

O‘zbekiston respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligi

N.E. Maxkamova

Otorinolaringologiya

O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligi tomonidan

tibbiyot oliy ta’lim muassasalari

5100400 – Stomatologiya, 5511000 – Bolalar stomatologiyasi

ta’lim yo‘nalishlari uchun darslik sifatida tavsiya etiladi

Toshkent – 2020

UDK: 616.21
KBK 56.8ya73
A M36

Maxkamova Nigora Ergashevna

Otorinolaringologiya

O‘zbekiston respublikasi sog‘liqni saqlash vazirligi, Toshkent davlat stomatologiya instituti – Toshkent: “*nashriyot nomi*”, 2020, 344 b.

ISBN 978-9943-335-79-0

UDK: 616.21
KBK 56.8ya73

Mazkur kitob Toshkent davlat stomatologiya instituti Otorinolaringologiya kafedrasida, fan dasturi va kalendar – tematik rejasi asosiga mos ravishda yozilgan va stomatologiya hamda bolalar stomatologiyasi fakultetlarining IV kurs talabalariga mo‘ljallangan. Davlat standartlari talabiga to‘liq javob beradi. Bunda anatomiya, fiziologiya va hozirgi zamon darajasida LOR a‘zolarini tekshirish usullari, yuqori nafas yo‘llari va quloq kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinik ko‘rinishi, tashxis qo‘yish va davolash uslublari haqida ma’lumot beradi. Otorinolaringologiyaning so‘nggi yutuqlari - endoskopik tashxis, burun va burun yondosh bo‘shliqlarining mikroendoskopik jarrohligi, koxlear implantatsiya aks ettirilgan. Zamonaviy dori-darmonlar bilan davolash haqida ma’lumot beradi. Ko‘rsatilgan ko‘rgazmali material o‘quvchilar uchun yordam sifatida xizmat qiladi. O‘quv darslik birinchi marotaba, aynan tibbiy oliy o‘quv yurtlari stomatologiya fakultetlari talabalari uchun mo‘ljallangan.

Darslik Toshkent davlat stomatologiya instituti ilmiy kengashi tomonidan nashrga tavsiya etilgan, O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligining 2019 yil 2 noyabrdagi 1023 – sonli buyrug‘iga asosan tibbiyot institutlarining stomatologiya va bolalar stomatologiyasi yo‘nalishlari talabalari uchun Darslik sifatida tavsiya qilingan. Sertifikat №1023-209.

Taqrizchilar:

Arifov S.S. ToshVMOI “Otorinolaringologiya” kafedraasi mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

Abdullaeva N.N. TTA “Otorinolaringologiya, stomatologiya” kafedraasi dotsenti, tibbiyot fanlari doktor

Amanullaev R.A. TDSI “Bolalar jarroxlik stomatologiyasi” kafedraasi mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

Ushbu kitobga tegishli barcha xuquqlar ximoyalangan. N.E. Maxkamovanning yozma ruxsatisiz darslik chop etish yoki tarjima qilish qat’iyan man etiladi.

ISBN 978-9943-335-79-0

N.E.Maxkamova
nashriyot nomi
Toshkent, 2020

KIRISH SO‘ZI

Inson tanasidagi quloq va yuqori nafas yo‘llari (burun, xalqum, xiqildoq) nafas olish, hid bilish, ovqatlanish, nutq, eshitish, muvozanat kabi muhim vazifalarni bajaradi. SHu bilan birga, ular boshqa a‘zolar va tizimlar bilan o‘zaro bog‘liqdir: yurak-qontomir, asab, ovqat hazm qilish, mushak-skelet, immun, gemotopoetik va boshqalar. Bundan tashqari, burun, paranazal sinuslar, xalqum va quloq anatomik va fiziologik sifatdan og‘iz bo‘shlig‘i tizimi a‘zolariga bog‘liq. Juda ko‘p hollarda ko‘plab kasalliklarni davolash otorinolaringolog va stomatologning birgalikdagi ishtirokini talab qiladi. Misol uchun: uzoq muddat davomida burun orqali nafas olish faoliyati buzilishi natijasida og‘izdan majburiy nafas olish tish emalini zararlanishi va kariesini yuzaga kelishiga olib kelishi mumkin. Bu xolat og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining ortiqcha qurib ketishiga, ovqat qoldiqlaridan qiyin tozanishiga, tish emalining etishmovchiligiga olib keladi. Og‘izdan nafas olish og‘iz bo‘shlig‘i mikrobiotsinozining o‘zgarishi, chaynash harakatining buzilishiga olib keladi va natijada tish va periodontal to‘qimaga zarur funksional yuklamani buzilishi kelib chiqadi. SHuningdek, tish xolatining anomal shakllanishi uchun zarur sharoit yuzaga keladi, bu esa tishlarning urushishini buzilishiga olib keladi. Burundan nafas olish qiyinligi stomatit va gingivitning rivojlanishiga ham sabab bo‘ladi. Bundan tashqari, tish to‘qimalari yoki periodontal soxadagi xastaliklar ko‘pincha yuqori jag‘ bo‘shlig‘ida yallig‘lanish jarayonlarini yuzaga keltiradi, bu o‘z o‘rnida bemorni davolashda stomatolog hamda otorinolaringologning ishtirokini talab qiladi. Xalqum va yuz-jag‘ tizimi a‘zolaridagi patologik jarayonlarning o‘rtasidagi munosabatlarga burundan nafas olishning qiyinligi tish qatori mutanosibligining patologik o‘zgarishiga olib kelishi yaqqol misol bo‘ladi.

Tashqi eshituv yulining yallig‘lanishi umumiy sezgi inervatsiyasiga ega bo‘lgan yuqori nafas yullari, quloq va tish-jag‘ tizimi a‘zolarida og‘riq bo‘lishi, shuningdek, yuqori jag‘ bo‘shlig‘i yallig‘lanishi hamda o‘sma paydo bo‘lishiga olib keladi. YUqori nafas yullari patologiyasining bir qancha sindromlari mavjud, ammo yuz-jag‘ tizimi a‘zolaridagi og‘riq tarqalishi o‘ziga xos xarakterga ega.

Boshqa tomondan, quloq, tomoq va burun soxasidagi og'riqlar tish-jag' tizimidagi patologiyalar sababli ham yuzaga kelishi mumkin. Misol uchun, glossit, chakka pastki jag' bo'g'imi artriti, tish va so'lak bezlarining kasalliklari.

LOR a'zolari kasalliklari ko'pincha tug'ma yuqori lab va tanglay kemtikli bolalarda uchraydi, shuning uchun davo tadbirlari otorinolariningolog hamda stomatolog bilan birgalikda olib boriladi. Bunday bemorlarni davolashda nafaqat kosmetik jixatdan yaxshi natijaga erishish, balki burun nafas olish faoliyatini ham tiklash zarur. Quloq soxasidagi tug'ma nuqsonlar jag'larning rivojlanishiga va tish urushishining buzulishiga, chakka-pastki jag' bo'g'imi noto'g'ri shakllanishiga olib keladi.

Otorinolariningolog amaliyotida burun bo'shlig'i va yuqori jag' bo'shlig'ida joylashgan ektoperlashgan tish kuzatiladi. Ba'zan pastki sakkizinchi tish chiqishida bemor bosh aylanishiga, quloqdagi shovqinga, eshituv faoliyatining buzilishiga shikoyat qiladi. Pastki sakkizinchi tishning qiyin chiqishi parotonzillyar soxadagi yallig'lanish jarayonlari yuzaga kelishining sabablaridan biridir.

Yallig'lanish va o'sma jarayonlari tish-jag' tizimiga, burun yondosh bo'shliqlariga, xalqum sohasiga tarqalishi mumkin. Bu suyak to'qimasi hujayra bo'shliqlariga, shilliq qavat hamda umumiy qon va limfa tomirlariga bog'liq.

Ko'pincha, tish-jag' tizimining burun va burun yondosh bo'shliqlari bilan birgalikda qo'shma jaroxatlari uchraydi. Otorinolariningolog va stomatologning birgalikda ishlashi, ortoped va ortodont stomatologlarning davo choralarida ayrim muammolarni hal qilishda yordam beradi. Ayniqsa, bugungi kunda keng tarqalgan tish implantatsiyasida burun yondosh bo'shliqlarida patologiyalar yuzaga kelganda ushbu mutaxassislarini birgalikda ishlash talabga muvofiqdir.

1-bob. O‘ZBEKISTONDA OTRINOLARINGOLOGIYA FANI RIVOJLANISHINING KISQACHA TARIXI

Otorinolaringologiya - bu quloq, tomoq, burun, xalqum va hiqildoq kasalliklarini o‘rganadigan fan (yunoncha otos - quloq, rhinos - burun, laryngos - hiqildoq, va logos - ilm). LOR qisqartirma suzi (L - laryngos, Otos, Rhinos) akademik V.I. Voyachek tomonidan taklif qilingan.

Otorinolaringologiya XIX asrning o‘rtalaridan boshlab rivojlana boshlagan. Xozirgi vaqtda otorinolaringologiya o‘zida ko‘p sonli mikroxirurgik operatsiyalar, shuningdek bosh va bo‘yin o‘smalarida jarroxlik muolajalarni mujassam qilgan. Audiologiya, vestibulogiya, surdologiya, foniatriya, LOR-onkologiya va otonevrologiya kabi yo‘nalishlar bu fandan mustaqil fan sifatida ajralib chiqqan. TDSIning hozir faoliyat ko‘rsatib kelayotgan “Otorinolaringologiya” kafedrasining bazasi 1920 yilning aprelida O‘rta Osiyo davlat universiteti qoshida tashkil etilgan tarixiy kafedra hisoblanadi. Birinchi bo‘lib kafedra mudiri lavozimiga Rossiyaning o‘sha davrdagi atoqli olimlaridan biri professor S.F. SHteyn tayinlangan edi.

1922 yilda S.F. SHteyn vafotidan so‘ng kafedra mudiri lavozimini S.F. Kaplan egallagan. I.M. Rozenfel’d va N.M. Blyum ham kafedraning xodimlari edilar. O‘sha yili kafedra Poltoratskiy nomidagi kasalxonaning yangi binosiga ko‘chirildi. SHu davrda kafedraga LOR asboblar, o‘quv anjomlari sotib olindi, laboratoriya tashkil qilindi. Kafedra o‘zining reja asosida tuzilgan pedagogik, ilmiy tekshirish va davolash ishini boshladi. 1925 yilda O‘zbekiston Otorinolaringologlarining ilmiy tibbiyot jamiyatiga asos solindi, S.F. Kaplan uning birinchi raisi etib saylandi. S.F. Kaplan vafotidan so‘ng 1927 yildan 1930 yilgacha kafedra mudiri vazifasini I.M. Rozenfeld bajarib keldi. 1930 yilda kafedraga professor S.G. Borjim rahbarlik qildi. U LOR kasalliklarini xirurgik davolash va diagnostika qilishning yangi usullarini amaliyotga tadbiq qildi. SHu yili uchta fakultet: davolash, sanitariya gigiena va pediatriya fakultetlari ochildi, vrachlar malakasini oshirish kurslari tashkil qilindi, vrachlarning amaliy faoliyatida LOR a‘zolarining patologiyasini bilishning ahamiyati g‘oyat katta edi. 1934 yilda dotsent N.B. Blyumning “Tonzillyar muammolar to‘g‘risida” nomli

monografiyasi, 1937 yilda esa assistent N.N.Krimnyov “Odam tanglay murtaklari yuzasining sezuvchanligi” monografiyasini nashr qilindi. Xuddi shu yillarda, dotsent H.A. Novikov birinchi marta amaliyotda bolalarda hiqildoqdagi yot jismlarni bevosita laringoskopiya yordamida olib tashlash usulini qo‘lladi. 1939-1944 yillarda kafedraga professor V.P. Chekurin mudirlik qildi, 1945 yildan kafedrani professor S.I.SHumskiy boshqarib, mahalliy aholi o‘rtasida ilmiy kadrlar tayyorlashga g‘oyat katta e‘tibor bergan.

Uning rahbarligi ostida O‘zbekistonda professor Q.J.Mirazizov, dotsent S.A.A‘zamov, dotsent R. A. Xamraeva, dotsent L.G. Bussel, assistent R.N.Kayumova kabi boshqa ko‘plab taniqli otorinolaringologlar o‘z faoliyatlarini boshlaganlar. Ulug‘ Vatan urushi yillarida kafedrada evakuatsiya bo‘lgan olimlar L.T.Levin, D.I.Zimont, YA.L.Kots, O.G.Kalina, A.A.Skrpt kabi professorlar ishlashgan. Ular harbiy gospitallarda ishlab, quloq, burun va tomoqdagi o‘q-yaralarni tashhis qilish va jarroxlik yo‘li bilan davolash uslublarini amalyotga joriy etishdi.

S.I.SHumskiy rahbarligi ostida kafedrada ilmiy-tadqiqot ishlari ichki quloq faoliyatini, quloqdagi sanatsiyalovchi operatsiyalardan so‘ng trepanatsion jarohatlarning bitishi va tonzillyar muammoni chuqur o‘rganishdan iborat bo‘lgan. 1946-1948 yillarda eshituv analizatorini audiologik tekshirish usullari keng qo‘llanila boshlandi, surdologiya xonalari tashkil etib, eshitish faoliyati buzilgan bemorlarni reabilitatsiya qilish usullari yanada takomillashtirildi. Surdologik xizmat rivojlanishiga YU.S. Krivitskaya ham katta hissa ko‘shdi. Professor S.I.SHumskiy rahbarligi ostida o‘zbek olimlaridan birinchi bo‘lib S.A. A‘zamov “Eshituv o‘tkiriligini nutq bilan tekshirish va o‘zbek tilining fonetik xususiyatlari” mavzuda nomzodlik dissertatsiyasini yoqlagan. YOsh tadqiqotchining olib borgan ilmiy tadqiqot ishlari natijasida, mahalliy aholining, ya‘ni faqat o‘zbek tilida so‘zlasha oladigan eshituv faoliyatini to‘laqonli tekshirish imkoniyati yaratildi. Uning o‘zbek tilida yaratgan eshitishni nutq bilan tekshirish maxsus jadvallar xanuzgacha qo‘llanilib kelinadi. S.I.SHumskiy rahbarligi ostida klinikada LOR ambulatoriyasi tashkil etildi va ambulator bemorlarni qabul qila boshladi.

Klinikaning o‘rinlar fondi 60 tagacha ko‘paytirildi. SHu yillarda kafedrada “Tonzillit va ichki quloq funksiyasi” degan mavzu bo‘yicha yo‘nalish ishlab chiqilayotgan edi. Professor S.I. SHumskiy kafedraga 10 yil davomida mudirlik qildi.

SHu davr ichida, professor S.I. SHumskiy ko‘plab yuksak malakali mutaxassislarni etishtirdi. S.I. SHumskiy boshchiligida E.A. Ladʻyenskaya (1944), YU.D. Vasilenko (1951), S.A. A‘zamov (1953), P.A. Xamraeva (1954), B.A. Kontuashvili (1956), Q.J. Mirazizovlar (1957) fan nomzodi dissertatsiyalarini himoya qildilar. 1955 yilda S.I. SHumskiyning vafotidan so‘ng kafedraga Omsk tibbiyot institutida faoliyat yuritgan professor YU.I. Laskov mudir etib tayinlandi. Professor YU.I. Laskov rahbarligi ostida L.G. Bussel (1961), M.SH. Milman (1961), G.A. Feygin (1961), YU.S. Krivitskaya (1963), A.U. Usmonova (1966) nomzodlik dissertatsiyalarini muvaffaqiyatli himoya qildilar. YU.I. Laskov tobora rivoj topib borayotgan otorinolarologiyaning talablarini to‘la to‘kis qondira oladigan klinika qurish va uni kengaytirishga qaratilgan mablag‘lar ajratilishiga muvaffaq bo‘ldi. SHu yillarda ushbu klinika ko‘pgina turli xil apparatlar, bronxoskoplar, xirurgik mikroskoplar bilan jixozlandi. Kafedra binosi ikkinchi qavatni bunyod etish va birinchi qavatga qo‘shimcha xonalar qurish hisobiga kengaytirildi, mavjud yotoq o‘rinlar soni 105taga ko‘paytirildi. 1965 yilda akademik B.S. Preobrajenskiy rahbarligi ostida birinchi o‘zbek otorinolarologiyasi, tibbiyot fanlari doktori K.,J.Mirazizov “Otogen kalla suyagi ichi asoratlarning etiologiyasi, patogenezi, tashxisi va davolash” mavzusida doktorlik dissertatsiyasini yoqladi. 1968 yilda I.YU. Laskov olamdan ko‘z yumganidan so‘ng Q.J. Mirazizov kafedra mudiri etib tayinlandi va kafedraning rivojlanishiga etarlicha hissasini qo‘shdi. Bu davrda kafedraning kengaytish ishlari olib borildi: yangi o‘quv xonalari, funksional tekshiruv xonalari tashkil etila boshlandi, kerakli zamonaviy tibbiyot asbob uskunalari xarid qilindi. 1970 yilga kelib foniatriya xonasi ochildi, unda tovush xosil bo‘lish a‘zolari funksiyasida buzilishlar bo‘lgan bemorlar (kasbi tovush bilan bog‘liq shaxslar), shuningdek, kekirdak va xiqildoqda og‘ir jarroxlik amaliyotlarni o‘tkazgan bemorlar ixtisoslashgan yordam olish

imkoniyatiga ega bo'ldilar. Foniatrik xizmatning asoschisi dotsent R.A Xamraeva bo'lib, shogirdi vrach-foniatr V.N. Savinkina u boshlagan ishni davom ettirdi. Eshitish faoliyatini o'rganish yunalishida S.A. A'zamov o'z ishini davom ettirib, 1972 yilda "Nutq audiometriyasiga nisbatan qiyoslashda o'zbek tilining akustik artikulyasion taxlili" mavzuda katta amaliy ahamiyatga ega bo'lgan kitobini nashr ettirdi. SHu yilda O'rta Osiyo Pediatriya meditsina instituti tashkil etildi hamda institutning "LOR a'zolari kasalliklari" kafedrasiga professor A.N. Dadamuxamedov raxbarlik qila boshladi. Otorinolarologiya kafedrasida 1972 yilda Toshkent shahar 17- sonli (hozirgi 7-sonli) klinik kasalxonasining 60 o'rin-koykali LOR bo'limi asosida tashkil etildi. Kafedraning asosiy tashkilotchilari t.f.n. dotsent Dadamuxamedov A.N. va t.f.n. Hasanov S.A. hisoblanishadi, chunki ular 1972 yil qisqa muddat ichida - iyun-iyul-avgust oylarida kafedrada talabalarni o'qishga qabul qilish uchun barcha shart-sharoitlarni birga yaratishgan.

Avgust oyining oxirlarida Toshkent Davlat tibbiyot institutidan dotsent A'zamov S.A., Andijon Davlat tibbiyot institutidan esa t.f.n. Avrukina R.I. kafedraga kelishib, xodimlar soni to'rt nafarga etdi.

Institutdagi talabalar soni ko'payishi hisobiga kafedradagi pedagog xodimlar soni ham oshib t.f.n. Mahkamov A.K., t.f.n. Mirzarasulov M.M., Do'stmuxamedova (Qodirova) F.Z., t.f.n. Nazarmuxamedova N.F., t.f.n. dotsent Mannapov M.F., Menshikova V.V. va boshqalar faol mehnat qilganlar.

Rektorat tomonidan 1974 yilda Mannapov M.F.ni Moskvaga (Markaziy vrachlar malakasini oshirish institutining "Bolalar otorinolarologiyasi" kafedrasiga) maqsadli aspiranturaga yuborildi va u uch yildan so'ng nomzodlik dissertatsiyasini muvaffaqiyatli yoqlab, SAMPI ning LOR-kafedrasiga assistent lavozimiga ishga qabul qilindi.

1976 yili kafedra mudiri dotsent Dadamuxamedov A.N.doktorlik dissertatsiyasini (mavzusi:"Sil kasalligi bilan og'rikan bemorlarda o'rta quloqning yiringli yallig'lanishi") yoqladi va professorlik ilmiy darajasiga erishdi.

1979 yilda t.f.n. assistent Hasanov S.A. I Moskva tibbiyot instituti (hozirgi I Moskva tibbiyot universiteti) LOR kafedrasiga doktoranturaga yuborildi va 1984

yilda dissertatsiyani (mavzusi : “Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda eshitish a’zosining holati”) muvaffaqiyatli yoqlab, SAMPI da dotsent lavozimiga, so‘ngra 1985 yildan boshlab professorlik ilmiy unvoniga sazovor bo‘ldi.

1985 yilda SAMPI qoshida 300 o‘rinli yangi “Bolalar klinikasi” foydalanishga topshirildi va O‘zbekistonda birinchi bor 60 o‘rinli yagona “Bolalar otorinologiyasi” klinikasi tashkil etildi. Bunga rahbar qilib prof. Hasanov S.A. tayinlandi. Kafedraning bir nechta xodimlari bo‘lim ordinatorlari bilan birgalikda ham amaliy, ham ilmiy ishlar rivojlantirildi, hamda talabalarni bolalardagi tug‘ma va orttirilgan LOR xastaliklari bilan tanishtirish imkoniyati paydo bo‘ldi.

2001 yilda LOR kafedra tashabbusi bilan LOR kafedrasida “Bolalar stomatologiyasi” kursi tashkil etildi. Unga birinchi rahbar etib dotsent Maxsudov Sunnat Nig‘matovich tayinlandi. Lekin ushbu kursni tezda rivojlanib ketishiga jamoatchilik asosida Vrachlar malakasini oshirish instituti “Bolalar stomatologiyasi” kafedrasining mudiri dotsent SHamsiev Hamidulla Nusratullaevichning xizmatlari alohida e’tiborga molik. Hozirgi kunda bolalar stomatologiyasi bo‘yicha 3 ta fan nomzodlari faoliyat ko‘rsatmoqdalar.

Kafedradagi asosiy ustuvor ilmiy yo‘nalishi **“Bolalarda quloq va yuqori nafas yo‘llarining o‘tkir va surunkali yallig‘lanishlarining klinikasi, tashhishlash va davolash samaradorligini oshirish”** bo‘lib kelmoqda. Bu xususda 18 ta nomzodlik, 3 ta doktorlik dissertatsiyasi himoya qilindi; hozirgi kunda yana 2 ta doktorlik, 11 ta nomzodlik dissertatsiyalari himoyaga tayyorlanmoqda.

Klinika xodimlari tomonidan 15 mualliflik patentlari, 40 ta ratsionalizatorlik takliflari, 400 tadan ortiq ilmiy maqolalar, 4 ta monografiya, 3 ta talabalar uchun darslik, 30 ta amaliy qo‘llanmalar chop etildi.

O‘zbekistonda surunkali yiringli o‘rta otitlar umumiy LOR a‘zolari patologiyalari ulushidan 6,5-7,0% ni tashkil qilgani (Hasanov S.A. va boshqalar, 1990), uning asoratlari ayniqsa bolalarda o‘ziga xos kechishini o‘rganish zarurati zamon talabi hisoblanadi. Ushbu masalani hal qilishda hozirgi kundagi kafedra rahbari SH.E.Amonovning (doktorlik) va U.B.Muhitdinovning (nomzodlik)ilmiy

yoʻnalishlari ham nazariy ham amaliy ahamiyat kasb etdi. Buni hal etish jarayonida mualliflik patentlari olindi; qoʻzichoq suyagini deminerallab soʻrgʻichsimon oʻsiq kemtiklari toʻldirildi, quloqdagi radikal operatsiyasi modifikatsiya qilindi, quloq mikrobiotsenozi va organizmning immunologik holati tekshirilib, otorinolarologiyada birinchi marta endolimfatik antibiotik va immunomodulyatorlarni qoʻllashdan yuqori samara olindi. Demineralizatsiya qilingan qoʻzichoq suyagini yuqori jagʻdagi gaymorotomiya operatsiyasidan keyingi suyak defektini berkitishda ham muvaffaqiyat bilan qoʻllanildi (Sultonov Q.YU.). Keyinchalik bu usul respublikadagi boshqa otorinolarologlar va stomatologlar amaliyotiga tadbiiq etildi.

Maʼlumki, Uzbekistonda virusli gepatit “V”, ayniksa bolalarda koʻp uchraydi. Uni malakali mutaxassislar davolaganiga qaramay, bemorlarning jigar fermentlari moʻtadillashmay qolar edi. Bunday bemorlarni otolarologik kuzatish natijasida ularda surunkali tonzillitning koʻp uchrashi aniqlandi. Bu masalani ilmiy hal qilishda kafedra xodimlari (Hasanov S.A., Amonov SH.E., Rajabov A.X.) xamda t.f.d, prof. UzFA akademigi Daminov T.O., t.f.d., professor, Rossiya FA akademigi F.I. Inoyatovanning xizmatlari ulugʻ boʻldi. Tanglay murtak bezlari kriptalarini antiseptik eritmalar bilan yuvish, koʻrsatma boʻlganda tonzillektomiya jarrohlik amalini bajarilganda bemorlarni tezda sogʻayishiga, biokimyo koʻrsatkichlarini meʼyorga kelishiga erishildi.

Respublikamiz aholisi orasida LOR kasalliklar epidemiologiyasini aniqlash amaliy xizmatni tashkil etishda muhim hisoblanadi. SHu maqsadda 1988-1990 yillar mobaynida kafedra xodimlari tashabbusi bilan bir necha viloyatlarda 20 mingdan ziyod aholi birinchi marta profilaktik koʻruvdan oʻtkazildi. Natijada surunkali tonzillitni 16%, surunkali yiringli oʻrta otit 6,5-7,0%, quloqning tugʻma anomaliyasi (gipogeneziya) 1500-2000 tugʻilgan bolaga 1 ta, lekin, Xorazm viloyati va Qoraqalpogʻiston Respublikasida 650 ta bolaga 1 ta uchrashi aniqlandi. Olingan maʼlumotlar asosida SSV ga axborot berildi va LOR klinikamiz qoshida 2000 yilda “Bolalar otorinolarologiyasi Markazi” tashkil etilib, 4 ta vrach lavozimi ajratildi. Bundan tashqari 2001 yili LOR klinika qoshida Markaziy Osiyo

mamlakatlarida birinchi bor bolalarga alohida shoshilinch LOR yordam ko'rsatish tashkil etildi, 10,5 stavka vrachlar shtati ajratildi. Bu esa bemorlarni davolashga hamda o'quv jarayoniga ijobiy ta'sir ko'rsatdi, ilmiy izlanishlarning mukammal bajarilishiga imkon yaratdi.

Burun yondosh bo'shliqlarining yiringli yallig'lanishini davolashda O'zbekistonda birinchi bo'lib Proets usuli tatbiq qilindi va uni keng shifokorlar faoliyatida qo'llanishga erishildi. Bundan tashqari yiringli frontit, sfenoidit, gaymoritlarni tabiiy yo'lidan 0,6 mmli polietilen zond-kateter bilan kirib- yuvib davolash ishlab chiqilib, amaliyotga keng singdirildi.

Bolalar stomatologlari (Maxsudov S.N.) bilan hamkorlikda burun obstruksiyasi bo'lgan bemor bolalarda yuqori jag'da kuzatiladigan o'zgarishlar va ularni bartaraf qilish usullari ishlab chiqilib (Hasanov S.A., Boboxonov G.K., Almamatov A.T.) fanda birinchi marta "Hasanov simptomokompleksi" e'lon qilindi. Olingan yangiliklar 4 ta mualliflik patentlariga topshirildi.

Ko'z yosh qopchigining surunkali yiringli yallig'lanishida oftalmologlar tashqaridan terini kesib, burun bo'shlig'iga yo'l ochadilar. Bu muammoni osongina burun bo'shlig'idan borib, ko'z yosh qopchig'iga yo'l ochish yoki burun ko'z yosh kanalini tug'ma nuqsonlarini tiklash bolalarda juda muhim ahamiyatli.

Kafedra xodimlari o'zlarini ilmda yaratgan yangiliklari bilan muntazam ravishda Respublika ko'rgazmalarida qatnashib kelmoqdalar.

2009 yildan boshlab grant asosida ITSS-29-6 raqamli "LOR kasalliklaridagi gipoksiya va oksidant stressni bartaraf etish usullarini takomillashtirish (operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirish maqsadida)" ilmiy izlanishlari olib borilmoqda va shu asosda 2 ta doktorlik dissertatsiyalari rejalashtirilgan.

Amonov S.H.E. kafedra raxbarligiga tayinlangandan keyin o'z ustozlari yunalishlarini yanada rivojlantirdi. 2013 yilda akademik Inoyatova F.I., prof. Sushko YU.A. raxnomoliklarida Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi koshida 40 o'rinli (30 ta bolalar va 10 ta kattalarga mo'ljallangan) "Tug'ma va orttirilgan LOR kasalliklari bo'limi" tashkil etildi va ushbu bo'lim zamonaviy tashxislash va davolash uskunalari bilan jixozlandi.

Ushbu bo‘lim nafaqat respublikamizda, balkim Markaziy Osiyo mintakasidagi zamonaviy xizmat qiluvchi yagona bo‘lim xisoblanadi.

Ma'lumki, eshitish zaifligining og‘ir shakllari va karlik butun dunyodagi otorinologiya soxasidagi og‘ir muammolardan biri xisoblanadi. Mazkur bo‘limda Respublikamizda ilk bor Davlat dasturi bo‘yicha Koxlear implantatsiya programmasi yaratildi va ushbu operatsiya yo‘lga quyildi. Hozirgi kungacha 800 dan ortiq bolalarimizga koxlear implantlar o‘rnatildi, va reabilitatsiya natijalari 96% ni tashkil etmoqda. Bu otorinologiya soxasidagi eng muxim qadamlardan biri xisoblanganligi sababli prezidentimiz SH.M. Mirziyoev tomonlaridan akademik Inoyatova F.I., prof. Axmedova D.I. va prof. SH.E. Amonovlarga 2017 yil Fan va texnika soxasidagi 1 darajali Davlat mukofoti bilan taqdirlanishdi.

70 yillarning o‘rtalarida otorinologiyada eshitishni saqlaydigan va endologik xirurgik aralashuvlar davri boshlandi. 1974-1975 yillarda LOR bo‘limi maxsus jarroxlik asboblari: mikroskopik mikroirurgik instrumentlar, Klaynzasser laringoskopi bilan jihozlandi. 1976 yilda ToshTI klinikasida Markaziy Osiyoda birinchi marta krioxirurgiya uslubi qo‘llanildi, 1979 yildan boshlab esa ultratovush to‘lqinlari negizida ishlaydigan jarroxlik asboblardan to‘laqonli foydalana boshlandi. Kafedrada “Quloq va yuqori nafas yo‘llari kasalliklari asoratlarning tashxisi va davolash” mavzusida ilmiy ishlar qilina boshlandi. Ilk marotaba quloq, burunning yondosh bo‘shliqlari, xiqildoqning yiringli kasalliklarida anaerob infeksiyaning roli o‘rganildi. SHuningdek, o‘smirlarda burun xalqum angiofibromasining tashxisi va davolash muammosi hal etildi. Xiqildoq o‘smalarini erta tashhis qilish va lazer yordamida oto-rinogen yiringli asoratlarni davolash kabi katta amaliy ahamiyatga ega bo‘lgan uslublar ishlab chiqildi. Yil sayin talabalar soni ko‘payib borganligi munosabati bilan 1975 yilga kelib ikkita mustaqil kafedra tashkil qilindi. Ikkinchi davolash va stomatologiya fakultetlari LOR kafedrasida professor K.,J. Mirazizov rahbarlik faoliyatini olib bordi. Kafedra va klinikada dotsent L.G. Bussel, assistentlar R.N. Qayumova, M.M. Odilov, Z.S. Abdurahimova, V.P. Osipov, I.M. Musaev, Q.A. Xo‘jaeva,

ordinatorlar V.M. Tobias, E.I. Ibodov, N.F. Gumiinskaya, L.S. Demochko, A.M. Mirzarasulov, G.N. Bayazitova hissalarini qo'shganlar. Birinchi davolash va sanitariya gigiena fakultetlarining kafedrasiga A.I. Mo'minov mudirlik qila boshladi. Kafedrada dotsentlar R.A. Xamraeva, A.U. Usmonova, A.M. Xakimov, assistentlar SH.A. Maxsumova, X.M. Matquliev, X.E. SHayxova, ordinator K.J.Jabborov va boshqalar faoliyat yuritishgan. 70 yillarning o'rtalaridan boshlab, Respublikada ilmiy pedagogik kadrlarning tez sur'at bilan o'sishi kuzatiladi. G.A. Feygin, A.I. Muminov, G.T. Ibragimov, A.N. Dadamuxamedov, S.A. Xasanov, L.G. Bussel va boshqalar professor unvoniga ega bo'lishdi. 1990 yilda Toshkent tibbiyot instituti ikkita oliy o'quv maskaniga ajraldi. Birinchi ToshDavTIda kafedrasiga professor Q.J. Mirazizov, Ikkinchi ToshDavTIda esa professor A.I. Muminov raxbarlik qila boshladilar. Birinchi ToshDavTI LOR klinikasi bazasida yuqori nafas yo'llari rekonstruksiyasi va quloq mikroxirurgiyasi markazi tashkil etildi. Markazda yumshoq va qattiq tuzilma transplantatlaridan foydalanilgan holda, hiqildoq va kekirdakda bir bosqichli rekonstruksiya va tiklaydigan jarroxlik amaliyoti uslublari ishlab chiqildi. Xususan, hiqildoq va kekirdak yuzalari nuqsonning tiklash uchun ilk marta arteriyalashgan laxtaklardan foydalanildi, bu V.V.Xromsovskiyning doktorlik va H.H. Abdullaevaning nomzodlik dissertatsiyalarida o'z ifodasini topdi. Hajmli nuqsonlarni tiklash uchun birinchi marta mineralsizlashtirilgan suyak transplantatlari amaliyotda qo'llanildi.

Ikkinchi ToshDavTIda professor A.I. Mo'minov tomonidan eshitish va nutqni tiklash ilmiy markazi faoliyat yurita boshladi. 1991 yilda Birinchi va Ikkinchi ToshDavTI filiallari, ularda esa o'z navbatida, "LOR a'zolari kasalliklari" kafedralari ochildi va bu filiallar Buxoro, Nukus, Urganch va Farg'onada respublika aholisiga hozirgi kungacha ixtisoslashgan tibbiy yordam ko'rsatib kelmoqda.

1991 yil - O'zbekiston Respublikasi tarixida unutilmas yil bo'ldi. Ushbu yilda Respublikamiz o'z mustaqilligini qo'lga kiritdi va natijada, Mustaqillik yillarida Respublikada milliy kadrlarning tez sur'at bilan o'sishiga olib keldi. Respublikamiz mustaqilligining dastlabki kunlaridan boshlab, 1991 yilda

otorinolaringologiyadan ixtisoslashgan Ilmiy kengash va ilmiy darajalar, hamda unvonlar ta'sis etish buyicha Oliy attestatsiya komissiyasi tashkil qilindi. Q.A. Xo'jaeva, A.M. Xakimov, K.J. Jabborov, X.M. Matkuliev, S.S. Orifov, SH.E. Omonov, V.V. Xramsovskiy, X.E. SHayxova, B.B. Palvanov, N.N. Abdullaeva, N.E. Maxkamova, U.S. Xasanov va J.F. SHamsievlar o'z doktorlik dissertatsiyalarini yoqladilar.

1997 yil sentyabr oyidan 2005 yilgacha Birinchi ToshDavTI "Quloq, tomoq va burun kasalliklari" kafedrasiga professor professor Q.A.Xo'jaeva boshchilik qilgan. Hozirgi kunda yuqorida qayd qilingan olimlar raxbarligida ko'plab doktorlik va nomzodlik dissertatsiyalari yoqlangan. Kafedrada hiqildoq va kekirdakning surunkali stenozlari bilan kasallangan bemorlarni jarrohlik usuli bilan davolash ilmiy jihatdan asoslab berildi va amaliyotga tadbiiq etildi. Hozirgi vaqtda hiqildoq va kekirdakning turg'un deformatsiyalarini, shuningdek, bunday bemorlarda immun holatiga doir tekshirishlar izchillik bilan davom ettirilmoqda. Xiqildoq va kekirdak nuqsonlarining plastikasi uchun transplantatlarning har xil turlaridan (xomila kindik to'qimasm va b.) foydalanish bo'yicha tekshirishlar olib borildi va shu mavzuga oid ilmiy ish N.SH. Najmitdinova tomonidan yoqlandi. Fizioterapevtik davolash uslublari (kriodestruksiya, kvant terapiyasi, ultratovush dezintegratsiyasi, bo'shliqlardagi jarroxlik amaliyotlarda tomirlar koagulyasiyasi) va turli LOR patologiyalarida so'nggi avlodga mansub antibiotiklar bilan davolash keng qo'llanilib keliinmoqda. Eshitish va nutqni qayta tiklash bo'yicha mikrojarrohlik amaliyotlari muvaffaqiyatli bajarilmoqda. Burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanishida, shuningdek, "YAMIK" kateter va shu kabilarda minimal invaziv jarroxlik amaliyotlari qo'llanilmoqda. Surunkali yiringli o'rta otitlarning jarroxlik davolash usullari takomillashtirildi va samaradorligi oshirildi. SHu sababli, bemorlarning davolanish muddati qisqardi. Bundan tashqari, kafedra qoshida tashqi otitlar, otomikoz, turli sensonevral garanglikni tashxislash va davolashda yangicha yondashishlar ishlab chiqildi.

Samarqand shaxrida LOR kasalliklari bo'limi 1929 yil Respublika shifoxonasida tashkil qilingan. Bo'lim 20 o'ringa mo'ljallangan edi. Bo'lim mudiri

vazifasiga A.V. Savelev tayinlangan. 1933 yil bo‘lim bazasida institutning LOR kasalliklari kafedrasi tashkil qilingan. Bo‘lim mudiri A.V. Savelevga professor ilmiy unvoni berilgan va kafedra mudiri vazifasiga tayinlangan.

Aleksandr Vasilevich Savelev 1898 yil Rossiyaning Saratov gubernasida tug‘ilgan. 1925 yil Saratov Davlat universiteti meditsina fakultetini tugatgan va 1925-1930 yillarda ushbu fakultetning Otorinolarologiya klinikasida ordinator vazifasida ishlagan. 1930 yil Samarqand shaxriga kelgan.

A.V.Savelev kafedraga 1933-1950 yillar mudirlik qilgan va bir vaktning o‘zida 1935-1939 yillarda klinika bosh vrachi, 1941-1944 yillar Samarqand shaxridagi evakogospitalda professor-konsultant va 1941-1942 yillarda Samarqand shaxar Sog‘liqni saqlash bo‘limi mudiri, xamda 1943-1945 yillar SamMI davolash fakulteti dekani vazifalarida ishlagan. A.V.Savelev «O‘zbekistonda xizmat ko‘rsatgan fan arbobi» faxriy unvoni bilan takdirlangan. U 1950 yildan Kursk meditsina instituti rektori va LOR kasalliklari kafedrasi mudiri lavozimlarida faoliyat ko‘rsatgan.

1932-1948 yillarda S.K.CHengeri ishlagan. Stanislav Kazimerovich CHengeri 1898 yilda tug‘ilgan u 1925 yilda Saratov universitetining meditsina fakultetini tugatgan. Samarqand shaxriga ko‘chib kelgandan so‘ng klinikada vrach-otorinolarolog, bosh vrachning davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari vazifasida ishlagan. S.K.CHengeri 1944 yilda nomzodlik dissertatsiyasini yoklagan va 1945 yilda unga dotsent ilmiy unvoni berilgan. S.K.CHengeri keyingi yillarda SamMI Otorinolarologiya kafedrasida dotsent vazifasida faoliyat ko‘rsatgan. Unga «O‘zbekistonda xizmat ko‘rsatgan vrach» faxriy unvoni berilgan.

Veniamin Andreevich Gorchakov 1918 yil Rossiyaning xozirgi Volgograd viloyatida tug‘ilgan. 1940 yil Voronej meditsina institutini bitirgandan so‘ng xarbiy xizmatga chaqirildi. Ikkinchi jaxon urushi yillarida polk xarbiy vrachi sifatida janlarda qatnashib, ko‘rshovga tushadi va partizanlik xarakatida ishtirok etadi. Urush tugagach xarbiy xizmatni davom ettirib gospitallarda xarbiy vrach sifatida ishlagan.

V.A.Gorchakov 1951-1959 yillarda Turkmaniston meditsina instituti Otorinolaringologiya kafedrasida assistent, 1959-1970 yillar Kiev Quloq-tomog‘-burun kasalliklari ilmiy tekshirish institutida katta ilmiy xodim lavozimida ishlaydi. U 1969 yil doktorlik dissertatsiyasini yoklagan, 1970 yil professor unvonini olgan. Professor V.A.Gorchakov 1970 yil SamMI Otorinolaringologiya kafedrasida mudirligiga saylangan va 1981 yilgacha kafedra mudiri, 1981-1987 yillar ushbu kafedra professori vazifalarida ishlagan.

Raisa Voxidovna Sadrieva 1918 yil Samarqand shaxrida tug‘ilgan. 1941 yil Samarqand meditsina institutini tugatgan. 1941-1946 yillarda Sog‘liqni saqlash tizimida amaliy vrach sifatida davolash-profilaktika ishlarini olib borgan. U 1946 yil Respublika shifoxonasi LOR kasalliklari bo‘limida vrach-ordinator vazifasiga qabul qilingan. U 1947-1950 yillarda bo‘lim bazasida joylashgan Otorinolaringologiya kafedrasida klinik ordinator, 1950-1959 yillar assistent vazifasida ishlagan.

R.V. Sadrieva 1959-1964 y. ushbu kafedra dotsenti va 1964-1970 y. kafedra mudiri lavozimida samarali faoliyat ko‘rsatgan. Unga 1968 yilda «O‘zbekistonda xizmat ko‘rsatgan vrach» faxriy unvoni berilgan. Dotsent R.V.Sadrieva 1980 doktorlik dissertatsiya yoqlagan va professor unvonini olingan. Professor R.V. Sadrieva 1981-1987 yillar kafedra mudiri, 1987 yildan so‘ng professor- konsultant vazifalarida ishlagan.

O‘zbekistonda tibbiy ta’limni islox qilishni VMOF tashkil qilingandan so‘ng, T.X.Nasreddinov institutning 2-klinikasida joylashgan davolash fakulteti LOR kasalliklari kafedrasiga mudiri, ikki fakultetning kafedralari birlashtirilgandan so‘ng 1987 yildan to umrining oxirigacha 2008 y kafedra mudiri vazifasida ishlab kelgan. 2002 yildan boshlab, VMOF kafedrasini t.f.d., professor U.L. Lutfullaev boshqardi. V-VII bosqich talabalari uchun otorinolaringologiya kafedrasiga professor T.X. Nasretdinov mudirlik qildi.

Akrom Ibragimovich Muminov 1937 yilda Samarqand shaxrida tug‘ilgan. U 1961 yil ToshMI davolash fakultetini tugatgan. 1961-1965 yillarda SamMI klinikasida LOR kasalliklari kafedrasida assistenti va bir vaqtning o‘zida davolash

fakulteti dekani o‘rinbosari vazifasida ishlagan. So‘ngra ToshMIga ishga o‘tib, nomzodlik va doktorlik dissertatsiyalarini yoqlagan. ToshMI LOR kasalliklari kafedrasida dotsent, kafedra mudiri vazifalarida ishlagan. Professor ilmiy unvonini olgan. A.I.Muminov bir vaqtning o‘zida davolash fakulteti dekani va keyinchalik o‘quv ishlari prorektori vazifasini bajargan. Professor A.I. Muminov 1991 yil Buxoro tibbiyot institutining tashkilotchilaridan biri bo‘lib, 1991-1995 yillarda institutning birinchi rektori bo‘lgan. 1995 yil Samarqandga ishga o‘tib, 1995-2000 yillarda SamMI rektori va bir vaqtning o‘zida LOR kafedrasida mudiri lavozimlarida ishlagan. Professor A.I.Muminov «O‘zbekistonda xizmat ko‘rsatgan fan arbobi» faxriy unvoni bilan taqdirlangan.

2001 yil kafedra mudiri vazifasiga t.f.d. U.L. Lutfullaev saylangan. Xozirda kafedra professori vazifasida samarali faoliyat ko‘rsatib kelmoqda. 2013 yil sentyabr oyidan t.f.d. G‘.U.Lutfullaev kafedra mudiri vazifasida faoliyat ko‘rsatib kelmoqda. Hozirgi vaqtda SamTIda uchta fan doktori va 20 dan ortiq tibbiyot fanlari nomzodlari faoliyat ko‘rsatmoldalar.

1932 yilda Toshkentda vrachlar malakasini oshirish instituti ochilgan edi. 1934 yilning 20 martida institut direktori M.I. Slonim quloq, tomoq va burun kasalliklari bo‘yicha amaliy mashg‘ulot darslari tashkil qilish to‘g‘risidagi buyruqni imzoladi. Oradan sakkiz yil o‘tgach, 1942 yilning birinchi martida shoshilinch yordam instituti tarkibida “Otorinologiya” kafedrasida ochildi va kafedraga L.T. Levin rahbarlik qildi. Ayni vaqtda, u ToshMI “Quloq, tomoq va burun kasalliklari” kafedrasining assistenti vazifasini xam bajarardi, kafedraning birinchi assistenti bo‘lib B.E.Lyubetskaya faoliyat yuritgan. Professor L.T.Levin vafotidan so‘ng kafedpaga professor S.I. SHumskiy (1944-1948) boshchilik qilgan. Professor S.I. SHumskiydan so‘ng kafedraga K.A. Drennova (1948-1963) rahbarlik qildi. U Ikkinchi Jaxon urushi yillarida LOR jarroxliligida katta tajriba to‘plagan iste‘dodli va mohir jarroh edi. Kafedrada uning rahbarligi ostida o‘rta quloqda, burun yondosh bo‘shliqlarida, burun-xalqumda jarroxlik aralashuvlari keng joriy etilgan. Kafedraning birinchi dotsenti bo‘lib E.A. Ladijenskaya, birinchi aspiranti bo‘lib G.T. Ibragimov faoliyat yuritgan (1972-1994). Keyinchalik

professor E.A. Ladijenskaya kafedraga rahbarlik qila boshladi (1963-1972), E.A. Ladijenskayadan so'ng professor G.T.Ibragimov (1972-1994). 1994-2009 yillarda dotsent T.SH. Mamatova, keyin 2009-2014 yillar davomida professor K.J. Jabbarov rahbarlik qilishdi. 2014 yildan hozirgi vaqtgacha kafedraga t.f.d. S.S. Arifov rahbarlik qilib kelmoqda. Kafedrada katta pedagogik va ilmiy tadqiqot ishlarini olib boriladi. Tinglovchilar bir necha shakllarda: ixtisoslashtirish, umumiy malaka oshirish, ko'chma tematik sikllar, tematik malaka oshirish bo'yicha o'qitiladi. 1934 yildan 2003 yillargacha bo'lgan davrda kafedrada qariyb 4000 nafar LOR mutaxassislar tayyorlandi. Kafedra xodimlari tomonidan 8 ta monografiya, qator risolalar, 443ta bosma asarlar, 8ta uslubiy tavsiyanomalar, 9ta ratsionalizatorlik takliflari e'lon qilindi, ixtiro uchun bitta patent olindi, 3ta doktorlik va 16ta nomzodlik dissertatsiyalari himoya qilindi. 1955 yilga kelib Andijon tibbiyot instituti ochildi, uning tarkibida 1959 yilda LOR kafedrasini tashkil etilib, viloyat kasalxonasi uchun 40 o'rinli LOR bo'limi kafedraning bazasi bo'lgan. Birinchi kafedra mudiri bo'lib t.f.d., professor M.S. Lure faoliyat olib borgan, undan so'ng 1959-1960 yillarda kafedraga bo'lim mudiri E.A. Arutyunova rahbarlik qilgan. 1960 yildan to 1968 yilning aprelegacha kafedrani dotsent S.M.Gordienko boshqargan. S.M.Gordienko nafaqaga chiqqanidan so'ng I.A. Alimov kafedraga mudir etib tayinlandi. 2004 yildan boshlab va shu bugungi kungacha kafedrani t.f.d K.K. Qosimov boshqarib kelmokda. Kafedra xodimlari dotsentlar F.B. Boltaboev, K.P. Norboev, assistentlar N.V. Saynazarov, H.H. YUsupov va boshqalar faoliyat yuritdilar. Kafedra yuqori nafas yo'llarining fiziologiyasi va patologiyasi muammolari bilan shug'ullanadi. SHu yillar ichida kafedraning 9 nafar xodimlari nomzodlik dissertatsiyalari yoqladilar. LOR ixtisosligi bo'yicha 28ta ilmiy maqolalar va 15ta o'quv uslubiy qo'llanmalar chop etildi.

1991 yilda Buxoro tibbiyot instituti tashkil etildi. Uning birinchi rektori va otorinologiya kafedrasining mudiri, t.f.d., professor A.I. Muminov faoliyat yuritgan. Hozirgi vaqtda, Buxoro tibbiyot instituti otorinologiya kafedrasining xodimlari t.f.n., dotsent N.X. Voxidov va t.f.n. A. Nurov

rahbarligida malakali kadrlarni tayyorlash va etishtirish, Buxoro viloyatining aholisiga ixtisoslashgan yordam ko'rsatish bo'yicha katta ilmiy-pedagogik ishlarni olib bormoqdalar. Respublikamizning turli xil tibbiyot institutlaridagi "Quloq, burun va tomoq kasalliklari" kafedralarining xodimlari o'z ilmiy va kasb mahoratlarini Rossiya, Ukraina, AKDP, Isroil, Janubiy Koreya, Germaniya, Avstraliyaning turli shaharlarida va boshqa mamlakatlarda oshirmoqdalar. Bundan tashkari ular AKDP, Isroil, Janubiy Koreya, Germaniya, Avstraliya, Rossiya, Turkiya va boshqa mamlakatlarda o'tkaziladigan xalqaro anjumanlar va simpoziumlar ishida faol qatnashib kelmoqdalar. 2000 yilda O'zbekiston otorinolariningologlarining I s'ezdi, 2005 yil may oyida esa II s'ezdi bo'lib o'tdi, ularning ichida Rossiya, Qozog'iston, Qirg'iziston va boshqa mamlakatlarning atoqli otorinolariningologlari ishtirok etdilar. Hozirgi kunda Respublikamiz qishloq, tumanlari va shahar aholisiga ixtisoslashgan yordam ko'rsatayotgan 1000 dan ortiq otorinolariningologlar astoydil xizmat qilmokdalar, ulardan 16 tasi fan doktorlari va 60 dan ortig'i tibbiyot fanlari nomzodlaridir. 2005 yilda O'zbekiston Respublikasi Prezidenti qarori bilan I va II Toshkent Davlat Tibbiyot institutlarining qoshida Toshkent Tibbiyot Akademiyasi tashkil etildi...

2-bob. Burun va burun yondosh bo'shliqlarini klinik anatomiyasi, fiziologiyasi, kasalliklarini tekshirish usullari.

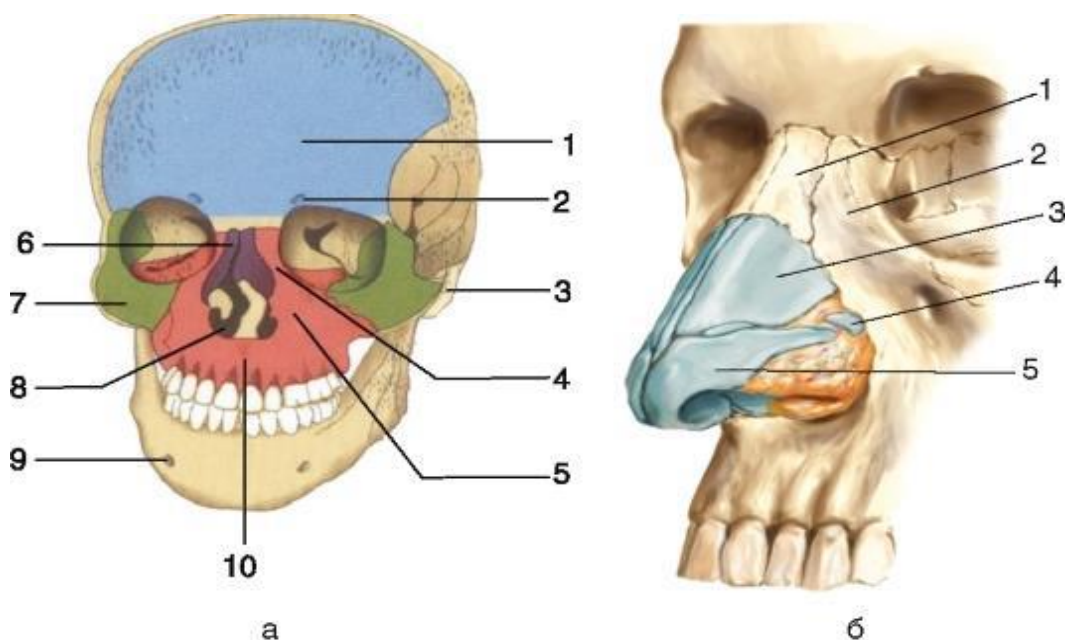
2.1. Tashqi burunning klinik anatomiyasi

YUqori nafas olish yo'llari burun, burun yondosh bo'shliqlari, xalqum va hiqildoqni o'z ichiga oladi.

Burun (*nasus*) nafas olish sistemasining dastlabki qismidir va u ichki bo'shliq va tashqi burundan iborat. Tashqi burun (*nasus externus*) uchburchak piramidasimon shaklga ega, uning asosi pastga qarab yo'nalgan. Tashqi burunning yuqori va tor qismi burunning ildizidan (*radix nasi*), uning pastki qismiga (*apex nasi*) o'tadigan chizig'iga burun orqa qismi (*dorsum nasi*) deb ataladi. Tashqi burunning lateral yuzasi tashqi burun qanotlarini (*alae nasi*) tashkil etadi. Burun qanotlarining pastki, erkin, burchagi *septumning* harakatlanuvchi qismi bilan birga gorizontal tekislikda joylashgan burunga kirish qismini daxliz (*vestibulum nasi*) hosil qiladi.

Tashqi burun skeletlari (rasm 2.1) o'rtada bir-biri bilan bog'lanib, tashqi burunning bel qismini tashkil etuvchi juftlashgan burun suyaklaridan (*ossa nasalia*) iborat. Burun suyaklarining yuqori qirralari frontal suyakning burun o'sig'iga bog'lanadi. Keyinchalik, burun suyaklari yuqori jag'ning peshona o'sig'i (*processus frontalis maxillae*) bilan birlashib, ular bilan birga burunning lateral devorini hosil qiladi. Tashqi burunning tog'ay (rasm 2.1; 2.2) qismi juft uchburchaksimon lateral tog'aydan - *cartilago nasi lateralis*, shuningdek, katta va kichik qanot tog'aydan - *cartilago alaris major et minor* iborat. Burunning ildizi, beli va yon tomonlarini terisi nozik, yaxshi almashinadi. Burun qanotlarini va uning uchini qoplaydigan teri, aksincha, tagidagi to'qimalarga juda qattiq yopishadi. Qanotlar terisida va burun uchida yog' bezlar ko'p bo'ladi, surunkali yallig'lanish hamda chiquvchi kanallari tiqilib qolgan xolatlarda husunbuzar chiqishi kuzatiladi. Tashqi burunning bu sohasi ko'plab ter bezlarini ham o'z ichiga oladi. Burun daxlizi (*vestibulum nasi*) terisida juda ko'p miqdorda soch tukchalari bo'lib, bular yiringli yallig'lanishlar, chipqon, sikoz rivojlanishida imkon yaratishi mumkin. Insonning tashqi burun muskullari rudiment bo'lib, katta

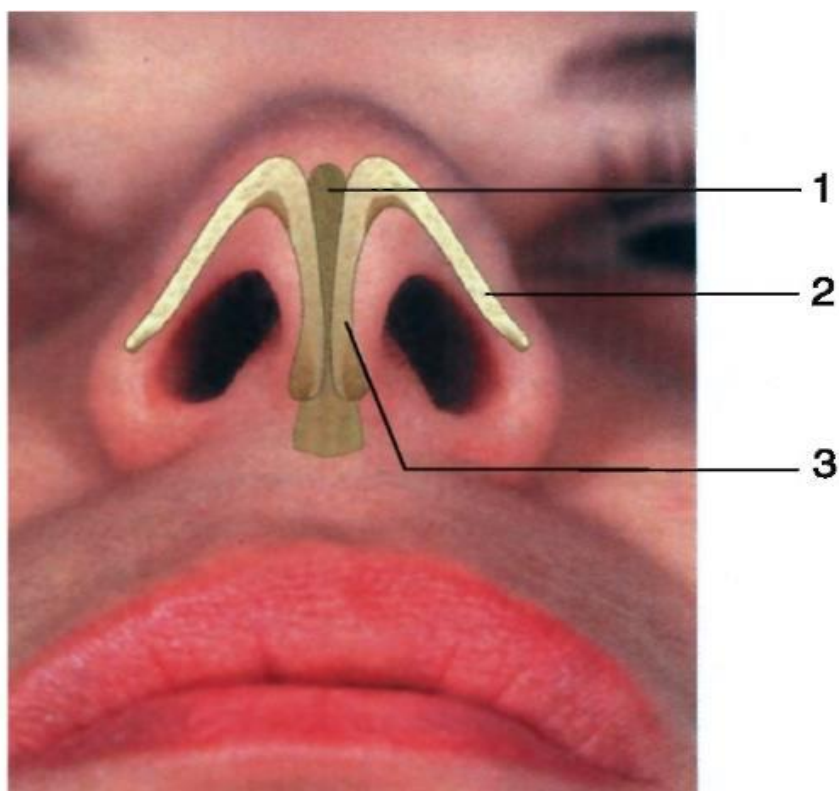
amaliy ahamiyatga ega emas, ular chuqur nafas olganda burun bo'shlig'iga kirishni kengayishida rol o'ynaydi.



Rasm 2.1. Boshning skelet suyagi: a - yuz skeletining suyaklari: 1, 2 - frontal suyak; 3, 7 - yanoq suyak; 4 - yuqori jag'ning peshona o'sig'i; 5, 10 - yuqori jag'; 6 - burun suyaklari; 8 - noksimon shaklidagi teshik; 9 - pastki jag; b - tashqi burun skeletlari: 1 - burun suyagi; 2 - yuqori jag'ning peshona o'sig'i; 3 - lateral tog'ay; 4 - kichik qanotli tog'ay; 5 - katta qanotli tog'ay

Tashqi burun to'qimalarining xususan venoz qon aylanishi o'ziga xos xususiyatga ega. Tashqi burun yumshoq to'qimalari oldingi yuz arteriyasi (*a. facialis anterior*, tashqi yuqori jag', tashqi uyqu arteriyasining shoxi) tarmog'i burchak arteriyasi (*a. angularis*), xamda ko'z arteriyasi (*a. ophthalmica*, ichki uyqu arteriyasi tarmog'i) oxirgi shoxi burun beli arteriyasi (*a. dorsalis nasi*) orqali qon bilan ta'minlanadi (rasm 2.3).

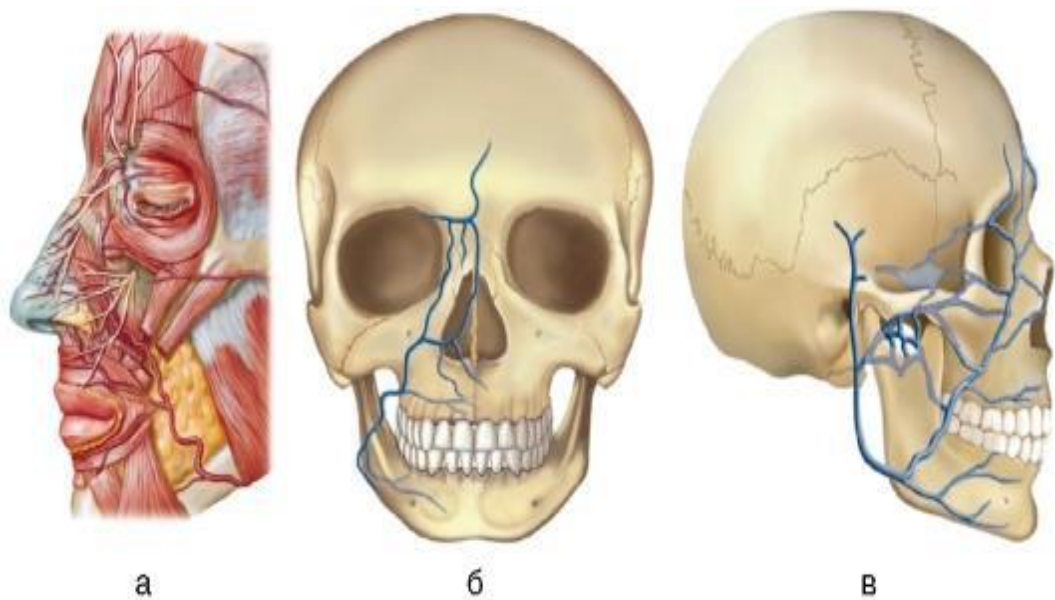
Burun to'sig'ining old tog'ay qismida arteriyalar juda zich joylashgan soxa (*Kisselbax saxasi*) bo'lib, yuza chuqur tomirlar o'zaro chigal hosil qiladi, shu bilan bu sohadagi jarohatlarning tez bitishini va to'qimalarning arzimagan shikastlanishida ham sezilarli qon ketishini tushuntiradi.



Rasm 2.2. Tashqi burunning tog'ay qismini anatomiyasi: 1 - to'rtburchak tog'ay; 2 - katta qanotli tog'ay; 3 – qanotsimon tog'ayni medial oyoqchasi

Tashqi burun venoz oqimi (burun qanotlari uchi va yuqori lab) burchak venasi (*v. angularis*) orqali yuqori orbital vena (*v. ophtalmica superior*) vositasida o'rta miya chuqurchasida joylashgan kavernozi sinusga (*sinus cavernosus*) oqib tushadigan yuz venasi (*v. Facialis anterior*) tomonidan amalga oshiriladi (rasm 2.3ga qaralsin). Ushbu holat, ya'ni yuzning yuz venalarida klapanlar bo'lmasligi va ularning kranial bo'shliqqa tomon oqishi tufayli burun va yuqori lab chipqonining xavfli asorati – kavernozi sinusning trombozi va sepsis rivojlanishining xavfi yuqori.

Limfatik oqim bu hududning arteriya va vena tomirlari bilan qo'shib keladigan limfa tomirlari bilan bog'liq, og'iz bo'shlig'i sohasida teri osti to'qimalariga chuqur kirib, submandibulyar limfa tugunlariga borib quyiladi. Ko'pchilik limfa tomirlari chuqur va yuzaki bo'yin tugunlarga kelib quyiladi. Ushbu sohalarda limfadenit yuzaga kelganda buni e'tiborga olish kerak.



Rasm 2.3. Tashqi burunning qon bilan ta'minlanishi va innervatsiya: a - yuz arteriyasi va uch shoxli nerv; b, v - yuz venalari.

Tashqi burun xarakatlantiruvchi innervatsiyasi - yuz nervi (*n. facialis*) orqali va sezgi innervatsiyasi - uch shoxli nervning birinchi va ikkinchi shoxlari (*n. trigeminus*) orqali amalga oshiriladi.

2.2. Burun bo'shlig'ining klinik anatomiyasi

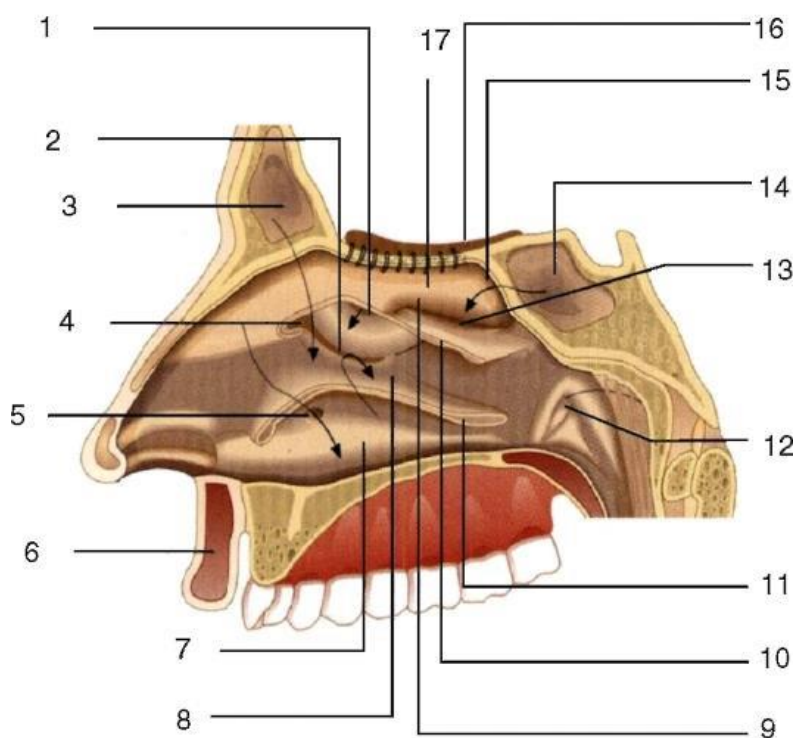
Burun bo'shlig'i (*cavum nasi*) burun to'sig'i bilan burunning o'ng va chap qismlari deb ataladigan ikkita bir xil qismga bo'linadi. Burunning old qismi burun teshiklari orqali atrof-muhit bilan, orqa qismidagi xoanalar orqali xalqumni yuqori qismi, ya'ni burun-xalqum bilan aloqa qiladi.

Burun bo'shlig'i qismlarining har biri to'rtta devorga ega: medial, lateral, yuqori va pastki. Burun bo'shlig'i boshqa bo'linmalardan farqli o'laroq, teri bilan qoplangan burun dahlizidan boshlanadi va bu erda ma'lum miqdorda filtr sifatida xizmat qiladigan katta miqdorda tuklar mavjud bo'lib, burun orqali nafas olish paytida katta chang zarralarini ushlab qoladi.

Burunning lateral devorida (rasm 2.4) uchta - pastki, o'rta va yuqorigi (*conchae nasalis inferior, media et superior*) chig'anoqlar ustma ust joylashgan. Pastki, eng katta chig'anoq mustaqil suyak, o'rta va yuqori chig'anoqlar esa g'alvirsimon suyak qismidir.

Har bir burun chigʻanogʻi ostida boʻshliq – burun yoʻli mavjud. SHunga mos ravishda, past, oʻrta va yuqori burun yoʻli (*meatus nasi inferior, medius et superior*) farqlanadi. Burun chigʻanogʻining medial yuzasi va burun toʻsigʻi orasidagi boʻshliq burunning umumiy yoʻlini tashkil qiladi.

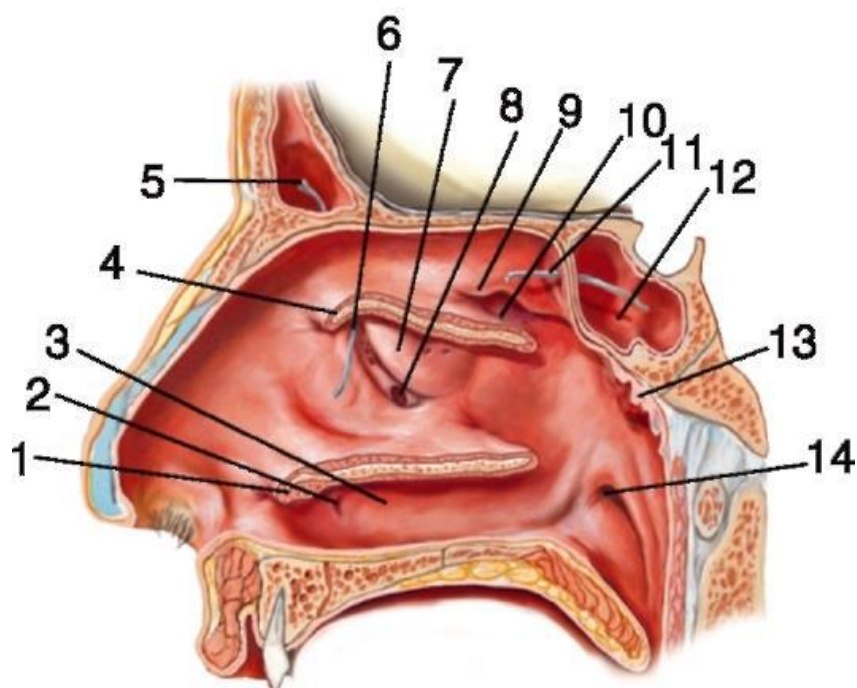
Burun chigʻanogʻlarining shilliq osti (*submucosus*) qatlamida suyak toʻqimasidan tashqari, kichik diametrli arteriolalar katta diametrli venulalarga qoʻshilgan varikoz tomirlar (kavernoz toʻqima) mavjud. Bu burun chigʻanogʻining kengayishi va umumiy burun yoʻlining boʻshligʻini maʼlum qoʻzgʻatuvchilar taʼsiri ostida torayishi, oʻz navbatida nafas olish mobaynida havoning shilliq qavat bilan uzoqroq aloqda boʻlishga yordam beradi.



Rasm 2.4. Burun boʻshligʻining yon devori: 1 - oʻrta chigʻanoq; 2 – yuqori jagʻ boʻshligʻi tabiiy teshigi; 3 – peshona boʻshligʻi; 4 – peshona boʻshligʻi tabiiy teshigi; 5 – koʻz yosh-burun kanali; 6 – yuqori lab; 7 – pastki burun yoʻli; 8 – oʻrta burun yoʻli; 9 – yuqori burun yoʻli; 10 – oʻrta burun chigʻanogʻi; 11 – pastki burun chigʻanogʻi; 12 – eshituv nayining burun-xalqumga ochilish joyi; 13 – yuqori burun yoʻli; 14 – asosiy boʻshliq; 15 - asosiy boʻshliq tabiiy teshigi; 16 – etmoidal plastinka; 17 – hid bilish soxasi

Pastki burun yoʻliga, chigʻanoqning oldingi qismida burun boʻshligʻiga koʻz yosh-burun kanali ochiladi va bu orqali koʻz yoshi oqadi.

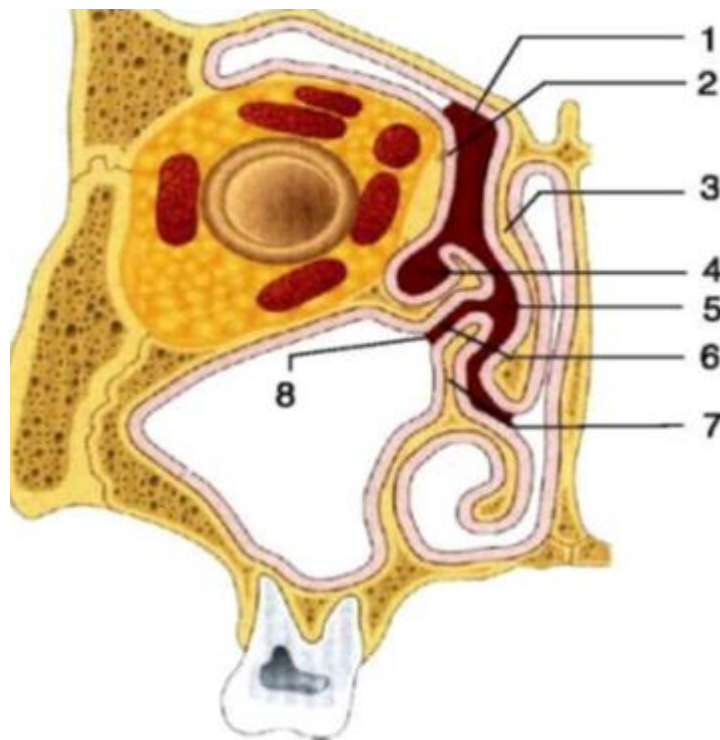
O'rta burun yo'liga burun yondosh bo'shliqlarini ko'pchiligi (yuqori jag', peshona, old va o'rta etmoidal bo'shliqlar) ochiladi, shuning uchun o'rta burun yo'lini ba'zan burun yondosh bo'shliqlarini oynasi deb ham nomlanadi, chunki yiringli, kataral patologik jarayon o'rta burun yo'lidan xarakterli sekretsiyalar bilan namoyon bo'ladi (rasm 2.5). O'rta burun yo'lining lateral devorida yarim oysimon yoriq (*hiatus semilunaris*) mavjud bo'lib, orqa qismi karnay (*infundibulum ethmoidale*) shaklida kengaygan bo'ladi. G'alvirsimon karnayni oldingi va yuqorigi qismiga peshona bo'shlig'ini kanali ochiladi, orqa va pasti qismiga yuqori jag' bo'shlig'ining tabiiy teshigi ochiladi. O'rta burun yo'liga g'alvirsimon bo'shliqning old kataklari ochiladi.



Rasm 2.5. Burun yondosh bo'shlig'larini burun bo'shlig'i bilan a'loqa qilishi: 1 – pastki burun chig'anog'i; 2 – ko'z yoshi kanalining ochilish teshigi; 3 – pastki burun yo'li; 4 – o'rta burun chig'anog'i; 5 – peshona bo'shlig'i; 6 – peshona bo'shlig'i teshigi; 7 – kataksimon bo'shliq; 8 – yuqori jag' bo'shlig'i teshigi; 9 – burunning yuqori chig'anog'i; 10 – yuqori burun yo'li; 11 – asosiy bo'shliq teshigi; 12 – asosiy bo'shliq; 13 – xalqum murtagi; 14 – eshituv nayining xalqum teshigi.

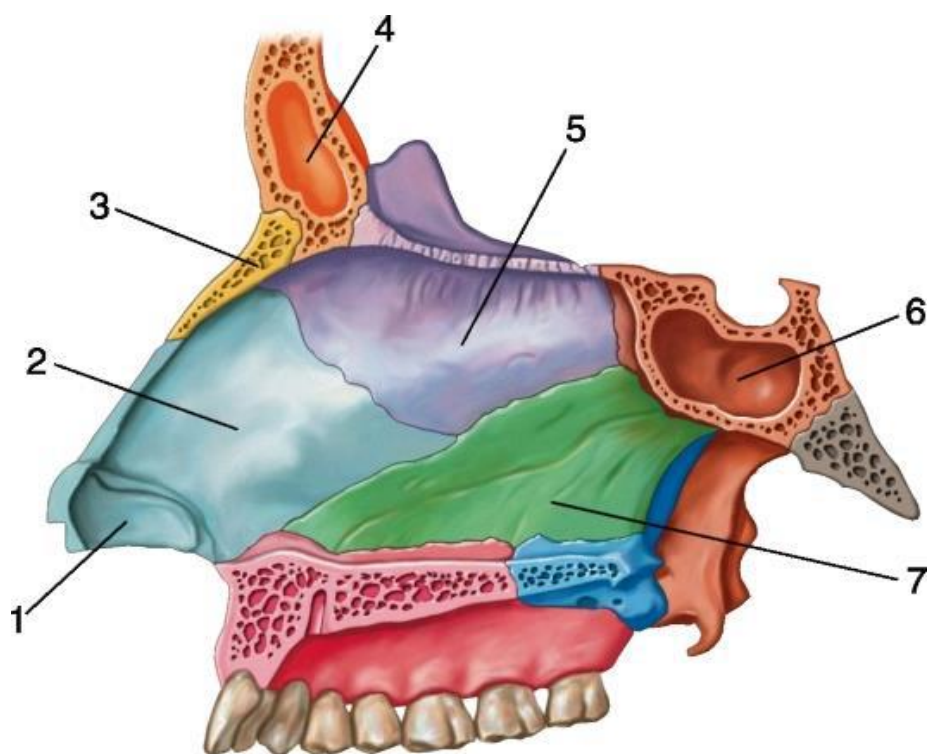
YUqori jag' bo'shlig'ining tabiiy teshigi ilmoqsimon o'siq bilan (*processus uncinatus*) qoplangan, shuning uchun rinoskopik tekshiruv paytida ko'rib bo'lmaydi. So'nggi yillarda endoskopik rinoxirurgiya usullarini joriy etish bilan

bog‘liq holda, burun bo‘shlig‘idagi "osteometal majmua" deb nomlanadigan o‘rta burun yo‘lidagi anatomik tuzilmani puxta bilish lozim (rasm 2.6da – to‘q jigar rang bilan belgilangan). Uning tarkibiga ilmoqsimon o‘siq, burun burmasi (*agger nasi*), g‘alvirsimon bo‘shliqning orqa qismi (*bulla ethmoidales*) va o‘rta burun chig‘anog‘ini lateral yuzasi kiradi.



Rasm 2.6. Osteomeatal kompleks orqali koronar kesma: 1 – peshona bo‘shlig‘i teshigi; 2 – qog‘ozli plastinka; 3 – o‘rta burun chig‘anog‘i; 4 – g‘alvirsimon bo‘shliq; 5 – o‘rta burun yo‘li; 6 – varonka; 7 – ilmoqsimon o‘siq (*processus uncinatus*); 8 – yuqori jag‘ bo‘shlig‘i teshigi

Burun bo‘shlig‘ining medial devori burun to‘sig‘i (*septum nasi*) ikki suyakdan, ya‘ni etmoidal suyakning perpendikulyar plastinkasi va dimog‘ suyagi elementlaridan iborat, shuningdek tog‘ayli plastinka (to‘rtburchak tog‘ay) va burunni dahlizida turgan qismi va teri qismi - burunning harakatlanuvchi qismidan iborat (rasm 2.7).



Rasm 2.7. Burun to'sig'i: 1 – yirik qanotsimon tog'ayni medial oyoqchasi; 2 – to'rtburchak tog'ay; 3 – burun suyagi; 4 – peshona bo'shlig'i; 5 – etmoidal suyakning perpendikulyar plastinkasi; 6 – ponasimon bo'shliq; 7 – dimog' suyagi.

Dimog' suyagi - mustaqil suyak bo'lib, u noto'g'ri to'rtburchak shaklga ega. Pastki qismda dimog' suyagi yuqori jag' suyagining tanglay o'siqlari va tanglay suyagining gorizontall plastinkasiga birlashgan. Uning orqa uchi o'ng va chap xoanalar orasidagi to'siqni tashkil qiladi. To'rtburchakli tog'ayning yuqori uchi burun to'sig'ini pastki qismlarini hosil qiladi. Burun to'sig'ining egriligini to'g'irlash uchun qilinadigan jarrohlik amaliyoti paytida tog'ayni juda katta rezeksiya qilish - burun belini tushishiga olib kelishini e'tiborga olish kerak. Bolalik davrida, odatda, 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda burun to'sig'i qiyshiq bo'lmaydi, keyinchalik suyak va burun to'sig'ining tog'ay qismlarini turli tezlikda o'sishi tufayli turli darajalarda qiyshayish vujudga keladi. Katta yoshli odamlarda odatda 95% hollarda burun to'sig'i egriligi kuzatiladi.

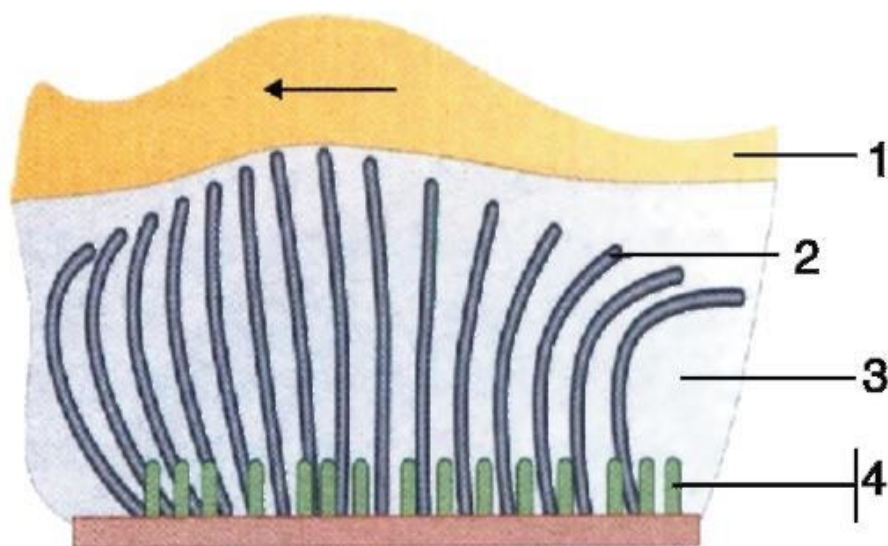
Burun bo'shlig'ining oldingi qismini yuqori devorni burun suyaklari, o'rta qismini g'alvirsimon suyakning elaksimon plastinkasi (*lamina cribrosa*) tomonidan hosil qilingan. Bu burun bo'shlig'i tomining eng tor qismi bo'lib, bir necha millimetr. Ushbu devor juda nozik bo'lib, burun bo'shlig'ida

ehtiyotkorsizlik bilan qilingan jarrohlik aralashuvi natijasida bu nozik plastinka zararlanishi va nazal likvoriya paydo bo'lishi mumkin. Infeksiya qo'shilishi natijasida bosh miya pardalari yallig'lanishi yuzaga kelishi mumkin (meningit). YUqori devor juda ko'p mayda teshiklarga (taxminan 25-30ta) ega, ular burun bo'shlig'iga oldingi g'alvirsimon nerv va *n.olphactorius* tolalari hamda burundan ko'p qon ketishiga sabab bo'luvchi manba bo'lishi mumkin bo'lgan g'alvirsimon arteriya va u bilan keladigan venani o'tkazadi.

Burun bo'shlig'ining pastki devori burun bo'shlig'ini og'iz bo'shlig'idan ajratadi. U yuqori jag'ning tanglay o'sig'i va tanglay suyagining gorizontal plastinkasi o'zaro birikishidan hosil bo'ladi. Katta yoshdagi burun bo'shlig'ining tubi kengligi 12-15 mm, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda - 7 mm. Orqa tarafdin burun bo'shlig'i xoana orqali xalqumning burun qismi bilan aloqa qiladi. YAngi tug'ilgan chaqaloqlarda xoana uchburchak yoki yumaloq shaklga ega bo'lib, o'lchami 6x6mm hajmda bo'ladi va 10 yoshgacha o'lchami ikki barobar kattalashadi.

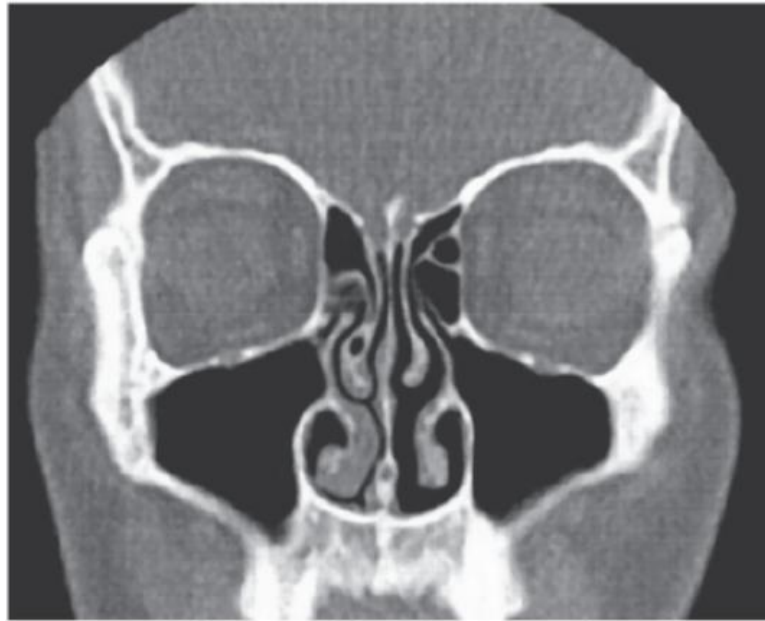
YOsh bolalarda burun yo'llari burun chig'anog'i bilan toraygan. Pastki burun chig'anog'i burun bo'shlig'ining tubiga zich birikkan bo'ladi. SHuning uchun yosh bolalarda burun bo'shlig'i shilliq qavatining engil yallig'lanishi ham burun orqali nafas olishni to'xtatadi, bu esa o'z o'rnida so'rish jarayonini buzadi. Burun bo'shlig'ining shilliq qavati shartli ikkita – hid bilish va nafas olish soxalariga bo'linadi. Nafas olish soxasidagi shilliq qavati butun yuzasi bo'ylab uning ostida turgan suyak va tog'ay bilan zich birikkan bo'ladi. Uning qalinligi 1mm atrofida. SHilliq osti qavatiga ega emas. Burun bo'shlig'ining shilliq qavati hilpillovchi epiteliy hujayralarini, shuningdek, ko'plab qadahsimon va bazal hujayralarni o'z ichiga oladi. Har bir hujayra yuzasida 250dan 300tagacha kiprikchalar mavjud bo'lib, ular daqiqasiga 160tadan 250tagacha tebranishadi. Ushbu kiprikchalar burun bo'shlig'ining orqa qismi, yani xoanalar tomonga harakatlanadi (rasm 2.8). YAllig'lanish jarayonlarida epiteliyning hilpillovchi hujayralari metaplaziyaga uchrab qadahsimon epiteliyga aylanishi mumkin va shuningdek burun shillig'ini ajratishi mumkin. Bazal hujayralar burun bo'shlig'ini shilliq qavatini qayta

tiklashga yordam beradi. Odatda, burun boʻshligʻining toʻgʻri ishlashi uchun uning shilliq pardasi kun davomida 500ml suyuqlik ishlab chiqaradi. YAlligʻlanish jarayonlarida burun boʻshligʻining shilliq qavatining shilliq ajratish hajmi bir necha marta oshadi. Burun chigʻanoqlarining shilliq qavati ostida kichik va katta qon tomirlari chigalidan iborat – gʻovaksimon toʻqimalarga oʻxshash kengaygan tomirlar toʻplami mavjud.



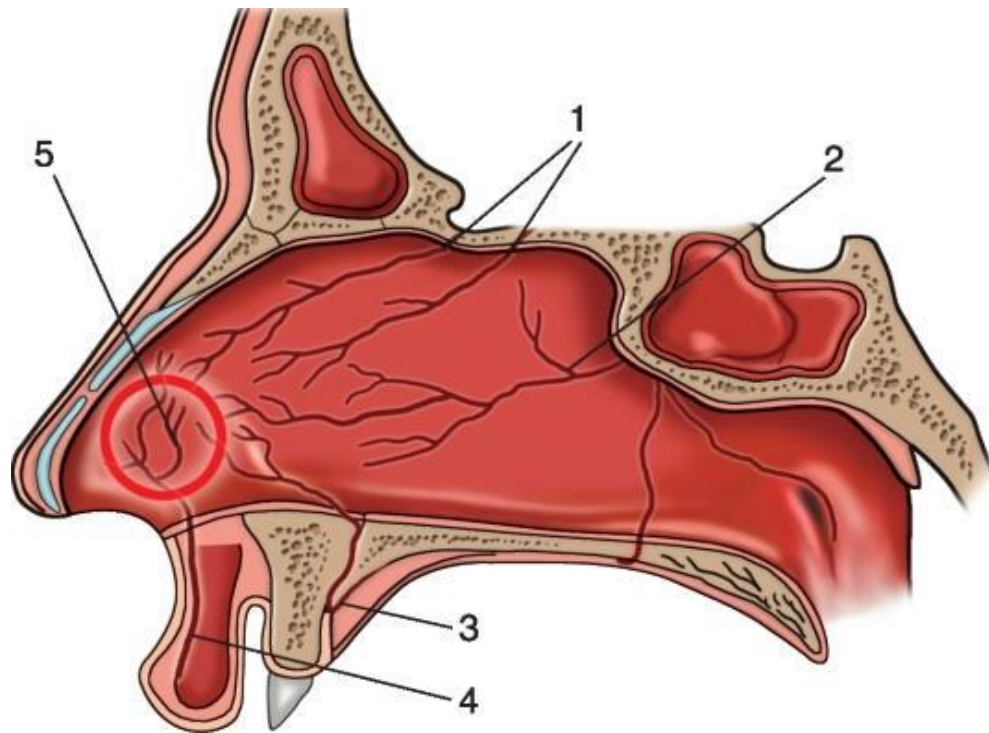
Rasm 2.8. Mukotsiliar harakat (chizmasi): 1, 3 – shilliq; 2 – kiprikchalar (*ciliar*); 4 – mikrotukchalar

Vena devorlari silliq muskul tolalariga juda boy, ular uch shoxlik nerv orqali innervatsiya qilinadi. Uch shoxlik nerv retseptorini taʼsirlantirilsa, pastki burun chigʻanogʻida joylashgan kavernoza toʻqimalar toʻldiriladi yoki boʻshatiladi. Odatda, burunning har ikkalasi ham kun davomida baravar ishlamaydi – burunning yarmi orqali yaxshi nafas olib, ikkinchisiga dam beradi (rasm2.9). Burun toʻsigʻining old qismida arteriya va ayniqsa venoz tomirlarning katta chigali boʻlgan taxminan 1sm²ga teng boʻlgan soxa mavjud. Bu soxa “Kisselbax soxasi” deb nomlanadi (*locus Kiesselbachi*), koʻpincha bu erdan burundan qon ketish kuzatiladi (rasm 2.10).



Rasm 2.9. Burun yondosh bo'shliqlarning kompyuter tomografiyasi

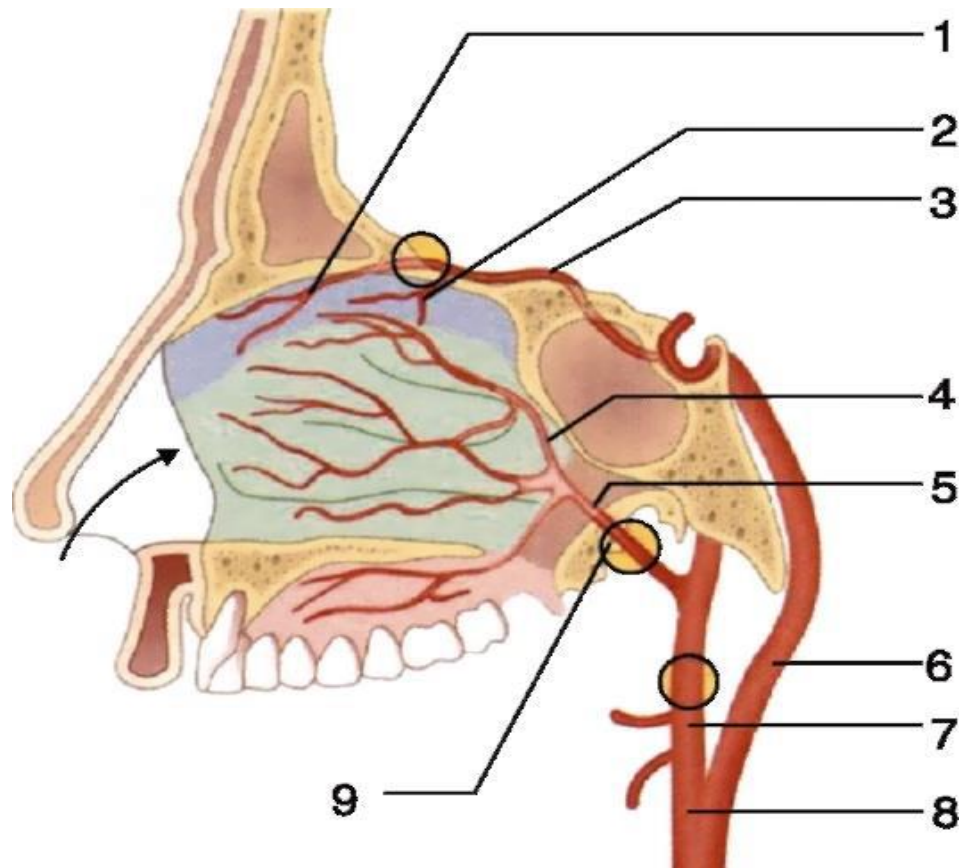
Hid bilish zonasi o'rta burun chig'anog'ining yuqori qismi, yuqori burun chig'anog'ini barcha qismi va uning qarama-qarshisidagi burun to'sig'ining yuqori qismida joylashgan. 15-20ta ingichka nerv tolalari shaklidagi hid bilish hujayralarining aksonlari (mielinsiz asab tolasi) etmoidal plastinka teshiklari orqali bosh suyagiga o'tadi va hid bilish piyozchasiga kiradi. Ikkinchi neyron dendritlari hid bilish uchburchagining nerv hujayralariga yaqinlashadi va po'stloq osti markazlariga boradi. Po'stloq osti markazidan uchinchi neyronning tolalari boshlanadi va bosh miyaning po'stloq qismi piramidal neyronlarida joylashgan hid bilish analizatori markaziga boradi.



Rasm 2.10. Burun to'sig'ining qon ketish maydoni: 1 – old va orqa etmoidal arteriyalar; 2 – ponasimon-tanglay arteriyasi; 3 – tanglay arteriyasi; 4 – lab arteriyasi; 5 – Kisselbax soxasi.

Burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlanishi tashqi uyqu arteriyasini oxirgi shoxlaridan biri bo'lgan yuqori jag' arteriyasi tomonidan amalga oshiriladi. Undan ponasimon-tanglay arteriyasi (*a. sphenopalatina*) xuddi shu nomli yoriq orqali burun bo'shlig'iga o'rta burun chig'anog'ining orqa uchi soxasi atrofiga kirib keladi. U burunning yon devorlari va burun to'sig'i uchun arteriya tarmog'ini beradi. Yuqori lab arteriyasi bilan ingichka kanal orqali katta anastomoz hosil qiladi. Bundan tashqari, ichki uyqu arteriyasining shoxi bo'lgan *a. ophthalmica* dan chiqadigan old va orqa etmoidal arteriyalar (*a. ethmoidalis anterior et posterior*) burun bo'shlig'iga kirib keladi (rasm 2.11).

Shunday qilib, burun bo'shlig'i qon ta'minoti ichki va tashqi uyqu arteriyalar tizimi orqali amalga oshiriladi, shuning uchun tashqi uyqu arteriyasini bog'lash har doim ham burundan qon ketishni to'xtatishga olib kelmaydi. Burun bo'shlig'ida vena qon tomirlari arteriyalarga nisbatan yuza joylashadi.



