

827772

КЎЛЛАНМА



Н.Х.Вохидов

ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

827772

Н.Х.Вохидов

МУКАДДАМ

ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ 39794

ILMIY-TIBIY ADABIYOTLAR

БУХОРО - 2009

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

К

И.Х.Вознов

МУҚАДИММА

Оторинларингология асосан профилактик йўналишдаги клиник фан ҳисобланади. Шунинг учун оториноларинголог шифокори ўз ишини тўғри ташкил қилиши ва бошқа соҳа шифокорлари—терапевт, педиатр, стоматологлар, камайишига олиб келади. Юқорида қайд қилинганларни ҳаммаси тиббиёт олийгоҳи талабалари томонидан оториноларингология асосларини чуқур ўзлаштириши лозимлигини кўрсатади.

Оторинларингологияни кўлланилиши, вазифалари

Оториноларингологиядан ўргатувчи дастурнинг асосий мақсади талабаларнинг ЛОР соҳасидаги умумий муаммоларни асосий билимлардан фойдаланган ҳолда умумий амалиёт шифокори даражасига ечишга ўргатишдан иборат.

Асосий вазифалари талабаларни қуйидаги билим ва амалиётларга ўргатиш:

- Клиника нуктаи назаридан эшитиш ва мувозанат анализатори, бурун ҳамда товуш ҳосил қилиш аъзолари анатомиси ва физиологиясига оид билимларни янада чуқурлаштириш;
- ЛОР аъзолари касалликлари патогенези бўйича билим даражаларини ошириш;
- Отоскопия, риноскопия, фаринго-ларингоскопия усулларини ўргнаши;
- Эшитиш ва мувозанат анализаторлари вазифасини текшириш, таҳлили; ЛОР аъзолари ва унга яқин фанлар (неврология, офтальмология, стоматология, травматология ва умумий хирургия) патологиялари диагностикаси бўйича клиник фикрлашни ривожлантириш,

ТОШКЕНТ ТИББИЙ
АКАДЕМИЯСИ
№ 15785

ТАШКЕНТ ТИББИЙ АКАДЕМИЯСИ

ТОШКЕНТ ТИББИЙ
АКАДЕМИЯСИ
2

I боб

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ФАНИ, УНИНГ ТАРКИБИ, ВАЗИФАСИ, БОШҚА ФАНЛАР БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ.

ЎЗБЕКИСТОНДА РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ.

Оториноларингология-бу калла ва бўйин соҳаси, аниқроғи одам гавдаси қошлар усти ёйидан умров суягигача бўлган қисмининг касалликлари билан шуғулладиган фан. Бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва кулоқ одам организмнинг умумий тизимида ўз фаолияти билан ташқи нафасни, ҳид билишни, овқатланишни, нутқни, эшитишни, мувозанат сақлашни таъминлайди ва юрак қон-томир, асаб, бош мия, ошқозон-ичак, ҳаракат, иммун, қон ишлаб чиқариш ва бошқа тизимлар билан ҳамбарчас боғлиқдир. Оториноларингология фани отиатрия, ринология, ларингология, болалар оториноларингологияси, аудиоология бўлимларидан таркиб топган бўлиб, у жарроҳлик, аллергология, иммунология, анестезиология, офтальмология, стоматология, неврология, нейрорарроҳлик ва бошқа фанлар билан боғлиқ.

Оториноларингология тиббиётнинг энг қадимий соҳаларидан бири. Қадимги юнон ёзувларида ва Гипократ асарларида томоқ, бурун ва кулоқ касалликларини даволашга доир бирмунча тавсиялар мавжуд. Гипократ суяк чиғаноқнинг ичида парда чиғаноқ борлиги ҳақида маълумот берган, бундан ташқари у танглай муртақларини кўрсаткич бармоқ билан пайпаслаш, полипни ипак ип ёрдамида олиб ташлаш, эшитув йўлига ўсимлик ёғини томизиш ва тикма қўйиш усулларни тавсия қилган.

Цельс кулоқ касалликлари ўз вақтида даволанмаса ёмон оқибатларга олиб келишини таъкидлаган. Абу Али ибн Сино эса кулоқ, томоқ ва бурун касалликларини даволашда консерватив ва жарроҳлик усулларини қўллаган.

1314 йилда Мандино де Луцци биринчи бўлиб мурдани ёриб кўрди. Шундан сўнг Фаллопий (1513-1582) кулоқ лабиринтининг, Везалий (1513-1564) эшитув суякчаларининг анатомик тузилишини ўргандилар, Евстахий ноғора бўшлиғи ва бурун-ҳалқум орасида канал борлигини аниқлади.

1683 йилда Дю Варнье чиғаноқни қолғу асбобига ўхшатиб, товушни фарқлаш хусусияти асосий мембрананинг узунлигига боғлиқ эканлигини

исботлаб берди. 1649 йилда Риолан кулоқ касалликларида сўргичсимон ўсиқни трепанация қилиш, 1704 йилда Вальсальва эшитув найи орқали ўрта кулоққа ҳаво юбориш усулларини ишлаб чиқдилар. Катания кулоқ лабиринтида суюқлик борлигини исботлади.

1890 йилда Купер биринчи бўлиб парацентез, яъни ноғора пардани тешиш жарроҳлик амалини бажарди.

1841 йилда Гофман пешона рефлекторини, 1855 йилда хонанда Мануэль Гарсиа (1855) бевосита ларингоскопия кўзгусини, чех олими Чермак бурун бўшлигини кўздан кечириш асбобини, немис олими Киллиан трахеобронхоскопни кашф этдилар. Эндоскопия текширув усули туфайли оториноларингология мустақил соҳа сифатида ривожлана бошлади.

Шундай қилиб, оториноларингология узоқ ва машаққатли йўлни босиб ўтди. Клиник тажрибалар ва физиология ютуқлари, янги текширув ва даволаш усулларнинг ҳаётга тадбиқ этилиши кулоқ, томоқ ва бурун патологияси муаммоларини етарли даражада ёритадиган фаннинг ажралиб чиқишига туртки бўлди.

Ғарбий Овропада ларингология, отиатрия, ринология 1914 - 1918 йилгача алоҳида фан сифатида ўрганилган. Санкт-Петербургда академик Н.П.Симановский биринчи оториноларингология кафедрасини ташкил қилди. 1886 йилда эса С.Ф. Штейн Москвадаги биринчи ЛОР-клиникага асос солди.

Кейинчалик кулоқ, томоқ ва бурун анатомияси, топографияси, физиология ва патологияси масалаларига бағишланган қатор қўлланмалар чоп этилди. А.Политцер (Австрия), Тойнби (Англия), Шварц (Германия), Н.П.Симановский (Россия) ва бошқа буюк олимлар оториноларингология тарихида ўчмас из қолдирдилар.

1922 йилдан бошлаб тиббиёт институтларда оториноларингология асосий фан сифатида ўқитила бошлади. Барча институтларда оториноларингология клиникаси бўлиб С.Ф.Штейн, С.Ф.Каплан, С.Г.Боржим, И.Ю.Ласков, Л.Т.Левин, К.А.Дренова, А.В.Савельев ва бошқа олимлар оториноларингологиянинг ривожига ўз хиссаларини қўшганлар.

Ҳозирги кунда оториноларингология янада юксалиб бормоқда. Жарроҳлик амалларини микроскоп, ультратовуш ва лазер асбоблар ёрдамида бажарилиши беморларнинг дардига малҳам бўлмоқда.

Атроф-муҳитни ифлосланиши ва ишлаб чиқариш чиқиндилари таъсирида юзага келган ЛОР-аъзолари ўсмалари, карлик, аллергия касалликлар ва иммунитетнинг сусайиши каби муаммолар ҳозирги замон оториноларингология фанининг диққат марказида турибди.

Ўзбекистонда биринчи тиббиёт куллиёти 1920 йилда Туркистон Давлат университети (ҳозирги Тошкент Давлат дорилфунуни) ҳузурида ташкил этилди. 1931 йилда Тиббиёт куллиёти алоҳида Ўрта Осиё тиббиёт институти

сифатида ажралиб чиқди. 1935 йилдан у Тошкент Давлат тиббиёт институтига (ҳозирги I ва II ТошМИ) айланди.

1930 йилда Самарқандда иккинчи дорулфунун очди, кейинчалик ундан алоҳида тиббиёт институти ажралиб чиқди. 1932 йилда врачлар малакасини ошириш институти, 1954 йилда - Андижон Давлат тиббиёт институти, 1972 йилда- Тошкент Ўрта Осие педиатрия институти, 1990 йилда Бухоро Давлат тиббиёт институти ташкил қилинди. Профессор А.И.Мўминов бошчилигида “Қулоқ, томоқ, бурун” кафедраси ташкил қилиб бошқарилди.

Ҳозирги кунда Ўзбекистон тиббиёт институтларида 7 оториноларингология кафедраси фаолият кўрсатмоқда, уларга Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби, профессор К.Ж.Миразизов, профессорлар А.Н.Дадамухамедов, К.М. Ходжаев, С.А.Ҳасанов, А.Х.Ҳақимов, А.И. Алимов, Х.Э. Қарабаев ва Т.Х.Насриддинов, У.Л.Лутфуллаев раҳбарлик қилмоқдалар.

БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРУВГА ТАЙЁРЛАШ

махсус хонада ўтказилади. Бунинг учун қуйидаги тиббий асбоблар ишлатилади: пешона рефлектори, ёруғлик манбаи ва оптик асбоблар, эндоскопияга мўлжалланган ва алоҳида ёруғлик манбаига эга асбоблар, бурун кенгайтиргич, шпатель, бурун-ҳалқум , қулоқ ва ҳиқилдоқ кўзгулари ва бошқалар.

Текширувнинг умумий қондалари. Дастлаб беморнинг шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихи аниқланади. Кейин ЛОР-аъзони кўздан кечириш, пайпаслаш, перкуссия қилиш, асбоблар ёрдамида текшириш ва кўрсатма бўйича қўшимча текширувлар ўтказилади. ЛОР-аъзоларни кўздан кечириш ва текшириш ўзига хос хусусиятларга эга. Биринчи навбатда касалланган аъзо, кейин бошқа ЛОР- аъзолар кўздан кечирилади. Текширув қуйидагича ўтказилади:

- 1.Беморга асбоблар столи ёнидаги курсига ўтириш таклиф этилади, ёруғлик манбаи ва асбоблар столи унинг ўнг томонида туриши лозим;
- 2.Врач беморнинг рўпарасига ўтиради ва оёқларини асбоблар столи ёнига жойлаштиради, бемор эса оёқларини - ташқи томонга қўяди;
- 3.Ёруғлик манбаи беморнинг ўнг қулоғидан 10 см масофада ўрнатилади;
- 4.Пешона рефлекторидан қуйидагича фойдаланилади:
 - а) врач тасма ёрдамида рефлекторни чап пешонасига тақади;
 - б) кейин у рефлектор тешигини ўзининг чап кўзи рўпарасига ўрнатади;
 - в) рефлектор текширилаётган аъзодан 25-30 см масофада (фокус масофасида) туриши лозим.
 - г) врач рефлекторда акс этирилган ёруғлик тўпланими беморнинг бурнига йўналтиради. Кейин ўнг кўзини ёпган ҳолда чап кўзи билан рефлектор тешиги

орқали қарайди ва рефлекторни бураб, ёруғлик тўпламининг бурун ичида кўринишига эришади. Шундан сўнг врач ўнг кўзини очиб, текширилатган аъзони иккала кўзлари билан кўздан кечиради. Вақти-вақти билан у чап кўзининг кўриш чизиги ёруғлик тўпламининг марказида жойлашганлиги текшириб кўради, гавдасини орқага ва олдинга эгиб кўзгуниинг фокус масофасини тўғрилайди. Рефлектор ойнасини бураганда унга кўл теккизмасликка ҳаракат қилинади, чунки ойна ўрнатилган жойида синиши ва ёруғликни қайтариш сифати бузилиши мумкин. Буни олдини олиш учун тасмага бириктирилган жойида ушланади.



1-расм. ЛОР аъзоларини текшириш учун тиббий асбоблар.

II боб

БУРУН ВА БУРУН АТРОФИ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг анатомик тузилиши

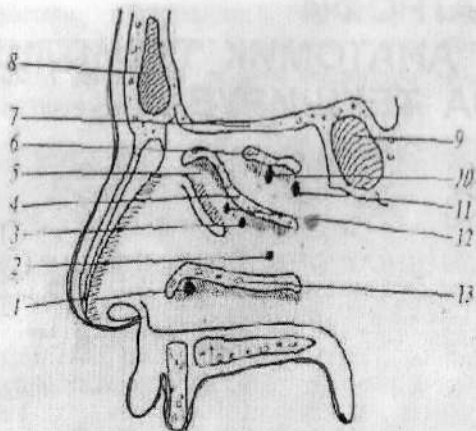
Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари калла суягининг юз қисмида, кўз косасига яқин жойда жойлашган. Бурун ташки бурун ва бурун бўшлиғидан ташкил топган.

Ташқи бурун (nasus externus) пирамида шаклида бўлиб, тери билан қопланган. Унда бурун учи, бурун илдизи, тепаси ва қанотлари тафовут қилинади. Ташқи бурун суяк ва тоғай қисмларига бўлинади. Суяк қисми жуфт ясси бурун суяқларидан ва пешона суягининг бурун ўсиғидан ташкил топган бўлиб юз скелетининг ноксимон тешигини ҳосил қилади. Пастда бу суяқлар ташқи буруннинг тоғай қисмига бирикади. Ташқи буруннинг тоғай қисми жуфт латерал тоғай, бурун қанотининг катта тоғайи ҳамда кўшимча тоғайлардан ҳосил бўлган; бурун қанотларининг пастки қисми тоғайга эга эмас. Латерал тоғай оёқчаларининг пастки қисми бурун тешигини ҳосил қилишда иштирок этади. Латерал ва бурун қанотининг катта тоғайлари орасида майда сесасимон тоғайчалар жой олган. Бурун пастки қисмининг терисида кўпгина ёғ безлари мавжуд. Бурун қанотларидан ташқари 4-5 мм масофада бурун даҳлизи ҳам тери билан қопланган. Бу майдонда тери кўпсонли тукларга эга бўлганлиги учун бу ерда бурун чипкони ва бурун сикози ривожланиши мумкин. Бурун қанотларининг бириктирувчи тўқимаси бурун тешигининг орқа-пастки қисмини ҳосил қилишда иштирок этади. Бурун қанотлари терисининг остида бурун тешигини кичрайтирувчи ва кенгайтирувчи мускулчалар жойлашган.

Ташқи бурунни ички ва ташқи уйку артериялари тизимининг кўз косаси артерияси, буруннинг дореал артерияси ва юз артерияси қон билан таъминлайди. Вена қони олд юз венаси орқали ички бўйинтуруқ венага, бурун бўшлиғи веналари ва қисман кўз косаси веналари орқали қаноттанглай вена турига (plexus prerigoideus), ғоваксимон синусига (sinus cavernosus), бош

миянинг ўрта венасига (v.meningea media), кейин эса ички бўйитирук венага чиқарилади.

Лимфа ташки бурундан асосан жағ ости лимфа тугунларига чиқарилади. Ташки бурун мускулларининг иннервациясини-юз асаб толаси (n.facialis),



4 расм. Бурун бўшлиғига очиладиган тешиклар

- 1) кўз еши каналининг тешиги.
- 2) юқори жағ бўшлигининг тешиги.
- 3) галвирсимон бўшлиқ олдинги катакларининг тешиги.
- 4) ўрта бурун чиганоғи.
- 5) ўрта бурун йўли.
- 6) юқори бурун йўли.
- 7) галвирсимон пластинка.
- 8) пешона бўшлиғи.
- 9) асосий бўшлиқ.
- 10) галвирсимон бўшлиқ орқа катакларининг тешиги.
- 11) асосий бўшлиқнинг тешиги.
- 12) пешона бўшлиғининг тешиги.
- 13) пастки бурун чиганоғи.

бўшлиқлари (юқори жағ, галвирсимон, пешона ва понасимон) билан ўралган. Бурун бўшлиғида латерал, медиал, юқори ва пастки деворлар тафовут қилинади.

Бурун бўшлиғининг *латерал (ташқи)* девори бурун суяклари, юқори жағ суягининг танаси ва пешона ўсиғи, кўз ёш суяги, галвирсимон суякнинг медиал девори, танглай суягининг перпендикуляр пластинкаси, понасимон суякнинг медиал пластинкаси ва пастки бурун чиганоқларидан ҳосил бўлган. Бурун бўшлиғининг латерал деворида горизонтал ҳолда 3 суяк- юқори, ўрта,

терисининг сезувчанлик иннервациясини—уч шохли асаб толасининг I ва II шохчалари (n.opphthamicus et r.infraorbitalis n.trigemini) таъминлайди.

Бурун бўшлиғи (*cavum nasi*) оғиз бўшлиғи ва калла суяги олд чуқурчасининг оралигида жойлашган бўлиб, ён томонда кўз косаси, жуфт юқори жағ ва галвирсимон бўшлиқлар билан чегараланган. Олд томондан бурун бўшлиғи бурун тешиклари орқали ташқи муҳитга, орқа томондан хоаналар орқали ҳалқумга очилади. Бурун тўсиғи бурун бўшлиғини иккига бўлади. Бурун бўшлиғининг ҳар бир ярми 4 та бурун ён

пастки бурун чиғаноклари жойлашган (concha nasalis superior, media, inferior). Агар пастки бурун чиғаноғи алоҳида суякдан тузилган бўлса, ўрта ва юқори чиғаноклар ғалвирсимон суяк таркибига киради. Бурун тўсиғи ва бурун чиғанокларининг ташқи юзаси орасида *умумий бурун йўли*, пастки бурун чиғаноғи ва бурун бўшлиғининг туби орасида - *пастки бурун йўли*, пастки ва ўрта бурун чиғаноклари орасида- *ўрта бурун йўли* жойлашган. Юқори жағ бўшлиғининг чиқиш тешиги, бурун-пешона йўли, ғалвирсимон суякнинг олд ва ўрта хужайралари ўрта бурун йўлига очилади.

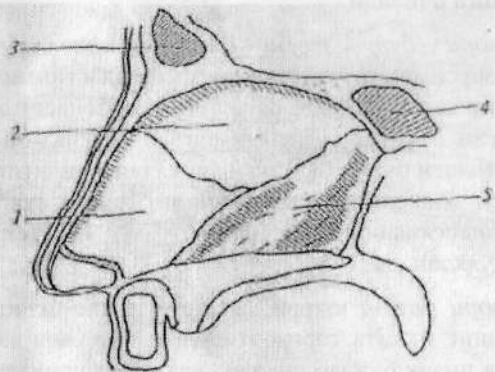
Бурун бўшлиғининг *юқори девори (бурун томи)* олд томонда бурун суякларидан, ўрта қисмларида - ғалвирсимон суякнинг элаксимон пластинкаси (lamina cribrosa) ва ғалвирсимон суяк катакларидан, орқа томонда понасимон бўшлиқнинг олд деворидан ҳосил бўлган. Элаксимон пластинканинг тирқишлари орқали ҳид сезиш асаб толаси бурун бўшлиғидан калла бўшлиғига киради; бу асаб толанинг пиёзчаси элаксимон пластинканинг калла суяги юзасида жойлашган. Элаксимон пластинканинг қалинлиги 2 -3 мм тенг. Болаларда бурун гумбази 2-3 ёшда суякланади.

Бурун бўшлиғининг *пастки девори (туби)* юқори жағ суягининг иккита танглай ўсиқларива танглай суягининг иккита горизонтал пластинкаларидан ҳосил бўлган. Бу суяклар ўзаро ўрта чизик бўйлаб чоклар ёрдамида бирикади. Чақалокларда бурун туби кичик бўлиб, унинг пастки девори юқори жағда жойлашади ва тиш элементларига тегиб туради. Бурун бўшлиғи тубининг олдида ва ўртасида қанот-танглай канали жойлашган бўлиб, унда бурун бўшлиғига борадиган қанот-танглай нерви ва артерияси ўтади. Каналда артерия катта танглай артерияси билан анастомоз ҳосил қилади. Бурун бўшлиғининг орқа девори, яъни чиқиш жойи – хоаналар ички томондан димоғ суяги, ташқи томондан - понасимон суякнинг қанотсимон ўсиғи, тепадан понасимон суякнинг танаси, пастдан танглай суягининг горизонтал пластинкаси билан чегараланган. Катталарда хоаналарнинг ўлчами 20 x 12 мм ташкил қилади. Чақалоқ ва ёш болаларда хоаналар тирқишсимон шаклда бўлади. Баъзан ёш болаларда хоаналар қисман ёки тўлиқ ёпилган бўлади. Бурун бўшлиғининг *медиял девори, яъни бурун тўсиги (septum nasi)* бурун бўшлиғини чап ва ўнг томонларга бўлади. Бурун тўсиғи ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси, димоғ суяги ва тўртбурчак тоғайлардан тузилган бўлиб, суяк ва тоғай қисмларига бўлинади. Чақалокларда ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси пардали тузилмадан иборат.

Перпендикуляр пластинка ва димоғ суяги, бурун тўсигининг тоғайи ва димоғ суяги орасида ўсиш майдони жойлашган. Бу майдоннинг жароҳатланиши бурун тўсиғи ва ташқи бурун шаклининг деформациясига олиб келиши мумкин. Бурун тўсиғи 10 ёшда тўлиқ шаклланиб бўлади. Унинг кейинги ўсиши ўсиш майдони туфайли юз берида. *Тоғай ва суяк тўқималарининг ўсиш тезлиги турлича бўлганлиги сабабли ўсиш майдонида бурун орқали нафас олишни қийинлаштирувчи бурун тўсиги буртмалари ва тиканчалари ҳосил бўлиши мумкин.*

Бурун тўсиғи қийшиқлиги бурун оркали нафас олишни қийинлаштириб, бош огриғи ва невроз касаллиғига сабаб бўлиши мумкин.

Пастки бурун йўлининг ён деворида бурун чиганогининг олд учидан 1 - 1,5 см масофада бурун -кўз ёш каналининг тешиги жойлашган. Бу каналнинг узунлиги 12-24 мм бўлиб, бурун бўшлиғини кўз косаси билан боғлайди. Канал бола туғилиши билан очилади, очилмай қолган ҳолларда беморда кўз ёшни



5 - расм. Бурун тўсиғининг тузилиши

- 1) тўртбурчакли тоғай.
- 2) ғалвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси.
- 3) пешона бўшлиғи.
- 4) понасимон бўшлиқ
- 5) думоғ суяги.

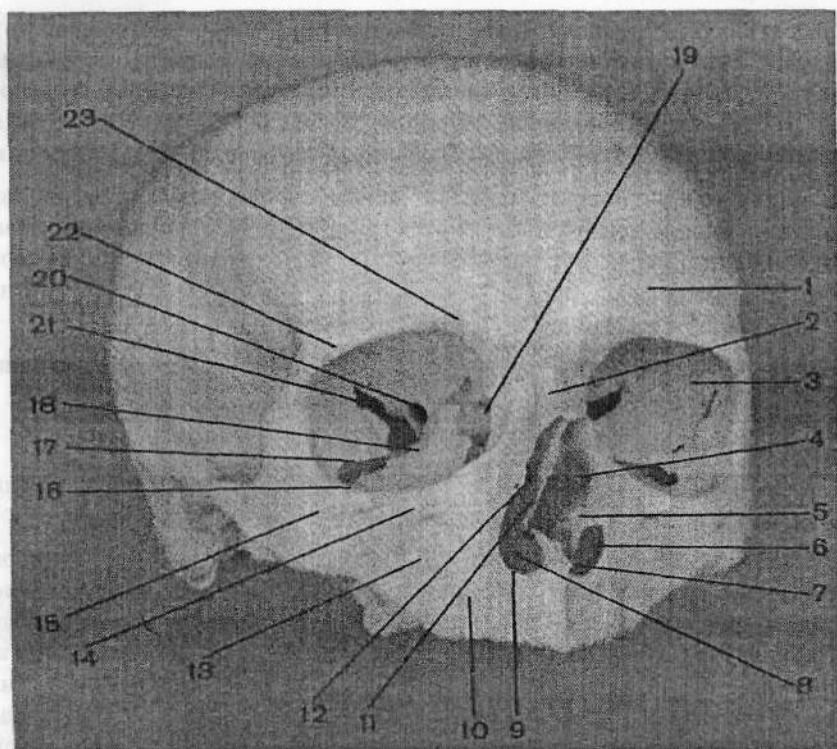
(infundibulum ethmoidale) ҳосил қилади. Юқори жағ ва пешона бўшлиқлари ҳамда ғалвирсимон суякнинг олд ва ўрта катакчалари шу қадокчага очилади. Ўрта бурун чиганогининг орқа учи соҳасида понасимон-танглай тешиги (foramen sphenopalatinum), жойлашган бўлиб, ундан артерия, вена ва нервлар ўтади.

Охириги йилларда жарроҳлик амалида эндоскопия усули кенг қўлланилиб келмоқда, шунинг учун врачлар бурун бўшлиғининг асосий анатомик тузилмаларини яхши билишлари лозим. Масалан, “остиомеатал комплекс” – бу ўрта бурун йўлининг олд бўлимида жойлашган анатомик тузилмалар тизими бўлиб, унинг таркибига ғалвирсимон қадокчанинг медиал девори бўлган илгаксимон ўсимта (ўроқсимон суяк пластинкаси) киради. Илгаксимон ўсимтанинг олдида, ўрта бурун чиганогининг юқори учи бириккан майдон сатҳида бурун ёстиқчаси хужайралари (agger nasi) жой олган. Илгаксимон ўсимтанинг орқасида, ўрта бурун чиганогини олд учининг остида ғалвирсимон

чиқарилиши қийинлашади, каналнинг пастки тешиги кенгайди. Пастки бурун йўлининг латерал девори пастки бурун чиганогининг бирикиш жойида анча юпқа бўлганлиги учун юқори жағ бўшлиғининг пункцияси шу майдонда бажарилади; игна чиганокнинг бирикиш жойида, унинг олд учидан 1,5-2 см ташлаб санчилади.

Ўрта бурун йўли ўрта ва пастки бурун чиганоклари орасида жойлашган. Ўрта бурун йўлининг олд бўлимида, бурун чиганогини остида яримой (ўроқсимон) тирқиш (hiatus semilunaris) жойлашган бўлиб, орқа қисмда кичик кейгайиш - ғалвирсимон қадокча

суяги олд бўшлигининг йирик катакчаси - катта галвирсимон пуфакча (bulla ethmoidalis) кўзга ташланади. Ва, ниҳоят, “остиомеатал комплекс”



6-расм.Бурун ўшлигинининг латерал девори

7расм. Бурун бўшлигининг кўз косаси билан алоқадорлиги

1-os frontale 2-os nasale 3-orbita 4-meatus nasi medius 5-cjncha nasalis inerior
6-meatus nasi inferior 7-spina nasalis inferior 8-cavum nasi 9-apertura
periformis 10-maxilla 11-septum nasi , vomer 12-septum nasi, lamina
perpendicularis 13-fossa canina 14-foramen infraorbitale 15-os zygomaticus
16-facies orbitalis inferior17-fissura orbitalis inferior 18-facies orbitalis alae
major ossis sphenoidalis 19-cellula ethmoidalis 20-canalisis opticus 21-fissura
orbitalis superior 22-facies orbitalis ossis frontalis 23 foramen supraorbitale.

тушунчасига бурун тўсигининг қарама-қарши майдони киради.

Юқори бурун йўли ўрта бурун чиғаноғи ва бурун томи орасида жойлашган. Понасимон бўшлиқ юқори бурун чиғаноғининг орқа чети соҳасига очилади. Галвирсимон бўшлиқнинг орқа катакчалари ҳам шу бурун йўлига очилади.

Бурун бўшлигининг шиллиқ пардаси унинг барча деворларини коплаб, бурун атрофи бўшлиқларига, ҳалқум ва ногора бўлишига тарқалади. Бурун шиллиқ пардасида шиллиқ ости кавати булмайди.

Бурун бўшлиғи шартли равишда 3 майдонга бўлинади: бурун даҳлизи, нафас майдони ва ҳид сезиш майдони.

Буруннинг нафас майдони (regio respiratoria) бурун тубидан бошлаб ўрта бурун чиганоғининг пастки қисмигача бўлган шилиқ парда майдонини эгаллайди. У буруннинг пастки қаватини, ўрта бурун чиганоғининг бир қисмини, пастки бурун чиганоғини, ўрта ва пастки бурун йўлларини ҳамда бурун тўсиғининг бир қисмини ўз ичига олади.

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

- 1) пастки ва ўрта бурун чиганокларининг олд ва орқа учлари соҳасида шиллиқ парданинг қалинлиги 3-5 мм етади;
- 2) бурун тўсиғи соҳасида ўрта бурун чиганоғининг олд учи сатҳида;
- 3) хоаналар ички четининг ёки димоғ суягининг орқа қисмида шиллиқ парданинг қалинлиги 5-6 мм етиши мумкин.

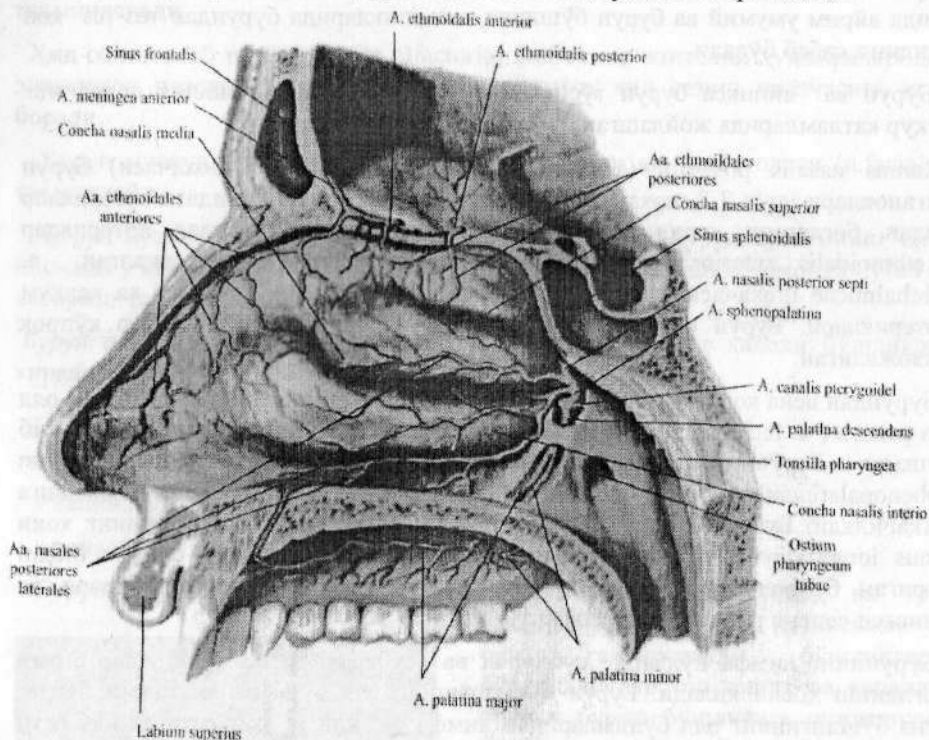
Бурун нафас майдонининг шиллиқ пардаси кўпқаватли цилиндрик ҳилпировчи эпителий билан қопланган бўлиб, унда базал ва қадахсимон ҳужайралар мавжуд. Эпителий остида юпка субэпителиал мембрана ётади, унинг остида эса бурун шиллиқ пардасининг хусусий тўқимаси жойлашган. Хусусий тўқима бириктирувчи коллаген ва эластик толалардан тузилган. Унда ясси мускул ҳужайралари, лимфоид элементлар, шилимшиқ ажралма ишлаб чиқарувчи қадахсимон ҳужайралар, серозли ёки серозли-шилимшиқ ажралма ишлаб чиқарувчи безлар, асаб толалари ва қон томирлар жой олган. Шиллиқ парда тоғай ва суяк усти пардаларига зич ёпишган.

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

Ҳид сезиш майдонининг шиллиқ пардаси ҳид сезиш эпителий билан қоплаган, юзасининг ҳажми 24 см^2 тенг. Ҳид сезиш эпителий орасида тозалаш функциясини бажарувчи ҳилпировчи эпителий майдончалари ҳам учрайди. Ҳид сезиш эпителий базал, таянч ва нейросенсор ҳужайралардан тузилган. Таянч ҳужайралар сарғиш пигментга эга, шунинг учун риноскопияда ҳид сезиш майдони сарғиш бўлиб кўринади. Ҳид сезиш ҳужайралари ипсимон шаклда бўлиб, периферик толаларининг (детритлари) учи кенгайиш ҳосил қилади. Бу ҳужайраларнинг марказий толалари эса (аксонлар) ҳид сезиш иплари таркибида (*fila olfactoria*) юқорига кўтарилади ва элаксимон пластинка тирқишларидан ўтиб калла бўшлиғига киради. Бу ерда ҳид сезиш йўлининг I-нейрони ҳид сезиш асаб толасининг пиёзчасида туғайди - *bulbus olfactoria*. II-нейрони эса *tractus olfactoria* таркибида *trigonum olfactorium*, *substantia*

perforata, septum pellucidum соҳасига етиб бориб, уша жойда тугайди. Бу ердан бошланган III - нейрон бош мия пўстлогининг ҳид сезиш марказига етиб боради.

Ҳид сезиш майдонининг шиллиқ пардасида серозли суюқлик ишлаб чиқарувчи оддий ва шохали найсимон (Боумен безлари) безлари бўлади. Безлар ишлаб чиқарган суюқлик ҳидли моддаларни эритиш қобилятига эга. Таянч хужайралар ишлаб чиқарувчи пигмент ҳам бунда иштирок этади.



8 –расм.Буруннинг қон билан таъминланиши

Бурун бўшлигининг шиллиқ пардаси қон томирларга жуда бой. Улар ташқи уйқу артериядан тарқалади. Бурун бўшлигининг аксарият қисми a.sphenopalatina (a.maxillaris нинг охириги шохчаси), олд-юқори қисмлари - ички уйқу артерия шохалари бўлган aa.ethmoidales anterior et posteriorдан қон билан таъминланади. A.sphenopalatina канал орқали бурун ичига орқа томонда кириб, бурун тўсиғи ва бурун томидаги ҳид сезиш тирқишини қон билан таъминлаган ramus nasopalatinus ва бурун ташқи деворини қон билан таъминлаган ramus nasalis posteriorга бўлинади. Ramus nasopalatinus ўз навбатида яна 2 шохачага бўлинади: 1) юқори шохачаси олд томонда a.ethmoidalis билан, пастда ўзининг пастки шохчаси ва septum mobile артерияси билан анастомоз ҳосил қилади; 2) пастки шохачаси димоқ суяғи олд

томонининг остидан ўтиб юқори шохачаси 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 турадиган бу майдон Киссельбах майдони деб аталади (*locus Kisselbachii*). 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 шиллик парданинг чуқур қатламларида жойлашган.

Ramus nasalis posterior (*a.sphenopalatina* нинг иккинчи шохачаси) бурун чиганоклари учун 2-3 шохачага бўлинади. Бу шохачалар қуйидаги артериялар билан боғланиш ҳосил қилади: 1) олд ва орқа этмоидал артериялар (*a.ethmoidalis anterior et posterior - a.carotis internae* дан тарқалган *a. ofthalmicae* шохачаси) ; 2) *a. palatinae descendenti*; 3) кўз косаси ва ҳалқум артериялари. Бурун чиганокларининг орқа учларида қон томирлар кўпроқ ривожланган.

Бурундан вена қони ички бўйинтурук венага (*v.jugularis interna*) қўйилган олд юз венага (*v. facialis anterior*) ва *sinus cavernosus*га қўйилган *v.oftalmicaga* оқиб тушади. Буруннинг орқа бўлимларидан қон қаноттанглай (*ganglion sphenopalatinum*) ва бурунҳалқум (*ganglion nasopharyngeus*) чигалига чиқарилади. Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари кичик веналарининг қони *sinus longitudinalis* га оқиб тушади. Шу сабабли сурункали синусит билан оғриган беморларда риноген кўз косаси, калла суяги ичи асоратлари ва риноген сепсис ривожланиш хавфи туғилади.

Буруннинг лимфа йўллари субдурал ва субарахноидал бўшлиқлар билан боғланиш ҳосил қилади. Бурун бўшлиғининг олд бўлимлари, ташки бурун, оғиз бўшлиғининг олд бўлимларидан лимфа суюқлиги жағ ости ва ияк ости лимфа тугунларига, ички орқа бўлимлари, евстахий найи ва бурун-ҳалқумдан - бўйинтурук вена ёнида жойлашган чуқур бўйин лимфа тугунларига қўйилади.

Бурун бўшлиғида қуйидаги иннервациялар мавжуд:

- ҳид сезиш;
- сезувчанлик;
- вегетатив.

Учшоҳли асаб толаси (*n.trigeminus*) ва унинг I ва II шохчалари сезувчан асаб толаси бўлиб, унинг I шохчасидан тарқалган *n. ethmoidalis superior et posterior* артерия ва веналар билан бирга бурун бўшлиғига киради ва бурун томи, унинг ён девори, бурун даҳлизининг иннервациясини таъминлайди. II шохчаси қаноттанглай тугуни (*ganglion sphenopalatinum*) билан ҳосил қилган анастомоз

орқали бурун иннервациясида иштирок этади. Қаноттанглай тугунидан бурун латерал девори ва бу-рун тўсиғи учун nn.nasalis posteriors тарқалади; бурун тўсики бўйлаб тарқалган ва яхши ривожланган шохча n.nasopalatinus деб аталади. У canalis incisivusдан ўтиб қаттиқ танглай шиллиқ пардасининг олд қисмига боради.

Бурун шиллиқ безлари секретор шохчалар n.vidianus томонидан, аниқроғи унинг бир қисми -n.pet-rosus superficialis major дан иннервация билан таъминланади.

Ҳид сезиш асаб толалари (fila olfactoria) ҳид сезиш эпителий хужайраларидан элаксимон пластинка орқали калла бўшлиғига, ҳид сезиш пиёзчасига етиб боради.

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

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

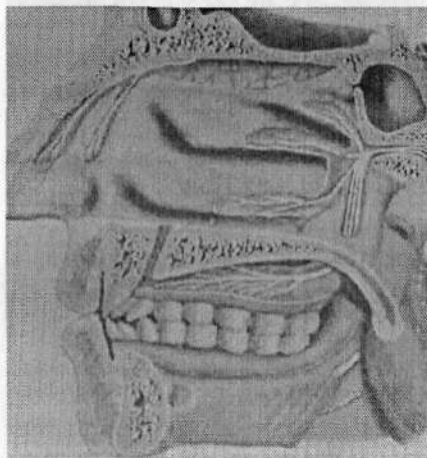
Бурун атрофи бўшлиқларига (sinus paranasalis) 4 жуфт ҳаволи бўшлиқлар киради:

- юқори жағ;
- галвирсимон;
- пешона;
- понасимон;

Бурун атрофи бўшлиқлари олд (юқори жағ, пешона, олд ва ўрта

галвирсимон) ва орқа (понасимон ва орқа галвирсимон) бўшлиқларга бўлинади. Улар тор тешик ва каналлар орқали бурун бўшлиғига очилади; олд бўшлиқлар - ўрта бурун йўлига, орқа бўшлиқлар - юқори бурун йўлига очилади. Чақалокларда фақат юқори жағ ва галвирсимон бўшлиқлар бўлади.

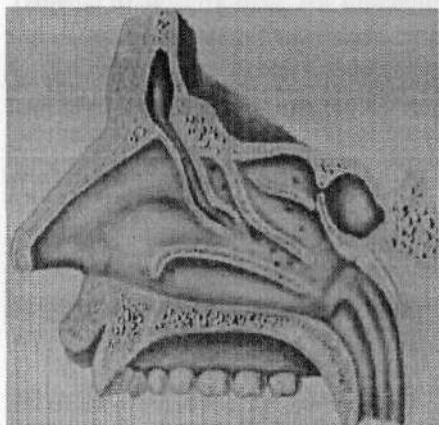
Галвирсимон бўшлиқ чақалокларда тўлиқ шакланган бўлиб, у унчалик чуқур бўлмаган ва шиллиқ парда билан қопланган катакчалардан тузилган. Катакчаларнинг шиллиқ ости пардаси жуда юмшоқ бўлиб, яллиғланганда бурун бўшлиғида полипдай осилиб туради. Галвирсимон суякнинг ҳар бир томонида катакчаларнинг сони боланинг



9- расмБурун йўллари

ёшига, катаклар пневматизациясига караб 8,10 этади. Галвирсимон 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. Галвирсимон суяк катакларининг юқори қисми элаксимон пластинкага туташади (бу пластинка калла суягининг олд чуқурчаси ёнида жойлашган). Галвирсимон суяк катаклари олд, ўрта (ўрта бурун йўлига очилади) ва орқа катакларга бўлинади.

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



10- расм. Бурун ён бўшлиқларининг бурун бўшлиғи билан алоқаси

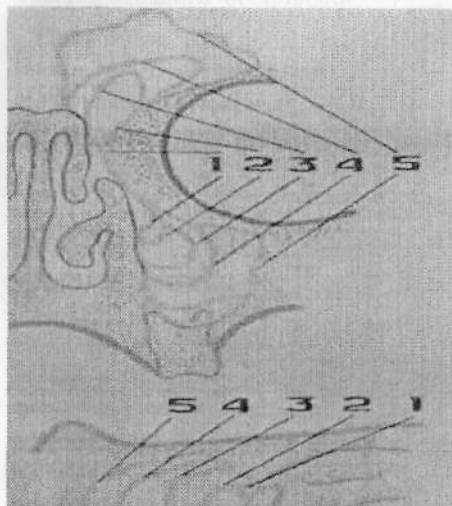
ҳисобланади. Ўрта бурун йўлида бу майдон суяк тўқимасига эга бўлмай, фақат икки қават шиллиқ пардадан ҳосил бўлган.

1-5 ёшар болаларда юқори жағ бўшлиғининг бўйи унинг эни ва баландлигига нисбатан узунроқ бўлади, 6 ёшга бориб унинг шакли катталарникига ўхшайди. 8 ёшар болада юқори жағ бўшлиғининг туби бурун туби сатҳида, 12 ёшда - бурун тубидан пастда жойлашади.

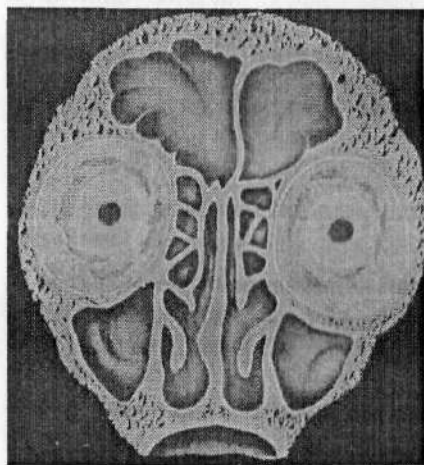
1 ёшгача бўлган болаларда юқори жағ бўшлиғининг пастки девори икки қатор сут ва доимий тишларнинг куртаклари устида жойлашади, юқори жағ бўшлиғи эса қисман тиш куртаклари устида жойлашиб, улар билан туташмайди. Ёш болаларда қозик тиш юқори жағ бўшлиғи ва кўз косасининг ички бурчагига яқин жойлашади, шунинг учун у кўз тиши деб аталади. 5-6

Юқори жағ бўшлиғи жуфт бўлиб, унинг ҳажми 20-30 см³ ташкил этади, шакли эса уч қиррали пирамидани эслатади. Бўшлиқнинг *олд девори* юқори жағ суягининг олд юзидан ҳосил бўлиб, ичка-рига ботган бўлади, *орқа девори* эса юқори жағ бўшлиғини қанот танглай чуқурчасидан ажратиб туради. Бушлиқнинг *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 иккинчи кичик ва иккита катта озик тишлар илдизи жойлашган). Юқори жағ бўшлиғининг *ички девори* бурун бўшлиғининг латерал девори

ёшда юқори жағ бўшлиғи қозик тиш, икки кичик ва катта озик тишлар билан узвий боғланган бўлади.



11- расм Бурун ён бўшлиқларининг бола ёшига қараб ривожланиши 1. Чақалокларда; 2. 1 ёшгача; 3. 7 ёшгача; 4. 12 ёшгача . 5. Катталарда



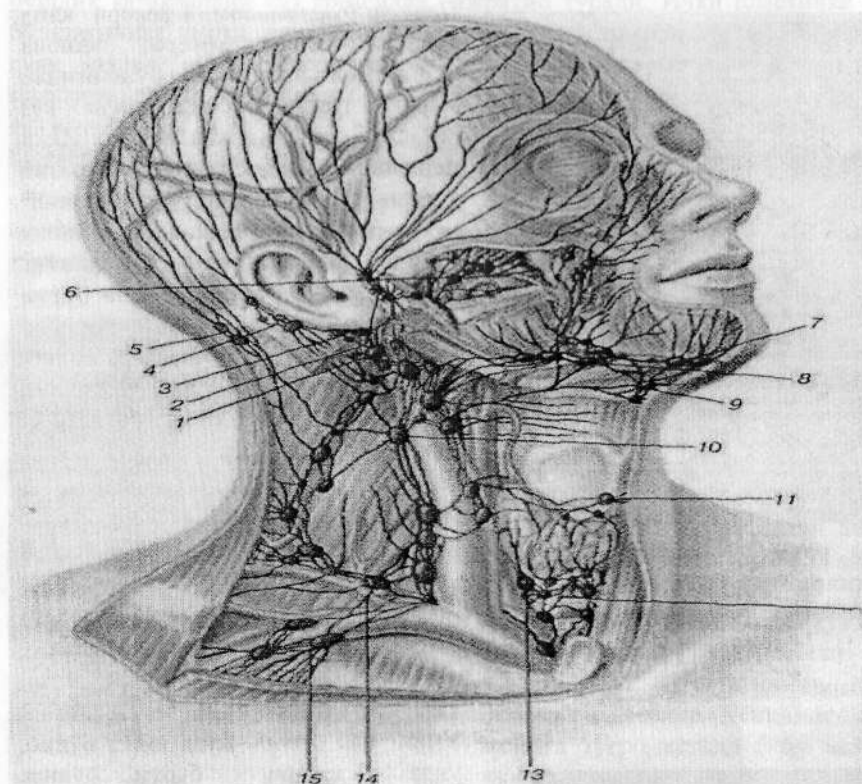
12-расм Бурун ён бўшлиқлари

Пешона бўшлиғининг 4 девори қайд этилади: орқа девори пешона бўшлиғини калла бўшлиғидан ажратиб туради, *пастки девори* - кўз косасига ёнма-ён жойлашган. Икки пешона бўшлиқларини ажратиб турган тўсиқ пешона бўшлиғининг *ички девори* ҳисобланади. Бўшлиқ тубида пешона-бурун каналининг тешиги мавжуд бўлиб, у ўрта бурун йўлининг олд қисмига очилади. Пешона бўшлиғининг ривожланиши 3 ёшга бориб тўлиқ тугайди ва кўпинча ассиметрик бўлади, 10 % ҳолда умуман бўлмаслиги мумкин.

Понасимон (асосий) бўшлиқ калла суягининг асосини ҳосил қилишда иштирок этади, у муҳим анатомик тузилмалар билан ўралган. Бу бўшлиқнинг ривожланиши 12-14 ёшда тўғайди. Понасимон бўшлиқ орқа томондан галвирсимон катакларга ёнма-ён жойлашган. Унинг *олд девори* жуда юпка бўлиб, унда юқори бурун йўлига очиладиган тешик жойлашган. *Юқори девори* турк эгари, гипофиз, кўриш асаб толаси кесиммаси ёнида жойлашган. Понасимон бўшлиқнинг *пастки девори* бурун ва бурун-ҳалқумнинг орқа гумбазини ҳосил қилишда иштирок этади, бу девордан Видиев канал ичи ётган нерви ўтади. Понасимон бўшлиқнинг *ён деворида* уйқу артерияси, бош мия каттик пардасининг говаксимон вена бўшлиғи, V нервнинг I шохчаси, III, IV, VI жуфт бош мия нервлари жой олган.

Юқори жағ бўшлиқларини а. nasalis posterior қон билан таъминлайди. Улардан вена қони қисман

каноттанглай чигалига, қисман v. facialis га, лимфа эса чуқур бўйин ёки жағ ости лимфа тугунларига чиқарилади.



13 расм-Лимфа тизимининг кўриниши

1. Кулоқ олди лимфа тугуни
2. Кулоқнинг олдинги лимфа тугуни
3. Пастки кулоқ лимфа тугуни
4. Орқа кулоқ лимфа тугуни
5. Энса лимфа тугуни
6. Ёнок лимфа тугуни
7. Ияк ости лимфа тугуни
8. Пастки жағ ости лимфа тугуни
9. Юзаки бўйин лимфа тугуни
10. Чуқур бўйин лимфа тугуни
11. Хиқилдоқ усти лимфа тугуни
12. Трахея усти лимфа тугуни
13. Паратрахеал лимфа тугуни
14. Ўмров усти лимфа тугуни
15. Ўмров ости лимфа тугуни

Ғалвирсимон бўшлиқларни олд ва орқа этмоидал артериялар ва кўз ёши копчасини ўраб олган артерия тури қон билан таъминлайди, вена қони эса кўз қосаси венасига чиқарилади.

Пешона бўшлиқларини *a.sphenopalatina* ва *a.ethmoidalis anterior* қон билан таъминлайди, вена қони эса қисман *sinus longitudinalis superiorra* ёки *foramen coecum* венасига чиқарилади.

Понасимон бўшлиқларни *a.sphenopalatina*, *a.pterygopalatinae*, *a.vidianaе* қон билан таъминлайди, вена томирлари қисман *v.oftalmicaga* ва асосан *sinus cavernosusga* кўйилади. Лимфа йўллари чуқур бўйин ва ҳалқум орти лимфа тугунларига оқиб боради.

Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг физиологияси

Бурун бўшлиғи асосий ва иккиламчи функцияларни бажаради. Буруннинг асосий функцияларига нафас, ҳимоя ва ҳид сезиш функциялари, иккиламчи функцияларига -мимика, кўз ёшни ўтказиш, таъм билиш, резонанс функциялари киради. Бурун бўшлиғи овоз тембрини ҳосил қилишда ҳам иштирок этади.

Нафас функцияси. Бурун бўшлиғи деворлари ва, айниқса, шиллик пардасининг ўзига хос тузилиши, рефлексоген майдонларнинг мавжудлиги, учшоҳли ва ҳид сезиш асаб толалари билан таъминланганлиги туфайли бурун бўшлиғи ўпгага кираётган ҳавонинг ҳажмини ва тезлигини бошқаришдан ташқари, бошқа аъзо ва тизимлар фаолиятига таъсир кўрсатади.

Уақага кираятган ҳаво ҳидини сезиш қобилияти инсон орагнизминини ташқи муҳитнинг зарарли таъсир-ларидан ҳимоя қилади. Масалан, ачиган овқат, ҳаводаги заҳарли моддалар ҳиди одамни хушёр тортишга ва керакли ҳимоя чораларини куришга ундайди.

Бурун орқали нафас олиш физиологик жараён ҳисобланади. Бурун орқали нафас олиш бузилганда нафаснинг тезлиги ва чуқурлиги ўзгариб ўпка эмпфиземаси касаллиги юзага келиши мумкин.

Бурун орқали нафас олиш қийинлашганда ўпкадаги газ алмашинуви, қоннинг физикавий ва ким-ёвий ҳолати, организмда кислород алмашинуви бузилади.

Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши ва оғиз орқали нафас олиш натижасида ўпкага етар-ли миқдорда ҳаво кирмаслик ҳолати қуйидаги компенсатор механизмнинг ишга тушиши билан кечади: 1) нафас ҳаракатларининг камайиши; 2) нафас чиқариш ҳаракатини чўзилиши; 3) кўкрак қафаси ва диафрагма экскурсиясининг кучайиши; 4) плевра ва трахея ичи босимларининг ошиши. Оғиз орқали нафас олинганда ўпканинг вентилицияси 25-30% камаяди, бу эса қонда кислород ва кар-бонат ангидрид миқдорларига таъсир кўрсатади, эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори камаяди, эозинофиллар сони ва ЭЧТ ошади, глюкоза миқдори ўзгаради.

Бурун шиллик пардасидаги рефлексоген майдонлар уни бошка аъзолар билан боғлаб туради. Бундай рефлектор боғланиш I ва Y жуфт бош мия асаб толалари орқали амалга оширилади (механо-, хемо- ва терморцепторлар фаолияти туфайли). Масалан, бурун бўшлиғи шилик пардасига тамаки тутини таъсир этганда нафас ҳаракатларининг тезлиги ва чуқурлиги ўзгаради, хлороформ бугларидан эса нафас ҳаракатлари бутунлай тўхтатиб қолиши мумкин.

Учшоҳли асаб толаси шохчалари туфайли “бурунбронх рефлекси” мавжудлиги аниқланган. Масалан, 54-80,5% ҳолларда бронхиал астма касаллиги аллергия ринитдан сўнг ривожланган, 4-9% ҳоллардагина бунинг тескараси кузатилади.

Буруннинг химоя функциясига аксираш ва кўз ёшни чиқариш функциялари киради. Ҳаво ифлосланганда бурун бўшлиғининг ҳажми кискаради, тоғ ҳавосида эса, аксинча, кенгаяди. Бурун бўшлиғида ҳаво намланади, тозаланади ва иситилади. Ҳавони механик тозалашда бурун шиллик пардасининг ҳилпилловчи эпителийсидан иштирок этса, бурун ажралмаси уни зарарсизлантиради.

Буруннинг химоя функцияси куйидаги омиллар билан белгиланади:

1. Нафас олинганда ҳаво оқимининг иситилиши ва намланиши бурун бўшлиғи қон билан яхши таъминланганлиги ва қадоксимон хужайралар ишлаб чиққан шилимшиқ модда туфайли амалга оширилади. Совуқ ҳаво шиллик парданинг терморцепторларига таъсир кўрсатганда бурун чиғаноқлари, айниқса калорифер ролини ўйнайдиган пастки чиғаноқлар қонга тўлади, натижада ҳаво оқими ўтайдиган бурун йўллари анча торайиб, совуқ ҳавони бурун чиғаноқларининг юзасидан ўтиш муддати чўзилади ва ҳаво иситилади. Бурун бўшлиғига қуруқ ҳаво кирганда эса қадоксимон хужайралар кўп микдорда шилимшиқ модда ишлаб чиқариб, ҳаво оқимини намлайди.

2. Қадоксимон хужайралар ишлаб чиққан шилимшиқдаги лизоцим моддаси қатор микробларга қарши бактерицид ва бактериостатик таъсирга эга бўлганлиги туфайли ҳаво оқимини тозалайди.

3. Ҳилпилловчи эпителийнинг мукоциллиар транспорт фаолияти (мукоциллиар клиренс) ҳам муҳим физиологик аҳамиятга эга. Ҳар бир хилпировчи хужайра юзасида 200-300 тагача туклари, уларнинг узунлиги 5-8 мкм, диаметри 0,15-0,3 мкм тенг. Бу тукларнинг ҳар бири ҳаракат мосламаси-аксонемага эга. Туклар бир дақиқада 10-15 марта ҳаракатланади. Тукларнинг ҳаракатчанлиги асосан қираётган ҳаво оқимининг ҳароратига боғлиқ бўлади. Совуқ ҳаво оқими кирганда тукларнинг ҳаракати секинлашади. Агар учшоҳли асаб толаси таъсирланганда тукларнинг ҳаракати тезлашса, симпатик асаб тизими таъсирланганда - секинлашади.

Турли юқумли касалликлар (масалан, қизамиқ, скарлатина, УРВК ва бошқ.), тана ҳароратининг кўтарилиши, турли кимёвий моддалар, рН ўзгариши ва х.к.

хилпилловчи эпителий туклари ҳаракатининг бузилишига, унинг метаплазияси ва кўпқаватли ясси эпителийга айланишига олиб келади.

Глицерин, везелин хилпилловчи эпителий фаолиятини сусайтиради, адреналин эса, аксинча, кучайтиради. Тамаки тутини таъсир этилганда 5 дақиқадан сўнг эпителий фаолияти тўхтаб қолади.

Бурун касалликларини даволашда бурунга узоқ вақт давомида (2 ҳафтадан ортик) қон томирларни торайтирувчи ёки бошқа томчиларни томизиш хилпилловчи 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 бўшлиғининг орқа бўлимларига силжитилиб, у ердан сўлак билан бирга ютиб юборилади ёки ташқарига чиқарилади. Йирик чанг заррачалари бурун даҳлизидаги туклар ёрдамида ушланиб қолади.

Буруннинг *ҳид сезиш* функцияси инсон учун жуда муҳим фаолиятлардан бири ҳисобланади. Бу функция ёрдамида у атроф муҳит ҳидни, озиқ-овқат маҳсулотларининг сифатини баҳолайди. Ҳидли моддада ёгда эрувчи одоривектор молекулалари мавжуд. У ёки бу ҳидни сезиш қобилияти асосан нафас олинганда, яъни ҳаво оқими юқорига ҳид сезиш майдонига етиб борганда содир бўлади. Нафасни чиқарилиши меъёрда буруннинг ўрта ва пастки йуллари орқали амалга оширилади. Шунинг учун, кўпинча беморлар кекириш пайтида, ўпканинг йирингли жараёнларида, айрим ошқозон-ичак касалликларида бадбўй ҳидни ҳис этишади. Ҳидли модда ҳаво билан бирга бурун бўшлиғига, ҳид сезиш эпителийсига етиб боради. Бу ерда у шилимшиқ суюқликда эриб, сезгир хужайралар оксили билан бирикади. Ҳосил бўлган бирикма таъсирида хужайранинг ионли потенциали ўзгаради ва бунинг оқибатида нерв хужайра кўзгалади. Пайдо бўлган импульс асаб толалар орқали бош мияга етиб боради. Ҳид сезиш анализаторининг рецептор булими жуда сезгир бўлиб, инсон 1: 0,0000023 бўлган аралашмани сезиш қобилиятига эга.

Ҳид сезиш рефлекси асосан I ва Y 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) ольфактотригеминал.

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

Резонанс функцияси. Меъёрда инсон “м”, “н”, “г” ва бошқа унсиз товушларни аниқ талаффуз қилади. Бурун бўшлиғи шиллик пардаси шишиб, қалинлашган беморда манқаланиш кузатилади.

Кўз ёшни чиқариш функцияси. Меъёрда кўз ёши бурун-кўз ёши каналининг тешиги орқали бурун бўшлиғига (пастки бурун йўлига) эркин ўтади. Бурун бўшлигининг патологик жараёнларида эса, масалан гипертрофия жараёнида бу тешик торайиб кўз ёшни тинмай оқиб туришига сабаб бўлади. Совук таъсирида ҳам бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шиши туфайли кўз ёш оқиши кузатилади.

Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлар ҳолатининг организмга таъсири

Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлар фаолиятининг меърада бўлиши организмдаги айрим аъзо ва тизимлар учун муҳим аҳамиятга эга. Масалан, чанг заррачаларининг 60% ва кўпгина бактериялар бурун бўшлиғида ушлаб қолинади. Бурун орқали нафас олинганда пастки нафас йўллариغا 10 марта кам микроблар киради.

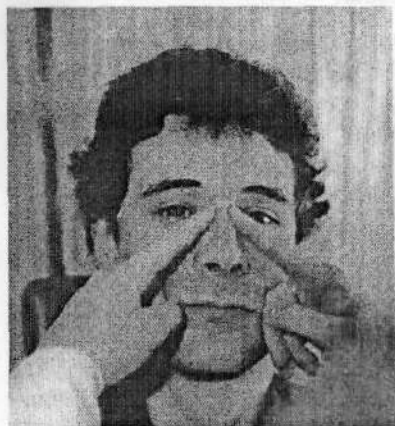
Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши беморда қон босимининг ошишига, кўз ёши оқишига, кўз қорачиғининг торайишига, юрак фаолияти ва бош миёда қон айланишининг бузилишига, хотиранинг сусайишига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари у ангина, ўткир респиратор касаллик, бронхит, зотилжанинг ривожланишига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

Нафас оғиз орқали олинганда организмга кираётган кислороднинг миқдори меърадагига нисбатан 78 % ташкил қилади. Узоқ вақт давом этган кислород етишмовчилиги камқонлик, жисмоний ва ақлий ривожланишга салбий таъсир кўрсатади.

Бурун бўшлиғи ва бош миё қон ва лимфа томирлари орасидаги боғланиш туфайли бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт қийинлашиши бурун бўшлиғи ва бош миёда қон ва лимфа айланишининг бузилишига олиб келади. Бунинг натижасида беморда тахикардия, калла ичи босимининг ошиши, бошнинг кескин оғриши, толиқиш, иштаҳанинг пасайиши, фикрни бир жойга йиғолмаслик бел-гилари кузатилади.

Бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт қийинлашиши асаб тизими бузилишларига ва қатор ка-салликларнинг (бронхиал астмага, болалардаги эпилепсияга ўхшаш талваса ҳолати ёки энурез) ривожланишига олиб келиши мумкин. Болаларда бурун орқали нафас олишнинг узоқ вақт қийинлашиши кўкрак қафаси скелетининг ривожланишига салбий таъсир кўрсатади, юз скелетининг бузилишига олиб келади; юқори жағ нотўғри ривожланиб, унинг ён қисмлари бир бирига яқин-лашади, қаттиқ танглай торайиб, баланд жойлашади ("готик" танглай). Бурун тубининг кўтарилиши бурун тўсиғи қийшиқлигига, тишлар чиқилишининг бузилишига олиб келади.

Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларини текшириш усуллари



14- расм Ташқи бурунни пайпаслаш

кўйиб бурун илдизини, унинг суяқларини ва учини пайпаслаб кўради.



15 –расм Уч шохли асаб толасининг III. шохчаларининг чиқиш жойларини пайпаслаш

Текширув беморнинг шикоятларини аниқлаш, анамнез маълумотларини йиғишдан бошланади. Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг текшируви куйидаги босқичлардан иборат:

I босқич. *Кўздан кечириш ва пайпаслаш.*

1. *Ташқи бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг юздаги проекция майдонларини кўздан кечириш.*

Бемор текширув столи ёнидаги курсига ўтиргандан сўнг ташқи бурун кўздан кечирилиб, буруннинг шаклига эътибор берилади. Врач икки қўлининг кўрсаткич бармоқларини беморнинг бурни устига

2. *Ташқи бурунни пайпаслаш.*

Врач иккала курсаткич бармоқларини бемор бурнининг устига қуяди ва энгил укалалаш харакатлари билан буруннинг бар қисмларини пайпаслаб куради.

3. *Пешона бўшлиқлари олд ва пастки деворларини пайпаслаш.*

Текширувчи икки бош бармоқларини беморнинг пешонасига, қошларининг устига қўйиб бу май-донни энгил босади, кейин бармоқларини кўз косаси юқори деворининг ички бурчагига кўчириб, у майдонни ҳам босиб кўради. Уч шохли асаб толаси I шохчаларининг чиқиш нуқталарини пайпаслайди. Меъёрда пешона бўшлиқларнинг деворлари пайпасланганда оғримайди.

Юқори жағ бўшлиқларининг олд деворларини пайпаслаш.

Текширувчи икки бош бармоқларини юқори жағ бўшлиғи олд деворидаги қозик тиш чуқурчасига қўйиб энгил босади ва уч шохли асаб толаси II

шоҳчаларининг чиқиш нукталарини пайпаслайди. Кейин пастки жағ соҳасида уч шоҳли асаб толаси III шоҳчаларининг чиқиш нукталарини пай-паслайди. Меъёрда юкори жағ бўшлигининг олд девори пайпасланганда огримаиди.

5. Жағ ости ва бўйин лимфа тугунларини пайпаслаш.

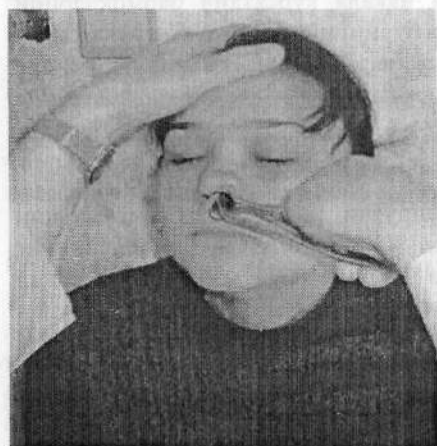


16 –расм Уч шоҳли асаб толасининг II шоҳчаларининг чиқиш жойларини пайпаслаш

кўли ёрдамида пайпаслайди. Меъёрда лимфа тугунлар пайпасланмайди.

Жағ ости лимфа тугунлари бемор бошини бироз олдинга эгиб турган ҳолда бармоқлар учи ёрдамида жағ ости майдонининг ўртасидан пастки жағ четига қараб енгил уқалаш билан пайпасланади.

Чукур бўйин лимфа тугунлари дастлаб бир томонда, кейин бошқа томонда пайпасланади. Беморининг боши олдинга эгилади. Ўнг томондаги лимфа тугунларни пайпаслаш учун врач ўнг қўлини беморнинг энсасига қўйиб, чап бармоқларининг учи билан тўш-умров-сўргичсимон мускули олдидаги юмшоқ тўкималарни чукур пайпаслайди. Чап томондаги лимфа тугунларни пайпаслаганда эса чап қўлини беморнинг энсасига қўйган ҳолда ун

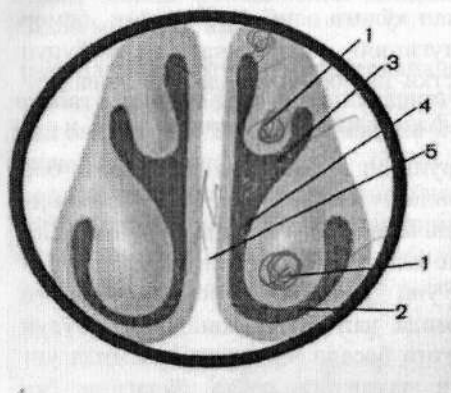


17- расм.Олд риноскопия бажариш

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 рупарасига ўрнатиб, ўнг кўзини юмган ҳолда беморнинг юзига тушаётган ёруғлик нуктасини 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 кўтаради ва ёруғлик нуқтасини бурун тешикларига йўналтириб, бурун даҳлизи кўздан кечиради. Меъёрда бурун даҳлизи эркин булиб, унда туклар кўринади.



18- расм. Олд риноскопияда бурун бўшлиғининг манзараси

1. Юқори бурун чиганоғи
2. Пастки бурун йўли
3. Ўрта бурун йўли
4. Умумий бурун йўли
5. Бурун тўсиғи

оёқчаси - юқори-ташқи бурчагида жойлашиши лозим.

5. Чап қўлнинг II ва III бармоқлари ёрдамида бурун кўзгуси туткилари қисилади, шунда ўнг бурун даҳлизи кенгайди (бунда кўзгу тумшугининг 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, юзи силлиқ бўлиб, бурун тўсиғи ўртада жойлашади; бурун чиганоклари катталашмаган, умумий бурун йўли эркин булади.

7. Бурун бўшлиғининг ўнг томони беморнинг боши бироз олдинга эгилган ҳолда текширилади. Бунда пастки бурун йўлининг олд бўлими ва бурун туби кўринади. Меъёрда пастки бурун йўли эркин бўлади.

8. Буруннинг ўнг томони беморнинг боши орқага ва ўнг томонга эгилган ҳолда текширилади, шунда ўрта бурун йўли кўзга ташланади.

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

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

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

4. Ишчи қисми (тумшуги) ёпилган ҳолда бурун кўзгуси бурун бўшлиғининг ўнг даҳлизига 0,5 см ичкарига киритилади, бунда кўзгу тумшугининг ўнг оёқчаси бурун даҳлизининг пастки-ички, чап

9. Врач IV ва V бармоқлари ёрдамида бурун кўзгусининг ўнг туткичини силжитади, тумшугининг оёқчаларини тўлиқ ёпмасдан уни бурун бўшлигидан чиқариб олади.

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

III босқич. Буруннинг нафас ва ҳид сезиш фаолиятини текшириш.



19- расм. Буруннинг нафас олиш

фаолиятини текшириш

1. Буруннинг нафас функцияси аввал бир томонда, кейин иккинчи томонда аниқланади. Ўнг томонда бурун орқали нафас олиш фаолиятини аниқлаш учун врач ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи ёрдамида чап бурун қанотини бурун тўсиғига босади. Чап қўли ёрдамида ўнг бурун дахлизига пахта бўлагини ёки дока ипини яқинлаштириб, бемор-дан нафас олиш ёки нафас чиқаришни сўрайди. Худди шу тариқа буруннинг чап томонида бурун орқали нафас олиш фаолияти текширилади. Пахта бўлагининг силжишига қараб буруннинг нафас функциясига баҳо берилади. Текширувда ҳар икки томонда бурун орқали нафас олиш фаолияти меъёрда, кийинлашган ёки йўқотилган бўлиши мумкин.

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

Бурун нафас олиш фаолиятининг бузилиш даражалари	Бурун бўшлигида ҳаво айланиш қаршилиги см $H_2O/l/c$	Бурун нафас чиқаришида ҳаво тезлиги л/с
Маромда	2-3,5	2,0-0,9
Енгил I	3,5-4,5	0,8-0,7
Енгилрок II	4,5-6	0,6-0,4
Купрок III	6-8	0,3-0,2
Буткул IV	8 ва ундан купрок	0,1 ва ундан камрок

(Сабаблари бўлиши мумкин : бурун тўсиғи гипертрофияси, бурун тўсиғи эгрилиги, бурун бўшлиғи суяклар аномалияси, бурун полиплари, бурун атрезиялари, ўсмалар, аденоидлар ва бошкалар).

2.Хид билиш функциясини аниқлаш учун врач ольфактометр тўпламидаги хидли моддаларни

(навшадил спирти, мум, валериананинг спиртли эритмаси ва бошк.) навбатма-навбат ҳар икки бурун тешикларига яқинлаштиради. Буруннинг ўнг томонида хид билиш фаолиятини текшириш учун врач ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи билан бурун чап қанотини бурун тўсиғига босади, чап қўли билан хидли модда шиша идишни беморнинг ўнг бурун дахлизига яқинлаштиради ва ундан нафас олишни ва модда хидини аниқлашини сўрайди. Худди шу тарика бурун чап томонининг хид билиш қобилияти текширилади.Бунда врач буруннинг ўнг қанотини чап қўлининг кўрсаткич бармоғи билан босиб, ўнг қўли билан

хидли моддани беморнинг чап бурун тешигига яқинлаштиради. Ҳар бир хидли модда хид билиш жараёнида иштирок этган уч асаб толаларнинг (уч шохли, тилхалқум, хид билиш асаб толаси) бирига таъсир этади. Текширув ольфактометр асбоби ёрдамида бажарилади.

Беморда хид билиш қобилияти меъёрда (нормосмия), пасайган (гипосмия), йўқотилган (аносмия) ёки бузилган (паросмия) бўлиши мумкин. Баъзан хид галюцинациялари (какосмия) учрайди. Бош мия ўсмасида ва бош мия пешона бўлагининг абссцесида бир томонлама аносмия қайд этилади.

Ү босқич. *Орқа риноскопия.*

22 - расм. Орқа риноскопияда бурунхалқумнинг манзараси! Хоаналар; 2. Бурун тўсиғи; 3. Бурун йўли ; 3а. Юқори; 3б. Ўрта; 3в. Пастки; 4. Бурун чиганоғларининг орқа қисми ; 4.а Пастки 4б. Ўрта 4в. Юқори; 5. Бурунхалқум; 6. Ҳалқумнинг ён девори; 7. Ёстикчалар

1. Буруннинг орқа бўлимларини кўздан кечириш учун врач бурун- халқум кўзгусини дастасига ўрнатади ва уни 2-3 сонияга иссиқ сувга солиб иситади.

2. Ўнг қўлига кўзгу дастасини олиб кўзгу юзини тоза салфетка билан артади, чап қўлининг бош бармоғи билан эса уни исиганлигини текширади.

3. Чап қўлига шпательни олиб, уни ўнг бурчакдан беморнинг оғзига киритади ва учи билан тилнинг олд 1/3 қисмини босади.

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

Врач ёруғликни кўзгуга йўналтирган ҳолда кўзгуни у ёки бу томонга бураб бурун бўшлиғининг орқа бўлимларини кўздан кечиради.

6. Текширув пайтида бемор бурун орқали нафас олиши лозим.

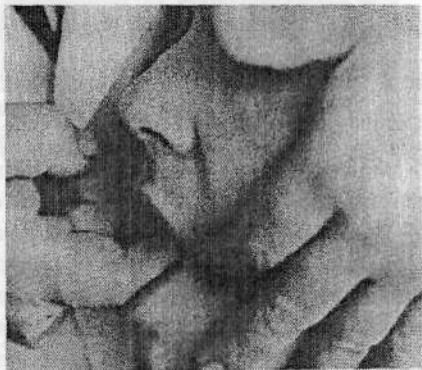
Орқа риноскопияда бурун чиганокларининг орқа учи, бурун йўллари, бурун тўсиғининг орқа бўлими (димоғ суяги) кўзга

кўринади. Меъёрда бурун чиганокларининг орқа учлари хоаналардан чиқмайди, димоғ суяги ўрта чизиқда жойлашади .

Ү босқич. Бурунхалқумни бармоқлар ёрдамида пайпаслаш.

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

2. Чап қўлининг II бармоғи билан врач беморнинг лунжини тишлари орасига босиб, ўнг қўлининг II бармоғини бурунхалқумга, аниқроғи юмшоқ танглайнинг орқасига чаққонлик билан киритади ва хоаналарни пайпаслайди.



23- расм. Бурун халқумни бармоқ билан текшириш

бўлади.

ҮII босқич. Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг рентгенографияси бўшлиқларнинг бор-йўқлигини, уларнинг ҳажми ва ўлчамини аниқлашга ёрдам беради ва амалиётда кенг қўлланади. Рентгенографиянинг қуйидаги усуллари кенг тарқалган:

ҮI босқич. Бурун атрофи бўшлиқларининг диафоноскопияси.

Бу текширув усули Ф.Э.Геринг электр лампочкаси ёрдамида ба-жарилади. Қоронғи хонада беморнинг оғзига лампочка киритилади. Бемор оғзини ёпганда юзининг икки томонига қизил ёруғлик тарқалади. Меъёрда бемор икки кўзида ҳам ёруғликни ҳис этади, кўз қорачиқлари эса тўқ қизил бўлиб кўринади.

Лампочкага линзали қалпоқчани кийдириб кўзнинг ички бурчаги орқали пешона бўшлиғини ҳам кўздан кечирса

Бурун-пешона (энса-пешона) проекциясида беморнинг пешонаси ва бурун учи касетага тегиб туриши лозим. Олинган рентген қоғозида асосан пешона бўшлиқлари аниқ, галвирсимон ва юқори жағ бўшлиқлари хиррароқ кўринади.

Бурун-ияк (энса-ияк) проекциясида бемор касетага оғзини очган ҳолда ётади, бунда унинг лаблари ва ияги касетага тегиб туради. Бундай рентген қоғозида пешона бўшлиқлари ҳамда юқори жағ ва галвирсимон бўшлиқ катаклами аниқ кўринади.

Ён (битемпорал) проекциясида бемор бошининг сагитал юзаси касетага параллел жойлаштирилади. Рентген нурлари кулоқ супраси думбоқчасидан 1,5 см олдинда фронтал йўналишда ўтади. Бундай рентген қоғозида пешона ва понасимон бўшлиқлар аниқ кўринади, галвирсимон бўшлиқларининг ён томонлама акси эса бироз хирра кўринади. Аммо бу проекцияда бўшлиқларнинг акси бир-бири устига тушиши туфайли уларнинг чуқурлиги ҳақида маълумот олиш мумкин ҳолос, ўнг ёки чап бўшлиқнинг зарарланганлигини аниқлаш имконини бермайди.

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

Амалиётда бурун-ияк ва бурун-пешона проекциялар айниқса кенг қўлланади.

Рентгенограммага баҳо берилганда бўшлиқларнинг ҳажми бир-бирига таққосланади; бўшлиқнинг ҳажми қанча катта бўлса, унинг ҳаволилиги, яъни пневматизацияси шунча яхши бўлади. Рентгенография текшируви бурун атрофи бўшлиғида экссудат, шиллиқ парда қалинлашганлигини ёки полип борлигини аниқлайди. Кичик ҳажмдаги бўшлиқ доимо хиррароқ кўриниши эътиборга олинади.

ҮШ босқич. *Юқори жағ бўшлиғининг диагностик пункцияси* асосан юқори жағ ва пешона бўшлиқлари касалликларида бажарилиб, аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Охириги йилларда бурун ва бурун атрофи бўшлиқларини текшириш учун қуйидаги янги текширув усуллар амалиётга татбиқ этилган:

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

2. Бурун бўшлиғи ва бурун атрофи бўшлиқларининг *эндоскопия* текшируви кўриш бурчаги турлича бўлган (0 дан 120⁰ гача) юмшоқ ва қаттиқ эндоскоплар ёрдамида бажарилади. Ҳозирги вақтда эндоскопия усули юқори жағ ва пешона бўшлиқларини кўздан кўчириш имконини беради. Бунинг учун бўшлиқ девори махсус троакар-найча билан одатдагидай тешилади ва бўшлиқ ичида

колдирилган найчага кўриш бурчаги турлича бўлган эндоскоплар навбатма-навбат киритилади ва бўшлиқнинг барча бурчаклари кўздан кечирилади. Текширувда шиллиқ парданинг рангига, қон томирлар ва табиий йўлларнинг ҳолатига эътибор берилади. Эндоскопга ўрнатилган махсус қисқичлар турли майдонлардан биопсияга тўқима олиш ва гистоморфологик текширувини ўтказиш имконини беради.

Бурун бўшлиғини кўздан кечириш учун масофадан бошқа-риладиган юмшоқ эгилувчан эндоскоплар ишлаб чиқилган.

3. *Магнит-резонансомография* усули яширин яллиғланиш ўчоқларини аниқлашга ёрдам беради. Нур таъсиридан холи бўлган бу текширув усули ғалвирсимон бўшлиқ орқа катакларининг ҳолатини, шиллиқ парданинг шишини, бўшлиқ ичида ажралма ёки юмшоқ ўсма борлигини аниқлаш имконини беради.

4. Бурун атрофи бўшлиқларини *ультратовуш* ёрдамида текшириш "Синоксан" каби асбоблар ёрдамида бажарилади.

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



24- расм. Юқори жағ бўшлиғини ультратовуш ёрдамида текшириш

III боб

Бурун касалликлари

ТАШҚИ БУРУННИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ.

Эмбриогенезнинг бузилишига олиб келган ва инсон генотипи патологик мутант гени билан боғлиқ бўлган бурун нуқсонлар нисбатан кам учрайди ва хомила давридаги бузилишлар, турли жароҳатлар ёки касалликлардан сўнг (сил, захм, нома, мохов, хавфсиз ва хавфли ўсмалар) юзага келади. Ташқи буруннинг туғма нуқсонлари Б.В.Шеврыгин (1996) бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

- агенезия - буруннинг бутунлай бўлмаслиги;
- гипогенезия - буруннинг чала ривожланганлиги;
- гипергенезия - буруннинг хаддан ташқари кўп ривожланганлиги;
- дистопия - бурун ёки унинг қисмларини нотўғри жойлашуви;
- дисгенезия - буруннинг нотўғри ривожланганлиги;
- персистенция - болада эмбрионал тузималарнинг сақланганлиги.

Буруннинг туғма нуқсонларига бурунни иккига бўлиниши, иккита бурун, бурун чиганоклари нуқсонлари киради. Кўпинча улар бошқа аъзолар нуқсонлари билан, масалан каттиқ ёки юмшоқ танглай нуқсонлари, юқори лабнинг битмаслиги, бош мия ва қўл-оёқларнинг ривожланмай қолганлиги билан бирга учрайди.

Бурун нуқсонларига дермоид кисталар ва бурун усти оқмалари ҳам киради. Хомила ривождаги бузилиш 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 бузади. Баъзан киста ташқарига йўл очиб, оқма ҳосил қилиши мумкин. Оқмалар бурун бўшлиғига очилмай, улар ўз-ўзидан битиши ва яна пайдо бўлиши мумкин.

Ташқи буруннинг ортирилган нуқсонлари жароҳатдан сўнг ҳосил бўлади. Бурун юмшоқ тўқималари, суяклари ва тоғайлари жароҳатининг оғирлиги зарб кучига, унинг йўналишига, жароҳат шаклига боғлиқ бўлади. Кўпинча бурун суяклари ва бурун тўсиғи жароҳатланади. Ташқи буруннинг ортирилган нуқсонларига бурун кийшиқлиги (сколиоз), бурун букири (лордоз), бурун

чўққиси тоғайларининг бузилиши (қўй ёки қуш бурун), чўзилиши, бурунни чўқиши каби нуқсонлар киради.

Даволаш. Ташқи бурун нуқсонлари фақат жаррохлик усулида даволанади. Даволашда нуқсоннинг шакли, ҳажми ва бошқа аъзо нуқсонлари мавжудлиги эътиборга олинади. Турли пластик операциялар косметик жиҳатдан яхши натижа бериши мумкин. Жароҳатдан сўнгги бурун нуқсонлари 24 соат давомида аутопластика ёрдамида даволанади. Юзаки нуқсонларни даволашда маҳаллий тўқима ёки Тирш усули, йирик нуқсонларда - юз тўқимаси ёки Филатов усули ишлатилади. Бурун оқмаси ва кистаси, оқма йўллари ёки киста деворлари тўлиқ олиб ташланади. Эпителий қолдиқлари касалликни қайталанишига сабаб бўлиши мумкин.

ХОАНАЛАРНИНГ ТУҒМА АТРЕЗИЯСИ

хомила даврида хоаналар ёриғини мембранадай ёпиб турган мезензимал тўқиманинг тўлиқ ёки қисман сўрилмай қолиши натижасида юзага келади. 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. Чақалокларда оғиз орқали нафас олиш рефлексини бўлмаганлиги туфайли хоаналарнинг икки томонлама тўлиқ атрезияси уларда буғилиш ёки ўлим ҳолатига сабаб бўлади. Хоаналарнинг қисман атрезияси юз тузилишининг бузилишига, хусусан, юқори олд тишларнинг нотўғри ўсишига, танглайни баланд жойлашувига, бир томонлама атрезияси-танглайни бир томонлама баланд жойлашувига ва бурун тўсиғининг атрезия томон қийшайишига олиб келади.

Таъхис. Хоаналарнинг туғма атрезияси бурун бўшлиғига зонд киритиш, катетер орқали сув юбориш усуллари ёрдамида аниқланади. Ёш болаларда рино-ва фарингоскопияни бажариш имкони йўқлиги туфайли касаллик бурунҳалқумни пайпаслаш ёрдамида аниқланади. Контрастли рентгенография текшируви, эндоскопик оптик асбоблар хоаналарнинг қисман ёки тўлиқ атрезиясини аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Хоаналарнинг туғма атрезияси боланинг ҳаётига хавф солганда жаррохлик амали чақалоклик даврида бажарилади; хоаналарни ёпиб турган суякли ёки юмшоқ тўқимали тузилма эндоназал ёки оғиз орқали, 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. Чақалокларда хоаналарнинг тўлиқ атрезияси буғилиш ҳолатига сабаб бўлганда ёпилган майдон троакар билан тешилади ва бурун орқали катетер киритилади.

БУРУН ЧИПҚОНИ-

бурун терисининг тукли қопчаси ҳамда атроф тўқима -ёз беши ва тўқимасининг ўткир йирингли-некротик яллиғланиши.

Этиологияси. Бурун чипқонининг ривожланишида терининг стафилококк ёки стрептококк инфекцияга қарши маҳаллий ва умумий чидамлилигининг сусайиши муҳим аҳамиятга эга. Бундан ташқари қандли диабет, модда алманишувининг бузилиши, гиповитаминоз, шамоллаш каби омиллар унинг ривожланишига ёрдам беради. Бурун чипқони стафилококк сепсис билан оғриган ва умумий иммунитетини сусайган болаларда ҳам ривожланиши мумкин. Баъзан бир вақтнинг ўзида бир нечта чипқонлар на фақат бурун соҳасида, балки бошқа майдонларда (юз, бўйин, кўкрак, қорин соҳасида) пайдо бўлиши кузатилади. Бундай вазиятда беморга «фурункулёз» ташхиси қўйилади. Икки ёки ундан ортиқ чипқонлар қўшилиб *карбункул* ҳосил қилганда касалликнинг маҳаллий ва умумий белгилари анча кескинлашади.



Патогенези. Тукли қопчани ўраб олган инфилтратда кичик вена қон томирларининг тромбози ривожланади, шунинг учун инфилтрат қатталашганда (айниқса, карбункулда) тромбоз жараёни вена қон томирлари бўйлаб (*v. facialis ant.*, *v. angularis*, *v. ophthalmica*) ғоваксимон ёки қалла суягининг бошқа қон томирларига тарқалиб, беморда сепсис ва оғир қалла суяги ичи асоратининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Клиник белгилари. Чипқон асосан бурун учи, бурун даҳлизи ёки туби, баъзан бурун қанотлари, бурунлаб бурмаси соҳасида

25-расм.Бурун чипқони

жойлашади. Касалликнинг бошланғич босқичида терида чегараси ноаниқ кизариш, юмшоқ тўқималарнинг бироз шиши ва конуссимон инфилтрат пайдо бўлиб, пайпаслаганда бурун қанотлари ва юқори лаблар ҳаракатида бу майдон кескин оғрийди (инфилтрат босқичи). Кейинчалик юмшоқ тўқималарнинг шиши юқори лабга ва лунжга тарқалади. 3-4 кундан сўнг инфилтратнинг чўққисида сарғиш-оқ йирингли ўчоқ, яъни чипқоннинг ўзаги пайдо бўлиб (абсцесс босқичи), у 4-5 кун давомида етилади ва ўз-ўзидан очилади.

Чипқон етилаётган пайтда беморнинг тана ҳарорати субфебрил ёки баланд бўлиб, қонида яллиғланишга хос ўзгаришлар кузатилади. Баъзан карбункул ҳосил бўлиб, жараён лунжга, пастки лабга, кўз ковокларига тарқалиши мумкин. Бундай ҳолларда кўз косаси (куз косаси тўқимасининг яллиғланиши, кўз косаси веналарининг тромбози ва бошқ.) ва қалла суяги ичи асоратлари

(говаксимон 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 узок вақт давом этган беморларда қоннинг умумий таҳлили, қандли диабетни инкор этиш учун қон таркибида сийдик ва глюкоза миқдори аниқланади.

Даволаш тадбирлари касалликнинг кечими ва босқичи билан белгиланиб, бунда дори-дармонлар ёки жарроҳлик усули қўлланади. Енгил кечимида чипқон ўзаги ўз-ўзидан очилади. Инфилтрация босқичида беморга антибиотиклар (цефалоспоринлар, макролидлар, фторхинолонлар ва бошқ.), (ампициллин, эритромицин 0,5 г 4-6 маҳал ичишга); антигистамин дорилари, оғриқсизлантирувчи, тана ҳароратини тушурувчи препаратлар, витаминлар буюрилади, чипқон майдонида синтомицин эмульсияси ёки Вишневский малҳамлари билан бойлам қўйилади.

Чипқон қайталанган ҳолларда беморга носпецифик иммунотерапия, яъни аутогемотерапия ўтказилади; беморнинг билак венасидан қон олиниб, думбасининг юқориорқа квадрантига юборилади; 1-чи куни 2 мл, 2-чи куни- 4 мл, 3-чи куни-6 мл, яъни ҳар куни 2 млдан кўпайтирилади. 5-чи куни 10 мл қон юборилади. Кейинги 5 кун давомида юбориладиган қон миқдори 2 мл дан камайтириб борилади. Бундан ташқари беморга УБН, кварц, турли малҳамлар (гиоксизон малҳами), 1% диоксидин билан бойлам қўйилади.

Абсцесс босқичида жарроҳлик амали куйидагича бажарилади; йирингли ўчоқ кенг очилиб, йирингли-некротик тўқималар олиб ташланади ва жароҳат майдонида дренаж ўрнатилади. Жарроҳлик амали қисқа муддатли наркоз ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади, жароҳат майдонида 10% натрий хлорид эритмаси билан гипертоник бойлам қўйилади ва вақти вақти билан шу эритма билан намланади. Бойлам учун левомикол, левосин малҳамларини қўллаш мумкин. Оғир ҳолларда микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлигини эътиборга олган ҳолда мускул орасига ёки томир ичига кўп миқдорда пенициллин, кефзол, цепорин, оксациллин ва бошқа антибиотиклар юборилади. Беморга антикоагулянтлар (аспирин, гепарин, тиббий зулдук) ва иммунитетни фаол-лаштирувчи дори препаратлари тавсия қилинади, дезинтокция терапияси ва гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилади. Чипқон йирингини сиқиб чиқариш ман этилади, чунки унда юз веналари флебит, орбитал ва калла суяги ичи асоратларининг ривожланиш хавфи туғилади.

БУРУН САРАМАСИ

(erysipelas) - тери ва тери ости клетчаткасининг А гуруҳи бетта-гемолитик стрептококк кўзатган ва терининг юзаки лимфа тизимини зарарлаган юқумли-аллергик касаллик.

Патогенези. Инфекция тери ва шиллик пардадан, баъзан стрептококк инфекцияси ўчоқларидан гематоген йўл орқали киради. Стрептококклар ўзидан ажратган экзо-эндотоксинлар таъсирида беморда томирлар лимфангити, артерити ва флебити билан кечган терининг серозли ёки серозли-геморрагик яллиғланиши ривожланади. Оёқларида трофик яралари, қандли диабет, иммунитети пасайган беморларда касаллик тез ривожланади.

Клиник белгилари. Бурун сарамаси ўткир бошланади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, боши оғрийди, тана ҳарорати 38-40⁰С кўтарилиб, қалтираш кузатилади, баъзан қусиш, бўғинлар оғриши қайд этилади. Касалликнинг 1-чи кунда зарарланган тери майдонининг кескин кизариши ва инфильтрацияси, кейинчалик маҳаллий лимфа тугунларнинг катталаниши кузатилади. Бир неча соатдан сўнг терида тез катталашадиган пуфакчалар ўчоғи пайдо бўлади. Касалликнинг оғир ҳолларда пуфакчаларни эритемотоз-буллёз ёки эритемотоз-геморрагик шакллари ривожланиб, улар тери майдонининг йирингли-септик некрозлари билан кечади. Эритемотоз-буллёз шаклида эпи-дермал пуфакчалар серозли, эритемотоз-геморрагик шаклда - геморрагик ажралма билан тўлган бўлади. Ўзгарган тери тўқимаси соғлом теридан аниқ чегара чизиғи билан ажаралиб ва ундан биров кўтарилиб туради, пайпасланганда оғрийди, деморкацион чизиқ ҳосил бўлади. Юз терисининг зарарланиши кўпинча симметрик бўлиб, бурун ва лунжга тарқалади, унинг шакли капалакни эслатади. Баъзан жараён бурун даҳлизининг терисига ва бурун бўшлиғининг шиллик қаватига тарқалиши мумкин.

Кийсий таъхисот. У дерматит (умумий заҳарланиш йўқ, ҳарорат кўтарилмайди), скарлатина (тошмалар бутун баданга бир хилда тарқалади), кизил бўрича (фақат юз терисига жойлашади, тана ҳарорати субфебрил, антиядроли антителоларнинг мавжудлиги) дан фарқланади.

Даволаш. Шифохона шароитида беморга пенициллин гуруҳи антибиотиклари-феноксиметил пенициллин, ампициллин натрий тузли 500000-1000000 хар 4-6 соатда буюрилади. Эритромицин, ёки амоксициллин, аугментин, тазоцин, цефазолин, зиноцеф, клаферон тавсия қилиш мумкин. Симптоматик ва заҳарланишга қарши терапия, аутогемотерапия ўтказилади. Десенсибилизацияловчи кальций хлор ёки кальций глюконат 10% вена ичига юборилади. Зарарланган майдонга антисептик малҳамлар ва УБН тавсия қилинади.

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 ёғ безларида мавжуд бўлган demodex folliculorum канаси сабаб бўлади. Бундан ташқари спиртли ичимликларни, ширинликларни истеъмол қилиш, бурунни

совуқ уриши, ошқозон-ичак касалликлари, иммунитетнинг сусайиши касалликнинг ривожланишига ёрдам беради.

Дастлаб терида қизил тугунчалар пайдо бўлади, ташқи буруннинг тоғай қисмида жойлашган тери ости қон томирлари кенгаяди. Кейинчалик терининг барча қаватлари, ёғ безлари, қон ва лимфа то-мирлари катталашади. Тугунчалар пайдо бўлиб натижада бурун юзаси гадир-будур, ранги оч пушти ёки кўкимтир-жигари ўсмалар ҳосил бўлади. Агар уни киса ичидан осонгина қуюқ массали ёғ чиқади. Уларнинг ҳажми ҳосил бўлган тугунча ташқи бурун шаклини кескин бузиб, ринофима аста секин ривожланади. У кўпинча кекса эркакларда учрайди.

Даволаш касалликнинг бошланиши босқичига боғлиқ бўлган, пушти дончалар ҳосил бўла бошлаган тери микроциркуляциясини яхшилаш учун (никотинат ксантинол, эскузан), ошқозон-ичак фаолиятини яхшилаш (фестал, мезим форте, хилак форте, бифидумбактерин) тадбирлари, яллиғланишга қарши терапия (метронидазол таблетка ичишга 3 маҳал бир кунда, преднизолон кунига 30 мг 2 ҳафта давомида) ўтказилади. Зарарланган майдонга резорцин, борат кислотаси ва танин эритмасига шимдирилган дока қўйилади, метронидазол малҳами суртилади.

Ринофима жарроҳлик усулида даволанади. Маҳаллий оғриқсизлантириш ёки наркоз остида ўткир тиг ёрдамида терининг катталашган майдони кесилади ва буруннинг шакли ўз ҳолига қайтарилади. Жароҳат майдонига асептик бойлам қўйилади. Пластик жарроҳлик амаллари бажаришда яъни терисидан олинган тери трансплантанти қўйилади ва ингичка полиамид иплар билан тикилади.

Профилактикаси. Шу касалликка мойил сезилган беморларга узоқ вақт давомида қуёш остида, совуқ жойда туриш, ҳарорати баланд бўлган хоналарда меҳнат қилиш, ширинликлар, кофе, шоколад, спиртли ичимликлар, шўр ва дудланган таомлардан истеъмол қилиш чекланади.

БУРУН ДАҲЛИЗИ СИКОЗИ

ёки фолликулити - бурун бўшлиғи даҳлизи ва юқори лаб тукли фолликуллари ва атроф тўқималарининг чегараланган йирингли яллиғланиши. Касалликни стафилококklar ва стрептококklar чақиради, инфекция бурун даҳлизини тозалаганда ва микро жароҳатларда бармоқлар орқали киради. Бурун бўшлиғи ва ён бўшлиқларнинг йирингли яллиғланиши ҳам сикознинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бурун даҳлизида жойлашган тукчаларни йирингли тўпламчалар ва асоси илдизи яллиғланиши натижасида қизариш, шиш, бурун даҳлизида йирингли ажралма пўстлоқлар тўпланиб қолади. Баъзан яллиғланиш жараёни чегараланган майдонда, масалан бурун учининг юқори бурчагида жойлашиб, уни кўздан кечириш учун кичик бурун ҳалқум кўзгусидан фойдаланишга тўғри келади.

Клиник белгилари. Беморни вақти-вақти билан бурунни кичиши, оғриши, унда нафас олишни қийинлаштирувчи пўстлоқлар ҳосил бўлиши, бурун

дахлизи терисининг қизариши, шиши ва оғриши безовта қилади. Тукли фолликуллар соҳасида йиринг тўпламчалари, айрим майдонларда улардан чиқаётган йиринг кўриб, пўстлоқлар ҳосил қилганлиги кўзга ташланади. Касаллик сурункали кечади, вақти-вақти билан авж олиб, бир неча ой давом этади. 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 левомикол ёки левосинол, 3% салицилат ёки оқ симоб малҳами жойланади. Зарарланган майдоннинг барча туклари пинцет ёрдамида олиб ташланади, жойига синтомицин, оксикорт ёки геоксизон, гидрокортисон малҳамлари суртилади. Тукларни механик усулда олиб ташлаш жуда оғрикли муолажа ҳисобланади. Шунинг учун айрим ҳолларда рентген нурлари қўлланади. Рентген нурлари тукларни тукишлишига ёрдам беради. Касаллик узоқ давом этган ҳолларда маҳаллий даволаш тадбирларидан ташқари беморга умумий антибактериал терапия, поливитаминлар, стафилококкга қарши гамма глобулин, аутогемотерапия, УБН, УВЧ тавсия қилинади. Касалликни келтириб чиқарувчи сабаблар бартараф қилинади.

БУРУН ЭКЗЕМАСИ

- бурун дахлизи соҳасидаги ўткир серозли яллиғланиш ва тошмалар хилма-хиллиги билан кечадиган бурун терисининг сурункали қайталанувчи яллиғланиши. У аллергик касаллик бўлиб, жуда кам учрайди, баъзан бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг йирингли касалликлари билан бирга кечади.

Экземанинг қуйидаги шакллари тафовут қилинади:

- чин (идеопатик) экзема; ✓
- микробли экзема; ✓
- себорелли экзема; ✓
- касбий экзема. ✓

Клиник белгилари. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди. Бурун дахлизи ва юқори лаблар соҳасида тери қизариб, шишади, баъзан қичийди ва ёрилади, унинг эпидермис қатлами кучади, пуфакчалар ва пўстлоқлар ҳосил бўлади. Баъзан (айниқса болаларда) жараён юз, кулоқ ва калла 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, касбий омиллар аниқланади.

Даволаш тадбирлари дерматолог билан биргаликда олиб борилади. Биринчи навбатда яширин инфекция ўчоқлари (сурункали тонзиллит, тиш

кариеси, синусит) баргараф этилади. Терига яллигланишга қарши антибактериал (левомикол, левосин ва бошқ.) ва глюкокортикоид малҳамлари (оксикорт, локакортен, синолар), ёрилган жойларга - 2-5% ляпис эритмаси суртилади. Беморга таркибда темир сақлайдиган дорилар, антигистамин воситалар (задитен 1мгдан эрталаб ва кечкурун) ичишга, 1% кальций хлор 100-200 мл вена ичига томчилаб қўйилади, гемодез, иммунитетни яхшиловчи (продигиозан, тимолин т-активин) дармон дорилар, балиқ ёғи, УБН тавсия қилинади. Оғир ҳолларда кортикостероидлар буюрилади (бир кеча кундузда 30 мг преднизолон 10-14 кун давомида) мускул орасига ўтказилади.

ТАШҚИ БУРУННИНГ ТЕРМИК ЖАРОҲАТЛАРИ .

Бурун куйишлари (combustio nasi) иссик, куёш нури, кимёвий моддалар ва электр токи таъсирида содир бўлган тўқималар жароҳати.

Тўқималар куйишининг 4 даражаси тафовут этилади:

I даража - эритема, терининг эпидермис қавати куяди; тери қизариб оғрийди, бироз шишади

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

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

IV даража - тери билан бирга фасция остидаги мускул, суяк тўқималари ҳам куяди.

Даволаш. Куйишнинг I-II даражаси, юзаки куйиш ҳисобланиб, дори-дармонлар билан даволанади. Бурун соҳасига асептик бойлам қўйилади, анестезин, борат кислота билан анестезин аралашмаси, оксиклозол, оксикорт, левомикол, левосин, легразол, тегралезол, левовинозол, олезол, 1-2% калий перманганат, 1-2 % танин, фурациллин (1:5000), 10% борат ланолин эритмаси ва малҳами, 10% синтомицин эмульсияси суртилади. Куйган майдонга дарҳол муз парчаси куйилади, амизоль, левомизоль аэрозоллари сепилади. Бундан ташқари оғриқсизлантириш дезинтоксикация терапияси, десенсибилизация ўтказилади, керакли микдорда қон зардоби вена ичига томчилаб юборилади. Иккиламчи инфекцияни олдини олиш учун антибиотиклар тавсия қилинади.

Куйишнинг III-IV даражаси, чуқур куйиш сифатида баҳоланиб, тери қоплами жарроҳлик усулида тикланади.

Бемор кокшолга қарши эмланиш ўтказилади.

Бурун совук уриши (congelatio nasi) совуқ хавонинг маҳаллий таъсири ёки терини совуқ жисмга тегиши натижасида содир бўлган тўқималар жароҳати. Тўқималар совушининг 4 даражаси тафовут этилади:

I даража- тери қопламлари рангпар, ёки кўкимтир, шишган. Зарарланган тери соҳаси оғрийдик қичийди, парестезия кузатилади.

II даража- қизарган ва кўкарган терида серозли экссудатли пуфакчалар пайдо бўлади. Тери 2-3 хафтадан сўнг тикланади.

III даража - терида геморрагик экссудатли пуфакчалар пайдо бўлади, тери ва тери ости клетчатка некрозга учрайди.

IV даража-терининг барча қаватлари, унинг остидаги юмшоқ тўқима ва суяк некрозга учрайди. Тўқималарнинг парчаланиши 5-6 ой давом этади ва гангрена асоратига олиб келади.

Даволаш. Беморга оғриқсизлантириш тадбирлари, антибиотикотерапия ва жаррохлик даволаш усуллари қўлланади. Енгил ҳолларда бемор иссиқ хонага ётқизилади, унга иссиқ ичимликлар ичирилади. Бурун соҳаси қўл билан ишқаланади (қор билан эмас), иссиқ сув (сувнинг ҳарорати 40 °C ошмаслиги лозим) билан 30 дақиқа давомида иситилади, терисига спирт суртилади. Теридаги пуфакчалар очилади. Бемор кокшолга қарши эмланади. Зарур бўлганда тинчлантирувчи воситалар, оғриқсизлантирувчи дорилар қўлланади, УВН, УВЧ муолажалари тавсия қилинади. Дағал чандик ҳосил бўлиши ва тери битишини тезлаштириш мақсадида А.В.Вишневский номидаги жаррохлик Институти ишлаб чиққан одам фибробластларини кўчириш усули қўлланади.

Музлашнинг III-IV даражасида бемор шифохонага ётқизилади ва комплекс даво чоралари ўтказилади.

БУРУН ТЎСИҒИ ҚИЙШИҚЛИГИ

(deviatio septi nasi)-бурун орқали нафас олишни қийин-лаштирган бурун тўсиғи суяк ёки тоғай қисмларининг табиий (ўсиш хусусияти билан боғлиқ бўлган) ёки орттирилган (жароҳат билан боғлиқ бўлган) силжиши. Бурун тўсиғи қийшиқлигининг сабаблари физиологик (32%), яъни тоғай ва суяк тўқималарининг турлича ўсиши, жароҳатдан сўнгги (54%) ва полип ёки



26-расм. Ташқи бурун

қийшиқлиги

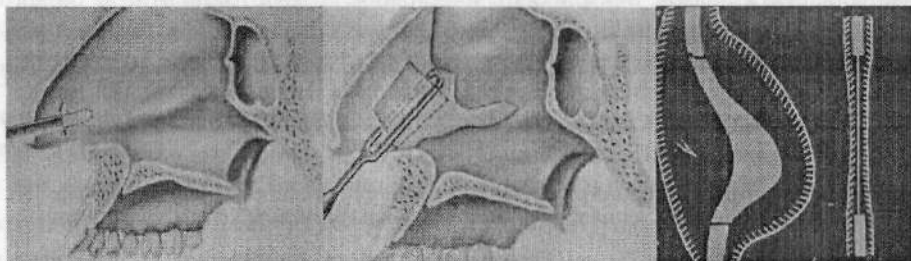
тароксимон бўлиши мумкин. Бемор асосан бурни орқали нафас олиши

Клиник белгилари. Бурун тўсиғи шаклининг ўзгариши қийшиқлик, тикансимон ёки

қийинлашганига, бурни битганлиги, баъзан ундан шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли ажралма оқишига, боши оғришига, томоғи куришига, кулоғи шанғиллаши ва битишига, ҳид билиши пасайганлигига шикоят қилади.

Бурун тўсиғи қийшиқлиги вазомотор ринитнинг ривожига, эшитув найи ва ўрта кулокни яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин.

Шуни эсда тутиш лозимки, баъзан бурун тўсиғи қийшиқлиги анча катта бўлсада, касаллик беморни безовта қилмайди, чунки ҳаво қийшайган майдоннинг остидан ёки устидан ўтади. Шунинг учун бемор бурни орқали нафас олиши қийинлигига шикоят қилмайди. Демак, бурун тўсиғи қийшиқлигининг ўзи эмас, балки беморнинг шикоятлари жарроҳлик амалига кўрсатма бўлиб хизмат қилади.



27-расм. Бурун тўсиғи қийшиқлигини тиклаш операциясининг босқичлари

Ташхис бемор шикоятлари, рентгеноскопия, риноскопия натижалари асосида қўйилади. Бурунни эндоскоплар ёрдамида текшириш аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради. Айрим беморларда риноманометрия, яъни бурун орқали нафас олишни текшириш усули қўлланади.

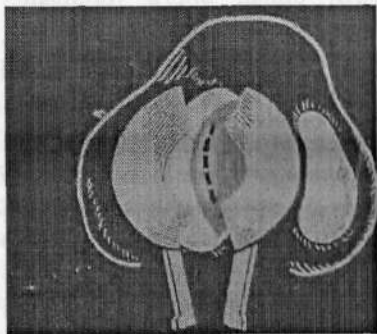
Даволаш. Бурун тўсиғи қийшиқлиги жарроҳлик усулида даволанади. Бурун тўсиғида бажарилган операциялар “септопластика” деб аталади. Кўпинча Киллиан бўйича бурун тўсиғининг шиллиқ ости кесиши ва Воячек бўйича айланма кесиш усуллари қўлланади.

Киллиан бўйича бурун тўсиғининг шиллиқ ости кесиши болаларда 14 ёшда, баъзан зарур бўлганда - 6 ёшдан сўнг бажарилиши мумкин.

Операция маҳаллий оғриқсизлантириш ёки умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 0,1% адреналин қўшилган 1% новокаин (1% лидокаин) эритмаси (5 мл эритмага 1 томчи 0,1% адреналин). Гидро хлор ишлатилади. Операциядан 10 дақиқа олдин бемор бурнига адреналин ва оғриқсизлантирувчи дори моддаси бурун тоғай усти қавати ажратилиши осон бўлади, анестетик билан 1% дикаин, лидокаин шимдирилган дока тикмани қўйиш мақсадга мувофиқ бўлади. Буруннинг чап томонида бурун тўсиғи тўртбурчак тоғайнинг ташқи четидан

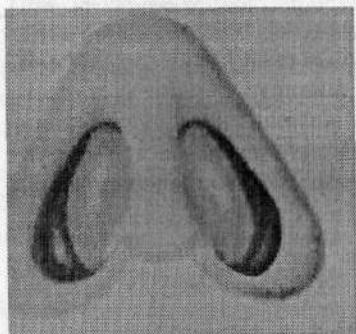
4-5 мм ташлаб шиллик ва тоғай усти пардалари бурун тубидан бурун кирраси томон ёйсимон кесилади. Ўткир ажратгич ёрдамида бурун тўсиғининг чап томонидаги шиллик пардаси тоғай усти қавати билан бирга тоғайдан ажратилади, бунда тоғайнинг силлик, ялтироқ юзи кўзга кўриниши лозим. Кейин карама-қарши томонга ўтилади. Бунинг учун тоғай кесилади. Тоғайни кесаётганда карама-қарши томондаги шиллик пардага зарар еткизмасликка ҳаракат қилинади. Кейин ажратгич ёрдамида карама-қарши томондаги шиллик парда тоғай усти қавати билан бирга ажратилади. Беланджир пичоғи, қайчи ва тиг ёрдамида тоғайнинг қийшайган тоғай ва суяк майдони кесилиб, Брюнингс учи айлана қисқичи билан олиб ташланади. Айрим ҳолларда тоғай ва суякларнинг тўғри бўлаклари шиллик парда орасига жойланади (септопластика). Бурун шаклини бузмаслик учун операция пайтида бурун киррасига яқин жойда 6-8 мм ҳамда тўртбурчак тоғайнинг олдида 3-4 мм тоғай бўлаги қолдирилади. Агар операция пайтида шиллик парда жароҳатланса (йиртилса), унда бемор гапирётганда ёки нафас олганда, айниқса ухлаганда бурун тўсиғидаги тешик туфайли хуштак товуши эшитилади. Қийшайган тоғай ёки суяк олиб ташлангандан ҳар икки томонда бурун йўллариغا антисептик эритма ёки гиоксизон, синтомицин, ксероформ малҳамига шимдирилган дока тикма қат-қат қилиб олдиндан орқа йўналишга жойланади. Тикма бурун тўсиғини ушлаб туриб гематома ҳосил бўлишини олдини олади. Тикма 24-48 соатдан сўнг олиб ташланади. Жароҳат майдонига бурун тўсиғининг шиллик пардаси битгунча ишлов берилади. Бурун тўсиғи тўғри шаклни эгаллаши учун бурун бўшлиғига бир ҳафта давомида тикма қўйилади. Воячек бўйича резекцияда бурун тўсиғининг фақат қийшайган майдонлари олиб ташланади, шунинг учун бу турдаги операциялар консерватив септопластика деб аталади. Кўпинча бурун тўсиғи қийшиқлиги компенсатор гипертрофик ринит билан кечади. Бундай ҳолларда пастки конхотомия (пастки бурун чиғаноғини кесиб олиш), вазотомия - бурун чиғаноқлари шиллик қаватини суякдан ажратиш, шиллик ости конхотомия- пастки бурун чиғаноғининг суяк четини шиллик пардадан ажратиб олиб ташлаш, латероконхопексия-пастки бурун чиғаноғини асоси соҳасида синдириб латерал деворга босиш операциялари қўлланилади. Бурун тўсиғи ва чиғаноқларида жарроҳлик амали бажарилганда бурун бўшлиғига пластинка қўйилади бу чандиқли бирлашувларни олдини олади.

БУРУН ТЎСИҒИ ГЕМАТОМАСИ ВА АБСЦЕССИ.



29. Бурун тўсиғи абсцессини очиш

оғришига, ундан шилимшиқ ёки қон аралаш ажралма оқишига, хидни билиш қобилияти пасайганлигига шикоят қилади. Бир томонлама гематомада бурун орқали нафас олиш фаолияти бузилмайди, беморнинг умумий ҳолати ўзгармайди. Шунинг учун у касалликка эътибор бермайди, натижада гематома бурун тўсиғининг йирингли абсцессига айланади. Олд риноскопияда бир-ёки икки томонда бурун тўсиғининг олд қисмларида умумий бурун йўлини торайтирган тўқ жигари рангли юмшоқ шиш ва инфильтрация борлиги кўзга ташланади.



28-расм.Бурун тўсиғи гематомаси

Кучли зарб таъсирида тоғай усти пардаси тоғайдан (суяк усти пардаси суякдан) ажралиб, тоғай ва тоғай усти пардаси (суяк ва суяк усти пардаси) орасида қон тўпланади, яъни бурун йўлини торайтирган гематома ҳосил бўлади. Бурун тўсиғи гематомасига жароҳатлар, юкумли вирус касалликлар сабаб бўлиши мумкин. Гематома бир-ёки иккитомонлама бўлиши мумкин. Одатда у бурун тўсиғининг тоғай қисмида жойлашади, баъзан орқадаги суяк қисмига тарқалиши мумкин.

Белгилари. Бемор бурун орқали нафас олиши қийинлашганлигига, буруни бироз

Йирингли абсцессда (жароҳатдан 4-7 кун ўтгандан сўнг) бурун тўсиғининг шиллик қавати кескин шишади, пайпаслаганда оғрийди. Йирингли жараён тўртбурчак тоғайга тарқалганда беморда бурун хондроперихондрити ривожланади ва бурун тўсиғи қийиқлигига олиб келади. Баъзан йиринг бурун томига тарқалиб калла суяги ичи асоратининг ривожланишига сабаб бўлади.

Таъхис касаллик бошланиши бемор шикоятлари ва риноскопия манзараси асосида қўйилади: икки томонда бурун

тўсиғининг олд қисмида юмшоқ кўк-қизил ёки тўқ-қизил шиш кўзга ташланади. Бурун тўсиғи гематомаси, бурун тўсиғи абсцесси, бурун чипкони ва бурун сарамасидан фарқланиши керак. Пункцияда йиринг аниқланганда, унинг микрофлораси ва антибиотикларга сезгирлиги текширилади. Бурун бўшлиғи зонд ёрдамида текширилади, шишган майдон пункция қилинади.

Даволаш. Тоза ҳосил бўлган бурун тўсиғи гематомаси (1-2 куни) йўғон игна билан пункция қилинади ва қон сўриб олинади. Кейин буруннинг шу томонига зигзагсимон олд бурун тикмаси қўйилади. Тикма 48-72 соатдан сўнг олинади ва бурун бўшлиғи шиллик қаватига парвариш ишлари олиб борилади. Яллигланиш ривожланишини олдини олиш учун десенсибилизация, антибиотиклар, витаминлар, симптоматик терапия буюрилади.

Бурун тўсиғи абсцесси клиникаси, диагностикаси, давоси. Бурун тўсиғи абсцесси шошилинч равишда кенг очилади. Жараён икки томонлама бўлганда абсцесс ҳар икки томонда алоҳида-алоҳида очилади.

Абсцесс майдони 3% водород пероксида ёки фурациллин эритмаси билан ювилиб, йирингдан тозалангандан сўнг бўшлиқ ичига резина найча-дренаж киргизилади, гипертоник эритмага шимдирилган пахта пилликча қўйилади. Антибиотиклар, ампицилин, кефзол, цефамизин, тана вазни, касалликнинг кечишини ҳисобга олган ҳолда мускул орасига томир ичига юборилади ва десенсибилизация, дезинтоксикация, иммунитетни кўтарувчи дорилар тавсия қилинади.

БУРУН ТЎСИҒИНИНГ ТЕШИЛИШИ

одатда унинг олд пастки қисмида, Киссельбах майдонида юз беради. Унга жарроҳлик амали, бурун жароҳатлари, атрофик ринит, бурун сили, захми, бурун тўсиғи абсцесси сабаб бўлади.

Белгилари. Бемор бурун орқали нафас олиши бузилганига, бурундан қон оқиши баъзан нохуш ҳуштак товуши чиқишига, тешиқ атрофида пўстлоқлар ҳосил бўлишига шикоят қилади.

Даволаш. Бурун шиллик пардасининг атрофиясига ва яраланишига сабаб бўлган зарарли омиллар бартараф этилади. Юмшатувчи малҳамлар (Дросса-бурун, ўсимлик ёғи) қўлланади, бурун бўшлиғи мунтазам равишда кунига 1-2 Облипах мойи марта натрий хлориднинг изотоник эритмаси, ромашка билан ювилади (200 мл эритмага 4-5 томчи 5% йод эритмаси қўшилади.) 1% Люголь эритмаси билан пилликча 2-3 маҳал бир кунда, электрофарез никатин кислота билан бурун тўсиғи соҳасига қатор ҳолларда тешиқ микроэндоскопия жарроҳлик амали ёрдамида пластика қилинади.

БУРУН ЁТ ЖИСМИ. Бурун бўшлиғига болалар ўйнаб танга, мунчок, нўхат, писта, туғма, ўйинчоқларнинг кичик қисми, қоғоз парчаси тикади. Бурун бўшлиғига узок вақт турган ёт жисм ринолитга айланади.

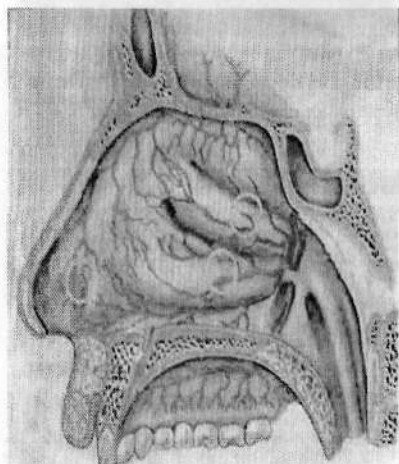
Белгилари. Беморда бурун орқали нафас олиш бир томонлама қийинлашади, ундан ёқимсиз ҳид келади, буруннинг бир томонидан йирингли ажралма оқади, бурун даҳлизи соҳаси кизаради.

Таъхис кўйишда касаллик бошланиши тарихи муҳим аҳамиятга. Риноскопияда шиллик қават шишганлиги учун, қон томирларни торайтирувчи

дорилар суртилгандан сўнг бурун бўшлиғида ёт жисм борлиги кўзга ташланади. Рентгенконтрастли ёт жисм рентгенография ёрдамида аниқланади. Юқори жағ бўшлиғида тиқилиб қолган ёт жисм синусит ва кўз ёши йўлининг яллиғланишига сабаб бўлади.

Даволаш. Бурун ёт жисми илгак ёрдамида олиб ташланади. Аскарида қуртини ва зуллуқни чиқариб олиш учун қисқич ишлатилади. Острица қуртини чиқариш учун бурун бўшлиғига дастлаб ментол, зуллуқни чиқариш учун - 10% натрий хлорид эритмаси томизилади. Бурун ичига кириб қолган йирик ҳашарот илгак ёрдамида чиқарилади.

БУРУНДАН ҚОН ОҚИШИ



-epitaxis - қон томири деворининг бузилиши ёки ўтказувчанлигининг ошиши натижасида бурундан қон оқиши. 95% ҳолларда қон бурун тўсиғининг олд қисмида жойлашган Киссельбах соҳасидан оқади 85% ҳолларда бурундан қон оқишига **умумий** касалликлар сабаб бўлади:

-ўткир юқумли аденовирус касалликлари (кўпинча грипп, қизамиқ, гепатит);

- артериал гипертония; хафа қонлик, қон босимини кўтарилиши.

- атеросклероз;

- юрак, жигар, буйрак касалликларининг

30-расм.Киссельбах чигали
оғир шакли;

- қон касалликлари; камқонлик, тромбоцитопатия, оқ қон касаллиги, антикоагулянтлар миқдори оширилганда ва давомли қабул қилинганда;
- септик ва захарланиш ҳолатлари;
- гипо-ва авитаминозлар;
- аёлларда ҳомила ва ҳайзнинг бузилиши (викар қонашлар);
- атмосфера босимининг пасайиши, жисмоний зўриқиш, исиб кетиш;
- нур касаллиги

15% ҳолларда бурундан қон оқишига **махаллий**, яъни бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг касалликлари сабаб бўлади:

- бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг жароҳатлари;
- кон томирлар деворининг бузилишига олиб келган бурун шиллик қаватининг атрофик жараёнлари; бурун тўсигини тешилиши, бурун сили, сифилиси.
- бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг хавфли ўсмалари;
- хавфсиз ўсмалар (гемангиома, бурунҳалқум ангиофибромаси);
- бурун бўшлиғи ёт жисми.

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

Белгилари Бурундан қон оқиши тўсатдан ёки продромал белгилардан сўнг бошланади (бош оғриши, қулоқ шанғиллаши, бош айланиши, бурун қичиши). Бурундан оқаётган қон юқори нафас йуллари ва ошқозондан оқаётган қондан фарқланади. Бурундан оқаётган қоннинг ранги қизил бўлиб, бемор бошини орқага ташлаганда ҳалқумнинг орқа деворида кўринади. Ўпкадан оқаётган қон кўпикли, ошқозондан оқаётган қон ивиган, ранги тўқ қизил бўлади. Баъзан қонни ютган бемор қон аралаш овқат лўқмаларини қусади. Қонаётган майдонни олд риноскопияда кўриш мумкин. Ташхис аниқлангандан сўнг йўқотилган қоннинг миқдори, қонаётган майдон ва қон оқшининг сабаби аниқланади.

Йўқотилган қоннинг миқдорига қараб қон оқишлар енгил, ўртача ва (оғир) қон оқишларга бўлинади.

Енгил қон оқишлар, (йўқотиш)одатда, қон Киссельбах, Литтля майдонидан оқади. Бурундан қисқа муддат давомида бир неча миллилитр қон томчилаб оқади ва кўпинча ўз-ўзидан тўхтайтиди.

Ўртача қон оқишларда (йўқотиш) катта киши 200 мл гача қон йўқотади. Бунда гемодинамик ўзгаришлар кузатилмайди.

Оғир қон оқишларда (йўқотиш) йўқотилган қоннинг миқдори 200 мл ошиб, баъзан 1000 мл етади. Бундай қон оқишлар бемор ҳаётига хавф солади.

Қон оқшининг сабабини анамнез маълумотлари, клиник текширувлар, қон ва сийдик таҳлили, коагулограмма натижалари асосида аниқланади. Организмнинг қон йўқотилишига реакцияси беморнинг шикоятлари, умумий аҳволи, юз терисининг ранги, қон босими, томир уришининг тезлиги, қон таҳлили кўрсаткичларидан билса бўлади. Енгил ва ўртача қон оқишларда барча кўрсаткичлар меъёрда, 500 мл миқдорда қон йўқотилганда эса катта кишининг юз териси оқаради, томир уриши тезлашади (1 дақиқада 80-90), қон босими пасаяди (110/70 мм сим. уст.),* гематокрит (30-35) ва гемоглобин кўрсаткичлари камаяди.

1-жадвал

Қоннинг йўқотилиш даражасини аниқлаш

Қон юқотиш даражаси	Йўқотилган қоннинг ҳажми (мл)	Қоннинг солиштирма оғирлиги	Эритроцит лар сони	Гемог лобин	Гематокрит
I	500 гача	1055 ортик	4,5-5,0	60 кўп	40 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

Бемор ҳаётига хавф солувчи кучли қон оқишлар тўсатдан бошланади, бемор қисқа муддат давомида кўп микдорда қон йўкотади. Бундай қон оқишлардан олдин беморнинг кўз олди қоронғилашиб, боши лўқиллаб оғрийди. Одатда бундай қон оқишларга бурун қон томирларининг жароҳати, юз суяклари ва калла суяги асосининг синиши, қон томирларнинг кенгайиши, хавфли ўсма сабаб бўлади. Кўп қон йўқотган бемор зудлик билан оториноларингология, баъзан реанимация бўлимига ётқизиблиб, қон йўқотилишига қарши чоралар ўтказилади.

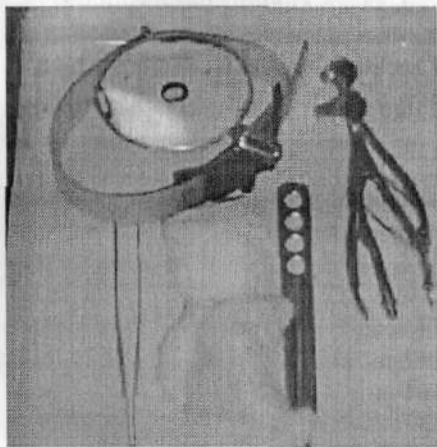
Даволаш тадбирлари 1) бурундан оқаётган қонни тўхтатиш ва 2) йўқотган қонни ўрнини тўлдириш 3) қайта қон оқишини олдини олишга қаратилади.

Қон оқишини тўхтатиш усуллари :

1.Биринчи тиббий ёрдам - беморнинг боши кўтарилиб бурун қанотлари бурун тўсиғига босилади. Бурун бўшлиғига пахта бўлаги киритилади. Пахтани 3% водород пероксиди ёки 10% антипирин, ёки 0,1% адреналин, ёки 5% 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 окса қонаётган майдондаги қон томирлар куйдирилади: бурун шиллиқ пардаси 2% дикаин ёки 0,1% адреналин гидро хлорид ёрдамида оғриксизлантирилгандан сўнг қонаётган майдонга 20% сирка кислотаси, 30% кумуш нитрат эритмаси (малҳами) ёки ваготил билан қон кетаётган томир куйдирилади, баъзан 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.



31-расм.Бурун олд тикмасини бажариш учун керакли тиббий асбоблар

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.

Ксероформ ёки цитрал, глицеринга шимдирилган дока тасма 6-7 см масофада пинцет билан ушланади ва бурун бўшлигининг тубидан бошлаб бир-бирининг устига қатма-қат зигзагсимон қилиб зич жойланади, бунда дока тасманинг учи бурунҳалқумга ва ҳалқум деворига тегмаслиги лозим, акс ҳолда беморда қусиш ҳаракати пайдо бўлади. Дока тасма зич жойланмаган ҳолларда олд бурун тикмаси қон оқишни тўхтатмайди. Тикма 48-72 соатга қолдирилганда вақти-вақти билан унга вазелин ёғи ёки 3% водород пероксиди томизилади. Бундан ташқари бурун олд тикмасини қуруқ тромбин, фибрин толаси, қон тўхтатувчи дорилар, антибиотик эритмасига шимдирилган пахта, резина қатетер ёки резина қўлқопнинг бармоғи ичига пахта ёки дока жойланган мослама ёрдамида бажарса ҳам бўлади.

Қон бурун тўсиғининг олд қисмдан оқса бурунга узунлиги 6-7 см бўлган бир нечта дока тампонлар кетма-кет жойланади. Қон бурун бўшлигининг ўрта ёки орқа бўлимларидан оқса ёки қонаётган майдон ноаниқ бўлган ҳолларда тикма буруннинг бир томонига жойланади (бунда 2-3 та узун дока тампон ишлатилади). Киритишдан олдин дока тампон 3% водород пероксиди ёки 5% аминокапронат кислота, дала шароитида-70% спиртга шимдирилади.

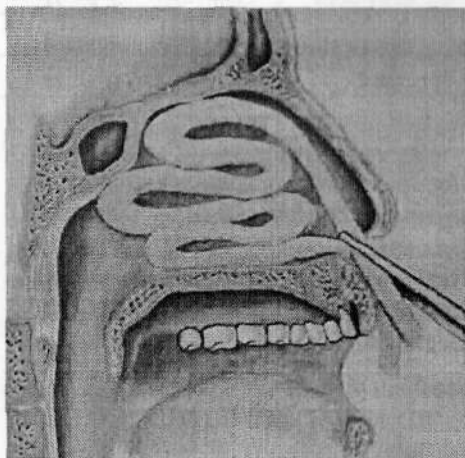
В.И.Воячекнинг “илгак” усули қуйидагича бажарилади. Ҳамшира узунлиги 30 см вазелин ёки гемостатик эритмага шимдирилган дока тасманинг ўртасини бурун даҳлизи олдида ушлаб туради. Врач қийшиқ қискич ёки бурун тампонатори ёрдамида дока тасманинг ўртасини 6-7 см чуқурликда бурун

4.Қонаётган қон томирнинг атрофига 2-5 мл 0,25-0,5% новокаин ва 5% амиокапронат кислотасининг аралашмасига (1:1) 1-2 томчи 0,1% адреналин гидрохлорид қўшиб юборилади. Баъзан бурун тўсиғи шиллиқ қаватининг остига 3-5 мл 0,5% тримекаин ёки 1% новокаин юборилади.

5.Бурун олд тикмаси. Дастлаб оғрикислантириш мақсадида буруннинг шиллиқ қаватига анестетик эритмаси (2% дикаин, 10% лидокаин, 5% кокаин, 10% димедрол) суртилади. Мускул орасига 1 мл 2% димедрол, 1мл 1% промедол, 2мл 50% аналгин юборилади.

Бурун олд тикмасининг Микулич,

бўшлигига киритади ва “илгак” шаклида икки қават қилиб ўрнатиб, “илгак” орасига гемостатик эритмага шимдирилган бошқа дока тампонни жойлайди. “Илгак” ва дока тампоннинг ортиқча бўлаги кесиб ташланади. 24-48 соатдан сўнг тикмага 3% водород пероксида томизилади ва дастлаб тикилган дока тампон, сўнгра - “илгак” чиқариб олинади.



32-расм. Буруннинг олд зигзагсимон тикмаси

боғланади (тампон юмшоқ бўлса у қон оқишини тўхтатмайди). Боғлангандан сўнг иплар сони тўртта бўлади 1 таси кесиб ташланади 3 таси қолади.

Бурун орқа тикмаси қуйидагича бажарилади:

- буруннинг қонаётган томонига № 15-18 резина катетери киритилади, тилни 3\2 олд қисми шпател билан босилгандан сўнгра катетер учи катетернинг учи хоаналардан ўтиб ҳалқумда, танглай чодирининг орқасида кўринади.

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

- катетернинг учларига тугунчанинг икки ипи боғланади (ипларнинг узунлиги 20 смдан кам бўлмаслиги керак).

- врач чап қўли билан катетерларни ва уларга боғланган ипларнинг учини бурун орқали чиқариб олади, бир вақтнинг ўзиде ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғи билан дока тугунчани юмшоқ танглай тилча орқасига ўтказиб бурун ҳалқумга, хоаналарга зич жойлайди.

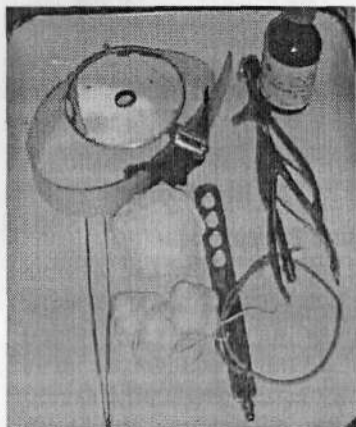
- орқа тикмани бурунҳалқумда ушлаб турадиган бир жуфт ипак иплар чап қўл билан ушланади, ўнг қўл билан бурун зигзагсимон олд тикмаси бажарилади.

4. Бурун орқа тикмаси. Гемостатик терапия ва бурун олд тикмаси ёрдам бермаган ҳолларда бурун орқа тикмаси бажарилади. Бунинг учун дастлаб бемор бурунҳалқумининг ҳажми аниқланади, одатда бир-бирига ёнма-ён қўйилган катта бармоқларнинг тирноқ қисмларининг ўлчами бурунҳалқумнинг ҳажмига тенг бўлади. Бўлимда ҳажми ҳар хил бўлган кубсимон дока тугунчалар тайёрланади, бунинг учун эни 1,5-2,0 см, бўйи 40-50 см тенг бўлган бир нечта дока салфеткалар устмас-уст қўйилади ва узунлиги 60-70 см

иккита йўғон ипак ип билан зич

-бурун орқали чиқарилган икки ипнинг учи бурунга кириш жойида ўрнатилган дока ёстиқча айлана қилиб, боғланади.

- тикмани олиб ташлашга мўлжалланган ип эса оғиз орқали чиқарилиб пластир ёрдамида лунжга ёпиштириб қўйилади ёки бўйинга боғланади.



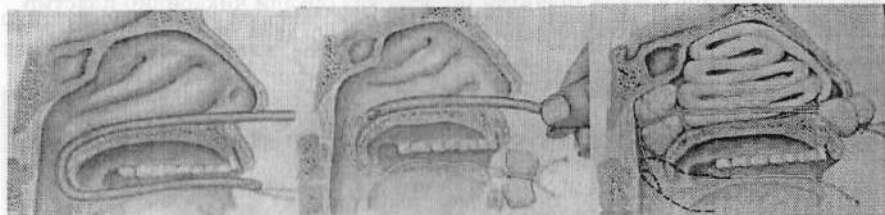
33-расм.Бурун орқа тикмаси учун керак бўлган тиббий асбоблар

Баъзан тайёрланган дока тугунчага қўшимча сифатида яна иккита ипни боғлаш ва учларини буруннинг ҳар икки томонидан тортиб олиш хоаналарни зич ёпишни таъминлайди.

Кўпинча бурун орқа тикмаси бурундан қон оқишни тўхтатишга ёрдам беради. Тампонни бурунҳалқумда 48 соатдан ортиқ вақтга қолдириш ман этилади, чунки патоген микрофлора дока тампондан эшитув найи орқали ўрта кулоққа тарқалиши мумкин. Айрим ҳолларда узок муддатга қолдирилган тампон беморда фарингит, тонзиллит ва бронхит касалликларини ривожланишига сабаб бўлади. Оғир ҳолларда тикма 6-7 кунга қолдирилади, бу ҳолда у антибиотик, аминокaproнат кислота, дицинон эритмалари билан ҳар куни намлаб турилади.

Бурун орқа тикмасининг асоратлари. Бурун орқа тикмасидан сўнг беморда ўрта кулоқнинг йирингли яллиғланиши ривожланиши мумкин. Асоратларни олдини олиш мақсадида кунига 1 марта отоскопия қилиш, беморга сульфаниламид ва антибиотик препаратларни буюриш лозим. Ўрта кулоқда яллиғланиш жараёни ривожланганда беморнинг тана ҳарорати $38-39^{\circ}\text{C}$ кўтарилади, бурнидан ёқимсиз ҳид келади, боши ва кулоғи оғриydi. Бундай ҳолларда бурун орқа тикмаси чиқариб олинади. Орқа тикмани олишдан олдин мускул орасига 2 мл 50% аналгин юборилади. Бурун орқа тикмасини чиқариб олиш учун ипларнинг учи кесилади ва дастлаб 3% водород пероксиди билан намланган бурун олд тикмаси, кейин бурун орқа тикмаси чиқариб олинади. Юмшоқ танглайга зарар етказмаслик учун учинчи ип шпательнинг охириги тешигидан ўтказилади (шпатель танглай чодиригача киритилади) ва куч билан тортилади.

5.Пневматик бурун тикмаси. Бурун орқа тикмасини такрорлаш эҳтиёжи туғилганда ёки бурун ва бурунҳалқумнинг яллиғланиши кучайганда



I-босқич

II-босқич

III-босқич

34-расм.Бурун орқа тикмасини бажариш босқичлари

М.П.Мезрин таклиф қилган жуфт пневматик тикма усули бажарилади. Бунинг учун резина катетернинг қийшиқ учига резина қўлқопнинг битта бармоғи ёпилади ва катетер учигаги тешикни ёпган ҳолда ип билан боғланади, натижада катетер учига балонча 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 тешиқдан юқорида ва зич боғланади. Шу тарика иккинчи баллонча ҳосил бўлди. Иккала баллон зич ёпилиши учун катетернинг эркин учига бир неча томчи вазелин ёғи томизиш лозим. Резина катетер бурун туби ва бурун тўсиғи бўйлаб киритилади, кейин баллончаларга ҳаво ёки фурациллин эритмаси юборилади (шприц ёрдамида), катетернинг эркин учига қисқич қўйилади. Биринчи баллонча шишиб хоанани, иккинчиси - бурун дахлизини зич ёпади. Бурун тикмасининг бу усули осон бажарилади ва зарарсиз ҳисобланади. Жуфт пневматик тикмани олиб ташлаш учун қисқични очиб резина катетерни бурундан чиқариш 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 1% 2 мл томир ичига ёки мускул орасига юбориш; аскорбин кислотаси 0,5 г 2 маҳал ичиш ёки 5% 5-10 мл томир ичига юбориш; 10% кальций хлорид 1 ош қошиқдан 3-4 маҳал ичиш ёки 10% 10 мл томир ичига аста-секин юбориш тавсия қилинади.

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

Қоннинг фибринолитик фаоллиги ошганда (масалан, гепаринни қўллаш натижасида) юз берган қон кетишда беморга 5% 30 мл аминокaproнат кислотаси 2 маҳал ичиш ёки 5% 100 мл томир ичига томчилаб юбориш ва 5 мл 5% протамин сульфат буюрилади.

Бундан ташқари томир ичига томчилаб полиглюкин (400,0), 10%-10 мл тиббий желатина, фибриноген 2-4 г (миокард инфарктида ман этилади!)

Беморга 0,025% адроксан 1 мл 4 марта тери остига ёки мускул орасига; 12,5% -2-4 мл дицинон мускул орасига ёки томир ичига 1 маҳал (кейин ҳар 4-6 соатда 2 мл ёки 2 таблеткадан ичиш), 2 мл этамзилат натрий, 1-2 мл гемофобин тери остига ёки 2-3 чой қошиқдан 2-3 марта ичиш тавсия қилинади. Беморга намланган кислород, юрак фаолиятини яхшиловчи воситалар буюрилади.

Қон кўп микдорда (1000 мл) йўқотилганда қон микдорини қоплаш ва қон оқишни тўхтатиш мақсадида беморга эритроцит 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 қўйилади. Қон қўйиш пайти беморга оғир юкумли касалликни, гепатит, ОИТС ни юқтириш хавфи борлигини эсда тутиш лозим.

7. Жарроҳлик усуллари. Бурундан қон оқишни тўхтатиш учун қўлланган барча усуллар ёрдам бермаганда жарроҳлик амали қўлланади. Қонаётган майдонни куйдириш натижа бермаганда бурун шиллиқ қавати остига 5-10 мл 1% новокаин юборилиб, қонаётган майдоннинг шиллиқ қавати суякдан ажратилади, бурун тўсиғи шиллиқости кесиш жарроҳлик амали бажарилади.

Ҳаёт учун хавfli бўлган артериал қон оқишларда (орқа бурун тикмаси ва умумий гемостатик терапия ёрдам бермаган ҳолларда) ташқи уйқу артерия икки томонда боғланади. Бунинг учун бемор елкалари остига ёстиқча қўйилган, боши соғлом томонга бурилган ҳолда чалқанча ётқизилади. Тўшумров сўргичсимон мускулнинг олди чети соҳасида пастки жағ бурчагидан бошлаб 8-10 см узунликда навбатма-навбат тери, тери ости клетчаткаси, бўйиннинг тери ости мускули (platysma), фасция кесилади. Мускул тўқимаси ён томонга силжитилади. Жароҳат майдонининг юқори қисмида бўйин тери ости мускулнинг остида ётган ташқи бўйинтуруқ вена ён томонга силжитилади ёки боғланади. Тўшумров сўргичсимон мускулнинг остида асаб-қон томир тўплами ётади. Унинг ташқи томонида ички бўйинтуруқ вена, ички ва олди томонида-умумий уйқу артерия, орқада ёки уларнинг орасида-сайёр нерв жойлашган. Ўтмас усулда дастлаб умумий, кейин ташқи уйқу артериянинг юзи очилади.

Ташқи уйқу артерияни ички уйқу артериясидан фарқлашда шуни эсда тутиш лозимки, ички уйқу артерия бўйин соҳасида шохланмайди, ташқи уйқу артерия эса умумий уйқу артериянинг бифуркацияси соҳасида юқори қалқонсимон ва тил артерияларига шохланади.

Ташқи уйқу артерия юқори қалқонсимон артерияга шохланган жойдан юқорида икки лигатура орасида боғланади. Артерияни боғлашдан олдин бармоқ билан босилади. Артерия тўғри танланганда юз ва юзаки чакка қон томирларининг уриши тўхтади.

Ғалвирсимон лабиринт қон томирлари ва понасимон-танглай артериясининг жароҳати сабаб бўлган қон оқишларни эндоскопия усули ва биполяр коагулятор ёрдамида тўхтатиш мумкин.

Оғир қон оқишларда ғалвирсимон лабиринтда бажарилган трансмаксилляр операция яхши самара беради. Бунда ғалвирсимон лабиринт катакчалари юқори жағ бўшлиғи орқали олиб ташланади. Кейин ғалвирсимон бўшлиқлар соҳасига ҳамда бурун бўшлиғига юқори жағ бўшлиғи орқали йодоформга шимдирилган тикма кўйилади. Тикманинг учи контапертура орқали пастки бурун йўлига чиқарилади.

Қон йирик қон томирлардан оқаётганда ангиография текшируви ўтказилади ва электрон-оптик асбоблар назорати остида калла суяги ичида қонаётган қон томирининг эмболизацияси бажарилади. Аммо бундай операциядан сўнг бош мия тўқималарининг қонсизланиши туфайли беморда фалажлар ривожланиши мумкин.

ЎТКИР РИНИТ,

ўткир тумов (rhinitis acuta) - бурун бўшлиғидаги ўткир инфекция ўчоғи, фаолиятининг бузилишига сабаб бўлган шиллиқ парданинг ўткир яллиғланишидан бири. Ўткир ринит мустақил касаллик сифатида (носпецифик) ҳамда турли юқумли касалликларда йулдош жараён сифатида (специфик) кузатилади ва ҳам болаларда, ҳам катталарда тез-тез учрайди.

Этиологияси. Ўткир катарал ринитнинг ривожланишига организмда маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сусайиши натижасида бурун бўшлиғидаги сапрофит микрофлоранинг фаоллашиши сабаб бўлади. Одатда касаллик шамоллашдан сўнг бошланади (айниқса сурункали касалликларга чалинган беморларда). Ўткир ринофарингит аденовирус инфекцияларда, гриппда, парагриппда, менингококк инфекциясида, кизамиқда, скарлатинада, дифтерияда ва гонорейда кузатилади. Бундан ташқари шиллиқ парданинг жароҳатлари, ёт жисмлар, бурун бўшлиғида ўтказилган жаррохлик амаллари ўткир ринитнинг ривожланишига сабаб бўлади. Қатор ҳолларда ҳавоси бузилган ноқулай иш шароити касб омили ёки экологияси бузилган атроф муҳит сабаб бўлади (чанг, кўмир ва метал парчалари, тутун, газ ва турли аэрозоллар таъсири).

Патоморфология. Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасида яллиғланиш патофизиологик, альтерация, трансудация, пролиферация босқичлари ривожланади: натижада яллиғланиш белгилари юзага келади қизариш, маҳаллий иссиқлик ошиши, шиш, функциянинг бузилиши. Эпителий тукларининг ҳаракати секинлашади, кейинчалик тўхтайдди, патоген омил шиллиқ пардада ушланиб қолади. Эпителий ва шиллиқ ости қаватларда яллиғланишга хос ўзгаришлар, эпителий кўчиши, шиллиқ қаватнинг яраланиши кузатилади.

Касаллик 3 шаклда намоён бўлади:

- 1) ўткир катарал ринит,
- 2) ўткир катарал ринофарингит,

3) жароҳатдан сўнгги ўткир ринитлар.

Белгилари. Касаллик ўткир бошланади, буруннинг ҳар икки томони зарарланади. Беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, бурнидан ажралма оқади, бурни орқали нафас олиши қийинлашади.

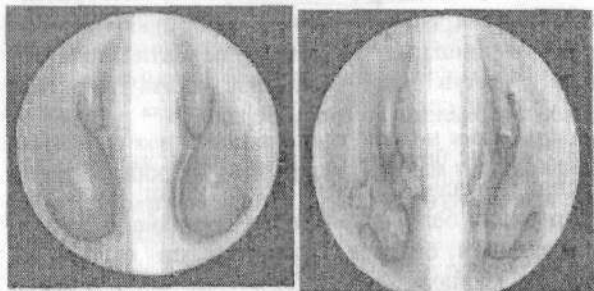
Ўткир катарал ринит 3 босқичда кечади:

I куруқ босқич одатда 1-2 кун давом этади. Бемор бурни ва бурунҳалқумида куруқлик, ачиш, тирналиш ҳис этади, ўзини нохуш сезади, боши оғриydi, баъзан тана ҳарорати 37°C кўтарилади. Олд риноскопияда шиллик қаватнинг кизариши, шиши, куруқлиги ва ажралма йўқлиги кўринади;

II серозли ажралмалар босқичида беморнинг бурнидан кўп миқдорда тиник суюқлик оқади (трансуват). Қадахсимон хужайралар ва безлар фаолиятининг кучайиши туфайли суюқлик серозли-шилмишиқ ажралмага айланади. Трансуват таркибида хлорид натрий ва аммиак борлиги сабабли бурун дахлизининг териси кизаради, бироз шишади, ёрилади. Бу босқичда бурун

ичида куруқлик ва ачиш камаяди, аммо бурунни

битиши кучаяди, бурун орқали нафас олиш қийинлашади. Жараён кўз ёш йўлларига ва эшитув найига тарқалганда бемор кўзларидан ёш оқади, қулоғи битаяди, шангиллайди.



I-босқич

II-босқич

35-расм. Ўткир ринитнинг риноскопик кўриниши

касалликнинг 4-5 кунидан бошланади. Бурундан қалин серозли-йирингли, сарғиш-яшил ажралма оқади (унинг таркибида лейкоцитлар, лимфоцитлар, кучаётган эпителий бўлади). Бу босқичда бурун бўшлиғи шиллик пардасининг шиши камайиб, бурун орқали нафас олиш бироз енгиллашади.

III- серозли-йирингли ажралмалар босқичи

Ўткир ринит 7-8 кун давом этиб, соғайиш билан тугайди; бурундан ажралма оқиши камаяди, шиллик парданинг шиши йўқолади, бурун орқали нафас олиш тикланади, беморнинг умумий аҳволи яхшиланади. Иммуно ҳолати яхши бўлган ва тўғри даволанган беморда касаллик 2-3 кун давом этади. Иммуно ҳолати сусайган беморда эса у 3-4 ҳафта давом этиши ва сурункали шаклга ўтиши мумкин.

Ўткир ринитдан сўнгги асоратларга қуйидагиларни киритиш мумкин:

1) фаринголаринготрахеобронхит;

- 2) синусит;
- 3) ўткир катарал ва ўткир йирингли отит;
- 4) дакриоцистит;
- 5) бурун дахлизи дерматити.

Болаларда ўткир ринитнинг кечishi. Ёш болаларда ўткир ринит катталарга нисбатан кўпроқ учрайди ва оғир кечади. Бурун йўлларининг торлиги, иммун механизмларининг тўлиқ ривож-ланмаганлиги, аденоидлар, бурунни қоқиш кўникмаси йўқлиги туфайли боланинг бурни битади, бурни орқали нафас олиши қийинлашади. Яллиғланиш жараёни одатда бурун ва бурунхалқумни камраб олганлиги туфайли ёш болаларда ринит ўткир ринофарингит сифатида баҳоланади. Бемор боланинг тана ҳарорати 39-40⁰ С кўтарилиб, талваса ҳолати кузатилиши, баъзан менингиал белгилар пайдо бўлиши мумкин. Бурни битганлиги туфайли гўдак онасини кўкрагини эмолмайди. Бола бир неча қултум сут ичгандан сўнг, кўкракни ташлайди, эммай қуяди, сутга тўймай, ориклайди, ухламайди, ошқозон-ичак фаолияти бузилади (қусиш, метеоризм, ич кетиш). Оғзи орқали нафас олганлиги туфайли болада аэрофагия (хавони ютиш) кузатилади, боланинг қорни шишади; бу эса ўз навбатида нафас олишни янада қийинлаштиради. Эшитув найи болаларда калта ва кенг бўлганлиги жараённинг ўрта кулоқка тарқалишига ёрдам беради.

Ташхис ва қиёсий ташхисот. Ташхис беморнинг шикоятлари, анамнез ва риноскопия маълумотлари асосида қўйилади. Шунинг эсда тутиш лозимки, турли юқумли касалликлар ўткир ринит белиглари билан бошланади. Ўткир носпецифик ринит юқумли касалликни белгиси бўлган ўткир специфик ринитдан, сурункали ринитлардан фарқланади.

Гриппда ўткир специфик ринит бурундан қон аралаш ажралма, қон оқиши билан кечиби, синусит ва ўрта отит асоратларига сабаб бўлади. Ринитдан ташқари беморда тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриги, учшоқли асаб толасининг невралгияси, мускул ва бўғинларнинг оғриши, адинамия, ҳаддан ташқари терлаш белгилари кузатилади.

Дифтерияда ўткир ринит катарал шаклида кечганда беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди, шунинг учун касаллик атрофдагиларга тез тарқалади. Бактериологик текширув ташхис қўйишга ёрдам беради. Оғир ҳолларда беморнинг бурнидан қон аралаш шилимшиқ ажралма оқади, бурун бўшлиғи ва бурунхалқум шиллиқ қаватида қул-ранг караш пайдо бўлади. Дифтерияда кучли токсикоз, миокарднинг дистрофик ўзгаришлари, тилхалқум (IX) ва сайёр (X) нервлар фаолиятининг бузилиши белгилари кузатилади.

Скарлатинада патологик жараён бурун бўшлиғи, бурунхалқум ва танглай муртақларига (лакунар ангина) тарқалади. Беморнинг бўйни, юзи ва кейинчалик бутун баданида ўзига хос нуқталар тошмалар пайдо бўлади.

Кизамиқда ўткир катарал отит аксириш, тана ҳароратини кўтарилиши, конъюнктивит, кўзлардан ёш оқиши билан кечади. Риноскопияда бурун ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида, лабларда кизил тасма билан ўралган кичик ок доғлар кўринади (Бельский-Филатов белгиси). Юзда ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардасидаги ўзига хос тошмалар бадан тошмаларидан олдин пайдо бўлиб, тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Гонорея (захм)даги ўткир ринит чақалоқларга онасидан ўтади ва туғилгандан сўнг дастлабки 24-48 соатда кузатилади. Касаллик туғиш пайтида юкади. Боланинг тана ҳарорати кўтарилади, бурнидан 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, оёқларнинг коринчаларига хантал қўйилади, кейин унга малинали иссиқ чой, сувда эритилган аспириин (0,5 - 1,0 г) ёки парацетамол (1,0 г) ичирилади ва курпага ураб ётқизилади. (Шуни эсда тутиш лозимки, аспириин Рея синдромини кучайтиради. Бу синдром 3 босқичда кечади: шамоллашдан соғайган бола тўсатдан касалликнинг 7 кун тўхтовсиз куса бошлайди (I босқич), кейин зўрға гапириб, зўрға юради (II босқич); III босқичда - кома, талваса ҳолати кузатилади, нафаси тўхтайдди. Грипп вируси таъсирида кон томирларнинг девори юққалашади, йиртилади. Аспириин эса бу жараёни янада кучайтиради. Бундан ташқари аспириин таблеткаси ошқозон деворига зарар етказилади. Шунинг учун беморга парацетамол препаратларини қўллаш тавсия қилинади).

Бурунга 0,5-0,1% нафтизин, 0,05% - 0,1% галозолин, 0,1% санорин эмульсияси томизилади. Бундан ташқари бурун бўшлиғига “Фенилефринли полидекса” препаратини 5-10 кун давомида 3-5 марта пуркаш, “пиносол” малҳамини кунига 3-4 марта суртиш тавсия қилинади.

Грипп билан оғриган беморга юқорида қайд этилган тадбирлардан ташқари антивирус препаратлари (интерферон, лейкоинферон), бурунга ингаляциялар қилинади ёки томизиш керак бўлади. А ва С витаминлари тавсия қилинади.

Дифтерия билан оғриган бемор дарҳол юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилиб текширилади, симптоматик даво чоралари ва дифтерияга қарши зардоб юборилади.

Скарлатина билан оғриган беморлар юқумли касалликлар касалхонаси ёки амбулатор шароитда, умумий ва маҳаллий даво тадбирлари ўтказилади. Қизамиқ билан оғриган бемор алоҳида хонага ётқизилади, унга симптоматик даво тадбирлари ўтказилди.

Гонорея ринитида бурун ичига томчилар томизилади, антибиотиклар буюрилади, она ва болада гонореяни даволаш тадбирлари ўтказилади.

I босқичда маҳаллий симптоматик таъсирга эга препаратлар: интерферон, лизоцим, ИРС-19 аэрозоли тавсия қилинади. ИРС-19 2-5 кун давомида катталарда 5 марта, болаларда 3 марта ингаляция шаклида қўлланади. Бош оғриғида панадол, тайленол, солпадеин, аналгин, цитрамон-П буюрилади. Беморга антигистамин препаратлари (диазолин, димедрол, тавегил) тавсия қилинади.

Беморнинг оёқлари ультрабинафша нур билан иситилади, бурнига УВЧ ёки диатермия муолажаси ўтказилади.

Касалликнинг II - босқичида бурун ичига кумуш препаратларини (3-5% колларгол, ёки протаргол). Ёш болаларни эмизишдан олдин бурун ажралмаси резина баллонча билан сўриб олинади, бурун ичига бодом ёғи суртилади ва пўстлоқлардан тозаланади, кейин 2 томчи 0,1% адреналин гидрохлорид, 0,05% нафтizin томизилади. Эмизиш орасида боланинг бурнига 5-6 кун давомида кунига 4 марта кўкрак сути, 4 томчи 2% колларгол (ёки протаргол) томизилади. Баъзан 20% альбуцид ёки бошқа кон томирларни торайтирувчи воситалар томизилади.

Катталарга асосан қон томирларни торайтирувчи, яллиғланишга қарши томчилар, малҳам ва кукунлар тавсия қилинади. Бурунни физиологик эритма билан чайиш, бурун ичига сульфаниламид ва антибиотиклар аралашмасини (биопарокс, ингакамф, каметон, камфомин) пуркаш тавсия қилинади. Бурун соҳасига УВЧ, бурун ичига УВН, микротўлқинли терапия (тана ҳарорати 37 ° С ошмаган ҳолларда) қўлланади.

Касалликнинг III босқичида 3-5% протаргол ёки колларголни, 20% альбуцидни бурун ичига томизиш ва физиотерапия мўллажалари давом эттирилади. Бурун ичига томизиладиган ёки пуркаладиган дориларни 8-10 кундан ортиқ қўллаш ман этилади, чунки бунда ҳилшировчи эпителий фаолияти, шиллик парданинг вазомотор фаолияти бузилади.

Яшаш ва меҳнат шароитини яхшилаш, тоза ҳаводан нафас олиш, уйда ҳаво намлигини ва ҳароратини метёрда тутиш, об-ҳавога мос кийиниш, чиникиш 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 марта пуркалади.

Гриппда бурун ичига интерферон томизиш, инфлювак вакцинасини қўллаш яхши самара беради.

СУРУНКАЛИ РИНИТ

(*rhinitis chronica*) - бурун бўшлиғи шиллик пардасининг сурункали носпецифик яллиғланиши барча ЛОР касалликлар 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 шиллик қаватининг давомли қизариши, алкоголизм, кон-томир, буйрак, жигар касалликлари, иммунитетнинг сусайиши, эндокрин, марказий ва вегетатив асаб тизимлари фаолиятининг бузилиши сурункали ринитнинг ривожланишига ёрдам беради.

Л.Б.Дайняк буйича сурункали ринит таснифи (1987):

- 1) Сурункали катарал ринит;
- 2) Гипертрофик ринит: а) чегараланган;
б) тарқок;
- 3) Вазомотор ринит: а) аллергик шакли;
б) нейровегетатив шакли.
- 4) Атрофик ринит: а) оддий шакли;
б) сассик тумов, ёки озена.

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ РИНИТ

(*rhinitis catarrhalis chronica*) бурун бўшлиғи шиллик қаватининг тургун қизариши, шиши ва инфильтрацияси, айрим майдонларда эпителий метаплазияси билан кечган яллиғланиш жараёни.

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

Риноскопияда бурун бўшлиғи шиллик 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 консизлантириш синамаси ўтказилади. Бурун бўшлиғи шиллик пардасига 0,1% адреналин гидрохлорид (галазолин) суртилади. Пастки бурун чиғаноқларининг ҳажми анча кичрайиши чин гипертрофия йўқлигидан далолат беради, улар

хажмининг кам кичрайиши ёки кичраймаслиги гипертрофик жараёни билдиради.

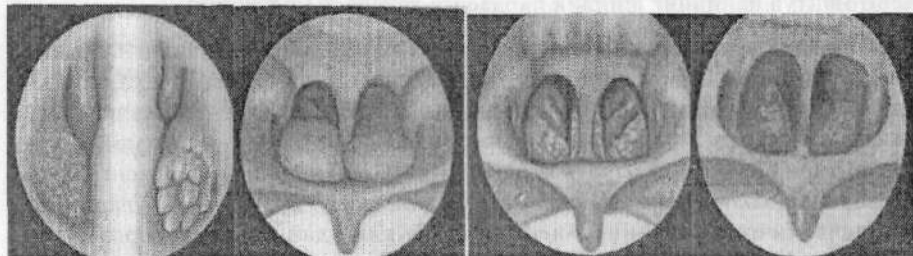
Даволаш: Сурункали катарал ринитни даволашда беморни чиниқтириш, жисмоний машқларга жалб этиш муҳим аҳамиятга эга. Бурун бўшлиғи шиллик қаватига 2% салицил ёки 5% стрептоцид малҳами, 3-5% кумуш нитрати (ляпис) суртилади, бурун йўлларига 5 томчидан кунига 2 марта 2-3% колларгол (ёки протаргол) томизилади. Даволаш 10 кун давомида олиб борилади. Бундан ташқари бурун бўшлиғига “фенилефринли полидекса” аэрозолни 5-10 кун давомида 3-5 марта пуркаш, “пиносол” малҳамини 3-4 марта суртиш яхши натижа беради

Бир вақтнинг ўзида беморга тубус-кварц, УВЧ, микротулкинли терапия, кальций хлорид, димедрол, новокаин билан электрофорез, нафтизин ва гидрокортизон билан ингалация муолажалари буюрилади.

СУРУНКАЛИ ГИПЕРТРОФИК РИНИТ

(rhinitis chronica hyperthrophica) бурун бўшлиғи шиллик пардасининг шиши ва инфильтрацияси, айрим майдонларда эпителий метаплазияси ва пролифератив жараён; эпителий гиперплазияси, фибрози ва суяк тўқимасининг гиперплазияси билан кечган яллиғланиш жараёни. Пастки бурун чиғаноқлари юмшоқ тўқимаси қалинлашиши, катталашishi туфайли беморда бурун орқали нафас олиши ёки нафас чиқариши доимий қийинлашган, бош оғриши, ҳидни билиши ва эшитиши пасайган, овози ўзгаргани (ёпиқ манқаланиш) томоқ тез-тез оғриши, иш қобилияти пасайиши, асаб тизимининг бузилиши кузатилади.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғи шиллик қавати бир оз кизарган ёки бироз кўқарганлиги, ши-лимшиқ ажралма тўпланганлиги, пастки бурун йўлида бурун чиғаноқлари (асосан пастки чиғаноқ) катталашиб бурун тўсиғига тегиб турганлиги кўринади. Пастки бурун чиғаноғининг фақат олд ёки орқа учи катталашганда – чегараланган чиғаноқ катталашганлиги, барча қисмлари катталашганда чиғаноқнинг тарқоқ катталашганлиги деб юритидади. Чиғаноқ орқа учининг чегараланган катталашганлиги тут донаси шаклини ёки бурун полипни эслатади. Пастки бурун чиғаноғининг орқа учи катталашиб эшитув найининг тешигини ёпганда эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилади ва



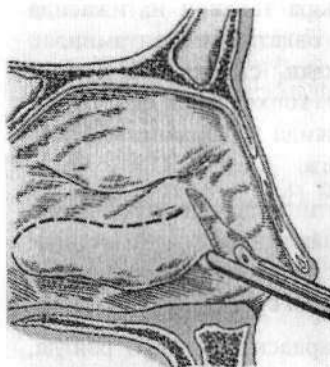
36-расм. Гипертрофик ринитнинг орқа риноскопиядаги манзаралари

беморда евстахеит (тубоотит, отосальпингит) ривожланади. Беморда дастлаб респиратор гипо- ёки аносмия, кейинчалик эссенциал (тикланмайдиган) аносмия пайдо бўлади.

Ташиxis Бемор шикоятлари, касаллик бошланиш тарихи, олд-орқа риноскопия, бурунни нафас олиш, ҳид билиш функцияларини текшириб кўрилади. Ринопневмометрияда маълум вақт давомида бурун бўшлиғи орқали ўтаётган ҳавонинг ҳажмини аниқланади. Гипертрофик ринитда бурун бўшлиғи орқали ўтаётган ҳавонинг ҳажми камаяди.

Даволаш. Сурункали гипертрофик ринит жаррохлик усулида даволанади. Шиллик парда 10% лидокаин, 1% пиромекаин, 2% дикаин ёки 0,1% адреналин ёрдамида огриксизлантирилгандан сўнг катталашган чиганоқ ляпис, учлорсирка, хром кислотаси ёрдамида куйдирилади. Бурун чиганоқларининг чегараланган гипертрофиясида гальванокаустика, бурун чиганоқларини ультратовуш ёрдамида дезинтеграциялаш, бурун чиганоқлари криотаъсир пастки бурун чиганоқларни шиллик ости вазотомия ёки конхотомия жаррохлик амаллари ўтказилади, лазер нурлари таъсир этилади.

Чиганоқларнинг катталашган қисмини резекция қилиш усули - пастки чиганоқ конхотомияси шифохона шароитида қуйидагича бажарилади. Бемор ётган ҳолатида пастки бурун чиганоқларининг шиллик пардаси маҳаллий усулда 0,5-1% новакаин, 0,1% адреналин гидрохлорид билан огриксизлантирилади. Қон оқишини камайтириш учун шиллик пардага 1 дақиқа давомида қисқич кўйилади. Қисқич чиқариб олингандан сўнг эса махсус қийшиқ қайчи “конхотом” ёрдамида чиганоқнинг катталашган қисми кесиб олинади. Чиганоқнинг катталашган орқа учи полип илгаки ёрдамида олиб ташланади. Операциядан сўнг 48 соат вақт давомида бурун олд тикмаси кўйилади.



Конхотомияда чиганоқни бутунлай олиб ташлаш ман этилади, чунки бу бурун бўшлиғи шиллик пардасининг атрофиясига олиб келиши мумкин.

Ҳозирги кунда жаррохлик амаллари оптик асбоблар (эндоскоплар, микроскоплар) ёрдамида бажарилади. Бунда бурун бўшлиғининг катталашган қисмлари соғлом шиллик пардага зарар етказмасдан турли микродебридерлар (шейверлар) ёрдамида олиб ташланади

Поликлиника шароитида пастки бурун чиганоқларини ультратовуш ёрдамида дезинтеграциялаш усулини қўллаш мумкин.

37-расм. Конхотомия жаррохлик амали

Муолажа маҳаллий огриксизлантириш Лидокаин, 0,5-1% новакаин эритмасини юборгандан сўнг бажарилади.

Пастки бурун чиганоғининг шиллик ости вазотомияси куйидагича бажарилади. Маҳаллий оғриксизлантиришдан 1% новакаин эритмаси юборилгандан сўнг пастки бурун чиганоғи олд учининг шиллик пардаси бироз кесилади. Кейин ажратгич ёрдамида юмшоқ тўқима тор канал шаклида чиганоқнинг олд қисмидан орқа қисмигача суяк усти тўқимаси юқори қисмидан ажратилади. Худди ҳаракат билан юмшоқ тўқима чиганоқнинг пастки қисмида ажратилади. Тўқима чандиклангандан сўнг чиганоқнинг ҳажми кичраяди, бурун йўллари кенгайди, натижада бурун орқали нафас олиш энгиллашади.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК РИНИТ

(rhinitis atrophica) бурун шиллик пардасининг чегараланган ёки тарқок носпецифик ўзгариши бўлиб, унинг асосида яллигланиш жараёни эмас, балки дистрофик жараёни ётади; шиллик парданинг бокалсимон хужайралари туқсизланади, цилиндрик эпителий ясси эпителийга айланади, натижада шиллик ишлаб чиқарувчи безлар ва қон томир фаолияти ўзгаради. Атрофия жараёни асосан бурун тўсиғининг олдқисмига (чегараланган) ёки бурун бўшлиғининг барча майдонларига (тарқок), баъзан фақат нафас олиш майдонига тарқалиши мумкин (субатрофик ринит).

Этиологияси. Бирламчи атрофик ринит тарқок характерга эга бўлиб, умумий касалликнинг (масалан, темирдефицитли камқонликнинг) белгиси сифатида намоён бўлиб, жараён бурунҳалқум ва ҳиқилдоқ соҳасига тарқалади. Атрофия жараёнининг ривожланишига турли юқумли касалликлар (қизамиқ, грипп, дифтерия, скарлатина) ва ташқи муҳит омиллари қуруқ иссиқ чангли ҳаво таъсирида шиллик қават эпителий тўқималари функцияси пасаяди инфекция назария бурун бўшлиғида бўлган патоген микрофлора таъсири натижасида юзага келади деб фикр қиладилар. Бошқа олимлар овқатланиш витаминлар етишмовчилигига боғлайдилар (чанг, газ, буг, тамаки, силикат ва цемент чанги) ҳам сабаб бўлади. Баъзан атрофик ринит конхотомия ёки бурун жароҳатидан сўнг ривожланади. Касалликни ривожда қайталанган ўткир ринитлар ва эндокрин бузилишлар муҳим аҳамиятга эга.

Белгилари. Бемор буруни ичида қуруқликни хис этишига, унда пўстлоқлар ҳосил бўлишига, бурни орқали нафас олиши қийинлашганига, ҳидни сезиши сусайганига, вақти-вақти билан бурнидан қон оқишига шикоят қиладди. Одатда қон оқиши ўз-ўзидан ёки бурун олд тикмаси қўйилгандан сўнг тўхтайдди.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғининг шиллик пардаси оқ-пушти рангда, қуруқ ва юқалашганлиги, бурун йўллари кенгайганлиги, умумий бурун йулида қалин сарғиш-яшил ажралма борлиги, айрим жойларда ажралма пўстлоқлар ҳосил қилиб шиллик пардага ёпишиб қолганлиги кўринади. Баъзан бурун тўсиғининг олд қисми бурун тўсиғини тешилганлиги кўзга ташланади.

Даволаш. Ринитнинг бу шаклида маҳаллий ва умумий консерватив даволаш тадбирлари ўтказилади. Беморнинг бурни кунига 1-2 марта физиологик эритмага йод қўшиб ювилади (200 мл физиологик эритмага 6-8 томчи 10% йоднинг спиртли эритмаси қўшилади). Вақти-вақти билан бурун бўшлигининг шиллиқ қаватига йод-глицерин аралашмаси 1% Люголь эритмаси суртилади (кунига 1 марта 10 кун давомида). Цитралнинг 1-2% ёғли эритмаси бурун бўшлиқларига 5 томчидан кунига 2 маҳал (1 ҳафта давомида), А ва Е (азвит) витаминларнинг ёғли эритмалари, алоэ шарбати, коланхон ва прополис томизилади ёки .

Даволашда қуйидаги томчи ва малҳамлар тавсия этилади:

1) Rp: Natrii hydrocarbonatis 0,4

Vasellini 20,0

M.f.unguentum

D.S.Пахта билан бурун ичига 10 дақиқа

кунига 2 марта суртиш

2) Rp: Riboflavini

Ac.nicotinici aa 0,1

Pilocarpini hydrochl. 0,025

Concentrati Vit.A 1,0

Citralli Gtt Y

Lanolini 2,0

Vasellini 8,0

M.f.unguentum

D.S.Бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига 5-10 дақиқа

давомида кунига

2-3 маҳал суртилади.

4) 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

томизилади.

Алоэ, ФИБС, пеллоидин, гумизоль ва бошқа биоген препаратлар тери остига, тери ичига ёки бурун чиганоғининг шиллиқ пардаси остига

юборилади, дармондорилар, таркибида йод ва темир моддалари бўлган дорилар (феррумлек) тавсия қилинади.

Беморга ишкорли 2-3% денгиз тузи эритмаси билан ингаляциялар буюрилади. Денгиз тузи "Дросса-нос" малҳамининг таркибига ҳам киради. Гелий неон лазери бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг трофикасини яхшилаб, даволашда яхши самара беради (бурун бўшлиғида бажариладиган бу муолажа 2-5 ёки 5-10 дақиқа давом этади, жами 7-10 муолажа ўтказилади).

САССИҚ ТУМОВ, ОЗЕНА

(ozaena) атрофик ринитнинг оғир шакли бўлиб, бурун бўшлиғидаги атрофик жараён на фақат шиллиқ пардага, балки суяк тўқималарга тарқалади. Беморнинг бурнидан ўзига хос бадбўй ҳид келади. Сассиқ тумов кўпроқ ёш аёлларда учрайди.

Этиологияси. Сассиқ тумов келиб чиқиши борасида ижтимоий, анатомик, яллиғланиш, ўчоқли, юқумли касалликлар, нейродистрофи ва эндокрин назариялари мавжуд. Уларнинг орасида юқумли касалликлар ва юқумсиз касаллик (нейродистрофия) назариялари кенг тарқалган.

Юқумли касалликлар назарияси бўйича озенанинг ривожланишида бурун бўшлиғи ичидаги микрофлоралар бирламчи сабабчи ҳисобланади. Микроблар токсинлари таъсири натижасида тўқима оксиллар парчаланади 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 аниқланади.

Бу микробнинг уч тури мавжуд:

- 1) *Klebsiella rhinoscleromatis* - склерома касаллигини кўзғатади;
- 2) *Klebsiella ozaenae* - озенани кўзғатади;
- 3) *Klebsiella pneumoniae* - сепсис, зотилжам, ўткир ичак касалликлари, пиелонефрит, перитонит, менингит каби касалликларни кўзғатади.

Булардан ташқари коринебактерия, протей микроблари ҳам аниқланган.

Юқумсиз касаллик (нейродистрофия) назарияси бўйича бурун бўшлиғидаги дистрофик жараённинг ривожланиш марказий вегетатив асаб тизими ва эндокрин тизимдаги ёки симпатик иннервациясидаги патологик бузилишлар сабаб бўлади.

Белгилари. Бемор буруни бўшлиғи шиллиқ қавати қуришига, унда кўп микдорда пўстлоқлар ҳосил бўлишига, бурнидан бадбўй ҳид келишига (беморни ўзи бу ҳидни одатда сезмайди), бурун орқали нафас олиши қийинлигига, хидни билмаслигига шикоят қилади. Беморнинг бурунидан жуда бадбўй ҳид келиши туфайли атрофдагилар ундан қочишга ҳаракат қиладилар,

бу эса беморнинг рухиятига салбий таъсир кўрсатади, у жамиятдан узоқлашади. Гипосмия дастлаб пўстлоқлар ҳид билиш майдонини қоплаганлиги туфайли, кейинчалик ҳид билиш рецепторларнинг атрофияси туфайли юзага келади. Баъзан беморда аносмия ривожланади.

Олд риноскопияда бурун бўшлиғини жигари ёки сарғиш-яшил пўстлоқлар тўлдирганлиги, улар бурунҳалқум ва пастки нафас йўлларига тарқалганлиги кўринади. Пўстлоқлар тозалангандан сўнг бурун бўшлиғи кенгайиб, ундан бурунҳалқумнинг орқа девори, эшитув найининг бурун ҳалқумидаги тешиклари атрофига тарқалади.

Сассик тумов оддий атрофик ринит ва захмда ривожланган ринитидан фарқланиши керак:

Оддий атрофик ринитда атрофия жараёни фақат шиллиқ қаватга тарқалиб, беморнинг бурунидан бадбўй ҳид келмайди. Захм ривожланган ринитида беморнинг бурунидан бадбўй ҳид келади, бурун бўшлиғида пўстлоқлар тўпланади, гумма яраси ва бурун тўсиғининг суяк қисмида тешик аниқланади, Вассерман реакцияси мусбат бўлади. Генуванна озена кўп ҳолларда балоғат ёшидаги хотин-қизларда учрайди. Касалликни сил, сифилис, склерома вегенера гранулёматозидан фарқлаш керак бўлади. Бундан ташқари сассик тумовни сил, склерома ва Вегенер гранулёматозидан ҳам фарқлаш лозим.

Даволаш. Симптоматик даволаш тадбирлари босқичма-босқич олиб борилади.

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

Солодовнинг хлорофилл-каротин пастасидан тайёрланган шамчалар ҳам бактерицид ва ҳидни йўқотиш таъсирига эга бўлиб, даволашда яхши самара беради. Шамчалар бурун тешикларига кунига 1 марта 3-4 hafta давомида бурун ичи тозалангандан сўнг киритилади. Даволаш бир йилда 3-4 марта такрорланади.

2-босқичда бурун ичига 2-3 соат давомида йод-глицерин (ёки 1% Люголь эритмаси), Вишневский, каланхоэ малхамлари ва 5% синтомицин эмульсиясига шимдирилган пахта тикма қўйилади.

Rp: Succī Kalanchoes 20,0

Furasolidoni

Novocaini aa 0,125

M.fuguentum

D.S.Пахта тикма шаклида бурун

ичига киритиш учун.

3-босқичда беморга физиотерапевтик муолажалар : аэроионотерапия, дори аэрозоллари билан ингалиция ўтказилади. Ингалиция учун мойчечак кайнатмаси, трипсин, рибонуклеаза, коллагеназа, стрептомицин сульфат, тетрациклин гидро хлорид эритмалари ишлатилади.

4-босқичда беморга умумий терапия ўтказилади; мускул орасига озена клебсиелласига қарши антибиотиклар (стрептомицин сульфат, канамицин, гентамицин, левомицетин), сукцинат, витаминлар С,В, мускул орасига юборилади. 1% никотин кислотаси, бурун чиганоклари шиллик пардаси остига 0,5 - 1% - 5,0 млгача новокаин эритмаси юборилади (жами 15 - 20 муолажа).

Беморга таркибида темир моддалари сақлаган дорилар (феррумлек, эктофер), витаминотерапия, аутогемотерапия тавсия қилинади, эндокрин тизимидаги патологик ўзгаришлар даволанади.

Сассик тумовда бажариладиган жарроҳлик амаллари бурун бўшлигини торайтиришга қаратилган. Бунинг учун бурун тўсиғи ёки бурун ён деворининг шиллик қавати остига аутоотрансплантант (суюқ, қовурга тоғайи) ёки синтетик трансплантантларни (лафсан, тефлон, капрон, акрил пластмасса, полиуретан, полифасфазен) жойлаштириш, бурун тешиқларини қисман ёки бутунлай ёпиш усуллари қўлланилади. Жарроҳлик амалидан олдин 12 -14 кун давомида бурун бўшлигида юқорида қайд этилган маҳаллий даволаш тадбирлари ўтказилади ва бемор жарроҳлик амалига тайёрланади

ВАЗОМОТОР РИНИТ

Дайняк Л.Б. (1970) бўйича 2 шаклга бўлинади:

- аллергик;
- нейровегетатив.

Вазомотор ринитнинг аллергик шаклининг ривожланишига аллергенлар сабаб бўлса, нейровегетатив шакли марказий ва вегетатив асаб тизими ёки эндокрин тизимининг патологик ўзгариш, иммунитетнинг сусайиши натижасида ривожланади. Узоқ вақт давомида умумий ва маҳаллий таъсирга эга бўлган дориларни қўллаш, бурун тусиғи кий-шиқлиги касалликнинг ривожланишига ёрдам беради.

Аллергик ринит (поллиноз) мавсумий ва доимий ринитларга бўлинади. Мавсумий аллергик ринит ўсимликлар гуллаши билан боғлиқ бўлади, шунинг учун у баъзан “пичан тумови” ёки “пичан терламаси” деб юритилади. Касаллик ҳар йили у ёки бу ўсимлик гуллаши даврида такрорланиб туради. Узоқ вақт давом этган ва кўп маротаба такрорланадиган мавсумий аллергик ринит доимий аллергик ринит шаклига ўтиши мумкин. Доимий аллергик

ринит уй ва қоғоз чанги, соч, хайвонлар жуни, кушлар пати, аквариум балиқларига бериладиган овқат маҳсулотлари, озиқ-овқат маҳсулотлари, дорилар, микрофлора (стрептококк ва стафилококк), замбуруғларга ўхшаган аллерген таъсири натижасида ривожланади. Уй чанглари таркибидаги *Dermatophagoides* канаси ҳамда хайвонлар жуни чанги кучли аллерген ҳисобланади.

Аллергик ринитнинг ривожланиш механизми. Нафас олганда бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига турли ёт жисм чанглари кириб ўрнашиб қолади. Шиллиқ қаватдаги мукоциллиар тизимининг таъсири туфайли улар тахминан 20 дақиқада бурун бўшлиғидан чиқариб ташланади. Аммо алергенларнинг молекулалари жуда тез сурилиш хусусиятига эга, шунинг учун 1 дақиқадан сунг беморда ўзига хос клиник белгилар юзага келади. Аллергенлар (ўсимликлар чанги, уй чанги ва х.к.) иммунологбулингга (IgE) мансуб антитаначалар билан реакцияга киришади, натижада беморнинг организмида биологик фаол моддалар (БФМ), хусусан гистамин, арахидон кислотаси метаболитлари, серотонин, ацетилхолин, тромбоцитларни фаоллаштирувчи натижасида, *лейкотриенлар ажралиб чиқади. БФМ кон томирларни кенгайтириш, кон томирлар ўтказувчанлигини ошириш хусусиятига эга бўлганлиги сабабли бурун бўшлиғи шиллиқ қавати шишиб, беморда бурун битиши, аксириш, бурундан шиллиқли ажралма оқиши белгилари кузатилади.*

Вазомотор ринитнинг *нейровегетатив шакли* марказий ва вегетатив асаб тизими, эндокрин тизими фаолияти бузилишлари натижасида ривожланади. Бунда бурун бўшлиғининг шиллиқ қавати оддий физиологик таъсирлар ҳаддан ташқари кучли (ноадекват) жавоб қайтаради.

Белгилари. Вазомотор ринитнинг ҳар икки шаклида 3 асосий белгилар кузатилади:

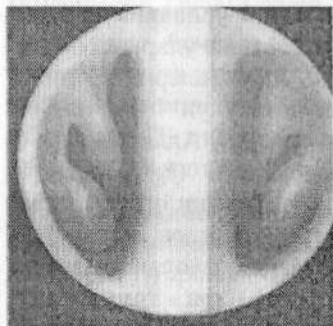
- 1) аксириш хуружлари;
- 2) бурундан кўп миқдорда шилимшиқ ва серозли ажралма оқиши (бурун гидрореяси);
- 3) бурун орқали нафас олишнинг қийинлиги.

Аксириш хуружлари ўсимликлар гуллаши пайтига тўғри келади, беморни бурни ва кўзлари қичийди, кўзлари қизариб, кўз ёши оқади. Бурундан кўп миқдорда суюк ёки шилимшиқ суюқлик оқиши натижасида бурун дахлизи териси қизаради. Бурун бўшлиғи шилиқ қаватининг шиши туфайли бурун орқали нафас олиш қийинлашади, беморнинг боши оғрийди, уйқуси бузилади, асаби бузилади, иш қобиляти ва ҳидни билиши пасаяди.

Вазомотор ринитнинг аллергик ва нейровегетатив шакллари риноскопия манзаралари билан бир-бирдан фарқ қилади.

Аллергик ринитда бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси шишади. Бундай шиш кон капиллярларидан кўп миқдорда трансудат ажралиб чиқиши туфайли

пайдо бўлади. Шиллик парда дастлаб қизаради, кейинчалик рангпар, баъзан оқиш, мумсимон бўлади, унинг тонуси пасаяди. Ўрта бурун чиганоғининг шиши полипни эслатади. Шиллик қаватга қон томирни торайтирувчи дори суртилганда қон томирлар нисбатан камроқ қисқаради, қонда ва бурун ажралмасида эозинофиллар сони кўпаяди. Вазомотор ринитнинг аллергик шакли баъзан астматик бронхит, бронхиал астма касалликлари билан бирга кечади.



38-расм. Вазомотор ринит. Ремиссия давридаги риноскопик манзара

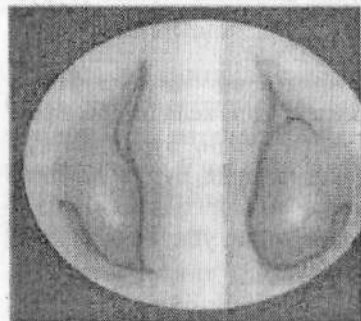
Нейровегетатив ринитда бурун бўшлиғининг шиллик қавати одатда кўкимтир бўлиб, айрим майдонларда оқ воячек доғлари кўринади. Қонда эозинофилларнинг сони меъёрда бўлади.

Баъзан вазомотор ринит галвирсимон бўшлиқ соҳаси полипининг ҳосил бўлиши билан бирга кечади.

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

Аллергик ринитда қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

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



39-расм. Вазомотор ринитга авж олган давридаги риноскопик манзара

Аллергик ринитда аллергик реакцияга сабаб бўлган омилни бартараф этиш патогенетик терапиянинг муҳим шартларидан бири ҳисобланади. Беморга ўсимликлар гуллаши пайтида бошқа жойга вақтинча кўчиш, уйда респиратор, ҳаво тозалатгич ёки махсус филтрлардан фойдаланиш, уй ҳайвонлари ва

аквариумдан воз кечиш, хонадан гилам ва юмшоқ ўйинчоқларни чиқариш, уйни тоза тутиш, кийим кечақларни тез-тез ювиш тавсия қилинади.

Аллергология кабинети шароитида касалликни қўзғатган аллерген аниқлангандагина специфик иммунотерапия (СИТ) ўтказилиши лозим; бунда касалликни қўзғатган аллерген кичик микдорда тери остига юборилади. СИТ касаллик авж олмаган даврда ўтказилади ва 3 марта такрорланади.

Аллерген аниқланмаган ёки полиаллергия ҳолларда носпецифик гипосенсибилизация тадбири ўтказилади. Носпецифик гипосенсибилизация усули аллергия белгиларини бартараф этишга қаратилган бўлиб, дорилар ёрдамида амалга оширилади. Бунда куйидаги дорилар қўлланади:

- ичишга мўлжалланган антигистамин препаратлар;

- I авлодга мансуб антигистамин препаратлари (димедрол, супрастин);

- II авлодга мансуб антигистамин препаратлари (гисманал(астемизол), кларитин (лоратадин), гистадин (терфенадин), телфаст (фексофенадин), зиртек (цетиризин), кестин (эбастин), эриус ва бошқ.)

Беморга пипольфен, фенкарол, тавегил, интал, задитен, 5% аминокaproнат кислотаси, 10-30% натрий тиосульфат, кальций препаратлари, 5% аскорбин кислота, атропин, беллоид ёки белласпон тавсия қилинади.

Енгил ҳолларда маҳаллий таъсирга эга бўлган антигистамин препаратлари-аллергодил (азеластин) ва гистимет (левокабастин) қўлланади. Маҳаллий усулда беморга димедрол-гидрокортизон ва 1% интал малҳами, бекотид аэрозоли, физиотерапевтик усуллардан - 1% димедрол, 1% интал, 1% кальций хлорид билан электрофорез, гидрокортизон ва спленин малҳами билан фонофорез, аэроионотерапия, УВЧ, магнитотерапия ва гелий-неон лазер нури тавсия қилинади.

Аллергик ринит билан оғриган ва асосан бурун орқали нафас олишнинг қийинлигига шикоят қилган беморларни даволашда топик стероидлар самарали восита ҳисобланади.

Топик стероидлар ҳужайра қобигидан осон ўтиб, лаброцитлар томонидан гистамин ишлаб чиқарилишини сўндириб ва қон томирлар ўтказувчанлигини камайтириб яллиғланишга қарши таъсирга эга. Янги интраназал кортикостероид препаратларидан фликсоназе (флутиказон), альдецин (беканазе, беклометазон), назоненкс (мометазон), ринокорт (будесонид) бурун спрейлари бўлиб, улар узоқ вақт (4-6 ой) давомида қўлланади ва бурун ичига кунига 2-4 марта сепилади.

Тизимли кортикостероидлар (преднизолон, метилпреднизолон) аллергик ринитнинг оғир ҳолларида қисқа муддат давомида қўлланади.

Амалиётда кўпинча қон томирларни торайтирувчи воситалар ишлатилади, ammo уларнинг самараси вақтинча бўлиб, узоқ вақт (2 хафтадан ортиқ) қўлланганда касалликнинг кечимини оғирлаштиради.

Профессорлар А.И.Мўминов ва М.Х.Ҳасанов аллергик ринитни даволашда куйидаги усулни таклиф этдилар: пастки бурун чиғаноғи олд учининг шиллик

қаватига 3% дикаин эритмаси суртиб, огриксизлантирилгандан сўнг шу соҳага 2 мл 2% новокаин, 2 мл 10% кальций хлорид, гидрокортизон ацетат аралашмаси юборилади. Аралашмадаги гидрокортизон суспензияси пастки бурун чиганоқларининг ҳар бирига навбатма-навбат 0,1 мл дан 1,0 мл гача, ҳар кунн 0,2 мл кўпайтириб борилади, кейин 1,0 мл дан 0,1 мл га камайтириб борилади. Жами 10-12 муолажа ўтказилади.

Жаррохлик даволаш усули касаллик авж олмаган даврда ва поллиноз мавсумидан сунг қўлланади. Бурун чиганоқларининг иккиламчи гипертрофияси гальванокаустика, криотаъсир ультротовушли дезинтеграция ёрдамида даволанади, баъзан пастки бурун чиганоқларида шиллиқ ости вазотомия, пастки конхотомия, полипотомия, бурун тўсиғи кийшиклигида тегишли жаррохлик амаллари бажарилади. Операциядан 6-10 кун олдин беморга носпецифик гипосенсибилизация терапияси ўтказилади, оперциядан кейинги даврда - узок муддат интраназал кортикостероидлар буюрилади.

Бундан ташқари рефлексотерапия (акупунктура, электроакупунктура) қўлланади : ўрта бурун чиганоғининг шиллиқ қаватига 0,5% - 1,5 - 2 мл новокаин эритмаси юборилади.

Беморга меҳнат ва дам олиш вақтни тўғри режалаштириш, тоза ҳавода бўлиш, оромгоҳларда даволаниш (Октош, Зомин) тавсия қилинади.

БУРУН ВА БУРУН АТРОФИ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИ

ҳарбий ва спорт машгулотларида, ишлаб чиқариш шароитида, кўча транспорт ходисаларда, эпилепсия хуружи пайтида содир бўлиб, ҳаётда тез-тез учраб туради.

Жароҳат етказган предметнинг таъсир кучи ва хусусияти, унинг йўналиши ва тўқима ичига канчалик чуқур ботишига қараб бурун жароҳатлари *очик* (тери қопламанинг зарарланиши) ёки *ёпик* (тери қатлами бутунлиги бузилмаслиги) бўлиши мумкин.

Ёпик жароҳатларга лат ейиш, юмшок тўқималарга қон қуйилиши, шилиниш, бурун атрофи бўшлиқлари деворларининг, кўз косаси, ёноқ суяги, галвисимон бўшлиқ катакларининг силжиганлиги ёки силжимаганлиги билан кечган бурун суяқларининг синиши киради.

Очик жароҳатлар йиртилган, кесилган, юзаки ва чуқур, бурун бўшлиғига кирган ёки кирмаган жароҳатларга бўлинади. Бурун бўшлиғига кирган жароҳатларга кўпинча ўткир учли предмет сабаб бўлади. Бунда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг йиртилиши бурундан қон оқиши, бурун бўшлиғига ва бурун атрофи бўшлиқларига инфекция кириши, бурун тўсиғи гематомаси ва абсцесси билан кечади. Ўткир учли предметнинг йўналиши бурун

бўшлигининг юқори деворига қаратилганда элаксимон пластинка синиб, беморда орқа мия суюқлиги оқиши кузатилиши мумкин.

Кўпинча бурун суяклари ва юқори жағ суягининг пешона ўсиғи ўртасидаги чокнинг кенгайиши ёки бурун суяклари ва бурун тўсиғининг синиши еки чиқиши натижасида ташқи бурунни ён томонга силжиши учрайди. Кам ҳолларда юқори жағ суяғи пешона ўсиғининг синиши кузатилади.

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

-Риносколиоз - бурунни ён томонга силжиши.

-Ринокифоз - бурун шаклга букири бўлиши.

-Ринологдорз - бурунни ботиши (эгарсимон бурун)

-Платириния - буруннинг шакли ясси бўлиши

-Брахириния- Бурун бўшлиғи ҳаддан ташқари кенг

-Лепториния- Бурун бўшлиғи ҳаддан ташқари тор (ингичка) .

-Моллериния- ташқи бурун суяклари синиши натижасида юмшоқ бўлиб қолиши

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

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

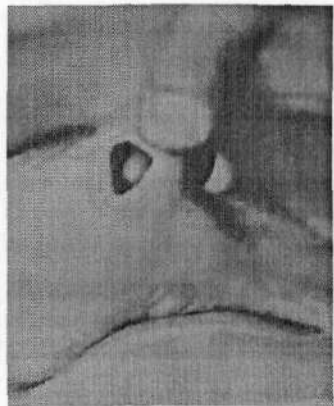
Пешона бўшлиғи одатда қош усти соҳасида жароҳатланади; бўшлиқнинг олд девори синиб, косметик нуқсонга сабаб бўлади. Бурунни ботиши пешона бўшлиғи табиий тешигини ёпилишига олиб келади. Пешона бўшлиғининг орқа девори камдан кам ҳолларда жароҳатланади.

Ғалвирсимон бўшлиқнинг жароҳати кўпинча кўз косасининг медиал қисмида яъни бурун бўшлиғининг ён томонида жойлашган шиллиқ парданинг йиртилиши натижасида юзда тери ости эмфиземасининг пайдо бўлишига олиб келади, бунда шиш ва тери ости эмфиземаси, пешона, бўйин соҳасигача тарқалиши мумкин. Олд ғалвирсимон артерия жароҳатланганда кўз косаси атрофи тўқимасига қон қуйилади.

Пешона ва ғалвирсимон суякларнинг жароҳати кўпинча бурун, кўз олмаси ва кўз косаси, баъзан калла суягининг жароҳати билан бирга кечади. Юқори жағ бўшлиғи кўз косасининг пастки қисми ва юз соҳасида юз берган жароҳатларда; бўшлиқ олд деворининг синиши жароҳат майдони шаклининг ўзгариши, кўз

косаси пастки девори, кўз олмаси, ғалвирсимон бўшлик, ёнок чакка суяклари, тиш ва оғиз бўшлигининг жароҳатлари билан бирга юз беради.

Понасимон бўшлик суякларнинг синиши айти пайтда калла суяги асосининг синиши бўлиб, жуда кам учраб, жароҳат кўриш асаб толаси ва ички уйку



40-расм.Бурун тўсиғи тоғайининг чиқиши

артериянинг жароҳати билан бирга кечиб, ўлим ҳолатига сабаб бўлган қон оқишларга ёки жароҳатдан сўнгги уйку артерияси девори аневризмга сабаб бўлади.

Белгилари. Бурун жароҳатида бурундан қон оқиши, бурун териси ва кўз ковокларида конталашлар пайдо бўлиши, юмшоқ тўқималар шиши ва тери ости эмфиземаси, суяк парчаларининг ҳаракатчанлиги кузатилади. Буруннинг нафас олиш функцияси бузилиши ёки ҳид билиш тирқишларининг ёпилиши натижасида беморда ҳидни билиш функциясини қобиляти пасаяди, ҳид билиш асаб толалари узилганда – буруннинг ҳид билиш функцияси бутунлай йўқолади.

Аралаш жароҳатнинг белгилари хилма-хил бўлиб, бурун атрофи бўшлиқлари ва улар атрофида жойлашган аъзолар жароҳатига боғлиқ бўлади. Болаларда бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг аралаш жароҳатлари юз суяк тузилиши жароҳати билан бирга учрайди. Юзнинг ўрта қисми жароҳатланганда юз суякларининг нотўғри ўсиши натижасида, болаларда кейинчалик юз тузилиши косметик нуқсонлари ривожланиши мумкин.

Калла суяги бўшлиғига тарқалган жароҳатларда; беморда бош мия жароҳати чайқалиши, ёки қисилиши белгилари юзага келади. Калла суяги бўшлиғига тарқалмаган жароҳатларда; калла суяги ичи асоратлари белгилари пайдо бўлади. Калла суяги синганда ва бош миянинг каттиқ пардаси жароҳатланганда жароҳат майдонидан, бурун ёки халқумдан орқа мия суюқлиги оқади (ликворея).

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез, ташқи текширув, пайпаслаш, зондлаш, риноскопия, эндоскопия рентгенография, компьютер томограмаси 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 суякларининг синишидан,

босиб кўрганда тери ости крепитация борлиги галвирсимон суяк синганлиги ва шиллиқ парда йиртилганлигидан далолат беради.

Риноскопияда бурун бўшлиғида қон лахталари, қонталашлар, шиллиқ парда йиртилганлиги, бурун бўшлиғи торайганлиги, бурун чиганоқлари ботган ва бурун тўсиғи қийшайганлиги кўринади. Бурун тўсиғи шиллиқ қаватининг бир томонлама, айниқса икки томонлама шиши бурун тўсиғи гематомасидан дарак беради.

Жароҳатнинг ҳажми чуқурлиги зонд ёрдамида текширилади. Ёпиқ жароҳатда юмшоқ тўқиманинг шиши ташхис қўйишни қийинлаштирганлиги туфайли босиб кўрганда беморда маҳаллий оғриқ борлиги, бурун соҳасининг шиши, қонталашлари, бурун тўсиғи қийшиклигининг бор-йўқлиги диагноз қўйишда эътиборга олинади.

Юз скелетининг жароҳати кўпинча кўз қовоқлари ва кўз косаси атрофига қон қуйилиши “кззойнак белгиси” билан кечади. Аммо бу белги калла суяги асосининг синишида, форсимон синус жароҳатида ҳам кузатилади. Аниқ ташхис қўйиш учун орқа мия пункцияси ўтказилади. Калла суягининг асоси синганда орқа мия суюқлиғида қон аниқланади (субарахноидал қон қуйилиши). Бемордаги шок, қарахтлик (эс-хушни бутунлай ёки қисман йўқотилиши) талваса юз бериши калла суягининг асоси синганлигини билдиради. Бундай ҳолларда бемор қаттиқ носилкаларга боши фиксация қилинган ҳолда ётқизиilib, касалхонага келтирилади. Унга ҳатто рентгенография текшируви ҳам дарҳол қилинмайди, чунки бунда бошни ён томонга буриш керак бўлади.

Галвирсимон суякнинг элаксимон пластинкаси синиб, бош мия қаттиқ пардаси зарарланганда беморда орқа мия суюқлигини оқиши кузатилади. Бурундан бир пайтнинг ўзида ҳам қон, ҳам орқа мия суюқлигининг оқиши ташхисни қийинлаштиради. Биринчи суткада “қуш доғ” белгиси кузатилади, яъни оқ матодаги қон доғининг атрофи рангсиз доира билан ўралган бўлади; қон оқиши тўхтатилгандан сўнг эса, бурундан рангсиз ажралма оқади. Лаборатория текширувида бурундан оқган ажралмаси таркибида глюкоза борлиги аниқланиши орқа мия суюқлиги эканлигини тасдиқлайди.

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

Даволашда бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари жароҳатининг характери, чуқурлиги, беморнинг умумий аҳоли эътиборга олинади. Шошилишч тиббий ёрдам оғриқсизлантириш, қон оқишини тўхтатиш ва беморни дарҳол касалхонага юборишдан транспартировкадан иборат. Лат ейиш ёки юмшоқ тўқималарнинг очиқ жароҳатида ифлосланган жароҳат майдонига бирламчи жароҳатлик ишлови берилади; жароҳат майдони дастлаб антисептик эритма билан ювилади, кейин махсус қошиқча ёрдамида синган суяк ва тоғай парчалари олиб ташланади, юмшоқ тўқима қолдирилади. Беморга кокшолга

қарши анатоксин (эмланган беморга - 0,5 мл, эмланмаганга - 1 мл тери остига), тери ичи синамасидан сўнг- Безредко усули бўйича кокшолга қарши қон зардоби (3000МЕ) юборилади. Ҳайвон бурун соҳасини тишлаганда биринчи тиббий ёрдамдан сўнг бемор қутуриш касаллигига қарши эмланади. Бирламчи чок жароҳатдан 1 сутка ўтгандан сўнг қўйилади.

Одатда синган бурун суяклари ўз жойига ўрнатилгандан сўнг бурундан қон оқиши ўз-ўзидан тўхтайдди. Аксарият ҳолларда илгаксимон олд бурун тикмаси, баъзан орқа тикма бажарилади. Тикма ҳар 24-48 соатда алмаштирилади. Болаларда одатда эластик тикма қўлланади. Бурун жароҳати терисиди қонталашлар ва юмшоқ тўқима шишини камайтириш мақсадида 5-6 соат давомида бурун терси устига халтачали муз қўйилади.

Бурун суяклари синиб, ўз жойидан силжиган ҳолларда ҳамда ташқи косметик нуқсонда бурун суяклари ва бурун атрофи бўшлиқлари деворларининг репозицияси (ўз жойига ўрнатиш) ва суяк парчаларини ички ёки ташқи фиксацияси асосий даволаш усули ҳисобланади. Суяк парчаларини ўз жойига ўрнатиш муҳим косметик аҳамиятга эга. Биринчи суткада бажарилган репозиция энг оптимал усул деб тан олинган, лекин бош мия, калла суяги ичи оғир асоратларида жароҳатдан сўнгги 3 ҳафта давомида бажариш мумкин.

Бемор курсида ўтирган ҳолатда бурун бўшлиғи маҳаллий оғриқсизлантириш (шиллик қаватига 10% лидокаин, 2% дикаин, 5% кокаинни суртиш) ёки синган майдонга 1% новокаин, 2% лидокаин эритмалари юбориб, инфилтрация усулида оғриқсизлантирилади.

Бармоқ ёрдамида бажарилган репозиция. Ташқи бурун чап томонга силжиганда умумий оғриқ-сизлантириш остида ўнг қўлнинг бош бармоғи, ўнг томонга силжиганда эса чап қўлнинг бош бармоғи билан репозиция қилинади. Суяк парчалари ўз жойига тушганда ўзига хос қирсиллаш эшитилади.

Ю.Н.Волков бурун элеватори ёрдамида бажарилган репозиция ҳам маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Бунда ўнг бурун элеватори ўнг томонга, чап бурун элеватори-чап томонга маълум чуқурликка киритилади. Элеватор учи олдинга ва юқорига йўналтирилган тракция ҳаракати билан буруннинг синган, чўккан суяклари ўз жойига тикланади.

Суякларни бармоқ ва асбоб ёрдамида ўз жойига ўрнатиш усули синган суяк парчалари орқага ва ён томонга силжиган ҳолларда қўлланади. Бунда бир вақтнинг узида тегишли элеватор ёрдамида олдинга тракция ҳаракати ҳамда бош бармоқ ёрдамида синган суяклар ўз жойига қўйилади.

Элеваторлар бўлмаган ҳолларда репозиция муолажаси учлари стерил пахта билан ўралган ёки резина қўлқоп бармоғи киргизилган пинцет ёки қискич ёрдамида бажарилади.

Бурун суяклари ўз жойига қўйилгандан сўнг баъзан синган суяк парчаларини керакли ҳолатда ушлаб туриш керак бўлади. Маҳаллий оғриқсизлантиришдан сўнг буруннинг юқори ва ўрта йўлида эритилган парафинга (харорати 50-54⁰С)

шимдирилган дока пиликча билан тикма қўйилади, парафин тез совиб, бурун суякларини тўғри ҳолатда ушлаб туради, 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 беморга бош мия чайқалишининг II-III даражаси ташхиси (бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, ҳолсизлик, неврологик белгилар) қўйилганда бурун суякларининг репозицияси кейинроқ (5-6 кундан сўнг) бажарилади.

Буруннинг жароҳатдан сўнгги айрим оғир нуқсонлари касалхона шароитида жарроҳлик (косметик, пластик, эстетик) усулида даволанади. Ташқи бурун шаклининг бузилиши бурун тўсиғи қийиқлиги, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши билан кечганда *риносеттопластика* жароҳлик амали ўтказилади. Бу операциялар одатда умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Биринчи босқичда бурун орқали нафас олишни тиклаш операцияси, яъни *сеттопластика* бажарилади. Иккинчи босқичда ташқи буруннинг косметик нуқсонлари бартараф этилади. Ташқи бурунда ўтказиладиган пластик операциялар очик ёки ёпиқ усулда бажарилади. Нуқсонларни бартараф этиш учун турли материаллардан тайёрланган имплантантлар (аутоотоғайлар, консервланган тоғайлар, 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 чиганоғи остида бурун бўшлиғига очиладиган йўл ҳосил қилинади. Юқори жағ бўшлиғи ичидаги қоннинг бир қисми сўрилиб кетади, бошқа қисми хилпилловчи эпителий туфайли чиқарилади. Аммо жароҳатдан сўнгги 3-4 кун давомида беморда яллиғланишга хос белгилар пайдо бўлса (бўшлиқ соҳасининг шиши ва инфильтрацияси, оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши), унда юқори жағ бўшлиғи пастки бурун йўли орқали тешилади ва, антисептик, антибиотик эритмалар билан ювилади.

Пешона бўшлиғи деворларининг синиши суяк бўлақларининг бўшлиқ ичига ботиши, бўшлиқ канали фаолиятининг бузилиши билан кечганда бўшлиқ олд деворининг жойига қўйиш ҳамда пешона-бурун бўшлиғи орасида сунъий йўл ҳосил қилиш жарроҳлик амали бажарилади. Бўшлиқ ичига Б.С.Преображенский бўйича ўрнатилган дренаж найча (диаметри 0,6-0,8 см бўлган резина найча пешона бўшлиғини бурун бўшлиғига улаб туради) 3 ҳафтага ёстиқча ёрдамида жароҳат ёнидаги терига фиксация қилинади. Пешона бўшлиғининг орқа девори кўздан кечирилиб, зонд билан текширилганда, бўшлиқ орқа девори синган беморда нейрожарроҳ иштирокида бош миyanинг қаттиқ пардаси очилиб тафтиш қилинади, суқилган суякчалар, йиритилган қаттиқ парда тикилади.

Бурундан орқа мия суюқлиги оқиши аниқланган бемор ярим ўтирган ҳолатда ётқизилади, унга бош мия суюқлиги босимни туширувчи дори воситалари (томир ичига 40% глюкоза, кальций хлорид ва натрий хлориднинг гипертоник эритмалари, лазикс, диакарб), тинчлантирувчи дорилар седуксин, реланиум, 20% оксидбутират натрий буюрилади, суюқликни кам истеъмол қилиш тавсия қилинади. Консерватив даволаш яхши натижа бермаган тақдирда жаррохлик амали ўтказилади, яъни нуқсон юқори ёки ўрта бурун чиғаноғининг шиллик пардасини ишлатган ҳолда пластика қилинади. Жаррохлик амалларида эндоскоплар ва микро асбоблардан фойдаланиб, айрим ҳолларда жаррохлик амаллари калла ўрта чуқурчаси орқали бажарилади.

Аралаш жароҳатларда беморга наркотиксиз огриксизлантирувчи дорилар (баралгин, максиган, трамал ва бошқ.), тинчлантирувчи дори воситалар (тазепам, фенобарбитал, седуксин, реланиум, 20 % оксидбутират натрия ва бошқ.) тавсия қилинади. Жароҳат яллиғланишини олдини олиш умумий ва маҳаллий яллиғланишга қарши антибиотиклар, сульфаниламидлар буюрилади. Иккиламчи асоратларни олдини олиш мақсадида беморга десенсибилизация, дезинтоксикация гемостатик ва симптоматик терапия тадбирлари ўтказилади.

ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТ-

бурун атрофи бўшлиқларининг яллиғланиши барча ЛОР-аъзолари касалликларининг 48,4% ташкил этиб, биринчи ўринни эгаллайди, иккинчи ўринда ҳалқум касалликлари (41,9%), учинчи ўринда қулоқ касалликлари (24,5%) ва тўртинчи ўринда аралаш касалликлар (14,9%) туради.

Бурун атрофи бўшлиқларининг яллиғланиши бўшлиқ ичидаги ажралма табиий йўллар орқали чиқарилиши кийинлашганда жароҳатлардан кейин ёки инфекция тишлардан тарқалганда ривожланади. Жараён буруннинг бир нечта бўшлиқларига бир вақтда тарқалганда поли-синусит, бир томондаги бурун ён бўшлиқларга тарқалганда - *гемисинуит*, буруннинг барча ён бўшлиқларига тарқалганда - *пансинуит* деб аталади. Юқори жағ бўшлиғининг яллиғланиши ўткир гайморит (12,9%), сурункали гайморит (7,1%) айниқса кўп учраб, барча синуситлар орасида биринчи ўринни; иккинчи ўринда ғалвисимон бўшлиқнинг 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 бўлган болаларда-этмоидит (80-92%), 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда - этмоидит ва гайморит учрайди.

Этиологияси. Инфекция бурун атрофи бўшлиғига бурун бўшлиғидан, тишлардан ёки бошқа йирингли ўчоқлардан тарқалиши, жароҳатлардан кейин ривожланиши мумкин. Касалликнинг ривожланишига бактериал флоралар, биринчи навбатда пневмококклар (*Streptococcus pneumoniae*), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, гемолитик стрептококк,

ичак таёкчаси, грамм-мусбат ва грамм-манфий таёкчалар, баъзан грипп ва парагрипп вируслари, аденовируслар, замбуруғлар, *Chlamydia pneumoniae* ва *Mycoplasma pneumoniae* бактериялари сабаб бўлади. Ўткир синуситни ривожланишида кўпинча бир хил микрофлора, сурункали синуситнинг ривожланишида эса кўп хил микрофлора қатнашадилар. Касалликнинг ривожланиши маҳаллий ва умумий иммунитетнинг ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Қуйида кўрсатилган омиллар синуситнинг ривожланишига сабаб бўлади:

<i>Умумий омиллар</i>	<i>Маҳаллий омиллар</i>
Юқори нафас йўлларининг (вирусли) касалликлари	Жароҳатлар
Маҳаллий ёки умумий совуқотиш	Ўсм алар
Аллергик тумов	Ёт жисм
Анатомик нуқсонлар (бурун тўсиғи қийшиқлиги, хоана атрезияси.)	Муковисцидоз
бурун ён бўшлиқлари табиий чиқиш тешиклари аномалияси	Бирламчи бурун шиллиқ кавати мукоцел аппарати функциясининг бузилиши
Зарарли омиллар таъсири (тамаки, атроф муҳит)	
Бронхиал астма	
ОИТС	
Одонтоген инфекция	
Бурун олд ва орқа тикмаси	

Юқумли касалликларда (дифтерия, скарлатина, кизамик) инфекция бурун ён бўшлиғи ичига гематоген йўл орқали тарқалади.

Юқори жағ бўшлиғи яллиғланишининг ривожланишига 10% ҳолларда юқори жағ бўшлиғи пастки деворига ёнма-ён жойлашган иккинчи кам илдизли чайнов тиши ва биринчи кўп илдизли чайнов тишларининг апикал гранулёмаси сабаб бўлади. Бу ҳолда касалликнинг сабабчиси одатда анаэробмикрофлора бўлиб, ажралма ўзига хос бадбўй ҳидли бўлади. Синусит сурункали кечиб, зарарланган тиш соғломлаштирилгандан сўнггина даволанади.

Касалликнинг ривожланишида бўшлиқнинг ҳажми муҳим рол ўйнайди: бўшлиқнинг ҳажми қанчалик катта бўлса у яллиғланишга мойил бўлади. Бурун ён бўшлиқлари орасида энг катта бўшлиқ бу юқори жағ бўшлиғи ҳисобланади, шу сабабли яллиғланиш бу бўшлиққа кўп учрайди. Бундан ташқари, юқори жағ бўшлиғининг бурун бўшлиғига очиладиган табиий тешиги юқорида ўрта бурун йўлида жойлашган, шунинг учун юқори жағ бўшлиғида тўпланган патологик ажралмани бурун бўшлиғига чиқарилиши қийинлашади.

Бурун ён бўшлиқлари ўткир ва сурункали касалликлари бурун ён бўшлиқлари шиллик пардаси мукоциллиар аппаратининг секретор ва транспорт фаолияти бузилади. Бурун ён бўшлиқларининг бурун бўшлиғига очиладиган табиий йўллар соҳасидаги шиллик қавати шишади бўшлиқ фаолияти бузилади ва резонанс функция йўқолади натижада бурун ён бўшлиқлари ичидаги патологик суоқликлар тўпланади.

Атроф муҳитнинг ноқулай таъсири (газ, чанг, зарарли моддалар билан ифлосланиши) натижасида шиллик ишлаб чиқарувчи безларнинг хужайраларининг фаолияти ҳамда хилпилловчи эпителий тукларининг ҳаракати (мукоциллиар клиренс) пасаяди. Ўз навбатида бурун ён бўшлиғидаги шилимшиқ моддаларни бурун ён бўшлиғида тўпланишига, бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари шиллик қаватлари ёпилиб қолган ёт жисмларни чиқарилишининг бузилиши яллиғланиш жараёнининг ривожланишига олиб келади.

Ўткир синусит асосан тумов, грипп, қизамиқ, скарлатина, захм, сил ва бошқа юқумли касалликларда ва ундан сўнгра асорат сифатида ривожланади. Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари турли хил жароҳатлари, бурун бўшлиғи ёт жисмлари, хавfli ва хавфсиз ўсмалари ҳам бурун атрофи бўшлиқларининг яллиғланишига сабаб бўлади.

Сурункали синуситнинг ривожланишига маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сусайиши, аутоаллергия, бактериал аллергия ва пастки ўрта бурун чиганоғининг гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшиқлиги бурун ўсмаси бурун атрофи бўшлиқларидан патологик ажралмалар чиқарилишининг қийинлаштириб сурункали синуситнинг ривожланишига ёрдам беради.

Ўткир синуситда патологоанатомик ўзгаришлар бўшлиқ шиллик парданин кизариши, инфильтрацияси ва шиши билан намоён бўлади. Айрим майдонларда эпителийнинг кўчиши, лимфоцитлар, нейтрофиллар ва эозинофилларнинг тўпланиши кузатилади. Бурун ён бўшлиқлари деворлари шиллик қаватида қонталашлар пайдо бўлади, бўшлиқ ичида серозли, шилимшиқ, йирингли, геморрагик, фибринли ёки аралаш экссудат тўпланади.

Сурункали синуситда асосан бириктирувчи тўқимада яллиғланишнинг пролиферацияси, лимфоцит, нейтрофил, плазматик хужайралар инфильтрацияси, яллиғланиш ўсмалари ва полипларнинг ҳосил бўлиши билан кечади.

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

А. Экссудатив шакли: 1) катарал, 2) серозли, 3) йирингли,

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

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

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

Д. Вазомотор ва аллергияк синусит.

Таъхис. Бурун ён бўшлиқлари касаллиги билан мурожаат қилган беморлар куйидаги тартибда текширувдан ўтказилади.

1. Бемор шикоятларини ва анамнез маълумотларини таҳлил қилиш.
2. Умумий клиник ва биохимик анализлар, оториноларингологик текширув. (олд, орқа риноскопия ва бурун ён бўшлиқлари функцияларини текшириш усуллари)
3. Бўшлиқ ажралмасининг бактериологик текшируви.
4. Эндоскопия текшируви (эндофотография), зарур бўлса синусоскопия
5. Биопсия ва цитологик текширув (кўрсатмага асосан).
6. Бурун атрофи бўшлиқларининг рентгенологик текшируви, шу жумладан контраст модда ёрдамида.
7. Компьютер томографияси (КТ), магнит-резонанс томография (МРТ) зарурият туғилганда)
8. Юқори жағ бўшлиғини тешиш. Диагностик (кўрсатмага асосан).

Бурун атрофи бўшлиқлари яллиғланишида турли усулларда бажарилган рентгенологик текширув кенг қўлланади. Коронар ва аксиал проекцияда бажарилган КТ ва МРТ текширувлари рентгенологик текширувга қўшимча сифатида ўтказилади. КТ текшириладиган аъзонинг каватларини қоғозга тушириш, унинг тузилишини, зичлигини аниқлашга имкон беради. МРТ юмшоқ тўқимали тузилмаларни аниқлашга ёрдам беради. Кенг диапазондаги ультратовуш тўлқинлари 1,5-10МГц ёрдамида бажарилган текшируви ҳам бурун атрофи ён бўшлиқлари яллиғланишини аниқлашда кенг қўлланилади.

Замонавий эндоскопия ва эндофотография текширувлари бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг мураккаб тузилмаларини кўздан кечириш имконини беради. Амалиётда турли кўриш бурчагига эга бўлган қаттиқ ва эгилувчан оптик тизимлар (эндоскоплар, фиброскоплар ва микроскоплар) ишлатилади. Бундай текширувлар бурун ва бурун атрофи бўшлиқларидаги кўзга кўринмас патологик ўзгаришларни ва яллиғланиш жараёнларини эрта аниқлашга ёрдам беради.

ЎТКИР ГАЙМОРИТ

-highmoritis acuta - юқори жағ бўшлиғи шиллик каватининг ўткир яллиғланиши бурун атрофи бўшлиқлари касалликлари орасида энг кўп учрайди. 75% ҳолларда юқори жағ бўшлиғидан олинган патологик ажралмада бактериал микрофлоралар: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pyogenes*, анаэроблар, вируслар ва замбуруғлар аниқланади. Касаллик тумов, грипп, қизамиқ, скарлатина ва

бошқа ўткир юқумли касалликларда ёки уларнинг кейинги асорат сифатида ривожланади.

Охирги йилларда давомли назотрахеал интубациядан сўнг ривожланган назокомиал синусит (касалхона синусити) қайд этилмоқда. Бу касалликни *Pseudomonas aeruginosa* ва бошқа грамм-манфий бактериялар кўзгатади. Ўткир гайморитнинг ривожланишига бўшлиқ деворининг жароҳати, бурун бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амали, бурун тикмалари ҳам ёрдам беради.

Юқори жағ бўшлиқ ичида патологик жараёни ривожланишида юқори жағ бўшлиғи чиқиш тешигининг торайиши ёки бутунлай ёпилиши, мукоциллар клиренсининг функциясини бузилиши билан кечган бўшлиқ дренаж фаолиятининг бузилиши муҳим аҳамиятга эга.

Белгилари. Ўткир гайморитда маҳаллий ва умумий белгилар кузатилади. *Маҳаллий белгиларга* зарарланган бўшлиқ соҳасида нохушлик ҳис этиш, бир томондан бурун орқали нафас олишнинг қийинлиги, юқори жағ бўшлиғи, соҳасида оғриқ бўлиши, оғриқнинг юз ва бошнинг ярмига тарқалиши, зарарланган томонда тишлар оғриши, чайнаганда ёки бош олдинга эгилганда оғриқнинг кучайиши аниқланади. Бурундан йирингли ёки шилимшиқ-йирингли ажралма оқиши, ҳид сезишнинг бузилиши; ажралмани чиқарилиши қийинлашганда беморнинг юзи ва пастки ковоклари соҳаси шишади. Умумий белгиларга тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқолиши, бош оғриғи киради. Қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар (лейкоформулани чапга силжиши, бироз лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши) аниқланади.

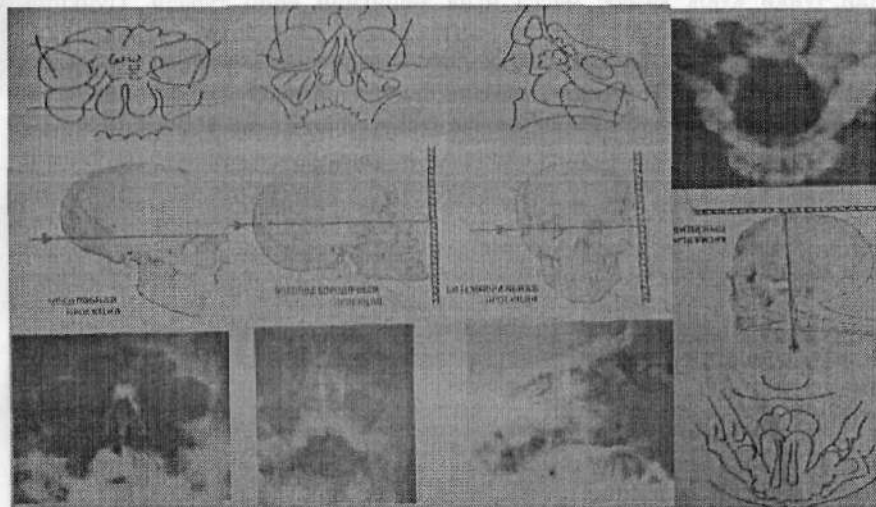
Таъхис беморнинг шикоятлари, анамнез ва бурун бўшлиғининг объектив текширувининг натижалари асосида қўйилади. Олд риноскопияда ўрта бурун чиганоғининг шиллик қавати кизарган ва шишган, ўрта бурун йўлида кўп миқдорда шилимшиқ ажралма ёки йиринг тўпланганлиги кўзга ташланади. Бурун йўли адреналин билан қонсизлантирилганда ва беморнинг боши зарарланган бўшлиққа нисбатан қарама-қарши томонга эгилганда йиринг ўрта бурун чиганоғи остидан оқаётганлигини кўрса бўлади.

Йиринг тўпламини резина баллонча ёрдамида сўриб олиш мумкин. Бунинг учун ўрта бурун йўлига 0,1% нафтизин ёки 0,1% адреналин суртилади, шундан сўнг ўрта бурун чиганоғини бурун тўсиғига силжитиб беморга “ку-ку” сўзини айтиш буюрилади ва шу пайтда йиринг тўплами резина баллонча ёрдамида сўриб олинади. Муолажадан сўнг юқори жағ бўшлиғининг табиий тешиги орқали зонд киритилади, зонддан оқиб чиқаётган йиринг юқори жағ бўшлиғи йирингли яллиғланишини тасдиқлайди. Фронтит ва этмоидитда ҳам ўрта бурун йўли шиллик қаватининг ўткир яллиғланиши, унда йиринг тўпланиши мумкин.

Диафоноскопия, рентгенография, компьютер томография, магнит-резонанс томография ва замонавий оптик тизимлар (каттик ва эгилувчан эндоскоплар) аниқ ташхис қўйишга ва бурун бўшлиғи ичини кўздан кечиришга ёрдам

беради. Бурун атрофи бўшлиқларини зондлаш ёки юқори жағ бўшлиғини тешиб кўриш муҳим диагностик аҳамиятга эга.

Бурун атрофи бўшлиқларининг рентгенографияси бўшлиқларнинг бор йўқлигини, уларнинг ҳажми, ўлчамини, бўшлиқ ичидаги патологик суюқлик экссудатни, қалинлашган шиллик қаватни ёки полиплар борлигини аниқлашга ёрдам беради. Рентгенограммага баҳо берилганда 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 ҳаво сақлаши камайганда яъни патологик суюқлик билан тўплаган бўлса, унинг рентгенологик кўринишида юқори жағ бўшлиғи соҳаси ҳаволи манзараси хиралашади.



А

Б

В

Г

41-расм.Бурун ён бўшлиғининг турли проекциядаги рентгенограммаси

А.Бурун пешона ҳолати Б.Бурун ияк ҳолати В.Битемпорал ҳолати Г. Аксиал ҳолати

Юқори жағ бўшлиғини тешиш. Юқори жағ бўшлиғи пастки бурун йўли, ўрта бурун йўли ёки олинган тиш жойи орқали тешилади. Пастки бурун йўли орқали бажарилган юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажасини махсус шприц ва узунлиги 8-10 см бўлган Куликов игнаси ёрдамида бажарилади. Дастлаб пастки бурун йўлига, унинг юқори бўлими, яъни пастки бурун чиғаноғининг бирикиш жойига оғриқсизлантирувчи дорилар (2% дикаин, 1% пиромеканн, 10% лидокаин ёки 0,1% адреналин гидрохлорид, 10% димедрол) суртилади. Кейин пастки бурун чиғаноғининг бирикиш жойининг олд учидан 1,5-2 см ташлаб ичкарига Куликов игнаси киритилиб нина санчилиб, юқори жағ бўшлиғининг ташқи девори тешилади. Пункция тўғри бажарилган ҳолда врач

игнани аввал қийинчилик билан силжишини, кейин бўшлиқ ичига кириб кетганини сезади. Игна юқори жағ бўшлиғи ичига киргандан сўнг унинг учи бўшлиқ ичида эркин ҳаракат қилиши текширилади. Агар игна бўшлиқ ичида ҳаракат қилмаса, унда уни бироз орқага тортиш лозим. Шундан сўнг бўшлиқ ичидаги ажралма шприц ёрдамида сўриб олинади, бўшлиқ ичига фурациллин ёки физиологик эритма юборилади. Юборилган суюқликнинг игнадан томчилаб оқиши игна бўшлиқ ичида турганини билдиради.

Сўриб олинган патологик ажралма кўздан кечирилади. Унда йирик полипнинг шилимшиқ ажралмаси ёки тиш кистаси аниқланиши мумкин. Агар игна бўшлиқ ичидаги ажралманинг устида турса ёки бўшлиқ ичида қалин йирингли патологик суюқлик тўпланган бўлса, сўриб олинганда ҳеч нарса чиқмайди. Чунки қуюқ казеос масса игна тешигини ёпиб туради. Пункция тўғри бажарилгандан сўнг бўшлиқ антисептик эритмалар (фурациллин, риванол, 0,9% физиологик эритма, хлорофиллит) билан ювилади. Бунинг учун беморнинг боши олдинга эгилади, шунда шприц билан юборилган суюқлик бурун даҳлизи орқали буйраксимон тоғорачага оқиб тушади. Бўшлиқ ичидаги ажралма йирингли бўлганда ювинди сувнинг ранги сут рангига ўхшаб, унда йиринг тўпламлари кўринади. Бошқа ҳолларда дастлаб тиниқ, кейин йирингли ёки шилимшиқ аралаш суюқлик оқиб чиқади. Бўшлиқ бир неча бор ювиладиган сув тиниқ бўлгунча ювилади. Агар бурун ён бўшлиғи тешилгандан сўнг юборилган суюқлик тиниқлиги қолса, унда натижаси манфий ҳисобланади.

Юқори жағ бўшлиғини тешиб кўриш натижасининг манфийлиги юқори жағ бўшлиғи йирингсиз касалликлари (шишли-катарал, полипозли гайморит) борлигини инкор этмайди.

Юқори жағ бўшлиғининг тешиш амали вақтида ёки ундан кейин маҳаллий ва умумий асоратлар кузатилиши мумкин. Одатда юқори жағ бўшлиғини тешиш амалини бажарилишда йўл қўйилган хатолар натижасида юзага келади. Кам миқдорда қон оқишини бурун ичига киритилган тикма ёрдамида тўхтатилади. Юқори жағ бўшлиғини тешиш амали ўрта бурун йўли орқали бажарилганда юқори жағ бўшлиғига юборилаётган суюқлик кўз косаси атрофи юмшоқ тўқималарига тарқалиши ва кейинчалик шу жойга инфекция тушиши натижасида йиринглаши мумкин.

Камдан-кам ҳолларда бош мия ва юрак қон томирлар ҳаво эмболияси кузатилиши мумкин. Бундай оғир асоратлар юқори жағ бўшлиғи тешилгандан сўнг бўшлиқ ичига ҳаво юборилганда юзага келади. Шунинг учун бўшлиқни ювишдан олдин ва ювилгандан сўнг унга ҳаво юбориш қатъиян ман этилади.

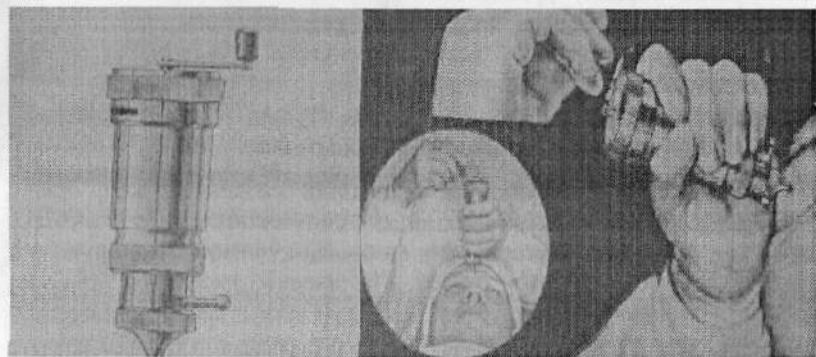
Баъзан юқори жағ бўшлиғининг ўзига хос анатомик нотўғри бузилиши мумкин, унинг медиал ёки олд девори бўшлиқ ичига ботган бўлади. Бундай ҳолларда медиал ва кўз косасининг пастки девори ёки олд девори орасидаги масофа 2 баробар камаяди (3-4 мм гача). Шунинг учун пункциядан олдин

рентгенография текшируви ўтказилиши лозим ва асоратлар юз беришини олдини олиш мақсадида анатомик тузилишига эътибор бериш керак бўлади.

ЎТКИР ФРОНТИТ - *ўрта бурун йўлига*

(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 бўлган тор канал орқали очилади. Бу эса пешона бўшлиғи патологик ажралмасининг чиқарилишини анча қийинлаштиради. Шунинг учун пешона бўшлиғининг яллиғланишида доимо калла суяги ва кўз косаси атрофи асоратларининг ривожланиш хавфи тугилади.

Белгилари. Ўткир фронтит билан оғриган бемор пешона соҳасининг оғришига шикоят қилади, оғриқ пешона соҳаси босилганда ва пешона бўшлиғининг олд девори перкуссия қилинганда, кўз косасининг ички-юқори



42-расм. Пешона бўшлиғи трепанпункция

бурчаги, яъни пешона бўшлиғининг пастки девори босилганда кучаяди. Беморнинг боши оғрийди, учшоҳли асаб толаси биринчи шохчасининг невралгиясига хос белгилар кузатилади (кўзни оғриши, кўзлардан ёш оқиши,

ҳидни билиш қобилятининг бузилиши). Бўшлиқ ажралмасининг чиқарилиши қийинлашганда оғриқ кучайиб, беморнинг қовоқлари ва пешона соҳаси шишади, тана ҳарорати $38-39^{\circ}\text{C}$ кўтарилади. Қонда лейкоцитоз, формулани чапга силжиганлиги, ЭЧТ ошганлиги аниқланади.

Олд риноскопияда ўрта бурун йўли шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар гайморитдаги ўзгаришларга ўхшайди, буруннинг латерал деворида ўрта бурун чиганоғи олд учининг остидан йиринг оқаётганлиги кўзга ташланади. Перкуссия қилинганда ва пайпасланганда пешона бўшлиғи олд деворининг соҳаси ҳамда кўзнинг медиал бурчаги зарарланган томонда кулоқ оғирлиги сезилади. Беморнинг боши олдинга эгилганда пешона соҳасининг оғриғи кучайиб, бемор пешона бўшлиғи соҳасига оғирлик ҳис этади. Бундан ташқари уч шохли асаб толасининг невралгиясини инкор этиш мақсадида беморга рентгенография, диафаноскопия, компьютерли томография текширувлари ўтказилади. Невралгияда оғриқ тўсатдан бошланиб ўткир кечади, фронтитда эса оғриқ аста - секин бошланиб пешона бўшлиғида яллиғланиш ривожланиб бориши билан кучайиб боради; фронтитда оғриётган майдон бармоқ билан босилганда оғриқ кучаяди, невралгияда эса оғриқ камаяди; фронтитда жисмоний зўриқишда, йўталганда, аксирганда оғриқ кучаяди. Пешона соҳасининг оғриғи баъзан ўткир гайморитда ҳам кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда аниқ ташхис қўйиш мақсадида пешона бўшлиғи табиий тешиқ орқали дренаж қилинади трепанопункция амали бажарилади.

Ташхис-бемор шикоятлари касалликнинг бошланиш сабаблари олд, орқа риноскопия, фарингоскопия, диафаноскопия, синусокопия, компьютер томографияси, трепанопункция, бактериологик ва бошқа қўшимча текширувлар асосида қўйилади.

ЎТКИР ЭТМОИДИТ

(*etmoiditis acuta*) - ғалвирсимон бўшлиқ катакларининг ўткир яллиғланиши кўп учрайди ва юқори жағ бўшлиғининг ўткир яллиғланишидан кейин иккинчи ўринни эгалайди. Ўткир этмоидит камдан - кам ҳолларда алоҳида касаллик сифатида ривожланади. Одатда ғалвирсимон бўшлиқнинг олд катакларининг яллиғланиши фронтит ва гайморит, орқа катакларининг яллиғланиши сфеноидит билан бирга кечади. Ўткир ринит, ўткир респиратор юкумли касалликлар, грипп, парагрипп ва бошқалар фронтининг ривожланишига сабаб бўлади. Ўткир этмоидитнинг ривожланишига ғалвирсимон бўшлиқ катакчаларининг табиий чиқариш тешиқларининг ўзига хос анатомотопографик жойлашуви, ўрта бурун йўлининг торлиги, бурун тўсиғи қийшиқлиги дуртки бўлувчи омил бўлиб хизмат қилади.

Клиникаси. Барча яллиғланиш жараёнларидан ғалвирсимон бўшлиқ олд катакларининг яллиғланиши умумий ва маҳаллий белгилар билан кечади. Лекин баъзи ҳолларда фронтитга хос белгилар ҳам кузатилади. Беморнинг боши, бурун илдизи соҳаси ва қошларининг ўртаси оғриғи, оғриқ асосан

бурун илдизи ва кўз косасининг ички чети соҳасида жойлашган бўлади, тана ҳарорати кўтарилади(37-38⁰ C), бурун орқали нафас олиши кийинлашади, бурунидан шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, хидни билиши пасаяди..

Болаларда ва иммунитети паст бўлган, сурункали касалликларга чалинган беморларда инфекциянинг таъсирида галвирсимон бўшлиқ катакларининг суяк деворлари қисман емирилади. Бундай ҳолларда зараланган томонда кўз косасининг ички бурчаги,юқори ва пастки қовоқлар шишиб, қизаради. Бу ерда ёпиқ эмпиема (ёпиқ йирингли ўчоқ) ҳосил бўлиши ва йиринг кўз косаси атрофий юмшоқ тўқимасига таркалиши мумкин. Натижада кўз олмасининг ташқи томонга силжиши, экзофтальм, хемоз, кўз олмасида ҳаракатланганда кучли оғриқ пайдо бўлади, кўриш ўткирлигининг пасайиши ва организмнинг захарланиш белгилари кузатилади.

Таъхис. Олд риноскопияда ўрта бурун чиғаноғи соҳасида шиллиқ қават шишган ва қизарганлиги, баъзан ўрта бурун йўлида йирингли ажралма ёки орқа катакчалар яллиғланганда хид билиш тешигидан йирингли ажралма оқаётганлиги кўзга кўринади. Галвирсимон бўшлигининг олд катаклари яллиғланганда патологик ўзгаришлар асосан ўрта бурун йўлида, орқа катаклари яллиғланганда-юқори бурун йўлида ривожланади.Диафоноскопия ёки рентгенографияда галвирсимон бўшлиқ катакларининг хиралашиши аниқланади. Эндоскопия текшируви галвирсимон катакчаларининг чиқиш йўллари соҳасини кўздан кечириш ва олд этмоидит ёки орқа этмоидитни аниқлаш имконини беради.

Йирингли ажралма галвирсимон бўшлиқ катакларидан чиқмай қолганда (ёпиқ эмпиема) беморнинг кўз қовоқлари шишиб, кўз олмаси ташқи томонга ва пастга силжийди, баъзан кўз косаси атрофида, кейинчалик кўзнинг ички бурчагида окма ҳосил бўлади. Оғир ҳолларда йиринг кўз косасидан калла суяги бўшлиғига тарқалиб калла суяги ичи асоратининг ривожланишига олиб келади.

ЎТКИР СФЕНОИДИТ-

(sphenoiditis-понасимон бўшлиқнинг ўткир яллиғланиши бўлиб одатда галвирсимон бўшлиқ орқа катакларининг яллиғланиши билан бирга кечади.

Белгилари. Бемор боши оғришига, кўз олмасининг орқасида босим ҳис этишига шикоят қилади (сфеноидитга хос субъектив белги); оғриқ энса соҳасига, кўз косасига, баъзан пешонага ва бошнинг теппасида ёки чакка соҳасига тарқалади. Беморнинг хидни сезиш қобилияти пасаяди, тана ҳарорати кўтарилади, иштаҳаси пасаяди, толиқиш ва рухий тушкунлик ҳолати кузатилади.Баъзида кўриш ўткирлиги пасайиши мумкин.

Таъхис Олд риноскопияда юқори бурун йўлининг шиллиқ қавати шишган ва қизарганлиги, ўрта бурун чиғаноғининг устида шилимшиқ-йирингли ажралма тўплами кўринади. Орқа риноскопияда ёки фарингоскопияда йиринг бурун-

ҳалқумдан ва ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб оқиши кўринади. Баъзан юқори бурун йўлида грануляция ва полип аниқланади.

Понасимон бўшлиқнинг чуқур жойлашганлиги ва бемор шикоятларининг ноаниқлиги, бурун йўллариининг торлиги, шиллиқ қаватнинг шиши туфайли ташхис қўйиш қийин бўлади. Қалла суягининг аксиал проекциясида бажарилган понасимон ва галвирсимон бўшлиқ орқа катакларнинг рентгенография, КТ- ёки МРТ-текширувлари аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради

Диагностик ва даволаш мақсадида понасимон бўшлиқни зондлаш ёки пункция қилиш мумкин. Аммо бу муолажа врачдан юксак маҳоратни талаб қилади. Ҳозирги кунда эндоскопларни қўллаш понасимон бўшлиқнинг олд деворини ва чиқиш тешигини кўздан кечириш имконини беради.

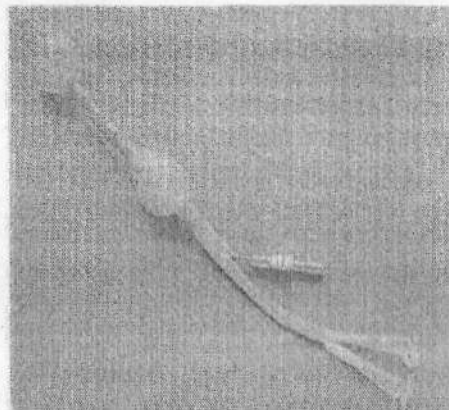
Ўткир синуситларни даволаш. Асоратсиз кечган ўткир синуситлар одатда дори-дармонлар билан даволанади. Беморга антибиотикотерапия (аугментин, амоксициллин, ампициллин, цефазолин, цепорин, клафоран, кефзол, доксициклин, эритромицин, рулид, сумамед олеандомицин) буюрилади. Ампициллин 500 000 ТБ кунига 4-6 маҳал мускул орасига юборилади. Агар антибиотик 72 соат давомида яхши самара бермаса, унда беморга бошқа антибиотик буюрилади. Антибиотиклар билан даволаш одатда 10-12 кун давом эттирилади.

Сульфаниламид препаратлардан: сульфадиметоксин (биринчи куни 2 г, кейинги кунларда 1гр дан), бисептол 480 ёки 960 (1 табл. кунига 3 марта овқатдан кейин) тавсия қилинади.

Бундан ташқари бурун ва бурун ён бўшлиқлари шишини камайтириш ва йиринг чиқарилишини яхшилаш мақсадида антигистамин дорилар (супрастин, пипольфен, тавегил) буюрилади, бурун бўшлиғига қон томирларни

торайтирувчи воситалар томизилади: 3% эфедрин, 0,1% санорин, 0,05% - 0,1% галазолин, 0,05% -0,1% нафтизин. Таркибида секретолитик, антибиотик ва оғриқсизлантирувчи дори воситалари бўлган мураккаб эндонозал спрейларни (ринофлуимуцил, изофра, фенилэфринли полидекса ва бошқ.) бурун бўшлиғига сепиш яхши натижа беради.

Бурун ён бўшлиқларидан йирингли ажралмаларни чиқиши энгиллашгандан сўнгра иссиқ муолажалар буюрилади. ЛУЧ-2 аппарати ёрдамида микротўлқинли



43-расм.Бурун бўшлиғига дори юбориш мосламаси.

терапияни контакт усулда қўлланганда тукима яхшироқ исийди ва яхши натижа беради. Бундан ташқари, бурун атрофи бўшлиғи соҳасига УВЧ (8-12 муолажа), КУФ (6-8 муолажа), УБН, индуктотермия, лазеротерапия, ультратонотерапия, солюкс лампаси ёки кўк лампа ёрдамида иситиш тавсия қилинади.

Охириги йилларда бурун атрофи бўшлиқларини тешмасдан даволаш, бурун ён бўшлиқларини усулда ювиш усули кенг қўлланмоқда. Бу усул Г.И.Марков ва В.С.Козлов (1990) таклиф қилган “ЯМИК” синус-катетери ёрдамида бажарилади.

Бу мослама ёрдамида бурун бўшлиғида манфий босим ҳосил қилинади ва бир томондаги бурун атрофи бўшлиқларидан патологик ажралма сўриб чиқарилади, ва бўшлиқларга даволаш мақсадида ҳар хил дорилар юборилади. Синус - катетерда иккита шишадиган баллон бўлиб, уларнинг бири (дистал) хоананинг орқасига, иккинчиси (проксимал) - бурун даҳлизига жойлаштирилади. Ҳар бир баллончадан клапанли найча чиқади. Баллончалар орасида синус-катетернинг юзида учинчи найчанинг тешиги очилади. Бурун бўшлиғи *огриксизлантирилиб, бурун атрофи бўшлиқларининг тешиқларига* кон торайтирувчи дорилар суртилиб, уларни табиий чиқариш тешиқлари кенгайтирилгандан сўнг синус-катетер бурун бўшлиғига киритилади (дастлаб дистал, кейин проксимал) ва шприц ёрдамида ҳаво юборилиб, шиширилади, шунда бурун бўшлиғи бурунҳалқум ва бурун даҳлизидан айри туради. Бурун бўшлиғидаги ҳаво учинчи найча орқали сўриб чиқарилгандан сўнг бурун бўшлиғига манфий босим ҳосил бўлади. Бурун ён бўшлиқларда эса мусбат ҳаво босими сақланган, бурун ён бўлиқларида табиий тешиқлар орқали патологик суюқлик бурун бўшлиғига чиқиб ундан катетер орқали шприцга келиб тушади. Шприцда антисептик дори воситаси бурун бўшлиғига юборилган Яна табиий тешиқ орқали бурун ён бўлиғига боради, яна қайтиб бурун бўшлиғига шприц тортиб олинди шу жараен бир неча марта такрорланди. Бушлиқлардаги патологик ажралма чиқариб ювилгандан сўнг бурун ён бўлиқларига дорилар ёки контраст моддалар юборилиб тўлдирилади.

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

Ўткир гайморитда юқори жағ бўшлиғини тешиш амбулатор шароитида ҳам бажарилади, бўшлиқдаги патологик ажралма аниқлангандан сўнг бўшлиқ илик 0,9 % физиологик эритма, фурациллин (1:5000), йодинол эритмалари билан суюқлик ранги тиниқлашгунча ювилади Ҳар кун найча орқали юқори жағ бўшлиғи ювилиб, керакли дори дармонлар юборилади. Куликов игнаси чиқариб олинмасдан игна ичига тефлон найча киргизилади ва игна чиқарилиб олинади тефлон найча бурун даҳлизига ёки юқори лабга лейкопластир билан ёпиштириб қўйилади. Бўшлиқ ичига ҳар куни 2 маҳал ҳар 12 соатга новаканга эритилган бирор антибиотик 500000 ТБ унга қўшиб юбориш мумкин диоксидин, 5 мл ёки трипсин 5 мг, ёки гидрокартизон ва бошқалар. Бўшлиқ

тоза бўлгунча фурациллин ёки бошқа зарарсизлантирувчи дори моддалари билан ювилади.Тефлон найча бўшликка 2 ҳафтага қўйса бўлади.

Юкори жағ бўшилиғи 16 кун давомида ювилгандан сўнг йирингли ажралмани чиқиши давом этса, камаймаса унда жарроҳлик амалини қўллаш масаласи кўтарилади ва эндоназал гаймаритотомия жарроҳлик амали бажарилади.

Ўткир фронтитда пешона бўшлиғини қийшиқ канюля ёрдамида зондланади ёки пешона бўшлиғи маҳаллий оғриқсизлантирилиб бурун бўшлиғи орқали, пешона бўшлиғи табиий тешиги орқали бўшлиқ трепанопункция муолажаси қўлланади.

Пешона бўшлиғи трепанопункцияси бўшлиқдан патологик ажралмасини чиқаришнинг энг самарали даволаш воситаси ҳисобланади.

Трепанопункция М.Е.Антонюк асбоби ёрдамида бажарилади. Операциядан олдин трепанопункция қилинадиган нуқта белгиланади: пешона соҳасининг қоқ ўртаси ва бурун усти бўйлаб биринчи вертикал чизик, қош усти ёйининг суяк чети бўйлаб биринчи чизикка перпендикуляр ҳолда иккинчи горизонтал чизик, шу чизиклар ҳосил қилган тўғри бурчакнинг ўртасидан икки чизикдан бир хил узоқликда узоқлашади учинчи чизик ўтказилади. Бурчакнинг бошланиши асосидан 1-1,5 см ташлаб трепаноторнинг исканаси қўйиладиган нуқта белгиланади. Хатога йўл қўймаслик учун фронтал, сагитал проекцияда бажарилган рентгенограммага асосан бажарилади ва бунда пешона бўшлиғи ҳажми, кенглиги унинг чуқурлиги ўртасидан деворлар ҳисобга олинади.

Трепанопункция касалхона ва амбулатор шароитида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинган ҳолда бажарилади.Маҳаллий оғриқсизлантириш остида (1% новокаин, 5,0 мл) трепанобор исканаси ёрдамида белгиланган нуқта орқали пешона бўшлиғининг олд девори тешилади, трепанотон исканаси чиқарилиб, ҳосил бўлган тешиқ орқали зонд киргизилиб бўшлиқнинг чуқурлиги ва орқа девори аниқланади, кейин тешиқча махсус канюля киргизилиб, пешона бўшлиғи шу канюля орқали илик стерил фурацилин, 0,9 % физиологик эритма ювилиб, антибиотиклар, гармонлар, ферментлар юборилади.Ҳаммаси бўлиб муолажалар 7-12 кун давом эттирилади.

Пешона бўшлиғини махсус игна ёрдамида пастки (кўз косаси) девори орқали тешилади ва игна ичидан махсус умров ости катетери пешона бўшлиғига киргизилади, игна чиқариб олинади, катетр эса бўшлиқка қолдирилиб, пешона соҳасига лейкопластир билан ёпиштириб қолдирилади.Пешона бўшлиғи шу катетер орқали ювилади ва дорилар юборилади.Кўз косаси яқин жойлашганлиги сабабли бу усул кўп қўлланилмайди.

Ўткир фронтитни консерватив даволаш фойда бермаганда жарроҳлик амали ўтказилади; пешона бўшлиғи эндоскоплар ёрдамида бурун бўшлиғи ичидан очилади. Кўз косаси атрофи ва калла суяги ичи асоратларида пешона

бўшлигида радикал жарроҳлик амали бажарилади ва Б.С.Преображенский бўйича пешона бўшлиғи билан бурун бўшлиғи орасида дренаж ўрнатилади.

Ўткир этмоидитда ривожланган эмпиема, субпериостал абсцесс, кўз косаси атрофии юмшоқ тўқимаси флегмонаси каби асоратлар жароҳлик усулида даволанади- галвирсимон бўшлиқ катаклами эндоанал йўл орқали, ковок ёки кўз косаси юмшоқ тўқимаси абсцесси ташқи ёки эндоанал йўл орқали эндоскопик усулда очилади.

Ўткир сфеноидит одатда консерватив усулда дори-дармонлар билан даволанади. Маҳаллий даволаш шиши баргараф этиш, бўшлиқдан ажралма чиқарилишини яхшилашга қаратилган бўлиб, бунда кон томирларни торайтирувчи дорилар, “силжитиш” усули ва “ЯМИК” синус-катетерини қўллаш ҳам яхши самара беради. Беморларга антибиотиклар, антигистамин дори моддалари, оғриқни қолдирувчи дорилар буюрилади.

Ўткир сфеноидитда кўз косаси ва калла суяги ичи асоратлари ривожланиш белгилари билан намоён бўлган тақдирда понасимон бўшлиқда зудлик билан жарроҳлик амали ўтказилади.

СУРУНКАЛИ ГАЙМОРИТ

(highmoritis cronica) - юқори жағ бўшлиғи шиллик қавати пардасининг сурункали яллиғланиши бўлиб, одатда тез-тез қайталанган юқори жағ бўшлиғини ўткир яллиғланишининг давомидир. Ўткир яллиғланиш 4 ҳафтадан ортиқ вақт давом этса, унда ўхшаш касаллик ҳисобланади, 6 ҳафтадан ортиқ давом этса, унда жараён сурункали шаклга айланган деб ҳисобланади. Ўткир гайморитни сурункали шаклига айланишига умумий ва маҳаллий даволаш тадбирлари етарли даражада ўтказилмаганлиги, юқори жағ бўшлиғининг ўзига хос анатомик тузилиши (табiiий чиқиш тешиги бўшлиқнинг юқори қисмида жойлашганлиги ва табиий чиқариш тешиги ўрта бурун чиганогининг шиллик қавати шишгандан сўнг ёпилган бўлса ёки чиганокнинг суяк қисми билан юқори жағ бўшлиғи девори орасида бурчак жуда кичик бўлганда бурун ён бўшлиғи ичидаги патологик ажралма чиқиши қийин бўлади) бурун бўшлиғининг хавfli ва хавфсиз ўсмалари ёрдам беради. Сурункали гайморитнинг ривожланишига тишдан тарқалган инфекция ҳам сабаб бўлади.

Йирингли, йирингли-полипоз ва полипозли гайморит, камдан-кам тарқалган катарал, деворолди-гиперпластик ва аллергик гайморитлар учрайди.

Этиологияси ва патогенези кўп жиҳатлардан ўткир гайморитларникига ўхшайди. Сурункали гайморит ривожланишининг негизида юқори жағ бўшлиғининг табиий йўларининг ёпилиши, дренаж фаолиятининг бузилиши ва бактериялар вирулентлигини ошиши. Юқори жағ бўшлиғи патологик ажралмасида S. pneumoniae, H. influenzae, P.aeruginosa, S. aureus, S.epidermidis, анаэроб-лар ёки грамм-манфiiй таёқчалар аниқланган. Бундан ташқари

Aspergillus, Phycomycetes, Cladosporium замбуруғлари ҳам сурункали гайморитнинг ривожланишида муҳим рол ўйнайди.

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

Бурун орқали нафас олишни қийинлаштирган ва остеомаатал комплекс майдонини ёпиб турган бурун бўшлиғининг ўзига хос анатомик тузилиши, шу жумладан бурун тўсиғи қийиқлиги ва тиканлари, бурун чиғанокларининг гипертрофияси, полиплар, аденоидлар, бурун хоаналари атрезияси, полипозли этмоидит ва бошқ. ҳам беморда сурункали гайморитни ривожланишига сабаб бўлади. Болаларда сурункали гайморит ўткир гайморит давомийлиги туфайли юзага келади. Кўпинча катарал шаклда кечиб, бунда асосан аденоидлар ва аденоидит касаллик сабаб бўлади. Касаллик клиник кечимини янада оғирлаштириши мумкин. Бурун орқали нафас олиш тиклангандан яъни аденоотомия жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг юқори жағ бўшлиғининг шиллик пардаси яна ўз ҳолига қайтади.

Белгилари гайморитнинг клиник шаклига боғлиқ бўлади. Сурункали гайморитда субъектив белгилар кўпинча ноаниқ бўлиб, бемор узоқ давом этган бир томонлама тумовга, бурнидан шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли бадбўй ажралма оқишига, бурни орқали нафас олиши қийинлигига, вақти-вақти билан боши оғришига ҳид сезишнинг пасайиши, димоғида бадбўй ҳид сезишига шикоят қилади. Икки томонлама сурункали гайморитда (айниқса полипозли шаклида) ҳидни сезиш фаолияти пасаяди (гипосмия), ҳатто аносмия ривожланади.

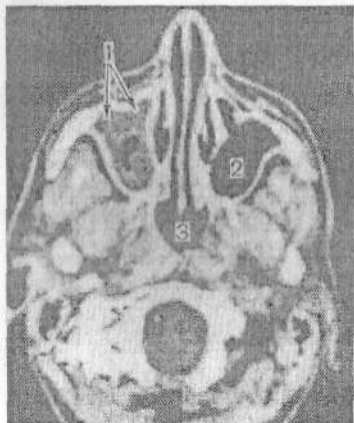
Ўрта бурун чиғаноғи олд учининг гипертрофиясида ёки полипларида юқори жағ бўшлиғидан ажралманинг чиқарилиши қийинлашиб, патологик ажралма беморнинг буруни орқали окмай тўпланиб қолади, шунда беморни бурун-ҳалқум, ҳалқум ва ҳикилдоқ соҳасида нохушлик, ёқимсиз ҳид безовта қилади. Ҳалқум қуриши, тез-тез туфлаб туриш, эрталаб ёки кун давомида кўп миқдорда шилимшиқ ва йирингли-шилимшиқ балғамнинг чиқарилиши, кўнгли айниши беморнинг асосий шикоятлари ҳисобланади.

Касаллик авж олмаган пайтда беморнинг аҳволи қониқарли бўлиб, у ҳеч қандай шикоят қилмайди.

Сурункали гайморитда юқори жағ бўшлиғи соҳасининг оғриғи ўткир гайморитдагига қараганда кучсизроқ бўлиб, касаллик авжида ёки бўшлиқ ажралмасининг чиқарилиши қийинлашганда кучаяди, ажралма чиқарилгандан кейин яна камаёди. Беморнинг боши одатда оғримайди; баъзан бошида ноаниқ тарқоқ оғриқлар пайдо бўлади; асосан зарарланган томонда юқори жағ, чакка ёки кўз косаси, пешона соҳаси оғрийди, баъзан уч шохли асаб толасининг невралгиясига хос белгилар кузатилади.

Беморнинг хотираси ёмонлашади, фикрини бир жойга йиғолмайди ва тез толикади.

Бурун бўшлигидан доимий равишда йирингли ажралма оқиб турганлиги сабабли бурун дахлизининг териси шилинади, яллиғланади, шишади, экземага хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Олд риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ қавати бир оз қизарган, бурун чиғаноқлари катталашган, ўрта бурун чиғаноғи остидан чиқиб, ўрта ва пастки бурун йўлида тўпланган шилимшиқ-йирингли ажралма кўзга ташланади. Беморнинг боши қарама-қарши томонга эгилганда ажралма оқиб, бурун бўшлиғига чиқиши кучаяди. Ўрта бурун йўли зондга ўралган пахта ёрдамида тозаланиб, шиллиқ қаватига 0,1% нафтизин ёки 0,1% адреналин гидрохлорид суртилгандан кейин патологик ажралмани қайта



44-расм.Калла суягининг компьютер томографияси.

Ўнг томонлама гайморит.

тўпланиши, юқори жағ бўшлиғининг яллиғланишига хос объектив белги ҳисобланади. Юқори жағ бўшлиғи ажралмасининг чиқарилиши олд томондан қийинлашган ҳолларда, бурун бўшлиғи орқа томонга оқа бошлайди бу эса орқа риноскопияда аниқланади. Патологик ажралма доимий равишда бурун-ҳалқумга оқиб тушиши натижасида беморда сурункали фарингит ривожланишига олиб келади. Юқори жағ бўшлигидан чиқаётган йирингли ажралма ўрта бурун йўли шиллиқ қаватининг яллиғланишига, шишига ва ўрта бурун чиғаноғи олд қисмининг гипертрофиясига олиб келади; кейинчалик ўрта бурун йўлида бурун чиғаноғи олд қисмини полипозли ўзгаришига сабаб бўлади.

Таъхис бемор шикоятлари, объектив текширувлар, айниқса эндоскопия текшируви, рентгенография, диафоноскопия, компьютер томография, юқори жағ бўшлиғининг диагностик тешиб кўриш натижалари асосида қўйилади. Юқори жағ бўшлиғини тешишдан олинган ажралма бактериологик текширувдан ўтказилади кўзгатувчининг хили ва антибиотикларга сезgirлиги аниқланади. Ғалвирсимон ва пешона бўшлиқларининг яллиғланишида ҳам йирингли ажралма ўрта бурун йўлида тўпланиши ва полип ҳосил бўлиши мумкин. Аниқ тўғри ташхис қўйиш мақсадида бурун бўшлиғи ювилиб, ўрта бурун йўли олд қисми тозаланади. Агар ўрта бурун йўлида йирингли ажралма 15-20 дақиқадан сўнг қайта тўпланса, унда юқори жағ бўшлиғи яллиғланганлиги аниқ бўлади.

ОДОНТОГЕН ГАЙМОРИТ.

Юқори жағ бўшлиғининг туби иккинчи кичик озиқ, биринчи ва иккинчи катта озиқ тиш илдизларининг чўққисига яқин жойлашганлиги, улар орасида юпка

суяк пластинкаси ва шиллик парда ётганлиги одонтоген гайморитнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Бу тишлар чўққиси соҳасидаги ялиғланиш юқори жағ бўшлиғига осон тарқалиши мумкин. Тиш илдизи гранулемаси, субпериостал абсцесс ва парадонтоз одонтоген гайморитнинг ривожланишига олиб келади. Баъзан гайморит тишни суғуриб олиш пайтида юқори жағ бўшлиғи тубининг тешилиши инфекциянинг кириши натижасида ривожланади. Бундан ташқари одонтоген гайморит ривожланишига оғиз бўшлиғидан кирган ёт жисмлар (тиш пломбаси, стоматологик асбобларнинг синган парчаси, пилликча, тиш илдизи) сабаб бўлиши мумкин.

Бемор ёнок соҳасининг бироз оғришига, альвеоляр ўсикдаги оқмадан йиринг оқиб чиқишига, бурун қоқилганда оғзига ҳаво киришига, оқат парчаларини юқори жағ бўшлиғига ўтиши натижасида пайдо бўлган бадбўй ҳидга шикоят қилади.

Анамнездан бемордаги тиш касаллиги, оғиз бўшлиғида ўтказилган муолажа ҳақида маълумот олиш мумкин. Стомфарингоскопия қилинганда “айбдор” тиш ёки олиб ташланган тишнинг жойида юқори жағ бўшлиғига очиладиган тешик орқали оғиз бўшлиғига қалин ва бадбўй йирингли ажралма оқиб чиқаётганлиги аниқланади.

Таъхис. Бурун атрофи бўшлиқларининг эндоскопия, рентгенография, ортопантомография, баъзан контрастли рентгенография текширувлари одонтоген гайморитни аниқлашга ёрдам беради; бунда юқори жағ бўшлиқининг пастки девори қалинлашганлиги аниқланади.

Даволаш. Одонтоген гайморит “айбдор” тишда ва юқори жағ бўшлиғида бажарилган жарроҳлик амали комплекс чора тадбирлар ўтказиш ёрдамида даволанади.

Тешиткли одонтоген гайморитда Колдуэлл-Люкк жарроҳлик амалидан ташқари, оғиз даҳлизи ёки танглай маҳаллий юмшоқ тўқимасини силжитиш жойида ҳосил бўлган оқма тешигининг пластикаси бажарилади. Яъни тешик буткул ёпилади.

СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ

(frontitis acuta) - пешона бўшлиғи шиллик пардасининг сурункали ялиғланиши. Бир ойдан кўпроқ давом этган ўткир фронтит сурункали фронтит деб баҳоланиши лозим. Сурункали фронтит кўпинча тўлик даволанмаган ўткир фронтитдан сўнгра ривожланади. Ўрта бурун чиғаноғи гипертрофияси, бурун тўсиғи қийшқлиги, полипозли гайморэтомидит сурункали фронтитни ривожланишига сабаб бўлади. Организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетини пасайиши, микрофлоранинг кучини кўпайиши юқорилиги ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Белгилари. Пешона бўшлиғи ичидаги патологик жараённинг характериға боғлиқ бўлади. Сурункали фронтитда субъектив белгилар кўпинча бўшлиқ экссудатининг чиқарилиши қийинлашганда юзаға келади. Бемор вақти-вақти билан ёки доимий равишда бошининг пешона соҳаси оғришиға, буруни битишиға, бурунида шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланишиға, хидни сезиши пасайганлиғиға шикоят қилади. Беморнинг пешонаси пайпасланганда



45-расм. Сурункали фронтитда пешона тери ости абсцесси

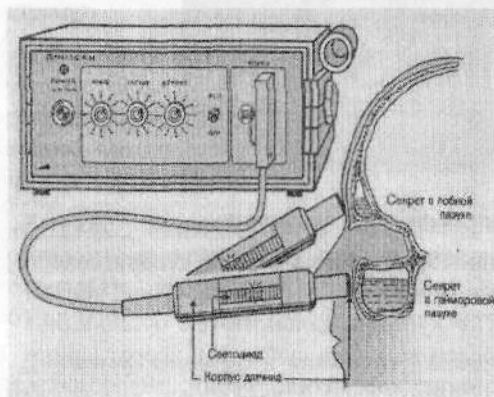
ёки перкуссия қилинганда пешона бўшлиғининг олд ва пастки девори соҳаси оғрийди. Оғрик турли омиллар таъсирида кучайиши мумкин (алкоголь, чекиш, жисмоний зўриқиш). Сурункали фронтит кўпинча галвирсимон бўшлиқнинг яллиғланиши билан бирға кечиб, куз косаси ва калла суяғи ичи асоратларини келтириб чиқаради. Бунда кўз олмасининг ҳаракатида оғрик, экзофтальм, хемоз, кўриш ўткирлигининг бузилиши каби белгилар юзаға келади.

Олд риноскопияда ўрта бурун чиганоғи олд қисми шиллиқ қавати қалинлашганлиғи ва унинг остида кўп ёки кам микдорда йиринг тўплами (кам микдордаги йирингли ажралма фақат эрталаб кўринади), бурун бўшлиғининг латерал деворида шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ ажралма борлиғи, ўрта бурун йўлининг шиллиқ қавати полипсимон ўзгарганлиғи аниқланади. Агар ёпиқ эмпиема бўлса, йирингли ажралма кўринмаслиғи мумкин. Ўткир ва сурункали фронтитда пешона бўшлиғи ичининг шиллиқ қавати яраланиши, емирилиши натижасида жараён суяк усти пардасиға ва суякка тарқалиши, кейинчалик шу майдонда аввал абсцесс кейинчалик (2,3 расм) оқма ҳосил бўлиши мумкин. Оқма пешона бўшлиғи олд суяк деворини емириб, тери остиға ўтиб очик эмпиема ҳосил қилади; баъзан йиринг пешона бўшлиғининг пастки суяк девори орқали кўз косасиға ёки орқа суяк девори орқали калла суяғи ичига тарқалиши ва экстрадурал абсцесс ёки йирингли менингитнинг ривожланишиға олиб келиши мумкин.

Таъхис субъектив ва объектив маълумотлар, қўшимча текширувлар натижалари асосида қўйи-лади (диафоноскопия, рентгенография, пешона-бурун йўлини зондлаш, компьютерли томография, синускопия).

СУРУНКАЛИ ЭТМОИДИТ

(ethmoiditis chronica)-ғал-вирсимон бўшлиқ катакларининг сурункали яллиғланиши одатда ўз вақтида аниқланмаган ва тўлиқ даволанмаган ўткир этмоидитнинг давомидир. У бошқа синуситлар билан бирга кечади ёки уларнинг асорати сифатида ривожланади. Организм ҳимоя кучини сусайиши ва ўткир юқумли касалликлар, кам қонлик, қандли диабет, аденоидлар, бурун тўсиғи қийшиқлиги сурункали этмоидитнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Кўпинча сурункали этмоидитнинг катарал-серозли, йирингли ёки гиперпластик шакллари учрайди.



46-расм. Синускопия усули

Эгилганда шу соҳада оғирлик ҳис этишига, тез чарчашига, уйқусизликка, бадбўй ҳид ҳиссиёти борлигига шикоят қилади. Ғалвирсимон бўшлиқнинг орқа катаклари яллиғланганда ҳид билиш майдонининг шиллик қавати яллиғланиб шишади, шунинг учун беморда ҳидни билиш қобилияти пасаяди. Бундан ташқари орқа катаклар кўриш асаб толасига анатомик жиҳатдан яқин жойлашганлиги туфайли, уларнинг яллиғланиши кўриш ўткирлигининг пасайишига сабаб бўлади. Оғир ҳолларда жараён кўз косасига тарқалиши мумкин; бу ҳолда беморнинг юқори кўз ковоғи шишиб, кўзининг юқори ички бурчаги текисланади; кўз олмаси олдинга силжийди. Пайпасланганда бурун илдизи ва кўзнинг медиал бурчаги соҳаси (периостит) оғрийди. Ёпиқ эпиема яллиғланиш натижасида риворжланиши суякусти пардаси ва суяк тўқимасига тарқалиб кўзнинг ички бурчаги ёпиқ эпиемага оқма ҳосил бўлади ва эпиема ёрилиши туфайли оқмага айланиши мумкин. Инфекция кўз ковоғининг юмшоқ тўқимасига ва вена қон томир каналларига (флебит) орқали тарқалиши натижасида, кейинчалик беморларда қалла суяги ичи асорати ривожланишига

Белгилари.

Сурункали этмоидит кўпгина ҳолларда яширин кечади, субъектив белгилар кам ёки умуман кузатилмайди.

Баъзан касалликнинг белгилари фронтитга ўхшаганлиги сабабли бу касалликни фронтит деб ҳам даволанади. Бемор узоқ давом этган бир томонлама тумовга, бурунидан шилимшиқ ёки йирингли ажралма оқишига, боши ва бурун илдизи соҳасида оғришига, боши олдинга

сабаб бўлиши мумкин. Бундай асоратлар беморларнинг умумий ахволини оғирлашиши билан кечади.

Таъхис. Риноскопияда ўрта бурун чиганоғи ва ўрта бурун йўлининг шиллик пардаси қизариши, шишганлиги, ўрта бурун чиганоғи остидан (олд этмоидит) ёки юқори бурун йўлидаги ҳид билиш тирқиши соҳасидан (орқа этмоидит) шилимшиқ-йирингли ёки йирингли ажралма оқаётганлиги кўринади. Эндоскоплар ёрдамида текшириш аниқ таъхис қўйишга ёрдам беради. Узок давом этган этмоидит ўрта бурун чиганоғининг катталашганлиги аниқланади. галвирсимон бушлиқ катакларининг табиий чиқиш тешиклари атрофида полиплар ҳосил бўлади. Бурун бўшлиқлари рентгенография ёки компьютерли томография текширувида зарарланган томонда галвирсимон бўшлиқ катаклари соҳасида ҳаво зичлиги пасайганлиги аниқланади.

СУРУНКАЛИ СФЕНОИДИТ

(sphenoiditis chronuca)- понасимон бўшлиқнинг сурункали яллиғ-ланишида бемор боши оғришига, бурунида қалин ажралма ва қурук пўстлоқлар ҳосил бўлишига, улар қийинчилик билан тозаланишига, ҳолсизликка, тез толиқишига шикоят қилади. Оғриқ бошнинг энса соҳасида, баъзан чакка ёки пешона соҳасида тарқалишига, боши пастга эгилганда бош айланишига шикоят қилади.

Понасимон бўшлиқ: узоклаштирувчи, кўриш,уч шохли ва бош мия сайёр асаб толалари, понасимон бўшлиқга яқин жойлашганлиги сфеноидитда турли неврологик асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлади. Жараён понасимон бўшлиқнинг 0,5-3 мм юпқа юқори деворига, яъни хиазма соҳасига тарқалганда беморда кўриш ўткирлиги ёмонлашади. Бундан ташқари сфеноидитда ҳид билиш ва узоклаштирувчи бош мия асаб толаларининг зараланиши туфайли менингит, форсимон синус тромбози каби оғир асоратлар ривожланиши мумкин.

Таъхис. Бемор шикоятлари бош оғриши, бурун битиши, ҳид билишнинг пасайиши, бурундан нохуш ҳид келиши. Фарингоскопияда бурун-ҳалқумнинг юқори бўлимларида йиринг ва қурук пўстлоқлар тўплами, шиллик парданинг атрофияси кўзга ташланади. Понасимон бўшлиқ калла суяги асосининг чуқур бўлимларида жойлашганлиги аниқ таъхис қўйишни қийинлаштиради. Шунинг учун бу бўшлиқ баъзан “унитилган бўшлиқ ёки гўнг бўшлиқ” деб аталади. Эндоскопия, олд орқа риноскопия, фарингоскопия, рентгенография, КТ- ёки МРТ текширувларида олинган маълумотлар асосида қўйилади.

Сурункали синуситларни даволаш. Сурункали синуситларни даволашда касалликнинг этиологияси, шакли ва босқичи эътиборга олинади.

Сурункали гайморитнинг катарал, серозли, экссудатив (аллергик), йирингли ва вазомотор шакллари дори-дармонлар билан, продуктив, альтератив ва аралаш шакллари жаррохлик усули ёрдамида даволанади. Орбитал ва калла

суяги ичи асоратлари эса жаррохлик амалини шошилинч равишда бажаришга кўрсатма ҳисобланади.

Сурункали синусит авж олган даврда маҳаллий ва умумий даволаш тадбирлари ўтказилади. Стафилококк сабаб бўлган яллиғланишда микрофлорага сезгир бўлган антибиотик беморга, ста-филококка қарши зардоб (250 мл дан 1 ҳафтада 2 марта) жами 4 марта ва стафилококка қарши гаммаглобулини (1,5 мл дан ҳар 3 кунда, жами 3 муолажа) тавсия қилинади. Синупрет драже 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. Аллергик синуситларда носпецифик терапия ўтказилади.

Синуситларнинг экссудатив, аллергик ва атрофик шаклларида маҳаллий терапия бўшлиқнинг чиқиш йўлларида қон томирни торайтирувчи препаратларни суртиш, юқори жағ бўшлиғини тешиш, яллиғ-ланган бўшлиқ ичига дори юбориш, пешона бўшлиғини зондлаш ёки трепанопункция қилиш, пона-симон ва ғалвирсимон бўшлиқ катакларини тешиш, зонд қўйиш ва физиотерапия тадбирларини ўтказишдан иборат.

Қон томирларини торайтирувчи пиносол, тизин каби ёғли дориларнинг таъсири нафтизин, гала-золин ва санорин каби суюқ дориларнинг таъсирига қараганда кўпроқ давом этади. Ўрта бурун йўлига ҳар куни 0,1% адреналин гидрохлорид, шимдирилган пиликчани 2-3 дақиқага қўйиш яхши самара беради. Қон томирни торайтирувчи дориларни 8-10 кундан ортиқ вақт қўллаш ман этилади, чунки шиллик қаватларини қон томирларининг давомли қисқариши натижасида қонга тўлиши ҳолати юзага келган бўлса, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашишига, ҳилпилловчи эпителий фаолиятининг бузилишига олиб келади.

Сурункали гайморитда юқори жағ бўшлиғини тешиб найча қўйиш, бўшлиқни антисептиклар (фурациллин, 1% ли хлорофиллипт, диоксидин) билан ювиш ва бўшлиқ ичига антибиотикларни (гентамицин, цефазолин, сефазалин, аугментин ва бошқ.). Ферментларни (химотрипсин 25 мг ёки химопсин 25 мг, трипсин 5-10 мг) ва кортикостероидларни (2-3 мл гидрокортизон, дексаметазон, преднизолон) юбориш усули кенг қўлланади. Замбуруғ чақирган синуситларга нистатин ва леворин таблетка ҳолда ичишга берилади ва бўшлиқ ичига левориннинг натрий тузи, нистатин (изотоник эритманинг ҳар 1 мл 10 000 ТБ, хинозол 1:1000, 0,1% бинафша генциан ёки амфотерицин В юборилади. Антибиотикларга чидамли микробга қарши диоцид (1:5000) юбориш тавсия қилинади, кейинчалик бўшлиқ ичи изотоник эритма, 1% диоксидин, йодинол эритмалари билан ювилади. Дориларни бушлиқ шиллик қаватига яхши сурилиши учун уларга 1% ли димексидиннинг фурацилиндаги эритмаси қўшиб юборилади. Маълумотларга қараганда юқори жағ бўшлиғини тешиш муолажаси кунора бажарилиб, жами 7-8 марта бажарилади. Лекин бу бемор учун каттик психологик травма ҳисобланади. Юқори жағ бушилиги 8

марта пункция қилингандан сўнг йирингли ажралма бартараф этилмаса, жаррохлик усулини қўллаш тавсия қилинади. Лекин бу беморлар учун оғриқли жароҳат бўлади. Шунинг учун юқори жағ бўшлиғини тешиб найча қўйиш усули афзалдир.

Охириги йилларда сурункали гайморит, фронтит, сфеноидит ва этмоидитни электрсўргич ёрдамида антисептик эритмалар қўллаб алмашлаб ювиш кенг тарқалган. Бурун бўшлиғидаги ҳаво босими электрсўргич ёрдамида пасайтирилганда бурун ён бўшлиғи ичидаги патологик суюқлик бурун ён бўшлиғига оқиб чиқади. Электрсўргич билан сўрилади. Шиша идишдан келадиган суюқлик бурун бушлиғи ва ён бўшлиғига табиий тешик орқали киради. Яна сўргич орқали сўрганда бурун ён бўшлиғидан чиқиб, бурун бўшлиғига киради. Бу ҳолат бир неча марта такрорланиши натижасида бурун ён бўшлиғидаги патологик суюқликлар чиқиб унинг ўрнига антисептик дорилар алмашади. Бундай даволаш усули “силжитиш” ёки «алмашлаб ювиш» деб аталади. Даволаш “ЯМИК” синус-катетери ёрдамида ҳам бажарилади.

Сурункали синуитларда бўшлиққа чиқаргич найча ўрнатиш усули ҳам яхши натижа беради. Лекин зондлаш усулига қараганда анча қулай бўлиб, экссудатни узлуксиз чиқишини таъминлайди. Бу усул пункция ва зондлаш усулига қараганда анча қулай бўлиб экссудатни узлуксиз чиқарилишини таъминлайди. Бужлаш бўшлиқнинг чиқиш йўлини кенгайтиради; дренаж бўшлиқ ичини ювиш, унга кислород ва дориларни юбориш имконини беради.

Юқори жағ бўшлиғига чиқаргич найча ўрнатиш учун юқори жағ бўшлиғини тешиш пайтида ва тешиб бўлгандан сўнг юқори жағ бўшлиғига Куликовский нинаси ичидан кичик полиэтилен найча киритилади. Полиэтилен (ёки фторопласт) найчани пешона ва галвирсимон бўшлиқ катақларига ҳам киритса бўлади. Пешона ва понасимон бўшлиқларни табиий йўллари орқали чиқаргич найча қўйиш учун найча зондга киргизилади. Бўшлиқ зондлангандан сўнг найча бўшлиқ ичида қолдирилади, зонд эса-чиқариб олинади. Найчанинг ташки учи лейкопластир ёрдамида юз терисига ёпиштириб қўйилади. Пешона бўшлиғи трепанопункциясидан кейин ҳам найча чиқаргич пешона соҳасига жойлаштириб қўйилади.

Физиотерапевтик воситалардан УВЧ, антибиотик ва аллергияга қарши дори модаларининг аэрозоллари билан ингациялар қилинади, микротўлқинли терапия, бурун ён бўшлиғи соҳасига тиббий лой ва 30 дақиқа озокерит аппликацияси ($42-45^{\circ}\text{C}$) 10-12 муолажа тавсия этилади. Сурункали синуитларнинг катарал шаклида дориларни бўшлиқ ичига электрофорез, фонофорез ёрдамида юбориш яхши самара беради. Бунинг учун антибиотиклар, диоксидин, гидрокортизон эмульсияси ёки малхами, 0,25-1% рух сульфат, 10%, 20%, 50% прополис ишлатилади. Сурункали синуитларнинг кўзғалиш даврида, полипозли синуитларда иссиқ муолажаларни қўллаш ман этилади. Бундай ҳолларда дастлаб полипотомия амали бажарилиб, кейин ультратовуш ёрдамида бўшлиқ ичига 1% гидрокортизон юборилади. Қон

босимининг ошиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, турли ўсмалар барча физиотерапевтик муолажаларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Сурункали синуитларни даволашда оғиз бўшлиғи (тишлар) ва бурун-ҳалқумни соғломлаштириш, аденоидит, бурун тўсиғи қийиқлиғи, гипертрофик тумовни даволаш муҳим аҳамият касб этади.

Синуитнинг полипозли, гиперпластик, аралаш ҳамда экссудатив шаклларида дори-дармонлар билан даволаш яхши натижа бермаган ҳолларда полипотомиа ва бошқа жарроҳлик амаллари бажарилади; бурун полипи махсус симли сиртмоқ ёрдамида олиб ташланади. Этмоидитда дастлаб ўрта бурун чиганоғи остидаги полип қолдиқлари конхотом ёрдамида олиб ташланади, кейин галвирсимон бўшлиқ катаклари очилади, бўшлиқ ичидаги полиплар қошиқча ёрдамида олинади.

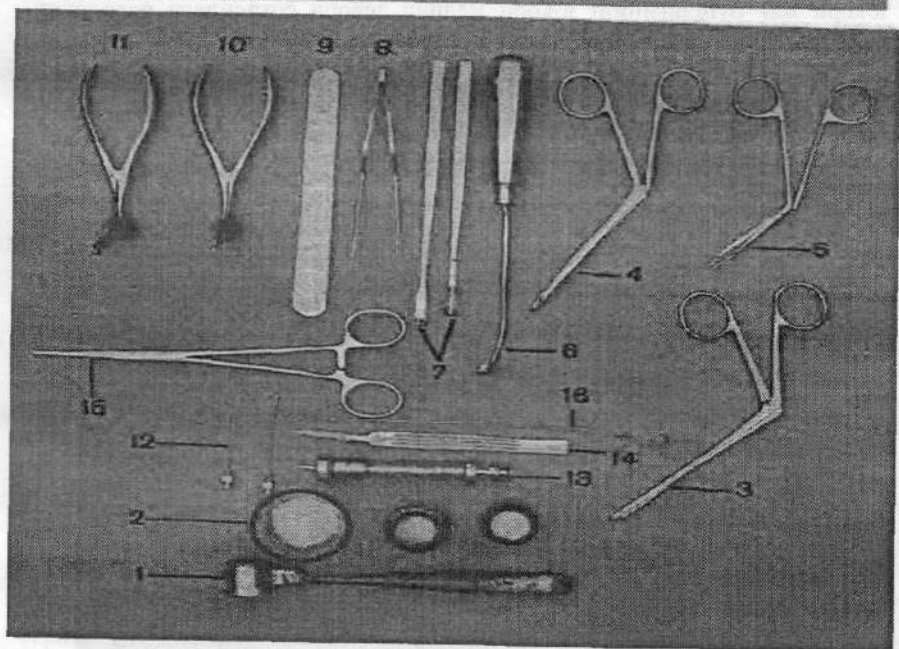
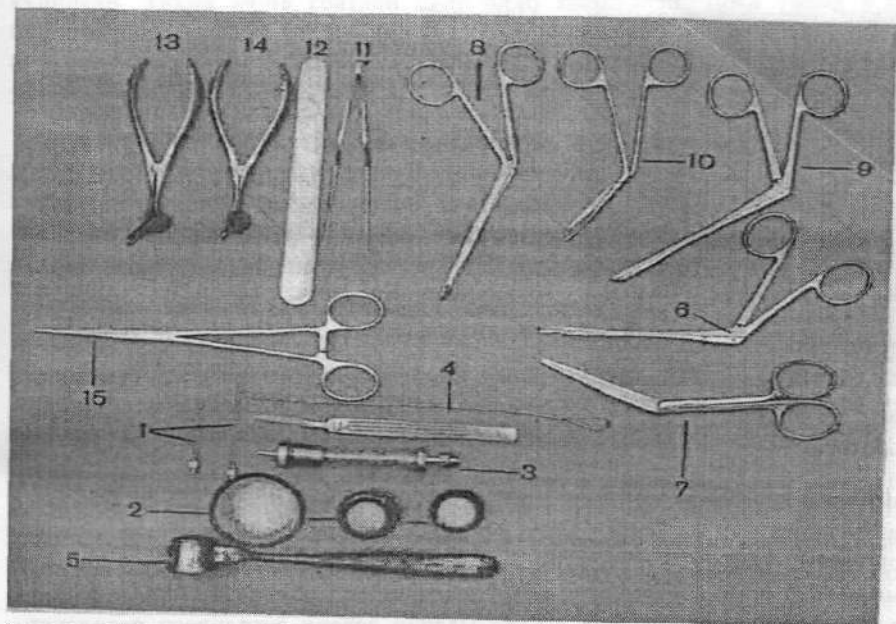
Жарроҳлик амали пайтида зарарланган бўшлиқдан бурун бўшлиғига очиладиган кенг йўл ҳосил қилинади, шунда бўшлиқнинг ҳаво алмашинуви яхшиланиб, у патологик ажралмадан тозаланади. Касалликнинг соғайишига ёрдам беради, риноген кўз қосаси атрофи ва кала ичи асоратларини ривожланишини олдини олади.

Сурункали гайморитда жарроҳлик амаллари икки усулда бажарилади – бурун бўшлиғи орқали (эндоназал) ва бурун бўшлиғидан ташқари (экстраназал).

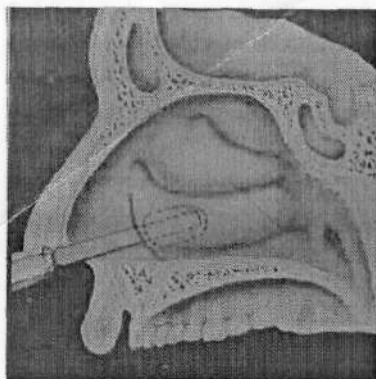
Ҳозирги кунда эндоназал жарроҳлик амаллари оптик тизимлар: каттик эндоскоплар, узун фокусли жарроҳлик микроскоплари ва махсус жарроҳлик асбоблари ёрдамида бажарилади. Масалан, “Хаммер-2” аппарати ёрдамида бурун полипини олиб ташлаш, бурун атрофи бўшлиқларини очиш, бурун чиганоқларини резекция қилиш ва битишмаларни кесиш каби жарроҳлик амалларини бажарса бўлади. Ультратовуш асбоби эса юқори жағ, пешона ва галвирсимон бўшлиқ катаклариди остеопластик “ёпиқ” операцияларни бажаришга ердам беради.

Экстраназал жарроҳлик амаллари яллиғланган тўқима, яллиғланиш ўсмалари, холестеатома, полип ва чириган суяк тўқималарини олиб ташлаш имконини беради. Бу жарроҳлик амали кенгайтирилган бурун ён бўшлиқларига ўтказилиб, бурун ён бўшлиқларини бурун бўшлиғи орасидаги ҳаво алмашинувини яхшилади, йирингли ажралманинг тўпланиб қолишини олдини олади.

Юқори жағ бўшлиғида бажариладиган Колдвелл-Люк, А.Ф.Иванов ва Денкер бўйича радикал операцияси амалиётда кенг тарқалган жарроҳлик амали ҳисобланади. Бу жарроҳлик амалида юқори жағ бўшлиғи оғиз бўшлиғи дахлизи орқали юқори лаб остидан кесилиб, юз соҳасидан очилади. Сурункали серозли ва катарал гайморитларда юқори жағ бўшлиғи эндоназал йўл орқали очилади. Колвелл-Люк бўйича гайморотомиа жарроҳлик амали куйидагича бажарилади



47-расм. Бурун ён бўшлиқларида жаррохлик амали ўтказиш учун керакли тиббий асбоблар

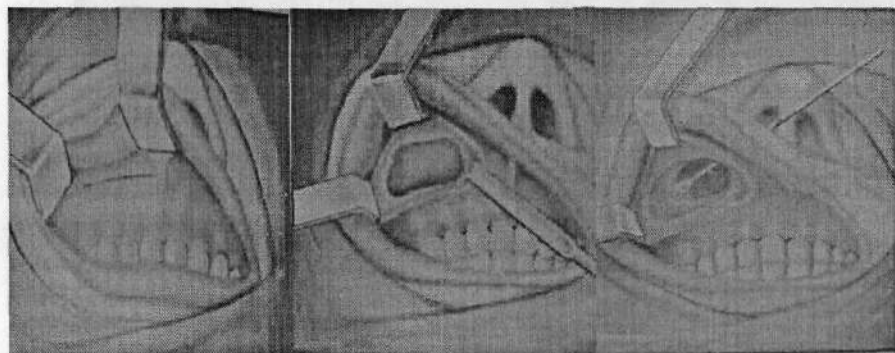


48 -расм. Эндоназал гайморитотомия

кенгайтирилади. Суякда очилган тешикнинг ҳажми тахминан 2x2 см бўлиши лозим. Бўшлиқ ичи кийшиқ ажратгич ва суяк қошиқчаси ёки учи айлана тумтоқ қискич ёрдамида патологик ўзгарган шиллик қават, йиринг, некротик тўқима ва полиплардан, яллиғланиш ўсмаларидан тозаланади. Бир вақтнинг ўзида юқори жағ бўшлигининг юқори медиал девори соҳасидаги патологик тўқималар ҳам олиб ташланади. Юқори жағ бўшлигининг медиал деворида ўлчами 2,5 x 1,5 см бўлган сунъий тешиқ, юқори жағ бўшлиғи ичи томонидан суяк тўқима олинади, юмшоқ тўқима П шаклида кесилиб бўшлиқ тубига ётқизилади яъни пастки бурун йўлига очиладиган кенг йўл ҳосил қилинади. Сунъий тешиқнинг пастки қисми силлиқланади. Жарроҳлик амалидан сўнги қон оқишни олдини олиш мақсадида бўшлиқ ичига хусусан галвирсимон лабиринт деворига йодоформ ёки микробларга қарши малхамлар шимдирилган узун доқа тикма жойланади. Тикманинг бир учи бўшлиқдан сунъий ҳосил қилган тешиқ орқали пастки бурун йўлига, бурун даҳлизига чиқарилиб

.Маҳаллий ёки умумий оғрикислантиришдан сўнг оғиз даҳлизининг шиллик қавати ва суяқ усти пардаси милк бурмасидан 0,5 см юқорида 2-тишдан 6-тиш сатҳи бўйлаб горизонтал кесилади. Суяккача бажарилган кесим ўрта чизикдан 4-5 см ташлаб бешинчи-олтинчи тишгача давом эттирилади, юмшоқ тўқималар суяқ усти пардаси билан бирга ажратгич ёрдамида ажратиб юқорига силжитилади.

Воячекнинг новасимон исканаси ёрдамида юқори жағ бўшлиғи fossa canina соҳасида тешилади. Кейин ҳосил қилинган тешиқ Гаека қискичлари ёрдамида



I-босқич

II-босқич

III-босқич

49-расм. Колвелл-Люк бўйича гайморитотомия босқичлари

қўйилади. Тикма 24-48 соатдан сўнг олиб ташланади. Дока тикма ўрнига бўшлиқ ичига махсус резина (латекс) баллонни (пневмотикма) киритса ҳам бўлади. Жаррохлик амалининг охирида оғиз дахлизи шиллик қавати жароҳатига кеткут чоки қўйилади.

Жаррохлик амалидан сўнг бемор 6-7 кун давомида касалхона шаротида даволанади. Шу вақт давомида юқори жағ бўшлиғи сунъий тешик орқали кунига 2-3 марта антисептик эритмалар билан ювилади, беморга оғрикисилантирувчи, аллергияга қарши ва антибиотиклар, витаминлар иммунитетни яхшиловчи дори воситалари буюрилади.

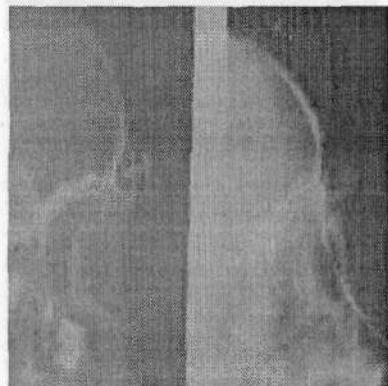
Сурункали фронтитда остеоэпителиома соҳа катталашган ўрта бурун чиганоғи, илгаксимон ўсиқ, полип ёки йирик галвирсимон пуфак билан ёпилиб қолган ҳолларда пешона бўшлиғини бурун бўшлиғи билан боғлаб турувчи тешик най эндоназал усулда кенгайтирилади, патологик ўзгарган тўқима эса олиб ташланади.

Дори-дармонлар ва эндоназал жаррохлик амалини самарасизлиги, яллиғланиш жараёнини тез-тез қайталаниши ҳамда келиб чиққан асоратлар ташқи (эндоназал радикал) жаррохлик амалларини қўллашга кўрсатма бўлади. Пешона бўшлиғида Б.С.Преображенский сунъий чиқаргич йўл ҳосил қилиш билан бирга Риттер-Янсен жаррохлик амали кенг қўлланилади.

Риттер-Янсен операциясида маҳаллий ва умумий оғрикисилантириш остида тери кўз косасининг юқори чети бўйлаб кошнинг ўртасидан ичкарига, бурун ён девори томон кесилади. Юмшоқ тўқима суяк усти тўқимаси кўз косасининг юқори деворидан, кош усти ёйидан ва бурун ён деворидан ажратилади. Искана долот ва қисқичлар ёрдамида кўз косаси юқори девори суяк тўқимасининг бир қисми кош усти ёйига бўлган масофада олиб ташланади ва бўшлиқ ичига очиладиган 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 суяқлари қисман олиб ташланади. Пешона бўшлиғи ичидаги йиринг полиплар, яллиғланиш ўсмалари патологик ўзгарган тўқима учи айлана қисқичлар ва суяк қисқичлари ёрдамида пешона бўшлиғи ва галвирсимон бўшлиқнинг юқори қисмидан кириб тозаланади. Олинган патологик тўқималар гистологик текширувга юборилади. Б.С. Преображенский бўйича сунъий тешик йўл ҳосил қилиш учун пешона бўшлиғига бурун бўшлиғи орқали (узунлиги 3см, диаметри 6-8 мм) резина найча киритилади. Чиқаргич 3-4 ҳафтага бўшлиқ ичида қолдирилади, вақти- вақти билан бўшлиқ резина чиқаргич найча орқали ювилади ва дорилар юборилади

Белоголовов ва Киллиан операциясида умумий ва маҳаллий оғрикисилантирилиб беморнинг тери кош ўртасида, унинг ташқи четидан ички қирраси томон кесилиб, кесим ёйсимон шаклда пастга туширилиб, тўқималар ноксимон бўшлиқнинг юқори қиррасига давом эттирилади. Кўп ҳолларда пешона бўшлиғининг пастки девори (Белоголовов усули), баъзан олд девори

соҳасидан очилади (Киллиан усули). Пешона бўшлиғидаги патологик ўзгарган тўқималар, йиринг, яллиғланиш ўсмалари ўткир қошиқча учи айлана қискич ёрдамида олиб ташланади, бўшлиқ кўздан кечирилади, патологик ажралмадан тозаланганлигига ишонч ҳосил қилингандан сўнг бурун бўшлиғига очиладиган кенг йўл ҳосил қилинади. Бунинг учун юқори жағ суягининг пешона ўсиғидан суяк қисмлари олинади, кейин ғалвирсимон бўшлиқнинг олд ва қисман ўрта катаклари очилади. Ҳосил бўлган йўл орқали бурун бўшлиғига чиқаргич найчаси киритилади ва уч ҳафта давомида қолдирилади. Баъзан ҳосил қилинган йўл битиб кетиши ва фронтит қайталаниши мумкин. Буни олдини олиш учун пешона бўшлиғи тозалангандан сўнг бўшлиқ ичига ёғ тўқимаси, желатина ёки суяк тўқимаси жойланади.



50-расм.Сурункали фронтитнинг

рентгенологик кўриниши

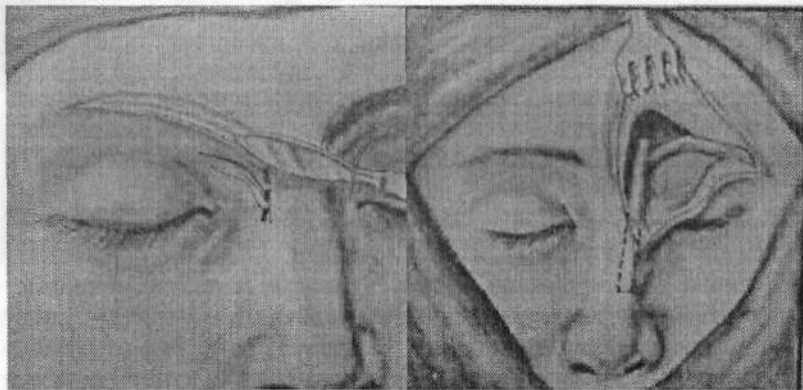
Кўпгина беморларда полипотомиядан сўнг полипларнинг бир неча бор қайталаниши кузатилади. Шунинг учун операциядан кейинги даврда беморларга 3-5 ой давомида кортикостероидли аэрозоллари тавсия қилинади (фликсоназе, альдецин, назонекс ва бошқ.), организмнинг иммунитет ҳолати тикланади. Бурун ичи жаррохлик амалларини оптик тизимлар (қаттиқ эндоскоплар, микроскоплар ва микроасбоблар) ёрдамида бажариш яхши натижа беради ва бўшлиқларни анатомик тузилмалари, физиологик функцияларини сақлашга ёрдам беради.

Ғалвирсимон бўшлиқ катакларини бурун ичидан очиш ва полипотомия жаррохлик амали маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади (3 % дикаин ёки 10% лидокаин аэрозоли).Мускул орасига керакли дозада 2% промедол, 0,1% атропин сульфат ва тавегил (промедикация) юборилгандан сўнг, бемор жаррохлик столига яримўтирган ҳолатда ётқизилади. Жаррохлик амали ўтказиладиган соҳага 0,1 % адреналин гидрохлорид суртилиб,

Асоратсиз кечган сурункали этмоидит дастлаб юқорида қайд этилган доридармонлар билан даволанади. Болаларда диастолозация силтитиб ювиш усули кенг қўлланилади-бурун бўшлиғидаги ҳаво босимини ошириш ёки пасайтириш йўли орқали бўшлиқ ювилади ажралмаси сўриб чиқарилади. Консерватив даволаш ёрдам бермаган ҳолларда жаррохлик даволаш усули қўлланилади, беморда бурун ичи операциялари ўтказилади; септикопластика, бурун полипотомияси, ғалвирсимон бўшлиқ катакларини қисман ёки тўлиқ очиш, ўрта бурун чиғаноғининг катталашган қисмини резекция қилиш, пастки бурун чиғаноғининг четки резекцияси ёки вазотомияси ва бошқ.

жарроҳлик амалининг биринчи босқичи, полипотом ёки учи айлана бурун қисқичлари ёрдамида бурун бўшлиғидан полиплар олинади. Ғалвирсимон

бўшлиқ катакчалари соҳаси жарроҳлик амалини бажариш учун ўрта бурун чиганоғи медиал томонга силжитилади (синдирилади) ёки унинг катталашган олд қисми қирқилади, шунда ўрта бурун йўли анча кенгайди. Ўрта бурун йўли яққол кўзга ташлангандан сўнг учи айлана бурун қисқичлари, конхотом ёки Гартман суяк қисқич асбоби ёрдамида олд ва ўрта ғалвирсимон катаклар навбатма-навбат қисман очилади. Орқа ғалвирсимон катакчалар ўрта бурун чиганоғининг орқа қисми орқали очилади. Шундай қилиб ғалвирсимон



51-расм. Радикал фронтотомиянинг босқичлари

бўшлиқ понасимон бўшлиқ чегарасигача тўлиқ очилиб, ғалвирсимон, ҳамма катаклари очилиб, кенг ҳаволилиги яхши бўлган ягона бўшлиқ ҳосил қилинади. Гайморит ва этмоидит бирга кечган ҳолларда ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари Преображенскийнинг қийшиқ қошиқчаси ёрдамида юқори жағ бўшлиғи орқали очилади (Винклер усули).

Жарроҳлик амали вақтида жарроҳлик асбобларини эътиборсизлик билан қилган ҳаракати туфайли ғалвирсимон суягининг ғалвирсимон пластинкасини шикастлаб, калла суяги бўшлиғига кириб кетиши мумкин. Бу эса орқа мия суюқлигининг оқиши, менингит ва бошқа оғир асоратларни юзага келтиришига сабаб бўлади. Ғалвирсимон пластиканинг жароҳатланишини олдини олиш учун унинг топографик жойлашувини яхши, аниқ билиш лозим. Ғалвирсимон пластинка бурун чўққисининг пастиди ўрта чизик бўйлаб жойлашади. Шунинг учун жарроҳлик амали вақтида асбобларни латерал томонга ишлатиш лозим, чунки 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 очилганми ёки очилмаганлигини аниқ билиш қийин бўлади. Кўпинча

яллиғланган галвирсимон катакларнинг бир қисmini олиб ташлаш етарли бўлади, қолган катаклар дорилар таъсирида консерватив даволанади.

Понасимон бўшлиқ ҳам маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш остида эндоназал йўл орқали очилади. Дастлаб галвирсимон бўшлиқнинг олд, ўрта ва орқа катаклари юқорида қайд этилгандай навбатма-навбат очилади. Галвирсимон бўшлиқ орқа катаклар очилгандан сўнг понасимон бўшлиқнинг олд девори кўринади. Понасимон бўшлиқнинг девори одатда юпка бўлганлиги туфайли, у Блексли асбоби, новасимон искана ёки Гартман асбоби ёрдамида тешилади. Понасимон бўшлиқ олд деворида ҳосил бўлган тешик кенгайтирилади, баъзи ҳолларда ҳатто бўшлиқнинг олд деворини тўлиқ кесиб олинади, бўшлиқ ичидаги яллиғланган шиллиқ қават яллиғланиш майдони, ўсмалари, холестеатома, полиплар, некрозга учраган юмшоқ тўқималардан тозаланади.

Сурункали сфеноидит сурункали гайморит билан бирга кечганда понасимон бўшлиқ юқори жағ бўшлиғи (трансмексилляр йўл) орқали очилади. Юқори жағ бўшлиғида кенгайтирилган жарроҳлик амали бажарилиб бўлгандан сўнг, унинг орқа-юқори чегарасида понасимон бўшлиқнинг олд деворига ёнма-ён жойлашган галвирсимон бўшлиқ орқа катаклари юқори жағ бўшлиғининг медиад девори орқали навбатма-навбат очилади. Кейин понасимон бўшлиғининг олдинги девори очилиб, бўшлиқ ичидаги патологик ўзгарган юмшоқ тўқималар йиринг, некрозга учраган юмшоқ тўқима яллиғланиш ўсмалари олиб ташланади. Жараён иккинчи бўшлиқга ҳам тарқалган бўлса, бўшлиқлар ўртасидаги тўсик синдирилиб, иккинчи бўшлиқ ҳам патологик ажралмалардан тозаланади.

Жарроҳлик амали тугаши билан бўшлиқ ичига левомикол, левосин ва бошқа малҳамларга ёки йодо-формга шимдирилган дока тикма киритилиб, жойланади. 24-48 соатдан сўнг тикма алмаштирилади.

БУРУН АТРОФИ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ КИСТАСИМОН КЕНГАЙИШИ

бурун атрофи бўшлиқларининг чиқиш йўли ёпилиб бўшлиқ ичида тўпланиб қолган суюқлик унинг деворларини кенгайтириши натижасида юзага келади. Бўшлиқ ичидаги суюқлик серозли (hydrops), шилимшиқ (mucocoele) ёки йирингли (pyocoele) бўлиши мумкин.

Бўшлиқларнинг кистасимон кенгайиши кўпинча пешона ва галвирсимон бўшлиқларда учрайди. Пешона бўшлиғи чиқариш йўли ёки бошқа бўшлиқнинг чиқариш йўли юз суяқларининг жароҳатларидан кейин, яллиғланиши ёки облитерация жараёни аллергик ҳолатларда шиллиқ қавати шишиб, табиий тешиги ёпилиб қолиши мумкин.

Белгилари. Касаллик кўпинча ноаниқ ҳолларда кечади. Кейинчалик суяк деворининг шакли ўзгарганда кўз косасининг юқори-ички бурчагида шиш

пайдо бўлади, кўз олмаси ташқарига ва пастга силжийди, одатда шиш огримайди. Бўшлиқ ичидаги суюқлик сақлаган халтачаси катталашган сари пешона бўшлигининг юз ва кўз косаси деворлари, баъзан бош мия ва медиал девори кенгайди. Пешона бўшлигининг пастки девори бурган ва юпқалашганлиги туфайли пайпасланганда ўзига хос товуш ҳис этилади. Кўз олмасининг ҳаракати чегараланади, беморда диплопия ривожланади, нарсалар кўзига иккита бўлиб кўринади, кўздан ёш оқади. Риноскопияда ўрта бурун йўлида юзи силлиқ буртиш, шиллиқ қават ранги ўзгармаганлиги кўзга ташланади.

Касалликни ривожланиши билан боғлиқ бўлганда жараёни жуда секин ривожланади, бўшлиқ тўлиб унинг деворларида ўзгариш бўлмагунча белгисиз ўтади. Унинг дастлабки белгилари жароҳатдан 1-2 йил, ҳатто 15-20 йил ўтгандан сўнг намоён бўлади.

Таъхис. Касаллик бошланиши анамнезда травма, аллергия, бемор шикоятлари, риноскопия, рентгенография, компьютер томография, ташқи кўрув пальпация текширувлари асосида қўйилади. Рентгенограмада кўз косасининг юқори қисми кичрайганлиги, ички четида суяк чизгиларининг узилиши, ғалвирсимон бўшлиқ катаклари катталашганлиги кўринади.

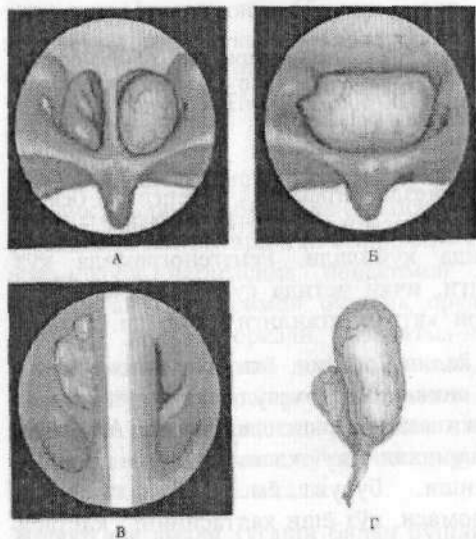
Бўшлиқ ичидаги экссудат ҳидсиз, қалин, асални ёки тухум оқсиллини эслатади, унда холестерин кристаллари аниқланади; экссудат тиниқ ёки хира; очсариқ, сариқ ёки сут рангида, баъзан шоколад рангида бўлади. Ажралма қанчалик қалин бўлса унинг ранги шунчалик куюкклашади. Бурун атрофи бўшлиқларининг кистасимон кенгайиши, бурун ён бўшлиқларининг яллиғланиши, ўсмалари, кўз косаси атеромаси, кўз ёши халтасининг кистаси ва эмпиемасидан фарқланади. Мукоцеле одатда асоратсиз кечади. Силжиган кўз олмаси жаррохлик амали ўтказилиб, патологик ҳолатлар олиб ташлангандан сўнг, кўз олмаси ўз жойига келади ва беморнинг кўриш қобилияти тикланади.

БУРУН БЎШЛИҒИ ПОЛИПИ

(polypi nasi). Бурун атрофи бўшлиқларининг сурункали яллиғланиши кўпинча бурун бўшлиқларида полиплар ҳосил бўлиши билан кечади. Полипларнинг ранги кулранг, баъзан сарғиш-қизил, юзи силлиқ, сони ва ҳажми бўйича хилма-хил бўлади. Полип кўпинча ўрта бурун йўлида, баъзан-юқори бурун йўлида ўсади. Юқори жағ бўшлиғидан ўсиб чиқган полиплар бурун бўшлиғи орқа қисмига қараб ўсади шу сабабли хоаналар томон ўсанлиги хоана полипи деб юритилади ва бурунҳалқумни тўлдириб, юмшоқ танглайни орқасида осилиб туради. Бурун бўшлиғидаги полиплар ғалвирсимон бўшлиқ катакларидан ўсган бўлса, унда юқори бурун йўлини тўлдириб туради. Агар бурун полиплари бурун тўсиғидан ўсган бўлса, унда кўп ҳолларда бурундан қон оқишлари кузатилади

Риноскопия қилинганда бурун тўсигида ҳар хил ҳажмда қизғиш усти силлик ҳосила кўринади, асоси ингичка бўлади. Полиплар бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин.

Белгилари. Дастлаб бемор ҳеч қандай нокулайлик сезмайди. Баъзан бурни битишига ва ундан кўп ажралма оқишига бурундан қон оқишига, нафас олиш қийинлигига шикоят қилади. Бурун атрофи бўшлиқлари зарарланганда ва полип катталашиб буруннинг икки томонини тўлдирганда бош оғриғи, баъзан невралгия, тез чарчаш, ҳид сезиш қобилиятининг йўқотилиши кузатилади.



52-расм. Бурун бўшлиғи полиплари

сиртмоғи) ёрдамида олинади. Фарингоскопия амалини бажариб врач полипнинг ингичка оёқчасини сиртмоқга киргизади ва уни ўзига тортиб, асосидан узиб олади. Касаллик қайталанганда полипга сабаб бўлган галвирсимон бўшлиқ, юқори жағ бўшлиқларида жарроҳлик амали бажарилади.

Криотерапия ёрдамида полипларни даволаш касалликнинг қайталанишини олдини олади, яққа ҳосил бўлган полипларда эса асосий даволаш полипотомия усули ҳисобланади.

Полипозли синусит аллергия ҳолат билан кечганда пролипотомиядан олдин ва кейин десенсибилизация тадбирлари ўтказилади ёки бурун полиплари олингандан сўнг ҳар хил кортикостероидли аэрозоллар сепиш касалликни тез ўсишини секинлаштиради. Альдецин, мометазин, фрутиказон, бир кунда бир икки марта бир дозадан бурун бўшлиғига сепилади.

Таъхис олд ва орқа риноскопия асосида қўйилади.

Даволаш. Одатда полип маҳаллий оғриқсизлантириш остида махсус асбоб ёрдамида полипотом симчаси орасида олиниб узиб ёки кесиб ташланади. Бурун бўшлиғининг шиллик пардаси 3% дикаин ёки 10% лидокаин аэрозоллари ёрдамида оғриқсизлантирилгандан сўнг ёруғлик назорати остида бурун кўзгуси ёрдамида бурун бўшлиғига полипотом сиртмоқ киритилади; полипга (бирикиш жойигача) сиртмоқ киргизилиб олингандан сўнг сиртмоқ тортилади. Полип узиб кесиб олинади. Хоаналарда жойлашган полип махсус асбоблар (Ланга

РИНОГЕН КЎЗ КОСАСИ (ОРБИТАЛ) ВА КАЛЛА СУЯГИ ИЧИ АСОРАТЛАРИ.

Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг ўткир ва сурункали яллиғланишлари яқин (кўз косаси атрофийи ва калла суяги ичи) ҳамда узокда жойлашган аъзоларда (ҳиқилдоқ, трахея, бронхлар, ўпка, асаб тизимига ва организмнинг бошқа аъзоларига) турли асоратлар ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай асоратларни ривожланишига қуйидаги омиллар дуртки бўлиши мумкин:

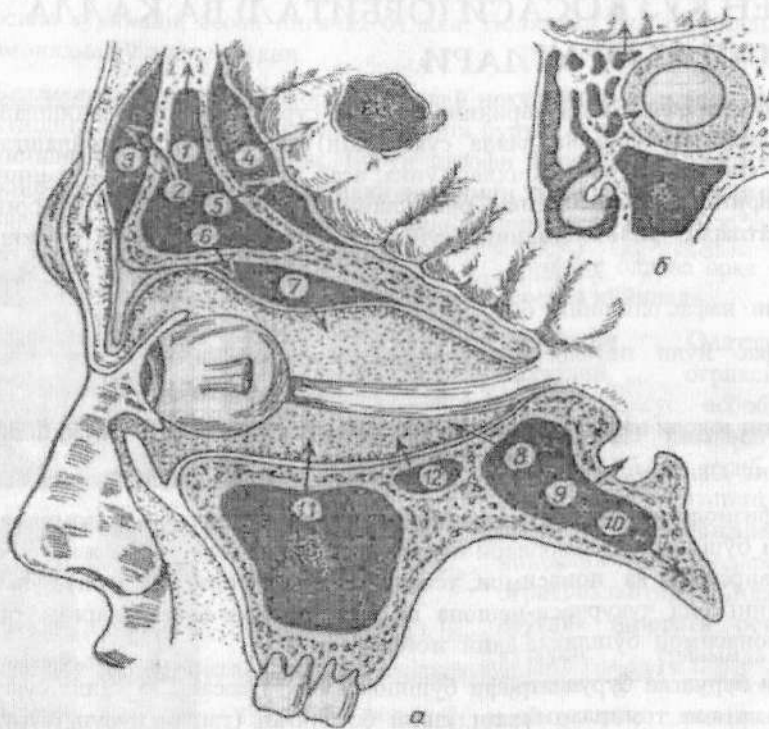
- бурун орқали нафас олишнинг бузилиши;
- юқори нафас йўли патологиясининг пастки нафас йўллариغا рефлектор таъсири;
- инфекциянинг юқори нафас йўлларида пастки нафас йўллариغا тарқалиши;
- организмнинг аллергияларга бўлган сезгирлиги.

Анатомик физиологик нуқтаи назардан кқрилганда, кўз косаси уч томондан бурун атрофи бўшлиқлари деворлари билан ўралган (пастда юқори жағ, ички томонда- галвирсимон ва понасимон, тепада-пешона бўшлиғи девори) бўлса, калла суягининг олд чуқурчаси-пешона ва галвирсимон бўшлиқларга, ўрта чуқурчаси - понасимон бўшлиққа яқин жойлашган;

Иккинчидан бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари кўз косаси ва калла суяги билан нерв ва қон томирлар билан узвий боғланган (ташқи бурун, бурун бўшлиғи ва бурун атрофи 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 тури билан анастомоз ҳосил қилади;

Учинчидан лимфа хид билиш асаб толасининг периневрал лимфа йўлидан бош миянинг субарахноидал бўшлиғига қуйилади. Юқорида қайд этилган анатомик яқинлик риноген кўз косаси ва калла суяги ичи асоратларнинг ривожланишига ёрдам беради.

Риноген кўз косаси асорати инфекция бурун атрофи бўшлиғидан кўз косасига контакт ёки гематоген йўл орқали тарқалганда ривожланади. Юқумли касалликлар (грипп), турли жароҳатлар, шамоллаш, қандли диабет, ҳомила 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.



53-расм. Синуитларда кўз атрофи ва калла ичи асоратларининг ривожланиши
 А) асоратларнинг ҳосил бўлиши

1. Пешона суяги остеомиелитнинг ривожланиши
 2. Пешона соҳасида суяк усти абсцессининг ривожланиши
 3. Юқори ковоқ абсцессининг ривожланиши
 4. Суяк усти абсцессининг ёрилиб, калла бўшлиғида абсцесснинг ҳосил бўлиши
 5. Калла суягининг пешона бўлагидида қаттиқ мия парда усти абсцесси ҳосил бўлиши
 6. Суяк усти абсцессининг кўз косасида ҳосил бўлиши
 7. Суяк усти абсцессидида кўз косасида флегмона ҳосил бўлиши
 8. Яллиғланиш жараёнининг асосий бўшлиғидида кўз косасининг чуқурликда жойлашган аъзоларга тарқалиши: “юқори кўз косаси тирқиши” белгиси, кўрув асаб толасининг атрофияси ва неврити.
 9. Яллиғланиш жараёнининг турк эгари ва каверноз синусга тарқалиши.
 10. асосий бўшлиқ остеомиелитининг ривожланиши.
 11. Юқори жағ бўшлиғидида кўз косасига йирингнинг ёрилиши.
 12. Орқа гальвирсимон катаклардан кўз косаси ва кўрув асаб толаси атрофияга йиринг очилиши
- Б) гальвирсимон суякдан кўз косасига ва калла ичига яллиғланиш жараёнининг тарқалиши

Риноген кўз косаси асоратларида беморларни текшириш тартиби:

- 1) ташқи текширув ва пайпаслаш; бурун функцияларини текшириш;
- 2) олд ва орқа риноскопия;

3) бурун атрофи бўшлиқлари диафаноскопияси рентгенографияси, калла суягининг ён ва олд томондан рентгенографияси; компьютер томография;

4) офталмолог кўриги;

5) қон ва сийдикнинг умумий таҳлили; бактериологик текширув;

6) юқори жағ бўшлиғини тешиб кўриш, бўшлиқларни зондлаш, пешона бўшлиғи трепанотом ёрдамида тешиб кўриш.

Беморда инфекция манбаи, бурун атрофи бўшлиқларидаги йирингли жараёндан кейин ривожланган кўз косаси асоратининг шакли аниқланади.

1. Кўз косаси асоратида инфекция манбаини аниқлаш.

Инфекция манбаи юқори жағ бўшлиғида жойлашганда беморда гайморитнинг клиник ва рентгенологик белгиларидан ташқари, пастки ковокларнинг шиши, кўз олмасининг юқорига силжиши, унинг пастга ҳаракати чегараланганлиги кузатилади; гайморит ташхиси юқори жағ бўшлиғи тешиб кўриш билан тасдиқланади;

-пешона бўшлиғида жойлашганда беморда фронтитнинг клиник, рентгенологик белгиларидан ташқари, юқори ковокларининг шиши, кўз олмасининг пастга силжиши, унинг юқорига ҳаракати чегараланганлиги кузатилади; фронтит ташхиси пешона бўшлиғининг трепанопункциясида ёки зондлашда тасдиқланади;

-ғалвирсимон бўшлиқ катакларида жойлашганда беморда этмоидитнинг клиник ва рентгенологик белгиларидан ташқари, юқори ковокларнинг шиши, кўз олмасининг пастга ва ташқарига силжиши, унинг ичкарига ҳаракати чегараланганлиги кузатилади. Риноскопик ўзгаришлар эътиборга олинади.

-понасимон бўшлиқда жойлашганда беморда сфеноидитнинг клиник ва рентгенологик белгиларидан ташқари, экзофтальм, кўз олмасининг ҳаракати барча йўналишларда чегараланганлиги кузатилади. Риноскопия, фарингоскопия кўринишлари.

2. Бурун атрофи бўшлиқдаги йирингли жараённинг шаклини аниқлаш:

Ўткир синуситларда - анамнезда бемор илгари бурун атрофи бўшлиқлари касаллигини бошдан кечирмаган, у давомли тумов ва бурун орқали нафас олиши қийинлашганлигига шикоят қилади, риноскопияда ўрта бурун йўли ва бурунҳалқумда полип аниқланмайди, юқори жағ бўшлиғини тешиб кўрганда ва пешона бўшлиғи трепанотом ёрдамида тешилганда ҳидсиз йирингли экссудат аниқланади;

Сурункали синуситларда - бемор давомли тумов ва бурун орқали нафас олиши қийинлашганлигига шикоят қилади, анамнезда илгари бурун атрофи бўшлиқлари касаллигини бошдан кечирган, риноскопияда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма, тўқима гиперплазияси ва полиплар кўринади. Юқори жағ

бўшлиғи тешиб кўрганда ва пешона бўшлиғи трепанотом ёрдамида тешилганда бадбўй йиринг аниқланади.

3. Кўз косаси атрофи асоратларининг шаклини аниқлаш:

Кўз косаси атрофи асоратлари йирингсиз ва йирингли асоратларга бўлиниб, қуйидаги клиник шакллар тафовут қилинади:

- 1) қовоқлар ва кўз косаси клетчаткасининг реактив шиши;
- 2) целлюлит- қовоқлар ва кўз косасининг тарқоқ йирингсиз яллиғланиши;
- 3) кўз косаси деворининг /йирингли ва йирингсиз/ остеопериостити;
- 4) субпериостал абсцесс;
- 5) кўз қоғоғи абсцесс;
- 6) кўз қоғоғи ва кўз косаси деворининг оқмаси;
- 7) кўз косаси флегмонаси;
- 8) ретробульбар абсцесс;
- 9) кўз косаси вена қон томирларининг тромбози.

Қовоқлар ва кўз косаси юмшоқ тўқимасини реактив шишида кўз атрофи тўқимаси териси ранги ўзгармайди, қовоқларнинг биттаси ёки иккитаси шишади (сохта птоз), терининг қизариши ва клетчатка инфильтрацияси кузатилаётгани, тўқима юмшоқлигича қолади. Реактив шиш кўз орқаси тўқимасига тарқалганда кўз олмаси олдинга силжийди.

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

Кўз косаси деворининг остеопериостити кўпинча ўткир ва сурункали фронтитда ривожланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилди, боши оғрийди, юқори қоғоғи шишади, конъюктива қон томирларининг қон билан тўлишиб турганлиги кўринади, экзофтальм, баъзан хемоз кузатилади; кўз олмаси кўпинча пастга силжийди, унинг юқорига ҳаракати чегараланади; яллиғланган соҳа пайпасланганда оғрийди; кўз олмаси босилганда ва силжиганда бироз оғрийди.

Этмоидит сабаб бўлган остеопериоститда кўз қовоқларининг асосан медиал қисми шишади. Гайморитда остеопериостит асорати кам кузатилади; беморда пастки қоғоғи ва конъюктиванинг пастки қисмининг шиши, хемоз кузатилади. Чуқур остеопериоститда кўз олмаси юқорига силжийди ва олдинга бўртиб чиқади.

Жараён ривожланган сари беморда кўз косасида субпериостал абсцесс ривожланади. Қовоқлар кескин қизариб, териси қалинлашади ва териси қаттиқлашади, хемоз кучаяди, кўз олмаси олдинга силжийди, унинг ҳаракатлари чегараланади, кўз олмаси босилганда ёки фаол ҳаракатлантирилганда оғрийди. Қалин шиш ва оғриқ флюктуацияни аниқлашга тўсқинлик қилади. Чуқур субпериостал абсцессларда экзофтальм кескин ривожланади, юзага жойлашган абсцессларда – камроқ ривожланади. Чуқур субпериостал абсцессда беморда узоклаштирувчи ва кўз олмасини ҳаракатлантирувчи асаб толалари фалажи ва кўриш ўткирлигинининг пасайиши кузатилади.

Кўз ковоғи абсцесси. Юқори кўз ковоғининг абсцесси кўпинча фронтитда, пастки кўз ковоғининг абсцесси гайморитда ривожланади. Бемор кўзи шишган, қизарган ва ҳаракатсиз қовоқлар билан ёпилади. Кўз ковоғини 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 ковоғи абсцесси гематоген йўл орқали ёки йиринг бурун атрофи бўшлиғи олд деворини емирганда пайдо бўлиши мумкин. Агар бурун атрофи бўшлиқлари олдинги девори емирилиши натижасида кўз ковоғи абсцесси пайдо бўлган бўлса, бу ўз ўзидан ёки жарроҳлик амали ёрдамида очилган бўлса сўнгра ҳосил бўлган узок давом этган оқма бурун бўшлиғини сурункали йирингли (полипозли-йирингли) яллиғланишдан далолат беради.

Кўз ковоғи ва кўз косаси девори оқмаси. Юқори қовоқ ва бурун илдизи соҳасининг оқмалари фронтит ёки этмоидитда ҳосил бўлиши мумкин. Этмоидитда кўз косасининг ички девори йирингли оқмаси ривожланади. Кам ҳолларда гайморитнинг асорати сифатида ҳосил бўлган пастки кўз ковоғининг оқмаси ривожланади. Сурункали синуситлардан кейин ҳосил бўлган оқма яллиғланиш жараёнининг бурун атрофи бўшлиғидан кўз қовоқларига тарқалишининг охириги босқичи ҳисобланади. Бирламчи орбита фистуласида кўз косаси ва қовоқларнинг яллиғланиши кузатилмайди. Иккиламчи оқмалар субпериостал абсцесс буткул ривожланиши ёки етилиши натижасида ҳосил бўлиб, кўпинча кўз косаси юқори четининг ўртасида, баъзан унинг ташки 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 $39-40^{\circ}\text{C}$ кўтарилади, боши оғрийди, қалтираш кузатилади, кўзи ҳаддан ташқари кучли, лўқиллаб оғрийди. Кўз косаси флегмонасида офтальмоплегия (оғриқ билан кечган экзофтальм, кўз олмаси ҳаракатининг кескин чегараланиши ёки бутунлай ҳаракатсизлиги), кўз ковоғининг шиши (бу шиш абсцесс ҳосил бўлишидан далолат бермайди), кескин хемоз ва кўриш ўткирлигининг бузилиш белгилари кузатилади. Қонда лейкоцитоз, лейкоформулани чапга силжиши, ЭЧТ ошиши аниқланади.

Беморда сепсис (септикопиемия) ёки калла суяги ичи асоратлари ривожланиши хавфи туғилади.



Кўз косаси веналарининг тромбози. Бу асорат бошқа риноген асоратларга қараганда кам учраб, кўпинча бурун ва юз чипқонида (карбункул) ҳамда сарамасда ва улардан кейин ривожланади. Кўз косаси веналарининг тромбози (тромбли димланиш) одатда горсимон синус тромбози ва тромбофлебити билан бир вақтга кечади.

Кўз косаси веналарининг тромбози умумий ва маҳаллий клиник белгилар билан кечади. Беморда септик ҳолат; умумий аҳволининг оғирлиги, тана ҳаротатининг доимий равишда баланд ёки гектик бўлиши, (беморда иситма сутка давомида 2-3 марта баланд кўтарилади, бемор қалтирайди, совуқ қотади сўнгра иситма тушади, бемор терлайди,) бош оғриги,

54-расм. Кўз косаси флегмонаси

қалтираш ва дармонсизлик кузатилади. Яллиғланиш жараёни горсимон синусга тарқалмаган ҳолларда беморнинг умумий аҳволи оғир бўлсада, тана ҳарорати субфебрил бўлиши мумкин.

Маҳаллий белгиларга кўз қовоқларининг юмшоқ шиши ва тромб билан тўлганда вена қон томирлар соҳасида осилиш ёки уларнинг пайпасланиши киради. Кейинчалик яллиғланиш белгилари юзага келади: кўз қовоқлари кизариб, қалинлашади, веналар кўкимтир бўлиб кўринади, хемоз кескинлашади, шишган қовоқлар остида экзофтальм аниқланади. Кўз соҳасининг оғриши кўз косаси флегмонасининг оғригига қараганда бироз кучсизроқ бўлади. Кўз косаси веналари тромбофлебитида кўз қорачиғи кенгайиб, унинг фалажи ривожланади, кўз олмасининг ҳаракати анча чегараланади ёки бутунлай ҳаракатсизланади ва баъзан кўриш ўткирлиги пасаяди.

Риноген кўз косаси асоратларининг белгилари синуситнинг дастлабки клиник белгиси сифатида намоён бўлиши ёки синуситга хос клиник белгилари камайгандан сўнг пайдо бўлиши мумкин. Қовоқлар шиши кўпинча атроф тўқиманинг йирингли яллиғланишига (юз териси, тишлар, кўз косаси ва кўз олмасининг специфик ва носпецифик яллиғланиш белгилари) жавобан қон айланишининг бузилиш реакцияси сифатида ривожланади.

Киёсий таъхисот. Қовоқлар шиши умумий касалликларда, масалан буйрак касалиғи, аллергик касалликлар ва турли вегетатив-вазомотор бузилишлардаги шишдан фарқланиши лозим. Чақалоқларда ва ёш болаларда гайморит ва этмоидит касаллиғи лунж ва қаттиқ танглайнинг шиши билан кечган юқори



55-расм.Форсимон синус тромбози.

халтасининг флегмонасидан фарқланиши керак. Йирингли ўчоқ кўз ковоклари ички бирикмасининг юқори қисмида жойлашса - субпериостал абсцессдан агар пастда жойлашса- кўз ёши халтаси яллиғланишидан далолат беради.

Даволаш: Риноген кўз косаси асорати аниқланган бемор шошилинч равишда ЛОР ёки реанимация бўлимига ётқизилади.

1) Кўз косасининг йирингсиз асорати билан кечган ўткир синуситларда бурун ичига қон томирни торайтирувчи воситалар (нафтизин, галозолин, санорин) томизилади, яллиғланишга қарши терапия ўтказилади, беморга тана ҳароратини тушириш, оғриқсизлантириш воситалари ва (антигистамин) организмни сезгирчанлигини тушурувчи дорилар тавсия қилинади. Кўрсатмалар бўлган ҳолларда юқори жағ бўшлиғи тешиб тефлон найча чиқаргич қўйилади ва пешона бўшлиғи трепанопункция қилинади.

2) Кўз косасининг йирингсиз касалликлари билан кечган сурункали синуситда зарарланган бурун атрофи бўшлиқлари ташқи томондан эктронозал жарроҳлик амаллари бажарилади ва бурун бўшлиғига кенг сунъий йўл ҳосил қилинади; беморга яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари ўтказилади, антигистамин дори воситалари , антибиотик керакли дозада буюрилади;

3) Кўз косасининг йирингли касалликлари асорати сифатида кечган ўткир ва сурункали синуситда зарарланган бўшлиқдаги абсцесс эмпиема ва флегмона шошилинч равишда очилади вабурун ён бўшлиқларида эндо ва эктро назал жарроҳлик амаллари бажарилади. Беморларга интенсив реанимация тадбирлари умумлаштирилган ҳолда ўтказилади.

жағ суягининг
ўткир одонтоген
остеомелитидан
фарқланади.
Бундан ташқари,
кўз ковоклари
гематомаси,
эмфиземаси,
сарамаси, кўз
косасининг
бирламчи ва
иккиламчи
ўсмалари инкор
этилади.

Кўз косаси
юқори-ички
бурчагининг
субпериостал
абсцесси кўз ёши

4) Кўз косаси веналарининг тромбози билан кечган ўткир ва сурункали синуситда бурун ён бўшлиқларида эндо ва эктро жарроҳлик амаллари ўтказилиб, бурун бўшлиғига кенг йўл ҳосил қилинади, беморга антикоагулянтлар (гепарин) 5-10000 ТБ мускул орасига 2-3 маҳал тавсия қилинади, шу соҳага тиббий зулуклар қўйлади. Кўз косаси флегмонаси ва веналари тромбозиди дорилар венепункция орқали юборилади. Даво тадбирлари умумий ҳар томонлама реанимация бўлимида (юқоридагидай) ўтказилади. Қуйидаги антибиотиклар клофарон, цефомизин, цефотриксил, амоксицилин, раволонин, сульфаниламидлар сульфаноетоксин, Бисептол -480, метронидазол, замбуруғларга қарши низарол, амфотерецин десенсибилизация (кальций хлор, глюконат, тавегил, зиртек, телфаст, Аллергодил аэрозол, Супрастин) кортикостероидлар, преднезалаон гидрокартизон суспензия. Имоностимуляторлар тималин, тактивин ИРС -19, имудон, Ремантодин, рибомунил, витаминлар, модда алмашинувини яхшиловчи дорилар, организмни заҳарланишини камайтирувчи ва сийдик ҳайдовчи воситалар, гемодез, глюкоза 5-10% Реопиглюкин 0,9% натрий хлорининг физиологик эритмаси ва бошқалар қон, қон зардоби, стафилаккокга қарши анатоксин, гаммаглобулин, плазма симптомик дори воситалари.

Риноген калла суяғи ичи асоратлари нисбатан кам учрайди ва барча калла суяғи ичи асоратларининг 10% ташкил этади. Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари касалликлари билан касалхонага ётқизилган беморлар орасида риноген калла суяғи ичи асоратлари 1,6% ташкил бундай асоратлардан кейин юз берган улардаги ўлим кўрсаткичи 30% этади.

Риноген калла суяғи ичи асоратлари кўпинча пешона, понасимон ва галвирсимон бўшлиқларнинг ўткир ва айниқса сурункали яллиғланишида ривожланади. Инфекция контакт, гематоген ва лимфоген йўллари орқали тарқалади.

Риноген калла суяғи ичи асоратлари қуйидаги клиник шакллари тўловут қилинади:

- арахноидит (лептоменингит);
- экстрадурал абсцесс;
- субдурал абсцесс;
- серозли ва йирингли менингит;
- бош мия абсцесси;
- бош мия қаттиқ пардаси синусларининг тромбози, риноген сепсис.

Калла суяғи ичи асоратлари юз берганда қуйидаги белгилар кузатилади

1. Қаттиқ бош оғриши
2. Овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлмаган қусиш
3. Кўз юқори қовоғи ва қош усти териси шиши ва қизариши

4. Эс хуш хирралашуви
5. Кўз ўткирлигини бузилиши
6. Бош мия асаб толаларини параличи
7. Тутқаноклар
8. Совуқ қотиш, калтираш, терлаш
9. Бемор умумий аҳволи синусит клиникасига тўғри келмайди, чунки умумий аҳволи оғир
10. Бош мия суюқлиги босимни ошиши белгилари
11. Қондаги ўзгаришлар (лейкоцит ЭЧТ)

Риноген арахноидитда беморнинг боши оғрийди, куриш уткирлиги пасаяди, унда гипертензия ва менингиал белгилар, орқа мия тешиб кўрилганда серозли менингитга хос ўзгаришлар аниқланади.

Даволаш. Риноген арахноидит билан оғриган бемор яллиғланган бурун атрофи бўшлиғида жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг неврология бўлимига кўчирилади ва умумий ҳамма томонлама интенсив даво чоралари ўтказилади.

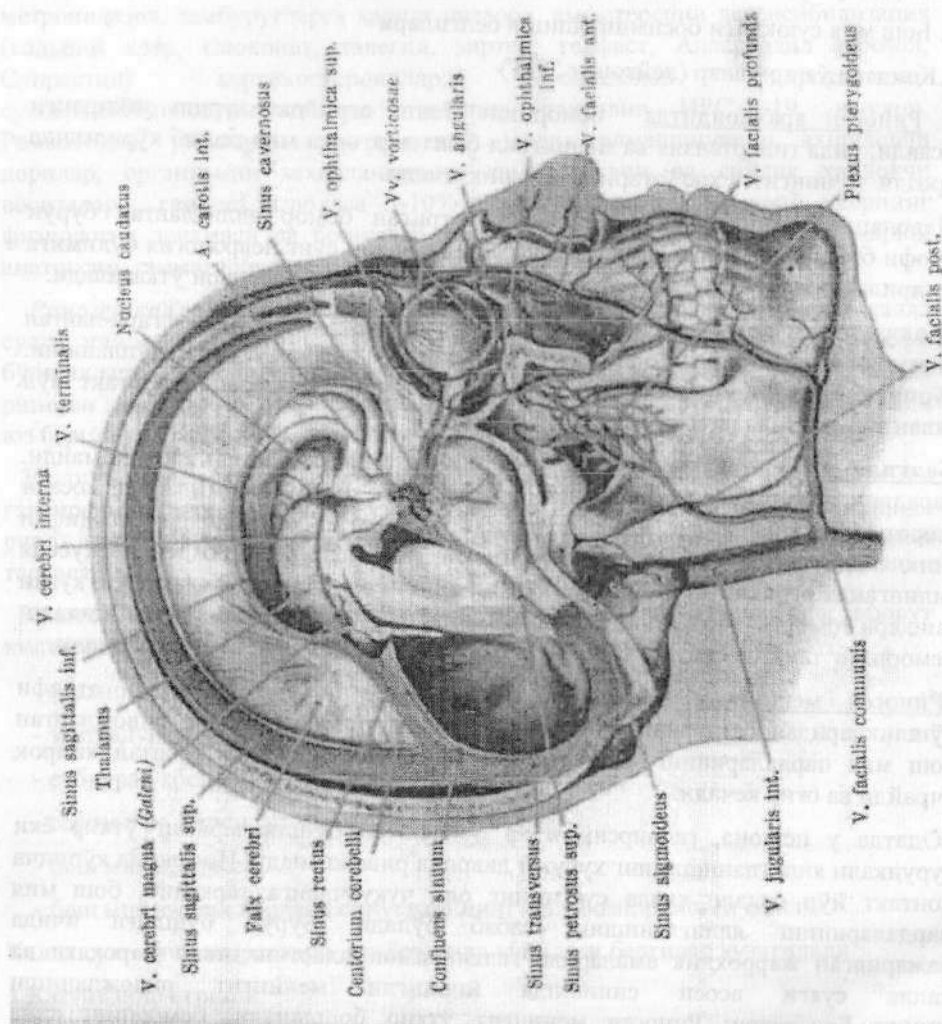
Калла суяги олд чуқурчасининг экстрадурал абсцесси (чегара-ланган пахименингит) йирингни бош мия қаттиқ пардаси ва суяк орасида тўпланиши. Кўпинча фронтит, этmoidит ва баъзан сфеноидитда инфекция контакт йўл билан тарқалганда ривожланади.

Белгилари. Одатда умумий ва ўчоқли бош мия белгилари кузатилмайди. Касаллик ўткир ёки сурункали фронтитнинг оғир кечимида (кўз косаси асорати, пешона суяги остеомиелити) бажарилган операцияда тасодифан аниқланади. Баъзан бемор боши оғришига, йирингли ўчоқ соҳаси перкуссия қилинганда оғриқни кучайишига, кўнгил айниш ва қусиш хуружларига, кўзни ташқари томонга ҳаракатлантириш қийинлигига, ҳолсизликка шикоят қилади. Беморнинг тана ҳарорати баланд бўлиб, унда синусит белгилари кузатилади.

Риноген менингит (meningitis rhinogena) - бурун ва бурун атрофи бўшлиқларидан бактериал инфекцияни тарқалиши натижасида ривожланган бош мия пардаларининг яллиғланиши отоген менингитга нисбатан камроқ учрайди ва оғир кечади.

Одатда у пешона, галвирсимон ва понасимон бўшлиқларнинг 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 амаларида галвирсимон пластинканинг жароҳати ва калла суяги асоси синишида йирингли менингит ривожланиши мумкин. Белгилари: Риноген менингит ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати доимо баланд бўлади. Калла суяги ичи босими ошиб, тарқоқ бош оғриғи, кўнгил айниши ва қусиш кузатилади. Бош мия пардаларининг

таъсирланиши, яъни энса мускулларининг тортилиши ва Керниг белгилари менингитга хос доимий белгилар пайдо бўлади ва ривожланади. 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.



56-расм. Қаттиқ мия пардасининг веноз синусларининг ва юз соҳасининг асосий қон томирлари.

Орка мия суюқлигининг ўзгариши, унда ҳужайралар сони ва оксил миқдорини кўпайиши менингит ташхисини тасдиқловчи кўрсаткичдир. Орка мия суюқлиги ишлаб чиқарилишининг кескин ошиши ва калла суяги ичи босимининг кўтарилиши натижасида орқа мия тешилганда суюқлик босим остида тез-тез томчилаб оқиб чиқади. Рентгенография ёки КТ бирламчи йирингли менингитни аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Йирингли менингитда пешона бўшлиғида жарроҳлик амали бажарилади ва албатта калла суяги асосининг олд чуқурчаси соҳасида бош мия қаттиқ пардасининг юзи очилиб, кўздан кечиради; бир вақтнинг ўзида яллиғланишга қарши кучли терапия, дегидратация тадбирлари ва орқа мия тешиб суюқлик олинади ва керакли миқдорда дорилар юборилади.

Риноген бош мия абсцесси- бош мия тўқимасининг чегараланган йирингли тўплами иккиламчи жараён сифатида бурун атрофи бўшлиғида инфекция ўчоғи мавжуд бўлганда пайдо бўлади. Кўпинча пешона бўшлиғи, камдан-кам ҳолларда - галвирсимон ва юқори жағ бўшлиқлари инфекция ўчоғи бўлиб хизмат қилади. Шунинг учун абсцесс одатда бош миyanинг пешона бўлағида ва даярли доимо яллиғланган бўшлиқ томонида жойлашади.

Белгилари. Касаллик маҳаллий ва умумий белгилар билан кечади. Маҳаллий белгилар кўз қовоқлар шиши, конъюктива шиши ва қизариши, турли даражадаги экзофтальм, яллиғланган томонда кўз олмасининг пастга ва ташқи томонга силжиши, ҳаракатнинг чегараланганлиги билан намоён бўлади.

Риноген бош мия абсцессининг ривожланишини тахминан тўрт босқичга бўлиш мумкин.

Б о ш л а н г и ч босқичда беморда тана ҳароратининг бироз кўтарилиши, бош оғриғи, қусиш, кайфияти бўлмайди, ҳолсизлик кузатилади.

Клиникаси **я ш и р и н** (латент) босқичда - касалликнинг барча белгилари сусаяди, тана ҳарорати меъёрлашади, қусиш, ҳолсизлик бўлмайди, кайфияти яхшиланади, беморнинг умумий аҳволи нисбатан қониқарли бўлади.

Клиникаси **а ё н** босқичда юқумли касаллик белгилари - ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳанинг йўқолиши билан бирга умумий бош мия яллиғланиши белгилари - пешона соҳасининг оғриши, қусиш, уйқучанлик кўнгил айниши, овқат қабул қилиш билан бирга боғлиқ бўлмайди. Беморда бош мия пешона бўлағи зарарланишига хос ўчоқли белгилар пайдо бўлади:

- беморнинг рухий ҳолати ўзгариб, ўзининг оғир аҳволини тўғри баҳолай олмайди, ноўрин ҳаракатлар қилади (эйфория ҳолатига тушади), овқатни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилади, атрофдагиларга бефарқ бўлади, ҳид сезиш ёки кўриш пасаяди..

- мия пўстлоғи “қобиқ оқости рефлекслари “ пайдо бўлади:

а) “автоматик ушлаш” рефлeksi- бемор кафтига теккан жисмни ихтиёрсиз ушлаб олади;

б) “ушлашга интилиш” рефлекси - бемор ихтиёрсиз барча жисмларни ушлаб олишга интилади;

в) “қаршилиқ кўрсатиш феномени”- бемор танасининг бирор қисми эгаллаб турган ҳолатини ўзгартиришга уринганда автоматик равишда антагонист мускуллар қаршилиқ кўрсатиб қисқаради. Масалан, врач қаршилиқ кўрсатмасликни сўраб, врач бемор қовоқларини кўтаришга уринганда, у ихтиёрсиз қаршилиқ кўрсатади ва кўзларини юмиб олади (И.Ю.Кохановский белгиси).

Бош мия пешона қарама қарши бўлиги абсцесси ўчоқли белгилари; талваса, оёқ қўлларда парез параличлар ва кўриш ўткирлиги пасайиши юз бериши мумкин. Талваса кўриниши Жексон тутканғидай кечиб, қарама-қарши томондаги юз мимика мускулларидан бошланиб кейин қўлларга ва оёқлар мускулларига тарқалади.Баъзан афазия нутқ бузилишлари билан ҳам кечиши мумкин. Абсцесс катталашиб пешона бўлаги чегарасидан чиққан ҳолларда беморда дислокация белгилари - абсцесснинг қарама-қарши томонида қўл оёқларда сезувчанлик ва ҳаракатнинг бузилишлари пайдо бўлади.

Т е р м и н а л босқичда умумий организмнинг яллиғланиши туфайли заҳарланиш ва бош мия шиши туфайли организмдаги аъзоларнинг функциялари чуқур бузилишлари юзага келади.

Таъхис ўзига хос шикоятлар, касаллик бошланиш тарихи, касаллик бошланиши, клиник ва неврологик белгилар КТ ва МРТ текширувлари, орқа мия тешиб олинган. Орқа мия суюқлиги босими билан суюқлик тез оқиб чиқади, оксил-ҳужайра диссоциацияси, лейкоцитлар, хлоридлар, канд миқдори ва бошқалар асосида кўйилади. **Аммо беморда бош мия транстенториал ёки чакка бўлаги жароҳати мавжуд бўлиши мумкинлигини эсда тутиш лозим!**

Таъхис кўйиш учун баъзида бурун ён бўзқлари очилганда олинган мия чуқурчаси диагностик тешиб кўрилади.

Даволаш. Риноген бош мия абсцессиди яллиғланган бурун атрофи бўшлигида зудлик билан жарроҳлик амали бажарилиб бош мия билан чегарадош жойлашган суяк девори олиб ташланади ва бош мия тешиб кўрилади.Йирингли ўчоқ пешона бўшлигида жойлашганда, пешона бўшлиғи очилиб, пешона бўшлиғи орқа деворининг декомпрессияли трепанацияси жарроҳлик амали бажарилади. Бош мия қаттиқ пардасининг юзи очилганда қуйдагиларга эътибор берилади: унинг рангига, қалинлигига, фиброз қарашлар борлиги, яллиғланиш ўсмалари борлиги.Бош мия қаттиқ пардасининг керакли майдонга йоднинг спиртли эритмаси билан суртилгандан сўнг, махсус йўғон ўтмас нина ёрдамида парда тешилади (игнани 3-4 см чуқурликгача киритиш мумкин). Бош мия абсцесси жойлашган жойи излаб топилгандан сўнг жароҳат майдони игна бўйлаб кенгайтирилади ва абсцесс бўшлиғига резинали дренаж тефлон найча (икки қатлаб, қатланган жойдан кесиб, тешиқ ҳосил қилиб абсцесс бўшлиғига жойлаштирилади.Найчани биринчи учи орқали бўшлиққа дори воситалари билан ювилганда, ювинди чиқади. Агар тешиб кўрилганда йиринг

аникланса, бактериологик текширувга юборилади. Бош мия хуппозини очиш нейрожарроҳ иштирокида бажарилади. Абсцесс майдони очилгандан сўнг антибиотик эритмаси билан ювилади, жароҳат майдонига 0,2 г эритромицин эмульсияси юборилади, кейин дренаж ўрнатилади. Абсцессни аниқ жойини аниқлаш учун кушимча текширувлар утказилади (электроэнцефалография, эхоэнцефалография, компьютерли томография, ангиография). Ҳозирги кунда бош мия абсцесси кўпинча трепанация тешиги орқали чиқариб олинади.

Жарроҳлик амалидан кейин жонлантириш бўлимида даволанади, яллиғланишга қарши, антибактериал, детоксикация ва дегидратация, дезинтоксикация, симптоматик даво тадбирлари олиб борилади.

Риноген форсимон синус тромбози - бош мия қаттиқ пардасининг форсимон синус деворининг яллиғланиши натижасида аввал синус деворларида тромб ҳосил бўлиб оқибатда синус бўшлиғи билан ёпилиб қолишидир. Инфекция форсимон синус бўшлиғида бурун чипқони карбункули, синуситлар, понасимон бўшлиқ эмпиемасида, галвирсимон бўшлиқ орқа катакларининг яллиғланишида гематоген, лимфоген контакт йўллари орқали тарқалади. Касалликнинг ривожланишига кўз косаси асоратларида-кўз ва юз веналарининг тромбози ҳам сабаб бўлиши мумкин.

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

Умумий белгилар яллиғланиш белгилари билан намоён бўлади;- бемор умумий аҳволнинг оғирлиги, тана ҳароратининг доимий равишда баланд ёки гектик бўлиши, кучли қалтираш, совуқ қотиш, терлаш, ҳолсизлик, тилни куриши ва қараш билан қопланиши, жигар ва талокни катталашиши, қон ва сийдикда сепсисга хос ўзгаришларни бўлиши.

Умумий бош мия белгиларга калла суяги ичи босими ошганлиги туфайли юзага келган; бош оғриғи, кўнгил айнаши ва қусиш киради.

Менингиал (пардали) белгилар энса мускулларининг тортилиши мусбат бўлади; Керниг ва Брудзинский белгилари эса манфий бўлади (белгилар диссоциацияси). Агар иккиламчи менингит ривожланса, ёруғликдан кўрқиш, умумий гиперестезия, орқа мия суюқлиги босимининг ошиши, ва бошқа яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқланади;

Маҳаллий белгиларга-юзнинг юқори соҳасида вена қон томирларда қон айланиш бузилиши белгилари (пешона ва қовоқлар териси, кўз шиллик пардасининг икки томонлама шиши, қизариши, териости вена қон томирларнинг димланиши, экзофтальм, хемоз, тур пардага қон қуйилиши, кўз тубида ўзгаришлари, экзофтальм, баъзан параофтальмоплегия, вена қон томир деворлари емирилганда-кўз косаси абсцесс белгилари кузатилади. Кўз қовоқларнинг шиши кўзнинг бошқа қисмларига ҳам тарқалади. Кўзнинг шиллик пардасида серозли ёки қон аралаш серозли хемоз аниқланади. Кўз қовоқларнинг шиши туфайли экзофтальм кўпинча ноаниқ бўлади. Кўз олмаси

олд ва ён томонга силжийди, ҳаракати оғриқли ва кескин чегараланади, баъзан беморда кўриш ўткирлиги пасаяди.

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

Таъхис. Ғорсимон синус тромбозини ўз вақтида аниқлаш кийин. Шунинг учун юзнинг юмшоқ тўқимаси ва бурун атрофи бўшлиқларининг йирингли жараёнида ғорсимон синус тромбозига хос белгиларни аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Бурун атрофи бўшлиқларининг рентгенографияси ва КТ-текшируви аниқ таъхис кўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Риноген ғорсимон синус тромбозида даволаш тадбирлари кўйидагича олиб борилади. Агар, тромбоз бурун чипқонидан сўнг ривожланган бўлса, унда консерватив даволаш тадбирлари ўтказилади. Беморга антибиотиклар билан бирга антикоагулянтлар (гепарин, фибриноген, Ампициллин, Амоксиклав, зиноцеф, клаферон, роцефин, моксипим беморнинг умумий аҳволи ва тана вазнига қараб керакли дозада муқкул орасига ёки томир ичига бир неча марта юборилади.) буюрилади. Тромболитисни тезлаштириш мақсадида стрептаза ёки авелизин 250000-1500000 ТБ тавсия этилади. Дезинтоксикацияни камайтириш учун гемодез глюкоза вена ичига томчилаб юборилади, симптоматик дори воситалари қўлланилади.

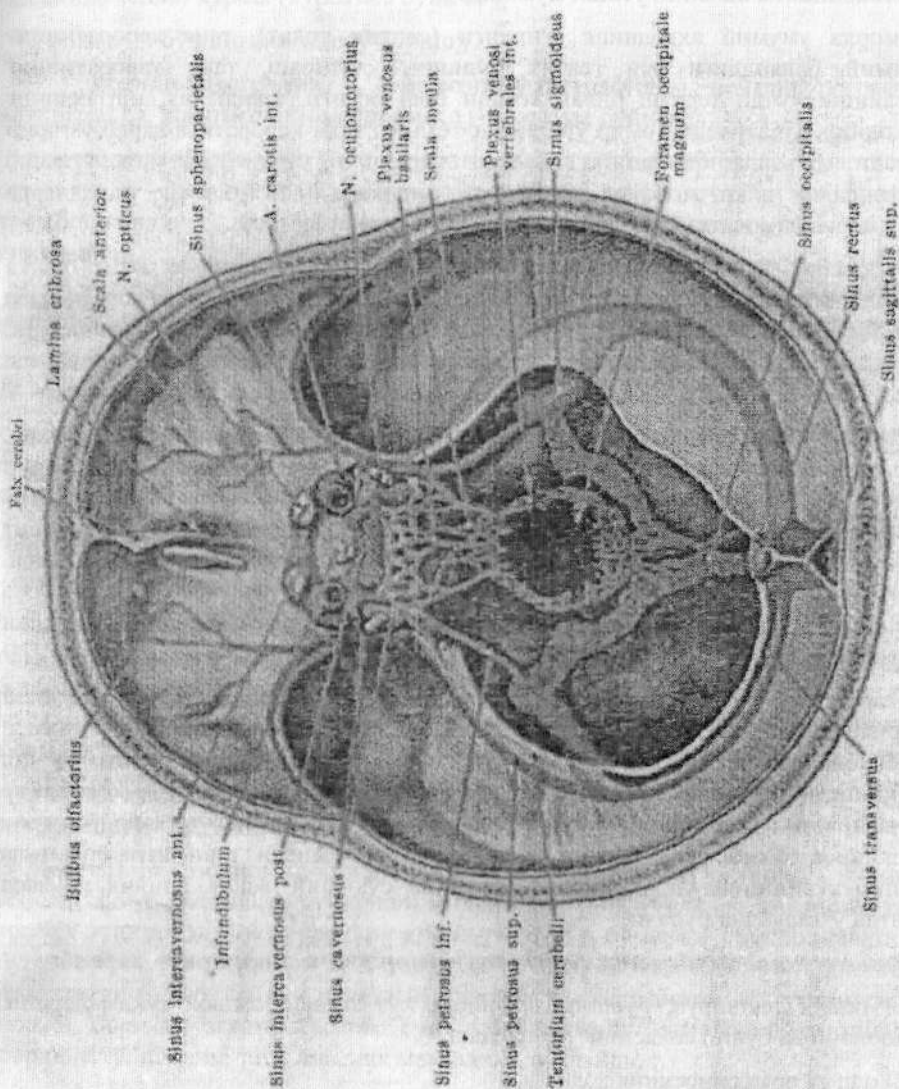
Дориларни томир ичига юбориш мақсадида умумий уйқу артерияси ёки унинг шохчаларига катетер ўрнатилади. Томир ичига томчилаб 5% глюкозада эритилган 4-5 млн ТБ Ампициллин, 1 г сигмомицин, 1 г тетраолеан 10 000-15 000 ТБ гепарин билан бирга юборилади. Гепаринни схема бўйича юбориш даволашда етакчи ўринни эгаллайди. Тиббий зулукни қўллаш ҳам яхши фойда беради.

Баъзан ангуляр ва кўз веналарини боғлаш ёки кесишга тўғри келади. Айрим ҳолларда понасимон бўшлиқ ёки ғорсимон синуснинг ўзи ташқи йўл орқали очилади ва йирингли ўчоқ бартараф этилади.

Риноген юқори бош мия синуси тромбозида пешона ва бошнинг тепаси оғриғи, сагитал чок устида тери шишади, беморда талваса хуружлари, септик ҳарорат, эс ҳушнинг хираланиши 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 атрофи бўшлиғида жойлашганлиги билан ажралиб туради. Риноген сепсисдан

олдин беморда одатда кўз косаси асорати, кўпинча горсимон синус ёки кўз косаси юшоқ тўкимаси веналарининг тромбози ва тромбофлебити қайд этилади.



57-расм.Кала суягининг веноз синуслари

Белгилари. Сепсис икки шаклда - *септицемия* ва *септикопиемия* клиникларда кечиб, ўткир (6 хафтагача давом этганда) ва сурункали (6 хафтадан ортиқ давом этганда) кечимга эга. Септицемия шаклида йирингли инфекциянинг метастатик ўчоқлари ҳосил бўлмайди, аммо у тез орада йирингли инфекциянинг метастатик ўчоқлари ҳосил бўлиши билан кечган септикопиемия шаклига ўтиши мумкин.

Беморда умумий аҳволнинг оғирлиги (септик ҳолат), тана ҳароратининг доимий баландлиги ёки гектик бўлиши, қалтираш, тана ҳароратининг пасайиши кучли терлаш билан кечади бош оғриги, ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқолиши кузатилади. Томир уришнинг тезлиги тана ҳароратига қараб ўзгариб туради. Баъзида беморнинг аҳволи оғирлашиб, кома ҳолатига тушади. Кейинчалик ички аъзоларнинг буйрак, эндокард, жигар, ичак, талокларда патологик ўзгаришлар юз беради.

Маҳаллий белгилар беморнинг қовоқлари шишади, шиш кўзнинг бошқа қисмларига тарқалиши, кўз шиллиқ пардасидаги серозли ёки қон аралаш серозли хемоз, экзофтальм, кўз олмасини олдинга ва ён томонга силжиши, ҳаракати кескин чегараланиши ва оғриши кўриш ўткирлигининг пасайиши кузатилади.

Таъхис. Риноген сепсис ташхисини қўйиш учун беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, риноскопия, рентгенография, диагностик бурун атрофии бўшлиқларини тешиб кўриш, компьютер томография текширувларининг натижаларига асосан қўйилади. Беморда синусит аниқланганда иккиламчи сепсис, яъни риноген сепсис ташхиси қўйилади. Беморда иситмани 5 кундан ортиқ давом этиши, уни ҳеч бир сабабсиз кўтарилиши, кейин тушиши, беморда қалтираш, терлаш сепсис борлигидан дарак беради.

Сепсис ва кўз косаси қон томирлари тромбофлебитини бир биридан фарқлаш қийин эмас. Кўз косаси тромбофлебитида кўз косаси флегмонасидагидай экзофтальм, кўз қовоқларининг шиши, хемоз, кўриш қобилятининг пасайиши, шох парданинг зарарланиши, кўз туби қон томир веналарининг кенгайиши кузатилади. Аммо флегмонада маҳаллий оғрик кескинроқ бўлиб, кўз косасида айлана шиш аниқланади, шиш игна ёрдамида тешиб кўрилганда ундан йиринг ва тиниқ суюқлик оқади, клиник манзара одатда ўзгарувчан бўлади.

Риноген калла суяги ичи асоратида беморларни текшириш тартиби:

1) ташки текширув, бўшлиқ деворини, кўз косаси юмшоқ тўқималарини, пешонани ва бўйин соҳасини пайпаслаш;

2) олд ва орқа риноскпия ;

3) бурун атрофии бўшлиқлари ва калла суяги рентгенографияси, калла суягининг олд аксиал рентгенограммаси;

- 4) қон ва сийдикнинг умумий таҳлили;
- 5) окулист кўриги;
- 6) невропатолог ва нейрожаррох кўриги;
- 7) юқори жағ бўшлигин тешиб кўриш, пешона бўшлигининг трепанотом ёрдамида тешиб кўриш (кўрсатма бўйича);
- 8) орқа миёна бўшлигини тешиб кўриш;
- 9) эхоэнцефалография, пневмоэнцефалография, вентрикулография, ангиография, компьютер томографияси (кўрсатма бўйича) .

Аниқ ташхис қўйиш учун тана ҳарорати баланд бўлган бемордан 3 марта қон олинади, 20 - 30 мл қондан ҳар бир соатда. Қонда лейкоцитоз ёки лейкопения, тромбоцитопения, бактериологик текширувнинг мусбатлиги-гемакультура аниқланади.

Даволаш. Риноген калла суяги ичи асоратида бемор шошилиш равишида ЛОР ёки реанимация бўлимига ётқизилади ва окулист, невропатолог, нейрожаррох, рентгенолог ва анестезиолог иштирокида клиник текширув ўтказилади. Даволаш қуйидаги тадбирлардан иборат:

- шошилиш равишида жаррохлик амалини бажариш (чипқон ва карбункулни очиш, зарарланган бурун атрофи бўшлиқларида экстроназал жаррохлик амаллари ўтказиш);

- яллиғланишга қарши тадбирлар; антибиотиклар, сульфаниламид дорилари

- дегидратация тадбирлари; тиббий зулук, антикоагулянтлар

- симптоматик даволаш. Қон ивишини пасайтирувчи дорилар аспирин 0,5, 1,0 овқатдан кейин эзиб бир кунда 3 маҳал ичишга (аллергия ва ошқозон, ўн икки бармоқ яра касалликларини эътиборга олиш керак). Гепарин 5-100000 ТБ корин мускуллари орасига 2-3 маҳал 8 соатда протромбин индекси назорати остида нормада "68"

Риноген калла суяги ичи асорати билан оғриган беморларга II гуруҳ ногиронлиги белгиланади.

Замонавий эндопазал эндоскопия жаррохлиги усуллари. Охириги йилларда эндоскопия (функционал) микрожаррохлик усуллари амалиётга кенг тадбиқ этилмоқда. Бу жаррохлик амаллари бурун бўшлиғи шиллик қавати ва бурун анатомик тузилмаларига иложи борича зарар етказмаслик принципига асосланган бўлиб, табиий чиқиш йўллари тиклаш, анатомик тузилмаларни иложи борича ўзгартирмаслик, суяк доза қисмини очмаслик ёки шиллик пардани тўлиқ олиб ташламаслик мақсадини кўзлайди.

Бурун бўшлиғи ва бурун атрофи бўшлиқларини кўздан кечириш ва шу соҳада диагностик ва жаррохлик амалини ўтказиш учун "Karl Storz", "Richard Wolf" , "Karl Zeiss" фирмалари ишлаб чиққан қаттиқ эндоскоплар, эгилувчан

эндоскоплар ва узунфокусли жаррохлик микроскоплари ишлатилади. Анатомик жиҳатдан муракаб тузилган бурун бўшлиғи ва бурун атрофи бўшлиқларини кўздан кечириш учун оптик мосламаси ён томонда жойлашган, кўриш бурчаги 0° , 30° , 70° , 90° , 120° , диаметри 4 ва 2,7 мм бўлган эндоскоплар ишлатилади.

Бурун бўшлиғи ва бурун атрофи бўшлиқларининг диагностик эндоскопия усуллари ва унга бўлган кўрсатмалар усуллари қўллаш.

Шартли равишда эндоскопия методикаси иккига бўлинади:

- диагностика эндоскопияси усуллари;

-жаррохлик усулида даволаш. Даволаш учун ишлатиладиган жаррохлик эндоскопия усуллари..

Диагностик эндоскопиянинг мақсади шиллиқ парданинг патологик ўзгаришларини эрта аниқлаш, кейинчалик соғлом шиллиқ пардага, бурун чиғаноқларига ва бошқа анатомик тузилмаларга зарар етказмасдан туриб камжароҳатли жаррохлик амалини бажариш.

Диагностик эндоскопияга кўрсатмалар: бурун орқали нафас олишни кийинлиги, бурундан ажралма оқиши, бурунни ҳид билиш функциясини бузилишлари, бурундан қайта-қайта сабабсиз қон оқиши, бурун бўшлиғи ўсмалари, полипозли гайморэпмоидитлар, эшитув найи фаолиятининг бузилиши, сабаби ноаниқ бўлган бош оғриғи, жаррохлик амалларини ўтказишдан олдинги текширув ва жаррохлик амалидан сўнги даво чоралари назорат қилиш, фото- ва видеоҳужжатларнинг зарурлиги ва бошқалар. Бир сўз билан айтганда, бурун бўшлиғи ва бурун атрофи бўшлиқларининг деярли барча касалликларда диагностик мақсадларда қўлланилса бўлади.

Эндоскопик текширувдан олдин бурун бўшлиғи тозаланиши, айрим ҳолларда шиллиқ пардага томирни торайтирувчи воситалар ва оғрикисилантириш мақсадида анестетик дори воситалари суртилиши лозим. Кўпинча оптикаси “0” бўлган қаттиқ эндоскоп ишлатилади.

Бурун бўшлиғининг эндоскопик текширувлари уч босқичда олиб борилади:

Биринчи босқич. Бурун бўшлиғи даҳлизи ва умумий бурун йўлини кўздан кечириш. Кўздан кечирилгандан сўнг эндоскоп бурун бўшлиғининг туби бўйлаб бурунҳалқум томон киритилади. Пастки бурун чиғаноғи шиллиқ пардасининг ҳолати баҳоланади, баъзан бурун кўз ёши каналининг тешиги кўринади, юқори жағ бўшлиғида илгари кенгайтирилган жаррохлик амали ўтказилган бўлса, пастки бурун йўлида ҳосил қилинган сунъий юқори жағ бўшлиғига очиладиган йўл кўздан кечирилади. Эндоскопни янада чуқурроқ силжитган ҳолда пастки бурун чиғаноқлари орқа қисмлари, эшитув найининг ҳалқум тешиги, бурунҳалқум гумбазининг ҳолати баҳоланади, аденоидлар бор-йўқлиги ва унинг ҳажми аниқланади.

Иккинчи босқич. Эндоскоп ёрдамида ўрта бурун ичкари ва ўрта бурун йўли кўздан кечирилади. Баъзан ўрта бурун чиғаноғини ичкари томонга силжитишга тўғри келади. Илгаксимон ўсимта, катта галвирсимон пуфак, яримой тирқиш, галвирсимон қадоқча кўздан кечирилади, ўрта бурун чиғаноғи шиллик пардасининг гиперплазияси борлиги ва остеомеатал комплекс блокадасининг даражаси аниқланади. Юқори жағ бўшлигининг табиий йўлини кўриб бўлмайди, чунки у одатда илгаксимон ўсимтанинг эркин чети орқасида жойлашган бўлади.

Учинчи (якуний) босқичда юқори бурун йўли ва ҳид билиш тирқиши кўздан кечирилади. Баъзан юқори бурун чиғаноғини ва орқа галвирсимон катакларнинг чиқиш тешикларини, бурун бўшлигининг орқа ёнбош деворида юқори бурун чиғаноғи орқа қисми орқасида понасимон бўшлиқнинг чиқиш тешигини кўрса бўлади.

Аниқроқ кўриш мақсадида кейинчалик оптикаси 30° ва 70° бўлган эндоскопларни ишлатиш тавсия қилинади.

Юқори жағ бўшлиғи диагностик эндоскопияси (синусоскопия)га кўрсатмалар:

- юқори жағ бўшлиғи алоҳида касалланганда топик ташхисни аниқлаш;
- ёт жимларни олиб ташлаш;
- турли хил даволаш муолажаларини ўтказиш (терапевтик синусоскопия).

Кўпинча юқори жағ бўшлиғи эндоскопияси (синусоскопия) бўшлиқнинг олд девори орқали бажарилади. Муолажа қозик тиш чуқурчаси ва кўз ости нерви (учшоҳли нервнинг биринчи шоҳчаси) соҳасидаги юмшоқ тўқималарни маҳаллий оғриқсизлантириш остида юмшоқ тўқима кесилиб ажратилади, суяк тўқима топилади. Юқори жағ бўшлиғини тешишга мўлжалланган махсус гильзали (гильзанинг диаметри 4 мм) троакар ёрдамида бўшлиқнинг олд девори тўртинчи ва бешинчи тишлар илдизи соҳасида айланма ҳаракатлар билан осонгина тешилади. Кейин гильза ёриғига $0-70^{\circ}$ оптикали эндоскоп бўшлиғига киритилиб бўшлиқ деворлари кўздан кечирилади, шиллик парданинг ҳолатига баҳо берилади, зарур бўлганда биопсия олинади, кисталар, яллиғланиш ўсмалари олинади ва ҳ.к. Текширув тугагандан сўнг троакар гильзаси яна айланма ҳаракатлар билан чиқариб олинади ва жароҳат тикилмайди, аселотик бойлам қўйилади. Бемордан биров вақт бурун қоқмаслик сўралади. Чунки бурунни қоқса, тери остига ҳаво кирит тери ости эмфиземаси ривожланади.

Эндоскоплар ёрдамида бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари соҳасида бажариладиган жарроҳлик амалларига кўрсатмалари ва бажариш қондалари. Эндоназал эндоскопик жарроҳлик XX асрнинг 70-йилларида профессор Мессерклингер томонидан ишлаб чиқилган.

Бурун бўшлигининг деярли барча яллиғланиш касалликларига бўшлиқлар табиий йўллари, бурун бўшлиғи ташқи деворининг тор тирқишлари соҳасидаги

патологик ўзгаришлар сабаб бўлади. Бурун бўшлиғи ташқи деворининг табиий тор жойлари, хусусан остеоэатал комплекс майдони, бурун атрофи бўшлиқларининг меъёрий фаолиятини таъминлайди.

Соғлом кишида бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг кучли химоя механизми - мукоциллиар клиренси туфайли остеоэатал комплекси инфекцияга чидамли бўлади. Шиш, бурун тўсиғи қийшиқлиги, бурун чиғаноклари гиперплазияси кузатилган ҳолларда ҳилпилловчи эпителий билан қопланган икки қарама-қарши томондаги шиллиқ пардалар бир бирига тегиб туради, натижада ушбу майдонда эпителий тўқима туклар ҳаракатининг секинлашиши ёки ҳаракатсиз бўлиб қолганлиги туфайли шиллиқ парданинг мукоциллиар ташувчилик фаолияти йўқолади. Бунинг натижасида шиллимшиқ ажралма чиқарилмай тўпланиб қолади ва яллиғланишни ривожланишига, уни бурун атрофи бўшлиқларига тарқалишига шароит яратилади. Шунинг учун функционал эндоскопик жарроҳлик усули бурун атрофи бўшлиғининг асосий майдонларида минимал ҳажмдаги жарроҳлик амалларини бажаришга ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини максимал даражада асрашга асосланган.

Эндоскопик эндонозал жарроҳликнинг кўрсатмалари кўп бўлсада, унинг ҳам ўз чегараси ва қарши кўрсатмалари мавжуд.

Эндоскопик функционал жарроҳлик амалларига кўрсатмалар:

- сурункали серозли ва экссудатив синусит;
- чегараланган полипозли синусит;
- бўшлиқларни замбуруғли яллиғланиши;
- бўшлиқлар кисталари;
- бўшлиқлар ёт жисмлари;
- остеоэатал комплекс суяк тўқимаси, бўртиб чиқиши, шиллиқ қаватлар гиперплазияси ;
- давомли кўз ёши оқиши билан кечган кўз ёши копчаси ва бурун-кўз ёши каналарининг патологияси (дакриоцисториностомия).

Эндонозал эндоскопик жарроҳликни қўллаш куйидаги вазиятларда ман этилади:

- калла суяги ичи ва орбитал риноген асоратларда;
- бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг ўсмаларида;
- бурун бўшлиқлари соҳасининг остеомиелитида;
- бурун бўшлиқларда илгари бажарилган жарроҳлик амалларидан сўнг табиий тешиқларни чандиқ ва суяк тўқимаси билан ёпилган бўлса.

Жарроҳлик амалини бажариш техникаси. Эндоскопик эндонозал жарроҳлик амалларининг бир нечта усуллари мавжуд.

Мессерклингер усулидаги жарроҳлик амали кенг қўлланади. Бунда жарроҳлик амали босқичма-босқич бажарилиб, барча ён бўшлиқлардаги патологик майдонлар навбатма-навбат тозаланиб нуқсонлар бартараф қилинади. Дастлаб илгаксимон ўсиқ, кейин катта ғалвирсимон пуфакча, ғалвирсимон бўшлиқнинг олд катакчалари, ғалвирсимон қадоқча, юқори жағ бўшлигининг табиий тешиги кенгайтирилиб ва ниҳоят понасимон бўшлиқ очилади.

Виганд усулида жарроҳлик амали. Жарроҳлик амали бурун бўшлигининг чуқур бўлимларидан, хусусан понасимон бўшлиқдан бошланади, кейин ғалвирсимон бўшлиқ орқа, ўрта катакчалари очилади, инфундибулотомия қилинади, ниҳоят, ғалвирсимон бўшлиқнинг олд катакчалари очилади, яъни жарроҳлик амали аввал орқа бўшлиқларда кейин олдин бўшлиқларда бажарилади. Бундан ташқари Виганд жарроҳлик амали кўп жиҳатдан радикал жарроҳлик амаллари хусусиятларига эга, хусусан унда ғалвирсимон бўшлиқ катакчалари тулик очилади, юқори жағ бўшлиғи яллигланишининг деярли барча шаклларида пастки бурун чиғаноғи остидан юқори жағ бўшлиғига очиладиган йўл ҳосил қилинади.

Эндоскопик жарроҳлик амалларининг ўзига хос хусусияти шундаки, улар доимий кўз назорати остида бажарилиб, ҳаракатларни юқори даражада аниқ ва анатомик тузилиш ва физиологик фаолият сақланган ҳолда бажарилади, қон кетишига, патологик ўзгармаган шиллик пардани сақлашга ёрдам беради.

IV боб

ҲАЛҚУМНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ҳалқум (pharynx) овқат ҳазм қилиш найчасининг бошланғич қисми бўлиб, оғиз бўшлиғи ва қизил-ўнғач орасида жойлашган. Бир вақтнинг ўзида у нафас найчасининг ҳам бир қисмидир, чунки ҳаво ҳалқум орқали бурун бўшлиғидан ҳикилдоққа ўтади. Ҳалқум умуртқа поғонаси бўйин қисмининг олдида жойлашиб, калла суяги асоси сатҳидан VI бўйин умуртқаси сатҳигача давом этади ва торайиб қизилўнғачга ўтади. Катталарда ҳалқумнинг бўйи 14 см (12-15 см), эни - 4,5 см га тенг.



58- расм. Ҳалқумнинг ён томонидан кўриниши

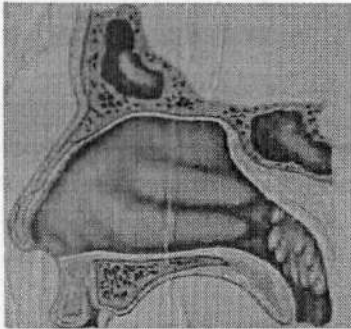
Ҳалқумда юқори, орқа, олд ён деворлари тафовут этилади.

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

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

- *ён деворлари* ички ва ташқи уйку артериялар, ички бўйинтуруқ вена, адашган ва тил ости асаб толаси, симпатик поя, тил ости суягининг катта шохлари ва қалқонсимон тоғай пластинкалари билан чегараланади;

- *олд девори* бурунҳалқум соҳасида хоаналар орқали бурун бўшлиғига, ўрта бўлимида - оғиз бўшлиғига очилади.



59- расм. Бурунҳалқумни ён томонидан кўриниши

Ҳалқум уч бўлимга бўлинади:

- бурун бўлими - *epipharynx* (бурунҳалқум);
- оғиз бўлими - *mesopharynx* (оғизҳалқум);
- ҳикилдоқ бўлими - *hipharynx* (ҳикилдоқҳалқум).

Бурунҳалқум (epipharynx, nasoharynx) ҳалқум гумбазидан қаттиқ танглай сатҳигача жойлашиб, унинг гумбази юқорида калла суяги, аникроғи энса суягининг асосига ва понасимон суякнинг олд-пастки қисмига, орқа томонда I ва II бўйин умуртқаларига туташади. Бурунҳалқум нафас олиш фаолиятига қатнашади. Унинг олд деворини хоаналар (choanae), ён деворларида-пастки бурун чиганоклари орқа учларининг сатҳида жойлашган бурун ҳалқумни, ногора бўшлиғи билан туташтириб турган, эшитув найининг бурун ҳалқумга очилган тешиклари жойлашган. Тешиклар юқори ва орқадан эшитув най лўлачалари билан чегараланган.

Най лўлачалари ва эшитув найи ҳалқум тешикларининг оркасида, бурунҳалқумнинг ён деворларида ҳалқум чўнтағи - recessus pharyngeus Розенмюллер чўнтағи бўлиб, унда лимфoid тўқима тўплами - най муртаклари жойлашган.

Бурунҳалқумнинг юқори-орқа деворларида ҳалқумнинг учинчи муртағи жойлашган. Бу муртақнинг гипертрофияси (аденоидлар) хоаналарни қисман ёки тўлиқ ёпиб, бурун орқали нафас олишни қийинлаштириши, ёки эшитув найининг ҳалқум тешикларини ёпиб, унинг фаолиятини бузиши мумкин.

Оғизҳалқум (oropharynx, mesopharynx) нафас ва овқатни ҳазм қилиш йўллари бир-бири билан ке-сишган майдон бўлиб, унинг орқа девори учинчи бўйин умуртқасига туташади. Олд томонда оғизҳалқум 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 (pflatum molle); син.танглай пардаси (velum pflatinum) - қаттиқ танглайнинг давоми бўлган ҳаракатчан пластинка бўлиб, мускул толалари ва пайлар тўплами апоневрозларидан ташкил топган. Тинч ҳолатда юмшоқ танглай тил асоси устида осилиб туради. Унинг ўрта чизик бўйлаб чўзилган эркин чети тилча (uvula) деб аталади.

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 шиллиқ пардасига ўтиб, *танглай-ҳалқум (arcus palatopharyngeus)* равоқчаси деб аталади. Танглай-тил (олд) равоқчасининг орқа юзасида шиллиқ парданинг юпка учбурчак бурмаси (*plica triangularis*), ёки Гис бурмаси ўтади. Учбурчак бурма танглай муртағини қисман ёпиб туради.

Юмшоқ танглайда қуйидаги мускуллар мавжуд:

- 1- юмшоқ танглайни таранглаштирувчи мускул (*m.tensor veli palatini*) - юмшоқ танглайнинг олд ва эшитув найининг ҳалқум қисмларини кенгайтиради;
- 2- юмшоқ танглайни кўтарувчи мускул (*m.levator veli palatini*) — юмшоқ танглайни кўтаради, эшитув найининг ҳалқум тешигини торайтиради;

3- танглай-тил мускули (*m.palatoglossus*) танглай-тил равоқчаси ичида жойлашиб, тилнинг ён юзаси-га бирикади. Қисқарганда танглай-тил равоқчасини тил илдизига яқинлаштириб, ҳалқум тешигини торайтиради.

4- танглай-ҳалқум мускули (*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 (кўтаради)

Ҳар икки томонда танглай равоқчалари орасида, учбурчак шаклдаги муртақ чуқурлиги (*fossa ton-sillaris*) бўлиб, уларда танглай муртақлари жойлашади.

Ҳиқилдоқҳалқум (*laryngopharynx, hypopharynx*) ҳиқилдоқ усти қопқоғининг юқори чети ва тил илдизи сатҳидан бошланиб, IV, V, VI бўйин умуртқалари олдида жойлашади, кейин қадоқсимон торайиб қизилўнгачга ўтади. Ҳиқилдоқҳалқум, ҳалқумнинг энг тор қисми ҳисобланади. Ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг олд деворида, тил илдизи устида IV-тил муртаги (*tonsilla lingualis*) жойлашган. Олдинда ва пастда ҳиқилдоқҳалқум, ҳиқилдоққа кириш жойига очилади. Ҳиқилдоққа кириш жойининг ён томони ва ҳалқумнинг ён девори орасида ноксимон чўнтақлар бўлиб, овқат лукмаси улар орқали қизилўнгачга кириш қисмига силжийди. Ҳиқилдоққа кириш қисми олдинда ҳиқилдоқ усти қопқоғи, ён томонларда- чўмичсимонҳиқилдоқ усти бурмаси билан чегараланган.

Ҳалқумнинг юқори қисми ва хоаналар атрофида ҳалқум шиллиқ пардаси кўпқаватли ҳилпилловчи эпителий, ўрта ва пастки қисмида кўп-қаватли ясси эпителий билан қопланган. Шиллиқ пардада, айниқса бурунҳалқум, юмшоқ танглайнинг ҳалқум юзасида ва тил илдизининг шиллиқ пардаси остида кўпгина шиллиқ безлар мавжуд. Лимфаденоид тўқима, шу жумладан муртақлар ҳам шиллиқ ости қаватида жойлашган.

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

Ҳалқумни қисувчи мускулларга юқори, ўрта ва пастки констриктор мускуллари (*m.constrictor pha-ryngis superior, medius et inferior*) киради. Ҳалқумни кўтарувчи мускулларга бигизсимон-ҳалқум (*m.stylopharyngeus*) ва орқа танглай равоқчасини ҳосил қилган танглайҳалқум (*m.palatopharyngeus*) мускуллари киради.

Ҳалқумнинг орқа ва ён деворлари юмшоқ бириктирувчи тўқима билан тўлган ҳалқум атрофи бўшлиғи билан ёнма-ён турди.

Ҳалқум атрофида икки бўшлиқ тафовут қилинади:

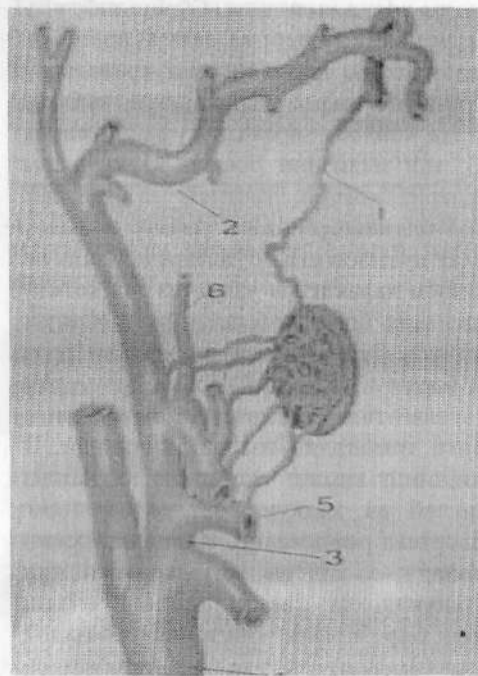
- ҳалқум орти бўшлиғи;

халкум атрофи ён бўшлиғи.

Халкум орти бўшлиғи (*spatium retropharyngeum*) бўйин умуртқалари, уларни қоплаган мускуллар ва бўйин фасцияси умуртқа олди пластинкасининг олд томонида жойлашган; у тор тирқиш шаклида бўлиб, юмшоқ бириктирувчи тўқима билан тўлган. Халкум орти клетчаткаси калла суяги асосидан бошланиб, халкумнинг орқа девори бўйлаб пастга тушади ва қизилўнгач орти клетчаткасига, ундан кейин кўкс оралиғига ўтади.

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

Халкумни ташки уйқу артерияси шохчаси - юқорига кўтарилувчи халкум артерияси (*a. pharyngea ascendens*), юз артерияси шохчаси - юқорига кўтарилувчи 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 brachiocephalicus*) қон билан таъминлайди.



60- расм. Халкумнинг қон билан таъминланиши

Халкум веналари олд ва орқа халкум чигалини (*plexus pharyngeus anterior et posterior*) ҳосил қилади. Улар юмшоқ танглай ва халкумнинг орқа ва ён деворларининг ташки юзасида жойлашган бўлиб, вена қони ички буйинтурук венага (*v. jugularis interna*) қуйилади.

1. Пастга тушувчи танглай артерияси; 2. Юқори жағ артерияси; 3. Ташки уйқу артерияси; 4. Умумий уйқу артерияси; 5. Тил артерияси; 6. Юқорига кўтарилувчи танглай артерияси; 7. Юз артерияси; 8. Юқори калконсимон артерияси;

Халкумдан лимфа суюқлиги чуқур ва орқа бўйин лимфа тугунларига оқиб тушади. Халкумнинг лимфаденоид тузилмалари, шу жумладан барча муртақлар лимфа томирларга эга эмас.

Ҳалқум ўрта қисувчиси мускулининг ташқи ва ички юзаларида *m. 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 аса толаси (*n.laryngeus recurrens*) таъминлайди. Ҳалқумнинг сезувчанлик иннервациясини юқори қисмида *n.tigeminusning* 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 ўтказиш (сўриш ва ютиниш ҳаракатлари), оватланганда ва нафас олинганда химоя механизмида, нафас ҳаракатларида, ҳаво ўтказиш овоз ҳосил қилишда иштирок этади.

Ёш бола дастлабки ойларида фақат *сўриб* овқатланади, оғиз бўшлиғида 100 мм сим. Устунлиги чегарасида манфий босим ҳосил қилинади. Сўриш пайтида юмшоқ танглай пастга чўзилиб, тил илдизига яқинлашади ва оғиз бўшлиғини орқа томондан ёпади. Шунда бурун орқали нафас олиш имкони яратилади. Суюқлик оғиз бўшлиғига кирганда суриш ва нафас ҳаракатлари тўхтаб, ютиниш ҳаракати юзага келади. Катталарда *чайнаш* ҳаракати туфайли овқат лўқмаси тил илдизи соҳасида тўпланиб, тил илдизини босади ва *ютиниш ҳаракатини*, яъни ҳалқум констрикторлари, юмшоқ танглай ва танглай равоқчалари мускулларининг перистальтик қисқаришини пайдо қилади. Рефлектор ютиниш ҳаракати туфайли овқат лўқмаси оғиз бўшлиғидан ҳалқум бўйлаб қизилўнгачгача етиб боради. Ютиниш ҳаракатида узлуксиз ва кетма-кет кузатиладиган уч 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 лўқма танглай-тил равоқчасининг орқасига силжитилади. Бу босқич бош мия қобиғи томонидан назорат қилинади. II босқичда лўқма ҳалқум бўйлаб қизилўнгачнинг кириш жойигача ихтиётсиз силжитилади. Бу босқич юмшоқ танглай ва ҳалқум рецепторларининг китиғланиши натижасида пайдо бўлган шартсиз рефлексдир. Иккинчи босқич бошланганда ҳиқилдоқ юқорига кўтирилади, ҳиқилдоқ усти қопқоғи тил илдизига ёпишиб, пастга тушади ва ҳиқилдоққа кириш жойини ёпади; чўмичсимон тоғайлар ва даҳлиз бурмалари бир бирига яқинлашиб, ҳиқилдоқ ёригини торайтирадилар.



61- расм .Танглай муртаги

1-Лакуна; 2-фолликул;
3-бириктиривчи тўқимали капсула (псевдокапсула); 4-трабекула

Танглай равоқчалари мускуллари ва ҳалқум юқори констрикторларининг қисқариши туфайли овқат луқмаси ҳалқумнинг ўрта бўлимига силжийди. Шу пайтда юмшоқ танглай юқорига кўтарилиб, орқага чўзилади ва ҳалқумнинг орқа деворига ёпишиб, бурунҳалқумни оғиз-ҳалқумдан ажратади. Ҳалқумнинг ўрта бўлимида ўрта ва пастки констрикторлар овқат луқмасини пастга силжитади. Ҳикилдоқ, тил ости суяги ва ҳалқумни юқорига кўтарилиши овқат луқмасининг силжишини осонлаштиради. III боскич- ихтиёрсиз ва давомли бўлади. Овқат луқмаси қизилўнгачга кириш жойига яқинлашганда қизилўнгач тешиги рефлектор равишда очилади, қизилўнгач мускулларининг қисқариши туфайли луқма қизилўнгач бўйлаб силжиши таъминланади. Овқат луқмасидан бўшагандан сўнг ҳалқум яна дастлабки хола-тига 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 бўшлигининг туби, тил ва юмшоқ танглай мускулларининг қисқариши натижасида оғиз бўшлиғида юқори босим ҳосил бўлади, шунинг учун суюқлик тўғридан-тўғри қизилўнгачнинг юқори бўлимига ва ҳалқум констрикторларининг иштирокисиз меъданинг кириш жойигача етиб боради. Бу жараён 2-3 сония давом этади.

Юмшоқ танглайнинг олд ва орқа юзасининг шиллик пардасида, ҳалқумнинг орқа деворида, ҳикилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида таъм билиш рецепторлари бўлиб, улар таъм билиш фаолиятини бажаради. Таъм сезгисининг 4 тури мавжуд:

- 1) ширин;
- 2) нордон;
- 3) шўр;
- 4) аччиқ.

Таъм билиш сезгисида ногора тори (*chorda tympani*), тилҳалқум (*n. glossopharyngeus*) ва сайёп (*n. vagus*) асаб толалари иштирок этади.

Ҳалқумнинг *нутк фаолияти* уни товуш резонансида иштирок этишидан иборат. Товуш тембри ҳикилдоқ, ҳалқум, бурун ва бурун атрофи бўшлиқларида шаклланади. Ҳалқум ўз ҳажми ва шаклини ўзгартира олиш

хусусияти, юмшоқ танглай ўз ҳаракатлари билан товуш тўлқинларининг йўналишини ўзгартириб (оғиз ёки бурун бўшлиғи томон), овознинг кучига, ранг-баранглигига таъсир кўрсатади. Юмшоқ танглай бурунҳалқумни оғизҳалқумдан ажратиб турган ҳолатда -унли товуш, ажратмаган ҳолатда эса -унсиз товушлар ҳосил бўлади.

Қаттиқ танглайнинг шакли ва ҳажми ҳам товуш тембрига ўз таъсирини кўрсатади. Қаттиқ танглай нуқсонлари, бурун ва бурунҳалқумда ривожланган патологик жараёнлар (аденоидлар, полипплар, ўсмалар, шиллиқ парданинг шиши, юмшоқ танглай фалажи ва бошқ.) овоз тембрининг патологик ўзгаришларига - манқаланишга сабаб бўлади.

Ҳалқумнинг *нафас* фаолиятида унинг барча қисимлари 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* функцияси. Ёт жисм ёки бошқа (кимёвий, термик) омил таъсир этганда ҳалқум мускулларининг рефлектор равишда қисқариши юз бериб, ҳалқум ёригини торайтиради, натижада ёт жисмни пастки бўлимларга силжиши қийинлашади. Бундан ташқари, хавонинг иситилиши ва чанг заррачаларидан тозаланиши ҳалқумда ҳам давом этади. Чанг заррачалари ҳалқум деворларини қоплаган шиллиқ моддага ёпишиб, балғам билан бирга ташқарига чиқарилади ёки ютиб юборилади ва ошқозон-ичак йўлида зарарсизлантирилади. Оғиз ва ҳалқум бўшлиғи ичига шиллиқ парданинг қон томирлари ва лимфаденоид тўқимасидан чиқаётган 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, “*Вальдейер-Пирогов лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси*” деб ном олган. Улар куйидагича жойлашган: 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. Ток ҳалқум муртағи (*tonsilla pharyngealis*) бурун гумбазида, ток тил муртағи (*tonsilla lingualis*) тил илдизининг тарновсимон сўрғичлари орқасида, най муртақлари (*tonsilla tubariae*) - бурун-ҳалқумнинг ён деворида, эшитув найининг ҳалқум тешиклари ёнида жойлашган. Юқорида қайд этилган муртақлардан ташқари ҳалқумда лимфаденоид тўқима тўпламлари мавжуд, ҳалқумнинг ён деворида, танглай-ҳалқум равоқларининг

оркасида, ҳалқумнинг орқа деворида, ҳикилдоққа кириш жойида ноксимон чуқурликда жойлашган.

Ҳомила даврида муртақлар калла суяги асосининг пастида ва юрак йирик қон томирлар ҳамда ўпка майдонида шаклланади. Танглай муртаги ҳомиланинг уч ойида, ҳалқум муртаги беш ойида, най муртаги олти-ойида ва тил муртаги етти ойида шакллана бошлайди. Чақалоқларда муртақлар фолликулалари кўзга ташланмайди. Ўн ёшдаги болаларда лимфойд тўқиманинг ҳажми катта бўлиб, балоғат ёшига бориб лимфойд элементлар ва фолликулалар кичраяди. Катта кишиларда муртақлар кичик, фолликулалар сони кам, баъзан лимфойд тўқима атрофияга учраб бириктирувчи тўқима билан алмашади.

Танглай муртаги лимаденоид ҳалқум ҳалқасининг энг йирик тузилмаларидан бири бўлиб, тузи-лишининг мураккаблиги билан ажралиб туради. Танглай муртагининг ички ва ташқи, юқори ва пастки юзалари тафовут қилинади.

Танглай муртагининг ҳалқумга қараган *ички юзаси* ўн олти-ўн саккизта чуқур, эгри-бугри, бир-бирига туташган лакуналардан ташқил топган. Улар биринчи, иккинчи, учинчи қатор шохчаларга тар-моқланади.

Танглай муртагининг *ташқи юзаси* (ички томони) қалин фиброзли бириктирувчи тўқима - муртақ *псев-докапсуласи* (сохта капсула) билан қопланган бўлиб, унинг қалинлиги бир мм етади. Псевдокапсула ва ҳалқум ён девори орасида юмшоқ паратонзилляр тўқима жойлашган. Муртақларнинг ички (томоқга қараган) юзасида ва пастки қисмида псевдокапсула бўлмайди. Псевдокапсуладан муртақ ичига бириктирувчи тўқима толалари - *трабекулалар* киради. Муртақда трабекулалар ўзига хос қалин тур ҳосил қилади. Тўрнинг ораси лимфоцитларнинг шарсимон (*фолликулалар*) тўплами билан тўлган; бундан ташқари бу ерда плазматик ҳужайралар ва лаброцитлар ҳам учрайди. Фолликулалар одатда крипталар бўйлаб жойлашади. Кичик фолликулалардан ташқари муртақда йирик "иккиламчи фолликуллар" ҳам мавжуд бўлиб, уларнинг диаметри 1-2 мм етади. Бундай фолликулаларда тўқ рангли -периферик ва оч рангли марказий майдон тафовут қилинади. 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 муртақларининг эркин юзаси, лакуналарнинг деворлари кўпқаватли ясси эпителий билан қопланган. Эпителий остида коллаген, эластик ва аргирофил толалар тўри аниқланади. Аргирофил толалар одатда эпителийнинг ўрта қаватларида, лимфолейкоцитар жойлашган майдонларда жойлашади ва таянч ҳамда трофик фаолиятни бажаради. Эпителий қопламида лимфоцит ва нейтрофиллар бўлиб, улар муртақ паренхимасидан ҳалқум ёригига кўчиб туради. Кўчган эпителий, микрофлора, лимфоцит ва нейтрофиллардан муртақ тикмалари ҳосил бўлади. Лакуналар муртақ ичига кириб бирламчи, иккиламчи ва бошқа тиркишларни ҳосил қилади.

Танглай муртагининг *юқори қисми* соҳасида, муртак чуқурлигида, баъзан учбурчак шаклидаги чуқурлик - бўшлиқ бўлиб, унда баъзан танглай муртагининг қўшимча бўлаги жойлашади.

Танглай муртагининг *пастки қисми* тил илдизи устида осилиб туриб, ҳалқумнинг ён деворига зич ёпишиб туради. Муртақнинг пастки қисмидан 1,1 - 1,7 см масофада ички уйқу артерияси, 2,3-3,3 см масофада - ташқи уйқу артерияси жойлашган.

Танглай муртақларининг ўзига хос анатоми-топографик хусусиятлари, псевдокапсула ва ундан тарқалган трабекулалар, уларни овқатни ҳазм қилиш ва нафас йўллари кесишган майдонда жойлаш-ганлиги танглай муртақларида сурункали яллиғланиш жараёнини ривожланишига қулай шароит ҳисобланади.

Танглай муртаги қон ишлаб чиқишда ҳам иштирок этиб, лимфоид элементлар турлича ҳосил бўлади. Фолликулалар хужайралари митоз, амитоз ва куртаклаш йўли орқали кўпаяди. Ҳосил бўлган янги лимфоцитларнинг бир қисми лимфа томирлар орқали, қон томир тизимига, бошқа қисми - эпителий қаватидан ҳалқумга чиқарилади. Муртак паренхимасида доимо плазмоцит ва гистеоцит хужайралари, яъни макрофаглар бўлади. Плазмоцитлар кўпинча фолликулалар ва бириктирувчи тўқима ёнида жойлашиб, ўзгарган лимфоцит, полибласт ва моноцитлардан ҳосил бўлиб, муртак узоқ вақт таъсирланганлигини билдиради. Гистиоцитлар одатда ретикуляр тўқимадан ҳосил бўлади ва муртақлар таъсирланганда ҳаракат-сиз гистеоцитлар фаол фагоцитларга айланади.

Бурунҳалқум, тил ва най муртақларининг анатомик тузилиши танглай муртагини эслатсада, ўзига хос хусусиятларига эга.

Бурунҳалқум муртагининг юзаси сагитал йўналишида жойлашган бурмалар ҳосил қилади. Фолликули ва тарқок лимфоид элементларининг тўплами шу бурмалар орасида жойлашган. Бурмалар ўзаро эгатларни ҳосил қилади, яъни ўзига хос крипталар билан ажралиб туради.

Тил муртаги ясси тепаликлар тўпламидан ташкил топган бўлиб, ҳар бир тепаликнинг учида те-шикча бўлади. Бу тешикчалар қопчага ўхшаган тирқишсимон лакуналар ёки криптага олиб боради. Тил муртаги қон томирларга ва шиллиқ безларга бойлиги, лакуналарининг кичиклиги билан танглай муртақлардан фарқ қилади.

Най муртақлари ҳажми бўйича бошқа муртақлардан анча кичик бўлиб, асосан лимфоид тўқималардан ташкил топган бўлиб, фолликулалар сони кам бўлади. Най ва ҳалқум муртақлари кўп қаватли ҳилпировчи эпителий билан қопланганлиги билан танглай ва тил муртақларидан фарқ қилади.

Муртақлар ташқи уйқу артериясидан қон билан таъминланади. Танглай муртақларини, юқорига кўтарилувчи ҳалқум артерия, юқорига кўтарилувчи танглай артерия ва юз артериясининг танглай шохчаси қон билан таъминлайди.

Танглай муртақларидан вена қони юз венасига, кейин -ички буйинтурук венага куйилади. Бурун-халкум ва шу майдонда жойлашган халкум ва най муртақларининг веналари тугридан тугри калла суяги ичи ва умуртка веналари билан туташиб анастомоз ҳосил қилади шу сабали инфекция бош мия буйлигига тарқалиши мумкин. Тил муртагидан қон тил веналари оркали ички буйин-турук венага оқиб тушади.

Танглай муртақлари иннервациясида тил-халкум, тил, сайёр ва симпатик асаб толалари билан иннервация қилинади. Асаб толалари муртақларнинг эпителий қаватида ва фолликулаларда жойлашган. Танглай муртаги эпителий қаватининг остида субэпителиал, перилакунар асаб толалари тури, лакуна эпителий қавати остида хеморецепторлар жойлашган бўлади.

Муртақ фолликулаларининг иннервациясини уларнинг орасида жойлашган асаб толалар тури таъминлайди. Фолликулаларда холинэстераза тўплами борлиги аниқланган.

Лимфаденоид халкум халқасининг физиологик фаолиятини ўрганиб "инфекцион" ва "ҳимоя" назариялари ишлаб чикилган.

Б.С.Преображенский тансифи буйича (1950) организмдаги лимфаденоид тўқима лимфатик (но-дуляр) ва фолликулалардан ташқарида ётган лифоид (эксранодуляр) тўқималарга бўлинади. Лим-фатик тўқима - бу фоликулаларда ҳосил бўлган, лимфоцитлар гуруҳи бўлса, лимфоид тўқима-бу юм-шоқ ретикуляр бириктиривчи тўқима орасида жойлашган лимфоид элементларнинг тарқоқ тўпламидир.

Организмда жойлашган лимфатик тизимларини уч гуруҳга бўлиш мумкин:

- 1) талоқ ва иликнинг лимфатик тўқимаси умумий қон оқимининг йўлида жойлашиб, лимфа ва лимфалар орасидаги қон тўсиғини ҳосил қилади;
- 2) лимфа тугунлар лимфа оқими йўлида жойлашиб, лимфоинтерстициал тўсиқни ҳосил қилади. Организм юқумли касаллик билан касалланганда лимфа тугунларда уларга қарши антителолар ишлаб чиқилади;
- 3) муртақлар, ичакларда тўп-тўп ва якка жойлашган лимфа тугунлар биргаликда қўшилиб лимфоэпителиал лимфа ва эпителиал тўсиқни ҳосил қилади.

Халкум халқасида жойлашган лимфоэпителиал тўсиқ тизимини шартли равишда тўрт босқичга бўлиш мумкин:

Биринчи тўсиқ - муртақнинг шиллиқ пардаси бўлиб, бу тўсиқнинг фаолияти бузилганда муртақ безлари яллиғланганда ангиналар ривожланади.

Иккинчи тўсиқ- қон томирлар девори, гистагематик тўсиқ бўлиб, бу тўсиқ ишдан чикқанда микроб ва уларнинг захарли моддалари қонга тарқалади ва метатонзиллар касалликларга сабаб бўлади.

Учинчи тўсиқ-муртак капсуласи бўлиб, бу тўсиқнинг бузилиши, бодомча безларатрофтўкимаси яллиғланиши паратонзиллитнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Тўртинчи тўсиқ - маҳаллий бўйин лимфа тугунларида патологик ўзгаришлар юзага келади.

В.И.Воячекнинг фикрича муртаклар *тўсиқ* (барьер) фаолиятни бажаради. Бактерия ва захарли моддалар муртакнинг эпителий қаватидан ўтиб муртак паренхимасида зарарсизлантирилади. Бу жараёнда ҳосил бўлган маҳаллий антителолар организмнинг иммуннитетига таъсир кўрсатади. Муртакларда жойлашган гистиоцитлари асосий тўсиқ элементи ҳисобланади.

Штер назарияси бўйича муртакларнинг эпителий қаватидан доимий равишда кўп миқдорда лимфоцитлар ишлаб чиқарилади. Лимфоцитлар эпителий хужайралари орасидан ўтаётганда, уни жароҳатлайди.

Инфекцион назария тарафдорлари муртаклардаги "физиологик яра" ва захарли мод-даларни эътиборга олиб, уларни инфекциянинг "кириш дарвозаси" деб ҳисобласалар, "ҳимоя" на-зарияси тарафдорлари - муртаклардаги лимфа оқими марказдан четга қараб ҳаракат қилганлигини эътиборга олиб, уларни инфекциянинг "чиқиш дарвозаси" деб баҳолайдилар. Аммо, илмий тадқиқотлар икки назарияни ҳам инкор этадилар, чунки муртакларда лимфа суюлишини чиқарувчи томирларйўқ эмас. Муртаклардаги лимфатик капиллярлар тури лакуналарга (криптларга) очилмайдиган ёпик каналлар тизимидан иборат. Шу сабабли лимфа суюқлиги чиқмайди.

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 фолликуллар атрофида ва бириктирувчи тўқимада жойлашган лимфатик капиллярлардан тузилган. Муртак капсу-ласи ҳам кўп қаватли лимфатик капиллярлар турига эга, улардан муртак ташки 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 бурунҳалқумнинг ён томонида жойлашган лимфа томирлар орқали танглай муртаклари тил, най ва ҳалқум муртаклари билан боғланади.

Барча муртаклар маҳаллий лимфа тугунларга эга. Бурунҳалқум муртаги учун бўйин юқори - ён бўйин қисмларида жойлашган лимфа тугунлари, танглай муртаклари учун - жағ орқаси ва тил муртагига учун чуқур буйинтурук занжирининг юқорисида жойлашган лимфа тугунлари бирламчи маҳаллий лимфа тугунлар сифатида хизмат қилади.

Муртакларнинг физиологик *ҳимоя* фаолиятини организмга тушган инфекцияни захарсизлантиришдан иборат. В.Н.Зак ва В.Т.Талалаевлар

фикрича доимий инфекция таъсири натижасида бу ерда "физиологик ангина" ривожланади бу ангина эса ўз навбатида организмнинг иммун ҳолатига таъсир кўрсатади.

И.В.Давыдовский муртакларни *физиологик мослашиш* аппарати деб ҳисоблайди.

Ҳозирги кунда муртаклар организм иммун тизимининг периферик аъзоси сифатида хужайра ва гуморал иммунитетнинг шаклланишида иштирок этиши исботланган. Барча лимфатик аъзоларга ўхшаб муртаклар *лимфоцитлар ишлаб чиқаришида*, яъни лимфопоэз жараёнида иштирок этади. Лимфоцитлар фоликулаларнинг марказий қисмида ишлаб чиқарилиб, етилганлари улар фоликулаларнинг марказидан четига қараб силжийди, ва лимфа йўлларга, лимфанинг умумий оқимига ва муртаклар юза қисмига чиқади. Лимфоцитларни муртаклар юзасига чиқарилиши организмда уларнинг сонини меъёрда сақлашга ёрдам беради, яъни муртаклар *элиминацияси* рўй беради. Танглай муртакларида Т-ва В-лимфоцитлар бўлиб, Т-лимфоцитлар фоликулалар орасида, В-лимфоцитлар- фоликулалар ичида жойлашган. В-лимфоцитлар макрофаг, плазматик хужайралар, иммуноглобулинларни ҳосил қилишда, Т-лимфоцитлар - хужайра иммунитетининг медиаторларини ишлаб чиқаришда қатнашади.

Бундан ташқари танглай ва ҳалқум муртакларида вирусларга қарши носпецифик омил-*интерферон*, полиомиелит вирусига қарши *антитаначалар ишлаб чиқарилиши* аниқланган. Интерферон: аденовирус, парагрипп, Коксаки, кизамик, стоматит вирусларига қарши восита ҳисобланади.

Кўпгина тадқиқотларда ҳалқум ҳалқаси муртаклари, хусусан, танглай муртаклари *фермент ишлаб чиқаришида* иштирок этиши тасдиқланган. Муртаклар тўқимасида амилаза, липаза, фосфатаза ва бошқа ферментлар борлиги, овқатлангандан сўнг уларнинг микдори кўпайганлиги аниқланган. Бу эса муртакларни овқатни *орал ҳазм қилиш* жараёнида иштирок этишини тасдиқлайди.

Муртаклар ўзига хос *иммунрецептор* вазифасини бажариб, маҳаллий ва умумий химоя реак-цияларни пайдо қилишда муҳим аҳамиятга эга. Муртаклар рецепторлари кўпгина аъзолар билан асаб-рефлектор йўл орқали боғланган. Хусусан, юрак ва муртаклар ўртасида тонзиллокардиал рефлекс борлиги амалда тасдиқланган. Танглай муртаклари босилганда ёки унга игна санчилганда электро-кардиограммада ўзгаришлар пайдо бўлади. Бундай ўзгаришлар сурункали тонзиллит билан оғриган беморда яққол намоён бўлиб, тонзиллокардиал рефлекс деб аталади.

Тонзиллокардиал рефлекс-шартсиз рефлекс бўлиб, ундан шартли рефлекс ҳосил қилишда фойдаланса бўлади. Масалан, муртакларга механик таъсир бир-неча бор товуш тўлқинларини юбориш билан бирга ўтказилса, кейинчалик электрокардиограммадаги ўзгаришлар фақат товуш тўлқинлари юборилганда

пайдо бўлади. Бу ауорокардиал шартли рефлекс амалда эшитувнинг объектив текшируви сифатида қўлланади.

Бундан ташқари, лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси айрисимон, қалқонсимон, меъда ости, буйрак усти безларининг қобиғи билан, хусусан, танглай муртаклари (айниқса балогат ёши етиш даврида) гипофиз ва буйрак усти безининг қобиғи- лимфатик тўқима тизими билан узвий боғлиқ.

Ҳалқумни текшириш усуллари

I босқич Кўздан кечириш ва пайпаслаш.

1. Врач бўйин соҳаси, лимфа тугунлари катталашғалиги, лабларнинг ҳолатини ва шиллиқ пардасини кўздан кечиради.

2. Маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслаш. Врач беморнинг бошини бироз олдинга эгиб икки қўлининг бармоқлари билан жағ ости, орқа буйин, ретромандибуляр чуқурликдаги лимфа тугун-ларни пайпаслайди. Кейин бир қўлини бемор бошининг тепасига қўйиб, бошқа қўли билан билан чуқур бўйин, умров усти, умров ости чуқурлигидаги лимфа тугунларни аввал бир томонда, кейин иккинчи томонда пайпаслаб текширади.

II босқич. Ҳалқумни эндоскопик текшириш. Ороскопия

1. Врач шпательни чап қўлига олади. Бунда у бош бармоғини шпательнинг пастига, II ва III бармоқларини унинг устида қўяди. Ўнг қўлини бемор бошининг устига қўяди.

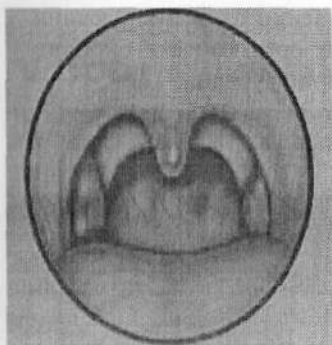
2. Бемордан оғзини очишини сўраб, шпатель ёрдамида навбатма-навбат оғзининг ўнг ва чап бурчагини тортиб оғиз даҳлизини кўздан кечиради: оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси, юқори кичик озиқ тишлар соҳасида жойлашган кулоқ атрофи безларининг чиқиш тешикларини кўздан кечиради.

3. Врач тишларни, милқларни, қаттиқ танглайни, тилни, тил ости ва пастки жағ ости сўлак безларининг чиқиш йўллари, оғиз бўшлиғининг туби кўздан кечиради. Оғиз бўшлиғининг тубини кўздан кечириш учун врач бемордан тил учини юқорига кўтиришни сўрайди ёки уни шпатель ёрдамида кўтаради. Оғиз бўшлиғининг тубида тил ости ва пастки жағ ости безларининг чиқиш йўллари жойлашган.

Мезофарингоскопия.

4. Врач шпательнинг учи ёрдамида тилнинг олдинги 2/3 қисмини пастга босади, бунда шпательнинг учи тил илдизига тегмаслигига ҳаракат қилинади, акс ҳолда беморда қусиш рефлекси пайдо бўлади. Юмшоқ танглайнинг ҳаракатчанлигини аниқлаш учун врач бемордан “а” товушини чиқаришни сўрайди. Меъёрда юмшоқ танглай ҳаракатчан бўлади.

5. Юмшоқ танглайнинг шиллиқ пардаси, тилча, олд (танглай-тил) ва орқа (танглай-ҳалқум) танглай равоқчалари ва танглай муртакларини кўздан

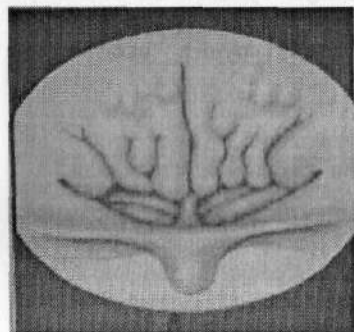


62- **расм.**
Мезофарингоскопияда

оғизхалқумнинг
манзараси



63- **расм.**Орқа риноскопия



64- **расм.** Орқа риноскопияда
бурунхалқумнинг манзараси

кечириш. Меъёрда шиллик парда силлик ва пушти рангда бўлади, равоқчалар якқол кўзга ташланиб туради. Танглай муртакларининг ҳажми аниқланади, бунинг учун танглай муртаги ҳамда тил ва юмшоқ парда ўртасидан хаёлан ўтказилган чизик орасидаги масофа 3 қисмга бўлинади.

Муртаклар шу масофанинг $1/3$ қисмигача катталашганда танглай муртак-лари гипертрофиясининг I даражаси, $2/3$ қисмигача катталашганда - II даражаси, ҳалқумнинг ўрта чизигигача катталашганда- III даражаси сифатида баҳоланади.

6. Муртаклар шиллик пардасини кўздан кечириш. Меъёрда у пушти рангда, юзаси силлик ва нам, лакуналарининг оғзи ёпик бўлади.

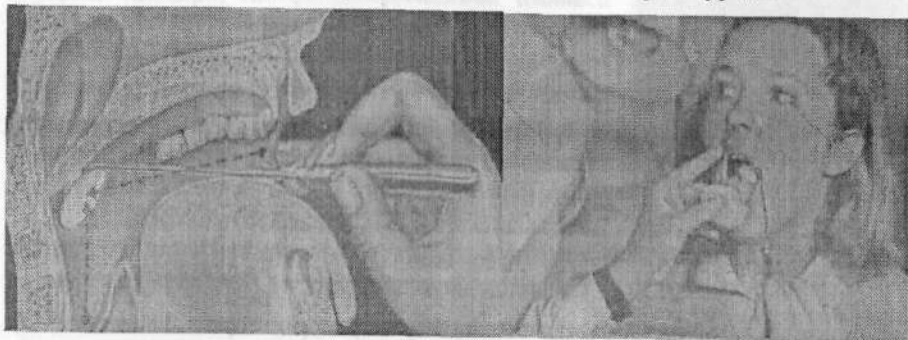
7. Муртак лакуналарининг ажралмасини аниқлаш. Бунинг учун врач икки қўлига икки дона шпа-телни олади. Битта шпател ёрдамида у беморнинг тилини пастга босади, иккинчиси билан олд равоқ-ча асоси орқали муртакнинг олд ровоқини босади. Ўнг томондаги муртак ўнг қўлга олинган шпател, чап томондаги муртак чап қўлга олинган шпател ёрдамида босилади. Меъёрда лакуналарда аж-ралма бўлмайди ёки кам микдорда йирингсиз эпителиал тикма бўлади. Сурункали тонзиллитда суyoқ ёки куюк тикма кўринади.

8.Халқум орқа деворининг шиллик пардасини кўздан кечириш. Меъёрда у пушти рангда, нам ва текис бўлади, юзасида кам микдорда ўлчами бир мм гача бўлган лимфoid тўқиманинг кичик тўпламчалари (лимфoid доначалар) кўринади.

Этифарингоскопия (орқа риноскопия).

9.Халқум гумбазини кўздан кечириш учун врач бурунхалқум кўзгусини дастасига ўрнатади, кейин кўзгуни 2-3 сонияга иссиқ

(40-45⁰) сувга солиб иситади. Ўнг қўлига кўзгу дастасини олиб кўзгу юзини тоза салфетка билан тозалайди ва чап қўл кафтининг орқа юзи ёки биринчи бармоғиюза қисмига қўйиб кўзгу исиганлигини текшириб кўради.



65- расм.Ҳиқилдоқ ҳалқумни текшириш

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

11. Бурунҳалқум кўзгусини ручкани ушлагандай ўнг қўли билан ушлаб, врач уни тил илдизи ва ҳалқум орқа деворига теккизмасдан беморнинг оғзига, кейин юмшоқ танглай пардасининг орқасига киритилади, бунда кўзгунинг юзи юқорига қаратилган бўлиши лозим.



66- расм.Бурунҳалқумни бармоқлар ёрдамида пайпаслаб текширилади

сўнг унинг орқасида ўнг томонда тик туради; чап қўлининг кўрсаткич бармоғи билан бемор лунжини тишлар орасида босиб, ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғини бурунҳалқумга, юмшоқ танглайнинг орқасига чакқонлик билан киритади ва хоаналарни, бурунҳалқум гумбазини, ҳалқум ён деворларини пайпаслаб текширилади

12. Ёруғликни кўзгуга йўналтириб врач ҳалқум гумбазини, хоаналарни, ҳалқумнинг ён деворлари ва эшитув (Евстахий) найининг тешикларини (улар пастки бурун чиганоғининг орқа учи сатҳида жойлашган) кўздан кечиради. Меъёрда ҳалқум гумбази ва хоаналар эркин, ҳалқум юқори бўлимларининг шиллиқ пардаси пушти рангда ва силлиқ бўлади. Ҳалқум муртаги бурунҳалқум гумбазининг орқа-юқори деворида жойлашиб, димоғ суяги ва хоаналарнинг юқори учига тегмайди.

