Оғир ҳолларда беморнинг бурнидан қон аралаш шилимшиқ ажралма оқади, бурун бўшлиғи ва бурун-ҳалқум шилиқ пардасида қулранг караш пайдо бўлади. Дифтерияда кучли токсикоз, миокарднинг дистрофик ўзгаришлари, тил-ҳалқум (IX) ва сайёр (X) асаб толалари фаолиятининг бузилиш белгилари кузатилади.

Скарлатинада патологик жараён бурун бўшлиғи, бурун-ҳалқум ва танглай муртақларига (лакунар ангина) тарқалади. Беморнинг

бўйни, юзи ва кейинчалик бутун баданида ўзига хос нуқтали тошмалар пайдо бўлади.

Қизамиқда ўткир катарал ринит аксириш, тана ҳароратининг кўтарилиши, конъюнктивит, кўзлардан ёш оқиши белгилари билан кечади. Риноскопияда бурун ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва лабларда қизил тасма билан ўралган кичик оқ доғлар кўринади (Бельский-Филатов белгиси). Бемор юзидаги ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардасидаги ўзига хос тошмалар бадан тошмаларидан олдин пайдо бўлиб, аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Гонорея (захм) даги ўткир ринит онадан чақалоқларга ўтиб, бола туғилгандан сўнг дастлабки 24–48 соатда кузатилади. Касаллик туғруқ даврида юқади. Боланинг тана ҳарорати кўтарилади, бурундан қалин 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 қилинади, болдир соҳасига хантал қўйилади, кейин малинали иссиқ чой, сувда эритилган аспирин (0,5–1,0 г) ёки парацетамол (1,0 г) овқатдан сўнг ичирилиб, тўшакка ётқизилади. (*Шуни эсда тутиш лозимки, аспирин Рея синдромини кучайтиради. Ушбу синдром 3 босқичда кечади: шамоллашдан соғайган бола тўсатдан касалликнинг 7 - кунги тўхтовсиз қуса бошлайди (I босқич), кейин зўрға гапириб, зўрға юрадиган бўлиб қолади (II босқич); III босқичда — кома ҳолати ривожланади, беморда талваса ҳолати кузатилади, нафаси тўхтайдди. Грипп вируси таъсирида қон томирларнинг девори юпқалашади. Аспирин эса бу жараённи янада кучайтиради. Бундан ташқари аспирин таблеткаси ошқозон деворига ҳам зарар етказади. Шунинг учун беморларга парацетамол буюриш тавсия қилинади.*)

Беморнинг бурнига 0,5–0,1% ли нафтизин ёки 0,05–0,1% ли галозолин ёки 0,1% ли санорин эмульсияси томизилади. Бундан ташқари бурун бўшлиғига “фенилефринли полидекса” дори воситаларини 5–10 кун давомида 3–5 маҳал пуркаш, “Пиносол” малҳамини кунига 3–4 маҳал суртиш тавсия қилинади.

Грипп билан оғриган беморга юқорида қайд этилган тadbирлардан ташқари вирусларга қарши дориларни (интерферон, лейкоинферон) ингаляция ёки томчи шаклида томизиш, А ва С дармондориларни 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 тadbирлари ёрдамида даволанади. Қизамиқ билан оғриган бемор алоҳида хонага ётқизилади, унга симптоматик даво чоралари ўтказилади.

Гонорейда ривожланган ринитда бурун ичига керакли томчилар томизилади, 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 ингальяция шаклида қўлланади. Бош оғриғида панадол, тайленол, солпадеин, аналгин, цитрамон-П буюрилади. Беморга антигистамин дори воситалари (диазолин, димедрол, тавегил) тавсия қилинади. Беморнинг оёқлари ультрабинафша нур билан иситилади, бурунга УВЧ ёки диатермия каби физиотерапия муолажалари ўтказилади.

Касалликнинг II босқичида бурун ичига кумуш препаратларини (1–2% ли колларгол, ёки протаргол) 3–5 томчидан 3 маҳал томизилади. Ёш болаларни эмизишдан олдин бурун ажралмаси резина баллонча билан сўриб олинади, бурун ичи пўстлоқлардан тозаланади, кейин 2 томчи 0,1% ли адреналин гидрохлорид, 0,05% ли нафтизин томизилади. Эмизиш орасида боланинг бурнига 5–6 кун давомида кунига 4 маҳал кўкрак сути, 4 томчи 2% ли колларгол (ёки протаргол) томизилади. Баъзан 20% ли альбуцид ёки бошқа қон томирларни торайтирувчи воситаларни томизиш мумкин.

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, каметон, камфомин) пуркаш тавсия қилинади. Бурун соҳасига УВЧ, бурун ичига УБН, микротўлқинли терапия (тана ҳарорати 37 °С дан ошмаган ҳолларда) қўлланади.

Касалликнинг III босқичида бурун ичига 3–5% ли протаргол ёки колларгол, 20% ли альбуцид томизиш ва физиотерапия муолажалари давом эттирилади. Бурун ичига томизиладиган ёки пуркаладиган дориларни 8–10 кундан ортиқ қўллаш ман этилади, чунки бунда ҳилпилловчи эпителий фаолияти, шиллиқ парданинг вазомотор фаолияти бузилади.

Яшаш ва меҳнат шароитини яхшилаш, тоза ҳаводан нафас олиш, уйда ҳавонинг нисбий намлиги ва ҳароратини меъёрда тутиш, об-ҳавога мос кийиниш, 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 касалликлари орасида учинчи ўринни эгаллайди (тонзиллит ва отитдан сўнг). Сурункали ринитнинг ривожланишига биринчи навбатда инфекция сабаб бўлади. Қайталанган ўткир ринит, бурун атрофи бўшлиқлари касалликлари, аденоидлар, бурун туғма нуқсонлари, бурун тўсиғи қийшиқлиги, ноқулай экологик шароитлар, чанг, газ, буғ, турли ўсимликлар чанги, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг давомли қизариши, алкоголизм, қон-томир, буйрак, жигар касалликлари, иммунитетнинг сусайиши, эндокрин, марказий ва вегетатив асаб тизимлари фаолиятининг бузилиши сурункали ринитни ривожланишига ёрдам беради.

Хозирги кунда биз Л.Б.Дайняк бўйича 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 турғун қизариши, шиши ва инфильтрацияси, айрим майдонларда эпителий метаплазияси билан кечган яллиғланиш жараёни.

Бемор бурнидан кўп миқдорда шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ ажралма оқишига (ринорея), вақти-вақти билан бурун орқали нафас олиши қийинлашишига шикоят қилади. Жисмоний ҳаракатда бурун орқали нафас олиши енгиллашади, гипосмия, аносмия кузатилади. Баъзан яллиғланиш жараёни эшитув найининг шиллиқ пардасига тақалади (тубоотит).

Риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси қизарган, шишганлиги, пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари шишган, умумий бурун йўли торайганлиги, пастки бурун йўлида серозли ва шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланганлиги кўринади.

Катарал ринитни гипертрофик ринитдан фарқлаш учун қонсизлантириш синамаси бажарилади. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига 0,1% ли 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.

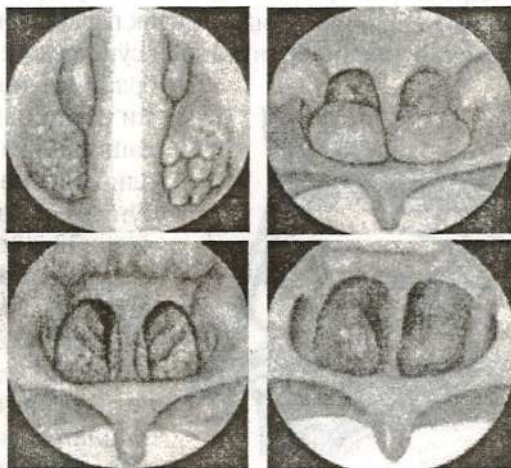
Даволаш: Сурункали катарал ринитни даволашда беморни чиниқтириш, жисмоний машқларга жалб этиш муҳим аҳамиятга эга.

Яллиғланишга қарши, десенсибилизация, организмнинг умумий ва маҳаллий иммунитетини кўтарадиган дори воситалари буюрилади. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига 2% ли салицил ёки 5% ли стрептоцид малҳами, 3–5% ли кумуш нитрати (ляпис) суртилади, бурун йўлларига 5 томчидан кунига 2 маҳал 2–3% ли колларгол (ёки протаргол) томизилади. Даволаш 10 кун давомида олиб борилади. Бундан ташқари бурун бўшлиғига “фенилефринли полидекса” аэрозолини 5–10 кун давомида 3–5 маҳал пуркаш, “Пиносол” малҳамини 3–4 марта суртиш 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, горчичниклар қўйиш каби бошқа чора-тадбирлар ҳам ўтказилади.

Сурункали гипертрофик ринит (*rhinitis chronica hypertrophica*) бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши ва инфильтрацияси, айрим майдонларда эпителий метаблазияси ва пролифератив жараён; эпителий гиперплазияси, фиброз ва суяк тўқимасининг гиперплазияси билан кечувчи яллиғланиш жараёни. Пастки бурун чиғаноқлари юмшоқ тўқимаси қалинлашиши, катталашishi туфайли беморда бурун орқали нафас олиши ёки нафас чиқариш доимий қийинлашганлиги, боши оғриши, ҳид билиш ва эшитиш қобилияти пасайганлиги, овозининг ўзгариши (ёпиқ манқаланиш), томоғи тез-тез оғриши, иш қобилиятининг пасайиши, асаб тизимининг бузилиши каби белгилар кузатилади.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси бироз қизарган ёки кўқарганлиги, шилимшиқ ажралма тўплами, пастки бурун йўлида бурун чиғаноқлари (асосан пастки чиғаноқ) катталашиб, бурун тўсигига тегиб турганлиги кўринади. Пастки бурун чиғаноғининг фақат олд ёки орқа учи катталашганда — чиғаноқни чегараланган катталашishi, унинг барча қисмлари катталашганда чиғаноқни тарқоқ катталашishi деб номланади. Чиғаноқ орқа учининг чегараланган катталашishi тут донаси шаклини ёки бурун полипини эслатади (32-расм). Пастки бурун чи-



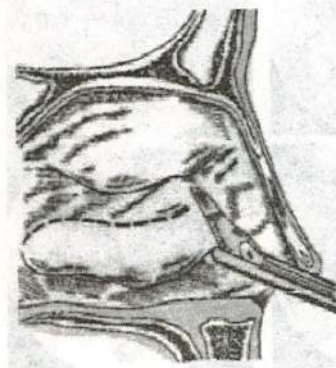
32-расм Гипертрофик ринитнинг орқа риноскопиядаги турли манзаралари

ганофининг орқа учи катталашиб, эшитув найининг тешигини ёпганда эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилади ва беморда *евстахеит* (*тубоотит, отосальпингит*) касаллиги ривожланади. Беморда дастлаб респиратор гипо- ёки аносмия, кейинчалик эссенциал (тикланмайдиган) аносмия ривожланади.

Таухис 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 камаяди. Бундан ташқари рентгенография, компьютер томографияси ва бошқа текширувлар ўтказилади.

Даволаш. Сурункали гипертрофик ринит жарроҳлик усулида даволанади. Шиллиқ парда 10% ли лидокаин, 1% ли пиромекаин, 2% ли дикаин ёрдамида оғриқсизлантирилгандан сўнг катталашган чиғаноқ ляпис, учлорсирка, хром кислотаси ёрдамида куйдирилади. Бурун чиғаноқларининг чегараланган гипертрофиясида гальваноакустика, бурун чиғаноқларини ультратовуш ёрдамида дезинтеграциялаш, бурун чиғаноқлари криотаъсир кўрсатиш муолажалари, пастки бурун чиғаноқларини шиллиқ ости вазотомия ёки конхотомия жарроҳлик амаллари ўтказилади, лазер нурлари ёрдамида таъсир этилади.

Чиғаноқларнинг катталашган қисмини қисман кесиш усули — *пастки чиғаноқ конхотомияси* шифохона шароитида қуйидагича бажарилади. Бемор ётган ҳолатида пастки бурун чиғаноқларининг шиллиқ пардаси маҳаллий усулда 0,5–1% новокаинга 0,1% адреналин гидрохлорид эритмаси қўшилиб оғриқсизлантирилади. Қон оқшини камайтириш мақсадида шиллиқ пардага бир дақиқага қисқич қўйилади. Қисқич чиқариб олингандан сўнг махсус қийшиқ қайчи “конхотом”



33-расм. Конхотомия жарроҳлик амали.

ёрдамида чиғаноқнинг катталашган қисми кесиб олинади. Чиғаноқнинг катталашган орқа учи полип илгаги ёрдамида олиб ташланади. Жарроҳлик амалидан сўнг 24 соатга бурун олд тикмаси қўйилади (33-расм).

Конхотомияда чиғаноқни тўлиқ олиб ташлаш ман этилади, чунки бу бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг атрофиясига олиб келиши мумкин.

Ҳозирги вақтда тиббиётнинг ривожланиши туфайли айрим жарроҳлик амаллари оптик асбоблар (эндоскоп, микроскоп) ёрдамида бажарилади. Бунда бурун бўшлиғининг катталашган қисми соғлом

шиллик пардага зарар етказмасдан микродебридерлар (шейвер) ёрдамида олиб ташланади.

Поликлиника шароитида пастки бурун чиғаноқларини *ультратовуш ёрдамида дезинтеграция* усулини қўллаш орқали даволаш мумкин. Муолажа маҳаллий оғриқсизлантиришдан сўнг бажарилади.

Пастки бурун чиғаноғининг *шиллик ости вазотомияси* қуйидагича бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришдан сўнг пастки бурун чиғаноғи олд учининг шиллик пардаси бироз кесилади. Кейин махсус асбоб ёрдамида юмшоқ тўқима тор канал шаклида чиғаноқнинг олд қисмидан орқа қисмигача суяк усти тўқимасидан ажратилади. Худди шундай ҳаракат билан чиғаноқнинг пастки қисмида ҳам юмшоқ тўқима ажратилади. Жароҳат майдони битиб кетгандан сўнг бурун йўллари кенгайиб, бурун орқали нафас олиш фаолияти яхшиланади.

Сурункали атрофик ринит (*rhinitis atrophica*) бурун шиллик пардасининг чегараланган ёки тарқоқ носпецифик ўзгариши бўлиб, унинг асосида яллиғланиш жараёни эмас, балки дистрофик жараён ётади; шиллик парданинг бокалсимон ҳужайралари туксизланиб, цилиндрик эпителий ясси эпителийга айланади, натижада шиллик 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 олиш майдонига тарқалиши мумкин (субатрофик ринит).

Этиологияси. Бирламчи атрофик ринит тарқоқ характерга эга бўлиб, умумий касалликнинг (масалан, темир танқислиги камқонлиги) белгиси сифатида намоён бўлиб, жараён бурун-ҳалқум ва ҳиқилдоқ соҳасига тарқалади. Атрофия жараёнининг ривожланишида турли юқумли касалликлар (қизамиқ, грипп, дифтерия, скарлатина) ва ташқи муҳит омиллари (қуруқ ва иссиқ об-ҳаво) таъсирида шиллик парданинг эпителий катламининг фаолияти пасаяди. Инфекцион назария тарафдорлари касаллик бурун бўшлиғида мавжуд бўлган патоген микрофлора таъсири натижасида юзага келади деб ҳисоблайдилар. Бошқа олимлар касалликни дармондорилар 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 ривожиди қайталанган ўткир ринит ва эндокрин бузилишлар муҳим аҳамиятга эга.

Белгилари. Бемор бурунда қуруқликни ҳис этишига, унда пўстлоқлар ҳосил бўлишига, бурун орқали нафас олиш қийинлашганига, ҳид сезиши сусайганлигига, вақти-вақти билан бурундан қон оқишига шикоят қилади. Одатда қон оқиши ўз-ўзидан ёки бурун олд тикмаси қўйилгандан сўнг тўхтайд.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғининг шиллик пардаси оқ-пушти рангда, қуруқ ва юпқалашганлиги, бурун йўллари кенгайганлиги,

умумий бурун йўлида қалин сарғиш-яшил ажралма борлиги, айрим майдонларда ажралма пўстлоқлар ҳосил қилиб, шиллиқ пардага ёпишганлиги кўринади. Баъзан бурун тўсигининг олд қисмида тоғай тешилганлиги кўзга ташланади.

Даволаш. Ринитнинг бу шаклида умумий консерватив ва маҳаллий даволаш тадбирлари ўтказилади. Беморнинг бурни физиологик эритмага йод қўшиб (200 мл физиологик эритмага 6–8 томчи 10% ли йоднинг спиртли эритмаси қўшилади) кунига 1–2 марта ювилади. Вақти-вақти билан бурун бўшлигининг шиллиқ пардасига йод-глицерин аралашмаси, 1 % ли люголь эритмаси суртилади (кунига 1 маҳал 10 кун давомида). Цитралнинг 1–2 % ли ёғли эритмаси бурун бўшлиқларига 5 томчидан кунига 2 маҳал (бир ҳафта давомида), А ва Е (азвит) дармондориларнинг ёғли эритмалари, алоэ шарбати, коланхоэ ва прополис томизилади. Бурун бўшлиғига енгил ишқор эритмаси (масалан Тошкент маъданли суви ва шу кабилар) билан тез-тез пуркаб туриш яхши натижа беради.

Беморга кўйидаги томчилар ва малҳамлар тавсия этилади:

- 1) Rp.: Natrii hydrocarbonatis 0,4
Vasellini 20,0
M.f.unguentum
D.S.Пахта билан бурун ичига кунига 2 маҳал суртиш.
- 2) Rp: Riboflavini
Ac.nicotinici aa 0,1
Pilocarpini hydrochl. 0,025
Concentrati Vit.A 1,0
Citrali Gtt Y
Lanolini 2,0
Vasellini 8,0
M.f.unguentum
D.S.Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига 5–10 дақиқа давомида кунига 2–3 маҳал суртиш.
- 3) Rp: Jodi puri 0,1
Kalii jodati 0,2
Glicerini 10,0
Ol.Mentae Gtt 11
M.D.S. Бурун бўшлиғига 3–5 томчидан кунига 2 маҳал томизиш.

Умумий даволаш жараёнида касалликнинг ривожланишига сабаб бўлган омиллар, модда алмашинуви бузилиши, камқонлик, ошқозон-ичак ва жигар касалликларини бартараф этиш чора-тадбирлари ўтказилади. ФИБС, алоэ, рибоксин, пеллоидин, гумизоль ва бошқа биоген дорилар тери остига, мушак ичига ёки бурун чиғаноғининг

шиллик пардаси остига юборилади. Беморларга дармондорилар, таркибида йод ва темир моддаси бўлган дорилар (феррум лек) тавсия этилади.

Бундан ташқари беморларга ишқорли, 2–3% ли денгиз тузи эритмаси билан ингаляциялар буюрилади. Денгиз тузи "Дросса-нос" малхамининг таркибига ҳам киради.

Гелий неон лазери ҳам бурун бўшлиғи шиллик пардасининг трофикасини яхшилаб, даволашда яхши самара беради (бурун бўшлиғида бажариладиган ушбу муолажа 2–5 ёки 5–10 дақиқа давом этади, жами 7–10 муолажа ўтказилади).

Сассиқ тумов ёки озена (*озаена*) *атрофик ринитнинг оғир шакли бўлиб, бурун бўшлиғидаги атрофик жараён нафақат шиллик пардага, балки суяк тўқималарига тарқалади.* Беморнинг 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 назариялар 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 ва водород сульфид каби бадбўй газлар ажралиб чиқади.

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 кўзгатади;
- 2) *Klebsiella ozaenae* — озенани кўзгатади;
- 3) *Klebsiella pneumoniae* — сепсис, зотилжам, ўткир ичак касалликлари, пиелонефрит, перитонит, менингит каби касалликларни кўзгатади.

Бундан ташқари озенада коринебактерия, протей микроблари ҳам аниқланган.

Нейродистрофия назарияси бўйича бурун бўшлиғида дистрофик жараённинг ривожланишига марказий вегетатив асаб ва эндокрин тизимларидаги ёки симпатик иннервациядаги бузилишлар, темир моддаси етишмовчилиги сабаб бўлади.

Белгилари. Бемор бурун бўшлиғи шиллик пардасини қуришига, унда кўп микдорда пўстлоқлар 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 пўстлоқлар ҳид билиш майдонини қоплаши натижасида, кейинчалик ҳид билиш рецепторининг ат-

рофияси натижасида ривожланади. Баъзан беморда аносмия кузатилиши мумкин.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғи жигар ёки сарғиш-яшил рангли пўстлоқлар билан тўлганлиги, улар бурун-ҳалқум ва пастки нафас йўллариغا тарқалганлиги кўринади. Пўстлоқлар тозалангандан сўнг бурун бўшлиғи шу қадар кенгайдик, ҳатто бурун-ҳалқумнинг орқа девори, эшитув найининг ҳалқум тешиклари ва най лўлачалари кўриниб туради.

Киёсий таухисом. Сассиқ тумовни оддий атрофик ринит ва захмда ривожланган ринитдан фарқлаш лозим. Сассиқ тумов кўпинча 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 пўстлоқлар, гумма яраси ва бурун тўсиғи суяк қисмининг тешилиши аниқланади, Вассерман реакцияси мусбат бўлади. Бундан ташқари сассиқ тумовни сил, склерома, Вегенер гранулематозидан ҳам фарқлаш лозим. Сил инфилтрати бурун тўсиғининг тоғай қисмида жойлашиб, кейинчалик ярага айланади ва жойида тешик ҳосил қилади. Ўпка рентгенографияси, балғамнинг гистологик текшируви сил ташхисини тасдиқлайди. Склероманинг инфилтратив шаклида бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасида тугунчалар пайдо бўлади, кейинчалик бурун даҳлизи ва бурун бўшлиғи чегарасида чандиқли бўртиш ҳосил қилади, қонда Фриш-Волкович таёқчаси аниқланади. Вегенер гранулематозида бурун тўсиғида ёки пастки бурун чиганоқларининг олд учида некротик тугунчалар пайдо бўлади. Кейинчалик беморда сепсис, ўпка, буйрак ва бошқа аъзоларнинг касалликлари ривожланади.

Даволаш. Даволаш тадбирлари босқичма-босқич олиб борилади.

1-босқичда бурун бўшлиғи пўстлоқлардан тозаланadi. Бунда 2% ли натрий гидрокарбонат, 1% ли водород пероксиди, 0,1% ли перманганат калий, 1% диоксидин ишлатилади. Бурун бўшлиғи ҳар куни қуйидаги эритмалар билан ювилиши шарт: йод қўшилган натрий хлориднинг изотоник эритмаси; 1 стакан сувга 1/2 чой қошиқ аралашма (10 мл салицил кислотаси, 20 г натрий хлорид, 20 г гидрокарбонат натрий) солиб тайёрланади.

И.Б.Солодовнинг хлорофилл-каротин пастасидан тайёрланган шамчалар ҳам бактериоцид ва қўланса ҳидни йўқотиш таъсирига эга бўлиб, даволашда яхши самара беради. Шамчалар бурун тешикларига кунига 1 маҳал 3–4 ҳафта давомида бурун ичи тозалангандан сўнг киритилади. Даволаш бир йилда 3–4 марта, ҳар 3–4 ойда такрорланади.

2-босқичда бурун ичига 2–3 соатга йод (ёки 1% ли люголь эритмаси), каланхоэ малҳамлари ва 5% ли синтомицин эмульсияси шимдирилган пахта тикма қўйилади.

Rp.: Succi Kalanchoes 20,0

Furasolidoni

Novocaini aa 0,125

M.f.uguentum

D.S.Пахта тикма шаклида бурун

ичига киритиш учун.

3-босқичда беморга физиотерапевтик муолажалар: аэроионо-терапия, дори аэрозоллари билан ингаляциялар буюрилади. Ингаляция учун мойчечак қайнатмаси, трипсин, рибонуклеаза, коллагеназа, стрептомицин сульфат, тетрациклин гидрохлорид эритмалари ишла-тилади.

4-босқичда беморга умумий терапия ўтказилади; мушак орасига озена клембсиелласига қарши антибиотиклар (стрептомицин сульфат, канамицин, гентамицин, левомецетин сукцинат), С ва В гуруҳ дармондорилари, 1% ли никотин кислотаси мушак орасига юборилади. Бурун чиғаноқлари шиллиқ пардаси остига 5,0 мл гача новокаин эритмасини юбориш ҳам яхши натижа беради (жами 15– 20 муолажа).

Беморга темир моддасига бой дорилар (феррум лек, ферруплекс), аутогемотерапия муолажаси тавсия қилинади, эндокрин тизими патологиясини даволаш тадбирлари ўтказилади.

Сассиқ тумовда бажариладиган жарроҳлик амаллари бурун бўшли-гини торайтириш мақсадида бажарилади. Бунинг учун бурун тўсиғи ёки бурун ён деворининг шиллиқ пардаси остига аутотрансплантант (суяк, қовурға тоғайи) ёки синтетик трансплантатлар (лафсан, тефлон, капрон, акрил пластмасса, полиуретан, полифосфазен) ўрнатилади, бурун тешиklarини қисман ёки бутунлай ёпиш усуллари қўлланади. Жарроҳлик 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 нейро-вегетатив шакли марказий ва вегетатив асаб тизими ёки эндокрин тизимининг патологик ўзгариши, иммунитетнинг сусайиши натижасида ривожланади. Узоқ вақт давомида умумий ва маҳаллий таъсирга эга дориларни қўллаш, бурун тўсиғи қийшиқлиги касалликнинг ривожланишига ёрдам беради.

Аллергик ринит (поллиноз) *мавсумий* ва *доимий* ринитларга бўлинади. *Мавсумий* аллергик ринит ўсимликлар гуллаши билан боғлиқ бўлиб, уни баъзан “пичан тумови” ёки “пичан терламаси” деб аташади. Касаллик ҳар йили у ёки бу ўсимлик гуллаши даврида такрорланиб туради. Узоқ вақт давом этган ва кўп маротаба такрорландиган мав-

сумий аллергия ринит доимий аллергия ринитга ўтиши мумкин. Доимий аллергия ринит уй ва қоғоз чанги, соч, ҳайвонлар жуни, қушлар пати, аквариум балиқларига бериладиган овқат маҳсулотлари, озиқ-овқат маҳсулотлари, дорилар, микрофлора (стрептококк ва стафилококк), замбуруғларга ўхшаган аллергиялар таъсири натижасида ривожланади. Уй чанги таркибидаги *Dermatophagoides* канаси ҳамда ҳайвонлар жунининг чанги кучли аллергия ҳисобланади.

Аллергия ринитнинг ривожланиш механизми. Нафас олинганда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига турли ёт жисм заррачалари ўрнашиб қолади. Шиллиқ пардадаги мукоциллиар тизимининг таъсири туфайли улар тахминан 20 дақиқада бурун бўшлиғидан чиқариб ташланади. Аммо аллергиялар молекулалари жуда тез сўрилиш хусусиятига эга, шунинг учун бир дақиқадан сўнг беморда ўзига хос клиник белгилар юзага келади. Аллергияни ўсимликлар чанги, уй чанги, замбуруғлар спораси ва ҳ.к.) иммуноглобулинга (IgE) мансуб антитаначалар билан ўзаро таъсири натижасида аллергия реакция юз беради. Ушбу реакция бириктирувчи тўқима лаброцитларида (семиз хужайраларда) ва базофилларда содир бўлади, кейин биология фаол моддалар, хусусан гистамин, арахидон кислотасининг метаболитлари, серотонин, ацетилхолин, тромбоцитларни фаоллаштирувчи омил, лейкотриенлар ажралиб чиқади. Биология 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 оқиши белгилари кузатилади.

Вазомотор ринитнинг *нейровегетатив шакли* марказий ва вегетатив асаб, эндокрин тизимлари фаолиятининг бузилиши натижасида ривожланади. Бунда бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси оддий физиология таъсирларга ҳаддан ташқари кучли (ноадекват) 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 қийинлаштириш.

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 ва асаби бузилади, ҳид билиш ва меҳнат қобилиятлари пасаяди.

Вазомотор ринитнинг алергик ва нейровегетатив шакллари риноскопия манзараси билан бир-биридан фарқ қилади. Алергик ринитда бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси шишади. Бунда шиш қон капиллярларидан кўп миқдорда трансудат ажралиб чиқиши натижасида пайдо бўлиб, шиллиқ парда дастлаб қизаради, кейинчалик рангпар, баъзан оқиш, мумсимон бўлади, унинг тонуси пасаяди. Ўрта бурун чиганоғининг шиши полипни эслатади (34-35- расмлар). Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардасига қон томирни торайтирувчи дори суртилгандан сўнг қон томирлар нисбатан камроқ қисқаради, қонда ва бурун ажралмасида эозинофиллар сони кўпаяди. Вазомотор ринитнинг алергик шакли баъзан астматик бронхит, бронхиал астма билан бирга кечади.

Нейровегетатив ринитда бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси одатда кўкимтир бўлиб, айрим майдонларда “Воячекнинг оқ доғлари” кўринади. Қонда эозинофиллар сони меъёрда бўлади.

Баъзан вазомотор ринит галвирсимон бўшлиқ полипи ҳосил бўлиши билан бирга кечади.

Даволаш. Вазомотор ринит билан оғриган бемор даволашдан олдин чуқур текширувдан ўтказилиши лозим. Яширин инфекция ўчоқлари, айниқса тиш, танглай муртаклари, бурун ёндош бўшлиқлари, ошқозон, жигар, ўт пуфағи ва ичак касалликлари даволанади.

Алергик ринитда қуйидаги даволаш тадбирлари ўтказилиши лозим:

- организмга алерген тушишига қарши шахсий ҳимоя тадбирлари;
- специфик иммунотерапия (СИТ);
- носпецифик гипосенсибилизация терапияси;
- йирингли ўчоқни бартараф этишга қаратилган жарроҳлик амаллари;
- маҳаллий кортикостероид терапия;
- рефлексотерапия.

Алергик ринитда алергик реакцияга сабаб бўлган омилни бартараф этиш патогенетик терапиянинг муҳим шартларидан бири



34-расм. Вазомотор ринит.
Ремиссия даври.



35-расм. Вазомотор ринит.
Авж олган даври.

ҳисобланади. Беморга ўсимликлар гуллаши пайтида бошқа жойга вақтинча кўчиш, уйда респиратор, ҳаво тозалагич ёки махсус филтрлардан фойдаланиш, уй ҳайвонлари ва аквариумдан воз кечиш, хонадондан гилам ва юмшоқ ўйинчоқларни чиқариш, уйни тоза тутиш, кийим-кечакларни тез-тез ювиш тавсия қилинади.

Аллергология кабинетига касалликни қўзғатувчи аллерген аниқлангандан сўнггина *специфик иммунотерапияни (СИТ)* ўтказиш мумкин бўлади; бунда касалликни қўзғатган аллергеннинг кичик миқдори тери остига юборилади. Специфик иммунотерапия касалликнинг ремиссия даврида ўтказилиб, 3 марта такрорланади.

Аллерген аниқланмаган ёки полиаллергия ҳолларда *носпецифик гипосенсибилизация* тадбири ўтказилади. Носпецифик гипосенсибилизация аллергия белгиларини бартараф этишга қаратилган бўлиб, дорилар ёрдамида амалга оширилади. Бунда I авлодга мансуб антигистамин дори воситалари (димедрол, супрастин); II авлодга мансуб антигистамин дори воситалари (гисманал (астемизол), кларитин (лоратадин), гистадин (терфенадин), телфаст (фексофенадин), зиртек (цетиризин), кестин (эбастин, эриус) тавсия этилади.

Беморга пипольфен, фенкарол, тавегил, интал, задитен, 5% ли аминокaproнат кислотаси, 10–30 % ли натрий тиосульфат, 10 % ли кальций хлорид, 10 % ли кальций глюконат, 5% ли 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% ли интал малҳами, бекотид аэрозоли, физиотерапевтик муолажалардан 1% ли димедрол, 1% ли интал, 1% ли 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), назоненкс (мометазон), ринокорт (будесонид) бурун спреилари бўлиб, улар бурун ичига кунига 2–4 маҳал сепилади ва узоқ вақт (4–6 ой) давомида қўлланади.

Аллергик ринитнинг оғир ҳолларида беморга қисқа муддатта тизимли кортикостероидлар (преднизолон, метилпреднизолон, кеналог-40, дипроспон) буюрилади.

Амалиётда кўпинча қон томирларни торайтирувчи воситалар ишлатилади, ammo 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 гальванокаустика, криотаъсир, ультрото-вушли дезинтеграция усуллари ёрдамида даволанади, баъзан пастки бурун чиғаноқларида шиллиқ ости вазотомияси, пастки конхотомия, полипотомия, бурун тўсиғи қийшиқлигини бартараф этиш жарроҳлик амаллари бажарилади. Жарроҳлик амалидан 6—10 кун олдин беморга носпецифик гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилади, ундан кейинги даврда беморга узоқ муддатли интраназал кортикостероидлар буюрилади.

Бундан ташқари рефлексотерапия (акупунктура, электроакупунктура) даволаш усуллари қўлланилади; ўрта бурун чиғаноғининг шиллиқ пардасига 1,5—2 мл новокаин эритмаси юборилади.

Беморга меҳнат ва дам олиш вақтини тўғри режалаштириш, кўпроқ тоза ҳавода бўлиш, дромгоҳларда даволаниш (Оқтош, Зомин) тавсия қилинади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатлари ҳарбий ва спорт машғулотларида, ишлаб чиқариш корхоналарида, кўча транспорт ҳодисаларида, эпилепсия ҳуружи 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 қопламанинг очиқ жароҳатланиши) ёки *ёпиқ* (тери қопламанинг бузилмаслиги) бўлиши мумкин.

Ёпиқ жароҳатларга лат ейиш, юмшоқ тўқималарга қон қуйилиши, шилиниш, бурун ёндош бўшлиқлари деворлари, кўз косаси, ёноқ суяги, галвирсимон бўшлиқ катаklarининг 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 пардасининг йиртилиши, бурундан қон оқиши, бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларига инфекция кириши, бурун тўсиғи гематомаси ва ҳўппозининг ривожланиши кузатилади. Ўткир учли жисмнинг йўналиши бурун бўшлиғининг юқори деворига қаратилганда элаксимон пластинка синиб, беморда орқа мия суюқлигининг 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 (36-расм) натижасида ташқи бурун

ён томонга силжийди. Баъзан юқори жағ суягининг пешона ўсиги синиши кузатилади.

А.Е.Кицера ва А.А.Борисов (1993) бўйича ташқи бурун шаклининг бузилишлари қуйидагича таснифланади:

- Ринолордоз — буруннинг ботиши (эгарсимон бурун);
- Риносколиоз — буруннинг ён томонга силжиши;
- Ринокифоз — бурун шаклининг букри бўлиши;
- Платириния — бурун шаклининг ясси бўлиши;
- Брахириния — бурун бўшлиғининг ҳаддан ташқари кенгайиши;
- Лепториния — бурун бўшлиғининг ҳаддан ташқари торайиши;
- Моллериния — ташқи бурун суяклари синиши натижасида буруннинг юмшоқ бўлиши.

Кўпинча юз жароҳатларида кўриш ўткирлигининг пасайиши ёки бутунлай йўқотилиши (амавроз) билан кечувчи кўз олмаси тубига қон қуйилиши (гифемалар), кўз олмасининг силжиши (энофтальм), кўзни ҳаракатлантирувчи мушакларнинг босилиши натижасида фалажи (диплопия) кузатилади.

Бурун ёндош бўшлиқлари жароҳати бўшлиқлар деворининг ёрилиши, синиши, суяк парчаларининг 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. Буруннинг ботиши пешона бўшлиғи табиий тешигини ёпилишига олиб келади. Пешона бўшлиғининг орқа девори камдан-кам ҳолларда жароҳатланади. Ғалвирсимон бўшлиқнинг жароҳати кўпинча кўз косасининг медиал қисмида, яъни бурун бўшлиғининг ён томонида жойлашган шиллиқ парданинг йиртилиши натижасида юзда тери ости эмфиземаси пайдо бўлишига олиб келади, бунда шиш ва тери ости эмфиземаси, пешона ва бўйин соҳасигача тарқалиши мумкин. Олд ғалвирсимон артерия жароҳатланганда кўз косаси атрофи тўқимасига қон қуйилади.



36-расм. Бурун тўсиги тоғайининг чиқиши.

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 майдони шаклининг ўзгариши, кўз косаси пастки девори, кўз олмаси, ғалвирсимон бўшлиқ, ёноқ, чакка суяклари, тиш ва оғиз бўшлиғининг жароҳатлари билан бирга кечади.

Понасимон бўшлиқ деворларининг синиши айна пайтда калла суяги асосининг синиши бўлиб, жуда кам учрайди ва кўриш асаб толаси, ички уйқу артериясининг жароҳати билан бирга кечиб, ўлим ҳолатига сабаб бўлган қон оқишларга ёки жароҳатдан сўнгги уйқу артерияси девори аневризмасига сабаб бўлади.

Белгилари. Бурун жароҳатида бурундан қон оқиши, бурун терисида ва кўз қовоқларида қонталашлар пайдо бўлиши, юмшоқ тўқималар шиши ва тери ости эмфиземаси, суяк парчаларининг ҳаракати кузатилади. Буруннинг нафас олиш фаолияти бузилиши ёки ҳид билиш тирқишларининг 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 суякларининг нотўғри ўсиши натижасида, болаларда кейинчалик юз тузилишида косметик нуқсонлар ривожланиши мумкин.

Калла суяги бўшлиғига тарқалган жароҳатларда беморда бош мия чайқалиши, ёки қисилиши белгилари кузатилади. Калла бўшлиғига тарқалган жароҳатларда калла ичи асоратлари белгилари пайдо бўлади. Калла суяги синганда ва бош миянинг қаттиқ пардаси жароҳатланганда жароҳат майдони, бурун ёки ҳалқумдан орқа мия суюқлигининг оқиши (ликворея) кузатилади.

Ташхис бемор шикоятлари, анамнез, ташқи текширув, пайпаслаш, зондлаш, риноскопия, эндоскопия рентгенография, компьютер томограммаси 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 крепитациясининг аниқланиши бурун суяклари синганлигидан, босиб кўрганда тери ости крепитацияси — галвирсимон суяк синганлигидан ва шиллиқ парда йиртилганлигидан далолат беради.

Риноскопияда бурун бўшлиғида қон лахталари, қонталашлар, шиллиқ парда йиртилганлиги, бурун бўшлиғи торайганлиги, бурун чиғаноқлари ботган ва бурун тўсиғи қийшайганлиги кўринади. Бурун тўсиғи шиллиқ 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 бор-

лиги, бурун соҳасининг шиши, қонталашлари, бурун тўсиғи қий-шиқлигининг бор-йўқлиги эътиборга олинади.

Юз скелетининг жароҳати кўпинча кўз қовоқлари ва кўз косаси атрофига қон қуйилиши “кўзойнак белгиси” билан кечади. Аммо бу белги калла суяги асосининг синишида, форсимон 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 қуйи-лиши). Бемордаги шок, карахтлик (эс-хушни бутунлай ёки қисман йўқотилиши) талваса ҳолати юз бериши калла суягининг асоси син-ганлигини билдиради. Бундай ҳолларда бемор бошининг ҳаракати чекланган ҳолатда шифохонага келтирилади. Унга ҳатто рентгено-графия ҳам дарҳол қилинмайди, чунки текширувда бошни ён томонга буриш керак бўлади.

Фалвирсимон суякнинг элаксимон пластинкаси синиб, бош мия қаттиқ пардаси зарарланганда бурундан орқа мия суюқлигининг оқиши кузатилади. Бурундан бир пайтнинг ўзида ҳам қон, ҳам орқа мия суюқлигининг оқиши ташхис қўйишни қийинлаштиради. Жароҳат-нинг 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 аниқланса, бу орқа мия суюқлиги эканлигини тасдиқлайди.

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

Даволашда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатининг характери, чуқурлиги, беморнинг умумий аҳволи эътиборга олинади. Шошилиш тиббий ёрдам оғриқсизлантириш, қон оқишини тўхтатиш ва беморни дарҳол касалхонага юборишдан иборат. Лат ейиш ёки юмшоқ тўқималарнинг очиқ жароҳатида ифлосланган жароҳат майдонида бирламчи жарроҳлик ишлови бажарилади; жароҳат майдони дастлаб антисептик эритма билан ювилади, кейин махсус қошиқча ёрдамида синган суяк ва тоғай парчалари олиб ташланади, юмшоқ тўқима эса қолдирилади. Беморга қоқшолга қарши анатоксин (эмланган беморга — 0,5 мл, эмланмаганга — 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 сутка ўтгандан сўнг қўйилади.

Одатда синган бурун суяклари ўз жойига ўрнатилгандан сўнг бурундан қон оқиши ўз-ўзидан тўхтайдди. Аксарият ҳолларда ил-гаксимон олд бурун тикмаси, баъзан орқа тикма бажарилади. Тикма ҳар 24—48 соатда алмаштирилади. Болаларга одатда эластик тикма

қўйилади. Жароҳатланган бурун терисиди 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 куни бажарилган суякларни ўз жойига қўйиш муолажаси энг оптимал усул деб тан олинган, лекин бош мия, калла ичининг оғир асоратларида уни жароҳатдан сўнгги 3 ҳафта давомида бажарса бўлади.

Бемор курсида ўтирган ҳолатида бурун бўшлиғи маҳаллий (шиллик пардага 10% ли лидокаин сепиш, 2% ли дикаин, 5% ли кокаинни суртиш ёки синган майдонга 1% ли новокаин, 2% ли лидокаин эритмаларини юбориш) усулида оғриқсизлантирилади.

Бармоқ ёрдамида синган суяк парчаларини ўз жойига қўйиш усули. Ташқи бурун чап томонга силжиганда умумий оғриқсизлантириш остида синган суяк парчалари 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.Волков бурун элеватори ёрдамида бажарилган синган суяк парчаларини ўз жойига қўйиш усули ҳам маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Бунда ўнг бурун элеватори буруннинг ўнг томонига, чап бурун элеватори — унинг чап томонига маълум чуқурликка киритилади. Элеваторнинг учи олдинга ва юқорига йўналтирилган ҳаракатлар 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 парчаларини ўз жойига қўйиш муолажаси учи стерил пахта билан ўралган ёки резина қўлқоп бармоғи кийдирилган пинцет ёки қисқич 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 суякларини тўғри ҳолатда ушлаб туради, бунда бемор буруннинг пастки қисми орқали нафас олади. Парафинли тикма 7 кундан сўнг чиқариб олинади, баъзан у бурун бўшлиғида 12 кунга қолдирилиши мумкин.

Анамнез маълумотлари ва объектив текширувлар асосида беморга бош мия чайқалишининг II—III даражаси ташхиси (бош оғриғи, кўнгил айниши, 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 шаклининг бузилиши бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши билан кечган ҳолларда *риносептопластика* жарроҳлик амали бажарилади. Бундай жарроҳлик амали умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Биринчи босқичда бурун орқали нафас олишни тиклаш, яъни *септопластика* бажарилади. Иккинчи босқичда эса ташқи буруннинг косметик нуқсонини бартараф этиш амали бажарилади. Ташқи бурунда ўтказиладиган пластик жарроҳлик амаллари очиқ ёки ёпиқ усулда бажарилади. Нуқсонни бартараф этиш мақсадида турли материаллардан тайёрланган имплантантлар (аутоотоғай, консерваланган тоғай, полимер материаллар, 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 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 пешонабурун бўшлиғи орасида сунъий алоқа йўли ҳосил қилиш жарроҳлик амали бажарилади. Бўшлиқ ичига Б.С.Преображенский бўйича чиқаргич найи ўрнатади (диаметри 0,6—0,8 см резина найча пешона бўшлиғини бурун бўшлиғига улаб туради) ва 3 ҳафтага ёстиқча ёрдамида жароҳат ёнидаги терига тиқиб қўйилади. Пешона бўшлиғининг орқа девори кўздан кечирилиб, зонд билан текширилгандан сўнг бўшлиқнинг орқа девори синган ҳолларда нейрожарроҳ иштирокида бош миянинг қаттиқ пардаси очилиб, тафтиш қилинади ва суқилган суяк парчалари олиб ташланади, йиртилган қаттиқ парда тикилади.

Бурундан орқа мия суюқлиги оқаётган бемор ярим ўтроқ ҳолатда ётқизилади, унга бош мия суюқлиги босимини туширувчи дори воситалари (томир ичига 25% магнезий сульфат, 40% уротропин, диакарб керакли миқдорда юборилади), тинчлантирувчи дорилар (седуксен, реланиум, 20% оксибутират натрий) буюрилади, беморга суюқлик ичириш ман этилади. Консерватив даволаш яхши натижа бермаган ҳолларда жарроҳлик амали, яъни нуқсон юқори ёки ўрта бурун чиганоғининг шиллиқ пардасидан фойдаланилган ҳолда бар-тараф этилади. Ҳозирги кунда жарроҳлик амалида эндоскоп ва микро-асбоблардан фойдаланиш яхши натижа бермоқда.

Аралаш жароҳатларда беморга оғриқсизлантирувчи (максиган, трамал ва бошқ.), тинчлантирувчи дори воситалари (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 дорилар (антибиотиклар, сульфаниламидлар) буюрилади. Иккиламчи асоратларни олдини олиш учун беморга десенсибилизация, дезинтоксикация, гемостатик ва симптоматик даволаш тадбирлари ўтказилади.

Параназал синуситлар — бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши барча ЛОР аъзолари касалликларини ташкил этиб, биринчи ўринни эгаллайди, иккинчи ўринда ҳалқум касалликлари, учинчи ўринда қулоқ касалликлари ва тўртинчи ўринда хиқилдоқ ва бошқа касалликлар туради.

Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши бўшлиқ ичидаги ажралмани табиий йўллар орқали чиқарилиши қийинлашганда ривожланади ва кўпинча жароҳатдан сўнг ёки тишлардан инфекция тарқалганда юзага келади. Жараён буруннинг бир нечта бўшлиқларига бир вақтда тарқалганда *полисинусит*, бир томондаги бурун ёндош бўшлиқлари зарарланганда — *гемисинусит* ва буруннинг барча ёндош бўшлиқлари зарарланганда — *пансинусит* деб аталади. Юқори жағ бўшлиғининг ўткир ва сурункали яллиғланиши, яъни ўткир гайморит (12,9%) ва сурункали гайморит (7,1%) айниқса кўп учраб, барча синуситлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Иккинчи ўринда галвирсимон бўшлиғининг яллиғланиши — этмоидит (1,6%), учинчи ўринда пешона бўшлиғининг яллиғланиши — фронтит (0,3%) ва тўртинчи ўринда понасимон бўшлиғининг ўткир яллиғланиши — сфеноидит эгаллайди. Ёши 7 дан ошган болаларда ва катталарда кўпинча гайморит, 3 ёшгача — этмоидит (80—92%), 3 ёшдан 7 ёшгача болаларда — кўпроқ этмоидит ва гайморит қайд этилади.

Этиологияси. Инфекция бурун ёндош бўшлиғига бурун бўшлиғидан, тишлардан ёки бошқа йирингли ўчоқлардан тарқалиши, жароҳатлардан кейин ривожланиши мумкин. Касалликнинг ривожланишига бактериал флора, биринчи навбатда пневмококклар (*Streptococcus*

pneumonie), *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. Касалликнинг ривожланишида маҳаллий ва умумий иммунитетнинг ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Қуйида синуситнинг ривожланишига сабаб бўлган омиллар кайд этилган:

Умумий омиллар

Маҳаллий омиллар

Юқори нафас йўллари
(вирусли) касалликлари
Маҳаллий ёки умумий сов-
қотиш
Аллергик, гипертрофик тумов
Анатомик нуқсонлар (бурун
тўсиғи қийшиқлиги, хоана
атрезияси), бурун ёндош
бўшлиқлари табиий чиқиш
тешиклари аномалияси
Зарарли омилларнинг таъсири
(тамаки, атроф муҳит)
Бронхиал астма
ОИТС
Одонтоген инфекция

Жароҳатлар
Хавфсиз ва хавфли ўсмалар
Ёт жисмлар
Муковисцидоз
Бирламчи бурун шиллиқ
пардаси мукоцеллиар аппарати
фаолиятининг бузилиши

Бурун олд ва орқа тикмаси
Юқумли касалликларда (дифтерия, скарлатина, қизамиқ)
инфекция бурун ёндош бўшлиғига 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. Касалликни одатда анаэроб
микрофлора кўзгатиб, ажралма ўзига хос бадбўй ҳидга эга бўлади.
Бу ҳолда синусит сурункали кечади ва зарарланган тиш даволангандан
сўнггина даволанади.

Касалликнинг ривожланишида бурун ёндош бўшлигининг 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 бўш-
лигининг бурун бўшлиғига очиладиган табиий тешиги эса юқорида,
яъни ўрта бурун йўлида жойлашганлиги юқори жағ бўшлиғидаги

патологик ажралмани бурун бўшлиғига чиқарилишини янада қийинлаштиради.

Бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир ва сурункали касалликлариди шиллиқ парданинг мукоциллиар аппаратининг секретор ва транспорт фаолияти бузилади. Бурун ёндош бўшлиқларининг бурун бўшлиғига очиладиган табиий тешиги соҳасидаги шиллиқ парда шишганлиги туфайли бурун ёндош бўшлиқларидан патологик ажралманинг чиқарилиши қийинлашади ва у бўшлиқ ичида тўпланиб қолади.

Атроф-муҳитнинг ноқулай таъсири (газ, чанг, зарарли моддалар билан ифлосланиши) натижасида шиллиқ ишлаб чиқарувчи безлар хужайраларининг фаолияти ва ҳилпилловчи эпителий тукларининг ҳаракати сусаяди (мукоциллиар клиренс). Ўз навбатида бу бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида яллиғланиш жараёнининг ривожланишига олиб келади.

Ўткир синусит асосан тумов, грипп, қизамиқ, скарлатина, захм, сил ва бошқа юқумли касалликларда ва уларнинг асорати сифатида ривожланиши мумкин. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг турли жараҳатлари, бурун бўшлиғи ёт жисмлари, хавфли ва хавфсиз ўсмалари ҳам уларнинг яллиғланишига сабаб бўлади.

Сурункали синуситнинг ривожланишига маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сусайиши, аутоаллергия, бактериал аллергия, пастки ўрта бурун чиғаноғининг гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун ўсмаси бурун ёндош бўшлиқларидан патологик ажралманинг чиқарилишини қийинлаштириб, сурункали синуситнинг ривожланишига ёрдам беради.

Ўткир синуситда патологоанатомик ўзгаришлар шиллиқ парданинг қизариши, инфильтрацияси ва шиши билан намоён бўлади. Айрим майдонларда эпителий қатламининг кўчиши, лимфоцитлар, нейтрофиллар ва эозинофилларнинг тўпланиши кузатилади. Бурун ёндош бўшлиқлари деворларининг шиллиқ пардасида қонталашлар пайдо бўлиб, бўшлиқ ичида серозли, шилимшиқ, йирингли, геморагик, фибринли ёки аралаш экссудат тўпланади.

Сурункали синусит асосан бириктирувчи тўқимада пролиферация жараёни, лимфоцитлар, нейтрофиллар, плазматик хужайралар инфильтрацияси, яллиғланиш ўсмалари ва полипларнинг ҳосил бўлиши билан кечади.

Таснифи. Б.С.Преображенский (В.Т.Пальчун, 1974) бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланишининг қуйидаги таснифини таклиф қилди:

А. Экссудатив шакллари: 1) катарал; 2) серозли; 3) йирингли.

Б. Продуктив шакллари: 1) девор олди гиперпластик; 2) полипозли.

В. Альтератив шакллари: 1) атрофик; 2) некротик; 3) холестеатомали; 4) казеозли.

Г. Аралаш шакллари (йирингли-полипозли, кистозли-некротик).

Д. Вазомотор ва аллергик синусит.

Таъхис. Бурун ёндош бўшлиқлари касаллиги билан оғриган бемор куйидаги текширувлардан ўтказилади:

– бемор шикоятлари ва анамнез маълумотларини таҳлил қилиш;
– умумий клиник ва биохимик таҳлиллар, оториноларингологик текширув (олд ва орқа риноскопия, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг физиологик фаолиятларини текшириш);

– бўшлиқ ажралмасининг бактериологик ва вирусологик, аллергологик текшируви;

– эндоскопия текшируви (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);

– юқори жағ бўшлиғини диагностик максатда тешиб кўриш (кўрсатмага асосан);

– бошқа текширув усуллари.

Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишида турли проекцияларда бажарилган рентгенологик текширув кенг қўлланилади. Коронар ва аксиал проекцияларда бажарилган КТ ва МРТ текширувлари рентгенологик текширувига қўшимча қилиб бажарилади. Агар КТ текшириляётган 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 бурчагига эга қаттиқ ва эгилувчан оптик асбоблар (эндоскоп, фиброскоп ва микроскоп) кенг ишлатилади. Бундай текширувлар бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги кўзга кўринмас патологик ўзгаришларни ва яллиғланиш жараёнини эрта аниқлашга ёрдам беради.

Ўтқир гайморит — *highmoritis acuta* — юқори жағ бўшлиғи шиллик пардасининг ўтқир яллиғланиши бўлиб, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари орасида энг кўп учрайди. Юқори жағ бўшлиғидан олинган патологик ажралмада 75% ҳолларда бактериал микрофлора: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilis influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pyogenes* анаэроблар, вируслар ва замбуруғлар аниқланади. Касаллик тумов, грипп, қизамиқ, скарла-

тина ва бошқа ўткир юқумли касалликларда ёки уларнинг асорати сифатида ривожланади.

Охириги йилларда давомли назотрахеал интубациядан сўнг ривожланган назокомиал синусит (шифохона синусити) қайд этилмоқда. Бу касалликни *Pseudomonas aeruginosa* ва бошқа грамманфий бактериялар кўзгатади. Бўшлиқ деворининг жароҳати, бурун бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амали, бурун тикмалари ҳам ўткир гайморитни ривожланишига ёрдам беради.

Юқори жағ бўшлиғида патологик жараённинг ривожланишида юқори жағ бўшлиғи табиий тешигининг торайиши ёки бутунлай ёпилиши, мукоциллиар клиренснинг бузилиши натижасида бўшлиқнинг ажралмани чиқариш фаолиятининг 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 соҳасининг оғриши, оғриқни юз ва бошнинг ярмига тарқалиши, зарарланган томонда тиш оғриши, чайнаганда ёки бош олдинга эгилганда оғриқнинг кучайиши, бурундан йирингли ёки шилимшиқ-йирингли ажралма оқиши, ҳид билиш қобилятининг бузилиши каби белгилар киради. Ажралманинг чиқарилиши қийинлашганда беморнинг юзи ва пастки қовоқлари шишади. *Умумий белгиларга* тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқолиши, бош оғриши киради. Қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар (лейкоформуланнинг чапга силжиши, бироз лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши) аниқланади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари ва бурун бўшлигининг объектив текшируви натижалари асосида қўйилади. Олд риноскопияда ўрта бурун чиганоғининг шиллиқ пардаси қизарган ва шишган, ўрта бурун йўлида кўп миқдорда шилимшиқ ажралма ёки йиринг тўпланганлиги кўринади. Ўрта бурун йўли шиллиқ пардасига 0,1 % ли адреналин гидрохлорид эритмасини суртиб, бемор бошини зарарланган бўшлиқнинг қарама-қарши томонига эгилганда йиринг ўрта бурун чиганоғи остидан пайдо бўлишини кўриш мумкин.

Йирингли тўпланими резина баллонча ёрдамида сўриб олса бўлади; бунинг учун ўрта бурун йўлига 0,1% ли нафтизин ёки 0,1% ли адреналин гидрохлорид эритмаси суртилади, кейин ўрта бурун чиганоғини бурун тўсигига суриб, беморга “ку-ку” сўзини айтиш буюрилади, шу пайт йиринг тўплами резина баллонча ёрдамида сўриб олинади. Муолажадан сўнг табиий тешик орқали юқори жағ бўшлиғига зонд киритилади, зондан оқиб чиқаётган йирингли ажралма бўшлиқда йирингли яллиғланиш борлигини тасдиқлайди. Фронтит ва этмоидитда ҳам ўрта бурун йўли шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши, унда 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 диагностика аҳамиятга эга.

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 бир-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.

Юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажаси. Юқори жағ бўшлиғи пастки ва ўрта бурун йўли ёки суғуриб ташланган тишнинг ўрни орқали тешилади. Пастки бурун йўли орқали юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажасини махсус шприц ва узунлиги 8–10 см га тенг Куликов игнаси ёрдамида бажарилади. Дастлаб пастки бурун йўлига, унинг юқори бўлимига, яъни пастки бурун чиғаноғининг бирикиш жойига оғриқсизлантирувчи дори суртилади (0,1% ли адреналин гидрохлорид, 10% ли лидокаин аэрозоли, 2% ли дикаин, 1% ли пиромекаин, 10% ли димедрол). Кейин пастки бурун чиғаноқлари бирикиш жойининг олд учидан 1,5–2 см ташлаб, Куликов игнаси санчилиб, юқори жағ бўшлиғининг ташқи девори тешилади. Тешиш тўғри бажарилган ҳолда врач игнани аввал қийинчилик билан силжишини, кейин бўшлиқ ичига кириб кетганлигини 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 олинади, бўшлиқ ичига эса илиқ фурациллин ёки физиологик эритма юборилади. Юборилган суюқликнинг игна орқали томчилаб оқиши уни бўшлиқ ичида эканлигини билдиради.

Сўриб олинган патологик ажралма кўздан кечирилади. Унда йирингли-полипоз шилимшиқ ажралма ёки тиш кистаси борлиги аниқланиши мумкин. Агар игна бўшлиқ ичидаги ажралманинг устида турса ёки бўшлиқ ичида қалин йирингли патологик ажралма тўпланган бўлса, сўриб олинганда игна орқали ҳеч нарса чиқмайди, чунки қуюқ суюқлик игна тешигини ёпиб қўйган бўлади. Тешиш муолажаси тўғри бажарилганда бўшлиқ антисептик эритма (фурацил-

лин, риванол, 0,9% ли физиологик эритма, хлорофиллипт) билан ювилади. Бунинг учун беморнинг боши олдинга эгилади, шунда шприц билан юборилган суюқлик бурун даҳлизи орқали буйраксимон ликобчага оқиб тушади. Бўшлиқ ичидаги ажралма йирингли характерга эга бўлганда ювинди сувининг ранги оқиш рангга ўхшаб, унда йиринг тўпламлари кўринади. Бошқа ҳолларда аввал тиниқ, кейин йирингли ёки шилимшиқ аралаш суюқлик оқиб чиқади. Бўшлиқ ювинди суви тиниқ бўлгунча бир неча бор ювилади. Агар бурун ёндош бўшлиғи тешилгандан сўнг ювилганда сув тиниқлигича қолса, унда текширув натижалари касалликнинг клиник белгилари билан таққосланади.

Юқори жағ бўшлиғини тешиш натижасининг манфийлиги юқори жағ бўшлиғининг йирингсиз касаллигини (шишли-катарал, полипозли гайморит) ёки ўсма касаллиги бўлиши мумкинлигини эътиборга олиб текширувни давом эттириш тавсия қилинади. Юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажаси пайтида ёки ундан кейин маҳаллий ва умумий асоратлар кузатилиши мумкин. Улар юқори жағ бўшлиғини тешиш пайтида йўл қўйилган хатолар натижасида юзага келиши мумкин. Оқаятган қон бурун ичи тикмаси ёрдамида тўхтатилади. Юқори жағ бўшлиғини ўрта бурун йўли орқали тешилганда бўшлиқ ичига юборилган суюқлик кўз косаси атрофи юмшоқ тўқималарига тарқалиши ва кейинчалик шу майдонда йирингли жараён ривожланиши мумкин.

Камдан-кам ҳолларда бош мия ва юрак қон томирларининг ҳаво эмболияси асорати кузатилиши мумкин. Бундай оғир асоратлар юқори жағ бўшлиғи ичига ҳаво юборилганда юз беради. Шунинг учун ювишдан олдин ва ювишдан кейин бўшлиқ ичига ҳаво юбориш ман этилади.

Баъзан юқори жағ бўшлиғининг ўзига хос анатомик нуқсон, яъни унинг ички медиал ёки олд деворини ичкарига бўртиб чиқиши кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда ички ва кўз косасининг пастки ёки олд деворлари орасидаги масофа 2 мартага камайд (3—4 мм гача). Шунинг учун юқори жағ бўшлиғини тешишдан олдин рентгенография текширувини ўтказиш лозим.

Ўткир фронтит (*frontitis acuta*) — *пешона бўшлиғининг ўткир яллиғланиши*. Ўткир гайморитнинг ривожланишига сабаб бўлган барча омиллар (тишдан тарқалган инфекциядан ташқари) пешона бўшлиғининг яллиғланишига ҳам сабаб бўлади. Пешона бўшлиғи ўрта бурун йўлига узунлиги 1,5—2,5 см га тенг тор канал орқали очилади. Бу эса пешона бўшлиғи патологик ажралмасининг чиқарилишини анча қийинлаштиради. Шунинг учун пешона бўшлиғи яллиғланишида доимо калла ичи ва кўз косаси асоратларининг ривожланиш хавфи туғилади.

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 соҳаси оғрийди, нафас олиш ва ҳид билиш қобилияти бузилади. Бўшлиқ ажралмасининг чиқарилиши қийинлашганда оғриқ кучайиб, беморнинг қовоқлари ва пешона соҳаси шишади, тана ҳарорати 38–39°С гача кўтарилади. Қонда лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Олд риноскопияда ўрта бурун йўли шиллиқ пардасида фронтитга хос ўзгаришлар кўринади, бурун чиганоқлари, қизариб, шишади ва бурун йўлини ёпиб қўяди. Буруннинг латерал деворида ўрта бурун чиганоғи олд учининг остидан йиринг оқаётганлиги аниқланади. Перкуссия қилинганда ва пайпасланганда пешона бўшлиғи олд девори соҳаси ва кўзнинг медиал бурчаги оғрийди. Беморнинг боши олдинга эгилганда пешона соҳасининг оғриғи кучайиб, бўшлиқ соҳасида оғирлик ҳисси пайдо бўлади.



37-расм. Пешона бўшлиғини тешиш учун трепанотом.



38-расм. Трепанотом ёрдамида пешона бўшлиғини тешиш жараёни.

Бундан ташқари уч шоҳли нерв толасининг невралгиясини инкор этиш мақсадида беморга рентгенография, компьютер томографияси текширувлари ўтказилади. Бунда пешона бўшлиғининг ҳаволилиги пасайган ёки йўқотилганлиги маълум бўлади. Невралгияда оғриқ тўсатдан бошланиб, ўткир кечади, фронтитда эса оғриқ аста - секин бошланиб, пешона бўшлиғида яллиғланиш жараёнининг ривожланиши билан тобора кучайиб боради; фронтитда оғриётган майдон бармоқ билан босилганда оғриқ кучаяди, невралгияда эса оғриқ камаяди; фронтитда жисмоний зўриқишда, йўталганда, аксирганда оғриқ кучаяди.

Пешона соҳасининг оғриши баъзан ўткир гайморитда ҳам кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда аниқ ташхис қўйиш мақсадида пешона бўшлиғи табиий тешиги орқали дренаж қилинади ёки трепанопункция амали бажарилади.



39-расм. Трепанопункцияни ба-
жариш учун мўлжал чизиклари.



40-расм. Трепанотом
канюласининг кўриниши.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, сабаб-лари, олд ва орқа риноскопия, фарингоскопия, синусокопия, компьютер томографияси, трепанопункция, бактериологик ва бошқа қўшимча текширув натижалари асосида қўйилади.

Ўткир этмоидит (*etmoiditis acuta*) — *ғалвирсимон бўшлиқ катакларининг ўткир яллиғланиши* кўп учрайди ва юқори жағ бўшлигининг ўткир яллиғланишидан кейин иккинчи ўринни эгалайди. Касаллик камдан-кам ҳолларда алоҳида касаллик сифатида қайд этилади. Одатда ғалвирсимон бўшлиқ олд катакларининг яллиғланиши фронтит ва гайморит, орқа катакларининг яллиғланиши сфеноидит билан бирга кечади. Ўткир ринит, ўткир респиратор юкумли касалликлар, грипп, парагрипп ва бошқалар этмоидитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари табиий тешикларининг ўзига хос анатомо-топографик жойлашуви, ўрта бурун йўлининг торлиги, бурун тўсиғи қийшиқлиги ўткир этмоидитнинг ривожланишига шароит ясади.

Клиник белгилари. Ғалвирсимон бўшлиқ олд катакларининг яллиғланиши умумий ва маҳаллий белгилар билан кечади. Айрим ҳолларда фронтитга хос белгилар ҳам кузатилиши мумкин. Бемор боши, бурун незиги, ғалвирсимон бўшлиқлар соҳаси ва қошларининг ўртаси оғришига шикоят қилади, оғриқ асосан бурун негизи ва кўз косасининг ички чети соҳасида жойлашади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади ($37-38^{\circ}\text{C}$), бурун орқали нафас олиши қийинлашади, бурундан шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, ҳид билиш қобилияти пасаяди.

Болаларда ва иммун ҳолати суст сурункали касалликларга чалинган беморларда инфекция таъсирида ғалвирсимон бўшлиқ катакларининг 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 атрофи юмшоқ тўқимасига тарқалиши мумкин. Натижада кўз олмасини ташқи томонга силжиши, экзофтальм, хемоз, кўз олмаси ҳаракатланганда кучли оғриқ пайдо бўлиб, кўриш ўткирлигининг пасайиши ва организмнинг заҳарланиш белгилари кузатилади.

Ташхис касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари ва объектив текширувлар асосида қўйилади. Олд риноскопияда ўрта бурун чиғаноғи соҳасида шиллиқ парда шишган ва қизарган, 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 катаклари яллиғланганда патологик ўзгаришлар асосан ўрта бурун йўлида, орқа катаклари яллиғланганда эса юқори бурун йўлида аниқланади. Рентгенография, КТ, МРТ текширувида ғалвирсимон бўшлиқ катаklarининг хиралашиши қайд этилади. Эндоскопия текшируви ғалвирсимон бўшлиқ катаklarининг бурун бўшлиғига очилиш тешиklarини кўздан кечириш ва олд этмоидит ёки орқа этмоидитни ташхисини аниқлаш имконини беради.

Йирингли ажралма ғалвирсимон бўшлиқ катаklarидан чиқарилмай қолганда (ёпиқ эмпиема) беморнинг кўз қовоқлари шишиб, кўз олмаси ташқи томонга ва пастга силжийди, баъзан кўз орқали жараён кўз косасидан калла ичи бўшлиғига тарқалиб калла ичи асоратининг ривожланишига сабаб бўлади.

Ўткир сфеноидит — (*sphenoiditis*) — *понасимон бўшлиқнинг ўткир яллиғланиши* бўлиб, одатда ғалвирсимон бўшлиқ орқа катаklarининг 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 бош тепаси ёки чакка соҳасига тарқалади. Беморда ҳид сезиш қобилияти пасаяди, тана ҳарорати кўтарилади, иштаҳаси пасаяди, толиқиш ва руҳий тушкунлик ҳолати кузатилади. Баъзан кўриш ўткирлиги ҳам пасайиши мумкин.

Ташхис касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, субъектив ва объектив текширув, эндоскопия, олд ва орқа риноскопия, фарингоскопия, рентгенография, КТ, МРТ натижалари асосида қўйилади. Олд риноскопияда юқори бурун йўлининг шиллиқ пардаси шишган ва қизарганлиги, ўрта бурун чиғаноғининг устида шилимшиқ-йирингли ажралма тўплами борлиги кўринади. Баъзан юқори бурун йўлида грануляция ва полип аниқланади.

Орқа риноскопия ёки фарингоскопияда йирингли ажралма бурун-ҳалқумдан ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб пастга оқаётганлиги кўринади. Понасимон бўшлиқнинг чуқур жойлашганлиги, бемор шикоятларининг ноаниқлиги, бурун йўлларининг торлиги ва шиллиқ

парданинг шишиши туфайли аниқ ташхис қўйиш қийин. Калла суягининг аксиал проекциясида бажарилган понасимон ва галвирсимон бўшлиқ орқа катакларининг рентгенографияси, КТ ёки МРТ текширувлари ташхисни аниқлашга ёрдам беради.

Диагностик ва даволаш мақсадида понасимон бўшлиқни зондлаш ёки тешиб қўриш муолажаси бажарилади. Аммо ушбу муолажа врачдан юқсак маҳоратни талаб қилади. Ҳозирги кунда эндоскопия текшируви понасимон бўшлиқнинг олд деворини ва бурун бўшлиғига очиладиган тешигини кўздан кечириш имконини беради.

Ўтқир синуситларни даволаш. Асоратсиз кечган ўтқир синуситлар одатда дори-дармонлар билан даволанади. Беморга антибиотикотерапия (аутментин, амоксициллин, ампициллин, цефазолин, цепорин, клафоран, кефзол, доксициклин, эритромицин, рулид, сумамед, олеандомицин) буюрилади. Ампициллин 500 000 ТБ кунига 4–6 маҳал мушак орасига юборилади. Агар битта антибиотик 72 соат давомида ижобий натижа бермаса, унда беморга қўшимча равишда бошқа антибиотик буюрилади. Даволаш одатда 10–12 кун давом эттирилади.

Сульфаниламид дори воситаларидан сульфадиметоксин (биринчи кун 2 г, кейинги кунларда 1 г дан), бисептол 480 ёки 960 (1 табл. кунига 3 маҳал овқатдан кейин) тавсия қилинади.

Бундан ташқари бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шишини камайтириш ва йирингни чиқариш мақсадида антигистамин дори воситалари (супрастин, пипольфен, тавегил) буюрилади, бурун бўшлиғига қон томирларни торайтирувчи воситалар томизилади: 3% ли эфедрин, 0,1% ли санорин, 0,05–0,1% ли галазолин, 0,05–0,1% ли нафтизин.

Таркибида секретолитик, антибиотик ва оғриқсизлантирувчи дори воситаси бўлган мураккаб эндоназал спрейларни (ринофлуимуцил, изофра, фенилэфринли полидекса ва бошқ.) бурун бўшлиғига сепиш яхши натижа беради.

Бурун ёндош бўшлиқларидан йирингли ажралманинг чиқиши енгиллашгандан сўнг беморга иссиқ муолажалар буюрилади. ЛУЧ-2 аппарати ёрдамида микротўлқинли терапия контакт усулда қўлланилганда тўқима яхшироқ исийди ва яхши натижа беради. Бундан ташқари, бурун ёндош бўшлиғи соҳасини УВЧ (8–12 муолажа), КУФ (6–8 муолажа), УБН, индуктотермия, лазеротерапия, ультратонотерапия, соллюкс ёки кўк лампа ёрдамида иситиш тавсия қилинади.

Охириги йилларда бурун ёндош бўшлиқларини тешмасдан даволаш, яъни уларни ювиш усули кенг қўлланилмоқда. Бу усул Г.И.Марков ва В.С.Козлов (1990) таклиф қилган “ЯМИК” синус-катетери ёрдамида бажарилади. Ушбу мослама ёрдамида бурун бўшлиғида манфий босим ҳосил қилинади ва бир томондаги бурун ёндош бўшлиғидан патологик ажралма сўриб чиқарилади, кейин бўшлиқ ичига турли дорилар юборилади. Синус – катетер икки шишадиган баллонга эга бўлиб,

уларнинг бири (дистал баллон) хоана орқасига, иккинчиси (проксимал баллон) бурун даҳлизига ўрнатилади. Ҳар бир баллончадан клапанли найча чиқади. Баллончалар орасида синус-катетерни юзида учинчи найчанинг тешиги очилади. Бурун бўшлиғи оғриқсизлантирилиб, бурун ёндош бўшлиқларининг чиқиш тешикларига қон томирларни торайтирувчи дори суртилиб, уларнинг табиий чиқариш тешиклари кенгайтирилгандан сўнг синус-катетер бурун бўшлиғига (дастлаб дистал, кейин проксимал) киритилади. Шприц ёрдамида ҳаво юборилиб, баллонлар шиширилади, шунда бурун бўшлиғи бурун-ҳалқум ва бурун даҳлизидан ажралиб туради. Ҳаво учинчи найча орқали бурун бўшлиғидан сўриб чиқарилгандан сўнг бурун бўшлиғида манфий босим ҳосил бўлади. Бурун ёндош бўшлиқларида эса мусбат ҳаво босими сақланган бўлади, шунинг учун патологик ажралма бурун ёндош бўшлиқларининг табиий тешиклари орқали бурун бўшлиғига оқиб чиқади ва катетер орқали шприцга келиб тушади. Кейин шприцга антисептик дори эритмасини олиб бурун бўшлиғига юборилади. Дори табиий тешиклар орқали бурун ёндош бўшлиғига етиб боргандан сўнг шприц билан қайта тортиб олинади. Муолажа бир неча марта такрорланади. Бўшлиқлардаги патологик ажралма чиқарилиб, бўшлиқ ювилгандан сўнг бурун ёндош бўшлиқларига дори эритмаси ёки контраст модда юборилади.

Юқорида қайд этилган барча умумий ва маҳаллий даволаш тadbирлари ўткир фронтит, этмоидит ва сфеноидитда ҳам қўлланилади.

Ўткир гайморитда юқори жағ бўшлиғини тешиш амбулатор шароитида ҳам бажарилиши мумкин. Бўшлиқда патологик ажралма борлиги аниқлангандан сўнг бўшлиқ илиқ 0,9% ли физиологик эритма, фурациллин (1:5000), ривонол эритмалари билан ювинди суви тиниқ чиққунича ювилади. Юқори жағ бўшлиғи найча орқали ҳар кун бир марта ювилади ва керакли дорилар юборилади. Куликов игнаси чиқариб олинмай туриб, игна ичига тефлон найча киритилади, игна эса чиқарилиб олинади. Тефлон найча бурун даҳлизига ёки юқори лабга лейкопластир ёрдамида ёпиштириб қўйилади. Тефлон найчани бўшлиқ ичида 2 ҳафта давомида қолдириш мумкин. Найча орқали зарарланган бўшлиқ фурациллин ёки бошқа антисептик эритмалар билан ювилади. Бўшлиқ ичига ҳар 12 соатда кунига 2 маҳал новокаинда эритилган антибиотик 500000 ТБ, диоксидин, 5мг трипсин ёки гидрокортизон юбориш мумкин.

Юқори жағ бўшлиғи 16 кун давомида ювилса-да, лекин ундан йирингли ажралма чиқиши камаймаган ҳолларда умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида эндоназал гаймаротомия жарроҳлик амали бажарилади.

Ўткир фронтитда пешона бўшлиғи махсус қийшиқ тўмтоқ игна ёрдамида зондланади. Аммо пешона бўшлиғи табиий тешиги шаклининг қийшиқлиги, илгаксимон ўсимта гиперплазияси ва катта

галвирсимон пуфак катталашганлиги туфайли кўпинча уни бажариш жуда қийин. Шунинг учун пешона бўшлиғи трепанопункцияси ҳозирги кунда бўшлиқдан патологик ажралмани чиқариш учун қўлланиладиган энг самарали даволаш усули ҳисобланади.

Трепанопункция М.Е.Антонюк трепанобори ёрдамида бажарилади. Жарроҳлик амалидан олдин трепанопункция қилинадиган нуқта белгиланади: пешона соҳасининг ўртаси ва бурун усти бўйлаб биринчи вертикал чизиқ, қош усти ёйининг суяк чети бўйлаб биринчи чизиққа перпендикуляр ҳолда иккинчи горизонтал чизиқ ўтказилади. Учинчи чизиқ эса биринчи ва иккинчи чизиқлар ҳосил қилган тўғри бурчакнинг биссектрисаси бўлиб хизмат қилади. Бурчакдан 1—1,5 см ташлаб учинчи чизиқда трепанобор қўйиладиган нуқта белгиланади. Хатога йўл қўймаслик учун фронтал, сагиттал проекцияда бажарилган рентгенограмма манзараси, яъни пешона бўшлиғининг ҳажми, кенглиги, чуқурлиги, медиал девори ҳисобга олиниши лозим.

Трепанопункция жарроҳлик амали шифохона ёки поликлиника шароитида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинган ҳолда бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш остида (1% ли новокаин — 5,0 мл, 2% ли лидокаин) белгиланган нуқтада трепанобор ёрдамида пешона бўшлиғининг олд девори тешилади. Кейин трепанобор чиқарилиб, ҳосил бўлган тешикка зонд киритилади ва пешона бўшлиғининг чуқурлиги ва орқа девори аниқланади. Шундан сўнг тешикчага қийшиқ канюля киритилади ва пешона бўшлиғи шу канюля орқали илиқ фурацилин, 0,9 % ли физиологик эритмалар билан ювилади, бўшлиқ ичига антибиотик, гормон ва ферментлар эритмаси юборилади. Муолажалар жами 7—12 кун давом эттирилади.

Махсус игна ёрдамида пешона бўшлиғинининг пастки (кўз косаси) деворини ҳам тешса бўлади. Бунда игна ичидан пешона бўшлиғига махсус катетер (ўмров ости венасига қўйиладиган катетер) киритилиб, бўшлиқда қолдирилади. Кейин игна чиқариб олинади. Катетер пешона соҳасига лейкопластир билан ёпиштириб қўйилади. Пешона бўшлиғи шу катетер орқали ювилиб, унга дорилар юборилиши мумкин. Кўз косаси яқин жойлашганлиги сабабли пешона бўшлиғини олд девори орқали трепанопункция қилиш мақсадга мувофиқ.

Дори-дармонлар билан даволаш усули натижа бермаган ҳолларда ўткир фронтит жарроҳлик амали ёрдамида даволанади; пешона бўшлиғи эндоскоп ёрдамида бурун бўшлиғи орқали очилади. Кўз косаси ва калла ичи асоратлари ривожланганда пешона бўшлиғида радикал жарроҳлик амали бажарилиб, Б.С.Преображенский бўйича пешона ва бурун бўшлиқлари орасида дренаж ҳосил қилинади.

Ўткир этмоидитда ривожланган эмпиема, субпериостал хўппоз, кўз косаси юмшоқ тўқимаси флегмонаси каби асоратлар жарроҳлик усулида даволанади — галвирсимон бўшлиқ катаклари экстра ва эндо-назал йўл орқали, қовоқлар ёки кўз косаси юмшоқ тўқимасининг хўппози ташқи йўл орқали очилиб, резина чиқаргичлар қўйилади.

Ўткир сфеноидит одатда дори-дармонлар билан даволанади. Маҳаллий даволаш тадбирлари шишни бартараф этиш, бўшлиқдан ажралма чиқарилишини яхшилашга қаратилади. Беморга қон томирларни торайтирувчи дорилар, “силжитиш” усули ва “ЯМИК” синус-катетерини қўллаш яхши самара беради. Беморларга антибиотиклар, антигистамин дори воситалари, огриқсизлантирувчи дорилар буюрилади. Ўткир сфеноидитда кўз косаси ва калла ичи асоратлари белгилари кузатилганда понасимон бўшлиқда зудлик билан жарроҳлик амали бажарилади.

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 8 ҳафтадан ортиқ вақт давом этса, унда жараён сурункали клиник шаклга ўтган деб ҳисобланади. Ўткир гайморитнинг сурункали шаклга айланишига умумий ва маҳаллий даволаш тадбирлари етарли даражада олиб борилмаганлиги, юқори жағ бўшлиғининг ўзига хос анатомик тузилиши (табiiий чиқиш тешиги бурун бўшлиғининг юқори қисмида жойлашганлиги ва у ўрта бурун чиғаноғи шиллиқ пардасининг шишиши туфайли ёпилиб қолиши ёки чиғаноқнинг суяк қисми ва юқори жағ бўшлиғи девори орасидаги бурчак жуда кичик бўлиб, бурун ёндош бўшлиғи ичидаги патологик ажралманинг чиқиши қийинлашганлиги, бурун бўшлиғининг хавfli ва хавфсиз ўсмалари сабаб бўлади. Сурункали гайморитнинг ривожланишига тишдан тарқаладиган инфекция ҳам сабаб бўлади.

Кўпинча йирингли, йирингли-полипоз ва полипозли гайморит, камдан-кам ҳолларда катарал, девор олди гиперпластик ва аллергик гайморитлар учрайди.

Этиологияси ва патогенези кўп жиҳатлардан ўткир гайморитларга мос келади. Сурункали гайморитнинг негизида юқори жағ бўшлиғи табiiий йўллариининг ёпилиши, унинг чиқарув, ҳаво алмашинув фаолиятининг бузилиши, умумий ва маҳаллий иммунитетнинг пасайиши ва бактериялар вирулентлигининг ошиши ётади. Юқори жағ бўшлиғи патологик ажралмасида *S. Pneumoniae*, *H. influenzae*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, анаэроблар ёки грамманфий таёқчалар аниқланади. Бундан ташқари *Aspergillus*, *Phycomycetes*, *Cladosporium* замбуруғлари ҳам сурункали гайморитнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Ташқи муҳит, шамоллаш, касб омиллари ҳам касалликнинг ривожланишига ёрдам беради.

Бурун орқали нафас олишни қийинлаштирган ва остеомаатал комплекс майдонини ёпиб турган бурун бўшлиғининг ўзига хос анатомик тузилиши, шу жумладан бурун тўсиғи қийиқлиги ва бўртишлари, бурун чиғаноқлари гипертрофияси, полиплар, аденоидлар, хоаналар атрезияси, полипозли этмоидит ва бошқалар ҳам сурункали гайморитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Болаларда сурункали

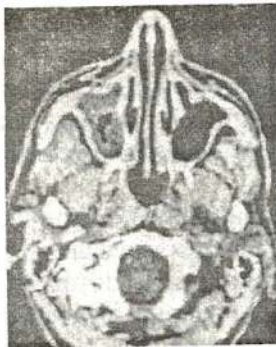
гайморит узоқ вақт давом этган ўткир гайморитдан сўнг ривожланади ва кўпинча катарал шаклида кечади. Аденоидлар ва аденоидит касалликнинг клиник кечишини янада оғирлаштириши мумкин. Бурун орқали нафас олиш тиклангандан сўнг, яъни аденотомия жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг, юқори жағ бўшлиғи шиллиқ 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 оқишига, бурун орқали нафас олиши қийинлигига, вақти-вақти билан боши оғришига, ҳид билиш қобилияти пасайганлигига, димоғида бадбўй ҳид ҳис этишига шикоят қилади. Икки томонлама сурункали гайморитда (айниқса полипозли шаклида) ҳидни сезиш фаолияти пасайиб (гипосмия), ҳатто аносмия ривожланади.