Rasm 2.11. Burun bo'shlig'ini qon bilan ta'minlanishi: 1 - oldingi etmoidal arteriya; 2 - orqa etmoidal arteriya; 3 - meningeal arteriya; 4 – pterygopalatine arteriyasi; 5 – yuqori jag' arteriyasi; 6 - ichki uyqu arteriyasi; 7 - tashqi uyqu arteriyasi; 8 - umumiy uyqu arteriya; 9 – yuqori jag' arteriyasining embolizatsiya joyi

Arteriya qon tomirlari burun chig'anog'i va burun to'sig'ining shilliq qavatida bir nechta chigallar hosil qiladi, ulardan biri – (ilgari tasvirlangan) Kisselbax maydoni. Burun to'sig'ining orqa qismlarida ham katta diametrlili venoz tomirlarning to'plami mavjud. Burun bo'shlig'idan venoz qon oqimi bir necha yo'nalishda ketadi. Burun bo'shlig'ining orqa qismidan venoz qon qanotsimon chigalga (*plexus pterygoideus*) quyiladi, bu esa o'z navbatida o'rta miya chuqurchasida joylashgan g'orsimon sinus (*sinus cavernosus*) bilan bog'liq bo'lib, burun bo'shlig'idagi infeksiyon jarayonni xalqumning burun qismiga va kranial bo'shliqqa tarqalishiga olib kelishi mumkin.

Burun bo'shlig'ining old qismidan venalardagi qon yuqori lab tomirlariga, undan burchak tomirlariga quyiladi, bu vena esa kavernoza sinusga yuqori orbital vena orqali o'tadi. SHuning uchun chipqon burunning oldida yoki tuklar bor

boʻlgan joyda joylashganida, bosh miya boʻshligʻiga infeksiya tarqalishi xavfi katta. Etmoidal labirintning old va orqa tomirlari orbitaning tomirlari bilan bogʻlanishi katta ahamiyatga ega, bu yalligʻlanish jarayonini etmoidal labirintdan orbitaning ichiga oʻtishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, etmoidal plastinka orqali oʻtadigan etmoidal labirintning oldingi vena shoxlaridan biri oldingi miya chuqurchasiga kirib, *pia mater*ning venalari bilan anastomoz hosil qiladi. CHegaraviy soxalarda koʻplab anastomozlari boʻlgan zich venalar tarmogʻi tufayli yuz jagʻ sohasida tromboflebiti, orbitaning va kavernozi sinusni venoz trombozi, sepsis kabi ogʻir asoratlarni rivojlanishi mumkin.

Limfa tomirlari – limfani burun boʻshligʻining orqa qismiga olib chiqib, xalqumni burun qismiga kirib keladi, u eshituv nayining xalqum teshigini pastdan va yuqoridan chetlab oʻtib, umurtqa pogʻona oldi va boʻyinni xususiy fassiyasini yumshoq tolalari orasidagi joylashgan xalqum orti limfa tugunlariga kirib boradi. Limfa tomirlarining bir qismi burun boʻshligʻidan boʻyinni chuqur tugunlariga yoʻnaladi. Burun boʻshligʻi, burun yondosh boʻshligʻilari, shuningdek, oʻrta quloqdagi yalligʻlanish jarayonlari natijasida limfa tugunlarining yiringlashi bolalik davrida xoʻppozlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Burun boʻshligʻi va etmoidal labirintdagi xavfli oʻsmalarning metastazlari limfa tugunlarini lokalizatsiyasiga bogʻliq. Masalan: ichki boʻyinturuq vena boʻylab limfa tugunlari kattalashadi.

Burun boʻshligʻi innervatsiyasi:

- a) hid bilish;
- b) sezuvchi;
- v) vegetativ.

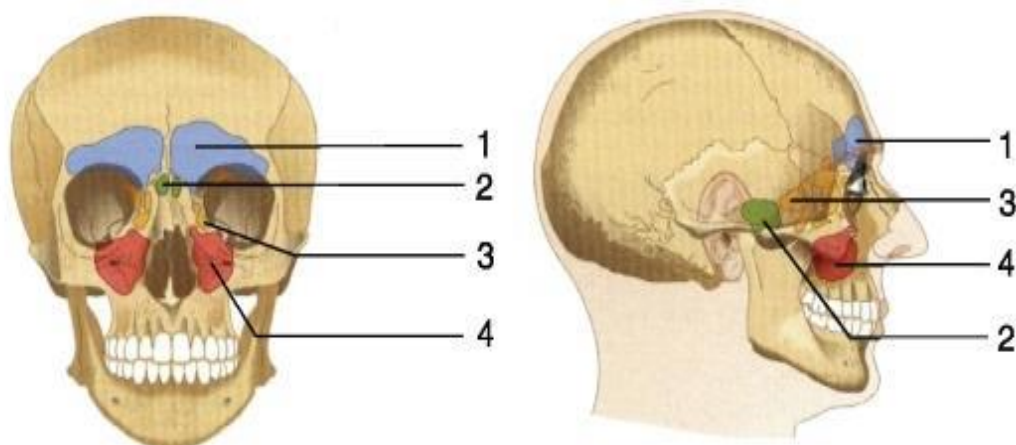
Hid bilish – hid bilish nervi (*n. olfactorius*) tomonidan taʼminlanadi. Hid bilish nervining tolalari burun boʻshligʻiga elaksimon plastinka orqali oʻtadi va yuqori burun yoʻlining shilliq qavatini innervatsiya qiladi.

Sezgini uch shoxlik nervning (*n. trigeminis*) birinchi va ikkinchi shoxlarining sezuvchi tolalari taʼminlaydi.

Burun bo'shlig'ining vegetativ innervatsiyasi *canalis pterygoideus*ning nerv tolalari (*n.opticus*; *n. canalis pterygoidei*) bilan ta'minlanadi. Burun bo'shlig'ining vegetativ nerv tizimi kavernoza to'qimalarining qon bilan to'lishi va tonusini tartibga soluvchi nozik mexanizmlarini shakllantiradi, shuningdek, shilliq qavatdagi sekretsia darajasini boshqarib turadi.

2.3. Burun yondosh bo'shliqlarini klinik anatomiyasi

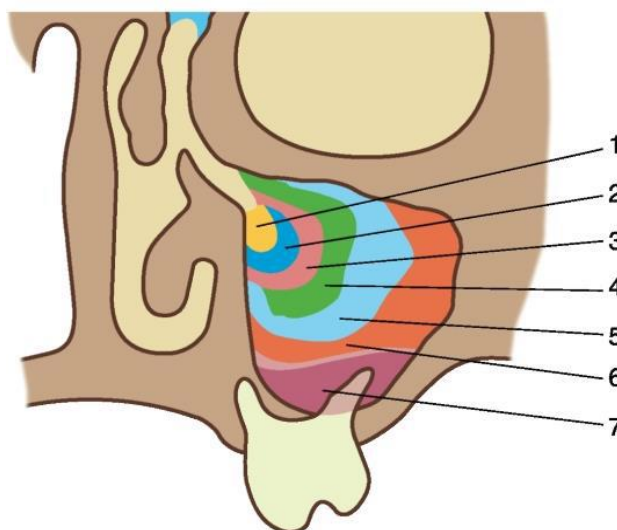
Burun yondosh bo'shliqlari (*sinus paranasalis*) – burun bo'shlig'ining yonida joylashgan va u bilan teshiklari orqali bog'langan havo bo'shliqlari. Ularga yuqori jag', peshona, etmoidal va ponasimon bo'shliqlar kiradi (rasm 2.12).



Rasm 2.12. Burun yondosh bo'shliqlari proeksiyasi: 1 – peshona bo'shlig'i; 2 – ponasimon bo'shlig'i; 3 – g'alvirsimon bo'shlig'i; 4 – yuqori jag' bo'shlig'i.

Burun yondosh bo'shliqlarining rivojlanishi xomiladorlik davrining 9-10-haftalaridan boshlanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda peshona va ponasimon bo'shliqlardan tashqari (ular 6-8 yoshda shakllanadi), barcha burun yondosh bo'shliqlari bo'ladi.

Yuqori jag' bo'shlig'i (sinus maxillaris) eng katta hajmga ega bo'lib, yuqori jag' suyagi tanasida joylashgan. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bo'shliq yoriq shaklida bo'ladi va bo'shliqning oldingi devori, orbitaning pastki devori va alveolyar o'siqlar bilan chegaralangan (rasm 2.13).



Rasm 2.13. YUqori jag‘ bo‘shlig‘ining yoshga qarab hajmi o‘zgarishi: 1- uch oy; 2 – olti oy; 3 – bir yosh; 4 – uch yosh; 5 – besh yosh; 6 – sakkiz yosh; 7 – o‘n ikki yosh.

Uning bo‘ylama o‘lchami 7-14 mm, balandligi – 5-10 mm. Bola bir yoshining oxirida bo‘shliq dumaloq shaklga ega bo‘lib, bosh suyagining o‘shishi bilan asta-sekin o‘rib boradi, 6-7 yoshli bolalarda bo‘shliq yoshi kattalar uchun xos bo‘lgan ko‘p qirrali shaklga ega bo‘ladi. Tishlar almashganidan so‘ng, bo‘shliqning hajmi yuz jag‘ sohasining o‘shishiga qarab oshadi va 15-20 yoshda shakllanish nihoyasiga etadi. Kattalarda yuqori jag‘ bo‘shlig‘ining hajmi taxminan 15-20 sm³ ga teng.

Old devori orbitani pastki chetidan yuqori jag‘ alveolyar o‘sig‘iga qadar davom etadi.

Orbitaning pastki chetidan taxminan 0,5-1 sm pastda infraorbital kanal ochiladi, u orqali nerv-qon tomir to‘plami chiqadi: yuqori jag‘ nervi (uch shoxlik nervining ikkinchi shoxi), shuningdek, tegishli arteriya va venalar.

Infraorbital teshik ostidagi old devorda yaqqol sezilarli botiq – “it chuqurchasi” (*fossa canina*) bo‘lib, bu joydan II kichik qoziq tish soxasidan bo‘shliqni ochish tavsiya etiladi. Oldingi devori suyagi juda zich va po‘kaksimon tuzilishga ega. Jarrohlik amaliyoti paytida turg‘un suyakdan qon ketishi mumkin.

YUqori devor – bo‘shliqning tomi hisoblanadi hamda uni ko‘z kosasidan ajratib turadi. Uning ichidan kanal o‘tadi va ba‘zan kanal yarim kanal bo‘lib, u yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga ochilgan bo‘ladi, unda yuqori jag‘ nervi va qon tomirlari

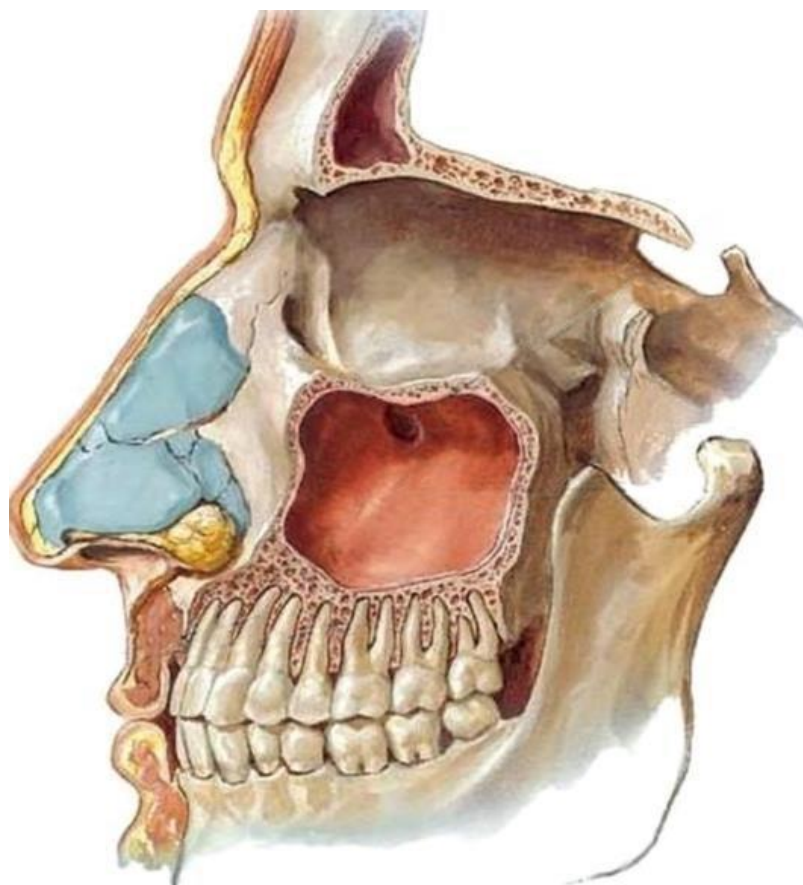
joylashgan bo‘ladi. SHuning uchun bo‘shliqdagi patologik jarayonlar bu nerv-tomirlar to‘plamiga ta’sir qilishi mumkin.

Infraorbital kanalning pastki devori yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga aniq bir yostiq sifatida tushadi va ba’zi hollarda faqatgina sinusning shilliq pardasi nerv tolasini qoplaydi.

SHamollash va o‘sma jarayonlarida sinusning juda yupqa yuqori devori orqali shish yoki yallig‘lanish osongina orbita soxasiga tarqaladi. Bo‘shliq yuqori devori oldingi qismi medial qirrasini bilan ko‘z yosh suyagiga birikib ko‘z yosh kanalini yuqori teshigini shakllanishida ishtirok etadi. Orqa tomondan, orbitani kataksimon labirint hujayralaridan ajratib turadigan, qog‘oz plastinka bilan chegaralanadi.

Bo‘shliqning medial devori burun bo‘shlig‘ining tashqi devori hisoblanadi. Oldingi qismidan *canalis nasolacrimalis* o‘tadi va pastki burun yo‘liga ochiladi (rasm 2.6). Bo‘shliqning chiqish teshigi (*ostium maxillare*) deyarli o‘z shiftining ostiga boradi va o‘rta burun yo‘liga ochiladi. SHuning uchun tananing tik holatida undan ajralma chiqib ketishi qiyin.

Bo‘shliqning orqa devori qiyshiq bo‘lib, yuqori jag‘ning bukri qanot-tanglay chuqurchasiga mos ravishda kirib turadi. Uning yuqori qismidan yuqori alveolyar nerv tolalarning shoxlari o‘tgan. Ushbu devorning orqa yuqori qismi etmoidal bo‘shliqning orqa guruh kataklariga va ponasimon bo‘shliqqa yaqin keladi.



Rasm 2.14. YUqori jag‘ bo‘shlig‘ini orbita va alveolyar o‘siqlar bilan nisbati

YUqori jag‘dagi patologik jarayonlar qanotsimon tanglay chuqurchasidagi uch shoxli nervning ikkinchi shoxi, jag‘ arteriyasi, orbita bilan bog‘langan venoz tugun, g‘orsimon sinusni qattiq miya pardasiga o‘tishi mumkin.

Bo‘shliqning pastki devori yuqori jag‘ning alveolyar o‘siqlaridan hosil bo‘lgan. Odatda yuqori jag‘ bo‘shlig‘ining tubi II kichik qoziq tishdan II katta qoziq tishgacha bo‘lgan joyni egallaydi. Kam hollarda I kichik qoziq tish va III katta qoziq tish orasida joylashadi.

Bo‘shliq tubining pastki holati, tish ildizi uchining va uning katakchalari joylashishiga bog‘liq (rasm2.14). I va II molyar tish kataklari yuqori jag‘ shilliq qavatidan yupqa suyak plastinkasi yordamida ajralib turadi (0,5mm), ko‘p hollarda tish ildizining uchi shilliq qavat bilan qoplangan bo‘ladi. Bu holatda bo‘shliqning odontogen zararlanishi ko‘p kuzatilib, yuqorida qayd qilingan tishlar olib tashlanganda perforatsiya yuzaga keladi. Bunda og‘iz bo‘shlig‘idagi ovqat massalari yuqori jag‘ bo‘shlig‘iga o‘tib ketadi.

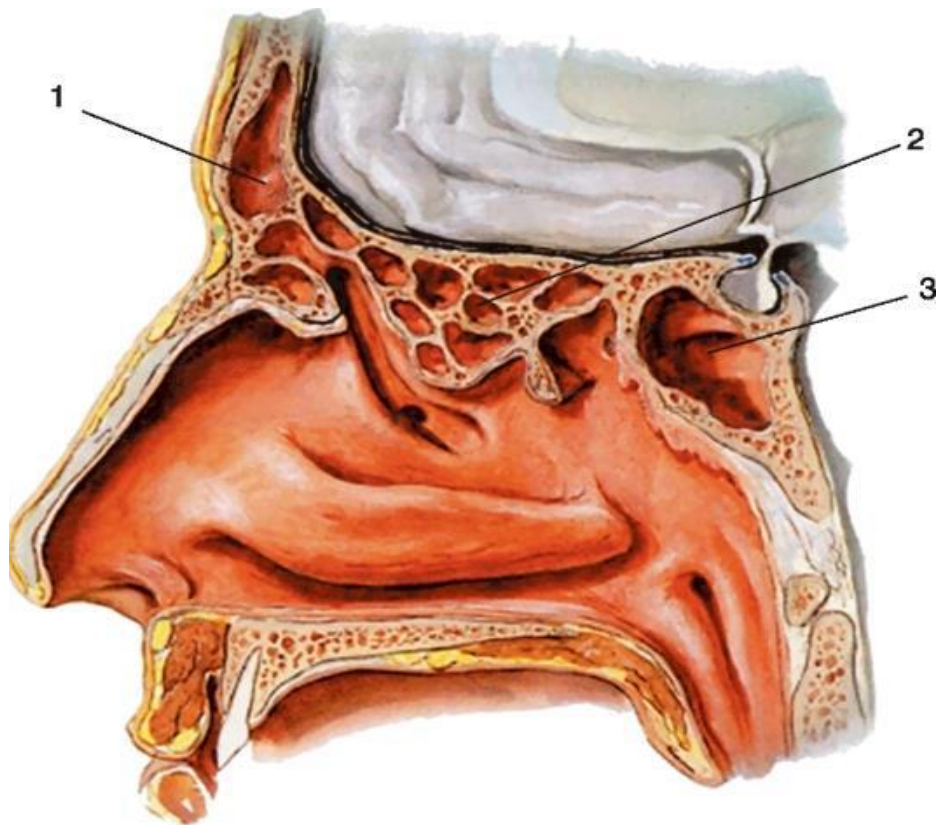
Qoidaga binoan, chap va o'ng bo'shliqlar simmetrik bo'ladi, lekin ba'zida anomaliyalar ham uchrab turadi. Bularga bo'shliqni to'siqlar bilan bir necha kameralarga bo'linishi kiradi. Bu gaymorit bilan kasallangan bemorlarni davolashda qiyinchilik tug'diradi.

YUqori jag' bo'shlig'i shilliq qavati burun bo'shlig'i shilliq qavatining davomi hisoblanadi. Lekin u juda yupqa bo'ladi. SHilliq qavat juda ko'p qon va limfa tomirlariga boy bo'lib, temir moddasini o'zida saqlaydi va yuqori so'rilish xususiyatiga ega.

Peshona bo'shliqlari (sinus frontalis) peshona suyagida joylashgan. Bosh suyagini sagital kesimida uning uchburchak shaklda ekanligini ko'ramiz. Bo'shliqlar kam hollarda simmetrik bo'ladi, bittasi kattaroq bo'lishi yoki umuman bo'lmasligi mumkin. Bir yoki ikki bo'shliqning yo'qligi 5-10% hollarda uchraydi. Peshona bo'shlig'ining oldingi devori qalin bo'lib, 5-8mm ni tashkil qiladi. Orqa devori yupqa, mustahkam, kompakt suyakdan iborat bo'lib, peshona bo'shlig'ini bosh miyani oldingi chuqurchasidan ajratib turadi. Ko'z kosasi va peshona bo'shlig'ini uning pastki devori ajratib turadi. U ham yupqa bo'lib, peshona bo'shlig'ining o'lchamiga qarab butun orbitaga, qanotsimon suyakning kichik qanotlariga etishi mumkin. Ikkala bo'shliq ham rivojlanganda ular orasida yupqa suyakli to'siq paydo bo'ladi hamda tabiiy yo'li orqali burun bo'shlig'i bilan bog'lanadi. Bu kanal o'rta burun yo'lining oldingi bo'limiga ochiladi (rasm 2.8). Peshona bo'shlig'i shilliq qavati yuqori jag' bo'shlig'i shilliq qavatiga o'xshash epiteliy bilan qoplangan bo'lib, peshona – burun kanali orqali sekretning chiqishiga yordam beradi.

G'alvirsimon bo'shliq (sinus ethmoidalis) murakkab tuzilishga ega bo'lib, juda ko'p havo katakchalaridan iborat (rasm 2.15).

Katakchalar soni bir xil emas va har bir tomonda 8-10tagacha bo'lishi mumkin. G'alvirsimon suyakning asosiy plastinkasi g'alvirsimon bo'shliqni ikkiga bo'ladi – oldingi va orqa. Har bir katakcha o'zining chiqish joyiga ega bo'lib, o'rta (oldingi va o'rta katakchalar) yoki yuqori (orqa katakchalar) burun yo'liga ochiladi.



Rasm 2.15. Bo'shliqlar joylashuvi: 1- peshona; 2- g'alvirsimon; 3- ponasimon

G'alvirsimon bo'shliqning shilliq qavati boshqa burun oldi bo'shliqlarning shilliq qavatlari bilan bir xil tuzilishga ega.

G'alvirsimon labirintning anatomo-topografik tuzilishi patologik jarayonlarni orbitaga, bosh miya bo'shlig'iga, ko'ruv nerviga o'tishiga imkon beradi. G'alvirsimon labirintni kengroq tasavvur qilish uchun uning tuzilishini bilish lozim:

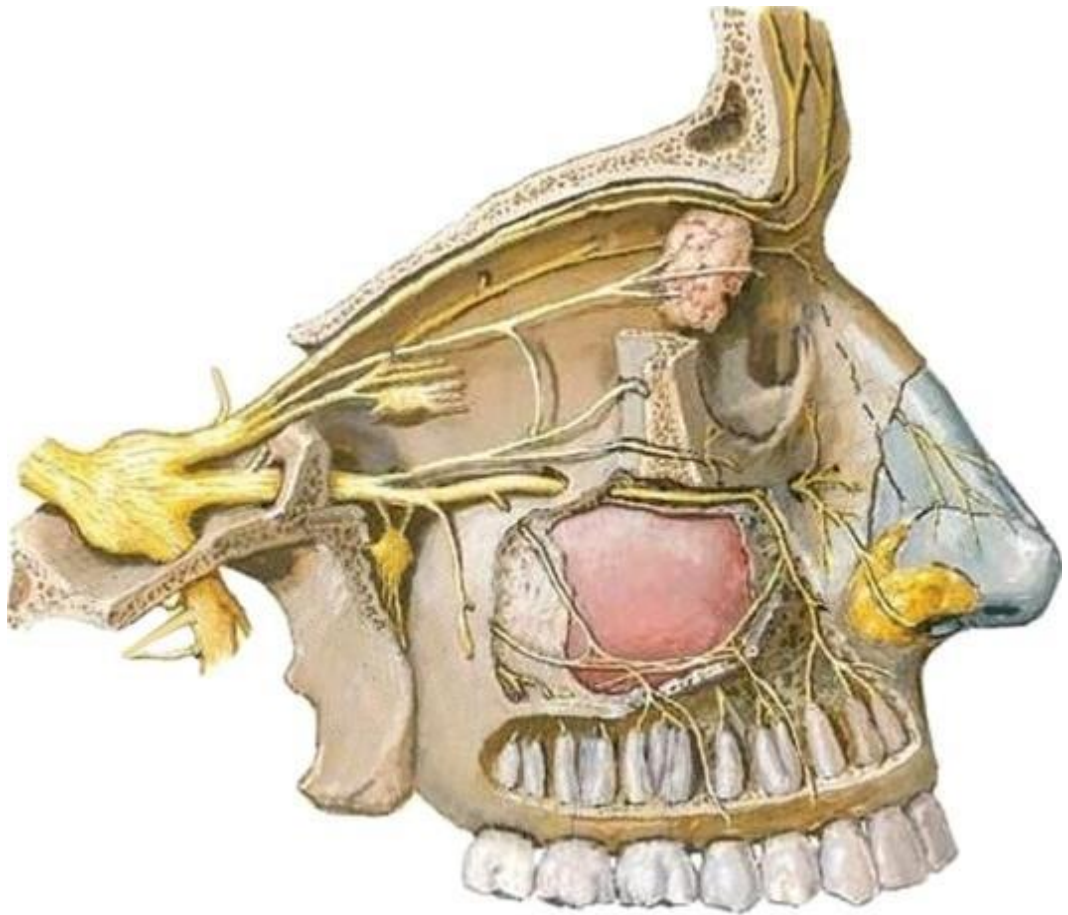
- perpendikulyar plastinka tepa qismi bosh miyani oldingi chuqurchasidan "xo'roz tojiga" o'xshash holda chiqadi, pastki qismi burun to'sig'ini suyakli qismini hosil qilishda ishtirok etadi;
- g'alvirsimon plastinka (*lamina cribrosa*), sezuvchi nervning tolalari o'tishini ta'minlash uchun mayda tirqishlari bor
- labirintni ko'z kosasidan ajratib turuvchi yupqa qobiq plastinkalari (*lamina papyracea*)
- yuqori va o'rta burun chig'anoqlari

Ponasimon bo'shliq (sinus sphenoidalis) juft bo'lib, qanotsimon suyakning tanasida, burun bo'shlig'ining orqasida joylashgan (rasm 2.15). Bo'shliqlar suyak to'siqlari bilan ikki qismga ajratilgan. Ponasimon bo'shliqning chiqish teshiklari oldingi devorda joylashib, yuqori burun yo'liga ochiladi. Bu joylashuv burun-xalqum orqali xavo oqimi o'tishiga imkon beradi. Qanotsimon bo'shliq tanglayning yuqori devori – oldingi kalla chuqurligi, turk egari, gipofiz va ko'ruv nervlari bilan chegaralangan. Juda yupqa yon devorlariga ichki uyqu arteriyasi, g'orsimon sinus, ko'zni harakatlantiruvchi, olib ketuvchi va uch shoxli nervning birinchi shoxi tegib turadi. Orqa devori odatda qalin bo'lib, kallaning orqa chuqurchasi bilan chegaralangan.

Burun yondosh bo'shlig'larining *qon bilan ta'minlanishi* tashqi va ichki uyqu arteriyasining shoxlari hisobiga amalga oshiriladi. YUqori jag' arteriyasi (tashqi uyqu arteriyasi shoxi) yuqori jag' bo'shlig'ini oziqlanishini ta'minlaydi. Peshona bo'shlig'i – yuqori jag' va ko'z arteriyasi orqali, qanotsimon bo'shliq – qanot-tanglay arteriyasi, meningeal arteriya shoxlari orqali qon bilan ta'minlanadi. G'alvirsimon bo'shliq – g'alvirsimon va ko'z yosh arteriyalari orqali qon bilan ta'minlanadi.

Burun oldi bo'shliqlarning venoz tizimi ko'z kosasi venalari, burun, yuz, qattiq miya pardasi sinuslari bilan juda ko'p anostomozlar hosil qiladi.

Burun oldi bo'shliqlarining limfa tomirlari infeksiya va metastazlar tarqalishida juda katta o'rni bor. Chunki ular burun bo'shlig'i, xalqum va chuqur bo'yn limfa tugunlari bilan limfa tomirlari orqali bog'langan. Bundan tashqari, yallig'lanish jarayonlari tishlardan keladigan limfa tomirlar orqali yuqori jag' bo'shlig'ining shilliq qavatlariga, tish kataklarining tubidagi va bo'shliqning shilliq qavatidagi limfa tomirlariga bog'lanadi.



Rasm 2.16. YUqori jag‘ bo‘shlig‘ining shilliq qavati va tislari uch shoxli nerv bilan innervatsiyalanishi

Burun yondosh bo‘shliqlari uch shoxli nervning birinchi va ikkinchi shoxlari bilan innervatsiyalanadi (rasm 2.16).

2.4. Burun va burun yondosh bo‘shliqlarining klinik fiziologiyasi

Burun quyidagi vazifalarni bajaradi: nafas olish, sezgi, himoya, rezonator.

Nafas olish vazifasi

Burunning asosiy vazifasi – nafas olishdir. Me‘yorida burundan olingan va chiqarilgan havo ravon o‘tadi. Nafas olganda ko‘krak qafasiga manfiy bosim tushadi va ikki burun teshigiga ham havo yo‘naladi. Havoning asosiy oqimi burunning umumiy yo‘liga o‘rta burun chig‘anog‘ida pastdan yuqoriga tomon yoysimon yo‘naladi, keyin xoanalarning orqa va oldidan aylanib o‘tadi. Nafas olganda havoning ma‘lum qismi burun yondosh bo‘shliqlaridan ilitilingan, namlangan xolda chiqadi. Nafas chiqarganda havoning asosiy massasi burunning pastki chig‘anoqlari sig‘imi darajasida bo‘ladi va havoning yarim qismi burun

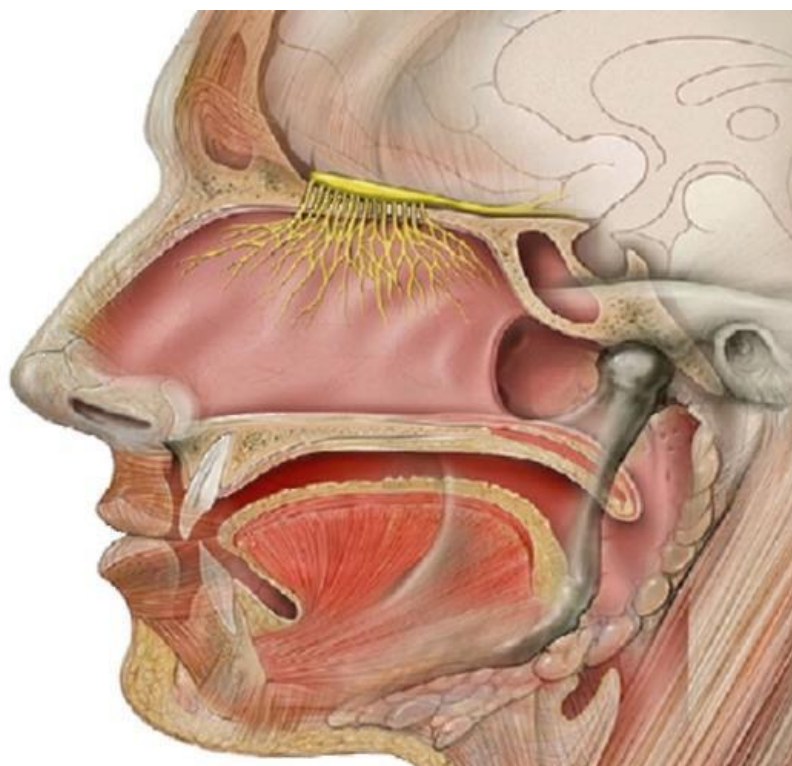
yondosh bo'shliqlariga o'tadi. Havo oqimining bosimi burun shilliq qavatiga ta'sir qilib nafas olish refleksini ta'sirlantiradi va chaqiradi. Agar nafas olish og'iz orqali bo'lsa nafas olish chuqur bo'ladi va organizmga kislorod kam etib keladi. Bunda ko'krak qafasida manfiy bosim tushib ketib, nafas ekskursiyasining kamayishiga va organizmni gipoksiyasiga olib keladi. Natijada asab, qon-tomir, qon hosil qilish tizimlarida turli patologik jarayonlar kelib chiqadi, ayniqsa, bolalarda. Bundan tashqari burun yondosh bo'shliqlari va o'rta quloq bo'shlig'i ventilyasiyasi susayadi. Bolalarda uzoq muddat burundan nafas olishning buzilishi, yuz skeletining, tish-jag' tizimining noto'g'ri shakllanishiga, nafas yo'llarining surunkali kasalliklariga olib keladi.

Hid bilish funksiyasi

Hid bilish analizatori hid chiqaruvchi moddalarni sezib, qabul qiluvchi a'zodir. Hid chiqaruvchi moddalar hid bilish sohasiga burundan nafas olish jarayonida havo bilan birga kiradi. Hid bilish sohasi (*regio olfactoria*) o'rta burun chig'anoq'ining pastki qirrasida va burun to'sig'ining orasida joylashgan hid bilish yorig'idan boshlanib, eni 3-4 mm ni tashkil qiladi (rasm 2.17).

Hidni sezish uchun havo hid bilish sohasiga etib borishi lozim. Burundan qisqa nafas olish yordamida, havo to'planib hid bilish sohasiga o'tiladi.

Odorivektorlar hid bilish hujayralarining tuklarini qoplab turuvchi suyuklik tarkibiga kiradi. Reaksiya natijasida ta'sirlar neyronlar orqali hid bilish analizatorining po'stloq yadrosiga etib boradi. Hid bilish tuyg'usi analizatorning barcha qismlari o'zaro bog'langanda yuz beradi, ya'ni periferik, oraliq va markaziy. Hid bilish tuyg'usi periferiyadan boshlanib, uning analiz va sintez esa hid bilish analizatorining po'stloqli yadrosida yuz beradi.



Rasm 2.17. Hid bilish sohasi

Bugungi kunda kimyoviy, fizikaviy, fiziko-kimyoviy hid bilish nazariyalari mavjud.

Hid bilish funksiyasi inson va hayvon hayotida juda muhim ahamiyatga ega. Hayvonlarda hid bilish odamlarnikiga nisbatan ancha kuchli rivojlangan. Masalan, itlarda hid bilish odamlarga qaraganda 10000 marta kuchli

Hid bilish buzilishi birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin: birlamchi agar u hujayra retseptorlarining patologiyasi bilan bog'liq bo'lsa – birlamchi, hid bilish sohasiga havoning kelishi buzilganda sodir bo'lsa – ikkilamchidir.

Hid bilish yallig'lanish jarayonida, shilliq qavatning polipoz o'zgarishlarida, atrofik jarayonlarda birdaniga pasayadi (giposmiya) va ba'zida butunlay yo'qoladi (anosmiya)

Himoya funksiyasi

Burun orqali nafas olganda havo iliydi, tozalanadi va namlanadi. Havoning ilishi burun yo'lidan havo o'tishining sekinlashishi va uning qon bilan ta'minlanishi orqali sodir bo'ladi. Sovuq havo reflektor kengayishni chaqirib, kavernoza tomirlarni qon bilan to'ldiradi va burun chig'anoqlari hajmi birmuncha

kattalashadi, burun yoʻlining eni kichrayadi. Havo burun boʻshligʻidan kichik oqim bilan oʻtib, shilliq qavatga tegib turishidan ilish intensiv holda kechadi. Tashqaridagi havo qancha sovuq boʻlsa, ilish samarasi shuncha yuqori boʻladi. Burunda havoning tozalanishi bir nechta mexanizmlarga asoslangan. Katta chang zarralari burun oldi tuklarida ushlanib qoladi. Mayda chang zarralari shillikli sekret bilan qoplangan shilliq qavatga oʻrnashib oladi. Sekret tarkibida bakteriotsid xususiyatga ega lizotsim va immunoglobulinlar bor. Nafas olish bilan birga kirgan 40-60%ga yaqin chang zarralari va mikroorganizmlar burun shilligʻida ushlanib qolib, shu erning oʻzida neytrallashadi yoki shilliq bilan burundan chiqib ketadi.

Burun shilliq qavatining oʻzini-oʻzi tozalash mexanizmi mukotsiliar transport deb nomlanib, silliq epiteliy orqali amalga oshiriladi. Silliq epiteliy yuzasi koʻp sonli kiprikchalar bilan qoplangan boʻlib, harakatlanib turadi. Kipriklarning harakat tezligi bir daqiqada 10-15taga teng. Kipriklarning harakatlanishi natijasida burun sekretini va unga oʻtirib qolgan chang zarralari va mikroorganizmlar burun-xalqum yoʻliga qarab harakatlanadi. Burun boʻshligʻiga tushgan yot zarralar, bakteriya, kimyoviy moddalar shilliqqa yopishib, fermentlar taʼsirida nobud boʻlib yutiladi. SHilliqning burunning oldingi qismidan burun-xalqumgacha oʻtish vaqti 10-20 daqiqani tashkil etadi. Kipriklar harakatlanishiga turli omillar taʼsir qiladi: yalligʻlanish, xarorat, pH oʻzgarishi, kimyoviy moddalar taʼsiri (dori moddalari) va boshqalar.

Olingan havoning namlanishi sekretning dimlanishi natijasida sodir boʻladi, bu sekret reflektor shilliq va qadahsimon hujayralar, limfadan ajraladi. Bular epiteliy yuzasi va koʻz yosh suyuqligidan ajraladi. Kun davomida burun shilliq qavati 500ml suyuqlik ajratadi.

Bundan tashqari himoya mexanizmlariga aksirish va shilliq ajralishi kiradi. YOt moddalar, chang zarralari burun boʻshligʻiga tushganda aksirish refleksini chaqiradi: burundan birdaniga maʼlum bir kuchdagi havo chiqib ketadi va uning natijasida taʼsirlantiruvchi modda chiqib ketadi.

Rezonator vazifasi

Soʻzlaganda va kuylaganda obertonlarning jarangdor boʻlishi va ovoz tembrining hosil boʻlishi burun va burun yondosh boʻshligʻining rezonator vazifasiga bogʻliq. Burun boʻshligʻi bilan burun yondosh boʻshligʻining shu vazifasi xiqidloqning rezonator vazifasidan oʻz hajmini oʻzgartirmasligi bilan farq qiladi, natijada ovoz tembri doimiy holatda boʻladi. Rezonans yumshoq tanglay holatiga qarab boshqariladi. YUmshoq tanglay paralichida ochiq manqalanish (*rhinolalia aperta*), burun bitishi, poliplar boʻlganda, katta hajmli adenoidlar boʻlganda yopiq manqalanish kuzatiladi. (*rhinolalia clausa*).

2.5. Burun va burun yondosh boʻshliqlarini tekshirish usullari

Tashqi burun, uning boʻshligʻi va burun yondosh boʻshliqlarining holatini tekshirish maʼlum bir shikoyatlarni aniqlashdan, anamnez yigʻishdan boshlanadi. Undan soʻng maxsus tekshiruvga oʻtiladi. Bu tekshiruv burun boʻshligʻini barcha boʻlimlarini koʻrishga imkon beradi. Burun boʻshligʻi koʻrigi burun oldi boʻshligʻining holatini bildiradi.

I bosqich – tashqi koʻrik va palpatsiya

Tashqi burun shakliga eʼtibor beriladi, burunning oʻrta chizigʻida egilishlar bor yoʻqligiga qaraladi. Burun suyagi sinishiga shubha qilinganda, tashqi burun paypaslanadi. Buning uchun koʻrsatkich barmoqni burunning ildiziga, bosh va oʻrta barmoq burunning yon tomoniga qoʻyiladi. Ildizdan burunning uchiga sirpantiruvchi harakat qilinib, tashqi burunning pasayishi yoki shishi, suyak toʻqimalarining harakatlanishi hamda krepatatsiyaning mavjudligi aniqlanadi.

Burun boʻshligʻi.

Burun teshigini koʻrish uchun maxsus asboblardan shart emas, lekin peshona reflektori ishlatish shart. Koʻrik uchun yorugʻlik manbaini peshona reflektoriga nisbatan shunday joylashtirish kerakki, u burun teshigiga kirib, burun boʻshligʻidagi barcha elementlarni yoritib berishi kerak. Lampani bemorga nisbatan chap tarafda, quloq chigʻanogʻi satxida oʻrnatiladi. Peshona koʻzgidagi tirqish shifokorning chap koʻzi qarshisida boʻlishi lozim. Koʻzgu bilan unga tushayotgan yorugʻlik nurini shunday harakatlantirish kerakki, chap koʻz bilan koʻrganda oʻtirgan bemor burnining uchida “quyoncha”ni koʻrish kerak. Oʻng koʻz

yopiq holatda bo‘ladi. Ko‘zgu tirqishidan “quyoncha” ko‘ringanda o‘ng ko‘z ochiladi, ikkita o‘q va ko‘rishning birlashuvi natijasida “binokulyar ko‘rish” yuzaga keladi. Bemor ko‘rigi vaqtida ikkita ko‘z orqali tekshirish muhim ahamiyatga ega.

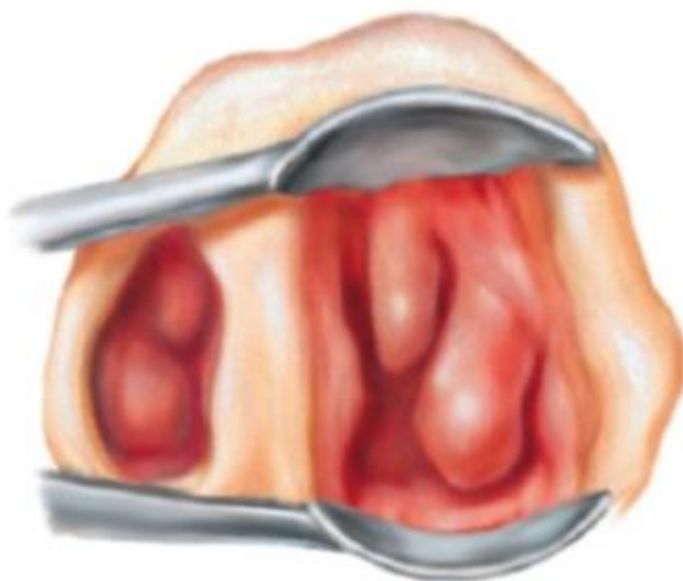
Bemorni qulay holatda o‘tqizib, shifokor yorug‘lik nurini bemor burunining uch qismiga yo‘naltiradi, o‘ng qo‘lining bosh barmog‘i bilan bemorning burun uchini ko‘taradi. Qolgan barmoqlar bemorning boshiga qo‘yiladi. Bu burun teshigini Bu burun teshigini hamda burun to‘sig‘ining oldingi qismi va burun qanotlarining ichki yuzasini ko‘rishga imkon beradi.

II bosqich -oldingi rinoskopiya

Oldingi rinoskopiya – burun bo‘shlig‘ini oldingi bo‘limlarini ko‘rish bo‘lib, maxsus asbob yordamida o‘tkaziladi: burun ko‘zgusi yoki burun kengaytirgich. SHifokor burun ko‘zqusini chap qo‘liga olib, o‘ng qo‘lini bemorning peshonasiga qo‘yadi. Bu boshni har xil yo‘nalishga joylashtirishga imkon beradi. Qo‘ldagi ko‘zguning ko‘rinishi (rasm 2.18) ko‘rsatilgan.



Rasm 2.18. Oldingi rinoskopiya. SHifokor va bemorning holati, burun bo‘shlig‘ining oldingi va o‘rta bo‘limlari ko‘rigi.



Rasm 2.19. Oldingi rinoskopiya

YOrug'lik nurini burun burchagiga yo'naltirib, burun ko'zgusining branshlarini yopiq holda kirgiziladi, so'ng ko'zning lateral burchagiga tomon yo'nalishida burun qanotlarini ko'tarib sekin astalik bilan ochib boriladi. Bemorning boshi odatdagi holatda bo'ladi. Birinchi bo'lib pastki chig'anoqning oldingi qismi, pastki burun yo'li, burun to'sig'ini Kisselbax sohasi, umumiy burun yo'lining pastki qismi ko'riladi. Agar bemorning boshi biroz orqaga egilsa, u holda o'rta chig'anoq, o'rta burun yo'li, umumiy burun yo'lining yuqori qismini ko'rish mumkin bo'ladi (rasm 2.19). Burun ko'zgusini olishda uni yarim yopiq holda, bemorga zarar etkazmasdan olish zarur.

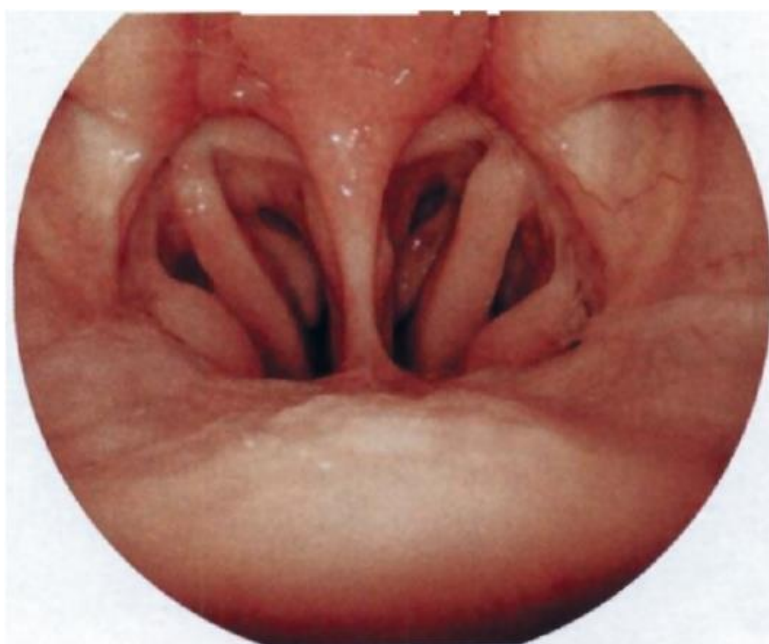
III bosqich – orqa rinoskopiya



Rasm 2.20. Orqa rinoskopiya

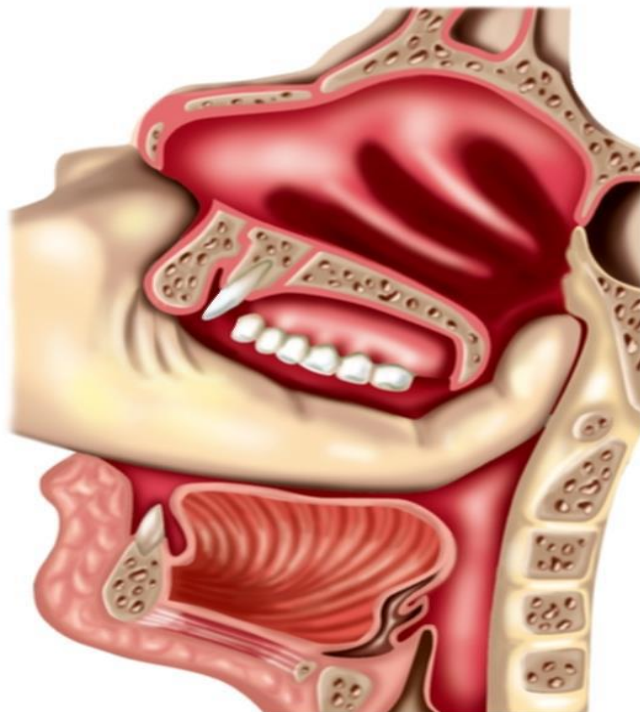
Burun bo'shlig'ining orqa rinoskopiya nisbatan murakkab usul hisoblanadi. Muolajani bajarish uchun burun-xalqum ko'zgusi va shpatel kerak bo'ladi (rasm 2.20). Bemor og'zi ochiq holda bo'lib, shifokor chap qo'lidagi shpatel bilan bemorning tilini pastga bosadi, til ildiziga bosish maqsadga muvofiq emas, aks holda qusish refleksi paydo bo'ladi. O'ng qo'l bilan burun-xalqum ko'zglasini olib yuqoriga qaratiladi, ko'zglasini oldindan spirt bilan artish, isitish yoki terlashga qarshi vosita (antifog yoki sovun) surish lozim, aks holda ko'zglasini terlaydi. Tilni bosib, ko'zglasini yumshoq tanglay ortidan kirgiziladi va bemordan burundan nafas olish so'raladi. Xalqumning burun qismi gumbaziga, burun to'sig'ining orqa qirg'og'iga, burun chig'anoqlarining orqa uchiga, burun yo'liga, eshitish naylarining chiqish yoriqlariga e'tibor beriladi (rasm 2.21).

Agar orqa rinoskopiyaning o'tkazish imkoniyati bo'lmasa (yosh bolalar va maktab yoshidagilarda) burun-xalqumida "barmoq tekshiruvini o'tkazish mumkin. Assistent bolani fiksatsiya qilib, shifokor tekshiriluvchidan o'ng tomonda turadi. Keyin o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i burun-xalqumiga kiritilib paypaslanadi (rasm 2.22). Bunda adenoid yoki o'sma to'qimasi hajmiga, uning tarqalganligiga, xoananing ochiqlik darajasiga ahamiyat beriladi, qalinligi va harakatlanishi aniqlanadi.



Rasm 2.21. Orqa rinoskopiyaning tasviri

YUqorida aytib o‘tilganidek, burun bo‘shlig‘ini tekshirish burun yondosh bo‘shliqlarining holati haqida ma’lumot beradi.

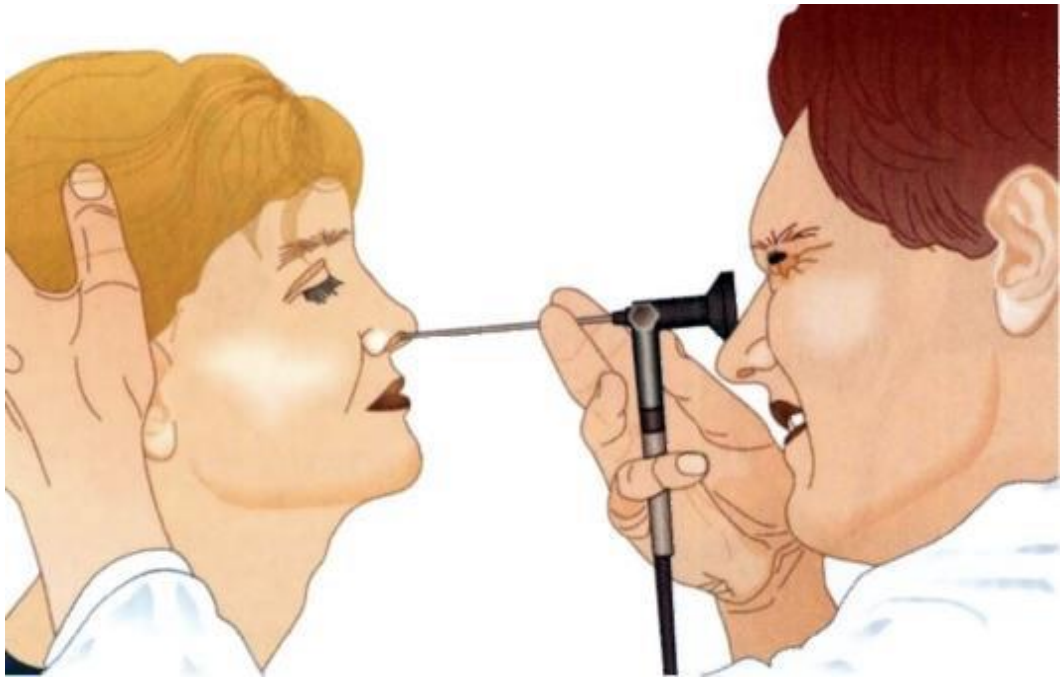


Rasm 2.22. Burun tomoqni barmoqli tekshirish

IV bosqich – burun bo‘shlig‘ining endoskopik tekshiruvi

Bu usul diagnostikada eng qulay usul hisoblanadi. Qattiq va egiluvchan turli burchakli endoskoplardan foydalaniladi. Turli burchak ostidagi endoskoplar (0° dan 90°) ko‘rishni imkoni bo‘lmagan sohalarni qiyinchiliksiz ko‘rishga imkon beradi (rasm 2.23).

Bu texnologiyani qo‘llash natijasida burun va burun yondosh bo‘shliqlari kasalliklarini erta tashxislashga yordam beradi.



Rasm 2.23. Burun bo‘shlig‘ini endoskopik tekshiruvi.

V bosqich – burunning nafas olish va hid bilish funksiyasini tekshirish.

Burun bo‘shlig‘ining o‘tkazuvchanlik xususiyatini aniqlash uchun bemorning burniga paxta momig‘i tutib, nafas oldirib chiqartiriladi. Burunning har bir qismida nafas olish me‘yorida, qiyinlashgan yoki butunlay yo‘qligini bilish mumkin.

Burun nafas olish faoliyatini zamonaviy tekshiradigan usullardan biri bu rinomanometriyadir.

Sezgi funksiyasini tekshirish uchun olfaktometrik to‘plamdagi hid chiqaruvchi moddalarni hidlash yo‘li bilan olib boriladi. Ko‘pincha hid konsentratsiyasi oshib boruvchi moddalardan - tibbiyot spirti, valeriana tindirmasi, sirka kislotasi eritmasi, novshadil spirtidan foydalaniladi. Olfaktometr – bu hidli moddalarni dozalash qobiliyatiga ega bo‘lib, sezish o‘tkirligi darajasini aniqlash imkonini beradi.

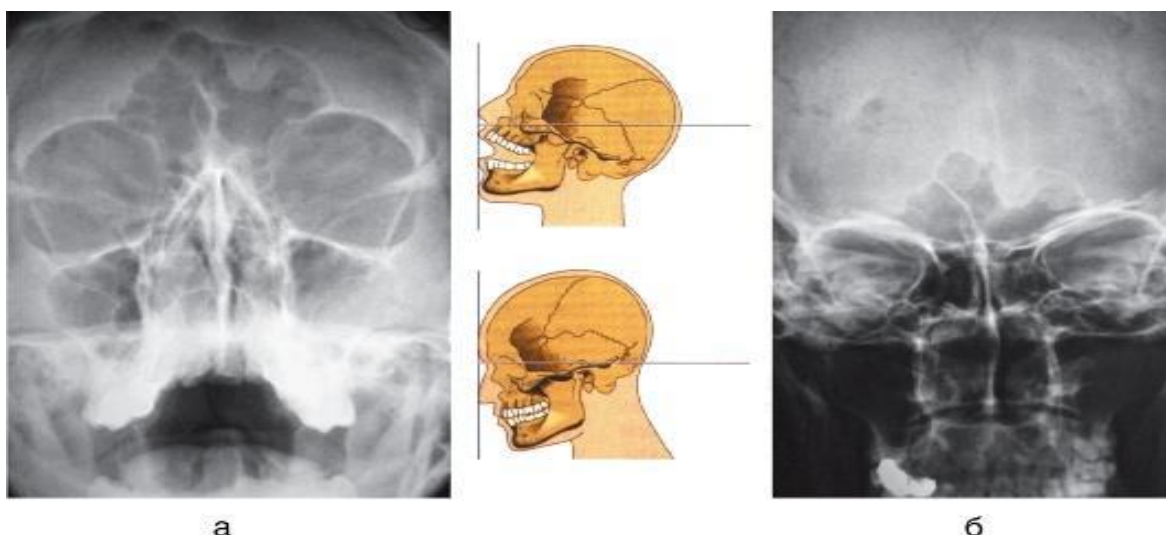
VI bosqich - rentgenografiya

Burun yondosh bo‘shliqlarning obektiv holati bo‘yicha turli proeksiyada qilingan rentgenografiya ham to‘liq ma‘lumot beradi. Burun yondosh bo‘shliqlarini tekshirishda eng optimal proeksiya bo‘lib – burun-iyak proeksiyasi hisoblanadi.

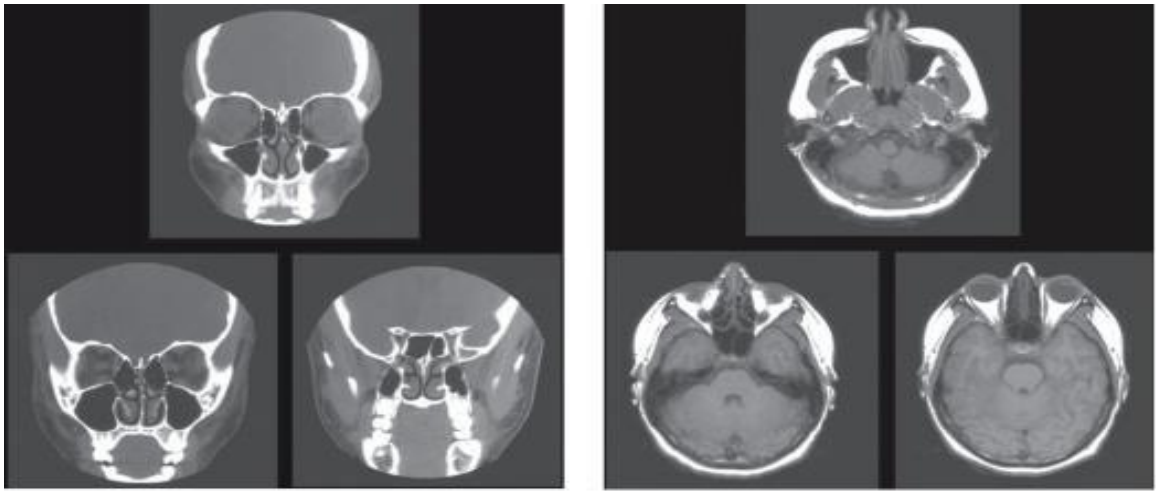
Peshona bo‘shliqlarini ko‘rishda esa burun peshona proeksiyasi aniq ma’lumot beradi (rasm 2.24).

Bo‘shliqlarning holatini ularning soyalanish intensivligiga qarab aniqlash mumkin. Agar bo‘shliqlarning soyalanish intensivligi ko‘z kosasiga yaqin bo‘lsa, demak patologiya yo‘q va ularning pnevmatizatsiyasi buzilmagan. Patologik jarayonda burun yon bo‘shliqlarida “soyalanish” kuzatiladi, ya’ni bo‘shliqlarning pnevmatizatsiyasi buzilganligi aniqlanadi.

Oxirgi o‘n yillik ichida tekshirish usullarining yangi usullari paydo bo‘ldi – kompyuter tomografiyasi (KT) va magnit rezonans tomografiyasi (MRT). Bir necha yildan keyin oddiy rentgenografiyaga ehtiyoj bo‘lmay qolishi mumkin (rasm 2.25; 2.26).



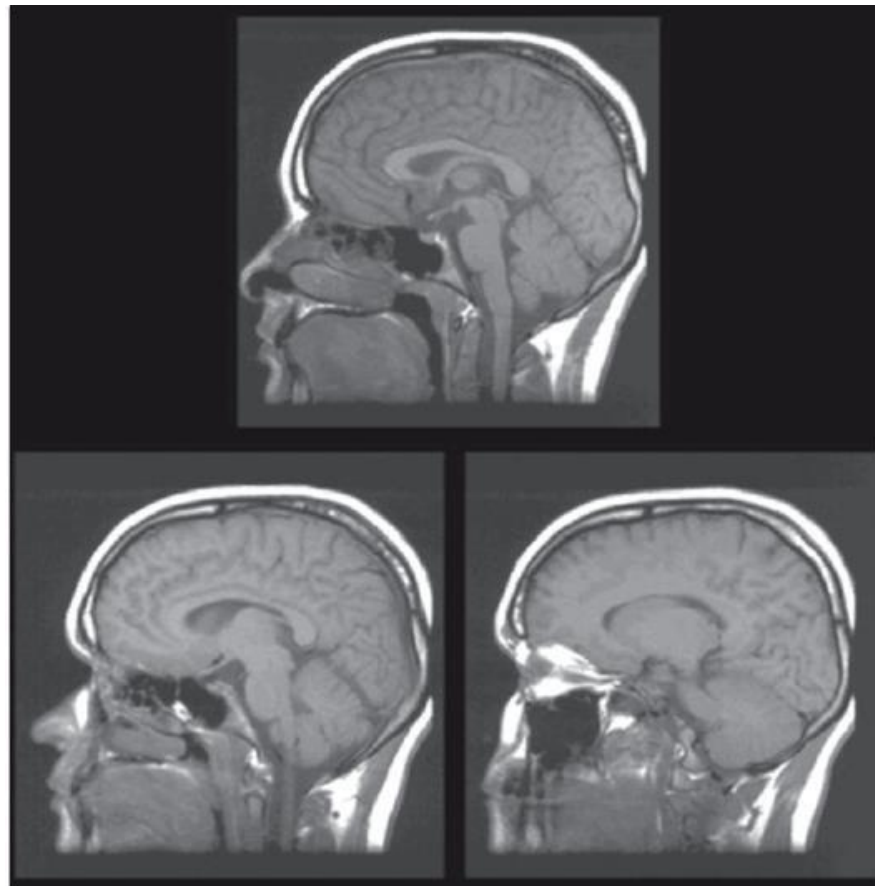
Rasm 2.24. Burun oldi bo‘shliqlarining rentgenogrammasi: a – burun iyak proeksiyasi; b – burun peshona proeksiyasi.



a

b

Rasm 2.25.. Burun oldi bo‘shliqlarning kompyuter tomogrammasi: a – tojsimon proeksiya; b – aksial proeksiya



Rasm 2.26. Burun oldi bo‘shliqlarining magnit rezonans tomogrammasi

2.6. Burun kasalliklari

Tashqi burun kasalliklari

Burun rivojlanishi anomaliyalari

Burun anomaliyasi boshqa yon a'zolarining anomaliyalar bilan birga rivojlanishi mumkin, ko'pincha tish-jag' anomaliyalari bilan. Eng ko'p tarqalgani qattiq va yumshoq tanglay kemtigi, ko'p hollarda yuqori labning kemtigi bilan birga kechadi (rasm 2.27.) Bu tug'ma anomaliya tashqi burun va burun bo'shlig'ining tuzilishini buzilishi bilan kechadi. Tashqi burun deformatsiyasi lab va tanglayning kemtigiga bogliq. Kemtik bir tomonlama bo'lgan holda shu tomonda burun bo'shlig'i kengaygan hamda burun qanotining yassilanishi hisobiga tashqi burun assimetrik holda bo'ladi. Burun to'sig'ining oldingi bo'limida chekinishlar kuzatiladi.

Bunday anomaliyalarda bolaning yoshligida jarrohlik operatsiyasi – xeylouranoplastika qilish lozim. Bu operatsiya burun bo'shligidan og'zini ajratibgina qolmay, balki yuqori lab defektini ham yo'qotish, burun kesimini to'g'ri shakllantirish va burun bo'shlig'i, burun yondosh bo'shliqlari, o'rta quloqda asoratlar bo'lishini oldini olishga yordam beradi. Bola katta bo'lgan sari operatsiyadan keyingi kosmetik va funksional samaraga erishish qiyin bo'ladi.



2.27 rasm. YUqori lab, qattiq va yumshoq tanglayning tug'ma kemtigi

Burun muzlashi

Burun muzlashi, sovuq urishi natijasida yuzaga keladi va uning uchta darajasi farqlanadi:

I eritema

II terida pufakcha va qora qo‘tirlarning paydo bo‘lishi

III gangrena.

I daraja - sovuqdan qon tomirlarning torayishlari tufayli terining burun uch qismidan boshlanib davom etadigan keskin oqarishi kuzatiladi. Sezuvchanlik buziladi. Keyinchalik qizarish va burun uchi shishi, qichishishi va og‘riq bo‘ladi.

II daraja – teri ko‘kimtir qizil tusga kiradi, pufaklar paydo bo‘lib, ularning yorilishi natijasida qora qo‘tirlar hosil bo‘ladi. Teridan qora qo‘tir ajralganidan so‘ng zararlangan sohada epidermizatsiya boshlanadi.

III daraja – eng og‘ir shakli bo‘lib, kamdan-kam hollarda uchraydi. To‘qimalarning mo‘miyolanishi boshlanib, qo‘l bilan tegilganda tushib ketadi.

Davolash. Yordam ko‘rsatishda to‘qimalarni sekin-astalik bilan isitish lozim. Oldin yumshoq mato bilan ishqalab, iliq kompresslar qo‘yiladi. Sekin ishqalash lozim, aks holda epidermis zararlanishi va infeksiya tushishi mumkin. Pufaklar ochilib va qora qo‘tirlar yo‘qotilgandan keyin malxamli bog‘lamlar qo‘yish lozim. Ular epidermizatsiyaga yordam beradi va infeksiya tushishini oldini oladi.

Rinofima

Burun uchi va qanotlarida o‘smasimon xosilalar bo‘lib, ular gipertrofiyalangan biriktiruvchi to‘qima, qon tomirlar va yog‘ bezlaridan iborat. Rinofima yuzni yomon holatga keltirishidan tashqari o‘shishi natijasida nafas olishni ham qiyinlashishiga olib keladi. Rinofima odatda yoshi katta erkaklarda ko‘p uchraydi. Davolashda plastik jarrohlik operatsiyasi o‘tkaziladi.(rasm 2.28)



Rasm 2.28. Rinofima

Burun chipqoni

Bu patologik jarayon burun daxliz qismida joylashgan tukli follikulalarni zararlanishi va stafilakokk infeksiyasining qo‘shilishi natijasida yuzaga keladi. CHipqon burun bo‘shlig‘ida bo‘lsa ham tashqi burunda ham o‘zgarishlar kuzatilinadi. Avval burun qanotining tashqi yuzasi qizaradi, keyin konussimon intensiv qizarish va to‘qimalarning shishishi yuzaga keladi (rasm 2.29).

3-4 kundan so‘ng chipqon ochilib, uning bo‘shlig‘idan yiring oqib chiqadi va tukli follikulani o‘rab olgan to‘qimalar nekrozga uchrab, ularning o‘rnida chuqurchalar paydo bo‘ladi. CHipqon etilgan sari burun qanoti hamda uch qismidagi to‘qimalarning taranglashuvi kuchayadi. O‘z navbatida og‘riq paydo bo‘ladi.

Davolash - kasallikning bosqichiga (infiltrativ yoki absesslashgan) qarab konservativ yoki jarroxlik usulida bo‘lishi aniqlanadi. Konservativ davoga infiltratsiya bosqichi ko‘rsatma bo‘lib, absesslashgan chipqon belgilari bo‘lmagan xolda tavsiya qilinadi. Keng ta‘sirli antibiotiklar (penitsilin, sefalosporin, makrolid, ftorxinolonlar), antigistamin terapiya, analgetiklar, vitaminlar, isitma tushiruvchi

preparatlar buyuriladi. Infiltrativ bosqichini boshlanishida mahalliy malxamli boylamlar qoʻllaniladi.

Jarroxlik usulidagi davo absesslashgan chipqonda oʻtkaziladi. Chipqon ochilib, yiringli-nekrotik toʻqimalar olib tashlanadi va boʻshliq drenajlanadi. Ogʻir kechganda, karbunkul yoki miya ichki asoratlarida antibiotiklar dozasi oshirilib, antikoagulyant terapiya qilinadi.

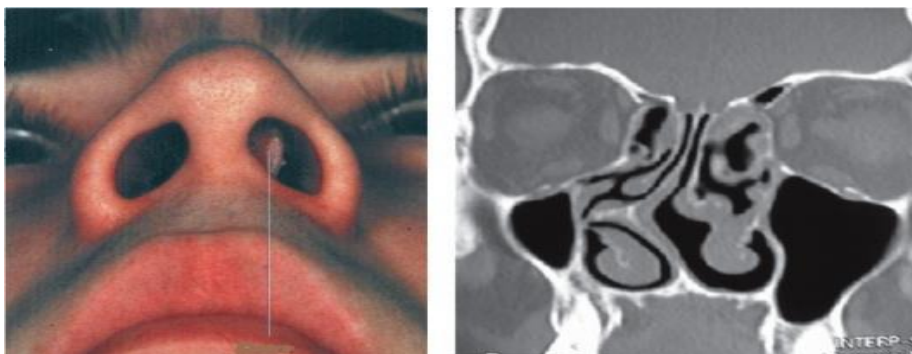


Rasm 2.29. Burun chipqoni

Burun boʻshligʻi kasalliklari.

Burun toʻsigʻi qiyshayishi

Burun toʻsigʻi boʻshliqni ikkita teng qismga ajratib turadi. Burun toʻsigʻi egriligi koʻpincha erkaklarda uchrab, toʻsiq u yoki bu tomonga egilib, boʻrtmalar paydo qilishi mumkin, bu esa burunning umumiy yoʻlini toraytirib, burundan nafas olishni qiyinlashtiradi (2.30 rasm). Hamma holatlarda ham burun toʻsigʻining qiyshayishi nafas olishning qiyinlashishiga olib kelmaydi. Agar bemor bitta yoki ikkita burun katagidan nafas ololmasa, burun qiyshayishini kasallik deb bilib, xirurgik operatsiyalar oʻtkaziladi.



2.30. rasm. Burun toʻsigʻining qiyshayishi

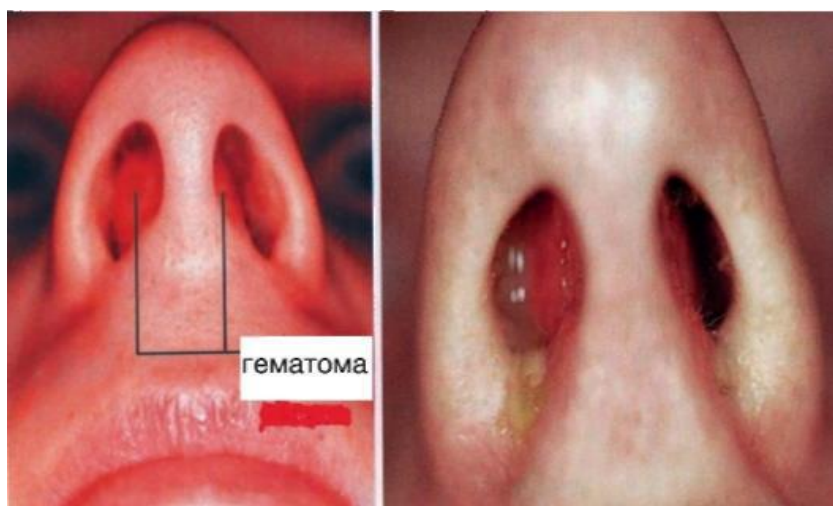
YAngi tug‘ilgan chaqaloqlarda juda kam xolatlarda burun to‘sig‘i qiyshaygan bo‘ladi. SHuning uchun ham uning rivojlanishdan orqada qolishi yuz suyaklarining rivojlanishiga yoki ekzogen faktorlar (jarohat, gipertrofiyalangan burun chig‘anog‘i tomonidan bosilishi, o‘sma va b.)ga bog‘liq. Burun to‘sig‘i qiyshayishining xar xil turlari bor bo‘lib, ularga to‘liq qiyshayishi, burun chig‘anoqlariga yopishgan holatt, S-simon shaklda, qiyshayish faqat bo‘g‘im qismida yoki butun suyakni qamrab olgan holda. Burun to‘sig‘ining qiyshayishida o‘ziga xos simptomlar mavjud bo‘lib, ularga nafas olishning qiyinlashuvi, tumov, hid bilish buzilishi, burun bitishi xosdir. Tashxis oldingi rinoskopiya o‘tkizish yo‘li bilan aniqlanadi, bunda to‘siqning egilishi, burunning bir tomonini torayishi va ikkinchi tomoni kengayishini ko‘rish mumkin. Tanglay yorig‘ining belgilaridan biri burun to‘sig‘ining qiyshayishi bo‘lishi ham mumkin. Burun to‘sig‘ining deformatsiyalarida asosan uchta turi farqlanadi – qiyshayish, qirra va tikansimon.

Davolash. Jarroxlik amaliyotiga ko‘rsatmalar:

- burunning bir tomonida nafas olishning qiyinlashuvi yoki umuman nafas ololmaslik;
- burun bo‘shlig‘ida sanatsiya muolajalarni o‘tkaza olmaslik – poliplarni olib tashlash, quloq kateterizatsiyasi, yuqori jag‘ bo‘shlig‘ini endonazal ochish.

Burun to‘sig‘ining qiyshayishini to‘g‘rilash maqsadida bajariladigan jarroxlik amaliyoti burun to‘sig‘ining *shilliq osti rezeksiyasi (septoplastika)* deyiladi. Mahalliy og‘riqsizlantirish o‘tkaziladi. SHilliq qavatni va tog‘ay ostini kesgandan keyin to‘siqning har ikkala tog‘ay qismi yuzasidan ko‘chirib olish o‘tkaziladi. Qarama-qarshi tomonda to‘rtburchakli tog‘ayni olib tahlagandan keyin ko‘chirib olish o‘tkaziladi. Tog‘ayning qiyshaygan qismi yoki perpendikulyar plastinkani olib tashlanadi va harakatsiz, tog‘aysiz qolgan to‘siqni o‘rta chiziq bo‘ylab, tog‘ayosti bargchalarini bir-biriga tampon orqali jarohat yuzalariga bosiladi. Operatsiyadan keyingi davrda burun to‘sig‘ining perforatsiyasini oldini olish uchun tog‘aydan olingan fragmentlarni reinplantatsiya qilish tavsiya etiladi. Sifatli o‘tkazilgan operatsiyadan keyin nafas olish tiklanadi.

Burun to‘sig‘i gematomasi va abssessi



Rasm 2.31. Burun to'sig'ining gematomasi va abscess

Tashqi burun jarohatida, ba'zida burun suyaklari zararlanishida kelib chiqadi. Zarbadan so'ng qon ikkala to'siq tarafdin tog'ay ostiga va shilliq qavatiga to'planadi. Gematoma belgilari – burundan nafas olishning qiyinlashuvi, ovozning bo'g'ilishi. Yig'ilgan qon to'siq abscessini hosil qilishi mumkin. Bu holatlarda, yuqoridagi belgilardan tashqari bosh og'rig'i, tana harorati ko'tarilishi va qaltirash kuzatiladi (rasm 2.31).

Davolash: erta punksiya qilish, gematoma bo'shlig'ini keng ochish (ikki tomonda qilinadigan kesmalar turli satxlarda bajarilishi lozim), uni ikkala tomonini ham drenajlash, yallig'lanishga qarshi dorilar buyuriladi. SHilliq qavatning ajralgan qismlarini yopishtirish maqsadida burunning ikkita katagini ham qalin qilib tamponlash lozim.

Abscess hosil bo'lganda uning bo'shlig'ini keng ochish lozim. To'rtburchakli tog'ay erishi natijasida burunning orqa devor tushib ketishi haqida bemorni ogohlantirib qo'yish kerak (agar abscessdan keyin ancha vaqt o'tgan bo'lsa). Abscess bo'shlig'ini kuzatib turish zarur, uning ichidagi suyuqlikni chiqarib tashlab, antibakterial preparatlar ishlatiladi. Bemor hospitalizatsiya qilinishi lozim.

Burun suyaklari sinishi

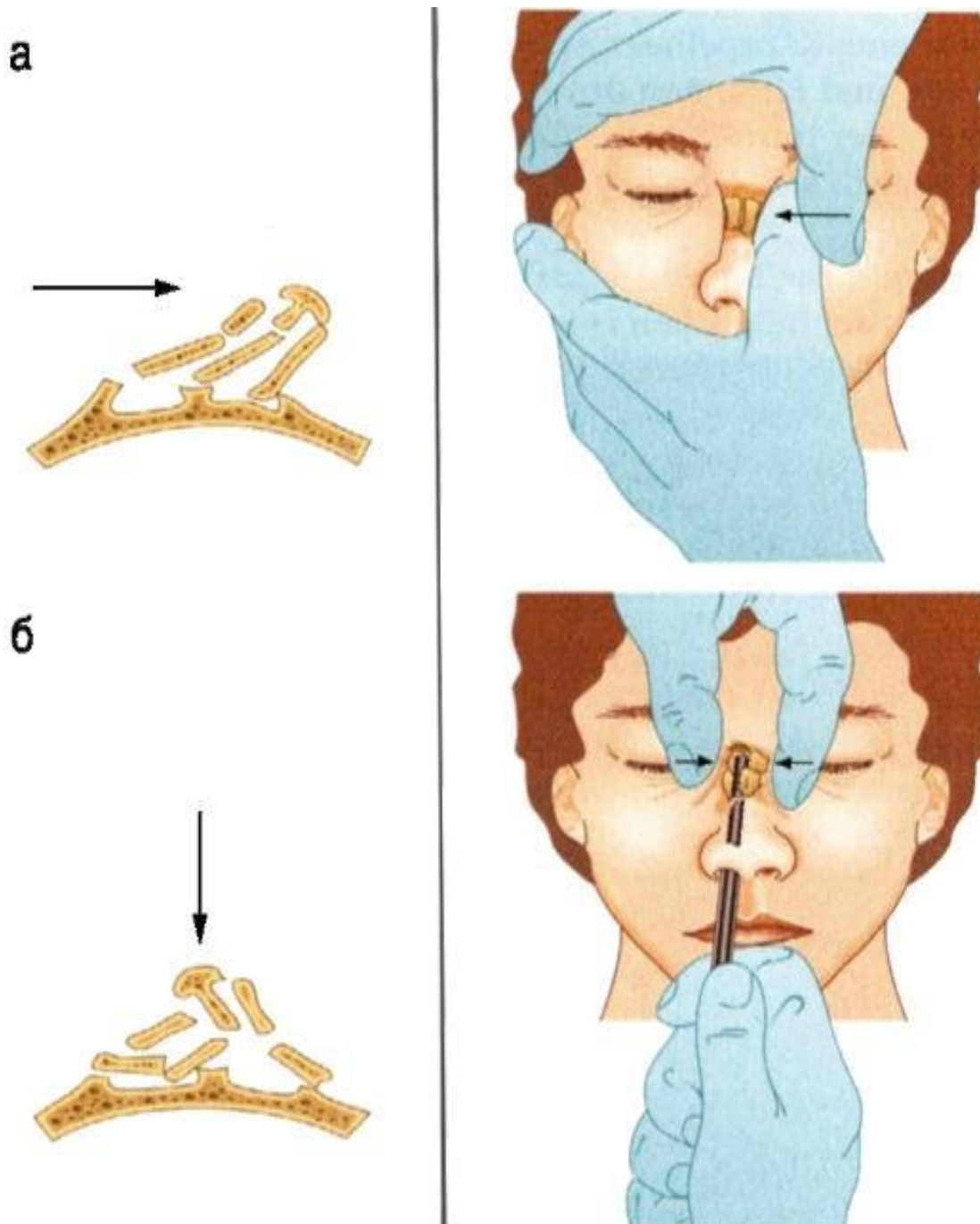
Teri qoplaminin buzilishi bilan boradigan ochiq sinishlari, bo'laklanib ketishi bilan boradigan yopiq sinishlar uchraydi. Zarba berilganda burun suyaklaridan tashqari, yuqori jag'ning peshona o'siqlari ham sinishi mumkin.

Zarbaning yoʻnalishiga koʻra (yon, old tarafdin) tashqi burun deformatsiyasi turlicha boʻlishi mumkin (rasm. 2.32). Baʼzi hollarda zarbadan keyin burunning lateral qismi oʻzgaradi, boshqalarida esa qarama-qarshi tomonda oʻzgaradi. Oldindan zarba berilganda burunning old tomoni choʻkadi va burun "yassilanadi". Bemorning umumiy holati va sinishning xarakteriga qarab (ochiq, yopiq) ambulator yoki statsionar yordam koʻrsatiladi.

Sinish xarakterini aniqlash uchun tashqi koʻrik oʻtkazilib, burun yon qanotlari va usti paypaslanadi, oldingi rinoskopiya oʻtkaziladi.

Burun suyagining yon proeksiyasini rentgenografiya qilish shart. Ochiq sinishda yarani birlamchi zararsizlantirish, qoqsholga qarshi zardob yuborish lozim.

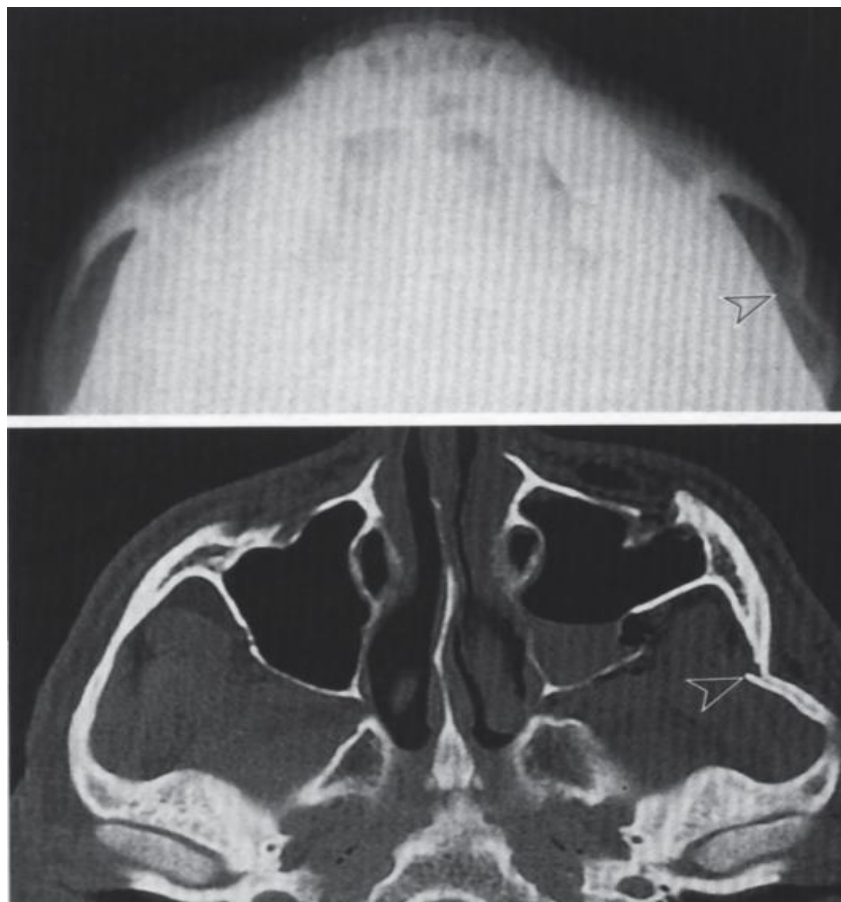
Burun suyagi qismlarini repozitsiyasiga optimal vaqt jarohatdan soʻng bir kun mobaynida yoki jarohatdan 5-6 kun oʻtib hisoblanadi. Bu holat yumshoq toʻqimalarning shishi bilan bogʻliq. Boʻlaklarni repozitsiya qilishdan oldin mahalliy ogʻriqsizlantiriladi: burun singan tarafidan ildiz soxasining teri ostiga 2% – 2.0ml novokain eritmasi yoki artikain (ultrakain) yuboriladi, aplikatsion yoʻl bilan burun boʻshligʻi shilliq qavatiga 10%li lidokain eritmasi sepiladi.



2.32. rasm. Burun suyaklari sinishi: a – barmoqli repozitsiya talab etiluvchi suyak fragmentlarining yon tomonga siljishi; b – instrumental repozitsiya talab qilivchi ezilgan sinish

Suyak bo‘laklarini to‘g‘irlash bemor yotgan holida o‘tkaziladi. Sinib siljigan bo‘laklarni burun yo‘liga burun shakliga o‘xshash bo‘lgan maxsus asbob – Y.N.Volkov elevatorlari yordamida ko‘tarish yo‘li bilan amalga oshiriladi. Bundan tashqari – Koxer qisqichining branshlariga rezina naycha kiydirilib foydalanish

ham mumkin. (2.32 rasm.). Burunning yon devorlari qismlarining shishida ikki qoʻlning bosh barmoqlari yordamida singan boʻlaklar joyiga qaytariladi.



2.33 rasm. YUqori jagʻ, yuqori jagʻ boʻshligʻining devor va yonoq suyagining sinishi

Suyak boʻlaklarining immobilizatsiyasi – sinib siljigan fragmentlarni joyiga qaytargandan soʻng, doka tampon bilan zich qilib qoʻyiladi.

Kam hollarda burun suyaklari, burun oldi boʻshliqlarining devor va yuqori jagʻ bilan birga sinishi kuzatilishi mumkin (2.33 rasm). Hozirgi kunda yuz-jagʻ jarroxligida “yuzning oʻrta zonasi sinishi” termini ishlatilmoqda. Bu tushunchaga burun suyaklari, orbita devorlari, yonoq suyaklari kiradi. YUz suyaklari zararlanishida sinishning oldingi va oʻrta kalla chuqurligiga tarqalishi kuzatiladi. YUqori jagʻ suyagi sinishi yuz suyaklari sinishining 2-5% ni tashkil qiladi. Bu zararlanishlar Lefor (*Le Fort*) boʻyicha tavsiflanadi (2.34 rasm). Orbita hosil boʻlishida yuzning oʻrta zonasi suyaklari qatnashadi. SHuning uchun ham bu zonaning jarohatlanishi koʻz kosasi devorlarini ham zararlaydi.



2.34.rasm. yuqori jag‘ning sinishida tipik chiziqlar: a - Lefor I; b - Lefor II; v - Lefor III

Gaymor bo‘shliqlari, yonoq suyaklari va burun suyaklari singanda orbita ham zararlanadi. YUzning o‘rta zonasi sinishi juda murakkab jarayon bo‘lib, davolashda individual yondashuv zarur (rasm. 2.35).



2.35 rasm. yuzning o‘rta zonasi sinishida paypaslash: a - orbita; b – yonoq suyagi; v – yuqori jag‘; g - burun; d – pastki jag‘

Burundan qon oqishi

Burun bo‘shlig‘idan qon ketishi (*epistaxis*) tibbiyot sohasidagi shifokor amaliyotida ko‘p uchraydi. Qon oqishi yoki burundan qonli ajralmalar kelishiga turli sabablar bo‘lishi mumkin. Qon oqishini keltirib chiqaruvchi sabablarga ko‘ra, travmatik va simptomatik turlar tafovut etiladi. Qon ketishi takrorlanuvchi spontan yoki obektiv sabablarga ko‘ra bo‘lishi mumkin. Burundan ko‘p qon ketishiga

ateroskleroz, gipertoniya kasalligi va uning krizlari, qon aylanish tizimi va qon tomir devoridagi tugʻma yoki orttirilgan umumiy kasalliklar sabab boʻladi. Qon ketishlar kam hollarda tana harorati koʻtarilishi bilan kechadigan oʻtkir infeksiyon kasalliklarda boʻlishi mumkin. Bunda harorat koʻtarilganda tomir devorlarining oʻtkazuvchanligi oshadi va qon ivishi buziladi (gripp).

Burundan qon ketishiga irsiy kasalliklar ham sabab boʻladi. Bunga Randyu-Osler sindromi kirib, mayda arterial tomirlar tugʻma degeneratsiyasi yuz beradi va qon tomir endoteliya qavati butunligi buzilgan boʻladi. Buning natijasida mayda tomirlarda kolbasimon kengayish – “teleangioektaziya” (tomir anomaliyasi) yuz beradi.

Bunday tomir devorlari yupqa boʻlgani uchun jismoniy kuchlanish, bosim ortishi, masalan, boshni egganda, burun qoqqanda koʻp miqdordagi burundan qon ketishlar kuzatiladi. Trombositopenik purpura, gemofiliya kasalliklarida ham burundan qon ketadi.

Burundan qon ketishda mahalliy keltirib chiqaruvchi sabablar asosiy oʻrin egallaydi. Burun va burun shilliq qavatining jarohatlari, shilliq qavatning atrofik jarayonlari sabab boʻladi.

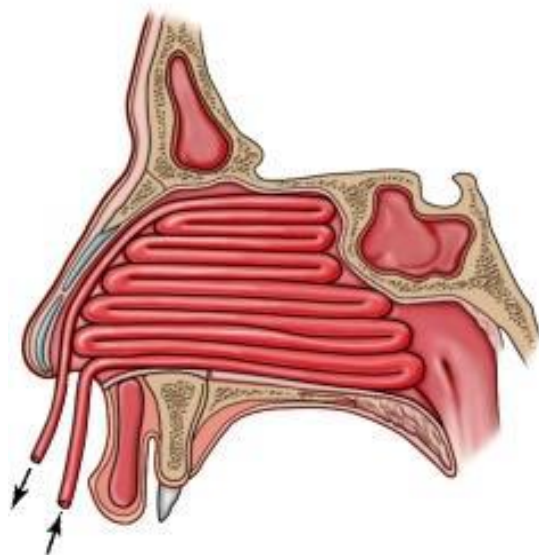
Koʻpincha, taxmiinan 80% xollarda, burundan qon ketish toʻsiqning oldingi qismida joylashgan Kisselbax soxasida yuzaga keladi. Burunning orqa va yuqorigi qismlarida katta diametrli tomirlar mavjudligi sababli shu soxalardan kuchli qon ketish kuzatiladi. Burundan qon ketishni toʻxtatish muolajasi toʻgʻri bajarilishi katta ahamiyatga ega boʻlib, u burun boʻshligʻida qayta tampon qoʻyishdan, organizmning koʻp qon yoʻqotishidan saqlaydi. Qon ketish darajasi, joyi, sababiga qarab qon toʻxtatishning bir qancha usullari mavjud:

- qon ketishi intensiv boʻlmasa hamda toʻsiqning oldingi qismida kuzatilsa burun qanotlarini 15-20 daqiqa siqib turish etarli hisoblanadi;

- agar qon ketish intensiv boʻlmay, burun boʻshligʻini koʻrish imkoni boʻlsa va Kisselbax joyidan qon ketsa, epinefrin (adrenalin) yoki efedrin eritmasi bilan shimdirilgan paxta tampon burun oldi yoʻliga qoʻyiladi va burun qanotlari siqiladi;

• agar rinoskopiya qon oqayotgan tomir ko'rinrsa, mahalliy anesteziya qilgan holda, elektrokauter yoki kumush nitrat bilan kuydirish, ayrim xollarda elektrokoagulyasiya qilish lozim.

Oldingi tamponada. Burundan ko'p qon ketganda qoidalarga amal qilgan holda oldingi tamponada qilish zarur.



2.36 rasm. Oldingi tamponada bilan burundan qon ketishni to'xtatish

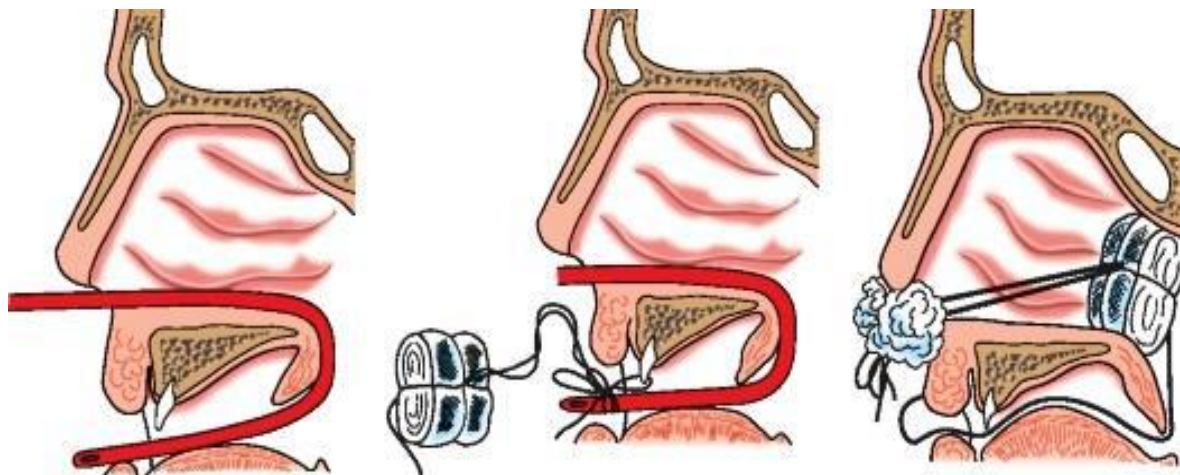
Kerakli asboblari – burun kengaytirgich, pinset, doka tampon, peshona reflektori.

• Bemor o'tirgan holatda bo'ladi.

• Uzunligi 40-50 sm bo'lgan tamponni shifokor pinset bilan bir uchidan 4-5sm o'tib ushlaydi (2.36 rasm), tampon burun bo'shlig'ining tubidan boshlab bir-birining ustiga zich qilib yotqizib chiqiladi. Tampon uchi burun halkumga tushib qolmasligi va shilliq qavatni ta'sirlab ko'ngil aynishini keltirib chiqarmasligi uchun tamponni birinchi qavatini shunday yotqizish lozimki, tampon uchi bemorning burun katagidan chiqib turishi lozim. SHuni esda tutish lozimki, oldingi tamponadada tampon zich qilib qo'yilganda qon ketishini to'xtatishga erishiladi. Bu holatda u gigroskopik darajasi kam bo'lib, qonni shimib olmaydi. Burun bo'shlig'ida tamponning turish muddati 48 soatgacha. SHilliq qavatdan tamponni olayotganda jarohat etmasligi uchun tamponni vazelin moyiga botirib olish zarur.

Xozirgi vaqtda gemostatik gubkalar keng qullanilmoqda. Ularning avfzalliklari bosim, og‘riq va noxush sezgilar kamroq bo‘ladi.

Orqa tamponada. Bu turdagi tamponadani burundan kuchli qon oqishini to‘xtatish bilan birga, burun bo‘shlig‘i, tomoqning burun qismi operatsiyalarining oxirida ham qo‘llash mumkin.