13. Бурунҳалқумни бармоқлар ёрдамида пайпаслаш. Бемор курсига ўтиради, врач қўлларини совун билан ювгандан сўнг унинг орқасида ўнг томонда тик туради; чап қўлининг кўрсаткич бармоғи билан бемор лунжини тишлар орасида босиб, ўнг қўлининг кўрсаткич бармоғини бурунҳалқумга, юмшоқ танглайнинг орқасига чакқонлик билан киритади ва хоаналарни, бурунҳалқум гумбазини, ҳалқум ён деворларини пайпаслаб текширилади

V боб

ҲАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИ

Лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси муртақлари орасида танглай муртақларининг яллиғланиши кўп учраб организмдаги патологик ўзгаришларнинг келиб чиқишига муҳим ўрин эгаллайди. Шунинг учун "тонзиллит" атамаси амалда танглай муртақларининг яллиғланишини англатади.

И.Б.Солдатов тонзиллитларни қуйидагича таснифлайди.

1.Ўткир тонзиллитлар (ангиналар)

1.Бирламчи: катарал, лакунар, фолликуляр, яра-некротик қопламали ангиналар.

2.Иккиламчи: а) ўткир юқумли касалликлардаги -дифтерия,скарлатина, кизамиқ туляремия, ич терламадаги ангиналар;

б) қон тизими касалликларидаги- юқумли моноклеоз, агранулоцитоз, алиментар- токсик алейкия, лейкоздаги ангиналар.

2.Сурункали тонзиллитлар

1.Носпецифик: а) компенсация шакли;

б) декомпенсация шакли;

2.Специфик: юқумли гранулемаларда-сил, захм, склеромадаги тонзиллитлар

ЎТКИР ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)

(angina) - умумий ўткир юқумли-аллергик касаллик бўлиб, лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси тўқимасининг (кўпинча танглай муртақларининг) маҳаллий яллиғланиши билан намоён бўлади. Ангина барча касалликлар орасида етакчи уринлардан бирини эгаллайди. Катталар орасида ангина 4-5%, болаларда 6% ҳоллада учрайди. Ер юзи аҳолисининг 15,8% да тонзиллит ташхиси қайд этилган.

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

Б.С.Преображенский ангиналарни қуйидаги шаклларга бўлади:

1.Эпизотик-атроф муҳит шароитининг ўзгариши, кўпинча шамоллаш натижасида аутоинфекциядай ривожланган ангианалар;

2.Эпидемик- бемордан соғлом кишига юқиши натижасида бўладиган ангианалар;

3.Сурункали тонзиллитнингхуруж даврида юзага келадиган ангианалар..

Инфекция экзоген ва эндоген йўллар орқали тарқалади. Экзоген микроб муртакнинг шиллиқ пардасига *хаво-томчи* ёки *алиментар* йўллар орқали киради. Эндоген йўл орқали юқиш механизмида организм иммун ҳолатининг сусайиши, сапрофит ёки шартли-патоген микрофлоранинг, патоген микрофлорага айланиши , патоген хусусиятини ошиши натижасида юзага келади. Аутоинфекция кўпинча сурункали тонзиллитда тонзиллитнинг қайталаниши муҳим роль ўйнайди.

Ангианалар патогенезида организмнинг совуққа бўлган мослашув қобилятининг сусайиши, ташқи муҳит шароитининг кескин ўзгаришлари (хаво ҳарорати,намлиги, захарли моддаларнинг мавжудлиги ва бошқ.), С ва В гуруҳи витаминларнинг, овқат таркибида оксиллар етишмаслиги маълум роль ўйнайди. Лимфатико-гипопластик диатези бор болалар, марказий ва вегетатив асаб тизими яхши ривожланмаган, оғиз, бурун , бурун атрофи бўшлиқларининг сурункали касалликлари, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши ҳам ангиананинг ривожига ёрдам беради.

Касалликнинг ривожига лакуаналар ичи микрофлораси ва оксил парчаланиши натижасида ҳосил бўлган моддалар сенсбилизацияловчи омил сифатида таъсир кўрсатса, турли экзоген ёки эндоген омиллар - сенсбилизацияланган организмда бошловчи механизм ролини ўйнайди. Бундан ташқари, аллергик омил инфекция-аллергик характерга эга бўлган ревматизм, ўткир нефрит, носпецифик юкумли полиартрит ва бошқа асоратларнинг юзага келишига ёрдам беради.

Тансифи. Б.С.Преображенский, В.Т.Пальчун бўйича ангианаларнинг куйидаги тансифи амалда кенг қўлланилиб келмоқда.

Банал ангианалар: Катарал
Фолликуляра
Лакунар
Аралаш

Ангианаларнинг алоҳида (нотипик) шакллари:

Симановский-Венсан
Герпетик
Флегмонали
Замбуруғли

Аралаш шакллари

Юқумли касалликларда ривожланган ангиналар:

Дифтерияда

Скарлатинада

Қизамиқда

Захмда

ОИТСда

Қон касалликларда ривожланган ангиналар:

Агранулоцитар

Моноцитар

Лейкозда

Банал ангиналар куйидаги умумий белгилар билан бошка ангиналардан ажралиб туради:

- 1- организмнинг умумий захарланиш белгилари кузатилади;
- 2- клиник-патологик ўзгаришлар ҳар иккала танглай муртақларида аниқланади;
- 3- яллиғланиш жараёни ўртача 7 -8 кун давом этади;
- 4- банал ангиналарнинг этиологиясида бактериялар ҳамда вируслар яллиғланиш бирламчи омил бўлиб хизмат қилади.

Патологоанотомик ўзгаришлар: муртақ паренхимаси кичик қон ва лимфа томирларининг кескин кенгайиши, кичик веналар қон томирлари тромбози лимфа капиллярлардаги турғунликдек ўзгаришлар юз беради.

БАНАЛ АНГИНАЛАР

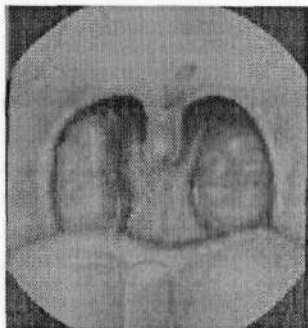
КАТАРАЛ АНГИНА

- касалликнинг энг энгил шакли бўлиб, яллиғланиш жараёни танглай муртақларининг фақат шиллиқ пардасига тарқалади. Ангинанинг бу шаклида танглай муртақлари кизарган, шиллиқ пардаси шишган ва серозли ажралма билан тўлган бўлади. Муртақлар эпителиал каватининг юзасида ва крипталарда лимфоцитлар ва лейкоцитларнинг қалин инфильтрацияси аниқланади. Айрим юзаларда эпителий юмшаган ва мугузланган бўлади.

Белгилари. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг томоғи ачишади, қичишади ва бироз оғриydi. Бемор ҳолсизликка, боши ва ютинганда томоғи, баъзан бўғимлари оғришига шикоят қилади. Тана ҳарорати субфебрил, болаларда 38° ва ундан юкори кўтарилади.

Қонда нейтрофилли лейкоцитоз ($7-9 \cdot 10^9 / л$), лейкоцитлар формуласининг бироз чапга силжиганлиги, ЭЧТ 18-20 мм соат баландлиги аниқланади.

Фарингоскопияда муртақлар шиллиқ пардасининг тарқоқ кизариши, бу кизариш танглай равоқчаларининг четларига тарқалганлиги, муртақлар кескин катталашганлиги, қон томирлари бўртиб чиққанлиги, юмшоқ танглай ва ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси ўзгармайди. Беморнинг тили қурук, оқ сарғиш қараш билан қопланган.



67-расм.Катарал ангина

Катарал ангина кўпинча лакунар ва фолликуляр ангинадан олдин ривожланиб, 3-5 кун давом этади, кейин - тонзиллитнинг бошқа шаклига (лакунар ёки фолликуляр ангинага) айланади ёки касаллик соғайиш билан тугайди

Катарал ангина ўткир фарингитдан фарқ қилиб, ўткир фарингит одатда ўткир респиратор касалликларда ривожланиб, унда муртақлар ва ҳалқум шиллиқ қавати қизаради, катарал ангинода эса яллиғланиш жараёни асосан муртақларда жойлашади. Ушбу белги билан катарал ангина юқори нафас йўллари катарини, грипп, ўткир ёки сурункали фарингитлардан фарқ қилади.

Таърихи анамнез, шикоятлар мезо-эпи-гипо фарингоскопия текширувлари асосида қўйилади.

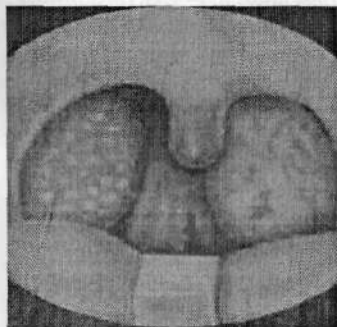
ФОЛЛИКУЛЯР АНГИНА ёки ПАРЕНХИМАТОЗЛИ АНГИНА

касалликнинг оғир шаклларида бири бўлиб, яллиғланиш жараёни на фақат муртақларнинг шиллиқ пардасини, балки фолликулаларни ҳам камраб олади. Фолликулаларда лейкоцитли инфильтратлар ёки айрим соҳаларда некрозли ўзгаришлар пайдо бўлади. Муртақлар шишиб, шиллиқ қавати қизаради. Эпителий қавати остида жойлашган фолликулаларда тарик донасига ўхшаш ок-сарғиш кичик нукталар кўринади (булар йиринглаган фолликулалардир). Шу сабабли муртақларнинг эркин юзаси "юлдузли осмон" манзарасини эслатади.

Белгилари. Фолликуляр ангина ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати $38 - 39^0$ кўтарилади, томоғи кескин оғрийд, оғрик ютинганда кучаяди, кўпинча қулоқ соҳасига берилади. Организмнинг умумий захарланиш реакцияси-холсизлик, қалтираш, бош оғриғи, бўғимлар, мушаклари, баъзан бел ва юрак соҳасининг оғриши, иштаханнинг пасайиши ва қабзият билан намоён бўлади. Болаларда тана ҳароратининг кўтарилиши билан бирга қусиш, менингизм, эсушнинг хираланиши каби оғир белгилар юзага келиши мумкин. Бўйин жағ

ости лимфа тутунлари катталашиб, пайпасланганда оғрийди. Қонда лейкоцитоз ($12-15 \cdot 10^9 / л$), таёқча ядроли лейкоцитлар кўпаяди, лейкоформула бироз чапга силжийди, ЭЧТ 30 мм (соат) кўпайганлиги; сийдикда альбуминурия, микрогематурия кузатилади

Фарингоскопияда юмшоқ танглай ва равоқчаларга тарқалган тарқоқ кизариш, инфильтрация, танглай муртақларининг шиши кўзга ташланади. Муртақлар юзасида 1-3 мм хажмдаги кўп сонли айлана, бироз бўртиб чиққан сарғиш-оқ нуқтачалар кўринади. Бу тузилмалар шиллиқ парда остидан жойлашган муртақларнинг



68-расм. Фоликуляр ангина

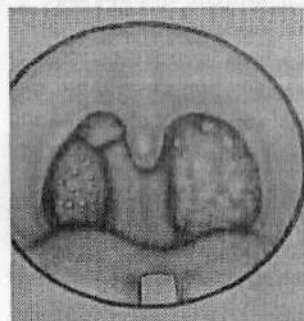
йирингли фолликулалари бўлиб, улар касалликнинг 2-4- кунда ёрилиб, шиллиқ пардада тез битиб кетадиган ярачаларни, кон томир-эрозияларни хосил қилади. Касаллик 6-8 кун давом этади.

Лакунар ва фолликуляр ангиналар клиник ва патологоанатомик манзараси билан бир-биридан кам фарқ қилади. Касалликнинг клиник шакли қайси жараён кўпроқ ривожланганлигига боғлиқ бўлади.

ЛАКУНАР АНГИНА.

Ангинанинг бу шаклида лакуналар оғзида дастлаб серозли-шиллимшиқ, кейинчалик йирингли ажралма тўпланади. Бу эса лейкоцитлар, лимфоцитлар, кучган эпителий ва фибриндан иборат

бўлади. Лакуналар атрофини ўраган қарашлар бир-бири билан қўшилиб, муртақларнинг юза қисмига қисман ёки бутунлай тарқалиши мумкин, аммо бу қарашлар атроф туқималарга тарқалмайди ва осон кўчади. Лакунар ангинанинг бу белгиси уни ҳалқум дифтериясидан фарқлашга ёрдам беради.



69-расм.Лакунар ангина

Белгилари. Касалликнинг бошланиши ва клиник манзараси фолликуляр ангинага ўхшасада, лакунар ангина клиникаси оғирроқ кечади. Жараён кўпинча иккала муртақда бир вақтда ривожланади. Баъзан беморда бир вақтда фолликуляр ва лакунар ангинанинг белгиларини кузатиш мумкин.

Фарингоскопияда муртақларнинг кизарган шиллиқ пардаси юзасида, лакуналар оғзи соҳасида сарғиш-оқ қараш тилчалар шиллиқ қавати- некроз ва кўчган эпителий майдончалари куринади. Фиброзли қарашлар айрим майдонлар бир бирига қўшилишиб муртақ юзасинининг

тўлик юзасини қопласа ҳам лекин, муртак чегарасидан чиқмайди.

Қарашлар шпатель ёрдамида осон кўчади. Касаллик ўртача 6-8 кун давом этиши, ёки оғир кечимли асоратланган ҳолларда узоқ муддатга чўзилиши мумкин.

Танглай муртакларининг ўткир яллиғланиши Вальдейер-Пирогов лимфаденоид ҳалқаси бошқа муртакларига ҳам тарқалиши мумкин.

Бурун ҳалқум муртаги яллиғланганда беморнинг томоғи оғрийди, оғриқ буруннинг чуқур бўлимларига тарқалади, бурун орқали нафас олиши қийинлашади. Тил муртаги яллиғланганда беморнинг томоғи оғрийди, ютинганда ва тилини оғзидан чиқарганда оғриқ кучаяди, жараён тил тўқималарига тарқалганда эса тилнинг йирингли яллиғланиши юзага келади. Ҳалқум ён деворларининг лимфоид тўқималари яллиғланганда шу майдонда энгил оғриқ ва шиш кузатилади. Баъзан касаллик оғир кечиби, йирингли медиастенитга сабаб бўлиши мумкин.

Даволаш. Катарал, лақунар ва фолликуляр ангина билан оғриган бемор уй шароитида даволанади. Оғир ҳолларда даволаш юқумли касалликлар касалхонасида олиб борилади, алоҳида идиш-товоқ ва сочиқ ажратилади, беморга умумий кон ва биохимик таҳлил, танглай муртагидан бактериологик текширув учун суртма олинади. Энгил, витаминларга бой овкат, кўп миқдорда иссиқ суюқликлар ичиш (лимонли чой, шарбатлар, минерал сувлар) тавсия қилинади.

Стрептококкларга таъсир этувчи бензилпенициллин, оксациллин, бициллин препаратлари куйидаги усулларда қўлланади:

I-усул: пенициллин 300 000 ТБ ҳар 4 соатда, мускул орасига 3-5 кун давомида кейин мускул орасига чуқур 1 марта Бициллин-3 200 000 ТБ 1 ёки мускул орасига чуқур юборилади 1 500 000 ТБ Бициллин-5;

II-усул: мускул орасига 5 кун давомида 300 000 ТБ бензилпенициллин ҳар 4 соатда, кейин 5 кун давомида 0,75 г оксациллин 4 марта юборилади. Агар 3-4 кун ичида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, унда яна 5 кун давомида ҳар 6 соатда эритромицин 0,4 г тавсия этилади (сульфаниламид препаратлари ва тетрациклин одатда қўлланмайди). Антибиотикларга қарши курсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда беморга диоксидин (диоксизоль) аэрозоли бир кунда 4 марта 5-7 кундавомида давомида бодомча безлар соҳасига сепилади. фарингосепт стептосил 4-6 (кунига шимишга 3-4 кун давомида) буюрилади иммуномодуляторлар вагипосенсебилизация, тимолин, тактикин, левамизол, ИРС 19 оғир ҳолларда буюрилади. (супрастин, тавегил, фенкарол, кларитин, телфаст ва бошқ.) дори воситалари ва дармон-дориларлар буюрилади.

Бактереологик текширувда пенициллинга чидамли стрептококкларнинг аниқланганда, даволашда бетта-лактамазларга чидамли бўлган

антибиотикларни (аугментин, амоксиклав, клафоран), кефзол, цефамезин, гаривид, ровамицин каби антибиотикларни қўллаш тавсия қилинади. Маҳаллий даволашда танглай муртақлари соҳасига УВЧ, киска тўлқинли терапия ўтказилади, жағ ости лимфа тугунлари соҳасига иссиқ спиртли бойлам қўйилади. Катарал ангинада шалфей, мойчечак, календула қайнатмаси, фурациллин ва риванол эритмалари; лакунар ва фолликуляр ангинада 5% натрий хлорид, натрий гидрокарбонат (ичимлик сода), 3% водород пероксиди эритмалари билан томоқни чайиш яхши натижа беради. Катарал ангинада танглай муртақларни тозалаш ман этилади. Кўрсатма бўйича беморга салицилатлар (парацетамол, панадол), муколитиклар ва тинчлантирувчи дорилар буюрилади.

Биопароке— антибиотик маҳаллий яллиғланишга қарши таъсирга эга. Ингалициялар кунда 4 мартадан ўтказилади.

Ангина билан оғриган бемор 10-12 кун давомида ишдан ёки ўқишдан озод этилади. Ишга ёки ўқишга рухсат беришдан олдин беморда қон сийдик таҳлиллари, ЭКГ текшируви ўтказилади ва у 1 ой давомида врач назорати остида бўлиши керак.

АРАЛАШ АНГИНА жуда кам учрайди ва юқорида қайд этилган ангиналар белгиларига ўхшаш белгилар билан бирга кечиши билан намоён бўлади.

АНГИНАЛАРНИНГ АЛОҲИДА (НОТИПИК) ШАКЛАРИ

ЯРАЛИ-НЕКРОТИК АНГИНА- ЯРА-ПАРДАЛИ АНГИНА, СИМАНОВСКИЙ-ПЛАУТ-ВЕНСАН АНГИНАСИ

муртақларда, баъзан танглай равоқчаларида ва ҳалқум деворларида бадбўй хидди, кулранг қараш билан қопланган юзаки яралар пайдо бўлиши билан намоён бўлади.

Ушбу касаллик ҳақида биринчи марта 1890 йилда Н.П.Симановский ва 1897 йилда Н.Р.Plaut ва Н.Vincent маълумот беришган.

Этиологияси. Бу ангинани соғлом одамнинг оғиз бўшлиғи шиллик пардасида мавжуд бўлган қуйидаги сапрфит микроблар кўзгатади- галтаксимон таёкча (*V. fusiformis*) ва оғиз бўшлиғи спирохетасининг (*Spirichaeta buccalis*) симбиози) сабаб бўлади. Касалликни ривожланишига организмнинг умумий ва маҳаллий иммунитетининг сусайиши- бошдан кечирган ўткир ёки сурункали юқумли касалликлар, қон касалликлари, авитаминоз, чириган тишлар, касалланган

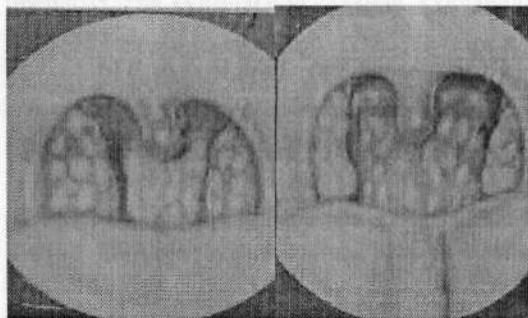
милклар, бурун орқали нафас олиш қийинлашиши ва бошқа омиллар ёрдам беради.

Муртакнинг томоқ юзасида (одатда, бир томонда) юмшоқ, осон кўчувчи кулранг қараш пайдо бўлади, қараш олингандан сўнг унинг остида юзаки яралар қолади. Яранинг тубида носпецифик микрофлорага бой (асосан галтаксимон бациллалар ва спирохеталар) бўлган юмшоқ фибринли қараш ҳосил бўлади. Баъзида фибринли қараш остида некрозга учраган лимфаденоид тўқима майдони, унинг четларида- реактив яллигланиш чегараси жойлашган. Некроз жараёнлари муртакнинг эпителий қаватини ва паренхимасини тарқалган бўлади. Қараш ва яралар милкларга, юмшоқ танглайга, ҳалқумнинг орқа деворига, ҳиқилдоққа ва баъзан атроф тўқимага ҳам тарқалиши мумкин.

Белгилари. Бемор чайнаганда ёки ютинганда томоғида ёт жисм ва кучли оғриқ ҳис этишига, оғиздан ёқимсиз ҳид келишига, сўлаги оқишига шикоят қилади. Умумий ахvoli нисбатан қониқарли бўлади, тана ҳарорати одатда меъёрда ёки биров кўтарилган, зарарланган томонда жағ ости лимфа тугунлари катталшиб биров оғриydi.

Касаллик 1-3 ҳафта, баъзан ойлаб давом этади. Муртаклар соҳасидаги яралар дағал чандикли ўзгаришлар қолдирмай битиб кетади.

Таъхис фарингоскопия манзараси асосида қўйилади- муртаклардан бирининг томоқ юзасида кулранг-сарғиш ёки кулранг-яшил қараш билан қопланганлиги, қараш олингандан сўнг унинг остида четлари нотекис кратерсимон яра борлиги ва яранинг туби ифлос кулранг-сарғиш қараш билан қопланганлиги кўзга ташланади. Оғир ҳолларда яралар муртак чегарасидан ташқарига, атроф



70-расм. Грогулезли фарингит дифтерия билан бирга кечади

Симановский-Плаут-Венсан яра-пардали ангинаси; ҳалқум дифтерияси, бодомча безлари захм, сил яраси, қон касалликлари, ангина безлари, ҳалқум муртак ўсмаларидан фарқланади.

Даволаш. Умумий ва маҳаллий даволаш -оғиз бўшлиғини соғломлаштириш, қариесга учраган тишларни ва касалланган милклар атрофи чўнтақларини

тўқималарга-милкларга, тил илдизига, танглай равокчаларига тарқалиши мумкин. Қараш ва яралар ажралмасининг бактериологик текширувида *Fusobacterium fusiforme* ва *Spirochaeta vincenti*, борлиги қонда биров лейкоцитоз, камқонлик белгилари, ЭҚТ кўпайишига асосланиб қўйилади. 10% ҳолларда яра-пардали ангина

тозалаб даволаш тадбирлари ўтказилади. Пенициллин, Ампицилин 0,5 1,2 4-6 марта мускул орасига 6-8 кун давомида миарсенол юборишдан ташқари, муртакларга глицеринга қўшилган 10% новарсенол ёки 1мл сувда эритилган 10 000 ТБ пенициллин суртилади, поливитамиинлар тавсия қилинади.

Даволаш тадбирлари натижа бермаган ҳолларда тонзиллэктомия жарроҳлик амали бажарилади.

ГЕРПЕТИК АНГИНА-

ҳалқум орқа девори ва юмшоқ танглайда яраланишга мойил пуфакча ва пуфак тошмаларининг пайдо бўлиши билан кечадиган ўткир юқумли касалликдир. Касалликни аденовируслар, грипп ва Коксаки вируслари чақиради Инфекция ҳаво-томчи йўли ва қўллар орқали тарқалади. Пуфакчалар ёрилгандан сўнг эпителий қаватда фибрин қопланган бўлади. 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 ° кўтариледи, боши, томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ кучаяди, у ҳолсизланади. Бир томонлама конъюнктивитнинг бўлиши ангилага хос муҳим белги ҳисобланади. Ёш болаларда асорат сифатида жуда кам ҳолларда серозли менингит белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Фарингоскопияда дастлабки соатларда шиллик парданинг тарқоқ қизариши аниқланади. Кейинчалик юмшоқ танглай, тилча, танглай равоқчалари, муртаклар ва ҳалқумнинг орқа деворида кичик қизғиш пуфакчалар пайдо бўлади. Касаллик бошланишдан 3-4 кун ўтгандан сўнг пуфакчалар ёрилиб ёки ўз-ўзидан сурилиб шиллик парда ўз меъёрий ҳолатига қайтади.

Даволаш. Антибиотикотерапия яхши самара бермаслигини эътиборга олган ҳолда беморга симптоматик даво тадбирлари ўтказилади.

ФЛЕГМОНАЛИ АНГИНА

(*интратонзилляр хуппоз*) нисбатан кам учрайди. Касалликнинг ривожланишига банал ангиналардан ташқари, муртакларни каттиқ овқат парчалари билан жароҳатланиши сабаб бўлади. Бундай ангилада лакуналар дренаж фаолиятининг бузилиши, дастлаб муртак паренхимасининг шиши, кейин лейкоцитлар инфильтрацияси кузатилади. Фолликуллардаги некрозга учраган тўқима майдонлари қўшилиб муртак ичида йирингли ўчоқни ҳосил қилади ва беморда ўзига хос клиник белгиларнинг ривожланишига олиб келади. Муртак юзасига яқин жойлашган хуппоз ўз-ўзидан оғиз бўшлиғига ёки паратонзилляр бўшлиқ ичига ёрилиши мумкин.

Флегмонали ангилада муртак қизариб катталашади, пайпасланганда оғрийди. Муртак ичи кичик хуппозчалар белгисиз ёки бироз маҳаллий ва умумий

ўзгаришлар билан кечиб, одатда кескин клиник белгилар билан кечган паратонзилляр хуппоздан фарқ қилади.

Даволани. Флегмонали ангина жаррохлик усулида даволанади муртак ичидаги хуппоз кенг очилади. Касаллик қайталанган ҳолларда ўткир даврда хуппозтонзилэктомия амали бажарилади. Яллигланишга қарши антибиотиклар, антигистамин, оғриқсизлантирувчи дезинтоксикация ва симптоматик дори воситалари берилади .

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНАЛАР

ДИФТЕРИЯДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНА

умумий заҳарланиш ва яллигланиш жараёни туфайли танглай муртаклари ҳамда оғиз ҳалқум шиллиқ пардасида, яъни инфекция кирган жойда, фибринозли (крупозли) қараш ҳосил бўлиши билан кечадиган ўткир юқумли касаллик..

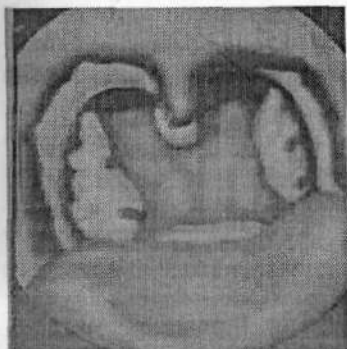
Этиологияси. Касалликни ташки муҳитга чидамли бўлган дифтерия таёқчаси (*Corynebacterium diptheriae*) кўзгатади. Инфекция асосан ҳаво-томчи ёки контакт йўл орқали тарқалади. Яширин давр 2-7 кун давом этади. Дифтерия кўпинча болаларда учрайди.

Белгилари. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати кўтарилади. Дифтериянинг клиник кечими хилма-хил бўлганлиги сабабли, касалликнинг куйидаги шакллари тафовут қилинади:

- маҳаллий шакллари: қарашли, оролчали, катарал;
- ҳалқум, бурун ва ҳиқилдоқнинг зарарланиши билан кечган тарқок дифтерия;
- токсик дифтерия: геморагик ва гангренозли дифтерия.

Дифтериянинг маҳаллий шакли - энг кўп учрайдиган шакли бўлиб, барча дифтерия ҳолларининг 70-80% ташкил қилади. Жараён чегараланган майдонни қамраб олади, умумий заҳарланиш белгиси бош оғриги, ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, бўғим ва мускуллар оғриши билан ифодаланади. Дастлабки соатларда беморни томоқ оғриши безовта қилади, иккинчи кун-оғриқ анча зўраяди, нутки ноаниқ бўлиб, оғзидан ўзига хос ёқимсиз-сасиқ ҳид келади. Тана ҳарорати баландлигига қарамадан беморнинг юз териси рангпар (лақунар ва фолликуляр ангина билан оғриган беморларнинг икки юзи, аксинча, қизил, лаблари - қуруқ ва ёрқин) бўлади. Маҳаллий лимфа тугунлар бироз катталашади ва бироз оғриydi.

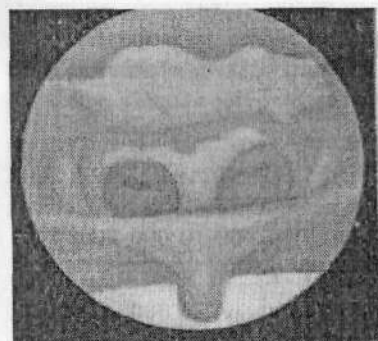
Фарингоскопияда муртаklarнинг ва танглай равоқчаларининг куқимтир қизариши ва шиши, лақуналар соҳасида (оролчали шаклида) ва муртаklarнинг томоқ юзасида (қарашли шаклида) кулранг-оқиш қалин қараш кўринади. Қараш баъзан сарғиш ёки яшил рангда бўлиб, танглай равоқчалари, юмшоқ танглай, тилча ва ҳалқумнинг орқа деворида жойлашади. Дифтериянинг катарал шаклида қараш бўлмайди.



71-расм. Оғиз-ҳалқум дифтерияси

ҳалқум *дифтериясининг тарқоқ шакли* 3-5% ҳолларда учрайди ва қарашни бурунҳалқум, бурун, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шиллик каватига тарқалиши билан кечади. Беморда пастга тарқалувчи круп ҳолати ривожланиши мумкин. Беморда заҳарланиш белгилари анча кескин намоён бўлади, тана ҳарорати 39° кўтарилади, унинг томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ зўраяди. Бундан ташқари тахикардия, аритмия, қон босимининг пасайиши, эс-хушни хиралашиши кузатилади.

Дифтериянинг токсик шакли жуда кам учрайди. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати 40° кўтарилади, ҳалқумнинг ва буйин тери ости ёғ тўқимасининг шиши эрта пайдо бўлади. Беморни томоғи оғрийди, ютинганда оғриқ зўраяди, нафас олиши қийинлашади. Кейинги босқичларда юмшоқ танглайнинг фалажи ривожланиб, юмшоқ танглайнинг ҳаракати бузилади ва бемор ютинганда овқат парчалари бурун бўшлиғига учиб қиради, беморда манқаланиш юзага келади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталаниб, парафаренгеал, жағ ости ва бўйин тўқималарининг шиши билан бирга кечади.



72-расм. Бурун-ҳалқум дифтерияси

Шиш умров суягигача, ковуғғаларгача пастга тушиши мумкин. Айрим ҳолларда клиник манзарада геморрагик диатез (геморрагик дифтерия) белгилари етакчилик қилиши ва беморнинг бурнидан, юқори нафас йўлларида қон оқиши, терисининг остига қон қуюлиши мумкин.

Қиёсий таъхис. Дифтерия кескин заҳарланиш белгилари билан ўткир бирламчи тонзиллитдан (хусусан, лақунар ангинадан) адинамия ва тана ҳароратининг паст бўлиши, фарингоскопик ва бошқа белгилар билан фарқ қилади.

Ташхис. Ангиналарнинг барча шакллари дифтерияга шубха тугдириши керак. Дифтерияга хос кулранг - оқиш ёки сарғиш-кулранг қараш иккинчи куннинг охирида пайдо бўлади. Қараш қалин, кийинчилик билан олинади, шишада эзилмайди, суюқликда чўқади. Қараш олингандан сўнг жойида қайта ҳосил бўлади. Зарарланган майдондан олинган суртманинг бактериологик текшируви ташхисни тасдиқлайди. Суртмани ёки, яхшиси қараш парчасини қарашнинг четларидан олиш лозим, бунда 75-80% ҳолларда Клебс-Лёффлер таёқчалари аниқланади.

Дифтерия асоратлари кечимининг оғирлиги билан параллел равишда ошиб боради. Энг оғир ва тез-тез учрайдиган асорат - бу миокардит. Юмшоқ танглайнинг периферик фалажи (сайёр ва тилхалқум нерви халқум шохчаларининг зарарланиши туфайли ривожланади) бир-ёки иккитомонлама бўлиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда оёқлар ҳамда диафрагма фалажлари кузатилиши мумкин.

Бундан ташқари, беморларда айниқса болаларда, интубация ёки трахеостомияни бажаришни талаб қилган нафас йўллари торайиши (дифтерия круп) ривожланиши мумкин.

Даволаш. Дифтерия, айниқса унинг токсик шакли аниқланган бемор дарҳол юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилади, санитария-эпидемиология бўлимига шошилиш хабар йўланади. Дифтерияга қарши антитоксик зардоб инфекция ўчоғи ва қондаги захарли моддаларни нейтраллаш хусусиятига эга бўлиб, хужайралар билан бириккан захарли моддаларга таъсир кўрсатмайди. Шу сабабдан даволашда дифтерияга қарши зардобни эрта қўллаш муҳим аҳамият касб этади.

Зардоб Безредко усулида юборилади. Тўлиқ даволаш миқдорини юборишдан 1 соат олдин анафилактик шокни олдини олиш мақсадида тери остига 0,5 мл зардоб юборилади. Дифтериянинг маҳаллий шаклида 10 000-30 000 АЕ, 1-2 кундан сўнг яна 5000 АЕ зардоб юборилади.

Дифтериянинг тарқоқ шаклида зардобнинг дастлабки миқдори 30 000 - 40 000 АЕ, иккинчи миқдори - 10 000 АЕ ташкил қилади.

Дифтериянинг токсик шаклида зардобнинг умумий миқдори 100 000-200 000 тенг бўлади.

Беморга витаминлар, детоксикация ва симптоматик воситалар тавсия қилинади. Иккиламчи асоратларни олдини олиш мақсадида антибиотикотерапия ва антигистамин препаратлари буёрилади.

Ҳозирги вақтда дифтерияни даволашда ноқулай таъсир камайтирилган бунда “диаферм” номли тозаланган зардоб қўлланмоқда.

Дифтерияни бошдан кечирган аксарият беморлар дифтерия таёқчасидан холи бўлсаларда, уларнинг 5-10% - бацилла ташувчиси бўлиб қолади ва

атрофдагилар учун хавfli ҳисобланади. 3 марта бурун ва томоқ суртмасининг натижаси манфий бўлган шахс дифтерия таёқчасилан холи деб ҳисобланади.

СКАРЛАТИНАДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНА.

Скарлатина- стептококк инфекциясининг клиник шаклларида бири бўлиб, ўзига хос белгилар - умумий заҳарланиш, ангина ва майда нуктали тошмалар билан кечадиган ўткир юқумли касаллик. Касаллик ҳалқум, танглай муртаклари, юмшоқ танглай шиллик қаватининг кескин кизариши билан бошланади. Тана ҳарорати 38-40⁰ кўтарилади, бош оғриги ва қусиш кузатилади. Қизариш, яъни "скарлатина энантемаси" қаттиқ танглайга тарқалади ва унда зарарланган майдонни кескин ажратиб турган чегара чизигини пайдо қилади. Бу белги касалликнинг 2-кунда йўқолади, 3-4- кун эса беморнинг тили малина рангидай кип-қизариб, сурғичлари кўзга ташланиб туради. Кейинчалик жараён танглай муртакларида жойлашади ва у ерда катарал ёки йирингли-геморрагик ангина белгиларини намоён бўлади. Танглай муртаклари шишиб, осон олинадиган ифлос-кулранг қараш билан қопланади. Қараш танглай равоқчаларига, юмшоқ танглайга, тилча ва бурунҳалқумга тарқалади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб оғрийди, терида майда нуктали тошмалар, эпидермиснинг кўчиши, Филатов бурунлаб учбурчаги (тошмасиз рангпар тери майдони) белгилари юзага келади. Ангина кўпроқ болаларда ривожланиб, оғир кечади, баъзан скарлатина билан оғриган болада талваса ва эс-хушни йўқотиш ҳолатлари кузатилади.

Даволаш. 5-7 кун давомида беморнинг ёшига қараб ичишга ёки мушкул орасига пенициллин гуруҳига мансуб антибиотиклар кўп микдорда буюрилади. Бир вақтнинг ўзиде антигистамин препаратлар, оғиз ва ҳалқумни антисептиклар билан чайиш тавсия қилинади.

ҚИЗАМИКДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНА.

Қизамик-одатда болаларда ривожланадиган, умумий заҳарланиш, нафас йўллари ва лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси шиллик пардасининг яллиғланиши, конъюктивит, терида папула тошмаларининг пайдо бўлиши билан кечган ўткир юқумли касаллик.

Ҳалқумнинг зарарланиши қизамикнинг ҳам яширин, ҳам тошма даврида кузатилади. Болада дастлаб юқори нафас йўллари катарал ўзгаришлари ва конъюктивит белгилари кузатилади. Касалликнинг 3-4 кун тошмалар пайдо бўлишидан олдин лунжларнинг ички юзасида қизамикка 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 бушлиғи, оғиз ҳалқум ва юмшоқ танглайнинг шиллик пардаси кизарган, бироз шишганлиги, унда турли ўлчамдаги бир- бири билан кўшилган қизил доғлар (қизамик энантемаси) кўринади. Танглай

муртақларнинг зарарланиши лакунар ёки фолликуляр ангина манзарасини эслатади.

Тошмалар даврида юкори нафас йўллари катарал ўзгаришларнинг кучайиши билан бирга, ҳалқум ҳалқаси лимфаденоид тўқимасининг умумий гиперплазiasi, маҳаллий лимфа тугунларнинг катталашishi, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Реконвалесценция даврида иммунитетининг сусайиши натижасида иккиламчи инфекция кўшилиб, беморда милк, тил ва лабларнинг яраланиши, оғир ларингит ва круп белгилари кузатилиши мумкин.

Даволаш асосан симптоматик бўлиб, у беморни парваришлаш ва яхши овқатлантириш, витамин-нотерапия, оғиз бўшлигини антисептик эритмалар билан чайишни ўз ичига олади.

Болаларни қизамикка қарши эмлаш касалликни олдини олишга ёрдам беради. Асоратлар ривожланганда антибактериал терапия ўтказилади.

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-кулранг рангда бўлади.

ЮҚУМЛИ МОНОНУКЛЕОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ АНГИНА ШАКЛИ

бемор тана ҳарора-тининг $39-40^{\circ}\text{C}$ кўтарилиши, қонда ўзига хос ўзгаришларнинг юзага келиши (мононуклеарлар сони 50% - 70% етади), жағ ости ва бўйин лимфа тугунларининг катталашishi ва оғриши билан кечади. Беморда дастлаб катарал ёки фолликуляр ангина ривожланиб, кейин муртақда оқ-кулранг парда билан қопланган яралар пайдо бўлади.

ҚОН КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНАЛАР.

АГРАНУЛОЦИТОЗДАГИ АНГИНА –

қонда моноцитлар ва лимфоцитлар сакланиб, гранулоцитларнинг (базофиллар, эозинофиллар ва нейтрофиллар) йуқолиши, бир вақтнинг ўзида лейкоцитлар сонининг кескин камайши (баъзан $0,2-0,5 \cdot 10^9/\text{л}$ гача) билан кечган танглай муртаклари ва ҳалқумнинг ярали-некротик зарарланиши. Агранулоцитознинг ривожланишига кўпинча илиқни захарлаш таъсирига эга бўлган дори препаратларни (аналгин, аспирин, сульфанил-амид препаратлар, антибиотиклар ва ўсмага қарши дорилар) узоқ муддат давомида ва нотўғри қўллаш сабаб бўлади.

Этиологияси бўйича агранулоцитознинг 4 тури тафовут қилинади: юқумли, токсик (дорилар таъсири туфайли ривожланган), 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 муртақларида некротик яралар пайдо бўлади. Жараён оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳатто ҳиқилдоқнинг шиллик пардасига тарқалади. Некрозга учраган чуқур юмшоқ ва суяк тўқималари парчаланиб дағал нуқсонлар ҳосил қилади. Бу томокни кескин оғриши, ютинганда оғрикни кучайиши, сўлак оқиши, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши билан кечади.

Қонда кескин лейкопения ва нейтропения аниқланади. Бир неча кун ичида нейтрофиллар сони нольга тушади; бунда қондаги лейкоцитлар фақат лимфоцитлар ва моноцитлардан иборат бўлади. Эритроцитлар ва тромбоцитлар сони деярли ўзгармайди.

Таъхис клиник белгилар ва қон таҳлили асосида қўйилади.

Даволаш. Беморга қон ишлаб чиқишни фаоллаштирувчи дорилар буюрилади, иккиламчи инфекцияга қарши чора-тадбирлар ўтказилади. Агранулоцитозга сабаб бўлган дориларни қўллаш тўхтатилади. Беморга 200-300 мл қон, лейкоцитар масса қўйилади, лейкопозни фаоллаштирувчи воситалар - нуклеинат натрий, пентоксил, лейкоген буюрилади. Кортикостероидлар, витаминотерапия, кальций препаратлари ҳам яхши фойда беради. Ҳар кун оғиз бўшлиғи ва ҳалқумга ишлов берилади; некрозга учраган тўқималар олиб ташланиб, жойи антисептик эритмалар билан ювилади, оғиз бўшлиғи антисептик эритмалар билан чайилади.

АЛИМЕНТАР-ТОКСИК АЛЕЙКИЯДАГИ АНГИНА.

Касалликни микроскопик замбуруғлар кўзгатади. Захарланиш туфайли беморда лейкопоз, кейинчалик тромбопоз ва эритропоз жараёни сусаяди. Касалликнинг иккинчи ярмида беморда камконлик, лейкопения (лейкоцитлар сони $1 \cdot 10^9$ /л тушади), танглай муртакларининг некротик ёки ган-греноз яллиғланиши ривожланади. Тана ҳарорати кўтарилади, қўл-оёқлари ва гавдасида тўқ-қизил нуқталар тошмалар (петехиялар) пайдо бўлади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмайди.

ЛЕЙКОЗДАГИ АНГИНА.

Лейкоз- оғир қон касаллиги бўлиб, турли аъзоларда патологик гемопоз ўчоқларининг ҳосил булиши ва қон-да етилмаган лейкоцитлар шакллариининг 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 боровчи оғир камконлик ривожланади. Муртаклар 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 ангиная айланади. Милкларда ҳам шунга ўхшаш ўзгаришлар рўй беради, беморнинг озгидан бадбўй хид келади, кескин дисфагия кузатилади. Териси жуда рангпар бўлиб, унда петехия тошмалари ва қондалашлар пайдо бўлади. Оғир ҳолларда бурун, милклар, ошқозон ва ичаклардан ўлим ҳолатига олиб келувчи қон кетишлар кузатилиши мумкин. Бўйин лимфа тугунлари ва талок катталашади.

Қонда лейкоцитлар сони 30 дан - $200,0 \cdot 10^9$ / л гача етади. Лейкознинг лейкопения шаклида лейкоцитлар сони $1,0 - 3,0 \cdot 10^9$ /л камайиши мумкин. Қонда етилмаган “бласт” хужайралари (гематобласт, миело-бласт, лимфобластлар) пайдо бўлиб, унинг 95% ташкил қилади.

Даволаш. Ҳозирги вақтда лейкозда олиб бориладиган фармакотерапия усуллари камсамарали бўлиб, улар касалликда ремиссияга эришишга ва бемор умрини бир неча йилга чўзишга ёрдам беради холос. Беморга бир-неча бор эритроциттар массани (150-200 млдан) кўйиш асосий даволаш тадбири ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзиде захарланиш белгиларни камайтириш ва некротик ўзгаришларни бартараф этиш мақсадида антибиотикотерапия ўтказилади, некрозга учраган майдонларга антисептик эритмалар билан ишлов берилади. Бундан ташқари, тиофосфамид, новэмбихин, миелосан препаратлари билан кимётерапия ўтказилади.

АНГИНАЛАР АСОРАТЛАРИ

умумий ва маҳаллий асоратларга бўлинади. Умумий асоратлар орасида биринчи ўринда ревматизм ва юрак зарарланиши (тонзиллокардиал синд-ром) туради. Баъзан буйрак (тонзиллоренал синдром), бўғимлар, қон ишлаб чиқариш аъзолари, ошқозон-ичак йули зарарланиши ва сепсис асоратлари кузатилиши мумкин. Уларнинг ривожланишига бетта-гемолитик стрептококк ва йўлдош микрофлора сабаб бўлади.

Ангинанинг маҳаллий асоратларидан кўпинча паратонзиллит, баъзан халкуморти хуппоз (ретрофаренгиал хуппоз), парафаренгиал хуппоз, ўткир бўйин лимфаденити, ўткир ўрта отит (айниқса халкум ва най муртаклари ангиnasiда), ҳиқилдоқ шиши ва торайиши (кўпинча паратонзиллитда), тонзиллоген медиастенит ва тонзиллоген сепсис кузатилиши мумкин.

ПАРАТОНЗИЛЛИТ

(paratonsilliti)- паратонзилляр (муртак атро-фи) клетчаткасининг, яъни муртак капсуласи ва халкум фасцияси оралиғи клетчаткасининг ўткир яллиғланиши. 80% ҳолларда касаллик сурункали тонзиллит билан оғриган беморларда ангина асорати сифатида ривожланади.

Инфекцияни муртақлардан паратонзилляр клетчаткага тарқалишига муртак кристалари ёрдам беради. Муртакнинг юқори чўққисида инфекция ўчоғи айнақса кескин ривожланган бўлади. Бу майдон капсуладан холи бўлиб, унда Вебер безларига мавжуд. Сурункали тонзиллитда шу безларнинг яллиғланиши инфекцияни паратонзилляр бўшлиққа тарқалишига ёрдам беради. Баъзан муртак усти чуқурчасида танглай муртагининг кўшимча бўлағи бўлади; тонзиллектомиядан сўнг сақланиб қолган бу бўлак шу майдонда абсцесс ривожланишига шароит яратади.

Одонтоген паратонзилляр абсцесс инфекция паратонзилляр клетчаткага кариесга учраган тишдан тарқалганда ривожланади. Бундан ташқари паратонзилляр абсцесснинг пайдо бўлишига турли жароҳатлар ёки юқумли касалликлар (гематоген йўл орқали) сабаб бўлади.

Паратонзилитнинг уч шакли тафовут қилинади.

- 1) шиш шакли (5% ҳолларда учрайди),
- 2) инфильтратив шакли (20% ҳолларда учрайди),
- 3) хуппоз шакли (75% ҳолларда учрайди).

Аслида бу шакллар яллиғланиш жараёнининг босқичлари ҳисобланади.

Белгилари. Паратонзиллит кўпинча бир томонлама характерга эга. У одатда ангинадан ёки сурункали тонзиллитнинг авжидан сўнг соғайиш даврида ривожланади. Бир томонлама кескин оғриқни пайдо бўлиши асорат юзага келганини билдиради.

Паратонзиллит турли майдонларда жойлашиши мумкин:

- 1) *олд-юқори (супратонзилляр)* абсцесс - муртак юқори чўққисининг ёнида, муртак капсуласи ва танглайтил (олд) равоқчасининг юқори қисми орасида жойлашади;
- 2) *орқа паратонзилляр* абсцесс - муртак ва танглай-ҳалқум (орқа) равоқчаси орасида жойлашади;
- 3) *пастки паратонзилляр* абсцесс - муртакнинг пастки чўққиси ва ҳалқум ён девори орасида жойлашади;
- 4) *ёнбош (латерал)* абсцесс - муртакнинг ўрта қисми ва ҳалқум ён девори орасида жойлашади.

Супратонзилляр абсцесс айниқса кўп (70% ҳолларда) учраб, биринчи ўринни эгаллайди, ундан кейин орқа (16%), пастки (7%) ва ёнбош (4%) хуппозлар туради.

Олд-юқори паратонзилляр абсцесс тризм, кулоқ соҳасига тарқалган оғрик, танглай муртагини пастга, ичкарига ва орқага силжиши, юмшоқ танглай ва олд равоқча соҳасига тарқалган инфильтрация ва манқаланиш белгилари билан кечади.

Орқа паратонзилляр абсцессда одатда енгил тризм, кулоқ соҳасига тарқалган кучли оғрик, танглай муртагини ташқарига ва олдинга силжиши, юмшоқ танглайнинг шиши ва инфильтрацияси кузатилади.

Пастки паратонзилляр абсцесс тризм, кулоқ соҳасига тарқалган кучли оғрик (тилнинг ҳаракатида оғрик кучаяди), инфильтрацияни олд равоқанинг пастки бўлимига, баъзан ҳиқилдоқҳалқум ён деворига тарқалиши билан намоён бўлади.

Ёнбош паратонзилляр абсцессда беморнинг умумий аҳволи оғир, ютинганда кулоқ соҳасига тарқалган кучли оғрик, тризм, танглай муртагини ичкарига силжиши, ҳалқум ён деворининг инфильтрацияси, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Белгилари. Паратонзиллит умумий ва маҳаллий белгилар билан кечади. Умумий белгилар беморнинг нисбатан оғир аҳволи, тана ҳароратининг 39-40⁰ кўтарилиши, ҳолсизлик, уйқуни бузилиши, овқат ва сўлакни ютолмаслик билан ифодаланади.

Ҳалқум мускулларининг ва қисман бўйин мускулларининг яллиғланиши ва бўйин лимфаденити туфайли бемор бошини ҳаракатлантирганда кескин оғрик пайдо бўлади, шунинг учун у бошини ён томонга эгиб туришга мажбур бўлади, ён томонга қараганда эса бутун гавдасини буриб қарайди.

Маҳаллий белгиларга кулоқ ва тишларга тарқалган кескин оғрик, беморни овқатланиш ва суюклик ичишдан бош тортиши, оғзининг бурчагидан сўлак оқиши, турли даражадаги тризм (чайнов мускулларининг тоник қисқариши)

киради. Бемор оғзини фақат 1-2 см очади холос, шунинг учун фарингоскопияни бажариш қийинлашади. Тризмнинг пайдо бўлиши жараён абсцесс босқичига утганлигини билдиради. Танглай пардаси мускулларининг фалажи натижасида юзага келган очик манқаланиш туфайли беморнинг нутки ноаниқ бўлади.

Маҳаллий лимфа тугунлар катталашади, зарарланган томонда оғрийди, пастки жағ бурчаги кўпинча пайпасланмайди.

Қонда лейкоцитоз $10,0 - 15,0 \cdot 10^9 /л$, қон формуласининг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Касалликнинг 4-6 кунли абсцесс ўз-ўзидан ёрилиши мумкин. Шундан сўн беморнинг аҳволи яхшиланиб, тана ҳарорати пасаяди. Аммо қатор ҳолларда, кўпинча ёнбош жойлашувида, жараён парафарингеал бўшлиққа тарқалиб, парафарингеал абсцессга ўтиши мумкин.

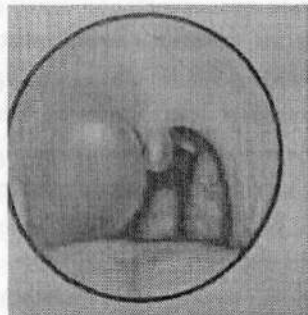
Фарингоскопия манзараси инфильтратнинг жойлашувига боғлиқ бўлади. Олд-юқори жойлашувда муртакнинг юқори чўққиси соҳасида кескин шарсимон бўрғиш ҳосил бўлганлиги ва у танглай равоқчалари ва юмшоқ танглай билан бирга ўрта чизиқ томон, тилча- қарама-қарши томонга силжиганлиги кўринади. Орқа жойлашувда танглай-ҳалқум равоқчаси ва ҳалқумнинг ён девори соҳасида кескин шиш пайдо бўлганлиги, танглай муртаги ва тилча шишган ва орқага силжиганлиги кўринади. Паратонзиллитнинг пастки жойлашувида шиш ҳикилдокнинг юқори бўлимларига тарқалиши ва ёригини торайтириши мумкин. Бу ҳолда фарингоскопик манзара кам ривожланган бўлиб, равоқчалар пастки қисмларининг, муртак пастки чўққисининг ва тил илдизи соҳасининг шиши ва инфильтрацияси билан намоён бўлади.

Ташхис клиник белгилар ва фарингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ноаниқ ҳолларда шиш қалин игна ёрдамида пункция қилинади.

Ўткир паратонзилляр хуппоз токсик дифтерия, танглай муртагининг хавфли ўсмасидан фарқланади.

Томоқнинг токсик дифтерияси тўсатдан бошланади; ташхисни аниқлашда эпидемиологик ҳолат муҳим аҳамият касб этади; бунда беморда адинамия, холсизлик кузатилади, тана ҳарорати $39-40^{\circ}C$ кўтарилади; танглай муртаклари шишади ва қалин, яшил, шиллиқ қаватга бирикиб кет-ан 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, чўқади, шиша билан эзганда эзилмайди; беморда бўйин тўқималарининг шиши, шишни бўйин ва кўкрак қафасининг юқори қисмига тарқалиши, асаб ва юрак-қон томир тизимларининг зарарланиш белгилари кузатилади (томир уриши ипсимон, қон босимининг пасайиши, экстрасистолия, уйқучанлик) кузатилади; маҳаллий лимфа тугунлар бироз катталашиб, оғрийди; Даволашда дифтерияга қарши зардоб яхши самара беради.

Муртак хавфли ўсмасида (рак, саркома) танглай муртаги катталашади, унинг юзаси қаттиқ ғади-будир бўлади; беморнинг тана ҳарорати меъёрлигича қолиб, томоғи огримайди; касаллик 3 хафтадан ортик давом этади; зарарланган томонда маҳаллий лимфа тугунлар катталашади.



73-расм. Ўнг томонлама паратонзилляр абсцесс

терапия ўтказилади. Паратонзилляр тўқимага 1% новоканн ёки 0,5% тримекаинда эритилган 250000 - 500000 ТБ Ампициллин кунига 2 марта юборилади.

Айрим ҳолларда паратонзилляр абсцессни инфилтрация босқичида очиш яхши натижа беради, чунки дренаж яхшиланиб, жараённи йирингли босқичига ўтишининг олди олинади.

Паратонзиллитнинг абсцесс шакли шошилиш жаррохлик амалини бажаришга - паратонзилляр абсцессни очиб, бир вақтнинг ўзида яллиғланишга қарши терапияни олиб бориш учун кўрсатма ҳисобланади.

Касалликнинг 3-6 куни 2% дикаин, 0,1% адреналин, 1% промекаин, 2-10% лидокаин ёки 0,5% но-вокаин эритмалари ёрдамида бажарилган маҳаллий аппликацион ёки инфилтрацион оғрик-сизлантиришдан сўнг паратонзилляр абсцесс ўчоғи очилади; жаррохлик амалини бажаришдан олдин мускул орасига 2 мл 50% аналгин ёки 1мл 2% промедол юборилади. **Йирингли ўчоқни ўз-ўзидан ёрилишини кутиб ўтириш қатъиян ман этилади!**

Одатда абсцесс тўқиманинг энг бўртган майдонида очилади. Бу майдонни аниқлаш қийин бўлган ҳолларда олд-юқори паратонзилляр абсцесс хаёлан ўтказилган икки чизиқнинг ўзаро кесишган нуқтасида, яъни соғлом томонда охириги юқори озиқ тиш ва тилча асосининг ўртасидан (юқори озиқ тишлар бўлмаганда, тилча асосидан) ўтказилган горизонтал ҳамда тил-танглай (олд) равоқчанинг пастки қисмидан юқорига қараб ўтказилган вертикал чизиқларнинг ўзаро кесишган нуқтасида очилади. Тўқима скальпель ёрдамида сагитал йўналишда кесилади, унинг чуқурлиги 1-1,5 см, бўйи 2-2,5 см ошмаслиги лозим. Жароҳат майдонига қон тўхтатувчи қисқич ёки Гортман

асбоби киритилади ва кесим кенгайтирилиб, хуппоз бўшлиғидаги йиринг чиқарилади. Йиринг чиқарилгандан сўнг беморга тўшакда ётиш, оғзини 0,1% калий перманганат, 0,2% фурацилин ёки 2% водород пероксиди эритмалари билан бир неча бор чайиш буюрилади. Йирингни тўлик чиқариш мақсадида жароҳат майдони 1 суткадан сўнг такроран кенгайтирилади.

Орка паратонзилляр абсцесс орка равоқчанинг энг бўртган майдонида, чуқурлиги 0,5 - 1 см бўлган вертикал кесим ёрдамида очилади.

Пастки ва ёнбош паратонзилляр абсцесслар дастлаб пункция қилиниб, кейин очилади.

Анамнезда ангиаларни тез-тез тарқорланиб туриши, жараёни узок вақт давом этиши, хуппозларни очиш яхши натижа бермаганлиги ҳақида маълумотларни бўлиши, сепсис, парафарингит, бўйин флегмонаси, медиастинит белгиларининг пайдо бўлиши беморда **абсцесс тонзиллэктомия** жарроҳлик амалини бажаришга кўрсатма ҳисобланади.

Сурункали тонзиллитда ва тез-тез такрорланган ангиаларда иккала муртак, биринчи навбатда зарарланган муртак олиб ташланади. Муртак атрофи юмшоқ тўқималари 1% новокаин ёки тримекаин ёрдамида оғриксизлантирилгандан сўнг тризм камайиб, майдонни кўздан кечириш осонлашади. Тонзиллэктомия амали маълум қоидалар бўйича бажарилади. Танглай-тил ва танглай-ҳалқум равоқчалари муртакнинг юқори чўққисидан тўлик ажратилгандан сўнг одатда хуппоз ўчоғи очилиб, кейин қолган майдонлар ажратилади ва муртакнинг пастки чўққисига Бохон илгаги кийдирилади. Асбоблар алмаштирилгандан сўнг (йирингли операцияда ишлатилганлиги сабабли) тонзиллэктомия зарарланмаган томонда бажарилади.

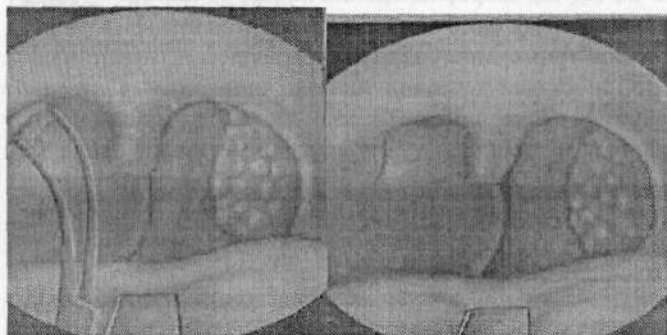
ПАРАФАРИНГЕАЛ АБСЦЕСС (ҲАЛҚУМ АТРОФИ АБСЦЕССИ) –

ҳалқум атрофи тикмасининг йирингли яллиғланиши. Касалликнинг ривожланишига ангиалар сурункали тонзиллитнинг асоратлари (ёнбош паратонзилляр абсцесс , тонзиллоген сепсис), ўткир ва сурункали йирингли отитнинг асоратлари (петрозит, буйинтуруқ вена пиёзчасининг тромбози), йирингли одонтоген яллиғланишлар (пастки 8-моляр тишнинг қийинлик билан чиқиши, пастки жағ остеомиелити, одонтоген сепсис),бурун, бурун атрофи бўшлиқларининг яллиғланиши, йирингли пароотит, ҳалқум шиллик пардасининг чуқур жароҳатлари ва тонзиллэктомия амали сабаб бўлади. **Белгилари.** Парафарингеал абсцессда патологик жараён бўйиннинг юмшоқ тўқималарида ривожланади. Ҳалқум сдҳасида бир томонлама кескин оғрик пайдо бўлиб, ютинганда кучаяди. Оғрик кўпроқ бошнинг ярмига ва пастки жағ тишларига тарқалади. Баъзан беморнинг нафас олиши қийинлашади, тризм туфайли у оғзини зўрга очади ва ҳатто суюқ овқатни ҳам ютолмайди, оғзидан сўлак оқади. Абсцесс ўз-ўзидан ҳалқум атрофи бўшлиғига очилганда тризм

вақтинча йўқолади, кейин ички понасимон мускул шиши туфайли яна пайдо бўлади. Беморнинг умумий аҳволи оғир, тана ҳарорати 40° кўтарилади, бошини мажбурий ҳолатда зарарланган томонга эгиб туради. Зарарланган томонда эшитув найининг шиши туфайли ноғора парда ичкарига ботади. Бўйинининг ён юзаси пайпасланганда оғрийди, зарарланган томонда маҳаллий лимфа тугунлар катталашади. Кулоқ атрофи беши, пастки жағ бурчаги ва жағ орқаси чуқурчаси юмшоқ тўқималарининг шиши туфайли бўйин ассиметрияси кўзга ташланади. Парафарингеал абсцессда медиастинит, менингит, горсимон синус ва бўйинтурук вена тромбози, сепсис, жағ ости ва бўйин флегмонаси, йирик қон томирлардан қон оқиши асоратлари юзага келиши мумкин.

Қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар (лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, лейкоформулани чапга силжиши) аниқланади.

Фарингоскопияда ҳалқум ён девори шишган ва қизарган худди шунингдек шиш, қизариш юмшоқ танглай, танглай равоқчалари ва тилчага тарқалган,



зарарланган томонда муртақ безлари ташкарига бўртиб чиққанлиги, тил эса оқ-сарғиш караш билан қопланганлиги аниқланади.

Даволаш.

74-расм. Перетонзилляр абсцессни очиш жарроҳлик амали.

Беморга яллиғланишга қарши терапия,

томир ичига суюқлик юбориш ва иммунотерапия билан бирга шошилишч равишда жарроҳлик амали ўтказилади.

Тонзиллоген парафарингеал абсцесс энг бўртган майдонда муртақлар жойлашган чуқурча орқали очилади (ички усул). Гортман асбоби ёки юмшоқ қон тухтатувчи қискич ёрдамида кесим кенгайтирилади. Тўсатдан йирик қон томирлардан қон оқиши кузатилган ҳолларда томирлар тўплами очилиб, ташқи уйқу артерияси боғланади, кейин - тонзиллэктомия амали бажарилади.

Тарқоқ парафаренгеал абсцесс (флегмона) менингит, сепсис, медиастинит билан бирга кечган ҳолларда ҳалқум атрофи бўшлиғи ташқи томондан очилади (ташқи усул). Тери туш-умров-сўргичсимон мускулининг олд чети бўйлаб кесилади. Кейин пастки жағ бурчаги соҳасида тўқималар парафарингеал бўшлиқгача қаватма-қават кесилиб, йирингли учоқ кенг очилади. Йиринг чиқарилгандан сунг бушлиқ антибиотик эритмалари билан ювилади, унга резинали чиқаргич ўрнатилади. Жароҳат майдонига бойлам кўйилади ва у

кунига икки марта алмаштирилади. Бу усул парафаренгиал бушликни (хатто, калла суяги асоси-нинг ташки юзасини), бўйин қон томирлар тўпланими ва кукс оралигининг бўйин қисмини кўздан кечиришга ёрдам беради. Операциядан сўнг беморга антибиотиклар, дезинтоксикация терапияси, симптоматик воситалар буюрилади.

ХАЛҚУМ ЁН ДЕВОРИ ФЛЕГМОНАСИ –

ҳалқум лимфоид ҳалқаси билан боғлиқ бўлмаган йирингли яллиғланиш жараёни бошқача қилиб “ўткир септик фарингит”, “ўткир флегмонали фарингит”, “ҳалқумнинг тарқалган флегмонаси” деб юритилади.

Белгилари.. Касаллик ўткир бошланади, беморда қалтираш, тана ҳароратини 39-40⁰ кўтарилиши, ютинганда кулоқ соҳаси ва бўйиннинг ярмига тарқалган кескин оғриқ кузатилади. Фарингоскопияда оғиз-ҳалқум ва юмшоқ танглайнинг ярми қизарган, шишган, танглай муртагининг пастки қисмидан ҳикилдоқ-ҳалқумнинг ён деворигача тарқалган шиш борлиги, ҳикилдоққа кириш жойи соғлом томонга силжиган, зарарланган томонда торайганлиги аниқланади. Беморда ҳикилдоқ торайиши белгилари кузатилади. Маҳаллий бўйин лимфа тугунлари катталашиб оғриydi. Касаллик шиддатли кечиб сепсис, медиастинит ёки ҳикилдоқ торайиши ҳолатига олиб келиши мумкин. Аммо, кўпинча касалликнинг 4 - 6 куни йиринг ҳикилдоқ-ҳалқумнинг ён девори соҳасида тўпланиб, ўз-ўзидан ноксимон синусга ёрилади.

Ҳалқум ён девори флегмонаси пастки паратонзилляр абсцесс, парафаренгиал абсцесс, ҳикилдоқ даҳлизининг шиши ва ўткир ҳикилдоқ перихондритидан фарқланади.

Пастки паратонзилляр абсцессга қараганда ҳалқум ён девори флегмонасида тилнинг ҳаракатида, тил илдизи шпатель билан босилганда оғриқ ва тризм кузатилмайди; олд танглай равоқчалари пастки бўлимнинг инфильтрацияси кўринмайди.

Парафаренгиал абсцессдан ҳалқум ён девори флегмонаси тризм белгисининг йўқлиги, танглай муртаги олдинга ва медиал томонга силжимаганлиги билан фарқ қилади, пастки жағ бурчаги ва жағ орқаси чуқурчаси соҳасида бўйин юмшоқ тўқималари шишмайди. Ҳалқум ён девори флегмонаси парафаренгиал бўшлиқ соҳасига тарқалганда беморда ҳалқум атрофи флегмонаси белгилари юзага келади.

Ҳалқум ён девори флегмонаси *ҳикилдоқ даҳлизи шиши* ва *ўткир ҳикилдоқ перихондритидан* овоз бойламларининг ҳаракати сақланганлиги, пайпаслаганда ҳикилдоқ тоғайлари оғримаслиги; ноксимон синусда ҳикилдоқ-ҳалқум ён деворидан тарқалган шиш борлиги билан фарқ қилади.

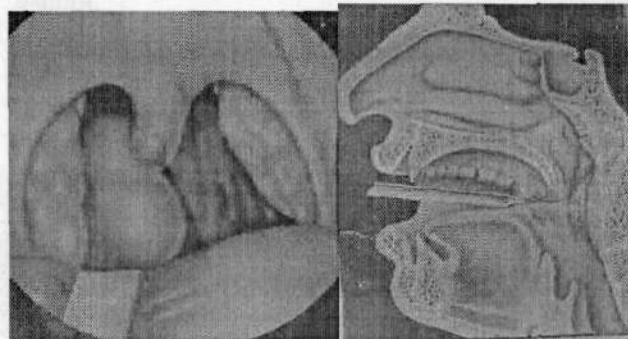
Даволаш. Ҳалқум ён девори флегмонаси шошилиш равишида жарроҳлик йўли билан очилиши лозим. Катталарда бу жарроҳлик амали маҳаллий оғриқсизлантириш лидокаин, дикаин билвосита ларингоскопияда

(гипофарингоскопияда) болаларда умумий оғриксизлантириш йули билан бевосита ларингоскопия бажарилади. Дастлаб ҳикилдоқ-ҳалқумнинг ён деворига 3 % дикаин, 10 % лидокаин сепилади, мускул орасига 1 мл 2 % промедол юборилади. Кейин флегмона соҳаси игна ёрдамида тешиб кўрилади, ва йиринг электро сўргич ёрдамида сўриб олинади. Шундан сўнг инфильтрат майдони 0,5 см чуқурликда кесилиб, жароҳат майдони учи ингичка қисқич ёрдамида кенгайтирилади йиринг чиқарилиб, бўшлиқ фурацили билан ювилади

Болаларда ҳикилдоқ-ҳалқумнинг йирингли инфильтрати назотрахеал интубация ва қисқа муддатли умумий наркоз остида бажарилган бевосита ларингоскопияда очилади. Бундан ташқари ҳалқум ён девори флегмонасида яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари (инфузион ва имму-потерапия) олиб борилади. Асоратлар ривожланганда (ҳикилдоқ торайишининг III-IV даражаси, парафаренгиал флегмона, бўйин маҳаллий лимфа тугунларининг йиринглаши, сепсис, медиастинит) шошилиш равишида жарроҳлик амали (трахеостомия, парафаренгиал ва бўйин аденофлегмонасини очиш, медиастинотомия) бажарилиши лозим.

РЕТРОФАРИНГИАЛ АБСЦЕСС (ҲАЛҚУМ ОРТИ АБСЦЕССИ)

- ҳалқум мускулларининг фасцияси ва бўйин фасциясининг умуртқа олди пластинкаси орасида жойлашган лимфа тугунлар ва юмшоқ клетчатканинг йиирингли яллиғланиши. Бу соҳа лимфа тугунлар ва юмшоқ тўқима 4 ёшгача бўлган болаларда яхши ривожланган бўлади. Касаллик кўпинча рахит, экссудатив диатез ёки гипотрофия билан оғриган, иммунитети паст бўлган ёш болаларда кўпроқ учрайди. Касалликнинг ривожланишига юқумли



75-расм. Ҳалқум орти абсцессининг кўриниши ва очиш

Беморнинг томоғи оғриди, ютинганда оғриқ кучайиши туфайли бола овқатланишдан бош тортади, йиғлайди, безовталанади, уйқуси бузилади,

касалликлар (УРК, ўткир вирусли касалликлар, ўткир аденоидит, болалар ўткир юқумли касалликлари, ўткир ўрта отит), ҳалқум орқа деворининг жароҳати сабаб бўлади

Белгилари.

Касаллик тўсатдан, баъзан аста-секин бошланади.

хириллаб нафас олади Тана ҳарорати $39-40^0$ кўтарилади. Бола бошини мажбурий ҳолатда орқага ва зарарланган томонга эгиб туради. Бўйин лимфа тугунлари катталашиб оғрийди.

Қонда лейкоцитоз $10,0-20,0 \cdot 10^9$ /л, ЭЧТ 40 мм/соат етади. Касаллик 7-8 кун, баъзан ундан зиёд давом этади.

Ҳалқум орти бўшлиғи хуппозити ҳалқумнинг қайси бўлимида жойлашганлигига қараб турли клиник белгилар билан намоён бўлади:

Абсцесс оғиз -ҳалқум соҳасида жойлашганда фарингоскопияда оғиз-ҳалқум орқа деворининг ўртасида ўнг ёки чап, баъзан икки томонда тўққизил буртиш кўринади; бармоқ ёки шпатель ёрдамида пайпасланганда флюктуация аниқланади. Танглай равоқлари ва муртақлар ўзгармайди.

Абсцесс бурун -ҳалқум соҳасида жойлашганда беморда бурун орқали наас олиш кескин бузилиши, ёпик манқаланиш кузатилади, бурнидан кўп миқдорда шилимшиқ ажралма оқади; фарингоскопияда юмшоқ танглай олдинга силжиган, ҳалқумнинг орқа деворда юмшоқ бўртиш ҳосил бўлганлиги кўринади.

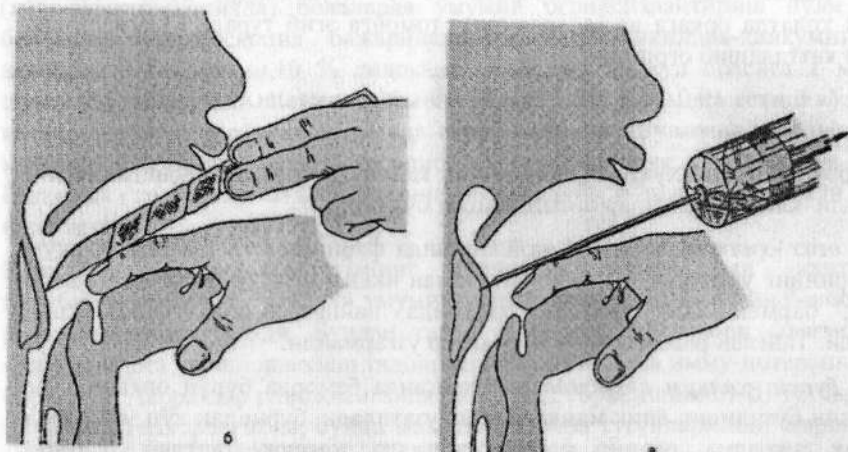
Абсцесс ҳиқилдоқ -ҳалқум соҳасида жойлашганда бемор хириллаб нафас олади, ютиниши қийинлашади, бошини мажбурий ҳолатда орқага ташлаб туради, оғздан кўп миқдорда сўлак оқиши, тил илдизи олдинга силжитилганда ёки ҳиқилдоқ-ҳалқум соҳаси пайпасланганда унинг орқа деворида юмшоқ шиш аниқланади.

Ёш болаларда нафас ҳаракатларини рефлектор тўхташини олдини олиш мақсадида ҳалқумни бармоқ ёрдамида текшириш ва тил илдизини тортиш чаққонлик ва эҳтиёткорлик билан бажарилиши лозим. **Тил илдизини куч билан босиш ман этилади!**

Ретрофарингиал абсцесс ҳиқилдоқ-ҳалқум ёт жисми ва буйин спондилитидан фарқланади. Бунга анамнез маълумотлари ва Г.М.Земцов бўйича бўйин рентгенография текшируви ёрдам беради.

Даволаш: Яллиғланишга қарши даволаш ва инфузион терапия билан бирга зудлик билан жароҳлик амали бажарилиши лозим.

1. Абсцесс оғиз-ҳалқум ортида жойлашганда йирингли ўчоқ оғиз орқали очилади. Беморда шок ва нафасни тўхтаб қолишини олдини олиш мақсадида мускул орасига 50% аналгин ва 0,1% атропин эритмалари юборилади. Бемор курсига ўтиради, унинг тили шпатель ёрдамида босилади, кейин оғиз-ҳалқум орқа деворининг энг бўртган жойига шприц сукилиб, йиринг узун ва йўғон игна ёки электр сўргич ёрдамида сўриб олинади. Қон томири кенгайиши касаллигини инкор этиш мақсадида сўриб чиқарилган йирингли ажралма кўздан кечирилади.



76-расм. Ҳалқум орғи абсцессини диагностик тешиш ва очиш

Йиринг сўриб чиқарилгандан сўнг хуппоз майдони учига 0,5 см ташлаб лейкопластир билан ўралган ўткир скальпель ёрдамида вертикал кесилади. Кесим ва ҳалқумнинг ўрта чизиги орасидаги масофа 1,5 смдан ортик бўлмаслиги керак. Хуппоз очилганда йиринг бир зумда оғиз-ҳалқумни тўлдиради, шунинг учун уни чаққонлик билан электросургич ёрдамида сўриб олиш лозим. Кесим қорнцанг ёрдамида кенгайтирилади, йиринг халтаси бутунлай йирингдан бўшатилиб ва яна сўриб олинади. Иккинчи куни ҳам жароҳат майдони такроран тозаланади.

2. Абсцесс бурун-ҳалқум ортида жойлашганда юмшоқ танглай кўтарилиб, абсцесс ўчоғи дастлаб пункция қилинади. Йиринг электр сўргич билан сўриб олингандан сўнг абсцесс пастдан юқорига қараб кесилади.

3. Абсцесс ҳикилдоқ-ҳалқум ортида жойлашганда чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи ҳикилдоқ-ҳалқумга киритилади ва йирингли ўчоқ бармоқ бўйлаб пункция қилинади. Йиринг сўриб олингандан сўнг абсцесс майдони юқоридан пастга қараб кесилади.

4. Йирик абсцессда ёки тил шпатель билан қаттиқ босилганда нафас ҳаракатини тўхташи юз бериши мумкин. Бундай ҳолларда абсцесс майдони дастлаб пункция қилинади, нафас тиклангандан кейингина - очилади.

5. Йирингли жараён бўйиннинг орқа-ён юзи ва мускул остига тарқалган ҳамда абсцессни оғиз орқали очишнинг иложи бўлмаган ҳолларда ретрофарингиал хуппоз мускулнинг орқа чети орқали очилади; бунда мускулнинг юқори бўлагининг териси, териости ёғ қатлами ва бўйин фасцияси кесилади. Илгак ёрдамида мускул четга тортилади ва ўтмас усулда бўйин умуртқаларининг олд юзи ҳамда йиринг халтаси очилади. Керак бўлганда операциядан олдин беморга интубация ёки трахеостомия қилинади. Жарроҳлик амали билан бирга

антибактериотерапия, десенсибилизация, дезинтоксикация витаминлар, иммунитетни изга солиш, симптоматик даво чоралари ўтказилади.

ТОНЗИЛЛОГЕН МЕДИАСТИНИТ

юкорида қайд этилган асаратларда йирингли жараён бўйиннинг нерв-кон томир йўллари орқали кукс оралиги клетчаткасига тарқалганда ривожланади, бўйиннинг ён томонида оғрикли шиш пайдо бўлади.

Даволаш. Беморда медиастиномия жароҳлик амали бажарилади.

ТОНЗИЛЛОГЕН СЕПСИС.

Ангина ва паратонзиллитнинг асорати бўлган тонзиллоген сепсис жуда оғир кечади. Беморнинг тана ҳарорати кескин кўтарилади, кўзлари сарғаяди, қалтираш, ҳолсизлик кузатилади, унинг боши, бўғимлари, мускуллари оғрийди, маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб оғрийди, баъзан ички буйинтурук вена соҳаси оғриши мумкин. Бемор терисида геморрагик тошма, турли аъзоларида метастатик йирингли ўчоқлар пайдо бўлади. Маҳаллий лимфа тугунлар, талок ва жигар катталашади.

Қонда камқонлик, лейкоцитоз ($20-30 \cdot 10^9$ /л), нейтрофиллез (80-90%), лимфопения (5-15%), ЭҚТ ошиши (45 - 60 мм/соат), стрептококк, стафилококк бактериялари аниқланади.

Даволаш. Тонзиллоген сепсисни даволашда кучли антибиотикотерапия ўтказилади (оксациллин, ампиокс, метициллин ва бош.). Амино-гликозидларни қўллаш ман этилади. Беморда инфекция ўчоқлари санация қилинади, яллиғланган муртақлар олиб ташланади. Даволаш тадбирлари самара бермаган ҳолларда зараланган томонда жароҳлик амали бажарилади: умумий юз венаси ички буйинтурук венага туташган жойда тери кесилиб, веналар кўздан кечирилади. Юз ва буйинтурук веналар тромби олиб ташланади, яллиғланган ва катталашган лимфа тугунлар кесилади, парафаренгиал бўшлиққа дренаж ўрнатилади. Баъзан жароҳлик амалини икки томонда бажаришга тўғри келади.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ –

муртақларнинг давомли сурункали ял-лиғланиши билан намоён бўлган умумий юкумли-аллергик касаллик бўлиб, у юкумли касалликнинг (ангина, тиш қарнеси ва х.к.) асорати сифатида қайталаниб туради. Лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси муртақлари орасида энг кўп танглай муртақлари яллиғланади шу сабабли "сурункали тонзиллит" атамаси айнан шу муртақларнинг сурункали яллиғланишига тегишли. Танглай муртақларининг патологияси терапевтлар, педиатрлар, инфекционист ва ревматологларни кизиқтириб

келган долзарб муаммолардан бири. Тонзиллитлар қон-томир ва коллагеноз касалликларнинг ривожланишига ва кечимига ўз таъсирини кўрсатади.

Сурункали тонзиллит кенг тарқалган касалликлар таркибига киради, катта кишиларда у 4-10%, болаларда 12-15% учрайди.

Сурункали тонзиллит носпецифик ва специфик шаклларга бўлинади.

Сурункали специфик тонзиллит захм, сил ва склеромада ривожланса, сурункали носпецифик тонзиллит юқумли-аллергик касаллик бўлиб, танглай муртақларининг сурункали яллиғланиши билан намоён бўлади

Этиопатогенези. Муртақнинг сурункали яллиғланиши ва организмда тонзиллоген жараёни макро - ва микроорганизмнинг бир-бирига таъсири натижасида ривожланади. Текширувларда танглай муртақларининг юзасида ва лақуналарида 30 дан ортиқ микроблар тури борлиги аниқланган. Лақуналар ичида кўпинча монофлора, муртақнинг томоқ юзасида полифлора, кўпинча А гуруҳига мансуб бетта-гемолитик стрептококк, стафилококк ва аденовируслар аниқланади. Шунинг таъкидлаш жоизки, организмда химоя мослашиш механизмининг бузилиши натижасида юқори нафас йўлларида нопатоген сапрфит флораси фаоллашиб сурункали тонзиллитнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Шу нуқтаи назардан сурункали тонзиллитни аутоинфекция касалликлари гуруҳига киритиш мумкин.

Сурункали тонзиллитнинг патогенезида купгина омиллар рол уйнай-ди. Кўпинча у қайталанган ангиналардан сўнг ривожланади, чунки ай-рим умумий ва маҳаллий сабаблар туфайли ўткир яллиғланиш жараёни хамиша соғайиш билан тугамасдан сурункали жараёнга айланади.

Танглай муртақларининг анатомик-топографик ва гистологик хусусиятлари, крипта ва лақуналар микрофлоранинг кўпайишига қулай шароит бўлиб, сурункали тонзиллитнинг ривожланишига ёрдам беради. Криптлар, яъни муртақ тирқишларининг ёриги доимо кучган эпителий хужайралари, лимфоцитлар, турли микрофлора билан тўлганлиги туфайли тораяди ёки бутунлай ёпилади, шунда уларнинг дренаж фаолияти бузилади. Лақуналар тешиқларининг бир қисми учбурчак Гис бурмаси билан қисман ёпилган бўлса, айримлари торайган ёки ўткир яллиғланишдан сўнг чандиқли тўқима билан бутунлай ёпилади, шунинг учун криптлар ичида сурункали яллиғланиш ривожланади.

Муртақнинг “сохта” капсуласида ва трабекулаларида сурункали яллиғланиш таъсирида морфогистологик ва склеротик ўзгаришлар юзага келади. Баъзан бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари касалликларида инфекция пастки бўлимларга тарқалиши ва сурункали тонзиллитнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бурун орқали нафас олиши қийинлашиб, оғзи орқали нафас олган бемор муртақлари совуқ таъсирига дуч келади, натижада уларнинг шиллиқ пардаси қуриydi.

Муртақлар инсон организмда умумий ва маҳаллий иммун реакцияларни таъминлайди. Муртақ тўқимаси, лакуна атрофи асаб толалари ва эпителий ости хеморецепторларга узок вақт давомида турли таъсир кўрсатилганда организмда маҳаллий иммунитет реакциялари пайдо бўлади. Бундай реакциялар гуморал ва хужайра иммунитети оркали специфик (антитаначаларнинг ҳосил бўлиши) ва носпецифик омиллар ёрдамида (эпителий тўсиқ, фагоцитоз, ферментлар) амалга оширилади. Антиген-антитело комплекси юқори даражада хемотоксик фаолликка эга бўлиб, макрофагнинг протеолитик қобилиятини оширади. Натижада муртақ тўқимаси парчаланиб, тўқима оксиллари ўзгаради, улар аутоантигенга айланади. Аутоантигенлар қонга сўрилиб антителоларни ишлаб чиқарилишига туртки бўлиб хизмат қилади. Ўз навбатида антителолар хужайра атрофини ўраб олиб, уни жароҳатлайди. Шу тариқа танглай муртақи сенсibiliзация майдонига айланади. Сурункали тонзиллитнинг ривожланишида организмнинг иммун ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Патоморфологияси. Морфологик ўзгаришлар сурункали тонзиллитнинг босқичларига боғлиқ.

Лакунар ва лакунар-паренхиматозли тонзиллитда лакуналар эпителий қатламининг кўчиши ёки мугузланиши, ёнма-ён жойлашган паренхима майдонининг зарарланиши, лимфоцит ва плазматик хужайралар билан инфильтрация, лакуналар ёригида суюқ йирингли ажралма тўпланиши кузатилади. Ажралма асосан кучган эпителий, полимор-ядроли лейкоцитлар, плазматик хужайралар, замбуруғлар ва овқат парчаларидан иборат. Сурункали паренхиматозли тонзиллитда сурункали фаол альтерация, паренхимада яллиғли инфильтратлар, кейинчалик микрохуппозлар ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Сурункали паренхиматозли склеротик тонзиллитда бириктирувчи тўқиманинг ўсиши кузатилади. Қон томирлар атроф тўқимасининг инфильтрациясида қон томирлар бўшайди, уларнинг тонуси пасаяди, деворларининг ўтказувчанлиги ошади. Лимфа томирлар ҳам қисман облитерацияга учрайди, натижада лимфанинг чиқарилиши қийинлашиб, маҳаллий лимфа тугунларда турғунлик ва яллиғлигиланиш жараёни ривожланади.

Патологик жараён муртақнинг асаб аппаратига ҳам тарқалади, бунда муртақнинг рецептор фаолиятини ва рефлектор алоқаларини таъминловчи афферент йўллар зарарланади. Асаб элементларининг патологик ўзгаришлари хилма-хил бўлиб, қайта тикланиш хусусиятига эга. Ўзгарган асаб толалар орасида "асаб толаси учининг невриномаси" таъсирланиш белгисига эга бўлган рецепторлар пайдо бўлади. Муртақдаги ўзгаришлар рецепциянинг бузилишига ва патологик импульсларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Патологик импульслар, ўз навбатида, қатор аъзолар фаолиятининг бузилишига ёки организм ҳимоя кучининг пасайишига, хусусан унинг сенсibiliзациясига олиб келади. Муртақ асаб аппаратининг бузилиши лимфаденоид тўқиманинг

трофикасига таъсир кўрсади, натижада функционал ва морфологик ўзгаришлар янада чуқурлашиб, декомпенсация босқичига ўтади.

Муртак асаб элементларидаги айрим ўзгаришлар (асаб толаси варикози, рецептор учининг шарсимонлиги) компенсатор - мослашув реакция бўлиб, деструктив ўзгаришларни бартараф этишга ёрдам беради.

Б.С.Преображенский (1970) ва В.Т.Пальчун (1974) сурункали тонзиллитнинг куйидаги таснифини ишлаб чиқдилар (1-жадвал).

Сурункали тонзиллитнинг таснифланиши (Б.С.Преображенский - В.Т.Пальчун жадвали)

Оддий шакли	Токсик-аллергик шаклнинг I даражаси	Токсик-аллергик шаклнинг II даражаси
<i>Йўлдош касалликлар</i>	<i>Йўлдош касалликлар</i>	<i>Йўлдош касалликлар</i> <i>Ўхшаш касалликлар</i>
Маҳаллий белгилар ва 96% беморларда анамнезида қайд этилган ангиналар билан ифодаланади;	Маҳаллий белгилар ва анамнез маълумотларида қайд этилган ангиналар ва умумий токсик-аллергик жараёнининг I даражаси белгилари билан намоён бўлади;	Маҳаллий белгилар, 96% беморларда -анамнез маълумотларида қайд этилган ангиналар ва кескин ривожланган токсик-аллергик жараёнининг I даражаси белгилари билан намоён бўлади;
Маҳаллий белгилар *Лакуналарда суюқ ёки казеоз йирингли тикмалар; эпителий остида жойлашган йирингли фолликуллар, муртақлар юзининг ғадир- будирлиги; *Гизе белгиси - олд (танглай-тил равоқчалар четининг тургун қизариши); *Зак белгиси- танглай равоқчалари юкори булимлари четининг шиши; *Преображенский белгиси: танглай-тил	Токсик-аллергик белгиларнинг I даражаси *Субфебрил ҳарорат (вакти-вакти билан) *Тонзиллоген захарланиш: вакти-вакти билан ёки доимий ҳолсизлик, тез чарчаш меҳнат қобилиятининг пасайиши, ўзни нохуш ҳис этиш; *Бўғимларни вакти-вакти билан оғриши. *Бўйин лимфаденити *Юрак фаолиятининг функционал бузилишлари сурункали тонзиллитнинг авжида кузатилади,	Токсик-аллергик белгиларнинг II даражаси *Субфебрил ҳарорат (давомли) *ЭКГ да қайд этилган юрак фаолиятининг функционал бузилиши; *Ангина вақтида ҳамда сурункали тонзиллитнинг авж олмаган даврида юрак соҳасининг оғриши; * Юрак уриши, юрак ритмининг бузилиши; *Клиник, функционал ва лаборатория текширувида аниқланган буйрак, юрак, қонтомир тизими, бўғимлар, жигар ва бошқа аъзо ва тизимларнинг ўтқир ёки сурункали функционал

<p>(олд) равоқчалар четининг инфильтрацияси ва қизариши;</p> <p>*Муртақларнинг равоқчалар ва учбурчак бурма б-н бирикиши;</p> <p>* Айрим маҳаллий лимфа тугунларнинг катталашishi;</p> <p>*Пайпаслаганда маҳаллий лимфа тугунларнинг огриши;</p>	<p>объектив текширувда (ЭКГ) эса аниқланмайди;</p> <p>*Лаборатория текшируви натижаларида ўзгаришларнинг (қон ва иммунологик кўрсаткичлар) ўзгарувчанлиги;</p> <p>* Ўйлдош касалликлар оддий шаклидагидай</p>	<p>бузилишлари;</p> <p>Ўйлдош касалликларнинг оддий шаклидагидай. Ўхшаш касалликлар аниқланганда доимо токсик-аллергик шаклнинг II даражаси ташхиси куйилади.</p> <p>Ўхшаш касалликлар сурункали тонзиллит билан умумий этиологик ва патогенетик омилларга эга.</p>
<p>Ўйлдош касалликлар</p> <p>сурункали тонзиллит билан умумий этиологик -патогенетик асос-га эга эмас; патогенетик боғлиқлик умумий ва маҳаллий реактив жараён оркали таъминланади.</p>	<p>Маҳаллий ўхшаш касалликлар</p> <p>*Паратонзилляр хуптоз;</p> <p>2.Парафарингит</p> <p>3.Фарингит</p>	<p>Умумий ўхшаш касалликлар:</p> <p>*Ўткир ва сурункали тонзиллоген сепсис;</p> <p>*Ревматизм, юрак, сийдик чиқариш тизими, бўгинлар ва бошқа аъзо ва тизимларнинг орттирилган юкумля-аплергик касалликлари.</p>

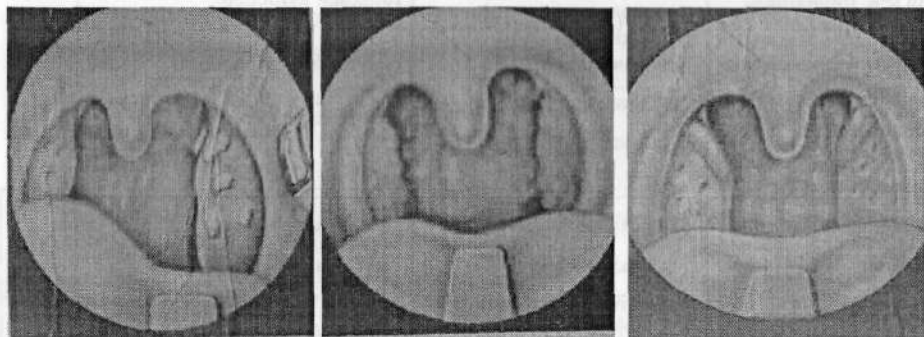
Таъхис. Сурункали тонзиллитнинг маълум бўлган объектив ва субъектив бўлгилардан бирортаси аниқ ташхис кўйишга имкон бермайди. Касаллик барча белгилар тўпламига баҳо бериш туфайли кўйилади.

Сурункали тонзиллит ташхисини касалликнинг авжида (ангинада) кўйиш тавсия этилмайди, чунки бемор шикоятлари ва фарингоскопия манзараси жараённинг сурункали кечимини эмас, балки унинг ўткир босқичини акс эттиради.

Анамнезда тез-тез такрорланган ангиналар ҳақида маълумот бўлиши сурункали тонзиллитнинг ишончли белгиси ҳисобланади. Одатда сурункали тонзиллит 1 йилда 2-3 марта, баъзан 5-6 марта авж олиб туради, аммо 1 йилда 1 марта кузатилган ангинани ҳам тез-тез такрорланган ангина деб баҳолаш лозим. 4% ҳолларда сурункали тонзиллитнинг *ангинасиз шакли* учрайди, унда фарингоскопияда сурункали жараённинг манзараси кескин ривожланган бўлсада, беморда ангина белгилари кузатилмайди.

Фарингоскопияда танглай-тил ва танглай-ҳалқум равоқчалари муртақларга бирикиб кетганлиги, Зак, Преображенский, Гизе белгилари, муртақ лакуналарида суюк казеозли ёки тикма шаклида бадбўй йирингли ажралма аниқланади. Лакуналар ажралмасини кўриш мақсадида муртақни босиш усули қўлланади. Бунинг учун врач битта шпатель билан беморнинг тилини пастга

босади, иккинчиси билан танглай-тил равоқчасини танглай муртаги ҳалқум ён деворига бириккан соҳасида эҳтиёткорлик билан босади. Лакуналарда йирингли ажралманинг мавжудлиги сурункали тонзиллитнинг ишончли белгиларидан бири.



77-расм.Сурункали тонзиллитнинг фарингоскопик манзараси

Муртақнинг ҳажми сурункали тонзиллит ташҳисида аҳамиятга эга эмас. Шунга қарамасдан, муртақ гиперплазияси сурункали тонзиллитнинг ривожланишига ёрдам бериши мумкин.

Ноаниқ ҳолларда лакуна ва муртақлардан суртма олинади. Текширувда патоген флора, лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллиги пасайганлиги, турли дегенератив шакллари пайдо бўлганлиги, лимфоцитлар сони камайганлиги аниқланади. Баъзан муртақ безлари лакуналарини зондлаш, диагностик ювиш ёки сўриб олинган патологик ажралмалар ҳам диагноз қўйишга ёрдам беради..

Лаборатория текширувлари ҳам сурункали тонзиллит ташҳисида 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 миқдорининг камайиши) аниқланади. Сурункали тонзиллитнинг токсик-аллергик шаклида беморнинг иммунитет ҳолати бузилади; Т ва В лимфоцитларнинг миқдори ўзгаради, қонда иммун комплекслар пайдо бўлади, гранулоцитли сенсibiliзация кузатилади.

Шундай қилиб, сурункали тонзиллит ташҳисини аниқлашда алоҳида бир белгига эмас, балки маҳаллий ва умумий белгиларнинг йиғиндисига, анамнез маълумотларига, объектив, биохимик, бактериологик, иммунологик текшириш белгиларга асосланиш лозим.

Тонзиллоген ўзгаришларни бирламчи ревмокардит касаллигидан фарқлаш мақсадида беморга ЭКГ, ФКГ, ПКГ текширувлари ўтказилади, қон, гемостаз ва носпецеффик реакциялар таҳлил қилинади.

Сурункали тонзиллит билан боғлиқ касалликлар метатонзилляр касалликлар деб аталади. Кўпинча сурункали тонзиллит билан бирга кечган ёки унинг таъсирида ривожланган касаллик "тонзиллокардиал", "тонзиллоцеребрал", "тонзиллоренал" синдром деб аталади. Метатонзилляр касалликларга коллаген (ревматизм, тугунли периартериит, склеродермия, дерматомиозит), айрим тери касалликлари (псориаз, экзема, полиморф экссудатив эритема), нефрит, тиреотоксикоз, периферик асаб толаларнинг зарарланиши (плексит, радикулит) киради. Узоқ давом этган тонзиллоген заҳарланиш тромбоцитопения ва геморрагик васкулитнинг ривожланишига олиб келади. Сурункали тонзиллит кулоқ шангиллаши, вазомотор ринит, кон-томир дистонияси ва вестибуляр бузилишларнинг кечимини оғирлаштиради.

ТОНЗИЛЛОКАРДИАЛ СИНДРОМ.

Сурункали тонзиллитда юрак кон-томир тизимидаги ўзга-ришларнинг ривожланишида асаб-рефлектор, инфекцион-токсик ва аллергия механизмлар иштирок этади. Сурункали тонзиллит билан оғриган беморларнинг ҳаммасида ҳам ревматизм касаллиги аниқланавермайди. Бунда макро – ва микроорганизмларнинг ўзаро таъсири муҳим рол ўйнади. Муртакдаги яллиғланиш ўчоғидан тарқалаётган стрептококк токсинлари турли заҳарланиш белгиларини кўзга тиб, аллергия реакцияларга олиб келиши мумкин. Беморларда субфебрил ҳарорат, бўғим ва юрак оғриклари ва айниқса кардиопатияларнинг турли шакллари кузатилади.

Тонзиллокардиал синдром одатда 30 ёшгача бўлган ёш беморлар учрайди ва уларнинг аксариятида тез-тез қайталанган ангиналар қайд этилади. Беморлар асосан юрак соҳаси ва бўғимларининг оғришига, юрагининг тез уришига, хансираш, умумий ҳолсизликка, субфебрил ҳароратга шикоят қиладилар. Бу белгилар на фақат сурункали тонзиллитнинг авжиди, балки ремиссия даврида ҳам кузатилади. Беморларнинг 50% да қайд этилган субфебрил ҳарорат давомли характерга эга бўлиб, консерватив даволашга қарамасдан йўқолмайди.

Белгилари. ЛОР – аъзолари текширувида беморда кўпинча сурункали тонзиллит белгилари (муртаклар юмшоқ ёки аксинча қаттиқлашган, лакуналарда йирингли ажралма) аниқланади. Муртак ва равоқчаларнинг шиллик пардаси кизаради. Равоқлар шишиб, муртаклар билан бирикади, маҳаллий лимфа тугунлар катталашади. Баъзан беморнинг оғзидан нохуш ҳид келади. Аускультацияда жисмоний ҳаракатда йўқоладиган, яъни функционал характерга эга бўлган, систолик шовқин эшитилади. ЭКГ да Т тишчасининг ўзгариши билан бирга, айрим беморларда P-Q интервалининг 0,2 сониягача, QRS комплексининг 0,1 сониягача кенгайиши ва деформацияси, қоринчали экстрасистолия қайд этилади. S- Т интервали изоэлектрик чизикдан 1-2 мм пастда жойлашади. Бу ўзгаришларни зарарланган муртакларнинг асаб-

рефлектор ёки токсик таъсири натижасида ривожланган миокард дистрофияси сифатида баҳолаш мумкин. ЭЧТ ва лейкоцитлар сони меъёрлигича қолади.

Кийсуй таухисот. Тонзиллокардиал синдромда беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, текширув натижалари ревмокардит белгиларига ўхшайди. Чуқур лаборатория ва объектив текширув ва ЭКГ да аниқланган юракнинг органик ўзгаришлари бу икки касалликни бир-биридан фарқлашга ёрдам беради. Сурункали тонзиллит билан оғриган ва юрак соҳаси оғришига шикоят қилган беморда юракнинг кўзга кўринарли объектив (фақат функционал характерга эга систолик шовқинни бўлиши), лаборатория ва асбоблар ёрдамида ўтказилган текширувларда патологик ўзгаришлар аниқланмаган ҳолларда беморга тонзиллокардиал синдром ташхиси қўйилади. Узок вақт давом этган ва даволанмаган тонзиллокардиал синдром аста-секин ревматизм касаллигига ўтиши мумкин. Шунинг учун тонзиллокардиал синдром билан кечган сурункали тонзиллит албатта ўз вақтида ва тўғри даволаниши лозим.

Даволаш. Сурункали тонзиллитни даволашда касалликнинг клиник шакли ва босқичи эътиборга олиш, дастлаб оғиз бўшлиғи санация қилинади. Консерватив даволаш сурункали тонзиллитнинг компенсация шаклида, қайталанган ангиналар билан кечган декомпенсация шаклида ва жаррохлик амалига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда ўтказилади.

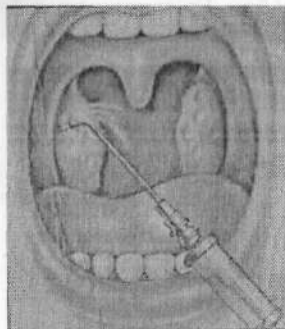
Консерватив даволаш тадбирлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1. Организмнинг табиий кучини ошириш - кун тартибига риоя қилиш, С, В витаминларга бой таомларни тавсия қилиш, жисмоний тарбия, қон зардоби, гамма-глобулин, ўз таркибида темир сақловчи дори воситалари;
2. Гипосенсибилизация воситалари-кальций хлор, глюконат, аскорбин кислота, аминокaproн кислота, антигистамин дори воситалари, кортикостеронидлар, вакциналар, аллергияга қарши махсус дори моддалари;
3. Имунитетни тиклаш - аутосеротерапия, иммуностимуляторлар (левамизол, Т-активин, продигозан, тимолин) ва имунитетни фаоллаштириш воситалари (гелий-неон лазер нурлари, ИРС 19 аэрозоль); Иммунон дори воситасини бир кунда 2 тадан 3 маҳал овқатдан кейин, 20 кун давомида. Хуруж пайтида 2 тадан 4 маҳал 10 кун давомида овқатдан кейин. Тонзилгон драже катталарга 2 драже ёки 25 томчидан, мактаб ёшидаги бўлган болаларга 1 драже ёки 15 томчидан, мактаб ёшигача бўлган болаларга 10 томчидан, кўкрак ёшидаги болаларга 5 томчидан кунига 5-6 маҳал .
4. Танглай муртаклари ва маҳаллий лимфа тугунларни соғломлаштириш: лакуналар ичини тозалаш, лакунани ювиш, уларга интра ва паратонзилляр йўл оркали дори юбориш, лакуналар ичига малҳам суртиш, тикма қўйиш, антибиотик ва фитонцид аэрозоллари ингаляциясини қўллаш, УБН, ультратовуш, интерферон, гидрокортизон билан ультрафонофорез,

электромагнит майдон, УВЧ, СВЧ, электрофарез, тиббий лой билан даволаш; тиббий зуллуқдан фойдаланиш, лимфотроп терапия ва бошқалар.

5.Рефлектор таъсир этувчи воситалар новокаин блокадаларси, рефлексотерапия, бўйин соҳасига УБН таъсир этиш;

Сурункали тонзиллитда муртак лакуналари Н.В.Белоголовов усулида ювилади. Муолажада шприц ва ингичка найча ишлатилади. Ювиш учун турли антибактериал дориларантибиотикларга сезгирчанлигини ҳисобга олган ҳолда (фурациллин, сульфацил натрий, этакридин лактат, диоксидин, йодиол, перманганат калий, борат кислота) ва иммуностимуляторлар (левамизол, интерферон, лизоцим) эритмалари қўлланади. Лакуналар ҳар 2 кунда 1 марта, жами 10-12 марта ювилади, лакуналардан патологик ажралма вакуум-калпоқча ёрдамида сўриб олинади.



Бўшаб қолган лакуналарга керакли дори-дармонлар юборилади.

“Тонзилляр” аппарати танглай муртаги лакуналарни ювишга, лакуналар ичидан патологик ажралмани сўриб олишга (“вакуум“ усули) ва ультратовуш ёрдамида муртак тўқимаси ва лакуналарига дориларни юборишга ёрдам беради. Жами 5-6 муолажа ўтказилади.

Лакуналарни ювиш, ундан патологик ажралмани сўриб олиш, кўпинча лакунар ангинада қўлланади..

Паренхиматоз ангинада ҳар бир муртак ичига алоҳида 0,5% новокаианда эритилган 1% трипсин 1,5 мл микдорда интра ва паратонзилляр соҳага 0,31см чуқурликда ҳар 3-4 кунда (жами 3 марта) юборилади

78-расм. Танглай муртаклари лакуналарини ювиш

Лакуналарни ювиш билан бирга физиотерапевтик муолапжалар (УБН, паст энергияли гелий-неон лазер, электрофорез, ”Тонзилляр“ аппарати) қўлланади.

Микроб сезгирлигини эътиборга олган ҳолда маҳаллий усулда антибиотиклар қўлланади- 250000 ТБ Ампициллинни 1% 4-5 мл новокаианда эритиб ҳар икки томондаги танглай муртакларига ва паратонзилляр тўқимага бир кунда 4 инъекция қилинади (ҳар бир инъекцияга 50 000 ТБ юборилади); биринчи кун инъекция муртакнинг юқори чўққиси соҳасига, иккинчи кун - ўрта қисмига, учинчи кун пастки чўққиси соҳасига қилинади. Кейинги кунлар инъекциялар яна шу тартибда такрорланади.

Консерватив даволашда дармон дорилар алоэ, ФИБС, ичишга глюконат кальций, фитин, темир лактат буюрилади. Имунитетни кучайтириш мақсадида левомизол , ИРС 19 , лазер ва тимален, теактивин, аутоиммун зардоб тавсия этилади. Махсус терапия стафилококкга қарши гаммагло-булин, анатоксин, стафилококкга қарши зардоб.

Тонзиллокардиал синдромда махаллий даволаш тадбирлари: лакуналарни ювиш, уларга Люголь ёки колларгол эритмаларини суртиш, муртак тукумасига антибиотик эритмасини юбориш, тубус- кварц ва махаллий лимфа тугунларга УВЧ муолажалари утказилади. Беморга антибиотиклар инъекцияси (1,5 ой давомида мускул орасига 600 000 ТБ бициллин 1 хафтада 1 марта юбориш) ва ацетил-салицил кислотаси ёки индомитацин ичиш тавсия этилади.

Ушбу синдромда тонзилэктомия жарроҳлик амалини бажариш мақсадга мувофиқ бўлади. Ўз вақтида бажарилган операция аллергик реакцияларни ва юрак кон-томир тизимига токсик таъсирини бартараф этади. Кардиал белгилар бевосита операциядан сўнг йўқолади, баъзан эса аста-секин камайиб, беморни яна 4-6 ой безовта қилади. Бундай ҳолларда беморни бициллин ва индометацин билан даволаш мақсадга мувофиқ. Аммо тонзиллокардиал синдромда тонзилэктомия ҳамиша ҳам яхши натижа бермайди. Бу яллиғланиш жараёнини муртаклардан юқори нафас йўлларининг барча лимфоид тўқимасига тарқалиши ва юракда юз берган органик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Сурункали тонзиллитни ўз вақтида даволаш тонзиллокардиал синдром ва ревматизм касаллигини олдини олишга ёрдам беради.

Консерватив даволаш тадбирлари йилига 2 марта (баҳор ва кузда) такрорланади. Ангина тез-тез қайталанганда консерватив даволаш тадбирлари йилига 4 марта ўтказилади. Мужжасамлашган консерватив даволаш 71-85% ҳолларда яхши самара беради. Беморларни ва оила аъзоларини тиббий кўриқдан ўтказиш, диспансер назорати остига олиш ва соғломлаштириш бу кўрсаткични янада оширади. Болаларда кўпинча сурункали тонзиллитаденоидларни ўсиши билан бирга ва сурункали тонзиллитни ривожланишига сабаб бўлади, шунинг учун 80 % ҳолларда аденоидотомия қилингандан сўнг тонзиллит қайталанмаслиги мумкин.

Консерватив даволаш самараси кўп жиҳатдан муртак тўқимаси фаолиятига ва жароҳатланган асаб толалари тикланишига боғлиқ булиб, олиб борилган консерватив даво тадбирлари турлари муртак асаб элементларида компенсатор мослашув жараёнларини қайта тикланишини фаоллаштиради.

Консерватив даволаш усули ёрдам бермаган ҳолларда ярим жарроҳлик, гальванокаустика, муртак диатермокоагуляцияси, криотерапия, лазер ёрдамида лакунотомия ва муртак деструкцияси жарроҳлик амаллари бажарилади. Бу усуллар беморда тонзилэктомияга қарши кўрсатмалар бўлганда қўлланади. Муртак безлари ҳажми жуда катта ёки устки қисми олдинги орқа ровоклар билан ёпилганда ярим жарроҳлик амалини ўтказиш фойда бермайди. Гальванокаустика усули муртакларнинг ҳажми унча катта бўлмаган, лакуналари чуқур, юқори чўккиси баланд жойлашган ҳолларда қўлланади.

Тонзиллотомия- муртакларни қисман олиб ташлаш жарроҳлик амали болаларда муртаклар гипертрофияси ва сурункали тонзиллитнинг компенсация шаклида, қайталанган ангина билан кечган декомпенсация шаклида бажарилади.

Тонзиллэктомияга кўрсатмалар

1. Тез-тез қайталанган ангиналарда (биринчи марта бир йилда)
2. Паратонзилляр абсцесс ва лимфоденит билан кечган ангиналарда
3. Ангиналардан сўнг ички аъзоларда ривожланган асоратларда (ревматизм, ревмокардит, полиартрит, сепсис ва бошқалар)
4. Сурункали тонзиллитни консерватив даволаш чоралари ёрдам бермаган ҳолларда

Тонзиллэктомия -муртақларни тўлиқ олиб ташлаш жарроҳлик амали сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шаклида, бошқа даволаш тадбирлари ёрдам бермаган ҳолларда бажарилади. Сурункали тонзиллит ревматизм билан бирга кечган ҳолларда тонзиллэктомия касалликнинг ремиссия даврида, ревматизмга қарши даволаш тадбирлари ўтказилгандан сўнг бажарилади.

Ҳозирги пайтда тонзиллотомия ва тонзиллэктомия жарроҳлик амаллари лазер нуллари ёрдамида бажарилмоқда.

Тонзиллэктомияга қарши кўрсатмаларга қуйидагилар киради: гемофилия, юрак ва буйрак етишмовчилиги, стенокардия, гипертония, қандли диабетнинг оғир шакли, сил, ўткир ичак касаллиги, ҳомиланинг охириги ойлари, ҳайз кўриш пайти. Ангина ва ўткир респиратор юкумли касалликларда сурункали тонзиллитни кўзғалиш даврида тонзиллэктомия жарроҳлик амали бемор соғайгандан 2-3 ҳафтадан сўнг бажарилади.

Тонзиллэктомия жарроҳлик амалига бемор поликлиника шароитида тайёрланади. У терапевт ёки педиатр, гематолог, невропатолог, эндокринолог кўригидан ўтади. Бундан ташқари, кўкрак кафаси рентгенографияси, кон ва сийдикнинг умумий таҳлили, кон гуруҳи, резус-омил, протромбин индекси, кон ретракцияси, тромбоцитлар сони ва австралия антигенини аниқлаш текширувлари ўтказилади. Болалар томогидан Лёффлер таёқчасига суртма олинади. Операциядан 2 ҳафта олдин беморга седатив, гемостатик дорилар ичиш тавсия қилинади.

Операция касалхона шароитида бажарилади. Болаларда тонзиллэктомия умумий - эндотрахеал наркоз ёки нейролептаналгезия, катталарда пиромеканн, дикаин, тримеканн ёки новокаин ёрдамида оғриксизлантириш остида бажарилади. Тонзиллэктомия жарроҳлик амалини бажарилиши қуйидагича:

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 юкори чўққисидан пастки чўққисигача танглай-тил равоқчасидан ажратилади. Бодомча безлари қисқич ёрдамида ушланади, чандиқли битишмалар қайчи билан ажратилади. Кейин муртақка илгак ташланиб пастга тортилади ва

бутунлай ажратиб олинади, жойига гемостатик паста суртилади ёки ксероформ кукуни сепилади. Муртаklarни олиб ташлаш пайтида унинг чўққиси соҳасида ички ва ташқи уйку артериялар жойлашганини доимо эсда тутиш лозим.

Тонзилэктомиядан сўнг беморга бир неча кун ётокли режим буюрилади, биринчи кунда бемор боши пастга қўйилади, оғзи очиқ, бир томонга сўлак ва зардоб окиб туриши керак, зўриқиши мумкин эмас. Биринчи куни беморга сут ичиш, кейинги кунларда илиқ ва суюк овқатлар тавсия қилинади, антибактериал терапия ўтказилади. Муртаklar жойи фибринли қарашдан тозаланиб, жароҳат майдони эпителий билан қопланади яъни 7-14 кун давомида тузалиш рўй беради. Уй шароитида бемор бир ой давомида дорилар қабул қилади (поливитаминар, гипосенсибилизация воситалари). Юрагида функционал ўзгаришлар аниқланган беморга кокарбоксилаза, калий оратат, фолиевая кислота тавсия этилади ва кардиолог назоратида бўлади.

Тонзилэктомиядан кейин қуйидаги асоратлар кузатилиши мумкин. Ҳалқумдан бирламчи қон оқиши жарроҳлик пайтида ва иккиламчи қон оқиши – жарроҳлик амалидан сўнг кузатилади. Артериал, веноз ва паренхиматоз қон оқишлар тафовут этилади. Уларнинг ичида энг хавфлиси бу йирик қон томирлардан қон оқиши бўлиб, артериядан қон оч қизил рангда томир уришига мос тўлқинланиб оқади. Бундай асорат артерия деворининг емирилиши ёки жарроҳлик вақтида жароҳатланиши натижасида юзага келади. Кўпинча қон ташқи уйку артериядан тармоғи бўлган, юқорига ҳалқум ва тил артериялардан оқади. Қон оқишини тўхтатиш жарроҳдан зўр маҳоратни талаб этади. Артериал қон оқишида беморнинг оғзи тез қонга тўлади, бундай вазиятда жарроҳ чакқон ҳаракат қилиб қонаётган майдонни ва бўйин соҳасидан уйку артериясини умуртқа поғонасига босади. Агар қон оқиши тўхтамас ташқи уйку артерия боғланади. Бошқа ҳолларда қонаётган майдонга спирт, ксероформ кукуни, калий перманганат эритмалари, ферропирин, аминакапронат кислота кукуни, куруқ тромбин, плазма, тромбопластин тикмаси қуйилади. Баъзан қонаётган томир атрофига 0,5% ёки 1% новокаин, тримеканин, 0,9% натрия хлор эритмаси юборилади. Қон томирлар босилади, қон тўхтади, қонаётган қон томир қиқич ёрдамида ушланиб Куликов игнаси кетгуд ёрдамида тикилади. Бу ҳам ёрдам бермаганда орқа ва олд равоқлар орасига дори шимдирилган дока тикма қўйилади. Бу тикма 24-48 соатдан сўнг олинади. Юқорида қайд этилган шошилинич тиббий ёрдам билан бирга беморга қон ивишини яхшиловчи дорилар юборилади: 10% кальций хлорид ёки глюконат, 5% аминакапронат кислотаси, дицинон, этамзилот натрия, яхлитланган қон зардоби, викасол. 50-100 мл тоза бир гуруҳли резус омили тўғри келган мос қон вена ичига томчилаб, зарур бўлганда шприц ёрдамида қон тўғридан тўғри қон томирига юборилади юборилади.

Ҳалқумдан қон оқиши асорати асосан, ревматизм, полиартрит, қон касаллиги билан оғриган беморларда кузатилади. Бундай асоратни олдини олиш мақсадида қуйидаги тадбирлар бажарилиши лозим:

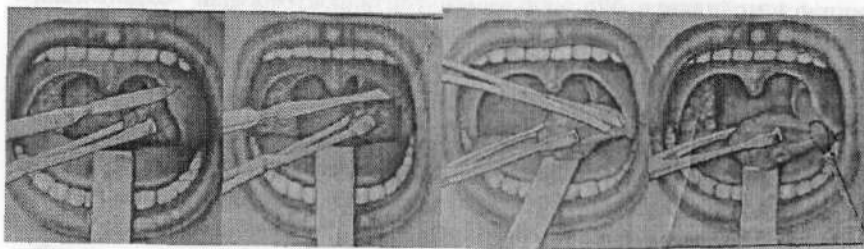
- 1) беморни жаррохлик амалидан олдин синчковлик билан текшириш;
- 2) анамнез маълумотларини батафсил йиғиш;
- 3) қон оқишига мойиллиги бўлган беморга тонзиллэктомиядан олдин икки ҳафта давомида 5-10% калиций хлорид эритмаси, рутин, аскорутин ичиш тавсия қилинади, ҳалқумни фурациллин ёки риванол эритмалари билан ҳар кун ич маҳал чайиш буюрилади, танглай муртаклари соҳасига 2-% кальций хлорид, 0,5 % новокаин, 1% димедрол билан электрофорез қилинади (жами 6-10 муолажа).
- 4) Оғрикислантириш пайтида 1%-10 мл новокаинга 2 томчи адреналин, 0,1% гидрохлорид ва 5%-5 мл аминоксапонат кислотаси (2 : 1) кўшилади.

Тонзиллэктомияда кузатиладиган бошқа асоратларга - ўткир лимфаденит, тери ости эмфиземаси, зотилжам, ўпка ателектази, бўйин-ҳалқум хуппозии, медастинит, юз асаб толаси ва бошқа асаб толаларнинг фалажи киради, баъзан ўлим ҳолати қайд этилиши мумкин. Қалла суяги ичи асоратлари - менингит, бош мия хуппозии, бош мия синуслар тромбозии кам учрайди. Тонзиллэктомиянинг кечки асоратларига субатрофик фарингит, ҳалқумнинг чандиқли ўзгаришлари киради.

Сурункали тонзиллитни олдини олиши учун умумгигиеник ва соғломлаштириш тадбирлари ўтказилади. Умумгигиеник тадбирларга чиникиш, тўғри овқатланиш, меҳнат ва уй-жой гигиенасига риоя қилиш, касб билан боғлиқ бўлган бактериал инфлокланишларни бартараф этиш, ҳавони заҳарли газ ва чангдан тозалаш ҳамда санитария-оқартув ишлари киради. Соғломлаштириш тадбирлари ҳақим томонидан амалга оширилади ва профилактик кўриқда тиш ва милк касалликлари, йирингли синуит, отит билан оғриган ва бурун орқали нафас олиши қийинлашган беморларни аниқланиб диспансер назорати остига олиш ва даволашдан иборат.

Охириги йилларда сурункали тонзиллитни даволашда иммуномодулятор ва паст энергияли лазер нуруни қўллаш яхши натижа бермоқда. Левомизолни полимер плёнка ёки эритма ҳолда 2 маҳал (баҳор ва кузда) 5 кун давомида тавсия этилади. Буруннинг ҳар икки томонига 1 мг левомизоли бўлган полимер плёнка киритилади, танглай муртагига, оғиз бўшлигининг шиллик қавати ва ҳалқумга 0,01% - 1мл левомизол эритмаси сепилади. Лазер билан таъсирлашда гелий-неон лазерининг қизил нури қўлланади. Нур бурун бўшлиғи шиллик қаватига, ҳалқумнинг орқа деворига ва танглай муртакларига таъсир эттирилади (ёруглик кучи 2,65 мВт/см², экспозиция вақти 2-8 дақиқа). Муолажа 5-7 кун давомида бир йилда 2 марта ўтказилади. Бундан ташқари беморга Т-активин, метилурацил препаратлари тавсия қилинади, томоғига 10 кун давомида ИРС-19 аэрозоли сепилади.

Сурункали тонзиллитни олдини олишда диспансер назорати муҳим аҳамиятга эга бўлиб, бунда педиатр, терапевт, оториноларинголог ва



I-босқич

II-босқич

III-босқич

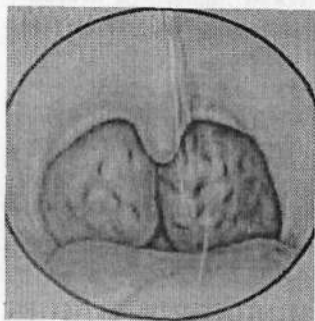
IV-босқич

79-расм. Тонзилэктомия жаррохлик амалининг босқичлари

стоматолог иштирок этади. Сурункали тонзиллит билан оғриган беморни ЛОР-хаким диспансер назорати остига олади ва 3 ойда 1 марта кўриқдан ўтказади. Касалликнинг қайталаниши камайганда бемор 1 йилда 2 марта кўриқдан ўтади.

Консерватив даволаш яхши натижа бериб, ангинанинг қайталаниши камайганда бемор 3 йилдан сўнг диспансер назоратидан чиқарилади. Сурункали тонзиллитнинг маҳаллий белгилари сакланиб, 6 ой давомида олиб борилган даволаш тадбирларига карамасдан ангина яна қайталанса, унда консерватив даволаш тадбирлари самарасиз деб баҳоланади ва тонзиллэктомия жаррохлик амали бажарилади. Тонзиллэктомияни бошдан кечирган бемор 6 ойдан сунг диспансер назорати остидан чиқарилади.

ТАНГЛАЙ МУРТАКЛАРИ ГИПЕРТРОФИЯСИ,



80 -расм. Танглай муртаклари гипертрофияси

яъни танглай муртақларнинг яллиғланишсиз катталашганлиги 3 даражага бўлинади:

I даражада - танглай муртақлари танглай-тил равоқларидан томокнинг ўрта чизигигача бўлган масофанинг 1/3 қисмини эгаллайди;

II даражада - танглай муртақлари ушбу масофанинг 2/3 қисмини эгаллайди;

III даражада- танглай муртақлари бир-бировига тегиб туради.

Катталашган муртақлар оқ-пушти рангда, юмшоқ, лакуналари аниқ, юзи силлиқ бўлиб олд равоқчалардан чиқиб туради.

Бемор нафас олиш ва ютинишни

қийинлашганлигига шикоят қилади, унда йўтал, нутқни бузилиши, манқаланиш кузатилади. Бундай ҳолларда *тонзиллотомия* - муртакларни қисман олиб ташлаш жарроҳлик амали бажарилади. Тонзиллотомия кўпинча 5-7 ёшдаги болаларда ўтказилади. Тонзиллотомия амбулатор шароитида маҳаллий оғриқсизлантириш дикаин, лидокаин ёки новакаин ёрдамида бажарилади. Жарроҳлик амалидан сўнг бемор 2 соат давомида ҳақим назорати остида, кейин 5 кун уй шароитида (2 кун ётоқ ҳолатда) бўлади. Беморга илиқ суюқ овқатлар берилади. Қон касалликлари, ўткир юқумли касалликларда ва дифтерияда тонзиллотомия жарроҳлик амали вақтида бажариш ман этилади.

ҲАЛҚУМ МУРТАГИ ГИПЕРТРОФИЯСИ (АДЕНОИДЛАР)

кўпинча 5-15 ёшар болаларда учрайди. Баъзан аденоид 26-30 ёшар эркакларда, 70-75 ёшли қарияларда кузатиш мумкин.

Аденоидларнинг 3 даражаси тафовут этилади.



81-расм. Аденоидли юз тузилиши

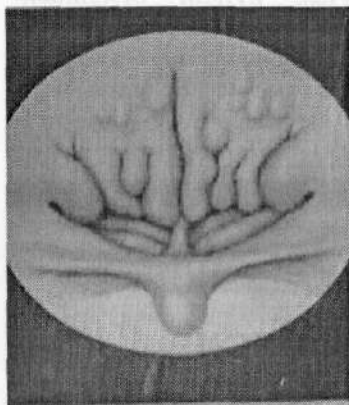
I даражада - аденоидлар димоғ суягини юқоридан 1/3 қисмини ёпиб туради;

II даражада- аденоидлар димоғ суягини юқоридан 2/3 қисмини ёпиб туради;

III даражада- аденоидлар хоналарни бутунлай ёпади.

Аденоидлар шарсимон оқ-пушти рангдаги тузилмалар бўлиб, гистологик текширувда юзаки ва паренхиматоз яллиғланиш белгилари аниқланади. Шунинг учун, уларни сурункали аденоидит деб баҳолаш мумкин.

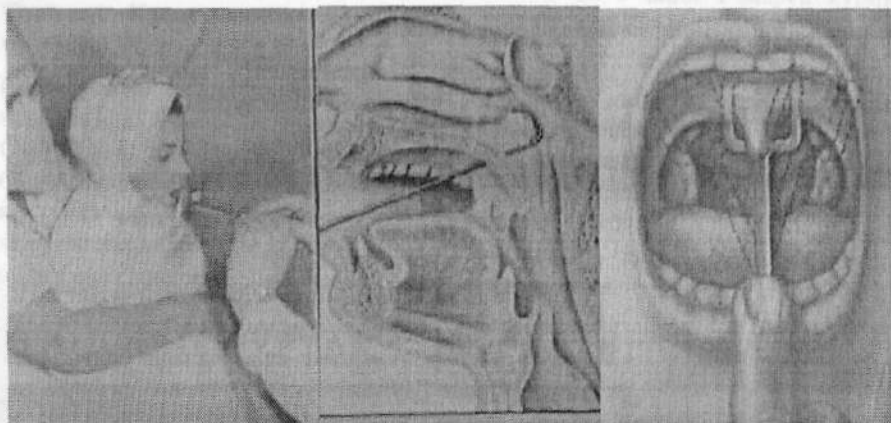
Ҳалқум муртаги гипертрофияси куйидаги маҳаллий ва умумий асоратлар сабаб бўлади: бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, юз тузилишнинг бузилиши, эшитиш ва нутқ бузилиши, манқаланиш, бош оғриши, бош айланиши, уйқуни бузилиши, парিশонхотирлик, субфибрилитет. 15% беморларда энурез, эпилепсия, ларингоспазм, бронхиал астма, кўриш уткирлигининг пасайиши, юрак-кон томир тизими фаолиятининг бузилиши ва бошқалар. Бундай асоратлар бурун орқали нафас олиш қийинлашганлиги ва аденоидларнинг асаб тизимига таъсири натижасида юзага келади. Аденоидлар организмнинг аллергик ҳолатига ўз таъсирини кўрсатади (улар бактериял ва микотик сенсibiliзация манбаига айланади).



82-расм. Орқа риноскопия аденондлар

Ташхис куйиш кийинчилик тугдирмайди, беморнинг юз тузилиши аденоидит касаллигидан далолат беради, бунда унинг юзи бироз чузикрок, юкори жағ суяги чўзилган, оғзи ярим очик ҳолда, юкоридаги кесувчи тишлар бетартиб жойлашган ва олдинга чикиб туради (*habitus adenoideus*). Узок муддат давомида оғиз орқали нафас олиш кўкрак кафасининг шаклини ўзгартиради (куш кукрак). Ташхис олд орқа риноскопия асосида ва бурун-ҳалқум бармоқ ёрдамида текширилади.

Даволаш. Аденоидитлар жаррохлик усулида даволанади. Беморга аденотомия жаррохлик амали бажарилади. Аденотомия одатда поликлиника шароитида маҳаллий



83-расм. Аденотомия жаррохлик амалини бажариш

оғриксизлантириш остида ҳалқасимон пичоқ,яъни аденотом ёрдамида бажарилади. Аденотом оғиз бушлиғи ва оғиз-ҳалқум бўйлаб олдинга (бурун-ҳалқумга) димоғ суягининг орқа четига ҳалқумнинг гумбазига киритилади. Кейин аденотомни олдиндан орқага бироз салсилжитиб дастлаб бурун-ҳалқум гумбазига, кейин орқа деворига босиб аденоидлар олиб ташланади (бунда беморнинг боши бироз олдинга эгилган бўлиши керак). Қон оқиши кузатилмаган беморга 2 соатдан сўнг уйига кетиш рухсати берилади ва 5 кун уй шароитида (дастлабки 2 кун еток ҳолатда) булиши тавсия қилинади. Беморга илик суюк овкатлар берилади. Болаларда аденоидлар кўпинча танглай муртагининг гипертрофияси билан бирга учрайди. Бундай ҳолларда дастлаб тонзиллэктомия, кейин аденотомия жаррохлик амаллари бажарилади.

СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТ

(pharyngitis chronica)-ҳалқум шиллиқ пар-дасининг сурункали яллиғланиши, бўлиб одатда ўткир фарингитни нотўғри даволаш, этиологик омилларини бартараф этмаслик натижасида ривожланади.

Этиологияси. Касаллик кўпинча тамаки чекувчи, спиртли ичимликлар ичувчи беморларда, чанг ва зарарли газлар билан ифлосланган ишлаб чиқариш корхоналари ишчиларида кузатилади. Бурун, бурун атрофи бўшлиқлари ва ҳалқумнинг ўткир касалликлари, тонзиллитлар, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, ноқулай об-ҳаво ва экологик шароит сурункали фарингитнинг ривожланишига ёрдам беради.

Қатор ҳолларда касалликнинг ривожланишига ошқозон-ичак йўллари касалликлари, эндокрин ва гормонал бузилишлар, тишлар кариеси, ўткир ва жуда иссиқ ёки совуқ овқатларни истеъмол қилиш сабаб бўлади. Ниҳоят, сурункали фарингит қатор сурункали юқумли касалликларда, силда ҳам ривожланиши мумкин.

Патоморфологик ўзгаришларни ҳисобга олганда сурункали фарингит катарал, гипертрофик ва атрофик шаклларга бўлинади.

Сурункали катарал фарингитда ҳалқум шиллиқ пардасининг доимий кизариши, шиши, қон томирларининг кенгайиши, кичик веналар тургунлиги, шиллиқ безлар гиперсекрецияси кузатилади.

Гипертрофик (гранулали) фарингитда (тарқоқ ёки ўчоқли)- эпителий қавати ўзгариб, цилиндрик хилпиловчи эпителий кубсимон ёки ясси эпителийга айланади ва ҳалқум орқа, ён деворларининг шиллиқ ости қавати қалинлашади, лимфоид тўқима катталашиб, улар орасида йирингли тикмалари дўмбоқчалар бўлади.

Гипертрофик фарингитларга *муртақлар гиперкератози* ҳам киради. Бу касалликда лимфаденоид тўқиманинг юзасида ўлчами 2-3 мм бўлган пирамидасимон ўткир учли дўмбоқча ҳосил бўлади. Кўпинча сарғиш-оқ қалин дўмбоқча танглай муртақларининг томок юзасида ва тил сўрғичлари орасида жойлашади. Улар ўзининг қаттиқлиги, эпителийга зич бирикканлиги учун, пинцет ёрдамида қийин олиниши билан лакунадаги йирингли тикмаларидан фарқ қилади. Морфологик тузилиши бўйича шиллиқ қават эпителийси пролиферацияси даврини узоқ давом этиши ва тўқима мугузланиши билан ифодаланади.

Микроскопик текширувда ушбу дўмбоқчаларда касалликка сабаб бўлган *leptotrix Bucalis* бактериялари аниқланади, шунинг учун касаллик бошқача қилиб **лептотрихоз** деб аталади. Жараён сурункали кечади ва узоқ вақт давомида аниқланмайди.

Ташхис фарингоскопия ва эпителиал тузилмалар гистологик текширувининг натижалари асосида қўйилади. Жараён сурункали тонзиллит билан бирга кечганда тонзиллэктомия жаррохлик амали бажарилади.

Сурункали атрофик фарингит одатда атрофик ринит билан бирга кечади. Унда ҳалқумнинг шиллик пардаси юпқалашиб, эпителий қавати кучади, хилпировчи эпителий кўпқаватли ясси эпителий билан алмашади, шиллик безларнинг сони камаяди, уларнинг секреция фаолияти сусаяди. Фарингоскопияда ҳалқум орқа деворининг шиллик пардаси ялтироқ бўлиб кўринади.

Белгилари. Бемор томоғи қуришига, кичишига, 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 култум сув ичишга эҳтиёж сезади. Гипертрофик фарингитда ҳалқумда шилимшиқ-йирингли ажралма тўпланади.

Фарингоскопияда сурункали катарал фарингитда ҳалқум шиллик пардаси кизарган ва шишганлиги, орқа деворининг айрим майдонлари тиниқ ёки хира шиллимшиқ ажралма билан қопланганлиги, гипертрофик фарингитда - орқа ва ён деворларининг шиллик ости қавати қалинлашиб, унда тариқ донасидай ва ундан катта яримдоира тўққизил думбокчалар ҳосил бўлганлиги, сурункали атрофик фарингитда - шиллик парда юпқалашиб, оч-пушти рангда, айрим жойларда пўстлоқ ва қалин ажралма билан қопланганлиги кўринади.

Даволаш. поликлиника шароитида олиб борилади. Биринчи навбатда касалликнинг маҳаллий ва умумий сабаблари - бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари ва муртақларнинг йирингли касалликлари, зарарли омиллар таъсири бартараф этилади, оғиз бўшлиғи инфекция ўчоқларидан тозаланади.

Сурункали гипертрофик фарингитда томоқ ва ҳалқумни хлорид натрийнинг изотоник ёки 1% эритмаси билан чайиш, 3-5% кумуш нитрати, 3-5% проторгол ёки колларгол эритмасини суртиб, шиллик парда шишини камайтириш тавсия қилинади. Ромашка, шалфей билан иссиқ ингаляциялар, обипихаммонни ҳалқумга суртиш ёки ингаляция қилиш маданий сувлар билан ингаляциялар буюрилади. Бактериостатик таъсирга эга бўлган антисептиклар карамелларини (фарингосепт, гексализ) стрематосил оғизга солиб шимиш яхши фойда беради. Қон талашган думбокчалар криотаъсир, гальванокаустика, 30-40% кумуш нитрат ёки ваготил билан куйдирилиб олиб ташланади.

Сурункали атрофик фарингитда ишқор сув -глицеринли эритма, ротокан эритмаси, 0,9 % 200 мл натрий хлорид ёки 1% эритмасига 4-5 томчи 5% йоднинг спиртли эритмасини кўшиб томоқни чайқаси буюрилади. Атрофик фарингитда гидрокарбонат натрий эритмасини, эвкалипт ва облепиха мойларини қўллаш ман этилади, чунки улар безларнинг секреция фаолиятини сусайтириб, шиллик пардани қурушига сабаб бўлади. Ҳалқум орқа деворининг шиллик қавати ён томонларига 0,5 % новокаин, лидаза, алоэ ва ФИБС

юборилади. 2% новокаин ва алоэ препаратини битта шприцга олиб оғиз-ҳалқумнинг шилиқ қавати остига ҳар икки томонига 1 мл дан юборилади. Жами 8-10 муолажа ўтказилади. Бундан ташқари беморга 0,5% никотин кислота эритмаси билан электрофорез, индуктотермия муолажалари, лазер нурлари билан нурлаш, протеолитик ферментлар, мойчечак ва ўсимлик ёғи билан ин-галиция, ИРС-19 аэрозоли буюрилади. Ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси вақти-вақти билан (бир йилда 2 марта) 1% Люголь эритмаси ёки камиллозанга шимдирилган пахта бўлаги билан уқаланади.

ФАРИНГОМИКОЗ

-ҳалқумнинг замбуруғ касаллиги бўлиб, 93% ҳолларда ҳалқум кандидози, 5-6% - ҳалқум микози (лептотрихоз) учрайди.

Фарингомикознинг ривожланишига қандли диабет, қон ва ошқозон-ичак касалликлари, ичак дисбактериози, хавфли ўсмалар сабаб бўлади. ОИТС билан оғриган беморларнинг 10% айнан шу микозлардан ўлади.

Касалликнинг ривожда организмдаги иммунологик ўзгаришлар, ҳужайра иммунитетининг бузилиши етакчи ўринни эгаллайди. Специфик ва носпецифик сенсбилизация, аллергия, ҳалқум шиллиқ пардаси жароҳати фарингомикознинг ривожланишига ёрдам беради.

Микоз ўчоқлари одатда танглай муртақлари, танглай равоқчалари, ҳалқумнинг орқа девори ва тил соҳасида жойлашиб, эпителий қалинлашиши, гранулемаларнинг (думбоқчаларининг) ҳосил бўлиши ва турли некротик ўзгаришлар билан намоён бўлади.

Белгилари. Фарингомикознинг клиник манзараси организмнинг замбуруғларга қарши химоя кучига боғлиқ. Бемор ҳалқум соҳасида ноҳушлиқ ҳис этишига, ютинганда томоғи оғришига, ҳолсизлик, кучли ва давомли йўталга шикоят қилади. Умумий аҳволи ёмонлашиб, боши оғрийди, тана ҳарорати биров кўтарилади.

Ҳалқум шиллиқ параси микози *чегараланган юзаки* (жараён битта муртақда жойлашади) ёки *тарқоқ чуқур яра пардали* шаклларда (жараён ҳалқум шиллиқ пардаси ва муртақларга тарқалади) кечади. Юзаки фарингомикоз дифтерия касаллигидан, чуқур фарингомикоз - лакунар, ярақопламали ангина, хавфли ўсма ва ҳалқум захмидан фарқланиши керак.

Таъхис Касаллик бошланиши, бемор шикоятлари, фарингоскопия ва патологик ажралманинг микологик текшируви асосида қўйилади. **Даволаш.** Фарингомикозни даволашдан олдин замбуруғ тури ва ми-костатик дориларга сезгирлиги аниқланади. Беморга 2 ҳафта давомида 2000000-4000000 ТБ нистатин 10 кун танаффус билан ичиш буюрилади (жами 2-3 курс). Нистатин фойда қилмаган ҳолларда томир ичига 0,5% глюкоза эритмасида эритилган амфотерицин (1 кг тана вазнига 0,25-1 мг) ёки мускул орасига амфоглюкамин (500000 ТБ 2 марта) ёки 1 таблеткадан 2 марта бир кеча

кундузга ичишга буюрилади. Бу дорилар ҳам 2 hafta давомида 10 кун танаффус билан қўлланилади. Кейин даволаш яна такрорланади. Бундан ташқари, микозларда беморга 2%-10% калий йодит 1 ош қошиқдан 3 маҳал 10 кун давомида ичиш тавсия қилинади.

Маҳаллий усулда йодглицерин, хинозол, леворин, 2% натрий гидрокарбонат, натрий тетраборат, анилин бўёқлари, этакридин лактат, кумуш нитрат эритмалари ишлатилади. Фарингомикозни даволашда лазер нури ҳам яхши натижа беради. Даволаш тадбирлари гипосенсибилизация ва витаминотерапия билан бирга олиб борилади.

ҲАЛҚУМ ЖАРОҲАТЛАРИ.

Ҳалқумнинг механик жароҳатлари терининг зарарланган ёки зарарланмаганлигига қараб ташки ва ички, ёпиқ ва очик 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 қуйишлар натижасида содир бўлади. Бола оғзига солинган қалам ёки чўп билан йиқилганда юмшоқ танглайнинг тешилиши, ҳалқум орқа девори шиллик пардасининг йиртилиши ва лат ейиши кузатилади. Шунга ўхшаш жароҳатлар ёт жисм чиқариб олинаётганда ёки эндоскопия пайтида содир бўлиши мумкин.

Ҳашаротлар, айниқса ари ҳалқум шиллик қаватидан чақиши натижасида қисқа вақт ичида маҳаллий шиш ривожланиб беморда буғилиш ҳолати юзага келиши мумкин.

Клиник манзара бир вақтнинг ўзида бир неча аъзолар, масалан ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қон томирларининг жароҳатланишига боғлиқ бўлади. Бемор оғзидан сўлак ва қон оқиши, томоғи оғриши, ютиниши қийинлашганлигига шикоят қилади. Баъзан беморда бўйин соҳасининг шиши ва териости эмфиземаси кузатилади.

Ташхис қўйишда касаллик бошланиши жароҳат содир этилган вақти, вазияти муҳим аҳамиятга эга. Бурун-ҳалқум, ҳиқилдоқ-ҳалқум ва жароҳат майдони кўздан кечирилади, ёт жисм бор-йўқлиги аниқланади. Беморда қон гуруҳи, резус-омил ва ҳалқумнинг рентгенологик текшируви ўтказилади. Жароҳат майдонининг жойлашувига қараб жарроҳ ёки стоматолог маслаҳати уюштирилади. Фарингоскопияда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги, жароҳат майдонида шиш, қон талаш, гематома ва яллиғланиш белгилари пайдо бўлганлиги кўзга ташланади.

Даволаш. Беморга шошилиш равишда ҳаёт учун зарур бўлган физиологик фаолиятларни тиклаш ва қон оқшини тўхтатиш оғриқни қолдириш каби тадбирлари ўтказилади. Кучли қон оқишларда жароҳат майдонидан пастда уйку артериясига босувчи бойлам қўйилади.

Ҳалқумнинг энгил ички жароҳатида жароҳат майдони тозаланади, беморга антибиотикотерапия буюрилади. Ҳалқумнинг шиллиқ қавати шилинганда жароҳат майдонига 3% кумуш нитрати суртилади. Юмшоқ танглай ёки ҳалқумнинг ён девори йиртилганда жароҳат майдони тикилади. Касалхона шароитида беморга кокшолга қарши зардоб юборилади, яллиғланишга қарши даволаш тадбирлари ўтказилади. Ҳалқум орқаси абсцесси ривожланиш хавфи туғилганда, бемор врач назорати остида бўлади.

Ҳалқумнинг *ётиқ ташқи* жароҳатларига лат ейиш, синиш, тери ости йиртилишлар киради. Бундай жароҳатлар кўпинча куча транспорт ҳо-дисаларида, спорт ўйинларида содир бўлади. Энгил жароҳатларда зарарланган майдон оғриydi, шишади, шиллиқ қаватига қон қуйилади, баъзан териси шилинади.

Ҳалқумнинг *ташқи* жароҳати аралаш (бўйин, калла суяги, гавда, қўл-оёқларнинг жароҳати билан бирга) ва очиқ (кесилган, суқилган, мажағланган, ўқ-ёй жароҳати) 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, фарингоскопия ва рентгенография текширувларининг натижаси асосида қўйилади.

Даволаш тадбирлари Оториноларингология ёки реанимация бўлимида олиб борилади. Ҳалқумнинг ташқи жароҳатида шошилич равишда қон оқишни тўхтатиш, нафас фаолиятини тиклаш тадбирлари ўтказилади.

Кучли артериал қон оқишда умумий уйқу артерияси босилиб, жароҳат майдони кўздан кечирилади, қонаётган қон томир боғланади. Бемор зонд орқали овқатлантирилади. Унга кокшолга қарши зардоб юборилади. Яллиғланишга қарши умумлаштирилган чора тадбирлар бажарилади.

ҲАЛҚУМДАН ҚОН ОҚИШИ

ҳалқум орқа девори, танглай муртақлари ва равоқлари, тил муртагининг механик жароҳатида кузатилади. Баъзан қон оқишлар жарроҳлик амалидан сўнг (аденотомия, тонзилэктомия) юзага келиши мумкин. Ўткир фарингит, ярали-некротик ангина, паратонзиллит, ҳалқум орти хуппозии, турли умумий касалликларда, қон томири кенгайганда ёки эррозияга учраганда, жисмоний зўриқишда ва йўталганда ҳам ҳалқумдан қон оқиши кузатилади.

Қон оқишнинг кескинлиги қонаётган майдоннинг ҳажмига ва жойлашувига боғлиқ бўлади. Одатда қон ҳалқум ички деворининг қон томирларидан оқади. Фарингоскопияда шиллиқ қават шилинган, яраланган, юмшоқ танглай ва равоқлар йиртилганлиги кўзга ташланади.

Жарроҳлик амалидан сўнг юзага келган паренхиматоз қон оқиши операциядан сўнгги дастлабки соатларда, баъзан кичик қон кетишлар 1,5-2

хафтадан кейин кузатилади. Аденотомиядан сўнг юзага келган қон оқишларга лимфаденоид тўкиманинг қолдиқлари сабаб бўлади. Тонзиллотомиядан сўнг юзага келган қон оқишлар 6,5 - 9 % ҳолларда қайд этилади ва ҳар сабабларга кўра юз беради.

Ўткир фарингитда қон кичик қон томирчалардан окиб ўз-ўзидан тўхтайтиди. Ярали-некротик ангинада караш олингандан сўнг унинг ости қонайтиди. Паратонзилляр хушхўш баъзан ташқи уйқу артерия, унинг шохчалари, ички уйқу артерия, ички буйитируқ артериялардан қон оқиши мумкин.

Белгилари. Ҳалқумдан кам миқдорда қон оқишида, одатда беморда қон тупуриш кузатилади.

Ташхис анамнез маълумотлари асосида қўйилади. Ўпкадан қон оқиши одатда йўтал билан кечади, ҳалқум қонаганда эса бемор йўталмайди, ундан шилимшиқ ва қон аралаш балғам ажралади. Қонаётган майдон фарингоскопия, орқа риноскопия ва билвосита ларингоскопия текширувлари ёрдамида аниқланади.

Даволаш.. Бемор дарҳол шифохонага ётқизилади. Аденотомиядан сўнг юзага келган қон оқишларда реаденотомия қилинади ва аленоид тўқима қолдиқлари олиб ташланади, қонаётган майдонга томирни торайтирувчи воситалар суртилади. Тонзилэктомиядан кейинги қон кетишларда қон томир атрофига 0,5 % новакаин 0,5 % аминаокапрон , 0,9 % физиологик эритма юборилади. Қон томир қисқичга олиниб Куликов игнаси ёрдамида тикилади. Дидинан , этонзилат натрия аминаокапрон, тоза яхлатилган қон зардоби, тромбоцитар масса , қон вена ичига томчилаб қўйилади.

Бурун-ҳалқум қонаганда бурун орқа тикмаси бажарилади. Агар кўп миқдорда қон оқиши кузатилса, унда зарарланган томонда уйқу артерияси ва кичик қон томирлар боғланади.

ҲАЛҚУМ ЁТ ЖИСМИ.

Ёт жисм оғиз-ҳалқумда, бурун-ҳалқумда ёки ҳиқилдоқ-ҳалқумда тикилиб қолиши мумкин. Бу ҳол овқатланиш пайтида ёки ёт жисм оғизга солинганда (Тиш тозалагич, игна, тўғнағич, тугма) содир бўлиши мумкин.

Белгилари: Беморнинг томоғи оғриб қичийди, ёт жисм суқилиши нохуш ҳолат сезилади баъзан оғриқ кулоқ соҳасига тарқалиши, йўтал, оғзидан сўлак оқиши, кўнгли айниши, баъзан қусиш, қон кетиш, қон тупуриш кузатилади.

Ташхис касаллик бошланиши, бемор шикоятлари фарингоскопия, билвосита ларингоскопия, орқа риноскопия маълумотлари асосида қўйилади. Кўпинча учи ўткир ёт жисм (балиқ суякчалари, игна) қуйидаги майдонларда

а) муртақлар тилчаларида; б) тил илдизида; в) ноксимон чўнтақларда тикилиб қолади.

Муртақларни кўздан кечириш учун ол равоқлар шпатель билан босилади ва муртақлар медиал томонга силжитилади. Одатда ёт жисм муртақда ёки равоқлар орасидаги шиллик қават бурмасида тиқилиб қолади. Баъзан ёт жисмнинг бир учи муртақ тўқимасига суқилган бўлса, иккинчи учи тил илдизига тегиб туради. Билвосита ларингоскопияда тил илдизи шиллик қаватининг шилинганлиги кўзга ташланади. Муртақнинг пастки қисми ҳамда муртақ ва равоқлар орасидаги шиллик қават бурмаси бармоқ ёрдамида пайпасланади.

Тил илдизи ва ноксимон чўнтақни кўздан кечириш ва тиқилиб қолган ёт жисмни олиб ташлаш учун шиллик қаватга 2% дикаин, 0,1% адреналин ёки 10% лидокаин сепилади. Текширувда тил муртағи тўқимаси ҳамда тил илдизи ва ҳикилдоқусти қопқоғи орасидаги бўшлиқнинг ҳолатига эътибор берилади. Ноксимон чўнтақни кўздан кечириш учун билвосита ларингоскопия (гипофарингоскопия) бажарилади. Муолажа беморнинг боши олдинга ёки ёт жисм тиқилиб қолган томонга эгилган ҳолда бажарилади. Бунда тил илдизи, ҳикилдоқ-ҳалқумнинг ён девори, чўмичсимон тоғай, чўмичсимон ҳикилдоқ усти қопқоғи бурмаларининг шиллик қавати шишганлиги, зарарланган томонда ноксимон чўнтақ торайганлиги кўзга ташланади.

Айрим ҳолларда ҳикилдоқ-ҳалқумнинг шиллик қавати оғриксизлантириш остида пахта ўралган зонд ёрдамида текширилади. Ёш болаларда ноксимон чўнтақ бевосита ларингоскопияда кўздан кечирилади. Ёт жисм ноксимон чўнтақ ёки муртақнинг пастки қисмида тиқилиб қолганда пайпасланганда пастки жағ бурчагининг юмшоқ тўқималари оғрийд. Баъзан беморга рентгенологик текшируви (Г.М.Земцов бўйича бўйиннинг контрастсиз ён рентгенографияси) ўтказилади. Ҳалқум ёт жисмининг клиник ва рентгенологик белгилари ноаниқ бўлиб, бемор ютинганда кучли оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилганда ёт жисм қизилўнғач соҳасида тиқилиб қолганлигига шубҳа туғилади.

Ҳалқум ёт жисми фарингоскопияда корнцанг ёрдамида чиқариб олинади. Тил илдизи ёки ноксимон чўнтақда тиқилиб қолган ёт жисм шиллик қаватга 10% лидокаин, ёки 2% дикаин, ёки 0,1% адреналин суртилгандан сўнг билвосита ларингоскопияда ҳикилдоқ корнцанги ёрдамида чиқариб олинади.

Ёш болаларда ҳикилдоқҳалқум ёт жисмлари умумий оғриксизлантириш остида бевосита ларингоскопияда (гипофарингоскопияда) олинади.

Бурунҳалқум ёт жисмлари орқа риноскопияда маҳаллий оғриксизлантириш остида корнцанг, Микулич қискичлари ёрдамида олинади. Бурун-ҳалқумга, ҳикилдоқда зулук кириб қолганда беморда нафас олиш қийинлашади, ларингит белгилари пайдо бўлади, лекин вақти –вақти билан қон қусиш, қон тупуриш кузатилади. Кўпинча анамнез муҳим аҳамиятга эга. Мезо, гипофарингоскопияда ҳаракатчан тўқ қорамтир, кккиш ҳосила кўринади.

Даволаш. аввал зулук қискич билан ушланади кейин 10% туз эритмаси бурун орқали юборилади, шунда зулук шиллик қаватдан ажралиб осонгина

олинади.Мажбурий тортиб олинмайди, чунки найчаси қолади, қон кетиш тўхтамайди

ҲАЛҚУМ КУЙИШЛАРИ.

Ҳалқумнинг термик ва кимёвий куйишлари кўпроқ ёш болаларда учрайди (бола тўсатданчойнак тумшугидан чой ёки қайноқ сувни, сутни ёки шўрвани ичиб кўйиши мумкин). Бундан ташқари бола турли суюқликларни, шу жумладан концентрацияси баланд кислота, ишқор, оғир метал тузини, йод эритмасини, перманганат калий кристаллари ёки бошқа захарли моддаларни татиб кўришга уринади. Катталар орасида психик касалликларда, ўз жонига қасд қилиш мақсадида юқорида қайд қилинган моддаларни ичиш ҳоллари кузатилади.

Болаларда оғиз бўшлиғи ва ҳалқум шиллик қавати куйишлари ҳикилдоқ шиллик қавати куйишига қараганда енгилроқ кечади.

Белгилари: Дастлаб кучли оғрик пайдо бўлади, оғрик ютинганда, кушганда ва йўталганда кучаяди. Аммиак эритмаси (навшадил спирт) ва сирка кислотанинг кучсиз эритмаси оғиз бўшлиғи, ҳалқум шиллик қаватларини юзаки куйдиради. Ўткир кислота ёки ишқор ютиб юборилганда оғиз бўшлиғи ва ҳалқумнинг шилик қаватларида некроз, деворларининг емирилиши кузатилади.

I даражали куйишда шиллик қаватнинг эпителий қатлами куяди, оғиз бўшлиғи, танглай равоқлари, тилча, ҳалқум ва баъзан ҳикилдоққа кириш жойининг шиллик қавати кескин кизаради, шишади.

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

Термик куйишларда некрозга учраган шиллик қаватнинг ранги оқиш, кейинчалик қулранг бўлади. Азот кислотадан куйганда жароҳат майдони сарғиш, хлорид ва олтингугурт кислоталардан куйганда - жигари рангда, сирка кислотаси ва ўткир ишқордан куйганда ранги оқиш бўлади.

Дифтерия касаллигига қараганда куйишлардаги қараш оғиз атрофи терисига, лабларга ва тилнинг шиллик қаватида ҳам аниқланади. Бундан ташқари дифтерия ўзига хос кечими, эпидемик ҳолати, ва бактериологик текшируви билан ҳалқум куйишларидан фарқ қилади.

III даражали куйишда беморда организмнинг кескин захарланиш белгилари, қон ацидози, эритроцитлар гемолизи ривожланади. Бунда на фақат шиллик қават, балки унинг остидаги тўқима ҳам куяди, чуқур некроз жараёни, буйрак, жигар, юрак, қон томир етишмовчилиги юзага келади.

Ташхис кўйиш учун бемор ютинганда оғриқнинг пайдо бўлиши, нафас олиши ва ютинишининг қийинлашганлиги, оғзидан кўп сўлак оқиши

этиборга олинади. Текширув пайтида врач куйиш қачон ва қандай вазиятда содир бўлганлигини, куйдирувчи моддани ва заҳарланиш даражасини аниқлаши лозим.

Фарингоскопия усулини ўтказиш куйган майдоннинг ҳажмини, куйиш даражасини аниқлашга ёрдам беради. Керак бўлганда ҳалқумга рентгенологик текширувлар ўтказилади.

Даволаш. Беморга шошилиш равишида биринчи тиббий ёрдам кўрсатилади. Кимёвий куйишларда кимёвий моддани нейтраллашга қаратилган тадбирлар ўтказилади. Кислота билан заҳарланганда ҳалқум оҳак суви билан, ишқор билан заҳарланганда эса 1% сирка кислотасининг эритмаси ёки сут билан сув аралашмаси (1:2) ёки тухум оксили билан ошқозон, қизилўнгач ювилади.

Беморга аналгетиклар юборилади, пархез таомлар тавсия этилади.

Кейинги даволаш тадбирлари куйиш ва заҳарланиш даражасига, нафаснинг бузилишига қараб ўтказилади.

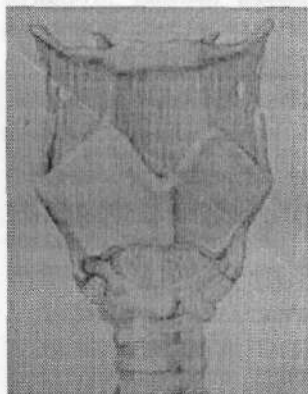
Ҳалқум ва оғиз бўшлигининг енгил куйишларида жароҳат майдонига 0,5% новокаин эритмаси ёки лидокаин аэрозоли сепилади, 5% перманганат калий эритмаси билан чайқалади. Ичишга 3,0 анестезин қўшилган 100 мл ўсимлик ёғи тавсия этилади (1 ош қошиқдан 4-6 марта). Агар оғиз бўшлиғи калий перманганат кукни билан куйган бўлса, 5% аскорбин кислотаси билан бир неча марта оғриқсизлантирилиб (лидокаин аэрозоль ёки дикаин) тоза бўлгунча артилади. Сўнг умумий даво чора тадбирлари ўтказилади

VI боб

ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ, БРОНХЛАР ВА ҚИЗИЛУҢГАЧНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ҳиқилдоқ юқори нафас йўлининг охириги қисми бўлиб, у пастки нафас йўлининг юқори қисмига, яъни трахеяга ўтади. Катталарда ҳиқилдоқ УІ бўйин умуртқаси, болаларда -III-IV бўйин умуртқалари, қарияларда - УІІ бўйин умуртқаси сатҳида жойлашади.

Ҳиқилдоқ скелети бойлам ва бўғимлар ёрдамида ўзаро бириккан тоғайлардан ташкил топган. Ҳиқилдоқ 3 ток- қалқонсимон (*cartilago thyroidea*), узуксимон (*cartilago cricoidea*), хиқилдоқ усти қопқоғи (*epiglottis*) ва 3 жуфт-чўмичсимон (*cartilago aryteoidea*), шохсимон (*cartilago corniculata*) ва понасимон (*cartilago cuneiformis*) тоғайлардан тузилган. Қалқонсимон, узуксимон ва чўмичсимон тоғайлар гиалин, қолганлари - эластик тоғайдан иборат.



84- расм.Ҳиқилдоқ тоғайлари ва бойламлари

суягига, узуктрахея бойлами (*lig. cricotracheale*) ёрдамида - трахеяга бириқади. Қалқонсимон тоғайнинг олд пастки чети ва узуксимон тоғайнинг ёйи орасида узуксимонқалқонсимон бойлам (*lig. cricothy-roideum*) жойлашган. Ҳиқилдоқ усти қопқоғини қалқонҳиқилдоқусти ва тил ости ҳиқилдоқ усти бой-ламлари

Эркакларда қалқонсимон тоғайнинг юқори қисми бўйиннинг олд юзига бўртиб чиқиб *prominentia laryngea* деб аталади. Болалар ва аёлларда бу бўртиш кўзга ташланмайди. Ўғил болаларда қалқонсимон тоғай кизларникига қараганда каттароқ бўлади. Ёш болаларда ҳиқилдоқ усти қопқоғи тор ва новасимон шаклда бўлади.

Ҳиқилдоқ 2 жуфт бўғимларга бўлинади: узукқалқонсимон (*articulatio cricothyroidea*) ва узук-чўмичсимон (*articulatio cricoarytenoidea*). Улар юпқа бойламлар билан таъминланган. Ҳиқилдоқнинг бошқа бойламлари анча йўғон бўлади.

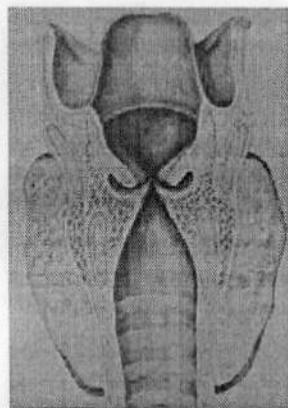
Қалқонсимонтилошти мембранаси (*membrana thyrohyoidea*) ёрдамида ҳиқилдоқ тил ости

ушлаб туради (lig. thyroepidloticum et lig. hyoepiglotticum). Ўрта ва ён тил ости ҳиқилдоқ усти бурмалари (plica glossoepiglottica media et plica glossoepiglottica lateralis) ҳиқилдоқ усти копқо-ғини ва тил илдизини бир-бирига туташтириб туради, бурмалар орасидаги чуқурлик валлекулалар деб аталади (valleculae epiglotticae).



85 - расм. Ҳиқилдоқ мускуллари

натижада овоз бурмалари гоҳ таранглашади, гоҳ бўшашади.



86- расм. Ҳиқилдоқ бўшлиғи

мускулларини қуйидаги гуруҳларга бўлади:

1) овоз ёриғининг шахсий торайтирувчиси – узуккалқонсимон мускул (m. cricothyroideus);

Узуксимон тоғай ҳиқилдоқнинг асоси, яъни унинг таянчи бўлиб хизмат қилади. Унинг пластинкасида чўмичсимон тоғайлар жойлашган. Чўмичсимон тоғайлар иккитидан ўсикга эга: овоз (pro-cessus vocalis) ва мускул ўсиклари (processus muscularis). Чўмичсимон тоғайлар узукчўмичсимон бўғимида айланма вертикал ва силжиш ҳаракатларини бажарганда овоз ёриғи тораяди ёки кенгайди.

Узукчўмичсимон бўғим, чин бўғим бўлиб копча ва синовиал қатламга эга. Бўғимнинг яллиғ-ланиши (артрити) овоз бурмаларининг ҳаракатчанлигини чеклаб қўяди.

Узуккалқонсимон бўғим узуксимон ва калқонсимон тоғайларнинг олд қисмларини бир-бирига яқинлаштиради ёки узоқлашади,

Ҳиқилдоқ мускуллари ташқи ва ички мускуллар гуруҳига бўлинади.

Ташқи мускуллар ҳиқилдоқни юқорига кўтариш ва пастга тушириш вазифасини бажаради.

Уларга қуйидаги мускуллар киради: тўшқалқонсимон (m. sternothyroideus), туштилошти (m. sterno-hyoideus), калқонтилошти (m. thyrohyoideus), курактилошти (m. omohyoideus), бигизтилошти (m. stylo-hyoideus), икки қоринли мускул (m. digastricus).

Ҳиқилдоқнинг *ички мускуллари* тоғайларни ҳаракатга келтириб, овоз ёриғининг ҳажминини энини ўзгартиради. М.Грачева (1956) ҳиқилдоқ

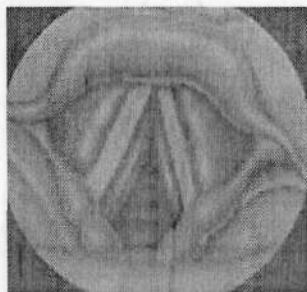
2) овоз ёригининг шахсий кенгайтирувчиси-орка узуксимончумичсимон мускул (m.cricoaerytenoideus posterior);

3) ёрдамчи мускуллар - кўндаланг чўмичсимон (m.arytenoideustransversus), эгри чўмичсимон (m.ari-tenoideus obliquus) ва латерал узукчўмичсимон мускул (m.cricoaerytenoideus lateralis);

4) овоз бурмаларини ҳаракатлантирувчи мускуллар - овоз мускули /m.vocalis/, қалқончўмичсимон (m.thyroarytenoideus) ва узукқалқонсимон мускул (m.cricothyroideus);

5) ҳикилдоқ усти қопқоғини ҳаракатлантирувчи мускуллар ҳикилдоқга кириш жойининг энини ўз-гартиради.Уларга чўмичҳикилдоқусти (m.aryepiglotticus), эгри чўмичсимон (m.arytenoideus obliquus) ва қалқонҳикилдоқ усти мускули (m.thyroepiglotticus) киради.

Импульс марказий асаб тизимидан асосий торайтирувчи мускул ва унинг ёрдамчиларига ёки асосий кенгайтирувчи мускул ва унинг ёрдамчиларига . етиб келади. Бу мускулларнинг қисқариши натижасида овоз ёриғи тораяди ёки кенгайди.



87- расм. Хордал ларингит ҳикилдоқ қопқоғи абсцесси

Ҳикилдоқ бўшлиғининг шакли қум соатни эслатади: ўрта бўлимида у тор, юқорида ва пастки бўлимида - кенг бўлади. Овоз бурмалари, ҳикилдоқусти қопқоғининг тилга қараган юзаси ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги майдондан ташқари (улар кўпқаватли ясси эпителий билан қопланган) шиллик парда кўпқаватли хилпировчи эпителий билан қопланган.

Ҳикилдоқнинг энг тор жойи *ўрта бўлимида* - овоз бурмалари (plicae vocalis) ва овоз ёриғи (rima glottidis)дан ҳосил булган. Овоз бурмалари қалқонсимон тоғай пластинкасининг олд бирикмаси ва чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиқлари орасида жойлашиб овоз мускули, эластик ва пай толала-ридан тузилган.Овоз бурмаларининг узунлиги эркакларда 18-25 мм, аёлларда-14-21 мм тенг. Овоз ериғи ногора оралиғи (pars intermembranacea) ва тоғай оралиғи қисмларига (pars intercarilaginea) бўлинади. Биринчи қисми овоз бурмалари, иккинчиси - чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиқлари билан чегараланган.

Овоз бурмаларининг остида бурма ости ёки овоз ости бўшлиғи (cavitas infraglottica), яъни ҳикил-доқнинг пастки қавати жойлашган. Бу майдоннинг шиллик пардаси юмшоқ ва лимфа безларга бой бўлганлиги туфайли яллиғланиш ёки бошқа зарарли омил таъсирида осон шишади.

Ҳикилдоқнинг *юқори бўлими* - *дахлизи* - ҳикилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳикилдоқусти бурмалари, чўмичсимон тоғайлар билан чегараланган

бўлиб, даҳлизнинг жуфт бурмалари (*plicae vestibulares*) ва ҳиқилдоқ қоринчаларидан (*ventriculus laringis*) ташкил топган. Даҳлиз бурмалари овоз бурмала-рининг устида жойлашиб, юмшоқ бириктирувчи тўқима, без ва мускул толалардан иборат. Ҳиқил-доқ қоринчалари даҳлиз ва овоз бурмалари орасида жойлашган бўлиб лимфoid тўқималар тўпла-мига эга. Болаларда бу қоринчалар яхши ривожланган бўлиб, қалқонсимон тоғайнинг юқори четига, баъзан тил илдизининг ўртасигача давом этади. Ҳиқилдоқ қоринчаларида баъзан ҳаволи киста ҳосил бўлади (ларингоцеле).

Ҳиқилдоқни юқори ва пастки ҳиқилдоқ артериялар (*a. laryngea superior et a. laryngea inferior*) қон билан таъминлайди. Юқори ҳиқилдоқ артерияси йирикроқ бўлиб, *a. thyreoidea superior* нинг шохча-сидир. *A. thyreoidea superior* одатда ташқи уйқу артериядан, баъзан бифуркация ёки умумий уйқу артериядан бошланади; пастки ҳиқилдоқ артерияси *truncus thyrocervicalis* шохчаси бўлган *a. thyreoidea inferior*дан бошланади. Юқори ҳиқилдоқ артерияси қалқонтилошти 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 ҳиқилдоқости 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 бўлимининг шиллиқ пардаси соҳасида лимфа тури яхши ривожланган бўлиб, лимфа бу майдондан ва ҳиқилдоқнинг ўрта бўлимидан ички бўйинтуруқ вена бўйлаб, айниқса умумий уйқу артериянинг бўлиниши ҳамда *m. digastricus* нинг орқа қоринчаси сатҳида жойлашган бўйиннинг чуқур лимфа тугунларига оқиб тушади. Ҳиқилдоқнинг пастки бўлимидан эса лимфа *lig. conicum* олдида ва ички бўйинтуруқ вена бўйлаб жойлашган ҳамда 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 толасидандан бошланиб, тил ости суягининг катта устиги орқасида иккига бўлинади:

а) *g. extrenus* - ташқи шохча, у ҳиқилдоқнинг *m. cricothyreoideus* ва шиллиқ пардасини иннервация қилади;

б) *g. internus* - ички шохча, у *membrana thyreoideani* 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-умров ости артерияси сатҳида бошланади. Сайёр асаб толасидан тарқалгандан 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 жаррохлик амалида бу асаб толаларнинг ўзига хос жойлашуви эътиборга олиниши лозим!) Қалқонсимон тоғайнинг кичик шохчаси узуксимон тоғай билан бириккан жойда пастки ҳиқилдоқ асаб толаси ҳиқилдоқ ичига кириб, ҳиқилдоқнинг ички мускулларини иннервация қилган шохчаларга бўлинади (юқори ҳиқилдоқ асаб толасидан иннервация олган олд узук-қалқонсимон мускулидан ташқари).

Юқори ва пастки ҳиқилдоқ асаб толалари симпатик нервлар билан боғланган, уларнинг ҳаракат толалари сайёр нервнинг ҳаракат ўзагидан бошланади, сезувчан толалари эса tractus solitarius нинг бир қисмини ҳосил қилади.

Кўрак қафаси ёки кукс оралиғи соҳасида қайтувчи асаб толанинг бирор бир қисми ўпка ўсмаси, аорта кенгайиши, кукс оралиғи лимфа тугунларининг катталашishi туфайли қисилганда ҳиқил-доқнинг ҳаракат иннервацияси бузилиб, бемор чуқур нафас олганда ларингоскопияда овоз ёриғи тўғри бурчакли учбурчак шаклида кўринади.

Ҳиқилдоқнинг асаб толаларида турли миелин ва миелинсиз толалардан ташқари, цереброспинал ва вегетатив асаб хужайралари ва инсулин ишлаб чиқарувчи эндокрин хужайралар (апудоцитлар) мавжуд. Ҳиқилдоқ 3 рефлексоген майдонларга бўлинади:

1-майдон – ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ҳиқилдоқ юзаси, чўмич ҳиқилдоқ усти бурмалари;

2-майдон - чўмичсимон тоғайларининг олд юзаси, овоз ўсиқлари орасидаги майдон;

3-майдон - ҳиқилдоқнинг пастки қавати.

Биринчи ва иккинчи рефлексоген майдонлар нафас олиш функциясини таъминласа, учинчи майдон овоз бойламларининг ҳаракатини таъминлайди.

Ҳиқилдоқни текшириш усуллари

IBosқич Бемор шикоятлари ва касаллик тарихи

II bosқич. Кўздан кечирishi ва пайпаслаш.

1.Бўйин ва ҳиқилдоқ соҳасини кўздан кечирishi.

2.Ҳиқилдоқнинг узуксимон ва қалқонсимон тоғайларини пайпаслаш. Меъёрда ҳиқилдоқ чап ва ўнг томонга силжитилганда оғриқсиз ва ҳаракатчан бўлади

3. Маҳаллий лимфа тугунлар: жағ ости, чуқур бўйин, орқа бўйин, ҳиқилдоқ олди, трахея олди, трахея атрофи, умров усти ва умров ости лимфа

тугунларини пайпаслаш. Меъёрда лимфа тугунлар пайпасланмайди ва огриксиз 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 хикилдок кўзгуси ёрдамида бажарилади.

1. Ҳикилдок кўзгуси дастасига ўрнатилгандан сўнг иссиқ сувда (40° - 45°) ёки спиртовка устида 2-3 сония давомида иситилади ва салфетка билан куритилади. Врач кўзгу исиганлигини текшириб кўради. Бунинг учун у қўл кафтининг орқа юзасига кўзгуни текизади.

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

3. Врач чап қўли билан бемор тилининг учини доқа салфетка билан ушлаб (бунда у бош бармоғини тилнинг юқори юзига, III бармоғини - унинг пастки юзига, II бармоғини - юқори лабга қўяди), беморнинг тилини ўзига ва пастга бироз тортади. Бу ҳолатни бемор ўзи бажарса ҳам бўлади.

4. Ҳикилдок кўзгусининг дастасини ўнг қўли билан каламни ушлагандай қилиб 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 тегмасликка ҳаракат қилинади. Юмшоқ танглайга етгандан сўнг кўзгунинг юзи ҳалқум ўқига нисбатан 45° бурчакда ўрнатилади; пешона рефлекторининг ёруғлиги кўзгуга тушиши учун юмшоқ танглай юқорига ва орқага бироз кўтарилади. Кейин беморга чўзиб “и” товушини чиқариш, сўнг чуқур нафас олиш буюрилади. Овоз чиқариш ва нафас олиш пайтида хикилдокнинг ички юзаси кўзга кўринади

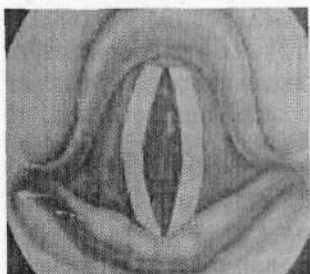
5. Врач кўзгуни ҳалқумдан чиқариб олади ва дастасидан ажратиб уни зарарсизлантирувчи эритмага солиб қўяди.

Билвосита ларингоскопиядаги манзара ҳақиқий манзарадан фарқ қилади:

1. Кўзгуда хикилдок олд бўлимларининг акси юқорида жойлашади (орқада жойлашгандай бўлиб кўринади), орқа бўлимлари эса - пастда жойлашади (олдинда жойлашгандай бўлиб кўринади). Ҳикилдокнинг ўнг ва чап томонлари ҳақиқий манзарага мос келади.

2. Ҳикилдок кўзгусида дастлаб тил илдизи ва тил муртаги, кейин очиқ япроққа ўхшаган хикилдок усти қопқоғи кузга ташланади. Ҳикилдок усти қопқоғининг шиллиқ пардаси меъёрда оч-пушти ёки бироз сарғиш бўлади. Ҳикилдок усти қопқоғи ва тил илдизи орасида иккита кичик чуқурчалар-валлекуларлар жойлашган. Улар ўрта ва ён тил хикилдок усти қопқоғи бурмалари билан чегараланган.

3. Овоз чиқарилганда ва чуқур нафас олинганда овоз бурмалари кўзгуда аниқ кўринади; меъёрда улар ялтирок ок рангда бўлади. Овоз бурмаларнинг олд



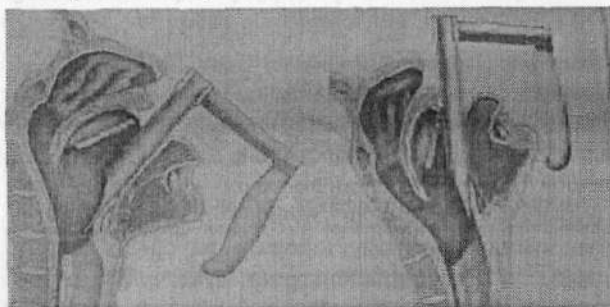
88- расм. Овоз мускулининг икки томонлама фалажи

учлари калқонсимон тоғай соҳасида ўткир бурчак, яъни олд комиссурани ҳосил қилади.

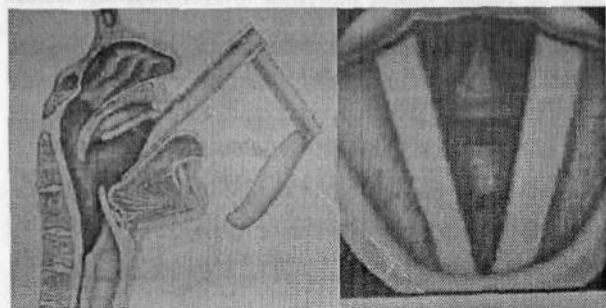
4. Овоз бурмаларининг устида дахлиз бурмалари кўринади, овоз ва дахлиз бурмалари орасида чуқурликлар-ҳикилдоқ қоринчалари жойлашган.

5. Кўзгунинг пастида ҳикилдоқнинг орқа бўлими; шиллик парда билан қопланган юзи силлик чўмичсимон тоғайлар пушти рангли икки тепачадай бўлиб кўзга кўринади; ушбу тоғайларнинг овоз ўсиқларига овоз бурмаларининг орқа учлари бирикади, тоғайлар танасининг орасида эса чўмич-симон тоғайлараро бўшлиқ ҳосил бўлади.

6. Чўмичсимон тоғайлардан юқорига ҳикилдоқ усти қопкоғи япроғининг ташқи четлари томон чўмичҳикилдоқ усти бурмалари жойлашган. Бу бурмалардан



латерал томонда ҳикилдоқнинг пастки қисми, яъни ноксимон чўнтақлари (синуслар) жойлашган. Меъёрда чўмичсимон тоғайлар, чўмич ҳикилдоқ усти бурмалари ва ноксимон чўнтақлар шиллик пардаси пушти рангда, юзи силлик бўлиб кўринади.



7. Нафас олинганда ва овоз чиқарилганда кўзгуда ҳикилдоқнинг икки томонлама ҳаракати кўринади.

89- расм. Бевосита ларингоскопия бажариш усули кетма-кетлиги

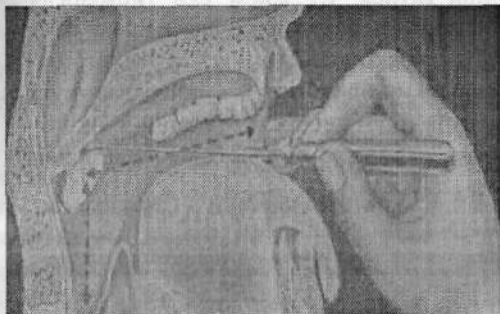
8. Чуқур нафас олинганда овоз бурмалари орасида

учбурчак тирқиш, яъни “овоз ёриғи” ҳосил бўлади; овоз ёриғидан оч-пушти шиллик парда билан қопланган трахеянинг юқори халқалари кўзга ташланиб туради

9. Ҳикилдоқ кўздан кечирилганда унинг умумий ва бўлимларининг ҳолатига алоҳида - алоҳида баҳо берилади.

I V босқич . Бевосита ларингоскопия.

Болаларда билвосита ларингоскопиянинг бажариш қийин бўлганлиги сабабли уларда бевосита ларингоскопия текшируви ўтказилади. Бевосита ларингоскопияда ларингоскоп ёки бронхоскоп ишлатилади.



90- расм Билвосита ларингоскопия бажарилиши тадбирларидан бири ҳисобланади.



91- расм.

чалқанча ётқизилган ҳолда бажарилади.

Трахеобронхоскоп найчасини киритиш. Бемор операция столида бошини орқага ташлаб, чалқанча ётади, унинг елкалари остига ёстиқча қўйилади. Беморни пастки жағини чап қўлнинг бармоқлари билан ушлагандан сўнг врач кўз назорати остида чап қўли ёрдамида ларингоскопни ўрта чизик бўйлаб тилча ориентирини тил илдизигача киритади, сўнг ҳикилдоқ қопқоғининг илдизини босиб, ҳикилдоқ ёриғини кўздан кечиради. Ўнг қўли ёрдамида бронхоскоп найчасини ҳикилдоқга киргизиб, ларингоскопни чиқариб олади (бронхоскоп найчаси орқали) . Ўнг қўли билан бронхоскопни оғиз бурчаги

V босқич. Трахеобронхоскопия.

Трахеобронхоскопия нафас дисфункциялари билан кечган ўсмаларда, трахея қизилўнгач окма-ларида, ателектазнинг турли жойлашувларида ва ҳ.к. диагностик мақсадда, нафас йўллари ёт жисмлари ва склерома касаллигида даволаш мақсадида қўлланади. Йирингли зотилжамда, ўпка абсцесси ва силида асосий даволаш

Найча қайси соҳадан киритилишига қараб юқори ва пастки трахеобронхоскопия усуллари тафовут этилади. Юқори трахеобронхоскопияда найча оғиз, ҳалқум ва ҳикилдоқ орқали киритилса, пастки трахеобронхоскопияда у илгари ҳосил қилинган трахеостомия тешиги орқали киритилади.

Трахеобронхоскопия умумий оғрикислантириш остида, бемор бошини орқага ташлаб

орқали беморнинг оғиз бўшлиғига киритади, бунда найчанинг дистал учи оғизҳалқумнинг ўртасида жойлашиши керак. Тил ва хиқилдоқ усти қопқоғини босиб, найча аста-секин олдинга силжитилади, шунда овоз ёриғи кўзга ташланади. Найчанинг дистал учини 45° айлантириб, найча овоз ёриғи орқали трахеяга киритилади. Дастлаб трахея деворлари, кейин бифуркация майдони кўздан кечирилади. Кўз назорати остида найча навбатма-навбат асосий, кейинкичик бронхлар ичига киритилади. Найчани чиқариб олиш пайтида ҳам трахеябронх дарахти кўздан кечирилиши лозим. Ёт жисм ёки гистологик текширувга олинган тўқима парчалари махсус қисқичлар ёрдамида олиниб, керак бўлганда расмга туширилади. Бронхлардан шилимшиқ ажралма ёки йирингни олиб ташлаш учун электр сургич ишлатилади. Муолажадан сўнг бемор 2 соат давомида врач назорати остида бўлиши талаб этилади, чунки бу вақт ичида беморда хиқилдоқ шиши ва стеностик нафас белгилари юзага келиши мумкин.

Хиқилдоқ физиологияси

Хиқилдоқ организмнинг нафас, химоя, фонация (овоз чиқариш) ва нутқ ҳосил қилиш фаолиятида иштирок этади.

Хиқилдоқнинг *нафас функцияси* ҳавони ўтказиш ва нафасни бошқаришдан иборат. Пастки нафас йўлига ўтган ҳавонинг ҳажми овоз ёриғининг кенгайишига ёки торайишига боғлиқ бўлади: эркин нафас олинганда овоз ёриғи кенгайди, нафас чиқарилганда - тораяди; чуқур нафас олинганда овоз ёриғи айниқса кенг очилади, нафас олинмаганда - кескин тораяди. Асосий кенгайтирувчи ва ёрдамчи мускуллар овоз ёриғини кенгайтирса, ёрдамчи мускуллар - торайтиради.

Узунчоқ мияда жойлашган нафас маркази хиқилдоқнинг сезувчан ва ҳаракат иннервациясини таъминлаган сайёр асаб толаси ўзаклари билан боғланади. Хиқилдоқ ёригидан ўтаётган ҳаво оқими унинг рецепторларига таъсир кўрсатади, натижада нафас ритми ва чуқурлиги рефлектор равишда ўзгаради. Бунда ҳаво оқими-адекват кўзгатувчи сифатида хизмат қилади. Ҳосил бўлган импульс асосий афферент йул - юқори хиқилдоқ асаб толасининг сезувчан йўллари ва қўшимча афферент йўллар пастки хиқилдоқ ва тил-ҳалқум асаб толалар орқали нафас марказига етиб боради.

Хиқилдоқнинг *химоя фаолияти* турлича намоён бўлади. Ютинганда хиқилдоқ юқорига кўтарилади, хиқилдоқ усти қопқоғи хиқилдоққа кириш жойини зич ёпиб нафас йўлини овқатни ўтказиш йўлидан ажратади. Бир вақтнинг ўзида дахлиз бурмалари қисқариб, овоз бурмалари ёпилади.

Рефлектор йўтал муҳим химоя механизми бўлиб, у турли ёт жисмларни (каттик, суюқ, газсимон) хиқилдоқ ёригидан чиқарилишига ёрдам беради. Хиқилдоқнинг лимфаденоид тўқимаси ҳам химоя фаолиятини бажаради.

Ҳикилдоқнинг *фонация ёки овоз чиқариш фаолияти* нафас ва нутқ фаолиятлари билан чамбарчас боғлиқ. Овоз нафас чиқарилганда, овоз бурмалари ёпиқ ҳолатида ҳосил бўлади. Овознинг ҳосил бўлишида бир нечта аъзолар: диафрагма, плевра, ўпка, бронхлар, трахея, ҳикилдоқ, ҳалқум, оғиз ва бурун бўшлиқлари ҳамда бурун атрофи бўшлиқлари иштирок этади. Овоз бурмалари кўндаланг, бўйига ва вертикал текисликда тебранади. Овозни ҳосил бўлишида овоз бурмаларининг кўндаланг тебраниши (ичкарига ва ташқарига) муҳим аҳамиятга эга.

Ҳикилдоқда ҳосил бўлган овознинг тембри, кучи ва баландлиги резонаторлар (ҳажми ва шакли бўйича фарқ қилган турли ҳаволи бўшлиқлар) ёрдамида ўзгаради.

Ҳикилдоқнинг *нутқ фаолияти* муҳим ижтимоий аҳамиятга эга. Инсоннинг нутқи энг олий ва энг етуқ мослашув жараёнидир. Сўз - бу иккинчи сигнал тизими, нутқ аъзоларидан марказий асаб тизимига юбориладиган кинестезик таъсир нутқининг асосий қисми ҳисобланади. Нутқ аъзоларига артикуляция аппарати киради. Бу аппарат "фаол" (ҳикилдоқнинг овоз бурмалари, тил, лаблар, юмшоқ танглай, ҳалқум) ва "пассив" (тиш, каттик танглай, юкори жағ) аъзолардан ташкил топган. Артикуляция аппаратида унли ва унсиз товушлар ҳосил бўлиб, товушлар сўзга айланади. Шивир-лаганда овоз бурмалари ёпилмасдан бир-бирига бироз яқинлашади, шунда ўпкадан чиқарилаётган ҳаво оқими ҳикилдоқ соҳасида энгил тўсиққа дуч келади ва ҳосил бўлган товуш шовкинга ўхшайди. Артикуляция аппарати ва резонаторлар ёрдамида бу шовкин унли ва унсиз товушларга айланади.

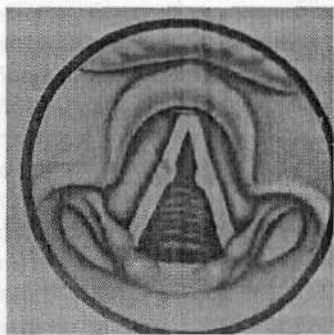
Овозни ҳосил бўлиши, овоз аппаратининг касалликлари ва уларни олдини олиш масалалари билан **фониятрия** фани шуғулланади (грек сўзидан олинган бўлиб, *phone*-товуш, *iatreia* - даволаш).

Замонавий фониятрия бўлимлари микроларингоскопия, ларингостробоскопия, фиброларинго-скопия, овознинг спектр таҳлили, ҳикилдоқ микрожаррохлик ва бошқа асбоб-ускуналар билан жи-хозланган. Бу бўлимда ҳикилдоқ касалликлари аниқланиб, даволанади, вокал ва нутқ касб эгалари тиббий кўриқдан ўтказилади, консерватория ва театр ўқув юртларига кирувчи абитуриентлар имтиҳон топширади.

Куйловчи овоз нутқга нисбатан анча кенг кўламга эга. Гапирганда овознинг кўлами бир октава чегарасида (4-6 тон) бўлса, куйловчи овоз - икки октава, баъзан ундан ҳам ортиқ кўламга эга.

Куйловчи овоз кўкрак ва фальцет овозларга бўлинади. Инсон овозининг баландлиги овоз бурмаларнинг тебраниш тезлигига боғлиқ бўлади. Шунинг учун хонандаларда узукқалқонсимон мускули яхши ривожланган бўлиб, фальцет овозни ҳосил қилишда иштирок этади.

Овознинг кучи овозости бўшлиғининг ҳаво босимига, овоз бурмаларининг таранглигига ва тебраниш кўламига боғлиқ.



94- расм.Куйловчи овоз тугунчаси

Овознинг тембри, яъни унинг рангбаранглиги турлича бўлади. Одатда овоз тембри "ёкимсиз", "куйловчи", "металл", "бўғик", "юмшоқ" деб баҳоланади. Товушнинг тембри асосий товуш билан бирга пайдо бўладиган турли товушчалар - обертонлардан шаклланади. Обертонлар овоз ёригида, овоз бурмаларининг тебранишида ва ҳаволи резонанс бўшликлардан ўтаётганда ҳосил бўлади. Резо-наторлар доимий ва ўзгарувчан резонаторларга бўлинади. Қаттиқ танглай доимий резонаторлардан бири бўлиб, унинг шакли овоз тембрига таъсир этади.

Ўзгарувчан резонаторлар куйлаганда ёки гапирганда овоз тембрини, кучини ва баландлигини ўзгартириш қобилиятига эга. Овоз тембрини машқ ёрдамида ўзгартириш мумкин. Куйловчи овозлар ўз баландлиги билан бир-биридан фарқ қи-лади. Эркаклар овозида бас, баритон ва тенор, аёллар овозида- контральто, меццосопрано ва сопрано овозлари тафовут этилади. Куйловчи овознинг шаклини аниқлашда овоз бурмаларнинг бўйи ва эни-га эътибор берилади. Бас овозида улар узун ва кенг (буйи 24-25 мм, эни 3-4 мм), сопранода- калта ва тор (буйи 14-19 мм, эни 1,5 -2 мм) бўлади. Овоз бурмалари бевосита ларингоскопияда ўлчанади.

Болалар овози паст - альт ва баланд - дискант овозларга бўлинади. Болалар овози юмшоқ, "кумуш" овоз бўлиб, кучи чегараланганлиги билан ажралиб туради. Балогат ёшида (ўғил болаларда 14-16 ёшда, кизларда 12-14 ёшда) овоз мутацияси содир бўлади. Мутация даврида ўғил болаларнинг овози бир октавага, кизларнинг овози икки тонга пасаяди. Қизларда ҳайз кўриш даврида овознинг сабаб-сиз бугилиши ёки йўтал кузатилиши мумкин. Мутация вақтида кичкириш, узок вақт овозни чиқариб ўқиш ва куйлаш ман этилади. Вокал ва нутқ касб эгалари - хонандалар, драматик актерлар, кўшиқчи - ҳаваскорлар, педагоглар гигиеник ва соғломлаштириш қоидаларига риоя қилишлари лозим. Гигиеник қоидаларга чиниқиш, жисмоний машқлар, спорт билан шугулланиш, чекишдан, спиртли ичимликлардан воз кечиш, ўткир ва шўр овқатларни чеклаш, соғломлаштириш қоидаларига- вақти-вақти билан врач кўригидан ўтиш, оғиз бўшлиғи, юқори нафас йўллари ва кулоқдаги инфекция ўчоқларини даволаш тадбирлари киради.

Трахейнинг анатомик тузилиши

Чақалоқларда трахея С-5 - С-6 умуртқалари сатҳидан бошланиб, Т-4 сатҳида асосий бронхларга бўлиниб тугайди. Чақалоқларда трахеянинг бўйи 35-45 мм, тоғайларининг сони 16-18 етади. Тра-хея цилиндр шаклида бўлиб, унинг кўндаланг диаметри 6-10 мм, олд-орка диаметри 4,5-5 мм га тенг. Трахея бифуркациясининг бурчаги 60° тенг. Ўнг бронх 15°, чап бронх 45°

хосил килиб трахеядан ажралиб чиқади. Эркакларда қуйидаги ҳаёт босқичларда: 8-10 ойлик даврда, 6-10, 12-16 ва 20-22 ёшда, аёлларда - 10-12 ойлик даврда, 6-8 ва 10-14 ёшда трахея айниқса тез ўсади. Трахеянинг бўйи эркакларда 28 ёшгача, аёлларда - 20 ёшгача ўсади. Трахеянинг олд-орқа ва кўндаланг диа-метрининг тез катталашishi 8 ойлик даврда, 1 ёшда, 6-10, 10-12 ва 20-22 ёшда кузатилади. Чакалок-ларда трахея ўрта чизикда жойлашади, пастки 1/3 қисмида у 2-3 мм ўнг томонга силжиган бўлади.

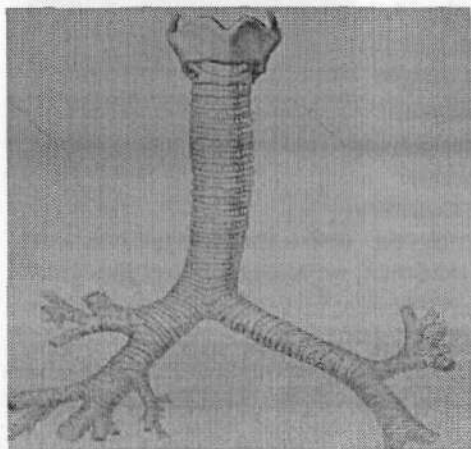
Трахеянинг олд юзасида, унинг VI- XI ҳалқалари сатҳида айрисимон без жойлашган. Бундан ташқари трахеянинг олд юзи X ҳалқасидан бифуркациясигача бўлган сатҳида аорта ёйига тегиб туради. Қалқонсимон без трахеянинг юкори 4 ҳалқасининг олд ва ён томонларини ўраб олади. Трахеянинг ўнг томонида елка - мия пояси, чап томонида - умумий уйқу артерияси жойлашган.

Катталарда С-6 ва С-7 умуртқалари сатҳида ҳикилдоқ 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 кафасининг юкори апертурасидан (apertura thoracis superior) трахея кўкрак кафасига 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 ёриғига караган ярим ой кира хосил бўлади (carina trachea). Бу кира бронхоскопияда муҳим диагностик аҳамиятга эга.

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 туқима пластинкаси ёрдамида бириқиб, трахеянинг орқа деворини хосил қилади (paries membranaceus). Трахеянинг тоғай ярим ҳалқалари сони 15-18, баъзан 19 тага етади. Ҳалқаларнинг баландлиги 2-5 мм, қалинлиги 1 мм бўлади. Трахеянинг биринчи ярим ҳалқаси энг баланд бўлиб, унинг баландлиги 11-13 мм етади. Трахея ҳалқалари тоғай усти пардаси билан қопланган. Ҳалқалар бир-бири билан ҳалқасимон бойлам (lig.anularia) ёрдамида бирикади, орқа томонда у парда деворга қўшилади. Ҳалқасимон бойламнинг баландлиги 1,5-3 мм га тенг. Парда деворнинг таркибида узун ва кўндаланг ясси муқкул толалари бўлиб, улар нафас олганда ёки йўтал-ганда трахеяни ҳаракатга келтиради. Трахея парда деворининг эни 10- 22 мм атрофида бўлади. Ўзига хос анатомик тузилиши туфайли трахея ён томонга силжиши, бўйи ва ёриғи ўзгариши мумкин.

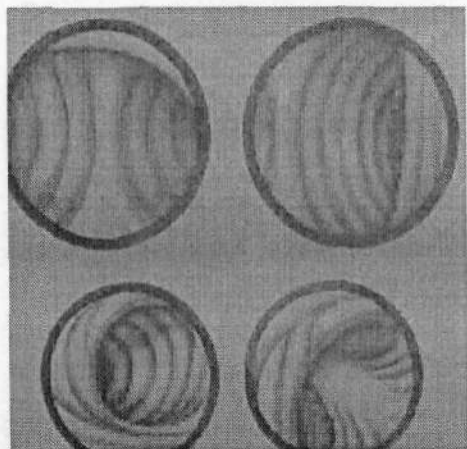
Трахеянинг ичи шиллиқ парда билан қопланган, у ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг давоми ҳисоб-ланади. Трахеянинг шиллиқ пардаси бурмалардан ҳоли бўлиб, кўпқаватли хилпировчи эпителий би-лан қопланган. Шиллиқ парданинг ўзи ва шиллиқ ости қатлами лимфоцитларга бой бўлган юмшоқ туқимадан иборат. Шиллиқ ости қаватида, айниқса, орқа деворида ва тоғайлар

орасидаги бўшликда аралаш безлар бўлади. Бу безларнинг ажралмаси бактериостатик ва бактериоцид хусусиятига эга.



95- расм.Ҳикилдоқ , трахея ,
бронхларнинг анатомик тузилиши

оқиб тушади.



96- расм.Трахея ва бронх
ҳалқаларининг эндоскопик
манзараси

ҳалқаларининг олдида аорта ёйи, елка-бош йўли ва чап уйқу артерияси жойлашган. Трахеянинг ўнг томонида ўнг плевра қопи ва сайёр нерв, чапда - аорта ёйи, чап уйқу, умров ости артериялари ҳамда қайтувчи нерв жойлашган.

Трахеяни пастки қалқонсимон (a.thyroidea inferior) ва ички кўкрак (a.thoracalis interna) артериялар ва кўкрак аортасининг бронх шохлари (rami bronchiales aortae thoracicae) қон билан таъминлайди.

Вена қони трахеяни ўраган вена турига ва қалқонсимон без венасига кўйилади.

Лимфа трахеянинг ён томонида жойлашган лимфа тугунларга, юқори қисмидан ҳикилдоқолди ва юқори чуқур бўйин лимфа тугунларига, ўрта қисмидан юқори чуқур бўйин ва умров ости лимфа тугунларига, пастки қисмидан олд медиастинал лимфа тугунларга

Трахея иннервациясини симпатик поя, сайёр асаб толаси ва унинг шохчаси- пастки ҳикилдоқ асаб толаси таъминлайди.

Трахеянинг юқори ярим ҳалқалари теридан 1,5-2см, кўкрак қисмида - 4см масофада жойлашади. 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 томирлар, лимфа тугунлар ва вена тури жойлашган. Орқа томонда трахея қизилўнғач, ён томонларда-умумий уйқу артериялари билан ёнма-ён туради. Кўкрак қисмида трахея ярим

Бронхларнинг анатомик тузилиши

T-4 - T-5 умурткалари сатҳида трахея ўнг ва чап асосий бронхларга (bronchi principales dexter et sinister) бўлинади. Ўнг бронх 15-20⁰, чап бронх - 45-60⁰ бурчак ҳосил қилиб трахеядан ажралиб чиқади. Икки асосий бронхлар орасида 60-70⁰ 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 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 тенг. Катталарда ўнг бронхнинг бўйи 30-35 мм, эни 14-18 мм, чап бронхнинг бўйи 45-60 мм, эни 12-15 мм етади. Ўнг бронх чап бронхга нисбатан узун ва кенг бўлади.

Бронх деворларининг тузилиши трахеяникига ўхшайди. Бронхлар ҳам бирикмаган ҳалқасимон гиалин тоғайлардан ташкил топган. Тоғайларнинг орқа четлари бириктирувчи тўқимали пластинка ёрдамида бирикади (ragies membranaceus). Ўнг асосий бронх 6-8, чап бронх - 9-12 тоғай халқалардан иборат. Ўнг бронх учта, чап бронх иккита кичик бронхларга бўлинади.

Бронхларнинг шиллиқ пардаси трахея шиллиқ пардасининг давоми бўлиб, тукли эпителий билан копланган, бу туклар трахея йўналишида ҳаракат қилади. Шиллиқ пардада кўп микдорда шиллиқ безлар бўлиб, улар тоғайлар орасида, тоғай халқаларининг остида ва парда қисмида жойлашган. Асосий бронхларнинг бўлиниш жойида тоғай-олди безлари бўлиб, улар без қатламини ҳосил қилади.

Бронхларни aa.bronchialis артериялари қон билан таъминлайди. Вена қони асосий vv.bronchialis веналарига чиқарилади.

Бронхлар иннервациясини n.recurens, n.vagus ва унинг шохчалари таъминлайди. Пастда улар plexus trachealisни ҳосил қилади. Баъзида бронхлар, хусусан, чап бронхда асаб толаси бошқа асаб толалар билан биркма ҳосил қилади. Бронхоскопия вақтида чап бронхга кирганда, деворига тегиб кетганда юрак уриши тўхтаб қолиши мумкин.

Бронхлар шиллиқ пардасининг лимфа томирлари лимфа йўл ҳосил қилиб паратрахеал лимфа тугунларига кўйилади.

Қизилўнгачнинг анатомик тузилиши

Қизилўнгач - бу шиллиқ мускул найи бўлиб, ҳалқумни меъда билан туташтиради. У умуртка по-ғонасининг олдида, трахеянинг орқасида жойлашади. Қизилўнгач узуксимон тоғайнинг пастки четидан С-6 ва С-7 умурткалар сатҳида бошланиб, Т-11 умурткаси сатҳида тугайди. Қизилўнгачнинг бўйи чақалоқларда 10 см, 1 ёшда - 15 см, 10 ёшда - 18 см, катталарда 23-25 см га етади. Катталарда қизилўнгачнинг эни 15-20 мм ташкил қилади. Болаларда гавда ва қизилўнгач бўйининг нисбати 1 : 0,48, катталарда - 1 : 0,26 тенг. Ҳаёт давомида қизилўнгачнинг бўйи 1,8 мартага кўпаяди.

Катталарда олд кесувчи тишлардан қизилўнгачга кириш жойигача бўлган масофа 14-15 см, меъ-данинг кардиал қисмигача бўлган масофа - 40 см тенг. Қизилўнгач тўғри чизикдан трансверсал ва са-гитал томонларга силжийди.

Қизилўнгач 3 бўлимдан иборат: бўйин (5-6 см), кўкрак (16-18 см) ва қорин бўлими (1-3 см). Бўйин ва кўкрак бўлимларининг чегараси тўш суягининг уймаси ва орқадан Т-1 умуртқаси сатҳида жойлашган. Кўкрак қисмининг пастки чегараси диафрагма тешиги сатҳида, қорин қисми - диафрагма ва меъда орасида жойлашади.

Қизилўнгачнинг ёриғида тахминан 13 та физиологик торайишлар бор, аммо улардан 3 таси яққол кўзга ташланиб туради. I- физиологик торайиш 15 см масофада жойлашиб, муҳим клиник аҳамиятга эга. II- физиологик торайиш чап-орқа томонда жойлашган аорта ва олд томонда жойлашган чап асосий бронх қизилўнгачни босиб туриши натижасида ҳосил бўлади, у олд томондан трахея бифуркацияси сатҳида, орқадан -Т-4 умуртқаси сатҳида жойлашади (23-25 см). Қизилўнгачнинг III- физиологик торайиши Т-10-Т-11 умуртқалари сатҳида, диафрагмадан ўтиш жойида жойлашган (37-38 см). У диафрагма оёқчалари қизилўнгачни босиб туриши натижасида ҳосил бўлади.

Қизилўнгач деворининг қалинлиги 4 мм бўлиб, уч қаватдан иборат. *Мускул қавати* (2 мм) ташқи узун ва ички циркуляр мускул толалардан тузилган. Юқори қисмларда мускул қатлами ҳалқум кўндаланг-таргил мускул толаларининг давоми бўлиб, ўрта қисмда улар қисман ясси толалар билан алмашади. Қизилўнгачнинг пастки қисми фақат ясси мускул толалардан тузилган. Қизилўнгачнинг меъдага ўтиш жойида айлана ва спирал мускул толалари кардиал сфинктерни ҳосил қилади. Қизилўнгачнинг *шиллик ости қавати* яхши ривожланган ва шиллик безларга бой юмшоқ бирик-тирувчи тўқимадан иборат. Қизилўнгачнинг шиллик пардаси 20-25 хужайралар қаватидан тузилган бўлиб, кўпқаватли ясси эпителий билан қопланган. Ташқи томондан қизилўнгачнинг мускул қавати юмшоқ бириктирувчи *адвенция қавати* билан ўралган бўлиб, медиастинал клетчаткага ўтади.

Чақалоқларда қизилўнгачнинг ички юзи силлик бўлади, 2 ёшга бориб унда бурмалар ҳосил бўла-ди, катталарда эса қизилўнгачнинг ичида 4-10 чуқур бурмалар мавжуд. Бурмалар қизилўнгачнинг бўйига паралел жойлашганлиги туфайли кўндаланг кесимда юлдузсимон шаклда кўринади.

Қизилўнгачнинг орқасида юмшоқ клетчатка қатлами ва умуртқа олди фасцияси жойлашган. Қизилўнгач орқаси бўшлиғининг эни бўйин қисмида 0,2-0,7 см, ретротрахеал масофа-12-17мм тенг.

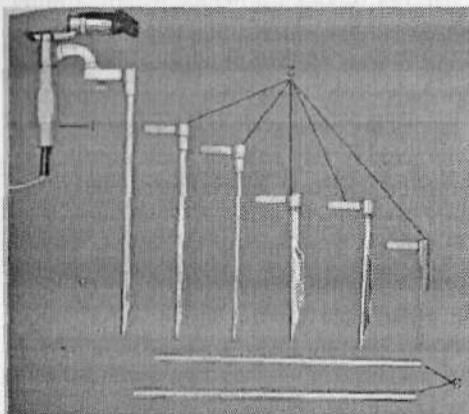
Қизилўнгачни бир нечта томирлар қон билан таъминлайди, улар ўзаро анастомоз ҳосил қилади. Қизилўнгачнинг бўйин қисмини - a.thyreoidea inferior, кўкрак қисмини - aa.esophageae aorta thoracica , қорин қисмини-aa.phrenica inferior et gastrica sinistra қон билан таъминлайди. Бўйин қисмининг венаси венаси brachiocephalica га, кўкрак қисминики vv. azygos et hemiazygos га ва қорин қисминики дарвоза вена илдизларидан бирга кўйилади.

Қизилўнғачнинг лимфа тизими юзаки ва чуқур лимфа туридан ташкил топган. Чуқур лимфа тури шиллиқ ва шиллиқ ости қаватида жойлашади, юзаки лимфа тури-мускул қаватидан бошланади. Қизилўнғачнинг бўйин қисмидан лимфа юкори ва пастки паратрахеал лимфа тугунларига, кўкрак қисмидан-трахеобронхиал, бронх ва аорта лимфа тугунларга, қорин қисмидан - меъданинг кардиал қисмидаги лимфа тугунларига қўйилади.

Қизилўнғачда соматик ва вегетатив эфферент иннервацияси билан бирга кўп сонли афферент сезувчи элементлар мавжуд. Қизилўнғачнинг иннервациясини сайёр асаб тола шохлари ва симпатик нерв таъминлайди.