Ўрта бурун чиганоғи олд учининг гипертрофияси ёки полипида юқори жағ бўшлиғидан ажралмани чиқариш қийинлашади, бемор бурун-ҳалқум, ҳалқум ва ҳиқилдоқ соҳасида ноҳушлик, ёқимсиз ҳид ҳис этишига шикоят қилади. Ҳалқумнинг қуриши, тез-тез туфлаб туриш, эрталаб ёки кун давомида кўп миқдорда шилимшиқ ва йирингли-шилимшиқ балғам ажралиши, кўнгил айниши 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 авжида ёки бўшлиқ ажралмасининг чиқиши қийинлашганда кучаяди, ажралма чиқарилгандан сўнг сусаяди. Беморнинг боши оғримайди; баъзан бошида ноаниқ тарқоқ оғриқ пайдо бўлади; асосан зарарланган томонда юқори жағ, чакка ёки кўз косаси, пешона соҳаси оғрийди, баъзан уч шохли нерв толасининг невралгиясига хос белгилар кузатилади. Беморнинг хотираси ёмонлашади, фикрини жамлай олмайди ва тез толиқади.

Бурун бўшлиғидан доимий равишда йирингли ажралма оқиши сабабли бурун даҳлизининг териси шилинади, яллиғланади, шишади, унда экземага хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Олд риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси бироз қизарган, бурун чиганоқлари катталашган, ўрта бурун чиганоғи остидан чиқиб, ўрта ва пастки бурун йўлида тўпланган шилимшиқ-йирингли ажралма кўринади. Беморнинг боши қарама-қарши томонга эгилганда ажралмани бурун бўшлиғига чиқарилиши кучаяди. Ўрта бурун йўли зондга ўралган пахта ёрдамида тозаланиб, шиллиқ пардага 0,1% ли нафтизин ёки 0,1% ли адреналин гидрохлорид эритмаси суртилгандан кейин патологик ажралмани қайта тўпланиши, юқори жағ бўшлиғининг яллиғланишига хос объектив белги ҳисобланади. Юқори жағ бўшлиғи



41-расм. Калла суягининг компьютер томографияси.

ажралмасининг чиқарилиши олд томондан қийинлашганда, у бурун бўшлиғининг орқа томонига оқади ва орқа риноскопия ёки мезофарингоскопияда аниқланади. Патологик ажралмани узлуксиз бурун-ҳалқумга оқиб тушиши натижасида беморда сурункали фарингит ривожланади. Юқори жағ бўшлиғидан чиқаётган йирингли ажралма ўрта бурун йўли шиллиқ пардасининг яллиғланишига, шишишига ва ўрта бурун чиғаноғи олд қисмининг гипертрофиясига олиб келади; кейинчалик ўрта бурун йўлида бурун чиғаноғи олд қисмининг полипозии ривожланади.

Ташхис бемор шикоятлари, объектив ва эндоскопия текшируви, рентгенография, компьютер томография, юқори жағ бўшлиғини диагностик тешиш натижалари асосида қўйилади (41-расм). Юқори жағ бўшлиғини тешишдан олинган ажралманинг бактериологик текшируви ўтказилади, касаллик қўзғатувчиси тури ва уни антибиотикларга сезгирлиги аниқланади. Фалвирсимон ва пешона бўшлиқларининг яллиғланишида ҳам йирингли ажралма ўрта бурун йўлида тўпланиб, полип ҳосил бўлиши мумкин. Аниқ тўғри ташхис қўйиш мақсадида бурун бўшлиғи ювилиб, ўрта бурун йўлининг олд қисми тозаланади. Агар 15–20 дақиқадан сўнг ўрта бурун йўлида йирингли ажралма тўпланса юқори жағ бўшлиғи яллиғланганлигидан далolat беради.

Одонтоген гайморит. Юқори жағ бўшлиғининг туби иккинчи кичик ҳамда биринчи ва иккинчи катта озиқ тиш илдиэларининг чўққисига яқин жойлашганлиги, улар орасида юпқа суяк пластинкаси ва шиллиқ парда ётганлиги одонтоген гайморитнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Ушбу тишлар чўққисининг яллиғланиш жараёни юқори жағ бўшлиғига осонгина тарқалиши мумкин. Тиш илдиэи гранулемаси, субпериостал ҳўппози ва парадонтоз 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 пломба, стоматологик асбобнинг синган бўлаги, пиликча, тиш илдиэи) сабаб бўлиши мумкин.

Бемор ёноқ соҳасининг бироз оғришига, альвеоляр ўсиқдаги оқмадан йиринг оқиб чиқишига, бурунни қоққанда оғзига ҳаво киришига, овқат парчаларини юқори жағ бўшлиғига кириб қолиши натижасида пайдо бўлган бадбўй ҳидга шикоят қилади.

Анамнез маълумотларидан беморда тишлари оғриши, оғиз бўшлиғида бажарилган муолажа ҳақида маълумот олиш мумкин. Сто-

мофарингоскопия қилинганда “сабабчи” тиш ёки олиб ташланган тишининг ўрнида юқори жағ бўшлиғига очилувчи тешик орқали оғиз бўшлиғига қуюқ ва бадбўй йирингли ажралма оқиб чиқаётганлиги кўринади.

Таъхис касаллик бошланиши, объектив ва субъектив текширув натижалари асосида қўйилади. Стоматолог маслаҳати, бурун ёндош бўшлиқларининг эндоскопия, рентгенография, компьютер томография, баъзан контрастли рентгенография текширувлари одонтоген гайморит ташхисини аниқлашга ёрдам беради; бунда юқори жағ бўшлиғининг пастки девори қалинлашганлиги маълум бўлади.

Даволаш. Одонтоген гайморит “сабабчи” тишда ва юқори жағ бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амали ва бошқа умумдаволаш тадбирлари ёрдамида даволанади. Оқмали одонтоген гайморитда Колдуэлл-Люкк жарроҳлик амалидан ташқари, оғиз даҳлизидида ёки танглай юмшоқ тўқимасида ҳосил бўлган оқма тешигининг пластикаси бажарилади.

Сурункали фронтит (*frontitis chronica*) – пешона бўшлиғи шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши. Бир ойдан кўп давом этган ўткир фронтит сурункали фронтит деб аталади. Сурункали фронтит кўпинча тўлиқ даволанмаган ўткир фронтитдан кейин ривожланади. Ўрта бурун чиғаноғи гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшиқлиги, буруннинг аллергик касаллари, полипозли гаймороезмидит сурункали фронтитнинг ривожланишига сабаб бўлади, бунда организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетининг пасайиши, микрофлоранинг вирулентлиги ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Белгилари. Касалликнинг клиник белгилари пешона бўшлиғидаги патологик жараённинг характериға боғлиқ бўлади. Сурункали фронтитда субъектив белгилар кўпинча бўшлиқ ичидаги экссудатни чиқарилиши қийинлашганда юзага келади. Бемор вақти-вақти билан ёки доимий равишда бошининг пешона соҳаси оғришиға, бурун битишиға, бурунда шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланишиға, ҳид



42-расм. Пешона бўшлиғи ҳўппози (олд томондан кўриниши).



43-расм. Пешона бўшлиғи ҳўппози (ён томондан кўриниши).

билиш қобилияти пасайганлигига шикоят қилади. Беморнинг пешонаси пайпасланганда ёки перкуссия қилинганда пешона бўшлигининг олд ва пастки девори соҳаси оғрийди. Оғриқ турли омиллар таъсирида (алкоголь, чекиш, жисмоний зўриқиш) кучаяди. Сурункали фронтит кўпинча галвирсимон бўшлиқнинг яллиғланиши билан бирга кечиб, кўз косаси ва калла ичи асоратларининг ривожланишига олиб келади. Бунда кўз олмаси ҳаракатланганда оғриқ пайдо бўлиши, экзофтальм, хемоз, кўриш ўткирлигини бузилиши каби белгилар пайдо бўлади.

Олд риноскопияда ўрта бурун чиғаноғи олд қисмининг шиллиқ пардаси қалинлашганлиги ва остида кўп ёки кам миқдорда йиринг тўплами борлиги (кам миқдорда йирингли ажралма фақат эрталаб кўринади), бурун бўшлигининг латерал деворида шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ ажралма борлиги, ўрта бурун йўлининг шиллиқ пардаси полипсимон ўзгарганлиги аниқланади. Ёпиқ эмпиемада йирингли ажралма кўринмаслиги мумкин. Ўткир ва сурункали фронтитда пешона бўшлиғи шиллиқ пардасининг яраланиши, емирилиши натижасида жараён суяк усти пардасига ва суякка тарқалиши, кейинчалик шу майдонда дастлаб хўппоз ва оқма ҳосил бўлиши мумкин (42–43- расм). Оқма пешона бўшлигининг олд суяк деворини емириб, тери остига тарқалади ва очиқ эмпиемани ҳосил қилади; баъзан йиринг пешона бўшлигининг пастки девори орқали кўз косасига ёки орқа девори орқали калла ичига тарқалиши ва экстрадурал хўппоз ёки йирингли менингитнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

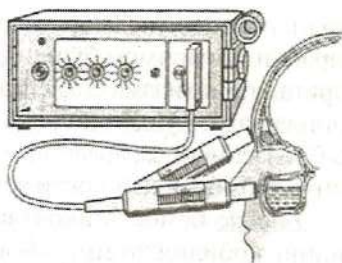
Таъхис субъектив ва объектив маълумотлар, олд ва орқа риноскопия, эндоскопия, пешона-бурун йўлини зондлаш, рентгенография, компьютер томографияси, синускопия, бактериологик, аллергологик текширув натижалари асосида қўйилади (44-расм).

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 кучининг сусайиши ва ўткир юқумли касалликлар, камқонлик, қандли диабет, аденоидлар, бурун тўсиғи қийшиқлиги сурункали этмоидитнинг 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. Касалликнинг белгилари фронтитга ўхшашлиги туфайли баъзан фронтит сифатида даволанади. Бемор узоқ вақт давом этган бир томонлама тумовга, бурундан шилимшиқ ёки йирингли ажралма оқишига, боши ва бурун негизи соҳаси оғришига, боши олдинга эгилганда шу соҳада

оғирлик ҳис этишига, тез чарчашига, уйқусизликка, бадбўй ҳид сезишига шикоят қилади.

Ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катаклари яллиғланганда ҳид билиш майдонининг шиллиқ пардаси яллиғланиб шишади, шунинг учун беморда ҳид билиш қобилияти пасаяди. Бундан ташқари орқа катаклар кўриш асаб толасига анатомик жиҳатдан яқин жойлашганлиги сабабли уларнинг яллиғланиши кўриш ўткирлигининг пасайишига олиб келади. Оғир ҳолларда жараён кўз косасига тарқалиши мумкин; бундай ҳолларда беморнинг юқори қовоғи шишиб, кўзининг юқори ички бурчаги текисланади; кўз олмаси олд томонга силжийди. Пайпасланганда бурун негизи ва кўзнинг ички бурчаги соҳаси оғрийди (периостит). Ёпиқ эмпиема суяк усти пардаси ва суяк тўқимасига тарқалиб, ёрилганда кўзнинг ички бурчаги соҳасида оқма ҳосил бўлади. Яллиғланиш жараёнини қовоқларнинг юмшоқ тўқимаси ва вена қон томирлари канали (флебит) орқали тарқалиши натижасида беморда калла ичи асорати ривожланиши мумкин. Бундай асоратлар беморнинг аҳволини янада оғирлаштириши мумкин.



44-расм. Синускопия текшируви.

Таъхис бемор шикоятлари, объектив текширувлар, айниқса эндоскопия текшируви, рентгенография, компьютер томография натижалари асосида қўйилади. Риноскопияда ўрта бурун чиғаноғи ва ўрта бурун йўлининг шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги, ўрта бурун чиғаноғи остидан (олд 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 чиғаноғи катталашади, ғалвирсимон бўшлиқ катакларининг табиий чиқиш тешиклари атрофида полип ҳосил бўлади. Бурун бўшлиқлари рентгенографияси ёки КТ, МРТ текширувида зарарланган томонда ғалвирсимон бўшлиқ катаклари соҳаси хиралашганлиги аниқланади. Бактериологик, иммунологик, аллергологик текширувлар ҳам ўтказилади.

Сурункали сфеноидит (*sphenoiditis chronica*) — *понасимон бўшлиқнинг сурункали яллиғланишида* бемор боши оғришига, бурун бўшлиғида қуюқ ажралма ва қуруқ пўстлоқлар тўпланишига, улар қийинчилик билан тозаланишига, ҳолсизликка, тез толиқишига шикоят қилади. Оғриқ кўпинча бошнинг энса соҳасида жойлашади, баъзан чакка ёки пешона соҳасига тарқалиши мумкин, беморнинг боши пастга эгилганда бош айланиши белгиси пайдо бўлади.

Понасимон бўшлиқ узоқлаштирувчи, кўриш, уч шохли ва бош мия сайёр асаб толаларига яқин жойлашганлиги сабабли сфеноидитда

турли неврологик асоратлар ривожланиши мумкин. Яллиғланиш жараёни понасимон бўшлиқнинг 0,5–3 мм га тенг юпқа юқори деворига, яъни хиазма соҳасига тарқалганда беморда кўриш ўткирлиги ёмонлашади. Бундан ташқари сфеноидитда узоклаштирувчи бош мия асаб толасининг зарарланиши натижасида беморда менингит, горсимон синус тромбози каби оғир асоратлар ривожланиши мумкин.

Ташхис бемор шикоятлари (бош оғриши, бурун битиши, ҳид билиш қобилиятининг пасайиши, бурундан нохуш ҳид келиши), олд ва орқа риноскопия фарингоскопия, эндоскопия, рентгенография, КТ ёки МРТ, бактериологик, алергологик, иммунологик текширувлар натижалари асосида қўйилади. Фарингоскопияда бурун-ҳалқумнинг юқори бўлимларида йиринг ва қуруқ пўстлоқлар тўплами, шиллиқ парда атрофияси кўринади. Понасимон бўшлиқ калла суяги асосининг чуқур бўлимларида жойлашганлиги ташхис қўйишни қийинлаштиради. Шунинг учун бу бўшлиқ баъзан “унутилган ёки гунг бўшлиқ” деб юритилади.

Сурункали синуситларни даволаш. Сурункали синуситларни даволашда уларнинг ривожланишига сабаб бўлган омиллар, касалликнинг шакли ва босқичи эътиборга олинади.

Сурункали гайморитнинг катарал, серозли, экссудатив (аллергик), йирингли ва вазомотор шакллари дори-дармонлар билан, прдуктив, альтератив ва аралаш шакллари эса жарроҳлик усули ёрдамида даволанади. Кўз косаси ва калла ичи асоратлари жарроҳлик амалининг шошилишч бажарилишига кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Сурункали синуситнинг авжида маҳаллий ва умумий даволаш тадбирлари ўтказилади. Стафилококк сабаб бўлган яллиғланиш жараёнида беморга антибиотикотерапия, стафилококка қарши зардоб (250 мл дан 1 ҳафтада 2 марта, жами 4 марта) ва стафилококкга қарши гамма-глобулин (1,5 мл дан ҳар 3 кунда, жами 3 муолажа) буюрилади. Синупрет катталарга 2 дражедан ёки 50 томчидан кунига 3 маҳал, мактаб ёшигача бўлган болаларга 1 дражедан ёки 25 томчидан кунига 2 маҳал, 2–6 ёшгача болаларга 15 томчидан кунига 3 маҳал 7–14 кун давомида тавсия қилинади. Алергик синуситларда беморга десенсебилизациловчи дорилар ва гормонлар буюрилади.

Синуситларнинг экссудатив, алергик ва атрофик шаклларида маҳаллий терапия бўшлиқнинг табиий тешиги атрофига қон томирни торайтирувчи дориларни суртиш, юқори жағ бўшлиғини тешиш, яллиғланган бўшлиқ ичига дори эритмаларини юбориш, пешона бўшлиғини зондлаш ёки трепанопункция қилиш, понасимон ва гал-вирсимон бўшлиқ катаklarини тешиш, зонд қўйиш ва физиотерапия тадбирларини ўтказишдан иборат.

Қон томирларини торайтирувчи пиносол, тизин каби ёғли дориларнинг таъсири, нафтизин, галазолин ва санорин каби суяқ дорилар таъсирига қараганда кўпроқ давом этади. Ўрта ва юқори бурун йўлла-

ридаги бўшлиқларнинг табиий тешиклари соҳасига ҳар куни 0,1% ли адреналин гидрохлорид эритмаси шимдирилган пиликчани 2–3 дақиқага қўйиш, тешиқларнинг очилиши ва бўшлиқдан ажралманинг чиқарилишини осонлаштиради, бўшлиқ ичида ҳаво алмашинуви яхшиланади. Қон томирни торайтирувчи дориларни 8–10 кундан ортиқ вақт қўллаш ман этилади, чунки шиллиқ парда қон томирларининг давомли қисқариши натижасида турғунлик ҳолати юзага келади ва беморларда бурун орқали нафас олиш қийинлашиб, ҳилпилловчи эпителий фаолияти бузилади.

Сурункали гайморитда юқори жағ бўшлиғини тешиб, унга найча ўрнатиш бўшлиқни антисептик эритмалар (фурациллин, 1% ли хлорофиллипт, диоксидин) билан ювиб, бўшлиқ ичига антибиотиклар (гентамицин, цефазолин, аугментин ва бошқ.), ферментлар (химотрипсин 25 мг ёки химопсин 25 мг, трипсин 5–10 мг) ва кортикостероидлар (2–3 мл гидрокортизон, дексаметазон, преднизолон) эритмаларини юбориш усули кенг қўлланилади. Замбуруғлар қўзғатган синуситларда беморга ичиш учун нистатин, леворин, ламизил ва бошқа дорилар буюрилади, бўшлиқ ичига левориннинг натрий тузи, нистатин, хинзол 1:1000, 0,1% ли бинафша генциан ёки амфотерицин В юборилади. Антибиотикларга чидамли микробга қарши диоцид (1:5000) юбориш тавсия қилинади, кейинчалик бўшлиқ ичи изотоник эритма, 1% ли диоксидин, йодинок эритмалари билан ювилади. Дориларни бўшлиқ шиллиқ пардасига яхши сўрилиши мақсадида уларга 1 % ли димексиднинг фурациллиндаги эритмаси қўшилади.

Маълумотларга кўра юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажаси кунора, жами 7–8 марта бажарилиши мумкин. Беморлар одатда ушбу муолажадан бош тортадилар. Агар юқори жағ бўшлиғи 8 марта тешиб кўрилгандан сўнг ҳам йирингли ажралма бартараф этилмаса, унда жарроҳлик амали бажарилиши лозим. Аммо жарроҳлик амали беморларга оғир жароҳат етказиши, шунинг учун даволашда юқори жағ бўшлиғини тешиб, унга найча ўрнатиш усулини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Бўшлиқ 20 кун давомида найча орқали ювилгандан сўнг йирингли ажралма оқиб чиқиши тўхтамаса, унда албатта жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

Охири йилларда сурункали гайморит, фронтит, сфеноидит ва этмоидитни электр сўргич ёрдамида антисептик эритмалар билан алмашлаб ювиш усули кенг қўлланмоқда. Бурун бўшлиғининг ҳаво босими электр сўргич ёрдамида пасайтирилганда бурун ёндош бўшлиғи ичидаги патологик ажралма бурун бўшлиғига оқиб чиқади, шунда у электросўргич ёрдамида сўриб олинади. Юбориладиган эритма бурун ва бурун ёндош бўшлиғига табиий тешиқ орқали киритилиб, яна сўргич орқали сўриб олинади. Муолажа бир неча бор такрорланиши натижасида бурун ён бўшлиғидаги патологик ажралма чиқарилиб,

унинг ўрнини антисептик дори эритмаси эгаллайди. Бундай даволаш усули “ЯМИК” синус-катетери ёрдамида ҳам бажарилиб, “силжитиш” ёки «алмашлаб ювиш» деб аталади.

Сурункали синуситларда бўшлиқ ичига чиқаргич найчасини ўрнатиш ҳам экссудатни узлуксиз чиқишини таъминлаб, яхши натижа беради. Чиқаргич найча бўшлиқ ичини ювиш, унга кислород ва антисептик дориларни юбориш имконини беради.

Юқори жағ бўшлиғига чиқаргич найчани ўрнатиш бўшлиқни тешиш пайтида амалга оширилади, бунда Куликовский игнаси ичидан бўшлиқ ичига кичик полиэтилен найча киритилади. Полиэтилен (ёки фторопласт) найчани пешона бўшлиғига ва ғалвисимон бўшлиқ катакларига ҳам киритса бўлади. Пешона ва понасимон бўшлиқларнинг чиқаргич найчаси табиий йўллар орқали киритилган зонд ёрдамида ўрнатилади. Бўшлиқ зондлангандан сўнг найча бўшлиқ ичида қолдирилади, зонд эса чиқариб олинади. Найчанинг ташқи учи лейкопластир ёрдамида юз терисига ёпиштирилади. Пешона бўшлиғи трепанопункциясидан кейин ҳам пешона бўшлиғига чиқаргич найчаси ўрнатилади.

Физиотерапевтик муолажалардан УВЧ, УФО, ультратон, антибиотик ва аллергияга қарши дори воситалар аэрозоллари билан ингаляция қилиш, микротўлқинли терапия, бурун ёндош бўшлиғи соҳасига тиббий лой ёки 30 дақиқага озокерит аппликацияси (42–45°C) 10–12 муолажадан тавсия қилинади. Сурункали синуситларнинг катарал шаклида дориларни бўшлиқ ичига электрофорез, фонофорез ёрдамида юбориш яхши самара беради. Бунинг учун антибиотиклар, диоксидин, гидрокортизон эмульсияси ёки малҳами, 0,25–1% ли рух сульфат, 10%, 20%, 50% ли прополис ишлатилади. Сурункали синусит авж олган даврида ва полипозли синуситларда иссиқ муолажаларни қўллаш ман этилади. Бундай ҳолларда дастлаб полипотомия амали бажарилиб, кейин бўшлиқ ичига ультратовуш ёрдамида 1% ли гидрокортизон юборилади. Қон босимининг ошиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, турли ўсмалар мавжуд бўлганда физиотерапия муолажалари тавсия қилинмайди.

Сурункали синуситларни даволашда оғиз бўшлиғини (тишларни) ва бурун-ҳалқумни соғломлаштириш, аденоидит, бурун тўсиғи қийшиқлиги, гипертрофик тумовни даволаш муҳим аҳамиятга эга.

Синуситнинг полипоз, гиперпластик, аралаш ва экссудатив шаклларида дори-дармонлар билан даволаш тадбирлари яхши натижа бермаган ҳолларда полипотомия ва бошқа жарроҳлик амаллари бажарилади; бурун полипи махсус сиртмоқ ёрдамида олиб ташланади. Этмоидитда дастлаб ўрта бурун чиғаноғи остидаги полип қолдиқлари конхотом ёрдамида олиб ташланиб, кейин ғалвисимон бўшлиқ катаклари очилади, бўшлиқ ичидаги полиплар қошиқча ёрдамида олинади.

Жарроҳлик амали ёрдамида зарарланган бўшлиқдан бурун бўшлиғига очилувчи кенг йўл ҳосил қилинади, натижада бўшлиқнинг ҳаво

алмашинуви яхшиланади, патологик ажралманинг чиқиши осонлашиб, кўз косаси ва калла ичи асоратларининг олди олинади.

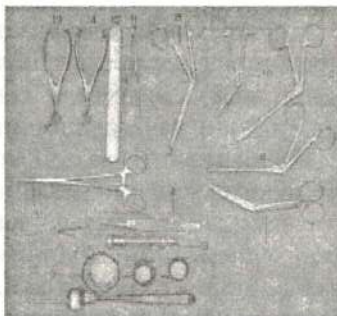
Сурункали гайморитда жарроҳлик амали бурун бўшлиғи орқали (эндоназал) ва бурундан ташқари йўл орқали (экстраназал) махсус тиббий асбоблар ёрдамида бажарилади (45-расм).

Ҳозирги кунда эндоназал жарроҳлик амаллари оптик асбоблар (қаттиқ эндоскоп, узун фокусли жарроҳлик микроскопи) ёки махсус тиббий асбоблар ёрдамида бажарилади (46-расм). Масалан, “Хаммер-2” аппарати ёрдамида бурун полипини олиб ташлаш, бурун ёндош бўшлиқларини очиш, бурун чиғаноқларини кесиб олиш ва битишмаларни кесиш каби жарроҳлик амалларини бажариш мумкин. Ультратовуш асбоби эса юқори жағ, пешона ва гал-вирсимон бўшлиқ катакларидида остеопластик “ёпик” жарроҳлик амалларини бажариш имконини беради.

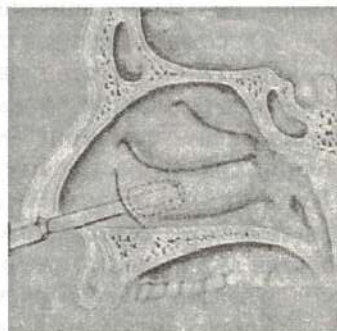
Экстраназал жарроҳлик амали яллиғланган тўқима, ўсма, холестеатома, полип ва чириган суяк тўқималарини олиб ташлаш имконини беради, бурун ёндош бўшлиқларининг ҳаво алмашинувини яхшилайди, бўшлиқ ичида йирингли ажралма тўпланишини олдини олади.

Юқори жағ бўшлиғида бажариладиган Колдвелл-Люк, А.Ф.Иванов ва Денкер бўйича радикал жарроҳлик амали амалиётда кенг қўлланилади. Бу жарроҳлик амалида юқори жағ бўшлиғи оғиз бўшлиғининг даҳлизини орқали юқори лаб остидан, юз соҳасидан очилади. Сурункали, серозли ва катарал гайморитларда юқори жағ бўшлиғи эндоназал йўл орқали очилади.

Колвелл-Люк бўйича гайморотомия жарроҳлик амали қуйидагича бажарилади: маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантиришдан сўнг оғиз бўшлиғи даҳлизининг шиллиқ ва суяк усти пардалари милк бурмасидан 0,5 см юқорида иккинчи тишдан олтинчи тиш сатҳи бўйлаб горизонтал кесилади. Суяккача бажарилган кесим ўрта чизиқдан 4–5 см ташлаб бешинчи-олтинчи тишларгача давом эттирилади, юмшоқ тўқималар суяк усти пардаси билан бирга махсус асбоб ёрдамида ажратилиб юқорига силжитилади.



45-расм. Бурун бўшлиғида жарроҳлик амалини бажариш учун керакли тиббий асбоблар.



46-расм. Эндоназал гайморотомия.

Воячекнинг новасимон исканаси ёрдамида юқори жағ бўшлиғи fossa canina соҳасида тешилади. Кейин ҳосил қилинган тешик Гаека қисқичлари ёрдамида кенгайтирилади. Суякда ҳосил қилинган тешикнинг ўлчами тахминан 2 x 2 см бўлиши лозим. Бўшлиқ ичи қийшиқ ажратгич ва суяк қошиқчаси ёки учи айлана қисқич ёрдамида патологик ўзгарган шиллиқ парда, йиринг, некротик тўқима, полип ва яллиғланиш ўсмаларидан тозаланади. Бир вақтнинг ўзида юқори жағ бўшлиғининг юқори-ички девори соҳасидаги патологик тўқималар ҳам олиб ташланади. Юқори жағ бўшлиғининг ички деворида ўлчами 2,5 x 1,5 см га тенг сунъий тешик, юқори жағ бўшлиғининг ички томонидан суяк тўқима олинади, юмшоқ тўқима «П» шаклида кесилиб бўшлиқ тубига ётқизилади, шу тариқа пастки бурун йўлига очиладиган кенг йўл ҳосил қилинади. Юқори жағ бўшлиғи шу тешик орқали ювилади, унинг ҳаво алмашинуви яхшиланади. Ҳосил қилинган сунъий тешикнинг пастки қисми силлиқланади.

Жарроҳлик амалидан сўнг қон оқишини олдини олиш мақсадида бўшлиқ ичига, хусусан галвирсимон катакчалар ичига йодоформ ёки микробларга қарши малҳам билан шимдирилган узун дока тиқма жойланади. Тиқманинг бир учи бўшлиқда ҳосил қилинган сунъий тешик орқали пастки бурун йўлига, бурун даҳлизига чиқарилади. Тиқма 24—48 соатдан сўнг олиб ташланади. Дока тиқма ўрнига бўшлиқ ичига махсус резина (латекс) баллон (пневмотиқма) киритса ҳам бўлади. Жарроҳлик амалининг охирида оғиз даҳлизидаги жароҳатга чок қўйилади (47—49- расмлар).

Жарроҳлик амалидан кейин бемор 6—7 кун давомида шифохона шароитида даволанади. Шу вақт давомида юқори жағ бўшлиғи сунъий тешик орқали кунига 2—3 марта антисептик эритмалар билан ювилади, беморга огриқсизлантирувчи, аллергияга қарши, антибиотиклар, дармондорилар, иммунитетни фаоллаштирувчи дори воситалари буюрилади.



47-расм Юқори жағ бўшлиғи жарроҳлик амалида шиллиқ қаватни кесиш.



48-расм. Юқори жағ бўшлиғининг кўриниши.



49-расм. Бурун бўшлиғи томондан ҳосил қилинган тешикни текшириш.

Сурункали фронтитда остеомеатал майдон катталашган ўрта бурун чиганоғи, илгаксимон ўсиқ, полип ёки катта галвирсимон пуфак билан ёпилиб қолганда пешона бўшлиғини бурун бўшлиғи билан боғлаб турувчи йўл эндоназал усулда кенгайтирилади, патологик ўзгарган тўқима эса олиб ташланади.

Дори-дармонлар билан даволаш ва эндоназал жарроҳлик амали самара бермаганлиги, яллиғланиш жараёни тез-тез қайталаниб туриши ва асоратлар ривожланиши ташқи (экстраназал радикал) жарроҳлик амалини қўллашга кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Пешона бўшлиғида Б.С.Преображенский бўйича чиқиш тешигини ҳосил қилиш мақсадида ўтказиладиган *Риттер-Янсен жарроҳлик амали* кенг қўлланилади. Ушбу жарроҳлик амали куйидагича бажарилади. Маҳаллий ва умумий оғриқсизлантириш остида тери кўз косасининг юқори чети бўйлаб қошнинг ўртасидан ичкарига, бурун ён девори томон кесилади. Юмшоқ тўқима суяк усти тўқимаси билан бирга кўз косасининг юқори девори, қош усти ёйи ва бурун ён деворидан ажратилади. Искана ва қисқичлар ёрдамида кўз косаси юқори деворининг бир қисми қош усти ёйигача олиб ташланади ва бўшлиқ ичига очилувчи овал тешик (2 x 1 см) ҳосил қилинади. Бурун бўшлиғига кенг йўл очиш мақсадида баъзан суякдаги жароҳат пастга қараб кенгайтирилади, юқори жағ пешона ўсиғининг юқори қисми, бурун ва кўз ёши суяклари қисман олиб ташланади. Пешона бўшлиғи ва галвирсимон бўшлиқнинг юқори қисмидан полип, патологик ўзгарган тўқима айлана учли қисқич ва суяк қошиқчалари ёрдамида чиқариб олинади ва гистологик текширувга юборилади. Б.С. Преображенский бўйича сунъий йўл ҳосил қилиш учун пешона бўшлиғига бурун бўшлиғи орқали узунлиги 3 см, диаметри 6—8 мм га тенг резина найча киритилади. Найча терига ёпиштириб қўйилади. Жароҳат майдонига чок қўйилади. Ҳосил қилинган йўлчадаги резина чиқаргич 3—4 ҳафтага қолдирилади ва пешона бўшлиғи вақти- вақти билан ушбу чиқаргич найчаси орқали ювилади.

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. Кўпинча пешона бўшлиғи пастки девори орқали (Белоголовов усули), айрим ҳолларда олд девори соҳасидан очилади (Киллиан усули). Пешона бўшлиғидаги патологик ўзгарган тўқималар, йирингли ажралма ва яллиғланиш ўсмалари ўткир қошиқча айлана учли қисқич ёрдамида олиб ташланади. Бўшлиқ кўздан кечирилиб, патологик ажралмадан тозаланганлигига ишонч ҳосил қилингандан сўнг бурун бўшлиғига очилувчи кенг йўл ҳосил қилинади. Бунинг учун аввал юқори жағ суяги пешона ўсимтасининг суяк қисми олиниб, кейин галвирсимон бўшлиқнинг олд ва қисман ўрта



50-расм. Пешона бўшлиғи радикал жарроҳлик амалида терини кесиш.



51-расм. Радикал жарроҳлик амалининг охириги босқичи.

катаклари очилади. Ҳосил қилинган йўл орқали бурун бўшлиғига чиқаргич найча киритилиб, уч ҳафтага қолдирилади. Баъзан ҳосил қилинган йўл битиб, фронтит қайталаниши кузатилиши мумкин. Бунинг олдини олиш учун пешона бўшлиғи тозалангандан сўнг бўшлиқ ичига ёғ тўқимаси, желатина ёки суяк тўқимаси жойланади (50–51- расмлар).

Асоратсиз кечган сурункали этмоидит дастлаб юқорида қайд этилган дори-дармонлар билан даволанади. Болаларда бурун ёндош бўшлиқларини силжитиш усули билан ювиш кенг қўлланилади, бунда бурун бўшлиғининг ҳаво босимини ошириш ёки пасайтириш орқали бўшлиқ ювилиб, патологик ажралмаси сўриб чиқарилади. Консерватив даволаш ёрдам бермаган ҳолларда бурун ичи жарроҳлик амаллари — септопластика, полипотомия, галвирсимон бўшлиқ катакларини қисман ёки тўлиқ очиш, ўрта бурун чиғаноғининг катталашган қисмини кесиб олиш, пастки бурун чиғаноғини кесиш ёки вазотомия амали бажарилади. Кўпинча полипотомиядан сўнг полипллар қайта пайдо бўлиши мумкин, шунинг учун жарроҳлик амалидан кейинги даврда беморларга 3–5 ой давомида кортикостероидли аэрозоллар (фликсоназе, альдецин, назонекс, насобек ва бошқ.), организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитет ҳолатини фаоллаштирувчи дори воситалар буюрилади. Бурун ичи жарроҳлик амалларини оптик асбоблар (қаттиқ эндоскоп, микроскоп ва микроасбоблар) ёрдамида бажариш яхши натижа беради, улар бўшлиқнинг анатомик тузилмаларини ва физиологик фаолиятини сақлаб қолишга ёрдам беради.

Галвирсимон бўшлиқ катакларини бурун бўшлиғи орқали очиш ва полипотомия жарроҳлик амали маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш (3% ли дикаин ёки 10% ли лидокаин аэрозоли) остида бажарилади. Мушак орасига керакли дозада 2% ли промедол, 0,1% ли атропин сульфат ва тавегил (промедикация) юборилгандан сўнг, бемор жарроҳлик столига ярим ўтирган ҳолатда ётқизилади. Жарроҳлик

амали бажариладиган майдонга 0,1% ли адреналин гидрохлорид эритмаси суртилади ва жарроҳлик амалининг биринчи босқичи — полипотом ёки айлана учли бурун қисқичи ёрдамида бурун бўшлиғи полиплари кесиб олинади. Ғалвирсимон бўшлиқ катаклари соҳасида жарроҳлик амалини бажариш учун ўрта бурун чиғаноғи ички томонга силжитилади (синдирилади) ёки унинг катталашган олд қисми кесиб олинади, шунда ўрта бурун йўли анча кенгайди. Ўрта бурун йўли кўзга аниқ кўрингандан сўнг айлана учли бурун қисқичлари, конхотом ёки Гартман суяк қисқичи ёрдамида олд ва ўрта ғалвирсимон катаклар навбатма-навбат қисман очилади. Орқа ғалвирсимон катаклар ўрта бурун чиғаноғининг орқа қисми орқали очилади. Шундай қилиб ғалвирсимон бўшлиқнинг барча катаклари понасимон бўшлиқ чегарасигача очилиб, ягона ҳаволи бўшлиқ ҳосил қилинади.

Гайморит ва этмоидит бирга кечган ҳолларда ғалвирсимон бўшлиқ катаклари Преображенскийнинг қийшиқ қошиқчаси ёрдамида юқори жағ бўшлиғи орқали очилади (*Винклер усули*).

Жарроҳлик амали пайтида врачнинг нотўғри ҳаракати туфайли тиббий асбоб ғалвирсимон суяк пластинкасини шикастлаши ва калла суяги бўшлиғига кириб кетиши мумкин. Бу эса орқа мия суюқлигининг оқишига, менингит ва бошқа оғир асоратларни келиб чиқишига олиб келади. Ғалвирсимон пластинка жароҳатини олдини олиш учун унинг топографик жойлашувини яхши билиш талаб этилади. Ғалвирсимон пластинка бурун чўққисининг пастиди ўрта чизик бўйлаб жойлашади. Шунинг учун жарроҳлик амали пайтида тиббий асбобларни бурун бўшлиғининг ташқи девори томон йўналтирган ҳолда ишлатиш лозим, асбобларни ўрта чизикқа яқинлаштириш ғалвирсимон пластинканинг жароҳатига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, ҳар бир беморда ғалвирсимон бўшлиқ катакларининг жойлашуви ва сони турлича бўлади, шу сабабдан жарроҳлик амалида барча катаклар очилган ёки очилмаганлигини аниқлаш қийин бўлади. Кўпинча яллиғланган ғалвирсимон катакларнинг бир қисмини олиб ташлаш етарли бўлади, қолган катаклар эса дорилар ёрдамида даволанади.

Понасимон бўшлиқ ҳам маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида эндоназал йўл орқали очилади. Дастлаб ғалвирсимон бўшлиқнинг олд, ўрта ва орқа катаклари юқорида қайд этилган усулда навбатма-навбат очилади. Ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катаклари очилгандан сўнг понасимон бўшлиқнинг олд девори кўзга ташланади. Понасимон бўшлиқнинг олд девори одатда юпқа бўлганлиги сабабли у махсус тиббий асбоб, новасимон искана ёки Гартман асбоби ёрдамида тешилади ва ҳосил қилинган тешик кенгайтирилади. Айрим ҳолларда бўшлиқнинг олд девори тўлиқ кесиб олинади ва бўшлиқ яллиғланган шиллик парда, яллиғланиш ўсмалари, холестеатома, полип ва некрозга учраган юмшоқ тўқималардан тозаланади.

Сурункали сфеноидит сурункали гайморит билан бирга кечган ҳолларда понасимон бўшлиқ юқори жағ бўшлиғи орқали очилади

(трансмексилляр йўл). Бунда юқори жағ бўшлиғида кенгайтирилган жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг, бўшлиқнинг ички девори орқали унинг орқа-юқори чегарасида олд деворига ёнма-ён жойлашган галвирсимон бўшлиқнинг орқа катаклари навбатма-навбат очилади. Кейин понасимон бўшлиқнинг олд девори очилиб, бўшлиқ ичидаги патологик ўзгарган тўқималар ва яллиғланиш ўсмалари олиб ташланади. Жараён иккинчи бўшлиққа ҳам тарқалган бўлса, бўшлиқлар ўртасидаги тўсиқ синдирилиб, иккинчи бўшлиқ ҳам патологик ажралмалардан тозаланади.

Жарроҳлик амалининг охириги босқичида бўшлиқ ичига левомеккол, левосин малҳами ёки йодоформ шимдирилган дока тикма жойланади. Тикма 24—48 соатдан сўнг алмаштирилади.

Бемор диспансер назорати остига олинади ва керакли реабилитация тадбирлари олиб борилади.

Бурун ёндош бўшлиқларининг кистасимон кенгайиши бўшлиқларнинг чиқиш йўли ёпилиб, бўшлиқ ичида тўпланиб қолган суюқлик бўшлиқ деворларини кенгайтириши натижасида пайдо бўлади. Бўшлиқ ичидаги суюқлик серозли (*hydrops*), шилимшиқ (*mucocoele*) ёки йирингли (*pyocoele*) бўлиши мумкин.

Бўшлиқларнинг кистасимон кенгайиши кўпинча пешона ва галвирсимон бўшлиқларда учрайди. Унинг ривожланишига юз суяклари жароҳатлари, яллиғланиш, аллергия ҳолатларидаги шиллиқ парданинг шиши сабаб бўлиши мумкин.

Белгилари. Касалликнинг клиник манзараси кўпинча ноаниқ кечади. Кейинчалик суяк деворининг шакли ўзгарганда кўз косасининг юқори-ички бурчагида шиш пайдо бўлади, кўз олмаси ташқарига ва пастга силжийди, лекин шиш майдони оғримади. Бўшлиқ ичидаги суюқлик билан тўлган қопча катталашган сари пешона бўшлиғининг юз ва кўз косаси деворлари, баъзан бош мия ва ички девори кенгайиб боради. Пешона бўшлиғининг пастки девори юпқалашганлиги туфайли пайпасланганда ўзига хос товуш эшитилади. Кўз олмасининг ҳаракати чегараланади, беморда диплопия ривожланади, кўзларидан ёш оқади. Риноскопияда ўрта бурун йўлида бироз бўртиш кўринади. Касаллик жуда секин ривожланиб, бўшлиқ деворларининг шакли ўзгармагунча белгисиз кечади. Унинг дастлабки белгилари жароҳатдан 1—2 ва ҳатто 15—20 йил ўтгандан сўнг пайдо бўлади.

Таъхис анамнезда юз суяклари жароҳати содир бўлганлиги ва аллергия касалликлар ҳақида маълумотлар борлиги, бемор шикоятлари, пальпация, риноскопия, рентгенография, компьютер томография, МРТ текширувларининг натижалари асосида қўйилади. Рентнограммада кўз косасининг юқори қисми кичрайганлиги, ички четида суяк чизгиларининг узилиши, галвирсимон бўшлиқ катаклари катталашганлиги кўринади.

Бўшлиқ ичидаги экссудат ҳидсиз қуюқ асални ёки тухум оқини эслатади, унда холестерин кристаллари аниқланади; экссудат тиниқ

ёки хира, оч сариқ, сариқ ёки сут рангида, баъзан шоколад рангида бўлади. Бурун ёндош бўшлиқларининг кистасимон кенгайиши бўшлиқлар яллиғланиши, ўсмалари, кўз косаси атеромаси, кўз ёши қопчаси кистаси ва эмпиемасидан фарқланиши лозим. Мукоцеле одатда асоратсиз кечади. Кистасимон кенгайиш 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. Полипларнинг ранги кулранг, баъзан сарғиш-қизил, юзи силлиқ, сони ва ўлчамлари турлича бўлади. Полип 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. Полип бурун-ҳалқумни тўлдириб, юмшоқ танглайнинг орқасида осилиб туради. Галвирсимон бўшлиқ катакларидан ўсган бурун бўшлиғи полипи юқори бурун йўлини тўлдириб туради. Бурун тўсиғидан ўсган бурун полиплари кўпинча бурундан қон оқишига сабаб бўлади. Риноскопияда бурун тўсиғида турли ўлчамдаги қизғиш силлиқ тузилма борлиги кўринади, унинг асоси ингичка бўлади. Полиплар бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин (52–55- расмлар).

Белгилари. Дастлаб бемор ҳеч қандай ноқулайлик сезмайди. Баъзан бурун битишига ва ундан кўп миқдорда ажралма ёки қон оқишига, нафас олиши қийинлигига шикоят қилади. Бурун ёндош бўшлиқлари зарарланганда ва полип катталашиб, буруннинг икки томонини тўлдирганда беморда бош оғриғи, баъзан қош соҳасини оғриши (уч шоҳли асаб толаси невралгиясига хос белгилар) невралгия, тез чарчаш, ҳид билиш қобилиятининг йўқолиши кузатилади.

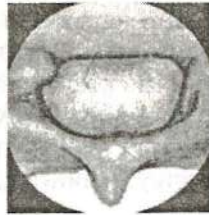
Таъхис касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, олд ва орқа риноскопия, рентгенография, КТ, МРТ ва эндоскопия текширувлари натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Одатда полип маҳаллий оғриқсизлантириш остида махсус асбоб полипотом ёрдамида узиб ёки кесиб олинади. Бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси 3% ли дикаин ёки 10% ли лидокаин аэрозоллари билан оғриқсизлантирилгандан сўнг бурун бўшлиғига полипотом сиртмоғи киритилади ва полипнинг оёқчасига (бирикиш жойигача) ташланиб, тортилади. Шу тариқа полип узиб олинади. Хоаналарда жойлашган полип махсус асбоблар (Ланга сиртмоғи) ёрдамида олинади. Фарингоскопия пайтида врач полипнинг ингичка оёқчасини сиртмоқ ичига киритади ва уни ўзига тортиб, полипни узиб олади. Касаллик қайталанганда полип ўсишига сабаб бўлган галвирсимон ва юқори жағ бўшлиқларида керакли жарроҳлик амаллари бажарилади.

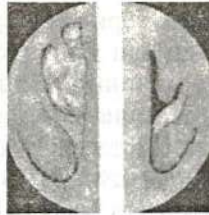
Бурун бўшлиғи полипларини криотерапия ёрдамида даволаш касаллик қайталанишининг олдини олади, якка тартибда жойлашган полиплар асосан полипотомия усулида даволанади.



52-расм. Орқа риноскопияда бурун бўшлиғи полипи.



53-расм. Орқа риноскопияда хоана полипи.



54-расм. Олд риноскопияда бурун бўшлиғи полипи ва ўрта бурун йўлида йиринг тўплами.



55-расм. Оёқчали полип.

Полипозли синусит алергик ринит билан кечган ҳолларда полипотомиядан олдин ва кейин беморга десенсибилизация (супрастин, кеналог-40, дипраспон) тадбирлари ёки бурун полиплари олингандан сўнг бурун ичига турли кортикостероид аэрозолларни (альдецин, мометазин, фрутиказон 1 дозадан бир кунда 1–2 маҳал) сепиш 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 асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлади:

- бурун орқали нафас олишнинг бузилиши;
- юқори нафас йўли патологиясининг пастки нафас йўллариغا рефлектор таъсири;
- инфекциянинг юқори нафас йўлларида пастки нафас йўллари тарқалиши;
- организмнинг алергенларга бўлган сезгирлиги.

Биринчидан кўз косаси уч томондан бурун ёндош бўшлиқларининг деворлари (пастда юқори жағ, ички томонда — ғалвирсимон ва понасимон, тепада — пешона бўшлиғи девори) билан ўралган, калла суягининг олд чуқурчаси эса пешона ва ғалвирсимон бўшлиқларга, ўрта чуқурчаси понасимон бўшлиққа яқин жойлашган. Иккинчидан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари кўз косаси ва калла суяги билан асаб толалари 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. Учунчидан лимфа суюқлиги бурун ва бурун ён бўшлиқларидан ҳид билиш асаб толасининг лимфа йўли бўйлаб бош миянинг субарахноидал бўшлиғига оқиб боради. Юқорида қайд этил-

ган анатомик яқинлик риноген кўз косаси ва калла ичи асоратларининг ривожланишига ёрдам беради.

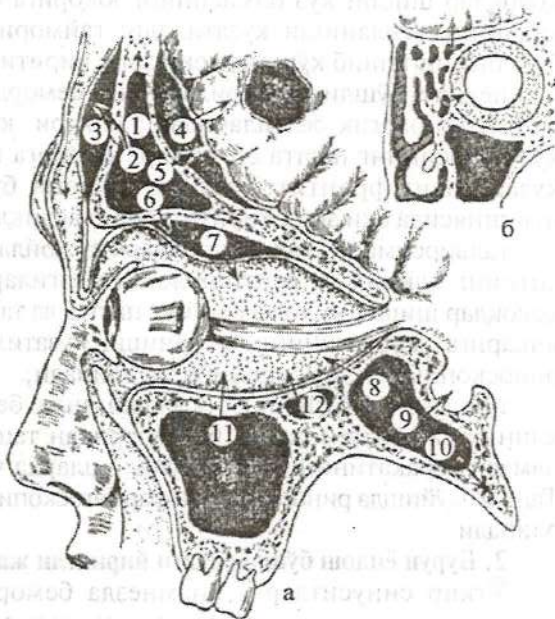
Риноген кўз косаси асорати инфекция бурун ёндош бўшлиғидан кўз косасига контакт, гематоген ва лимфоген йўл орқали тарқалиши натижасида ривожланади. Ўткир респиратор касалликлар, турли жароҳатлар, қандли диабет, ҳомиладорлик каби омиллар бундай асоратларни юзага келишига ёрдам беради. Синуситлар билан касалланган болаларда риноген кўз косаси асоратлари 0,5–14,7%, катталарда 0,5–8,5% ҳолларда учраши қайд этилган.

Риноген кўз косаси асоратларида беморларни текшириш тартиби:

1) ташқи текширув ва пайпаслаш; буруннинг физиологик фаолиятларини текшириш;

2) олд ва орқа риноскопия, эндоскопия текшируви;

1 – пешона суяги остеомиелити ривожланиши; 2 – пешона соҳасида суяк усти хўппозининг ҳосил бўлиши; 3 – юқори қовоқ хўппозининг ҳосил бўлиши; 4 – суяк усти хўппозининг ёрилиб, калла бўшлиғи хўппозини ҳосил бўлиши; 5 – калла суягининг пешона бўлагига қаттиқ бош мия парда усти хўппозининг ҳосил бўлиши; 6 – суяк усти хўппозининг кўз косаси деворида ҳосил бўлиши; 7 – суяк усти хўппозидида кўз косасида флегмона ҳосил бўлиши; 8 – яллиғланиш жараёнининг понасимон бўшлиқдан кўз косаси тубида жойлашган аъзоларга тарқалиши: “юқори кўз косаси тирқиши” белгиси, кўриш асаб толасининг атрофияси ва неврити; 9 – яллиғланиш жараёнининг турк эгари ва каверноз синусга тарқалиши; 10 – понасимон бўшлиқ остеомиелитининг ривожланиши; 11 – йирингли ўчоқни юқори жағ бўшлиғидан кўз косасига очилиши; 12 – йирингли ўчоқни орқа галвирсимон катаклардан кўз косасига ва асаб толасига очилиши.



56-расм. Синуситларда кўз косаси ва калла ичи асоратлари ривожланиши ва уларнинг шакллари:

3) бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси, калла суягининг ён ва олд томонлама рентгенографияси; КТ, МРТ;

4) офтальмолог кўриги;

5) қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, биокимёвий текширувлар, бактериологик текширув;

6) бурун ёндош бўшлиқларини диагностик тешиб кўриш, табиий тешиқлар орқали текшириш, пешона бўшлиғи трепанопункцияси ёрдамида текшириш.

Текширувда инфекция манбаи бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли жараёни ва кўз косаси асорати эканлиги аниқланади.

1. Кўз косаси асоратида инфекция манбаини аниқлаш.

Инфекция манбаи юқори жағ бўшлиғида жойлашганда беморда гайморитнинг клиник ва рентгенологик белгиларидан ташқари, пастки қовоқлар шиши, кўз олмасининг юқорига силжиши, пастга ҳаракатининг чекланиши кузатилади; гайморит ташхиси юқори жағ бўшлиғини тешиб кўрганда ёки зонд киритилганда тасдиқланади;

пешона бўшлиғида жойлашганда беморда фронтитнинг клиник ва рентгенологик белгиларидан ташқари, юқори қовоқлар шиши, кўз олмасининг пастга силжиши, юқорига ҳаракатини чекланиши кузатилади; фронтит ташхиси пешона бўшлиғининг трепанопункциясида ёки зонд киритилганда тасдиқланади;

галвирсимон бўшлиқ катакларида жойлашганда беморда этмоидитнинг клиник ва рентгенологик белгиларидан ташқари, юқори қовоқлар шиши, кўз олмасининг пастга ва ташқи томонга силжиши, ичкарига ҳаракатининг чекланиши кузатилади. Ташхис кўйишда риноскопия манзараси эътиборга олинади;

понасимон бўшлиқда жойлашганда беморда сфеноидитнинг клиник ва рентгенологик белгиларидан ташқари, экзофтальм, кўз олмаси ҳаракатининг барча йўналишларда чекланиши кузатилади. Ташхис кўйишда риноскопия ва фарингоскопия манзаралари эътиборга олинади.

2. Бурун ёндош бўшлиғидаги йирингли жараён шаклини аниқлаш.

Ўткир синуситларда анамнезда бемор илгари бурун ёндош бўшлиқлари касаллигини бошдан кечирмаганлиги маълум бўлади. У давомли тумов ва бурун орқали нафас олиши қийинлигига шикоят қилади. Риноскопияда ўрта бурун йўли ва бурун-ҳалқумда полип аниқланмайди, юқори жағ бўшлиғи тешиб кўрилганда ва пешона бўшлиғи трепанопункциясида ҳидсиз йирингли экссудат аниқланади;

сурункали синуситларда бемор давомли тумов ва бурни орқали нафас олиши қийинлигига шикоят қилади, анамнезда илгари бурун ёндош бўшлиқлари касаллигини бошдан кечирганлиги маълум бўлади. Риноскопияда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма, тўқима гиперплазияси ва полиплар кўринади. Юқори жағ бўшлиғи тешиб кўрилганда ва пешона бўшлиғи трепанопункциясида бадбўй йиринг аниқланади.

3. Кўз косаси атрофи асоратларининг шаклини аниқлаш.

Кўз косаси атрофи асоратлари йирингсиз ва йирингли асоратларга бўлинади ва қуйидаги клиник шаклларда намоён бўлади (56-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) остеопериостити;
- 4) субпериостал хўппоз;
- 5) кўз қовоғи хўппози;
- 6) кўз қовоғи ва кўз косаси деворининг оқмаси;
- 7) кўз косаси флегмонаси;
- 8) ретробульбар хўппоз;
- 9) кўз косаси вена қон томирларининг тромбози.

Қовоқлар ва кўз косаси юмшоқ тўқимасининг реактив шишида кўз атрофи терисининг ранги ўзгармайди, қовоқларнинг бири ёки иккаласи шишади (сохта птоз), тери қизариши ва клетчатканинг инфильтрацияси кузатилмайди, тўқима юмшоқлигича қолади. Реактив шиш кўз орқаси тўқимасига тарқалганда кўз олмаси олдинга силжийди (59-расм).

Целлюлит – қовоқлар ва кўз косаси тўқимасининг тарқоқ йирингсиз яллиғланиши. Беморда экзофтальм кузатилади, қовоқлари қизариб шишади, кўзи ва боши оғрийди, тана ҳарорати кўтарилади. Кўз соҳаси босилганда оғрийди. Баъзан беморда хемоз ва кўриш ўткирлигининг пасайиши кузатилади.

Кўз косаси деворининг остеопериостити кўпинча ўткир ва сурункали фронтитда ривожланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, боши оғрийди, юқори қовоғи шишади, конъюнктива қон томирлари қонга тўлганлиги кўринади, экзофтальм, баъзан хемоз кузатилади; кўз олмаси кўпинча пастга силжийди, юқорига ҳаракати чекланади; яллиғланган майдон пайпасланганда оғрийди; кўз олмаси босилганда ва силжиганда бироз оғрийди.

Этмоидит сабаб бўлган остеопериоститда кўз қовоқларининг асосан ички қисми шишади. Гайморитда остеопериостит асорати кам кузатилади; беморда пастки қовоғи ва конъюнктиванинг пастки қисми шишади, хемоз кузатилади. Чуқур остеопериоститда кўз олмаси юқорига силжиб, олдинга бўртиб чиқади. Жараён ривожланган сари беморда кўз косасида субпериостал хўппоз ҳосил бўлади. Қовоқлар кескин қизаради, териси қалинлашиб, қаттиқлашади, хемоз кучаяди, кўз олмаси олдинга силжийди, ҳаракатлари чекланади, кўз олмаси босилганда ёки фаол ҳаракатлантирилганда оғрийди. Шиш ва оғриқ флюктуация аниқланишини қийинлаштиради. Чуқур субпериостал хўппозларда кескин экзофтальм, юзаки хўппозларда – бирозгина экзофтальм кузатилади. Чуқур субпериостал хўппозда беморда

узоқлаштирувчи ва кўз олмасини ҳаракатлантирувчи асаб толалари фалажи ва кўриш ўткирлигининг пасайиши кузатилади.

Кўз қовоғининг хўппози. Юқори кўз қовоғининг хўппози кўпинча фронтитда, пастки кўз қовоғининг хўппози гайморитда ривожланади. Беморнинг кўзи шишади, қизаради ва ҳаракатсиз қовоқлар билан ёпилади. Кўз қовоғини кўтарганда конъюктива 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 хўппози гематоген йўл орқали ёки йиринг бурун ёндош бўшлиғи олд деворини емирганда пайдо бўлиши мумкин. Агар бурун ёндош бўшлиқлари олд девори емирилиши натижасида кўз қовоғи хўппози пайдо бўлган бўлса, у ўз-ўзидан 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 илдизи 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 охири босқичи ҳисобланади. Бирламчи орбита фистуласида кўз косаси ва қовоқларнинг яллиғланиши кузатилмайди. Иккиламчи оқмалар субпериостал хўппоз тўлиқ ривожланиши ёки етилиши натижасида ҳосил бўлиб, кўпинча кўз косаси юқори четининг ўртасида, баъзан унинг ташқи бўлимларида жойлашади.

Кўз косаси флегмонаси тарқоқ, аниқ чегараланмаган, ўсиб борувчи яллиғланиш жараёни бўлиб, тарзо-орбитал бойлам орқасида жойлашган кўз косаси клетчаткасининг емирилишига олиб келади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашиб, тана ҳарорати 39–40°C кўтарилади, боши оғрийди, қалтираш кузатилади, кўзи жуда қаттиқ лўқиллаб оғрийди. Кўз косаси флегмонасида офтальмоплегия (оғриқ билан кечган экзофтальм, кўз олмаси ҳаракатининг кескин чекланиши ёки бутунлай ҳаракатсизлиги), кўз қовоғининг шиши (бу шиш хўппоз ҳосил бўлишидан далолат бермайди), кескин хемоз ва кўриш ўткирлигининг бузилиши кузатилади (57-расм). Қонда лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши аниқланади. Ўз вақтида ташхис қўйилиб, жадал даволаш чора-



57-расм. Кўз косаси флегмонаси.

тадбирлари ўтказилмаса беморда сепсис (септикопиемия) ёки калла ичи асорати ривожланиши мумкин.

Кўз косаси веналари тромбози. Ушбу асорат бошқа риноген асоратларга қараганда кам учраб, кўпинча бурун ва юз чипқони (карбункул) ва сарамасида ёки улардан кейин ривожланади. Кўз косаси ве-



58-расм. Форсимон синус тромбози.



59-расм. Кўз косаси ички қисмининг реактив шиши.

наларининг тромбози одатда форсимон синус тромбози ва тромбофлебити билан бир вақтда кечади. Кўз косаси веналарининг тромбози умумий ва маҳаллий клиник белгилар билан кечади. Беморда септик ҳолат; умумий клиник аҳволининг оғирлиги, тана ҳароратини доимий равишда 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 форсимон синусга тарқалмаган ҳолларда беморнинг умумий аҳволи оғир бўлса-да, тана ҳарорати субфебрил бўлиши мумкин.

Маҳаллий белгиларга кўз қовоқларининг юмшоқ шиши ва тромб билан тўлганда вена қон томирлар соҳасида осилиш ёки пайпасланганда аниқланиши киради. Кейинчалик шиш белгилари пайдо бўлади: кўз қовоқлари қизариб, қалинлашади, веналар кўкимтир бўлиб кўринади, хемоз кескинлашади, шишган қовоқлар остида экзофтальм кузатилади. Кўз соҳасининг оғриши кўз косаси флегмонаси оғриғига нисбатан бироз кучсиз бўлади. Кўз косаси веналари тромбофлебитида кўз қорачиги кенгайиб, унинг фалажи ривожланади, кўзнинг ҳаракати анча чегараланади ёки бутунлай ҳаракатсизланади, баъзан кўриш ўткирлиги пасаяди.

Риноген кўз косаси асоратлари синуситларнинг 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, тишлар, кўз косаси ва кўз олмасининг специфик ва носпецифик яллиғланиши) жавобан қон айланишининг бузилиш сифатида ривожланади.

Кийсий таухусот. Қовоқлар шишини умумий касалликларда, масалан буйрак, аллергия касалликлар ва турли вегетатив-вазомотор бузилишлардаги шишдан фарқлаш лозим. Чақалоқ ва ёш болаларда гайморит ва этмоидит касаллигини лунж ва қаттиқ танглай шиши

билан кечган 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, пастда жойлашганда — кўз ёши қопчаси яллиғланишидан далолат беради.

Даволаш: Риноген кўз косаси асорати аниқланган бемор шошилинч равишда оториноларингология ёки реанимация бўлимига ётқизиши шарт.

1) Кўз косасининг йирингсиз асорати билан кечган ўткир синуситларда бурун ичига қон томирларни торайтирувчи дори воситалари (нафтзин, галазолин, санорин) томизилади, яллиғланишга қарши терапия ўтказилади, беморга тана ҳароратини тушириш, оғриқсизлантириш ва антигистамин дори воситалари тавсия қилинади. Кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда юқори жағ бўшлиғи тешилиб, тефлон найчадан тайёрланган дренаж ўрнатилади ва пешона бўшлиғи трепанопункцияси бажарилади.

2) Кўз косасининг йирингсиз касалликлари билан кечган сурункали синуситда зарарланган бурун ёндош бўшлиқларида ташқи томондан 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 касалликлари асорати сифатида кечган ўткир ва сурункали синуситда зарарланган бўшлиқдаги эмпиема ва флегмона шошилинч равишда очилиб, бурун ёндош бўшлиқларида эндо- ва экстраназал жарроҳлик амали бажарилади. Беморга интенсив реанимация чора-тадбирлари ўтказилади.

4) Кўз косаси веналарининг тромбози билан кечган ўткир ва сурункали синуситда бурун ёндош бўшлиқларида эндо- ва экстраназал жарроҳлик амали ўтказилиб, бурун бўшлиғига очилувчи кенг йўл ҳосил қилинади, 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 тромбозиди дори воситалари томир ичига юборилади. Даволаш тадбирлари реанимация бўлимида олиб борилади. Антибиотиклардан клофарон, цефамизин, цефотриксил, амоксиклав, раволицин; сульфаниламидлардан сульфамонетоксин, бисептол, метронидазол; замбуруғларга қарши дорилардан низарол, амфотерецин; десенсибилизация воситаларидан кальций хлорид, кальций глюконат, тавегил, зиртек, телфаст, аллергодил, супрастин; кортикостероидлардан преднизолон, гидрокортизон суспензияси буюрилади. Бундан ташқари беморга иммуностимуляторлар (тималин, Т-активин,

ИРС-19, имудон) синупрет, ремантодин, рибомунил, дармон-дорилар, модда алмашинувини яхшиловчи, организм заҳарланишини камайтирувчи ва сийдик ҳайдовчи воситалар (томир ичига гемодез, глюкоза, реополиглюкин, 0,9% ли натрий хлорнинг физиологик эритмаси, қон, қон зардоби) юборилади, стафилаккокга қарши анатоксин, гаммаглобулин, қон зардоби, симптоматик терапия буюрилади.

Риноген калла ичи асоратлари нисбатан кам учрайди ва барча калла ичи асоратларининг 10 % ини 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 қилинади:

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:

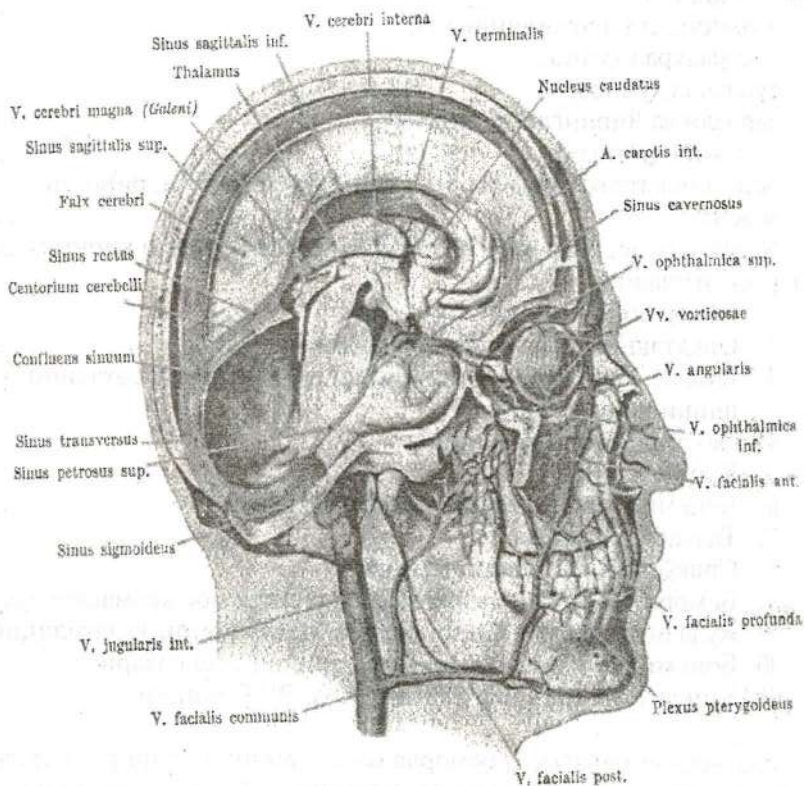
1. Бемор бошининг қаттиқ оғриши;
2. Овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган қусиш;
3. Кўзларнинг юқори қовоғи ва қош усти териси соҳасининг шишиши ва қизариши;
4. Эс- хушнинг хиралашиши;
5. Кўриш ўткирлигининг бузилиши;
6. Бош мия асаб толаларининг фалажлари;
7. Талваса ҳолатлари;
8. Совқотиш, қалтираш, терлаш;
9. Беморнинг умумий аҳволини синуситга мос келмаслиги ва жуда оғир бўлиши (сепсисга хос белгиларнинг кузатилиши);
10. Бош мия суюқлиги босимининг ошиши белгилари;
11. Қондаги ўзгаришлар (лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши).

Риноген арахноидитда беморда бош оғриши, кўриш ўткирлигининг пасайиши, гипертензия ва менингиал белгилар кузатилади, орқа мия суюқлигида серозли менингитга хос ўзгаришлар аниқланади.

Даволаш. Риноген арахноидит билан оғриган бемор бурнининг зарарланган бўшлиғида жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг неврология бўлимига кўчирилади. У ерда беморга жадал даволаш тадбирлари буюрилади.

Калла суяги олд чуқурчасининг экстрадурал хўппози (чегараланган пахименингит) — 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 косаси асорати, пешона суяги остеомиелити) бажарилган жарроҳлик амали пайтида тасодифан аниқланади. Баъзан бемор боши оғришига, йирингли ўчоқ майдони перкуссия қилинганда оғриқ кучайишига, кўнгли айниши ва қусиш хуружларига, кўзини ташқи томонга ҳаракатлантириши қийинлигига, ҳолсизликка шикоят қилади. Унинг тана ҳарорати баланд бўлиб, синусит белгилари кузатилади.



60-расм. Бош мия қаттиқ пардаси вена синусларини юзнинг асосий қон томирлари билан боғлиқлиги.

Риноген менингит (*meningitis rhinogena*) – бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидан бактериал инфекциянинг 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 хуружи даврида ривожланади.

Инфекция кўпинча контакт йўл орқали калла суягининг олд чуқурчасига тарқалиб, бош мия пардаларининг яллиғланишига сабаб бўлади. Бурун бўшлиғи ичида бажарилган жарроҳлик амалида ғалвирсимон пластинканинг жароҳати ва калла суяги асосининг синишида йирингли менингит ривожланиши мумкин.

Белгилари. Риноген менингит ўткир клиник белгилар билан бошланади, беморнинг тана ҳарорати доимо баланд бўлади. Калла суяги ичи босими ошиб, беморда тарқоқ бош оғриғи, кўнгил айниши ва қусиш кузатилади. Бош мия пардаларининг таъсирланиши, яъни энса мушакларининг тортилиши ва Керниг белгилари каби менингитга хос белгилар пайдо бўлади. Бундан ташқари, яллиғланиш жараёни бош мия ва бош мия асаб толаларига тарқалиши ва беморда талваса, психомотор ҳолат, эс-хушни йўқотилиши ва патологик рефлекслар (Бабинский, Россолимо, Оппенгейм, Брудзинский) пайдо бўлиши мумкин.

Орқа мия суюқлигининг ўзгариши, унда ҳужайралар сони ва оқсил миқдорининг кўпайиши менингит ташхисини тасдиқлайди. Орқа мия суюқлиги ишлаб чиқарилишининг кескин ошиши ва калла ичи босимининг 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 бурун ёндош бўшлиқларида йирингли жараённи бартараф этиш учун жарроҳлик амали бажарилади ва албатта калла суяги асосининг олд чуқурчаси соҳасида бош мия қаттиқ пардасининг юзи очилади ва кўздан кечирилади; бир вақтнинг ўзида яллиғланишга қарши кучли терапия, дегидратация тадбирлари ўтказилади, орқа мия тешилгандан сўнг орқа мияга керакли дорилар юборилади.

Риноген бош мия хўппози – бош мия тўқимасининг чегараланган йирингли тўплами 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 хўппоз одатда бош миянинг пешона бўлагига ва деярли доимо яллиғланган бўшлиқ томонда жойлашади.

Белгилари. Касаллик маҳаллий ва умумий белгилар билан кечади. Маҳаллий белгилар кўз қовоқлари ва конъюнктиванинг шиши ва

қизариши, турли даражадаги экзофтальм, яллиғланган томонда кўз олмасининг пастга ва ташқи томонга ҳаракатининг чегараланиши билан намоён бўлади.

Риноген бош мия ҳўппозининг клиник ривожланиши 4 босқичда кечади.

Бошланғич босқичда беморда тана ҳароратининг бироз кўтарилиши, бош оғриғи, қусиш, ҳолсизлик ва умумий яллиғланишга хос белгилар кузатилади.

Яширин (латент) босқичда қасалликнинг барча белгилари сусаяди, тана ҳарорати меъёрлашади, қусиш, ҳолсизлик кузатилмайди, беморнинг кайфияти ва умумий клиник аҳволи яхшиланади.

Аён босқичда яллиғланишга хос умумий клиник белгилар — ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳанинг йўқолиши билан бирга бош мия пардасининг яллиғланиши белгилари — пешона соҳасида кучли оғриқ, уйқучанлик, овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган қусиш ва кўнгил айнаши кузатилади. Беморда бош мия пешона бўлагининг яллиғланишига хос ўчоқли белгилар пайдо бўлади:

— беморнинг руҳий ҳолати ўзгариб, у ўзининг сғир аҳволини тўғри баҳолай олмайди, ноўрин ҳаракатлар қилади (эйфория ҳолатига тушади), овқатни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилади, атрофдагиларга бепарқ бўлиб қолади, ҳид сезиш ёки кўриш қобиляти пасаяди;

— “қобиқ ости рефлекслари” пайдо бўлади;

а) “қўли билан автоматик равишда ушлаш” рефлекси — бемор қафтига теккан жисми иштиёрсиз ушлаб олади;

б) “ушлашга интилиш” рефлекси — бемор иштиёрсиз 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 иштиёрсиз қаршилиқ кўрсатади ва кўзларини юмиб олади (И.Ю.Кохановский белгиси).

Бош мия пешона бўшлиғи ҳўппозининг ўчоқли белгилари; талваса, оёқ қўлларда парез ва фалажлар, кўриш ўткирлигининг пасайиши юз бериши мумкин. Талваса Жексон тутқаноғидай кечиб, қарама-қарши томондаги юз мимика мушакларидан бошланиб, қўл ва оёқ мушакларига тарқалади. Баъзан афазия — нутқ бузилиши белгиси билан ҳам кечиши мумкин. Ҳўппоз катталашиб, пешона бўлаги чегарасидан чиққан ҳолларда беморда дислокация белгилари — қарама-қарши томонида қўл-оёқларда сезувчанлик ва ҳаракат бузилишлари пайдо бўлади.

Терминал босқичда организм заҳарланиши ва бош мия шиши ривожланиши натижасида ички аъзоларда чуқур патологик ўзгаришлар юз беради.

Ташхис беморнинг ўзига хос шикоятлари, касалликнинг бошланиши, клиник ва неврологик белгилар, КТ ва МРТ текширувларининг натижалари, орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар асосида қўйилади. Орқа мия суюқлиги босим билан тез оқади, унда оқсил-хужайра диссоциацияси, лейкоцитлар, хлоридлар, қанд миқдорининг ошиши қайд этилади. *Беморда бош мия транстекториал ёки чакка бўлаги жароҳати бўлиши мукинлигини эсда тутуши лозим!*

Ташхис қўйиш учун баъзан бурун ёндош бўшлиқлари очилганда бош миянинг қаттиқ пардаси тешилиб, бош миянинг олд чуқурчаси кўздан кечиради.

Даволаш. Риноген бош мия ҳўппозида яллиғланган бурун ёндош бўшлигида зудлик билан жарроҳлик амали бажарилиб, бош мияга яқин жойлашган ва яллиғланган суяк девори олиб ташланади, зарур бўлса бош миянинг қаттиқ пардаси очилади. Йирингли ўчоқ пешона бўшлигида жойлашганда, пешона бўшлиғи очилиб, пешона бўшлиғи орқа деворининг декомпрессияли трепанацияси (бош мияни қисиб турган босимни тушириш амали) жарроҳлик амали бажарилади. Бош мия қаттиқ пардаси очилганда қуйидаги белгиларга эътибор бериш лозим: парданинг рангига, қалинлигига, фиброз қарашлар ва яллиғланиш ўсмалари борлигига. Бош мия қаттиқ пардасининг керакли майдонида йоднинг спиртли эритмаси билан суртилгандан сўнг у махсус йўғон ўтмас игна ёрдамида тешилади (игнани 3–4 см чуқурликкача 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 нейрожарроҳ иштирокида бажарилади. Ҳўппоз майдони очилгандан сўнг у антибиотик эритмаси билан ювилади, жароҳат майдонида 0,2 г эритромицин эмульсияси юборилади, кейин 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 жонлантириш бўлимида даволанади. Унга яллиғланишга қарши, антибактериал, детоксикация ва дегидратация, дезинтоксикация, симптоматик даволаш тадбирлари, кейинчалик реабилитация чора-тадбирлари буюрилади.

Риноген форсимон синус тромбози – бош мия қаттиқ пардасининг форсимон синус деворининг яллиғланиши натижасида дастлаб синус деворларида тромб ҳосил бўлиб, синус бўшлиғи ёпилиб қолади. Инфекция форсимон синус бўшлиғига бурун чипқони (карбункули),

синуситлар, понасимон бўшлиқ эмпиемаси, галвирсимон бўшлиқ орқа катакларининг яллиғланишида гематоген, лимфоген ва контакт йўллар орқали тарқалади. Касалликнинг ривожланишига кўз косаси асоратлари — кўз ва юз веналари тромбози ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Белгилари. Форсимон синус тромбозида умумий яллиғланиш белгилари, умумий бош мия белгилари, менингиал ва маҳаллий ўчоқли белгилар кузатилади.

Умумий яллиғланиш белгилари. Беморда умумий аҳволнинг оғирлиги, тана ҳароратини доимий баланд ёки гектик бўлиши, кучли қалтираш, совқотиш, терлаш, ҳолсизлик, иштаҳаси паст ёки кўнгил айниши, тили қуриши ва караш билан қопланиши, жигар ва талоқ катталаниши, қон ва сийдикда сепсисга хос ўзгаришлар кузатилади.

Умумий бош мия белгиларига калла ичи босимининг ошиши туфайли юзага келган бош оғриғи, кўнгил айниши ва қусиш киради.

Менингиал (пардали) белгиларда энса мушакларининг тортилиши белгиси мусбат, Керниг ва Брудзинский (юқори, ўрта, пастки) белгилари эса манфий бўлади (белгилар диссоциацияси). Агар иккиламчи менингит ривожланса, беморда ёруғликдан кўрқиш, умумий гипестезия, орқа мия суюқлиги босимининг ошиши ва бошқа яллиғланишга хос ўзгаришлар кузатилади.

Маҳаллий белгиларга юзнинг юқори соҳасида қон томирларида қон айланишининг бузилиш белгилари (пешона ва қовоқлар териси, кўз шиллик пардасининг икки томонлама шишиши, қизариши, тери ости қон томирларининг димланиши, экзофтальм, хемоз, тўр пардага қон қуйилиши, кўз туби ўзгаришлари, экзофтальм, баъзан параофтальмоплегия, вена қон томир деворлари емирилганда кўз косаси хўппозининг белгилари) кузатилади. Кўз қовоқларининг шиши кўзнинг бошқа қисмларига ҳам тарқалади. Кўзнинг шиллик пардасида серозли ёки қон аралаш серозли ажралма аниқланади. Кўз қовоқларининг шишиши туфайли экзофтальм кўпинча ноаниқ бўлади. Кўз олмаси олд ва ён томонга силжийди, ҳаракати оғриқли ва кескин чекланган бўлади, баъзан беморда кўриш ўткирлиги пасаяди.

Форсимон синус тромбозида форсимон синусга яқин жойлашган II, III, IV, V, VI жуфт бош мия асаб толаларининг зарарланиш белгилари (кўриш ўткирлигининг пасайиши, диплопия (кўз олмасининг медиал томонга силжиши), анизокория, пешона териси сезгирлигининг ошиши, юз асаб толаси невралгияси, филайлик, узоқлаштирувчи асаб толаси бир томонлама фалажи, птоз) ривожланиши мумкин. Баъзан форсимон синус тромбози йирингли менингит, энцефалит, бош мия хўппози билан бирга кечиши мумкин.

Ташхис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, субъектив ва объектив текширув натижалари асосида қўйилади. Форсимон синус тромбозини ўз вақтида аниқлаш қийин. Шунинг учун юзнинг юмшоқ тўқимаси ва бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли жараёнида

форсимон синус тромбозига хос белгиларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси ва КТ, МРТ текшируви аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Риноген форсимон синус тромбозига даволаш тадбирлари куйидагича олиб борилади. Агар тромбоз бурун чипқонида ривожланган бўлса, унда беморга консерватив даволаш тадбирлари ўтказилади. Унга антибиотиклар (ампициллин, амоксиклав, зиноцеф, клаферон, роцефин, моксипим мушак орасига ёки томир ичига) билан бирга антикоагулянтлар (гепарин, фибриноген) буюрилади. Тромболизисни тезлаштириш учун стрептокиназа ёки авелизин 250000—1500000 ТБ тавсия этилади. Дезинтоксикацияни камайтириш учун гемодез, глюкоза вена ичига томчилаб юборилади, симптоматик дори воситалари қўлланилади.

Баъзан ангуляр ва кўз веналарини боғлаш ёки кесишга тўғри келади, баъзан эса понасимон бўшлиқ ёки форсимон синус ташқи йўл орқали очилиб, йирингли ўчоқ бартариф этилади.

Дориларни томир ичига юбориш мақсадида умумий уйку артерияси ёки унинг шохчаларига катетер ўрнатилади. Томир ичига томчилаб 5% ли глюкозада эритилган 4—5 млн ТБ ампициллин, 1г сигмомицин, 1г тетраолеан 10 000—15 000 ТБ гепарин билан бирга юборилади. Гепаринни схема бўйича юбориш муҳим аҳамиятга эга. Тиббий зулук қўллаш ҳам фойда қилади.

Риноген юқори бош мия синуси тромбозига беморда пешона соҳаси ва бошининг теласи оғрийди, сагиттал чок устидаги тери шишади, талваса хуружлари, септик ҳарорат, эс-хуш хиралашиши ва менингиал белгилар кузатилади.

Риноген сепсис — бу йирингли ўчоқдан доимий равишда ёки вақти-вақти билан микробларни қонга тушиши натижасида юзага келган патологик ҳолат. Риноген сепсис кам учрайди ва бирламчи йирингли ўчоқ бурун ва бурун ёндош бўшлиғида жойлашганлиги билан ажралиб туради. Риноген сепсисдан олдин беморда одатда кўз косаси атрофи асоратлари, форсимон 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 йирингли жараённинг метастаз ўчоқлари ҳосил бўлмайди, аммо у қисқа вақт ичида метастаз ўчоқлари ҳосил бўлиши билан кечган септикопиемия шаклига ўтиши мумкин.

Беморда умумий аҳволнинг оғирлиги (септик ҳолат), тана ҳароратининг доимий баланд ёки гектик бўлиши, қалтираш, тана ҳарорати пасайганда кучли терлаш кузатилиши, бош оғриғи, ҳолсизлик, иштаҳани йўқолиши белгилари кузатилади. Томир уришининг

тезлиги тана ҳароратига қараб ўзгариб туради. Баъзан бемор кома ҳолатига тушади. Кейинчалик буйрак, ўпка, жигар, ичаклар ва талоқда патологик ўзгаришлар пайдо бўлади.

Маҳаллий белгиларга кўз қовоқларининг шишиши, шишни кўзнинг бошқа қисмларига тарқалиши, кўз шиллиқ пардасида серозли ёки геморрагик хемоз, экзофтальм, кўз олмасининг олд ва ён томонга силжиши, ҳаракати кескин чекланганлиги ва оғриши, кўриш ўткирлигининг пасайиши каби белгилар киради.

Ташхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, ташқи кўрув, пальпация, риноскопия, рентгенография, КТ, МРТ текшируви, бурун ёндош бўшлиқларини тешиб кўриш ва бошқа текширув натижаларига асосан қўйилади. Беморда синусит аниқланганда иккиламчи сепсис, яъни риноген сепсис ташхиси қўйилади. Беморда иситма 5 кундан ортиқ давом этиши, уни ҳеч бир сабабсиз кўтарилиб, тушиши, беморда қалтираш, терлаш сепсиснинг клиникасидан дарак беради.

Сепсисни ва кўз косаси қон томирлари тромбозфлебети ва кўз косаси флегмонасидан фарқлаш қийин эмас. Агар кўз косаси қон томирларининг тромбозфлебетида экзофтальм, кўз қовоқларининг шишиши, хемоз, кўриш қобилятининг пасайиши, шох парданинг зарарланиши, кўз туби веналарининг кенгайиши кузатилса, флегмонада маҳаллий оғриқ кескинроқ бўлади, кўз косасида айлана шиш пайдо бўлади, шиш майдони игна ёрдамида тешиб кўрилганда ундан йиринг ва тиниқ суюқлик оқади, клиник манзара одатда ўзгарувчан бўлади.

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, калла суягининг олд аксиал рентгенограммаси;
- 4) қон ва сийдикнинг умумий таҳлили;
- 5) офтальмолог кўриги;
- 6) невропатолог ва нейрожарроҳ кўриги;
- 7) юқори жағ бўшлиғи пункцияси, пешона бўшлиғининг трепанопункцияси (зарур бўлганда);
- 8) бош мия орқа бўшлиғини тешиб кўриш;
- 9) эхоэнцефалография, пневмоэнцефалография, вентрикулография, ангиография, МРТ, КТ (кўрсатма бўйича).

Аниқ ташхис қўйиш учун тана ҳарорати баланд бўлган бемордан ҳар 60 дақиқада 20—30 мл дан 3 марта текширув учун қон олинади. Қонда лейкоцитоз ёки лейкопения, тромбоцитопения, бактериологик текширувнинг мусбатлиги, риноген калла ичи асорати ривожланганлигини тасдиқлайди.

Даволаш. Риноген калла ичи асоратида бемор шошилиш равишида ЛОР ёки реанимация бўлимига ётқизилади ва офтальмолог, невро-

патолог, нейрожарроҳ, рентгенолог, анестезиолог иштирокида клиник текширув ўтказилади.

Даволаш тадбирлари қуйидагилардан иборат бўлади:

– шошилинч равишда жарроҳлик амалини бажариш (чипқон ва карбункулни очиш, зарарланган бурун ёндош бўшлиғида экстроназал жарроҳлик амалини бажариш);

– яллиғланишга қарши чора-тадбирлар; антибиотиклар, сульфаниламид дори воситалари;

– дегидратация тадбирлари; тиббий зулук, антикоагулянтлар;

– симптоматик даволаш. Қон ивишини сусайтирувчи дорилар, аспирин 0,5–1,0 г овқатдан кейин эзиб бир кунда 3 маҳал ичиш (аллергия, меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасида аспиринни ичиш ман этилади!) тавсия қилинади. Гепарин 50000–100000 ТБ қорин мушаклари орасига 2–3 маҳал ҳар 8 соатда протромбин индекси назорати остида юборилади.

Риноген калла ичи асорати билан оғриган беморларга II гуруҳ ноғиронлиги белгиланади.

Замонавий эндоанал эндоскопия жарроҳлик усуллари. Охириги йилларда эндоскопия (функционал) микрожарроҳлик усуллари амалиётга кенг тадбиқ этилмоқда. Бундай жарроҳлик амаллари бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ва бурун анатомик тузилмаларига имкон қадар зарар етказмаслик тамойилига асосланган бўлиб, бўшлиқлар табиий чиқиш йўллари тиклаш, анатомик тузилмаларни бузмаслик мақсадини кўзлайди.

Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларини кўздан кечириш ва шу соҳада диагностик ва жарроҳлик амалини бажариш учун “Karl Storz”, “Richard Wolf”, “Karl Zeis” фирмалари ишлаб чиққан қаттиқ ва эгилувчан эндоскоплар, узун фокусли жарроҳлик микроскопи ишлатилади. Анатомик жиҳатдан мураккаб тузилган бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларини кўздан кечириш учун оптик мослама асбобнинг ён томонида жойлашган ва кўриш бурчаги 0°, 30°, 70°, 90°, 120°, диаметри 4 ва 2,7 мм га тенг эндоскоплар ишлатилади.

Шартли равишда эндоскопия усуллари иккига бўлиш мумкин:

1) диагностик эндоскопияси усули;

2) жарроҳлик эндоскопия усули.

Диагностик эндоскопиянинг мақсади шиллиқ пардадаги патологик ўзгаришларни эрта аниқлаш ва соғлом шиллиқ парда, бурун чиғаноқлари ва бошқа анатомик тузилмаларга зарар етказмай кам жароҳатли жарроҳлик амалини бажаришдан иборат.

Диагностик эндоскопияга бўлган кўрсатмаларга қуйидагилар қиради: бурун орқали нафас олиш қийинлиги, бурундан ажралма оқиши, ҳид билиш фаолиятининг бузилиши, бурундан қайта-қайта сабабсиз қон оқиши, бурун бўшлиғи ўсмалари, полипозли гайморэтомидитлар, эшитув найи фаолиятининг бузилиши, сабабсиз бош

оғриғи, жарроҳлик амалидан олдин текшириш ва жарроҳлик амалидан сўнг даволаш самарасини назорат қилиш, фото- ва видеохужжатларнинг зарурлиғи ва бошқалар. Бир сўз билан айтганда, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг деярли барча касалликларида диагностик эндоскопияни қўллаш мумкин.

Эндоскопия текширувидан олдин бурун бўшлиғи тозаланиши, керак бўлса шиллиқ пардага қон томирларни торайтирувчи дорилар, оғриқсизлантириш мақсадида анестетик дори воситалари суртиш зарур. Амалда кўпинча оптикаси “0” га тенг қаттиқ эндоскоп ишлатилади.

Бурун бўшлиғи эндоскопия текшируви уч босқичда олиб борилади:

Биринчи босқич. Бурун бўшлиғи даҳлизи ва умумий бурун йўлини кўздан кечириш. Кўздан кечирилгандан сўнг эндоскоп бурун бўшлиғининг туби бўйлаб бурун-ҳалқум томон силжитилади. Пастки бурун чиғаноғи шиллиқ пардасининг ҳолати баҳоланади, баъзан бурун-кўз ёши каналининг тешиги кўринади, юқори жағ бўшлиғида илгари кенгайтирилган жарроҳлик амали бажарилган ҳолларда пастки бурун йўли ва юқори жағ бўшлиғи орасида ҳосил қилинган йўл кўздан кечирилади. Эндоскопни янада чуқурроқ силжитганда пастки бурун чиғаноқларининг орқа қисмлари, эшитув найининг ҳалқум тешиги, бурун-ҳалқум гумбазининг ҳолати баҳоланади, аденоидлар бор-йўқлиғи ва ҳажми аниқланади.

Иккинчи босқич. Эндоскоп ёрдамида ўрта бурун йўли кўздан кечирилади. Бунинг учун баъзан ўрта бурун чиғаноғини ичкари томонга силжитишга тўғри келади. Илгаксимон ўсимта, катта ғалвирсимон пуфак, яримой тирқиш, ғалвирсимон қадоқча кўздан кечирилади, ўрта бурун чиғаноғи шиллиқ пардасининг гиперплазияси ва остеоэатал комплекс блокадасининг даражаси аниқланади. Юқори жағ бўшлиғининг табиий йўлини кўриш имкони бўлмайди, чунки у одатда илгаксимон ўсимтанинг эркин чети орқасида жойлашган бўлади.

Учинчи (яқуний) босқичда юқори бурун йўли ва ҳид сезиш тирқиши кўздан кечирилади. Баъзан юқори бурун чиғаноғи ва орқа ғалвирсимон катакларнинг чиқиш тешиқларини, юқори бурун чиғаноғи орқа қисмининг орқасида понасимон бўшлиқнинг чиқиш тешигини кўрса бўлади. Аниқроқ кўриш учун оптикаси 30° ва 70° тенг эндоскопларни ишлатиш тавсия қилинади.

Юқори жағ бўшлиғи диагностик эндоскопияси қуйидаги мақсадда бажарилади:

юқори жағ бўшлиғи яллиғланишида топик ташхисни аниқлаш;
ёт жисми чиқариб олиш;

турли даволаш муолажаларини ўтказиш (терапевтик синусоскопия).

Кўпинча юқори жағ бўшлиғи эндоскопияси (синусоскопия) бўшлиқнинг олд девори орқали бажарилади. Муолажада қозиқ тиш чуқурчаси ва кўз усти асаб толаси (уч шохли асаб толасининг I шохчаси) соҳасидаги юмшоқ тўқималарни маҳаллий оғриқсизлантириш остида юмшоқ тўқима кесилади ва силжитилиб, суяк тўқима топилади.

Юқори жағ бўшлиғини тешиш учун мўлжалланган махсус диаметри 4 мм га тенг гильзали троакар ёрдамида бўшлиқнинг олд девори тўртинчи ва бешинчи тиш илдизлари соҳасида айланма ҳаракатлар билан енгил тешилади. Кейин гильза ёриғига 70° оптикали эндоскоп киритилиб, бўшлиқ деворлари кўздан кечирилади, шиллиқ парда ҳолати баҳоланади, зарур бўлганда тўқималарда биопсия текшируви учун тўқима парчаси олинади, киста ва яллиғланиш ўсмалари олиб ташланади ва ҳ.к. Текширув тугагандан сўнг троакар гильзаси яна айланма ҳаракатлар билан чиқариб олинади ва жароҳат майдонини тикмай туриб асептик бойлам қўйилади. Беморга бироз вақт давомида бурунни қоқмаслик буюрилади, чунки аск ҳолда тери остига ҳаво кириб, тери ости эмфиземаси ривожланиши мумкин.

Эндоскоп ёрдамида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида бажариладиган жарроҳлик амалларига кўрсатмалар ва бажариш қоидалари. Эндоназал эндоскопия жарроҳлик усули XX асрнинг 70-йилларида профессор Мессерклингер томонидан ишлаб чиқилган.

Бурун бўшлиғи касалликларига бурун ёндош бўшлиқларининг табиий йўллари ва бурун бўшлиғи ташқи деворининг тор тирқишлари соҳасидаги ривожланган патологик ўзгаришлар сабаб бўлади. Бурун бўшлиғининг табиий тор жойлари, хусусан остеомеатал комплекс майдони, бурун ёндош бўшлиқларининг фаолиятини меъёрда ушлаб туради.

Соғлом кишида бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг кучли ҳимоя механизми — мукоциллиар клиренси туфайли остеомеатал комплекс инфекцияга чидамли бўлади. Шиш, бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун чиғаноқлари гиперплазияси ҳилпилловчи эпителий билан қопланган икки қарама-қарши томондаги шиллиқ пардаларни бир-бирига тегиб туриши натижасида ушбу майдонда эпителий тўқима тукларининг ҳаракати секинлашади ёки бутунлай тўхтади, шиллиқ парданинг мукоциллиар фаолияти йўқолади, шилимшиқ ажралма чиқарилмай, бурун бўшлиғида тўпланиб қолади. Шу тариқа яллиғланиш жараёнини бурун ёндош бўшлиқларига тарқалишига шароит яратилади. Шунинг учун эндоскопия усули бурун ёндош бўшлиғининг асосий майдонларида минимал ҳажмдаги жарроҳлик амалларини бажаришга ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини максимал даражада асрашга ёрдам беради.

Эндоскопия жарроҳлик амалига кўрсатмалар:

сурункали серозли ва экссудатив синусит;
чегараланган полипозли синусит;
бўшлиқларни замбуруғли яллиғланиши;
бўшлиқ кистаси;
бўшлиқ ёт жисми;
остеомеатал комплекс суяк тўқимасини бўртиб чиқиши, шиллиқ парда гиперплазияси;
кўз ёши оқиши билан кечган кўз ёши қопчаси ва бурун-кўз ёши йўлчасининг патологияси (дакриоцисториностомия).

Эндоназал эндоскопия жарроҳлик амалига қарши кўрсатмалар:
 калла ичи ва кўз косаси атрофи риноген асоратлари;
 бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмалари;
 бурун ёндош бўшлиқлари соҳасининг остеомиелити;
 бурун ёндош бўшлиқларда илгари бажарилган жарроҳлик
 амалидан сўнг табиий тешикларни чандиқ ва суяк тўқимаси билан
 ёпилиши.

Жарроҳлик амалини бажариш техникаси. Эндоназал эндоскопия жарроҳлик амалининг бир нечта усуллари мавжуд.

Мессерклингер усулида бажарилувчи жарроҳлик амали кенг қўлланади. Бунда жарроҳлик амали босқичма-босқич бажарилади ва барча бурун ёндош бўшлиқларидаги патологик ўзгарган майдонлар навбатма-навбат тозаланиб, мавжуд бўлган нуқсонлар бартараф қилинади. Дастлаб илгаксимон ўсиқ, кейин катта галвирсимон пуфакча, галвирсимон бўшлиқнинг олд катакчалари, галвирсимон қадоқча, юқори жағ бўшлиғининг табиий чиқиш тешиги кенгайтирилиб, охирида понасимон бўшлиқ очилади.

Виганд усулида жарроҳлик амали бурун бўшлиғининг чуқур бўлимларидан, хусусан понасимон бўшлиқдан бошланади, кейин галвирсимон бўшлиқнинг орқа ва ўрта катакчалари очилади, инфундибулотомия қилингандан сўнг ниҳоят галвирсимон бўшлиқнинг олд катакчалари очилади, яъни жарроҳлик амали аввал орқа, кейин олд бўшлиқларда бажарилади. Бундан ташқари Виганд жарроҳлик амали кўп жиҳатдан радикал жарроҳлик амалига ўхшайди, масалан унда галвирсимон бўшлиқ катакчалари тўлиқ очилиб, юқори жағ бўшлиғи яллиғланишининг деярли барча шаклларида пастки бурун чиганоғи остидан юқори жағ бўшлиғига очиладиган сунъий йўл ҳосил қилинади.

3-жадвал

Бурун микрожарроҳлик амалларида Хеерман тамойиллари

Жарроҳлик амалига тайёргарлик	Жарроҳ	Анатомияни чуқур билиши ва камида 50 та ўликларда синаб кўриш
	Промедикация	Перорал, 1–2 мг флуниотразепам (рогипнол) ни жарроҳлик амалидан бир соат олдин беморга ичириш.
	Назоратли гипотензияли огрик-сизлантириш	N ₂ O/O ₂ (50:50–70:30) анестезия, пропофен (дизоприван) ёки изофлуран. Анальгезия: фентанил ёки алфентанил (доимо керак). Гипотензия (имкон қадар 70–90 мм.с.м. уст.) Катапресан (жарроҳлик амалининг бошида) ёки нитратлар (кекса ёшдаги беморларга)

Асосий ускуналар	Ярим ўтрок ҳолат (Фоулер бўйича)	Қулайликлари: 1) кон бош соҳасидан қўл-оёқларга таркалади; 2) жарроҳлик амали пайтида кон кам йўқотилади; 3) бемор оёқларини юқорига қўтариш ёки пастга тушириш билан кон босимини ўзгартирса бўлади.
	Жарроҳлик столи бошқариладиган бўлиши керак	Ҳамшира жарроҳнинг талабига кўра столнинг ҳолатини ўзгартириш имконига эга бўлиши лозим.
	Бинокляр микроскоп (300 мм линза)	Бурун бўшлигининг энг чуқур қисмларини 3 та ўлчамларини стереоскопик текислигида кўздан кечириш. Осилиб турган микроскоп ҳаракатчан бўлиб, жарроҳ ўзига керакли йўналишда ҳаракатлантириши лозим.
	Эндоскоп 30 ⁰	Микроскоп билан кўздан кечириш мумкин бўлмаган майдонларни кўздан кечириш учун ишлатилади.
Жарроҳлик муолажалари	Бурун тўсиғи	Шиллик ости септопластикаси (бурун тўсиғининг юқори ва орқа қисмларида айникса зарур).
	Бурун чиганоклари	Пастки бурун чиганоклари орқа учларини кесиш керак бўлади, аммо ўрта бурун чиганокларини сақлаган ҳолда ёки уларнинг фақат ташки учларини кесиб олиш учун.
	Юқори жағ бўшликлари	Юқори ёки юқори ва пастки фенестрацияга кўрсатмалар синускопияда тасдиқланган. Кенгайтирилган юқори фенестрация бажарилади. Иккиламчи кенгайтирилган пастки фенестрация микроскоп ва эндоскоп назорати остида бўшлик ичидаги ажралмани тўлик чиқариб олиш имконини беради.
	Понасимон бўшлик ва ғалвирсимон лабиринг катакчалари	Анатомик тузилишига қараб юқори септопластикага зарурат туғилиши мумкин. Пастки бурун чиганоғи ташки томонга, ўрта бурун чиганоғи эса ички томонга ситжитилиши лозим. Кейинги қадам ўрта бурун чиганоғига қараб (жарроҳлик амалини ўрта бурун чиганоғидан ташки томонга бажариш хавфсизроқ) жарроҳлик амалини (қисман ёки тўлик этмоидотомия, сфеноидотомия) бажарса бўлади.

	Олд пешона бўшлиқлари	Дастлаб бурун тўсиғида жарроҳлик амали ва этмоидотомияни бажаргандан сўнг <i>aggenasi</i> кесиб олинади. Бу пешона бўшлиқларининг тешиқларини бевосита кўриш ва ўт-кир инфекцияда III ва IV Ritter зондлари ёрдамида чикаргич найча қўйиб, бўшлиқдан патологик ажралмани тўлик олиб ташлаш имконини беради. Остеомаларда қўшимча бевосита остеопластика керак бўлади. Пешона бўшлиғи ҳеч қачон ёғ тўқимаси ёки бошқа тўқима билан ёпилмайди.
	Бурундан қон оқиши	Биполяри каутерлаш буруннинг олд бўлимларида қўлланади. Қон буруннинг юқори орқа бўлимларидан оқаётганда қисман этмоидотомиядан сўнг суяк каналига киритилган монополяр игналар ёрдамида этмоидал артериялар каутеризацияси бажарилиши мумкин. Бу усул доимо ижобий натижа беради.
	Бурундан орқамия суюқлигининг оқиши	Кичик нуксонларда фасциялар ёки кенг сон фасцияси трансплантанги сифатида ишлатилади; бурун-пешона йўли ёпилишининг олдини олиш учун бурун тўсиғи ёки қулоқ супраси тоғайи парчаси ишлатилади. Йирик нуксонларда қўшимча бевосита пешона орқали шиша пробкаси шаклида йўл ҳосил қилиш талаб қилинади, кесилган коворга тоғайи (аутотрансплантант) ишлатилади.
	Кўз ёши қопчаси	Бурун тўсиғи олд юқори бўлимларининг шиллик ости тўқимасини кесиб олиш ва олд этмоидотомия жарроҳлик амалини бажариш керак бўлади. Кўз ёши қопчасининг суяк деворини олиб ташлаш учун дастаси ўнг томонга қайрилган искана ишлатилади. Кўз ёши қопчаси кесилиб, пастки кўз ёши канали кенгайтирилади. Узок давом этган тораёнлиқларда ва туғма аплазияда пластик протезлаш усули қўлланилади.

Ҳозирги кунда Хеерман тамойиллари шифохона шароитида бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида микроскоп остида бажариладиган жарроҳлик амалларининг стандарти деб қабул қилинди.

Эндоскопия жарроҳлик амалларининг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, улар доимий кўз назорати остида, ҳаракатларини юқори даражада аниқ ва аъзонинг анатомик тузилиши ва физиологик фаолияти сақланган ҳолда бажарилади, қон кетишига, патологик ўзгармаган шиллик пардани сақлаб қолишга ёрдам беради.

III боб

ҲАЛҚУМНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ҳалқум (pharynx) овқат ҳазм қилиш найчасининг бошланғич қисми бўлиб, оғиз бўшлиғи ва қизилўнғач орасида жойлашган. 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 суяги асоси сатҳидан VI бўйин умуртқаси сатҳигача давом этади ва торайиб, қизилўнғачга ўтади. Катталарда ҳалқумнинг узунлиги 14 см (12–15 см), эни 4,5 см га тенг (61-расм).

Ҳалқумда юқори, орқа, олд ва ён деворлар тафовут этилади:

ҳалқум юқори девори — гумбаз (*fornix pharyngis*) энса суягининг базиляр қисми ва понасимон суяк танаси соҳасида калла суяги асосининг ташқи юзасига туташади;

ҳалқум орқа девори бўйин фасциясининг умуртқа олди пластинкаси (*lam. prevertebralis*) олдида ётиб, бешта юқори бўйин умуртқалари таналари сатҳига тўғри келади;

ҳалқум ён деворлари ички ва ташқи уйку артериялари, ички бўйинтуруқ вена, адашган ва тил ости асаб толалари, симпатик поя, тил ости суягининг катта шоҳлари ва қалқонсимон тоғай пластинкаларига тегиб туради;

ҳалқум олд девори бурун-ҳалқум соҳасида хоаналар орқали бурун бўшлиғига, ўрта бўлимида — оғиз бўшлиғига очилади.

Ҳалқум 3 бўлимга бўлинади:

бурун бўлими — *epipharynx* (бурун-ҳалқум);

оғиз бўлими — *mesopharynx* (оғиз-ҳалқум);

ҳиқилдоқ бўлими — *hipopharynx* (ҳиқилдоқ-ҳалқум).

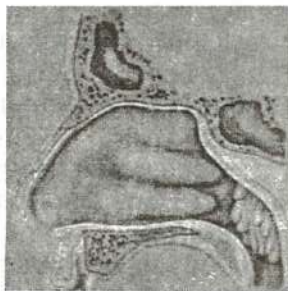
Бурун-ҳалқум

(*epipharynx, nasopharynx*)

ҳалқум гумбазидан қаттиқ танглай сатҳигача жойлашиб, унинг гумбаз юқорида калла суяги, аникроғи энса суягининг асосига ва понасимон суякнинг олд-пастки қисмига, орқа томонда I ва II бўйин умуртқаларига туташади. Бу-



61- расм. Ҳалқумнинг ён томонидан кўриниши.



62- расм. Бурун-ҳалқумнинг ён томонидан кўриниши.

рун-ҳалқум нафас олиш фаолиятида қатнашади. Унинг олд деворини хоаналар (choanae), ён деворларида — пастки бурун чиганоқлари орқа учларининг сатҳида ноғора бўшлиғи билан боғлаб турувчи эшитув найининг ҳалқум тешиклари эгаллайди. Тешиклар юқори ва орқадан най муртаклари билан ўралган (62-расм).

Эшитув найи ҳалқум тешикларининг орқасида, бурун-ҳалқумнинг ён деворларида ҳалқум чўнтаги — *recessus pharyngeus* (ёки *Розенмюллер чўнтаги*) бўлиб, унда лимфоид тўқима тўплами — най муртаклари жойлашган.

Бурун-ҳалқумнинг 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.

Оғиз-ҳалқум (oropharynx, mesopharynx) нафас ва овқатни ҳазм қилиш йўллари бир-бири билан кесишган майдон бўлиб, унинг орқа девори III бўйин умуртқасига туташади. 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 илдизи 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. Унинг ўрта чизик бўйлаб чўзилган эркин чети тилча (*uvula*) деб номланади.

Ҳар икки томонда танглай пардаси икки равоқчаларга давом этади. Биринчиси (олд) тил илдизи томон йўналган бўлиб, *танглай-тил равоқчаси (arcus palatoglossus)*, иккинчиси (орқа) ҳалқум ён деворининг шиллик пардасига ўтиб, *танглай-ҳалқум (arcus palatopharyngeus)* равоқчаси деб аталади. Танглай-тил (олд) равоқчасининг орқа юзасида шиллик 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 илдизига 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.

Ҳиқилдоқ-ҳалқум (*laryngopharynx, hypopharynx*) ҳиқилдоқ усти қопқоғининг юқори чети ва тил илдизи сатҳидан бошланиб, IV, V, VI бўйин умуртқалари олдида жойлашади, кейин қадаҳсимон торайиб қизилўнғачга ўтади. Ҳиқилдоқ-ҳалқум ҳалқумнинг энг тор қисми ҳисобланади. Ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг олд деворида тил негизи устида IV тил муртаги (*tonsilla lingualis*) жойлашган. Олдинда ва пастда ҳиқилдоқ-ҳалқум 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 олдинда ҳиқилдоқ усти қопқоғи, ён томонларда чўмичсимон ҳиқилдоқ усти бурмаси (*lig. aryepiglottica*) билан чегараланган.

Ҳалқумнинг юқори қисмида ва хоаналар ёнида ҳалқумнинг шиллиқ пардаси кўп қаватли ҳилпилловчи эпителий, ўрта ва пастки қисмида кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Шиллиқ пардада, айниқса бурун-ҳалқум, юмшоқ танглайнинг ҳалқум юзасида ва тил негизининг шиллиқ пардасида кўпгина шиллиқ безлар мавжуд. Лимфаденоид тўқима, шу жумладан муртаклар ҳам шиллиқ ости қаватида жойлашган.

Ҳалқум деворлари шиллиқ (*tunica mucosa*), фиброз (*tunica fibrosa*), бириктирувчи (*tunica adventitia*) ва мушак (*tunica muscularis*) қаватлардан иборат. Ҳалқум мускуллари кўндаланг-тарғил мушак толаларидан тузилган. Улар ҳалқумни қисувчи (констриктор) ва ҳалқумни юқорига кўтарувчи мушакларга бўлинади.

Ҳалқумни қисувчи мушакларга юқори, ўрта ва пастки констриктор мушаклари (*m. constrictor pharyngis superior, medius et inferior*) киради. Ҳалқумни кўтарувчи мушакларга бигизсимон-ҳалқум (*m. stylopharyngeus*) ва орқа танглай равоқчасини ҳосил қилган танглай-ҳалқум (*m. palato-pharyngeus*) 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 атрофи 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 клетчаткаси калла суяги асосидан бошланиб, ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб пастга тушади ва қизилўнғач орти юмшоқ тўқимасига, ундан кейин кўкс оралиғига ўтади.

Ҳалқум атрофи ён бўшлиғи (*spatium lateropharyngeum*) юмшоқ бириктирувчи тўқима билан тўлган бўлиб, бигизсимон-ҳалқум мушаги ёрдамида олд ва орқа бўлимларига бўлинади. Бу бўшлиқ калла суяги асосидан бошланиб, кўкс оралиғига давом этади.

Ҳалқумни ташқи уйқу артериясининг шохчаси — юқорига кўтари- лувчи ҳалқум артерияси (*a. pharyngea ascendens*), юз артерияси шох- часи — юқорига кўтариловчи танглай артерияси (*a. palatina ascendens*), уйқу артериясининг охириги шохчаси — юқори жағ артерияси шохчаси (*a. palatina descendens*), унинг пастки бўлимларини асосан *a. thyreoidea inferior* (чап томонда *a. subclavia* шохчаси, ўнг томонда *truncus brachio- cephalicus*) 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 бўйинтуруқ венага (*v. jugularis interna*) қуйилади.

Ҳалқумдан лимфа чуқур ва орқа бўйин лимфа тугунларига оқиб тушади. Ҳалқумнинг лимфаденоид тузилмаларида, шу жумладан барча муртақларда лимфа томирлари 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 қис- мида *n. trigeminus*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 яқин- лашади ва оғиз бўшлиғини орқа томондан беркитиб, бурун орқали нафас олиш имкони яратилади. Суюқлик оғиз бўшлиғига кирганда сўриш ва нафас ҳаракатлари тўхтаб, ютиниш ҳаракати юзага келади.

Катталарда *чайнаш* ҳаракати туфайли овқат луқмаси тил негизи соҳасида тўпланиб, уни қитиқлайди ва *ютиниш ҳаракатини*, яъни ҳалқум констрикторлари, юмшоқ танглай ва танглай равоқчалари мушакларининг тўлқинсимон қисқаришини пайдо қилади. Рефлектор ютиниш ҳаракати туфайли овқат луқмаси оғиз бўшлиғидан ҳалқум бўйлаб қизилўнгачгача ўтади. Ютиниш ҳаракатида узлуксиз ва кетма-кет кузатиладиган 3 босқич кузатилади: *оғиз* босқичи — ихтиёрий, *ҳалқум* босқичи — ихтиёрсиз (тезлашган) ва *қизилўнгач* босқичи — ихтиёрсиз (секинлашган).

Ютиниш ҳаракатининг I босқичи ихтиёрий бўлиб, бунда тил юқорига кўтарилиши билан луқма танглай-тил равоқчасининг орқасига силжитилади. Бу босқич бош мия қобиғи 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 кўтарилади, 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, бурун-ҳалқумни оғиз-ҳалқумдан ажратади. Ҳалқумнинг ўрта бўлимида ўрта ва пастки констрикторлар овқат луқмасини пастга силжитади. Ҳиқилдоқ, тил ости суяги ва ҳалқумни юқорига кўтарилиши овқат луқмасининг силжишини осонлаштиради. III босқич — ихтиёрсиз секин давом этади. Овқат луқмаси қизилўнгачга кириш жойига яқинлашганда у рефлектор 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 бироз бошқача кечади. Оғиз бўшлиғининг туби, тил ва юмшоқ танглай мушакларининг қисқариши натижасида оғиз бўшлиғида юқори босим ҳосил қилинади, шу туфайли суюқлик тўғридан-тўғри қизилўнгачнинг юқори бўлимига ва ҳалқум констрикторлари иштирокисиз меъданинг кириш жойигача етиб боради. Жараён 2—3 сония давом этади.

Юмшоқ танглайнинг олд ва орқа юзасининг шиллиқ пардасида, ҳалқумнинг орқа деворида, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида таъм билиш рецепторлари бўлиб, улар *таъм билиш* фаолиятини бажаради. Таъм сезгисининг 4 тури мавжуд: ширин, нордон, шўр, аччиқ.

Таъм билишни сезишда *ноғора топу (chorda tympani)*, *тил-ҳалқум (n. glossopharyngeus)* ва *сайёр (n. vagus)* асаб толалар 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 бурун-ҳалқумни оғиз-ҳалқумдан ажратиб турган ҳолатда – унли товуш, ажратмаган ҳолатда – унсиз товушлар ҳосил бўлади.

Қаттиқ танглайнинг шакли ва ҳажми ҳам товуш тембрига ўз таъсирини кўрсатади. Қаттиқ танглай нуқсонлари, бурун ва бурун-ҳалқумда 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 кўтарилади, тил эса яссиланиб пастга тушади, шунинг учун ҳаво оқими 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, ҳавонинг иситилиши ва чанг заррачаларидан тозаланиши ҳалқумда ҳам давом этади. Чанг заррачалари ҳалқум деворларини қоплаган шиллиқ моддага 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 муртақлар ҳалқумда, яъни нафас ва овқатни ҳазм қилиш йўллари ўзаро туташган майдонда жойлашганлиги туфайли доимо ҳаво ва овқат луқмалари таъсирига дуч келади.

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 муртақлари (V ва VI) дан ташкил топган.

Жуфт танглай муртақлари (*tonsilla palatina*) ҳалқумнинг ён томонида жойлашиб, олд ва орқа томондан тил-танглай ва танглай-ҳалқум равоқлари билан чегараланган. Тоқ ҳалқум муртағи (*tonsilla pharyngea*) бурун-ҳалқум гумбазиди, тоқ тил муртағи (*tonsilla lingualis*)

тил негизининг тарновсимон сўргичлари орқасида, бир жуфт най муртаклари (*tonsilla tubariae*) бурун-ҳалқумнинг 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 равоқларининг орқасида, ҳалқумнинг орқа деворида, ҳиқилдоққа кириш жойида, ноксимон чуқурликда 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. Катта кишиларда муртаклар кичик, фоликулалар сони кам бўлади, баъзан лимфоид тўқима атрофияга учраб, бириктирувчи тўқима билан алмашади.

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.

Танглай муртагининг ҳалқум ёриғига қараган *ички юзаси* 16–22 мм чуқур, эгри-бугри, бир-бирига туташган *лакуналарга* (*крипталарга*) эга. Улар дарахт илдизи каби қатор шохчаларга тармоқланади.

Танглай муртагининг *ташқи юзаси* қалин фиброзли бириктирувчи тўқима — муртак *псевдокапсуласи* (сохта капсула) билан қопланган бўлиб, унинг қалинлиги 1 мм га етади. Псевдокапсула ва ҳалқум ён девори орасида паратонзилляр юмшоқ тўқима жойлашган. Муртакнинг ички (томоқ) юзасида ва пастки қутбида псевдокапсула бўлмайди. Псевдокапсуладан муртак ичига бириктирувчи тўқима толалари — *трабекулалар* киради. Муртакда трабекулалар ўзига хос қалин тўр ҳосил қилади. Тўрнинг ораси лимфоцитларнинг шарсимон тўплами (*фолликулалар*) билан тўлган; бундан ташқари бу ерда плазматик ҳужайралар 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 майдон тафовут этилади. Марказий майдон реактив ёки эмбрионал майдон деб аталади. Олимларнинг фикрича бу майдонда лимфобластлар бўлиб, улар янги лимфоцитларни ишлаб чиқиш, захарли моддаларни зарарсизлантириш вазифасини бажаради.

Танглай муртагининг эркин юзаси, лакуналарнинг деворлари кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Эпителий остида коллаген, эластик ва аргирофил толалар тури тафовут этилади. Аргирофил

толалар одатда эпителийнинг ўрта қаватларида, лимфолейкоцитар жойлашган майдонларда жойлашади ва таянч ҳамда трофик функциясини 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, иккиламчи ва ҳ.к. тирқишлар ҳосил қилади.

Танглай муртагининг *юқори қутби* соҳасида, муртак чуқурлигида 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 анатомио-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 чиқаришда 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 эслатса-да, ўзига хос хусусиятларига эга.

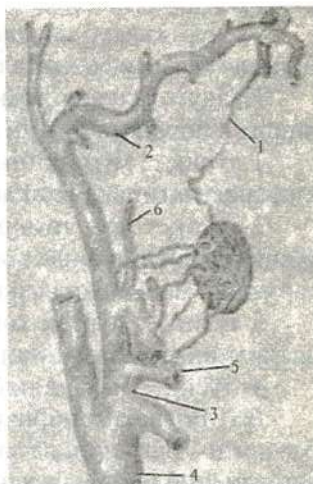
Ҳалқум муртагининг юзаси сагиттал йўналишда жойлашган бурмалар ҳосил қилади. Фолликула ва тарқоқ лимфоид элементларининг тўплами шу бурмалар орасида жойлашиб, бурмалар ўзаро эгатлар, яъни ўзига хос крипталар билан ажралиб туради.

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 кам бўлади. Най ва ҳалқум муртаклари кўп қаватли ҳилпилловчи

63-расм. Бодомча безларнинг 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 кўтарилувчи танглай артерияси.



эпителий билан қопланганлиги билан танглай ва тил муртақларидан фарқ қилади.

Муртақларни ташқи уйқу артерияси қон билан таъминлайди. Танглай муртақларини юқорига кўтарилувчи ҳалқум артерияси, юқорига кўтарилувчи танглай артерияси ва юз артериясининг танглай шохчаси қон билан таъминлайди (63-расм).

Танглай муртақларидан вена қон томирлари юз венасига, кейин эса ички бўйинтуруқ венага қуйилади. Бурун-ҳалқум ва шу майдонда жойлашган ҳалқум ва най муртақларининг веналари тўғридан-тўғри калла ичи ва умуртқа веналари билан туташади. Тил муртақидан қон тил венаси орқали ички бўйинтуруқ венага оқиб тушади.

Танглай муртақининг иннервациясида тил-ҳалқум, тил, сайёр ва симпатик асаб толалари иштирок этади. Асаб элементлари муртақнинг эпителий қаватида ва фолликулаларда жойлашган. Танглай муртақи эпителий қаватининг остида субэпителиал перилакунар асаб тури, лакуна эпителий қавати остида хеморецепторлар жойлашган.

Муртақ фолликулаларининг иннервациясини уларнинг орасида жойлашган асаб тўри таъминлайди. Фолликулаларда асаб толачаларининг мавжудлиги унда афферент импульсацияси борлигидан далолат беради. Фолликулаларда холинэстераза тўплами борлиги аниқланган.

Лимфаденоид ҳалқум ҳалқасининг физиологик фаолиятига доир «инфекцион» ва «ҳимоя» назариялари ишлаб чиқилган.

Б.С.Преображенский таснифи бўйича (1950) организмдаги лимфаденоид тўқима лимфатик (нодуляр) ва фолликулалардан ташқарида ётган лимфоид (экстранодуляр) 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 тугунлари лимфа оқими йўлида жойлашиб, лимфоинтерстициал тўсиқни ҳосил қилади. Юқумли касалликларда лимфа тугунларида антителалар ишлаб чиқилади;

3) муртаклар, ичаклардаги тўп-тўп ва якка лимфа тугунлари биргаликда лимфоэпителиал тўсиқни ҳосил қилади.

Ҳалқум ҳалқаси лимфоэпителиал тўсиқ тизимини шартли равишда 4 босқичга бўлиш мумкин:

1-тўсиқ — муртакнинг шиллиқ пардаси бўлиб, бу тўсиқ ишдан чиққанда ангина ривожланади.

2-тўсиқ — қон томирлар девори, гистагематик тўсиқ бўлиб, бу тўсиқ ишдан чиққанда микроб ва уларнинг заҳарли моддалари қонга тарқалиб, метатонзиллар касалликларга сабаб бўлади.

3-тўсиқ — муртак капсуласи бўлиб, унинг бузилиши паратонзиллитнинг ривожланишига олиб келади.

4- тўсиқ — маҳаллий бўйин лимфа тугунларидан ташкил топган.

В.И.Воячекнинг фикрича муртаклар *тўсиқ* (барьер) фаолиятини бажаради. Бактерия ва заҳарли 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 заҳарли 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 тури лакуналарга (крипталарга) очилмайдиган ёпиқ каналлар тизимидан иборат.

Танглай муртакларида юзаки ва чуқур жойлашган лимфатик капиллярлар тури мавжуд. Юзаки жойлашган лимфатик капиллярлар тури муртакнинг эркин юзасида эпителий остида жойлашган. Чуқур лимфатик капиллярлар тури тарқоқ лимфоид тўқимада, яъни фолликулалар атрофида ва бириктирувчи тўқимада жойлашган лимфатик капиллярлардан тузилган. Муртак капсуласи ҳам кўп қаватли лимфатик капиллярлар турига эга, улардан муртак ташқи юзасининг чиқиш лимфа томирлари ҳосил бўлган; лимфа муртак фолликулалари атрофи лимфатик капиллярлар туридан шу лимфа томирлар ва муртакнинг ички юзасидан чиқаётган лимфа томирлар орқали чиқарилади. Танглай равоқчалари шиллиқ пардаси ва бурун-ҳалқумнинг ён томонида жойлашган лимфа томирлар орқали танглай муртаклари тил, най ва ҳалқум муртаклари билан боғланади.

Барча муртаклар маҳаллий лимфа тугунларига эга. Ҳалқум муртаги учун юқори — ён бўйин, танглай муртаклари учун — жағ орқаси ва тил муртаги учун чуқур бўйинтуруқ занжирининг юқори тугуни бирламчи маҳаллий лимфа тугунлар сифатида хизмат қилади.

Муртақларнинг ҳимоя фаолияти инфекцияни заҳарсизлантиришдан иборат. В.Н.Зак ва В.Т.Талалаевлар фикрича доимий равишда таъсир қилган инфекция бу ерда «физиологик ангина» ни пайдо қилади, ангина эса ўз навбатида организмнинг иммун ҳолатига таъсир кўрсатади.

И.В.Давидовский муртақларни *физиологик мослашиш* аппарати деб ҳисоблайди.

Ҳозирги кунда муртақлар организм иммун тизимининг периферик аъзоси сифатида ҳужайра ва гуморал иммунитетнинг шаклланишида иштирок этиши исботланган. Барча лимфатик аъзоларга ўхшаб, муртақлар *лимфоцитлар ишлаб чиқаришда*, яъни лимфопоэз жараёнида иштирок этади. Лимфоцитлар фолликулаларнинг марказий қисмида ишлаб чиқарилиб, етилган сари улар фолликулаларнинг четига қараб силжийди ва у ердан лимфа йўлларига, лимфанинг умумий оқимига ва муртақлар юзасига чиқади. Лимфоцитларни муртақлар юзасидан чиқарилиши организмда уларнинг сонини меъёردа сақлашга ёрдам беради, яъни муртақлар *элиминацияси* рўй беради. Танглай муртақларида Т-ва В-лимфоцитлар бўлиб, Т-лимфоцитлар фолликулалар орасида, В-лимфоцитлар фолликулалар ичида жойлашган. В-лимфоцитлар макрофаг, плазматик ҳужайралар, иммуноглобулинларни ҳосил қилишда, Т-лимфоцитлар ҳужайра иммунитетининг медиаторларини ишлаб чиқаришда қатнашади. Бундан ташқари танглай ва ҳалқум муртақларида вирусга қарши носпецифик омил — *интерферон*, полиомиелитга қарши *антителалар ишлаб чиқарилиши* аниқланган. Интерферон аденовирус, парагрипп, Коксаки, қизамиқ, стоматит вирусларига қарши восита ҳисобланади.

Кўпгина тадқиқотларда ҳалқум ҳалқаси муртақлари, хусусан, танглай муртақлари *фермент ишлаб чиқаришда* иштирок этиши тасдиқланган. Муртақлар тўқимасида амилаза, липаза, фосфатаза ва бошқа ферментлар борлиги, овқатлангандан сўнг уларнинг миқдори кўпайганлиги аниқланган. Бу эса муртақларни овқатни *орал ҳазм қилиш* жараёнида иштирок этишини тасдиқлайди.

Муртақлар ўзига хос *иммунорецептор* вазифасини бажариб, маҳаллий ва умумий ҳимоя реакцияларини пайдо қилишда муҳим рол ўйнайди. Муртақлар рецепторлари кўпгина аъзолар билан асаб-рефлектор йўли орқали боғланган. Хусусан, юрак ва муртақлар ўртасида тонзиллокардиал рефлекс борлиги амалда тасдиқланган. Танглай муртақлари 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, муртақларга механик таъсир бир неча бор товуш сигнали билан бирга ўтказилса,

кейинчалик электрокардиограммадаги ўзгаришлар фақат товуш сигнали бўлганда ҳам пайдо бўлади. Бу ауокардиал 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 балоғат ёшида) гипофиз — буйрак усти безининг қобиғи — лимфатик тўқима тизими билан узвий равишда боғлиқ.

Ҳалқумни текшириш усуллари

I босқич. Бемор шикоятларини ва касаллик тарихини ўрганиш.

II босқич. Кўздан кечириш ва пайпаслаш.

1. Врач беморнинг бўйин соҳаси, лабларининг шиллиқ пардасини кўздан кечиради.

2. Маҳаллий лимфа тугунларини пайпаслаш. Врач беморнинг бошини бироз олдинга эгиб икки қўлининг бармоқлари билан жағ ости, орқа бўйин, ретромандибуляр чуқурликдаги лимфа тугунларини 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.

1. Врач шпательни чап қўлига олиб, бош бармоғини шпательнинг пастига, II ва III бармоқларини унинг устида қўяди. 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, милларни, қаттиқ танглайни, тилни, тил ости ва пастки жағ ости сўлак безларининг чиқиш йўллари ҳамда оғиз бўшлиғининг



64-расм.

Мезофарингоскопияда оғиз-ҳалқум манзараси.

тубини кўздан кечиради. Оғиз бўшлиғининг тубини кўздан кечириш учун бемордан тил учини юқорига кўтаришини сўрайди ёки уни шпатель ёрдамида кўтаради. Оғиз бўшлиғининг тубида тил ости ва пастки жағ ости безларининг чиқиш йўллари жойлашган.

Мезофарингоскопия.

1. Врач шпательнинг учи ёрдамида тилнинг олдинги 2/3 қисмини пастга аста босади, бунда шпательнинг учи тил негизига тегмаслигига ҳаракат қилинади, акс ҳолда

беморда қусиш рефлекси пайдо бўлади. Юмшоқ танглайнинг ҳаракатчанлигини аниқлаш учун врач бемордан “а-а-а-а” товушини чиқаришни сўрайди. Меъёрда юмшоқ танглай ҳаракатчан бўлади.

2. Юмшоқ танглайнинг шиллиқ пардаси, тилча, олд (танглай-тил) ва орқа (танглай-ҳалқум) танглай равоқчалари ва танглай муртақларини кўздан кечириш. Меъёрда шиллиқ парда силлиқ ва пушти рангда бўлиб равоқчалар яққол кўзга ташланиб туради. Танглай муртақларининг ҳажми аниқланади, бунинг учун танглай муртаги ҳамда тил ва юмшоқ парда ўртасидан хаёлан ўтказилган чизик орасидаги масофа 3 қисмга бўлинади. Муртақлар шу масофанинг 1/3 қисмигача катталашганда танглай муртақлари I даражаси, 2/3 қисмигача катталашганда II даражаси, ҳалқумнинг ўрта чизигигача катталашганда III даражаси сифатида баҳоланади.

3. Муртақлар шиллиқ пардасини кўздан кечириш. Меъёрда у пушти рангда, юзаси силлиқ ва нам, лакуналарининг оғзи ёпиқ бўлади.

4. Муртақ лакуналарининг ажралмасини аниқлаш учун врач икки қўлига икки донга шпателни олади ва битта шпател ёрдамида у беморнинг тилини пастга босиб, иккинчиси билан олд равоқча асоси орқали муртақнинг юқори қутбини босади. Ўнг томондаги муртақ ўнг қўлга олинган, чап томондаги муртақ чап қўлга олинган шпател ёрдамида босилади. Меъёрда лакуналарда ажралма бўлмайдиган ёки кам миқдорда йирингсиз эпителиал тикма бўлади.

5. Ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардасини кўздан кечириш. Меъёрда у пушти рангда, нам ва текис бўлади, юзасида кам миқдорда ўлчами 1 мм гача бўлган лимфоид тўқиманинг кичик тўпламчалари (лимфоид доначалар) кўринади (64-расм).

Эпифарингоскопия (орқа риноскопия).

1. Ҳалқум гумбазини кўздан кечириш учун врач бурун-ҳалқум кўзгусини дастасига ўрнатади, кейин кўзгунини 2–3 сонияга иссиқ (40–45°) сувга ботириб ёки спиртовка устида 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.

2. Чап қўлга шпателни олиб уни ўнг бурчакдан беморнинг оғзига киритади ва учи билан тилнинг олд 2/3 қисмини пастга босади. Бемордан бурун орқали нафас олишни сўрайди.

3. Бурун-ҳалқум кўзгусини қаламни ушлагандай ўнг қўли билан ушлаб, врач уни тил негизи ва ҳалқум орқа деворига теккизмасдан беморнинг оғзига, кейин юмшоқ танглай пардасининг орқасига киритади, бунда кўзгунинг юзи юқорига 45° га қаратилган бўлиши лозим.

4. Ёруғликни кўзгуга йўналтириб ҳалқум гумбазини, хоаналар, ҳалқумнинг ён деворлари ва эшитув найининг тешиклари (улар пастки



65- расм. Орқа риноскопиянинг бажарилиши.



66-расм. Орқа риноскопияда бурун-ҳалқум манзараси.

юқори деворида жойлашиб, димоғ суяги ва хоаналарнинг юқори учига тегмайди (65–66- расмлар).

Гипофарингоскопия (билвосита ларингоскопия).

Гипофарингоскопия текшируви ҳиқилдоқ кўзгуси ёрдамида бажарилади.

1. Ҳиқилдоқ кўзгуси дастасига ўрнатилгандан сўнг иссиқ сувда (40–45°) ёки спиртовка устида 2–3 сония давомида иситилади, салфетка билан қуритилади. Врач кўзгу исиганлигини текшириб кўради. Бунинг учун у кўзгуни қўл кафтининг орқа юзасига теккизади.

2. Врач бемордан оғзини очиб, тилини чиқаришни ва оғиз орқали нафас олишни сўрайди.

3. Врач 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 лабнинг устига қўяди), бемор тилини ўзига ва пастга бироз тортади. Бу ҳаракатни беморни ўзи бажариши мумкин.

4. Ҳиқилдоқ кўзгусининг дастасини ўнг қўли билан қаламни ушлагандай ушлаб, врач уни оғиз бўшлиғига юмшоқ танглайгача киритади (бунда кўзгунинг юзи пастга қаратилган ва тилнинг юзига 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” товушини чиқариш, сўнг чуқур нафас олиш буюрилади. Овозни чиқариш ва нафас олиш пайтида ҳиқилдоқнинг ички юзаси кўзга кўринади (67–68- расмлар).

5. Врач кўзгуни ҳалқумдан чиқариб олади ва дастасидан ажратиб, уни зарарсизлантирувчи эритмага солиб қўяди.

Бурун-ҳалқумни бармоқлар ёрдамида пайпаслаш.

6. Бемор курсига ўтиради, врач қўлларини совун билан ювгандан сўнг унинг орқасида ўнг томонда тик турган ҳолда, чап қўлининг



67- расм . Гипофарингоскопияда беморнинг ҳолати.



68- расм. Гипофарингоскопияда ҳиқилдоқ кўзгусининг ҳолати.

кўрсаткич бармоғи билан бемор лунжини тишлар орасига киритиб, учинчи, тўртинчи ва бешинчи бармоқлари билан пастки жағни ушлаб, билаги билан боланинг бошини ўзининг танасига босиб туриб, ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғини бурун-ҳалқумга, юмшоқ танглайнинг орқасига чаққонлик билан йўналтириб, хоаналарни, бурун-ҳалқумнинг гумбазини, ҳалқум ён деворларини пайпаслайди (69-расм). Зарурат туғилганда дикаин ёки лидокаин ёрдамида маҳаллий оғриқсизлантириш усули қўлланади.



69-расм. Бурун-ҳалқумни бармоқ билан пайпаслаш.

IV боб

ҲАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳалқум жароҳатлари. Ҳалқумнинг механик жароҳатлари терининг зарарланган ёки зарарланмаганлигига қараб ташқи ва ички, ёпиқ ва очиқ жароҳатларга бўлинади. Бундан ташқари, ботган ёки ботмаган, фақат кириш тешиги ёки ҳам кириш, ҳам чиқиш тешиги бўлган жароҳатлар тафовут қилинади.

Ҳалқумнинг *ички жароҳати* кўпинча механик шикаст, термик ва кимёвий куйишлар натижасида содир бўлади. Бола оғзига солинган қалам ёки чўп билан йиқилганда юмшоқ танглайнинг тешилиши, ҳалқум орқа девори шиллиқ пардасининг йиртилиши ва лат ейиши кузатилади. 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 бўғилиш ҳолати юзага келиши мумкин.

Белгилари. Касалликнинг белгилари бир вақтнинг ўзида бир неча аъзолар, масалан ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қон томирлар жароҳатланишига боғлиқ бўлади. Бемор оғзидан сўлак ва қон оқиши, томоғи оғриши, ютиниши қийинлашганлигига шикоят қилади. Баъзан беморда бўйин соҳасининг шиши ва тери ости эмфиземаси кузатилади.

Ҳалқумнинг *ёпиқ ташқи жароҳатлари*га лат ейиш, тери ости йиртилишлари киради. Бундай жароҳатлар кўпинча кўча транспорт ҳодисаларида, спорт ўйинларида содир бўлади. Енгил жароҳатларда зарарланган майдон оғрийди, шишади, шиллиқ пардасига қон куйилади, баъзан тери шилинади.

Ҳалқумнинг ташқи жароҳати *аралаш* (бўйин, калла суяги, гавда, кўл-оёқларнинг жароҳати билан бирга) ва *очиқ* (кесилган, суқилган, мажақланган) жароҳатларга бўлинади.

Беморда оғриқ, қон оқиши, пастки жағ ва тил ости суягининг жароҳатида нафас, нутқ, ютинишнинг бузилиши ва тери ости эмфиземаси кузатилади.

Ташхис касаллик белгилари, пайпаслаш, гипо-, мезо-, эпифарингоскопия ва рентгенография текширув натижалари асосида қўйилади. Ташхис қўйишда касалликнинг бошланиши, жароҳат содир этилган вақти ва вазияти муҳим аҳамиятга эга.

Бурун-ҳалқум, ҳиқилдоқ-ҳалқум ва жароҳат майдони кўздан кечирилиб, ёт жисм бор-йўқлиги аниқланади. Жароҳат майдонининг жойлашувиغا қараб жарроҳ ёки стоматолог маслаҳати уюштирилади.

Фарингоскопияда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги, жароҳат майдонида шиш, гематома ва яллиғланиш белгилари пайдо бўлганлиги кўзга ташланади. Беморда қон гуруҳи, резус-омил ва ҳалқумнинг рентгенологик текшируви ўтказилади.

Даволаш тадбирлари оториноларингология ёки реанимация бўлимида олиб борилади. Ҳалқумнинг ташқи жароҳатида шошилиш равишда қон оқишини тўхтатиш, нафас олиш фаолиятини тиклаш ва яллиғланишга қарши тадбирлар ўтказилади. Кучли артериал қон оқишида умумий уйқу артерияси босилиб, жароҳат майдони кўздан кечирилади, қонаётган қон томир боғланади.

Ҳалқумнинг энгил ички жароҳатида жароҳат майдони тозаланади, беморга антибиотикотерапия буюрилади. Ҳалқумнинг шиллиқ пардаси шилинганда жароҳат майдонига 3% ли кумуш нитрати суртилади. Юмшоқ танглай ёки ҳалқумнинг ён девори йиртилганда жароҳат майдонига чок қўйилади. Беморга қоқшолга қарши зардоб юборилади. Ҳалқум орти ҳўлпози ривожланиш хавфи туғилганда бемор врач назорати остида бўлиши лозим. Бемор зонд орқали овқатлантирилади.

Ҳалқум ёт жисми. Ёт жисм оғиз-ҳалқум, бурун-ҳалқум ёки ҳиқилдоқ-ҳалқумда тиқилиб қолиши овқатланиш вақтида ёки ёт жисм оғизга солинганда (тиш тозалагич, игна, тўғнағич, тугма ва бошқ.) содир бўлиши мумкин. Бундан ташқари ҳалқумга зулук кириб қолиши мумкин.

Белгилари. Беморнинг томоғи оғриб, ёт жисм суқилиши ёки ноҳуш ҳолат сезилади; баъзан оғриқ кулоқ соҳасига тарқалиши, йўтал, оғзидан сўлак оқиши, қон тупуриш кузатилади, бурундан нафас олиш қийинлиги, ютиниш қийинлиги ва йўтал кузатилади.

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия, билвосита ларингоскопия, орқа риноскопия натижалари асосида қўйилади.

Кўпинча ўткир учли ёт жисм (балиқ суякчалари, игна) муртақлар чўнтақларида, тил негизида, ноксимон чўнтақларда тиқилиб қолади.

Муртақларни кўздан кечириш учун олд равоқлар шпатель билан 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% ли дикаин, 10% ли 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, ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ён девори, чўмичсимон тоғай, чўмичсимон ҳиқилдоқ усти қопқоғи бурмаларининг шиллиқ пардаси шишганлиги, зарарланган томонда ноксимон чўнтак торайганлиги кўринади.

Зарурат туғилганда рентгенологик (Г.М.Земцов бўйича бўйиннинг контраст моддасиз ён рентгенографияси) ёки КТ, МРТ текширувлари ўтказилади. Ҳалқум ёт жисмининг клиник ва рентгенологик белгилари ноаниқ бўлиб, бемор ютинганда кучли оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилса, унда ёт жисм қизилўнғач соҳасида тиқилиб қолганлигига шубҳа қилинади.

Даволаш. Ҳалқум ёт жисми фарингоскопияда учи эгри қисқич ёрдамида чиқариб олинади. Тил негизи ёки ноксимон чўнтакда тиқилиб қолган ёт жисм шиллиқ қаватга 10% ли лидокаин сепилиб ёки 2% ли дикаин суртилгандан сўнг билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ корнцанги ёрдамида чиқариб олинади.

Ёш болаларда ҳиқилдоқ-ҳалқум ёт жисмлари умумий оғриқсизлантириш остида бевосита ларингоскопияда олинади.

Бурун-ҳалқум ёт жисмлари орқа риноскопияда маҳаллий оғриқсизлантириш остида корнцанг ёки Микулич қисқичлари ёрдамида олинади.

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

Болаларда оғиз бўшлиғи ва ҳалқум шиллиқ пардаси куйишлари ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси куйишига нисбатан енгилроқ кечади.

Белгилари. Дастлаб ҳалқум соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлади, оғриқ ютинганда, қусганда ва йўталганда кучаяди. Аммиак эритмаси (новшадил спирти) 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 куяди, оғиз бўшлиғи, танглай равоқлари, тилча, ҳалқум ва баъзан ҳиқилдоққа кириш жойининг шиллиқ пардаси кескин қизариб, шишади.

Куйишнинг II даражасида беморда заҳарланиш белгилари кузатилади, жароҳат майдонида шиллиқ парда шишиб, шишасимон бўлади ва некротик қараш билан қопланади.

Куйишнинг III даражасида организмнинг кескин заҳарланиш белгилари, қон ацидоз, эритроцитлар гемолизи ривожланиб, буйрак, жигар, юрак, қон томир етишмовчилиги ривожланиш хавфи туғилади. Фарингоскопияда нафақат шиллиқ парда, балки шиллиқ ости тўқималари куйганлиги ва чуқур некроз жараёни юз берганлиги, шиллиқ парда оқ караш билан қопланганлиги кўринади.

Таъхис касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, қайси заҳарли моддани қандай вазиятда ичганлиги, беморнинг умумий аҳволи, ичган ичимлигини ҳиди, қайт қилинган суюқликнинг характери ва бошқа текширувлар натижасини эътиборга олган ҳолда кўйилади. Бемор ютинганда оғриқ пайдо бўлиши, нафас олиш ва ютиниш қийинлашганлиги, оғзидан кўп миқдорда сўлак оқиши эътиборга олинади. Текширув пайтида врач куйиш қачон ва қандай вазиятда содир бўлганлигини, куйдирувчи моддани ва 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 даволаш тадбирлари ўтказилади. Кислота билан заҳарланганда ҳалқум оҳак суви, ишқор билан заҳарланганда эса 1% ли сирка кислотасининг эритмаси ёки сут ва сув аралашмаси (1:2) ёки тухум оқсили билан ошқозон ва қизилўнгач ювилади. Беморга ичиш учун оғриқсизлантирувчи дори буюрилади, парҳез таомлар тавсия этилади.

Кейинги даволаш тадбирлари куйиш ва заҳарланиш даражасига, нафас бузилишига қараб ўтказилади. Ҳалқум ва оғиз бўшлигининг энгил куйишларида жароҳат майдонига 0,5% ли новокаин эритмаси ёки 10% ли лидокаин аэрозоли сепилади, 5% ли перманганат калий эритмаси билан чайилади. Ичишга 3,0 ли анестезин қўшилган 100 мл ўсимлик ёғи тавсия этилади (1 ош қошиқдан 4–6 марта). Агар оғиз бўшлиғи калий перманганат кукуни билан куйган бўлса, 5% ли аскорутин эритмаси билан, бир неча марта лидокаин аэрозоли ёки дикаин билан оғриқсизлантирилиб, тоза бўлгунча артилади. Кейинчалик симптоматик ва патогенетик даволаш тадбирлари ўтказилади.

Ўткир тонзиллит (ангина) (angina) — умумий ўткир инфекцион аллергик касаллик бўлиб, лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси тўқимасининг (кўпинча танглай муртақларнинг) 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 борувчи 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 натижа 16% ни (1990) ташкил этишини инобатга олиб, тахминан аҳолимизнинг тўртдан бир қисми (25%) ўткир тонзиллит билан касалланади деб айтиш мумкин. Бундай аҳвол республикамиз соғлиқни сақлаш тизимига анчагина ноқулайликлар туғдиради.

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг ривожланишига А-гурухига мансуб бетта-гемолитик стрептококк (50–80% ҳолларда), баъзан стафилококк, пневмококк, аденовируслар, оғиз бўшлиғи спирохетаси, замбуруғлар ва бошқа микроблар ассоциацияси сабаб бўлади.

Б.С.Преображенский ангиаларни қуйидаги шаклларга бўлади:

1. Эпизотик – атроф-муҳит шароитининг ўзгариши, кўпинча шамоллаш натижасида ривожланган ангиалар;

2. Эпидемик – бемордан соғлом кишига юқиши натижасида ривожланган ангиалар;

3. Сурункали тонзиллитнинг хуружи даврида юзага келадиган ангиалар.

Инфекция экзоген ва эндоген йўллар орқали тарқалиб, микроблар муртақнинг шиллиқ пардасига ҳаво-томчи ёки алиментар йўллар орқали киради. Эндоген йўл орқали юқиш механизмида организм иммун ҳолатининг сусайиши, сапрофит ёки шартли-патоген микрофлораларининг патоген микрофлорага айланиши ёки патоген хусусиятининг ошиши натижасида юзага келади. Аутоинфекция сурункали тонзиллитнинг хуруж даврини ривожланишида муҳим аҳамиятга эга.

Ангиалар патогенезида организмнинг совуққа бўлган мослашув қобилятининг сусайиши (совуққа сезгирликни ошиши), ташқи муҳит шароитининг кескин ўзгаришлари (об-ҳавонинг ҳарорати, нисбий намлиги, ҳавода заҳарли моддаларнинг мавжудлиги ва бошқ.), С ва В гуруҳи дармондорилари ҳамда овқат таркибида оқсиллар етишмаслиги муҳим рол ўйнайди. Лимфатик-гипопластик диатез, марказий ва вегетатив асаб тизими тўлиқ ривожланмаганлиги, оғиз, бурун, бурун ёндош бўшлиқларининг сурункали касалликлари, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши ҳам ангинанинг ривожига ёрдам беради.

Касалликнинг ривожидида лакуналар ичи микрофлораси ва оқсилни парчаланиши натижасида ҳосил бўлган моддалар сенсibiliзацияловчи омил сифатида таъсир кўрсатса, турли экзоген ёки эндоген омиллар сенсibiliзацияланган организмда бошловчи механизм ролини ўйнайди. Бундан ташқари, аллергик омил инфекция-аллергик характерга эга ревматизм, ўткир нефрит, носпецифик юқумли полиартрит ва бошқа асоратларни юзага келишига ёрдам беради.

Таснифи. Б.С.Преображенский, В.Т.Пальчун бўйича ангиаларнинг қуйидаги таснифи амалда кенг қўлланилиб келинмоқда.

Банал (оддий) ангиалар:

Катарал; Фолликуляр; Лакунар; Аралаш.

Ангиаларнинг алоҳида (нотипик) шакллари:

Симановский-Венсан; Герпетик; Флегмонали;

Замбуруғли; Аралаш шакллари.

Юқумли касалликларда ривожланган ангиналар:

Дифтерияда; Скарлатинада; Қизамиқда;

Захмда; ОИТСда.

Қон касалликларида ривожланган ангиналар:

Агранулоцитар; Моноцитар; Лейкозда.

Банал ангиналар куйидаги умумий белгилар билан бошқа ангиналардан ажралиб туради:

организмнинг умумий заҳарланиш белгиларининг кузатилиши; клиник-патологик ўзгаришлар ҳар иккала танглай муртакларида аниқланиши;

яллиғланиш жараёнининг ўртача 7—8 кун давом этиши;

банал ангиналарнинг этиологиясида бактериялар ҳамда вируслар яллиғланиш жараёнида бирламчи омил бўлиб хизмат қилиши.

Патологоанатомик ўзгаришлар: муртак паренхимасида қон томир капиллярлари ва лимфа томирларининг кескин кенгайиши, кичик вена қон томирлари тромбози ва лимфа капиллярларидаги турғунлиқ каби ўзгаришлар юз беради.

Оддий ангиналарнинг клиник шакллари ва кечими

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 муғузланган бўлади.

Белгилари. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг томоғида ачишиш, қичиш ва ютинганда кучаядиган оғриқ кузатилади. У ҳолсизликка, боши ва баъзан бўғимлари оғришига, тана ҳарорати асосан субфебрил, яъни 38° гача кўтарилишига, болаларда кўнгил айнишига шикоят қилиши мумкин.

Қонда нейтрофили лейкоцитоз ($7-9 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкоцитлар формуласининг бироз чапга силжиши, ЭЧТ $18-20$ мм/соат ошиши қайд этилади. Баъзан тана ҳарорати меъёрда бўлиши ёки лейкоцитлар формуласи ўзгаришсиз қолиши кузатилади.

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, оқ-сарғиш караш билан қопланади (70-расм).



70-расм. Катарал ангина.

Катарал ангина кўпинча фолликуляр ва лакунар ангинадан олдин ривожланиб, 2–3 кун давом этиб, агар самарасиз даволанса фолликуляр ёки лакунар ангинага ўтади.

Катарал ангинани ўткир фарингитдан фарқлаш лозим. Ўткир фарингит одатда ўткир респиратор касалликларда ривожланиб, унда муртаklar ва ҳалқумнинг шиллиқ пардаси қизаради, катарал ангинада эса яллиғланиш жараёни асосан муртаklarда жойлашади. Маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, пайпасланганда бироз оғрийди.

Таъхис анамнез маълумотлари, бемор шикоятлари мезо-, эпилва гипофарингоскопия ва қўшимча текширувлар натижалари асосида кўйилади.

Фолликуляр ангина касалликнинг оғир шаклларидан бири бўлиб, яллиғланиш жараёни нафақат муртаklarнинг шиллиқ пардасини, балки фолликулаларни ҳам қамраб олади. Фолликулаларда лейкоцитли инфильтратлар ёки айрим майдонларда некрозли ўзгаришлар пайдо бўлади. Муртаklar шишиб, шиллиқ пардаси қизаради. Эпителий қавати остида жойлашган фолликулаларда тарик донасидай оқ-сарғиш кичик нуқталар (йиринглаган фолликулалар) кўринади. Шу сабабли муртаklarнинг эркин юзаси «юлдузли осмон» манзарасини эслатади.

Белгилари. Фолликуляр ангина ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати $38 - 38,5^{\circ} \text{C}$ га кўтарилади, томоғи оғрийди. Оғрик айниқса ютинганда кучаяди ва кўпинча кулоқ соҳасига ҳам тарқалиши мумкин. Организмда умумий заҳарланиш белгилари: ҳолсизлик, қалтираш, бош оғриғи, бўғимлар, мушаклар, баъзан бел ва юрак соҳасининг оғриши, иштаҳанинг пасайиши ва қабзият кузатилади. Болаларда тана ҳароратининг кўтарилиши билан бирга қусиш, менингизм белгилари, талваса, эс-ҳушнинг хиралашиши каби оғир белгилар пайдо бўлиши мумкин. Бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашиб, пайпасланганда оғрийди. Қонда лейкоцитоз ($12 - 15 \cdot 10^9 / \text{л}$), таёқча ядролу лейкоцитлар миқдорининг кўпайиши, лейкоформулани чапга силжиши, ЭЧТ 30 мм/соат ошиши кузатилади; сийдикда альбуминурия ва ҳатто микрогематурия аниқланиши мумкин.

Фарингоскопияда юмшоқ танглай ва равоқчаларга тарқалган тарқоқ қизариш, инфильтрация, танглай муртаklarининг шиши кўзга ташланади. Муртаklar юзасида 1–3 мм ҳажмдаги кўп сонли айлана, бироз бўртиб чиққан сарғиш-оқ нуқталар кўринади. Бу тузилмалар шиллиқ парда остида жойлашган муртаklarнинг йирингли фолликулалари бўлиб, улар касалликнинг 2–3-кунда ёрилиб, шиллиқ пардада тез битиб кетувчи ярачаларни, қон томир эрозияларини ҳосил қилади. Касаллик 5–6 кун давом этади (71-расм).



71-расм. Фолликуляр ангина.

Фолликуляр ва лакунар ангиналар клиник ва патологоанатомик манзараси билан бири-бирдан кам фарқ қилади. Касалликнинг клиник шакли эса қайси жараён кўпроқ ривожланганлигига боғлиқ бўлади.

Лакунар ангина лакуналар ичида ва кириш қисмида дастлаб серозли-шилмишиқ, кейинчалик йирингли ажралма тўпланиши билан кечади. Ажралма лейкоцитлар, лимфоцитлар, кўчган эпителий ва фибриндан иборат бўлади. Лакуналар атрофини ўраган карашлар бири-бири билан қўшилиб, муртақлар юзасини қисман ёки бутунлай қоплаши мумкин, аммо бундай карашлар атроф тўқималарга (равоқлар, ён деворлар, тилча) тарқалмайди ва осон кўчади. Лакунар ангинанинг айнан шу белгиси уни ҳалқум дифтериясидан фарқлашга ёрдам беради.



72-расм. Лакунар ангина.

Белгилари. Касалликнинг бошланиши ва клиник манзараси фолликуляр ангилага ўхшаса-да, ангинанинг бу шакли нисбатан оғирроқ кечади. Жараён кўпинча иккала муртақда бир вақтда ривожланади. Баъзан беморда бир вақтнинг ўзида ҳам фолликуляр, ҳам лакунар ангина белгиларини кузатиш мумкин. *Фарингоскопияда* муртақларнинг 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 муртақ сатҳини тўлиқ қопласа-да, лекин муртақлар чегарасидан чиқмайди. Карашлар шпател ёрдамида осон кўчади (72-расм). Касаллик ўртача 5—7 кун давом этиши, ёки асоратланган оғир кечимида ундан кўпроқ муддатга чўзилиши мумкин.

Танглай муртақларининг ўткир яллиғланиши Пирогов—Вальдейер лимфаденоид ҳалқасининг бошқа муртақларига ҳам тарқалиши мумкин.

Бурун-ҳалқум муртаги яллиғланганда беморнинг димоғи оғрийди, оғриқ бурун соҳасига тарқалиб, беморда бурун орқали нафас олиш қийинлашади. Тил муртаги яллиғланганда беморнинг томоғи оғрийди, ютинганда ва тилини оғзидан чиқарганда оғриқ кучаяди. Ҳалқум ён деворларининг лимфоид тўқималари яллиғланганда эса шу майдонда бироз оғриқ ва шиш кузатилади. Баъзан касаллик оғир кечиби, йирингли медиастенитнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Даволаш. Катарал, фолликуляр ва лакунар ангина билан оғриган бемор асосан уй шароитида даволанади. Касаллик оғир кечган ҳолларда даволаш юқумли касалликлар шифохонасида олиб борилади. Беморга алоҳида идиш-товоқ ва сочиқ ажратилади, қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлили ўтказилади, танглай муртагидан бактериологик текширув учун суртма олинади. Енгил ва дармондориларга бой овқатлар,

кўп миқдорда илиқ суюқликлар ичиш (лимонли чой, шарбатлар, маъданли сувлар) тавсия қилинади.

Беморларга этиологик, патогенетик, симптоматик даволаш табдиллари ва дармондорилар буюрилади. Касалликнинг турли микрофлора қўзғатишини эътиборга олган ҳолда беморга таъсир кўламини кенг антибиотиклар (ампициллин, цефамизин, амоксиклав, клафоран, аугментин ва бошқ.) буюрилади. Биопарокс маҳаллий яллиғланиш жараёнига қарши таъсирга эга бўлиб, кунига 4 маҳал аэрозол шаклида буюрилади. Антибиотиклар эритмасини пастки жағ суяги бурчагидан 1 см пастда тери остига лимфотроп усулда ҳам юборса бўлади.

63% дан ортиқ ҳолларда яллиғланиш жараёнида анаэроб микроблар иштирок этишини назарда тутиб вена ичига метрогил эритмаси томчилаб юборилади (Аланиёзов С.Н., 2006).

Беморга антигистамин дори воситалари, дармондорилар (шу жумладан, аскорутин) ичиш тавсия қилинади. Томоқни фурацилин, 2% ли 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% ли кальций хлорид эритмасини (7–10 мл/кг дозада бир дақиқада 40–50 томчи) 400 мл гача миқдорда томчилаб юбориш яхши самара беради.

Маҳаллий усулда танглай муртаклари соҳасига УВЧ, қисқа тўлқинли терапия муолажалари ўтказилади, 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 ўтказилиши ва бир ой давомида шифокор назорати остида бўлиши лозим.

Аралаш ангина жуда кам учрайди ва юқорида қайд этилган ангиналар белгиларининг бирга кечиши билан намоён бўлади.

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 юз берадиган 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 шартли-патоген флорани турли ноқулай омиллар (ижтимоий-маиший, алиментар, экологик ва бошқ.) таъсирида фаоллашиши сабаб бўлади. Бунда А гуруҳи бета-гемолитик стрептококки муҳим аҳамиятга эга. Аденоидитнинг ривожланишига сабаб бўлган бошқа микроорганизмларга микоплазмалар, хламидийлар, рино- ва короновируслар, грипп ва парагрипп вируслари, Эпштейн-Барр вируси, С ва G гуруҳи стрептококклари ва стафилококклар киради.

Ўткир аденоидит ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади. 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 иммунитет ҳолати бузилишидан ва организмнинг резистентлиги сустлигидан далолат беради.

Иммунитет танқислиги ҳолатининг асосий клиник белгиси бу ЛОР аъзоларда, бронх-ўпка аппаратида, кўзларда, терида ва юмшоқ тўқималарда кўпинча аънъанавий ва патогенетик терапияга чидамли оппортунистик ва шартли-патоген микроблар қўзғатган турли сурункали қайталанувчи инфекция - яллиғланиш жараёнларининг ривожланишидир. Организм иммун тизимидаги сифат етишмовчилигини сон кўрсаткичи, яъни лимфоэпителиал тўқиманинг катталашishi билан қоплайди.

Клиник манзараси. Ёш болаларда ўткир аденоидит тана ҳароратининг кўтарилиши ($39,0-40,0^{\circ}\text{C}$), бурун орқали нафас олишни кескин бузилиши, кулоқ оғриши, ҳуружли йўтал билан кечади.

Эмизикли болаларда касаллик кескин таъсирланиш белгилари, эмишининг қийинлашиши, парентерал диспепсия, қусиш, ич кетиши, қатор ҳолларда бош мия пардаларининг таъсирланиш белгилари билан жуда оғир кечади. Бурундан дастлаб шилимшиқ, кейинчалик шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, маҳаллий лимфа тугунлар, асосан бўйин ва пастки жағ лимфа тугунлари катталашади, манқаланиш кузатилади. Тана ҳарорати 38°C ва ундан ортиқ бўлади, бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашиб, пайпасланганда оғрийди. Катта ёшдаги болаларда ва катталарда ўткир аденоидит тана ҳароратининг бироз кўтарилиши ёки меъёрга бўлиши, умумий ҳолатнинг енгил бузилиши билан кечиши мумкин.

Яллиғланиш жараёни най муртақларига, ҳалқумга, бодомча безларга равоқчаларига ва лимфоид фолликулаларига ҳам тарқалиши туфайли ўткир аденоидит бошқача қилиб *ўткир эпифарингит* деб аталади; баъзан беморда отит, евстахеит, ретрофарингиал хўппоз каби асоратлар ривожланиши мумкин.

Шуни эътиборга олиш лозимки, ўткир яллиғланиш жараёни сурункали кечимига айланганда катталашган ҳалқум муртақларидаги

шиш ва инфилтрация жараёнига пролиферация жараёни ҳам қўшилади, натижада муртаklar мугузланиб, янада катталашади. Бу эса муртаklarнинг физиологик фаолиятининг кескин бузилишига олиб келади: эшитув найларининг ҳалқум тешиклари ёпилади; бурун орқали нафас олиш фаолияти бузилади (бола оғзи орқали нафас олади, нафас ҳаракатлари юзаки бўлиб, ўпкага кираётган 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 томирлари билан анастомозлар ҳосил қилиши эса яллиғланиш жараёнида калла ичи асоратлари, хусусан сурункали базал лептоменингитнинг ривожланишига 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 adenoideus*).

Баъзан болаларда бурун-ҳалқумнинг гумбазида жабра тирқишининг битмаслиги ва рудиментар чўнтак — Торнвальд кистаси ҳосил бўлиши мумкин. У катталашган ҳалқум муртаги билан ёпилган бўлиб, патологик ажралма билан тўлган яширин бўшлиқдир.

Балоғат ёшидаги беморларда аденоидит касаллиги камдан-кам учрайди ва бунда муртақ сурункали яллиғланиш ҳолатида бўлади. Яллиғланиш жараёни муртақдан ҳалқум ва нафас йўллари шиллиқ пардасининг барча бўлимларига тарқалиши ва катарал, йирингли, йирингли-некротик характерга эга бўлиши мумкин.

Таъхис касалликнинг 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 оқётганлиги кўринади. Эндоскоп ёрдамида бажарилган орқа риноскопияда ёки эпифарингоскопияда ҳалқум муртаги кескин шишган ва қизарганлиги, унинг юзасида нуқтали ва қўшилиб кетган йирингли карашлар борлиги аниқланади.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги, умумий бурун йўлининг орқа бўлимларида шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли ажралма борлиги кўринади.

Қатор ҳолларда бурун бўшлиғи анемизация қилиниб, тозалангандан сўнг қизарган ва шишган турли даражада катталашган ва шилимшиқ-йирингли ажралма билан қопланган аденоидларни кўриш мумкин.

Периферик қонда чапга силжиган лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, вирусли зарарланишда лимфоцитоз кузатилади; сийдикнинг умумий таҳлилида қонда оқсил борлиги аниқланади.

Ҳалқум орқа деворидан суртма олиб, уни микробиологик текширувдан ўтказиш касалликни кўзга татган бактерияларни аниқлаш ва тегишли бактерияларга қарши терапияни ўтказишга ёрдам беради.

Даволаш тадбирлари маҳаллий ва тизимли терапиядан иборат.

Маҳаллий даволаш тадбирлари: беморга бурун томчилари ёки аэрозол шаклида қон томирларни торайтирувчи, яллиғланишга қарши, муколитик ва антисептик дорилар (*оксиметазолин, тетризолин, 2% ликумуш протеинати*), иммуномодуляторлар (*деринат, гепон*) буюрилади. Барча дорилар бурун бўшлиғи ва ҳалқум тозалангандан сўнг; *аква марис, физиомер* ёрдамида ювилгандан сўнг киритилади.

Тизимли терапияда турлича дорилар ишлатилади.

Симптоматик воситаларга тана ҳароратини туширувчи, оғриқсизлантирувчи дорилар киради (*парацетамол (тайленол), солпадеин ва бошқ.*).

Вирусларга қарши ацековир, интерферон ва иммуномодулятор дорилари: *полиоксидоний, ликопид, арбидол Ирс-19, иммундон* буюрилади.

Этиотроп терапия: микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқлангандан сўнг беморга асосан пенициллин гуруҳи антибиотиклари (*феноксиметилпенициллин, амоксициллин/клаванат*) ёки II—III авлодга мансуб цефалоспоринлар (*цефуроксим, цефатоксим, цефтриоксон*) ва макролидлар (*эритромицин, рокситромицин, азитромицин*) буюрилади.

Тетрациклинлар гуруҳи антибиотикларидан асосан А гуруҳи бетта гемолитик стрептококкга қарши самара берувчи *доксисилин* шаклида ишлатилади, аммо микробларнинг ушбу антибиотикка чидамлилиги 50% ни ташкил қилганлиги туфайли даволашда кам қўлланади.

Маҳаллий усулда қўлланиладиган фузафунжин (*биопарокс*) аэрозоли даволашда яхши натижа беради. У топик антибиотик бўлиб, бактерияларга ва яллиғланишга қарши кенг таъсир спектрига эга. Биопарокс аэрозоли бурун тешикларига ҳар 4 соатда 4 ингаляциядан буюрилади. Ингаляциядан олдин “бурун душени” бажариш даволаш самарасини янада оширади.

Аденоидитнинг ривожланишига аллергик омил сабаб бўлган ҳолларда беморга антигистамин дори воситалари тавсия этилади (*кламастин, лоратадин, эбастин, цетиризин*).

Охирги йилларда аденоидитни даволашда гомеопатик ва антигомотоксик дорилар қўлланилмоқда: *лимфомиозот, энгистол, эхинацея, ангинхель, Иов-малиш, аписмеркурий*.

Аксарият ҳолларда аденоидит 3—5 кун давомида соғайиш билан тугайди, қатор ҳолларда касаллик 15—20 кун давом этиши мумкин, беморнинг умумий аҳволи нисбатан ёмонлашади.

Дори-дармонлар билан даволаш тадбирлари самара бермаганда аденотомия жарроҳлик амали бажарилади. II—III даражали аденоидларни

касаллик авж олгандан кейин 1–2 ой ичида олиб ташлаш тавсия қилинади (аденотомия).

Ангиналарнинг алоҳида (нотипик) шакллари

Ярали-некротик ангина, ярали пардали ангина ёки Симановский-Плаут-Венсан ангинаси муртақларда, баъзан танглай равоқчаларида ва ҳалқум деворларида бадбўй ҳидли, кулранг караш 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 кўзғатади. 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 ангинанинг ривожланишига ёрдам беради.



73-расм. Ярали некротик ангина.

ҳалқумнинг орқа деворига, ҳиқилдоққа ва баъзан атроф тўқималарга ҳам тарқалиши мумкин (73-расм).

Белгилари. Муртақнинг томоқ юзасида (одатда, бир томонда) юмшоқ, осон кўчувчи кулранг караш пайдо бўлиб, караш олингандан сўнг унинг остида юзаки яралар қолади. Яранинг тубида носпецифик микрофлорага бой (асосан галтаксимон бациллалар ва спирохеталар) юмшоқ фибринли караш ҳосил бўлади. Фибринли караш остида некрозга учраган лимфаденоид тўқима майдони, унинг четларида реактив яллиғланиш тасмаси кўринади. Некроз жараёни муртақнинг эпителий қавати ва паренхимасига, караш ва яралар милкларга, юмшоқ танглайга,



74-расм. Гранулёзли ангина.



75-расм. Гранулёзли фарингит.