2.37 rasm. Orqa tamponada

Orqa tamponada bir necha bosqichlarda boradi:

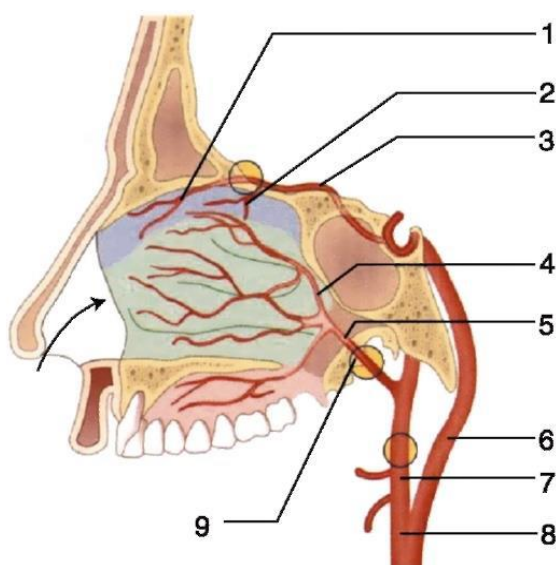
- Mos keluvchi tamponada qo‘llash uchun bemor tomog‘ining burun qismi xoana hajmi aniqlanadi. Odatda, burun-xalqum hajmini aniqlash uchun bemorning bosh barmoqlarini tirnoq falangalari brlashtirgandagi hajmi bilan aniqlanadi.
- Tamponni ipak iplar bilan to‘rt tomondan tortib, iplarning mustahkamligiga ishonch hosil qilinadi.
- burunning pastki yo‘li orqali rezina kateter kiritiladi. Bu kateter og‘iz-xalqumda bo‘g‘izdan ko‘rinmaguniga qadar kiritishda davom ettiriladi.
- kateterning uchi ko‘ringach, qisqich yordamida og‘izdan 4-5 sm tashqariga chiqariladi.
- Tampon boylangan ikkita ipni rezina kateterning uchiga boylanadi, iplarning uzunligi 20 smdan oshmasligi zarur.
- Burundan kateter bilan birga boylangan ikkita ip ham chiqariladi. Agar ular 20 smdan kalta bo‘lsa, fiksatsiya qilish qiyin bo‘ladi.

- CHap qo‘l bilan tampon iplari burundan tortilib, bir vaqtning o‘zida o‘ng qo‘lning ko‘rsatkich barmog‘i bilan tampon xalqumning burun qismiga kirgizilib, xoanalarga tekkizib zichlab joylashtiriladi (2.37 rasm).

- Burunning kirish joyiga valik boylashdan oldin ba’zida oldingi tamponada ham qilinadi.

Orqa tamponada kuchli qon ketish to‘xtatiladi. O‘rta quloqda og‘ir asoratlar (qon bilan shimdirilgan tampon patogen muhit uchun ozuqa vazifasini o‘tashi va eshitish nayiga infeksiya o‘tishi) kuzatilmasligi uchun tomoqning burun qismida tamponni 48 soatgacha saqlash lozim.

Qo‘yilgan tamponni olishda uchinchi ipni tortib olish bilan chiqariladi. U ip burun-xalqum tamponiga bog‘langan bo‘lib, og‘iz orqali chiqarilib va yonoqqa leykoplastir yordamida fiksatsiya qilingan bo‘ladi. Burunga kirishidan oldin tampon kesiladi va burun bo‘shlig‘idan olib tashlanadi.



2.38. rasm Burundan qon oqishini to‘xtatish uchun tashqi uyqu arteriyasini bog‘lash joyi va embolizatsiyasi sohasi: 1 – old g‘alvirsimon arteriya; 2 – orqa g‘alvirsimon arteriya; 3 – old meningeal arteriya; 4 – qanotsimon-g‘alvirsimon arteriya; 5 – yuqori jag‘ arteriyasi; 6 – ichki uyqu arteriyasi; 7 – tashqi uyqu arteriyasi; 8 – umumiy uyqu arteriyasi; 9 – yuqori jag‘ arteriyasi embolizatsiyasining joyi

Tashqi uyqu arteriyasini bog‘lash. Agar ko‘p qon ketganda orqa tamponada qilinganda ham qon ketishi to‘xtamasa, u holda tashqi uyqu arteriyasi bog‘lanadi

(2.38 rasm). Tashqi uyqu arteriyasini bog‘lash – jiddiy jarrohlik amaliyoti bo‘lib, unga aniq ko‘rsatmalar zarur hisoblanadi. Jarroxlik muolaja o‘tkazishda sohaning topografiyasini, mushak, fassiya, nerv va qon tomirlar joylashuvini bilish lozim. Umumiy uyqu arteriyasining tashqi yoki ichki bifurkatsiyasi qalqonsimon bez sohasida o‘tkaziladi. Bu terini kesishda joyni aniqlab olishga imkon beradi. Bunda so‘rg‘ichsimon o‘siqqa birikkan mushak joylashgan joydan boshlanadi. Boshni harakatlantiruvchi mushakni chetlarini ajratib olish uchun yotgan bemorning boshini birdaniga qarama-qarshi tomonga qaratish lozim. Mushakning oldingi qirg‘og‘i bo‘ylab 6-7 sm uzunlikda kesiladi. Teri va teri osti qavatini kesgandan so‘ng harakatlantiruvchi mushakning oldingi qirg‘og‘i topiladi. Bundan maqsad, u fassial qobiqda joylashgan bo‘lib, ushbu mushakni oldinga yoki orqaga harakatiga xalaqit berayotgan bo‘lishi mumkin. Teri kesmasining uzunligi bo‘ylab mushakning oldingi qirg‘oqlaridagi fassial qobiqni kesish kerak. Undan so‘ng harakatlantiruvchi mushakni ilgak bilan orqaga surganda, harakatlantiruvchi mushakning ichki varaqlari ko‘rinadi. Katta venoz tomir - darvoza venasi joylashgan joyi kesuv chizig‘i bo‘ylab ochiladi, hamda darvoza venasini chetga surilgandan so‘ng ikkala, ya’ni tashqi - chuqur va ichki - yuza joylashgan uyqu arteriyalari ko‘rinadi. Ma’lumki, bo‘yinda faqat tashqi arteriya shoxlanadi va bu uni ichki arteriyadan farqlashga imkon beradi. Birinchi shoxning yuqori qismda – yuqori qalqonsimon arteriyaga bog‘lam qilinadi. Burundan qon ketishining og‘ir shakllarida birlamchi yordamning zamonaviy usuli tomirlar embolizatsiyasidir (2.38 rasm). Bunda angiografiya o‘tkazib, elektron-optik nazorat ostida maxsus kateter yordamida qon ketayotgan tomirda embolizatsiya bajariladi.

Burun bo‘shlig‘idagi yot jismlar

Burun bo‘shlig‘ida turli xil yot moddalar uchrab, ular burun orqali kirgan bo‘lishi yoki qo‘shni bo‘limlardan o‘tishi mumkin. Masalan, ektopirlangan tish. U burun yo‘lining umumiy yoki pastki tirqishida joylashishi, natijala surunkali yallig‘lanish jarayonini chaqirib, og‘ir formadagi kasallik yuzaga kelishiga sabab bo‘ladi. Bundan tashqari, tirik yot tanalar, zuluklar shilliq qavatga yopishib olib, qon tupurishga olib keladi. Bu esa ba’zan tuberkulyoz yoki o‘sma kasalliklari bilan

difdiagnostika qilinadi. Mayda yot moddalarni burunda uzoq muddat turishi natijasida, mineral komponentlar yuzasida adsorbsiyalanadi va burun toshlari-rinolitlarga aylanadi (2.39 rasm). Bundan tashqari ular burundan yiringli ajralma oqishiga xam sabab bo‘ladi.



2.39 rasm. Rentgenogrammada burun bo‘shligidagi yot modda (rinolit) va uning olib tashlangandagi holati

YOt modda diagnostikasi orqa va oldingi rinoskopiya ma’lumotlariga tayanib qilinadi. Bunda burun bo‘shligi to‘liq ko‘rigi uchun anestetik tomchilardan foydalaniladi. Tirik yot moddalarni burun bo‘shlig‘iga konsentrlangan natriy xloridning eritmasini tomizish yo‘li bilan olib tashlanadi. Bunda burundan xalqumga o‘tib ketishini oldini olish uchun maxsus ilmoqdan foydalaniladi.

Rinitlar

Rinit - burun bo‘shlig‘i shilliq qavatining o‘tkir yoki surunkali kasalligi bo‘lib, patogen omillar (mikroorganizm, allergenlar, termik, kimyoviy va boshqa ta’sirlar) yoki ba’zi somatik kasalliklar natijasida kelib chiqadi. YUqoridagi faktorlar natijasida yallig‘lanish jarayoni boshlanib, shilliq qavat shishi, gipersekretsiyasi, biriktiruvchi to‘qima proliferatsiyasi yoki epiteliy metaplaziyasi, shilliq qavatda atrofik o‘zgarishlar kuzatilishi mumkin. Bular quyidagi belgilarni yuzaga keltiradi: burun bo‘shlig‘ida qichishish, aksirish xurujlari, burun ichining qurishi, hid bilishning buzilishi.

Rinit klassifikatsiyasi

I. infeksiyon:

- o‘tkir:

- virusli;
- bakterial;
- surunkali:
- nospetsifik;
- spetsifik

II. allergik:

- intermittirlangan (mavsumiy);
- persistirlangan (yil davomida).

III. vazomotorli:

- medikamentozli;
- gormonal;
- oziq - ovqat;
- sovuqlik;
- psixogen;
- idiopatik.

IV. gipertrofik.

V. atrofik:

- «bo‘sh burun» sindromi;
- ozena.

O‘tkir rinit

O‘tkir rinit (*rhinitis acuta*) – keng tarqalgan kasallik bo‘lib, bu kasallikni inson hayoti davomida bir necha marta boshdan kechiradi. O‘tkir rinit o‘z-o‘zidan paydo bo‘lib, gripp va infeksiyon xarakterdagi patologik jarayonlar yoki boshqa kasalliklar natijasida kelib chiqadi.

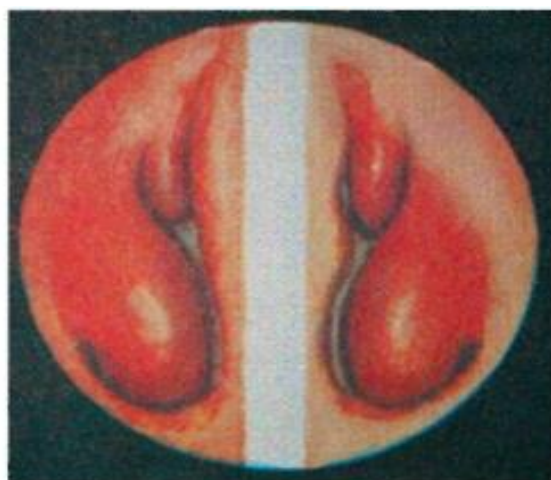
Ma’lumki, o‘tkir rinit organizmning uzoq muddat sovuq qotishi natijasida yuzaga keladi. SHu boisdan, tumov reflektor mexanizm bilan bog‘liq bo‘lib, tananing ma’lum qismi muzlashi natijasida burun shilliq qavatining unga bo‘lgan reaksiyasi hisoblanadi. Ko‘p hollarda tovon yoki bel sohasi sovuq qotganda o‘tkir rinit kelib chiqadi. Sovuqlik omili o‘tkir rinit boshlanishiga turtki bo‘ladi. Kasallik boshlanish davrida seroz ajralmalar ajraladi. Tekshiruvlar natijasiga ko‘ra, u o‘zida

transsudat saqlab, oqsil komponentlari yoʻqligi aniqlangan. Bu oʻtkir rinitning birinchi fazasidir. Burundan koʻp miqdorda suyuqlik kelishi epiteliyning shikastlanishiga sabab boʻlib, uning yuzasida mikrojarohatlar paydo boʻladi. Natijada, organizmning himoya mehanizmi ishga tushib (makrofag, leykotsitlar), serozli ajralmadan yiringli ajralma holiga oʻtadi. Oʻtkir tumovni klinikasiga va morfologiyasiga qarab uchta bosqichi yoki fazaga ajratiladi

I bosqichi – bir necha soatdan 1-2 sutkagacha davom etadi. Bemorni burundagi quruqlik, achishish xissi, isitma, nafas olish va chiqarishdagi ogʻriq bezovta qiladi. Burunning oldingi rinoskopiyasida shilliq qavat giperemiyasi, uning quruqligi, shilliq ajralmasligi aniqlanadi. (2.40 rasm).

II bosqichida (seroz ajralma) 1-2 soatdan keyin yuzaga kelib, burun bitishi, suvga oʻxshash sekret ajralishi, aksirish, tana haroratining kqtarilishi bilan kechadi.

III bosqich (shilliq-yiringli ajralmalar) bir necha kundan yoki haftadan keyin yuzaga keladi. Bunda bemor burun bitishi, yiringli xarakterga ega ajralmalar, umumiy xolsizlik va bosh ogʻrigiga shikoyat qiladi.



2.40 rasm. Oʻtkir rinit

Davosi. Ambulator sharoitda davo oʻtkaziladi. Tana harorati koʻtarilganda va rinitning ogʻir shakllarida yotoq rejimi buyuriladi. Rinitning boshlangich bosqichida chalgʻituvchi muolajalar (oyoqqa issiq vannalar, xantallar qoʻyish), yalligʻlanishga qarshi preparatlar (atsetilsalitsil kislota) buyuriladi. Burun boʻshligʻiga tarkibida mentol boʻlgan moyli tomchilar tomiziladi. Bu tomchilar shilliq qavatni taʼsirlantirmaydi va burundan nafas olishni engillashtiradi. Tomchi

dorilar nafazolin, ksilometazolin (galozolin, tizin ksilo,ksimelin, otrivin va boshqalar) ma'lum dozalarda va qisqa muddatga (5-7 kun) buyuriladi. Aks holda, dori vositasiga ko'nikish xissi paydo bo'lib, undan xalos bo'lish qiyinlashadi. III bosqichda sulfanilamid kukuni va malhamlaridan foydalaniladi. Bundan tashqari giposensibilizatsiyalovchi preparatlar loratadin (klaritin), dezloratadin (erius), feksofenadin (telfast) qo'llaniladi.

Tumovga engil kasallik deb qarash kerak emas, uning asoratlari nafaqat burun, burun oldi bo'shliqlarga balki o'rta quloqqa ham o'tishi mumkin. O'tkir rinit sog'ayib ketadi yoki o'tkir osti jarayoniga o'tib ketadi. Ba'zi hollarda esa surunkali shakliga ham o'tishi mumkin.

Infeksion kasalliklarda (qizamiq, skarlatina, difteriya). ikkilamchi o'tkir rinit yuzaga keladi va o'ziga xos klinik belgilarni namoyon qiladi.

Qizamiq. Qizamiqning prodromal davrida rinitning paydo bo'lishi oddiy simptom hisoblanadi. Qizamiqli tumovda burundan ko'p miqdorda ajralmalar oqishi xarakterlidir. Burun bo'shlig'i ko'rigida burun pastki chig'anoqlarining shilliq qavati giperemiyasi ostida qizil dog'li toshmalar kuzatiladi. Bu toshmalar qisqa muddatli bo'lib, faqat prodromal davrda o'chraydi va qizamiqli tumovning qiyosiy tashxisida muhim ahamiyatga ega. Qizamiqli tumovda maxsus davolash talab qilinmaydi. Burun bo'shlig'idagi ajralmalarni olib tashlash va bemorni to'g'ri burun qoqishga o'rgatish lozim. Aks holda, ajralmalar tomoqning burun qismidan o'rta quloqqa o'tib ketadi. Bunda tashqari, shilliq qavatga tomizish yog'li preparatlar, levomentol (1%li yalpiz moyi) buyuriladi.

Skarlatina. Skarlatinali tumovda oddiy o'tkir rinitga xos belgilar kuzatilib, uch bosqichda kechadi. Bo'yin, yuz va butun tanada skarlatinaga xos mayda nuqtali toshmalar paydo bo'ladi. Davolash infeksiya statsionar sharoitda o'tkaziladi. Spetsifik davolash zarur emas. Antibiotiklar va burunga tomchilar tomizishga buyuriladi.

Difteriya. Burun bo'shlig'i difteriyasi birlamchi hamda xalqum difteriyasining fonida shakllanishi mumkin. Difteriya erta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. SHilliq

qavat yuzasida difteriyaga xos qobiq bo‘lmasdan, faqat kataral belgilar bilan ham kechishi mumkin.

Kasallikning kechishi boshlang‘ich davrida engil bo‘lib, o‘tkir rinit deb qaraladi. Ammo difteriyaga xos tipik o‘zgarishlar ham kuzatiladi: «bir tomonlama» tumov, serotipli ajralmalar, yuqori lab va burun qanoti terisi qizargan va unda yoriqlar paydo bo‘ladi. Hal qiluvchi tashxisni bakteriologik tekshiruv orqali qo‘yish mumkin. Bu tekshiruvda difteriya tayoqchalari aniqlanadi.

Difteriyani davolashda antitoksinlar yuborish, antibiotiklar qo‘llash, eroziyal va yoriqli teriga malhamlar surtishga buyuriladi.

Surunkali rinit

Burun bo‘shlig‘i shilliq qavatining surunkali nospetsifik yalliglanish kasalligi bo‘lib, burun bo‘shligining barcha funksiyalariga ta’sir ko‘rsatadi (nafas olish, sezish, himoya, rezonatorlik). Nafas olishning qiyinlashuvi natijasida nafaqat LOR-organlarning, balki tish-jag‘ sistemasining turli xil kasalliklari kelib chiqishiga sabab bo‘ladi.

Surunkali tumovning bir qancha klassifikatsiyalari mavjud:

- kataral;
- gipertrofik;
- chegaralangan;
- diffuzli;
- atrofik;
- oddiy shaklli;
- ozen.

Har bir surunkali tumov o‘ziga xos xarakterga ega bo‘lib, bu o‘z navbatida o‘zaro qiyosiy tashxislashga yordam beradi.

Surunkali kataral rinit (rhinitis catarrhalis chronica) shilliq qavat giperemiyasi, burun chiganoqlarining bir xil shishishi bilan xarakterlanadi.

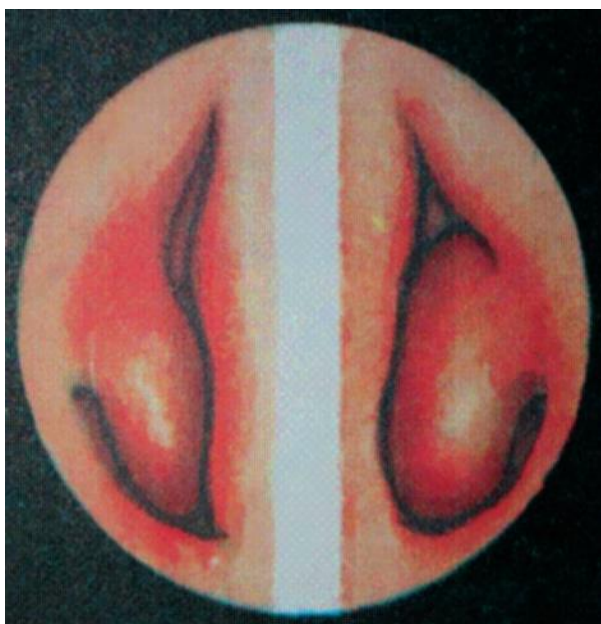
Belgilari: chalqanchasiga yoki orqa tomon bilan yotganda doimiy yoki davriy burun bitishi kuzatiladi. Burun bitishi burundan shilliq ajralishi, xolsizlik, bosh og‘rig‘i, og‘iz qurishi bilan birgalikda kechadi.

Kasallik anamnezi: o‘tkir kataral tumovdan so‘ng boshlanadi (adnoidlar miqdori, noratsional davolanishdan so‘ng). kasallik davomiyligi bir necha oydan bir necha yilgacha davom etadi.

Klinik kechishi: bemor ahvoli o‘zgarmaydi, tana harorati ko‘tarilmaydi. Bir yoki ikkala burun katagidan nafas olish qiyinlashadi. Oldingi rinoskopiya da burun chiganoqlari shilliq qavatining giperemiyasi, shilliq osti qavati shishganligi va qon tomirlar kengayganligini ko‘rish mumkin (2.41 rasm).

Umumiy va pastki burun yo‘llarida shilliq ajralmalar to‘planishi kuzatiladi. Surunkali kataral rinitga bir yoki ikkala burun katagida davriy bitishlar ro‘y berishi xos. Ko‘pincha bemorlar qon tomir toraytiruvchi tomchilardan foydalanishadi, lekin ular vaqtincha yordam beradi.

Tashxis: surunkali rinitning boshqa shakllaridan farqlash uchun adrenal bilan sinama o‘tkaziladi. Agar bemorda surunkali kataral rinit bo‘lsa, u holda burun chiganoqlarining shilliq qavatiga adrenal surtgandan keyin (2-3 daqiqadan so‘ng) burun yo‘llari kengayib, nafas olish tiklanadi.



2.41 rasm. Surunkali kataral rinit

Davosi: xalqumning burun qismida adenoidlar yo‘qligiga ishonch hosil qilish kerak. Mahalliy anestetiklar-malxamlar qo‘llash, shilliq qavatni quritib, sekretiya ajralishini kamaytiradi va burun chiganoqlari hajmini qisqarishiga yordam beradi. Bundan tashqari: 3-5%li kumush kolloid eritmasi (kollargol), 1-3%li kumush

proteinat eritmasi (protargol), 3-5%li kumush nitrat eritmasini shilliq qavatga surtish, fizioterapiya (UVCH), ultrabinafsha nurlar bilan davolash buyuriladi.

Asoratlari: oʻrta quloq (oʻrta otit), burunning burun oldi boʻshliqlaridagi (sinusitlar) asoratlari boʻladi. Surunkali kataral rinitda burundan nafas olishning buzilishi natijasida tish kasalliklari (karies, gingivit) kelib chiqishi mumkin. Ular shilliq qavatning qurishi va emalning oziqlanishi buzilganda roʻy beradi.

Surunkali gipertrofik rinit (rhinitis chronica hypertrophica) chigʻanoqlar shilliq qavati giperplaziyasiga burun chiganoqlarining suyak toʻqimasi va suyak osti qavatlari ham qoʻshiladi. Koʻpincha pastki burun chiganoqlarining shilliq qavatlari oʻsishi va qalinlashishi kuzatiladi, kamdan-kam hollarda esa oʻrta va kavernoza toʻqimalarda uchraydi. Chigʻanoqlar hajmining oʻzgarishi natijasida burun yoʻllari torayadi (2.42 rasm). Bu holat nafas olish va chiqarishni qiyinlashtirib, koʻp miqdorda shilliq ajralishiga olib keladi.



2.42 rasm. Surunkali gipertrofik rinit

Belgilari surunkali kataral rinitga yaqin. Asosiy farqi, epinefrin eritmasini chigʻanoqlarga surganda chiganoqlar hajmining qisqarishi juda kam kuzatiladi.

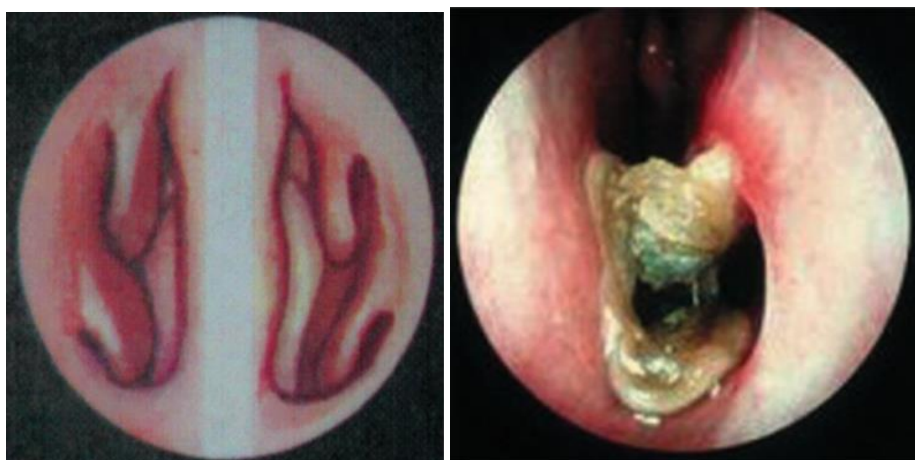
Davolash: engil formasida chiganoqlarning yuzasiga kollargol, protargol surtiladi. Bundan tashqari, jarroxlilik amaliyotlaridan – ultratovushli dezintegratsiya, shilliqosti vazotomiyasi, lazerli va radiotoʻlqinli destruksiya qilish mumkin. Ushbu operatsiyalar burun chigʻanoqlarini burunning yon devorlariga lateral joylashtirishga imkon beradi (lateropozitsiya). Barcha muolajalar pastki burun chiganoqlarining hajmini kichraytirishga qaratilgan boʻlib, ular orqali burun

bo'shligidan havo o'tishi ta'minladi. Hozirgi kunda rinoxirurgiyaga endoskopik usul kiritilgan so'ng, burun ichki operatsiyalari samaradorligi ancha ortdi. Endoskoplarni burun ichki operatsiyalarida va ko'rish qiyin bo'lgan burun bo'shligining orqa bo'limlarida to'liq vizual nazorat o'rnatishga yordam beradi.

Surunkali atrofik rinit (rhinitis atrophica) – burun bo'shligi shilliq qavatining ogir shakldagi kasalligi bo'lib, bunda xalqum, hiqildoq, xalqumning burun qismi atrofiyasi yuzaga keladi. Kasallikning asosi bo'lib, burun bo'shligi shilliq qavatida distrofik o'zgarishlar (atrofiya) bo'lishi yotadi. Kasallik kelib chiqishiga ko'plab omillar: kasbiy zararli odatlar, shilliq qavatning tug'ma patologiyalari sabab bo'lib, ular shilliq qavatning qurib qolishiga olib keladi.

Belgilari: burunni kuchli qurishi, qatqaloqlar hosil bo'lishi, burundan nafas olishning qiyinlashuvi, burundan yiringli ajralmalar kelishi, hid bilishning buzilishi kiradi.

Klinikasi. Rinoskopiya – shilliq qavat oqarganligi, burun yo'llari juda keng, chiganoqlar yuzasida sarg'ish ajralma, qaloq to'planganligi aniqlanadi (2.43 rasm).



2.43 rasm. Surunkali atrofik rinit

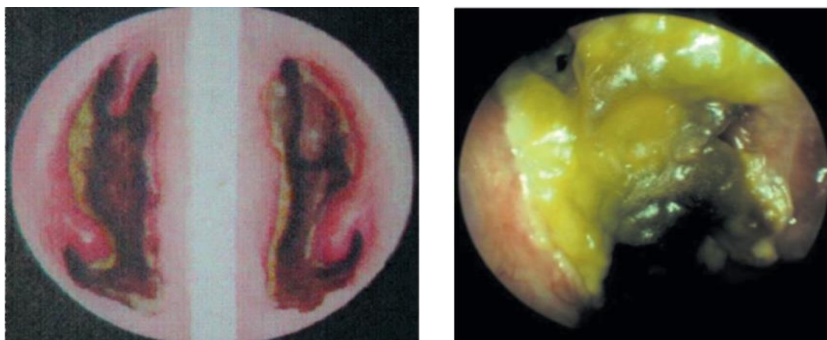
Davolash: odatda simptomatik davolash burun bo'shligi shilliq qavatini yumshatishga qaratilgan. Quyqalarni yo'qotish uchun sutkasiga 1-2 marta natriy xloridning izotonik eritmasi, dengiz suvi (akva maris, fiziomer va boshqalar) bilan yuviladi. SHu maqsadda o'zida moy, yod saqlagan dori vositalarini ham qo'llash mumkin. Ular shilliq qavatni qo'zg'atadi va temir sekretsiyasini ishlab

chiqarilishida qatnashadi. Yod+kaliy yodit+glitserol (Lyugol eritmasi) bu xususiyatga ega.

Regenerativ jarayonni jadallashtiruvchi dori vositalari bilan birga A vitamini buyuriladi. Umumiy ta'sir etuvchi dori vositalardan biogen stimulyatorlar (aloe barglari, FIBS), vitaminoterapiya, temir moddalari beriladi.

Ozena (Sassiq tumov) atrofik rinitning bu turi aholi orasida juda kam uchraydi. Xozirgi vaqtda axolining moddiy xolati yaxshilanganligi sababli yanada kamaymoqda.

Etiologiya: kasallik kelib chiqish sabablari turlicha: ijtimoiy, anatomik, yallig'lanishli, infeksiyon, neyrodistrofik va endokrin. Infeksiyon nazariyaga ko'ra, burun bo'shlig'i mikroflorasi asosiy rol o'ynaydi, 80% bemorlarda *Klebsiella ozaenae* uchraydi. SHilliq qavat atrofiyasi bilan birga qo'shilib, burun chig'anoqlarning atrofiyasi ham kuzatiladi, natijada burun yo'llarini kengayib, burun bo'shlig'i orqali burun-xalqum orqa devori ko'rinib turadi. Burun bo'shlig'i yashil-sariq rangli qatqaloqlar bilan to'ladi. Jarayon suyak to'qimasiga ham tarqalishi tufayli burundan badbo'y hid keladi (2.44 rasm). Bemorlarning o'zlari bu hidni sezishmaydi, chunki chuqur atrofik o'zgarishlar natijasida ularda hid bilish sohasi zararlanadi.



2.44 Rasm. Ozena

Davolash: simptomatik davo – burun bo'shlig'i izotonik tuzli eritmalar bilan yuviladi ("dengiz suvi", akva maris, fiziomer va b.), antibakterial vositalar (streptomitsin, gentamitsin, xloramfenikol, levomitsitin), temir moddalari. Jarroxlik usuli xam mavjud bo'lib, bunda burun bo'shlig'i sun'iy toraytiriladi.

Allergik rinit – allergik kasalliklar ichida eng ko'p tarqalgani hisoblanadi.

Allergik rinit IgE- burunning shilliq qavati eozinofilli yalliglanish kasalligi bo‘lib, burun qichishishi, aksirish, burundan ajralma oqishi va burun blokadasi xarakterli. Bundan tashqari, boshqa ko‘zga ko‘rinmaydigan belgilar ham mavjud bo‘lib, bularga uzoq yillar davomida burun bitishi va doimiy ravishda burun-xalqum orqa devoridan ajralma oqib turishidir. Bu belgilar uyquning buzilishiga, umumiy xolsizlikka olib kelishi mumkin. Bundan tashqari rinitning asorati bo‘lib sinusit, faringit va otit kasalliklari qo‘shilishi mumkin. SHu bilan birga, yoshlikda davolanmay qolgan o‘tkir rinit bronxial astmaga o‘tib ketishi mumkin (40-50%). Allergik rinitni – o‘simlik changlari keltirib chiqarib, tumov, yo‘tal, ko‘z yosh oqishi va ko‘z qichishishi belgilari bilan namoyon bo‘ladi. Bu belgilarning barchasi rinokonyuktival sindrom deyiladi. Bu patologiyaning yana bir nomi “somon isitmasi” bo‘lib, XIX asrda ingliz shifokori D.Vostok bilan bog‘liq bo‘lib, u 1819 yilda kasallikning klinik simptomlarini yoritib bergan. Er yuzida allergik kasalliklar bilan kasallanayotganlar soni oshib bormoqda, bunga ko‘plab omillar sabab bo‘lishi mumkin (alimantar, ekologik, irsiy omil). Allergik rinitning avj olishi yil sayin o‘sib bormoqda, bunga sabab tashqi muhitning ifloslanishidir.

Allergik rinitga xos xususiyatlar:

- erta yoshda boshlanishi (7- 20 yosh);
- organizmning allergiyaga moyilligi. Ko‘pincha yosh bolalarda allergiya oldi holatlari, ya‘ni “xabar beruvchilar” bo‘lishi mumkin, bularga diatez, ovqat maxsulotlarini qabul qila olmaslik kabilar kiradi. Toshma ko‘rinishidagi allergik reaksiya, oshqozon sohasida noxushlik xissi kuzatiladi. Asal, kungaboqar urug‘i, tarvuz, qovun, xolva iste‘mol qilganda tumov bo‘lishi;
- irsiy omil;
- belgilarning paydo bo‘lishi gullash davri boshlanishi bilan bir vaqtga to‘g‘ri keladi va bu alomatlar har yili paydo bo‘lib, taxminan bir xil vaqtda boshlanadi;
- o‘simliklar changi bilan aloqa tugagach, kasallik simptomlari deyarli kamayadi yoki butunlay yo‘qoladi.

Ta‘sirli allergenlarni aniqlashda o‘simliklarning gullash vaqtlarini o‘rganish lozim. Turli o‘simliklar gullash davrining boshlanishini va allergik rinitning

alomatlari paydo bo'lishini taqqoslab, bemorning qaysi o'simlik changlariga allergik reaksiyalari borligini aniqlash mumkin. Er yuzidagi gulli o'simliklarning faqat ellikka yaqin turi allergenlik xususiyatiga ega. Bunda o'simlik changlarini allergiya chaqiruvchi ekanligini aniqlashda quyidagilarga e'tibor beriladi:

- allergenlik xususiyatlari, o'simlik changining oqsil va oqsil bo'lmagan qismiga bog'liq bo'ladi. Biologlar o'simliklar changlanish jarayonida o'tkazuvchanlik faktori bor deb taxmin qilishgan. Bunga ko'ra, o'simlik changi inson burun shilliq qavatining epiteliysiga kira olishi;

- changni hajmi – changlar hajmi 25 mkm gacha bo'lganida nafas yo'llariga chuqur kirib boradi va allergik kasalliklarni chaqiradi, 30 mkm dan katta bo'lgan changlar esa birlamchi himoya to'sig'i – burun bo'shlig'i shilliq qavatidagi kipriksimon epiteliylarida va yuqori nafas yo'llarida ushlanib qoladi;

- allergiya chaqiruvchi o'simlik qancha ko'p bo'lsa, shu joyda shuncha kasallik ko'p aniqlanadi. Rossiya va Ukrainada ajriqbosh, O'rta Osiyoda shuvoq, SHimoliy Kavkazda ambroziya allergiya chaqiruvchi o'simliklardir;

- chang massasi va uning uchish xususiyatlari: pollinoz, shamol yordamida changlanadi. Bu xususiyat uning sharsimon shaklda ekanligi va uning hajmiga bog'liq. Hasharotlar orqali changlanadigan o'simliklar allergik rinitni kamdan-kam chaqirar ekan;

- agar havoning 1m^3 xajmida chang zarrachasi 25 tadan ko'p bo'lsa axoli orasida allergiyaga uchrash soni xam ortadi. Pollinoz simptomlari yomg'irdan keyin kamayadi, havodagi changlar konsentratsiyasiga qarab ertalab va kunduzi ko'payadi. Allergenlarni 3 guruhga bo'lish mumkin:

- 1) tashqi muhit omillari (o'simlik changlari);
- 2) xonadondagi allergenlar (hasharotlar, uydagi changlar);
- 3) kasbiy allergenlar.

Allergik rinit rivojlanish mehanizmi

Burun bo'shlig'ining allergik rinitida allergen bilan immunoglobulin E ning aloqasi tufayli allergen reaksiya kelib chiqadi. Natijada gistamin, ko'plab

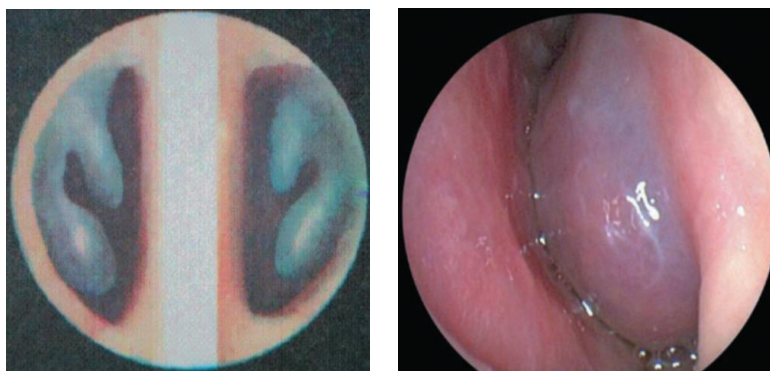
immunologik, biologik aktiv moddalar ajralib chiqib, kasallikning klinikasi yuzaga keladi.

Klinika. Kasallikning eng asosiy simptomi – rinokonyuktival sindromdir. Koʻzning ichki burchagida yot jism bordek tuyuladi, keyin koʻz yosh oqishi va yoruglikdan qoʻrqish boshlanadi. Bu esa koʻzning (konyuktiva va sklera) qizarishi, yuza tomirlarning kengayishi va qovoq shishiga olib keladi. Konyuktivadan oqayotdan shilliq boshida rangsiz boʻlib, keyinchalik yiringli tus oladi. Koʻpincha ikkala koʻz ham zararlanadi, lekin ularning zararlanish darajasi har xil boʻladi. Koʻrish oʻtkirligi oʻzgarmaydi. Ushbu simptomlar bilan bir vaqtda burunda qattiq qichishish, ajralmalar ajralishi bilan birga xurujsimon aksirishlar bezovta qiladi. Jarayonga sekin-astalik bilan burun-xalqum qismi, eshituv naylari shilliq qavatlari ham qoʻshilib, quloqda ogʻriq, ovoz boʻgʻilishi, qoʻzgʻatuvchilarga - sovuq, oʻtkir hid, uy changlariga taʼsirlar ortadi. Koʻpchilik bemorlar tunda yaxshi nafas olmasligidan aziyat chekishadi. Rinit belgilari tunda kuchayadi. YOMgʻirli, shamol boʻlmagan kunlarda bemorlarning holati yaxshilanadi. Nafas yoʻllari, koʻz konyuktivasi shilliq qavatidagi oʻtkir allergik yalliglanishlar ovqat hazm qilish, yurak-qon tomir, nerv sistemasi va teri kasalliklari bilan oʻxshash boʻladi. Koʻpincha yuqoridagi belgilar umumiy xarakterga ega (bosh ogʻrigi, xolsizlik, bosh aylanishi, uyquchanlik, xotira pasayishi, tana haroratining pasayishi). Pollinozning oʻtkir klinik kechishi ayniqsa bronxial astmada boʻlib, yoʻtal, xirillash, koʻkrak qafasidagi bosim va xansirash bilan kuzatiladi. Mavsumiy changlanish rinitida bronxial astmani rivojlanishiga olib keluvchi bir qator belgilar mavjud (astma oldi bosqichi). Ularda chang etiologiyali rinitining belgilaridan tashqari (burun bitishi, xurujsimon aksirish, burundan ajralmalar kelishi, burun, tomoq, quloq qichishishi) qoʻshimcha belgilar boʻladi: xurujsimon yoʻtal, koʻkrak qafasida bosim xissi (ayniqsa jismoniy harakatda), nafas olganda koʻkrakda davriy ogʻriqlar, ovozli nafas olish. Rinitda uchramaydigan astma oldi belgilaridan eng muhimi xurujsimon yoʻtaldir. Odatda bronxial astmaning boshlanishida bir necha kun rinokonyuktival sindrom boʻladi. Kam hollarda kasallik bronxial astmadan boshlanadi. CHang etiologiyali bronxial astmada xarakterli belgilaridan biri bu

yildan yilga xurujlarning bo'lishi va bu simptomlar gullash davriga to'g'ri kelishidir. Kasallik belgilari ma'lum bir ketma-ketlikda yuzaga keladi – tumov va rinokonyuktivit, gullashning maksimal davrida astmatik xurujlar bo'ladi. Ba'zi bemorlarda bo'g'ilish xurujlari chang bilan kontaktda bo'lgandagina yuz beradi. YOmg'irli kunlarda havoda chang konsentratsiyasi kam bo'lganda bemorlar o'zlarini yaxshi xis qilishadi. Bronxial astma bilan kasallangan kishilarda nafaqat spetsifik, balki nospetsifik ta'sirlovchilarga ham – sovuq, psixoemotsional va jismoniy harakatlanish, ob havo va atmosfera bosiming o'zgarishi bronxlarning sezuvchanligi o'ta oshgan bo'ladi.

Allergik rinit ko'pincha burun oldi bo'shliqlarining shilliq qavati yallig'lanishi bilan kechadi. Bu jarayonga yuqori jag' bo'shliqlari (gaymor) ham qo'shiladi. SHilliq qavatga ikkilamchi infeksiya tushib, ikklamchi yiringli gaymoritga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, shuni esda tutish lozimki, chang etiologiyali allergenlarni ovqat maxsulotlari va fitopreparatlar bilan o'zaro reaktivligi mavjud. YUqorida qayd etilgan ovqat maxsulotlari va dorivor preparatlarni istemol qilish natijasida allergik rinit avj olib, konyuktivit, Kvinke shishi, o'tkir bo'g'ilish xurujlarining paydo bo'lishi yuz beradi. Bu holat daraxt changlariga allergiyasi bo'lgan bemorlarning olma, yong'oq, konyak, shaftoli, qovun, tarvuz, pista, xolva iste'mol qilganida kuzatiladi. Bundan tashqari asal is'temol qilish natijasida ham allergik reaksiyalar kelib chiqishi mumkin. Tekshiruvlar natijasida asal tarkibida ambroziya, qoqio't, xrizantema, kungaboqarlar changlarining komponentlari borligi aniqlangan. Rinoskopiyada burun shilliq qavatining shishi, ko'kimtir-oq dog'lar borligi aniqlanadi (2.45.rasm).

Laborator diagnostika. Allergik kasalliklarda qonda eozinofillar bo'lishi aniqlangan. Allergik rinitda burun bo'shlig'idan olingan surtma Romanovski usulida bo'yaladi. Bunda burundan olingan surtmada eozinofillar soni oshgan bo'lib, ularning soni umumiy hujayralarning 10% ga to'g'ri keladi.



2.45 rasm. Allergik rinit

Allergenlarning sabablarini aniqlash uchun teri sinamalari ham o'tkaziladi. Odatda ukol yoki skarifikator bilan bilak teri orasiga maxsus to'plamdagi allergen tomizib ko'riladi. Allergik reaksiyaning paydo bo'lishi sinamaning musbat ekanligidan dalolat beradi (2.46 rasm).



2.46 rasm. Allergiya diagnostikasida teri sinamalari

Davolash . Davolash taktikasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- 1) allergenlarni yo'q qilish
- 2) farmakoterapiya;
- 3) maxsus immunoterapiya (MIT).

Sababchi allergenlarning eliminatsiyasi simptomlarning pasayishiga, asoratlarning kamayishiga va bemor hayotining sifatini yaxshilashga yordam beradi. Bir qancha tavsiyalarni bajarish lozim. Ertalab va kunduzgi vatqlarda havodagi changlar konsentratsiyasi yuqori bo'lgani uchun bemorlarga bu vaqtda sayr qilish cheklatiladi. Derazalarni yopib qo'yish lozim. Agar buning imkoni

bo'lmasa, derazaga nam mato osib qo'yish darkor. Ko'chaga chiqayotganda quyoshdan himoyalovchi ko'zoynaklar taqiladi. Har doim ko'chadan kelgandan so'ng, cho'milib, kiyimlarni almashtirish tavsiya qilinadi.

Ba'zida gullash davrida bemor boshqa iqlimli joyga borishi mumkin – dengiz atrofida chang miqdori doim kam bo'ladi. Allergik rinitni davolashda farmokoterapiya keng qo'llaniladi, ammo allergenning asosiy sababini yo'qotmasdan, faqat simptomatik davolaydi. Antigistamin preparatlardan loratadin (klaritin), dezloratadin (erius), feksofenadin (telfast); burunga tomchi ko'rinishidagi mahlliy tomir toraytiruvchi vositalar, topik glyukortikoidlardan mometazon (nazoneks), flutikazon (fliksonaze), flutikazon furoat (avamis) qo'llaniladi. Zamonaviy usullardan yana biri bu spetsifik immunoterapiyadir. Uning maqsadi – spetsifik allergenga odam oragnizmining sezgirligini kamaytirish.

Vazomotorli rinit

Vazomotorli rinitning klassifikatsiyasi etiologik prinsiplarga asoslangan. Bunga ko'ra vazomotor rinit medikamentozli, gormonal, reflektor va idiopatik vazomotorli rinit turlarga bo'linadi.

Etiologiya: Vazomotorli rinit – surunkali kasallik bo'lib, ekzogen yoki endogen omillarlar tas'irida orqali burun chiganoqlari tomirlarining dilyatatsiyasi yoki nazal giperreaktivligi rivojlanadi. Bunda quyidagi omillarlar muhim rol o'ynaydi:

- sovuqlik;
- yuqori namlik;
- issiq yoki achchiq taomlar;
- alkogol;
- sigaret tutuni;
- atrof-muhitni ifloslantiruvchi omillarlar;
- o'tkir hidlar;
- ruhiy stress
- ba'zi dori vositalarini qabul qilish
- organizmda gormonal buzilishlar

Vazomotorli rinitning patogenezi kam o'rganilgan. Ma'lum bo'lishicha, vazomotorli rinitning patogenetik mexanizmi ostida burun chig'anoqlarining tomirli tonuslar boshqarilishiga javob beradigan efferent innervatsiya buzilishi yotadi.

Medikamentozli rinit ko'pincha mahalliy tomir toraytiruvchi dori vositalarini uzoq muddat (7-10 kundan ortiq) qabul qilganda kuzatiladi. Bu dorilarni uzoq muddat ishlatish natijasida doriga o'rganib qolish xissi paydo bo'lib va uni yana xam ko'proq ishlatishga zaruriyat tug'iladi. Gipertoniya kasalligini davolovchi deyarli barcha dori vositalar xam shunday burun bo'shligini qon bilan to'lishini oshiradi. Ba'zi neyroleptiklar va peroral kontratseptiv dori vositalari effekt chaqirishi mumkin.

Medikamentozli rinitda burun bo'shlig'idagi shilliq qavatda adrenoretseptorlarning susayishi kuzatiladi. Gormonal rinitga homiladorlar riniti kiradi. Asetilxolin-esterazani esterogenlar ingibirlashi natijasida qonda atsetilxolin miqdori ortib, burun shilliq qavatining gipersekretsiyasi va shishiga olib keladi.

Vazomotor rinitning yana bir shakli pubertat davrda paydo bo'luvchi turidir.

Qalqonsimon bez gipofunksiyasida burun bitishi va burundagi sekretning o'zgarishi yuz beradi.

Reflektor rinit. Har xil omillar burun bo'shligining shilliq qavatini innervatsiya qiluvchi vegetativ nerv aktivligiga ta'sir ko'rsatadi. Reflektor rinitning turlaridan biri bu ovqatlanish rinitidir. Vazomotor rinitning bu turi ko'proq 50 yoshdan oshgan erkaklarda uchrab, adashgan nerv bilan bog'liq deb qaraladi. Pivo, vino va boshqa spirtli ichimliklar burun bitishi va vazodilyatatsiyaga olib keladi.

Reflektorli vazomotor rinitning yana bir turi bu sovuqlik rinitidir. Patogenezida asosiy rol ni nospetsifik nazal giperreaktivlik o'ynaydi.

Vazomotor rinitning ba'zi shakllari kategoriyasini aniqlash qiyin. Vazomotor rinitning belgilari va kelib chiqish sabablarini bog'lash qiyin, shuning uchun u idiopatik rinit deb ham ataladi.

Vazomotor rinit kelib chiqishida asosiy rol burun to'sigining deformatsiyaga uchrashi hisoblanadi. Ayniqsa o'tkir tizmalar burun bo'shligining lateral devori bilan kontaktda bo'lib, kontakt sohasida shilliq qavatning shishini keltirib chiqaradi.

Klinika

Vazomotor rinitda davriy va davriy bo'lmagan klinik o'zgarishlar kiradi, ularning orasida eng asosiysi burundan nafas olishning qiyinlashuvi va burundan suvsimon ajralmalar kelishi hisoblanadi. Aksirish xurujlari kam uchraydi. Ko'rikda burunning pastki chiganoqlari kattalashgan, shilliq qavati giperemiyalangan, sianotik, ba'zida oqargan, qon talashlar bo'ladi. Burun chiganoqlarining kattalashishi oqibatida oldingi rinoskopiya o'tkazilganda vazomotor rinitga sabab bo'lgan burun to'sig'ining orqa qismlarini ko'rish qiyin bo'ladi.

Homiladorlarda vazomotor rinit belgilari II uch oyligida paydo bo'ladi va homiladorlik davomida bu belgilar saqlanib turib, tug'ruqdan keyin yo'qolib ketadi.

Ovqatlanishdagi **vazomotor** rinitning asosiy belgisi bu ovqatlanish paytida burundan suvsimon ajralmalar oqishidir (odatda issiq va achchiq eganda).

Sovuq **vazomotor** rinitda xurujsimon aksirish, rinoreya va keyinchalik oyoq, qo'l kaftlari va yuzga sovuqlik tekkanda burun bitishi xos. Kam hollarda bu belgilar quyosh yorug'ligi bilan kontaktda bo'lganda yuz berishi mumkin.

Diagnostika

Bemorlar allergik tabiatga ega kasalliklar tekshiriladi. (anamnez yig'ish, qon va burundagi ajralmani eozinofillarga tekshirish, zarur bo'lsa allergenlar bilan teri sinamallari qilinadi)

Qiyosiy tashxis

Vazomotor rinit ostida allergik rinitga xos simptomlar bo'lishi mumkin. Bunda qiyosiy tashxis qilish lozim. Ovqatlanishdagi **vazomotor** rinitni o'simlik changlari va ovqat maxsulotlaridagi (olma, o'rik, shaftoli, nok, olcha va boshqalar) allergik rinit bilan qiyoslash zarur.

Davolash

Davolashda **vazomotor** rinitni keltirib chiqargan sabablarni bartaraf qilish muhim ahamiyatga ega.

Farmakoterapiyani glyukokortikoidlarni mahalliy qo'llashdan boshlash kerak. Medikamentozi rinitda bemor glyukokortikoidlarni sutkalik dozasini kamaytirishi va tomir toraytiruvchi dori vositalardan voz kechishi lozim.

Agar qolgan usullar samarali bo'lmasa, qisqa muddatli tizimli glyukokortikoidli terapiya qilish lozim.

Bundan tashqari burunning pastki chiganoqlarida operatsiyalar qilish lozim. SHilliqosti konxotomiyasi qilinadi: lazerli, sheyverli, osteokonxotomiya, vazotomiya, ultratovushli dezintegratsiya.

Burun to'sig'ining jarroxlik korreksiyasi davolanishning boshlanishida qilinishi lozim. Fizioterapiya (xlorli kalsiy, sulfat sink elektroforezi) va ignarefleksoterapiya qilinadi.

Burun bo'shlig'i xosilalari

Burun bo'shlig'idagi xavsiz o'smalar

Xavsiz o'smalarga papillomalar, fibroma, angiomas kiradi. Ko'pincha tomirli xarakterga ega xosilalar uchrab, burun shilliq qavati yoki qo'shni bo'limlardan o'tgan – burun to'sigi angiomasi, kalla asosi angiofibromasi rivojlanadi.

Burun oldi va burun bo'shlig'ining ko'pgina kasalliklari yuzning turli sohalarida og'riqlar bilan kechishi mumkin. Agar og'riq sinus shilliq qavatining yallig'lanish jarayoni bilan bog'liq bo'lsa, masalan, gaymoritda, bemorni davolash taktikasi konservativ yoki jarrohlik usullar yordamida sinusni sanatsiya qilishga qaratilgan. SHu bilan birga, otorinolarinolog, tish shifokori, nevropatologning amaliyotida yuzning turli qismlarida kuchli og'riqlar shikoyati bor bemorlar mavjud va bunda mutaxassislarning birgalikdagi ish yuritishi tashxis qo'yish va kompleks davolanishga yordam beradi. Og'riq nafaqat yuqori nafas yo'llarining patologiyasidan, balki uch shoxli nervlarning ikkinchi va uchinchi shoxlari nevrалgiyalarida ham kelib chiqadi. Bugungi kunda uch shoxli nevrалgiya kelib chiqish sababi bo'yicha birdan bir yagona etiologiya mavjud emas: patologik

tishlam nisbati (prikus), tish kasalligi, neyrotrop viruslarning ta'siri, qon tomirlarida aterosklerotik o'zgarish, trigeminal asab shoxlari o'tadigan suyak kanallarining torayishi, o'tkir nafas yo'llari kasalliklari. Trigeminal nevrалgiyaning kelib chiqishida, uning ikkinchi qismi, maksilyar sinus shilliq qavatining, burun bo'shlig'i yallig'lanishining roli ma'lum.

Klinik ko'rinishi odatiy og'riq har doim hurujsimon, uning davomiyligi bir necha soniyadan bir daqiqagacha. Og'riq juda kuchli. Bemorlar og'riqni elektr toki bilan taqqoslaydilar. Og'riq hech qanday sabablarsiz yuzaga kelishi mumkin va ayrim hollarda, yuz mushaklari taranglashuvida (kulgi, esnash va hk). O'tkir og'riq trigeminal nerv shoxlari tomonidan innervatsiya qilingan yuzda vujudga keladi, lekin ba'zida bu asabning boshqa shoxlari tomonidan ta'minlanadigan maydonlarga tarqaladi. Ko'pincha uch shoxli nervning ikkinchi va uchinchi shoxlari nevrалgiyasi kuzatiladi.

Ikkinchi shox nevrалgiyasi burun-lab burmasi, burun qanoti, yuqori labga og'riqning lokalizatsiyasi bilan tavsiflanadi.

Uchinchi shox nevrалgiyasi bilan og'riqlar pastki labda, tilda, yonoqda, pastki jag' tishlarda seziladi. Nevrалgiya uchun odatda "og'riq" zonasining mavjudligi, bosim yoki hatto engil tegib ketish qattiq og'riqni keltirib chiqaradi. Bunday zonalar yuzning terisida, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, yutqinda bo'ladi. Remissiyada bu zonalar yo'qoladi. Kuchli og'riq huruji ko'z yoshlanishi, gipersalivatsiya, yuz terisi giperemiyasi bilan kechadi. Tish shifokori, nevropatolog va otorinolaringolog tomonidan sinchkovlik bilan anamnez yig'ish- burun va burun yon bo'shliqlarida yallig'lanish, o'simta yoki 3 shoxli nerv nevrалgiyasi bilan bog'liq og'riqlarni farqlash imkonini beradi.

Nevrалgiya uchun giyohvand moddalarni iste'mol qilish yordam bermaydi, aksincha, bu boshqa diagnostik belgilarni vujudga keltiradi.

Davolash. Konservativ davo statsionarda karbamazepin (finlepsin, tegretol), trimetadion (trimetin) kabi preparatlarni qo'llab takroriy kurslar bilan amalga oshiriladi.

Jarrohlik muolajalarni nafaqat tish shifokorlari, balki otorinolarologlar ham olib boradilar. Ushbu davoning asosi – 3shoxli nerv tegishli shoxi rezeksiyasidir. Otolarologlar infraorbital nervga maksilyar sinus orqali kiradilar, kanal devorini butun uzunligi bo‘ylab ochiladi va nervni ajratib, keyin esa rezeksiya qiladilar. Trigeminal nervning uchinchi shoxi nevralfiyasida og‘iz orqali kanalni ochib, nervni imkon qadar tortib rezeksiya qilinadi.

Jarrohlik usuli barcha holatlarda ham og‘riq hurujlarini yo‘qotmaydi, rezeksiyadan so‘ng erta muddatlarda og‘riq qaytalanishi mumkin, chunki nerv tanasi yana chiquv teshigiga etib borib, teri retseptorlarini qo‘zg‘atadi. Trigeminal nervning ikkinchi shoxi nevralfiyasi kelib chiqishida, maksilyar sinusda yallig‘lanish jarayoni bo‘lsa, bunday holatlarda xirurgik metod bilan sanatsiya qilish darkor.

Lab va tanglay yoriqlarida LOR organlari holati

YAngi tug‘ilayotgan chaqaloqlarda lab va tanglay yoriqlarining patologik rivojlanishi oldingi o‘rinlarda turadi (2.70-rasm). Har yili ushbu rivojlanish anomaliyasi bilan mamlakatimizda taxminan 1100 yaqin bola tug‘iladi. Bu holat bemorlarni reabilitatsiya qilish bo‘yicha kompleks dasturlarni ishlab chiqilgan. Bu esa mutaxassislar, xususan, yuz-jag jarroxlari e‘tiborini jalb qildi. Hozirda kosmetik va funksional natijalarga erishish uchun jarrohlik aralashuvi texnikasi ishlab chiqildi. Biroq, bu kabi anomaliyalar bilan birga kelgan LOR a‘zolarining o‘zgarishi muvaffaqiyatli xeylouranoplastikadan keyin o‘z-o‘zidan yo‘qolib qolmaydi va otorinolarologning davolanishga faol aralashuvini talab qiladi, chunki ko‘pchilik hollarda lab va tanglay yoriqlari burun bo‘shlig‘i, yutqin, o‘rta quloqdagi patologiyalar bilan birga uchraydi.



2.70.rasm. Lab va tanglay yoriqlari

Ko‘pincha tanglay yorig‘i surunkali kataral rinit, burun to‘sig‘i qiyshayishi bilan birga kechadi. Pastki chig‘anoqlarda doimiy ravishda aniqlangan o‘shish kompensatsion vosita sifatida qaralishi mumkin, natijada burun bo‘shlig‘ining yuqori qismiga oziq-ovqat massasini kiritish ehtimoli kamayadi. SHu bilan birga, nazal chig‘anoqning bunday kompensatsion gipertrofiyasi ham burun nafasini doimiy ravishda buzilishiga olib keladi, bemor og‘zidan doimiy nafas olishiga majbur qiladi, bu og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati va yutqinning shilliq qavatida qo‘shimcha o‘zgarishlar keltirib chiqaradi. Bunday holatlarda surunkali faringitning aniq belgilaridan tashqari, bodomsimon bezining gipertrofiyasi va surunkali tonzillit aniqlanadi.

Xalqumning burun qismida normadan bir qancha chetga chiqishi kuzatiladi. Burun to‘sig‘ining rivojlanmaganligi sababli ushbu qism uzun, oldingi-orqa qismi kattalashgan bo‘ladi.

Burun qismining gumbazida joylashgan xalqum murtagi kuchli gipertrofiyalangan bo‘lib, u burun bo‘shlig‘ining shilliq qavatining shishi va burunning nafas olish qiyinlashuvini keltirib chiqaradi.

Lab va tanglay yoriqlari bor bemorlarning 50% dan ortig‘i o‘rta quloqdagi yallig‘lanish kasalliklariga chalinadi va bu turg‘un eshitishni pasaytiradi. Bu avvalambor, qattiq tanglay deformatsiyasiga, yumshoq tanglayni ko‘taradigan va

qisqartiradigan muskullar anomal joylashuviga, adenoidlarga sabab boʻladigan, Eshituv nayining shamollatish va drenajlash faoliyatlarining buzilishga olib keladi.

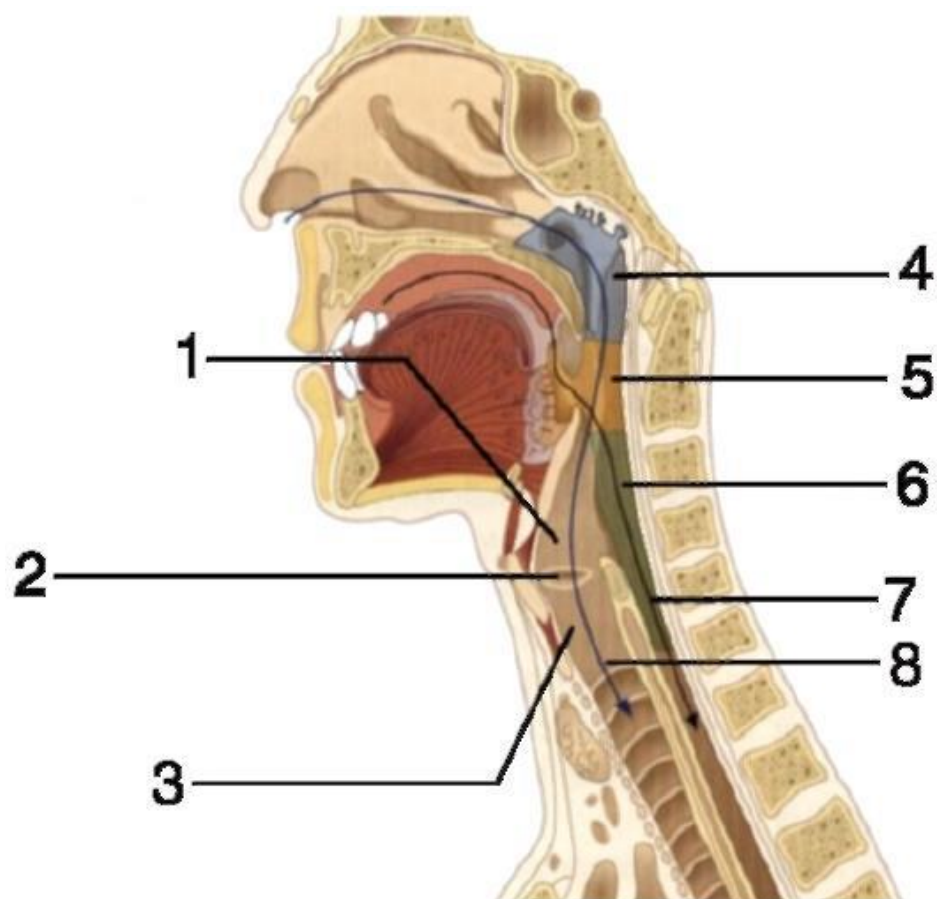
SHunday qilib, lab va tanglay yoriqlari bor bemorlarni davolash faqat labni tuzatish, tanglayning butunligini tiklash bilan chegaralanmaydi, shuningdek uranoplastikadan keyin burun boʻshligʻining faoliyatini avtomatik ravishda tiklanmaganligi uchun preoperativ va operatsiyadan keyingi davrda malakali LOR tekshiruvidan oʻtish kerak. Bemorlarda gipertrofiyali murtakni olib tashlashga qaror qilingan hollarda uranoplastikadan 7-8 oy oldin adenotomiya qilinishi kerak.

3-bob. XALQUM VA QIZILOʻNGACH

3.1. Xalqumning klinik anatomiyasi

Xalqum (pharynx) ogʻiz boʻshligʻi va qiziloʻngach oʻrtasida joylashgan oshqozon naychasining dastlabki qismidir. SHu bilan birga, bu nafas olish yoʻlining bir qismi boʻlib xizmat qiladi, u orqali havo burun boʻshligidan hiqildoqqacha oʻtadi. Xalqum bosh suyagi asosidan VI boʻyin umurtqasigacha choʻziladi, u erda qiziloʻngachga oʻtadi.

Anatomik va fiziologik xususiyatlarga koʻra klinik nuqtai nazardan xalqum uch qismga boʻlinadi:burun-xalqum, ogʻiz-xalqum va hiqildoq. (3.1-rasm).



3.1. Rasm Xalqum bo‘limlari: 1 - hiqildoqning vestibulyar qismi; 2 -hiqildoq; 3 - burma osti sohasi; 4 - burun-xalqum; 5 - og‘iz-xalqum; 6 - hiqildoq; 7 - qizilo‘ngach; 8 - kekirdak

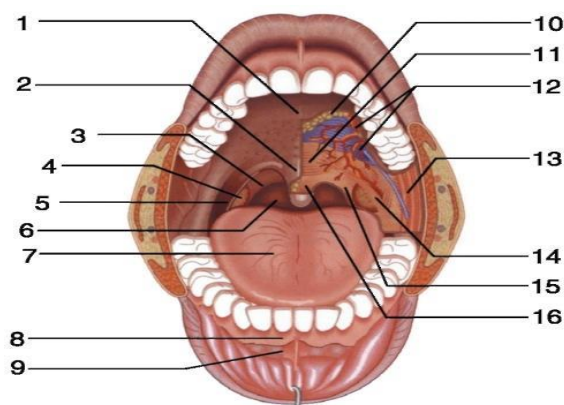
Ushbu qismlar orasidagi chegaralar qattiq tanglay orqali chiziq davom etgan va hiqildoq usti tog‘ayining yuqori qismidan o‘tgan chiziq bo‘lib hisoblanadi.

Xalqumning burun qismi yoki burun-xalqum (*epipharynx*) – xoanalarning orqasida joylashgan katta bo‘lmagan bo‘shliq. Ushbu bo‘shliqda xalqum murtaklari, yon devorlarida eshituv nayining xalqum teshigi ko‘rinib turadi.

Xalqumning burun qismi pastki tomondan og‘iz-xalqum (*mezopharynx*)ga ulanadi. U tilcha bilan yumshoq tanglaydan, tilning ildizi bilan chegaralangan xalqumning orqa devorni ko‘rinadigan qismidan iborat.

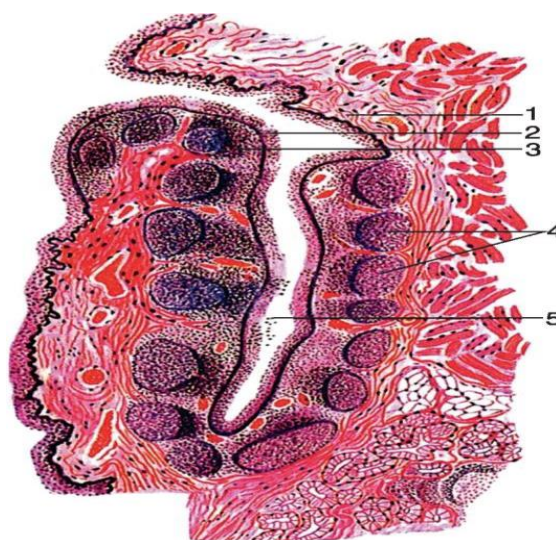
Xalqum orqa devori shilliq qavati yassi epiteliy bilan qoplangan, limfoid to‘qimalarning elementlariga boy, til-xalqum nervi bilan innervatsiyalanadi. Ushbu nerv tolasi qon-tomir yaqinidan o‘tadi va yallig‘lanish natijasida kengayishi nerv tolasiga ta’sir qilib, og‘riq hissini beradi.

Og‘iz-xalqum (*mesopharynx*) qattiq tanglaydan xiqildoq usti tog‘ayi yuqori qismiga qadar cho‘ziladi (3.2 rasm).



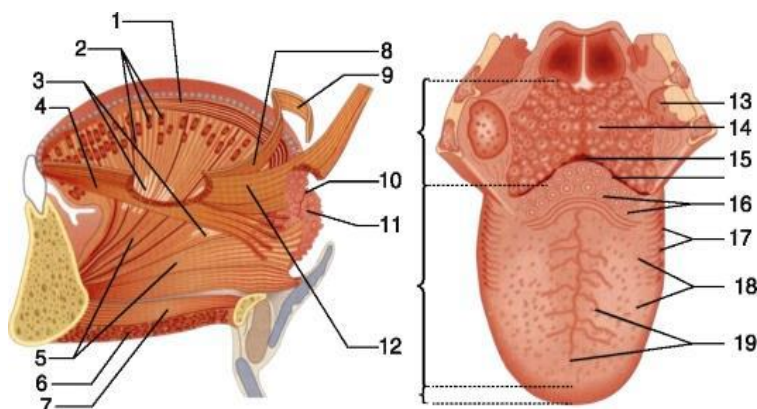
3.2. Rasm. Og‘iz-xalqum va og‘iz bo‘shlig‘i: 1 - qattiq tanglay; 2 - tilcha; 3 – orqa tanglay ravog‘i; 4 – bodomsimon bez; 5 - old tanglay ravog‘i; 6 – xalqumning orqa devori; 7 til; 8 - milk; 9 – og‘iz chegarasi; 10 - tanglay bezlari; 11 – yumshoq tanglay mushagi; 12 - tanglay arteriyasi; 13 - yonoq mushaklari; 14 - tanglay – til mushagi; 15 - tanglay –xalqum mushagi; 16 - tilcha muskuli

Og‘iz-xalqum og‘iz bo‘shlig‘i bilan keng aloqada bo‘ladi. Xalqum yuqoridan yumshoq tanglay, pastdan til ildizi va yon tomondan tanglay murtaklari (*tonsilla palatina*) bilan chegaralangan. Xalqumning og‘iz qismida patologiyalar turli kasalliklar shifokorlari uchun qiziqish uyg‘otmoqda, chunki ko‘plab keng tarqalgan kasalliklar tanglay murtagi holatiga bog‘liq. Har bir tanglay murtagi o‘ziga tegishli chuqurchada joylashgan, oldindan va orqadan mushaklar bilan chegaralangan. tanglay murtagi shilliq qavat ostidagi limfotsitlarni o‘z ichiga olgan ko‘p sonli follikulyar limfoid to‘qima to‘plamidir (3.3-rasm). Tanglay murtagining medial yuzasi erkin joylashgan, bir qancha chuqurliklarga ega. Follikulalar shu chuqurliklar bo‘ylab joylashadi. Limfoid to‘qima biriktiruvchi to‘qimalardan tashkil topgan. Tanglay murtaklarining yon yuzasi qalin fibroz biriktiruvchi to‘qima bilan qoplangan, u xalqum mushaklar bilan birikib soxta qobiq psevdokapsula deb ataladi.



3.3. Rasm. Tanglay tuzilishi: 1 -kapsula; 2 – epiteliy; 3 - limfoid to‘qima; 4 - limfoid follikulalar; 5 - lakuna

Tanglay murtaqlardagi limfa tizimi, asosan, mushakning oldingi chetida joylashgan, yuqori va o‘rta 1/3 qismi chegarasida joylashgan bo‘yin limfa tugunlari tomonidan amalga oshiriladi.



3.4. Rasm.Til va til murtagi: 1-9, 12 - til muskullari; 10, 15 - ko‘r teshik; 11, 14 - lingval murtagi; 13 tanglay murtagi; 16-19 - tilning so‘rg‘ichi

Tanglay murtaqlarining eng muhim vazifalaridan biri immunitet hosil qilishda ishtirok etishdir. Xalqum yonida hujayraviy bo‘shliq mavjud (bu bo‘shliqqa yallig‘lanish tarqalsa og‘ir asoratlarga olib keladi):

- murtak atrofi bo‘shlig‘i- yumshoq kletchatka bilan to‘lgan bo‘lib, murtakni o‘rab turadi;
- xalqum orqa bo‘shliq (spatium retropharyngeum) – umutrqa oldi va xususiy fassiya orasida, xalqum orqasida joylashgan. Bolalardagi bu bo‘shliqda limfa

tugunlari joylashgan boʻlib, u burun boʻshligʻidan, paranasal sinuslar va oʻrta quloqdan limfa qabul qiladi;

- Xalqumning lateral atrofi boʻshligʻi (spatium lateropharyngeum) - tish-jagʻ tizimi organlari bilan bevosita bogʻliq boʻlib, xalqum medial mushaklari tomonidan chegaralanadi; lateral tomondan quloq atrofi soʻlak bezi kapsulasi; oldingi tomondan - pastki jagning ustidagi muskullar bilan koʻtarilgan qismi, orqada - ikkinchi boʻyin umurtqasi tanasi bilan, yuqorida - bosh suyagining asosidagi katta qon tomirlari va nerv choklari oʻtadigan teshiklari bilan chegaralangan.

Pastdan xalqum atrofi va orqa boʻshliqlari orqa koʻks oraligʻiga ulanadi.

Xalqum tashqi uyqu arteriyasi orqali qon bilan taʼminlanadi. Tanglay murtaklarini koʻtariluvchi tanglay arteriyasi (a. palatina ascendens), tushuvchi tanglay arteriyasi (a. pharyngea ascendens) va yuz arteriyasining tanglay shoxchasi (r. tonsillaris a. facialis) qon bilan taʼminlaydi.

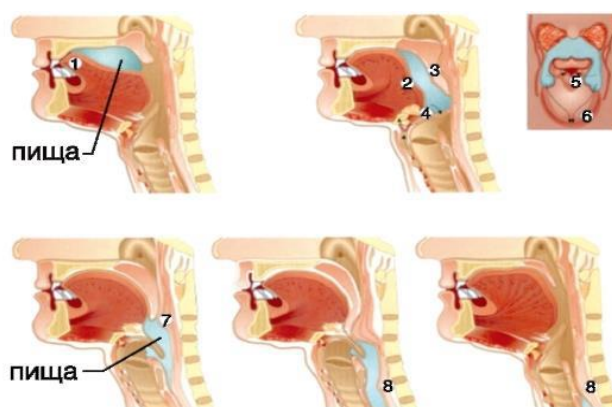
Xalqum venalari xalqum toʻrini (oldingi va orqa) tashkil qiladi va ichki boʻyinturuq venasiga quyiladi. Limfa oqimi xalqumdan chuqur va orqa boʻyin limfatik tugunlariga quyiladi. Harakat innervatsiyasi glossofaringeal nerv tomonidan taʼminlanadi. Sezgi innervatsiyasi uch shoxli nervning ikkinchi shoxi, glossofaringeal nerv va yuqori laringeal nerv tomonidan amalga oshiriladi.

3.2. Xalqumning klinik fiziologiyasi

Xalqum ovqatlanish va nafas yoʻllarining bir qismi - bu quyidagi hayotiy vazifalarga javobgar: ovqat, nafas olish, himoya, rezonans va nutq.

Ovqat oʻtqazish funksiyasi: chaynashdan soʻng, tilning ildiz qismida ovqat luqmasi shakllanadi. Soʻngra yutish xarakati - ogʻizdan qiziloʻngachga ovqat oʻtishini taʼminlaydigan refleks aks etadi. YUtinishda yumshoq tanglay yuqoriga koʻtarilib, orqaga suriladi, xalqumning orqa devoriga tiraladi, natijada burun-xalqum, ogʻiz- xalqumdan ajralib qoladi

Bir vaqtning o'zida hiqildoqning tashqi muskullari qisqarishi hisobiga til ildizi ko'tarilib hiqildoqqa kirish yo'lini toraytiradi. Natijada ovoz yorig'i yopiladi. SHu bilan birga nafas yo'li yopilishi ta'minlanadi. Ovqat luqmasi peristaltik harakatlar qilib xalqumni yon tomondan chetlab o'tib, qizilo'ngachning bir vaqtning o'zida kengayishi natijasida unga itariladi (3.5 rasm). YUtish akti-reflektor jarayon (markazi- to'rtinchi qorinchada). Nafas olish vazifasi xalqum yorig'idan havoni hiqildoqqa o'tkazishdan iborat. Erkin burun orqali nafas olishda



3.5 Rasm. YUtish akti: 1-8 fazalar

YUmshoq tanglay erkin til ildiziga tegib pastga tushadi , natijada og'iz bo'shlig'i xalqum bo'shlig'idan ajraladi. Biroq burundan nafas olish qiyinlashganda og'izdan nafas olinib, yumshoq tanglay ko'tariladi, til zichlashib pastga tushadi va havo oqimini o'tkazadi.

Uyqu vaqtida hiqildoq, yumshoq tanglay va til muskullari bo'shashib xurrak otishga sabab bo'ladi. Xurrak otishga birinchi navbatda burundan nafas olishni buzilishi sabab, masalan burunda polip, adenoid paydo bo'lishi natijasida, burun to'sig'i qiyshayishida , tana massasi oshishida, kalta va semiz bo'yinda va boshqalarda. Himoya funksiyasi shundaki, agar begona jism yutilgan bo'lsa, uning mushaklarining reflektor qisqarishi sodir bo'ladi, bu ularning hiqildoq va qizilo'ngachga kirib borishini to'xtatadi. Himoya funksiyasi qusish va yo'tal refleksini o'z ichiga oladi. Tomoqda havoning burun bo'shlig'idan so'ng isitilishi va havoning shilimshiq qalin shilliq qavatga yopishib changni tozalanishi ro'y beradi.

Valdeer-Pirogov halqasi boshqa limfoid organlari kabi himoya funksiyasini bajaradi. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, limfoid halqa xalqumning barer va immunologik faoliyatga javobgar. SHunday qilib, tanglay murtagi infeksiyon-toksik moddalarni zararsizlantirish jarayonida faol immunitetni rivojlanishiga hissa qo'shadi. Boshqa mualliflarga ko'ra, halqaga faqat mahalliy himoya va moslashuv reaksiyalar xosdir.

Rezonator va nutq vazifalari hiqildoqda paydo bo'lgan tovushlarni aks ettirishdan iborat.

Hiqildoq ma'lum bir chuqurlik va kuchning tovushini hosil qiladi, unli tovushlarni va ovozsiz qo'shimchalar asosan og'iz bo'shlig'ida va kamroq darajada shilliq pardada hosil bo'ladi. Unli tovushlarni talaffuz qilganda yumshoq tanglay og'izdan nazofarenksni ajratadi, unda yumshoq tanglay pastga tushadi.

Ovoz pog'onasi va uning sadolari nafaqat rezonatorlarning harakatlanadigan qismiga bog'liq. Ko'p jihatdan, bu xususiyatlar qattiq tanglay shakli va hajmi bilan aniqlanadi.

Burun bo'shlig'idagi va burun-xalqum (adenoidlar, poliplar, yangi hosilalar, shilliq pardaning shishishi, yumshoq tanglayning parez, falajlari va boshqalar) patologik jarayonlarning paydo bo'lishi ovoqli burun (rinolaliya) va nutq tovushlarining noto'g'ri talaffuziga, patologik o'zgarishga olib keladi. Ikki xil rinolalia: ochiq (rhinolalia aperta) va yopiq (rhinolalia slausa) mavjud. Ochiq xilida burun-xalqum va og'iz-xalqum butunlay aloqa qilmaydi va ular orasida asosiy oqim burun bo'shlig'iga yo'naltirilgan keng oraliq hosil bo'ladi. Ochiq turi qattiq va yumshoq tanglay tug'ma defektlari, yumshoq tanglay parez va paralichlarida uchraydi.

YOpiq turi adenoidlarda, yangi hosilalarda, xoanalar poliplarida kuzatiladi.

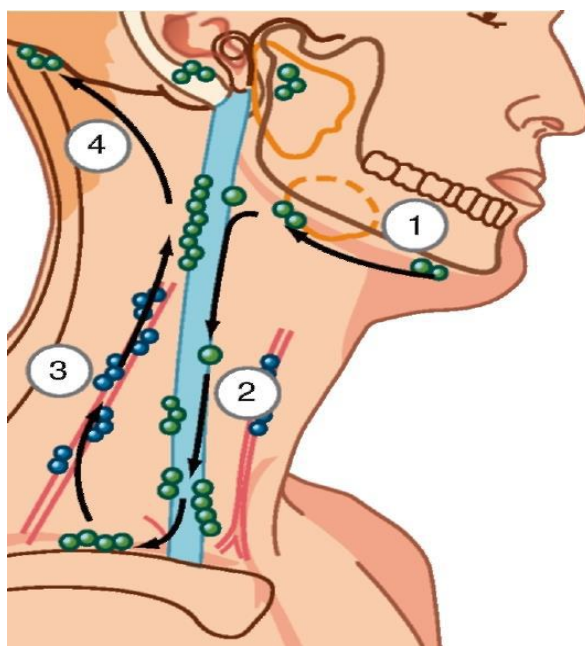
3.3. Xalqumning tekshirish usullari

I bosqich- tashqi kuzatuv va palpatsiya

Anamnez yig'ishda bemor shikoyatlari(og'riq, achishish hissi, tomoqda quruqlik, balg'am yiringli yoki yoqimsiz hid va hk.), angina bilan tez-tez og'riqanmi, asoratlar bo'lgan yoki yo'qligiga e'tibor berish zarur. So'ng bo'yin ko'zdan kechiriladi, palpatsiyada limfatik tugunlar, ularning zichligi, og'riqliligi tekshiriladi. (3.6rasm)

II bosqich- endoskopiya

Burun-xalqumni ko'rish- orqa rinoskopiya metodi (yoki epifaringoskopiya) burun bo'shlig'ini tekshirishda yoritilgan. Maxsus oyna yordamida ko'ruvdan tashqari palpator tekshiruv usuli mavjud. Bu usul bilan burun-xalqumning yangi hosilalar yoki adenoidlar bilan tulganlik darajasini, uning konsistensiyasini aniqlash mumkin. Ba'zi hollarda yon proeksiyali rentgenografiya o'tkazilishini talab qiladi.



3.6.rasm. Bo'yin limfatik tugunlari palpatsiyasi: 1-jag' osti;

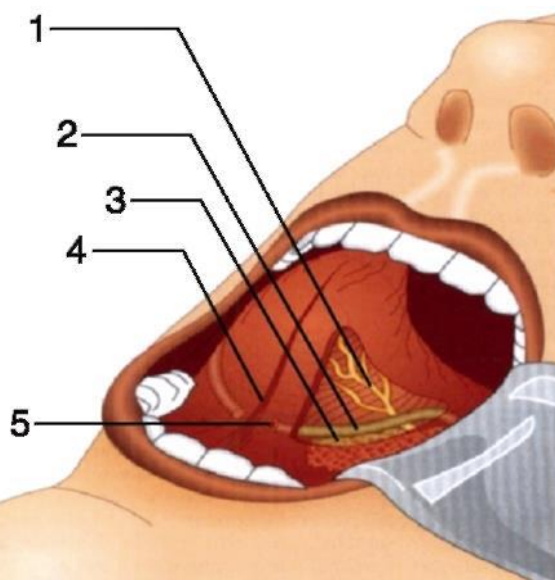
2-bo'yin oldi; 3-bo'yin orqa; 4-quloq oldi va ensa

Xalqumning o'rta qismini tekshirish-faringoskopiya (yoki mezofaringoskopiya)-shpatel yordamida o'tkaziladi(3.7 rasm). Oldin og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechiriladi- lablar, og'iz dahlizi, tishlar, milk, yumshoq va

qattiq tanglay, og‘iz bo‘shlig‘i tubi. Til pastga tortilib, xalqumning shilliq qavati rangiga, orqa devori holatiga, tanglay murtaklariga e‘tibor beriladi(3.8 rasm).

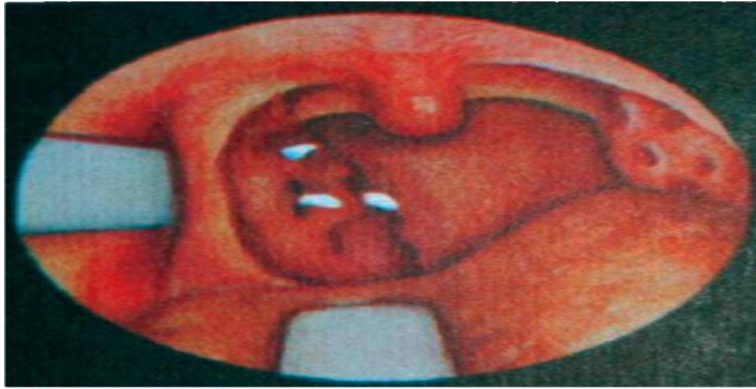


3.7 rasm. Faringoskopiya



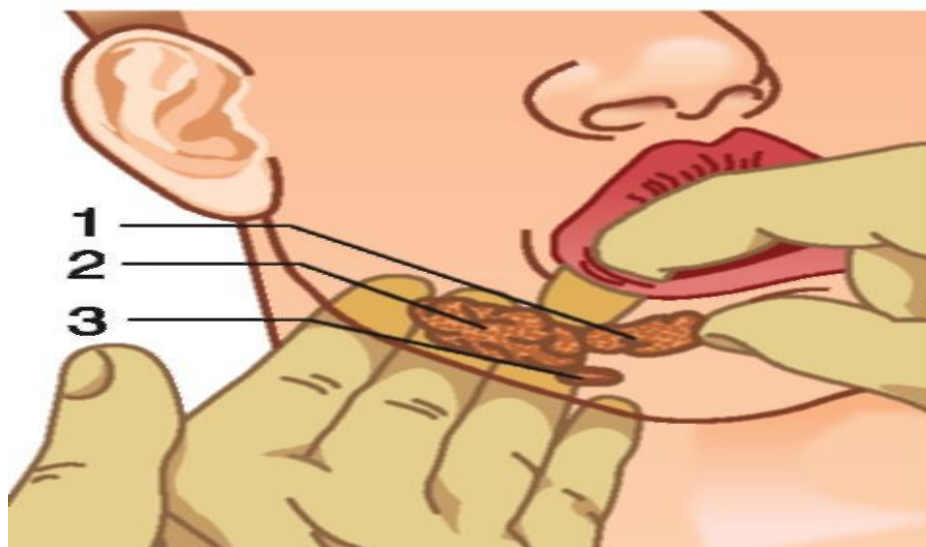
3.8 rasm. Jag‘ osti so‘lak bezi yo‘li: 1-til nervi; 2- jag‘ osti so‘lak bezi yo‘li; 3-til osti so‘lak bezi; 4-yugancha; 5-til osti so‘rg‘ichi

Agar murtaklar lakunalari tarkibi xarakterini aniqlash zarur bo‘lsa, uning oldingi qismi bosiladi. Natijada murtak qisiladi, lakunalardan yiringli detrit yoki tiqin chiqadi (3.9 rasm).



3.9 rasm. Faringoskopik ko‘rinishi

Maxsus ko‘rsatmalarga binoan murtak shilliq qavati yuzasidan, orqa devoridan surtma olinadi. Buning uchun faringoskopiya sterill tampon bilan kerakli sohalar artiladi va u probirkaga solinadi. 3.10 rasmda jag‘ osti so‘lak bezi palpatsiyasi ko‘rsatilgan. Xalqumning pastki qismini ko‘rishda (gipofaringoskopiya) hiqildoq oynasi yordamida bilvosita laringoskopiya usuli bilan ko‘riladi.



3.10 rasm. Jag' osti so'lak bezi palpatsiyasi:1-3-bez bo'laklari

Hiqildoq-xalqumning bevosita tekshiruvi maxsus asboblari (Tixomirov shpateli, Undrits direktoskopi, egiluvchan endoskop) yordamida bajariladi. Xalqum refleksi kuchli bo'lgan hollarda shilliq qavat lidokain eritmasi bilan og'riqsizlantiriladi.

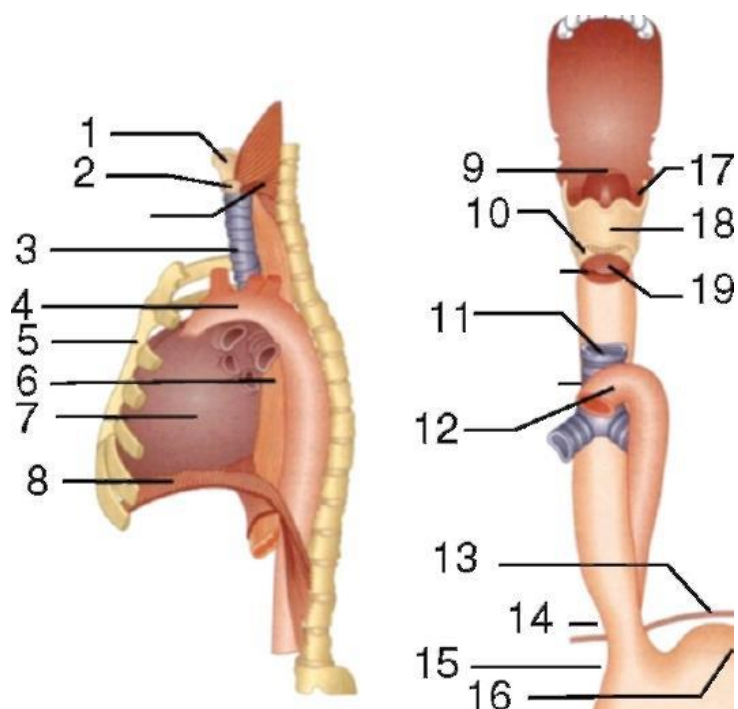
III bosqich- funksional tekshiruv

YUtinish vazifasi(disfagiya) buzilishlarida ahamiyat beriladi. Buning sababi turlicha bo'lishi mumkin, eng muhimlaridan biri- tomoqdagi og'riq.

Ta'm funksiyasi (gustometriya)ni tekshirishda turli xil qo'zg'atuvchilardan foydalanish mumkin: shirin (40% shakar eritmasi), achchiq (2% xinin eritmasi), nordon(0.2% tuzli eritma). Ushbu eritmalar shisha tayoqcha yoki pipetka yordamida tilning ketma-ket o'ng va chap yuzasiga, oldingi va orqa yuzasiga tomiziladi. Har bir tekshiruvdan so'ng og'iz chayiladi. Rentgenografiya burun-xalqumda o'sma borligi, xalqumda yot jism, yarali kanallar yoki oqma yo'llar yo'nalishini aniqlashda o'tqaziladi.

3.4. Qizilo'ngach klinik anatomiyasi

VII bo'yin umurtqasi sohasida xalqum qizilo'ngachga o'tadi. U katta yoshli odamlarda 25sml muskulli a'zodir (3.11rasm).



3.11rasm. Qizilo‘ngach anatomiyasi: 1,2- hiqildoq; 3,11-kekirdak; 4-aorta; 5-to‘sh suyagi; 6- Qizilo‘ngach; 7-yurak; 8-diafragma; 9-tilcha; 10-uzuksimon tog‘ay; 12-aorta; 13- diafragma; 14,15- Qizilo‘ngach; 16-oshqozon; 17-noksimon cho‘ntaklar;18- qalqonsimon tog‘ay; 19- Qizilo‘ngachga kirish.

Qizilo‘ngachning bo‘yin, ko‘krak, qorin qismlari ajratiladi. Qizilo‘ngach yuqori qismida uning “og‘zi” mavjud. Qizilo‘ngachga kirish hiqildoqning orqa qismida joylashgan. Qizilo‘ngachning 3ta fiziologik torayishi mavjud. Birinchisi- qizilo‘ngachga kirishda. Ikkinchisi- aorta bilan tutashish joyida, uchinchisi- oshqozonga kirish joyida. YUqori qismida muskulli devor ko‘ndalang tolalardan iborat bo‘lib, ular tez va kuchli qisqarish qobiliyatiga ega, bu ovqat luqmasini itarilishiga hizmat qiladi. O‘rta qismi aralash, pastki qismi esa silliq muskul tolalaridan iborat, ular qizilo‘ngachning peristaltik qisqarishini ta‘minlaydi. Qizilo‘ngach bilan kekirdak orasidan qaytuvchi hiqildoq nervlari o‘tadi. Aynan shu sababdan qizilo‘ngach devori o‘smalari hiqildoq parez va paralichlariga olib kelishi mumkin.

Qizilo‘ngachning fiziologik vazifasi - ovqatni oshqozonga o‘tkazishdan iborat. Og‘iz bo‘shlig‘ida ovqat luqmasi so‘lak bilan aralashadi va yumshaydi. Til uni ildiz qismiga itaradi, bu yutish aktini yuzaga keltiradi. Luqma noksimon cho‘ntaklar bo‘ylab harakatlanib, qizilo‘ngachga tushadi. Ovqatning qizilo‘ngach

bo‘ylab harakati uning peristaltik harakati natijasida yuzaga keladi. Bu jarayon 4-5s.davom etadi.

YUtish- murakkab reflektor akt. YUtish apparati muskullari reflektor- miya po‘stlog‘i va nerv tolalari yordamida qisqaradi. Bu esa yumshoq tanglay va qizilo‘ngach shilliq qavati retseptorlari yordamida qo‘zg‘atiladi.

Qizilo‘ngachni tekshirish bevosita ezofaringoskopiya yordamida amalga oshiriladi. Bu usul bilan qizilo‘ngach travmalarida devorlarini tekshirish, o‘smaga gumon bo‘lganda, tezkor yordam kerak bo‘lganda, masalan, qizilo‘ngachga yot jism tushganda. Buning uchun og‘riqsizlantirish ostida egiluvchan tolali optik asboblari ishlatiladi. Ezofaringoskopiya rentgenologik tekshiruv o‘tkazishni talab qiladi.

3.5.Xalqum o‘tkir yallig‘lanishli kasalliklari

Ikkita asosiy guruhga bo‘lish mumkin- murtak va xalqum shilliq qavati kasalliklari. 1-xili angina, 2- faringit. Angina va faringitlar alohida kasalliklar sifatida va yondosh kasalliklar sifatida rivojlanishi mumkin.

O‘tkir faringit

O‘tkir faringit (pharyngitis acuta)- xalqum shilliq qavatining o‘tkir yallig‘lanishi. Alohida kasallik sifatida va yuqori nafas yo‘llari kataral yallig‘lanishi bilan birga keladi.

Etiologiya. Etiologiyasi- virus va bakterial infeksiyalar. Virusli etiologiya o‘tkir faringitda 70%, bakterial 30% hollarda uchraydi. Ta’sir qiluvchi omillar-

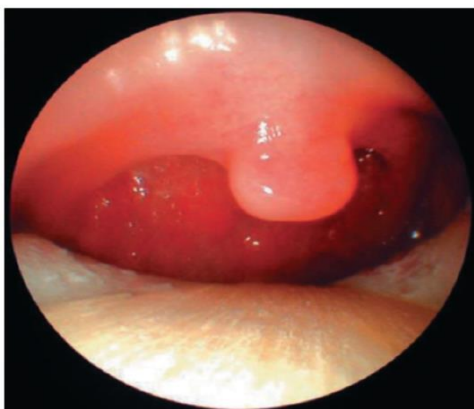
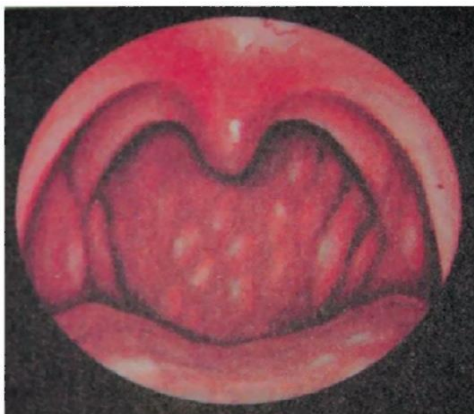
Organizm umumiy va mahalliy himoya omillari pasayishi, burun va yondosh bo‘shliqlari, burun-xalqum patologiyalari, o‘tkir infeksiyon kasalliklar, chekish, ichish, oshqozon-ichak kasalliklari.

Diagnostika. Tashxislash qiyinchilik tugdirmaydi, ammo klinik ko‘rinishi difteriya, kataral angina va boshqa infeksiyon kasalliklarga o‘xshaydi. Xalqum orqa devor va tanglaydan surtma olish tashxislashni osonlashtiradi.

Klinik ko‘rinishi. Tomoqda og‘riq, qichishish, quruqlik hissi bilan kechadi. Anginadan farqli ravishda o‘tkir kataral faringitda tomoqda og‘riq kuchliroq bo‘ladi, ayniqsa so‘lak yutinishda.

Ovqatni yutish kam og‘riqli. Bundan tashqari bemor xalqum orqa devori bo‘ylab shilliq ajralishi, bu esa bemorni ko‘p yutinishga majbur qilishidan shikoyat qiladi. Tana harorati 37°C dan oshmaydi.

Faringoskopiyada xalqum shilliq qavati qizargan, shishgan, ba’zi joylarda shilliq-yiringli karashlar mavjud. Ko‘pincha xalqum devorida (yon va orqa) yorqin qizil granularni follikulalar ko‘rinishida uchraydi (3.12rasm).