Қизилўнғачни текшириш усуллари

Қизилўнғачни текшириш усули (эзофагоскопия) шошилинч тиббий ёрдам



97- расм. Брюнингс
бронхоэзофагоскопи

текширув хонасида электр сурғич, ёт жисми ва гистологик текширувга тўқима бўлгини олиш учун қискич-лар бўлиши лозим.

Беморни муолажага тайёрлаш. Муолажа бемор қорни оч ҳолида ёки овқатлангандан 5-6 соат сўнг бажарилади. 30 дақиқа олдин тери остига катта ёшдаги беморга 1мл-0,1% атропин сульфат ва 1мл 2% промедол юборилади, протез тишлари олиб қўйилади.

Оғриқсизлантириш. Катталарда ва болаларда эзофагоскопия умумий наркоз ёки маҳаллий оғриқ-сизлантириш, ёш болаларда- фақат умумий оғриқсизлантирилиш остида бажарилади. Маҳаллий оғ-риқсизлантириш беморда эзофагоскопияга қарши кўрсатмалар (йирик ёт жисм, қизилўнғачни тешилиши ёки жароҳати, уни яллиғланиши, қонаши, умумий касалликлар ва х.к.) бўлмаган ҳолда қўлланади. Ҳалқум, хикилдоқҳалқум ва қизилўнғачга

кўрсатиш (масалан ёт жисми олиб ташлаш) ҳамда қизилўнғач жароҳатларида ёки ўсмаларида унинг деворларини кўздан кечириш мақсадида ўтказилади. Эзофагоскопиядан олдин умумий ва махсус текширувлар ўтказилади: қарши кўрсат-малар ва беморнинг умумий аҳволи баҳоланади, хикилдоқ-ҳалқум, қизилўнғач ва меъданинг рентгенологик текшируви ўтказилади.

Эзофагоскопия учун *керакли тиббий асбоблар:* Брюнингс, Мезрин, Фридел бронхоскоплари ва толали оптика. Бундан ташқари

кириш жойи катталарда 5-10% кокаин ёки 0,1% адреналин кўшилган 2% дикаин эритмалари билан суртилади.

Эзофагоскопияга бўлган маҳаллий ва умумий қарши кўрсатмалар бўлганда муолажа эндотрахеал огриксизлантириш остида бажарилади.

Беморнинг ҳолати. Эзофагоскопия маҳаллий огриксизлантириш остида бажарилганда бемор мах-сув Брюнингс курсисига ўтказилади, унинг орқасида турган врач ёрдамчиси бемор боши ва елка-ларини керакли ҳолатда ушлаб туради. Болаларда эзофагоскопия чалқанча ётган ҳолатида умумий огриксизлантириш остида бажарилади.

Эзофагоскопияни бажариш техникаси. Дастлаб керакли ўлчамдаги найча танланади (бунда қи-зилўнғач жароҳатининг сатҳи ёки ёт жисм тиқилиб қолган жойи эътиборга олинади). Эзофагоскопия маҳаллий огриксизлантириш остида бажарилганда бемор оғзини кенг очиб, тилини чиқаради ва эркин нафас олади. Врач чап кўlining бармоқлари билан бемор тилининг учини салфетка ёрдамида ушлайди, ўнг кўли билан - эзофагоскоп начасини оғиз бурчаги орқали беморнинг оғиз-ҳалқумига, кейин ҳикилдоқхалқумига киритади (бунда найчанинг учи албатта ўрта чизикда туриши лозим). Шу пайтда врач ҳикилдоқ усти қопкоғи чуқурчаларини кўздан кечиради. Кейин найчанинг тумшуги билан ҳикилдоқ усти қопкоғини олдинга силжитиб, найчани чўмичсимон тоғайлар томон киритади, шунда найча тешигида қизилўнғачга кириш жойи кўринади. Кўз назорати остида беморга ютиниш ҳаракатини бажариш буюрилади, шунда қизилўнғачга кириш жойи кенгайиб, найча пастроққа киритилади. Эзофагоскопнинг найчаси яхши силжиши учун у қизилўнғачнинг ҳажмига мос келиши шарт. Баъзида найчага стерил мой суртса ҳам бўлади.

Текширув пайтида бурмалар ҳосил қилган қизилўнғачнинг пушти шиллиқ пардаси, қизилўнғач ёриғининг нафас ҳаракатларига мос ҳолда торайиши ва кенгайиши, найча қизилўнғачнинг пастки 3/1 қисмига киритилганда, унинг ёриғи торайиб, диафрагмадан ўтиш сатҳида тирқишсимон бўлганлиги кўзга кўринади. Найча қизилўнғачдан аста-секин чиқариб олиниши лозим. Шу пайт найчанинг дистал учи шиллиқ парда бўйлаб айлантирилиб, синчковлик билан кўздан кечирилади.

Умумий огриксизлантириш остида бажарилган эзофагоскопия ўзига хос хусусиятларга эга. Би-ринчидан, врач чап кўли билан чалқанча ётган беморнинг оғзини кенг очади. Оғиз бурчаги орқали эзофагоскоп найчасини қизилўнғачнинг кириш жойигача киритади. Кейин ҳеч бир қийинчиликсиз уни ёпиқ қизилўнғачнинг ёриғига киритади. Ошқозонгача кириб кўздан кечирилади.

VII боб

ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ ВА БРОНХ КАСАЛЛИКЛАРИ

ҲИҚИЛДОҚ ШИШИ

кўпинча патологик жараённинг белгиси сифатида кузатилади. У яллиғланиш, аллергия реакция ёки бошқа сабаблар натижасида юзага келади. Хикилдоқ шиши ҳи-килдоқ ангинасида, флегмонали ларингитда, хикилдоқ усти абцессида, ҳалқум, унинг ён ва орқа бўшлиқлари, бўйин умуртқалари соҳаси, тил илдизи ва оғиз бўшлиғи тубининг йирингли жараёнларида ривожланади.

Ҳикилдоқ шишининг ривожланишига турли хикилдоқ жароҳатлари (санчилган, кесилган, тер-мик, кимёвий жароҳатлар, ёт жисм) сабаб бўлади. Баъзан у хикилдоқ ва бўйин соҳасида бажарилган жарроҳлик амали, давомли юқори трахеобронхоскопия, давомли интубация ёки нур ёрдамида даволашдан сўнг ривожланади.

Ҳикилдоқнинг яллиғсиз шиши бемордаги баъзи озик-овқат, дори ва косметик моддаларга нисбатан аллергия реакциясининг белгиси сифатида намоён бўлади. Бундан ташқари, у юрак, қон-томир касалликларида, қон айланиш етишмовчилгининг II,III босқичларида, буйрак касал-ликларида, жигар циррозида, кахексияда ривожланиши мумкин.

Ҳикилдоқ шиши юмшоқ клетчаткага бой шиллиқ ости қаватида, яъни хикилдоқ усти қопқоғи-нинг тил юзасида, чўмичхикилдоқ усти бурмаларида, хикилдоқга кириш жойининг орқа деворида, хикилдоқнинг пастки қаватида ривожланиб, нафаснинг кескин бузилишига сабаб бўлади.

Даволаш тадбирлари хикилдоқ шишининг ривожланишига сабаб булган асосий касалликни да-волашга қаратилади ва албатта шифохона шароитида олиб борилади. Беморга дегидротация, гипосенсибилизация, тинчлантирувчи, сийдик ҳайдовчи препаратлар буюрилади. Томир ичига 40%-20 мл глюкоза, 10%-10 мл кальций хлорид (ёки 10% -10 мл натрий хлорид), 5%-5 мл натрий аскорбинат, 40%-5 мл уротропин эритмалари, 30-90 мг преднизолон, 2,4% -5-10 мл эуфиллин эритмаси юборилади. Мускул орасига димедрол (1%-2 мл), пипольфен (2,5% -2 мл), тери остига 0,1% -1 мл атропин эритмалари юборилади.

Бундан ташқари, пастки бурун чиғанокларининг шиллик пардасига 2-3 мл 0,5% -1% новокаин эритмаси юбориш мумкин. Беморга чалгитувчи терапия (оёқларга иссиқ ванна, кўкрак қафаси ва оёқларга хантал куйиш), тана ҳароратини меъёрлаштирувчи ва юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар буюрилади.

Яллиғланиш жараёни туфайли ривожланган ҳикилдоқ шишида беморга антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари тавсия қилинса, аллергик шишда биринчи навбатда аллергеннинг таъсири бартараф этилиши лозим. Куйишдан сўнг ривожланган ҳикилдоқ шишида шокка қарши терапия ўтказилади.

ҲИКИЛДОҚ ТОРАЙИШИ

турли касалликларда юзага келиб, ҳикилдоқ ёриғининг торайиши, нафаснинг қийинлашиши билан кечади. Ривожланиш тезлиги буйича ҳикилдоқ торайишлари куйидаги шаклларга бўлинади;

1. Тез ривожланган ҳикилдоқ торайиши - бир неча сония ва дақиқалар ичида ривожланади

(нафас йуллари ёт жисмида);

2. Ўткир торайиш - бир неча соат ёки бир неча кун ичида ривожланади (ҳикилдоқ ангинаси, термик ёки кимёвий куйишлар, яллиғланиши).

3. Аста-секин ривожланган ҳикилдоқ торайиши - бир неча кун ёки бир неча ҳафта давомида ривожланади (ҳикилдоқ дифтерияси, жароҳати, хондроперихондрити, кайтувчи нервнинг икки томонлама фалажида).

4. Сурункали торайиш - бир неча ҳафта ва ундан ортиқ вақт давомида ривожланади (қалқон-симон без ўсмаси, ҳикилдоқнинг юқумли гранулемалари, ҳикилдоқни бўқоқ билан қисилиши, ҳикилдоқ кистаси, ҳикилдоқ ўсмаси ва трахеостомиядан сўнгги ҳолатларда).

Ҳикилдоқ торайишининг сабаблари турлича бўлсада, унинг клиник манзараси бир хил бўлади. Инспиратор ҳансираш ҳикилдоқ торайишининг етакчи белги сифатида намоён бўлади.

Клиник белгилари. Ҳикилдоқ торайиши 4 босқичга бўлинади:

1-босқич - *компенсация босқичи* - беморнинг нафас олиши чуқурлашади, нафас олиш ва нафас чиқариш ҳаракатлари орасидаги пауза қисқаради, томир уриши тезлашади, инспиратор ҳансираш фақат жисмоний ҳаракатда кузатилади.

2-босқич - *нисбий компенсация босқичи* - нафас олиш учун беморга бироз куч талаб этилади, ҳансираш тинч ҳолатда ҳам кузатилади, нафас ҳаракатлари шовкинди бўлиб, масофадан эши-тилади, унда кўкрак қафасининг мусқуллари

нширок этади; нафас олинганда бўйинтурук, умров ости ва умров усти чуқурчалари, ковурагалар оралиги ва эпигастрий соҳаси ичкарига ботади.

Бемор безовта, тери копламлари рангпар булади;

3-босқич - *декомпенсация босқичи* - беморнинг аҳволи жуда оғирлашади, нафаси тезлашади, юзаки булади. Тери копламлари кўкимтир (дастлаб акроцианоз, кейин тарқок цианоз кузатилади). Бемор бошини орқага ташлаган ҳолда ўтиради. Нафас олганда ҳиқилдоқ пастга, нафас чиқарганда - юқорига силжийди. Беморни совук тер босади, томир уриши тезлашади, унинг тўлиқлиги сусаяди, кон босими пасаяди.

4-босқич - *асфиксия (буғилиш) ёки терминал босқич* - беморда кескин толиқиш, бефарқлик, юзаки ва узилиб турган нафас ҳаракатлари (Чейн-Стокс нафаси) пайдо бўлади. Унинг тери копламлари кулранг, томир уриши тез ва ипсимон, кон босими кескин пасаяди, кўз қорачиклари кен-гаяди, сийдик ва ахлатининг ихтиёрсиз ажралиши кузатилади. Бемор эс-хушини йўқотиб, ўлим ҳолати юз беради.

Даволаш тадбирларини танлашда биринчи навбатда ҳиқилдоқ торайишининг босқичи, ундан сўнг сабаби аникланади ва даволанади.

I, II босқичларда даволаш тадбирлари патологик жараёнга қарши қаратилади. Бунда ёт жисми чиқариб олиш, дегидратация, гипосенсибилизация, тинчлантирувчи, чалғитувчи терапия (оёқларни иссиқ ванна қилиш, кўкрак қафасига ва оёқ қоринчаларига хантал қўйиш), ҳўлланган кислород бериш, ишқорий эритмалар ва спазмолитик препаратлар билан ингальция қилиш тадбирлари ўтказилади. Ҳиқилдоқ соҳасига 20% димексид эритмасига шимдирилган бойлам қўйилади, беморга глюкокортизон билан фонофорез, 2% кальций хлорид, 0,5% новокаин, 1% димедрол эритмалари билан электрофорез буюрилади. Зарур бўлган ҳолларда ҳиқилдоқ ва атроф аъзоларнинг абсцесси очилади. Ҳиқилдоқ дифтериясида беморга дифтерия таёкчасига қарши зардоб юборилади. Ҳиқилдоқ торайишининг III, IV босқичларида - трахеостомия, экстремал ҳолатда - коникотомия жарроҳлик амаллари бажарилади. Ўткир ларинготрахеит билан оғриган бемор термопластик найча ёрдамида давомли интубация қилинади.

ҲИҚИЛДОҚ АНГИНАСИ

- маҳаллий ва умумий белгилар билан намоён бўлган ҳиқилдоқ лимфоид тўқимасининг ўткир яллиғланиши. Ҳиқилдоқ ангинаси юкумли касаллик бўлиб, уни патоген кокклар кўзгатади. Шамоллаш унинг ривожланишига ёрдам беради.

Ҳиқилдоқ ангинасининг оғир кечимида беморнинг умумий аҳволи оғир, тана ҳарорати $38-39^{\circ}$ кўтарилади, ютинганда томоғи оғрийди, ҳиқилдоқдан нафас олиши қийинлашади. Ҳиқилдоқ соҳаси пайпасланганда оғрийди. Бўйиннинг маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, оғрийди.

Ларингоскопияда ҳикилдоқ усти қопқоғи, ноксимон чунтаклар, чўмичхикилдоқ усти ва овоз бурмаларининг шиллиқ пардаси қизарганлиги ва инфилтрацияси кўзга ташланади. Баъзан шиш туфайли беморнинг нафас олиши қийинлашади.

Даволаш. Ҳикилдоқ ангинаси билан огриган бемор шифохона шароитида даволанади. Даволашда антибактериал ва дегидротация терапиялари утказилади. Шишни камайтириш мақсадида томир ичига 40% -20-30 мл глюкоза, 10% - 10 мл кальций хлорид, 60 - 90 мг преднизолон, сийдик хайдовчи воситалар (1 мл лазикс), мускул орасига антигистамин препаратларнинг (2% -1 мл супрастин, 2% -1 мл тавегил, 2,5% 1 мл пипольфен) эритмалари юборилади, чалғитувчи муо-лажалар утказилади (оёқларни иссиқ ванна қилиш, кўкрак қафасига ва оёқ қоринчаларига хантал қўйиш), бўйин соҳасига 20% димексид ёки 50% спирт эритмаларига шимдирилган бойлам қўйилади. Баъзан 0,5% 10-20 мл новокаин эритмаси билан блокада қилинади.

Булардан ташқари ҳикилдоқ соҳасида лимфотроп терапия ўтказилади: бўйиннинг олд ва ён томонига ёки жағ ости соҳасига тери остига аввал 1,0 мл лазикс ва 2 мл новокаин, кейин 10 мл новокаинда эритилган антибиотик (100 000 ТБ) юборилади, кейин ҳикилдоқ соҳасига 20% димексидга шимдирилган бойлам қўйилади. Муолажа ҳар 12 соатда такрорланади. Ҳикилдоқ тораишининг декомпенсация босқичида трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади.

Касалликнинг енгил кечимида бемор 6-8 кунда соғайиб кетади. Баъзан жараён шиллиқ ости қаватига, мускуллар орасига тарқалиши мумкин.

ЎТКИР ЭПИГЛОТИТ

кўпинча 3 -7 ёшар болаларда ривожланади. Касаллик ўткир бошланади, беморнинг тана ҳарорати 39-40⁰ С кўтарилади, томоғи огрийди (айниқса, ютинганда), уйқучанлик, кўнгил айнаши, баъзан қусиш, кейинчалик нафас етишмовчилиги кузатилади. Касаллик белги-лари жуда тез ривожланиб (12-15 соат давомида), киска вақт ичида буғилиш ҳолатига олиб келади.

Белгилари. Бола оғзини очиб, пастки жағини олдинга чўзиб, бошини олдига эгиб яримўтроқ мажбурий ҳолатни эгаллайди, овқат ва сув ичишдан бош тортади, оғзидан сўлак оқади, овози пасаяди, лекин буғилмайди. Беморда инспиратор хансираш кузатилади, ётганда хансираш кучаяди. аммо шовқинли нафас кайд этилмайди. Ҳикилдоқ соҳаси пайпасланганда огрийди. Ларингоскопияда ҳикилдоқ усти қопқоғи гилос рангидай қип-қизил бўлиб, шишганлиги куринади (шиш ту-файли ҳикилдоқнинг пастки бўлимлари кўзга кўринмайди, шиш ва қизариш чўмичхикилдоқ усти қопқоғи ва вестибуляр бурмаларга тарқалади).

Ташхис клиник белгилар, ларингоскопик манзара ва ён томонлама бўйин рентганографияси натижалари асосида қўйилади.

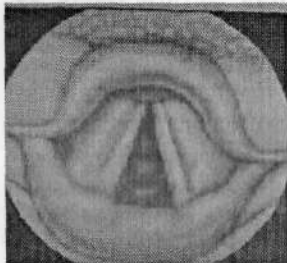
Даволаш. Касалликни ўз вақтида аниқлаш ва беморни ўз вақтида шифохонага ўтқизиш талаб этилади. Бошланғич босқичида, яъни енгил нафас етишмовчилигида томир ичига 20% глюкоза билан бирга глюкокортикоид препарати эритмалари юборилади. Муолажа хар 6-8 соатда такрор-ланади (жами 2-3 кун). Антибиотикотерапия буюрилади. Нафас етишмовчилиги бартарарф этил-маган ҳолларда интубация ёки трахеостомия жаррохлик амали бажарилади.

Ҳикилдоқнинг яллиғланиши ўткир ва сурункали шакларда кечади.

ЎТКИР КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

(laryngitis) - *ҳикилдоқ шиллиқ пардаси, шиллиқ ости қавати ва унинг ички мускулларининг катарал яллиғланиши*. Касалликнинг ривожланишига *экзоген* ва *эндоген* омиллар таъсирида фаоллашган сапрофит флора сабаб бўлади. Экзоген омилларга шамоллаш, шиллиқ пардага алкоголь ва никотинни таъсир этиши, ишлаб чиқариш корхоналардаги зарарли моддалар (чанг заррачалари, буғ, газ ва бошқ.), совуқ ҳавода баланд овозда кўп гапириш, жуда совуқ ёки жуда иссиқ овқатларни истеъмол қилиш каби омиллар киради. Эндоген омилларга - иммунитетнинг пасайиши, меъда-ичак касалликлари, аллергия реакциялар, модда алманишувининг бузилиши, шиллиқ парда атрофияси киради. Ўткир катарал ларингит кўпинча овоз мутацияси кузатиладиган балоғат ёшидаги болаларда ривожланади.

Этиологияси. Ўткир ларингитнинг ривожланишига беттагемолитик стрептококк, пневмококк, вирусли инфекциялар; А ва В грипп ва парагрипп вируслари, коронавируслар, риновируслар, замбуруғлар ва кўпинча аралаш флора сабаб бўлади.



98-расм. Ўткир катарал ларингит

Клиник белгилари. Касаллик тўсатдан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати меъёрда, баъзан субфебрил бўлади. Ҳикилдоқ соҳаси ачишиб, қурийди, ютинганда оғрийди. Баъзан беморни қуруқ, кейинчалик шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ балгамли йўтал безовта қилади. Беморда турли даражадаги дисфония кузатилади

Таъхис клиник белгилар (кўпинча совуқ овқат истемол қилиш, УРВК, шамоллаш, овознинг зўриқишидан сўнг тўсатдан пайдо бўлган дисфония) ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади. Ларингоскопияда ҳикилдоқнинг шиллиқ пардаси ва овоз бурмалари қизарганлиги, овоз бурмалари шишиб, қалинлашганлиги куринади. Баъзан ўткир ларингитда овоз

бурмаларининг фа-қат четки чегараланган кизаришини куриш мумкин. Овоз ёригида ёпишқоқ йирингли- шилимшиқ ажралма борлиги аниқланади. Фонация пайтида овоз ва кўндаланг чўмичсимон мускулларнинг яллиғланиши туфайли овоз бурмалари тўлиқ ёпилмайди. Ўткир ларингитда ҳиқилдоқ шиши камдан кам ҳолларда ривожланади. Беморнинг нафас олиши бузилмайди.

Ёш болаларда ўткир ларингит дифтерия касаллигининг тарқоқ шакли билан фарқланади. Дифтерияда шиллик пардада тўқималарга зич ёпишган ифлос- кулранг парда ҳосил бўлади.

Даволаш. Ўткир ларингит уй шароитда даволанади, нутқ ва вокал касб эгалари шифохонага ётқизилади. Беморга овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия этилади. Ўткир ва иссиқ овқатлар, чекиш ва спиртли ичимликларни ичиш ман этилади.

Қурук йўталда беморга йўтал марказининг кўзгалувчанлигини пасайтирувчи препаратлар буюрилади. Ёпишқоқ шилимшиқ ажралмани суюлтириш ва қурукликни камайтириш мақсадида беморга илик сув ёки сутга кўшилган ишқорли минерал сувлар, термопис, мукалтин каби балғам ажратувчи дорилар буюрилади.

Беморга буғ билан ингаляция, УВЧ ва микротўлқинли терапия тавсия қилинади, томоғига иссиқ бойлам кўйилади. Ингаляцияда турли дорилар, ёғлар, ишқорлар, антибиотиклар ва суль-фаниламид дори воситаларининг эритмалари ишлатилади. Аэрозоллардан каметон, ингакамф, ингалипт, камфомен буюрилади. Бундан ташқари, ҳиқилдоқ ичига 1% ментол, антибиотик, гидрокортизон ва қон томирларни торайтирувчи воситаларни пуркаш (инстиляция) ҳамда чалғитувчи терапия (иссиқ оёқ ваннаси, оёқларга, ҳиқилдоқ соҳасига, кўкрак қафасига хантал кўйиш) яхши самара беради.

Маҳаллий даво тадбирлари ёрдам бермаган ҳолларда беморга яллиғланишга қарши умумий воситалар: антибиотиклар, сульфаниламид, антигистамин ва кальций дори воситалари, С витамини буюрилади. Даволаш тадбирлари тўғри олиб борилганда ҳамда гигиена қоидаларига риоя қилинганда ҳиқилдоқ дағи патологик жараёни 5-10 кун ичида бартараф этилади.

ИНФИЛЬТРАТИВ ЛАРИНГИТ

(laryngitis infiltrativa)- *шиллик пардадан ташқари чуқур тўқималарига тарқалган ҳиқилдоқнинг ўткир яллиғланиши.* Ларингитнинг бу шаклида патологик жараён ҳиқилдоқнинг мускул аппаратига, бойламларига ва тоғай усти пардасига тарқалади.

Этиологияси. Касалликнинг ривожланишига турли жароҳат ёки юкумли касалликдан сўнг ҳиқилдоқ тўқимасига тарқалган бактериал инфекция сабаб бўлади. Организмнинг маҳаллий ва умумий ҳимоя кучининг сусайиши

касалликнинг ривожланишига ёрдам беради. Инфилтратив ларингит чегараланган ёки тарқоқ шаклда кечади.

Клиник манзараси. Касалликнинг тарқоқ шаклида яллиғланиш жараёни ҳикилдоқ шиллик пардасининг барча майдонларини, чегараланган шаклида - унинг айрим майдонларини (чўмич-симон тоғай аро бўшлиқни, ҳикилдоқ даҳлизини, ҳикилдоқ усти қопқоғини, овоз ости бўшлиғини) камраб олади.

Беморнинг томоғи оғрийди, ютинганда оғрик кучаяди, овози ўзгаради, тана ҳарорати кўта-рилади, баъзан қалин шилимшиқ-йирингли ажралмали йўтал кузатилади. Юқорида қайд этилган белгилар билан бирга беморда нафас функцияси ҳам бузилади. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, пайпаслаганда оғрийди.

Огир ҳолларда инфилтратив ларингит *флегмонали ларингитга* утади. Касалликнинг охириги бос-кичи бўлган ҳикилдоқ абсцесси кўпинча ҳикилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида ёки чўмичсимон тоғайларнинг бирида жойлашади.

Даволаш. Шифохона шароитида беморга антибиотикотерапия, антигистамин препаратлари, муколитиклар, қисқа муддатли кортикостероид терапияси буюрилади. Ҳикилдоқ абсцессда шо-шилиш жаррохлик амали бажарилади; бунда маҳаллий оғрикисилантиришдан сўнг йирингли ўчоқ (ёки инфилтрат) ҳикилдоқ тиги ёрдамида очилади. Бир вақтнинг ўзида кучли антибиоти-котерапия, заҳарсизлантириш ва трансфузия тadbирлари ўтказилади, антигистамин, кортико-стероид ва аналгетик препаратлари буюрилади.

Одатда жараён тез бартараф этилади. Касаллик давомида ҳикилдоқ ёригинининг ҳолатини кузатиб бориш ва асфиксия ҳолатини ривожланишига йўл қўймаслик талаб этилади.

БУРМА ОСТИ ДАРИНГИТИ (СОХТА КРУП) –

laryngitis subglottica, субархноидал ларингит - laryngitis subchordalis, сохта круп - false croup - бу овоз ости бўшлиғида жойлашган патологик жараён. У 5-8 ёшдаги болаларда учраб, овоз ости бўшлиғи тузилишининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқ бўлади; ёш болаларда овоз бурмалари остидаги юмшоқ клетчатка яхши ривожланган бўлиб, турли таъсирларга жавобан осон шишади. Ҳикилдоқ ёригининг тор-лиги, асаб ва қон томир рефлексларининг беқарорлиги ҳикилдоқ торайиши ҳолатининг ривож-ланишига ёрдам беради. Бемор горизонтал ҳолатда ётганда қон оқимининг кўпайиши натижасида ҳикилдоқ шиши зўраяди. Шу сабабдан боланинг аҳволи кўпинча тунда ёмонлашади.

Клиник белгилари. Касаллик юқори нафас йўллариининг яллиғланиши, буруннинг битиши ва ундан ажралма оқиши, субфебрил ҳарорат ва йўтал билан бошланади. Кундузи умумий аҳволи қониқарли бўлган болада тунда

тўсатдан буғилиш ҳолати, хурувчи йўтал, тери қопламларининг кўкариши кузатилади. Ҳансираш асосан инспиратор характерга эга бўлиб, бўйинтурук чуқурчаси, умров ости, умров усти бўшлиқлари ва эпигастрий 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 беморнинг баданидан тер оқади, нафаси тикланиб, бола ухлаб қолади.

Ларингоскопияда симметрик жойлашган болишсимон шиш борлиги, овоз ости бўшлигининг шиллиқ пардаси қизарганлиги куринади. Болишсимон шиш овоз бурмалари остидан бўртиб туради ва ҳикилдоқ ёриғини торайтириб, беморнинг нафасини қийинлаштиради.

Таъхис. “Сохта круп” белгиларини дифтериядаги чин круп белгиларидан фарқлаш лозим. Бурма ости ларингитининг кечими хуружли характерга эга бўлади; кундузи беморнинг аҳоли қоникарли булса, кечаси нафаснинг қийинлашиши ва тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Дифтерияда беморнинг овози бўғилса, бурма ости ларингитида - у ўзгармайди. Дифтерияда сохта крупга хос бўлган йўтал кузатилмайди. Бурма ости ларингитида маҳаллий лимфа тугунлар катталаш-майди, томоғида ва ҳикилдоқда дифтерияга хос қараш ҳосил бўлмайди. Аник таъхис куйиш мақсадида ҳалқум, ҳикилдоқ ва бурун шиллиқ пардасидан суртма олинади ва дифтерия таёқ-часига текширилади.

Даволаш тадбирлари яллиғланиш жараёнини бартараф этиш ва беморнинг нафасини тиклашга қаратилади. Шишга қарши препаратлар аралашмаси билан ингаляциялар (5% эфедрин, 0,1% адре-налин, 0,1% атропин, 1% димедрол эритмалари, 25 мг гидрокортизон ва химопсин билан) яхши натижа беради. Беморга антибиотикотерапия, антигистамин терапияси, тинчлантирувчи препарат-лар, 1 кг тана вазнига 2-4 мг гидрокортизон буюрилади. Кўп миқдорда суюқлик (чой, сут, ишқор-ли маъданий сувлар) ичиш, чалғитувчи муолажалар (оёқ ванналари, оёқларга хантал кўйиш) тавсия этилади.

Ҳалқумнинг орқа деворига шпателни тегкизиб, қусиш рефлексини чакириш ва шу билан буғилиш ҳолатини тўхтатишга уриниб куриш мумкин.

Юқорида қайд этилган тадбирлар самара бермаган ва беморда буғилиш ҳолатининг ривожланиш хавфи булганда 2-4 кун давомида назотрахеал интубация, зарур бўлганда - трахеостомия жар-рохлик амали бажарилиши лозим.

ҲИҚИЛДОҚ САРАМАСИ

(*erysipelas laryngis*) тери сарамасида ривожланиб, инфекция табиий йўллар ёки трахеостомия жароҳат майдонидан тарқалганда юзага келади. Касалик ўткир бошланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, қалтираш, нафаснинг

кийинлашиши, ҳикилдоқ соҳасининг кескин оғриши (айниқса ютиниш ҳаракатида) кузатилади.

Ларингоскопияда ҳикилдоқ шиллик пардасининг зарарланган майдони кескин қизарган ва шишган ва бу қизариш ўзгармаган шиллик парда майдонидан кескин чегараланганлиги кўринади. Жараён йирингламайди ва турли майдонларга кўчиб туради.

Даволаш. Беморга антиботикотерапия тавсия қилинади; мускул орасига 1 кунда 500 000 –

1 000 000 ТБ ампициллин эритмаси юборилади. Антибиотиклардан 1 г олететрин, 2 г левомецетин, кефзол, цефазолин, амоксиклав тегишли микдорда ичишга ёки мускул орасига юборилади. Бундан ташқари беморга УБН физиотерапевтик муолажаси буюрилади.

ЎТКИР ТРАХЕИТ

(*tracheitis acuta*) - *настки нафас йўллари (трахея ва бронхлар) шиллик пардасининг ўткир яллиғланиши* бўлиб, купинча бурун, ҳалқум ва ҳикилдоқ яллиғланиши билан бирга кечади.

Этиологияси. Ўткир трахеитнинг ривожланишига нафас йўлларида мавжуд бўлган ва турли экзоген омиллар таъсирида (вируслар, нокулай иқлим, шамоллаш, касб шароити) фаоллашган сапрофит флора сабаб бўлади. Кўпинча трахея ажралмасида *Staphylococcus aureus*, *H. influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* аникланади.

Патоморфологияси. Трахеядаги морфологик ўзгаришлар шиллик парданинг қизариши, шиши, ўчоқли ёки тарқоқ инфильтрацияси, қон томирларининг кенгайиши ва қонга тўлганлиги билан намоён бўлади.

Клиник белгилари. Беморда, айнқса кечалари, ўзига хос хуружли йўтал кузатилади. Йўтал дастлаб қуруқ, кейинчалик шилимшиқ-йирингли балғамли, баъзан қон аралаш булади. Йўтал хуружидан сўнг бемор тўш суяги орқаси ва ҳикилдоқ соҳасининг оғришига шикоят қилади, унинг овози буғилади. Баъзан субфебрил ҳарорат ва ҳолсизлик кузатилади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, ларингоскопия манзараси, балғамнинг микробиологик текшируви ва ўпка рентгенографияси натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Беморга балғам кўчирувчи (мукалтин, глицерам ва бошқ.) ва йўталга қарши (ли-бексин, тусупрекс, синупрет, бронхолитин ва бошқ.), муколитиклар (ацетилцистеин, флуимуцил, бромгексин ва бошқ.) ва антигистамин препаратлари (супрастин, пипольфен, кларитин ва бошқ.), парацетамол буюрилади. Бир вақтнинг ўзиде балғам кўчирувчи ва йўталга қарши воситаларни қўлламасликка ҳаракат қилинади. Бемор ётган хонанинг ҳавоси иссиқ ва сернам бўлиши талаб этилади. Тана ҳарорати кўтарилган

ҳолларда пастга тарқалувчи инфекцияни олдини олиш мақсадида беморга антибактериал терапия буюрилади (оксациллин, аугментин, амоксиклав, цефазолин).

Яқини Ўз вақтида ва тўғри даволанган бемор 2-3 ҳафтада соғиб кетади. Баъзан касаллик давомли кечиб, сурункали шаклига айланиши, айрим ҳолларда бронхопневмония, зотилжам каби асоратлар кузатилиши мумкин.

ФЛЕГМОНАЛИ ЛАРИНГИТ

ҳиқилдоқ ангинасида, ҳиқилдоқ шиллик пардасининг жароҳатида (ёт жисм, кимёвий ва термик куйиш) юзага келиши мумкин. Шамоллаш омили касалликнинг ри-вожланишида муҳим аҳамият касб этади. Флегмонали ларингит иккиламчи касаллик сифатида паратонзиллитда, тил илдизи абсцессиди, ҳиқилдоқ сарамасиди, ҳиқилдоқ дифтериясида, қон касалликларда, сепсисда кузатилиши мумкин. Уни ривожланишига стрептококк, стафилококк, пневмококк, баъзан ипсимон таёқча ва оғиз бўшлиғи спирохетасининг симбиози сабаб бўлади.

Касаллик ўткир бошланади, бемор умумий ҳолсизликка, нохушликка, томоғи оғришига шикоят қилади. Абсцесс ҳиқилдоқ усти қопқоғида, чўмичҳиқилдоқ усти бурмаларда жойлашганда оғриқ айниқса кучли бўлади. Кўпинча флегмонали ларингит ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари ва чўмичсимон тоғайлар шиллик пардасининг шиши, инфильтрацияси ва абсцесси билан бирга кечади.

Даволаш. Беморга кўп миқдорда антибиотик ва сульфаниламид препаратлари буюрилади. Бир вақтнинг ўзидида шишга қарши терапия олиб борилади: бунда антигистамин ва сийдик ҳайдовчи препаратлар, кортикостероидлар ишлатилади. Маҳаллий даволаш тадбирлари, ва лимфотроп терапия ёрдам бермаган ҳолларда абсцесс ўчоғи ҳиқилдоқ тиги ёрдамида очилади. Ўткир ҳиқилдоқ торайишида шошилиш равишида трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади. Йиринг бўйин ва кўкс оралиғи соҳаларига тарқалганда медиастинотомия жарроҳлик амали ўтказилади.

ҲИҚИЛДОҚ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТИ-

ҳиқилдоқнинг тоғай ва тоғай усти пардаларининг яллиғланиши. Касаллик чегараланган ва тарқоқ, ўткир ва сурункали шаклларда намоён бўлиб, кўпинча ҳиқилдоқ жароҳатида, баъзан хавfli ўсмани нур билан даволашдан сўнг ривожланиши мумкин. Перихондрит, одатда, йирингли жараён билан кечади. Йирингли жараён тоғай усти пардасини тоғайдан ажратиб, унинг озикланишини бузади ва тоғайнинг емирилишига сабаб бўлади. Ҳосил бўлган тирқиш ва секвестралдан йирингли ажралма оқади. Серозли хондроперихон-дритда шиллик парданинг ўсиши туфайли ҳиқилдоқда чандиқлар ҳосил бўлади.

Клиник белгилари. Бемор ютинганда ҳикилдоқ соҳаси огрийди, тана ҳарорати кўтарилади, овози буғилади, нафас олиши қийинлашади. Пайпасланганда ҳикилдоқ чизгилари текислан-ганлиги аниқланади. Ларингоскопияда ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг шиши ва инфильтрацияси кўринади. Сурункали хондроперихондрит ноаниқ кечади ва кечки асоратнинг ривожланишига олиб келади. Ҳикилдоқ рентгенограммасида юмшоқ тўқима сояси қалинлашганлиги, тоғайнинг суякланиши ўзгарганлиги, сурункали хондроперихондритда - "тартибсиз оҳаксизланиш" белгиси аниқланади.

Даволаш. Хондроперихондритни даволашда ҳикилдоқ ангинасида утказиладиган тадбирлар, яъни антибиотик, сульфаниламид ва шишга қарши препаратлар қўлланади. Абсцесс учоклари жар-роҳлик йўли билан очилади. Беморга УВЧ, ультратон, микротўлқинли терапия, овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади. Ҳикилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида шошилич равишда трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЛАРИНГОТРАХЕИТ.

Ёш болаларда ўткир ҳикилдоқ торайишининг 99% ўткир ларинготрахеитда ривожланади. Бу касаллик баъзан "бурмаости ларингити (сохта круп)" ёки "обтурацияли тораювчи ларинготрахеобронхит" деб юритилади.

"Бурмаости ларингит" атамаси болаларда ҳикилдоқнинг яллиғланишисиз кечган аллергияк ши-шида, "ўткир ларинготрахеит"- ўткир респиратор вирусли касалликда ҳикилдоқ оркали нафас олиш қийинлашганда, "обтурацияли тораювчи ларинготрахеобронхит" атамаси давомли интубация ва трахеостомиядан сўнг ҳикилдоқ, трахея ва бронхлар шиллиқ пардасининг жароҳати натижасида ривожланган ларинготрахеитда ишлатилади.

Этиологияси. Ўткир ларинготрахеит вирусли инфекциянинг клиник белгиси ёки бактериал ин-фекция кўшилгандан сўнг, унинг асорати сифатида намоён бўлади. Респиратор вирусли инфек-ция доимо бирламчи омил бўлиб хизмат қилса, бактериал флора кейин кўшилади ва касал-ликнинг кечимиغا салбий таъсир курсатади.

Ўткир ларинготрахеитнинг ривожланишига сабаб бўлган респиратор вирусли инфекциялар орасида грипп вируси - 56,8% ; парагрипп вируси - 20,1%; аденовируслар - 16,7%; аралаш ин-фекция - 6,4 % ташкил қилади. Касалликнинг ривожланишига экссудатив диатез, чала туғилиш, ноқулай акушерлик анамнези, сунъий овқатлантириш, эмлаш, чақалоқ даврида бошдан кечирган сепсис, зотилжам ва УРВИ каби омиллар муҳим аҳамиятга эга.

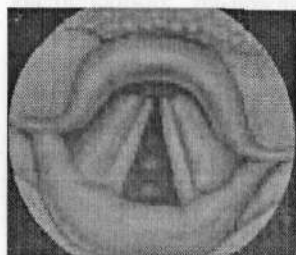
Ўткир ларинготрахеитнинг патогенези ўткир респиратор вирусли инфекциянинг патогенези билан ҳамбарчас боғлиқ.

Ҳикилдоқ ва трахея торайиши қуйндаги патологоморфологик белгилар билан намоён бўлади: шиллиқ парданинг шиши ва инфильтрацияси, ҳикилдоқ ва трахея мускулларининг қискариши, трахея ва бронх шиллиқ парда

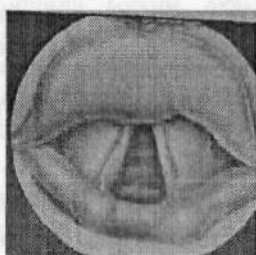
безларининг гиперсекрецияси ва ёригида қалин йирингли-шилимшиқ экссудатнинг тўпланиши. Ҳаво оқими торайган бурма ости бўшлиғидан ўтганда қув-қув йўтал пайдо бўлади. Жараён овоз бурмаларига тарқалганда эса беморнинг овози ўзгаради.

Клиник манзараси. Ўткир ларинготрахеит синдромида 3 етакчи белгилар кузатилади:

- 1) стенодик нафас;
- 2) қув-қув йўтал;
- 3) овознинг ўзгариши.



Ўткир катарал ларингит



Ўткир шишли ларингит



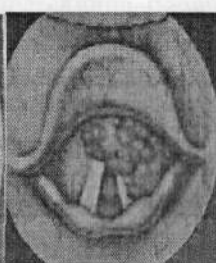
ёлғон бугма



А



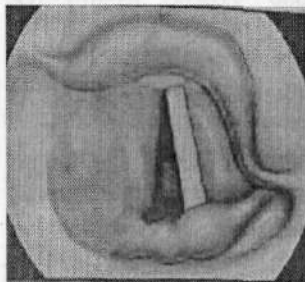
Б



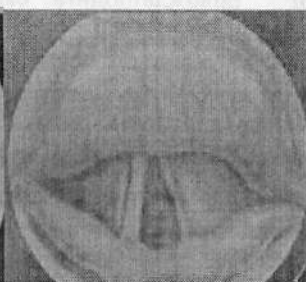
В



Г



Д



Е



Ж

99-расм. Турли касалликлардаги ларингоскопик манзара

Касаллик тўсатдан, кечаси бошланади. Бола кўрқиб уйқудан уйғонади, безовталанади, овози ўзгаради, қув-қув йўталади, нафас олиши чўзилиб, нафас олиш ва нафасни чиқариш орасидаги пауза йўқолади. Бемор ётган хонага ҳўл матоларни осиш, унга иссиқ суюқликлар ичириш, оёқ-ларига иссиқ ванна қилиш аҳволини бироз яхшилаши ва бошланаётган ҳиқилдоқ шишини олдини олиши мумкин.

Ларингоскопияда ҳиқилдоқ юқори ва ўрта қаватининг шиллиқ пардаси кизарган, ҳиқилдоқ ва трахея ёриғида қатқалоқлар ҳосил қилган йирингли шилимшиқ ажралма туплами кўринади. Бур-ма ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси шишиб кизаради, у тўк қизил болишчадай булиб, овоз ёриғининг шиллиқ пардаси учқаватли бўлиб кўринади.

Ўткир ларинготрахеит ҳиқилдоқ дифтерияси (А), ҳиқил-доқ ёт жисми (Б), ҳиқилдоқ папилломатози (В); ҳиқилдоқ хондроперихондрит (Г), ҳиқилдоқ жарохати (Д), ҳиқилдоқнинг аллергик шиши (Ж), ҳиқилдоқ куйишлари, ҳиқилдоқнинг уремик торайиши; ҳалқум орти абсцесси; бронхиал астма, астматик зотилжам, қизамиқ, скарлатина, сув чечакдаги ҳиқилдоқ торайишидан фарқланади.

Ҳиқилдоқ дифтерияси узига хос 3 белги билан кечади: нафас олишнинг қийинлашиши; овознинг афониягача бўғилиши; йўталнинг овозга мослиги. Унда стенотик нафас овоз функция-сининг бузилиши ва умумий белгилари билан биргаликда аста-секин ривожланади, ҳиқилдоқ то-райиши белгиси эса шиллиқ парданинг дифтеритик яллиғланиши, дифтерия токсинларининг асаб толасига таъсири, ҳиқилдоқ мускулларининг қисқариши ва ёриғининг фибринли қараш билан тў-лиши натижасида юзага келади.

Ю.В.Митин (1979) болалардаги ўткир ларинготрахеитнинг куйидаги таснифини ишлаб чиқди.

Болаларда ўткир ларинготрахеитнинг клиник таснифи

1. Ўткир респиратор вирусли инфекциянинг тури:

- 1) грипп, парагрипп, адновирусли инфекция, респиратор-синцитиал инфекция;
- 2) УРВИ-вирусинг тури аниқланмаган холлар.

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.

IY. Ҳиқилдоқ торайишининг босқичи:

- 1) компенсация,
- 2) қисман компенсация,
- 3) декомпенсация ,
- 4) терминал.

Тасниф бўйича ташхис куйидагича ифодаланади:

"УРВК.Бирламчи ўткир ларинготрахеит, I-варианти, узлуксиз кечими. Ҳикилдоқ торайишининг қисман компенсация босқичи", "Грипп. Қайталанувчи ўткир ларинготрахеит, II-варианти, узлуксиз кечими. Ҳикилдоқ торайишининг компенсация босқичи", "Аденовирус инфекцияси. Бирламчи ўткир ларинготрахеит, III-варианти, тўлқинли кечими. Ҳикилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи".

Ўткир тораювчи ларинготрахеитнинг Д.И.Тарасов, И.И.Абабий (1972, 1973) ишлаб чиққан тас-нифи ҳам амалда кенг қўлланилади. Бу тасниф бўйича касаллик 4 шаклга бўлинади:

- 1) катарал;
- 2) шишли-инфилтратив;
- 3) йирингли-фибринли;
- 4) некротик шакли.

Даволаш ўткир ларинготрахеитда куйидаги тадбирлар ўтказилади:

- 1) шошилич тиббий ёрдам;
- 2) ўткир ларинготрахеит ва ҳикилдоқ торайишининг компенсация ва қисман компенсация босқичини даволаш;
- 3) ўткир ларинготрахеит ва ҳикилдоқ торайишининг қисман компенсация босқичини декомпенсация босқичига ўтиш даврида беморга шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш (тент остидаги ингаляциялар ёрдамида даволаш);
- 4) ўткир ларинготрахеит ва ҳикилдоқ торайишининг декомпенсация босқичида беморга шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш (давомли интубация ва трахеостомия);
- 5) давомли интубация ва трахеостомияни бошдан кечирган беморларни реабилитация қилиш.

Ўткир ларинготрахеитни этиотроп даволашида интерферон ва гриппга қарши гамма-глобулин қўлланади.

Ҳикилдоқ торайишининг қисман компенсация босқичида томир ичига 20%-10-20-мл глюкоза, 10% кальций хлорид, 5% аскорбин кислотаси, 1 кг тана вазнига 0,2 мл 2,4% эуфиллин, 2-3 мг преднизолон (ёки 3-5 мг гидрокортизон), мускул орасига димедрол 1% - 1 мл эритмалари юбо-рилади. Беморга чалғитувчи терапия тавсия қилинади (оёқ коринчаларига ва кўкрак

кафасига хантал қўйиш, оёқларига иссиқ ванна қилиш). Антигистамин ва спазмолитик препаратлар билан ингаляциялар буюрилади.

Ҳикилдоқ торайишининг қисман компенсация босқичи декомпенсация босқичига ўтганда бемор полиэтилен тент остига ёки кислород палаткасига ётқизилади. Бундай даволаш усулида юқори намликка эга микроклимни яратиш, ҳавода кислород ва турли дориларнинг керакли миқдорини ҳосил қилиш мақсади кўзланади. Беморни тент остига ётқизишдан олдин унинг нафас йўллари тозаланади; билвосита ларингоскопияда нафас йўлларидаги ажралма электрсуғрич ёрдамида сўриб олинади. Нафас йўлларида қалин ажралма ва қатқалоқлар тўпланганда улар олиб ташланади ва шундан сунг ҳикилдоқнинг шиллик пардасига гидрокортизон эмульсияси пурқаланади. Муолажадан сўнг беморнинг нафас олиши анча енгиллашади. Баъзан бу муолажани бир неча бор такрорлашга тўғри келади.

Булардан ташқари, беморга инфузион терапия (электролит ва ишқор эритмалари, оксил гидро-лизатлари), юрак глюкозидлари, нейрелептик ва тинчлантирувчи препаратлар, диуретиклар, томир тонусига таъсир этувчи воситалар, кортикостероидлар тавсия этилади.

Иссиқ иқлим шароитида ўткир ларинготрахеитни даволаш тадбирлари ўзига хос усулда утказилади. Ҳаво қуруқ ва иссиқ бўлганлиги сабабли бурун ва бурун-ҳалқумнинг шиллик парда-лари ҳавони намлаш ва тозалашга улгурмайди. Натижада пастки нафас йўлидаги шилимшиқ аж-ралма қуюқлашиб, нафас йўллари торайтирувчи қатқалоқлар ҳосил қилади. Ўткир ларинготра-хеитни даволаш самарасини ошириш мақсадида Н.Х.Вохидов юқори намликка эга микроклим шароитини яратиш усулини таклиф қилди. Ҳикилдоқ торайишининг II-III-IV босқичларида бемор ҳажми 2м x 2м ва ҳаво намлиги 70-80% оширилган палаткага ёйқизилади. Палатка етарли миқ-дорда кислород ва шифобахш ўсимликлар буги билан таъминланади. Бемор бевосита ҳамшира назорати остида бўлиб, барча даволаш муолажаларини шу палатка ичида олади.

Бундан ташқари, Н.Х. Вохидов ўткир ларинготрахеитни даволашда лимфотроп терапияни қўллаш усулини таклиф қилди. Лимфотроп терапия қуйидагича бажарилади: ҳикилдоқ соҳасининг териси спирт билан тозалангандан сўнг тери ичига 0,25% - 1,5 мл ново-каинда эритилган 8-16 ЕД лидаза ёки 1,0 фурасемид юборилади, 15 дақиқадан сўнг 1 кг тана вазнига 1-2 мг преднизолон, яна 15 дақиқадан сўнг - 150 000 ТБ антибиотик эритмаси юборилди. Кейин беморнинг томоғига 20% димексид эритмасига шимдирилган бойлам қўйилади. Ҳикилдоқ соҳасига гиоксизон малҳами билан фонофорез қилинади. Шу тартибда бажарилган муолажалар ҳар 12 соатда такрорланади.

Ҳикилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи ўткир ларингит билан оғриган болаларнинг 3% кузатилади. Бунда даволаш тадбирлари 2 босқичда олиб борилади:

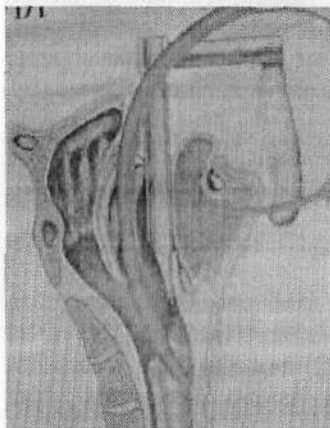
I- боскич - давомли интубация;

II-боскич - трахеостомия.

ИНТУБАЦИЯ

турли ўлчамдаги олти металл найчалар (№ 1,2,3,4,5,6), интубатор, экстубатор ва огиз кенгайтиргичдан иборат О'Двайернинг тўплами ёрдамида бажарилади.

Интубацияни бажариш учун врач ёрдамчиси бемор болани тиззасига олиб утказида. Шундан сўнг врач беморнинг бошини бироз олдинга эгиб унинг тишлари орасига огиз кенгайтиргични ўрнатади. Интубация 3 вазиятда бажарилади:



100-расм. Интубация

I- вазият - врач чап қўлининг кўрсаткич бармоғини беморнинг огзига киритади ва уни тил усти ва тил илдизи бўйлаб юритиб, ҳикилдоқ усти қопқоғини тил илдизига босади.

II-вазият- врач ўнг қўли билан интубаторга ўрнатилган найчани беморнинг огзига, кейин чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи бўйлаб ҳикилдоқ ёриғига киритади.

III-вазият- чап қўлининг кўрсаткич бармоғи ёрдамида найча овоз ёриғи томон силжитилади ва интубатор чиқариб олинади.

Интубация найчасининг юқори учига ипак ип боғланиб, огиз бўшлиғидан чиқарилади ва беморнинг лунжига пластырь ёрдамида ёпиштириб қуйилади. Найча тўғри киритилган булса беморнинг нафаси тикланиб, овози йўқолади. Бу усулни купинча педиатрлар кўллайдилар, ото-риноларинголог эса интубацияни билвосита ларингоскопияда куз назорати остида бажаради.

Трахеянинг давомли интубацияси ўткир ларинготрахеитда ривожланган ҳикилдоқ торайишини даволашда 60% ҳолларда яхши самара беради. Бундай интубация тана ҳароратида юмшайдиган ва ҳикилдоқ ёриғида узок туришига қарамасдан тўқималарга зарар етказмайдиган термопластик найчалар ёрдамида умумий огриксизлантириш остида ёки беморнинг аҳволи огир бўлган ҳолларда - огриксизлантиришсиз бажарилади бажарилади. Интубациядан олдин найчага лоринден малҳами суртилади. Интубация огиз ёки бурун бўшлиғи орқали бажарилади (оро- ва назотрахеал интубация). Назотрахеал интубациянинг афзаллиги шундан иборатки, бемор бола найчани тиш-лаб, унинг ёриғини ёпиб қуймайди. Бундан ташқари у огиз орқали овқатланиш имконини беради.

Интубацияни бажариб булгандан сунг врач беморни упкасини эшитиб қуриши лозим, чунки баъзан чуқур киритилган найча чап бронх ёриғини ёпиб

қуйиши мумкин. Интубациянинг даст-лабки кунларида беморга нейрелептик препаратлардан ГОМК, седуксин юборилади.

Найча сутка давомида 1-2 марта, баъзан 1-2 кунда бир марта, иссиқ иқлим шароитида - хар 12 соатда алмаштирилади, чунки шилимшиқ ва йирингли ажралма найча деворига ёпишиб қуриydi ва интубация найчасининг ёригини аста-секин торайтиради. Найчани алмаштирган пайтда бемор қисқа муддатга найчасиз қолдирилади, шунда ҳиқилдоқ тўқималарининг маҳаллий гемодинами-каси бироз тикланиб чандиқлар ҳосил бўлишининг олди олинади.

Трахеянинг давомли интубацияси 3-5 ,баъзан 7-10 кун самара бермаган холларда беморга трахеостомия амали бажарилади

Экстубация (найчагни чиқариб олиш) муолажаси ҳиқилдоқ торайишининг белгилари бартараф этилгандан 1-2 кундан утгандан сўнг ипини тортиб найчани чиқариб олиш орқали ёки экстубатор ёрдамида бажарилади. Агар давомли интубациядан сўнг ҳам беморнинг аҳволи яхшиланмаса, унда трахеостомия жаррохлик амали кулланади.

ТРАХЕОСТОМИЯ

жаррохлик амалида трахеядан ташки муҳитга вақтинча ёки узок муддатга алоқа йўли ҳосил қилинади. Трахеостомия жаррохлик амали трахеяни кесиш суули бўлиб, трахе-остомиянинг бир босқичи ҳисобланади.

Трахеостомия кўрсатмалари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

I. Механик бўғилишни олдини олиш мақсадида (нафас йўлларининг ўтказувчанлиги бузил-ганда холларда): 1)ҳиқилдоқ ва трахея жароҳатлари; 2) куйдирувчи моддалар билан заҳарланиш (сирка кислотаси, каустик сода, сульфат ва азот кислотаси билан); 3) эндотрахеал наркоздан сўнг ривожланган ўткир ҳиқилдоқ торайиши; 4) ўсмалар ёки яллиғланиш туфайли ривожланган ўткир ҳиқилдоқ торайиши; 5) ҳиқилдоқ ва пастки нафас йўлларининг ёт жисми; 6) ҳиқилдоқ ва ҳалқум мускуллари фалажларида.

II. Нафас йўлларини тозалаш мақсадида (нафас йўлларининг ўтказувчанлиги аспирация ва сек-реция моддалар туфайли бузилганда):1) қайд қилинган суюқликни нафас йўлига кириши; 3) нафас йўлларида ажралма тўпланиши; 4) ўпка шиши.

III. ”Зарарли” бўшлиқни камайтириш ва нафас йўллари ўтказувчанлигини яхшилаш мақсадида (трахеобронхиал дарахтнинг окклюзиясида ва нафас биомеханикаси бузилганда): 1) ковурағаларни синиши ва парадоксал нафас; 2) кўкрак қафасида бажарилган жаррохлик амалида юзага келган нафас етишмовчилиги.

IV.”Зарарли” бўшлиқни камайтириш мақсадида (нафас йўллари ўтказувчанлиги сақланган холда ўткир нафас етишмовчилиги ривожланганда):

бош мия ва калла суягининг жароҳатлари, қон ай-ланишининг ўткир бузилиши, бош мия ўсмаси туфайли патологик нафас ритмини пайдо бўлиши.

Ҳ. Сунъий нафасни қўллаш мақсадида (нафас етишмовчилиги ривожланган ёки нафас ҳара-катлари йўқотилган бемор трахеостомия жаррохлик амалига муҳтож бўлганда): 1) дорилар билан заҳарланиш (кокаин, уйқу дори); 2) сувга чўкиб кетиш; 3) электр токи уриши.

Ҳақиқатда торайишининг декомпенсация ва терминал босқичлари ҳам трахеостомия жаррохлик амали учун кўрсатма ҳисобланади

Трахеостомия жаррохлик амали қуйидаги асбоблар ёрдамида бажарилади: ўткир тиг , анатомик ва жаррохлик пинцет, бир нечта тишли ва тишсиз жароҳат кенгайтиргичлар, турли ҳажмдаги қисқичлар, элеватор, иккита ўтмас ва битта ўткир илгак, Труссо трахея кенгайтиргичи, жаррохлик игналар, игнаушлагич, шприц, турли ўлчамдаги трахея найчалари, стерил салфеткалар ва керакли анжомлар, иплар. Бу тўплам бўлмаган ҳолларда трахеостомия амали қўл остида бўлган бошқа асбоблар ёрдамида бажарилади .

Қалқонсимон безнинг оралиқ қисмига нисбатан трахеостомия юқори, ўрта ва пастки трахе-остомияларга бўлинади (трахея қалқонсимон безнинг оралиқ қисмидан юқорида бажарилса-*юқори трахеостомия*, ундан пастда бажарилганда - *пастки трахеостомия* ва безнинг оралиқ қисми соҳасида бажарилганда-*ўрта трахеостомия* деб аталади). Катталарда-юқори трахеостомия, болаларда-пастки трахеостомия бажарилади. Ўрта трахеостомия жаррохлик амали юқори ёки пастки трахеостомияни бажариш имкони бўлмаган вазиятларда бажарилади(масалан, қалқонсимон без ўсмасида ёки унинг ноқулай анатомик тузилишида).

Трахеостомия эндотрахеал наркоз ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилади. Бола-ларда, одатда, эндотрахеал наркоз қўлланилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришда 0,5%-1% новокаин ёки 0,5% тримекаин эритмалари ишлатилади. Экстремал вазиятларда у оғриқсизлантиришсиз бажарилиши мумкин. Трахеостомия жаррохлик амали қуйидагича бажарилади:

-бемор бошини орқага ташлаган ҳолда чалқанчасига ётқизилади, елкаси остига қаттиқ болишча қуйилади (бундай ҳолатда ҳақиқатда ва трахея бўйиннинг олд юзига яқинлашади);

-бўйин ўртасида тери, тери ости тўқимаси ва юзаки фасция қалқонсимон тоғайнинг пастки четидан бўйинтурук уймасигача кесилади ва жароҳат майдонининг қони тўхтатилади.

-кейин бўйин ўрта венасини силжитиб ёки боғлаб оқ чизик излаб топилади (тўштилости мускулларнинг бирикиш жойи);

-оқ чизик тўқимаси икки пинцет ёрдамида кўтарилади ва купфер қайчиси билан эни бўйлаб кўндаланг кесилади.

-мускул толалари ўтмас усулда силжитилиб, қалқонсимон безнинг оралиқ қисми очилади (у “жигар” рангда ва қонга тўлган бўлади).

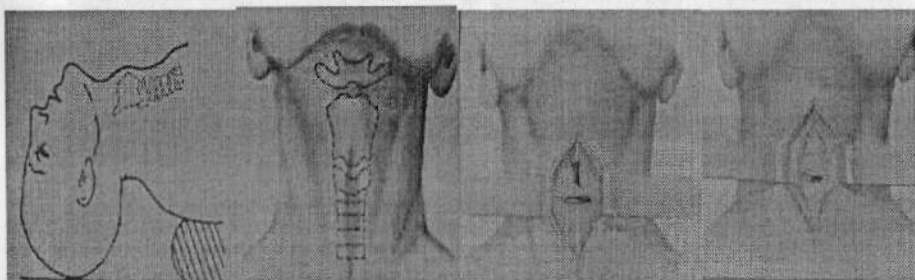
-юқори трахеостомияда қалқонсимон безнинг пастки чети аниқланади ва қалқонсимон без капсуласини узуксимон тоғайга бириктирган фасция кўндаланг кесим билан кесилади.

-қалқонсимон безнинг оралиқ қисми ўтмас усулда ажратилиб, элеватор ёрдамида пастга тортилади.

-ўқир бир тишли илгак ёрдамида узуксимон тоғай юқорига ва олдинга кўтарилади.

-трахея тоғайлари қалқонсимон без оралиқ қисмининг юқорисиди очилади ва бўйига кесилади.

-жарохат майдонининг чети Труссо кенгайтиргичи ёрдамида очилади ва трахея ёригига трахе-остомия найчаси (канюля) киритилади. Стоманинг юқори ва пастки четига 1-2 та чок кўйилади, найча бинт билан беморнинг бўйнига боғлаб кўйилади. Тери ости эмфиземасини олдини олиш мақсадида стома зич тикилмайди.

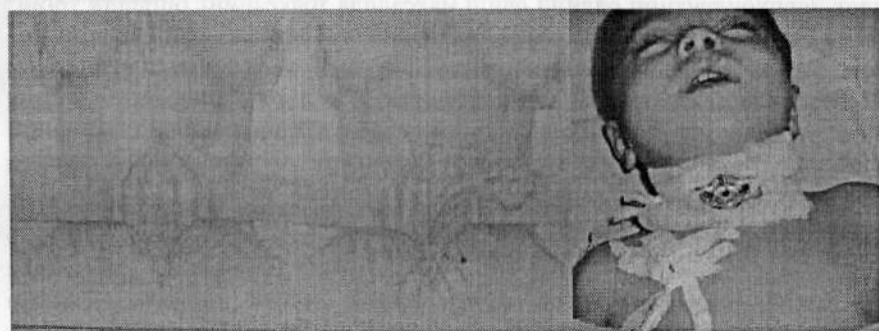


I

II

III

I



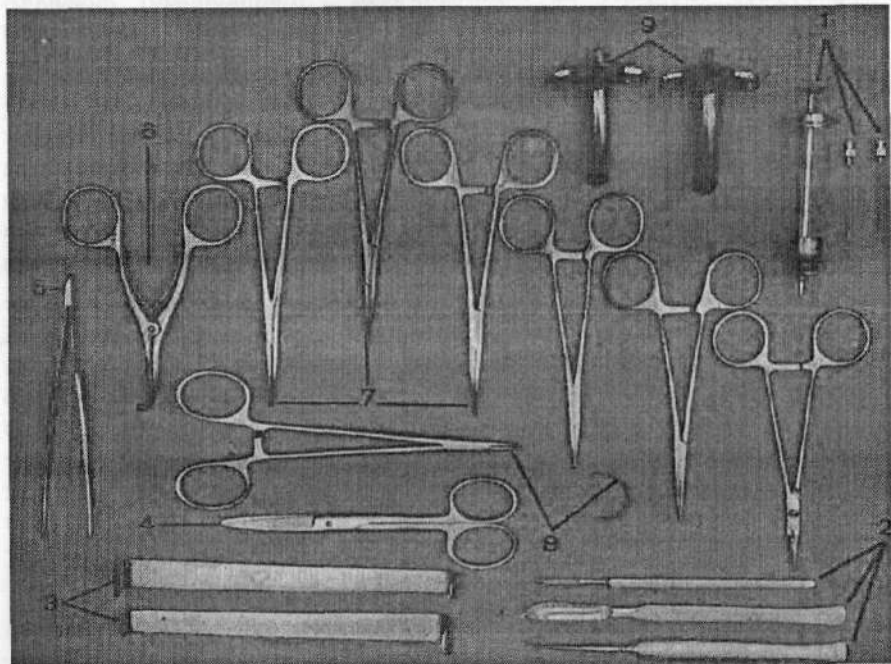
V

VI

VII

101-расм. Трахеостомия босқичлари

I-беморнинг ҳолати, II-терининг кесиш, III-бўйин мускулларини очиш, IV-қалқонсимон без бўйинчасини силжитиш ва трахея ҳалқаларини очиш, V-трахея ҳалқасини кесиш, VI-трахеостомия найчасини киритиш VII-трахея найчаси ўрнатилган.



102-расм. Трахеостомия қилиш учун керакли тиббий асбоблар

Ҳикилдоқ перихондритини олдини олиш мақсадида трахеянинг биринчи тоғай ҳалқаси ва lig. cricotracheale кесилмай қолдирилади. Трахея юқори I ва ўрта II-, ёки III ва IV – тоғай ҳалқалари оралиғида кесилади. Трахея оралиғи кўндаланг кесим билан кесилганда киритилган найча трахея олд деворини босиб, унинг шаклини ўзгаришига олиб келади, натижада деканюляцияни бажариш қийинлашади. Шунинг учун трахеялар оралиғини бўйига кесиш тавсия этилади. Трахеостомия маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилганда трахея ёриғини очишдан олдин унга 0,25 – 0,5 мл 1-2% дикаин эритмаси юборилади ёки 10% лидокаин аэрозоли сепилади.

Пастки трахеостомияда қалқонсимон безнинг оралиқ қисми юқорига кўтарилади. Ўрта трахеостомияда қалқонсимон безнинг оралиқ қисми ажратиб олинади, кейин иккита Кохер қисқичлари билан ушланиб кесилади.

Кесилган ҳар учига айланма чок қўйилади. Шундан сўнг трахея ҳалқалари қалқонсимон безнинг оралиқ қисми соҳасида кесилиб, стома ҳосил қилинади.

Трахеостомия жарроҳлик амали пайтида қуйидаги *асоратлар* кузатилиши мумкин: трахеяни очишдан олдин бемор нафасини тўхтаб қолиши, трахея очилгандан сўнг нафасни тўхтаб қолиши, трахеяни очишдан ёки очилгандан сўнг юрак фаолиятини тўхтаб қолиши, жароҳат майдонидан кўп миқдорда қон оқиши, қизилўнгачни жароҳатланиши, стомани бўйин мускуллари билан бирга нотўғри тикиш, умуртка поғонасини жароҳатланиши, тери ости ва кўкс оралиғи эмфиземаси, пневмоторакс, нафаснинг қийинлашиши, пневмомедиастинум, кечки аррозив қон оқишлар, трахеостомия найчасини трахея жароҳатидан чиқиб кетиши, трахеостомани ва ўпкани яллигланиши, трахеостомиядан сўнг аэрофагия (ёш болаларда), операциядан сўнги зотилжам, ҳиқилдоқ перихондрити, ҳиқилдоқнинг чандикли торайиши.

Трахеостомия найчасининг қон томирига уришига мос ҳаракатланиши уни қон томирга яқин жойлашганлигини билдиради. Бундай ҳолларда найча қон томир деворига жароҳат етказиши ва кучли қон оқишига, ҳатто ўлим ҳолатига сабаб бўлиши мумкин. Бундай оғир асоратни олдини олиш учун найчанинг жойини алмаштириш лозим.

Болаларда трахеостомия жарроҳлик амалини бажариш хусусиятлари.

Болаларда трахеянинг бўйин қисми узига хос топографик хусусиятларига эга. Кичик ёшдаги болаларда қалқонсимон без бўйинчаси ва ҳиқилдоқ анча юқорида жойлашади, баъзан айрисимон без тўш суягининг дастаси ортидан чиқиб, трахеяни ва қалқонсимон без бўйинчасини ёпиб туради; трахея ҳалқаларининг бўйин қисми, одатда, пастда жойлашган бўлиб, артерия ва вена билан ёпилган бўлади, плевра гумбази эса бироз юқорирокда жойлашади. Шунинг учун пастки трахеостомия пайтида қон томир жароҳатланиши мумкин. Бўйин аъзолари ҳаракатчан бўлганлиги туфайли операция пайтида узуксимон тоғай, бўйинтуруқ кесик ва трахеянинг жойлашуви пайпаслаб аниқланади.

Болаларда пастки трахеостомия жарроҳлик амали қўлланади. Трахея вертикал кесим ёрдамида кесилади (энига кесилганда найча юқорида жойлашган тоғай ҳалқасини босиб, трахея ёригининг шаклини кийшайтиради, натижада трахея деворидаги тирқиш кум соат шаклида торайиш ҳосил қилиши мумкин).

Дастлаб трахея ҳалқаси ўрта чизик бўйлаб скальпель ёрдамида 0,5 см чуқурликда пастдан юқорига кесилади, кейин унинг юқоридаги 2-3 та тоғай ҳалқалари кесилади. Операция * интубация қилинмасдан маҳаллий оғриқсизлантириш остида бажарилганда трахея ҳалқалари нафас чиқариш ҳаракати пайтида кесилади. Нафас олиш ҳаракатида трахеянинг орқа девори қизилўнгачга яқин-лашади (бунда қизилўнгач жароҳатланиш хавфи туғилади). Болаларда трахея ҳалқаларини кесиш учун ўтмас илгак ёрдамида қалқонсимон без бўйинчасини силжитиш кифоя.

Болаларда трахеяни юкорига кўтариш ман этилади, чунки трахея халқалари анча пастда кесил-ганда трахеостомик найча чиқиб кетиши ва беморда кўкс оралиги эмфиземаси ривожланиши мумкин. Баъзан трахеостомия найчасини киритиш пайтида қийинчиликка дуч келиш мумкин.

Катталарда трахея жароҳатининг майдони Труссо кенгайтиргичи ёрдамида кенгайтирилади ва найчанинг учи жароҳат соҳасида гавдага нисбатан саггитал текисликда ўрнатилади. Кейин врач уни фронтал текисликда бураб трахеяга киритади. Болаларда трахеянинг ёриғи тор, халқалари юпқа бўлганлиги сабабли найчани киритишда Труссо кенгайтиргичи ишлатилмайди (чунки у тоғай халқаларининг синишига ва перихондритнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Перихондрит ўз навбатида деканюляцияни қийинлаштириб трахеяда чандикли торайишнинг юзага келишига олиб келади).

Ёш болаларда трахеостомия найчаси юмшоқ резина катетер (йўлбошчи) ёрдамида ёки қийшиқ тишсиз ингичка кискич орасидан киритилади. Катетернинг ўлчами найчанинг ташки ёриғига мос келиши лозим. Реанимация муолажаларига эҳтиёж туғилганда пастки трахеостомияда кесилган трахея халқалари ипак чок ёрдамида тери жароҳатига тикиб қўйилади; игна трахея жароҳатининг четидан 0,5 см масофада санчилади. Стома шакллангандан сўнг найчани киритиш осон кечади. Бўйин жароҳатининг юкори ва пастки бурчакларига чок қўйилади, трахеостомия найчаси остига зарарсизлантирилган дока салфетка жойланади, найчадан ўтказилган дока тасма бемор бўйнига сустроқ қилиб боғланади.

Юқорида қайд этилган асоратларни олдини олиш мақсадида трахеостомия жарроҳлик амали интубация қилингандан сўнг, умумий эндотрахеал оғриқсизлантириш остида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда бажарилиши лозим.

Трахеостомия жарроҳлик амалини бажариш учун шароит бўлмаган ва экстремал вазиятларда *коникотомия* ёки *крикоконикотомия* жарроҳлик амали қуйидагича бажарилади: узукқалқонсимон (*lig. Cricothyroideum*) бойлами ёки шу бойлам ва узуксимон тоғай ёйи биргаликда кесилади. Коник бойлам пайпаслаб топилади. Экстремал вазиятда коникотомия жарроҳлик амали ҳиқилдоқ перихондритининг ривожланишига олиб келиши, кейинчалик деканюляцияни қийинлаштириши мумкин. Шунинг учун қулай фурсат туғилганда беморда трахеостомия жарроҳлик амали бажарилиб, найчанинг жойи алмаштирилади.

ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

барча ЛОР-касаллик-ларининг 8,4% 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, синусит, бурун тўсиғи қийшиқлиги, тонзиллит, фарингит), юрак қон-томир ва ўпка касалликлари, аллергик ҳолатлар ва х.к. Сурункали ларингит билан оғриган беморда кўпинча меъда-ичак, юрак, қон-томир, эндокрин касалликлар, сурункали бронхит, сурункали нефрит ёки углевод алмашинувининг бузилиши кузатилади.

Белгилари. Бемор овози буғилганлигига, томоғи қичишига, унда нохушлик ҳис этишига, йўталга шикоят қилади. Касалликнинг етакчи белгиси - бу овозининг ўзгариши ҳисобланади.

Ҳақиқатдан сурункали яллиғланиши куйидаги шаклларга бўлинади:

- сурункали катарал ларингит;
- сурункали атрофик ларингит;
- сурункали гиперпластик ларингит.

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

(*laryngitis chronica catarrhalis*) ҳақиқатдан шиллиқ пардасининг сурункали яллиғланиши. Касаллик кўп учрайди ва енгил кечади. Сурункали катарал ларингитнинг ривожланишида овоз аппаратининг зўриқиши (хонанда, маърузачи ва ўқитувчилар-да) ва ноқулай экзоген омиллар (иқлим, меҳнат шароити) муҳим аҳамиятга эга.

Клиник белгилари. Касалликнинг етакчи белгиси - бу овознинг ўзгариши бўлиб, беморнинг овози буғилади, унинг тембри ўзгаради. Бемор томоғи қичишига, томоғида нохушлик ёки ёт жисмни ҳис этишига ва йўталга шикоят қилади. Чекувчи беморларда доимий кучсиз йўтал кузатилади.

Ларингоскопияда ҳақиқатдан шиллиқ пардаси қизарган ва шишганлиги, овоз бурмалари соҳасида қизариш ва шиш кескинроқ бўлганлиги кўринади.

Таърихи анамнез маълумотлари, клиник манзара ва билвосита ларингоскопия натижалари 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 ҳақиқатдан антибиотик ва гидрокортизон аралашмаси: 4 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси, 150 000 ТБ пенициллин, 250 000 ТБ стрептомицин, 30 мг гидрокортизон қўйилади. Бу аралашма 1-1,5 мг миқдорда ҳақиқатдан 2 маҳал қўйилади. Худди шу аралашмани ингаляцияда қўллаш мумкин. Даволаш 10 кун давомида олиб борилади.

Микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқлангандан сўнг маҳаллий даволаш учун қўлланилган антибиотик алмаштирилади. Зарур бўлганда

аралашма таркибидан гидрокортизони чиқариб, унга муколитик таъсирга эга химопсин ёки флуимутил қўшилади.

Ҳикилдоқ шиллик пардасига таркибида антибиотик, аналгетик, антисептик моддаларига эга биопарокс, ИРС-19 аэрозоллари сепилади.

Ёғли-ишқорли ва ёғли ингаляциялар ҳилпировчи эпителий фаолиятига салбий таъсир кўрсатиши сабали, бундай муолажаларни қўллаш чекланади.

Сурункали катарал ларингит билан оғриган беморга қуруқ денгиз соҳили шароитида дам олиш тавсия қилинади.

Юқорида қайд этилган даволаш тадбирларини вақти-вақти билан такрорлаб туриш 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 ҳикилдоқ шиллик пардасининг сурункали яллиғланиши.

Ҳикилдоқ шиллик пардаси гиперплазиясининг куйидаги шакллари тафовут қилинади:

- хонанда тугунчалари;
- ҳикилдоқ пахидермияси;
- ҳикилдоқ қоринчалари шиллик пардасининг гипертрофияси ёки пролапси.
- сурункали бурма ости ларингити;

Клиник белгилари. Бемор асосан овози бугилишига ва толиқишига шикоят қилади. Овознинг афония даражагача бугилиши кўпинча чўмичсимон аро пахидермияда қузатилади. Касаллик авжи-да беморни томоғи қичиши, ачиши, ютинганда ёт жисм ҳис этиши, вақти-вақти билан шилимшиқ балғамли йўтал безовта қилади.

Таъхис ларингоскопия, стробоскопия ва микроларингоскопия текширувлар натижалари асосида қўйилади. Ҳикилдоқ касалликларида микроларингоскопия айниқса қимматли маълумот беради. Бевосита ва билвосита микроларингоскопия текширувлари жарроҳлик мироскопи ёрдамида ўтказилади. Бу усул ҳикилдоқнинг хавfli ва хавфсиз ўсмаларини аниқлашга, биопсия текширувини ўтказишга ёрдам беради. Билвосита ларингоскопия ва стробоскопияда шиллик парданинг чега-раланган ёки тарқоқ гиперплазияси, чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиғи ва ҳикилдоқнинг бошқа бўлимларида қалин шилимшиқ ажралма тўплами кўринади.

Сурункали гиперпластик ларингитнинг тарқоқ шаклида ҳиқилдоқ шиллик пардаси қалинлашади, юмшайди ва қизаради; чети қалинлашган ва ўзгарган овоз бурмалари тўлиқ жипласшмайди.

Сурункали гиперпластик ларингитнинг чегараланган шаклида (*хонанда тугунчалари*) ҳиқилдоқнинг шиллик пардаси ўзгармайди, пушти рангда булади. Овоз бурмалари олд ва ўрта қисмларининг чегарасида эпителий ва эластик тўқимадан ҳосил бўлган асоси кенг, диаметри 1-2 мм тенг кичик тугунчалар кўринади. Катталарда бу тугунчалар “хонанда тугунчалари”, болаларда “қичқирувчилар тугунчалари” деб аталади. Улар овоз ёригини тўлиқ ёпилишига тўсқинлик қилади. Бунинг натижасида беморнинг овози буғилади.

Дахлиз бурмаларининг бир-ёки икки томонлама гиперплазияси овоз бурмаларини қисман ёки бутунлай ёпиб қуйиши мумкин.

Ҳиқилдоқ пахидермиясида чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиқнинг шиллик пардаси қалинлашиб, юзасида кичик тепачаларни эслатувчи чегараланган эпидермал ўсимталар ҳосил бўлади. Эпителий қаватида папилляр ва ипсимон гиперплазия жараёни билан бирга яллиғланиш, реактив пролиферация кузатилади, бириктирувчи тўқима дағаллашиб, базал ва бигизсимон қаватда хужайралар сони кўпаяди. Грануляция тўқимаси овоз бурмаларининг орқа қисмида ва чўмичсимон тоғайлар аро бўшлигида жойлашади. Ҳиқилдоқ ёригида кам миқдорда қалин ажралма, айрим жойларда пўстлоқлар ҳосил бўлиши кузатилади. Овоз бурмалари тўлиқ жипслашмайди. *Гипер-кератоз*да булардан ташқари юқори қават хужайраларининг сони кўпаяди.

Ҳиқилдоқ пахидермияси, лейкоплакияси ва кератози одатда чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсиғи ва чўмичсимон тоғайлар аро бўшлиқда жойлашади.

Ҳиқилдоқ қоринчалари шиллик пардасининг гипертрофияси (*пролапси*) овоз зўриқишида ва ҳиқилдоқ қоринчалари шиллик пардасининг яллиғланишида ривожланади. Нафас чиқарилганда, фонация пайтида ва йўталганда қалинлашган ҳиқилдоқ қоринчаларининг шиллик пардаси бўрғиб, овоз бурмаларини қисман ёпиб, овоз ёригини тўлиқ ёпилишига тўсқинлик қилади. Бевосита ларингоскопияда овоз бурмаларини ёпган лўлачалар кўринади.

Сурункали бурма ости ларингитининг ларингоскопия манзараси сохта круп манзарасини эслатади. Бунда бурма ости бўшлиғи шиллик пардасининг гипертрофияси овоз ёригини торайтиради. Ташхис анамнез маълумотлари ва микроларингоскопия натижалари асосида қўйилади.

Баъзан овоз бурмаларининг шишли гипертрофияси (*Рейке-Гайека ларингити*) учрайди. Бунда овоз бурмаларининг олд қисмида полипсимон шиш пайдо бўлиб, нафас олинганда елкандай тебранади.

Киёсий таъхисот. Гиперпластик ларингитнинг чегараланган шакллари специфик юқумли гранулема (склерома, сил, захм) ва ҳиқилдоқ ўсмаларидан фарқланади. Ташхис тегишли серологик реакциялар ва биопсия натижалари

асосида қўйилади. Кўпинча специфик тугунчалар-асимметрик, гиперплазия жараёнлари - симметрик жойлашиши кузатилган.

Даволаш. Сурункали ларингитни, айниқса сурункали гипертрофик ларингитни даволаш қийин, даволаш тадбирлари яхши самара бермайди. Сурункали ларингит дискератоз билан бирга кечган ҳолларда жараён хавфли ўсмага айланиши мумкин.

Биринчи навбатда зарарли омилларнинг таъсирини бартараф этиш ва овоз гигиенасига риоя қилиш талаб этилади. Авж олган даврда беморга ўткир катарал ларингитда кулланадиган даволаш тадбирлари буюрилади. Сурункали гипертрофик ларингитни даволашда жараённинг кескинлиги, кечими ва микроларингоскопия манзараси эътиборга олинади. Зарарланган майдонга 2 ҳафта давомида кун оша 5-10% кумуш нитратининг эритмаси суртилади. Ҳақиқатдоқ ичига яллиғланишга қарши препаратлар -10% иманин, натрий хлорид изотоник эритмасида эритилган химотрипсин, гидрокортизон, каланхоэ шарбати ёки 3% колларгол ва таниннинг сувли-глицеринли эритмалари юборилади. Шиллиқ парданинг чегараланган гиперплазияси эндоларингеал усулда олиб ташланади, биопсияда олинган тўқима бўлаги гистологик теширувга юборилади. Операция 10% лидокаин, 2% кокаин, 2% дикаин эритмалари ёрдамида маҳаллий огриксизлантириш остида бажарилади. Ҳозирги кунда гиперплазияга учраган эпителий, пахидермия, лейкоплакия ва полиплар микроскоп остида олиб ташланади.

Сурункали гипертрофик ларингитда ривожланган ҳақиқатдоқ дискератози рак олди касалликлар гуруҳига киритилган. Шунинг учун бундай бемор диспансер назорати остига олиниб, онкологик текширувлар ўтказилади, унга физиотерапия муолажалари буюрилмайди.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК ЛАРИНГИТда

(laryngitis chronica atrophica) ҳақиқатдоқ шиллиқ пардасининг дистрофияси кузатилади. Ҳақиқатдоқ безлари фаолиятининг сусайиши натижасида ҳақиқатдоқнинг шиллиқ пардаси қуриydi ва юпкалашади, шиллиқ парда ва шиллиқ ости тўқимада кичик хужайрали инфильтрация жараёни юзага келади. Жараён ривожланган сари бириктирувчи тўқима жипслашиб безлар йўқолади, қон - томирлар облитерацияга учрайди. Зарарланмаган безлар қалин ажралма ишлаб чиқаради. Бу ажралма эса тез қуриб, пўстлоқларга айланади.

Сурункали атрофик ларингит алоҳида касаллик сифатида кам учрайди. Унинг ривожланишига кўпинча атрофик ринофарингит сабаб бўлади. Атроф муҳит ва меҳнат шароити, меъда-ичак касалликлари, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши ҳақиқатдоқ шиллиқ пардаси атрофиясининг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Сурункали атрофик ларингитда клиник белгилар патологик жараённинг тарқалиш даражасига боғлиқ. Бемор томоғи қуришига,

ачишига, томоғида ёт жисм хис этишига, йўталга, балғамнинг кийинчилиги билан кўчишига шикоят қилади. Унинг овози кун давомида ўзгаради; овозининг бугилиши кўпроқ эрталаблар кузатилиб, балғам чиқарилгандан сўн яна тикланади. Ҳақиқатдан ёриғида тўпланган пўстлоқлар нафас бузилишларига олиб келади.

Ларингоскопияда ҳақиқатданнинг шиллиқ пардаси юпкалашган ва қуриган, айрим майдонларда ёпишқоқ қалин балғам ва пўстлоқлар билан қопланганлиги кўринади. Фонация пайтида овоз ёриғи овал тирқиш қолдирган ҳолда тўлик ёпилмайди. Унинг ёриғида пўстлоқлар тўпланиши мумкин.

Даволаш. Биринчи навбатда касаликнинг ривожланишига сабаб бўлган омиллар бартараф этилади. Беморга чекиш, ўткир таомларни истеъмол қилиш ман этилади, овоз гигиенасига риоя қилиш тавсия қилинади. Атрофик ларингитда беморга балғамни суюлтирувчи ва балғам кўчирувчи препаратлар, калий-ишқорли, водород сульфидли ва ёғли ингалициялар тавсия қилинади, Натрий хлориднинг 200 мл изотоник эритмасига 5 томчи 5% йоднинг спиртли эритмасини кўшиб ҳалқумни чайиш ва шу эритма билан ингалиция қилиш тавсия қилинади. Муолажа кунига 2 мартта бажарилади ва 5-6 ҳафта давомида олиб борилади. Ҳар бир муолажада 30-50 мл эритма ишлатилади. Вақти-вақти билан беморга 1 - 2% ментол ёғи билан ингалиция қилиш тавсия қилинади. Бу эритмани 10 кун давомида ҳар куни ҳақиқатдан ичига қуйиш ҳам яхши самара беради. Ҳақиқатдан шиллиқ пардаси безларининг фаолиятини фаоллаштириш мақсадида беморга 2 ҳафта давомида 30% калий йодид эритмасини 8 томчидан 3 маҳал ичиш буюрилади (дорини буюришдан қилишдан олдин бемордан йод препаратини қабул қила олиш қобилияти аниқланади).

Бурунҳалқум ва ҳақиқатданнинг атрофик жараёнлари бирга кечганда ҳалқум орқа девори ён бўлимларининг шиллиқ пардаси остига новокаин ва алоэ аралашмасини (1 мл 1% новокаин эритмаси ва 1 мл алоэ) юбориш яхши натижа беради. Аралашма ҳалқум шиллиқ пардаси остига ҳар томонига 2 мл дан юборилади. Инъекциялар ҳар 5-7 кунда такрорланади, жами 7-8 муолажа ўтказилади. Ҳақиқатдан ёриғида пўстлоқлар ва ёпишқоқ қалин ажралма тўпланганда химотрипсин аэрозолтерапияси тавсия қилинади

ЛАРИНГОСПАЗМ - ҳақиқатдан асаб-мускул аппаратининг рефлексор қўзғалувчанлигининг ошиши ва овоз тирқишининг талвасали торайиши одатда 3 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда учрайди ва рахит, спазмофилия, бош мия истискоси (водянка) касалликларининг белгиси ва сунъий овқатлантиришнинг салбий оқибати сифатида намоён бўлади. Ларингоспазмга гипокальциемия, витамин D етишмовчилиги сабаб бўлади; боланинг қонида кальций миқдори 1,4-1,7 ммоль/л гача камаяди (метёрда у 2,4-2,8 ммоль / л ташкил этади). Кальций миқдори камайганлиги сабабли организмда асаб-мускул қўзғалувчанлиги ошади, кўндаланг таргил мускуллар талвасали қисқаришга мойил бўлиб қолади, алкалоз жараёни ривожланади.

Клиник белгилари. Касаллик одатда тўсатдан, кучли йўтал ёки кўрқувдан сўнг пайдо бўлади. Беморда дастлаб кузатилган шовқинли ва давомли нафас олиш ҳаракати узилиб турувчи юзаки нафас ҳаракатлари билан алмашади. Баъзан овоз тирқишининг ёпилиши ва хўроз кичкиригини эслатувчи нафас кузатилади. Ларингоспазм хуружи пайтида беморнинг боши орқага ташланган, кўзлари кенг очилган, бўйин мускуллари таранглашган, тери қопламлари кўкимтир бўлади. Баъзан қўл-оёқлар ва юз мускулларининг талвасали қисқариши кузатилади. Овоз тирқишининг бутунлай ёпилиши нафас ҳаракатларини тўхташига, эс-хушни йўқотилишига, баъзан юрак фаолиятининг тўхташига ва ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин. Ларингоспазм хуружи одатда 10-30 сония давом этади, кейин эса беморда давомли ва шовқинли нафас олиш ҳаракати нолишли нафас чиқариш ҳаракати билан алмашади. Шундан сўнг нафас ҳаракатлари қайта тикланади. Хуружлар орасидаги даврда беморда мускуллар кўзгалувчанлигининг ошиши қайд этилади ва бу куйидаги белгилар билан намоён бўлади:

- *Хвостек* белгиси - боланинг лунжига оҳиста урганда унинг юз мускуллари қисқаради;

- *Труссо* белгиси - қўлнинг қон-томир ва асаб толалар тўпланининг соҳаси қисилганда панжа

мускуллари қисқариб, беморнинг кафти “акушер ҳолати”ни эгаллайди.

Бундай беморларда аденотомия, ҳалқум орти абсцессини очиш жарроҳлик амаллари оғир асоратлар билан кечади.

Катта кишиларда ларингоспазм ҳиқилдоқда балғам тўпланиши ёки ёт жисм ҳиқилдоқ ёриғида тикилиб қолиши, куйдирувчи моддалар билан ишлаш, зарарли газ билан ифлосланган ҳаводан нафас олиш натижасида кузатилиши мумкин. Уларда ларингоспазм хуружи кучли йўтал, юз қизариши ва кўкариши, овоз ўзгариши билан кечади ва қисқа вақт давом этади. Марказий ларингоспазм жазава, эпилепсия, орқа мия сухоткаси, қоқшол ва бошқа касалликларда учрайди. Ларингоспазм жараёнида ҳиқилдоқнинг барча мускуллари иштирок этади.

Таъхис овоз тирқиши спазмининг белгилари ва хуружлар орасида ҳиқилдоқда ҳеч қандай патологик ўзгаришлар йўқлиги асосида қўйилади. Хуруж пайтида бажарилган бевосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи буралиб, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари ўрта чизикда бир-бирига тегиб турганлиги ва чўмичсимон тоғайлар бир-бирига яқин жойлашганлиги кўринади.

Шошилинч ёрдам. Хуружни тўхтатиш учун терига (юзга совуқ сув сепиш, игна санчиш, чимдилаш) ва шиллик пардага (бурун ичини зондга ўралган пахта билан қитиқлаш, навшодил спиртни ҳидлатиш, тил илдизини шпател билан босиб, ҳалқум рефлексини кўзгатиш) кучли таъсир кўрсатилади. Болага хлоралгидрат эритмаси билан хукна қилинади (гўдакларга 0,1-0,2 г, бир ёшдан

ошган болаларга 0,3-0,5 г), ёшига караб нош па, седуксин, реланиум юборилади. Давомли ларингоспазм ҳолатида томир ичига 0,5% новокаин юборилади, оғир ҳолларда - трахеотомия ёки коникотомия жарроҳлик амаллари бажарилади.

Хуружлар орасида болага бромидлар, кальций препаратлари, D₂ витамини, пархез таомлар (сут маҳсулотлари ва сабзавотлар) буюрилади, тоза ҳавода сайр қилиш тавсия қилинади. Бола улғайган сари (одатда 5 ёшда) ларингоспазм хуружлари ўз-ўзида йўқолади.

ХИҚИЛДОҚНИНГ ТУҒМА ТОРЛИГИ (СТРИДОР)

(туғма хурракли хикилдоқ) баъзи болаларда чақалоқлик даврида кузатилади. Боланинг нафаси шовқинли бўлиб, мушук хурилашини эслатади. Шовқин бола безовталанганда, йўталганда, йиғлаганда кучаяди, ухлаганда - камаяди. Боланинг овози тоза, эмиши яхши, умумий аҳволи ўзгармайди. Бола 2-3-5 ёшга кирганда бу касаллик ўз-ўзидан йўқолади. Беморда кузатиладиган инспиратор шовқин юмшоқ хикилдоқ усти қопқоғини ва чўмичхикилдоқ усти бурмалари нафас олинганда хикилдоқ ёриғига кириб қолиши натижасида ҳосил бўлади; нафас чиқарилганда улар яна ўз жойига қайтади. Ўткир респиратор касалликлар билан касалланганда хиррилаш кучаяди.

Бола улғайгандан сўнг ҳам инспиратор шовқин камаймаса, унда хикилдоқнинг органик касаллигини инкор этиш мақсадида (киста, овоз ёриғи мембранаси) бевосита ларингоскопия текшируви ўтказилади.

ХИҚИЛДОҚ МУСКУЛЛАРИ ҲАРАКАТИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

-2 шаклда намоён бўлади; мускуллар фаолиятининг ошиши ва сусайиши, ёки бутунлай йўқотилиши (парез ва фалажлар).

Хикилдоқ мускулларининг марказий фалажлари сирингомиелия, кўпсонли склероз, ўткир полиомиелит, орка мия сухотқаси, истерия ва бош мия қобиғи, воролий кўприги, узунчок ва бош мия поясининг бошқа бўлимларида жойлашган захм гуммаси ярасида, ўсмаларда ва бош мияга қон қуюлишида кузатилади. Бундай фалажлар баъзан IX, X, XI, XII бош мия асаб толаларининг зарарланиш белгилари билан бирга кечади.

Хикилдоқ мускулларининг периферик фалажлари қайталанувчи асаб толасининг зарарланиши натижасида ривожланади. Қайталанувчи асаб толаси ҳар икки томонда қизилўнғач, трахея, чап бронх, юрак, аорта, ўнг умров ости артерияси, артериал йўл, қалқонсимон ва айрисимон безлар кўкс оралиги ва бўйин лимфа тугунлари билан ёнма-ён жойлашганлиги сабабли унинг парез ва фалажлари қуйидаги омиллар таъсирида ривожланиши мумкин:

- қайталанувчи асаб толасининг инфекцион-токсик зарарланиши натижасида;

- бўйин, кўкрак қафаси аъзолари ва қизилўнғач ўсмалари ҳамда жароҳатлари натижасида;

- юрак ва йирик қон томирлар касалликлари оқибатида ва бошқалар.

Қайталанувчи асаб толасининг *инфекцион-токсик зарарланиши* кўпинча грипп ва ўткир респиратор касалликларда, ўпка силида, баъзан - дифтерияда, терламаларда, вирусли гепатитда, бош ва юз соҳаси сарамасида ва захмда кузатилади. 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 операциядан сўнгги даврда шиш, гематома, периаденит, сурункали медиастинитда - чандиклар билан босилиши натижасида) жароҳатланиши мумкин.

Қайталанувчи асаб толаси *қушни жойлашган аъзолар ўсмаларида* - ўпка, қизилўнғач (юкори ва ўрта қисми), кўкс оралиғи ўсмалари (саркома, тимома ва қалқонсимон без кистаси, тўш орқаси бўқоқи, қалқонсимон безнинг кўкрак қафаси ичи ўсмалари - таратома, липома, бронх-ва энтероген кисталар, невроген ўсмалар, лимфагранулематоз, хавфли ўсмалардаги лимфа тугунлари метастазлари), қалқонсимон без ўсмалари, турли жойлашувдаги хавфли ўсмалардаги (кўпинча, хи-қилдоқ ва ҳалқум саратони) бўйин лимфа тугунлари метастазларида ўсма билан босилиши, ўз жойидан силжиши, ўсма ёки бирга кечган яллиғланиш ёки захарланиш туфайли зарарланади. Бемор овозининг ўзгариши кайд этилган касалликларнинг дастлабки белгиларидан бири сифатида намоён бўлади.

Бўқоқнинг тугунчали шаклида, тўш орқасига тарқалган ёки хавфли ўсмага айланган бўқоқда ҳам қайталанувчи асаб толаси зарарланиши мумкин. Ҳиқилдоқ фалажига баъзан струмэктомия сабаб бўлади (қайталанувчи асаб толасини операция пайтида жароҳатланиши ёки уни операциядан сўнгги даврда шиш, гематома, чандиклар билан босилиши натижасида).

Ҳиқилдоқ асаб толасининг юкори шохчаси жароҳатланганда беморда йўтал ва туюлиб қолиш белгилари билан кечган қисқа муддатли дисфония кузатилади.

Х жуфт бош мия нерви (IX ва XI нервлар билан бирга) бўйинтурук тешиги соҳасида гломус ўсмаси билан босилганда ҳам беморда қайталанувчи нерв фалажининг белгилари кузатилади.

Бундан ташқари қайталанувчи нерв фалаж ёки парезлари *юрак ва йирик қон томир каса-ликларида* ҳам кузатилади. Уларнинг ривожланишига аортани кенгайиши (захм, мезаортит), митрал клапани стенози туфайли юз берган юрак, айниқса чап бўлмачанинг кенгайиши сабаб бўлади (Ортнер синдроми). Бунда катталашган чап юрак бўлмачасининг қулоқчаси қайталанувчи нервни аорта ёйига босиб туради. Юрак декомпенсациясида қайталанувчи нерв ўпка артерияси билан босилади. Ҳиқилдоқ фалажи ва парези ўткир ревмокардит,

кифосколиоз, перикардит, миокард инфарктида ривожланган юрак кенгайишида ҳам кузатилиши мумкин.

Битмай қолган артерия йўлини бартараф этиш операциясида щам қайталанувчи асаб толаси жароҳатланиши мумкин (операция пайтида ёки операциядан сўнгги даврда нервни лигатура соҳасидаги шиш билан босилиши натижасида).

Қайталанувчи нервнинг “идеопатик” фалажлари, яъни сабабсиз ривожланган парез ва фа-лажлари кўпинча юқорида қайд этилган ва инфекциян-токсик характерга эга патологиялар ёки аниқланмаган ўсмалар туфайли ривожланади.

Шунинг учун қайталанувчи нерв парези ва фалажларида чуқур клиник ва лаборатория текширувларини ва ҳар 2-3 ойда беморни мутахассис кўригидан ўтказиш талаб этилади.

Таъхис. Қайталанувчи нерв фалажи ташхиси анамнез маълумотлари, клиник белгилар (овознинг буғилиши, дисфония, енгил ҳансираш) ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади.

Бир томонлама тўлиқ фалажда овоз бурмаси одатда ўртада жойлашади, яъни интермедал ҳолатни эгаллайди (чуқур нафас ва фонация ҳолатлар оралиғи). Бу ҳолат кўпинча «ўлик ҳолат» деб аталади, аммо бу нотўғри, чунки ўлимдан сўнг овоз бурмалари кўпинча турли (ички ёки медал) ҳолатларда жойлашади. Баъзан қайталанувчи нерв фалажида овоз бурмаси ички ва, ҳатто, ташқи ҳолатни эгаллаши мумкин.

Қайталанувчи асаб толасининг жароҳатдан сўнгги ва инфекциян-токсик зарарланишида аксарият ҳолларда фалаж – киска вақт ичида, ўсма ёки бошқа жараён билан босилганда эса аста-секин ривожланади.

Давомли (6 ойдан ортиқ давом этган) ҳиқилдоқ фалажида овоз бурмаси атрофияга учрайди, юқалашади ва осилиб туради, эркин чети 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 чизикдан ўтиб фалажланган бурмага жипслашади ва овоз тиркиши тўлиқ ёнади. Бунда соғлом томондаги чўмичсимон тоғай зарарланган чўмичсимон тоғай орқасида жойлашади (тоғайларнинг ўзаро кесишганлиги), ҳиқил-доқ усти қопқоғи - бироз соғлом томонга силжийди. Соғлом овоз бурмаси фаолиятининг кучайиши ҳисобидан беморнинг овоз фаолияти бироз яхшиланади. Баъзан фонация пайтида юқори ҳиқилдоқ асаб толаси билан таъминланган олд қалқонузуксимон мускул фаолиятининг компен-сатор кучайиши натижасида фалажланган овоз бурмаси ўрта чизик томон бироз силжийди. Юқори ҳиқилдоқ асаб толаси зарарланганда бу ҳол кузатилмайди, беморда олд қалқонузуксимон мускул фалажи белгилари билан бирга ҳиқилдоқ шиллик пардасининг сезгирлиги ва рефлекслари йўқо-тилади (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 ҳолатни эгаллайди, яъни интермедиал (ички ўртада бир хил) жойлашади, беморнинг овози, жисмоний зўриқишда - нафаси бузилади.

Орқа узукчўмичсимон мускуларнинг иккитомонлама фалажиди (қайталанувчи асаб толаси фалажи айнан шу касаллик билан бошланиши мумкин) беморда асосан нафас фаолияти бузилади, овоз фаолияти - деярли ўзгармайди. Овоз бурмалари парамедиал, яъни ўрта ҳолатга яқин ҳолда жойлашади ва улар орасида тирқиш ҳосил бўлади. Тўлиқ фалажларда нафас олинганда овоз бурмалари бир - бирига яқинлашади, нафасни чиқарилганда ва фонация пайтида бурма ости ҳаво босимининг пасайиши ҳисобидан - бири-биридан бироз узоклашади. Тез ривожланган бундай фалажларда беморда асфиксия ҳолати юз бериб, унинг ҳаётини фақат шошилишч трахеостомия жаррохлик амали сақлаб қолиши мумкин. Аммо аксирият ҳолларда бундай фалажлар аста-секин ривожланади ва бемор кисород етишмовчилигига кўникиш ҳосил қилади, хансираш эса енгил жисмоний зўриқишда кузатилади ҳолос. Бундай беморда хикилдоқнинг яллиғланиши жуда оғир кечади.

Узукчўмичсимон мускулларининг иккитомонлама фалажи орқа мия сухоткаси, бўқоқ бези хавфли ўсма саратони ва сутрмэктомиядан кейин кузатилиши мумкин.

Шунга ўхшаш ларингоскопик манзара, яъни овоз бурмаларининг парамедиал жойлашуви, қизилўнғачга кириш қисмининг саратони орқа чўмичсимон мускулларга тарқалган холларда кузатилиши мумкин.

Қайталанувчи нервнинг бир - ёки иккитомонлама фалажи узукчўмичсимон бўғимининг бир - ёки иккитомонлама анкилозидан фарқланади. Қиёсий ташхисот қуйидаги усуллар ёрдамида ўтказилади:

1) тугмали зонд ёки махсус асбоб ёрдамида овоз бурмалари ёки узукчўмичсимон бўғимнинг пасив ҳаракатини текшириш;

2) стробоскопия текшируви усули;

3) электрташхис бевосита микроларингоскопия, фиброларингоскопия, ларингостробоскопия, компьютер томография ва бошқалар.

Тугмали зонд ёрдамида утказилган текширувида бўғим анкилозида пасив ҳаракат йўқотилган, фалажда - сақланиб қолганлиги аниқланади. Стробоскопияда анкилозда овоз бурмаларининг фонация титрашини аниқланса, фалажда бу белги кузатилмайди. Электрташхисда периферик фалажда мускул фаолиятининг қайта тикланиш реакцияси кузатилади.

Даволаш. Қайталанувчи нерв фалажиди даволаш тадбирлари биринчи навбатда фалажнинг ривожланишига сабаб бўлган омилларни бартараф этишга қаратилади ва мутахассис (жаррох, терапевт, невропатолог, онколог ва х.к.) томонидан олиб борилади.

Кучли ҳикилдоқ торайиши билан кечган *m.vocalis* нинг икки томонлама фалажида трахеостомия жаррохлик амали бажарилади. Инфекцион-токсик фалажда яллиғланишга қарши терапия, дезинтоксикация тадбирлари, умумий фаоллаштирувчи муолажалар (0,1% стрихнин, алоэ экстракти ва х.к.), физиотерапия муолажалари (5% калий йодид эритмаси билан электрофорез, диадинамик тоқлар, ҳикилдоқ асаб-мускул аппаратини пастчастотали синусоид модул тоқ билан фаоллаштириш) ўтказилади. Овоз бурмаси фалажида бевосита ва билвосита ларингоскопияда парамедиал жойлашган овоз бурмасига тефлон пастасини (тефлон ва глицерин аралашмаси) юбориш усули 90% беморларда яхши натижа беради.

Яқуни. Инфекцион-токсик ҳикилдоқ фалажлари одатда беморни соғайиши билан тугайди. Бўйин ва кўкрак қафаси аъзоларининг хавfli ўсмалари эса нохуш оқибатларга олиб келиши мумкин. Жароҳатдан сўнги фалажларнинг кечими жароҳат ҳажмининг даражасига боғлиқ бўлади. Струмэктомияда жароҳатланган қайталанувчи нерв камдан-кам ҳолларда тикланиши мумкин.

Юрак ва йирик қон томирлар касалликларида ривожланган ҳикилдоқ фалажи асосий касаллик даволангандан сўнг яхшиланиши мумкин.

ҲИКИЛДОҚНИНГ МИОПАТИК ФАЛАЖЛАРИГА

турли юқумли касалликлар (грипп, ўткир ва сурункали ларингит) ва овознинг зўриқиши (ўқитувчи, актёр, хонандаларда ва х.к.) туфайли ҳикилдоқ мускулларида юз берган ўзгаришлар сабаб бўлади. Бундай парезлар одатда икки томонлама бўлади. У ёки бу мускуллар парезида ўзига хос ларингоскопия маназариси кузатилади.

Аксарият ҳолларда овоз мускулларининг (*mm. vocalis, seu thyroarytenoideus internus*) зарар-ланиши учрайди. Бунда овоз бурмасининг эркин чети ичкарига бироз қайрилган бўлиб, икки томонлама фалажда овоз тирқиши овал шаклда кўринади. Баъзан бундай қайрилиш суст бўлиб, фонация пайтида овоз бурмалари тўлиқ жипслашмайди.

Кўндаланг чўмичсимон мускул парезида овоз бурмаларининг кўп қисми фонация пайтида жипслашади, ammo уларнинг орқа қисмида (*pars intercartilaginea*) учбурчак шаклда тирқиш қолади.

Юқорида қайд этилган мускуллар парези биргалликда кечган ҳолларда орқа ва ўрта қисм-ларининг чегараси тортилган бўлиб, овоз тирқиши қум соат шаклига, камдан-кам учрайдиган латерал узукчўмичсимон мускул парезида - нотўғри ромб шаклига эга бўлади.

Ҳикилдоқ бошқа мускулларининг парезлари деярли учрамайди. Юқорида қайд этилган барча парезларда беморнинг овози бузилиб, нафас фаолияти ўзгармайди. Парез даражасига қараб беморнинг овози пасайиши ёки толиқиши, баъзан буғилиши ва афониягача ўзгариши мумкин.

Даволаш тадбирларидан овоз гигиенасига риоя қилиш, яллиғланишга қарши терапия, электрстимуляция (электрофорез, диадинамик тоқлар), умумий фаоллаштириш терапияси (0,1 % стрихнин эритмаси ёки алоэ экстракти) ўтказилади. Баъзан беморни врач-фониатр даволайди.

ОВОЗНИНГ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ (ДИСФОНИЯ ВА АФОНИЯ)

рухий-асаб бузилишлари натижасида пайдо бўлади. Ташхис анамнез маълумотлари, беморнинг (кўпинча аёлларнинг) хатти-харакатини кузатиш ва ларингоскопия манзараси асосида қўйилади.

Ларингоскопияда яллиғланиш жараёнисиз кечган миопатик фалаж манзараси куринади. Функ-ционал афония билан бирга бемор овоз чиқариб йўталади, кулади, йиғлайди.

Даволаш фониатр, невропатолог, психиатр томонидан олиб борилади.

ҲИКИЛДОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ.

Ҳиқилдоқ соҳаси жароҳатланган беморда ютиниш ва нафас фаолияти бузилади, овоз ўзгариши, йўтал ва тери ости эмфиземаси кузатилади. Ларингоспазм ёки жароҳатланган тоғай парчалари, йиртилган юмшоқ тўқима бўлаги ёки шиллиқ ости гематомаси нафас йўлларини ёпиб қўйганлиги туфайли беморда буғилиш ҳолати юзага келади. Ҳиқилдоқнинг дахлиз қисми жароҳатланганда, ҳалқумнинг ютиниш функцияси бузилганлиги сабабли суюқлик ва оват лукмаси нафас йўлларига кириб, йўталганда жароҳат майдонидан ҳаво билан чиқаради. Ҳиқилдоқ трахея билан бирга жароҳатланганда бўйин юмшоқ тўқималарининг ҳам зарарланиши, қонталашлар ва гематома ҳосил бўлиши, жароҳат майдонидан ҳаво, қон ва шилимшиқ модда кириб-чиқиб туриши кузатилади.

Ҳиқилдоқнинг *ётиқ ташқи* жароҳатларида ҳиқилдоқ қисмларининг лат ейиш, синиш, тери ости тўқимасининг йиртилиши натижасида ҳиқилдоқ торайиши ҳолати юзага келади. Бундай жароҳатлар кўпинча кўча транспорт ходисаларида, спорт ўйинларида содир бўлади. Ҳиқилдоқнинг енгил жароҳатларида ҳиқилдоқ соҳасида оғриқ, шиш, шиллиқ ости қаватга қон қуйилиши, баъзан терининг шилиниши кузатилади.

Тил ости суяги синган беморда қуйидаги белгилар пайдо бўлади: оғзини очиб, тилини чиқарганда кескин оғриқни пайдо бўлиб, унинг нутқи ва ютишини қийинлашади; жароҳат майдони пайпаслаганда крепитация аниқланади.

Ҳиқилдоқ тоғайлари синиб юмшоқ тўқималар йиртилганда беморда эмфизема, дисфагия, нафас бузилишлари ва овознинг ўзгариши кузатилади. Оғир жароҳатларда ҳиқилдоқ тилости суягидан ёки трахеядан ажралиши ва беморда

бугилиш ҳолати ёки, бўйин, юз, кўкрак эмфиземаси ривожланиши туфайли ўлим ҳолати юз бериши мумкин.

Ҳикилдоқнинг *ички* жароҳати кўпинча механик таъсирлар натижасида юзага келади (урилиш, термик ва кимёвий куйишлар). Ҳикилдоқда ва бурма ости бўшлиғида тикилиб қолган ёт жисм шиллиқ пардани жароҳатлаши мумкин, бунда ларингоскопияда бурма ости бўшлиғининг шиллиқ пардаси кизарганлиги, йиртилганлиги ва қонгалашлар ҳосил бўлганлиги кўринади. Шунга ўхшаш жароҳатлар ёт жисмни чиқариб олиш пайтида ёки эндоскопия пайтида ҳам содир бўлиши мумкин. Ҳозирги кунда интубацияли оғриксизлантириш туфайли ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг шиши, овоз бурмаларининг фалажи, интубациядан сўнгги гранулемаларни ҳосил бўлиши кам учрайди.

Ҳикилдоқ ёки трахеяга тиббий зулук кириб қолганда беморда хуружли йўтал, қон қусиш, қон тупуриш, овозининг бугилиши, нафас олиш ва нафас чиқариш ҳаракатларининг қийинлашиши ва хатто бугилиш ҳолати юзага келиши мумкин.

Таъхис. Ҳикилдоқ жароҳатларини аниқлашда беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, жароҳат содир бўлган вақти ва унинг қандай содир бўлганлиги муҳим аҳамиятга эга бўлади. Объектив текширувда ҳикилдоқ соҳасидаги жароҳат майдони кўздан кечирилади, ёт жисм бор-йўқлиги аниқланади. Текширувда бўйин юмшоқ тўқималари зарарланганлиги аниқланади. Ларингоскопияда шиллиқ ости гематомасини, овоз бойламлари йиртилганлигини, ҳикилдоқ шилиқ пардасининг жароҳати туфайли ҳикилдоқнинг торайиш белгиларини, қисмларининг силжишини, тоғайлар жароҳатланганлигини кўриш мумкини. Беморнинг қон гуруҳи, резус-омили аниқланади, зарур бўлганда эндоскопия, рентгенография, компьютер томография текширувлари ўтказилади

Даволаш. Ҳикилдоқ соҳаси жароҳатланган бемор шифохона даволанади. Шошилиш равишида ҳикилдоқнинг ҳаёт учун зарур бўлган нафас фаолиятини тиклаш ва қон оқишни тўхтатиш, жароҳат майдонига бирламчи ишлов бериш, тўқималарни жой-жойига қўйиб, чок қўйиш тадбирлари бажарилади. Кучли қон оқишларда жароҳат майдонидан пастда ташки уйқу артериясига босувчи бойлам бойланади. Беморнинг нафас олиши кескин бузилган ҳолларда шошилиш равишида интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари (трахеотомия, коникотомия) ўтказилади.

Ҳикилдоқнинг *енгил ички* жароҳатида жароҳат майдони тозалангандан сўнг беморга антибиотиклар, шишга қарши ва десенсибилизация дори препаратлари ва маҳаллий муолажалар буюрилади.

ҚИЗИЛҰНГАЧ ЖАРОҲАТЛАРИ.

Қизилўнгачнинг механик жароҳати кам учрайди, у ташқи ва ички жароҳатларга бўлинади. Қизилўнгачнинг *ташқи* жароҳатлари унинг бўйин қисми ёки трахея, бўйин қон- томирлари ва асаб толалари тўпламининг аралаш жароҳатида, бўйин, кўкрак қафасида бажарилган операциялар пайтида кузатилади

Қизилўнгачнинг ички жароҳатлари кимёвий ва термик қуйишларда, эндоскопия текширувлар пайтида, ёт жисм тикилиб қолганда ёки уни чиқариб олиш пайтида содир бўлади.

Белгилари. Қизилўнгач жароҳатида ютинганда кескин оғриқ пайдо бўлади; бемор ҳатто суюқ овқатни ҳам ютолмайди, баъзан унда қон аралаш қусиш кузатилади. Ёт жисм қизилўнгачда тикилиб, унинг деворини тешганда тўш суяги орқасида, эпигастрий соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлади ва у орқага кўкрак қафасига тарқалади.

Бўйин ва ўмов усти кўкрак қафаси соҳасида пайдо бўлган тери ости эмфиземасида беморнинг нафас олиши ва нафас чиқариши қийинлашади, томир уриши тезлашади, лаб-бурун учбурчаги кўкаради.

Таъхис қийинчилик туғдирмайди. Зарур бўлганда эзофагоскопия, рентгенография, фиброскопия ва бошқа текширувлари ўтказилади.

Даволаш. Қизилўнгач соҳаси жароҳатланган бемор шошилиш равишида шифохонага юборилади. Унга оғриқсизлантириш, қон оқишини тўхтатиш, жарроҳлик даволаш усуллари, антибиотико-терапия, дезинтоксикация, десенсибилизация, дегидротация ва симптоматик терапия тадбирлари ўтказилади. Беморга сулфаниламид препаратлари, витаминлар буюрилади, томир ичига қон зардоби ва қон қуйилади.

ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯДАН ҚОН ОҚИШИ

-ўткир геморрагик ларингитда, кўк йўталда, овозни зўриқишида, ҳиқилдоқ гемангиомасида, қон касалликларида, ҳиқилдоқ жароҳатида ва ҳиқилдоқда бажарилган жарроҳлик амалидан сўнг ҳиқилдоқдан қон оқиши кузатилиши мумкин.

Қон оқишининг тезлиги, унинг сабабига боғлиқ бўлади. Ўткир ларингит ва кўк йўталда ҳиқилдоқнинг шилиқ пардаси зарарланиб, овоз бурмаларида ҳиқилдоқдан қон оқишига сабаб бўлган гематома ҳосил бўлади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқнинг шилиқ пардаси кизарган, қон томирлари кенгайган, конталашлар, комиссура ва бурмасти бўшлиғида лимфаденоид тўқиманинг гипертрофияси кўринади. Ҳиқилдоқнинг кичик гемангиомасида қон оқиши тўсатдан бошланиб, ўз-ўзидан тўхтади.

Қон оқишига сабаб бўлган ҳиқилдоқнинг ички жароҳати интубация, юкори бронхоскопия пайтида содир бўлиши мумкин. Баъзан ҳиқилдоқдан қон оқиши пастки трахеостомиядан сўнг кузатилади. У трахеостомия найчасининг диаметри трахея ёригининг даметрига мос келмаганда ва найча трахея деворни ва бўйин қон томирлар тўпламини жароҳатлаганда юз беради.

Эрозив қон оқишлар беморда ҳиқилдоқ перихондрити ривожланиб, трахеостомия найчаси бўйин қон-томир тўпламига яқинлашганда ва аста-секин қон – томир деворининг эрозияси ва аневризмаси ривожланганда кузатилади. Бемор зўриққанда зарарланган қон томири ёрилиб, бемор қон кетишидан хаётдан куз юмиши мумкин. Шунинг учун трахеостомия найчаси қон томир уриши мос ҳаракат қилганда, уни албатта чиқариб олиш ёки жойини алмаштириш лозим..

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

Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқиши ҳалқум, ўпка қизилўнғач қонашларидан фарқланади. Ўпкадан оқаётган қоннинг ранги оч-қизил, кўпикли бўлиб, узок вақт давомида ивимади. Қизилўнғач ва меъдадан оқаётган қоннинг ранги тўқ қизил, ҳидли бўлади. Ҳалқум қонашида беморда шилимшиқ ва қон аралаш тупуриш кузатилади. Аниқ ташхис гипофарингоскопия ва билвосита ларингоскопия ёрдамида қўйилади.

Даволаш. Бемор касалхона шароитида даволанади. Даволашда қон оқшининг тезлиги ва сабаби эътиборга олинади. Ҳиқилдоқ ва трахеядан қон оқиши кузатилган беморга гапириш ман этилади. Қон кам микдорда оқган ҳолда ҳиқилдоқ ичига танин, висмут кукуни сепилади, қон кўп микдорда оқганда-беморга муз парчаларини ютиш буюрилади, оёқларига иссиқ қўйилади. Бир вақтнинг ўзида викасол, дицинон, этамзилат натрий, аминокарпрон кислотаси, аскорбин кислотаси, кальций хлорид, қон-қон зардоби эритмалари мускул орасига ёки томир ичига юборилади. Қон оқишига сабаб бўлган асосий касаллик бартараф этилади. Йирик қон томирдан қон оқиши бемор хаётига хавф солиши мумкин.

ҚИЗИЛЎНҒАЧДАН ҚОН ОҚИШИ

механик жароҳатда, ёт жисмда, вена кенгайишида, меъда, жигар, қизилўнғач саратонида, Ослер Рандю синдромида (ирсий геморрагик ангиоматоз) кузатилиши мумкин. Ёт жисмни эзофагоскопия ёрдамида чиқариб олиш пайтида уйқу, қалқонсимон, ўмров усти артериялари жароҳатланиб, беморда кучли қон оқиш рўй бериши мумкин. Баъзан қизилўнғачда узок вақт давомида қолиб кетган ёт жисм қон томир деворини жароҳатлаб, иккиламчи қон оқишга сабаб бўлади. Ослер-Рендю синдроми билан оғриган беморда вақти-вақти билан кўп микдорда қон оқишлар кузатилади.

Белгилари. Қизилўнғач деворининг жароҳатида тўш суягининг орқасида кескин оғриқ пайдо бўлади, беморнинг нафас олиши кийинлашади, ўмров суяги, бўйин, кўкрак қафаси соҳасида териости эмфиземаси пайдо бўлади. Қизилўнғачда ёт жисмнинг тикилиб қолиши дисфагия, сулак оқиши билан намоён бўлади, боланинг оғзи яримочик холда, ичган суви қайта оқиб чиқади. Қизилунғач веналарининг кенгайишида бемор тўш суягининг орқасида нохушлик, дисфагия, ютинганда оғриқ ҳис этади. Ослер-Рандю синдромида бурун ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардасида, юз терисида телеангиэктазия аниқланади.

Ташхис рентгенография ва бошка текширувлар (эзофагоскопия, гастрофиброскопия, қон тахлили) натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Қизилўнғачдан қон оқиши кузатилганда бемор шифохонага ётқизилади, унга муз парчалари, музқаймоқ, тухум аралаш совуқ сут, муздек сув, висмут препаратлари, доривор ўсимликлар қайнатмаси ичирилади. Кучли қон оқишларда беморга 2 кун давомида очлик, шундан сўнг совутилган суюқ овқат берилади. Қизилўнғач қон оқишларида қонни тўхтатувчи ўзига хос суллар қўлланади; вена ичига қон, қон зардоб, тромбоцитлар юборилади

ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ ВА БРОНХЛАР ЁТ ЖИСМИ.

Ҳиқилдоқ ва пастки нафас йўлларида кунгабоқар, тарвуз, ошқовоқ уруғлари, ёнғоқ, pista ёки тухум пўчоғи, гўшт ва сабзавот бўлағи, игна, тўгнагич, тугма, мих, ўйинчок қисмлари тикилиб қолиши мумкин Ёш болалар ҳар нарсани оғзига олиш одатига эга бўлганликлари сабабли овқатланиш пайтида ёки ўйнаётганда, югурганда ёки йиғлаганда, гапирганда оғзидаги ёт жисм нафас йўлларига кириб қолади. Юқори нафас йўллари ёт жисми кўпинча болаларда учрайди ва буғилиш ҳолатига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқ-халқумнинг ҳимоя рефлекси сусайган ёки протез тишлари бўлган катта ёшдаги кишиларда ҳам нафас йўлларига ёт жисм кириб қолиш ҳоллари учраб туради. Бронхлар ёт жисми 88%, трахея ёт жисми - 8,8% ва ҳиқилдоқ ёт жисми 3,3% ҳолларда кузатилади.

Касалликнинг кечими ёт жисмнинг шакли ва ҳажмига боғлиқ. Ёш болаларда органик ёт жисмлар айниқса хавфли ҳисобланади. Нафас йўлларида тикилиб қолган органик ёт жисмлар шишиб, илгак ёрдамида чиқариб олишга уринганда парчаланади, шунда унинг кичик парчалари кичик бронхлар ёриғини ёпиб қўйиши мумкин. Кичик ёт жисм кўзга кўринмаганлиги туфайли бронхларда узоқ вақт қолиб кетади ва беморда зотилжам, трахеобранхит асоратлариининг ривожланишига олиб келади.Органик ёт жисмлар аллерген сифатида нафас йўллари шиллиқ пардасининг шишига ва патологик микрофларанинг ривожланишига ёрдам беради.

Белгилари. Йирик ёт жисм ҳиқилдоқ ёригида тикилиб қолганда беморда буғилиш ҳолати юзага келиши мумкин. Ҳиқилдоқ соҳасига кичик ёт жисм тикилиб қолганда унинг шилиқ пардаси яллиғланиб шишади ва беморда ҳиқилдоқ торайишининг ривожланиш хавфи туғилади. Катталарда ҳиқилдоқ ёт жисми (игна, тўғноғич, балиқ суякчалари) билвосита ларингоскопияда кўзга ташланиб туради.

Беморда хуружли йўтал, баъзан ютинганда оғриқ ва қусиш кузатилади. Ёт жисм овоз ёриғи соҳасида тикилиб қолганда беморнинг овози пасаяди, баъзан афония кузатилади. Аускультацияда дағал ўтказувчан хириллаш эшитилади.

Трахеяда кўпинча овоз ёригидан ўтган ўртacha хажмдаги ёт жисмлар тикилиб қолади (ёнғоқ доналари, нўхат, турли ўсимликларнинг уруғи). Беморни тунда ёки хаяжонланганда хуружли йўтал безовта қолади. Трахеяда тикилиб қолган ҳаракатчан ёт жисмларда аускультацияда ёт жисм ҳаракати белгиси аниқланади; йўтал ёки нафас чиқарилганда ёт жисм ҳиқилдоқ овоз бойламларига урилади шунда врач “қарсак” товушини эшитади, трахея соҳаси пайпасланганда – турткини ҳис этади. Бемор оғзини очиб нафас олганда хуштак товуши эшитилади. Трахеянинг ҳаракатчан ёт жисми баъзан ҳиқилдоқда тикилиб қолиши ва тўсатдан буғилиш ҳолатининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Ёт жисм *трахея бифуркацияси* соҳасида тикилиб қолганда беморда инспиратор, баъзан- экспиратор ҳансираш, терисининг рангпарлиги, безовталиқ кузатилади.

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

Касалликнинг кечими бронх ёриғини ёпилиш даражасига боғлиқ бўлади. Ёт жисм бронх тешигини тўлиқ ёпиб қуйганда беморда ўпка ва унинг ўнг ёки чап бўлаги ателектазининг белгилари ривожланади: Ўттал пайтида ёт жисм ўпканинг қайси бўлагиди тикилиб қолганлигига қараб аускультацияда нафаснинг сусайиши, қуруқ ва ҳўл хириллаш, перкуссияда товушнинг кискарганлиги ёки қутисимонлиги эшитилади.

Бронхостеноз 3 шаклда намоён бўлади; тўлиқ, вентил ва қисман бронхостеноз.

1) *тўлиқ бронхостеноз* ҳолатида ўпканинг бир бўлаги ателектази ривожланади;

2) *вентил бронхо-стенозда*-ёт жисм тикилиб қолган томонда ўпка эмфиземаси кузатилади.

3) қисман бронхостенозда Гольцкнехт-Якобсон белгиси кузатилади; бемор чуқур нафас олганда кўкс оралиғи аъзолари ёриғи ёпилб қолган бронх томон силжийди.

Нафас йўллари ёт жисмини аниқлашда рентгеноскопия, рентгенография, бронхоскопия, ком-пьютерли томография текширув усуллари кенг қўлланилади. Бронхоскопия пайтида бронхоскоп биринчи навбатда ёт жисм тиқилиб қолган майдонга киритилади ва дастлаб шу майдон кўздан кечирилади. Ёт жисмнинг шакли, бронх деворига нисбатан жойлашуви баҳоланади ва чиқариб олиш режаси тузилади. Рентгенологик текширув ёт жисм қайси майдонда тиқилиб қолганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Контрастли ёт жисм кўкрак кафаси рентгенограммасида кўринади. Контрастсиз ёт жисмда бронх ёриғининг ёпилиш даражасига қараб рентгенологик манзара турдича бўлади:

- бронх ёриғи тўлиқ ёпилиб қолганда обтурацияли ателектаз ривожланади, яъни ўпканинг сояси хиралашиб диафрагма гумбази юқорига кўтарилади, қовурғалар ораси торайиб, кўкс оралиғининг сояси ён томонга силжийди.

- бронх ёриғи қисман ёпилиб қолганда зарарланган томонда диафрагма гумбазининг харакати чекланади, ўпканинг сояси хиралашади, нафас олганда кўкс оралиғининг сояси зарарланган томонга силжийди (Гольцкнехт-Якобсон белгиси);

- бронх вентил шаклида ёпилиб қолганда ўпка соясининг тиниклиги кучаяди (эмфизема), қовурғалар оралиғи кенгаяди, кўкс оралиғи аъзолари соғлом томонга силжийди, зарарланган томонда диафрагма гумбази пастга тушади, унинг харакати чекаланади.

Даволаш. Нафас йўллари ёт жисми шифохона шароитида эндотрахеал оғриқсизлантириш остида бажарилган юқори бронхоскопияда чиқариб олинади.

Нафас йўллари ёт жисмида трахеостомия жарроҳлик амали куйидаги вазиятларда бажарилади:

1) Йиринг ёт жисм ҳиқилдоқ ости бўшлиғида ёки трахеяда тиқилиб қолганда ва уни чиқариб олиш пайтида буғилиш хавфи туғилганда;

2) ёт жисм трахеобронхиал дарахтнинг чуқур бўлимларида тиқилиб қолганда;

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

Пастки бронхоскопия куйидаги кўрсатмаларда бажарилади:

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

- ёт жисм сабаб бўлган буғилиш ҳолатида;

- бронх ёт жисмини юкори бронхоскопияда чиқариб олиш уринишлари натижа бермаганда.

Ферромагнит ёт жисм электромагнит усули ёрдамида чиқариб олинади.

Бронхоскопия ёрдамида ёт жисмни чиқариб олиш имкони бўлмаган ҳолларда, бемор жароҳлик бўлимига кўчирилади.

Ёт жисм парчаланганда биринчи навбатда унинг йирик бўлаги чиқариб олинади, кейин бронхлар бир неча бор ювилади.

Бронхоскопия асоратлари: 1

1. Ҳиқилдоқнинг ятроген жароҳатлари
2. Трахея ва бронхлар жароҳати, тешилиши
3. Юрак фаолиятининг рефлектор тўхташи (сайёр нерв зарарланганда)
4. Трахеядан қон оқиши.
5. Ўткир зотилжам.

ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМИ.

Қизилўнғачда кўпинча куйидаги ёт жисмлар тиқилиб қолади: суяк парчаси (31,4%) ва гўшт парчаси (21,1%), балиқ қилтиғи (16%), қуш суякчалари (14,2%), металл парчаси (8%) ва пластмасса (1,1%). Болаларда қизилўнғач ёт жисми 4% , баъзан 10-40 % ташкил қилади. Қизилўнғач ёт жисмлари *оддий* - айлана, юзи силлик (танга, тугма) ва *асоратли* ёт жисмларга - ўткир, чети гадир-будир (гўшт ва балиқ суяклари, тиш протези, игна, тўгнагич) бўлинади. Одатда ёт жисм қизилўнғачнинг физиологик торайишларида, кўпинча юкори, бўйин торайишида тиқилиб қолади. Патологик жараён туфайли ўзгарган қизилўнғачда (масалан, кимёвий куйишдан сўнг) одатда ошқозонга бемалол ўтадиган овқат парчалари унда тиқилиб қолиши мумкин (мева донаги, нон, нўхат). Қарияларда овқат луқмасининг тиқилиб қолиши қизилўнғач мускулларининг тонуси пасайганлиги туфайли содир бўлади. Кўпинча ёт жисм ноксимон бўшлиқда, қизилўнғачга кириш жойида ва унинг бўйин қисмида тиқилиб қолади.

Белгилари. Ёт жисм қизилўнғачнинг деворига ёпишиб қолганда беморнинг ютиниши бироз қийинлашади, кейинчалик шиллик парда шишиб, қизилўнғачнинг ёриги бутунлай ёпилади. Бемор хатто суюқ овқатни ҳам ютолмай қолади. Овқатланганда томоғи оғриydi, тўш суяги орқасида пайдо бўлган кучли оғриқ беморнинг орқасига, қўлларига ва кўкрак қафасига тарқалади. Бемор овқатдан бош тортади, қусади, оғзидан сўлаги оқади.

Ўткир киррали ёт жисм қизилўнғачнинг бўйин қисмида тиқилиб қолганда бемор бошини олдинга ва пастга эгиб, кимир этмай ўтиради, ён томонга қараганда бутун гавдаси билан ўгирилиб қарайди.

Ёт жисм қизилўнғачнинг кўкрак қисмида тикилиб қолганда бемор ярим ўтрок ҳолатни эгал-лайди (“юк кўтарган одам” ҳолати).

Ёт жисм қизилўнғачнинг I- физиологик торайишида тикилиб қолганда узуксимон тоғай, ҳикилдоқ ва бўйинтуруқ ўймаси соҳаси пайпасланганда оғрийди, ҳалқум ва ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг шилинганлиги, ноксимон чўнтакда сўлак тўпланганлиги, чўмичсимон тоғайларнинг шиллиқ пардаси шишганлиги кўзга кўриннади.

Ёт жисм қизилўнғачнинг пастки қисмларида тикилиб қолганда бемор гавдасини тик тутолмайди ва бутун гавдаси билан олдинга эгилиб, қўллари билан қорнини ёки қовурғалар остини ушлаб ўтиради. У ўтирганда ҳам, турганда ҳам шундай мажбурий ҳолатда бўлади.

Болаларда қизилўнғач ёт жисми ўзига хос белгилар билан кечади:

1) кўпинча касаллик бола ўйнаб, оғзидаги ёт жисмни бехосдан ютиб юбориши билан бошланади;

2) айлана ва силлиқ ёт жисм қизилўнғачнинг бўйин қисмида тикилиб қолган болада сўлак оқиши, йўтал, кўнгил айниши, қусиш, овқатдан бош тортиши кузатилади;

3) қизилўнғачнинг бўйин қисмида йирик ёт жисм тикилиб қолган болада ҳикилдоқнинг ўткир торайиш белгилари юзага келади;

4) айлана ва силлиқ ёт жисм қизилўнғачда узоқ вақт ушланиб қолган болада сўлак оқиши, кўн-гил айниши, ютиниши қийинлашганлиги, йўтал хуружлари, овозининг ўзгариши, бугилиши, ҳатто ҳансираш кузатилади.

Ташхис қўйиш учун ота-онасидан боланинг томоғига қайси ёт жисм ва қачон тикилиб қолганлиги, унинг катта - кичиклигини аниқланади. Бир култум сув ичириш ёки бир бурда нон едириш синамасида боланинг юзида азобланиш, бошининг мажбурий ҳолати, бироздан сўнг қусиш кузатилади.

Қон таҳлилида лейкоцитоз ва ЭЧТ ошганлиги қизилўнғач яллиғланишидан далолат беради. Зарур бўлганда контрастли рентгенография, фибрөзофагоскопия, рентгеноскопия текширувлари ўказилади. Қизилўнғач ёт жисмида қуйидаги рентгенологик текширувлар бажарилади:

1. Г.М.Земцов бўйича қизилўнғач бўйин қисмининг ён рентгенографияси:

- 3 бўйин умуртқаси соҳасида жойлашган пастки жағ бурчаги ва тил ости суягининг катта ўсиклари бир бирига мос тушиши лозим;

- рентгенограммада барча бўйин умуртқалари аниқ кузга куриб туриши керак. Буйни калта ва йўғон гиперстеникларда елка суяклари YII бўйин умуртқасини ёпиб туриши мумкин. Шунинг учун бундай беморнинг боши ва елкаси иложи борича орқага ташланиб, кейин Г.М.Земцов бўйича рентгенография текшируви такоран бажарилади.

Рентгенограммага баҳо бериш пайтида куйидагиларни эсда тутиш лозим: меъёрда умуртка олди туқималари соясининг эни $C_4 - C_5$ соҳасида 0,4 - 0,5 см, $C_6 - C_7$ соҳасида - 1,5 см тенг булади; қарияларда узуксимон тоғай майдонидаги оҳакланиш баъзан ёт жисм сифатида хато баҳоланади. Г.М.Земцов бўйича рентгенологик текширув қизилўнгач ёт жисмининг соясини аниқлашга ёрдам беради, одатда у вертикал, ясси ёт жисм фронтал текисликда жойлашади.

Контрастсиз ёт жисмларда ва қизилўнгач девори жароҳатларида куйидаги *иккиламчи белгиларга* эътибор берилади;

- оғрикка жавобан умуртка олди мускуллари рефлектор қисқариши натижасида *умуртқа погонаси бўйин қисмининг шакли ўзгаради*;

- трахея ҳаво устун ва бўйин умурткалари орасида жойлашган *умуртқа олди бўшлиғи юмшоқ тўқимасининг сояси кенгайгайди*;

- “*ҳаво найзаси*” белгиси- қизилўнгач ёт жисмида ёки қизилўнгач деворининг шишида меъдadan чиқаятган ҳаво пастда тўпланади, бунда ҳосил бўлган ҳаво “найзанин” учи патологик ўзгаришлар томон йўналган бўлади;

- *умуртқа олди бўшлиғининг юмшоқ тўқималарида* ҳаво сояси аниқланади ва қизилўнгач орти тўқимасига ҳаво кирганлигидан ёки парчаланиш жараёнидан дарак беради.

2.С.В.Иванова-Подобед усули бўйича барий ёки йодолипол ёрдамида қизилўнгачнинг кон-трастли рентгенографияси. Беморга 2-3 култур сув ичирилади, агар шунда контрастли доғ йўқолмаса, унда ёт жисм ёки қизилўнгач деворининг жароҳати борлиги тасдиқланади. Аммо суюлтирилган барий эзофагоскопияда ёт жисмни аниқлашга ҳалакит беради. 2 ёшгача бўлган болаларда қизилўнгач ёриғида тиқилиб қолган ёт жисмларда контрастли рентгеноскопия ва рентгенографиясида фақат йодолипол ишлатилади (чунки бола суюлтирилган барийни қусиб ташлаши ва у нафас йўлларига кириб, бўғилиш ҳолатига олиб келиши мумкин).

Даволаш. Асоратсиз кечган қизилўнгач ёт жисми поликлинника шароитида маҳаллий оғриксизлантириш остида бажарилган эзофагоскопияда чиқариб олинади.

Умумий оғриксизлантириш остида эзофагоскопия муолажаси куйидаги ҳолларда бажарилади:

- 1) ёш болаларда;
- 2) маҳаллий оғриксизлантиришни бажариш имкони бўлмаганда;
- 3) руҳий касалликларда ва қулоғи қар беморларда ;
- 4) безовта болаларда;
- 5) оғир беморларда;

- 6) беморда эзофагит, периззофагит, қизилўнғач жароҳатлари аниқланганда;
- 7) ёт жисм маҳаллий оғриқсизлантириш остида чиқариб олинмаганда;
- 8) қизилўнғач спазмида мускуллар меъёрдан ортиқ қискарганда;
- 9) беморнинг ўзи умумий оғриқсизлантиришни танлаганда.

Эзофагоскопия бемор ўтирган ёки ётган холда бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришдан 15 дақиқа илгари беморга промедол (1% - 2мл) ва атропин (0,1% - 1 мл) мускул орасига юборилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш учун 2% дикаин ёки 10% лидокаин аэрозол ишлатилади.

Ёт жисмни чиқариб олиш пайтида қуйидаги қондаларга риоя қилиниши талаб этилади:

- 1) ёт жисмни аниқ кўриш;
- 2) ёт жисмни жойлашувини аниқ тасаввур қилиш;
- 3) ёт жисмни чиқариб олиш учун илгакни тўғри танлаш;
- 4) эзофагоскоп найи ёт жисмга яқинлаштирилгандан сўнг, уни илгак билан маҳкам ушлаш;
- 5) ёт жисм ҳолатига қараб эхтиёткорлик билан, қизилўнғач деворини жароҳатламасдан чиқариб олиш.

Эзофагоскопни киритиш ва чиқариш пайтларида қизилўнғачнинг шиллиқ пардаси синчиклаб кўздан кечирилиши лозим.

Эзофагоскопия пайтида ва ундан кейин ёт жисм қизилўнғач деворига жароҳат етказган ҳоларда беморда қуйидаги *асоратлар* ривожланиши мумкин:

- 1) эзофагит;
- 2) қизилўнғач деворининг абсцесси;
- 3) қизилўнғач деворининг тешилиши;
- 4) периззофагит;
- 5) медиастинит;
- 6) қизилўнғач қон томирларидан қон оқиши ва х.к.

*Периззофагит*да пайпасланганда бўйин юмшоқ тўқималари оғриғиди, оғриқ кўкрак қафасига берилади, узуксимон тоғай ёки туш суяги соҳасида инфильтрат сезилади, беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, қонда яллиғланишга хос ўзгаришлар (ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз) пайдо бўлади.

Ўткир учли ёт жисм *қизилўнғач деворини тешганда* бўйин юмшоқ тўқимаси пайпаслаганда орқага берилувчи кучли оғриқ ва крепитация аниқланади. Беморда тери ости эмфиземаси, титраш, нафас олишнинг қийин-лашиши, бошининг мажбурий ҳолати, бўйин ва тана мускуллари тонусининг ошиши,

тахикардия кузатилади. Рентгенограммада контраст модда перфорация майдонида ва қизилўнғач деворидан ташқарида тўпланганлиги кўринади.

Медиастинит асорати ривожланган беморнинг тана ҳарорати кескин кўтарилади, томир уриши тезлашади, яллиғланиш туфайли организмда захарланиш белгилари авж олади, тили қараш билан қопланади, эйфория кузатилади. Тўш суяги соҳаси перкуссия қилинганда ёки умуртқаларнинг ўткир ўсиқлар соҳаси ва паравертебрал нуқталар пайпасланганда оғриқди, Попков белгиси мусбат бўлади (оёқларини чўзиб ётган бемор товонига урганда туш суяги орқасидаги оғриқ кучаяди).

Бўйин ва кўкрак қафасининг йирик қон томирларидан *аррозив қон оқиши* қизилўнғач ёт жисмида кузатиладиган энг оғир асорат бўлиб, бунда бемор қип-қизил қон қусади, тўш суяги орқасида кучли оғриқ пайдо булади, коллапс ҳолати юз беради.

Асоратларни даволаш. Эзофагит ва перизезофагит билан оғриган беморга ёт жисм чиқариб олингандан сўнг пархез таомлар ва яллиғланишга қарши терапия буюрилади.

Қизилўнғач бўйин қисмининг микроперфорациясида бемор доимий клиник ва рентгенологик назорат остида бўлади. Унга оғиз орқали овқатланиш ман этилади (бемор найча орқали овқатлантирилади), инфузион терапия ўтказилади. Беморнинг аҳволи оғирлашганда *медиастинотомия* жарроҳлик амали бажарилади. Қизилўнғач кўкрак қисмининг перфорацияси ва йирингли медиастинит асоратларида жарроҳлик амаллари бажарилади, бемор гастростомга орқали овқатлантирилади. Қизилўнғач ёт жисмида қип-қизил қон қусган бемор шошилинч равишда жарроҳлик бўлимига кўчирилади ва даволаш тадбирлари жарроҳ билан биргаликда олиб борилади. Беморга антибиотиклар, дезинтоксикация, дисенсибилизация, организмнинг химоя кучини кўтарувчи воситалар, иммунотерапия қон, қон зардоби стафилококка қарши зардоб, гамаглобулин, физиотерапия, лазер, фонофарез, қонга УБН таъсир этиш ва бошқа даволаш тадбирлари ўтказилади. Қизилўнғач ёт жисмини олдини олиш учун аҳоли орасида шу мавзуда суҳбатлар утказилади.

ҲИҚИЛДОҚ ВА ҚИЗИЛЎНҒАЧНИНГ ТЕРМИК ВА КИМЁВИЙ КУЙИШЛАРИ

кўпроқ ёш болаларда учрайди. (бола тўсатдан қайноқ сувни, сутни ёки шўрвани, кислота ёки ишқор эритмасини ичиб юбориши мумкин). Катталар орасида рухий касалликларга дкчор булган шахслар ўз жонига қасд қилиш мақсадида ўткир кислота ва ишқорлар эритмаларини ичиш ҳоллари кузатилади. Болаларда ҳиқилдоқ куйишлари ҳиқилдоқ усти копқоғи, чўмичсимон-ҳиқилдоқ усти бурмалари шиллик пардасининг шиши ва нафас олишнинг қийинлашиши билан кечади.

Белгилари: Дастлаб беморда кучли оғриқ пайдо бўлади, оғриқ ютинганда, қусганда ва йўталганда кучаяди. I даражали куйишда шиллик парданинг эпителий қатлами куйиб, ҳикилдоққа кириш жойининг шиллик пардаси кескин кизаради;

II даражали куйишда беморда захарланиш белгилари кучаяди, жароҳат майдонининг шиллик пардаси шишиб, некротик қараш билан қопланади.

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

III даражали куйишда беморда кескин захарланиш белгилари, қон ацидоз, эритроцитлар гемолизи каби жараёнлар ривожланади. Бунда на фақат шиллик парда, шиллик ости тўқимаси ҳам куйиб чуқур некрозга учрайди, беморда буйрак, жигар, юрак, қон-томир етишмовчилиги кузатилади. Ҳикилдоқнинг термик куйишидан сўнг дастлабки соатларда беморда ҳикилдоқ торайиши ҳолати юзага келади. Ҳикилдоқ, қизилўнғач ва меъданинг куйиши бир вақтда юз берган холларда беморнинг аҳволи анча оғирлашади.

Қизилўнғач кўпинча концентрацияси баланд кислота ва ишқор эритмасини ёки иссиқ шўрвани ютиб юбориш натижасида куяди. Агар аммиак эритмаси (навшадил спирт) ва сирка кислотасининг кучсиз эритмалари қизилўнғач шиллик пардасини юзаки куйдирса, концентрацияси баланд кислота ёки ишқор эритмалари қизилўнғачнинг шилик пардасида некроз жараёнининг ривожланишига, деворларининг емирилишига ва беморнинг ҳаётига хавф солувчи оғир асоратларнинг ривожланиши сабаб бўлади. Натрий ишқори (каустик сода) кўпинча қизилўнғач деворларида дағал чандиқлар ҳосил бўлишига ва ёригининг ёпилиши сабаб бўлади.

Қизилўнғач куйишларида унинг ўтказувчанлигининг бузилиши, деворининг тешилиши, медиа-стинит, перитонит, ҳикилдоқ шиши каби оғир асоратлар ривожланиши мумкин.

Беморнинг ютиниши қийинлашади, кекириш, баъзан қусиш кузатилади, организмда захарланиш белгилари ривожланади. Овқатлангандан сўнг тўш суягининг оркасида қизилўнғач соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлади. Беморнинг оғиз бўшлиғи, ҳалқум, қизилўнғачнинг шиллик пардаси кизариб, осон қонайдиган некротик қараш билан қопланади. Бир неча вақтдан сўнг касаллик белгилари сўниб, сохта яхшиланиш даври (8-12 кунда) кузатилади (бемор ҳам суюқ, ҳам қуюқ овқатни еб билади), 2 - 4 ойдан кейин эса қизилўнғачнинг чандиқли торайиши ривожланади.

Таъхис бемор шикоятлари, касалликнинг бошланиши, ютинганда оғриқ пайдо бўлиши, нафас олиш ва ютиниш қийинлашганлиги, оғиздан кўп миқдорда сўлак оқиши каби белгилар асосида кўйилади. Текширув пайтида куйиш ходисаси қачон ва қандай вазиятда содир бўлганлиги, куйдирувчи

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

Даволаш. Ҳикилдоқ ва қизилунгач куйишларида асоратлар ривожланишини олдини олиш кўпинча поликлиника шароитида кўрсатилган шошилич тиббий ёрдамга боғлиқ бўлади. Биринчи навбатда термик ёки кимёвий омил таъсири тўхтатилади. Беморга шошилич равишда биринчи тиббий ёрдам кўрсатилади, кимёвий куйишларда кимёвий моддани нейтраллаштириш тадбирлари ўтказилади. Ҳикилдоқ ва қизилўнгачнинг кимёвий куйишларида беморга кўп миқдорда суюқлик (сут, зардоб.), муз парчалари, ўсимлик ёғи, тухум оксигени ичирилади, томоғи антисептик эритмалар билан чайилади, ошқозони 3-5 л нейтраллаштирувчи суюқлик билан ювилади, ҳар 1-2 соатда 0,5% новокаин эритмасини ичиш буюрилади. Қизилўнгачнинг куйишига ишқор сабаб бўлганда ювиш учун мўлжалланган сувга 0,1% сирка, лимон ёки сут кислотаси эритмалари, кислота сабаб бўлганда 10% магний оксиди эритмаси, оҳак суви, бўр кукуни қўшилади. Ошқозонни ювишдан олдин беморнинг оғиз бўшлиғига 1% дикаин ёки 10% лидокаин сепилади, зонд учига вазелин суртилади..

Бир вақтнинг ўзида мускул орасига, томир ичига юрак қон-томир дори воситалари (кордиамин, кофеин), натрий бензонат, оғриқ қолдирувчи дорилар (аналгин, промедол, омнопон, морфин) юборилади. Венепункция, венесекция ёки ўмров ости вена катетери орқали шокка ва захарланишга қарши инфузион терапия: полиглюкин (800 мл), гемодез (400 мл), глюкоза-новокаин аралашмаси (300 мл 5% глюкоза ва 30 мл 2% новокаин эритмалари) томир ичига томчилаб юборилади. 0,9 % натрий хлорид эритмаси, реполиглюкин, қон зардобини ва бошқа суюқликлар бемор ёшига, тана вазнига, аҳволининг оғирлигига қараб буюрилади. **(Беморнинг артериал босимини назорат қилиш ва сийдигини текшириб туриш талаб этилади (гематурия)!**) Анурияда буйрак атрофи новокаин блокадаси ва бошқа керакли муолажалар бажарилади. Шок ҳолати бартараф этилгандан сўнг зарурият туғилганда бемор “сунъий буйрак” бўлимига кўчирилади.

Куйдирувчи модда меъда девори тешганда эпигастрий соҳасида кучли оғриқ ва қоринпарданинг таъсирланиш белгилари кузатилади. Бундай бемор дарҳол жарроҳ томонидан текширилиши лозим, унинг эпигастрий соҳасига муз қўйилади.

Ҳикилдоқ шиллиқ пардасининг куйиши натижасида беморда ҳикилдоқ торайиши ва нафас фаолиятининг бузилиш белгилари юзага келганда пенициллин аэрозоли (10 мл 0,5% новокаинда эритилган 200 000-300 000 ЕД пенициллинга 1 мл 5% эфедрин эритмаси кушилади) билан ингаляция қилиш, мускул орасига ёки томир ичига гидрокортизон суспензиясини 1 кг тана вазнига 5-10 мг, преднизолон 1 кг тана вазнига кунига 1-5 мг 2 - 4 марта юборилади. Бурун чиғаноқлари олд учининг шиллиқ пардаси остига 0,5 - 2 мл

новакаин юборилади, яъни эндоназал новокаин блокадаси бажарилади. Беморнинг ёшига, танасининг вазнига қараб нош-па, платифиллин, атропин сульфат, баралгин мускул орасига ёки томир ичига юборилади, 100 мл ўсимлик ёғига 3,0 анестезин кўшиб, кунига 1 ош қошиқдан 4-6 маҳал ичиш тавсия қилинади.

Беморнинг нафас ҳаракатларига алоҳида эътибор берилади; ҳиқилдоқ торайишининг компенсация ёки субкомпенсация босқичида консерватив даволаш тадбирлари, ҳиқилдоқ шиши кучайганда - интубация ёки трахеостомия жарроҳлик амаллари ўтказилади. Бўғилиш ҳолатида трахеостомия ва интубацияни бажариш имкони бўлмаганда коникотомия ёки крикокониотомия амаллари бажарилади.

Беморга намлланган кислород берилади, тузсиз таомлар, барра чой шарбати, чой экстракти ичирилади. Умумий аҳволи яхшилангандан сўнг ўз жонига қасд қилишга қайта уринишларни олди олиш мақсадида беморга *албатта психиатр* маслаҳати уюштирилади.

Ҳиқилдоқ ва қизилўнғач куйишларини олдини олиш учун аҳоли орасида захарли моддаларни (сирка кислотаси, каустик сода) сақлаш қоидалари (бундай моддалар болалардан узоқ жойларда, кучсиз эритма ҳолда сақланади) ҳақида суҳбатлар ўтказилади.

Захарли модда кўп миқдорда ютиб юборилганда ҳамда биринчи тиббий ёрдам кечиктирилганда юқорида қайд этилган асоратлардан ташқари беморда ўлим ҳолатига олиб келган кучли захарланиш белгилари ҳам ривожланади. Бемор қанча ёш бўлса, касаллик шунча оғир кечади.

Ҳиқилдоқ, трахея ва қизилўнғач куйишларида куйидаги *асоратлар* ривожланиши мумкин:

1) ҳиқилдоқ ва қизилўнғачнинг чандикли торайиши, 2) трахея - қизилўнғач оқмаси.

Бундай асоратларда нафас фаолияти, ютиш ҳаракати, ҳиқилдоқ, ҳалқум ва қизилўнғачнинг функциялари бузилади.

Ташхис бемор шикоятлари, касалликни бошланиши, ҳиқилдоқ ва қизилўнғачни куйиши қачон рўй берганлиги ва унга нима сабаб бўлганлиги аниқланади. Ҳалқум, ҳиқилдоқ ва қизилўнғач соҳаси кўздан кечиради. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти копқоғи, чўмичҳиқилдоқ усти бурмалари, валекулалар, ноксимон синусларнинг чандикли ўзгаришлари кўринади. Эзофагоскопияда қизилўнғач шиллиқ пардасида чандикли торайишлар ҳосил бўлганлиги маълум бўлади.

Бундан ташқари ҳиқилдоқ рентгенографияси ва компьютер томографияси, қизилўнғачнинг контрасли рентгенографияси ва бошқа текширувлар ўтказилади.

Асоратларни даволаш. Беморга симптоматик ва умумий даволаш тадбирлари, кўрсатма бўйича (сурункали зотилжам, сурункали трахеобронхитнинг авжи) яллиғланишга қарши, гипосенсибилизация ва физиотерапия муолажалари ўтказилади. Зарурат туғилганда трахеостомия найчаси алмаштирилади, трахеоларинго ва фарингостома тозаланади. Беморга қизилўнгачнинг торайган майдонини кенгайтириш ёки гастростома жарроҳлик амаллари, кейинчалик пластик операциялар бажарилади.

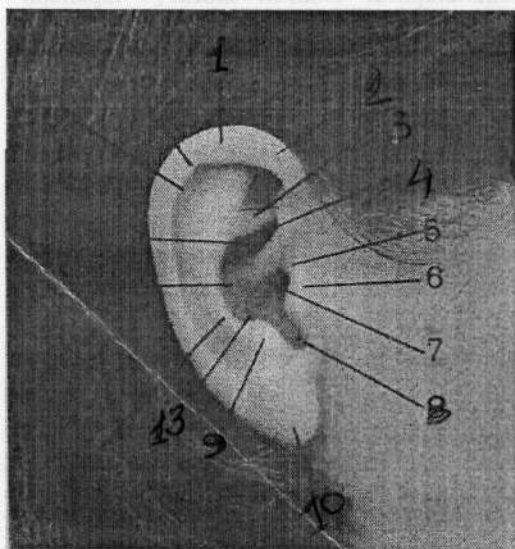
Асоратлар ривожланганлигини, трахео-, ларинго- ва фарингостома фаолияти бузилганлигини (бўгилиш, вазни йўқотилиши) ўз вақтида аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Ларинго-, фаринго- ва трахеостомада ҳикилдоқхалқум, ҳикилдоқ, қизилўнгач соҳаси зарарланган бемор диспансер назорати остига олинади. Вақти-вақти билан стома тозаланиб найча алмаштирилади. Беморга ли-даза, эластаза препаратлари, кун тартибига риоя қилиш тавсия этилади. Трахея, бронх ва қизилўнгач касалликларини олдини олиш чоралари кўрилади. Қизилўнгачнинг ўтказувчанлиги 3-4 ой давомида сақланиб қолган бемор соғайиб кетган деб баҳоланади. ва поликлиника врачлари назорати остига юборилади.

VIII боб

ЭШИТУВ АНАЛИЗАТОРИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ,

ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Қулоқнинг анатомик тузилиши



103- расм. Ўнг қулоқ супраси

1-helix; 2-crura anthelicis; 3- porus helicis; 4- incisura anterior (auris);

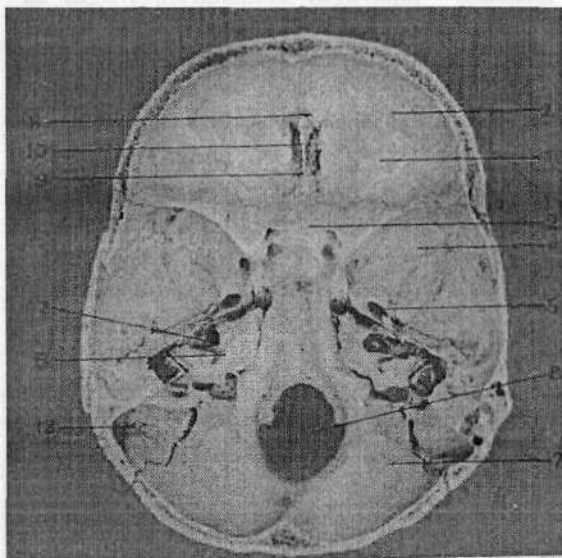
5-tuberculum supra tragicum; 6-tragus; 7- porus acusticus exeternus; 8- incisura intra tragica; 9-antitragus 10- lobus auriculiae 11- sulcus aurecule posterior 12- antihelix 13- cavum conchae 14- cymba conchae 15- concha auriculiae 16- scapha 17- tuberculum auriculiae.

устидан бошланиб, юқорига, кейин орқага ва пастга давом этади. Бу бурмага

Эшитув анализатори товуш тўлқинларини масофада аниқлаш вазифасини бажаради. У кичик бўлсада жуда мураккаб тузилган ва ўзига хос анатомик, физиологик хусусиятларга эга.

Инсон қулоғи 3 қисмдан ташкил топган: ташқи, ўрта ва ички.

Ташқи қулоқ (*aurus externa*) қулоқ супраси (*auricula*) ва ташқи эшитув йўлидан (*meatus acuticus externa*) тузилган Қулоқ супраси (*auricula*) чакка-пастки жағ бўғими ва сўргичсимон ўсиқ орасида жойлашган ва қалинлиги 0,5-1 мм бўлган эластик тоғайдан иборат. Унда тоғай усти пардаси ва тери билан қопланган ташқи (бўртган) ва ички (ботган) юзаси тафовут қилинади. Қулоқ супрасининг эркин чети олдинга бироз қайрилиб бурма (*helix*) ҳосил қилади. Бурма ўз оёқчаси (*crus helicis*) билан ташқи эшитув йўлининг



105- расм. Кала суягининг ички аъзоси (cranium interna)

- 1- pars orbitalis ossis frontalis
- 2- fossa cranii anterior
- 3- corpus ossis sphenoidalis
- 4- fossa cranii media
- 5- canalis semicircularis et vestibuli
- 6- foramen magnum
- 7- fossa cranii posterior
- 8- porus acusticus internus
- 9- lamina cribrosa
- 10- crista galli
- 11- foramen coecum
- 12- foramen jugulare
- 13- sulcus sinus sigmoidei

анча тораяди.

Суяк қисми ташқи эшитув йўлининг 1/3 қисмини эгаллайди. Унинг олди ва пастки девори ноғора суяги, юқори ва орқа девори-чакка суягининг тангасимон

Ташқи эшитув йўли (meatus acusticus externus) кулоқ супраси бўшлигининг бевосита давоми бўлиб, узунлиги 2,5 см, диаметри 0,7- 0,9 см тенг. У ўрта ва ташқи кулоқни ажратиб турган ноғора парда ёнида тугайди. Ташқи эшитув йўли 2 қисмдан иборат:

- ташқи парда-тоғай қисми;

- ички суяк қисми.

Парда-тоғай қисми ташқи эшитув йўлининг 2/3 қисмини эгаллайди, унинг орқа ва юқори деворлари эластик тўқимага бой фибрили бириктирувчи тўқимадан тузилган. Олди ва пастки деворида вертикал йўналишда жойлашган санториний тирқишлари (incisurae Santorini) ҳам фиброз тўқима билан ёпилган. Шунинг учун ташқи эшитув йўлининг парда-тоғай қисми осон силжийди. Тирқишларнинг пастки ташқи эшитув йўли кулоқ олди сўлак беши билан ёнма-ён туради, шунинг учун яллиғланиш жараёни ташқи кулоқдан кулоқ олди безига тарқалиши мумкин. Парда-тоғай қисмининг ёриғи суяк қисмига ўтиш жойида

қисми ва сўрғичсимон ўсиқдан ҳосил бўлган.Суяк қисми эгатча (*sulcus tympanicus*) билан тугайди (ноғора парда пай ҳалқаси ёрдамида шу эгатчага бирикади), унинг ўртасида ташқи эшитув йўлининг энг тор жойи - *istmus* жойлашган.

Ташқи эшитув йўлининг *олд девори* чакка-пастки жағ бугими билан ёнма-ён жойлашади, бунда пастки жағ суягининг ҳаракати унинг парда-тоғай қисмига тарқалади. Олд девори соҳасидаги яллиғ-ланиш жараёни кескин оғриқ билан кечади. Бемор ияги соҳаси билан йиқилганда ташқи эшитув йўлининг олд девори синиши мумкин.

Ташқи эшитув йўлининг *юқори девори* икки суяк пластинкасидан тузилган. Юқори пластинка кала суяги ўрта чуқурчасининг тубини ҳосил қилишда иштирок этса, пастки пластинкаси - аттикнинг ташқи (латерал) девори ҳисобланади. [Жаррохлик амали пайтида ноғора усти бўшлиғи шу девор орқали очилади.] Калла суяги асоси шу соҳада синганда ташқи эшитув йўлидан қон оқиши ва орқа мия суюқлигининг оқиши кузатилади.

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

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

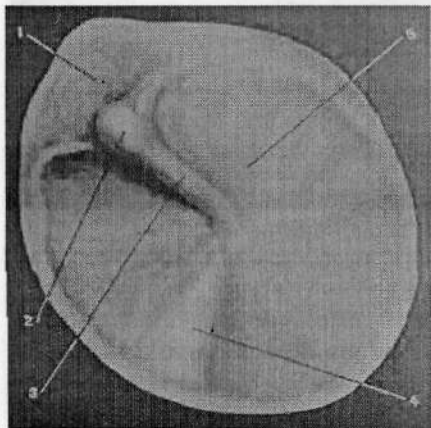
Ташқи эшитув йўли тери билан қопланган. Парда-тоғай қисмида терининг қалинлиги 1-2 мм етади, бу қисм туклар, ёғ ва олтингугурт моддасини ишлаб чиқарувчи церуменал безларга бой бўлади. Ёғ ва церуменал безлар ажралмаси ҳамда кучган эпидермис тўплами кулоқ кирини ҳосил бўлишида қатнашади. Кулоқ кири чайнаш ҳаракатида ташқи эшитув йўли парда-тоғай қисмининг тебранишида кўпроқ ажралади. Суяк қисмининг терисида туклар ва безлар бўлмайди, у суяк усти пардасига зич ёпишган бўлиб, аста-секин юпқалашиб боради (0,1 мм) ва эпидермис сифатида ноғора парданинг эпидермис қаватига айланади.

Ноғора парда (membrana tympani) қалинлиги 0,1 мм, бўйи 10 мм, эни 8 - 9 мм, юзи 55-60 мм² бўлган жуда юпқа овал тузилма бўлиб, ташқи кулоқни ўрта кулоқдан ажратиб туради. Ташқи эшитув йўлининг ўқига нисбатан ноғора парда 30° ўткир бурчак ҳосил қилиб жойлашади. Бундан ташқари ноғора парда ичкарига қадоксимон ботган бўлиб, энг чуқур жойи унинг киндик (*umbo*) деб аталади.

Ноғора парда толали-тоғай ноғора ҳалқаси (*annulus fibrocartilagineus*) ичида жойлашади, аммо юқори қисмида бу ҳалқа йўқлиги туфайли у ноғора уймасида (*incisura tympanica*, ёки ритвинус ўймаси-*incisura Rivinus*) бевосита чакка

суягининг тангачасимон қисмига бирикади. Ноғора ўймаси соҳасидаги кичик майдон бўшашган қисми ёки Шрапнелл мембранаси (*pars flaccida, s. membrana Shrapnelli*) деб аталади.

Ноғора парда 3 қаватдан; ташқи- тери, яъни эпидермал қавати, ташқи эшитув йўлининг безлардан ҳоли терисининг давоми ҳисобланади, ички - эпителиал шиллик қавати ноғора бўшлиғи шиллик пардасининг давоми ҳисобланади ва ўрта - радиал ва циркуляр фиброз толалардан тузилган бириктирувчи тўқима қаватидан иборат. Болғача дастаси радиал толалар ёрдамида ноғора парданинг



106-расм.Ноғора парда

1. Ноғора парданинг салқи қисми
2. Болғачанинг калта ўсиғи
3. Болғача дастаси
4. Ёруғлик конуси
5. Ноғора парданинг таранглашган қисми

ҳосил бўлади ва олд-пастки квадрантда жойлашган тенг томонлама ялтироқ учбурчак шаклида кўзга кўринади.

Ноғора парда шартли икки чизиклар ёрдамида 4 квадрантларга бўлинади. Чизикларнинг бири болғача дастаси бўйлаб ноғора парданинг пастки четига, иккинчиси-унга перпендикуляр равишда ўтказилади, натижада ноғора пардада олд-юқори, орқа-юқори, олд-пастки ва орқа-пастки қисмлар ҳосил бўлади.

Ўрта қулоқ (*auris media*) қуйидаги ҳаволи бўшлиқлардан ташкил топган:

ички ва ўрта қаватига зич бирикади. Болғача дастасининг пастки учи ноғора парда ўртасидан пастроқда чуқурлик - ноғора парданинг киндигини (*umbo membranae tympani*) ҳосил қилади. Кейин болғача дастаси юқорига ва бироз олдинга давом этиб, юқори қисмида ташқаридан кўзга кўринадиган калта ўсиқни - *processus brevis* (латерал усик-*processus lateralis*) ҳосил қилади, ундан олдинга ва орқага олд ва орқа болғача бурмалари (*plicae malleariae anterior et posterior*) жойлашган.

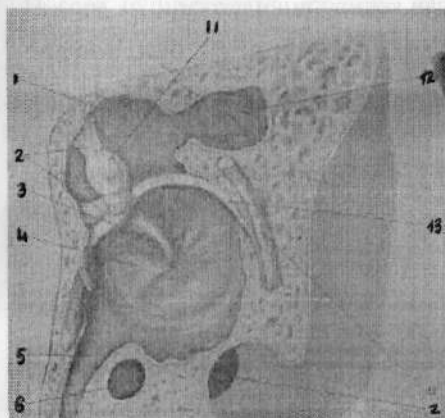
Отоскопияда сунъий ёруғликда ноғора парда ялтироқ-қулранг бўлиб кўринади. Унда қуйидаги “билиш” нукталар тафовут қилинади: болғача дастаси; калта ўсиқ; олд ва орқа болғача бурмалари; киндик; ёруғлик конуси.

Ёруғлик конуси ноғора парда юзига тушган ёруғликнинг акси натижасида

1) ноғора бўшлиғи (*cavitas tympanica*),

2) эшитув найи (*tuba auditiva*),

3) горга кириш жойи (*aditus ad antrum*);



107-расм. Ноғора бўшлиғининг ташқи девори

1. Аттик

2. Болғача бойлами

3. Болғача дастаси

4. Ноғора парданинг таранглашган қисми

5. Эшитув найи

6. Ички уйқу артериясининг олдинги девори

7. Бўйинтуруқ вена пиёзчаси 8. Юз нерви. 9. Ноғора пайи. 10 Фор 11.

Болғача бошчаси

4) сўргичсимон ўсиқ ғори (*antrum mastoideum*) ва сўргичсимон ўсиқ катаклари (*cellulae mastoidea*).

Ноғора бўшлиғи ҳам топографик жойлашуви, ҳам клиник аҳамияти бўйича бошқа бўшлиқларга нисбатан асосий ўринни эгаллайди. Ўрта кулоқ ёпиқ ҳаволи тизимининг ҳаво алмашинувини ноғора бўшлиғини бурунхалқум билан улаб турган эшитув найи орқали таъминлайди.

Ноғора бўшлиғи (*cavitas tympanica*) ноғора парда ва лабиринт орасида жойлашган бушлиқ бўлиб, турткиррали нотўғри куб шаклини эслатади. Унда 6 девор тафовут қилинади:

- ташқи ва ички;

- юқори ва пастки;

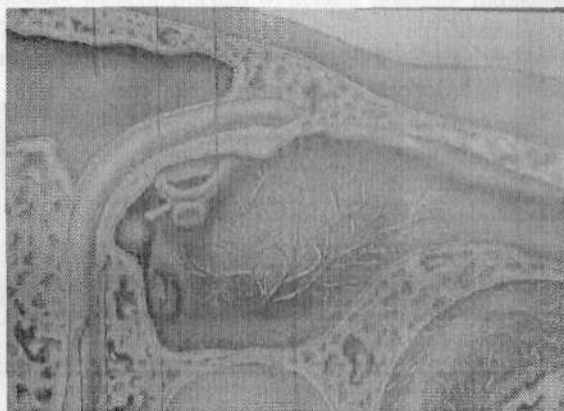
- олд ва орқа.

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

Ноғора бўшлиғининг ташқи деворини ноғора пардаси ҳосил қилиб, ташқи кулоқни ўрта кулоқдан ажратиб туради.

Ноғора бўшлиғининг юқори бўлими- ноғора усти чуқурлиғи, аттик, ёки *эптитпанум* ноғора парда таранг қисмининг юқори четидан тепарокда жойлашган. Унинг ташқи деворини ташқи эшитув йўли юқори деворининг суяк пластинкаси ва ноғора парданинг салки қисми ҳосил қилади. Ноғора бўшлиғининг юқори қисмида болғача ва сандончанинг бўғими жойлашган бўлиб, бўшлиқни ички ва ташқи бўлимларга бўлади. Ноғора усти чуқурлиғи ташқи бўлимининг пастки қисмида, ноғора парданинг таранг қисми ва болғача бўйинчаси орасида ноғора парданинг юқори чуқурчаси, ёки Пруссак

чўнтаги жойлашган. Бу тор бўшлиқ ҳамда ундан пастда ва ташқарида жойлашган ноғора парданинг олд ва орқа чуқурликлари (олд ва орқа Трельч чўнтаклари) сурункали эптитимпанитда бажариладиган жаррохлик амалида клиник аҳамиятга эга. Касалликнинг қайталанишини олдини олиш мақсадида операция пайтида бу чўнтаклар албатта кўздан кечирилиши лозим.



108- расм. Ноғора бўшлигининг медиал девори ва эшитув найи

1-чўққи ; 2-дахлиз дарчасида жойлашган узангича;

3- чиғаноқ дарчаси; 4-юз нервининг биринчи тиззаси;

5- латерал (горизонтал) ярим доира каналининг ампуласи;

6- ноғора тори; 7- узангича нерви.

(дегисценциялар) мавжудлиги туфайли калла суяги ўрта чуқурчасининг бош мия қаттиқ пардаси бевосита ноғора бўшлигининг шиллиқ пардасига тегиб туради, шунинг учун ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёни бош мия тўқимасига тарқалиши ва кала суяги ичи асоратларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Ёш болаларда чакка суягининг тошсимон ва тангачасимон қисмларининг чегарасида ноғора бўш-лигининг томи соҳасида битмаган тошсимон-тангачасимон тирқиш (*fissura petrosquamosa*) бўлади. Бу тирқиш орқали қонтомирлар тўплами билан бирга бириктирувчи тўқималар тўплами ўтади ва инфекция тарқалиш йўли сифатида хизмат қилиши мумкин. Шунинг учун ёш болаларда ўткир йирингли отитда қаттиқ мия пардаси таъсирланиши натижасида менингизм белгилари юзага келади. Кейинчалик бу тирқишнинг ўрнида тошсимон-тангачасимон чок-*sutura petrosquamosa* шаклланади. Баъзан

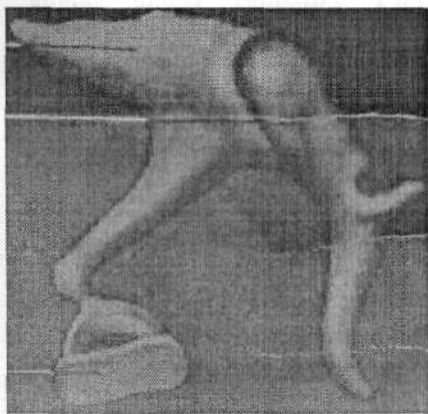
Ноғора бўшлигининг
ўрта қисми -
мезотимпанум
(*mesotympanum*)- энг катта бўлим бўлиб, ноғора парда таранг қисмининг проекциясига мос келади.

Пастки бўлими-
гипотимпанум
(*hypotympanum*)-ноғора парданинг бирикиш жойидан пастда жойлашган чуқурлик ҳисобланади.

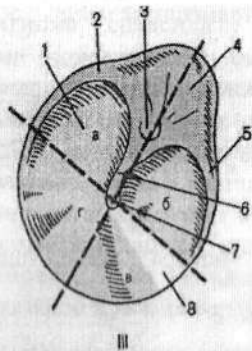
Ноғора бўшлигининг юқори девори ёки томи (*tegmen tympani*) қалинлиги 1 - 6 мм гача бўлган юпқа суяк пластинкасида иборат бўлиб, ноғора бўшлигини калла суягининг ўрта чуқурчасидан ажратиб туради. Суяк пластинкада суяк нуқсонлари

чакка суягининг ички юзасида тирқиш қолдиқлари сақланиб қолганлиги туфайли катта кишиларда ривожланган мастоидит касаллигида суяк тўқимаси остида йиринг тўпланиши мумкин.

Ноғора бўшлиғининг *пастки, бўйинтуруқ девори* (*pars jugularis*) ёки ноғора бўшлиғининг туби унинг остида ётган ички бўйинтуруқ венанинг юқори пиёзчаси (*bulbus venae jugularis*) билан чегараланган. Бўшлиқ туби ноғора парда четидан 2,5-3 мм пастрокда жойлашган. Баъзан бу деворда суяк нуқсонлари - дегисценциялари бўлиб, вена пиёзчаси ноғора бўшлиғи ичига бўртиб туради. Шунинг учун ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёнлари бўйинтуруқ венасига тарқалиши ва септикопиемия асорати ривожланишига ёки парацентез вақтида вена пиёзчаси жароҳатланиб, қулоқдан қон оқишига сабаб бўлади.



109- расм. Эшитув суякчалари



110- расм. Ўнг ва чап ноғора пардалари

1-узангича; 2-сандонча; 3-болгача

сўрғичсимон ўсиқ билан чегараланган. Унинг юқори қисмида кенг йўл - *горза кирши йўли* (*aditus ad antrum*) жойлашган. Бу йўл ноғора бўшлиғининг томини,

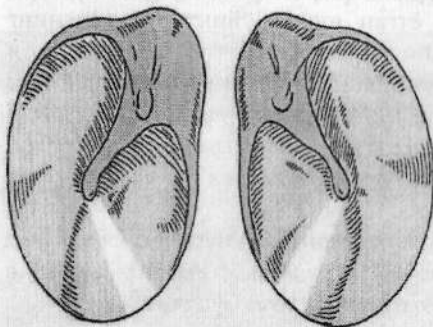
Ноғора бўшлиғининг *олд девори, эшитув найи ёки уйқу девори* (*pars tubaria, s. caroticus*) Бу деворнинг юқори қисмида икки тешик эгаллаган бўлиб, уларнинг каттаси - эшитув найининг ички тешиги (*ostium tympanicum tubae auditivae*), кичиги унинг устида жойлашган ноғора пардани таранглаш-тирувчи мускул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

Пастки қисмида ноғора бўшлиғининг олд девори юпқа суяк пластинкасидан ташкил топган. У ноғора бўшлиғини ички уйқу артерияси каналидан ажратиб туради. Қон томирлар ва асаб толалари бу девордаги ингичка найчалар (тешикчалар) орқали ноғора бўшлиғига киради. Баъзан яллиғланиш

жараёни ноғора бўшлиғидан уйқу артериясининг суяк деворига тарқалиши мумкин ёки артерия девори парацентез пайтида жароҳатланиб, кучли қон кетишга сабаб бўлади.

Ноғора бўшлиғининг *орқа ёки сўрғичсимон девори* (*pars mastoideus*)

яъни аттикни сўргичсимон ўсиқ гори билан (*antrum mastoideum*), яъни сўргичсимон ўсиқнинг доимий катакчаси билан боғлаб туради. Форга кириш жойидан пастда, дахлиз дарчасининг пастки чети сатҳида, орқа деворда ўз ичига узангича мускулини олган пирамида тепа-лиги (*eminencia pyramidalis*)



111-расм. Ноғора пардадаги билиш нукталарининг схематик тасвири

1- таранглашган қисми; 2- орқа бурма ; 3- болғачанинг калта усимтаси; 4- салки қисми; 5- олд бурма; 6-болғача дастаси; 7- киндик; 8- ёруғлик конуси ; Пунктир билан ноғора парданинг квандранталарига бўлиниши белгиланган: а- орқа юқори ; б- олд юқори ; в- олд пастки; г- орқа пастки

жойлашган. Узангича мускулининг пайи тепалик чўққисидан бошланиб, узангича бошчасида тугайди. Пирамида тепалигининг ташқи томонида кичик тешик бўлиб, ундан ноғора тори чиқади.

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

Ноғора бўшлигининг ички

(*лабиринт, промонториум*) девори (*pars labyrinthicus*) ўрта кулоқни, ички кулоқдан, яъни лабиринтдан ажратиб туради. Ички деворнинг марказий бўлимида чиганоқ асосий гажагининг латерал девори ҳосил қилган тепалик (*promantorium*) жойлашган. Тепаликнинг юзида ноғора чигали (*plexus tympanicis*), ноғора чигалини ҳосил қилишда қатнашади. Ноғора чигалини куйидаги асаб толалари ҳосил қилади:

- 1) тилҳалқум асаб толасининг шохчаси бўлган ноғора асаб толаси (*n. tympanicis*),
- 2) уч шохли асаб толаси (*n. trigeminis*),
- 3) юз асаб толаси (*n. facialis*)
- 4) ички уйқу чигалининг (*plexus carotis internus*) симпатик толалари.

Тепаликнинг юқори-орқа қисмида узангича асоси (*basis stapedis*) билан ёпилган қобарик тешик, яъни дахлиз дарчаси (*fenestra vestibuli*), орқа-пастки қисмида иккиламчи ноғора парда (*membrana tympani secundaria*) билан

ёпилган айлана тешик - чиганок дарчаси (*fenestra cochleae*) жойлашган. Чиганок дарчасининг тешиги ноғора бўшлиғининг орка деворига қараган бўлиб, қисман промоториум тепалигининг орка-пастки бўртиши билан ёпилиб туради. Бевосита қобарик дарча устида фаллопий суяк канали ичида юз асаб толасининг горизонтал шохчаси ўтади. Бу канал девори жуда юпка ва баъзан тиркишларга эга бўлганлиги сабабли ўрта кулоқдаги патологик жараён юз асаб толасига тарқалиб, беморда юз асаб толаси неврити ривожланиши мумкин. Найнинг юқори-орка томонида латерал (горизонтал) ярим доира канал ампуласининг буртиши жойлашган. Қобарик дарчанинг устида ноғора пардани таранглаштирувчи мускул ярим доира канали ўтади.

Ноғора бўшлиғининг шиллик пардаси бурунхалқум шиллик пардасининг давоми ҳисобланади. У ноғора бўшлиғи деворларини ва эшитув суякчаларини қоплаб, бир вақтнинг ўзида периост (*мукопериост*) вазифасини ҳам бажаради. Ноғора бўшлиғида у бир нечта бурма ва чўнтаклар ҳосил қилади. Ноғора бўшлиғининг ўрта ва юқори қаватларини бир-биридан ажратиб турган шиллик парда тимпанал диафрагма деб аталади. Шиллик парда бурмалари, тимпанал диафрагма ва суяк тузил-малар ноғора бўшлиғи чўнтакларини ёки синусларини ҳосил қилишда қатнашади. Энг йирик ноғора ва юз синуслари клиник аҳамиятга эга. Ноғора синуси пирамида тепалигининг остида жойлашиб, ич-ки бўйинтурук венанинг юқори пиёзчасига ва чиганок дарчасигача давом этади. Юз синуси медиал томондан юз нерви канали, орқадан пирамида тепалиғи ва олдиндан промоториум тепалиғи билан чегараланган.

Ўрта кулоқ шиллик пардасини қоплаган эпителий қавати бурунхалқум эпителий қаватининг ўзгар-ган шакли бўлиб, эшитув найи тимпанал тешигининг соҳасида у 2-3 қаторли цилиндрик ҳилпировчи эпителийдан иборат (эпителий туклари эшитув найининг тимпанал тешиги томон ҳаракатланади). Эпителий қаватида қадахсимон хужайралар сони кам бўлади. Бу майдондан узоклашган сари ноғора бўшлиғининг шиллик пардаси бир қаватли кубсимон, орка бўлимларда-бир қаватли ясси эпителий билан қопланган бўлади; мезотимпанум ва эпитимпанумнинг орка қисмида ҳилпировчи эпителий хужайралари кўп учрайди. Промоторий тепалиғи соҳасида жойлашган шиллик пардада секретор ва секрециясиз цилиндрик хужайралар, кам миқдорда - ҳилпировчи ва ундан ҳам кам миқдорда-қадахсимон хужайралар учрайди.

Витмак назарияси бўйича ноғора бўшлиғининг шиллик пардаси қуйидаги 3 гуруҳга бўлинади:

1. мезопластик шиллик парда;
2. гиперпластик шиллик парда; (бунда шиллик парда миксоматоз характерга эга бўлиб, шиллик остида қон томир ва шиллик безлар зич жойлашган).
3. гипопластик шиллик парда эпителий ости қавати билан қопланган бўлиб, қон томирлар билан кам таъминланган ва фиброз тўқимага эга бўлади.

Ноғора бўшлиғида 3 эшитув суякчалари ва 2 кулок ичи мускуллари жойлашган. Эшитув суякчаларига болғача (*malleus*), сандонча (*incus*) ва узангича (*stapes*) киради. Улар бўғимлар орқали бир-бири билан занжирга ўхшаб боғланган. Эшитув суякчалари товуш тўлқинларини кучайтириб ёки камайитириб даҳлиз дарчасига етказди.

1. Болғача дастаси ноғора парданинг фиброз қаватиға, узангича асоси қобарик тешик даҳлиз дарчасига бирикади. Болғачада дастаси, бўйинчаси ва каллачаси ҳамда олд ва латерал ўсиқлари тафовут қилинади. Болғача дастаси ва унинг ички ўсиғи отоскопияда кўзга кўринади. Болғачанинг оғирлиғи 30 мг тенг.

2. Сандонча танаси, калта ва узун оёқчалардан тузилган; калта оёқчаси ғорға кириш жойида жойлашган бўлса, узун оёқчаси орқали сандонча узангича каллачаси билан бўғим ҳосил қилади. Сандончанинг оғирлиғи 27 мг тенг. Болғача каллачаси, бўйни ва сандончанинг танаси эпителимдан жойлашган. Ноғора парданинг кенг юзасидан узангичанинг тор юзасига тўпланган товуш тўлқинлари анча кучайтирилади.

3. Узангичада каллачаси, икки оёқчаси ва асоси тафовут қилинади. Унинг оғирлиғи 2,5 мг, асосининг юзи - 3 - 3,5 мм² тенг. Узангичанинг асоси айлана бойлам ёрдамида даҳлиз дарчасининг четига бирикади. Бу бойлам етарли даражада эластик бўлганлиғи туфайли узангича асосининг олд бўлимлари анча ҳаракатчан бўлади.

Кулок ичи мускулларига ноғора пардани таранглаштирувчи (*m.tensor tympani*) ва узангича (*m.stapedius*) мускули киради. Бу мускуллар эшитув суякчаларининг ҳаракатини таъминлаб, маълум даражада товушни ўтказиш жараёнида қатнашади. Бундан ташқари, бу икки мускуллар аккомодация ва химоя функциясини бажаради, яъни товуш кучига қараб ноғора парданинг таранглигини ўзгартириб, лабиринтни кучли товуш тўлқинларидан химоя қилади.

1) Ноғора пардани таранглаштирувчи мускулнинг пайи болғача бўйинчасига бирикади. Бу мускул эшитув найининг ноғора тешиғи устида жойлашган суяк ярим доира каналидан бошланади. Мускул пайи аввал олдиндан орқа томон йўналишда боради, кейин тўғри бурчак остида чиганоқ ўсиғини эгиб, латерал йўналишда ноғора бўшлиғини кесиб ўтади, шундан сўнг болғачага бирикади. Бу мускул иннервациясини пастки жағ асаб толаси (уч шоҳли асаб толасининг шоҳчаси) таъминлайди.

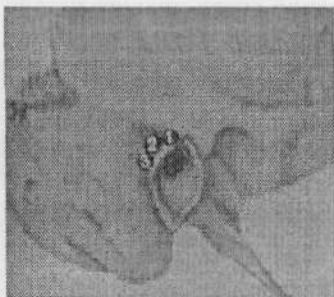
2) Узангича мускули пирамида тепалигининг суяк қинида жойлашган бўлиб, унинг пайи тепалик чўққисидаги тешикдан чиқиб, калта поя шаклида олдинга боради ва узангичага бирикади. Бу мускул иннервациясини юз асаб толаси шоҳчаси- узангича асаб толаси (*n.stapedius*) таъминлайди.

Эшитув (евстахий) найи (tuba auditiva) ўрта кулокни бурунҳалқум орқали ташқи муҳит билан боғлаб туради. Унинг узунлиғи катталарда 3,5 см,

чакалоқларда - 2 см тенг. Эшитув найи ўрта кулоқдаги ҳаво босимини ўзгартириб, ҳавони алмаштириш вазифасини бажаради.

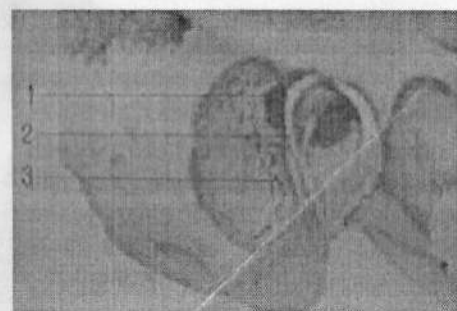
Эшитув найи унинг 1/3 қисмини эгаллаган калта *суяк (pars ossea)* ва 2/3 қисмини эгаллаган узун *тоғай (pars membranacea cartilaginea)* бўлимлардан тузилган. Бу бўлимлар ўзаро қўшилиб пастга йўналган ўтмас бурчак ҳосил қилади. Тоғай бўлими суяк бўлимига ўтиш жойида эшитув найининг энг тор жойи - бўйинчаси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

Болаларда эшитув найи калта, кенг ва бироз горизонтал жойлашган бўлади. Шу сабабли ёш болаларда сут, сўлак ва бошқа суюқликлар эшитув найи орқали



112 - расм. Сўргичсимон ўсиқ

ногора бўшлиғи ичига кириши ва ўрта кулоқнинг яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин. Эшитув найининг шиллиқ пардаси ҳилпировчи цилиндрик эпителий билан қопланган бўлиб, туклар ўрта кулоқдан ҳалқум томонга ҳаракатланади. Тинч ҳолатда эшитув найи тоғай қисмининг деворлари бир-бирига тегиб туради, шунинг учун унинг ёриғи ёпиқ туради. Эшитув найининг ёриғи ютинганда, чайнаганда, эснаганда очилади. Унинг очилиши юмшоқ танглайни таранглаштирувчи



113- расм. Антромастодотомиядан сўнг суяк бўшлиғининг манзараси тўқимаси ва кўпгина ҳаволи катакчалардан иборат бўлиб, барча катакчалар

(*m. tensor veli palatini*) ва кўтарувчи (*m. levator veli palatini*) мускулларнинг қисқариши бузилганда ўрта кулоқда турли патологик жараёнлар юзага келиши мумкин. Шу сабабдан эшитув найи ўтказувчанлигини тиклаш муҳим аҳамиятга эга.

1-сўргичсимон ғор; 2- ташқи эшитув йўлининг орқа девори; 3- сўргичсимон ўсиқнинг очилган катаклари;

Сўргичсимон ўсиқ (processus mastoideus) ўрта кулоқнинг орқа қисмида жойлашган. У қалин суяк қисмида жойлашган. У қалин суяк қисмида жойлашган. У қалин суяк қисмида жойлашган.

сўрғичсимон ўсиқ ғори (*antrum mastoideum*) ва ғорга кириш жойи (*aditus ad antrum*) орқали ноғора усти бўшлиғининг (эпитимпанум) юқори-орқа қисмига очилади. Чақалокларда сўрғичсимон ўсиқ яхши ривожланмаган бўлиб, фақат битта бўшлиқдан-сўрғичсимон ўсиқ ғоридан (*antrum*) иборат. Ўсиқнинг шаклланиши

2 ёшдан бошланиб, 6-7 ёшда тугайди.

Сўрғичсимон ўсиқ чўққиси пастга қараган конусни эслатади. Чиганок ўсиғининг давоми бўлган ва калла суяги ўрта чуқурчасининг тубига тўғри келган чакка чизиги (*linea temporalis*) унинг юқори чегараси бўлиб хизмат қилади. Сўрғичсимон ўсиқнинг олд чегараси- ташқи эшитув йўлининг орқа девори бўлиб, унинг орқа-юқори четида буртиш чизиги - *spina suprameatum* (*Генле чизиги*) бор. Бу бўртиш суяк юзасидан 2-2,5 см чуқурликда жойлашган ғорнинг проекциясига мос келади.

Сўрғичсимон ўсиқ ғори - айлана шаклдаги ҳаволи катакча бўлиб, шакли ва тузилишидан қатъий назар сўрғичсимон ўсиқда 90 % ҳолларда мавжуд бўлади ва кулоқда бажариладиган деярли барча жарроҳлик амалларда ишончли анатомик тузилма (ориентир йўлчи) сифатида хизмат қилади.

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

Сўрғичсимон ўсиқнинг тузилиши бўйича меъёрда пневматик, диплоэтик ва аралаш, патологияда - склеротик турлари тафовут қилинади.

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

Диплоэтик (спонгиозли) сўрғичсимон ўсиқда ҳаволи катакчалар кам бўлиб, улар асосан ғор атрофида тўпланган ва трабекулалар билан чегараланган кичик бўшлиқлардан иборат.

Склеротик (зич) сўрғичсимон ўсиқ модда алманишуви бузилиши ёки умумий ва маҳаллий яллиғ-ланишнинг оқибати бўлиб, бунда сўрғичсимон ўсиқ зич суяк тўқимасидан тузилган бўлади, унда ҳаволи катакчалар сони жуда кам ёки умуман бўлмайд.

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

1. *Бўсага катаклари*-улар бевосита картикал қават остида, асосан сигмасимон синус, юз нерви суяк канали ва антрум оралигида жойлашган;

2. Чўққи катаклари сўргичсимон ўсиқ чўққисиди жойлашган;
3. Перисинуоз катаклар сигмасимон синус атрофитда жойлашиб, калла суягининг орқа чуқурчаси олдида ётади;
4. Окципитал катаклар энса суяги томонда жойлашган;
5. Перифациал катаклар юз асаб толаси каналининг пастга тушувчи қисми соҳасида жойлашган;
6. Антрум атрофи катаклар ноғора бўшлиғи ва антрумнинг томида жойлашган;
7. Чакка катаклари ташқи эшитув йўлининг юқори орқа деворида жойлашган;
8. Бурчак катаклар пирамида қирраси бўйлаб жойлашган;
9. Перлабиринт катаклар пирамидада жойлашиб лабиринтни ўраб олади.

Сўргичсимон ўсиқ ғори ва катаклари ўрта кулоқ шиллик пардасининг давоми бўлган шиллик парда билан қопланган, шунинг учун ноғора бўшлиқ ичидаги патологик жараён сўргичсимон ўсиқ катакларига осон тарқалади.

Сўргичсимон ўсиқнинг ички (орқа) юзасида (калла суягининг ичида) *сигмасимон синус (sinus sigmoideus)* - вена бўшлиғи ётади. У бош мия қаттиқ пардасининг дупликатураси бўлиб, бош миядан вена қони шу синус орқали бўйинтуруқ вена тизимига қўйилади. Ноғора бўшлиғининг остида сиг-масимон синус кенгайиш, яъни ички бўйинтуруқ вена пиёзчасини ҳосил қилади. Бу ички суяк плас-тинкаси (*lamina vitrea*) сигмасимон синус ва калла суягининг орқа чуқурчасини сўргичсимон ўсиқ катакларидан ажратиб туради. Ўрта кулоқдаги деструктив жараёнлар суяк пластинкасини емирганда инфекция S-симон синусга тарқалади. Сигмасимон синус девори жароҳатланганда ҳаёт учун хавфли қон оқиши юзага келади. Баъзан сигмасимон синуснинг ташқи эшитув йўли орқа деворига яқин, ёки юзаки жойлашуви (латеропозиция) кулоқда ўтказиладиган жароҳлик амалларида синусни жароҳатланишига сабаб бўлади.

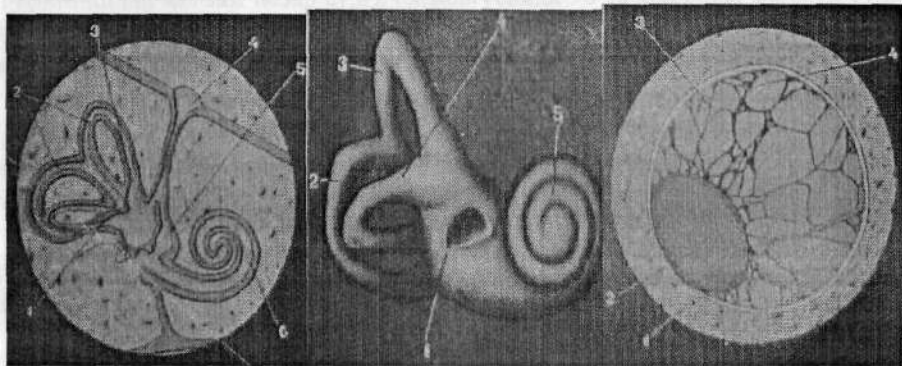
Tegmen antri суяк пластинкаси сўргичсимон ўсиқ ғорини калла суягининг ўрта бош мия чуқурчаси ва бош мия қаттиқ пардасидан ажратиб туради; патологик жараён суяк пластинкасини емирганда йи-ринг бош мия пардаларига тарқалиши мумкин.

Сўргичсимон ўсиқ чўққисининг ички юзасида икки қоринчали мускул толалари бирикадиган чуқур *сўргичсимон эгат (incisura mastoidea)* бўлиб, баъзан йирингли жараён сўргичсимон катаклардан шу эгат орқали бўйин мускулларининг остига тарқалиши мумкин.

Сўргичсимон ўсиқ соҳасида муҳим клиник аҳамиятга эга бўлган *Шипо учбурчаги* жойлашган, чунки сўргичсимон ўсиқ соҳасида бажариладиган барча жароҳлик амаллари айнан шу учбурчак соҳасида бажарилади. Шипо учбурчаги тепадан чакка чизиги билан (хаёлан ўтказилган бу чизик ёноқ

ёйининг давоми бўлиб, калла суяги ўрта чуқурчаси тубининг сатҳига тўғри келади), олд томондан-ташқи эшитув йўлининг орқа деворидан чакка чизигига хаёлан ўтказилган тўғри чизик билан, орқадан-сўргичсимон ўсик чўққисининг чети ва чакка чизигидан хаёлан ўтказилган вертикал чизик билан чегараланади.

Ички қулоқ (*auris interna*), яъни лабиринт жуда мураккаб тузилган. У суякли лабиринт капсуласи ва унинг ичида жойлашган пардали лабиринтдан тузилган. Лабиринт чакка суягининг тошсимон қисми ичида жойлашган. Ташқи томонда у дахлиз ва чиганок дарчалари жойлашган ногора бўшлиғининг ички девори бўлиб хизмат қилади. Ички томонда лабиринт ички эшитув йўли (*meatus acusticus interna*) ва дахлиз сув оқаваси (*aqueductus vestibuli*) орқали калла суягининг орқа чуқурчаси билан туташади. Дахлиз сув оқавасида чиганок сув оқавасига (*aqueductus cochleae*) – чиганок найчасига (*canaliculus cochleae*) борган эндолимфатик йўл (*ductus endolymphaticus*) ўтади. Лабиринт орқа мия суяқлигига ўхшаш суяқлик билан тўлган.



114- расм. Ички қулоқнинг тузилиши.

1. Горизонтал ярим айлана канал
2. Вертикал ярим айлана канал
3. Элептик қопча
4. Эндолимфатик қопча

Суякли лабиринт

1. Дахлиз
2. Сагитал ярим айлана канал
3. Фронтал ярим айлана канал
4. Горизонтал ярим айлана канал
5. Чиганок

Ярим айлана каналнинг кўндаланг кесими

1. Суякли қават.
2. пардали қават
3. Перелимфатик қўшувчи тўқима толалари.
4. Қон томир

Бу суяқлик пардали лабиринт ичида - *эндолимфа*, суякли лабиринт ичида - *перилимфа* деб аталади. Перилимфа ва эндолимфа функционал жиҳатдан ўзаро боғлиқ бўлган қулоқ лабиринтининг гуморал тизимидир. Улар электролит таркиби билан бир-биридан фарқ қилади; эндолимфада куп микдорда калий ионлари, кам микдорда натрий ионлари бўлса, перилимфада бунинг акси, яъни натрий ионлари кўп булади. Перилимфа ўз ионлар таркиби

билан орқа мия суюклиги ва қон зар-добини эслатса, эндолимфа - хужайра ичи суюклигига ўхшайди.

Суякли лабиринт 3 бўлимдан ташкил топган:

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

Чиғаноқ (cochlea) - бу ўз ўқи (*modiolus*) атрофида 2,5 марта айланиб, тепада чўкки ҳосил қилган спирал шаклидаги суякли найдир. Суяк ўқидан канал ичига *спирал суяк пластинкаси (lam. spiralis ossea)* киради. Кесимда чиғаноқ ясси конус шаклига эга (қлнус асосининг эни 9 мм, буйи 5 мм, спирал шаклидаги суякли найнинг узунлиги 32 мм тенг). Спирал суяк пластинкасининг давоми бўлган *пардали базиляр пластинка* ва *даҳлиз (рейсснер) мембранаси (membrana vestibularis)* чиғаноқ ичида мустақил най-чиғаноқ йўлини ҳосил қилади. Бу йўл чиғаноқ найини юқори ва пастки спирал норвонларга бўлади: найнинг юқори бўлими - *даҳлиз норвони (scala vestibuli)*, пастки бўлими - *ноғора норвони (scala tympani)* деб аталади. Юқори ва пастки норвонлар алоҳида-алоҳида жойлашган булиб, улар фақат чиғаноқ чўкқисидаги *геликотрема (helicotrema)* тешиги орқали бир-бири билан туташади. Даҳлиз норвони чиғаноқ даҳлизига, ноғора норвони чиғаноқ дарчаси (айлана дарча) орқали ноғора бўшлиғига очилади. Ноғора норвонида чиғаноқ дарчаси ёнида орқа мия тур пардаси бўшлиғига очиладиган ва чакка суяги тошсимон қисмининг пастки қиясида тугайдиган чиғаноқ сув оқаваши утади. Спирал суяк пластинкасининг асоси ёнида суяк канали бўлиб, унда эшитув асаб толасининг биринчи биполяр нейрон хужайраларига эга чиғаноқнинг спирал тугуни (*gang. spirale cochleae*) жойлашган.

Лабиринт даҳлизи чиғаноқнинг ўрта қисмидаги бўшлиқ бўлиб, унинг ичида 2 чўнтак бор: *сферик чўнтак (recessus sphericus)* ва *эллиптик чўнтак (recessus ellipticus)*. Чиғаноққа яқин турган биринчи ярим доира каналларга туташган чўнтакда сферик (*sacculus*), иккинчи чўнтакда - эллиптик (*utri-culus*) пардали қопчалари жойлашган. Пардали қопчалар эндолимфатик йўл орқали ўзаро боғланган. Даҳлизнинг олд қисми даҳлиз пиллапояси орқали чиғаноқ билан, орқа қисми - ярим доира каналлар билан туташади.

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

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

Ташки канал 30° остида горизонтал, олд канал- фронтал, орқа канал-сагитал теккисликларда жой-лашади. Ҳар бир канал кенгайган ампула оёқчасига ва даҳлизнинг эллиптик чўнтагига қараган сил-лиқ оёқчасига эга. Олд ва орқа

вертикал каналларнинг силлик оёқчалари бирлашиб умумий оёқча ҳосил қилади. Шундай қилиб, ярим доира каналлар даҳлизнинг эллиптик чўнтагида бешта тешик орқали бир бири билан боғланади. Ташқи каналнинг суяк ампуласи ғорга кириш жойига ёнма-ён жойлашиб, унинг ички деворини ҳосил қилади.

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

Пардали лабиринт суякли лабиринт шаклини такрорлаган ва эндолимфа билан тўлган ёпик эндолимфатик бўшлиқ ва йўллар тизимидан иборат. Суякли ва пардали лабиринтлар орасида перилимфа билан тўлган перилимфа бўшлиғи жойлашган. Пардали лабиринт бириктирувчи тўқима толалари ёрдамида перилимфа бўшлиғи ичида осилиб туради. Перилимфа бўшлиғи *чиганок сув оқаваси (чиганок каналчаси)* орқали бош мия тур пардаси ости бўшлиғи билан алоқа ҳосил қилади. Эндолимфа пардали лабиринтнинг ёпик тизимида жойлашиб, бош мия суякциклари билан алоқа ҳосил қилмайди.

Олимларнинг фикрича, эндолимфани қон-томирлар тасмаси ишлаб чиқаради, унинг реабсорб-цияси эса эндолимфатик қопчада содир бўлади. Эндолимфани ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқа-рилиши лабиринт ичи босимининг ошишига олиб келади.

Ички кулоқда 2 рецептор аппаратлари жойлашган:

1) эшитув аппарати. Бу аппарат чиганок йўлида (*ductus cochlearis*) жойлашган;

2) мувозанатни сақлаш (вестибуляр) аппарати. Бу аппарат даҳлиз қопчалари (*sacculus va utriculus*) ва пардали ярим доира каналларда жолашган.

Пардали чиганок чиганок йўли, даҳлиз қопчалари ва пардали ярим доира йўллардан тузилган.

Чиганок йўли (ductus cochlearis) айланма спирал канал бўлиб, чиганокнинг ичида, даҳлиз ва ногора пиллапооялари орасида жойлашган. Кўндаланг кесимда у учбурчак шаклига эга. Чиганок йулининг деворларини даҳлиз (рейсснер) мембранаси, ногора (спирал) мембранаси ва суякли чиганокнинг ташқи девори ҳосил қилади. Даҳлиз норвонига караган чиганок йулининг юқори девори икки қават ясси эпителий хужайраларидан иборат юпка даҳлиз (рейсснер) мембранасидан тузилган. Чиганок йулининг тубини базиляр мембрана ҳосил қилади. Бу мембрана чиганок йулини ногора норвонидан ажратиб туради. Спирал суяк пластинкасининг чети базиляр пластинка орқали суякли чиганокнинг карама- карши девори билан боғланади. Чиганок йулидаги базиляр пластинкада спирал бойлам (*lig. spirale*) жойлашган бўлиб, унинг юқори қисмини қон томирларга бой *қон - томур тасмаси (stria vascularis)* ҳосил қилади. Базиляр пластинка кўндаланг жойлашган эластик толалардан

иборат тузилма булиб, кўпгина капилляр кон-томирлар турига эга. Эластик толаларнинг узунлиги ва калинлиги чиганокнинг асосий гажжагидан чўққиси томон купайиб боради. Бутун чиганок йўли бўй-лаб спиралсимон жойлашган базилляр пластинкада *спирал аъзо (кортий аъзоси)* - эшитув анализа-торнинг периферик рецептори жойлашган.

Спирал аъзо (Корти аъзоси) ички нейроэпителиал, ташқи тукли, тиргак ва озиклантирувчи (Дейтерс, Гензен, Клаудиус), Кортий ёйларини ҳосил қилувчи ташқи ва ички устун хужайралардан тузилган. Ички устун хужайралардан ичкарирокда катор ички тукли хужайралар (уларнинг сони 3500 етади); ташқи устун хужайралардан ташқариокда 20 000 якин ташқи тукли хужайралар жойлашган. Тукли хужайралар чиганок спирал тугуни хужайраларидан тарқалган периферик асаб толалари билан синапслар ёрдамида боғланади. Спирал аъзонинг тиргак хужайралари ушлаб туриш ва озиклан-тириш вазифасини бажаради. Спирал аъзонинг хужайралари орасида эпителий ичи бўшлиқлари бўлиб, улар "*кортилимфа*" деб номланган суюқлик билан тўлган. Кимёвий таркиби бўйича котилимфа эндолимфага ухшасада, ундан анча фарқ қилади.