Бемор чайнаганда ёки ютинганида томоғида ёт жисм ва кучли оғриқ ҳис этишига, оғзидан ёқимсиз ҳид келишига, сўлаги оқшига шикоят қилади.

Умумий аҳволи нисбатан қониқарли, тана ҳарорати меъёрда ёки бироз кўтарилган бўлади, зарарланган томонда жаф ости лимфа тугунлари катта-лашиб, бироз оғрийди.

Касаллик 1—3 ҳафта, баъзан ойлаб давом этади. Муртақлар соҳасидаги яралар чандиқ қолдирмасдан битиб кетади.

Ташхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари ва фарингоскопия манзараси асосида қўйилади. Фарингоскопияда муртақлардан бирининг ҳалқум юзаси кулранг-сарғиш ёки кулранг-яшил караш билан қопланганлиги, караш олингандан сўнг остида чети нотекис кратерсимон яра борлиги ва унинг туби ифлос кулранг-сарғиш караш билан қопланганлиги, оғир ҳолларда яралар муртақ чегарасидан ташқарига, атроф тўқималарга — милкларга, тил илдизига, танглай равоқчаларига тарқалганлиги кузатилади. Караш ва яралар ажралмасининг бактериологик текширувида *Fusobacterium fusiforme* ва *Spirochaeta vincenti*, борлиги, қонда бироз лейкоцитоз, камқонлик белгилари ва ЭЧТ ошиши кузатилади. 10% ҳолларда яра-пардали ангина дифтерия билан бирга кечади. Ушбу ангина ҳалқум дифтерияси, бодомча безлар захми, сил яраси, қон касаллигидаги ангина ва ҳалқум муртаги ўсмасидан фарқланиши лозим.

Даволаш. Беморга умумий ва маҳаллий даволаш тадбирлари буюрилади, оғиз бўшлиғи касалликлари даволанади.

Герпетик ангина — ҳалқум орқа девори ва юмшоқ танглайда яраланишига мойил майда пуфакча ва тошмаларининг пайдо бўлиши билан кечадиган ўткир юқумли касаллик. Касалликни аденовируслар, грипп ва Коксаки вируслари кўзгатади. Инфекция ҳаво-томчи йўли ва қўллар орқали тарқалади. Пуфакчалар ёрилгандан сўнг эпителий қавати фибрин билан қопланади. Бир вақтнинг ўзида бундай 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° Сгача кўтарилади, боши, томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ кучаяди, у ҳолсизланади. Бир томонлама конъюнктивит ангинага 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, муртақлар ва ҳалқумнинг орқа деворида кичик қизғиш пуфакчалар пайдо бўлади. Касаллик бошлангандан 3—4 кун ўтиб пуфакчалар ёрилиб ёки ўз-ўзидан сурилиб 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) буюрилади.

Флегмонали ангина (интратонзилляр ҳўппоз) нисбатан кам учрайди. Касалликнинг ривожланишига баъзан ангиналардан ташқари, муртақларнинг қаттиқ овқат луқмаси билан жароҳатланиши сабаб бўлиши мумкин.



76-расм. Флегмонали ангина.

Бундай ангинада лакуналар чиқариш фаолиятининг бузилиши, дастлаб муртак паренхимасининг шиши, кейин лейкоцитлар инфильтрацияси кузатилади. Фолликулалардаги некрозга учраган тўқима майдонлари қўшилиб муртак ичида йирингли ўчоқни ҳосил қилади. Муртак юзасига яқин жойлашган ҳўппоз ўз-ўзидан оғиз бўшлиғига ёки паратонзилляр бўшлиққа ёрилиши мумкин. Флегмонали 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 флегмонали ангинада бемор оғзини очиш имконига эга бўлса, перитонзиллит ёки перитонзилляр ҳўппозда у оғзини очолмай қолади (76-расм).

Даволаш. Флегмонали ангина жарроҳлик усулида даволанади. Бунда *муртак ҳўппозини очиш* ёки умумий ва маҳаллий оғриқсизлантириш остида *тонзилэктомия* 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 томир ичига 1% ли кальций хлорид эритмасини томчилаб юбориш яхши натижа беради.

Жарроҳлик амали пайтида қуйидаги асоратлар кузатилиши мумкин: жароҳат майдонидан қон оқиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, бўғилиш (қон нафас йўллариغا кирганда содир бўлади), менингоэнцефалит, менингит, умуртқа поғонаси остеомиелити, бўйин умуртқаларининг чиқиши, юмшоқ танглай фалажи ва бошқ. Асоратларни олдини олиш учун жарроҳлик амалини бажаришдан олдин қон, сийдик ва ахлат таҳлиллари ўтказилади, бемор жарроҳлик амалига тайёрланади.

Оғиз бўшлиғи тубининг флегмонаси (Людвиг ангинаси). Касаллик 1836 йилда von Ludwig томонидан «оғиз бўшлиғи туби бириктирувчи тўқимасининг гангренозли индурацияси» деб аталган. Унда бириктирувчи тўқима, фасция ва мушакларда йирингли-яллиғли жараён билан кечган оғиз бўшлиғи тубининг тери ости юмшоқ тўқимасининг икки томонлама яллиғланиши кузатилади.

Этиологияси ва патогенези. Ҳўппоз ҳосил бўлмаган ҳолларда жараён пастки жағ ости учбурчагида жойлашган ва жағ-тил ости мушакларига тарқалган ўтқир целлюлит сифатида баҳоланиши мумкин. Патологик жараён бўйиннинг чуқур фасцияси пастки жағ суяги ва тил ости суягига бирикадиган майдонни қамраб олади.

Оғиз бўшлиғи флегмонасининг ривожланишига тиш-жағ аппарати ва ҳалқумнинг яллиғланиш касалликлари сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари оғиз бўшлиғи туби юмшоқ тўқимасининг яллиғланишига Вальдейернинг шогирди Биккел фикрича тил муртагидан бошланувчи оғиз бўшлиғи туби лимфоид тўқимаси занжирининг яллиғланиши сабаб бўлади.

Касалликни кўпинча стрептококklar, анаэроблар, *E. Corrodens* кўзғатади.

Клиник манзараси. Людвиг ангинаси кескин заҳарланиш белгилари, ҳолсизлик, томоқни қаттиқ оғриши ва у оғиз очилганда кучайиши билан намоён бўлади. Бемор ютиниш ҳаракатини бажаролмайди, унинг оғзидан кўп миқдорда сўлак оқади, тризм кузатилади.

Фарингоскопияда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги, оғиз бўшлиғи тубининг тўқималари инфильтрланганлиги, тил юқорига ва орқага силжиганлиги, қўл теккизганда кескин оғриши қайд этилади. Пастки жағ учбурчагида баъзан бўйиннинг ён томонига тарқалувчи шиш ва инфильтрация аниқланади.

Жараён бўйиннинг чуқур бўшлиқларидаги юмшоқ тўқималарга тарқалиши ва ҳиқилдоқ шишининг ривожланишига олиб келиши мумкин; ёш болаларда касаллик жуда оғир кечади.

Даволаш. Касалликнинг бошланғич босқичида беморга бактерияларга қарши дори воситалар (мушак орасига, томир ичига) буюрилади.

Даволашда асосан ҳимояланган пенициллинлар (*амоксициллин/клавулан кислотаси, ампициллин/сульбактам, тикарциллин/клавулан кислотаси, пиперациллин/тазобактам*) ҳамда цефоперазон/*сульбактам* қўлланилади. Метронидазол ёки карбапенем билан бирга пенициллин ёки линкозамид (*имипенем, меропенем*) альтернатив даволаш воситаси сифатида қўлланиши мумкин. Бактерияларга қарши терапия 10–14 кун давом эттирилади. Бир вақтнинг ўзида оғиз бўшлиғининг туби жарроҳлик усулида очилади ва унга резина чиқаргич ўрнатилади.

Патологик ўчоқ майдонига резина чиқаргич ўрнатиш учун тери тўш-ўмров-сўрғичсимон мушагининг олд четидан тил ости суягининг катта соҳаси бўйлаб пастки жағнинг ўртасигача ёйсимон кесилади. Агар флегмона оғиз бўшлиғи тубининг барча майдонини қамраб олган бўлса, унда худди шундай кесим қарама-қарши томонда ҳам бажарилади; тери ости юмшоқ тўқимаси ва бўйиннинг юзаки фасцияси кесилиб, бўйиннинг жағ ости учбурчаги очилади.

Оғиз бўшлиғи тубига кириш йўлини ҳосил қилиш мақсадида жағ ости сўлак безининг капсуласи очилади, шунда без юқорига силжийди. Кейин ияк ости майдони соҳасида пастки жағ четидан тил ости суягининг ўртасигача давом этувчи иккинчи кесим бажарилади ва шу билан тил негизига кириш йўли ҳосил қилинади.

Даволашда беморнинг нафас олиш фаолиятини эътиборга олинади. Оғир ҳолларда умумий оғриқсизлантириш остида трахетомия жарроҳлик амалини бажариш мақсадга мувофиқ.

Юқумли касалликларда ривожланган ангиналар

Дифтерияда ривожланган ангина ёки ҳалқум дифтерияси умумий захарланиш ва яллиғланиш жараёни туфайли танглай муртаклари ва оғиз-ҳалқум шиллиқ пардасида, яъни инфекциянинг кириш майдонида фибринли қараш ҳосил бўлиши билан кечувчи ўткир юқумли касаллик.

Этиологияси. Касалликни ташқи муҳитга чидамли дифтерия таёқчаси (*Corynebacterium diphtheriae*) кўзгатади. Инфекция асосан ҳавотомчи ёки контакт йўл орқали тарқалади. Яширин давр 2–7 кун давом этади. Дифтерия кўпинча болаларда учрайди.

Белгилари. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати кўтариледи. Дифтериянинг клиник кечими хилма-хил бўлганлиги сабабли, касалликнинг қуйидаги шакллари тафовут қилинади: маҳаллий шакли: карашли, оролчали, катарал; ҳалқум, бурун ва ҳиқилдоқни зарарланиши билан кечган тарқоқ дифтерия; токсик дифтерия: геморрагик ва гангренозли дифтерия.

Дифтериянинг маҳаллий шакли энг кўп учраб, 70–80% ни ташкил қилади. Жараён чегараланган майдонни қамраб олади, умумий захарланиш белгилари бош оғриғи, ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, бўғим ва мускуллар оғриши билан намоён бўлади. Дастлабки соатларда беморни томоқ оғриғи безовта қилади, иккинчи кун оғриқ анча зўраяди, нутқи ноаниқ бўлиб, оғзидан ўзига хос ёқимсиз ҳид келади. Тана ҳарорати баландлигига қарамасдан беморнинг юз териси рангпар бўлади (лакунар ва фолликуляр ангинода беморнинг икки юзи одатда қизил, лаблари қуруқ ва ёрқин бўлади). Маҳаллий лимфа тугунлар бироз катталашиб, оғрийди.

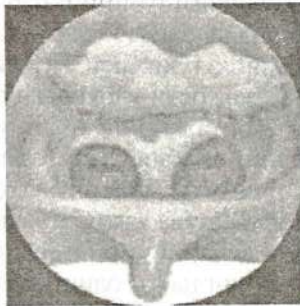
Фарингоскопияда муртакларнинг ва танглай равоқчаларининг кўкимтир қизариши ва шиши, лакуналар соҳасида (оролчали шаклида) ва муртакларнинг томоқ юзасида (карашли шаклида) кулранг-оқич қалин қараш кўринади. Қараш баъзан сарғиш ёки яшил рангда бўлиб, танглай равоқчалари, юмшоқ танглай, тилча ва ҳалқумнинг орқа деворида жойлашади. Дифтериянинг катарал шаклида

қараш бўлмайди (77–78-расмлар).

Ҳалқум дифтериясининг тарқоқ шакли 3–5% ҳолларда учрайди ва карашни бурун-ҳалқум, бурун, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шиллиқ пардасига тарқалиши билан кечади. Беморда пастга тар-



77-расм. Оғиз-ҳалқум дифтерияси.



78-расм. Бурун-ҳалқум дифтерияси.

қалувчи ҳиқилдоқ торайиш ҳоллари ривожланиши мумкин. Беморда заҳарланиш белгилари анча кескин намоён бўлади, тана ҳарорати 39° С гача кўтарилади, томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ зўраяди.

Бундан ташқари беморда тахикардия, аритмия, қон босимининг пасайиши, эс-хушни хиралашиши кузатилади.

Дифтериянинг токсик шакли жуда кам учрайди. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати 40° С гача кўтарилади, ҳалқум шиллиқ пардасининг ва бўйин тери ости ёғ тўқимасининг шиши эрта пайдо бўлади. Беморни томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ зўраяди, нафас олиши қийинлашади. Кейинги босқичларда юмшоқ танглай фалажи ривожланиб, юмшоқ танглайнинг ҳаракати бузилади ва бемор ютинганда овқат парчалари бурун бўшлиғига киради, беморда манқаланиш юзага келади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашади ва парафарингиал, жағ ости ва бўйин тўқималарининг шиши билан бирга кечади. Шиш ўмров суягига ва қовурғаларгача пастга тарқалиши мумкин. Айрим ҳолларда клиник манзарада геморрагик диатез (геморрагик дифтерия) белгилари етакчилик қилиши ва бемор бурнидан, юқори нафас йўлларидан қон оқиши, тери остига қон куйилиши белгилари кузатилиши мумкин.

Киёсий ташхис. Дифтерия кескин заҳарланиш белгилари билан ўткир бирламчи тонзиллитдан (хусусан, лакунар ангинадан) адинамия ва тана ҳароратининг паст бўлиши, фарингоскопия манзараси ва бошқа белгилар билан фарқ қилади.

Ташхис. Ангиналарнинг барча шакллари дифтерияга шубҳа туғдириши керак. Дифтерияга хос кулранг-оқиш ёки сарғиш-кулранг караш касалликнинг иккинчи кун охирида пайдо бўлади. Қалин караш қийинчилик билан олинади, шиша идишда эзилмайди, суюқликда чўқади. Караш олингандан сўнг ўша жойда қайта ҳосил бўлади. Зарарланган майдондан олинган суртманинг бактериологик текшируви ташхисни тасдиқлайди. Суртмани ёки караш парчасини карашнинг четларидан олиш лозим, текширувда 75–80% ҳолларда Клебс-Лёффлер таёқчалари аниқланади.

Дифтериянинг асоратлари ҳам касалликнинг оғир кечими билан бирга зўрайиб боради. Энг оғир ва тез-тез учрайдиган асорат бу миокардит. Юмшоқ танглайнинг периферик фалажи (сайёр ва тил-ҳалқум асаб толаси ҳалқум шохчаларининг зарарланиши) бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда оёқларнинг ва диафрагманинг периферик фалажлари, болаларда эса ҳиқилдоқ торайиши (дифтерия крупы) ривожланиши мумкин.

Даволаш. Дифтерия, айниқса унинг токсик шакли аниқланган бемор дарҳол юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилиб, санитария-эпидемиология бўлимига шошилиш хабар йўланади. Дифтерияга қарши антитоксик зардоб инфекция ўчоғида ва қондаги заҳарли моддаларни нейтраллаш хусусиятига эга бўлиб, хужайралар билан

бирикан захарли моддаларга таъсир кўрсатмайди. Шунинг учун даволашда дифтерияга қарши зардобни эрта қўллаш лозим.

Зардоб Безредко усулида юборилади. Тўлиқ даволаш миқдорини юборишдан бир 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 30000–40000 АЕ, иккинчи миқдори 10000 АЕ ни ташкил қилади. Дифтериянинг токсик шаклида зардобнинг умумий миқдори 100000–200000 га тенг бўлади.

Беморга детоксикация ва симптоматик воситалар, дармондорилар буюрилади. Иккиламчи асоратларни олдини олиш мақсадида антибиотикотерапия ва антигистамин дори воситалари тавсия этилади. Ҳозирги кунда дифтерияни даволашда ноқулай таъсири кам бўлган “диатерм” тозаланган зардоб қўлланилмоқда.

Дифтерияни бошдан кечирган беморларнинг 5–10% и 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 – умумий захарланиш, 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° С гача кўтарилади, бош оғриғи ва қусиш кузатилади. Қизариш, яъни «скарлатина энантемаси» қаттиқ танглайга тарқалиб, унда зарарланган майдонни кескин ажратиб турувчи чегара чизигини пайдо қилади. Бу белги касалликнинг 2-кунда йўқолади, 3–4-кун эса беморнинг тили малина рангидай қип-қизариб, сўргичлари 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-қулранг караш билан қопланади. Караш танглай равоқчаларига, юмшоқ танглай, тилча ва бурун-ҳалқумга тарқалади. Маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб оғрийди, терида майда нуқтали тошмалар, эпидермисни кўчиши, Филатов бурун-лаб 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 таъсир кўлами кенг антибиотиклар буюрилади. Бир вақтнинг ўзида антигистамин дори воситалари, оғиз ва ҳалқумни антисептиклар билан чайиш тавсия қилинади.

Қизамиқда ривожланган ангина. Қизамиқ — бу одатда болаларда умумий заҳарланиш белгилари, нафас йўллари ва лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси шиллиқ пардасининг яллиғланиши, конъюнктивит, терида папула тошмаларининг пайдо бўлиши билан кечган ўткир юқумли касаллик.

Ҳалқум яллиғланиши қизамиқнинг ҳам яширин даврида, ҳам тошма даврида кузатилади. Болаларда дастлаб юқори нафас йўллари-нинг катарал ўзгаришлари ва конъюнктивит белгилари пайдо бўлади. Касалликнинг 3—4-кун тошма пайдо бўлишидан олдин лунжларнинг ички юзасида қизамиқ касаллигига хос Фолатов-Коплик доғлари (ўлчами 1—2 мм бўлган 10—20 дона алоҳида-алоҳида оқиш доғчалар) пайдо бўлиб, 2—3 кундан сўнг йўқолади.

Фарингоскопияда оғиз бўшлиғи, оғиз-ҳалқум ва юмшоқ танглайнинг шиллиқ пардаси қизарган ва бироз шишганлиги, унда турли ўлчамдаги бир-бирига қўшилиб кетган қизил доғлар (қизамиқ энантемаси) кўринади. Танглай муртақларининг 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 тугунларининг катталашishi, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Касалликнинг тузалиш даврида ва ундан кейинги даврда иммунитетининг сусайиши натижасида иккиламчи инфекция қўшилиб, беморда милк, тил ва лабларнинг яраланиши, оғир ўткир ва субхордаларингит белгилари кузатилиши мумкин.

Даволаш асосан симптоматик бўлиб, у беморни парвариш қилиш, яхши овқатлантириш, витаминотерапия, оғиз бўшлиғини антисептик эритмалар билан чайишни ўз ичига олади.

Болаларни қизамиққа қарши эмлаш касалликни олдини олишга ёрдам беради. Асоратлар ривожланиши хавфи тугилганда антибактериал терапия буюрилади.

Туляремиядаги ангина. Туляремия касаллиги чанг, овқат ёки сув орқали тарқалади. Беморда некротик ангина белгилари кузатилади, маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, йиринглайди. Некроз майдонидан олинган суртмада туляремия микроби аниқланади.

Ич терламадаги ангина беморларнинг 1/3 қисмида кузатилади. Катарал ангина танглай муртақлари ва равоқчаларининг шиши, кичик айлана яраларнинг пайдо бўлиши билан кечади. Яраларнинг туби ўзига хос оқ-қулранг рангда бўлади.

Юқумли мононуклеоз касаллигининг ангина шакли беморда тана ҳароратини 39—40° С гача кўтарилиши, қонда ўзига хос ўзгаришларнинг юзага келиши (мононуклеарлар сони 50—70% га етади), жағ ости ва бўйин лимфа тугунларининг катталашishi ва оғриши билан кечади. Беморда дастлаб катарал ёки фолликуляр ангина ривожланиб, кейин муртақда оқ-қулранг парда билан қопланган яралар пайдо бўлади.

Ҳалқумнинг ВИЧ инфекцияда зарарланиши. ВИЧ инфекциясининг ривожланишига ретровируслар сабаб бўлади. Касаллик аста-секин ривожланувчи, яъни белгиларсиз ташиб юривчиликдан кўпинча барча беморларнинг ўлимига олиб келувчи оғир йўлдош касалликлар билан кечган орттирилган иммунитет танқислиги синдромининг (ОИТС) ривожланишигача иммунитет танқислиги билан намоён бўлади.

ОИТС касаллиги XX асрнинг охирида ва XXI асрнинг бошида инсоният дуч келган жиддий муаммолардан бири. Касаллик бутун дунёдаги миллионлаб одамларнинг нафақат соғлигига, балки ҳаётига ҳам хавф солмоқда. Ҳозирги кунда бутун планетамизни 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 иммунитет танқислиги вируслари (ВИЧ) кўзғатади. Ушбу вирус узлуксиз қайта тирилиш қобилиятига эга бўлиб, бунинг учун у лимфоид тўқима, асаб тўқимасининг микроглияси ва ичаклар эпителийсидан резервуар сифатида фойдаланади.

Патогенези. Касалликнинг патогенези ҳужайра ва гуморал иммунитетнинг бузилиши билан боғлиқ, чунки одам иммунитетни танқислиги Т-хелперлар субпопуляциясини зарарлайди.

Эпидемиологияси. *Инфекция манбаи* – юқумли касалликнинг турли босқичи билан оғриган бемор бўлиб, вирус унинг қонида, спермасида, қин ажралмасида, она сутидида мавжуд бўлади.

Тарқалиш йўллари: жинсий йўл, парентерал, трансплацентар, она сути орқали. Одамдан одамга вирус қон орқали (айниқса наркоманлар орасида битта шприцни бир нечта одам ишлатганда игна санчиш йўли билан), жинсий алоқаларда (ҳам гомо-, ҳам гетеросексуал алоқаларда) шиллиқ парда орқали, плацента орқали онадан болага тарқалади.

Зарарланиш ва касаллик дастлабки белгиларининг пайдо бўлиши орасидаги давр турли одамларда турлича вақт давом этади. Ўрта ҳисобда организмда ушбу касалликнинг белгиси сифатида баҳоланувчи қонда ВИЧ га қарши антителоларни аниқланиши ва ОИТС клиник белгилари комплексининг ривожланишигача 7–11 йил ўтади, аммо касаллик дастлабки 3 йил ичида ривожланиши ҳам мумкин.

ВИЧ одам организмнинг барча биологик муҳитларида топилган.

Ўз юзасида CD4+ антигенга эга ҳужайралар ВИЧ учун нишон-ҳужайралар бўлиб хизмат қилади, асосан улар Т-лимфоцитлардир.

Моноцит ва макрофаглар ВИЧнинг цитопатик таъсирига чидамли бўлсалар-да, улар унинг диссеминациясига (тарқалишига) ёрдам беради.

ВИЧ инфекциясининг характери ва кечимининг оғирлигини башорат қилиш учун CD4+ Т-лимфоцитларнинг концентрацияси ва

«вирусли устама»ни (полимераз занжир реакцияси усули ёрдамида аниқланган 1мл қон зардобидаги вируслар миқдорини аниқлаш текшируви) аниқлаш муҳим аҳамият касб этади.

CD4+ хужайраларнинг сони камайган ва иммун жавоб сусайган сари вирусли устама кўпайиб боради, бу эса касалликнинг зўрайиши билан кечади.

Таснифи. Мамлакатимизда қабул қилинган ВИЧ инфекциянинг клиник тансифи бўйича касалликнинг кечимида навбатма-навбат бир-бирини алмаштирувчи 4 давр тафовут қилинади:

I — инкубация даври;

II — бирламчи белгилар, шу жумладан уч босқичлар (фазалар):

A) ўткир инфекция;

B) белгисиз инфекция;

B) кўп сонли (персистир) тарқоқ лимфаденопатия.

III — иккиламчи касалликлар даври, у ҳам турли инфекция ва ўсма жараёнларининг кучайишини ва тарқалишини акс эттирувчи уч (A,B,B) босқичдан (фазалардан) иборат.

IV — терминал даври.

Клиник манзараси. ЛОР аъзолар, биринчи навбатда ҳалқумнинг турлича зарарланиши ВИЧ инфекциясида тез-тез учрайдиган белгилардан бири бўлиб, касалликнинг деярли барча шаклларида кузатилади ҳамда муҳим диагностик ва башоратли аҳамият касб этади. ВИЧ инфекциясига чалинган беморда асосий касалликнинг ривожланиш динамикасини эътиборга олган ҳолда ҳалқум ва бошқа ЛОР аъзолари патологияси хусусиятларини кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз.

I (инкубация) даври — бу зарарланиш вақтидан бошлаб ўткир инфекция белгилари ёки қон зардобида специфик антителолар пайдо бўлиши орасидаги давр. Ушбу давр 2—4 ҳафтадан 3 ойгача (ўрта ҳисобда 1 ой) давом этади.

II даври — ВИЧ инфекциясининг дастлабки белгилари ривожланган даври (зарарланишдан кейинги 6—8 ҳафтаси).

A босқич: ВИЧ инфекциясининг ўткир бошланиши носпецифик бўлиб, моноклеозсимон (кўп ҳолларда) ёки грипписимон синдром, полиаденит, нафас йўллари пастки бўлимларининг зарарланиши, серозли менингит, энцефалопатия, нефропатия, тромбоцитопатия пурпураси билан намоён бўлади.

Моноклеозсимон синдромда беморнинг тана ҳарорати 38—39⁰ С гача кўтарилади, моноцитар шаклдаги ангина, лимфа тугунларининг катталаниши, гепато- ва спленомегалия, баъзан артралгия, миалгия ва диарея кузатилади. Периферик қонда аниқланган ўзгаришлар (моноклеозсимон сони, шу жумладан атипик шакллари сонининг кўпайиши) моноцитар ангинани инкор этолмайди. Шу сабабдан қатор ҳолларда бирламчи ВИЧ инфекциясининг белгилари қайд этил-

ган беморлар ангина ташҳиси билан юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилдилар ва фақат серологик усулда аниқланган ВИЧ антителолар касалликнинг ҳақиқий табиатини аниқлаш имконини беради. Ушбу даврда беморнинг гавдасида, юзида, бўйнида жойлашган эритемали макулопапулёз тошма ва геморрагик аллергик васкулит тошмасига ўхшаш диаметри 3 мм га тенг геморрагик доғлар пайдо бўлиши мумкин.

Гриппсимон синдром тўсатдан бошланиши, тана ҳароратининг баландлиги, қалтираш, бош оғриғи, миалгия, анорексия билан кечувчи кескин заҳарланиш белгилари билан намоён бўлади; беморда полиаденопатия, спленомегалия, экссудатив фарингит кузатилиши мумкин. Ҳалқумнинг шиллиқ пардаси қизарган, бироз шишган, муртақлар қизарганлиги аниқланади, касаллик аденовирусли инфекцияни эслатовчи тўлқинсимон кечимга эга бўлиши мумкин. ВИЧ инфекциясининг II А босқичида юз ва бўйин соҳаси терисининг вирусли касаллиги — герпетик инфекция юзага келиши мумкин.

Физикал текширув пайтида моноклеозсимон ёки гриппсимон синдромларнинг белгиларини тегишли касалликлардан, яъни моноцитар ангина ёки ўткир респиратор инфекциядан фарқлаш жуда қийин, чунки касалликнинг бу босқичида ҳалқумнинг ўзига хос специфик белгилари қайд этилмайди.

II Б босқич: белгисиз вирусташувчилик (қонда ВИЧга қарши антителолар титрининг тобора ўсиб бориш даври). Ушбу даврда ВИЧ инфекцияси билан зарарланган беморларнинг деярли ярмида марказий асаб тизимида (МАТ) демиелинизация жараёни қайд этилиб, у нейросенсор паст эшитишлик ва вестибуляр анализатор касалликларининг субклиник шакллари ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Айрим беморларда транзитор тромбоцитопения ривожланиб, у жарроҳлик амали пайтида геморрагик асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

II Б босқич: кўпсонли (персистирланган) тарқоқ лимфаденопатия.

Кўп вақт давомида (10 йил ва ундан ортиқ) тарқоқ лимфаденопатия касалликнинг ягона белгиси бўлиб қолиши мумкин. Кўпинча орқа бўйин, энса орти ва ретромандибуляр лимфа тугунлари катталашади. Қатор беморларда лимфа тугунларининг катталашиши, тана ҳароратининг 39°C ва ундан ортиқ кўрсаткичларга кўтарилиши, қалтираш, кўп терлаш билан кечади; бошқа ҳолларда касаллик белгисиз кечади.

II В 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 касалликлар шиддат билан ривожланиши кузатилади.

Иммун тизими меъёрда бўлган шахс учун хавфсиз, аммо иммунитет танқислиги шароитида оғир касалликларнинг ривожланишига

сабаб бўлувчи шартли-патоген микроорганизмлар қўзғатган касалликлар **оппортунистик касалликлар** деб ном олган. Иммунитетнинг кескин сусайиши шароитида дастлаб *стрептококк, стафилококк ва пневмококк инфекциялари фаоллашади* (ушбу даврда ангиналар кўп учрайди); улар ўтказилган даволаш тадбирлари самара бермаслиги ва оғир асоратлар — (паратонзиллит, парафарингит, сепсис) қолдириши мумкин.

ЛОР аъзоларининг бошқа ўткир ва сурункали касалликларининг ривожланиши ҳам ҳимоя иммунитетининг кескин сусайиши шароитида *пиоген флоранинг фаоллашиши* билан боғлиқ. Ўткир синусит ва отитни анъанавий терапия ёрдамида деярли даволаб бўлмайди ва касаллик тез-тез авж олувчи ва оғир асоратлар ривожланиш хавфи юқори бўлган сурункали шаклига ўтади.

ЛОР аъзоларни зарарлайдиган оппортунистик инфекциялар орасида **ҳалқум ва қизилўнғач кандидози** кўп учрайди. Илгари ҳеч қачон антибиотиклар, кортикостероидлар ёки цитостатик дориларни қабул қилмаган ёш йигит-қизларда давомли фарингомикоз касаллиги аниқланганда врач уларни ВИЧ — инфекциясига текшириши лозим.

Оппортунистик касалликнинг энг оғири — бу **пневмоцитоз**, яъни пневмоцистли зотилжам бўлиб, у иммунитет жуда сусайиб кетиши шароитида ривожланади. ОИТС билан оғриган беморларнинг 2/3 қисми ўпка пневмоцитози касаллигига чалинади; ўрта қулоқ касалликлари анча кам учрайди.

ОИТС нинг муҳим белгиларидан бири — бу бошқа сабабларсиз ривожланган иммунодепрессия ҳолати ҳамда I ойдан ортиқ вақтга чўзилган оғиз бўшлиғи, ҳалқум шиллиқ пардалари ва терининг герпетик инфекциясидир. Юзда пайдо бўлган тошмалар билан бошланган оддий герпес (лабил шакли) диссеминациялашган (тарқоқ) характер касб этиши мумкин. Беморда ташқи эшитув йўли тошмалари, зарарланган томонда юзни кескин оғриши, юз(VII) ва даҳлиз-чиғаноқ (VIII), баъзан уч шоҳли (V), сайёр (X) ва қўшимча (XI) асаб толаларининг зарарланиши билан кечувчи herpes zoster otitis ривожланиши мумкин.

Герпетик ангина умумий ва маҳаллий белгилар билан кечади. Умумий белгилар тана ҳароратининг кўтарилиши, нохушлик, ҳолсизлик билан намоён бўлади. Герпетик ангиналаги маҳаллий белгилар танглай муртаклари, танглай равоқчалари, юмшоқ танглайнинг қизарган шиллиқ пардасида папулаларни пайдо бўлиши билан ифодаланади. Папулалар дастлаб оқ-кулранг пуфакчаларга, кейинчалик кичик эрозияларга айланади (ацикловер дори воситаси қўллана бошлангандан сўнг герпетик инфекцияни даволаш самарадорлиги анча ошди).

ОИТС билан оғриган беморларда тил четида, лунжлар шиллиқ пардасида «тукли лейкоплакия» деб ном олган ранги 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 кўзлар (хориоретинит), марказий асаб тизими ва ўпкани ҳам зарарлаши мумкин.

Ўсма жараёни билан кечган ОИТС да кўпинча Капоши саркомаси — қон томирларнинг хавфли ўсмаси учрайди. Бош терисида қизил доғлар пайдо бўлиб, улар дастлаб папула ва бляшкаларга айланади, кейинчалик бир-бирига қўшилиб, инфильтратлар ҳосил қилади. Тузилма кўпинча қулоқ супрасида ва қулоқ орти соҳасида, оғиз бўшлиғининг қаттиқ ва юмшоқ танглай соҳасида, лунжларнинг шиллиқ пардасида, муртақларда ва ҳиқилдоқда (бунда беморнинг овози бўғилади) жойлашади.

Таъхис. ВИЧ инфекцияси ташхиси клиник ва эпидемиологик анамнез маълумотлари таҳлилига ва лаборатория текширувлари натижаларига асосланган.

ВИЧ инфекциясининг лаборатория текширув усуллари организмнинг биологик суюқликларида специфик ОИТС антителоларини аниқлашга асосланган.

Стандарт ва энг оддий текширув — бу иммунофермент таҳлил (ИФА) реакциясида ВИЧ га қарши антителоларни серологик усулда аниқлаш ва кейинчалик иммун блоттинг реакциясида уларнинг спецификлигини тасдиқлашдан иборат. ВИЧга қарши антителолар зарарланиш пайтидан бошлаб 2 ҳафтадан 3 ойгача вақт давомида пайдо бўлади.

Ҳозирги кунда ВИЧ инфекциясини аниқлаш учун полимеразали занжирли реакция (ПЗР) усули қўлланилмоқда. Бу усул ёрдамида касаллик зўрайган сари кескин ўсиб борувчи «вирусли устама» кўрсаткичи аниқланади.

Даволаш. Ҳозирги кунда ВИЧ инфекцияси билан касалланган беморни узил-кесил даволаш имконини берувчи дори воситалар йўқ, шунинг учун даволаш тадбирлари касалликни олдини олиш ёки уни зурайишини секинлаштиришга қаратилган.

Даволаш тадбирларининг асосини специфик вирусларга қарши дорилар, шу жумладан антиретровируслар: *зидовудин, диданозин, ритонавир, индинавир* ва бошқалар ташкил қилади.

Антиретровирус дорилар билан даволашни беморда кескин иммун танқислиги ривожланмасдан олдин бошлаш ва уни умри давомида давом эттириш лозим. Даволаш самарадорлиги вирусли устамани ўлчаш ва CD 4+ Т-лимфоцитлар сонининг динамикасини узлуксиз назорат қилиш йўли орқали баҳоланади. Шунингдек, оппортунистик касалликларни, қон касалликлари, ўсмаларни ва ҳ.к. даволаш воситалари ҳам қўлланилади.

ВИЧ инфекцияси билан зарарланган беморда ЛОР аъзоларининг иккиламчи касалликларини даволаш ўзига хос хусусиятларга эга: касаллик кўзгатувчига қарши дорилар кўп миқдорда буюрилади ва уни қўллаш муддати узайтирилади, у профилактика мақсадида ҳам тавсия этилади.

Иммуностимуляторлар ва иммунодепрессив дори воситаларини қўллаш ман этилади.

Қон касалликларида ривожланган ангиналар

Агранулоцитоздаги ангина — қонда моноцитлар ва лимфоцитлар сақланиб, гранулоцитларнинг (базофиллар, эозинофиллар ва нейтрофиллар) йўқолиши, бир вақтнинг ўзида лейкоцитлар сонининг кескин камайиши (баъзан $0,2-0,5 \cdot 10^9$ /л гача) билан кечган танглай муртаклари ва ҳалқумнинг ярали-некротик зарарланиши. Агранулоцитознинг ривожланишига кўпинча гемопоззга салбий таъсир этувчи дориларни (анальгин, аспирин, сульфаниламидлар, антибиотиклар ва ўсмага қарши дорилар) узоқ муддат давомида ва нотўғри қўлланиши 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 сутка давомида ривожланиб, бунда бемор аҳволининг оғирлиги, тана ҳароратининг баландлиги ва қалтираш каби умумий белгилар етакчилик қилади. 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 хид келиши билан кечади.

Қонда кескин лейкопения ва нейтропения аниқланади. Бир неча кун ичида қонда нейтрофиллар йўқолиб, лейкоформула фақат лимфоцит ва моноцитлардан иборат бўлади. Эритроцитлар ва тромбоцитлар сони деярли ўзгармайди.

Таъхис касаллик бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия, лаборатория текширувлари натижалари ва бошқа қўшимча маълумотларга асосланиб қўйилади.

Даволаш. Беморга қон ишлаб чиқарилишини фаоллаштирувчи дорилар буюрилади, иккиламчи инфекцияга қарши чора-тадбирлар ўтказилади. Агранулоцитозга сабаб бўлган дориларни қўллаш тўхтатилади. Томир ичига 200—300 мл қон, лейкоцитар масса қўйилади, лейкопоззни фаоллаштирувчи воситалар — нуклеинат натрий, пентоксил, лейкоген юборилади, кортикостероидлар, дармондорилар, кальций хлорид ёки кальций глюконат тавсия қилинади. Ҳар куни оғиз

бўшлиғи ва ҳалқумга ишлов берилади; некрозга учраган тўқималар олиб ташланиб, ўрни антисептик эритмалар билан ювилади, оғиз бўшлиғи ҳам антисептик эритма билан чайилади.

Алиментар-токсик алейкидаги ангина. Касалликни овқат моддаларидаги замбуруғлар кўзғатади. Заҳарланиш туфайли беморда лейкопоз, кейинчалик тромбопоз ва эритропоз жараёни сусаяди. Касалликнинг иккинчи ярмида камқонлик, лейкопения (лейкоцитлар сони $1 \cdot 10^9$ /л гача камаяди), танглай муртақларининг некротик ёки гангреноз яллиғланиши ривожланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилиб, қўл-оёқлари ва гавдасида тўқ-қизил нуқтали тошмалар (петехиялар) пайдо бўлади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмайди.

Лейкоздаги ангина. *Лейкоз — оғир қон касаллиги бўлиб, турли аъзоларда патологик гемопоэз ўчоқларининг ҳосил бўлиши ва қонда етилмаган лейкоцитлар шакларининг пайдо бўлиши билан намоён бўлади.* 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. Муртақлар лейкомик ва алейкемик лейкозларда зарарланади. Ўткир лейкознинг ангина шакли тўсатдан бошланиб, шиддатли кечади. Касалликнинг дастлабки босқичида кузатилган катарал ангина кейинчалик геморрагик, ярали-некротик ва гангренали ангинага айланади. Милкларда ҳам шунга ўхшаш ўзгаришлар содир бўлади, беморни оғзидан бадбўй ҳид келади, дисфагия кузатилади. Териси жуда рангпар бўлиб, унда петехия тошмалари ва қонталашлар пайдо бўлади. Оғир ҳолларда бурун, милклар, меъда ва ичаклардан ўлим ҳолатига сабаб бўлувчи 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 гача камайиши мумкин. Қонда етилмаган “бласт” хужайралари (гематобласт, миелобласт, лимфобластлар) пайдо бўлиб, 95% ни ташкил қилади.

Даволаш. Ҳозирги вақтда лейкозда олиб бориладиган фармакотерапия кам самарали бўлиб, у касалликда ремиссияга эришиш ва бемор умрини бир неча йилга чўзиш имконини беради холос. Беморга бир неча бор эритроцитар массани (150–200 мл дан) қуйиш асосий даволаш тадбири ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида заҳарланиш белгиларини камайтириш ва некротик ўзгаришларни бартараф этиш мақсадида антибиотикотерапия ўтказилади, некрозга учраган майдонларга антисептик эритмалар билан ишлов берилади. Бундан ташқари, тиофосфамид, новэмбихин, миелосан дори воситалари билан кимё-терапия ўтказилади.

Ангиналардан кейин қоладиган асоратлар умумий ва маҳаллий асоратларга бўлинади. Умумий асоратлар орасида биринчи ўринда

ревматизм ва юракни зарарланиши (тонзилло-кардиал синдром) туради. Баъзан буйрак (тонзиллоренал синдром), бўғимлар, қон ишлаб чиқариш аъзолари ва ошқозон-ичак йўли зарарланиши ҳамда сепсис кузатилиши мумкин. Уларни ривожланишига бетта-гемолитик стрептококк ва бошқа микрофлора сабаб бўлади.

Ангинанинг маҳаллий асоратларидан кўпинча паратонзиллит, баъзан ҳалқуморти ҳўппози (ретрофарингиал ҳўппоз), парафарингиал ҳўппоз, ўткир бўйин лимфаденити, ўткир ўрта отит (айниқса ҳалқум ва най муртаклари ангинасида), ҳиқилдоқ шиши ва торайиши (кўпинча паратонзиллитда), тонзиллоген медиастенит ва тонзиллоген сепсис кузатилиши мумкин.

Паратонзиллит (*paratonsillitis*) — *паратонзилляр (муртак атрофи) тўқимасининг, яъни муртак қобиғи ва ҳалқум фасцияси оралиғи юмшоқ тўқимасининг ўткир яллиғланиши*. 80% ҳолларда касаллик сурункали тонзиллит билан оғриган беморларда ангинанинг асорати сифатида ривожланади. Инфекциянинг муртақлардан муртак атрофи тўқимасига тарқалишига муртак крипталарининг чуқурроқ жойлашган қобиғига яқинлиги сабаб бўлади. Муртакнинг юқори чўққисидан инфекция ўчоғи айнақса кескин ривожланган бўлади (бу майдон капсулага эга эмас). Баъзан муртак усти чуқурчасида танглай муртагининг қўшимча бўлаги бўлади; тонзиллэктомиядан сўнг сақланиб қолган бу бўлак шу майдонда ҳўппоз ривожланишига шароит яратади.

Одонтоген паратонзилляр ҳўппозда инфекция паратонзилляр тўқимага, чириган тишдан тарқалганда ривожланади. Бундан ташқари, паратонзилляр ҳўппоз пайдо бўлишига турли жароҳатлар ёки юқумли касалликлар (гематоген йўл орқали) сабаб бўлади.

Паратонзиллитнинг ривожланишида уч босқич тафовут қилинади.

- 1) шиш босқичи;
- 2) инфильтрация босқичининг 3—4 - куни йиринг пайдо бўлади;
- 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 ривожланганлигини билдиради).

Паратонзиллит турли майдонларда жойлашиши мумкин:

- 1) *олд-юқори (супратонзилляр) ҳўппоз* муртак юқори чўққисининг ёнида, муртак қобиғи ва танглай-тил (олд) равоқчасининг юқори қисми орасида жойлашади;
- 2) *орқа паратонзилляр ҳўппоз* муртак ва танглай-ҳалқум (орқа) равоқчаси орасида жойлашади;
- 3) *пастки паратонзилляр ҳўппоз* муртакнинг пастки чўққиси ва ҳалқум ён девори орасида жойлашади;
- 4) *ёнбош (ташқи) ҳўппоз* муртакнинг ўрта қисми ва ҳалқумнинг ён девори орасида жойлашади.

Супратонзилляр ҳўппоз айниқса кўп (70%) учрайди ва биринчи ўринни эгаллайди, ундан кейин орқа (16%), пастки (7%) ва ёнбош (4%) ҳўппозлар туради.

Олд-юқори паратонзилляр ҳўппоз тризм, кулоқ соҳасига тарқалган оғриқ, танглай муртагини пастга, ичкарига ва орқага силжиши, юмшоқ танглай ва олд равоқча соҳасига тарқалган инфилтрация, манқаланиш белгилари билан кечади.

Орқа паратонзилляр ҳўппозда одатда энгил тризм, кулоқ соҳасига тарқалган кучли оғриқ, танглай муртагини ташқарига ва олдинга силжиши, юмшоқ танглай шиши ва инфилтрацияси кузатилади.

Пастки паратонзилляр ҳўппоз тризм, кулоқ соҳасига тарқалган кучли оғриқ (тил ҳаракатида оғриқ кучаяди), инфилтрация жараёни олд равоқнинг пастки бўлимига, баъзан ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ён деворига тарқалиши билан намоён бўлади.

Ёнбош паратонзилляр ҳўппозида беморнинг умумий аҳволи оғир, ютинганда кулоқ соҳасига тарқалган кучли оғриқ, тризм, танглай муртагининг ичкарига силжиши, ҳалқум ён деворининг инфилтрацияси, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Белгилари. Паратонзиллит умумий ва маҳаллий белгилар билан кечади. Умумий белгилар беморнинг нисбатан оғир аҳволи, тана ҳароратининг 39–40°C гача кўтарилиши, ҳолсизлик, уйку бузилиши, овқат ва сўлакни ютолмаслик билан ифодаланади.

Ҳалқум ва қисман бўйин мушакларининг яллиғланиши ва бўйин 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 кулоқ ва тишларга тарқалган кучли оғриқ, овқатдан ва суюқлик ичишдан бош тортиш, оғзининг бурчагидан сўлак оқиши, турли даражали тризм (чайнов мушакларининг тоник қисқариши) киради. Бемор оғзини фақат 1–2 см оча олади холос, шунинг учун фарингоскопияни бажариш анча қийинлашади. Тризм пайдо бўлиши мушаклар фасцияси яллиғланишини ва жараён ҳўппоз босқичига ўтганлигини билдиради. Танглай пардаси мушаклари фалажи натижасида очиқ манқаланиш ва ичилган суюқлик бурун бўшлиғига ўтиши кузатилади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашади, 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- кунини ҳўппоз ўз-ўзидан очилиши мумкин. Шундан сўнг беморнинг аҳволи яхшиланиб, тана ҳарорати пасаяди. Аммо қатор ҳолларда, жараён парафарингеал бўшлиққа тарқалиб, парафарингеал ҳўппоз ривожланиши мумкин.

Фарингоскопия манзараси инфилтратни 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. Бу ҳолда фарингоскопия манзарасида равоқчалар пастки қисми, муртақлар пастки чўққиси ва тил негизи соҳасининг шиши ва инфилтрацияси кўринади (79-расм).



79-расм. Ўнг томонлама паратонзилляр ҳўппоз.

Ташҳис бемор шикоятлари, касаллик бошланиши, клиник белгилар ва фарингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ноаниқ ҳолларда шиш йўғонроқ игна ёрдамида тешиб кўрилади. Ўткир паратонзилляр ҳўппоз токсик дифтерия, танглай муртагининг хавfli ўсмасидан фарқланади.

Токсик дифтерия тўсатдан бошланади; ташҳисни аниқлашда эпидемиологик ҳолат муҳим аҳамиятга эга; бунда беморда адинамия, ҳолсизлик кузатилади, тана ҳарорати $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади; танглай муртақлари шишиб, қалин, яшил, шиллиқ қаватга сингиб кетган караш билан қопланади, караш қийинчилик билан олинади, олингандан сўнг остида қонайдиган ярали майдон қолади; караш одатда равоқчаларга ва юмшоқ танглайнинг орқа юзасига тарқалади; караш сувда эримайди ва чўқади, шиша билан, эзилганда эзилмайди. Беморда бўйин тўқималарининг шиши, уни бўйин ва кўкрак қафасининг юқори қисмига тарқалиши, асаб ва юрак-қон томир тизимларининг зарарланиш белгилари (томир уриши ипсимон, қон босимининг пасайиши, экстрасистолия, уйкучанлик) кузатилади; маҳаллий лимфа тугунлар бироз катталашиб, оғрийди. Даволашда дифтерияга қарши зардоб яхши самара беради.

Муртақнинг хавfli ўсмасида (рак, саркома) танглай муртаги катталашади, юзаси қаттиқ, гадир-будур бўлади; беморнинг тана ҳарорати метёрда бўлиб, томоғи оғримайди; касаллик уч ҳафтадан ортиқ давом этади; зарарланган томонда маҳаллий лимфа тугунлари катталашади.

Даволаш тadbирлари паратонзиллитнинг босқичига боғлиқ бўлади. Беморнинг томоғига иссиқ бойлам қўйилади, томоғини антисептик эритмалар билан 4—6 марта чайиш тавсия қилинади. Паратонзиллитнинг шиш ва инфилтратив босқичларида унга асосан пенициллин,

цефалоспорин қаторига мансуб антибиотиклар ва макролидлар (феноксиметилпенициллин, ампициллин, цефазолин, клафоран, олеандомицин, кларитромицин ва бошқ.), 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 инфилтрация 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 сўнгра, шошилинич равишда жарроҳлик амали бажарилиб, ҳўппоз ўчоғи очилади, бир вақтнинг ўзида яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари олиб борилади. Одатда бу касалликнинг 3—6-кунига тўғри келади. 2% ли дикаин, 1% ли промекаин, лидокаин ёки 0,5% ли новокаин эритмалари ёрдамида бажарилган маҳаллий аппликацион ёки инфилтрацион оғриқсизлантиришдан сўнг паратонзилляр ҳўппоз ўчоғи очилади; жарроҳлик амалини бажаришдан олдин мушак орасига 2 мл аналгин ёки 1мл промедол юборилади.

Йирингли ўчоғни ўз-ўзидан очилишини кутиб ўтириш 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 бўлмаганда, тилчанинг асосидан) ўтказилган горизонтал ҳамда тил-танглай (олд) равоқчанинг пастки қисмидан юқорига қараб ўтказилган вертикал чизиқларнинг ўзаро кесишган нуқтасида очилади. Тўқима бир марта ишлатиладиган тиг билан сагиттал йўналишда 0,5—1,0 см чуқурликда кесилади. Ўртача ўлчамли ўткир учли Кохер қисқичи билан ҳўппоз бўшлиғида кесим кенгайтирилади ва ҳўппоз бўшлиғидаги йирингли тўплам чиқарилади. Йиринг чиқарилгандан сўнг беморга ётиш, оғзини 0,1% ли калий перманганат, фурацилин, 2% ли ичимлик содаси, ёки 3% ли водород пероксиди эритмалари билан бир неча бор чайиш буюрилади. Йиринг тўлиқ чиқарилмаган, беморнинг умумий ҳолати енгиллашмаганда жароҳат майдонини бир суткадан сўнг такроран кенгайтириш лозим.

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 узоқ вақт давом этиши, ҳўппозларни очиш яхши натижа бермаслиги ҳақида маълумотлар бўлиши, сепсис, парафарингит, бўйин флегмонаси, медиастинит

белгиларининг пайдо бўлиши *тонзиллэктомия* жарроҳлик амалини бажаришга кўрсатма ҳисобланади. Бунинг учун муртак атрофи юмшоқ тўқималари 1% ли новокаин ёки тримекаин ёрдамида оғриқсизлангилангандан сўнг тризм камаяди ва зарарланган майдонни кўздан кечириш осонлашади. Тонзиллэктомия жарроҳлик амали умумий ёки маҳаллий оғриқсизлангириш остида бажарилади. Танглай-тил ва танглай-ҳалқум равоқчалари муртакнинг юқори чўққисидан тўлиқ ажратилгандан сўнг одатда ҳўппоз ўчоғини очиб, кейин қолган майдонлар ажратилади ва муртакнинг пастки чўққисига тушилади.

Парафарингиал ҳўппоз (ҳалқум ён ҳўппози) — ҳалқум атрофи тўқимасининг йирингли яллиғланиши. Касалликнинг ривожланишига ангиналар, сурункали тонзиллит асоратлари (тонзиллоген сепсис), ўткир ва сурункали йирингли отит 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 яқин орада бажарилган тонзиллэктомия жарроҳлик амали сабаб бўлади.

Белгилари. Парафарингиал ҳўппозда патологик жараён бўйиннинг юмшоқ тўқималарида ривожланади. Ҳалқум соҳасида бир томонлама кескин оғриқ пайдо бўлиб, ютинганда у кучаяди. Оғриқ кўпроқ бошнинг ярмига ва пастки жағ тишларига тарқалади. Баъзан беморнинг нафас олиши қийинлашади, тризм туфайли у оғзини зўрға оқади ва ҳатто суюқ овқатни ҳам ютолмайди, оғзидан сўлак оқади. Ҳўппоз ўз-ўзидан ҳалқум атрофи бўшлиғига очилганда тризм вақтинча йўқолади, кейин ички понасимон мушакнинг шишиши туфайли яна пайдо бўлади. Беморнинг умумий аҳволи оғир, тана ҳарорати 40°С ва ундан ҳам юқорига кўтарилади, бошини мажбурий ҳолатда зарарланган томонга эгиб ўтиради. Зарарланган томонда эшитув



80-расм. Парафарингиал ҳўппоз фарингоскопия манзараси.



81-расм. Парафарингиал ҳўппозни очиш жарроҳлик амали.

найининг шиши туфайли ногора парда ичкарига ботади. Бўйиннинг ён юзаси пайпасланганда оғрийди, зарарланган томонда маҳаллий лимфа тугунлари катталашади. Кулоқ атрофи беши, пастки жағ бурчаги ва жағ орти чуқурчаси юмшоқ тўқималарининг шиши туфайли бўйин ассиметрияси кўринади. Парафарингиал хўппозда медиастинит, менингит, форсимон синус ва бўйинтуруқ вена тромбози, сепсис, жағ ости ва бўйин флегмонаси, йирик қон томирлардан деворининг емирилиши натижасида қон оқиши каби асоратлар юзага келиши мумкин.

Қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар (лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, лейкоформулани чапга силжиши) аниқланади. *Фарингоскопияда* ҳалқум ён девори шишган ва қизарган, шиш ва қизариш юмшоқ танглай, танглай равоқчалари ва тилчага тарқалганлиги, зарарланган томонда муртак безлари ташқи томонга бўртиб чиққанлиги, тил оқ-сарғиш қараш билан қопланганлиги кўринади (80-расм).

Ташхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия ва лаборатория текширувлари натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Беморда яллиғланишга қарши терапия, томир ичига суяқлик юбориш ва иммунотерапия билан бирга шошилиш равишида жарроҳлик амали бажарилади. Стоматолог-жарроҳ маслаҳати уюштирилади.

Тонзиллоген парафарингиал хўппоз энг бўртган майдонда муртаклар жойлашган чуқурча орқали очилади (ички усул). Гартман асбоби ёки юмшоқ қон тўхтатувчи қисқич ёрдамида хўппоз ўчоғи кесилиб, кесим кенгайтирилади (81-расм). Тўсатдан йирик қон томирлардан қон оқиши кузатилган ҳолларда томирлар тўплами очилиб, ташқи уйқу артерияси боғланади, кейин – тонзиллэктомия жарроҳлик амали бажарилади.

Парафарингиал хўппоз менингит, сепсис, медиастенит асоратлари билан кечган ҳолларда ҳалқум атрофи бўшлиғи ташқи томондан очилади (ташқи усул). Тери тўш-ўмров-сўрғичсимон мушагининг олд чети бўйлаб кесилади. Кейин пастки жағ бурчаги соҳасида тўқималар парафарингиал бўшлиққа қаватма-қават кесилиб, йирингли ўчоқ кенг очилади. Йиринг тўплами чиқарилгандан сўнг бўшлиқ антибиотик эритмалари билан ювилиб, унга резинали чиқаргич ўрнатилади. Жароҳат майдонига бойлам қўйилади ва у кунига 2 маҳал алмаштирилади. Бу усул парафарингиал бўшлиқни (ҳатто калла суяғи асосининг ташқи юзасини), бўйин қон томирлар тўпланини ва кўкс оралиғининг бўйин қисмини кўздан кечиришга ёрдам беради. Жарроҳлик амалидан сўнг беморга антибиотиклар, дезинтоксикация ва симптоматик терапия буюрилади.

Ретрофарингиал хўппоз (ҳалқум орти хўппози) – ҳалқум мушаклари фасцияси ва бўйин фасциясининг умуртқа олди пластинкаси орасида жойлашган лимфа тугунлар ва юмшоқ тўқимасининг йирингли яллиғланиши. Ушбу соҳа лимфа тугунлари ва юмшоқ тўқимаси 4 ёшли

болаларда яхши ривожланган бўлади. Касаллик кўпинча рахит, экссудатив диатез ёки гипотрофия билан оғриган, иммунитети суст ёш болаларда кўпроқ учрайди. Касалликнинг ривожланишига юқумли касалликлар (ўткир респиратор вирусли касалликлар, ўткир аденоидит, болалар ўткир юқумли касалликлари, ўткир ўрта отит), ҳалқум орқа деворининг жароҳати сабаб бўлади.

Белгилари. Касаллик тўсатдан, баъзан аста-секин бошланади. Беморнинг томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ кучайиши туфайли бола овқатланишдан бош тортади, йиғлайди, безовталанади, уйқуси бузилади, хириллаб нафас олади. Тана ҳарорати $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади. Бола бошини мажбурий ҳолатда орқага ва яллиғланган томонга эгиб туради. Бўйин лимфа тугунлари катталашиб, оғрийди.

Қонда лейкоцитоз $10,0-20,0 \cdot 10^9/\text{л}$, ЭЧТ 40 мм/соатга етади. Касаллик $7-8$ кун, баъзан ундан ортиқ давом этади.

Ҳалқум орти бўшлиғининг ҳўппози ҳалқумнинг қайси бўлимида жойлашганлигига қараб турли клиник белгилар билан намоён бўлади:

Ҳўппоз оғиз-ҳалқум соҳасида жойлашганда фарингоскопияда оғиз-ҳалқум орқа деворининг ўртасида ўнг ёки чап, баъзан икки томонда тўқ қизил бўртиш кўринади (82-расм); бармоқ ёки шпатель ёрдамида пайпасланганда флюктуация аниқланади. Равоқчалар ва муртаклар ўзгармайди.

Ҳўппоз бурун-ҳалқум соҳасида жойлашганда беморда бурун орқали нафас олишни кескин бузилиши, ёпиқ манқаланиш кузатилади, бурундан кўп миқдорда шилимшиқ ажралма оқади; фарингоскопияда юмшоқ танглай олдинга силжиган, ҳалқумнинг орқа деворида юмшоқ бўртиш ҳосил бўлганлиги кўринади.

Ҳўппоз ҳиқилдоқ-ҳалқум соҳасида жойлашганда бемор хириллаб нафас олади, ютиниши қийинлашади, бошини мажбурий ҳолатда орқага ташлаб туради, оғзидан кўп миқдорда сўлак оқиши, тил негизи олдинга силжитилганда ёки ҳиқилдоқ-ҳалқум соҳаси пайпасланганда унинг орқа деворида юмшоқ шиш борлиги аниқланади.



82-расм. Ҳалқум орти ҳўппози фарингоскопия манзараси.



83-расм. Ҳалқум орти ҳўппозини очиш.

Ёш болаларда нафас ҳаракатларини реффлектор тўхташини олдини олиш мақсадида ҳалқумни бармоқ ёрдамида текшириш ва тил негизини тортиш чаққонлик ва эҳтиёткорлик билан бажарилиши лозим. ***Тил негизини куч билан босиш ман этилади!***

Ретрофарингиал ҳўппозни ҳиқилдоқ-ҳалқум ёт жисми ва бўйин спондилитидан фарқлаш лозим. Бунга анамнез маълумотлари ва Г.М.Земцов бўйича бўйин рентгенография текшируви ёрдам беради.

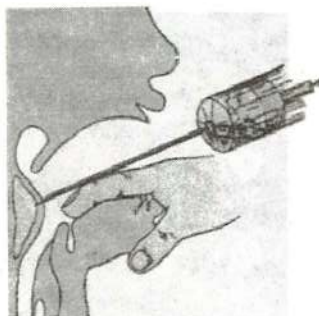
Ташиxis касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия, рентген, КТ, МРТ ва лаборатор текширувлар асосида қўйилади.

Даволаш. Беморга яллиғланишга қарши ва инфузион терапия буюриш билан бирга шошилиш равишда жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

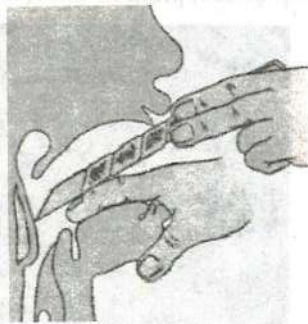
1. Ҳўппоз оғиз-ҳалқум ортида жойлашганда йирингли ўчоқ оғиз орқали очилади. Беморда шок ҳолати ва нафас тўхтаб қолишининг олдини олиш мақсадида мушак орасига 50% анальгин ва 0,1% атропин эритмалари (беморнинг ёши ҳисобга олинган ҳолда) юборилади. Бемор курсига ўтқазилгандан сўнг тили шпатель билан аста босилади, кейин оғиз-ҳалқум орқа деворининг энг бўртган жойига шприц ёрдамида узун йўғон игна санчилади ва сўриб олинган йирингли тўплам кўздан кечирилади.

Кейин ҳўппоз майдони учидан 0,5 см қолдириб лейкопластир ўралган ўткир тиг ёрдамида узунасига кесилади. Кесим ва ҳалқумнинг ўрта чизиги орасидаги масофа 1,5 см дан ортиқ бўлмаслиги керак. Ҳўппоз ўчоғи очилганда йирингли ажралма бир зумда оғиз-ҳалқумни тўлдирди, шунинг учун уни чаққонлик билан электр сўргич ёрдамида сўриб олиш ёки беморни бошини тезда пастга эгиш лозим. Беморга томоқни 2% ли ичимлик содали ёки гипертоник эритма билан чайиш тавсия этилади (ёки резина нокча ёрдамида антисептик эритма билан ювилади) (83–85-расмлар).

2. Ҳўппоз бурун-ҳалқум ортида жойлашганда юмшоқ танглай кўтарилиб, ҳўппоз ўчоғи дастлаб пункция қилинади. Йиринг электр



84-расм. Ҳалқум орти ҳўппозини диагностик тешиш муолажаси.



85-расм. Ҳалқум орти ҳўппозини очиш.

сўргич билан сўриб олингандан сўнг ҳўппоз пастдан юқорига қараб кесилади.

3. Хўппоз ўчоғи ҳиқилдоқ-ҳалқум ортида жойлашганда чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи ҳиқилдоқ-ҳалқумга киритилади ва йирингли ўчоқ бармоқ бўйлаб пункция килинади. Йирингли тўплам сўриб олингандан сўнг хўппоз майдони юқоридан пастга қараб кесилади.

4. Йирик хўппозларда ёки тил шпатель билан қаттиқ босилганда беморда нафас ҳаракати тўхтаб қолиши мумкин. Бундай ҳолларда хўппоз майдони дастлаб тешиб кўрилиб, нафас ҳаракатлари тиклангандан кейингина очилиши лозим.

5. 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 антибактериал, десенсибилизация, дезинтоксикация, дармондорилар, иммунитетни ошириш, симптоматик даволаш тадбирлари ўтказилади.

Тонзиллоген медиастинит юқорида қайд этилган асоратларда йирингли жараён бўйиннинг асаб-қон томир йўллари орқали кўкс оралиғи тўқимасига тарқалганда ривожланиб, бўйиннинг ён томонида оғриқли шиш пайдо бўлади.

Даволаш. Беморга жарроҳ маслаҳати уюштирилади ва медиастинитомия жарроҳлик амали бажарилади.

Тонзиллоген сепсис. Ангина ва паратонзиллитнинг асорати бўлган тонзиллоген сепсис ҳозирги кунда жуда кам учрайди. Касаллик жуда оғир кечади. Беморнинг тана ҳарорати кескин кўтарилиб, кўзлари сарғаяди, қалтираш, ҳолсизлик қузатилади, 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 тугунлари, талоқ ва жигар катталашади.

Қонда камқонлик, лейкоцитоз ($20-30 \cdot 10^9/\text{л}$), нейтрофилёз (80—90%), лимфопения (5—15%), ЭЧТ ошиши (45—60 мм/соат), стрептококк, стафилококк бактериялар аниқланади.

Даволаш. Тонзиллоген сепсисни даволашда кучли антибиотикотерапия ўтказилади, бунда аминокликозидларни қўллаш ман этилади. Беморда инфекция ўчоқлари бартараф қилиниб, 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 кечирилади. Юз ва бўйинтуруқ веналар тромби олиб ташланади, яллиғланган ва катталашган лимфа тугунлари кесилади, парафарингиал бўшлиққа резина чиқаргич ўрнатилади. Керак бўлганда жарроҳлик амали икки томонда бажарилади.

Сурункали тонзиллит — *танглай муртақларининг давомли сурункали яллиғланиши билан намоён бўлган умумий инфекцион-аллергик касаллик*. Лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси муртақлари орасида танглай муртақлари энг кўп яллиғланади, шу сабабли "сурункали тонзиллит" атамаси айнан шу муртақларнинг сурункали яллиғланишига тегишли. Танглай муртақларининг 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, республикамызда аҳолининг 16% ида қайд этилади (С.А.Ҳасанов ва бошқ., 1990). Сурункали тонзиллит носпецифик ва специфик шаклларга бўлинади.

Сурункали специфик тонзиллит захм, сил ва склерома касалликларида учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Муртақларнинг сурункали яллиғланиши ва организмдаги тонзиллоген жараёни макро- ва микро-организмнинг бир-бирига таъсири натижасида ривожланади. Текширувларда танглай муртақларининг юзаси ва лакуналарида 30 дан ортиқ микроблар тури мавжудлиги аниқланган. Лакуналар ичида кўпинча монофлора, муртақнинг 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 йўллариининг нопатоген сапрофит флораси фаоллашиб, сурункали тонзиллитнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Шу нуқтаи назардан қараганда сурункали тонзиллитни аутоинфекция касалликлари гуруҳига киритиш мумкин.

Сурункали тонзиллитнинг патогенезида кўпгина омиллар муҳим рол ўйнайди. Кўпинча у қайталанган ангиналардан сўнг ривожланади, чунки айрим сабаблар туфайли ўткир яллиғланиш жараёни соғайиш билан тугамасдан сурункали жараёнга айланади.

Танглай муртақларининг анатоми-топографик ва гистологик хусусиятлари, крипта ва лакуналар микрофлорасининг кўпайишига қулай шароит яратиб, сурункали тонзиллитнинг ривожланишига ёрдам беради. Крипталар, яъни муртақ 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 тешиқларининг бир қисми учбурчак Гис бурмаси билан қисман ёпил-

ган бўлса, айримлари торайган ёки ўткир яллиғланишдан сўнг ҳосил бўлган чандикли тўқима билан тўлиқ ёпилиб қолади ва крипталар ичида сурункали яллиғланиш ривожланишига олиб келади.

Муртакнинг “сохта” капсуласи ва трабекулаларида сурункали яллиғланиш таъсирида морфо-гистологик 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. Бурун орқали нафас олиши қийинлашиб, оғзи орқали нафас олган беморда муртақлар совуқ ҳаво таъсирига дуч келади, натижада уларнинг шиллиқ пардаси қурийди.

Муртақлар инсон организмда умумий ва маҳаллий иммун реакцияларни таъминлашда иштирок этади. Муртақ тўқимаси, лакуна атрофи асаб толалари ва эпителий ости хеморецепторларига узок вақт давомида турли таъсир кўрсатилганда организмда маҳаллий иммунитет реакциялари пайдо бўлади. Бундай реакциялар гуморал ва ҳужайра иммунитетини орқали специфик (антителоларнинг ҳосил бўлиши) ва носпецифик омиллар ёрдамида (эпителий тўсиқ, фагоцитоз, ферментлар) амалга оширилади. Антиген-антитело бирикмаси юқори даражада хемотоксик фаолликка эга бўлиб, у макрофагнинг протеолитик қобилиятини оширади. Натижада муртақ тўқимаси парчаланиб, тўқима оқсиллари ўзгаради, улар аутоантигенга айланади. Аутоантигенлар қонга сўрилиб антителоларни ишлаб чиқарилишига туртки бўлади. Ўз навбатида антителолар ҳужайра атрофини ўраб олиб, уни жароҳатлайди. Шу тариқа занжир шароити юзага келиб, танглай муртақлари сенсibiliзация майдонига айланади. Сурункали тонзиллитнинг ривожланишида организмнинг иммун ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Патоморфологияси. Сурункали тонзиллитда ривожланган патоморфологик ўзгаришлар сурункали тонзиллитнинг босқичларига боғлиқ бўлиб, Зак бўйича қуйидагича таснифланади:

1. Лакунар тонзиллит — лакуналарда детрит ва бўтқасимон йирингли тикманнинг тўпланиши.
2. Паренхиматозли тонзиллит — инфекция ўчоғи бодомча безларнинг паренхимасида жойлашиб, фоликулаларда йирингли жарраённинг юзага келиши.
3. Паратонзилляр — 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 суоқ йирингли ажралма тўпланиши кузатилади. Ажралма асосан кўчган эпителий, полиморф ядролли лейкоцитлар, плазматик ҳужайралар, замбуруғлар ва овқат

парчаларидан иборат. Сурункали паренхиматозли тонзиллит сурункали фаол альтерация, паренхимада яллигланиш туфайли инфильтратлар, кейинчалик микро ҳўппозлар ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Сурункали паренхиматозли склеротик тонзиллитда бириктирувчи тўқиманинг ўсиши ёки дағаллашиши кузатилади. Қон томирлар атроф тўқимасининг инфильтрациясида қон томирлар торайиб, тонуси пасаяди, деворларининг ўтказувчанлиги ошади. Лимфа томирлар ҳам қисман облитерацияга учрайди, натижада лимфанинг чиқарилиши қийинлашиб, маҳаллий лимфа тугунларида турғунлик ва яллигланиш жараёни ривожланади.

Патологик жараён муртакнинг асаб тизимига ҳам тарқалади, 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 кучининг пасайишига, хусусан уни аутосенсибилизациясига олиб келади. Муртак асаб толаларининг бузилиши лимфаденоид тўқима трофикасига таъсир кўрсатиб, патологик ўзгаришлар янада чуқурлашади, жараён токсик-аллергик босқичига ўтади.

Муртак асаб элементларидаги айрим ўзгаришлар (асаб толаси варикози, рецепторлар учи шарсимонлиги) компенсатор-мослашув реакцияси бўлиб, деструктив ўзгаришларни бартараф этилишига ёрдам беради.

Б.С.Преображенский (1970) ва В.Т.Пальчун (1974) томонидан ишлаб чиқилган сурункали тонзиллитнинг куйидаги таснифидан амалиётда кенг фойдаланилади (4-жадвал).

4-жадвал

Сурункали тонзиллитнинг Б.С.Преображенский ва В.Т.Пальчун таснифи

Оддий шакли	Токсико-аллергик шаклнинг I даражаси	Токсико-аллергик шаклнинг II даражаси
<i>Йўлдош касалликлар</i>	<i>Йўлдош касалликлар</i>	<i>Йўлдош касалликлар</i> <i>Боглиқ касалликлар</i>
Маҳаллий белгилар ва 96% беморлар анамнезида қайд этилган ангиналар билан намоён бўлади.	Маҳаллий белгилар ва анамнез маълумотларида қайд этилган ангиналар ва умумий токсик-аллергик жараённинг I даражаси белгилари билан намоён бўлади.	Маҳаллий белгилар, 96% беморлар анамнез маълумотларида қайд этилган ангиналар ва кескин ривожланган токсик-аллергик жараённинг I даражаси белгилари билан намоён бўлади.

<p>Маҳаллий белгилар *Лақуналарда суюк ёки казеоз йирингли тикмалар; эпителий остида жойлашган йирингли фолликулалар, муртақлар юзи гадир-будурлиги; *Гизе белгиси – олд танглай-тил равоқчалар четининг тургун кизариши; *Зак белгиси – танглай равоқчалари юкори бўлимлари четининг шишиши; *Преображенский белгиси: танглай-тил (олд) равоқчалар четининг инфильтрацияси ва кизариши; *Муртақларнинг равоқчалари ва учбурчак бурма билан бирикиши; *Айрим маҳаллий лимфа тугунларининг катталашishi; *Пайпаслаганда маҳаллий лимфа тугунларни оғриши; *Оғиздан нохуш хид келиши.</p>	<p>Токсико-аллергик белгилар *Субфебрил ҳарорат (вакти-вакти билан) *Тонзиллоген захарланиш: вакти-вакти билан ёки узлуксиз; холсизлик, тез чарчаш меҳнат қобилиятининг пасайиши, ўзни нохуш хис этиши; *Бўғимларни вакти-вакти билан оғриши. *Бўйин лимфаденити *Юрак фаолиятининг функционал бузилишлари сурункали тонзиллитнинг авжида кузатилади, объектив текширувда (ЭКГ) эса аниқланмайди; *Лаборатория текшируви натижаларида ўзгаришларнинг (қон ва иммунологик кўрсаткичлар) ўзгарувчанлиги;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Йўлдош касалликлар • Оддий шаклидагидай 	<p>Токсико-аллергик белгилар *Субфебрил ҳарорат (узлуксиз) *ЭКГ да қайд этилган юрак фаолиятининг функционал бузилиши; *Ангина вақтида ҳамда сурункали тонзиллитнинг ремиссия даврида юрак соҳасининг оғриши; *Юрак уриши, юрак ритмининг бузилиши; *Клиник, функционал ва лаборатория текширувида аниқланган буйрак, юрак, қон-томир тизими, бўғимлар, жигар ва бошқа аъзо ва тизимларнинг ўткир ёки сурункали функционал бузилишлари; Йўлдош касалликларнинг оддий шаклидагидай. Боғлиқ касалликлар аниқланганда доимо токсико-аллергик шаклнинг II даражаси ташхис қўйилади; Боғлиқ касалликлар сурункали тонзиллит билан умумий этиологик ва патогенетик омиларга эга.</p>
<p>Йўлдош касалликлар Сурункали тонзиллит билан этиологик-патогенетик асосга эга эмас; патогенетик боғлиқлик умумий ва маҳаллий реактив жараён орқали таъминланади.</p>	<p>Маҳаллий ўхшаш касалликлар 1.Паратонзилляр хўшпоз 2.Парафарингит 3.Фарингит</p>	<p>Умумий ўхшаш касалликлар: *Ўткир ва сурункали тонзиллоген сепсис; *Ревматизм, юрак, эндокрин, сийдик чиқариш тизими, бўғинлар ва бошқа аъзо ва тизимларнинг орттирилган инфекцион-аллергик касалликлари.</p>

Таъхис анамнез маълумотлари, бемор шикоятлари, лимфа тугунлари катталашishi, оғриши, фарингоскапия, лаборатория, алергологик, иммунологик, бактериологик ва бошқа текширувлар асосида қўйилади.

Сурункали тонзиллит ташхисини касаллик хуружи пайтида (ангинада) қўйиш тавсия этилмайди, чунки бемор шикоятлари ва фарингоскопия манзараси жараённинг сурункали кечимини эмас, балки унинг ўткир босқичини ақс эттиради.

Анамнез маълумотларида тез-тез такрорланиб турган ангиналар ҳақида маълумотнинг мавжудлиги сурункали тонзиллит ташхисининг ишончли белгиси ҳисобланади. Одатда сурункали тонзиллит бир йилда 2—3 марта, баъзан 5—6 марта авж олиб туради, аммо бир йилда бир марта кузатилган ангинани ҳам Б.С.Преображенский фикрича тез-тез такрорланган ангина деб баҳолаш лозим. 4% ҳолларда сурункали тонзиллитнинг *ангинасиз шакли* учраб, унда фарингоскопияда сурункали жараённинг манзараси кескин ривожланган бўлса-да, бемор анамнезида ангина ҳақида маълумотлар бўлмайди. Баъзан сурункали тонзиллит ташхисини қўйиш учун анамнез маълумотларида ангиналар қайд этилиши ва оғиздан нохуш ҳид келиши кифоя бўлади.

Фарингоскопияда сурункали тонзиллитга хос қуйидаги белгилар аниқланади:

1) танглай муртаклари танглай-тил ва танглай-ҳалқум равоқлари билан ёпишган ва чандиқланган; 2) танглай-тил (олд) равоқчалар четининг турғун қизариши (Гизе белгиси); 3) танглай равоқчалари юқори бўлимлари четининг шишиши (Зак белгиси); 4) танглай-тил (олд) равоқчалар четининг инфильтрацияси ва қизариши (Преображенский белгиси); 5) муртак чуқурчаларида (лакуналарида) суюқ казеозли ёки тикма шаклида бадбўй йиринг борлиги, бодомча безлар устки қисмининг шакли бузилганлиги аниқланади (86—88- расмлар). Лакуналар ажралмасини кўриш мақсадида муртак олди равоғининг асоси босилади. Бунинг учун врач битта шпатель билан бемор тилини пастга босиб, иккинчиси билан танглай-тил равоқчасини танглай муртаги ҳалқум ён деворига бириккан соҳасида эҳтиёткорлик билан оҳиста босади. Лакуналарда ҳиди бадбўй тикма ёки йирингли ажралма борлиги сурункали тонзиллитнинг белгиларидан бири ҳисобланади.



86-расм. Сурункали тонзиллит. Лакуналардаги йирингли тикмалар.



87-расм. Сурункали тонзиллит. Чап томонда Зак белгиси. Ўнг томонда Гизе белгиси.



88-расм. Сурункали тонзиллит. Преображенский белгиси.

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, уларнинг турли дегенератив шакллари пайдо бўлганлиги, лимфоцитлар сони камайганлиги аниқланади. Баъзан муртак безлари лакуналарини зондлаш, диагностика 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, ЭЧТ ошиши, иммунологик кўрсаткичларнинг ўзгариши (иммуноглобулинлар сони, стрептококкларга қарши антителолар титри, комплемент ва пропердин микдорининг камайиши) аниқланади. Сурункали тонзиллитнинг токско-аллергик шаклида беморнинг иммунитет ҳолати бузилади; Т ва В лимфоцитлар микдори ўзгаради, қонда иммун комплекслар пайдо бўлиб, гранулоцитли сенсibiliзация жараёни кузатилади.

Сурункали тонзиллитларни клиник кўринишини изоҳлашда Романовский ўтказган экспериментал илмий ишлари эътиборга лойиқ. У итнинг танглай муртаklarига қора туш бўёғини юбориб, саккиз соатдан сўнг уни ўлдирди ва бўёқ қайси аъзоларга тарқалганлигини текширди. Туш бўёғи бурун бўшлиғида чуқур жойлашган лимфа йўллари, калла суягининг орқа чуқурчасига, ҳиқилдоқ ва трахея шиллиқ пардалари остига, қалқонсимон без паренхимасига, бўйин қон томир-асаб тўплами орқали кўкс оралиғига ўтиб, трахея ва бронхлар атрофи лимфа тугунларига кирганлиги, юрак атрофидаги лимфа томирларига тарқалганлигини аниқлади. Ушбу тажрибада сурункали тонзиллитда патологик жараён лимфа йўллар орқали қайси майдонга тарқалишини ва қандай ўзгаришларга олиб келишини кўрсатди.

Бундан ташқари яллиғланган танглай муртак безларидан заҳарли моддалар қонга сўрилиб, асаб тизими, эндокрин безлар ва бошқа ички аъзолар фаолиятига салбий таъсир кўрсатади. Демак, касалликда кузатиладиган ҳар бир белги организмдаги умумий аҳволни 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 мақсадида беморда ЭКГ, ФКГ текширувлари, қон, гемостаз 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 толаларининг яллиғланиши (плексит, радикулит) ва бошқалар киради. Узоқ давом этган тонзиллоген захарланиш тромбоцитопения ва геморрагик васкулитнинг ривожланишига олиб келади. Сурункали тонзиллит қулоқ шанғиллаши, вазомотор ринит, қон-томир дистонияси ва вестибуляр бузилишларнинг кечишини оғирлаштиради.

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, қон зардоби, гамма-глобулин, ўз таркибида темир сақловчи дори воситалари;

2. Гипосенсибилизация воситалари — кальций хлорид ёки кальций глюконат, аскорбин кислота, антигистамин дори воситалари, кортикостероидлар, вакциналар, аллергияга қарши махсус дори воситалари;

3. Имунитетни тиклаш — аутосеротерапия, иммуностимуляторлар (левамизол, Т-активин, продигиозан, тимолин ва ҳ.к.) ва имунитетни фаоллаштириш воситалари (гелий-неон лазер нурлари, ИРС-19 аэрозоль, иммудон); Иммудон дори воситасини бир кунда 2 таблеткадан 3 маҳал, 20 кун давомида тавсия этилади. Хуруж пайтида 2 таблеткадан 4 маҳал 10 кун давомида овқатдан кейин ичишга берилади. Тонзилгон драже ёки эритма шаклида катталарга 2 драже ёки 25 томчидан, мактаб ёшидаги болаларга 1 драже ёки 15 томчидан, мактаб ёшигача 10 томчидан, бир ёшгача 5 томчидан кунига 5–6 маҳал тавсия этилади.



89-расм. Танглай муртаклари лакуналарини ювиш.

4. Танглай муртаклари ва маҳаллий лимфа тугунларини 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 кенг қўлланилади. Муолажа шприц ва инжичка найча ёрдамида бажарилади. Ювиш учун турли антибактериал дорилар (0,25%

ли формалин, ЙОКС, йодиол, хлорофиллит) ишлатилади. Муртак лакуналари ҳар куни бир маҳал, жами 7–10 кун давомида ювилади (89-расм). Лакуналарни ювиш билан бир пайтда физиотерапевтик муолажалар (УБН, паст энергияли гелий-неон лазери, электрофорез, УВЧ) ҳам буюрилади.

5. Рефлектор таъсир этувчи воситалар: новокаин блокадаси, рефлексотерапия.

Бундан ташқари, беморга дармондорилар, алоэ, ФИБС, кальций глюконат, фитин, темир лактат буюрилади. Иммуניתетни кучайтириш мақсадида левомизол, ИРС-19, лазер ва тимален, Т-активин, ауто-иммун зардоб буюрилади. Стафилококка қарши зардоб юборилади.

Консерватив даволаш тадбирлари йилига 2 марта (баҳор ва кузда) такрорланиши мақсадга мувофиқ. Мужассамлашган консерватив даволаш 90–95% гача ҳолларда яхши самара беради. Беморни ва унинг оила аъзоларини тиббий кўриқдан ўтказиш, диспансер назорати остига олиш ва соғломлаштириш ушбу кўрсаткични янада оширади. Болаларда кўпинча сурункали тонзиллитнинг 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, совуққа нисбатан алергик реакцияни пасайтиради. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг касалликларини ўз вақтида даволаш сурункали тонзиллитни даволашда асосий мезон ҳисобланади.