3.12 rasm. O‘tkir faringit klinik manzarasi. Faringoskopiya bodomsimon murtak, oldingi va orqa rinoskopiya

Qizamiq ikkilamchi anginasi.

Qizamiq – intoksikatsiya, Xalqum shilliq qavatining yallig‘lanishi, kon’yunktivit, terida papulyozli toshmalar orqali kechadigan bolalarning yuqumli kasalligi.

Faringoskopiya og‘iz bo‘shlig‘i, og‘iz-Xalqum, yumshoq tanglayning shilliq qavati qontalash, shishgan, qizil dog‘li bo‘ladi (rasm 3.18). Tanglay bezlarining zararlanishi lakunar va folikulyar angina manzarasini eslatadi.

Davolashda asosan simptomatik davo o‘tkaziladi.



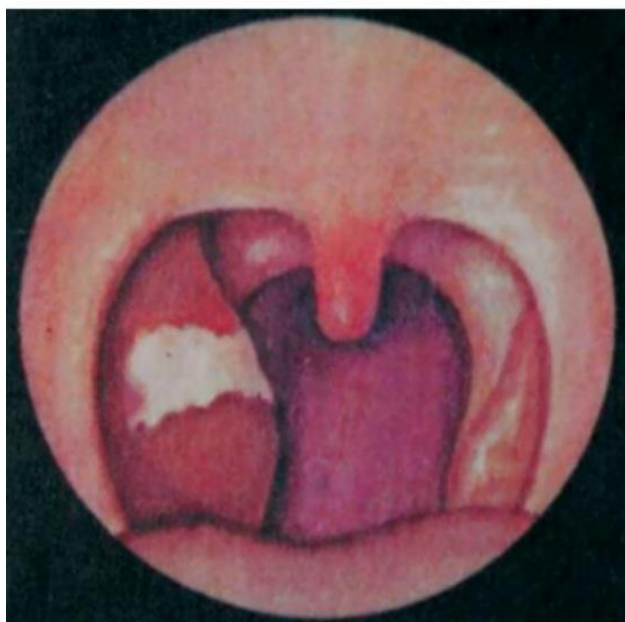
Rasm 3.18. Qizamiq anginasi.

Qonning tizimli xastaliklarida anginalar

O‘tkir leykoz – leykotsitlarning etilmagan shakllari vujudga kelishi bilan ifodalangan qonning rivojlanuvchi tizimli kasalligi. Og‘iz bo‘shlig‘i, xalqum

shilliq qavatining zararlanishi (gingivitlar, stomatitlar, anginalar) leykozning ilk belgilaridan biri deb hisoblanadi.

Uning kasallar ko'rsatgan belgilariga milklarda ko'p qon ketishi va shu sababli uzluksiz davolanishlar o'tkazilishi, shuningdek yutgan vaqtda og'riqning mavjudligini kiritish mumkin. O'tkir leykozda tanglay bezlarining shikastlanishi bezlarning sirtida dog'li yaralarning paydo bo'lishi orqali namoyon bo'ladi, yaradagi dog'lar tozalanganda qon sizib turgan yuza ko'rinadi (rasm 3.19). Umumiy holat juda og'ir, nafaqat bo'yinning limfa tugunlari, balki qo'ltiq osti va chov sohasidagi lifa tugunlar ham keskin kattalashadi. Klinik tajriba yaralarning barcha holatlarida bodomsimon bezlarning yuzasida qonning to'liq klinik tahlilini o'tkazish zarurligidan guvohlik bermoqda, chunki faqat tahlilgina to'g'ri tashhisni qo'yishga imkon beradi.



Rasm 3.19. O'tkir leykoz angina

Davolash. Umumiy – gematologik, shuningdek bodomsimon bezlarning jarohatli yuzasini mikrofloradan himoyalash uchun antibiotiklarni qo'llash lozim. Mahalliy – nitrofuran (furatsilin), vodorod peroksidi, kalendula gullari damlamasi bilan chayqash.

Og'riqni qoldiruvchi vositalarni qo'llash.

Agranulotsitoz. Periferik qonda granulotsitlarning kamayishi yoki hattoki, ayrim hollarda bir qator dori vositalari (sulfatiazol, norsulfazol), atsetilsalitsil

kislota, antibiotiklar, shishga qarshi preparatlar va boshqalar ta'siri ostida to'liq yo'qolishi bilan ifodalanadi. Kasallik o'tkir boshlanishga ega – tana harorati keskin ko'tariladi (40 °C gacha), qaltirash, Xalqumda og'riq paydo bo'ladi. Bodomsimon bezlarda ularning tashqarisiga chiquvchi chuqur yaralar hosil bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli juda og'ir bo'ladi. qon tahlilida donali leykotsitlarning kamayishi kuzatiladi. Bezlar buziladi, kasalning og'zidan yoqimsiz hid taraladi.

Davolash: umumiy – gematologik; mahalliy – xalqumni antiseptik eritmalar bilan chayqash, yaralarni anestezin kukuni bilan sepish yoki ularni kokain eritmasi bilan purkash.

Monotsitoz. Qonning kasallanishi tanglay bezlarining nekrotik o'zgarishlari orqali kechadi – bezlardagi dog'lar difteriyali plyonkani eslatadi.

Monotsitlarning yuqori miqdori aniqlanadigan qon tahliligina to'g'ri tashhisni qo'yishga imkon beradi. Odatda kasallik ijobiy yakunlanadi.

Flegmonozli angina (intratonzillyar angina)

Bezlar ichidagi yiringlar nisbatan kam uchraydi. Ularning vujudga kelishi bezlarning ayrim joylari, qoidaga ko'ra, bir tomonlama yiringlashi bilan bog'liq. Flegmonozli anginada bodmsimon bez qontalash va o'lchami kattalashgan bo'ladi. etilgan abscess lakuna orqali og'iz bo'shlig'iga yoki paratonzillyar biriktiruvchi to'qima (kletchatka)ga oqib chiqishi mumkin. Davolash jarrohlik amali orqali o'tkaziladi – abscess ochiladi yoki bir tomonlama tonzillektomiya o'tkaziladi.

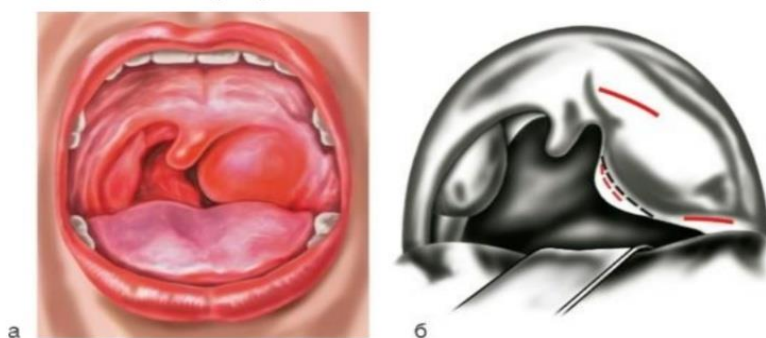
Anginalarning umumiy va mahalliy asoratlari farqlanadi. Umumiy asoratlar orasida birinchi o'rinda ko'p ro'y berishi bo'yicha revmatizm va yurak kasallanishi (tonzillokardial sindrom) turadi. Anginalarning buyrak (tonzillorenal sindrom), bo'g'imlar, qon yaratuvchi organlar, oshqozon-ichak tizimi, sepsisning rivojlanishi kabi asoratlar ham tez-tez uchrab turadi. Anginaning mahalliy asoratlari orasida paratonzillit ko'p uchraydigan asorat hisoblanadi.

Paratonzillyarli abscess.

Tanglay bodomsimon bezlarni o'rab turuvchi to'qimalardagi yallig'lanish jarayoni “paratonzillyarli abscess” (*paratonsillitis*) deb nomlanadi. YAllig'lanishning tanglay bezi parenximasi yoki sakkizinchi tish sohasidan

biriktiruvchi to‘qima (kletchatka)ga tarqalishi natijasida, ayniqsa ushbu tishning qiyin yorib chiqishida, “kapyushon” simptomi mavjud bo‘lgandavujudga keladi. To‘qimadagi tarqalgan yallig‘lanish o‘ziga xos belgilariga ega. Qoidaga ko‘ra, o‘tkazilgan anginadan keyin tez orada vujudga keladi. Xalqumdagi o‘tkir bir tomonlama og‘riq umumiy ahvolning keskin yomonlashishi bilan namoyon bo‘ladi – holsizlik, Xalqumdagi kuchli og‘riq tufayli uyqusizlik va ushbu og‘riqning quloqqa berishi, ovqat va suvni iste‘mol qila olmaslik. SHuningdek qaltiroq tutishi, tana harorati 39-40 °Cgacha ko‘tarilishi mumkin. Trizm vujudga keladi, so‘lakning ko‘p ajralib chiqishi, ovozning bo‘g‘iqlashishi yuz beradi, yuz rangi bo‘zargan bo‘ladi. Agar bemorning og‘zini ochishga muvaffaq bo‘linsa, undan yoqimsiz, yiringli hid seziladi, bunda bodomsimon bezlardan birining o‘rta chiziqqa siljishi hisobiga yumshoq tanglayning noto‘g‘ri shakli ko‘rinadi, bezlarning yuqorisida, yonlari yoki pastida shish bilinadi, to‘qimalar qontalash rangda, ayrim hollarda eng ko‘p shishgan joylarda (rasm 3.20).

Abssessning asosiy joylashishidan kelib chiqqan holda, paratonzillyar to‘qimada oldingi yuqori, oldingi pastki, yon va orqa paratonzillyar abscess farqlanadi. Eng xavfli bo‘lib yon tomon absessi hisoblanadi, chunki u xalqumga yaqin to‘qima bo‘shlig‘iga tarqalishi mumkin.



Rasm 3.20. Paratonzillyar abscess(a). Abssessni ochish (b)

Davolash.

Paratonzillyar abscesslar shoshilinch yordam ko‘rsatilishi zarur bo‘lgan kasalliklar toifasiga kiradi. Paratonzillyar to‘qimaning hali abscess vujudga kelishga ulgurmagan tarqalgan yiringli yallig‘lanishida keng ta‘sir doirasiga ega

boʻlgan antibiotiklarni inʼeksiyalarda qoʻllash lozim, chunki bemorning tabletkali dorilarni qabul qilishi katta qiyinchilik keltirib chiqaradi. SHuningdek antigistaminli preparatlar, boʻyinni qizdiruvchi kompresslar, iliq chayqash nitrofuril (furatsilin), kaliy permanganat, haroratni tushiruvchi atsetilsalitsil kislota (aspirin) va ogʻriq qoldiruvchi metamizol natriy (analgin) preparatlari. Paratonzillyar abscess hosil boʻlgan hollarda imkon qadar tezroq uni yorish kerak. Ehtimolli ogʻir asoratlarning oldini olish uchun maʼlum bir qoidalarga amal qilish zarur. Bemorning ogʻzini etarlicha ochishga erishish kerak. Trizm (chaynash mushaklarining oʻtkir ogʻrigʻi) holatlarida pastki jagʻning tegishli tomonida teri ichiga novokainli blokadani amalga oshirish mumkin. Insulinni kiritish uchun ingichka ignali shprints yordamida teri ichiga prokain (novokain)ning 2% eritmasi 3,0 dozada, besh tiyinlik tangaga teng boʻlgan maydonda “limon poʻstlogʻi” hosil boʻlmaganga qadar yuboriladi. Bunday blokada nafaqat trizmni yoʻqotadi, balki abscess sohasida maʼlum bir ogʻriqning yoʻqotilishiga ham imkon beradi, bu esa bemor uchun abscessning yorilishini engillashtiradi

Abscessni yorish toʻqimalarning eng koʻp shishgan joyida amalga oshirish lozim.

- Bosim ostida chiqayotgan yiringni nafas yoʻliga tushmasligini nazorat qilish.

- Abscess boʻshligʻini boʻshatish bemor holatining tez yaxshilanishiga olib keladi.

- Bemor suv soʻraydi, chunki kesish vaqtida u hatto soʻlagini ham yuta olmaydi.

- Xalqumni antiseptik eritmalar bilan chayqash va abscess ichini tozalash drenajlashdan keyingi 2-3 sutka davomida amalga oshiriladi. Odatda, biror-bir qoʻshimcha davolash talab qilinmaydi.

Paratonzillyar abscesslarni davolashda yanada keskinroq jarrohlik amallari ham mavjud— bu abscess tonzillektomiya. U paratonzillyar abscesslarning ogʻir kechishida qoʻllaniladi.

Qaytalanuvchi paratonzillyar abscesslar surunkali tonzillitning belgisi sifatida baholangani uchun, uning tinch davrida tanglay bezlarini olib tashlash tavsiya qilinadi, odontogenli etiologiya holatlarida esa – ushbu sababni yoʻqotish talab qilinadi.

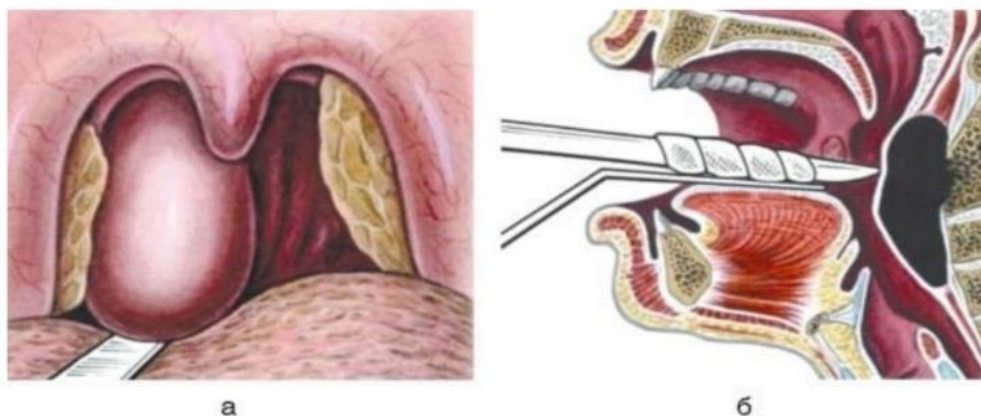
Parafaringeal (xalqum oldi) abscessi.

Parafaringeal abscess –parafaringeal bo‘shliq to‘qimasining yiringlashi bo‘lib, og‘ir va xavfli kasalliklar turiga kiradi. Xalqum oldi abscessining vujudga kelishi ham tanglay bezlari, paratonzililar to‘qimaning yallig‘lanish jarayoni, ham tish, og‘iz bo‘shlig‘i, quloq oldi so‘lak bezi, burun bo‘shlig‘i va burun oldi bo‘shliqlarining yallig‘lanishi bilan bog‘liq. Kasallik o‘ta kuchli intoksikatsiyaning og‘ir belgilari orqali kechadi. Bo‘yinning yon tomonlarida, yutinganda og‘riqlar seziladi, tana harorati ancha ko‘tariladi. Bo‘yinning yuqori yon sohalari bir oz shishgan, shish ustida teri qontalash, ushbu joy ushlanganda og‘riqli bo‘ladi. Ushbu shishning yaqqol ifodalangan zichligi e‘tiborni o‘ziga tortadi. Bosh kasallangan tomonga qarab egilgan. Umumiy holati og‘ir, tananing harorati yuqori - 40 °C. Yiringli jarayonning asab-tomir tutami bo‘ylab umurtqa bilan ko‘krak qafasi oralig‘iga tomon tarqalib, mediastenit rivojlantirish xavfi bor.

Davolash – jarrohlik yo‘li bilan amalga oshiriladi, parafaringeal abscessni ochish, qoidaga ko‘ra, tashqi tomondan bajariladi. SHu bilan bir vaqtda antibakterial va simptomatik davolash tayinlanadi.

Retrofaringeal abscess – Xalqum mushaklari pardasi bilan umurtqa oldi bo‘yin mushagi pardasi o‘rtasidagi yiringli yallig‘lanish. Bu kasallik ham stomatogen, ham burun-xalqum kelib chiqishga ega bo‘lishi mumkin. Ikkala holatda ham u unchalik ko‘p sodir bo‘lmaydi, biroq tishlar, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati, quloq oldi bezi, shuningdek burun bo‘shlig‘i va burun oldi bo‘shliqlardagi yallig‘lanish jarayonlarining og‘ir va xavfli asoratlariga olib keluvchi kasalliklar turiga kiritilgan. Ushbu soha (xalqum orti bo‘shlig‘i)da abscesslarning vujudga kelishi infeksiyaning limfa yo‘llari va shu sohada joylashgan burun, burun-xalqum, burun oldi bo‘shliqlari, Eshituv nayi, tishlar, tanglay bezlarining limfalarini birlashtiruvchi limfa tugunlar bo‘ylab tarqalishi bilan bog‘liq. Xalqum orti abscesslari ko‘p hollarda maktabgacha yoshdagi bolalarda uchraydi, chunki 5 yoshdan katta bolalarda ushbu limfa tugunlar qurib qoladi va o‘z faoliyatini to‘xtatadi. Kattalarda xalqum orti abscessi xalqumning orqa devorining jarohatlanishi (masalan, baliq suyagidan jarohatlanish) va karies bilan og‘rigan tishlardan infeksiyaning kirishi natijasida rivojlanadi.

Simptomlari. Xalqumda og‘riq paydo bo‘ladi va yutinish, nafas olish, og‘izni ochish qiyinlashadi, nafas siqilishi seziladi. Bundan tashqari, bolalarda nafas olishning qiyinlashi bilan birgalikda yo‘tal ham paydo bo‘ladi. Tashhis qo‘yish unchalik qiyinchilik tug‘dirmaydi. Agar faringoskopiya o‘tkazishga muvaffaq bo‘linsa, unda Xalqumning orqa devoridan Xalqumning quyi bo‘limlariga qarab ketgan silliq yuzali shishlar aniqlanadi (rasm 3.21.).



Rasm 3.21. Xalqum orti absessi (a). Absessni ochish (b).

Davolash. Faqat tezkor jarrohlik yo‘li bilan amalga oshiriladi. SHifokor bolaning og‘iz bo‘shlig‘iga chap qo‘lining ko‘rsatkich barmog‘ini tiqadi va absessning yumshoq devoriga etadi. Tig‘i leykoplastir bilan o‘ralgan skalpelning uchi yordamida chap qo‘li yo‘nalishida absess devori kesiladi. Bolaning boshini tezlik bilan shunday o‘nglash kerakki, bunda nafas yo‘llariga yiringli ajratmalar tushmasligi zarur.

Katta yoshli bemorda absessni ochish bir muncha osonroq kechadi. Bemorning o‘tirgan holatida absessi ochiladi va elektr yiring tortuvchi asobob yordamida ko‘p hollarda S₆ - S₇ umurtqasigacha tarqaluvchi yiring va butun og‘iz bo‘shlig‘i turli ajratmalardan tozalanadi.

Xalqum oldi va xalqum orqasi absessining xavfliligi yiringli jarayonning umurtqa bilan ko‘krak qafasi o‘rtasidagi pardaga tarqalishi bilan bog‘liqdir.

Bunday kasallik bilan xastalangan bemor shoshilinch yordam – absessni kesish uchun tezda jarrohlik bo‘limi yoki LOR bo‘limiga yotqizilishi zarur.

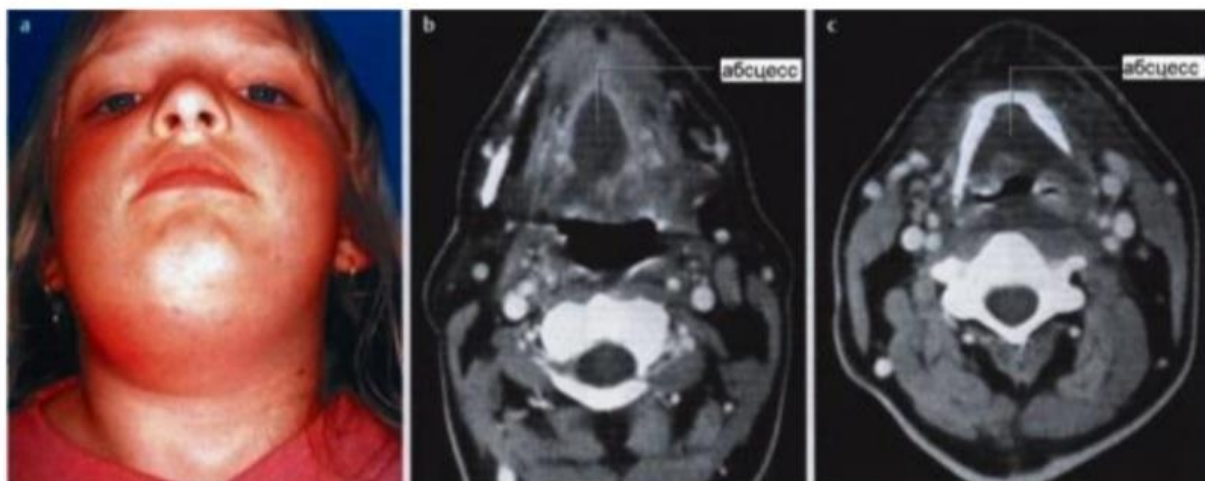
Og‘iz bo‘shlig‘i tubining absessi.

Og‘iz bo‘shlig‘i tubining abssessi (Lyudvig anginasi) pastki jag‘ tishlarining kasallanishi tufayli rivojlanadi, kam hollarda infeksiya og‘iz bo‘shlig‘i tubining shilliq qavati shikastlanganda ushbu sohaning to‘qimalariga o‘tadi. Tishlar kasallanganda yiring og‘iz bo‘shlig‘i tubining shilliq qavati ostidagi pastki jag‘ alveolyar o‘simtaning ichki yuzasiga tarqaladi.

Ko‘p hollarda ushbu abssezlarning sababi bo‘lib tish ildizlarining kasallanishi xizmat qiladi, bunda yiring og‘iz bo‘shlig‘i tubining yumshoq to‘qimalari lateral qismida yig‘iladi. Keyinchalik abssess ushbu sohaning barcha to‘qimalarini qamrab oluvchi flegmonaga ham aylanish ehtimoli mavjud.

Klinik manzarasi. Til osti sohasida qizarish va shish paydo bo‘ladi, gapirganda va ovqat iste‘mol qilganda og‘riq seziladi. Asta-sekin og‘iz tubining shishishi ortadi, bemorning umumiy holati yomonlashadi (rasm 3.22.).

Davolash shikastlangan o‘choqlarni ertaroq keng ochishdan iborat bo‘ladi.



Rasm 3.22. Og‘iz bo‘shlig‘i tubining abssessi (Lyudvig anginasi).

3.6. Xalqumning surunkali yallig‘lanish kasalliklari.

Surunkali faringit.

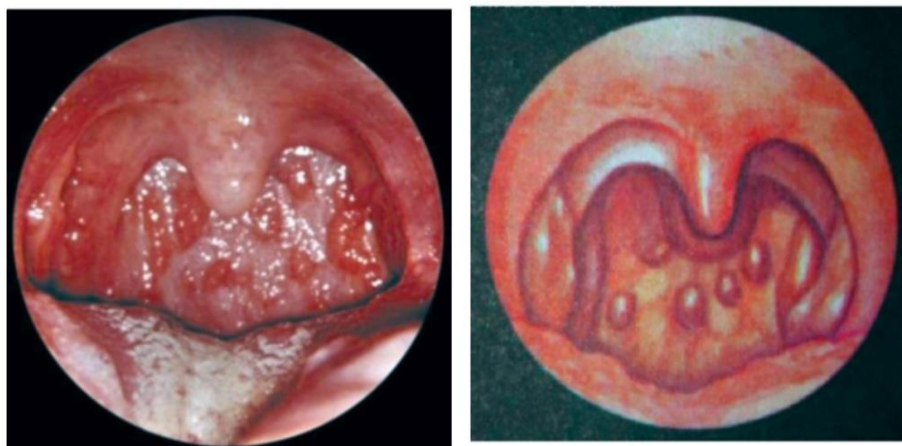
Surunkali faringit (*pharyngitis chronica*)—bartaraf qilinmagan etiologik omillar tufayli o‘tkir yallig‘lanish oqibatida rivojlanuvchi Xalqumning shilliq qavatlari surunkali yallig‘lanish kasalligidir. Surunkali faringit —eng ko‘p tarqalgan LOR-xastaliklardan biri bo‘lib, bemorlarning otorinolaringologga murojaat qilishi bo‘yicha birinchi o‘rinlarda turadi. Ushbu kasallik uzoq vaqt davom etishi va mustaqil bo‘lmasdan, balki boshqa xastaliklarning hamrox kasalligi ekanligi bilan

ajralib turadi. Xamrox kasalliklar bo‘lib ko‘p hollarda oshqozon-ichak tizimi xastaliklari xizmat qiladi. Aynan shuning uchun ham surunkali faringitni Xalqum shilliq qavatining mahalliy shikastlanishi deb baholash lozim emas, balki uni gastroskopiya, oshqozon shilliq qavati biopsiyasi va boshqa qo‘shimcha tekshiruv usullari yordamida aniqlash mumkin bo‘lgan umumiy tartibdagi sabablar bilan bog‘lash zarur. Surunkali faringitning bir necha turlari farqlanadi: kataral, gipertrofik, atrofik. Kasallikning mazkur morfologik jihatdan turli bo‘lgan shakllarida bemorlarning shikoyatlari odatda bir xil bo‘ladi:

- Xalqumda tiqilish va unda yot jism hissi borligi;
- so‘lakni yutganda kuchsiz, ammo surunkali og‘riq, issiq yoki sovuq ovqat iste‘mol qilganda og‘riqning kuchayishi;
- Xalqumning quruqlashishi yoki aksincha, shilimshiq suyuqlikning orqa devorga doimiy oqishi;
- quruq yo‘tal.

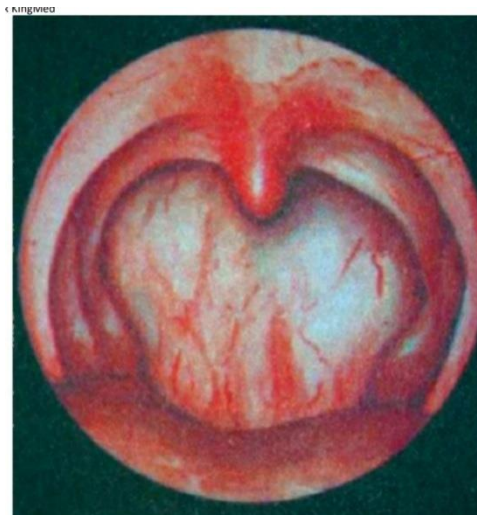
Kataral faringit. Xalqumning orqa devori shilliq qavatining qizarishi, shilimshiq ajralib chiqishi, shish. Ushbu belgilar shamollash kasalliklarida va oshqozon ichak tizimidagi jarayon o‘tkirlashganda kuchayadi.

Gipertrofik faringit. Xalqumning og‘iz qismi orqa devori shilliq qavatining sathi ustida turgan yorqin qizil, katta donalar ko‘rinishidagi limfoidli to‘qimaning to‘planishi (rasm 3.23). SHuningdek bodomsimon bezlarning orqa yoylari ortidagi limfoidli valiklarning kattalashishi ham qayd qilinadi – bu yon tomonlama gipertrofik faringitdir.



Rasm 3.23. Gipertrofik faringit

Atrofik faringit – kasallikning eng og‘ir va azobli shakli. Bemor doimo og‘riqli hissiyotlar, Xalqumning orqa devoridagi shilliq qavatda quruq qobiq paydo bo‘lishi bilan birga Xalqumdagi kuchli qurishni sezadi (rasm 3.24).



Rasm 3.24. Atrofik faringit

Davolash kompleksli, kasallikning mahalliy belgilarini kamaytirish va ushbu kasallikni ta‘minlovchi asosiy sababga ta‘sir ko‘rsatishga qaratilgan. Faringit bilan og‘rigan barcha bemorlarni, uning shakllaridan qat‘iy nazar, nafaqat otorinolaringologda, balki nevropatolog va gastroenterologda ham ko‘rikdan o‘tishlari zarur. Bir qator kasbiy omillar – havoning changlanganligi, uning me‘yoridan ortiq quruqligi, shilliq qavatni ta‘sirlantiruvchi gazlarning mavjudligiva shu kabilar surunkali faringitning kechishiga ta‘sir ko‘rsatishi mumkin. Iste‘mol qilinayotgan ovqat, chekish, alkogolni suiste‘mol qilish ham ma‘lum bir ta‘sir ko‘rsatadi.

Surunkali faringit og‘rigan bemorlarni davolashda mahalliy ta‘sir vositalaridan xalqumning orqa devori shilliq qavatini namlashga, paresteziya – ya‘ni xalqumning qichishini bartaraf qiluvchi, xalqumda yot jism borligini his qilish kabi sezgilarga barham beruvchi dori vositalari qo‘llaniladi. Kataral faringitda xalqumni dorivor moychechak gullari, marmarak bargining damlamasi

bilan uzoq vaqt chayqash tayinlanadi. Ishqorli chayqash, quruqlovchi ta'sirga ega bo'lgan kumush nitrati preparatlari (protargol) qo'llaniladi.

Gipertrofik shakllarda giperplaziya maydonlarini elektrokauter yoki lazer bilan kuydirish, kriodestruksiyadan foydalanish lozim.

Kasallikning atrofik shakllarida davolash ko'p jihatdan Xalqumdagi quruqlik, undagi og'riq hissini kamaytirishga qaratilgan simptomatik davo o'tkaziladi. Ushbu maqsadda 1% yod + [kaliy yodid + glitserol] (Lyugol eritmasi)dan foydalaniladi.

Faringitning gipertrofik shakllariga Xalqum giperkeratozi (leptotrikoz) kiradi, bunda Xalqumning limfadenoidli to'qimasi sirtida o'lchami 2-3 mm bo'lgan qattiqlashgan epiteliyning uchi o'tkir o'simtalar hosil bo'ladi. Ko'p hollarda sarg'ish-oq zich hosilalar tanglay bezlari, til so'rg'ichlari yuzasida chiqadi, o'zining qattiqligi va epiteliyga mahkam yopishganligi bilan lakunar po'stloqdan farqlanib turadi. Pinset bilan ajratilganda qiyin ajraladi. Morfologik jihatdan epiteliyning qattiqlashishi orqali poliferatsiyalanishi (kengayishi) bilan ifodalanadi. Mikroskop ostida tekshirilganda ushbu hosilalarda *B. Leptotrix* bakteriyalari aniqlanadi, bu esa uni kasallikning vujudga kelishining etiologik omili deb hisoblashga asos bo'ladi. alohida davolash turi mavjud emas. Hamrox surunkali tonzillitda tonzillektomiya tayinlanadi.

Surunkali tonzillit.

Surunkali tonzillit (*tonsillitis chronica*) – qaytalovchi kechishi bilan ajralib turuvchi, bodomsimon bezlarning barqaror surunkali shamollashi ko'rinishidagi mahalliy ko'rinishdagi umumiy yuqumli-allergik xastalik hisoblanadi. Limfadenoidli yutinish halqasining bezlari orasida yallig'lanish jarayoniga asosan tanglay bezlari uchraydi. Aynan shuning uchun surunkali tonzillit ostida aynan tanglay bezlarining surunkali yallig'lanishi nazarda tutiladi. Surunkali tonzillit – yoshlar o'rtasida ancha keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Ushbu xastalikning ijtimoiy ahamiyati katta, chunki kasallikning tez-tez takrorlanishi, ichki organlarga bo'lgan ko'plab asoratlari tufayli uzoq vaqt mobaynida mehnat qobiliyatini yo'qotishga olib keladi.

SHu tarzda, surunkali tonzillit – bu nafaqat tanglay bezlari limfoidli to‘qimasining surunkali yallig‘linishi, balki bir qator ham mahalliy, ham organizmning autoallergizatsiyasi sharoitida kasallikning o‘tkirlashishi davrida va undan so‘ng vujudga keluvchi umumiy belgilari namoyon bo‘ladigan murakkab jarayondir.

Bezlarning parenximasiga kirib boruvchi, chuqur va egri lakunali tanglay bezlari tuzilishining hususiyati, og‘iz bo‘shlig‘iga ovqat va havo orqali kiruvchi ko‘plab mikroorganizmlar tomonidan ajratib chiqariladigan toksinlar, begona oqsillarning assimilyasiyasi uchun sharoit yaratadi. SHu tufayli tanglay bezlarida allergik sharoitda noodatiy ta’sirlanishga javob sifatida bir qator yallig‘lanish kasalliklari vujudga kelishi mumkin. Bunday hollarda noodatiy ta’sirlantiruvchi deb baholanishi mumkin bo‘lgan mahalliy yoki umumiy sovqotish tanglay bezlari to‘qimalarida yallig‘lanishning rivojlanishiga yoki organizmning uzoq organlari (buyraklar, miokard, bo‘g‘imlar) ta’sirchanligining ortishiga olib keladi. Bezlardagi yallig‘lanish jarayoni angining u yoki bu shaklining manzarasini beradi, buning natijasida bezlar lakunalarining drenajlanishi uchun qo‘shimcha noqulay sharoitlar vujudga keladi, chunki epiteliyning halok bo‘lishi oqibatida lakunalarda jarohatli yuzalar paydo bo‘ladi. Bu o‘z navbatida keyinchalik bezlarning lakunalarida yopishishlarning hosil bo‘lishiga olib keladiki, mazkur holat bezlarning lakunalaridagi begona jismlarning chiqishini yanada qiyinlashtiradi. Lakunalarda ovqat qoldiqlari, ko‘chib tushgan epiteliy, mikroorganizmlar yig‘iladi, ya’ni organizmning uzoq davom etuvchi allergik jarayon bilan birga bezlardagi sekin kechadigan yallig‘lanish uchun sharoitlar vujudga keladi. Surunkali tonzillitning klinik manzarasi har doim ham aniq bo‘lavermaydi, ko‘plab belgilar mavjudki, ularni umumlashtirgan holda tashhis qo‘yish mumkin bo‘ladi. Surunkali tonzillitning asosiy belgilari

- Anamnez va simptomlari:

- Yilda 2-3 marta va undan ko‘p marta yuqori tana harorati orqali kechadigan anginalar;

- tez charchoq alomatlari;

- sababsiz bosh ogʻrishi;
- kunning ikkinchi yarmida anginasiz davrda tananing subfebril harorati (uzoq muddat davomida yuqori ushlanib turishi);
- bemorning yurak va boʻgʻimlardagi ogʻriqlarning kechayotgan angina bilan bogʻliqligiga shikoyati;
- ogʻizdan yoqimsiz hidning taralishi, pastki jagʻ burchagi sohasidagi limfa tugunlarning shishishi va ogʻrishi.

- Tekshirish maʼlumotlari:

- tanglay yoyi va bodomsimon bezlarning shilliq qavati oʻrtasida birikishning mavjudligi (qaytalanuvchi anginalar tashqi epiteliysining koʻchishi bilan birgalikda kechgan, spaykalarining rivojlanishi uchun sharoitlar vujudga kelgan);
- bodomsimon bezlarning lakunalaridan ajralib chiqayotgan yiringli ajralma natijasida tanglay yoylarining qalinlashishi va qizarishi;
- lakunalarda yiringli detrit yoki koʻp miqdordagi qoʻlansa hid tarqatuvchi yiringli tiqinlarning mavjudligi (rasm 3.25).

Remissiya davrida periferik qonda oʻzgarishlar, qoidaga koʻra, aniqlanmaydi. Surunkali tonzillitning hamma holatlarida ham yuqorida sanab oʻtilgan belgilar mavjud boʻlavermaydi. Ayrim hollarda tashhis faqat alohida simptomlar asosida yoki ulardan 2-3 tasidan kelib chiqqan holda qoʻyiladi. Qaytalanuvchi anginalar tashhisni asoslash uchun muhim mezon boʻlib xizmat qilsada, biroq surunkali tonzillitning shunday shakllari mavjudki, ularda angina umuman boʻlmaydi.

Xozirgi kunda surunkali tonzillitning koʻpgina tasniflari mavjud jumladan – kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan shakllari (I.B.Soldatov tasnifi).

Birinchi holatda konservativ davolash tavsiya qilinsa, ikkinchi vaziyatda – jarrohlik aralashuvi tavsiya qilinadi.

Davolash usulini tanlash nuqtai nazaridan surunkali tonzillitning Oʻzbekistonda ishchi tasnif sifatida qabul qilingan B.S.Preobrajenskiy va 2002 yil V.T.Palchun tomonidan toʻldirilgan tasnifi mavjud. Bunga koʻra surunkali tonzillit – oddiy va ifodalangan ikki bosqichli toksik-allergik shakli.

Misol: surunkali tonzillit, oddiy shakli.

-Tananing yuqori harorati orqali namoyon boʻlgan anginalar yiliga 2 martadan ortiq takrorlanmaydi, mahalliy va umumiy asoratlarsiz kechadi.

- Anamnezda anginalar yoʻq, ammo bodomsimon bezlar tekshirilganda ularning lakunalarida koʻplab yiringli ajralmalar, tiqinlar, surunkali tonzillitning mahalliy belgilari aniqlanadi.

Misol: surunkali tonzillit, toksik-allergik shakli 1 daraja

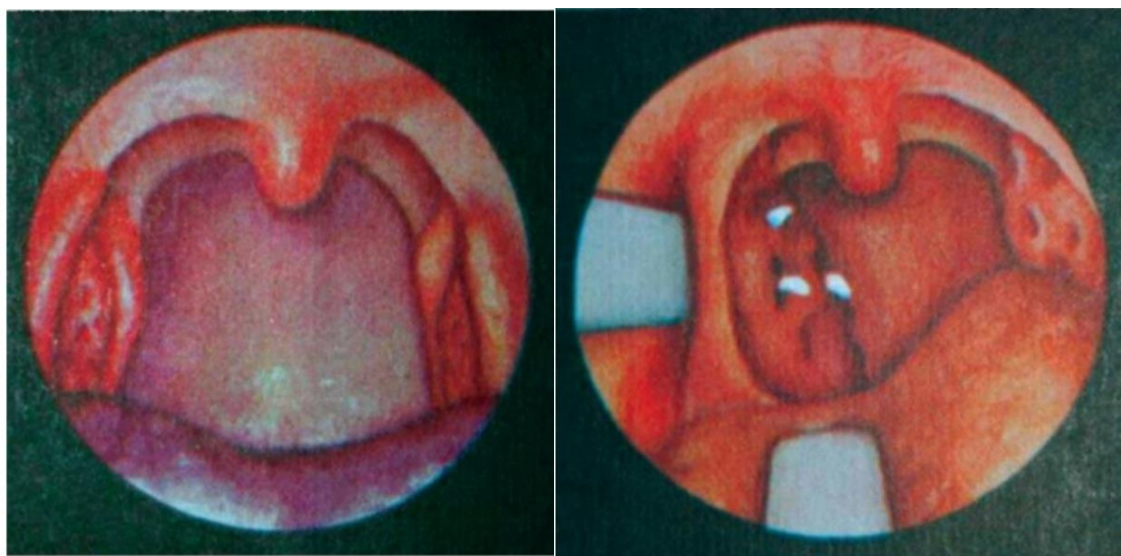
-Tananing yuqori harorati orqali ifodalangan anginalar yiliga 2 martadan ortiq takrorlanadi va ogʻir kechadi (lakunar, follikulyar angina). Oʻtkaziladigan konservativ davolash samara bermaydi – anginalar yilning istalgan vaqtida takrorlanishda davom etadi. Anginalarning asoratlari boʻlmaydi. Regionar limfadenit aniqlanadi.

Misol: surunkali tonzillit, toksik-allergik shakli 2 daraja

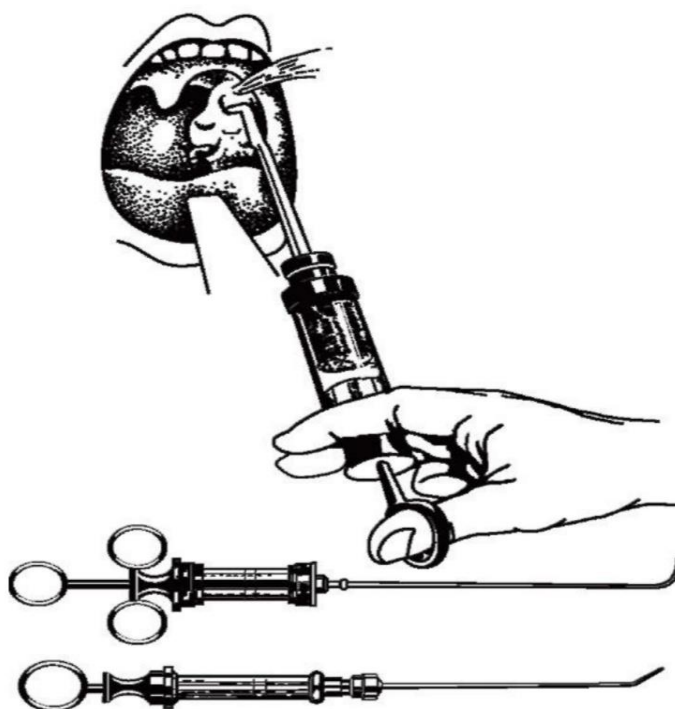
-Tez-tez takrorlanuvchi anginalar, ular fonida nefrit, revmokardit, artrit va shu kabi hlar koʻrinishida asorat vujudga keladi.

- Anamnezda anginalar yoʻq, ammo bodomsimon bezlar tekshirilganda bez lakunalarida yiring va tiqinlarning toʻplanishi aniqlanadi. Bemor revmokarditdan azob chekadi.

Anamnezda bir necha anginalar va ulardan biri paratonzillyar absess bilan asoratlangan.

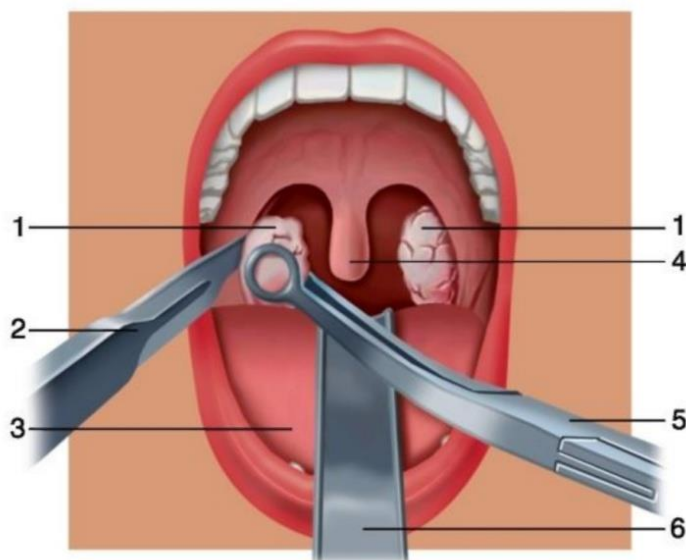


Rasm 3.25. Surunkali tonzillit



Rasm 3.26. Bodomsimon murtaklarning lakunalarini yuvish.

SHuni ta'kidlash joizki, surunkali tonzillitni tashhishlash uchun anamnezdagi ma'lumotlar juda katta ahamiyatga ega. Ko'p hollarda surunkali tonzillit o'tkir nefrit yoki surunkali nefritning og'irlashishining sababi bo'lib xizmat qiladi, kasallikning og'irlashishiga va o'tkir nefritning surunkali nefritga aylanishiga olib keladi. Mutaxassis davolash rejasida, masalan, tonzilloektomiya qilingan kasalda uchraydigan nefritdan davolamaydi, ammo buyrak, bo'g'imlar, yurakni dori-darmonli, parhezli, iqlimiy davolashda yordam beradi. Konservativ davolash usullari tanglay bodomsimon bezlari lakunalarini sog'lomlashtirish, organizmning himoya funksiyalarini tiklashga qaratilgan. Buning uchun bez lakunalarini antiseptik eritmalar bilan yuvish keng qo'llanilib, bunda yuvuvchi eritma bilan birga lakunalardan yiringli tiqinlar, yiringli detrit, nekrotik massalar tozalanib chiqib ketadi (rasm 3.26). Fizioterapevtik davolash o'z ichiga regional limfa tugunlar sohasining UVCH-terapiyasi, past chastotali ultratovush, elektroforez, UFO va shu kabilarni oladi. Davolashning jarrohlik usullari. Surunkali tonzillitni davolashning eng keng tarqalgan usullaridan biri bo'lib tonzilloektomiya – tanglay bodomsimon bezlarini butunlay olib tashlash hisoblanadi (rasm 3.27).



Rasm 3.27. Tonzilloektomiya: 1 – tanglay bezi; 2 –skalpel; 3 – til; 4 –tilcha; 5 –qisqich; 6 – shpatel.

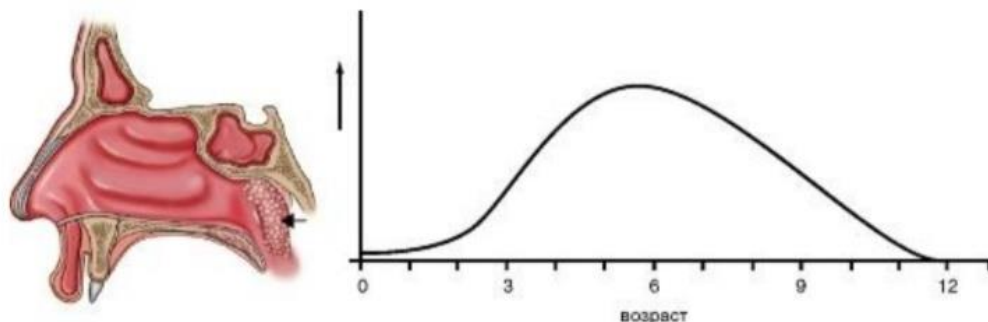
Tonzilloektomiyani ham mahalliy anesteziya, ham intubatsion narkoz ostida amalga oshirish mumkin. Tonzilloektomiya asoratlarining eng ko‘p uchraydigani va xavflisi bo‘lib qon ketishi hisoblanadi. Ko‘p miqdordagi qon ketishi ham jarrohlik amaliyoti vaqtida ham undan keyingi turli muddatda, ko‘proq operatsiyadan keyingi 1 sutkada ro‘y berishi mumkin. Qon ketish xavfini etarlicha kamaytira oladigan jarrohlik davolashining eng keng qo‘llaniladigan zamonaviy usulluridan biri bo‘lib bodomsimon bezlarning ultratovushli jarrohligi va sovuq plazmali tonzilloektomiya hisoblanadi.

Xalqum (burun-xalqum) murtagi (adenoidi) gipertrofiyasi

Tish-jag‘ tizimining patologiyasiga qisman bog‘liq bo‘lgan Xalqumning yuqori qismi kasalliklaridan birinchi o‘rinni Xalqum bezlari gipertrofiyasi – adenoidlar egallaydi (*adenoides*). Xalqum bodomsimon bezlarining gipertrofiyasi ko‘p hollarda bolalik davrida oson tashhislanadi, chunki bu davrda yuz suyagining shakllanishi, tish qatorlarining rivojlanishi ro‘y beradi (rasm 3.28). Aynan shuning uchun qattiq tanglay va tishlarning rivojlanishida o‘zgarishlar vujudga kelmasligi uchun burun orqali nafas olinishi erkin bo‘lishi zarur. Adenoidlar burun orqali nafas olinishining barqaror buzilishi, burun bo‘shlig‘ining shilliq qavatidagi

surunkali holatlar, shuningdek doimiy burun oqishlar va oʻrta quloqning kasalliklariga sabab boʻlishi mumkin.

Источник KingMed



Rasm 3.28. Adenoidlar

Simptomlari. Burundan nafas olishning doimiy qiyinligi, surunkali kechadigan burun oqishlar, bosh ogʻrishi, lanjlik, ishtihaning buzilishi. Teri qavatining rangparligi, yuzning boʻzarishi, burun-lab burmalarining tekisligi (tarangligi), yarim ochiq ogʻiz, undagi koʻplab kariesli tishlar, chuqur tanglay kabi belgilar diqqatni oʻziga jalb qiladi (rasm 3.29).



Rasm 3.29. Adenoidli qiyofa (a). CHuqur tanglay) (b)

Tashhis. Tashhis anamnez maʼlumotlari, bolaning tashqi qiyofasi Irqa rinoskopiya asosida notoʻgʻri yuzaga ega boʻlgan, xoana (burun ichki teshiklari) ni yopib turuvchi hosilalar koʻrinishidagi xalqumning burun qismi gumbazida adenoidlar aniqlanishi asosida qoʻyiladi. Bundan tashqari, adenoidlarni tashhishlashda Xalqumning burun qismini paypaslash (palpatsiya) ham katta

ahamiyatga ega. Xalqumning burun qismini paypaslash yumshoq tanglay ortiga kiritilgan o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i yordamida amalga oshiriladi.

YOn tasvirli rentgenografiya ham burun-xalqum bezining gipertrofiya (kattalashganlik) darajasini aniqlashga imkon beradi. Adenoidlarni tashhislash uchun eng zamonaviy rentgenologik usul bo'lib kompyuter tomografiyasi (KT) hisoblanadi.

Oxirgi yillarda diagnostikaning endoskopik usullari keng qo'llanilmoqda. Qattiq va yumshoq endoskoplardan yordamida burun-xalqum gumbazi, eshitish naychalari sohasi, adenoidli to'qimaning joylashishi va o'sish xususiyatini yaxshilab ko'rish mumkin (rasm 3.30, a).

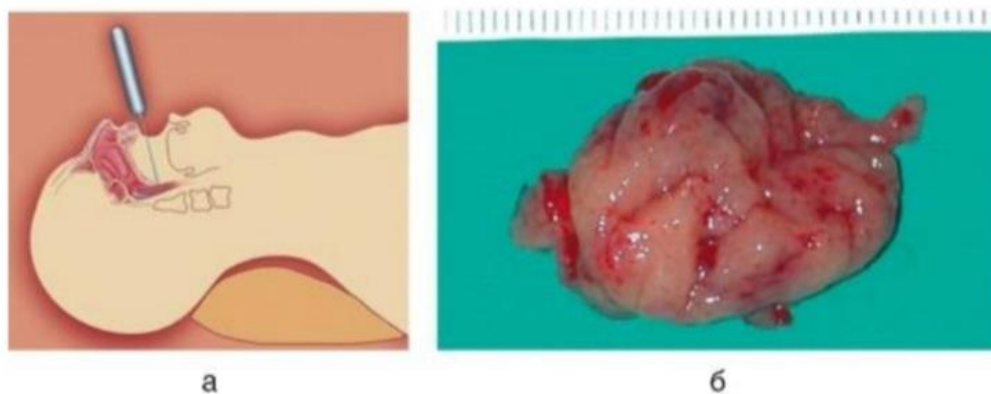
Xalqum bezining o'lchamlaridan kelib chiqqan holda adenoidli vegetatsiyalarning uchta darajasi farqlanadi:

- I – adenoid vegetatsiyalari xoanalar ning yuqori qirrasigacha etib boradi;
- II – adenoid vegetatsiyalari burun-xalqumning katta qismini egallaydi va dimoq suyagini yarmigacha yopadi
- III – adenoid vegetatsiyalari xoanalarni to'liq yopib qo'yadi (rasm 3.30, b).



Rasm 3.30. Adenoidlar: a – Xalqumning burun qismi gumbazida; b – endoskopik manzarasi

Davolash. Adenoidlarda burun bilan nafas olishni tiklashning asosiy usuli bo'lib jarrohlik usuli–adenotomiya hisoblanib (3.31),



Rasm 3.31. Bekman pichog‘i yordamida adenotomiyani o‘tkazish (a). Olib tashlangan adenoidli to‘qima (b)

maxsus uchli pichoq – adenotom yordamida amalga oshiriladi. O‘z vaqtida amalga oshirilgan adenotomiya nafaqat burun bo‘shlig‘i kasalliklarining vujudga kelishini olini oladi, balki tish-jag‘ tizimining bir qator patologik belgilari (stomatit, gingivit, karies, tishlam nuqson)ga nisbatan profilaktik tadbir bo‘lib ham xizmat qiladi.

3.7. Xalqum o‘smalari

Stomatolog xalqumning yaxshi sifatli yoki xavfli o‘smasini aniqlaydigan birinchi mutaxassis bo‘lishi mumkin. Aynan shuning uchun bemor unga murojaat qilganda stomatolog onkologik xastaliklarga nisbatan doimo hushyorlikni yodda tutishi lozim. Chunki xalqumning yaxshi sifatli va hattoki yangi havfli hosilalari uzoq vaqt davomida kasalni shubhalantiruvchi sub’ektiv sezishlarni keltirib chiqarmaydi, shuning uchun tish qatorini tekshirishda yondosh sohalar – tanglay bezlari, yoylar, xalqumning og‘iz qismi orqa devori holatiga ham e’tibor berishi zarur. Xalqum o‘smalari ko‘p ham uchrayvermaydi va tamoman boshqa kasallik deb qabul qilinishi mumkin: Simanovskiy-Plaut-Vensan anginasi, paratonzillyar abscess.

Xalqumning yaxshi sifatli o‘smalari orasida papilloma va angiofibromalar eng ko‘p tarqalgan.

Papillomalar –ko‘p hollarda yumshoq tanglay, tilcha (kichik til), tanglay yoylari, tanglay bezlari, ayrim hollarda xalqumning orqa va yon devorida joylashgan bezarar o‘smalardir. O‘ziga hos ko‘rinishga ega: keng asosda yoki

oyoqchali kulrang-pushti rangga ega. O'smaning tashqi ko'rinishi va gistologiya tekshiruvining ma'lumotlari bo'yicha tashhislash qiyinchilik tug'dirmaydi.

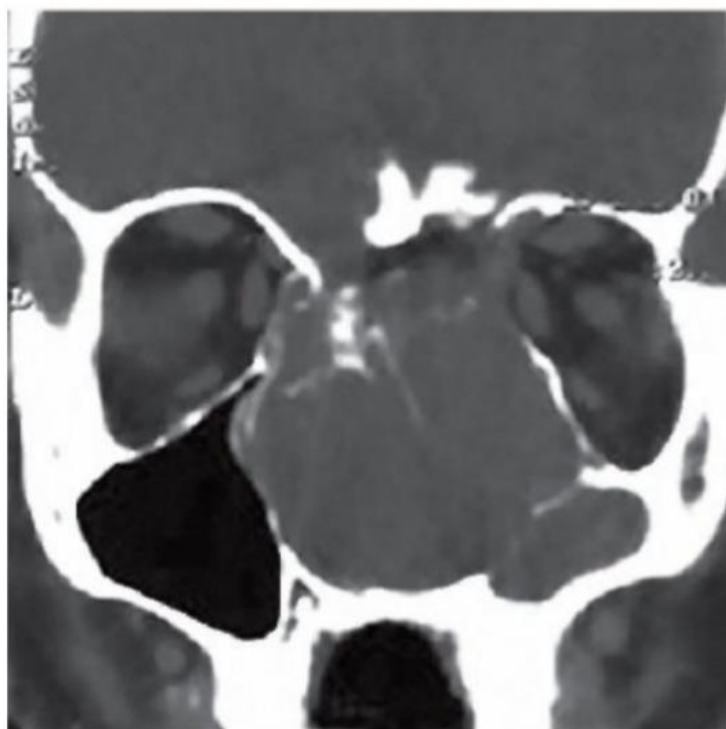
Stomatolog tomonidan tasodifan aniqlangan yaxshi sifatli yangi hosilalar, hattoki kichik papillomalar ham, albatta olib tashlanishi va gistologik tekshiruvdan o'tkazilishi lozim.

Davolash papillomalarni olib tashlashdan iborat bo'ladi. ayrim hollarda ultratovushli dezintegrator, jarrohlik lazeri, radioto'lqinli pichoq (tig') yordamida olib tashlanadi. CHanoq suyagi asosining fibromasi (o'smirlik angiofibromasi). Ushbu o'sma xavfsiz (bezarar) o'smalar qatoriga kiritilgan. Ammo, metastazlar bermagan holda, u bosh chanog'ining bir qator hayotiy muhim sohalariga qarab uzluksiz o'sishga moyil.

O'g'il bolalarda erta o'smirlik yoshida uchraydi, atrofdagi to'qimalarni siqqan va buzgan holda asta-sekin o'sadi. Qanotsimon-tanglay chuqurchasi, burun bo'shlig'i, yuqori jag' bo'shlig'i, bosh chanog'i bo'shlig'iga kirib borishi mumkin (rasm 3.32). Uning o'sishi burundan nafas olishning qiyinlashishi, yuz suyagi shaklining buzilishi, burundan kuchli qon ketishi orqali kechadi. Tashhis anamnez ma'lumotlari (burundan nafas olish qiyinligi, qon ketishi, bo'yning sekin o'sishi), rentgenografiya ma'lumotlari asosida qo'yiladi. Tashhis uchun o'smani aniq joylashishi, uning u yoki bu tomonga qarab o'sayotganini, o'lchamlarini aniqlashga imkon beruvchi KT usuli aloxida axamiyatga ega (rasm 3.32 a,b).



a



b

Rasm 3.32. Kalla suyagi asosining o'smirlilik angio-fibromasi (a). Kompyuter tomografiyasi (kalla suyagi bo'shlig'iga angio-fibromaning o'sishi) (b).

Davolash jarrohlik usuli bilan amalga oshiriladi, o'sma kalla ichiga qarab o'sgan va o'lim xavfisiz jarrohlik aralashuvining imkoni bo'lmagan hollarda esa

nur yordamida davolash. Xavfli o'smalar sarkoma va rak bilan ifodalangan bo'ladi. Xalqum bo'limlari ichida ayniqsa hiqildoq qismi ushbu xastalikka ko'p uchraydi. Xalqumdagi o'smalar keng asosli turtib chiqqan, qizg'ish rangdagi, ancha zich tarkibga ega bo'lgan shish ko'rinishida bo'ladi. Xavfli o'smalar asosan regional bo'yin lifa tugunlariga metastazalanadi.

Ilk bosqichlarda yomon sifatli o'smalar xalqumning istalgan bo'limida yorqin ifodalangan belgilarga ega bo'lmasligi ham mumkin, bu esa ularning o'z vaqtida tashhislanishini qiyinlashtiradi. Tashhis qiyin bo'lmagan va belgilari etarlicha yorqin bo'lmagan va jarayoni juda chuqurlashib ketgan vaqtda ularni davolash kam samara beradi.

Burun-xalqum o'smasining namoyon bo'lishining belgilari quyidagilar: o'sma paydo bo'lgan tomonda eshitish qobiliyatining pasayishi, til sohasi, pastki jag' uch shoxli nerv tolasi nevrалgiyasi va anesteziya, o'sma mavjud bo'lgan tomondagi yumshoq tanglay harakatchanligining yo'qolishi. Tishlardagi juda qattiq og'riq mazkur o'smaning qanotsimon tanglay chuqurchasiga qarab o'sishi oqibatidir. Agar o'sma kalla suyagi asosiga tomon o'sgan bo'lsa, unda ushbu jarayonga ko'plab kalla suyagi asab tolalari ham jalb qilinadi, buning natijasida chakka, chaynash, tashqi qanotsimon tanglay mushaklarining faoliyati buziladi va bu o'z navbatida chaynash jarayonining buzilishiga olib keladi.

Xalqumning og'iz qismida, birinchi navbatda tanglay bezlari sohasida rak (o'sma) va turli sarkomalar uchraydi. Xalqumning ushbu bo'limida o'sma jarayonining boshlang'ich bosqichlari biror-bir belgisiz kechadi va faqat bo'yin limfa tugunlarining bir oz shishishi bemorni shifokorga murojaat qilishga majbur qiladi. O'sma o'lchamlarining sezilarli ravishda kattalashishi bilan birga Xalqumda yot jism borligini sezish, qon aralash tupuk, ovozning dimoqdan chiqishi kabi belgilar ham qo'shiladi. Rak o'smalari uchun tezda parchalanish va yaralarning paydo bo'lish kabi hususiyatlar hos. Aynan rak o'smasi bilan zararlanganda paratonzillyar absessga o'xshash manzara vujudga kelishi



Rasm 3.33. Tanglay bodomsimon bezlari raki (o'smasi)

mumkin, chunki shikastlangan bezlar atrofida infiltratsiya joyi kuzatiladi, bu esa absessdagi kabi tanglay bezini shishgandek qilib ko'rsatadi (rasm 3.33).

O'ziga xos anamnez (sekin kechuvchi jarayon), Xalqumning og'iz bo'shlig'ini tekshirish, biopsiya asosida yakuniy tashhis qo'yiladi va bemor nur terapiyasiga yuboriladi, chunki ablastik jarrohlik aralashuvi ko'p hollarda qiyinchilik tug'diradi. Jarrohlik yo'li bilan regionar tugunlardagi metastazalar olib tashlanadi.

Xalqumning yuqorida bayon qilingan bo'limlariga qaraganda, uning hiqildoq qismi ko'proq xavfli o'smalar bilan kasallanadi. Gipofarinks o'smasining birinchi belgilariga Xalqumda turli yoqimsiz ta'mlarni sezish kiradi. Ko'rik vaqtida noxsimon sinuslardan birida so'lakning to'planishini kuzatish mumkin. Disfagiya (yutinish faoliyatining buzilishi) nisbatan tez rivojlanadi va bu gipofaringoskopiya va rentgenokonstrastli tekshiruv uchun ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi. Agar o'sma hiqildoqning bir qismini to'sib qo'ysa, disfagiyaga qo'shimcha ravishda ovoz chiqishi va nafas olishning buzilishi ham qo'shiladi.

Xalqum-hiqildoq o'smalarini davolash ko'p hollarda aralash o'tkaziladi – jarrohlik yo'li bilan olib tashlash va undan nur yordamida davolash.

3.8. Xalqumdagi yot jismlar

Asosan xalqumning og'iz va hiqildoq qismida uchraydi. Begona jismlarning og'izda tiqilib qolishining eng asosiy uchraydigan joylari tanglay bezlari hisoblanadi. Ko'p hollarda ingichka va o'tkir baliq suyagi tanglay yoki til

bezlarning ichiga kirib qoladi va bezlarning yuzasida uning 1-2 mm uzunlikdagi uchi qoladi. Biroq kirib qolgan suyakning bunday kichik o'lchami ham bemorning ko'p azoblanishiga olib keladi. Bemor tomog'ida to'siq, kuchli og'riqva doimiy qayt qilishga moyillik bo'ladi. Ayrim hollarda shilliq qavat anestiziyasini amalga oshirgandan keyingina og'iz bo'shlig'i va xalqumning hiqildoq qismini to'liq tekshirish mumkin bo'ladi. YOt jism maxsus pinsetlar yordamida ko'rib nazorat qilish orqali olib tashlanadi.

3.9. Qizilo'ngachdagi yot jismlar

Qizilo'ngach yo'lida ovqat mahsulotlaridan tortib, tish protezlarining mayda bo'laklarigacha bo'lgan turli yot jismlar tiqilib qolishi mumkin. Aynan olib-ko'yiladigan tish protezlari eng xavfli begona jismlar bo'lib hisoblanadi, chunki ularning infeksiyalangan ilgaklari qizilo'ngach devorini shikastlantiradi va ezofagitni keltirib chiqarishi mumkin. 80% hollarda yot jismlar ovqat bilan qizilo'ngachning quyi bo'limiga tushib, uning birinchi torayishida tiqilib qoladi. Agar qizilo'ngachning yuqori qismiga yot jism, ayniqsa o'tkir uchli yot jism kirib qolsa, shilliq qavat retseptorlarining ta'sirlanishi natijasida mushaklarning qisqarishi, qizilo'ngach yuqori qismining siqilishi va ushbu jismning yanada mustahkamroq o'rnashishi yuz beradi.

Tashhis bemorning shikoyatlari asosida aniqlanadi (ovqat va suvni iste'mol qilishning qiyinlashishi yoki umuman imkoni yo'qligi, bo'yin sohasidagi og'riq va uning ayrim hollarda kuraklar o'rtasiga qarab tarqalishi). Rentgenogrammada yot jismning soyasi yoki oq-qora massaning tiqilib qolgan joyi ko'rinadi (rasm 3.34).

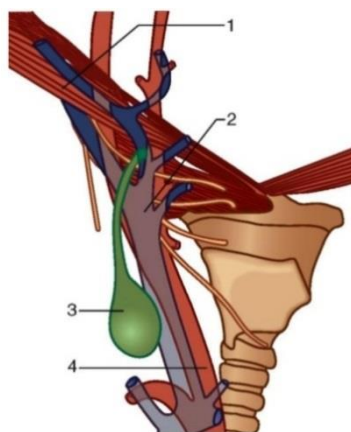
Davolash. Narkoz ostida yoki mahalliy og'riqsizlantirish yordamida ezofagoskopiya va yot jismning maxsus qisqichlar yordamida olib tashlanishi.



Rasm 3.34. Qizilo'ngachdagi yot jism

3.10. Bo'yin kistasi (o'sma, shish)

Otorinolaringologlar va stomatologlar amaliyotida tug'ma bo'yin kistasi bo'lgan bemorlar uchraydi. Bu kasallik qalqon-til yo'li nuqsonining rivojlanishi bilan bog'liq. Bunday o'smalarning namoyon bo'lishi bo'yinda ko'proq kuzatilsada, umumiy uyqu arteriyasi yoki tanglay



Rasm 3.35. Bo'yin yon o'smasining hosil bo'lishi (sxema): 1 – ikki qorinli mushak; 2- bo'yinturuq venasi; 3 – bo'yin yon kistasi; 4 – umumiy uyqu arteriyasi

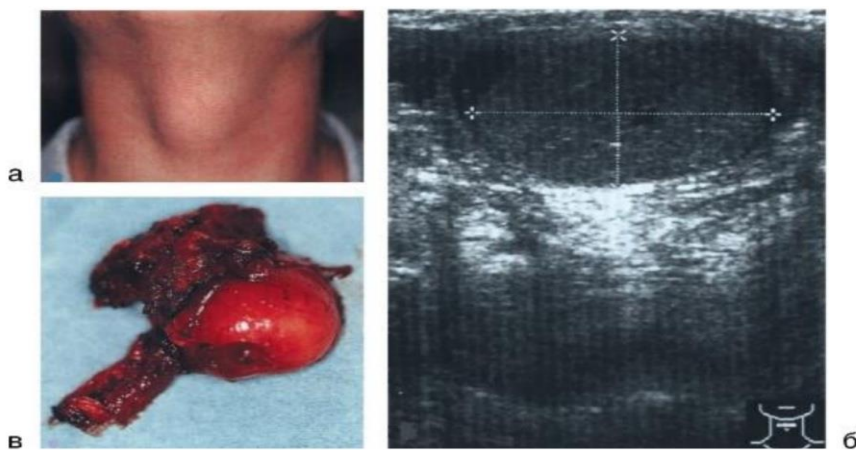
beziga (bronxiogen kista) yoki til osti suyagiga, til ildiziga (o'rta kista) kelgan yo'llar hisobiga ular xalqum va og'iz bo'shlig'i bilan ham bog'liq. Bronxiogen va bo'yinning o'rta kistasi o'lchamlari katta bo'lishi mumkin (tovuq tuxumidek) kista suyuqligi yoki yallig'lanish natijasida yiringni chiqib ketishidan uning o'lchamlari o'zgarishi mumkin.

Bo'yin kistalarining odatdagi joylashish o'rni 3.35 rasmda ko'rsatilgan zonalar hisoblanadi.

Bo'yin kistalarining asosiy klinik ko'rinishlaridan biri- shish bo'lib, u turli o'lchamdagi yumaloq shaklda, yumshoq konsistensiyali, og'riqsiz bo'ladi. Mimika mushagining oldingi qirg'og'ida yoki qalqonsimon tog'ayning yuqori qirrasining tepasida yoki pastida joylashishi mumkin (rasm 3.36, 3.37).



Rasm 3.36. Bo'yin yon kistasi (a), ultratovushli tekshiruv (b)



Rasm 3.37. Bo'yinning o'rta kistasi (a), ultratovushli tekshiruv (b), olingan kista (v)

Ayrim bemorlarning bo'ynida ichiga kirgan, vaqti-vaqti bilan xiraroq suyuqlik ajralib chiquvchi, bilinar-bilinmas yarali teshik paydo bo'ladi. Bunday yarali teshikning mavjudligi infeksiyaning kista yo'llariga kirishiga, bu o'z navbatida uning yiringlashiga olib keladi. Ushbu hollarda kista hajmi ortadi, nafaqat kista paypaslanganda og'riq seziladi, balki o'z-o'zidan ham og'riq paydo bo'ladi. YARA sohasidagi va kista ustidagi teri qizaradi, tana harorati ko'tarilishi mumkin. Kista bosilganda yiringli ajralma chiqadi.

Davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi. Bunda nafaqat kistaning o'zini, balki til osti suyagi, til izdizi yoki tanglay bodomsimon bezini, shuningdek til osti suyagining tanasi tomon yuqoriga qarab ketgan qavariqni olib tashlash zarur. Bo'yinning tug'ma kistalari birinchi marta istalgan yoshda aniqlanishi mumkin, shuning uchun bo'yinning oldingi yoki yon bo'limlarida shishning paydo bo'lishi shifokorning diqqatini o'ziga tortishi kerak, chunki ushbu o'sma ham kista, ham limfadenit, og'iz bo'shlig'i, xalqum, burun oldi bo'shliqlarida joylashgan o'sma metastazasi ham bo'lishi mumkin.

3.11. Xalqum va bo'yin a'zolarining jarohatlanishi

Bo'yin jarohatlanishi ko'p hollarda uning o'rta va quyi bo'limlarining shikastlanishi bilan bog'liq bo'ladi (rasm 3.38). Xalqumning maishiy jarohat olishi, odatda, alohida bo'ladi, harbiy jarohatlar (o'q otar qurollaridan olingan jarohat) ko'p hollarda til yoki pastki jag'ning jarohatlanishi tufayli vujudga keladi. Bunday jarohatlar og'ir jarohatlar toifasiga kiritiladi va otorinolingolog va

stomatologning birgalikda ishlashini talab qiladi. Mazkur sohalarda uchraydigan jarohatlar quyidagi guruhlarga bo‘linadi:

- jarohat etkazgan qurolning turi bo‘yicha – o‘q otar quroli etkazgan va kesilgan jarohatlar;

- jarohatning xususiyatiga qarab – teshib o‘tgan va teshib o‘tmagan jarohatlar.

Xalqum o‘q otar qurollaridan etkazilgan jarohatlar ko‘proq oldingi yuzada uchraydi, chunki o‘q yoki parchaning sagital bo‘shliqqa kirishi umurtqa, orqa miyaning shikastlanishiga va natijada o‘lim holatiga olib keladi. Bo‘yin a‘zolarining o‘q otar qurollaridan olingan jarohatlari hususiyati bo‘lib jarohat kanalining yo‘li hisoblanadi:bo‘yin va Xalqum to‘qimalarining osongina siljishi natijasida kanal yo‘nalishi o‘zgarib turishi mumkin va uning haqiqiy yo‘nalishini aniqlash qiyinchilik tug‘diradi.

Xalqum jarohatlanishining asosiy belgilaridan biri bo‘lib sezgir asab tolalarining shikastlanishi natijasida yutinish faoliyatining buzilishi, gematomaning paydo bo‘lishi, kechroq muddatlarda esa – xalqumning yumshoq to‘qimalarida abscess hosil bo‘ladi. Ko‘p hollarda xalqumning shikastlangan to‘qimalari bilan birga nafas olish yo‘llarining jarohatlanishi ham uchraydi, bu esa klinik manzaraga alohida ta‘sir o‘tkazadi, chunki yutinish va ko‘p so‘lak ajralib chiqishi bilan birgalikda nafas olishning buzilishi ham vujudga keladi.

Davolash. Bo‘yin va xalqum jarohatlanganda unga birlamchi ishlov berishning alohida belgilangan qoidalariga rioya qilish talab etiladi. Teridagi jarohatni tikish zinhor mumkin emas, balki jarohat kanalini ochish zarur. Jarohatlangan bemorni dinamik kuzatish jarohatni yopish muddati masalasini hal qilishga imkon beradi, chunki yumshoq to‘qimalarning ezilishi, yashirin gematomalar natijasida bo‘yinning chuqur bo‘limlarida yiringlash jarayoni boshlanishi va bu juda og‘ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. Xalqum jarohatlari vaqtida qon ketishni to‘xtatish usullarini ham alohida ta‘kidlab o‘tish zarur: tomirlarni bog‘lash (ligatura bilan tikish) va qon ketishini tamponada bilan to‘xtatishga urinmaslik lozim. Qon oqayotgan tomirlarni tikish juda qiyin va

shuning uchun yirik magistral qon tomirlarni, xususan tashqi uyqu arteriyasini bog‘lashga to‘g‘ri keladi



Rasm 3.38. Bo‘yin jarohati

3.12. Sil va Xalqum zaxmi (sifilisi)

Xalqum shilliq qavatining bunday o‘ziga xos shikastlanishlari stomatolog shifokorga ma’lum bo‘lishi lozim, chunki u ushbu kasalliklarni aniqlaydigan, ayniqsa xalqumning zaxmli (sifilitik) kasallanishi holatida aniqlaydigan birinchi mutaxassis bo‘lishi mumkin.

Xalqum tuberkulezi

Mazkur xastalikning boshlang‘ich ko‘rinishlari noaniq belgilarga ega bo‘ladi. Agar kasal stomatologga asosiy kasallikning boshlang‘ich bosqichida tishlar patologiyasi munosabati bilan yordam so‘rab murojaat qilsa, xalqumning o‘ziga hos shikastlanishini tashhishlash mumkin emas, chunki infiltratsiya bosqichida odatda sil belgilari vujudga keluvchi Xalqum orqa devorining shilliq qavati, uning

kataral holatidan kam farq qiladi. O'rtasida och, nimjon granulyasiya yiringli karash bilan qoplangan notekis qirrali och pushti rangli bo'rtiqlar shakllanib so'ngra ularning yaralarga aylanishi ro'y beradi. Ana shunda, ayniqsa kasalda o'pka sili ham mavjud bo'lsa, xalqum sili tashhisi katta ehtimol bilan qo'yilishi mumkin (rasm 3.39). Xalqum shilliq qavatining sil bilan kasallanishi doimo o'pka sili fonida vujudga keladigan ikkilamchi kasallik bo'ladi. SHu tarzda, shifokor stomatologda Xalqumdagi sil jarayonining ehtimoliligiga nisbatan albatta shubhalar bo'lishi lozim.

Zaxm (sifilis)

Xalqumdagi zaxm belgilari kasallikning bosqichiga bog'liq bo'ladi. Xalqumdagi birlamchi zaxm belgilari bo'lib ko'p hollarda tanglay bezlarida, kam hollarda esa kichik til (tilcha), xalqumning orqa devori, qattiq tanglay va tanglay yoylarida joylashgan zich, og'riqsiz infiltrat xisoblanadi. Ushbu zich, og'riqsiz, bemorga noqulayliklar tug'dirmaydigan infiltrat jag' osti tugunlari bilan birlashib, ular ham hech qanday og'riq hislarini – na tasodifiy, na paypaslash vaqtida keltirib chiqarmaydi. Vaqt o'tgan sari infiltratning yaraga aylanishi ro'y beradi, ammo boshlanishida uning yuzasida engil eroziya vujudga keladi (rasm 3.40).

Ikkilamchi zaxm, odatda infeksiya yuqishidan 6-10 hafta o'tgandan keyin vujudga keladigan o'ziga hos eritema (kuchli qizarish) orqali xalqumda namoyon bo'ladi. Ushbu pushti rangli eritemalar tanglay bezlari,



Rasm 3.39. Xalqum sili



Rasm 3.40. Xalqum zaxmi

tanglayning o'zi va xalqumning orqa devorida to'p holda joylashgan bo'ladi. Bundan tashqari, zaxm eritemasi til, lunj va lablarning shilliq qavatida ham aniqlanishi mumkin.

Ko'p hollarda ikkilamchi zaxmda atrofidagi yumshoq to'qimaning qonga to'lgan maydonlari ko'rinishidagi papulalar uchrab turadi va shu orqali perivaskulyar infiltratsiya aniqlanadi. Papulalarning dog'lari o'zaro birlashib ketib, xalqum, yumshoq tanglay, bodomsimon bezlar va tanglay yoylari yuzasining katta qismini egallashi mumkin. Bunday papulalarning sirti notekis, rangi oqish-kulrang bo'lishi mumkin, shu tufayli ular cho'chqa yog'iga o'xshatiladi.

Xalqum zaxmining uchlamchi davri to'qimalarni emirilishi (parchalanishi) va katta nuqsonlar, shu jumladan qattiq tanglayning suyak to'qimalarida ham paydo bo'lishi orqali ifodalanadi.

Otorinolarolog va stomatolog sil va zaxm vaqtida og'iz bo'shlig'i va xalqum shilliq qavatida vujudga kelishi mumkin bo'lgan o'ziga hos shikastlanishlar bo'yicha hushyor bo'lishi, ularni xatoli harakatlardan saqlab qolishi, shu jumladan jarrohlik aralashuvi, masalan soxta paratonzillyar absessni ochishdan saqlab qolishi mumkin.

3.13. Osler-Randyu sindromi

Bemorlar stomatolog va otorinolarologga murojaat qiladigan og'iz bo'shlig'i, xalqum va burun kasalliklari orasida Osler-Randyu sindromini alohida ko'rsatish mumkin. Unda teleangiektaziya ko'rinishidagi o'ziga hos belgilar tilning uchida va yuzasida, lunjlarning shilliq qavatida, lablarning qizil hoshiyasida va burun pardevorining qon sizib chiqayotgan sohasida kuzatiladi (rasm 3.41). Mazkur kasallik mayda arteriollarning tomir devorlari tug'ma etishmovchiligi bilan bog'liq bo'lib, bunda tomirning alohida joylarida devorni tashkil qiluvchi uchta qavat o'rniga, u faqat endoteliyadan iborat bo'ladi.

YOrqin qizil rangga ega bo'lgan kolbasimon kengayishlar – teleangioektaziyalar kuzatiladi. Ushbu joylarda tomir devori zaif bo'ladi va turli tabiiy ta'sirlar ostida osongina jarohatlanishiga olib kelishi mumkin, bu esa tez-tez takrorlanuvchi qon ketishga sabab bo'ladi.

Kasallik o‘n yillar davom etadi. Uning asosiy namoyon bo‘lishi takrorlanuvchi qon ketishlar, milklar va tilning qonashida ifodalanadi.

Ushbu kasallikda qonning ivish tizimi umuman shikastlanmaydi, shuning uchun jarrohlik aralashuvlarini, agar ular ko‘rsatilgan bo‘lsa, biror-bir cheklanishsiz amalga oshirish mumkin. Ammo ko‘p takrorlanuvchi qon oqishlar, ayniqsa burundan, ko‘p hollarda anemiya (kamqonlik) orqali ifodalangan qon gemoglobinining sezilarli pasayishiga olib keladi. Davolash ko‘proq simptomatik o‘tkaziladi – qon ketgan joylarni kuydirish, yaqqol ifodalangan teleangiektaziyali shilliq qavat maydonlarni kesib olib tashlash. Xastalik yoshlik davrda boshlanadi va ayniqsa erkaklarda ko‘proq uchraydi. Og‘iz va burun bo‘shlig‘ining shilliq qavatidagi teleangiektaziyadan tashqari, huddi shu kabi tomirlarning kolbasimon kengayishi yuz terisida ham kuzatiladi va ular “yulduzchalar” deb ataladi. Bunday teleangioektaziyalar jigari xastalangan bemorlarda vujudga keladi.

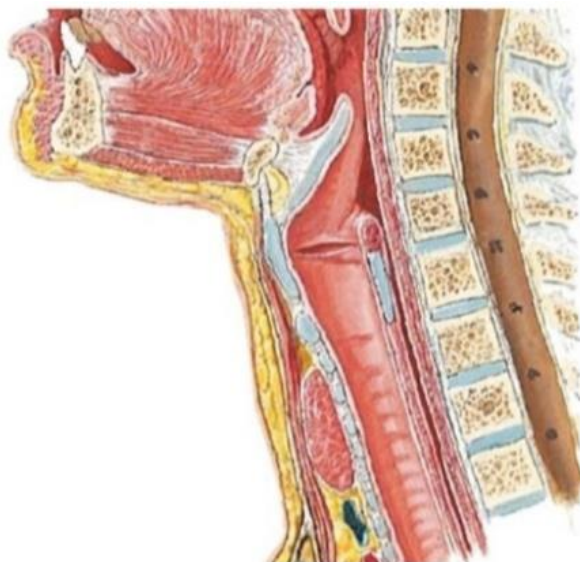


Rasm 3.41. Osler-Randyu sindromi

HIQILDOQ, KEKIRDAK VA BRONXLAR

4.1. Hiqildoqning klinik tuzilishi (anatomiyasi)

Hiqildoq (*larynx*) til osti suyagi va kekirdak oralig‘ida, bo‘yinning oldingi sohasida joylashgan (rasm 4.1).



Rasm 4.1. Hiqildoqning joylashishi

U togʻaylar, paylar va mushaklardan iborat boʻlgan toʻliq organ hisoblanadi. Hiqildoq qalqonsimon bez va uning boʻyinchasi, boʻyinning yirik tomirlari, xalqum va qiziloʻngach bilan yaqin anatomik aloqada boʻladi (rasm 4.2).

Hiqildoq skeletini togʻay tashkil qiladi: 3 ta toq yoki yirik, va 3 ta juft yoki mayda (rasm 4.3).

Toq togʻaylar:

- uzuksimon togʻay (*cartilago cricoidea*);
- qalqonsimon (*cartilago thyroidea*);
- hiqildoq usti (*cartilago epiglottica*).

Uzüksimon togʻay – hiqildoqning eng pastki togʻayi hisoblanib, kekirdakning birinchi yarim halqasi bilan ulanadi. Uni hiqildoqning asosi deb hisoblashadi. Oʻzining nomini u uzukka oʻxshagani uchun olgan boʻlib, unda aylana va muhr mavjud.

Uzüksimon togʻay boʻgʻimlar yordamida hiqildoqning oldiga turtib chiqqan doʻngchasi (kekirdak)ni hosil qiladi va erkaklarda koʻproq bilinib turuvchi, kvadrat plastinkalarga ega keyingi juftsiz qalqonsimon togʻay bilan ulanishi amalga oshadi. Plastinka yuqorisida shoxlar boʻlib, ular yordamida togʻay til osti suyagi va pastroqda joylashgan uzüksimon togʻay bilan ulangan .

Uchinchi toq (juftsiz) tog‘ay – hiqildoq usti – hiqildoqning qolgan barcha bo‘limlaridan yuqoriroqda joylashgan va til ildizi pastga tortilganda ko‘rinishi mumkin.

Agar uzuksimon tog‘ay – hiqildoq asosi, qalqonsimon esa hiqildoq bo‘shlig‘ini tashqi siqilishdan himoya qilsa, hiqildoq usti tog‘ayi so‘lak va ovqat massalarining yutinish vaqtida nafas yo‘liga o‘tishiga yo‘l qo‘ymaydigan “qopqoq” hisoblanadi.

Juftli tog‘aylar:

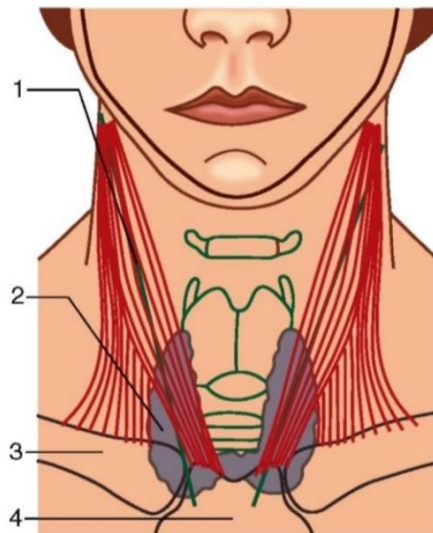
- cho‘michsimon (*cartilagine arytenoidea*);
- shoxsimon (*cartilagine corniculatae*);
- ponasimon (*cartilagine cuneiforms*). Hiqildoqning asosiy paylari (rasm 4.4)

Qalqon hiqildoq usti boylam (*lig. thyroepiglotticum*)ning o‘rta va yon payi – qalqon til osti membranasining (*membrana thyrohyoidea*), qismi hisoblanib, uning yordamida hiqildoq til osti suyagiga bog‘langan. Qalqon hiqildoq usti boylami (*lig. thyroepiglotticum*)ni hiqildoq ustini qalqonsimon tog‘ay bilan bog‘lab turadi.

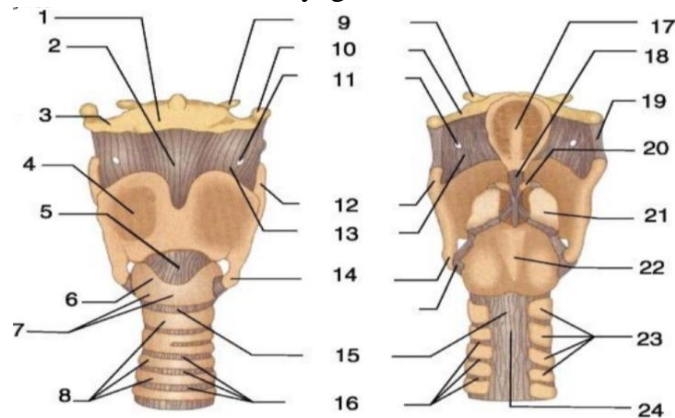
Uzuk qalqonsimon boylam (*lig. cricothyroideum*) uzuksimon tog‘ay yoyi va qalqonsimon tog‘ayning pastki qirrasini bog‘lab turadi.

SHuningdek til osti-hiqildoq usti (*lig. hyoepiglotticum*), uzuksimon traxéal (*lig. cricotracheale*) va hiqildoq usti-cho‘michsimon (*lig. aryepiglottica*) boylamlari ham mavjud.

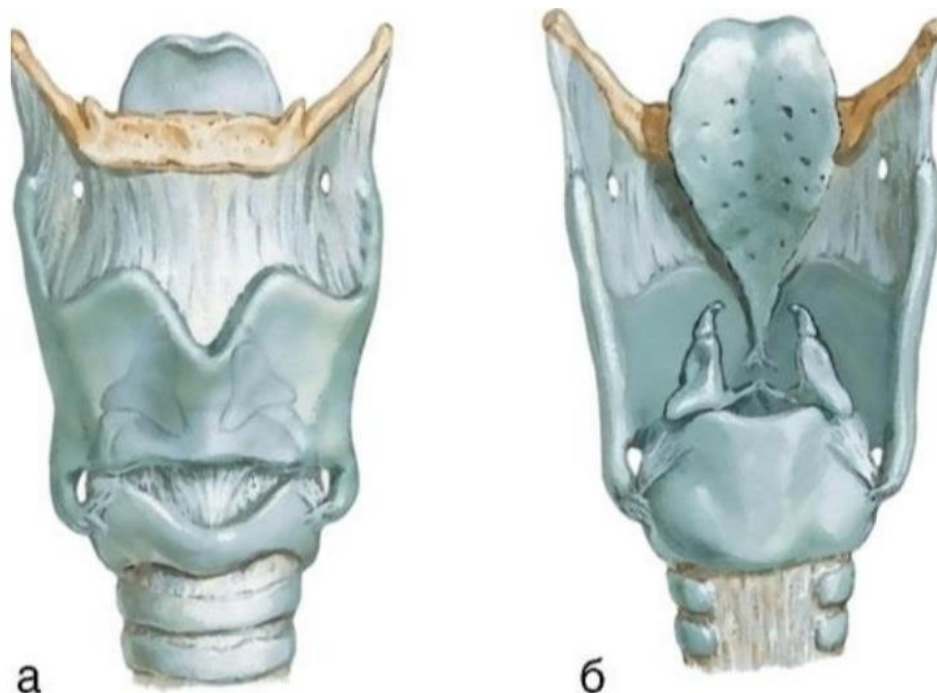
Cho‘michsimon tog‘aylarga ovoz burmalari va ovoz va nafas yo‘llarini ochadigan va yopadigan ichki mushaklarning asosiy qismiga ulangan (lateral uzuk-cho‘michsimon, egri cho‘michsimon, ko‘ndalang cho‘michsimon, ovoz, oldingi uzuksimon). Ushbu barcha mushaklar ovoz yo‘lini yopadi va faqat bittagina – orqa uzuk-cho‘michsimon mushak uni ochadi. Hiqildoqning tashqi mushaklari uch juft mushakdan iborat:



Rasm 4.2. Bo'yinda hiqildoqning ko'rinishi: 1 –ko'krak-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak; 2 – qalqonsimon bez; 3 – o'mrov; 4 –ko'krak suyagi



Rasm 4.3. Hiqildoq skeleti: 1, 3, 9, 10, 12 – til osti suyagi; 2, 13, 19 –qalqon-til osti boylami; 4, 14 – qalqonsimon tog'ay; 5 – qalqon uzuksimon boylam; 6, 7, 22 – uzuksimon tog'ay; 8, 23 – kekirdak halqalari; 11 –hiqildoqning qon tomir-asab tutami o'tuvchi yo'l; 15 – uzuktraxéal boylam; 16 – kekirdakning halqali boylamlari; 17 - hiqildoq usti; 18 – qalqon hiqildoq usti boylami; 20 – shoxsimon tog'aylar; 21 – cho'michsimon tog'aylar; 24 – kekirdak membranozi



Rasm 4.4. Hiqildoq tog‘aylari va boylamlari: oldidan (a) va orqadan ko‘rinishi (b)

ko‘krak-qalqonsimon, ko‘krak-til osti, qalqon til osti mushaklari asosan adashgan (beqaror) nerv bilan innervatsiyalanadi. Hiqildoq shilliq qavati burun va xalqum bo‘shlig‘i shilliq qavatining davomi bo‘lib xizmat qiladi. CHin ovoz burmalari yassi epiteliy bilan, boshqa bo‘limlari – kiprikchali epiteliy bilan qoplangan. Hiqildoqning ayrim bo‘limlarida shilliq osti qavati ko‘proq rivojlangan (hiqildoq ustining til yuzasi, vestibulyar burmalar, ovoz boylamlari osti bo‘shlig‘i). Aynan shu erda nafas olish va yutinishning qiyinlashishiga olib keluvchi hiqildoq shishlari rivojlanadi.

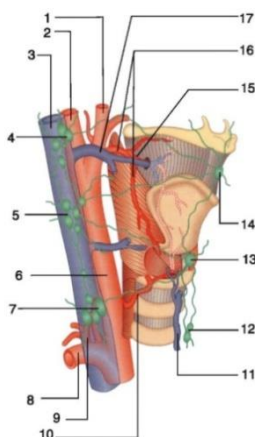
Hiqildoqning qon bilan ta‘minlanishini ikki arteriya orqali amalga oshiriladi:

- 1- yuqori hiqildoq (*a. laryngea superior*);
- 2- quyi hiqildoq (*a. laryngea inferior*).

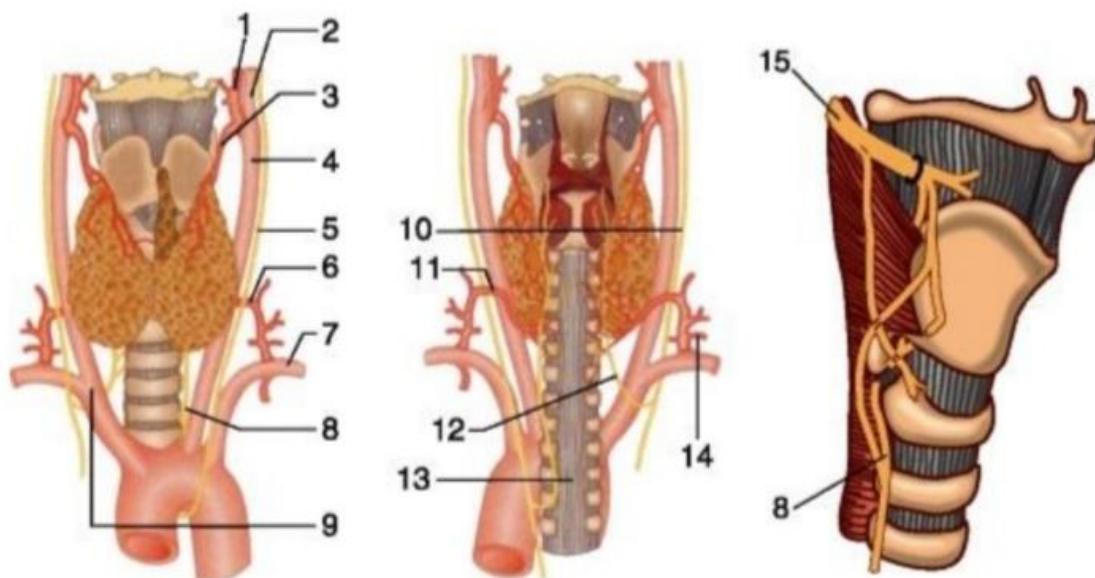
YUqori hiqildoq arteriyasi yuqori qalqonsimon arteriyaning tarmog‘i bo‘lib xizmat qiladi, u o‘z navbatida bo‘yin sohasidagi tashqi uyqu arteriyasidan ajralib chiqadi (rasm 4.5.).

Hiqildoq innervatsiyasini *qalqon til osti membranasidagi (n. laryngeus superior)* teshik orqali hiqildoq yo‘liga o‘tuvchi yuqori hiqildoq asab tolasi

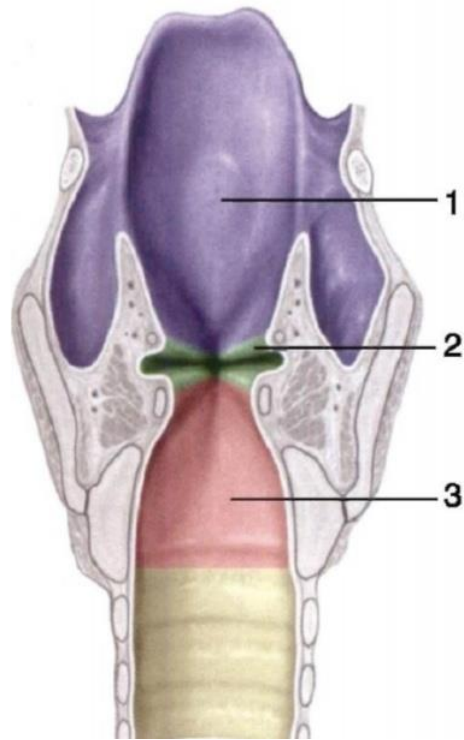
(adashgan (beqaror) asab tarmogʻi) amalga oshiradi. Ushbu nervning boshqa harakatlantiruvchi tarmogʻi yagona mushak – qalqonsimon togʻayni oldinga bukuvchi va shu orqali ovoz burmalarini tortuvchi oldingi uzuk-qalqonsimon mushakni innervatsiyalaydi va bu ovozning tozaligiga taʼsir koʻrsatadi. Hiqildoqning qolgan mushaklari pastki hiqildoq nervi (*n. laryngeus inferior*) orqali innervatsiyalanadi.