Корти аъзосининг тукли хужайралари устида *эластик (томсимон) мембрана (membrana tectoria)* жойлашган. Бу мембрана ҳам базилляр мембрана сингари спирал суяк пластинкаси четидан бошланади. Унинг ташқи чети эркин бўлганлиги сабабли базилляр пластинка устида осилиб туради. Эластик мембрана остида ҳам кортилимфа суюқлиги оқади. Эластик мембрана узунасига ва радиал жойлашган *протофибрилалардан* тузилган бўлиб, унинг ичига ташқи тукли нейроэпителий хужай-раларининг туклари тарқалади. Хужайралар тукларининг узунлиги турлича бўлиб, энг калта тукли (130-135 мкм) хужайралар чиганокнинг асосида жойлашган. Чиганокнинг асосидан чиганок йўлига кўтарилган сари хужайралар тукларининг узунлиги аста-секин купая боради. Энг узун тукли (230-234 мкм) рецептор хужайралари чиганок йўлининг чўққисидида жойлашаган. Базилляр пластинка теб-ранганда тукларнинг таранглашиши ва қисилиши туфайли узангича ва ички кулок суюқликлари теб-ранишининг механик энергияси электр нерв импульси энергиясига айланади.

Спирал аъзонинг ҳар бир тукли хужайраси фақат битта асаб толаси билан таъминланган бўлиб, бу асаб толаси кўшни хужайраларга тармоқланмайди. Шунинг учун асаб толасининг дегенерацияси фа-қат унга тегишли хужайрани нобуд бўлишига сабаб булади.

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

Лабиринт даҳлизидида 2 пардали қопчалар - *эллиптик* ва *сферик қопчалар* жойлашган. Отолит ре-цепторлари иккала қопчанинги ички юзасида жойлашган

ва нейрорепителий билан қопланган кичик тепачалардан иборат. Улар *эллиптик қопча доғи (macula utriculi)* ва *сферик қопча доғи (macula sac-culi)* деб аталади. Отолит рецептор аппарати ҳам таянч ва сезувчан хужайралардан тузилган.

Пардали ярим доира йўллар суяк ярим доира каналлар ичда жойлашган ва уларнинг шаклини такрорлайди. Пардали ярим доира йўлларнинг диаметри суяк ярим доира каналлар диаметридан ки-чикикрок бўлиб, улар ҳам ампула ва силлик оёқчаларга эга. Пардали ярим доира йўл ампуласи ичида кичик айлана буртиш (*crista ampullaris*) бор. Бу буртишда туклари бирлашиб “мўйқалам” ҳосил қилган тукли хужайралар жойлашган. Бурчакли тезланиш таъсирида эндолимфа ярим доира йўлнинг ампула оёқчаси ёки силлик оёқчаси томон силжиб, нейрорепителий хужайраларни қитиглайди, на-тижада механик энергия асаб импульсига айланади. Шундай қилиб, сезувчан вестибуляр хужай-ралар 5 рецептор майдонларида жойлашади; учта ярим доира йўлларнинг ампулаларида биттадан ва икки дахлиз қопчаларида биттадан.

Дахлиз ва ярим доира йўлларининг асаб рецепторларидаги ҳар бир сезувчан хужайра бир нечта асаб толалар билан таъминланган. Шунинг учун битта асаб толасининг нобуд бўлиши бошқа сезувчан хужайраларга зарар етказмайди.

Ташқи кулоқни ташқи уйку артерияси қон билан таъминлайди. Кулоқ супрасини *орқа кулоқ артерияси- a.auricularis posterior*, унинг олд юзасининг пастки уч қисмини ва қисман кулоқ юмшоғини *юзакли чакка артерияси - a. temporalis superficialis* қон билан таъминлайди. Кайд этилган қон томирлар ва ташқи эшитув йўли атрофида тўр ҳосил қилган, юкори жағ артериясининг шохчаси бўлган *чуқур кулоқ артерияси (a auricularis profunda)* – ташқи эшитув йўлининг чуқур бўлимларини ва ногора пардани қон билан таъминлайди.

Ташқи кулоқдан вена қони олдинда *орқа пастки жағ венасига (v. retromandibularis)*, орқада *орқа кулоқ венасига (v.auricularis posterior)* куйилади. Лимфа капиллярлари ва лимфа томирлари ташқи кулоқдан кулоқ думбокчаси олдида ва ташқи эшитув йўлининг пастки девори остида жойлашган лимфа тугунларга, кейин чуқур бўйин лимфа тугунларига туташади.

Ташқи кулоқ сезувчан асаб толаларининг иннервациясини қуйидаги асаб толалари таъминлайди:

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

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

1) ташқи эшитув йўлининг орқа девори кулок кўзгуси билан босиб, кўздан кечирилганда ёки пахта билан тозаланганда беморда рефлектор йўтал пайдо бўлишини;

2) ташқи эшитув йўли орқа деворининг чипконида беморда кулок оғриги, қусиш, кўнгил айнаши белгилари кузатилади;

3) ташқи эшитув йўли олд деворининг чипконида факат оғрик белгиси кузатилади.

Х жуфт асаб толасининг (сайёр нерв) кулок шохчаси (Арнольд асаб толаси) ташқи эшитув йўли-нинг орқа девори терисининг иннервациясини таъминланади.

Кулок супраси мускулларининг ҳаракат иннервацияси юз асаб толаси шохчаси - орқа кулок асаб толаси (*n.auricularis posterior*) таъминлайди.

Ноғора парданинг ташқи кулок томон караган юзини чуқур кулок артерияси, ўрта кулок томон караган юзини олд ноғора артерияси (*a.tympanica anterior*) қон билан таъминлайди. Ноғора парда-нинг қон томирлари 2 тур ҳосил қилиб жойлашади - ташқи ва ички қон-томир турлари. Ташқи қон-томир тури ташқи кулок ва ноғора парданинг тери билан қопланган қисмининг қон томирлари билан алоқа ҳосил қилса, ички қон-томир тури ноғора парданинг шиллик пардасига тармоқлар беради. Но-ғора парданинг ташқи ва ички юзасининг қон томирлари ўзаро анастомоз ҳосил қилади. Меъёрда отоскопияда ноғора пардада қон томирлар кўринмайди, ўткир ўрта отитнинг бошланишида- улар яққол кўзга ташланиб туради.

Ноғора пардадан вена қони ташқи бўйинтуруқ венага, кўндаланг синусга ва ўртада жойлашган менингиал веналарига, лимфа суюқлиги эса кулок олди, кулок орти ва орқа бўйин лимфа тугун-ларига қуйилади.

Ноғора парда иннервациясини кулок - чакка асаб толаси (*n. auriculotemporalis*), сайёр асаб тола-сининг кулок шохчаси (*ramus auricularis n.vagus*) ва ноғора асаб толаси (тилҳалқум асаб толасининг шохчаси) таъминлайди.

Ўрта кулокни асосан ташқи ва қисман ички уйқу артерия тизими қон билан таъминлайди.. Ноғора бўшлиғи артерияларига бигизсўрғичсимон (*a.stylomastoidea*) ва олд ноғора артериялар (*a.tympanica anterior*) киради. Бу артериялар ўрта кулокни ўраб олган ички юқори жағ (*a. maxilaris interna*), ички уйқу артериялари (*a.carotis interna*) ва бошқа артерияларга тармоеланган. Эпитимпанум майдо-нини, сандонча ва болғачани ноғора ва мандибуляр артериясининг шохчаси қон билан таъминласа, бигизсўрғичсимон артерия (ўрта менингиал артерия билан анастомоз ҳосил қилган орқа кулок артериясининг шохчаси) сўрғичсимон ўсиқ хужайраларини, антрум ва ноғора бўшлиғининг орқа бўлимлари қон билан таъминлайди. Ноғора бўшлиғининг тубини юқорига кўтарилган ҳалқум артериясининг шохчаси (у ҳам ўрта менингиал артерия

билан анастамоз ҳосил қилади), унинг олд қисмини - ички уйқу артерияси қон билан таъминлайди.

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

Демак, ўрта қулоқ атрофида жойлашган муҳим анатомик тузилмалардан инфекция қон томир йўл-лари орқали бутун организмга тарқалиши мумкин. Масалан, септик инфекциянинг патогенезида бош мия қаттиқ пардаларининг синуслари муҳим аҳамиятга эга.

Сагитал синус (*sinus longitudinalis (sagitalis) superior*) юз веналари билан туташган жойдан, яъни кўр тешиқдан (*foramen caecum*) бошланиб, сагиттал йўналишда ички энса тепалигигача боради, унга паралел ҳолда *falx cerebri*да *sinus longitudinalis inferior* жойлашган. Бу икки синуслар *protuberantiae occipitalis internae* соҳасида *sinus rectus* ёрдамида бир-бирига боғланган. Учта синуслар бирлашган майдон синус бирлашмаси - *torcular (confluens sinium)* деб аталади. Торкулардан пира-миданинг орқа четигача қўндаланг ҳолда *sinus transversus* ётади. У эгилиб чакка суягига киради ва шу жойда *sinus petrosus superior*ни ўз ичига олади. Сўрғичсимон ўсиқнинг орқа ички юзасига ўтган қўндаланг синуснинг қисми *сигмасимон синус* (*sinus sigmoideus*) деб юритилади. Ногора бўшлиғи тубининг остида *sinus sigmoideus* нинг давоми булган ва ички бўйинтуруқ венага қўйилган *бўйинтуруқ вена пиёзчаси* жойлашган. Бўйинтуруқ вена, ўз навбатида, бўйин қон-томир тўпламининг таркибига киради. Бўйинтуруқ вена пиёзчасига яқин жойда пиёзчани горсимон синус (*sinus cavernosus*) билан боғлаб турувчи *пастки тошсимон синус* (*sinus petrosus inferior*) жой-лашган. Бу синус ҳам бўйинтуруқ венага қўйилади.

Sinus sigmoideus калла суяги вена тизимининг *ҳавзаси* (*коллектору*) вазифасини бажаради, у ногора бўшлиғи веналарини ўз ичига олади ва *v. mastoidea* орқали калла суяги ичи қон томирларини ташқи қон томирлари билан боғлайди (*v. mastoidea sinus mastoideus*ни *v. jugularis externa*га қўйиладиган *v. occipitalis* билан боғлайди).

Биринчидан калла суяги ичи веналари клапанларга эга эмас (калла суяги ичи вена қонини қўшимча чиқарувчиси - *v. mastoidea* ҳам клапанлар булмайди); иккинчидан - улар кўпгина эгриликлар ҳосил қилади. Бу эгриликлар қон оқимининг тезлигини камайтиради ва синустромбоз касаллигининг ривожланишида муҳим рол уйнайди.

Ўрта қулоқ шиллиқ пардасининг иннервациясида ногора, юз, тил-ҳалқум ва уч шохли асаб тола-лари ҳамда симпатик нерв толалари иштирок этади. *N. Jacobsoni* тилҳалқум асаб толасининг (*n. glossopharyngei*) пастки тугунчасидан бошланиб ногора бушлигига киради. У мезотимпанум ва эшитув найи шилиқ пардасининг сезувчан иннервациясини таъминлайди. Асаб толаларнинг учлари

ногора бушлигининг ички деворида *plexus tympanicus* чигалини хосил килади. Ногора асаб толаси ва *тимпанокаротил* асаб толалари биргаликда *юзаки тошсимон асаб толасини* хосил килади. Ногора асаб толасидан кулоқ тугунига (кулоқ атрофи бези учун) секретор толалар таркалади.

Шилиқ парданинг хеморецепторлари бўйинтуруқ вена пиёзчаси ва промоторий деворида ногора тури буйлаб жойлашиб, урта кулоқнинг *глобус маначаларини* (*югуляр ва тимпанал*) хосил килади.

Сўргичсимон ўсикни ташқи уйку артерияси шохчаси – орка кулоқ артерияси (*a. auricularis posterior*) кон билан таъминлайди, унинг вена қони - шу номли вена оркали ташқи бўйинтуруқ вена-га (*v. jugularis externa*) кўйилади. Сўргичсимон ўсикнинг иннервациясини бўйин чигалининг сезув-чан асаб толалари: кулоқнинг *катта асаб толаси* (*n.auricularis magnus*) ва *кичик энса асаб толаси* (*n.occipitalis minor*) таъминлайди.

Ички кулоқни базиляр артериянинг (*a.basilaris*) шохчаси бўлган лабиринт артерияси (*a. labyrinthi*) кон билан таъминлайди. Ички эшитув йўлида лабиринт артерияси 3 шохчага бўлинади:

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

Лабиринт артерияларининг шохчалари ўрта кулоқ қон-томирлари билан анастомоз ҳосил қилмай-ди, даҳлиз мембранаси кон капиллярларига эга эмас, ампула ва отолит рецепторлар соҳасида эпи-телий ости капилляр тури бевосита нейроэпителий хужайралар билан боғланади; қон томирлар спирал аъзонинг нейроэпителиал тукли хужайраларигача бормайди. Тукли хужайраларни трофик хужайралар озиклантиради.

Ички кулоқдан вена қони 3 йўл оркали чиқарилади:

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

Даҳлиз сув оқаваси вена томирлари - *sinus transversus*, чиғаноқ сув оқаваси вена томирлари- *sinus petrosus inferior*га кўйилади. Лабиринтнинг лимфа йўллари субдурал ва субарахноидал бўшлиқлар билан алоқа хосил килади..

Спирал аъзонинг тукли хужайралари спирал суяк пластинкасининг асосида жойлашган чиғаноқ *спирал тугуни* (*gang. spirale cochleae*) биполяр хужайраларининг периферик толалари билан синапс-лар ҳосил қилади. Спирал тугуни биполяр нейронларининг марказий толалари *даҳлизчиғаноқ (VIII) асаб толасининг* чиғаноқ қисмининг толаларидир. Даҳлизчиғаноқ асаб толаси ички эшитув йўлидан ўтиб, кўприк-мияча учбурчаги соҳасида кўприкка киради. IV

коринчанинг тубида даҳлизчиғаноқ асаб толаси 2 га бўлинади: 1) даҳлиз (юқори) ва 2) чиғаноқ (пастки) тармоқлари.

Чиғаноқ тармоғининг толалари узунчоқ мия ромбсимон чуқурчасининг ташқи бурчагида жойлашган, олд ва орқа чиғаноқ узаклари (*nucl. cochlearis vntialis et dorsalis*) хужайраларига етиб боради ва шу жойда *эшитув анализаторининг I-нейрони тугайди*. Олд ва орқа чиғаноқ ўзакларидан бошланган II нейрон толаларининг кичик қисми ўз томонида, катта қисми - кўприкнинг қарама-қарши томонига ўтиб, ташқи қовузлоқ таркибида олива ва трапециясимон таначага етиб боради. Шу жойда *эшитув анализаторининг II - нейрони тугайди*.

Эшитув анализаторининг II I-нейрон толалари ташқи сиртмоқ таркибида ўрта мия томи пластинка-сининг ўзакларига, яъни тўрт тепаликнинг пастки тепачалари ҳамда ички тиззасимон таначада тугайди. Бу жойдан бошланган IV - нейрон толалари қарама-қарши томондаги толалар билан яна бир бор қисман кесишиб, бош миянинг чакка бўлагига етиб боради ва бош мия пўстлогига, асосан кўндаланг чакка эгатларда (*Гешле эгатлари*) жойлашган эшитув анализатори зонасида тугайди. Демак, ҳар бир чиғаноқ бош мия билан икки томонлама алоқа ҳосил қилади.

Эшитув анализаторининг физиологияси

Кулоқда 2 аъзо - эшитув ва мувозанат аъзолари жойлашган. Уларнинг ҳар бири ўз анали-заторининг периферик рецептор бўлимига эга. Эшитув ва мувозанат рецепторлари механоре-цепторлар гуруҳига киради. Филогенетик жиҳатдан ёш булган эшитув аппарати анча мураккаб тузилган. Эшитув анализаторининг сезувчан элементлари экстрарецепторлар гуруҳига киради.

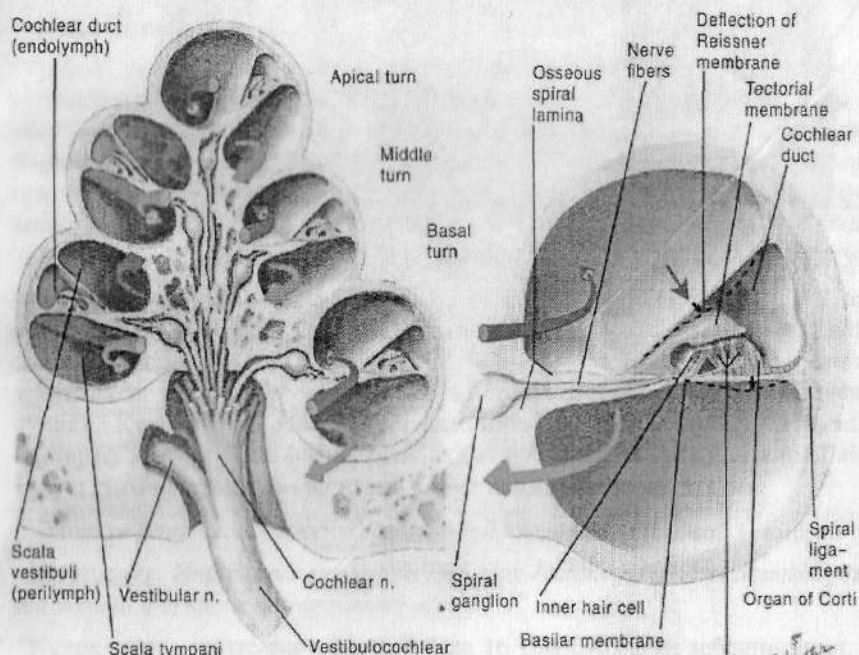
Инсоннинг эшитиш қобилияти мураккаб жараён бўлиб, товуш тўлқинларини ўтказиш, асаб импульсига айлантириш, асаб маркасларига етказиш, товуш информациясини таҳлил ва интерграция қилишдан иборат. Кулоқлар товушни ўтказиш ва товушни қабул қилиш вазифасини бажаради.

Эшитув анализаторининг адекват кўзгатувчиси – бу товуш, яъни зич муҳитнинг механик тебранишидир. У тўлқинар шаклида газ, суюқлик ва қаттиқ жисмларда тарқалиб, эшитув аппарати, яъни кулоқлар томонидан қабул қилинади. Ҳавода товуш тўлқинларининг тарқалиш тезлиги 332 м/с бўлса, сувда -1450 м/с тенг. *Товуш* тушунчаси физиология нуқтаи назардан қараганда эшитув ре-цепторига таъсир кўрсатган ва унда маълум физиологик ўзгаришларни кузгатган ва товуш сифатида ҳис этилган механик тебранишлардир.

Товуш синусоидал (даврий) тебранишлар тўлқини бўлиб, унинг график тасвирда тебраниш амплитудаси, фазаси, даври (фазанинг 360° ўзгариши) ва тўлқин узунлиги тафовут қилинади. Товуш тўлқинининг бир хил ҳолатлари - зичлашган ёки бўшашган майдонлари - товуш *фазалари*, тебранаётган

жисмининг ўрта ва энг четки ҳолатлари ўртасидаги масофа - товуш амплитудаси, бир хил фазалар ўртасидаги масофа - тўлқин узунлиги деб аталади. Қаттиқ жисмлар орқали - кўндаланг тўлқинлар, ҳаво ва суюқликлар орқали - узун тўлқинлар тарқалади. Товуш баландлиги, унинг теб-раниш тезлиги (частотаси) билан, яъни бир сония давомида тебранишлар сони билан ўлчанади ва герц (Гц) бирлигида ифодаланади. Пастчастотали (паст товушлар), ўрта частотали ва юқори-частотали (баланд товушлар) товушлар тафовут этилади. Паст товушлар фазалари бир-биридан узок жойлашганлиги туфайли товуш тўлқинлари узун, баланд товушлар фазалари бир-бирига яқин жойлашганлиги туфайли товуш тўлқинлари кичик (қисқа) бўлади.

Фаза ва тўлқин узунлиги физиологияда муҳим аҳамиятга эга. Масалан, оптимал эшитув учун даҳлиз ва чиғаноқ дарчаларига етиб борган товуш тўлқинларининг фазалари турлича бўлиши керак. Буни эса ўрта кулоқдаги товушни ўтказиш тизими таъминлайди. Қисқа тўлқинли баланд товушлар чиғаноқ асосида жойлашган кичик перилимфа майдонини тебратса, узун тўлқинли паст товушлар чиғаноқнинг чўққисига тарқалади.

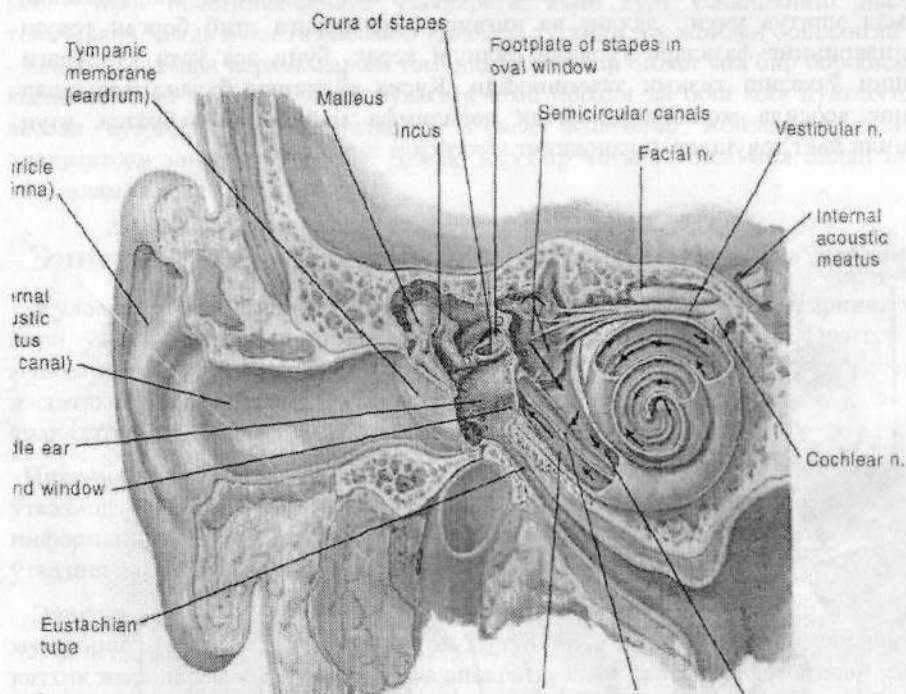


115 - расм Товуш тўлқинларининг ички кулоққа тарқалиш схемаси

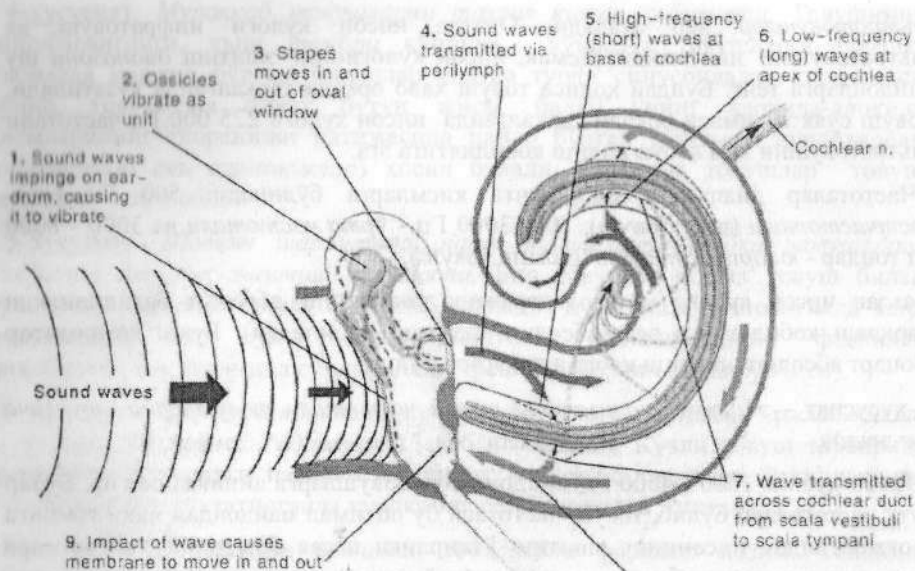
Тебраниш ҳаракатларининг характери бўйича куйидаги тонлар тафовут қилинади:

- соф тонлар;
- мураккаб тонлар;
- шовкинлар.

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



Cochlea { Scala tympani Cochlear duct Scala vestibuli }



116- расм. Товуш тўлқинларининг ташқи, ўрта ва ички кулоққа тарқалиш схемаси.

Товуш тўлқини тўсиқларни айланиб ўтиши - *дифракция*, йўлида учраган тўсиқлардан акс этиши - *акс садо*, ёпиқ хоналарда турли жисмларга урилиб, кўп мартаба акс этиши - *реверберация*, акс этган товуш тўлқинининг бирламчи товуш тўлқини устидан келиши - *интерференция* ходисалари деб номланади. Товуш тўлқини ташқи эшитув йўлидан ўтаётганда интерференция ходисаси рўй беради. Бунинг натижасида товуш тўлқини кучайтирилади.

Тебранаётган бита жисмнинг товуш тўлқинлари бошқа жисм тебранишини кўзгатиши - *резонанс* ходисаси деб аталади. Резонанслар ўткир ва ўтмас резонансларга бўлинади. Резонаторнинг тебраниш даври таъсир этилаётган куч даврига мос келганда - ўткир резонанс, мос келмаганда - ўтмас резонанс деб юритилади. Ўткир резонансда тебранишлар секин, ўтмас резонансда - тез сўнади. Кулоқ тузилмалари тебранишининг тез сўниши товуш бузилишини бартараф этиб, муҳим физиологик аҳамиятга эга; шу туфайли инсон янги-янги товуш сигналларини тез ва изчил қабул қилиш қобилятига эга.

Эшитув анализатори куйидаги асосий хусусиятларга эга:

1-хусусият. *Инсоннинг қулоғи товушнинг баландлигини, жарандорлигини ва тембрини фарқлаш қобилятига эга.*

Кулоқ ташқи муҳитнинг бир сонияда 16 кам бўлмаган тебранишини, яъни 16 Гц частотали тебранишни товуш сифатида хис этади. Товуш частотаси 20 000 Гц дан ошганда - унинг эшитиш қобиляти сўнади. Товуш частотаси 16 Гц дан кам бўлган товушлар- *инфратовушлар*, 20 000 Гц дан ошган товушлар -

ультратовушлар деб аталади. Одатда инсон кулоғи инфратовуш ва ультратовушни эшитмайди. Демак, инсон кулоғининг эшитиш *диапазони* шу майдонларга тенг. Бундай ходиса товуш ҳаво орқали тарқалганда кузатилади. Товуш суяк тўқимаси орқали тарқалганда инсон кулоғи 225 000 Гц частотали ультратовушни ҳам қабул қилиш қобилиятига эга.

Частоталар *диапазони* бир нечта қисмларга бўлинади: 500 Гц *гача-пастчастотали* (паст товуш), 500 -3000 Гц - *ўрта частотали* ва 3000 - 8000 Гц *тонлар - юқоричастотали* (баланд товуш).

Баъзан инсон кулоғи маълум даражада товушнинг абсолют баландлигини фарқлаш қобилиятига эга (абсолют эшитиш қобилияти). Буюк композитор Моцарт абсолют эшитиш қобилияти эгаси бўлган.

2-хусусият - *эшитув анализатори турли частотали товушларни турлича ҳис этади.*

Инсон кулоғи 1000 - 4000 Гц майдонидаги товушларга айниқса сезгир. Булар нутқ частоталари бўлиб, товуш частотаси бу оптимал майдондан икки томонга узоклашганда инсоннинг эшитиш ўткирлиги пасая боради. Улғайган сари одамнинг эшитиш қобилияти аста-секин ёмонлашади, оптимал майдон паст частоталар томон сурилади. Масалан 20-40 ёшда оптимал майдон 3000 Гц сатҳига тўғри келса, 60 ёшдан кейин - у 1000 Гц сатҳигача силжийди.

Товушнинг амплитудаси қанчалик катта бўлса, унинг эшитилиши шунчалик яхши бўлади. Товуш ҳиссиётини кўзгатувчи тебранишнинг минимал энергияси *эшитув бўсағаси* деб аталади; эшитув бўсағаси қанча баланд бўлса, инсоннинг эшитиш қобилияти шунча ёмон, ва аксинча, эшитув бўсағаси қанча паст бўлса, эшитиш қобилияти шунча яхши бўлади.

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

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

3-хусусият. *Товуш ўзгаришларини ҳис этиш қобилияти.* Эшитув анализатори бўсаға усти товушлар частотасини ва кучини фарқлаш қобилиятига эга. Товушнинг кўшимча кучини фарқлаш қобилияти, яъни товуш кучини ажратиш бўсағасининг нутқ майдонидаги минимал кўрсаткичга - 0,8 дБ тенг, паст частотали майдонларда бу курсаткич ошиб боради.

4-хусусият. Мураккаб товушларни таҳлил қилиш қобилияти. Товушнинг ранг-баранглиги, яъни тембри кўпинча кўшимча товушларга боғлиқ. Табиатда мавжуд бўлган товушлар одатда турли синусоидалар қоришмаси бўлиб, товуш на фақат бутун жиём, балки унинг алоҳида-алоҳида қисмларининг тебраниши натижасида пайдо бўлган кўшимча товушлардан (обертонлар ёки гармониклар) ҳосил булади. Кўшимча товушлар товуш тембрини белгилайди.

5-хусусият. Шовқин шароитида айрим товушларни бошқа товушларга нисбатан ёмонроқ эшитиш хусусияти. Бир товушни бошқа товуш билан сўндириш ҳодисаси “никоблаш” деб аталади. Бу ҳодиса аудиологияда кенг ишлаталади; бир кулоқ текшириляётганда, иккинчисининг фаолияти никобловчи тон ёрдамида сўндирилади (трешётка, Борани сундирувчиси).

6-хусусият. Товуш манбаининг кучига физиологик кўнжимма ҳосил қилиш хусусияти. Бу ҳодиса “адаптация” деб номланади. Кучли товуш таъсирида кулоқнинг сезгирлиги пасайиб, сокинлик ша-роитда, аксинча, ўткирлашади. Товуш таъсири тўхтатилганда кулоқнинг сезгирлиги тез тикланади.

Адаптация ҳодисасидан толиқиш ҳодисасини фарқлаш лозим. Толиқиш ҳодисаси кулоқ хаддан ташқари таъсирланганда пайдо бўлиб, аста-секинлик билан тикланади. Бу жараён кулоқнинг фаолиятини пасайтиради. Дам олингандан сўнг толиқиш белгилари йўқолади.

7-хусусият. Ототопика, яъни товуш манбаини аниқлаш хусусияти фақат икки кулоқ, яъни бинаурал эшитувда кузатилади. Товуш қайси томондан келаётганлигини аниқлаш хусусияти қўйинда-гиларга боғлиқ:

1) у ёки бу кулоқнинг товушни хис этиш кучи орасидаги тафовут муҳим аҳамиятга эга. Товуш манбаига яқинроқ турган кулоқ, товуш кучини товуш тулкинидан узокроқ жойлашган иккинчи кулоққа нисбатан баландроқ эшитади.

2) паст товушларни аниқлашда вақт омили, яъни товушни у ёки бу кулоққа етиб бориш вақтидаги тафовут муҳим аҳамиятга эга бўлади. Товуш манбаи ён томонда, икки кулоқ устидан хаёлан утка-зилган чизик устида, жойлашганда бу тафовут айниқса куп булади. Инсон кулоғи 0,063 мс тенг минимал вақт оралигини фарқлаш қобилиятига эга. Кулоқлар орасидаги уртача масофа 21 см тенг. Товуш тўлқининг узунлиги бу масофанинг икки баробар купайтмасидан кам бўлган холларда кулоқларнинг товуш йуналишини аниқлаш қобилияти йўқолади. Шунинг учун баланд товушлар ототопикаси қийинлашади.

Эшитув анализатори 3 бўлимдан иборат:

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

Эшитув анализаторининг *периферик бўлими* товушни ўтказиш ва товушни қабул қилиш аппарат-ларидан тузилган. Улар икки асосий вазифаларни бажаради:

- товушни ўтказиш вазифаси, яъни товуш энергиясини чиганокнинг рецептор аппаратиغا етказиш;

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

*Товушни ўтказиш аппарати*га ташки, ўрта ва ички кулоқ, ички кулоқнинг пери-ва эндолимфатик бўшликлари, чиганокнинг базилляр пластинкаси ва дахлиз мембранаси киради.

Товушни ўтказишда кулоқ супраси, ташки эшитув йўли, ноғора парда, эшитув суюқчалари, ички кулоқ суюқликлари, эндо- ва перилимфа чиганок ва дахлиз дарчаларининг мембраналари, базилляр ва эластик мембраналар иштирок этади.

Товуш тўлқинлари периферик рецепторларга, яъни спирал аъзога, асосан *ҳаво орқали* етказилади. Товуш тебранишлари ташки эшитув йўлидан ноғора пардага етиб бориб, уни тебратади. Ташки эшитув йулининг босими ошган фазада ноғора парда болғача дастаси билан бирга ичкарига ботади. Бунда болғача калласига бириккан сандончанинг танаси бойламлар ёрдамида ташқарига, унинг узун оёқчаси - ичкарига силжиб, узангичани ҳаракатга келтиради. Дахлиз дарчасига ботган узангича дахлиз перилимфасининг туркисимон ҳаракатини келтириб чиқаради. Шундан сўнг товуш тўл-қинлари дахлиз норвонидаги перилимфа бўйлаб, *геликотрема орқали* ноғора норвонига тарқалади ва чиганок дарчаси мембранасини ноғора бўшлиқ томон силжити. Перилимфанинг тебраниши дахлиз мембранаси орқали эндолимфага ва спирал аъзо жойлашган базилляр пластинкага тарқалади. Ҳаракатга келган эндолимфа спирал аъзонинг сезувчан тукли ҳужайраларни китиглайди, бунинг натижасида нейрорепителий ҳужайраларда асаб импульслари ҳосил бўлади.

Товуш тўлқинларини перилимфада тарқалишини чиганок дарчасининг эластик мембранаси, эндо-лимфада тарқалишини - эндолимфатик йўл орқали лабиринтнинг эндолимфатик бўшлиғи билан боғ-лиқ бўлган эластик эндолимфатик қопча таъминлайди.

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

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

Суяк ўтказувчанлиги *инерция* ва *компрессия* механизмлари ёрдамида амалга оширилади. Паст товушлар таъсирида калла суяги бир бутун аъзо сифатида тебранганда у билан бирга эшитув суяк-чалари ҳам инерция билан тебранади. Натижада лабиринт капсуласи узангичага нисбатан силжийди ва чиганок суюқлигини ҳаракатга келтириб, спирал аъзони кўзгатади (*инерция механизми*). *Компрессия механизми* баланд товушлар таъсир этганда кузатилади. Бунда товуш тўлкинининг энергияси вакти-вакти билан лабиринт капсуласини кисади, бу эса чиганок дарчаси мембранасининг кўпроқ буртишига ва узангича асоси мембранасининг камроқ буртишига олиб келади.

Инерция механизми ҳам дахлиз, ҳам чиганок дарчалари мембраналарининг ҳаракатчан бўлишини талаб қилса, копрессия механизмида - битта дарча мембранасининг ҳаракати етарли бўлади. Лабиринт дарчалари зарарланганда беморда суяк ва ҳаво ўтказувчанлиги ёмонлашади

Товушни ўтказиш жараёнида кулоқнинг ҳар бир тузилмаси ўзига хос вазифани бажаради:

Қ у л о қ с у п р а с и товуш тўлкинларини йиғиш вазифасини бажаради. У юкоричастотали товуш тўлкинларини йиғиб, ташки эшитув йўлининг кириш жойига йўналтиради. Кулоқ супраси вертикал ототопикада ҳам иштирок этади.

Т а ш к и э ш и т у в й ў л и товуш тўлкинларини ногора пардага етказиши. Ташки эшитув йўли-нинг бутунлай ёпилиши ёки обтурацияси эшитиш қобилиятининг пасайишига олиб келади. Ташки муҳит ҳарорати ва намлигининг баланд пастигига қарамасдан ташки эшитув йўлининг ҳарорати ва намлиги ногора парда атрофида доимо меъёрда сақланиб турилади. Бу эса ногора парданинг доимий таранглигини таъминлайди. Бундан ташқари, ташки эшитув йўлида 3 кГц частота атрофидаги айрим товуш тўлкинлари 10-12 дБ га кучайтирилади. Бу ходиса ташки эшитув йўлининг резонанс ху-сусияти билан изохланади, чунки 2,7 см атрофида бўлган ташки эшитув йўлининг узунлиги резонанс частотасидаги тўлкин узунлигининг 1/4 қисмини ташкил этади.

Ў р т а қ у л о қ б ў ш л и ғ и ва **э ш и т у в н а й и**. Товушни ўтказиш тизими меъёрда ишлашини таъминлаш учун ногора парданинг ҳар икки томонида ҳаво босими бир хил бўлиши лозим. Ўрта кулоқ бўшлиғининг ҳаво босими ташки эшитув йўлининг ҳаво босими орасида тафовут булган ҳол-ларда ногора парданинг таранглиги ўзгариб, акустик қаршилик ошади. Бунинг натижасида кулоқ-нинг эшитиш қобилияти пасаяди. Эшитув найи вентиляция вазифасини бажариб, ҳар икки ҳаво босимини тенглаштириб туради.

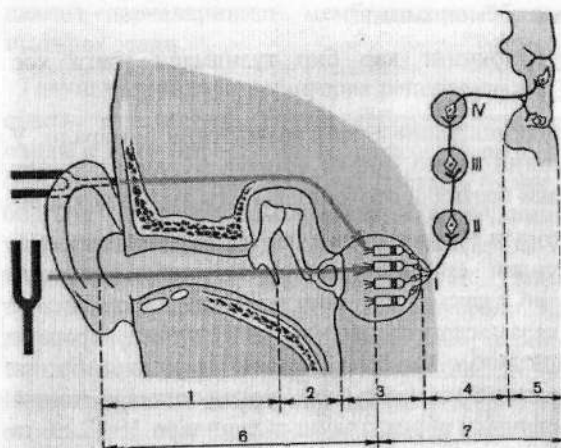
Югиниш ёки эснаш пайтида эшитув найи очилиб, ўрта кулоқ бўшлиғининг ҳавоси алмашади. Ногора бўшлиғининг шиллиқ пардаси ҳавони аста-секин ўз ичига ютиш хусусияти эга. Шу сабабдан эшитув найи нинг вентиляция фаолияти бузилганда ташки эшитув йўлининг босими ўрта кулоқ бўшлиғининг босимига нисбатан ошиб, ногора пардани ичкарига ботишига, товуш

Ўтказилишининг бузилишига ва ўрта кулоқда патологик ўзгаришларнинг ривожланишига олиб келади.

Ҳавони алмаштириш вазифасидан ташқари эшитув найи ҳимоя ва чиқариш вазифаларини ҳам бажаради. Унинг ҳимоя вазифасини шиллиқ безларга бой шиллиқ пардаси (айниқса тоғай қисми-даги шиллиқ пардаси) таъминлайди. Ушбу безлар ажралмасининг таркибида лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулинлар бўлиб, улар инфекцияни ногора бўшлиғига тарқалишига тўсқинлик қилади. Эшитув найининг чиқариш фаолиятини ҳилпировчи эпителий томонидан таъминланади; эпителий туклари унинг ҳалқум тешиги томон ҳаракатланади.

Ноғора парда ва эшитув суякчалари. Физикавий қонунларга биноан товуш тўлқинлари ҳаво муҳитидан ички кулоқнинг суюқлик муҳитига

тарқалганда энергиясининг 99, 9 % йўқотилар экан. Бу ҳодиса ҳаво ва суюқлик муҳитларнинг акустик қаршилиги турлича булганлиги натижасида юз беради. Ноғора парда ва эшитув суякчаларининг ричаг тизими ана шу йўқотилишни ўрнини қоплаш вазифасини бажаради. Узангича асоси юзасининг ҳажми (3,2 мм²) ногора парда юза-сининг ҳажмидан (55 мм²) анча кичик бўлганлиги сабабли тўлқин амплитудасининг камайиши ҳисобидан товуш бир неча бор кучайтирилади. Эшитув суякчаларининг ўзаро ричаг ҳолда боғланганликлари ҳам товуш кучини оширишга ёрдам беради. Даҳлиз дарчаси юзасидаги босим ногора парда юзасидаги босимдан тахминан 19 марта кўп бўлади. Ноғора парда ва

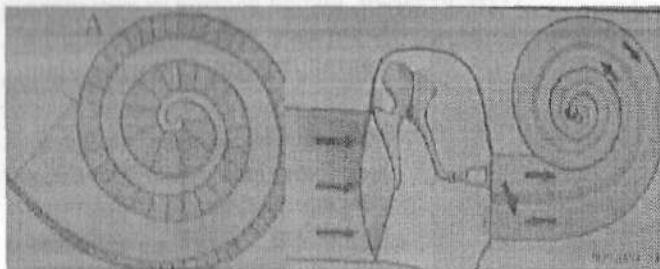


117- расм. Эшитув анализатори (схемаси)

Товушни ўтказиш аппарати (6) : ташқи кулоқ (1), ўрта кулоқ (2) ички кулоқнинг суюқ муҳитлари (3). Товушни қабул қилиш аппарати (7) : ички кулоқнинг рецептор хужайралари-спирал аъзо (3); лабиринт орти ўтказиш йўллари (4): I-нейрон спирал тугунида, II-нейрон узунчоқ миянинг вентрал ва дорсал ядроларида, III-нейрон – юқори оливанинг ядролари, IV-нейрон- турт тепалик ядролари; бош мия қобиғидаги майдон-бош мия чакка бўлагининг кўндаланг эгатидаги (Гешля эгати) 41 Бротман майдони.

Эшитув суюкчаларининг фаолияти туфайли хавонинг катта амплитудали кучсиз тебранишлари перилимфаниннг кичик ампли-тудали, аммо каттароқ босимга эга бўлган тебранишга айланади.

Эшитув мускуллари. Ногора бўшлиқда инсон танасининг энг кичик мускулчалари: ногора пардани транглаштирувчи ва узангича мускуллари жойлашган. Ногора пардани тараглаш-тирувчи мускулини – уч шохли асаб толаси, узангича мускулини - юз асаб толаси иннервация билан таъминлайди. Бу мускуллар товушни ўтказиш тизими элементларининг керакли даражада тортили-шини таъминлаб, турли частотали товушларнинг ўтказилишини бошқаради. Бошқача қилиб айтган-да, удар *аккомодация* вазифасини бажарадилар. Бундан ташқари, бу мускуллар ҳимоя вазифасини ҳам бажаради. Кучли товуш таъсирида мускуллар рефлексор равишда қисқариб, перилимфага тарклаётган товуш босимини камайтиради ва ички кулоқ рецепторлари кучли товушлардан асрайди.



118-расм.Эшитувнинг резонанс (А) гидродинамик (Б) назариялари схемаси

товушларни таҳлил қилиш ва англашдан иборат бўлган мураккаб нейрофизиологик жараёндир. Дахлиз дарчасига етиб келган товуш тўлқини перилимфани тебратади, бу тебранишлар чиганок гажжаклари, дахлиз норвони бўйлаб чиганок чўққисига кўта-рилади ва бу ерда ногора норвонига утади. Кейин ногора норвони бўйлаб яна чиганок асосига қайтиб тушади ва иккиламчи ногора пардани ҳаракатга келтиради. Базилляр пластинка ва унда жой-лашган спирал аъзо тебраниш характларига жалб этилади. Бу тебраниш натижасида спирал аъзонинг сезгир хужайралари эластик (текториал) мембрана туфайли босилади ёки тортилади. Тукли хужай-ралар деформацияси туфайли товушнинг механик тебранишлари электр асаб импульсига айланади.

Эшитув назариялари. Эшитиш механизмига доир турли назариялар мавжуд. 1863 йилда Гельм-гольц таклиф этилган *резонанс назарияси* товушнинг чиганок сатҳида таҳлил қилинишига асосланган. Бу назария бўйича базилляр мембрана катор сегментлардан тузилган бўлиб, уларнинг ҳар бири товуш сигналининг маълум частотасига жавобан тебранади (резонансланади).

Товушни қабул қилиш жараёни - товуш тебранишлари энергиясини асаб импульсига айлантириш ва бош мия қобигининг марказларига

етказиш,

Гельмгольц назариясига асосан:

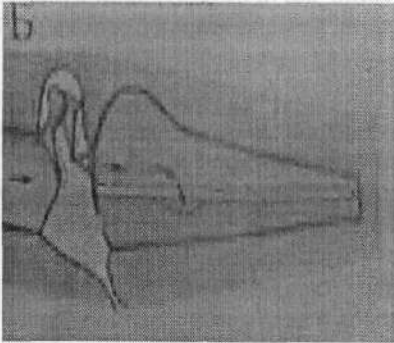
1) эшитув анализаторининг қисми бўлган чиганокда товушнинг бирламчи таҳлили бажарилади;

2) ҳар бир соф тон базиляр мембранада ўзининг алоҳида чегараланган майдонига эга;

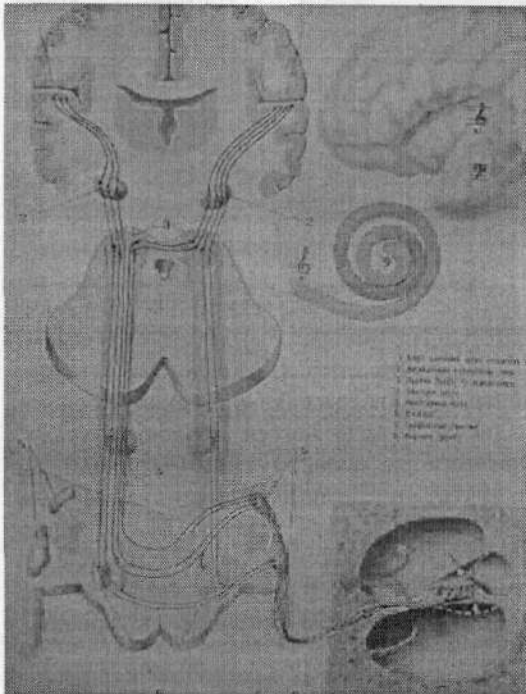
3) базиляр мембрананинг эни турлича бўлганлиги сабабли (чиганок чўққисидан унинг эни асосидаги энига қараганда 10 мартга кўп булади) паст частотали товушлар асосий мембрананинг чиганок чўққисидан жойлашган узун толали сегментларни, юқори частотали товушлар - чиганок асосидан жойлашган қалта толали сегментларни тебратади.

Бошқа назариялар базиляр мембрананинг турли товушлар таъсирида турлича тебриши на фақат унинг механик хусусиятларига (таранглиги, зичлиги, резонанс хусусияти), балки ички кулоқ лимфасининг ҳаракатига ва электролит таркибига ҳам боғлиқлигини эътироф этади.

Нобел мукофоти номзоди Г.Бекешини ишлаб чиққан “югурувчи тулқин” назарияси (1960) алоҳида эътиборга лойиқ. Бу назария бўйича, маълум частотали товушлар базиляр мембранада “югурувчи тулқин”ни ҳосил қилади. Мембрананинг энг катта эгилиши юз берган майдон шу тулқиннинг киррасига мос келади. Бу майдоннинг жойлашуви товуш частотасига боғлиқ бўлиб, паст товушлар



119- расм.Товуш тулқининг ички кулоққа тарқалиши



120 –расм.Эшитиш физиологияси

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

таъсирида мембрана чиганок чўккиси соҳасида, юкори частотали товушларда - чиганок асоси соҳасида купрок эгилади.

П.П.Лазарев назарияси бўйича тукли хужайраларнинг механик кигигланиши натижасида уларнинг ичида кимёвий реакция юз беради. Бу реакциянинг кучи парчаланаётган модданинг (эшитув пур-пураси) микдорига боғлиқ; реакцияда ажралиб чиққан ионлар асаб кўзгалувчанлигини пайдо қилади.

Спирал аъзо фаолиятининг гуморал бошқаруви маълум даражада қон-томир тасмасининг хужай-ралари - *апудоцитлар*, яъни хужайранинг эндокрин бошқарув элементлари амалга оширади. Апудоцитлар серотонин, мелатонин биоген аминларни ва адреналин,норадреналин пептид гормон-ларини ишлаб чиқаради.

Нейроэпителий хужайраларнинг хар бири маълум товуш тўлқинларини қабул қилиш хусусиятига эга. Товуш тебранишлари перилимфани ҳаракатга келтирганда тукли хужайралар ҳаракатланади ва уз шаклини ўзгартиради. Бунинг натижасида чиганокда микрофон ток, манфий - мусбат электр потенциали, яъни асаб импульси ҳосил бўлади. Ацетилхолин ва бошка биологик фаол моддалар бу им-пульсни дендритлар, ганглиялар, дахлиз-чиганок асаб толаси орқали узунчоқ мияда жойлашган ўзаклар ва бош мия қобиғида жойлашган эшитув марказига етказилади. Бош мия қобиғида товуш сиг-наллари таҳлил қилинади.

Бош мия қобиғи ости эшитув марказларининг фаолияти етарли даражада ўрганилмаган. Бу мар-казлар товуш таъсирига жавобан шартсиз реакцияларнинг: бош ва кўзларнинг ҳаракати, Бехте-ревнинг кохлеопальпебрал, Шурыгиннинг кохлеопупилляр (чиганок-пупилляр) рефлексларнинг пай-до бўлишида катнашади. Эшитув анализаторининг бош мия қобиғи бўлимлари товуш сигналларини олий даражада таҳлил қилиб, уларни ягона товуш образига бирлаштиради (синтез қилади). Бош мия қобиғи бўлимлари кохлеар рецепторлардан келаётган маълумотни на факат қабул қилиб, уларни тах-лил қилади, балки эфферент йўллар орқали чиганок билан боғланган бош мия қобиғи шу йўллар орқали рецептор аппаратининг функционал ҳолатини бошқариб туради. Эшитув анализаторининг ототопика, адаптация, ниқоблаш каби хусусиятлари бош мия чакка бўлагидида жойлашган марказий бўлимлар фаолияти билан боғлиқ..

Қулоқни текшириш усуллари

1. боскич- бемор шикоятларини аниқлаш ва анамнез маълумотларини тўплашдан бошланади.
- 2 боскич- куздан кечириш ва пайпаслаш
3. боскич- отоскопия
- 4.боскич- эшитиш уткирлигини текшириш усуллари
5. боскич –эшитиш найини утказувчанлигини текшириш усуллари

6. боскич-рентген нурлари ёрдамида текшириш усуллари

7. боскич-мувозанат аъзоларини текшириш усуллари

I боскич. Кўздан кечириш ва пайпаслаш. Дастлаб соғлом кулоқ кўздан кечирилади. Кулоқ супраси, эшитув йўлининг ташки тешиги, кулоқнинг орқа ва олд томонлари кўздан кечирилиб, туғма нуқсон, кизариш, шиш ёки бошка ўзгаришлар бор-йўқлиги аниқланади.

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

2. Кулоқ орқаси майдонини кўздан кечириш учун врач ўнг қўли би-лан ўнг кулоқ супрасини олдинга тортади. Бунда кулоқ орқаси бурмасининг (кулоқ супраси сўргичсимон ўсикка бириккан жой) ҳолатига эътибор берилади, одатда у аниқ кўриниб туради.



121-расм. Сўргичсимон ўсикни кўздан кечириш ва пайпаслаш

пайпаслайди.

5. Чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан врач ўнг кулоқ ташки эшитув йўлининг олдида, пастида ва орқасида жойлашган маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслайди. Шу тариқа, у ўнг қўлининг кўр-саткич бармоғи билан чап маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслайди. Меъёрда лимфа тугунлар пайпасланмайди ва оғрмайди.

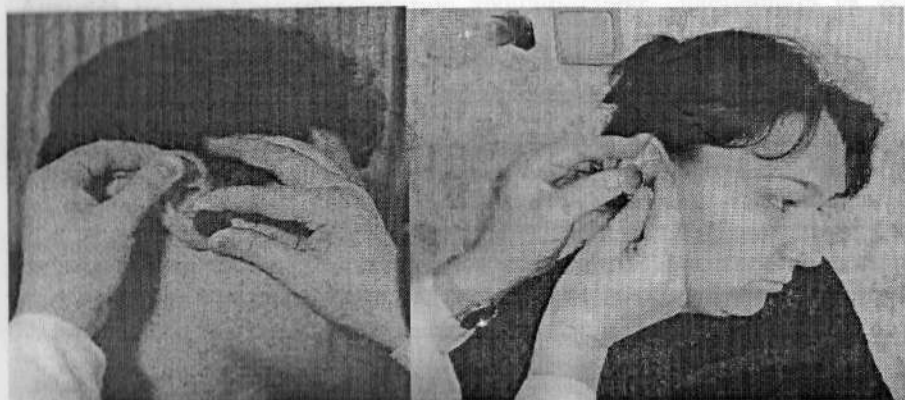
II боскич. Отоскотия - ташки эшитув йўли ёригини ва ноғора пардани кўздан кечириш.

1. Врач чап қўли билан ўнг кулоқ супрасини катталарда орқага ва юқорига, болаларда - орқага ва пастга тортади. Кейин ўнг қўлининг бош ва кўрсаткич

3. Кулоқ думбоғи ўнг қўлнинг бош бармоғи билан енгил босилади. Меъёрда оғрик кузатилмайди. Катталарда ўткир ташки отит, болаларда - ўрта отитда кулоқ думбоғи босилганда оғрийди

4. Чап қўлнинг бош бармоғи ёрдамида сўргичсимон ўсикнинг 3 нуқтаси пайпасланади: антрум (сўргичсимон ўсик ғори), “S”- симон (сигмасимон) синус сатхи ва сўргичсимон ўсик чўккиси. Чап сўргичсимон ўсик соҳасини пайпаслаш учун врач чап қўли билан кулоқ супрасини тортиб, ўнг қўлининг бармоқлари билан шу соҳани

бармоқлари билан кулоқ кадоқчасини ташки эшитув йўлининг тоғай бўлимига киритади.



122-расм. Отоскопия текшириш усули

2. Улчами ташқи эшитув йўлининг диаметрига мос кулоқ кадоқчаси танланади.

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

4. Ногора парданинг барча қисмларини кўздан кечириш максатда кулоқ кадоқчасининг ташки учи энгил силжитилади.

5. Кулоқ кадоқчаси ташки эшитув йўлининг орқа-пастки деворига текканда сайёр асаб толаси таъсирланиб, беморда йўтал кузатилиши мумкин. Ногора пардани аниқ кўриш ва ҳаракатчанлигини баҳолаш мақсадида Зигле пневматик кадоқчаси ишлатилади. Зигле пневматик кадоқчаси ташки томонидан манзарани катталаштирувчи ясси шиша билан ёпилган булиб, унинг ёнида резина найча орқали резина баллонга уланган тешик жойлашган. Баллон ёрдамида ташки эшитув йўлининг хаво босимини ошириш ёки пасайтириш орқали ногора парданинг ҳаракатчаелиги аниқланади. Бу усул ёрдамида ногора парданинг айрим чандикли узгаришларини ва уни урта кулоқнинг бошқа қисмлари билан бирикиш ҳосил қилганлигини аниқлаш мумкин. Айрим касалликларда бу усул ногора пардани укалаш учун ҳам кенг қўлланилади.

Отоскопия манзараси:

1. Ташқи эшитув йўли тери билан қопланган, тоғай қисмида туклар ва олтингугурт моддаси кўри-нади. Ташки эшитув йўлининг узунлиги 2,5 см ташкил қилади.

2. Ногора парда кулранг ва ялтироқ рангда.

3.Ногора пардада куйидаги нуқталар кўзга ташланади: болғача дастаси ва калта (ташқи) ўсимтаси, ноғора парданинг олд ва орқа бурмалари, ёруғлик конуси (рефлексии) ва киндиги (*umbo*).

4.Олд ва орқа болғача бурмаларидан пастда ногора парданинг таранг қисми, уларнинг юқорисида салки қисми кўринади.

5.Ногора пардадада 4 квадрант тафовут қилинади. Бу квадрантлар ўтказилган икки хаёлий пер-пендикуляр чизиклар ёрдамида ҳосил бўлади. Чизикларнинг бири болғача дастаси бўйлаб, иккинчиси - ногора парданинг киндиги ва булғача дастасининг пастки учидан биринчи хаёлий чизикка перпендикуляр йўналишда ўтказилади. Натижада ногора парда куйидаги квадрантларга бўлинади: олд-юқори, орқа юқори, олд- пастки ва орқа - пастки.

Ташқи эшитув йўлини тозалаш.

Ташқи эшитув йўли *қуруқ усулда* ёки ювиш усули Ырдамида тозаланади. Қуруқ усулда тоза-ланганда махсус зондга пахта бўлаги ўралади (бунда зонднинг учи мўйқаламга ўхшаши керак). Пахта бўлаги вазелин ёғига шимдирилгандан сўнг отоскопияда ташқи эшитув йўлига киритилади ва унинг ичидаги қулоқ кири шу пахта бўлаги билан тозаланади.

Ташқи эшитув йулини *ювиш* учун Жане шприцига харорати тана хароратига мос (мувозанат аппарати таъсирланмаслиги учун) 50-100 мл илиқ сув тортиб олинади. Беморнинг қулоғи остига буйраксимон лоток қўйилади. Кейин шприц учи эшитув йўлининг бошланғич қисмига киритилади. Сув ташқи эшитув йўлининг орқа-юқори девори бўйлаб юборилади, шунда қулоқ кири сув билан бирга лоток ичига оқиб тушади. Ювилгандан сўнг ташқи эшитув йўли қуруқ пахта ўралган зонд ёрдамида қурилади. Анамнезда бемор йирингли отитни бошдан кечирганлиги ва ноғора парда тешилганлиги ҳақида маълумот бўлса ташқи эшитув йўли ювилмайди ва қуруқ усулда тозаланади.

Эшитиш қобилиятини текшириш усуллари

Эшитиш қобилиятини текшириш қулоқ касалликларини аниқлашда, жаррохлик даволаш усулини танлашда, даволаш тадбирлари самарасини баҳолашда, эшитув аппаратини танлашда, меҳнат, хар-бий ва тиббий экспертизада муҳим аҳамиятга эга. Болаларда эшитиш қобилиятини аниқлаш, уларда қулоқ оғирлигининг ривожланишини олдини олишга ёрдам беради.

Эшитиш қобилиятини текшириш усуллари 5 гуруҳга бўллади:

1 гуруҳ - Беморнинг шикоятлари ва анамнез маълумотлари.

Эшитиш қобилиятининг бузилиши бир- ёки икки томонлама, доимий, вақти-вақти билан авж олув-чи ёки зўрайиб борувчи бўлиши мумкин. Беморнинг шикоятларига асосланиб ундаги қулоқ оғир-лигининг даражасини (ишхонада, уйда, шовкин шароитда, хаяжонланганда атрофдагилар билан мулоқати кийинлашганлигини), қулоқ шангиллаши бор-йўқлигини, унинг характери,

аутофо-ниани, кулокларида суюклик харакатини хис этишини аниклаш мумкин.

Анамнез маълумотларидан эшитиш қобилиятининг пасайишига ва кулок шангилашига сабаб бўлган омилларни, касаллик давомида эшитув ўткирлиги қандай ўзгарганлигини, эшитиш қобилия-тига таъсир қилган йўлдош касалликларни, бемор қайси дори ва жаррохлик амали билан даво-ланганлигини билиб олса булади.

2-гурух - эшитиш қобилиятини нутқ ёрдамида текшируви (шивирлаш ва оддий овозда айtilган сўзлар ёрдамида). Бемор текширилаётган кулогини врач томон қаратиб 6 м масофада тик туради. Ҳамшира II бармоғи билан бошқа кулогинининг думбоғини ташки эшитув йўлининг тешигига босган ҳолда уни ёпиб туради ва III бармоғи билан II бармоғини энгил уқалайди, шунда хосил бўлган шитирлаш текширилмаётган кулокнинг эшитув ўткирлигини сўндиради.

Врач текширилаётган шахсга эшитган сўзларни баланд овозда такрорлашни сурайди. Бемор лаблар ҳаракатини кўрмаслиги учун врач унга тесқари томонга қараб туришни буюради.

Кейин у нафасини чиқариб ўпкасидаги ҳаво қолдиклари билан шивирлаб, аввал паст товуш тонлари чегарасидаги сўзларни, кейин баланд товуш тонлар чегарасидаги сўзларни айтади.

<i>Паст товуш чегарасидаги сузлар</i>	<i>Баланд товуш чегарасидаги сузлар</i>
"ун", "ун", "ур", "ур", "нур", "умр", "унум", "мум", "нон", "нор", "осмон", "омон", "урмон", "унвон", "урол", "умров", "урин", "урин", "унум"	"ая", "соя", "яна", "яра", "яса", "яша", "ака", "сирка", "арча", "азиза", "ариза", "жизза", "жийда", "чай", "жой", "сой", "ишчи", "ясси", "шиша"

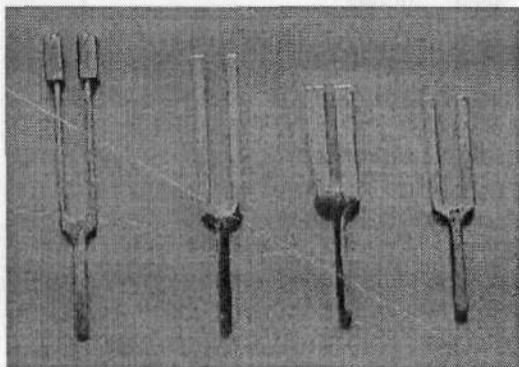
Агар бемор шивирлаб айtilган сўзларни 6 м масофадан эшитмаса, унда хар сафар масофа 1 метрга қисқартирилади ва текширув шу тариқа бир неча бор такрорланади. Худди шундай текширув оддий овозда айtilган сўзлар билан ўтказилади. Эшитув ўткирлиги бемор сўзларни қайси масофадан эши-тиши билан белгиланади (метрда). Меъёрда соғлом одам шивирлаб айtilган сўзларни 6 м масо-фадан, оддий овозда айtilган сўзни 20 м масофадан эшитади. Бу кўрсаткичларнинг камайиши эшитиш қобилияти ўткирлигини пасайганлигидан далолат беради. Шивирлаб айtilган сўзларни кулок супраси олдида, баланд овозни 4-5 м масофадан эшитган беморнинг товушни қабул қилиш аппарати зарарланган булади; эшитув маркази зарарланган бемор оддий овозда айtilган сўзларни эшитсада, уларни англай олмайди.

3 гуруҳ - эшитиш қобилиятини камертонлар ёрдамида текшириш усули (камертонли аудио-метрия). Камертонларнинг кичик тўплами 128, 1024, 2048 Гц , катта тўплами - (16, 32, 128, 512, 356, 1024, 2048, 4096 Гц) камертонлардан иборат. Улар лотин ҳарфлар билан белгиланади.

Отиатрияда товушни ҳаво ва суяк оркали ўтказувчанлигини текшириш учун кўпинча "до" но-тасига созланган камертонлар - C_{64} , C_{128} , C_{512} , C_{2048} ишлатилади, бунда "С" ҳарфи "до" нотасини англатади, пастдаги рақам камертон частотасини билдиради.

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

Товушни суяк орқали ўтказилишини (қулоқнинг суяк ўтказувчанлиги) текшириш усулида C_{128} камертон ишла-тилади. Инсон қулоғи паст частотали камертонлар тебра-ниши теридан, юқори частотали камертонлар тебраниши ҳаводан ҳис этади.



132-расм.Камертонлар тўплами

огирлиги) бемор пастчастотали C_{128} камертоннинг товушини ҳаво орқали ёмонроқ , суяк орқали эса яхшироқ эшитади.

Текширувчи камертон шохчаларини кафтининг пастки юзага уриб тебратади ва жаранглаб турган камертон оёқчасини беморнинг сўргичсимон ўсиғи соҳасига перпендикуляр ҳолда ўрнатади.

Кейин у бемор камертон тебратилгандан бошлаб қанча вақт давомида товушни ҳис этганлигини секундомер ёрдамида белгилайди.

Товушни ўтказиш фаолияти бузилган (кондуктив қулоқ

Товушни қабул қилиш фаолияти бузилган (*нейросенсор чалакарлик*) бемор юкоричастотали S_{2048} камертон товушини ҳаво орқали ёмон эшитади. Бунда камертон товушини эшитиш вақти ҳам ҳаво, ҳам суяк орқали бир хил қисқаради.



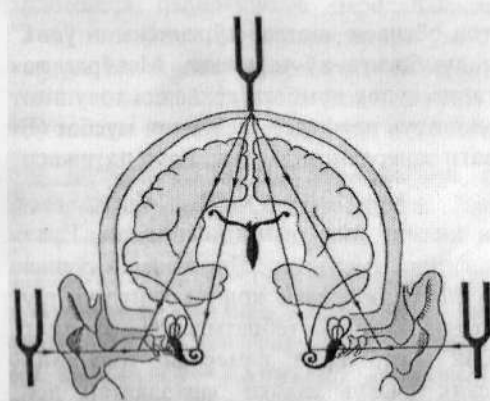
Меъёрда уларнинг ўзаро нисбати 2 : 1 тенг бўлиши керак.

Эшитув анализаторининг товушни ўтказиш ва товушни қабул қилиш булимлари зарарлан-ганлигини тез аниқлаш мақсадида куйидаги *камертон тестлари* бажарилади:

Ринне тажрибаси (R) - кулоқнинг ҳаво ва суяк ўтказувчан-лигини такқослаш тажрибаси. Врач жаранглаб турган S_{128} камертон оёқчасини беморнинг сўргичсимон ўсиғи соҳасига ўрнатади. Бемор камертон тебранишини ҳис этмай қолган пайтда

133-расм. Ринне тажрибаси

текширувчи камертонни қайта тебратмасдан унинг ташки эшитув йўли соҳасига кучиради. Агар бемор ҳаво орқали камертон тебранишини эшитишни давом этса, унда тажриба натижаси "R + " (Ринне мус-бат), камертон тебранишини ташки эшитув йўли орқали эшитмаса, унда "R - " (Ринне манфий) деб баҳоланади.



134-расм. Эшитув анализатори камертон билан текширилганда товушни ҳаво ва суяк орқали тарқалиш схемаси

анча қисқаради.

Меъёрда Ринне тажри-баси "R+" мусбат бўлиб, ҳаво ўтказувчанлиги суяк ўтказувчанлигидан 1,5 - 2 марта кўп бўлади. "R- " манфий ҳолларда бу-нинг акси қайд этилиб, у товушни ўтказиш аппарати бузилганидан дарак беради (кондуктив кулоқ огирлиги). Товушни қабул қилиш аппарати зарарланганда (ней-росенсор кулоқ огирлиги) ҳаво ўтказувчанлиги меъёрда булиб, суяк ўтказувчанлигидан кўп бўлади, яъни тажриба (R+) бўлади. Аммо ҳам ҳаво ва ҳам суяк ўтказувчанлигининг вақти

Вебер тажрибаси (W)- товуш йўналишини (латерализациясини) текшириш усули. Врач жаранглаб турган камертон оёқчасини бемор бошининг тепасига ўрнатади, бунда камертон шохчалари фронтал текисликда тебраниши керак. Меъёрда камертон товуши бошнинг ўртасида ёки икки кулоқда бир хил эшитилади (меъёрда -W). Товушни ўтказиш аппарати бир томонлама зарарланганда товуш йўналиши зарарланган кулоқ томонга (масалан, чапга W-), товушни қабул қилиш аппарати бир то-монлама (масалан, чап томонлама) зарарланганда - товуш йўналиши соғлом кулоқ томонга йўна-лади (-W). Икки томонлама кондуктив кулоқ огирлигида товуш йўналиши ёмон эшитувчи кулоқ томонига, икки томонлама нейросенсор кулоқ огирлигида - яхшироқ эшувчи кулоқ томонига бўлади.

Желле тажрибаси (G) ёрдамида узангича харакатчанлиги аникланади. Жаранглаб турган камертон оёқчаси бемор бошининг тепасига ўрнатилади ва бир вақтнинг ўзида пневматик баллонча ёрдамида ташки эшитув йўлининг хаво босими оширилади. Узангичанинг харакати сакланган соғлом кишида босим пайтида узангича дахлиз дарчасига ботади. Бунинг натижасида эшитув уткирлиги пасаяди ва текширув натижаси - Желле мусбат (G +) деб бахоланади. Узангича харакатсиз бўлган холларда бемор ташки эшитув йўлининг хаво босими оширилганда эшитувида хеч қандай ўзгаришни хис этмайди, яъни унинг эшитиш ўткирлиги ўзгармайди ва текширув натижаси Желле манфий (G -) деб бахоланади. Товушни қабул қилиш аппарати бузилганда унинг натижаси (G +мусбат) бўлади.

Федеричи тажрибасида (F) C-128 ёки C-512 камертонлар ёрдамида бажарилади. Жаранглаб турган камертон оёқчаси дастлаб сўргичсимон ўсиқ соҳасига ўрнатилади, кейин эса кулоқ думбогига кў-чирилади. Меъёрда ва товуш қабул қилиш аппарати зарарланганда кулоқ думбоги соҳасида товушни эшитиш вақти давомлироқ булади ва текширув натижаси Федеричи мусбат (F +) деб бахоланади. Товуш ўтказиш аппарати зарарланганда текширув натижаси Федеричи манфий (F-) бўлади.

Швабах тажрибаси - товушни қабул қилиш аппаратини текшириш. Врач жаранглаб турган C₁₂₈ камертон оёқчасини беморнинг сўргичсимон ўсиғи соҳасига ўрнатади ва бемор унинг товушини эшитмай қолган пайтгача шу жойда ушлаб туради, кейин камертонни қайта тебратмасдан ўзининг сўргичсимон ўсиғи соҳасига кўчиради. Агар врач камертон товушини эшитишни давом этса, демак беморда суяк ўтказувчанлиги зарарланган деб бахоланади.

Субъектив шовкин, шивирлаб айтилган сузлар (ШС) ва нутк сузлари (НС), қичқириб айтилган сўзлар (ҚС) ва камертонлар ёрдамида ўтказилган текширув натижалари В.И.Воячек *эшитув пас-портига* киритилади.

ўнг	Тестлар	чап кулоқ (AS)
-----	---------	----------------

қулоқ(AD)		
+	субъектив сезгилар	-
1м	ШС-шивирлаб айтилган сўзлар	6м
5м	НС-нутк сўзлар	> 6м
35 с	ҚС (трещётка ёрдамида)	90 с
52 с	C ₁₂₈ (X* = 90 с)	50 с
23 с	C ₁₂₈ (C* = 50 с)	37 с
R-	C ₂₀₄₈ (X= 40 с)	R+
ўнг	Ринне тажрибаси (R)	
томонга	Вебер тажрибаси (W)	

Хулоса: Товушни ўтказиш аппаратининг ўнг томонлама зарарланиши билан кечган кондуктив кулоқ огирлиги (X* - ҳаво утказувчанлиги; C* - суяк утказувчанлиги).

Зарур бўлганда эшитув паспортига Желле (G) ва Федеричи (F) тажрибаларининг натижалари ҳам киритилади. Эшитув паспортининг айрим хулосалари куйидагича ифодаланади: "Эшитиш кобилия-ти меъёрда", "Товушни ўтказиш аппаратининг ўнг томонлама зарарланиши билан кечган кондуктив кулоқ огирлиги", "Товушни қабул қилиш аппаратининг чап томонлама зарарланиши билан кечган нейросенсор кулоқ огирлиги", « Икки томонлама аралаш (кондуктив, нейросенсор) кулоқ огирлиги».

4 -гурух - эшитиш ўткирлигини *аудиометрия*, яъни *электракустик аппаратлар* ёрдамида тек-шириш. Электракустик аппаратларда товушнинг кучи децибелл (дБ) бирлигида ўлчанади. Бу усул кулоқ огирлиги билан огриган беморларда диагностик тестларни бажариши имконини беради.

Аудиометр - бу ҳаво, ҳамда суяк орқали соф товуш тўлқинларини (тонларни) узатган электр гене-ратор. Клиник аудиометр эшитув бўсагасининг 125-8000 Гц кўламида ўлчаш имконини беради. Охири йилларда эшитиш кобилиятини кенг диапазонларда (18-20 кГц) текширувчи аудиометрлар ишлаб чиқилган, хусусан GSI-61 (АҚШ, "Ассомед" фирмаси) аудиометрлари кенг қўлланилади. Бу асбоб ёрдамида ҳаво орқали 20 кГц гача бўлган кенг диапазонли частоталарда аудиометрия тек-ширувини ўтказиш мумкин. Махсус мослама ёрдамида юбориладиган товуш тонларини ҳаво ўтказувчанлиги текширилганда 100-120 дБ гача, суяк ўтказувчанлиги текширилганда - 60 дБ гача кучайтирилади.

Товуш манбаи буйича барча аудиометрия усуллари 3 гуруҳга бўлинади:

- тонал аудиометрия;
- нутқ аудиометрия,
- шовқинли аудиометрия.

Эшитиш қобилиятини текширишда ультра ва инфратовушлар ҳам ишлатилади. Психофизиологик нуктаи назардан турли аудиометрик усуллар *субъектив ва объектив* усулларга бўлинади.

Субъектив аудиометрик усуллар кўп жихатдан беморнинг ҳиссиётига ва онгли жавоб реакциясига асосланиб, амалиётда кенг қўлланилади.

Тонал аудиометрияда беморга тебраниш тезлиги 128 дан 8192 Гц гача бўлган соф товуш тонлари, нутқ аудиометрияда - магнит тасмасига ёзилган сўзлар, шовқин аудиометрияда - товуш генератори ёрдамида ҳосил қилинган “оқ” шовқинлар таъсир этилади.



135-расм. Аудиометрия текшируви

Таъсир этувчи манбанинг кучига қараб субъектив аудиометриянинг куйидаги усуллари тафовут қилинади: тонал бусағали ва бусага усти аудиометрия, эшитув аппаратининг ультратовушга булган сезгирлигини аниқлаш ва нутқ аудиометрия.

Тонал бўсағали аудиометрия ёрдамида ҳаво ва суяк орқали турли частотадаги товушларни қабул қилиш бўсағаси аниқланади. Текширув натижалари махсус аудиограмма қоғозида кайд этилади.

“Аудиограмма”- эшитиш бўсағасининг график ифодаси бўлиб, унинг “0” чизиги меъёрий эшитиш бўсағасини билдиради. Абсцисса чизигида таъсир этилаётган товушнинг частотаси (125 Гц-8 кГц), ординатада - эшитиш ўткирлигининг пасайиш дБ бирлигида белгиланади. Аудиограмма тахлил қилинганда куйидаги белгиларга эътибор берилади:

- 1) “0” чизигига нисбатан ҳаво ўтказувчанлиги ХУ ва суяк ўтказувчанлиги - СУ чизикларнинг жойлашувига;

- 2) ХУ ва СУ чизикларининг шаклига (горизонтал, юкорига кўтарилган ёки пастга тушган);
- 3) ХУ ва СУ чизикларнинг ўзаро жойлашуви.

Товушни ўтказиш аппарати зарарланганда аудиограммада паст, ўрта ва баъзан юкори частотали диапазонда хаво оркали эшитиш ўткирлигининг бўсагалари ошиб, суяк оркали эшитиш ўткир-лигининг бўсагалари меъёрлигича қолади, шунда ХУ чизиги юкорига кўтарилиб ХУ ва СУ чизиклар ўртасидаги оралиқ кенгайди.

Товушни қабул қилиш аппарати зарарланганда хаво ва суяк оркали ўтказувчанлик бирдай зарар-ланади, шунда ХУ ва СУ чизиклар ўртасидаги оралиқ йўқолади. Дастлаб юкори частотадаги тонлар, кейин - барча тонларни қабул қилиш қобилияти йўқолади.

Аралаш қулоқ оғирлигида аудиограммада товушни ўтказиш ва товушни қабул қилиш аппаратларининг зарарланиш белгилари кузатилади. Аудиограммада суяк оркали ўтказувчанликни (СУ) ошиши билан бирга ХУ ва СУ оралигининг кенгайиши қайд этилади. Бунда хаво оркали эшитиш қобилияти, суяк оркали эшитиш қобилиятига нисбатан кўпроқ йўқотилади.

Эшитув аппаратининг қайси қисми (чиғаноқ рецептори, эшитув асаб толаси, ўзақлар ёки марказ) зарарланганлигини аниқлаш учун бўсағали, нутқ ва шовқин аудиометрия текширувлари ўтказилади.

Тонал бўсага усти аудиометрия текшируви ёрдамида ФУНГ феноменини (*recruitment phe-nomenon*) аниқланади. Бу феноменнинг аниқланиши спирал аъзонинг рецептор хужайралари, яъни чиғаноқ зарарланганини билдиради. Бўсага усти аудиометрия текширувининг 30 дан ортиқ усуллари мавжуд. Қулоқ оғирлиги билан оғриган беморда баланд (бўсага усти) товуш тонларига бўлган сезгирлик ошади, у баланд тонли товушларни хуш курмайдилар, чунки баланд тонли товушлар таъсирида оғриган қулоғида нохушлик хис этади. Бундан ташқари бундай бемор шивирлаб айтилган сўзларни умуман эшитмайди, оддий овозда айтилган сўзларни - 2 м дан ортиқ булмаган масофадан эшитиши мумкин холос; Вебер тажрибасида товуш йўналишининг алмашиб туриши ёки йўқолиши, камертон ёрдамида бажарилган текширувда аста-секин узоклаштириб борилган камертон товушини тўсатдан эшитмай қолиши кузатилади.

Ультратовушга бўлган эшитув ўткирлигини текшириш. Меъёрда соғлом одам қулоғи суяк оркали 20 кГц частотали диапазонда ультратовушларни қабул қилиш қобилиятига эга. Чиғаноқ зарар-ланган холларда ультратовушни эшитиш бўсағаси ошади.

Нутқ аудиометрия текширувида магнит тасмасига ёзилган сўзлар ишлатилади. Текширув ёрдамида текширилятган шахснинг ижтимоий лаёқати баҳоланади. У беморда нутқни англаш бўсағасини аниқлашга ёрдам беради.

Бемор эшитган сўзларнинг сони эшиттирилган сўзларнинг умумий сонига фоиз ҳисобида ўлчанади. Масалан, беморга жами 10 та сўз эшиттирилган бўлса, у улардан 8, 5 ёки 2 та сўзни тугри такрорлайди. Демак беморнинг англаш бўсағаси 80, 50 ёки 20% тенг бўлади. Текширув натижалари махсус нутқ аудиограммасига киритилади. Бунда абсцисса чизиғида нутқ частотаси (0-120 дБ), ординатада - тўғри жавоблар фоизи белгиланади (0-100%).

Объектив, ёки рефлектор, аудиометрия текшируви товуш таъсирида текширилаётган шахсда пайдо бўлган ихтиёрсиз шартсиз ва шартли реакцияларга асосланган. Бу текширув усули эшитув анализатори марказий бўлимларининг бузилишини аниқлашга, меҳнат ва суд-тиббий экспертизани ўтказишга ёрдам беради. Тўсатдан таъсир этилган кучли товушга жавобан беморда кўз қорачиғининг кенгайиши (ауропуппиляр, ёки чиганоқ-кўз қорачиғи рефлекси), кўз қовоқларни ёпилиши (ауропальпебрал ёки мижда қоқиш) каби шартсиз рефлексилар пайдо бўлади. Текширув трещётка ёки камертон ёрдамида бажарилади.

Объектив аудиометрияда кўпинча тери-гальваник ва қон томир реакциялари аниқланади. Тери-гальваник реакцияси товуш таъсирида айрим тери майдонларида электр потенциалларнинг ўзгариши юз бериши, қон-томир реакциясида товуш таъсирида қон-томирлар тонусининг ўзгариши кузатилади ва у плетизмограммада қайд этилади.

Ёш болаларда кўпинча *ўйин аудиометрияси* қўлланади. Болаларда шартли рефлекс ҳосил қилиш учун бир вақтнинг ўзида унга ҳам товуш ва ҳам овқатлантириш (расм, ўйинчоқни кўрсатиш) таъ-сири утказилади; бола тугмачани босганда товуш билан бирга расм пайдо бўлади. Дастлаб текширув баланд товушлар, кейин паст товушлар ёрдамида ўтказилади, шу тарика боладаги эшитув бўсағаси аниқланади. Ўйин аудиометрияни 2-3 ёшар, субъектив аудиометрияни 6-7 ёшар болаларда қўллаш мумкин. Текширув натижалари кўп жихатдан боланинг руҳий ҳолатига, эшитиш қоби-лиятига, бола ва врач ўртасидаги дўстона муносабатга боғлиқ бўлади.

Замонавий объектив аудиометрия усулларида кузгатилган эшитув потенциаллар (КЭП), кўзгатилган қисқа яширин эшитув потенциаллар (ККЭП), кузгатилган узун яширин эшитув потенциаллар (КУЭП)ни қайд қилиш текширувлари ҳам қўшилиб, улар мураккаб асбоблар (аудиометр, электро-энцефалограф, ЭХМ) ёрдамида бажарилади.

Импеданс аудиометрия ўрта қулоқ тузималарининг ҳолати ҳақида муълумот берадиган объектив текширув усули бўлиб, товушни ўтказиш аппаратининг акустик қаршилигини ўлчашга асосланган. Акустик импеданс (қаршилиқ) кўрсаткичи даҳлиз дарчасидаги узангича мускулининг фаолияти ҳақида маълумот беради. Амалиётда импедансометриянинг 2 усули қўлланилади:

тимпанометрия ва акустик рефлексометрия. ✓

Тимпанометрия текширувида ташки эшитув йўлининг ҳаво босими ўзгартирилганда (одатда + 200 - 400 мм сув уст.) ташки, ўрта ва ички кулоқнинг акустик тизимида тарқалган товуш тўлкини дуч келган акустик қаршилик ўлчанади. Текширув натижалари тимпанограммада акс эттирилади.

Акустик рефлексометрияда товуш таъсирида узангича мускулининг қисқариши ва ногора парданинг ҳаракатланиши натижасида ташқи эшитув йўли босимининг ўзгариши ўлчанади. Меъёрда узангича акустик рефлексининг бўсағаси индивидуал эшитиш бўсағаси, яъни 80 дБ дан юқори бўлади. Кондуктив кулоқ оғирлиги ва юз асаб толаси патологиясида зарарланган томонда узангичанинг акустик рефлекси йўқотилади.

Шундай қилиб, мавжуд бўлган текширув усуллари кулоқ оғирлигининг даражаси, шакли, эшитув анализаторининг зарарланган қисмини аниқлашга ёрдам беради.

Жонли нутқни эшитиш, нутқ зонасида (500, 1000, 2000, 4000 Гц частотали товушлар) эшитиш бўсағасининг ўртача кўрсаткичи бўйича кулоқ оғирлиги 3 даражага бўлинади:

Даража	Кулоқ оғирлигининг даражаси	Нутқ эшитиш частоталарида бўсағалари-нинг ўртача кўрсаткичлари (Дб)
I	50 Дб гача сўзлашув 6-4 метр (енгил кулоқ оғирлиги)	26-40
II	50-70 Дб сўзлашув 1-1 метр (ўртача кулоқ оғирлиги)	41-55
III	80 Дб ва ундан юқори сўзлашув 0,25м (кулоқ оғирлигининг оғир шакли)	56-70
IV	Карлик 80 Дб дан юқори	≥ 91

Кулоқ оғирлигининг I даражасида бемор баланд овозни 6-4 м масофадан, II даражаси - 4-1 м масофадан, III даражасида 1м - 25 см масофадан эшитади. Эшитиш қобилиятининг бундан ортиқ йўқотилиши карлик деб баҳоланади.

Кондуктив кулоқ оғирлиги товушни ўтказиш аппарати (ташқи эшитув йўли, ногора парда ва эшитув суякчалари) зарарланганда ривожланади. Кулоқ кири, отосклероз, кулоқ яллиғланишли ва яллиғ-ланишсиз касалликлари, кулоқ ёт жисми, ногора парданинг жароҳати, эшитув суякчаларининг нуқсонлари, холестеатома ва эшитув найи ўтказувчанлигининг бузилиши беморда кондуктив кулоқ оғирлигини ривожланишига олиб келиши мумкин.

Нейросенсор (перцептив) кулоқ оғирлиги чиганок рецепторларининг фаолияти ёки импульсни марказий асаб тизимига етказилиши бузилганда ривожланади. У куйидаги касалликларда кузатилади: ототоксик дори воситалари салбий таъсири, Меньер касаллиги, қарияликдаги кулоқ оғирлиги, ички кулоқ ва калла суяги жароҳатлари, захм, мия қон томирлари склерози, қандли диабетда.

✓ III босқич. Эшитув найининг утказувчанлик фаолиятини текшириши. ✓

Эшитув найининг ҳавони утказиш вазифасини текшириш усули найларни пуфлаш ва най орқали ўтаётган ҳаво шовкинини эшитишга асосланган. Текширув махсус эластик (резина) найча, оливали Политцер резина баллончаси ва I - 6 ракамли кулоқ катетерлар тўплами ёрдамида бажарилади.



123-расм. Эшитув найининг катетеризацияси

127-расм. Ўнг ноғора пардани кўздан

кечириш ва Зигле пневматик

қадокчаси ёрдамида кўз назорати

остида пневмо уқалаш

Эшитув найи утказувчанлигини текшириш учун кетма-кет бажариладиган 5 синамалар утказилади. У ёки бу синамани бажариш имконига қараб эшитув найи ўтказувчанлигининг I, II, III, IV ва V – даражаси тафовут қилинади. Текширув пайтида отоскопнинг бир учи беморнинг ташки эшитув йўлига, иккинчиси – врачнинг қулоғига ўрнатилади. 1. Қуруқ ютиниш синамаси. Беморга ютиниш ҳаракатини бажариш буюрилади. Меъёрда эшитув найининг ёриғи очилганда отоскоп орқали ўзига хос енгил шовкин эшитилади. ✓

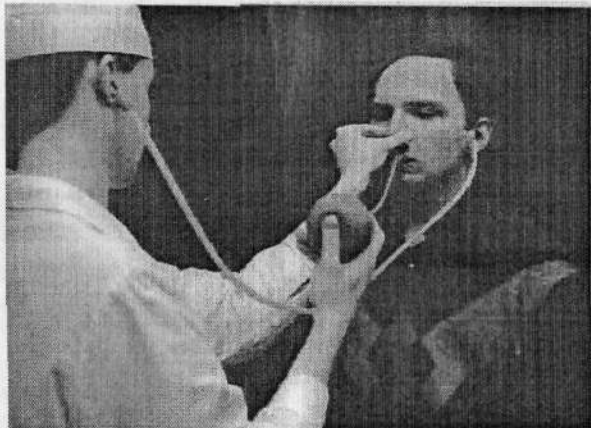
2. Тойнби синамаси. Бемор ютиниш ҳаракатини оғзи ва бурни ёпилган ҳолда бажаради. Меъёрда бемор қулоқларида турткини ва эшитув пасайганлигини хис этади, врач эса ўтаётган ҳаво окимининг шовкинини эшитади.

3. *Вальсальва синамаси.* Бемор чуқур нафас олиб сўнг оғзи ва бурнини ёпган ҳолда нафасини чи-қаради. Меъёрда ҳаво босими туфайли эшитув найи очилиб, ногора бўшлигига ҳаво киради, шунда врач отоскоп орқали ўзига хос шовқинни эшитади.

Эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилган ҳолларда Вальсальва синамасини бажаришнинг имкони бўлмайди.

4. *Полицер синамаси.*

Врач кулок баллончасининг оливали учини бемор бурнининг ўнг дахлизига киритиб, уни чап қўлининг II бармоғи билан ушлаб туради, I бармоғи эса билан буруннинг чап канотини бурун тўсигига босиб туради. Кейин отоскопнинг бир учини беморнинг кулогига, иккинчисини - ўз кулогига ўрнатиб, беморга рус тилида «куку», "раз, два, три" ёки "пароход" сўзларни айтишни буюради. Бемор унли товушни айтиши билан врач ўнг қўли билан резина баллончани қисиб бурун бўшлигига ҳаво юборади.



128-расм . Кулокни Полицер усулида текшириш

.Катетер ташқи бурун йўли орқали

киритилган, унинг дистал учи эшитув

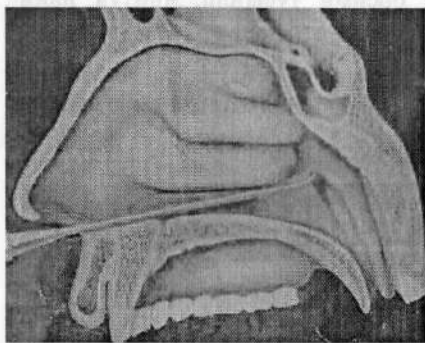
найининг ҳалқум тешигида йўналтирилган

Унли товуш чиқарилганда юмшоқ танглай орқага ва тепага кўтарилиб, бурунҳалқумни оғизҳалқумдан ажратади, шунда ҳаво оқими бурунҳалқумнинг ёпиқ бўшлигига кириб, унинг барча деворларини бир теккисда босади; ҳавонинг бир қисми кучли босим билан эшитув найининг тешигига киради, шунда врач отоскоп орқали ўзига хос шовқинни эшитади. Кейин худди шундай қилиб чап бурун дахлизи орқали чап эшитув найи Политцер усулида текширилади (пуфланади).

✓ 5. *Эшитув найларини қулоқ катетери ёрдамида пуфлаш.*

Текширувда турли ҳажмдаги металл найчалар (№ 0-4) ишлатилади. Дастлаб бурун бўшлиғининг шиллиқ пардаси 10% лидокаин ёки 3% дикаин ёрдамида оғрикисизлантирилади. Врач ва беморнинг қулоқларига отоскопнинг оливалари ўрнатилади. Кейин врач ўнг қўлининг I ва II бармоғи билан металл катетерни ручкани ушлагандай ушлаб, тумшугини бурун тубига қаратган ҳолда уни аста-

секин беморнинг у ёки бу бурун тешиги орқали бурунхалкумининг орка деворигача киритади (най-чанинг тўғри қисми



130-расм. Эшитув найини катетирлаш

тўғри келади. Начани шу ҳолатда ушлаб туриб врач найчанинг ташки учига резина балонни улайди ва уни енгил қисиб, эшитув найига босим билан 5-6 марта ҳаво юборади. Шунда бемор ногора бўшлиғига ҳаво кирганлигини ҳис этади.

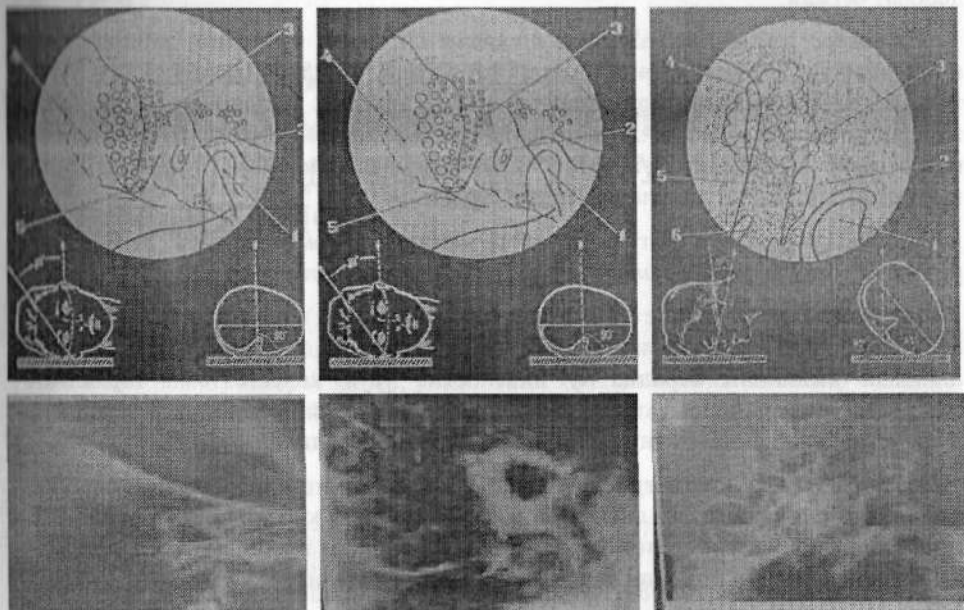
Эшитув найининг ўтказувчанлиги меъёрда бўлганда врач отоскоп орқали везикуляр нафасни эсла-тувчи шовкинни, эшитув найи яллиғланганда қурук ёки ҳўл хириллашни эшитади; ногора парда тешилмаган ҳолларда отоскоп орқали туртки товуши, тешилганда- тешикнинг хажми ва жойла-шувига караб турли шовкинлар эшатилади .

Юқорида қайд этилган синамаларнинг барчасида ижобий натижалар олинганда эшитув найи ўтка-зувчанлигининг I даражаси, ижибий натижа фақат 5 синамада қайд этилганда - эшитув найи ўтка-зувчанлигининг V даражаси деб баҳоланади.

Эшитув найининг *дренаж*, яъни урта кулок ажралмаларини чиқариш фаолияти турли суюқ моддаларни ногора бўшлиғидан бурун-халкумга оқиб тушиш вақти билан улчанади. Суюқ моддани бурунхалкумга оқиб тушишини эшитув найи ҳалкум тешиги соҳасининг эндоскопиясида (бунинг учун буёқлар, масалан кўк метилен буёғи ишлатилади), бемор таъмини ҳис этиши орқали (сахарин билан утказилган синама) ёки эшитув найининг рентгенконтрастли текширувида аникланади. Эшитув найининг дренаж фаолияти яхши бўлганда юборилган суюқлик бурунхалкумда 8-10 да-киқадан сўнг, қоникарли ҳолларда - 10-25 дақиқадан сўнг, қоникарсиз ҳолларда - 25 дақиқадан ортиқ вақтдан сўнг оқиб тушади.

✓ *YU босқич. Рентген нурлари ёрдамида бажарилган диагностик текширувлар.*

Кулок касалликларини аниқлашда чакка суяги рентгенографиясининг 3 усули (Шюллер, Майер ва Стенверс усуллари) кенг қўлланилади. Бунда рентген коғозига бир вақтнинг ўзида икки чакка суягининг акси туширилади.



**1. Шюллер буйича
рентгенограмма
(кўндаланг)**

1. Пастки жағ бўшлиғи
2. Ташки, ички эшитув йўли Бошчаси ва ноғора бўшлиқ
3. Фор
4. Пирамиданинг орқа қирраси
5. Сўргичсимон ўсиқ чўққиси
5. Лабиринг ядроси
6. Ички эшитув йўли

2. Майер буйича (узунасига)

1. Пастки жағ бўшлиғи
2. Ноғора бўшлиқ
3. Форга кириш жойи ва ор
4. Пирамиданинг орқа қирраси
5. Фор
6. Сўргичсимон ўсиқ чўққиси

3. Стенверс буйича

1. Пастки жағ суягининг
2. Ноғора бўшлиқ
3. ички эшитув йўли
4. Лабиринг ядроси

131-расм.

Шюллер усулида бажарилган чакка суякларнинг ён томонлама умумий рентгенографияси сўргичсимон ўсиқ-нинг тузилишини аниқлашга ёрдам беради. Рентген коғозига сўргичсимон ўсиқ фори, периантрал хужайралар, ноғора бўшлиғининг томи ва сигмасимон синуснинг олд девори аниқ кўринади. Рентген коғозига асосланиб сўргичсимон ўсиқнинг хаволилиги баҳоланади. Мастоидит касаллигида бу усул хужайралар аро тўсиқ лар деструкциясини кўриш имконини беради.

✓ *Майер усулида бажарилган аксиал проекцияда бажарилган чакка суяги рентгенографияси* ташки эшитув йўлининг суяк деворларини, ноғора усти чуқурлиги ва сўргичсимон ўсик хужайраларини кўриш имконини беради. Аник чегараланган аттикоантрал бўшлиқнинг кенгайиши холестеатома борлигидан далолат беради.

✓ *Стенверс усулида бажарилган проекция* пирамида чўқисини, лабиринт ва ички эшитув йўлини кўриш имконини беради. Дахлизчиганок (ҮП) асаб толаси невриномасини аниқлашда ички эшитув йўлларни симметрик жойлашганлигига алоҳида эътибор берилади. Бундан ташқари бу усул кўпинча калла суяги асосининг узунасига синиш белгиларидан бири - пирамиданинг кўндаланг синишини аниқлашга ёрдам беради.

✓ *Хозирги кунда чакка суяги ва кулокни компьютер томографияси* ва магнит-резонанс томография ёрдамида текшириш кенг кулланмоқда.

Компьютер томографияси (КТ) аксиал ва фронтал проекцияларда 1-2 мм кесим қалинлигида бажарилади. КТ юмшоқ ва суяк тўқима ўзгаришларини аниқлаш имконини беради. Бу диагностик усул холестеатома тарқалган майдонни, ярим доира канал оқмасини, болғача ва сандонча эшитув суякчалари емирилганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Магнит-резонанс томография (МРТ) юмшоқ тўқима тузималарини, ўсмаларни аниқлашда, ял-лиғланиш жараёнларининг қиёсий ташхисотида КТ нисбатан аниқроқ маълумот берадиган усул хи-собланади. Бу усул дахлизчиганок невриномасини аниқлашда айниқса қўл келади.

IX боб

МУВОЗАНАТНИ САҚЛАШ АНАЛИЗАТОРИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, АДЕКВАТ ҚЎЗГАТУВЧИСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Мувозанатни сақлаш (вестибуляр) аппарати одам организмда мувозанатни сақлаш фаолиятини бажаради. Агар ярим доира йўллар гавданинг ҳаракатини (*кинематикасини*) назорат қилса, унинг тинч ҳолатини (*статикасини*) - дахлиз қопчалари назорат қилиб туради. Биргаликда улар статокинетик вазифасини бажаради.

Мувозанатни сақлаш аппарати узига хос 3 хусусиятга эга.

Биринчи хусусияти - аппаратнинг ўта сезгирлиги бўлиб, у организмда содир бўлаётган барча па-тологик жараёнларга ўзига хос ўзгаришлар билан жавоб қайтаради. Масалан, бош мия ўсмала-рининг 70-80 % мувозанат сақлаш анализатори фаолиятининг бузилиши билан кечади.

Иккинчи хусусияти-организмнинг турли аъзо ва тизимлари билан чамбарчас боғланиши. Шунинг учун юрак қон-томир, асаб ва эндокрин касалликларида доимо бош айланиш белгиси қузатилади.

Учинчи хусусияти - тинч ҳолатда ишлаб туриши. Агар адекват кўзгатувчисининг давомли таъсири остида бошқа анализаторларнинг кўзгалувчанлиги вақтинча ёки маълум даражада сўнса, мувозанат аппаратнинг кўзгалувчанлиги ўзгармайди. Гавданинг тинч, ҳаракатсиз ҳолатида ҳам фазодаги унинг ҳолати мувозанат аппаратидан келаётган импульслар туфайли фаол туради.

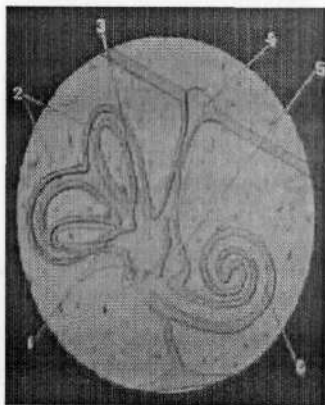
Мувозанатни сақлаш анализаторнинг анатомик тузилиши

Мувозанатни сақлаш (вестибуляр) аппарати 4 бўлимдан иборат:

- периферик бўлим ёки рецептор;
- бош миядаги ўзаклар;
- ўтказиш йўллари;

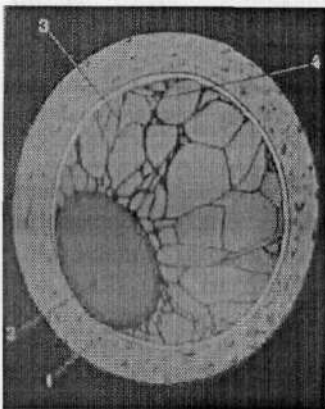
- бош мия қобигидаги марказ бўлими.

Вестибуляр аппаратнинг *периферик бўлими* чакка суягининг тошсимон қисмида, яъни лаби-ринтда жойлашган. Суякли лабиринт чиганок, дахлиз ва



136-расм.Пардали лабиринт

- 1.Горизонтал ярим айлана канал
2. Вертикал ярим айлана канал
- 3.Элептик қопча
- 4.Эндолимфатик қопча
- 5.Сферик қопча
- 6.Чиганок йўли



Ярим айлана каналнинг кўндаланг кесими

1. Суякли қават. 2.пардали қават
- 3.Перелимфатик қўшувчи тўқима толалари. 4. Қон томир

ярим доира каналлардан ташкил топган. Ярим доира каналлар 3 та бўлиб, улар *олд (canalis semicircularis anterior)*, *орқа (canalis semicircularis posterior)* ва *латерал (canalis semicircularis lateralis)* каналлар деб аталади. Ёйсимон эгилган бу каналлар фазода ўзаро перпендикуляр текисликда (фронтал, сагитал ва горизонтал) жойлашган.

Пардали ярим доира йўллар – *ductus semicircularis anterior, ductus semicircularis posterior, ductus semicircularis lateralis* ўз тузилиши билан суякли каналлар шаклини такрорлайди. Аммо уларнинг диаметри суякли ярим доира каналлар диаметридан 3 марта кичик (0,5 мм) булади. Суякли лаби-ринт дахлизиди, унинг медиал деворида сферик (*recessus sphericus*) ва эллиптик (*recessus ellipticus*) чуқурчалар бўлиб, уларда сферик

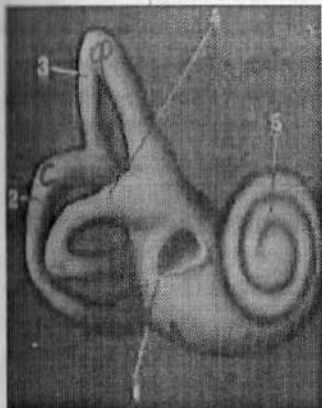
(*sacculus*) ва эллиптик (*utricleus*) қопчалар жойлашган.

Суякли ва пардали лабиринтларнинг орасида перилимфа, пардали лабиринтнинг ичида - эндо-лимфа суяклиги оқади. Пардали лабиринтда 2 рецептор аппарати жойлашган:

1) Мувозанатни сақлаш (вестибуляр) аппарати дахлиз қопчалари ва пардали ярим доира йўллардан тузилган бўлиб, у эшитув асаб толасининг вестибуляр шохчаси билан таъминланган.

2) Эшитув аппарати пардали чиганокда жойлашиб, эшитув асаб толасининг эшитув шохчаси билан таъминланган.

Лабиринтнинг вестибуляр аппарати (3 та ярим доира йўллар ва 2 та пардали қопчалар) эшитув аппарати билан сферик қопча ва чиганок йўли орасида жойлашган *ductus reunius* орқали боғланган. Эллиптик қопча



Суякли лабиринг

1. Дахлиз 2. Сагитал ярим айлана канал
3. Фронтал ярим айлана канал
4. Горизонтал ярим айлана канал
5. Чиганоқ

барча ярим доира каналлар билан 5 та тешик орқали алоқа ҳосил қилади. Сферик ва эллиптик қопчалар орасида *ductus utriculosaccularis* жойлашган.

Ҳар бир ярим доира йўллари бир учи кенгайиб - ампула ҳосил қилади. Ампула ичида буртиш, ампула кирраси (*crista ampullaris*) бўлиб, унда ҮШ жуфт бош мия асаб толасининг рецептори жой-лашган бўлади. Бу рецептор ампула ёки купула *apparatus* деб аталади.

Купуляр аппарат кадахсимон нейроэпителий ва таянч хужайралардан иборат. Нейроэпителий хужайраларининг туклари ўзаро яқин жойлашиб, мўйқаламга ўхшаш аъзо ҳосил қилади. Эндолимфа ҳаракатланганда бу аъзо ҳаракатга келади.

Дахлиз қопчаларида оқ доғлар бўлиб, улар *macula utriculi* ва *macula sacculi* деб номланади. Доғлар сезувчан нероэпителий ва таянч хужайралардан иборат. Сезувчан хужайралар ўз асослари билан дахлиз чиганоқ асаб толалари билан боғланган бўлса, уларнинг узун туклари бири-бирига чирмашиб, тур ҳосил қилади. Шу турнинг орасида кўп микдорда турли шаклга эга карбонат кальций микроскопик кристаллчалари - *статоконийлар* жойлашган. Сезувчан хужайраларнинг туклари ва статоконийлар желесимон модда ёрдамида бирикиб, статоконий (*отолит*) мембранасини ҳосил қилади (*membrana statoconium*). Нейроэпителий хужайралар тукларида ампула рецепторларига ухшаш *киноцилий* ва *стереоцилийлар* мавжуд. Сезувчан нейроэпителий хужайраларининг туклари статоконийлар билан босилганда ёки тўғри чизикли тезланиш таъсирида ҳаракатга келганда, уларнинг механик энергияси электр асаб импульсига айланади.

Демак, сезувчан вестибуляр хужайралар 5 рецептор майдонида жойлашади: ҳар учта ярим доира йўллари ампуласида - биттадан ва ҳар икки қулоқнинг икки дахлиз қопчаларида - биттадан.

Эллиптик ва сферик қопчалар ингичка каналча - *эллиптик ва сферик қопчалар йўли* (*ductus utriculo-saccularis*) орқали ўзаро боғланган. Бу йўл *эндолимфатик йўл* (*ductus endolymphaticus*) деб аталган тармоғига. Эндолимфатик йўл дахлиз сув оқавасидан ўтиб, пирамиданинг орқа юзасига чиқади ва *эндолимфатик қопча* (*saccus endolymphaticus*) ҳосил қилиб ёпилади. Эндолимфатик қопча - бош мия қаттиқ пардасининг дупликатураси ҳосил қилган кенгайиши ҳисобланади.

Отолит мембранаси эллиптик қопчада - горизонтал, сферик қопчада - вертикал ва сагитал теккис-ликда, яъни ярим доира йўлларига ўхшаб

жойлашади. Дахлиз копчаларида жойлашган бу рецептор аппарати - *отолит аппарати* деб аталади.

Пардали чиганок дахлиздаги *ок доғлар* ва пардали ярим доира йўллардаги *ампула кирраси* мувозанатни саклаш аппаратининг *периферик рецептори* ҳисобланади. У дахлиз асаб толаси тугуни (*gang.vestibullare*) биполяр хужайраларининг асаб толалари билан таъминланган. Периферик рецепторнинг ҳар бир хужайраси бир нечта асаб толаси билан таъминланганлиги туфайли у турли патологик жараёнларга ўта чидамли бўлади. Дахлиз асаб толаси тугуни биполяр хужайраларининг аксонлари VIII жуфт бош мия асаб толаси таркибида бош мия поясига, ромбсимон чуқурчадаги вестибуляр узакларга етиб боради.

Бош мия поясида 4 вестибуляр ўзаклар мавжуд: ички - Швальбе, ташқи - Дейтерс, юқори - Бехте-рев, пастки - Роллер ўзаклари. Қарама-қарши томондаги ўзаклар ўзаро боғланиб, импульсни бир томондан бошқа томонга узатиб туради.

Мувозанатни саклаш аппаратининг *маркази* бош мия чакка бўлагинининг олд қисмида жойлашган.

Мувозанатни саклаш аппаратининг физиологияси

Мувозанатни саклаш аппаратининг фаолияти ярим доира йўллар ампуласида ва дахлиз копча-ларида жойлашган вестибуляр рецепторлар фаолиятига боғлиқ. Бу интрарецепторлар гавда ёки бошнинг фазодаги ҳолати, ҳаракат тезлиги ва йўналиши ўзгарганлиги ҳақидаги маълумотни қабул қилиб, вестибуляр анализаторининг марказий қисмига етказади.

Дахлиз копчаларида статоконий мембранасини, ярим доира йўлларда эндолимфа ва ампула аппаратини силжиши механик энергияни асаб импульсига айлантирувчи маханизмидир. Бу инер-цион тузилмаларнинг силжиши натижасида ампула ва отолит қисмида жойлашган сезувчан хужайралар тукли аппаратининг шакллари ўзгаради.

Электрон микроскоп ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, вестибуляр рецепторининг ҳар бир нейроэпителий хужайраси биттада ҳаракатчан туклар (*киноцелий*) ва 40 ҳаракатсиз туклар (*стереоцелий*) эга. Киноцилийлар хужайранинг четида жойлашади. Горизонтал ярим доира йўлнинг киррасида улар дахлизга яқин, икки вертикал ярим доира йўлларнинг киррасида - оёқчала-рига яқин жойлашади. Тукли нейроэпителий хужайраларнинг кузгалиши эндолимфа стереоцилий-лардан киноцилийлар томон ҳаракатланганда (горизонтал йўлда - эндолимфа ампула томон ҳаракатланганда, вертикал йўлларда - ампуладан силлиқ оёқчалар томон ҳаракатланганда) юзага келади. Эндолимфа киноцилийлардан стереоцилийлар томон ҳаракатланганда тукли хужайраларнинг ҳара-кати тўхтади (горизонтал

йўлда - бу эндолимфа ампуладан силлик оёкчалар томон, вертикал йўлларда - ампула томон ҳаракатланганда юз беради).

Тинч ҳолатда даҳлиз-чиганок асаб толаси даҳлиз шохчасининг толаларида доимий биоэлектрик фаоллик қайд этилади. Вестибуляр рецепторига мусбат ва манфий зарядга эга адекват кўзгатувчи таъсир кўрсатганда тинч ҳолатдаги импульсацияга қараганда унинг кўпайиши ёки камайиши кузатилади. Бу ҳодиса куйидагича изоҳланади; ампула эндолимфаси ва даҳлиз қопчалари статоконий мембранасининг силжиши таъсирида сезгир туклар ҳаркат йўналишига қараб эгилади, бунда киноцилий ва стереоцилийлар ўртасидаги масофа кўпаяди ёки камаяди. Ўз навбатида у ху-жайра ичи поненциалининг кўпайиши ёки камайишига, охир-оқибат рецептор хужайраларнинг кўзгалишига ёки ҳаркати тўхташига олиб келади.

Ампула рецепторларининг адекват кўзгатувчиси - мусбат ёки манфий зарядга эга бурчакли тезла-ниш булиб, у ярим доира йўллар ичидаги эндолимфани ҳаракатга келтиради ва ампула рецепторини кўзгатади. Ярим доира йўллар тизими айланма тезланиш ҳаркати таҳлил қилиб, физиологик ша-роитда бошни у ёки бу томонга буриш ҳаркати хис этишга мослашган. Отолит рецепторлари тўғри чизикли тезланишга сезгир бўлиб, Ер тортиш кучинининг каллага нисбатан йўналишини узлуксиз назорат қилиб туради. Физиологик шароитда отолит аппарати бошни олдинга эгиш, орқага ташлаш, юришнинг бошланишини ёки тугашинини, пастга тушиш ва юкорига кўтарилиш ҳаракатларини хис этишга мослашган.

Агар бурчакли тезланиш - ярим доира йўллар рецепторининг адекват кўзгатувчиси бўлса, даҳлиз қопчаларида жойлашган отолит аппаратнинг адекват кўзгатувчиларига куйидагилар киради:

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

Квикс назарияси бўйича статоконийларнинг оқ доғлар сезгир эпителийига кўрсатган *босими отолит аппаратининг кўзгатувчиси ҳисобланади*. Бу босим кўзгатувчи омил бўлиб доимий равишда таъсир кўрсатди. У марказдан четлашган кучлар, тўғри чизикли тезлашиш ёки секинлиши ва ернинг тортиш кучи таъсирида ўзгаради. Магнус ва де Клайн сезгир хужайралар тукларининг таранглиги-кўзгатувчи омил деб ҳисоблайдир. Статоконий мембранаси фақат тангенциал ҳаракат қилиш имко-нига эга. Бошнинг фазодаги турли ҳолатида статоконий мембранасининг фақат тангенциал ҳаракати юз беради, яъни у *macula* текислигига параллел равишда ҳаракат қилади. Бундан ташқари, VIII жуфт бош мия асаб толаси даҳлиз шохчасидаги биоэлектр тоқлар мембрананинг фақат тангенциал ҳаракатида пайдо бўлиши аниқланган.

Демак, мувозанатни саклаш аппарати рецепторининг адекват кўзгатувчилари - бу бурчакли ва тўғри чизиqli тезланишлар. Вестибуляр аппарат кўзгалишининг пастки бўсағаси тезланишнинг (b) таъсир вақтига (t) кўпайтмаси - (bt) билан ўлчанади. Ярим доира йўллар кўзгалишининг пастки бўсағаси $0,12 \cdot 2^0 / c^2$ тенг бўлган бурчакли тезланиш бўлиб, отолит аппарати учун - у ер тортиш кучининг (g) тахминан 0,001-0,03 ташкил қилади.

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

Отолит аппарат рефлекслари шу қадар сундирилганки инсон уз гавдасининг турли ҳолатларида ҳам (ётганда, ўтирганда) ноқулайлик ҳис этмайди. Аммо, таъсир кучи кўзгалиш бўсағасидан ош-ганда ёки давомли таъсир этганда организмда патологик ўзгаришлар юзага келади. Масалан, кўп вақт давомида кемада, самолётда, машинада ёки поездда юрган одамнинг боши айланиб, кўнгли айниди, қон-томир, нафас тизимларининг фаолияти бузилади, депрессия ҳолати юзага келади, меҳнат қобилияти пасаяди.

Сезгир нейрорепителый хужайралардан ташқари ампула кирраси ва даҳлиз қопчаларида мувозанатни саклаш анализаторнинг мустаҳкамлигини таъминловчи бошқа хужайралар ҳам борлиги аниқланган.

Вестибуляр аппарат таъсирланганда организмнинг турли аъзо ва тизимларида хилма-хил бузи-лишлар содир бўлади. Бу бузилишлар вестибуляр ўзакларда кўпгина боғланиш мавжудлиги билан изоҳланади. Мувозанатни саклаш анализатори кенг анатомик ва функционал боғланишларга эга бўлган иккиламчи рефлекс йўллари жуда яхши ривожланган. Улардан энг муҳимлари куйидагилар:

1. *Tractus vestibulospinalis* - ташқи ва ички вестибуляр ўзаклардан пастга, орқа миёна барча бўлим-ларининг олд шохлари хужайраларига борган пастга тушувчи йўллар. Гавдани маълум ҳолатда уш-лаб туриш мақсадида вестибуляр аппарат бу йўллар орқали оёқлар, қўллар ва гавда мускулларининг тонусини бошқариб туриш учун узлуксиз равишда импульслар узатиб туради.

2. *Tractus vestibulocerebralli* йўли юқори ва ички ўзаклар хужайраларидан миёнага борган аффе-рент толалар ва миёна томи ўзакларидан ташқи ва пастки вестибуляр ўзакларга борган эфферент то-лаларга эга.

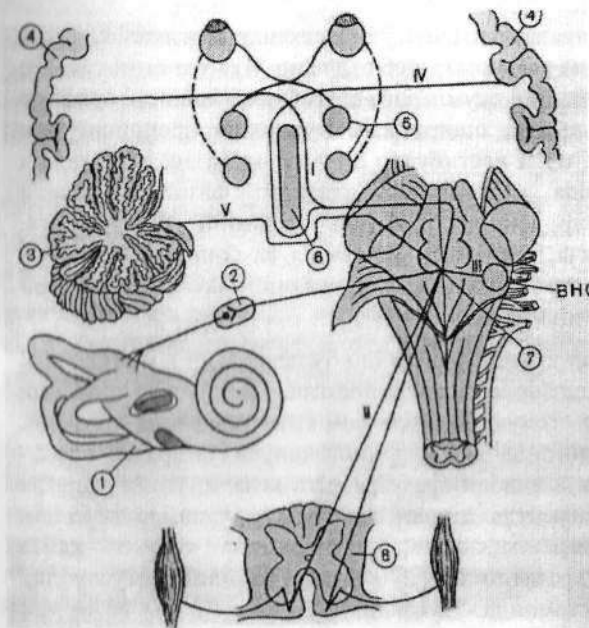
3. *Tractus vestibulolongitudinalis* йўли вестибуляр тизимни кўзни ҳаракатлантирувчи асаб толаси ўзаклари билан боғлайди. У III ўзакдан бошланиб (латерал ўзак бунда иштирок этмайди), нистагм пайдо булишида муҳим аҳамиятга эга. Орқа узун йўл тизими орқали амалга оширилади: медиал ва пастки ўзаклардан кўзни ҳаракатлантирувчи асаб толасининг узакларига кесишган йўл борса, юқори ўзакдан -кесишмаган йўл боради.

4. *Tractus vestibuloreticularis* - вестибуляр апаратини вегетатив асаб тизими билан боғлаб турган бу йўл медиал ўзакдан бошланиб, асосан X жуфт асаб толаси ўзакларида тугайди ва бош мия пояси-нинг *formatio reticularis* орқали вестибуляр тизимни саёр асаб толаси ўзаклари билан боғлаб туради.

5. *Tractus vestibulocorticalis* туфайли бош мия қобигида вестибуляр анализаторнинг таъсирланиши билан боғлиқ онгли хиссиётлар ва вестибуляр рефлекслар бошқарилади.

Вестибуляр апарат таъсирланганда куйидаги 3 гуруҳ реакциялар кузатилади:

1. сенсор; 2. вегетатив; 3. соматик.



137-расм. Вестибуляр анализаторнинг физиологик таъсир механизмлари 1- лабирит; 2- вестибуляр тугун; 3- миёча; 4- катта ярим шарларнинг қобиги; 5- кўзни ҳаракатлантирувчи нервларнинг ядролари 6- ретикюляр формация; 7- узунчоқ миёдаги вестибуляр ядролар; 8- орқа мия.

I - tractus vestibulo-oculomotorius; I-tractus vestibulo spinalis; III- tractus vestibulo vegetaticus; IV - tractus vestibulo cerebrealis; V-tractus vestibulo cerebellaris

Барча вестибуляр реакциялар организмнинг тизим-ли реакциялари бўлиб, физиологик ёки патологик характерга эга бўлиши мумкин.

а) *вестибулосенсор реакциялар* - бошнинг фазодаги ҳолати ва бу ҳолатнинг ўзгаришини, тескари айла-ниш вестибуляр иллюзиясини, бош айланишни ҳис этиш қобилияти бўлиб, *tractus vestibulocorticalis* орқа-ли амалга оширилади;

б) *вестибуловегетатив реакциялар* - барча силлиқ мускулларга, айниқса, бош мия, юрак, қон-томир, на-фас ва ошқозон-ичак мускулларига симпатик ва пара-симпатик асаб толалари орқали тарқалиб, *tractus vestibuloreticularis* орқали амалга оширилади.

в) *вестибулосоматик (анимал) реакциялар* - барча бўйин, гавда, қўл, оёқларнинг кўндаланг

таргил мус-куллари ва кўз мускулларига тарқалиб, *tractus vesti-bulospinalis*, *tractus vestibulocerebrali*, *tractus vestibulo-longitudinalis* орқали амалга оширилади;

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

д) *вестибулостинал реакциялар* вестибуляр импульсларнинг бўйин, гавда ва кўл-оёқлар мускуллар тонусига таъсир этиши билан боғлиқ. Бунда битта лабиринт вестибуляр рецепторларидан келаятган импульснинг ошиши қарама-қарши томонда мускуллар тонусининг кўпайишига, таъсирланаётган лабиринт томонда - мускуллар тонусининг пасайишига олиб келади.

Инсоннинг тинч ҳолатда ва ҳаракатланганда ўз гавдасини вертикал ҳолатда ушлаб туриш *мувозанани сақлаш* қобиляти деб аталади. Мувозанатни сақлаш қобиляти турли тизимларнинг, шу жумладан вестибуляр анализаторининг биргаликда фаолияти орқали амалга оширилади. Кўриш ва проприоцептив сенсор тизимлар билан бир қаторда вестибуляр аппарат мувозанатни сақлаш фаоли-ятини амалга оширишда қатнашади. Гавданинг фазодаги ҳолати ҳақидаги маълумот вестибуляр ана-лизаторининг марказий бўлимларига, экстрапирамида тизимига, миёча, ретикуляр формация ва бош мия қобиғига етказилади. Бу ерда эффектор аъзоларга таъсир кўрсатиш мақсадида олинган маълумот ва сигналлар таҳлил қилинади.

Вестибулосоматик реакциялар қуйидагича пайдо бўлади: тинч ҳолатда ярим доира йўллари ва даҳ-лиз рецепторларидан келаятган импульслар туфайли гавданинг барча мускуллар тонусини мувоза-натда сақланиб туради. Периферик рецептор таъсирланганда эса уларнинг тонуси ўзгаради. Гавданинг фазодаги ҳолати ўзгарганда эндолимфа ҳаракатга келади, унинг ҳаракат йўналишига қараб эса лабиринтда турли импульслар пайдо бўлади. Импульслар таъсирида айрим мускуллар гуруҳининг тонуси қайта тақсимланади. Эндолимфа ҳаракатининг йўналиши томонида мускуллар тонуси кучайса, қарама-қарши томонда - сусаяди.

Масалан, одам ўз ўки атрофида ўнг томонга айлантирилиб, кейин айлантириш кескин тух-татилса, эндолимфа инерция билан бир неча дақиқа ўнг томонга ҳаракатланишни давом эттиради. Бунинг натижасида унг томондаги мускуллар тонуси ошиб, оғирлик маркази ўнг томонга силжийди, шунда беморнинг гавдаси ўнг томонга оғади. Ўрнидан туриб, кўзларини юмган ҳолда юра бош-лаган бемор чизикдан ўнг томонга оғади.

Вестибуляр аппаратнинг таъсирланиши натижасида пайдо бўлган *вестибуловегетатив реакциялар* хилма-хил бўлиб, барча ички аъзо ва тизимларга - ошқозон-ичак йўллари, қон - томир тизими, ички безлар ва модда алмашинувига тарқалади. Бу реакцияларга кўнгил айланиши, қусиш, нафас ва юрак қон-томир аъзолари фаолиятининг бузилиши, томир уришининг

секинлашиши, қон босимининг паса-йиши, коллапс ҳолати ривожланиши, тана ҳароратининг пасайиши, терлаш ва ҳ.к. белгилари киради.

Вестибулосенсор реакциядар меъёрда кўзларни юмган ҳолда ўз гавдасининг фазодаги жойлашувини онгли равишда ҳис этиш ва қарама-қарши айлантириш вестибуляр иллюзиясидир. Касалликда бу рефлекс бош айланиши ва гавданинг фазодаги жойлашуви хиссиётинининг йўқотилиши бўлиб намоён бўлади.

Ярим айлана йўллар рецепторининг таъсирланиши натижасида барча кўндаланг-таргил мускуллар тонусининг ўзгариши билан бир қаторда кўз олмасини ҳаракатлантирувчи мускулнинг тонуси ҳам ўзгариб, текширилаётган шахсининг кўзлари мускуллар гипертонуси томон силжийди. Аммо кўзни ҳаракатлантирувчи мускулнинг кискариши узокка чўзилмай, кўзлар дарҳол ўз аввалги ҳолатига қайтади. Вестибуляр марказнинг кўзгалиши тугамаганлиги туфайли улар яна гипертонус томон оға бошлайди ва яна ўз жойига қайтади. Шу тарика кўзларнинг ритмик ҳаракати - нистагм пайдо бўлади.

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

Нистагмнинг *секинлашган* фазасининг, ёки компоненти рецептор ва бош мия поясидаги ўзақлар билан, *тезлашган* компоненти - бош мия қобиғи ёки қобик ости марказлар фаолияти билан боғлиқ. Чуқур наркоз пайтида нистагмнинг тезлашган компоненти йўқолади.

Вестибуляр нистагм ярим доира йўллар рецепторларининг таъсирланиши билан боғлиқ. Ампула рецептори фаолиятининг айрим қонунлари Эвальд тажрибаларида кузатилади. 1892 йилда Эвальд кабутарлар устида олиб борган тажрибасида вестибуляр реакциялар у ёки бу ярим доира йўлнинг таъсирланишига ва ундаги эндолимфа ҳаракатининг йўналишига боғлиқлигини аниқлаб, кузатув натижаларини қуйидаги қонунларда ифодалаб берди (*Эвальд қонуллари*) :

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

-эндолимфа ампула томон ҳаракатланганда (*ампулопетал ҳаракат*) оёқчалар томон (*ампулофугал*) ҳаракатига нисбатан горизонтал ярим доира йўлга кучлироқ таъсир кўрсатади.

-вертикал ярим доира йўлларда бунинг акси кузатилади.

1915 йилда

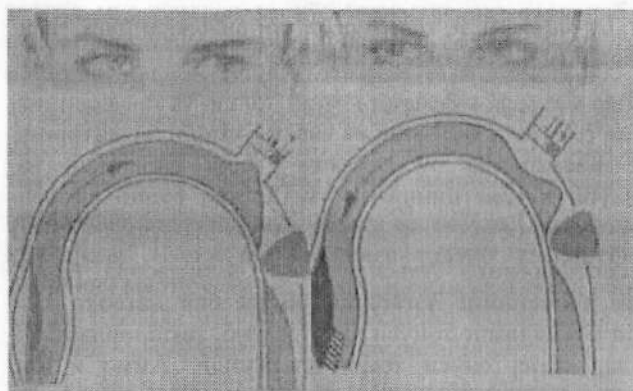
В.И.Воячек

томонидан нистагм реакциясига доир икки "темир" қонун ишлаб чиқди.

Биринчи қонун

нистагмнинг текислигига доир қонун бўлиб, у қуйидагича ифодаланади:

нистагм ҳамиша айлантириш



138-расм.Эвальд тажрибаси

текислигида жойлашган ярим доира йўлда пайдо бўлади. Демак, нистагмни горизонтал ярим доира йўлда пайдо қилиш учун, бу йўлни айлантириш текислигида жойлаш-тириш, яъни текшириляатган шахснинг бошини 30° олдинга эгиш лозим. Фронтал ярим доира йўлни текшириш учун боши 90° олдинга эгилади, шунда ротатор нистагм пайдо бўлади. Сагитал ярим доира йўлни текшириш учун боши у ёки бу елкага эгилади, шунда айлантириш текислиги сагитал ярим доира йўлининг текислигига мос келиб, вертикал нистагм пайдо бўлади.

Иккинчи-қонун нистагмнинг йўналишига доир қонун бўлиб, унинг йўналиши шартли равишда тезлашган компоненти билан белгиланади. Нистагмнинг секинлашган компоненти доимо ярим доира йўлдаги эндолимфанинг ҳаракатига ҳамда қўл-оёқлар, гавда ва бош оғишининг йўналишига мос келади. Шунинг учун иккинчи "темир" қонун қуйидагича ифодаланади: нистагм ҳамиша эндо-лимфа суюқлиги ҳаракатининг қарама-қарши томонига йўналган бўлади.

Вестибуляр нистагм спонтан ёки индукцияланган (экспериментал) бўлиши мумкин.

Спонтан вестибуляр нистагм лабиринт ёки мувозанатни сақлаш анализатори юқори бўлимларнинг патологиясида кузатилади. Ички кулоқнинг яллиғланиш касалликларида спонтан нистагм дастлаб зарарланган лабиринт рецепторларининг таъсирланиши натижасида юзага келиб, унинг йўналиши "зарарланган" кулоқ томонга бўлади. Рецепторлар бутунлай ишдан чиқкандан сўнг нистагмнинг йўналиши тесқари томонга алмашади. У компенсация жараёнигача соғлом лабиринт тонусининг зарарланган лабиринт тонусидан устуңлигига боғлиқ бўлади.

Таъсир этувчи омилга қараб қуйидаги нистагмлар тафовут қилинади:

- позицион нистагм;

- эндоген (спонтан) нистагм;
- калорик нистагм;
- айлантирма нистагм;
- айлантиришдан сунгги нистагм;
- босим таъсирида юз берадиган нистагм;
- гальваник нистагм.

Нистагм куйидаги белгиларига қараб баҳоланади:

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

Нистагмнинг йўналиши унинг тезлашган компоненти билан белгиланади.

I даражали нистагм бемор тезлашган компонент томонга қараганда пайдо бўлади; II даражали нистагм бемор тезлашган компонент томон ҳамда тўғрига қараганда пайдо бўлади; III даражали нистагм бемор тўғрига, тезлашган ҳамда секинлашган компонент томон қараганда пайдо бўлади.

Вестибуляр нистагм, одатда, ўз йўналишини ўзгартирмайди, яъни кўзнинг турлича ҳолатида унинг тезлашган компоненти бир томонга йўналган бўлади.

Экстралабиринт, яъни марказий нистагм вертикал, диагонал, турли томонга йўналган, монокуляр, носимметрик бўлиб, унинг тезлашган ва секинлашган компонентларини ажратиш қийин.

Индукцияланган (экспериментал) нистагм лабиринт рецепторлари сунъий таъсир туфайли пайдо бўлиб, айлантирма, калорик ва гальваник синамаларда кузатилади. Пайдо бўлган нистагмнинг давомчилиги ва кескинлиги таъсир этилаётган омилнинг характери ва кучига боғлиқ бўлади.

Вестибуляр нистагмдан ташқари физиологик, оптокинетик, кўз, марказий нистагмлар тафовут қилинади. Икки томонлама кучсиз *физиологик нистагм* кўз олмалари четга силжитилганда пайдо бўлиб, қисқа вақт ичида (2-3 с) сўнади. *Оптокинетик нистагм* тез ҳаракатланувчи жисмни кузатиш натижасида пайдо бўлади. У баъзан темир йўл, ёки фиксация, нистагми деб аталади. *Кўз нистагми* кўпинча кўриш аппаратининг туғма нуқсонлари билан боғлиқ бўлиб, ритмсиз характерга эга бўлади. *Марказий нистагм* вестибуляр

анализаторининг марказий бўлимлари зарарланганда кузатилади. Бундай нистагм доимо зарарланган томон йўналган, тартибсиз, кенг- ёки ўртақўламли амплитудага эга, текислиги турлича бўлган кўпсонли нистагмдир.

Электр *нистагмография* объектив текширув усули мувозанатни сақлаш анализатори фаолиятини баҳолаш имконини беради.

Отолит ва ярим доира йўллар рецепторларининг фаолияти бир-бирига боғлиқ. Отолит аппарати таъсирланганда нистагм сусайиб, гавда, қўл, оёқларнинг мускул реакцияси ва вестибуловегетатив реакциялар фаоллашади. Бош мия барча вестибуляр рефлексларни сўндиради.

Мувозанатни сақлаш аппаратини текшириш усуллари

Мувозанатни сақлаш аппарати фаолиятини текшириш қулоқнинг патологик жараёнини ва текширилаётган шахснинг меҳнатга лаёқатини аниқлашга ёрдам беради.

Текширув беморнинг *шиқоятлари ва анамнез маълумотларини* суриштиришдан бошланади. Кў-пинча у боши айланишига, юриши ва координацияси бузилганлигига, кўнгли айниши ва қусишига, хушдан кетишига, кўп терлашига, тери рангининг ўзгаришига шикоят қилади. Бундай белгилар доимий ёки вақти-вақти билан қайд этилиши, бир дақиқа ёки бир неча соат, кунлар давом этиши мумкин. Улар ўз-ўзидан ёки маълум омил таъсирида: транспортда ўтирганда, ҳаракатланаётган жисмлар ўртасида турганда, жисмоний ҳаракатдан сўнг, бошнинг у ёки бу ҳолатида пайдо бўлади.

Текширилаётган шахснинг меҳнат лаёқатини аниқлашда отолит аппаратининг функционал ҳола-тига ва вегетатив рефлексларга эътибор берилади.

Вестибулометрия спонтан вестибуляр белгиларни аниқлаш, вестибулометрик синамаларни ўтказиш ва уларни баҳолаш, олинган натижаларни таҳлил қилиш ва умумлаштиришдан иборат.

Спонтан вестибуляр белгиларга *спонтан нистагм, қўл-оёқ мускуллари тонусининг ўзгариши, юришининг бузилиши* киради.

Текширув беморнинг *субъектив хиссиётини* аниқлашдан бошланади (*1 тест*). Бунда беморнинг шикоятлари (бош айланиш, гандирақлаб юриши, йиқилиши, кўнгли айниши, қусиши) ва анамнез маълумотлари эътибор берилади. Кейин беморда мувозанатни сақлаш қобиляти навбатма-навбат тинч ҳолатида ва ҳаракат ҳолатида (*2 ва 3 тестлар*) текширилади. Шундан сўнг спонтан нистагм аниқланади (*4 тест*). Вестибуляр аппаратнинг функционал ҳолати маълум тартиб бўйича текширилади. Текширув натижалари В.И.Воячекнинг "*вестибуляр паспорти*" га киритилади.

<i>ўнг томон</i>	<i>Тестлар</i>	<i>чап томон</i>
	СХ(субъектив ҳиссиёт) Ромберг ҳолати Юриши Спонтан нистагм Калорик синама (ҳарорати... ⁰ С) Айлантиришдан сўнгги нистагм (20 сонияда 10 марта) Прессор нистагм Отолит синамаси	

Хулоса:

Ромберг ҳолатида мувозанатни сақлаш қобилияти куйидагича текиширилади (2 тест):

а) бемор кўзини юмган ҳолда оёқларини бирлаштириб, қўлларини олдинга чўзиб, тик туради. Бундай ҳолатда лабиринт фаолияти бузилган бемор нистагм йўналишига қарама-қарши томонга йиқилади;

б) беморнинг боши 90⁰ чап ёки унг томонга бурилади, шунда лабиринт фаолияти бузилган беморнинг йиқилиш йўналиши ўзгаради, аммо ҳар сафар нистагм йўналишига нисбатан қарама-қарши томонга йиқилади.

Тўғрига ва ён томонга юриш (2 ва3 тестлар):

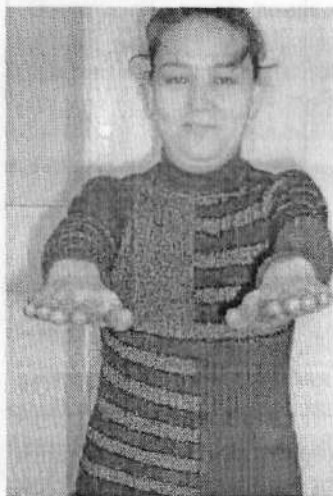
а) бемор кўзини юмган ҳолда тўғри чизик бўйлаб 5 қадам олдинга ва орқага ўгирилмай 5 қадам орқага юради. Вестибуляр аппарат фаолияти бузилган бемор тўғри чизикдан нистагм йўналишига нисбатан қарама-қарши томонга, мияча фаолияти бузилган бемор-зарарланган лабиринт томонга оғиб юради;

б) бемор ўнг оёғини ўнг томонга ташлаб, чап оёғини ўнг оёғига яқинлаштириб 5 қадам ўнг томонга, кейин 5 қадам чап томонга юради. Вестибуляр аппарат фаолияти бузилган бемор ён томонга юра олади, мияча фаолияти бузилган бемор - ён томонга юриш ҳаракатини бажаролмайли ва зарарланган томонга йиқилади.

Адиадохокнез мияча зарарланганлигининг ўзига хос белгиси ҳисобланади. Бемор Ромберг ҳолатида туриб икки* қўллари билан пронация ва супинация ҳаракатларини бажаради. Мияча фаолияти бузилганда “зарарланган“ томонда кўлнинг ҳаракати анча орқада қолади.

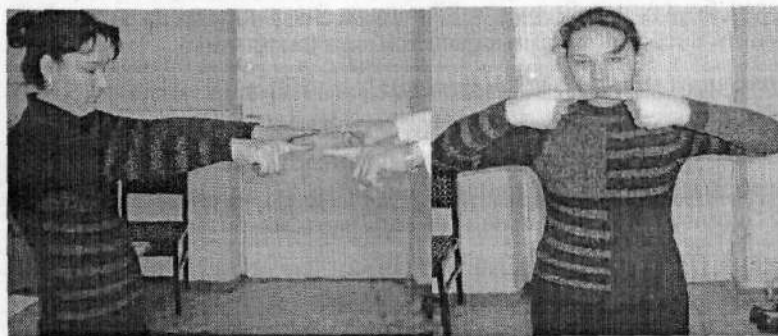
Қўлларни нишонга тегмаслик реакциялари бармоқ-бурун, бармоқ-бармоқ, Водак-Фишер синамалари ёрдамида аниқланади.

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



139-расм. Ромберг ҳолати

2. **Бармоқ-бармоқ синамаси.** Врач беморнинг рўпарасига ўтириб, кўрсаткич бармоғини чўзган ҳолда қўлларини кўкрак сатхигача кўтаради. Бемор қўлларини тиззасига қўйган ҳолда врачнинг рўпарасидаги курсига ўтириб, кейин у қўлларини кўтариб, кўрсаткич бармоқларининг ён томони билан врачнинг кўрсаткич бармоқларига тегишга ҳаракат қилади. Бемор бундай ҳаракатни дастлаб кўзларини очган, кейин кўзларини юмган ҳолда бажаради. Меъёрда у нишонга (врач бармоқларига) бехато тегади. Лабиринт фаолияти бузилганда беморнинг иккала қўли қарама-қарши томонга (нистагмнинг секинлашган компоненти томон), мияча фаолияти бузилганда унинг битта қўли (зарарланган томондаги қўли) “зарарланган” томонда нишонга тегмайди.



140-расм. Бармоқ-бармоқ синамасини

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

Спонтан нистагм (4 тест) бемор ўтирган ёки чалқанча ётган ҳолатда текширилади. Текширувчи бармоғини 60-70 см масофага қўйиб бемордан бармоқ ҳаракатини кузатишни сўрайди, кейин бармоғини горизонтал, ветрикал ва диагонал текисликда силжитади. Кўзнинг ҳаракати 40-45° ош-маслиги лозим, чунки кўз мускулларининг ҳаддан ташқари зўриқиши ҳам кўз опмасининг теб-ранишига сабаб бўлади. Спонтан нистагмни кузатиш учун +20D кўзойнак ёки махсус Френцел кўз-ойнаги ишлатилади. Баъзан текширувда электрнистагмограф ишлатилади.

Калорик синама (5 тест). Беморнинг ташқи эшитув йўлига совуқ ёки илик сув қўйилади. Шу орқали ярим доира йўллар рецептори (асосан латерал ярим доира йўли) сунъий усулда қўзғатилади. Калорик синама чап ва ўнг лабиринтни алохида-алохида текшириш имконини беради. Сувнинг ҳарорати вестибуляр аппаратнинг адекват қўзғатувчиси бўлмасда, у эндолимфани ҳаракатга келтирувчи омилдир.

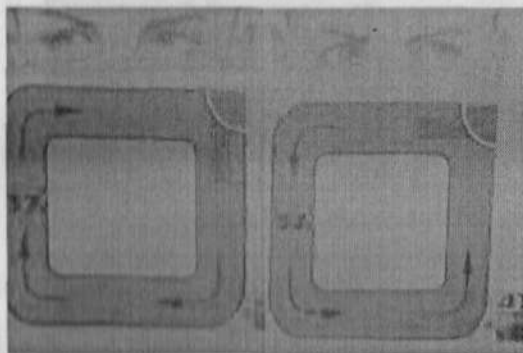
Калорик синаманинг бир нечта усуллари мавжуд:

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

Калорик синама қуйидагича бажарилади: врач ҳарорати 20 °С (ёки 42 °С) бўлган 100 мл сувни Жане шприцга тортиб олади ва бемордан бошини 60°

орқага ташлаган ҳолда курсига ўтиришни сўрайди; бундай ҳолатда латерал ярим доира йўл вертикал текисликда жойлашади. Ташқи эшитув йўлига 10 сония давомида 100 мл сув қўйилади (сув оқими ташқи эшитув йўлининг орқа-юқори девори бўйлаб юборилади).

Дастлаб қулок ичига сувни юбориш тўхтатилган пайтдан нистагм пайдо бўлган пайтгача бўлган вақт (яширин даври) белгиланади (меъёрда у 25-30 с тенг). Кейин-нистагм

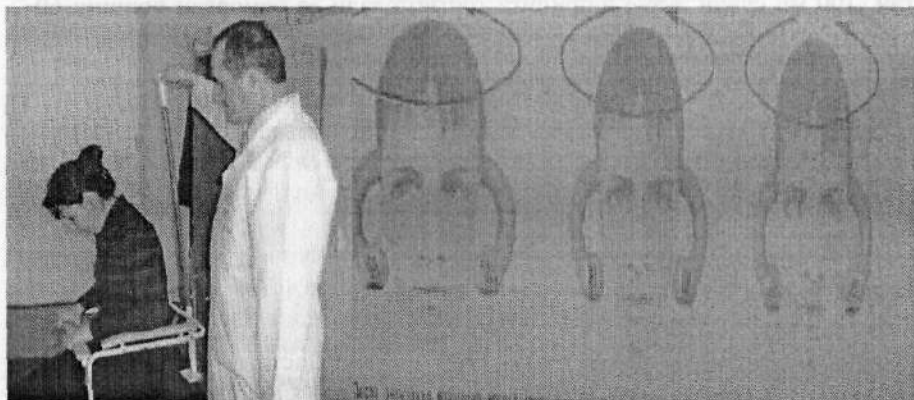


141-расм. Калорик синама. Ташқи эшитув йўлига совуқ ёки иссиқ сув қўйилганда лабиринт таъсирланиб, беморда нистагм пайдо бўлади.

реакциясининг вақти белгиланади (меъёрда у 50-70 с тенг).

Кулок ичига совук сув куйилганда нистагмнинг йўналиши таъсирланаётган кулокнинг карама-қарши томонига, иссик сув куйилганда - таъсирланаётган кулок томонига бўлади. Бу ҳолни Эвальд қонунига асосан изоҳлаш мумкин: калоризация пайтида беморнинг боши 60° орқага эгилганлиги туфайли горизонтал ярим доира йўлнинг ампуласи юқорида, силлиқ оёқчаси - пастда жойлашади. Шунда совуган эндолимфа пастга, ампуладан оёқчалар томон силжийди, пайдо бўлган нистагмнинг йўналиши эса I қонунга асосан таъсирланган кулокнинг карама-қарши томонига бўлади. Тест на-тижаси нистагмни пайдо қилиш учун қанча сув сарф этилиши билан ўлчанади (меъёрда 50-100 мл).

Айланторма синамаси (6 тест) махсус Барани курсисиди бажарилади. Бемор кўзларини юмган ҳолда бошини 30° олдинга эгиб, курсига ўтиради, шунда ташқи ярим доира йўллар айлантириш текислигида жойлашади. Текширувчи курсини 20 сония давомиди чап ёки ўнг томонга 10 марта айлантириб, сўнг айлантиришни кескин тўхтатади. Бемор дастлаб мусбат, кейин манфий тезланиш таъсири остида бўлади. Курси соат мили бўйлаб айлантирилиб, кескин тўхтатилгандан сўнг ташқи ярим доира йўл эндолимфасининг ўнг томонга ҳаракати иннерция билан давом этади, шунинг учун пайдо бўлган нистагм секинлашган компонентининг йўналиши ўнг томонга, тезлашган компо-нентининг йўналиши чап томонга бўлади. Курси ўнг томонга айлантирилганда беморнинг ўнг кулок эндолимфасининг ҳаракати *ампулофугал* (ампуладан оёқчалари томон), чап кулоғида- *ампулопета* (оёқчаларидан ампула томон) бўлади.



142-расм. Айланторма синама. Айлантиришдан сўнг текширилаётган шахсда карама-қарши томонга йўналган нистагм кузатилади

Демак, беморда пайдо қилинган нистагм ва бошқа вестибуляр реакциялар чап лабирит кўзга-лишининг натижасидир. Курси чап томонга айлантирилганда беморда ўнг лабиритнинг кузғалиш реакцияси кузатилади. Айлантиришни тўхтатгандан сўнг врач вақтни белгилайди. Бемор врачнинг бармоғига тикилиб турган ҳолатида нистагмнинг даражаси, жонлилиги, характери ва давомийлиги

баҳоланади. Айлантиришдан сўнгги нистагмнинг йўналиши айлантириш йўналишига қарама-қарши томонга бўлади (жадвал 1).

Айлантиришдан сўнгги нистагмнинг давомийлигига қараб вестибуляр аппаратнинг функционал ҳолати баҳоланади. Меъёрда ташқи (горизонтал) ярим доира йўллар текширилганда нистагм 25-30 сония, орқа ва олд йўллар текширилганда-10-15 сония давом этади. Ташқи ярим доира йўллар таъсирланганда - горизонтал, олд ярим доира йўллар таъсирланганда – ротатор, орқа ярим доира йўллар таъсирланганда - вертикал характерга эга бўлган нистагм пайдо бўлади.

Чап ва ўнг томонга айлантирилгандан сўнг пайдо бўлган нистагмлар бир-бирига таққосланади.

Таъсирлаши бўсагалари 2 усулда текширилади:

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

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

Купулометрия кичик тезланиш таъсирида пайдо бўлган лабиринт рефлексларини текшириш усули. Бунда айлантирма синамасида беморга нисбатан кичик ($30^0/c^2$, $40^0/c^2$; $60^0/c^2$) ва минимал бурчакли тезланишлар ($0,4^0/c^2$, $0,6^0/c^2$, $1^0/c^2$) таъсир қилинади. Дастлаб мусбат тезланиш, кейин бир маромда тезланишсиз айлантириш бажарилади ва ниҳоят кескин тўхташ (1-2 с давомида) билан манфий тезланиш ҳосил қилинади. Купулометрия махсус вестибулометрик асбоблар ёрдамида бажарилади.

Жадвал 1

Айлантирма ва калорик синамалардан сўнгги нистагмнинг йўналиши ва характери, гавда ва қўл оёқлар оғиши йўналишининг ярим доира йўлдаги эндолимфа ҳаркатиининг йўналишига боғлиқлиги.

Айлантирма синама

Таъсирлаш	Ярим доира йўл	Эндолимфа характери	Нистагмнинг йўналиши ва характери	Гавда ва қўл оёқларнинг оғиши
Чап томонга айлан-тирилгандан сўнг	ўнг горизонтал (ён)	ампулопет ал	ўнг томонга горизонтал, жонли	----->

	чап горизонтал (ён)	ампулофуг ал	ўнг горизонтал, суст	томонга ----->
Ўнг томонга айлан- тирилгандан сўнг	чап горизонтал (ён)	ампулопет ал	чап горизонтал жонли	томонга <-----
	ўнг горизонтал (ён)	ампулофуг ал	чап томонга горизонтал суст	<-----
<i>Калорик синама</i>				
45 ⁰ иссик сув қўйилгандан сўнг	унг горизонтал (ён)	ампулопет ал	ўнг томонга горизонтал кучли	----->
	чап горизонтал (ён)	ампулопет ал	чап томонга горизонтал кучли	<-----
30 ⁰ совук сув қўйилгандан сунг	унг горизонтал (ён)	ампулофуг ал	чап томонга горизонтал суст	<-----
	чап горизонтал (ён)	ампулофуг ал	ўнг томонга горизонтал суст	----->

Прессор нистагм, яъни фистула (пневматик) синамаси (7 тест) сурункали йирингли отит билан оғриган беморларда лабиринт девори (кўпинча латерал ярим доира канал ампуласи) фистуласини аниқлаш мақсадида бажарилади. Врач текширилайётган кулоқ думбоғини бармоғи билан босиб, ташқи эшитув йўлида ҳаво босимини оширади. Беморда нистагм ва бошқа вестибуляр белгилар пайдо бўлганда фистула синамаси “мусбат” деб баҳоланади ва у лабиринт деворида фистула борли-гидан далолат беради. Бунда пайдо бўлган нистагмнинг йўналиши текширилайётган кулоқ томонга бўлиб, ташқи эшитув йўли ва ноғора бўшлиғида ҳаво босими ошганлигини билдиради; нистагмнинг йўналиши текширилайётган кулоқка нисбатан карама- карши томонга бўлиши ноғора бўшлиғида ҳаво босими пасайганлигидан далолат беради.

Калорик ва айлантиришдан сўнгги нистагмлар пайдо килинган нистагмлар гуруҳига кириб, соғлом кишиларда кузатилади. Прессор нистагм фақат беморларда кузатилади.

Вестибуляр паспорт хулосалари қуйидагича бўлиши мумкин: “Спонтан вестибуляр ўзгаришлар йўқ, вестибуляр аппаратнинг кўзгалувчанлиги симметрик ва меъёрда”, “Рефлексларнинг ўнг томонлама пасайиши

натижасида ривожланган спонтан вестибуляр ўзгаришлар ва вестибуляр кўзгалувчанлик".

Отолит аппаратиинг фаолиятини текшириш (отолит реакцияси) (8 тест).

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

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

2) курси 10 сония давомида 5 марта айлантрилади, шунда ярим доира йўл ва отолит аппарати таъ-сирланади.

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

4) текширилаётган шахсга бошини кўтариб тез туриш буюрилади, шунда статоконий мембранаси қайта таъсирланади.

Отолит аппаратнинг таъсирланиши натижасида сусайган ярим доира йўллар реакцияси яна фаол-лашиб, нистагм йўқолади, вегетатив реакциялар кучаяди. Текширув натижалари "Отолит реакцияси" жадвалида қайд этилади ва қаср шаклида ифодаланади (махражда-вегетатив, суратда - соматик реакциялар белгиланади).

Соматик ва вегетатив реакцияларнинг 4 даражаси тафовут килинади.

<i>Соматик реакциялар</i>	<i>Вегетатив реакциялар</i>
0-соматик белгилар йўқ	0-вегетатив белгилар йўқ
I-гавдани $0-5^{\circ}$ огиши	I-рангпарлик, пульс ўзгариши, бош айланиши, кўнгил айнаши
II-гавдани $5-30^{\circ}$ огиши	II-рангпарлик ёки кизариш, совуқ тер оқиши, кўнгил айнаши, юрак уриши ва нафас бузилишлари.
III-гавдани 30° ортиқ огиши ва йиқилиш	III-кўнгил айнаши, қусиш, юрак уриши бузилишлари, эс-хушни йўқотилиши

Текширилаётган шахсни учувчи ёки денгизчи касбига лаёқатини аниқлаганда асосан вегетатив реакцияларга эътибор берилади. Вегетатив реакциялари (белгилар) кучли бўлган шахс юқорида қайд этилган касбларга жалб этилмайди.

Авиация ва космонавтика мутахассислигига қабул килинган шахслар ҳар томонлама чуқур текширилади. Уларда *таъсир кумуляцияси* кўрсаткичи баҳоланади. Бунинг учун К.Л. Хилов (1933) таклиф этган текширув усули ўтказилади: текширилаётган шахс кўзини юмиб 4 штангали (икки брусли) аргимчокнинг супасига ётган ҳолатда 15 дақиқа давомида тебратилади. Тебратиш пайтида аргимчоқ полга параллел ҳолатда туради.

Электроокулографияда кўзларнинг тоник ҳаракати қайд этилади. Вегетатив белгилар қанча тез пайдо бўлишига қараб шахснинг вестибуляр таъсир кумуляциясига бўлган сезгирлиги аниқланади. Таъсир кумуляцияси IV даражага бўлинади- 0,1,2,3. 15 дақиқа давомида вегетатив белгилар пайдо бўлмаганда шахснинг отолит реакцияси горизонтал, вертикал ва сагиттал текисликларда текширилади.

Кичик амплитудали тебратишларда кўзларнинг компенсатор ҳаракатини қайд этиш текшируви "*бевосита отолитометрия*" деб аталади.

Билвосита отолитометрия усули М. Fischer (1930) томонидан ишлаб чиқилган. Бемор коронги хонада кушеткага ўтиради; кўзларининг сатҳида 25 см масофада тиркишли лампа ўрнатилади. Кейин эни 2 мм вертикал тасмага тенг ёруклик юборилади. Шундан кўз тубида субъектив кўриш образи пайдо бўлади ва у 1-3 дақиқа сакланиб туради. Шундан сўнг бемор аста-секин ён томонга ётқизилади. Гавда ва бош ҳолатининг 90° ўзгариши отолит аппаратнинг кўзгалишига ва кўзларининг карама-карши ҳаракатига олиб келади, натижада кўз тубидаги кўриш образи силжийди. Бемор кўзларини очиб олдида турган доира стрелкасини кўриш образига параллел ҳолатда ўрнатади. Шу тариқа кўриш образининг силжиш бурчаги аниқланади.

Вазнсизлик ҳолатида отолит аппарати ярим доира йўлларга ўз сўндириш таъсирини ўтказа олмайди ва бу йўлларнинг фаоллиги ошади. Шунинг учун бошнинг ҳатто кичик ҳаракатида ҳам вести-булос вегетатив реакциялар пайдо бўлиши кузатилади. Вестибуляр белгилар бош мия гемодинамика-сига, сув-туз алмашинувининг ўзгаришларига ва бошқа омилларга боғлиқ бўлади.

Компьютерли стабиллометрия ёки постурография (posture-ҳолат) статик мувозанатни баҳолаш усули бўлиб, бунда махсус стабиллометрик платформа устида турган бемор танасининг (сагитал ва фронтал текисликда) тебраниши қайд этилади. Олинган натижалар компьютерда таҳлил қилинади.

Х БОБ

ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ НУҚСОНЛАРИ

га *макротия* (қулоқ ўлчамларининг катталиги), *микротия* (қулоқ ўлчамларининг кичиклиги) ва *анотиялар* (қулоқ супрасининг йўқлиги) киради. Бу нуқсонлар пластик жарроҳлик амаллари ёрдамида бартараф этилади. Маркотияда қулоқ супрасидан супра чети асос бўлиб хизмат қилган понасимон парча кесиб олинади. Микротияда тери трансплантати ва қовурга тоғайлари ишлатилган ҳолда реконструктив жарроҳлик амаллари бажарилади. Бўриб турган қулоқда (“шалпан- қулоқ”) қулоқ супрасининг урта қисмида, қулоқ орқаси соҳасида овал тери парчаси ва уроксимон тоғай майдони кесиб олинади, жароҳат майдонини тикиш пайтида қулоқ супраси сўргичсимон ўсик терисининг четига тортиб тикилади.

Ташқи қулоқ нуқсонлари кўпинча *ташқи эшитув йўли атрезияси* билан бирга кечади. Агар атрезияда ногора парда, эшитув сужкчалари ва лабиринт дарчалари сақланиб қолган бўлса, унда маҳаллий тўқима ва аутоген эркин (тери ва фасция) трансплантат ишлатган ҳолда ташқи эшитув йўлини ҳосил қилиш пластик жарроҳлик амали бажарилади. Ҳосил қилинган ташқи эшитув йўлига давомли биоинертли материаллардан ясалган найча ва тикма узок вақт қўйилади..

Қулоқ супрасининг бошқа нуқсонларига *сатира қулоғи* (юқорига чўзилган қулоқ супраси, *Дарвин тепачаси* (тепачаси бурма), *макаки қулоғи* (бурмалар йўқлиги) киради. Анотияда бажариладиган қулоқ супрасини тиклаш жарроҳлик амаллари жуда мураккаб бўлиб, қониқарли даражада яхши натижа бермайди. Шунинг учун кўпинча бундай ҳолларда сунъий қулоқ супраси қўлланилади.

Тугма қулоқ атрофи окмаси одатда қулоқ думбогидан юқорида қулоқ супрасининг юқорига кўтарилган бурмасида жойлашади. Баъзан окмадан калин сарик ажралма оқади, йиринглаганда окма атрофидаги тери яллиғланиб, босганда окма тешигидан йиринг чиқади. Окма тешиги ёпилиб қолган ҳолларда киста ҳосил бўлиши мумкин. Касаллик жарроҳлик амаллари ёрдаида даволанади.

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЧИПҚОНИ

(*furunculus meatus acustici*) - ташқи эшитув йўлининг парда-тоғай бўлимида жойлашган соч ва без фолликулалари ҳамда атрофдаги бириктирувчи тўқиманинг ўткир йирингли-некротик яллиғланиши. Касаллик ташқи эшитув йўлининг тери ва тери ости ёғ тўқимасининг чегараланган яллиғланиши билан кечади. Ташқи эшитув йўлининг суяк қисмида соч ва без фолликулалари йўқлиги туфайли бу қисмида чипқонлар учрамайди. Инфекция (кўпинча *S. aureus*, кўк йирингли таёкча стафилококки) соч ва без фолликулига ташқи эшитув йўлини шпилька ёки бармок билан тозаланганда тарқалади, шунинг учун касаллик кўпинча қулоғидан йиринг оқадиган беморларда кўп учрайди. Шамоллаш, модда алмашинуви, хусусан углеводлар алмашинувининг бузилиши, нотўғри овқатланиш, авитаминоз каби умумий омиллар ташқи эшитув йўли чипқонининг ривожланишига ёрдам беради. Бундан ташқари умумий тери фурункулёзида ҳам қулоқ чипқони кузатилиши мумкин.

Клиник белгилари. Ташқи эшитув йўли чипқонининг етакчи белгиси - бу кескин оғрик бўлиб, оғрик тишларга, кўзлар соҳасига, бўйин, баъзан бошнинг барча қисмларига тарқалади. Оғрик гапирганда, чайнаганда, қулоқ думбоқчаси ва ташқи эшитув йўлининг пастки девори босилганда, қулоқ супраси тортилганда зўраяди. Чипқон ташқи эшитув йўлининг барча деворларида ривожланиши мумкин. Оғрик туфайли отоскопия эҳтиёглик билан, кичик қулоқ қадоқчаси ёрдамида бажарилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўлида яллиғланган ва қизарган тери айлана шиш ҳосил қилиб, уни йўли торайтирганлиги кўринади. Баъзан бир-нечта чипқонлар учи оқ донадек кўриниши мумкин. Ногора пардада ўзгариш бўлмайди ва беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашиб, пайпасланганда оғрийди. Баъзан яллиғланиш жараёни қулоқ супраси атрофидаги юмшқ тўқималарга, сўрғичсимон ўсиқ соҳасига тарқалади. Чипқон ташқи эшитув йўлининг олд ёки пастки деворида санторий тиркишлари соҳасида жойлашганда инфекция қулоқ атрофи безига тарқалиб, унинг яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин.

Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, қалтираш, совуқ қотиш ҳолати кузатилади. Ташқи эшитув йўлининг чипқонини даволанганда инфильтрация босқичида сурилиб кетиши ҳам мумкин. Бошқа ҳолларда касалликнинг 5-7 кунли чипқоннинг чўққиси ёрилиб, ташқи эшитув йўлига қон аралаш йиринг билан бирга некрозга учраган ўзаги ҳам оқиб чиқади. Шундан сўнг оғрик бироз камайиб, беморнинг ахволи яхшиланади. Касаллик баъзан қайталаниб туриши мумкин.

Таъхис беморнинг шикоятлари, анамнез маълумотлари, текширув натижалари (қулоқ думбоғи босилганда ва чайнаганда оғрикни пайдо бўлиши) асосида қўйилади. Агар чипқон ташқи эшитув йўлининг кириш жойида жойлашган бўлса, у асбобларсиз, қолган ҳолларда кичик қулоқ қадоқчаси ёрдамида кўздан кечирилади. Касалликнинг бошида чипқон ўзаги, очилгандан

сўнг шиш устида кратерсимон чуқурлик ва ундан оқиб турган йирингли ажралма кўзга ташланади.

Чипқон мастоидитдан фарқланади. Ташқи эшитув йўлининг чипқонида огрик ва шиш асосан қулоқ супрасининг бирикиш майдонида жойлашса, мастоидитда-сўргичсимон ўсиқ соҳасида жойлашади. Мастоидитда қулоқ орқасидаги шиш босилганда бармоқ изи қолмайди, чипқонда босиб кўрилганда бармоқ изи чуқур бўлиб бир оз вақт сакланади. Бундан ташқари, мастоидитда ташқи эшитув йўли суяк қисмининг орқа-юқори девори осилганлиги, чакка суяги рентгенограммасида-сўргичсимон ўсиқдаги ҳаво сакловчи катакларда ҳаво зичлиги камайганлиги ва қулоқнинг эшитиш ўткирлиги пасайганлиги аниқланади. Чипқонда отоскопияда ноғора пардада ўзгаришсиз ва эшитиш ўткирлиги бузилмаган.

Қандли диабет касаллигини инкор этиш учун қон ва сийдикда глюкоза миқдори, зарур бўлганда қонда микрофлоралар борлиги текширилади.

Даволаш. Касалликнинг дастлабки кунларида беморга антибиотиклар буюрилади: ампициллин 500 000 ТБдан кунига 4-6 маҳал мускул орасига, ичишга оксациллин, ампициллин 0,5 г кунига 4 маҳал овқатдан олдин ичишга, оғир ҳолларда- аугментин 0,375 г 3 маҳал ёки цефалоспоринлар гуруҳи дори воситаларидан - цефалексин, цефазолин. Ташқи эшитув йўлига борат кислотанинг 3% ли спиртли эритмаси ва глицерин, гиокизон, Вишневский малҳами ёки бактробан суюқлигига шимдирилган пахта пилликчаси киритилади, бундай пилликчалар яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Беморга тана ҳароратини туширувчи ва огрикни қолдирувчи дори моддалари- панадол, эфералгон, аспирин, парацетамол тавсия қилинади. Десенсибилизация мақсадида кальций хлор 10 % ёки кальций глюконат 10 % пипольфен супрастин керакли дозада тавсия қилинади. Чипқон қайталанганда беморга схема бўйича аутогемотерапия ўтказилади (венадан 4 мл дан 10 мл микдоргача олинган қон хар 48 соатда мускул орасига юборилади.) Жами 8-10 муолажа ўтказилади. Зарур бўлганда стафилококкга қарши анатоксини ёки гамма глобулин буюрилади, витаминлар тавсия қилинади. Дори-дармонлар билан бир қаторда физиотерапия муолажалари- УБН, УВЧ, СВЧ буюрилади.

Чипқонни очиш муолажаси чипқон етилганда (яъни лиқилдоқ ҳосил бўлганда), огрик кучайганда, атроф тўқима инфильтрацияси ва маҳаллий лимфаденит кескинлашганда бажарилади. Маҳаллий инфильтрацион огриксизлантириш остида чипқон чўққиси соҳасида кесилади, унинг ўзаги ва йирингли ажралма чиқарилади, резина чиқаргич қўйилиб, ташқи эшитув йўлига гипертоник эритмага шимдирилган пилликча киритилиб, хар 3-4 соатда алмаштирилади.

ДИФФУЗЛИ ТАШҚИ ОТИТ

(otitis externa diffusa) - суяк қисми, тери ости ёғ тўқимаси ва баъзан ноғора пардага тарқалган ташқи эшитув йўли терисининг йирингли тарқок

яллиғланиши. Касалликнинг сабаби турли механик, термик ва кимёвий жароҳатлар, йирингли ўрта отит бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёни тарқок характерга эга.

Касалликни кўзгатувчилар орасида граммусбат флора *Pseudomonas aeruginosa*, *S. pyogenes* ва алохида ёки бир неча микрофлоралари биргаликда замбуруғлар ҳам иштирок этиши мумкин. Углеводлар алмашинувининг бузилиши, қандли диабет, организм резистентлигининг пасайиши ва аллергия касалликлар тарқок диффузли ташқи отитнинг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Касаллик ўткир ва сурункали кечади. Ўткир кечимида ташқи эшитув йўли терисининг қичиши билан бошланган оғриқ белгиси кўшлади, кулоқ думбокчаси босилганда оғриши, кулоқдан йирингли ажралма оқиши кузатилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўли парда-тоғай қисмининг териси қизарган ва инфильтрланганлиги, ташқи эшитув йўли торайганлиги, унда кўчган эпидермис ва йирингдан ҳосил бўлган бадбўй бўтқасимон ажралма тўпланганлиги, ногора парда бироз қизарган ва кўчган эпидермис билан қопланганлиги кўзга ташланади.

Сурункали кечимда касаллик белгилари кам ривожланган бўлиб, асосан эшитув йўли ва ногора парданинг қалинлашганлиги кузатилади.

Қийёсий таъхисот биринчи навбатда ўрта кулоқ касалликлари отомикоз ва вирусли отитлар билан фарқланиши керак. Ташқи эшитув яллиғланишида эшитиш ўткирлиги ўзгармайди. Замбуруғли отитни инкор этиш учун микологик текширув ўтказилади. Вирусли отитда ўзига хос герпетик тошма, кулоқ супрасининг орқа юзаси, кулоқ юмшоғи ва ташқи эшитув йўлининг орқа деворида пуфакчалар, гриппда- геморрагик пуфакчалар пайдо бўлади. Вирусологик текширувлар бунга аниқлик киритади.

Ўткир экземада қизариш ва инфильтрация туфайли кулоқ супраси қалинлашади, эшитув йўли кескин тораяди. Кулоқ терисидида кичик серозли пуфакчалар пайдо бўлиб, улар ёрилганда кулоқдан серозли экссудат оқади, кўриганда эса терининг ҳўл юзасидида сарғиш-қулранг пўстлоқлар ҳосил бўлади. Пўстлоқлар тўпланиши натижасидида ташқи эшитув йўлида тикма ҳосил қилиб ташқи эшитув йўлини ёпиб қўйиши мумкин. Беморни кулоғининг тинмай қичиши безовта қилади ва асаб таранглашади.

Даволаш. Беморга витаминларга бой, углеводлар миқдори чекланган парҳез таомлар буюрилади. Ўткир ва ширин таомлар ман этилади. Гипосенсибилизация (димедрол 0,05 г 2 маҳал, супрастин 0,025 г 2 маҳал; Sol . *Calcii chloridi* 10% 1 ош қош. 3 маҳал; *Calcii gluconici* 0,5 г 1 табл. 3-4 маҳал, кларитин) ва яллиғланишга қарши терапия ўтказилади. Кулоқ соҳасига иссиқ бойлам қўйилади. Ташқи эшитув йўли 2% иссиқ борат кислота ёки фурациллин эритмалари (1:5000) билан ювилади, полидекса сафродекс томчилари томзилади. Кулоқни қичишида 1% ментол томчиси, 1-2% салицил кислотаси, 2% сульфатиозол, 1-2% сариқ симоб ва 2-5% оқ симоб малҳамлари, Вишневский ёки гиоксизон малҳамлари, таркибидида глюкокортикоидлар бўлган

преднизолон, гидрокортизон, белогент, белодерм, белосалик, целестодерм-В ва бошқ. малхамлар тавсия қилинади. Эшитув йўлига 2-3% кумуш нитрат суртилади. Бундан ташқари беморга УВЧ, УБН, гелий-неон лазер нури буюрилади.

Касалликнинг сурункали кечимида вакцинотерапия, стафилококка қарши анатоксин, аутогемотерапия, витаминотерапия ўтказилади.

Ташқи отитни олдини олишда гигиена қоидаларига риоя қилиш муҳим аҳамият касб этади.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ САРАМАСИ

(erysipelas)- ташқи қулоқ териси юзаки лимфа тизимининг зарарланиши билан кечган тери ва тери ости ёғ тўқимасининг ўткир инфекцион-аллергик касаллиги. У бирламчи ёки жараён юз ва бош терисидан тарқалганда иккиламчи касаллик сифатида юзага келиши мумкин. Касалликни кўпинча А гуруҳи бетта- гемолитик стрептококи қўзғатади. Иммунобиологик ҳимоя механизмларининг бузилиши, терининг тирналиши, ёрилиши, айниқса қулоқдан йиринг оқиши натижасида қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўлига инфекция билан зарарланиши сарамас жараёнининг ривожланишига ёрдам беради.

Клиник белгилари. Бемор қулоғи қизиб оғришига шикоят қилади. Қулоқ супраси кескин қизариб, шишади шиш қулоқ юмшоғига ҳам тарқалади, пайпасланганда оғрийди. Зарарланган майдон соғлом теридан ранги ва шиш чегараси билан кескин ажралиб туради. Сарамаснинг буллёз шаклида серозли пуфакчалар ҳосил бўлади. Беморнинг тана ҳарорати 39 - 40⁰ С гача кўтарилади, боши оғрийди, қалтираш кузатилади. Касаллик 3 - 5 кун давом этиб, соғайиш билан тугайди. Баъзан жараён қайталаниб туриши, сўргичсимон ўсик ёки ноғора пардага тарқалиши мумкин.



143-расм. Ташқи қулоқ сарамаси

Кийсӣй таиҳисот. Сарамасни кўпинча қулоқ супраси перихондритидан фарқлашга тўғри келади. Сарамас яллиғланиш жараёнини қулоқ юмшоғига ва қўшни тери соҳаларига тарқалиши билан ажралиб туради. Мастоидитда ноғора парданин яллиғланиши, ташқи эшитув йўли суяк қисми орка юкори деворининг осилиши, эшитиш ўткирлигининг бузилиши кузатилади. Мастоидит ўрта йирингли отитдан кейин ёки у билан бирга қизариш ривожланади. Шишни қулоқ супраси ва сўргичсимон ўсик чегарасидан чиқиб, дефаркацион

чирик ҳосил бўлиши сарамасга хос белги ҳисобланади. Бу белги мастоидитда учрамайди.

Перихондритда эшитув йўли соҳасининг оғриши билан бошланади, ташқи кулоқда аввал оғриқ бўлади, кейинчалик пуфакчалар пайдо бўлади. Кейинроқ пайдо бўлган шиш кулоқ супрасининг барча майдонларига (кулоқ юмшоғидан ташқари) тарқалиб, дастлаб ғадир-будир характерга эга бўлади. Кейинчалик тоғай ва тоғай усти пардаси орасида йирингли экссудат тўпланиб, флюктуация белгиси, пайпасланганда кулоқ супрасининг кескин оғриши қайд этилади.

Даволаш. Инфекция тарқалишини олдини олиш мақсадида бемор алоҳида хонага ётқизилади. Унга антибиотикотерапия буюрилади: олететрин 0,125-0,25 4-5 марта, тетрациклин 0,1-0,3 5-6 марта, левомецетин 0,5 г 4 марта, Бисептол 480 ёки сульфадимезин 3-4г 2 маҳал ичишга овқатдан олдин; Ампициллин 300000-500000 ТБ ҳар 8 соатда, Амоксицилин 500 мг х 1 капсуладан 3 маҳал овқатдан олдин ичишга, Амоксиклав 375 ёки 625 мг 1 таблеткадан ёки 600 000 ТБ х мускул орасига ҳар 8 соатда. Гипосенсибилизация воситалари, кальций хлор 10% -10,0 вена ичига аста секин, супратин, пипольфен керакли микдорда, дармон дорилар, биостимулятор дори моддалари қўлланади. Маҳаллий усулда УБН кулоқ соҳасига ва малҳамлар Вишневский, ихтиол гиоксизон малҳамлари суртишга ва 10% димексид эритмаси билан бойлам қўйиш яхши натижа беради **ОТОМИКОЗ** (otomycosis)- ташқи ўрта кулоқ, жаррохлик амалларидан сўнгги бўшлиқларнинг замбуруғли касаллиги.

Этиологияси. Касалликни Aspergillus, Penicillium, Mucor, Rizopus, Candida замбуруғлари, баъзан бактериал ва замбуруғларнинг аралаш флораси (масалан, Candida ва тилларанг ёки эпидермал стафилококк) кўзғатади. Этиологик жиҳатдан турлича бўлган отитларнинг 25-30% микологик зарарланиш асосида қайд этилади. Отомикознинг ривожланишига ташқи эшитув йўли дерматити, экземаси, сурункали йирингли ўрта отит ва микрожароҳатлар сабаб бўлади. Бундан ташқари узоқ вақт маҳаллий ёки умумий усулда антибиотик ва гармонларни қўллаш, модда алмашинувининг бузилиши, иммунитет танқислиги ҳам отомикознинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Ташқи эшитув йўлида замбуруғли касалликнинг ривожланиши учун қулай шароит мавжуд: замбуруғларни кислород ва карбонат ангидрид билан таъминловчи атмосфера ҳавосининг мавжудлиги, қуёш нурлари тушмаслиги, юқори намлик ва ҳароратнинг доимийлиги, бундай шароитда ривожланган замбуруғ касаллиги ташқи эшитувда қалин мицелия чигалларини ҳосил қилиб, бу эса ўз навбатида терининг яллиғланишига сабаб бўлади.

Клиник белгилари. Касаллик аста-секин бошланиб, замбуруғ мицелиясининг тери ичига ўсиши билан бирга зўрайиб боради. Отомикознинг белгилари ташқи эшитув йўли терисининг на фақат механик зарарланиши, балки замбуруғларнинг ферментатив ва токсик таъсири билан белгиланади. Бемор кулоғи кичишига, оғришига, битишига, шанғиллашига, қулоғидан бироз ажралма оқишига шикоят қилади. Баъзан зарарланган кулоқ томонида боши оғриши ҳам кузатилиши мумкин..

Отоскопияда ташки эшитув йўли деворларининг қизариши ва инфилтрацияси, ташки эшитув йўлида ўзига хос ажралма борлиги кўринади. Кулоқ ажралмасининг ранги замбуруғ турига боғлиқ бўлиб, қорамтир (*Aspergillus niger*), сарғиш ёки яшил (*Aspergillus flavus*), кулранг-қора (*Aspergillus fumigatus*) бўлиши мумкин. *Penicillium* замбуруғи сабаб бўлган отомикозда ташки эшитув йўлида сарғиш хидсиз суяқ серозли ажралма, юмшоқ оқ-сарик осон кўчувчи пўслоқлар ҳосил бўлади. *Candida* замбуруғлари сабаб бўлган кандидомикознинг белгилари ташки кулоқ экземасини эслатади; ташки эшитув йўлида (кўпинча парда-тоғай қисмида) оқиш ёки сарғиш пўслоқлар, кепаксимон тангачалар ёки ташки эшитув йўлининг ёригини ёпиб турган юмшоқ хидсиз оқиш ажралма аниқланади. Унда патологик жараён кўпинча кулоқ супраси ва кулоқ атрофига тарқалади. Аспергиллэзда эса жараён асосан ташки эшитув йўлининг суяқ қисмида жойлашади.

Ташхис ўзига хос клиник белгилар, отоскопия маълумотлари, кулоқ ажралмасининг микроскопик текшируви ҳамда уни махсус озуклантирувчи муҳитга экиш натижаларига асос ланибқўйилади.

Даволаш организмнинг умумий ҳолатини, касалликнинг клиник белгиларини ва замбуруғ турини эътиборга олган ҳолда олиб борилади. Беморга маҳаллий усулда замбуруғга қарши терапия ўтказилади. Масалан, аспергиллэзда - 2% нитрофунгиннинг спиртли эритмаси, экзодерил, ламизил; кандидомикозда - 1% клотримазол (канестен) эритмаси ёки креми, низорал, микозолон дорилари қўлланилади. Дастлаб ташки эшитув йўли водород пероксидининг эритмаси билан тозаланади, кейин замбуруғга қарши дорига шимдирилган пахта пилликчаси киритилиб, 20 дақиқага қолдирилади. Бундан ташқари, флавофунгин, орунгал, нистатин, низорал, дифлюкан дори моддалари кунига 2-3 марта овқатдан олдин 2-3 ҳафта давомида ичилади.

Ташки эшитув йўлини 3% ли иссиқ борат кислотаси эритмаси билан ювиш ва унга 3% ли салицил кислотасининг спиртли эритмасини томизиш, ташки эшитув йўлининг терисига спирт ёки 10% ли кумуш нитрати (ляпис) эритмасини суртиш ҳам яхши самара беради.

Кандидомикозда маҳаллий даволаш тадбирлари яхши натижа бермаган ҳолда беморга ичиш учун 2 ҳафта давомида суткасида 3000000-4000000ТБ нистатин ҳар 8 соатда (10 кун танаффусдан сўнг даволаш такрорланади); 2-3 ҳафта давомида 150 мг дифлюкан (флуконазол) капсулалари (кунига 1-2 капсуладан); 4 ҳафта давомида низорал (кетоконазол) - кунига 1 табл. (200 мг) овқатдан олдин ичиш тавсия қилинади.

Аллергик ҳолатларда беморга димедрол 0,05 г 2 маҳал; супрастин 0,025 г 2 маҳал; Sol.Calcii chloridi 10% 1 ош қовиқдан 3 маҳал; Calcii gluconici 0,5 г 1 табл. 3-4 маҳал овқатдан олдин ичиш ва парhezга риоя қилиш буюрилади.

Гигиена қондаларига қаттиқ риоя қилиш, антибиотик ва гармон дори моддаларини тўғри қўллаш, организмнинг ҳимоя кучини ошириш тадбирлари отомикозни олдини олишга ёрдам беради.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ ЭКЗЕМАСИ

(eczema)- ўткир аллигланиш белгилари билан кечадиган, қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўли терисининг бирор сабабларга кўра таъсирланиши ва ташқи эшитув йўли терисига инфекция тушиши натижасида келиб чиқадиган сурункали касаллик. Қулоқ супрасининг терисига ўткир ва сурункали отитдаги йирингли ажралма, таркибида йод дори моддалари бўлган, кўмир ва цемент чанги, намли ҳаво таъсир кўрсатиши мумкин. Экзема организмнинг айрим моддаларга сезгирлигининг ошиши ёки умумий касалликларнинг (қандли диабет, подагра ва бошқ.) белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин. Маҳаллий иммунитетнинг сусайиши, сурункали тери касалликлари (микробли, замбуруғли, вирусли), сурункали инфекция ўчоқлари (тонзиллит, холецистит) ва сил касалликлари экземанинг ривожланишига ёрдам беради.

Болаларда кўпинча ҳўл экзема қайд этилади ва экссудатив диатез, рахит, ичак касалликлари, узоқ вақт малҳамлар билан даволаш, болани ҳаддан ташқари иссиқ қийинтириш натижасида ривожланади.

Клиник белгилари. Касалликнинг ўткир ва сурункали, чегараланган ёки тарқоқ, ҳўл ва қуруқ шакллари тафовут қилинади.

Ўткир экземада терининг асосан юзаки қаватлари, сурункали экземада-чуқур қаватлари зарарланади. Ўткир экземада қизариш ва инфильтрация туфайли қулоқ супраси қалинлашади, эшитув йўли кескин тораяди. Қулоқ терисида кичик серозли пуфакчалар пайдо бўлиб, улар ёрилганда қулоқдан серозли экссудат оқади, кўриганда эса терининг ҳўл юзасида сарғиш-қулранг пўстлоқлар ҳосил бўлади. Пўстлоқлар тўпланиши натижасида ташқи эшитув йўлида тикма ҳосил қилиб ташқи эшитув йўлини ёпиб қўйиши мумкин. Беморни қулоғининг тинмай қичиши безовта қилади ва асаб таранглашади. Иккиламчи инфекциянинг қўшилиши чегараланган ёки тарқоқ ташқи отитнинг ривожланишига олиб келади. Умумий касалликларда ташқи қулоқ экземаси кўпинча сурункали кечадиган ва қайталаниб туради; қулоқ супраси қалинлашиб, ташқи эшитув йўлига кириш жойида ёрилган йўлакчалар аниқланади.

Қиёсий таъхисот. Экземани ташқи қулоқ сарамаси, чегараланган ва тарқоқ ташқи отит, отомикоздан фарқлаш лозим. Сарамас пайпасланганда зарарланган майдон кескин оғрийди, унинг чегараси деморкацион чизиқ аниқ кўзга ташланиб туради; экземада бундай белги кузатилмайди. Отомикоз ташҳиси, клиник ва микологик текширув натижасида аниқланади ва фарқланади.

Даволаш тадбирлари касалликнинг келиб чиқишига сабаб бўлган асосий касалликни даволашдан бошланиб, турли эндоген ва экзоген омилларнинг таъсири бартараф этилади; хусусан, ўрта қулоқ йирингли касалликлари даволанади, сурункали инфекция ўчоқлари бартараф қилинади, зарур бўлганда углеводлар алмашинуви бузилган бўлса, изга солинади. Беморга пархез таомлар тавсия қилинади (туз, углеводлар, спиртли ичимликлар, шоколад,

ковурилган ва дудланган гўшт, шафтоли, анжир, pista, бодом чекланади). Кулоқ супраси ҳар куни эфир, спирт, 2%ли борат кислотаси ёки 0,02%ли фурациллин билан тозалангандан сўнг унга тальк ёки руҳ оксиди кукуни сепилади. Ҳўл экземада кортикостероид аэрозоллари, крем ва малҳамлари буюрилади (оксикорт аэрозоли, оксикорт, гиоксизон, преднизолон, элоком, целестодерм, дипросалик, тридерм малҳамлари). Ташқи эшитув йўлини 2-3% ли кумуш нитрати, 1-2% ли бриллиант яшил билан ишлов бериш яхши натижа беради. Пўстлоқлар вазелин мойи билан юмшатиладан сўнг олиб ташланади.

Беморга гипосенсибилизация дори моддалари тавсия қилинади: димедрол, диазолин, супрастин, фенкарол, гистолан, аналергин, кларитин, лораталь, кальций глюконат, кальций хлорид, кортикостероид дори воситалар. Оғир ҳолларда аутогемотерапия, дармон дорилар аллергияга қарши гамма глобулин буюрилади, УБН, УВЧ, лазер-ёки магнитолазеротерапия ва ультратон физиотерапевтик муолажалари тавсия қилинади.

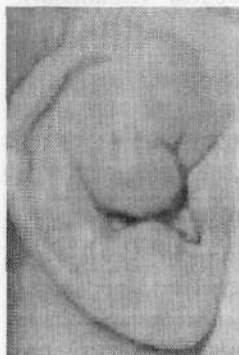
Экземани олдини олиш мақсадида экземанинг ривожланишига ёрдам берган барча омиллар бартараф этилиши лозим. Беморларга ташқи эшитув йўлини сув билан ювиш ман этилади, чунки бу эса касалликни авж олишига сабаб бўлади. Ўткир ёки сурункали отит билан касалланган ва қулоғидан доимий йиринг оқаётган беморларга тозалikka риюя қилиш тавсия қилинади.

✓ КУЛОҚ СУПРАСИ ПЕРИХОНДРИТИ

(perichondritis auriculae) - одатда ташқи кулоқ териси ва тоғай усти қаватининг чегараланган ёки тарқалган яллиғланиши ҳисобланади .

Касалликни кўк-йирингли таёкча (*P.aeruginosa*) кўзгатади. У кулоқ супрасининг турли жароҳатларида инфекцияни тоғай усти қаватига тарқалиши натижасида ривожланади. Перихондрит ташқи эшитув йўли чипқони, грипп ва сил асорати сифатида юзага келиши ҳам мумкин. Перихондритнинг серозли ва йирингли шакллари тафовут қилинади.

Клиник белгилари. Перихондритнинг дастлабки белгиси - бу кулоқ супраси ёки ташқи эшитув йўли соҳасининг оғриши билан бошланади, ташқи кулоқда аввал оғриқ бўлади, кейинчалик пуфакчалар пайдо бўлади. Кейинроқ пайдо бўлган шиш кулоқ супрасининг барча майдонларига (кулоқ юмшоғидан ташқари) тарқалиб, дастлаб гадир-будир характерга эга бўлади. Кейинчалик тоғай ва тоғай усти пардаси орасида йирингли экссудат тўпланиб, флюктуация белгиси, пайпасланганда кулоқ супрасининг кескин оғриши қайд этилади. Беморга ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатилмаганда жараён тоғайнинг емирилишига некрозига олиб келади, натижада кулоқ супраси чандикланиб, бужмаяди, шакли ўзгаради. Серозли перихондрит клиникаси енгил кечади.



144-расм.Кулоқ супраси

перихондрити

соатда), эритромицин (100000-250000 ТБ ҳар 6-8), тетрациклин, олететрин ёки окситетрациклин (100000-150000 ТБ 6-8 соатда маҳал овқатдан олдин). Макролидлардан спирамицин (3 000000 ТБ ҳар 8-12 соатда) ёки рулид (0,15 г ҳар 12 соатда ичиш) қўлланилиши мумкин. Бир вақтнинг ўзида кулоқ супрасига 1% ли полимиксин малҳами ёки эмульсияси, гиоксизон малҳами, 5% ли йод, 10% ли кумуш нитрат эритмалари суртилади, 10% ди-мексидга шимдирилган бойлам қўйилади. Физиотерапевтик муолажалардан УБН, УВЧ ёки СВЧ, ультратон тавсия қилинади.

Жарроҳлик амалида флюктуация кузатилган ҳолларда тўқималар кулоқ супрасининг чизгисига параллел равишда кенг кесилади, абсцесс бўшлиғидан некрозга учраган тўқималар олиб ташланади. Бўшлиқ ичига анти-биотик ёки гипертоник эритмага шимдирилган тикма киритилиб, резина чиқаргич урнатилади. Тикма ҳар 3-4 соатда алмаштирилади ва асептик бойлам қўйилади. Бойлам ҳар куни, оғир ҳолларда - кунига 2 марта алмашиб турилади. Ажралма оқиши тўхтагандан сўнг босувчи бойлам қўйилади.

КУЛОҚ КИРИ

(cerumen) ташки эшитув йўлининг парда-тоғай бўлимида жойлашган безлар ишлаб чиқарган олтингугурт моддаси ва кучган эпидермис тўплами ташкил топган. Меъёрда олтингугурт безларининг ажралмаси куриб, тўпламча ёки пўстолоқ шаклида чайнаш пайтида ёки гапирганда чакка-пастки жағ бўғими ва ташки эшитув йўли олд деворининг ҳаракати билан ташқарига чиқа-рилади. Ташки эшитув йўли безларининг суюклик ишлаб чиқариши кўпайган, ташки эшитув йўли-нинг торлиги ва қийшиқлиги, ўнга чанг кириши, яллиғланиш жараёни, кулоқ кирини гугурт чўпи ёки шпилька ёрдамида тозалашга уриниш, гиперхолестеринемия, ташки эшитув йўли дерматити, экземаси, экзостоз кулоқ кири тикмасининг ҳосил бўлишига ёрдам беради. Олтингугурт моддаси одатда ташки эшитув йўлининг парда-тоғай қисмида тўпланиб, кейинчалик суяк қисмига тарқалади.

Диагностика. Диф.диагностика Сарамас яллиғланиш жараёнини кулоқ юмшоғига ва қўшни тери соҳаларига тарқалиши билан ажралиб туради.

Таъхис касаллик бошланиши, бемор шикоятлари, объектив кўрув асосида қўйилади. Аmmo жараённинг бошланғич белгилари сарамас ва отогематомадан фарқланиши керак бунда асосан этиологик сабаблар, клиник кўриниши инobatга олинади.

Даволаш. Беморга яллиғланишга қарши маҳаллий ва умумий терапия буюрилади: ичишга аугментин 0,375 - 0,625 г ёки цефуроксим аксетил (зиннат) 500 мг ҳар 12

соатда), эритромицин (100000-250000 ТБ ҳар 6-8), тетрациклин, олететрин ёки окситетрациклин (100000-150000 ТБ 6-8 соатда маҳал овқатдан олдин).

Макролидлардан спирамицин (3 000000 ТБ ҳар 8-12 соатда) ёки рулид (0,15 г ҳар 12 соатда ичиш) қўлланилиши мумкин. Бир вақтнинг ўзида кулоқ супрасига 1% ли полимиксин малҳами ёки эмульсияси, гиоксизон малҳами, 5% ли йод, 10% ли кумуш нитрат эритмалари суртилади, 10% ди-мексидга шимдирилган бойлам қўйилади. Физиотерапевтик муолажалардан УБН, УВЧ ёки СВЧ, ультратон тавсия қилинади.

Жарроҳлик амалида флюктуация кузатилган ҳолларда тўқималар кулоқ супрасининг чизгисига параллел равишда кенг кесилади, абсцесс бўшлиғидан некрозга учраган тўқималар олиб ташланади. Бўшлиқ ичига анти-биотик ёки гипертоник эритмага шимдирилган тикма киритилиб, резина чиқаргич урнатилади. Тикма ҳар 3-4 соатда алмаштирилади ва асептик бойлам қўйилади. Бойлам ҳар куни, оғир ҳолларда - кунига 2 марта алмашиб турилади. Ажралма оқиши тўхтагандан сўнг босувчи бойлам қўйилади.

КУЛОҚ КИРИ

(cerumen) ташки эшитув йўлининг парда-тоғай бўлимида жойлашган безлар ишлаб чиқарган олтингугурт моддаси ва кучган эпидермис тўплами ташкил топган. Меъёрда олтингугурт безларининг ажралмаси куриб, тўпламча ёки пўстолоқ шаклида чайнаш пайтида ёки гапирганда чакка-пастки жағ бўғими ва ташки эшитув йўли олд деворининг ҳаракати билан ташқарига чиқа-рилади. Ташки эшитув йўли безларининг суюклик ишлаб чиқариши кўпайган, ташки эшитув йўли-нинг торлиги ва қийшиқлиги, ўнга чанг кириши, яллиғланиш жараёни, кулоқ кирини гугурт чўпи ёки шпилька ёрдамида тозалашга уриниш, гиперхолестеринемия, ташки эшитув йўли дерматити, экземаси, экзостоз кулоқ кири тикмасининг ҳосил бўлишига ёрдам беради. Олтингугурт моддаси одатда ташки эшитув йўлининг парда-тоғай қисмида тўпланиб, кейинчалик суяк қисмига тарқалади.

Кулоқ кири ташки эшитув йўлини қисман ёки бутунлай ёпиб қўйиши мумкин. Унинг ранги сарғиш ёки тук жигари, консистенцияси юмшоқ, зич ёки тошсимон бўлиши мумкин. Ташки эштиув йўлида узоқ вақт давомида қолиб кетган кулоқ кири кўриб, зичлашади, ташки эшитув йўли деворларига тўпланиб қотади, баъзан эшитиш ўткирлиги пасайишига сабаб бўлади.

Клиник белгилари. Одатда бемор кулоқ кири хис этмайди, баъзан кулоғи битишига, шангилашига, аутофонияга ва рефлектор йўталга шикоят қилади. Эшитув йўли бутунлай ёпилиб қолганда бемор тўсатдан эшитмай қолганлигига ёки эшитиши пасайганлигига шикоят қилади. Бундай шикоятлар кўпинча кулоғи ичига сув кирганда кузатилади (сув таъсирида олтингугурт моддаси шишади). Сув қисмида тўпланган кулоқ кири ноғора пардани босганда беморда бош айланиши, кўнгил айнаши, бош оғриғи, эшитишнинг кескин пасайиши кузатилади.

Ташхис анамнез маълумотлари ва отоскопия натижалари асосида қўйилади. Отоскопияда ташки эшитув йўлини қисман ёки бутунлай ёпиб турган тўқсарик ёки кора тикма борлиги аниқланади.

Даволаш. Кулоқ кири кулоқни ювиш ёки зонд ёрдамида қуруқ усулда тозалаш орқали чиқарилади. Кулоқни ювишдан олдин бемордан илгари кулоқ касаллиги билан оғриганлиги ҳақида маълумот олинади, чунки кулоқ касаллигидан сўнг ноғора пардада битмаган тешик қолган бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда кулоқни ювиш ман этилади, чунки сув ноғора парданинг тешиги орқали ноғора бўшлиғига кириб, яллиғланиш жараёнининг авж олишига ва кулоқдан йиринг оқишига сабаб бўлади. Бу ҳолда кулоқ кири қуруқ усулда чиқариб олинади.

Кулоқни ювиш учун ҳарорати тана ҳароратига мос бўлган (37°C) 50-100 мл илиқ сув ёки фурацилин ишлатилади. Қотган кулоқ кирини юмшатиш учун бемор кулоғига 2-3 кун давомида илиқ (37°C) 3% ли водород пероксиди ёки ўсимлик ёғи ёки сода-глицерин аралашмаси (0,5 г натрий гидрокарбонат, 5 мл глицерин, 5 мл дистилланган сув) 3 маҳал томизилади.

Врач ўнг қўлига Жане шприцини олиб, чап қўли билан кулоқ супрасини орқага ва юқорига (ёш болаларда-орқага ва пастга) тортади; бунда у чап қўлининг учинчи бармоғи ёрдамида шприцнинг учи ташки эшитув йўлига чуқур кириб кетмаслигини чеклаб, деворларининг жароҳатланишини олдини олади. Кейин ювиладиган кулоқ остига буйраксимон лоток қўйилади. Шприцнинг учи эшитув йўлининг бошланғич қисмига киритилгандан сўнг врач сув оқимини ташки эшитув йўлининг орқа-юқори девори бўйлаб юборади. Шунда кулоқ кири парчаланиб ёки бутунлигича чиқади. Кулоқ кири ташки эшитув йўлини қисман ёпган ҳоллардагина кулоқни ювиш усули қўлланади. Кулоқ кири ташки эшитув йўлини бутунлай ёпган ҳолларда кулоқ зонди ёрдамида ташки эшитув йўли девори ва кулоқ кири орасида ташик ҳосил қилинади. Ҳосил қилинган тешик орқали сув оқими кулоқ кири тикмасининг орқасига ўтиб, уни ювиб, босим орқали чиқаради.

Ювилгандан сўнг ташки эшитув йўли сув қолдикларидан зондга ўралган курук пахта ёрдамида куритилади ва ногора парда кўздан кечирилади. Ташқи эшитув йўлига 3% борат кислотасига шимдирилган турунда киритилади ва кулоқ бир неча соатдан сўнг олиб ташланади. Кулоқни ювиш усулини ва кулоқни курук усулда тозалаш муолажасини фақат мутахассис-оториноларинголог ёки умумий амалиёт шифокори бажариши лозим. Бунда кулоқ махсус зондга ўралган ва вазелин ёғига шимдирилган пахта бўлаги ёрдамида тозаланади. Қалин эпидермал тикма кулоқ қискичи, кулоқ қошиқчаси ёки аттик зонди ёрдамида чиқарилади. Ёки отоскоп ёрдамида бажарилади.

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЁТ ЖИСМЛАРИ

(*corpora aliena*) - ташқи эшитув йўли орқали кирган ва унинг тешигига текилиб қолган ёт жисм ёки ёт жисм қисмлари ҳамда баъзи ҳашаротлар киради. Ташқи эшитув йўлида кўпинча бугдой дони, мунчок, тугма, писта, ўйинчокнинг кичик қисмлари ва х.к.), тирик ёт жисмлар (ҳашаротлар) кириши мумкин. Ўткир учли ёки йирик ёт жисм (нўхат) ногора бўшлиғига кириб қолиши нохуш оқибатларга олиб келади.

Клиник белгилари. Одатда болалар ташқи эшитув йўли ёт жисмини узоқ вақт сезмайдилар. Ёт жисмни олтингугурт ва эпидермис моддаси ўраб олгандан сўнг ташқи эшитув йўлининг тешиги бутунлай ёпилади, шунда бемор кулоғи битишига, шангиллашига шикоят қила бошлайди. Ташқи эшитув йўлига кириб қолган тирик ёт жисм (суварақ, кана, чивин ва бошқ.) нинг ҳаракатланиши беморда нохуш ҳиссиётларни кўзгатади. Кулоққа глицерин, ўсимлик ёғи ёки спиртли илик томчилар томизгандан сўнг ҳашарот ўлиб, унинг ҳаракатлари тўхтайдди. Сўнг ювиб чиқарилади.

Таъхис анамнез маълумотлари ва отоскопия натижалари асосида қўйилади. Анамнез маълумотларидан ёт жисм ташқи эшитув йўлига қачон ва қайси вазиятда кирганлиги, уни чиқаришга уринишлар бўлганлиги аниқланади. Дастлаб ташқи эшитув йўли атроф майдонининг териси кўздан кечирилади (ёт жисм баъзан шу майдонда текилиб қолади). Отоскопияда ташқи эшитув йўлида ёт жисм (тугма, нўхат, чўпча, писта, ёнғок пўчоғи, пахта бўлаги ва бошқ.) борлиги кўзга ташланади.

Даволаш. Ташқи эшитув йўли ёт жисми шошилишч тиббий ёрдамни талаб қилмайди. Аксинча ёт жисмни пинцет, қискич, зонд ёрдамида чиқариб олишга уринишлар оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Бундай уринишлар ташқи эшитув йўли деворларининг жароҳатига, ёт жисмни янада ичкарироққа силжишига, ногора парданинг йиртилишига, ёт жисмни ногора бўшлиғига киришига, кейинчалик ўрта кулоқ яллиғланишининг ривожланишига, эшитув суякчаларининг чиқишига ёки юз асаб толасининг жароҳатига олиб келиши мумкин.

Ташқи эшитув йўлига илиқ сувни ёки фурацилинни босим билан юбориб, ёт жисмни ювиб чиқариш энг зарарсиз усул ҳисобланади. Муолажа Жане шприци ёрдамида бажарилади. Ногора парданинг тешилиши аниқланган беморлар қулогини ювиш ман этилади. Шишга мойил бўлган органик ёт жисмни (нўхат, ловия) чиқариб олиш мақсадида дастлаб ташқи эшитув йўлига спирт томизилади; кейин спирт таъсирида бужмайиб, кичрайгандан сўнг ёт жисм ювиб чиқарилади. Ташқи эшитув йўлини бутунлай ёпиб турган ёт жисмни ювиб чиқариш қийин, чунки ёт жисмнинг орқасига кирган сувни ташқарига оқиб чиқиши қийинлашади.

Ёт жисмни ўтмас илгак ёрдамида (пинцет ишлатилмайди!) чиқариб олиш муолажаси фақат мутахассислар томонидан бажарилиши лозим. Бунда ўтмас илгак кўз назорати остида ёт жисмнинг орқа томонига киритилади ва оҳиста ёт жисм силжитиб чиқарилади. Ташқи эшитув йўлида бажариладиган барча муолажалар, айниқса яллиғланиш жараёнида, оғриқ билан кечади, шунинг учун болаларда ва баъзан катта кишиларда бундай муолажалар маҳаллий оғриқсизлантириш ёки умумий оғриқсизлантириш остида бажарилади.



145-расм. Қулоқ ёт жисмини ювиб чиқариш

Ташқи эшитув йўлидаги ёт жисмни *жаррохлик йўли* орқали чиқариб олиш усули: Ташқи эшитув йўли орқали чиқаришнинг иложи бўлмаган ҳолларда қўлланилади. Қулоқ орқаси соҳасининг териси кесилиб, ташқи эшитув йўли юмшоқ тўқимаси суяк тўқимасидан ажратилади, шу кесим орқали ташқи эшитув йўли суяк қисмининг орқа девори очилади. Ёт жисм қийшиқ илгак ёки қулоқ кискичлари ёрдамида ҳосил қилинган шу йўл орқали чиқариб олинади. Ёт жисмни чиқариб олишнинг ушбу усули ҳам натижа бермаганда ташқи эшитув йўлининг суяк қисми сталискалар ёрдамида кенгайтирилиб, оҳиста ногора пардага зарар етказмасдан олинади. Камдан-кам ҳолларда ногора бўшлиғига кириб қолган ёт жисм радикал операция ёрдамида чиқариб олинади.

ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЭКЗОСТОЗЛАРИ

(exostosis) - ташқи эшитув йўли деворларида ривожланган суяк тузилмаси. Оёқчали ва ясси экзостозлар тафовут қилинади.

Оёқчали экзостозлар кўпинча ташқи эшитув йўли суяк қисмининг ташқи ҳалқаси соҳасида усади, *ясси* экзостозлар-кенг асосга эга бўлиб, ташқи эшитув йўлининг битти ёки бир нечта деворлари бўйлаб жойлашади. Экзостозлар тўғнагич каллачасидай ёки ташқи эшитув йўлини бутунлай ёпадиган даражада йирик ҳажмга эга бўлиши мумкин. Баъзан бу тузилмалар кўп сонли бўлиб, ташқи эшитув йўлида ноғора ҳалқа соҳасигача жойлашади. Кичик экзостозлар беморни безовта қилмайди ва тўсатдан отоскопия пайтида аниқланади. Йирик экзостозлар ташқи эшитув йўлининг деярли бутунлай ёпиб қўяди, ёки ташқи эшитув йўлини қолган қисмини тўпланган қулоқ кири ёпади, натижада беморда қулоқ оғирлиги, шанғиллаши, қулоғида ёпиклик ҳиссиёти, баъзан бош оғриғи кузатилади.

Ташхис бемор шикоятлари, отоскопия пайтида аниқланиб, ташқи эшитув йўлидаги тузилмалар зонд ёрдамида пайпасланади. Рентгенологик, компьютер томографияси текширувларидан кейин аниқ ташхис қўйилади.

Даволаш. Касаллик жарроҳлик усули ёрдамида даволанилади. Бунда экзостознинг ҳажми ва шакли эътиборга олиниб, оёқчали экзостоз эндаурал йўл орқали олиб ташланади. Экзостоз асоси соҳаси 1% новокаин билан оғриқсизлантирилгандан сўнг унинг оёқчаси тегишли искана ёрдамида чопиб олинади.

Тарқоқ ясси экзостозлар умумий оғриқсизлантириш остида қулоқ орқасидан жарроҳлик амали ёрдамида, ташқи эшитув йўлининг ёриғи асосан орқа суяк девори исканалар ёрдамида кенгайтирилиб, олиб ташланади. Ташқи эшитув йўли ноғора ҳалқаси ёнида жойлашган экзостозларни олиб ташлаш вақтида ўрта қулоқ тузилмалари жароҳатланиши мумкин. Ташқи эшитув йўли ёриғининг чандикли торайишини олдини олиш учун жарроҳлик амалидан сўнг биоинерт хом-ашёдан тайёрланган найчаларни ташқи эшитув йўлига киритилади.

ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ

Ташқи, ўрта ва ички қулоқнинг алоҳида ёки аралаш жароҳатлари учрайди. Қулоқ жароҳат-ларининг сабабларига акустик, механик, термик ва кимёвий омиллар киради. Барожароҳат, вибро-жароҳат ва атмосфера босимининг ўзгаришлари алоҳида ўринни эгаллайди. Юзаки жароҳатларга - юмшоқ тўқималарининг зарарланиши, чуқур қулоқ жароҳатларига - чакка суяғи пирамидаси ва бошқа қисмларининг ёрилиши ёки синиши киради.