Консерватив даволаш усули ёрдам бермаган ҳолларда сурункали тонзиллит *криотерапия*, *лазер ёрдамида лакунотомия* жарроҳлик амаллари билан даволанади ва тонзиллэктомияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳоллардагина қўлланади.

Танглай муртакларини қисман олиб ташлаш — *тонзиллотомия* жарроҳлик амали муртаклар гипертрофияси мавжуд бўлган болаларда бажарилса, уларни қобиғи билан тўлиқ олиб ташлаш, яъни *тонзиллэктомия* жарроҳлик амали *кўрсатма* бўлиб хизмат қилган қуйидаги ҳолатларда бажарилади:

сурункали тонзиллитни консерватив даволаш тадбирлари ёрдам бермаганда;

сурункали тонзиллитнинг токсик-алергик шаклида;

сурункали тонзиллит билан боғлиқ касалликлар (ревматизм, ревмокардит, тиреоидит, струмит, полиартрит, сепсис ва бошқ.)да.

Сурункали тонзиллит ревматизм билан бирга кечган ҳолларда тонзиллэктомия жарроҳлик амали касалликнинг ремиссия даврида, ревматизмга қарши даволаш тадбирлари ўтказилгандан сўнг бажарилиши лозим.

Тонзилэктомияга қарши кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- қон касалликлари (гемофилия);
- юрак ва буйрак етишмовчилиги;
- стенокардия, гипертония;
- қандли диабетнинг оғир шакли;
- сил;
- ўткир ичак касалликлари;
- ҳомиладорликнинг охирига ойлари, ҳайз кўриш даври.

Ангина ва ўткир респиратор касалликларда сурункали тонзилитнинг хуруж даврида тонзилэктомия жарроҳлик амали бемор соғайгандан сўнг 2–3 ҳафтадан кейин бажарилади.

Тонзилэктомия жарроҳлик амалига бемор поликлиника шароитида тайёрланади. У терапевт ёки педиатр, гематолог, невропатолог, эндокринолог кўригидан ўтказилади. Бундан ташқари кўкрак қафаси рентгенографияси, қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қон гуруҳи, резус-омил, протромбин индекси, қон ретракцияси, тромбоцитлар сони ва австралия антигенини аниқлаш текширувлари ўтказилади. Болаларда ҳалқумдан Лёффлер таёқчасига суртма олинади. Жарроҳлик амалидан бир ҳафта олдин беморга седатив, гемостатик дорилар ичиш тавсия қилинади.

Тонзилэктомия жарроҳлик амали шифохона шароитида бажарилади. Болаларда у умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш ёки нейролептональгезия, катталарда — промекаин, дикаин, тримекаин ёки новокаин ёрдамида бажарилган маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади.

Тонзилэктомия жарроҳлик амали қуйидагича бажарилади (90-расм):

Танглай-тил равоқчасининг четидан оғиз-ҳалқумга қараб тўқималар ёйсимон кесилади. Ажратгич ёки элеватор ёрдамида паратонзилляр бўшлиқ, муртақ капсуласининг орқаси очилади, кейин муртақ экстра-капсуляр усулда юқори чўққисидан пастки чўққисигача танглай-тил равоқчасидан аста ажратилади.

Бодомча безлари қисқич ёрдамида ушланиб, чандиқли битишмалар қайчи учи билан оҳиста кесмасдан ажратилади. Жойига гемостатик паста суртилади, баъзан ксероформ кукунини сепиш ёки лагоден эритмасига шимдирилган тампон қўйса бўлади. *Муртақларни олиб ташлаш пайтида чўққиси соҳасида ички ва ташқи уйқу артериялар жойлашганини эсда тутуш лозим!*

Тонзилэктомиядан сўнг беморга ётоқ режими буюрилади, чунки унга зўриқиш мўмкин эмас. Биринчи кун беморга сут ва қатиқ ичиш, илиқ ва суюқ овқатлар истеъмол қилиш тавсия қилинади, айрим ҳолларда яллиғланишга қарши антибактериал терапия буюрилади. Муртақлар жойи 7–10 кун давомида фибринли қарашдан аста-секин тозаланиб, жароҳат майдони эпителий билан қопланади. Юрак фаолиятининг патологик ўзгаришлари аниқланган бемор кардиолог назоратида бўлиши лозим.



I bosqich. Old ravoqchalarni kesish.



II bosqich. Bodomcha bezlarni ажратиш.



III bosqich. Qobiqdan ажратилган bodomcha bezlar.



IV bosqich. Qobiqdan ажратилган bodomcha bezlarni sim ёрдамида kesish.

90-расм. Тонзилэктомия жарроҳлик амалининг bosqichlari.

Тонзилэктомия жарроҳлик амалидан кейин қуйидаги асоратлар кузатилиши мумкин. Ҳалқумдан бирламчи қон оқиши жарроҳлик амали пайтида ва иккиламчи қон оқиши — жарроҳлик амалидан сўнг яқин вақт ичида кузатилиши мумкин. Артериал, веноз ва паренхиматоз қон оқишлар тафовут этилади. Уларнинг ичида энг хавфлиси бу йирик артериядан қон оқиши бўлиб, қон оч қизил рангда томир уришига мос тўлқинланиб оқади. Бундай асорат артерия деворининг емирилиши ёки жарроҳлик амали пайтида жароҳатланиши натижасида юзага келади. Кўпинча қон ички ва ташқи уйқу, юқориги ҳалқум ва тил артерияларидан оқади. Қон оқишини тўхтатиш жарроҳдан зўр маҳоратни талаб этади. Артериал қон оқишида беморнинг озги тез қонга тўлади, бундай вазиятда жарроҳ чаққон ҳаракат қилиб қонаётган майдонни ва ҳиқилдоқ соҳасида уйқу артериясини умуртқа поғонасига босади. Агар қон тўхтамас, унда ташқи уйқу артерияси боғланиши лозим. Бошқа ҳолларда қонаётган майдонга спирт, йод, калий перманганат эритмалари, ферропирин, лагоден эритмаси, аминоксапронат кислота кукуни, қуруқ тромбин, қон зардоби, тромбопластин тикмаси қўйилади. Баъзан қонаётган томир атрофига 1% ли новокаин, тримекаин, 0,9% ли натрий хлор эритмаси юборилиб, қонаётган қон томири аниқланади ва у қисқич билан ушланади. Кейин ҳалқум учун мўлжалланган Куликов игнаси ёрдамида ушбу қон томири атроф тўқима билан биргаликда тикилади. Қон оқишини тўхтатишнинг бундай усули яхши натижа беради. Агар бу усул ҳам қон оқишини тўхтатмас, унда орқа ва олд равоқлар орасига лагоденга шимдирилган дока тикма қўйилади ва равоқлар тикилади. Бундай тикма 24–48 соатдан сўнг олиб ташланади. Юқорида қайд этилган шошилиш тиббий ёрдам тадбирлари билан бирга беморга қон ивишини яшиловчи дорилар юборилади: вена ичига 10 мл лагоден, 10% ли кальций хлорид ёки глюконат, 5% ли аминоксапронат кислотаси, дицинон, этамзилат натрий, қон зардоби, 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 куйидаги тадбирлар бажарилиши лозим:

1) беморни жарроҳлик амалидан олдин синчковлик билан текшириш;

2) анамнез маълумотларини батафсил йиғиш;

3) қон оқишига мойил беморга тонзилэктомиядан олдин 2 ҳафта давомида 5–10% ли калций хлорид эритмаси, рутин, аскорутин ичиш тавсия қилинади.

4) оғриқсизлантириш пайтида 10 мл новокаинга 2 томчи 0,1% ли адреналин гидрохлорид ва 5 мл аминаокапронат кислотаси (2:1) кўшилади.

Тонзилэктомияда кузатилиши мумкин бўлган бошқа асоратларга куйидагилар киради:

1. Нафас йўллари ёт жисми ва бўғилиш ҳолати;

2. Ўткир лимфаденит;

3. Тери ости эмфиземаси;

4. Ўпка ателектази;

5. Зотилжам;

6. Бўйин-ҳалқум ҳўппози;

7. Медиастенит;

8. Юз асаб толаси фалажи ва бошқалар.

Тонзилэктомиянинг кечки асоратларига субатрофик фарингит, ҳалқумнинг чандиқли ўзгаришлари киради.

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 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 кучланишли паст лазер нуруни қўллаш яхши натижа бермоқда. Лазер билан таъсирлашда гелий-неон лазерининг қизил нури қўлланади. Нур бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига, ҳалқумнинг орқа деворига ва танглай муртакларига таъсир эттирилади (ёруғлик кучи 2,65 мВт/см², экпозитсия вақти 2–8 дақиқага тенг). Муолажа 5–7 кун давомида бир йилда 2 марта ўтказилади. Бундан ташқари беморга Т-активин, метилурацил дори воситалари тавсия қилинади, томоғига 10 кун давомида ИРС-19 аэрозолі сепилади.

Сурункали тонзиллитни олдини олишда диспансер назорати муҳим аҳамиятга эга бўлиб, бунда педиатр, терапевт, оториноларинголог ва стоматолог иштирок этади. Сурункали тонзиллит билан оғриган беморни ЛОР шифокори диспансер назорати остига олиб, йилига 2 марта кўриқдан ўтказилади. Касалликнинг қайталаниши камайганда бемор бир йилда бир марта кўриқдан ўтади. Консерватив даволаш яхши натижа бериб, ангинанинг қайталаниши камайганда бемор уч йилдан сўнг диспансер назоратидан чиқарилади. Сурункали тонзиллитнинг маҳаллий белгилари сақланиб, 6 ой давомида олиб борилган даволаш тadbирларига қарамасдан ангина яна қайталаниб турса, унда консерватив даволаш тadbирлари самарасиз деб баҳоланиб, тонзилэктомия жарроҳлик амали бажарилади. Тонзилэктомия жарроҳлик амали ўтказилган беморлар 6 ойдан сўнг диспансер назоратидан чиқарилади.

Танглай муртаклари гипертрофияси — яъни танглай муртакларининг яллиғланишсиз катталаниши 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;

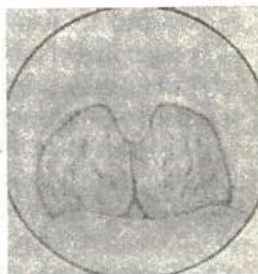
III даражада — танглай муртаклари бири-бирига тегиб туради.

Катталашган муртақлар оқ-пушти рангда, юмшоқ, лакуналари аниқ, юзи силлиқ бўлиб олд равоқчалардан чиқиб туради (91-расм).

Бемор нафас олиш ва ютиниши қийинлашганлигига шикоят қилади, унда йўтал, нутқнинг бузилиши, манқаланиш кузатилади, ухлаганда хуррак отади. Бундай ҳолларда тонзиллотомия муртақларнинг маълум қисмини олиб ташлаш жарроҳлик амали бажарилади. Тонзиллотомия кўпинча 5—7 ёшдаги болаларда ўтказилади.

Тонзиллотомия жарроҳлик амали амбулатория шароитида маҳаллий оғриқсизлантириш (дикаин ёки лидокаин) остида бажарилади. Жарроҳлик амалидан сўнг бемор икки соат давомида врач назорати остида бўлиб, кейин бир-икки кун уй шароитида қолади. Унга илиқ суяқ овқатлар берилади. Қон касалликлари, ўткир юқумли касалликларда тонзиллотомия жарроҳлик амалини бажариш вақтинча кечиктирилади!

Ҳалқум муртаги гипертрофияси (аденоидлар) — (*vegetatio adenoides*) ҳалқум (*бурун-ҳалқум*) муртагининг патологик гипертрофияси. Кўпинча 3—12 яшар болаларда, баъзан 26—40 ёшли, ҳатто 70—75 ёшли қарияларда ҳам кузатиш мумкин. Аденоидларнинг 3 даражаси тафовут этилади:



91-расм. Танглай муртаклари гипертрофиясининг III даражаси.

I даражада — ҳалқум муртаги катталашиб, димоғ суягини юқоридан 1/3 қисмини ёпиб туради;

II даражада — катталашган муртақлар димоғ суягини 2/3 қисмини ёпиб туради;

III даражада — муртақ 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 орқали нафас олишнинг қийинлашиши, юз тузилишининг бузилиши, эшитиш қобилияти ва нутқнинг бузилиши, ёпиқ манқаланиш, бош оғриши, бош айланиши, уйқу бузилиши, хотира пасайиши, субфебрилитет, 15% беморларда энурез, эпилепсия, ларингоспазм, бронхиал астма, кўриш ўткирлигининг пасайиши, қоматнинг бузилиши (сколиоз ва бошқ.), юрак-қон томир тизими фаолиятининг бузилиши ва бошқалар. Бундай асоратлар бурун орқали нафас олиш қийинлашганлиги ва аденоидлар асаб тизимига таъсир этиши натижасида юзага келади. Аденоидлар организмнинг аллергик ҳолатига ҳам ўз таъсирини кўрсатади.

Ташхис касаллик бошланиши, беморнинг ёши, шикоятлари, аденоид касаллигига хос юз тузилишига (*habitus adenoideus*) асосланиб қўйилади. Бунда беморнинг юзи бироз чўзиқроқ, оғзи ярим очиқ ҳолда, юқоридаги тишлар бетартиб жойлашган ва олдинга чиқиб туради (92-расм). Узоқ вақт давомида оғиз орқали нафас олиш кўкрак қафасининг шаклини ўзгартиради (қуш кўкрак). Олд ва орқа риноскопия, эндоскопия текшируви ва бурун-ҳалқумни бармоқ ёрдамида пайпаслаш аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради (93-расм).

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, бурундан нафас олишнинг бузилишига сурункали синуситлар ҳам сабаб бўлади, димоғига оқиб тушаётган балғам эса бурун-ҳалқум муртагининг яллиғланишига олиб келади. Шунинг учун ҳалқум орқа деворида йирингли ажралма борлиги аниқланганда, дастлаб бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси

ни қилиб, патологик ўзгаришлар аниқланганда синуситни даволаш лозим. Агар даволашдан сўнг бурун орқали нафас олиш тикланса, унда аденотомия жарроҳлик амалини бажаришга зарурат қолмайди.



92-расм. Аденоидларда юз тузилиши.



93-расм. Орқа риноскопияда аденоидларнинг кўриниши.

Даволаш. Қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган, лаборатория текширувларида ўзгаришлар аниқланмаган беморда умумий ёки маҳаллий офриқсизлантириш остида *аденоидэктомия* жарроҳлик амали бажарилади.

Аденоидэктомиyani бажариш учун асосий кўрсатмаларига ҳалқум муртаги гипертрофиясининг II, III, IV даражалари қуйидаги белгилар билан кечган ҳоллари киради:

бурун орқали нафас олишнинг йўқотилиши қайталанувчи этмоидит, сфеноидит, гайморит билан кечиши;

товуш ўтказилишининг бузилиши, қайталанувчи тубоотит, ўрта отит (катарал, йирингли), экссудатив ўрта отит, сохта нейросенсор паст эшитишлик (ноғора бўшлиғида ажралма тўпланиши натижасида ривожланган) туфайли эшитиш ўткирлигининг пасайиши билан кечиши;

йўлдош токсик-аллергик касалликлар (эшакеми, миокардит, лептоменингит, сурункали бронхит, бронхиал астма) билан кечиши.

Сурункали аденоидит — ҳалқум муртагининг сурункали яллиғланиши болаларда кўп учрайди. У ўткир респиратор касаллик, аденовирусли, риновирусли инфекция, грипп, парагрипп ёки бошқа инфекцияларда (скарлатина, қизамиқ) ривожланади.

Умумий ва маҳаллий иммунитетнинг сустлиги, ўткир аденоидитни нотўғри даволаш, реконвалесценция даврида кун тартибига риоя қилмаслик оқибатида бактериал, шу жумладан сапрофит флоранинг фаоллашиши ва иммун супрессия ҳолатининг 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 ажралма 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, эшакеми, сохта круп ва тунги энурез ҳолатлари кузатилади.

Таъхис касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, олд ва орқа риноскопия, ҳалқумни бармоқ билан текшириш, клиник ва эндоскопия текширувларининг натижалари асосида қўйилади. Бемор кўздан кечирилганда юзининг рангпарлиги, кўзлари остида доиралар борлиги, оғзи ярим очиқ ҳолатда эканлиги, “*habitus adenoideus*,” кўкрак қафасининг шакли ўзгарганлиги (“кўш кўкрак”) эканлиги аниқланади. Пайпасланганда маҳаллий лимфа тугунлар (ретромандибуляр, жағ ости, ён бўйин) катталашганлиги ва оғриши маълум бўлади. Орофарингоскопияда оғиз бўшлиғида бир нечта чириган тишлар борлиги, тишлар нотўғри ривожланганлиги кўринади.

Фарингоскопияда ҳалқум лимфоэпителиал тузилмаларининг (танглай муртаклари, ҳалқум орқа девори ва ён томонининг гранулалари, ҳалқум ва най муртаклари) гипертрофияси ва сурункали яллиғланиши белгилари кузатилади. Сурункали яллиғланиш белгилари шиллиқ парданинг турғун қизариши, шиши, қон томирлари кенгайиб, бўртиши, юмшоқ танглай ва танглай равоқчаларида кичик пуфакчалар борлиги билан намоён бўлади. Баъзан йўлдош касаллик сифатида сурункали тонзиллитдан далолат берувчи Гизе, Зак ва Преображенский белгилари аниқланади; буруннинг нафас олиш фаолияти текширилганда бурун орқали нафас олишнинг бузилишидан то бутунлай йўқолишигача ўзгарганлиги аниқланади.

Риноскопияда аллергик белгилар билан кечган вазомотор ринит белгилари (шиллиқ парданинг шишганлиги, турғун-кўкимтир ёки рангпар, доғ-доғ бўлиб кўриниши, буруннинг орқа қисмларида шиллиқ ёки йирингли ажралмани тўпланиши). Бурун бўшлиғи тозаланиб анемизация қилингандан сўнг хоаналар орқали “ҳаракатчан” аденоидлар ва бурун-ҳалқумда қалин ажралма (шиллиқ ёки шиллиқ-йирингли) борлиги аниқланади.

Микроэндоскопия (М.Р.Богомилский ва Т.И.Гарашченко томонидан ишлаб чиқилган риноскопия ва эпифарингоскопиядан иборат текширув усули бўйича 0° ва 70° оптика ёрдамида бажарилган видеоэндоскопия) текшируви аденоидларнинг ҳажмини ва характерини, бурун ва бурун-ҳалқум яллиғланишини, Вальсальва синамасини ўтказиш пайтида аденоидларни силжишини чуқур ўрганиш имконини беради. Ушбу текширув яллиғланиш жараёнини эшитув найлари ва юқори жағ бўшлиғи тешиқларига, галвирсимон лабиринт катакчаларига (асосан орқа ва ўрта катакчалари) тарқалганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Қиёсий таъхисот. Аденоидларни ўсмирлар ангиофибромасидан фарқлаш лозим. Ангиофиброма кўпинча ўғил болаларда учрайди ва айлана шаклига, зич, эластик консистенцияга эга, анамнез маълумотларида бурундан тез-тез қон оқиши кузатилганлиги қайд этилади.

Бурун чиғаноқлари орқа учларининг гипертрофияси ва хоана полипида (бунда ҳаракатчан полип хоанадан ўсиб чиқади, бурун-ҳалқум гумбази эркин бўлади) ҳам сурункали аденоидит белгиларига ўхшаш клиник манзара кузатилади. Одатда аденоидларнинг консистенцияси юмшоқроқ бўлиб, улар кенг асоси билан бурун-ҳалқум гумбазининг орқа бўлимига бирикади, катталарда чандиқли тўқиманинг кўплиги туфайли (яллиғланиш натижасида) аденоидлар қаттиқроқ бўлади.

Давомли субфебрилитетнинг сабабларидан бири сил касаллигини инкор этиш мақсадида Пирке ва Манту синамалари бажарилади. Микробиологик текширув натижаларига асосан кокклар флораси мавжудлиги ва уларнинг антибактериал дориларга нисбатан сезгирлиги паст эканлиги маълум бўлади.

Даволаш тадбирлари икки тамойилга асосланиши лозим:

1. Жарроҳлик усули ва дорилар билан даволаш орқали бурун ва ҳалқумнинг бузилган физиологик фаолиятларининг тикланишига эришиш;

2. Иммуно танқислигини бартараф этиш ва организмнинг ҳимоя кучини тиклаш (модда алмашинуви жараёнларини изга солиш, иммуномодуляция ва детоксикация терапияси) орқали ҳалқум муртаги гипертрофияси ва яллиғланишининг қайталанишини олдини олиш.

Сурункали аденоидит қайталанганда ўткир аденоидитни умумий ва маҳаллий даволаш тадбирлари ўтказилади. Касалликнинг қайталанувчи кечимида аденоидэктомия жарроҳлик амали касаллик даволангандан 3–4 ҳафтадан кейин бажарилади.

Агар бемордаги субфебрилитет сурункали аденоидит билан боғлиқ бўлиб, олиб борилган даволаш тадбирларига қарамасдан меъёрлашмаса, унда тана ҳароратининг тушишини кутиб ўтирмасдан антибиотикотерапия остида аденоидэктомия жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

Юқумли касалликлар ҳам аденоидэктомиyani бажариш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади, бунда ангина, ўткир респиратор касалликлардан сўнг жарроҳлик амали 1–2 ой, гриппда – 2 ой, сувчечакда – 3 ой, қизилча, скарлатинада – 4 ой, қизамиқ, кўкйўтал, паротит, юқумли моноклеозда – 6 ой, вирусли гепатитда – 1 йил (қондаги билирубин миқдори текширилгандан сўнг), эпидменингитда – 2 йил ўтгандан сўнг бажарилиши лозим.

Ноқулай эпидемиологик вазиятда (агар бола юқумли касаллик билан оғриган бемор билан мулоқотда бўлганда; эмлаш тадбири ўтказилганда) жарроҳлик амали биров кечиктирилади (эмлашдан сўнг жарроҳлик амали 2–3 ойдан кейин бажарилади).

Аденоидэктомиянинг қарши кўрсатмаларига қуйидагилар киради: қон касалликлари (ўткир ва сурункали лейкоз, геморагик диатез, иммуно гемопатиялар);

токсик дифтерия коринебактерияларининг бацилла ташувчилиги; ЛОР аъзоларининг ўткир ёки сурункали касалликларининг авж олиши;

ички аъзоларнинг ўткир ёки сурункали касалликларининг авж олиши;

юрак, буйрак, жигар ва ўпка касалликларининг декомпенсация босқичлари;

тиш кариеси;

тимомегалия;

ҳалқум қон томирларининг аномалиялари.

Жарроҳлик амалидан олдин болаларда қуйидаги текширувлар ўтказилади:

қоннинг клиник таҳлили (тромбоцитлар миқдори, қон ивиши ва оқшишининг вақти);

ВИЧ, австралия антигени (Hbs), HVC, RW ни аниқлаш учун бажариладиган текширувлар;

сийдикнинг умумий таҳлили, ахлатни гельминтозга текшириш; тишларни соғломлаштириш, токсик дифтерия коринебактерияларининг бациллаташувчилигини аниқлаш учун ҳалқум ва бурдан суртма олиш;

флорани антибиотикларга сезгирлигини текшириш;

жарроҳлик амали бажарилиши мумкинлиги ҳақида педиатр хулосаси; юқумли касаллик билан оғриган беморлар билан мулоқотда бўлмаслик.

Аденоидэктомия жарроҳлик амали (94–96-расмлар) одатда амбулатория ёки поликлиника шароитида маҳаллий оғриқсизлантириш остида ҳалқасимон пичоқ, яъни аденотом ёрдамида бажарилади. Аденотом ўрта чизикдан димоғ суягининг орқа чети бўйлаб ҳалқум гумбазигача киритилади. Ҳалқум гумбази ва димоғ суягига аденотом билан босилганда аденоид тўқима асбоб ҳалқаси ичига киради. Кейин қисқа ва чаққон ҳаракат билан аденотом пичоғи бурун-ҳалқум девори бўйлаб пастга силжитилади. Бир пайтнинг ўзида аденоидлар асоси соҳасида кесилиб олинади (бунда беморнинг боши бироз олдинга эгилган бўлиши керак). Кейин болага навбатма-навбат бурнининг ҳар икки томонини қоқиш буюрилади.

Жарроҳлик амалидан сўнг қон оқиши кузатилмаган беморга 2 соатдан кейин уйга кетишига рухсат берилади ва 1–2 кун давомида уй шароитида бўлиш ва илиқ суяқ овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади. Болаларда аденоидлар кўпинча танглай муртаги гипертрофияси билан бирга учрайди, бу ҳолда дастлаб тонзиллотомия, кейин аденотомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

Аденоидэктомия жарроҳлик амалида қуйидаги *асоратлар* кузатилиши мумкин: жароҳат майдонидан қон оқиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, бўғилиш ҳолати (қон нафас йўлига тушганда), менингоэнцефалит, менингит, умуртқа поғонаси остеомиелити, бўйин



94-расм. Аденотомияда аденотомни киритиш.



95-расм. Аденотомияда уч ҳаракат.



96-расм. Аденотомия пайтида беморнинг ҳолати.

умуртқасининг чиқиши, юмшоқ танглай фалажи ва бошқалар. Беморни жарроҳлик амалига яхши тайёрлаш асоратларни олдини олишга ёрдам беради.

Ронхопатия — уйкуда патологик хуррак отиш ҳолати. У асосан юмшоқ танглайда ривожланган яллиғланиш-гиперпластик жараёни натижасида ҳалқум ўрта бўлимини торайиши туфайли юзага келади. Уйкуда хуррак отишни вақти-вақти билан такрорланиши 45%, доимий хуррак отиш ҳолати — 25% аҳолида қайд этилган.

Патогенези. Юмшоқ танглайда (асосан унинг маркази ва камроқ периферик қисмида) сурункали яллиғланиш гипертрофияси ривожланади. Жараён тилча асосини 2—3 марта болишсимон қалинлашиши билан намоён бўлади.

Гистологик жиҳатдан гипертрофияга учраган тўқимада ҳаддан зиёд миқдорда коллаген толалар, кўпгина липоцитлар, ўчоқли миоцитозис, строма шиши аниқланади. Қалинлашган юмшоқ танглай ўз тонусини йўқотиб, ҳалқумнинг олд-орқа ўлчамини учдан бир қисмидан бошлаб ярмигача торайтириши мумкин. Шиллиқ парданинг гипертрофияси ва бурмалари туфайли юмшоқ ҳалқумнинг бу майдони танглай сатҳида қум соат шаклида 30—45% тораяди. Бемор ухлаганда нафасни онгли равишда бошқарилиши йўқотилади, нафас олиш ва нафас чиқариш пайтида ҳаво оқими тор йўл орқали ўта бошлайди.

Уйкуда бурун орқали нафас олинганда ҳалқумнинг торайган майдони кўшимча қаршилиқ ҳосил қилади ва торайиш майдонидан 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 оқаётган кўшилувчи ва турбулент ҳаракатланган икки ҳаво оқими орасида қолади ва юмшоқ танглай ўзига хос хуррак товушини ҳосил қилиб тебрана бошлайди. Уйкудаги хурракнинг ушбу механизми бурундаги қаршилиқ ошганда, масалан гипертрофик ринитда, бурун тўсиғи қийшиқлигида, полипозли этмоидитда янада кучаяди.

Уйкуда хуррак отиш касаллиги натижасида ташқи нафас қаршилиги анча ошади, ўпкага кираётган ҳавонинг ҳажми 45% га камаяди, қондаги кислород миқдори камайиб, гипоксемия ҳолати кундузи 10—20% га, кечаси 20—30% га етади, карбонат ангидриднинг ҳажми эса кўпаяди (гиперкапния ва субкомпенсацияли ацидоз). Қондаги газ алманишувининг бундай бузилишлари нафас маркази автоматизмини ўзгартиради ва у нафас олиш ҳаракатини келтириб чиқариши учун карбонат ангидриднинг кўпайган миқдорига мослашади. Шунинг учун уйкуда хуррак отиш пайтида нафас ҳаракатлари вақти-вақти билан тўхтаб қолади (чунки нафас марказининг автоматик рефлектор ишини бошланиши учун қондаги карбонат ангидриднинг миқдори анча юқори бўсага сатҳига кўтарилган бўлиши керак).

Навбатдаги нафас олиш ҳаракатини кечиктирилиши *апноэ* деб аталади. Апноэ ҳолати 4–5 дан 15 сониягача давом этиши, тун давомида 10 ёки 100 марта такрорланиши ва жами 2–3 соат давом этиши мумкин.

Сомнография ва лаборатория текширув усуллари ёрдамида ронхопатия билан оғриган беморларда тун давомида гипоксия ва гиперкапния шаклида кечувчи қондаги газ алманишувининг жиддий бузилишлари қайд этилган.

Клиник манзараси. Ронхопатия кўпроқ ўрта ва кекса ёшли эркакларда (40%) ва камроқ аёлларда (20%), асосан семиз кишиларда учрайди; алкоголь ичимликларини суистеъмол қилиш ва чарчаш уйқуда хуррак отишни кучайтиради; баъзан навбатдаги апноэдан сўнг бемор уйғониб кетади, кейин яна ухлаб қолади.

Ухлаш вақтининг қисқариши, уйқу сифатининг ёмонлашиши туфайли кундузи беморларда у ёки бу даражада уйқучанлик, тез чарчаш, хотира ва иш қобилиятининг пасайиши ҳолатлари кузатилади.

Ронхопатияда нафаснинг обструктив бузилиши акустик феномени, яъни апноэ билан кечувчи хурракни келтириб чиқариб, сурункали кислород етишмовчилиги, юрак уриши ритмини ва қон босимининг ўзгариши, ўпка артериясида қон босимининг ошиши, симпатик фаолликнинг кучайиши, юрак қон-томир тизимида тикланмас ўзгаришларнинг ривожланиши билан кечади. Бундай ўзгаришлар тунда беморда апноэ пайтида тўсатдан ўлим ҳолати юз беришига сабаб бўлади.

ЛОР аъзолари кўздан кечирилганда ронхопатия билан оғриган беморларда бурун орқали нафас олиш фаолияти бузилганлиги, гипертрофик фарингит ва суст кечувчи сурункали тонзиллит касалликлари аниқланади. Олд риноскопияда пастки бурун чиғаноқларининг гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшиқлиги туфайли бурун йўллари торайганлиги кўринади. Баъзан умумий бурун йўлларининг табиий торлиги ҳоллари учрайди.

Фарингоскопияда гиперпластик фарингит ва сурункали тонзиллит манзараси, халқумнинг ўрта бўлими бироз қизарганлиги, аксарият беморларда тилча узайган ва қалинлашганлиги кўринади.

Юмшоқ танглайда тилча асосини болишсимон қалинлашиши ронхопатиянинг ўзиға хос белгиси ҳисобланади ва у орқа риноскопияда айниқса аниқроқ кўзга ташланади. Бунда юмшоқ танглайнинг чети ва халқумнинг орқа девори орасидаги халқумнинг олд-орқа ўлчами анча қисқаради (ўлчаш асбоби Л.Н.Елизарова томонидан таклиф қилинган). Агар меъёрда ушбу кўрсаткич 14–15 мм ни ташкил қилса, ронхопатияда у 7–8 мм атрофида бўлади. Айрим беморларда халқум торайишига гипертрофиялашган шиллиқ парданинг вертикал бурмалар ҳосил қилиши ва баъзан танглай муртақларининг гипертрофияси сабаб бўлади.

Юмшоқ танглайдаги гипертрофия жараёнининг кескинлиги бўйича касаллик тўрт вариантда намоён бўлади:

юмшоқ танглай меъёрда: шиллиқ парда юпқа пушти рангда, тилча ўзгаришсиз, танглай пардаси ҳаракатчан;

гипертрофиянинг бошланғич босқичи: юмшоқ танглай четлари ва тилча асосининг қалинлашиши;

танглай пардасининг кескин гипертрофияси босқичи: унинг ҳаракатчанлиги чекланади, юмшоқ танглайнинг барча майдонлари қизарган, тилча 2—3 марта катталашган, танглай равоқчалари қалинлашган, орқа танглай равоқчаси орқага силжиганлиги кўринади;

семиз беморларда юмшоқ танглай гипертрофияси юмшоқ танглайнинг барча бўлимларининг кескин шишли гипертрофияси ва қизариши билан ифодаланади, у кам ҳаракатчан бўлади.

Сомнография ва беморларни ухлаш пайтида электрофизиологик ва лаборатория усуллари ёрдамида назорат қилиш хурракнинг давомийлигини ва кучини, апноэ неча марта такрорланишини ва қанча вақт давом этишини, юрак қон-томир тизими бузилишларини, қондаги газ миқдорининг ўзгаришларини аниқлаш имконини беради.

Ташҳис. Беморнинг асосий шикоятлари — бу уйқусида хуррак отиш бўлиб, буни у яқин кишиларидан эшитади (бемор ухлаганда ўз хуррагини эшитмайди). Касаллик қачон бошланганлиги, уйқу пайтида нафасни тўхтаб қолиш ҳолатини (апноэ) кузатилиши, унинг давомийлиги ва неча марта такрорланиши ҳақидаги маълумотлар ташҳис қўйишда муҳим аҳамиятга эга.

Тез чарчаш, кундузги уйқучанлик, хотирани ва ҳаётний фаолликни ўзгариб туриши, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, ҳалқум касалликлари ҳақидаги маълумотлар тўғри ташҳис қўйишга ёрдам беради. Даволаш тактикасини танлашда фаринго- ва риноскопия, эндоскопия теширувларининг натижалари эътиборга олинади. Бунда юмшоқ танглай, ҳалқум ва танглай муртаклари гипертрофиясининг даражаси, юмшоқ танглай гипертрофияси шароитида ҳалқум ўлчамлари, бурун бўшлиғи ички тузилмаларининг ҳолати баҳоланади.

Даволаш. Ронхопатия жарроҳлик усулида даволанади, таклиф этилган турли консерватив даволаш усуллари яхши самара бермайди:

уйқу пайтида пастки жағни боғлаб қўйиш, оғизга сўргич қўйиш ёки бемор чалқанча ётмаслиги учун унинг орқасига қаттиқ шарчани лейкопластир билан ёпиштириш ва бошқалар;

уйқу пайтида ўпкага ниқоб орқали автоматик равишда ҳаво юбориш асбоби таклиф этилди. Ушбу асбоб беморнинг уйқусини бироз енгиллаштиради, унинг катталиги ва нафас ҳаракатлари билан синхрон ишлаши беморни қониқтирмайди ва у доимий равишда асбобдан фойдаланмай қўяди.

Ронхопатиянинг 4 даражаси тафовут этилади:

хурракни фақат чалқанча ётган ҳолатда кузатилиши;

чалқанча ва баъзан ёнбош ётган ҳолатда кузатилиши;
чалқанча ва ёнбош ётган ҳолатда доимий равишда кузатилиши;
турли ҳолатларда кузатилиши.

Бундан ташқари хурракни ўсиб бориш кучига эътибор берилади. Жарроҳлик амали усулини танлашда ушбу тансиф муҳим аҳамиятга эга бўлмаса-да, у касалликнинг фарингоскопиядаги белгиларини тўлдиреди.

Жарроҳлик амалининг ҳажми ҳалқумнинг ва буруннинг анатомик тузилмалари хуррак механизмида қай даражада иштирок этишига боғлиқ.

Ҳалқумнинг асосий тузилмаларида (юмшоқ танглай, орқа танглай равоқчалари, танглай муртақлари, бурун тўсиғи ва пастки бурун чифаноқлари) сурункали тонзиллитнинг маҳаллий белгилари кузатилмаган ҳолларда уларда жарроҳлик амали бажарилмайди. Худди шундай тактика бурун тузилмаларига нисбатан ҳам қўлланилиб, ҳар икки томонда бурун орқали нафас олиш фаолияти меъёрда бўлганда бурунда жарроҳлик амали бажарилмайди. Бундай ҳолларда *палатиномотомия* жарроҳлик амали бажарилади, яъни юмшоқ танглайнинг пастки чети, тилча, орқа танглай равоқчалари танглай пардасидан ва тилча асосидан 7–8 см қолдириб, олиб ташланади.

Жарроҳлик амали узун ва Кохер қисқичи ёрдамида осон бажарилади, дағал чандиқ ҳосил бўлмаслиги учун жароҳат четига тўртта кетгут чоки қўйилади.

Жарроҳлик амалидан сўнг асоратлар кам кузатилади. Кўпинча жарроҳлик амалидан кейинги кунларда беморда тикилиб қолиш ҳоллари кузатилиб, кейинчалик ютиниш фаолияти тикланади.

Жарроҳлик амалини бошқа асбоблар ёрдамида ҳам бажарса бўлади, аммо бунда тўқима реакциясини эътиборга олиш лозим; юмшоқ танглайни лазер нури билан кесиш кескин яллиғланиш реакциясини пайдо қилиб, жароҳат майдонида дағал чандиқ ҳосил бўлишига олиб келади.

Хуррак отишни бутунлай йўқотиш учун юмшоқ танглайда жарроҳлик амалини бажариш етарли бўлмайди. Шунинг учун сурункали тонзиллитда, танглай муртақлари гипертрофиясида ёки юмшоқ танглай ва ҳалқумнинг орқа девори орасидаги масофа кичик бўлган ҳолларда палатиномотомиядан ташқари тонзилэктомия жарроҳлик амали ҳам бажарилиши ва ҳар икки томонда олд ва орқа танглай равоқчаларининг асослари кетгут чоки билан тикилиши лозим. Жарроҳлик амалининг ушбу босқичи ҳалқумнинг торайган қисмини кенгайтириш ва шу билан уйқудаги обструктив хуррак сабабларидан бирини бартараф этиш имконини беради.

Кўпинча ронхопатия бурун тўсиғи қийшиқлиги, гипертрофик ринит ёки бурун полипида кузатиладиган бурун йўллариининг торайиши натижасида юзага келади. Бундай ҳолларда бурун орқали нафас

олишни яхшилаш жарроҳлик амали ёрдамида даволашнинг муҳим босқичига айланади. Беморда бурун тўсиғи шиллиқ остини кесиш, конхотомия, полипотомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

Жарроҳлик амалининг биринчи усули (латинотомия) маҳаллий оғриқсизлантириш остида, бошқа усуллари (муртакларни олиб ташлаш, бурун ичи жарроҳлик амаллари) умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади.

Жарроҳлик амалидан ва тонзилэктомиядан кейинги даврда олиб бориладиган тадбирлар ўтказилади: беморга суюқ овқатлар, ҳалқумни калий перманганат эритмаси билан чайиш тавсия этилади, жисмоний зўриқиш ман этилади.

Жарроҳлик амалининг самарадорлиги анча юқори бўлиб, уни такроран бажариш зарурати 400 бемордан фақат 3 нафаридагина кузатилган.

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 ичимликлар ичувчи беморларда, чанг ва зарарли газлар билан ифлосланган ишлаб чиқариш корхоналари ишчиларида кузатилади. Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва ҳалқумнинг ўткир 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 сабаб бўлади. Ниҳоят, сурункали фарингит қатор сурункали юқумли касалликларда ва силда ривожланиши мумкин.

Патоморфологик ўзгаришларга асосан сурункали фарингит катарал, гипертрофик ва атрофик шаклларга бўлинади.

Сурункали катарал фарингитда ҳалқум шиллиқ пардасининг доимий қизариши, шиши, қон томирларнинг кенгайиши, кичик веналар турғунлиги, шиллиқ безлар фаолиятининг юқори даражада бузилиши кузатилади.

Гипертрофик (гранулёз) фарингитда (тарқоқ ёки ўчоқли) эпителий қавати ўзгариб, бурун-ҳалқумда цилиндрик ҳилпилловчи эпителий кубсимон ёки ясси эпителийга айланади ва ҳалқум орқа, ён деворларининг шиллиқ ости пардаси қалинлашади, лимфоид тўқима катталашади. Гиперпластик фарингитда эпителиал қатлам шиллиқ ости тўқимаси ва лимфоид тўқима элементларининг гиперплазияси кузатилади, ҳалқум орқа деворида лимфоид гранулалар пайдо бўлиб, ҳалқум ён бурмалари қалинлашади (гранулёз ён фарингит). Ёш

болаларда кўпинча сурункали гранулёз фарингит кузатилса, катта ёшли болаларда эса бир вақтда патологик жараёнга ҳалқум ён бурмалари лимфоид тўқимаси ҳам кўшилади. Бемор ҳалқуми қуришига, унда нохуш шилиниш, ачишиш ҳис этишларига, қуюқ шилимшиқ ажралма йиғилишига, баъзан эса ютиниш пайтида қулоқ соҳаси бироз оғришига шикоят қилади.

Фарингоскопияда ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардасида сезиларли қизариш остида лимфоид тўқима доначалари, уларни бири-бирига қўшилиб кетганлиги, қон томирларни кўзга ташланиб туриши ва шиллиқ парда ёпишқоқ ажралма билан қопланганлиги кўринади. Баъзан ҳалқумнинг ён деворида (муртақларнинг орқа равоқлари ортида) лимфоид тўқиманинг гипертрофик ўзгаришлари кузатилиб, кўринишидан қизил қаламни эслатади. Жараён эшитув найининг ҳалқум тешиги атрофига тарқалганда найининг фаолиятига салбий таъсир кўрсатиши ва эшитиш қобилиятининг пасайишига сабаб бўлиши мумкин.

Сурункали атрофик фарингит одатда атрофик ринит билан бирга кечади. Унда ҳалқумнинг шиллиқ пардаси юпқаллашиб, ҳилпилловчи эпителий кўп қаватли ясси эпителий билан алмашади, шиллиқ безлар сони камаёди, уларнинг шиллиқ ишлаб чиқариш фаолияти сусаяди. Фарингоскопияда ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси ялтироқ ва қуруқ кўринишга эга.

Белгилари. Сурункали катарал фарингитда бемор томоғи қуришига, қичишига, унда ноқулайлик ва ёт жисм ҳис этишига, йўталга, баъзан қулоғи битишига шикоят қилади. Атрофик фарингит билан оғриган бемор томоғи қуриши, ютиниши қийинлашганлиги, оғзидан ёқимсиз ҳид келишига шикоят қилади. Бундай бемор 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 тариқдай ва ундан каттароқ яримдоира тўқ қизил дўмбоқчалар ҳосил бўлганлиги, сурункали атрофик фарингитда шиллиқ парда юпқаллашиб, оч-пушти рангда, айрим жойларда пўстлоқ ва қалин ажралма билан қопланганлиги кўринади.

Даволаш тадбирлари поликлиника шароитида олиб борилади. Биринчи навбатда касалликнинг маҳаллий ва умумий сабаблари — бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ва муртақларнинг йирингли касалликлари, зарарли омиллар ҳамда оғиз бўшлиғидаги инфекция ўчоқлари бартараф этилади.

Сурункали гипертрофик фарингитда ҳалқумни натрий хлориднинг изотоник ёки 1% ли эритмаси билан чайиш, 3—5% ли кумуш

нитрати, 3–5% ли проторгол ёки колларгол эритмасини суртиб, шиллиқ парда шишини камайтириш тавсия қилинади. Беморга мойчечак, мармарак дамламалари билан иссиқ ингальяциялар, ҳалқумнинг шиллиқ пардасига облепиха ёғини суртиш ёки ингальяция қилиш, маъданли сув ингальяциялари буюрилади. Бактериостатик таъсирга эга антисептиклар карамелларини (фарингосепт, гексализ, стрематосил) оғизга солиб, шимиш яхши фойда беради. Қонталашган дўмбоқчалар криотаъсир, гальванокаустика, 30–40% ли кумуш нитрат ёки ваготил билан куйдирилиб, олиб ташланади.

Сурункали атрофик фарингитда енгил ишқорий сув – глицеринли эритма 0,9% ли 200 мл натрий хлорид ёки 1% ли эритмасига 4–5 томчи 5% ли йоднинг спиртли эритмасини кўшиб ҳалқумни чайиш буюрилади. Атрофик фарингитда гидрокарбонат натрий эритмасини, эвкалипт ва облепиха ёғини қўллаш ман этилади, чунки улар безларнинг шиллиқ ишлаб чиқариш фаолиятини сусайтириб, шиллиқ пардани қуришига олиб келади. Ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси ён томонларига 0,5% ли новокаин, лидаза, алоэ ва ФИБС юборилади. 2% ли новокаин ва алоэ экстрактини оғиз-ҳалқум шиллиқ қавати остига ҳар икки томонига 1 мл дан юбориш фойдали. Жами 8–10 муолажа ўтказилади. Бундан ташқари беморга 0,5% ли никотин кислота эритмаси билан электрофорез, индуктотермия муолажалари, лазер нуллари билан нурлаш, протеолитик ферментлар, мойчечак ва ўсимлик ёғи билан ингальяция, ИРС-19 аэрозоли буюрилади. Ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси вақти-вақти билан Люголь эритмаси шимдирилган пахта бўлаги билан уқаланади.

Фарингомикоз – ҳалқумнинг замбуруғ касаллиги бўлиб, 93% ҳолларда ҳалқум кандидози, 5–6% ҳолларда ҳалқум микози (лентотрихоз) учрайди.

Фарингомикознинг ривожланишига қандли диабет, қон ва ошқозон-ичак касалликлари, ичак дисбактериози, хавфли ўсмалар сабаб бўлади. ОИТС билан оғриган беморларнинг 10% и айнан шу микозлардан вафот этади.

Касалликнинг ривожига организмдаги иммунологик ўзгаришлар, ҳужайра иммунитетининг бузилиши сабаб бўлади. Специфик ва носпецифик сенсibiliзация, аллергия, ҳалқум шиллиқ пардасининг жароҳати фарингомикоз ривожланишига ёрдам беради.

Микоз ўчоқлари одатда танглай муртаклари, танглай равоқчалари, ҳалқумнинг орқа девори ва тил соҳасида жойлашиб, эпителийнинг қалинлашиши, гранулемалар (дўмбоқчалар) 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 фарингомикоз дифтерия касаллигидан, чуқур фарингомикоз — лакунар, ярали некротик ангина, хавфли ўсма ва ҳалқум захмидан фарқланиши 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% ли натрий гидрокарбонат, натрий тетраборат, анилин бўёқлари, этакридин лактат, кумуш нитрат эритмалари тавсия этилади. Фарингомикозни даволашда лазер нури ҳам қўлланилади. Даволаш тadbирлари гипосенсибилизация ва витаминотерапия билан бирга олиб борилади.

ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ ВА БРОНХЛАРНИНГ 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 VI бўйин умуртқаси, болаларда III–IV бўйин умуртқалари, қарияларда VII бўйин умуртқаси 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 (97- 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 кўринмайди. Ўғил болаларда қалқонсимон тоғай қизларникига қараганда каттароқ бўлади. Ёш болаларда ҳиқилдоқ усти қопқоғи тор ва новсимон шаклда бўлади.

Ҳиқилдоқ 2 жуфт бўғимларга эга: узук-қалқонсимон (*articulatio cricothyroidea*) ва узук-чўмичсимон (*articulatio cricoarytenoidea*). Улар юпқа бойламлар билан таъминланган. Ҳиқилдоқнинг бошқа бойламлари анча йўғон бўлади.

Ҳиқилдоқ қалқон-тил ости мембранаси (*membrana thyrohyoidea*) ёрдамида тилости суягига, узук-трахея 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 қалқонсимон-ҳиқилдоқ усти ва тил ости - ҳиқилдоқ усти бойламлари ушлаб туради (*lig. thyroepiglotticum et lig. hyoepiglotticum*). Ўрта ва ён тил ости ҳиқилдоқ усти бурмалари (*plica glossoepiglottica media et plica glossoepiglottica lateralis*) ҳиқилдоқ усти қопқоғини ва тил илдизини бир-бирига туташтириб туради, бурмалар орасидаги чуқурлик валлекулалар деб аталади (*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*



97-расм. Ҳиқилдоқ тоғайлари ва бойламлари.



98-расм. Ҳиқилдоқ мушаклари.



99-расм. Ҳиқилдоқ ёриғи.

vocalis) ва мушак (*processus muscularis*) ўсиқлари. Чўмичсимон тоғайлар узук-чўмичсимон бўғимида айланма вертикал ва силжиш ҳаракатларини бажарганда овоз ёриғи тораяди ёки кенгайди.

Узук-чўмичсимон бўғим, чин бўғим бўлиб, қопча ва синовиал қатламга эга. Бўғимни яллиғланиши (артрити) овоз бурмалари ҳаракатини чеклаб қўйиши мумкин.

Узук-қалқонсимон 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 (98-расм).

Ташқи мушаклар ҳиқилдоқни юқорига кўтариш ва пастга тушириш вазифасини бажаради.

Уларга қуйидаги мушаклар киради: *тўш-қалқонсимон* (*m.sternothyroideus*), *тўш-тилошти* (*m.sternohyoideus*), *қалқон-тилошти* (*m.thyrohyoideus*), *курак-тилошти* (*m.omochoideus*), *бигиз-тилошти* (*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 тирқишининг ҳудудий торайтирувчиси — узук-қалқонсимон мушак (*m.cricothyroideus*);

2) овоз тирқишининг ҳудудий кенгайтирувчиси — орқа узук-чўмичсимон мушак (*m. cricoarytenoideus posterior*);

3) ёрдамчи мушаклар — қўндаланг чўмичсимон (*m.arytenoideustransversus*), эгри чўмичсимон (*m.aritenoideus obliquus*) ва ташқи узук-чўмичсимон мушак (*m.cricoarytenoideus lateralis*);

4) овоз бурмаларини ҳаракатлантирувчи мушаклар — овоз мушағи (*m.vocalis*), қалқон-чўмичсимон (*m.thyroarytenoideus*) ва узук-қалқонсимон мушак (*m.cricothyroideus*);

5) ҳиқилдоқ усти қопқоғини ҳаракатлантирувчи мушаклар ҳиқилдоққа кириш жойининг энини ўзгартиради. Уларга чўмич ҳиқилдоқустини (*m.aryepiglotticus*), эгри чўмичсимон (*m.arytenoideus obliquus*) ва қалқон-ҳиқилдоқустини мушағи (*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 ёригининг шакли қумсоатни эслатади: ўрта бўлимида у тор, юқорида ва пастки бўлимида — кенг бўлади (99-расм). Овоз бурмалари, ҳиқилдоқусти қопқоғининг тил юзаси ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги майдондан ташқари (улар кўпқаватли ясси эпителий билан қопланган) шиллиқ парда кўпқаватли ҳилпилловчи эпителий билан қопланган.

Ҳиқилдоқнинг 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 га тенг. Овоз ёриғи *ноғора оралиғи (pars intermembranacea)* ва *тоғай оралиғи қисмларига (pars intercarilaginea)* бўлинади. Биринчи қисми овоз бурмалари, иккинчи қисми — чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиқлари билан чегараланган.

Овоз бурмалари остида бурма ости ёки *овоз ости бўшлиғи (cavitas infraglottica)*, яъни ҳиқилдоқнинг пастки қавати жойлашган. Бу майдоннинг шиллиқ пардаси юмшоқ ва лимфа безларига бой бўлганлиги туфайли яллиғланиш ёки бошқа зарарли омиллар таъсирида осон шишади.

Ҳиқилдоқнинг *юқори бўлими* — *даҳлизи* ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмалари, чўмичсимон тоғайлар билан чегараланган бўлиб, даҳлизнинг жуфт бурмалари (*plicae vestibulares*) ва *ҳиқилдоқ қоринчалари (ventriculus laringis)* дан иборат. Даҳлиз бурмалари овоз бурмаларининг устида жойлашиб, юмшоқ бириктирувчи тўқима, без ва мушак толалардан иборат. Ҳиқилдоқ қоринчалари даҳлиз ва овоз бурмалари орасида жойлашган бўлиб, лимфоид тўқима тўпламига эга. Болаларда бу қоринчалар яхши ривожланган бўлиб, қалқонсимон тоғайнинг юқори четига, баъзан тил илдизининг ўртасигача давом этади. Ҳиқилдоқ қоринчаларида баъзан ҳаволи киста ҳосил бўлиши мумкин (*ларингоцеле*).

Ҳиқилдоқни *юқори ва пастки ҳиқилдоқ артериялар (a.laryngea superior et a. laryngea inferior)* қон билан таъминлайди. Юқори ҳиқилдоқ артерияси йирикроқ бўлиб, у *a.thyreoidea superior* нинг шохчаси. *A.thyreoidea superior* одатда ташқи уйқу артериясидан, баъзан бифуркация ёки умумий уйқу артериясидан бошланади; пастки ҳиқилдоқ артерияси *truncus thyroecervicalis* шохчаси бўлган *a.thyreoidea inferior* дан бошланади. Юқори ҳиқилдоқ артерияси қалқон-тилости мембранасидан ўтиб ҳиқилдоқ ичида кичик шохчаларга бўлинади. Ундан яна битта шохча — *a. laryngea media* ажралиб, коник бойлам олдида қарама-

қарши томондаги худди шу артерия билан анастамоз ҳосил қилади. Пастки ҳиқилдоқ артерияси ҳиқилдоқ соҳасига ҳиқилдоқ ости асаб толаси билан бирга келади. Вена қонининг ҳиқилдоқдан чиқарилиши ҳалқум, тил ва бўйин вена чигаллари билан боғланган қатор чигаллар томонидан амалга оширилади, вена қони асосан юқори қалқонсимон вена орқали ички бўйинтуруқ венага чиқарилади.

Овоз бурмалари ҳиқилдоқ лимфа тизимини юқори ва пастки икки қисмларга бўлади. Ҳиқилдоқ қоринчалари ва юқори бўлимнинг шиллиқ пардаси соҳасида лимфа тури яхши ривожланган бўлиб, лимфа бу майдон ва ҳиқилдоқнинг ўрта бўлимидан ички бўйинтуруқ вена бўйлаб, айниқса умумий уйқу артериясининг 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 чиқарилади.

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 бошланиб, тил ости суягининг катта ўсиғи орқасида иккига бўлинади:

а) *r.extremus* — ташқи шохча, у ҳиқилдоқнинг *m.crocothyreoideus* ва шиллиқ пардасининг иннервациясини таъминлайди;

б) *r.internus* — ички шохча, у *membrana thyreoidea* ни тешиб ўтиб, ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг сезувчан иннервациясини таъминлайди.

2. Пастки ҳиқилдоқ асаб толаси (*n. laryngeus inferior, s.recurrens*) сайёр асаб толасидан чап томонда асаб толаси аорта ёйини эгиб ўтган жойда, ўнг томонда — ўмров ости артерияси сатҳида бошланади. Сайёр асаб толасидан тармоқлангандан сўнг ўнг томондаги қайтувчи асаб толаси (пастки ҳиқилдоқ асаб толаси) юқорига кўтарилади ҳамда трахея ва қизилўнгач орасида ён томонда жойлашади. Чап томондаги қайтувчи асаб толаси эса қизилўнгач олд юзининг чап томонида жойлашади. (Бўйин соҳаси эзофаготомияси жарроҳлик амалида бу асаб толаларининг ўзига хос жойлашуви эътиборга олинishi лозим!) Қалқонсимон тоғайнинг кичик шохчаси узуксимон тоғай билан бириккан жойда пастки ҳиқилдоқ асаб толаси ҳиқилдоқ ичига кириб, ҳиқилдоқнинг ички мушакларини иннервация қилган шохчаларга бўлинади (юқори ҳиқилдоқ асаб толасидан иннервация олган олд узук-қалқонсимон мушагидан ташқари).

Юқори ва пастки ҳиқилдоқ асаб толалари симпатик нервлар билан боғланган, уларнинг ҳаракат толалари сайёр асаб толасининг ҳаракат ўзагидан бошланса, сезувчан толалари — *tractus solitaris* нинг бир қисмини ҳосил қилади.

Кўкрак қафаси ёки кўкс оралиғи соҳасида қайтувчи асаб толасининг бирор-бир қисми ўпка ўсмаси, аорта кенгайиши, кўкс

оралиги лимфа тугунларининг катталашиши туфайли қисилганда ҳиқилдоқнинг ҳаракат иннервацияси бузилиб, бемор чуқур нафас олганда ларингоскопияда овоз тирқиши тўғри бурчакли учбурчак шаклида кўринади.

Ҳиқилдоқнинг асаб толаларида турли миелинли ва миелинсиз толалардан ташқари, церебротинал ва вегетатив асаб ҳужайралари ва инсулин ишлаб чиқарувчи эндокрин ҳужайралар (апудоцитлар) мавжуд. Ҳиқилдоқ 3 рефлексоген майдонларга бўлинади:

1-майдон — ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳиқилдоқ юзаси, чўмич ҳиқилдоқ 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 ҳаракатини таъминлайди.

Ҳиқилдоқни текшириш усуллари

I босқич. Бемор шикоятлари ва касаллик тарихини ўрганиш.

II босқич. Беморни кўздан кечириш ва пайпаслаб текшириш.

1. Бўйин ва ҳиқилдоқ соҳасини кўздан кечириш.

2. Ҳиқилдоқнинг узуксимон ва қалқонсимон тоғайларини пайпаслаш. Меъёрда ҳиқилдоқ чап ва ўнг томонга силжитилганда оғриқсиз ва ҳаракатчан бўлади.

3. Маҳаллий лимфа тугунлари: жағ ости, чуқур бўйин, орқа бўйин, ҳиқилдоқ олди, трахея олди, трахея атрофи, ўмров усти ва ўмров ости лимфа тугунларини пайпаслаш. Меъёрда лимфа тугунлари пайпасланмайди ва оғриқсиз бўлади.

III босқич. Билвосита ларингоскопия (гипофарингоскопия).

Бемор курсига ўтиргандан сўнг врач унга текширув ҳақида тушунча беради, ёруғлик манбаини тўғрилаб, пешонасига рефлекторни тақади.

Билвосита ларингоскопия текшируви ҳиқилдоқ кўзгуси ёрдамида бажарилади.

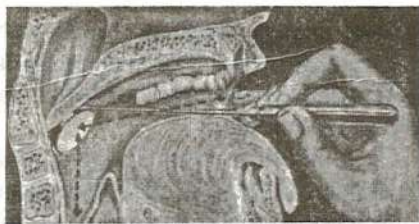
1. Ҳиқилдоқ кўзгуси дастасига ўрнатилгандан сўнг иссиқ сувда (40–45°) ёки спиртовка устида 2–3 сония давомида иситилади, салфетка билан қуритилади. Врач кўзгу исиганлигини текшириб кўради. Бунинг учун у кўзгуни қўл кафтининг орқа юзасига теккизади.

2. Врач бемордан оғзини очиб, тилини чиқаришни ва оғиз орқали нафас олишни сўрайди.

3. Врач 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),



100-расм . Ҳиқилдоқ
кўзгусини киритиш.



101-расм. Билвосита ларингоскопияда
ҳиқилдоқ кўзгусининг ҳолати.

бемор тилини ўзига ва пастга бироз тортади. Бу ҳолатни бемор ўзи бажарса ҳам бўлади.

4. Ҳиқилдоқ кўзгусининг дастасини ўнг қўли билан қаламни ушлагандай ушлаб, врач уни оғиз бўшлиғига юмшоқ танглайгача киритади (бунда кўзгунинг юзи пастга қаратилган ва тилнинг юзига 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” товушини чиқариш, сўнг чуқур нафас олиш буюрилади. Овозни чиқариш ва нафас олиш пайтида ҳиқилдоқнинг ички юзаси кўзга кўринади (100–101- расмлар).

5. Врач кўзгуни ҳалқумдан чиқариб олади ва дастасидан ажратиб, уни зарарсизлантирувчи эритмага солиб қўяди.

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.



102-расм. Ларингоскопияда овоз
ёриғи очиқ.



103- расм. Ларингоскопияда овоз
ёриғи ёпиқ.

Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг шиллиқ пардаси меъёрда оч-пушти ёки бироз сарғиш бўлади. Ҳиқилдоқ усти қопқоғи ва тил илдизи орасида икки кичик чуқурчалар—валлекулалар 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 оқ рангда бўлади. Овоз бурмаларининг олд учлари қалқонсимон тоғай соҳасида ўткир бурчак, яъни олд комиссурани ҳосил қилади.

4. Овоз бурмаларининг устида даҳлиз бурмалари кўринади, овоз ва даҳлиз 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 чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмалари жойлашган. Бу бурмалардан латерал томонда ҳиқилдоқнинг пастки қисми, яъни ноксимон чўнтаклари (синуслари) жойлашган. Меъёрда чўмичсимон тоғайлар, чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмалари ва ноксимон чўнтакларнинг шиллиқ пардаси пушти рангда, юзи силлиқ бўлади.

7. Нафас олинганда ва овоз чиқарилганда кўзгуда ҳиқилдоқнинг икки томонлама ҳаракати кўринади.

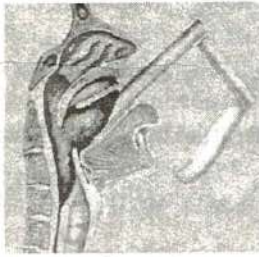
8. Чуқур нафас олинганда овоз бурмалари орасида учбурчак тирқиш “овоз ёриғи” ҳосил бўлади (102–133-расмлар); овоз ёриғидан оч-пушти шиллиқ парда билан қопланган трахеянинг юқори ҳалқалари кўзга ташланиб туради.

9. Ҳиқилдоқ кўздан кечирилганда унинг умумий ва бўлимларининг ҳолатига алоҳида - алоҳида баҳо берилади.

IV босқич. Бевосита ларингоскопия.

Болаларда ва билвосита ларингоскопияни бажарилиши жуда қийин бўлган айрим катталарда бевосита ларингоскопия текшируви ўтказилади. Бевосита ларингоскопия текшируви турли ларингоскоплар ёки бронхоскоп ёрдамида бажарилади.

Ларингоскоплар тўпламига оғиз, ҳалқум ва ҳиқилдоқни кўздан кечириш учун мўлжалланган турли ўлчамдаги ишчи учлар (шпателлар) киради. Ишчи учларнинг шакли тўғри ёки қийшиқ бўлади. Тўғри ишчи учлар ҳиқилдоқ усти қопқоғини ушлашга мўлжалланган бўлса, қийшиқ ишчи учлар тил негизи ва ҳиқилдоқ 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.



104- расм. Ларингоскопни тил негизигача киритиш.



105-расм. Ларингоскопни ҳиқилдоқ қопқоғигача киритиш.



106-расм. Ҳиқилдоқ ости қопқоғини босиб, нафас йўлини тўғрилаш.



107-расм. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ манзараси.

оғриқсизлантиришдан 30 дақиқа олдин беморда премедикация муолажаси ўтказилади, яъни тери остига 1 мл 2% ли промедол, 0,5% ли атропин ва 1% ли димедрол эритмалари юборилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 10% ли лидокаин ёки 1–2% ли дикаин эритмалари ишлатилади.

Бевосита ларингоскопияни бажариш учун врач ларингоскопнинг ишчи учи ёрдамида оғиз бўшлиғи ва ҳалқум орасидаги бурчакни тўғрилайди ва бу билан ҳиқилдоқ 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.

Бевосита ларингоскопия куйидагича бажарилади:

Врач беморнинг тилини билвосита ларингоскопияда ушлагандай ушлаб, ларингоскопнинг ишчи учини ҳалқумга тил негизигача киритади (104-расм).

Ларингоскопнинг ишчи учини тилнинг аниқ ўрта чизиғи бўйлаб, ҳиқилдоқ усти қопқоғи кўзга кўрингунча киритади ва уни ҳиқилдоқ усти қопқоғининг орқасига ўтказиб, пастки учдан бир қисмигача силжитади (105-расм).

Ҳиқилдоқ усти қопқоғини босиб нафас йўллари тўғрилайди (106-расм).

Ҳиқилдоқнинг олд комиссураси кўриниб турганда, уни кўздан кечириш учун ассистент қалқонсимон тоғайни босади.

У босқич. Трахеобронхоскопия.

Трахеобронхоскопия текшируви диагностика мақсадда нафас бузилишлари билан кечган касалликларда, ўсма жараёнларида, трахея — қизилўнгач оқмаларида, ателектазни даволаш мақсадида нафас йўллари ёт жисмида, йирингли зотилжамда, ўпка хўппози ва ўпка сидада ўтказилади.

Трахеобронхоскопнинг найчаси қайси соҳадан киритилишига қараб *юқори* ва *пастки* трахеобронхоскопия текширув усуллари тафовут этилади. Юқори трахеобронхоскопияда найча оғиз, ҳалқум ва ҳиқилдоқ орқали киритилса, пастки трахеобронхоскопияда у илгари ҳосил қилинган трахеостома орқали киритилади.

Трахеобронхоскопия умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида, бемор бошини орқага ташлаб, чалқанча ётган ҳолатида бажарилади.

Трахеобронхоскоп найчасини киритиши. Бемор жарроҳлик столида бошини орқага ташлаган ҳолда чалқанча ётади, унинг елкалари остига ёстиқча қўйилади. Беморни пастки жағини чап қўлининг бармоқлари билан ушлаган ҳолда врач кўз назорати остида чап қўли билан ларингоскопни ўрта чизик бўйлаб, тил негизигача киритади. Кейин ҳиқилдоқ усти қопқоғини босиб, ҳиқилдоқ ёриғини кўздан кечиради. Кейин врач ўнг қўли билан бронхоскоп найчасини оғизнинг бурчаги орқали оғиз бўшлиғига киритади, бунда найчанинг дистал учи оғиз-ҳалқумнинг ўртасида жойлашиши керак. Тил ва ҳиқилдоқ усти қопқоғини босган ҳолда найча аста-секин олдинга силжитилади, шунда овоз тирқиши кўзга кўринади. Шундан сўнг ўнг қўли билан бронхоскоп найчасини ҳиқилдоққа киритиб, ларингоскопни чиқариб олади (бронхоскоп найчаси орқали). Найчанинг дистал учини 45° айлантириб, врач найчани овоз тирқиши орқали трахеяга киритади. Дастлаб трахея деворлари, кейин бифуркация майдони кўздан кечирилади. Кўз назорати остида найча навбатма-навбат асосий, кейин кичик бронхлар ичига киритилади. Найчани чиқариб олиш пайтида ҳам 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 стенотик нафас белгилари рўй бериши мумкин).

Трахеобронхоскопия текширувида қуйидаги *асоратлар* ривожланиши мумкин: ҳиқилдоқни жароҳатланиши, ҳиқилдоқ шиши, овоз бойламларини йиртилиши, найчани бронхга киритиш пайтида сайёр асаб толасининг зарарланиши ва юракни тўсатдан тўхтаб қолиши. Охирги асорат жуда кам учрайди.

Микроларингоскопия текшируви ҳам билвосита, ҳам бевосита ларингоскопияда фокус масофаси 300–400 мм га тенг жарроҳлик микроскопи ёрдамида бажарилади. Микроларингоскопия асосида махсус асбоб-ускуналар ва микроасбоблар ишлатилган ҳолда микроларингожарроҳлик усуллари ишлаб чиқилган (Kleinsasser, 1976).

Фиброларингоскопия. Ҳозирги кунда ҳиқилдоқ ва ҳалқумни текшириш учун эгилувчан фиброскоплар қўлланилади. Шунини таъкидлаб ўтиш жоизки, ҳиқилдоқ ва ҳалқумни кўзгу ёрдамида кўздан кечириш фиброскопияга қараганда кўпроқ маълумот олиш имконини беради, аммо ҳиқилдоқ усти қопқоғининг нотипик тузилишида ва ҳалқум рефлексининг кескинлигида фиброоптик ларингоскопияни бажариш мақсадга мувофиқ бўлади. Бундан ташқари, уни кичик ёшдаги болаларда ҳам қўллаш мумкин; бунда ҳиқилдоқ ва ҳалқумдан ташқари бурун ва бурун-ҳалқум ҳам кўздан кечирилади.

Ҳиқилдоқ физиологияси

Ҳиқилдоқ организмдаги нафас, ҳимоя, фонация (овоз чиқариш) ва нутқ фаолиятларида иштирок этади.

Ҳиқилдоқнинг *нафас фаолияти* ҳавони ўтказиш ва нафасни бошқаришдан иборат. Пастки нафас йўлига кираётган ҳавонинг ҳажми овоз тирқиши кенгайган ёки торайганлигига боғлиқ бўлади: эркин нафас олинганда овоз тирқиши кенгайди, нафас чиқарилганда тораяди; чуқур нафас олинганда овоз тирқиши айниқса кенг очилади, нафас олинмаганда кескин тораяди. Ҳиқилдоқнинг асосий кенгайтирувчи ва ёрдамчи мушаклари овоз ёриғини кенгайтирса, ёрдамчи мушаклар уни торайтиради.

Узунчоқ мияда жойлашган нафас маркази ҳиқилдоқнинг сезувчан ва ҳаракат иннервациясини таъминловчи сайёр асаб толаси ўзақлари билан боғланади. Ҳиқилдоқ ёриғидан ўтаётган ҳаво оқими унинг рецепторларига таъсир кўрсатиши натижасида нафас ритми ва чуқурлиги рефлектор равишда ўзгаради. Бунда ҳаво оқими — адекват кўзгатувчи сифатида хизмат қилади. Ҳосил бўлган импульс асосий афферент йўл — юқори ҳиқилдоқ асаб толасининг сезувчан йўллари ва қўшимча афферент йўллар пастки ҳиқилдоқ ва тил-ҳалқум асаб толалари орқали нафас марказига етиб боради.

Ҳиқилдоқнинг *ҳимоя фаолияти* турлича намоён бўлади. Ютинганда ҳиқилдоқ юқорига кўтарилиб, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳиқилдоққа 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 жисملарни (қаттиқ, суюқ, газсимон) ҳиқилдоқ ёриғидан чиқариб ташлашга ёрдам беради. Ҳиқилдоқнинг лимфаденоид тўқимаси ҳам ҳимоя фаолиятини бажаради.

Ҳиқилдоқнинг *фонация ёки овоз чиқариш фаолияти* нафас ва нутқ фаолиятлари билан узвий боғлиқ. Овоз нафас чиқарилганда, овоз бурмалари ёпиқ ҳолатида ҳосил бўлади. Овозни ҳосил бўлишида бир нечта аъзолар: диафрагма, плевра, ўпка, бронхлар, трахея, ҳиқилдоқ, ҳалқум, оғиз ва бурун бўшлиқлари ҳамда бурун ёндош бўшлиқлари иштирок этадилар. Овоз бурмалари кўндаланг, бўйига ва вертикал текисликда тебранади. Овозни ҳосил бўлишида овоз бурмаларининг кўндаланг тебраниши (ичкарига ва ташқарига) муҳим аҳамиятга эга.

Ҳиқилдоқда ҳосил бўлган овознинг тембри, кучи ва баландлиги резонаторлар (ҳажми ва шакли билан бир-биридан фарқ қилган турли ҳаволи бўшлиқлар) ёрдамида ўзгаради.

Ҳиқилдоқнинг *нутқ фаолияти* муҳим ижтимоий аҳамиятга эга. Инсоннинг нутқи энг олий ва энг етук мослашув жараёни ҳисобланади. Сўз — бу иккинчи сигнал тизими, нутқ аъзоларидан марказий асаб тизимига юбориладиган кинестезик таъсир нутқининг асосий қисмидир. Нутқ аъзоларига артикуляция аппарати киради. Бу аппарат «фаол» (ҳиқилдоқнинг овоз бурмалари, тил, лаблар, юмшоқ танглай, ҳалқум) ва «пассив» (тиш, қаттиқ танглай, юқори жағ) аъзолардан ташкил топган. Артикуляция аппаратида унли ва унсиз товушлар ҳосил бўлиб, товушлар сўзга айланади. Шивирлаб гапирганда овоз бурмалари ёпилмай, бир-бирига бироз яқинлашади, шунда ўпкадан чиқарилаётган ҳаво оқими ҳиқилдоқ соҳасида энгил тўсиққа дуч келади ва ҳосил бўлган товуш шовқинга ўхшайди. Артикуляция аппарати ва резонаторлар ёрдамида бу шовқин унли ва унсиз товушларга айланади.

Овозни ҳосил бўлиши, овоз аппарати касалликлари ва уларни олдини олиш масалалари билан *фониатрия* фани шуғулланади (грек сўзидан олинган, *phone* — товуш, *iatreia* — даволаш).

Замонавий фониатрия бўлимлари микроларингоскопия, ларингостробоскопия, фиброларингоскопия, овознинг спектр таҳлили, ҳиқилдоқ микрожарроҳлик ва бошқа асбоб-ускуналар билан жиҳозланган. Бу бўлимларда ҳиқилдоқ касалликлари аниқланиб даволанади, вокал ва нутқ касб эгалари тиббий кўрикдан ўтказилади, консерватория ва театр ўқув юртларига кирувчи абитуриентлар имтиҳон топширадилар.

Кўшиқчи овоз нутққа 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. Кўшиқчи овози *кўкрак* ва *фальцет* овозларга бўлинади. Инсон овозининг баландлиги овоз бурмаларининг тебраниш тезлигига боғлиқ. Шунинг учун хонандаларда узук-қалқонсимон 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. Овознинг тембри асосий товуш билан бирга пайдо бўладиган турли товушчалар — обертоналardan шаклланади. Обертоналар 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. Қўшиқчи овозлар ўзларининг баландлиги билан бир-биридан фарқ қилади. Эркаклар овозида бас, баритон ва тенор, аёллар овозида — контральто, меццо-сопрано ва сопрано овозлари тафовут этилади. Қўшиқчи овози турини аниқлашда овоз бурмаларининг бўйи ва эни эътиборга олинади. Бас овозида овоз бурмалари узун ва кенг (бўйи 24—25 мм, эни 3—4 мм), сопранода — калта ва тор (бўйи 14—19 мм, эни 1,5—2 мм) бўлади. Овоз бурмалари бевосита ларингоскопияда ўлчанади.

Болалар овози паст — алыт 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 даврида 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, педагоглар гигиеник ва 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 риоя қилиш, вақти-вақти билан врач кўригидан ўтиш, оғиз бўшлиғи, юқори нафас йўллари ва кулоқдаги инфекция ўчоқларини даволаш тадбирлари кирати.

Трахейнинг анатомик тузилиши

Трахей чақалоқларда С-5 — С-6 умуртқалари сатҳидан бошланиб, Т-4 сатҳида асосий бронхларга бўлиниб тугайди. Чақалоқларда трахейнинг бўйи 35—45 мм, тоғайларининг сони 16—18 тага етади. Трахей цилиндр шаклида бўлиб, унинг кўндаланг диаметри 6—10 мм, олд-орқа диаметри 4,5—5 мм га тенг. Трахей бифуркациясининг бурчаги 60° га тенг. Ўнг бронх 15° га, чап бронх 45° ҳосил қилиб трахейдан 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. Трахея олд-орқа ва кўндаланг диаметрининг тез катталашиши 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 VI—XI ҳалқалари сатҳида айрисимон без жойлашган. Бундан ташқари трахеянинг олд юзи X ҳалқасидан бифуркациясигача бўлган сатҳида аорта ёйига тегиб туради. Қалқонсимон без трахеянинг юқори тўртта ҳалқасининг олд ва ён томонларини ўраб олади. Трахеянинг ўнг томонидан елка-мия пояси, чап томонида умумий уйқу артерияси ўтади.

Катталарда С-6 ва С-7 умуртқалари сатҳида ҳиқилдоқ трахеяга ўтади. Трахея (*trachea*) бўйин ва кўкрак қисмларга бўлинади (бўйин қисми 6—8 та тоғай ҳалқалардан иборат). Уларнинг чегараси Т-2- Т-3 умуртқалар сатҳида туради. Кўкрак қафасининг юқори *апертурасидан* (*apertura thoracis superior*) трахея кўкрак қафасига киради. Бу ерда трахеянинг кўкрак қисми жойлашади. Т-4—Т-5 умуртқалари сатҳида трахея асосий ўнг ва чап бронхларга бўлинади (*bronchi principales dexter et sinister*). Бронхларга бўлиниш жойида трахея ёригига қараган ярим ой қирра ҳосил бўлади (*carina trachea*). Бу қирра бронхоскопияда муҳим диагностик аҳамиятга эга (108—109-расмлар).

Катталарда трахеянинг бўйи 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. Ҳалқаларнинг баландлиги 2—5 мм, қалинлиги 1 мм га тенг. Трахеянинг биринчи энг баланд ярим ҳалқасининг баландлиги 11—13 мм га 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 узун ва кўндаланг ясси мускул толалари 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 ёриги ўзгариши мумкин.

Трахеянинг ичи шиллиқ парда билан қопланган, у ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг давоми ҳисобланади ва шиллиқ парда бурмаларидан холи бўлиб, кўпқаватли ҳилпилловчи эпителий билан қопланган. Шиллиқ парданинг ўзи ва шиллиқ ости қатлами лимфоцитларга бой бўлган юмшоқ тўқимадан иборат. Шиллиқ ости

каватида, айниқса, орқа деворида ва тоғайлар орасидаги бўшлиқда аралаш безлар мавжуд. Бу безларнинг ажралмаси бактериостатик ва 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 қони трахеяни ўраб вена турига ва қалқонсимон без венасига қуйилади.

Лимфа трахеянинг ён томонида жойлашган лимфа тугунларига, юқори қисмидан ҳиқилдоқ олди ва юқори чуқур бўйин лимфа тугунларига, ўрта қисмидан юқори чуқур бўйин ва ўмров ости лимфа тугунларига, пастки қисмидан олд медиастинал лимфа тугунларига оқиб тушади.

Трахея иннервациясини симпатик поя, сайёр асаб толаси ва унинг шохчаси - пастки ҳиқилдоқ асаб толаси таъминлайди.

Трахеянинг юқори ярим ҳалқалари теридан 1,5–2 см, кўкрак қисмидан – 4 см масофада жойлашган. Трахеянинг бошланғич қисми олд томондан қалқонсимон безнинг оралиқ қисми билан, ён томондан унинг бўлақлари билан ёпилган. Қалқонсимон безнинг остида клетчатка бўшлиғи бўлиб, у ерда қон ва лимфа томирлари, лимфа тугунлари ва вена тури жойлашган. Орқа томонда трахея қизилўнғач, ён томонларда умумий уйку артериялари билан ёнма-ён туради. Кўкрак қисмида трахея ярим ҳалқаларининг олдида аорта ёйи, елка-бош йўли ва чап уйку артерияси жойлашган. Трахеянинг ўнг томонида ўнг плевра қопи ва сайёр нерв, чапда – аорта ёйи, чап уйку, ўмров ости артериялари ҳамда қайтувчи асаб толаси жойлашган.

Бронхларнинг анатомик тузилиши

T-4 - T-5 умуртқалари сатҳида трахея ўнг ва чап асосий бронхларга (*bronchi principales dexter et sinister*) бўлинади. Ўнг бронх 15–20°, чап бронх 45–60° бурчак ҳосил қилиб трахеядан ажралиб чиқади. Икки асосий бронхлар орасида 60–70° бурчак ҳосил бўлади. Чақалоқларда ўнг бронхнинг бўйи 4–5,6 мм, диаметри 4–5 мм, чап бронхнинг бўйи 11–13 мм, диаметри 3–3,8 мм га тенг; 5–7 ёшда ўнг бронхнинг бўйи 16–19 мм, чап бронхнинг бўйи 40–43 мм; 14–15 ёшда улар 25–32 ва 52–58 мм га тенг. Катталарда ўнг бронхнинг бўйи 30–35 мм, эни 14–18 мм, чап бронхнинг бўйи 45–60 мм, эни 12–15 мм га етади. Ўнг бронх чап бронхга нисбатан узун ва кенг.

Бронх деворларининг тузилиши трахеяникига ўхшайди. Бронхлар ҳам бирикмаган ҳалқасимон гиалин тоғайлардан ташкил топган. Тоғайларнинг орқа четлари бириктирувчи тўқимали пластинка ёрдамида бирикади (*paries membranaceus*). Ўнг асосий бронх 6–8, чап бронх 9–12 тоғай ҳалқалардан иборат. Ўнг бронх учта, чап бронх

иккита кичик бронхларга бўлинади.

Бронхларнинг шиллиқ пардаси трахея шиллиқ пардасининг давоми бўлиб, тукли эпителий билан қопланган, бу туклар трахея йўналишида ҳаракат қилади. Шиллиқ пардада кўп миқдорда шиллиқ безлар бўлиб, улар тоғайлар орасида, тоғай ҳалқаларининг остида ва парда қисмида жойлашган. Асосий бронхларнинг бўлиниш жойида тоғайолди безлари бўлиб, улар без қатламини ҳосил қилади.

Бронхларни *aa. bronchialis* артериялари қон билан таъминлайди. Вена қони асосий *vv. bronchialis* веналарига чиқарилади.

Бронхлар иннервациясини *n. recurrens*, *n. vagus* ва унинг шохчалари таъминлайди. Пастда улар *plexus trachealis* ни ҳосил қилади. Баъзида бронхлар, хусусан, чап бронхда асаб толаси бошқа асаб толалари билан бирикма ҳосил қилади. Бронхоскопия вақтида чап бронхга кирганда, деворига тегиб кетганда юрак уриши тўхтаб қолиши мумкин.

Бронхлар шиллиқ пардасининг лимфа томирлари лимфа йўлини ҳосил қилиб паратрахеал лимфа тугунларига қуйилади.



VI боб

ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ ВА БРОНХ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳиқилдоқ жароҳатлари очик, ёпиқ, ички ва ташқи жароҳатларга бўлинади. Ҳиқилдоқ соҳаси жароҳатланганда беморда ютиниш ва нафас олиш фаолиятлари бузилади, 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 йўллариини ёпиб қўйиб, беморда бўғилиш ҳолати юз беришига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқнинг 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. Ҳиқилдоқ соҳаси трахея билан биргаликда жароҳатланганда бўйиннинг юмшоқ тўқималари ҳам зарарланган бўлиб, қонгалаш ва гематомалар ҳосил бўлиши, жароҳат майдонидан ҳаво, қон ва шилимшиқ ажралма кириб-чиқиши кузатилади.