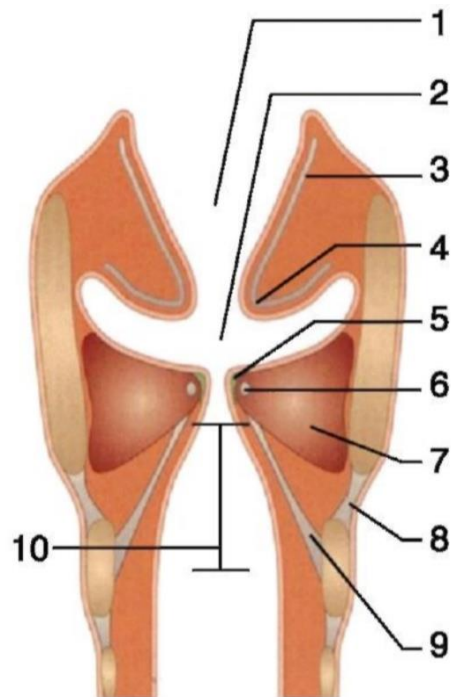
Rasm 4.5. Hiqildoqning qon bilan taʼminlanishi: 1 – tashqi uyqu arteriyasi; 2 – ichki uyqu arteriyasi; 3 – boʻyin venasi (tomiri); 4, 5, 7 –boʻyin limfa tugunlari; 6 – umumiy uyqu arteriyasi; 8 – oʻmrov osti arteriyasi; 9 – qalqon-boʻyin ustuni; 10 –quyi hiqildoq arteriyasi; 11 – quyi qalqonsimon tomir (vena); 12,13, 14 – kekirdak usti limfa tugunlari; 15, 16 – yuqori hiqildoq arteriyasi; 17 – yuqori hiqildoq venasi



Rasm 4.6. Hiqildoq innervatsiyasi: 1, 3, 6, 11, 14 – qalqonsimon arteriya; 2, 4 – umumiy uyqu arteriyasi; 5, 10 –adashgan (beqaror) asab; 7 – oʻmrov osti arteriyasi; 8, 12 – quyi hiqildoq asab tolasi; 9 – oʻmrov osti arteriyasi; 13 – kekirdak; 15 – hiqildoq yuqori asab tolasi



Rasm 4.7. Hiqildoq qavatlarini topografiyasi: 1 –hiqildoq oldi; 2 – ovoz tirqishi; 3 – burma osti bo‘limi



Rasm 4.8. Hiqildoq burmalari; 1 – hiqildoq daxlizi; 2 –hiqildoq qorinchalari; 3, 4 – vestibulyar burmalar; 5, 6 – ovoz burmasi; 7 – ovoz burmasi mushaklari; 8 –uzuk-qalqonsimon membrana; 9 – elastik konus; 10 – burma osti bo‘limi

CHap orqaga qaytuvchi asab aorta yoyini aylanib o‘tib, qizilo‘ngach va kekirdak o‘rtasidagi ariqchaga yotgan holda bo‘yin sohasiga ko‘tariladi, o‘ng asab esa – o‘mrov osti arteriyasini aylanib o‘tadi va u ham hiqildoq mushaklariga

kelgan holda bo'yin sohasiga ko'tariladi (rasm 4.6). Ushbu asablarning siqilishi yoki ularning shikastlanishi nafas olishga va ovoz hosil bo'lishiga ta'sir qiladi.

Anatomik-klinik belgilariga ko'ra hiqildoq uch bo'limga bo'linadi (rasm 4.7):

- yuqori – hiqildoq daxlizi (*vestibulum laryngis*)–hiqildoq kirish joyidan vestibulyar burmalar bo'lgan qismigacha

- o'rta – burma osti bo'limi – ovoz burmalaridan kekirdakgacha bo'lgan qismi

- Pastki- ovoz boylamlari soxasi (ovoz boylamlaridan kekirdakgacha bo'lgan soxa)

Hiqildoq vestibulyar burmalari shilliq qavatning xosilasi bo'lib xizmat qiladi. Ovoz burmalarining asosi bo'lib ovoz mushagi xizmat qiladi. Ovoz burmalarining oqish rangi yassi epiteliy hujayralarining yuqori yuzasida zich joylashishi va ular ostida elastik (yumshoq) membranalarning mavjudligi bilan belgilangan.

Daxliz va ovoz burmalari orasida bo'shliq – hiqildoq qorinchasi xisoblanadi (rasm 4.8).

4.2. Hiqildoqning klinik fiziologiyasi

Hiqildoq nafas olish, himoyaviy va ovoz hosil bo'lish vazifalarini bajaradi.

Nafas olish funksiyasi

Hiqildoq orqali nafas olinadi va chiqariladi. Bunda ovoz tirqishi ochiq va teng yonli uchburchak shaklida bo'ladi, uning kengligi esa nafas olish va chiqarish kuchiga bog'liq bo'ladi. Xotirjam nafas olishda ovoz tirqishi ovoz burmalarining kichik harakatlari natijasida bir oz kengayadi va torayadi.

Ovoz tirqishining torayishi va kengayishi uzuk-cho'michsimon boylam va hiqildoq ichki mushaklari ishlashi yordamida amalga oshiriladi. SHu tarzda, o'pkaga keluvchi havo miqdori boshqariladi. Hiqildoq shunchaki havo o'tkazuvchi naycha bo'lib xizmat qilmasdan, balki olinayotgan havoning sifat tarkibidan kelib chiqqan va o'pkaga havoning kelishi boshqargan holda, nafas olish jarayonida faol ishtirok etadi. Refleksogen zonalar hisobiga nafas olish chuqurligining korrelyasiyasi (o'zaro bog'liqligi) ro'y beradi va sifatsiz havoning o'pkaga kelishi qisqaradi.

Himoya funksiyasi

Hiqildoqning himoya funksiyasi harorat, kimyoviy va taktil sezgili hiqildoq shilliq qavatining uchta reflektor zonalari mavjudligi tufayli amalga oshiriladi. Zonalar hiqildoq ustining hiqildoq yuzasiga, ovoz burmalari va ovoz burmalari ostidagi bo'shliqni qamrab olgan. Mazkur zonalarining nafas olinayotgan havoda mavjud bo'lgan zararli aralashmalar (chang, gazlar), begona jismlar (so'lak, ovqat massalari va shu kabilar) tufayli ta'sirlanishi, hiqildoq tirqishining darhol qisqarishi va yo'tal refleksining vujudga kelishiga olib keladi. Qisqarish begona jismning quyi nafas yo'llariga o'tib ketishiga to'sqinlik qiladi, reflektorli yo'tal esa uni qayta orqaga itarib chiqarishga yordam beradi.

Quyi nafas yo'llarining ularga ovqat parchalarining tushishidan himoyalinishi, ovqatni yutish vaqtida hiqildoqning ko'tarilishi va shu bilan bir vaqtning o'zida vestibulyar va ovoz burmalarini birlashishi va cho'michsimon tog'aylarning egilishi orqali ta'minlanadi.

Ovoz hosil qilish funksiyasi.

Ovoz hosil bo'lishi hiqildoqda nafaqat ovoz burmalarining nafas olinayotganda o'tayotgan havo tufayli tebranishi hisobiga, balki hiqildoq mushaklarining faol ishlashi hisobiga ham ro'y beradi. Ovoz burmalari fonatsiya vaqtida uzunligi va kengligi bo'yicha tebaranadi. Xalqum tomonidan chiqarilayotgan tovush tembridan kelib chiqqan holda, faqat burmalarning erkin qirralari yoki ularning barchasi kengligi bo'yicha tebranishi mumkin. Past ovozli insonlarda (bas, kontralto) ovoz burmalarining uzunligi va kengligi, yuqori ovoz sohiblari (tenor, soprano)ga qaraganda kattaroq bo'ladi. Ovoz tovushi hiqildoq, kekirdak, bronxlar, o'pka, diafragma va qorin pressining barcha asab-mushak apparati ishi natijasida hosil bo'ladi.

Ovoz hosil bo'lishi jarayoni ixtiyoriy va erkin bo'lib, bizning ongimizga bo'ysingan. Hiqildoqdan asab impulslari afferent tolalar bo'ylab bosh miya qobig'iga yo'naltiriladi va undan efferent tolalar bo'ylab ovoz apparatining murakkab ishini boshqaradi va muvofiqlashtiradi.

Ovoz balandligi ovoz burmalarining tebranish soni (chastotasi)ga va o'z navbatida ularning uzunligi va kuchlanishiga bog'liq bo'ladi.

Ovoz kuchi, uning balandligi o'pkadan havoning chiqish kuchi, ovoz burmalarining kuchlanish darajasi va ularning tebranish amplitudasi bilan belgilanadi. Ovozning temбри yoki ohangi, uning asosiy pardasiga (ohangiga) ko'p miqdordagi obertonlar qo'shiladi. Ovoz burmalari tor kabi tebranadi. Obertonlar asosiy ohang bilan qo'shilgan holda, ovozga tegishli tembrni beradi.

Hiqildoqda hosil bo'lgan ovoz yuqori va quyi rezonatorlarda yakuniy shakllanadi. YUqori rezonatorlarga xalqum, og'iz, burun va bosh chanog'i bo'shlig'i kiradi. Quyi rezonator bo'lib ko'krak qafasi xizmat qiladi. Rezonatorlarda ovoz faqat shu shaxsgagina hos bo'lgan tembrga ega bo'ladi. Tembr odamning yoshi, jinsi, ovoz va nutq apparati tuzilishining shaxsiy xususiyatlariga, shuningdek rezonatorlar holatiga bog'liq bo'ladi.

Balandligi, kuchi va temбри bo'yicha har xil bo'lgan tovushlar uyg'unligi ovozni tashkil etadi. Nutq – bu ikkinchi signal tizimi (insonga hos bo'lgan oliy fikrlash) faoliyatining natijasidir. Nutqning o'zi bolada yaxshi nutqning rivojlanishida muhim rol o'ynaydigan eshitish analizatori tomonidan nazorat qilinadi. SHivirlovchi nutq havoning yuqori nafas yo'llarining devorlari va og'iz bo'shlig'iga ishqalanishi natijasida vujudga keladi, bunda ovoz burmalari to'liq birlashmaydi.

4.3. Hiqildoqni tekshirish usullari

I bosqich – tashqi tekshirish va palpatsiya (paypaslash)

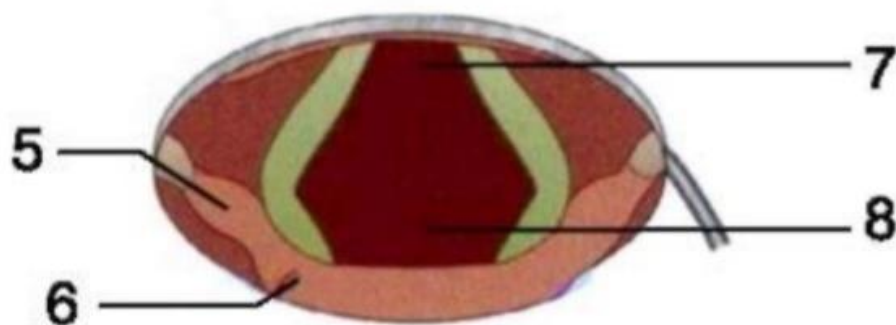
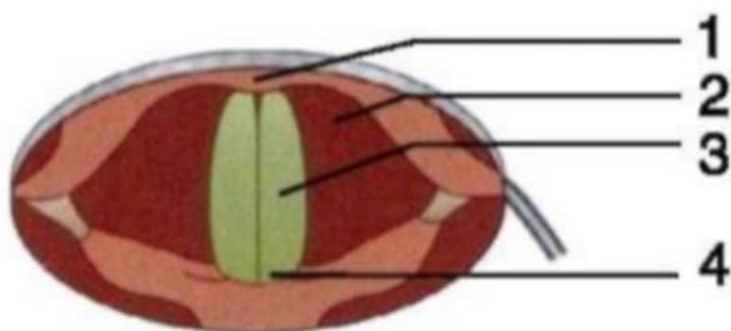
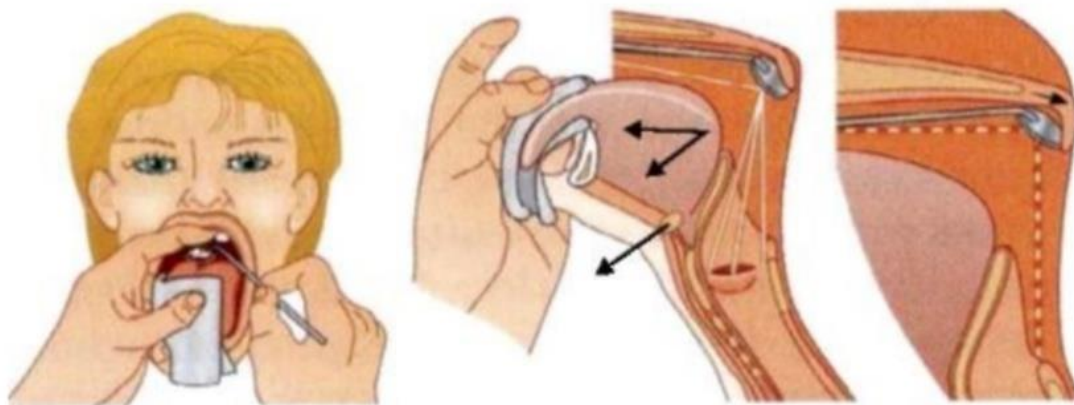
Hiqildoq sohasini tashqi tekshirilishi tog'ay to'qimasida yangi hosilalar, yallig'lanish jarayonlari ro'y berganda hiqildoqning o'zgarishi haqida hukm chiqarishga imkon beradi. Muhim tashhis usuli bo'lib hiqildoqni paypaslash, siljityotgan tog'aylarda qirsillashning borligi yoki yo'qligini bilishga imkon beruvchi gorizontal tekkislikda faol siljityib ko'rish kabilar hisoblanadi (agar hiqildoqda xavfli o'sma borligiga shubha bo'lmasa). Hiqildoqning regionar limfa tugunlari palpatsiya qilinadi: jag' osti, chuqur bo'yin tugunlari, bo'yin orqasi, hiqildoq oldi, paratraxéal, o'mroq usti va osti chuqurchalari. Normadagi limfa tugunlar paypaslanmaydi.

II bosqich – bilvosita laringoskopiya

Hiqildoq bo'shlig'ini ko'rikdan o'tkazish uchun bilvosita va bevosita laringoskopiya usullaridan foydalanish zarur. Bilvosita laringoskopiya dastali hiqildoq oynasi yordamida, bevosita laringoskopiyaning esa –alohida mustaqil yoritish tizimiga ega bo'lgan maxsus asboblari – laringoskoplarning yordamida o'tkaziladi.

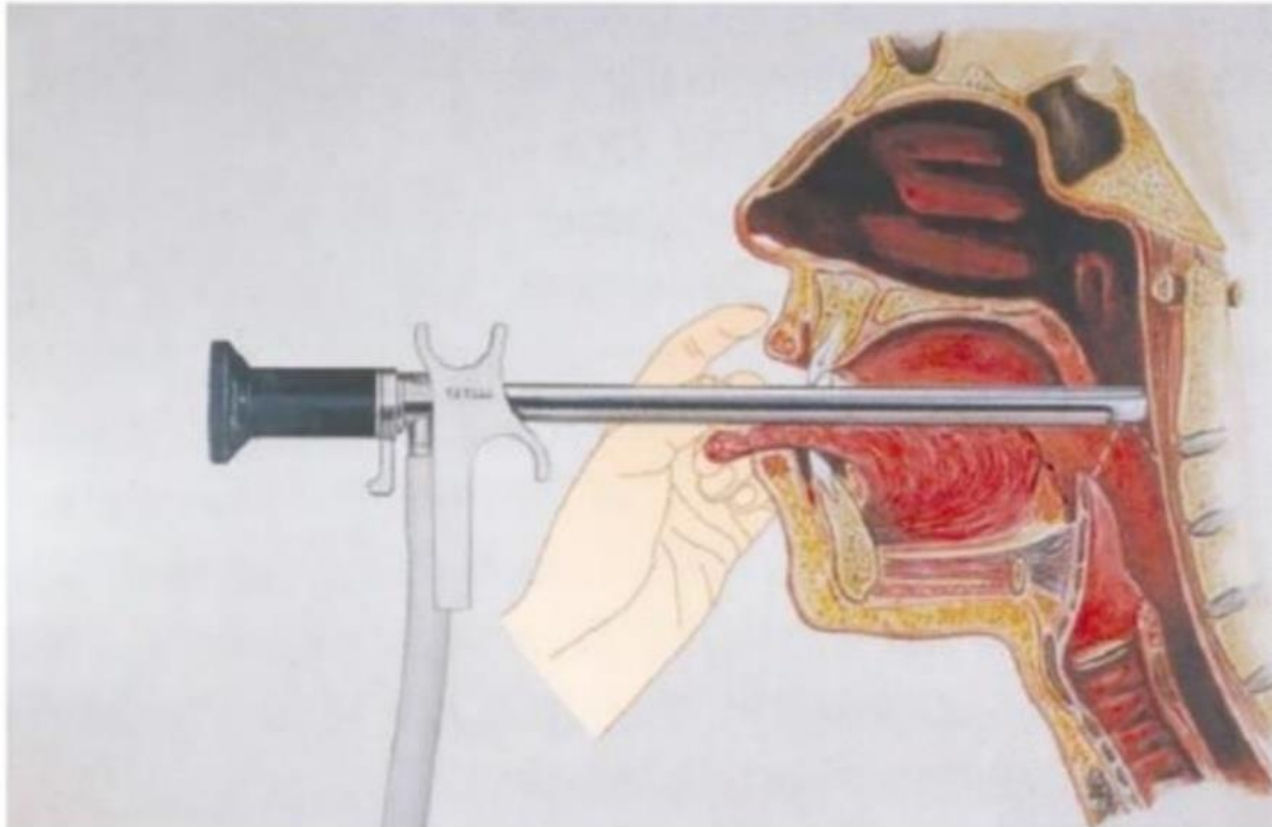
Bilvosita laringoskopiya (gipofaringoskopiya). Bemor o'tirgan holatda bo'ladi, yorug'lik manbai – uning o'ng qulog'i sathida bo'ladi. Avval nur tushgan joy aniqlanadi. so'ngra hiqildoq oynasini bir oz isitiladi, bemordan tilini chiqarishni iltimos qilish, uni salfetka bilan o'rash va shu holatda qotirish zarur. Bemor og'iz orqali chuqur nafas olishi lozim, bu vaqtda aks ettiruvchi tomoni bilan pastga qaratilgan oyna yumshoq tanglayga etib borganga qadar og'iz bo'shlig'iga kiritiladi (rasm 4.9). Bemordan "i..i..i" tovushini talaffuz qilish iltimos qilinadi. Ushbu amal hiqildoqni nafas olish va fonatsiya vaqtida tekshirishga imkon beradi. Hiqildoq shilliq qavatining rangi, ovoz burmalari rangi, ularning harakatchanligi va fonatsiya vaqtida birlashishiga e'tibor berish zarur. Burmalarning harakatining simmetriyaligini ham kuzatish kerak (rasm 4.9).

Agar refleksi yuqori bo'lsa, anestetik eritmasi (lidokain)ni tanglay shilliq qavati, xalqumning orqa devori va til ildiziga purkagan holda mahalliy og'riqsizlantirish amalga oshiriladi.



Rasm 4.9. Bilvosita laringoskopiya da hiqildoq oynasining og'iz bo'shlig'ida joylashishi. Bilvosita laringoskopiya da hiqildoq tasviri: 1 – hiqildoq usti; 2 – vestibulyar burmalari; 3 – ovoz burmalari; 4, 6 – cho'michsimon tog'aylar; 5 – cho'michsimon hiqildoq usti burmalari; 7, 8 – ovoz tirqishi

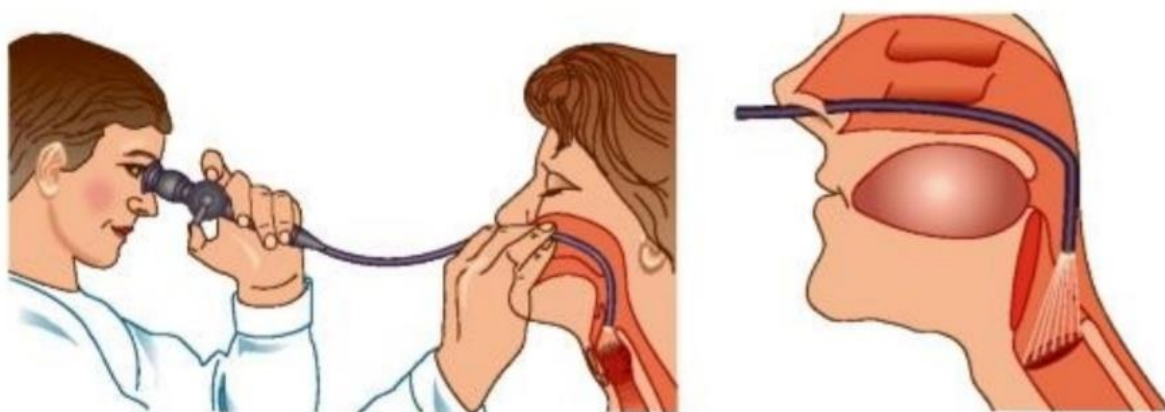
Bilvosita laringoskopiya har doim ham kasallikni tashhislash uchun etarli bo'lavermaydi. Bunday holatlarda yo hiqildoqni rigidli laringoskop (rasm 4.10), egiluvchan fibrolaringoskop yordamida (rasm 4.11), yoki maxsus mikroskop yordamida narkoz ostida o'tkaziladigan bevosita mikrolaringoskopiya (rasm 4.12, 4.13) orqali tekshirish amalga oshiriladi.



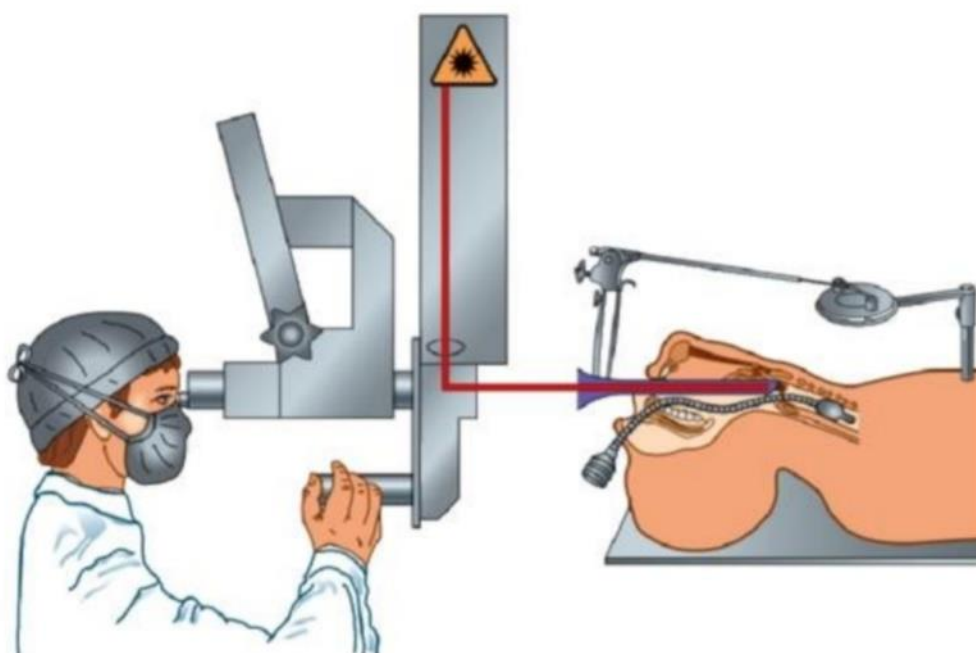
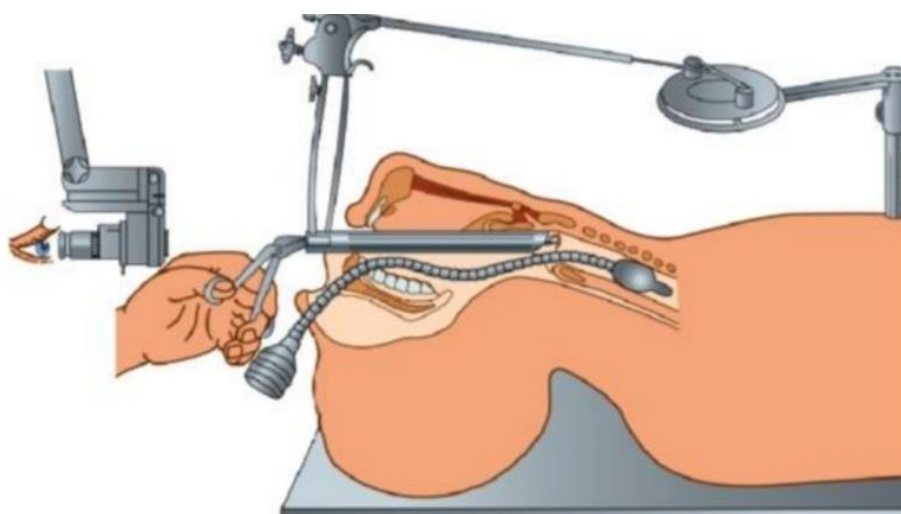
Rasm 4.10. Rigid laringoskop bilan hiqildoqni tekshirish

Hiqildoq rentgenografiyasi

Tashhisni aniqlashtirish uchun hiqildoqning rentgenografik tekshirilishi, ayniqsa old tomondan ko‘rinishi o‘tkaziladigan tomografik tekshirish katta ahamiyatga ega. Hiqildoq tog‘aylarining qotish darajasi, havo ustunining shakli, hiqildoq qorinchalarining ahvoli, begona jism borligini aniqlash, hiqildoq o‘smasini aniqlash uchun qo‘shimcha tekshiruv usuli sifatida qo‘llaniladi. SHuningdek kompyuter tomografiyasi yanada ko‘proq ma’lumot beradi.



Rasm 4.11. Hiqildoqni egluvchan laringoskop yordamida tekshirish



Rasm 4.12. Bevosita mikrolaringoskopiya

Ushbu usul hiqildoqning qariyb barcha bo‘limlarining holatini aniqlashga imkon beradi.

4.4. Kekirdak va bronxlarning klinik anatomiyasi va fiziologiyasi

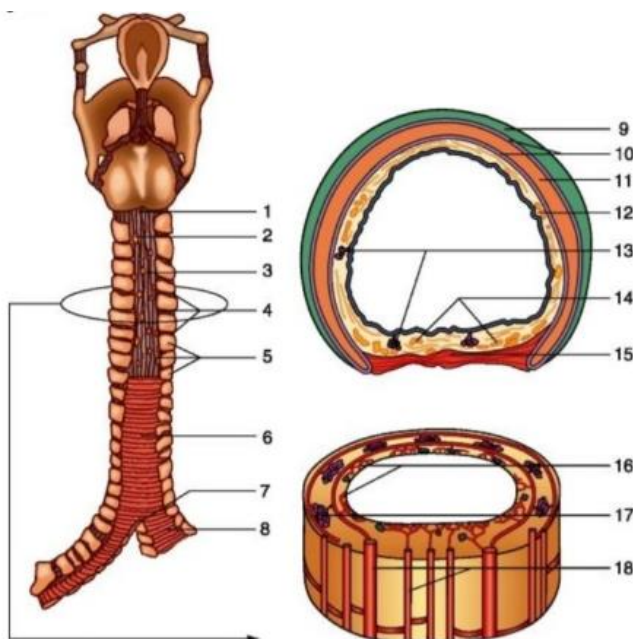
Kekirdak (*trachea*) hiqildoqning bevosita davomi bo‘lib, uzuksimon tog‘ayning pastidan boshlanib va IV ko‘krak umurtqasi ro‘parasidan, o‘ng va chap bronxlarga bo‘lingan, ichi bo‘sh yumshoq nay ko‘rinishidagi a‘zo (rasm 4.14).



Rasm 4.13. Mikrolaringoskopiyada hiqildoq tasviri

Kekirdakning bifurkatsiya joyida bronxiskopiyada ko‘rinuvchi turtib chiqqan do‘ngcha (*carina*) mavjud. Kekirdak 10-12 sm uzunlikka ega va 16-20 tog‘ayli yarim halqalardan iborat. Kekirdakning orqa devori pardali bo‘lib, fibroz to‘qimalardan iborat, qizilo‘ngach devori bilan uzviy bog‘langan. Kekirdak bifurkatsiyasi V ko‘krak umurtqasi darajasida ro‘y beradi. Kekirdakning bo‘yin bo‘limi qalqonsimon bezning bo‘yinchasi bilan yopilgan. Kekirdak va qizilo‘ngach orasidagi bo‘shliqda orqaga qaytuvchi hiqildoq asab tolalari shoxlari kekirdak devorlariga ulangan. O‘ng bronx chapdagiga qaraganda qisqaroq va kengroq bo‘lib, kekirdakning davomi bo‘lib xizmat qiladi, chap bronx yanada o‘tmasroq burchak ostida ajralib chiqqan, shuning uchun begona jismlar ko‘p hollarda aynan

o'ng bronxga kirib qoladi. Ushbu bronxlardan shoxlangan va toraygan holda bronxial shoxlar ajralib chiqqan bo'lib, ular o'z navbatida ko'plab tarmoqlarga bo'lingan holda bronxiolalarga o'tadi. Kekirdak va bronxlarning shilliq qavatini ko'p qavatli silindrsimon kiprikchali epiteliy bilan qoplangan bo'lib, uning tukchalari yuqoriga qarab yo'nalishda harakatlanadi. SHilliq qavatda oqsilli-shilliq shira ajratib chiqaruvchi ko'plab bezlar mavjud.



Rasm 4.14. Kekirdak anatomiyasi: 1 –uzuksimon traxeal pay; 2, 3 – membranoz qism; 4 – halqasimon paylar; 5 – kekirdak tog'aylari; 7 – kekirdak bifurkatsiyasi; 8 – o'ng asosiy bronx; 9 – adventitsiya; 10 – perixondriy; 11 – tog'ay; 12 – shilliq qavat; 13 – kekirdak bezlari; 14 – membranoz qism; 15 – kekirdak mushaklari; 15 – kekirdak mushaklari; 16 –ichki tomirlar tarmog'i; 17 – tashqi tomirlar tarmog'i; 18 –kekirdak tomirlari

Kekirdak va bronxlarning fiziologiyasi. Kekirdak va bronxlarning asosiy vazifasi – bu havoni o'tkazish hisoblanadi. Kiprikchali epiteliy va shilliq bezlarning mavjudligi shira, yallig'lanish suyuqligi va havo orqali kiruvchi mexanik, kimyoviy va bakterial aralashmalarni chiqarib tashlanishiga yordam beradi. SHuningdek yo'tal refleksi ham muhim himoya vazifasini bajaradi.

4.5. Kekirdak va bronxlarni tekshirish usullari

Kekirdak va bronxlarni tekshirish ham optik tola bilan ta'minlangan yumshoq (egiluvchan) bronxoskoplar, ham qattiq bronxoskoplar yordamida amalga oshiriladi. Bemor og'zidan kiritilgan bronxoskop yuqori deb bronxoskopiya

nomlansa, avval qo'yilgan traxeostoma orqali kiritilgani esa – quyi bronxoskopiya deb ataladi.

Traxeobronxoskopiya – kekirdak va bronxlarni bevosita tekshirish usuli hisoblanadi. Bunda tashhis qo'yish, biopsiya, begona jismni olib tashlash, kichik o'lchamdagi xavfsiz o'simtani olib tashlash, bronxoektaziya va o'pka absessi, bronxlar silini davolash imkonini beradi (rasm 4.38). Rentgenoskopiya va rentgenografiya bronxdagi metall begona jismni aniqlash uchun katta ahamiyatga ega. Bronxdagi rentgen aniqlay olmaydigan begona jismni topishni bilvosita belgilarga qarab ham amalga oshirish mumkin. Xususan, atelektazning rivojlanishiga olib keluvchi bronxning to'liq yopilishida, rentgenogrammada o'pkaning tegishli segmenti atelektazi belgilari ko'rinadi.

4.6. Hiqildoq kasalliklari

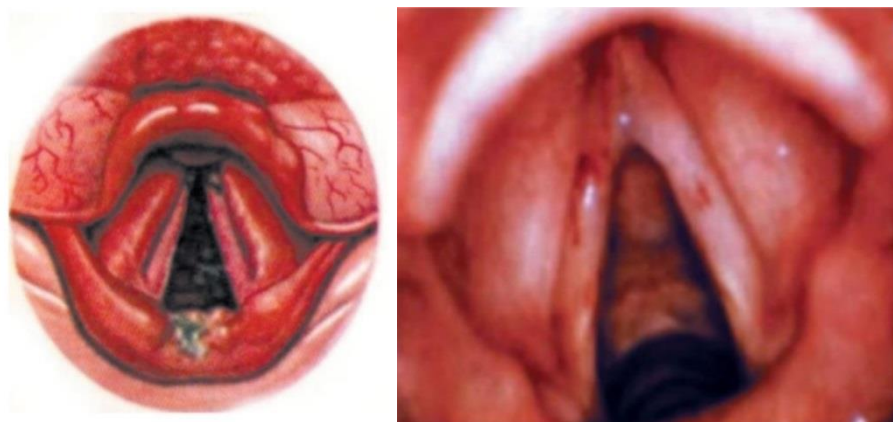
Tish-jag' tizimining patologiyasi bilan bog'liq bo'lgan hiqildoq kasalliklari birinchi navbatda maishiy va harbiy jarohatlar bilan bog'langan bo'lib, bunda jag'lar, xalqum jarohatlanganda nafas olish yo'lining stenoz tufayli yordam ko'rsatish zaruriyati tug'iladi. Ayrim hollarda stomatologiyada qo'llaniluvchi ayrim dori vositalari (masalan, yod nastoykasi)ga qarshi bemorda ta'sirchanlik bo'lgani uchun ro'y bergan stenoz natijasida ham tez yordam ko'rsatish talab qilinishi mumkin. Bundan tashqari bolalarda hiqildoqning ayrim yallig'lanish kasalliklari, istalgan ixtisoslikdagi shifokor zarur yordamni ko'rsata olishi lozim bo'lgan holatlarga olib kelishi mumkin.

O'tkir laringit

Hiqildoq shilliq qavatining eng ko'p tarqalgan kasalliklaridan biri o'tkir laringit (*laryngitis acuta*) hisoblanadi. Mustaqil kasallik sifatida o'tkir laringit ovoznining ko'p zo'riqishi oqibatida vujudga kelishi mumkin. Ko'p holatlarda esa u o'tkir respirator kasalliklar, masalan grippning yondosh kasalligi sifatida namoyon bo'ladi. ayrim hollarda kasallik sanoat korxonalarida ishlaganda chang, gazlarning ta'siri bilan bog'liq bo'ladi. O'tkir kataral laringit bilan kasallangan vaqtda hiqildoq shilliq qavatining o'zgarishi hiqildoqning barcha bo'limlarining yorqin ifodalangan giperemiyasi, shilliq qavatning shishishi bilan belgilangan bo'lib, bu

ayniqsa haqiqiy ovoz burmalarida ko'p seziladi (rasm 4.15). Me'yordagi ovoz burmalari o'tkir, yupqa qirraga ega bo'ladi, fonatsiya vaqtida butun uzunligi bo'ylab zich birlashadi. YAllig'lanish davomida burmalar qalinlashadi, ularning qirralari shalvirab qoladi, burmalarning tortilish va birlashish qobiliyati yo'qoladi.

Simptomlari (belgilari): Ovozning buzilishi, Xalqumda achishni sezish, yo'tal. Disfoniya (ovozning buzilishi) turli darajada bo'lishi mumkin. Ovoz yo'g'on, past, xirillagan bo'lishi mumkin. Afoniya ham vujudga kelishi mumkin – inson ovozini yo'qotadi. Laringoskopiyada hiqildoqning barcha bo'limlarining bir tekisdagi giperemiyasi aniqlanadi.



Rasm 4.15. O'tkir laringit

Davolash. Ovoz rejimi (tartibi)ga amal qilish, ya'ni qattiq gapirishni ta'qiqlash. Agar bemor kasbi ovozning zo'riqishi bilan bog'liq bo'lsa, unda ovoz funksiyasi to'liq tiklanmaganga qadar ishdan ozod qilish. Ovqatlanish tartibiga rioya qilish ham katta ahamiyatga ega – sovuq, juda issiq, o'tkir taomlarni iste'mol qilish ta'qiqlanadi. Xalqumning shilliq qavatini iliq sut, isitilgan mineral suv, bo'yinga qizdiruvchi kompressorlar bosish orqali qizdirish lozim. Oyoqqa issiq vanna, bug'li ingalyasiyalar ham davolash vositalariga kiradi. Aerozollar ko'rinishidagi antibiotiklar, xususan benzilpenitsillin, fuzafungin (bioparoks) aerozolini qo'llash ayniqsa samaralidir. SHuningdek hiqildoq yo'lida paydo bo'lgan qobiqlarni yumshatish va ko'chirishga yordam beruvchi ishqorli ingalyasiyalar ham qo'llaniladi, ular yo'talni kamaytiradi. SHishgan holatlarda tomir devorlarining o'tkazuvchanligini kamaytiruvchi dori vositalari qo'llaniladi

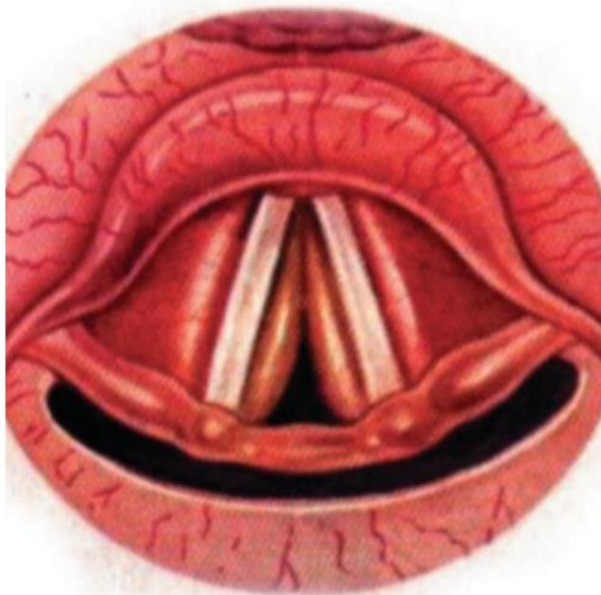
[prometazin (pipolfen), difengi-dramin (dimedrol), xloropiramin (suprastin), kalsiy xlorid], qo‘shimcha vositalar sifatida boldir mushaklariga xantalli malham qo‘yiladi.

Burma osti laringiti (soxta bo‘g‘ma)

Soxta bo‘g‘ma (*laryngitis subchordalis*)—jarayon asosan hiqildoqning burma osti bo‘limida ro‘y berayotgan o‘tkir laringit. Odatda 5-8 yoshli bolalarda kuzatilib, bu burma osti sohasining tuzilishi hususiyatlariga bog‘liq. Kichik bolalarda ovoz burmalari shilliq ostidagi siyrak to‘qima kuchli rivojlangan va yuqumli agentlar ta‘siriga tez javob qaytaradi. Stenozning rivojlanishiga bolalardagi hiqildoq tirqishining torligi ham sabab bo‘lishi mumkin. Bola yotgan holatda qon oqimining ko‘payishi oqibatida shish kattalashadi, shuning uchun tunda bola ahvolining yomonlashishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Kasallik odatda to‘satdan boshlanadi. YUqori nafas yo‘llarining shamollashi, burunning bitib qolishi va undan suv oqishi, subfebril harorat, yo‘taldan ham boshlanishi mumkin. Bolaning umumiy holati kunduzi qoniqarli bo‘ladi. Tunda nafas siqilishi, xirillagan yo‘tal, teri usti qavati sianozi (ko‘kimtir rangga kirishi) boshlanadi. Laringitdan farqi ovoz tiniq bo‘ladi. Inspirator hususiyatli nafas siqilishi bo‘yin chuqurchalari, o‘mrov usti chuqurchalari yumshoq to‘qimalarining tortilishi orqali kechadi. Bunday holat bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin, shundan so‘ng ko‘p miqdorda terlash yuz beradi, nafas olish engillashadi va bola uxlab qoladi. Ushbu holat 2-3 kundan keyin yana takrorlanishi mumkin.

Burma osti laringitining laringoskopik manzarasi – simmetrik valiksimon shish, ovoz osti bo‘shlig‘i shilliq qavatining giperemiyasi. Ushbu valiklar ovoz burmalari ostidan chiqib turadi va hiqildoq tirqishini sezilarli ravishda toraytiradi va shu tufayli nafasni siqib qo‘yadi (rasm 4.16).



Rasm 4.16. Burma osti laringiti

Tashhis. Haqiqiy difteriyali krupdan farqlanadi. Xalqum, hiqildoq va burundan difteriya tayoqchasini aniqlash uchun olingan surtmalarning bakteriologik tahlilini o‘tkazish lozim.

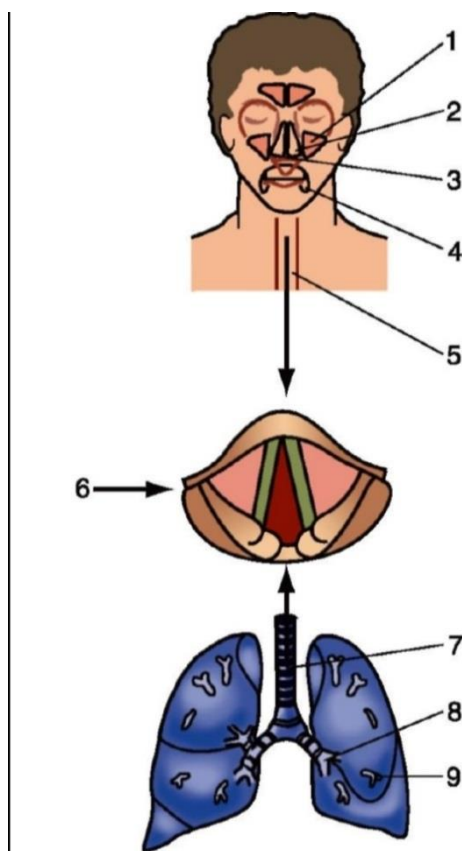
Davolash. Davolash yallig‘lanish jarayonini bartaraf qilish va nafas olinishini tiklashga qaratilgan. Antibakterial, antigistamin davolash o‘tkaziladi, sedativ vositalar tayinlanadi. SHishni kamaytirish maqsadida prednizoloni qo‘llash tavsiya qilinadi. Qo‘shimcha yordamchi muolajalar – oyoq uchun vannalar, xantal malhamlarini qo‘yish ham tavsiya qilinishi mumkin.

Nafas siqishi xurujini shpatelni xalqumning orqa devoriga tekkizib, qayt qilish refleksini chaqirish orqali to‘xtatishga urinib ko‘rish mumkin. YUqorida sanab o‘tilgan choralar naf bermagan taqdirda, nafas siqishi xavf solayotgan bo‘lsa, 3-4 sutka davomida nazotraxeal intubatsiya qo‘llaniladi, zaruriyat bo‘lsa traxeotomiya tayinlanadi.

Surunkali laringit.

Surunkali laringit (*laryngitis chronica*) uch shaklda uchraydi: kataral, giperplastik va atrofik shakllarda. Barcha shakllar uchun xalqumning ovoz hosil qilish funksiyasining buzilishi xosdir. Hiqildoqdagi surunkali yallig‘lanishiga ko‘p jihatdan kasbiy va zararli odatlar yordam beradi: ovozning zo‘riqishi, chekish va shu kabilar (rasm 4.17).

YUqori haroratga ega bo'lgan tamaki tutuni hiqildoq, kekirdak va bronxlarning shilliq qavatini quritadi. Bundan tashqari, tamaki tutuni shilliq qavatning turg'un giperemiyasiga sharoit yaratadi, bu esa ko'plab miqdordagi balg'am ajralib chiqishi bilan kechadigan yallig'lanish jarayoniga sabab bo'ladi. O'z navbatida balg'am ertalablari azobli yo'tal tutishini keltirib chiqaradi, chunki tamaki tutuni hiqildoq, kekirdak va bronxlarning kiprikli epiteliysi faoliyatiga putur etkazadi. Aynan shuning uchun yo'tal refleksi kunduzi kam namoyon bo'ladi: to'plangan balg'amni burma osti (ovoz osti) bo'shliqqa tomon tashilishi qiyin kechadi. Tunda esa kiprikli epiteliyning ish qobiliyati ma'lum bir darajada tiklanadi va u ta'sirlanishi yo'tal refleksiga va balg'amning ajralib hiqildoqning quyi bo'limiga siljitadi. Balg'am devorlarga yopishib qolgani uchun qiyinchilik bilan ajraladi va yo'tal kuchli bo'ladi. Hiqildoqning shilliq qavatida mikrojarohatlar vujudga kelishi mumkin bo'lib, bu ham yallig'lanish jarayonini qo'llab-quvvatlaydi.



Rasm 4.17. Surunkali laringit rivojlanish sabablari: 1 – sinusit; 2 – rinit; 3 – burun pardevorining qiyshayishi; 4 – tonsillit; 5, 7 – traxeit; 6 – hiqildoq; 8 – bronxit; 9 – bronxoektaziyalar

Surunkali kataral laringit

Surunkali kataral laringit – surunkali shamollashning eng ko‘p sodir bo‘ladigan va eng engil shakli hisoblanadi. Ushbu patologiyada asosiy etiologik omil bo‘lib ovoz apparatiga nisbatan uzoq muddatli zo‘riqish va noqulay sharoitlar – chekish xizmat qiladi.

Klinik manzarasi – xirillagan ovoz, ovozning charchoqligi, tembrning o‘zgarishi, xalqumdagi qichish, xalqumning quruqlashi, yo‘tal.

Laringoskopiyada hiqildoqning barcha bo‘limlari shilliq qavatining barqaror, yorqin bo‘lmagan, bir tekisdagi gipermisyasi kuzatiladi (rasm 4.18). Bundan tashqari, uning ozgina shishishi ham kuzatiladi.

Davolash. Etiologik omilning ta’sirini bartaraf etish, ovozga avaylab munosabatda bo‘lish lozim. Davolash asosan mahalliy olib boriladi. Xalqumqa antibiotik va gidrokortizon suspenziyasining eritmasi quyiladi. Dori vositalarining ingalyasiyasi, iqlimiy davolash tayinlanadi.

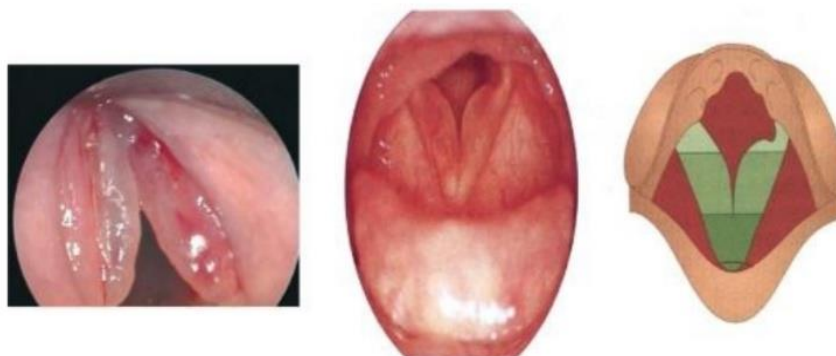


Rasm 4.18. Surunkali kataral laringit

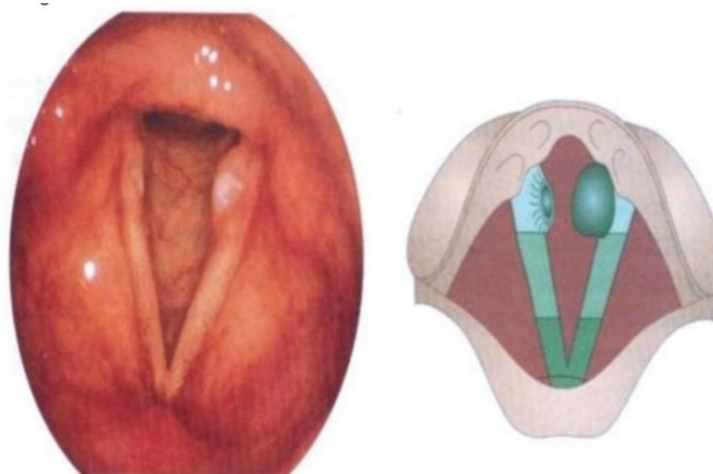
Surunkali giperplastik (gipertrofik) laringit

Surunkali giperplastik (gipertrofik) laringitda ovoz, vestibulyar burmalar, cho‘michsimon bo‘shliq oralig‘idagi shilliq qavatning qalinlashishi ro‘y beradi (rasm 4.19-4.21). Qalinlashgan ovoz burmalari ovoz tirqishini yopish qobiliyatini yo‘qotadi. Bu ovoz tirqishini yopuvchi mushaklarning yanada ko‘proq ishlashini talab qiladi, bu esa ularning charchashi va oxir-oqibat ovozning barqaror

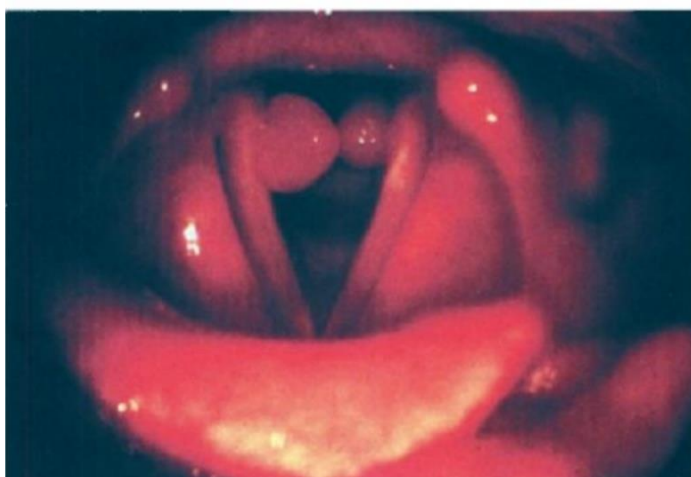
buzilishiga olib keladi. Ovoz burmalarining qalinlashishi diffuz (aralash) va cheklangan bo‘lishi mumkin.



Rasm 4.19. Surunkali gipertrofik laringit (Reynke shishi)



Rasm 4.20. Surunkali gipertrofik laringit (kontakt granulema)



Rasm 4.21. Intubatsion granulema

Surunkali laringitning shakllaridan biri bo‘lib “qo‘shiqchilar tuguni” hisoblanadi. Ushbu holatlarda ovoz burmalarining erkin qirrasida oldingi va o‘rta

uchdan bir qismi chegarasida burmalarning birlashishiga to‘sqinlik qiluvchi uncha katta bo‘lmagan do‘ngliklar vujudga keladi. Laringitning ushbu turi odatda ovoz zo‘riqishi tufayli yuzaga keladi (rasm 4.22).

Davolash. SHilliq qavatga ta’sir qiluvchi dori vositalarini aralash (kompleks) qo‘llash, lazer yordamida olib tashlash, kriodestruksiya, shuningdek, shilliq qavatning gipertrofik (juda kattalashgan) joylarini olib tashlashga qaratilgan jarrohlik aralashuvi olib boriladi. Mikroskop ostidagi mikrojarrohlik amaliyoti ham “qo‘shiqchilar tugunlari”da yaxshi samarali beradi.



Rasm 4.22. Qo‘shiqchilik tugunlari

Surunkali atrofik laringit.

Surunkali atrofik laringit –davolash uchun eng qiyin bo‘lgan kasallik hisoblanadi. Chunki unda faqat atrofik laringitga hos bo‘lgan u yoki bu sezgilarni bartaraf qilishga qaratilgan palliativ usullarni qo‘llash mumkin. Surunkali laringitning mazkur shakli asosida nafaqat hiqildoq, balki burun, xalqum, kekirdaklarning ham shilliq qavatidagi distrofiyali jarayonlar yotadi. Bu xastalik shilliq qavatning tizimli kasalligi hisoblanadi. Bemorlar otorinolaringologga xalqumning quruqlashi, unda begona jism hissini sezish, ovozning buzilishi va shivirlashgacha etish (afoniya), qobiqlarning qurishi kabi shikoyatlar bilan murojaat qiladi. YAKuniy tashhisni bilvosita laringoskopiyaning amalga oshirgan holda qo‘yish mumkin bo‘lib, bu vaqtda hiqildoqning rangpar qobig‘i, uning va ovoz burmalarining yupqalishishi va ularning o‘rta chiziq bo‘yicha birlashmasligi

aniqlanadi. Ovoz tirqishining yo'lida sariq rangdagi yopishqoq, qobiqqa aylanuvchi balg'am ko'rinadi.

Davolash. Hiqildoq tirqishini maxsus xalqum shpritsi yordamida shilliq qavatlarni namlashga, qobiqlarni yumshatish va ko'chirishga, shilliq qavatning nafas olganda qurishdan saqlashga yordam beruvchi eritmalar bilan ishlov beriladi. Bunday eritmalar shilliq qavatni ta'sirlantiruvchi va shu orqali shilliq qavatning qurishdan saqlashga yordam beruvchi, shilliq bezlarning faoliyatni yo'lga qo'yuvchi vositalar bo'lishi mumkin. Ishqorli ingalyasiyalar yopishqoq balg'amlarning ajralib chiqishi va qobiqlarni yumshatishga yordam beradi. Ingalyasiyalardan oqilona foydalanish ularning kun davomida takroriy qo'llanilishini talab qilgani uchun, bemorning o'zi uy sharoitida moyli preparatlarni purkovchi cho'ntak ingalyatorlaridan foydalanishi mumkin. Statsionar (turg'un) ingalyatorlar aerzollarni hosil qiluvchi apparatlar bilan jihozlangan bo'lib, ushbu aerzollar nafaqat hiqildoq va kekirdakgacha, balki mayda bronxlar va alveolagacha etib boradi. Aerzollar ko'rinishida organizmga kiruvchi dori vositalari, jigarni chetlab o'tgan holda kichik qon aylanish doirasiga kirib boradi, bu esa ularing uzoq muddatli faolligini ta'minlaydi.

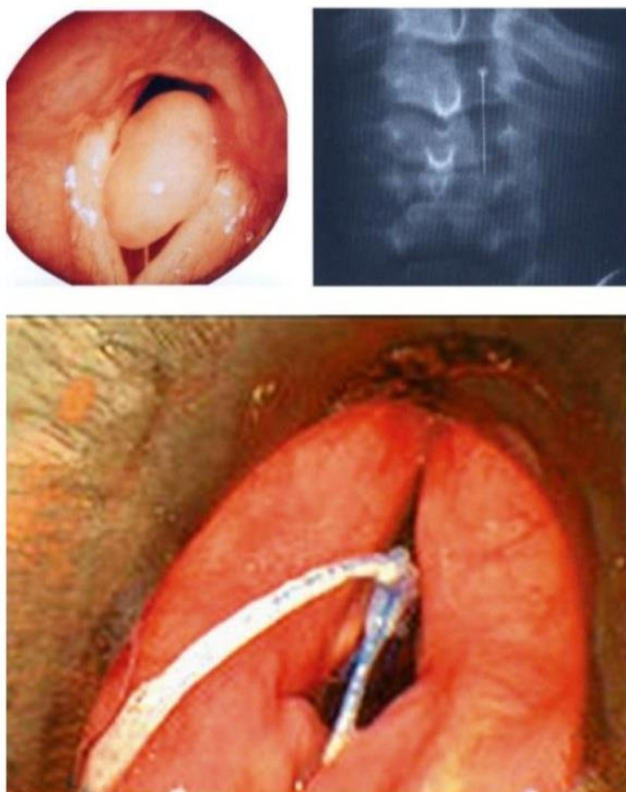
Hiqildoq o'tkir stenozi

Hiqildoq kasalliklarining alohida toifasini ovoz tirqishining torayishiga olib keluvchi patologik jarayonlar tashkil qiladi.

Etiologiya. Ovoz tirqishi yo'lining ro'y berayotgan o'tkir torayishining sabablari bo'lib nafaqat hiqildoq shilliq qavatining yallig'lanish kasalliklari, balki stomatologiyada qo'llaniluvchi ayrim dori vositalari (antibiotiklar, yod damlamasi va boshqalar)ga nisbatan bemorda vujudga keladigan allergik shishlar va jarohatlar ham xizmat qiladi. Bir qator hollarda nafas olish tirqishining juda tez rivojlanuvchi torayishi – begona jism (ovqat parchasi, ichilayotgan suyuqlik, echiladigan tish protezlarining qismlari va shu kabilar)ning tushishi oqibatida ovoz tirqishini kengaytiruvchi mushaklarning spazmi (tortishib qolishi) yuz beradi.

Ko'p hollarda alkogol mastlik holatida bo'lgan odamlarda, og'iz bo'shlig'i, hiqildoq, xalqumning refleksogen zonalari nazorati kamaygan vaqtda

nafas yo‘liga ovqat mahsulotlarining tiqilib qolish holatlari uchrab turadi va bu begona jismlarning nafas olinishiga imkon yaratadi (rasm 4.23).



Rasm 4.23. Hiqildoqdagi begona jism (nina to‘g‘nag‘ich)

Klinik manzarasi. Hiqildoq o‘tkir stenozining asosiy simptomlariga nafas siqilishi, shovqinli zo‘riqib nafas olish kiradi. Ko‘rik vaqtida hiqildoqning torayishidan kelib chiqqan holda o‘mrov usti chuqurchalari va qovurg‘a oraliqlarining tortilishi, nafas olish ritmining buzilishi kuzatiladi. Hiqildoq stenozida nafas siqilishi inspirator hususiyatga ega bo‘ladi, ovoz o‘zgaradi, qo‘rquv hissi, asabiy harakatlar, yuz giperemiyasi, ko‘p terlash, pulsning tezlashishi, lab, burun va tirnoqlar sianozi paydo bo‘ladi. Bu organizmda karbonat angidridning to‘planib qolganligi bilan bog‘liq bo‘ladi.

Hiqildoq o‘tkir stenozini rivojlanishiga olib kelgan sababdan kelib chiqib, shifokor bemorga shoshilinch yordam ko‘rsatishda davolash taktikasini tuzadi – konservativ yoki jarrohlik choralarni amalga oshiradi. Bunday masuliyatli jarayonda kasalning haqiqiy ahvoriga baho bera olish qobiliyati katta ahamiyatga ega, bunga esa ovoz tirqishining torayish darajasidan kelib chiqib hiqildoq

stenozining klinik manzarasini bilish imkon beradi. Aynan ovoz tirqishining kengligi hiqildoq stenozining klinik manzarasini belgilaydi. Nafas olish tirqishi toraygan vaqtda is gazi miqdori oshgan holatlarda nafas olish jarayonining o'zgarishi ro'y beradi. Zarur miqdordagi havoning toraygan nafas olish tirqishidan o'tishi uchun nafas olinishi odatdagidan uzunroq bo'lishi, tanaffus va nafas chiqarish vaqti qisqaroq bo'ladi. SHu tarzda inspirator turdagi nafas siqilishi rivojlanadi, ya'ni ushbu holatlarda nafas olinishi yanada qiyinlashadi. Klinik nuqtai nazardan shifokor bemorning hayotini saqlab qolishi uchun hiqildoq stenozining to'rtta bosqichini farqlay olishi zarur .

Hiqildoq stenozi bosqichlari.

•I – *kompensatsiya*. Ushbu bosqichda nafas olish faoliyatini boshqaruvchi mexanizmlar hisobiga toraygan nafas olish tirqishi orqali kelib tushayotgan havo miqdori kompensatsiya yoki o'rnini to'ldirilishi ro'y beradi – nafas olish harakatlari soni kamayadi, nafas olish shovqinli bo'ladi, uning davomiyligi sezilarli ravishda ortadi, nafas olish va chiqarish orasidagi tanaffus qisqaradi, nafas chiqarish qisqa va keskin bo'ladi, qisqa tanaffusdan keyin ham uzun nafas chiqarish ro'y beradi. Tinch holatda odam nafas siqilishini sezmasligi ham mumkin, u jismoniy harakat vaqtida o'zini namoyon qiladi. Odatda ushbu bosqichda bemorlar noqulayliklarni his etishmaydi. Ovoz tirqishining kengligi 5-6 mm ni tashkil qiladi.

•II – *subkompensatsiya*. Mazkur bosqichda qo'shimcha mexanizmlarning safarbar etilishi hisobiga organizm nafas olish tirqishining torayishi bilan kurashish qobiliyatiga hali ega bo'ladi, ammo zarur miqdordagi havoning o'rnini to'ldirish tobora qiyinlashib boradi va katta zo'riqish bilan amalga oshiriladi. Inspirator tipidagi nafas siqilishi yanada yorqinroq ifodalana boshlaydi –uzun nafas olish katta qiyinchilik bilan bajariladi, uzun nafas olish va keskin, qisqa nafas chiqarish orasidagi tanaffus butunlay yo'qoladi. Nafas olish davomiyligi yanada qisqaradi. Ko'krak qafasining yumshoq joylari (qovurg'a oralig'i, o'mroq usti chuqurchalari, ko'krak suyagi dastasi (sopi) ustidagi soha)ning ichkariga tortilishi seziladi. Inson majburan bitta holatda, ya'ni boshini orqaga qilgan va karavot chekkasini qo'llari

bilan ushlagan holda turishga to'g'ri keladi. Bemorning xavotir olishi seziladi, akrotsianoz rivojlana boshlaydi. Ovoz tirqishining kengligi 4-5 mm ni tashkil qiladi.

•III – *dekompensatsiya*. Bemor xavotirlanishi yuqori cho'qqisiga etadi, u xonada u yoqdan bu yoqqa tashlanadi, havo kelishini ko'paytirishga intilib bo'ynidagi kiyimni yirtib tashlashi mumkin. Bemorning yuzi yopishqoq va sovuq ter bilan qoplanadi, ko'zlari kosasidan chiqib ketgudek bo'ladi, ularda qo'rquv (vahima) aks etadi. YUz terisining rangi qizg'ish-ko'kimtir rangga kiradi va ushbu rang kuzatuvchining ko'z o'ngida bo'yin va ko'krak sohasiga tarqala boshlaydi. Mazkur bosqichda nafas olish tezlashadi, biroq yuzaki, nafas harakatlari ko'z zo'rg'a ilg'aydigan darajada bo'ladi, chunki ko'krak qafasi qariyb harakatsiz va faqatgina hiqildoq do'ngchasi (kekirdak) yuqori va pastga qarab keskin harakat qiladi. Ovoz va yo'tal tovushsiz, tomir urishi tezlashadi, hushi o'zida bo'ladi. Ovoz tirqishi kengligi 2-3 mm ni tashkil etadi.

IV – *asfiksiya* (bo'g'ilish). Hiqildoq stenozining oxirgi bosqichi. Ushbu holatda hushini yo'qotishi yoki u chalkash bo'lishi mumkin, nafas olish harakatlari kuzatilmaydi yoki CHEyn-Stoks nafas turiga o'xshaydi. Teri qavati ko'kimtir va rangsiz. YUrak faoliyati davom etadi, ko'z qorachig'lari keskin kattalashadi. Ovoz tirqishining kengligi 1 mm va undan kichik bo'ladi.

Davolash. Hiqildoq o'tkir stenozi vaqtida shoshilinch yordam usulini tanlash stenozning bosqichi, uning sababi (begona jism, shish, jarohat, sohta yoki difteriyali krup), bemorning holatiga qarab amalga oshiriladi (rasm 4.24).

Hiqildoq o'tkir stenozi vaqtida yordam ko'rsatish bo'yicha tadbirlar konservativ yoki jarrohli bo'ladi. Xalqumga begona jism tushganda birinchi yordam ko'krakka turtish usuli orqali ko'rsatilishi mumkin (qarang, rasm 4.24).



Rasm 4.24. Hiqildoqda begona jism tushganda shoshilinch yordam (epigastral sohaga kuchli va keskin siqish)

Konservativ choralar burma osti bo'shlig'i, cho'michsimon tog'aylar va cho'michsimon bo'shliq sohalari, hiqildoq ustining til yuzasi shilliq qavatlarida yallig'lanish yoki allergik shish bilan belgilangan hiqildoq stenozining birinchi bosqichida qo'llanilishi mumkin. SHuni ham yodda tutish lozimki, hiqildoqning istalgan bo'limida vujudga kelgan shish ovoz burmalari, burma osti bo'shlig'i sohasiga ham tezda tarqalishi mumkin. Aynan shuning uchun har qanday shish paydo bo'lganda bemorni LOR bo'limiga yotqizish zarur va faqat shu erdagina unga to'liq hajmda yordam ko'rsatiladi. Dori-darmonli destenozlashni o'tkazish yanada samarali bo'ladi (antigistamin, glyukokortikoidli va dehidratatsiyali preparatlarni o'z ichiga olgan preparatlarni bir vaqtning o'zida tayinlash). SHish orqali belgilangan hiqildoq stenoziga qarshi kurashish choralari quyidagi amallarni o'z ichiga oladi:

- yordamchi vositalar – oyoqqa issiq vannalar (bemor oyoqlari tizzagacha issiq suvga solinadi);
- boldir mushaklariga xantal malhamini qo'yish;
- to'qimalarning shishini kamaytiruvchi, peshob haydovchi dori vositalari (furosemid, laziks), tomir devorlarining o'tkazuvchanligini kamaytiruvchi [prometazin (pipolfen), difengidramin (dimedrol), xloropiramin(suprastin)], glyukokortikoidlar (gidrokortizon, prednizolon mushak ichiga, 120 mg dozada);
- nafas olish markaziga yordam beruvchi dori vositalari (1 ml dozada 1% lobelin eritmasi);

- antibiotikli aerozollar;
- kislorodli ingalyasiyalar (namlangan kislorod); bolalar uchun burunkekirdak intubatsiyasi.

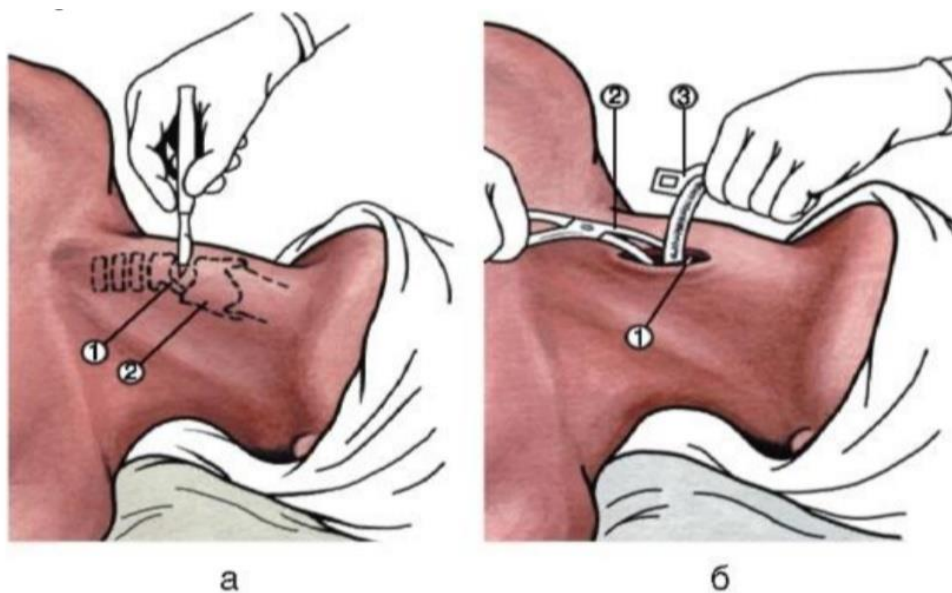
SHoshilinch jarrohlik yordami. Nafas olish yoʻlining oʻtkir torayishida shoshilinch yordam koʻrsatish sharoitlaridan kelib chiqqan holda, shifokor nafas yoʻllarini ochish usulini tanlashi kerak. SHifokor nafasi boʻgʻilgan bemorga yordam koʻrsatish vaqtida uchraydigan asosiy qiyinchiliklar bemorning ahvolini tez va toʻgʻri baholash, uning juda katta xavotiri, nafas boʻgʻilishining kuchayishi sharoitida qoʻlidagi imkoniyatlarni chamalay olishdan iborat boʻladi. Jarrohlik aralashuvini amalga oshirish boʻyin vena tomirlarining yaqqol qonga toʻlishi, ayrim hollarda esa bemor boʻynining anatomik hususiyatlari – koʻp miqdordagi yogʻ toʻqimalari, qisqa boʻyin kabilar tufayli qiyin boʻlishi mumkin.

Anʼanaviy traxeotomiyani oʻtkazish uchun sharoitlar boʻlmagan hollarda stomatolog shifokor bemorning hayotini saqlab qolishga va uni traxeotomiya oʻtkaziladigan davolash muassasiga etkazishga imkon beradigan operatsiyani amalga oshira olishi lozim. Eng noqulay sharoitlarda (transport vositasida, koʻchada, jamoat joylarida va shu kabilar) amalga oshiriladigan bunday jarrohlik aralashuvi boʻlib konikotomiya hisoblanadi.

Konikotomiya – bu uzuksimon togʻay halqasining yuqori boʻlimlarini qalqonsimon togʻayning pastki qirrasi bilan ulab turuvchi hiqildoqning konussimon paylari joylashgan joyda nafas yoʻlini ochish. Bosh orqaga egilgan vaqtda yaxshi paypaslanadigan uzuksimon togʻay va qalqonsimon togʻaylarning qirralari oʻrtasidagi kichik chuqurchani yopib turuvchi konussimon pay sohasida yirik qon tomirlari mavjud emas. Teri hiqildoq boʻshligʻi, uning pastki qismi, ovoz osti boʻshligʻida joylashgan ana shu payni tashqaridan qoplab turadi. Aynan shuning uchun teri va konussimon paylar keilgandan soʻng, qoʻl ostida mavjud boʻlgan kesuvchi perimet (oshxona pichogʻi, ustara, qaychi va boshqalar)yordamidatoʻqimalarni koʻp qonatmasdan osongina nafas yoʻliga kirish mumkin boʻladi.Nafas yoʻliga kirgandan soʻng hosil boʻlgan yoriqqa kichik

diametrli mustahkam devorli naycha kiritilishi lozim. Nafas kanyulyasi (naycha) bemorga traxeotomiya o'tkazilguniga qadar nafas olib turish imkonini beradi.

Konikotomiyani amalga oshirishda uzuksimon yoki qalqonsimon tog'ay, ovoz osti bo'shlig'i shilliq qavatiga tasodifan shikast etkazish xavfli bo'lishi mumkin (rasm 4.25). Bu keyinchalik granulyasiyalar, perixondritning rivojlanishiga, natijada chandiq to'qimasi hisobiga ovoz osti bo'shlig'ining torayishiga olib kelishi mumkin. Bular o'z navbatida, nafas yo'lining konikotomiyadan so'ng uzoq muddat davomida torayishini belgilab beradi. Aynan shuning uchun ushbu jarrohlik amali shifokor uchun mavjud vaziyatlar tufayli boshqa usullarni amalga oshirishga ulgura olmaydigan tanlov operatsiyasi bo'lib hisoblanadi. Jarohatda naychani istalgan usulda, hattoki qo'l bilan ushlagan holda ham bemorni kerakli muassasaga transportda olib borish imkoniyatiga ega bo'ladi.



Rasm 4.25. Konikotomiya: a) 1 –uzuksimon tog'ay; 2 – qalqonsimon tog'ay; b) 1 – kesim; 2 –Trusso kekirdak kengaytirgichi; 3 – traxeotomik naycha.

Konikotomiyani bajarish uchun o'tirgan bemor boshi orqaga tashlanadi va konussimon pay turgan joy yanada yaxshiroq bo'rtib ko'rinadi. Biroq uni qalqonsimon tog'ayning oldidan to barmoqning uchi tushadigan kichik chuqurchagacha paypaslagan (siypalagan) holda topish afzalroq. Izlangan joy topilgandan so'ng, hattoki anesteziya qo'llamasdan, vaqtni yo'qotmaslik uchun gorizontal kesish orqali kesuvchi qurolni sanchish, terini, konussimon payni qirqish va hiqildoqning Burma osti bo'limi tirqishiga kirish lozim. Ushbu sohaning

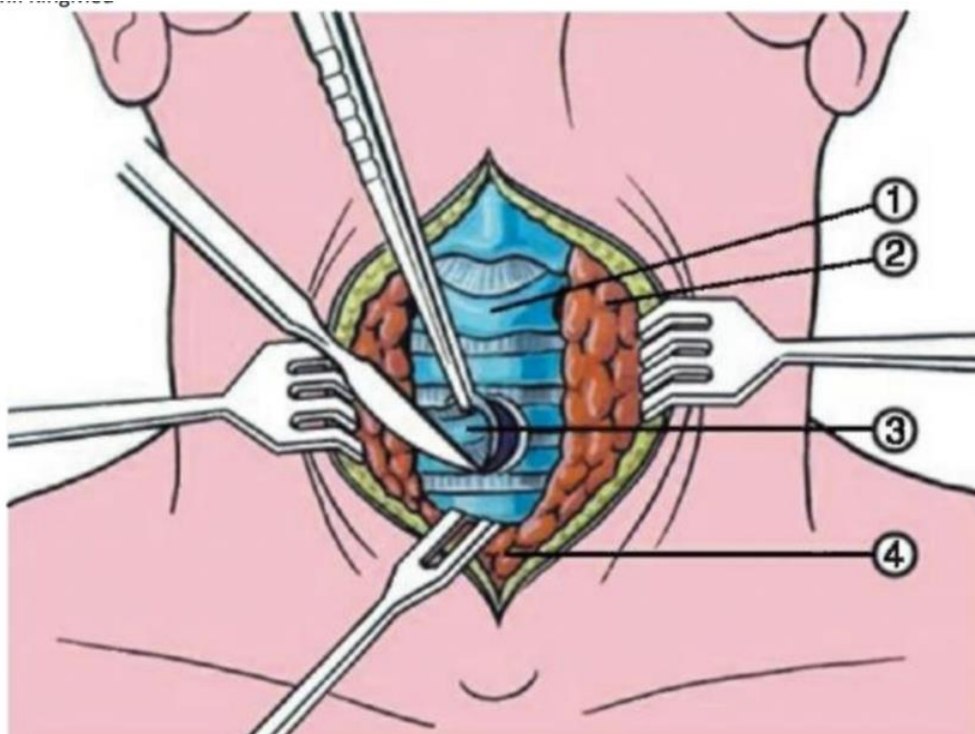
orqasidagi bo‘limlarga shikast etkazmaslikka harakat qilish kerak. Kesma (yoriq)ga kiritilgan naycha juda keng bo‘lmasligi zarur, chunki ushbu holatda u atrofdagi to‘qimalarni ezib qo‘yishi va shu sababli qarshi yallig‘lanish jarayonini keltirib chiqarishi mumkin (qarang, rasm 4.25).

Traxeotomiya (hiqildoq yo‘lini ochish) –hiqildoqning turli mumkin bo‘lgan kasalliklari va jarohatlanishida bemorning hayotini saqlab qolish usuli bo‘lib, qadim davrlardan buyon ma’lum. Ammo hozirgacha ushbu jarrohlik amaliyoti ma’suliyatli amaliyotlar qatoriga kiritiladi, chunki o‘z vaqtida va to‘g‘ri bajarilgan traxeotomiya nafaqat insonning hayotini saqbalb qoladi, balki keyinchalik ham bemorning to‘liq tuzalib ketishiga olib keladi.

Traxeotomiyani o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar:

- o‘tkir, yarim o‘tkir ravishda vujudga kelgan nafas olish yo‘llarining torayishi (o‘tkir respirator-virusli kasalliklar va boshqa infeksiyalar);
- bosh chanog‘i va miyaning og‘ir jarohatlari;
- “quyi bronxoskopiya”ni o‘tkazish, ya’ni bronxoskopni og‘iz bo‘shlig‘idan emas, balki oldindan hosil qilingan traxeostoma orqali kiritish.

Traxeostomani o‘rnatish quyidagi qoidalar bo‘yicha amalga oshiriladi (rasm 4.26).



Rasm 4.26. Traxeotomiya texnikasi: 1 – uzuksimon tog‘ay; 2 – qalqonsimon bez; 3 – kekirdak; 4 –qalqonsimon bez bo‘yinchasi

Bemorni chalqanchasiga (beliga) yotqizib traxestomiyani o‘tkazish eng ommaviy usuldir, biroq ayrim hollarda traxeostomiyani bemorni o‘tirg‘izgan va boshini orqaga tashlagan holatda ham amalga oshirishga to‘g‘ri keladi.

Avvaliga ish qulayligi uchun bo‘yin orqasiga valik qo‘yiladi. Keyinchalik ushbu valik kekirdakda amaliyotni osonroq o‘tkazish uchun bemorning beliga ko‘chirish lozim. Operatsiya boshlanishida valikni bel ostiga o‘tkazish kerak emas, chunki bu vaqtda bemorning nafas olishi yanada qiyinlashgan bo‘ladi va faqat jarroh ko‘z oldida kekirdak ochilganidan so‘ng, u bilan ishlashni qulaylashtirish maqsadida kekirdak yo‘lini ochish uchun sanoqli soniyalar qolganini bilgan holda valikni bemorning beli ostiga surib qo‘yish mumkin.

Traxeotomiyani shoshilinch operatsiya sifatida o‘tkazganda ko‘p hollarda mahalliy og‘riqsizlantirish qo‘llaniladi. Ayrim hollarda, bemor asfiksiya (nafas bo‘g‘ilishi) xavfi bo‘lgan favqulodda vaziyatlarda jarrohlik amaliyoti hech qanday og‘riqsizlantirishsiz o‘tkaziladi. Agar operatsiya rejali bo‘lsa, unda hozirgi vaqtda og‘riqsizlantirishning oqilona usuli bo‘lib intubatsion narkoz hisoblanadi va ana shu holatdagina boshqariladigan nafas olish vaqtida jarrohlik amaliyotini bemorni avaylagan holda o‘tkazish mumkin. Mahalliy og‘riqsizlantirish uchun prokain (novokain) va lidokain (1-2%) eritmalaridan foydalaniladi. Kekirdak devoriga kirishga imkon beruvchi bo‘yinning oldingi yuzasidagi mo‘ljallar: hiqildoq do‘ngchasi, uzuksimon tog‘ay yoyi, bo‘yinturuq mushagi. Bo‘yinning oldingi yuzasida terini kesish chizig‘i qat‘iy o‘rtadan o‘tishi lozim. Aks holda jarroh xato qilishi va kekirdakning yonidan o‘tib ketishi mumkin.

Traxeotomiya turidan kelib chiqqan holda (yuqori, o‘rta yoki quyi) jarroh yuqori va o‘rta traxeotomiyani o‘tkazishda – o‘ng, quyi traxeotomiyani o‘tkazishda esa – chap tomonda turadi. Bu kekirdakni ochishning turli sathlari (balandligi)da bo‘yinni kesishni qulaylashtirish uchun kerak.

Terini kesish hiqildoq do‘ngchasining o‘rtasidan 5-6 sm masofada bo‘yin mushagiga tomon amalga oshiriladi.

Teri va teri osti yog'ini qorin skalpeli yordamida kesilganidan so'ng (agar kesish uchi o'tkir skalpel bilan bajarilsa, unda hiqildoqning yuqoriga va pastga yaqqol ifodalangan ekskursiyalarda skalpel uchi chuqur kirib ketishi mumkin, bu esa nafaqat mushak to'qimalari, balki qalqonsimon bez bo'yinchasining shikastlanishiga ham olib keladi) bo'yinning oq chizig'i – ko'krak-til osti mushaklarining birlashgan joyi topiladi. Ushbu chiziq teri ochilganidan so'ng kesilgan jarohatda ko'rinsa, unda kesma yo'nalishi to'g'ri topilgan deb hisoblash mumkin.

Bo'yin oq chizig'ini teri kesmasining barcha uzunligida kesish lozim. Uning ostida joylashgan qalqonsimon bez bo'yinchasiga jarohat etkazmaslik uchun ushbu chiziqni skalpel bilan emas, balki qaychi yordamida kesish lozim. Oldindan, pay rangidagi ushbu chiziqning taxminan o'rtasidan ikkita pinset yordamida to'qima ko'tariladi va qaychi yordamida ko'ndalang kesma qilinadi. Ushbu kesmaga ustidan va tagidan ariqchasimon zond kiritiladi va uning yordamida teri kesimining butun uzunligida bo'yin oq chizig'ining to'qimasi kesiladi. Mushaklar chetga olingandan so'ng kekirdakni yopib turuvchi qalqonsimon bezning qonga to'lgan bo'yinchasi yaxshi ko'rinib turadi. Qalqonsimon bez bo'yinchasining yuqori traxeotomiyasini amalga oshirish uchun, uni kekirdak devoriga biriktirib turuvchi muskul pardasi kesmasi hisobiga avvaldan tayyorlangan qilingan uchi o'tmas ilgak bilan pastga tortiladi va kekirdakning birinchi halqalari ochiladi. Quyi traxeotomiya o'tkazilishi ehtimol qilingan hollarda, qalqonsimon bez bo'yinchasi yuqoriga ko'tariladi va kekirdakning 3-5 halqalari sohasi ochiladi.

Kekirdak tirqishini ochishdan avval qon ketishini to'liq to'xtatish zarur. Yo'tal refleksini to'xtatish uchun kekirdak shilliq qavati 1 ml miqdordagi 5% kokain eritmasi yoki 1% tetrakain (dikain) kekirdak halqalari orasiga kiritib og'riqsizlantiriladi. YUqori traxeotomiyani amalga oshirishda kekirdakning ikkinchi va uchinchi halqasi kesiladi, o'rta traxeotomiyada – uchinchi va to'rtinchi, quyi traxeotomiyada –to'rtinchi va beshinchi halqalari kesiladi. YUqori traxeotomiyani o'tkazish vaqtida kekirdakning ikkinchi halqasini kesayotganda ovoz osti bo'shlig'ining shilliq qavatiga jarohat etkazmaslikka intilish zarur,

chunki ushbu soha to‘qimalari shikastlangan va traxeotomiya naychasi uzoq vaqt shu joyda turgan taqdirda granulyasiya vujudga keladi, so‘ngra hiqildoq yo‘lini toraytiruvchi doimiy chandiq hosil bo‘ladi, buning natijasida bemor uzoq vaqt davomida traxeotomik naychani taqib yurishiga to‘g‘ri keladi.

Hiqildoq stenozida vaqtida hiqildoq va kekirdak yuqori va pastga keskin harakatlar qilgani sababli, kekirdak devorini to‘g‘ri kesish uchun hiqildoqni bir joyda qiqmirlaymadigan qilib qotirish lozim. Buning uchun shifokor yordamchisi o‘tkir bir tishli ilgakni uzuksimon tog‘ay yoyiga sanchib, hiqildoqni yuqoriga tortadi va uni kekirdakni ochish uchun zarur bo‘lgan vaqt davomida tortib ushlab turadi.

Kekirdak halqalarini kesish uchi o‘tkir skalpel yordamida amalga oshiriladi. Kekirdakning orqa devoriga shikast etkazmaslik uchun skalpelning faqat kekirdak devorining barcha qalinligini (0,5 sm) kesa oladigan uchini ochiq qoldirgan holda, qolgan tig‘ini ho‘l paxta bilan o‘rab qo‘yish lozim. Ikkita halqa yoki halqalar orasidagi payni kesgandan so‘ng ushbu kesmaga jarohatni kengaytiruvchi moslama kiritiladi va uning yordamida kekirdak devoridagi tirqish kengaytiriladi va tegishli raqamdagi (1-5) traxeotomik naycha o‘rnatiladi



Rasm 4.27. Traxeotomik naycha

Naychalar metalldan tayyorlangan yoki plastmassali bo‘ladi (rasm 4.27). Traxeotoma o‘tkazilganda zarur bo‘lgan ichki va tashqi naychalar mavjud. Ichki naycha shilimshiq, balg‘am, qobiqlari bilan to‘lib qolgan hollarda uni sug‘urib

olish zarur, tashqi naycha esa kekirdakda qoladi. Ichki naycha toazalangandan so'ng o'z joyiga o'rnatiladi va bemor erkin nafas olishi mumkin. Kekirdak devoridagi kesmaga traexeotomiya naychasini kiritish qoidalarini bilish lozim. Ko'rsatkich va bosh barmoq bilan naychani ushlagan holda avval naychani bemor bo'yniga ko'ndalang holda qo'yiladi va naycha uchi kekirdakda ochilgan tirqishga yaqinlashtiriladi. Naycha uchi kekirdak tirqishiga kirganda, naychani shunday aylantirish kerakki, bunda u bo'yin uzunasi bo'ylab joylashishi va kekirdakga kirishi lozim.

Naychani bo'yinda juda mustahkam o'rnatish zarur va albatta tasma uchlarini operatsiyadan keyin o'z-o'zidan echilib ketmasligi va naycha traxeostomadan tushib qolmasligi uchun ikkitalik tugun bilan bog'lab qo'yish kerak. Tugunni bo'yinning yon tomonida bog'lab qo'yish lozim, chunki ushbu holatda u yotgan bemorga halaqit bermaydi va tibbiy xodim tomonidan osongin nazorat qilinishi mumkin. Kanyulya (naycha) kiritilganidan so'ng jarohat naychaning ustidan yoki tagidan 1-2 chok qilib tikiladi.

Traxeotomiya qilingan kasal tibbiy xodimlarning doimiy nazoratida bo'lishi kerak. Traxeotomiya o'tkazilganidan keyin birinchi soatlarda nafas harakatlarining xususiyatlarini kuzatish lozim, chunki boshlanishida bemorga naycha orqali nafas olishga o'rganish qiyin bo'ladi. SHuning uchun bir qator hollarda lobelin yuborish orqali nafas markaziga yordam berishga to'g'ri keladi.

Traxeotomiyaning ehtimolli asoratlari

- yumshoq to'qimalarni kesganda yo'nalishni yo'qotish. Qalqonsimon bez bo'yinchasi jarohatlanganda kuchli qon ketishi.

- Kekirdak devori tayyorgarliksiz va shoshilinch kesilganda qon aspiratsiyasi (qonning nafas yo'liga ketishini oldini olish). Hiqildoq va kekirdakni ishonchli qotirishga muvaffaq bo'lmagan hollarda skalpelning juda chuqur kirib ketganda kekirdak orqa devorining shikastlanishi va qizilo'ngachga etib borishi.

- Traxeotomiya naychasini ajratilgan, ammo hali kesilmagan kekirdak va uning devori orasidagi shilliq qavat o'rtasiga kiritish – kekirdak tirqishining yopilib qolishi ro'y beradi.

•kekirdak devoridagi jarohat kattaligi naycha diametriga to'g'ri kelmagan, teri esa butun uzunlik bo'ylab tikilgan holatlarda teri osti emfizemasining vujudga kelishi. Nafas olganda va ayniqsa yo'tal tutganda teri osti yog' to'qimasiga kirib qoladi va shu tufayli avvaliga bo'yin sohasini qamrab oluvchi, keyinchalik esa ko'krak qafasiga tarqaluvchi emfizemaning rivojlanishiga sharoit yaratadi.

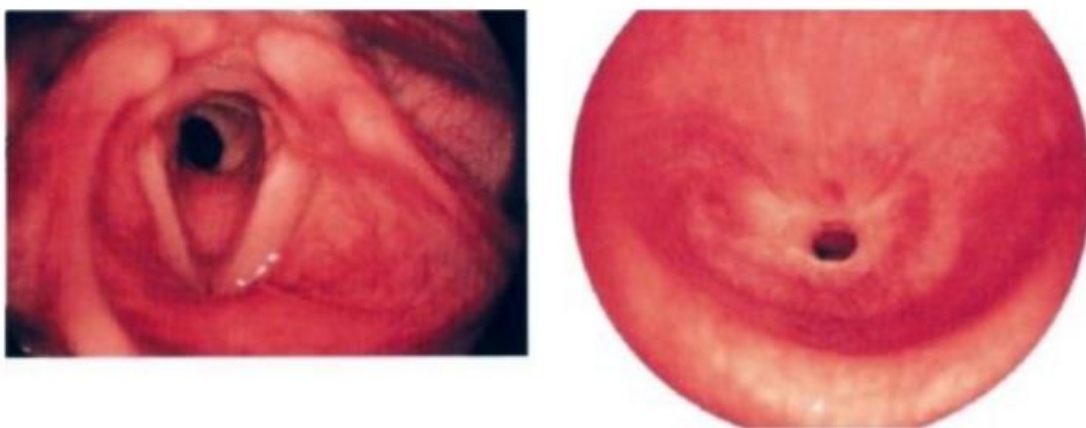
SHoshilinch traxeotomiya o'tkazilganidan so'ng barcha kuchlar hiqildoqning o'tkir stenozini rivojlanishini belgilovchi sabablarni baratarf qilishga qaratilishi kerak.

Hiqildoq surunkali stenozini

Hiqildoq surunkali stenozini –organizmda gipoksemiya va gipoksiyani keltirib chiqaruvchi hiqildoq yo'lining uzoq muddatli, asta-sekin patologik torayishi. Otorinolarinologiyada bu katta bir muammoni tashkil qiladi, chunki ko'p hollarda yangi hosilalar, innervatsiyaning buzilishi, chandiqli jarayonlar bilan kechadi (rasm 4.28, 4.29). Hiqildoqning surunkali stenozlari hiqildoqning jarohat olishi, kuyishi natijasida ham vujudga kelishi mumkin bo'lib, bu yumshoq to'qimalar va hiqildoq tog'aylarining yallig'lanishiga olib keladi.



Rasm 4.28. Hiqildoq parezi



Rasm 4.29. Hiqildoqning burma osti bo‘limida surunkali chandiqli stenoz

Klinik manzarasi hiqildoq yo‘lining torayish darajasi va stenozni keltirib chiqargan sababga bog‘liq bo‘ladi. Stenozning asta-sekin kuchayib borishi organizmning moslashish mexanizmlarining rivojlanishi uchun turtki bo‘ladi, bu esa hattoki tashqi nafas etishmovchiligi sharoitlarida ham hayotni ta‘minlash funksiyalarini qo‘llab-quvvatlashga imkon beradi. Tashhisni qo‘yish, bemorning o‘ziga hos shikoyatlari, anamnez va simptomlarga asoslanadi. Hiqildoq surunkali stenozni tashhisini qo‘yish unchalik katta qiyinchilik tug‘dirmaydi va uning darajasi saqlanib qolgan nafas tirqishining o‘lchamlari bilan belgilanadi.

Davolash. T shaklidagi naychani uzoq muddat taqib yurishi hisobiga hiqildoq yo‘lining jarrohlik yo‘lidagi chandiqli to‘qimani bilan olib tashlanadi. Operatsiya kriodestruksiya, ultratovushli asboblar, lazer nuri yordamida amalga oshiriladi. Hiqildoqning surunkali stenozidan aziyat chekayotgan bemrlarni davolashda asosiy vazifa bo‘lib, yakuniy hisobda bemorga traxeostoma orqali emas, balki tabiiy yo‘l bilan burun orqali nafas olishga imkon beruvchi tadbirlarni o‘tkazish hisoblanadi. Ushbu jarrohlik aralashuvlari bajarilishi qiyin hisoblanadi va ko‘p hollarda ko‘p bosqichli davo bosqichiga ega bo‘ladi.

4.7. Hiqildoq o‘smalari. Kekirdak va bronxlarning xastaliklari

Hiqildoqning yaxshi sifatli (xavfsiz) o‘smalari

Hiqildoqning eng ko‘p tarqalgan xavfsiz yangi hosilalari (o‘smalari) bo‘lib oldingi bo‘limlarga yaqinroq yoki ushbu burmalarning yuqori yuzasida, ovoz burmalarining bo‘sh qirg‘og‘ida joylashgan fibromalar hisoblanadi (rasm 4.30). Gistologik jihatdan fibromalar biriktiruvchi to‘qimalar ko‘rinishida namoyon

bo‘ladi va epiteliy bilan qoplangan. Tashqi ko‘rinishidan ular yumaloq shakldagi, kulrang, ingichka oyoqli, ovoz burmasining chekkasidan chiqqan o‘simtalarni eslatadi. Ayrim hollarda bunday yangi hosilaning biriktiruvchi to‘qimasida ko‘plab qon tomirlari mavjud bo‘ladi va shunda o‘sma qizg‘ish-ko‘kimtir rangda namoyon bo‘ladi. Bunday holatlarda angiofibroma haqida gapiriladi. Ushbu yangi hosilalar juda sekin o‘sadi va ularning namoyon bo‘lish joyidan kelib chiqib erta (o‘sma payning erkin qirg‘og‘ida joylashgan bo‘ladi va fonatsiya vaqtida birlashishga halaqit beradi) yoki kech (o‘sma burmaning yuqori yuzasida joylashgan bo‘ladi va ovoz tirqishining birlashishiga halaqit bermaydi) turlarga bo‘linadi.

Hiqildoq fibromasi bor bemorlarning asosiy shikoyatlari ovozning o‘zgarganligiga borib taqaladi – u xirillagan va past bo‘lib qoladi. Bilvosita laringoskopiya tashhisni aniqlashga imkon beradi – hiqildoq oynasida oyoqchali, ayrim hollarda esa keng asosli, o‘lchami gugurt boshidek va undan katta bo‘lgan yangi hosila yaxshi ko‘rinib turadi.