ҚУЛОҚДАН ҚОН ОҚИШИ

қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли ёки ноғора парданинг механик жароҳатида, калла суяғи асоси синганда (синиш чизиғи чакка суяғи устидан ўтганда), бош мия қон томирлари (айниқса сигмасимон синус), ташқи ёки ички уйқу артерияларнинг жароҳатида, юқори жағ бўғими соҳасида синиши

юз берганда кузатилади. Бундан ташкари гриппдан ёки жаррохлик амалидан сўнг асорат сифатида ривожланган ўткир ва сурункали ўрта отитларда ҳам кулоқдан қон оқиши мумкин.

Қон оқшининг кескинлиги жароҳат майдонининг жойлашувига боғлиқ бўлади; ташқи кулоқ жароҳатида камроқ, чакка суяги ва ташқи эшитув йўли суяк қисмининг жароҳатида эса -кўп қон оқиши мумкин. Ногора парда йиртилган ҳолларда бемор кулоғи оғриши ва шанғиллашига, эшитишнинг пастлигига шикоят қилади. Отоскопияда ногора парда қизарганлиги ва унга қон қуйилганлиги, ногора парда тирқишсимон ёки айлана ҳолда йиртилганлиги кўринади.

Калла суяги асоси синган ва бош мия қаттиқ пардаси жароҳатланганда кулоқдан қон билан бирга орқа мия суюқлиги оқади, эшитиш қобилияти кескин пасаяди ёки йўқолади, баъзан юз асаб толасининг фалажи, бош айланиши, кўнгил айнаши, қусиш каби вестибуляр бузилишлар кузатилади.

Ўрта кулоқ томи ва туби жароҳатланган ҳолларда ногора бўшлиғида қон тўпланadi (*гемотимпанум*). Отоскопияда ногора парда кўкимтир, ташқи эшитув йўлига бўртганлиги, ногора бўшлиғида қон тўпланганлиги сатҳи кўринади.

Гриппдан сўнги ўткир ўрта отитда кулоқдан қон оқиши асосий касалликнинг белгиси бўлиб, отоскопияда ногора парда қизарган, ногора парданинг эпителий қатлами кучганлиги, унда тўқ қизил қон пуфакчалари пайдо бўлганлиги кўринади.

Сурункали полипли ўрта отитда ташқи эшитув йўлида бажарилган муолажадан сўнг (масалан, ташқи эшитув йўлига киритилган зонд полипга тегиб кетганда) кулоқдан кам микдорда қон оқиши қайд этилади. Холестеатома ногора бўшлиғининг олд деворида жойлашиб, ички уйқу артерия деворини емирганда кулоқдан кўп микдорда қон оқиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари ва отоскопия, ретиненография, компьютер томография асосида қўйилади. Кулоқ ичида қон борлиги баъзан ташқи эшитув йўлини пахта ёки зонд билан тозалаш пайтида аниқланади. Калла суяги асоси синган ҳолларда бош мия қон томирларининг жароҳатини аниқлаш анча қийин бўлади.

Даволаш. Беморда қон оқшини тўхтатиш тадбирлари ўтказилади, ташқи эшитув йўлига ксероформли тикмалар қўйилади. Зарур бўлганда умумий уйқу артерияси босилиб, бемор шошилинч равишда шифохонага юборилади ва ташқи уйқу артерияси боғланади.

ТАШҚИ ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ

Кулоқ супраси алоҳида жароҳатланиши ёки периаурикуляр тўқима, ўрта кулоқ ва калла суягининг бошқа қисмлари жароҳатлари билан бирга кечиши мумкин.

Охиргиси қатор клиник белгилар, чакка суяги рентгенографияси ва компьютерли томография натижалари асосида аниқланади.

Қулоқ супраси жароҳати зарб, тишлаш ёки лат ейиш натижасида юзага келиб, жанжал, уйин ёки спорт мусобакалари пайтида содир бўлади. Бунда ташки, ўрта ва ҳатто ички қулоқ у ёки бу даражада жароҳатланиб, қулоқ супраси қисман ёки бутунлай узилиши мумкин. Қулоқ супраси жароҳатига инфекция тушганда ёки тиббий ёрдам ўз вақтида кўрсатилмаганда беморда хондроперихондрит ривожланиб, кейинчалик тоғайнинг емирилишига ва қулоқ супраси шаклининг бузилишига олиб келиши мумкин.

Даволаш. Қулоқ супрасининг юзаки жароҳатида жароҳат майдони терисига 5% ли йодни спиртли эритмаси суртилади, маҳаллий огриксизлантириш остида бирламчи чоклар қўйилади. Чоклар мумкин қадар эрта, дастлабки 2 кунда қўйилиши лозим. Кокшолга қарши эмлаш, мускул орасига антибиотиклар, ичишга сульфанил-амид дори воситалари берилади. Бойлам ҳар куни алмаштириб турилади, жароҳат майдонида физиотерапевтик муолажалар буюрилади. Инфекция тушмаган ҳолларда жароҳат бирламчи битишма ҳосил қилиб битади, тикилган иплар бир ҳафтадан сўнг олиб ташланади. Жароҳат майдони йиринглаган ҳолларда тикилган иплар олиниб, йирингни чиқариш учун тери қўшимча кесилади ва резина чиқаргичлар қўйилади. Жароҳатга йирингли жароҳлик коидаларига биноан ишлов берилади (фурациллин, левомикол ёки ош тузини гипертоник эритмаси). Жароҳат иккиламчи битишма ҳосил қилиб битади.

Чуқур жароҳатларда, маҳаллий ёки умумий огриксизлантириш остида шу жумладан қулоқ супраси қисман ёки бутунлай узилганда жароҳат майдонига бирламчи жароҳлик ишлови берилиб, жароҳатланган, ифлосланган тўқима ва ёт жисмлардан тозаланади. Анестетик эритмаларга антибиотиклар қўшилиб, асептик бойламлар қўйилади. Жароҳат четларига жароҳатни бирлаштириб пластир қўйилади. Қулоқ супрасининг узилган парчаси тоза полиэтилен копчага солиниб, қисқа вақт ичида ўз ўрнига тикилиши мумкин. Ўқ-ёй, суқилган, кесилган, чопилган чуқур жароҳатлар калла суяги ва ноғора парданинг жароҳати билан бирга кечиши мумкин. Шунинг учун рентгенография, компьютер томография текшируви билан бир қаторда беморнинг эшитиш ўткирлиги аниқланади (шивирлаб ёки баланд овозда айтилган сўзлар, камертонлар ёрдамида), спонтан нистагм ва неврологик белгилар мавжудлиги текширилади.

Ташқи эшитув йўли жароҳатлари. Бу жароҳатлар қулоқ супраси жароҳати билан бирга юз бериши ёки ёт жисм, қулоқ кирини чиқариш, қулоқни тозалаш пайтида алоҳида жароҳатланиши мумкин. Ташқи эшитув йўли суяк қисмининг жароҳати кўпинча ёноқ ва сўргичсимон ўсиқлар, чакка -пастки жағ бўғими, ноғора бўшлиғи, ва баъзан - ички қулоқ жароҳатлари билан бирга кечади.

Бемор пастки жағи билан йикилганда ёки зарб ияк сохасига тўғри келганда ташки эшитув йўли суяк қисмининг пастки олд қисми синиши мумкин. Бундай жароҳат кулоқдан қон оқиши ва пастки жағ ҳаракатида кескин огрик пайдо бўлиши, нутқнинг бузилиши билан кечади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, жароҳат майдонини кўздан кечириш, зондлаш, отоскопия ва чакка суяклари ва чакка -пастки жағ бугими рентгенографияси ҳамда эшитув ва вестибуляр вазифалар текширувларининг натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Биринчи тиббий ёрдам кулоқдан қон оқишини тўхтатиш, жароҳат майдонига бирламчи жарроҳлик ишловини бериш, уни зарарсизлантирувчи эритмалар билан ювиш, беморга кокшолга қарши анатоксин юборишдан иборат. Ташки эшитув йўлининг торайиши ёки атрезиясини олдини олиш мақсадида биринчи кундан бошлаб эшитув йўлига левомиколь, стрептоцит ёки синтомицин эмульсиясига шимдирилган тикма киритилади. Ҳар сафар бойламни алмаштириш пайтида ташки эшитув йўлига 10 томчи гидрокортисон суспензияси томизилади. Яллиғланиш жараёни камайгандан сўнг ташки эшитув йўлига силикондан ясалган найчали дилататор киритилади. Бир вақтнинг ўзиде беморга антибиотикотерапия, физиотерапия тадбирлари (ташки эшитув йўли соҳасига тубус кварц, УВЧ, микротулқинлар, лазеротерапия) ўтказилади. Ташки эшитув йўлининг олд пастки девори синганда пастки жағ суяги бойлам ёрдамида ҳаракатсизлантирилади ва беморга фақат суяк оват ичиш тавсия қилинади.

ОТГЕМАТОМА

- кулоқ супрасининг тоғай ва тоғай усти пардалари орасига ёки тери остига қон қуюлиши. Отгематома кўпинча кулоқ соҳасига ўтмас зарб тегиши ёки кулоқ супраси узок вақт давомида қисилиши натижасида пайдо бўлади ва кўпинча курашчи, боксчиларда қайд этилади. Одатда отгематома кулоқ супраси юқори қисмининг олд юзасида жойлашган тўқ қизил ёки кўкимтир силлик шиш шаклига эга бўлиб, пайпасланганда флюктуация аниқланади; баъзан отгематома устида тери ўзгармаслиги мумкин. Қон ва лимфа тўпламидан иборат бўлган отгематома одатда огримайди ва беморни безовта қилмайди; у кишига бироз ноқулайлик ҳис этади холос. Ҳажми кичик бўлган отгематома ўз-ўзидан сурилиши, баъзан йиринглаши ва кулоқ супраси хондроперихондритнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.



146-расм.Отгематома

Диагностика ва диф.диагностика. Перихондритда

эшитув йўли соҳасининг оғриши билан бошланади, ташқи кулоқда аввал оғрик бўлади, кейинчалик пуфакчалар пайдо бўлади. Кейинроқ пайдо бўлган шиш кулок супрасининг барча майдонларига (кулок юмшоғидан ташқари) тарқалиб, дастлаб гадир-будир характерга эга бўлади. Кейинчалик тоғай ва тоғай усти пардаси орасида йирингли экссудат тўпланиб, флюктуация белгиси, пайпасланганда кулок супрасининг кескин оғриши қайд этилади.

Даволаш. Ҳажми кичик бўлган отгематома ўз-ўзидан ёки босувчи бойлам қўйилгандан сўнг сурилиб кетади. Бундай ҳолларда зарарланган майдонга 5% ли йодни спиртли эритмасини суртиш кифоя. Ҳажми катта бўлган отгематома асептика қоидаларига риоя қилган ҳолда тешиб ичидаги суюқлик сўриб олинади ва кулок супрасига 5-7 кунгача босувчи қаттиқ бойлам қўйилади. Суюқлик сўриб олингандан сўнг зарарланган майдонга мос келадиган антибиотик эритмалари ёки диоксидин, фурацилин эритмалари билан ювилади. Йиринглаган отгематома кенг очилиб, бўшлик некрозга учраган юмшоқ тўқималардан тозаланади. Патологик жараён чуқурлашган бўлса, бундай ҳолларда жароҳат майдони очик усулда даволанади. Микрофлора сезгирлигини эътиборга олган ҳолда антибиотикотерапия тавсия қилинади. Агар кулок супраси тоғайлари синган бўлса, синган тоғай бўлаклари ўз жойига ўрнатилиб, кулок супрасига кулок супраси шаклини сақловчи бойлам қўйилади.

НОҒОРА ПАРДА ЖАРОҲАТЛАРИ.

Ўрта кулок жароҳати қайд этилган 90% беморларда ноғора парданинг йиртилиши кузатилади. Кулок соҳасига зарб билан урилганда, кулок соҳаси билан йиқилганда, корбурон уйини ёки сувга шўнгиш пайтида ноғора парда ташқи эшитув йўлининг босими тўсатдан кўтарилганлиги ёки пасайганлиги натижасида йиртилиши мумкин. Шунга ўхшаш жароҳатлар ғоввосларда, компрессия ва декопрессия қоидалари бузилганда, яқин масофада портлаш содир этилганда ва ноғора пардага кучли ҳаво тўлқини таъсир этганда юзага келиши мумкин.

Чакка суюгининг пирамида соҳаси узунасига синганда, синиш чизиги ноғора парда устидан ўтганда ҳам ноғора парданинг йиртилиши қайд этилади. Ноғора парданинг тўғридан-тўғри жароҳати кулоқни турли жисмлар ёрдамида тозалаш (масалан, гугурт чўпи ёки шпилька) ёки чакалакзорда югуриш пайтида кулокқа (дарахт шохчалари) кириб кетиши сабабли содир бўлиши мумкин. Билар-билмас кулок ичидан ёт жисмни чиқариб олишга уринишлар ҳам шундай оқибатларга олиб келади.

Клиник белгилари. Бемор кулоғи оғриши, шанғиллаши ва эшитиши пасайганлигига шикоят қилади. Отоскопияда ноғора пардага қон қуюлганлиги, ноғора бўшлиғида гематома ҳосил бўлганлиги ва ноғора пардада тирқишсимон тешик борлиги аниқланади. Баъзан ноғора парда тешиги орқали ноғора

бўшлиги шиллиқ пардаси кизарган ўрта кулоқнинг ички девори кўриниб туради. Бу тешиқлар ҳар хил бўлади тирқишсимон, нуктали, айлана, баъзан чети қийшиқ шаклида бўлиб, ноғора парданинг битта ва ундан ортик қисмларни эгаллаши мумкин. Купинча ноғора парда олдпастки қисми соҳасида йиртилади. Буг, қайноқ сув ёки кимёвий модда таъсирида ноғора парда бутунлай тешилади ёки парчаланиб кетиши мумкин.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, акуметрия, аудиометрия ва отоскопия натижалари асосида қўйилади.

Даволаш. Бемор ҳамда врач ўрта кулоқ бўшлиғига ноғора парданинг тешиги орқали инфекцияни ўрта кулоққа киритмасликка ҳаракат қилишлари лозим. Кулоқни ювиш, қатъий ман этилади! Биринчи тиббий ёрдам ташқи эшитув йўлига стерил тикма ёки борат кислотасининг спиртли эритмасига шимдирилган пахта пилликчасини киритиш 5-7 кун давомида. Ўрта кулоқ яллиғланишини олдини олиш мақсадида беморга антибиотиклар буюрилади, эшитув найининг ўтказувчанлиги назорат қилинади, жароҳат олган беморларнинг 55 % ноғора парда ўз-ўзидан битади, бу ҳол кўпинча тирқишсимон тешиқ механик жароҳатда ёки тешилиш ноғора парданинг 1/4 қисмини эгаллаган тешилишларда кузатилади. Ноғора парда тешигининг ўз-ўзидан (спонтан) битиши унинг ўлчами ва жароҳат характериға боғлиқ бўлади.

Ноғора пардада травмадан ҳосил бўлган тешиқ ўз-ўзидан битмаган ҳолларда беморларда *мирингоплас-тика* жаррохлик амали бажарилади. Ноғора парда тешигини турли пластик материаллар (меатотимпанал тўқима бўлаги, чакка мускулининг кини, махсус ишлов берилган бош мия пардаси ва ҳ.к.) ёрдамида ёпилади.

Жароҳатдан сўнгги ноғора парда нуқсонларини бартараф этиш учун охириги йилларда *етиштирилган одам аллофибробластлар трансплантацияси* усули ишлаб чиқилган. Бу усул ноғора парданинг 1/2 қисмини эгаллаган ва 2 ҳафта давомида битмаган йирик тешиқларда қўлланилиб, 90% беморларда ижобий натижа олинган.

ЎРТА ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ

Ўрта кулоқ қисмлари жароҳати натижасида ривожланган яллиғланиш жараёни бўлиб, ўрта кулоқ жароҳати калла суягининг асоси синганда, синиш чизиги чакка суяги устидан ўтганда ёки чакка суягининг тошсимон қисми узунасига синганда кузатилади. Бундай ҳолларда синиш чизиги ноғора бўшлигининг юқори девори ва ташқи эшитув йўли устидан ўтади.

Жароҳатдан сўнгги ўрта кулоқ яллиғланиши одатдаги яллиғланишнинг клиник манзараси билан бир қаторда айрим хусусиятларға ҳам эга. У калла суяги, бош мия, умуртқа поғонаси ва бошқа жароҳатлар билан бирға кечади. Бундай ҳолларда диагностик ва даволаш тадбирлари невропатолог ва нейрожаррох, окулист билан бирғалиқда олиб борилиши лозим. Калла суяги

асосининг ёки умуртқа поғонасининг синиш белгилари аниқланган беморнинг боши ва гавдаси албатта фиксация қилиниши керак.

Қулоқ жароҳати ноғора парданинг йиртилиши билан бирга кечган ҳолларда иккиламчи инфекция ноғора бўшлиғига ташқи эшитув йўли орқали, ноғора парда жароҳатланмаган ҳолларда эса - эшитув найи орқали тарқалиши ва унинг яллиғланишига олиб келиши мумкин. Инфекцияни ноғора бўшлиғига тарқалиши сўрғичсимон ўсиқнинг очиқ жароҳатида ҳам кузатилади. Жароҳатдан сўнг организмнинг химоя кучи пасайиши натижасида беморда мастоидит ривожланиши мумкин.

Ўрта қулоқ жароҳатларида кўпинча эшитув суякчаларининг жароҳатланиши кузатилиши мумкин. Бунда болгача ва сандончанинг синиши, чиқиши, силжиши, узангича асосининг лабиринт дарчасидан чиқиб кетиши қайд этилади. Шунга ўхшаш жароҳатлар бошқа аъзоларда: калла суяги ва пастки жағ суяги жароҳатларида ҳам кузатилади.

Ўрта қулоқ жароҳатида бемор қулоғидан қон, баъзан орқа мия суюқлиги оқади, "зарарланган" томонга йўналган нистагм пайдо бўлиши кузатилиши мумкин.

Таъхис анамнез маълумотлари, ташқи кўрув пальпация, отоскопия, отомикроскопия, Стенверс бўйича чакка суяги рентгенографияси ёки компьютер томография, қон таҳлиллари, орқа мия суюқлиги тарқбини текшириш, акуметрия, аудиометрия натижалари асосида қўйилади. Эшитув суякчаларининг зарарланиши отоскопия ва отомикроскопияда, ноғора парда зарарланмаган ҳолларда - импендансометрия текширувларида аниқланади (D шаклидаги тимпанограмма). Аммо жароҳат характери ва эшитув суякчалари занжирининг узилиши кўпинча тимпанотомия ва тимпанопластика жароҳлик амали вақтида аниқланади.

Даволаш. Очик жароҳатларда бирламчи жароҳлик ишлови бажарилади. Ташқи эшитув йўлига борат кислотасига шимдирилган тикма киритилади, қулоқ соҳасига асептик бойлам қўйилади. Беморга яллиғланишни олдини олиш мақсадида антибиотиклар буюрилади. Эшитув суякчалари ва ноғора парда жароҳатланган ҳолларда яллиғланиш жараёни бартараф этилгандан сўнг ўрта қулоқ товуш тўлқинларини ўтказувчанлик вазифасини тиклаш мақсадида ноғора бўшлиғида *тимпанопластика* жароҳлик амали бажарилади.

ИЧКИ ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ

Ўткир учли ёт жисм (тўғнагич, шпилька) ноғора бўшлиғи ва лабиринт дарчасини тешиб қулоқ ичига чуқур суқилганда содир бўлади. Ички қулоқда ўтказиладиган жароҳлик амаллари вақтида ички қулоқ жароҳатлари юз бериши мумкин. (ташқи ярим доира каналларининг жароҳатланиши ёки узангичани дахлиз дарчаси юзасидан чиқиб қолиши, узилиши). Калла суяги асосининг синиши чакка суяги пирамидасининг синиши билан кечган

жароҳатларда ҳам ички кулок жароҳатланиши мумкин. Юқорида кўрсатилган жароҳатлар кулок эшитув ва мувозанат вазифасини пасайиши, кескин вестибуляр реакциялар билан кечади (бош айланиши, мувозанатнинг йўқотилиши, кўнгил айнаши ва х.к.); бундан ташқари, инфекция ички кулоқдан калла суягининг орқа чуқурчасига тарқалиши натижасида беморларга калла суяги ичи асоратлари ривожланади.

ЧАККА СУЯГИ ПИРАМИДАСИНИНГ СИНИШИ

кўпинча калла суяги асосининг синиши билан бир вақтда юз беради, урилиш пешона йўналиши калла суягининг энса соҳасига тўғри келганда ёки бемор ияги соҳаси билан йиқилганда юз беради. Бундай синишлар суяк бўлақларининг силжимаслиги бошқа суяк синишларидан ажралиб туради. Синиш чизигининг жойлашувига қараб пирамида синишлари: узун ва кўндаланг синишларга бўлинади.

Пирамидани узунасига синиши одатда калла суяги асосининг кўндаланг синишида кузатилади. Аксарият ҳолларда ногора парданинг йиртилиши, кулоқдан қон, баъзан орқа мия суюқлиги оқиши қайд қилинади. Беморда эшитув ва вестибуляр анализаторнинг вазифалари бузилган бўлсада, баъзи ҳолларда сақланиб қолиши ҳам мумкин. Юз асаб толаси атрофии шиллик тўқимаси шиши ва гематомаси туфайли беморда юз асаб толаси босилиши натижасида фалажлар ривожланади.

Пирамиданиннг кўндаланг синиши калла суяги асоси узунасига синганда кузатилади. Бу синишда одатда ногора парда зарарланмайди, кулоқдан қон ёки орқа мия суюқлиги оқмайди. Отоскопияда ногора парда ўзгармаган, ногора бўшлиқда қон қуйилиши кўринади (*гематимпанум*). Синиш чизиги ички кулок устидан ўтганлиги сабабли беморда ички эшитув йўлидан ўтувчи асаб толалари жароҳатланади, эшитув ва вестибуляр анализаторнинг вазифалари бузилади, юз асаб толаси фалажи ривожланади.

Чакка суяги пирамидасининг синишларида инфекция ўрта ва ички кулоқдан калла суяги бўшлиғига тарқалиб, беморда калла суяги ичи асоратлари (отоген менингит, энцефалит ва бошқа асоратлар.) ривожланиши мумкин.

Клиник белгилари. Жароҳатдан сўнг беморнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, спонтан вестибуляр реакциялар кузатилади (бош айланиши, спонтан нистагм, кўлларни оғиши, статик ва динамик мувозанатнинг йўқотилиши, кўнгил айнаши ва қушиш). Кулоқдан қон ва орқа мия суюқлиги (*отолитворея*) оққанда бойлов матоларини марказида қон доғи бўлиб уни атрофида ўзига хос оч-сарик тасма ҳосил бўлиши кузатилади (“куш доғ” белгиси). Беморда юз асаб толасининг парез ва фалажи, менингиал ва бош мия ўчоқли белгилари аниқланади. Зарарланган томонда товушни қабул қилиш тизимида бузилиши ёки нейросенсор кулок оғирлиги, баъзан карлик ривожланиши мумкин. Лабиринт жароҳатланган ҳолларда Вебер тажрибасида товуш соғлом кулок томон, лабиринт зарарланмаган ҳолларда, яъни ўрта кулоқда қон қуйилганда,

товуш зарарланган кулоқ томон йўналган бўлади. Калла суяги синган беморда умуртқа поғонасининг бел қисмидан орқа мия бўшлиғи тешилиб кўрилганда орқа мия суюқлигида қон борлиги аникланади.

Ташхис Бемор шикоятлари, касаллик бошланиши, отоскопия, пальпация, перкуссия, вестибулометрия, аудиометрия, аккуметрия, компьютер томография, рентгенография текширувлари ёрдамида аникланади. Беморнинг аҳолини эътиборга олган ҳолда калла суяги рентгенографияси бажарилади. Лекин жароҳатдан сўнгги дастлабки кунларда чакка суяги рентгенографиясини бажариш ман этилади, чунки бу текширув бош ҳаракатини талаб қилади. Беморга невропатолог, нейрожаррох ва окулист маслаҳати ташкиллаштирилади.

Даволаш. Кулоқдан қон оқишини тўхтатиш мақсадида ташқи эшитув йўлига тоза стерил тикма ёки пахта бўлаги киритилади, кулоқ соҳасига асептик бойлам қўйилади. Кейин боши ва буйни соҳасига корсет қуйилган ва чалқанча ётқизилган ҳолатда бемор шифохонага юборилади. Йўлда силкиннишлар, бош ҳаракатлари ва беморни ёнбош ётишига йўл қўймаслик талаб қилинади. Субарахноидал қон оқишига шубҳа туғилганда орқа мия суюқлиги олиб текширилади, калла суяги ичи гематомаси аниқланганда эса нейрожаррохлик амали бажарилади. Кейинги даволаш тадбирлари бемор аҳолини, шу жумладан неврологик, клиник белгиларни эътиборга олган ҳолда олиб борилади.

Орқа мия суюқлиги одатда ўз-ўзидан тўхтайдми; баъзида орқа мия суюқлиги босимини тушириш учун 25% магнезия сульфат буюрилади, ташқи эшитув йўлига ёғли тикма қўйилади. Агар кулоқдан оқаётган орқа мия суюқлиги оқиши тўхтамаса ўрта кулоқда жароҳлик амаллари ўтказилади ва бош мия қаттиқ пардаси очилиб, тешилган қаттиқ мия пўстлогини чакка суяги мускулдан олинган лоскут (қийик) билан ёпилади.

Чакка суяги жароҳатларининг натижалари: калла суяги асоси синишининг характерига, муддатига ва неврологик клиник белгиларини ривожланиши бош мия пардалари ва тўқимасининг жароҳатланиши билан боғлиқ бўлади. Оғир қўшма жароҳатларда кўпинча жароҳатлардан сўнгги дастлабки дақиқаларда ёки қисқа вақт ичида бош мия ҳосил бўлган гематома билан босилиши, бош мия тўқималар шиши, қон томирлар жароҳатларида ўлим ҳолати юз бериши мумкин. Беморларда жароҳатдан сўнгги асоратлар, бош оғриғи, бош айланиши, эпилепсияга ўхшаш талвасалар, кузатилиши мумкин.

ҚУЛОҚНИНГ ТЕРМИК ВА КИМЁВИЙ КУЙИШЛАРИ

юқори ёки паст ҳароратнинг, кислота ёки ишкорларнинг таъсири натижасида содир бўлади. Ташқи кулоқнинг термик жароҳати деярли доимо юз, бош ва бўйин соҳаси куйишлари билан бирга кузатилади.

Куйишда куйидаги клиник даражалар тафовут килинади:

I даража- эритема, кулок супраси терисида қизариш шишлар кузатилади.

II даража- шиш ва пуфакчаларни ҳосил бўлиши кузатилади

III даража- терининг юзаки некрозлари кузатилади, юқоридагиларга қўшимча

IV даража- чуқур некроз кузатилади, юқоридагиларга қўшимча..

Музлашда куйидаги даражалар қайд этилади:

I даража- шиш ва кўкариш;

II даража- пуфакчалар ҳосил бўлиши;

III даража- тери ва тери ости ёғ клетчаткасининг некрози кузатилади;

IV даража- тоғай некрози кузатилади.

Беморнинг умумий ахволи, клиник белгилари, заҳарланиш даражаси ҳисобга олинади.

Даволаш. Кулок супраси ва ташқи эшитув йўли терисининг термик куйишларида биринчи тиббий ёрдам умумий жарроҳлик қондалари бўйича олиб борилади. Беморга оғриксизлантирувчи воситалар-морфин ва пантопан , промедол мускул орасига буюрилади. Маҳаллий даволаш тадбирлари оғрикни камайтириш, некрозга учраган тўқималардан жароҳатни тозалаш, яллиғланишга қарши чора тадбирлар ўтказиш ва тери жароҳати битишини тезлаштириш, чандиқлар ҳосил бўлишини олдини олишга қаратилган. Жароҳат майдонига асептик шароитда ишлов берилиши талаб этилади. Некрозга учраган тери қатламлари олиб ташлангандан сўнг куйган тери майдони натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан ювилади, қуритилади ва спирт билан артилади. Ҳосил бўлган пуфакчалар ичидаги ажралмани чиқариш учун пуфакчалар тешилади ёки қайчи билан кесилади. Бирламчи жарроҳлик ишловдан сўнг жароҳат майдонига асептик бойлам қўйилмайди! У буруштирувчи модда - 5% ли танин, перманганат калийнинг очиқ пушти рангли эритмаси билан намланади ёки махсус лампа остида қуритилади.

Кулок супраси куйишининг I-II даражаси 10-12 кунда исиз битиб кетади, аммо даволашда асептика қондаларига риоя қилишни талаб қилади. III-IV даражали куйишларда некрозга учраган тўқималар кесилиб, олиб ташланиши билан бирга тери аутотрансплантацияси жарроҳлик амали бажарилади, беморга қоқшолга қарши эмлаш тадбирлари ўтказилади. Некрозга учраган тўқималарни олиб ташлаш пайтида антисептик малҳам (левомиколь) ва кортикостероид дори моддалари (оксикарт аэрозоль, гидрокортизон суспензияси) ишлатилади. Куйишдан сўнг ривожланган перихондрит оториноларингология умумий тамойиллари бўйича даволанади. Чуқур куйишларда ташқи эшитув йўли атрезиясини олдини олиш мақсадида ичидаги ортикча яллиғланиш ўсмалари олиб ташланиб, 10 - 40% кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилади; ташқи эшитув йўлига биоинерт материалдан

ясалган найча киритилади ва бу найча ташқи эшитув йўли териси эпителий билан қопланмагунча қолдирилади. Куйиш билан бир вақтда ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши юзага келган бўлса, унда ўрта кулоқ яллиғланиши даволаш тадбирлари ўтказилади.

Кулоқ супраси музлашида биринчи тиббий ёрдам уни илик (37°C) сув билан иситиш, спирт билан ишлов беришдан иборат бўлади. Кулоқ супраси қўл ёки юмшоқ мато билан қизарганича ишқаланади. (Терига жароҳат етказмаслик мақсадида кулоқларни кор ёки дағал мато билаш ишқалаш ман этилади!). Пуфакчалар ҳосил бўлган ҳолларда жароҳат майдонига буруштирувчи эритма ёки малхам суртилади ёки асептик шароитда очилиб, пуфакчалар ичидаги ажралма чиқарилади. Кейин жароҳат майдонига таркибида антибиотик бўлган малхамлари билан бойлам қўйилади.

Некрозга учраган тўқималар олиб ташланиб, жароҳатга Вишневский малхами, левомикол билан шимдирилган салфетка қўйилади. Беморга антибиотиклар, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ, УФА) буюрилади.

Музлашдан сўнг кулоқ супраси сувуқ ва иссиқга сезгир бўлиб қолади. Музлашдан сўнг веналар тромбози ёки қон айланишининг бузилиши туфайли кулоқ супраси терисининг ранги дарҳол ёки бироздан сўнг кип-кизил ёки кўкимтир бўлади.

Кимёвий куйишларда биринчи тиббий ёрдам зудлик билан нейтраллаштирувчи воситаларни қўллашдан иборат. Кислота билан куйганда жароҳат майдони ишқор (2% гидрокарбонат эритмаси, магний оксиди, совунли суви) билан, ишқор таъсирида куйганда эса (1-2% сирка ёки лимон кислотаси) билан ювилади. Кейин бемор термик куйишларни даволаш қоидалари буйича даволанади.

КУЛОҚНИНГ АКУСТИК ЖАРОҲАТИ

ўта кучли товуш тўлқинларининг кучли (120 ДБ) эшитув аъзосига қисқа муддатли ёки давомли таъсири натижасида юзага келиб, эшитув анализатори фаолиятининг бузилиши билан кечади.

Акустик жароҳатлар ўткир ва сурункали жароҳатларга бўлинади. Ўткир акустик жароҳат ўта кучли ва баланд товуш тўлқинларининг (парлаш, кулоқ олдида хуштак чалинганда) қисқа муддатли таъсири натижасида ривожланади. Бундай товуш тўлқинларини таъсири хиссиёти клиник жиҳатдан оғриқ билан кечади.

Кўпинча тинч ҳаётда учрайдиган *сурункали акустик*, ёки *шовкин таъсирида юзага келган жароҳатлар* кучли товуш тўлқинларининг давомли таъсири натижасида ривожланади. Агар кучли товуш тўлқинлари эшитув аъзосига қисқа муддатли таъсирдан бузилган эшитиш қобиляти тикланса, қанчлик унинг давомли ва такрорий таъсири спирал аъзонинг атрофиясига олиб келиши мумкин. Давомли шовкин ва вибрациянинг (масалан, тукув цехида,

темирчилик устахонасида) биргаликда таъсири беморда эшитиш қобилияти ўткирлигини оғир бузилишларига сабаб бўлади.

Таъхис бемор шикоятлари, касаллик бошланиши асосида қўйилади. Акустик жароҳатларда одатда кондуктив кулоқ оғирлиги ва суяк орқали эшитиш бўсағасининг ошиши қайд этилади.

Даволаш. Касб кулоқ оғирлиги энди шаклланаётган даврда беморга касбни ўзгартириш ёки шахсий ҳимоя чора тадбирларини қўллаш тавсия қилинади. Касб кулоқ оғирлиги юз берган беморларда нейросенсор кулоқ оғирлигини даволаш тадбирлари ўтказилади: В,С,А,Е гуруҳли дармон дорилари, тинчлантирувчи воситалар, меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилиш ва хоказолар.

Касб кулоқ оғирлигини олдини олиш чоралари тиббий ва техник тадбирлардан иборат. Биринчи навбатда шовқин билан боғлиқ бўлган ишлаб чиқариш корхоналарига ишга қабул қилинган шахс тиббий кўрикдан ўтказилади. Махсус тестлар ёрдамида эшитув анализаторининг кучли товушлар таъсиридан чарчаш даражаси аниқланади. Эшитув ўткирлигининг тикланиши узок вақтга чўзилган шахслар шовқин шароитида ишлашга чидамсиз деб топилади. Корхона ходимларини тиббий кўрикдан ўтказиш эшитиш ўткирлигини текшириш муҳим аҳамият касб этади.

Техник тадбирларга товуш тўлқинлари кучини пасайтириш (товушни ютиш ва товуш тўлқинлари тарқалишини тадбирлар) чора тадбирлари киради. Ишлаб чиқариш корхоналарида юқори тўлқинли товушлар кучи 90 - 100 дБ, ўрта частотали товушлар кучи 85-90 дБ ва паст тўлқинли товушлар кучи 75-85 дБ дан ошмаслиги талаб қилинади. Шахсий ҳимоя воситаларидан шовқинга қарши турли мосламалар ишлатилади.

БАРОЖАРОҲАТ

атмосфера босимининг кескин ўзгаришларида ривожланади. Бундай ўзгаришларга ўрта ва ички кулоқ айниқса сезгир бўлади. Барожароҳатнинг икки шакли тафовут қилинади. Биринчи шаклдаги клиник кўриниши ташқи эшитув йўлининг босими ўзгарганда юзага келса (масалан, кулоқ соҳасига қафт билан урилганда ёки Зигле пневматик кадокчаси ишлатилганда), иккинчи шакли - ташқи муҳит ва ногора бўшлиги босимлари ўртасидаги тафовут натижасида ривожланади (масалан, учувчилар самолётда учганда, ғоввослар сувга шўнғиганда). Баро- ва акус-тик жароҳатларнинг бирга кечиши яқин масофада портлаш содир этилган ҳолларда қайд этилади ва атмосфера босимининг бир зумда кўпайиши ҳамда кучли товуш тўлқинларининг таъсири билан боғлиқ бўлади.

Клиник белгилари. Отоскопияда ногора парданинг қизариши ва унга қон қуюлиши; баъзан ногора парда йиртилган ёки бутунлай парчаланганлиги кўринади. Дастлабки икки кун давомида яллиғланиш жараёни кузатилмайди ва

иккиламчи инфекция қўшилгандан сўнг яллиғланиш жараёни ривожланиши мумкин. Ногора парда йиртилмаган, лекин ногора бўшлиғига қон қуюлган холларда ногора парданинг ранги тўқ-кўкимтир бўлиб кўринади.

Бемор кулоги шангиллашига, эшитиши ўткирлигини пасайганлигига, боши айланиши ва кўнгли айнишига шикоят қилади. Барожарохат ички кулоқ ва марказий асаб тизимининг қатор вазифаларини бузилишлари билан бирга кечади. Баъзан эс-хушнинг йукотилиш холлари кузатилади.

Эшитиш ўткирлигининг бузилиш даражаси эшитув анализаторининг қайси бўлими зарарланганлигига боғлиқ бўлади. Болаларда барожарохат баъзан самолётда учиш пайтида ривожланиб, эшитув найи ўтказувчанлигининг бузилиши натижасида юзага келади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, отоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия натижалари ва ички кулоқнинг жароҳатланиши клиник белгилари асосида қўйилади.

Даволаш. Ногора парданинг йиртилиши, кулоқдан қон оқиши ёки ногора пардага қон қуюлиши билан кечган барожарохатларда кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам ташки эшитув йўлини зондга ўралган тоза пахта ёрдамида қон лахталари ва ажралмалардан тозалашдан иборатдир. Кулоқни ювиш катъий ман этилади, чунки у ногора бўшлиғининг яллиғланишига олиб келиши мумкин. Ташки эшитув йўли тозалангандан сўнг терисига спиргга шимдирилган пахта ёрдамида ишлов берилади, жароҳат майдонига эса антибиотик, ксероформ кукуни сепилади. Кейин ташки эшитув йўлига курук тоза стерил тикма киритилади. Бойлам ҳар куни алмаштирилади.

Ички кулоқнинг мувозанат аъзоси вазифаларини бузилишида (бош айланиши, қусиш, бемор ранги оқариши, нистагм ва х.к.) беморга ётоқли режим буюрилади. Поликлиника ёки шифохона шароитида беморга симптоматик терапия ўтказилади: шок ҳолатида тушганда - шокка қарши тадбирлар; уйқусизликда-тинчлантирувчи воситалар, қарахтликда-асаб тизимини фаоллаштирувчи воситалар; иккиламчи инфекция қўшилганда – антибиотиклар, антисептиклар, сулфаниламид дорилари тавсия қилинади. Бундан ташқари эшитув найининг ўтказувчанлигини яхшиловчи муолажалар (бурун ичига нафтизин, санорин, галозолин, нафтимизин томизиш) ва эшитув найи катетерлаш муолажаси бажарилади.

Барожарохатни олдини олиш мақсадида биринчи навбатда атмосфера босимининг аста-секин ўзгаришини таъминловчи чора-тадбирларга риоя қилиш, эшитув найи фаолияти меъёрда бўлишини таъминлаш керак бўлади. Шахсларни учувчилик ва сув ости кемаси ходими касбларига тўғри танлаш-муҳим профилактик аҳамиятга эга.

ЎРТА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Улар муҳим клиник ва ижтимоий аҳамиятга эга. Патогенетик механизмларининг хилма-хиллиги ўрта кулоқнинг анатомик ва физиологик хусусияти, этиологик омил ва организмнинг иммун ҳолати билан белгиланади.

Патологик жараён одатда ўрта кулоқнинг 3 асосий қисмларини камраб олсада (ноғора бўшлиғи, эшитув найи ва сўргичсимон ўсик), бу қисмлардаги патологик ўзгаришларнинг кескинлиги бир-биридан фарқ қилади.

Масалан, ўрта кулоқ яллиғланишида патологик ўзгаришлар кўпроқ ноғора бўшлиғида, камроқ эшитув найида ва камдан-кам ҳолларда - сўргичсимон ўсик соҳасида ривожланади. Ташхисда патологик жараён ўрта кулоқнинг қайси қисмида кўпроқ ривожланганлиги эътиборга олинади. Яллиғланиш жараёни кўпроқ ноғора бўшлиғини камраб олганда касаллик “ўткир ўрта отит”, эшитув найи - “евстахеит” ва сўргичсимон ўсик соҳасида ривожланганда “мастоидит”, “антрит” деб аталади.

Кечими бўйича ўрта отит ўткир ва сурункали, яллиғланишнинг характери бўйича - катарал, серозли ва йирингли ўрта отитга бўлинади.

Баъзан ўрта кулоқ касалликлари бирламчи бўлиб, уларнинг ривожланишида эшитув найи ўтказувчанлиги фаолияти бузилиши муҳим рол ўйнайди. Бундай касалликларда даволаш тадбирлари биринчи навбатда эшитув найи фаолиятини тиклашга қаратилади.

Патологик жараёнга баҳо берилганда яллиғланишнинг қайси морфологик шакли устунлик қилиши эътиборга олинади: *альтератив*, *экссудатив*, *пролифератив*. Ўрта кулоқнинг анатомик ва морфологик хусусияти экссудатив яллиғланиш шаклининг устуворлигини тақозо қилади. Қон томирлар ўтказувчанлигининг бузилиш даражасига қараб экссудат турли характерга эга бўлади ва таркибидаги оксил ва хужайраларнинг миқдори билан фарқ қилади. Ўрта кулоқ шиллиқ пардасининг яллиғланиш шакллари орасида кўпроқ катарал, серозли ва йирингли шакллари кўпроқ учрайди. Кам ҳолларда фиброзли, геморрагик ва аралаш шакллари ҳам қайд этилади.

ЎТКИР ЎРТА ОТИТ-

Ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши (otitis media purulenta acuta)-ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши бўлиб, унда ўрта кулоқнинг барча қисмларига қисман ёки кўпроқ даражада патологик жараён тарқалади. Ўткир йирингли ўрта отит, барча кулоқ касалликларининг 25-30% ни ташкил этади ва уч ёшгача бўлган болаларда кўпроқ учрайди.

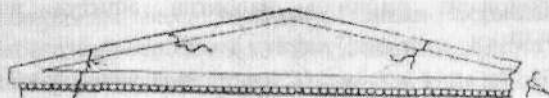
Этиологияси. Касаллик умумий ва маҳаллий иммунитет сусайганда ва инфекция ноғора бўшлиғига тарқалганда ривожланади. Ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланишида турли патоген микроблар (стрептококк, стафилококк, пневмококлар), ичак ва дифтерия таёқчалари, сил микобактерияси,

фильтровчи вируслар, оғиз бўшлиғи спирохетаси сабаб бўлиб. 80% ҳолларда касалликда *S. pneumoniae* ва *H. influenzae*, камроқ ҳолларда *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, *S. aureus* ёки микроблар аралашмаси сабаб бўлади. Вирусли отит кўпинча вирусли касалликлар эпидемияси вақтида кузатилади.

Ўткир йирингли ўрта отитнинг ривожланишида организмнинг умумий ва маҳаллий иммун ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Соғлом ва иммунитети яхши бўлган кишиларда касаллик енгил кечиб, қисқа вақт давом этади, иммун ҳолати сусайган кишида – касаллик клиникаси оғир кечади ва қайталаниб туради.

Кўпинча инфекция ноғора бўшлиғига *ринотубар* йўл, яъни эшитув найи орқали тарқалади. Бунга бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг яллиғланиши, шу аъзоларда бажарилган жаррохлик амаллари, олд ва орқа бурун тикмалари сабаб бўлади. Одатда эшитув найи шиллик пардасининг тўсик (барьер) фаолияти туфайли ўрта қулоқ бўшлиқларида микроблар тўплами бўлмайди, чунки меъёردа эшитув найи микробларга қарши ажралма ишлаб чиқаради, ҳилпилловчи эпителийнинг туклари эса бу ажралмани бурунҳалқум томон силжитади. Юқори нафас йўллариининг ўткир ва сурункали маҳаллий ва турли юқумли касалликларда эшитув найи эпителий қопламанинг химоя фаолияти бузилади натижада бурун ҳалқумдаги микрофлора ноғора бўшлиғига тарқалади. Баъзан инфекция ноғора бўшлиғи шиллик каватига

жароҳатланган
ноғора парда
орқали, яъни *ташқи*
эшитув йўли орқали
тарқалади. Бундай
ҳолларда беморда
жароҳатдан сўнгги
ўрта қулоқ
яллиғланиши
ривожланади. Турли
юқумли
касалликларда
(грипп, скарлатина,
қизамиқ, ич
терлама, сил)
инфекция ўрта
қулоққа *гематоген*
лимофоген йўл
орқали, жуда кам
ҳолларда *ретроград*
йўл кала суяги



Яллиғланиш жараени



. Иссиклик Кизариш Шиш Огрик Фаолияти
бузилиши 147- расм. Яллиғланиш жараёни

бўшлиги абсцесси, йирингли менингитда, мия пўстлоғи орқали ўрта кулоқга тарқалади, йирингли лабиринтдан даҳлиз чиганоғи ва юз асаб толалари каналлари орқали ёки сўргичсимон ўсик катаклари орқали тарқалади

Патогенез ва патологоанатомик ўзгаришлар. Ўткир йирингли ўрта отитнинг ривожланишида бурун ва бурунҳалқумнинг физиологик ҳолати бузилиши муҳим аҳамиятга эга. Сўргичсимон ўсикнинг анатомик тузилиши ҳам (пневматик, диплоэтик, склеротик, аралаш) ўткир йирингли ўрта отитнинг кечимига таъсир кўрсатади ва мастоидит, субпериостал абсцесс, калла суяги ичи асоратларининг ривожланишида муҳим аҳамият касб этади. Ноғора бўшлигининг шиллиқ пардаси жуда юпка (0,1 мм) бўлиб, у мукопериостдан, яъни суяк усти пардасидан иборат. Шунинг учун ўрта кулоқ шиллиқ пардасининг яллиғланиши мукопериоститга хос характерига эга. Касаллик эшитув найи ва ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг яллиғланиши билан бошланади. Ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасида мукоид шиш, лейкоцитли (нейтрофилли ва лимфоцитли) инфильтрация, ва артериал қон томирлари кенггайиши юз беради, натижада шиллиқ парда 20-30 марта қалинлашади. Эшитув найи фаолиятининг бузилиши туфайли ўрта кулоқ дастлаб серозли ёки геморрагик, кейинчалик йирингли экссудат (суюқ, қалин ёки ёпишқоқ) билан тулади. Айрим майдонларда эпителий қатлами кўчиб, шиллиқ парданинг юзида яғирланиш ва яралар пайдо бўлади. Эшитув найи чиқариш фаолиятининг бузилиши натижасида ноғора бўшлиқда патологик суюқлик тўпланиши ноғора парда ташки эшитув йўли томонига бўртиб чиқади; экссудат йирингли тўпланган ноғора бўшлиғида босим ошади ва қон айланишининг бузилиши туфайли ноғора парданинг айрим майдонлари тешилади, беморда отороя кулоқдан қон аралаш йиринг оқиши бошланади.

Дастлаб кулоқдан кўп микдорда шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, кейин у қалинлашиб, йирингли ажралмага айланади. Ўткир яллиғланиш жараёни тугагандан сўнг ноғора бўшлиғининг шилиқ пардасида тикланиш жараёни бошланади; ажралма микдори камайиб, кулоқдан йиринг оқиши бутунлай тўхтайдди, ноғора парданинг тешиги асоратсиз битади. Отоскопия манзараси меъёрлашиб, эшитув ўткирлиги бутунлай тикланган ҳолларда бемор соғайган ҳисобланади. Тикланиш жараёни суст кечган ҳолларда эса чандиклар ҳосил бўлади. Инфильтрат ва экссудат тўлиқ сўрилмай қолган ҳолларда шиллиқ қаватда, ноғора парда ва эшитув суякчалари орасида битишмалар ҳосил бўлиб, уларнинг ҳаракатчанлиги бузилади; беморда эшитиш ўткирлиги пасаяди.

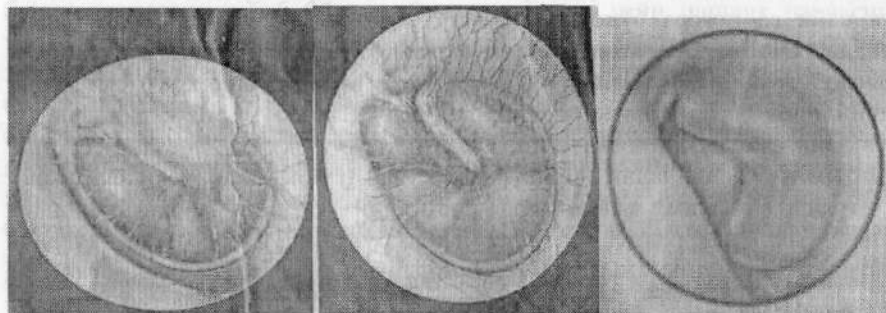
Патологоанатомик ўзгаришлар бир томондан организмнинг иммун ҳолатига, иккинчи томондан микрофлоранинг биологик хусусиятларига боғлиқ. Масалан, стрептококк сабаб бўлган ўткир йирингли ўрта отит суст кечади, яллиғланиш жараёни беморнинг чакка суяги соҳасига тарқалиб, мастоидит асоратининг ривожланишига олиб келади.

Силнинг оғир клиник кечимида ноғора бўшлиғи деворлари ва эшитув суякчаларининг емиради. Сил микобактериялари ўпка ва лимфа тугунларидан

ноғора бўшлиғига гематоген йўл орқали тарқалиб бундай отит оғриксиз кечиби, бемор қулоғидан бадбўй йиринг оқади, ноғора пардада бир вақтда бир нечта тешиқлар ҳосил бўлади.

Аллергик касалликларга мойил беморларда ўткир ўрта отит ўзига хос кечади. Касаллик тўсатдан бошланади, беморнинг тана ҳарорати меъёрда ёки субфебрил бўлади. Отоскопияда ноғора парда шишган, ташқи эшитув йўлида тиниқ ажралма тўпланганлиги аниқланади. Қонда ва патологик ажралмалар таркибида эозинофиллар сони кўпаяди.

Клиник белгилари. Одатда ўткир йирингли отит босқичма-босқич кечади. Маҳаллий ва умумий белгилар касалликнинг босқичи ва жараёнинг оғирлиғига боғлиқ. Ўткир йирингли отитнинг клиник кечимини 3 босқичи тафовут қилинади



148-расм. Ўрта қулоқнинг яллиғланишида тешилишгача бўлган даврнинг отоскопик кўриниши

I. Ноғора парда тешилишидан олдинги босқич - ўрта қулоқда экссудат тўпланади, беморда умумий белгилар кузатилади;

II. Ноғора парда тешилиш босқичи ноғора парда тешилиб, қулоқдан йирингли ажралма оқади, умумий ва маҳаллий белгилар камаяди;

III. Репарация ёки тикланиш босқичида яллиғланиш жараёни аста-секин тугаб эшитиш фаолияти тикланади.

Касалликнинг *I-ноғора парда тешилишидан олдинги босқичи* кескин ривожланган маҳаллий ва умумий белгилар билан ифодаланади. Бемор қулоғи оғришига ва шангиллашига шикоят қилади. Кундан кунга зўрайиб борган оғриқ чакка, энса соҳалари ва тишларга тарқалади. Ютинганда, аксирганда, йўталганда оғриқ чидаб бўлмас даражада кучаяди. У ноғора парда шиллик пардасининг яллиғли инфильтрацияси бўшлиқга тўпланган экссудат учшоҳли ва тил ҳалқум асаб толаси шохчаларининг таъсирланиши натижасида оғриқ кучаяди. Баъзан пайпасланганда ёки перкуссия қилинганда сўргичсимон ўсик соҳаси оғрийди. Юз асаб толаси таъсирланиши натижасида юз асаб толаси фалажи бош мия пўстлоғи таъсирланиши натижасида болаларда тутқаноқ белгиси кузатилади. Ноғора бўшлиғидаги суюқлик босими, ноғора бўшлиғи

медиал деворига таъсири, токсинларнинг сўрилиши натижасида беморда бош айланш, мувозанат бузилиши белгилари кузатилиши мумкин.

Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, уйқуси бузилади, тана ҳарорати 38-39 °С кўтарилади, томир уриши тезлашади, ҳолсизлик, дармонсизлик, иштаҳанинг пасайиши кузатилади. Қонда нейтрофилли лейкоцитоз (лейкоцитлар сони 12-15 $\cdot 10^9$ /л, болаларда - 20 $\cdot 10^9$ /л етади), лейкоформула бироз чапга силжиганлиги, эритроцитлар чиқиш тезлиги ошганлиги аниқланади. Бир вақтнинг ўзида ногора парда ва эшитув суякчалари ҳаракатларининг чегараланиши туфайли кулоқ эшитиш ўткирлигини пасайиши қайд этилади.

Отоскопияда дастлаб болғача дастаси бўйлаб жойлашган қон томирларнинг ва ногора парда четларида жойлашган қон томирларининг кенгайганлиги, ёруғлик конуси қисқарганлиги, кейинчалик ногора парданинг қизариши кўпайиб, билиш нуқталари йўқолганлиги кўринади. Ноғора парда бўртган, инфилтратсияланган, баъзан ногора парда бўртган жойлари оқиш рангли тусга киради, унинг ва эшитув суякчаларининг ҳаракати қисман ёки тўлиқ чегараланади, Узангича лабиринт дарчасига ногора бўшлиғидаги босим ошиши натижасида босилиб ҳаракати чегараланади. Беморда суяк ўтказувчанлигининг бироз ёмонлашиши билан кечган кондуктив кулоқ оғирлиги қайд этилади. Грипп, ич терлама, скарлатина, қизамиқда ривожланган отитларда спирал аъзо ва дахлиз-чиғанок асаб толаси зарарланиши натижасида беморда товушни қабул қилиш аппарати фаолияти бузилиши мумкин.

Касалликнинг *II- ногора парда тешилиши босқичи*; ногора парда тешилиб беморнинг кулоғидан дастлаб кўп миқдорда шилимшиқ-йирингли, баъзан қон аралаш ажралма оқади. Бу босқичда оғриқ камаяди, беморнинг умумий аҳволи бироз яхшиланади, тана ҳарорати пасаяди. Отоскопияда ташқи эшитув йўлида қон аралаш йирингли ажралма; ногора парда таранглашган қисмида ҳар хил ҳажмдаги кичик тешикчалар, булар ногора парданинг олд пастки қисмида жойлашади. Отоскопияда баъзан йирингли ажралма ногора парда тешигидан томир уришига мос ҳолда оқиб чиқаётганлиги кўринади, йирингли ажралмани бундай тўлқинланиб чиқиши сабаби қон томирларни қонга тўлган шиллик парданинг томир уриши билан тўлқинланиши туфайли юзага келади.

Баъзан ногора парда тешиги орқали ногора бўшлиғи яллиғланиши натижасида қалинлашган ногора бўшлиғи шиллик пардаси яллиғланиш ўсмаларига ўхшаб кўринади. Бир неча кундан сўнг ажралма қалинлашиб, йирингли ажралмага айланади, миқдори камаяди. Кулоқдан йиринг оқиши одатда 5-7 кун давом этади.

III-репарация босқичида яллиғланиш жараёни тугаб, кулоқдан йиринг оқиши тўхтади, беморнинг эшитиш қобилияти тиклана бошлайди. Ноғора парданинг қизариши ва инфилтратсияси камайиб, бешта билиш белгилари аста-секин пайдо бўла бошлайди. Ноғора парданинг кичик тешиклари қисқа

вақт ичида исзисз ёпилади. Йирик тешиқларда ноғора парданинг ўрта фиброз тўқимаси одатда тикланмайди, бундай ҳолларда тешиқ эпидермис қатлами ва ичкаридан шиллиқ парданинг тикланиши ҳисобидан ёпилади. Шунинг учун бу майдон отоскопияда попирос қоғозини эслатади кейинчалик бу жойда оҳакланиш жараёни ривожланади. Ноғора парданинг айлана йирик нуқсонлари одатда ўз-ўзидан битмайди, ноғора парда шиллиқ қаватининг четлари эпидермис билан бирикиши натижасида доимий куруқ тешиқ ҳосил бўлади. Баъзан ўткир йирингли отитдан сўнг ноғора бўшлиғининг ўзида ҳам фиброзли битишмалар ҳосил бўлиб, эшитув суяқчаларининг ҳаракати чегараланиб қолиши ҳам мумкин.

Касалликнинг ноаниқ, яширин, суст кечадиган кечимларида иккинчи босқич чўзилиб, қулоқдан йиринг оқиши 2-3 ҳафта давом этиши мумкин. Баъзан касаллик суст ва давомли кечади, ноғора парданинг тешилиши юз бермайди, ноғора бўшлиғида қалин, ёпишқоқ ажралма тўпланади. Бунга даволашда йўл қўйилган хатолар, микробларнинг антибиотикларга сезгилиги аниқланмай ўтказилган яллиғланишга қарши терапия, парацентез жарроҳлик амалини ўз вақтида бажармаслик сабаб бўлади. Қатор ҳолларда ноғора бўшлиғида чандикланиш жараёни ривожланиши мумкин.

Баъзан, аксинча, касалликнинг биринчи босқичини клиникаси ўта оғир кечади; беморнинг тана ҳарорати кескин кўтарилади, кучли бош оғриғи, қусиш, бош айланиши, беморнинг умумий аҳволининг кескин оғирлашуви кузатилади. Бу ҳол ноғора парданинг узок вақт тешилмасдан йиринг ташки эшитув йўлига чиқмаслиги билан изоҳланади. Айрим ҳолларда инфекция қисқа вақт ичида ўрта қулоқдан калла суяғи бўшлиғига тарқалиши калла ичи асоратларига сабаб бўлади ва ҳаттоки ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин.

Қатор ҳолларда, ноғора парданинг тешилиши юз берганлигига қарамадан, беморнинг тана ҳарорати пасаймайди, аҳволи яхшиланмайди. Касалликнинг бундай кечими сўргичсимон ўсикнинг яллиғланиши, яъни мастоидитнинг (антрит) ривожланиши билан боғлиқ.

Баъзан касалликнинг оддий кечимида ноғора парданинг тешилишидан кейин, беморнинг аҳволи яхшиланган, тана ҳарорати пасайгандан сўнг тана ҳарорати яна қайта кўтарилиб, қулоқ оғриғи яна кучайиши бошқа клиник белгиларни авж олиши кузатилади. Бундай клиник манзара патологик ажралма чиқарилишининг бузилиши ва уни ўрта қулоқ бўшлиқларида тўпланиб қолиши натижасида юзага келади, патологик ажралмани ушланиб қолишига асосий сабаб яллиғланиш ўсмалари, шиллиқ қават қалинлашиб шишиб қолиши, ёки сўргичсимон ўсимтада яллиғланиш бошланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Узок вақт давомида (3-4 ҳафта) қулоқдан йиринг тўхтамай окса ва тозалагандан сўнг уни ташки эшитув йўлида қайта тўпланиши сўргичсимон ўсик эмпиемаси (мастоидит) ва унинг суяқ тўсиқлари емирилганлигидан дарак

беради. Баъзан йирингни давомли ва тўлқинланиб окиши экстрадурал абсцесснинг белгиси сифатида намоён бўлиши ҳам мумкин.

Касалликнинг оғир клиник кечимида қонда кескин лейкоцитоз (баъзан 15-20 000 мкл $\cdot 10^9 / л$ ва ундан ортик), лейкоформулани кескин чапга силжиши, эозинофилларнинг йўқолиши кузатилса бундай кўриниш ўрта қулоқ йирингли яллиғланишини сўргичсимон ўсимта атакларига ёки инфекцияни қалла суяги бўшлигига тарқалганлигидан далолат беради.

Одатда ўткир йирингли отит 2-3 ҳафта давом этади, тузалиб кетади, ўрта қулоқ яллиғланиши сурункали кечимига ўтади, асоратлар беради. Асоратлар ривожланиши сабаби организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетининг сусайиши, микрофлоранинг вирулентлигини баландлиги ва унинг антибиотикларга бўлган чидамлилиги, ўтказилган даво тадбирларини етарли даражада бўлмаганлиги ҳисобланади.

Таъхис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари ва отоскопия манзараси, аккуметрия, рентген асосида қўйилади. Касалликнинг биринчи босқичида ногора парда қалинлашганлиги, унда чегараланган, кейинчалик тарқоқ кизариш ва инфильтрация пайдо бўлганлиги кўринади. Кейинчалик ногора парда бўртган, билиш нукталари хиралашганлиги; ёруғлик конуси, болгачанинг ташқи ўсимтаси кўринмай қолганлиги аниқланади. Сўргичсимон ўсиқ соҳаси пайпасланганда оғрийди. Кейинги босқичларда ташқ эшитув йўлида йиринг ва ногора пардада тешик борлиги ва бошқалар.

Диф.диагностика: экссудатив отит, сальпингоотит, мирингит

Даволаш. Касалликнинг I босқичида бемор уй шароитида даволанади. Унга витаминларга бой таомлар тавсия қилинади, бурнига 0,1% нафтизин, санорин, галозолин, 0,1% адреналин гидрохлорид, оёқга иссиқ горчичникли ванначалар буюрилади. Бу томчилар эшитув найининг чиқариш фаолиятини яхшилаб, экссудатни ўрта қулоқдан бурунқалқумга чиқарилишини осонлаштиради.

Ташқи эшитув йўлига 3% борат кислотаси, спиртли эритмаси, Ауросан томчилари томизилади ёки тикма қўйилади. Спиртглицеринли аралашма (тенг микдорда олинган борат кислотасининг 3% спиртли эритмаси ва глицерин) билан ташқи эшитув йўлига пиликча қўйиб, бойламлар қўйиш ҳам оғриқсизлантириш таъсирига эга. Ушбу аралашмага шимдирилган пахта ёки дока тасма ташқи эшитув йўлига чуқур киритилади, кейин ташқи эшитув йўлининг тешиги вазелин ёки ёғли кремга шимдирилган пахта бўлағи билан ёпилади. Бундай компрес қулоқ ичида 4-6 кунга қолдирилиши мумкин. Қулоқ ва сўргичсимон ўсимта соҳасига ярим спиртли иссиқ бойлам, УВЧ, соллюкс қўйиш тавсия қилинади, ультратон аппаратини қулоқга мосламаси 5-7 минут давомида ташқи эшитув йўлига киргизилади. Бу муолажа бир кунда 3-4 марта такрорланади. Беморга оғриқсизлантирувчи, тана ҳароратини пасайтирувчи ва тинчлантирувчи дорилар берилади (парацетамол 1г кунига 4 маҳал, аналгин, баралгин, кетонал, аспирин, седалгин).

Кулоқдаги патологик ажралма микрофлорасининг антибиотикларга сезгирлиги аниқлангандан сўнг беморга сульфаниламид дори воситалари (4-6 г, болаларга 1кг тана вазнига 0,1 г) ва антибиотиклар (ампициллин 500 000 ТБ ва ундан ортиқ микдорда мускул орасига, амоксиклав 600 ТБ мускул орасига ёки клоферон 500 000 ТБ ҳар 6 соатда мускул орасига 7-12 кун давомида) буюрилади. Асоратсиз кечган отитларда беморга 7-10 кун давомида амоксициллин ичирилади (0,25 - 0,5 г 3 маҳал овқатдан олдин). Самара бермаган ҳолда 3 кундан сўнг бу антибиотик аугментин (0,375 ёки 625 г кунига 2-3 марта ичиш) ёки цефуроксим аксетил (0,25 ёки 0,5 г кунига 2 маҳал ичиш) билан алмаштирилади. Микрофлораси антибиотикларга сезгир бўлган беморга замонавий макролидлар (рулид 0,15 г кунига 2 маҳал ичиш; рокситрамицин 150 мг кунига икки маҳал эрталаб ичишга овқатдан олдин тавсия қилинади. Беморнинг аҳволи яхшиланганлигига қарамаздан антибиотикотерапия 8-10 кун давом эттирилиши лозим! Антибиотикотерапияни муддатдан илгари тўхтатиш касалликнинг қайталанишига, ноғора бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлишига ва кулоқ оғирлигига олиб келади. Антибиотиклар билан бирга беморга нистатин ва дармон дорилар буюрилади.

Антибиотикларни меатотимпанал усулда юбориш муолажаси, яъни новокаида эритилган ампициллин натрий тузи кулоқ орқаси соҳасига юбориш ҳам самарали усуллардан бири ҳисобланади. Битта муолажага 250000-500000 ТБ ампициллин натрий тузи ва 1,5-3 мл (1% новокаин ёки 0,5% тримекаин) эритилиб ишлатилади. Игна кулоқ орқасига, кулоқ супрасининг бириқиш чизиғи соҳасидан ташқи эшитув йўли орқа ва юқори деворларининг чегараси томон санчилади. Муолажа тўғри бажарилган ҳолда ташқи эшитув йўли орқа ва юқори деворларининг териси ва ноғора парданинг орқа қисми оқаради.

Яллиғланиш жараёнини тўхтатиш мақсадида дегидротация ва гипосенсебилизация тадбирлари ўтказилади: томир ичига 20 - 40% глюкоза, 5% 3-5 мл аскорбин кислотаси, 10% 10,0 мл кальций глюконат ёки кальций хлорид вена ичига аста- секин юборилади, пипольфен, супрастин, димедрол 1 таб 2 -3 маҳал , Лораталь 10 мг бир мартадан кечкурун овқатдан кейин ичишга буюрилади.

Ўткир йирингли ўрта отитни даволашда эшитув найи катетерлаш муолажаси муҳим ўринни эгаллайди. Эшитув найини катетер ёрдамида пуфлаш муолажаси ўрта кулоқни чиқариш ва ҳаво алмашинуви фаолиятини яхшилаш, ноғора бўшлиғи ҳаво босимини пасайтириш, унга керакли дорилар юбориш мақсадида бажарилади. Бундан ташқари катетерлаш эшитув найининг фаолиятини яхшилашга ёрдам бериб, яллиғланиш жараёнининг кечимига ижобий таъсир кўрсатади. Бундай ҳолларда инфекцияни ўрта кулоқ ичига киритишдан чўчиш ассосиз, чунки у аллақачон ноғора бўшлиғига тарқалган, эшитув найи эса ўз ҳимоя вазифасини йўқотган ҳисобланади. Эшитув найини катетер ёрдамида пуфлаш муолажаси ўткир ўрта отитнинг дастлабки

қулариди бажарилиши лозим; касалликнинг II-III босқичларида ҳам у яхши самара беради. Пуфлашдан сўнг ноғора бўшлиғига катетер орқали кўпинча гидрокортизон суспензияси ва натрий хлорид изотоник эритмасида эритилган ампициллин (ёки микрофлоранинг сезгирлигига қараб ёки бошқа антибиотиклар) юборилади. Антибиотикларни ноғора бўшлиғига юборишдан олдин беморда микрофлоранинг дори моддаларига сезгирлиги аниқланиши лозим. Кулоқ ичига ототоксик дори моддаларини юбориш қатъий ман этилади.

Агар олиб борилган даволаш тадбирларига қарамасдан беморнинг ахволи яхшиланмаса, тана ҳарорати маромга келмаса, кулоғи оғриши давом этса, сўргичсимон ўсиқ соҳаси босилганда оғриси, отоскопияда ноғора парда бўртганлиги аниқланса, унда тимпанопункция **парацентез**-ноғора пардасини кесиш жарроҳлик амали бажарилади. Ўткир ноперефаратив ўрта отитда бажариладиган парацентез жарроҳлик амалига кўрсатмалар қуйидаги жадвалда кўрсатилган

1-жадвал

Режали кўрсатмалар (Бецолд учлиги)	Шошилич кўрсатмалар
а) кулоқда кучли оғрик;	а) менингизм ва менингиал белгилар;
б) ноғора парданинг кизариши ва буртиб чиқиши , Шварц белгисининг мусбатлиги;	б) юз асаб толасининг парези ёки фалажи;
в) тана ҳароратининг кескин кўтарилиши .	в) лабиринт фаолиятининг бузилиш белгилари (кулоқ шангиллаши, аралаш кулоқ оғрилиги ёки карлик, бош айланиши, нистагм, гандираклаб юриш, кўнгил айниши, қусиш;
	г) антрит , мастоидит клиник белгилари.

Ёш болаларда ноғора парда катталарниқига нисбатан қалинроқ бўлганлиги ва ўткир йирингли отитнинг умумий белгилари кескинроқ намоён бўлади менингизм белгилари, қусиш тутқанок тутиши каби белгилар бўлиши туфайли уларда парацентез амали кўпроқ қўлланади.

Парацентез жарроҳлик амали қуйидагича бажарилади: ташқи эшитув йўли спирт билан тозалангандан кейин маҳаллий аппликацион оғриқсизлантириш бажарилади - ташқи эшитув йўлига махсус аралашмага (Acidi carbolici 0,5, Mentholi 2,0, Co-caini hydrochloridi 2,0, Spiritus aethylici 10,0) ёки 3% дикаин шимдирилган пахта бўлағи ноғора пардагача киритилади ёки 10% лидокаин аэрозол сепилади. Маҳаллий инфилтратион оғриқсизлантириш анча ишончлироқ усул бўлиб, унда ташқи эшитув йўлининг парда-тоғай қисми суяк бўлимига ўтиш жойида орқа деворининг териси остига 1,5-2 мл 1-2% новокаин ёки 1% лидокаин юборилади.

Айрим безовта болаларда кетаминли оғриқсизлантириш қўлланилади. Ёрдამчи боши ёстиқ устига қўйилган ва яримўтрок ёки ётган ҳолатда бўлган беморнинг бошини ушлаб туради.

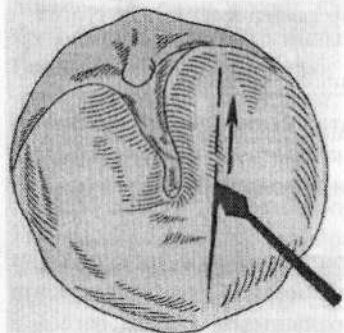
Одатда ноғора парда орқа ёки пастки квадранти соҳасида пастдан юкорига караб кесилади. Парацентез игнаси 1-1,5 мм чуқурликка санчилади, чунки у хаддан ташқари чуқур санчилганда лабиринт девори жароҳатланиши мумкин. Доимий тешик ҳосил килмаслик мақсадида кесим ноғора парда ҳалқасигача етмаслиги керак. Одатда парацентезда ҳосил қилинган сунъий тешик 7-10 кунда ўз-ўзидан нозик чандик ҳосил қилиб битади.

Парацентез бажарилгандан сўнг ташқи эшитув йўлида қон аралаш йиринг пайдо бўлади, шунда унга тоза дока ёки пахта бўлағи киритилади ва кунига 1-2 марта алмаштирилади. Қалин йирингли ажралма 3% водород пероксиди ёрдамида суюлтирилади, сўнг ташқи эшитув йўли зондга ўралган пахта билан тозаланади ёки иссиқ стерил фурацилин билан ювилади.

Ўз вақтида бажарилган парацентез оғриқни ва касалликнинг умумий белгиларини камайишига, яллиғланишни тугашига, асоратларини олдини олишга ва эшитиш қобилиятининг тикланишига ёрдам беради.

Бу жароҳлик амалини оптик асбоблар ёрдамида бажарса яхши бўлади.

Касалликнинг II – босқичида, яъни ноғора парда ўз ўзидан ёки парацентез, микромиринготомия амали ёрдамида тешилгандан сўнг ташқи эшитув йўлига кунига 2-3 марта 3% водород пероксиди томизилиб пахта билан тозаланади, 5% сульфацил натрий, 0,1% фурациллин гармонлар, антибиотиклар томизилади ёки пиликча қўйилади.



Ноғора парда тешилгандан сўнг спиртсиз эритмалар ўрта қулоқ ноғора бўшлиғига *транстимпанал йўл орқали* юборилади. Юқорида қайд этилган антибиотиклар билан гидрокортизон аралашмасибемор ётқизилган ҳолда (ноғора бўшлиқда чандиклар ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадида кейинчалик трипсин, химотрипсин, лидаза ферментлар қўшилади) тана ҳароратида иситилган бир мл микдорда ташқи эшитув йўлига қўйилади ва қулоқ думбоғини ташқи эшитув йўлининг ташқи тешигига енгил

149-расм. Парацентез

босган ҳолда ўрта қулоқ ичига киргизилади. Бунда дори моддалари ноғора бўшлиғидан, эшитув найи ва бурун бўшлиғига тарқалишини яхшилаш учун аввал ташқи эшитув йўлига томир торайтирувчи дорилар (нафтизин, адреналин) ўрта қулоқга киргизилади. Дориларни катетер ёрдамида эшитув найи яъни *транстимпанал йўл орқали* киритиш самарали даволаш усули ҳисобланади.

Биринчи босқичда бажариладиган барча муолажалар (оғриқсизлантиришдан ташқари) иккинчи босқичда ҳам давом эттирилади. Бемор антибиотиклар, антигистамин дориларини қабул қилади, бурнига қон томирларини торайтирувчи томчилар томизилади. Қулоғидан кўп микдорда қалин йирингли

ажралма оқабган беморга муколитиклар (флуимуцил, АЦЦ, флуифорт, синупрет) ва яллиғланишга қарши, гиперсекреция ва шиллик парда шишини камайтириш ҳамда эшитув найи ҳилпиловчи эпителий фаолиятини кучайтириш таъсирига эга бўлган эреспал дори моддаси буюрилади.

Физиотерапевтик муолажалардан УБН, УВЧ, СВЧ ва гелий-неон лазер терапияси тавсия қилинади. Гелийнеон лазер ташқи кулоқ орқали 5 дақиқа давомида таъсир этилади (лазер микдори 24 Дж/см²). Жами 5-6 муолажа ўтказилади (умумий микдори 120-144Дж/см²). Лидаза билан эндураул электрофорез муолажалари ўтказилади.

Беморга кулоғини кунига 2-3 марта мустақил тозалаш лозимлиги ўқтирилади. Кулоқ супрасини орқага ва юқорига (болаларда-орқага ва пастга) тортган ҳолда махсус тайёрланган кулоқ тозалагич ёки зондга ўралган тоза пахта бўлаги ташқи эшитув йўлига ногора пардагача эҳтиётлик билан киритилади ва муолажа пахта куруқ ҳолда чиққанча тақрорланади. Керак бўлганда дастлаб ташқи эшитув йўлига 3% илиқ водород пероксиди эритмаси солиниб, кейин яхшилаб тозаланиб қуритилади.

Ташқи эшитув йўли йирингдан тозалангандан сўнг унга 37°С иситилган дори (0,5% -1% диоксидин, 20% сульфацил-натрий ва таркибида рифампицин бўлган ортоф дориси бир кунда 3 маҳал 4-5 томчидан кулоққа томзилади). Касалликнинг II босқичида спиртли эритмаларни қўллаш ман этилади, чунки спирт ногора бўшлиғи шиллик пардасига салбий таъсир кўрсатиб, оғрикни кучайтиради ва шиллик қавати қалинлашиб, яллиғланиш ўсмалари ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин.

Касалликнинг III босқичида ногора парданинг тешиги одатда нозик, кўзга ташланмас чандиқ ҳосил қилиб ёпилади. Аммо ногора бўшлиғи ичида битишмалар ривожланиши мумкин, бу битишмалар ўз навбатида эшитув суякчаларининг ҳаракатини чеклаб қўйган. Бу босқичда эшитиш қобилиятини тўлиқ тиклаш муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун асосий эътибор эшитув найининг ҳаво алмашинув фаолиятини тиклашга ва организмнинг химоя кучини оширишга қаратилади. Эшитув найи Политцер усулида ёки катетер ердамида, ногора бўшлиғига ферментлар юборилади. Шу мақсадда Зигле қадокчаси ёрдамида ташқи эшитув йўлига ҳаво босими ошириш ва пасайтириш туфайли ҳаракатлантирилади. Витаминлар қабул қилиш тавсия қилинади, беморга биостимуляторлар - апилак, актовегин буюрилади. Эшитиш қобилияти тикланганлигига тўлиқ ишонч ҳосил қилиш мақсадида акуметрия, аудиометрия текшируви ўтказилади.

Яширин ёки суст клиник кечган отитларда касаллик белгиларининг ноаниклигига қарамасдан парацентез амали мумкин қадар эрта бажарилиши лозим. Бундай ҳолларда парацентездан сўнг ногора бўшлиғининг ажралмаси сўриб олинади, кейин эшитув найи фаолияти тикланади, даво муолажалари ўтказилади.

Парацетез амали бажарилгандан сўнг ҳам бемор аҳволи яхшиланмаганлиги сўргичсимон ўсиқ ғорига кириш жойи ёпилганлигидан ва сўргичсимон ўсиқ ғори ва катакларининг яллиғланишидан далолат беради, сўргичсимон ўсимта катакларини яллиғланишини аниқлаш ва уларни даволаш мақсадида шифохона шароитида беморда **антропункция, антродренаж** (трансмастоидал шунтлаш) жарроҳлик амали бажарилади. Маҳаллий огриксизлантириш остида кулок орқаси орқали ёки эндоаурал кесим орқали сўргичсимон ўсиқ ғорининг олд девори, яъни ташқи эшитув йўлининг орқа суяк девори очилади. Кейин диаметри 2 мм бўлган бор ёрдамида суяк 3-4 мм ичкарига сўргичсимон ўсиқ ғоригача тешилади ва зонд билан бирга полиэтилен найча киритилади. Киритилгандан сўнг зонд полиэтилен найчадан ажратилиб, чиқариб олинади. Кетгут ипи полиэтилен найча устида юмшоқ тўқималар билан бирга икки тугун қилиб боғланади. Шунтнинг юқори ва пастки четига биттадан чок қўйилади. Сўргичсимон ўсиқ ғори қўйилган шунт орқали ювилади, унинг ажралмаси сўриб олинади дорилар юборилади ва найча орқали беморга лазер-неон терапияси буюрилади.

Қайталанувчи ва суст кечувчи йирингли отит, кўпинча сурункали йирингли ўрта отитлар ва сўргичсимон ўсиқ ғорига кириш жойининг яллиғланиши ўрта кулок суяк деворларининг емирилишига олиб келади.

Бундай ҳолларда эндоаурал йўл орқали маҳаллий огриксизлантириш остида йиринг ва чириган суяк тўқималарини **тозаловчи жарроҳлик амали** бажарилади. Микроскоп остида ташқи эшитув йўли суяк қисмининг териси ноғора парда ҳалқасидан 4 мм ташлаб ўнг кулоқда соат мили бўйича 12 дан 8 гача, чап кулоқда 12 дан 4 гача майдонларида кесилади. Сўргичсимон ўсиқ ғорининг олд девори очилгандан сўнг ғорга кириш жойи кўринади. Бу майдон болғачанинг ташқи ўсимтасидан ташқи эшитув йўлининг устки қиялиги томон хаёлан ўтказилган чизикнинг ўртасида жойлашади. Ғорга кириш жойи парма тишлари ёрдамида тешилиб микроилгак, микроқошиқча ёрдамида ва электрсўргич ёрдамида йиринг чириган суяк, яллиғланиш ўсмаларидан тозаланadi, ювиб сўриб олинади.

Ғорга кириш жойининг ўтказувчанлигини текшириш мақсадида қуйидаги синама бажарилади. Ғорга кириш жойига бўш игна киритилиб, унга шприц ёрдамида 1 см³ суюқлик юборилади. Ғорга кириш жойи ўтказувчан бўлганда, суюқлик ноғора бўшлиғида кўринади (микроскоп остида). Олд деворда ҳосил қилинган тешикка найча киритилади, сўнг бу найча орқали жарроҳлик амалидан сўнг 7-10 кун давомида лазер-неон терапияси ўтказилади (умумий микдори 300Дж/см²).

Замбуруглар кўзгатган ўрта отит нистатин ва леворин дори воситалари билан даволанади (даволаш 10 кунлик танаффус билан 2 ҳафта давомида олиб борилади ва 2 марта такрорланади). Маҳаллий даволашда имидазол, ламизол, низарал дорилари-нитрофунгиннинг спиртли эритмаси ёки канестен ва амфотерицин В малҳами қўлланилади.

Гриппдан сўнгги отитни даволашда юқорида қайд этилган тадбирлардан ташқари, вирусга қарши дори воситалари қўлланилади. Грипп касаллигида ривожланган ўткир отит купинча кохлеар неврит ривожланиши билан бирга кечади, шунинг учун беморда акуметрия, аудиометрия текширувлари ўтказилади, агар ўткир сенсоневрал кулоқ оғирлиги ривожланган бўлса, даволаш тадбирлари ўтказилади.

Аллергик омиллар сабаб бўлганда оғриган беморларга специфик ва носпецифик гипосенсибилизация буюрилади.

Якуши. Ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши куйидагича яқунланиши мумкин:

1. Согайиш- беморда отоскопия манзараси ва эшитиш қобилияти тўлиқ тикланади, ноғора парда нуксони чандиксиз битади, баъзан ҳосил бўлган чандик оҳакли тузлар - петрификатлар билан қопланади.

2. Ўрта кулоқ ноғора бўшлиғида чандикланиш жараёни ривожланади-ноғора пардада куруқ тешик ҳосил бўлади, эшитув суюқчалари орасида ҳосил бўлган битишмалар натижасида уларнинг ҳаракатчанлиги чегараланади, беморда кучайиб боровчи кондуктив кулоқ оғирлиги ривожланади.

3. Касаллик сурункали шаклига (сурункали йирингли ўрта отитга) клиник кечимига ўтади. Ноғора пардада доимий тешик ҳосил бўлади, кулоқдан йиринг оқиши қайталаниб туради, эшитиш ўткирлиги пасаяди.

4. Беморларда у ёки бу асоратлар ривожланади - мастоидитлар (болаларда анtrit), петрозит, зигоматодит, лабиринтит, юз асаб толаси фалажи, менингит, бош мия ва миёча хушпозлари ва синус тромбози, отоген сепсис).

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ

айниқса кўп учраб, у барча амбулатор ва стационар беморларнинг 15-16% ташкил этади. Чақалоқларда йирингли ўрта отитнинг ривожланишига Enterobacteriaceae оиласига мансуб грамманфий таёқчалар (*E.coli*, *K. pneumoniae* ва бошқ.) сабаб бўлса, бир ойлик ва ундан катта болаларда (катталардагидай) уни *S. pneumoniae* ва *H. influenzae* кўзгатади.

Болаларда ўрта кулоқ ўткир яллиғланиши кўп учраши ва ўзига хос белгилар билан кечиши куйидаги омилларга боғлиқ бўлади:

1. Ёш болаларда ўрта кулоқнинг анатомик тузилиши ва физиологияси ўзига хос хусусиятларга эга бўлади :

а) кичик ёшдаги болаларда эшитув найи калта ва кенг булиб, бироз горизонтал ҳолатда жойлашади;

б) чақалоқларда, ёш болаларда ўрта кулоқ бўшлиғида ҳаво ва юпқа шиллик парда ўрнида микроблар кўпайишига қулай шароит яратувчи юмшоқ миксоид тўқима ва ҳомила атрофии суюқлигининг қолдиқлари бўлиши;

2. Ёш болаларда ўрта қулоқ шиллик падасининг маҳаллий иммунитети, ва бола организмнинг умумий иммунитети яхши ривожланмаган бўлиши;

3. Ёш чакалок кўпроқ вақт давомида горизонтал ҳолатда ётиши, сақланиши натижасида эшитув найи кенг ва катта бўлганлиги сабабли сут ва суяқ овқат парчалари ноғора бўшлиғига тарқалиб, уни яллиғланишига олиб келиши мумкин;

4. Ёш болаларда қизамик, скарлатина, дифтерия каби юқумли касалликларда ўрта қулоқ яллиғланиши кўп учрайди ва оғир кечади.

5. Болалардаги ўткир тонзиллит, бурун ҳалқум муртаги катталашуви унинг яллиғланиши эшитув найининг бурун ҳалқумда очилган тешигини ёпиб қўяди, натижада уни фаолияти бузилади бу эса ўз навбатида ўрта қулоқ яллиғланишига олиб келади.

6. Ҳомила ва туғруқ даврининг оғир кечиши, чала туғилиш акушерлик муолажалари вақтида жароҳатлар, сунъий овқатлантириш ўткир ўрта отитнинг ривожланишига ёрдам беради ва гипотрофия, авитаминоз, рахит, диатез билан оғриган болалар орасида ўрта қулоқ яллиғланиши ноаниқ клиник кечимлари кўпроқ учрайди.

Клиник белгилари. Ёш болаларда ўткир йирингли ўрта отитнинг клиник кечими ўзига хос хусусиятларга эга. У кўпинча иккиламчи касаллик сифатида ўткир респиратор вирусли инфекцияларда, қизамик, скарлатина, дифтерия ва сепсисдан сўнг ривожланиб, кескин ва ўткир бошланади. Боланинг тана ҳарорати дастлаб субфебрил, бир, икки кундан сўнг 39,5 - 40⁰ С кўтарилади. Қулоқ думбоғи босилганда оғриқни пайдо бўлиши касалликнинг муҳим белгиларидан бири ҳисобланади. Қулоғи оғриган боланинг ҳатти-ҳаракати катта ёшдаги беморникидан фарқ қилади; дастлабки кунларда у кўп йиғлайди, қичқиради, кўкракни эма олмайди, оғриган қулоғини онасининг қўлига ишқалайди, уйқуси бузилади. 4-5 ойлик бола бошини ҳар томонга ташлаб йиғлайди. Кейинчалик у, аксинча, қарахт ва кўп ухлайдиган бўлиб қолади.

Ўрта қулоқ ва калла суяги ичи бўшлиғи қон томирлари ўртасидаги алоқалар ҳамда ёш болаларда тошсимон-тангача суяклар тирқишининг очиқлиги бош мия пардаларининг таъсирланишига, яъни менингизм белгиларининг пайдо бўлишига сабаб бўлади (қусиш, бошни орқага ташлаш, оёқ-қўл мускуллари гипертонуси). Бунда бош мия пардалари бактерия токсинларидан таъсирланади, ноғора парда тешилиб, ўрта қулоқ бўшлиғи йирингдан бўшагандан сўнг менингизм белгилари тез йўқолади.

Ўткир ўрта отит билан оғриган болада баъзан ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши, яъни ўткир диаррея белгилари (қусиш, ич кетиши) кузатилади.

Ташхис. Болаларда отоскопия манзарасини тўғри баҳолаш касалликни ўз вақтида аниқлаш учун муҳим аҳамият касб этади. Ташқи эшитув йўли тирқишсимон шаклда бўлганлиги, кучган эпидермис тўплами, ноғора

парданинг деярли горизонтал жойлашганлиги отоскопия текширувини анча қийинлаштиради. Бундан ташқари ёш болаларда ногора парда йўғон, хира бўлиб, у қулоқни тозалаганда ёки бола кичкирганда тез қизаради.

Аммо ногора парданинг тарқоқ қизариши, инфильтрацияси, билиш нукталарининг ноаниқлиги ўткир яллиғланишдан далолат беради ва болада ўткир йирингли жараённинг бошқа клиник белгилари аниқланганда шошилиш тимпанопункция парацентез амалларини бажариш талаб қилади. Баъзан ногора парда хира, кулранг ёки сарғиш, кучган эпидермис билан қопланган бўлса, бошқа ҳолларда у юпка, олд сегментлари орқали хира доғга ўхшаган йиринг кўринади. Тўрт қисмини бирида бирида инфильтрланган ва буртган майдоннинг кўриниши ҳам ўткир ўрта отитга хос белги ҳисобланади.

Катта кишилардагидай ўткир ўрта отит болаларда ҳам уч босқичда кечади. Аммо ногора парда қалин бўлганлиги, ногора бўшлиги шилиқ пардаси ажралмани тез сўриб олиш қобилияти борлиги ҳамда ажралма кенг ва калта эшитув найи орқали осон чиқарилиши натижасида болаларда кўпинча ногора парда тешилмай соғайиш жараёни кузатилади.

Даволашда клиник белгиларнинг кескинлиги, мавжуд бўлган асоратлар ва боланинг умумий аҳволи эътиборга олинади. Ўткир йирингли отитни комплекс даволашда антибиотикотерапия муҳим ўринни эгаллайди. Хусусан икки ёшгача бўлган ва клиник белгилари кескин ривожланган, тана ҳарорати 38°C ва ундан балинд бўлган болаларга албатта антибиотик буюрилади. Кўпинча боланинг ёшига қараб бетта-лактам антибиотиклари (аугментин, цефуроксим) Ампициллин, цефозилин, амоксиклав керакли дозада, тана вазнини ҳисобга олиб тавсия қилинади.

Болаларда ўткир ўрта отит кўпинча бурун ва бурунҳалқум касалликлари билан бирга кечиши сабабли эшитув найи ўтказувчанлигини яхшилаш, ажралмани ногора бўшлигидан чиқариш мақсадида бурун ва бурун-ҳалқум шиллиқ пардасининг шишини камайтириш тадбирлари ўтказилади. Бунинг учун боланинг бурнига 0,025-0,05% нафтизин, санорин, називин каби қон томирларни торайтирувчи томчилар солинади. бир ёшгача бўлган болага эмишдан 10 дақиқа олдин бурнига бир томчи 0,1% адреналин гидро хлорид қўшилган изотоник 0,9, 1,0% натрий хлор эритмаси қўшиб томизилади. Томчи томизишдан олдин боланинг бурни тозаланади, ёш болаларда бурун ажралмаси резина баллонча ёрдамида сўриб олинади. Яллиғланишга қарши тадбирлар билан бир қаторда протаргол, колларгол эритмалари бурунга томизиш тавсия қилинади. Қулоқдаги яллиғланиш жараёни тугагандан сўнг бурун ҳалқумга ўсган лимфoid тўқималар аденомотомия жарроҳлик йўли билан олиб ташланади ва эшитув найи фаолияти тикланади.

Болаларда тимпанопункция ва парацентез жарроҳлик амали иложи борича эртароқ бажарилиши лозим. Отоскопия манзараси ишончли бўлмаган, аммо боланинг аҳволи ёмонлашиб борган ҳолларда тимпанопункция ва парацентез жарроҳлик амалларини бажариш мақсадга мувофиқ бўлади. Болаларда ҳам

ноғора парда катталардагидек орқа пастки квадрантида кесилади. Парацетездан сўнг ташки эшитув йўлида йирингни пайдо бўлиши отитнинг энг ишончли белгиси ҳисобланади, баъзан йиринг бир неча соатдан сўнг пайдо бўлиши мумкин. Парацетез жарроҳлик амалидан сўнг боланинг аҳволи тез яхшиланади, баъзан бир неча кундан сўнг касаллик яна авж олиши мумкин, бундай ҳолларда парацетез жарроҳлик амали такрорланади. Бу ҳам керакли натижа бермаганда сўргичсимон ўсимта катакларининг яллиғланиши ривожланганлигига шубҳа туғилади, яъни керакли текширувлар ўтказилиб, антропомия жарроҳлик амали бажарилади.

Ёш болаларда ноғора парда тешилгандан сўнг ноғора бўшлиғида яллиғланиш ўсмалари ҳосил бўлиши катталарга нисбатан кўпроқ кузатилади. Яллиғланиш ўсмалари ноғора парда тешигини ёпиб ажралма чиқарилишини қийинлаштиради. Шунинг учун боланинг кулоғига қон томирларни торайтирувчи дорилар, масалан 0,1% адреналин гидрохлорид (3 томчидан 2 маҳал бир кунда кулоққа томизилиб турилади) Кейин ташки эшитув йўли пахта бўлаги билан тозаланиб, унга 30% сульфацил-натрий- 5 томчидан 3 маҳал бир кунда томизилади, фурацилинга, новокаинга эритилган пиликчага шимдирилиб, ташки эшитув йўлига қўйилади, антибиотиклар томизилади.

Профилактикаси. Ўрта кулоқ касалликларини олдини олиш чоралари бола туғилгандан бошлаб олиб борилиши лозим. Гигиена - қондаларига риоя қилиш, организм ҳимоя кучини ошириш, ўткир респиратор касалликларни олдини олиш, чиниктириш, сув муолажалари, тўғри овқатлантириш, витаминларга бой таомлар бериш болаларда ўткир отитни олдини олишга ёрдам берувчи муҳим омиллардир. Эмизикли болаларда кулоқ касалликлари камдан-кам ҳолларда кузатилади.

Болаларда бурун ва бурун ҳалқум касалликлари ўрта кулоқ яллиғланишига олиб келади. Шунинг учун бурун ва бурун ҳалқум касалликларини олдини олиш ўрта кулоқ касалликларининг ривожланмаслиги учун муҳим аҳамиятга эга. Ўткир респиратор касаллик билан оғриган болада биринчи навбатда бурун орқали нафас олиш фаолияти тикланиши лозим. Эшитув найини анотомик тузилишини ҳисобга олган ҳолда эшитув найи орқали инфекция тарқалиши овқат моддалари киришини олдини олиш мақсадида эмизикли болаларни овқатлантириш вақтида бироз вертикал ҳолатда ушланиши лозимдир.

Кўпинча болаларда ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланиши бошқа умумий касалликларнинг белгилари остида яширин кечади (отоскопия манзараси ноаник, безовталиқ, тана вазнинини йўқотиш, қусиш, ич кетиш, тутқаноқ, бошини орқага ташлаш, эмаслик каби белгилар) шунинг учун даволашда оториноларинголог ва педиатрнинг ҳамкорлиги муҳим аҳамиятга эгадир.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН ЎРТА ҚУЛОҚ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

одатда оғир кечади ва организм ҳимоя кучининг пасайиши ҳамда кўзгатувчининг вирулентлиги билан боғлиқ бўлади. Одатда инфекция ногора бўшлиғига эшитув найи орқали, баъзан гематоген лимфоген йўл орқали тарқалади. Юқумли касалликларда яллиғланиш иккала кулоқда бир вақтда ривожланиб, ўрта ва баъзан ички кулоқ тузилмаларида некротик жараён тез ривожланади ва тарқалади.

Ўрта кулоқ яллиғланиши юқумли касалликнинг бошланғич даврида ривожланиши мумкин, шунда жараён асосий касалликнинг барча хусусиятлари билан кечади; баъзан у иккиламчи жараён сифатида юқумли касалликнинг кейинги босқичларида ҳам ривожланиши мумкин.

ГРИППДАН СЎНГГИ ЎРТА ОТИТ

одатда грипп эпидемияси пайтида кузатилади. Яллиғланиш геморрагик шакли билан кечади. Ташқи эшитув йўли суяк қисми терисининг эпидермиси остига ва ногора пардада геморрагик ёки серозли пуфакчалар-тери ости (қонталашлари) пайдо бўлади. Бундай қон талашлар геморрагик пуфакчалар, ёки бўллалар деб аталади, шунинг учун бундай отит буллёз отит деб юритилади. Отоскопияда ногора парда ва ташқи эшитув йўли терисининг тарқоқ қизариши билан бирга 2-3 дона айлана тўқ-қизил геморрагик пуфакчалар кўринади. Пуфакчалар очилганда кам микдорда қон аралаш ажралма пайдо бўлади.

Яллиғланиш жараёни кўпинча ногора усти чуқурлигида жойлашади ва оғир кечади. Баъзан беморда яллиғланиш жараёни ички кулоқга тарқалиши ва менингитнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Гриппдан кейин ривожланган отитда даволаш тактикаси ногора бўшлиғини парацентез ёрдамида дренажлаш, антибиотикларни кенг қўллаш амоксиклав, амоксицилин клофарон ва дезинтоксикация (глюкоза 10%, гемодез 0,9% натрий хлорид, витаминлар, десенсибилизация 10 %, кальций хлор, кальций глюконат, супрастин, кортикостероидлардан иборат. Бир вақтнинг ўзида маҳаллий даволаш тадбирлари бурун бўшлиғига интерферон томизиш ва ингаляция қилиш, эшитув найи фаолиятини яхшилаш учун бурун бўшлиғига нафтизин, галозин томизилади ёки ингаляция қилинади, ташқи эшитув йўлларига борат кислота 3% стерил эритмаси, ауросан эритмалари билан пиликча қўйиш, сўрғичсимон ўсимта соҳасига иситувчи ёки спиртли бойламлар қўйиш, симптоматик даво тадбирларини ўтказиши (иситмани тушурувчи, оғриқни қолдирувчи ва бошқалар) керак бўлади. Йирингли ажралманинг микдори кўпайган ва суяк деструкциялари жараёнининг белгилари пайдо бўлгандагина сўрғичсимон ўсиқ соҳасида жаррохлик амали бажарилиши лозим бўлади. Гриппдан кейин ривожланган ўрта кулоқда йирингли ажралма йўқлиги

исботланган тақдирда агар асорат сифатида менингит ривожланган бўлса, одатда, жаррохлик даволаш усули ўтказилмайди, чунки у менингит кечимига ижобий таъсир кўрсатмаслиги мумкин.

Гриппдан кейин ривожланган отитда беморнинг эшитиш ўткирлиги кобилияти текширилиб турилади, чунки бундай беморларда кеч ривожланган кондуктив кулоқ оғирлиги билан бирга ўзига хос патогенетик даволаш тадбирларини талаб қиладиган сенсоневрал кулоқ оғирлиги белгилари ҳам ривожланиши мумкин.

СКАРЛАТИНА ДАН СЎНГГИ ОТИТ

кўпинча кичик ёшдаги болаларда учрайди. Жараён ўрта кулоқ суяк ва юмшоқ тўқималарининг некротик яллиғланиш билан кечади. Скарлатина ва қизамиқдаги некротик отит одатда юқумли касалликнинг бошланишида ривожланиб, кўпинча бурун ва ҳалқумнинг некротик жараёнлари ҳам бир вақтнинг ўзидан учрайди. Қизамиқ касаллигида отит тошмалар пайдо бўлган даврида ёки ундан олдин ёки кейин ривожланади.

Некротик отитда юзага келган ўрта кулоқ қон томирлари тромбози ноғора бўшлиғи шиллиқ пардаси, эшитув суякчалари ва сўргичсимон ўсиқ суяк тўқимасининг некрозига олиб келади. Инфекция тошсимон - тангача тиркиши ёки некротик жараён ҳосил қилган йўллар орқали калла суяги бўшлиғига тарқалганда болада оғир калла суяги ичи асоратлари ривожланади (йирингли менингит, сигмасимон синус тромбози, бош мия ва мияча абсцесси). Баъзан юз асаб толасининг фалажлари ривожланади.

Клиник белгилари. Скарлатина ва қизамиқда ўрта кулоқ яллиғланиши клиник белгисиз бошланади, бу даврда чунки асосий касалликнинг клиник белгилари етакчилик қилади. Кулоқнинг патологик жараёни яширин бошланади, ноғора парда тез некрозга учраши туфайли беморнинг кулоғи оғирмайди. Касалликнинг биринчи белгиси - бу кулоқдан кўп миқдорда бадбўй йиринг оқиши, сўргичсимон суяк соҳасида оғрик, эшитиш ўткирлиги пастлиги у суяк тўқимаси яллиғланишидан далолат беради. Отоскопияда ноғора пардада ҳажми катта бўлган тешилиш, ҳаттоки бутунлай емирилиши; баъзан ноғора парда тешилиши бир кун ичида ҳосил бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёни кўпинча сурункали шаклга ўтиши мумкин.

Некротик жараён ички кулоққа тарқалганда беморда серозли ёки йирингли лабиринтит ривожланиб, кулоқнинг эшитув ва вестибуляр фаолиятлари баъзан тўлиқ издан чиқиши кузатилиши мумкин. Икки томонлама некротик лабиринтит ривожланганда ёш болаларда сенсоневрал карлик ривожланиши мумкин.

Даволаш тадбирлари асосий касалликни ва маҳаллий бергиларни комплексдаволашга қаратилган бўлади. Қизамиқ ва скарлатинада антибиотикларни ўз вақтида, тўғри қўллаш некротик отит ва унинг

асоратларини олдини олишга ёрдам беради. Ўткир юқумли касаллик билан оғриган беморларда бурун, оғиз ва халқум бўшлиқларини парваришlash, ўрта кулоқ яллиғланиши клиник белгилари пайдо бўлганда- тегишли даволаш тадбирларини ўтказиш талаб қилинади.

Сўргичсимон ўсиқ катакчаларининг некрози ривожланган беморда жаррохлик даволаш усули қўлланади ва некрозга учраган тўқималар соғлом суяк тўқимасигача олиб ташланади. Кулоқ ортидаги жароҳат комплекс даволаш тадбирлари билан бирга очиқ усулда даволанади.

МАСТОИДИТ

(mastoiditis)- сўргичсимон ўсиқ шиллик пардаси ва суяк тўқимасининг йирингли яллиғланиши. Касаллик ўткир йирингли отит ва сурункали отитнинг асорати сифатида ривожланади.

Мастоидитнинг қуйидаги шакллари тафовут қилинади:

- 1) бирламчи мастоидит – ноғора бўшлиғи яллиғланиши билан боғлиқ бўлмаган сўргичсимон ўсимта катакларининг яллиғланиши;
- 2) иккиламчи мастоидит;
 - а) ўткир йирингли ўрта отитда ривожланган оддий мастоидит, шу жумладан чўққи-бўйин (Бецельд) мастоидити;
 - б) нотипик мастоидит- ноғора парда тешилмасдан ривожланган ўрта кулоқ яллиғланишида ривожланган мастоидит ва қайталанувчи мастоидит.



1.

2.

3.

4.

150-расм.Мастоидит диагностикаси ва яллиғланишни тарқалиши

- 1.Отоскопияда ташқи эшитув йўлини суяк қисмини осилиши (Шварц белгиси)
2. Мастоидит билан касалланган беморда кулоқ супрасининг олдинга силжиши
3. Мастоидитда рентген текширишида сўргичсимон ўсимта катаклариди хаво зичлигининг пасайганлиги кўринади.
4. Мастоидитда йирингли жараённинг тарқалиш йўллари.

Зигоматит, сквамит ва петрозитлар мастоидитнинг алоҳида ривожланган шакллари ҳисобланади. Мастоидит кўпинча сўргичсимон ўсиқ катакларининг пневматик тузилиши шаклида ривожланади.

Этиологияси. Мастоидитнинг ривожланишига ўткир йирингли ўрта отитни кўзгатган микроблар сабаб бўлади. Қуйидаги омиллар яллиғланиш жараёнини сўргичсимон ўсиқ катакларига тарқалишига ёрдам беради: 1) кўзгатувчи микроблар вирулентлигини баландлиги;

2) қандли диабет, сил, буйрак касалликларига чалинган беморлар;

3) ўрта қулоқдаги патологик суюқликни ташқи эшитув йўлига чиқара олмаслиги;

4) ўткир отитни етарли даволамаслик натижасида парацентез жарроҳлик амали кечиктирилганда.

5) Организмнинг умумий ва маҳаллий иммунитетининг пастлиги

Сўргичсимон ўсиқ яллиғланишидаги патологоанатомик ўзгаришлари мастоидитнинг клиник босқичлари кечимига боғлиқ бўлади:

I-экссудатив босқичда *мукопериостит*, яъни сўргичсимон ўсиқ катакларининг шиллиқ ва мукопериост (суяк усти) пардаси яллиғланади. Шиллиқ пардада мукоид шиш, кичик ҳужайрали инфильтрация, қон айланишининг бузилиши кузатилади; сўргичсимон ўсиқ катакларидида серозли, йирингли ва қон аралаш йирингли экссудат тўпланади;

II- альтерация, ёки суяк тўқималарида яллиғланиш босқичида *остеит* ривожланади. Яллиғланиш жараёни сўргичсимон ўсиқ катакларининг суяк деворларига тарқалиб, уларни парчалайди;

III- сўргичсимон ўсиқ суяк эмпиемаси босқичида сўргичсимон ўсиқ катаклари ўртасидаги тўсиқлар емирилиб, йиринг билан тўлган умумий бўшлиқ ҳосил бўлади.

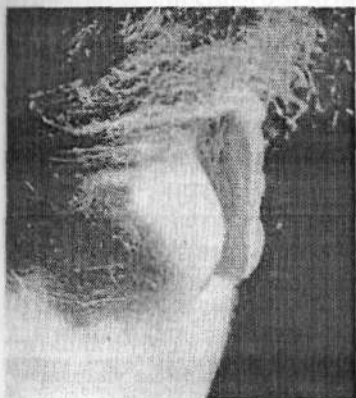
Суяк тўқимасининг емирилиши жараёни ўрта ва орқа калла суяги чуқурчалари соҳасидаги бош мия қаттиқ пардасигача тарқалиши ва турли калла суяги ичи асоратларини ривожланишига олиб келиши мумкин.

Клиник белгилари. Ўткир йирингли ўрта отит ривожланишини 2-3 ҳафтасида, беморнинг аҳволи бирданига яна қайта оғирлашиб, тана ҳарорати кўтарилди, боши оғрийди, қон ва сийдикда яллиғланишга хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Сўргичсимон ўсиқ соҳаси шишиб, пайпасланганда оғрийди, қулоқ орти бурмаси текисланади, қулоқ супраси олд томонга бўртиб чиққан, шишади. Бемор “оғриган” қулоғи шанғиллашига ва эшитиши ёмонлашганлигига шикоят қилади.

Отоскопияда қулоқдан тўлқинланиб кўп микдорда сариқ қуюқ йиринг оқаётганлиги кўзга ташланади; ташқи эшитув йўли тозалангандан сўнгра тез орада ташқи эшитув йўли йиринг билан тўлади. Баъзан йиринг на фақат ноғора

парда тешигидан, балки ташқи эшитув йўлининг орқа деворидан оқиб чиқиши ҳам мумкин, агар суяк тўқимаси емирилган бўлса.

Ташқи эшитув йўлининг суяк қисмида орқа-юқори деворининг осилиши мастоидитнинг муҳим отоскопик Шварц белгиси ҳисобланади. Бу белгининг ҳосил бўлиши механизми шундан иборатки, Сўргичсимон ўсиқ катакчаларида ривожланган яллиғланиш жараёни натижада сўргичсимон ўсиқ олд девори ва антрум периостити сўргичсимон ўсиқ олд девор соҳасини ва уни ғорга кириш жойини патологик ажралма билан босилиши натижасида юзага келади. Қатор ҳолларда бу майдонда оқма ҳосил бўлади ва йиринг оқма орқали ташқи эшитув йўлига чиқарилади.



151 -расм. Мастоидит

(орқа томондан кўриниши)

Айрим ҳолларда, масалан, ноғора парданинг тешиги ёпилиб, йирингни чиқарилиши бузилганда ёки сўргичсимон ўсиқ ғорига кириш жойи ёпилиб қолиши юзага келганда, беморнинг кулоғидан йиринг оқиши тўхтаб қолиши мумкин.

Баъзан йиринг сўргичсимон ўсиқнинг катаклари ва суяк тўқима емирилиши натижасида иринг суяк усти тўқимаси остига чиқади, *субпериостал абсцесс*нинг ривожланишига олиб келади; беморда кулоқ орқаси териси шишиб, кулоқ орти бурмасининг текисланиши ва кулоқ супрасининг олд томонга бўртиши билан намоён бўлади.

Бундан ташқари, йиринг ўз-ўзидан антрумнинг ташқи девори соҳасига ёки бошқа майдонларга очилиши мумкин. Масалан, йиринг сўргичсимон ўсиқ чўққисининг ички юзасидан бўйин фасциялари орасига тарқалганда чўққи-бўйин (Бецольд) мастоидити, сўргичсимон ўсиқ чўққисининг ташқи девори орқали очилганда - Орлеанский мастоидити, сўргичсимон ўсимта орқали икки қоринчали мускулнинг ички томонига очилганда чуқур бўйин абсцесси- Муре мастоидити, чакка суягининг ёноқ ўсиғига тарқалганда - зигоматицит, унинг тангача чакка суягининг пала суяги ички қисмига очилганда- скваматит, тошсимон қисмига тарқалганда - петрозит ривожланади.

Чўққи-бўйин мастоидитида бўйин юмшоқ тўқималари шишади, баъзан шиш сўргичсимон ўсиқ чўққисидан умров соҳасигача тарқалади. Бемор бошини ён томонга бурганда кескин оғриқ пайдо бўлиши туфайли бемор бошини яллиғланган томонга эгиб туради. Баъзан йирингни бўйин бўшлиқларидан кўк оралиғига тарқалиши натижасида беморда медиастенит ривожланиши мумкин.

Зигоматицит ва скваматда яллиғланган майдон терисининг қизариши, инфильтрацияси ва маҳаллий оғриқ юзага келади. Петрозитда Граденигонинг

уч белгилар (ўткир йирингли ўрта отит, тригеминит уч шоҳли асаб толаси тарқалиши бўйлаб кучли оғриқ ва узоклаштирувчи асаб толаси билан таъминланган мускуллар парез ёки фалажи) кузатилади.

Мастоидитда отоскопияда ноғора парда кўпинча қизарган, шишганлиги кўринади.

Ноаниқ, баъзан оғриқсиз, ноаниқ яширин клиник белгилар билан кечган мастоидитни шакли деярли доимо сўргичсимон ўсиқ суяк тўқима тузилмаларининг яллиғланиши, емирилиши билан кечади. Бундай мастоидитнинг ривожланишида; бемор ёши, умумий ва маҳаллий иммунитетининг ҳолати, микроб вирулентлиги, чакка суягининг ўзига хос анатомик тузилиши, хусусан - унинг катаклари тузилиши ва етарли бўлмаган даволаш тактикаси муҳим аҳамиятга эга бўлади.

Таъхис. Аниқ клиник белгилар билан кечган мастоидитда ташхис қийинчилик туғдирмайди. Мастоидитнинг яшириш ноаниқ клиник белгилар билан кечишини аниқлашда эса касалликнинг барча объектив белгилари эътиборга олинади. Шюллер бўйича чакка суяги рентгенографиясида зарарланган ва соғлом кулоқлар бир-бирига таққосланади; рентгенограммада зарарланган кулоқда сўргичсимон ўсиқ ғори ва катаklarининг ҳаво сақлаш ҳолати пасайганлиги, катаklar орасидаги суяк тўсиқлари парчаланганлиги, йиринг ва яллиғланиш ўсмалари билан тўлган бўшлиқ ҳосил бўлганлиги аниқланади. Зарур бўлганда КТ ва МРТ текширувлари ўтказилади ва улардаги ўзгаришлар инobatга олинади.

Баъзан мастоидитни қуйидаги касалликлардан фарқлаш керак бўлади:

1) сўргичсимон ўсиқ катаklари периостити - бунда ташқи эшитув йўли суяк қисмининг орқа-юқори девори осилмайди, ноғора пардада парацентез жарроҳлик амали бажарилгандан сўнг паталогик белгилари камаяди ва беморнинг аҳволи яхшиланади;

2) кулоқ орқаси лимфа тугунлари яллиғланиши - бунда ноғора парда, ноғора бўшлиғида ва ташқи эшитув йўлида паталогик ўзгаришлар бўлмайди, беморнинг эшитиш қобилияти сақланади.

3) абсцессга айланган ташқи эшитув йўли орқа деворининг чипқонида ҳам кулоқ супрасининг орқаси шишади. Аммо унда ноғора парда ўзгармайди, беморнинг эшитиш қобилияти сақланади, кулоқ супраси тортилганда, кулоқ думбоғи босилганда, пастки жағ суяги ҳаракатида, чайнаганда оғриқ кучаяди. Чипқонда отоскопияда ташқи эшитув йўлининг тоғай қисми тораяди, мастоидитда-суяк қисмининг торайиши ва юқори орқа девори осилиши кузатилади. Сўргичсимон ўсиқ соҳасидаги шишни бармоқ билан босилганда: чипқонда бармоқ изи қолади, мастоидитда бармоқ изи тез текисланади ва оғрикли бўлади.

4) чакка суяги соҳаси флегмонаси- беморда тризм ва оғиз бўшлиғида паталогик ўзгаришлар кузатилади, беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди,

отоскопияда ташки эшитув йўлининг орқа-юкори девори осилмайди ва ўрта кулоқда йиринг бўлмайди, ногора парда ўзгармаган..

5) бўйиннинг чуқур флегмонаси-кулоқда патологик ўзгаришлар аниқланмайди, беморнинг эшитиш қобилияти ўзгармайди ва сўргичимон ўсиқнинг катаклариди патологик ўзгаришлар бўлмайди.

6) энса соҳаси флегмонаси - сўргичсимон ўсиқ ва энса суяги орасида суяк усти пардаси остида йиринг тўпланади, отоскопияда ногора пардада ўзгаришлар бўлмайди. Беморнинг касаллик анамнези, эшитиш қобилияти ўзгармайди. Флегмона бўлган соҳа тешиб, жарроҳлик амали ёрдамида очиб кўрилганда аниқ диагноз кўйилади.

7) кичик энса асаб толасининг невралгияси кулоқ орқаси соҳасининг териси кескин оғриши билан намоён бўлади. Бемор бошини пастга ёки ён томонга бурганда оғрик кучаяди; оғрик бошни эгувчи ва трапециясимон мускуллар орасида, яъни энса асаб толасининг чиқиш нуктасида жойлашади, беморнинг тана ҳарорати меъёрда бўлади, қонда патологик ўзгаришлар аниқланмайди, касалликда отоскопик ўзгаришлар кузатилмайди. Акуметрия, аудиометрияда патологик ўзгаришлар бўлмайди.

Даволаш. Мастоидит билан касалланган беморлар шифохона шароитида ЛОР бўлимларида консерватив ва жарроҳлик усулида даволанади. Консерватив даволаш усули этиопатогенетик ва симптоматик даволаш тадбирларини ўз ичига олиб, маҳаллий ва умумий даво чораларидан иборат бўлади:

1) Бурун бўшлиғи ва эшитув найи фаолиятини яхшилаш нафтизин, санарин, галозалин, назонекс, 0,1 % ли адреналин гидрохлорид дори воситаларидан бурун бўлшиғига томизилади, ёки суртилади, ингаляция шаклида ишлатилади.

2) Чалғитувчи терапия оёқ қоринчаларига ханталли, иссиқ ванночкалар, кулоқ соҳасига спиртли иситувчи бойламлар , ташки эшитув йўли ва ногора бўшлиғини йирингдан тозалаб, ногора парда орқали дори воситалари юбориш. Транстимпанал (қон томирларини торайтирувчи дори воситалар, нафтизин, адреналин гидрохлорид, диоксидин, фурацилин ва ферментлар.

3) Антибиотиклар: ампициллин, аугментин, цефазолин, цефуросксим, цефотаксим, цефепим. Беморнинг аҳволига қараб тана вазнини ҳисобга олган ҳолда бир ёки икки антибиотик ҳар 8,6,4 соатда мускул орасида , вена ичига юборилади.

4) Гипосенсибилизация; кальций хлор, кальций глюконат 10 % ли , димедрол 1 % ли , тавегил (1 мл - 1 мг), супрастин (1мл -20 мг), зиртек (1мл -10 мг) кларитин таблеткада (10 мг), телфаст таблеткада (120-180мг ичишга). Беморнинг аҳволи, тана вазни ҳисобга олган ҳолда буюрилади.

5) Дезинтоксикация 5-10 фоизли глюкоза, гемодез, риополиглюкин, организмнинг заҳарланиш (реология) даражасига тана вазнига ҳисобга олган ҳолда вена ичига томчилаб керакли микдорда юборилади.

6) Витмаинлар: В 1, С, В12 , никотин кислота драже ва таблеткада, мускул орасига, керакли микдорда буюрилади.

7) Организмининг иммун ҳолатини яхшилаш учун: имудон, романтидин таблеткада, полиоксидони мускул орасига 1 ампулада 3-6 мг , деринат вена ичига томчилаб юбориш учун флаконларда 15 мл дан, ампулаларда 5 мл чиқарилади. Керакли дозада юбориш керак. Сийдик ҳайдовчи дорилар : уротропин 40 % ли 5 мл вена ичига ёки лазикс мускул орасига ёки вена ичига керакли дозада.

8) Физотерапевтик муолажалар: УФО, УБН,

9) Симптоматик даво аналгин ва бошқа оғрикни қолдирувчи иситмани тушурувчи ва бошқа дори воситалари

10) Агар бошқа ёндош ва ўхшаш касалликлар бўлса, мутахассислар маслаҳати ва уларнинг кўрсатмлари бажарилади.

Консерватив даволаш самара бермаган ҳолда кечиктирмай зудлик билан сўргичсимон ўсиқ катакчаларини очиш, антротомия, антромастоидотомия ёки мастоидэктомия жаррохлик амалларидан бири бажарилади.

Беморда субпериостал абсцесс, чўкки-бўйин мастоидити, петрозит, зигоматицит, сквамнит ва калла суяги ичи асоратлари ривожланганда шошилинич равишда, шифохонага ётқизилган дастлабки 2-6 соат ичида беморга *антротомия* жаррохлик амали бажарилиши лозим.

Сўргичсимон ўсиқ соҳаси катакчаларини очиш ва сўргичсимон ўсиқ ғорини ва катакчаларини очиб тозалаш жаррохлик амали - *антромастоидотомия*, уч ёшгача болаларда эса *антротомия* деб аталади. Сўргичсимон ўсиқ чўкқиси билан бирга олиб ташлаш жаррохлик амали- *мастоидэктомия* деб юритилади.

Баъзан сўргичсимон ўсиқнинг барча катакчаларини (периаантрал, перифациал, бурчак, чўкки, ёнок ва бошқ.) очишга ва сўргичсимон чўкқисини буткул кесиб олишга тўғри келади. Бундай жаррохлик амали **кенгайтирилган антромастоидэктомия** деб аталади. Жаррохлик амалида дастлаб сўргичсимон ўсиқ чўкқиси мускул пайларидан ажратилади, улар пастда, олд ва орқа томонлари қайчи билан кесилади, кейин қисқич билан олиб ташланади. Сўргичсимон ўсиқнинг периаантрал, перифасциал ва бурчак катакчлари очилиб, некрозга учраган суяк тўқималари, йиринг ва яллиғланиш ўсмаларидан ўткир қошиқча ёрдамида тозаланади. Бўшлиқ тозалангандан сўнг суяк жароҳатининг четлари суяк қошиқчаси ёки парма ёрдамида текисланади. Жаррохлик амалининг охирида ташқи эшитув йўлининг орқа девори ташқи ярим доира канал сатҳигача олиб ташланади, бунда ногора парда бирикиш жойи ҳалқаси сақланади. Кейин ташқи эшитув йўли орқа девори терисининг пластикаси бажарилиб, тери жароҳатнинг пастки бурчагига тикилади. Жароҳат майдони антисептик эритма билан ювиб, қуритилгандан сўнг стерил вазелин мойи ёки левомикол малҳамига шимдирилган тикма қўйилади ва у жаррохлик амалидан кейинги парвариш очиқ ҳолда олиб борилади. Кулок орқасидаги жароҳат

кечиктирилган чок 7-10 кундан сўнг қўйилади. Жарроҳлик амалидан сўнг окма ҳосил бўлган ҳолларда катта тафтиш қилиш жарроҳлик амали ўтказилади. Ўтказилган қайта жарроҳлик амалидан кейин сўргичсимон ўсиқ соҳасида куруқ тешиқ ҳосил бўлган ҳолларда пластик жарроҳлик амаллари ўтказилиб, тешиқ ёпилади.

Айрим ҳолатларда антромастоидотомияда жарроҳлик амали касалликнинг клиник кечимига қараб ўзига хос ҳар хил усулларда бажарилади. Масалан:

1. *Субпериостал абсцессда*, кулоқ орқаси соҳаси юмшоқ тўқималарининг кескин шиши, кизариши ва йиринглашида- дастлаб флюктуация айниқса кўпроқ бўртиб чиққан майдон бироз кесилади, кейин абсцесс бўшлиғига метал найча киритилиб, йирингли ажралма электросўргич ёрдамида сўриб олинади. Кейин кесим юқори ва пастга давом эттирилиб, сўргичсимон ўсиқ соҳаси кўздан кечирилади. Ўзгарган суяк тўқималаридаги тешиқ емирилган жойдан бошлаб суяк тўқимасидаги тешиқ бўйлаб чириган суяк тўқималаридан тозаланади. Емирилган суяк тўқимасигача киритилган зонд сўргичсимон ўсиқ ғорига кириш жойини топишга ёрдам беради.

2. *Чўққи-бўйин мастоидитида*, яъни йиринг сўргичсимон ўсиқ чўққисидан тўш-умров сўргичсимон мускул остига тарқалганда кулоқ орқасидаги кесим мускул бўйлаб пастга, унинг олд ёки орқа четига давом эттирилиб, кейин тўқималар ўтмас (тиғсиз) усулда абсцесс томон силжитилади, баъзан чуқурликда жойлашган йиринг ўчоғини очиш учун бўйин қон томирлари ва асаб толалари тўпламини очган ҳолда бажарилади.

3. Сўргичсимон ўсиқ соҳасида жарроҳлик амали бажарилганда анатомик нуқтаи назарда S симон синус суяк деворига яқин жойлашганда ёки S синус жойлашуви ноўрин бўлганда, сигмасимон синуснинг жароҳатланиши мумкин, натижада кўп қон оқиш юз беради. Шундай ҳолларда Уайтинг усулида яъни S синус суяк деворига босиб тикма қўйилади.

4. *Петрозит ёки атицитида* аввал сўргичсимон ўсимта соҳасида жарроҳлик амали бажарилиб, ҳосил бўлган бўшлиқ яхшилаб кўздан кечирилади. Окма йўллари аниқланганда патологик ўчоқ кенгайтирилади. Бу ҳам ёрдам бермаган ҳолларда жарроҳлик амали транслабиринг ёки калла суяги ичи орқали бажарилиб, яллиғланиш ўчоғи топилиб қошиқчалар ёрдамида тозаланади.

Иккиламчи мастоидитнинг нотипик шакллари ҳам консерватив ва жарроҳлик усули ёрдамида даволанади.

Дастлаб кулоқ орқасидан антромастоидотомия амали бажарилади. Ҳосил бўлган бўшлиқ майдони паст тўлқинли ультратовуш ёрдамида ишлов берилади, чунки ультратовуш бактерицид таъсирга эга бўлиб бўшлиқдаги микрофлораларни ўлдирди. Бунинг учун аввал жароҳат майдонига 1% диоксидин ёки антибиотик эритмаси юборилади, кейин трепанация қилинган бўшлиқ деворларига 1,5-2 дақиқа давомида 2 марта (бир дақиқали танаффус

билан) ультратовуш тўлкинлари таъсир этилади. Микрораспатор ва электросўргичнинг ингичка найчаси ёрдамида ташқи эшитув йўли юмшоқ тўқимаси орқа суяк деворидан ажратилади. Ташқи эшитув йўли терисининг жароҳатланишини ва ногора пардадан ажралишини олдини олиш мақсадида бир вақтнинг ўзида орқа суяк девори долот ва болгача ёки шарсимон фреза ёрдамида текисланади. Бунда ҳаракатлар алмашиб турилади: аввал терини ажратиш ҳаракати, кейин - суякни текислаш ҳаракати ва ҳ.к. Ниҳоят ташқи эшитув йўлининг суяк қисмидан юпқа кўприкча ҳосил бўлади.

Микроскоп остида орқа юқори квадрантларда ногора парда ногора ҳалқасидан ажратилади. Кесиб олинган меатотимпанал парча олд томонга силжитилади ва ногора бўшлигининг орқа қисмларига кенг йўл очилади.

Ғорга кириш жойи микроқошиқча ёрдамида кенгайтирилиб, чандиқ ва грануляция тўқималари олиб ташланади.

Баъзан ғорга кириш жойини 3 ммга кенгайтиришга тўғри келади. Кейин ногора бўшлигининг орқа қисми кўздан кечирилади. Бунинг учун бемор ётган столнинг бош учи пасайтирилади. Электросўргич ёрдамида экссудат сўриб олингандан кейин бўшлиқ иссиқ фурациллин (1:5000) ёки 1% диоксидин эритмалари билан ювилади. Сўргичсимон ўсиқ ғорига полихлорвинил найчаларидан иккитаси киритилади.



152-расм.Мастоидотомияга тайёргарлик

Диаметри каттароқ ташқи найча сўргичсимон ўсиқ ғорига, диаметри кичикроқ ички найча - ғорга кириш жойига жойлаштирилади.

Жароҳлик амали охирида ногора парда ва ташқи эшитув йўлининг териси ўз жойига қўйилади. Меатотимпанал парча 1% диоксидин эритмасига шимдирилган тикма ёрдамида ташқи эшитув йўли орқали ўз жойига қайта жойлаштирилади. Жароҳат майдонига 3-4 та чок қўйилиб, асептик бойлам қўйилади.

Жароҳлик амалидан сўнги даврда умумий ва маҳаллий даволаш тадбирлари ўтказилади. Дастлабки 7-10 кун давомида беморга антибиотиклар, метилурацил, ретаболил ва аскорбин кислотаси берилади. Сўргичсимон ўсиқ ғори, ғорга кириш жойи ва ногора бўшлиғи шунт орқали антисептик

дорилар ёрдамида ювиб тозаланади. Ноғора бўшлиғи вентиляциясини яхшилаш мақсадида беморнинг бурнига томир торайтирувчи дори воситалари томизилади. Эшитув найини метал катетер ёрдамида катетеризация қилиш муолажаси жароҳлик амалидан 2 кун ўтгандан сўнг ҳар куни бир мартадан 1

хафта давомида ўтказилади. Ташқи кулоқ тикмаси 4-5 кунда, тикилган ип ва чиқаргич найча 7-кунда олиб ташланади. Отоскопия манзараси ва эшитиш қобилияти 2-3 ҳафта ичида тикланади.

АНТРИТ –

бу сўргичсимон ўсиқ ғори шилиқ қаватининг ва ғор атрофи суяқ тўқималарининг йирингли яллиғланиши остеомиелитидир. Сўргичсимон ўсиқ катаклари уч ёшга етган болаларда тўлиқ шаклланган бўлади. Чақалоқ ва ёш болаларда эса чакка суягининг сўргичсимон ўсиғида ягона бўшлиқ-антрум (сўргичсимон ўсиқ ғори) бўлади. Шунинг учун, болаларда сўргичсимон ўсиқнинг яллиғланиши “антрит” деб аталади. Чақалоқларда, ёш болаларда отит ва антрит бирга кечиши мумкин. Бундай ҳолларда касаллик “*отоантрум*” деб юритилади. У кўпинча сунъий овқатланишда, гипотрофия, рахит, диарея, дизентерия, зотилжам билан оғриган болаларда кўпроқ учрайди. Антритда субпериостал абсцесс мастоидитга нисбатан тез, баъзан суяқ тўқимаси яллиғланиб емирилмасданок ҳосил бўлади; йиринг битмай қолган тирқишлар(тангача-сўргичсимон ва ноғора сўргичсимон) орқали ички кулоққа ва кала ичига тарқалади.

Клиник белгилари. Антрит аён ва яширин клиник шаклларда кечиши мумкин. Касалликнинг аён клиник кечимида ўткир отитнинг барча белгилари аниқ юзага чиқади, кулоқдан йиринг оқиши, эммаслик, безовталиқ, кўп йиғлаш, уйку ва иштаҳасининг бузилиши, менингизм белгилари, тана ҳароратининг 38-39⁰ С кўтарилиши, тутканок тутиши. Касалликнинг яширин клиник кечимида бола қарахт ва ҳолсиз, кулоқда кучсиз оғриқ, бола кўлини қулоғига кўп марта олиб боради ва уни ушлайди, тортади, тана ҳарорати субфебрил ёки меъёрда бўлади, тана вазни камаяди, ич кеиш, қусиш, баъзида тутканок тутиши ва бошқалар.

Отоскопияда ташқи эшитув йўлида калин қуюқ оқиш йиринг борлиги ва тозалангандан сўнг ташқи эшитув йўлида йирингни яна қайта тўпланиши аниқланади. Ноғора парда тўқ кизил, пушти ёки кулранг, билиш нуқталари ноаниқ, баъзан ноғора парданинг орқа юқори қисмини бўртганлиги кўринади. Ноғора парда тешилган соҳасида тўлқинланиш рефлекси, яъни йирингни томир уришига мос ҳолда тўлқинланиб чиқиши кузатилади. Бундан ташқари, ташқи эшитув йўлининг юқори ва орқа деворлари орасидаги бурчак текисланганлиги, баъзан унинг орқа юқори девори осилганлиги (Шварц белгиси) кўринади. Кулоқ супраси бириқиши жойида тери бурмаси бироз текисланганлиги ва пайпасланганда оғрийдиган шиш (бу шишни бармоқ билан оҳиста босганда бармоқ изи қолмайди) борлиги аниқланади.

Ташхис. Шикоятлари, касаллик бошланиши маҳаллий умумий белгилар, асосий ва қўшимча текшириш усуллари ёрдамида қўйилади. Касалликни аниқ клиник белгилари билан кечган ҳолларда ташхис қўйиш қийин бўлмайди, лекин касалликни ноаниқ яширин кечган клиник ҳолларда маҳаллий белгилар

суст ривожланганлиги туфайли касалликни аниқлаш кийин. Чакка суяги рентгенограммаларида сўргичсимон ўсиқ ғори хиралашганлиги кўринади. Аммо антритда рентгенография текшируви ҳал қилувчи аҳамиятга эга эмас. Шунинг учун аниқ ташхис қўйиш ва даволаш мақсадида беморда парацентез, ногора бўшлиғини тешиб кўриш, тимпанопункция антрумни тешиб, антропункция жарроҳлик амаллари бажарилади.

Антропункция, сўргичсимон ўсиқ якка ғорини тешиш, ногора пардага парацентез жарроҳлик амалини бемор бошини оғриган қулоғи томон буриб, чалқанча ётган ҳолатида бажарилади. Қулоқ супраси орқаси соҳасига 70% этил спирти билан тозаланади, 0,25% новокаинли инфилтрацион ёки умумий оғриксилантириш остида махсус йўғон игна ёрдамида тешиш жарроҳлик амали амали бажарилади. Бола қанча кичик бўлса, сўргичсимон ўсиқ ғори шунча юқори жойлашади. Игна қулоқ супрасининг орқа бурмаси соҳасида, ташқи эшитув йўли юқори деворидан 2-3 мм орқада ва юқорироқда санчилади ва сўргичсимон ғори ичига кирганда бўшлиққа кирганлик хисси маълум бўлади. Игна олдинга ва юқорига қараб 0,5-1 см чуқурликка киритилади. Бўшлиқдан йирингли ёки шилимшиқ ажралма шприц ёрдамида игна орқали сўриб олингандан сўнг патологик ажралма бактериологик текширувга юборилади, бўшлиқ эса натрий хлориднинг изотоник эритмаси ва фурацилин билан ювилиб, диоксидин ва антибиотиклар юборилиб, ювилади. Ажралмалар, ювинди суюқликлари ногора парданинг парацентез қилинган жойидан ташқи эшитув йўлига чиқади. Диагностик мақсадда қилинган антропункцияда антрал бўшлиқдан патологик ажралма чиқмаслиги мумкин “сўргичсимон ўсиқ катарал яллиғланишида, шунга қараб даво чоралари белгиланади. Баъзан антропункция қилинган игна орқали ғорга тефлон найчаси киритилади ва унинг тешигига тиқин қўйилади. Бўшлиқ кераклича шу найча орқали бир неча бор антисептик дорилар билан ювилиб, антибиотиклар, ферментлар юборилади.

Антропункция нотўғри бажарилганда сигмасимон синус ёки бош мия тўқимасига, юз асаб толаси ўтувчи йўл устига игнанинг (анотомик юз асаб толасининг канали ноўрин жойлашуви), кириши мумкин. Биринчи вазиятда шприцда қон, иккинчисида – орқа мия суюқлиги, бош мия тўқимаси бўлиши мумкин. Учинчи вазиятда юз асаб толаси фалажи, юз мускулларининг тортилиши, кўзни юма олмаслик “оғиз ёпилмаслиги” эгри бўлиши. Учала вазиятда ҳам атрономия жарроҳлик амали бажарилиб, жароҳатланган майдон тафтиш қилинади.

Антрономия жарроҳлик амали консерватив даволаш тадбирлари натижа бермаганда, айниқса оғир беморда периантрал майдоннинг остеомиелити белгилари пайдо бўлганда бажарилади. Жарроҳлик амали маҳаллий (0,1 % адреналин гидрохлорид қўшилган 10 томчи 0,5% -1 % новокаинга), ёки умумий оғриксизлантириш (кетаминли) ёки эндотрахеал оғриксизлантириш остида бажарилади. Қулоқ орқасида, қулоқ супрасининг бириқш жойидан 0,5 см орқада, бириқш чизигига параллел равишда тери 1,5 см узунликда ёйсимон кесилади. Қон оқиши тўхтатилгандан сўнг ажратгич ёрдамида юмшоқ

тўқима орқага, олдинга сурилади, сўргичсимон ўсик ғори сатҳида жойлашган Шипо учбурчаги соҳаси очилади (у юкоридан чакка чизиги (linea temporalis), олд томондан ташқи эшитув йўлининг орқа қирраси, пастдан сўргичсимон ўсик чўққиси билан чегараланган). Бу майдон ташқи эшитув йўлининг орқа юкори бурчагидан бироз юкорида ва орқада жойлашади. Сўргичсимон ўсик ғорини очишда, яъни антротомия жарроҳлик амали ўткир қошиқча, ўткир учли ва торновсимон искана, долот, чўп болғачи, Воячек исканаси, фрез ёки стоматологик бормашина ёрдамида бажарилиши мумкин. Бунда болаларда ғорнисбатан катта ва юзаки жойлашганлигини эсда тутиш лозим. Яллиғланган, чириган суяк тўқималаридан, йиринг, яллиғланиш ўсмаларидан сўргичсимон ўсик катаклари тозаланади. Сўргичсимон ўсик ғори одатда 1,5-2 см чуқурликда жойлашган бўлади. Очилган бўшлиқ сўргичсимон ўсик ғори, яъни антрум эканлигига ишонч ҳосил қилиш учун бўшлиқ ичига тугмали зонд киритилади. Одатда зонд сўргичсимон ўсик томондан яъни *aditus at antrum* томондан осон киради. Бундан ташқари, антрум бўшлиғининг тубида латерал ярим доира канал ампуласининг буртиш жойи кўзга кўринади. Ғорга кириш тешигини тозалаш пайтида узангичани узилиб ўз ўрнидан чиқариб юбормасликка ҳаракат қилинади ва бу эътиборга олиниши керак (чунки унинг калта ўсимтаси ғорга кириш жойининг тубида жойлашган бўлади). Бундан ташқари, юз асаб толаси, сигмасимон синус ва ярим доира каналлар атрофи яллиғланган яқин жойлашган суяк тўқималарини тозалашда, асоратлар юз бермаслиги олдини олиш учун эхтиёт бўлиш талаб этилади.

Жарроҳлик амалидан сўнг бўшлиқ илиқ антисептик эритмалар (фурацилин, диоксидин) билан ювилади, бўшлиқга левосан ёки антибиотик эритмасига шимдирилган энгил тикма жойланиб, сўнгги даврда асептик бойлам ҳар куни алмаштирилади. Беморга антибиотиклар, дезинтоксикация, десенсибилизация, маҳаллий даволаш ва физиотерапия муолажалари (УБН) тавсия қилинади. Одатда бемор жарроҳлик амалидан сўнг 20 кун ичида соғайиб кетади.

Болаларда ўрта қулоқ яллиғланиши ва мастоидитни олдини олиш учун гигиена қодаларга риоя қилиш, болани тўғри овқатлантириш ва юқумли касалликларни олдини олиш чора-тадбирларини бажаришлари лозим. Она сути билан овқатлантириш, чиниктириш болани соғлом ўсишига ёрдам беради. Бурун ва ҳалқум бўшлиқларини соғломлаштириш, ўткир йирингли отитни ўз вақтида ва тўғри даволаш мастоидит ва карликни олдини олишга ёрдам беради.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ

(*otitis media purulenta chronuca*)- ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши. Касаллик асосан уч клиник белги билан кечади: ноғора пардада доимий тешиқ бўлиши, қулоқдан узлуксиз ёки вақти-вақти билан қулоқдан йирингли ажралма оқиши ва турли даражадаги эшитиш ўткирлигини пасайиши. Сурункали йирингли ўрта отит барча ЛОР касалликларининг 21-

22% ташкил этиб, ер юзи аҳолиси орасида 0,8-1% учрайди. Касаллик ижтимоий аҳамиятга эга, чунки сурункали йирингли ўрта отитдан ривожланган кулоқ оғирлиги ва карлик беморни атрофдагилар билан мулоқотда бўлишни қийинлаштиради, иш қобилиятига таъсир кўрсатади, маънавий маданий ривожланишига тўсқинлик қилади, болаларда - нутк нуксонларига сабаб бўлади. Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган шахсни ҳарбий хизматга қақириш чекланади. Баъзан касаллик ички кулоқнинг зарарланишига ва калла суяги ичи асоратларини ривожланишига олиб келиши мумкин.

Сурункали йирингли ўрта отитнинг ривожланишида ташқи муҳит ва ижтимоий - иқтисодий омиллар муҳим аҳамият касб этади. Аҳолининг маданият даражаси паст, тиббий ёрдам хизмати йўлга қўйилмаган ва юқумли касалликлар тарқалган ҳудудларда бу касаллик кўпроқ учрайди.

Этиологияси. Сурункали йирингли ўрта отит, кўпинча, ўткир отитнинг давоми бўлиб, этиологияси ва патогенезида умумийлик мавжуд. Агар ўткир йирингли ўрта отитда кулоқ ажралмасида кўпинча пневмококклар аниқланса, сурункали отитда асосан стафилококк ва стрептококклар аниқланади

(*Pseudomonas*, *S. aureus*, *Proteus*, *Esherichia coli*, *Klebsiella*, *S.pneumoniae*). 50% ҳолларда стафилококк антибиотикларга чидамли бўлиб, протей ва бошқа грамм-манфий бактериялар билан аралашма ҳосил қилади. Охириги йилларда 70-90% беморларда *Bacte-roides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, *Lactobacillus* аэроб микроблари аниқланган. Баъзан сурункали отитнинг ривожланишига вирус ва замбуруғлар сабаб бўлади. Аллергик ҳолатлар ва ирсий сабаблар ҳам бўлади.

Патогенези. Ўткир йирингли ўрта отитни сурункали шаклига айланиши қатор ноқулай омилларга боғлиқ: микроб вирулентлиги, унинг антибиотикларга чидамлилиги, бемор организми касалликка қарши ҳимоя кучининг сусайиши, маҳаллий ва умумий иммунитетнинг бузилиши, қон касалликлари, қандли диабет, рахит ва х.к. Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган 30% беморларда иммунитетнинг пасайиши аниқланган. Касалликнинг ривожланишига юқори нафас йўллари касалликлари ва нуксонлари, ўрта кулоқ шиллик пардасининг тузилиши (бурма ва чўнтаклар), чакка суяги сўргичсимон ўсимта ҳаво сақловчи катакчалар анатомик тузилиши ҳам таъсир кўрсатади.

Болаларда ўткир ўрта отитни сурункали йирингли отитга айланиши кўпроқ учраб, асосий сабаб бўлувчи омиллар қуйидагилар: экссудатив диатез, гипотрофия, рахит, экссудатив диатез, кам қонлик, ҳалқум муртаклари катталаниши. Шунинг учун профилактик кўриқлар вақтида болаларни бурунҳалқум ҳолатига алоҳида эътибор берилиши керак. Бурун ҳалқум муртаги катталашуви эшитув найининг ўтказувчанлигини қийинлаштириб, ногора бўшлиғида патологик жараённинг ривожланишига сабаб бўлади. Баъзан танглай безларининг ўткир ёки сурункали яллиғланиши эшитув найи орқали

ногора бўшлигига тарқалади. Бундан ташқари, ўткир йирингли ўрта отитни потўгри даволаш ҳам жараёни сурункали шаклига айланишига сабаб бўлади.

Баъзан ўрта қулоқнинг яллиғланиши шу қадар суст ва ноаниқ кечадими, уни сурункали кечим сифатида баҳолаша бўлади. Ўрта отитнинг сурункали кечими кўпроқ некротик жараёнларда, масалан, қизамиқда, скарлатинада, дифтерияда ва ич терламада ривожланади. Қандли диабет, сил, гиповитаминоз, ўсма ва қон касалликлари билан оғриган беморларда ривожланган ўрта йирингли отит кўпинча сурункали клиник шаклга ўтади. Бурун бўшлиғи касалликлари, бурун тўсиғи эгрилиги, бурун полиплари, ўсмалар, бурун чиганоклари гипертрофияси ҳам муҳим аҳаиятга эга чунки эшитув найи фаолияти бузилади.

Сурункали йирингли ўрта отитда қуйидаги клиник белгилар асосий ҳисобланади:

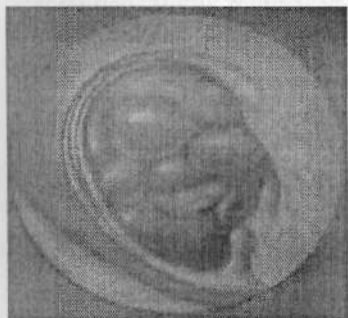
- 1) *оторея* - қулоқдан узоқ вақт давомида (6 ҳафта ва ундан ортиқ) вақти-вақти билан ёки узлуксиз йиринг оқиши;
- 2) *ногора пардада доимий ҳар хил ҳажмдаги тешикланинг бўлиши*;
- 3) *бемор эшитиши ўткирлигини пасайиши*.

Бош айланиши, бош оғриши, қулоқ шанғиллаши, мувозанатнинг бузилиши каби белгилар касалликнинг шаклига ва яллиғланишнинг қай даражада атроф тўқимага тарқалишига боғлиқ бўлади.

Таснифи. Сурункали йирингли ўрта отит икки хил клиник шаклда кечади:

- мезотимпанит,
- эптитимпанит.

Бу шакллар ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёнининг характери ва унинг қай даражада тарқалганлиги клиник манзараси ва кечими билан бир-биридан фарқ қилади.



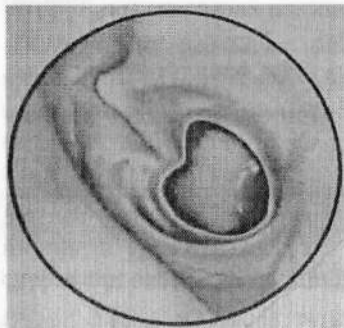
155-расм Полипозли мезатимпанит Аттик латерал деворининг нуқсони

Касалликлар халқаро тансифига (КХТ-10) биноан улар *сурункали туботимпанал йирингли ўрта отит* (мезотимпанит) ва *сурункали эптитимпано-антрал йирингли ўрта отит* (эпитимпанит) деб белгиланган. Мезотимпанитда яллиғланиш жараёнида ногора бўшлиғининг фақат шилиқ пардасига тарқалган бўлса, эптитимпанитда шиллик қаватдан ташқари ўрта қулоқ суяк тузилмаларининг чирishi, емирилиши билан ривожланади. Бундан ташқари, мезотимпанитнинг клиникаси нисбатан энгил кечади, ногора пардадаги тешиқ парданинг *таранг* қисмида жойлаша, эптитимпанитда тешиқ ногора парданинг *салқи* қисмида

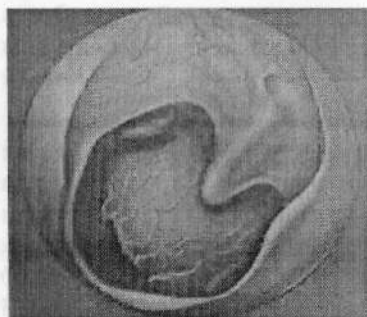
жойлашади, клиник кечиши оғир кечади.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ МЕЗОТИМПАНИТ

-сурункали йирингли ўрта отитнинг нисбатан енгил кечадиган клиник шакли бўлиб, унда яллиғланиш жараёни кўпроқ ноғора бўшлигининг ўрта ва пастки қисмларида, эшитув найида, шиллик қаватида тарқалган тешик эса ноғора парданинг таранглашган қисмида жойлашади (марказида жойлашган тешик).



153-расм Сурункали мезотимпанит



154-расм Ноғора парданинг Марказий перфорацияси

кечиргандан сўнг бир неча ой ёки йиллар давомида вақти-вақти билан қулоғи оғришига, қулоғидан йирингли ажралма оқишига, эшитиш ўткирлиги пасайганлигига, 50% беморлар эса қулоғи шанғиллашига шикоят қилади.

Бемор қулоғидан одатда ҳидсиз шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, яллиғланиш ўсмалари ва полиплар пайдо бўлганда ажралма қон аралаш йирингли характерга эга бўлади, миқдори бўйича у кам ёки касаллик авжида кўп бўлиши мумкин.

Мезотимпанит сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган беморларнинг 55% учрайди. Ноғора бўшлиғида кўпинча шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ ҳидсиз ажралма тўпланади, ноғора бўшлиғи шиллик пардаси қалинлашади. Гистологик текширилганда ноғора бўшлиғи шиллик қавати шиши, сурункали лимфоид-плазмодитли инфильтрацияси, эпителий гипер-секрецияси, бокалсимон хужайраларнинг кўпайиши, яллиғланиш ўсмалари ва полиплар ҳосил бўлиши аниқланади.

Эшитув суякчалари одатда зарарланмайди ёки қисман яллиғланади, емирилади. Яллиғланиш кўпинча болгача дастаси, узангичанинг узун оёқчасига тарқалади. Узангича атрофида ҳосил бўлган чандиқлар узангича асосининг ҳаракатини чеклаб қўяди. Мезотимпанитда шиллик қават шиши оқибатида ғорга кириш жойининг тешиги (ёпилиши) 15-20 % ҳолларда юз беради натижада сўргичсимон ўсиқ катаклариди микробларнинг кўпайиб сурункали яллиғланишни ривожланишига ёрдам берувчи шароит яратилади.

Клиник белгилари. Бемор ўткир ўрта отитни ёки қулоқ жароҳатини бошдан

кечиргандан сўнг бир неча ой ёки йиллар давомида вақти-вақти билан қулоғи оғришига, қулоғидан йирингли ажралма оқишига, эшитиш ўткирлиги пасайганлигига, 50% беморлар эса қулоғи шанғиллашига шикоят қилади.

Бемор қулоғидан одатда ҳидсиз шилимшиқ-йирингли ажралма оқади, яллиғланиш ўсмалари ва полиплар пайдо бўлганда ажралма қон аралаш йирингли характерга эга бўлади, миқдори бўйича у кам ёки касаллик авжида кўп бўлиши мумкин.

Отоскопияда ноғора парданинг салқи қисми бутун бўлиб, таранг қисми тешилганлиги кўринади. Ноғора парда тешиги ўз шакли, ўлчами ва жойлашуви бўйича турлича бўлади. *Марказий* тешик суяк ҳалқасигача тарқалмайди, бунда ҳалқа бўйлаб ноғора парданинг тор тасмаси сақланиб қолади. Ноғора парданинг таранг қисмида жойлашган *четки* тешик эса суяк ҳалқасигача тарқалиб, касалликнинг кечимини оғирлаштиради.

Шакли бўйича ноғора парданинг тешиги айлана, қоварик, буйраксимон; ўлчами бўйича-нуқтали ёки ноғора парданинг майдонини эгаллаган кенг бўлиши мумкин. Ноғора парданинг тешиги катта майдонни эгаллаган бўлса, тешик орқали ўрта қулоқнинг қалинлашган шиллиқ пардаси, яллиғланиш ўсмалари ва полиплари кўринади. Баъзан ноғора парда тешигининг четлари ва ноғора бўшлиғининг ички девори ўртасида чандиклар хосил бўлади.

Беморда эшитиш ўткирлигининг пасайиши, асосан, товушни ўтказиш аппаратининг зарарланиши, яъни кондуктив (басли) қулоқ оғирлигига олиб келади. Қулоқ оғирлигининг даражаси 40-50 дБ дан ошмайди. Тешик ноғора парданинг олд қисмида жойлашган бўлса, эшитиш ўткирлиги 15-20 дБ га пасайиши ёки меъёрга бўлиши мумкин. 50% беморлар оддий товуш тонларида айтилган сўзларни беморлар 2-3 м масофадан эшитадилар.

Сурункали мезотимпанит нисбатан енгил кечади ва вақти-вақти билан авж олиб туради. Бунга эса шамоллаш, ўрта қулоқга сув кириши, бурун, бурун-ҳалқум, бурун арофи бўшлиқларининг касалликлари ва бошқа йўлдош касалликлар сабаб бўлади. Касаллик авж олган даврда беморнинг қулоғи оғрийди, йиринг оқиши кучайиб, тана ҳарорати кўтарилади. Баъзан ноғора парданинг тешиги олд қисмларда жойлашган бўлса, беморда оғриқ ва қулоғидан йиринг оқиши кузатилмаслиги ҳам мумкин, у касалликнинг авжида ёки иккиламчи ташқи эшитув йўли яллиғланиш қўшилганда касаллик маълум бўлади. Мезотимпанитнинг асоратсиз кечимида ва консерватив даволаш тадбирлари ўтказилиши натижасида қулоқдан йиринг оқиши тўхтагандан сўнг, ноғора парданинг тешиги ўз-ўзидан унинг ташқи ва ички қаватлари ҳисобидан ташкил топган юпқа парда билан ёпилади (ноғора парданинг ўрта фиброз қавати тикланмайди).

Таухис. Касаллик анамнез маълумотлари, бемор шикоятлари, клиник белгилар, отоскопия манзараси ва қўшимча текширувлар асосида қўйилади. Ноғора парданинг таранг қисмида жойлашган марказий тешик мезотимпанитга хос белги ҳисобланади; қулоқ ажралмаси ҳидсиз, шилимшиқ, шилимшиқ йирингли, ёки, баъзан йирингли бўлади. Ноғора парданинг катта кенг тешиклари ноғора усти чуқурлигига (аттика) зонд киритиб, унинг деворларини пайпаслаб кўриш мумкин; мезотимпанитда улар силлиқ бўлганлиги аниқланади (кариес жараёнига хос белги нотекислик аниқланмайди). Оддий отоскопиядан ташқари мезотимпанитда *микроотоскопия* текшируви ҳам бажарилади.

Шюллер ва Майер проекциярида бажарилган *чакка суяги рентгенографияси* мезотимпанитда муҳим текширувлардан бири бўлиб, у сўргичсимон ўсиқ катаклари ва аттикоантрал майдон ҳолатини баҳолашга ёрдам беради. Узок вақт давом этган сурункали йирингли отитда рентгенограммада чакка суягининг склеротик тузилиши, касаллик болалик даврида бошланганда - чакка суяги ривожланмай қолганлиги, яъни "инфантил" чакка суяги аниқланади ёки сўргичсимон ўсиқ катакларида ҳаво сақлаш пасайганлиги кўринади..

Охирги йилларда *компьютер томография* текшируви кенг қўлланилмоқда. КТ текшируви мезотимпанитнинг ноқулай кечимида ривожланган холестеатомани, эшитув суякчалари нуксонларини, ноғора бўшлиғи ва сўргичсимон ўсиқ катакларининг яллиғланиш ўсмаларини ва полипларини, сўргичсимон ўсиқ ғори ва ноғора бўшлиғининг томлари ҳамда сигмасимон синус девори соҳасининг суякдаги патологик ўзгаришлари, калла суяги бўшлиғига тарқалган патологик жараёнларни аниқлашга ёрдам беради.

Бундан ташқари, беморда эшитув найининг ўтказувчанлиги, чиқариш (дренаж) ва ҳаво алмашилиш (вентиляция) фаолияти текширилади Масалан, чиқариш фаолияти ноғра бўшлиғига юборилган рангли эритма (масалан, кўк метилен) ёки сахариннинг бурунхалқумга тарқалиш тезлигига қараб аниқланади. Акуметрия, аудиометрия текшириш усулларида эшитишнинг товуш тўлқинларини ўтказувчи тизим бузилганлиги аниқланади. Бактериологик, вирусологик, миколог текширишлар, кўзгатувчи ва унинг антибиотикларга сезгирлиги ҳақида маълумот беради, мувозанат аъзоси ўзгаришларини вестибулометрия ўтказиш билан аниқлаймиз.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЭПИТИМПАНИТ-

сурункали йирингли ўрта отитнинг бу шаклида яллиғланиш жараёни асосан ноғора усти чуқурлигида (аттикда) ҳамда сўргичсимон ўсиқда жойлашади, тешик эса ноғора парданинг салқи қисмида жойлашган бўлади. Касалик мезотимпанитга нисбатан оғирроқ кечади, чунки бунда на фақат шиллиқ парда, балки ноғора бўшлиғининг ва атрофдаги суяк тузилмаларига яллиғланиш тарқалади. Ўрта кулоқ шиллиқ пардаси аттик соҳасида бурмалар ҳосил қилиши туфайли яллиғланиш жараёни бу ерда жуда тез ривожланади. Яллиғланиш жараёни ноғора усти бўшлиғи (аттик), ғорга кириш жойи, сўргичсимон ўсиқ ғори ва катакларининг деворларига тарқалади. Аксарият ҳолларда эпителимпанитда *холестеатома* (эпидермал тузилма) ҳосил бўлади, шунинг учун эпителимпанит шартли равишда 2 шаклга бўлинади:

- йирингли суяк чириши шакли,
- холестеатомали шакли.

Эпитимпанитнинг йирингли суяк чириши шакли аттикнинг ташқи деворида ва ғорга кириш жойининг устки қисмида жойлашган суяк тўқималарининг

чириш ва емиришдек ўзгаришлари билан кечади. Гистологик текширувда сўргичсимон ўсимта ҳаво сакловчи катаклариди куйидаги гистологик ўзгаришлар юз беради: ҳаволи суяк бўшлиқларининг кенгайиши, уларни бириктирувчи тўқима ва ҳужайрали инфилтратлар билан тўлиши, бўшлиқлар орасидаги деворлар, суяк тўқималари емирилиб яллиғланиш ўсмалари билан тўлган бўшлиқлар ҳосил бўлиши кузатилади.

Эпитимпанитнинг холестеатомали шакли бошқачароқ клиник кечимга эга бўлади. Холестеатома - сурункали деструктив жараёнлар натижасида ривожланган ўсмасимон тузилма бўлиб, ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасини, суяк тўқималарини, ҳатто суяк лабиринтни парчалайди. У қалин парда ва эпидермал тўплам, асосан холестерин, йиринг ва бактериялар қолдиқларидан иборат. Холестеатоманинг бириктирувчи тўқимаси - *матрикс* кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган ва суяк тўқимасига зич ёпишган бўлади.

Холестеатоманинг ҳосил бўлиш механизми асосида ташки эшитув йули терисининг ноғора бўшлиғига ўсиб кириши ётади. Бу ҳолатни ноғора пардада жойлашган четки тешиқда кузатилиши мумкин, чунки ташки эшитув йўли ва ноғора усти чуқурлиги ўртасидаги тўсиқ йўқолади; ўсган эпидермис холестеатома пардаси - матрикси бўлиб хизмат қилади. Эпидермис юзаки қаватларининг терига хос бўлган доимий кучиши туфайли кучган эпидермис ўрта кулоқнинг тор бўшлиқларида тўпланиб боради, натижада холестеатома ҳосил бўлади.

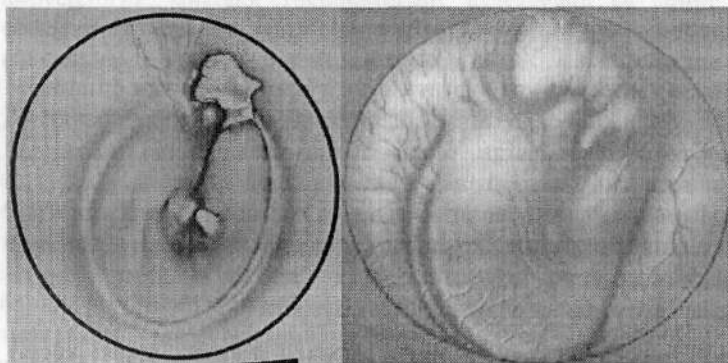
Аста-секин катгалашиб борган холестеатома аттик ва сўргичсимон ўсиқ горини бутунлай тўлдиради. Унинг таркибидаги кимёвий моддалар (коллагеназа, фосфатаза, лизосома) атрофдаги суяк тўқималарга зич ёпишиб - лабиринт суяк капсуласини, юз асаб толаси канали ва сўргичсимон ўсиқ, S симон синус деворларини парчалайди. Ярим доира каналларида (кўпинча, ташки ярим доира канали ампуласида) ва юз асаб толаси каналида *фистула* ҳосил бўлади. Сўргичсимон ўсиқ деворининг парчаланиши натижасида бош мия чакка бўлаги ва миачанинг пардалари ҳамда сигмасимон синус девори очилиб, беморда лабиринтит ва юз асаб толаси фалажи S симон синус тромбози, менингит каби асоратлар ривожланиши мумкин.

Клиник белгилари. Эпитимпанитда йирингли жараён шиллиқ парда ҳосил қилган тор ва қийшиқ чўнтаклар ҳамда эшитув суяқчаларининг аксарият қисми жойлашган ноғора усти чуқурлигида (аттиқда) ривожланиши туфайли ажралмани чиқарилиши қийинлашади. Бемор кулоғидан йиринг оқишига, баъзан (60 % ҳолларда) кулоғи шангиллашига шикоят қилади. Одатда кулоқдан кўп миқдорда бадбўй йиринг, баъзан қон аралаш йирингли ажралма ёки “ушқосимон” модда оқади.

Йирингли-суяк чириши шакли эпитимпанитнинг чегараланган яллиғланиш жараёнида отоскопияда ноғора парданинг салқи қисмида жойлашган тешиқ бўлиши ва аттик ташқи деворида суст кечувчи остеит жараёни ривожланганлиги маълум бўлади, лекин беморларнинг эшитиш қобилияти

ўзгармайди. Таркок яллиғланиш жараёнларида ноғора тешиги аттикнинг ташқи деворни тўлиқ эгаллайди; тешик ноғора парданинг салқи қисмини ва ноғора усти чуқурлигининг ташқи суяк деворини эгаллаб, баъзан ташқи эшитув йўлининг орқа-юқори деворига ҳам тарқалади. Тешик оркали яллиғланиш ўсмалари кўринади, суяк тўқимаси чети зонд билан текширилганда устида ғадир-будурлик борлиги аниқланади. Узангича-болгача орасидаги бўғимнинг яллиғланиши туфайли суяк тўқимаси емирилиши натижасида беморнинг эшитиш қобилияти кескин пасаяди. Чиганок дарчасининг ички мембранаси ва узангича асосининг ҳалқа бойлами оркали ривожланган, яллиғланиш ички кулоққа яллиғланиш туфайли ҳосил бўлган заҳарли моддалар сурилиши ва яллиғланиш жараёнини ички кулоққа тарқалиши натижасида беморда кондуктив ва нейросенсор кулоқ огирлиги ривожланади.

Холестеатомали эптитимпанит клиникаси узоқ вақт давомида белгисиз кечади. Беморларнинг кулоғи огримади, у вақти- вақти билан кулоғидан йиринг оқишига ва эшитиши пасайғалигига шикоят қилади. Аммо йиллар давомида нисбатан тинч ва яширин кечган холестеатомали эптитимпанитда ўрта кулоқ суяк тузилмаларининг аста-секин емирилиши давом этиб боради ва охир оқибатда ноғора бўшлиғи ёки сўргичсимон ўсиқ ғорининг томи, ёки сигма-симон синус суяк девори емирилиши, беморда *чегараланган, лабиринтит, пахименингит* (экстрадурал абсцесс) ёки S симон синус тромбози отоген сепсис юз асаб толасининг ривожланишига олиб келади.



А 156-расм.

Б

Сурункали эптитимпанит. А- Холестеатома; Б-Ноғора парда юқори бўлимнинг тешилиши

Беморда юзага келган куйидаги клиник белгилар: кулоқда огрик, бош огриғи, бош айланиши, гандираклар юриш, нистагм, қушиш, менингеал белгилар пайдо бўлиши калла суяғи ичи асоратлари ривожланганлигидан далолат беради.

Таухис бемор шикоятлари, анамнез маълумотлари, клиник белгилар, отоскопия ва микро-отоскопия, акуметрия, аудиометрия, вестибулометрия,

рентген, компьютер томография ва бошқа текшириш натижалари асосида қўйилади. Отоскопияда ноғора парданинг салқи қисмида жойлашган ҳар хил ҳажмдаги тешик, ноғора бўшлиғида бадбўй қуюқ йирингли ажралма, яллиғланиш ўсмалари, полип ва холестеатома аниқланади. Кулоқ супраси тортилганда ва кулоқ думбоғи (tragus) босилганда оғриқ пайдо бўлиши кузатилиши мумкин. Холестеатомали эптитимпанитда ноғора тешиги орқали ўзига хос оқ (ялтироқ) холестеатома тузилмалари кўринади. Бошқа ҳолларда холестеатома жараёни борлиги ноғора усти бўшлиғи Гортман канюляси ёрдамида ювилгандан сўнг ювинди суюқлиги устида сузиб юрган эпидермал пўстлоқлар кепакга ўхшаган қипиқлар кўринади ва унинг сояси (соя симптоми) аниқланади, ювинди суюқлиги устида сузиб юрган эпидермал пўстлоқлар холестеатома мавжудлигини билдиради. Ноғора парда тешиги орқали қийшиқ тугмали зонд ёрдамида текширув ўтказилганда эса аттик ташқи суяк деворининг чети устки қисми ғадир-будур бўлганлиги аниқланади, баъзан зонд учига холестеатома парчалари ёпишиб чиқади. Холестеатомали эптитимпанитда ташқи эшитув йўли орқа юқори деворининг осилиши ва ташқи эшитув йўли суяк қисмини торайиши кузатилади (Ундриц белгиси). Бу белги холестеатома ташқи эшитув йўлининг суяк усти пардасига тарқалганлигини билдиради.

Холестеатомада Шюллер ва Майер проекциялари бўйича бажарилган чакка суяги рентгено-графиясида аттик-антрал майдонда юпқа суяк пардаси билан аниқ чегараланган суяк нуксони (бўш-лик) кўринади. Суякнинг емирилиши натижасида –суяк нуксонининг чети хира кўринади.

Бундан ташқари эптитимпанитда компьютерли томография текшируви (КТ) кенг қўлланилади, бу эса яллиғланиш жараёнининг тарқалиши ҳақида аниқ маълумот беради.

1-жадвал

Сурункали йирингли ўрта отит шакллариининг таснифи

Диагностик белгилар	Сурункали йирингли мезотимпанит	Сурункали йирингли эптитимпанит
1. Бемор шикоятлари	Кулогидан йиринг оқиши, эшитиш ўткирлиги пасайганлиги, кулоқда шовқин	Кулогидан йиринг оқиши, эпти-тиш ўткирлиги пасайганлиги, кулоқда шовқин, бош айланиши, юз мускуларининг тортилиши, бош оғриги, гандираклаш ва бошқа белгилар.
2. Ажралма хусусиятири	Йирингли-шилимшиқ-шилимшиқ суюқ ажралма	Йирингли, бадбўй, қуюқ йиринг-ли ажралма
3. Ноғора парда тешиги	Марказий таранглашган қисмида	Четки катта кенг салқи қисмида

4. Жараённинг тарқалиши	Ўрта қулоқ шиллик каватида	Ўрта қулоқ шиллик кавати ва суяк тўқималарига
5. Ноғора бўшлиқдаги патологик ўзгаришлар	Ҳидсиз йирингли ажралма, яллиғланиш ўсмалари, полиплар	Бадбўй қулоқ йирингли ажралма, яллиғланиш ўсмалари, полип, холестеатома
6. Яллиғланиш жараённинг ноғора бўшлиғида жойлашуви	Ўрта ва пастки каватида	Барча қисмларида, кўпроқ аттикада
7. Қулоқ эшитиш ўткирлигини шакли	Кондуктив қарлик (ўтказувчанлик)	Аралаш (ўтказувчанлик ва қабул) қилиш тизимида (кондуктив, нейросенсор)
8. Чакка суягининг рентгенографияси	Склерозли ўзгаришлар-катакчаларда ҳаво сақлаш зичлиги пасайган	Склерозли, аттикантрал бўлимининг деструкцияси, бўшлиқ ҳосил бўлиши кузатилади
9. Компьютер томографияси	Сўргичсимон ўсимта ҳаво сакловчи катаклар ҳаво сақланиши бузилганлиги пасайганлиги	Ҳаво сакловчи катаклар сўргичсимон ўсимта горлар орасидаги суяк деворлари емирилишини бўшлиқ ҳосил бўлганлиги кўринади
10. Аллергик сабаб билан боғлиқлиги	Бирор аллергияга сабаб бўлувчи аллергенларни қабул қилганда йиринг оқиши пайдо бўлади ёки кўпаяди	Аҳамияти йўқ.

Баъзан сурункали йирингли отит нотипик яширин шакли кечади. Масалан, суяк деструкцияси ва холестеатома ноғора парданинг марказида жойлашган ҳолларда ёки ноғора парда тешик бўлмаган ҳолларда ривожланиши кузатилиши мумкин.

Сурункали йирингли ўрта отитнинг аллергик шакли 60% беморларда учрайди. *Сурункали аллергик отит* тўсатдан бошланиб, беморнинг қулоғидан кўп миқдорда шилимшиқ ёки йирингли-шилимшиқ суюқ ажралма оқади. Касаллик оғриқсиз кечади ва тез-тез қайталаниб туради; ноғора бўшлиғи шиллик кавати гистологик текширилганда ноғора бўшлиғи шиллик каватининг шиши, ялтироқ яллиғланиш ўсмалари, эозинофиллар аниқланади.

Сурункали йирингли ўрта отитнинг келиб чиқишида замбуруғлар сабаб бўлганда йирингли ўрта отитни клиникасида кўпинча ташқи эшитув йўли териси яллиғланиши (экзема клиникаси) билан бирга кечади. Бемор қулоғи қичишига, битишига, баъзан шангиллашига, оғришига шикоят қилади. Отоскопияда ташқи эшитув йўли суяк қисмида тери инфильтрацияси, эпидермисларнинг кўчиши, ноғора бўшлиғида сариқ-яшил ёки қора-кулранг

караш ажралмалар ҳосил бўлади, ноғора парда тешиклари марказда жойлашиб чандиқлашган бўлади.

Даволаш. Сурункали йирингли ўрта отит консерватив ва жаррохлик усуллари ёрдамида даволанади. Мезотимпанитда консерватив даволаш тадбирлари яхши самара беради, жаррохлик амаллари асосан яллиғланиш ўчоғини тозалаш (антротомия, антром дренаж) ва яллиғланиш жараёнига тўғридан тўғри таъсир этилишига қаратилган бўлса, эптитимпанитда асосан жаррохлик амали бўшлиқда бўлган яллиғланиш ўчоқларини буткул тозалаш қала ичи асоратлари олдини олишга қаратилган (аттика, антротомия, кенгайтирилган мастоидотомия, умумлаштирилган ўрта кулоқ жаррохлик амаллари).

Даволаш тадбирларини бошлашдан олдин беморларга терапевт, невропатолог ва окулист маслаҳати уюштирилади, эндоскопия, отоскопия, микроотоскопия, зондлаш, чакка суяги рентгенография, компьютер томографияси, акуметрия. Аудиометрия ва бошва текширувлар бажарилади, кулоқдаги йирингли ажралма микрофлораси хилма-хиллиги ва унинг антибиотикларга бўлган сезирлиги аниқланади.

Сурункали йирингли ўрта отитда *муҳассамлашган консерватив даволаш* усули қўлланади, яъни маҳаллий ва умумий даволаш тадбирлари бир вақтда олиб борилади.

Маҳаллий даволаш тадбирлари ўрта кулоқдаги йирингли ўчоқни бартараф этишга қаратилган бўлиб, 3 босқичдан иборат:

1 - б о с қ и ч д а ноғора бўшлиғи зондга ўралган пахта бўлағи ёрдамида йиринг ва бошқа патологик ажралмалардан (грануляция, полип, холестеатома) тозаланади ёки антисептик эритмалар (фурацилин, 0,5% диоксидин 2% водород пероксиди билан ювилади. Дорилар сурилишини яхшилаш, қалин экссудатни суюлтириш, чандиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш ва маҳаллий фагоцитозни кучайтириш мақсадида ноғора бўшлиғи протеолитик ферментлар (трипсин, химотрипсин, лидаза) ва муколитиклар (ацетилцистеин, флуимуцил, синупрет) эритмалари ноғора бўшлиғига юборилиб ювилади. Ўрта кулоқ шиллиқ пардасининг шишини камайтириш ва дориларни шиллиқ пардага сурилишини яхшилаш мақсадида ноғора бўшлиғига дастлаб қон томирларни торайтирувчи эритмалар (0,1% адреналин гидрохлорид, галазолин, нафтизин, виброцил) транстимпанал, транстубар йўл орқали юборилади. Ноғора парда тешигини ёпиб турган полип ёки яллиғланиш ўсмалари қалинлашган юмшоқ тўқимаси 10-20% қумуш нитрат, Ваготил эритмаси билан куйдирилади ёки илгаклар қисқичлар ёрдамида олиб ташланади (муолажани поликлиника шароитида ҳам бажариш мумкин).

Ўрта кулоқда холестеатома бўлган ҳолларда ноғора бўшлиғи Гортман канюласи ёрдамида 3% борат кислотасининг спиртли эритмаси, 15 %прополисининг спиртли эритмаси, 70 градусли этил спирти эритмалари

билан ювилади. холестеатома сувли эритмали дорилар билан ювилмайди чунки сувли эритмалар таъсирида шишади ва катталашади.

II- б о с к и ч д а ногора бўшлиғига антисептик ва микробга қарши воситалар: 1-5% альбucid, 1 % димексид эритмаси, метрогил, 2 % хлорофиллиптининг ёгли эритмаси, 0,1% - 0,2% мефенамин натрий эритмалари ёки малҳамлари, эмулциялар яллиғланишни камайтириб, зарарланган шиллиқ парда физиологик фаолиятини тикланишига ёрдам беради. Диоксидиннинг 1% эритмаси кўпроқ грамм-манфий бактерияларга таъсир қилади.

Сурункали йирингли ўрта отитда антибиотиклар томчи, пилликчали тикма ёки маҳаллий электрофорез ёрдамида, парентерал ва меототимпанал, тубототимпанал усулларда юбориш тавсия қилинади. Уларни қўллашдан олдин микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқланади. Давомли антибиотикотерапия натижасида беморда; аллергия, дисбактериоз ва кандидоз ҳолатларига, яллиғланган тўқималарда ўсмалар ўсишига олиб келиши, ототоксик таъсирга эга бўлган дори воситаларини қўллаш нейросенсор қарликка олиб келиши, замбуруғлар сабабли келиб чиққан ўрта кулоқ яллиғланишида умумий ва маҳаллий дори воситаларидан фойдаланишдан олдин микологик текширув ўтказилади, жавобига қараб тегишли дорилар қўлланилади: дифлюкан 1 капсуладан 3 маҳал овқатдан олдин ёки низорал 1 таблеткадан 3 маҳал овқатдан олдин, интроконозол 1 капсуладан 3 маҳал овқатдан олдин ичишга, нистатин 1 таблеткадан 3 маҳал овқатдан олдин ичишга. Маҳаллий даво нитрунгин, резерцин, экзодерил, сангивутирин, микосептин, микозан ва бошқалар. Ташқи эшитув йўлини нитрофунгин билан ишлов бериш, маҳаллий усулда цефалоспоринларни, рифампицин, хлорамфеникол, метронидазол каби антибиотикларни қўллаш ҳам яхши самара беради. Антибиотиклар ҳар 10-12 кунда алмаштирилади.

Сурункали аллергия ўрта отитда антигистамин дори воситалари тавегил, супрастин, гисманал, кларитин, зиртек, телфаст таблетка ва уколларда қўлланилади, кортикостероид дори воситалари (гидрокортизон, преднизолон, дипроспан, флуцинар, фторокор, оксикарт) эритмалар, аэрозоллар ёки малҳамлар тавсия қилинади. Стероид гормонлар ногора бўшлиғининг шишини, экссудация ва пролиферация жараёнларини камайтириш, шиллиқ парданинг хужайра таркибини меъёрга келтириш ва улар ҳолатини яхшилаш хусусиятига эга.

Физиотерапия муолажаларидан УБН, электрофорез, фонофарез, ультротон, аэроионотерапия, гелий-неон ва углеродли лазертерапияси, ногора бўшлиғини озон ва кислород аралашмаси билан аэрация қилиш кенг қўлланади. Ногора бўшлиғидаги яллиғланиш ўсмалари ва полиплар лазер ёки бошқа усуллар ёрдамида олиб ташланади ёки куйдирилади.

Эшитув найининг шиллиқ чиқариш ва ҳаво алмашиш фаолиятини тиклаш мақсадида катетер ёрдамида транстубар ёки ногора парда (транстимпанал) йўл орқали томир торайтирувчи, яллиғланишга қарши антибактериал ва гормонал

дори воситаларини юбориш, пуфлаш, ҳалқум мускулларини электр токи ёрдамида иш фаолиятини тиклаш, эшитув найининг ҳалқум ва ноғора бўшлиғи соҳасидаги тешиқларга лазертерапияси муолажалари ўтказилади.

Халқ табобатида сурункали йирингли ўрта отитни даволашда бодом ёғи, алоэ шарбати, каланхоэ, мойчечак, календула, ёнғоқ пўстлогининг димламаси, саримсоқ ёки пиёз суви ёки уларнинг 1% спиртли эритмалари ишлатилади.

Биоген дорилар - салкосерил, прополисининг 10-30% спиртли эритмаси ёки 33% малҳами, табиий бактерияга қарши дорилар - новоиманин, хлорофиллипт, сангвиритрин, эктероцид, лизоцим ҳам сурункали ўрта отитни даволашда яхши самара беради.

Барча дори воситалари эритма, суртма, суспензия, шам, аэрозоль ёки кукун ҳолатда ишлатилади. Ноғора пардадаги тешиқлар кичик бўлиб ҳар каерда жойлашган бўлганда, эритмалар одатда транстимпанал усулда энгил босим билан юборилади, чунки бу уларни ноғора бўшлигининг барча қисмларига тарқалишига ёрдам беради. Эпитимпанитларда дори эритмаси аттик чуқурлигига етиб бориши учун ноғора бўшлиғи Гартман канюляси ёрдамида ювилади. Ноғора парданинг катта кенг тешиқлари орқали дорилар суспензияси, аэрозоли ёки малҳамлари ноғора бўшлиғига киргизилади.

Маҳаллий даволашнинг III- б о с қ и ч ида барча тадбирлар ноғора парда тешигининг ёпилишига қаратилган бўлиб, бунда 10-25% кумуш нитрати, 10% йод эритмаси ишлатилади.

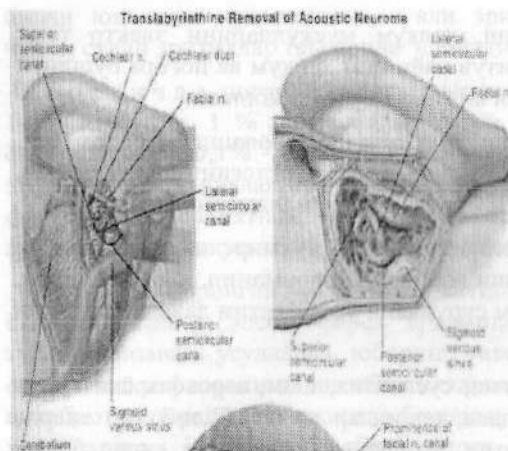
Даволаш тадбирлари организмнинг маҳаллий ва умумий иммунитетини ошириш тадбирлари билан бирга олиб борилади. Беморларни тўғри овқатлантириш, тоза ҳаводан нафас олиш, чиникиш муҳим аҳамият касб этади. Чўмилишдан олдин бемор қулоғига вазелин мойи, пахта ёки бодом ёғига шимдирилган пахта бўлаги киритилади.

Сурункали йирингли ўрта отитда *жарроҳлик даволаш усули* икки мақсадни кўзлайди:

Биринчиси-чакка суягидаги патологик ўчоғини барта-раф этиш ва калла суяги ичи асоратини олдини олиш;

Иккинчиси-эшитув анализаторини фаолияти тизимини тиклаш, эшитиш қобилиятини сақлаш ва тиклаш.

Барча жарроҳлик амаллари *эшитиш ўткирлигини сақлаш* ва эшитиш ўткирлигини тиклашга жарроҳлик амалларига бўлинади. Сурункали йирингли отитнинг авж олган қайталанган даврида бемор албатта шифохона шароитида даволаниши лозим. Эшитув найи, ноғора бўшлиғи шилиқ пардаси, сўргичсимон ўсиқ катаклари, ноғора парда тешигининг ҳажми ва жойлашуви келтириб чиқарган асоратларни эътиборга олиб, яллиғланган қулоқда қуйидаги жарроҳлик амаллари бажарилади:



157-расм. - тимпаноластикали ёки тимпаноластикасиЗ мириноголастика жаррохлик амали

мириноголастика (myring-ноғора парда)

-ноғора парданинг тешигини сунъий усулда ёпиш жаррохлик амали қўлланилади. Мириноголастикада биологик ва синтетик трансплантантлар (турли елимлар, амнион, пластмасса, аутофибрин плёнкаси, вена қон томири девори, мускул қинлари бўлаги, кўз шох ва оқ пардаси) ишлатилади. Жаррохлик амалидан олдин ўрта кулоқ тузилмаларининг физиологик фаолияти ва эшитув найининг ўтказувчанлиги текширилади. Ноғора пардадаги тешик ёпилгандан сўнг беморнинг эшитиш қобилияти тикланади.

Аутотукима ишлатиб бажариладиган мириноголастика энг оддий усуллардан бири бўлиб, бунда аутотўқима ташқи эшитув йўли суяк қисмининг терисидан ёки чакка мускули қинидан олинади.

Консерватив даволаш тадбирлари ўтказилишига қарамасдан кулоғидан йиринг оқиши давом этган беморларда дастлаб *антродренаж жаррохлик амали* ўтказилади, кейин сўргичсимон ўсиқ ғорига кириш жойининг ўтказувчанлиги текширилади; ғорга кириш жойи ўтказувчан бўлганда антисептик эритмалари билан ювиб қуритилади ва ноғора бўшлиғи ичига ўрнатилган шунт орқали кварц ёки лазер нурлари таъсир этилади. Ғорга кириш жойи ёпиқ бўлган (*адитус блоки*) ҳолларда-маҳаллий инфилтратив ёки нейролептаналгезия оғриқсизлантириш йўли ёрдамида ушбу майдонда *эндаурал микрожаррохлик амали* бажарилади.

Эндаурал йўл орқали *микроскоп остида "ётиқ" мезотимпанотомия* жаррохлик амали қуйидагича бажарилади:

, -эшитиш ўткирлигини яхшилаш умумбўшлиқ тозаловчи, аттикоантротомия жаррохлик амали,

- ноғора бўшлиғи, ноғора усти чуқурлиғи, ғорга кириш жойининг тафтиш қилиш билан бирга бажарилган тимпаноластика жаррохлик амали.

-олти ой давомида кулоғидан йиринг окмаган, эшитув найининг фаолияти сакланган, ўрта кулоқ суяк тизимида чириган суяк тўқимаси ёки шиллиқ қаватда гиперплазия жараёни ривожланмаган ҳолларда

I-босқичда ноғора парданинг чандикли қолдиклари микроажратгич ёрдамида ажратилади ва микроотиғ ёрдамида лабиринт деворидан кесиб олинади. Кейин болғача дастасининг дистал учи ажратилиб, унинг ҳаракатчанлиги тикланади. Ноғора парда четидан 5-6 мм ташлаб ташқи эшитув йўлининг териси унга паралел равишда суяккача ярим-циркуляр кесим билан (ўнг қулоқда соат миля бўйлаб 6 дан 12 гача, чап қулоқда - 1 дан 7 гача) кесилгандан сўнг ташқи эшитув йўли орқа деворининг териси суяқдан ва ноғора парданинг орқа квадрантларидан ажратгич ёрдамида ажратилади. Ҳосил қилинган меототимпанал тўқима бўлаги доқа тикма ёрдамида ташқи эшитув йўлининг олд деворига босилади, натижада ноғора бўшлиғининг орқа бўлимларига кенг йўл очилади. Жароҳат майдонини кўздан кечириш мақсадида жарроҳлик столининг бош учи 12-15⁰ пастга туширилади.

II-босқичда ноғора бўшлиғининг орқа-юқори девори ва аттик ташқи деворининг бир қисми микроқошиқча ёки ультратовушли фреза ёрдамида олиб ташланади. Аттик микроскоп остида кўздан кечирилгандан сўнг тозаланади, патологик ўзгарган сандонча олиб ташланади. Жарроҳлик амали вақтида лабиринт дарчаларининг ҳаракатчанлиги, тимпанал синус, эшитув суякчалари, эшитув найи ва ноғора парда тешигининг ҳолати текширилади.

Ҳорға кириш жойининг ўтказувчанлигини тиклаш мақсадида чандиклар, яллиғланиш ўсмалари ва патологик ўзгарган шиллик парда ноғора бўшлиғи орқали олиб ташлангандан сўнг ўрта қулоқ бўшлиғи илиқ фурациллин (1:5000), 5% сульфацил натрий ёки 1% диоксидин эритмалари билан ювилади.

III-босқичда жарроҳлик амали сўргичсимон ўсиқ ғори орқали бажарилади. Ташқи эшитув йўлининг териси орқа девори бўйлаб дастлабки кесимга перпендикуляр равишда кесилиб, ён томонга суриб қўйилади. Кейин ташқи эшитув йўлининг орқа девори 3-4 мм ичкарироқда сўргичсимон ўсиқ ғоригача тешилиб, ғорға кириш жойи ультратовушли фреза ёки стоматологияда ишлатиладиган бор ёрдамида кенгайтирилади. Ташқи эшитув йўлига тикма қўйилади.

Сурункали йирингли ўрта отит 5-6 ой давомида қайталанмаса беморда микрожарроҳлик амалининг *кейинги босқичида - сандончага протез ўрнатиши ва мишингопластика* жарроҳлик амаллари бажарилади.

Чакка суягининг патологик ўчоғини бартараф этиш, калла суяги ичи ва умумий отоген асорат-ларни олдини олиш, беморнинг эшитиш қобилятини сақлаш ва бироз яхшилаш, келгусида эшитиш ўткирлигини қайта тиклаш жарроҳлик амалини бажариш учун замин яратиш мақсадида ўрта қулоқда *радикал жарроҳлик амали* бажарилади. Жарроҳлик амали куйидаги босқичларга бўлинади;

1) сўргичсимон ўсиқ катакларини очиш ва сўргичсимон ўсимта катакларини патологик ўзгарган тўқималардан тозалаш - антротомия;

2) ташки эшитув йўли орқа деворининг суяк қисми ва аттикнинг ташқи деворини олиб ташлаш;

3) ўрта кулоқни ногора бўшлиғини патологик ажралмалардан (йиринг, яллиғланиш ўсмалари, полип, холестеатома, емирилган, чириган суяк тўқималарини) тозалаш;

4) пластика – сўргичсимон ўсиқ ва ташқи эшитув йўли орасида кенг доимий йўл ҳосил қилиш.

Жарроҳлик амалларида ногора бўшлиғи, сўргичсимон ўсиқ ва ташқи эшитув йўли бирлаштирилиб, умумий бўшлиқ ҳосил қилинади. Шунинг учун бу жарроҳлик амали бошқача қилиб *" эшитувни сақлаш умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали "* деб юритилади.

Умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амалига қуйидаги *кўрсатмалар* киради: 1) ўрта кулоқ суяк тузилмалари ва унинг атрофдаги суяк тўқималарини чириши;

2) холестеатома;

3) сурункали мастоидит;

4) юз асаб толасининг фалажи;

5) лабиринтит;

6) отоген калла суяги ичи асоратлари.

Отоген калла суяги ичи асоратлари ривожланган ҳолларда жарроҳлик амали шошилиш равишида бажарилиши лозим!

Умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали *"очик"* усули умумий кетаминли ёки эндотрахеал, маҳаллий оғриқ-сизлантириш остида қуйидагича бажарилади: I-босқич- игна кулоқ орқасига ташқи эшитув йўлининг ўртасига санчилади ва тўқималарга 0,5 1% адреналин гидрохлорид 0,1% (10 мл новокаинга 10 томчи адреналин) новокаин юборилади (натижада ташқи эшитув йўли кескин тораяди). Кейин игна юқорига, орқага ва пастга силжитилган ҳолда суяк усти пардаси остига ҳам 1,5-2 мл новокаин юборилади. Кулоқ супраси чакка суягига ёпишган жойдан 0,5-1,0 см ташглаб паралел ҳолда ёйсимон тери- тери ости тўқима суяк усти тўқимаси 3-4 см узунлик кесилади (гемостаз) қон тўхтатилиб ўтмас усулда юмшоқ тўқималар силжитилиб Шипо учбурчаги соҳаси очилади. (Шипо учбурчаги тепадан чакка чизиги, олдиндан - ташқи эшитув йўлининг орқа деворидан чакка чизигига хаёлан ўтказилган тўғри чизик (spina suprategmatica) ва орқадан - сўргичсимон ўсиқ чўққисининг чети ва чакка чизигидан хаёлан ўтказилган вертикал чизик билан чегараланган).

Ташқи эшитув йўлининг орқа, юқори ва қисман пастки деворининг териси орқа квадратларда суякдан ажратилиб, олдинга суриб қўйилади ва spina henle-ориентир думбоқчаси топилади..

II-босқич. Бор ёки узун новасимон искана ёрдамида (искана йўналиши пастдан юқорига, орқадан олдинга йўналтирилган бўлиши керак) Шипо

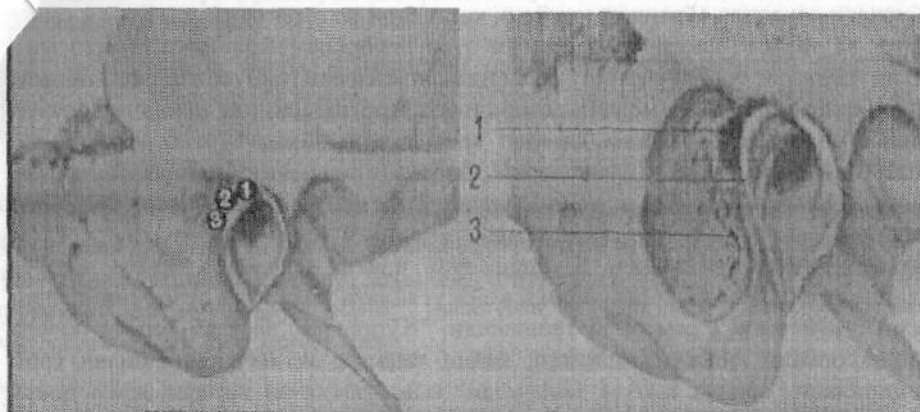
учбурчаги соҳасида сўргичсимон ўсиқ катаклари ва ғори очилади. Бунда чакка чизиги ва ташқи эшитув йўли юқори суяк деворидан баландрокда бош мия қаттиқ пардаси; учбурчакнинг орқасида-сигмасимон синус жойлашганлиги; горга кириш майдонида медиал деворида юз асаб толасининг иккинчи оёқчаси жойлашганлиги ва орқасида латерал ярим доира канал бўртиб турганлиги, унинг пастиди юз асаб толаси канали давом этишини эътиборга олиш лозим. Кейин сўргичсимон ўсиқ ғори турли ўлчамдаги қошиқчалар ёрдамида патологик ажралмалардан тозаланади, чирриган суяк тўқималари соғлом суяккача кириб тозаланади. Шундан сўнг искана ёрдамида ташқи эшитув йўлининг орқа девори, горга кириш жойи устидаги орқа суяк деворининг ички қисми (“кўприкча”) ҳам олиб ташланади. “Кўприкча” дастлаб гор ва ногора бўшлиқ орқали юпқалаштирилади, кейин тепадан эҳтиёткорлик билан уриб синдирилади. Горнинг юқори деворидан баландрокда ва латерал ярим доира канал ампуласининг пастиди жойлашган суяк пластинкалари очилмайди, чунки бунда калла суягининг ўрта чуқурчаси ёки юз асаб толаси жароҳатланиши мумкин.

III-босқичда горга кириш жойи кўздан кечирилиб, аттикнинг ташқи девори ингичка новасимон искана ёрдамида (аттикнинг томи ва олд девори ташқи эшитув йўлининг юқори деворидан яллиғланган суяк тўқималари кириб олинади) ва ташқи эшитув йўли орқа деворининг қолдиқлари ясси искана ёрдамида силлиқлаштирилиб олиб ташланади. Ногора бўшлиқ кўздан кечирилади ва яллиғланиш ўсмалари, полиплар, холестеатома, эшитув суякчалари яллиғланиш ўсмаларидан тозаланади. Аксарият ҳолларда чирриган суяк тўқималари эшитув суякчалари товушни ўтказиш жараёнида фаол қатнашишларини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик амаллари вақтида эшитув суякчалари ва ногора парда қолдиқларини имкон қадар сақлаб қолиш тавсия қилинади (В.Т.Пальчун).

Жароҳат майдони антисептик эритмалари фурацилин, диоксидин, 1% димексид билан ювилади, гипотимпанум, чиғаноқ дарчаси, даҳлиз дарчаси ва эшитув найининг ногора бўшлиғи тешиги кўздан кечирилади. Ногора бўшлиғи эшитув найи орқали Политцер усулида пуфланади.

IV-босқичда ташқи эшитув йўли орқа деворининг терисидан А.А. Миронов (1977) усулида ташқи эшитув йўлининг юқори ва пастки девори терисидан озикланган оёқчали П-симон меатотимпанал тўқима бўлаги қиркилади. Ҳосил қилинган тўқима бўлаги сўргичсимон ўсиқ ғори, сандонча ва “шпора” устига ётқизилади. (“шпора” - бу ташқи ярим доира канал сатҳига текисланган ташқи эшитув йўли орқа деворининг майдони. Ташқи эшитув йўли орқа девори терисининг қолдиқларидан пастки Г-симон тўқима бўлаги қирқилиб, сўргичсимон ўсиқда ҳосил бўлган бўшлигининг пастки қисмига ётқизилади.

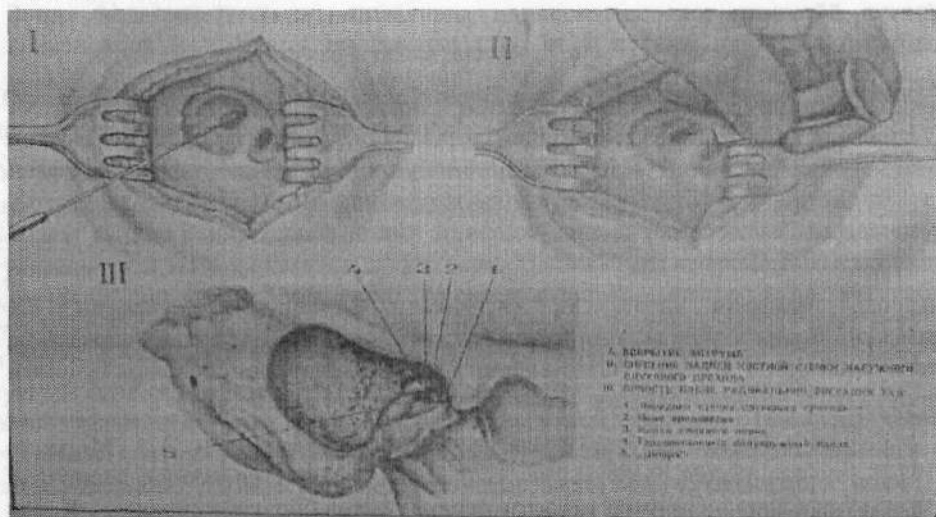
Ҳосил қилинган бўшлиқ ичига антисептик малҳамлар (левомиколь, диоксиколь, антибиотик ва вазелин мойига цимдирилган дока тикма ёки босувчи баллон жойлаштирилади, кулоқ орқаси жароҳатига тикилиб, асептик



А.1. Ёш болаларда 2. 10 ёшдаги болаларда 3. Катта ёшдаги кишиларда

Б. Ангромастодотомиядан кейинги бўшлик

1. Антрум 2. Ташқи эшитув йўли орқа девори 3. Сўргичсимон ўсимта суяк тўқимасини очии



158-расм. Умумбўшлик тозалаш жарроҳлик амали..;

I-Антрумни очииш

II-Ташқи эшитув йўли суяк қисмини олиш

III-Умумбўшлик жарроҳлик амалидан кейин бўшлик

1.Ташқи эшитув йўли олдинги девори 2.Даҳлиз дарчаси 3.Юз асаб толаси канали.
4.Гориознтал ярим айлана канал. 5.Фор

бойлам қўйилади. Жарроҳлик амалидан сўнгги 2-3 кунда тикмалар алмаштирилади, кейинчалик улар ҳар 2-3 кунда алмаштирилиб турилади. Вақти-вақти билан жароҳат майдинини очиб қўйиш ва антисептиклар билан ювиш тавсия қилинади. Бўшлиқ эпидермис билан бутунлай қоплангандан сўнг (3-4 ҳафтадан сўнг) ундан ажралма оқиши тўхтайтиди. Эпидермис билан қопланишига тўсқинлик қилган яллиғланиш ўсмалари жарроҳлик қошиқчаси билан олиб ташланади ёки 30-40% кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилади.

Қулоқдан қайта йиринг оқишини ва бўшлиқда эпидермис тўқималари тўпланишини инкор этиш учун жарроҳлик амалдан сўнг бўшлиқ вақти-вақти билан кўздан кечирилиши лозим.

Сурункали йирингли ўрта отитда эшитувни сақлаш умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали билан бир қаторда *аттикоантротомия* жарроҳлик амали ҳам кенг қўлланилади. Бу жарроҳлик амали ташқи эшитув йўли орқа суяк деворининг қолдирилиши, ёки ташқи эшитув йўлининг орқа суяк девори олиб ташланганда, ғорга кириш жойи устидаги суяк “кўприкча”нинг қолдирилиши билан умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амалидан фарқ қилади. Аттикоантротомия жарроҳлик амали “шпора” остида чириган суяк тўқималари жараёни ривожланмаган ва ғорга кириш жойи яллиғланиш ўсмаси ёки холестеатома билан ёпилмаган (ғорга кириш жойи блоки бўлмаган) ҳоллардагина бажарилади.

Тимпаноластика - эшитиш ўткирлигини яхшиловчи (тикловчи) жарроҳлик амали, одатда, умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали билан бирга ёки 3-6 ой ўтгандан сўнг бажарилади..

Тимпаноластика жарроҳлик амали товушни ўтказиш аппаратининг зарарланган қисмини тўлиқ ёки қисман тиклаш мақсадини кўзлаб, умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амалида ҳосил қилинган бўшлиқ ҳолати қониқарли бўлган ҳоллардагина бажарилади.

Тимпаноластикани амалга ошириш, яъни ноғора бўшлигини бутунлай ёпиш кўп жиҳатдан мукопериост ҳолатига, эшитув найининг чиқариш ва ҳаво алмашинув фаолиятига, эшитув ўткирлигининг пасайиши даражасига боғлиқ бўлади.

Тимпаноластика жарроҳлик амалини бажариллишига бўлган қарши кўрсатмалар:

- 1) отоген калла суяги ичи асоратлари;
- 2) диффузли лабиринтит;
- 3) сурункали аллергик яллиғланиш;
- 4) сурункали ўрта отитнинг кўзғалиш даври;

Тимпаноластика жарроҳлик амалининг асосий *вазифалари*:

- 1) ноғора бўшлиғини зич ёпган тебранувчи мембрана ҳосил қилиш;
- 2) товуш тўлқинларини узангичага етиб боришини таъминлаш;
- 3) лабиринт дарчаларининг ҳаракатчанлигини тиклаш;
- 4) эски ноғора парда фаолиятини тиклаш ёки янги мембрана ҳосил қилиш.
- 5) ноғора бўшлиғининг ички девори ва эшитув найининг тешиги соҳасида ҳаво сақловчи бўшлиқ ҳосил қилиш.

Трансплантант сифатида кулоқ орқаси ёки ташқи эшитув йўлидан олинган тери парчаси, мускул кини (чакка мускулининг қини), вена қон томирининг девори, кўзнинг шох ёки оқ пардаси, замонавий биоинерт материаллар (полиамид тўқимаси, полифасфазен) ва бошқа биологик тўқималар ишлатилиши мумкин.

Жарроҳлик амалидан олдин аудиологик текширув ўтказилади; кулоқ оғирлигининг даражаси, чиғаноқнинг функционал захираси (аудиограммада ҳаво ва суяк ўтказувчанлиги орасидаги тафовут), эшитув найининг ҳаво алмашинув ва чиқариш фаолияти аниқланади. Товушни қабул қилиш аппарати зарарланганда (нейросенсор кулоқ оғирлигида) тимпаноластика ижобий натижа бермайди. Тимпаноластикадан сўнг беморнинг эшитиш қобилияти яхшиланишини олдиндан билиш мақсадида қуйидаги синама ўтказилади: вазелин мойига шимдирилган пахта бўлаги ноғора парда тешигига ёки ташқи эшитув йўлига унинг рўпарасига ўрнатилади ва шундан сўнг эшитиш ўткирлиги ўзгарганлиги текширилади. Агар эшитиш ўткирлиги яхшиланса, тимпаноластика яхши натижа беришига имкон пайдо бўлади.

"Очиқ" тимпаноластика, яъни янги тимпонал бўшлиқни ҳосил қилишнинг турли усуллари мавжуд. Бу усуллари Вульштейн ва Цельнер ишлаб чиқишган. Бунда эшитиш қобилиятининг яхшиланиши қуйидаги йўллар орқали амалга оширилади:

- товуш тўлқинларининг трансформациясини кучайтириш;
- лабиринт дарчаларидан бирини ҳимоя қилиш (экранлаш);
- бу усуллари биргаликда қўллаш.

Тимпаноластиканинг 5 тури қайд этилади.

I тур тимпаноластика - ноғора парда тешилган, аммо эшитув суякчалари ва эшитув найининг фаолияти ҳолати сақланган ҳолларда қўлланилади. Бунда эндаурал миринголастика жарроҳлик амали бажарилади.

II тип тимпаноластика - *катта тимпонал бўшлиқни ҳосил қилиш*. Бу усул болгача каллачаси, бўйни ёки дастаси нуқсонли мавжуд бўлган ҳолларда қўлланилади. Ноғора бўшлиғи кўздан кечирилгандан сўнг болгача дастаси кесилиб, трансплантант болгача-сандонча бўғими устига жойлаштирилади.

III тип тимпаноластика - кичик тимпанал бўшлиқни ҳосил қилиш - бу усул болгача ва сангдонча суякчалари чириган ҳолларда қўлланилади. Чириган суякчалар олиб ташлангандан сўнг трансплантант бевосита узангича қаллачасига жойлаштирилади. Битта суякчадан иборат бўлган бундай товушни ўтказиш тизими қушларникига ўхшайди (*коломелла*).

IV тип тимпаноластика - редуқцион тимпанал бўшлиқни ҳосил қилиш - бу усул барча эшитув суякчалари чириган ҳолларда, фақат узангича асоси сақланган ҳолларда қўлланилади. Неотимпанал тўқима парчаси промоториум устига жойлаштирилиб, эшитув найининг ногора бўшлиғи тешиги, чиганок дарчаси ва гипотимпанум ёпилади, даҳлиз дарчаси - очиклигича қолдирилади. Эшитиш ўткирлиги лабиринт дарчаларига таъсир қилувчи босим ўзгариб туриши туфайли яхшиланади.

V тип тимпаноластика - товушни ўтказиш аппаратининг барча суяк элементлари йиринглаб чириганда ва узангича асосиси ҳаракатсиз бўлиб қолган ҳолларда қўлланилади. Бунда ташқи ярим доира канали фенестрацияси бажарилиб, ҳосил қилинган дарча трансплантант билан ёпилади; бир вақтнинг ўзида чиганок дарчаси экран билан ёпилиб, кичик тимпанал бўшлиқ ҳосил қилинади. Бу бўшлиқнинг ҳаво алмашинуви ногора бўшлиғининг пастки қисмидан амалга оширилади.

"Ётиқ" тимпаноластика эпимезотимпанит билан оғриган беморларнинг 80-90% умумбўшлиқ тозоловчи жаррохлик амали билан бирга ёки ундан 3-6 ой ўтгандан сўнг бажарилади. Протезлар кортикал суяк ёки бемор тирноғидан тайёрланади.

Тимпаноластикадан сўнг 10-12 кун давомида яллиғланишга қарши антибиотиклар клафорон, цефомизин ва гипосенсибилизация тадбирлари ўтказилади. Беморга аскорбин кислота, рутин, D ва B гуруҳи витаминлари, 15-20 кун давомида алоэ ёки ФиБС, метилурацил ёки пентоксил, тимолин ва бошқа керакли дори воситалари буюрилади.

Сўргичсимон ўсиқда ҳосил қилинган бўшлиқ шунт орқали антибиотик ёки 1% диоксидин эритмалари билан ювилади, кейин бўшлиқ ичига 5-10 минут кислород, тўртинчи кундан бошлаб - 0,5 мл гидрокортизон суспензияси бўшлиқга юборилади. Ташқи эшитув йўлидаги пахта тикма тўртинчи, бешинчи кун, резина катетер -еттинчи кун чиқариб олинади. Бешинчи-олтинчи кундан бошлаб жароҳат парвариш қилиш очик усулда олиб борилади. Кейинги муолажалар ҳар 2 кунда 1 марта жаррохлик микроскопи ёрдами назорати остида такрорланади. Кулоқ орқасидаги чоклар олтинчи-еттинчи кун, шунт - 8-10 кун олиб ташланади. Эшитув найи фаолиятини яхшилаш мақсадида беморнинг бурнига кунига 2 маҳал 6-7 томчидан нафтизин томизиш тавсия қилинади. Жароҳат майдони одатда 14-15 кундан сўнг битиб, чандикланади.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ОТИТ.

Ўткир йирингли ўрта отитни сурункали шаклига айланиши кўпинча умумий ва маҳаллий имунитети сусайган болаларда кузатилади. Баъзан касаллик ўткир отитни нотўғри даволаш натижасида ривожланади. Болаларда кўпинча ўрта кулоқ шиллик пардасининг яллиғланиши кузатилади, бунда боланинг умумий аҳволи ўзгармайди, кулогидан шилимишқ ёки шилимишқ-йирингли ажралма оқади. Аммо қизамиқ ва скарлатинада ривожланган отит қисқа муддат ичида сурункали деструктив йирингли отитга айланиши мумкин. 10-14 ёшар болаларда сурункали йирингли отит катталардагидай кечиб, уларда суяк чириши билан кечган ва холестеатомали отитлар қайд этилади. Ёш болаларда эса сурункали отитнинг бундай шакллари кам учрайди. Боланинг ўрта кулогида ривожланган холестеатома одатда тез ўсади ва сўргичсимон ўсикни парчалаб юмшоқ тўқималарга тарқалади. Баъзан холестеатома антромомия жарроҳлик амалини бошдан кечирган болаларда ҳосил бўлиши мумкин.