Ҳиқилдоқнинг ёпиқ ташқи жароҳатларида ҳиқилдоқ қисмларининг лат ейиши, синиши, тери ости тўқимасининг йиртилиши натижасида беморда ҳиқилдоқ торайиши ҳолати юзага келади. Бундай жароҳатлар кўпинча кўча-транспорт ҳодисаларида, спорт ўйинлари пайтида содир бўлади. Ҳиқилдоқнинг енгил жароҳатларида ҳиқилдоқ соҳасида оғриқ, шиш, тери остига қон қуйилиши, баъзан терининг шилиниши кузатилади.

Тил ости суяги синган ҳоллар қуйидаги белгилар билан кечади: бемор оғзини очиб, тилини чиқарганда кескин оғриқ пайдо бўлиши, нутқ ва ютиниш ҳаракатининг қийинлиги; жароҳат майдони пайпасланганда крепитация товушини эшитилиши.



108-расм. Ҳиқилдоқ жароҳати.



109-расм. Ҳиқилдоқдаги ёт жисм.

Ҳиқилдоқ тоғайлари синиб, юмшоқ тўқималар йиртилган ҳолларда беморда эмфизема, дисфагия, нафас фаолиятининг 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 ҳамда кўкс оралиғи эмфиземаси ривожланиб, ўлим ҳолати юз бериши мумкин.

Ҳиқилдоқнинг *ички* жароҳати кўпинча механик таъсирлар натижасида юзага келади (урилиш, термик ва кимёвий куйишлар). 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 кейинги гранулемалар каби асоратлар кам учрамоқда.

Ташхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, жароҳат содир бўлган вақтни ва вазиятини аниқлаш асосида қўйилади. Обьектив текширувда ҳиқилдоқ соҳасидаги жароҳат майдони кўздан кечирилади, ёт жисм бор-йўқлиги аниқланади. Текширувда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги аниқланади. Ларингоскопияда шиллиқ ости гематомаси, овоз бойламлари йиртилганлиги, ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг жароҳати натижасида ривожланган ҳиқилдоқ тораёиши белгилари, ҳиқилдоқ қисмларини ўз жойидан силжиши, ҳиқилдоқ тоғайлари жароҳатланганлиги аниқланади (108-расм). Барча клиник текширувлардан ташқари беморнинг қон гуруҳи ва резус-омили аниқланади, зарурат туғилганда эндоскопия, рентгенография, компьютер томографияси текширувлари ўтказилади.

Даволаш. Ҳиқилдоқ соҳаси жароҳатланган бемор шифохона шароитида даволанади. Шошилиш равишда ҳаёт учун зарур бўлган нафас фаолиятини тиклаш, қон оқишини 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 шошилиш 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 ларингитда, кўкйўталда, овоз зўриқишларида, ҳиқилдоқ гемангиомасида, қон касалликларида, ҳиқилдоқ жароҳатида ва ҳиқилдоқда бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг кузатилиши мумкин.

Касалликнинг клиник манзараси қон оқшининг тезлиги ва унинг сабабларига боғлиқ бўлади. Ўткир ларингит ва кўкйўталда

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 тўхтади.

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 томирининг ёрилиши кучли қон оқишига ва 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 бронхлар соҳасида ўткинчи хириллашлар эшитилади.

Таъхис беморнинг шикоятлари, касалликни бошланиши, бевосита ва билвосита ларингоскопия, микроларингоскопия, эндоскопия, трахеоскопия, бронхоскопия текширувлари натижалари асосида кўйилади.

Қиёсий таъхисот. Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқишини ҳалқум, ўпка ва қизилўнгачдан қон оқишидан фарқлаш лозим. Ўпкадан оқаётган қоннинг ранги оч-қизил ва кўпикли бўлиб, узоқ вақт давомида ивимади. Қизилўнгач ва меъдадан оқаётган қоннинг ранги тўқ-қизил ва ҳидли бўлади. Ҳалқум қонашида бемор шилимшиқ ва қон аралаш балғам тупуради.

Даволаш. Бемор шифохона шароитида даволанади. Даволашда қон оқишининг тезлиги, ҳажми, характери ва сабаби эътиборга олинади. Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқиши кузатилганда беморга гапириш ман этилади. Қон кам миқдорда оққанда ҳиқилдоқ ичига танин ёки висмут кукунни сепилади, қон кўп миқдорда оққанда беморга муз парчаларини ютиш буюрилади, оёқларига иссиқ кўйилади. Бир вақтнинг ўзида викасол, дицинон, этамзилат натрий, аминокапрон кислотаси, аскорбин кислотаси, томир ичига 10% ли кальций хлорид эритмаси ва қон зардобы иборилади. Қон оқишига сабаб бўлган асосий касаллик даволанади.

Ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар ёт жисми. Ҳиқилдоқ ва пастки нафас йўлларида кунгабоқар, тарвуз ва ошқовоқ уруғлари, ёнғоқ, писта ёки тухум пўчоғи, гўшт ва сабзавот бўлакчалари, игна, тўгнағич, тугма, мих, ўйинчоқлар қисми ва бошқа ёт жисмлар тиқилиб қолиши мумкин. Ёш болаларда ҳар нарсани оғзига олиш одати борлиги сабабли овқатланиш ёки ўйин пайтида югурганда, йиқилганда ёки гапирганда оғзига олган жисм нафас йўлларига кириб қолади. Юқори нафас йўллари ёт жисми кўпинча болаларда учрайди ва уларда ривожланган бўғилиш ҳолатига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ҳимоя рефлекси сусайган ёки тиш протезлари қўйилган катта кишиларда ҳам ёт жисмни нафас йўлларига кириб қолиши ҳоллари учрайди. Бронх ёт жисми 88%, трахея ёт жисми 8,8%, ҳиқилдоқ ёт жисми 3,3% ҳолларда қайд этилади.

Касалликнинг кечиши ёт жисмнинг шакли ва ўлчамларига боғлиқ бўлади. Ёш болаларда органик ёт жисмлар айниқса хавфли ҳисобланади. Нафас йўлларида тиқилиб қолган органик ёт жисм шишиб, илгак ёрдамида чиқариб олишга уринганда парчаланиши, унинг кичик парчалари кичик бронхлар ёригига кириб, уларни ёпиб қўйиши мумкин. Кичик ёт жисм кўзга кўринмайди, шунинг учун у бронхларда узоқ вақт давомида қолиб кетади ва зотилжам, трахеобронхит каби асоратларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Органик ёт жисм аллерген сифатида нафас йўллари шиллиқ пардасининг шиши ва патологик микрофлорани ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Йирик ёт жисм *ҳиқилдоқ ёриғида* тиқилиб қолганда беморда бўғилиш ҳолати юз бериши мумкин. Кичик ёт жисм *ҳиқилдоқ* соҳасида тиқилиб қолганда, унинг шиллиқ пардаси яллиғланиб, шишади. Бунинг натижасида беморда *ҳиқилдоқ* торайиши белгилари ривожланиши мумкин. Беморда хуружли йўтал, баъзан ютинганда оғриқ ва қусиш кузатилади. Ёт жисм овоз тирқиши соҳасида тиқилиб қолганда беморнинг овози пасаяди, баъзан афония кузатилади. Аускультацияда дағал ўтказувчан хириллаш эшитилади.

Трахея ёриғида кўпинча овоз ёриғидан ўтган ўртача ҳажмдаги ёт жисмлар тиқилиб қолади (ёнғоқ доналари, нўхат, турли ўсимликларнинг уруғи). Бемор тунда ёки ҳаяжонланганда хуружли йўталга шикоят қилади. Трахеяда тиқилиб қолган ҳаракатчан ёт жисм аускультацияда аниқланади; йўталганда ёки нафас чиқарилганда ёт жисм *ҳиқилдоқ*нинг овоз бойламларига урилади ва шунда врач “қарсақ” товушини эшитади, трахея соҳасини пайпаслаганда эса ўзига хос туртки белгисини ҳис қилади. Бемор оғзини очиб, нафас олганда хуштак товуши эшитилади. Трахеянинг ҳаракатчан ёт жисми баъзан *ҳиқилдоқ*да тиқилиб қолиши ва тўсатдан ривожланган бўғилиш ҳолатига сабаб бўлиши мумкин.

Ёт жисм *трахея бифуркацияси* соҳасида тиқилиб қолганда беморда инспиратор, баъзан — экспиратор ҳансираш, терининг рангпарлиги ва безовталиқ кузатилади.

Бронхларда ёт жисм тиқилиб қолганда беморда вақти-вақти билан йўтал хуружлари ва нафас фаолиятининг бузилиш белгилари кузатилади. Хуружлар орасида бемор тинчланиб, эркин нафас олади. Кўпинча ёт жисм ўнг бронхта (80% ҳолларда), камдан-кам ҳолларда чап бронхта тиқилиб қолади.

Ҳиқилдоқ ёки трахея ёриғига тиббий зулук кириб қолган ҳолларда беморда хуружли йўтал, қон қусиш, қон тупуриш, овозни бўғилиши, нафас олиш ва нафас чиқариш ҳаракатларининг қийинлиги ва ҳатто бўғилиш ҳолати юз бериши мумкин.

Касалликнинг кечими бронх ёриғининг ёпилиш даражасига боғлиқ бўлади. Ёт жисм бронх ёриғини тўлиқ ёпиб қўйган ҳолларда беморда ўпканинг ўнг ёки чап бўлаги ателектази белгилари ривожланади: йўталганда ёт жисм ўпканинг қайси бўлагига тиқилиб қолганига қараб аускультацияда нафасни сусайиши, қуруқ ва ҳўл хириллашлар, перкуссияда ўпка товушининг қисқариши ёки қутисимон бўлиши мумкин.

Бронх торайиши 3 клиник шаклларда намоён бўлади; тўлиқ, вентил ва бронхнинг қисман торайиши.

1) *бронхнинг тўлиқ торайишида* ўпканинг бир бўлаги ателектази ривожланади;

2) *вентил бронх торайишида* ёт жисм тиқилиб қолган томонда ўпка эмфиземаси ривожланади.

3) *бронхнинг қисман торайишида* Гольцкнехт-Якобсон белгиси кузатилади; бемор чуқур нафас олганда кўкс оралиғи аъзолари ёт жисм тиқилиб қолган бронх томонига 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 (109-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 қайси жойда тиқилиб қолганини аниқлашга ёрдам беради.

Рентген контрастли ёт жисм кўкрак қафаси рентгенограммасида кўринади. Рентген контрастсиз 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 кўтарилади, қовурғалар ораси торайиб, кўкс оралиғининг сояси ён томонга силжийди.

бронх ёриғи қисман ёпилганда зарарланган томонда диафрагма гумбазининг ҳаракати чекланади, ўпка сояси хиралашади, нафас

олганда кўкс оралигининг сояси зарарланган томонга силжийди (Гольцкнехт-Якобсон белгиси);

бронх вентил шаклида ёпилганда ўпка соясининг тиниқлиги кучаяди (эмфизема), қовурғалар оралиги кенгаяди, кўкс оралиги аъзолари соғлом томонга силжийди, зарарланган томонда диафрагма гумбази пастга тушади, унинг ҳаракати чекланади.

Даволаш. Нафас йўллари ёт жисми шифохона шароитида эндотрахеал огриқсизлантириш остида бажарилган юқори ёки пастки бронхоскопияда чиқариб олинади.

Нафас йўллари ёт жисмини пастки бронхоскопия ёрдамида чиқариб олиш учун трахеостомия жарроҳлик амали қуйидаги ҳолларда қўлланилади:

1) йирик 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 бронхоскопия 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 натижа бермаганда.

Ферромагнит ёт жисм электромагнит ёрдамида чиқариб олинади.

Бронхоскопия ёрдамида ёт жисмини чиқариб олишни иложи бўлмаган ҳолларда бемор жарроҳлик бўлимига кўчирилади ва ёт жисм жарроҳлик усулида олинади.

Ёт жисм парчаланганда биринчи навбатда унинг йирик бўлаги чиқариб олинади, қолган майда бўлакчалари бронхларни ювиш ёки электр сўргич ёрдамида чиқарилади.

Бронхоскопияда ривожланиши мумкин бўлган асоратлар:

1. Жароҳатдан сўнгги ларингит;

2. Трахея ва бронхлар шиллиқ пардасининг жароҳатланиши, тешилиши;

3. Юрак фаолиятининг рефлектор тўхташи (адашган асаб толаси билан);

4. Нафас йўлларида қон оқиши;

5. Пневмоторакс;

6. Тери ости эмфиземаси;

7. Трахеобронхит ва зотилжам.

Бронх ёт жисми чиқариб олингандан сўнг бемор бир неча вақт давомида врач назоратида бўлиши мақсадга мувофиқ.

Ҳақилдоқ ёриғида тиббий зулук тиқилиб қолганда умумий оф-риқсизлантириш остида бевосита ларингоскопия текшируви бажа-рилади. Зулук қисқич ёрдамида ушланиб, ҳақилдоқ ёриғига 10% ли натрий хлорид эритмаси юборилади. Шундан сўнг зулук чиқариб олинади.

Ҳақилдоқнинг термик ва кимёвий куйишлари кўпроқ ёш болаларда содир бўлади (бола билмасдан қайноқ сувни, сутни ёки шўрвани, кислота ёки ишқор эритмасини ичиши мумкин). Катталар орасида руҳий касалликлар билан офриган шахслар ўз жонига қасд қилиш мақсадида ўткир кислота ёки ишқор эритмасини ичиш ҳоллари учрайди. Болаларда ҳақилдоқ куйишлари ҳақилдоқ усти қопқоғи, чўмичсимон-ҳақилдоқ усти бурмалари шиллиқ пардасининг шиши, нафас олишнинг қийинлашиши, ҳақилдоқ торайишининг клиник белгилари билан кечади.

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

Куйишнинг I даражасида ҳақилдоқ шиллиқ пардасининг эпите-лий қатлами куйиб, ҳақилдоққа кириш жойининг шиллиқ пардаси кескин қизаради; II даражасида беморда заҳарланиш белгилари кучайиб, жароҳат майдонининг шиллиқ пардаси шишади, некротик караш билан қопланади.

Термик куйишларда некрозга учраган шиллиқ парданинг ранги оқиш, кейинчалик кулранг тус олади (110-расм). Азот кислотадан куйганда жароҳат майдонининг ранги сарғиш, хлорид ва олтингугурт кислоталардан куйганда жигарранг, сирка кислотаси ва ўткир ишқорлардан 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, қон-томир тизимла-ри етишмовчилиги ривожланади.

Ҳақилдоқнинг термик куйишидан сўнг дастлабки соатларда беморда ҳақилдоқ торайиши белгилари ривожланади. Ҳақилдоқ,



110-расм. Ҳақилдоқ куйиши.

қизилўнғач ва меъданинг куйиши бир вақтда юз берган ҳолларда беморнинг аҳволи янада офирлашади.

Таъхис бемор шикоятлари, касал-ликнинг бошланиши ҳақидаги маълумотлар асосида қўйилади. Текширув пайтида куйиш ҳодисаси қачон ва қандай вазиятда содир бўлганлиги, куйдирувчи модда ва заҳар-ланиш даражаси аниқланади. Зарур бўлса бевосита ва билвосита ларингоскопия, рентгенография ва бошқа текширувлар ўтказилади.

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

Бир вақтнинг ўзида мушак орасига, томир ичига юрак қон-томир дори воситалари (кордиамин, кофеин), натрий бензонат, оғриқсизлантирувчи дорилар (аналгин, кетонал, промедол, омнопон, морфин) юборилади. Томир ичига ёки ўмров ости венасига катетер қўйилиб шокка ва заҳарланишга қарши инфузион терапия ўтказилади: полиглюкин (800 мл), краснегемодез (400 мл), глюкоза-новокаин аралашмаси (300 мл 5% ли глюкоза ва 30 мл 2% ли новокаин эритмалари), 0,9 % ли натрий хлорид эритмаси, реополиглюкин, қон зардобы 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 кўчирилади.

Ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг куйиши натижасида ҳикилдоқ торайиши ва нафас фаолиятининг бузилиш белгилари ривожланганда беморга лазикс, эуфиллин, 2,4% нош-па, 1 кг тана вазнига 5–10 мг гидрокортизон, 1 кг тана вазнига 1–5 мг преднизолон кунига 2–4 марта мушак орасига ёки томир ичига юборилади.

Ҳикилдоқ соҳаси лимфотроп терапияси бажарилади: ҳикилдоқ соҳасининг териси спирт билан тозалангандан сўнг тери ичига 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 юборилади. Кейин беморнинг томоғига 20% ли димексид эритмасига шимдирилган иссиқ бойлам қўйилади, ҳикилдоқ соҳасига гиоксизон малҳами билан фонофорез қилинади. Шу тартибда бажарилган муолажа ҳар 12 соатда такрорланади.

Бурун чиғаноқлари олд учининг шиллиқ пардаси остига 0,5–2 мл новокаин эритмасини юбориш, яъни эндоназал новокаин блокадаси яхши натижа беради. Беморнинг ёшига, танасининг вазнига қараб нош-па, платифиллин, атропин сульфат, баралгин мушак орасига ёки томир ичига юборилади.

Маҳаллий даволаш тадбирларидан яллиғланишга қарши маҳаллий усулда биопарокс аэрозоли 4–5 маҳал сепиш, оғриқсизлантириш мақсадида 1% ли новокаин 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; ҳиқилдоқ торайишининг компенсация ёки субкомпенсация босқичида консерватив даволаш тadbирлари, ҳиқилдоқ шиши кучайганда интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари қўлланилади. Бўғилиш ҳолатида трахеостомия ва интубацияни бажаришни иложи бўлмаган ҳолларда коникотомия ёки крикоконикотомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

Беморга намланган кислород, тузсиз таомлар, барра чой шарбати ва экстракти берилади.

Ҳиқилдоқ 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.

Бемор заҳарли моддани кўп миқдорда ичиб қўйган ва биринчи тиббий ёрдам кечиктирилган ҳолларда юқорида қайд этилган асоратлардан ташқари, беморда ўлим ҳолатига сабаб бўлган кучли заҳарланиш белгилари ривожланади. Бемор қанча ёш бўлса, касаллик шунча оғир кечади.

Ҳиқилдоқ ва трахея куйишларидан қуйидаги **асоратлар** қолиши мумкин:

- ҳиқилдоқнинг чандиқли торайиши;
- трахея - қизилўнғач оқмасини ҳосил бўлиши;
- сурункали зотилжам;
- сурункали трахеобранхит.

Таухис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ҳиқилдоқ куйиши қачон рўй берганлиги ва унга нима сабаб бўлганлиги аниқланади. Ҳалқум ва ҳиқилдоқ соҳалари кўздан кечирилади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмалари, валекулалар, ноксимон чўнтакларнинг чандиқли ўзгаришлари аниқланади. Бундан ташқари, ҳиқилдоқ рентгенографияси ва компьютер томографияси текширувлари ўтказилади.

Асоратларни даволаш. Беморга симптоматик ва умумий даволаш тadbирлари, кўрсатма бўйича (сурункали зотилжам, сурункали трахеобронхитнинг авжи) яллиғланишга қарши, гипосенсибилизация ва физиотерапия муолажалари ўтказилади. Зарур бўлса трахеостомия найчаси алмаштирилади, трахео-ларинго- 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 ҳиқилдоқ-ҳалқум ва ҳиқилдоқ 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 — *ҳиқилдоқ асаб-мушак аппаратининг рефлектор қўзғалувчанлигининг ошиши ва овоз тирқишининг талвасали торайиши* бўлиб, одатда 3 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Ларингоспазм рахит, спазмофилия, бош мия истисқоси (водянка) 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 (меъёрада 2,4–2,8 ммоль/л). Кальций миқдорининг камайиши натижасида асаб-мушак қўзғалувчанлиги ошади, кўндаланг-тарғил мушаклар талвасали қисқаришга мойил бўлиб қолади, организмда алкалоз ҳолати 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 хуружи пайтида беморнинг боши орқага ташланган, кўзлари кенг очилган, бўйин мушаклари таранглашган, тери қопламлари кўкарганлиги кузатилади. 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 беришига сабаб бўлиши мумкин. Ларингоспазм хуружи одатда 10–30 сония давом этиб, кейин давомли ва шовқинли нафас олиш ҳаракати нолишли нафас чиқариш ҳаракати билан алмашади. Кейин нафас ҳаракатлари тикланади. Хуружлар орасидаги даврда беморда мушаклар қўзғалувчанлигининг ошиши белгилари қайд этилади:

Хвостек белгиси — боланинг лунжи соҳасига оҳиста урганда юз мускуллари 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 аденотомия, ҳалқум орти ҳўпозини очиш жарроҳлик амаллари оғир асоратлар билан кечиши мумкинлигини эсда тутиш лозим!*

Катталарда ларингоспазм ҳиқилдоқда балғам тўпланганда ёки ҳиқилдоқ ёриғида ёт жисм тиқилиб қолганда, бемор куйдирувчи моддалар ва турли дорилар билан ишлаганда, зарарли газ ва чанг билан ифлосланган ҳаводан нафас олганда кузатилади. Келиб чиқиш сабаби бўйича марказий ларингоспазм ҳолати қўрқув, асаб бузилишлари, эпилепсия, қоқшол, орқа мия касалликларида кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда ларингоспазм хуружи кучли йўтал, юзни

қизариши, бурун-лаб учбурчагини кўкариши, овозни ўзгариши билан кечади ва қисқа вақт давом этади.

Таххис касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, ларингоскопия манзараси, овоз бойламлари спазмининг клиник белгилари асосида қўйилади. Хуружлар орасида ҳиқилдоқда ҳеч қандай патологик ўзгаришлар кузатилмайди. Хуруж пайтида бажарилган бевосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи буралиб, чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмалари ўрта чизикда бир-бирига тегиб турганлиги ва чўмичсимон тоғайлар бир-бирига яқинлашганлиги кўринади.

Шошилнч тиббий ёрдам. Ларингоспазм хуружини тўхтатиш учун терига (юзга совуқ сув сепиш, игна санчиш, чимчилаш) ва шиллиқ пардага (бурун ичини зондга ўралган пахта билан қитиқлаш, новшадил спиртини ҳидлатиш, тил илдизини шпател билан босиб, ҳалқум рефлексини кўзғатиш) кучли таъсир кўрсатилади. Болага тинчлантирувчи спазмолитик дори воситалари буюрилади, мушак орасига керакли миқдорда нош-па, баралгин, седуксен, реланиум юборилади. Давомли ларингоспазм ҳолатида томир ичига 0,5% ли новокаин ёки оксидутират натрий эритмалари юборилади. Дорилар самара бермаган оғир ҳолларда интубация, трахеотомия ёки коникотомия жарроҳлик амали бажарилади.

Хуружлар орасида беморга тинчлантирувчи бромидлар, кальций дори воситалари, D₂ дармондориси, парҳез таомлар (сут маҳсулотлари, сабзавотлар), тоза ҳавода сайр қилиш тавсия қилинади. Бола улғайган сари (одатда 5 ёшда) ларингоспазм хуружлари ўз-ўзидан тўхтади.

Ҳиқилдоқ шиши (*oedema laryngea*) – ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг тез ривожланувчи ва ёриғини торайтирувчи 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, қизилўн-гач ва қалқонсимон без ўсмаларида (хавфсиз ва хавфли); ҳиқилдоқ шиши онколо-



111-расм. Ҳиқилдоқнинг аллергияли шиши.

гик касаллик билан оғриган ва нур билан даволанган беморларда кузатилиши мумкин;

4) ҳиқилдоқ жароҳатларида (санчилган, кесилган, термик, кимёвий жароҳатлар, ёт жисм);

5) аллергия касалликларда; бунда ҳиқилдоқнинг яллиғланишсиз шиши айрим озиқ-овқат, дориларга ва косметик маҳсулотларга нисбатан аллергия реакциясининг белгиси сифатида намоён бўлади (III-расм);

6) юрак, қон-томир касалликларида, қон айланиш етишмовчилигининг II, III босқичларида, буйрак касалликларида, жигар циррози ва кахексияда);

7) 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 шиллиқ ости қаватида, яъни ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида, чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмаларида, ҳиқилдоққа кириш жойининг орқа деворида, ҳиқилдоқнинг пастки қаватида ривожланиб, нафас фаолиятининг кескин бузилишига олиб келади.

Таъхис касалликнинг 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 қўйидаги дори воситалари ва даволаш тадбирлари буюрилади:

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

2) гипосенсебилизацияловчи дори воситалари;

3) кортикостероидлар;

4) тинчлантирувчи дори воситалари;

5) сийдик ҳайдовчи дорилар;

6) ҳиқилдоқ соҳасига турли бойламлар қўйиш;

7) физиотерапия муолажалари (ингаляция, электрофарез ва бошқ.);

8) чалғитувчи терапия ва дегидратация тадбирлари.

Томир ичига 20 мл глюкоза, 10 мл кальций хлорид (ёки 10 мл кальций глюконат), 5 мл натрий аскорбинат, 5 мл уротропин эритмалари, 30–90 мг преднизолон, 5–10 мл эуфиллин ёки тиосульфат натрий эритмалари юборилади. Мушак орасига димедрол (1% ли 2 мл), пипольфен (2,5% ли 2 мл), тери остига 0,1% ли 1 мл атропин сульфат эритмалари юборилади.

Пастки ва ўрта бурун чиганоқлари олд қисмининг шиллиқ пардаси остига 2–3 мл 0,5–1% ли новокаин эритмасини юбориш ҳам самарали даволаш усули ҳисобланади. Беморга чалғитувчи терапия (оёқларга иссиқ ванна, кўкрак қафаси ва оёқларга хантал кўйиш), тана ҳароратини меъёрлаштирувчи ва юрак фаолиятини яхшиловчи дори воситалари буюрилади.

Яллиғланиш жараёни туфайли ривожланган ҳиқилдоқ шишида беморга антибиотиклар ва сульфаниламид дори воситалари тавсия қилинса, аллергик шишда биринчи навбатда аллергеннинг таъсири бартараф этилиши лозим. Куйишдан сўнг ривожланган ҳиқилдоқ шишида шокка қарши терапия ўтказилади. Айрим ҳолларда йирингли жараённи бартараф этиш мақсадида жарроҳлик амали бажарилиши мумкин.

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

Дори-дармонлар фойда қилмаган ва торайишнинг декомпенсация босқичи ривожланганда *интубация ва шошилишч трахеостомия* жарроҳлик амали, бўғилиш ҳолатида эса *шошилишч коникотомия*, ташқи нафас тиклангандан сўнг трахеостомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

Ҳиқилдоқ торайишлари — ҳавони пастки нафас йўлларига ўтишига тўсқинлик қилувчи, ташқи нафаснинг оғир бузилишлари ва ҳатто бўғилиш ҳолатига олиб келувчи ҳиқилдоқ ёриғининг торайиши.

Этиологияси. Ўткир ҳиқилдоқ торайишларига эндоген ва экзоген омиллар сабаб бўлади. *Эндоген омилларга* маҳаллий яллиғланиш жараёнлари (ҳиқилдоқ шиши, бурма ости ларингити, ўткир ларинготрахеит, ҳиқилдоқ хондроперихондрити, ҳиқилдоқ ангинаси), яллиғланишсиз кечган жараёнлар (ўсмалар, аллергик ҳолатлар ва бошқ.), организмнинг умумий ва юқумли касалликлари (қизамиқ, дифтерия, скарлатина), юрак ва қон-томир, буйрак касалликлари, эндокрин касалликлар) киради. *Экзоген омилларга* ҳиқилдоқ ёт жисми, ҳиқилдоқ жароҳати, бронхоскопия ва интубациядан кейинги асоратлар киради.

Ривожланиш тезлиги бўйича ҳиқилдоқ торайишлари қуйидаги шаклларга бўлинади;

1. *Ўта тез ривожланган ҳиқилдоқ торайиши* бир неча сония ва дақиқалар ичида юз беради (нафас йўллари ёт жисми);

2. *Ўткир ҳиқилдоқ торайиш* бир неча соат ёки бир неча кун давомида ривожланади (ҳиқилдоқнинг ўткир яллиғланиши, ҳиқилдоқ жароҳатлари, термик ёки кимёвий куйишлари, аллергик ҳолатлари);

3. *Аста-секин ривожланган ҳиқилдоқ торайиши* бир неча кун ёки бир неча ҳафта давомида ривожланади (ҳиқилдоқ дифтерияси, жаро-

ҳатдан кейинги ҳолат, қайтувчи асаб толасининг икки томонлама фалажи, ҳиқилдоқнинг сурункали яллиғланиши (ларинготрахеит, хондроперихондрит, эпиглоттит), бўйин ва ҳалқумнинг йирингли жараёнлари (флегмоналари);

4. *Сурункали ҳиқилдоқ торайиш* бир неча ҳафта ва ундан ортиқ вақт давомида ривожланади (қалқонсимон без ўсмаси, ҳиқилдоқ юқумли гранулемалари, ҳиқилдоқни буқоқ билан қисилиши, ҳиқилдоқ кистаси, ўсмалари, ҳиқилдоқнинг хавфли ва хавфсиз ўсмалари).

Ҳиқилдоқ торайишлари сабаблари бўйича турлича бўлса-да, улар бир хил клиник кўринишга эга. Инспиратор ҳансираш ва шовқинли нафас ҳиқилдоқ торайишининг етакчи белгилари ҳисобланади.

Ҳиқилдоқ торайишининг 4 босқичлари ёки даражалари тафовут қилинади:

I даражаси — компенсация босқичи;

II даражаси — субкомпенсация босқичи;

III даражаси — декомпенсация босқичи;

IV даражаси — бўғилиш (асфиксия) ёки терминал босқичи.

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

Субкомпенсация босқичида гипоксия белгилари зўраяди, бемор зўриқиш билан нафас олади, инспиратор ҳансираш тинч ҳолатда ҳам кузатилади, нафас ҳаракатлари шовқинли бўлиб, масофадан эшитилади (стридор), бўйинтуруқ, ўмров ости ва ўмров усти чуқурчалари, қовурға ораликлари ва эпигастрий соҳалари ичкарига тортилади, бурун қанотлари кўтарилади. Тери қопламлари оқаради, бемор безовталанади, томир уриши тезлашади, қон босими кўтарилади. Овоз тирқишининг эни 4—5 мм ни ташкил қилади.

Декомпенсация босқичида бемор саволларга жавоб беришга қийналади, чуқур нафас олгандан сўнг жавоб беради, беморнинг аҳволи оғирлашади, нафас ҳаракатлари тезлашиб, юзаки бўлади. Нафас олинганда бўйинтуруқ, ўмров ости ва усти чуқурчалари, қовурғалар ораликлари ва эпигастрий соҳаси ичкарига кўпроқ тортилади. Лаб-бурун учбурчаги, бармоқларнинг учи ва тери қопламлари кўқаради (дастлаб акроцианоз, кейин тарқоқ цианоз кузатилади). Бемор бошини орқага ташлаган ҳолда ярим ўтроқ ҳолатни эгаллайди, унда қўрқув ҳиссиёти пайдо бўлади. Нафас олганда ҳиқилдоқ пастга, нафас чиқарганда — юқорига силжийди. Беморнинг баданини совуқ тер босади, томир уриши тезлашиб, тўлиқлиги сусаяди, қон босими пасаяди. Овоз тирқишининг эни 2—3 мм ни ташкил қилади.

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

Таъхис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, касаллик белгилари, билвосита ва бевосита ларингоскопия, трахеобронхоскопия натижалари асосида қўйилади. Агар ҳиқилдоқ торайишида инспиратор ҳансираш, яъни нафас олиш ҳаракатининг қийинлашиши ва овозни бўғилиши кузатилса, трахея торайишида — экспиратор ҳансираш, яъни нафас чиқариш ҳаракатининг қийинлашиши қайд этилади. Бунда беморнинг овози ўзгармайди.

Даволаш тadbирлари биринчи навбатда ҳиқилдоқ торайишининг босқичи, кейин сабаблари аниқлангандан сўнг бошланади.

Компенсация ва субкомпенсация босқичлари билан оғриган бемор шифохона шароитида дори-дармонлар ёрдамида даволанади. Бунда дегидратация, гипосенсибилизация, тинчлантирувчи, чалғитувчи терапия (оёқларга иссиқ ванна қилиш, кўкрак қафаси ва оёқ қоринчаларига хантал қўйиш), беморга намланган кислород бериш, ишқорий эритмалар ва спазмолитик дори воситалари билан ингальция муолажалари ўтказилади. Ҳиқилдоқ соҳасига 20% ли димексид эритмаси шимдирилган бойлам қўйилади, беморга гиоксизон ёки гидрокортизон билан фонофорез, 2% ли кальций хлорид, 0,5% ли новокаин, 1% ли димедрол эритмалари билан электрофорез муолажаси буюрилади. Зарур бўлганда ҳиқилдоқ ва ёндош аъзолари ҳўппози очилади, ҳиқилдоқ ёт жисми чиқариб олинади. Ҳиқилдоқ дифтериясида дифтерия таёқчасига қарши зардоб юборилади.

Ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида — шошилинич трахеостомия, бўғилиш босқичида эса коникотомия жарроҳлик амаллари бажарилади. Ўткир ларинготрахеит билан оғриган бемор термопластик найча ёрдамида давомли интубация усулида даволанади.

Ҳиқилдоқ ангинаси (*angina laryngea*) ёки шиллиқ ости ларингити (*laryngitis submucosa*) — бу ҳиқилдоқ қоринчалари, чўмичсимон бурмаларнинг шиллиқ пардаси орасида, ноксимон чўнтак тубида ва ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида жойлашган лимфоид тўқимасининг яллиғланиши билан кечган ўткир юқумли йирингли касаллик.

Этиологияси. Касалликни турли бактериялар: стафилакокк, стрептококк, пневмококк, кўк йирингли таёқча ва замбуруғлар қўзғатади. Ҳиқилдоқ жароҳатлари касалликнинг этиологиясида муҳим аҳамиятга эга.

Касалликнинг патогенезида организм иммун ҳолатининг сустлиги, микрофлоранинг вирулентлиги, шамоллаш, совқотиш ва бошқа омиллар муҳим аҳамиятга эга.

Клиник белгилари. Ҳиқилдоқ ангинасида беморнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, тана ҳарорати 38–39°C гача кўтарилади, ютинганда томоғи оғрийди, ҳиқилдоқ орқали нафас олиши қийинлашади, ҳиқилдоқ соҳаси пайпасланганда оғрийди, баъзан ҳиқилдоқ торайишининг белгилари кузатилади. Бўйин маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, оғрийди. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи, ноксимон чўнтаклар, чўмич-ҳиқилдоқ усти ва овоз бурмаларининг шиллиқ пардалари қизариб, шишганлиги ва йирингли караш билан қопланганлиги аниқланади.

Таъхис беморнинг шикоятлари, касалликнинг бошланиши, ташқи текширув, ларингоскопия, микроларингоскопия ва бошқа қўшимча текширув натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Ҳиқилдоқ ангинаси билан оғриган бемор шифохона шароитида даволанади. Унга антибиотикотерапия, дегидротация, дезинтоксикация, гипосенсибилизация, симптоматик терапия тadbирлари ўтказилади.

Антибиотиклардан асосан пенициллин гуруҳи антибиотиклари (*феноксиметил-пенициллин*, *амоксициллин/клавланат*) ёки II–III авлодга мансуб цефалоспориинлар (*цефуруксим*, *цефатоксим*, *цефтриоксон*) ва макролидлар (*эритромицин*, *рокситромицин*, *азитромицин*) тавсия этилади. Маҳаллий усулда фузафунжин (*биопарокс*)ни қўллаш яхши натижа беради. У топик антибиотик бўлиб, бактерияларга ва яллиғланишга қарши кенг таъсир спектрига эга. Биопарокс аэрозоли бурун тешикларига ҳар 4 соатда 4 ингаляциядан буюрилади.

Ҳиқилдоқ шишини камайтириш мақсадида томир ичига 40% ли 20–30 мл глюкоза, 10% ли 10 мл кальций хлорид, 60–90 мг преднизолон, сийдик ҳайдовчи дори воситалар (1 мл лазикс), мушак орасига гистаминга қарши дори воситалари (1 мл супрастин, 1 мл тавегил, 1 мл пипольфен) юборилади. Беморга чалғитувчи муолажалар буюрилади (оёқларга иссиқ ванна қилиш, кўкрак қафасига ва оёқ қоринчаларига хантал қўйиш), бўйин соҳасига 20% ли димексид ёки 50% ли спирт эритмаси шимдирилган иссиқ бойлам қўйилади. Ҳиқилдоқ соҳаси 0,5% ли 10–20 мл новокаин эритмаси билан блокада қилинади.

Бундан ташқари ҳиқилдоқ соҳасида лимфотроп терапия 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 сўнгра ҳиқилдоқ соҳасига 20% ли димексид эритмасига шимдирилган иссиқ бойлам қўйилади. Муолажа ҳар 12 соатда такрорланади.

Олиб борилган тadbирлар самара бермай, ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи ривожланганда шошилинч трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади.

Касаллик енгил кечган ҳолларда эса бемор даволашнинг 6–8-кунини соғайиб кетади. Баъзан яллиғланиш жараёни шиллиқ ости

қаватига, бўйин мушаклари орасига, кўкс ораллигига тарқалиши мумкин. Бундай асоратларни олдини олиш учун касалликни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш тадбирларини ўз вақтида ўтказиш лозим.

Ўткир эпиглотит касаллиги кўпинча 3–7 ёшли болаларда кузатилади ва тўсатдан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати 39–40° С гача кўтарилади, томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ кучаяди, уйқучанлик, кўнгил айниши, баъзан қусиш, кейинчалик нафас етишмовчилигининг белгилари пайдо бўлади. Касаллик белгилари жуда тез ривожланиб, қисқа вақт ичида (12–15 соатда) бўғилиш ҳолатига олиб келиши мумкин.



112-расм. Хордал ларингит, ҳиқилдоқ қопқоғи хўппози.

(112-расм). Шиш туфайли ҳиқилдоқнинг пастки қисмлари кўзга кўринмайди. Баъзан шиш ва қизариш чўмич-ҳиқилдоқ усти қопқоғи ва даҳлиз бурмаларга ҳам тарқалади.

Таххис клиник белгилар, ларингоскопик манзара ва ён томонлама бўйин рентгенографияси маълумотлари асосида қўйилади.

Даволашда касалликни ўз вақтида аниқлаб, беморни ўз вақтида шифохонага ётқизиш муҳим аҳамиятга эга. Бошланғич босқичда, яъни енгил нафас етишмовчилигида томир ичига 20% ли глюкоза билан бирга кортикостероидлар эритмаси (преднизолон, дексаметазон) юборилади.

Муолажа ҳар 6–8 соатда такрорланади (жами 2–3 кун). Беморга антибиотиклар буюрилади. Нафас етишмовчилиги баргараф этилмаган ҳолларда интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

Ўткир катарал ларингит (*laryngitis catarrhalis*) — *ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси, шиллиқ ости қавати ва унинг ички мушакларининг катарал яллиғланиши.*

Касалликнинг ривожланишига *экзоген* ва *эндоген* омилларнинг таъсири остида фаоллашган сапрофит флора, стафилакокк, стрептококк, пневмококк вируслари сабаб бўлади. Экзоген омилларга ҳиқилдоқ жароҳатлари, шамоллаш, шиллиқ пардага алкоголь, никотин ва ишлаб чиқариш корхоналаридаги зарарли моддаларнинг (чанг заррачалари, буг, газ ва бошқ.) салбий таъсири, совуқ об-ҳавода баланд овозда кўп гапириш, жуда совуқ ёки жуда иссиқ овқатларни истеъмол

қилиш каби омиллар қиради. Эндоген омилларга умумий ва маҳаллий иммунитетнинг сусайиши, ошқозон-ичак ва нафас йўллари касалликлари, аллергия реакциялар, модда алманишуви бузилишлари, қандли диабет, шиллиқ парданинг атрофияси қиради. Ўткир катарал ларингит кўпинча балоғат ёшидаги ўспиринларда овоз мутацияси даврида кузатилади.

Этиологияси. Ўткир ларингитнинг ривожланишига бетта-гемолитик стрептококк, пневмококк ва вирусли инфекциялар (А ва В гриппи ва парагрипп вируслари, корона-вируслар, риновируслар), замбуруғлар ва кўпинча аралаш флора сабаб бўлади.

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 меъёрда, баъзан субфебрил бўлади. Ҳиқилдоқ соҳаси ачишиб, қурийди, ютинганда оғрийди. Баъзан беморни қуруқ, кейинчалик шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ балғамли йўтал безовта қиладди. Унда турли даражадаги дисфония белгиси кузатилади.



113-расм. Ўткир катарал ларингит.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг 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 жипсешмайди (113-расм). Ўткир ларингитда ҳиқилдоқ шиши жуда кам ҳолларда ривожланади ва одатда ҳиқилдоқнинг нафас олиш фаолияти бузилмайди.

Таъхис касалликнинг бошланиш сабаблари, бемор шикоятлари, ларингоскопия ва бошқа қўшимча текширув натижалари асосида қўйилади.

Ёш болаларда ўткир ларингитни дифтерия касаллигининг тарқоқ шаклидан фарқлаш лозим. Дифтерияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси тўқималарга зич ёпишган ва қийинчилик билан кўчадиган, олинганда ости қонайдиган кулранг караш билан қопланади. Караш шиша билан босилганда эзилмайди.

Даволаш. Ўткир ларингит билан оғриган беморлар уй шароитида, нутқ ва вокал касб эгалари шифохона шароитида даволанадилар. Беморга овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия этилади. Уларга ўткир ва иссиқ овқатлар, чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш ман этилади.

Қуруқ йўталда беморга йўтал марказининг кўзгалувчанлигини пасайтирувчи дори воситалари буюрилади. Ёпишқоқ шилимшиқ бал-

гамни суюлтириш ва шиллиқ парданинг қуруқлигини камайтириш учун беморга илиқ сув ёки сут билан бирга ишқорли маъданли сув, термописис, мукалтин каби балғам кўчирувчи дорилар ичирилади.

Беморга УВЧ ва микротўлқинли терапия тавсия қилинади, томоғига иссиқ ёки 20% ли димексид эритмаси билан бойлам қўйилади. Турли дорилар, ёғлар, ишқорлар, антибиотик ва сульфаниламид дори воситалари ингаляция шаклида қўлланади. Аэрозоллардан каметон, ингакамф, ингалипт, камфомен, биопарокс буюрилади. Ҳиқилдоқ ичига 1% ли ментол, антибиотик, гидрокортизон ва қон томирларни торайтирувчи дорилар пуркалади. Бундан ташқари, беморга чалгитувчи 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, сульфаниламид, антигистамин ва кальций дори воситалари, С витамини) буюрилади.

Даволаш тадбирлари тўғри олиб борилганда ва овоз гигиенаси қоидаларига риоя қилинганда бемор даволашнинг 5–10- кунни соғайиб кетади.

Инфилтратив ларингит (*laryngitis infiltrativa*) – *шиллик пардадан чуқур тўқималарга тарқалган ҳиқилдоқнинг ўткир яллиғланиши*. Ларингитнинг бу шаклида патологик жараён ҳиқилдоқнинг мушак аппарати, бойламлари ва тоғай усти пардасига тарқалади.

Этиологияси. Касалликнинг ривожланишига турли жароҳатлар ёки юкумли касалликдан сўнг ҳиқилдоқ тўқимасига тарқалган микроблар сабаб бўлади. Организмнинг маҳаллий ва умумий ҳимоя кучининг сусайиши касалликнинг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник манзараси. Инфилтратив ларингит чегараланган ёки тарқоқ клиник шаклларда кечади. Касалликнинг *тарқоқ шаклида* яллиғланиш жараёни ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг барча майдонларини, *чегараланган шаклида* унинг айрим майдонларини (чўмичсимон тоғайлараро бўшлиқ, ҳиқилдоқ даҳлизи, ҳиқилдоқ усти қопқоғи, овоз ости бўшлиғи) қамраб олади.

Беморнинг томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ кучаяди, овози ўзгаради, тана ҳарорати кўтарилади, баъзан қалин шилимшиқ-йирингли балғамли йўтал кузатилади. Юқорида қайд этилган белгилар билан бирга ҳиқилдоқнинг нафас фаолияти ҳам бузилади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, пайпасланганда оғрийди.

Оғир ҳолларда инфилтратив 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 касалликнинг бошланиши, бемор шикоятлари, ташқи текширув, ларингоскопия ва қўшимча текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Шифохона шароитида беморга антибиотиклардан био-парокс, ампициллин, кефзол буюрилади, томир ичига 10% ли кальций глюконат, 10% ли кальций хлорид эритмаси юборилади. Бундан ташқари, унга муколитиклар, АЦЦ-100-200, АЦЦ-лонг, карбоцистеин, синупрет ва кортикостероидлар тавсия қилинади.

Ҳиқилдоқ ҳўппозида шошилиш равишда жарроҳлик амали бажарилади, яъни маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида йирингли ўчоқ (ёки инфилтрат) ҳиқилдоқ тиғи ёрдамида очилади. Беморга бир вақтнинг ўзида икки антибиотик буюрилади, захарсизлантириш мақсадида томир ичига томчилаб суюқликлар юборилади, симптоматик терапия (тана ҳароратини тушириш, юрак фаолиятини яхшилаш) тадбирлари ўтказилади, дармондорилар тавсия қилинади. Маҳаллий усулда 30% ли димексид эритмаси билан ҳиқилдоқ соҳасига иссиқ бойлам қўйилади.

Одатда касаллик қисқа вақт ичида бартараф этилади. Даволаш давомида ҳиқилдоқ ёриғининг ҳолатини кузатиб бориш ва бўғилиш ҳолатининг олдини олишга эришиш талаб этилади.

Бурма ости ларингити (сохта круп) (laryngitis subglottica, субҳордал ларингит – laryngitis subchordalis, сохта круп—false croup) – *овоз ости бўшлиғининг яллиғланиш жараёни.*

Касаллик 5–8 ёшли болаларда учрайди ва овоз ости бўшлиғининг ўзига хос анатомик хусусиятларига боғлиқ бўлади; ёш болаларда овоз бурмалари остидаги юмшоқ тўқима яхши ривожланган бўлиб, турли таъсирларга жавобан тез шишади. Ҳиқилдоқ ёриғининг торлиги, асаб ва қон томир рефлексларининг қўзғалувчанлиги ҳиқилдоқ торайишининг 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 организмда умумий ва маҳаллий иммунитетнинг сусайиши ва аллергия ҳолатлар касалликни ривожланишига ёрдам беради.

Бемор горизонтал ҳолатни эгаллаганда ҳиқилдоқ соҳасида қон оқими кўпайиши натижасида ҳиқилдоқ шиши кучаяди, шунинг учун боланинг умумий аҳволи кўпинча кечаси оғирлашади.

Клиник белгилари. Касаллик юқори нафас йўллариининг яллиғланиши, буруннинг битиши, бурундан ажралма оқиши, субфебрил ҳарорат ва йўтал билан бошланади. Кундузи умумий аҳволи

қониқарли бўлган болада кечаси тўсатдан бўғилиш ҳолати, қув-қув йўтал, 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 ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси қизариб, шишганлиги кўринади. Болишсимон шиш овоз бурмалари остидан бўртиб чиқади ва ҳиқилдоқ ёриғини торайтиради.

Таухис бемор шикоятлари, касалликнинг ўзига хос бошланғич белгилари ва ларингоскопия натижаси асосида қўйилади.

Қиёсий таухисоти. “Сохта круп”ни дифтериядаги чин круп белгиларидан фарқлаш лозим. Бурма ости ларингитининг кечиши 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 тугунлари катталашмайди, ҳалқум ва ҳиқилдоқ соҳасида дифтерияга хос караш пайдо бўлади. Аниқ ташхис 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. Шишга қарши дори воситалар аралашмаси билан ингальяциялар (5% ли эфедрин гидрохлорид, 0,1% ли адреналин гидрохлорид, 0,1% ли атропин сульфат, 1% ли димедрол эритмалари, 25 мг гидрокортизон ва химопсин), биопарокс аэрозоллари яхши натижа беради. Беморга антибиотиклар, гистаминга қарши терапия, тинчлантирувчи дорилар, вена ичига ёки мушак орасига 1 кг тана вазнига 1–2 мг преднизолон буюрилади. Кўп миқдорда суюқлик (чай, сут, ишқорли маъданли сув) ичиш тавсия қилинади, чалғитувчи муолажалар (оёқларга иссиқ ванна қилиш, оёқ қоринчаларига хантал қўйиш), физиотерапия муолажалари (10% ли кальций хлорид, 1% ли димедрол ва новокаин билан электрофорез, гиоксизон малҳами билан фонофорез), ҳиқилдоқ соҳасига новокаин блокадаси, лимфотроп терапия тадбирлари ўтказилади. Ҳиқилдоқ соҳасига кунига 4–6 маҳал 30% ли димексид эритмаси шимдирилган иссиқ бойлам қўйилади.

Юқорида қайд этилган тадбирлар самара бермай, беморда бўғилиш ҳолати ривожланиши хавфи туғилганда 2–4 кун давомида назотрахеал интубация, зарур бўлса – шошиличч трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади.

Ҳиқилдоқ сарамаси (*erysipelas laryngis*). Инфекцион аллергик касаллик бўлиб, асосан тери, тери ости ёғ тўқимаси, тери юзасидаги лимфа тугунлари яллиғланади.

Этиологияси. Касалликни А гуруҳига мансуб бетта-гемолитик стрептококк кўзғатади. Ҳиқилдоқ сарамаси микроблар табиий йўл ёки трахеостомия жарроҳлик амали бажарилган жароҳат майдони орқали тарқалганда юзга келади. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, қалтираш, нафас олишнинг қийинлашиши, ҳиқилдоқ соҳасининг кескин оғриши, ютинганда оғриқ кучайиши каби белгилар кузатилади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг зарарланган майдони кескин қизарган ва шишганлиги ва соғлом шиллиқ пардадан аниқ чизик билан чегараланганлиги (демаркация чизиги) кўринади. Яллиғланиш жараёни турли майдонларга тарқалиши мумкин, аммо йирингламайди.

Даволаш. Беморга жадал даволаш тадбирлари ўтказилади: мушак орасига ёки ичишга ампициллин, олететрин, левомецетин, кефзол, цефазолин, амоксиклав керакли миқдорда буюрилади. Бундан ташқари, унга гистаминга қарши дори воситалари, 10% ли калций хлорид (ёки 10% ли кальций глюконат), организмда модда алмашинувини яхшиловчи, заҳарланишга қарши ва симптоматик терапия тавсия қилинади. Тана ҳароратини тушириш мақсадида мушак орасига 50% ли анальгин, 1% ли димедрол эритмалари юборилади. Беморга УБН, УВЧ ва бошқа физиотерапия муолажалари буюрилади.

Ўткир трахеит (*tracheitis acuta*) — *настки нафас йўллари (трахея ва бронхлар) шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши* бўлиб, кўпинча бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқ яллиғланиши билан бирга кечади.

Этиологияси. Ўткир трахеитнинг ривожланишига турли омиллар (вируслар, ноқулай иқлим, шамоллаш, касб шароити) ва иммун ҳолатининг пасайиши натижасида фаоллашган сапрофит флора сабаб бўлади. Кўпинча трахея ажралмасида *Staphylococcus aureus*, *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* аниқланади.

Клиник белгилари. Беморда, айниқса кечалари, ўзига хос хуружли йўтал кузатилади. Йўтал дастлаб қуруқ, кейинчалик шилимшиқ-йирингли, балғамли, баъзан қон аралаш бўлади. Йўтал хуружидан сўнг бемор тўш суяги орти ва ҳиқилдоқ соҳаси оғришига шикоят қилади, овози бўғилади. Баъзан субфебрил ҳарорат ва ҳолсизлик кузатилади. Ларингоскопия ва траеобронхоскопияда трахеянинг шиллиқ пардаси қизарганлиги, шишганлиги, ўчоқли ёки тарқоқ инфильтрацияси, қон томирлари кенгайганлиги ва қонга тўлганлиги, юзаси йирингли ажралма билан қопланганлиги кўринади. Аускультацияда трахея соҳасида дағал нафас эшитилади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, ларингоскопия манзараси, патологик ажралманинг микробиологик текши-

руви, рентгенография, микроларингоскопия, трахеобронхоскопия текширувлари натижаси асосида қўйилади.

Даволаш. Патологик жараёни пастки нафас йўлларига тарқалишини олдини олиш мақсадида беморга антибиотиклар, балғам кўчирувчи (мукалтин) ва йўталга қарши (либексин, тусупрекс, хайдринлин, бронхолитин), муколитиклар (ацетилцистеин, флуимуцил, бромгексин, синупред) ва антигистамин дори воситалари (супрастин, пипольфен, кларитин, лораталь, зиртек) ва симптоматик терапия буюрилади. Бир вақтнинг ўзида балғам кўчирувчи ва йўталга қарши воситаларни қўлламасликка ҳаракат қилинади. Бемор ётган хонанинг ҳавоси иссиқ ва нисбий намлиги юқори бўлиши лозим.

Даволаш тадбирлари ўз вақтида ва тўғри олиб борилганда бемор 2–3 ҳафтада соғайиб кетади. Баъзан касаллик давомли кечиб, сурункали шаклига айланиши, айрим ҳолларда беморда бронхит, зотилжам каби асоратлар қолиши мумкин.

Флегмонали ларингит — *ҳиқилдоқ шиллиқ ости қаватининг, баъзан мускул 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, флегмонали ларингит иккиламчи касаллик сифатида паратонзиллитда, тил негизи ҳўшпозиди, ҳиқилдоқ сарамасида, ҳиқилдоқ дифтериясида, қон касалликларида ва сепсисда кузатилиши мумкин.

Этиологияси. Касалликни ривожланишига стрептококк, стафилококк, пневмококк, баъзан ипсимон таёқча ва оғиз бўшлиғи спирохетаси симбиози 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. Флегмонали ларингит ўткир бошланади ва икки клиник шаклда кечади: чегараланган ва тарқоқ. Бемор ютинганда томоғи кескин оғришига, умумий ҳолсизликка, ўзини нохуш 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.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси кескин қизарганлиги, инфильтрацияси, зарарланган майдон катталашиб, унда некроз ўчоқлари кўринади (114-расм). Кўпинча флегмона жараёни ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмич ҳиқилдоқ усти бурмалари ва чўмич-

симон тоғайлар шиллиқ пардасида жойлашади. Ҳиқилдоқ хўппози флегмонали ларингитнинг охири 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. Хўпоз ўз-ўзидан очилганда беморнинг аҳволи бироз яхшиланади. Бошқа ҳолларда касаллик узоқ вақт давом этиб, перихондрит ва парафарингиал флегмона асоратлари ривожланишига олиб келади.



114-расм. Флегмонали ларингит.

Таъхис касаллик бошланиши, бемор ишикоятлари, клиник белгилар, ларингоскопия ва бошқа лаборатория текширувлари натижаси асосида қўйилади.

Даволаш. Бемор шифохона шароитида даволанади. Унга антибиотиклар ва сульфаниламид дори воситалари буюрилади.

Бир вақтнинг ўзида шишга қарши терапия олиб борилади: бунда беморга гистаминга қарши ва сийдик ҳайдовчи дори воситалари, кортикостероидлар буюрилади. Бундан ташқари дезинтоксикация, дегидротация, маҳаллий даволаш тадбирлари ва лимфотроп терапия ўтказилади. Хўпоз ҳосил бўлганда маҳаллий оғриқсизлантириш остида хўпоз ўчоғи ҳиқилдоқ тиғи ёрдамида очилади. Беморда ҳиқилдоқ торайишининг III–IV даражаси ривожланганда трахеостомия жарроҳлик амали, флегмона бўйиннинг юмшоқ тўқималарига тарқалганда йирингли ўчоқ ташқи томондан очилиб, чиқаргич ўрнатилади. Йиринг кўкс оралиғига тарқалганда — медиастинотомия жарроҳлик амали бажарилади.

Ҳиқилдоқ хондроперихондрити — *ҳиқилдоқнинг тоғай ва тоғай усти пардаларининг яллиғланиши.*

Этиологияси. Касалликни стафилококк, стрептококк, кўк йирингли таёқча ва аралаш флора кўзғатади. Касаллик кўпинча ҳиқилдоқ жароҳатларида, силда, коллагеноз касалликларда, ҳиқилдоқ хавфли 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 оқади. Серозли хондроперихондритда шиллиқ парданинг 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 оғришига, ютиниши қийинлигига, тана ҳарорати кўтарилишига, овози бўғилганига, нафас олиши қийинлашганига шикоят қилади. Пайпасланганда ҳиқилдоқ чизгилари текисланганлиги, бўйин лимфа тугунлари катталашганлиги ва оғриши аниқланади.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси шишганлиги, қизарганлиги ва инфильтрацияси, бунинг натижасида ҳиқилдоқ ёриги торайганлиги кўринади.

Ўз вақтида даволанмаган ёки нотўғри даволанган ҳиқилдоқнинг ўткир перихондрити сурункали шаклига ўтади. Сурункали перихондрит одатда ноаниқ кечади ва узоқ вақт давом этади (баъзан бир неча ой ёки бир неча йиллар давом этиши мумкин) ва кечки асоратларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Рентгенография текширувида ҳиқилдоқ юмшоқ тўқималарининг сояси қалинлашганлиги, тоғайнинг суякланиши бузилганлиги, «тартибсиз оҳаксизланиш» белгиси аниқланади.

Даволаш. Яллиғланиш жараёнини бартараф этиш учун беморга жадал даволаш тадбирлари ўтказилади. Беморга кўп миқдорда антибиотиклар (ампициллин, цефазолин, кефзол, амоксиклав, биопарокс) сульфаниламид (метрогил, бисептол) ва шишга қарши дори воситалари буюрилади, симптоматик терапия (тана ҳароратини тушириш, юрак фаолиятини яхшилаш), маҳаллий даволаш ва дезинтоксикация тадбирлари, ҳиқилдоқ соҳасига новокаин блокадаси қилиш ва лимфотроп терапия ўтказилади. Ҳиқилдоқ соҳасига 30% ли димексид эритмаси билан иссиқ бойлам қўйилади, физиотерапия муолажалари (УВЧ, УБН) буюрилади. Беморга овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади. Хўппоз ўчоқлари жарроҳлик амали ёрдамида очилади. Ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида интубация ва трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади.

Бундан ташқари, ҳиқилдоқ хондроперихондритининг ривожланишига сабаб бўлган асосий касалликни даволаш тадбирлари ўтказилади (сил, склеродермия ёки бошқ.).

Болаларда ўткир ларинготрахеит. Касаллик 99% ҳолларда ўткир ҳиқилдоқ торайишининг ривожланишига олиб келади. Ўткир ларинготрахеит баъзан “бурма ости ларингити (сохта круп)” ёки “тораювчи ларинготрахеобронхит” деб юритилади.

Амалиётда болаларда ҳиқилдоқнинг яллиғланишисиз кечган аллергик шиши — «бурмаости ларингити», ўткир респиратор вирусли касалликда ҳиқилдоқ орқали нафас олишни қийинлашиши — «ўткир ларинготрахеит» ва давомли интубация ёки трахеостомиядан сўнг ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар шиллиқ пардасининг жароҳатланиши натижасида ривожланган ларинготрахеитда — «тораювчи ларинготрахеобронхит» атамаси ишлатилади.

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, стафилакокк, кўк йирингли таёқча ва аралаш флора) кейинроқ қўшилиб, яллиғланиш жараёнини ва касалликнинг кечишини 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 анамнези, сунъий овқатлантириш, эмлаш, аллергия ҳолатлар, чақалоқлик даврида қайд этилган сепсис, зотилжам ва ўткир респиратор вирусли инфекция муҳим аҳамиятга эга.

Ўткир ларинготрахеитнинг **патогенези** ўткир респиратор вирусли инфекциянинг патогенезига боғлиқ бўлади. Ҳиқилдоқ ва трахея торайишларида шиллиқ парданинг шиши ва қизариши, ҳиқилдоқ ва трахея мушакларининг қисқариши, шиллиқ ости безлари фаолиятининг кучайиши, ҳиқилдоқ ва трахея ёриғида қалин йиринглишилимишиқ 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 қийинлашади. Овоз бойламлар ҳаракатининг чекланганлиги натижасида овоз ёриғи жипс ёпилмайди, натижада беморнинг овози ўзгаради.

Клиник манзараси. Ўткир ларинготрахеитда 3 етакчи белгилар кузатилади:

- 1) хириллаган (шовқинли) нафас;
- 2) қув-қув йўтал;
- 3) овознинг ўзгариши.

Касалик тўсатдан, кўпинча кечаси бошланади. Бола уйқудан уйғонади, безовталанани. Унинг нафас олиши қийинлашади, лаблари кўкаради. Ўткир респиратор вирусли инфекцияда ҳиқилдоқ торайишининг белгилари касаллик бошлангандан кейин турли муддатларда, касалликнинг дастлабки соатларида, 2–3- кунда ва ҳатто ундан кейинги кунларда 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 босқичи;
- II даражаси — субкомпенсация босқичи;
- III даражаси — декомпенсация босқичи;
- IV даражаси — бўғилиш (асфиксия, терминал) босқичи.

Ҳиқилдоқ торайишининг даражасини тўғри баҳолаш адекват даволаш тадбирларини ўтказишда муҳим аҳамият касб этади.

Ҳиқилдоқ торайишининг I даражаси (компенсация босқичи). Бу босқич нафас олиш ҳаракатининг қийинлашиши, бўйинтуруқ чуқур-часининг ичкарига ботиши билан ифодаланади. Нафас олиш ҳаракатининг қийинлашиши бола безовталанганда ёки жисмоний зўриқиш пайтида кучайиб, хириллаган нафасни пайдо бўлиши билан кечади. Боланинг овози одатда бўғиқ бўлади, баъзан ўзгармайди. Ҳиқилдоқ торайишининг I даражасида гипоксемия қайд этилмайди ёки жуда кам бўлиб, pO_2 $71,9 \pm 0,99$ мм сим. уст. га тенг бўлади. Гипо-, нормо-ёки кичик гиперкапния, pCO_2 $34,0 \pm 0,45$ мм.сим.уст аниқланади, 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 қонининг 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 ҳаракатлари 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, перорал кўкариш, тахикардия кузатилади. Қондаги гипоксемия кучаяди (pO_2 $66,1 \pm 1,16$ мм.сим.уст.), гиперкапнияга мойиллик пайдо бўлади (pCO_2 $37,7 \pm 0,5$ мм.сим.уст.). pH кўрсаткичи $7,36 \pm 0,0042$; BE $- 3,8 \pm 0,29$ мэкв/л ни 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 ларингитотрахеит билан оғриган болаларнинг 1/3 қисмида кузатилади ва жуда оғир кечади. Бу босқичда касалликнинг барча клиник белгилари 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 богишига этибор бериш лозим. Ҳиқилдоқ торайишининг III даражасида нафас етишмовчилиги кучайиб боради, 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 бўғилади, тахикардия, пародоксал томир уриши (нафас олинганда томир уриши тўлқинининг тушиб қолиши) қайд этилади.

Ҳиқилдоқ 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.

Ҳиқилдоқ торайишининг IV босқичи (асфиксия, бўғилиш, терминал босқичи). Беморнинг аҳволи оғирлашиб боради ва ўта оғир бўлади. Нафас етишмовчилиги, юрак-қон томир тизимининг ўзгаришлари ва метаболик бузилишлар янада кучаяди. Тана ҳарорати метёрий ёки субфебрил кўрсаткичларгача пасаяди. Беморда чуқур кома ҳолати ривожланиши, талвасалар кузатилиши мумкин. Капилляростаз ва умумий кўкариш белгилари пайдо бўлади. Юрак тонлари бўғиқ, брадикардияга мойиллик қайд этилади. Нафас ҳаракатлари тезлашган, юзаки ёки вақти-вақти билан кузатилган апоноэ 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 ҳоллари кўпинча грипп ва аралаш вирусли касалликларда кузатилади.

Йирингли ларинготрахеобронхит зотилжам билан бирга ривожланган акарсият ҳолларда беморнинг аҳволи тобора оғирлашиб боради, йўталганда йирингли балғам ажралади, тана ҳарорати кўтарилади. Ҳансираш аралаш инспиратор-экспиратор характерга эга бўлади. Беморнинг нафаси шовқинли, хуштаксимон, баъзан товушсиз бўлади. Йирингли ларинготрахеобронхит ҳиқилдоқ 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 формуласининг чап томонга кескин силжиши билан кечган лейкоцитоз аниқланади.

Ўткир вирусли касалликда тораювчи ларинготрахеобронхит билан оғриган ҳар бешинчи ёки олтинчи болада (ҳиқилдоқ 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 кечишини, шу жумладан ҳиқилдоқ торайишининг энгил шакллари ҳам анча оғирлашиб, 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 асоратларнинг қўшилиши касалликнинг клиник кечишида ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Ю.В.Митин (1979) ўткир ларинготрахеитнинг қуйидаги таснифини ишлаб чиқди.

I. Ўткир респиратор вирусли инфекциянинг тури:

1) грипп, парагрипп, аденовирусли инфекция, респиратор-синцитиал инфекция;

2) ЎРВИ вирусининг тури аниқланмаган ҳоллар.

II. Шакли ва клиник варианты;

I вариант – респиратор вирусли касаллик белгиларисиз ўткир бошланиши;

II вариант – респиратор вирусли касаллик белгилари билан бирга ўткир бошланиши;

III вариант – респиратор вирусли касаллик белгилари билан бирга аста-секин ривожланиши.

III. Кечими: 1) узлуксиз; 2) тўлқинли.

IV. Ҳиқилдоқ торайишининг босқичлари:

1) компенсация;

2) қисман компенсация;

3) декомпенсация;

4) терминал.

Тасниф бўйича ташхис қуйидагича ифодаланади: «ЎРВК. Бирламчи ўткир ларинготрахеит, I варианты, узлуксиз кечими. Ҳиқилдоқ торайишининг субкомпенсация босқичи», «Грипп. Қайталанувчи ўткир ларинготрахеит, II варианты, узлуксиз кечими. Ҳиқилдоқ торайишининг компенсация босқичи», «Аденовирус инфекцияси. Бирламчи ўткир ларинготрахеит, III варианты, тўлқинли кечими. Ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи».

Д.И.Тарасов, И.И.Абабий (1972, 1973) таклиф қилган тасниф ўткир ларинготрахеитдаги патоморфологик ўзгаришларни акс эттиради. Тасниф бўйича касаллик 4 шаклга бўлинади:

1) катарал;

2) шишли-инфилтратив;

3) фибринозли-йирингли;

4) некротик шакли.

Ўткир тораювчи ларинготрахеитнинг *катарал* шаклида бевосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ ва трахеянинг юқори бўлимлари шиллик қаватининг қизариши ва бироз шиши аниқланади. Нафас йўллариининг ёриғида қуюқ ажралма тўпланиб, йўталганда қийинчилик билан ажралади ва тез орада пўстлоқлар ҳосил бўлганлиги кўринади.

Ўткир торайтирувчи ларинготрахеитнинг *шишли-инфилтратив* шаклида бевосита ларингоскопия манзараси ҳиқилдоқ шиллик қава-

тининг қизариши, шиши ва инфилтрацияси билан ифодаланади. Овоз бурмалари қизарган ва қалинлашган бўлади. Бурма ости бўшлиғи шиллиқ пардасининг инфилтрацияси катарал шаклига қараганда кескинроқ ривожланган бўлади. Нафас ёриғида кўп миқдорда тез орада пўстлоқлар ҳосил қилиб қурийдиган қуюқ, ёпишқоқ ажралма тўплами кўринади.

Касалликнинг *фибринозли-йирингли* шаклида бурма ости бўшлиғида ҳиқилдоқ ёриғини кескин торайтирувчи шишли болишчалар ва ҳиқилдоқ, трахея, баъзан бронхларнинг инфилтрланган шиллиқ пардасига ёпишган фибринозли-йирингли карашлар кўринади. Карашлар куч билан олинганда остида осон қонайдиган яралар ҳосил бўлади.

Ўткир тораювчи ларинготрахеитнинг *некротик* шаклида бевосита ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси кескин қизарганлиги, ҳиқилдоқ ёриғини кескин торайтириб болишсимон шишганлиги, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шиллиқ пардасида яралар ва кўп миқдорда қуруқ қонли пўстлоқлар борлиги кўринади.

Таххис касалликни бошланиши, клиник белгилари (шовқинли нафас, қув-қув йўтал, овознинг ўзгариши) ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг юқори ва ўрта қаватининг шиллиқ пардаси қизарган, ҳиқилдоқ ва трахея ёриғида пўстлоқлар 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.

Қийёсий таххисот. Ўткир ларинготрахеит ҳиқилдоқ дифтерияси, ҳиқилдоқ ёт жисми, ҳиқилдоқ папилломатози, ҳиқилдоқ хондроперихондрити, ҳиқилдоқ жароҳати, ҳиқилдоқнинг аллергияк шиши, ҳиқилдоқ куйишлари, ҳиқилдоқнинг уремик торайиши; ҳалқум орти хўппози; бронхиал астма, астматик зотилжам, қизамиқ, скарлатина, сувчечакдаги ҳиқилдоқ торайишидан фарқланади. Ҳиқилдоқ *дифтерияси* ўзига хос 3 белгилар билан намоён бўлади: нафас олишнинг қийинлашиши, овознинг афониягача бўғилиши, йўтални овозга мослиги.

Ўткир тораювчи ларинготрахеитда эса беморнинг овози кўпинча бўғилган бўлса-да, қичқирганда жарангдорлиги ўзгармайди. Дифтерияда ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардаси ифлос-қулранг караш билан қопланади (115-расм). Караш қийинчилик билан кўчади, остида қонайдиган яралар қолдиради. Бактериологик текширувда дифтерияда Лёффлер таёқчалари аниқланади. Бундан ташқари, дифтерияда ҳиқилдоқ торайиши касалликнинг умумий белгилари билан бирга аста-секин ривожланади.



115-расм. Ҳиқилдоқ дифтерияси.

Ҳиқилдоқ торайиши синдроми бошқа юқумли касалликларда — қизамиқ, сувчечак, герпетик инфекцияларда ҳам ривожланиши мумкин. Ушбу касалликлар ўзига хос клиник белгилар билан кечади.

Ҳалқум орти хўппозида ҳам нафас олишнинг қийинлашиши кузатилиши мумкин, аммо бунда беморнинг овози ўзгармайди, дағал қув-қув йўтал кузатилмайди. Беморда манқаланиш, нутқнинг ноаниқлиги қайд этилади. Ҳалқум орти хўппозида нафас ҳаракатлари тораювчи эмас, балки хурракли бўлади. Беморнинг оғзи ярим очиқ ҳолатда бўлиб, унда ютиниш ҳаракати қийинлашади. Фарингоскопияда ҳалқумнинг орқа деворида шиш борлиги аниқланади.

Бронхиал астма хуружи ёки бронхобструкция синдроми баъзан ҳиқилдоқ торайиши синдроми сифатида нотўғри баҳоланиши мумкин. Нафас олиш ҳаракатининг кескин қийинлашиши, нафас чиқариш ҳаракатининг узайиши, аускультацияда хуштаксимон хириллашлар эшитилиши тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради. Айрим ҳолларда круп синдроми бронхобструкция синдроми билан кечиши мумкинлигини эсда тутиш лозим. Бундай ҳолларда ҳансираш инспиратор-экспиратор характерга эга бўлади.

Гипервентиляция синдроми ўткир респиратор вирусли инфекцияларда кузатилади ва кўпинча ҳиқилдоқ торайиши сифатида нотўғри баҳоланади. Ушбу синдром болани безовталиги, психомотор қўзғалувчанлик, кўкрак қафаси юмшоқ майдонларини ичкарига ботиши, бурун қанотларининг кенгайиши билан кечган кескин ҳансираш ва иситма билан намоён бўлади. Беморнинг нафаси тезлашади. Гипервентиляция синдромида буфер асосларининг кескин етишмовчилиги билан кечган гипокапния, энгил гипоксемия кузатилади.

Ҳиқилдоқ ёт жисми ҳам бўғилиш ҳолатига сабаб бўлиши мумкин. Анамнез маълумотлари нафас йўллари ёт жисми ташхисини қўйишга ёрдам беради. Ёт жисм туфайли ривожланган ҳиқилдоқ торайиши кўпинча кундузи овқатланиш ёки ўйин пайтида соғлом болада тўсатдан пайдо бўлади. Кўкариш билан бирга кечган йўтал хуружи кузатилади. Ўткир тораювчи ларингитларда нафасни қийинлашиши кўпинча кечаси, бола ухлаган пайтда кузатилади. Бундан ташқари, нафас йўллари ёт жисмида респиратор касалликнинг клиник белгилари кузатилмайди, беморнинг тана ҳарорати меъёردа бўлади. Эрта бажарилган бевосита ларингоскопия текшируви аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Ҳиқилдоқ папилломатози аста-секин ривожланади. Ҳиқилдоқ папилломатозидо ривожланган нафас етишмовчилиги кўпинча уйқу пайтида кескинлашади, аммо болани безовта қилмайди. Шунини эсда тутиш лозимки, ҳиқилдоқ папилломатози билан оғриган беморларда респиратор вирусли инфекциянинг қўшилиши натижасида яллиғланиш белгилари ривожланиши мумкин. Бевосита ларингоскопия текшируви аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради (116-расм).

Ҳиқилдоқ торайишида даволаш талбирлари қуйида тартибда олиб борилади:

1) шошилинч 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 шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш (тент остида ингаляциялар ёрдамида даволаш);

4) ўткир ларинготрахеитда ва ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида беморга шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш билан бирга давомли интубация ва трахеостомия амалини бажариш;

5) давомли интубация ва трахеостомиядан сўнг беморларни реабилитация қилиш.

Ўткир ларинготрахеит билан оғриган беморларда қуйидаги даволаш талбирлари ўтказилади:

1. *Рефлектор чалғитувчи терапия.* Беморнинг оёқларига иссиқ ванна қилинади, 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% ли нафтизин, 0,1% ли адреналин гидрохлорид, 0,1% ли атропин сульфат, 1% ли димедрол, 2,5% ли пипольфен эритмалари, гидрокортизон, химотрипсин, трипсин, муколитиклар, синупрет, ичимлик содаси.

3. *Нисбий намлиги юқори бўлган микроиқлимни яратиш.* Ўткир ларинготрахеитни даволаш самарасини ошириш мақсадида ҳиқилдоқ торайишининг II—III—IV босқичларида бемор ҳавонинг нисбий намлиги 70—80% гача оширилган полиэтилен тент ёки махсус кислород палаткасига ётқизилади. Бундай даволаш усули нисбий намлиги юқори бўлган микроиқлимни яратиш, ҳавода кислород ва турли дориларнинг керакли миқдорини ҳосил қилиш мақсадида қўлланилади. Чунки об-ҳавоси қуруқ ва иссиқ бўлган иқлим шароитида бурун ва бурун-ҳалқумнинг шиллиқ пардаси нафас йўллариغا кираётган ҳавони намлашга ва тозалашга улгурмайди, натижада пастки нафас йўлидаги шилимшиқ балғам қуюқлашиб, нафас йўлларини торайтирувчи пўстлоқларга айланади. Буни олдини олиш учун палатка ичига етарли миқдорда сув ва шифобахш ўсимликларнинг буғлари



116-расм. Ҳиқилдоқ папилломатози.

етказилади. Бир вақтнинг ўзида палатканинг ҳавоси 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; билвосита ларингоскопияда нафас йўлларидаги балғам электрсуғрич ёрдамида сўриб олинади. Қалин ажралма ва пўстлоқлар тўплами нафас йўлларида чиқарилгандан сўнг ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардасига гидрокортизон эмульсияси пуркалади. Шундан сўнг беморнинг нафаси анча енгиллашади. Баъзан муолажани бир неча бор такрорлашга тўғри келади.

4. *Антибиотикотерапия.* Бемор боланинг ёшини ва касалликнинг клиник кечишини ҳисобга олган ҳолда бир ёки икки антибиотик (ампициллин, цефамизин, клофаран, цефазолин, кефзол, амоксиклав) керакли миқдорда ичишга, мушак орасига ёки томир ичига юборилади.

Вирусларга қарши дори воситаларидан 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 преднизолон касалликнинг енгил турида ҳар 1 кг тана вазнига 1–3 мг дан, оғир кечимида 3–5 мг дан, гидрокортизон – енгил кечимида 3–5 мг дан, оғир кечимида – 5–10 мг дан, дексаметазон – енгил кечими 0,3–0,5 мг дан, оғир кечимида – 0,5–0,8 мг дан мушак орасига ёки томир ичига юборилади.

6. *Эксикоз ва токсикоз билан курашиш* мақсадида томир ичига томчилаб 5–10 % ли глюкоза, неокомпенсан, реополиглюкин, қон зардоби, 10–20% ли альбумин ҳар 1 кг тана вазнига 30–50 мл дан юборилади.

7. *Спазмолитик* дори воситаларидан папаверин, адреналин, эфедрин, нафтизин, эуфиллин, но-шпа керакли миқдорда мушак орасига ёки ингалиция шаклида тавсия этилади.

8. *Десенсибилизация тадбирлари.* Яллиғланишнинг аллергик омилени 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. Воҳидов 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 мл 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% ли димексид эритмаси 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 500–10000 ТБ миқдорда, фибринолизин 1500–20000 ТБ миқдорда қорин соҳаси териси остига ёки томир ичига юборилади.

11. *Муколитиклар* патологик ажралмани нафас йўлларида чикарилишини осонлаштириши туфайли улар ўткир ларинготрахеитни даволашда кенг қўлланилади. Беморга балғам ажратувчи микстуралар, АЦЦ-100, АЦЦ-200, АЦЦ-ЛАНГ, 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 оксибутират томир ичига ёки мушак орасига 50мг/кг миқдорда юборилади.

13. *Дармондорилардан* беморга аскорбин кислотаси, В гуруҳи витаминлари буюрилади.

14. *Симптоматик терапия* тана ҳароратини тушириш, оф-риксизлантириш, 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, кўка, 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) (117-расм).



117-расм. Интубация.

Интубация умумий оғриқсизлантириш остида ёки беморнинг аҳволи оғир бўлган ҳолларда оғриқсизлантиришсиз бажарилади. Трахея ёриғига киритишдан олдин найчага лоринден малҳами суртилади.

Назотрахеал интубациянинг афзаллиги шундан иборатки, бола найчани тишлаб, унинг ёриғини ёпмайди. Бундан ташқари, болани оғиз орқали овқатлантириш имкони яратилади. Бемор найчага ўргангандан сўнг унга тинчлантирувчи дорилар бериш тўхтатилади.

Интубация бажарилгандан сўнг врач бемор ўпкасини аускультация қилиши лозим, чунки баъзан чуқур киритилган найча чап бронх ёриғини ёпиб қўйиши мумкин. Интубациянинг дастлабки кунларида беморга тинчлантирувчи дори воситалари буюрилади (ГОМК, седуксен, сибазон).

Шилимшиқ ва йирингли балғам найча деворига ёпишиб, қуриydi 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 дорили аэрозоллар ёрдамида даволаш тадбирлари давом эттирилади.

Ҳиқилдоқ торайиши давомли интубация ёрдамида бартараф этилмаган ҳолларда беморда трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади.

Трахеостомия жарроҳлик амалида трахея ва ташқи муҳит орасида қисқа ёки узоқ муддатли алоқа йўли ҳосил қилинади. Трахеостомия жарроҳлик амали трахеяни кесиш усули бўлиб, трахеостомиянинг бир босқичи ҳисобланади.

Трахеостомия қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

I. Механик бўғилишни олдини олиш мақсадида (нафас йўллари-нинг ўтказувчанлиги бузилганда): 1) ҳиқилдоқ ва трахея жароҳатлари; 2) қуйдирувчи моддалар (сирка кислотаси, каустик сода, сульфат ва азот кислотаси) билан заҳарланиш; 3) эндотрахеал наркоздан сўнг ривожланган ўткир ҳиқилдоқ торайиши; 4) ўсмалар ёки яллиғланиш туфайли ривожланган ўткир ҳиқилдоқ торайиши; 5) ҳиқилдоқ ва пастки нафас йўллари-нинг ёт жисми; 6) ҳиқилдоқ ва ҳалқум мушаклари фалажида.

II. Нафас йўллари-ни тозалаш мақсадида (нафас йўллари-нинг ўтказувчанлиги аспирация ва секретция моддалар туфайли бузилганда): 1) қайд қилинган суюқликни нафас йўлига кириши; 2) нафас йўллари-да балғам тўпланиши; 3) ўпка шиши.

III. «Зарарли» бўшлиқни камайтириш ва нафас йўллари ўтказувчанлигини яхшилаш мақсадида (трахеобронх дарахти окклюзиясида ва нафас биомеханикаси бузилганда): 1) қовурғаларни синиши ва парадоксал нафас; 2) кўкрак қафасида бажарилган жарроҳлик амалида юз берган нафас етишмовчилиги.

IV. «Зарарли» бўшлиқни камайтириш мақсадида (нафас йўллари ўтказувчанлиги сақланган ҳолда ўткир нафас етишмовчилиги ривожланганда): бош мия ва калла суяги жароҳатлари, қон айланишининг ўткир бузилиши, бош мия ўсмаси туфайли патологик нафас ритмининг пайдо бўлиши.

V. Сунъий нафасни қўллаш мақсадида (нафас етишмовчилиги ривожланган ёки нафас ҳаракатлари йўқотилган бемор трахеостомия жарроҳлик амалига муҳтож бўлганда): 1) дорилар билан заҳарланиш (кокаин, уйқу дори); 2) сувга чўкиш; 3) электр токи билан жароҳатланиш.

Ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация ва терминал босқичлари ҳам трахеостомия жарроҳлик амалини бажариш учун кўрсатма ҳисобланади.

Трахеостомия жарроҳлик амали қуйидаги тиббий асбоблар ёрдамида бажарилади: ўткир тиг, анатомик ва жарроҳлик пинцети, бир нечта тишли ва тишсиз жароҳат кенгайтиргичлар, турли ўлчамдаги қисқичлар, элеватор, иккита ўтмас ва битта ўткир илгак, Труссо трахея кенгайтиргичи, жарроҳлик игналари, игнаушлагич, шприц, турли ўлчамдаги трахея найчалари, стерил дока қийиқлар ва иплар. Қайд этилган асбоблар тўплами бўлмаган ҳолларда трахеостомия жарроҳлик амали қўл остидаги бошқа асбоблар ёрдамида бажарилиши мумкин.