Davolash faqat jarrohlik yo‘li bilan amalga oshiriladi – mahalliy anesteziya ostida maxsus qisqichlar yordamida yoki narkoz ostida jarrohlik mikroskopi va mikroasboblardan foydalangan holda olib tashlanadi.

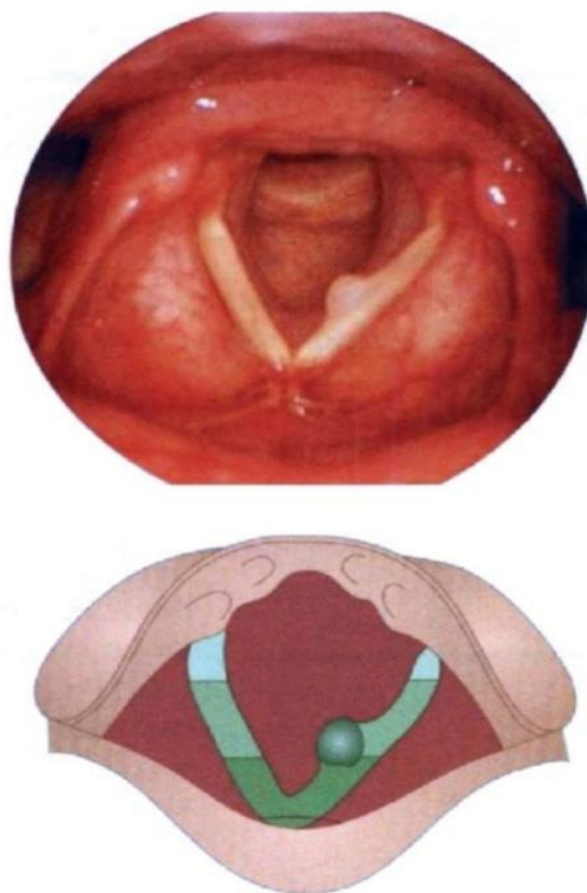
Bolalar orasida xavfsiz o‘smalardan asosan papillomalar uchraydi, kasallikning o‘zi esa surunkali qaytalanish, hiqildoq va hattoki kekirdakning katta qismiga tarqalishga moyilligi tufayli “hiqildoq papillomatozi” nomini olgan. Papilloma – ko‘p hollarda qaytalanuvchi, nafas olish funksiyasi va ovoz hosil bo‘lishining buzilishiga olib keluvchi bittalik yoki ko‘plab so‘rg‘ichli o‘simtalar ko‘rinishida ifodalangan yuqori nafas yo‘llarining xavfsiz (yaxshi sifatli) fibroepitelial o‘smasidir (rasm 4.31)

Papillomatozning etiologik omili bo‘lib inson papillomasi virusi hisoblanadi.

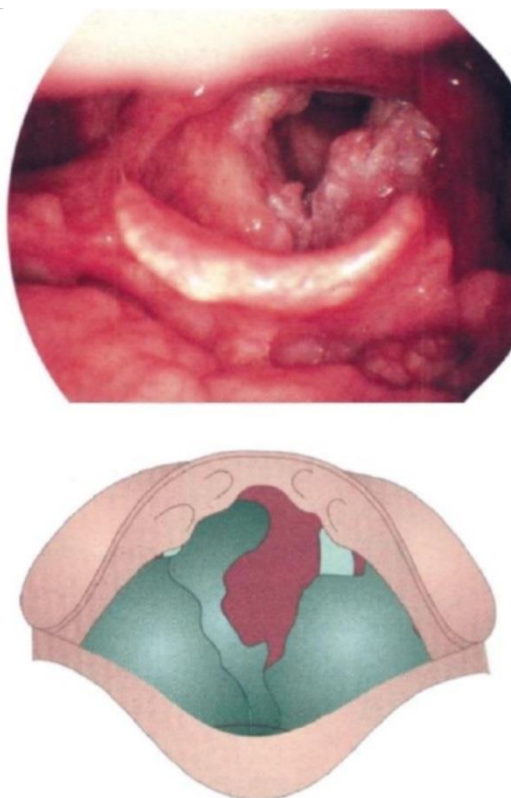
Kasallikning asosiy simptomlari – ovoz xirillashi va uning butkul yo‘qolishi, asta-sekin nafas olishning qiyinlashib borishi. Tashhis o‘ziga hos endoskopik manzaraga va biopsiya materialining gistologik tekshiruvi natijalariga asoslanadi.

Davolash – og‘iz orqali hiqildoq ochilganidan so‘ng jarrohlik aralashuvlari (laringostomiyalar) palliativ tadbirlar amalga oshiriladi. SHuningdek

jarrohlik lazeridan foydalangan holda hiqildoq mikrojarrohligni o'tkazish ham samarali usul bo'lib hisoblanadi.



Rasm 4.30. Hiqildoq fibromasi



Rasm 4.31. Hiqildoq papillomatozi

Tish-jagʻ tizimi organlarining patologiyasini ragʻbatlantiruvchi hiqildoqdagi yangi hosilalar ichida vestibulyar burma ichida rivojlanadigan laringotsele (hiqildoqning havo oʻsmasi)ni koʻrsatish mumkin. Ushbu oʻsma katta oʻlchamlarga etganda, jagʻ osti sohasida paydo boʻlgan yumaloq shakldagi shish koʻrinishida aniqlanadi. Bilvosita laringoskopiya

Hiqildoqning xavfli oʻsmalari

Hiqildoq sohasida uchraydigan xavfli oʻsmalariga birinchi navbatda oʻz rivojlanishi jarayonida regional va uzoq metastazalar beruvchi, ekzofit va infiltrat oʻsishga qodir boʻlgan, hiqildoqning turli boʻlimlarini shikastlantiruvchi, kelib chiqishi epitelial xavfli yangi hosila – rak hisoblanadi.

Ushbu kasallik bilan asosan erkaklar xastalanadi, bunda hiqildoq raki (oʻsmasi) tamaki chekuvchilarda chekmaydiganlarga qaraganda 25% ga koʻproq uchraydi. Hiqildoq raki barcha lokalizatsiyali yangi hosilalarning 2% dan 8% gacha va LOR aʼzolarining xavfli yangi hosilalarining 2/3 qismini tashkil qiladi. Hiqildoq rak oʻsmasi simptomlarining kuchayish tezligi oʻsmaning birlamchi lokalizatsiyasiga bogʻliq. Oʻsmaning eng qulay paydo boʻlish joyi boʻlib ovoz

burmasi hisoblanadi (rasm 4.32). Bu, birinchidan, shifokorga ertaroq murojaat qilinishini belgilaydi, chunki haqiqiy ovoz burmalarida kichik o'zgarishlar paydo bo'lganda ovoz buzilishi simptomi ham vujudga keladi. Ikkinchidan, ovoz burmasidagi o'smaning o'sishi uning gistologik tuzilishi tufayli sekin ro'y beradi va o'z navbatida metastazalanishi ham kechroq yuz beradi. Daxliz burmalari o'smasi ancha ilgariroq rivojlanadi, regionar bo'yin limfa tugunlariga ertaroq metastazalanadi va uzoq vaqt davomida simptomlarini ko'rsatmaydi va shuning uchun kechroq tashhislanadi. Burma osti sohasining raki ham kech tashhislanadigan o'smalar qatoriga kiritilgan, chunki bemorlar uzoq vaqt davomida biror-bir noqulayliklar sezishmaydi va shifokorga faqat nafas olish qiyinlashganda yoki qon aralash tupurgandagina murojaat qilishadi. Xalqumning hiqildoq qismida (hiqildoq usti, cho'michsimon tog'aylar, cho'michsimon hiqildoq usti burmalari) rak o'smasi vujudga kelganda bemorlar Xalqumda qichish, noqulaylik, ayrim hollarda quloqqa beradigan og'riqni his etishadi. SHu tarzda, hiqildoqda rak o'smasining birinchi belgilarining namoyon bo'lishini qayd etish uchun, istalgan ixtisoslik shifokoriga onkologiyaga nisbatan alohida hushyor bo'lishi talab qilinadi.

O'smaning tarqalishidan kelib chiqqan holda hiqildoq rakining to'rtta bosqichi farqlanadi.

- I –o'sma hiqildoq bo'limlaridan birida vujudga keladi, masalan ovoz burmasi. Metastazlar bo'lmaydi.

- II – o'sma hiqildoqning barcha bo'limini qamrab oladi (barcha ovoz burmasini).metastazlar bo'lmaydi.

- III – o'sma hiqildoqning boshqa bo'limlariga tarqaladi (ovoz burmasi, dahliz burmasi, hiqildoq usti). Metastazalar regionar limfa tugunlarda.

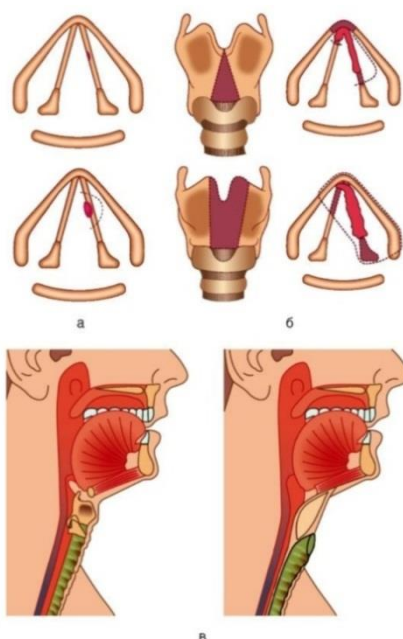
- IV –qo'shni organlarga tarqalgan holda hiqildoqning keng o'smasi (til ildizi, qizilo'ngach). Uzoq va regionar metastazalar, kaxeksiya.

- Har doim ham yangi hosilaning tashqi ko'rinishiga qarab hiqildoq raki tashhisini aniq qo'yishning iloji yo'q. Ovoz burmasi harakatchanligining

cheklanishi yoki uning harakatdan butunlay to'xtashi, hiqildoqning turli bo'limlari rangining nosimmetrikligi (buzilishi) kabi belgilar katta ahamiyatga ega: bitta ovoz burmasi rangi me'yorda, boshqasini esa giperemiyalangan. Hiqildoqning oldi tomoni tomografiyasi uning xavfli o'sma bilan shikastlanganining o'ziga xos belgilarini ko'rsatadi. Tashhis qo'yishda biopsiya hal qiluvchi ahamiyatga ega.



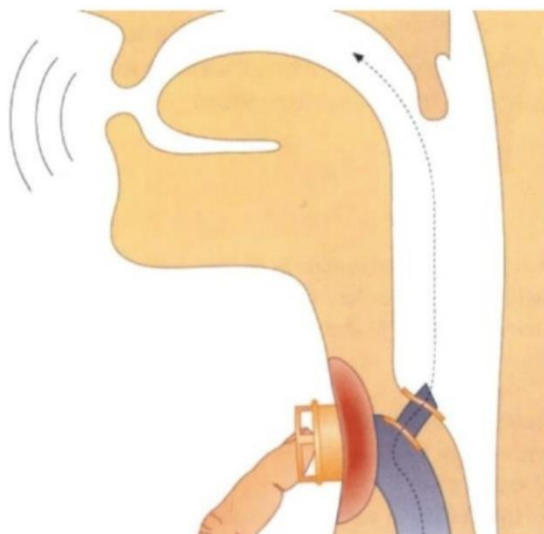
Rasm 4.32. O'ng ovoz burmasi raki



Rasm 4.33. Hiqildoq rakini jarrohlik yo'li bilan davolash: a, b – qisman olib tashlash; v – laringektomiya

Davolash jarrohlik yo'li, nur va kimyoviy davolash usullari yordamida amalga oshiriladi. Hozirgi vaqtda o'smalarni erta tashhislash, jarrohlik yo'li bilan davolashning zamonaviy usullari rivojlanganligi tufayli hiqildoq to'liq olib tashlanadigan bemorlar soni ancha kamaygan (rasm 4.33, a, b). Birok total

laringektomiyada, ayrim hollarda shikastlangan regionar tugunlar, teri osti yog‘ to‘qimalari va vena tomirlari bilan qo‘shib olib tashlash, ko‘p hollarda ular zarur bo‘lmoqda (rasm 4.33, v).



Rasm 4.34. Laringektomiyadan so‘ng ovoz protezining qo‘llanilishi

Davolashning aralash usullari : jarrohlik, nur va kimyoviy terapiya yoki nur , keyin jarrohlik va kimyoviy terapiya ketma – ketlikda qo‘llaniladi. Bemorlarda ovoz funksiyasini qisman tiklash uchun laringektomiyadan keyin ovoz protezlarining implantatsiyasi qo‘llaniladi (rasm 4.34).

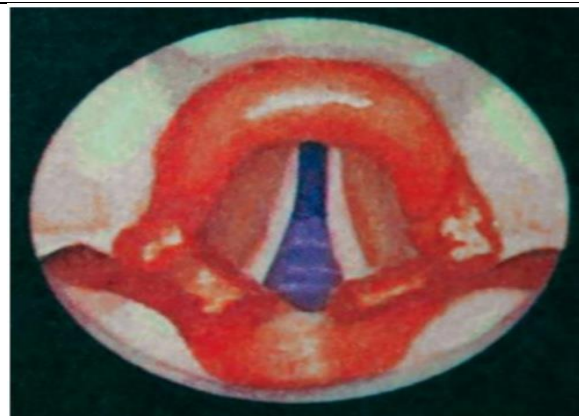
4.8. Hiqildoq sili va zaxmi

Hiqildoq sili har doim ikkilamchi xastalik hisoblanadi, ya‘ni bunda albatta o‘pka sili ham mavjud bo‘ladi. doimiy yo‘tal, ko‘p miqdordagi balg‘amning hiqildoq shilliq qavatida to‘planib qolishi tufayli qoplab turadigan epiteliyning mikrojarohatlari ro‘y beradi. Tarkibida sil mikobakteriyalari bo‘lgan balg‘am shikastlangan shilliq pardaning zararlangan soxasi bilan aloqaga kirishadi, o‘ziga hos yallig‘lanishga jarayonin vujudga keltiradi. Natijada infiltrat, do‘ngcha hosil bo‘ladi va u o‘z navbatida tvorogsimon yara hosil qiladi (rasm 4.35). Hiqildoqdagi ushbu yallig‘lanish rivojlanishining har bir bosqichi, ko‘p jihatdan kasallik o‘chog‘ining lokalizatsiyasiga bog‘liq bo‘lgan aloihda belgilar bilan ajralib turadi. Agar o‘pka sili bilan og‘rigan bemorda ovoz xirillashi vujudga kelsa va laringoskopiya qilinganda hiqildoqning turli bo‘limlarining har-xil rangi ko‘rinsa

yoki keskin ogʻriq bilan kechayotgan yara paydo boʻlsa, bunday manzara hiqildoqda vujudga kelgan sil jarayoniga koʻproq oʻxshaydi.



Rasm 4.35. Hiqildoq sili



Rasm 4.36. Hiqildoq zaxmi

YAralar juda chuqur boʻlishi va perixondritning rivojlanishiga yordam berishi mumkin. Davolash – oʻziga hos (spetsifik) [izoniazid, rifampitsin, streptomitsin, aminosalitsil kislota, ixtisoslashgan muassasada kuzatuv ostida boʻlish].

Hiqildoq zaxmi istalgan bosqichda uchrashi mumkin. Xuddi rak, sil kabi uning boshlangʻich bosqichi, birinchi navbatda, hiqildoq shilliq qavatining nosimmetrik (turli) rangi bilan ifodalanadi: bitta ovoz burmasi odatdagi rangda, boshqasi esa – giperemiyalangan (rasm 4.36). Aynan ana shunday laringoskopiya manzarasi doimo shifokorni hushyorlikka chaqirishi lozim va u tashhisni aniqlashtirish uchun barcha choralarni koʻrishi va bemorni ixtisoslashtirilgan davolash muassasiga yuborishi zarur (batafsil anamnez, shikoyatlar tahlili, serologik tekshirish laringoskopiya, biopsiya).

Davolash - spetsifik, dermatovenerolog kuzatuv ostida.

4.9. Bronxlarning xastaliklari. YOt jismlar

Otorinolaringolog qaraydigan bronx kasalliklari ichida asosan shoshilinch yordam koʻrsatilishi kerak boʻlgan bronxlariga begona jismlar kirib qolgan bemorlar boʻladi. bronxlarning begona jismlari koʻp hollarda (95%) kichik yoshdagi bolalarda (5 yoshgacha) uchraydi. Oʻyin davomida bolalar nafas olish bilan birga turli predmetlar: oʻyinchoqlarning metall yoki plastmass qismlaridan

tortib, boshqa jismlar (masalan danak, tarvuz yoki kungaboqar urug‘i, yong‘oq va hokazo) yutib qo‘yishlari mumkin. Katta yoshdagi insonlarda esa tish protezlarining qismlari, go‘sht suyaklari uchraydi. Bronxlarga begona jism tushganda klinik manzara ko‘plab omillarga bog‘liq bo‘ladi: begona jismning o‘lchami, uning yuzasi (o‘tkir, dag‘al, silliq va hokazo), u tayyorlangan material. Avvaliga uzoq vaqt davom etishi va keyin to‘xtab volishi mumkin bo‘lgan yo‘tal xuruji paydo bo‘ladi. bu yo‘tal refleksiga bo‘lgan ta’sir bilan izohlanadi. Bir qator hollarda kekirdak yo‘liga kirib qolgan begona jismlar “suzuvchi” bo‘ladi, ya’ni yo‘tal vaqtida kekirdakda siljib yuradi. Qoidaga ko‘ra, bunday begona jismlar sifatida kungaboqar yoki tarvuz urug‘lari bo‘lishi mumkin. Nafas yo‘liga sirg‘alib o‘tgan holda, bunday begona jism kekirdak bifurkatsiyasiga etadi va keng ochilgan tirqishdan juda kuchli nafas olish va kuchli nafas chiqarishdan iborat bo‘lgan yo‘tal refleksini keltirib chiqaradi. Nafas olinayotgan havo bilan birga kiruvchi begona jism yuqoriga intiladi va agar ovoz burmalariga tegmagan holda nafas yo‘liga o‘tib ketsa, unda begona jismning mustaqil ravishda chiqib ketishi ro‘y beradi. Ammo, ko‘p hollarda begona jism bir soniya bo‘lsada burma osti bo‘shlig‘ining refleksi joyiga tegib ketadi va bu shu zahoti ovoz tirqishini berkitib turuvchi mushaklarning qisqarishiga olib keladi va begona jism bifurkatsiyaga etgan yoki o‘ng stvol bronxiga kirib ketgan holda yana pastga qarab tushib ketadi. Bunday “suzish” ancha uzoq, yo‘tal refleksi tugaganacha yoki begona jism bronxda tiqilib qolganancha davom etishi mumkin. Bronxga begona jism kirib qolganda klinik manzara begona jism bronx tirqishini to‘liq yoki qisman yopib qo‘yganligiga bog‘liq bo‘ladi. Begona jismlar ko‘proq o‘ng bronx stvoliga kirib ketadi, chunki u kekirdakning davomi sifatida xizmat qiladi, chap bronx stvoli esa undan yanada o‘tmasroq burchak ostida tarmoqlanadi. Agar begona jism o‘z o‘lchamlariga ko‘ra bronxning yo‘liga mos bo‘lsa va uni to‘liq yopib qo‘ysa, unda o‘pka kolapsi simptomlari vujudga keladi: o‘pka chegaralarining siljishi, ovoz boylamlarining taranglashuvining kuchayishi, auskultatsiyada (eshitganda) nafas olishning yo‘qligi, qarama-qarshi tomonda emfizema. YAqqol ifodalangan nafas siqilishi aniqlanadi. Bunday manzara tiqilib qolgan begona jism o‘tkir holda rivojlanishi

yoki bronx shilliq qavatining yallig‘lanish reaksiyasi va uning shishishi orqali asta-sekin yuz berishi mumkin.

Umumiy tekshirishdan (ko‘rikdan o‘tkazish, perkussiya, auskultatsiya), anamnezning batafsil to‘planishidan tashqari, ko‘krak qafasi rentgenografiyasini ham o‘tkazish zarur.

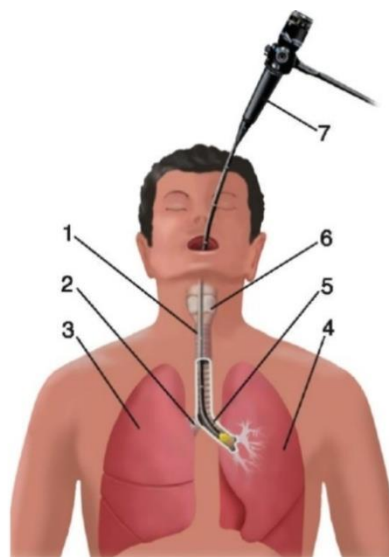
Rentgen oq-qora tasvirida begona jismni (agar rentgenpozitiv jism bo‘lsa) osongina aniqlash mumkin bo‘ladi (rasm 4.37).

Rentgenonegativ begona jismlarini tashhishlashda rentgenkontrast eritmalardan foydalanishga to‘g‘ri keladi.

Davolash. Bronxlarga begona jismlar tushganda shoshilinch yordamni ko‘rsatish usullaridan biri bo‘lib asosan bronxoskopiya hisoblanadi: og‘iz bo‘shlig‘i orqali amalga oshiriluvchi yuqori bronxoskopiya (qarang rasm 4.38) va oldindan traxeotomiya o‘tkazishga to‘g‘ri keladigan quyi bronxoskopiya. Quyi bronxoskopiya, agarda bronxoskopiya uzoq vaqt davom etishi yoki hattoki takroriy qilinishi mumkin deb taxmin qilingan hollarda qo‘llaniladi.



Rasm 4.37. Rentgenogrammada bronxlarning begona jismi (mix)



Rasm 4.38. Bronxoskopiya: 1 – kekirdak; 2 – o‘ng bronx; 3 – o‘ng o‘pka; 4 – chap o‘pka; 5 – chap bronx; 6 – hiqildoq; 7 – bronxoskop

Hozirgi vaqtda bronxoskopiya qo‘llaniladigan asboblarning tolali optika bilan jihozlangan yumshoq va uchida yoritgichli metall naychadan iborat bo‘lgan asboblarga bo‘linadi. Bronxoskopiyaning narkoz ostida o‘tkazishga bronx bo‘laklarini alohida tekshirishga mo‘ljallangan bronxoskoplar mavjud.

Tashxislashda bronxlarni bronxoskopiya qilish va zarur bo‘lgan hollarda gistologiya tekshiruvini uchun material olinadi.

5 BOB. QULOQ: KLINIK ANATOMIYASI, FIZIOLOGIYA VA TEKSHIRISH USULLARI

5.1. Tashqi quloqning klinik anatomiyasi

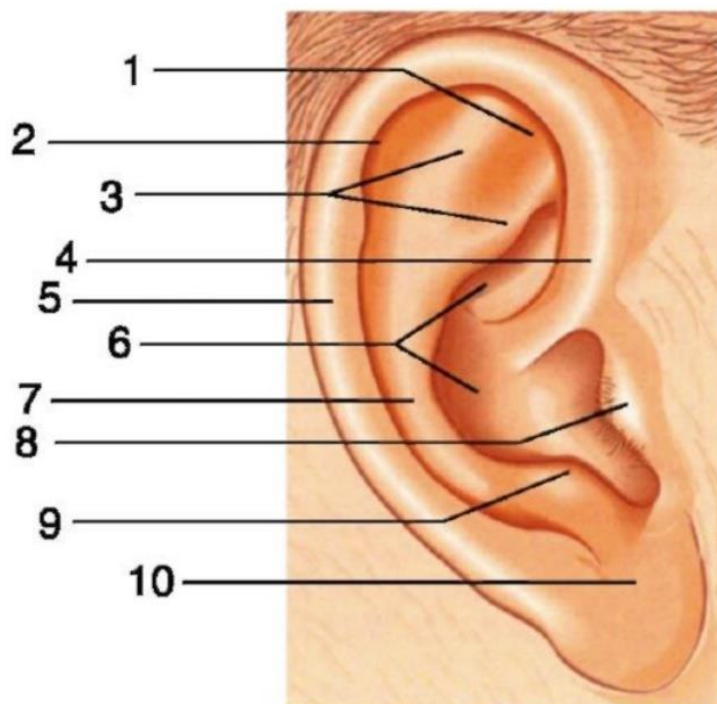
Inson qulog‘i uchta bo‘limdan iborat: tashqi, o‘rta va ichki.

Tashqi quloq Quloq suprasi va tashqi eshitish yo‘lidan iborat.

Quloq suprasi (*auricula*) murakkab tuzilishga ega bo‘lib, ikkita bo‘limga ajratilgan: ichida yog‘ to‘qimali duplikatura ko‘rinishidagi quloq solinchagi va yupqa teri bilan qoplangan tog‘ay. Agar orqa yuzasida terini burmaga yig‘ish mumkin bo‘lsa, oldi tarafda terining tog‘ay usti bilan mustahkam birikib ketgani tufayli buning imkoni yo‘q. Quloq suprasi quyidagilardan iborat: gajak (*helix*), qarshi gajak (*anthelix*), quloq dumboqchasi (*tragus*), qarshi dumboqcha (*antitragus*)

va quloq solinchog'i (*lobulus*). Dumboqcha tashqi eshitish yo'lini to'sib turadi (rasm 5.1).

Agar tashqi eshitish yo'lida yallig'lanish jarayoni ro'y berayotganda dumboqcha sohasiga bosib ko'rish og'riqni vujudga keltiradi, bolalarda esa – o'tkir o'rta otitda ham og'riq paydo bo'ladi, chunki ilk bolalik yoshida tashqi eshitish yo'li suyak bo'limiga ega bo'lmaydi va shuning uchun qisqaroq bo'ladi. Ushbu holatlarda dumboqchani bosilishi



Rasm 5.1. Quloq chanog'ining tuzilishi: 1 – uchburchak chuqurcha; 2 – ladya (qayiq); 3- qarshi gajak oyoqchalari; 4- gajak oyoqchasi; 6 – chanoq bo'shlig'i; 7 – qarshi gajak; 8 – do'mboqcha; 9 – qarshi do'mboqcha; 10 – quloq solinchog'i

yallig'langan quloq pardasining bosilishiga olib keladi va o'z navbatida og'riqning kuchayishiga sabab bo'ladi. Quloq suprasining oldingi yuzasidagi yuqorida ko'rsatilgan bo'rtiqlardan tashqari chuqurchalar – uchburchak chuqurcha (*fossa triangularis*), qayiq (*scapha*) ham mavjud. Quloq suprasi sohasida u yoki bu jarayonlar (uchburchak chuqurchadagi gematomalar, quloq solinchagidagi abscesslar va shu kabilar) ning ro'y berayotganini aniqlash uchun yuqoridagi quloq suprasi elementlari haqida yaxshi bilimlarga ega bo'lish kerak. Quloq chanog'ining balandligi burun qirrasining uzunligiga mos bo'lishi me'yorda deb hisoblanadi. Ushbu me'yordan u yoki bu tomonga og'ishlar mikro yoki makrotiya haqida

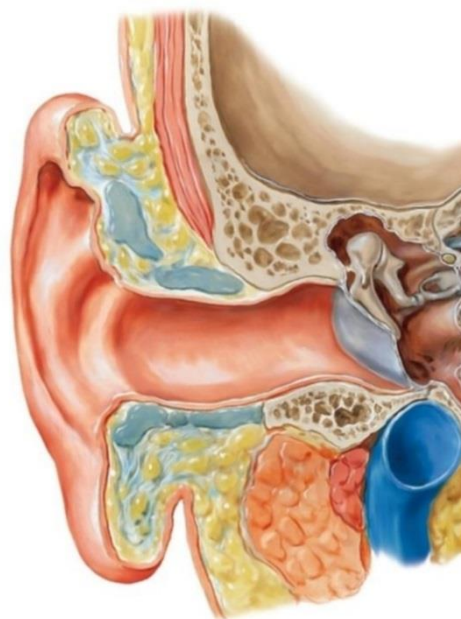
guvohlik beradi. Quloq supراسي kalla suyagi yuzasidan katta masofada turtib turishi (quloq supراسining oldingi yuzasida qon tomirlari teri osti yog‘i bilan qoplanmagan) uning muzlashi uchun sharoit yaratadi, chunki tomirlar sovuq ta‘sirida spazm holatida bo‘ladi. Quloq supراسi ototopika, ya‘ni tovush manbasining yo‘nalishini aniqlashda katta rol o‘ynaydi, himoyaviy vazifalarni bajaradi. Me‘yordagi quloq supراسi murakkab tuzilishi hisobiga chang va g‘uborlarning eshitish yo‘liga kirib ketmasligiga va ushlanib qolishiga xizmat qiladi. Quloq supراسining shakli noto‘g‘ri va buzilgan bo‘lsa chang quloq pardasigacha etib boradi va unga qo‘ngan holda yallig‘lanish jarayonining rivojlanishiga imkon beradi. Quloq supراسi ma‘lum darajada eshitish sezgirligiga ham ta‘sir qiladi, shuning uchun past tovushni eshitish uchun inson kaftini quloq supراسiga qo‘yadi va shu orqali uning maydonini kattalashtiradi.

Quloq supراسi voronka kabi toraygan holda ikki bo‘lim (tashqi tog‘ay- pardali va ichki suyakli bo‘lim)dan iborat bo‘lgan tashqi eshitish yo‘liga ulangan (rasm 5.2). Tashqi eshituv yo‘lining diametri turli odamlarda har xil bo‘lishi mumkin, biroq bu holat eshitish sezgirligiga ta‘sir qilmaydi. Birinchi yoshdagi go‘daklarda tashqi eshitish yo‘lining suyak bo‘limi bo‘lmasdan, faqatgina tog‘ay bo‘ladi. Bolalarda tashqi eshituv yo‘lining uzunligi 0,5-0,7 sm, kattalarda esa taxminan 3 sm ni tashkil qiladi. Qisman tog‘ay to‘qimasidan iborat bo‘lgan eshitish yo‘lining tog‘ay bo‘limi quyi tomondan quloq oldi so‘lak bezining kapsulasi bilan chegaradosh. Pastki devori tog‘ay to‘qimasida bir nechta ko‘ndalang ketgan tirqishlarga ega. Ular orqali yallig‘lanish jarayoni quloq oldi beziga ham tarqalishi mumkin. Tog‘ay bo‘limida quloq oltingugurtini hosil qiluvchi ko‘plab bezlar, shuningdek patogen flora kirganda yallig‘lanishi mumkin bo‘lgan ildizli tukchalar joylashgan, buning oqibatida tashqi eshitish yo‘lida chipqon (furunkul) vujudga keladi.

Tashqi eshituv yo‘lining oldingi devori chakka-quyi jag‘ bo‘g‘imi bilan yaqin bog‘langan va har bir chaynash harakati vaqtida ushbu devorning siljishi ro‘y beradi. Mazkur devorda chipqon rivojlangan taqdirda, har safar chaynash harakati amalga oshirilganda og‘riq kuchayadi. Tashqi eshituv yo‘lining chakka-quyi jag‘

bo'g'imi bilan yaqin bog'langanligi engak sohasiga zarba berilganda eshituv yo'lining oldingi devorining sinishi, terining yirtilishi va eshituv yo'lining mumkin bo'lgan chandiqli obliteratsiyasiga olib keladi. Bundan tashqari, ushbu hosilalarning o'zaro yaqin aloqasi otorinolaringologiya va stomatologiyaga tegishli bo'lgan ayrim sindromlarning vujudga kelishini tushuntiradi. Tashqi eshituv yo'lining suyak bo'limi yupqa teri bilan qoplangan bo'lib, tog'ay qismi bilan chegaradosh joyida torayish (istmus) mavjud. YOt jismlarning ushbu tor joydan o'tib ketishi ularni u yoki bu usulda olib tashlashni qiyinlashtiradi. Suyak bo'limining yuqori devori miya o'rta chuqurchasi bilan chegaradosh, orqa devori – so'rg'ichsimon o'simtaning havo o'tkazuvchi hujayralari bilan, xususan g'or bilan chegaralangan. Bu so'rg'ichsimon o'simtada o'tkir yallig'lanish jarayonining patologik simptomlaridan biri (mastoidit) – eshitish yo'lining suyak bo'limidagi orqa-yuqori devorining osilib qolish simptomining vujudga kelishini izohlaydi, bu esa o'z navbatida rivojlanayotgan periostit hisobiga uning tirqshining torayishiga olib keladi.

Tashqi eshitish yo'lining tog'ay qismidagi terisi tuklar, yog'li va oltingugurt bezlari bilan ta'minlangan. Bezlar o'zidan oltingugurt ajratadi va shakli o'zgargan yog' bezlari bo'lib xizmat qiladi. Tashqi eshituv yo'lining suyak qismida teri yupqa, tuk yoki bezlardan holi bo'ladi.



Rasm 5.2. Tashqi eshitish yo'li

Tashqi quloqning qon bilan ta'minlanishi tashqi uyqu arteriyasi yordamida amalga oshadi. Quloq suprasi orqa quloq va chakka yuzasi arteriyalari orqali ta'minlanadi (*a. auricularis posterior et a. temporalis superficialis*).

Huddi shu tomirlar, shuningdek quloqning chuqur arteriyasi (*a. auricularis profunda*) yanada chuqurroq bo'limlar va quloq pardasini qon bilan ta'minlaydi, tashqi eshitish yo'li atrofida tutashma (bog'lanish)ni hosil qiladi. vena orqali qon oldindan orqa-quyi jag' venasiga (*v. retromandibularis*) va orqaga orqa quloq venasi (*v. auricularis posterior*) tomonga qarab oqadi. Tashqi quloq innervatsiyasi (tashqi eshitish yo'li terisi, quloq chanog'i) shoxli, adashgan va til-xalqum nervlarning uchinchi shoxidan amalga oshiriladi. Bu "aks etgan" og'riqlarning vujudga kelishi, masalan 8 pastki tish parodonti to'qimalari yallig'langanda tegishli tomondagi quloqda kuchli og'riqning his etilishini belgilab beradi.

5.2. O'rta quloqning klinik anatomiyasi

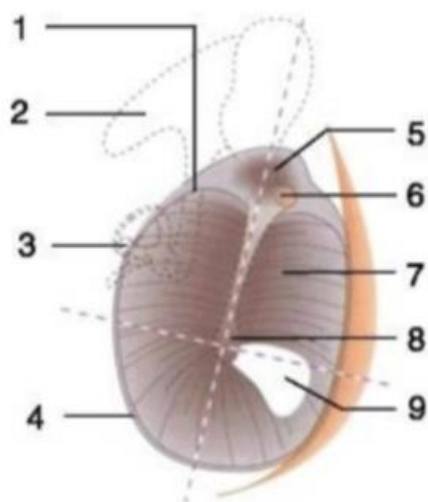
O'rta quloq o'zidan o'zaro aloqada bo'lgan havo o'tkazuvchi bo'shiqlar tizimini namoyn qiladi:

- nog'ora bo'shlig'i (*cavum tympani*);
- Eshituv nayi (*tuba auditiva*);
- g'orga kirish yo'li (*aditus ad antrum*);
- g'or (*antrum*) va u bilan bog'langan so'rg'ichsimon o'simta yacheykalari (*cellulae mastoidea*).

Tashqi eshitish yo'li uni nog'ora bo'shlig'idan ajratib turuvchi parda bilan tugaydi (rasm 5.3).

Quloq pardasi (*membrana tympani*) "o'rta quloq ko'zgusi" bo'lib xizmat qiladi, ya'ni pardani tekshirish vaqtida namoyon bo'lgan barcha belgilar, parda orqasida – o'rta quloq bo'shliqlarida ro'y berayotgan jarayonlardan guvohlik beradi. Bu shu bilan bog'liqki, o'zining tuzilishiga ko'ra quloq pardasi o'rta quloqning bir qismi bo'lib xizmat qiladi, uning va o'rta quloqning boshqa bo'limlarining shilliq qavati umumiydir. Aynan shuning uchun ro'y berayotgan jarayonlar (yoki oldin bo'lgan jarayonlar) quloq pardasida bemorlarning ayrim hollarda butun umri davomida saqlanib qoluvchi asoratlarni qoldiradi: pardaning

chandiqli o'zgarishlari, uning u yoki bu bo'limida perforatsiya (uzilish, shikastlanish), ohak tuzlarning cho'kishi, tortilish va hokazolar yuz beradi.



Rasm 5.3. O'ng quloq pardasi: 1 – sandonchani uzun o'sig'i; 2 – sandoncha tanasi; 3 – uzangicha; 4 – parda halqasi; 5 – quloq pardasining salqi qismi; 6 – bolg'achaning kalta o'sig'i; 7 – quloq pardasining tortilgan qismi; 8 – kindik; 9 – nurli konus

Quloq pardasi ikki qismdan iborat bo'lgan yupqa, ayrim hollarda esa yarim shaffof membrana ko'rinishida bo'ladi: kattasi – tarang, va kichigi – salqi. Tarang qismi uch qavatdan iborat: tashqi epidermal, ichki (o'rta quloq shilliq qavati), o'rta-radial va sirkulyar yo'nalishda ketgan va o'zaro yaqin o'ralgan ko'plab tolalardan iborat fibrozli qavat.

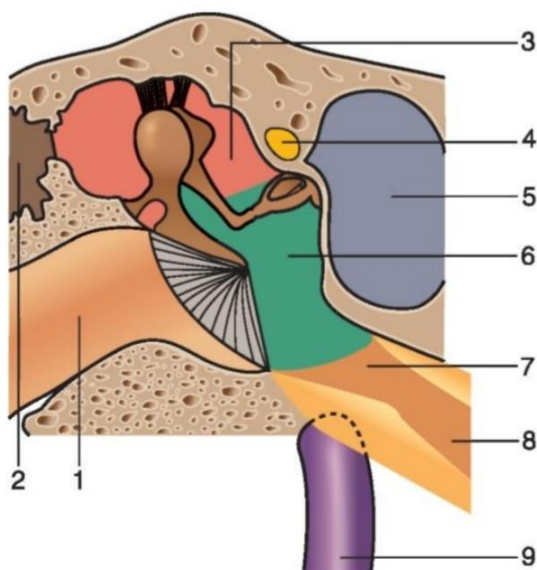
Tarang qismi faqatgina ikki qavatdan iborat bo'ladi – unda fibrozli oraliq qavati bo'lmaydi. Katta odamda quloq pardasi eshituv yo'lining pastki devoriga nisbatan 45° burchak ostida joylashgan, bolalarda ushbu burchak yanada o'tkirroq bo'lib, taxminan 20° ni tashkil qiladi. Bu bolalarda quloq pardasini tekshirish vaqtida quloq chanog'ini pastga va orqaga tortishga majbur qiladi. Nog'ora parda aylana shaklga ega bo'lib, uning diametri taxminan 0,9 sm ni tashkil etadi. Me'yordagi parda kulrang-zangori rangda va parda bo'shliq tomonga bir oz tortilgan bo'ladi, shuning uchun uning markazida “kindik” deb ataluvchi chuqurcha aniqlanadi. Quloq pardasining barcha bo'limlari ham eshitish yo'lining o'qiga nisbatan bitta tekislikda turavermaydi. Pardaning oldingi quyi bo'limlari perpendikulyar (ko'ndalang) joylashgan, shuning uchun eshitish yo'lga qaratilgan

nur ushbu soxada aks etib, quloq pardasi me'yorda bo'lgan holatda har doim bitta vaziyatni egallagan shu'la – nurli konusni namoyon qiladi. Mazkur nurli konus tashhis qo'yishda ahamiyatga ega. Bundan tashqari, quloq pardasida oldindan orqaga va yuqoridan pastga qarab ketgan bolg'acha dastasini ham farqlash kerak. Bolg'acha dastasi va nurli konus tomonidan hosil qilingan burchak oldinga tomon ochilgan bo'ladi. Bu ko'rikda o'ng pardani chapidan farqlashga yordam beradi. Bolg'acha dastasining yuqori bo'limida kichik do'ngcha – bolg'achaning qisqa o'simtasi ko'rinadi, undan oldinga va orqaga tortilgan qismi tortilmagan qismidan ajratib turuvchi bolg'acha burmalari (oldingi va orqa) ketgan. Pardaning turli soxalaridagi u yoki bu o'zgarishlarini aniqlashni qulaylashtirish uchun uni 4 ta kvadrantga bo'lish kerakligi qabul qilingan: oldingi-yuqori, oldingi-quyi, orqa-yuqori va orqa-pastki (qarang, rasm 5.3). Ushbu kvadrantlar shartli ravishda bolg'acha dastasi orqali o'tkazilgan va parda kindigi orqali ketgan birinchisiga perpendikulyar chiziqni o'tkazish orqali ajratiladi.

O'rta quloq uchta o'zaro bog'langan havo o'tkazuvchi bo'shliqlardan iborat: Eshituv nayi, parda bo'shlig'i va so'rg'ichsimon o'simtaning havo o'tkazuvchi bo'shliqlar tizimi. Ushbu barcha bo'shliqlar yagona va umumiy shilliq qavat bilan qoplangan bo'lib, yallig'langan taqdirda o'rta quloqning barcha bo'limlarida shunga mos holda tegishli o'zgarishlar yuz beradi.

Nog'ora bo'shlig'i (*cavum tympani*) – o'rta quloqning markaziy bo'limi, ancha murakkab tuzilishga ega. O'zining hajmi bo'yicha unchalik katta bo'lmasada (taxminan 1 sm^3), biroq bajaradigan vazifasi jihatidan juda muhim hisoblanadi. Bo'shliq oltita devorga ega: tashqi (lateral) nog'ora pardaning ichki yuzasi bilan ifodalangan va uning yuqori qismi - suyakli bo'ladi. Ichki uyqu arteriyasining kanali bilan chegaradosh bo'lgan oldingi devor, Eshituv nayiga qarab ketgan teshik va quloq pardasini tortib turuvchi mushak joylashgan kanalga ega. Quyi devor (bo'yinturuq) bo'yin venasining ildizi bilan chegaradosh, ayrim hollarda parda bo'shlig'idan ancha yuqorida turadi. Orqa devor (so'rg'ichsimon) yuqori bo'limda tirqishga ega bo'lib, u orqali nog'ora bo'shlig'ini so'rg'ichsimon o'simtaning eng yirik va doimiy katakchasi – g'or (*antrum*) bilan birlashtirib

turuvchi qisqa kanalga o‘tiladi. Medial (labirintli) devor asosan oval shakldagi do‘ngcha – chig‘anoqning asosiy burmasiga mos bo‘lgan do‘nglikdan iborat (rasm 5.4).



Rasm 5.4. Nog‘ora bo‘shlig‘i: 1 – tashqi eshitish yo‘li; 2 – g‘or; 3 – epitimpanum; 4 – yuz nervi; 5 – labirint; 6 – mezotimpanum; 6, 8 – Eshituv nayi; 9 – bo‘yin venasi

YUqorida keltirilgan do‘ngchadan orqada, bir oz yuqoriroqda dahliz darchasi mavjud, oldinda pastda esa – chig‘anoq darchasi bor. Medial devorning yuqori qirg‘og‘i bo‘ylab yuz nervi (*n. facialis*) kanali o‘tgan. Orqaga yo‘nalgan holda u dahliz darchasi chuqurchasining yuqori qirrasini bilan chegaralanadi, so‘ngra pastga buriladi va parda bo‘shlig‘ining orqa devori ichida joylashadi.

Kanal bigiz-so‘rg‘ichsimon tirqish bilan tugaydi. YUqori devori (parda bo‘shlig‘ining tomi) kalla suyagining o‘rta chuqurchasi bilan chegaralanadi.

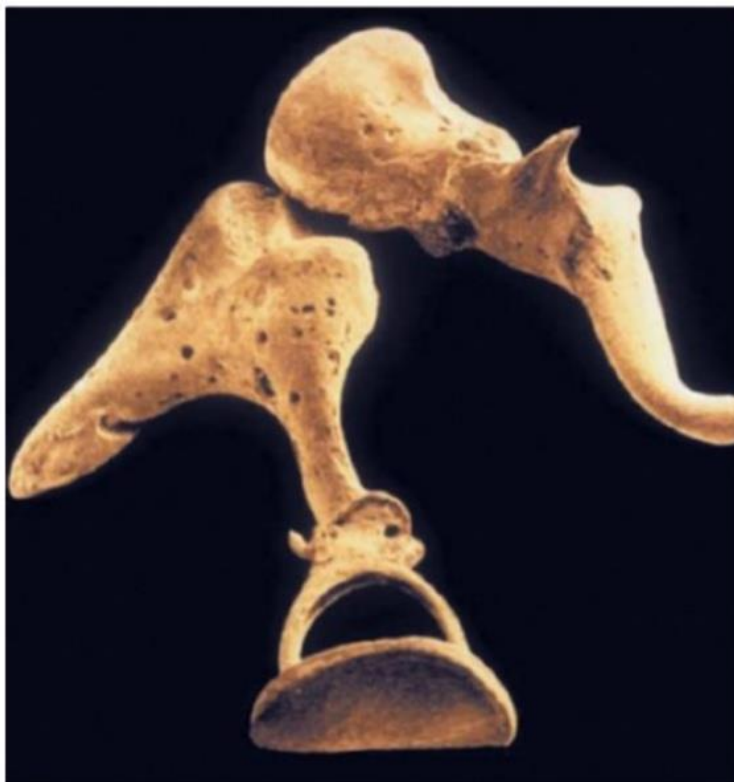
Nog‘ora bo‘shlig‘i shartli ravishda uchta bo‘limga bo‘linadi: yuqori, o‘rta va quyi.

YUqori bo‘lim – *epitimpanum (epitympanum)*, quloq pardasining tortilgan qismi yuqori qirg‘og‘idan ham yuqoriroqda joylashgan.

Nog‘ora bo‘shlig‘ining o‘rta bo‘limi - *mezo-timpanum (mesotympanum)*, o‘z o‘lchamlariga ko‘ra eng katta bo‘lim, quloq pardasining tortilgan qismi joylashuviga muvofiq buladi.

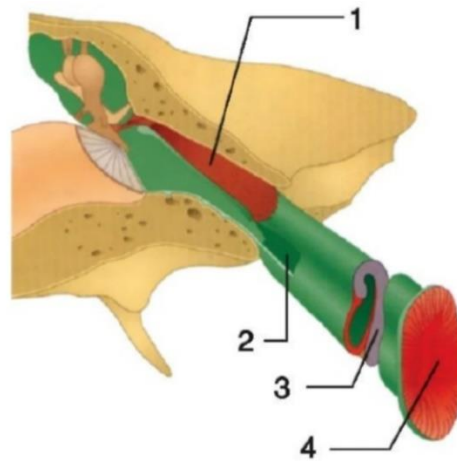
Quyi bo‘lim - *gipotimpanum (hypotympanum)*, quloq pardasi ulangan sathdan pastroqda joylashgan chuqurcha.

Parda bo'shlig'ida eshitish suyakchalari mavjud: bolg'acha, ichki tog'ay (sandon), uzangi (rasm 5.5).



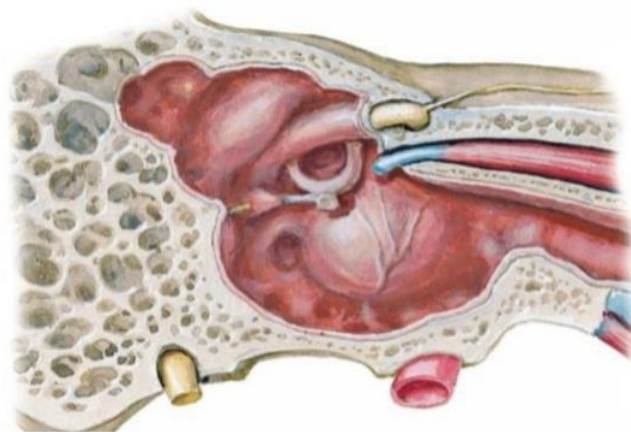
Rasm 5.5. Eshitish suyakchalari

Eshituv (Evstaxiev) nayi (*tuba auditiva*) katta odamda taxminan 3,5 sm uzunlikka ega va ikkita bo'limdan iborat – suyakli va tog'ayli (rasm 5.6). Eshituv nayining xalqum tirqishi xalqumning burun qismida, burun chig'anog'ining orqa uchlari sathida ochiladi. Naycha bo'shlig'i kiprikli epiteliyli shilliq qavati bilan qoplangan. Uning kipriklari xalqumning burun qismi tomonga qarab tebranib turadi va shu orqali ushbu joyda doimo mavjud bo'lgan mikrofloradan o'rta quloq bo'lig'ining infeksiyalanishini oldini oladi. Bundan tashqari, kiprikli epiteliy naychanning drenaj funksiyasini ham bajaradi. Naycha yo'li yutinish harakati vaqtida ochiladi va havo o'rta quloqqa etib keladi. Bunda tashqi muhit va o'rta quloq bo'shliqlari o'rtasidagi bosim muvozanatlanishi ro'y beradi, bu esa eshitish a'zosining me'yorda ishlashi uchun juda muhimdir. Ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda eshituv nayi kattalarga qaraganda qisqaroq va kengroq bo'ladi.



Rasm 5.6. Eshituv nayi: 1 – eshituv nayining suyak bo‘limi; 2, 3 – tog‘ay bo‘limi; 4 – eshituv nayining xalqum og‘zi

So‘rg‘ichsimon o‘simta (*processus mastoideus*). O‘rta quloqning orqa bo‘limi so‘rg‘ichsimon o‘simta ko‘rinishida bo‘lib, unda so‘rg‘ichsimon g‘or orqali parda bo‘shlig‘i bilan tutashgan ko‘plab havo o‘tkazuvchi katakchalar va parda usti bo‘shlig‘ining yuqori-orqa qismidagi g‘orga kirish yo‘li mavjud (rasm 5.7). So‘rg‘ichsimon o‘simtaning hujayralari tizimi havo o‘tkazuvchi hujayralarning rivojlanganlik darajasidan kelib chiqib turli xil bo‘lishi mumkin. Aynan shuning uchun so‘rg‘ichsimon o‘simtalarning turli xil tuzilishlari farqlanadi: pnevmatik, sklerotik, diploetik.

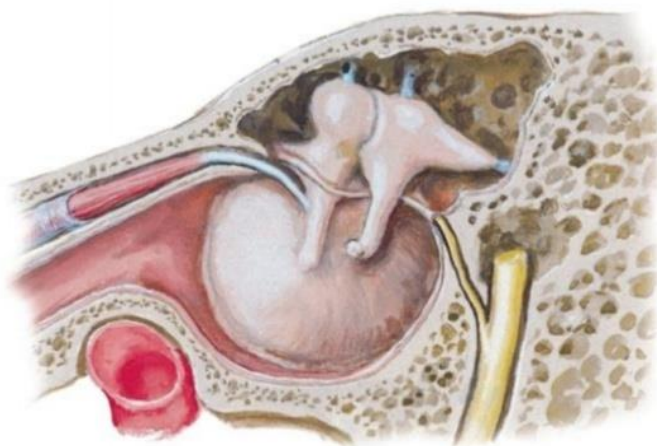


Rasm 5.7. So‘rg‘ichsimon o‘simtaning havo o‘tkazish tizimi

G‘or (antrum) –parda bo‘shlig‘i bilan bevosita bog‘langan eng katta bo‘shlik. G‘or orqa bosh chanog‘i chuqurchasi va sigmasimon chuqurcha, o‘rta bosh chanog‘i chuqurcha, yuz nervining kanali o‘tgan uning orqa devori orqali tashqi eshitish yo‘li bilan chegaralangan. SHuning uchun nog‘ora bo‘shlig‘i devorlarining

shikastlanish jarayonlari unga chegaradosh bo'lgan sohalarning og'ir asoratlariga olib keladi. Katta yoshdagi odamda nog'ora bo'shlig'i 1 sm gacha chuqurlikda bo'ladi, ilk yoshdagi bolalarda esa – so'rg'ichsimon o'simta yuzasiga yaqinroq joyda joylashgan. Nog'ora bo'shlig'ining chakka suyagi yuzasiga SHipo uchburchagi chegarasiga to'g'ri keladi. O'rta quloqning shilliq qavati mukoperiost bo'lib xizmat qiladi va u bezlarga ega emas, ammo bezlar metaplaziya hisobiga yallig'lanish jarayonlari vaqtida vujudga kelishi mumkin.

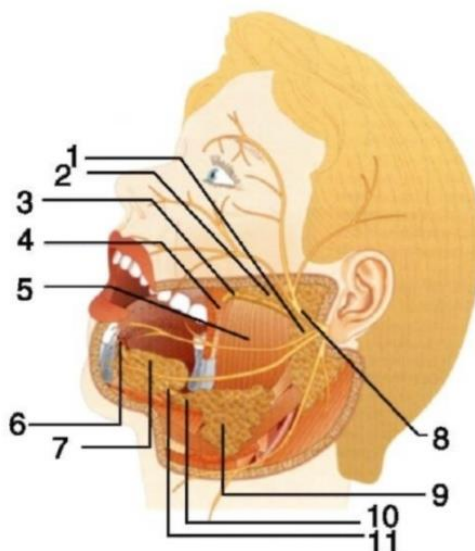
O'rta quloq shilliq qavati innervatsiyasi juda murakkab. Bu erda kichik soxada ko'plab nerv tolalari jamlangan. Labirintli devorda til-Xalqumdan ketgan parda nerv tolalaridan, shuningdek ichki uyqu arteriyasidan tarqalgan simpatik nerv tolalaridan iborat bo'lgan, yaqqol ifodalangan nerv tuguni (shuning uchun glossitlar vaqtida otalgiya belgilari mavjud bo'ladi yoki aksincha) mavjud. Quloq pardasining nerv tolasi uning yuqori devori orqali kichik tugunli nerv ko'rinishida chiqadi va quloq oldi beziga keladi va uni parasimpatik tolalar bilan ta'minlaydi. Bundan tashqari, o'rta quloqning shilliq qavati uch shoxli nerv tolalaridan innervatsiya oladi, bu esa o'tkir o'rta otit vaqtida keskin og'riqli reaksiyani belgilab beradi. Nog'ora tori (*chorda tympani*) parda bo'shlig'idagi yuz nervidan tarqaladi va til nerviga ulanadi (rasm 5.8).



Rasm 5.8. YUz nervi va parda tori

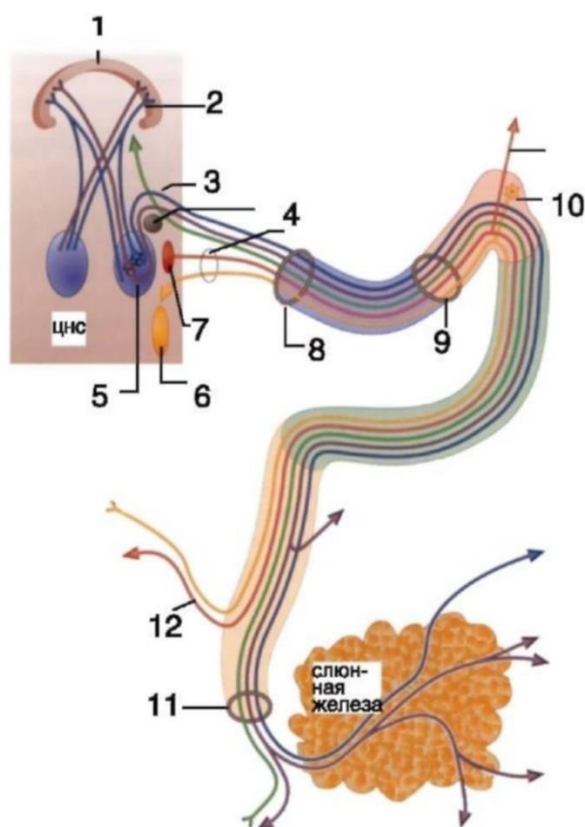
Nog'ora tori hisobiga tilning 2/3 qismi oldida tuzli, achchiq va nordon ta'mlarni sezish ro'y beradi. Bundan tashqari, nog'ora tori so'lak (jag' osti va til osti) bezlarini parasimpatik tolalar bilan ta'minlaydi. YUz nervidan o'rta quloq

suyakchasi mushagiga bitta nerv shoxi ketgan, uning gorizontal bo‘g‘imi boshlanishida esa, bo‘g‘im tugunidan chakka suyagi piramidasining yuqori yuzasiga chiquvchi kichik shoxcha – so‘lak bezini parasimpatik tolalar bilan ta‘minlovchi katta shoxli nerv ketadi. Bigizli-so‘rg‘ichsimon tirqish orqali chiqqan yuz nerv tolasi tolalar tarmog‘i – “katta g‘oz panjasi”ni hosil qiladi (rasm 5.9). YUz nervi quloq oldi so‘lak bezining kapsulasi bilan yaqin aloqada bo‘ladi va shuning uchun yallig‘lanish va o‘sma jarayonlari ushbu nervning parezlari va falajlanishiga olib kelishi mumkin. YUz nervi va undan turli darajada tarqalgan shoxlarning topografiyasini bilish uning shikastlangan joyi haqida baho chiqarishga imkon beradi (rasm 5.10).



Rasm 5.9. YUz nervi shoxlarining topografiyasi:

1 – so‘lak bezi; 2 – yuz nervining quyi shoxi; 3 – quloq oldi so‘lak bezi; 4 - lunj mushagi; 5 – chaynash mushagi; 6 – til osti so‘lak bezining chiqish tomiri; 7 – til osti so‘lak bezi; 8 – yuz nervining yuqori shoxi; 9 - jag‘ osti so‘lak bezi; 10 – yuz nervining quyi shoxi; 11 - til osti so‘lak bezi



Rasm 5.10. YUz nervi anatomiyasi: 1 – miya qobig‘i; 2 – qobiqli-yadroli yo‘l; 3 – yuz nerv tolasi; 4 – oraliq nerv; 5 – yuz nervining harakatlantiruvchi yadrosi; 6 – yuz nervining sezgir yadrosi; 7 – yuz nervining bez yadrosi; 8 – ichki eshitish yo‘li; 9 – ichki eshitish yo‘lining tirqishi; 10 – yuz nervining tizzali nerv tuguni (ganliy); 11 – bigiz-so‘rg‘chsimon tirqish; 12 – quloq pardasi tori

SHu tarzda, o‘rta quloqning murakkab innervatsiyasi tish-jag‘ tizimi organlarining innervatsiyasi bilan uzviy bog‘langan. Aynan shuning uchun o‘z ichiga quloq va tish-jag‘ tizimining patologiyasini olgan bir qator og‘riqli sindromlar mavjud.

Nog‘ora bo‘shlig‘ida *bolg‘acha, sandon va uzangidan* iborat bo‘lgan eshitish suyakchalari zanjiri joylashgan. Ushbu zanjir quloq pardasidan boshlanadi va eshitish suyakchasining bir qismi – uning asosi ulangan dahliz darchasi bilan tugaydi. Suyakchalar o‘zaro bo‘g‘imlar bilan tutashgan va ikkita antagonist mushaklar bilan ta‘minlangan: uzangicha mushagi qisqarganda suyakchani dahliz darchasidan tortib oladi, quloq pardasini taranglashtiruvchi mushak esa aksincha, eshitish suyakchasini darchaga itaradi. Ushbu mushaklar hisobiga eshitish

suyakchalarining barcha tizimining juda sezgir boʻlgan dinamik muvozanati yaratiladi, bu esa quloqning eshitish funksiyasi uchun juda muhimdir.

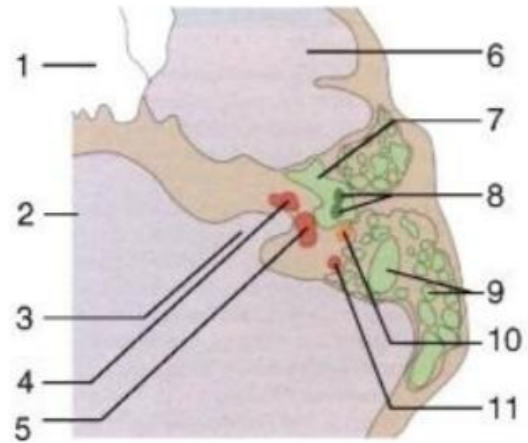
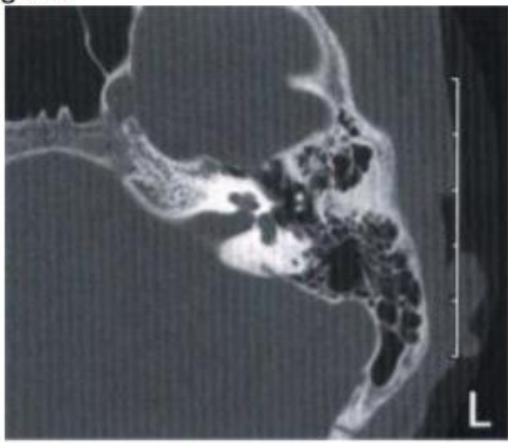
Oʻrta quloqning qon bilan taʼminlanishi tashqi va ichki uyqu arteriyasining shoxlari tomonidan amalga oshiriladi. Tashqi uyqu arteriyasi tarkibiga bigizli-soʻrgʻichsimon arteriya (a. *stylomastoidea*) – orqa quloq arteriyasining tarmogʻi (a. *auricularis posterior*), oldingi nogʻora (a. *tympanica anterior*) – yuqori jagʻ arteriyasi tarmogʻi (a. *Maxillaris*) kiradi. Ichki uyqu arteriyasidan nogʻora boʻshligʻining oldingi boʻlimlariga tarmoqlar ketgan.

Nogʻora boʻshligʻi innervatsiyasi. Birinchi navbatda yuz, uch shoxli nervlar va ichki simpatik uyqu tugunining shoxlari bilan bogʻlanadigan nogʻora parda nervi (*n. tympanicus*) – til-xalqum nervining shoxi hisobiga xosil boʻladi.

5.3. Ichki quloqning klinik anatomiyasi

Ichki quloq chakka suyagining ichida joylashgan va suyak labirint ichida boʻlgan pardali labirintdan tashkil topgan (rasm 5.11). Suyak va pardali labirint orasida perilymfatik boʻshliq mavjud. U perilymfa deb ataluvchi suyuqlik bilan toʻldirilgan boʻlib, oʻzining kimyoviy tarkibiga koʻra orqa miya suyuqligi (likvor) bilan umumiy oʻxshashliklarga ega. Parda labirint endolimfa deb nomlangan suyuqlik bilan toʻlgan va suyak labirintning devorlariga ulanuvchi toʻqimali tasmalar bilan ulangan.

Perilymfa boʻshligʻi subaraxnoidal tor suyakli kanal – chigʻanoq kanali (*aqueductus cochlea*) bilan ulangan boʻlib, u orqali perilymfatik yoʻl (*ductus perilymphaticus*) oʻtadi. Pardali labirint endolimfatik yoʻl orqali endolimfatik xalta (qop) (*saccus endolymphaticus*) bilan ulangan. Endolimfatik qop piramidaning orqa qirrasida, miya qattiq qobigʻida, ichki eshitish yoʻlining tirqishi orqasida joylashgan.



Rasm 5.11. CHakka suyagi piramidasida suyak labirint joylashuvi: 1 – ponasimon bo‘shliq; 2 – miya to‘qimasi; 3 – ichki eshitish yo‘li; 4 – chig‘anoq; 5 – labirint dahlizi; 6 – miya to‘qimasi; 7 – qattik; 8 – eshitish suyakchalari; 9 – so‘rg‘ichsimon o‘simtaning havo o‘tkazuvchi hujayralari; 10 – yuz nervi; 11 – yarim doirali kanal

Suyak labirint murakkab shaklli bo‘shliq ko‘rinishida bo‘lib, uning devorlari zich suyakdan iborat (rasm 5.12). Unda uchta bo‘lim farqlanadi: dahliz (*vestibulum*), uchta yarim doirali kanal (*canalis semicircularis*) va chig‘anoq (*cochlea*), unga ichki eshitish yo‘li ulangan (*meatus acusticus internus*).

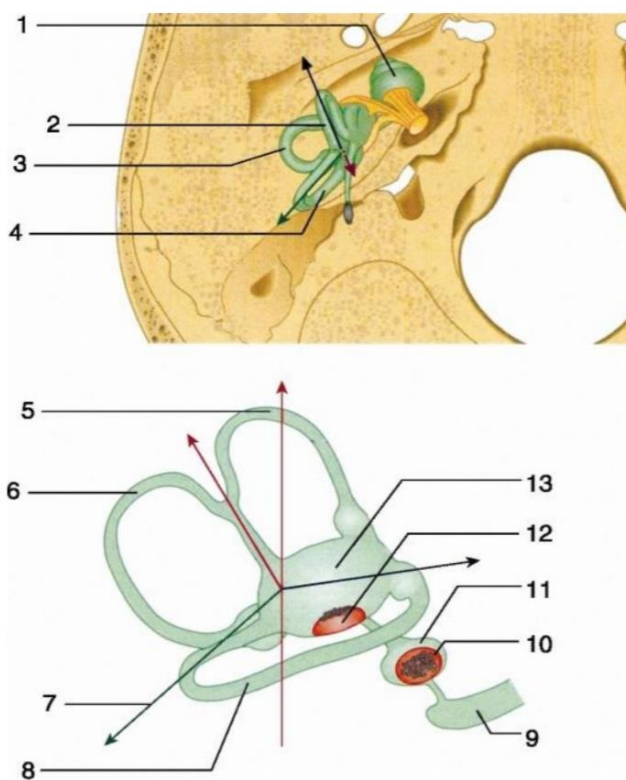


Rasm 5.12. Suyak labirint

Dahliz labirintning markaziy qismini tashkil qiladi. Filogenetik jihatdan bu labirintning eng qadimgi qismidir. Dahliz orqa tomondan yarim doirali kanallar bilan bog‘langan bo‘lsa, oldidan chig‘anoq bilan bog‘langan. Dahliz tashqi devorining katta qismi dahliz darchasi bilan egallangan. Ichki devor ichki eshitish yo‘lining tubiga mos keladi. Dahliz ichida ikkita cho‘ntak joylashgan: sfera

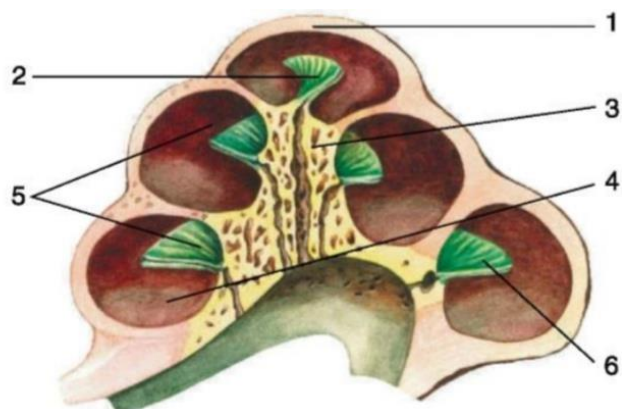
shaklidagi chuqurcha (*recessus sphericus*) ellips chuqurcha (*recessus ellipticus*). Birinchisida, chigʻanoqqa yaqin joyda sferali qop (*sacculus*) qop, ikkinchisida esa yarim doirali kanallarga tutashgan ellips shakldagi qopcha (*utriculus*) mavjud. Dahlizning oldingi qismi chigʻanoq bilan dahliz zinasi orqali bogʻlanadi, orqa qismi – yarim doirali kanallar bilan bogʻlangan (rasm 5.13).

Yarim doirali kanallar. Uchta yarim doirali kanal oʻzaro perpendikulyar tekisliklarda joylashgan: lateral (gorizontal) gorizontal tekislikka nisbatan 30° burchak ostida joylashgan; oldingi (frontal) – frontal yuzada joylashgan; orqa (sagital) sagital tekislikda joylashgan. Har bir kanalda dahlizning elliptik chuqurchasiga qaragan kengaytirilgan qism (ampula) va silliq tizza farqlanadi. Oldingi va orqa vertikal kanallarning silliq tizzalari bitta umumiy tizzaga birlashgan. Yarim doirali kanallarning beshta teshigi dahlizga ochiladi.



Rasm 5.13. Ichki quloq: 1 – chigʻanoq; 2, 5 – frontal yarim doirali kanal; 3, 6 – sagital yarim doirali kanal; 7 – boʻshliq tekisliklari; 9 – chigʻanoq; 10, 11 – sferali qopcha; 12, 13 – ellips qopcha

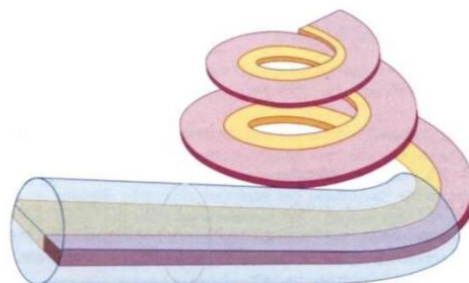
Chigʻanoq (*cochlea*). Ixcham suyakdan iborat boʻlgan suyakli spiral kanal koʻrinishida boʻladi, ikki yarim gajakka ega (rasm 5.14).



Rasm 5.14. CHig‘anoq anatomiyasi: 1 – chig‘anoqning yuqori gajagi; 2 – gelikotrema; 3 – modiolyus; 4 – chig‘anoq zinasi; 5 – parda zinasi; 6 – spiral plastinka

Asosiy gajak parda bo‘shlig‘i yo‘liga chiqadi va chig‘anoq bo‘rtig‘i deb ataladi.

CHig‘anoq gajaklari keng asosga ega bo‘lgan suyakli o‘q (*modiolus*) ni o‘rab olgan bo‘lib, undan ikki yarim marta aylanuvchi *suyakli spiral plastinka (lamina spiralis ossea)* ketgan. Ushbu suyakli palstinkaning erkin qirg‘og‘idan ikkita pardali membranalar tarqalgan: chig‘anoq ichida mustaqil kanal – *chig‘anoq yo‘li (ductus cochlearis)* ni hosil qilgan *bazilyar (membrana basilaris)* va burchak ostidagi *vestibulyar (membrana vestibularis)*. SHu tarzda, chig‘anoqning har bir gajagi ikki qavatga bo‘linadi: yuqori – ichki quloq dahlizining oldingi devoridan boshlanuvchi dahliz zinasi (*scala vestibuli*), va quyi – unga dahliz zinasi ulanadigan chig‘anoq yuqorisidan boshlanadigan parda zinasi (*scala tympani*) (rasm 5.15).

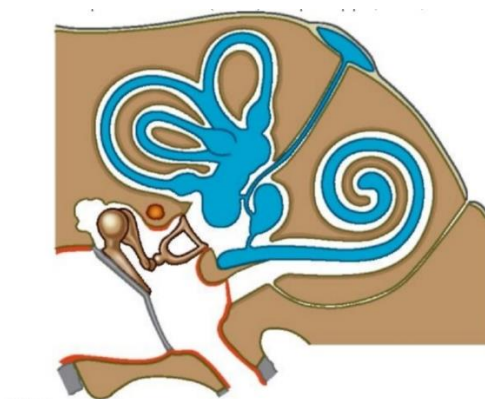


Rasm 5.15. CHig‘anoq zinalari (sxema)

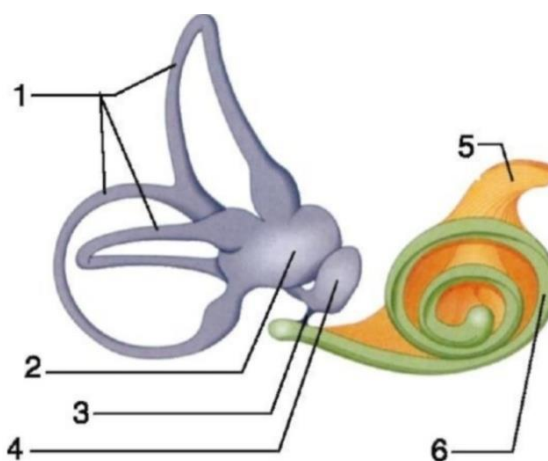
Ikkala zina ham *gelikotrema (helicotrema)* deb ataluvchi kichik tirqish orqali ulangan. Nog‘ora zinasi ikkilamchi baraban pardasi bilan tortilgan chig‘anoq

darchasi bilan tugaydi. Urchuq markazida eshitish nervi stvoli va chig‘anoqning spiral gangliysi joylashgan. Unga tomon spiral (kortiev) a‘zodan nerv tolalari kelib qo‘shilgan.

Pardali labirint bo‘shliq va yo‘llarning yopiq tizimini namoyon qiladi, shakliga ko‘ra asosan takrorlanuvchi suyak labirintdan iborat. Pardali labirint dahlizning ikkita qopchasi (*utricle et sacculus*), uchta yarim doirali kanallar, chig‘anoqli yo‘l (*ductus cochlearis*), endolimfa yo‘li (*ductus endolymphaticus*) va endolimfa qopchasi (*saccus endolymphaticus*)dan iborat. Ushbu barcha bo‘limlar endolimfa suyuqligi bilan to‘ldirilgan va o‘zaro yupqa kanalchalar orqali bog‘lanadi. Dahliz qopchalari va yarim doirali kanallar muvozanatlovchi a‘zolarga kiradi, chig‘anoq yo‘lida esa eshitishning retseptor apparati joylashgan (rasm 5.16., 5.17).

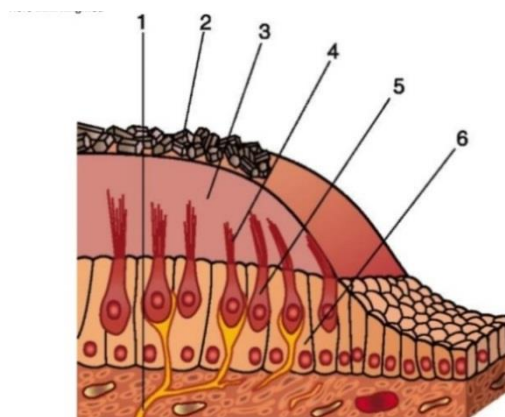


Rasm 5.16. Pardali labirint. Dahliz suv kanali va chig‘anoq suv kanali.



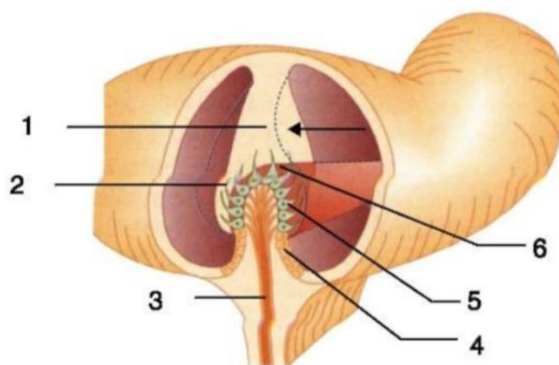
Rasm 5.17. Pardali labirint: 1 – yarim doirali kanallar; 2 – ellips shakldagi qopchalar; 3 – ulovchi yo‘l; 4 – sferali qopcha; 5 – eshitish nervi; 6 – chig‘anoq yo‘li

Dahlizning pardali qismi - *sferali qopcha (sacculus)* va *ellips shaklidagi qopcha (utricle)*, o‘zaro yupqa kanal (*ductus utriculosac-cularis*) orqali ulangan bo‘lib, u o‘z navbatida endolimfa yo‘li bilan bog‘langan. Ellips qopchaga uchta ampulyar va yarim doirali kanallarning ikkita silliq uchi olib boradi. Sferali qopcha o‘zining quyi qismida chig‘anoq yo‘liga (*ductus cochlearis*) tushadigan ulovchi yo‘lga (*ductus reuniens*) o‘tadi. Sferali va ellips qopchalarining ichki yuzasida oval shakldagi oqish dog‘ (*macula sacculi et utriculi*) ko‘rinishidagi do‘ngcha mavjud. Ular retseptor apparati sifatida namoyon bo‘ladi va tukli yoki boshqacha aytganda sezgir va tayanch hujayralardan tashkil topgan (rasm 5.18). Hujayralarning tukchalari jelatinsimon (elimshak) massa ichida bo‘lib, uning ustida otolitli membrana joylashgan. Unda kalsiy tuzlaridan iborat bo‘lgan oltiburchak shaklidagi juda mayda kristallar – otolitlar mavjud.



Rasm 5.18. Otolit retseptor: 1 – vestibulyar nervning nerv bolalari; 2 – otolitlar; 3 – jelatinsimon massa; 4 – siliyalar (hujayra tukchalari); 5 – sezgir tukli hujayralar; 6 – tayaanch hujayralar

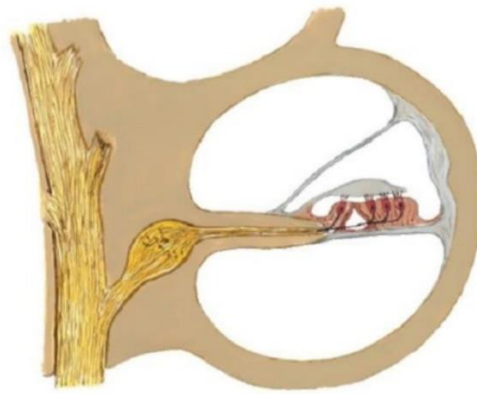
Pardali yarim doirali kanallar (*ductus semicirculares*) to‘qilgan kanallar orqali suyakli kanallarning periosti (tolali pardasi)ga qotirilgan bo‘lib, ular orqali qon tomirlari o‘tgan. Har bir ampulaning ichki yuzasida tayanch va neyroepitelial tukli hujayralardan tashkil topgan ampulyar taroq (qirra) mavjud (rasm rasm 5.19).



Rasm 5.19. Yarim doirali kanal ampulasining tuzilishi: 1 – yakuniy gumbaz; 2 – sezgir hujayralarning tuklari; 3 – vestibulyar asab oxiri; 4 – tayanch hujayralar; 5 – tukli hujayralar; 6 – ampulyar taroq

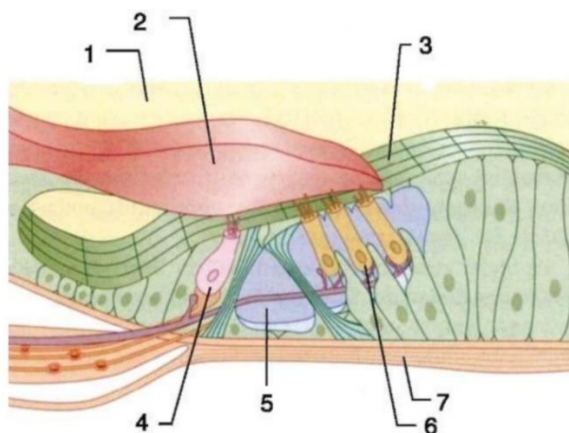
Tayanch va neyroepitelial tukli hujayralar yakuniy gumbaz (*cupula terminalis*)ni hosil qilgan uzun tukchalar bilan ta'minlangan. Retseptor hujayralar ikki xildagi tuklar bilan ta'minlangan: bitta harakatchan tuk – *kinotsiliya*, va ko'plab *stereotsiliyalar*. Endolimfa siljiganda kinotsiliyalar stereotsiliyalarga yaqinlashadi va ulardan uzoqlashadi. Natijada neyroepitelial hujayralarning ta'sirlanishi yuz beradi va retseptor hujayradan tarqaluvchi impulslar oqimi vujudga keladi. SHu tarzda, vestibulyar sensor hujayralar beshta retseptor sohalarda joylashgan: bittadan yarim doirali kanalning har bir ampulasida va bittadan dahlizning ikkita qopchasida.

Pardali chig'anoq yoki chig'anoqli yo'l (*ductus cochlearis*), ko'ndalang kesimida uchburchak shaklga ega bo'lgan spiralli kanal ko'rinishida namoyon bo'ladi. CHig'anoqli tomir sferali qopcha yaqinida boshlanib, u bilan ulovchi tomir orqali bog'lanadi va chig'anoq gumbazi oldida tugaydi. CHig'anoqli tomir chig'anoq kanalining tashqi yarmida joylashgan va yuqoridan dahliz zinasi, pastdan esa – nog'ora zinasi bilan chegaradosh (rasm 5.20).



Rasm 5.20. CHig'anoq gajagining ko'ndalang kesimi

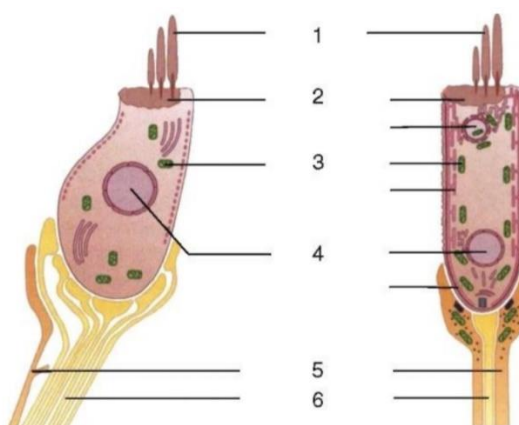
CHig'anoqli yo'lning yuqori devori yupqa ulovchi-to'qilgan parda – *dahliz (Reyssner) membranasi* bilan qoplangan. CHig'anoqli tomir tubi uni nog'ora zinadan ajratib turuvchi bazilyar plastinkani hosil qiladi. CHig'anoqli tomirning tashqi devori spiralli pay (*lig. spirale*)ni hosil qilgan bo'lib, uning qon tomirlariga boy bo'lgan yuqori qismi *tomirli tasma (stria vascularis)* deb ataladi. Bazilyar plastinka kapilyar qon tomirlarining keng tarmog'iga ega va uzunligi va kengligi asosiy gajakdan yuqoriga qarab yo'nalishda kattalashuvchi ko'ndalang joylashgan elastik tolalardan iborat. Barcha chig'anoqli tomir bo'ylab spiralsimon joylashgan bazilyar plastinkada spiral (Kortiev) a'zosi –eshitish analizatorining periferik retseptori mavjud (rasm 5.21.).



Rasm 5.21. Kortiev a'zosi: 1 - endolimfa; 2 - qobiq membrana; 3 - epiteliy; 4 – ichki tukli hujayralar; 5 - kortilimfa; 6 - tashqi tukli hujayralar; 7 - bazal membrana

Spiral organ neuroepitelial ichki va tashqi tukli, tayanch, tashqi va ichki ustunchali hujayralardan tashkil topgan. Ichki ustunchali hujayralardan ichiga qarab ichki tukli hujayralar qatori joylashgan (ular taxminan 3500). Tashqi ustunchali hujayralarning tashqi tomonidan taxminan 23 000 tashqi tukli hujayralar bor (rasm 5.22).

Tukli hujayralar chigʻanoqning spiral tuguni hujayralaridan tarqalgan atrof nerv tolalari bilan bogʻlangan. Spiral aʼzoning tayanch hujayralari oziqlantiruvchi vazifani bajaradi.



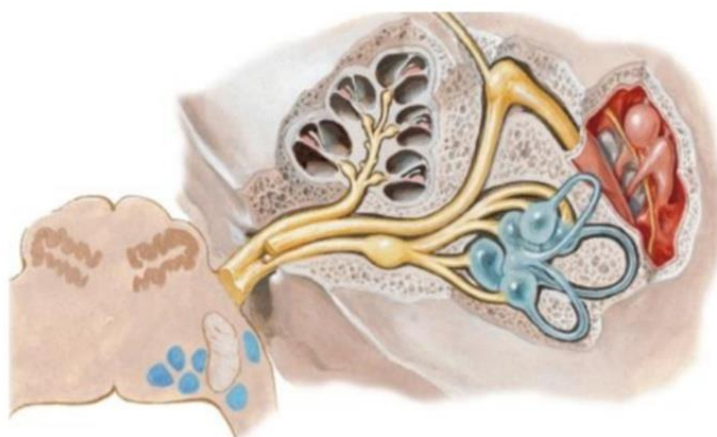
Rasm 5.22. Tukli hujayralar: 1 - stereotsilyalar; 2 - kutikula; 3 - mitoxondriyalar; 4 - hujayra yadrosi; 5, 6 –nerv tolalari

Suyakli spiral- spiral aʼzoning tukli hujayralari ustida huddi bazilyar plastinka kabi suyakli spiral plastinkadan chiqadi. Bazilyar plastinkada osilib turgan qobiq membranasi (*membrana tectoria*) joylashgan. Qobiqli membranaga neuroepitelial tukli hujayralarning tuklari oʻralgan. Bazilyar plastinka tebranganda ushbu tuklarning tortilishi va siqilishi yuz beradi, natijada ichki quloq suyakchasi va suyuqliklar tebranishi mexanik energiyani nervning elektr impulsi energiyasiga oʻzgarishiga olib keladi. Har bir sezgir tukli hujayraga bittadan oxirgi (yakuniy) nerv tolasi ulangan (qarang, rasm 5.21).

Ichki quloqning qon bilan taʼminlanishi bazilyar arteriya (*a. basilaris*) ning shoxi (tarmogʻi) boʻlib xizmat qiluvchi labirint arteriyasi (*a. labyrinthi*) orqali amalga oshadi. U eshituv-chigʻanoq nervi (VIII juft) bilan birga ichki eshitish yoʻli orqali oʻtadi. Labirintning qon bilan taʼminlanishining xususiyati shundaki, labirint

arteriyasi oʻrta quloq qon tomirlar tarmogʻi bilan bogʻlanmagan (ulanish joyiga ega emas). Ichki quloqdan vena oqimi uch yoʻl orqali amalga oshadi: chigʻanoq kanali venalari, dahliz suv kanali venalari va ichki eshitish yoʻli venalari.

Ichki quloq innervatsiyasi. Spiral aʼzoning tukli hujayralari chigʻanoq suyakli spiral plastinkalari asosida joylashgan chigʻanoqning spiral tuguni (*gangl. spirale cochlea*)ning ikki qutbli (bipolyar) hujayralari atrof oʻsimtalari bilan bogʻlangan. Spiral tugunlarning bipolyar neyronlari markaziy oʻsimtalari, ichki eshitish yoʻli orqali oʻtuvchi eshituv-chigʻanoq nervi (*n. vestibulocochlear*)ning chihanoqli qismi tolalari boʻlib xizmat qiladi va koʻprikli-miyachaburchagi sohasida koʻprikka kiradi (rasm 5.23). IV qorincha tubida eshituv-chigʻanoq nervi koxlear va vestibulyar shoxlarga boʻlinadi. Koxlear shox tolalari *oldingi chigʻanoq yadrolari*(*nucl. cochlearis ventralis*) va *orqa chigʻanoq yadrosi* (*nucl. cochlearis dorsalis*) hujayralaridagi rombsimon chuqurchasi lateral burchagida tugaydi. SHu tarzda, spiral tugun hujayralari spiral aʼzoning neyroepitelial tukli hujayralariga boruvchi periferik (atrof) oʻsimtalar va koʻprik yadrolarida tugaydigan markaziy oʻsimtalar bilan birga *eshitish analizator I neyronini* tashkil qiladi.



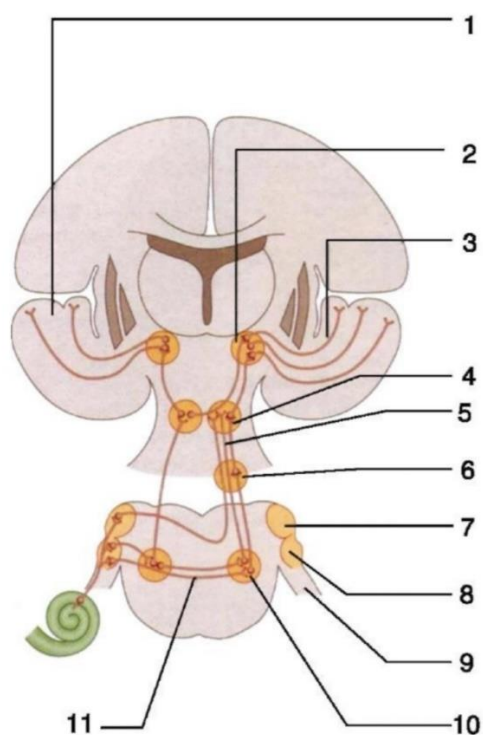
Rasm 5.23. Koxleovestibulyar nerv

Oldingi va orqa chigʻanoqli yadrolardan eshitish analizatorining II neyroni boshlanadi. Mazkur neyron tolalarining kichik qismi shu nomli joyga ketadi, kattaroq qismi esa kesishgan holda koʻprikning qarshi tomoniga oʻtadi va olivada tugaydi. Lateral sirtmoq tarkibidagi *III neyron* tolalari toʻrtta tepalik va medial

tizzali (tirsakli) tana yadrolariga ketadi, undan esa IV neyron tolalari ikkilamchi qisman kesishgandan so‘ng miyaning chakka ulushi tomonga yo‘naladi va ko‘ndalang chakka burmalari (Geshli burmalari)da joylashgan holda eshitish analizatorining qobiq bo‘limida tugaydi

Eshitish tizimi tovush tebranishlarini qabul qilinishi, asab impulslarini eshitish asab markazlariga o‘tkazilishi va olingan axborotni tahlil qilinishini ta’minlaydi (rasm 5.24).

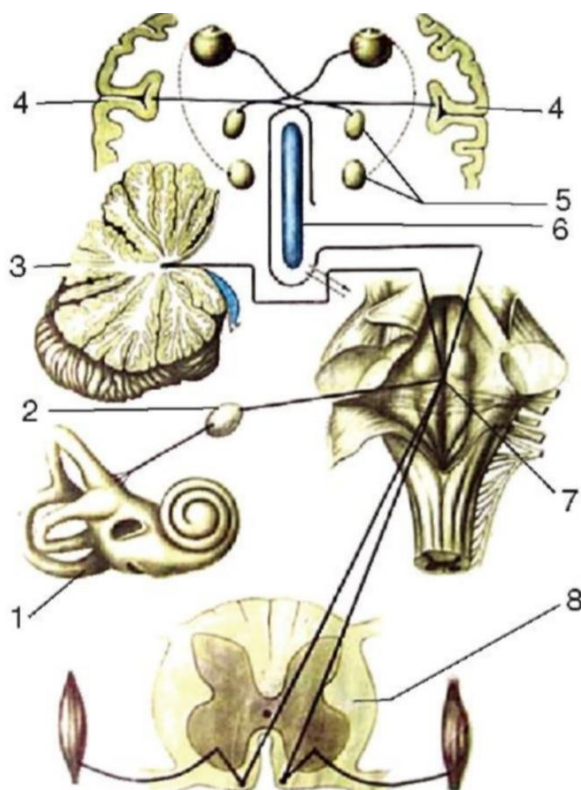
Vestibulyar nerv tolalari dahliz qopchalarida va yarim doirali kanallarning ampulalarida boshlanadi va ichki eshitish yo‘lining tubidagi *vestibulyar tugun(gangl. vestibulare)* bilan tugaydi.



Rasm 5.24. Eshitish analizatorining markaziy bo‘limi: 1 – eshitish analizatorining qobiqli bo‘limi; 2 – to‘rtta tepalik yadrolari; 3 – IV neyron; 4 – medial tirsakli tana; 5 – III neyron; 6 – lateral sirtmoq yadrosi; 7, 8 – eshitish nervi yadrolari; 9 – eshitish nervi tolasi; 10 – oliva yadrosi; 11 – II neyron

Ichki eshitish yoʻlida vestibulyar shox VIII juftga qoʻshiladi, soʻngra uzunchoq miyaga yoʻnaladi va quyidagi vestibulyar yadrolarda yakunlanadi: lateral, medial, yuqori va quyi yadrolar. Ushbu yadrolar markaziy asab tizimining boshqa boʻlimlari bilan aloqaga ega, bunda tolalarning bir qismi shu nomdagi tomonda ketadi, boshqa qismi esa – kesishadi. Klinik anatomiya jihatidan vestibulyar yadrolarning markaziy asab tizimining turli hosilalari bilan beshta asosiy aloqalarini qayd etish zarur (rasm 5.25).

Vestibulyar-bel trakti (*tractus vestibulospinalis*). Lateral yadrolardan boshlanib, dahlizli-orqa miya yoʻli tarkibidagi vestibulyar retseptorlarni mushak tizimi bilan aloqasini taʼminlagan holda orqa miyaning oldingi muguzchalari motor hujayralariga keladi.



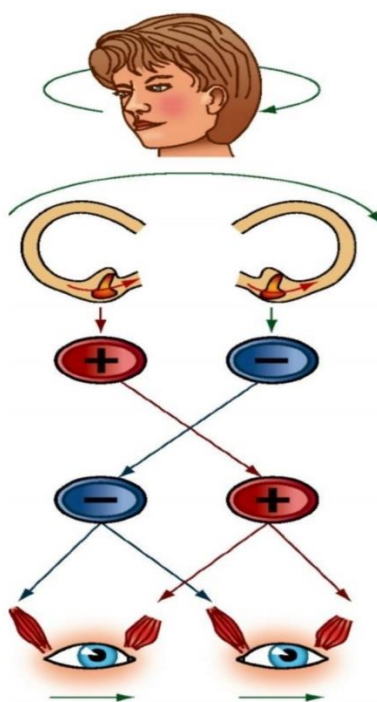
Rasm 5.25. Vestibulyar analizatorning markaziy boʻlimi: 1 – labirint; 2 – dahliz tuguni; 3 – kichik miya; 4 – bosh miyasi yarim sharlari qobigʻi; 5 – koʻzni harakatlantiruvchi nerv yadrolari; 6 – retikulyar formatsiya; 7 – uzunchoq miyadagi vestibulyar yadrolar; 8 – orqa miya

Vestibulyar – ko‘z harakatlantiruvchi yo‘l (*tractus vestibulooculomotorius*). Vestibulyar yadrolardan ko‘zni harakatlantiruvchi nervlarning yadrolari tomon ketadi.

Vestibulyar-vegetativ yo‘l (*tractus vestibuloreticularis*). Vestibulyar yadrolardan adashgan nerv yadrolari, retikulyar formatsiya, diensefal soha tomonga boradi.

Vestibulyar-miyacha yo‘li (*tractus vestibulocerebellaris*). Vestibulyar yadrolarning miyachabilan aloqasini ta‘minlaydi.