Болаларда консерватив даволаш усули одатда яхши натижа беради. Антибиотикотерапия фойда қилмаган беморларда микологик текширув ўтказилади ва зарур бўлганда нитрофунгин, клотримазол, экзодерил, ламизил дори воситалари тавсия қилинади.

Узоқ вақт давом этган ва сўргичсимон ўсикнинг яллиғланиши билан кечган сурункали отитларда жарроҳлик даволаш усули тавсия қилинади. Болаларда кўпинча енгил жарроҳлик амаллари қўлланилади, радикал умумбўшлик тозоловчи жарроҳлик амаллари эса калла суяги ичи асорати, юз асаб толаси фалажи ва отоген сепсис ривожланган ҳолларда бажарилиши мумкин.

Профилактикаси. Ўрта кулоқ касалликларини олдини олиш учун ўткир отининг ривожланишига ва уни сурункали шаклига айланишига сабаб бўлган омиллар: рахит, гипертрофия, камқонлик, бурун тўсиғи эгрилиги, аденоидлар, экссудатив диатез бартараф этилиши лозим.

Ўткир респиратор касалликлар ва ўрта отитларнинг ривожланишининг олдини олишда болани она сути билан овқатлантириш муҳим аҳамиятга эга. Чунки бола она сути билан носпецифик гуморал ҳимояни таъминловчи моддаларни қабул қилади (масалан лизоцим, иммуноглобулинлар), бу эса ташқи муҳит шароитига мослашишда муҳим аҳамиятга эга.

Болалар ва катта кишиларда ўрта кулоқ яллиғланиши ривожланишида куйидаги омилар ўз таъсирини кўрсатади:

1. Респиратор эпителий, шу жумладан эшитув найи эпителия қопламанинг мукоцилиар фаоллигини сусайтирувчи ва маҳаллий имунитетни сўндирувчи респиратор вирусли касалликлар кенг тарқалганлиги.

2. Антибиотикларга чидамли микробларни пайдо бўлишига ва организмнинг табиий ҳимоя кучини бузилишига олиб келган антибиотикотерапияни кенг, асоссиз ва бетартиб қўлланиши.

3. Консервантлар, турли синтетик моддалар кўшилган таомларни истеъмол қилиш, болаларда - сунъий овқатлантириш натижасида юзага келган организм сенсебилизацияси ҳамда маҳаллий ва умумий иммунитетининг бузилиши.

4. Гиподинамия, тоза ҳавода ва қуёш нури остида чекланган вақт давомида бўлиш, витаминларга бой бўлмаган озиқ-овқатларни истеъмол қилиш натижасида организм умумий носпецифик химоя кучининг пасайиши.

Қайд этилган ноқулай омилларни бартараф этиш ўрта кулоқ касалликларини камайишига ёрдам беради. Хусусан, грипп ва ўткир респиратор касалликларнинг специфик профилактикаси (инфлювак, ИПС-19, имудон ва бошқ.), юқори нафас йўллари соғломлаштириш ва ўткир респиратор касалликларни антибиотикларсиз даволаш усуллари ишлаб чиқилган.

Бурун ва ҳалқум сурункали инфекция ўчоқларини ўз вақтида даволаш, бурун орқали нафас олишни тиклаш ўрта отитларни олдини олишда муҳим ўринни эгаллайди. Сурункали йирингли ўрта отитни олдини олиш учун ўткир ўрта отитни тўғри даволаш лозим. Бунда парацентезни жарроҳлик амалини ўз вақтида бажариш, микроб сезгирлигини эътиброга олган ҳолда адекват антибиотикотерапияни ўтказиш муҳим аҳамиятга эга.

Ўткир ўрта отини бошдан кечирган беморлар 6 ой давомида диспансер назорати остига олиниши лозим. Ушбу муддат тугагандан сўнг беморни қайта текширувдан ўтказиб, қулоқ оғирлиги, отоскопия мазарасининг ўзгариши, эшитув найи фаолиятининг бузилиши аниқланганда даволаш тадбирларини такрорлаш талаб этилади: эшитув найини пуфлаш, ногора пардани пневмокалалаш, биостимуляторлар тавсия қилинади, зарур бўлганда тимпаномия, ногора бўшлигини шунтлаш жарроҳлик амаллари бажарилади.

Сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган бемор ҳар 3 ойда 1 марта оториноларинголог кўрикдан ўтиши талаб этилади. Зарур бўлганда у тозалаш ёки эшитувни яхшилаш жарроҳлик амалини бажариш учун шифохонага юборилади. Жарроҳлик амалига қарши кўрсатмалари мавжуд бўлган диспансер назорати остидаги бемор вақти-вақти билан кўздан кечирилиб, даволаниши лозим. Клиник манзараси тинч кечаган сурункали йирингли отитда ўрта кулоқ бўшлиқларида холестеатома ва кенг тарқалган кулоқ суяклари чириш жараёни ривожланиб, кулоқ оғирлигидан ташқари оғир, баъзан бемор ҳаётига хавф солувчи асоратларга олиб келишини доимо эсда тутиш лозим. Шу билан бирга кулоқ касалликларига чалинган беморлар қанча эрта даволанса, эшитиш қобилиятини сақлаш ва яхшилаш имконияти шунчалик кўп бўлади.

Демак, аҳолининг маданий саъвиясини ошириш, уларнинг яшаш шароитини яхшилаш, юқумли касалликларни камайтириш, оториноларингология хизматини ва диспансеризацияни йўлга қўйиш, тиббиёт янгиликларини амалиётда кенг қўллаш сурункали йирингли ўрта отитни олдини олишга ёрдам беради.

ИЧКИ ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Ички қулоқда икки энг муҳим анализаторларнинг (мувозанат ва эшитув) рецептор аъзолари жойлашган. Шу сабабдан ички қулоқ касалликлари мувозанат ва эшитув фаолияти бузилишлари белгилари билан кечади, булар субъектив ва объектив усуллар ёрдамида аниқланади. Кохлеовестибуляр бузилишлар эшитув ва мувозанат фаолиятларининг тахминан бирдай бузилиши ёки улардан бирининг фаолияти бузилиши устунлик қилиши мумкин. Периферик лабиринт аъзосининг фаолиятини бузилишлари *яллигли* ва *яллигсиз* клиник кечимга бўлинади.

ЛАБИРИНТИТ

(labyrinthitis)-мувозанат ва эшитиш рецепторлари фаолиятининг бузилиши билан кечадиган ички қулоқ яллиғланиши.

И.Б.Солдатов (1980) лабиринтитларни қуйидаги шаклларга бўлади:

1. Этиологик омил бўйича:

а) *носпецифик*);

б) *специфик (сил,захм)*

2.Патогенези бўйича:

а) *тимпаноген (отоген)*;

б) *менингоген*;

в) *гематоген*;

г) *жарохатдан сўнгги*.

3. Кечими ва клиник белгилари бўйича:

а) *ўткир*;

б) *сурункали (клиникаси яққол намоён бўлган, яширин)*;

4. Яллиғланиш жараёнининг тарқалиши бўйича:

а) *серозли*;

б) *йирингли*;

в) *некротик*.

Яллиғланиш жараёнининг тарқалиши бўйича касаллик *чегараланган* ва *тарқоқ (диффузли)* лабиринтитларга бўлинади.

Сурункали йирингли ўрта отит, умумбўшлик тозалаш жаррохлик амали ва тимпанопластикани бошдан кечирган беморда одатда чегараланган лабиринтит ривожланади.

Амалиётда купинча **тимпаноген (отоген) лабиринтитга** учрайди ва барча ўрта кулоқ касалликларининг 1 - 2% ташкил қилади. 3,8 - 4,2% ҳолларда лабиринтит сурункали суяк тўқимасининг емирилиши билан кечган ва холестеатомали сурункали ёки айрим ҳолларда ўткир йирингли ўрта отитнинг асорати сифатида юзага келади.

Отоген лабиринтитнинг ривожланишига ўрта кулоқнинг ўткир ва сурункали касалликларини кўзгатган микрофлоралар сабаб бўлади. Яллиғланиш жараёни ногора бўшлиғидан ички кулоққа чиганок ёки даҳлиз дарчаларининг мембраналари орқали тарқалади ва бунга ногора бўшлиғида ҳосил бўлган патологик ажралманинг чиқиш йўли ёпилиб қолганда, ногора бўшлиғи босимининг ошиши лабиринтитни ривожланишига ёрдам беради.

Патогенези. Лабиринтит патогенезида организмнинг умумий ва маҳаллий иммун ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Ўткир ёки сурункали ўрта отитда узангича асосининг айлана бойлами, чиганок дарчасининг мембранаси шишади ва ўтказувчан бўлиб қолади. Бунинг натижасида лабиринт ичида тарқоқ серозли яллиғланишга хос патологик ўзгаришлар ривожланади (ички кулоқда серозли суюқлик тўпланиб, лабиринт ичи босими ошади). Лабиринт ичи босими серозли-фибринозли яллиғланиш туфайли босим ошганда дарчалар мембраналари (кўпинча-чиганок дарчаси) йиртилиб, инфекция ўрта кулоқ ичига тарқалади.

Суяк чириши билан ёки холестеатома жараёни билан кечган сурункали йирингли ўрта отитда жараён бироз бошқача кечади. Бу касалликларда кўпинча ташқи ярим доира канал ампуласининг деворида, баъзан промоторий ёки узангича асосида окма (*фистула*) ҳосил бўлади. Ўрта кулоққа туташган лабиринт деворида периостит ва остит каби кучли яллиғланиш ривожланади. Жараён ярим доира каналнинг эндост қаватига етганда хужайра инфильтрацияси ривожланиб, яллиғланиш ўсмалари ва чандиқлар ҳосил бўлади ва фистула майдони инфекцияни перилимфага тарқалишига йўл кўймайдиган яллиғланиш ўсмалари ҳалқаси билан чегараланади, бундай лабиринтит *чегараланган лабиринтит* деб аталади.

Чегараланган лабиринтитнинг енгил кечимида фистула атрофи бириктирувчи тўқима билан қопланади ёки суякланади. Айрим ҳолларда эса бу тўқимачилик парчаланиб, инфекция ўрта кулоқдан суяк лабиринтига тарқалиши ва беморда сурункали *тарқоқ диффуз йирингли лабиринтит* ривожланишига олиб келади.

Патологоанатомик манзара серозли лабиринтитда қуйидагича бўлади; суяк лабиринтнинг эндост қавати шишади, қалинлашади, қон томирлари кенгайди, уларнинг ўтказувчанлиги ошади, перилимфада лейкоцитлар пайдо бўлади. Жараён лабиринтнинг барча бўшлиқларига тарқалади. Агар касалликнинг енгил клиник кечимида жараён чегараланиб, фаолият қайта тикланса, унинг оғир кечимида эса лабиринт ички босими ошиб, иккиламчи ногора парда ва узангичанинг айлана бойлами йиртилади, ички кулоқнинг нейрорепителиал

суяк тузилмалари чириши бошланади ва чириydi, некрозга учрайди, эшитиш фаолияти тикланмайди ёки қисман тикланади.

Менингоген (ликвороген) лабиринтит тимпаноген лабиринтга нисбатан камроқ учрайди. Қасаллик эпидемик менингит, грипп, сил, скарлатина, қизамиқ ва ич терламада рифожланган менингитнинг оғир ёки енгил кечимида яллиғланиш жараёни бош мия пардаларидан ўрта қулоқ ичига тарқалганда ривожланади. Ички қулоққа инфекция одатда ички эшитув йўли, дахлиз сув оқаваси ва чиганоқ йўлчаси (сув оқаваси) орқали тарқалади. Бунда кўпинча икки қулоқнинг барча яллиғланиши, беморда орттирилган нейросенсор карлик ва гўнгликга олиб келади.

Гематоген лабиринтит юқумли касалликларда, масалан эпидемик паротит ёки захм ва силда ривожланиши мумкин.

Жароҳатдан сўнгги лабиринтит ички қулоқни ноғора парда ва ўрта қулоқ орқали жароҳат-ланиши натижасида (масалан, қулоқ ичига спица, шпилька ёки бошқа ўткир учли ёт жисмни кириб кетганда) юзага келади. Жароҳатдан сўнгги лабиринтит калла суяги асосининг синиши билан кечган оғир калла суяги ва бош мия жароҳатларида ҳам ривожланиши мумкин. Бу ҳолда синиш чизиги чакка суяги пирамидаси устидан ўтиб, пирамида кўндаланг ёки узунасига синган ҳолларда инфекция тушиши натижасида ривожланади..

Клиник белгилар эшитув ва мувозанат аъзосини вестибуляр фаолиятларнинг бузилиши билан намоён бўлади; баъзан юз асаб толаси ва унинг ёнида жойлашган оралик ва катта тошсимон асаб толалари фаолияти бузилиши кузатилади.

Мувозанат бузилишлар; дастлаб вестибуляр аъзо фаолиятини таъсирланиш белгилари, кейинчалик мувозанат аъзоси фаолиятнинг пасайиши ёки йўқотилиши белгилари билан намоён бўлади. Мувозанат рецепторларнинг таъсирланиш (*ирритацияси*) белгиларига бош айланиши, кўнгил айнаиши, қусиш, мувозанатни бузилиши киради. Бу белгилар бош ҳаракатида, унинг маълум ҳолатида ёки қулоқда ўтказиладиган муолажалари вақтида кучаяди.

Бош айланиши белгиси-бу атрофдаги жисмларни ёки ўз танасининг силжишини, айланишини ҳис этиш (ҳиссиёти) иллюзияси бўлиб, вестибуляр анализатор тонуси симметриясининг бузилиши, таъсирланиши белгиси ҳисобланади; бу ҳиссиёт бош мия қобиғида юзага келиб, вестибуляр реакция сифатида баҳоланиши мумкин. Лабиринтитда *тизимли* бош айланиш белгиси кузатилади ва у атроф жисмларни бемор атрофида, ёки ўз танасини, одатда бир текисликда, айланишини ҳис этиш иллюзияси билан намоён бўлади.

Тизимли бўлмаган бош айланиши юрганда пастга йиқилиш, пастга тушиб кетиш ёки юрганда мувозанатни сақлай олмаслик ҳиссиёти билан кечади. У кўпинча венстибуляр анализаторнинг марказий бўлимлари зарарланганда пайдо бўлади. Ўткир лабиринтитда бош айланиши бир неча сония ёки дақиқа,

баъзан бир неча соатга чўзилса, сурункали лабиринтитда пайдо бўлган бош айланниш хуружлари бир неча кун давом этиши мумкин.

Лабиринтлардан бири таъсирланганда ёки унинг фаолияти сўнгганда чап ва ўнг кулоқ мувозанат рецепторларидан келятган импульслар оқимининг мувозанати бузилиб, беморда лабиринтлар ассиметрияси ҳолати рифожланади. Ушбу ассиметриянинг объектив кўринишларидан бири *-спонтан лабиринт нистагми* бўлиб, уни кўз билан кузатиш ёки электрнистагмограммада аниқлаш мумкин. Лабиринтитда спонтан нистагм кўпинча I - II даражали, кичик - ёки ўрта кўламли, горизонтал ёки горизонтал-ротатор характерга эга. Касаллик давомида спонтан нистагм ўз йўналишини ўзгартириб боради: касалликнинг бошланишида, яъни мувозанат рецепторларнинг таъсирланиш даврида нистагмнинг йўналиши зарарланган кулоқ томонга қаратилган бўлса (*ирритация нистагми*), “бемор” лабиринт фаолияти сўнгган сари (яъни ундан келятган импульслар оқими пасайиб, соғлом кулоқ томондаги импульслар кучайганда) спонтан нистагмнинг йўналиши соғлом кулоқ томонга йўналган бўлади (*дестукция, ёки сўниш нистагми*).

Бемор бир нуқтага тикилганда нистагм реакцияси одатда пасаяди, шунинг учун баъзан бир нуқтага тикилганда аниқланмаган спонтан нистагм коронги хонада бажарилган электрнистагмографияда аниқланиши мумкин. Бу ҳолда у *яширин спонтан нистагм* деб аталади ва ички кулоқ фаолияти бузилганлигидан дарак беради.

Ички кулоқ зарарланганда юзага келган лабиринт ассиметрияси тоник реакциялар характери ва кўрсаткич синамасининг ўзгариши билан ҳам намоён бўлади. Водак-Фишер, бармоқ-бурун ва бармоқ - бармоқ синамаларида қўллар нистагмнинг секинлашган компоненти томонда нишонга тегмайди. Статик ва динамик мувозанат текширилганда беморнинг гавдаси нистагмнинг секинлашган компоненти томон оғиб кетади. Бемор бошини ён томонга буриб юрганда оғиш йўналишининг ўзгариши лабиринт атаксиясининг ўзига хос белгиси ҳисобланади. Масалан, чап томонга оғиб юрган бемор бошини ўнг томонга буриб юрганда олд томонга оғади.

Калорик ёки айланторма синамаларда эса мувозанат аъзоси кўзгалиш меъёрларининг ўзгариши (гиперрефлексия, гипорефлексия, мувозанат аъзо кўзгалиш ассиметрияси) кузатилади. Ҳар бир кулоқни алоҳида текшириш учун имкониятга эга бўлган, калорик синама зарарсиз бўлиб, текшириш мақсадида оғир беморларда диагностика учун қўлланиш ўтказилган калорик синаманинг мусбат натижаси зарарланган лабиринт фаолияти сақланганлигидан далолат беради. Гиперрефлексия фақат серозли ва чегараланган лабиринтитда кузатилади. Калорик кўзгалишнинг йўқлиги (синаманинг манфийлиги) эса ички кулоқ рецепторларининг чуқур патологик ўзгаришлари дестукцияси ёки фаолияти бутунлай йўқотилганлигини билдиради.

Лабиринт бузилишларини аниқлашда *фистула (прессор) синамаси* муҳим аҳамиятга эга. Ташқи эшитув йўлида ҳаво босимини ошириш ёки камайтириш,

тугмачали зонд билан ногора бўшлигининг ички деворида жойлашган оқма майдониға таъсир қилиш натижасида беморда фистула белгиси пайдо бўлади. У прессор нистагм, бош айланиши ёки ўзига хос “туртки” хиссиёти, айрим ҳолларда кўнгил айнаиши ва қусиш белгилари билан намоён бўлади. Микроскоп остида кўздан кечирилганда ташқи ярим доира канал девори сатҳида эпидермис билан қопланган юмшоқ тузилма кўзга кўринади, зонд киритилганда эса беморнинг боши айланади. Оқма кўпинча латерал ярим доира канал деворида жойлашганлиги сабабли ҳаво босими оширилганда Эвальд қонуниға асосан нистагмнинг йўналиши “касалланган” қулоқ томонға, ҳаво босими пасайтирилганда эса- қарама-қарши томонға йўналган бўлади.

Шуни эътиборға олиш лозимки, баъзан, оқма мавжуд булган ҳолларда ҳам фистула белгиси кузатилмаслиги мумкин, чунки у кўпинча эндост томондан яллиғланиш ўсмалари лўлачаси ёки холестеатома билан ёпилган бўлади.

Вегетатив реакциялар кўнгил айнаиши, қусиш, қўп терлаш, тери қопламлари ва шиллиқ пардаларнинг рангпарлиги ёки қизариши, тахикардия ёки брадикардия, юрак соҳасида нохушлик хиссиёти билан намоён бўлади. Касалланган қулоқда ўтказилган барча экспериментал текширувлар кескин вегетатив реакциялар билан кечади.

Кохлеар бузилишлар эшитувнинг пасайиши ва қулоқ шанғиллаши билан намоён бўлади. *Серозли лабиринтитда* эшитиш қобилияти аралаш шаклда пасайиб, асосан товушни қабул қилиш аппаратининг бузилиши ва мувозанат рецепторларнинг таъсирланиш ёки унинг фаолиятини пасайиш белгилари билан кечади. Агар серозли лабиринтитда ўрта қулоқнинг йирингли жараёни даволангандан сўнг беморда эшитув ва мувозанат аъзо фаолиятлари тикланса, йирингли ва некротик лабиринтитларда - даволаб бўлмайдиган нейросенсор карлик юзаға келиши мумкин. Эшитиш ўткирлиги бузилишларининг динамикаси ички қулоқдаги яллиғланиш жараёнининг шаклини аниқлашға ёрдам беради. Нейросенсор карлик ривожланмай ва серозли лабиринтитда беморнинг эшитиш қобилияти 3-4 кундан сўнг қисман тикланади, йирингли лабиринтитда нейросенсор карлик ривожланиб, эшитиш қобилияти тикланмайди. Агар вестибулометрияда “касалланган” қулоқ томонда мувозанат рецепторларининг ирритацияси касалликнинг қулай белгиси ҳисобланса; аксинча, йўналиши соғлом қулоқ томонға қаратилган спонтан нистагм, айланторма ва калорик синамаларда мувозанат рецепторлар кўзғалишининг тушиб қолиши кохлеар рецепторларнинг кескин бузилишларидан далолат беради.

Қулоқ шанғиллаши кўпинча юқори частотали бўлиб, у бемор бошини ён томонларға бурганда ку-чаяди. Қулоқ шанғиллаши кохлеар рецепторлар таъсирланиши ва бош мия эшитув марказларининг кўзғалиши натижасида юзаға келади.

Юз асаб толасининг фалажи келиб чиқиши қуйидагича изоҳланади: яллиғланиш жараёнининг ички қулоқ дахлизи ва чиғаноғи ўртасида

жойлашган юз асаб толаси соҳасига ёки ўрта кулоқ томондан тарқалиши билан боғлиқ бўлиб, беморда юз асаб толаси билан таъминланган мускулларнинг периферик типдаги фалажи ривожланиши билан намоён бўлади.

Ўқир лабиринтит 2-3 ҳафта давом этгандан сўнгра соғайиш билан тугаши ёки касаллик яширин шаклига ўтиб, бир неча йиллар давом этиши ва беморни меҳнат қобилиятини пасайишига ёки бутунлай йўқолишига олиб келиши мумкин. Ўткир лабиринтитнинг тарқоқ йирингли шакли анча оғир кечади ва менингит ёки миёча абцессига олиб келади; касаллик шиддатли бошланиб, беморда бош айланиши, мувозанатни бузилиши, вегетатив бузилишлар, спонтан нистагм белгилари ривожланиб, эшитув ва мувозанат рецепторларининг фаолияти қисқа вақт ичида издан чиқади.

Ички кулоқ рецепторлари нобуд бўлганда аста-секин адаптация жараёни ривожланиб, мувозанат фаолияти иккинчи лабиринт ва марказий мувозанат рецепторлари механизмлари, ҳамда кўриш ва эшитиш анализатори ва тактил сезги ҳисобидан тикланади. Ушбу сезги тизимлари сақланганлигида, хусусан, ёш организмда мувозанат фаолияти тез ва тўлиқ тикланиши мумкин. Эшитиш фаолияти эса тикланмайди, яъни “беморни” кулоғи буткул эшитмай нейросенсор қарлик ривожланади.

Чегараланган лабиринтитда фистула белгиси мусбатлиги асосий белги ҳисобланади. Баъзан чегараланган лабиринтит клиник кечими, сурункали тарқоқ йирингли лабиринтит клиникасига ўтиши мумкин. Агар йирингли лабиринтитда беморда кулоқ оғирлиги ва мувозанат аъзоси фаолияти бузилишлари кузатилса, серозли лабиринтитда-бу фаолиятларни бузилиши кузатилмайди. Сурункали йирингли ўрта отитда умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амалидан кейин босимдан сўнг ҳосил бўлган нистагм кузатилиши, ҳосил қилинган бўшлиқда лабиринт фистуласи бор лекин унинг эпидермис билан қопланмаганлигидан дарак беради.

Қиёсий таъхисот. Лабиринтитни калла суягининг орқа чуқурчаси арахноидити, миёча абцесси, даҳлиз-чиғаноқ (ҮШ) асаб толаси невриномасидан фарқлаш лозим.

Оттоген арахноидит бош миё пардаларининг чегараланган яллиғланиши бўлиб, патологик жараён асосан калла суягининг орқа чуқурчаси ёки кўприк миёча учбурчаги соҳасидаги, бош миё асосининг тур пардасини камраб олади.

Касаллик аста-секин ривожланади, беморда кўпинча субфебрил ҳарорат; қонда - лейкоформулани чапга силжиши кузатилади. Жараён кўприк миёча соҳасида жойлашганда беморда касалланган кулоқ томонда бурун шиллик пардаси сезгирлигининг пасайиши, кўз шох парда рефлексининг сусайиши ёки йўқолиши, юз асаб толасининг периферик типдаги фалажи ривожланади. Патологик жараён калла суягининг орқа чуқурчаси соҳасида жойлашганда узоклаштирувчи (ҮI), ва (ҮII), тилҳалқум (IX), сайёр (X) ва кўшимча (XI) асаб толалари фаолиятининг бузилиши кузатилади, лабиринтитда эса бундай бузилишлар қайд этилмайди. Арахноидит ҮV қоринчанинги ўрта (Мажанди

тешиги) ва ташқи (Лушки тешиги) аппертураларини битишмалар билан ёпилиши билан кечганда IV қоринча бўшлиғида калла суяги ичи босими ошиб, касалликнинг клиник манзарасида лабиринт белгилари эмас, балки умумий бош мия белгилари кўпроқ кузатилади. Хусусан, беморни энса соҳасининг оғриши, оғрикни бўйин соҳасига таркалиши безовта қилади. Бош айланиш хуружларида бемор бошини мажбурий ҳолатда тутати, унинг ҳолати ўзгартирилганда рангпарлик, терлаш, томир уриши ва нафас олишнинг тезлашиши пайдо бўлади.

Мияча абсцесси кўпинча сигмасимон синус тромбози ва шу соҳанинг экстрадурал абсцессидида ривожланади; у лабиринтит билан бирга кечиши мумкин. Касалликнинг ўзига хос белгиларига абсцесс соҳасида жойлашган бош оғриги, абсцесс томонда мускуллар тонусининг бузилиши киради. Бош мия абсцессидида спонтан нистагм катта қўламли бўлиб, аста-секин кучайиб борса, лабиринтитда - у ўз йўналишини ўзгартиради ва 3-4 ҳафтадан сўнг унинг ҳаракати бутунлай сўнади.

Бундан ташқари, мияча абсцесси билан оғриган бемордан бармоқ-бармоқ синамасини бажариш илтимос қилинганда бемор бармоғини врач бармоғига тегизаолмайди, чунки унинг қўли зарарланган томонга оғади; бармоқ-бурун синамасида ҳам бемор зараланган томондаги қўл бармоғини бурни учига тегизаолмайди. Бемор зарарланган томонда тизза товон синамасини ҳам бажара олмайди - одатда товон тиззага тегар-тегмас ҳаракатга келиб, сирпаниб пастга тушади, Ромберг ҳолатида ҳам бемор ўз мувозанатини сақлай олмайди ва зарарланган томонга оғади, бунда бош ён томонга бурилганда ҳам йиқилиш йўналиши ўзгармайди. Ва ниҳоят мияча абсцессидида беморнинг зарарланган ён томонга юриши бузилади.

Даҳлиз-чизаноқ асаб толаси (VIII) невриномаси 3 босқичда кечади:

I- отиатрик,

II- отоневрологик,

III - неврологик (терминал).

Касалликнинг бошланғич босқичида беморда эшитиш қобилиятининг пасайишибир томонлама бўлиб аста-секин кучайиб бориб, қулоқ шанғиллаши билан кечади. Қулоқ шанғиллаши сув қайнашини, хуштак товушини, гувуллашни эслатади. Бош айланиш белгиси кузатилмайди, аммо калорик синамада баъзан мувозанат рецепторлар қўзғалишининг пасайганлиги аниқланади.

Касалликнинг II-босқичда эшитув ва мувозанат аппарати фаолиятларнинг бузилишига қуйидаги неврологик белгилар кўпилади: энса соҳасининг оғриши, зарарланган томонда бурун шиллик пардаси сезгирлигининг ва кўз шох пардаси рефлексининг пасайиши, тилнинг олд 2/3 қисмида таъм билиш сезгисининг бузилиши, юз асаб толаси билан таъминланган мускулларнинг периферик фалажлари юз беради .

Даволашда консерватив ва жаррохлик даволаш усуллари қўлланади. Тарқок серозли лабиринтитда асосан консерватив даволаш тадбирлари ўтказилади. Консерватив даволаш тадбирлари лабиринт ичи босимици пасайтиришга, серозли лабиринтитни йирингли лабиринтитга айланишини ва калла суяги ичи асоратларини олдини олишга қаратилади. Беморга дегидратация, антибактериал ва умумий терапия буюрилади. Бунда ототоксик антибиотиклардан ташқари, кенг таъсирга эга бўлган барча антибиотиклар: ампициллин, аугментин, тазоцин, сультаксин, цефомизин, зинацеф, клафарон, максипим, цейген инекцияларда касаллик кечими, бемор тана вазни ҳисобга олган ҳолда вена ичига томчилаб ёки мускул орасига ёки ичиш учун тавсия қилинади. Дегидротация, дезинтоксикация, десенсибилизация, симптоматик терапия тадбирлари пархез, диуретиклар ва кортикостероид дори воситаларни қўллаш, гипертония эритмаларини (20-40 мл 40% глюкоза, 10 мл 10% кальций хлорид, вена ичига аста-секин, 10 мл 25% магний сульфат) мускул орасига юборишдан иборат. Пархезда суюклик микдорини суткасига 1 л гача, туз микдорини 0,5 г камайтириш кўзда тутилади. Маҳаллий трофикани яхшилаш мақсадида 5 % 5 мл аскорбин кислотаси, витамин К, Р, В₆, В₁₂, АТФ, кокарбоксилаза, предуктал буюрилади. Лабиринт фаолиятини кўзғалишини камайтириш мақсадида тери остига атропин сульфат 01 % 1,0 скополамин, пантопон керакли микдорда юборилади.

Ўткир ва сурункали йирингли ўрта отитда ривожланган ўткир серозли ёки йирингли лабиринтитда *антромастоидотомия* ёки *умумбўшлиқ тозоловчи жаррохлик амали* бажарилади. Ўткир ўрта отит билан оғриган беморларда тарқок йирингли лабиринтит ривожланганда антромастоидотомия, сурункали ўрта отит билан оғриган беморда-умумбўшлиқ тозоловчи жаррохлик амали бажарилади. Жаррохлик амали консерватив даволаш тадбирларидан сўнг, яъни беморда мувозанат аъзоси бузилишлари белгилари камайгандан кейин, одатда олтинчи-саккизинчи кунларда бажарилади (бу вақт ичида оқма (фистула) атрофини яллиғланиш ўсма тўқимаси ўраб олади). 4-5 кун давомида лабиринтит белгилари камаймаган ҳолларда шошилиш равишида жаррохлик амали бажарилиши лозим.

Чегараланган лабиринтитда микрожаррохлик даволаш усули қўлланилади. Микроскоп остида ташқи ярим доира канал деворлари, юз асаб толаси канали ва ногора бўшлигининг ички девори кўздан кечирилади ва оқма канали жаррохлик усулида тозаланади (яллиғланиш ўсмалари ва чириган суяк тўқималари канал бўйлаб қириб олиб ташланади). Кейин оқма канали тешигига юмшоқ тўқима жойланади ёки у трансплантант билан ёпилади. Баъзан сурункали ўрта отит ва отоген лабиринтит билан шифохонага келтирилгандан беморга шошилиш равишида умумий оғриқсизлантириш остида тозоловчи жаррохлик амали бажарилади. Яллиғланиш ўчоғи чириган суяк тўқималаридан ўткир кичикқошиқча ёрдамида тозалангандан сўнг ўрта қулоқнинг ички девори кўздан кечирилади. Кейин жарроҳ қулоқ орқаси жароҳат майдонининг юкори бурчагидан соғлом суяк усти тўқимасини

бўлагини олиб, уни эзади ва антибиотик эритмасида ювиб, фистула канали тешигига жойланади, оқма зич ёпилади. Фистула атрофига суяк тўқимаси қирилиб унга ишлов берилади ва чуқурча ҳосил қилинади. Чуқурча спирт билан қуритилгандан сўнг унга ҳамда фистула атрофини кичикқошиқча ёрдамида соғлом суяк тўқимаси дончалари жойланиб циакрин елими билан елимланади. Жарроҳлик амалининг охирида фистула майдонига импульсли ультратовуш таъсир этилади (10-30 сония давомида), шунда суяк - циакринли композиция суяк пломбасига айланиб фистула канални зич ёпади. Кейин шу майдонга бириктирувчи тўқима бўлаги жойланади ва резина парчаси билан ёпилади, жароҳат майдонига вазелин ва антибиотикларга шимдирилган тикма қўйилади. Жарроҳлик амалдан сўнг бемор 3 кун давомида тўшакда ётиши талаб этилади. Жарроҳлик амалидан сўнг 2-3 кун ўтгандан сўнг беморда мувозанат бузилиш белгилари йўқолади, олтинчи кун тикма олиб ташланади. Жароҳат майдони 12-15 кунларда битади.

Лабиринтит билан оғриган беморда калла суяги ичи асорати ривожланиши клиник белгилари кузатилса, шошилиш равишида жарроҳлик амали бажарилиши лозим.

Некротик ва баъзан йирингли лабиринтитда консерватив даволаш тадбирлари ва ўрта қулоқда бажарилган тозоловчи жарроҳлик амали яхши натижа бермаганда лабиринтни қисман ёки тўлиқ очиш жарроҳлик усули қўлланади. Лабиринтэктомия жарроҳлик амалида ички қулоқнинг барча қисмлари очилади яъни- даҳлизи, ярим доира каналлар ва чиғанок.

Лабиринтитни олдини олиш чора-тадбирларига ўрта қулоқ йирингли касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва тўғри даволаш, беморларни диспансер назорати остига олиш ишлари киради. Чегараланган лабиринтитда лабиринт оқмасида ўз вақтида бажарилган жарроҳлик амали беморда эшитиш ва мувозанат аъзосини фаолитяларини сақлаб қолишга ва йирингли лабиринтитни олдини олишга ёрдам беради. Тарқоқ серозли лабиринтит билан оғриган бемор шошилиш равишида ЛОР-бўлимга ётқизилиши лозим. Йирингли лабиринтитда ўз вақтида бажарилган тозалаш операцияси калла суяги ичи асоратларини - менингит ёки бош мия абсцессини олдини олишга ёрдам беради.

ОТОГЕН КАЛЛА СУЯГИ ИЧИ АСОРАТЛАРИ

Ўткир ва сурункали отитлардан сўнг асорат сифатида ривожланади. Ўрта кулокнинг йирингли касалликлари билан оғриган беморларда отоген калла суяги ичи асоратлари 3,5 - 4 % ташкил этади ва сурункали йирингли отитларда, ўткир йирингли отитларга қараганда отоген калла ичи асоратлари 10 марта кўп учрайди. Калла суяги ичи асоратларида ўлим кўрсаткичи 10 % гача бўлиши мумкин, бу кўрсаткич кўпинча асорат характери ва ўз вақтида бошланган даволаш тадбирларига боғлиқ бўлади.

Отоген калла суяги ичи асоратлари орасида биринчи ўринни- отоген йирингли менингит, иккинчи ўринни-бош мия ва мияча абсцесслари, учинчи ўринни S-симон синустромбози ва отоген сепсис эгалайди. Ёш болаларда кўпинча менин-гоэнцефалит учрайди. Баъзан калла суяги ичи асоратларининг бир нечтаси бирга кечиши кузатилади. Масалан, S-симон синус тромбоз, мияча абсцесси, менингит ва бош мия абсцесслари.

Этиологияси. Отоген калла суяги ичи асоратини турли микроблар кўзгатади: ўткир отитда стафилококк, стрептококк, баъзан пневмококк ва вируслар; сурункали отитда - булардан ташқари, протей, кўк йирингли таёқча, Кох таёқчаси ва бошқалар. Отоген калла суяги ичи асоратларининг ривожланишида микробнинг вирулентлиги ва организмнинг иммунитетини ҳал қилувчи ахамиятга эгадир.

Патогенези. Инфекция калла суяги бўшлиғига ўрта кулоқдан ва, баъзан, ички кулоқдан қуйидаги йўллар орқали тарқалади.

1) *контакт йўл*-бу йўл сурункали йирингли отитларга хос бўлиб, яллиғланиш жараёни калла суягининг ўрта мия чуқурчасига чириган суяк тўқимаси ёки холестеатома таъсири натижасида емирилган ногора бўшлиғининг юқори девори ёки сўргичсимон ўсиқнинг ғори орқали тарқалади.

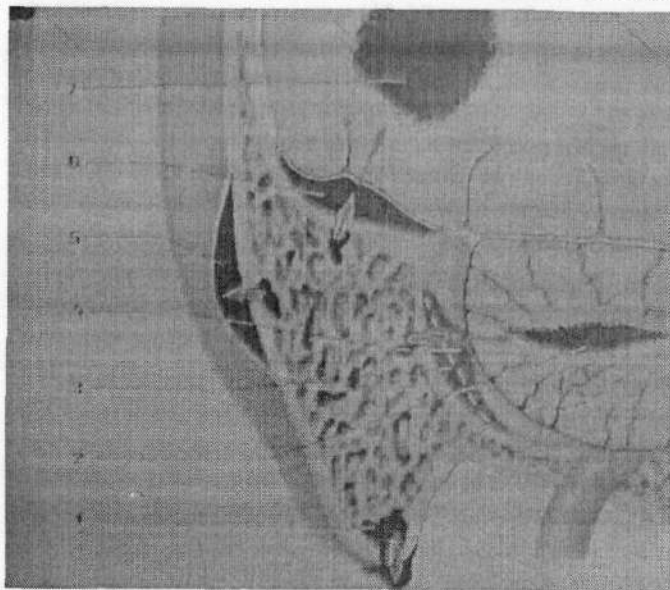
2) *илгари мавжуд бўлган алоқа йўллари орқали*, яъни қон ва лимфа томирлари асаб толаларининг йўллари орқали, бу йўллар кўпинча асосан ногора бўшлиғининг юқори девори ва сўргичсимон ўсиқ ғори орқали тарқалади.

3) *лабиринтоген йўл*-инфекция ички кулоқдан даҳлиз-чиғаноқ асаб толаси бўйлаб ички эшитув йўли, перилимфатик ва эндолимфатик йўллар орқали калла суягининг орқа мия чуқурчасига тарқалади. Беморда дастлаб йирингли лабиринтит клиник белгилари кузатилади (бош айланиши, қусиш, мувозанат фаолиятини бузилиши, спонтан ниста м ва кулоқ оғирлиги).

4) гематоген (метастатик) йўл- инфекция бош миянинг чуқур қисмларига қон орқали тарқалади.

5) лимфоген йўл-инфекция лимфа суюқликлари орқали тарқалади.

б) дегисценциялар орқали-инфекция ногора бўшлигининг битмай қолган тирқишлари орқали тарқалади; бу кўпинча ёш болаларда кузатилади.



159-расм.

Инфекцияни ўрта кулоқдан тарқалиш йуллари

1.Йирингнинг бўйин мускуллари орасига ёрилиши

2.Мияча абсцесси

3.Синуус олди абсцесси

4. S симон синус тромбози.

5. Суб периостал абсцесс.

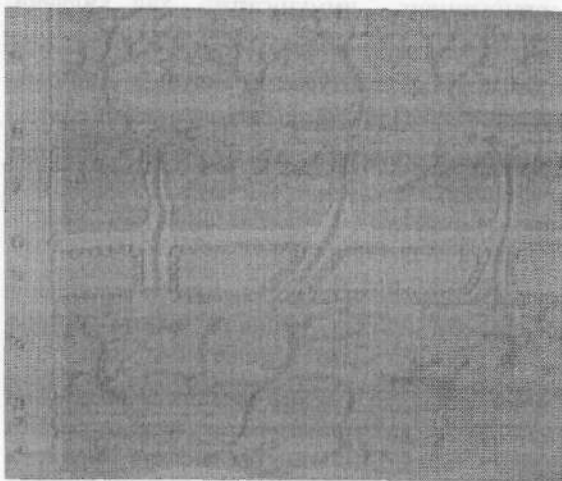
6.Қаттиқ

мия пардаси усти

абсцесси. 7. Бош мия

чакка қисмининг

абсцесси



160 –расм. Ўрта кулоқ ва бош мия қон-томирларининг ўзаро алоқаси

1.Ногорабўшлигининг шиллик қавати. 2.Ногора бўшлигининг томи. 3. Қаттиқ мия пардасининг устки бўшлиғи.

4. Қаттиқ мия пардаси . 5. Қаттиқ мия ости бўшлиғи.

6.Тўрсимон парда. 7.Тўрсимон (суб арахноидал) парданинг

остки бўшлиғи . 8. Миянинг юмшоқ пардаси. 9. Бош мия тўқимаси

Инфекциянинг калла суяги ичига тарқалиши куйидаги боскичларда кечади:

1 - боскич - эпидурал абсцессни ҳосил бўлиши. Ўрта ва ички кулоқдаги яллиғланиш жараёни атрофдаги тўқималарга тарқалиб, чириган суяк

тўқималари орқали ёнма-ён жойлашган қаттиқ мия пардасига ўтиб чегараланган яллиғланиш ҳосил бўлишига олиб келади. Калла суяги ичи асоратининг ушбу бошланғич босқичи чегараланган пахименингит деб аталади.

2- босқич - *экстрадурал (ёки перидурал) абсцессини* ҳосил бўлиши - йирингни чакка суягининг калла бўшлиғига қараган юзаси ва бош мия қаттиқ пардаси (*dura mater*) орасида тўпланиши. Йирингли тўплам вена бўшлиғининг ташқи девори ва калла суяги ўртасида жойлашганда жараён *перисинуоз абсцесс*, яллиғланиш синус деворига тарқалганда - *синусфлебит* ва *синустромбоз* деб аталади.

3-босқич - инфекцияни бош миянинг қаттиқ ва тур (*arachnoidea*) пардалари орасига тарқалиши ва *субдурал абсцессини* ҳосил бўлиши. Йирингли ўчоқ чакка суяги тошсимон қисмининг орқа томони ва бош миянинг қаттиқ пардаси ўртасидаги *saccus endolymphaticus*да жойлашганда жараён *интрадурал абсцесс* деб юритилади.

4- босқич - инфекцияни тур парда остига тарқалиши, яъни йирингни бош миянинг тур ва юмшоқ пардалари орасига тарқалиши, беморда тарқок *йирингли менингитни* ривожланишига олиб келади.

5-босқич-йирингни бош мия тўқимасига тарқалиши; дастлаб бош мия тўқимасининг юмшаши, кейин - *бош мия* ва *мияча абсцессларини* ҳосил бўлишига олиб келади.

Отоген калла суяги ичи асоратларининг ривожланишига ноғора бўшлиғи ва сўргичсимон ўсиқ катакларидида тўпланган йирингли ажралманинг ташқарига чиқолмаслиги сабаб бўлади. Масалан, эптитимпанитда йирингли ажралмани ноғора бўшлиғи юқори қаватидан мезатимпанумга чиқарилиши қийинлашганда, мастоидитда горга кириш жойи ёпилиб қолганда, ўткир йирингли отитда ноғора парда ўз-ўзидан тешилмай қолганда, патологик ажралма эшитув найи орқали чиқарилмаганда беморларда калла суяги ичи асоратлари ривожланиш хавфи туғилади. Шунинг учун калла суяги ичи асорати билан оғриган беморни даволашда ўрта қулоқ йирингли ўчоғини бартараф этиш муҳим патогенетик аҳамият касб этади.

Отоген калла суяги ичи асоратларини олдини олиш мақсадида сурункали йирингли ўрта отит билан оғриган барча беморлар диспансер назорати остига олиниши лозим.

Яқуни Бош мия ва мияча абсцессларида ўлим кўрсаткичи 30 - 40%, отоген сепсисда - 2-4 %ташқил қилади етади. Отоген калла суяги ичи асоратларининг натижаси касалликни ўз вақтида аниқлаш, жарроҳлик амалини ўз вақтида бажариш, дегидротация ва мужасамлаштирилган даво чоралари ўз вақтида ўтказишга боғлиқ бўлади. Кучли антибиотикларни қўллаш ўлим кўрсаткичини кам фойзларгача камайтиришга ёрдам беради.

ОТОГЕН МЕНИНГИТ

ёки **лептоменингит** (meningitis otogena)-яллиғланиш жараёнлари ўрта кулоқ бўшлиқларидан тарқалиши натижасида ривожланган бош мия юмшоқ пардаларининг тарқоқ йирингли яллиғланиши .

Менингит кўпинча сурункали, баъзан-ўткир йирингли ўрта отитнинг асорати сифатида ривожланиб, бирламчи отоген ва иккиламчи менингитларга бўлинади. Бирламчи отоген менингит кулоқ касалликларидан тарқалган инфекцияда, иккиламчи менингит - бошқа калла суяги ичи асоратларидан ривожланади.

Этиологияси. Касалликнинг ривожланишига сурункали ёки ўткир йирингли ўрта отитни келиб чиқишига сабаб бўлган бактериал флоралар сабаб бўлади.

Патологоанатомик манзараси бош мия юмшоқ пардаларининг қизариши ва шиши, қон томир деворларининг қизариб шиши ва йирингли экссудатнинг тўпланиши билан намоён бўлади. Калла суяги ичи босимининг ошиши туфайли бош мия эгатлари текисланади, бош мия тўқималарида шиши натижасида энцефалитга хос белгилар юзага келади. Шунинг учун баъзан касаллик *менингоэнцефалит* деб юритилади.

Белгилари. Отоген менингит *умумий, менингиал* ва *ўчоқли* белгилар билан кечади.

У м у м и й б е л г и л а р. Беморнинг умумий аҳволи одатда жуда оғир, эс-хуши хиралашган, алахсираш ва кескин психомотор ҳолатлар карахтлик, уйқучанликка безовталиқ, бош айланиши кузатилади. Бемор оёқларини букиб, бошини орқага ташлаган ҳолатда ётади. Тана ҳарорати 39-40⁰С ва ундан юқори кўрсаткичларга кўтарилиб, бир сутка давомида бир градус атрофида ўзгариб туради, томир уриши тезлашади. Қарияларда, қандли диабет билан оғриган беморларда, ҳомиладор аёлларда тана ҳарорати субфебрил ёки меъёрда бўлиши мумкин.

Бундан ташқари бемор организмнинг токсинлар таъсирида кескин захарланиши белгилари-тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги, нафасни тезлашиши; тери қопламлари рангпарлиги, тили қуруқ, караш билан қопланганлиги кузатилади.

М е н и н г и а л (пардали) белгиларга бош оғриши, энса мускулларининг тортилиши, юқори ва пастки Брудзинский, Керниг белгилари, Бехтерев белгиси, умумий гиперестезиялар таалуқли бўлиб, улар калла суяги ичи босимининг ошиши, орқа мия асаб толалари орқа илдизларининг таъсирланиши қондаги токсинлар асаб толалари таъсири натижасида пайдо бўлади.

Касалликнинг асосий белгиси-кескин *бош оғриғи* калла суяги ичи босимининг ошиши, бош мия қаттиқ пардасининг кенгайиши ва уч шоҳли асаб толасининг таъсирланиши натижасида юзага келади. Бош оғриғи ташки таъсирлар

(товушлар, ёруглик, тактил таъсири) натижасида зўраяди. Баъзан у бўйин ва умуртқа погонасига тарқалади. 90% беморларда бош оғриги кўнгил айнаши, 10% ҳолларда - овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган қусиш билан бирга кечади.

Энса мускулларининг тортилиши ушбу мускуллар тонусининг кескин ошиши билан намоён бўлади. Бемор пастки жағини туш суягига яқинлаштиролмайди. Энса мускулларининг тортилиши туфайли у бошни орқага ташлаган ҳолда ётади. Бемор ҳолатини ўзгартиришга бўлган уриниш кескин оғриқ реакциясини пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бу белгини аниқлаш мақсадида врач бемор бўйинини олдинга пассив эгади; туш суяги ва пастки жағ орасидаги масофага нечта бармоқ жойлашиши мумкинлигига қараб белгининг мусбатлик даражаси аниқланади.

Керниг белгиси ҳам энса мускулларининг тортилиши билан бир вақтда ёки кейинчалик ривожланиб касалликнинг учинчи кунларигача аниқ кўринишга эга бўлади. Бунда тизза ва чаноқ-сон бўғимида букилган оёқни тизза бўғимида ёзиш иложи бўлмайди. Кернинг белгиси қуйидагича текширилади: бемор чалқанча ётган ҳолатида унинг битта оёғи тизза ва чаноқ сон бўғимида пассив букилади, кейин оёқ тизза бўғимида ёзилади. Керниг белгиси мусбат бўлган ҳолларда оёқ тизза бўғимида ёзилмайди.

"Юқори" Брудзинский белгиси мусбат бўлган ҳолларда чалқанчасига ётган беморнинг боши олдинга пассив эгилганда унинг оёқлари ҳам чаноқ-сон ва тизза бўғимларида ўз-ўзидан букилади; беморнинг қўллари тирсак бўғимида букилганда эса унинг елкалари юқорига кўтарилади (ўридан туриш белгиси).

"Пастки" Брудзинский белгиси - беморнинг бир оёғи тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилганда, унинг бошқа оёғи ҳам ўз ўзидан букилади.

Бехтерев белгиси - врач ёноқ суяги ёйининг соҳасига болгача билан урганда беморда бош оғриғининг кескин кучайиши ва блефароспазм кузатилади.

Одатда энса мускулларининг тортилиши ва Керниг белгилари касалликнинг оғир кечимига ва орқа мия суюқлигининг ўзгаришларига мос бўлади.

Менингиал белгиларнинг мавжудлиги (кескин ривожланмаган бўлсада) бел умуртқа соҳасидан орқа мияни тешиб кўриш жарроҳлик амалини бажариш учун кўрсатма ҳисобланади.

Бабинский, Россолимо, Жуковский, Гордон, Оппенгейм белгиларининг борлигини аниқланиши беморда энцефалит ривожланганлигини билдиради ва тизими зарарланганда кузатилади. Биринчи навбатда кўзларни ҳаракатлантирувчи бош мия асаб толалари зарарланади, кўпинча узоклаштирувчи (VI), камроқ ҳолларда кўзни ҳаракатлантирувчи (III) ва ундан ҳам кам ҳолларда (IV) ғалтак асаб толаси зарарланади.

Менингит билан оғриган беморларнинг 1/3 қисмида кўз туби ўзгаришлари аниқланади; кўриш асаб толаси дисklarининг қизариши, чегараларининг ноаниқлиги, вена қон томирларининг кенгайиши.

Қонда деярли доимо нейтрофилли лейкоцитоз ($15,0 \cdot 10^9 / л - 25 \cdot 10^9 / л$) аниқланади. Лейкоформула чапга силжийди, баъзан қонда ёш лейкоцитлар пайдо бўлади. ЭЧТ 40-60 мм/соат ошади. Баъзан кескин лейкоцитоз ва бироз ошган ЭЧТ орасида тафовут борлиги аниқланади.

Таъхис. Менингит ташхисини аниқлашда орқа мия суюқлигининг (ликвор) таҳлили муҳим аҳамият касб этади. Орқа мияни тешиб кўриш жарроҳлик амали бемор орқасини эгиб, оёқларини қорнига тортиб ётган ҳолатида бажарилади. Махсус игна икки ёнбош суяклар кирраларидан ўтказилган шартли кўндаланг чизик устида жойлашган III ва IV бел умуртқалари орасига санчилади, орқа мия бўшлиғига тўғри тушилганда томчилаб орқа мия суюқлиги оқа бошлайди. Йирингли менингитда орқа мия суюқлиги лойқа юкори босим билан оқади (маромда унинг тезлиги 1 дақиқада 60 томчи, босими 150-200 мм сув уст. тенг бўлади). Клиник текширилганда плеоцитоз, яъни хужайраларнинг сони 1 мклда 200 - 300, 1000 (меъёрда 3-6 хужайра) ва ундан ортиқ бўлганда, йирингли менингит ташхисини тасдиқлайди; нейтрофиллар 80 - 90 % этади. Бундан ташқари, оксил микдорининг бироз кўпайиши (меъёрда 150-450 мг г/л), Панди ва Нонне Апельт глобулин реакцияларининг мусбатлиги, канд ва хлорид тузларининг камайиши (меъёрда глюкоза - 2,5-4,2 ммоль/л, хлоридлар 118-132 ммоль/л) кузатилади.

Олинган орқа мия суюқлиги микрофлоранинг хилма хиллиги ва уларнинг антибиотикларга бўлган сезгирлигини аниқлаш учун микробиологик текширувларга юборилади.

Киёсий таъхисот. Отоген йирингли менингит касаллиги сил, эпидемик цереброспинал ва серозли вирусли менингитлардан фарқланади.

Сил менингити кўпинча болаларда учрайди ва сушт кечади, беморнинг бошқа аъзолари, биринчи навбатда ўпкаси сил жараёни билан зарарланганлиги аниқланади. Силда асосан серозли менингит ривожланади. Бунда орқа мия суюқлиги тиниқ оқади, хужайраларининг сони 1мкл 100-500, баъзан 1000-2000 этади, глюкоза микдори кам, лимфоцитоз 80% ташкил қилади. 24-48 соат давомида пробиркадаги тиндирилган орқа мия суюқлигида сил таёкчалари мавжуд бўлганда турсимон майин фибрин парда ҳосил бўлади.

Эпидемик церебрал менингит одатда йирингли бўлиб, касаллик клиникаси тўсатдан бошланади, беморнинг терисида петехиал тошма пайдо бўлади, орқа мия суюқлиги микробиологик текширилганда менингококк бактериялари аниқланади. Касаллик бошланиши беморда назофарингитнинг клиник белгилари билан бошланади. Ташхис кўйишда эпидемик текширувлар натижалари муҳим аҳамиятга эга бўлади..

Гриппда ривожланган *серозли вирусли менингит* ташхиси хам эпидемик текширув натижалари ва орқа мия суюқлиги таҳлили асосида кўйилади. Орқа мия суюқлиги таркибида лимфоцитли плеоцитоз аниқланиб, хужайралар сони 1 мкл 200-300 дан ошмайди, глюкоза микдори меъёрлигича қолади. Жарроҳлик амали пайтида ўрта кулок бўшлиқларида йирингли ажралма бўлмайди, ноғора

парда, ногора бўшлиғида, ўзгаришлар кузатилмайди, акуметрия, аудиометрия текширувларид– эшитув ўткирлиғида патологик нуқсонлар аниқланмайди.

Даволаш Отоген менингитда умумий мужассамлашган даволаш усули қўлланади. Биринчи навбатда ўрта кулоқдаги яллиғланиш ўчоғи жарроҳлик амали ёрдамида тозаланади, беморга кучли антибиотиклар буюрилади.

Беморнинг аҳволи ва кулоғидаги ўзгаришлар қай даражада ривожланганлигидан қатъий назар биринчи навбатда инфекция ўчоғини бартараф этиш жарроҳлик амали бажарилиши шарт. Бунда беморнинг оғир аҳволини жарроҳлик амали учун қарши кўрсатма деб ҳисобламаслик лозим, чунки ўрта кулоқдаги йирингли ўчоқ бош мия пардаси остига тарқалган микробларнинг ва бемор организмнинг заҳарланиш белгиларининг келиб чиқиш сабаби бўлиб хизмат қилади.

Кўп ҳолларда калла ичи асорати экстра - ёки субдурал абсцесс, сигмасимон синус тромбозлари факат жарроҳлик амали пайтида аниқланиши мумкин. Катор ҳолларда ногора бўшлиғида аниқланган кичик патологик ўзгаришлар жарроҳлик амали вақтида аниқланган кескин деструктив ўзгаришларга мос келмаслиги мумкин. Яъни яллиғланиш жараёни ўйлагандан кўпроқ бўлиши мумкин.

Отоген калла ичи асоратларида чакка суяғида *кенгайтирилган радикал жарроҳлик амали* бажарилади. Агар ўрта кулоқда жойлашган йирингли ўчоқни бартараф этиш мақсадида ўткир отитда- антротомия, сурункали отитда - умумбўшлиқ тозалаш жарроҳлик амали бажарилса, отоген менингитда - умумбўшлиқ тозоловчи жарроҳлик амалини бажариш билан бир қаторда каттик мия пардаси ва сигмасимон синус сўргичсимон ўсик томи ёки ногора бўшлиғи томи соҳасида очилиб, тафтиш қилинади.

Бир вақтнинг ўзида беморга кучли *антибиотикотерапия* буюрилади; томир ичига томчилаб ёки мускул орасига ҳар 4-6-8 соатда касаллик кечими, бемор тана вазни ҳисобга олган ҳолда бир ёки икки антибиотик тавсия қилинади. Яримсинтетик пенициллинларқатори антибиотиклардан аугментин 600 мг ёки 1,2 мг ҳар 6-8 соатда мускул орасига, вена ичига юборилади, амюксиклав, ампициллин билан бирга сульбактам (уназин) тавсия қилинади. Аэроб ва анаэроб микроблар, айниқса, кўк йирингли таёкча кўзғатган менингитда псевдомонадларга қарши таъсирга эга бўлган пенициллинлар қаторига кирувчи - тиментин (тикарциллин билан клавулан кислотаси) ёки тазоцин (пиперациллин билан тазобактам) керакли микдорда тавсия қилинади.

Гематозецефалитик тусикдан ўтадиган микробларга қарши дори воситалари

Дори воситалари	Орқа мия суюқлиги терапевтик
-----------------	------------------------------

	микдорнинг тупланиши
Пенициллинлар	
Бензилпенициллин (юкори дозада)	+
Ампициллин	+
Пенодил, ампицид, кампициллин, пентрексил, эпикоциллин, стандациллин, росциллин, зетсил	+
Мезлоциллин	+
Байпен	+
Нафциллин	+
Пиперациллин	+
Исипен, пипракс, пипракс, тазоцин (пиперациллин+тазобактам)	+
Тикарциллин	
Тиментин	
Цефалоспиринлар	
Цефокситин	+/-
Бонцефин, мефоксин	
Цефотаксим	+
Клафоран, тарцефоксим,клафотаксим,лифоран,оритаксим,таксим,та лцеф,цефантрал	+
Цефтазидим	
Фортум, кефадим, тазицеф, амжецевт, мироцеф	+
Цефтриакон	
Лендацин, лонгацеф, роцифен,офрамакс, тороцеф,фицер,новоцев	+
Цефонепазон	
Цефобид,дардум,медоцеф	
Цефуросим	
Зинацеф,зиннат,аксетин,кетоцеф,уцефаксим,цефоген	

Ингибиторлар В- лактамаз	
Сульбактам	+/-
Сульбацин, уназин (сульбактам+ампициллин)	
Сульперизон (цефоперазон+сульбатам)	
Тетрациклинлар	
Доксициклин	+/-
Вибрамицин	
Карбапенемлар	
Меропенем	+
Меронем	
Микробларга қарши таъсир этадиган дори воситалари	
Метронидазол	+
Клион, флагил, метрогил, эфлоран, трихопол, орвагил, зоацид, медазол, дефламон	
Хлорамфеникол	+
Левомецетин, синтоицин, берлицетин, ируксол, колбуоцин, эубетал антибиотико	
Триметоприм\сульфаметоксазол	+
Бисептол, ко-триметаксазол, бактекод, бактрим, берлоцид, котрибене, орибакт, ориприм, септрин, лидаприм, антрима, сульфатон, сулотрим	
Рифампицин	+
Бенемидин, рифарен, римактан, р-цин, римпацин, римпин, рифадин, рифамор, рифампин, тибинил	

Анаэроблар аниқланган ҳолларда томир ичига томчилаб метронидазол юборилади (200 мл ҳар 8 соатда, бемор аҳволи яхшилангандан сўнг ҳар 12 соатда вена ичига томчилаб юборилади.). Отоген менингитнинг оғир кечимида даслабки соатлардан бошлаб бирга қўллаш мумкин бўлган турли гуруҳ антибиотикларидан 3 - 4 таси биргалигда буюрилади. Масалан, томир ичига 5 % 10 глюкоза ёки 0,9 % натрий хлор, 1,5 ёки 1,2 гр аугментин ва 100 мл 0,5% метронидазол вена ичига томчилаб, мускул орасига 4,0 мл 30% линкомицин ҳар 8 соатда, 20 мл 0,5% диоксидин эритмаси ҳар 12 соатда маҳал томир ичига аста-секин юборилади. I авлодан кефзол 500 мг ёки 1,0 ҳар 6-8-12 соатда

мускул орасига, ёки томир ичига. II авлод цефуроксим 750 мг 1,5 гр ҳар 6-8-12 соатда мускул орасига ёки томир ичига юбориш тавсия қилинади.

Калла суяги ичи асоратларини даволашда III-авлод цефалоспорин-лардан цефтазидим (Фортум), цефтибутен (цедекс), цефтриаксон (лонгацеф, роцефин) дори воситалари кенг қўлланилади. Хусусан, ҳар 8-12 соат-да 1-2 мг дан ичишга буюрилган цефтазидим грамманфий (псевдомо-надалар, клебсиелла, протей, нейссерия, гемофилос, тилларанг стафилококк ва бошқ.) ва анаэроб микробларга қарши таъсирга эга бўлиб, кўк-йирингли таёкча кўзгатган менингитда айниқса кенг ишлатилади. IV- авлодга мансуб кейтен, цефиром 500 мг 1 гр чиқарилади бемор тана вазни, клиник кечимига қараб ҳар хил миқдорда мускул орасига ёки томир ичига юборилади (кейтен) антибиотик кенг бактериоцид таъсирга эгаллиги туфайли қонда нейтрофилопения ва имунитети суст бўлган беморларга тавсия қилинади. Цефалоспоринлар камдан-кам ҳолларда бошқа антибиотиклар билан бирга қўлланилади. Фақат айрим ҳоллардагина улар ототоксик антибиотик гентамицин, мувезанат ва қулоқ эшитув фаолияти назорат қилган ҳолда ампициллин билан бирга қўлланиши мумкин, аммо бу ҳам кўпинча токсик ва аллергик реакцияларга сабаб бўлади.

Этиотроп терапия билан биргаликда беморга дегидротация ва детоксикация тадбирларидан иборат *патогенетик терапия* ҳам олиб борилади. Дегидротация дори моддаларидан томир ичига томчилаб 250 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилган 30-60 г маннитол, томир ичига ёки мускул орасига 3-4 мл лазикс; мускул орасига 10 мл 25% магний сульфат; томир ичига 20 мл 40% глюкоза эритмаси юборилади. Дегидротация терапияси пайтида қоннинг электролит таркиби, айниқса калий миқдорини назорат қилиниши лозим! Беморга калий дори воситалари (калий хлорид, панангин) буюрилади. Детоксикация мақсадида қон томир оркали гемодез, реополиоглюкин, дисоль трисоль, глюкоза, В₁, В₆, С витаминлари юборилади. Булардан ташқари беморга антигистамин дори воситалари (димидрол, пипольфен, супрастин, тавегил, зиртек, гистоланг, бемор аҳволини оғирлигини ҳисобга олган ҳолда глюкокортикостероид дори воситалар (преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон) буюрилади, (бош мия қон айланишини яхшилаш мақсадида) томир ичига томчилаб - трентал кавинтон керакли дозада юборилади, шулар билан бир қаторда симптоматик терапия ҳам ўтказилади (юрак глюкозидлари, оғриқни қолдирувчи, иситмани тушурувчи). Психомотор кўзғалиш ҳолатларида томир ичига 2-4 мл седуксен, реланиум, сибазон, оксибутрат натрий 60-120 мг 1 кг тана вазнига юборилади. Организмни иммун ҳолатини яхшилаш мақсадида қон ва қон зардоби, вена ичига томчилаб, тимолин 1,0 , тактивин 1,0 мускул орасига ҳар 3 кунда 1 маҳал., лазер нурлари тавсия қилинади. Махсус дори воситалари, стафилакоккга қарши анатоксин, гамма глобулин 3-5 мл №3. стафилакоккга қарши қон зардоби 100 мл вена ичига томчилаб ҳаммаси бўлиб кунора 3 марта.

Вирусли менингитларда жарроҳлик амали яхши натижа бермайди, аксинча у бемор аҳволини оғирлаштириши мумкин. Шунинг учун вирусли менингит билан огриган бемор биринчи навбатда дори-дармонлар ёрдамида даволаниши лозим. Жарроҳлик амали эса консерватив даволаш усули 2-3 кун давомида яхши самара бермаган ҳолларда сўргичсимон ўсимта катаклариди, ноғора бўшлиғида ўзгаришлар кузатилса бажарилиши мумкин бўлади.

ОТОГЕН БОШ МИЯ АБСЦЕССЛАРИ.

Отоген бош мия абсцессларига *экстрадурал, субдурал* ва *бош мия тўқимаси ичи абсцесслари* киради.

ЭКСТРАДУРАЛ АБСЦЕСС,

яъни *чакка суягининг ички юзаси ва бош мия қаттиқ пардаси орасида йиринг тўпланиши ҳосил бўлиши* яллиғланиш жараёни ноғора бўшлиғи ва сўргичсимон ўсиқ соҳасидан калла бўшлиғига тарқалганда ривожланади. Экстрадурал абсцесс калла суягининг ўрта ёки орқа чуқурлиги соҳасида жойлашади. Йирингли тўпланиш вена синусининг ташқи девори ва суяк орасида жойлашганда касаллик *перисинуоз абсцесс* деб юритилади. Экстрадурал абсцесс ўткир ёки сурункали ўрта отитнинг асорати сифатида: ўрта қулоқ бўшлиқларида кўпинча йирингли яллиғланиш, холестеатома ва сўргичсимон ўсиқнинг ёки ноғора парданинг (томи) юқори чегараси суяк тўқимаси яллиғланиши натижасида емирилиши туфайли мастоидитнинг асорати сифатида ривожланади.

Яллиғланиш жараёни бош мия қаттиқ пардасига тарқалганда, ўрта қулоқ суяк девори бутунлиги сақланган ҳолларда беморда *ётиқ экстрадурал абсцесс*, суяк девори емирилганда - *очиқ экстрадурал абсцесс* ҳосил бўлиши ҳам мумкин.

Клиник белгилари. Экстрадурал абсцесснинг клиникаси ноаниқ кечади ва кўпинча жарроҳлик амали вақтида аниқланади. Беморнинг тана ҳарорати меъёрда ёки субфебрил бўлади. Тана ҳароратининг ўзгариб туриши беморда йирингли менингит ёки сигмасимон синустромбози ва сепсис ривожланганидан далолат беради. Қонда патологик ўзгаришлар аниқланмаслиги мумкин, ЭҚТ юқори меъёрлигича қолиши мумкин. Экстрадурал абсцессда қаттиқ бош оғриги белгиси кузатилмаслиги мумкин, лекин баъзида бемор боши доимо биров оғриб туришига шикоят қилади. Синус олди ва унинг жойлашган атрофи абсцессидида беморнинг энса ва пешона соҳаси, калла суяги ўрта мия чуқурчаси абсцессларида - чакка, қулоқ орқаси ва қулоқ думбоқчаси соҳалари оғриқ, бўлса, калла суяги орқа мия чуқурчаси абсцессидида – бўйин соҳасида оғриқ кузатилади.. Чуқур жойлашган абсцессларда учшоҳли асаб толаси (гассер) тугуни ёки унинг шоҳчалари атрофига тарқалиши натижасида босилса, беморда тригеминал оғриқлар пайдо бўлади. Қатор ҳолларда беморларда бош оғриши кўнгил айланиши, қусиш, уйқучанлик белгилари кузатилади. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли,

камдан-кам ҳолларда-оғир бўлиши мумкин. Баъзан энса мускулларининг энгил тортилиши, абсцесс жойлашган томонда Керниг белгиси аниқланиши мумкин; орқа мия суюқлиги таркиби одатда ўзгармайди. Бемор кулоғидан кўп миқдорда сассиқ куюк йирингли ажралмани оқиши экстрадурал абсцесснинг муҳим белгиси ҳисобланади.

Даволаш. Касаллик жарроҳлик амали ва умум мужассамланган даволаш тадбирларини ўтказиш билан бирга даволанади. Жарроҳлик амали вақтида экстрадурал абсцесс субдурал ва бош мия ичи абсцесслари аниқланади.

СУБДУРАЛ АБСЦЕСС –

бош миянинг қаттиқ ва тур пардалари орасида йирингли ажралма тўпламни ҳосил бўлиши кўпинча сурункали йирингли ўрта отитнинг асорати сифатида учрайди. Инфекция одатда контакт йўл орқали тарқалади; ноғора бўшлиғи, сўрғичсимон ўсимта юқори суяк чегараси емирилиши натижасида қаттиқ мия пардаси яллиғланади токсинлар сурилиши натижасида яллиғланишни ривожланиши учун қулай шароит йўл очилади ва ҳосил бўлган йўл орқали яллиғланиш жараёнини тарқалиши натижасида қаттиқ мия пардаси ва юмшоқ мия пардаси орасида абсцесс ҳосил бўлади, яъни чегараланган йиринг тўпланади.

Субдурал абсцесс бош мия юмшоқ пардаси ва тўқимасига яқин жойлашганлиги туфайли беморда баъзан менингиал ва ўчоқли белгилар ривожланиши мумкин. Абсцесс калла суягининг ўрта мия чуқурчаси соҳасида жойлашганда ўрта мия чуқурчаси абсцессига хос ўчоқли белгилар энгил менингеал белгилар, орқа мия чуқурчасида жойлашганда эса – мияча абсцессига хос белгилар (спонтан нистагм, бош айланиши, кўрсаткич бармоқ синамасида зарарланган томонда нишонга тегмаслик) ва бошқа белгилар билан кечиши кузатилиши мумкин.

Субдурал абсцессда вақти-вақти билан менингиал белгилар ва орқа мия суюқлигида энгил плеоцитоз авж олиб туриши аниқланади. Касаллик кўпинча менингит, бош мия ичи абсцесслари ёки синустромбоз билан бирга кечган ҳолларда у клиник белгиларининг ранг-баранглиги билан ажралиб туради. Ташхис: шикоятлар, клиник белгилар компьютер томография текшируви ва жарроҳлик амали вақтида аниқланади.

Даволаш. Субдурал абсцесс жарроҳлик усулида даволанади. Беморда кенгайтирилган радикал жарроҳлик амали (баъзан антромасдоидотомия) билан бир вақтда сигмасимон синус ва калла суягининг ўрта ва орқа мия чуқурчаси соҳаларида бош мия қаттиқ пардаси ҳам очилади. Бош мия қаттиқ пардасида йирингли оқмани аниқланиши субдурал абсцесс ташхисини тасдиқлайди. Оқма мавжуд бўлмаган ҳолларда йирингли ўчоқ майдонида бўртиб турган сарғиш-оқ ёки сарғиш яшил бош мия қаттиқ пардаси йод суртилгандан сўнг йўғон игна ёрдамида тешиб кўрилади ва йирингли ажралма шприц билан тортиб олинади, бактериологик текширувга юборилади. Игнани

чиқармай туриб йирингли ўчоқ хожсимон кесим билан очилгандан сўнг унга резина чиқаргич киритилади. Кулоқ орқасидаги жарроҳлик амали жароҳатига юмшоқ тикма жойланади (чоклар қўйилмайди). Жарроҳлик амалидан сўнг беморга антибиотиклар, дегидротация, дезинтоксикация ва умумий, симптоматик терапия тадбирлари ўтказилади.

БОШ МИЯ ТЎҚИМАСИ АБСЦЕССЛАРИ –

ўрта кулоқ бўшлиқларида яллиғланиш ўчоғи мавжуд бўлганда иккиламчи жараён сифатида ривожланган бош миЯ тўқимасининг чегараланган йиринг тўплами ҳисобланади. Бош миЯ тўқимаси абсцесслари орасида бош миЯ чакка бўлаги ва миЯча абсцесслари айниқса кўп учрайди. Улар кўпинча сурункали йирингли отитда ривожланиб, яллиғланиш одатда контакт йўл орқали тарқалади. Бош миЯ бошқа майдонларининг абсцесслари кўпинча яллиғланиш гематоген йўл орқали тарқалганда ривожланади. Бош миЯ тўқимаси абсцесслари одатда юзаки, 2-4 см чуқурликда жойлашади; бош миЯ чакка бўлаги абсцесси кўпинча ногора бўшлиғи ва сўргичсимон ўсиқ ғори юқори деворига яқин жойлашади.

БОШ МИЯ ЧАККА БЎЛАГИНИНГ АБСЦЕССЛАРИ

миЯча абсцессларига нисбатан 4 марта кўп учрайди ва одатда айлана шаклга эга (миЯча абсцесси кўпинча тирқишсимон шаклга эга). Абсцесс ўчоғи бириктирувчи тўқимали ёки яллиғланган ва юмшаган бош миЯ тўқимаси билан ўралган қопча бўлади.

Клиник белгилар кўп жиҳатдан абсцесснинг жойлашувига, унинг ҳажмига, атроф тўқима реакциясига ва жараённинг босқичига боғлиқ бўлади. Бош миЯ абсцесси 4 клиник босқичда кечади:

- 1) бошланғич клиник босқич,
- 2) яширин клиник босқич,
- 3) аён клиник босқич,
- 4) терминал клиник босқич.

Бошланғич клиник босқич одатда ўртача 1-2 ҳафта давом этиб, беморда умумий яллиғланиш жараёнига хос умумий белгилар (ҳолсизлик, тана ҳароратини $37,2 - 37,5^{\circ} \text{C}$ кўтарилиши) билан бирга бош оғриғи, кўнгил айнаши, қусиш кузатилади. Бу клиник босқич бош миЯ абсцессининг энцефалитга хос босқичи деб номланади. Баъзан бундай ҳолат сурункали отитнинг авжига ёки жарроҳлик амалидан сўнгги даврга тўғри келиши ва етарли даражада эътиборга олинмаслиги мумкин. Шунинг учун бу даврда бемор албатта неврологик текширувдан ўтказилиши лозим.

Я ш и р и н клиник б о с қ и ч ўратча 2-6 ҳафта давом этиб, беморда касалликнинг клиник белгилари йўқолади ёки ноаниқ кечади. Унда ҳолсизлик, тери рангпарлиги, иштаҳани йўқолиши, вақти-вақти билан боши оғриши безовта қилади, тана ҳарорати ва қон тахлили меъёрлигича қолиши мумкин ёки ўзгаради.

К л и н и к а с и а н и қ клиник б о с қ и ч тахминан 2 ҳафта давом этади ва турли ҳар хил клиник белгилар билан намоён бўлади. Бу босқич аста-секин ёки тўсатдан бошланиб, беморнинг аҳволи кун сайин оғирлашиб боради. Аён клиникаси аниқ босқичда кузатиладиган клиник белгилари 4 гуруҳга бўлинади:

1-гуруҳ белгилари - *оғир йирингли яллиғланиш жараёнларга хос* белгилар бўлиб, беморда ҳолсизлик, иштаҳани пасайиши, қабзият, тилининг оқ қараш билан қопланиши, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши, қон таркибида ўзгаришлар кузатилади. Тана ҳарорати меъёрда ёки субфебрил бўлади.

2-гуруҳ белгилари-*умумий бош мия пўстлоғи таъсириланиш белгилари*. Улар калла суяги ичи босимининг ошиши, бош мия тузилмаларининг силжиши, босилиш, яллиғланиш жараёнининг тарқалиши ёки абсцесснинг узунчоқ мияга токсик таъсири натижасида ривожланади. Беморда қаттиқ бош оғриғи, брадикардия, кўз туби ўзгаришлари (50% беморларда кўриш асаб толаси сўрғичининг турғунлиги аниқланади), энса мускулларининг тортилиши ва Кернинг белгилари мусбатлиги кузатилади.

Бош оғриғи одатда абсцесс ҳосил бўлган майдони атрофида жойлашиб, доимий ёки хуружли характерга эга булади. Абсцесс жойлашган майдон перкуссия қилинганда оғриқ кучаяди. Баъзан беморнинг боши чидаб бўлмас даражада оғриши мумкин. Бош оғриғи кўнгил айнаши ва қусиш, овқатланиш билан боғлиқ бўлмайди. Мияча абсцесси билан оғриган беморлар кўпинча бошини мажбурий ҳолатда ён томонга эгиб туради. (Бундай мажбурий ҳолат мияча ўсмасида ҳам кузатилади, бошнинг бундай ҳолати IV бош мия коринчасида орқа мия суюқлиги ҳаракатини бироз енгиллаштиради). Бошнинг бошқача мажбурий клиник ҳолати - уни кескин орқага ташлаш, бош мия шиши ривожлангандан дарак беради ва бел соҳасидан орқа мия тешиб суюқлик олиш учун қатъий қарши кўрсатма ҳисобланади (суюқлик олинган ҳолларда ҳолларда мияча муртақлари, катта энса тешигида кириб қисилиб қолиш ҳолати юз бериши мумкин).

Брадикардия бош мия чакка бўлаги ва мияча абсцессларининг ўзига хос белгиси ҳисобланади. Беморнинг юрак уриши бир дақиқада 45 тагача камаяди, томир уриши ритмик бўлади; томир уриши ва тана ҳарорати кўтарилиши билан бир-бирига мос келмайди. Брадикардия калла суяги ичи босимининг ошиши натижасида узунчоқ мия қисилиши, узунчоқ мияга тарқалган яллиғланиш жараёни ёки абсцесснинг адашган асаб толаси ўзақларига токсик таъсири натижасида ривожланади.

Менингиал белгилар отоген бош мия абсцессларида деярли доимо кузатилиб, кўпинча абсцесснинг бошланғич босқичида, яъни абсцесс қобиғи ҳосил бўлишидан олдин ривожланади, қобиғи ҳосил бўлгандан сўнг камайиши-йўқолиши мумкин. Менингиал белгилар бел соҳаси орқа мия тешиб суюқлик олиш учун кўрсатма ҳисобланади. Орқа мия суюқлиги таҳлили менингит ва отоген гидроцефалия ташхисини аниқлашга ёрдам беради, аммо бошқа калла суяги ичи асоратларини, шу жумладан абсцессни инкор эта олмайди.

Бош мия абсцесси менингит асоратисиз кечган ҳолларда орқа мия суюқлиги босими бироз кўтарилиб, 300-500 мм сув устунлиги. ташкил қилади (меъёрда - 70-200 мм сув устунлиги.), бошқа кўрсаткичлар - меъёрда и ёки пасайган бўлади.

Менингит асоратисиз кечган мия абсцессда, орқа мия суюқлиги тиник, менингит асорати сифатида ривожланган абсцессда, орқа мия суюқлиги лойқа, йирингли тўплам тўр парда остига очилиб тарқалган ҳолларда - йирингли характерга эга бўлади. Орқа мия суюқлигида оксил миқдори бироз ошади, баъзан плеоцитоз (1 мкл 100-300 хужайра) кузатилади. Яллиғланишга қарши ўтказилган антибиотиклар терапияси таъсирида кескин орқа мия суюқлигида ривожланган плеоцитоз тез ўз ҳолига қайтади. Орқа мия суюқлиги таркибининг тез яхшиланиши, аммо бемор аҳволининг оғирлиги орасидаги тафовутни *мос келмаслиги "мос келмаслик синдроми"* деб аталади ва у ҳам бош мия абсцессига хос белги ҳисобланади. Бош мия абсцессиди орқа мия суюқлигида қўйилган Панди глобулин реакцияси деярли доимо мусбат бўлади.

Орқа мия бўшлиғини тешиб орқа мияни очиб кўриш пайтида абсцессни ёрилиб ликвор бўшлиғига очилиши ёки мияча абсцессиди эса орқа мия суюқлиги босимининг кескин пасайиши туфайли беморда узунчоқ миянинг силжиши нафас олиш марказини босилиши натижасида нафас тўхташи мумкин. Шунини эътиборга олган ҳолда орқа мия суюқлиги 2-3 мл миқдордан кўп олиниши мумкин эмас. Қонда яллиғланишга хос белгилар нейтрофилли лейкоцитоз, лейкоформула чапга силжиганлиги ва ЭЧТ 20 -70 мм соатига ошганлиги аниқланади.

3-гурух белгилари - *бош мия ўтказиш йўллари ва пўстлоқ ости ўзаклари фаолиятининг бузилиши белгилари* бўлиб, уларга бош мия чакка бўлаги абсцессига қарама-қарши томонда ривожланган гемипарез, геми фалажлар киради. Беморда юз асаб толасининг марказий фалажи, талваса хуружлари, Бабинский, Оппенгейм белгилари кузатилади.

4-гурух белгилари - *ўчоқли белгилар*. Улар абсцесс жойлашувини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Бундай белгиларга *афазия* ва *гемианопсия* киради ва бош мия чакка бўлаги абсцессининг 75-80 % ҳолларида кузатилади. Сенсор ва амнестик афазиялар қайд этилади. Бош мия чакка бўлагининг чап томонлама абсцесси билан оғриган унғай беморда амнестик *афазия*, яъни нутқ бузилиши кузатилса, бош мия чакка бўлагининг ўнг томонлама абсцесси билан оғриган чапакай беморда - *сенсор-амнестик афазия* кузатилади.

Амнестик афазия абсцесс бош миянинг энса ва чакка бўлагининг орқа қисмида жойлашганда кузатилади. Бунда бемор жисм номини эмас, уни ишлатилишини айтади. Масалан, унга қалам кўрсатилганда у "бу билан ёзадилар", қошиқ кўрсатилганда - "бу билан овқатланадилар" - дейди.

Вернике маркази (юқори чакка бўлаги эгатининг орқа қисми) зарарланганда беморда сенсор афазия ривожланади. Бунда бемор гапни эшитсада, унинг маъносини тушунмайди; нутқ эса маъносиз сўзлар йиғиндисига айланади. Вернике маркази зарарланганда ўқиш ва ёзиш кўникмалари йўқотилади (*алексия ва аграфия*).

Бош мия чакка бўлагининг ўнг томонлама абсцесси билан оғриган унгдай беморда ўчоқли белгилар орасида чакка бўлаги *атаксияси* ҳам кузатилади. Бемор Ромберг ҳолатида чап томонга йиқилади. Бундай атаксия бош мия чакка бўлагини қарама-қарши томондаги мияча яримшарлари билан боғлаб турган йўлнинг зарарланиши билан изоҳланади. Бош мия қобигининг мувозанат майдонлари зарарланганда беморда бош айланиш белгиси кузатилади.

Бош мия чакка бўлаги абсцессининг иккинчи муҳим белгиси - бу *гемианопсия бўлиб бош мия*, ўнг томонида жойлашганда абсцессиди ягона ўчоқли белги сифатида намоён бўлиши мумкин. Гемианопсия, кўпинча гомоним гемианопсия, яъни икки томонда бир хил номланган кўриш қобилятининг йўқолиши, бош миянинг чакка бўлагидан энса бўлаги томонга йўналган кўриш йўли зарарланганда ривожланади. Баъзан беморда юқори- ёки пастки квадратли гемианопсия кузатилиши мумкин.

Бош мия чакка бўлаги абсцессининг ўчоқли белгиларидан яна бири - *тутқаноқли белгилар* абсцесснинг биринчи белгиси бўлиб хизмат қилиши мумкин. Бош мия чакка бўлаги абсцессиди пирамида белгилари мускуллар тонусининг бироз ошиши, мускуларнинг енгил кучсизлиги билан намоён бўлса, ҳаракат бузилишлари - қарама-қарши томонда юз беради. Абсцесс томонда ривожланган гемипарез ва пирамида белгилари беморда мияча абсцесси ривожланганлигини билдиради.

ОТОГЕН МИЯЧА АБСЦЕССЛАРИ

Бош мия чакка бўлаги абсцессига нисбатан 4-5 марта кам учрайди ва кўпинча лабиринтит ёки синустромбоздан сўнг ривожланади. Мияча абсцессиди қўл ва оёқлар мускуллар тонусининг бузилиши, координация синамаларининг ўзгариши, атаксия ва спонтан нистагм белгилари кузатилади. Баъзан беморда дизартрия, қўл-оёқлар ва кўриш мускуллари парезлари, узоклаштирувчи ва юз асаб толасининг патологик ўзгариш белгилари ривожланади.

Атаксия белгиси мускуллар тонусининг бир томонлама пасайиши натижасида юзага келиб, бармоқ-бурун, тизза-товон синамаларида аниқланади; бемор зарарланган томонда бармоқ-бурун синамасини бажаролмайди, қўли бурун учига яқинлашганда ҳаракатга келиб ношонга тегмайди. Бармоқ-бармоқ

синамасида ҳам бемор зарарланган томонда нишонга теголмайди. Тизза-товон синамасини ҳам бемор қийинчилик билан бажаради.

Адиадохокinez белгиси - мияча абсцессига хос белги бўлиб, зарарланган томонда бемор қўлининг пронация ва супинация ҳаракатлари орқада қолади. Оғир беморларда статик ва юриш бузилишларни аниқлаш қийин бўлади. Бемор Ромберг ҳолатида тик турганда ҳар томонга оғиши, орқага ва олдинга юрганда - орқага ва зарарланган томонга йиқилиши, ён томонга ва тўғри чизик бўйлаб юриганда - зарарланган қулоқ томонида юришининг бузилиши кузатилади.

Спонтан нистагм кўпинча горизонтал, кенг қўламли, баъзан кичик ва ўрта қўламли, камдан-кам ҳолларда вертикал бўлиши мумкин. Агар мияча абсцесси катталашган сари спонтан нистагм кескинлашиб борса, лабиринтитда у ўз йўналишини соғлом қулоқ томонга ўзгартириб, аста-секин сўниб боради ва ниҳоят бутунлай йўқолади.

Баъзан кўприк мияча учбарчагини, катталашган ва шишган мияча ярим шарлари билан босилиши туфайли ёки бош мия асосининг чегараланган менингити туфайли абсцесс жойлашган томонида юз ва узоклаштирувчи асаб толалари зарарланиши кузатилиши мумкин. Мияча абсцессида қўл ва оёқлар мускуллари фалажи кузатилмайди.

Мияча абсцесси билан оғриган беморда кўриш ўткирлигининг пасайиши, кўриш асаб толаси неврити, кўриш майдонларининг ўзгариши аниқланади.

БОШ МИЯ ПЕШОНА, ЭНСА ВА ТЕПА БЎЛАКЛАРИНИНГ АБСЦЕССЛАРИ

жуда кам учрайди. Бош мия пешона бўлагининг абсцесси кўпинча бурун атрофи бўшлиқлари яллиғланганда ривожланади.

Клиник белгиларсиз кечган ушбу бош мия абсцесслари кўпинча йирингни тур парда остига ёки бош мия қоринчаларига очилиши натижасида тўсатдан ўлим ҳолати юз бергандан сўнг, патологоанатомик текширув пайтида аниқланади.

Бош мия ўнг яримшари соҳасида жойлашган абсцессда беморда руҳий бузилишлар-эйфория, депрессия, оғир аҳволини ҳис этмаслик, негативизм, психомотор хаяжон ҳолатлари кузатилади.

Бош миянинг ҳар қаерида жойлашган кўп сонли отоген ва риноген абсцесслари камдан-кам ҳолларда учрайди ва КТ, МРТ ёрдамида аниқланади.

Кечикиб мурожаат қилиш, ўз вақтида диагноз ва даволаш тадбирлари ўтказилмаган ва бошқа сабабларга кўра касаллик клиник кечими бош мия абсцессининг **т е р м и н а л б о с к и ч и** га ўтади. Беморда анизокория, эс-хушни йўқотилиши, нафас ритмининг бузилиши ривожланади. Бу босқич одатда бир неча кун давом этади; зўрайиб бораётган энцефалит, бош мия шиши ва узунчоқ мия марказларининг фалажи ўлим ҳолатига сабаб бўлади.

Ташхис. Бош мия ва миёча абсцесси ташхиси клиник белгилар ҳамда кўшимча текширувлар (калла суяги рентгенографияси, компьютер томографияси ва бош мия МРТ текшируви, электроэнцефалография, эхоэнцефалография (М-эхо силжиши), пневмо ва вентрикулография, реография, ангиография, радионуклид сцинтиграфия) натижалари асосида кўйилади.

Шюллер, Майер ва Стенверс усулида бажарилган яллигланиш жараёни тарқалиши чакка суяги рентгенографияси чакка суягининг сўргичсимон ўсимта катаклаарида емирилиш даражасини, беморда петрозит ривожланган ёки ривожланмаганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Эхоэнцефалография (М-эхо) бош мия тузулмалари силжиганлигини аниқлайди, бу текширув усули фақат эс-хуши сакланиб қолган беморларда кўлланади.

Ангиография нейрожаррохликда айникса кенг қўлланилади. Ташки (сильвиев) эгат устида ёки унинг остида жойлашган бош мия чакка бўлаги абсцессиди бош миянинг ўрта артерияси пастга ёки тепага силжиганлиги аниқланади. Ташки эгатнинг ичкарасида жойлашган абсцессда - бош мия ўрта артерияси силжимади.

Вентрикулография текширув усули фақат нейрожаррохлик бўлимида ўтказилади. Бунда бош мия яримшарлари абсцессиди бош миянинг қоринча тизими, кўпинча бош мия ён қоринчасининг олд шохалари ён томонга силжиганлиги аниқланади.

Компьютерли томография (КТ) энг аниқ текширув усули ҳисобланиб, бош мия ва миёча абсцессларини аниқлашда кенг қўлланилади.

Орқа мия суюқлиги полярография текширув усули организмдаги метаболик ўзгаришларни аниқлашга ёрдам беради.

Кийсий таъхисот. Бош мия ва миёча абсцесси йирингли менингит, маҳаллий энцефалит ва йирингли лабиринтитдан фарқланади.

Агар *менингитда* беморнинг тана ҳарорати баланд бўлса, бош мия абсцессиди - у субфебрил ёки меъёрда бўлади. Менингитда тахикардия тана ҳароратига мос бўлади, абсцессда эса брадикардия кузатилади, яъни юрак уриши тана ҳароратига тўғри келмайди. Менингитда бемор безовта бўлади, абсцессда эса у қарахт бўлади. Бош мия абсцессиди кўз туби ўзгаришлари аниқланади. Менингит ва бош мия абсцесси бирга кечган ҳолларда беморда менингит белгилари устунлик қилади. Орқа мия бўшлигини тешиб олинган суюқлик аниқ ташхис куйишга ёрдам беради. Иккиламчи йирингли менингитда орқа мия суюқлигида оксилли-хужайра диссоциацияси кузатилади. Даволашдан сўнг орқа мия суюқлигидаги патологик ўзгаришлар тез бартараф этилсада, беморнинг аҳволи оғирлигича қолади. Абсцессиз кечган отоген менингитда эса орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар касалликнинг кечимига мос келади.

-*Йирингсиз локал энцефалит* бош мия абсцессига қараганда ўзгарувчан клиник белгилар билан кечади. Бемор юз терисининг ер рангига ўхшаш бўлиши, тил қуриши каби белгилар бу касалликда кузатилмайди.

Калла суяги орқа чуқурчасининг отоген арахноидити миёча абсцесси клиник белгиларига ўхшаш кечиши мумкин. Аммо, арахноидитда касаллик суяк кечади, орқа мия суякқлигида ва қон таркибида патологик ўзгаришлар бўлмайди.

Йирингли лабиринтит ва миёча абсцесси бирга кечганда уларни бир-биридан фарқлаш жуда қийин. Йирингли лабиринтит тўсатдан бошланади, беморда эшитиш қобилияти кескин пасаяди, ҳатто қарлик ривожланади, бош айланиши, кўнгил айниши, қусиш, мувозанатнинг бузилиши, горизонтал ротатор нистагм пайдо бўлади. Кичик- ва ўрта-қўламли нистагм аввал зарарланган, кейин - соғлом кулок томонга йўналган бўлади. Ромберг ҳолатида беморнинг гавдаси ва қўллари нистагмнинг секинлашган компоненти томон оғади. Лабиринтитда бош айланиш белгиси кескинроқ намоён бўлади.

Йирингли лабиринтит билан оғриган беморда тана ҳароратининг кескин кўтарилиши, бош оғриғи, менингиал белгиларни аниқланиши ва брадикардия калла суяги ичи асорати ривожланганлигидан далолат беради. Бундай ҳолларда аввал миёча абсцесси ҳақида ўйлаш керак. Миёча абсцессиди нистагм зарарланган томонга йўналган булади. Агар йирингли лабиринтитда нистагм аста-секин сўниб борса, миёча абсцессиди у зўрайиб боради. Миёча абсцессиди адиадохокинез белгиси кузатилади, Ромберг ҳолатида бемор зарарланган томонга йиқилади, нистагм ҳам шу томонга йўналган бўлади. Бундан ташқари миёча абсцессиди беморда кўз туби ўзгаришлари аниқланади, лабиринтитда эса бундай ўзгаришлар кузатилмайди. Диффузли йирингли лабиринтитда эшитув ва мувозанат аъзолари фаолияти бутунлай йўқолади.

Шуни эсда тутиш лозимки, баъзан сигмасимон синустромбозиди патологик ўзгарган сигмасимон вена бўшлиғи тромб билан тўлиши натижасида миёча тўқимасини босилиши, беморда миёча зарарланишининг белгиларини пайдо бўлишига олиб келади.

Даволаш. Отоген бош мия ва миёча абсцесслари жарроҳлик ва мужассамланган усулда даволанади. Антротомия, мастоидотомия ёки умумлаштирилган жарроҳлик амаллари вақтида калла суягининг ўрта ва орқа чуқурчалари соҳаси ҳамда суяк девори олиниб бош мия қаттиқ пардаси йод спирт билан тозалаб тешиб кўрилганда аниқ бўлади. Бош мия ва миёча абсцессиди жарроҳлик амалининг 3 усули мавжуд:

- 1) ёпиқ усул- абсцесс тешиб кўрилади ва йирингли ажралма сўриб олиниб бўшлиқ антисептик эритма билан ювилади;
- 2) очиқ усул-абсцесс тешиб кўрилгандан кейин шу игна буйлаб очилиб, дренаж ўрнатилади;
- 3) абсцесс копчаси билан бирга олиб ташланади.

Амалиётда иккинчи усул кенг қўлланилади.

Кенгайтирилган умумий жарроҳлик амали бажарилгандан кейин сўргичсимон ўсимта юқори девори суяк кавати олинади абсцесс майдонини излаб топилади ва очилади. Жарроҳлик амали пайтида калла суягининг ўрта ва орқа чуқурчалари, зарур бўлганда - Траутман учбурчаги соҳасидан бош мия қаттиқ пардаси очилади, агар бу соҳада бир томчи йиринг бўлса, бу абсцессдан дарак беради. Абсцесснинг жойлашувига қараб бош миянинг чакка бўлаги сўргичсимон ўсимта юқори девори, мияча эса сигмасимон синус бўшлиғи Траутман учбурчаги орқали тешиб кўрилади. Бунда игнани уч йўналишга ва 4 см дан ортиқ бўлмаган чуқурликка киритиш талаб этилади. Абсцесс майдони излаб топилгандан сўнг игна ўз жойида қолдирилади ва бош мия қаттиқ пардаси хожсимон кесилади. Кейин шу игна бўйлаб жарроҳ бурун узун кўзгусини ёпик ҳолда абсцесс майдонигача киритилади. Қисқични киритгандан сўнг врач уни 1,5-2 см очиб бош мия тўқимасидан чиқариб олади ва шу тарика йирингли ўчоқ майдонига йўл очади. Кейин у абсцесс бўшлиғига стерил резина қўлқопдан тайёрланган тасма киртади.

Абсцесс бўшлиғидаги йирингли ажралмани чиқариш ва тозалаш ёпик усулда ҳам бажарилиши мумкин. Бунда абсцесс бўшлиғи тешилиб бўшлиқга икки та игна киритилди, йиринг сўриб олинади, антисептик дори воситалари билан ювилади. Абсцесс бўшлиғини ювиш муолажаси икки игна ёрдамида бажарилади; битта игна орқали антибиотик ва антисептик эритмалар юборилади, иккинчисидан эса йиринг ва ювиндиқ сувлар чиқарилади. Бу усул чуқурликда жойлашган бош мия абсцессларида қўлланилади.

Жарроҳлик даволаш усули билан бир қаторда беморга фаол мужассамланган, этиопатогинетик, симптоматик даво тадбирлари буюрилади.

Яқуш. Бош мия ва мияча абсцесси ўз вақтида аниқланиб, дренаж ўрнатилгандан сўнг аксарият беморлар соғайиб кетади. Йирингли тўплам атрофида энцефалитнинг тарқалиши, абсцессни бош мия қоринчалари ёки тур парда остига очилиши оғир оқибатларга олиб келиши мумкин.

СИГМАСИМОН СИНУС ТРОМБОЗИ

(trombophlebitis sinus sigmoidei)-вена қон томир синуси деворининг яллиғланиши туфайли тромб ҳосил бўлиши ва тромбга микробларни кириш натижасида яллиғланиш жараёнини ривожланишидир.

Амалиётда сигмасимон ва кўндаланг синуслар тромбофлебети кўпроқ учрайди. Тошсимон ва горсимон синусларда камдан-кам ҳолларда девори яллиғланиб, томир ичига тромб ҳосил бўлади.

Синустромбоз ва ундан кейин ривожланган отоген сепсис ўткир ва сурункали отитнинг асорати сифатида, яллиғланиш контакт йўл орқали тарқалганда юзага келади. Дастлаб чакка суягининг йирингли ўчоғига яқин жойлашган синуснинг ташқи деворида *перифлебит* ва *перисинуоз абсцесс* пайдо бўлади. Клапанларга

эга бўлмаганлиги ва қон босими паст бўлганлиги сабабли синуснинг бўшлиғида тромб ҳосил бўлади. Флебит ривожланган сари яллиғланиш жараёни аста-секин синус деворнинг барча қаватларига тарқалади. Юзага келган *перифлебит* ва *эндофлебит* сигмасимон синусдаги қон ҳаракатини янада қийинлаштиради ва ҳосил тромбни ўсишига ёрдам беради; аста-секин синусда ёпувчи тромби ҳосил бўлиб, унинг бўшлиғини бутунлай ёпиб қўяди. Катталашиб борган тромб сигмасимон вена бўшлиғидан калла суягига (ҳатто унинг қарама-қарши томонига) ёки ички бўйинтуруқ венанинг юқори пиёзчасига ва юрак соҳасигача тарқалиши мумкин. Бактериялар ва уларнинг заҳарли моддалари таъсирида тромб парчаланади, синус девори эса некрозга учрайди. Йирингли метастазлар ва тромб парчалари юракнинг унғ бўлмасига, ундан сўнғ кичик қон айланиш доирасига тарқалиб, ўпка метастазларининг ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Баъзан бактериялар юракнинг чап бўлмасига ва ундан сўнғ катта қон айланиш доирасига тарқалиб, юрак клапанларида, бўғимларда, буйракда, жигарда тери ости ёғ қатламида ва бошқа аъзоларда йирингли метастазлар ҳосил бўлишига олиб келади.

Отоген сепсис кўпинча сигмасимон вена бўшлиғининг, бўйинтуруқ вена, бош мия каттик пардасининг вена бўшлиқлари тромбофлебитада, сўргичсимон ўсиқ горининг яллиғланишида яллиғланиш жараёни вена, лимфа йўллари, қон томир орқали тарқалганда ривожланади.

Баъзан отоген сепсис синустромбозсиз ривожланиши ҳам мумкин. Айрим ҳолларда тромб ўз-ўзидан сўрилиб кетиши кузатилган.

Отоген сепсис эрта ва кеч ривожланиши мумкин. Эрта ривожланган отоген сепсис ёш болаларда ўткир отитнинг дастлабки кунларида септик реакция билан намоён бўлади ва одатда енгил кечади. Кечки отоген сепсис-кўпинча ўткир ёки сурункали ўрта отиларда ривожланиб, беморда септик ўчоқ (тромбофлебит) шаклланиши билан кечади.

Клиник белгилари. Сигмасимон ва кўндаланг синуслар тромбози ҳамда отоген сепсис билан оғриган беморларда кузатиладиган белгилар 2 гуруҳга бўлинади:

- 1) умумий белгилар;
- 2) маҳаллий белгилар.

Умумий белгилар ўзига хос характери *иситма реакцияси* билан намоён бўлиб, касалликнинг дастлабки соатларида беморнинг тана ҳарорати $39-41^{\circ}\text{C}$ кескин кўтарилади, кучли қалтираш кузатилади. Бир неча соатдан сўнғ тана ҳарорати кескин пасайиб, бемор терлайди. Иситма чизиғи гектик шаклга эга бўлади ва кун давомида $2-3^{\circ}\text{C}$ ўзгариб туради. Шунинг учун беморнинг тана ҳарорати ҳар уч соатда ўлчаниши лозим. Тана ҳароратининг кескин кўтарилиши ва кескин пасайиши бир кунда бир неча бор такрорланиши мумкин. Сигмасимон синустромбознинг иситмасиз кечими антибиотикларни қўллаш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Баъзан у иммунитетни суст (масалан қандли диабет билан

оғриган) беморларда кузатилади. Шунинг учун тана ҳарорати баланд бўлмаган беморларда касалликнинг енгил кечими ҳақида хулоса чиқарилганда врач хатога йўл қўйиши мумкин. Болаларда кўпинча гектик ҳарорат ва қалтираш кузатилмасдан, уларнинг ҳарорати доимий баланд бўлиши характерга эга бўлади.

Сигмасимон синустромбозиди беморнинг тери қопламлари ранглар, баъзан ер рангига ўхшаш бўлади. Айрим ҳолларда эритроцитларнинг гемолизи ва жигарнинг токсик зарарланиши туфайли беморнинг териси ва кўз оқишлари сарғаяди. Шу сабабли бундай беморларни хатога йўл қўйиб юқумли касалликлар касалхонасига ётқизишади.

Сепсисда брадикардия кузатилмайди, беморнинг томир уриши ҳароратига мос ҳолда тезлашади.

Қонда яллиғланишга хос нейтрофилли лейкоцитоз ($15-18 \cdot 10^9/\text{л}$), лейкоформулани чапга силжиши, нейтрофилларнинг токсик доналилиги, ЭЧТ ошиши, ўсиб боровчи гипохром камқонлик аниқланади. Қоннинг микробиологик текшируви аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради. Экиладиган қон иситма ва қалтираш пайтида олинади (чунки айна шу пайтда қонда микробларнинг сони кўпаяди). Бундан ташқари, "гиалуро-нидаза-гиалурон кислота" тизимининг ҳолати таҳлил қилинади.

Орқа мия тешиб суюқлик олинганда унинг босими ошганлиги, таркиби ўзгармаганлиги аниқланади. Тромбоз бош мия веналарига ретроград йўл орқали тарқалганда эритроцитлар кўшилган ксантохром ликвор оқиши қайд этилади.

Сигмасимон синус тромбозининг маҳаллий белгиларига қуйидагилар қиради:

- *Гризингер белгиси* тромб сўргичсимон ўсиқнинг эмиссар веналарига тарқалганда пайдо бўлади; бунда сўргичсимон ўсиқнинг орқа четдаги юмшоқ тўқималар пайпасланганда шиш ва оғриқ аниқланади.

- *Уайтинг белгиси* - ички бўйинтуруқ вена тромбозиди тўш-ўмров сўргичсимон мускулнинг олд чети пайпасланганда оғрийд. Беморнинг боши касалланган томонган эгилган бўлади.

- *Фосса белгиси* - аускультацияда ички бўйинтуруқ венанинг шовкини эшитилмайди. Ички бўйинтуруқ вена юқори пиёзчасининг перифлебитиди беморда ютиш ҳаракатининг кийинлашиши ва овознинг буғилиши билан кечган тилхалқум (IX) ва сайёр (X) асаб толалари фаолиятининг бузилганлигини билдирувчи белгилар ривожланади.

Кўндаланг синус тромбозиди бош мия асосида, қаттиқ, бош мия пардасининг шиши туфайли беморда узоқлаштирувчи (VI) асаб толаси билан таъминланган мускуллар парези ривожланади. Чегараланган менингит билан кечган сигмасимон синустромбозда эса бошқа кўзни ҳаракатлантирувчи мускулларининг парези ҳам кузатилиши мумкин.

Чакка суяги рентгенограмма ва компьютер томограммасида сўргичсимон ўсикнинг катаклари деструктив ўзгаришлари, емирилиши ва аксарият ҳолларда холестеатома аниқланади.

Таъхис. Гектик ўзига ҳос иситма билан кечган сигмасимон синустромбозни аниқлаш кийин эмас. Йирингли ўрта отитда йирингни ўрта қулоқдан чиқарилиши қийинлашган, тана ҳарорати 39°C ва ундан юқори кўрсаткичларга кўтарилиб кун давомида кескин ўзгариб туриши, қалтираш, терлаш ҳоллари беморда синустромбоз ривожланганлиги ҳақида маълумот беради. Беморда метастазлар ривожланган бўлса, унда клиник белгилар кўпайиб ташхис қўйиш осонлашади. Касаллик яширин иситма белгиси билан кечганда эса (масалан, тана ҳарорати субфебрил бўлганда) касаллик жарроҳлик амали пайтида, сигмасимон синус кўздан кечирилгандагина аниқланади. (Томир уриши аниқланмайди, рангри ўзгаради).

Бундан ташқари беморда радиоэнцефалография, компьютерли томография текширувлари ўтказилади. Орқа мия суюқлиги олиб текширилганда ўзгаришлар бўлмайди, қонда тромбоцитлар сони кўпайган, протромбин индекси ўзгарган бўлиши мумкин.

Отоген сепсисни грипп, безгак, терлама ва зотилжамдан фарқлаш лозим.

Даволаш. Сурункали ёки ўткир йирингли отит ҳамда сигмасимон синустромбоз ва отоген сепсис ташхиси аниқлангандан сўнг шу заҳотиёк ўрта қулоқда кенгайтирилган радикал жарроҳлик амали бажарилади. Жарроҳлик амали сигмасимон синус девори очилади йод спирт билан артилади ва унинг юқори, пастки қисмлари тешиб кўрилади. Агар тешганда игнада қон олинмаса, унда синуснинг олд девори скальпель билан очилиб, ҳосил бўлган тромб қошиқча ёрдамида олиб ташланади. Тромб ички бўйинтурук венага тарқалган айрим ҳолларда жарроҳлик амали ёрдамида жарроҳлик майдон кенгайтирилиб, бўйин ички бўйинтурук венаси боғланади ёки кўндаланг синус очилади. Ўрта қулоқда ва сигмасимон синуснинг марказий қисмида жойлашган йирингли ўчоқни очиш билан бирга қуйидаги консерватив терапия ўтказилади:

1. Антибиотикотерапия-мускул орасига (баъзан томир ичига). Ампициллин, Амоксицилин, Аугментин, Тиментин ҳар 4-6-8 соатда юборилади. Даволашда гематоэнцефал тўсикдан ўтиш қобилиятига эга бўлган антибиотиклар (левомисетин, цепорин, цефамизин), сульфаниламид дори моддалари (этазол натрий, биссептол вена ичига) буюрилади. Метрогил 200 мл ҳар 8 соатда вена ичига томчилаб юборилади. Дисбактериозни олдини олиш мақсадида 250,000 - 300000 ТБ нистатин, леворин бир суткада 2-3 маҳал овқатдан олдин ичишга буюрилади.

2. Патогенетик терапия - беморга дегидротация ва умумий даволаш тадбирлари ўтказилиш мақсадида қуйидаги дориларни организмга киритиш тавсия қилинади:

- 30 - 60 г маннитол билан қўшиб 0,9 % мл физиологик эритмада қунига бир марта, иложи борича эрталаб;
- 2-4 мл лазикс мускул орасига 2 махал; бир кеча кундуз давомида
- 25% магний сульфат - 10мл мускул орасига 2 махал; бир кеча-кундуз давомида
- 20-40% глюкоза 20 мл, вена ичига 0,9% натрий хлорид эритмаси 150-300 мл томир ичига томчилаб;
- 40% уротропин 5 мл томир ичига 2 махал бир кеча кундуз давомида;
- гемодез 200-400 мл томир ичига томичилаб 2 махал; бир кеча-кундуз давомида
- 5% аксорбин кислотаси 5-10 мл мускул орасига, томир ичига 2 махал.бир кеча кундуз давомида

Бундан ташқари беморга антигистамин препаратлари, "В" гурухи витаминлари тавсия қилинади, кун оша 250 мл қон ва қон ўрнини босувчи дори воситалари вена ичига томчилаб юборилади.

3. Симптоматик терапия - беморга юрак глюкозидлари, тинчлантирувчи ва оғрикисзлантирувчи дори моддалари тавсия қилинади. Сигмасимон синус тромбозида протромбин микдорини назорат қилган ҳолда беморга гепарин 10000-20000 ТБ (1мл-5000 ТБ), дикумарин, пелентан буюрилади ва 2-3 кун давомида сўргичсимон ўсиқ ва бўйинтуруқ вена соҳасига 2-4 дона тиббий зуллуқ қўйилади. Метастаз ўчоқлари умумжаррохлик қондалари асосида даволанади.

КАЛА СУЯГИ ОРҚА ЧУҚУРЧАСИНИНГ АРАХНОИДИТИ

- калла суяги орқа чуқурчаси бош мия тўр ва юмшоқ пардаларининг сурункали серозли яллиғланиши

Касаллик кўпинча сурункали йирингли ўрта қулоқ яллиғланиши, камдан-кам ҳолларда ўрта қулоқ ўткир яллиғланишининг асорати сифатида ривожланади. Инфекция калла суяги орқа чуқурчасига периваскуляр ва периневрал тирқишлар, ички эшитув йўли, ички қулоқ сув оқавалари, синуслар тромбозида - перифлебнит майдонлари орқали тарқалади.

Отоген арахноидит ўсмасимон ёки абсцесс клиникасига ўхшаш клиник кечимга эга *кистозли* ва гидроцефалияга келиб чиқишига олиб келувчи ГҮ қоринча, ўрта ва ташки аппертураларининг ёпилиши ёки ёпилмаслиги билан кечган *фибриноз-пластик* шаклда намоён бўлиши мумкин.

Арахноидитнинг бошланиши сабаби ўрта қулоқ ўткир йирингли яллиғланишининг авжига тўғри келади, унинг кейинги клиник кечими эса

бошқа микрофлорани яллиғланиш жараёнига қўшилиши ёки ўз вақтида тозоловчи жарроҳлик амали ўтказилмаганда ва сурункали ўрта кулоқ яллиғланиши қайтиб авж олиб туришига боғлиқ бўлади.

Клиник белгилари ва таъхис. Мияча кўприк учбурчаги арахноидити биринчи навбатда эшитув ва мувозанат фаолиятларининг бузилиш белгилари билан намоён бўлади. Бу белгилар вақти-вақти билан сурункали ўрта кулоқ яллиғланиши, гриппдан, юқори нафас йўллари касалликларидан, шамоллашдан сўнг кучайиб, яллиғланишга қарши терапия ўтказгандан сўнг сусайиб туриши мумкин.

Бемор боши оғришига, боши айланишига, дармонсизликка шикоят қилади ва кўпинча у бошини мажбурий ҳолатда ушлаб туради. Баъзан беморда қусиш ва мияча кўприк учбурчагининг ўчоқли белгилари кузатилади: учшоҳли, юз асаб толаларнинг, баъзан узоқлаштирувчи асаб толасининг зарарланиши, тилнинг 2/3 қисмида таъм билиш қобилятининг бузилиши, хуруж пайтида спонтан нистагм кузатилади, бош айланиши, Ромберг ҳолатида ва юрганда мувозанатни саклай олмаслик каби асосий белгилар қайд этилади. Учшоҳли асаб толаси фаолиятининг бузилиши юз соҳасининг гиперестезияси ва кўз шох пардаси рефлексларининг пасайиши билан намоён бўлади.

Мияча кўприк учбурчагининг арахноидитида *эшитиш қобиляти товуш тўлқинларини қабул қилиш бўйича пасайиши* барча беморларда кузатилади. Бемор кулоғи ёки зарарланган томонда бошининг энса соҳаси шанғиллашига, эшитиши бир томонлама пасайганлигига ёки бутунлай йўқотилганлигига шикоят қилади. Кулоқ оғирлиги товуш тўлқинларини суяк ва ҳаво ўтказувчанликнинг бир хил равишда пасайиши кузатилади. Беморда эшитиш қобилятининг кескин ассиметриясига қарамасдан Вебер тажрибасида товушнинг тўлқинлари йўналиши бир хил бўлади. Яллиғланиш жараёни ички кулоқга тарқалганда (лабиринтит)товуш тўлқинларини яхши эшитадиган кулоқ томон йўналган бўлади.

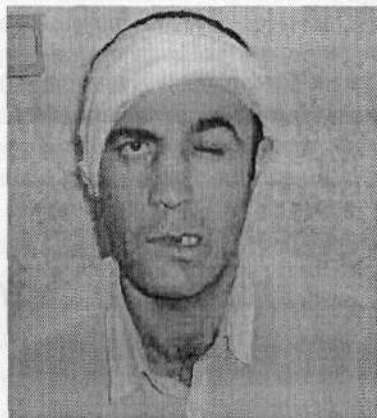
Мувозанат фаолияти бузилишлари арахноидит билан оғриган деярли барча беморларда қайд этилади. Спонтан нистагм 3/4 беморларда кузатилади. У кичик ва ўрта кўламли, горизонтал, I даражали бўлиб, бир ёки ҳар икки томонга йўналган бўлади.

ЮЗ АСАБ ТОЛАСИНИНГ ОТОГЕН НЕВРИТИ

юз мускулларининг асосан ҳаракат иннервацияси зарарланиши билан кечган юз асаб толаси фаолиятининг бузилиши.

Касаллик ўрта кулоқ касалликларида ёки асаб толаси жароҳатланганда ривожланиши мумкин. Юз асаб толасининг неврити ҳам ўткир, ҳам сурункали йирингли ўрта отитда кузатилади, бунда патологик жараённинг ривожланиш механизмлари бир-бирдан маълум даражада фарқ қилади. Юз асаб

толасининг горизонтал қисми ноғора бўшлиғининг медиал деворидаги юз (фаллопий) суяк каналда жойлашади. Ички ва орқа деворларининг чегарасида, пирамида тепачаси сатҳида, ушбу нерв ўз йўналишини ўзгартириб, вертикал йўналишда бигизсурғичсимон каналга киради ва у орқали қала суягининг асосига чиқади. Юз асаб толаси ётган ноғора суяк канали айрим жойларида кичик тешикчалари (дегистициялар) бўлган юпка суяк пластинкаси билан ёпилган. Баъзан суяк пластинкасида анча йирик нуқсонлар бўлиб, юз асаб толаси ноғора бўшлиғининг шиллиқ пардаси билан ёпилган бўлади холос. Ўткир отитда ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасидан тарқалган бактерия токсинлари периневрал пардаларнинг шишига ва тор суяк каналда жойлашган нерв поясининг қисилишига олиб келиши мумкин. Токсинларнинг бевосита асаб толасига таъсири ҳам эҳтимолдан холи эмас. Шундай қилиб, ўткир отитда юз асаб толасининг неврити нерв пардаларнинг тор суяк каналдаги яллиғли шиши ва микроб токсинларининг ноқулай таъсири натижасида ривожланиши мумкин. Бунда юз нервдан иннервацияланган мускуллар фалажида юз асаб толаси жойлашган суяк каналининг девори емирилмайди. Кескин яллиғланиш ва ўрта қулоқ ажралмаси чиқарилишининг бузилиши юз нервнинг зарарланиш эътимолини оширади.



162-расм. Юз асаб толасининг отоген неврити

Ўрта қулоқнинг сурункали яллиғланишида юз асаб толасининг неврити ўткир отитга нисбатан кўпроқ учрайди. Эпитимпанитда нервнинг зарарланиш эътимоли ошади. Юз нерви неврити одатда сурункали йирингли ўрта отитнинг авжида, баъзан ремиссия даврида ривожланиши мумкин. Бунда юз асаб толаси жойлашган суяк каналининг девори қариес ёки холестеатома жараёнидан емирилиб, асаб толасининг механик босилиши, ҳатто асаб толаларининг деструкцияси ёки тор суяк деворида жойлашган нерв поясининг нерв пардаларининг шиши туфайли қисилиши натижасида ривожланади.

Белгилари: 1) яллиғланган қулоқ томонда

юз бурмалари текисланади;

2) беморнинг қоши биров пастда жойлашади; силжийди;

3) кўз қовоқлари ёпилмайди, енгил экзофтальм кузатилади;

4) оғизнинг бир бурчаги осилади; (юқори пастки лаб)

5) кўзлардан ёш оқади;

6) бурун-оғиз бурмаси текисланади.

Юз нерв жароҳатларининг тоғик диагностикаси.

Юз нервнинг қайси соҳасида яллиғланиш борлигини аниқлашда унинг етвол қисмида топографик жиҳатдан яқин жойлашган шохларининг гипо ва арефлексияга эътибор қаратиш керак.

1. Агарда патологик ўчоқ юз нервнинг бигизсимон чуқурчадан чиқадиган жойда жойлашган бўлса (қулоқ олди безининг аралаш ўсмасида, қулоқ олди соҳасида кесилиш натижасидаги жароҳатда) унда жароҳатланган томонда юзнинг мимик мускуллари шикастланади.

2. Агар патологик ўчоқ-ноғора бўшлиғида, ноғора торининг юқорисида бўлса, (сурункали эпителиманит, холестеатома) унда жароҳатланган томонда юз мимик мускулларининг шикастланиши билан, тилнинг 3/1 қисмида тамни сезиш функцияси ҳам бузилади.

3. Агар патологик ўчоқ ноғора бўшлиғида узанги нервнинг чиқиш жойининг юқорисида жойлашган бўлса, (сурункали эпителиманит, холестеатома) кўрсатилган симптомларга гиперкузия кўшилади, узанги нервнинг аккомодацион функцияси камаяди.

4. Агар патологик ўчоқ катта тош нерв чиқадиган жойда тиззасимон бойлам соҳасида бўлса, (орқа мия чуқурчаси арахноидитида) кўрсатилган симптомларга жароҳатланган томонда шиллиқ ажратувчи безлар функциясининг бузилиши кўшилади.

5. Агар патологик ўчоқ чакка суягининг пирамида қисмида жойлашган бўлса, (чакка суяги пирамида қисмининг бўйига ва энига синишида, петрозитда, VIII-жуфт нерв невриномасида) кўрсатилган симптомларга VIII- жуфт нерви функциясини пасайиши кўшилади.

Юз асаб толаси марказий ва периферик жароҳатларининг қиёсий таъхисоти.

Периферик жароҳатланишда юз нервнинг шохлари билан иннервациялановчи барча мимик мускуллар ва айрим аъзоларнинг функцияси бузилади. Марказий жароҳатланишда фақат пастки мимик мускуллар гуруҳи функцияси бузилади. (бурун учбурчаги бурмасида текисланиш, оғиз бурчагида осилиш) чунки юз нервнинг ядроси икки томонлама парда иннервациясига эга, шунинг учун кўп ҳолларда узоклаштирувчи нервнинг параличи ва гемиплигияси кўшилади.

Даволаш. Отоген юз асаб толасининг парези ёки фалажи аниқланган бемор шошилиш равишда ЛОР-бўлимга ётқизилади. Сурункали йирингли ўрта отитда ривожланган юз асаб толасининг фалажи оғир асоратдан дарак беради (инфекция асаб толаси бўйлаб калла суягининг орқа чуқурчасига осон тарқалиб, йирингли менингит ёки отоген мияча абсцессининг ривожланишига сабаб бўлади). Отоген юз асаб толасининг фалажи билан кечган ўткир ўрта отитда беморга шошилиш равишда парацентез, ўткир мастоидитда-

мастоидотомия, сурункали йирингли ўрта отитда – умумбўшлик жаррохлик амаллари бажарилади.

Жаррохлик амалидан сўнг яллиғланишга қарши мужассамлашган терапия ўтказилади, кулоқ микрофлорасининг сезгирлигини эътиборга олган ҳолда беморга антибиотиклар, сульфаниламид ва дегидротация дори воситалари (томир ичига 40% глюкоза, мускул орасига 1% -2 мл лазикс, қон босими назорати остида 0,25 диакарб ёки 0,025 гипотиазид кунига 1-2 маҳал 3-5 кун давомида ичишга буюрилади), асаб тўқимасининг фаолиятини яхшиловчи (прозерин, галантамин гидробромид, В-гурухи витаминлари) буюрилади.

Ўтказилган жаррохлик амали ва 2 ой давомида дори воситалари даволаш тадбирлари самара бермаган ҳолларда юз асаб толасида декомпрессия (босилишини енгиллаштириш жаррохлик) амали бажарилади.

ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНГСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

91% беморларда кулоқ оғирлигининг ривожланишига олиб келади. Уларга ўрта кулоқ катар, кохлеар неврит, отосклероз, Меньер касаллиги киради. Қайд этилган касалликларда йирингли яллиғланиш ривожланмасада, эшитиш ўткирлигининг пасайиши, кулоқ шанғиллаши каби умумий белгилар кузатилади. Бу касалликлар патологик ўчоқнинг жойлашиши, этиологик ва патогенетик белгилар билан бир-бирларидан фарқ қилади.

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ТУБОУТИТ (евстахиит) эшитув найи фоллятининг бузилиши билан намоён бўладиган касаллик. У яллиғланиш жараёни бурун ва бурун атрофи бўшлиқларидан (ринит, синусит, аденоидит) эшитув найига тарқалиши ва унинг ҳаво алмашинуви бузилиши натижасида ривожланади.

Этиологияси ва патогенези. Ўткир евстахиитнинг ривожланишига кўпинча стрептококк, стафилококк, пневмококк ва вируслар сабаб бўлади. Юқори нафас йўллариининг туғма нуқсонлари, аллергияк, юқумли касалликлар, грипп,



ЎРВК, аденоидлар, бурун полипоз ва ўсмаси, пастки бурун чиғаноқлари орқа қисмини катталашуви ва йирингли синуитларда (йирингли ажралма эшитув найига тарқалиб уни яллиғланишига олиб келади) бурун-ҳалқум шиллик қаватининг шиши туфайли эшитув найининг бурун-ҳалқум тешиги босилади ва унинг ўтказувчанлигини бузилади. Юқорида қайд этилган омиллар узоқ вақт таъсир этиши туфайли ўткир евстахиит, сурункали шаклига айланади. Эшитув найининг ҳаво алмашиниши ва чиқариш фаоллятининг бузилиши натижасида ўрта

кулоқда маълум патологик ўзгаришлар ривожланади: ноғора бўшлигининг ҳаво босими пасаяди, ноғора парда ичкарига тортилади, бўшлиқ ичида трансудат тўпланади, кейинчалик бу суюклик таркибида яллиғланиш жарёнининг белгиси бўлган лейкоцитлар ва лимфоцитлар тўпланади. Ўрта кулоқнинг шиллик пардасида кон томирлар турғунлиги пайдо бўлади.

Белгилари. Ўткир евстахиитда бемор кулоғи битишига, эшитиши пасайганлигига, аутофонияга ва баъзан кулоғи шанғиллашига шикоят қилади. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди, тана ҳарорати меъёрда ёки субфебрил бўлади, оғриқ кузатилмайди.

Отоскопияда ноғора парда ичкарига ботганлиги натижасида болғача дастаси калта, ва унинг ташқи ўсимтаси - бўртган кўринади, ноғора парданинг олд ва орқа бурмалари яққол кўзга ташланиб туради. Ёруғлик конуси чизиқ шаклда кўринади (меъёрда у учбурчак шаклда кўринади). Ноғора парда ичкарига чуқур ботган ҳолда ёруғлик конуси кўринмайди

Ноғора парданинг ранги трансудатда эритроцитлар мавжудлиги ва уларни парчаланишига боғлиқ бўлиб, оч кулранг, сарғиш баъзан жигари ёки кўк тусда бўлиши мумкин.

Айрим ҳолларда (кўпинча, 4-10 ёшар беморларда) ўрта кулоқда серозли эксудат тўпланади, яъни **эксудатив ўрта отит** ривожланади (секретор ёки серозли отит). Отоскопияда ноғора парда ортидан суюқлик сатхи кўринади. Эксудатив ўрта отитни ривожланишида организмнинг алергик ҳолати муҳим аҳамиятга эга.

Беморда товушни ўтказиш аппаратининг бузилиши, яъни кондуктив кулоқ оғирлиги ривожланади. Яъни товуш тўлқинларини ҳаво орқали ўтказувчанлиги бузилади. Суяк орқали ўтказувчанлик ўзгармайди.

Ўткир ва сурункали тубоотит, эксудатив ўрта отит ташхисини аниқлаш учун импедансометрия текширув усули ўтказилади. Бунда акустик рефлекс бўсағаси кескин ошиб, тимпанометрия чизигининг шакли ўзгаради. Эшитув найининг ўтказувчанлиги тиклангандан сўнг беморда ўткир евстахиит белгилари йўқолади, ноғора парда ўз ҳолатига қайтади.

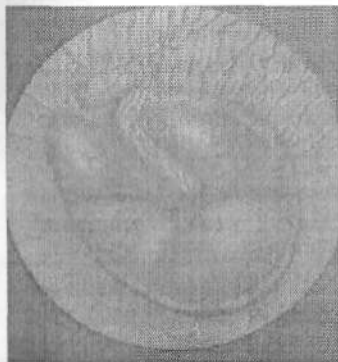
Диагноз бемор шикоятлари касаллик бошланиш сабаблари отоскопия, акуметрия, аудиометрия, импедансометрия, тимпанопункция текшириш усулларига асосланиб қўйилади.

Даволаш тадбирлари, биринчи навбатда, эшитув найининг ўтказувчанлигини яхшилашга, яллиғланишига сабаб бўлган омилларни бартараф этишга қаратилади. Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари, бурун-ҳалқум, ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг сурункали касалликлари даволанади. Бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шишини камайтириш учун беморнинг бурнига томир торайтирувчи воситалар (нафтизин, санорин, глозалин) томизилади, кулоқлари соҳасига иссиқ бойлам қўйилади. Беморга кўк ёруғлик лампаси, ультратон соллюкс, УБН, аэрозол терпия, электрофарез, фонофарез, лазер буюрилади.

Ноғора бўшлиғидаги ҳаво босимини тиклаш мақсадида эшитув найининг ўтказувчанлиги яхшиланиш керак бўлади, яъни беморнинг эшитув найига Политцер усулида ҳаво юборилади. Касалликнинг ўткир даврида эшитув найи орқали, ўрта кулоқ ичига ҳаво юбориш ман этилади, чунки бунда инфекция бурун бўшлиғидан ўрта кулоққа тарқалиши мумкин.

Ўрта қулоқ ичига ҳаво юбориш яхши натижа бермаган ҳолларда эшитув найи катетеризация қилинади. Бурун тешиги орқали учи эгилган металл найча эшитув найининг бурун-ҳалқум тешигигача киритилади. Шундан сўнг врач катетер орқали ноғора бўшлиғига ҳаво юборади. Отоскоп ёрдамида ҳаво оқимини ҳаракатини ўрта қулоқ ичига тарқалишини врач қулоғи орқали эшитиб туради. Бу усул ёрдамида ҳар бир эшитув найи алоҳида- алоҳида катетеризация қилинади. Сурункали евстахиитда ҳаво юбориш муолажаси бир неча бор такрорланиши мумкин (жами 12-15 муолажа, ҳар 1-2 кунда). Бундан ташқари найча орқали эшитув найи ва ноғора бўшлиғи ичига антисептик, яллиғланишга қарши дори воситалар (0,1% хинозол, лидаза, трипсин, диоксидин, гидрокортизон, антибиотиклар эритмаси) юборилади.

Эксудатив ўрта отитда даволаш тadbирлари эшитув найининг ўтказувчанлигини тиклашга, эксудатни чиқаришга, шиллиқ пардага таъсир этиш ва ўрта қулоқ ҳаво алмашинувини яхшилашга қаратилади. Даволашда пневмомассаж ва аэрозолтерпия билан биргаликда антибиотиклар, ферментлар, томир торайтирувчи, гипосенсебилизация яллиғланиш жараёнини сурилишини яхшилаш воситалари қўлланади.



164-расм.Эксудатив ўрта отит

бўлиши натижасида эшитув суякчалари ва ноғора парданинг ҳаракати чегараланиб эшитиш ўткирлиги пасайиши адгезив (ёпишқоқ) ўрта отит ривожланади.

Белгилари. Бемор эшитиши пасайганлигига ва қулоғи шанғиллашига шикоят қилади. Отоскопияда ноғора парда хиралашган, ичкарига чуқур боғланлиги, болғачанинг калта ўсимтаси бўртганлиги яққол кўзга ташланиб туради, ёруғлик конуси йўқолади ёки хиралашади.

Баъзан чандиқлар эшитув найи ички тешиги соҳасига тарқалиб уни қисман ёки тўлиқ ёпиб чиқарув ва ўтказувчанлик фаолиятини буткул бузади. Эшитув суякчаларининг бўғимларида анкилоз жараёни ривожланади, узангичанинг даҳлиз дарчасига ёпишиб турган соҳасида ҳаракат чегараланади.

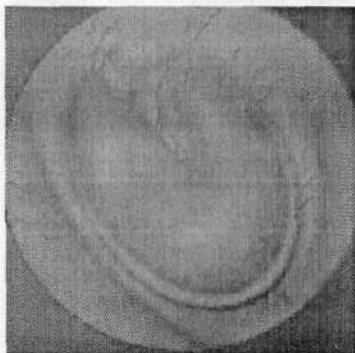
Эшитув найи ва ноғора бўшлиғи ичида қуюқ ажралма тўпланганда ноғора парда тимпанопункция парацентез қилинади ва ҳосил қилинган тешикка чиқаргич найча жойлаштирилади. Ноғора бўшлиғи шу чиқаргич найча орқали ювилиб, ундаги чандиқ ва битишмаларга таъсир кўрсатадиган дори воситалари: трипсин, химотрипсин, лидаза, гидрокартизон юборилади.

АДГЕЗИВ ЎРТА ОТИТ

(otitis media adhaesiva). Узоқ вақт эшитув найи ўтказувчанлигининг бузилиши, ноғора бўшлиқда чандиқлар ва битишмалар ҳосил

Айрим холларда отоскопияда ноғора парда меъёрда, ammo бир оз юпқалашганлиги, баъзи майдонларда оқ доғлар-петрификатлар (оҳак тузининг тўплами) пайдо бўлганлиги кўзга ташланади. Зигля пневматик қадоқчаси ёрдамида ташки қулоқнинг ҳаво босими ўзгартирилганда ноғора парданинг ҳаракати чегараланганлиги ёки умуман ҳаракатсиз эканлиги аниқланади. Бунни тимпанометрия текшириш усули ҳам тасдиқлайди.

Эшитув найига Политцер усулида ҳаво юбориш иложи бўлмаганлиги туфайли эшитув найи катетеризация қилиниб, отоскоп ёрдамида врач эшитиб назорат қилади. Агар эшитув найи чандиклар билан тўлиқ ёпилган бўлса, унда ҳаво оқими ноғора бўшлиғига кирган пайтда отоскоп орқали ўзига хос хуштак товушини врач эшитилади.



165-расм. Ўрта қулоқнинг чандикли яллиғланиши

Адгезив ўрта отитда бўсағали тонал аудиометрияда беморда товуш тўлқинларини ўтказилиши бузилганлиги, суяк ва ҳаво ўтказувчанли орасида кескин фарқ борлиги аниқланади.

Ташхис бемор шикоятлари, касаллик бошланиши, отоскопия, акуметрия, аудиометрия, тимпанометрия ва қўшимча текшириш усулларига асосланиб қўйилади.

Даволаш. Адгезив ўрта отитда юкори нафас йўллари соғломлаштириш, ноғора бўшлиғи ўз вақтида шунтлаш (дренаж ўрнатиш), ноғора бўшлиғига меототимпанал ва эндоаурал электрофорез ёки катетер орқали лидаза юбориш, ноғора пардани пневмомассаж қилиш яхши самара беради. Пневмомассаж махсус асбоб ёки Зигля пневматик қадоқчаси ёрдамида бажарилади. Кун оша жами 15 муолажа ўтказилади, даволаш курси уч ойдан сўнг такрорланади. Пневмомассаж ноғора парда ва эшитув суякчаларини ҳаракатга келтиришга, битишмаларни очилишига ёрдам беради.

Консерватив даволаш самара бермаганда беморда тимпанопункция, миринготомия, тимпанотомия жарроҳлик амаллари бажарилади. Тимпанопункцияда ноғора парда тумтоқ игна билан тешилиб ноғора бўшлиқ ичидаги экссудат сўриб олинади, кейин бўшлиқ ичига дори юборилади. Миринготомияда ноғора парда кесилади, бу усул куюқ экссудатни игна ёрдамида сўриб олиш иложи бўлмаган ҳолларда қўлланади. Кесилган жойга термопластик найча чиқаргич ўрнатилади. Тимпанотомияда ноғора бўшлиқ очилиб, ичидаги битишма ва чандиклар олиб ташланади, ноғора бўшлиғига метилфторурацил, лидаза бошқа дори воситалари юборилади.

Ноғора бўшлиқ ичига чиқаргич найчаларини ўрнатиш усули баъзи камчиликларга эга; найча ноғора бўшлиғига шикаст етказиши, баъзан бўшлиқдан чикиб кетиши, баъзан найча турган жойда доимий тешик ҳосил

бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда қуйидаги усул қўлланади. Ташки эшитув йўлининг орқа деворининг териси кесилади, кейин ногора пардага шикаст етказмасдан ногора бўшлиғига йўл очилади ва унга узунлиги 7-8 мм бўлган ингичка полиэтилен найча ўрнатилади. Аммо, бу усул ҳам камчиликдан холи эмас. Ҳозирги кунда ногора пардани лазер нури билан тешиш усули кенг қўлланмоқда, даволангандан сўнг ногора пардадаги тешик 1,5-2 ойда чандиксиз битади. Экссудатив ва адгезив отитни келтириб чиқарувчи омиллар, аллергия ҳолатлар, бурун бўшлиғи ва бурун ҳалқумида жарроҳлик амаллари ўтказилиб, эшитув найи физиологик фаолияти тикланиш чора тadbирлари ўтказилади.

КОХЛЕАР НЕВРИТ.

Эшитув анализаторининг периферик ва марказий бўлимларида патологик ўзгаришлар юз беради, бу ўзгаришлар беморда нейросенсор карлик ривожланишига сабаб бўлади.

Касалликнинг ривожланишига қуйидаги ташқи ва ички турли омиллар сабаб бўлади.

Грипп, эпидемик менингит, энцефалит, захм, паротитлардан сўнгра асорат сифатида *инфекцион неврит* ривожланади.

Токсик неврит беморда ототоксик дори воситаларни қўллаш натижасида юзага келади. Бундай дори воситаларга аминоглюкозидлар (неомицин, сизомицин, канамицин, гентамицин), стрептомицин, этакрин кислотаси, ўсмага қарши дорилар (цисплатин), салицилатлар, хинин ва бошқалар қиради.

Ототоксик дори воситалар таъсирида ички кулоқ қон томирларида, чиганок рецепторининг нейросенсор хужайраларида патоморфологик ўзгаришлар ривожланади. Бу ўзгаришлар чиганок мембранаси асосидан бошланиб чўққисигача тарқалади ва беморларда турли товуш тўлқинларни қабул қилиш ўткирлиги пасаяди. Эндолимфада калий микдори камайиб, сульфат натрий микдори кўпаяди, чиганок тўқималарининг гипоксияси ривожланади. Неомицин таъсирида лабиринт суюқлигидаги ацетилхолин микдори камайиб, баъзан бутунлай йўқолади. Оғир металл тузлари (симоб, кўргошин), фосфор, бензин ва нефтни қайта ишлаш маҳсулотлари, спиртли ичимликлар ва тамаки ҳам эшитув асаб толасига зарарли таъсир этиши мумкин.

Баъзан *жароҳатдан сўнгги* кохлеар неврит ривожланиши мумкин (бош мия ва кулоқ механик жароҳатлари, баро-ва акустик жароҳатлар). *Нейросенсор карлик* қон-томир касалликларда, буйрак эндокрин ва аллергия касалликларда ҳам кузатилиши мумкин.

Касбга боғлиқ, эшитув асаб толаси неврити, шовқин ва вибрациянинг ички кулоққа кўрсатган давомли таъсири натижасида ривожланади. Ўта кучли товуш тўлқинлари (ўқ овози, портлаш, хуштак) қисқа вақт давомида таъсир этиши ҳам эшитув асаб толаси жароҳатланишига сабаб бўлади. Ички кулоқда

дегенератив атрофия жараёнлари бошланиши ва бош мия пўстлоғидаги эшитув марказларида юз берган ўзгаришлар эшитиш ўткирлигини пасайишига сабаб бўлади..

Ирсий ва қов қариндошга уйланиш, турмуш куриш каби сабаблар

Қариялар неврити. *Қарияларнинг* кулок *огирлиги* - бу аста секин кучая борган нейросенсор кулок огирлиги бўлиб, кўпинча 60 ёшдан ошган қарияларда кузатилади. Узоқ вақт таъсир этган шовкин, нотўғри овқатланиш, атеросклероз, ирсий мойиллик ва ототоксик дори воситалари касалликнинг ривожланишига ёрдам беради. Эшитув ўткирлиги кўпинча баланд товуш тўлқинларни қабул қилиш майдонида, яъни товуш тўлқинларнинг > 2000 Гц майдонида айниқса кўп йўқотилади ва нутқни, англаш қобилияти бузилиши билан кечади (бемор гапни эшитсада сўзларни англамайди). Жараён дахлиз-чиғаноқ асаб толасининг чиғаноқ рецепторидан бошланиб дахлиз қисмига тарқалиши мумкин. Беморларга эшитув аппаратидан фойдаланиш тавсия этилади.

Белгилари. Бемор эшитиши пасайганлигига ва кулоғи шанғиллашига шикоят қилади. Дахлиз-чиғаноқ асаб толасининг мувозанат қисми зарарланганда беморда мувозанатнинг бузилиши ва бош айланиш белгиси кузатилади. Отоскопияда ногора пардада патологик ўзгаришлар аниқланмайди. Бу борада кизик ибора бор: "Кохлеар невритда врач ҳеч нарсани кўрмайди, бемор-ҳеч нарсани эшитмайди". Ташхис қўйиш учун беморнинг эшитиш қобилияти текширилади. Кохлеар невритда товуш тўлқинларини қабул қилиш аппарати фаолияти бузилади, яъни беморда нейросенсор дискант (перцептив) кулок огирлиги ривожланади, товуш тўлқинлари суяк ва ҳаво ўтказувчанлиги бўйича тебраниш тезлиги юқори бўлган товушлар зонасида эшитув бўсағаси кўтарилади.Аудиометрияда чизиклар пастга йўналади, суяк ва ҳаво ўтказувчанлигининг ўртасидаги тафовут йўқолади. (Аудиограммага қаранг)

-10					
0bd					
10					
20					
30					
40					
50					
60					
70					
80					
90					

100							
110							
	125	250	500	1000	2000	4000	8000

О ўнг кулок X чап кулок белгиланади.Ҳаво орқали ўтказувчанлик 0 _____

Суяк орқали ўтказувчанлик -----

Тонлар , 125: Энг паст тон , 250:Паст тон , 500:Ўрта тон, 1000 Асосий тон,
2000: Ўрта тон, 4000: Юқори тон , 8000: Энг юқори тон.

-10							
0bd							
0							
20							
30							
40							
50							
60							
70							
80							
90							
100							
110							
	125	250	500	1000	2000	4000	8000

О ўнг кулок X чап кулок белгиланади.Ҳаво орқали ўтказувчанлик 0 _____

Суяк орқали ўтказувчанлик -----

Тонлар , 125: Энг паст тон , 250:Паст тон , 500:Ўрта тон, 1000 Асосий тон,
2000: Ўрта тон, 4000: Юқори тон , 8000; Энг юқори тон.

Жавоб:Икки томонлама нейросенсор карлик.

Аудиометрия текшириш усули эшитув анализаторининг турли қисмлари-
чиганок хужайралари, ганглий, асаб толаси йўллари, ўзақлар, бош мия
пўстлогидаги марказ патологик ўзгаришларни аниқлашга ёрдам беради.

Кохлеар невритни VIII жуфт асаб толаси невриномасидан фаркланиши керак. Кохлеар невритда беморда одатда икки томонлама кулоқ оғирлиги ривожланади. VIII жуфт асаб толаси невриномасида эса нейросенсор кулоқ оғирлиги бир томонлама бўлиб, спонтан нистагм, калорик арефлексия, мувозанат аъзоси фаолиятини бузилиш белгилари, таъми билиш қобилиятининг бузилиши, мияча патологиясига хос зарарланиш клиник белгилари билан намоён бўлади. Бундан ташқари VIII жуфт асаб толаси невриномасида ташқи эшитув йўли кенгайди, бунини компьютер томограммасида ёки чакка суяги рентнограммасида кўриш мумкин. Аниқ ташхис қўйиш учун беморда қўшимча объектив аудиометрия ва вестибулометрия, электрогустометрия ва меатоцистернография текширув усуллари ўтказилади.

Захм касаллигида ривожланган кохлеар неврит клиник ва аудиологик манзараси билан Менъер касаллигини эслатади, бемор кўпроқ кулоғи шангилашига шикоят қилади. Захмда асосан мувозанат аъзо маркази зарарланади, шунинг учун беморда бош айланиши, латеропульсия, калорик ва айланторма синамаларда мувозанат аъзоси қўзғалувчанлигининг пасайиши, айлантириш синамасида эса аъзосига хос иллюзиянинг йўқолиши аниқланади.

Даволаш тадбирлари асосан кохлеар невритга сабаб бўлган омилларни бартараф этишга қаратилади. Патогенетик даволашда беморга "В" гуруҳи витаминлари, витамин А,Е, кокарбоксилаза, АТФ, алоэ экстракти, ФИБС, гумизол, апилак, никотин кислотаси, папаверин, гидрохлорид, дибазол; ацетилхолинэстераза дори моддалари -галантамин, прозерин; асаб тўқималарининг ўтказувчанлигини яхшилаш воситалари; антигистамин дори воситалар-димедрол, пипольфен, диазолин, тавегил, лораталь буюрилади. Кулоқ соҳасига меатотимпанал 2 мл 0,5% ва галантамин 2 мл 2% новокаин билан 15 кун давомида юборилади. Галантамин (нивалин) бош мия холинергик синапсларда импульс ўтказувчанлигини яхшилайди.

Кулоқ шангилашини камайтириш ва уни бартараф этиш мақсадида беморга акупунктура, электроакупунктура, магнитопунктура, лазеро-пунктура ва биологик фаол нукталарга анестетикларни юбориш муолажалари ўтказилади. Барокамерада гипербарик оксигенация даволаш усули яхши натижа беради.

Захмда ривожланган карликда захмга қарши даволаш тадбирлари билан бирга олиб борилади.

Даволаш тадбирларининг самараси кўпинча уни ўз вақтида бошлашга боғлиқ бўлади. Товушни қабул қилиш аъзоси зарарланганлиги туфайли ривожланган сурункали нейросенсор кулоқ оғирлигини даволашда дорилар фойда қилмайди. Беморга эшитувни яхшиловчи машқлар (редукция машқлари), эшитиш аппарати тавсия этилади. Эшитув аппаратларининг бир нечта тури мавжуд бўлиб, улар протезист ва сурдолог танлайди ва тавсия қилади. Агар эшитув аппарати ҳам етарли даражада самара бермаса, унда беморга имо-ишора ёки лаб ҳаракатлари ёрдамида гапириш кўникмаси

урғатилади. Охирги йилларда чиганоқ ичига электрон ўрнатиш усули ишлаб чиқилди.

Ишлаб чиқариш корхоналардаги шовкин ва вибрациялар айрим касб аталарида кохлеар неврит касаллигининг ривожланишига сабаб бўлади. Бундай касб касаллигини олдини олиш учун технологик жараёни такомиллаштириш, ҳар бир ишчи махсус антифонлардан фойдаланиши лозим.

Ёш болаларда ототоксик антибиотикларни, айниқса, амноглокозидларни иложи борича қўлламаслик тавсия қилинади. Ототоксик антибиотикларнинг ички қулоқга таъсир кучини камайтириш чораларини (оториноларинголог кўриги) кўриш лозим. Даволаш пайтида ототоксик дорилар ишлатилган тақдирда беморга мускул орасига унитиол (5 % - 5 мл 20 кун давомида) юборилади. АТФ, Вит В₁, никотин кислота, кокорбаксилаза 10% глюкоза тавсия қилинади, мақсад шуки ототоксик дориларни ички қулоқга тўпланиши ва унинг таъсир кучини камайтиришдан иборат.

ЎТКИР КОХЛЕАР НЕВРИТ

(лабиринт қон айланишининг ўткир бузилиши) спазм, эмболия, лабиринт артерияси ва унинг шохчаларининг тромбози, гипертония, ўткир лейкоз, геморагик диатез, остеохондроз, қон томир дистонияси, нефрит, туғма захм каби касалликларда кузатилади. Стресс ёки спиртли ичимликларни суистемол қилиш ҳам лабиринт қон айланишининг ўткир бузилишига олиб келиши мумкин. Ўткир лабиринт қон айланиши бузилиши натижасида юзага келган кохлеовестибуляр ўзгаришларига қуйидаги омиллар сабаб бўлади:

а) ички қулоқ тизимида қон етишмовчили натижасида юзага келган эшитув асаб толалари рецепторларининг гипоксияси;

б) юзага келган реактив шиш таъсирида кортий аъзоси тукли ҳужайралар, ярим айлана каналлар ва даҳлиз қопчалари рецепторларининг кўзғалиши ва лабиринт ичи босимининг ошиши.

в) лабиринт артерияси ёки унинг шохчаларида (кохлеар, вестибуло-кохлеар, вестибуляр) қон айланишининг бузилиши.

Белгилари. Лабиринт қон айланишининг ўткир бузилиши лабиринт артериясидаги патологик жараёнинг шаклига (спазм, тромбоз, эмболия), зарарланган қон томирларнинг ўлчамига ва жойлашувига боғлиқдир.

Одатда эшитув ва мувозанат аъзолари фаолияти бузилишлари тўсатдан бошланиб бирга кечади, баъзан лабиринтнинг чиганоқ, даҳлиз ёки ярим айлана каналларнинг зарарланиш белгилари алоҳида-алоҳида кузатилиши мумкин.

Бемор қулоғи шанғиллашига, юқори тонли шовқин эшитилишига (хуштак овози), эшитиш пасайганлигига (бир томонлама қулоқ оғирлиги), гандраклаб юришга, баъзан бутунлай мувозанатни бузилишига, бош айланишига, кўнгли

айниши ва қусиш билан кечади. Текширувда беморда товушни қабул қилиш аъзосини бузилганлиги, соғлом томонга йўналган спонтан горизонтал-ротатор нистагм, Ромберг ҳолати турганда ёки олдинга ва орқага юрганда бемор касалланган кулоқ томонга оғиши ёки йиқилиши кузатилади. Ички кулоқнинг физиологик фаолияти қисман бузилганда (касалликнинг бошланғич босқичида ёки лабиринт гемодинамикаси яхшиланганда) беморда баланд товуш тўлқинларини қабул қилиш фаолияти бузилади, периферик горизонтал ротатор ёки ротатор нистагм пайдо бўлади.

Даволаш. Ўткир кохлеар неврит (тўсатдан пайдо бўлган карлик) билан оғриган бемор дарҳол касалхонага ётқизилади. Гипербарик оксигенациядан ташқари беморга рефлексотерапия, тинчлантирувчи, дегидротация, захарланишга қарши тадбирлар, микроциркуляция ва ички кулоқ модда алмашинувини яхшилаш, қон босимини пасайтириш ва қон ивишини пасайтирувчи дори воситалари буюрилади. Лабиринт қон айланишининг ўткир бузилишида беморга шошилинч равишда окулист, терапевт ва невропатолог маслахатини уюштириш лозим. Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, коннинг ивиш тезлиги ва ивиш тизимнинг ҳолати текширилади. Текширувда кўпинча ангиоспазм ёки кўз туби қон томирларининг склерози, баъзан гипертония, атеросклероз ёки вертебробазилляр қон томир етишмовчилигининг белгилари аниқланади. **Шуни эсда тутиш лозимки, лабиринт артерияси вертебробазилляр артерия тизимининг охириги шохаси бўлганлиги туфайли лабиринт қон айланишининг ўткир бузилиши билан бир пайтда ёки кейин ривожланган калла суяги орқа чуқурчаси қон айланишининг ўткир бузилишини инкор этмайди!**

Мувозанат аъзоси фаолияти бузилишлари калла суяги орқа чуқурчасининг қон айланиши бузилганлигидан далолат беради ва вертикал, диагонал ёки кўпсонли нистагм, бемор ҳаракатларининг ноаниқлиги ва йиқилиши, адиадохокинез билан намоён бўлади. Асаб тизимининг бузилиш белгилари аниқланган беморлар неврология бўлимида, ички аъзолар патологияси аниқланган бемор (лейкоз, кескин коронар, қон томир ва буйрак етишмовчилиги) терапевтик йўналишдаги бўлимларда оториноларинголог назорати остида даволанади. Ҳаёт учун хавфсиз бўлган асаб ва ички аъзоларнинг касалликларида аниқланмаган ўткир ички кулоқ қон айланишининг бузилишида беморлар ЛОР-бўлимда даволанади.

Даволаш:

- ётоқ режими, тинч ҳолат, енгил ҳазм бўладиган овқатлар;
- тери остига 2% - 2мл папаверин, томир ичига 40% - 20 мл глюкоза ва 2,4% - 5-10 мл эуфилин;
- мускул орасига 25% - 10мл магний сульфат;
- тери остига 0,1% - 1 мл атропин сульфат;
- мускул орасига 2,5 % - 1 мл пипольфен кунига 2 маҳал; ҳар 12 соатда

транквилизаторлар-триоксазин(0,3),мепробамат(0,3)ёки тазепам(0,005)кунига 3маҳал,овқатдан кейин ичишга

гипотиазид(0,1)-1табл.кунига1-2 маҳал овқатдан кейин ичишга 3кун давомида,(кон босими назорати остида);

- томир ичига гепарин 20000-50000 ТБ 4-10 мл (лабиринт артерияси тромбозида протромбин индекси ва сийдик таҳлили назорати остида);

- томир ичига 6 % - 1 мл тиамин бромид ва 40 % - 20 мл глюкоза билан биргаликда,

жами 10-12 муолажа.

- бетасерк икки ҳафта давомида 16 мг 3 маҳал овқатдан кейин ичишга кейинги дозаси (8 мг дан 3 маҳал 3 ҳафта давомида). Кейинчалик даволаш курси йил давомида врач кўрсатмаси билан бир неча марта такрорланади.

ОТОТОКСИК АНТИБИОТИКЛАРДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

кўпинча аминоглюкозидлар (стрептомицин, гентамицин, канамицин, мономицин, неомицин, пасомицин, тобрамицин, амикацин, сизомицин, сафродекс) ҳамда ристомицин, флоримицин, полимиксинни кўп вақт давомида қўллаш натижасида юзага келади. Касалликнинг ривожланишига буйрак ва жигар касалликлари, атеросклероз, чала тугилиш, аллергияк ҳолатлар ёрдам беради.

Ототоксик дорилар таъсирида, кон томирлар ва чиғаноқ рецепторида патоморфологик ўзгаришлар юзага келади. Нейроэпителиал хужайраларнинг патологик ўзгариши мембрана асосидан бошланиб чўққисига тарқалади. Беморнинг эшитиш қобилиятининг турли товушларга бўлган ўткирлиги пасаяди. Эндолимфада калий микдори камайиб, натрий микдори- кўпаяди, чиғаноқ тўқималарининг гипоксияси ривожланади. Неомицин таъсирида лабиринт суюқлигида ацетилхолин микдори камаяди, баъзан- бутунлай йўқолади. Бундан ташқари ототоксик дори виситалари бош мия пўстлоғига токсик таъсир қилади.

Стрептомицин ва аминоглюкозидлардан ўткир заҳарланиш белгилари:

- бош айланиши (тик тура олмаслик, оёқ остида ернинг тебранишини ҳис этиш);

- атаксия, гандираклар юриш, Ромберг ҳолатида турормаслик ;

- спонтан ёки (кўпинча) позицион горизонтал-ротатор нистагм;

- калорик ва айланма синамаларида ўтказилганда лабиринт фаолиятининг сўниши;

- кулоқ шанғиллаши, унда юқори тонли шовқин эшитилиши;

- товуш тўлқинларини қабул қилиш аппаратининг бузилиши шаклида кулок оғирлиги, ҳатто карлик.

Аудиометрияда беморда баланд товуш тўлқинларини ва ультратовуш тўлқинларини қабул қилиш фаолиятининг кескин бузилиши аниқланади. Ототоксик антибиотик билан заҳарланган бемор касалхона шароитида даволанади.

Даволаш:

- беморга ототоксик антибиотикларни бериш тўхтатилади;

- заҳарланишга қарши терапия ўтказилади:

а) гемодез 200 мл суткасига 2 марта ёки реополюклюкин 400 мл томир ичига (неокомпенсан) томчилаб юборилади;

б) унитиол 5 мл 3-4 марта, кейинчалик бир кунда 1-2 маҳал 7 кун давомида (болаларга 10 кг тана вазнига бир мл) мускул орасига

в) тиосульфат натрий 30% -10-50 мл томир ичига ;

- терлатувчи воситалар - 1%- 0,5 мл пилокарпин тери остига кун оша, жами 2-3 муолажа;

- дегидротация терапияси - гипотиазид 0,1 кунига 1-2 табл. 5 кун давомида (қон босими назорати остида), диакарб 0,25 г 3 кун давомида; эрталаб ичишга берилади.

- антигистамин дори воситалар - 2,5% - 1 мл пипольфен ёки супрастин кунига 2 марта мускул орасига ёки 0,025 ичишга 3 маҳал бир суткада; овқатдан олдин ичишга берилади.

- қон томирларни кенгайтирувчи дори воситалари:

а) томир ичига 2,4 % - 1-1,5 мл эуфиллин 40% - 20 мл глюкоза билан бирга 2-3 маҳал, тери остига 2% - 1-2 мл дибазол, ёки 2 %- 2 мл папаверин гидрохлорид 1-2 маҳал бир суткада ичишга;

б) диуретин 0,5 х 3 маҳал бир суткада ичишга;

- витаминлар:

а) кальций пантотенат 20% 1-2 мл мускул орасига (ёки 0,1 ичишга кунига 1 маҳал берилади);

б) 5% -1 мл витамин В₁ мускул орасига (ёки 0,003 ичишга 3 маҳал) бир суткада;

в) 5% - 1 мл витамин В₆ мускул орасига (ёки 0,005 ичишга 3 маҳал) бир суткада;

г) 1%- 1 мл никотин кислотаси (ёки 0,05 ичишга 3 маҳал берилади) бир суткада;

ички кулоқда модда алмашинувини яхшилаш учун: мускул орасига 1%-1 мл АТФ, 50-100 кокарбоксилаза, глюкоза билан томир ичига юбориш тавсия қилинади.

Кейинги босқичларда кохлеар невритни даволаш тадбирлари олиб борилади (прозерин, галантамин, антибиотиклар, гармонлар, дибазол, новокаин, етугерон, алоэ, бир мл тери остига № 30, ФИБС 2,0 тери остига № 20, 2% калий йодид ёки 0,5% галантамин билан сўрғичсимон ўсиқ соҳасига ёки эндураул электрофорез №15 ва вибромассаж) гипербарикоксигенотерапия барокамера №10 кулоқ шовқинини пасайтириш учун ташқи эшитув йўли кириш жойидан 1-1,5 см ичкарига тери остига 1% -1 мл новокаин юборилади № 12 кун давомида ёки сўрғичсимон ўсимта соҳасига керакли нуқталарга игларефлексотерапия, тиббиёт зулуги. Сўрғичсимон ўсимта соҳасига кактейл юбориш № 15, Алоэ 1,0 никотин кислота 1% 1,0 новокаин 1% 3,0 прозерин 0,005 % 1,0 (никотин кислота 0,5 дан кўпайтириб борилади реакциягача. Бемор назорат учун акуметрия, аудиметрия, текширувидан ўтказилиб турилади. Сурдолог, оториноларинголог назорати остида керак бўлганда даволаш курси такрорланади.

ОТОСКЛЕРОЗ

(otosclerosis) – эшитиш қобилиятининг пасайиши ва кулоқ шанғиллаши билан кечадиган ва касаллик асосида суяк лабиринтида икки томонлама чегараланган остеодистрофик жараёни ётган ва узангичанинг дахлиз дарчасига фиксацияси ёки ички кулоқ нейросенсор апаратининг пато-логияси билан бирга кечган касаллик булиб, баъзан "отоспонгиоз" деб юритилади.

Отосклероз жараёни купинча икки томонлама характерга эга булсада, дастлаб у бир томонда кес-кинрок ривожланиб, кейинчалик бошка кулоқка таркалади. Статистик маълумотларга кўра отосклероз Ер юзи аҳолисининг 1% да, купинча 20 ёшдан 45 ёшгача булган шахсларда, 78% ҳолларда - аёлларда қайд этилган ва хомиладорлик ва тугрукдан сунг зурайиб бориши аниқланган. Отосклероз бошланиши даврида клиник белгилар кузатилмайди, гистологик ўзгаришлар билан кечади, кулоқ оғирлиги ва кулоқ шанғиллаши ривожланган давр клиник давр деб аталади. Қачонки жараён лабиринтит деворига тарқалиб лабибиринтит дарчасини ёпиб, лабиринтга тарқалиб эшитув мувозанат тукчаларини асосини ва нейронларини атрофига олиб келгандан сўнг клиник давр кулоқ эшитиш ўткирлиги пасайиши, кулоқда шовқин пайдо бўлади.

Отосклерознинг этиологияси ва патогенези тўлиқ аниқланмаган. Генетик назарияга асосан у аутосом - доминант йўл орқали наслдан наслга ўтади, шу туфайли генетик нуқсон ташувчиларнинг 40% учрайди. Айрим тадқиқотчилар отосклерознинг ривожланиши эндокрин безлар дисфункцияси ётган метаболик бузилишлар билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар. Касаллик купрок аёлларда учраши гормонал бузилишлар билан билан изоҳланади. Перилимфанинг кимёвий таркиби, ундаги кальций, фосфор, магний, натрий,

темир, мис, фтор, алюминий моддалари нисбий микдорининг бузилиши, касалликнинг ривожланиши эшитиш қобилиятига салбий таъсир кўрсатиб, тўлқинларини ўтказиш фаолияти пасаяди..

Патоморфологияси. Отосклерозда ўзига хос патологоморфологик манзара кузатилади. Лабиринт капсуласининг ўзгариши суяк-миyasi бўшлиқларида, айниқса эмбрион тоғай қолдиқлари мавжуд бўлган жойларда бошланади. Остеокластлар фаоллиги ошганда суяк тўқимаси кальций моддасини йўқотиб, кўпсонли суяк-мия бўшлиқлари мавжуд бўлган ва қон томирларга бой бўлган майдонларда чегараланган спонгиоз суяк ўчоғи ҳосил бўлади. Касалликнинг бу даври *фаол фазаси* деб аталади. Кейинги босқичида мўрт говак суяк тўқимаси сўрилиб, пишиқ склерозланган суякка айланади. Бирламчи отосклероз ўчоғи овал дахлиз дарчаси, кўпинча узангича асосининг олд қутби ёнида жойлашади ва ўсган сари узангича анкилозига олиб келади. Баъзан жараён ички кулоқнинг бошқа қисмларида – чиганоқ дарчаси, ички эшитув йўли, ярим айлана каналларда жойлашиши мумкин. Отосклероз ўчоғи чиганоқ бўшлиғига тарқалиб, кохлеар рецепторлар зарарлаганда беморда нейросенсор кулоқ оғирлиги ривожланади.

Клиник белгилари. Бемор эшитиши пасайганлиги ва кулоғи шангиллашига шикоят қилади. Бу шикоятлар дастлаб бир томонлама ёки иккинчи кулоқнинг зарарланиш тезлигига қараб икки томонлама бўлиши мумкин. Шикоятлар ва анамнез маълумотларини таҳлил қилганда қуйидагиларга эътибор берилади:

- 1) беморнинг бир неча авлодларида отосклероз касаллигини кузатилишига, яъни уни ирсийлигига;
- 2) кўпинча 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган шахсларда учрашига;
- 3) 80-85% ҳолларда аёлларда учрашига;
- 4) клиник белгиларнинг кучайиб бориши организмдаги гормонал ўзгаришларининг авж олиш даврларига, аниқроғи ҳомиладорлик ёки менопауза даврларига тўғри келишига.

Товушни ўтказиш ва товушни қабул қилиш аъзолар зарарланишининг характерига қараб отосклероз уч клиник шаклга бўлинади: - тимпанал; - аралаш; - кохлеар.

Отосклерознинг т и м п а н а л ш а к л и да тонал бўсағали аудиограммада ҳаво орқали товуш тўлқинларини ўтказувчанлиги бўсағаларининг 40 дБ дан (кулоқ оғирлигининг I даражаси) - 65-70 дБ гача ошиши (кулоқ оғирлигининг III даражаси) билан ифодаланган кондуктив кулоқ оғирлиги аниқланади. Суяк орқали товуш тўлқинларини ўтказувчанлик бўсағалари меъёрлигича қолади (нутқ частоталарда 20 дБ гача), суяк – ҳаво ўтказувчанлик чизиклари (оралиғи) 30-45 дБ тенг бўлиб, у *чиганоқ заҳираси* ҳисобланади ва жарроҳлик амали пайтида эшитиш қобилиятини яхшиланишига ишонч туғдиради, Чунки товуш

тўлқинларини қабул қилиш аъзоси зарарланган шу сабабли жарроҳлик амали самарали бўлади.



166-
расм.Отосклерознинг
отоскопик кўриниши

Тонал бўсағали аудиограммадаги суяк-ҳаво орқали товуш тўлқинларини ўтказиш орасидаги чизик тафовути муҳим аҳамиятга эга, чунки жарроҳлик амалида эшитиш қобилиятининг яхшиланиши чиганоқнинг функционал захирасини ифодаловчи бу кўрсаткичига тенг даражада яхшиланиши мумкин.

Отосклерознинг аралаш шаклида ҳаво ва суяк орқали товуш тўлқинлари ўтказувчанлик бўсағалари ошади. Беморда аралаш кулоқ огирлиги аниқланади. Ҳаво орқали товуш тўлқинлари ўтказувчанликнинг чизиғи 40-75 дБ гача, суяк орқали товуш тўлқинлари ўтказувчанликнинг чизиғи 21-40 дБ гача пасаяди. Суяк-ҳаво орқали товуш тўлқинларини ўтказувчанлик чизиғи

отоскопик кўриниши орасидаги тафовут қисқаради. Бундай ҳолларда эшитув фаолияти товуш тўлқини суяк орқали ўтказувчанлик бўсағаларигача тикланади.

Касалликнинг кохлеар шакли товушни қабул қилиш аъзоларининг зарарланиши билан кечади. Отосклероз жараёни ички кулоққа ҳам тарқалади. Суяк ўтказувчанлик бўсағалари турли частоталарда 40 дБ дан ошади. Суяк-ҳаво товуш тўлқинлари орқали ўтказувчанлик чизиғи чўзилиб, 25-30 дБ етади. Товуш тўлқинларини ҳаво ўтказувчанликни жарроҳлик усулида тиклаш эшитиш қобилиятини тўлиқ яхшиламайди. Аммо эшитув қобилиятининг бироз бўлсада яхшиланиши беморнинг умумий аҳволини анча енгиллаштиради.

Отосклерозда клиник белгилар кучайишининг тезлиги бўйича: тез ривожланган (11% беморларда), аста – секин ривожланган (68%) ва тўлқинга қараб (21%) шакллар беморларга учрайди. Унинг кечимида уч босқич тавофут этилади :

- I) бошланғич босқич;
- II) асосий клиник белгилари яққол аён босқичи;
- III) терминал босқич.

Касалликнинг бошланғич босқичи бир томонлама кучсиз кулоқ огирлиги ва субъектив шовқин белгилари билан кечиби, 2-3 йилгача давом этади. Бошқа кулоқда гистологик ўзгаришлар аниқланишига қарамасдан клиник белгилар кузатилмайди. Асосий клиник белгилари яққол ривожланган аён босқичи эшитувнинг анча яхшиланиши билан ифодаланади, бунда иккинчи кулоқнинг зарарланиш клиник белгилари аниқроқ намоён бўлади. Терминал босқич отосклерознинг тез ривожланган шаклида кузатилиб,

товушни тўлқинларини қабул қилиш аъзосининг чуқур бузилишлари билан ифодаланади.

Касаллик кўп йиллар давомида бошланғич ёки аён даврида сақланиб қолиши, терминал даври умуман кузатилмаслиги ҳам мумкин.

Отосклерознинг бошланғич босқичида бемор кўпинча битта қулогининг эшитиши пасайганлигига шикоят қилсада, объектив текширувда икки томонлама қулоқ оғирлиги аниқланади. Қулоқ оғирлиги аста-секин ривожланиб, кўп йиллар давомида кучайиб боради. Касалликнинг кечимида эшитиш қобилятининг кескин ёмонлашиши ва қулоқ шанғиллашининг кучайиши билан кечган босқичлар, баъзан тез зўрайиб борувчи нейросенсор қулоқ оғирлиги билан кечадиган ҳолатлар кузатилиши мумкин.

Аксарият беморларда отосклероз касаллигига хос *paracusis Willisii belgucu* – эшитиш қобилятининг пародоксал яхшиланиш белгиси кузатилиб, бемор шовқин шароитида (масалан трамвай ёки метрода) яхшироқ эшитади. Баъзан *deprecusis Scheer* белгиси аниқланади – ютинганда ёки чайнаганда беморнинг эшитиш ўткирлиги пасаяди. 40 % ҳолларда бемор кескин эгилганда ёки бошни орқага ташлаганда қисқа муддатли бош айланиш белгиси пайдо бўлиши мумкин.

Таъхис. Отоскопияда ташқи эшитув йўли кенгайганлиги ва суяк қисмининг териси юпқалашганлиги аниқланади. Қулоқда олтингугурт моддаси тўпланиши кузатилмайди. Баъзан ташқи эшитув йўларининг экзостозлари аниқланади (Тойнби белгиси). Қатор ҳолларда ноғора парда юпқалашиб (шишадай тиниқлашади), ундан *promantorium*нинг кизарган шиллик пардаси кўриниб туради (Швартце белгиси). Бу белги фаол отосклеротик жараён ривожланганлигидан далолат беради. Баъзан беморда тери қопламларининг қуриши, тирноқларининг синиши, кўз склераларининг мовий рангда бўлиши кузатилиши мумкин.

Касаллик клиник белгилари яққол намоён бўлган даврда бемор зарарланган қулоғи билан шивирлаб айтилган сузларни эшитмайди, баъзан оддий овозни ҳам қийинчилик билан эшитади. Одатда S_{64} камертон тебратилганда ҳосил бўлган товуш тўлқинларини эшитмайди, S_{128} камертон тебратилганда ҳосил бўлган товуш тўлқинларини эса ҳаво орқали қисқа вақт (2-3 сония) давомида эшитади. Аксарият беморларда ҳаво орқали S_{2048} камертон тебратилганда ҳосил бўлган товуш тўлқинларини эшитиш муддати 4-5 марта қисқаради. Паст тонларни эшитиш ўткирлигини пасайиши отосклероз касаллигининг эрта намоён бўлган белгиларидан бири ҳисобланади.

Ринне, Федеричи ва Желле тажрибалари манфий бўлиб, Вебер тажрибасида товуш ёмонроқ эшитадиган қулоқ томонга, яъни узангичанинг жойлашиши зичроқ бўлган томонга оғади. Узангичанинг жойлашиш зичлиги ҳар икки қулоқда бир хил бўлган ҳолларда - товуш тўлқинлари кохлеар аъзонинг жойлашиш зичлиги яхшироқ бўлган томонга оғади.

Қидсий ташихот. Отосклерозни нейросенсор қулоқ оғирлигидан фарқлаш мақсадида беморнинг эшитиш қобилияти ультратовуш ёрдамида текширилади (Б.М.Саналович усули). Агар отосклерозда ультратовушни қабул қилиш қобилияти меъерлигича қолса, нейросенсор қулоқ оғирлигида у 2-3 марта ёмонлашади.

Охирги йилларда акустик рефлексни ёзиб қайд этадиган текширув усули тимпанометрия кенг қўланмоқда. Отосклерозда тимпанометрия чизиғи кўп ўзгармайди (Jerger,1970 тансифи бўйича А типда бўлади) ёки амплитудаси бўйича бироз пасаяди. Шу билан бирга ҳам «зарарланган», ҳам «соғлом» қулоқ стимуляциясида акустик рефлекснинг ҳосил бўлиши чизиклари кўпинча кузатилмайди. Унинг тесқари жойлашганлиги (инверта-цияси) отосклерознинг ўзига хос белгиси сифатида кўринади.

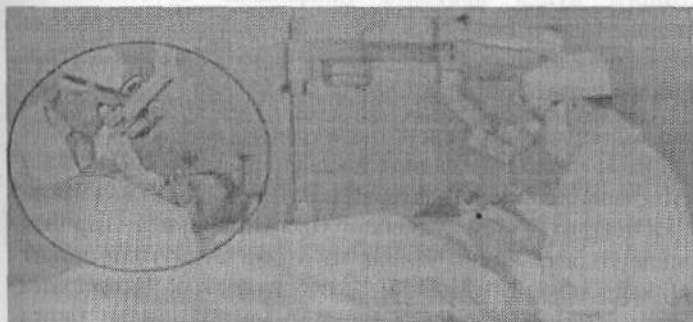
Мувозанат аъзоси фаолиятининг текшируви калорик синамада 64% - гипорефлексия, 21% - мувозанат рецепторлари қўзғалувчанлигининг меъёрда сақланиб қолиши ва унинг – гиперрефлексияси 15% ҳолатларда кузатилади.

Даволаш. Отосклероз жарроҳлик усулида даволанади. Жарроҳлик амалининг мақсади- товуш тўлқинларини эшитув суякчаларидан перилимфага тарқалишини яхшилаш бўлиб, жарроҳлик амаллари эшитув қобилиятини товуш тўлқинлари суяк бўйича ўтказувчанлик 15 дБ гача, ҳаво ўтказувчанлиги 50 дБ гача йўқотган шахсларда бажарилади. Отосклеротик жараённинг фаол клиник кечими ва «қизил» отосклероз даврида жарроҳлик амалини қўллаш тавсия қилинмайди.

Отосклероз касаллиги билан оғриган беморларнинг эшитиш қобилиятини яхшилашга қаратилган жарроҳлик амаллари уч турга бўлинади:

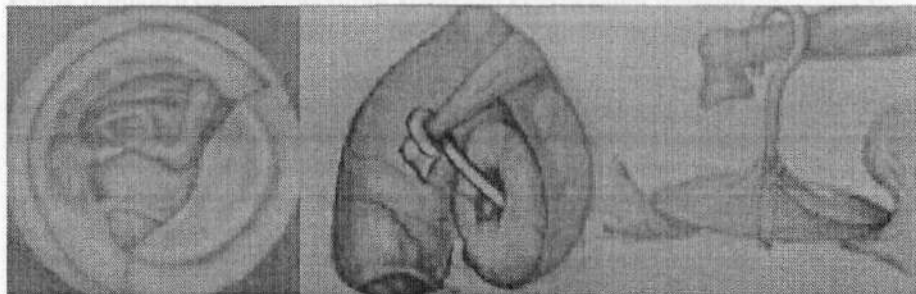
- лабиринт фенестрацияси;
- узангичани ҳаракатга келтириш;
- стапедопластика билан бажарилган стапедэктомия.

Жарроҳлик даволаш усули 80 - 90% беморларда эшитиш қобилиятининг анча яхшиланишига ёрдам беради.



167-расм. Жарроҳлик амалини микроскоп остида бажариш

Кўпинча қисман ва тўлиқ стапедэктомия билан бирга бажарилган, поршен қўйиши билан бирга усули бажарилиб стапедопластика микрожаррохлик усуллари қўлланилади. Бундай жаррохлик амаллари асосида Shy (1958) таклиф этган узангича асосининг фенестрацияси ёки стапедэктомияни бажариш, сандончанинг узун оёқчаси ва даҳлиз дарчаси орасига сунъий протез қўйиш усули ётади. Дастлаб даҳлиз дарчаси беморнинг кафтидан олинган вена томир девори билан ёпилади. Кейинчалик тефлондан устунча шаклида тайёрланган ва бир учи илгаксимон қайрилган сунъий протез ишлатилади. Узангичанинг асосида диаметри бир мм тенг тешик ҳосил қилиниб, шу тешикка тефлон протезининг силлиқ учи киритилади, унинг илгакли учи эса сандончанинг узун оёқчасига илинтириб қўйилади.



168-расм.Стапидопластика жаррохлик амалининг боскичлари

Узангича олиб ташлангандан сўнг даҳлиз дарчасини ёпиб турган вена кон томир деворига ўрнатилган тефлон (ёки полиэтилен) протези вена деворини босиши ва баъзан рецепторлар фаолиятининг чуқур бузилишларига олиб келиши мумкин. Шунинг эътиборига олган ҳолда В.Т.Пальчун (1969) даҳлиз дарчасини ёпиш усулига ўзгартириш киритди. Протез сандончанинг узун оёқчасига ўрнатилган ва унинг иккинчи учи даҳлиз дарчасига киритилгандан сўнг (узангича олиб ташланган) венадан тайёрланган тасма протез атрофида шарф шаклида ўралади ва шу тариқа протез ва дарчанинг чети ўртасидаги оралигини ёпади. Ҳозирги кунда протезни тайёрлашда аутотогай ва аутосуяқдан кенг фойдаланилади. Ёмонроқ эшитадиган кулоқда бажарилган жаррохлик амали яхши натижа бергандагина иккинчи кулоқда жаррохлик амалини 6 ойдан сўнг бажариш тавсия этилади.

Консерватив даволаш тадбирлари отосклеротик жараённинг фаоллигини ва кулоқ шанғиллашини камайтириш мақсадида ўтказилади. Беморга витамин D₃ ва кальций дори воситалари билан бирга фторид натрий узоқ вақт давомида қабул қилиш тавсия қилинади. Ушбу даволаш усули лабиринт дарчаси узангича остида остеосклероз жараёнинг усиши ва атроф суяк тўқиманинг деминерализациясига қаршилиқ кўрсатиб, отосклероз ўчоқларини ривожланишини чеклайди. Натрий фторидни сульфат магний билан бирга эндаурал фонофорез усули ёрдамида юбориш яхши натижа беради (В.Т.Пальчун ва бошқ., 1986).

МЕНЬЕР КАСАЛЛИГИ

вақти-вақти билан кўнгил айниши, эс-ҳушининг хиралашиши, мувозанатни йўқотилиши билан кечган бош айланиши хуружлари билан ифодаланади; бундай хуружлардан сўнг беморда у ёки бу даражада бир томонлама қулоқ озирлиги ва қулоқ шангилаши пайдо бўлади.

Касаллик 1861 йилда француз отиатри Проспер Меньер томонидан таърифланган бўлиб, тез орада алоҳида нозологик бирлик сифатида тан олинди. Меньер унинг клиник манзарасини қуйидагича таърифлайди: " Ёш ва соғ одамда тўсатдан, ҳеч бир сабабсиз бош айланиши, қулоқ шангиллаши, эшитиш қобилияти ўткирлиги пасайиши, кўнгил айниши, қусиш, таърифлаб бўлмайдиган даражада нохушлик ва ҳолсизлик пайдо бўлади; беморнинг ранги оқариб, юзини тер босади. Кўпинча бемор чайқалиш ёки йиқилишини ҳис этади, йиқилганда эса у "караҳт" бўлиб, туролмай қолади. Чалқанчасига ётганда бемор кўзини юмишга мажбур бўлади, чунки кўзини очганда у атроф жисмлар айланаётганлигини ҳис этади. Бошининг ҳатто кичик ҳаракати кўнгил айниши ва бош айланишини кучайтиради. Бошининг ҳолатини ўзгартиришга уринганда беморда бош айланиш ва қусиш кузатилади."

Меньер касаллиги баъзан бошқа касалликлар билан, хусусан асаб касалликлари, модда алмашинувининг бузилиши, эндокрин касалликлар, бошқа қулоқ касалликлари ва жароҳатлари билан бирга кечиши аниқланган, ammo бундай ҳолларда фақат бир марта кузатилган ва Меньер касаллигини эслатган клиник ҳолатлар яъни «Меньер синдроми» деб аталади.

Касалликнинг этиологияси ва патогенези охиргача аниқланмаган. У келтириб чиқарадиган сабаблардан кўпинча қуйидагилар қайд этилади:

- ангионевроз, вегетатив дистония, лабиринт ичи суюқлигида ионлар мувозанатининг ва моддалар алмашинувининг бузилиши;
- вазомотор ва асаб-трофик бузилишлар;
- овқатланиш, ногўғри витаминлар ва сув алмашинувининг бузилишлари.

Ушбу назарияларнинг барчаси касалликни бир томонлама ривожланишини, хуружлар даврийлигини ва касаллик белгиларини изоҳлаб бермайди. Юқорида қайд этилган сабаблар билан бирга Меньер касаллигини ривожланишига ёрдам берувчи омиллар мавжудлигини тахмин қилиш мумкин, хусусан лабиринт артерияларининг диаметри икки лабиринтда турлича бўлиши ва хоказо. Кўпгина олимлар Меньер касаллигининг асосий сабаби – бу лабиринт ичи шиши, яъни эндолимфатик гидропе ва у туфайли ривожланган лабиринт босимининг ошиши деб ҳисоблайдилар.

Эндолимфатик гидропе ва лабиринт гипертензиясининг ривожланиши уч асосий омиллар билан боғлиқ: *эндолимфани ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилиши ва резорбциясининг пасайиши, ҳамда ички қулоқ мембрана музилмалари ўтказувчанлигининг бузилиши* Лабиринт ичи босимининг ошиши

узангича асоси мембранаси ва чиганок дарчасини ногора бўшлиғи томонга бўрғиб чиқишига олиб келади. Бу эса товуш тўлқинларини ички кулоқ суоқликлари орқали тарқалишини қийинлашишига ҳамда чиганок, дахлиз ва ярим доира каналлар рецепторлари озикланишининг бузилишига сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Меньер касаллигининг кечими кўп жиҳатдан организм нейро-эндокрин тизимининг ҳолатига боғлиқ. Гипофизнинг кортикотроп, гонадотроп, тиреотроп фаолияти пасайган, глюкокортикоидлар ва прогестероннинг миқдори камайган, пролактиннинг миқдори кўпайган ҳолларда касаллик айниқса оғир кечади. Меньер касаллигида биоген амин (серотонин, мелатонин) ва пептидли гормонларни (адреналин, норадреналин) ишлаб чиқарувчи лабиринт апудоцитлари, яъни гормон ишлаб чиқарувчи хужайраларнинг фаолияти кучаяди.

Меньер касаллиги уч та асосий клиник белгилар билан ифодаланади:

- мувозанатни бузилиши, кўнгил айнаши, қусиш ва турли вегетатив белгилар билан кечган тизимли

бош айланиш хуружлари;

- кучая борган бир томонлама кулоқ оғирлиги;

- зарарланган томонда кулоқни шанғиллаши

Эшитув ва мувозанат аъзоси фаолияти бузилишларнинг бир пайтда кузатилиши 1/3 беморларда кузатилади. Касаллик 50% беморларда, эшитув аъзоси анализатори фаолияти бузилишлари билан бошланса, 10 % ҳолларда касаллик мувозанат аъзоси бузилишлар билан бошланади. Эшитув ва мувозанат аъзолари фаолияти бузилишлар орасидаги вақт 3 ҳафтадан 14 йилгача, кўпинча 1-3 йилга чўзилиши мумкин.

Меньер касаллигининг энг оғир белгиси бўлган бош айланиш хуружлари бир ҳафтада ёки бир ойда бир -икки марта такрорланган, бир йилда бир-икки марта (кам такрорланган) ва бир неча йилда бир марта (эпизитик) такрорланиши мумкин. У бир неча дақиқа ёки бир неча кун давом этиши мумкин, кўпинча 2-6 соат давом этади. Бош айланиш хуружи пайтида бемор атроф жисмларни айланишини ва силжишини ҳис этади; хуружнинг оғир кечими асосан вегетатив белгиларнинг (кўнгил айнаши, қусиш, терлаш, қон босимининг ошиши ёки пасайиши ва х.к.) қай даражада кескин ривожланганлигига боғлиқ бўлади. Одатда хуруж пайтида беморда «зарарланган» кулоғининг шанғилаши кучайиб, кулоғи битади ва қарахт бўлади. Касаллик 67% ҳолларда бош айланиш хуружларида кузатилган спонтан нистагм, бош айланиш хуружлари тугагандан сўнг тез орада йўқолади. Хуруж пайтида бемор мувозанатини йўқотиб, ҳатто оёқларида тик туrolдмай қолади ва кўзларини юмган ҳолда горизонтал ҳолатни эгаллашга интилади. Бошнинг бироз ҳаракати бемор аҳволини оғирлашишига, кўнгил айнаши ва қусишни кучайишига олиб келади. Хуруждан сўнг бемор бир неча вақт (6-48 соат) давомида ҳолсизлик ва иш қобилияти пасайганлигини ҳис этади. Бош айланиш хуружларидан сўнг

ремиссия даври бошланиб, бир неча ой ёки бир неча йил давом этиши мумкин. Ремиссия даврида мувозанат аъзоси бузилиш белгилари йўқолиб, бемор ўзини яхши ҳис этади, аммо ҳар хуруждан сўнг унинг эшитиш қобилияти пасая боради.

Таъхис. Меньер касаллигидаги кохлеар бузилишлар етакчилик қилади ва ўзига хос белгиларга эга бўлиб, «эндолимфатик гидропсдаги кулоқ оғирлиги» деб номланади.

Кулоқ шангиллаши мувозанат аъзолари бузилишларидан анча илгари беморни безовта қила бошлайди. У дастлаб даврий, кейинчалик доимий характерга эга бўлади. Кулоқ шангиллаши хуруж пайтида кучайиб, умумий уйқу артерияси босилганда бош айланиши тўхтамайди.

Касалликнинг бошланғич босқичларида беморда кондуктив, кейинчалик-аралаш кулоқ оғирлиги қайд этилади. Дастлаб *паст частотали товушларни этиш қобилияти бузилади*, бунда аудиометрик чизик ўзига хос ясси ёки юқорига кўтарилган кўринишга эга бўлади- эшитув бўсағалари паст ва нутқ частоталарида ошиб, юқори частоталарда меъёрга яқин бўлади. Эшитиш қобилияти ультратовушга нисбатан сақланган, 2/3 беморларда унинг йўналиши аниқ зарарланган кулоқ томонга йўналган бўлади.

Меньер касаллигида ўзига хос кохлеар бузилишларидан бири —бу «*флюктуацияли кулоқ оғирлиги*» бўлиб, касаллик пайтида эшитув аъзолари фаолиятининг ўзгариши билан ифодаланади. Эшитув аъзолари фаолияти ўзгаришлари субъектив ҳис этилади ва аудиометрияда аниқланади. Кулоқ шангиллаши ва битиши ҳисийётлари ҳам ўзгарувчан бўлиб, хуруждан олдин кучаяди, хуруж пайтида максимал кучга эга бўлади, хуруждан сўнг эса сезиларни даражада камади.

Турли бўсаға усти теслар ёрдамида 100% беморларда спирал аъзо рецепторлари зарарланганлигини билдирувчи *ФУНГ мусбатлиги* жуда эрта аниқланади.

Лабиринт эндолимфатик гидропси глицерол, лазикс, ксилит билан бажарилган турли *дегидротация тестлари* ёрдамида тасдиқланади. Глицерол тестини қуйидагича бажарилади: беморга 1-1,5 г/кг глицеролни сувга кўшиб оч коринга ичиш буюрилади. Тонал аудиометрия текшируви дори ичишидан олдин ва ундан кейин ҳар 2-3 соатда ўтказилади. Беморнинг эшитиш қобилияти яхшиланса глицерол- тест мусбат, ёмонлашса - манфий ҳисобланади. Нутқ частоталарида эшитиш бўсағасининг 10дБ га пасайиши беморда эндолимфатик гидропс борлигини тасдиқлайди.

Касалликнинг қайталаниш даврининг *бошланғич*, босқичида гидроп фақат бевосита хуруждан олдин аниқланади; кейинги босқичларда - Меньер касаллигининг клиник белгилари *аён* ривожланган ва лабиринт ичи босими доимий баланд бўлган босқичида гидропс дегидротация тестларида ўз тасдиқини топади. Касалликнинг *охирги*, ёки босқичида эшитув флюктуацияси

йўқолади, тонал аудиометрияда, товуш тўлкинларини ҳаво ва суяк орқали ўтказувчанлиги чизиклари орасидаги тафовут йўқолади, унинг чизиклари нейросенсор кулоқ оғирлигидагидай пастга йўналган бўлади. Бу босқичда бажарилган дегидротация тести эшитувнинг яхшиланишига олиб келмайди.

Меньер касаллигинининг хуружида юзага келган мувозанат аъзоси фаолияти бузилишлари периферик типда кечади: атрофдаги жисмларни айланиши билан кечган тизимли бош айланиши, горизонт-ротатор нистагм, координация синамаларида, қўлларни нистагмнинг секинлашган компоненти томон икки томонлама оғиши.

Хуруж пайтида спонтан нистагмнинг ўта ўзгарувчанлиги вестибуляр кризининг ўзига хос белгиси ҳисобланади. У ўткир мувозанат аъзолари фаолияти етишмовчилигига қараганда анча кеч йўқолади. Кескинлиги пасайган ҳолда у баъзан хуруждан сўнгги бир неча кун давомида кузатилиши мумкин. Аммо Меньер касаллигида спонтан нистагм, одатда, бир ҳафтадан ортик давом этмайди.

Қийсий таъхис мувозанат аъзоси фаолияти бузилишлари билан кечган лабиринтнинг қон-томир касалликларида, заҳарланиш, юқумли касалликлар ва кулоқ жароҳатлари билан ўтказилади (остеохондроз, лабиринтит, VIII асаб толаси невриноماسи, баротравма, акустик травма).

Даволаш. Меньер касаллигининг этиологияси ноаниқ бўлганлиги сабабли консерватив ва жарроҳлик даволашнинг турли усуллари ишлаб чиқилган. Меньер касаллини даволаш хуруж пайтидаги ва хуружлар орасидаги даволашларга бўлинади.

Хуруж даврида бемор шошилиш тиббий ёрдамга муҳтож бўлади; у шовкин ва ёруғликдан холи жойга ўзига қулай ҳолатда ётқизилади, оёқларига иссиқ грелка, бўйин-энса соҳасига хантал қўйилади. Шундан сўнг мувозанат аъзосига хос белгиларнинг кескинлиги бироз пасаяди.

Хуружни тўхтатиш мақсадида тери остига 1 мл 1% атропин сульфат, томир ичига 40% -20 мл глюкоза ёки 10 мл 0,5% новокаин, мускул орасига 2,5% -2 мл пипольфен ёки 1%-1,0 аминазин, ёки 1мл 2% промедол, ёки 2мл 2% супрастин эритмаси, тери орасига 0,2% - 2 мл платифиллин, 10% - 1 мл кофеин натрий бензонат эритмаларини юбориш мумкин. Хуруж даври белгилари тўлиқ бартараф этилмаган ҳолларда 3-4 соатдан сўнг атропин, аминазин ва новокаин инъекциялари такрорланади. Бетасерк 2 ҳафта давомида 16 мг 3 маҳал овқатдан кейин ичишга кейинги дозаси (8 мг дан 3 маҳал 3 ҳафта давомида). Кейинчалик даволаш курси йил давомида такрорланади.

Бош айланиш хуружларини бартараф этиш мақсадида баъзан интрамеатал ёки парамеатал йўл орқали кетма-кет 1-2% - 1-2 мл новокаин (ёки 0,5% тримекаин), 0,2% - 0,5 мл платифиллин ёки 0,5 мл 0,1% атропин сульфат ёки 10% кофеин натрий бензонат эритмаларини юбориш усули куланади. Бу ҳам

натига бермаган холларда беморга 10-20% -0,3-0,5 мл кофеин ёки 2% -1-2 мл трентал буюрилади.

Хуруж пайтидаги метаболик ацидозни йукотиш ва коннинг ишқор захирасини ошириш максидида хуруж ва хуружлар орасида даврда 15 кун давомида 50 -100мл 5% гидрокарбонат натрий эритмаси кунига бир маҳал томир ичига томчилаб юборилади. Кейинчалик беморга 30 кун давомида кунига 1-2 маҳал *per gestum* гидрокарбонат натрий шамчалари (бир шамчада 0,5-0,7 г гидрокарбонат натрий) тавсия қилинади. Хуруждан сўнг бемор бир ҳафта давомида врач назорати остида бўлади. Касалликнинг бошланғич даврида даволаш тadbирларини бир йилда икки марта такрорлаш яхши натижа беради.

Даволашда юрак қон-томир дори воситалари ва тинчлантирувчи дори воситалар ҳам ишлатилади.

Rp: Coffeini natrio-benzoatis 0,015

Papaverini hydrochloridi 0,02

Phenobarbitali 0,05

Bromisovali 0,2

Calcii gluconatis 0,5

M.f.pulv.D.t.d. 28

S. 1 кукундан 2 маҳал (соат 19⁰⁰ ва 22⁰⁰) 2 ҳафта давомида ичиш.

Бундан ташқари, Меньер касаллигини даволашда узоқ муддат (3-4 ой) давомида 16 мг дан 2-3 маҳал, (субъектив белгилар камайгандан сўнг 8 мг дан 3 маҳал) бетасерк (бетагистин), 4-6 ҳафта давомида 10 мг дан 3 маҳал коринфар, 3-4 ҳафта давомида 4-8 мг дан 3 маҳал перитол ва ҳар 2-3 кунда 5 кун давомида 0,125 г дан 3 маҳал (жами 3 курс) бемитил ичиш кенг қўлланилади. Буларнинг барчаси Меньер касаллигининг ремиссия ва бошланғич даврида буюрилади. Бетасерк ички қулоқ қон томирларида микроциркуляцияни, базиляр артерияда қон айланишини яхшилайди, лабиринт эндолимфасининг босимини меъёрлаштиради, бир вақтнинг ўзида бош мия қон айланишини яхшилайди.

Меньер касаллигини даволашда бош мия ва ички қулоқ қон томирларида микроциркуляциясини яхшиловчи (томир ичига томчилаб реополиглюкин, гемодез, реоглюман, маннитол), бош мия қон айланишини яхшиловчи (стугерон, трентал, кавинтон, милдронат ва бошқ.) воситалар, спазмолитиклар (дибазол, папаверин, эуфиллин), веналар тонусини меъёрлаштирувчи воситалар (эскузан, детралекс) ҳамда метаболик таъсирга эга дори воситалари (ноотропил, стугерон), В,А,Е,РР гуруҳи вита-минлари қўлланилади.

Даволашда рекомпрессия (барокамерада) ёки гипербарик оксигенация (даволаш сеанси 45 дақиқа, жами 10 муолажа), рефлексотерапия (акупунктура,

лазеропунктура, магнит-лазер таъсири) усулларидан фойдаланиш, ремиссия даврида даволаш машқларини ва стабиллографик платформада вестибуляр реабилитациясини ўтказиш ҳам яхши натижалар беради.

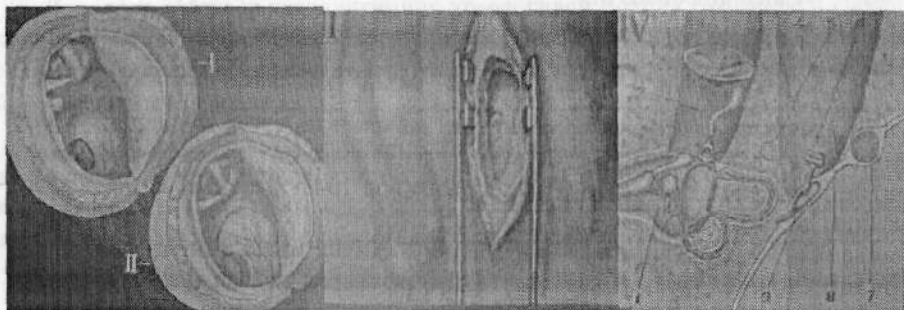
Комплекс даволаш тадбирлари 70-80 % беморларда самара беради холос. Улар хуружни тўхтатишга, ремиссия даврини чўзишга ёрдам берсаларда, қатор беморларда кулок оғирлигини ўсиб бориши олдини ололмайдди. Консерватив даволаш тадбирлари ёрдам бермаган ҳолларда жарроҳлик даволаш усули қўлланилади.

Меньер касаллигида қўлланиладиган жарроҳлик амалларини 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Вегетатив асаб тизимида бажариладиган жарроҳлик амаллари - ноғора торини кесиш, промоторий асаб чигалини, бўйин-кўкрак (юлдузсимон) тугунини бузиш амаллари;

2. Лабиринт суюқлигининг босимини меъёрлаштиришга қаратилган декомпрессия жарроҳлик амаллари - даҳлиз қопчаларини очиш, чиганок йўлини дренажлаш, эндолимфатик қопчани дренажлаш, шунтлаш каби амаллар бажарилади.

3. Лабиринтда ёки даҳлиз-чиганок асаб толасининг мувозанат шохчасида бажариладиган деструктив жарроҳлик амаллари.



169-расм. Меньер касаллигида жарроҳлик амалининг босқичлари.

Сурункали тонзиллит, йирингли синусит ва бошқа патологик ўчоқларни соғломлаштириш Меньер касаллигини олдини олишга ёрдам беради. Беморга кўп суюқлик ичиш, ўткир ва шўр таомлар ман этилади. Кўпроқ мева ва сабзавотлар ҳамда сут маҳсулотлари, гўшт ва балиқни фақат қайнатилган ҳолда истеъмол қилиш тавсия этилади.

Меньер касаллиги беморнинг ўлимига сабаб бўлмасда, оғир касаллик ҳисобланади. Тарқорланиб турувчи вестибуляр хуружлар беморни азобга қолдиради, унинг иш қобилиятига салбий таъсир кўрсатади, кулок оғирлигига, баъзан карликнинг ривожланишига олиб келади. Баъзан Меньер касаллиги билан оғриган беморлар III ёки II гуруҳ ногиронларига айланадилар.

XIII боб

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ ВА ҚУЛОҚ ЎСМАЛАРИ

Юқори нафас йўллари, яъни бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари, халқум, ҳикилдоқ ҳамда кулоқ ўсмалари барча ўсмаларнинг 6-8 % ташкил этади. Ҳикилдоқ ўсмалари айниқса кўп учрайди ва юқори нафас йўллари ўсмалари орасида биринчи ўринни эгаллайди, иккинчи ўринда-бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг ўсмалари, учинчи ўринда халқум ўсмалари туради. Кулоқ ўсмалари жуда кам учрайди.

Юқори нафас йўллари ўсмаларининг Н.А.Карпов бўйича таснифи:

Клиник белгиси – хавфлилик даражаси бўйича (хавфсиз, шартли хавфсиз, хавfli ва ўта хавfli);

Морфологик белгиси - қайси тўқимадан ривожланганлиги ва хужайра такомиллашганлигининг даражаси;

Биологик белгиси-ўсманинг ионловчи нурга бўлган сезgirlиги (хужайра такомиллашганлигининг даражаси қанча кам бўлса, ўсманинг ионловчи нурга бўлган сезgirlиги шунча ошган бўлади).

Ўсма тури

I тури. Хужайраларининг такомиллашиш даражаси юқори бўлган ўсмалар.

1-гурух. Хавфсиз ўсмалар.

2-гурух. Шартли хавфсиз ўсмалар (хавfli ўсмаларга хос айрим белгиларга эга: қайталаниш ва атроф суяк тўқимасини емиришга мойиллиги);

II тури. Хужайралари такомиллашган ўсмалар.

1-гурух. Эпителиал тўқиманинг хавfli ўсмалари.

2-гурух. Бириктирувчи тўқиманинг хавfli ўсмалари.

3-гурух. Нейроген (нейроэктодермал) хавfli ўсмалар.

III тури. Хужайраларининг такомиллашиш даражаси паст бўлган ўта хавfli тонзилляр ўсмалар.

Босқичи бўйича ўсмалар қуйидагича белгиланади:

Бирламчи ўсма-Т (tumor),

Маҳаллий метастаз - N (nodulus)

Узоқ метастаз - М (metastasus) (метастазнинг йўқлиги- Мо, метастазнинг бўлиши - М₁).

Бирламчи ўсманнинг тарқалиш даражаси

1-даража -Т₁-ўсма аъзонинг битта анатомик қисмини зарарлайди.(тарқалган бўлади)

2-даража -Т₂-ўсма аъзонинг иккита анатомик қисмини зарарлайди. (тарқалган бўлади)

3-даража -Т₃-ўсма аъзонинг иккита ва ундан ортиқ анатомик қисмини зарарлайди, (тарқалган бўлади) аммо атроф тўқимага тарқалмайди.

4-даража-Т₄-ўсма аъзонинг кўп қисмини зарарлаб, атроф тўқимага тарқалади.

Маҳаллий метастазларнинг тарқалиш даражаси

N₀ - маҳаллий метастазлар аниқланмайди;

N₁ - бир томонлама ҳаракатчан (ҳам горизонтал, ҳам вертикал текисликда силжийдиган) якка лимфа тугуни;

N₂ - икки томонлама ҳаракатчан якка лимфа тугунлар; бир томонлама ҳаракатчан тугунлар; бир томонда ҳаракати чегараланган тугунлар; бир томонлама ҳаракатчан контрлатерал тугунлар;

N₃ - бир томонлама ҳаракатсиз лимфа тугунлар; бир томонлама ҳаракати чегараланган контрлатерал тугунлар; икки томонда ҳаракати чегараланган тугунлар;

N₄ - икки томонлама ҳаракатсиз тугунлар; бир-бирига ва атроф суяк тузилмаларига (умуртқа, пастки жағ, сўргичсимон ўсиқ, ўмров суяги) бириккан тугунлар тўплами.

Ўсма жараёнининг босқичлари

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 куйидагича ифодаланади: Хиқилдоқ раки, I босқич, T₁, N₀, M₀. Тил муртаги ретикулосаркомаси IV босқич, T₄, N₃, M₁. Бурун бўшлиғи эстеziонейробластомаси, III босқич, T₂, N₂, M₀.

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ.

Хужайраларининг такомиллашиш даражаси юқори бўлганлиги туфайли хавфсиз ўсма инфильтрациясиз ва деструкциясиз ўсади, метастаз бермайди, қайталанмайди ва ионловчи нурга сезгир бўлмайди.

Хавфсиз ўсмалар эпителий тўқимаси, юмшоқ тўқима, суяк, тоғай, асаб тўқималаридан ўсиши мумкин. Баъзан аралаш ўсган ўсмалар учрайди.

Буруннинг хавфсиз ўсмаларига папиллома, фиброма, гемангиома ва ангиофиброма, аденома, хондрома, остеома ва липомалар киради.

Белгилари. Беморда ўсма жойлашган томонда бурун орқали нафас олишнинг кескин қийинлашиши, гипосмия ёки аносмия, баъзан бурундан қон оқиши, кечки босқичларида юз скелетининг бузилиши, бош оғриши, кўз олмаларининг силжиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши кузатилади.

Бурун эндоскопияси, зонд ёрдамида текшириш ва пайпаслаш, рентгенография, компьютер томографияси, уйку артерия тизимининг ангиографияси ва гистологик текширув ташхис қўйишга ёрдам беради.

✓ **Қонайдиган полип** тузилиши жихатидан ангиофибромани эслатади ва кенг оёқчага эга бўлиб одатда бурун тўсигининг тоғай қисмида жойлашади, кўпинча катталашмайди, баъзан катталашиб бурун бўшлиғидан чиқиб туради. Полип тез-тез қонаб туради, қон кам миқдорда оқади. Касаллик кўпинча ҳомиладор аёлларда ва қон босими баланд бўлган беморларда учрайди.

Ташхис қийинчилик туғдирмайди. Шикоятлари, касаллик бошланиш сабаблари, риноскопия, гистологик текширув асосида қўйилади.

Даволаш: Полип узил-кесил олиб ташланади (олиб ташланмаган қисми қайталаниши мумкин). Кенг оёқчали полип атроф тўқималар билан бирга кесиб олинади, жароҳат четига гальванокаустика, ультратовуш ёки лазер ёрдамида ишлов берилади ва келтириб чиқарган сабаб даволанади.

✓ **Бурун фибромаси** кам учрайди ва одатда бурун даҳлизиди, бурун-ҳалқумда ва ташки бурун соҳасида жойлашади. Ташхис қийинчилик туғдирмайди. Ўсма жароҳлик усулида даволанади.

✓ **Бурун остеомаси** кўпинча 15-25 ёшда бўлган беморларда кўпроқ учрайди ва аста секин ўсади. Одатда остеома пешона ва галвирсимон бўшлиқларнинг деворида, баъзан юқори жағ бўшлиғида ўсади. Кичик остеома кўзга кўринмайди ва беморни безовта қилмайди тасодифан рентгенограммада,

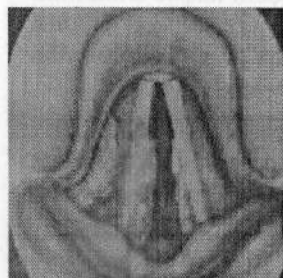
компьютерли томографияда аниқланади. Косметик, функционал ёки бошқа бузилишлар ривожланмаган ҳолларда бемор узоқ вақт врач назорати остида бўлади. Остеома нисбатан тез ўсганда жарроҳлик амали пайтида олиб ташланади. Баъзан пешона бўшлиғининг церебрал деворида жойлашган бўлса, кичиклигига қарамасдан остеома кучли бош оғриғига сабаб бўлиши мумкин. Бошқа сабаблар инкор этилгандан сўнг остеома олиб ташланади. Айрим ҳолларда остеома катталшиб калла суяги бўшлиғига, бурунга, кўз косасига тарқалиши мумкин.

Белгилари. Беморнинг юз скелети тузилиши бузилади, бош оғрийди, кўриш ўткирлиги пасаяди, бурун орқали нафас олиш ва хидни сезиш фаолиятлари бузилади.

Касаллик хондрома, остеосаркома ва экзостозлар билан фарқланиши 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.



170- расм. Ҳикилдок папиломатозининг ларингоскопик кўриниши

Ҳалқум папилломаси одатда юмшоқ, кичик бўлиб юмшоқ танглайда ҳамда танглай равоқчаларида жойлашади ва хавфли кичик бўлганда беморни безовта қилмайди. Баъзан папиллома бурун-ҳалқум, ҳалқумнинг ён деворидан, ҳикилдокусти қопқоғининг тилга қараган юзасидан ва унинг четидан ўсади. Папиллома кўпинча 20-40 ёшдаги аёлларда учрайди.