Қалқонсимон безнинг оралиқ қисмига нисбатан 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 қўлланади. 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% ли новокаин ёки 0,5% ли тримекаин эритмалари ишлатилади. Экстремал вазиятларда трахеостомия оғриқсизлантиришсиз бажарилиши мумкин.

Юқори трахеостомия жарроҳлик амали қуйидаги тартибда бажарилади (118-расм):

бемор бошини орқага ташлаган ҳолда чалқанчасига ётқизилади, елкаси остига қаттиқ болишча қўйилади (бундай ҳолатда ҳиқилдоқ ва трахея бўйиннинг олд юзасига яқинлашади);

бўйин ўртасида тери, тери ости тўқимаси ва юзаки фасция қалқонсимон тоғайнинг пастки четидан бўйинтуруқ ўймасигача кесилади, жароҳат майдонида қон оқиши тўхтатилади;

кейин бўйин ўрта венасини силжитиб ёки боғлаб оқ чизиқ майдони (тўш-тил ости мушакларининг бирикиш жойи) топилади;

оқ чизиқ 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;

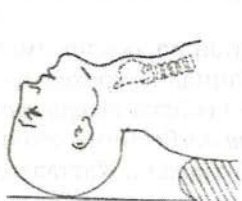
қалқонсимон безнинг оралиқ қисми ўтмас усулда ажратилиб, элеватор ёрдамида пастга тортилади;

ўткир бир тишли илгак ёрдамида узуксимон тоғай юқорига ва олдинга кўтарилади;

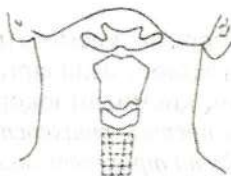
трахея тоғайлари қалқонсимон безнинг оралиқ қисмидан юқорида очилиб, бўйи бўйлаб кесилади;

жароҳат майдони Труссо кенгайтиргичи ёрдамида кенгайтирилади ва интубация найчаси юқорига тортилади. Кейин трахея ёриғига трахеостомия найчаси (трахеоканюля) киритилади.

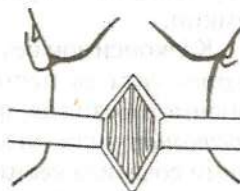
Найчани киритиш пайтида врач унинг учини жароҳат соҳасида гавдага nisбатан сагиттал текисликда ўрнатади. Кейин фронтал текисликда бураб трахея ёриғига киритади.



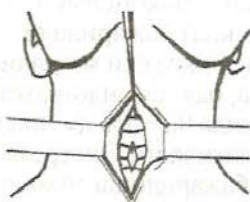
а) беморнинг ҳолати;



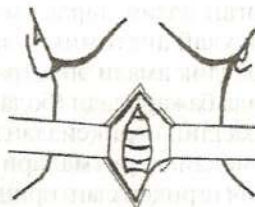
б) терини кесиш;



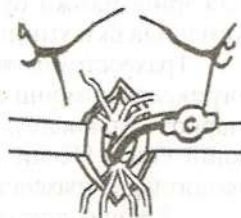
в) бўйин оқ чизиғи;



г) трахея ҳалқаларининг кўриниши;



д) трахея ҳалқаларини илгакка олиш;



е) трахеостомия найчасини трахеяга киритиш.

118-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. Тери ости эмфиземасини 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% ли дикаин эритмаси юборилади ёки 10% ли 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. Кесилган ҳар учига айланма чок қўйилади. Шундан сўнг қалқонсимон безнинг оралиқ қисми соҳасида трахея ҳалқалари кесилади ва стома ҳосил қилинади.

Трахеостомия жарроҳлик амали пайтида қуйидаги *асоратлар* кузатилиши мумкин: трахеяни очишдан олдин беморда нафасни тўхтаб қолиши, трахеяни очишдан олдин ёки очилгандан сўнг юрак фаолиятининг тўхтаб қолиши, жароҳат майдонидан кўп миқдорда қон оқиши, қизилўнғачни жароҳатланиши, стомани бўйин мушаклари билан бирга нотўғри тикиш, умуртқа поғонасининг жароҳатланиши, тери ости ва кўкс оралиғи эмфиземаси, пневмоторакс, нафасни қийинлашиши, пневмомедиастинум, кечки аррозив қон оқишлар, трахеостомия найчасини жароҳат майдонидан чиқиб кетиши, трахеостома майдонининг яллиғланиши, трахеостомиядан кейинги аэрофагия (ёш болаларда), жарроҳлик амалидан кейинги зотилжам, ҳиқилдоқ перихондрити, ҳиқилдоқнинг чандиқли торайиши.

Трахеостомия найчасининг қон томири уришига мос ҳаракатланиши уни йирик қон



119-расм. Трахеостомия найчаси қўйилган бемор.

томирига яқин жойлашганлигидан далолат беради. Бундай ҳолларда трахеостомия найчаси қон томир деворини жароҳатлаши ва кучли қон оқишига, ҳатто ўлим ҳолатига сабаб бўлиши мумкин. Бундай офир асоратни олдини олиш учун трахеостомия найчаси бошқа жойга кўчирилади.

Юқорида қайд этилган асоратларни олдини олиш учун трахеостомия жарроҳлик амали интубациядан сўнг, умумий эндотрахеал огриқсизлантириш остида, асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда бажарилиши лозим.

Болаларда трахеостомия жарроҳлик амалининг 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 суюгининг 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 бироз юқорироқда жойлашади. Шунинг учун пастки трахеостомия жарроҳлик амалида қон томир жароҳатланиши хавфи 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 кесим ёрдамида кесилади (энига кесилганда найча юқорида жойлашган тоғай ҳалқасини босиб, трахея ёригининг шаклини бузади, бунинг натижасида трахея деворидаги тешик қумсоат шаклида торайиш ҳосил қилиши мумкин).

Дастлаб скальпель 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 огриқсизлантириш остида бажарилганда трахея ҳалқалари нафас чиқариш пайтида кесилиши лозим. Нафас олиш ҳаракатида трахеянинг орқа девори қизилўнгачга яқинлашади, шунда беморда қизилўнгач 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, ҳалқа-

лари юпқа бўлганлиги туфайли трахеостомия найчасини киритишда Труссо кенгайтиргичи ишлатилмайди (чунки у тоғай ҳалқаларини синишига ва перихондрит асоратини ривожланишига сабаб бўлади. Перихондрит асорати деканюляцияни қийинлаштириб, трахеяда чандиқли торайиш ҳосил бўлишига ёрдам беради).

Ёш болаларда трахеостомия найчаси юмшоқ резина катетер (йўлбошчи) ёрдамида ёки қийиқ тишсиз ингичка қисқич орасидан киритилади. Катетернинг ўлчамлари найчанинг ташқи ўлчамларига мос келиши лозим. Реанимация муолажаларига эҳтиёж туғилганда кесилган трахея ҳалқалари ипак чок ёрдамида теридаги жароҳат майдонига тикиб қўйилади; бунда игна трахеядаги жароҳат четидан 0,5 см масофада санчилади. Трахеостома шаклангандан сўнг найчани киритиш осон кечади. Бўйиндаги жароҳат майдонининг юқори ва пастки бурчакларига чок қўйилади, трахеостомия найчаси остига зарарсизлантирилган дока қийиқ жойлаштирилади, найчанинг қулоқчаларидан ўтказилган дока тасма беморнинг бўйнига бўшроқ қўйилиб боғланади.

Трахеостомия жарроҳлик амали бажарилган беморни парвариш қилиш ишлари реанимация бўлимида олиб борилади. Жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг дарҳол трахея ва бронхлар аспирация қилинган қон ва патологик ажралмадан 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, фурациллин эритмалари билан ишлов берилади, лоринден, целестодерм малҳамлари суртилади. Патологик ажралмалар тўпланиб, трахеостомия найчасининг ёригини торайтирганда найча тозаланиши лозим. Пўстлоқлар ҳосил бўлишини олдини олиш ва инфекция билан курашиш мақсадида ҳаво намлигини ошириш (натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан ингация қилиш), трахеянинг ёриғига 0,5% ли натрий гидрокарбонат, 0,5% ли диоксидин, фурациллин (1:5000), протеолитик ферментлар (химотрипсин, химопсин), антибиотик ва кортикостероидлар эритмасини пуркаш тадбирлари ўтказилади. Беморга кўкрак қафасини уқалаш, нафас гимнастикаси ва физиотерапия муолажалари тавсия қилинади.

Трахеостомия жарроҳлик амалини бажариш учун шароит бўлмаган экстремал вазиятларда *коникотомия* ёки *крикоконикотомия* жарроҳлик амаллари бажарилади: узук-қалқонсимон (*lig. cricothyroideum*) бойлам ёки шу бойлам ва узуксимон тоғайнинг ёйи бирга кесилади. Коник бойлам пайпаслаб топилади. Коникотомия жарроҳлик амали ҳиқилдоқ перихондритининг ривожланишига олиб келиши, кейинчалик деканюляцияни қийинлаштириши мумкин. Шунинг учун қулай фурсат туғилганда трахеостомия жарроҳлик амали бажарилиб, найчанинг жойи алмаштирилади.

Болаларда ўткир ларинготрахеитни олдини олиш тадбирларига гигиена қоидаларига риоя қилиш, болани чиниқтириш, ўткир ларинготрахеит билан кечган ўткир респиратор касалликлар билан тез-тез касалланган болаларни диспансер назорати остига олиш, нафас йўллариининг сурункали касалликлари, шу жумладан сурункали тонзиллитни даволаш тадбирлари киради.

Ҳиқилдоқ ва трахеянинг сурункали яллиғланиши барча ЛОР касалликларининг 8,4% ини 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 патологияси (сурункали ринит, синуситлар, бурун тўсиғи қийшиқлиги, тонзиллит, фарингит, аденоидлар, бурун полиплари), юрак қонтомир ва ўпка касалликлари, аллергия ҳолатлар ва ҳ.к. Сурункали ларингит билан оғриган беморда кўпинча меъда-ичак, юрак, қонтомир, 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 бўғилади, 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 анамнез маълумотлари, клиник манзара ва билвосита ларингоскопия маълумотлари асосида қўйилади.

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 ҳиқилдоқ ичига антибиотик билан гидрокортизон аралашмаси: 4 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси, 150 000 ТБ ампициллин, 250 000 ТБ стрептомицин, 30 мг гидрокортизон 1—1,5 мл миқдорда

ҳиқилдоққа 2 маҳал қўйилади. Худди шу аралашмани ингаляция шаклида қўллаш ҳам яхши натижа беради, даволаш 10 кун давом эттирилади.

Микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқлангандан сўнг маҳаллий даволаш учун қўлланилган антибиотик алмаштирилади. Зарур бўлганда ҳиқилдоқ ичига қўйиладиган аралашма таркибидан гидрокортизонни чиқариб, муколитик таъсирга эга химопсин, флуимупил ёки бронхоприт қўшилади. Ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардасига таркибидан антибиотик, анальгетик, антисептик дори воситаларига эга биопарокс, ИРС-19 аэрозоллари сепилади.

Ёғли-ишқорли ва ёғли ингаляциялар ҳилпировчи эпителий фаолиятига салбий таъсир кўрсатиши туфайли, бундай муолажаларни қўллаш чекланади. Сурункали катарал ларингит билан оғриган беморга қуруқ денгиз соҳили шароитида дам олиш тавсия қилинади.

Даволаш тadbирларини вақти-вақти билан такрорлаш талаб этилади, акс ҳолда сурункали катарал ларингит гиперпластик ёки атрофик шаклларига айланиши мумкин.

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;

ҳиқилдоқ пахидермияси;

ҳиқилдоқ қоринчалари шиллиқ пардасининг гипертрофияси ёки пролапси;

сурункали бурма ости ларингити.

Клиник белгилари. Бемор асосан овози бўғилганига ва толиқишига шикоят қилади. Овозни афонияча бўғилиши кўпинча чўмичсимон тоғайлар ораси пахидермиясида кузатилади. Касаллик авж олган даврда беморни томоғи қичиши, ачишиши, ютинганда ёт жисм борлигини ҳис қилиш, вақти-вақти билан шилимшиқ балғамли йўтал безовта қилади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ларингоскопия, стробоскопия, микроларингоскопия ва бошқа текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Сурункали гиперпластик ларингитнинг тарқоқ шаклида ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси қалинлашади, мўрт бўлиб қолади, қизаради; чети қалинлашган ва ўзгарган овоз бурмалари бир-бирига тўлиқ жипслашмайди.

Сурункали гиперпластик ларингитнинг чегараланган шаклида (хонанда тугунчалари)



120-расм. Хонандалар тугунчаси.

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 (120-расм). Катталарда тугунчалар «хонандалар тугунчаси», болаларда «қичқирувчилар тугунчаси» деб аталади. Улар овоз ёриғини тўлиқ ёпилишига тўсқинлик қилади ва беморда овознинг жарангдорлиги пасаяди.

Даҳлиз бурмаларининг бир ёки икки томонлама гиперплазияси овоз бурмаларини қисман ёки бутунлай ёпиб қўйиши мумкин.

*Ҳиқилдоқ пахидермияси*да 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 кузатилади, бириктирувчи тўқима дағаллашиб, базал ва бигизсимон қаватда хужайралар сони кўпаяди. Яллиғланиш ўсмаси (грануляция тўқимаси) овоз бурмаларининг орқа қисмида ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги бўшлиғида жойлашган бўлади. Ҳиқилдоқ ёриғида кам миқдорда қалин ажралма, айрим жойларда пўстлоқлар ҳосил бўлиши кузатилади. Овоз бурмалари бир-бирига тўлиқ жипслашмайди.

Ҳиқилдоқ гиперкератозлари да юқорида қайд этилган клиник белгилардан ташқари шиллиқ парданинг юқори қаватида ҳам хужайралар сони кўпаяди. Ҳиқилдоқ пахидермияси, лейкоплакияси ва гиперкератози одатда чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиғида ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги бўшлиқда жойлашади.

Ҳиқилдоқ қоринчалари шиллиқ пардасининг гипертрофияси (пролапси) 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. Бевосита ларингоскопияда овоз бурмаларини ёпиб турувчи 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 (Рейке-Гайека ларингити)* учрайди. Бунда овоз бурмаларининг олд қисмида полипсимон шиш пайдо бўлиб, бемор нафас олганда у кема елканидай тебранди. Сурункали ларингит *дискератоз* билан бирга кечган ҳолларда жараён хавфли ўсмага айланиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ларингоскопия, стробоскопия, микроларингоскопия ва бошқа, текширувлар натижалари асосида қўйилади. Ҳиқилдоқ касалликларида микроларингоскопия айниқса қимматли маълумот беради. Бевосита ва билвосита

микрларингоскопия текшируви жарроҳлик микроскопи ёрдамида бажарилади. Бу усул ҳиқилдоқнинг хавfli ва хавфсиз ўсмаларини аниқлашга, биопсия текширувини ўтказишга ёрдам беради. Бевосита ларингоскопия ва стробоскопияда шиллиқ парданинг чегараланган ёки тарқоқ гиперплазияси, чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиғида ва ҳиқилдоқнинг бошқа бўлимларида қалин шилимшиқ балғам тўпланганлиги кўринади.

Қиёсий таъхисот. Гиперпластик ларингитнинг чегараланган шакллари специфик юқумли гранулема (склерома, сил ва захм касалликлари) ва ҳиқилдоқ ўсмаларидан фарқланади. Аниқ таъхис серологик реакциялар ва биопсия маълумотлари асосида қўйилади. Эндоскопик текширувда кўпинча специфик тугунчалар — асимметрик ҳолда, гиперплазия жараёнида — симметрик ҳолда жойлашганлиги аниқланади.

Даволаш. Сурункали ларингитни, айниқса сурункали гипертрофик ларингитни даволаш жуда қийин, чунки даволаш тадбирлари яхши натижа бермайди. Шунинг учун касалликни келтириб чиқарувчи сабабларини бартараф этиш мақсадга муфовиқ.

Биринчи навбатда зарарли омилларнинг таъсири бартараф этилади, овоз гигиенасига риоя қилиш талаб этилади. Касаллик авж олган даврда беморга ўткир катарал ларингитда қўлланадиган даволаш тадбирлари буюрилади. Сурункали гипертрофик ларингитни даволашда патологик жараённинг кескинлиги, кечими ва микрларингоскопия манзараси эътиборга олинади. Зарарланган майдонга 2 ҳафта давомида кунора 5—10% ли кумуш-нитрати эритмаси суртилади. Ҳиқилдоқ ичига яллиғланишга қарши дори воситалар — 10% ли иманин, натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилган химотрипсин, гидрокортизон, каланҳоэ шарбати ёки 3% ли колларгол ва таниннинг сувли-глицеринли эритмаси юборилади. Шиллиқ парданинг чегараланган гиперплазияси эндоларингеал усулда олиб ташланади, биопсияда олинган тўқима бўлаги гистологик текширувга юборилади.

Ҳозирги кунда гиперплазияга учраган эпителий, пахидермия, лейкоплакия ва полиплар эндоскопия жарроҳлик амали ёрдамида олиб ташланади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 10% ли лидокаин, 2% ли кокаин, 2% ли дикаин эритмалари ишлатилади.

Сурункали гипертрофик ларингитда ривожланган ҳиқилдоқ дискератози саратон олди касалликлари гуруҳига киради. Шунинг учун бундай беморлар диспансер назорати остига олиниб, онкологик текширувлардан 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 ҳужайрали инфильтрация жараёни юзага келади. Жараён ривожланган сари бириктирувчи тўқима

жипслашиб безлар сони камаяди, қон-томирлар облитерацияга учрайди. Зарарланмай қолган безлар ишлаб чиқарган ажралма қалин ва қурийдиган бўлиб, тез орада пўстлоқларга айланади.

Сурункали атрофик ларингит мустақил касаллик сифатида кам учрайди. Унинг ривожланишига кўпинча атрофик ринофарингит сабаб бўлади. Атроф муҳит ва меҳнат шароити, меъда-ичак касалликлари ва бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши 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 бўғилиши 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 қалин ажралма ва қуруқ пўстлоқлар билан қопланганлиги кўринади. Фонация пайтида овоз бойламлари зич жипслашмай, улар орасида овал тирқиш қолади. Қалин ажралма ушбу тирқиш соҳасида тўпланиб, қуруқ пўстлоқларга айланиши мумкин.

Даволашда биринчи навбатда касалликнинг ривожланишига сабаб бўлган омиллар бартараф этилиши лозим. Беморга чекиш, алкоголь ичимликларни ва ўтқир таомларни истеъмол қилиш ман этилади, овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади. Атрофик ларингитда балғам суюлтирувчи синупрет, бронхопрет, АЦЦ-100-200, АЦЦ-ЛОНГ ва балғам кўчирувчи дори воситалари, калий-ишқорли, водород сульфидли ва ёғли ингаляциялар тавсия қилинади. Натрий хлориднинг 200 мл изотоник эритмасига 5 томчи 5% ли йоднинг спиртли эритмасини кўшиб ҳалқумни чайиш ва шу эритма билан ингаляция қилиш тавсия қилинади. Муолажа кунига 2 маҳал 5—6 ҳафта давом эттирилади. Бир муолажада 30—50 мл эритма ишлатилади.

Вақти-вақти билан беморга 1—2% ли ментол ёғи билан ингаляция қилиш тавсия қилинади, уни 10 кун давомида ҳиқилдоқ ичига кўйиш ҳам яхши самара беради. Ҳиқилдоқ шиллиқ парда ости безларининг фаолиятини фаоллаштириш мақсадида беморга 2 ҳафта давомида 30% ли калий йодид эритмасини 8 томчидан 3 маҳал ичиш буюрилади (дорини буюришдан олдин беморнинг йод дори воситасига сезгирлиги аниқланади).

Бурун-ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг атрофик жараёнлари бирга кечган ҳолларда ҳалқум орқа девори ён бўлимларининг шиллиқ пардаси остига новокаин ва алоэ аралашмасини (1 мл 1% ли новокаин эритмаси ва 1 мл алоэ) юбориш яхши натижа беради. Аралашма ҳалқум шиллиқ пардасининг остига ҳар икки томонига 2 мл дан юборилади. Инъек-

циялар ҳар 5—7 кунда такрорланади, жами 7—8 муолажа ўтказилади. Ҳиқилдоқ ёриғида пўстлоқлар ва ёпишқоқ қалин ажралма тўпланганда трипсин, химотрипсин аэрозоль терапияси тавсия қилинади.

Ҳиқилдоқнинг тугма торлиги (стридор). Касаллик чақалоқлик даврида кузатилади, 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 қоникарли бўлади. Бола улғайгандан сўнг касаллик ўз-ўзидан йўқолади. Бундай инспиратор шовқин нафас олинганда ҳиқилдоқ усти қопқоғи юмшоқлиги туфайли чўмич-ҳиқилдоқ усти бурмалари билан бирга ҳиқилдоқ ёриғига кириб қолиши натижасида юзага келади; нафас чиқарилганда улар яна ўз жойини эгаллайди. Бола ўткир респиратор касаллик билан оғриганда қур-қур нафас кучаяди.

Бола улғайганда инспиратор шовқин камаймаса, унда ҳиқилдоқнинг органик касаллигини (киста, овоз ёриғи мембранаси) инкор этиш учун бевосита ларингоскопия текшируви ўтказилади.

Ларингит
↳ **Ҳиқилдоқ мушаклари ҳаракатининг бузилиши** икки клиник шаклда, яъни мушаклар фаолиятининг ошиши ва сусайиши, ёки бутунлай йўқотилиши билан (парез ва фалаж) кечади. Келиб чиқиши сабабларига қараб *марказий* ва *периферик* шаклларга бўлинади.

Ҳиқилдоқ мушакларининг марказий фалажи сириномиелия, тарқоқ склероз, ўткир полиомиелит, орқа мия сухоткаси, истерия ва бош мия қобиғи, варолий кўприги, узунчоқ ва бош мия поясининг бошқа қисмларида жойлашган захм гуммаси ярасида, ўсмаларда ва бош мияга қон қуйилиши 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 ўмров 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) қайталанувчи асаб толасини инфекция-токсик зарарланишида;
- 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.

Қайталанувчи асаб толасининг *инфекцион-токсик зарарланиши* кўпинча грипп ва ўткир респиратор касалликларда, ўпка силида, баъзан дифтерияда, ич терламада, вирусли гепатитда, бош ва юз

соҳаси сарамаси, захмда ривожланади. Агар грипп ва ўткир вирусли касалликларда фалажнинг (парез) ривожланишига бевосита неврит сабаб бўлса, сил касаллигида унга асаб толасининг босилиши билан кечган периневрал фиброз жараёни сабаб бўлади.

Бундан ташқари, қайталанувчи асаб толаси ўпка силида бажарилган жарроҳлик амали пайтида (жарроҳлик амали пайтида ёки жарроҳлик амалидан кейинги даврда шиш, гематома, периаденит, сурункали медиастинитда чандиқлар билан босилиши) натижасида зарарланиши мумкин.

Қайталанувчи асаб толаси *эндош аъзолар ўсмаларида* — ўпка, қизилўнғач (юқори ва ўрта қисми), кўкс оралиғи ўсмалари (саркома, тимома ва қалқонсимон без кистаси, тўш орқаси буқоғи, қалқонсимон безнинг кўкрак қафаси ичи ўсмалари — таратома, липома, бронх- 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 захарланиш жараёнлари натижасида зарарланади. Беморда овоз ўзгариши белгиси қайд этилган касалликларнинг дастлабки белгиларидан бири сифатида намоён бўлади.

Буқоқнинг тугунча шаклида, тўш орқасига тарқалган ёки хавфли ўсмага айланган буқоқда ҳам қайталанувчи асаб толаси зарарланиши мумкин. Ҳиқилдоқ фалажига баъзан струмэктомия сабаб бўлади (қайталанувчи асаб толасининг жарроҳлик амали пайтида жароҳатланиши ёки уни жарроҳлик амалидан кейинги даврда шиш, гематома, чандиқлар билан босилиши натижасида).

Ҳиқилдоқ асаб толасининг юқори шохчаси жароҳатланганда беморда йўтал билан кечган қисқа муддатли дисфония кузатилади.

X жуфт бош мия асаб толаси (IX ва XI асаб толалари билан бирга) бўйинтуруқ тешиги соҳасида гломул ўсмаси билан босилганда ҳам беморда қайталанувчи асаб толаси фалажининг белгилари кузатилади.

Бундан ташқари қайталанувчи асаб толасининг фалаж ёки парезлари *юрак ва йирик қон томир касалликларида* ҳам учрайди. Уларнинг ривожланишига аорта кенгайиши (захм, мезаортит), митрал клапанининг торайиши туфайли юз берган юрак, айниқса чап бўлмачанинг кенгайиши сабаб бўлади (Ортнер синдроми). Бунда катталашган чап юрак бўлмачасининг қулоқчаси қайталанувчи асаб толасини аорта ёйи томон босади. Юрак етишмовчилигининг декомпенсация босқичида қайталанувчи асаб толаси ўпка артерияси билан босилган бўлади. Ҳиқилдоқ мушакларининг фалаж ва парези ўткир ревмокардит, кифосколиоз, перикардит, миокард инфарктида ривожланган юрак кенгайишида ҳам юз бериши мумкин.

Битмай қолган артериал йўлни бартираф этиш жарроҳлик амалида ҳам қайталанувчи асаб толаси жароҳатланиши (жарроҳлик амали пайтида ёки жарроҳлик амалидан кейинги даврда асаб толасини лигатура соҳасидаги шиш билан босилиши натижасида) юз бериши мумкин.

Қайталанувчи асаб толасининг “идеопатик” фалажлари, яъни сабабсиз ривожланган парез ва фалажлари кўпинча юқорида қайд этилган ва инфекцион-токсик характерга эга касалликлар ёки аниқланмаган ўсмалар туфайли ривожланади.

Шунинг учун қайталанувчи асаб толаси парези ва фалажларида, чуқур клиник ва лаборатория текширувларини ўтказиш, ҳар 2–3 ойда беморни мутахассис кўригига юбориш лозим.

Ташхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, клиник белгилар (овознинг бўғилиши, дисфония, енгил ҳансираш) ва ларингоскопия, стробоскопия ва бошқа текширув маълумотлари асосида қўйилади.

Бир томонлама тўлиқ фалажда овоз бурмаси одатда ўртада жойлашади, яъни интермедиал ҳолатни эгаллайди (чуқур нафас ва фонация ҳолатлари оралиғи). Бу ҳолат кўпинча «ўлик ҳолат» деб аталади, аммо бу нотўғри, чунки ўлимдан сўнг овоз бурмалари кўпинча турли (ички ёки ташқи) ҳолатларда жойлашади. Баъзан қайталанувчи асаб толаси фалажида овоз бурмаси ички ва ҳатто ташқи ҳолатни эгаллаши мумкин.

Қайталанувчи асаб толасининг жароҳатдан кейинги ва инфекцион-токсик зарарланишида аксарият ҳолларда фалаж — қисқа вақт ичида, ўсма ёки бошқа жараён билан босилганда — аста-секин ривожланади.

Давомли (6 ойдан ортиқ давом этган) ҳиқилдоқ фалажида овоз бурмалари атрофияга учрайди, юпқалашади ва осилиб туради, эркин четлари ярим ой шаклида бўртиб туради, чўмичсимон тоғай бироз олдинга ва ичкарига силжийди. Бундай фалаж билан оғриган беморларда компенсация ҳодисаси кузатилади, яъни соғлом овоз бурмаси фонация пайтида ўрта чизиқдан ўтиб зарарланган томондаги бурмага жипслашади ва овоз тирқиши тўлиқ ёпилади. Бунда соғлом томондаги чўмичсимон тоғай зарарланган чўмичсимон тоғай орқасида жойлашади (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 қалқон-узуксимон мушак фаолиятининг компенсатор кучайиши натижасида фалажланган овоз бурмаси ўрта чизиқ томон бироз силжийди. Юқори ҳиқилдоқ асаб толаси зарарланганда бу ҳол кузатилмайди, беморда олд қалқон-узуксимон мушак фалажи белгилари билан бирга ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг

сезгирлиги ва рефлекслари йўқотилади, беморда йўтал ва туюлиб қолиш белгилари кузатилади.

Қайталанувчи асаб толасининг икки томонлама тўлиқ фалажи кам учрайди. Бунда ҳар икки томондаги овоз бурмалари ҳаракатсизланиб, фонация ва нафас олиш пайтида оралик, яъни интермедиал (ички ўртада бир хил) ҳолатни эгаллайди ва беморда овоз жарангдорлигининг пасайиши билан бирга жисмоний зўриқишда нафас фаолияти ҳам бузилади.

Орқа узук-чўмичсимон мушакларнинг икки томонлама фалажида (қайталанувчи асаб толаси фалажи айнан шу касаллик билан бошланиши мумкин) беморда асосан нафас фаолияти бузилади, овозининг жарангдорлиги деярли ўзгармайди. Овоз бурмалари парамедиал, яъни ўрта чизикқа яқин ҳолатни эгаллаб, улар орасида тирқиш бўлади. Тўлиқ фалажларда нафас олинганда овоз бурмалари бир-бирига яқинлашади, нафас чиқарилганда ва фонация пайтида бурма ости ҳаво босимининг пасайиши туфайли бир-биридан бироз 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 энгил жисмоний зўриқишда кузатилади. Бундай беморда ҳиқилдоқ яллиғланиши жуда оғир кечади.

Узук-чўмичсимон мушакларнинг икки томонлама фалажи орқа мия сухоткасида, қалқонсимон без саратонида ва струмэктомиядан кейин кузатилиши мумкин.

Шунга ўхшаш ларингоскопик манзара, яъни овоз бурмаларининг парамедиал жойлашуви, қизилўнгачга кириш қисми саратони орқа чўмичсимон мушакларга тарқалганда қайд этилади.

Қиёсий ташхисот. Қайталанувчи асаб толасининг бир ёки икки томонлама фалажи узук-чўмичсимон бўғимининг бир ёки икки томонлама анкилозидан фарқланади. Қиёсий ташхисот қуйидаги усуллар ёрдамида ўтказилади:

- 1) тугмачали зонд ёки махсус асбоб ёрдамида овоз бурмалари ёки узук-чўмичсимон бўғимининг суст ҳаракатини текшириш;
- 2) электрон стробоскопия текшируви;
- 3) бевосита микроларингоскопия, фиброларингоскопия, ларингостробоскопия, компьютер томография ва бошқалар.

Тугмачали зонд ёрдамида бажарилган текширувда узук-чўмичсимон 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. Қайталанувчи асаб толаси фалажида даволаш тадбирлари биринчи навбатда фалажнинг ривожланишига сабаб бўлган омилларни

баргараф этишга қаратилади, уларни мутахассис врач (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, десензибилизация тадбирлари, мускуллар ҳаракатини фаоллаштирувчи муолажалар: 0,1% ли стрихнин, галантамин, алоэ экстракти, никотин кислотаси ва бошқ., физиотерапия муолажалари (5% ли калий йодид эритмаси билан электрофорез, диадинамик тоқлар, ҳиқилдоқ асаб-мушак тизимини паст частотали синусоид модул тоқ билан фаоллаштириш) ўтказилади. Овоз бурмаси фалажида бевосита ва билвосита ларингоскопия ёрдамида парамедиал жойлашган овоз бурмасига тефлон пастасини (тефлон ва глицерин аралашмаси) юбориш 90% беморларда яхши натижа беради.

Инфекцион-токсик ҳиқилдоқ фалажлари одатда беморни соғайиши билан якун топади, аммо бўйин ва кўкрак қафаси аъзоларининг хавфли ўсмаларида касалликни якуни яхши бўлмаслиги мумкин. Жароҳатдан кейинги фалажларнинг кечими жароҳатнинг ҳажмига боғлиқ бўлади. Струмэктомияда жароҳатланган қайталанувчи асаб толаси камдан-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 парезлар одатда икки томонлама бўлиб, у ёки бу мушакнинг парези ўзига хош ларингоскопик кўринишларга эга бўлади.

Аксарият ҳолларда овоз мушакларининг (*mm. vocalis, seu thyroarytenoideus internus*) зарарланиши кузатилади. Бунда овоз бурмасининг эркин чети ичкарига биров қайрилган бўлиб, икки томонлама фалажида овоз тирқиши овал шаклда кўринади (121-расм). Айрим ҳолларда овоз бурмасининг эркин чети биров қайрилган бўлиб, фонация пайтида овоз бурмалари бир-бирига тўлиқ жипслашмайди.

Кўндаланг чўмичсимон мушак парезида овоз бурмаларининг кўп қисми фонация пайтида жипслашади, уларнинг орқа қисмида (*pars intercartilaginea*) эса учбурчак шаклида тирқиш қолади.

Юқорида қайд этилган мушаклар парези бирга кечган ҳолларда овоз бурмалари орқа ва ўрта қисмларининг чегараси



121-расм. Овоз мушаги икки томонлама фалажи.

тортилган бўлиб, овоз тирқишининг шакли қумсоатга, камдан-кам учрайдиган ташқи узук-чўмичсимон мушак парезида эса нотўғри ромб шаклига ўхшайди.

Ҳиқилдоқ бошқа мушакларининг парезлари деярли учрамайди.

Юқорида қайд этилган барча парезларда беморнинг овози ўзгаради, аммо нафас фаолияти эса ўзгаришсиз қолади. Парезнинг кескинлигига қараб бемор овозининг пасайиши ёки толиқиши, баъзан афониягача ўзгариши мумкин.

Ташхис 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, диадинамик ток), умумий фаоллаштирувчи терапия (0,1% ли стрихнин эритмаси ёки алоэ экстракти) ўтказилади. Бемор врач-фониатр назорати остида бўлади.

Овоз чиқариш фаолиятининг функционал бузилишлари (дисфония ва афония) руҳий-асаб касалликларида кузатилади. Ташхис анамнез маълумотлари, беморлар хатти-ҳаракатини кузатиш ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ларингоскопияда яллиғланиш жараёнисиз кечган миопатик фалаж манзараси кўринади. Функционал афонияда бемор овоз чиқариб йўталади, кулади, йиғлайди. Даволаш тадбирлари фониатр, невропатолог ва психиатр томонидан олиб борилади.

- 1) Хикматдан тасуви касаллиги зарарланган
- 2) Сурун касаллиги таралган
- 3) Юқоридаги туғилган таралиш
- 4) Сурун касаллиги ҳануз руҳий таралган
- 5) Сурун касаллиги ҳануз таралган
- 6) Юқоридаги таралган
- 7) протозин, ваз санка туғил

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎСМАЛАРИ

Юқори нафас йўллари, яъни бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, ҳалқум, ҳиқилдоқ ҳамда кулоқ ўсмалари барча ўсмаларнинг 6–8 % ини 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.

Юқори нафас йўллари ўсмаларининг Н.А. Карпов бўйича таснифи:

Клиник белгиси — хавф даражаси бўйича (хавфсиз, шартли хавфсиз, хавфли ва ўта хавфли);

Морфологик белгиси — қайси тўқимадан ривожланганлиги ва хужайра такомиллашганлиги даражаси;

Биологик белгиси — ўсманнинг ионловчи нурга сезгирлиги (хужайра такомиллашиш даражаси қанча кам бўлса, ўсманнинг ионловчи нурга бўлган сезгирлиги шунча ошади);

Ўсманнинг турлари:

I тури. Хужайраларининг такомиллашиш даражаси юқори ўсмалар:

1-гурух. Хавфсиз ўсмалар;

2-гурух. Шартли хавфсиз ўсмалар (хавфли ўсмаларга хос айрим белгиларга эга: қайталаниш ва атроф суяк тўқимасини емиришга мойиллиги);

II тури. Хужайралари такомиллашган ўсмалар:

1-гурух. Эпителиал тўқиманинг хавфли ўсмалари;

2-гурух. Бириктирувчи тўқиманинг хавфли ўсмалари;

3-гурух. Нейроген (нейроэктодермал) хавфли ўсмалар.

III тури. Хужайралар такомиллашиш даражаси паст ўта хавфли тонзилляр ўсмалар.

Босқичи бўйича ўсмалар қуйидагича белгиланади:

Бирламчи ўсма — T (*tumor*);

Маҳаллий метастаз — N (*nodulus*);

Узоқ метастаз — M (*metastasis*) (метастаз йўқлиги — M₀, метастаз бўлиши — M₁).

Бирламчи ўсманнинг тарқалиш даражаси

1-даража — T₁ — ўсма аъзонинг битта анатомик қисмига тарқалади;

2-даража — T₂ — ўсма аъзонинг икки анатомик қисмига тарқалади;

3-даража — T₃ — ўсма аъзонинг икки ва ундан ортиқ анатомик қисмига тарқалади, аммо атроф тўқимага тарқалмайди.

4-даража — T₄ — ўсма аъзонинг кўп қисмини зарарлаб, атроф тўқимага тарқалади.

Маҳаллий метастазларнинг тарқалиш даражаси

N_0 — маҳаллий метастазлар аниқланмайди;

N_1 — бир томонлама ҳаракатчан (ҳам горизонтал, ҳам вертикал текисликда силжийдиган) якка лимфа тугуни;

N_2 — икки томонлама ҳаракатчан якка лимфа тугунлар; бир томонлама ҳаракатчан тугунлар; бир томонда ҳаракати чегараланган тугунлар; бир томонлама ҳаракатчан контрлатерал тугунлар;

N_3 — бир томонлама ҳаракатсиз лимфа тугунлари; бир томонлама ҳаракати чегараланган контрлатерал тугунлар; икки томонда ҳаракати чегараланган тугунлар;

N_4 — икки томонлама ҳаракатсиз тугунлар; бир-бирига ва атроф суяк тузилмаларига (умуртқа, пастки жағ, сўрғичсимон ўсиқ, ўмов суяги) бириккан тугунлар тўплами.

5-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 раки, I босқич, T_1 , N_0 , M_0 . Тил муртаги ретикулосаркомаси IV босқич, T_4 , N_3 , M_1 . Бурун бўшлиғи эстезионейробластомаси, III босқич, T_2 , N_2 , M_0 .

Юқори нафас йўлларининг хавфсиз ўсмалари

Ҳужайраларининг 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 ўсган ўсмалар учрайди.

Бурунининг хавфсиз ўсмаларига папиллома, фиброма, гемангиома ва ангиофиброма, аденома, хондрома, остеома ва липомалар киради.

Бурун папилломаси бурун даҳлизида жойлашиб, беморда бир томонлама бурун орқали нафас олишнинг кескин қийинлашишига,

гипосмия ёки аносмия, баъзан бурундан қон оқишига, кечки босқичларида юз тузилишининг бузилишига ва бош оғришига сабаб бўлади. Ўсма кўпинча гулқарам шаклини эслатади. Баъзан бурун папилломаси хавфли ўсмага айланиши мумкин.

Таъхис эндоскопия, зонд ёрдамида текшириш ва пайпаслаш, рентгенография, компьютер томографияси, уйқу артерия тизимининг ангиографияси ва гистологик текширув 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 туради, бунда қон кам миқдорда оқади. Касаллик кўпинча ҳомиладор аёлларда ва қон босими баланд бўлган беморларда учрайди. Бурун бўшлиғининг ташқи деворида жойлашган полип хавфли ўсмага айланишига мойил бўлади.

Таъхис бемор шикоятлари, касаллик белгилари, риноскопия ва гистологик текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Буруннинг қонайдиган полипи тўлиқ олиб ташланади (олиб ташланмаган қисми қайталаниши мумкин). Кенг оёқчали полип атроф тўқималар билан бирга кесиб олинади, жароҳат четига гальванокаустика, ультратовуш ёки лазер нури ёрдамида ишлов берилади. Асосий касалликни даволаш тадбирлари ўтказилади.

Бурун фибромаси кам учрайди ва одатда бурун даҳлизиди, бурун-ҳалқумда ва ташқи бурун соҳасида жойлашади. Риноскопияда бурун бўшлиғида юзи силлиқ айлана ўсма кўринади. Ташхис қийинчилик туғдирмайди. Ўсма жарроҳлик усулида даволанади.

Бурун остеомаси кўпинча 15–25 ёшли беморларда учрайди ва аста-секин ўсади. Одатда остеома пешона ва ғалвирсимон бўшлиқларнинг деворида, баъзан юқори жағ бўшлиғидан ўсади. Кичик остеома кўзга кўринмайди ва беморни безовта қилмайди, тасодифан рентгенограммада, компьютерли томографияда аниқланади. Беморда косметик ёки физиологик фаолиятларнинг бузилишлари ривожланмаганда бемор узоқ вақт давомида врач назорати остида бўлади. Остеома нисбатан тез ўсган ҳолларда жарроҳлик амали ёрдамида олиб ташланади. Пешона бўшлиғининг орқа деворида жойлашган остеома кичиклигига қарамадан кучли бош оғриғига сабаб бўлиши мумкин. Бошқа сабаблар инкор этилгандан сўнг остеома олиб ташланади. Айрим ҳолларда остеома катталашиб, калла суяги бўшлиғига, бурун бўшлиғига, кўз косасига тарқалиши мумкин.

Белгилари. Беморнинг юз тузилиши бузилади, боши оғрийди, кўриш ўткирлиги пасаяди, бурун орқали нафас олиш ва ҳид билиш фаолияти бузилади. Касалликни остеосаркома ва экзостазлардан фарқлаш лозим.

Даволаш: Остеома жарроҳлик усули ёрдамида даволанади.

Ҳалқумнинг хавфсиз ўсмаларига фиброма, папиллома, тукли полип, ангиома, невринома, нейрофиброма, аралаш ўсмалар, липома, кисталар киради. Ҳалқумда кўпинча оёқчали папиллома ва фибромалар учрайди.

Ҳалқум папилломаси одатда юмшоқ ва кичик бўлиб, юмшоқ танглайда ва танглай равоқчаларида жойлашади. Кичик ўсма беморни безовта қилмайди. Баъзан папиллома бурун-ҳалқум, ҳалқумнинг ён деворидан, ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасидан ва унинг четидан ўсади. Касаллик кўпинча 20-40 ёшли аёлларда учрайди.

Таъхис бемор шикоятлари, касаллик бошланиши, фарингоскопия, папилломанинг ташқи кўриниши ва гистологик текширув асосида қўйилади.

Даволаш. Якка папилломалар жарроҳлик усулида даволанади, жароҳат майдонига гальванокаустика, ультратовуш ва лазер нури ёрдамида ишлов берилади. Папилломатоз жойлашган майдонларда криотаясир муолажалари буюрилади. Якка папилломалар қайталанмайди, папилломатоз эса тез-тез қайталаниб туради. Ҳалқум папилломаси хавfli ўсмага айланиши мумкинлиги туфайли, у ўз вақтида тўлиқ олиб ташланади.

Ҳалқум ангиофибромаси одатда 10-20 ёшдаги ўсмир ўғил болаларда учрайди, шунинг учун у *ўсмирлар (ювенил)* ангиофибромаси деб аталади. Ўсма бириктирувчи тўқима ва кўпина қон томирлардан тузилган бўлади. Фиброма понасимон суяк танасидан, галвирсимон лабиринтнинг орқа катакларидан ва фасциядан ўсади. Сфеноэтмоидал фиброма галвирсимон лабиринтга, понасимон, бурун ва юқори жағ бўшлиқларига, кўз косасига тарқалиши мумкин. Ўсма бурун-ҳалқумни тепасида жойлашади ва хоаналар орқали бурун бўшлиғига киради (122-расм).

Касаллик калла суяги деворларининг атрофиясига олиб келиши ва суякни емириб, калла ичи бўшлиғига тарқалиши мумкин. Ҳалқум фибромаси бошқа ўсмаларга нисбатан тез ўсади.

Белгилари. Беморда юз скелетининг ассиметрияси, атроф суяк ва юмшоқ тўқималарнинг қисилиши, кўз олмасининг силжиши, асаб толаларининг босилишига хос белгилар пайдо бўлади. Шунинг учун ўсмирлар ангио фибромаси шартли хавфсиз ўсмалар гуруҳига киради.



122-расм. Бурун-ҳалқум ангиофибромаси

Ҳалқум фибромаси ўзига хос клиник манзарага эга: беморда бир томонлама (кейин икки томонлама) бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, кейинчалик бутунлай йўқолиши, кулоғи битиши, бурнидан тез-тез қон оқиши, боши оғриши кузатилади. Риноскопияда асоси кенг кўк-жигарранг, қаттиқ, юзи гадир-будур ўсма аниқланади. Қон томирлар юзаки жойлашганлиги туфайли ўсма осон қонайди.

Ташхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, беморнинг ёши, клиник белгилар, олд-орқа риноскопия, бурун-ҳалқумни бармоқ билан текшириш, эндоскопия, рентгенография, компьютер томография, ангиография, гистологик текширувлар натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Ўсмирлар ангиофибромаси жарроҳлик усулида даволанади — ўсма одатда ринотомия, баъзан оғиз бўшлиғи орқали олиб ташланади. Жарроҳлик амали кўп қон йўқотилиши билан кечади, шунинг учун уни бажаришдан олдин ташқи уйқу артерияси боғланади, бемор жарроҳлик амалига тайёрланади, керакли муолажалар ўтказилади.

Ҳалқумнинг хавфсиз ангиомаси одатда кичик, баъзан полип шаклида бўлади. Кичик ангиома тез ўсмайди ва беморни безовта қилмайди. Ҳажми ўртача ва катта ангиома бурун-ҳалқумда ёт жисмни ҳис этиш, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, бурундан қон оқиши белгилари билан кечади.

Лимфангиома гемангиома ва **лимфангиомаларга** бўлинади. Лимфангиома оч-сарик, кўкимтир ёки бинафша рангдаги йирик ўсма бўлиб, одатда кам учрайди, у кўпинча юмшоқ танглай, танглай равоқчалари, ҳалқумнинг ён ва орқа деворига жойлашади. Ўсма бириктирувчи тўқимадан тузилган ичи лимфа билан тўлган бўлади. Гемангиомалар *катилляр* (артериялардан ўсган) ва *каверноз* (веналардан ўсган) ангиомаларга бўлинади.

Даволаш тадбирлари жарроҳлик усули, электрокоагуляция, лазер, ультратовуш ва криотасир ёрдамида ўтказилади, баъзан склерозлаш терапияси қўлланади.

Тукли полип туғма ўсмаларга киради, у бир ёшгача бўлган болаларда учрайди. Тукли полип юмшоқ танглайнинг орқа юзидан ёки ҳалқумнинг ён деворидан ўсади. Ўсма узун оёқчага эга, юзи майин туклар билан қопланган бўлади ва асосан ёғ тўқимаси, ҳомила қолдиқлари ва тоғай элементларидан тузилган. Тукли полип ёш болаларда бурун орқали нафас олишни, эмишни қийинлаштиради. Ўсма ҳалқумдан оғиз бўшлиғига ҳам тарқалиши мумкин.

Ташхис беморнинг ёши, шикоятлари ва объектив текширув асосида қўйилади. Фарингоскопияда ҳалқумда юзи силлиқ ва туклар билан қопланган ҳаракатчан тузилма кўринади. Ташхис гистологик текширув натижаси асосида қўйилади.

Даволаш. Касаллик жарроҳлик усулида даволанади. Полипнинг асоси боғлангандан сўнг, кесиб олинади, жароҳат майдони электрокоагуляция қилинади.

Ҳалқум кистаси чин ўсмалар гуруҳига кирмайди. У кўпинча муртақ 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 ёт жисм борлигини ҳис этади, тил илдизи кисталари бўғилиш ҳолатига сабаб бўлиши мумкин.

Тил негизи кистаси қалқонсимон без эктопиясидан фарқланиши лозим бўлади.

Даволаш. Касаллик жарроҳлик усули 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 шиллиқости қаватида жойлашиб секин ўсади. Ташхис гистологик текширув натижаси асосида қўйилади. Даволашда жарроҳлик усули қўлланади.

Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмаларига фиброма, папиллома ва ангиомалар киради.



123-расм. Овоз фибромаси.

Ҳиқилдоқ фибромаси (гиперпластик тугунча) одатда хавфсиз ўсма бўлиб, овоз бурмасининг четида, унинг олд ва ўрта қисмларининг чегарасида жойлашади ва жуда секин ўсади. Ўсма нўхат донасидай ёки тариқдай ҳажмда бўлиб, кенг асосга эга бўлади, баъзан эса кичик асосли оёқчага эга бўлади. Фиброма бириктирувчи тўқимадан тузилганлиги туфайли чин ўсмалар гуруҳига кирмайди ва *гиперпластик тугунча* деб аталади. Толалар зичлигига қараб юмшоқ ва қаттиқ фибромалар қайд этилади. Қон томирлар туфайли

фиброманинг ранги қизил бўлади, шунинг учун у *ангиофиброма* деб юритилади. Фиброманинг юзи ясси эпителий билан қопланган бўлади (123-расм).

Ҳиқилдоқ фибромаси бемор овозининг бўғилиши, ўзгариши ва йўтал билан кечади, катталашганда нафас олиш қийинлашади.

Ҳиқилдоқ фибромаси микроларингоскопияда эндоларингиал йўл орқали жарроҳлик усулида олиб ташланади. Одатда ҳиқилдоқ фибромаси қайталанмайди.



124-расм. Ҳиқилдоқ папилломаси.

Ҳиқилдоқ папилломаси. 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 папилломасининг вируси кўзгатади. Ҳиқилдоқ папилломаси хавфсиз фиброэпителиал ўсма бўлиб, ясси ва оралик эпителийдан ўсади. Бириктирувчи

тўқиманинг зичлигига қараб ўсма юмшоқ ёки қаттиқ бўлади. Папиллома кенг, баъзан кичик оёқчали асосга эга бўлади.

Папиллома овоз бурмаларида жойлашганлиги сабабли беморда овознинг бўғилиши, баъзан афония, ҳиқилдоқ орқали нафас олишнинг қийинлашиши ва ҳиқилдоқ торайиши белгилари кузатилади.

Ларингоскопияда папилломанинг ташқи кўриниши тут мевасини, гулқарамни ёки хўроз тожини эслатади. Унинг ранги оч-пушти, баъзан кулранг бўлади (124-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 сурилиб кетиши кузатилади. Катталарда овоз бурмасининг якка папилломаси учрайди ва аста-секин ўсиб боради. 25% ҳолларда чуқур ва қаттиқ папиллома ясси хужайрали саркомага айланиши мумкин. Шунинг учун баъзи ҳолларда ҳиқилдоқ папилломаси саратон олди касаллиги сифатида баҳоланади.

Касалликни олдини олиш мақсадида узок вақт давомида овози бўғилган бемор албатта оториноларинголог ва онколог кўригидан ўтиши лозим.

Тахис касалликни бошланиши, бемор шикоятлари, овозни ўзгариши, нафас олишни бузилиши, ларингоскопия (болаларда—бевосита, катталарда—билвосита) ва гистологик текширув натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Ҳиқилдоқ папилломаси эндоларингиал йўл орқали жарроҳлик усулида даволанади. Папилломатоз жарроҳлик амали ёрдамида даволанади. Беморга интерферон тавсия қилинади, 100000—150000 МЕ/кг “Рауферон” мускул орасига ҳафтада 3 марта юборилади.

Папилломанинг қайталанишини олдини олиш учун шиллиқ қаватга 2 кунда 1 марта ўсмага қарши воситалар: 30% подофиллин, 0,5% колхамин, жами 15—20 муолажа ўтказилади. Проспидиннинг 30—50% ли аэрозоллари сепилади ва, прополис 15% ли эритмасидан фойдаланилади.

Жароҳат жойидаги папиллома қолдиқларига криотаъсир (суюқ азот —183—195°C), ультратовуш (кескинлиги 2 Вт/см², узлуксиз 5 дақиқа давомида) ва лазер нури (қуввати 15—25 Вт, экспозиция вақти 0,1—0,5 сония) таъсир этилади.

Қайталанувчи папилломатозда жарроҳлик амали, цитостатик ёки физикавий омилларни маҳаллий қўллашдан ташқари беморга умумий кимё терапияси тавсия қилинади. Мушак орасига ва томир ичига 2500—3500 мг проспидин (болаларга 1000—2400 мг, 1кг тана вазнига 3 мг дан) юборилади.

Ўсмага қарши воситалар элеутерококк, витамин А, кальций дори воситалари, бром ва новокаин билан бирга қўлланади. 0,5—1—2% ли

новокаин 2, 5, 10 мл миқдорда томир ичига аста-секин юборилади (жами 25 муолажа).

Даволаш тадбирларига қарамасдан ҳиқилдоқ папилломатозиди беморни соғайиши 60% ҳолларда қайд этилади холос.

Ҳиқилдоқ кисталари кам учрайди ва ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳиқилдоқ юзасида, ҳиқилдоқ қоринчалари соҳасида жойлашади. Улар шиллиқ ишлаб чиқарувчи без тешикларини ёпилиб қолиши натижасида ривожланиб, жуда секин ўсади ва кўп катталашмайди. Кичик кисталар беморни безовта қилмайди.

Таъхис 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 чўмичсимон-ҳиқилдоқ усти бурмаларида, баъзан ҳиқилдоқ қоринчаларида жойлашади. Ўсма секин ўсади, кўп катталашмайди, ҳиқилдоқ ёригига кириб беморнинг нафас олишини қийинлаштиради.

Гемангиомалар *капилляр* (артериялардан ўсган) ва *каверноз* (веналардан ўсган) ангиомаларга бўлинади. Гемангиоманинг ранги кўк-кимтир ёки қизил бўлади. Лимфангиома кенг асосга эга оч-сарик ўсма бўлиб, кўпинча бурун-ҳалқумда жойлашади.

Кичик ангиома овоз бурмасида жойлашганда беморда овозининг бўғилиши кузатилади. Ўрта ёки йирик ангиомалар ҳиқилдоқнинг бошқа фаолиятларини ҳам бузиши мумкин, шунинг учун улар эндоларингиал йўл орқали олиб ташланади.

Юқори нафас йўллариининг хавfli ўсмалари

Катталарда ҳиқилдоқнинг хавfli ўсмалари барча хавfli ўсмаларнинг 67% ини, ҳалқумнинг хавfli ўсмалари 18% ни, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг хавfli ўсмалари 14% ни ташкил қилади. Болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг хавfli ўсмалари 35% ни, бурун-ҳалқумнинг хавfli ўсмалари 30% ни ва оғиз-ҳалқумнинг хавfli ўсмалари 19% ни ташкил этади. Ҳиқилдоқ саратони болаларда жуда кам учрайди.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг хавfli ўсмаларига бирламчи саратон ва саркома киради. Бундай ўсмалар кўпинча ўрта ёки кекса ёшдаги эркакларда ривожланади. Кўпинча юқори жағ бўшлиғи ўсмалари (кузатувларнинг 2/3 қисмида), галвирсимон бўшлиқ (кузатувларнинг 1/5 қисмида) ва бурун бўшлиғи ўсмалари (кузатувларнинг 1/8 қисмида) учрайди; пешона бўшлиғининг хавfli 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 даражасида паст (радийсезгир) тонзилляр ўсмалар — ретикулосаркома, лимфоэпителиома ва меланобластома, эстезионейробластомалар учрайди.

Бурун бўшлиғининг хавfli ўсмалари атроф тўқима ва аъзоларга (калла суяги асосига, қанот-танглай чуқурчасига, кўз косасига, оғиз бўшлиғига) тез тарқалади. Кечки метастазлар дастлаб энса ва жағости, кейин бўйин лимфа тугунларига тарқалиб ривожланади.

Белгилари. Бурун бўшлиғи хавfli ўсмасининг белгилари эрта намоеъ бўлиб, бошланғич даврида енгил кечади. Беморда бир томонлама бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши аста-секин кучая боради, бурундан аввал шилимшиқ, кейин қон аралаш ажралма оқади. Кейинги босқичларда беморда бурундан қон оқиши, қулоғи битиши, евстахеит ва оталгия белгилари кузатилади. Ўсма юзи гадир-будур, баъзан полипсимон бўлади. “Полип” олиб ташлангандан сўнг кекса ёшдаги беморларда бурнидан кўп 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 анамнезда бемор тишни суғуриш ёки милкни кесиш каби жарроҳлик амалини бошдан кечирганлиги ҳақида маълумот бўлади. Айрим ҳолларда кўз олмасининг силжиши, экзофтальм, кўз косаси ички бурчагининг шиши, тўхтовсиз кўз ёши оқиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши ва уч шохли асаб толаси невралгияси бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари хавfli ўсмасининг асосий белгиси сифатида намоеъ бўлади. Бемор окулиста мурожаат қилишга мажбур бўлади, шунда окулист кўздаги патологик жараён иккиламчи эканлигини пайқаб, беморни офориноларинголог кўригига юборади. Баъзан бурун ёндош бўшлиқларининг хавfli ўсмалари уч шохли асаб толаси невралгияси, тишларнинг иккиламчи зарарланиши, юз тузилишининг ўзгариши, юқори жағ бўшлиғида иккиламчи яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ва экзофтальм билан кечади.

Пешона ва айниқса понасимон бўшлиқнинг бирламчи ўсмаси кам учрайди. Бунда беморда неврологик ва бош мия фаолиятининг бузилиш белгилари ривожланади.

Ташхис. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмасини ўз вақтида аниқлаш мақсадида юқори нафас йўлларининг патологик жараёнларида биринчи навбатда хавfli ўсма инкор этилиши лозим. Эндоскопия текширувларидан ташқари, бурун ёндош бўшлиқларини диагностик мақсадда тешиш, зондлаш, бўшлиқ ичидаги суяқликни

сўриб олиш ва уни текшириш, рентгенография, компьютер томография, кўрсатма бўйича биопсия ва гистологик текширувлар қўлланади.

Даволаш. Ўсманинг дастлабки босқичларида мужассамлашган терапия қўлланилади: ўсма диатермокоагуляция ёрдамида олиб ташлангандан сўнг лимфа йўлларида 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, ретикулоцитома ва аралаш ўсмалар киради. Ҳалқумнинг ўта хавфли ўсмаларига ҳужайра такомиллашиш даражаси паст (радийсезгир) тонзилляр ўсма — ретикулосаркома (ретикулоцитома) ва лимфо-эпителиома киради. Тарқалиши бўйича I ўринда — саратон, II ўринда — тонзилляр ўсмалар туради. Юқорида қайд этилган ўсмаларнинг 53% и бурун-ҳалқумдан, 30% и оғиз-ҳалқумдан ва 17% и ҳиқилдоқ-ҳалқумдан ўсади.

Ҳалқум саратони кўпроқ ўрта ёшдаги эркакларда учрайди. Ўсма кўпинча эндофит ўсади, юзи 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 беморда бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, қулоғи битиши (бурун-ҳалқум саратони); овқат луқмасини, кейинчалик ҳатто сўлагини ютишга тўсқинлик қилувчи ёт жисмни ҳис этиши (оғиз-ҳалқум саратони); ҳалқумдан қаттиқ, кейин суюқ овқат ўтишининг қийинлашиши ва нафас фаолиятининг бузилиши (ҳиқилдоқ-ҳалқум саратони) кузатилади. Бундай шикоятларни врач кўпинча сурункали фарингит ёки невроз белгилари сифатида хато баҳолайди. Бурун ва бурун-ҳалқумдан қон аралаш шилимшиқ ажралма оқиши бурун-ҳалқум ўсмасининг дастлабки белгиларидан бири ҳисобланади.

Бурун-ҳалқумнинг хавфли ўсмаси маҳаллий лимфа тугунларига (чуқур бўйинтуруқ занжири ва ҳалқум орқаси лимфа тугунларига) тез метастаз беради.

Оғиз-ҳалқумда кўпинча *карцинома* ва *саркома* жойлашади. Касалликнинг клиник манзараси ўсманинг ҳажмига, жойлашувига,

парчаланган ёки парчаланмаганлигига боғлиқ бўлади. Дисфагия, томоқ оғриши, овознинг бузилиши, оғиздан бадбўй ҳид келиши касалликнинг кейинги босқичларида ривожланади.

Ҳиқилдоқ-ҳалқум соҳасида жойлашган хавfli ўсмалар нисбатан кўп учрайди; бу ерда карцинома, баъзан аралаш ўсмалар ўсади.

Ҳалқум хавfli ўсмаларига ўта хавfli ҳужайра такомилашиш даражаси паст бўлган (радий-сезгир) тонзилляр ўсмалар ҳам киради. Муртақларда ясси ҳужайрали саратон, аденокарцинома учрайди. Шартли хавфсиз ўсмалар гуруҳига кирган папиллома ва меланобластома дастлаб ҳалқум муртагининг ён тўқимасидан ўсиб, кейин муртақларга тарқалади.

Радийсезгир ҳалқум ўсмалари муртақ тўқимасидан ўсади. Лимфоид тўқимадан ривожланган ва радиёга ўта сезгир бўлган бундай ўсмалар тез ўсиши ва маҳаллий лимфа тугунларга ҳамда бошқа аъзоларга тез метастаз бериши билан ажралиб туради.

Радийсезгир ҳалқум ўсмалари кўпинча танглай, баъзан ҳалқум, най ва тил муртақларида ривожланади. Баъзан, бирламчи ўсма бурун, ҳиқилдоқ, трахея шиллиқ пардасининг лимфаденоид тўқимасидан ривожланиши мумкин.

Белгилари. Беморда дастлаб танглай муртагининг биттаси катталашади ва беморни безовта қилмайди, баъзан у томоғида ёт жисм борлигини ҳис этади. Муртақ гипертрофияси ҳамиша бир томонлама бўлади. Ҳалқум муртаги ўсмасида беморда бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, най муртаги ўсмасида зарарланган томонда евстахеит, эшитиш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Бармоқ билан пайпаслаганда ҳалқумда зич эластик ўсма аниқланади. Кейинчалик ўсма ҳалқумнинг ён тўқималарига тарқалади, шиллиқ қаватда оғрийдиган яралар пайдо бўлади. Тонзилляр ўсма милкларга, тилга, суяк тизимларига, бурун-ҳалқумга ва бурун бўшлиғига тарқалиши мумкин. Овқатни чайнаш ва ютиш қийинлашади, ўсма парчаланганда беморнинг оғзидан бадбўй ҳид келади.

Тонзилляр ўсмаларни Симановский-Плаун-Венсан ярали-пардали ангиносидан фарқлаш лозим. Баъзан касаллик лимфа тугунларда ривожланган метастазлар билан бошланади. Танглай муртаги ўсмасида маҳаллий метастазлар пастки жағ орқаси лимфа тугунларида, ҳалқум муртаги ўсмасида — бўйиннинг юқори-ён лимфа тугунларида, тил муртаги ўсмасида — чуқур бўйинтуруқ занжири ва умумий уйқу артериясининг бифуркацияси соҳасида жойлашган лимфа тугунларида икки томонлама ривожланади. Баъзан тонзилляр ўсмалар метастаз бермасдан қалла суягининг асосига тарқалиши мумкин. Маҳаллий метастазлар тез катталашиб, асаб толаларини ва қон томирларни босади, натижада беморда кескин оғриқ, қон айланишининг бузилиши ва коллатерал шиш пайдо бўлади. Организмнинг турли аъзоларида ҳам узоқ метастазлар пайдо бўлади.

Ташхис анамнез маълумотлари, беморнинг шикоятлар, эндоскопия ва рентгенография, компьютер томография текширувлари натижалари асосида қўйилади.

Қиёсий ташхисот. Ҳалқумнинг хавfli ўсмалари юқумли гранулемалардан фарқланади. Ҳалқум сили доимо иккиламчи жараён сифатида намоён бўлади, силнинг бирламчи ўчоғи ўпкада пайдо бўлади. Сил касаллигида ҳалқумнинг рангпар шиллиқ пардасида ярали инфилтрат пайдо бўлиб, ютинганда кескин оғрийди. Заҳм касаллигида ҳалқумнинг орқа деворида ёки гумбазида бироз оғрийдиган ва атроф тўқимадан чегараланган қаттиқ инфилтрат — 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 даҳлизида, хоаналарда, овоз ости бўшлиғида) чандиқли инфилтрат ҳосил бўлади, метастазлар аниқланмайди, агглютинация ва комплементни боғлаш реакциялари мусбат бўлиб гистологик текширувда Микулич хужайралари аниқланади.

Ҳиқилдоқ-ҳалқум соҳасида жойлашган хавfli ўсмалар нисбатан кўп учрайди; бу ерда карцинома, баъзан аралаш ўсмалар ривожланади.

Даволаш. Бурун-ҳалқумнинг хавfli ўсмасида асосан гамма-терапия ва кимё терапия қўлланади. Масофали гамма-терапиянинг миқдори 2 маҳалга бўлинади. Ўсмага қарши дорилардан беморга винблестин, метотрексат, циклофосфан тавсия қилинади. Бундай терапиядан сўнг бурун-ҳалқум саратони 89,7% ҳолларда яхшиланади.

Оғиз-ҳалқум саратонида асосан мужассамлашган терапия усули — нур билан даволаш ва жарроҳлик амали (лазер, криотаясир) қўлланади. Ўсма ҳалқумнинг орқа деворида жойлашганда криотаясир ўтказилади.

Ҳиқилдоқ-ҳалқум саратонини даволашда дастлаб лазер асбоби ёрдамида диатермокоагуляция амали бажарилади (қизилўнгачнинг бўйин қисмини кесиб ташлаш жарроҳлик амали билан ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг кенг экстирпацияси), кейин беморга нур терапия тавсия қилинади.

Ҳозирги кунда радиёсезгир 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 муртағи 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 яхши самара беради.

Ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмаларига ясси хужайрали ва базал хужайрали саратон, саркома ва бошқа хавфли ўсмалар киради.

Ҳиқилдоқ саратони эркакларда аёлларга нисбатан кўпроқ учрайди (12,5:1) ва ошқозон, ўпка ва қизилўнғач саратонидан кейин тўртинчи ўринни эгаллайди. Ўсма кўпинча 50—60 ёшда ривожланади.

Ҳиқилдоқ саратонининг ривожланишига атмосфера ҳавосини ифлослантирган тутун, ишлаб чиқариш чанги (анилин бўёқлар, хром ва радиий-фаол моддалар), нефтни қайта ишлаш маҳсулотлари, тошкўмир чанги, нитрозаминлар, инсектицидлар, тамаки тутунидаги ис гази ва бошқа канцероген моддалар сабаб бўлади. Кимёвий моддаларни организмга узоқ вақт таъсир этиши, чекиш, нутқ касб эгаларида овознинг зўриқиши касалликнинг ривожига 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 ҳиқилдоқ саратони 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 қилмайди;

III босқич — ўсма ҳиқилдоқнинг бошқа қаватларига, шу жумладан ҳиқилдоқ қоринчаларига 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 чегараланган бўлиб, 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. Меъёра бддий тўқима саратон ўсмасига айланмайди, бунга беморда мавжуд бўлган саратон олди касаллиги сабаб бўлади. Саратон олди касалликларига папилломатоз, пахидермия, лейкокератоз, лейкоплакия киради.

Жойлашуви бўйича ҳиқилдоқ саратонининг 3 шакли тафовут қилинади:

- 1) ҳиқилдоқ даҳлизи (вестибуляр) саратони ;
- 2) ҳиқилдоқ ўрта бўлимининг саратони (овоз бурмалари соҳаси);
- 3) овоз бойламлари ости бўлимининг саратони.



125- расм. Ҳиқилдоқ саратони.



126- расм. Ҳиқилдоқ ўрта қисмининг саратони.

Гистологик тузилиши бўйича ҳиқилдоқ саратони ясси ҳужайрали ўсма бўлиб, кўпинча мугузланувчи ва баъзан мугузланмайдиган шаклда намоён бўлади. Ҳиқилдоқ саратони овоз бурмалари ва ҳиқилдоқ

деворини қоплаган цилиндр эпителий орасидаги ясси ҳужайрали эпителийдан ўсади. Ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси безларидан кўпинча аденокарцинома ўсади.

Ўсманинг ўсиши ва метастаз бериши ҳужайранинг такомиллашиш даражасига боғлиқ. Такомиллашган ўсма секин ўсади, метастазлар ривожланишига мойил бўлмайди. Ясси ҳужайрали мугузланмаган, ҳужайранинг такомиллашиш даражаси паст ҳиқилдоқ саратони тез тарқалиб, тез метастаз беради, ясси ҳужайрали мугузланадиган саратон—секин ўсиб, кеч метастаз беради.

Ҳиқилдоқ саратони жараёнининг *экзофит ўсиши*, яъни шиллиқ қават юзидан ҳиқилдоқ ёриғи томон ўсиши кузатилади ва беморда тез орада ҳиқилдоқ торайиши ва нафас етишмовчилиги ривожланишига сабаб бўлади.

Ҳиқилдоқ саратони жараёнининг *эндофит ўсиши*, яъни тўқима ичига ўсиши овоз бурмалари остида жойлашган саратонда кузатилади. Эндофит ўсувчи ҳиқилдоқ саратонининг дастлабки босқичларида ларингоскопияда ҳиқилдоқ ёриғида шиллиқ парда билан қопланган, бир оз бўртган айлана ва қон томирлар кўринади.

Клиник белгилари. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг саратонида бемор ютинганда нохушлик, томоғида ёт жисм ҳис этишига шикоят қилади. Кейинчалик ўсма катталашиб яраланади, шунда беморда сабабсиз ёки ютинганда томоғи оғрийди, оғриқ кулоқ соҳасига тарқалади. Ларингоскопияда оқ-пушти ёки кулранг, баъзан ярали майдончалар караш билан қопланган кичик ўсма кўринади.

Ҳиқилдоқ юқори қаватининг саратони (даҳлиз бурмалари, ҳиқилдоқ қоринчалари саратони) узоқ вақт субъектив белгиларсиз кечади. Беморда энгил дисфония, овозининг ўзгариши ва тез чарчаш кузатилади.

Ҳиқилдоқ юқори қаватининг саратони бошқа қаватлар саратонига қараганда оғир кечади. Бу жойда лимфа тури яхши ривожланганлиги ва ҳиқилдоқусти қопқоғининг ҳаракатчанлиги туфайли саратон ривожланиш жараёни маҳаллий лимфа тугунларга тез метастаз бериб тарқалади. Бундан ташқари, ҳиқилдоқ юқори қаватининг лимфа томирлари

тил илдизи ва ҳалқум ён девори лимфа турига туташганлиги туфайли саратон ўсиш жараёни ҳиқилдоқнинг юқори ва олд қисмига тарқалади.

Ҳиқилдоқ *ўрта қавати саратонининг* ривожланишида дастлабки босқичларида беморда доимий ва кучайиб борувчи овоз бўғилиши, кейинчалик афония кузатилади. Шу сабабдан бемор врачга эрта му-рожаат қилади.

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 қоринчалари-нинг шиллиқ пардаси қалинлашган овоз бурмаларини ёпиб турганлиги кўринади. Овоз бурмаларининг юқори юзида ёки эркин четида асоси кенг кичик бўртиш ва овоз ёриғига ўсган инфилтрат кўзга ташланади. Бундай манзара экзофит ўсган саратонда намоён бўлади, эндофит ўсган саратонда эса овоз бурмаси пушти рангда қалин ва арқонсимон бўлиб кўринади, унинг ҳаракати чегараланади (125–126-расмлар). Компьютер томография текшируви аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Ҳиқилдоқ саратони ўсиш жараёнининг бир томонлама ривожланиши эрта ташхис қўйишда муҳим аҳамият касб этади. Ўсманинг бир томонлама ўсиши уни яллиғланиш жараёнидан, юқумли гранулема, захм ва сил касалликларидан фарқлашга ёрдам беради. Захм ва силни инкор этиш учун бемор махсус тиббий муассасаларда текширилади. Баъзан ҳиқилдоқ саратони сил ва захм билан бирга кечиши мумкин, бунда ташхис биопсия натижаси асосида қўйилади.

Ҳиқилдоқ саратони кечки босқичларининг белгилари унинг жойлашувига боғлиқ бўлмай ҳиқилдоқ саратонига хос умумий белгилар билан намоён бўлади: овозни бўғилиши ёки афония, йўтал, қон аралаш балғам ажралиши, ютинганда оғриқни қулоқ соҳасига тарқалиши, нафас олишнинг қийинлашиши. Ҳиқилдоқ саратони ҳиқилдоқ тоғайларига тарқалганда беморда ички ва ташқи перихондрит ривожланади. Ўсма ярага айланиб, парчаланганда ёки иккиламчи инфекция қўшилганда беморнинг оғзидан бадбўй ҳид келади, катталашганда эса беморда ҳиқилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи кузатилади. Кескин захарланиш натижасида бемор озиб кетади, унда баъзан ўлимга сабаб бўлган аррозив қон оқишлар кузатилади. 2–10% ҳолларда узоқ метастазлар ривожланиб, беморнинг аҳволи янада оғирлашади. Кўпинча метастазлар ўпкага, баъзан кўкс ораллигига, плеврага, жигарга ва мияга тарқалади.

Ташхис. Экзофит ўсган ҳиқилдоқ саратони билвосита ларингоскопияда, эндофит ўсган ҳиқилдоқ саратони — бевосита ларингос-

копияда, микроларингоскопия, фиброларингоскопия, биопсия, эндофотография, электрон ларингостробоскопия, радиоизотоп нурлаш, ультратовуш биолокацияси, компьютер томографияси, термография текширув усуллари ёрдамида аниқланади.

Ҳиқилдоқ саратоннинг асосий ларингоскопик белгиси — бу ҳиқилдоқ деворида ўсма борлиги ҳисобланади (“+ тўқима”). Ҳиқилдоқ саратони ўсиш жараёнига шубҳа туғилганда беморда албатта биопсия текшируви ўтказилади.

Даволаш. Беморда мужассамлашган даволаш усули қўлланилади (масофали гамматерапия, жарроҳлик усули ва кимё терапия). Даволаш усулларининг қайси бирини қўллаш касалликнинг босқичига, жараённинг жойлашувига ва ўсма 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 радиийга сезгирлиги юқори, даҳлиз саратонининг сезгирлиги 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 қўлланади; тил ости суяги остидаги *фаринготомия* жарроҳлик амали *ҳиқилдоқ усти қопқоғининг экстирпацияси* деб аталади ва ўсма ҳиқилдоқ усти қопқоғининг бирикмаган қисмига тарқалганда қўлланади;

в) ҳиқилдоқни олиб ташлаш — горизонтал, сагиттал, фронтал *гемиларингэктомия* деб аталади ва ўсма овоз бурмалари ҳамда олд комиссурага тарқалганда, ҳиқилдоқ пастки қаватининг чегараланган саратони ҳамда чўмичсимон тоғайлар юқори қаватининг саратонида қўлланади;

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 жарроҳлик 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, атрофдагилар билан мулоқотда бўлмаслик беморнинг асабига салбий таъсир кўрсатади. У ўзини жамиятдан ажралиб қолгандай ҳис этади.

Ларингэктомияни бошдан кечирган бемор меҳнат фаолиятига қайтиши ва ҳиқилдоқсиз фонация кўникмасини эгаллашига зарурат туғилади. Ҳиқилдоқсиз беморнинг овозини тиклаш учун бир нечта усуллар ишлаб чиқилган. Бунда йўқотилган овоз чиқариш фаолияти илгари бу фаолиятни бажармаган аъзоларга — қизилўнгач 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 машаққатли ишни бажаришга 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 кўтарилиб, ҳалқумнинг пастки қисмига, тил ости суягига, тил негизига ва тил орқасига тикилади. Бундай жарроҳлик амали *крико-ёки трахеолингвофарингопексия* деб аталади.

3. *Мужсассамлашган терапия* — жарроҳлик амали ва гамма-терапияни бирга қўллаш усули бўлиб, у қуйидаги вариантларда амалга оширилиши мумкин:

а) даволаш жарроҳлик амалидан бошланади, 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 миқдорида ўсманинг ҳажми ярмига кичрайганда қўлланади.

4. *Кимё терапия* даволашнинг асосий усулига, яъни гамма-терапия ва жарроҳлик амалига қўшимча сифатида қўлланади. Жарроҳлик амали ёки гамма-терапияни қўллаш иложи бўлмаган ҳолларда баъзан кимё терапия асосий даволаш усулига айланади. Бунда фторбензотеф, метотрексат, блеомицин, проспидин дори воситалари қўлланади.

Кимё терапиянинг бир қисми ҳисобланган гормонал терапия гамма-терапия самара бермаган ва жарроҳлик амалини қўллаш иложи бўлмаган тақдирда, эркакларга эстраген гуруҳи дори воситалари синестрол (мушак орасига ёки тери остига кунига 60–100 мг, жами 2500–3500 мг) юборилади. Гормонотерапия ҳиқилдоқ даҳлизи саратонида яхши натижа беради.

Ҳиқилдоқ саратонида олиб борилган даволаш тадбирларининг самараси бемор умрини яна беш йилга узайиши 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 беш йил ва ундан ортиққа чўзилади. Ҳиқилдоқ саратонининг I босқичида гамма-терапиянинг ўзи 80–90% ҳолларда беморларнинг клиник соғайишига олиб келиши мумкин. Ҳиқилдоқ саратони қайталанганда беморда оғир асоратлар ривожланади, шунинг учун касалликни ўз вақтида аниқлаш ва олдини олишнинг қуйидаги чора-тадбирлари муҳим аҳамият касб этади:

1) врачларнинг (оториноларинголог, терапевт, педиатр, окулист ва бошқ.) онкологик касалликларга бўлган хушёрлигини ошириш;

2) корхоналарда касби бўйича канцероген моддалар билан ишлайдиган ишчиларни доимий равишда профилактик кўрикдан ўтказиш ва сурункали гипертрофик ларингит, монохордит, ҳиқилдоқ папилломаси 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 тугунларини 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 биокимёвий реакцияларни ўтказиш, балғам, суртма, ўсма инфилтрати, 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 ҳужайрали, полиморф ҳужайрали, айлана ҳужайрали, 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 ривожланади, узоқ аъзоларга тарқалган метастазлар кам кузатилади.

Ҳақиқилоқ саркомасини даволашда гамма-терапия ва жарроҳлик усули қўлланади, баъзан қўшимча сифатида кимётерапия берилади. Даволашдан сўнг саркома қайталаниши мумкин.

VIII боб

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА МЕҲНАТ ҚОБИЛИЯТИ ЭКСПЕРТИЗАСИ

Аҳолини иш билан таъминлашдан олдин тиббий кўриқдан ўтказиш, поликлиника шароитида беморларни қабул қилиш, ишчи ходимларни тиббий кўриқдан ўтказиш, касаллик варақасини бериш, беморларни клиник-эксперт комиссиясига ва тиббий-ижтимоий экспертизага юбориш ишлари меҳнат экспертизасининг 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 беморнинг шикоятларини, касаллик тарихини ва умумий аҳолининг объектив кўрсаткичларини ёритади.

Ташхисда аъзо ва тизимлардаги физиологик фаолиятларнинг бузилиш даражаси, асоратларнинг оғирлиги ифодаланади. Врач ўз хулосасида меҳнатга лаёқатсизлик муддатини белгилайди, асосий ва йўлдош касалликлар ҳамда асоратларини кўрсатади.

Кейинги кўриқларда касалликнинг динамикаси, ўтказилаётган даволаш тадбирларининг самараси таҳлил қилиниб, меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини тугатиш ёки узайтириш масаласи ҳал қилинади.

ЛОР касалликларида меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатлари

Ангина ва сурункали тонзиллит хуружи. Ангина — бу аллергия компонент билан намоён бўлган юқумли касаллик бўлиб, ҳалқум лимфаденоид ҳалқаси яллиғланишининг маҳаллий белгилари ва бошқа аъзоларнинг (юрак-қон томир тизими, нафас аъзолари ва буйрак) ўзгаришлари билан кечади. Ташхис қўйишда анамнез маълумотлари, беморнинг шикоятлари, тана ҳарорати, ҳалқумдаги маҳаллий ўзгаришлар, юрак-қон томир тизимининг ҳолати, қон ва сийдик таҳлили натижалари ҳисобга олинади. Касалликнинг турли босқичларида беморнинг аҳолини тўғри баҳолаш ва меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлаш учун юқорида қайд этилган барча маълумотлар таҳлил қилинади.

Муртақлар ва ҳалқумдаги ўзгаришларсиз “ангина” ташхиси қўйилмайди. Беморда ангинанинг у ёки бу шаклининг (катарал, лаку-

нар, фолликуляр) аниқланиши вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлик муддатига таъсир қилмайди.

Ангинанинг барча шаклларида кузатилган танглай муртақларининг қизариши ва маҳаллий лимфаденит касалликнинг бошқа белгиларига қараганда кўпроқ (2–4 ҳафта давомида) давом этади, аммо бу касаллик варақасини узайтиришга асос бўлмайди.

Ангинада танглай муртақларининг яллиғланиши билан бирга кўпгина аъзолар фаолияти бузилади ва уларнинг тикланиши камида 6 кун давом этади. Баъзан касаллик 5–9 кун давом этиши мумкин. Ангина паратонзилляр хўппоз асорати билан кечганда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддати 8–12 кунга узайтирилади.

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 синиши калла суяги олд чуқурчаси суяқларига тарқалганда бурундан орқа мия суяқлиги оқади.

Бурун жароҳатларида ва бошқа жароҳатларда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлашда “Фуқароларнинг вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлигини тасдиқловчи ҳужжатларни бериш тартиби тўғрисидаги” буйруқдан фойдаланиш лозим.

Меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлашда бурун жароҳатининг қай даражада мураккаблиги, калла суяги асосига ва юз скелетига тарқалганлиги, ривожланган асоратлар эътиборга олинди. Бурун жароҳати фақат юмшоқ тўқима билан чегараланса ва кам миқдорда қон оқиши билан кечса буруннинг нафас фаолияти 3–4 кунда тикланади.

Вазомотор ринит. Вазомотор ринит билан оғриган бемор касаллик хуружида 3 кунга ишдан озод қилиниши мумкин.

Ўткир гайморит. Организм ҳимоя кучи пасаймаганда ва даволаш муолажалари тўғри бажарилганда ўткир гайморит белгилари 6–9 кунда бартараф этилади. Шу вақт ичида бурун бўшлиғидаги йирингли ажралма йўқолади, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши камаяди, бурун орқали нафас олиш тикланади, беморнинг умумий аҳволи яхшиланади.