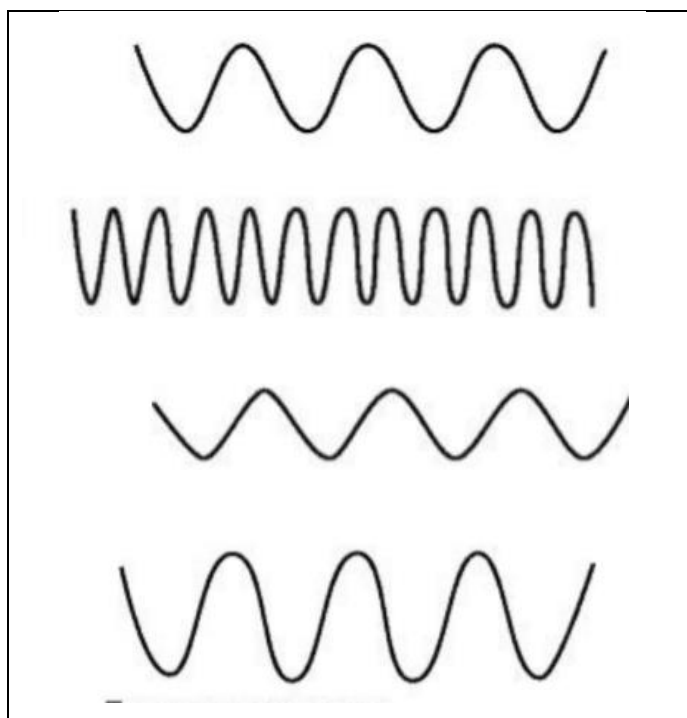
Vestibulyar-qobiq yo‘li (*tractus vestibulocorticalis*). Vestibulyar yadrolardan miyaning chakka va liqildoq qismi qobig‘i tomon boradi va u erda vestibulyar analizatorga tarmoqlanadi. Bosh miya qobig‘i va miyachavestibulyar analizatorga nisbatan boshqaruvchi vazifani bajaradi. Ko‘rsatilgan aloqalar yordamida turli sensor, vegetativ va somatik vestibulyar reaksiyalar amalga oshadi (rasm 5.26).



Rasm 5.26. Vestibulyar-okulyar refleks

5.4. Quloqning klinik fiziologiyasi

Tovush analizatorining mos (o'xshash) ta'sirlantiruvchisi tovush hisoblanadi. Tovush havoda, suyuqlikda va qattiq jismlarda to'lqin ko'rinishida tarqaluvchi mexanik tebranishlar bo'lib hisoblanadi. Tovush to'lqini sinusoidal tebranishlar sifatida ifodalanadi (rasm 5.27). Tovushlarning tarqalish tezligi havoda 332 m/s, suvda – 1450 m/s ni tashkil qiladi. Tovush analizatori tovushlarni balandligi, kuchliligi va tembri bo'yicha farqlashga yordam beradi. Tovush balandligi tovush chiqarayotgan tananing bir soniyada tebranishlari soniga bog'liq bo'ladi va gerslarda o'lchanadi (Gs) – bir soniyada tebranishlar soni. Insonning tovush analizatori tovushlarni taxminan 16 (quyi chegara) dan 20 000 Gs (yuqori chegara) gacha tebranishlar sonida qabul qila oladi. 16 Gs dan past tovush tebranishlari infratovushga kiradi, 20 000 Gs dan yuqorisi esa – ultratovushga kiradi. Tovushni qabul qilish uchun zarur shart bu tovush kuchining etarlicha intensivligi – tebranishlar amplitudasi hisoblanadi. Tovush analizatorining eng katta sezgirligi 1000 dan 4000 Gs gacha bo'lgan chegarada bo'ladi.



Rasm 5.27. Tovush to'lqini

Inson ovozi tovush maydonida 300 dan 3000 Gs gacha chegaradagi joyni egallaydi. Tovushning katta kuchayishi (>130 dB) quloqda bosim va og'riqni

vujudga keltiradi. Tovushning nisbiy intensivligi alohida birliklar – detsibellar (dB) da ifodalash qabul qilingan.

Tovushlar ta'sir qilganda tovush analizatorining sezgirligining ortishi yoki pasayishi *adaptatsiya* deb ataladi. Kuchli tovushlar ta'siri ostida quloqning sezgirligi pasayadi, jimlik vaqtida esa aksincha ortadi.

Ototopika – tovush yo'nalishini aniqlash qobiliyati binatural eshitish bilan bog'liq. Bu tovush kuchining qabul qilinishidagi farqlar, shuningdek chap va o'ng quloqqa tovush to'liqlinining etib kelish vaqtidagi farqlar bilan izohlanadi. Gorizonta tekislikda tarqaluvchi tovushlarning yo'nalishi yanada aniqroq topiladi.

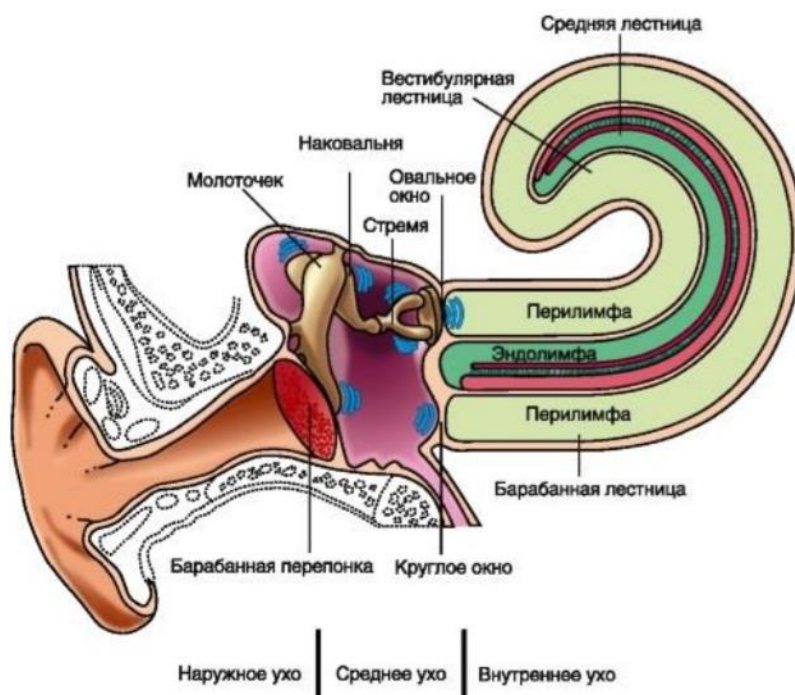
Tashqi, o'rta va ichki quloq funksiyalari

Quloq ikkita asosiy funksiyani bajaradi:

tovush o'tkazish – tovush energiyasini chig'anoqning retseptor apparatiga etkazish;

tovushni qabul qilish – tovush tebranishlari energiyasini nerv tolalarining ta'sirlanishiga aylantirish.

Ushbu funksiyalarga mos holda quloqda tovush o'tkazuvchi va tovush qabul qiluvchi apparatlar farqlanadi (rasm 5.28).

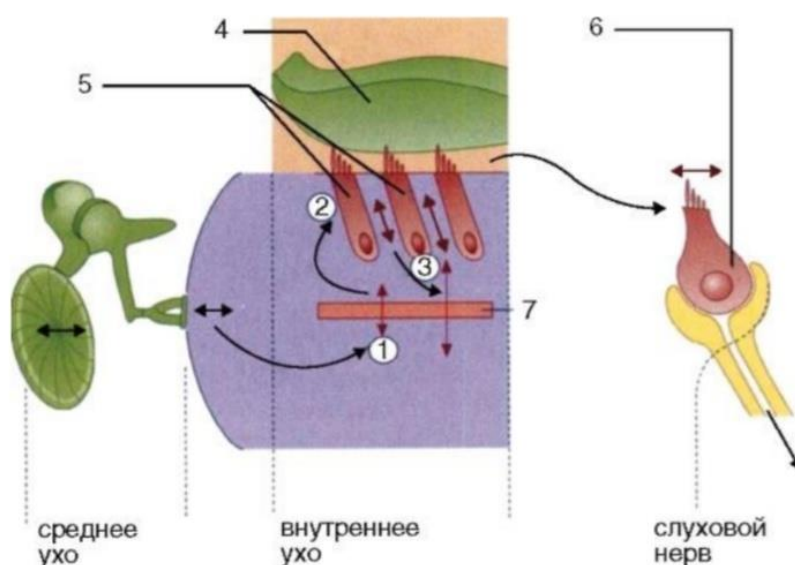


Rasm 5.28. Quloqning tovush o'tkazish funksiyasi

Tovush o'tkazish. Quloq chig'anog'i, tashqi eshitish yo'li, quloq pardasi, eshitish suyakchalari zanjiri, ichki quloq suyuqliklari, perilymfa, dahliz, bazilyar va qobiqli membranalar ishtirokida amalga oshadi. Quloq chig'anog'i tovush signallarini to'plash vazifasini bajaradi. Tashqi eshitish yo'li tovush to'lqinlarini nog'ora pardasiga o'tkazish vazifasini bajaradi. Quloq pardasi va u bilan bog'liq bo'lgan eshitish suyakchalari havo tebranishlarini buzmaganda dahlizga uzatadi. Quloq pardasi va eshitish suyakchalari zanjiri o'z mushaklari bilan birga transformatsiyalovchi (o'zgartiruvchi) mexanizm bo'lib hisoblanadi: ular katta amplitudali va nisbatan past kuchdagi tovush tebranishlarini nisbatan kam amplitudali, biroq katta bosimdagi labirint suyuqligining tebranishlariga aylantiradi. Bu, eshitish suyakchasi asosining maydoni quloq pardasi maydonidan taxminan 20 baravarga kamligi bilan ifodalanadi. Aynan shuning uchun quloq pardasiga etib kelgan tovush kichikroq maydonda to'planadi. SHundan so'ng tovush bosimi eshitish suyakchasidan dahliz perilymfasi, keyin esa gelikotrema orqali quloq pardasi perilymfasi tomon uzatiladi. Perilymfaning siljishi chig'anoq darchasi membranasining yumshoqligi tufayli amalga oshadi. Eshitish

mushaklarining funksiyasi, birinchi navbatda, ichki quloq va uning retseptor apparatini juda katta kuchdagi tovushlardan himoya qilishdan iborat. Bundan tashqari, ushbu mushaklar akkomodatsiya (moslashtirish) vazifasini ham bajaradi. Yaxshi tovush o'tkazilishi uchun zarur bo'lgan sharoit Eshituv nayining ventilyasiya funksiyasi yordamida ta'minlanadigan quloq pardasidagi me'yordagi havo bosimi hisoblanadi (qarang, rasm 5.28).

Tovushni qabul qilish. Tovushni qabul qilish – bu tovush tebranishlari energiyasini asab impulsiga aylantirish, uni bosh miya qobig'ining markazlariga etkazish, tovushlarni tushunish va tahlil qilish jarayonidir. Dahliz darchasi orqali perilimfagacha etgan tovush to'lqini, uni tebranish harakatiga jalb qiladi. Mazkur tebranishlar chig'anoq gajaklari, dahliz zinasiga bo'ylab uning yuqorisiga, undan so'ng quloq pardasi zinasiga o'tadi va ikkilamchi quloq pardasi egilishini hosil qilgan holda chig'anoq asosiga qaytadi. Tebranishlarga bazilyar membrana va unda mavjud bo'lgan spiral a'zo jalb qilinadi, uning sezgir tukli hujayralari bunday tebranishlar vaqtida qobiqli membrana tomonidan siqilish va tortilish kuzatiladi. Tukli hujayralarning yumshoq deformatsiyasi ularning ta'sirlanish asosida yotadi. SHu tarzda, mexanik tovush tebranishlarining elektr asab impulslariga aylanishi ro'y beradi (rasm 5.29).



Rasm 5.29. Tovush tebranishlarining uzatilishi (sxema): 1 – perilimfa; 2 – endolimfa; 3 – eshitish nervi; 4 – qobiqli membrana; 5, 6 - tukli hujayralar; 7 – bazilyar membrana

Ichki quloqda yuz beruvchi tovushni qabul qilish jarayonlarini tushuntirish uchun eshitishning turli nazariyalari taklif qilingan.

Gelmgols nazariyasi (rezonansli) 1863 yilda taklif etilgan edi. Ushbu nazariyaga muvofiq tovush to‘lqinlari chig‘anoq yo‘lining bazilyar membranalarining tebranishini keltirib chiqaradi. CHig‘anoq yo‘li tolalari o‘zlarining uzunligi va tarangligi bo‘yicha xar hil bo‘lgani tufayli, turli soxalarning turli balandlikdagi tovushlarga nisbatan tanlovli rezonanslanishi ro‘y beradi. Har bir tola tortilgan tor kabi o‘ziga mos bo‘lgan tovushga nisbatan ta’sirlanadi. Mazkur nazariyaga ko‘ra, past tovushlar bazilyar membranalarining soxalari tebranishini chig‘anoq yuqorisida, baland tovushlar esa – uning asosida, o‘rta tovushlar – o‘rtasidagi tebranishlarni keltirib chiqaradi. SHu tarzda tovushlarning birlamchi tahlili ro‘y beradi. Gelmgols nazariyasi birinchi marta quloqning asosiy xususiyatlari – tovushning balandligi, yuqoriligi va tembrini aniqlashga imkon berdi. Hozirgacha ushbu nazariyani asosiy nazariya deb hisoblashadi.

Gelmgols nazariyasidan so‘ng boshqa nazariyalar ham paydo bo‘ldi. Nobel mukofoti laureati Bekeshi (1961) nazariyasi ham alohida qiziqish uyg‘otadi. Bekeshi tomonidan gidrodinamik nazariya yoki yuguruvchi to‘lqin nazariyasi ishlab chiqilgan. Unga ko‘ra spiral a‘zoning sezgir neyroepiteliysining alohida hujayralari ta’sirlanishi – ichki quloq perilimfasida yuguruvchi to‘lqinlarning hosil bo‘lishi bilan bog‘liq bo‘lgan gidrodinamik jarayondir. Tovush yuqoriligini sezish, bazilyar membrananing eng ko‘p burilgan nuqtasida joylashgan tukli hujayralarning ta’sirlanishi tufayli vujudga keladi.

Ushbu nazariyalarning kamchiligi bo‘lib, mexanik nuqtai-nazaridan quloqning ko‘plab turli chastotalarni farqlash qobiliyatini tushuntirish mumkin emasligi hisoblanadi. P.P.Lazarevning ion nazariyasiga ko‘ra tukli hujayralarning mexanik ta’sirlanishida, kuchi parchalanayotgan modda (eshitish purpuri)

miqdoriga bog‘liq bo‘lgan kimyoviy reaksiya vujudga keladi. Bunda ozod bo‘lgan ionlar nerv ta’sirlanishi jarayonini keltirib chiqaradi.

Tovushlar eshitish a’zosiga ta’sir ko‘rsatganda elektr toki – tovush chastotasiga o‘xshash mikrofon potentsiyaallari vujudga keladi. Ushbu tokning maxsus apparatura yordamida kuchaytirilganidan so‘ng uni yana takroran tovushga aylantirish mumkin. Tovush sezgisi eshitish analizatorining labirintida, kompleksli tovush ta’sirlarining yuqori tahlili va sintezi amalga oshiriladigan miyaning chakka qismida vujudga keladi.

Vestibulyar analizator funksiyasi

Vestibulyar analizator propriotseptiv va ko‘rish tizimi bilan birgalikda tananing muvozanati, harakatlarni aniq muvofiqlashtirish va tahlil qilishni ta’minlaydi.

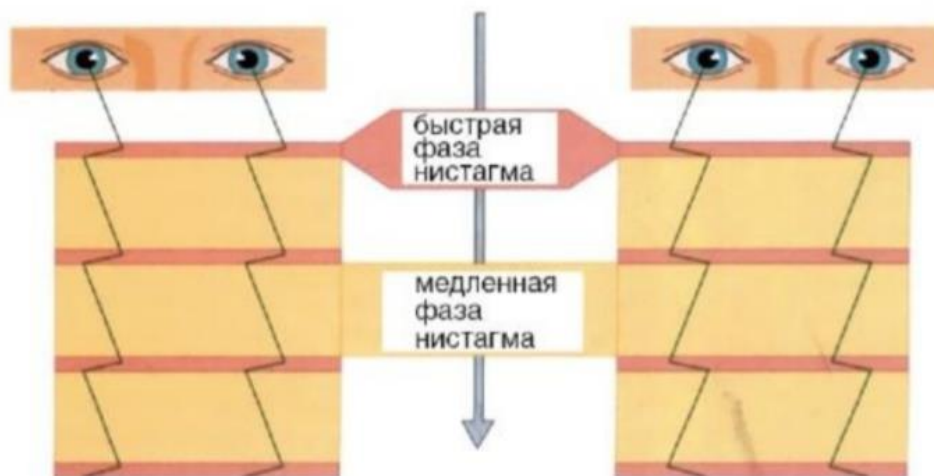
YArim doirali kanallar *ampulyar retseptorlarining* mos ta’sirlantiruvchisi bo‘lib *burchakli tezlanish* hisoblanadi.

Burchak tezlanishi yoki aylanish harakatining sekinlashishi ta’sirida endolimfa inersiya natijasida joyini o‘zgartiradi va kinotsilyalarni siljitadi. Endolimfaning siljishi harakat tekisligiga mos bo‘lgan kanalda ro‘y beradi. Xususan, gorizontal tekislikda burchak tezlanishlarida endolimfa asosan lateral yarim doirali kanallarda, vertikal tekisliklarda tezlanishda esa – oldingi va orqa kanallarda siljiydi. Kinotsilyalarning siljishi ampulyar taroq neyroepiteliysining ta’sirlanishiga olib keladi va bu vestibulyar asab tolalari orqali yadrolarga va bosh miya qobig‘idagi vestibulyar markazga uzatiladi.

Vestibulyar analizator ko‘zni harakatlantiruvchi va adashgan asab yadrolari, miyachava orqa miya bilan ko‘plab aloqalari yordamida bir qator somatik, vegetativ reflekslar va sensor reaksiyalarni keltirib chiqaradi.

Ko‘z mushaklardagi reflekslar, ko‘z kosasidagi kichik amplitudali ritmli tebranish, sekin va tez komponent bilan belgilangan vestibulyar (labirintli) nistagm

ko‘rinishida namoyon bo‘ladi (rasm 5.30). Nistagm sekin komponentining kelib chiqishi miya stvolidagi retseptorlar va yadrolarning ta’sirlanishi, tez komponent esa miyaning qobiqli yoki qobiq osti markazlarining o‘rnini to‘ldiruvchi ta’siri bilan bog‘liq. Buning tasdig‘i bo‘lib chuqur narkoz vaqtida nistagm tez komponenti tushib qolishining kuzatilishi hisoblanadi.



Rasm 5.30. Vestibulyar nistagm

Nistagmning yo‘nalishi tez komponent bo‘yicha aniqlanadi. Nistagm doim yanada kuchliroq ta’sirlanadigan labirint tomonga yo‘nalgan.

Vestibulyar analizator ishlashining qonuniyatlari nemis fiziologi Evald tomonidan 1892 yilda namoyish qilingan bo‘lib, u kaptarlar ustida o‘tkazilgan tajribalarning natijalarini bayon qilgan va ushbu tajribalar vestibulyar reaksiyalarning u yoki bu yarim doirali kanalning ta’sirlanishi va unda endolimfaning siljish yo‘nalishiga bog‘liqligini belgilab berdi. Ushbu kuzatishlarning natijalari Evald qonunlari sifatida ma’lum.

Reaksiyalar aylanish tekisligida joylashgan yarim doirali kanaldan boshlab vujudga keladi.

Endolimfaning lateral yarim doirali kanaldagi ampulopetal toki ampulofugal tokiga qaraganda yanada kuchliroq reaksiyani keltirib chiqaradi. Vertikal kanallarda ushbu qonuniyat teskari bo‘ladi.

Endolimfaning yarim doirali kanallarining tirqishida harakatlanish yo‘nalishi nistagmda sekin komponenti yo‘nalishiga mos bo‘ladi.

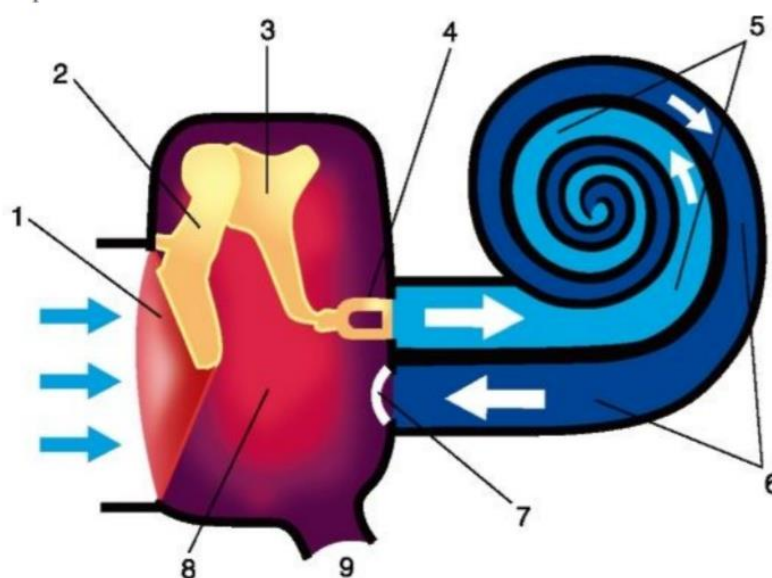
Bo‘yin mushaklari, oyoq-qo‘l va tanadagi refleklar ikkala labirintlardan keluvchi va muvozanat holatini ta‘minlovchi doimiy impulslar bilan belgilangan. Vestibulyar apparat tasirlanganda ushbu muvozanat buziladi.

Vegetativ asab tizimi refleklariga ko‘ngil aynishi, qayt qilish, teri qavatining oqarishi, sovuq terlash, tomir urishining tezlashishi yoki zaiflashishi, arterial qon bosimining oshishi yoki pasayishi, ko‘z qorachig‘larining kengayishi yoki torayishi, kollaps (yurak faoliyatining susayishi) kabi belgilar kiradi. *Otolit retseptorining* mos tasirlantiruvchisi bo‘lib er tortish kuchi yo‘nalishining otolit retseptorga nisbatan o‘zgarishi (bu boshning vertikalga nisbatan og‘ishida ro‘y beradi), to‘g‘ri chizikli harakatning tezlashishi va sekinlashishi, shuningdek markazdan qochgan kuch kabilar hisoblanadi. Bunda dahliz qopchalaridagi otolitlar bosim o‘tkazgan yoki sezgir hujayralarning tuklarini tortgan holda o‘z o‘rnidan siljiydi. Miyaning chakka qismida joylashgan analizatorning qobiqli bo‘limida, vestibulyar analizatorning boshqa tizimlar – ko‘rish va propriotseptiv tizimlar bilan birgalikda bo‘shliqdagi holati va harakatini ongli sezish ro‘y beradi.

O‘rta quloq fiziologiyasi

YUqorida ta‘kidlanganimizdek, quloq naychasi himoyaviy vazifalarni bajaradi va quloq pardasining asosiy funksiyasi – tovush tebranishlarini ichki quloqqa, quloq pardasidagi bosimni muvozanatlash hisobiga chig‘anoqdagi nerv tolalariga o‘tkazishga ta‘sir qiladi. Eshitish suyakchalari, quloq pardasi va labirintning funksiyasi tovush ta‘siri ostida vujudga keluvchi tebranishlarni ichki quloq – perilimfadagi suyuqlikgacha etkazishdan iborat bo‘lib, bunda etkazish

shunday tarzda amalga oshirilishi lozimki, u dahliz oynasidan chig‘anoq oynasiga tomon siljishi kerak (rasm 5.31).



Rasm 5.31. Perilimfaning eshitish suyakchasi asosining bosimi ta‘sirida dahlizdan chig‘anoq tomon siljishi (sxema): 1 – quloq pardasi; 2 – bolg‘acha; 3 – sandon (ichki tog‘ay); 5 – quloq pardasi zinasasi; 6- chig‘anoq zinasasi; 7 – chig‘anoq oynasi membranasi; 8 – nog‘ora bo‘shlig‘i; 9 – Eshituv nayi

Quloq pardasi eshitish yo‘lidagi havo ustunining tebranishlarini sezadi. U rezonansi hususiyatlari tufayli tovush energiyasini to‘liq yutmagani sababli, eshitish suyakchalarining richagli tizimi tomonidan kuchaytirilgan tovush tebranishlari taxminan 27 barobarga kuchaygan holda dahliz oynasiga etib keladi. Bu havo kabi kamroq zichlikdagi muhitdan tovush energiyasini, yanada zichroq bo‘lgan muhit – perilimfaga uzatish uchun zarur. Mazkur tizim sezgirligi shunchalik yuqoriki, uning to‘lqin uzunligi vodorod molekulasini diametriga teng bo‘lgan tebranishlarni uzatishga qodir. Ichki quloqda suyuqlikning harakatlanishi faqat darcha membranalarini harakatchan bo‘lgan holatlarda mumkin bo‘ladi. Agar eshitish suyakchasining dahliz darchasida yoki membrananing chig‘anoq darchasida harakatlanishiga to‘sqinlik qiluvchi sharoitlar vujudga kelsa, perilimfa siljishi ro‘y bermaydi, chunki suyuqliklar to‘liq siqilmaydi. Tovush o‘tkazish

tizimining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan eshitish qobiliyatining yomonlashishi yuz beradi.

Agar quloq pardasi nuqsonga ega bo'lsa, unda tovush to'liqini to'liq bir xil kuch bilan ikkala darchaga ham ta'sir o'tkazadi, bu esa perilimfaning dahliz darchasidan chig'anoq darchasiga tomon harakatlanish qobiliyatini pasaytiradi.

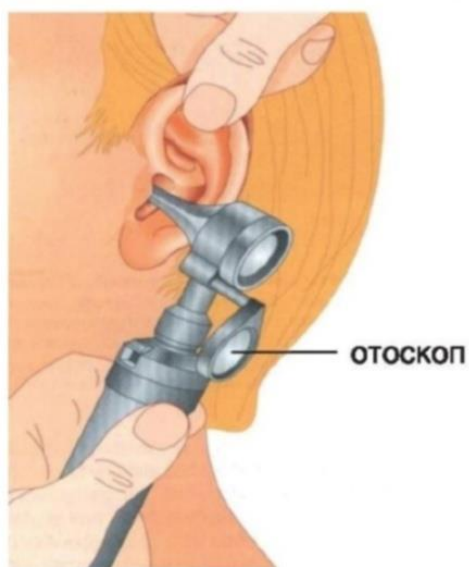
5.5. Tashqi va o'rta quloqni tekshirish usullari

Tashqi va o'rta quloqni tekshirish kasallikning xususiyati, patologik jarayonning lokalizatsiyasini tushunishga imkon beruvchi shikoyatlarni so'rashdan boshlanadi. Tashqi quloq, so'rg'ichsimon o'simtani ko'rikdan o'tkazish va paypaslash (palpatsiya) quloq bo'limlarining holati haqida tasavvurga ega bo'lishga yordam beradi (quloq chig'anog'i, so'richsimon o'simtaning shishganligi, paypaslaganda og'riqning vujudga kelishi va hokazo). Aniqlangan belgilar quloq orti sohasi limfadeniti, tashqi eshitish yo'li chipqoni yoki mastoiditdan dalolat berishi mumkin. Tashqi va o'rta quloqni tekshirishning asosiy usuli bo'lib otoskopiya – tashqi eshitish yo'li va quloq pardasini tekshirish hisoblanadi (rasm 5.32). Quloq voronkalari, pnevmatik voronkalar yordamida tekshirishdan tashqari, ayrim hollarda quloq pardasining detallarini 5 dan 32 baravargacha kattalashtirishga imkon beruvchi mikroskopdan foydalanishga ham to'g'ri keladi (rasm 5.33).

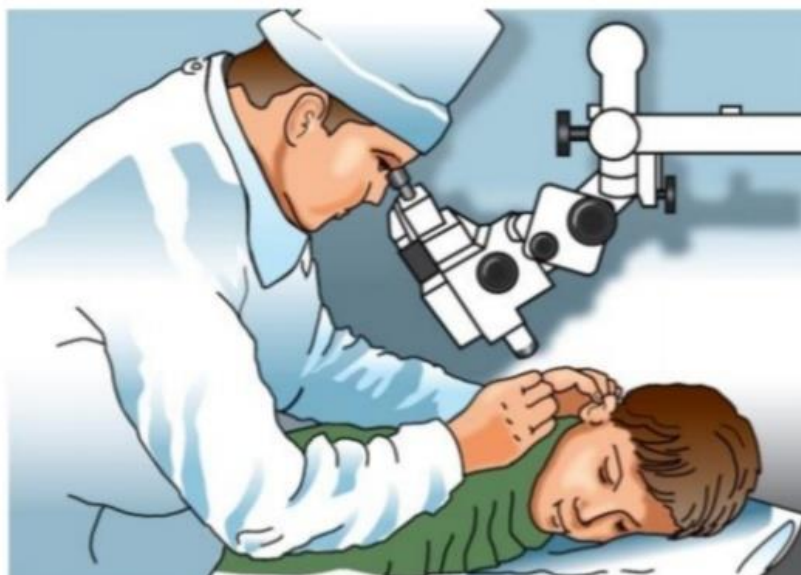
Otoskopiya qoidalari. Bemor boshini tekshirilayotgan quloq tomoni bilan shifokorga qaratgan holda o'tiradi. SHifokor reflektor nurini tashqi eshitish yo'li sohasiga yo'naltiradi.

O'ng quloqni tekshirish uchun quloq voronkasi o'ng qo'l bilan eshitish yo'lining boshlang'ich bo'limlariga kiritiladi, chap qo'l bilan esa quloq chig'anog'i orqaga va yuqoriga tortib turiladi (qarang, rasm 5.32). CHap quloqni tekshirish uchun, aksincha, quloqni tortishni o'ng bilan bajariladi, chap qo'l bilan esa quloq voronkasi kiritiladi.

Quloq voronkalarining diametri turli bo'lishi mumkin, u kasal tashqi eshitish yo'lining kengligiga qarab tanlanadi. Eshitish yo'liga kiritilgan quloq voronkasini bir oz yuqoriga-pastga, o'ngga-chapga siljitish mumkin bo'lib, bu quloq pardasining barcha bo'limlarini diqqat bilan to'liq tekshirishga imkon beradi.

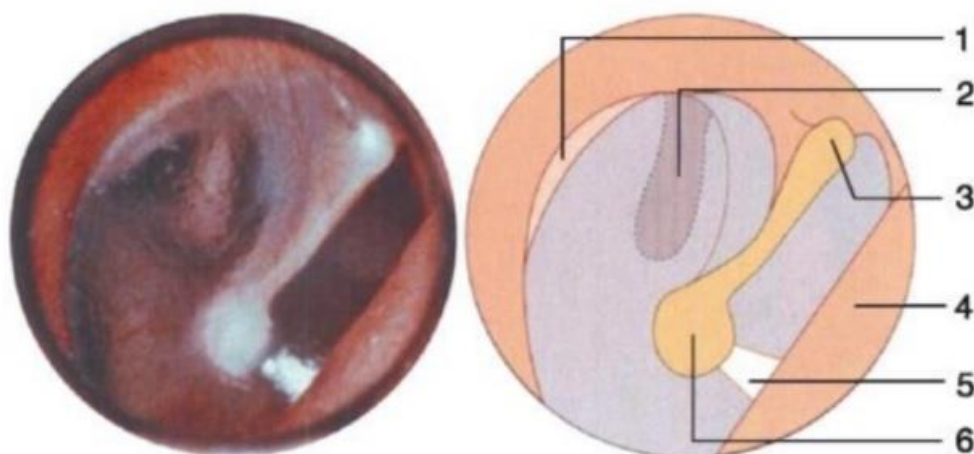


Rasm 5.32. Otokopiya



Rasm 5.33. Mikroskop ostida otoskopiya

Quloq pardasini tekshirish, shifokor undagi barcha belgili nuqtalarni koʻrganda (rasm 5.34), shuningdek uning tarang va salqi qismlarida ehtimoli oʻzgarishlar (perforatsiya mavjudligi, tortilish, yorugʻlik konusining yoʻqligi va boshqalar)ni bor yoʻqligini qayd etgan taqdirda etarlicha maʼlumotli boʻlgan deb hisoblanadi.



Rasm 5.34. Meʼyordagi quloq nogʻora pardasi va tanituvchi nuqtalar: 1 – fibroz halqasi; 2 – ichki togʻay uzun oʻsimtasi; 3 – bolgʻacha dastasining qisqa oʻsimtasi; 4 – eshitish yoʻlining oldingi devori; 5 – yorugʻlik konusi; 6 –bolgʻacha dastasi

Eshituv nayi funksiyalarini tekshirish

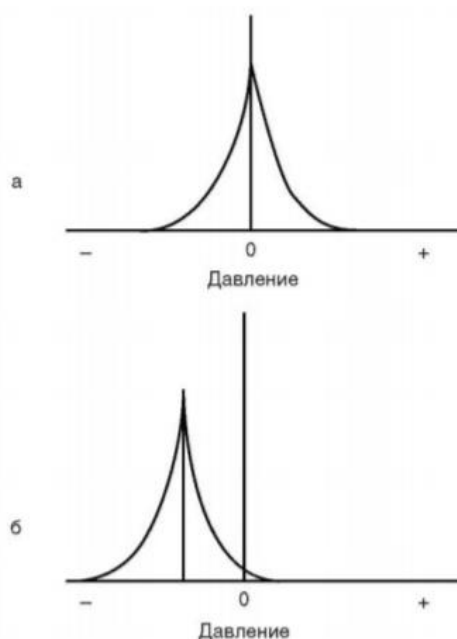
Oʻrta quloqning funksional tekshiruvi eshitish funksiyasining holati va Eshituv nayining oʻtkazuvchanligini aniqlashdan iborat. Eshituv nayining

ventilyasiya roli nafaqat eshitish suyakchalari zanjiri va quloq pardasining yaxshi ishlashini ta'minlovchi o'rta quloqdagi bosimni muvozanatlash uchun, balki o'rta quloqdagi yallig'lanish jarayonlarini oldini olishda ham muhim bo'lgani uchun uning funksiyalarini tekshirish katta amaliy ahamiyatga ega. Eshituv nayi ventilyasiya funksiyasini tekshirish naychaga puflash (havo yuborish) va undan o'tayotgan havoning tovushini eshitishga asoslangan. Buning uchun otoskop (ikkala uchida olivali rezina naycha), uchida oliva bo'lgan rezinali ballon (Politser balloni), quloq kateteri zarur. Tekshirish o'tkazilayotganda otoskopning bir uchi bemorning tashqi eshitish yo'lga, ikkinchi uchi esa – shifokor qulog'iga kiritiladi. Otoskop orqali shifokor eshituv nayi orqali o'tayotgan havoning shovqinini eshitib ko'radi (rasm 5.35).



Rasm 5.35. Eshituv nayi o'tkazuvchanligini tekshirish

Eshituv nayi o'tkazuvchanligini baholashning yanada zamonaviyroq usuli – bu olingan m'lumotlarni ob'ektivlashtirishga imkon beruvchi timpanometriya hisoblanadi. (rasm 5.36).



Rasm 5.36. Timpanometriya va timpanogrammalar: a turi – me'yorda; b turi –Eshituv nayi funksiyasining buzilishi

Quloqni tekshirishning rentgenologiya usullari

Quloq xastaliklarini tashhislash uchun chakka suyaklarining rentgenografiyasi keng qo'llaniladi. Bunda SHyuller, Mayer va Stenvers bo'yicha maxsus qo'ygich qo'llaniladi.

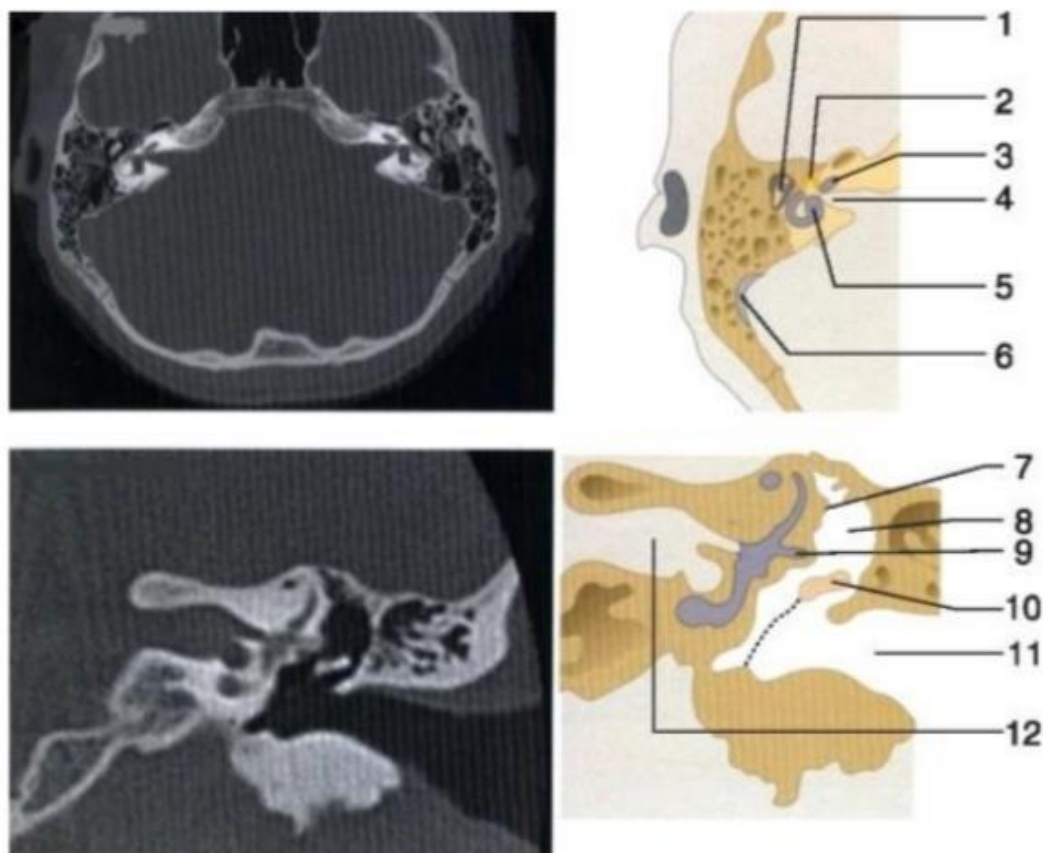
SHyuller bo'yicha chakka suyaklarining rentgenogrammasida so'rg'ichsimon o'simta tuzilishi, uning pnevmatizatsiyasi darajasi baholanadi, mastoidit vaqtida yacheykalar orasidagi suyakli ulagichlarning o'ziga hos buzilishini aniqlaydi.

Mayer bo'yicha rentgenogramma o'rta quloq suyagi devorlarining patologik jarayon sababli, ko'p hollarda xolesteatomaning rivojlanishi natijasidagi destruksiya (buzilish) alomatlarini aniqlashga yordam beradi.

Stenvers rentgenogrammasida piramida cho'qqisi, labirint va ichki eshituv yo'li ko'rsatiladi. Dahliz-chig'anoqli (VIII) asab nervinomasi yoki piramidaning ko'ndalang sinishini tashhislash uchun ichki eshitish yo'lining holatini baholash imkoniyati katta ahamiyatga ega.

CHakka suyagi va quloq tuzilishini KT va MRT qilganda yanada aniqroq ko'rish mumkin. KT ham suyakli, ham yumshoq to'qimali o'zgarishlar aniqlanadigan 1-2 mm qalinlikdagi kesmalarni bajarishga imkon beradi. Uning

yordamida xoleastoma, uning o'lchamlari, yarim doirali kanalning fistulasi, eshitish suyakchalari destruksiyasini aniqlash mumkin (rasm 5.37).



Rasm 5.37. CHakka suyaklari kompyuter tomogrammasi me'yorda (aksial va koronar proeksiya): 1 –bolg'acha va ichki tog'ayli epitimpanum; 2 – yuz asabi; 3 – chig'anoq; 4, 12 – ichki eshitish yo'li; 5 – labirint dahlizi va yarim doirali kanal; 6 –sigmoidli sinus; 7 – saggital yarim doirali kanal; 8 – epitimpanum; 9 – gorizontal yarim doirali kanal; 10 – bolg'acha; 11 – tashqi eshitish yo'li

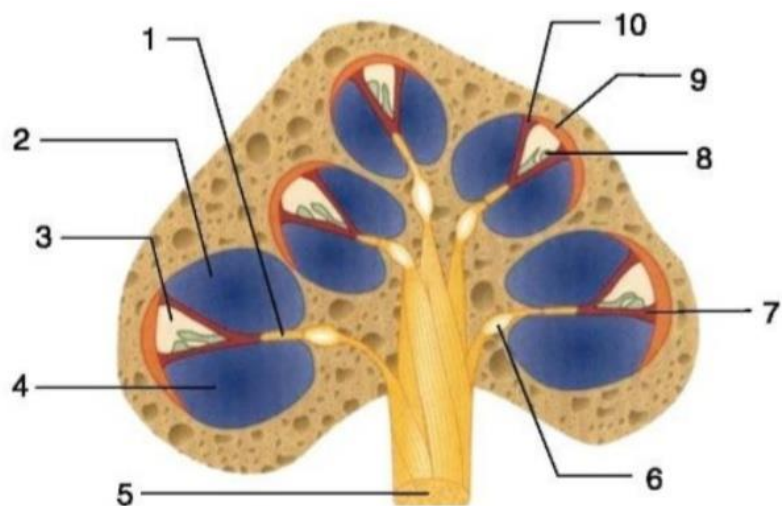
MRT yumshoq to'qimali hosilalarni aniqlashda, yallig'lanish va o'smali o'zgarishlarini differensial tashhislashda KT oldida ustunliklarga ega.

5.6. Eshitish analizatori.

CHig'anoq tuzilishi. Eshitish funksiyasini tekshirish usullari

CHig'anoq

Ixcham suyakdan iborat bo'lgan chig'anoq (*cochlea*) ikki yarim gajakka ega (rasm 5.38).



Rasm 5.38. CHig‘anoq tuzilishi: 1 – spiral platnika; 2 – dahliz zinasi; 3 – chig‘anoq yo‘li; 4 – quloq pardasi zinasi; 5 – eshitish nervi tolasi; 6 – spiral gangliyi; 7 – bazal membrana; 8 – kortiev a‘zosi; 9 – spiral pay; 10 – dahliz membranasi

Asosiy gajak quloq pardasi yo‘liga chiqadi va burun (*promontorium*) deb ataladi. CHig‘anoq gajaklari keng asosli suyakli o‘q (*modiolus*)ni o‘rab turadi, undan ikki yarim marta aylangan spiral plastinka (*lam. spiralis ossea*) tarmoqlangan. Ushbu suyakli plastinkaning erkin qirrasidan ikkita pardali membranalar ketgan: bazilyar (*membrana basilaris*) va burchak ostidagi vestibulyar (Reyssner) membranasi (*membrana vestibularis*). Ular chig‘anoq ichida mustaqil kanal – chig‘anoq yo‘li (*ductus cochlearis*)ni hosil qiladi. SHu tarzda, chig‘anoqning har bir gajagi ikkita qavatga bo‘linadi: yuqori –ichki quloqning dahlizi oldingi devoridan boshlangan dahliz zinasi (*scala vestibuli*), va quyi – unga dahliz zinasi o‘tgan chig‘anoq cho‘qqisidan boshlangan quloq pardasi zinasi (*scala tympani*). Ikkala zina ham gelikoterma (*helicotrema*) deb atalgan kichik tirqish oqrali bog‘langan. Parda zinasi ikkilamchi quloq pardasi bilan tortilgan chig‘anoq darchasi bilan tugaydi. CHig‘anoq suyakli o‘qining markazida eshitish nervining stvoli joylashgan kanal o‘tadi. Unga tomon spiral a‘zo (kortiev a‘zosi)dan nerv tolalari ulangan. Pardali chig‘anoq ichida suyuqlik – endolimfa bor; perilimfa dahliz zinasini va nog‘ora zinasini to‘ldirib turadi. Eshitish analizatorining periferik retseptori bo‘lib spiral a‘zo xizmat qiladi, o‘tkazuvchi yo‘llar eshitish nervi orqali ifodalangan. Eshitish analizatorining markaziy bo‘limi chakkaning ko‘ndalang burmalari (chakka bo‘lagi) sohasida joylashgan. Spiral

a'zoda neyroepiteliya hujayralarining ber nechta guruhi mavjud: tukli (tashqi va ichki), shuningdek tashqi chegara va nafaqat tukli hujayralar uchun tayanch bo'lib xizmat qiluvchi, balki ushbu hujayralar uchun oziqlantiruvchi (trofik) vazifani ham bajaruvchi falangali hujayralar. Ichki tukli hujayralar tovushning tor lokalizatsiyasiga imkon beradi, tashqilari esa – tovushli sezgilar kompleksini ta'minlaydi deb hisoblanadi. Bundan tashqari, tashqi hujayralar zaif tovushlarni, ichkilari esa – kuchli tovushlarni qabul qiladi. SHu bilan birga qayd etilganki, aynan tashqi hujayralar jarohatlanishga eng ko'p moyil va ularning ichki quloqning turli patologik holatlaridagi funksiyasi ichki hujayralarga qaraganda ertaroq buziladi, ya'ni bemor zaif tovushlarni qabul qilinishing buzilishini ertaroq seza boshlaydi. SHuni qayd etish muhimki, tukli hujayralar, ushbu hujayralarni yuvib turuvchi endolimfada kislorodning etishmovchiligiga nisbatan o'ta sezgirdir. Aynan spiral a'zoda mexanik energiyaning bioelektr aylanishi ro'y beradi: uzangicha plastinkasining ta'siri ostida perilimfaning dahliz zinasi bo'ylab ikkilamchi harakatchan quloq pardasi bilan qoplangan chig'anoq oynasigacha siljishi, bazilyar membrananing unda joylashgan spiral a'zoning tebranishiga olib keladi. Past tovushlar asosiy membrananing butun uzunligi bo'ylab tebranishiga, baland tovushlar esa faqat chig'anoqning asosiy gajagi sohasida tebranishiga olib kelib, chig'anoqning asosiy gajagidagi tolalar qisqaroq, ularning tarangligi va egiluvchanligi esa gelikotermaga nisbatan 100 baravarga ko'proq.

Mavjud nazariyalarga muvofiq turli chastotalardagi tovushlar asosiy membrananing faqat ma'lum bir uchastkalarining ta'sirlanishiga olib keladi, shu tufayli quloqning tovush chastotalarini farqlay olishi va tashqaridan kelgan murakkab tovushlarni ajratish qobiliyati izohlanadi. SHu tarzda, spiral a'zo faqat tashqi tovush energiyasining faqat ma'lum bir turiga javob beruvchi detektor sifatida va eshitiluvchi tovushni asabni ta'sirlantiruvchi jarayonga aylantiruvchi transformator sifatida ishlaydi.

Tovush energiyasining ichki quloqqa etib kelishi ham havo orqali (tashqi eshitish yo'li, quloq pardasi va eshitish suyakchalari zanjiri), ham to'qima (bosh

chanog‘i suyagi yuqori tovushlar ta‘sirida titraydi va ichki quloqning suyakli labirinti devorlari kompressiyasi hisobiga perilyumning siljishini keltirib chiqaradi) orqali amalga oshiriladi. Aynan shuning uchun ham havo va to‘qimali o‘tkazuvchanlikni aniqlash uchun ikkita usul mavjud. Havo o‘tkazuvchanligining holati eshitish yo‘li, quloq pardasi, eshitish suyakchalari zanjiri, labirint oynalari va ichki quloqning funksional qobiliyati haqida guvohlik bersa, to‘qima o‘tkazuvchanligining holati esa (tovushlar tovush o‘tkazuvchi mexanizmini chetlab o‘tgan holda spiral a‘zoga etib keladi) – retseptor apparat, eshitish asabi, eshitish analizatorining markaziy bo‘limining funksional qobiliyati haqida ma‘lumot beradi. Eshitish qobiliyatining o‘tkirlikni tekshirish usullari insonning eshitish yo‘li va chanoq suyagi orqali quloqqa keladigan turli chastotadagi tovushlarni farqlay olish qobiliyatini aniqlashga asoslangan.

Eshitish qobiliyatining o‘tkirlikni tekshirish

Quloqning tovush o‘tkazuvchi va tovush qabul qiluvchi bo‘limlarini shikastlantiruvchi kasalliklar vaqtida ham alohida so‘zlarni qabul qilish, ham kamertonlar yoki maxsus asboblardan – audiometrlar tomonidan hosil qilinuvchi sof tovushlarni qabul qilinishi buziladi.

Eshitishni nutq yordamida tekshirish

Eshitish o‘tkirlikni dastlabki tekshiruvining eng sodda usuli bo‘lib inson tomonidan pichirlab aytilgan nutqni qabul qilishni tekshirish hisoblanadi. Tekshirilayotgan insonni o‘zi tomonga yonlab o‘tirg‘izgan holda, shifokor qarama-qarshi tomondagi quloqni kaft bilan yopishni so‘raydi va tarkibida jarangsiz va unli harflar bo‘lgan so‘zlarni shivirlab talaffuz qilib, bemor qaysi masofadan aytilgan so‘zlarni aniq takrorlay olishini qayd etadi. Yaxshi eshituvchi odam odatdagi sharoitlarda shivirlab aytilgan nutqni 6-7 m masofada anglay olishi hisobga olinadi (rasm 5.39, 5.40). Bir qator hollarda bemor umuman shivirlashni qabul qilmagan, faqat odatda inson 20-25 m masofada eshita oladigan so‘zlashuv nutqinigina qabul qiladi.



Rasm 5.39. Eshitish o‘tkirligini pichirlab aytilgan nutq yordamida tekshirish



Rasm 5.40. Eshitish qobiliyatini pichirlab aytilgan nutq bilan tekshirish

Eshitish qobiliyatini kamertonlar bilan tekshirish

Kamertonlar yordamida eshitish o‘tkirligini tekshirish va karlik hususiyatini aniqlash yanada batafsilroq ma’lumotlarni taqdim etishi mumkin. Kamerton D.SHor tomonidan 250 yildan ortiq vaqt oldin ixtiro qilingan va uni musiqa asboblari sozlash va qo‘shiqchilik amaliyotida qo‘llashadi. O‘tgan asr oxirlarida kamertonlar eshitish funksiyasini tekshirish uchun ham qo‘llanila boshlangan. Amaliy maqsadlar uchun asosan ikki xil kamertonlar qo‘llaniladi: 128 va 2048 Gs. Kamertonlar yordamida tekshirish eshitish analizatorida ham miqdoriy, ham sifat o‘zgarishlarini aniqlashga imkon beradi, ya’ni tovush o‘tkazuvchi va tovush qabul qiluvchi apparatning shikastlanganligini tashhishlash va ushbu shikastlanishlar me’yorga nisbatan qanchalik darajada ekanligini aniqlashga yordam beradi.

Kamertonlar yordamida tekshirish sxemada ko‘rsatilgan belgilangan ketma-ketlikda amalga oshiriladi. Bitta kamerton (128 Gs) bilan bir necha tajribalar qo‘llaniladi.

Veber sinamasi (rasm 5.41) – tovushning bitta yoki boshqa quloqda “lateralizatsiyasi” ni aniqlash.



Rasm 5.41. Вебер таърибаси: а – lateralizatsiya mavjud emas; б – lateralizatsiya sog‘om quloqqa; в – lateralizatsiya kasal quloqqa

Kamerton S 128 oyoqchasi bemor liqildog‘ining o‘rtasiga o‘rnatiladi va undan kamerton tovushi qaysi qulog‘i bilan (sog‘ yoki kasal) eshitayotgani so‘raladi. Agar bemor kamerton tovushi kasal qulog‘i bilan qattiqroq eshitayotganini aytsa, bu ushbu quloq tovush o‘tkazuvchi bo‘limining shikastlanganligi, agarda sog‘ qulog‘i yaxshiroq eshitayotgan bo‘lsa, unda kasal quloqning tovush qabul qiluvchi bo‘limi shikastlanganligi haqida belgi beradi. Me‘yordagi hollarida “lateralizatsiya” ro‘y bermaydi va inson kalla tepasiga o‘rnatilgan kamerton tovushini ikki qulog‘i bilan ham bir xil qabul qiladi; tovushni liqildoq sohasida eshitadi.

Rinne taъribasi (rasm 5.42) –kamerton S128 tovushining havo orqali (tekshiruvchi kamertonni eshitish yo‘li oldida ushlab turadi) va suyak orqali (ushbu holatda kamerton oyoqchasi so‘rg‘ichsimon o‘simtada o‘rnatilgan bo‘ladi) qabul qilinishi davomiyligini taqqoslashga asoslanadi.



Rasm 5.42. Rinne tajribasi

Sekundomer yordamida vaqt belgilanadi va ushbu vaqt davomida soʻrgʻichsimon oʻsimtaga qoʻyilgan kamerton tovushi qabul qilinadi, eshitilish toʻxtagandan keyin tashqi eshituv yoʻliga yaqinlashtiriladi va eshitilish davomiyligi tekshiriladi. Meʼyordagi hollarda havo orqali oʻtkazuvchanlik toʻqima orqali oʻtkazuvchanlikka nisbatan taxminan 2 baravarga yuqori boʻlishi lozim. Bunday hollarda Rinne tajribasining “ijobiy” natijasi haqida gapiriladi. Istalgan uchastkada tovush oʻtkazuvchi apparat buzilgan taqdirda Rinne tajribasi “salbiy” deb qabul qilinadi, yaʼni havo oʻtkazuvchanlik toʻqimalidan qisqaroq yoki unga teng boʻlishi mumkin.

SHvabax tajribasi—tovush qabul qiluvchi apparat holatini oʻrganish. Avvaliga shifokor kamerton S128 ni bemor peshonasiga oʻrnatadi va bemor kamerton tovushini qachon qabul qilishni toʻxtagani haqida aytishni iltimos qiladi. SHundan soʻng shifokor kamerton oyoqchasini oʻz peshonasiga olib oʻtadi (shifokorda eshitishda muammo boʻlmasligi lozim) va agar tovush eshitilsa, bu bemorda toʻqimali oʻtkazuvchanlik qisqarganini anglatadi, bu esa oʻz navbatida quloqning tovushni qabul qiluvchi apparatida shikastlanish borligidan guvohlik beradi.

Jelle tajribasi—otoskleroz vaqtida oʻrta quloq eshitish suyakchasining dahliz oynasida joylashishi (fiksatsiyasi)ni tashhislash. YUqoridagi kamerton S128 bemorning soʻrgʻichsimon oʻsimtaga tekkiziladi va koʻrsatkich barmoq bilan tashqi eshitish yoʻli yopilib, undagi havoning toʻplanishi va siyraklanishi amalga oshiriladi; ushbu maqsad uchun quloqqa puflovchi ballonni qoʻllash mumkin. Bemordan u kamerton tovushini qanday qabul qilyotgani soʻraladi – uzluklimi yoki uzluksizmi. Agar tovush uzlukli boʻlsa, oʻrta quloq eshitish suyakchasining fiksatsiyasi mavjud boʻlmaydi va Jelle tajribasi ijobiy deb hisoblanadi. Eshitish suyakchasi dahliz oynasida fiksatsiyalangan taqdirda kamerton tovushi uzluksiz qabul qilinadi va Jelle tajribasi salbiy deb hisoblanadi.

Eshitish qobiliyatini kamerton yordamida tekshirishda, tovushning havo orqali qabul qilinish vaqtigina qayd etiladi va yuqori (baland) tovushlarni farqlay

olish qobiliyatiga baho beriladi, ya'ni retseptor apparat holati baholanadi. Barcha ma'lumotlar shifokorga eshitish qobiliyati buzilishining hususiyati va darajasini yaqqol ko'rsatuvchi maxsus jadvalga kiritiladi. .

Audiometriya.

Eshitish funksiyasining yanada batafsilroq tekshirilishi maxsus elektron asboblardan – audiometrlardan yordamida amalga oshiriladi (rasm 5.43).



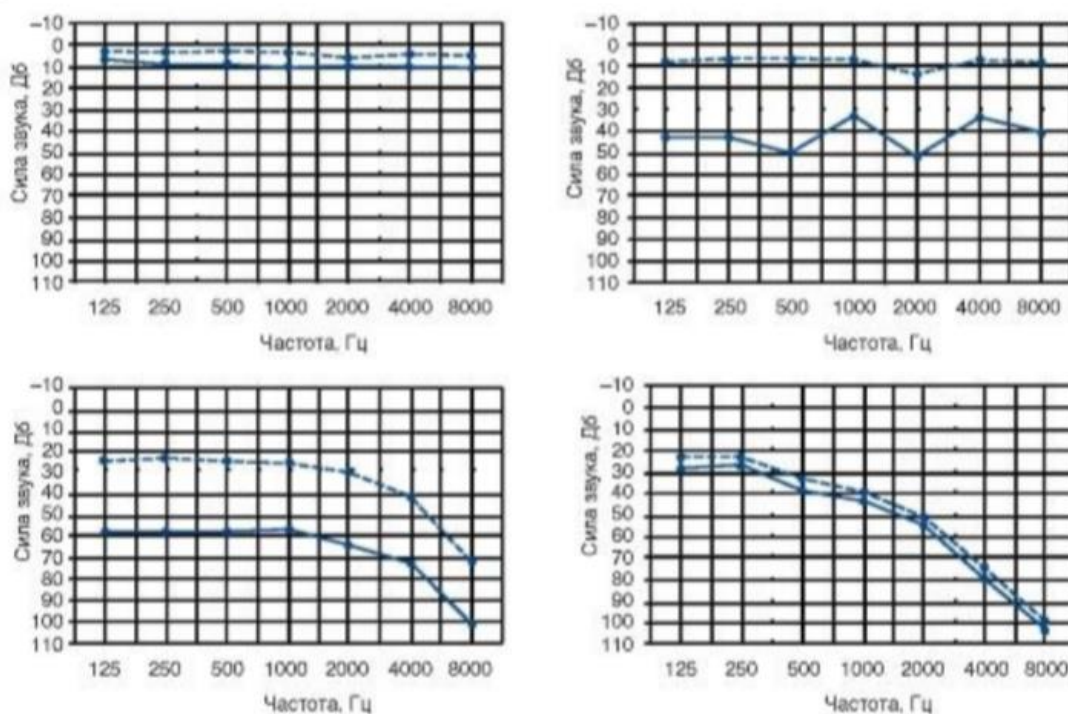
Rasm 5.43. Audiometriya

Eshitish qobiliyatini tekshirishni tovushdan himoyalangan kamerada o'tkazish lozim. Audiometriya quloqning tovush o'tkazuvchi tizimi, uning tovush qabul qiluvchi bo'limi uchun hos bo'lgan yoki aralash shikastlanishlarda audiogrammlar, o'ziga xos egri chiziqlarni olishga imkon beradi. Bunda bo'sag'a va bo'sag'a usti (porogovaya i nadporogovaya) tovushli audiometriya farqlanadi.

Tovushli bo'sag'a audiometriya havo va suyak orqali o'tkazuvchanlikda turli chastotadagi tovushlarni qabul qilish chegarasini aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Havo va suyakli aloqa orqali eshitish a'zosining turli chastotadagi tovushlarning chegarada qabul qilish sezgirligi aniqlanadi

Tekshirish natijalari "audiogramma" deb atalgan maxsus blank-setkaga kiritiladi. Audiogramma chegaraviy eshitishning grafik tasviri bo'lib xizmat qiladi. Audiometr shunday tuzilganki, u eshitish qobiliyati yo'qotilishini me'yordagiga nisbatan detsibellarda ko'rsatadi. Ham havo orqali, ham suyak orqali o'tkazuvchanlikda barcha chastotadagi tovushlar uchun me'yordagi eshitish chegarasi bo'lib nol chizig'i xizmat qiladi. Havo va suyakli o'tkazuvchanlikning chegaraviy egri chiziqlari hususiyatiga qarab bemor eshitishining sifat

ko'rsatkichlarini ham olish mumkin, ya'ni tovush o'tkazilishi, tovush qabul qilinishi yoki aralash shikastlanish mavjudligini aniqlash mumkin bo'ladi (rasm 5.44).

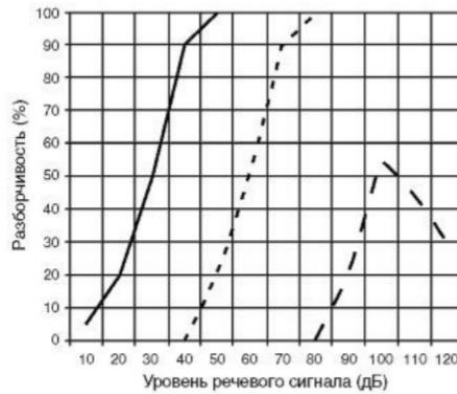


Rasm 5.44. Audiogrammalar

Tovushli chegaraviy audiometriya tovush o'tkazuvchi yoki tovush qabul qiluvchi apparatning shikastlanishini, yanada aniqroq lokalizatsiyasiz aniqlashga imkon beradi. Karlik shaklini aniqlashtirish qo'shimcha usullar –chegaradan tashqari va nutqli audiometriya yordamida amalga oshiriladi.

Tovushli chegaradan tashqari audiometriya tovush balandligi tezligini ortishi fenomenini (TBTOF - FUNG) aniqlash uchun mo'ljallangan. Ushbu fenomenning mavjudligi spiral a'zoning retseptor hujayralari shikastlanganligidan guvohlik beradi.

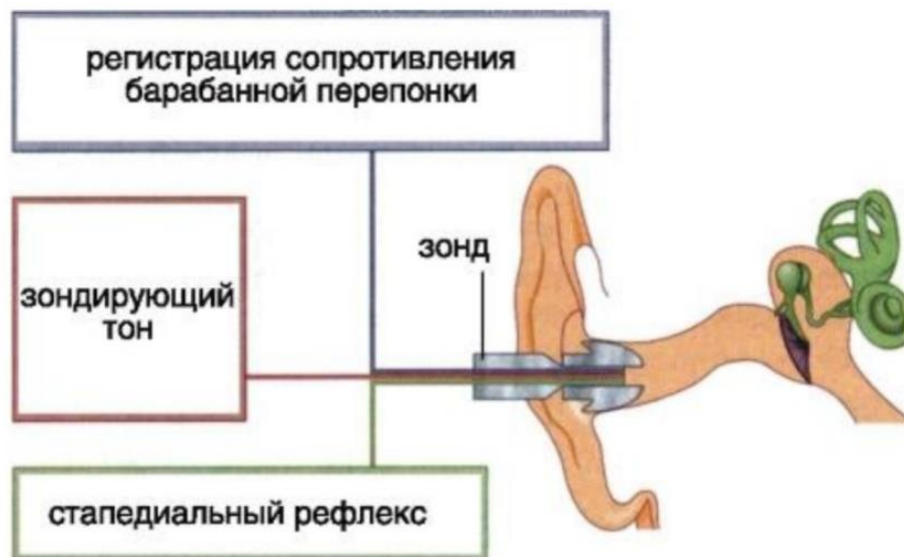
Tovushli audiometriyadan farqli ravishda, nutqli audiometriya eshitish qobiliyatining ijtimoiy yaroqliligini aniqlashga imkon beradi. Ushbu usul eshitishning markaziy shikastlanishlarini tashhislashda ayniqsa qimmatli bo'lib hisoblanadi (rasm 5.45).



Rasm 5.45. Nutq audiometriyasi

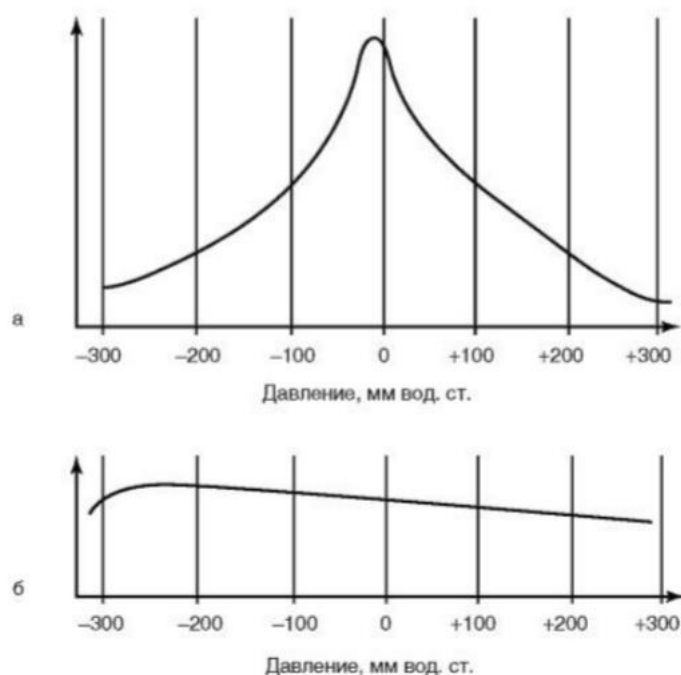
Ob'ektiv audiometriya. Eshitish qobiliyatini ob'ektiv tekshirish usullari keltirib chiqarilgan eshitish potentsiallari (КСЧЕР) ni qayd etishga asoslangan. Ushbu usul bosh miya qobig'ida tovush signallari tomonidan keltirib chiqarilgan potentsiallarni elektroensefalogrammada qayd qilishga asoslanadi (rasm 5.46).

Impedans (kompleks qarshilikli) audiometriya. Bu tovush o'tkazuvchi apparatning akustik qarshiligini o'lchashga asoslangan eshitish qobiliyatini ob'ektiv baholash usullaridan biri bo'lib hisoblanadi (rasm 5.47).



Rasm 5.47. Impedansometriya

Klinik amaliyotda ikki turdagi impedans audiometriya qo'llaniladi – timpanometriya (rasm 5.48) va akustik refleksometriya



Rasm 5.48. Timpanogramma turlari: a turi – me’yorda; b- turi –nog’ora bo’shlig’ida ekssudat

5.7. Vestibulyar analizator

Vestibulyar analizator anatomiyasi

Suyakli labirint. Vestibulyar analizator retseptorlari quloq labirintining ikkita bo‘limida joylashgan – suyakli dahliz va yarim doirali kanallarda. Suyakli dahliz – juda kichik, qariyb yumaloq shakldagi bo’shliq. Dahlizning oldingi devorida chig‘anoq dahlizi zinasiga olib boruvchi tirqish mavjud. Uning nog’ora bo’shlig’iga qaragan lateral devori qariyb butunlay dahliz oynasi bilan egallangan bo‘lib, unga eshitish suyakchasi asosi kirgan. Medial devorda parda labirintining ikki qopchasi – ellips va sferali qopchalari uchun ikkita chuqurcha mavjud, orqa devorda esa –yarim doirali kanallar uchun 5 ta kichik tirqishlar mavjud. Suyakli yarim doirali kanallar o‘zaro perpendikulyar bo‘lgan bo’shliqlar – gorizontal (lateral), frontal (oldingi) va sagittal (orqa) kanallarda joylashgan (rasm 5.49).



Rasm 5.49. Suyakli labirint

Parda labirinti suyakli labirint konturlarini takrorlaydi. Uchta yarim doirali kanallardan har biri kengaygan uchga ega –dahlizga ochiluvchi suyakli ampula va oddiy suyakli oyoqcha.

Faqat gorizontal (lateral) kanalgina o‘zining shaxsiy suyakli oyoqchasi va o‘z tirqishiga ega bo‘ladi, oldingi va orqadagi esa dahlizga kiruvchi yagona kanal bilan birlashadi (umumiy suyakli oyoqcha). Pardali labirintda (rasm 5.50) retseptorlar joylashgan bo‘lib, ularning pardali labirintni to‘ldirib turgan endolimfa tufayli ta’sirlanishi tana, bosh, oyoq-qo‘llarning bo‘shliqda to‘g‘ri yo‘nalish olishiga yordam beradi. Evald tajribalari yordamida (1853) yarim doirali kanallar neyroepiteliysining muvofiq ta’sirlantiruvchisi bo‘lib endolimfaning oqimi hisoblanadi. Agar uning oqim yo‘nalishi yarim doirali kanalning kengaygan uchi tomonga bo‘lsa, unda bosh va ko‘z soqqalarining ta’sirlangan quloq tomonga og‘ishi kuzatiladi. Endolimfa ampulyar uchidan qarshi tomonga oqimi vaqtida – bosh va ko‘z soqqalarining ta’sirlangan quloqdan qarma-qarshi tomonga og‘ishi kuzatiladi. Dahliz qopchalari ham to‘g‘ri chiziqli harakatlar – oldinga-orqaga, yuqori-pastga harakatlarning o‘zgarishiga nisbatan javob qaytaruvchi sezgir tolalarga ega.

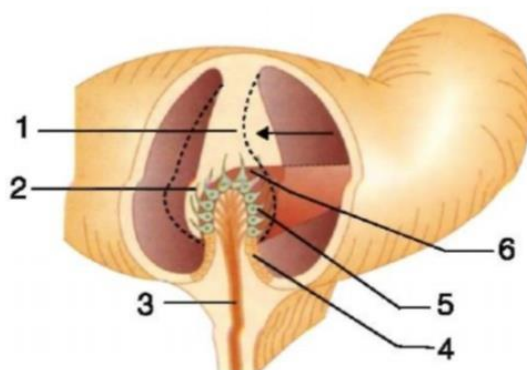
Vestibulyar asab tolalari dahliz qopchalari va yarim doirali kanallarning ampulalari, asab tolalaridan iborat bo‘lgan “cho‘tka”ga keladi. Ichki quloqning vestibulyar apparati tananing bir qator a‘zolari va tizimlari bilan aloqaga ega.

Ushbu aloqalarni ta’minlovchi beshta asab yoylari farqlanadi:

- vestibulyar-ko‘z harakatlantiruvchi;

- vestibulyar-bel;
- vestibulyar-kichik miya;
- vestibulyar-vegetativ;
- vestibulyar-qobiqli.

Mazkur asab aloqalarining mavjudligini patologik holatlarda vestibulyar apparat retseptorlarining ta'sirlanishi natijasida klinik belgilar va shikoyatlar belgilab beradi.



Rasm 5.50. YArim doirali kanal ampularining tuzilishi (sxema): 1 – kupula; 2 – sezgir hujayralarning tolalari; 3 – vestibulyar asab tolasi; 4 – tayanch hujayralar; 5 – tukli hujayralar; 6 – ampulyar taroq

Vestibulyar analizator funksiyalarini tekshirish

Ichki quloqning vestibulyar apparati xastaliklariga shubha bo'lgan bemorni tekshirish oddiy usullardan boshlab, ketma-ket tarzda o'tkazish zarur.

Maqsadli so'rov o'tkazilganda labirintning shikastlanishi uchun xos bo'lgan shikoyatlar aniqlanadi (bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, beqaror yurish). Ushbu shikoyatlar ichki quloq vestibulyar analizatorining kichik miya, vegetativ markazlar, skelet mushaklari bilan aloqasini tasdiqlaydi.

Spontan nistagm tashhisi. Nistagm – ko'z soqqalarining u yoki bu tekislikda o'z-o'zidan, ritmik holda tebranishi (gorizontal, vertikal, frontal – ushbu holda ko'z soqqalari sagital o'qlar atrofida “yarim aylanish”ni amalga oshiradi). Vestibulyar nistagm ikkita komponentga ega: sekin va tez. Vestibulyar nistagmni aniqlash uchun shifokor bemordan nigohni 30 sm masofada turgan biror-bir

buyumga yoki shifokor barmog'iga qaratishni iltimos qiladi. Barmoqni yuzning o'rtasidan o'ngga va chapga harakatlantirgan holda ko'z soqqalarining tortilish holatining paydo bo'lishi qayd qilinadi. Nistagm yo'nalishi uning tez komponenti bo'yicha aniqlanadi: nistagm o'ngga bo'lsa – tez komponent o'ngga yo'naltirilgan bo'ladi. Agar nistagm faqat tez komponent tomonga qaraganda vujudga kelsa – bu I darajali nistagm. Agar nistagm to'g'riga qaraganda ham davom etaversa, unda bu II darajali nistagm, va nihoyat agar nistagm sekin komponent tomonga qaraganda ham saqlanib qolsa, unda III darajali nistagm haqida gapiriladi. Nistagmning tez komponenti labirintning “ko'proq ta'sirlangan” tomonni ko'rsatadi.

Ko'rsatgich namunalar (sinovlar) (barmoq-burunli, barmoq-barmoqli). Barmoq-burunli namunada bemordan yumilgan ko'zlar bilan qo'llarni ikki tomonga yoyish va so'ngra navbati bilan o'ng va chap qo'llarning ko'rsatgich barmoq yordamida o'z burnining uchiga tekkazish so'raladi. Labirintlardan birining o'ta ta'sirlanishi holatlarida ikkala qo'l bilan nistagmning sekin komponenti tomonga, ya'ni sog'lom quloq tomonga adashish kuzatiladi. Patologik jarayon bosh chanog'ining orqa chuqurchasi sohasida joylashganda, ushbu sinovdagi chalkashish shikastlangan tomondagi qo'lda kuzatiladi.

Barmoq-barmoqli sinovda shifokor qarshisida o'tirgan bemordan yumilgan ko'zlarda ikkala qo'lning ko'rsatgich barmoqlari bilan qo'llarni tizzadan ko'targan holda, shifokor bemorga tizzasidan 40-50 sm yuqorida joylashgan ko'rsatgich barmoqlariga tegish so'raladi. SHifokorning ko'rsatkich barmoqlari orasidagi masofa taxminan 20 sm ni tashkil qiladi. O'ng labirint o'ta ta'sirlangan holatlarda bemor ikkala qo'li bilan chap qulog'i tomonga og'adi (ya'ni nistagmning sekin komponenti tomonga). Orqa bosh chanog'i chuqurchasi shikastlanganda og'ish faqat bitta qo'l bilan shikastlangan tomonga bo'ladi.

Adiadoxokinezni tashhishlash. Bemordan ko'zlarni yumish, qo'llarni oldinga ko'tarish va imkon qadar tezroq qo'l kaftlari holatini aylantirib o'zgartirish so'raladi. Quloq labirinti shikastlanganda adiadoxokinez aniqlanmaydi, ya'ni ikkala qo'l ham bir xil tezlikda va masofada harakatlanadi. Orqa bosh chanog'i chuqurchasi shikastlanganda adiadoxokinez namoyon bo'ladi – shikastlangan

tomondagi qo‘l sekin, hattoki g‘ayritabiiy, “lanj” harakatlar qiladi. SHu tarzda, quloqni tekshirishning sodda usullari nafaqat labirintning shikastlanganligini ko‘rsatishi, balki labirintning shikastlanishi va orqa bosh chanog‘i chuqurchasi sohasidagi nuqsonlar o‘rtasidagi taqqoslama tashhislashni ham o‘tkazishi mumkin (araxnoidit, miyacha absessi).

YUrish (qadam tashlash)ni tekshirish. Qayd etilganidek, vestibulyar apparati xastalangan bemorlardan eshitish mumkin bo‘lgan o‘ziga hos shikoyatlar orasida yurishning buzilishi kuzatiladi. Bunga ishonch hosil qilish uchun bemordan ko‘zlarini yumgan holda 6 m masofali to‘g‘ri chiziq yo‘nalishida yurish so‘raladi. Agar insonda o‘ng labirintning o‘ta ta’sirlanishi mavjud bo‘lsa, u chapga, nistagmning sekin komponenti tomoniga og‘ishni boshlaydi, o‘ngga yo‘naltirilgan tez komponent quloq labirintining o‘ta ta’sirlanganini ko‘rsatadi. YOn tomonga (flangali) yurish, ya’ni o‘ng va chapga tomon yurish ham bemorning ko‘zlari yumilgan holda tekshiriladi. Vestibulyar apparat xastalanganda yurishning ushbu turi buzilmaydi, orqa bosh chanog‘i chuqurchasi xastalanganda esa u yo qiyinlashadi, yo shikastlangan tomonga harakatlanganda amalga oshirishning imkoni bo‘lmaydi.

Romberg holatida tekshirish. Bemordan tikka turishni, oyoqlarni keng qo‘yish, qo‘llarni oldinga cho‘zish va ko‘zlarni yumish so‘raladi. Masalan o‘ng labirint o‘ta ta’sirlangan holatlarda, bemor tanasi sog‘lom quloq tomonga og‘a boshlaydi. Bosh holati o‘zgartirilganda bemorning og‘ish yo‘nalishi ham o‘zgaradi. Bosh chanog‘ining orqa chuqurchasi shikastlanganda og‘ish yo‘nalishi bosh holatiga bog‘liq bo‘lmaydi.

Kalorik namuna (sinov). Suyuqlik molekulalarining sovish ta’siri ostida cho‘kish va qiziganda ko‘tarilish kabi fizik hususiyatlariga asoslangan. YArim doirali kanallarda endolimfa molekulalarining ampula tomonga yoki qarshi tomonga siljishini vujudga keltirish uchun tashqi eshitish yo‘liga sovitilgan yoki isitilgan suv yuboriladi. Har bir quloq labirintining o‘ta ta’sirlanganlik darajasi, vujudga kelgan nistagmning davomiyligi, uning darajasi, ko‘z soqqalari tebranishining amplitudasi, shuningdek vegetativ reaksiyalar (terlash, ko‘ngil

aynishi, rangi oqarishi va boshqalar)ning ifodalanganlik darajasini me'yordagi ko'rsatkichlar bilan taqqoslash orqali, shuningdek o'ng va chap quloqni kalorizatsiyalash vaqtida olingan ushbu belgilarni taqqoslash jarayonida olinadi. Bemor boshining holatiga qarab (oldinga, elkasiga, orqaga egilgan) frontal (oldingi), sagittal (orqa) yoki gorizontal (lateral) yarim doirali kanalning ta'sirlanishini vujudga keltirish mumkin. Amaliyotda asosan lateral yarim doirali kanallarning kalorizatsiyasi qo'llaniladi, buning uchun kresloda o'tirgan bemorning boshi ushbu kanallarning ampulalari yuqori holatni egallashi uchun orqaga tashlanadi. Ushbu holatda endolimfaning ampuladan (sovuq suv) yoki ampula tomonga (iliq suv) siljishi uchun eng qulay sharoitlar vujudga keladi. Me'yorda tashqi eshitish yo'lining orqa-yuqori devori bo'ylab hajmi 100 ml, harorati 20 °C bo'lgan sovuq suyuqlik kiritilganidan so'ng 20 soniya davomida gorizontal nistagm vujudga kelib, uning tez komponenti davomiyligi 60-120 s bo'lgan qarama-qarshi quloq tomonga yo'naltirilgan (endolimfaning ampulyar tomondan oqib ketishi). Mazkur ma'lumotlardan chetga chiqish tekshirilayotgan labirintning kasallanganligi yoki o'ta ta'sirlanganligidan dalolat beradi.

Aylanma sinov. Kalorik sinov kabi ushbu tekshirish usuli ham quloq labirintining kasallanishi yoki ta'sirlanishini aniqlaydi. Sinov Evald tomonidan chiqarilgan qonuniyatlarga asoslangan: endolimfaning ampulyar uchiga tomon siljishi ta'sirlangan ampula tomonga nistagm keltirib chiqaradi (tez komponent), endolimfaning ampulyar uchidan qarshi tomonga siljishi esa qarama-qarshi tomonga nistagm bilan kechadi. Aylanma sinovni o'tkazish uchun Barani kreslosidan foydalaniladi (rasm 5.51).



Rasm 5.51. Barani kreslosi

Bemorni soat mili yo‘nalishi bo‘yicha 20 soniya davomida 10 marta aylantirgan holda kreslo keskin to‘xtatiladi va paydo bo‘lgan nistagm, boshning va tananing og‘ish darajasi kuzatiladi. Aylanish vaqtida bemorning boshi lateral yarim doirali kanallar aylanish tekisligida bo‘lishi uchun 30° oldinga egilgan bo‘lishi, bemorning ko‘zi esa yumilgan bo‘lishi lozim. Soat miliga qarshi tomonga aylantirishni 5 daqiqadan so‘ng amalga oshiriladi va labirintning aniqlangan reaksiyasi u yoki bu tomon bilan taqqoslanadi. Me’yordagi “aylanishdan keyingi nistagm” davomiyligi taxminan 20 soniyaga teng bo‘ladi. Soat miliga qarshi tomonga aylantirishni 5 daqiqadan keyin amalga oshiriladi va labirintning aniqlangan reaksiyasi u yoki bu tomon bilan taqqoslanadi.

Fistulali sinov. Tekshirilayotgan quloqning do‘mboqcha (do‘ngcha)siga bosgan va shu orqali nog‘ora bo‘shlig‘ida bosimni oshirgan holda, nistagm va bosh aylanish hissining paydo bo‘lishi qayd etiladi. Ijobiy fistula sinovidagi nistagm eshitish yo‘li va nog‘ora bo‘shlig‘ida bosim oshirilgan vaqtda tekshirilayotgan quloq tomonga va aksincha, ushbu bo‘shliqlarda bosim kamaygan va havo siyraklashgan vaqtda qarama-qarshi tomonga yo‘nalgan bo‘ladi. Fistula simptomining mavjudligi suyak labirinti devorining shikastlanishidan guvohlik beradi.

5.8. Quloqning kasallanishi

Tashqi quloq kasallanishi

Quloq chigʻanogʻining muzlashi

Quloq chigʻanogʻi u yoki bu darajada bosh yuzasidan ajralib turgani va uning oldingi yuzasida qon tomirlari teri osti yogʻ toʻqimasi bilan himoyalanmagani tufayli muzlashi mumkin. Tashqi burun muzlashi kabi quloq muzlashining uchta bosqichi farqlanadi: eritema, pufaklarning paydo boʻlishi va gangrena. Davolash qoidalari tashqi burun muzlashidagi davolash bilan bir xil.

Tashqi quloqning tugʻma nuqsonlari

Mamlakatda har yili 10000 ta goʻdak orasidan bittasi tashqi va oʻrta quloq rivojlanishi anomaliyasi bilan tugʻiladi (rasm 5.52). Quloq chigʻanogʻini plastik tiklash bilan otorinolarolog va stomatologlar shugʻullanadi. Biroq otorinolarologlarga hozirgi vaqtda bunday guruhdagi odamlarda eshitishni yaxshilovchi jarrohlik amallarini ham oʻtkazishga toʻgʻri kelmoqda. Quloq chigʻanogʻini uning murakkab tuzilishi bilan qayta tiklash plastik jarrohlikning eng qiyin boʻlimi boʻlib hisoblanadi. Quloq chigʻanogʻi rivojlanmay qolishining bir necha bosqichi farqlanadi: makrotiya (oʻlchamning kattalashishi), mikrotiya (alohida fragmentlar mavjud – solinchak, teri burmasi koʻrinishidagi gajakning bir qismi), anotiya (quloq chigʻanogʻi va tashqi eshitish yoʻlining umuman yoʻqligi).



Rasm 5.52. Tashqi quloq nuqsonlari

Ikkala holatda ham konservalangan tog‘ay, plastmassa va teridan foydalangan holda quloq chig‘anog‘i hosil qilinadi. Quloq nuqsonlari ko‘p hollarda boshqa organlarning nuqsonlari, buyrakning yo‘qligi, fimoz, gipomastiya, yurakning tug‘ma nuqsoni bilan birga keladi. SHuningdek jag‘lar, chaynash mushaklari, so‘lak bezlari rivojlanishidagi nuqsonlar, lab va tanglay yorig‘i kabilar ham kuzatiladi. Quloq chig‘anog‘i va tashqi eshitish yo‘lini tiklashda jarrohlik aralashuvi bilan birga eshitish faoliyatini yaxshilash maqsadida o‘rta quloqda rekonstruktiv aralashuv ham qo‘llaniladi.

Tashqi quloqning yallig‘lanish kasalliklari. Tashqi otit

Tashqi otit (*otitis externa diffusa*) – tashqi eshitish yo‘li terisining yallig‘lanishi (rasm 5.53). YAllig‘lanishning ikki shakli farqlanadi – tarqalgan va cheklangan. Diffuz yallig‘lanish uchun quloqdagi og‘riqlar, qichishning sezilishi, eshitish yo‘lidan turli ajratmalarning chiqishi hos bo‘ladi. Tashqi otit teri jarohatlanishi, masalan taroq bilan taraganda, ko‘p hollarda diabet sharoitida vujudga keladi. Hozirgi vaqtda tashqi otitlarda mikroorganizmlar manzarasi sezilarli ravishda

o'zgargan. Agar 25-30 yil ilgari asosiy patogen flora bo'lib tillarang stafilokkok hisoblangan bo'lsa, hozir ko'k yiringli va ichak tayoqchasi, protey ko'proq uchraydi. Tashqi otit mikrobiologiyasidagi bunday o'zgarishlar tibbiy amaliyotda kokkli florani to'xtatuvchi va ularga sezgir bo'lmagan boshqa mikroorganizmlarning ustunlik qilishiga imkon beradigan turli antibiotiklarning keng qo'llanilayotgani bilan izohlanadi.

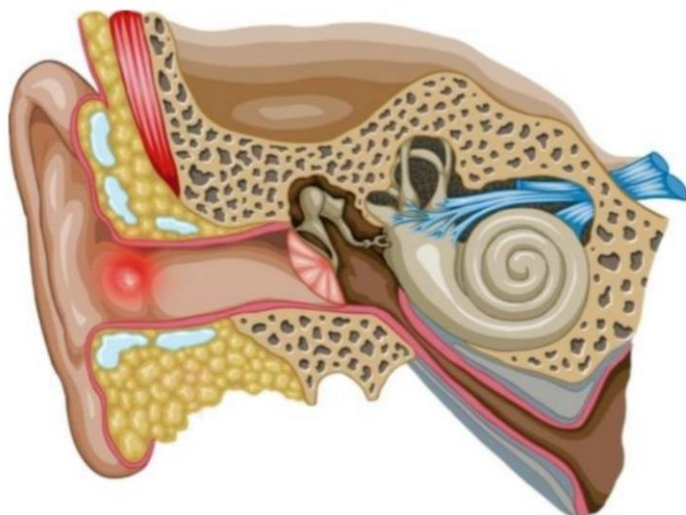


Rasm 5.53. Tashqi otit

Eshitish yo'li chipqoni

Tashqi otitning cheklangan shakli bo'lib tashqi eshitish yo'lining tog'ay bo'limida (*otitis externa circumscripta*) vujudga keluvchi chipqon (furunkul) hisoblanadi. Furunkul uchun quloq do'mboqchasiga bosilganda kuchli og'riq hosdir. Agar chipqon eshitish yo'lining oldingi devorida joylashgan bo'lsa, og'riqning kuchayishi chaynash vaqtida, chakka-past jag' bo'g'imi bilan chegaradosh bo'lgan ushbu devorning qimirlashi tufayli ham kuzatiladi. Do'mboqcha oldida va quloq orti sohasidagi regional limfa tugunlar o'lchami kattalashib, og'riqli bo'lib qoladi. Kuchli yallig'lanish jarayoni eshitish yo'lining pastki devorida mavjud bo'lgan tog'ay mushagi orqali quloq oldi beziga ham tarqalishi mumkin. Eshitish yo'li terisining tarqalgan yallig'lanishi og'riq, shish,

sekretsiya, eshitish yoʻlining torayishi kabilarga olib keladi (rasm 5.54).



Rasm 5.54. Eshitish yoʻli chipqoni

Davolash. Diffuz tashqi otitda eshitish yoʻlining ehtiyotkorlik bilan yuvilishi, yiringli ajratmalarni soʻrib olish amalga oshiriladi, ichiga va malham koʻrinishida mahalliy antigistaminli preparatlar (sintomitsin liniment 2%), quloqda koʻk yiringli tayoqcha ajralganda polimiksin M (polimiksin malhami 1%) qoʻllaniladi.

Fizioterapiya –tubus orqali eshitish yoʻli terisini UFN bilan davolash, UVCH davolash. CHipqon vaqtida penitsillinlar va sefalosporinlar guruhidagi antibiotiklar, malhamlar (sariq simob oksidi 3%, levomekol). Furunkulning uzoq choʻzilgan oʻz-oʻzidan yorilishi, kuchli va uzoq ogʻriqlarda, chipqon absesslanishida uni ochish tavsiya qilinadi.

Otomikoz

Otomikoz (*otomycosis*) – tashqi quloq va operatsiyadan keyingi boʻshliqlarning zamburugʻli kasalligi (rasm 5.55).

Klinik manzarasi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi, simptomlar zamburugʻ mitseliysining teri ichiga ildiz otishi barobarida ortib boradi. Bemorlar qichish, quloqdagi ogʻriq, uning bitib qolishi va oʻrtacha miqdordagi ajratmalarning mavjudligiga shikoyat qilishadi.



Rasm 5.55. Otomikoz

Otomikoz tashhisi o‘ziga hos shikoyatlar, otoskopik manzara ma’lumotlar va quloqdan chiqqan patologik ajratmalarning mikroskopiya tekshiruvi natijalari asosida aniqlanadi.

Davolash. Quloqdan ajralayotgan ajratmada aniqlangan zamburug‘ (mog‘orli (aspergillar), achitqili (kandida)) infeksiyasidan kelib chiqqan holda davolash vositalari tanlanadi. Mog‘orli zamburug‘lar topilganda xlornitrofenol (nitrofungin), terbinafin (lamizil)(dori shimdirilgan doka bo‘laklari tashqi eshitish yo‘liga tiqiladi) mahalliy qo‘llash uchun tayinlanadi; achitqili zamburug‘lar aniqlanganda esa - xlornitrofenol (nitrofungin), klotrimazol tayinlanadi. Ichga qabul qilinuvchi preparatlardan flukonazol (diflyukan), itrakonazol (orungal*), ketokonazol (nizoral) tavsiya qilinadi. Zamburug‘li kasalliklarni davolashdan oldin antibiotiklarni bekor qilish, umumiy mustahkamlovchi davolashni o‘tkazish, V va S guruhidagi vitaminlarni tayinlash lozim bo‘ladi. Allergiya imkoniyatlarini e‘tiborga olgan holda allergiyaga qarshi (antigistaminli) terapiya o‘tkazish maqsadga muvofiq bo‘ladi.

Quloq chig‘anog‘i perixondriti

Quloq chig‘anog‘i perixondriti –quloq chig‘anog‘i tog‘ay ustining cheklangan yoki diffuz yallig‘linishidir (rasm 5.56). Ko‘p hollarda bunga quloq chig‘anog‘ining jarohatlanishi va undan keyingi infeksiyalanish sabab bo‘ladi.



Rasm 5.56. Quloq chig‘anog‘i perixondriti

Klinik manzarasi. Perixondritning boshlang'ich simptomi bo'lib quloq chig'anog'i sohasidagi og'riq, terining bir oz shishishi hisoblanadi, so'ngra tog'ay usti va tohay orasida yiringli suyuqlik hosil bo'lishi hisobiga flyuktuatsiya vujudga keladi. Quloq chig'anog'ini palpatsiyasida keskin og'riq paydo bo'ladi.

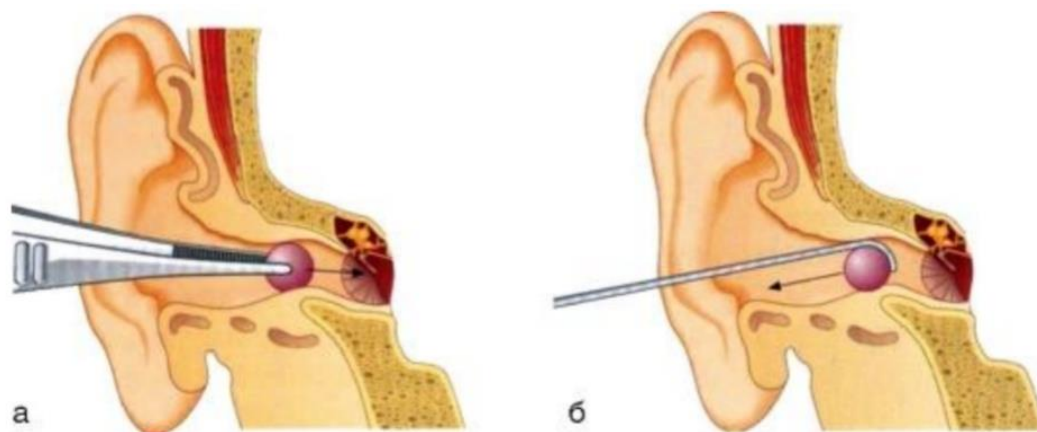
Perixondritni tashhislash qiyinchilik tug'dirmaydi, biroq uni saramas yallig'lanishi va gematomadan farqlay olish lozim.

Davolash. Kasallikning boshlang'ich bosqichida yallig'lanishga qarshi davolash o'tkaziladi – keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan antibiotiklar, mahalliy - antibiotikli malhamlar, fizioterapiya tayinlanadi. Flyuktuatsiya vujudga kelganda terini kengroq kesish va hosil bo'lgan abscess bo'shlig'idan o'lgan to'qimalarni chiqarib tashlash zarur.

Tashqi eshitish yo'lidagi begona jismlar

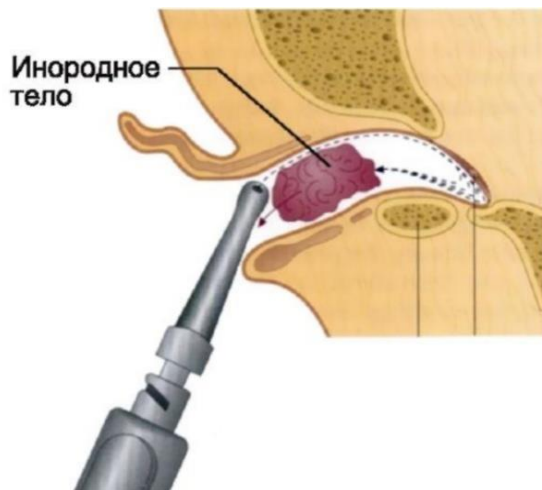
Tashqi eshitish yo'lidagi begona jismlar sifatida turli buyumlar bo'lishi mumkin: mayda hasharotlar, boshqoqli o'simlik donlari, metall bo'laklar va shu kabilar.