Ташхис папилломанинг ташқи кўриниши ва гистологик текшируви асосида қўйилади.

Даволаш: Якка папилломалар жарроҳлик йўли ёрдамида олинади, жароҳат ўрни гальванокаустика, ультратовуш ва лазер ёрдамида ишлов берилади.

Папилломатоз жойлашган соҳаларда криотаъсир жарроҳлик амали қўлланилади. Якка папилломалар қайталанмайди, папилломатоз тез-тез қайталаниб туради. Папилломалар ракка айланиши мумкинлиги туфайли, у ўз вақтида узил-кесил олиб ташланади.

Ҳалқум фибромаси одатда 10-20 ёшар ўғил болаларда учрайди, шунинг учун у **ўсмирлар (ювенил)** фибромаси деб аталади. Ўсма бириктирувчи тўқима ва кўпгина қон томирлардан тузилган. 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-ҳалқумнинг тепасида жойлашади ва хоаналар орқали бурун бўшлиғига киради. Касаллик

калла суяги деворларининг атрофиясига олиб келиши ва суякни емириб калла суяги ичига таркалиши мумкин. Ҳалқум фибромаси нисбатан тез ўсади.

Белгилари. Беморда юз скелетининг ассиметрияси, атроф суяк ва юмшоқ тўқималарнинг қисилиши, кўз олмасининг силжиши, асаб толаларнинг босилиш белгилари пайдо бўлади. Шунинг учун ўсмирлар ангиофибромаси шартли хавфсиз ўсмалар гуруҳига киради.



171- расм. Овоз бойлами фибромаси

бурун ҳалқумни бармоқ компьютер томография, ангиография, гистологик текширувлар асосида кўйилади.

Даволаш. Ўсмирлар ангиофибромаси жаррохлик усули ёрдамида даволанади - ўсма одатда ринотомия, баъзан оғиз бўшлиғи орқали олиб ташланади. Жаррохлик амали кўп қон йўқотилиши билан кечади, шунинг учун уни бажаришдан олдин ташқи уйқу артерияси боғланади, бемор жаррохлик 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 бурунҳалқумда 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 катта 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. Капилляр, каверноз ва шоха шаклига бўлган лимфангиомалари учрайди.

Даволашда жаррохлик усули, электрокоагуляция, лазер, ультрозвук ва криотаъсир қўлланади, баъзан склерозлаш терапияси ўтказилади.

Тукли полип туғма ўсмаларга киради, у бир ёшгача бўлган болаларда учрайди. Тукли полип юмшоқ танглайнинг орқа юзидан ёки ҳалқумнинг ён деворидан ўсади ва узун оёқчага эга бўлиб юзи майин туклар билан қопланган бўлади. У асосан ёт тўқимаси, ҳомила қолдиқлари ва тоғай элементларидан

тузилган. Тукли полип болаларда бурун орқали нафас олишни, эмишни қийинлаштиради, ҳалқумда ҳаракатланиб у оғиз бўшлиғига ҳам тарқалиши мумкин.

Диагноз. Бемор ёши, шикоятлари, онасини сўзидан. Фарингоскопия ҳалқумда усти силлиқ туклар билан қопланган ҳаракатчан ҳосила кўринади, гистологик текширувлар асосида қўйилади.

Даволаш. Касаллик жарроҳлик усули ёрдамида даволанади. Полипнинг асоси боғлангандан сўнг у кесиб олинади, ўрни электрокаугуляция қилинади.

Ҳалқум кистаси чин ўсмаларга кирмайди. Улар 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 безларининг 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 буғилиш ҳолатига сабаб бўлиши мумкин.

Тил илдизи кистаси қалқонсимон без эктопиясидан фарқланиши лозим бўлади.

Даволаш. Касаллик жарроҳлик усули ёрдамида даволанади. Киста узил-кесил олиб ташланади (киста деворининг қолдиқлари касалликнинг қайталанишига сабаб бўлиши мумкин).

Ҳалқум невриноmaları, аралаш ўсмалари, эпителиоmaları ва бошқа ўсмалар кам учрайди. Улар шиллиқости қаватида жойлашиб секин ўсади. Ташхис гистологик текшируви асосида қўйилади. Даволаш жарроҳлик усули ёрдамида амалга оширилади.

Ҳикилдоқнинг хавфсиз ўсмаларига фиброма, папиллома ва ангиомалар киради.

Ҳикилдоқ фибромаси (гиперпластик тугунча) одатда хавфсиз ўсма бўлиб овоз бурмасининг четида, унинг олд ва ўрта қисмларининг чегарасида жойлашади ва жуда секин ўсади. У нўхат донасига ёки тарик шаклида ва ҳажмида бўлиб, кенг асосга эга бўлади, баъзан эса кисик асосли оёқчасига эга бўлади. Фиброма бириктирувчи тўқимадан тузилганлиги туфайли чин ўсмалар гуруҳига кирмайди ва *гиперпластик тугунча* деб аталади. Толалар зичлиғига қараб юмшоқ ва каттиқ фибромалар қайд этилади. Қон томирлар туфайли фиброманинг ранги қизил бўлади, шунинг учун у *ангиофиброма* деб юритилади. Фиброманинг юзи яси эпителий билан қопланган бўлади. Ҳикилдоқ фибромаси овознинг буғилиши, ўзгариши ва йўтал билан кечади, катталашганда беморда нафас олиш қийинлашади.

Ҳикилдоқ фибромаси микроларингоскопияда эндоларингиал йўл орқали жарроҳлик амали ёрдамида олинади. Одатда ҳикилдоқ фибромасида қайталаниш кузатилмайди.

Ҳикилдоқ папилломаси хавфсиз фиброэпителиал ўсма бўлиб, ясси ва оралик эпителийдан ривожланади. Касалликни одам папилломасининг вируси чакиради. Бириктирувчи тўқиманинг зичлигига қараб ўсма юмшоқ ёки қаттиқ бўлиши мумкин. Папиллома кенг асосга эга, баъзан кичик оёқчали асосда бўлади. Ҳикилдоқ папилломаси болаларда ва катталарда учрайди, лекин кўпинча 1,5-5 ёшар болаларда учрайди. Ҳикилдоқ папилломаси ўғил болаларда қизларга нисбатан икки марта, эркакларда аёлларга нисбатан 4 марта кўп учрайди. Папиллома ташқи кўринишда тут мевасини, рангли карамни ёки ҳўроз тожини эслатади. Унинг ранги оч-пушти, баъзан қулранг бўлади.

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 саратонга айланиши мумкин. Баъзан балоғат ёшида папиллома ўз ўзидан сурилиб кетиши мумкин. Катталарда овоз бурмасининг яқка папилломаси учрайди, у аста-секин ўсиб боради. 25% ҳолларда чуқур ва қаттиқ папиллома ясихужайралаи саркомага айланиши мумкин. Шунинг учун баъзи ҳолларда хикилдоқ папилломаси саратонолди касаллиги сифатида баҳоланади.

Папиллома овоз бурмаларида жойлашганлиги туфайли беморда овознинг бугилиши, баъзан афония, хикилдоқ орқали нафас олишнинг қийинлашиши ва хикилдоқ торайиши ривожланади. Шунинг учун узок вақт давомида овози бугилган бемор албатта оториноларинголог ва онколог кўригидан ўтиши лозим.

Ташхис ларингоскопия (болаларда-бевосита, катталарда-билвосита) ва гистологик текширув асосида қўйилади.

Даволаш. Ҳикилдоқ папилломаси эндоларингиал йўл орқали жарроҳлик усулда даволанади. Папилломатоз жарроҳлик амали ёрдамида даволанади. Беморга интерферон тавсия қилинади, 100-150 000 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% кол-хамин, жами 15-20 муолажа ўтказилади. Проспидиннинг 30-50% аэрозоллари сепилади ва, прополис 15% эритмаси сепишга 33 % малҳам суртишга ишлатилади.

Жароҳат жойидаги папиллома қолдиқларига криотаъсир (суюк азот -183-195 ° С), ультратовуш (кескинлиги 2 Вт/см², узлуксиз 5 дақиқа давомида) ва лазер карбонати (қуввати 15-25 Вт, экспозиция вақти 0,1-0,5 сония) таъсир этилади.

Қайталаниб турган папилломатозда жаррохлик амали, цитостатик-ёки физик омилларни маҳаллий қўллашдан ташқари беморга умумий кимё терапияси тавсия қилинади. Мускул орасига ва томир ичига 2500-3500 мг проспидин (болаларда-1000-2400 мг, 1кг тана вазнига 3 мг). ҳисоблаб юрилади.

Ўсмага қарши воситалар элеутерококк, витамин А, кальций дори воситалари, бром ва новокаин билан бирга қўлланади. 0,5-1-2% новокаин 2, 5, 10 мл микдорда томир ичига аста-секин юборилади (жами 25 муолажа).

Даволаш тадбирларига қарамасдан ҳикилдоқ папилломатозда беморнинг соғайиши 60% ҳолларда кузатилади холос.

Ҳикилдоқ кисталари кам учрайди ва ҳикилдоқусти қопқоғининг ҳикилдоқ юзасида, ҳикилдоқ коринчаларида жойлашади. Улар шиллиқ ишлаб чиқарувчи безларнинг ёпилиб қолиши натижасида ривожланиб секин ўсади ва кўп катталашмайди. Кичик кисталар беморни безовта қилмайди ва даволамаса ҳам бўлади..

Ташхис бемор шикоятлари, ларингоскопия, эндоскопия рентгенография ва компьютерли томография, баъзан ларингофиссурада жаррохлик амали вақтида аниқланади.

Ҳикилдоқ фаолиятлари бузилганда кистанинг ташқи бўлаги жаррохлик йўли билан олиб ташланади, киста одатда қайталанмайди.

Ҳикилдоқ ангиомалари кенгайган қон томирлардан (*гемангиома*) ёки лимфа томирлардан (*лимфангиома*) ўсади. Улар овоз ёки чўмичсимонҳикилдоқусти бурмаларида, баъзан ҳикилдоқ коринчаларида жойлашади. Ўсма секин ўсади, кўп катталашмайди, ҳикилдоқ ёригига кириб беморнинг нафас олишини қийинлаштиради.

Гемангиомалар капилляр (артерия томирларидан ўсган) ва каверноз (вена томирларидан ўсган) ангиомаларга бўлинади. Гемангиоманинг ранги кўкимтир ёки қизил бўлади. Лимфангиома кенг асосга эга оч-сарик ўсма бўлиб кўпинча бурун-ҳалқумда жойлашади.

Кичик ангиома овоз бурмасида жойлашганда беморда овозининг буғилиши кузатилади. Ўрта ёки йирик ангиомалар ҳикилдоқнинг бошқа фаолиятларини ҳам ўзгартириши мумкин, шунинг учун улар эндоларингиал йўл орқали олиб ташланади.

Қулоқнинг хавфсиз ўсмаларига папиллома, фиброма, ангиома, хондрома, остеома киради. Бундан ташқари қулоқда ўсмага ўхшаш атерома, дермоид киста ҳам учрайди. Ўсма одатда ташқи қулоқ соҳасида жойлашади (ташқи эшитув йўлида, қулоқ супрасининг орқа юзида). Ички қулоқ хавфсиз ўсмаларидан ҮШ жуфт бош мия асаб толасининг невриноماسи кўп учрайди.

Ташқи қулоқ ўсмалари визуал ва гистологик текширувда аниқланади. Ташқи эшитув йўлининг хавфсиз ўсмасида беморда қулоқ оғирлиги ривожланади.

Чакка суяги рентгенографияси ва компьютер томографияси, гистологик текширувлар ташхис кўйишга ёрдам беради.

Даволаш жаррохлик усули ёрдамида амалга оширилади.

Гломус ўсмасида ногора парданинг пастки бўлимларида кўкимтир ҳосила пайдо бўлади. У ўрта кулоқ шиллиқ кавати ва бўйинтуруқ вена пиёзининг адвентициясида жойлашган гломуслардан ўсади (нерв поячасининг калаваси). Гломус ўсмаси секин ўсади, жараён атрофдаги асаб толаларга тарқалиб турли асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Даволашда жаррохлик амали ва кимё терапия қўлланади.

Дахлиз-чиғаноқ асаб толасининг (YIII жуфт бош мия асаб толаси) невриномаси барча бош мия ўсмаларининг 11-13% ташкил қилади ва кўпинча 30-40 ёшар беморларда учрайди. Невринома хавфсиз ўсма ҳисобланади. Ўз вақтида олиб ташлангандан сўнг бемор соғайиб кетади. Аммо кечки босқичларда ўсма катталашади ва атроф тўқималарни босиб калла суяги ичи асоратларининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Невриномада беморнинг эшитиш қобилияти карлик даражасигача аста-секин пасаяди. Баъзан бемор 5-6 йил давомида “бир томонлама кохлеар неврит” ташхиси билан даволанади ва врачга касалликнинг кечки даврида, яъни боши кескин оғриганда ва вестибуляр бузилишлар пайдо бўлганда мурожаат қилади.

Невринома YIII жуфт бош мия асаб толасининг шванн номли қаватидан ёки ички эшитув йўлининг бошқа тўқималаридан ўсиб кўприкмияча бўшлиғига тарқалади ва мияча, мия кўприги (воролий кўприги) ва узунчоқ мия соҳасини босади ва қисиб қўяди..

Касалликнинг I босқичида (оториноларингологик босқич) ўсманинг диаметри 1,5 см ошмайди; беморда бир томонлама кулоқ оғирлиги ёки карлик, бир томонлама вестибуляр бузилишлар, тилнинг олд икки қисмида таъмни билиш қобилиятининг пасайиши, тригиминал бузилишлар, YIII жуфт бош мия асаб толасининг енгил парези ва зарарланган томонда корнеал рефлексларнинг пасайиши кузатилади. Соғ кулоқда эшитиш қобилияти ўзгармайди.

II босқичда невриноманинг диаметри 1,5 дан см 4 см етади. Барча клиник белгилар кескинроқ намоён бўлади. Ўсма мия поясини босиши натижасида беморда кўпсонли спонтан нистагм, вестибуляр бузилиш белгилари ривожланади. Орқа суюқлик йўллари бироз латерал жойлашганлиги туфайли беморда бош миянинг гипертензияси ривожланмайди. Бу босқичда жаррохлик даволаш усулини қўллаш тавсия қилинади.

III босқичда невриноманинг ҳажми 4-6 см ва ундан ошади. Беморда бош мия тўқималарининг босилиш белгилари ривожланади: бош мия пояси босилганда кўпсонли дағал тоник спонтан нистагм пайдо бўлади; гидроцефалия ва рухий бузилишларга ривожланади; кўриш нервлари босилганда-беморда кўриш

ўткирлиги пасаяди, аста-секин бутунлай йўқолади, кўр бўлади. Бу боскичда жаррохлик амали ман этилади, чунки кўприкча самарасиз бўлади.

Даволаш. Касалликнинг I ва II босқичларида жаррохлик даволаш усули қўлланади. Жаррохлик амалидан сўнг бемор одатда меҳнат фаолиятига қайтади. III босқичда даволаш тадбирлари бош мия гипертензиясини камайтиришга қаратилади.

Тимпаноюгуляр параганглиома баъзан бўйинтуруқ гломусли ўсмаси ёки *хемодектома* деб аталади. Ўсма секин, аммо деструктив ўсади, суякни емириб ноғора ва калла суяги ичига тарқалади, қайталанишга мойил бўлади. Параганглиомада лимфа тугунларда, ички аъзоларда ва суякларда метастазлар ривожланади.

Тимпаноюгуляр параганглиоманинг бошланғич босқичида бемор кулоғининг битиши ва шанғиллаш кузатилади. Отоскопияда ноғора парданинг ранги пушти, ташқи эшитув йўлига буртганлиги ва Браун белгиси намоён бўлади (ташқи эшитув йўлини ёпган ҳолда ҳаво босими оширилганда ноғора парда ҳаракатга келади). Ўсма катталашганда суяк тўқималарнинг емирилиши натижасида беморда эшитиш қобилияти пасаяди, кулоғидан қон оқади, кулоғи қаттиқ оғрийди, бундан ташқари юз асаб толасининг фалажи, бош айланиши, IX, X, XI, XII жуфт бош мия асаб толаларининг босилиши натижасида ҳар хил ўзига хос паталогик белгилар пайдо бўлади.

Кўп ҳолларда касаллик жуда кеч, яъни бир неча йилдан касаллик белгилари буткул ривожлангандан сўнг аниқланади.

Даволаш. Кулоқ ўсмасини даволашда жаррохлик усули қўлланилади: кичик ўсма эндаурал тимпанотомия, катта ўсма - кулоқнинг кенгайтирилган узил-кесил жаррохлик амали бажарилиб олиб ташланади. Ўсма чакка суяги пирамидасини емириб калла ичига тарқалганда аралаш терапия, яъни жаррохлик амалидан сўнг масофали гамма-терапия қўлланади.

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ.

Катталарда ҳиқилдоқ хавfli ўсмалари - 67 % , ҳалқум хавfli ўсмалари - 18%, бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг хавfli ўсмалари-14% ва кулоқ хавfli ўсмалари-1% ташкил қилади. Болаларда бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг хавfli ўсмалари -35%, бурун-ҳалқум хавfli ўсмалари -30%, оғиз-ҳалқум хавfli ўсмалари -19% ва ўрта кулоқ хавfli ўсмалари - 16% ташкил этади. Ҳиқилдоқ саратони болаларда жуда кам учрайди.

✓ **Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг хавfli ўсмаларига** бирламчи саратон ва саркома киради. Бу ўсмалар кўпинча ўрта ёки кекса ёшдаги эркаларда ривожланади. Кўпинча юқори жағ бўшлиғи ўсмалари (кузатувларнинг 2/3 қисмида), галвирсимон бўшлиқ (кузатувларнинг 1/5

кисмида) ва бурун бўшлиғи ўсмалари (кузатувларнинг 1/8 қисмида) учрайди; пешона бўшлиғи хавфли ўсмаси жуда кам учрайди; понасимон бўшлиғига ўсма ососан бурун ёки юқори жағ бўшлиқларидан тарқалади. Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари ўсмаларини ўз вақтида аниқлаш қийинлиги туфайли уларни даволаш ҳам яхши самара бермайди (даволашдан сўнг бемор умрининг яна 5 йилга чўзилиши фақат 35% ҳолларда кузатилади ҳолос). Кўпинча бурун ва бурун атрофи бўшлиқларида эпителиал ўсмалар, рақлар, баъзан-саркома, бириктирувчи тўқима ўсмалари ривожланади. Баъзан бурунда ҳужайра тақомиллашиши паст даражада бўлган (радийсезгир) тонзилляр ўсмалар - ретикулосаркома, лимфоэпителиома ва меланобластома, остеионейробластомалар учрайди.

Бурун бўшлиғининг хавфли 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 хавфли ўсмасининг белгилари эрта намоён бўлиб бошланғич даврида енгил кечади. Беморда бир томонлама бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши аста-секин кучая боради, бурунидан аввал шилимшиқ, кейин қон аралаш ажралма оқади. Кейинги босқичларда бурунидан қон оқиши, қулоғининг битиши, евстахеит ва оталгия кузатилади. Ўсманинг юзи гадир-будир, баъзан полипсимон бўлади. “Полип” олиб ташлангандан сўнг кекса ёшдаги беморнинг бурнидан кучли қон оқиши кузатилиши мумкин.

Юқори жағ бўшлиғининг бирламчи ўсмаси узоқ вақт белгисиз кечади ва кўпинча стоматологик касалликнинг манзараси билан кечади, беморнинг тиши оғрийди, лунжи шишади. Баъзан бемор тишини суғуриб олиш ёки милкни кесиш каби жаррохлик амалларини бошдан кечирган 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 атрофи бўшлиқлари хавфли ўсмасининг асосий белгиси сифатида намоён бўлади. Бемор окулистга мурожаат қилишга мажбур бўлади, шунда окулист кўздаги патологик жараён иккиламчи эканлигини пайқаб беморни оториноларинголог кўригига юборади. Баъзан бурун атрофи бўшлиқларининг хавфли ўсмалари уч шохли асаб толаси невралгияси, тишларнинг иккиламчи зарарланиши, бемор юз тузилишининг ўзгариши, юқори жағ бўшлиғида иккиламчи яллиғланиш жараёнининг ривожланиши ва экзофтальм билан намоён бўлади.

Пешона ва айниқса понасимон бўшлиқнинг бирламчи ўсмаси кам учрайди. Бунда беморда неврологик ва бош мия фаолиятининг бузилиш белгилари ривожланади.

Таъхис. Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари ўсмасини ўз вақтида аниқлаш мақсадида юқори нафас йўллариининг патологик жараёнларида биринчи навбатда хавфли ўсма инкор этилиши лозим. Эндоскопик текширувлар,

ташқари бурун атрофи бўшлиқларини диагностик тешиб кўриш, зондлаш, бўшлиқ ичи суюқлигини сўриб олиб текшириш, рентгенография, компьютер томография, кўрсатма бўйича биопсия ва гистологик текширувлар асосида кўйилади.

Даволаш: Ўсманинг дастлабки босқичларда 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 ўтказилади. 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 бемор юзидаги косметик нуқсонни бартараф этишга ёрдам беради, унинг тиббий ва ижтимоий реабилитациясини тезлаштиради.

Ҳалқум хавфли ўсмаларига карцинома, лимфоэпителиома, цитобластома, саркома, ретикулоцитом ва аралаш ўсмалар киради. Ҳалқумнинг ўта хавфли ўсмаларга хужайра такомиллашиши паст даражада бўлган (радийсезгир) тонзилляр ўсма - ретикулосаркома (ретикулоцитом) ва лимфоэпителиома киради. Тарқалиши бўйича I ўринда - рак, II- ўринда - тонзилляр ўсмалар туради. Юқорида қайд этилган ўсмаларнинг 53% - бурун-ҳалқумда, 30% - оғиз-ҳалқумда ва 17% хиқилдоқ-ҳалқумда ривожланади.

Ҳалқум саратони билан кўпроқ ўрта ёшдаги эркаклар касалланади. Кўпинча ҳалқум саратони эндофит ўсиб юзи гадир-будур қаттиқ инфильтратга ўхшайди. Экзофит ўсган ўсма кенг асосга эга бўлиб, шакли рангли қарамни эслатади; баъзан ўсманинг аралаш шакллари 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 парчасини, кейинчалик ҳатто сўлагини ютишга тўсқинлик қилган ёт жисмни ҳис этиши (оғизҳалқум раки); ҳалқумдан қаттиқ, кейин суюқ овқат ўтишини қийинлашиши ва нафас фаолиятининг бузилиши (хиқилдоқ-ҳалқум саратони) кузатилади. Бу шикоятларни врач кўпинча сурункали фарингит ёки невроз белгилари сифатида хато баҳолайди. Бурун ва бурунҳалқумдан қон аралаш шилимшиқ ажралмани оқиши бурунҳалқум ўсмасининг дастлабки белгиларидан бири ҳисобланади.

Бурун-ҳалқумнинг хавфли ўсмаси маҳаллий лимфа тугунларга (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, овқат парчасини томоққа учиши, томоғи оғриши, овознинг бузилиши, оғиздан бадбўй хид келиши касалликнинг кейинги босқичларида ривожланади.

Халқум хавфли ўсмаларига ўта хавфли хужайра такомिलाшиш даражаси паст бўлган /радиосезгир/ тонзилляр ўсмалар ҳам киради. Муртақларда яссихужайрали саратон, аденокарцинома учрайди. Шартли хавфсиз ўсмалар гуруҳига кирган папиллома ва меланобластома дастлаб халқум муртагининг ён тўқимасидан ривожланиб кейин муртақларга тарқалади.

Радийсезгир халқум ўсмалари муртақ тўқимасидан ривожланади. Лимфоид тўқимадан ривожланган ва радийга ўта сезгир бўлган бундай ўсмалар тез ўсиши ва маҳаллий лимфа тугунларга ҳамда бошқа аъзоларга тез метастаз бериши билан ажралиб туради.

Радийсезгир халқум ўсмалари кўпинча танглай, баъзан халқум, най ва тил муртақларда ривожланади. Баъзан, бирламчи ўсма бурун, ҳиқилдоқ, трахея шиллик пардасининг лимфаденоид тўқимасидан ривожланиши мумкин.

Белгилари. Дастлаб беморда танглай муртагининг биттаси катталашади ва беморни безовта қилмайди, баъзан у томоғида ёт жисм борлигини ҳис этади. Муртақ гипертрофияси ҳамиша бир томонлама бўлади. Халқум муртаги ўсмасида беморда бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, най муртаги ўсмасида-зарарланган томонда евстахеит, эшитиш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Бармоқ билан пайпаслаганда халқумда зич эластик ўсма аниқланади. Кейинчалик ўсма халқумнинг ён тўқималарига тарқалади, шиллик қаватда оғрийдиган яралар пайдо бўлади. Тонзилляр ўсма милқларга, тилга, суяк тизимларига, бурун-халқумга ва бурун бўшлиғига тарқалиши мумкин. Овқатни чайнаш ва ютиш қийинлашади, ўсма парчаланганда беморнинг оғзидан бадбўй хид келади.

Тонзилляр ўсмалар Симановский-Плаун-Венсан ярали-пардали ангинасидан фарқланади. Баъзан касаллик лимфа тугунларда ривожланган метастазлар билан бошланади. Танглай муртаги ўсмасида маҳаллий метастазлар пастки жағ орқаси лимфа тугунларида, халқум муртаги ўсмасида- бўйиннинг юқори-ён лимфа тугунларида, тил муртаги ўсмасида-чуқур бўйинтурук занжири ва умумий уйқу артериясининг бифуркацияси соҳасида жойлашган лимфа тугунларида икки томонлама ривожланади. Баъзан тонзилляр ўсмалар метастаз бермасдан калла суягининг асосига тарқалиши мумкин. Маҳаллий метастазлар тез катталашиб асаб толаларни ва қон томирларни босади, натижада беморда кескин оғрик, қон айланишининг бузилиши ва коллатерал шиш пайдо бўлади. Узоқ метастазлар организмнинг турли аъзоларида ривожланиши мумкин.

Даволаш. Ҳозирги вақтда радийсезгир ўсмалар асосан масофали гамматерапия ёрдамида даволанади. Баъзан, умумий миқдори 1200-1500 рад (12-15 Гр) бўлган гамма-терапиядан сўнг эндоскопияда ўсма белгилари йўқолади. Аммо, биопсияда ўсма хужайралари аниқланади. Шунинг учун

даволашда гамма-терапия кўп миқдорда; ҳалқум ўсмасида- 6000 -8000 рад (60-80 Гр), бўйин лимфа тугунлари соҳасига - 4000 рад (40 Гр) ва привентив гамма-терапияда - 3000 рад (30Гр) қўлланади. Танглай муртаги ўсмасининг биринчи даражасида мужассамлашган терапия ўтказилади (жаррохлик ва гамма-терапия). Тонзилляр ўсманинг қайталаниши кўпинча маҳаллий ва узок аъзолар лимфа тугунларида кузатилади. Бирламчи ўсма ва маҳаллий метастаз қайталанганда гамма-терапияси такрорланади. Гамма-терапия билан бирга кимё воситаларни, яъни оливомицин ва циклофосфани преднизолон билан бирга қўллаш яхши самара беради.

Ҳақиқатдоқ -ҳалқум соҳасида хавфли ўсмалар нисбатан кўп учрайди; бу ерда карциномалар, баъзан аралаш ўсмалар ривожланади.

Ҳалқумнинг хавфли ўсмалари анамнез маълумотлари, эндоскопия ва рентгенография, томография, компьютер томография текширувлар ёрдамида аниқланади.

Ҳалқумнинг хавфли ўсмалари юқумли гранулемалардан фарқланади. Ҳалқум сили доимо иккиламчи жараён сифатида намоён бўлади, силнинг бирламчи ўчоғи ўпкада ҳосил бўлади. Силда ҳалқумнинг рангпар шиллик қаватида ярали инфильтрат пайдо бўлиб ютинганда кескин оғрийди. Захмда ҳалқумнинг орқа деворида ёки гумбазида бироз оғрийдиган ва атроф тўқимадан чегараланган қаттиқ инфильтрат-гумма пайдо бўлади. Гумма парчалангандан сўнг туби ёғли, чети осилган чуқур яра ҳосил бўлади. Ташхис анамнез ва серологик текширув натижалари асосида қўйилади. Склеромада нафас йўллариининг тор қисмларида (бурун дахлизиди, хоаналарда, овозости бўшлиғида) чандикли инфильтрат ҳосил бўлади, метастазлар аниқланмайди, аглютинация ва комплементни боғлаш реакциялари мусбат бўлиб гистологик текширувда Микулич хужайралари аниқланади.

Даволаш. Бурун-ҳалқумнинг хавфли ўсмасида асосан гамма-терапия ва кимё терапия қўлланади. Масофали гамма-терапиянинг миқдори 2 маҳалга бўлинади. Ўсмага қарши дорилардан беморга винбластин, метотрексат, циклофосфан тавсия қилинади. Бундай терапиядан сўнг бурун-ҳалқум раки 89,7% ҳолларда регрессияга учрайди.

Оғиз-ҳалқум ракида асосан мужассамлашган терапия усули-нур билан даволаш ва жаррохлик амали (лазер, криотаъсир) қўлланади. Ўсма ҳалқумнинг орқа деворида жойлашганда криотаъсир ўтказилади.

Ҳақиқатдоқ-ҳалқум ракини даволашда дастлаб лазер асбоби ёрдамида диатермокоагуляция амали бажарилади (қизилўнғачнинг бўйин қисмининг кесиб ташлаш жаррохлик амали билан ҳақиқатдоқ - ҳалқумнинг кенг экстирпацияси), кейин беморга нур терапия тавсия қилинади.

Ҳақиқатдоқнинг хавфли ўсмаларига ясси хужайрали саратон, базал хужайрали саратон, саркома ва бошқа хавфли ўсмалар қиради.

Ҳикилдоқ саратони эркакларда аёлларга нисбатан кўп учрайди (12,5 : 1) ва ошқозон, ўпка ва қизилўнғач ракидан кейин тўртинчи ўринни эгаллайди. Ўсма кўпинча 50-60 ёшда ривожланади.

Ҳикилдоқ саратонининг ривожланишига атмосфера ҳавосини инфлослантирган тутун, ишлаб чиқариш чанги (анилин буёқлар, хром ва радий-фаол моддалар), нефтни қайта ишлаш маҳсулотлари, тошкўмир чанги, нитрозаминлар, инсектицидлар, тамаки тутинидаги ис ва бошқа канцероген моддалар сабаб бўлади. Кимёвий моддаларни организмга узоқ вақт таъсир этиши, чекиш, нутқ касб эгаларида овознинг зўриқиши касалликнинг ривожига ёрдам беради.

Афсуски ҳикилдоқ саратони йилдан-йилга кўпайиб бормоқда. Бундан ташқари, 75% ҳолларда бемор ҳикилдоқ саратонининг кечки, III ва IV босқичларида беморлар тиббий ёрдамга мурожаат қиладилар.

Тарқалиш даражаси бўйича ҳикилдоқ саратони 4 босқичда кечади:

I-босқич -ўсма ҳикилдоқ қаватларининг бирида чегараланган бирор соҳани эгаллайди;

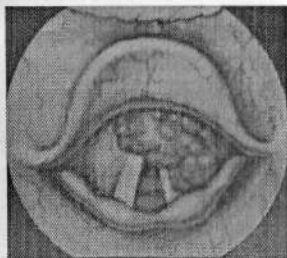
II-босқич-ўсма ҳикилдоқнинг битта қаватига тарқалиб, шиллик ва шиллиқости қаватида жойлашади, ён тўқималарга тарқалмайди, ҳикилдоқ қисмларининг ҳаракатига таъсир кўрсатмайди;

III-босқич- ўсма ҳикилдоқнинг бошқа қаватларига, шу жумладан ҳикилдоқ қоринчаларига тарқалади. Бу босқичда зарарланган томонда ҳикилдоқнинг ҳаракати чегараланади, маҳаллий метастазлар юзага келади.

IV-босқич- ўсма атроф тўқима ва бошқа аъзоларга тарқалади (ҳалқум, тил илдизи, қалқонсимон без ва трахея).Икки томонда ҳикилдоқ ҳаракати чегараланган маҳаллий ва узоқ метастазлар юзага келади.

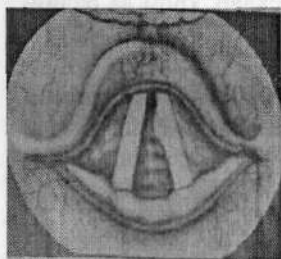
Ҳикилдоқда саратон одатда бирламчи жараён сифатида ривожланади, баъзан у оғиз бўшлиғи, ҳалқум ёки қалқонсимон без ўсмаларидан сўнг юзага келиши мумкин. Меъёра оддий тўқима саратон ўсмасига айланмайди, бунга беморда мавжуд бўлган саратон олди касаллиги сабаб бўлади. Саратон олди касалликларга папилломатоз, пахидермия, лейкокератоз, лейкоплакиялар киради. Жойлашуви бўйича ҳикилдоқ саратони учга бўлинади: 1) вестибуляр саратони (ҳикилдоқ дахлизи ўсмаси), 2) ҳикилдоқ ўрта бўлимнинг саратони (овоз бурмалари соҳаси) ва 3) овоз бойламлар ости бўлимнинг саратонига бўлинади.

Гистологик тузилиши бўйича ҳикилдоқ саратони яссихужайрали ўсма бўлиб, кўпинча мугизланадиган ва баъзан мугизланмайдиган шаклда намоён бўлади. Ҳикилдоқ раки овоз бурмалари ва ҳикилдоқ деворини



172- расм. Ҳикилдоқ саратони

қоплаган цилиндр эпителий орасидаги яссихужайрали эпителийдан ўсади. Ҳикилдоқ касалликларида цилиндрик тукли эпителий ясси эпителий ва саратон жараёнининг манбаига айланади. Ҳикилдоқ шиллик қаватининг безларида кўпинча аденокарцинома ривожланади.



173- расм. Ҳикилдоқ ўрта қисми саратони

Ўсманинг ўсиши ва метастаз бериши хужайранинг такомиллашиш даражасига боғлиқ. Такомиллашган ўсма секин ўсади, метастаз ривожланишига мойил бўлмайди. Яссихужайрали музигланмайдиган ва хужайра такомиллашиши паст даражада бўлган ҳикилдоқ саратони тез тарқалиб, тез метастаз беради, яссихужайрали музигланадиган саратон - секин ўсади ва кеч метастаз беради.

Ҳикилдоқ саратони жараёнининг *экзофит ўсиши*, яъни шиллик қават юзидан ҳикилдоқ ёриғига қараб ўсиши кузатилади ва беморда тез орада ҳикилдоқ торайиши ва нафас етишмовчилигининг ривожланишига сабаб бўлади.

Ҳикилдоқ саратони жараёнининг *эндофит ўсиши*, яъни тўқима ичига ўсиши овоз бурмаларининг остида жойлашган саратонида кузатилади. Эндофит ўсувчи ҳикилдоқ саратоннинг дастлабки босқичларида ларингоскопияда ҳикилдоқ ёриғида шиллик қават билан қопланган айлана буртиш ва қон томирлар кўринади.

Ҳикилдоқусти қопқоғининг саратонида бемор ютинганда нохушлик, томоғида ёт жисм ҳис этишига шикоят қилади. Кейинчалик ўсма катталашиб яраланади, шунда беморда сабабсиз ёки ютинганда томоғи оғриғи, оғрик кулоқ соҳасига тарқалади. Ларингоскопияда оқ-пушти ёки кулранг, баъзан яралли майдончалари қараш билан қопланган кичик ўсма кўзга ташланади.

Ҳикилдоқ юқори қаватининг саратони (дахлиз бурмалари, ҳикилдоқ қоринчалари саратони) узоқ вақт субъектив белгиларсиз кечади. Беморда энгил дисфония, овознинг ўзгариши ва тез чарчаши кузатилади.

Ларингоскопияда дахлиз бурмаларининг бири қалинлашганлиги (айниқса, олд қисми), дахлиз бурмаси ҳамда ҳикилдоқ қоринчаларининг шиллик қавати қалинлашган овоз бурмаларини ёпиб турганлиги кўзга ташланади. Компьютер томография аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради.

Ҳикилдоқ юқори қаватининг саратони бошқа қаватларининг саратонига қараганда оғир кечади. Бу жойда лимфа тури яхши ривожланганлиги ва ҳикилдоқусти қопқоғининг ҳаракатчанлиги туфайли саратон ривожланиш жараёни маҳаллий лимфа тугунларга тез метастаз бериб тарқалади. Бундан ташқари, ҳикилдоқ юқори қаватининг лимфа томирлари тил илдизи ва халқум ён девори лимфа турига туташганлиги туфайли саратон ўсиш жараёни ҳикилдоқ-нинг юқори ва олд қисмига тарқалади.

Ҳикилдоқ ўрта қавати саратонининг ривожланишида дастлабки босқичларида беморда доимий ва кучайиб борган овознинг буғилиши, кейинчалик афония кузатилади. Шу сабабли бемор врачга эрта муурожаат қилади.

Ларингоскопияда овоз бурмаларининг юкори юзида ёки эркин четида асоси кенг кичик буртиш ва овоз ёриғига ўсган инфилтрат кўзга ташланади. Бу манзара экзофит ўсган саратонда намоён бўлади, эндофит ўсган саратонда эса овоз бурмаси пушти рангда қалин ва арконсимон бўлиб кўринади, унинг ҳаракати чегараланади. Ҳикилдоқ саратони ўсиш жараёнининг бир томонлама ривожланиши эрта ташхис қўйишда муҳим аҳамият қаб этади. Ўсманинг бир томонлама ўсиши уни яллиғланиш жараёнидан, юкумли гранулема, захм ва сил касалликлардан фарклашга ёрдам беради. Захм ва силни инкор этиш учун бемор текширув учун махсус тиббий муассасаларга юборилади. Баъзан ҳикилдоқ саратони сил ва захм билан бирга кечиши мумкин, бунда ташхис биопсия натижаси асосида қўйилади.

Ҳикилдоқ *пастки қаватининг саратони* бошланғич босқичда ноаниқ кечади. Катта ўсма беморда овоз ва нафас фаолиятининг бузилишига олиб келади (овознинг пасайиши, енгил ҳансираш, кейинги босқичларда овознинг буғилиши ва нафас олишнинг қийинлашиши).

Экзофит ўсган ҳикилдоқ саратони билвосита ларингоскопияда, эндофит ўсган ҳикилдоқ саратони-бевосита ларингоскопияда, микроларингоскопия, фиброларингоскопия, биопсия, эндофотография, электрон ларингостробоскопия, радиоизотоп нурлаш, ультратовуш биолокацияси, компьютер томографияси, термография текширув усуллари ёрдамида аниқланади.

Ҳикилдоқ саратоннинг асосий ларингоскопик белгиси - бу ҳикилдоқ деворида ўсма борлиги хисобланади (“+ тўқима”). Ҳикилдоқ саратон ўсиш жараёнига шубҳа туғилганда беморда албатта биопсия текшируви ўтказилади.

Ҳикилдоқ саратонининг ривожланишининг кечки босқичларининг белгилари жойлашувига боғлиқ бўлмасдан ҳикилдоқ саратонига хос умумий белгилар билан намоён бўлади: овозни буғилиши ёки афония, йўтал, қон аралаш балғам ажралиши, ютинганда оғриқни кулоқ соҳасига тарқалиши, нафас олишнинг қийинлашиши. Ҳикилдоқ саратонининг ўсиш жараёни ҳикилдоқ тоғайларига тарқалганда беморда ички ва ташқи перихондрит ривожланади. Ўсма ярага айланиб парчаланганда ёки иккиламчи инфекция ривожланганда беморнинг оғзидан бадбўй ҳид келади, катталашганда эса беморда ҳикилдоқ торайишининг декомпенсация босқичи ривожланади. Кескин ривожланган организмнинг захарланиш натижасида бемор озиб кетади, унда баъзан ўлимга сабаб бўлган аррозив қон оқишлар кузатилади. 2-10% ҳолларда узоқ метастазлар ривожланиб бемор аҳволини янада оғирлаштиради. Кўпинча метастазлар ўпкага, баъзан кўкс ораллиғига, плеврага, жигарга ва миёга тарқалади.

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 қўлланилади (масофали гамма-терапиянинг умумий миқдори 6000-7000 рад. ташкил этади). 3000 рад (30 Гр) таъсиридан сўнг ўсма сезиларли даражада кичрайса, унда беморга даволаш миқдорининг тўлиқ дозаси буюрилади. Агар ўсманинг ҳажми ярмидан кам даражада кичрайса гамма-терапия тўхтатилиб жарроҳлик амали бажарилади. Гамма-терапияда ҳиқилдоқ ўрта қаватининг саратони радийга сезгирлиги, даҳлиз саратонининг сезгирлиги кам бўлиши, ҳиқилдоқ пастки қаватининг саратони радийга 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 - бу усул ҳиқилдоқ ўрта қавати саратоннинг бошланғич босқичида бажарилади;

б) тиреотомия ёки ларин-гофиссура, яъни хордэктомия ёрдамида ташқи йўл орқали ўсмани олиб ташлаш жарроҳлик усули. Бу усул ҳиқилдоқ ўрта қавати саратонининг II босқичида қўлланади; тилости суяги остидаги фаринготомияда бу жарроҳлик амали ҳиқилдоқусти қопқоғининг экстирпацияси деб юритилади ва ўсма ҳиқилдоқусти қопқоғининг бирикмаган қисмига тарқалганда қўлланади;

в) ҳиқилдоқ резекцияси - горизонтал, сагитал, фронтал гемиларингэктомия деб аталади ва ўсма овоз бурмалари ҳамда олд комиссурага тарқалганда, ҳиқилдоқ пастки қавати чегараланган саратонида ҳамда чўмичсимон тоғайлар юқори қавати саратонида қўлланади;

г) ларингэктомия ёки ҳиқилдоқ экстирпацияси - бу жарроҳлик амалида ҳиқилдоқ бутунлай олиб ташланади, у ҳиқилдоқ резекциясини қўллаш иложи бўлмаган тақдирда бажарилади;

д) кенгайтирилган ларингэктомия - бунда ҳиқилдоқ тилости суяги, тил илдизи, ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ён девори билан бирга олиб ташланади. Ларингэктомия бемор ногиронлигига сабаб бўлади. Ҳиқилдоқсиз бемор унинг асосий вазифаларидан 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 тешиқ ёки трахеоканюля, атрофдагилар билан гаплаша олмаслик бемор асабига салбий таъсир кўрсатади, у ўзини жамиятдан ажралиб қолгандай ҳис этади. Ларингэктомияни бошдан кечирган бемор меҳнат фаолиятига қайтиш ва ҳиқилдоқсиз фонация кўникмасини эгаллаш зарурати туғилади. Ҳиқилдоқсиз беморнинг овозини тиклаш мақсадида бир нечта усуллар ишлаб

чиқилган, бунда йўқотилган овоз фаолиятини илгари бу фаолиятини бажармаган аъзоларга, қизилўнғач ва унинг атрофидаги анатомик тузилмаларга (меъданинг кардиал қисми, халқум, оғиз бўшлиғи, тил, тиш) юклатилади. Ҳиқилдоқсиз нутқни эгаллаш жуда қийин, аммо бир томондан врачнинг сабр тоқати ва маҳорати, иккинчи томондан беморнинг хохиши 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 кўтарилади ва халқум бўлагига, тилости суяги, тил илдизи ва тил орқасига тикилади. Бу жарроҳлик амали крико-ёки трахеолингвофарингопексия деб аталади.

3. *Мужассамлашган 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-терапиясига 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- бунда дастлаб гамма-терапиянинг ярим миқдори, кейин жарроҳлик амали, ундан сўнг яна гамма-терапиянинг қолган миқдори ўтказилади. Бу усул гамма-терапиянинг ярим миқдори таъсирида ўсманинг ҳажми ярмига кичрайганда қўлланилади.

4. *Кимё терапия* даволашнинг асосий усулига, яъни гамма- терапия ва жарроҳлик амалига қўшимча даволаш усули сифатида қўлланади. Жарроҳлик амали ёки гамма-терапияни қўллаш иложи бўлмаган ҳолларда баъзан кимё терапияси асосий даволаш усулига айланади. Бунда фторбензотэф, метотрексат, блеомицин, проспидин қўлланади.

Кимё терапиясининг бир қисми ҳисобланган гормонал терапия гамма-терапия самара бермаган ва жарроҳлик амалини қўлаш иложи бўлмаган тақдирда эркакларда эстраген гуруҳи дори воситалари- синестрол (мускул орасига ёки тери остига кунига 60-100 мг, жами 2500-3500 мг) юборилади. Гармонотерапия ҳиқилдоқ дахлизиди саратонида яхши самара беради.

Ҳиқилдоқ саратонида олиб борилган даволаш тадбирларининг самараси бемор умрининг яна 5 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 5 йил ва ундан ортиққа чўзилади. Ҳиқилдоқ саратонининг I босқичида гамматерапиянинг ўзи 80-90% ҳолларда

беморларнинг клиник соғайишга олиб келиши мумкин. Ҳақиқат саратони қайталанганда беморда оғир асоратлар ривожланади. Шунинг учун ҳақиқат саратонини ўз вақтида аниқлаш ва олдини олиш чора тадбирлари муҳим аҳамият касб этади:

1) врачларнинг (оториноларинголог, терапевт, педиатр, окулист ва бошқ.) онкологик касалликларига бўлган хушёрлигини ошириш;

2) корхоналарда касби бўйича канцероген моддалар билан ишлаган ишчиларни доимий равишда профилактик кўриқдан ўтказиш ва сурункали гипертрофик ларингит, монохордит, ҳақиқат папиломаси аниқланган беморларни диспансер назорати остига олиш;

3) ЛОР- врачга мурожаат қилган барча беморларда бошқа аъзолар билан бир қаторда ҳақиқатни ҳам албатта кўздан кечириш;

4) беморларни синчковлик билан текшириш: бўйиннинг ташқи юзини кўздан кечириш, маҳаллий лимфа тугунларни пайпаслаш, билвосита ларингоскопияда ҳақиқатнинг барча бўлимларини ва анатомик қисмларни тепадан пастга, орқадан олдинга навбатма-навбат кўздан кечириш, ҳақиқаткусти қопқоғининг бириккан жойини кўздан кечириш; .

5) ташхис қўйишда қўшимча текширув усуллардан кенг фойдаланиш: микроларингоскопия, фиброларингоскопия, электрон ларингостробоскопия, рентгенография, компьютер томография, эхолокация, термография, радиий изотоп ва флюоресцент текширув усуллари, махсус биокимевий реакцияларни ўтказиш, балғам, суртма, ўсма инфилтрати, аспирация ва пунктатнинг цитологик, ўсма тўқимаси бўлагининг гистологик текшируви (биопсия).

Ҳақиқат саркомаси бу касаллик кам учрайди ва кўпинча ўрта ёшдаги эркакларда, баъзан болаларда кузатилади. Ўсма одатда шилликости қаватининг бириктирувчи тўқимасидан ёки тоғайусти пардасидан ўсиб ривожланади.

Гистологик тузилиши бўйича ипсимонхужайрали, полиморфхужайрали, айланахужайрали, альвеоляр саркома, лимфосаркома, фибро-саркома ва миосаркома тафовут этилади. Лимфосаркома ва альвеоляр саркома ўта хавфли ўсмалар гуруҳига киради. Кўпинча саркома овоз бурмаларида жойлашиб унинг ҳажми турлича бўлиши мумкин. Ўсманинг юзи нисбатан текис, ранги қон томирларга бойлигига боғлиқ бўлади. Маҳаллий метастазлар касалликнинг бошланғич босқичларида ривожланади, узоқдаги аъзоларга тарқалган метастазлар - кам кузатилади.

Ҳақиқат саркомасини даволашда гамма-терапия ва жарроҳлик усуллари қўлланилади, баъзан қўшимча кимё терапия берилади. Даволашдан сўнг саркома қайталаниши мумкин.

Қулоқнинг хавфли ўсмалари

барча ўсмаларнинг 0,04%, юкори нафас йўллари ўсмаларининг 0,5-1% ташкил этади. Қулоқ хавфли ўсмаси катталарда ва болаларда учраб жуда оғир кечади, даволашдан сўнг бемор умрининг 5 йилга узайиши 8-10% ҳолларда кузатилади

холос. Кулоқ супраси ўсмаси барча кулоқ хавфли ўсмаларининг 85%, ташқи эшитув йўли ўсмаси 10% ва ўрта кулоқ ўсмаси 5% ташкил қилади. Кулоқ хавфли ўсмалари бирламчи, яъни кулоқнинг у ёки бу бўлимидан ўсган ва иккиламчи - атроф тўқима ва аъзолардан тарқалган ўсмаларга бўлинади. Ташқи ва ўрта кулоқда катталарда кўпинча *саратон*, болаларда-*саркома* учрайди. Баъзан кулоқда *меланома* ривожланиши мумкин.

Кулоқ супрасининг саратони (карциномаси) тугун ёки чети аниқ чегараланган ясси ярага ўхшайди. Карцинома ўсиб кулоқ супрасининг барча майдонларига, бўйин ва калланинг ён томонларига тарқалади. Кулоқ саратони ўсиш жараёни ташқи эшитув йўлига тарқалганда беморнинг кулоғи кескин оғрийди. Кейинчалик карцинома ён тўқималарни емириб бўшлиқлар ҳосил қилади.

Ташқи эшитув йўли раки кўпинча экзема ёки асоси кенг рангпар гранулемага ўхшайди. Гранулема осон кўчадиган қараш билан қопланади. Беморнинг кулоғи кичийди, кейин оғрийди. Афсуски, врач бу шикоятларга етарлича эътибор бермайди, шунинг учун касаллик жуда кеч, саратон жараёни ташқи эшитув йўли ва ён тўқималарга тарқалгандан сўнг аниқланади. Жараён чакка-пастки жағ бўғимига, кулоқолди беши ва ўрта кулоқга тарқалиши мумкин. Ташқи эшитув йўлининг саратони терида ривожланган саратонлар гуруҳига киритилади.

Даволаш. Касаллик мужассамлашган терапия усулида даволанади: дастлаб масофали гамма-терапия, кейин-жаррохлик амали бажарилади (ташқи кулоқнинг юмшоқ, суяк ва атроф тўқималари олиб ташланади). Шунга қарамадан даволашдан сўнг бемор фақат 1-2 йил умр кўради ҳолос.

Ўрта кулоқ саратони сурункали ўрта отит билан бирга кечади, шунинг учун беморда дастлаб ўрта кулоқнинг йирингли яллиғланиши, яъни оторрея, полип ва яллиғланиш ўсмалари аниқланади, беморнинг эшитиш қобилияти пасаяди, боши айланади, кулоғи оғрийди, баъзан юз асаб толаси фалажи ривожланади. Беморда ўрта кулоқ хавфли ўсмасига шубҳа туғдирган қуйидаги белгиларга эътибор бериш лозим: яллиғланиш ўсмаларининг тез-тез қайталаниши, ташқи эшитув йўлининг суяк қисмида инфильтратнинг пайдо бўлиши, юз асаб толасининг дағал фалажи, пастки жағ ҳаракатининг чегараланганлиги, кулоқ орқаси пастки қисмларида лимфа тугунларининг катталашishi. Ўрта кулоқ хавфли ўсмасини аниқлашда гистологик текширув ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Ўсма ўсган сари беморнинг кулоғи ва боши кескин оғрийди, боши айланади, вестибуляр бузилишлар ва кулоқолди безининг катталашishi юзага келади. Ўсма калла суяги ичига тарқалганда менингит ёки менинго-энцефалит белгилари ривожланади.

Даволаш. Ўрта ва ташқи кулоқнинг саратонида мужассамлашган терапия ўтказилади; дастлаб гамма-терапия, 2-3 ҳафтадан сўнг кулоқда кенгайтирилган узил-кесил жаррохлик амали, кейин яна гамма-терапия. Кўрсатма бўйича жароҳат майдонига радиойод таъсирга эга бўлган дори воситалар жойланади. Саратон жараёни йирик артерия, вена, лабиринт ва бош мияга яқин жойлашган суякда ривожланганлиги туфайли масофали гамма-терапия ва жаррохлик усулини қўллашни қийинлаштиради. Кулоқ саркомаси ва меланомаси фақат масофали гамма-терапия ёрдамида даволанади.

XIY боб

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЮҚУМЛИ ГРАНУЛЕМАЛАРИ

СКЛЕРОМА

-бу сурункали юқумли касаллик бўлиб, юқори нафас йўлларида ўзига хос инфильтратларнинг ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Касалликни склерома клебсиелласи(Фриш-Волкович таёқчаси) кўзгатади.

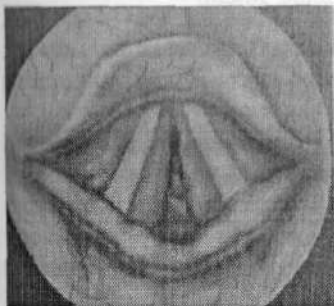
Тарқалиши. Склероманинг йирик эндемик ўчоқлари Украина, Белорусия, Италия, Германия, Югославия, Чехия, Словакия, Индонезия, Бразилия, Гватемала, Мексика ва Миср Арабистонида жойлашган. Ер юзида жами 10 000 якин склерома билан касалланган беморлар қайд этилган. Кўпинча склерома 16-30 ёшар, баъзан кекса ёшдаги эркак ва аёлларда учрайди. Касаллик қишлоқ аҳолиси орасида кенг тарқалган (87,5-85%).

Этиологияси. Фриш-Волкович бактерияси (*Klebsiella rhinoscleromatis*) бошқа капсулали бактериялардан фарқ қилади. Склерома билан оғриган беморда ўтказилган Борде-Жангу серологик реакциясида микробга қарши антитаначаларнинг аниқланиши ва стрептомицин билан даволангандан сўнг серологик реакция титрининг ўзгариши склероманинг ривожланишига Фриш-Волкович таёқчаси сабаб бўлганлигини тасдиқлайди.

Склерома бурун бўшлиғида, унинг шиллик ва шиллиқости қаватида дастлаб катарал ўзгаришлар, 3-5 йилдан дастлабки белгилари билан намоён бўлади. Оила аъзоларини, қариндошларни, эр-хотинни, эндемик ўчоқга кўчиб келган шахсларни касалланиши склерома юқумли касаллик эканлигини тасдиқлайди. Фриш-Волкович таёқчаси склероманинг инфильтратив шаклида ва қайталаниш даврида томчи ёки контакт йўл орқали тарқалади (қўл, сочиқ, дастрўмолча, идишлар, кўрпа-тўшак орқали).

Патоморфологияси. Склерома инфильтратида кўп миқдорда плазматик хужайралар ва қон томирларга эга бўлган бириктирувчи толали тўқима аниқланади. Булар орасида жойлашган Микулич хужайралари протоплазмасининг вакулолларида ва уларнинг ташқарисида склерома таёқчалари аниқланади. Склерома тўқимасида баъзан фибробластлар, лимфоцитлар, полибластлар, лаброцитлар, кўп миқдорда лейкоцитлар ва албатта гиалин шарлар - Руссел таначалари аниқланади. Инфильтратнинг морфологик тузилиши жуда ўзгарувчан бўлиб, янги қизил инфильтратда кўп миқдорда лимфоид ва плазматик хужайралар, нейтрофил лейкоцитлар,

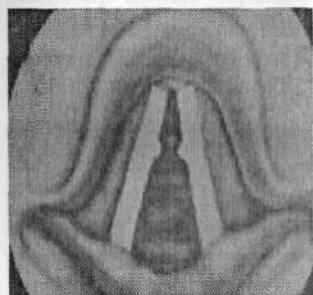
капиллярларнинг четида гистеоцитлар аниқланади, Микулич хужайралари ва лаброцитлар кам, гиалин шарлар эса умуман аниқланмайди. Инфилтрат қалинлашган сари плазматик хужайралар, гиалин шарлар ва Микулич хужайралар сони кўпайиб уларнинг ичида Фриш-Волкович таёқчаси гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади. Қон томирлар валинлашади, без хужайралари қисилади



174- расм. Ҳиқилдоқ склеромаси

Гистологик текширувда тўқима парчалари бир нечта майдондан олинади

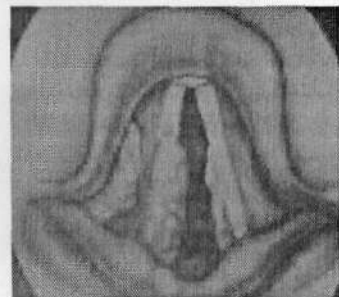
Ҳиқилдоқ склеромасидан кейинги ҳиқилдоқ пардали торайиши



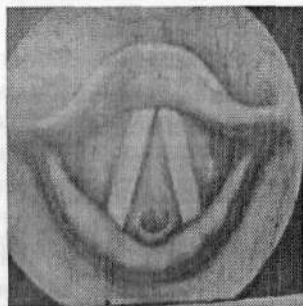
175- расм. овоз бойлами тугунчаси



176- расм. Овоз бойлами фибромаси



177- расм.. Ҳиқилдоқ папиломатози



1975 йилда Г.Д.Коновальчиков куйидаги таснифни ишлаб чиқди.

Склерома таснифи

Касалликнинг шакли(босқичи)	Тарқалиши	Нафас етишмовчилиги
Яширин	Чегараланган	Йўқ
Атрофик		Торайишнинг I даражаси
Инфильтратив	Тарқок	-"- II -"
Чандикли		-"- III -"
Аралаш		-"- IV -"

Клиник белгилари. Склерома ташхиси анамнез, клиник манзара, микробиологик ва гистологик текширувларнинг натижаси асосида қўйилади. Касалликнинг бошланғич босқичида бемор бурнидан қалин ажралма оқишига, тумовга, бурун орқали нафас олиши қийинлашганлигига, бурун бўшлиғининг куруклигига, унда пўстлоқлар тўпланишига шикоят қилади. Кейинчалик беморда овозининг бугилиши, йўтал, хансираш кузатилади. Нафас фаолиятининг бузилишлари секин ривожланади, шунинг учун бемор унга мослашиб врачга мурожаат қилмайди. Бундан ташқари бемор умумий ҳолсизликга, тез чарчашига, боши оғришига, ишгаҳаси пасайганлигига шикоят қилади.

Склерома жараёни кўпинча бурун бўшлиғининг олд қисмида, хоаналарда, ҳиқилдоқнинг овозости бўшлиғида, трахея бифуркацияси ва бронхларда жойлашади. Жараён бир вақтининг ўзида нафас йўлларининг 2-3 қисмида, баъзан барча бўлимларида ривожланади.

Склерома жараёни бурун бўшлиғида 93-95%, ҳиқилдоқда 62-73%, бурун-ҳалқумда 62-67% , трахеяда 13-27%, ҳалқумда 5,4-13,9% , бронхларда 4-16% ҳолларда ривожланади. У симметрик жойлашади ва яраланиш, парчаланиш ҳамда чандикланишга мойил бўлади.

Яширин шакли. Касалликнинг бошланғич белгилари бурун шиллик қаватинининг қизариши, шиши, қалинлашиши, гиперсекрецияси, бурундан қалин ажралма оқиши, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши билан намоён бўлади. Кейинчалик буруннинг шиллик қавати юққалашиб унда субатрофик ўзгаришлар ва куруклик пайдо бўлади. Гербер тепачаларининг симметрик буртиши склерома касаллигига хос белги ҳисобланади. Кейинчалик бурун даҳлизи ва бурун бўшлиғи чегарасида чандик ҳосил бўлади.

Склероманинг дастлабки белгиларини аниқлаш учун беморда комплиментни боғлаш реакцияси ўтказилади.

Атрофия шакли. Касалликнинг бу шаклида бурун бўшлиғи шиллик қаватининг атрофияси, кўп ёки кам миқдорда пўстлоқлар тўпланиши, бурун даҳлизи ва бурун бўшлиғи чегарасида чандик ҳосил бўлиши кузатилади. Атрофия жараёни ривожланган сари пўстлоқлар кўпайиб беморда ҳид сезиш қобилияти пасаяди, бурнидан бадбўй ҳид келади, бурун орқали нафас олиш қийинлашади. Жараён ҳалқумнинг орқа деворига тарқалганда ҳалқумнинг шиллик қавати юқалашиб лак суртилганга ўхшаб кўринади, уни қалин шилимшиқ ажралма ва пўстлоқлар қоплайди, ҳалқум рефлекси пасаяди. Атрофия жараёни ҳиқилдоқ ва трахеяга тарқалганда склероманинг кечими оғирлашади. Пўстлоқлар ва қалин шилимшиқ ажралма нафас йўлининг торайишига олиб келади. Комплиментни боғлаш реакциясининг мусбатлиги ва Фриш-Волкович таёқчасининг аниқланиши склерома ташхисини тасдиқлайди.

Инфилтратив шакли. Склероманинг бу шаклида бурун бўшлиғининг шиллик қаватида тарқоқ ва чегараланган тугунчалар пайдо бўлади. Тугунчаларнинг ранги қизил ёки кулранг-пушти бўлиб, улар пастки чиғаноқларнинг олд учида, бурун тўсиғи ва бурун бўшлиғининг тубида жойлашади. Димоғ суяғи шиллик қаватининг инфилтрацияси, қалинлашиши ва кенгайиши натижасида хоаналар ёриғи тораяди. Тугунчалар юмшоқ танглайнинг орқа юзида, бурун-ҳалқумнинг ён девори ва томида, танглай-ҳалқум равоқчаларининг эркин четида, уларнинг юқори ёки ўрта қисмида жойлашиши мумкин.

Ҳиқилдоқда ва бурмаости бўшлиғида симметрик бўртиш аниқланади. Ярим ой шаклидаги инфилтратлар комиссуранинг пасткида жойлашиши мумкин. Трахеянинг юқори ёки пастки бўлимидаги яқка тугунлар пайдо бўлиб унинг ёриғини торайишига сабаб бўлади. Инфилтратлар деворолди, ясси, қалин ва чандикланган инфилтратларга бўлинади. Баъзан чегараланган инфилтратлар трахея бифуркациясида жойлашади. Бронх деворида инфилтратлар тугунча ёки ҳалқасимон тузилма шаклида жойлашиб унинг ёриғини торайтиради. Комплиментни боғлаш реакциясининг мусбатлиги ва Фриш-Волкович таёқчаларининг аниқланиши склерома ташхисни тасдиқлайди.

Чандиқли шакли. Касалликнинг чандиқли шакли тугунчалар жойлашган майдонда ривожланади. Чандиқлар одатда буруннинг олд бўлимларида жойлашади, бурун даҳлизи ва бурун бўшлиғи чегарасида чандиқли буртиш ҳосил бўлади. Баъзан чандиқли ўзгаришлар овал ёки айлана тешик ҳосил қилиб бурун бўшлиғи ёриғини торайтиради, беморда бурун орқали нафас олиш қийинлашади. Чандиқли жараён юмшоқ танглайга тарқалганда унда концентрик торайиш ҳосил бўлади, тилча юқорига ёки юмшоқ танглайнинг орқасига силжийди, баъзан чандиқлар орасида кўринмай кетади. Оғир ҳолларда бурун-ҳалқум кичик тешикчага айланади, баъзан бутунлай ёпилиб қолади. Ҳиқилдоқда чандиқлар кўпинча бурмаости бўшлиғида ҳосил бўлади, трахеяда турли бўлимларида жойлашиб уларнинг ёриғини торайтиради. Чандиқли жараён битта ёки иккита бронхларда ривожланиши натижасида бронхлар ёриғи торайиб беморда кучли стеностик нафас юзага

келади. Склероманинг бу шаклида серологик реакция манфий бўлиши мумкин, даволашдан сўнг - таёқчалар аниқланмайди.

Аралаш шакли. Касалликнинг бу шаклида клиник манзара хилма-хил кечади. Кўпинча бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг атрофияси, пўстлоқлар тўпланиши, тозалангандан сўнг қизил тугунчалар ҳамда бурун дахлизи ва бурун бўшлиғи чегарасида чандикли торайиши кузатилади. Ҳақиқатда бурмаости инфилтрати, трахеяда чандикли тўқима ёки тўқима атрофияси ривожланади. Бу шаклда антиген реакция мусбат булиб инфилтратда склерома таёқчаси аниқланади.

Склерома на фақат нафас йўллари, балки бутун организмнинг касаллиги ҳисобланади. Беморда биокимёвий ўзгаришлар, қон, суяк ва ички аъзоларда бузилишлар ривожланади, қоннинг таркиби, модда алмашинуви жараёнлари ва жигар фаолияти бузилади. Ўпка, юрак қон-томир тизими ва бошқа аъзоларда ривожланган ўзгаришлар асосан заҳарланиш ва кислород етишмовчилигига боғлиқ бўлиб беморнинг умумий аҳолига таъсир кўрсатмайди.

Нотипик шакллари. Склероманинг бу шакллари кам учрайди. Баъзан склерома бурун бўшлиғида ўсмасимон тузилма шаклида пайдо бўлиши, баъзан юқори жағ ва галвирсимон бўшлиқларга, ташқи бурун, қаттиқ ва юмшоқ танглайга тарқалиши мумкин.

Ҳақиқатда склероманинг нотипик кечимида жараён бир томонлама жойлашиши ёки тугунчаларнинг овоз бурмаларида, ҳақиқатда қопқоғининг тил ва ҳақиқат юзида жойлашиши кузатилади. Склерома жараёни чўмичсимон тоғайлар ва чўмичсимон ҳақиқат бурмаларида жойлашганда ҳақиқатда кириш жойининг орқа қисмида парда ҳосил бўлади.

Нотипик кечимда склерома ўчоқлари кўз ёши йўли ва халтачасида, юқори жағ суягининг альвеола ўсиғида, эшитув найи ва ташқи эшитув йўлида пайдо бўлади. Баъзан склерома лунж терисида, бурун деворида ва лаб-бурун бурмасида, умров суягининг остида ва бўйин соҳасида ривожланиши мумкин.

Қийёсий ташхисот. Склероманинг атрофик шакли озена, атрофик ринофарингит ва паранозал синуситлардаги атрофик жараёнлардан фарқланади. Озенада тугунча ва чандиклар аниқланмайди, атрофия жараёни бурун шиллиқ қаватининг чуқур бўлимларига тарқалиб, чиганоқлар юпқалашади. Озенада пўстлоқлар буруннинг ўрта чиганоғида, баъзан бурун тўсиғи ва тубида тўпланади ва осон кўчади, тозалангандан сўнг бурундан бадбўй ҳид келади, склероманинг атрофик шаклида эса баъзан хушбўй ҳид келиши мумкин. Озенада беморда гипосмия ва аносмия ривожланади. Ташхис бактериологик ва серологик текширув натижалари асосида қўйилади.

Атрофик ринофарингитда шиллиқ қават атрофияси ва пўстлоқлар кам ривожланади, бурундан бадбўй ҳид келмайди.

Склероманинг инфилтратив шакли сил ва захм касалликларидан фарқланади. Сил инфилтрати бурун тўсиғининг тоғай қисмида жойлашади,

кейинчалик у ярага айланиб жойида тешик ҳосил бўлади. Ҳикилдоқда сил жараёни асимметрик жойлашиб, кўпинча ўпка сили билан бирга кечади. Силда овоз ва даҳлиз бурмалари, чўмичсимон тоғай, чўмичсимон тоғайлар орасидаги бўшлиқ ва ҳикилдоқусти қопқоғининг шиллиқ қавати зарарланиб шишади. Туберкулёма яраланиб парчаланганда беморда дисфагия кузатилади. Баъзан сил жараёни трахея ва бронхларда ривожланиши мумкин. Склерома жараёни одатда асосий бронхларни, сил-кичик бронхларни зарарлайди. Силда йўтал огрик билан кечади, балғам қалин бўлсада пўслоқ ҳосил қилмайди. Ўпка рентгенографияси, бронхоскопия ва балғамни гистологик текшируви ташхис қўйишга ёрдам беради.

Захмининг гумма ёки чандиқланиш босқичида гумма инфилтрати парчаланиб туби ёгли яра ҳосил қилади, баъзан бурун тўсиғи суяги ва қаттиқ танглай емирилади. Захмда ҳалқум чандиқлари юзаки жойлашиб нурга ўхшаб ёйилиб туради. Ҳикилдоқ захми кўпинча унинг юқори қавати ва ҳикилдоқусти қопқоғини зарарлайди ва ҳикилдоқ шиллиқ қаватнинг қизариши, инфилтратлар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Инфилтратларнинг парчаланиши натижасида ҳикилдоқда чандиқли деформация ривожланади. Захмда маҳаллий лимфа тугунлар катталашади (склеромада бу белги кузатилмайди). Ташхис серологик текширув натижаси асосида қўйилади.

Камдан кам ҳолларда склеромани мохов, Вегенер гранулематозидан фарқлашга тўғри келади. Мохов жуда кам учрайди ва бурунда қаттиқ тўқ қизил тугунчаларнинг пайдо бўлиши, кейинчалик яраланиб бурун шаклини кескин ўзгартирган чандиқлар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Ҳикилдоқда ҳам худди шундай ўзгаришлар кузатилади. Вегенер гранулематозининг дастлабки босқичида бурун тўсиғида ёки пастки бурун чиганокларининг олд учида некротик тугунчалар пайдо бўлади. Кейинчалик беморда сепсис, ўпка, буйрак ва бошқа аъзоларнинг касалликлари ривожланади.

Даволаш. Склеромада даволаш тадбирлари уч гуруҳга бўлинади:

1-гуруҳ-этиотроп терапия - склерома кўзгатувчисига қарши терапия; 2-гуруҳ- патогенетик терапия-нафас йўлларида юз берган ўзига хос ўзгаришларни бартараф этиш;

3-гуруҳ-саногенетик терапия-организмнинг касалликка қарши кучини ошириш.

Склерома клебсиелласига қарши асосий восита-бу стрептомицин бўлиб, катталарда у 500 000 ТБ кунига 2 марта (умумий даволаш миқдори 20-80 г), болаларда - 250 000 ТБ кунига 2 марта мускул орасига юборилади. Клебсиелланинг стрептомицинга бўлган сезгирлиги пасайганда 10-20 кун давомида беморга левомецетин ичиш буюрилади (0,5 г 4 марта овқатдан ярим соат олдин). Даволаш ҳар 2-3 ойда такрорланади, бунда тетрациклин, олендомицин ва биомицинни қўллаш мумкин.

Даволашдан сўнг нафас йўлларида склерома клебсиелласи йўқолади. Айрим беморларда касаллик қайталаниши билан у яна пайдо бўлади. Антибиотикнинг сўрилишини яхшилаш мақсадида беморга гиалуронидаза, лидаза, ронидаза буюрилади. Гиалуронидаза мускул орасига 1 мг, лидаза-0,1 мл микдорда новокаин билан бирга юборилади. Даволаш курси 15-20 инъекциядан иборат бўлиб, 1-2 ойдан сўнг такрорланади (жами 22-24 мг гиалуронидаза ёки 2,2 г лидаза юборилади). Ронидаза аппликация ҳолда қўлланади.

Склероманинг атрофик шаклида антибиотиклардан ташқари, симптоматик терапия ўтказилади. Шиллиқ қаватни пўстлоқлардан тозалаш ва намлаш учун беморга ёгли томчилар, Люголь эритмаси ва протеолитик ферментлар, ишқорли эритмалар ва минерал сувлар билан ингальяция тавсия этилади. Трахеядаги қатқалоқлар бронхоскопия пайтида олиб ташланади, кейин трахея ва бронхлар 0,5% химотрипсин эритмаси билан ювилади. Ҳиқилдоқ ичига цитраль эритмаси кўйилади, ишқорли ва стрептомицин ингальяциялари буюрилади. Балғамни юмшатиш ва пўстлоқларни кўчириш мақсадида мускул орасига 10 ТБ химотрипсин юборилади. Иммуномодуляторлардан 0,01% левамизол ингальяция ёки аппликация ҳолда қўлланади.

Склероманинг инфилтратив ва чандикли шаклларида жарроҳлик амали бажарилади: инфилтратлар, чандиқлар олиб ташланади ёки нафасни яхшилаш учун эзилади. Бурун бўшлиғидаги тугунчалар скальпель, кюретка ёки конхотом ёрдамида олиб ташланади. Электро-каустика ва криотаъсир қўлланади. Бурунхалқумдаги юпқа чандиқлар бармоқ билан йиртилади, хоаналар ёриғи бужланади.

Беморда ҳиқилдоқ торайиши ривожланганда трахеостомия жарроҳлик амали бажарилади. Ҳиқилдоқ ичидаги қаттиқ инфилтрат ва чандиқлар буж ёрдамида эзилади ёки бронхоскопияда қисман олиб ташланади. Бир вақтнинг ўзида трахея ичидаги инфилтратлар кюретка ва қискичлар ёрдамида олиб ташланади. Бунда Воячекнинг "қирғич" усули ҳам қўлланади. Бронхлар эластик буж ёрдамида бужланади.

Ташқи ва тўқима нафасининг бузилиши натижасида ривожланган гипоксия ҳолати оксигенотерапия, кокарбоксилаза, глюкоза, витаминлар, темир препаратлари ёрдамида бартараф этилади.

Даволашнинг самараси клиник манзаранинг яхшиланиши (тугунча ва чандиқларнинг камайиши ёки йўқолиши, нафас йўлларида кенгайиши) ва бактериологик текширув натижалари (склерома клебсиелласининг йўқолиши) асосида баҳоланади. Серологик реакция титри яхшиланиб, баъзан манфий бўлади.

Диспансер назорати. Склерома билан касалланган бемор ўзининг турар жойида диспансер назорати остига олинади. ЛОР-врач бемор оила аъзоларини ва тез-тез катарал ринит, атрофик ринофарингит, сурункали гиперпластик ларингит билан оғриган бошқа беморлар орасида профилактик кўрик, серологик ва бактериологик текширувлар, антибактериал терапия,

ингалициялар, ҳиқилдок ичига цитрал пуркаш, умумий ва гипосенсибилизация терапиясини ўтказди.

Бирламчи беморлар ҳамда нафас етишмовчилиги ривожланган, склероманинг атрофик, инфилтратив ва чандикли шакллари билан оғриган бемор касалхона шароитида даволанади. Беморлар рўйхати тегишли муассасаларга юборилади. Склерома билан оғриган бемор ҳар 2-6 ойда, касалликнинг энгил кечимида 1 йилда 1 марта ёки ҳар 2 - 3 йилда 1 марта врач кўригидан ўтади.

Меҳнат экспертизаси. Склерома билан оғриган бемор вақти-вақти билан текширудан ўтказилади. Беморнинг меҳнатга лаёқатини аниқлашда нафас йўллариинг барча клиник ва функционал текширув натижалари ҳамда нафас етишмовчилиги даражаси эътиборга олинади. Склероманинг бошланғич шаклида беморни меҳнат лаёқати муаммоси безовта қилмайди. Склероманинг атрофик шаклида жараён фақат бурун ва ҳалқумга тарқалиб нафас етишмовчилиги ривожланмаган бемор меҳнат қобилиятини йўқотмайди, унга метереологик ва санитар-гигиеник жиҳатдан ноқулай меҳнат шароитида ишлаш ман этилади.

Нафас етишмовчилигининг I даражасида беморга нафас йўллариини зўриқтирадиган жисмоний меҳнат, метереологик ва санитар-гигиеник жиҳатдан ноқулай меҳнат шароитида, аллерген, бронх ва пульмонотроп заҳарлар билан ишлаш ман этилади.

Нафас етишмовчилигининг II даражасида беморга энгил жисмоний меҳнат, ҳавоси тоза қуруқ ва иссиқ бўлган меҳнат шароитида ишлаш тавсия этилади. Беморга жисмоний ва руҳий зўриқиш ман этилади. Склерома билан оғриган беморни иш билан таъминлаш қийин бўлганлиги туфайли унга II гуруҳ ногиронлиги белгиланади.

Нафас етишмовчилигининг III даражасида беморга уй шароитида энгил ишни бажариш тавсия этилади.

Трахеостомия найчаси ўрнатилган бемор нафас етишмовчилигининг II даражаси ривожланган беморлар гуруҳига киритилади ва унга III гуруҳ ногиронлиги белгиланади. Трахея ва бронхларнинг ўзгариши ва нафас етишмовчилигининг II даражаси ривожланган бемор меҳнатга яроқсиз деб топилади (II гуруҳ ногирони).

Склеромани олдини олиш чора- тадбирларига қуйидагилар киради:

1. Склеромани ўз вақтида аниқлаш ва даволаш;

2. Касалликнинг манбаини зарарсизлантириш; рўйхатга олинган беморлар ва бактерия ажратувчилардан ташқари, ўз касаллиги ҳақида билмаган ва склероманинг дастлабки белгилари намоен бўлган беморларни ўз вақтида аниқлаш. Бунинг учун эндемик ўчоқларда профилактик кўрик ўтказиш, бемор оила аъзоларини вақти-вақти билан текшириш.

3. Бактерияларни ажратилишини бартараф этиш мақсадида беморни поликлиника ёки касалхона шароитида даволаш;

4. ЛОР-бўлимда склерома билан касалланган беморларга алоҳида хона ажратиш.

5. Микроўчоқларда инфекция тарқалиш йўллари бартараф этиш:

а) беморни оила аъзоларидан иложи борида узоқлаштириш, унга алоҳида идиш, сочиқ, дастрўмолча, кўрпа-тўшак ажратиш;

б) бемор ва унинг атрофдагилари билан инфекция тарқалиш йўллари ҳақида суҳбатлар ўтказиш;

6. Бемор ва унинг атрофдагилари шахсий гигиена ва санитария-гигиена қоидаларига сўзсиз риоя қилиши;

7. Фриш-Волкович таёқчасини ажратувчи шахсларни болалар ва умумий овқатланиш муассасаларида ишлашига йўл қўймаслик.

СИЛ - бу сурункали юқумли касаллик бўлиб, уни сил микобактерияси (Кох бациллеси) кўзгатади. Одам организмига сил микобактерияси кўпинча юқори нафас йўллари орқали, баъзан шиллик қават ва жароҳатланган тери орқали, ҳомилага плацента орқали тарқалади. Силнинг ривожланишига ноқулай турмуш шароити, беморнинг яшаш тарзи муҳим аҳамиятга эга. Қандли диабет, кортикостероид препаратлар билан даволаниш, ошқозон-ичак касалликлари, руҳий касалликлар силни ривожланишига ёрдам беради. Бемор ва сил билан зарарланган ҳайвон касаллик манбаига айланади.

Ҳозирги кунда ЛОР-аъзолари сили ўпка силининг асорати сифатида ривожланади.

Патоморфологик ўзгаришлар инфильтрат ва яра шаклида намоён бўлади. Сил инфильтрати чегараланган ва тарқоқ, баъзан ўсмасимон бўлади. Сил яраси юзаки жойлашиб шакли нотўғри, чети нотекис, туби рангсиз грануляция билан тўлган бўлади. Касалликнинг босқичига кўра инфильтрация, парчаланиш, кўпайиш, калинлашиш, оҳакланиш ва сурилиш жараёнлари кузатилади.

Бурун сили кам учрайди. Бунда бурун бўшлиғида нисбатан тез ярага айланган инфильтрат ва бурун тўсиғининг тоғай қисмида тешиқ ҳосил бўлади. Тугунчанинг ранги кулранг-ок ёки кулранг-сарик бўлиб улар юзаки жойлашади. Кейинчалик папилломатозга ўхшаш тўқима ҳосил бўлади. Тугунча ўсмасимон бўлиши мумкин (туберкулома). Яранинг чети нотўғри, ейилган, атрофи оч пушти ва кулранг грануляция тўқимаси билан ўралган бўлади. Жараён бурун даҳлизи олд бўлимининг шиллик қаватида жойлашади.

Оғиз бўшлиғи ва ҳалқум сили хиқилдоқ сили билан бирга ёки алоҳида кечиб жараённинг хилма-хиллиги билан ажралиб туради (энгил инфильтрация, юзаки жойлашган чегараланган яра, йирик юзи гадир-будур папилломатозли тугунлар). Ўткир экссудатив жараёнда оғиз бўшлиғи ва

ҳалқумнинг шиллиқ каватида қизариш, инфилтратсия, парчаланадиган ва тез яра ҳосил қиладиган кичик тугунчалар пайдо бўлади. Яралар қўшилиб катта чуқур яра ҳосил қилади. Сурункали силнинг даслабки босқичларида ҳалқумда каттик ғадир-будур тугунлар пайдо бўлади, яралар юзаки жойлашади.

Ҳалқумнинг тарқок силида жараён лимфаденоид ҳалқум ҳалқасига тарқалиб яширин кечади ва муртакнинг гистологик текширувида аниқланади.

Ҳикилдоқ сили кўп учрайди. Ҳикилдоқ гематоген йўл орқали зарарланади. Жараённинг жойлашуви унинг тарқалиш йўлига боғлиқ бўлади: ҳикилдоқнинг даҳлизи инфекция гематоген йўл орқали тарқалганда, ўрта ва пастки бўлимлари спутоген йўл (сўлак орқали) орқали тарқалганда зарарланади. Ҳозирги кунда инфекция асосан гематоген (лимфоген) йўл орқали тарқалади.

Ҳикилдоқ силининг клиник белгилари жараённинг кечимига боғлиқ. Касаллик ўткир, ноаниқ ва сурункали кечади. Бемор томоғи оғриши, қуриши, қичишига, овозининг буғилишига шикоят қилади.

Дисфония 3 даражага бўлинади:

I даражали дисфония - беморнинг овози вақти-вақти билан буғилади;

II даражали дисфония - беморнинг овози доимо буғилган бўлади;

III даражали дисфония - беморда афония ривожланади.

Беморда кузатиладиган оғриқнинг кескинлиги бўйича дисфагия 3 даражага бўлинади:

I даражали дисфагия - овқатни ютиш пайтида беморда вақти-вақти билан томоғининг оғриши кузатилади;

II даражадали дисфагия - оғриқ доимий бўлиб, бемор ютинганда, йўталганда, гапирганда кучаяди,

III даражали дисфагия - беморда доимий равишда кучли, кулоқ соҳасига тарқалувчи оғриқ кузатилади.



178- расм. Ҳикилдоқ сили

Инфилтратсия, ҳикилдоқ ташқи ва ички бўлимларининг шиши беморда стенотик нафаснинг ривожланишига олиб келади.

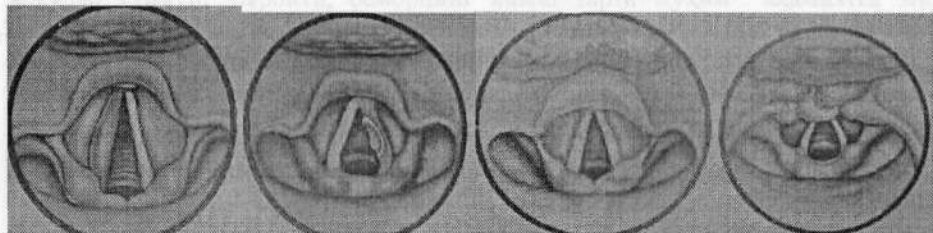
Овоз бурмаларининг сили дастлабки босқичларда асосан орқа қисмининг қизариши, инфилтратсияси, яъни монохондрит белгилари билан намоён бўлади. Инфилтрат яраланганда туби оч-кул-ранг кичик лентиккуляр яра ҳосил бўлади. Баъзан овоз бурмаларининг чети яраланади; яранинг чети нотекис ейилган бўлади. Жараён чўмичсимон тоғайлар ораси бўшлиғига ҳам тарқалиши мумкин. Бу ерда овоз ёриғи томон ўсган туберкулома ҳосил бўлади. Даҳлиз бурмаларидаги сил инфилтратлари

уларнинг шаклини ўзгартиради, ларингоскопияда бурмалар юзи силлик ёки гадир-будур болишчага ўхшаб кўринади.

Дахлиз бурмалари овоз бурмаларини ёпганда беморда ҳиқилдоқ торайиши ривожланади, инфилтратлар парчаланганда чуқур яра ҳосил бўлади. Сил жараёни ҳиқилдоқусти қопқоғига тарқалиши мумкин. Ҳиқилдоқусти қопқоғи кескин катталашади, унинг шиллик қавати ўсмага ўхшаб ҳиқилдоққа кириш жойида осилиб туради. Ҳиқилдоқусти қопқоғининг ўткир экссудатив жараёни тез ривожланиб перихондрий ва тоғайларга тарқалган ярага айланади, баъзан ҳиқилдоқусти қопқоғи емирилади.

Патологик жараён чўмичсимон тоғайларга тарқалганда уларнинг шиллик қавати шишади, шиш чўмичсимон- ҳиқилдоқусти бурмаларига тарқалади, шиллик қаватдаги сил яралари чуқурлашиб ҳиқилдоқ тоғайларини зарарлайди. Ҳиқилдоқ тоғайларининг емирилиши ва секвестрацияси кам учрайди.

Ҳалқум ва ҳиқилдоқ сили носпецифик ларингит, ўсмалар, захм, склерома ва лейкоздаги ҳалқум ва ҳиқилдоқда ривожланган ўзгаришлардан фарқланади. Юқори нафас йўллари ва оғиз бўшлиғи силини ўз вақтида аниқлаш учун анамнез маълумотлари ва бемор шикоятларига эътибор бериш, балгамни ўз вақтида сил микобактериясига текшириши, кўкрак қафаси флюорографиясини ўтказиш лозим.



А

Б

В

Г

Ҳиқилдоқ сили

Ярали сили

Иккиламчи сили

Учламчи сили

179- расм.

Даволаш. Оғиз бўшлиғи ва юқори нафас йўллари силини даволашда стрептомицин, изониазид ва бошқа силга қарши воситалар қўлланади. Оғриқни қаматириш учун беморга ёғли ингаляциялар, оғиз бўшлиғини анестетик эритмалари билан чайиш ва бурунга томизиш тавсия қилинади. Яралар 5-20% кумуш нитрат ва учхлорсирка кислотаси билан куйдирилади. Беморга парhez таомлар буюрилади. Юқори ҳиқилдоқ асаб толасининг вагосимпатик ва теричи новокаин блокадалари бажарилади.

Ўрта қулоқ сили

жуда кам учрайди. Қулоқ сили оғриқсиз бошланиб, оғриқсиз кечади, ногора пардада бир нечта перфорациялар ҳосил бўлади, қулоқдан кам микдорда

хидсиз ажралма оқади, беморнинг эшитиш қобиляти кескин пасаяди. Кулок силининг оғир кечимида ногора бўшлиғи ва сўргичсимон ўсиқда некроз майдони ҳосил бўлади. Беморнинг кулоғи оғрийди, ундан кўп миқдорда бадбўй ажралма оқади.

Таъхис беморда аниқланган фаол ўпка сили, йиринг ва грануляцияларни сил микобактериясига текшириш асосида қўйилади. Ўрта кулок силида оддий отитда қўлланадиган маҳаллий даволаш тадбирлари билан бир қаторда ототоксик таъсирга эга бўлмаган силга қарши дорилар қўлланади.

Юқори нафас йўллари ва кулок сили ўпкада кечаётган оғир жараёндан дарак беради. Шунинг учун даволаш тадбирлари бутун организмга қаратилади. Даволаш муддати асосий жараённинг шаклига боғлиқ. Даволашда силга қарши дорилар қўлланади. Дориларнинг бири эндоларингиал йўл орқали шприц билан ҳиқилдоқ ичига юборилади. Ингаляциядан олдин 5-7 кун давомида беморга спазмолитиклар берилади. Стрептомицин, стрептосалюзид, тубазид, канамицин, солютизон, флюримидин сульфат аэрозол шаклда ишлатилади.

Юқори нафас йўллари ва кулок сили одатда соғайиш билан тугайди. Ўпка силени ўз вақтида ва тўғри даволаш юқори нафас йўллари ва кулок силени олдини олишга ёрдам беради.

ЗАХМ

сурункали юкумли касаллик бўлиб, уни рангпар трепонема қўзғатади. Рангпар трепонема организмга тери ёки шиллиқ қаватдаги кичик жароҳатлар орқали киради. Кўпинча инфекция жинсий йўл, баъзан - бошқа йўллар (оилавий захм) орқали тарқалиши мумкин. Захмнинг яширин даври тахминан 21-28 кун давом этади, баъзан у 10-21 кунга қисқариши ёки олти ойга чўзилиши мумкин.

Захмнинг бирламчи босқичида инфекция кириш жойида қизғиш доғ ёки папула пайдо бўлади, бир неча кунда у катталашиб зичлашиб қаттиқ шанкрга айланади (бирламчи сифилома). Шанкр марказида яра ҳосил бўлади. Бу босқич 6-7 ҳафта давом этади.

Қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан сўнг (5-7 кундан сўнг) маҳаллий лимфа тугунларнинг катталашishi кузатилади. Рангпар трепонемалар лимфа тугунларда кўпайиб бутун лимфа тизимига тарқалади, натижада беморда полиаденит ривожланади.

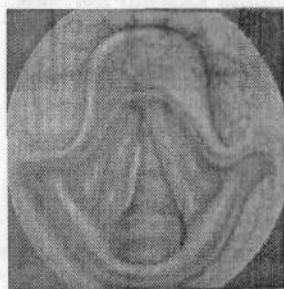
Бурун бўшлиғининг қаттиқ шанкри жуда кам учрайди ва кўпинча унинг даҳлизиди, қанотларида, терисида, шиллиқ қаватининг олд қисмида ва бурун тўсиғида жойлашади. Бурун чуқур бўлимларида ва бурун-ҳалқумда қаттиқ шанкр инфекция тиббий асбоблар орқали тарқалганда ривожланади. Қаттиқ шанкр лабларда ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида, тилда, муртақларда пайдо бўлиши мумкин. Шакланган қаттиқ шанкр оғримайди ва ликопчага ўхшаган эрозия ёки яра бўлиб, асосида қаттиқ инфилтрат пайпасланади.

Оғиз бўшлиғида одатда битта бирламчи сифилома ҳосил бўлади. Иккиламчи инфекция қўшилганда эрозия кулранг қараш билан қопланган чуқур ярага айланади. Тил устида жойлашган қаттиқ шанкр ликопчага ўхшаб атроф тўқимадан бўртиб туради, юзида ранги хом гўшт рангига ўхшаган эрозия кўринади. Муртақларда қаттиқ шанкр яра, ангина ёки ҳам ангина ҳам яра белгилари билан намоён бўлиши мумкин. Ангинага хос белгилар билан кечган қаттиқ шанкрда муртақ бир томонда кескин қатталашади, оғримайди, ранги мисранг-қизил бўлади. Ҳам ангина ҳам яра белгилари билан кечган қаттиқ шанкрда муртақда яра пайдо бўлади. Лаб ва оғиз бўшлиғининг бирламчи сифиломаси жағости склероаденити билан кечади.

Ҳикилдоққа инфекция кўпинча тиббий асбоблар орқали тарқалади. Қаттиқ шанкр ҳикилдоқусти қопқоғининг ташқи юзида, чўмичсимон ҳикилдоқусти бурмаларда, баъзан овоз бурмаларида жойлашиши мумкин. Ҳикилдоқ қаттиқ шанкри кам учрайди ва атроф тўқимадан кескин чегараланган, тез яраланадиган, юзи кулранг қараш билан қопланган ўсмага ўхшайди, у жағости ва бўйин аденити билан бирга кечади. Серологик текширув ташхис қўйишга ёрдам беради.

Бурун иккиламчи захми

бирламчи сифиломадан кейинги дастлабки ойларда ривожланади, у тери ва шиллик қаватда пайдо бўлган тошмалар билан бирга кечади. Ташқи бурун терисида ва бурун бўшлиғининг шиллик қаватида турли тошмалар (иккиламчи сифилидлар) - розеола, папула, баъзан пустулалар пайдо бўлади. Розеолалар қатарал ўзгаришлар, яъни бурун шиллик қаватининг қизариши ва шиши, бурундан қон аралаш шилимшиқ ва шилимшиқ ажралма оқиши билан намоён бўлади.



180- расм. Ҳикилдоқ захми

Бурун бўшлиғи захмида беморда субъектив қасосия кузатилади (бемор бурнида бадбўй ҳид сезишига шикоят қилади атрофдагилар эса буни сезмайди).

Кучли тумов - туғма захмида тез тез учрайдиган белгилардан бири ҳисобланиб, чақалоқ туғилганидан сўнг дастлабки 2-3 ҳафтада кузатилади.

Болада бурун орқали нафас олиши қийинлашади, кўп микдорда шилимшиқ, кейинчалик йирингли-шилимшиқ яшил бадбўй ажралма оқади, бурун дахлизиде икки томонда

сарғиш-яшил ва жигарранг пўстлоқлар билан тўлади. Бурун дахлизиде осон қонайдиган чуқур тирқишлар ҳосил бўлади. Бурун бўшлиғи шиллик қаватининг инфилтрацияси унинг тоғай ва суяқларининг емирилишига олиб келиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар захми кўпинча тери тошмалари билан бирга ёки иккиламчи захмда алоҳида учрайди. Бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг иккиламчи сифилидлари субъектив сезгиларсиз кечади ва шунинг учун ўз вақтида аниқланмайди, бемор узок вақт инфекция манбаига айланади.

Иккиламчи захм билан касалланган беморларнинг 50% оғиз бўшлиғида розеола ёки папула элементлари пайдо бўлади. Розеолалар одатда танглай равоқчалари, юмшоқ танглай ва муртақларнинг шиллиқ қаватида жойлашади. Бир бирига кўшилиб улар ўзига хос эритематоз ангинанинг ривожланишига олиб келади. Зарарланган майдон кескин қизариб, мисранг-қизил рангда бўлади.

Ҳалқумнинг иккиламчи захми оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳиқилдоқда папулалар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Папулалар шиллиқ қаватнинг турли майдонларида-кўпинча муртақларда, равоқчаларда, юмшоқ танглайда жойлашади ва кўшилиб папулалари ангинанинг ривожланишига олиб келади. Бундан ташқари папулалар тилда, лунжларда ва лабларда ҳам жойлашиши мумкин.

Дастлаб папулалар нўхатдай кичик, қизил, атроф тўқимадан кескин чегараланган, асосида кичик тугунчаси булган шиллиқ қават майдонига ўхшайди. Кейинчалик папулада эксудат тўпланади. Шиллиқ қаватнинг зарарланган майдони кулранг оқ қараш билан қопланади, оғримайди. Қараш шпатель билан олиб ташланганда остида ранги хом гўшт рангига ўхшаш эрозия кўринади. Иккиламчи инфекция кўшилганда папулалар ярага айланади, бемор ютинганда оғриқ кузатилади, папула атрофидаги қизил майдон кенгаяди. Оғиз бурчакларида жойлашган папулалар - “захм учуқлари” касалликнинг ўзига хос белгиси ҳисобланади. Бемор оғзини очганда оғиз бурчакларда пўстлоқлар билан қопланган, оғрийдиган ва қонайдиган тирқишлар пайдо бўлади.

Ҳиқилдоқ шиллиқ қаватининг иккиламчи сифилидлари эрозия ва ярага айланадиган эритемалар, папулалар, шиллиқости инфильтлар билан намоён бўлади. Ҳиқилдоқ шиллиқ қаватининг эритема шакли катарал ларингитни эслатади. Кейинчалик қизариш тўқ-қизил тусга айланиб беморда узок вақт давом этган овознинг буғилиши, калта-калта йўтал кузатилади. Қизарган шиллиқ қаватда пайдо бўлган яралар атроф тўқимадан ўзининг тўқ қизил чегара чизиги билан ажралиб туради. Овоз ва дахлиз бурмаларида сифилитик хордит ривожланади, у қизарган шиллиқ қаватдан буртиб турган якка ёки кўшилган тузилмалар шаклида намоён бўлади. Иккиламчи захмда ларингит ривожланиб, унда ҳиқилдоқ шиллиқ қаватининг турли майдонларида кичик аниқ чегараланган юзаки яралар пайдо бўлади. Яралар дахлиз майдонида жойлашганда беморда дисфагия, овоз бурмаларида жойлашганда - овозининг ўзгариши кузатилади.

Захмга қарши даволаш тадбирлари ўз вақтида ўтказилмаса захм ларингити ҳиқилдоқ торайишига олиб келиши мумкин.

Касалликнинг учламчи даврида юқори нафас йўллارининг захми юмшоқ ва қаттиқ танглай, тил, бурун бўшлиғи, ҳалқумнинг орқа деворида жойлашган ва кам оғрийдиган қизил гумма инфильтратлари билан намоён бўлади. Гумма инфильтрати тез парчаланиб, яраланиб тоғай ва суяк тўқималарни емиради. Гумма кратерсимон ва чуқур, туби йиринг ва тўқима қолдиқлари билан тўлган яра бўлиб, унинг чети зич инфильтрат билан чегараланган ва тубига кескин ўтади.

Гумма бурун тўсиғида жойлашганда уни тешади, димоғ суягининг юқори бўлимлари ва бурун қанотларининг тоғайлари емирилганда буруннинг шакли ўзгаради (эгарсимон бурун), оғир ҳолларда бутунлай емирилвди, жойида учбурчак очик тешик ҳосил бўлади (бурун тўсиғи йўқ, чиганоклари емирилган бурун бўшлиғи).

Гумма жараёни чуқурлашган сари юмшоқ танглай, танглай равоқчалари ва тил чегарасида жойлашган яралар туфайли тўқималар емирилади, жойида нурга ўхшаган дағал чандиқлар ҳосил бўлади. Танглай пардаси ҳалқумнинг орқа деворига ёпишади, натижада томоқнинг чандиқли торайиши ривожланади. Гумма қаттиқ танглайда жойлашиб, суяк тўқимасини емиради, оғир ҳолларда- оғиз ва бурун бўшлиқлари ораси тешилиб беморда манқаланиш ва овқат парчаларини бурун бўшлиғига тушиши кузатилади. Гумма жараёни ҳалқумнинг орқа деворида жойлашганда, бу ерда соғлом тўқимадан зич инфильтрат билан чегараланган, туби йирингли-некротик қараш билан тўлган яра, кейинчалик нурга ўхшаган ботик чандиқ ҳосил бўлади.

Захмнинг учламчи даврида гумма инфильтратлари ҳиқилдоқни ҳам зарарлайди. Инфильтратлар юмшаб парчалангандан сўнг соғлом тўқимадан кескин чегараланган ва яллиғланиш майдон билан ўралган туби ёгли гумма яраси пайдо бўлади. Яра чуқурлашган сари беморда ларингохондроперихондрит ва хондрит, тоғай секвестрлари, чандиқланганда ҳиқилдоқ торайиши ривожланади.

Қулоқ захми касалликнинг кечки босқичларида, асаб тизиминининг захмида кузатилади ва кўпинча бир томонлама қарлик, қулоқнинг шангиллаши, вестибуляр бузилишлар билан намоён бўлади. Кохлеовестибуляр бузилишлар баъзан бошланғич захмнинг белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин. Бундай бузилишлар одатда лабиринтнинг икки томонлама зарарланиши натижасида ривожланади ва клиник белгилари бўйича Меньер касаллиги ва серозли лабиринтитга ўхшайди. Ташхис анамнез маълумотлари, клиник манзара, серологик текширув ва захмга қарши даволаш натижалари асосида қўйилади.

МОХОВ

касалиги кенг тарқалмаган бўлсада, у ҳалигача йўқотилгани йўқ. Моховни мохов микобактерияси кўзгатади. Мохов билан оғриган бемор ягона инфекция манбаи ҳисобланади. Инфекция ҳавотомчи йўл орқали тарқалади. Мохов-эндемик, камюқумли касаллик бўлиб, бемор билан узоқ йиллар давомида бирга яшаган шахслар, шу жумладан, эр-хотинларда учрайди.

Моховда морфологик ўзгаришлар икки шаклдаги гранулемалар билан намоён бўлади - мохов гранулемаси (LN) ва сил гранулемаси (TT). Бундан ташқари оралиқ шакллар учраши мумкин. Мохов гранулемаси билан кечганга касаллик оғир, сил шакли анча енгил кечади.

Моховнинг инкубация даври 4-6 йилдан 10-20 йилгача чўзилади.

Касалликнинг клиник белгилари хилма-хиллиги билан ажралиб туради. Жараён терига, юқори нафас йўллариининг шиллиқ қаватига, периферик асаб тизимига, кўриш аъзосига тарқалади. Ички аъзоларда дистрофик ўзгаришлар пайдо бўлади, беморда эндокрин, қон ишлаб чиқариш ва лимфа тизимлари зарарланади.

Мохов жараёни кўпроқ юқори нафас йўлларида, юзда ва асосан бурунда жойлашади. Бурун ифекция кириш дарвозаси ҳисобланади ва мохов гранулемасида биринчи навбатда зарарланади.

Касалликнинг бошланғич даврида бурун тўсиғи, бурун туби ва пастки чиғаноқлар олд учининг шиллиқ қавати қизаради. Бу қизариш узоқ давом этмасдан, тез рангсизланади. Шиллиқ қаватнинг юзида тепача ва тугунчалар ҳосил бўлганлиги туфайли у донатор бўлиб кўринади. Кейин кичик эрозиялар пайдо бўлиб тугунчалар ярага айланади. Қалин ажралма кўригандан сўнг бурун бўшлиғида жигарранг-қора бадбўй пўстлоқлар ҳосил қилади. Пўстлоқлар олиб ташланганда ости қонайди. Бемор бурнидан қон оқиши, аносмия, бурун орқали нафас олиши қийинлашганлигига шикоят қилади. Бурун даҳлизининг тери ва шиллиқ қавати орасидаги чегарада чандиқ ҳосил бўлади. Чуқур яллиғли инфильтрация ва иккиламчи инфекциянинг қўшилиши туфайли бурун тўсиғи олд қисмининг шиллиқ қавати аста-секин емирилади. Бурун тўсиғининг тоғайлари емирилиб сурилади. Бурун тўсиғи билан бирга бурун чиғаноқларининг шиллиқ қавати ҳам емирилади.

Бир вақтнинг ўзида жараён ташқи бурун терисига ҳам тарқалади: терида ривожланган инфильтрация туфайли у мисранг-кўкимтир рангда бўлади, қон томирлари кўзга ташланиб туради, кейинчалик уларнинг эктазияси юз беради. Бурун қанотлари ва учи қалинлашади, лепромаларнинг қўшилиши натижасида бу майдонда катта тугунлар пайдо бўлади. Лепрома ва тугунлар яраланиб қиска муддатда чандиқлар ҳосил қилади, натижада бурун қанотлари ва бурун учининг шакли ўзгаради. Беморнинг бурни чўқади, териси бужмайди, шиллиқ қаватида чандиқлар ҳосил бўлади, цилиндрик эпителий ўрнини ясси эпителий эгаллайди. Моховда бурун нуқсонлари жуда ўзгарувчан бўлиб, касаллик авж

олганда янги лепромалар пайдо бўлиши, эски лепромаларнинг яраланиши ва қайта чандикланиши кузатилади.

Моховда кўпинча буруннинг тоғай қисми емирилади ва шу белгиси билан захмдан фарқ қилади, баъзан суяк скелетининг сурилиши кузатилади. Айрим ҳолларда бурун тўсиғи суяк қисмининг нуксонлари ва бурун чиганоқлари суягининг атрофияси учрайди. Лепромали моховда жараён албатта лабларга ҳам тарқалади; у ердаги лепромалар, инфилтратлар яраланиб чандиқлар ҳосил қилади. Юқори лаб айниқса кўп зарарланади: яралар чандиқланиши натижасида у юпқалашади, бужмаяди, беморнинг оғиз тешиги тораяди, нутқи бузилади. Баъзан лаблар шишади, буралиб милкларга ёпишади.

Ҳозирги замон даволаш тадбирлари туфайли ҳалқум ва ҳиқилдоқ мохови кам учрайди. Мохов жараёни юз асаб толасига тарқалганда беморда юз нерви фалажи ривожланади.

Мохов билан касалланган барча беморларда кулоқ супрасининг ўзгариши кузатилади. Лепромалар кўпинча кулоқ юмшоғи ва гажак соҳасида жойлашади. Инфилтратлар туфайли кулоқ супраси катталашади, териси бужмаяди, чандиқланади, кулоқ юмшоғининг осилиб қолади. Оғир ҳолларда кулоқ супрасининг тоғайи емирилади, беморда турли кулоқ нуксонлари ривожланади.

Моховни ўз вақтида аниқлаш касалликни тарқалишини олдини олади, беморни касалхонада даволаш муддати қисқаради, тиббий ва реабилитация тадбирлари яхши самара беради.

Эндемик ўчоқларда аҳолини ЛОР- кўригидан ўтказиш моховни ўз вақтида аниқлашга ёрдам беради, чунки бурун шиллик қаватининг ўзгаришлари мохов тошмаларидан анча олдин пайдо бўлади. Мохов касаллигига шубҳа туғилганда бемор дарҳол дерматолог кўригига юборилади.

Моховга қарши сульфон препаратлари қўлланади: диафенил сульфон, солосульфон, рифампицин, лампрен, этионамид ва бошқ. Мохов билан оғриган бемор мужассамлашган даво усулида даволанади.

ХҮ БОБ

ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИДА МЕҲНАТ ҚОБИЛИЯТИНИ АНИҚЛАШ ЭКСПЕРТИЗАСИ

Ишлаб чиқариш корхоналарда ва поликлиникада беморларни қабул қилиш, ишчиларни тиббий кўриқдан ўтказиш, касаллик варақасини бериш, беморларни клиник-эксперт комиссияси ва тиббий-ижтимоий экспертизага юбориш меҳнат экспертизасининг босқичлари ҳисобланади.

Беморнинг меҳнатга лаёқатини аниқлашда на фақат асосий касаллик, балки бутун организм ҳолати эътиборга олинади. Даволовчи врач беморнинг вақтинча меҳнатга лаёқатсизлигини экспертиза қила туриб бирламчи ҳужжатларда беморнинг шикоятларини, касаллик тарихини ва беморнинг умумий аҳволининг объектив клиник-функционал кўрсаткичларини ёритади.

Ташхисда аъзо ва тизимлардаги функционал бузилишлар даражаси, асоратларнинг оғирлиги ифодаланади. Врач ўз хулосасида меҳнатга лаёқатсизлик муддатини белгилайди, асосий ва йўлдош касалликлар ҳамда асоратларини кўрсатади.

Кейинги кўриқларда касалликнинг динамикаси, ўказилаётган даволаш тадбирларининг самараси таҳлил қилиниб, меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини узайтириш масаласи ҳал қилинади.

ЛОР-касалликларда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатлари:

Ангина ва сурункали тонзиллит хуружи. Ангина-бу аллергик 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 тана ҳарорати, ҳалқумдаги ўзгаришлар, юрак-қон томир тизимининг ҳолатини, қон ва сийдик таҳлили натижалари ҳисобга олинади. Касалликнинг турли босқичларида беморнинг аҳволини тўғри баҳолаш ва меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлаш учун юқорида қайд этилган барча маълумотлар таҳлил этилади.

Муртақлар ва ҳалқум ўзгаришларисиз “ангина” ташхиси қўйилмайди. Беморда ангинанинг у ёки бу шаклининг (катарал, лакунар, фолликуляр) аниқланиши вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлик муддатига таъсир қилмайди.

Ангинанинг барча шаклларида кузатилган танглай муртақларининг кизариши ва маҳаллий лимфаденит касалликнинг бошқа белгиларига қараганда кўпроқ (2-4ҳафта давомида) сақланиб, касаллик варакасини узайтиришга асос бўлмайди.

Ангинада танглай муртақларининг яллиғланиши билан бирга кўпгина аъзоларнинг фаолияти бузилади ва уларнинг тикланиши камида 6 кун давом этади. Баъзан касаллик 5-9 кун давом этади.

Ангина паратонзилляр хуппоз асорати билан кечганда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддати 8-12 кунга узайтирилади.

Бурун жароҳатлари. Беморда бурун жароҳатига хос бўлган белгилар - шиш, оғрик, бурун соҳасида ва юзда қонгалашлар пайдо бўлиши, бурундан қон оқиши, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши кузатилади. Бурун суяқларининг синиши калла суяги олд чуқурчаси суяқларига тарқалганда бурундан орқа мия суякчилиги оқади.

Бурун жароҳатларида ва бошқа жароҳатларда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлашда “Фукарларнинг вақтинчалик меҳнатга лаёқатсизлигини тасдиқловчи ҳужжатларни бериш тартиби тўғрисидаги” йўриқномадан фойдаланиш лозим.

Меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини аниқлашда бурун жароҳатининг қай даражада мураккаблиги, калла асосини ҳосил қилган суяқлар ва юз скелетига тарқалганлиги ва ривожланган асоратлар эътиборга олинади. 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 касалликнинг хуружида 3 кунга ишдан озод қилиниши мумкин.

Ўткир гайморит. Организм химоя 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 қаватининг шиши камаяди, бурун орқали нафас олиш тикланади, беморнинг умумий аҳволи яхшиланади.

Ўткир фронтит. Даволаш муолажалари тўғри ўтказилганда ҳам соғайиш учун гайморитга нисбатан кўпроқ вақт талаб этилади. Ўткир асоратсиз фронтитда бемор 7-10 кун давомида меҳнатга лаёқатсиз ҳисобланади.

Ўткир этмоидит Галвирсимон лабиринт катақларининг ўткир яллиғланиши кўпинча ўткир гайморит ва фронтит билан бирга кечади. Шу сабабли юкоридагилар ҳисобга олинган ҳолда ҳал қилинади. Кўз қосаси ва калла суяги ичи асоратлари ривожланганда меҳнатга лаёқатсизлик муддати окулист, неврожарроҳ ва невропатолог билан биргаликда бажарилган жаррохлик амалининг ҳажми ва асоратнинг оғирлигига қараб белгиланади.

Ўткир сфеноидит Ўткир сфеноидит билан оғриган бемор 5-7 кун давомида меҳнатга вақтинча лаёқатсиз деб топилади. Нокулай меҳнат шароитида ишлаган ишчилар учун бу муддат 10-12 кунга узайтирилади.

Бурун атрофи бўшлиқларининг сурункали яллиғланишида ҳар бир хуруж даврида бемор 7-9 кун давомида меҳнатга вақтинча лаёқатсиз ҳисобланади, жаррохлик амали бажарилганда бу муддат 14 кунга узайтирилади.

Бурун ва юқори лаб чипқони Бурун ва юқори лаб чипқонида яллиғланиш жараёни юз веналари орқали қаттиқ мия пардаси вена бўшлиқларига тарқалиши мумкин. Калла суяги ичи ва умумий асоратларни инobatга олиб бемор 6-10 кун давомида касалхона шароитида даволанади.

Ўткир ларингит Касаллик юқори нафас йўллари яллиғланишида ривожланиб, баъзан трахея шиллик қаватининг яллиғланиши билан бирга кечади. Даволаш тadbирлари тўғри олиб борилганда касаллик 4-7 кун давом этади.

Халқум, қизилўнғач ва нафас йўлларининг кимёвий куйиши Халқум, ҳикилдоққа кириш жойи ва қизилўнғачнинг кимёвий куйиши баъзан оғир захарланиш ёки ўлим билан тугайдиган асоратларнинг ривожланиши билан кечиб беморни ногиронликка олиб келиши мумкин. Бундай бемор касалхонага 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, халқум ва қизилўнғач ёт жисмлари Бурун бўшлиғидан ёт жисмни чиқариб олиш қийин эмас. Ёт жисм чиқариб олингандан сўнг бемор меҳнат фаолиятига қайтади.

Катта ҳажмдаги ринолит ёки юз тўқималари орқали бурун ва бурун атрофи бўшлиқларига тешиб кирган ёт жисм жаррохлик усулда олиб ташланади. Бунда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддати жаррохлик амалининг ҳажмига қараб 12-18 кунни ташкил қилади.

Ҳикилдоқда тикилиб қолган ёт жисм билвосита ларингоскопияда ҳикилдоқ 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 кун бемор иш фаолиятига қайтади. Ёт жисм бронхларда кўп вақт қолиб кетган ҳолларда бемор касалхона шароитида даволанади.

Қизилўнғач ёт жисми халқум ва қизилўнғач деворига зарар етказмасдан чиқариб олингандан сўнг меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддати анча қисқаради. Эзофагоскопия билан боғлиқ бўлган оғрик, қизилўнғач ва халқум шиллик қаватининг шиши қисқа муддатда камайиб, бемор 2-3 кундан сўнг ўз меҳнат фаолиятига қайтади.

Ўткир учли ёт жисм қизилўнғач деворини жароҳатлаганда беморда медиастинит асорати ривожланиши мумкин. Бу ҳолда бемор қизилўнғач деворининг жароҳати битганча касалхонада даволанади ва меҳнатга вақтинча лаёқатсизлиги 20-40 кунга, медиастинитда 2-4 ойга чўзилиши мумкин.

Ташқи қулоқ эяроҳати кўпинча юзнинг бошқа жароҳатлари билан бирга учрайди. Беморнинг меҳнатга лаёқатсизлиги тахминан 5-7 кунни ташкил қилади ва жароҳат майдониға, ўз вақтида кўрсатилган шошилиғч тиббий ёрдамға боғлиқ бўлади.

Қулоқ супраси перихондрити ва отогематома. Кичик отогематома босувчи бойлам ёрдамида 7-14 кунда сурилиб кетади. Кайта жароҳатланиш хавфи тугилмаган ҳолда бемор ишдан озод этилмайди. Отогематома йиринглаганда ёки перихондрит ривожланганда зарарланган майдон 2 ёйсимон кесим билан кесилади. Бунда меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддати жарроҳлик амалиға, қулоқ супрасининг тоғайи қай даражада зарарланганлиғиға боғлиқ бўлади. Ўз вақтида ва тўғри бажарилган пункциядан сўнг бемор 10-14 кунда соғаяди. Жарроҳлик амали бажарилганда даволаш муддати 4-6 ҳафтаға чўзилади.

Ташқи қулоқнинг ўткир яллиғланиши. Ташқи қулоқнинг чегараланган яллиғланиши 5-7 кунда даволанади. Ташқи қулоқнинг тарқоқ яллиғланишини даволаш 8-12 кун давом этиши мумкин.

Ўткир катарал ўрта отит. Ўрта қулоқнинг катарал яллиғланиши 4-6 кунда даволанади.

Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши ва мастоидит. Ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши беморнинг вақтинча меҳнатга лаёқатсизлиги бўйича 2 ўринда туради. Касаллик уч босқичда кечади: асоратсиз кечган биринчи босқич 3 - 6 кун, иккинчи босқич- 4 - 8 кун ва учинчи босқичи 5-10 кун давом этади. Шундай қилиб ўрта қулоқнинг ўткир йирингли яллиғланши 12-18 кун давом этади.

Баъзан ўткир ўрта отит даволангандан сўнг беморнинг аҳволи тўсатдан яна оғирлашади, тана ҳарорати кўтарилади, қон кўрсаткичлари бузилади, қулоғидан йиринг оқиши кўпаяди, ногора парда хиралашади. Бу белгилар яллиғланиш жараёнини сўргичсимон ўсикқа тарқалганлиғини, яъни мастоидит ривожланганлиғини билдиради. Бундай вазиятда беморға жарроҳлик амали ўтказилади.

Ўткир йирингли ўрта отит ва мастоидит билан оғриган бемор жарроҳлик амалидан кейинги 30-40 кун давомида меҳнатга лаёқатсиз ҳисобланади.

Жадвал 4

Айрим ЛОР-касалликларда ўтказилган жарроҳлик амалидан сўнг беморнинг вақтинча меҳнатга лаёқатсизлиги муддатлари

Жарроҳлик амалининг номи	Вақтинча меҳнатга лаёқатсизлиқнинг умумий муддати (кунлар)		
	Оғир меҳнат билан шуғулланган шахслар учун	Бошқа беморлар учун	Шунингдек касалхона шароитида

1.Бурун тўсиғи хуппозини очиш	6-9	5-7 10-12	5-7 5-6
2.Бурун тўсиғи резекцияси	15-17	4-6	3-5
3.Конхотомия	6-8		
4.Бурун суякларини тўғирилаш	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.Тонзиллэктомия	18-20	14-16	6-7
10.Паратонзилляр абсцессни 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.Ҳиқилдоқ экстирпацияси			
15.Антротомия	90-120	90-120	24-30
16.Кулоқ умумбўшлик жарроҳлик амали	30-45	25-30	12-15
17.Тимпанопластика	45-60	40-45	20-30
18.Узангичада ўтказилган жарроҳлик амали.	30-40	26-28	12-18
19.Ногора чигали ва ногора торини кесип	20-24	16-18	10-12
20.Эндолимфатик қопчада ўтказилган жарроҳлик амали	21-28	21-28	7-10
21.Калла суяғи ичи асоратида ўтказилган жарроҳлик амали	45-60	30-45	20-30
	60-120	45-90	45-60

ЛОР-аъзоларида ўтказилган жарроҳлик амалидан сўнг меҳнатга вақтинча лаёқатсизлик муддатини белгилашда жарроҳлик амалининг ҳажми, беморнинг умумий аҳволи, бажарган иши, касалхонадан чиқарилгандан сўнг врач назорати остида бўлиши эътиборга олинади. Даволовчи врач ана шуларни назарда тутиб ҳар бир бемор учун меҳнатга вақтинча лаёқатсизлигининг оптимал муддатини белгилайди, бемор неча кун касалхона шароитида ёки ва уйда даволаниши масаласини ҳал қилади. Бемор касалхонадан чиққандан сўнг 2-3 кун поликлиника врачига мурожаат қилиши лозим.

Кулоқ, томоқ ва бурун касб касалликларида меҳнат экспертизаси

Касб касалликларнинг тарқалиш даражаси тиббий кўриклардан олинган статистик маълумот асосида ўрганилади.

Касб касаллигини тўғри аниқлаш ва беморнинг меҳнатга лаёқатини ҳал қилиш учун врач-эксперт меҳнат гигиенаси ва касб касалликларининг клиникаси ва диагностикасини яхши билиши лозим.

ВТЭК ва меҳнат экспертизаси масаласини ҳал қилишда даволаш муассасалари ва КЭТ, МСЭК врачлик комиссияларга қуйидаги тавсиялар берилади:

1. Касб касаллигининг бошланғич босқичида аъзо ва тизимларда ўзгаришлар кузатилмаса (масалан, шовқин шароитида ишлаган ишчининг эшитиш қобилияти

бироз пасайганда) беморга поликлиника шароитида даволаниш тавсия этилади. Нокулай шароитида ишламаслик ёки оториноларинголог назорати остида олдинги ишида қолдириш масаласи ҳал қилинади. Касб касаллиги туфайли меҳнат қобилияти вақтинча пасайган беморга 2 ойга касаллик варакаси очилади ва у вақтинча бошқа ишга ўтказилади.

2. Сурункали касб касалликларда бемор поликлиника ёки касалхона шароитида даволаниши учун вақтинча ишдан озод этилади (масалан, бурун тўсиғи шиллик қаватининг эрозияси аниқланганда). Кейинчалик беморнинг меҳнатга лаёқати патологик жараённинг тикланишига қараб ҳал қилинади.

3. Меҳнат лаёқатини йўқотилиши ёки пасайишига олиб келган айрим аъзо ва тизимлар фаолиятининг бузилиши билан кечган касб касалликларининг оғир шаклларида бемор олдинги ишдан бутунлай озод этилади ва касб касаллиги бўйича ногиронлик гуруҳини белгилаш учун МСЭКга юборилади.

Нокулай ишлаб чиқариш шароитида меҳнат қилган ишчиларни мавсумий тиббий кўриклардан ўтказиш касб касалликларни олдини олишга ёрдам беради.

Мавсумий тиббий кўриклар

Мавсумий тиббий кўрикларнинг асосий вазифаси касб касаллигининг бошланғич белгиларини ўз вақтида аниқлаш ва нокулай иш шароитида меҳнат қилган ишчилар соғлигини кузатиб боришдан иборат.

Клиник текширувлар натижалари ва функционал синамлар касб касаллигини аниқлашга ёрдам беради.

Бундан ташқари, мавсумий тиббий кўрикларда касб касалликларни авж олишига сабаб бўлган йўлдош касалликлар ҳам аниқланади.

Оториноларингологияда касб касалликлари экспертизаси

Экспертиза қилишдан олдин ЛОР-аъзодаги патологик ўзгариш касб касаллиги гуруҳига кириши аниқланади. Бунинг учун врач касб касалликлар рўйхати ва ундан фойдаланиш йўриқномасини билиши шарт. Корхонада санитария-гигиена шароитининг бузилиши натижасида алоҳида цех ёки корхона ишчилари орасида умумий касалликнинг кўпайиши кузатилади.

Қулоқ, томоқ ва буруннинг касб касалликлари меҳнат гигиенаси билан чамбарчас боғлиқ. Ишлаб чиқариш корхоналарида инсон саломатлигига зарар етказган омилларнинг ҳам сифати ҳам миқдори аниқланади.

Саноат чанги ва турли кимёвий моддалар таъсирида ривожланган юқори нафас йўллари касалликлари кўпинча қуйдирувчи, канцероген ва сенсбилизацияловчи моддалар билан ишлаш натижасида ривожланади. Нокулай иш шароитида юқори нафас йўлларининг айрим ўткир ва сурункали касалликлари ривожланади.

Юқори нафас йўлларининг ўткир касалликлари буғувчи гуруҳидаги (хлор, аммиак, фосген, диметилсульфат) кимёвий токсик моддаларнинг маълум миқдордаги концентрацияси таъсирида пайдо бўлади.

Назофаринголаринготрахеитда юкори нафас йўлларининг шиллиқ қавати кизариб, пастки бурун чиғаноқлари ва овоз бурмалари шишади, аммо бу белгилар беморнинг меҳнат қобилятига таъсир қилмайди. Юкорида қайд этилган зарарли моддаларнинг микдори купайганда беморда патологик ўзгаришлар, яъни юкори нафас йўллари шиллиқ қаватининг кизариши, 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 эса бемор 2 ой давомида бошқа ишга кўчирилади.

Юкори нафас йўллари аллергиялари

Кимё корхоналарида ишлатилган моддалар инсон организмга ҳаво орқали киради ва биринчи навбатда юкори нафас йўлларининг шиллиқ қаватига таъсир қилади. Юкори нафас йўлларининг аллергия касалликларида меҳнат экспертизаси масаласи патологик жараённинг жойлашуви, касалликнинг давомийлиги, клиник белгилари, беморнинг касби эътиборга олган ҳолда ҳал қилинади.

1981 йилда В.Б.Панков қуйидаги таснифни тақлиф қилди:

I. Ҳалқум ва бурун бўшлиғи кимёвий аллергиясининг яширин шаклида, кимёвий аллергиялар билан ўтказилган эндоназал тест динамикасида умумий аллергия реакциялар кузатилмаганда ишчи ўз касби бўйича ишини давом эттириши мумкин. Врач бундай беморларни йилига 1 марта текшириши ва гипосенсибилизация тадбирини ўтказиши лозим.

II. Кимёвий моддалар таъсирида ривожланган аллергия ринитлар бошланғич босқичда касб касаллиги сифатида баҳоланади ва бемор 2 ойга бошқа ишга кўчирилади.

III. Аллергия жараён бурун ва бурун атрофи бўшлиқларига, ҳалқумга ва хиқилдоққа тарқалганда, касалликнинг клиник белгилари кучайганда ва даволаш тадбирлари самарасиз бўлганда бемор узоқ муддат давомида бошқа ишга кўчирилади. Бундай беморларни врач 6 ойда 1 марта кўриқдан ўтказиб, гипосенсибилизация тадбирини ўтказиши лозим.

IV. Бронхоспазм билан кечган аллергияда МСЭК тавсияси билан беморнинг меҳнат фаолияти чекланади. Бемор иш ҳақи кам бўлган бошқа ишга кўчирилганда, илгари ишлаган корхонаси қўшимча иш ҳақи тўлайди.

V. Юкори нафас йўллари ва тери аллергиялари (дерматит, экзема) ёки юкори нафас йўллари ва ўпка аллергиялари (астматик бронхит, бронхиал астма) бирга кечган ҳолларда беморнинг меҳнат фаолияти чекланади ва унга МСЭК номенклатураси бўйича III гуруҳ ногиронлиги белгиланади.

ХҲҮҮ Боб

ЛОҖ КАСАЛЛИКЛАРИДА ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ

Диспансер назоратининг асосий мақсади патологик бузилишларни мумкин қадар эрта топиб, сабабини аниқлаш ва даволаш-профилактика тадбирлари ёрдамида уларнинг кейинги ривожини олдини олишдан иборат.

Болалар оториноларингологиясида ўтказиладиган диспансер назоратининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

1) сурункали ва қайталаниб турган касалликлар билан оғриган болаларни 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 топади, уларни гуруҳларга ажратади, зарур бўлган даволаш-профилактик тадбирлар ва кузатувлар режасини тузади.

Оториноларинголог беморларни боғча ёки мактабларда ўтказилган профилактик кўрикларда (фаол усул), амбулатория ёки уй шароитида (пассив усул) беморни кўздан кечирганда рўйхатга олади. Кейин у рўйхатга олинган беморларни гуруҳларга ажратади:

I - гуруҳ - соғлом болалар;

II - гуруҳ - амалда соғлом бўлган болалар;

III - компенсация босқичидаги касалликлар билан оғриган беморлар;

IV - субкомпенсация босқичидаги касалликлар билан оғриган беморлар;

V - декомпенсация босқичидаги касалликлар билан оғриган беморлар;

I-босқичда диспансер назорати остига олинган беморларга тиббий хужжатлар 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. Ушбу 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 кечириши, даволаш тадбирларини бажариши, ота-оналар билан суҳбатлар ўтказиши лозим. Бу ишлар кўпинча баҳор ва кузда амалга оширилади (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 ишларини тўлиқ бажарилиши.

Диспансер назоратининг самарасини касалликнинг авж олиши ёки яхшиланиши, ўзгаришсиз, ёмонлашиш каби кўрсаткичлари билан баҳоланади.

Диспансер назорати остига олинган беморлар.

Бурун ва бурун атрофи касалликлардан сурункали ринит 2,2% - 3,3%, сурункали гайморит - 2% - 7,6 % мактаб ўқувчиларида аниқланган. Сурункали синусит билан оғриган беморларда кўз атрофи, калла ичи ва ўпка асоратлари ривожланиш хавфи бўлганлиги туфайли улар диспансер назорати остига олиндилар. Буруннинг сурункали касалликлари боланинг жисмоний ва ақлий ривожланишига, бошқа аъзолардаги йўлдош касалликларнинг кечимига салбий таъсир этади, шунинг учун тегишли даволашдан сўнг бундай беморлар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтишлари лозим. Буруннинг аллергик касалликлари билан оғриган беморлар ҳам диспансер назорати остига олинади ва аллерголог маслаҳати уюштирилади. Кузатув муддати ҳар бир беморга индивидуал равишда белгиланади.

Халқум касалликларидан сурункали тонзиллит болаларда кенг тарқалган. Айрим муаллифлар мактабгача ёшдаги болаларнинг 8,3%, мактаб ёшидаги болаларнинг 11% сурункали тонзиллит аниқлашган. Поликлиникада ҳар 10000 бола ва ўсмирлар орасида сурункали тонзиллит ва аденоидит билан оғриган болалар 1000 ташкил қилади. Сурункали тонзиллитнинг компенсация шакли билан оғриган болалар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтказилади ва даволанади. Агар ангиналар 2 йил давомида қайталанмаса, касаллик белгилари йўқолса ҳамда тонзиллэктомия бажарилган бўлса, унда бемор 2 йилдан сўнг диспансер назоратидан чиқарилади.

Сурункали назофарингит ва аденоидитлар беморларда ўпка ва қулоқ касалликларининг ривожига қулай шароит яратади. Бундай беморларнинг кўпчилиги аденотомия жарроҳлик амалидан сўнг соғайиб кетадилар. Операция

ёрдам бермаган ҳолда улар диспансер назорати остига олинади ва бир йилда 2 - 4 марта даволанади.

Ҳикилдоқ касалликлари бошқа ЛОР-аъзолари касалликларининг 3% ташкил қилади. Деканюляция ва давомли интубацияни бошдан кечирган болалар, канюляташувчилар, ҳикилдоқ папилломаси ва ўсмалари, қайтувчи нерв фалажи билан огриган беморлар диспансер назорати остига олинishi шарт.

Ҳикилдоқ торайишининг субкомпенсация босқичи қайд этилган беморлар бир ойда 1 марта кўриқдан ўтказилади, зарур бўлганда улар касалхонага юборилади. Торайишининг компенсация босқичида болалар 4 ойда 1 марта кўриқдан ўтказилади. Ҳикилдоқнинг нафас ва фонация функцияси тўлиқ тиклангандан сўнг бундай беморлар 2-3 йилдан сўнг диспансер назоратидан чиқарилади.

Сурункали йирингли отит билан огриганлар ҳар 1000 болалар орасида 6,4 - 9,2 ҳолда учрайди. Эпи - ёки мезотимпанит калла суяги ичи асоратларига олиб келиши мумкин, шунинг учун бундай беморлар кулоғида жарроҳлик амали ўтказилади. Агар ота-онаси операцияга розилик бермаса, унда улар диспансер назорати остига олиниб, 3-4 ойда бир марта назорат кўригидан ўтказилади ва даволанади.

Қайталанувчи ўрта отит, экссудатив ўрта отит, сурункали мезотимпанит ва адгезив отит кулоқ огирлигига сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун бундай беморлар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтказилади ва даволанади.

Жарроҳлик амалидан сўнг трепанация бушлиги йиринглаган беморлар доимий равишда оториноларинголог назорати остида бўлиши лозим. Яллиғланиш жараёни камайгандан сўнг улар бир йилда 2 марта кўриқдан ўтказилади.

Нейросенсор кулоқ огирлиги билан огриган беморлар (невринома ташхиси инкор этилгандан сўнг) доимий кузатув ва даволанишга муҳтож. Улар бир йилда 1-2 марта кўриқдан, акуметрия, аудиометрия текширувларидан ўтказилади, махсус мактаб-интернатларга юборилади; баъзан эшитув протезлари тавсия этилади.

Айрим ҳолларда кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда кулоқ, томоқ ва бурун касалликлари билан огриган беморлар даволаниш учун сихатгоҳларга юборилади.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДА ҚўЛЛАНАДИГАН АСОСИЙ ДОРИ ВОСИТАЛАР

1. Қон томирларни торайтирувчи дорилар

Адреналин гидрохлорид (0,1% эритмаси) - у қон томирларни торайтирувчи дорилар гуруҳининг энг кучли таъсир этувчи дори воситаларидан бири. Адреналин гидрохлорид эритмаси асосан турли муолажаларда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасини анемизация қилиш ва қон оқшини тўхтатиш учун ишлатилади. У тоза ҳолда (қон оқишида) ва дори коктейллари (микстуралар) га аралаш ҳолда қўлланилади. Адреналин гидрохлорид шошилич тиббий ёрдам ва шокка қарши дорилар тўплами таркибида оториноларингологларнинг иш столи устида ҳамиша бўлиши талаб этилади. Адреналиннинг бир мартали юқори дозаси - 1 мл, суткали дозаси - 5 мл ни ташкил қилади.

Талваса ҳолати юзага келиши хавфи борлиги туфайли гипертонияда, чуқур атеросклерозда, қон томирлар кенгайишида, тиреотоксикозда, қандли диабетда ва 10 ёшдан кичик бўлган болаларда адреналинни қўллаш ман этилади!

Африн - аэрозл (бир флаконда 20 мл). Бурун бўшлиғи ва бурун атрофи ён бўшлиқларининг ўткир жараёнларида катталарда ва 6 ёшдан ошган болаларда бурун тешикларининг ҳар бирига 2-3 мартадан кунига 2 маҳал пуркалади.

Альдецин –аэрозол (бир флаконда 200 доза). Мураккаб дори воситаси бўлиб, аллергик тумов ва полипозли риносинуситларда (бошланғич даврида) қўлланилади. Унинг таркибига дексаметазон киради. Бир марталик дозаси - 50 мкг ташкил этади.

Беконазе - бекламетазон проионатнинг дозали аэрозоли (флаконда 200 доза), нафас йўллари шиллиқ қавати шишига қарши таъсирга эга. Аллергия ҳолатларида қўлланилади.

Виброцил - аэрозол. Юқоридаги дори воситасига ўхшаш кўрсатма ва терапевтик таъсирларга эга.

Галозолин (отривин, кселометазолин) - 0,1% и 0,05% эритмалар. Терапевтик таъсири ва қарши кўрсатмалари нафтизинникига мос келади.

Для нос - 0,1 % аэрозол (бир флаконда 10,0 мл). Катталар ва 6 ёшдан юқори болаларга ҳар бурун тешигига 1 марта пуркаш, 1 сутка давомида 4 мартадан

ортик пуркаш тавсия қилинмайди. 6 ёшгача бўлган болаларга 0,05% эритмаси бурун томчилари шаклида буюрилади. Дорини 3 кундан ортиқ қўллаш ман этилади! Қарши кўрсатмалари: гипофиз ва бош мия пардаларида бажарилган операциялардан сўнг, дорига нисбатан индивидуал сезгирлик ҳоллари.

Ментол - 1 % ёгли эритма шаклида тумов, фарингит, ларингит ва трахеитларда томчи, суртма ва ингаляция шаклида қўлланилади. У қатор мураккаб дорилар (хусусан, «Бороментол», «Эваменол», «Ингакамаф», «Ингалипт»)нинг таркибига киради. Нафас ҳаракатларини вақтинча тўхтатиши ёки нафасни тўхташига сабаб бўлиши мумкинлиги туфайли ёш болаларда қўллаш ман этилади!

Нафтизин - (0,05 ва 0,1 % эритмалари) - бурун қон томирларини узоқ вақт давомида торай-тирувчи дори. Бурун бўшлиғининг ўткир яллиғланиш жараёнларида, бурун атрофи бўшлиқлари касалликларида, ўткир ўрта отит ва евстахеитларда бурун томчилари шаклида қўлланилади. Терапевтик таъсири аста-секин пасайиб бориши туфайли уни узоқ вақт давомида қўллаш тавсия қилин-майди.

Қарши кўрсатмалар: гипертония, тахикардия ва чуқур атеросклероз.

Санорин ва **тизин** (0,05% ва 0,1 % эритмалар) нафтизиннинг чет элларда ишлаб чиқариладиган аналоглари ҳисобланади.

Эфедрин гидрохлорид - ўзини фармакологик хусусиятлари билан адреналин гидрохлоридга яқин туради, у қон томирларни давомли торайтириш хусусиятига эга. Бурун томчилари шаклида ишлатилади (2 - 3% эритмалар). Бир марталик юқори дозаси катта кишилар учун - 0,05 г, суткалик дозаси - 0,15 г.

Қарши кўрсатмалар: гипертония, атеросклероз, гипертиреоз, уйқусизлик, юракнинг оғир органик ўзгаришли касалликлари.

Ингалипт - аэрозол (бир флаконда 30 мл). Қон томирларни торайтириш ва яллиғланишга қарши таъсирга эга (унинг таркибига: ёғ, ялпиз, эвкалипт, тимол, эрувчи сульфаниламид ва сульфатизол натрий препаратлари киради).

Қарши кўрсатмалар: 12 ёшга етмаган болалар ва дорининг таркибида бўлган дориларга сезгирлик ошганда.

ИРС -19 IRS-19 аэрозоль (бир флаконда 20 мл). Бурун бўшлиғи шиллик пардасига аралаш таъсир кўрсатиш хусусиятига эга. Ўз таркибига касаллик кўзгатувчи 8 та вирус лизатларини, шу жумладан – инфлюэнца лизатини олган. Дори касаллик белгилари йўқолганга қадар ҳар бурун тешигига бир суткада 2-5 дозгача 2 маҳал пуркалади. Бурун орқали нафас олишнинг тикланиши бурун бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнини бартараф этиш туфайли клиник таъсир натижалари маълум бўлади.

Дори воситасига нисбатан қарши кўрсатмалар аниқланмаган.

Кромогексал - 2 % дозали аэрозоль (бир флаконда 15 ва 30 мл). Ҳар бурун тешигига 1 аэрозол миқдориди суткасида 3 - 4 маҳал пуркалади. Кўпинча аллергия ҳолатларида буюрилади.

Қарши кўрсатмалар : ҳомиланинг дастлабки 3 ойлигида.

Кромосол (интал) - дозали аэрозол (бир флаконда 28 мл). Кўрсатмалари кромогексалникига ўхшаш.

Ксемелин – бурун учун дозали аэрозол (бир флаконда 10 мл). Ҳар бурун тешигига кунига 2-3 маҳал 1-2 мартадан пуркалади.

Назокорт – дозали аэрозол (бир флаконда 100 доза). Таркибида триамцинолон ацетат бор. Ҳар бурун тешигига 2 дозадан суткасида 1 маҳал пуркалади. Аллергияга қарши дори воситаси ҳисобланади.

Називин – флаконда 5-10 мл. Таркибига оксиметазолин гидрохлорид бор. Қўллаш усули ҳар бир бурун тешигига 4 томчидан, кунига 2-3 маҳал томизилади.

Назол – аэрозол (флаконда 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 бузилишларида, дори воситасига нисбатан сезгирлик ошганда.

Назонекс - дозали аэрозол (флаконда 120 доза). Таркибида мометазон фуорат бор. Катталарда ва 12 ёшдан ошган болалар аллергия ҳолатларида қўлланилади. Ҳар бурун тешигига 2 ингаляциядан суткасида 1 маҳал. Оғир ҳолларда ингаляцияларни 4 маҳалгача қўпайтириш мумкин.

Пиносол - ёғли томчилар. Таркибида арча, эвкалипт ва ялпиз ёғларига бор. Юмшатувчи ва суюл-тирувчи бурун томчилари ва ингаляция шаклларда қўлланилади. Дори малҳам ёки крем шаклида ишлаб чиқарилиши мумкин (бир тубикда 10 мг).

Санорин - эмульсия (бир флаконда 10,0 мл). Таркибида нафозолин нитрат бор. Қон томирларни торайтириш ва яллиғланишга қарши таъсирга эга. Ҳар бурун тешигига 2-4 томчидан суткасида 3-4 маҳал томизилади.

Қарши кўрсатмалари: артериал гипертония, қалқонсимон безнинг катталашиши, 2 ёшгача бўлган болаларга ишлатилмайди.

Санорин-аналергин – бурун томчилари (бир флаконда 10,0 мл). Таркибида нафозолин нитрат и антазолин мезилат бор. Аллергияга қарши ва қон томирларни торайтириш таъсирига эга. Қўллаш усули: юкорида кўрсатилгандай.

Фликсоназе - флутиказон пропионатнинг дозали аэрозоли (бир флаконда 120 доза). Аллергик ҳо-латларда ҳар бурун тешигига 2 дозадан суткасида 2 маҳал.

Қарши кўрсатмалари: шахсан сезгирилиги ошганда.

Фервекс – тумовга қарши аэрозол (бир флаконда 14,8 мл). Таъсир этувчи омил: оксиметазолина хлорид. Кўллаш усули: ҳар бурун тешигига 1-2 дозадан суткасига 3-4 маҳал сепилади. Қон томирни торайтирувчи дори моддалари.

2. Десенсибилизация воситалари (гистаминга қарши дори воситалари)

Бу дори воситалари гуруҳига турли дорилар кирсада, уларнинг таъсири яллиғланиш жараёнида орга-низмда 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. Антигистамин дори воситаларининг кўплиги, уларни чет эллардан келтирилиши ва авалги дорилар билан бир қаторда янги гуруҳ ва синфларга мансуб препаратларни пайдо бўлиши билан изоҳланади.

Кўлланиладиган антигистамин дори воситаларининг аксарияти алоҳида гуруҳ сифатида ажратиш имконини берган ўзига хос фармокологик хусусиятларга эга.

Уларга қуйидаги таъсирлар киради: терининг қичишига қарши, шишга қарши, қон томир мускуллар қисқаришига қарши, антихолинергик ва антисеротонин таъсирлар, тинчлантириш ва маҳаллий оғриқсизлантириш, ҳамда бронхоспазмни олдини олиш таъсирига эга бўлган дори воситалари. Антигистамин дори воситалар гистаминнинг H - рецепторларига таъсирини маҳаллий рақобатли ингибиторлик механизми орқали амалга оширади, бунда уларнинг бу рецепторлар билан яқинлиги гистаминикига қараганда анча паст бўлади. Шунинг учун бу дорилар рецепторлар билан боглик бўлган гистаминни сиқиб чиқариш қобилиятига эга эмас, улар фақат гистамин эгаллашга улгурмаган ёки гистаминдан бўша-ган рецепторлар фаолиятини тўхтатади холос. Демак улар тез ривожланувчи аллергия реакцияларни олдини олишда энг самарали воситадир, аллергия реакция бошланган тақдирда эса янги ишлаб чи-қарилган гистаминни чиқарилишини олдини олади.

Ишлаб чиқарилган даври бўйича антигистамин дори воситалари биринчи ва иккинчи авлод дорилар гуруҳига бўлинади. Биринчи авлодга мансуб дори воситалар ёндош таъсирининг устунлиги туфайли тинчлантирувчи дорилар, иккинчи авлод дори воситалари тинчлантирмайдиган дорилар деб юритилади. Ҳозирги кунда бу препаратларнинг учинчи авлоди қайд этилган: уларга антигистамин таъсирига эга, тинчлантириш ва иккинчи авлодга хос кардиотоксик таъсирига эга бўлмаган фаол метаболитлар киради.

Антигистамин дори воситалар буюрилганда уларнинг терапевтик фаоллиги ва беморнинг аҳволига эътиборга олинади.

2.1. Биринчи авлодга мансуб антигистамин дорилар (тинчлантирувчи таъсирга эга бўлганлар)

Бу дори воситалари ёгда яхши эрийди, H гистамин, холинергик, мускарин, серотонин рецепторларининг фаолиятини тўхтатади. Улар куйидаги хусусиятларга эга:

- тинчлантириш (ёғларда яхши эригани учун гематоэнцефалик тўсиқдан ўтиб, бош мия H рецепторлари билан боғланади);
- анксиолитик таъсир (марказий асаб тизимининг бош мия қобиғи остидаги айрим майдонлар фаоллигини пасайтиради);
- атропинсимон таъсир, қушиш ва мувозанат бузилишига қарши таъсирлар;
- йўталга қарши таъсир;
- маҳаллий оғриқсизлантириш таъсири;
- нисбатан тез юзага келадиган таъсир даражаси туфайли қисқа вақт ичида таъсир кўрсатиши.

Димедрол – десенсибилизация таъсирга эга бўлган дори воситаларининг етакчиси ва уларнинг биринчи вакилларида бири. У организмнинг гистаминга ва капиллярлар ўтказувчанлигининг ошишига бўлган реакция-сини сўндиради, яллиғланиш ўчоғида тўқима шишини олдини олади ва камайтиради, аллергик реакциялар кечимини енгиллаштиради; яллиғланишга қарши, тинчлантириш ва ухлатиш, кучли маҳаллий оғриқсизлантириш таъсирига эга.

Димедрол турли шаклларда (таблетка, кукун, ампуладаги эритма, шамча ва х.к.) ишлаб чиқарилади.

Миқдори: катталар учун димедрол – таблетка шаклида: 0,03-0,05 г кунига 1-3 маҳал, 10-15 кун давомида; мускул орасига 1% эритмаси 0,01 - 0,05 г миқдорда юборилади. Болаларга димедрол кам миқдорда буюрилади: 1 ёшгача 0,002-0,005 г; 2 - 5 ёшгача - 0,005-0,015 г; 6-12 ёшгача - 0,015-0,03 г.

Катталар учун димедролнинг энг юқори миқдори - 0,1 г, суткалик миқдори 0,25 г (per os); эритма ҳолида мускул орасига: 1 марталик миқдори - 1% - 5,0 мл; суткалик миқдори - 1% - 15 мл

Қасби ҳақонлик ҳаракатни ва эътиборни талаб этувчи шахсларга (ҳайдовчилар ва бошқ.) димедролни қўллаш ман этилади, чунки дори беморда галюцинацияларни пайдо қилиши мумкин.

Диазолин- 0,05-0,1-0,2 г 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 воситаси овқатдан сўнг қабул қилинади. Ухлатиш таъсирига эга эмаслиги билан димедролдан фарқ қилади (кундузги десенсибилизатор).

Қарши кўрсатмалари: ошқозон яра касаллиги ва ошқозон-ичак йўлининг яллиғланишлари.

Дипразин (нипольфен) –кучли гистаминга қарши фаолликка эга дори. Таблетка (0,025 г) ва ампула (2,5% эритма 2,0 мл) шаклида ишлаб чиқарилади. Бир марталик юқори дозаси катталар учун -0,075 г, суткалик дозаси -0,5 г (per os) ва ампуладаги 2,5 % эритманинг бир марталик юқори дозаси 2,0 мл, суткалик дозаси 10,0 мл. Кучли тинчлантириш таъсирига эга.

Фенкарол - 0,025 г таблеткалар. Антигистамин фаоллиги димедролга нисбатан бир оз пастроқ. Организмга салбий таъсир кўрсатмайди, тинчлантириш таъсирига эга эмас.(гемато- энцефалитик тўсиқдан кам ўтиши туфайли), тўқимадаги гистамин миқдорини камайтиради.

Қарши кўрсатмалари: хомиланинг дастлабки ойлари.

Катталарга 0,025-0,05 г кунига 2-3 маҳал , 10-12 кун давомида; 3 ёшгача болаларда 0,005 г 2-3 маҳал кунига, 3 - 7 ёшгача - 0,01 г кунига 2 маҳал, 7 - 12 ёшгача 0,01-0,015 г кунига 2-3 маҳал , 12 ёшдан ошган болаларга 0,025 г кунига 2-3 маҳал буюрилади.

Супрастин 0,025 г таблеткалар, 2 % ампуладаги 1,0 мл эритма. Кучли антигистамин 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 дозаларда 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 ҳолида -1,0-2,0 мл мускул орасига ёки томир ичига юборилади.

Тавегил (клемастин) 0,001 г 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 ташкил қилади.

Кетотифен (задитен) – 0,001 г капсулалар ёки таблеткалар. Антифивлактик ва тинчлантириш таъсирига эга. Препаратнинг миқдори катталар учун 0,001-0,002 г\сут, болалар учун 1 кг тана вазнига 0,025 мг кунига 2 маҳал (5 мг ёки 1 ч.к. сиропи суткада 1 маҳал). Вазни 30 кг дан ортик болларга дори восита суткасида 10 мг миқдорда тавсия этилади.

Қарши кўрсатмалар: индивидуал сезгирлик ҳолатлари.

Орипол - 8 мг хлорофенирамин малеат ва 75 мг фенилпропаноламин гидрохлоридга эга капсула-лар. Дорининг микдори 1 капсуладан кунига 2 маҳал бир кунда ҳар 12 соатда.

Қарши кўрсатмалари: бир вақтнинг ўзида трициклик антидепрессантлар, MAO ингибиторлари, бета адренблокаторлар, фенилпропаноламин дори воситаларни қўллаш тавсия қилинмайди, 12 ёшгача болаларга, дорига нисбатан сезгирлик ошганда.

Перитол - 0,004 г таблеткалар, флакондаги 100,0 мл сироп. Антигистамин ва кучли антисеротонин таъсирга эга. Микдори –катталар учун: 1 таблеткадан суткасида 3 маҳал; болалар учун: 2 - 6 ёшгача 8 мг\сут, 6 - 14 ёшгача 12 мг\сут.

Қарши кўрсатмалар: глаукома, простата безининг аденомаси, шишларга мойиллик ҳолатлари, ҳомила даври, лактация даври, 6 ойгача бўлган болалар, дорига нисбатан сезгирлик.

2.2. Иккинчи авлодга мансуб антигистамин дорилар(тинчлантирмайдиган)

Иккинчи авлодга мансуб антигистамин дорилари тинчлантириш ва холинергик таъсирга деярли эга бўлмаганликлари билан биринчи гуруҳ дориларидан фарқ қилади, айрим Н рецепторларга нисбатан фаол. Аммо уларда турли даражада кардиотоксик таъсирлар аниқланган. Иккинчи гуруҳ дориларининг умумий хусусияти бу - юқори даражада специфик бўлиши, Н рецепторларга яқинлиги, холин ва серотонин рецепторларга таъсир кўрсатмаслиги; клиник таъсирни тез юзага келиши ва узоқ вақт давом этиши; терапевтик микдорда қўлланганда минимал даражада тинч-лантириш таъсирга эга; юрак мускулида калий ҳосил бўлишини камайтириш юрак ритмининг бузилиши ва Q T интервалининг узайиши билан намоён бўлиши; парентерал шаклда ишлаб чиқарилмайди.

Астемизол (гистаминли) – гуруҳнинг энг давомли таъсир этувчи дориларидан бири (унинг фаол метаболитининг организмдан чиқарилиши 20 суткагача давом этади). Бу дори Н - рецепторлардан қайта тикланмайдиган боғланишлар ҳосил қилиш хусусиятига эга. Тинчлантириш таъсирга деярли эга эмас, алкоғол билан ўзаро таъсирга киришмайди.

Касалликнинг кечимига аста-секин таъсир қилади, шунинг учун уни менингитдек ўткир паталогик жараёнда қўллаш фойдасиз, шунинг учун сурункали аллергик касалликларда қўлланади. Тўпланиш хусусиятига эга. Узоқ вақт қўлланганда юрак ритмининг бузилишига ва ҳатто тўлиқ блокадасига олиб келиши мумкин.

Терфенадин (трексил) - 0,06 г.таблеткалар. Н-гистамин рецепторлар блокатори. Катталарга ва 12 ёшдан ошган болаларда 1 табл.кунига 2 маҳал, ёки 2 табл. 1 маҳал буюрилади. 6 - 12 ёшар болаларда 30 мг кунига 2 маҳал, 6

ёшгача болаларда тана вазнига 2 мг\кг. Ўлим ҳолати ва аритмияларини келтириб чиқариши мумкин.

Фенистил- 2,5 мг таблеткалар. Ўз таъсири билан биринчи гуруҳ дорилари билан яқин туради, аммо тинчлантириш ва мускарин таъсири анча камроқ, аллергияга қарши фаоллиги ва таъсир этиш муддати кўпроқ. Кўпайган капилляр ўтказувчанлигини пасайтиради, суэс антихолинергик таъсирга эга.

per os Қабул қилингандан 30 дақиқадан сўнг таъсир эта бошлайди ва унинг таъсири 8-12 соат давом этади. Катта кишилар ва ўсмирларга 1 таб. кунига 2 маҳал ичишга. Педиатрияда фенистилни томчи сифатида ичиш учун ишлатилади (флаконларда 20,0 мл: 1 мл = 20 томчи). 1ёшгача бўлган болаларда -3-10 томчи \сутка давомида; 1 ёшдан 3 ёшгача - 10-15 томчи \сутка; 3 ёшдан катта болаларда -15-20 томчи \сутка давомида берилади.

Кестин (эбастин) 10 мг таблеткалар. 1 суткада 1 марта қабул қилинади. Қарши кўрсатмалар: буйрак етишмовчилиги, ҳомиладорлик ва лактация даврлари

Кларитини (лоратадин, кларотадин) – 10 мг таблеткалар ва флакондаги 120 мл. сироп. Унинг антигистамин фаоллиги периферик Н рецепторлари билан кучли боғланишлар ҳосил қилиши туфайли астемизол (гисманала) ва терфенадиндан кўпроқ. Дори тинчлантириш таъсиридан ҳоли ва алкагол таъсирини кучайтирмайди. Бундан ташқари кларитин бошқа дори воситалар билан ўзаро таъсирга ва кардиотоксик таъсирга эга эмас.Микдори: суткасига 1 табл.ёки 2 чой қошиқ , 12 ёшгача бўлган болаларда 5 мг (1\2 табл, ёки 1 чой қошиқ сироп суткада бир маҳал берилади). Вазни 30 кг дан ортиқ бўлган болаларда суткада 10 мг бир маҳал буюрилади.

Семпрекс (акривастин) Юқори даражада антигистамин фаоллигига ва минимал даражада тинчлантириш ва антихолинергик таъсирга эга бўлган дори восита.

Унинг фармакокинетик хусусияти метобализм сатҳининг пастлиги ва тўпланиш хусусиятига эга эмаслиги билан намоён бўлади.

Семпрекс (акривастин) доимий аллергияга қарши даволаш зарурати туғилмаган ҳолларда қўлланади. Чунки у тез ва қисқа муддат давомида таъсир кўрсатади.

Ринопронт- 0,004 ва 0,02г капсулалар ;флакондаги 90,0 мл. сироп ҳолда чиқарилади

Микдори: Катталарга ва 12 ёшдан ошган болаларга суткасига 1 капсуладан 2 маҳал, ҳар 12 соатда. 1ёшдан 6 ёшгача 1 чой қошиқдан сироп кунига 2 маҳал, бёшдан 12 ёшгача -2 чой қошиқ суткасига 2 маҳал тавсия қилинади.

Қарши кўрсатмалар:гипертониянинг оғир даражаси, дорига бўлган индивидуал сезгирлик.

Аллергиянинг маҳаллий белгиларини бартараф этиш учун қўланиладиган маҳаллий таъсир этувчи дорилар

Гистимет (левокабастин) аллергия тумовларда томчи ёки бурун спрейи шаклида қўлланади. Маҳаллий усулда қўлланганда у қон айланиш тизимига кичик миқдорда тарқалади, марказий асаб ва юрак қон томир тизимига салбий таъсир кўрсатмайди.

Аллергодил (азеластин) аллергия тумовни даволаш учун юқори самарали дори воситаси ҳисобланади. Бурун спрейи шаклида қўлланилади, тизимли таъсирга эга эмас.

2.3. Учинчи авлодга мансуб антигистамин дорилар (метаболитлар)

Цетиризин (зиртек, цетрин) –периферик Н рецепторларининг. Юқори селектив антогонисти. Гидроксизиннинг фаол метобилити бўлиб, жуда кам тинчлантириш таъсирига эга. Цетеризин организмда деярли метоболизмга учрамайди, унинг чиқарилиши буйрак фаолиятига боғлиқ. Юрак аритмиясини юзага келтириш хусусияти йўқлиги билан ажралиб туради

Фексофенадин (телфаст)– терфенадиннинг (гистадин) фаол метаболити Фексофенадиннинг кимёвий таркиби организмда ўзгармайди. Унинг кинетикаси буйрак ва жигар фаолияти бузилган ҳолда ҳам ўзгармайди. У бошқа дорилар билан ўзаро таъсирга киришмайди. Тинчлантириш таъсирига эга эмас. Рухий фаолиятга таъсир кўрсатмайди. Шунинг учун бу дори кучли эътиборни талаб қилувчи касб эгаларига қўллашга рухсат берилди. Узоқ вақт давомида ва кўп миқдорда қўлланганда юрак фаолиятига таъсир кўрсатмайди. Хавфсизлиги билан бир қаторда бу дори фаслли аллергия тумовларни даволашда жуда самарали дори ҳисобланади.

Рузам- аллергияга қарши, яллиғланишга қарши ностероид дори. Ампулада 0,2 мл эритма. Яллиғланишга қарши хусусиятига эга пипцитларнинг Янги синфига мансуб.

Таъсир механизми:юқори ҳарорат шароитида клонлаштирилган термофил стафилококклар аллергияга қарши адаптив пептид ишлаб чиқаради.

Кўрсатмалар: аллергия касалликлар- бронхал астма, фаслли ва йил давомидаги тумов, конюктивит, атопик дерматит, крапивница, алоҳида ёки атопик синдром шаклида кечган Квинке шиши: дорига, озиқ-овқатга ва поливалент аллергияларга яхши самара беради

Қўллаш усули: тери остига бир марталик миқдори 0,1-0,2 мл 1 маҳал ҳар 5-7 кунда . Жами 5-10 муолажа бажарилади. Даволаш курси 20 кундан сўнг такрорланиши мумкин. Профилактик даволаш курслари 1 йилда 2 марта

баҳорда ва кузда ўтказилади. Полинозларда **Рузам** йил давомида ўсимликларнинг гуллаши олдидан тавсия этилади.

Қарши кўрсатмалар: ҳомила даври, ички аъзоларнинг оғир касалликларида тавсия этилмайди.

3. Сульфаниламидлар

Сульфаниламид дорилари ишлаб чиқилгандан сўнг тиббиётда бевосита микроб ҳужайрасига таъсир этиш имкони кенгайиш даври бошланди. Улар йирингли паталогик жараёнларни даволаш муаммосини анча енгиллаштирди.

Табийки, бу дорилардан оториноларингологлар ҳам қуролландилар.

Оториноларингология амалиётида бу дориларнинг қисқа вақт, узоқ давомли таъсир этувчи дори воситалари ишлатилади.

Стрептоцид- 0,3-0,5 г таблеткалар. Коклар гуруҳи ва ичак таёкчасига қарши антимикроб таъсирига эга. Стрептоцид қабул қилинганда ошқозон ичак тизимида тез сўрилади ва 1-2 соатдан сўнг унинг қондаги концентрацияси энг юқори кўрсаткичга етади.

Микдори: Катта кишиларда -0,5-1 г суткасига 5-6, бир ёшгача бўлган болаларда бир марталик микдори 0,05-0,1 г, 2 ёшдан 5 ёшгача 0,2-0,3 г, 6 ёшдан 12 ёшгача 0,3-0,5 г суткасига 3 маҳал ичишга тавсия қилинади.

Катталар учун энг юқори бир марталик микдори 2 г. суткалик микдори 7 г тавсия қилинади. Таблеткалардан ташқари терига суртиш учун дори малҳами (5 или 10 %) ёки эмулсия (5%) шакллари мавжуд. Стрептоцид «Сунорэф» малҳами ва бурун ичига пуркаш учун мураккаб кукун таркибига киради.

Қарши кўрсатмалар: қон тизими ва буйрак касалликлари, базедов касаллиги дорида сезирлик ошганда.

Норсульфазол- 0,5 г таблетка чиқарилади кокк флораси ва ичак таёкчасига қарши фаолликка эга. Тез сўрилади ва организмдан сийдик орқали тез чиқарилади. Катталарга биринчи қабул 2 дан 4 г гача бир мартага, 1 г дан кунига 4 маҳал, 3-6 кун давомида. Болаларга ҳар 4,6,8 соатда қуйидаги бир марталик микдорда: 4 ойдан 2 ёшгача бўлган болаларда 0,1-0,25г, 2 ёшдан 5 ёшгача 0,3-0,4 г, 6 ёшдан 12 ёшгача 0,4-0,5 г микдори тавсия қилинади.

Биринчи марта қабул қилиш пайтида дорининг 2 барабар микдорда берилади. Катталар учун энг юқори бир марталик микдори 2 г., суткалик микдори 7 г ташкил қилади.

Сульфазин- 0,5 г таблеткалар. Ичиш учун буюрилади, биринчи марта 2 г, кейин ҳар 4 соатда бир грамдан 1-2 кун давомида. Кейинги кунларда ҳар 6-8 соатда 1 г дан тана ҳарорати меъёрлашган пайтгача ва яна 3 сутка давомида

берилади. Болаларга 1 марта дорининг микдори 1кг тана вазнига 0,1 г дан, кейин 0,025 г\кг ҳар 4,6,8 соатларда буюрилади.

Сульфадимезин- 0,25 ва 0, 5 г таблетка чиқарилади. Микробга қарши кенг таъсир кўламига эга, зарарсиз . Катталар учун энг юқори бир мартали микдори 2 г, суткали микдори 7 г. Болаларга биринчи марта 1кг тана вазнига 0,1 г дан, кейин 0,025 г\кг дан ҳар 4,6,8 соатларда буюрилади.

Сульфацил натрий- ок рангли кукун, ҳамда 10,20,30 % эритма 5 ва 10 мл дан флаконларда (альбуцид). Микдори: 0,5-1 г дан 3-5 сутка, болаларга 0,1-0,5 г дан 3-5 сутка давомида

Альбуцид эритмалари ринологияда, айниқса болаларда қон томирни торайтирувчи дорилар кўшилган ҳолда бурун томчилари сифатида ишлатилади. Қарши кўрсатмалар: сульфаниламидларга бўлган алергик реакция ҳисобланади.

Сульфациридазин-0,5 г таблеткалар. Узоқ таъсирга эга сульфаниламид дориси,микробга қарши кенг таъсир кўламига эга. Микдори: биринчи марта қабул қилинганда 1-2 г, кейин ва даволаш курсининг охиригача 0,5-1 г дан ҳар 24 соатда. Болаларга биринчи суткада 25 мг\ кг , кейинги кунларда 2,5 мг\кг . Дори аста-секин организмдан чиқарилади ва организмга тўпланиб захира ҳосил қилиш хусусиятига эга. Қарши кўрсатмалар: қон тизими, буйрак, жигар касалликлари, юрак фаолиятининг декомпенсацияси ҳисобланади.

Сульфамонетоксин- 0,5 г таблетка чиқарилади. Ўзининг таъсири бўйича сульфациридазинга яқин туради. Касалликнинг энгил кечган клиник шаклларида даволашнинг биринчи куни 1 г дан кунига 1 марта, кейинчалик эса, 0,5 г дан 1 суткада 1 марта. Касалликнинг оғир кечимида дорининг микдори 2 барабар оширилади. Зарурият туғилганда дорини бир ой давомида кўллаш мумкин. Болаларга даволашнинг бир куни 25 мг\кг, кейинги кунларда 12,5 мг\кг дан буюрилади..

Сульфадиметоксин– 0,5 г таблетка чиқарилади. Давомли ва микробга қарши кенг таъсир кўламига эга. Ўзининг таъсири бўйича сульфациридазинга яқин туради. Микдори: даволашнинг бир куни 1 г дан бир марта, кейинги кунларда 0,5 г дан суткасида бир марта Болаларга 1 куни 25 мг\кг, кейинги кунларда 12,5 мг\кг дан буюрилади.

Сульфален- 0,2 ва 0,5 г таблеткалар. Жуда узоқ микробга қарши таъсирга эга. Унинг қондан чиқарилиши 65 соатни ташкил этади.

Бисептол 480 ёки 240 (трипетоприм, бактрим, септрим, котримоксазол)-таблеткалари таркибида 100 ёки 400 мг сульфаметаксазолан ва 20 ёки 80 мг триметоприм эга.. Катталарга ва 12 ёшдан ошган болаларга 960 мг дан суткасига 2 маҳал, 6 – 12ёшгача болаларга 480 мг суткада 2 маҳал бир суткада. Дори 5-6 кун давомида ичирилади. Қарши кўрсатмалар: дорига бўлган индивидуал сезгирлик, хомила даври, қон ишлаб чиқарилишининг бузилиши, буйрак ва жигар касалликлари, қон касалликлари.

Этазол- 0,25 ва 0,5 г таблеткада. Микробга қарши кенг таъсир кўламига эга, зарарсиз. Ичиш учун 1 г дан кунига 4-6 марта 2 ёшгача бўлган болаларга 0,1- 0,3 ҳар 4 соатда, 2-5 ёшар болаларга 0,3-0,4 ҳар 4 соатда, 5 -12 ёшар болаларга 0,5 г дан ҳар 4 соатда. Катталар учун бир марталик энг юқори миқдори 2г, суткали миқдори 7 г.

Этазол натрий – ампуладаги 10 % эритма. 5-10 мл чиқарилади. Оториноларингологияда бўшлиқларни ювиш ва яллиғланишга қарши кураш мақсадида ишлатилади.

4. Антибиотиклар

Турли микроблар гуруҳига бактериостатик ва бактериоцит таъсирга эга дори воситалари Микробга қарши кимётерапия- микроорганизмлар кўзга татган юқумли касалликларини айнан шу микробга қарши таъсирга эга дорилар билан даволаш. Микробга қарши кимётерапияда 3 асосий таркибий қисмлар бир-бири билан ўзаро таъсир кўрсатади:

1. Микроорганизм

2. Доривоситаси

3. Макроорганизм.

Микроорганизмда юқумли касалликларин кўзга татувчи бактериялар, риккетсиялар, вируслар, замбуруғлар ва оддий микроорганизмлар киради.

Бактерияга қарши дориларга кимёвий структураси ва таъсир механизми турлича бўлган кўп сонли дорилар гуруҳи киради. Микробга қарши барча дорилар бактерия хужайрасининг у ёки бу молекуласи ёки унинг ферменти билан боғланиш ҳосил қилиш хусусиятига эга. Поликлиника шароитида оториноларингологлар асосан оғиз орқали қабул қилинадиган дориларни ишлатадилар. Бундан ташқари антибиотиклар эритмалари зарарланган бўшлиқ антисептик эритмалари билан ювилгандан сўнг юборилади. Оториноларингологияда қўлланиладиган микробга қарши дорилар қуйидагиларга бўлинади: β-лактамлар (пеницилинлар ва цефалоспоринлар);

—цефалоспоринлар;

—макролидлар;

—аминоглюкозидлар;

—тетрациклинлар;

—линкозаминлар;

—ДНК гираза ингибиторлари (хинолонлар, фторхинолонлар);

—аралаш антибиотиклар.

Пенициллин гуруҳига мансуб дорилар

Ушбу дорилар табиий, яримсинтетик ва синтетик бўлиши мумкин. Улар грам-мусбат бактериялар (кокк флораси), айрим грам-манфий ва грам-мусбат таёқчалар кўзгатган юкумли касалликларда яхши самара беради.

Бензилпенициллиннинг натрий ёки калий тузи 250-500 минг. ТБ фаоллигига эга оқ рангдаги кукун билан тўлган флаконлар. Мускул орасига юбориш ёки бўшлиқ ичига киритиш учун эритма ҳолида қўлланилади.

Феноксиметилпенциллин (оспен) 0,1 ва 0, 25 г таблеткалар 0,1г дражалар. Бактериостатик таъсирга эга. Овқатдан олдин ярим ёки бир соат олдин бир суткада 4-6 маҳал ичишга. Катталар учун бир марталик ўртача миқдори 0,25г, суткалик миқдори 1,5 г. бир ёшгача бўлган болаларда 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 ни ташкил қилиши керак.

Оксациллин ярим синтетик пенциллинлар гуруҳига киради, 0,25-0,5 г таблеткалари. Катталар ва 6 ёшдан ошган болалар учун дорининг бир марталик миқдори (суткалик 3 г). 3 ойгача бўлган болаларда 200 мг\кг, 3 ойдан -2 ёшгача 1 г сутка, 2-6 ёшгача 2г суткасига тўғри келиши керак.

Ампициллин тригидрат -0,25 г таблеткалар ёки капсулалар. Яримсинтетик пенициллинлар гуруҳининг антибиотики 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 1 суткада 4-6 маҳал ичишга буюрилади.

Ампициллин натрий тузи- 0,25 ва 0,5 г флаконлардаги кукун. 2 мл ампуладаги инъекция суви билан бирга. Бурун ён бўшлиқларига киритиш учун ва ЛОР касалликларининг оғир кечишида мускул орасига юбориш учун.

Ампиокс- ампициллина ва оксициллин натрий тузларидан таркиб топган мураккаб антибиотик. Флаконларда 100, 200 ва 500 мг. Деярли барча микробларга қарши кенг таъсир кўламига эга. Ўткир ёки сурункали жараёнлар авжида турли бўшлиқларга киритиш учун ишлатилади. 0,025 г капсулалар ичиш учун буюрилади. Катталар учун суткалик миқдори 2-4 г, 12 ёшгача болалар учун 100 мг\кг ни ташкил қилади.

Карбеницилин натрий тузи – ярим синтетик пенциллинлар гуруҳига киради. Кенг таъсир кўламига эга, Кўк йирингли таёқчага нисбатан фаол. Бир грамм миқдорда флакон шаклида ишлаб чиқарилади. ЛОР аъзолари бўшлиқлари яллиғланишини даволаш мақсадида мускул орасига юбориллади.

Амоксициллин (оспамокс) 1,0 г таблеткалар ва 0,25 ва 0,5 г. капсулалар. Кенг таъсир кўламига эга пенциллин каторининг яримсинтетик антибиотики. 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 суткасига 3 марта буюрилади.

10 ёшгача болаларга суткасига 0,125- 0,25 г, 2 ёшгача болаларга 20 мг\кг суткасига 3 маҳал буюрилади.

Амоксиклав (аугментин)- 0,25-0,5 г таблеткалар мураккаб антибиотик (амоксициллин –тригидрат шаклида, 250 ёки 500 мг ва клавулан кислотаси- калий тузи шаклида).Микроб хужайрасига бактериоцид таъсирга эга, кенг таъсир кўламига эга бўлган антибиотик. Грамм-мусбат ва грамм-манфий микроорганизмларга ҳамда аэроб грамм-мусбат бактерияларга таъсири фаол. Жараённинг кескинлигига қараб дори 1 суткада 2-3 маҳал берилади.

4.2. Цефалоспоринлар гуруҳига мансуб антибиотиклар

Цефалоспоринлар гуруҳига мансуб антибиотиклар микробга қарши кенг таъсир кўламига эга. Одатдаги яллиғланишга қарши дорилар таъсир қилмаган патоген флорага нисбатан самарали. Цефалоспоринларнинг 1,2,3,4 авлоди тафовут этилади. Биринчи авлод цефалоспоринларга қуйидагилар кирди:

Цепорин (цефалоридин) 0,25, 0,5 ва 1,0 г флакондаги кукун ҳолда чиқарилади. Пенциллинга нисбатан аллергия ҳолатларида бўшлиқларни ювиш ва бўшлиқ ичига киритиш учун қўлланади.

Цефалексин (цепорекс) 0,25 ва 0,5 г капсулалар. Ичиш учун мўлжалланган кенг таъсир спекторига 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 ҳолатда суткалик миқдорининг ўртачаси 25-50 мг\кг тенг. Дори бир суткада 4 маҳал қабул қилинади. Даволаш курси 7-12 кун. Қарши кўрсатмалар: хомилалик даври ва дорига бўлган индивидуал сезгирлик.

Цефазолин (цефамизин) парэнтрал йўл орқали юбориладиган 1,0 г флакондаги 1 г ли кукун. Бўшлиқларга киритиш учун қўлланилиши мумкин.

Анцеф - 0,5 ва 1,0 г флакондаги кукун. Бактериоцид таъсирга эга.бир суткалик максимал миқдори 6,0 г. Бўшлиқ тешилгандан кейин унинг ичига юбориш ва ювиш учун қўлланилиши мумкин.

Цефаклор 0,125 ва 0,25 г таблеткалар, 0,25 ва 0,5 г капсулалар. Дори 0,25 г дан кунига 3 маҳал ичилади. Зарурият туғилганда дори миқдори бир суткада 4 г гача кўпайтирилиши мумкин.

Цефадроксил 0,5 г таблеткалар, капсулалар 0,25 ва 0,5 г. Дори бир суткада 2 г дан бир ёки икки маҳал буюрилади.

Цефокситин Иккинчи авлодга мансуб дори. Флакондаги кукун 1,0 ёки 2,0 г. Мускул орасига ёки томир ичига юбориш учун қўлланилади. Маҳаллий қўллаш усули ҳам бажарилиши мумкин.

Цефобид- Учтинчи авлодга мансуб дори. 1,0 ёки 2,0 г флакондаги кукун. Кенг таъсир доирасига эга. Мускул орасига ва томир ичига юборилади. Аминоглюкозидлар билан бирга қўлланилмайди.

Зиннат 0,125, 0,25 ва 0,5 г таблеткалар. Катталар учун бир суткада 250 мг 2 маҳал, болалар учун суткада 125 мг 2 маҳал ичишга тавсия қилинади. Қарши кўрсатмалар: цефалоспоринларга сезгирлик ошганда.

Цедекс 0,2 ва 0,4 г капсулалар. Катталарга бир суткада 0,4 г дан 2 маҳал ичишга. Қарши кўрсатмалар: цефалоспиринларга сезгирлик ошганда

Цефепим – Тўртинчи авлодга муносиб дори. Флакондаги 1 г ли кукун. Огир инфекцияларда томир ичига ёки ЛОР аъзолари бўшлиқларига киритиш учун ишлатилади.

4.3.Тетрациклинлар

Бу синфга мансуб антибиотиклар бактерияларга қарши кенг фаолликка эга бўлиб, уларнинг гуруҳ вакиллари орасида жуда кам фарқ қилади. Таъсир механизми тетрациклинлар ва бактериостатик таъсир кўрсатади. Рибосомалар билан фаол боғланиш ҳосил қилиш ва транспорт ҳамда информация РНК комплексларни ўзаро таъсирини бузиши орқали бактриялар ичидаги оксил синтезига таъсир қилади. Қўлланиши: тетрациклинлар протей ва кўк йирингли таёкчанинг аксарият штамларидан ташқари грамм-манфий ва грамм-мусбат патоген бактериялар чақирган барча инфекцияларга нисбатан фаол.

Тетрациклин (тетрациклин гидрохлорид) 0,05 г, 0,1 ва 0,25 г. таблеткалар. Микробга қарши кенг таъсирга эга. Катталар учун 1 марталик дозаси: 0,2-0,25 г кунига 3-4 маҳал ичишга, даволаш курси 7-10 кун.

Окситетрациклин дигидрат 0,25 г таблеткалар. Кўрсатмалари ва миқдори тетрациклинга ўхшайди. (Юкорига каранг)

Окситетрациклин гидрохлорид – «Гиоксизон» малҳами шаклида ишлаб чиқарилади. Унинг таркибида окситетрациклиндан ташқари гидрокортизон ҳам киради. Бактрияларга қарши, яллиғланишга қарши ва аллергияга қарши таъсирга эга. Маҳаллий усулда қўлланади.

Метациклин гидрохлорид 0,15 ва 0,3 г капсулалар. Фаоллиги бўйича тетрациклиндан устун турувчи яримсинтетик дори. 1 марталик миқдори 0,3 г, суткали 0,6 г бир суткада 2 маҳал овқатдан олдин ичишга буюрилади. Барча тетрациклинлар каби дорига бўлган аллергия ҳолатларида, ҳомиладорлик пайтида ва замбуруғли касалликларда қўллаш ман этилади.

Доксициклин гидрохлорид (вибрамицин) 0,05 ва 0,1 г капсулалар. Кенг таъсир кўламига ярим синтетик антибиотик, ичаклардан тез сўрилади. Овқатдан сўнг ичиш учун қўлланилади. Дорининг суткали миқдори катталар ва 12 ёшдан ошган болалар учун биринчи кун 2г\кг ҳисобида ёки икки мартали ичишга ҳар 12 соатда кейинги кунларда 0,1 г\кг. Биринчи суткада 8-12

ёшдаги болаларга 4 мг\кг тана вазнига, кейинги кунларда 2 мг\кг тана вазнига тавсия қилинади.

4.4. Аминогликозидлар

Бу дориларга стрептомицин, канамицин, гентамицин, софрамицин, тобрамицин, амикацин киради. Юқори даражада ототксик таъсир даражасига эга бўлганлиги учун, айниқса ногора парда тешилиши билан кечган отитларда (ўрта кулоқ бўшлигининг эпителий томонидан дорини юқори даражада сўрилиши, дорининг чиганокнинг овал ва айлана дарчалари иккиламчи мембраналари орқали тарқоқ ва осматик босим туфайли дори ички кулоқнинг суюқлигига тарқалади ва корти аъзонинг хужайраларини зарарлантиради) оториноларингология амалиётида деярли қўлланилмайди. Ҳозирги кунда ЛОР касалликларини даволаш учун аминогликозидлар кулоқ томчилари (софрамицин, софрадекс, альдецин 5,0 мл флаконларда) ва бурун бўшлиғи, бурун ҳалқумга пуркаш учун аэрозоллар (изофра 15,0 мл флаконларда) шаклларида ишлаб чиқарилади. Бу дори воситаларни қўллаш пайтида уларнинг фармокологик хусусиятларини ҳисобга олиб, эҳтиёткорлик билан фақат жуда зарур бўлган ҳолларда буюриш лозим.

4.5. Макролидлар

Макролидаларнинг бир гуруҳ антибиотикларининг ўзига хос вакили эритромициндир.

Эритромициннинг таъсир механизми тетрациклинникига ўхшайди. Эритромицин бактериостатик таъсир қилиш кучига эга.

Эритромицин- 0,1 ва 0,25 г таблеткаларда чиқарилади. Кенг таъсир кўламига эга бўлган антибиотик. Ичиш учун қўлланилади. Бир марталик миқдори 0,5 г, суткалик миқдори 2,0 г 1-3 ёшгача болаларда суткалик миқдори 0,4 г, 3-12 ёшгача – 0,5 дан 1 г гача суткада. Дори ҳар 4-6 соатда бир хил миқдорда берилди. Қарши кўрсатмалар: дорига бўлган индивидуал сезгирлик ва жигар фаолиятининг бузилиши.

Олеандомицин фосфат 0,125 г таблеткалар. Кенг таъсир кўламига эга антибиотик. Ичиш учун қўлланилади. 1 марталик миқдори 0,5 г, суткалик миқдори 2,0 г. 3-6 ёшгача 0,25-0,5 г, 6 - 14 ёшгача 0,5-1,0 г, 14 ёшдан ошган болаларда 1,0-1,5 г. Суткалик миқдори 4 маҳалга бўлиниб ичилади.

Клиндамицин эритромицинга ўхшаш таъсир кўламига эга. Кўпгина анаэробларга нисбатан фаол таъсир кўрсатади. Ичиш учун 150-450 г дан ҳар 6 соатда ёки 600-900 мг дан томир ичига ҳар 8 соатда буюрилади.

Кларитромицин яримсинтетик макролид эритромицин таъсир кўлами бўйича эритромицинга ўхшайди. Аммо Haemophilus influenzae ва Moraxiella catarrhalis га нисбатан ҳам фаол. Дори енгил юқори нафас йўллари ва ўпка

инфекцияларини даволашда ишлатилади. Ичишга 250-500 мг дан ҳар 12 соатда буюрилади.

Қарши кўрсатмалар: ҳомиладорлик даври ва буйрак етишмовчилиги.

Азитромицин –азалид, кимёвий тузилиши бўйича эритромицинга яқин туради, аммо таъсир кўлами кенгрок. Кларитромицин аналогига ўхшайди. Ичишга 250-500 мг дан ичишга буюрилади.

Олететрин 0,125 г олеандомицина фосфата ва 0,125 г тетрациклина гидрохлоридан таркиб топган мураккаб антибиотик. 0,25 г таблеткалар. 0,25 г кунига ичишга буюрилади. Дорининг суткали дозаси 1,-1,5 г.

Линкомицина гидрохлорид 0,25 г капсулалар. Ичишга буюрилади. Катталар учун 1 марталик дозаси 0,5, суткали дозаси 1,-1,5 г. Кенг таъсир кўламига эга. Қарши кўрсатмалар: ҳомиладорлик даври, жигар ва буйрак касалликлари.

Вильпрофен 0,05 , 0,2 ва 0,5 г таблеткаларда чиқарилади. Флаконда суспензия 100,0 мл. Бактериостатик. дори. Суткали миқдори 0,8-2,0 г (3 маҳал),суспензияси 30-50 мг \кг , 1 суткада 3 маҳал ҳар 8 соатда буюрилади.

Ровамицин 1,5 таблеткалар бир млн ТБ.Ичиш учун буюрилади. Дорининг суткали миқдори 6-9 млн ТБ 2-3 маҳал ҳар 8 соатда буюрилади.

Рулид 0,15 г таблеткалар кунига 2 маҳал ҳар 12 соатда буюрилади.

Синтомицин лиямент 1,5,10 %. Ўирингли яралар, куйишларда ва пиодермия, сурункали отитларда қўлланилади.

5. Аналгетик ва яллиғланишга қарши кучли таъсирга эга дорилар. XIX асрда кашф этилган ва яллиғланишга қарши хусусиятига эга бўлган Ацетилсолицил кислотаси ва унга ўхшаш дорилар (мажнунтол пўстлогидан олинган моддасалицилин). Ҳозирги пайтгача тиббиётга фаол хизмат килиб келмоқда.Яллиғланишга қарши, харортани тушурувчи ва оғриксизлантириш таъсирларининг механизми жуда мураккаб бўлиб, простагландинлар синтезини сўндириш хусусияти билан (аналгетик таъсири-марказий ва периферик ҳамда гипоталамусга таъсир этиш билан хароратни тушуриш таъсири) билан боғлиқ.

Аспирин (ацетилсолицил кислота) 0,25 ва 0,5 г таблеткалар. Оғриксизлантириш, хароратни тушириш ва агрегантга қарши таъсирга эга. Ичиш учун 0,5 г дан кунига 3-4 маҳал ёки ректал шамчлар шаклида 0,3-0,6 г дан ҳар 3-4 соатда. Нокулай таъсири-ошқозон ичак йўли (меда) ва тўғри ичак шиллик пардаларига таъсир этиши, узоқ вақт қўлланганда интерстициал нефрит ва капилярный некроз, ич кетиши ва қон оқишлар кузатилиши мумкин. Ацетилсолицил кислота турли мамлакатларнинг фармокология саноати ишлаб чиқарувчи мураккаб дориларнинг таркибига киради.

Бенорилат (бенорал) ацетилсолицил кислотасининг эфири ва парацетамолдан ташкил топган мураккаб дори. 0,75 г ли шакллар. Меъданинг шиллик пардасига кам таъсир қилади. Суткали миқдори 4-8 г дан 2-3 маҳал тавсия қилинади.

Дифлунизал (долобид) 0,25 ва 0,5 г таблеткалар шаклида ишлаб чиқарилади. солицил кислотасининг фторфенил шакли . Ошқозон ичак йўли томонидан ноқулай реакцияларни камроқ кўзгатади. 0,25, 0,5 г миқдорда 2 маҳал буюрилади.

Антипирин(феназон) Пиразолондан ҳосил қилинган дори 0,25 г таблетка шаклида чиқарилади, яллиғланишга қарши, ҳароратни тушурувчи ва оғрикқисилантирувчи таъсирга эга. Салициллардан фарқли ўларок шиллик қаватга ноқулай таъсир кўрсатмайди, қон ивишини оширади. 0,25 -0,5 г кунига 2-3 маҳал ичиш учун қўлланилади.

Амидопирин- 0,25г таблеткалар.Ўз таъсири бўйича антипиринга яқин туради. Аммо ундан фаолроқ..Овқатдан сўнг ичиш учун кунига 1 таблеткадан. 3-4 маҳал ичишга буюрилади.

Анальгин 0,25 -0,5 г таблеткада чиқарилади. Жуда кенг қўлланиладиган наркотиксиз анальгетик. Ичиш учун 0,25-0,5 г кунига 2-3 маҳал ёки мускул орасига 50 % эритма ҳолида 2,0 мл 1 суткада 2 маҳал ёки бир маҳал промедикация сифатида қўлланилади.

Парацетамол 0,2 г таблеткалар.Дорининг бир марталик миқдори 0,5 г, суткали миқдори 1,5 г ташкил қилади, овқатдан кейин эзиб қабул қилинади.

Яллиғланишга қарши ва оғрикқисилантириш таъсирига эга.

Вобензим- 40, 200 ва 800 дражелар. Яллиғланишга қарши мураккаб дори. Яллиғланишга қарши ва муколитик таъсирга эга. Юқори нафас йўлларининг яллиғланишига қўлланилади.

6. Маҳаллий таъсирга эга антисептик дорилар.

Бу дорилар суюқ, аэрозол ва таблетка шаклида ишлаб чиқарилади. Уларнинг асосий вазифаси яллиғланиш жараёни ўчоғида дорининг (антисептик) максимал маҳаллий концентрациясини ҳосил қилиш

Гексализ- Шимиш учун мураккаб таблеткалар. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳиқилдоқ яллиғланишларида бир суткада 6-8 таблеткадан қўлланилади.

Гексаспрей- флакондаги 30,0 г.Оғиз бўшлиғи ва бурунҳалқумнинг яллиғланиш касалликларида маҳаллий усулда қўллаш учун спрей. Бир суткада 3 маҳал 2 мартадан пуркаш учун буюрилади.

Гексорал- Маҳаллий усулда қўллаш учун 0,1% эритма, флаконда 60,0 ва 200,0 мл, 0,2 % эритма, флаконда 40,0 мл –спрейлар. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва ҳиқилдоқ касалликларида қўлланилади.

Ларипронг- Шимиш учунг таблеткалар. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқнинг яллиғли касалликларида бир таблеткадан ҳар 2-3 соатда буюрилади.

Мирамистин- Маҳаллий ва ташқи усулда қўллаш учун 0,01 % эритма . Антисептик дори. Ҳалқум, ҳиқилдоқнинг яллиғланишларида, ўрта кулоқ ва

бурун ва бурун атрофи бўшлиқларини ювиш учун қўлланилади. 100,0 ва 500,0 мл флаконларда чиқарилади.

Себедин – Оғиз бушлиғи ва ҳалқум яллиғланишларида шимиш учун таблетка, бир таблеткадан. Ҳар 2 соатда буюрилади.

Стрепсилс, тантум верде, тонзилгон, фалиминт, фарингосепт- тилостига олинадиган таблеткалар. Оғиз бўшлиғининг ўткир яллиғланиш жараёнлари оғриқ билан кечган ҳолларда ишлатилади. 1 суткада бир таблеткадан 3-4 маҳалдан 5-6 маҳалгача тавсия қилинади.

Флуимуцил- яллиғланиш ўчоғида шилимшиқ моддаларни суюлтиришга ёрдам берувчи муколитик дори воситаси ва антиоксидант таъсирга эга. Ишлаб чиқариш шакллари ичимлик сувини тайёрлаш учун 200 мг кукуни бўлган пакетчаларда чиқарилади. Кунига 3 маҳал қабул қилиш тавсия қилинади. Даволаш курси 5-10 кун. Дори ингалиция шаклида ҳам қўлланилиши мумкин (5% эритма 6 мл дан ҳар бир ингалиция учун бир кунда бир ёки икки маҳал ингалиция буюрилади)

Ринофлуимуцил- оғиз бўшлиғи ва бурун атрофи ён бўшлиқларининг яллиғланишининг маҳаллий усулда даволаш учун қўлланиладиган мураккаб дори. Ишлаб чиқарилиш шакли 10,0 мл флаконда миқдорни аниқ белгилувчи мосламаси билан бирга ҳар бир бурун тешигига 2 дозадан, улар орасидаги 5 дакикалик танаффус билан, кунига 3-4 маҳал буюрилади.

Анауран- қулоқ томчилари, мураккаб дори. Қулоқнинг ўткир ва сурункали касалликларини даволашда қўлланилади. 25,0 мл флаконда чиқарилади.

Витаминлар.

Яллиғланиш ўчоғида ривожланган инфекцияга қарши организм ҳимоя кучини ошириш учун антибиотиклар билан бир қаторда витаминлар (С,В) кам қўлланилиб витамин С эса кўп қўлланилади.

Витамин С (аскарбин кислотаси)– организмда оксидланиш-тикланиш жараёнларини яхшилайти. Углеводлар алмашинувида қатнашади, қон томир деворини мустаҳкамлайди ва шу орқали яллиғланиш ўчоғида тўқима шишини ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади. Аскарбин кислотасига бўлган суткалик эҳтиёж 70-100 мг ни ташкил қилади. Аскарбин кислотаси таблетка шаклида 0,05 ва 0,1 г ҳамда инъекция учун 5 % ли эритма шаклида чиқарилади ва ишлатилади.

В гуруҳи витаминлари – кучли антиоксидант бўлганлари туфайли тўқималарда оксидланиш-тикланиш жараёнларини яхшилаш учун эритма шаклида қўлланилади. Хусусан ушбу гуруҳ витаминлари ички қулоқ патологиясини (нейросенсор қулоқ оғирлиги) даволашда қўлланилади.

Бошқа витаминлар «Аэровит», «Гексавит», «Ундевит», «Рибовит», «Ревит», «Олиговит» Мураккаб поливитаминлар таркибига кириди.

Мундарижа	
МУҚАДИММА.....	2
I боб	3
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ФАНИ, УНИНГ ТАРКИБИ, ВАЗИФАСИ, БОШҚА ФАНЛАР БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ	3
ЎЗБЕКИСТОНДА РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ.....	3
БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРУВГА ТАЙЁРЛАШ.....	5
II боб	7
БУРУН ВА БУРУН АТРОФИ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ	7
Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг анатомик тузилиши.....	7
Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларининг физиологияси	19
Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлар ҳолатининг организмга таъсири	22
✦ Бурун ва бурун атрофи бўшлиқларини текшириш усуллари.....	23
III боб.....	31
Бурун касалликлари.....	31
ТАШҚИ БУРУННИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ.....	31
ХОАНАЛАРНИНГ ТУҒМА АТРЕЗИЯСИ	32
БУРУН ЧИПҚОНИ.....	33
БУРУН САРАМАСИ.....	34
ПУШТИ ДОНАЧАЛАР ВА РИНОФИМА.....	35
БУРУН ДАҲЛИЗИ СИКОЗИ.....	36
БУРУН ЭЖЕМАСИ	37
ТАШҚИ БУРУННИНГ ТЕРМИК ЖАРОҲАТЛАРИ	38
БУРУН ТЎСИҒИ ҚИЙШИҚЛИГИ.....	39
БУРУН ТЎСИҒИ ГЕМАТОМАСИ ВА АБСЦЕССИ	42
БУРУН ТЎСИҒИНИНГ ТЕШИЛИШИ	43
БУРУНДАН ҚОН ОҚИШИ.....	44
ЎТКИР РИНИТ,	52
СУРУНКАЛИ РИНИТ.....	57
СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ РИНИТ	57
СУРУНКАЛИ ГИПЕРТРОФИК РИНИТ	58
СУРУНКАЛИ АТРОФИК РИНИТ.....	60

САССИҚ ТУМОВ, ОЗЕНА	62
ВАЗОМОТОР РИНИТ	64
БУРУН ВА БУРУН АТРОФИ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИ	68
ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТ	74
ЎТКИР ГАЙМОРИТ	77
ЎТКИР ФРОНТИТ	81
ЎТКИР ЭТМОИДИТ	82
ЎТКИР СФЕНОИДИТ	83
СУРУНКАЛИ ГАЙМОРИТ	87
ОДОНТОГЕН ГАЙМОРИТ	89
СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ	90
СУРУНКАЛИ ЭТМОИДИТ	92
<u>БУРУН АТРОФИ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ КИСТАСИМОН КЕНГАЙИШИ</u>	102
<u>БУРУН БЎШЛИГИ ПОЛИПИ</u>	103
РИНОГЕН КЎЗ КОСАСИ (ОРБИТАЛ) ВА КАЛЛА СУЯГИ ИЧИ АСОРАТЛАРИ	105
IV боб	126
Ҳалқум физиологияси	130
✦ Ҳалқумни текшириш усуллари	138
V боб	141
— ҲАЛҚУМ КАСАЛЛИКЛАРИ	141
2. Специфик: юқумли гранулемаларда-сил, захм, склеромадаги	141
ЎТКИР ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)	141
Ангиналарнинг алоҳида (нотипик) шакллари:	142
Юқумли касалликларда ривожланган ангиналар:	143
Дифтерияда	143
Қон касалликларда ривожланган ангиналар:	143
Агранулоцитар	143
БАНАЛ АНГИНАЛАР	143
КАТАРАЛ АНГИНА	143
ФОЛЛИКУЛЯР АНГИНА ёки ПАРЕНХИМАТОЗЛИ АНГИНА	144
ЛАКУНАР АНГИНА	145
АНГИНАЛАРНИНГ АЛОҲИДА (НОТИПИК) ШАКЛЛАРИ	147
ЯРАЛИ-НЕКРОТИК АНГИНА- ЯРА-ПАРДАЛИ АНГИНА, СИМАНОВСКИЙ-ПЛАУТ-ВЕНСАН АНГИНАСИ	147

ГЕРПЕТИК АНГИНА-.....	149
ФЛЕГМОНАЛИ АНГИНА.....	149
ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНАЛАР.....	150
ДИФТЕРИЯДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНА.....	150
СКАРЛАТИНАДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНА.....	153
ҚИЗАМИҚДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНА.....	153
ТУЛЯРЕМИЯДАГИ АНГИНА.....	154
ИЧ ТЕРЛАМАДАГИ АНГИНА.....	154
ЮҚУМЛИ МОНОНУКЛЕОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ АНГИНА ШАКЛИ.....	154
ҚОН КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН АНГИНАЛАР.....	155
АГРАНУЛОЦИТОЗДАГИ АНГИНА –.....	155
АЛИМЕНТАР-ТОКСИК АЛЕЙКИЯДАГИ АНГИНА.....	156
ЛЕЙКОЗДАГИ АНГИНА.....	156
АНГИНАЛАР АСОРАТЛАРИ.....	157
ПАРАТОНЗИЛЛИТ.....	157
ПАРАФАРИНГЕАЛ АБСЦЕСС (ҲАЛҚУМ АТРОФИ АБСЦЕССИ) –.....	161
ҲАЛҚУМ ЁН ДЕВОРИ ФЛЕГМОНАСИ –.....	163
РЕТРОФАРИНГИАЛ АБСЦЕСС (ҲАЛҚУМ ОРТИ АБСЦЕССИ).....	164
ТОНЗИЛЛОГЕН МЕДИАСТИНИТ.....	167
ТОНЗИЛЛОГЕН СЕПСИС.....	167
СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ –.....	167
ТОНЗИЛЛОКАРДИАЛ СИНДРОМ.....	173
ТАНГЛАЙ МУРТАКЛАРИ ГИПЕРТРОФИЯСИ,.....	180
ҲАЛҚУМ МУРТАГИ ГИПЕРТРОФИЯСИ (АДЕНОИДЛАР).....	181
СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТ.....	183
ФАРИНГОМИКОЗ.....	185
ҲАЛҚУМ ЖАРОҲАТЛАРИ.....	186
ҲАЛҚУМДАН ҚОН ОҚИШИ.....	187
ҲАЛҚУМ ЁТ ЖИСМИ.....	188
ҲАЛҚУМ КУЙИШЛАРИ.....	190
VI боб.....	192
ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ, БРОНХЛАР ВА ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.....	192
VII боб.....	209
ҲИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ ВА БРОНХ КАСАЛЛИКЛАРИ.....	209

ҲИҚИЛДОҚ ШИШИ.....	209
ҲИҚИЛДОҚ ТОРАЙИШИ. ✓.....	210
ҲИҚИЛДОҚ АНГИНАСИ.....	211
ЎТКИР ЭПИГЛОТИТ.....	212
ЎТКИР КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ.....	213
ИНФИЛЬТРАТИВ ЛАРИНГИТ.....	214
БУРМА ОСТИ ЛАРИНГИТИ (СОХТА КРУП) –.....	215
ҲИҚИЛДОҚ САРАМАСИ.....	216
ЎТКИР ТРАХЕИТ.....	217
ФЛЕГМОНАЛИ ЛАРИНГИТ.....	218
ҲИҚИЛДОҚ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТИ.....	218
БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЛАРИНГОТРАХЕИТ.....	219
ИНТУБАЦИЯ.....	224
ТРАХЕОСТОМИЯ. ✓.....	225
ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ.....	230
СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ.....	231
СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК (ГИПЕРТРОФИК) ЛАРИНГИТ.....	232
СУРУНКАЛИ АТРОФИК ЛАРИНГИТда.....	234
ҲИҚИЛДОҚНИНГ ТУҒМА ТОРЛИГИ (СТРИДОР).....	237
ҲИҚИЛДОҚ МУСКУЛЛАРИ ҲАРАКАТИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ.....	237
ҲИҚИЛДОҚНИНГ МИОПАТИК ФАЛАЖЛАРИГА.....	241
ОВОЗНИНГ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ (ДИСФОНИЯ ВА АФОНИЯ).....	242
ҲИҚИЛДОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ.....	242
ҚИЗИЛЎНГАЧ ЖАРОҲАТЛАРИ.....	244
ҲИҚИЛДОҚ ТРАХЕЯДАН ҚОН ОҚИШИ.....	244
ҚИЗИЛЎНГАЧДАН ҚОН ОҚИШИ.....	245
ҲИҚИЛДОҚ ТРАХЕЯ ВА БРОНХЛАР ЁТ ЖИСМИ.....	246
ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМИ.....	249
ҲИҚИЛДОҚ ВА ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ ТЕРМИК ВА КИМЁВИЙ КУЙИШЛАРИ.....	253
VIII боб.....	258
ЭШИТУВ АНАЛИЗАТОРИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ.....	258
ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.....	258
Эшитув анализаторининг физиологияси.....	280

Эшитиш қобилиятини текшириш усуллари.....	294
IX боб.....	309
МУВОЗАНАТНИ САҚЛАШ АНАЛИЗАТОРИНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ, АДЕКВАТ ҚЎЗГАТУВЧИСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ	309
Мувозанатни сақлаш анализаторнинг анатомик тузилиши	309
Мувозанатни сақлаш аппаратининг физиологияси	312
Мувозанатни сақлаш аппаратини текшириш усуллари	320
X боб.....	329
ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ.....	329
ТАШҚИ ҚУЛОҚ НУҚСОНЛАРИ.....	329
ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЧИПҚОНИ.....	330
ДИФФУЗЛИ ТАШҚИ ОТИТ.....	331
ТАШҚИ ҚУЛОҚ САРАМАСИ.....	333
ТАШҚИ ҚУЛОҚ ЭКЗЕМАСИ.....	336
ҚУЛОҚ СУПРАСИ ПЕРИХОНДРИТИ.....	337
ҚУЛОҚ КИРИ.....	338
ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЁТ ЖИСМЛАРИ.....	340
ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИ ЭКЗОСТОЗЛАРИ.....	341
ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ.....	342
ҚУЛОҚДАН ҚОН ОҚИШИ.....	342
ТАШҚИ ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ.....	343
ОТГЕМАТОМА.....	345
НОҒОРА ПАРДА ЖАРОҲАТЛАРИ.....	346
ЎРТА ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ.....	347
ИЧКИ ҚУЛОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ.....	348
ЧАККА СУЯГИ ПИРАМИДАСИНИНГ СИНИШИ.....	349
ҚУЛОҚНИНГ ТЕРМИК ВА КИМЁВИЙ КУЙИШЛАРИ.....	350
ҚУЛОҚНИНГ АКУСТИК ЖАРОҲАТИ.....	352
БАРОЖАРОҲАТ.....	353
ЎРТА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ.....	355
ЎТКИР ЎРТА ОТИТ.....	355
БОЛАЛАРДА ЎТКИР ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ.....	367
ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА РИВОЖЛАНГАН ЎРТА ҚУЛОҚ ЯЛЛИГЛАНИШИ.....	371

ГРИППДАН СЎНГТИ ЎРТА ОТИТ.....	371
СКАРЛАТИНАДАН СЎНГТИ ОТИТ.....	372
МАСТОИДИТ.....	373
АНТРИТ –.....	381
СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ.....	383
СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ МЕЗОТИМПАНИТ.....	386
СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЭПИТИМПАНИТ.....	388
БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ОТИТ.....	404
<u>ИЧКИ ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ.....</u>	<u>406</u>
ЛАБИРИНТИТ.....	406
XI боб.....	415
<u>ОТОГЕН КАЛЛА СУЯГИ ИЧИ АСОРАТЛАРИ.....</u>	<u>415</u>
ОТОГЕН МЕНИНГИТ.....	418
ОТОГЕН БОШ МИЯ АБСЦЕССЛАРИ.....	425
ЭКСТРАДУРАЛ АБСЦЕСС.....	425
СУБДУРАЛ АБСЦЕСС –.....	426
БОШ МИЯ ТЎҚИМАСИ АБСЦЕССЛАРИ –.....	427
БОШ МИЯ ЧАККА БЎЛАГИНИНГ АБСЦЕССЛАРИ.....	427
ОТОГЕН МИЯЧА АБСЦЕССЛАРИ.....	430
БОШ МИЯ ПЕШОНА, ЭНСА ВА ТЕПА БЎЛАКЛАРИНИНГ АБСЦЕССЛАРИ.....	431
СИГМАСИМОН СИНУС ТРОМБОЗИ.....	434
КАЛА СУЯГИ ОРҚА ЧУҚУРЧАСИНИНГ АРАХНОИДИТИ.....	438
ЮЗ АСАБ ТОЛАСИНИНГ ОТОГЕН НЕВРИТИ –.....	439
XII боб.....	443
<u>ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНГСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИ.....</u>	<u>443</u>
АДГЕЗИВ ЎРТА ОТИТ.....	445
КОХЛЕАР НЕВРИТ.....	447
ЎТКИР КОХЛЕАР НЕВРИТ.....	451
ОТОТОКСИК АНТИБИОТИКЛАРДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ.....	453
ОТОСКЛЕРОЗ.....	455
МЕНЬЕР КАСАЛЛИГИ.....	461
XIII боб.....	467
<u>ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ ВА ҚУЛОҚ ЎСМАЛАРИ.....</u>	<u>467</u>
ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ.....	469
ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ.....	476

Кулокнинг хавфли ўсмалари.....	486
ХҲ боб.....	488
ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЮҚУМЛИ ГРАНУЛЕМАЛАРИ.....	488
СКЛЕРОМА.....	488
Ўрта кулок сили.....	498
ЗАХМ.....	499
Бурун иккиламчи захми.....	500
МОХОВ.....	503
ХҲ боб.....	505
КУЛОҚ ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИДА МЕХНАТ ҚОБИЛИЯТИНИ АНИҚЛАШ ЭКСПЕРТИЗАСИ.....	505
ХҲІ боб.....	512
ЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИДА ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ.....	512
ХҲІІ боб.....	515
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДА ҚЎЛЛАНАДИГАН АСОСИЙ ДОРИ ВОСИТАЛАР..	515
1. Қон томирларни торайтирувчи дорилар.....	515
2. Десенсибилизация воситалари (гистаминга қарши дори воситалари).....	518
2.1. Биринчи авлодга мансуб антигистамин дорилар (тинчлантирувчи таъсирга эга бўлганлар).....	519
2.2. Иккинчи авлодга мансуб антигистамин дорилар(тинчлантирмайдиган).....	521
Аллергиянинг маҳаллий белгиларини бартараф этиш учун қўланиладиган маҳаллий таъсир этувчи дорилар.....	523
2.3. Учинчи авлодга мансуб антигистамин дорилар (метаболитлар).....	523
3. Сульфаниламидлар.....	524
4. Антибиотиклар.....	526
Пенициллин гуруҳига мансуб дорилар.....	527
4.2. Цефалоспоринлар гуруҳига мансуб антибиотиклар.....	528
4.3. Тетрациклинлар.....	529
4.4. Аминогликозидлар.....	530
4.5. Макролидлар.....	530
6. Маҳаллий таъсирга эга антисептик дорилар.....	532
Витаминлар.....	533