Ўткир фронтит. 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. Фалвирсимон лабиринт катақларининг ўткир яллиғланиши кўпинча ўткир гайморит ва фронтит билан бирга кечади. Шу сабабдан беморнинг меҳнатга лаёқатсизлиги юқоридагиларни ҳисобга олинган ҳолда ҳал қилинади. Кўз косаси ва калла ичи асоратлари ривожланганда меҳнатга лаёқатсизлик муддати окулиет,

Айрим ЛОР касалликларида бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг беморнинг вақтинча меҳнатга лаёқатсизлиги муддатлари

№	Жарроҳлик амалининг номи	Вақтинча меҳнатга лаёқатсизликнинг умумий муддати (кунлар)		
		Оғир меҳнат билан шуғулланган шахслар учун	Бошқа беморлар учун	Шунингдек касалхона шароитида
1.	Бурун тўсиғи хўппозини очиш	6-9	5-7	5-7
2.	Бурун тўсиғи резекцияси	15-17	10-12	5-6
3.	Конхотомия	6-8	4-6	3-5
4.	Бурун суякларини тўғрилаш	10-14	8-10	5-8
5.	Гайморотомия	14-18	12-15	6-7
6.	Фронтотомия	23-30	22-24	20-21
7.	Сфеноидотомия	10-15	10-12	4-6
8.	Аденоидэктомия	4-6	2-3	1-2
9.	Тонзилэктомия	18-20	14-16	6-7
10.	Паратонзилляр хўппозни очиш	8-10	6-8	3-5
11.	Овоз бойлами фибромасини олиш	6-10	6-10	3-5
12.	Трахеостомия	6-10	6-10	3-5
13.	Хордотомия	18-24	18-24	10-12
14.	Ҳикилдоқ экстирпацияси	90-120	90-120	24-30
15.	Калла ичи асоратида бажарилган жарроҳлик амали	60-120	45-90	45-60

нейрожарроҳ ва невропатолог билан бирга бажарилган жарроҳлик амалининг ҳажмига 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 ҳисобланади, жарроҳлик амали бажарилганда бу муддат 14 кунга узайтирилади.

Бурун ва юқори лаб чипқони. Бурун ва юқори лаб чипқонида яллиғланиш жараёни юз веналари орқали бош мианинг қаттиқ пардаси

вена бўшлиқларига тарқалиши мумкин. Калла ичи ва умумий асоратларни инobatга олган ҳолда бемор 6–10 кун давомида шифохона шароитида даволанади.

Ўтқир ларингит. Касаллик юқори нафас йўллари яллиғланишида ривожланиб, баъзан трахея шиллиқ пардасининг яллиғланиши билан бирга кечади. Даволаш тadbирлари тўғри олиб борилганда касаллик 4–7 кун давом этади.

Ҳалқум, қизилўнғач ва нафас йўлларининг кимёвий куйиши. Ҳалқум, ҳиқилдоққа кириш жойи ва қизилўнғачнинг кимёвий куйиши баъзан оғир заҳарланиш ёки ўлим билан тугайдиган асоратларнинг ривожланиши билан кечиб, бемор ногиронлигига олиб келиши мумкин. Бундай бемор шифохонага ётқизилади. Касалликнинг дастлабки кунларида у соматик бўлимда, 5–7 кундан сўнг ЛОР бўлимида даволанади. Даволаш даврида (30–45 кун) бемор меҳнатга лаёқатсиз ҳисобланади.

Нафас йўллари ва ҳалқум ёт жисмлари. Бурун бўшлиғидан ёт жисмни чиқариб олиш қийин эмас. Ёт жисм чиқариб олингандан сўнг бемор меҳнат фаолиятига қайтади.

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 ўтказилгандан сўнг 4–5 кундан кейин 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 лаёқатсизлигининг аниқ муддатини белгилайди, бемор неча кун шифохона шароитида ёки ва уйда даволаниши масаласини ҳал қилади. Бемор шифохонадан чиқарилгандан кейинги 2–3-кунни поликлиника врачига мурожаат қилиши лозим.

Юқори нафас йўллари касб касалликларида меҳнат экспертизаси

Касб касалликларининг 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 кечишини ва ташхисини яхши билиши лозим.

ВМЭК ва меҳнат экспертизаси масаласини ҳал қилишда даволаш муассасалари ва КЭТ, МСЭК врачлик комиссияларига 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 касалликларида бемор поликлиника ёки шифохона шароитида даволаниши учун вақтинча ишдан озод этилади (масалан, бурун тўсиғи шиллиқ пардаси эрозияси аниқланганда). Кейинчалик беморнинг меҳнатга лаёқати патологик жараённинг тикланишига қараб ҳал қилинади.

3. Меҳнат лаёқатининг йўқотилиши ёки пасайишига олиб келган айрим аъзо ва тизимлар фаолиятининг бузилиши билан кечган касб касалликларининг оғир шаклларида бемор олдинги ишдан бутунлай озод этилади ва касб касаллиги бўйича ногиронлик гуруҳини белгилаш учун МСЭКга юборилади.

Ноқулай ишлаб чиқариш шароитида меҳнат қилган ишчиларни мавсумий тиббий кўриклардан ўтказиш касб касалликларини 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 касалликларини авж олишига сабаб бўлган йўлдош касалликлар ҳам аниқланади.

Оториноларингологияда касб касалликлари экспертизаси. Экспертиза қилишдан олдин ЛОР аъзодаги патологик ўзгариш касб касаллиги қайси гуруҳига кириши аниқланади. Бунинг учун врач касб касалликлари рўйхати ва ундан фойдаланиш ҳақидаги буйруқни билиши лозим. Корхонада санитария-гигиеник шароитнинг бузилиши натижасида алоҳида цех ёки корхона ишчилари орасида умумий касалликнинг кўпайиши кузатилади.

Кулоқ, томоқ ва буруннинг касб касалликлари меҳнат гигиенаси билан чамбарчас боғлиқ. Ишлаб чиқариш корхоналарида инсон саломатлигига зарар етказадиган омилларнинг сифати ва миқдори аниқланади.

Саноат чанги ва турли кимёвий моддалар таъсирида ривожланган юқори нафас йўллари касалликлари кўпинча қуйдирувчи, канцероген ва сенсibiliзацияловчи моддалар билан ишлаш натижасида ривожланади. Ноқулай иш шароитида юқори нафас йўлларининг айрим ўткир ва сурункали касалликлари ривожланади.

Юқори нафас йўлларининг ўткир касалликлари кимёвий-токсик моддаларнинг (хлор, аммиак, фосген, диметилсульфат) маълум миқдордаги концентрацияси таъсирида пайдо бўлади.

Назофаринголларинготрахеитда юқори нафас йўлларининг шиллиқ пардаси қизаради, бурун пастки чиғаноқлари ва овоз бурмалари шишади, аммо бу белгилар беморнинг меҳнат қобилиятига таъсир кўрсатмайди. Юқорида қайд этилган заҳарли моддаларнинг миқдори кўпайганда беморда патологик ўзгаришлар, яъни юқори нафас йўллари шиллиқ пардасининг қизариши, чўмичсимон тоғайлар ва даҳлиз бурмаларининг некрози ривожланади. Бу ҳолда беморнинг меҳнатга вақтинча лаёқатсизлиги 4—6 ҳафтага чўзилиши мумкин. Патологик ўзгаришлар бартараф этилгандан сўнг бемор ишлаб турган корхонасида ишни давом эттиради. Патологик жараён асоратлар билан кечганда у 2 ой давомида бошқа ишга кўчирилади.

Юқори нафас йўллари аллергозлари. Кимё корхоналарида ишлатилган моддалар инсон организмига ҳаво орқали киради ва биринчи навбатда юқори нафас йўлларининг шиллиқ пардасига таъсир қилади. Юқори нафас йўлларининг аллергик касалликларида меҳнат экспертизаси масаласи патологик жараённинг жойлашуви, касалликнинг давомийлиги, клиник белгилари, беморнинг касби эътиборга олинган ҳолда ҳал қилинади.

1981 йилда В.Б.Панков қуйидаги таснифни таклиф қилди:

I. Ҳалқум ва бурун бўшлиғи кимёвий аллергозининг яширин шаклида, кимёвий аллергенлар билан ўтказилган эндонал тест динамикасида умумий аллергик реакциялар кузатилмаганда ишчи ўз касби бўйича ишини давом эттириши мумкин. Врач бундай беморларни бир йилда 1 марта текшириши ва гипосенсибилизация тадбирини ўтказиши лозим.

II. Кимёвий моддалар таъсирида ривожланган аллергик ринитлар бошланғич босқичда касб касаллиги сифатида баҳоланади ва бемор 2 ойга бошқа ишга кўчирилади.

III. Аллергик жараён бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, ҳалқум ва ҳиқилдоққа тарқалганда, касалликнинг клиник белгилари ку-

чайганда ва даволаш тадбирлари самара бермаганда бемор узоқ муддат давомида бошқа ишга кўчирилади. Бундай беморларни врач 6 ойда 1 марта кўриклдан ўтказиб, гипосенсибилизация тадбирини буюради.

IV. Бронхоспазм билан кечган аллергозда МСЭК тавсияси билан беморнинг меҳнат фаолияти чекланади. Бемор иш ҳақи кам бўлган бошқа ишга кўчирилганда, илгари ишлаган корхонаси кўшимча иш ҳақи тўлайди.

V. Юқори нафас йўллари ва тери аллергозлари (дерматит, экзема) ёки юқори нафас йўллари ва ўпка аллергозлари (астматик бронхит, бронхиал астма) бирга кечган ҳолларда беморнинг меҳнат фаолияти чекланади ва унга МСЭК номенклатураси бўйича III гуруҳ ногиронлиги белгиланади.

IX боб

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ 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 вазибалари 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 муҳтож 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 гуруҳ — компенсация босқичидаги касалликлар билан оғриган беморлар;

IV гуруҳ — субкомпенсация босқичидаги касалликлар билан оғриган беморлар;

V гуруҳ — 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” ҳарфи ва касалликнинг шифри белгиланади. Бундан ташқари ҳар бир беморга “Диспансер назорати варақаси” (30-шакл) 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 ўтказида. Бу ишлар кўпинча баҳор ва кузда бажарилади (март — апрел ва сентябр — октябр ойларида), чунки кўпгина сурункали касалликлар айни 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 ишларининг тўлиқ бажарилиши.

Диспансер назоратининг самараси касалликни авж олиши ёки яхшиланиши, ўзгаришсиз қолиши, оғирлашиши каби кўрсаткичлари билан баҳоланади.

Диспансер назорати остига олинadиган касалликлар. Бурун ва бурун ёндош касалликларидан сурункали ринит 2,2–3,3%, сурункали гайморит — 2–7,6% 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 кечишига салбий таъсир этади, шунинг учун тегишли даволашдан сўнг бундай беморлар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтишлари лозим. Буруннинг аллергик касалликлари билан оғриган беморлар ҳам диспансер назорати остига олинади ва аллерголог маслаҳати уюштирилади. Кузатув муддати ҳар бир беморга индивидуал равишда белгиланади.

Ҳалқум касалликларидан сурункали тонзиллит болаларда кенг тарқалган. Айрим муаллифлар мактабгача ёшдаги болаларнинг 8,3% ида, мактаб ёшидаги болаларнинг 11% ида сурункали тонзиллит касаллигини аниқлашган. Поликлиникада ҳар 10000 бола ва ўсмирлар орасида сурункали тонзиллит ва аденоидит билан оғриган болалар 1000 тани ташкил қилади. 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 кулоқ 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.

Ҳиқилдоқ касалликлари бошқа ЛОР аъзолари касалликларининг 3% ини ташкил қилади. Деканоляция ва давомли интубацияни бошдан

кечирган беморлар, канюля ташувчилар, ҳиқилдоқ папилломаси ва ўсмалари, қайтувчи асаб толаси фалажи билан оғриган беморлар диспансер назорати остига олиниши шарт.

Ҳиқилдоқ 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. Ҳиқилдоқнинг нафас ва овоз чиқариш фаолияти тўлиқ тиклангандан сўнг бундай беморлар 2—3 йилдан сўнг диспансер назоратидан чиқарилади.

Айрим ҳолларда кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда юқори нафас йўллари касалликлари билан оғриган беморлар даволаниши учун сиҳаттоҳларга юборилади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 28.07.94 йил 352-сонли

Қ А Р О Р И

“Аҳолининг соғлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш, одамлар умрини узайтириш, меҳнат унумдорлигини ошириш, ўсиб бораётган ёш авлодни соғломлаштиришда диспансеризация биринчи даражали аҳамиятга эга. Диспансеризация асосида аҳолининг айрим гуруҳлари ва беморларни мунтазам равишда кузатиш, санитария-гигиеник, профилактик тадбирларини ўтказиш тадбирлари ётади.

8-жадвал

Оториноларингология 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 (декомпенсация шакли) (Дш)	1 йилда 2 марта	1 йилда 2 марта терапевт, ревматолог кўриги, кўрсатма бўйича стоматолог кўриги	Сийдик таҳлили 1 йилда 2 марта, аллергологик текширув 1 йилда 1 марта; кўшимча текширувлар мутахассис кўрсатмасига асосан	Жаррохлик даволаш усули; қарши кўрсатмаларда – сурункали тонзиллитнинг компенсация шаклида ўтказиладиган дорилар билан даволаш ва физиотерапия муолажалари	Юрак-кон томир, буйрак ва бошқа аъзолар томонидан асоратлар йўқлиги, қайталанишининг камайиши, вақтинча ишга лаёқатсизликнинг йўқлиги

2.Бурун оркали нафас олиш бузилмаган ва ўрта кулоқда ўзгаришсиз кечган аденоидлар ва муртақлар гипертрофиясининг I-II даражаси	1 йилда 1 марта		Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси	Шунга ўхшаш	Касаллик авж олмаганлиги, меҳнатга лаёқатсизликни йўқлиги, жароҳлик амалидан сўнг соғайиш
3.Сурункали қайталанувчи синусит (D _{III})	1 йилда 1 марта	Кўрсатмага асосан бошқа мулахассислар кўриги	Кўрсатмага асосан бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси, кон ва сийдик таҳлили, аллергологик текширувлар	Бўшлиқларни тешиш ва чиқаргич ўрнатиш, жароҳлик амалидан сўнг юкори жағ бўшлиғини ювиш, бурун чиғаноклари шиллик пардасига дориллар юбориш, бурун чиғаноклари вазотомияси, ультратовушли дезинтеграция, гальваноклаустика ва криожароҳлик амали, полипотомия, физиотерапия муолажалари	Клиник кўрсаткичларининг яхшиланиши, меҳнатга лаёқатсизлик йўқлиги
4.Сурункали гайморитнинг ремиссия даври	Кўрсатмага асосан		Кўрсатмага асосан	Жисмоний тарбия билан шуғулланиш, организмни чиниктириш, ЎРВК ва шамоллашни олдини олиш	Касаллик авжи кузатилмаслиги ва меҳнатга лаёқатсизликни йўқлиги
5.Ноқулай ва асоратлар билан кечган ҳамда овоз касб эгаларидаги сурункали ларингитлар, ринофарингитлар	1 йилда 1 марта		Кўрсатмага асосан ҳикматдор рентгенографияси, стробоскопия; кон ва сийдик таҳлили	Субатрофик ларингитда сангвиритрин, ретинол билан ишқорли ёғли ингаляциялар, ҳикматдор ичига ёғларни юбориш; гипертрофик ларингитда целлоидин ёки гуммизол билан ингаляция қилиш; аллер-	Соғайиш. Ремиссия муддатини чўзилиши. Клиник кўрсаткичларининг яхшиланиши. Овоз бурмалари стробоскопияси кўр-

				гик ринитда юкори жаг бўшлиғи пункцияси, унга гидрокортизон юбориш; гистаминга карши дори воситалар, бурун ичига 1% ли гидрокортизон малҳами билан фонофорез қилиш; овоз касб эгаларига нафас ва овоз машқлари; тинчлантирувчи дорилар, спазмолитиклар, жадаллаштирувчи воситалар; антибиотиклар ва кортикостероид дорилар билан ингальция қилиш, витаминлар, аутотренинг, спазмолитиклар билан электрофорез, рефлексотерапия, кўрсатмага асосан микрожароҳлик амали.	саткичларини меъёрлашуви. (D ₁₁) гуруҳига кўчириш
6. Сурункали фарингит ва ларингитнинг субатрофик шакллари (D ₁₁)	Кўрсатмага асосан		Кўрсатмага асосан	Жисмоний тарбия билан шуғулланиш, организмни чиниктириш, зарарли кўникмалар (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш) ни йўқотиш; парҳез таомлар, ишкорлиқли ингальциялар.	Касаллик авжи ва меҳнатга лаёқатсизлик йўқлиги
7. Хикилдокнинг рақолди касалликлари (гипертрофик ларингит, сурункали хорионидит, контакт	Индивидуал тарзда 1 йилда 3 марта	Кўрсатмаларга асосан мутахассислар кўриги	Кўрсатмага асосан хикилдок рентгенографияси, компьютер томографияси ва биопсия, стробоскопия, кон ва сийдик	Гранулема ва контакт яраларда антибиотиклар билан ингальция, гистаминга карши дори воситалари, кўрсатмага кўра жароҳлик даволаш усули. Папило-	Касаллик авжини йўқлиги ёки камайиши. Анатомик тузилма ва хикилдокнинг физи-

яралар, кера-тазалар, папилломатоз, гранулемалар, фиброматоз ва бошқ.) (D _{III})			таҳлили 1 йилда 2 марта	матозда жарроҳлик даволаш усули, кимё ва нур терапияси. Сурункали ларингитларда жарроҳлик амали, кимётерапия	ологик фаолиятлари кўрсаткичларининг тикланиши
8.Хикилдоннинг сурункали тораёйишлари чандикии, склерома, папилломатоз хикилдок фалажи (шу жумладан трахея найчаси ташувчилар) (D _{III})	1 йилда 2 марта	Терапевт (пульмонолог) кўрсатмаси бўйича эндоскопия 1 йилда 2 марта; хикилдок фалажида эндокринологик кўрсатма бўйича	Қон ва сийдик таҳлили, кўрсатма бўйича хикилдок рентгснографияси, компьютер томография, эндофибротрахеоскопия ва стробоскопия	Тикловчи жарроҳлик амали (босқичма- босқич пластика қилиш, бужлаш, асосий касалликни дорилар билан даволаш, трахея-хикилдок протезларини тўғри танлашни назорат қилиш, шу жумладан трахеостомия найчаларини ҳам, трахеостомани парвариллаш, шамоллашни олдини олиш, касб танлаш	D _{II} гуруҳига кўчириш
9.Сурункали ринитлар: гипертрофик вазомотор, аллергик (D _{II})	1 йилда 1-2 марта	Невропатолог, аллерголог кўрсатмаси бўйича	Қон, сийдик таҳлили 1 йилда 1-2 марта. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографияси, аллергологик текширув кўрсатмасига асосан	Организмни чиниктириш. Сурункали гипертрофик ринитда вазотомия, криотайсир ёки пастки бурун чиганоклари дезинтеграцияси. Аллергик ринитда десенсибилизация терапияси	D _I гуруҳига кўчириш
10.Табий йўллар оркали компенсатор нафас билан кечган хикилдоннинг сурункали тораёйиши (D _{II})	1 йилда 1 марта	Терапевт, пульмонолог кўрсатмаси бўйича	Қон ва сийдик таҳлили. Кўрсатма бўйича хикилдок рентгенографияси, компьютер томография	Касаллик авж олган даврда дорилар билан ингаляция, физиотерапия муолажалари, хикилдок соҳасига калий йодид, лидаза билан электрофорез	Кортикостероидларни қўллаш, ўткир респиратор вирусли касалликлар билан касалланишни олдини олиш

Х боб

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН АСОСИЙ ДОРИЛАР

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 дори воситалари киради:

1. Антибиотиклар — патоген микрофлорага бактериостатик ва бактериоцид таъсир кўрсатади.

2. Сульфаниламид дорилари — патоген микрофлорага бактериостатик таъсир кўрсатади.

3. Кортикостероидлар — шишга, аллергияга, яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади.

4. Десенсибилизация дори воситалари — гистамин рецепторларининг фаолиятини сўндиради, аллергик 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 воситалари, вакциналар.

7. Муколитик дори воситалари — шиллиқ безлар фаолиятини яхшилайти, нафас йўлларидаги патологик ажралмаларни суюлтиради.

8. Фермент дори воситалари — шиллиқ безлар фаолиятини яхшилайти, нафас йўлларидаги патологик ажралмаларни суюлтиради.

9. Яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантириш таъсирига эга дори воситалари — яллиғланиш жараёнини тўхтатади, бемор аъзоларида оғриқ сезгисини камайтиради.

10. Маҳаллий антисептик дори воситалари — маҳаллий тўқимага таъсир қилиб, яллиғланишни, оғриқни камайтиради.

11. Маҳаллий оғриқсизлантириш таъсирига эга дори воситалари — маҳаллий оғриқ сезгисини камайтиради.

12. Дармондорилар — организмда модда алмашинувини, оксидланиш-қайтарилиш жараёнини яхшилайти.

Бундан ташқари ҳалқум ва ҳиқилдоқ касалликларида беморга таркибига юқорида қайд этилган гуруҳ дорилари киритилган турли аралашмалар; ҳалқумни чайиш, ингалиция, ҳалқумни ювиш, ҳиқил-

доқ 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 кўрсатади, яъни *микроорганизм — дори воситаси — макроорганизм*. Микроорганизмларга юқумли касалликларни қўзғатувчи бактериялар, риккетсиялар, вируслар, замбуруғлар ва оддий микроблар киради.

Бактерияларга қарши дори воситаларига 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 биргаликда бўшлиқ ичига ҳам юборилади.

Оториноларингологияда асосан қуйидаги гуруҳ антибиотиклари қўлланилади:

- β-лактамлар (пенициллинлар);
- цефалоспоринлар;
- макролидлар;
- аминогликозидлар;
- тетрациклинлар;
- линкозаминлар;
- ДНК гидролаза ингибиторлари (хинолонлар, фторхинолонлар);
- қўшма антибиотиклар.

1.1. Пенициллин гуруҳи дорилари (бета-лактама антибиотиклари)

Ушбу гуруҳга биосинтетик, яримсинтетик ва синтетик дорилар киради. Улар грамм-мусбат 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 фаоллигига эга оқ кукун билан тўлдирилган флаконлар. Мушак орасига, томир ичига юбориш ёки бўшлиққа киритиш учун эритма ҳолида қўлланилади. Пенициллиннинг калий тузи орқа мия суяқлиги ёки вена ичига юборилмайди!

Rp.: Benzylpenicillini – natrii 500000 TB

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% ли стерил новокаин эритмасида эритиб 5 мл дан ҳар 4 соатда мушак орасига юбориш.

Феноксиметилпенициллин (оспен): 0,1 ва 0,25 г ли таблеткалар, 0,1 г ли дражелар. Бактериостатик таъсирга эга. Овқатдан 30 минут ёки бир соат олдин бир суткада 4–6 маҳал ичиш. Катталар учун бир мартали ўртача миқдори 0,25 г, суткалик миқдори 1,5 г га тенг. Бир ёшгача болаларга суткалик миқдори 25–30 мг/кг, 1–6 ёшгача 15–30 мг/кг, 6–12 ёшгача 10–20 мг/кг, 12 ёшдан ошган болаларда 0,5–1 г/ кг.

Rp.: Phenoximethylpenicillini 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Икки таблеткадан кунига 4 маҳал, ҳар 6 соатда овқатдан олдин ичиш.

Яримсинтетик пенициллинлар:

Оксациллин: яримсинтетик пенициллинлар гуруҳига киради, 0,25 – 0,5 г таблеткалар. Катталар ва 6 ёшдан ошган болалар учун дорининг бир мартали миқдори 1г (суткалик 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 8–6 соатда овқатдан олдин ичиш.

Ампициллин тригидрат: 0,25 г ли таблеткалар; 0,25 г ли капсулалар; суспензия тайёрлаш учун флакондаги кукун. Яримсинтетик пенициллинлар гуруҳига мансуб кенг таъсир кўламига эга дори. Катталар учун бир марталик миқдори 0,5 г, суткалик 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 ли 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 500000 ТБ

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% ли стерил новокаин эритмасида эритиб, 5 мл дан ҳар 4 соатда мушак орасига юбориш.

Ампикокс: ампициллин ва оксациллин натрий тузларидан иборат мураккаб антибиотик. Флаконларда 100, 200 ва 500 мг. Деярли барча микробларга қарши кенг таъсир кўламига эга. Ўткир ёки сурункали жараёнлар авжида турли бўшлиқларга киритиш ва 0,025 г капсулалар ичиш учун буюрилади. Катталар учун суткалик миқдори 2–4 г, 12 ёшгача болалар учун 100 мг/кг.

Rp.: Ampioxii 500000 ТБ

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% ли стерил новокаин эритмасида эритиб 5 мл дан ҳар 4 соатда мушак орасига юбориш.

Карбенициллин натрий тузи: ярим синтетик пенциллинлар гуруҳига кирувчи антибиотик. Кенг таъсир кўламига эга, кўк йирингли таёқчага нисбатан фаол. Флакондаги 1 г кукун шаклида ишлаб чиқарилади. ЛОР аъзолари бўшлиқларини ювиш ва бўшлиқ ичига юбориш учун ишлатилади.

Rp.: Carbenicillini – natrii 1000 00000 ТБ

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% ли стерил новокаин эритмасида эритиб, юқори жағ бўшлиғига юбориш.

Амоксициллин; аналоглари Оспамокс, Хиконцил: 1,0 г ли таблеткалар, 0,25 ва 0,5 г ли капсулалар, суспензия тайёрлаш учун флакондаги кукун (5 мл да 0,25 г ичиш учун). Кенг таъсир кўламига эга бўлган яримсинтетик пенциллин гуруҳига мансуб антибиотик. Бактериоцит таъсирга эга, грамм-мусбат ва грамм-манфий кокклар, айрим грамм-манфий таёқчаларга нисбатан фаол. Катталарга ва 10 ёшдан ошган болаларга 0,5 г дан бир суткада 3 маҳал, 10 ёшгача болаларга бир суткада 0,125–0,25 г, 2 ёшгача болаларга 20 мг/кг бир суткада 3 маҳал ҳар 8 соатда ичиш учун 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, 500 мг + 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+100 мг,

1,0 г+200 мг) 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, 1000 мг таблеткалар; суспензия тайёрлаш (5 мл да 312 мг) ва парентерал йўл орқали юбориш (600 мг, 1,2 г) учун флакондаги кукун шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Амоксиклав 1000 мг

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал, ҳар 12 соатда овқатдан 30 дақиқа олдин ичиш.

Тазоцин (пиперациллин + тазобактам): флакондаги кукун 2,25 г (2г+250мг) ва 4,5г (4г+500мг) шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Tazocini 2,25

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 2,5 мл физиологик эритмада эритиб мускул орасига юбориш.

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

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% ли стерил новокаин эритмасида эритиб, ҳар 6–8 соатда мушак орасига юбориш.

Тиментин (тикарициллин + клавулан кислотаси): парентерал йўл орқали юбориладиган эритма тайёрлаш учун флакондаги 1,6 (1,5 г + 100мг) ва 3,2 (3 г + 200мг) кукун шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Timenthyni 1,6

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% ли стерил новокаин эритмасида эритиб, ҳар 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 I, II, III, IV авлоди мавжуд.

Цефалоспоринларнинг I авлодига мансуб дорилар:

Цепорин (цефалоридин): 0,25, 0,5 ва 1,0 г флакондаги кукун. Пенициллинга нисбатан аллергия ҳоллатларида бўшлиқларни ювиш ва бўшлиқ ичига юбориш учун ишлатилади.

Rp.: Seporini 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 3–4 маҳал
ҳар 6–8 соатда овқатдан олдин ичиш.

Цефалексин (цефорекс): 0,25 ва 0,5 г капсулалар. Ичиш учун мўлжалланган кенг таъсир кўламига эга дори. Катталар учун бир марталик миқдори: 0,25–0,5 г, суткалик миқдори 4,0–6,0 г ни ташкил қилади. Тана вазни 40 кг дан кам бўлган беморларга бир суткалик ўртача миқдори 25–50 мг/кг га тенг. Дори бир суткада 4 маҳал қабул қилинади. Даволаш курси 7–12 кун.

Қарши кўрсатмалари: ҳомиладорлик 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 1 г кукун. Бўшлиқларга юбориш учун ҳам қўлланилиши мумкин.

Rp.: Sefasolini 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% ли
новокаин эритмасида эритиб, мушак орасига
ҳар 6–8 соатда юбориш.

Анцеф: 0,5 ва 1,0 г флакондаги кукун. Бактериоцид таъсирга эга. Бир суткалик максимал миқдори 6,0 г. Бўшлиқни 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% ли
новокаин эритмасида эритиб, мушак орасига
ҳар 8 соатда юбориш.

Цефаклор: 0,125 ва 0,25 г ли таблеткалар, 0,25 ва 0,5 г ли 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 ли таблеткалар, 0,25 ва 0,5 г ли 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 II 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

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% ли новокаин
эритмасида эритиб, мушак орасига юбориш.

Цефуроксим; аналоги Зинацеф: парентерал йўл орқали ҳар 12
соатда юбориш учун 250 мг, 750 мг, 1,5 г флакондаги кукун. Аналоги
Зиннат: 0,125, 0,25 ва 0,5 г таблеткалар, суспензия тайёрлаш учун
гранулалар 5 мл да 125 мг. Катталар учун бир суткада 250 мг дан 2
маҳал, болалар учун бир суткада 125 мг. Қарши кўрсатмалар:
цефалоспиринларга сезгирликни ошиши.

Rp: Sefuroximi 0,750

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% ли 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.

Цефалоспоринларнинг 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% ли
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.

Рр.: 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.

Рр.: 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.

Рр.: Sefothaximi 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% ли
новокаин эритмасида эритиб, мушак орасига юбориш
ҳар 8–12 соатда.

Рр.: Claforani 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5%
новокаин эритмасида эритиб, мушак орасига
ҳар 8–12 соатда юбориш.

Цефтриаксон; аналоги Роцефин: парентерал йўл орқали юбориш учун флакондаги 250, 500 мг ва 1 г кукун эритувчи моддаси билан ва флакондаги 1 ва 2 г кукун шаклида ишлаб чиқарилади; аналоги **Лонгацеф:** флакондаги 250 мг, 1 г кукун.

Рр.: Sefthryaconi 0,5

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 5 мл 0,5% ли новокаин эритмасида
эритиб мушак орасига бир суткада бир маҳал юбориш.

Рр.: Longasefi 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% ли новокаин эритмасида
эритиб, мушак орасига 1 суткада 1 маҳал юбориш.

Цефалоспоринларнинг **IV авлодига** мансуб дорилар:

Цефепим; аналоги Максипим: флакондаги 500 мг ва 1 г кукун.
Юқумли касалликларнинг оғир шаклларида томир ичига ёки ЛОР аъзолари бўшлиқларига юбориш учун ишлатилади.

Рр.: Safapimi 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни 10 мл 0,5% ли новокаин эритмасида эритиб томир ичига ҳар 8–12 соатда юбориш.

Цефпиром; аналоги Цейтен: парентерал йўл орқали юбориш учун флакондаги 250, 500 мг ва 1 г кукун, эритувчи моддаси билан бирга ишлаб чиқарилади.

Рр.: Sefpirom 1,0

D.t.d. N 6

S. Флакондаги кукунни эритувчи суюқлик билан эритиб, мушак орасига юбориш.

1.3.Фторхинолонлар

Ципрофлоксацин; аналоги Ципробай, Ципролет, Ципромед: 100, 250 ва 500 мг таблеткалар; парентерал йўл орқали юбориш учун 10 мг флакондаги эритма.

Рр.: Siproleti 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал ичиш.

Пефлоксацин; аналоги Абактал, Пефлацин, Пефлацине: 400 мг таблеткалар ичиш учун; парентерал йўл орқали юбориш учун 5мл ампулалардаги эритма (1 мл да 80 мг).

Рр.: Pefloxacin 0,4

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан олдин ҳар 12 соатда ичиш.

Рр.: Pefloxacin 5 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. 5 мл мушак орасига кунига 2 маҳал ҳар 12 соатда юбориш.

Левовфлоксацин; аналоги Таваник: 250 ва 500 мг таблеткалар; парентерал йўл орқали юбориш учун эритма 1 мл да 5 мг–100 мг.

Рр.: Lavofloxacin 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 1 маҳал овқатдан олдин ичиш.

1.4. Макролидлар

Эритромицин: 0,1 ва 0,25 г таблеткалар. Кенг таъсир қўламига эга антибиотик. Эритромициннинг таъсир механизми тетрациклинни-кига ўхшайди. Эритромицин бактериостатик таъсир кўрсатади. Ичиш учун бир марталик миқдори 0,5 г, суткалик миқдори 2,0 г, 1 дан 3 ёшгача болаларга 0,4 г, 3 дан 12 ёшгача 0,5 дан 1 г гача буюрилади. Дори ҳар 8–12 соатда бир хил миқдорда берилади.

Қарши кўрсатмалар: дорига нисбатан индивидуал сезгирлик ва жигар фаолиятининг бузилиши.

Rp.: Erythromycini 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ҳар 8 соатда ичиш.

Олететрин: 0,125 г олеандомицина фосфата ва 0,125 г тетрациклина гидрохлориддан иборат мураккаб антибиотик. 0,25 г таблеткалар шаклида ишлаб чиқарилади ва кунига 0,25 г дан ичиш учун буюрилади. Дорининг бир суткалик миқдори 1–1,5 г ни ташкил қилади.

Rp.: Olaetetryni 0,25

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ҳар 8 соатда ичиш.

Линкомицина гидрохлорид: 0,25 г капсулалар ичиш учун буюрилади. Катталар учун бир марталик миқдори 0,5, суткалик миқдори 1–1,5 г ни ташкил қилади. Кенг таъсир қўламига эга антибиотик. Қарши кўрсатмалар: ҳомиладорлик даври, жигар ва буйрак касалликлари.

Rp.: Lincomycini hydrochlorydi 0,25

D.t.d. N 10 in caps. gelt.

S. Икки капсуладан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ҳар 8 соатда ичиш.

Олеандомицина фосфат: 0,125 г таблеткалар. Кенг таъсир қўламига эга антибиотик. Ичиш учун қўлланилади. Дорининг бир марталик миқдори 0,5 г, суткалик миқдори 2,0 г ни ташкил қилади. 3 ёшдан 6 ёшгача болаларга 0,25–0,5 г, 6 дан 14 ёшгача болаларга 0,5–1,0 г, 14 ёшдан ошган болаларда 1,0–1,5 г миқдорида тавсия қилинади. Суткалик миқдори 4 маҳалга бўлинади.

Rp.: Olaeandomycini phosphatis 0,125

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ҳар 8 соатда ичиш.

Азитромицин; аналоги Сумамед: 125–500 мг ли таблеткалар; суспензия тайёрлаш учун 5 мл да 100 мг ва 5 мл да 200 мг кукун шаклида ишлаб чиқарилади.

Rp.: Azitromycini 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 1 маҳал овқатдан
1 соат олдин ичиш.

Клиндамицин: таъсир кўламига кўра 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 буюрилади.

Rp.: Clindamycinii 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 инфекцияларининг енгил шаклларида даволашда ишлатилади. Ичишга 250–500 мг дан ҳар 12 соатда буюрилади.

Қарши кўрсатмалар: ҳомиладорлик даври ва буйрак етишмовчилиги.

Rp.: Clarythromycini 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 ли таблеткалар. Флакондаги суспензия 100 мл. Бактериостатик таъсирга эга. Суткалик миқдори 0,8–2,0 г (3 маҳал), суспензияси 30–50 мг/кг бир суткада 3 маҳал.

Rp.: Vilpropheni 0,2

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин
ҳар 8 соатда ичиш.

Спиромицин; аналоги Ровамицин: 1,5 ва 3 млн ТБ таблеткалар. Ичиш учун буюрилади. Дорининг суткалик миқдори 6–9 млн ТБ ни ташкил қилади, кунига 2–3 маҳал буюрилади. Томир ичига юбориш учун 1,5 млн ТБ флакондаги кукун; болаларга суспензия тайёрлаш учун халтачадаги 375 минг, 750 минг, 1,5 млн ТБ гранулалар шаклида ишлаб чиқарилади.

Рр.: Спругомусіні 3000 000 ТБ

D.t.d. N 10 in tab .

S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ҳар 8 соатда ичиш.

Рокситромицин; аналоги Рулід: 0,15 г таблеткалар шаклида ишлаб чиқарилади ва кунига 2 маҳал буюрилади.

Рр.: Roxitromycini 150 мг

D.t.d. N 10 in tab .

S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Синтомицин 1,5 ва 10% ли линименти: йирингли яралар, куйишлар ва пиодермияда ишлатилади.

Рр.: Lymphentum Synthomycini 10% 10,0

D.S. Куйган тери майдонига суртиш учун.

1.5. Карбапенемлар

Тиенам (имипенем + циластатин): томир ичига юбориш учун флакондаги кукун (500 мг+500 мг); мушак орасига юбориш учун флакондаги кукун (500 мг+500 мг).

Рр.: Thienami 1,0

D.t.d. N 6 in flac.

S. Томир ичига юбориш учун.

Меропенем; томир ичига юбориш учун флакондаги 500 мг ва 1 г кукун.

Рр.: Meropenemi 1,0

D.t.d. N 6 in flac

S. Томир ичига юбориш учун.

1.6. Тетрациклинлар

Ушбу синфга 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 қилади. Тетрациклинлар протей ва кўк йирингли таёқчанинги аксарият штаммларидан ташқари грамманфий ва грам-мусбат патоген бактерияларга нисбатан фаол.

Тетрациклин (тетрациклин гидрохлорид): 0,05 г, 0,1 ва 0,25 г таблеткалар. Микробга қарши кенг таъсир кўламига 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 овқатдан олдин ҳар 8 соатда.

Окситетрациклин дигидрат: 0,25 г ли 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: «Гиоксизон» малҳами шаклида ишлаб чиқарилади. Унинг таркибига окситетрациклиндан ташқари гидрокортизон ҳам киради. Бактерияларга, яллиғланишга ва аллергияга қарши таъсирга эга. Маҳаллий усулда қўлланади.

Rp.: Ung. “Hioxizoni” 10,0

D.S. Зарарланган терига суртиш учун.

Метациклин; аналоги Метациклин гидрохлорид: 0,15 ва 0,3 г ли капсулалар. Фаоллиги бўйича тетрациклиндан устун турган яримсинтетик дори. Бир марталик миқдори 0,3 г, суткалик миқдори 0,6 г.

Қарши кўрсамалар: дорига сезгирликнинг 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 граммли 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 суткалик миқдори даволашнинг биринчи кунини 0,2 мг бир-икки маҳал ҳар 12 соатда, кейинги кунларда — бир суткада 0,1 мг миқдорда, 8 дан 12 ёшгача болаларга дори 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 бурун-ҳалқумга 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% ли 20 мл эритма; томир ичига томчилаб юбориш учун флакондаги 0,5% ли 100 мл эритма.

Аналоги: *Трихопол*: 250 мг таблеткалар.

Rp.: Metronidasoli 0,5% 20 ml

D.t.d. N 6 in amp.

S. Томир ичига 20 мл юбориш учун.

1.9. Маҳаллий таъсир этувчи антибиотиклар

Фузафунжин; аналог *Биопарокс*: 20 мл 400 дозали флакондаги аэрозол.

Rp.: Aerosoluni "Bioparoxi" 20 ml

D.S. 0,125 мл, 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; аналог *Дифлюкан*: 50, 100, 150 ва 200 мг таблеткалар; томир ичига юбориш учун флакондаги 50, 100 ва 200 мл эритма, концентрацияси 2мг/мл.

Rp.: Diphucani 100 ml

D.S. Томир ичига томчилаб юбориш учун.

Кетоконазал; аналог *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.

Амфотерицин В: 50 минг ТБ (50 мг) флакондаги кукун, эритувчи моддаси билан бирга ишлаб чиқарилади.

Rp.: Amphothericini B 50000 ТБ

D.t.d. N 6 in flac.

S. Флакондаги кукунни эритиб, мускул орасига юбориш.

Кунига 2 маҳал ҳар 12 соатда.

Нистатин: 250 000 ва 500 000 ТБ таблеткалар.

Rp.: Nistatini 250000 ТБ

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан олдин ичишга.

2. Сульфаниламид дори воситалари

Сульфаниламид дорилари ишлаб чиқилгандан сўнг тиббиётда бевосита микроб ҳужайрасига таъсир кўрсатиш имкони эраси бошланди. Улар йирингли жараёнларни даволаш муаммосини анча енгиллаштирди. Табиийки, бу дорилардан оториноларингологлар ҳам фойдаландилар.

ЛОР амалиётида сульфаниламид дориларнинг ҳам қисқа, ҳам узоқ вақт таъсир этувчи дори воситалари ишлатилади.

Стрептоцид: 0,3–0,5г ли таблеткалар. Коккларга ва ичак таёқчасига қарши таъсирга эга. Стрептоцид қабул қилингандан сўнг тез сўрилади ва 1–2 соатдан кейин унинг қондаги концентрацияси энг юқори кўрсаткичларга етади. Миқдори: катталарга – 0,5–1г суткасига 5–6, бир ёшгача болаларга 1 марталик миқдори 0,05–0,1г, 2 дан 5 ёшгача 0,2–0,3г, 6 дан 12 ёшгача 0,3–0,5 г.

Катталар учун энг юқори бир марталик миқдори 2 г, бир суткалик миқдори 7 г. Таблеткалардан ташқари териға суртиш учун малҳам (5 ёки 10 %) ёки эмульсия (5%) шакллари мавжуд. Стрептоцид «Сунорэф» малҳами ва бурун ичига пуркаш учун мураккаб кукун таркибига киради.

Қарши кўрсатмалари: қон тизими ва буйрак касалликлари, Базедов касаллиги.

Rp.: Streptocidi 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. 1/2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Норсульфазол: 0,5 г ли таблеткалар, кокклар ва ичак таёкчасига қарши фаолликка эга. Тез сўрилади ва организмдан сийдик орқали тез чиқарилади. Катталарга дастлаб 2 дан 4 г гача, кейинчалик бир г дан кунига 4 маҳал, 3–6 кун давомида ичиш буюрилади. Болаларга ҳар 4, 6, 8 соатда куйидаги бир марталик миқдорда берилади: 4 ойликдан 2 ёшгача болаларга 0,1–0,25 г, 2 дан 5 ёшгача 0,3–0,4 г, 6 дан 12 ёшгача 0,4–0,5 г. Бир марта қабул қилинганда дорининг 2 марталик миқдори берилади. Катталар учун энг юқори бир марталик миқдори 2 г, суткалик миқдори 7 г ни ташкил қилади.

Rp.: Norsulfasoli 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. 1/2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Сульфазин: 0,5 г ли таблеткалар. Ичиш учун буюрилади, биринчи марта 2 г, кейинчалик ҳар 4 соатда 1г дан 1–2 кун давомида. Кейинги кунларда ҳар 6–8 соатда бир г дан тана ҳарорати метъёрлашгунча ва яна 3 сутка давомида берилади. Болаларга дастлаб бир кг тана вазнига 0,1 г дан, кейинчалик 0,025 г/кг ҳар 4, 6, 8 соатда берилади.

Rp.: Sulfasini 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. 2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Сульфадимезин: 0,25 ва 0,5 г ли таблеткалар. Микробга қарши кенг таъсир кўламига эга, организм учун зарарсиз. Катталар учун энг юқори бир марталик миқдори 2 г, суткалик миқдори 7 г. Болаларга дастлаб 1 кг тана вазнига 0,1 г дан, кейинчалик 0,025 г/кг дан ҳар 4, 6, 8 соатда берилади.

Rp.: Sulfadimezini 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. 1/2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Сульфацил натрий (альбуцид): оқ рангли кукун, ҳамда 10, 20, 30% ли эритма 5 ва 10 мл дан флаконларда ишлаб чиқарилади. Миқдори бир сутка давомида: 0,5–1 г дан 3–5 маҳал, болаларга 0,1–0,5 г дан 3–5 маҳал. Альбуцид эритмаси ринологияда, айниқса болаларда қон томирни торайтирувчи дорилар кўшилган ҳолда бурун томчилари сифатида ишлатилади.

Қарши кўрсатмалари: сульфаниламидларга нисбатан аллергик реакциялар.

Rp.: Sol.Sulfacili natrii 30% – 10 ml

S. 2–3 томчидан бурун ичига кунига 3 маҳал томишиш.

Сульфапиридазин: 0,5 г ли таблеткалар. Узоқ таъсирга эга сульфаниламид дориси. Микробга қарши кенг таъсир қўламига эга. Миқдори: дастлаб 1–2 г, кейинчалик даволаш курсининг охиригача 0,5–1 г дан ҳар 24 соатда буюрилади. Болаларга дастлабки суткада 25 мг/кг, кейинги кунларда 2,5 мг/кг миқдорда берилади. Дори аста-секин чиқарилади ва кумуляция хусусиятига эга. Қарши кўрсатмалари: қон тизими, буйрак, жигар касалликлари, юрак фаолияти бузилишининг декомпенсация босқичи.

Rp.: Sulfapiridazini 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. 1/2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Сульфамонотоксин: 0,5 г ли таблеткалар. Таъсири бўйича сульфапиридазинга яқин туради. Касалликнинг энгил шаклларида даволашнинг биринчи куни 1 г дан кунига бир маҳал, кейинчалик 0,5 г дан бир суткада 1 маҳал берилади. Касалликнинг оғир кечимида дорининг миқдори 2 мартага оширилади. Зарурият туғилганда дори 1 ой давомида қўлланиши мумкин. Болаларга даволашнинг биринчи куни 25 мг/кг, кейинги кунларда 12,5 мг/кг дан буюрилади.

Rp.: Sulfomonometoxini 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Даволашнинг биринчи куни 2 таблеткадан, кейинчалик бир таблеткадан кунига бир маҳал овқатдан олдин ичиш.

Сульфадиметоксин: 0,5 г ли таблеткалар. Давомли ва микробга қарши кенг таъсир қўламига эга. Ўзининг таъсири бўйича сульфапиридазинга яқин туради. Миқдори: даволашнинг биринчи куни 1 г дан бир марта, кейинги кунларда 0,5 г дан суткада бир марта. Болаларга биринчи куни 25 мг/кг, кейинги кунларда 12,5 мг/кг дан буюрилади.

Rp.: Sulfadimethoxini 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Даволашнинг биринчи куни 2 таблеткадан, кейинчалик бир таблеткадан кунига бир маҳал овқатдан олдин ичиш.

Сульфален: 0,2 ва 0,5 г ли таблеткалар. Жуда давомли микробга қарши таъсирга эга. Унинг қондан чиқарилиши 65 соат давомида содир бўлади.

Rp.: Sulfaleni 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Бир таблеткадан кунига бир маҳал овқатдан олдин ичиш.

Бисептол: аналоглари *Триметоприм, Бактрим, Септрим, Котримоксазол:* 480 ёки 240 таблеткалари таркибида 100 ёки 400 мг сульфаметаксазолан ва 20 ёки 80 мг триметоприм мавжуд. Катталарга ва 12 ёшдан ошган болаларга 960 мг дан бир суткада 2 маҳал, 6–12 ёшгача болаларга 480 мг дан бир суткада 2 маҳал буюрилади. Дори 5–6 кун давомида ичирилади.

Қарши кўрсатмалари: дорига нисбатан индивидуал сезгирлик, ҳомила даври, қон ишлаб чиқарилишининг бузилиши, буйрак ва жигар касалликлари.

Rp.: Bisseptoli 480

D.t.d. N 10 in tab.

S. 2 таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан

олдин ичиш.

Этазол: 0,25 ва 0,5 г ли таблеткалар. Микробга қарши кенг таъсир кўламига эга, организм учун зарарсиз. Ичиш учун бир г дан кунига 4–6 маҳал, 2 ёшгача болаларга 0,1–0,3 ҳар 4 соатда, 2–5 яшар болаларга 0,3–0,4 ҳар 4 соатда, 5–12 яшар болаларга 0,5 г дан ҳар 4 соатда. Катталар учун бир марталик энг юқори миқдори 2 г ни, суткалик миқдори 7 г ни ташкил қилади.

Rp.: Aethazoli 0,5

D.t.d. N 10 in tab.

S. Даволашнинг биринчи куни 2 таблеткадан

3–4 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Этазол натрий: ампуладаги 10 % ли эритма 10 мл. ЛОР аъзолари ювиш ва ЛОР аъзолари бўшлиқларида дорининг микробларга қарши юқори маҳаллий концентрациясини ҳосил қилиш мақсадида бўшлиқларга юбориш учун қўлланилади.

Rp.: Natrium Aethazoli 10% 10ml

D.t.d. N 5 in amp.

S. Юқори жағ бўшлиғига юбориш учун.

3. Кортикостероидлар

3.1. Тизимли таъсирга эга кортикостероидлар

Бетаметазон: аналоглари *Дипроспан, Целестон:* ампуладаги 1 мл эритма.

Rp.: Betamethazoni 1 ml

D.S. 1 мл дан мушак орасига юбориш учун.

Преднизолон: 5мг ли таблеткалар: ампуладаги 1 мл–30 мг эритма томир 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 учун.

Кеналог-40—1 мл ампулада чиқарилади. 1,0 мл дан мушак орасига.

3.2. Маҳаллий таъсирга эга кортикостероидлар

Беклометазон: аналоглари Альдецин, Насобек, Беконазе: флакондаги аэрозол (200 доза). Мураккаб дори бўлиб, аллергия ринит ва полипозли риносинуситларда (бошланғич даврида) қўлланилади. Таркибида дексаметазон бор. Бир марталик 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 пуркаш учун. Таркибида мометазон фуорат бор. Катталарда ва 12 ёшдан ошган болалардаги аллергия ҳолатларда қўлланади. Ҳар бурун тешигига 2 ингальяциядан бир суткада бир маҳал. Оғир ҳолларда ингальяцияларни 4 маҳалгача кўпайтириш мумкин.

Rp.: Aerosolum «Nasonexsi»

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 тешикларига 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 кирса-да, 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 гуруҳ ва синфларга мансуб дориларни пайдо бўлиши билан изоҳланади.

Кўлланиладиган гистаминга қарши дори воситаларининг аксарияти алоҳида гуруҳ сифатида ажратиш имконини берувчи ўзига хос фармакологик хусусиятларга эга.

Улар қуйидагича таъсир кўрсатади: терининг қичишига 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 гистаминникига нисбатан анча паст бўлади. Шунинг учун бундай 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 аллергияларни олдини олишда энг самарали восита ҳисобланади, аллергия реакция бошланганда эса янги ишлаб чиқарилган 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 воситаларининг учинчи авлоди мавжуд: уларга 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, H_1 гистамин, холинергик, мускарин, серотонин рецепторларининг фаолиятини тўхтатади. Улар қуйидаги хусусиятларга эга:

тинчлантириш (ёғларда яхши эригани туфайли гематозенцефалик тўсиқдан ўтиб, бош мия H рецепторлари билан боғланади);

анксиолитик таъсир (марказий асаб тизимининг бош мия қобиғи остидаги айрим майдонлар фаоллигини сўндириш қобилияти);

атропинсимон таъсир, қусиш ва чайқалишга қарши таъсир кўрсатиш;

йўталга қарши таъсир;

маҳаллий оғриқсизлантириш таъсири;

нисбатан тез юзага келувчи клиник таъсир билан бирга қисқа вақт ичида таъсир кўрсатиши.

Димедрол: аналоги Дифенгидрамин: десенсибилизация дори воситаларининг етакчиси ва уларнинг биринчи вакилларида бири. У организмнинг гистаминга ва капиллярлар ўтказувчанлигининг ошишига бўлган реакцияни сўндиради, яллиғланиш ўчоғида тўқима шишини олдини олади ва камайтиради, аллергик реакциялар кечимини енгиллаштиради; яллиғланишга қарши, тинчлантириш ва ухлатиш, кучли маҳаллий оғриқсизлантириш таъсирига эга. Димедрол таблетка, кукун, ампуладаги эритма, шамча ва ҳ.к. 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 % ли 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, суткалик миқдори 0,25 г (per os); эритма ҳолида мушак орасига: 1 марталик миқдори – 1 % – 5,0 мл; суткалик миқдори – 1 % – 15 мл.

Касби чаққонликни ва эътиборни талаб этувчи шахсларга (ҳайдовчилар ва бошқ.) димедролни қўллаш ман этилади, чунки дори беморда галлюцинацияларни пайдо қилиши мумкин.

Рр.: Tab.Dimedroli 0,05 N 10

D.S. 1 таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Рр.: 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 ли дражелар. Катталар учун бир марталик миқдори: 0,3 г, суткалик миқдори – 0,6 г. Болалар учун: бир марталик миқдори 0,02, суткалик миқдори 0,05 г. Дори овқатдан кейин қабул қилинади. Ухлатувчи таъсирга эга эмаслиги билан димедролдан фарқ қилади (кундузги десенсибилизатор).

Қарши кўрсатмалари: ошқозон-ичак яра касаллиги ва ошқозон-ичак йўлининг яллиғланиши.

Рр.: 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% ли эритма 2,0 мл) шаклида ишлаб чиқарилади. Бир марталик энг юқори миқдори катталар учун

0,075 г, суткалик миқдори 0,5 г (per os) ва ампуладаги 2,5% ли эритманинг бир марталик энг юқори миқдори 2,0 мл, суткалик миқдори 10,0 мл. Кучли тинчлантириш таъсирига 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.

Фенкарол: 0,025 г ли таблеткалар. Гистаминга қарши фаоллиги димедролга нисбатан биров камроқ. Организмга салбий таъсир кўрсатмайди, тинчлантириш таъсирига эга эмас (гематоэнцефалитик тўсиқдан суст ўтиши туфайли), тўқимадаги гистамин миқдорини камайтиради.

Қарши кўрсатмалари: ҳомиладорликнинг 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.

Rp.: Tab.Fenkaroli 0,025

D.S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал ичиш.

Супрастин: аналог **Хлоропирамин:** 0,025 г ли таблеткалар, 2 % ли ампуладаги 1,0 мл эритма. Кучли гистаминга қарши фаоллигига эга. Ўртача даражада спазмолитик, тинчлантириш ва ухлатиш таъсирига эга. Узоқ вақт қўлланганда қон зардобиди тўпланмайди ва миқдордан ошириш 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 суткалик миқдори 0,075 г (per os); эритма шаклида 1,0—2,0 мл мушак орасига ёки томир ичига.

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 г ли таблеткалар. Ўз таъсири бўйича димедролдан устун туради, улкан фармакокинетик фаолликка эга (бир марта қўллагандан сўнг унинг таъсири 8—12 соатга чўзилади). Катталар учун суткалик миқдори 0,003—0,004 г, болалар учун 0,0005—0,001 г.

Rp.: Tavegyli 0,001 N 20

D.S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Rp.: Tavegyli 2 ml

D.S. Мушак орасига 1 мл дан юбориш.

Кетотифен (задитен): 0,001 г ли капсулалар ёки табле калар. Антифилактик ва тинчлантириш таъсирига эга. Дорининг миқдори катталар учун 0,001— 0,002 г/суткада, болалар учун бир кг тана вазнига 0,025 мг кунига 2 маҳал (5 мг ёки бир ч.қ. сиропи суткада бир маҳал). Вазни 30 кг дан ортиқ болаларга дори суткада 10 мг миқдорида тавсия этилади.

Қарши кўрсатмалар: индивидуал сезгирлик.

Rp.: Tab.Ketatifeni 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 воситаларини қўллаш, 12 ёшгача болаларда, 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 г ли таблеткалар, флакондаги 100,0 мл сироп. Гистаминга қарши ва кучли антисеротонин таъсирга эга. Миқдори — катта кишиларга бир таблеткадан бир суткада 3 маҳал; 2 ёшдан 6 ёшгача болаларга 8 мг/сут, 6—14 ёшгача 12 мг/сут.

Қарши кўрсатмалар: 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 H_1 рецепторларга нисбатан фаол. Аммо уларда турли даражада кардиотоксик таъсирлар аниқланган. Иккинчи гуруҳ дориларнинг умумий хусусияти — бу уларни юқори даражада специфик бўлишидир, H_1 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 мускулининг калий йўллариини ёпиш қобилияти юрак ритмининг бузилиши ва Q-T интервалининг узайиши билан намоён бўлиши; парентерал йўл орқали юбориш шаклида ишлаб чиқарилмайди.

Астемизол: аналог **Гисманал:** гуруҳнинг энг давомли таъсир этувчи дориларидан бири (унинг фаол метаболитининг организмдан чиқарилиши 20 суткага чўзилади). Бу дори H_1 — рецепторларда қайта тикланмайдиган бирикмалар ҳосил қилиш хусусиятига эга. Тинчлантириш таъсирига деярли эга эмас, алкоголь билан ўзаро таъсирга киришмайди.

Касалликнинг кечимига аста-секин таъсир қўрсатади, шунинг учун уни менингитнинг ўткир даврида қўллаш бефойда ва у сурункали аллергик касалликларда қўлланилади. Тўпланиш хусусиятига эга. Узоқ вақт қўлланганда юрак ритмининг бузилишига ва ҳатто тўлиқ блокадасига олиб келиши мумкин.

Рр.: Tab. Asthemisoli 0,01

D.S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал ичиш.

Терфенадин: аналог **Трексил:** 0,06 г ли таблеткалар. H_1 -гистамин рецепторлар блокатори. Катталарга ва 12 ёшдан ошган болаларга бир таблеткадан кунига 2 маҳал, ёки 2 таблеткадан бир маҳал ичиш буюрилади. 6—14 ёшли болаларда 30 мг кунига 2 маҳал, 6 ёшгача болаларда тана вазнига кўра 2 мг/кг. Хавфли аритмияларни келтириб чиқариши мумкин.

Рр.: Tab. Terphenadini 0,06

D.S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Фенистил: 2,5 мг ли таблеткалар. Ўз таъсири билан биринчи гуруҳ дориларига яқин туради, аммо тинчлантириш ва мускарин таъсири анча камроқ, аллергияга қарши фаоллиги ва таъсир этиш муддати кўпроқ. Капилляр ўтказувчанликни пасайтиради, суст антихолинергик таъсирга эга. Per os қабул қилингандан 30 дақиқадан сўнг таъсир эта бошлайди ва таъсири 8—12 соат давом этади. Катта кишилар ва ўсмирларга бир таблеткадан кунига 2 маҳал буюрилади. Педиатрияда фенистилни томчи сифатида ичиш учун ишлатилади (флаконларда 20,0 мл; бир мл = 20 томчи). Бир ёшгача болаларга 3—10 томчи /сут;

бир ёшдан уч ёшгача 10–15 томчи /сут; 3 ёшдан ошган болаларга - 15–20 томчидан сутка давомида берилади.

Rp.: Tab.Phenistali 0,0025

D.S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Кестин: аналоги **Эбастин:** 10 мг таблеткалар. Суткада бир маҳал қабул қилинади. Қарши кўрсатмалари: буйрак етишмовчилиги, хомиладорлик ва лактация давлари

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 мустақкам бирикмалар ҳосил қилиши туфайли астемизол (гисманал) ва терфенадиндан кучлироқ. Дори тинчлантириш таъсиридан холи ва алкагол таъсирини кучайтирмайди. Бундан ташқари кларитин бошқа дори воситалари 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.

Семпрекс: аналоги **Активастин:** юқори даражада гистаминга қарши фаоллик ва минимал даражада тинчлантириш ва антихолинергик таъсирга эга. Унинг фармакокинетик хусусияти метоболизм сатҳининг пастлиги ва заҳира ҳосил қилиш хусусиятига эга эмаслиги билан намоеън бўлади. У аллергияга қарши узлуксиз даволаш зарурати туғилмаган ҳолларда қўлланади, чунки тез ва қисқа муддат давомида таъсир кўрсатади.

Rp.: Tab.Semprexi N 10

D.S. бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Ринопронт: 0,004 ва 0,02 г ли капсулалар; флаконда 90,0 мл. сироп.

Миқдори: катталарга ва 12 ёшдан ошган болаларга бир суткада бир капсуладан 2 маҳал, ҳар 12 соатда. бирдан 6 ёшгача бир чой қошиқдан сироп кунига 2 маҳал, 6 дан 12 ёшгача – 2 чой қошиқдан.

суткасига 2 маҳал ичишга. Қарши кўрсатмалари: гипертониянинг оғир даражаси, дорига нисбатан индивидуал сезгирлик.

Rp.: Rynopront 0,004 D.t.d. N 10 in caps.gel.

S. Бир капсуладан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

4.4. Тизимли таъсирга эга гистаминга қарши дори воситаларининг III авлоди (метаболитлар)

Цетиризин; аналоглари Зиртек, Цетрин: периферик H_1 рецепторларининг юқори даражали селектив антогонисти. Гидроксизиннинг фаол метоболити бўлиб, жуда кам тинчлантириш таъсирига эга. Цетиризин 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 ичишга.

Фексофенадин; аналогли Телфаст: терфенадиннинг (гистадин) фаол метоболити. Фексофенадиннинг кимёвий таркиби организмда ўзгармайди. Унинг кинетикаси буйрак ва жигар фаолияти бузилганда ўзгармайди, бошқа дорилар билан ўзаро таъсирга киришмайди. Тинчлантириш таъсирига эга эмас. Рухий ҳолатга таъсир кўрсатмайди. Шунинг учун бу дорини эътиборни талаб қилувчи касб эгаларида қўллаш мумкин. Узоқ вақт давомида ва кўп миқдорда қўлланганда юрак фаолиятига таъсир кўрсатмайди. Хавфсизлиги билан бирга у фаслли аллергия ринитларни даволашда жуда яхши самара беради.

Rp.: Tab.Telphasti 0,120

D.S. Бир таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичиш.

Рузам: аллергияга ва яллиғланишга қарши ностероид дори воситаси. Ампулада 0,2 мг эритма шаклида ишлаб чиқарилади. Яллиғланишга қарши хусусиятга эга, пептидларнинг янги синфига мансуб. Таъсир механизми: об-ҳавонинг юқори ҳарорати шароитида клонлашган термофил стафилококлар аллергияга қарши адаптив пептид ишлаб чиқаради.

Кўрсатмалар: аллергия касалликлар — бронхиал астма, фасллар давомида ва йил давомидаги ринит, конъюнктивит, атопик дерматит, крапивница, алоҳида ёки атопик синдром шаклида кечган Квинке шиши: дорига, озиқ-овқатга ва поливалент аллергия.

Қўлланиши: тери остига бир марталик миқдори 0,1—0,2 мл кунига бир 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: ҳомиладорлик даври, ички аъзоларнинг оғир касалликлари.

Rp.: Rusam 1 ml

D.S. Тери остига 0,1 мл дан кунига бир маҳал юбориш.

Лораталь: 10 мг ли таблеткалар. Гистамин Н-рецепторларининг блокатори, ушбу периферик рецепторларга нисбатан селектив антогонизм хусусиятига эга. Аллергияга, қичитмага қарши, экссудацияга қарши таъсир кўратади. Капиллярлар ўтказувчанлигини камайтиради, тўқималар шиши ривожланишини олдини олади. Марказий асаб тизимида 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 бир маҳал 10 мг дори буюрилади.

Қарши кўрсатмалар: дорига нисбатан сезгирлик, ҳомиладорлик 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 воситалари

Гистимет: аналоги **Левакабастин:** аллергик ринитларда томчи ёки бурун спреји шаклида қўлланади. Маҳаллий усулда қўлланганда дори қон айланиш тизимига кам миқдорда тарқалади ва 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:** аллергик ринитни даволашда қўлланиладиган юқори самарали дори воситаси. Бурун спреји 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 спреји.

Rp.: Spray Cromolinum 15 ml

D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2 маҳал пуркаш.

5. Маҳаллий қон томирларини торайтирувчи дорилар

Адреналин гидрохлорид; 0,1% ли 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 шошилинич тиббий ёрдам ва шокка қарши дорилар тўплами таркибида оториноларинголог иш столи устида ҳамиша бўлиши талаб этилади. Адреналин гидрохлориднинг бир марталик энг юқори миқдори — 1 мл, бир суткалик миқдори — 5 мл дан ошмаслиги керак.

Rp.: Sol.Adrenalini 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 0,1 мл дан кунига 2 маҳал.

Талваса ҳолати юз бериш хавфи 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 спрейти 20 мл. Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир жараёнларида катталарда ва 6 ёшдан ошган болаларда бурун бўшлиғига 2—3 мартадан кунига 2 маҳал пуркалади.

Rp.: Spray «Aphrinum» 20 ml

D.S. Бурун тешиқларига кунига 2 маҳал пуркаш.

Називин: бурун томчилари, флакондаги 0,01, 0,025 ва 0,05% ли 10 мл эритма.

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.

Галазолин: аналоглари **Ксилометазолин, Отривин:** флакондаги 0,1 ва 0,05% ли 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.

Для нос: флакондаги 0,1% ли 10 мл аэрозол. Катталар ва 6 ёшдан ошган болаларга бурун ичи бўшлиғига бир марта пуркаш, бир сутка давомида 4 мартадан ортиқ пуркаш тавсия қилинмайди. 6 ёшгача бўлган болаларга 0,05% ли эритмаси бурун томчилари шаклида буюрилади. Дорини 3–5 кундан ортиқ қўллаш ман этилади! Қарши кўсатмалари: гипофиз ва бош мия пардаларида бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг дорига нисбатан индивидуал сезгирлик мавжуд бўлган ҳолларда қўлланилмайди.

Rp.: Spray “Для нос” 0,1% 10 ml

D.S. Бурун бўшлиғига пуркаш (кунига 3–4 маҳал).

Ментол: 1% ли ёғли эритма шаклида тумов, фарингит, ларингит ва трахеитларда томчи, суртма ва ингаляция шаклида қўлланилади. У қатор мураккаб дорилар (хусусан, «Бороментол», «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: аналоги **Нафазолин:** флакондаги 0,05 ва 0,1% ли эритма, 10 мл. Бурун қон томирларини узоқ вақт давомида торайтирувчи дори воситаси. Бурун бўшлиғининг ўткир яллиғланиш жараёнларида, бурун ёндош бўшлиқлари касалликларида бурун томчилари шаклида қўлланилади. Терапевтик таъсири аста-секин пасайиб бориши туфайли уни узоқ 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% ли 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 тешиқларида 2–4 томчидан суткасида 3–4 маҳал томизилади.

Қарши кўрсатмалар: артериал гипертония, қалқонсимон без гипертрофияси, икки ёшга етмаган болалар.

Rp.: Emuls.«Sanorini» 10 ml
D.S. Бурун бўшлиғига 2–4 томчидан
кунига 3–4 маҳал томизиш.

Санорин-аналергин: флакондаги бурун томчилари, 10 мл. Таркибида нафозолин нитрат ва 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
кунига 3–4 маҳал томизиш.

Эфедрин гидрохлорид: ўз фармакологик хусусиятлари билан адреналин гидрохлоридга яқин туради, у қон томирларни давомли торайтириш хусусиятига эга. Бурун томчилари шаклида ишлатилади (2–3% ли эритмалар). Бир марталик энг юқори дозаси катта кишилар учун 0,05 г, суткалик дозаси 0,15 г га тенг.

Қарши кўрсатмалар: гипертония, атеросклероз, гипертиреоз, уйқусизлик, оғир юрак касалликлари.

Rp.: Sol.Ephedrini hydrochloridi 2 % (3%) 10 ml
D.S.Бурун бўшлиғига 2–3 томчидан
ҳар 3–4 соатда томизиш.

Ингалипт: флакондаги аэрозол, 30 мл. Қон томирларни торайтириш ва яллиғланишга қарши таъсирга эга (таркибига: ёғ, ялпиз, эвкалипт, тимол, эрувчи сульфаниламид и сульфатизол натрий дори воситалари киради).

Қарши кўрсатмалар: 12 ёшга етмаган болалар ва дорининг таркибий қисмларига сезгирик ошганда.

Rp.: Aerosolum «Inhalypum»
D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2 маҳал пуркаш учун.

Кромогексал: флакондаги 2 % ли дозали аэрозоль, 15 ва 30 мл. Бурун бўшлиғига бир марта пуркаш, бир суткада 3–4 маҳал пуркалади. Кўпинча аллергия ҳолатларида буюрилади.

Қарши кўрсатмалар: ҳомиладорликнинг дастлабки 3 ойида мумкин эмас.

Rp.: Spray «Kromogeksalum» 2% 30,0
D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2–4 маҳал
пуркаш учун.

Кромосол (интал): флакондаги миқдорли аэрозол, 28 мл. Кўрсатмалари кромогексалникидай.

Rp.: Spray «Kromosolum» 28 ml
D.S. Бурун бўшлиғига кунига 2–4 маҳал
пуркаш учун.

Ксемелин: бурун учун флакондаги миқдорли аэрозол, 10 мл.
Бурун бўшлиғига кунига 2–3 маҳал 1–2 мартадан пуркалади.

Rp.: Spray «Ksemelinum» 10 ml
D.S. Бурун бўшлиғига кунига 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 5–10 мл. Таркибида оксиметазолин гидро-
хлорид бор. Қўлланиши: ҳар бир бурун тешигига 4 томчидан кунига
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: артериал гипертензия, қон томирлар
артеросклерози, юрак ритмининг бузилишлари, қандли диабет,
тиреотоксикоз, буйрак фаолиятининг бузилиши, дорига бўлган
сезгирлик.

Rp.: Spray «Nasolum» 30 ml
D.S. Бурун бўшлиғига сутка давомида
1 маҳал пуркаш.

Пиносол: ёғли томчилар. Таркибида арча, эвкалипт ва ялпиз
ёғлари бор. Юмшатовчи ва суюлтирувчи бурун томчилари ва ингаляция
шаклларида қўлланилади. Дори малҳам ёки крем шаклида ишлаб
чиқарилади.

Rp.: «Pinosol», 10 ml
D.S. Бурун бўшлиғига 1–2 томчидан
кунига 3 маҳал томизиш.

6. Иммуни 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. Ўз таркибига касалликни кўзгатувчи 8 вирус лизатларини, шу жумладан – инфлюэнца лизатини олган. Дори касаллик белгилари йўқолгунгача 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.

Рр.: Spray «IRS-19»

D.S. Бурун бўшлиғига 20 кун давомида кунига 2 маҳал пуркаш.

Имудон: шимиш учун таблеткалар (40 дона)

Рр.: Tab. Imudoni N 40/

D.S. Кунига 1 донадан 6 маҳал шимиш.

Ремантадин: аналоги **Ремантодин**: 50 мг ли таблеткалар.

Рр.: Tab. Remantodini 0, 05

D.S. Бир таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Полиоксидоний: 3 ёки 6 мг ли томир ичига юбориш учун ампуладаги эритмалар шаклида чиқарилади.

Рр.: Polioxidoni 0,003

D.t.d.N 3 in amp.

S. Схема бўйича томир ичига юбориш учун.

Рибомунил: таблеткалар, 12 дона.

Рр.: Tab. Ribomunili

D.t.d N 12 in tab.

S. Бир таблеткадан 3 маҳал овқатдан олдин ичиш.

Деринит: флаконда 15 мл, томчилаб қабул қилинади. 5 мл ли ампулалар жами 5 дона.

Рр.: Deriniti 15 ml

D.S. 15 томчидан кунига 2 маҳал овқатдан олдин ичиш.

7. Муколитик дори воситалари

Ацетилцистеин: аналоги **АЦЦ, АЦЦ-100, АЦЦ-200, АЦЦ-лонг**: 100, 200, 600 мг ли 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 шилимшиқ ажралмани суялтиришга ёрдам берувчи муколитик дори ва антиоксидант. Ишлаб чиқариш шакллари: 200 мг кукун билан тўлдирилган қопчаларда чиқарилади. 200 мл сув билан эритилиб қабул қилинади. Кунига 3 маҳал ичиш учун буюрилади. Даволаш курси 5–10 кун. Дори ингалиция шаклида ҳам қўлланилиши мумкин (5% ли эритма 6 мл дан ҳар кун); ампуладаги 10% ли эритма – 3 мл, бурун атрофи бўшлиқларини ювиш учун.

Rp.: Fluimucili 0,2

S. Қопчадаги кукунни 200 мл сувда
эритиб 3 маҳал ичиш учун

Карбоцистеин: аналоги **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.

Миқдори ва қабул қилиниши:

катталарга:

50 томчидан ёки 2 дражедан
бир кунда 3 маҳал

мактаб ёшидаги болаларга:

25 томчидан ёки 1 дражедан
бир кунда 3 маҳал

2 ёшдан 6 ёшгача бўлган
болаларга:

15 томчидан ёки 1 дражедан
бир кунда 3 маҳал

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 мл дан тери ичига юбориш.

Химотрипсин: Лидаза (Гиалуронидаза): 64 УЕ флаконларда ишлаб чиқарилади.

Rp.: Hemotripsini 64 UE

D.t.d. N 6 in flac

S. 1 мл дан тери ичига юбориш.

9. Яллиғланишга қарши ва оғриқсизлантириш таъсирига эга дори воситалар

XIX асрда кашф этилган ва яллиғланишга қарши хусусиятга эга ацетилсалицил кислотаси ва унга ўхшаш дорилар (мажнунтол пўстлогидан олинган модда — салицилин). Ҳозирги пайтгача тиббиётда фаол ишлатиб келинмоқда. Яллиғланишга қарши, ҳароратни туширувчи ва оғриқсизлантириш таъсир механизми жуда мураккаб ва у простагландинлар синтезини сўндириш хусусияти билан боғлиқ (аналгетик таъсири — марказий ва периферик, ҳамда гипоталамусга таъсир этиши билан ҳароратни тушириш хусусиятига эга).

Аспирин (ацетилсалицил кислотаси): 0,25 ва 0,5 г ли таблеткалар. Оғриқсизлантириш, 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 йўли (меъда) ва тўғри ичак шиллиқ пардаларига салбий таъсир кўрсатиши, узоқ вақт давомида қўлланилганда беморда интерстициал нефрит ва капиллярлар 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 г дан 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 г ли таблеткалар, салицил кислотанинг фторфенил шакли. Ошқозон-ичак йўли томонидан ноқулай реакцияларни камроқ кўзғатади. 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 ли таблеткалар, яллиғланишга қарши, тана ҳароратини тушириш ва оғриқсизлантириш таъсирига эга. У шиллик пардага ноҳуш 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 ли 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% ли эритма ҳолида 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.

Ёш болаларга 0,1 мл /ёш дан тавсия қилинади.

Парацетамол: 0,2 г ли таблеткалар. Дорининг бир марталик миқдори 0,5 г, суткалик 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. Юқори 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 антисептик дорини юқори миқдорда 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 ли спрей. Оғиз бўшлиғи ва бурун-ҳалқум 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% ли эритма флаконда 60 ва 200 мл, 0,2 % ли эритма флаконда 40,0 мл ли 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.

Ларипроит: 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% ли эритма. Антисептик дори. Ҳалқум, ҳиқилдоқ яллиғланишларида, ўрта қулоқ ва бурун атрофи бўшлиқларини ювиш учун қўлланилади. 100 ва 500 мл ли 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.

Rp.: Tab.Tonsilgon N 100 ml in flac

S.25 томчидан ёки 2 дражедан 5–6 маҳал бир кунда шимиш.

Мактаб ёшидаги болаларга:

15 томчидан ёки бир дражедан бир кунда 5–6 маҳал.

Мактабгача ёшдаги болаларга:

10 томчидан бир кунда 5–6 маҳал.

Бир ёшгача болаларга:

5 томчидан бир кунда 5–6 маҳал.

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 тешикларига 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% ли эритма, 2 мл; ампуладаги 10% ли эритма, 2 мл; маҳаллий усулда қўллаш учун флакондаги 10% ли аэрозол 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 ли, флакондаги 0,25–0,5 50–100 мл ли 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.

Ф О Й Д А Л А Н И Л Г А Н А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Брюс У., Джафех Э.Н. 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. 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: 1977 г.
8. Максимович Я.Б., Гайденко А.И. Прописывание, несовместимость и побочное действие лекарственных средств. Киев: Здоровье, 1988 г.
9. Маркова И.В., Калиничева В.И., Педиатрическая фармакология. Медицина: 1987 г.
10. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М. Медицина: 1987 г. т 1,2
11. Материалы II съезда оториноларингологов Узбекистана. 2002.
12. Мўминов А.И. Кулоқ, томоқ ва бурун касалликлари. Тошкент. 1994.
13. Мўминов А.И., Воҳидов Н.Х., Оториноларингологияда шошилинч 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. 1991.
18. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. М., Литера, 1997.
19. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М. 2000 г.
20. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. М. 1990.
21. Фегин Г.А., Ненаева М.Т. Основы клинической фармакологии для отоларинголога. Фрунзе: Илим: 1985.
22. Шеврыгин Б.В. Болезни уха, горла, носа у детей. Справочник. М. Авиценна, 1996 г.
23. Шадиев Х.Д., Хлыстов В.Ю., Хлыстов Ю.А. Практическая оториноларингология. М. 2002
24. Шеврыгин Б.Н. Синуситы у детей и взрослых. 2002.

МУНДАРИЖА

I боб. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг анатомик тузилиши, физиологияси ва текшириш усуллари 4

II боб. Бурун касалликлари 6

Ташқи буруннинг туғма нуқсонлари	6
Хоаналарнинг туғма атрезияси	7
Бурун чипқони	8
Бурун сарамаси	9
Пушти доначалар ва ринофима	30
Бурун бўшлиғи даҳлизининг сикози	31
Бурун экземаси	32
Ташқи буруннинг термик жароҳатлари	33
Бурун куйишлари	33
Бурунни совуқ уриши	34
Бурун тўсиғи қийшиқлиги	34
Бурун тўсиғи гематомаси ва хўппози	37
Бурун ёт жисми	38
Бурундан қон оқиши	39
Ўткир ринит	47
Сурункали ринит	52
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатлари	63
Параназал синуситлар	69
Бурун ёндош бўшлиқларининг кистасимон кенгайиши	96
Бурун бўшлиғи полипи	97
Риноген кўз косаси (орбитал) ва калла ичи асоратлари	98

III боб. Ҳалқумнинг анатомик тузилиши, физиологияси ва текшириш усуллари 119

IV боб. Ҳалқум касалликлари 134

Ҳалқум жароҳатлари	134
Ҳалқум ёт жисми	135
Ҳалқум куйишлари	136

Ўткир тонзиллит (ангина)	137
Оддий ангиаларнинг клиник шакли ва кечими	139
Аденоидит	142
Ангиаларнинг алоҳида (нотипик) шакллари	146
Оғиз бўшлиғи тубининг флегмонаси	148
Юқумли касалликларда ривожланган ангиалар	150
Ҳалқумнинг ВИЧ инфекцияда зарарланиши	154
Қон касалликларида ривожланган ангиалар	159
Ангиалардан кейин қоладиган асоратлар	160
Сурункали тонзиллит	170
Танглай муртаклари гипертрофияси	181
Ҳалқум муртаги гипертрофияси (аденоидлар)	181
Сурункали аденоидит	183
Ронхопатия	187
Сурункали фарингит	191
Фарингомикоз	193

V боб. Ҳиқилдоқ, трахея ва бронхларнинг анатомик тузилиши, физиологияси ва текшириш усуллари 195

VI боб. Ҳиқилдоқ, трахея ва бронх касалликлари 210

Ҳиқилдоқ жароҳатлари	210
Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқиши	211
Ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар ёт жисми	213
Ҳиқилдоқнинг термик ва кимёвий куйишлари	216
Ларингоспазм	219
Ҳиқилдоқ шиши	220
Ҳиқилдоқ торайишлари	222
Ҳиқилдоқ ангинаси	224
Ўткир эпиглотит	226
Ўткир катарал ларингит	226
Инфилтратив ларингит	228
Бурма ости ларингити (сохта круп)	229
Ҳиқилдоқ сарамаси	231
Ўткир трахеит	231
Флегмонали ларингит	232
Ҳиқилдоқ хондроперихондрити	233
Болаларда ўткир ларинготрахеит	234
Ҳиқилдоқ ва трахеянинг сурункали яллиғланиши	250
Ҳиқилдоқнинг туғма торлиги (стридор)	255
Ҳиқилдоқ мушаклари ҳаракатининг бузилиши	255

VII боб. Юқори нафас йўллари ўсмалари	261
VIII боб. Юқори нафас йўллари касалликларида меҳнат қобилияти экспертизаси	280
IX боб. Юқори нафас йўллари касалликларида диспансер назорати	287
X боб. Оториноларингологияда қўлланиладиган асосий дорилар	293
Фойдаланилган адабиётлар	331

Ҳасанов С.А.

Юқори нафас йўллари касалликлари: [Тиббиёт институтлари талабалари учун ўқув қўл.]/С.А.Ҳасанов, Н.Х.Воҳидов; ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Олий ва ўрта тиббий таълим бўйича ўқув услуб идораси, Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Абу Али Ибн Сино номидаги Бухоро тиббиёт институти. — Тошкент.: «Voris-nashriyot» MChJ, 2008. — 336 б.

ББК 56.8я722

**ХАСАНОВ САИДАКРАМ АСКАРОВИЧ,
ВОХИДОВ НУРИДИН ХИКМАТОВИЧ**

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

*5720100 — даволаш иши бакалавриат таълим
йўналиши талабалари учун ўқув қўлланма*

Тошкент — «Voris-nashriyot» — 2008

Муҳаррир: *М.Шерматова*

Мусахҳих: *З.Фуломова*

Компьютерда

саҳифаловчи: *Д.Шукурова*

Оригинал-макетдан босишга 08.05.2008 да рухсат этилди.
Бичими 60×90^{1/16}. Офсет босма усулида босилди. Нашр т. 21,0.
Адади 300. Буюртма № 48

«Voris-nashriyot» MChJ, Тошкент, Широқ кўчаси, 100.

“NISIM” Х.К. чоп этилди.