Bemor quloqda to'siq borligiga, eshitish qobiliyatining pasayishi, ayrim hollarda, ayniqsa begona jism eshitish yo'lga chuqur kirib ketgan va quloq pardasiga tegayotgan bo'lsa og'riq borligiga shikoyat qilishi mumkin. Begona jismning hususiyati haqida yakuniy qarorni otoskopiyadan so'ng chiqarish mumkin bo'ladi. Bemorga birinchi yordamni faqat zarur shartlarga rioya qilgan holdagina ko'rsatish mumkin: begona jismning olib tashlanishi ko'z nazorati ostida amalga oshirish imkoniyati; tegishli asboblarni mavjud bo'lishi; bemor boshining mustahkam va ishonchli qotirib qo'yilishi. Aks holda bemor ahvolini og'irlashtirish va nafaqat begona jismni olib tashlay olmaslik, balki eshitish yo'li, quloq pardasi va eshitish suyakchalari zanjirini ham shikastlab qo'yish mumkin. Eshitish yo'lidagi begona jismni maxsus ilgak yordamida olib tashlash qulaydir (rasm 5.57).



Rasm 5.57. Tashqi eshitish yoʻlidan begona jismni olib tashlash: a – notoʻgʻri; b – toʻgʻri

Tashqi eshitish yoʻlini Jane shpritsi yordamida yuvish ham samara beradi (rasm 5.58). Ushbu holatlarda suyuqlik eshitish yoʻlining orqa-yuqori devori boʻylab yoʻnaltiriladi.



Rasm 5.58. Tashqi eshitish yoʻlini yuvish

Tashqi quloq jarohatlari

Quloq chigʻanogʻining shikastlanishi

Quloq chigʻanogʻining tashqi shikastlanishlari lat eyish, zarba va shu kabilar natijasida vujudga kelishi mumkin. Quloq chigʻanogʻi qisman yoki toʻliq uzilishi ham mumkin. Quloq chigʻanogʻi jarohatining infeksiyalanishi xondroperixondritning rivojlanishiga va keyinchalik togʻayning erishi va quloq chigʻanohining defoormatsiyasiga olib kelishi mumkin.

Davolash. YUzaki shikastlanishlar vaqtida jarohatga ishlov berish lozim. CHuqur jarohatlarda, shu jumladan quloq chigʻanogʻi qisman yoki butunlay yirtilganda, birlamchi jarrohlik ishlovi beriladi, choklar qoʻyiladi.

Tashqi quloq yo'lining shikastlanishi

Quloq chig'anog'i jarohati bilan birgalikda yoki alohida bo'lishi mumkin. Eshitish yo'lining suyakli qismi shikastlanishi yonoq va so'rg'ichsimon o'simta, chakka-pastki jag' bo'g'imi, nog'ora bo'shlig'i yoki ichki quloqning jarohatlari bilan birga bo'lishi ham mumkin. Eshitish yo'lining suyakli devorlari shikastlanishi ko'p hollarda pastki jag' bilan yiqilish yoki engakka zarba tushganda ro'y berishi mumkin. Bunda eshitish yo'lining oldingi-pastki devori sinishi kuzatiladi. Bunday sinish quloqdan qon oqishi va pastki jag' qimirlaganda og'rishi orqali namoyon bo'ladi. Tashqi eshitish yo'lidan qon ketishi chakka suyagi piramidasi sinishi vaqtida ham vujudga kelishi mumkin, bu esa bemorni qo'shimcha tekshirish, zarur bo'lsa chakka suyagining kompyuter tomografiyasini o'tkazishni ham talab qiladi.

Tashhis. Tashhis anamnez, jarohatni ko'rikdan o'tkazish, zondlash, otoskopiya, chakka suyaklari rentgenografiyasi natijalarini e'tiborga olgan holda, shuningdek eshitish qobiliyati va vestibulyar funksiyani tekshirish natijalariga qarab aniqlanadi.

Davolash. Birinchi yordam qon ketishini to'xtatish va dezinfeksiya vositasi bilan ishlov berish orqali jarohatni birlamchi jarrohlik ishlov berilishidan iborat bo'ladi. Bundan tashqari keyinchalik tashqi eshitish yo'lining torayishi, atreziyasi, chakka-pastki jag' bo'g'imi funksiyasi buzilishining oldini olish bo'yicha tadbirlarni o'tkazish zarur. Ushbu tadbirlar siniqlarni raspator bilan joyiga solish, eshitish yo'lining yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lgan malhamlar [xloramfenikol (sintomitsin liniment)] bilan shimdirilgan doka bo'laklari yordamida tamponlash, kabilardan iborat bo'ladi. tashqi eshitish yo'lida ishlov berilayotganda og'riqsizlantirish uchun do'mboqcha ustidagi sohaga yuboriladigan prokain (novokain) ning 2% eritmasi yordamida mahalliy anestiziyadan foydalaniladi. Profilaktik maqsadda qoqshol antioksinini, antibiotiklar tayinlanadi. Stomatolog tomonidan bo'g'imdagi reparattiv jarayonlar kechishini nazorat qilish talab qilinadi. Tashqi quloq jarohatlari quloq oldi so'lak bezi, yuz asabining kasallanishi bilan birga kechishi mumkin.

Otogematoma.

Otogematoma –quloq chig‘anog‘i tog‘ayi va tog‘ay usti o‘rtasidagi qon ketishi. Buning sababi bo‘lib quloqqa tushgan to‘mtoq zarba yoki quloq chig‘anog‘ining uzoq muddatli siqilishi bo‘lishi mumkin. Otogematoma ko‘proq bokschilarda uchraydi. Odatdagi lokalizatsiya – quloq chig‘anog‘ining yuqorigi uchdan bir qismi oldingi yuzasi. Otogematoma paypaslash vaqtida flyuktatsiyalanuvchi (o‘zgaruvchi) silliq ko‘kimtir shish ko‘rinishida bo‘ladi (rasm 5.59).



Rasm 5.59. Otogematoma

Engil holatlarda u mustaqil ravishda so‘rilib ketishi mumkin, biroq shu bilan birga otogematomaning yiringlashi, xondroperixondrit rivojlanishi va undan keyingi quloq chig‘anog‘i deformatsiyasi ham ro‘y berishi mumkin.

Davolash otogematoma ichini ochib tozalash (odatda qonsimon suyuqlik) va so‘ngra siquvchi bog‘lamani bog‘lash orqali takroriy punksiya (teshish)lardan iborat bo‘ladi. Yiringlash rivojlangan taqdirda otogematomani kattaroq ochish va uning bo‘shlig‘ini bo‘shatish zarur.

Flora hususiyati va uning sezgirliги hisobga olingan holda antibiotiklar tayinlanadi.

Quloq pardasining shikastlanishi

O‘rta quloq jarohatlanishida ko‘pgina bemorlarda quloq pardasi teshilishi (yirtilishi) tashhislanadi. Uning sabablari bo‘lib quloqqa berilgan zarba, barometrik

jarohat, turli mo'ljallanmagan buyumlar bilan quloqni tozalash bo'lishi mumkin. Quloq pardasi teshilishi tirqishsimon, nuqtali, yumaloq ko'rinishda bo'ladi (rasm 5.60). Quloq pardasi shikastlanishi quloqdagi og'riq, shovqin va eshitish qobiliyatining buzilishi bilan birga kechadi. Hosil bo'lgan teshik orqali otoskopiya qilinganda, ayrim hollarda quloq pardasining medial devorini ko'rish mumkin bo'ladi.

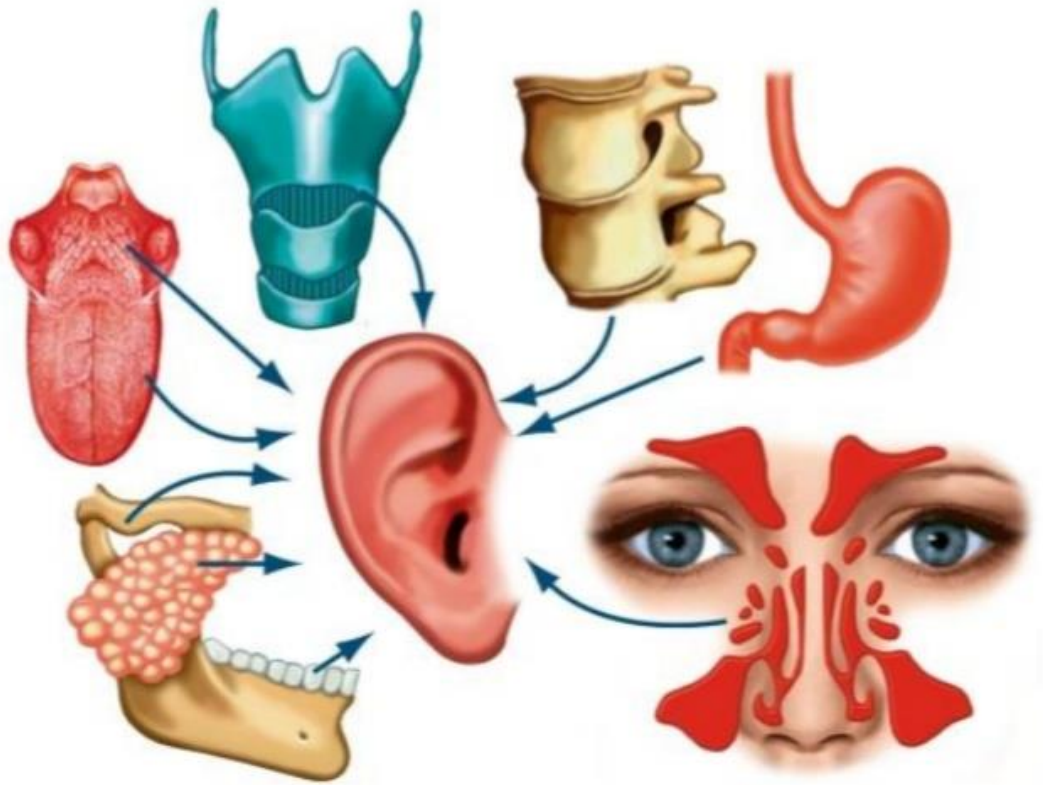


Rasm 5.60. Quloq pardasi jarohati

Davolash. Quloq pardasi nuqsoni orqali o'rta quloqning infeksiyalanishini oldini olish zarur. Birinchi yordam eshitish yo'liga steril doka bo'lagini bir necha kunga kiritib qo'yish bilan cheklanadi. Antibiotiklar tayinlanadi. Quloq pardasining mustaqil holda tuzalishi bemorlarning yarmida kuzatiladi, nuqsonning yaxshiroq tuzalishiga ushbu nuqsonning elastikli plyonka bilan vaqtinchalik yopish orqali erishiladi. Agar nuqsonning mustaqil tuzalishi ro'y bermasa, miringoplastika qo'llaniladi.

Otalgiya

Quloqning o'zidagi patologik ko'rinishlar bilan bog'liq bo'lmagan, quloqning ichida yoki quloq chig'anog'i yaqinida joylashgan kuchli, xurujsimon og'riq (rasm 5.61).



Rasm 5.61. Otagiyaning ehtimolli sabablari

Otagiyani keltirib chiqaruvchi sabablar bo‘lib tashqi va o‘rta quloq bilan umumiy innervatsiyani oluvchi organlarda patologik buzilishlar bo‘lishi mumkin. Quloq innervatsiyasida ishtirok etuvchi asab tolalari uchlarining (til-xalqum, uch shoxli, adashgan asablar) ta’sirlanishi, quloqning u yoki bu joyida aks etuvchi og‘riqning paydo bo‘lishiga olib kelishi mumkin. Ushbu asab tolalari uchlari ta’sirlanishining o‘choqlari og‘iz bo‘shlig‘i, Xalqum va burun shilliq qavatlarida bo‘lishi mumkin. Tishlardagi kariozli jarayonlar, ko‘proq pastki sakkizinchi tishdagi karies, til ildizi, chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imidagi destruktiv o‘zgarishlar behosdan vujudga keluvchi quloqdagi qattiq, keskin va xurujsimon og‘riq sababi bo‘lishi mumkin.

Bemorlar avvaliga doim otorinolarinologga murojaat qilishadi, chunki otagiyada quloqdagi og‘riq asosiy simptom bo‘lib xizmat qiladi. Faqat maqsadga yo‘naltirilgan so‘rovgina boshqa shikoyatlarni aniqlashga imkon beradi: kasal tishning mavjudligi, burun bo‘shlig‘i kasallanishi. Tekshirish adenoidlar, quyi

burun chigʻanoqlarining gipertroflangan orqa tubini, hiqildoqdagi va birinchi navbatda hiqildoq usti yalligʻlanish jarayonini aniqlashga olib keladi.

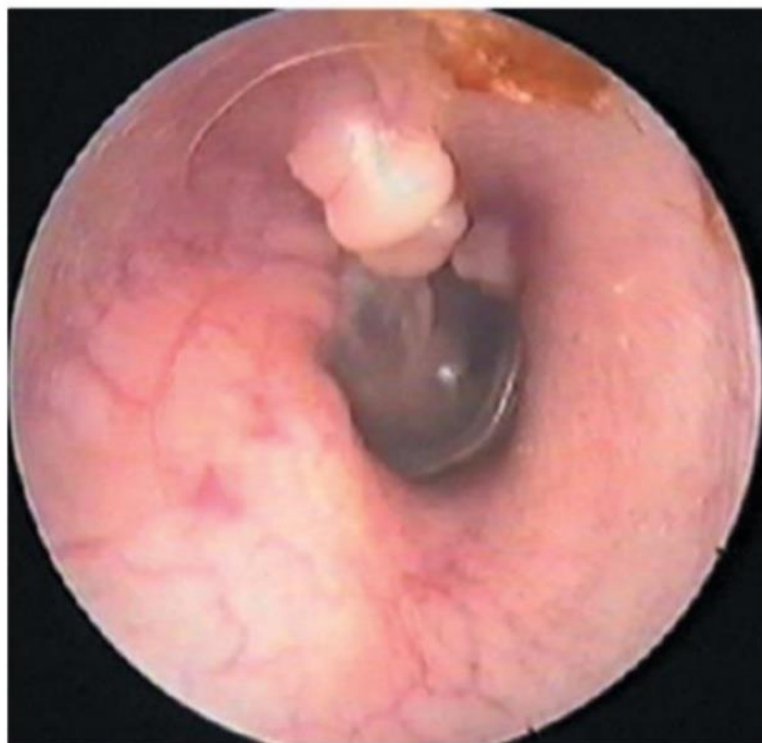
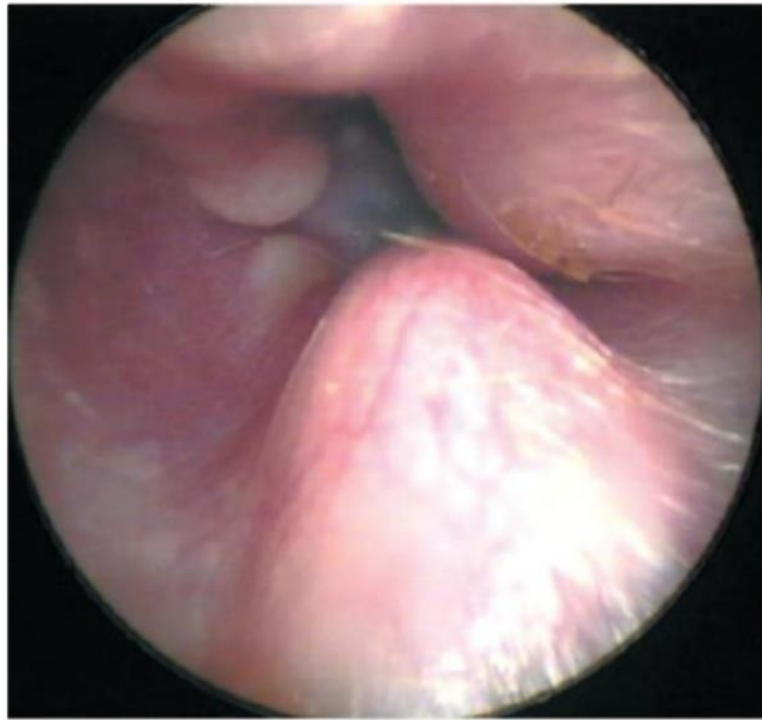
Aynan shuning uchun otalgiyali bemorlarning nevropatolog va stomatologda tekshiruvdan oʻtishi majburiy hisoblanadi. Ayrim hollarda pastki 8 tishni davolash bemorni quloqdagi azobli va uzluksiz ogʻriqlardan darhol halos etadi.

Otalgiyani farqlash bir biriga oʻxshash klinik manzaraga ega boʻlgan bir qator nevrologik sindromlarga qarab amalga oshiriladi. Xususan, Kosten sindromida bemorlar quloqda shovqin va ogʻriqni, bosh aylanish, eshitish qobiliyatining pasayishi, liqildoq sohasida bosh ogʻrigʻi, chakka-pastki jagʻ boʻgʻimida ogʻriq va qirsillashni his etishadi. Bunday sindromning vujudga kelish sababi boʻlib patologik prikus sabab boʻlishi mumkin, buning natijasida boʻgʻim boshchasining siljishi roʻy beradi, bunga toshsimon-nogʻora tirqishi orqali oʻtadigan tomir-nerv tutamiga boʻlgan bosim kuchayadi. Stomatologda davolanish bemorga ogʻriqlardan halos boʻlishga yordam beradi.

Eshitish yoʻli ekzostozalari

Tashqi eshitish yoʻlining ekzostozalari ancha kam uchraydi; ular ayollarga nisbatan erkaklarda koʻproq kuzatiladi. Tugʻma va orttirilgan ekzostozlar farqlanadi. Tugʻma ekzostozlar odatda ikkala eshitish yoʻllarida, ichkarida, qariyb quloq pardasiga yaqin joyda teri bilan qoplangan oqish rangli hosilalar koʻrinishida joylashgan boʻladi.

Ularning oʻlchami tariq donidan noʻxat kattaligigacha boʻlishi mumkin;



Rasm 5.62. Tashqi eshitish yo‘li ekzostozlari

Ular odatda ko‘plab bo‘ladi. Ortirilgan ekzostozlar kam sonli bo‘ladi va tashqi eshitish yo‘lida, asosan orqadagi yuqori yoki oldingi devorda bo‘lishi mumkin (rasm 5.62).

Ularning etiologiyasi aniqlanmagan. Biroq, ularning vujudga kelishiga sabab boʻlib jarohatlar, uzoq muddatli yalligʻlanish jarayonlari deb taxmin qilinadi. SHuningdek umumiy sabablar – raxit, podagra, zaxm va shunga oʻxshash nasliy kasalliklar ham ahamiyatga ega. Bemorning yoshi alohida ahamiyat kasb etmaydi. Odatda ekzostozlar balogʻat yoshiga etgandan soʻng uchraydi. Umuman olganda ekzostozlar oʻsmaganga va shu orqali tashqi eshitish yoʻlining tirqishini kichraytirmaganga qadar bemorga halaqit berishmaydi. Ushbu holatlar vujudga kelganda bemor eshitish qobiliyatining pasayishi, quloqdagi shovqin, boshning ogʻirlashishi kabilarga shikoyat qilishadi. Rentgenografiya ekzostozning joylashgan oʻrni va uning oʻlchamini aniqlashga yordam beradi. Agar quloqdan yiringli ajratma mavjud boʻlsa va uning chiqib ketishiga ekzostoz halaqit beradigan holatlar ogʻir deb hisoblanadi.

Ekzostozning jarrohlik yoʻli bilan olib tashlanish sogʻayishga olib keladi.

5.9. Oʻrta quloqning oʻtkir kasalliklari

Oʻrta quloq kasalliklari turli xil boʻladi. Ular yalligʻlanish hususiyatiga ega boʻlishi, boshidan kechgan yalligʻlanish oqibatlari boʻlishi (chandiqlar, soxta boʻgʻim eshitish suyakchalari destruksiyasi), shuningdek distrofik jarayonlar (otoskleroz) oqibati ham boʻlishi mumkin. Oʻrta quloqning barcha kasalliklari birinchi navbatda eshitish qobiliyatining buzilishiga olib keladi va shuning uchun katta ijtimoiy ahamiyatga ega. Karlikning oldini olish, yoʻqolgan eshitish qobiliyatini tiklash boʻyicha tadbirlar mahalliy otorinologiyada etakchi oʻrinlardan birini egallaydi.

Oʻtkir tubootit (evstaxit).

Tubootit (*tubootitis*) –Eshituv nayi shilliq qavatining kataral yalligʻlanishi.

Eshitish yoʻlining infeksiyalanishi oʻtkir respirator kasalliklar, gripp taʼsirida roʻy beradi. Eshituv nayining vujudga kelgan funksiyasining buzilishi nogʻora boʻshligʻida havo aylanishi (ventilyasiya)ning buzilishiga olib keladi. Oʻtkir tubootit vaqtida bemorlar asosan quloqning bitib qolishi, eshitish qobiliyatining susayishi, autofoniya (oʻz ovozi bilan kasallangan quloqda aks-sado bilan eshitishi) kabilarga shikoyat qilishadi. Otokopiya qilinganda quloq pardasining ichga

tortilgani qayd etiladi. Eshitish qobiliyati oʻrtacha darajada pasaygan. Kasallikni davolash Eshituv nayi oʻtkazuvchanligini tiklashga qaratilgan boʻladi. Burunga tomiziladigan, qon tomirlarini toraytiruvchi dori vositalari tayinlanadi [nafazolin (naftizin), (sanorin), tetrizolin (tizin), oksimetazolin (nazivin)], antigistamin preparatlar [xloropiramin (suprastin), klemastin (tavegil), loratadin (klaritin) va boshqalar].

Eshituv nayini Politser usuli boʻyicha puflanishi (rasm 5.63), gidrokortizon va epinefrin (adrenalin) yuborgan holda Eshituv nayi katerizatsiyasi oʻtkaziladi. SHuningdek fizioterapiya, quloq pardasini pnevmo uqalash ham tayinlanishi mumkin.



Rasm 5.63. Politser usuli boʻyicha Eshituv nayini tozalash

Oʻtkir oʻrta otit

Oʻrta quloqning oʻtkir yalligʻlanishi (*otitis media purulenta acuta*) – bu oʻrta quloqning barcha uchta boʻlimi – eshituv nayi, nogʻora boʻshligʻi va soʻrgʻichsimon oʻsimtaning havo oʻtkazuvchi hujayralari tizimi shilliq qavatini qamrab olgan yalligʻlanish jarayonidir. Oʻtkir oʻrta otit yalligʻlanish turi yoki uning bosqichidan kelib chiqqan holda kataral yoki yiringli boʻlishi mumkin.

Infeksiyaning oʻrta quloqqa kirish yoʻllari:

- tubar – infeksiyaning eshituv nayi orqali xalqumning burun qismidan kelishi;

- gematogen – infeksiyali xastaliklarda qon bilan birga kelishi;

- jarohatlangan quloq pardasi orqali kelishi.

Ayrim hollarda infeksiya kiprikli epiteliysi qizamiq, gripp va shu kabi viruslarning ta'siri ostida ishlashdan to'xtaydi va eshituv nayining yo'li orqali yuqumli kasalliklar (qizamiq, qizilcha)da o'rta quloqqa kirib keladi. O'tkir o'rta otit – ancha keng tarqalgan kasallik bo'lib hisoblanadi, ayniqsa yosh bolalarda. Uning vujudga kelishi yuqori nafas yo'llarining kasallanishi, adenoidlar, burun bo'shlig'i va burun oldi bo'shliqlarida surunkali shamollash kasalliklarining paydo bo'lishiga, organizm himoyaviy kuchlarining umumiy zaiflashishiga sharoit yaratadi.

O'rta quloqning yallig'lanishini keltirib chiqaruvchi flora kokklardan iborat bo'ladi (streptokokk, pnevmokokk). Kasallik quyidagi bosqichlarda kechadi:

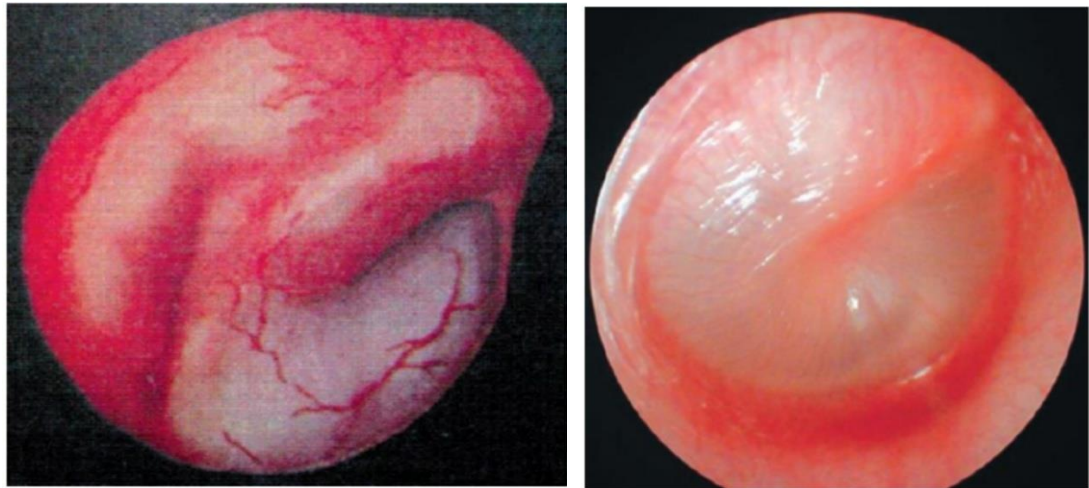
- I - preperforativ;

- II - perforativ;

- III - reparativ.

Har bir bosqich faqat o'zigagina hos bo'lgan ham klinik, ham patologik ko'rinishlar, shuningdek ularning har birining davolanish usullari bilan ajralib turadi.

I bosqich – preperforativli. SHikoyatlar: quloqning bitib qolishi, quloqdagi juda kuchli bo'lgan va chakka, liqildoq, ensa, tishlarga beruvchi og'riq. Og'riq doimiy hususiyatli, tez ortib boradi va birinchi sutkalar davomida eng yuqori darajasiga etadi. Uyqu buziladi, umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tariladi. Otoskopiya: quloq pardasi o'zining shaklini yo'qotadi, tanib oladigan nuqtalar – bolg'acha dastasi, bolg'achaning qisqa o'simtasi, nurli konus yo'qoladi. Quloq pardasi qizg'ish tusga kiradi, uning eshitish yo'liga tomon shishishi ro'y beradi (rasm 5.64).

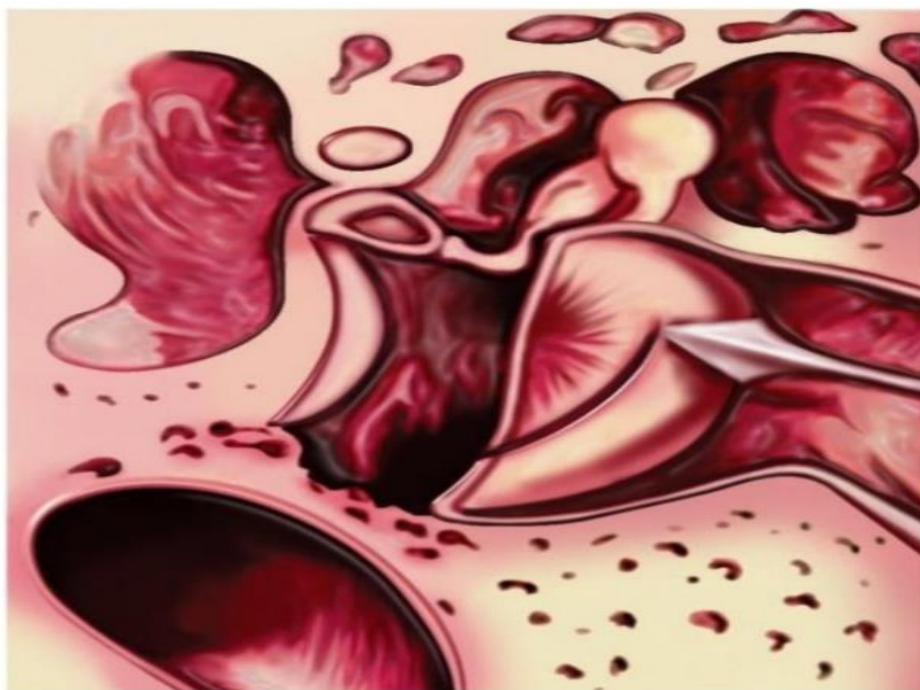


Rasm 5.64. O'tkir o'rta otit

Davolash. So'rg'ichsimon o'simta sohasiga qizdiruvchi kompress qo'yish (bir necha qavat qilib buklangan, o'simlik moyi yoki spirtli eritma, odekolon bilan shimdirilgan doka bo'lagi). Dokada quloq chig'anog'iga mos bo'lgan aylana teshik kesiladi. Doka so'rg'ichsimon o'simta ustiga, quloq chig'anog'i ustiga yoki uning oldi tomoniga qo'yiladi. Qon tomirlarini toraytiruvchi burun tomchilari boshni orqaga tashlagan holda tomiziladi [efedrin, epinefrin (adrenalin)].

Agar 2 sutka davomida og'riq kamaymasdan, balki aksincha kuchayib borsa,

quloq pardasining o'z-o'zidan yorilishi ro'y bermasa, asorat belgilari vujudga kelsa (meningizm simptomlari, tananing yuqori harorati), bunday holatda paratsentez, ya'ni quloq pardasini kesish orqali nog'ora bo'shlig'ini ochish amalga oshiriladi. Paratsentez quloq pardasining orqa-pastki qismidan, uning eng ko'p turtib chiqqan joyida o'tkaziladi (rasm 5.65). Paratsentez nafaqat o'rta quloqda yallig'lanishini to'xtatishga, balki quloq pardasining o'z-o'zidan yorilishini oldini olgan holda barqaror perforatsiyaning vujudga kelishini oldini ham oladi, chunki kesilgan joyning tekis qirralari ancha tez bitadi.



Rasm 5.65. Quloq pardasi paratsentezi

II bosqich - perforativ. SHikoyatlar: eshitish qobiliyatining pasayishi, quloqdan yiringli ajratmalarning ajralishi, og‘riq zaiflasha boradi va keyinchalik butunlay yo‘qoladi. Otokopiya: eshitish yo‘lida tomir urishi bilan hamohang ravishda pulsatsiyalanadigan yiringli ajratmaning to‘planishi (kengaygan qon tomirlariga tegib turgan ushbu yiring har bir tomir urishida siljiydi), quloq pardasi perforatsiyasi (rasm 5.66). Perforatsiya ko‘rinmasligi ham mumkin, chunki tirqishli shaklga ega bo‘ladi va faqatgina undan ajralayotgan yiringga qarab aniqlanadi. Pardaning o‘zi qalinlashgan va qontalash bo‘ladi, unda tanish belgilari ko‘rinmaydi.

Davolash. Isituvchi bog‘lamalarni qo‘llash, burun bo‘shlig‘iga qon tomirlarini toraytiruvchi tomchilarni tomizish, floraning sezgirligidan kelib chiqqan holda antibiotiklarni, allergiyaga qarshi vositalar tayinlanadi. Eshitish yo‘lidan yiringli ajratmani quloq zondlari va paxta bilan artish orqali, elektr so‘rgich yoki rezina ballon yordamida so‘rib olish orqali tozalanadi. Quloqlarning Politser usuli yoki kateterizatsiya usuli yordamida puflanishi amalga oshiriladi. Bemor burun bo‘shlig‘i teshiklaridan biriga ballonli rezina naychaga ulangan holda kiritiladi.

Burunning ikkinchi teshigi shifokor tomonidan burun pardevoriga bosilgan holda yopiladi.



Rasm 5.66. O‘tkir o‘rta otit, perforativ bosqichi

Bemordan “paraxod” deb aytish so‘raladi. Bemor “paraxod” deganda ballon qattiq siqiladi va undan chiqqan havo burun bo‘shlig‘i, xalqumning burun qismiga intiladi. “x” xarfi talaffuz qilinganda yumshoq tanglay orqaga va yuqoriga ko‘tarilganiligi tufayli xalqumning burun qismining og‘iz qismidan ajralishi ro‘y beradi va shuning uchun xalqumning burun qismiga bosim ostida yuborilgan havo eshitish naychalari orqali o‘rta quloqqa kirib boradi (qarang, rasm 5.63).

Quloqlar kateterizatsiyasi. Quloqlarni Politser usuli bilan tozalashga muvaffaq bo‘lmaganda, kateterizatsiya qo‘llanadi. Burun bo‘shlig‘i, xalqumning burun qismi, eshitish naychalarining og‘zi shilliq qavatining mahalliy anesteziyasi bajariladi. So‘ngra uchi qayrilgan metall kateter burun teshiklaridan biri orqali Xalqumning burun qismigacha kiritiladi va uni kateter uchi bevosita Eshituv nayi og‘zigacha kiradigan tarzda o‘rnatiladi. Bemor va shifokor quloqlarini bir-biriga ulab turuvchi rezina naycha orqali eshitilayotgan tovushning hususiyatiga qarab ballondan kateter orqali o‘rta quloqqa kelayotgan havo nazorat qilinadi (rasm 5.35).

III bosqich – reparativ. Davolash oqibatida yoki quloqdan yiring oqishining behosdan to‘xtab qolishida vujudga keladi. SHikoyatlar: eshitish qobiliyatining pasayishi, autofoniya, quloqda shovqin eshitilishi. Otokopiya: eshitish yo‘lida ajratmalar bo‘lmaydi, quloq pardasi asta-sekin me’yordagi ko‘rinishga ega bo‘la boshlaydi, uning rangi tiklanadi, bolg‘acha dastasi va uning o‘simtasi paydo bo‘ladi. Keyinchalik quloq pardasining me’yordagi holati tiklanadi, nurli konus vujudga keladi.

Davolash. Quloqlarning tizimli puflanishi davom ettiriladi, fizioterapiya (o‘rta quloq sohasiga UVCH-terapiya, 6-7 ta muolaja), quloq bo‘shlig‘ida sohta bo‘g‘im va chandiqlarning hosil bo‘lishini oldini olish uchun quloq pardasining pnevmatik uqalanishi tayinlanadi. O‘tkir o‘rta otit odatdagi tarzda kechganda sog‘ayish 10-14 kundan so‘ng ro‘y beradi, belgilari bo‘lib eshitish qobiliyatining tiklanishi hisoblanadi.

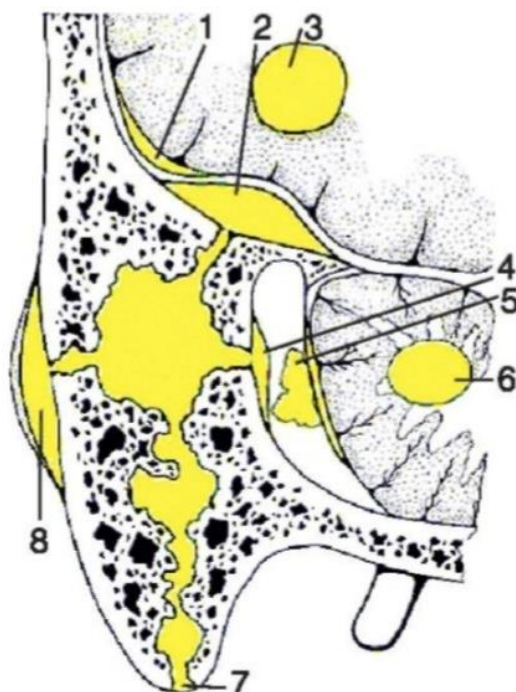
O‘tkir o‘rta otit noadekvat davolanganda, shuningdek agar flora sezilarli virulentlikka ega bo‘lsa, bemorning umumiy ahvoli esa avitaminoz, allergik mavqei, ovqatlanish buzilishi oqibatida zaiflanganda o‘tkirga yaqin va surunkali shaklga o‘tadi. Ayrim hollarda o‘tkir otitning o‘zi yuz nervining parezi (rasm 5.67), kalla ichi asoratlari ko‘rinishidagi asoratlarni keltirib chiqaradi. Ko‘p hollarda u mastoidit deb aniqlangan jarayonga aylanadi.

Mastoidit

Mastoidit (*mastoiditis*) –bu so‘rg‘ichsimon o‘simtaning suyakli qismlarining shikastlanishi orqali kechadigan o‘rta quloqning o‘tkir yiringli yallig‘lanish jarayonidir. U eng ko‘p uchraydigan o‘rta otitning o‘tkir yiringli asorati hisoblanadi. Aynan so‘rg‘ichsimon o‘simta suyakli to‘qimasining destruksiyasi orqali mastoidit o‘tkir o‘rta otitdan farqlanib turadi, bu esa g‘or tomi, sigma shaklidagi sinusni g‘or, labirint devori, yuz asabi kanalidan ajratib turuvchi devorning buzilishi oqibatida turli asoratlarga olib kelishi mumkin (rasm 5.68).



Rasm 5.67. O'tkir o'rta otitda yuz nervi parezi



Rasm 5.68. Mastoidit vaqtida infeksiyaning so'rg'ichsimon o'simtdan tarqalishi natijasida bosh chanog'ining ichidagi otogen asoratlarning joylashish sxemasi: 1 –subdural abscess; 2 –ekstradural abscess; 3 – miya abssessi; 4 – perisinuozi abscess; 5 –sigmali sinus trombozi; 6 – miyachaabssessi; 7 – yuqori bo'yin abssessi; 8 – subperiostal abscess

O'tkir otitning mastoiditga aylanishiga mikrofloraning yuqori virulentligi, nooqilona davolash, floraning antibiotiklar va sulfanilamidlarga nisbatan ta'sirchan emasligi, organizm reaktivligining buzilishi kabilar yordam beradi, ya'ni o'tkir otitning o'tkirda yaqin va surunkali otitga aylanishini belgilovchi sabablar imkon beradi.

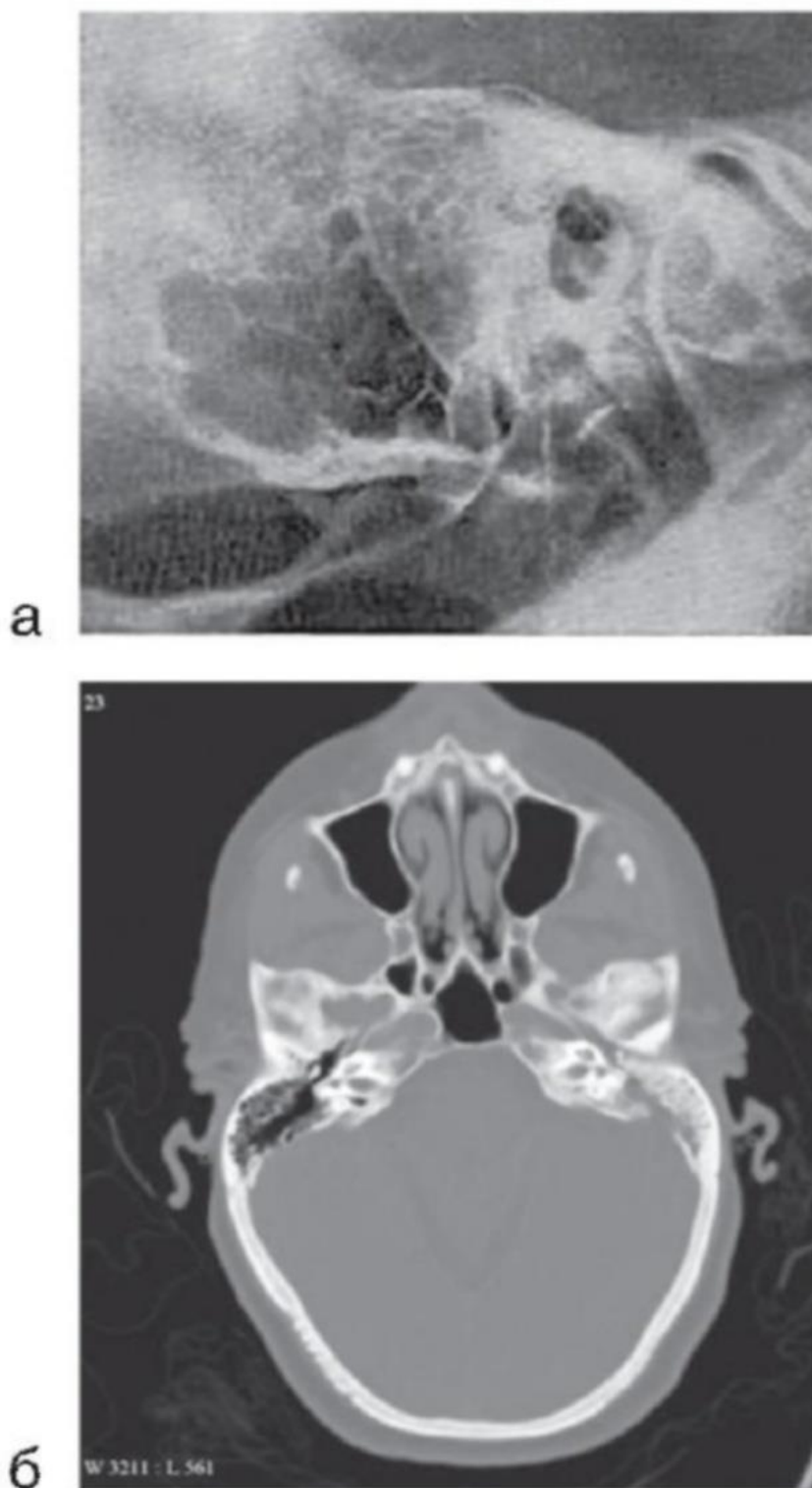
Simptomlar. O'tkir o'rta otit sharoitida yoki ma'lum bir vaqt o'tgandan so'ng quloq va quloq orti sohasidagi og'riq yana kuchaya boshlaydi. Og'riq umumiy bo'lishi, shuningdek so'rg'ichsimon o'simtaning yuqori va yon yuzalari bosilganda kuchayishi mumkin. Eshitish qobiliyatining pasayishi, quloqdagi shovqin, yiring oqishining kuchayishi, uning hususiyatining quyuqdan sarg'ish rangga o'zgarishi harorati 38- 39 °C gacha ko'tariladi. Ko'p jihatdan bemorning umumiy holati aziyat chekadi.

Otoskopiya. Mastoiditning patogenetik belgisi – tashqi eshitish yo'li orqayuqori devorining uning suyakli bo'limida osilib qolishi. Bu so'rg'ichsimon o'simta g'oridagi yiringli jarayon turli yo'nalishlarga tarqalishi, so'rg'ichsimon o'simtaning yon yuzasidagi periost va tashqi eshitish yo'lining orqa devoriga etishi va so'rg'ichsimon o'simta devorlarini buzilishi oqibatida vujudga keluvchi periostit belgilari bilan bog'liq. Ushbu sohalardagi qalinlashish, bir oz shishganlik, ayrim hollarda esa yiringning yorilib chiqishi mastoidit tashhisini tasdiqlaydi. Quloq pardasi qizargan, qalinlashgan, perforatsiya orqali yiring chiqadi. Bemorni tashqi ko'rikdan o'tkazishda yaqqol ifodalangan mastoiditda quloq chig'anog'ining "tarvaqaylanishi", shishishi va quloq orqasi sohasida terining qizarishiga e'tibor qaratiladi (rasm 5.69). so'rg'ichsimon o'simta yuzasiga bosish va uni chertish ham og'riqni keltirib chiqaradi.



Rasm 5.69. Mastoidit (a), subperiosteal abscess (b)

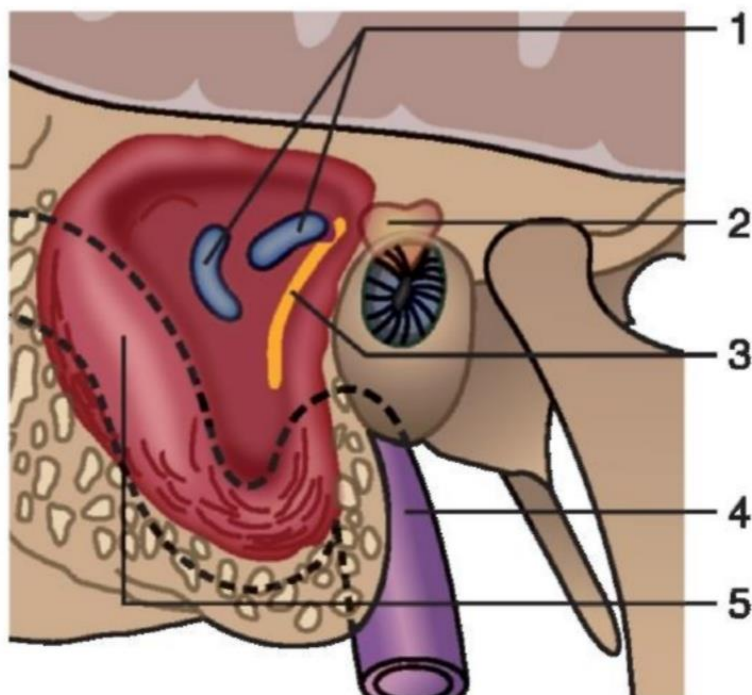
CHakka suyagi rentgenografiyasi yiring bilan to'lgan so'rg'ichsimon o'simta katakchalarining qorayishiga, shuningdek katakchalar orasidagi alohida suyak devorlarining buzilishiga olib keladi (rasm 5.70). Bemorni ob'ektiv tekshirish vaqtida aniqlangan anamnez belgilarining umumiyliги bo'yicha tashhis qo'yilganidan so'ng yoki faqat mastoidit shubha qilingan taqdirda, bemor tashhisni aniqlashtirish uchun shoshilinch ravishda LOR-bo'limiga yuborilishi yoki mastoidit vujudga keltirishi mumkin bo'lgan og'ir asoratlarning oldini olish uchun darhol jarrohlik aralashuvini amalga oshirish kerak.



Rasm 5.70. Mastoidit vaqtida chakka suyaklarining rentgenogrammasi (a) va kompyuter tomografiyasi (b)

Davolash. Jarrohlik yo‘li bilan antromastoidotomiya. Teri qavati kesilganidan so‘ng so‘rg‘ichsimon o‘simtaning kortikal qavati olib tashlanadi, avvaliga g‘or topiladi va so‘ngra asta-sekin so‘rg‘ichsimon o‘simtaning barcha hujayralari

ochiladi (rasm 5.71). Jarrohlik amaliyoti vaqtida oʻrta quloqning eshitish qobiliyatini saqlab turish uchun eshitish yoʻlining orqa devori olib tashlanmaydi va nogʻora boʻshligʻiga kirilmaydi, chunki oʻtkir yalligʻlanish vaqtida oʻrta quloqda eshitish suyakchalari zanjirida sezilarli destruktiv oʻzgarishlar yuz bermaydi.



Rasm 5.71. Antromastoidotomiya. Patologik oʻzgargan toʻqimalar olib tashlangandan soʻng soʻrgʻichsimon oʻsimta boʻshligʻi (boʻshliqning barcha devorlari tekis, soʻrgʻichsimon oʻsimtaning barcha boʻlimlarida hujayralar ochilgan): 1 – yarim doirali kanallar; 2 – eshitish suyakchalari; 3 – yuz nervi; 4 – boʻyin venasi; 5 –sigma shaklidagi sinus

Bolalarda oʻtkir otit

Balalardagi oʻtkir otit oʻziga xos hususiyatlarga ega. Bolalarda oʻtkir otit kam hollardagina alohida kechadi, u har doim boshqa organ va tizimlarning patologiyasi bilan birga boʻladi (raxit, pnevmoniya, oʻtkir respirator xastalik, tez-tez qayt qilish natijasida ovqat massasi keng Eshituv nayi orqali oʻrta quloqqa kirib ketgan vaqtida oshqozon-ichak tizimining buzilishi). Oʻtkir oʻrta otitning tashhislanishi bir muncha qiyin. Anamnez maʼlumotlarini bolani kuzatish bilan birlashtirishga toʻgʻri keladi (ishtahasi qanday, koʻkrakni emgan vaqtida quloqdagi ogʻriq kuchayadi va bola qichqiradi, qoshiqchadan ovqatlantirganda esa xotirjam boʻladi). Otoskopik manzara notoʻgʻri boʻlishi ham mumkin: quloqda hech qanday

yallig‘lanish bo‘lmasa ham bola qichqirganda quloq pardasi qizargan bo‘lishi mumkin, va aksincha, o‘rta quloq shamollaganda xira, kulrang bo‘lishi mumkin.

Bolalarda o‘tkir o‘rta otitda quloq do‘mboqchasi bosilsa kuchli og‘riqni vujudga keltirishi mumkin, chunki suyakli qismi bo‘lmagani sababli bolalarda eshitish yo‘li juda qisqa va shuning uchun do‘mboqchaga bosilganda yallig‘langan quloq nog‘ora pardasi ham bosiladi. O‘tkir otit vaqtida bolalar odatda kasallangan tomonda yotishadi, qo‘lini kasal qulog‘iga cho‘zib, ensasi bilan yostiqa ishqalanadi.

Ilk bolalik yoshida so‘rg‘ichsimon o‘simta rivojlanmagan bo‘lgani va faqatgina g‘or mavjud bo‘lgani sababli, uning suyakli devorlarini buzuvchi jarayon ham mastoidit deb emas, balki *antrit* deb ataladi. Ushbu holatlarga amalga oshiriladigan jarrohlik amaliyoti *antrotomiya* deb ataladi.

5.10. O‘rta quloqning surunkali xastaliklari

Surunkali yiringli o‘rta otit (*otitis media purulenta chronica*) – uchta belgi bilan hususiyatlangan o‘rta quloqning surunkali yiringli yallig‘lanishi:

- quloq pardasining barqaror perforatsiyasi (teshilishi);
- quloqdan doimiy yoki vaqti-vaqti bilan yiring oqishi;
- karlikning rivojlanib borishi.

Surunkali yiringli o‘rta otit – ancha keng tarqalgan kasallik bo‘lib, hozirgi vaqtda bu kasallik bilan aholining 0,8-1% kasallangan. Kasallik nafaqat eshitish qobiliyatining yo‘qolishiga, ichki quloq vestibulyar faoliyatining buzilishiga, balki bemorning hayotiga xavf soluvchi og‘ir asoratlarning vujudga kelishiga ham olib keladi.

Surunkali o‘rta otit belgilari bo‘lib quloq pardasining barqaror perforatsiyasi, quloqdan doimiy yoki vaqti-vaqti bilan yiring oqishi, eshitishning u yoki bu darajada buzilishi.

Etiologiya. Surunkali yiringli otit odatda o‘tkazilgan o‘tkir yiringli o‘rta otit yoki quloq pardasining jarohatli yirtilishi natijasi bo‘lib xizmat qiladi. surunkali o‘rta otitning yarmidan ko‘pi bolalik yoshida boshlanadi.

Oʻrta quloqning surunkali yalligʻlanishiga hamrox boʻladigan mikroflora turli va oʻzgaruvchan boʻladi. Surunkali yiringli oʻrta otitda ekiladigan mikroorganizmlar spektri asosan qoʻzgʻatuvchilar guruhi bilan ifodalangan boʻlib, ularning orasida koʻp hollarda tillarang stafilokokk, protey, koʻk yiringli tayoqcha aniqlanadi. Bundan tashqari koʻp hollarda bir vaqtning oʻzida anaeroblar ham aniqlanadi. Oʻtkir otitning surunkali otitga aylanishiga imkon beruvchi omillar:

- qoʻllanilayotgan antibiotiklarning taʼsiriga nisbatan chidamli boʻlgan qoʻzgʻatuvchining virulentligi;

- organizm qarshiligining pasayishi;

- mahalliy va umumiy immunitet himoyasining buzilishi;

- qonning kasallanishi, qandli diabet, raxit va boshqalar. Surunkali jarayonning taʼminlanishiga burun boʻshligʻi, Xalqumning burun qismi, burun oldi boʻshliqlari patologiyasi yordam beradi. Ayniqsa, surunkali oʻrta otit holatlarida Eshituv nayining drenaj va ventilyasiya faoliyatini buzuvchi adenoidlar koʻp aniqlanadi.

SHilliq qavatning morfologik oʻzgarishlari epiteliy destruksiyasi, shilliq qavat nekrozi va fibrozi, vaskulitlar va infiltratsiya mavjudligidan iborat boʻladi; granulyasiya va poliplar vujudga keladi.

Klinik jihatdan surunkali oʻrta otitning ikkita asosiy shakli farqlanadi: mezotimpanit (surunkali yalligʻlanish jarayoni faqat oʻrta quloqning shilliq qavati bilan cheklanadi) va epitimpanit (shilliq qavatdagi oʻzgarishlardan tashqari jarayon oʻrta quloqning suyakli devorlariga, eshitish suyakchalariga tarqaladi).

Xalqaro kasalliklar tasnifi (XKT-10) ga muvofiq ushbu shakllar surunkali tubotimpanal yiringli oʻrta otit (mezotimpanit) va surunkali epitimpanoantral yiringli oʻrta otit (epitimpanit) sifatida belgilangan. Ushbu tushunchalar birinchi holatda eshituv nayi va nogʻora boʻshligʻi shilliq qavatlaridagi yiringli-yalligʻlanish oʻzgarishlarining mavjudligini koʻrsatsa, ikkinchi holatda patologik jarayonga shilliq qavat bilan birgalikda attikoantral sohaning suyakli toʻqimasi va soʻrgʻichsimon oʻsimta hujayralarining jalb qilinishini anglatadi, epitimpanit esa

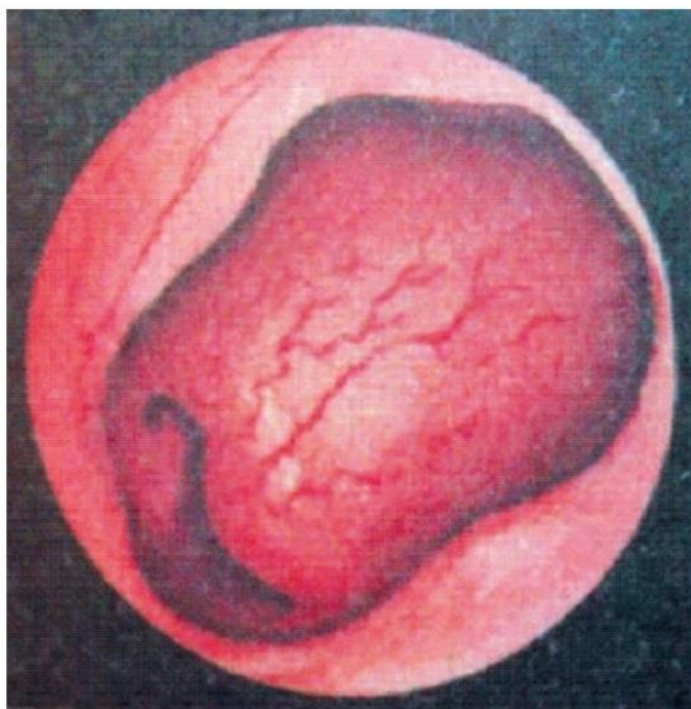
doimo xavfli kechadi, chunki u suyak to'qimasining kariesi (nekrozi) bilan birga ro'y beradi.

Otoskopik tomondan asosiy farq shundan iboratki, mezotimpanitda perforatsiya quloq pardasining tortilgan qismida joylashadi. Epatimpanit uchun quloq pardasining tarang bo'lmagan qismida perforatsiya bo'lishi hosdir.

Surunkali yiringli mezotimpanit

Ushbu xastalik o'rta quloq shilliq qavati chegarasidagi yallig'lanish jarayoni bilan kechadigan surunkali yiringli o'rta otitning nisbatan qulay shakli hisoblanadi. Otitning ushbu shaklida patologik o'zgarishlar asosan nog'ora bo'shlig'ining o'rta va quyi bo'limlarida va eshituv nayida joylashgan bo'ladi, quloq pardasining perforatsiyasi esa tortilgan (tarang) qismida joylashadi. Mezotimpanit uchun eshitish qobiliyatining pasayishi, shilimshiq yiringning ajralib chiqishiga nisbatan shikoyatlar hosdir.

Otoskopiya. Quloq pardasi turli o'lchamdagi perforatsiyaga ega, ammo uning qirg'og'i suyakli devorga, ya'ni quloq pardasi qirg'og'iga etmaydi. Perforatsiya quloq pardasining tarang qismining u yoki bu maydonini egallaydi. Perforatsiya orqali ko'rinadigan shilliq qavat qizargan, qalinlashgan va shilimshiq yiring bilan qoplangan bo'ladi. Ajralmaning miqdori ko'p bo'lib, yopishoq va cho'ziluvchan bo'ladi (rasm 5.72). CHakka suyaklarining SHuller va Mayer bo'yicha rentgenogrammasida so'rg'ichsimon o'simta suyaklarining destruksiya belgilarsiz zichlashgani aniqlanadi. Hozirgi vaqtda oddiy rentgenografiya oldida katta ustunlikka ega bo'lgan chakka suyaklarining kompyuter tomografiyasi muhim ahamiyat kasb etmoqda. Patogen flora – streptokokk, protey, ko'k yiringli tayoqcha.



Rasm 5.72. Mezotimpanitda otoskopik manzara

Davolash. Mezotimpanit vaqtida ko'p hollarda yiring oqishini to'xtatishga qaratilgan konservativ davolash o'tkaziladi.

Davolashni har doim burun bo'shlig'i va xalqumning burun qismidan boshlash lozim. Patologiya aniqlangan taqdirda birinchi navbatda ushbu sohalar sanatsiya qilinishi zarur. Davolash quloqlarni puflab tozalash, burun bo'shlig'i shilliq qavatlari va eshitish naychalari og'zining anemizatsiyasi, so'rgich yordamida quloqdan yiringni chiqarib tashlash, bakteriyaga qarshi va epitelizatsiyani rag'batlantiruvchi, shilliq qavatni zichlashtiruvchi, ajratmalarni

kamaytiruvchi tomchilarni zond yordamida quloqqa tomizishdan iborat bo‘ladi. buning uchun antibiotik eritmalaridan foydalaniladi [siprofloksatsin (sipromed), norfloksatsin (normaks), rifampitsin (otofa), kandibiotik], bor kislotasining (3%) va salitsil kislotasining (1%) spirtli eritmasi, in‘eksiyalar uchun dioksidin eritmasi. Bir qator hollarda antibiotiklar va mikrobgga qarshi ta’sirga ega bo‘lgan boshqa dori vositalarini quloqqa puflash qo‘llaniladi.

Davolash vaqtida birinchi navbatda yiringni chiqarib tashlash, shilliq qavat va dori vositasi orasida yaqin aloqa vujudga kelishi uchun eshitish yo‘li va nog‘ora bo‘shlig‘ini quritishga erishish zarur. Tomchini tomizish bemorni yonboshga yotqizgan va kasallangan qulog‘ini yuqoriga qaratgan holda amalga oshirish kerak. Preparatni xona haroratigacha isitish va 5 ta tomchi miqdorida eshitish yo‘liga tomizish lozim.

SHundan so‘ng tomchilar perforatsiya chegarasidan tashqariga chiqishi, Eshituv nayi va o‘rta quloqning boshqa bo‘limlariga kirib borishi uchun bir necha marta kuchliroq bosish zarur. Antibiotiklarning qo‘llanilishi faqat ularga nisbatan mikrofloraning sezgirligi aniqlangandan so‘nggina oqilona bo‘ladi. S va A guruhidagi vitaminlar keng qo‘llash ko‘rsatilgan.

Mezotimpanit yillar, ayrim hollarda esa o‘n yillar davom etishi mumkin. Jarayon o‘tkirlashgan vaqtda, odatda quloqqa suv kirib qolganda, muzlaganda, gripp oqibatida in‘eksiya orqali antibiotiklarning qo‘llanilishi ko‘rsatilgan.

Qoidaga ko‘ra, mezotimpanit asoratlar bermaydi. Mezotimpanit vaqtida muvaffaqiyatli konservativ davolashdan so‘ng (quloq yarim yil davomida quruqligicha qoladi) jarrohlik amaliyoti – miringoplastika, ya’ni quloq pardasi perforatsiyasini transplantat bilan yopish ko‘rsatilgan. Miringoplastika ikkita vazifani bajaradi –quloq pardasining tovush o‘tkazuvchi tizimini tiklaydi va uni eshitish yo‘li bilan aloqasini yopadi. Eshitish yo‘li suvning o‘rta quloqqa tushishini oldini olib, bu odatda yallig‘lanishning o‘tkirlashishini keltirib chiqaradi.

Surunkali o‘tkir epitimpanit.

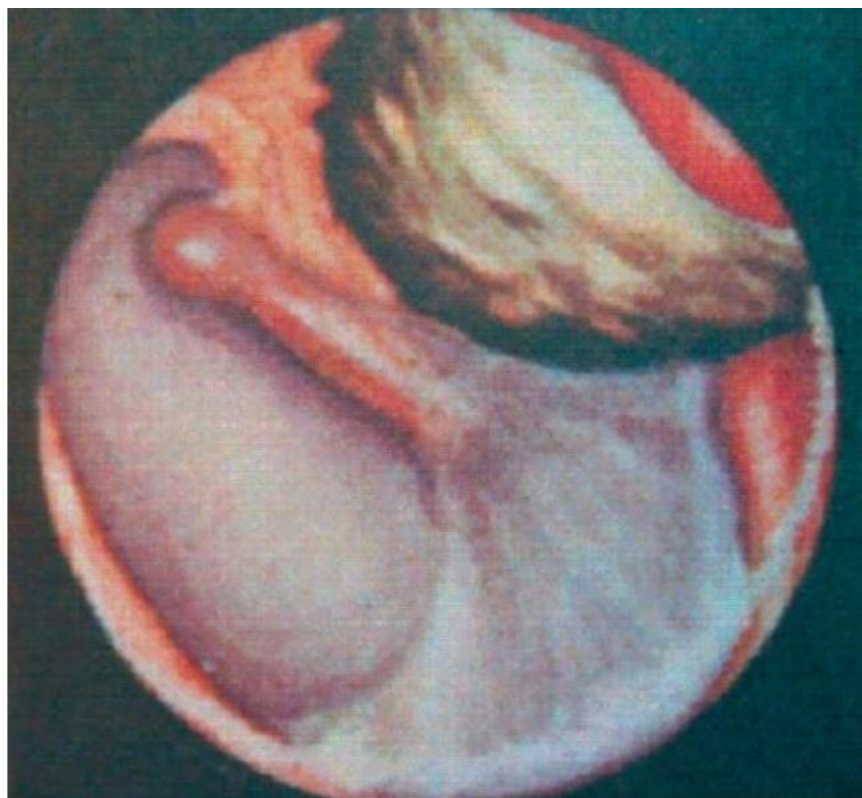
Bu surunkali yiringli o‘rta otitning bir shakli bo‘lib, unda patologik o‘zgarishlar asosan parda usti bo‘shlig‘i va so‘rg‘ichsimon o‘simtada, perforatsiya

esa quloq pardasining tortilmagan qismida joylashgan bo‘ladi. Surunkali yiringli otitning ushbu shakli mezotimpanitga nisbatan yanada tajovuzkor kechishi bilan ajralib turadi. Attika suyakli devorlari, aditus, antrum va so‘rg‘ichli o‘simta kariesi rivojlanadi. Bundan tashqari, epitimpanit vaqtida ko‘p hollarda o‘rta quloqning suyakli tuzilmalarining destruktiv o‘zgarishlarini keltirib chiqaruvchi xolesteatoma shakllanadi. Xolesteatoma – o‘smaga o‘xshagan hosila bo‘lib, epitimpanit uchun hos bo‘lgan surunkali va destruktiv jarayon sharoitida o‘rta quloq bo‘shliqlarida vujudga keladi va rivojlanadi. Xolesteatomaning hosil bo‘lish mexanizmi tashqi eshitish yo‘li terisi epidermisining o‘rta quloq bo‘shlig‘iga o‘sishi bilan bog‘liq bo‘lib, bu erda ko‘chib tushgan epiteliyning konsentrik joylashgan qavatlaridan iborat shishsimon hosila shakllanadi. Xolesteatoma xolesterin bilan shimdirilgan epidermal massalarning to‘pi va zich qobig‘idan iborat. Jarayon katta o‘lchamdagi shishsimon hosilalar hosil qilgan holda yillar davomida kechadi. Sekin-asta xolesteatoma attik va antrumni to‘ldiradi va o‘z bosimi ostida atrofdagi suyakni buzadi, ko‘p hollarda labirint kapsulasini, yuz asabi kanali devorini buzgan holda miya qobig‘iga etadi. Bularning barchasi og‘ir asoratlarga, shu jumladan kalla ichidagi asoratlarga ham olib kelishi mumkin.

SHikoyatlar. Odatda bemorlar yaqqol ifodalangan eshitish qobiliyatining pasayishi, quloqdan hidli yiringli ajratmaning, ayrim hollarda qon aralash chiqishi, chakka sohasidagi og‘riq, quloqni artish vaqtida bosh aylanashiga shikoyat qilishadi.

Otoskopiya. Eshitish yo‘lida yashil-sarg‘ish rangli yiring, quyucuk va badbo‘y hidli, ayrim hollarda xolesteatomali massa aralashmalarining to‘planishi. Perforatsiya quloq pardasining tarang bo‘lmagan qismida joylashgan va uning qirg‘og‘i pardaning ushbu qismi kirgan devorning suyakli qirg‘og‘igacha etadi. Nog‘ora bo‘shlig‘i – parda usti chuqurchasi (attika)ning yuqori bo‘limining suyakli devori buzilishi ham aniqlanishi mumkin. Ko‘p hollarda perforatsiya quloq pardasining tarang qismini ham qamrab olishi mumkin. Quyucuk yiringli ajratmadan tashqari granulyasiyalar, poliplar va oqish rangdagi xolesteatomli massalar ham kuzatiladi (rasm 5.73).

Suyakdagi buzilish jarayoni gorizontal (tashqi) yarim doirali kanalga tarqalganda (uning ampulasi g'or og'ziga nisbatan yaqin joylashgan), yiringli massalarning yalang'och parda labirinti devori bilan aloqaga kirishishi ro'y beradi. Ushbu holatlarda yiringni olib tashlash vaqtida bemor bosh aylanishi, ko'ngil aynishini his etishi, muvozanatni yo'qotishi mumkin bo'lib, bu ichki quloq suyakli devorlarining buzilganligidan darak beradi.



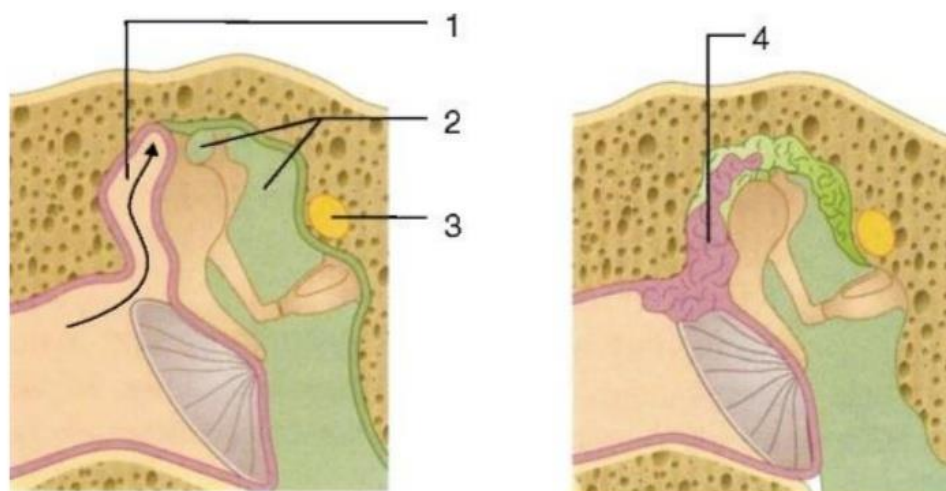
Rasm 5.73. Epitimpanitda quloq pardasi perforatsiyasi

SHuller va Mayer bo'yicha chakka suyaklari rentgenogrammasida mezotimpanitdan farqli ravishda chakka suyagining destruksiya o'choqlari ajralib turadi. O'rta va ichki quloq suyakli to'qimasining buzilishi karioz jarayonlar va

xolesteatoma ta'siri natijasida ro'y beradi. Epitimpanitni tashhislashning keng ma'lumot beruvchi usuli bo'lib chakka suyagining kompyuter tomografiyasi hisoblanadi. Ushbu usul nafaqat chakka suyagidagi destruktiv o'zgarishlarning hajmini yuqori aniqlikda aniqlash, balki eshitish suyakchalari, eshituv nayi holatini baholash, jarayonning bosh chanog'i bo'shlig'iga tarqalishini aniqlashga ham imkon beradi.

Xolesteatoma o'z hajmlarini eksentrik oshirgan va o'z yo'lida barcha to'qimalar, shu jumladan quloq labirintining zich va ixcham suyagining to'qimalarini buzgan holda asta-sekin o'sadi (rasm 5.74).

Aniqlangan xolesteatoma jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi.



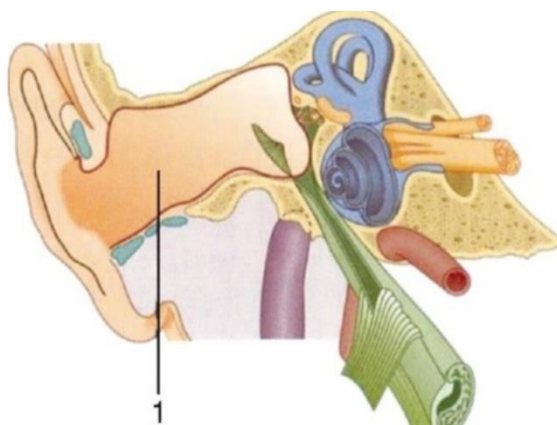
Rasm 5.74. Xolesteatomaning vujudga kelishi (sxema): 1 – retraksiyon cho'ntak; 2 – epitimpanum; 3 – yuz asabi; 4 – xolesteatoma

Davolash asosan o'rta quloqdagi yiringli o'choqni sanatsiya qilish va asoratlarning oldini olishga qaratilgan jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi. Konservativ davolashni epitimpanit o'tkirlashgan vaqtda faqat jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik sifatida o'tkazish mumkin. Konservativ davolash o'z ichiga yiringli ajratmani olib tashlash, yiring hosil bo'lishini kamaytirish va to'xtatish maqsadida shilliq qavatga ta'sir o'tkazish, shuningdek o'rta quloq bo'shliqlarini nekrotik massalardan tozalashni oladi. Buning uchun maxsus naycha orqali fermentlar [tripsin + ximotripsin (ximopsin), ximotripsin], antibiotiklarning eritmasi, bor kislotasining spirtli eritmasi bilan o'rta quloq bo'shliqlari yuviladi.

Hozirgi vaqtda tarkibida antibiotikning glyukokortikoidlar [rifamitsin (otofa), siprofloksatsin (sipromed), norfloksatsin (normaks), kandibiotik] bilan kombinatsiyasidagi eritmasidan iborat bo‘lgan quloq tomchilari keng qo‘llaniladi.

Perforatsiya orqali tashqi eshitish yo‘liga chiquvchi polip va granulyasiyalar maxsus miniatyur qisgichlar va simli sirtmoqlar yordamida mahalliy og‘riqsizlantirish ostida olib tashlanadi.

Epitimpanit vaqtida ko‘rsatilgan operatsiya *radikal* yoki *umum bo‘shliqli* deb ataladi (rasm 5.75).



Rasm 5.75. Quloqda radikal operatsiya: 1 – operatsiyadan keyingi bo‘shliq

Uning maqsadi –o‘rta quloqning barcha bo‘limlaridan patologik o‘zgargan shilliq qavat va suyakni olib tashlash, o‘z ichiga tashqi eshitish yo‘li, parda bo‘shlig‘i va so‘rg‘ichsimon o‘simta bo‘shlig‘ini olgan so‘rg‘ichsimon o‘simtada yagona “umumiy” bo‘shliqni yaratish.

Radikal operatsiya va tovush o‘tkazuvchi apparatdagi destruktiv o‘zgarishlar natijasida ko‘p jihatdan eshitish faoliyati buziladi. Aynan shuning uchun epitimpanit vaqtida sog‘lomlashtiruvchi operatsiya bilan bir qatorda, “timpanoplastika” deb atalgan plastik aralashuv kompleksi ham o‘tkaziladi.

Timpanoplastika vazifasi – bu sun‘iy quloq pardasini yaratish va bir qator hollarda sun‘iy suyak zanjirini yaratish hisobiga o‘rta quloqning tovush o‘tkazish tizimini tiklash. O‘rta quloq tovush o‘tkazuvchi tizimining buzilish darajasidan kelib chiqqan holda timpanoplastikaning har-xil turlari qo‘llaniladi (rasm 5.76).

Timpanoplastika – bu yallig‘lanish jarayonida to‘liq yoki qisman buzilgan eshitish suyakchalari zanjirini, shu bilan birga quloq pardasini tiklash va nuqsonlarini bartaraf etish bo‘yicha jarrohlik amaliyotidir.



Rasm 5.76. Vulshiteyn bo‘yicha timpanoplastika turlari (I-V)

Jarrohlik amaliyoti uchun ko‘rsatma bo‘lib quyidagi kasalliklar bo‘lishi mumkin: surunkali yiringli o‘rta otit (o‘tkirlashmagan davrda), adgeziv o‘rta otit, o‘rta otit perforati, fibriozli o‘rta otit, timpanoskleroz, nog‘ora bo‘shlig‘i atelektazi, shuningdek o‘rta quloqning jarohatli shikastlanishidan keyingi holatlar, o‘rta quloq rivojlanishining anomaliyalari. Timpanoplastika eshitish suyakchalari zanjiri nuqsonini tiklash, ya‘ni ossiokuloplastika va quloq pardasi butunligini tiklash, ya‘ni miringoplastikani o‘z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda biologik jihatdan mos bo‘lgan materiallardan tayyor protezlar qo‘llanilmoqda (titan, plastipor, keramika). Tayyor protezlardan tashqari otixirurglar autotransplantatlardan foydalanishadi (autosandon, quloq chig‘anog‘i tog‘ayi, kortikal suyak). Quloq pardasi transplantanti sifatida ko‘p hollarda do‘mboqcha tog‘ayi va chakka mushagi fassiyasi xizmat qiladi. Ushbu operatsiyadan keyin quloqdan ajralmalar bezovta qilmasligi va bemor qulog‘iga suv tushishidan xavfsirasligi mumkinligi tufayli eshitish qobiliyatining va hayot sifatining yaxshilanishi mumkin.



Rasm 5.77. Timpanoplastika operatsiya mikroskopidan foydalangan holda o‘tkaziladi

Jarrohlik amaliyoti ham mahalliy anesteziya ostida, ham umumiy anesteziya ostida o‘tkaziladi. Timpanoplastika operatsiya mikroskopi va mikrojarrohlik asboblardan foydalangan holda o‘tkaziladi (rasm 5.77). Quloq pardasini o‘rnini bosuvchi laxtak (transplantant) sifatida chakka mushagi fassiyasi, tog‘ay usti va boshqa to‘qimalarni ishlatish mumkin. Eshitish suyakchalarining mavjud nuqsonlari autosuyak yoki sun‘iy materiallardan tayyorlangan eshitish suyakchalari protezi bilan almashtiriladi. Epiteimpanit erta tashhislangan holatlarda, suyakning kam buzilishida va o‘rta quloqning ancha yaxshi saqlanib qolgan eshitish qobiliyatida avaylovchi(sog‘ to‘qima qoldirilgan) jarrohlik aralashuvi usullari qo‘llaniladi: jarrohlik mikroskopidan foydalangan holda eshitish yo‘li orqali operatsiya qilinadi.

5.11. Kalla ichi otogen asoratlar

Kalla ichidagi otogen asoratlar og‘ir xastaliklarga , ularning yakuni ko‘p hollarda ancha jiddiy bo‘lishi mumkin. Infeksiyaning bosh chanog‘i bo‘shlig‘iga kirishi bosh chanog‘i bo‘shlig‘ini o‘rta quloq bo‘shlig‘idan ajratib turuvchi suyakli devorlarning buzilishi oqibatida ro‘y beradi. Bunday asoratlarning asosiy sabablari bo‘lib mastoidit, surunkali yiringli epiteimpanit xizmat qiladi.

Kalla ichi asoratlarning asosiy turlari orasida meningit ko‘proq uchraydi, ikkinchi o‘rinda miya va miyacha abscesslari, uchinchi o‘rinda –sinustromboz va otogen sepsis turadi. Otogen kalla ichi asoratlarning etiologik omillari bo‘lib turli qo‘zg‘atuvchilar xizmat qiladi, bunda asosiy o‘rinni streptokokklar va stafilokokklar egallaydi, kam hollarda pnevmokokklar uchraydi.

O‘rta quloqdan bosh chanog‘i bo‘shlig‘iga infeksiyaning kirish yo‘llari turli bo‘ladi (rasm 5.78).

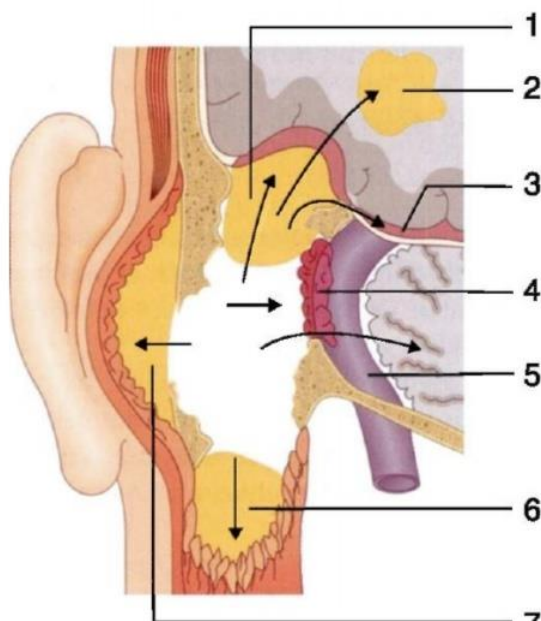
Quyidagi infeksiya kirishining asosiy yo‘llari amaliy ahamiyatga ega:

- kontakt (aloqali);
- gematogen;
- sun‘iy.

Ko‘p hollarda infeksiya bosh chanog‘i bo‘shlig‘iga kontakt yo‘l orqali o‘tadi. Quloq pardasi yuqori devori yoki so‘rg‘ichsimon o‘simta g‘orining karioz va xolesteatom jarayonlari oqibatida buzilishi infeksiyaning o‘rta bosh chanog‘i chuqurchasiga kirishiga olib keladi. Jarayonning sigma ko‘rinishidagi sinus devoriga tarqalishi orqa bosh chanog‘i chuqurchasida yallig‘lanishning rivojlanishiga olib keladi.

Kalla ichi asoratlari vujudga kelishining gematogen yo‘li ko‘p hollarda o‘tkir yiringli o‘rta otitli bemorlarda uchraydi. Ushbu holda infeksiya miyaning chuqur joylashgan bo‘limlariga tarqaladi, xastalangan quloqqa qarama-qarshi tomonda abscess rivojlanishi mumkin.

Infeksiya tarqalishining sun‘iy yo‘liga qon tomirlari va limfa tomirlarning suyakli kanallari, ichki eshitish yo‘lining perivaskulyar bo‘shliqlari, dahliz va chig‘anoq kanallari orqali tarqalishlari misol bo‘ladi.



Rasm 5.78. Bosh chanogʻining ichki asoratlarida infeksiyaning tarqalish yoʻllari: 1 – ekstradural abscess; 2 – miya absessi; 3 – meningit va subdural abscess; 4 – sigma shaklidagi sinus trombozi; 5 – sigma shaklidagi sinus; 6 – betsold absessi; 7 – subperiosteal abscess

Otogen meningit

Otogen meningit (*meningitis otogena*) – oʻrta quloq boʻshliqlari tomonidan bakteriyali infeksiyalanish oqibatida vujudga keluvchi bosh miya qobigʻining yoyilgan yiringli yalligʻlanishidir.

Nogʻora boʻshligʻi, gʻor tomining buzilishi infeksiyaning kirishi uchun yoʻlni ochadi. Simptomlarning ogʻirlik darajasi jarayonnining miya qobiqlarida tarqalganligiga bogʻliq boʻladi.

Otogen meningitning eng koʻp uchraydigan belgilari:

- surunkali otit yoki uning oʻtkirlashishi oqibatida yuzaga keladigan juda kuchli bosh ogʻrigʻining paydo boʻlishi;

- kalla ichida bosimning ortishi tufayli koʻngil aynimasdan “favvorali” qayt qilish; ensa mushaklari qotib qolishining ijobiy simptomi (bemor iyagi bilan toʻsh dastasiga eta olmaydi va boshini koʻkragiga enkaytirishga harakat qilganda bemor boshi ostini ushlagan shifokor qoʻli boʻyin mushaklari zoʻriqishini his etadi); bemorning toʻshakda yotish holati – boshini orqaga enkaytirgan holda yonboshda yotadi, oyoqlar tos-son va tizza boʻgʻimlari bukilgan, qoʻllar tizzalar orasiga joylashtiriladi.

•Kernig musbat simptomi – belida yotgan bemorda tos-son va tizza bo‘g‘imida to‘g‘ri burchak ostida bukiladi, so‘ngra oyoqni tizza bo‘g‘imida to‘g‘irlashga harakat qilinadi:to‘g‘irlash qiyinchilik bilan amalga oshadi.

•Brudzinskiy yuqori musbat simptomi –belida yotgan bemorning boshini ko‘targan holda ensa mushaklarining rigidligi tekshiriladi, bemor oyoqlarining tizzada o‘z-o‘zidan bukilishi kuzatiladi.

•Orqa miya punksiyasi ma’lumotlari va uni amalga oshirish texnikasi: mandrenli maxsus igna yordamida III va IV umurtqalar orasiga tiqiladi va katta yoshlilarda 4-4,5 sm chuqurlikda joylashgan markaziy kanalga etadi. Mandrena olib tashlangandan so‘ng igna teshigidan orqa miya suyuqligi oqib chiqa boshlaydi. Me’yorda u daqiqasiga 60 tomchi tezligida oqib chiqadi. Agar tomichilarning chiqish tezligi ortsa yoki suyuqlik tirqirab chiqsa, bu bosh chanoq‘i bosimining ortganidan guvohlik beradi. Meningit bo‘lganda oqib chiqayotgan suyuqlik ko‘p holatlarda xira bo‘ladi. leykotsit, oqsil va xloridlarning yuqori miqdori orqa miya suyuqligining yallig‘lanishidan darak beradi.

Davolash. O‘rta quloq bo‘shlig‘ini bosh chanoq bo‘shlig‘idan ajratib turuvchi devorlarni tekshirgan holda shoshilinch jarrohlik aralashuvi, quloqdagi yiringli o‘choq sanatsiyasi, faol antibakterial terapiya, dezintoksikatsiya bo‘yicha tadbirlar – dekstran (reopoliglyukin), gemodez, vitaminlar, allergiyaga qarshi preparatlar. Agar meningit mastoidit sharoitida vujudga kelgan bo‘lsa, unda kengaytirilgan antromastoidotomiya o‘tkaziladi, surunkali o‘rta otitda – o‘rta quloqda kengaytirilgan radikal operatsiya o‘tkaziladi.

Miyaning otogen absessi

Miyaning otogen absessi (*abscessus cerebri et cerebelli otogenicus*) –bosh miya moddasida yiringning cheklangan to‘planishi bo‘lib, o‘rta quloq bo‘shliqlarida infeksiya manbasi mavjud bo‘lganda ikkilamchi vujudga keladi. *Miya absessi*–yiringli o‘rta otitning eng jiddiy asoratlaridan biri hisoblanadi. Miyaning otogen absesslari miya moddasida absesslarning 70 % ni tashkil qiladi. Ko‘p hollarda bunday asorat erkaklarda 20-50 yosh oralig‘ida vujudga keladi. Epatimpanit miya va miyachaabsessi vujudga kelishining 70% holatlarida sabab

bo'lib xizmat qiladi. Miya absessi oqibatidagi o'lim holati 50% gacha ko'rsatkichni tashkil qiladi. Yiringli jarayonning tarqalishi o'rta quloqni o'rta va orqa bosh chanog'i chuqurchasidan ajratib turuvchi suyakli devorlarning buzilishi natijasida ro'y beradi.

Infeksiya miyaning oq moddasiga tomirlar orqali ham tushishi mumkin. Flora turli xil bo'lishi mumkin – streptokokk, protey, ichak va ko'k yiringli tayoqcha. Absessning rivojlanish bosqichlari yiringli flora ta'siri ostida oq modda tomirlarining reaksiyasidan iborat bo'ladi, bu esa ularning devorlarining shikastlanishiga olib keladi. Keyinchalik tromboz yuz beradi va miya moddasining ishemik o'chog'i rivojlanadi. Kapillyarlarning yopilishi miya to'qimasining ko'proq buzilishiga va uning parchalanishiga, yiringlashiga olib keladi, u yoki bu o'lchamdagi yumaloqdan uchburchakgacha shakldagi turli bo'shliq hosil bo'ladi. Miya moddasidagi absess turli chuqurlikda joylashgan bo'lishi mumkin – 0,5 sm dan 6 sm gacha. Absess bo'shlig'ini to'ldirgan yiring quyuq, xira qo'ng'ir yoki sarg'ish-yashil rangda, o'ta badbo'y hidli bo'ladi. ko'p hollarda absess chakka qismida va miyachaning yarim sharlarida rivojlanadi. Miya absessini tashhisi qiyinchilik tug'diradi, chunki rivojlanishining birinchi bosqichlarida absess surunkali yiringli o'rta otit yoki mastoidit simptomlari ostida yashirin holda kechishi mumkin.

Simptomlari. Boshni aylantirganda kuchayuvchi, turli joylarda seziladigan juda kuchli og'riqlar; ovqatlanishga bog'liq bo'lmagan va ko'ngil aynimasdan yuz beradigan kuchli qayt qilish. Umumiy holati og'ir, teri qavatining rangparligi qayd etiladi, ayrim hollarda yuzning bo'zargan rangi, yuz qiyofasida azoblanish aks etadi. Ko'p uchraydigan simptom bo'lib bradikardiya hisoblanadi, tana harorati yuqori bo'lishi mumkin, ammo ko'p hollarda me'yorda bo'ladi. Qizil qon tanachalari o'zgarmagan, oq qon tanachalarida leykotsit belgilari mavjud. Bemorda asabiylashish yoki aksincha befarqlik, kayfiyatining yo'qligi, uyqusizlik kuzatiladi, ishtaha o'ta yuqori bo'lishi (bulimiya) yoki butunlay bo'lmasligi mumkin. Til quruq, qoplamali. Ko'z tubida shikastlangan tomonda ko'proq ifodalangan turg'unlik hodisalari aniqlanadi.

O‘choqli simptomatika o‘naqaylarda chap chakka bo‘lagining zararlanishi bilan bog‘liq. Amnestik afaziya vujudga keladi – kasal unga tanish bo‘lgan predmetlarning nomini ayta olmaydi. Masalan, bemorga avtoruchka ko‘rsatilib “Bu nima?” deb so‘ralsa, “Bu yozadigan narsa” degan javob olinadi. Ayrim hollarda sanash va yozish qobiliyati buziladi. CHakka qismining chuqur tarqalgan absesslarida to‘liq afaziya vujudga keladi: bemor na predmetlarning nomini ayta oladi, na ularni anglatuvchi so‘zlarni talaffuz qila oladi. Miyaning peshona qismi shishi tufayli eyforiya kuzatilishi mumkin. Babinskiy, Gordon, Oppengeym reflekslari aniqlanadi.

Hozirgi vaqtda absesslarni tashhishlashda KT va MRT katta yordam bermoqda. Ular doim absesslarni topish va joyini aniqlashga imkon beradi.

Orqa miya punksiyasi kalla ichi bosimining yuqoriligidan darak beradi, uning boshqa ko‘rsatkichlari barqaror bo‘lmaydi. Miyacha absessi uchun ko‘p hollarda ensa sohasida ro‘y beruvchi juda kuchli bosh og‘rig‘i, ataksiya va asinergiya kabi belgilar hosdir. SHikastlangan tomonda adiadoxokinez qayd etiladi, shikastlangan tomonga qaragan dag‘al nistagm, shikastlangan tomonga mos bo‘lgan bir qo‘li bilan adashish kuzatiladi.

Davolash jarrohlik yo‘li bilan amalga oshirilib, o‘rta quloqda yiringli o‘choqni sanatsiyalash bosqichlari (antromastoidotomiya yoki radikal operatsiya), orqa yoki o‘rta bosh chanog‘i chuqurchalarini ochish, absesslarni topish uchun miya moddasining punksiyasi (teshilishi). Absess topilganidan so‘ng uning bo‘shlig‘ini ochish, bo‘shatish amalga oshiriladi, yiringning oqib ketishiga imkon beruvchi drenaj o‘rnatiladi. Nevropatolog, neyroxirurg, terapevtlar jalb qilingan holda intensiv umumiy davolash o‘tkaziladi. Kasallikni bashoratlash shubhali. Rossiyada absessni ochish bo‘yicha birinchi jarrohlik amali N.V.Sklifosovskiy tomonidan bajarilgan (1886).

Sigma shaklidagi sinus trombozi va otogen sepsis

Sigma shaklidagi sinus trombozi(*tromboflebitis sinus sigmoideus*) –trombning shakllanishi va infeksiyalanishi orqali sigma ko‘rinishidagi sinus devorining yallig‘lanishi.

Sinustromboz va undan keyingi sepsis sababi boʻlib jarayon soʻrgʻichsimon oʻsimtaga tarqaladigan oʻrta quloqning yiringli yalligʻlanishi hisoblanadi. CHakka suyagidagi yiringli oʻchoq bilan aloqa vaqtida sinus devori yalligʻlanish reaksiyasi orqali javob qaytaradi – periflebit va perisinuz absess rivojlanadi. Flebit rivojlanganda sinusning ichki devorida fibrinning choʻkishi va keyinchalik yopib qoʻyuvchi tromb oʻsishi roʻy beradi. SHundan soʻng trombnings yiringli erishi va hattoki sinusnekrozi yuz berishi mumkin. Trombnings infeksiyalangan zarralari qon-tomir tizimiga tushadi va sepsisning rivojlanishiga olib keladi.

Otogen sepsis sigmali sinus devorining shikastlanishi orqali kechadigan oʻrta quloqdagi yiringli jarayonning oqibati boʻlib hisoblanadi. Avvaliga periflebit, keyin esa flebit, yaʼni sigmali sinus devorining yalligʻlanishi rivojlanadi,uning fonida devorning ichki endotelial qavati buzilishi oqibatida avval devor oldi, soʻngra esa yopib (obturatsiyali) tromb hosil boʻla boshlaydi va ushbu tromb nafaqat sigmali sinusni yopib qoʻyishi, balki boʻyin venasiga ham tarqalishi mumkin. Trombnings yiringlashi vena qon tomiriga mikroorganizm va ularning toksinlarining kirib kelishi uchun manba boʻlib xizmat qiladi, sepsisning klinik manzarasi rivojlanadi. Sepsisning ikki shakli farqlanadi: septitsemiya va septikopiemiya. Septikopiemiya boshqa organlarda yiringli metastazalar paydo boʻladi.

Klinik manzara umumiy va mahalliy simptomlardan hosil boʻladi. Agar mastoidit va surunkali epitimpanit sharoitida bemorda 15-45 daqiqa davom etuvchi qaltirish vujudga kelsa, harorat oʻzgarishi, yaʼni sutka davomida tana harorati 4-5 °C ga oʻzgarib tursa, juda koʻp terlash yuz bersa, unda otogen sepsis mavjudligiga shabha qilish lozim. Bemorlarning terisi koʻp hollarda oqaradi, “gʻoz terisi” tusiga kiradi, keyinroq uning rangi sargʻayadi. Sepsis eritrotsitlarning parchalanishi, orqa miya faoliyatining buzilishi, yaqqol ifodalangan leykotsitoz orqali ajralib turadi. Otogen sepsis uchun metastazlarning paydo boʻlishi odatiy holdir: boʻyin venasidan infeksiyalangan mikroembolalar yuqori boʻsh venaga, yurakning oʻng boʻlmasi, oʻng qorinchaga kelib tushadi va oʻpka arteriyasi orqali oʻpkadagi mayda arteriollarga etib keladi. Bu erda embolalar choʻkadi va absesslarning vujudga

kelishiga imkon beradi. Agar embolalar kichik qon aylanish doirasini chetlab o'tsa, unda ular istalgan organ (buyraklar, bo'g'imlar, teri)da cho'kishi va yiringli o'choqlarni hosil qilish mumkin.

Qonda neytrofil leykotsitoz, ortiqcha SOE, gipoxromli anemiya aniqlanadi. Qonning sterilligini tekshirish uchun ekma ekish bajariladi.

Sigmali sinus trombozining mahalliy simptomlari – so'rg'ichsimon o'simtaning orqa qirrasini paypaslaganda shish va og'riq, ko'krak-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning oldingi qirrasida og'riq.

CHakka suyaklari rentgenogrammasida so'rg'ichsimon o'simtaning destruktiv o'zgarishlari, katakchalarning buzilishi, xolesteatoma belgilari qayd qilinadi.

Davolash.

Sigmali sinus trombozi va sepsisning birinchi belgilarida shoshilinch jarrohlik aralashuvi talab qilinadi (o'rta quloqda kengaytirilgan radikal operatsiya). Jarrohlik amaliyoti vaqtida sigmasimon sinus devorini ochish, tromb mavjud bo'lgan taqdirda esa yiringlagan trombnini olib tashlash uchun sinusni ochish zarur. Intensiv va dezintoksikatsiyalovchi terapiya o'tkaziladi.

Labirintit.

Labirintit (*labyrinthitis*) –bu vestibulyar va koxlear retseptorlarning shikastlanishi yuz beradigan o'rta quloqdagi yallig'lanish jarayonidir. Infeksiya yarim doirali kanallarning karioz jarayon yoki xolesteatoma tufayli buzilishi vaqtida ichki quloqqa kirib boradi. Ko'p hollarda lateral kanal ampulasi shikastlanadi, chunki lateral kanal boshqalardan ko'ra ko'proq so'rg'ichsimon o'simtaning katakchali hujayralari bilan aloqada bo'ladi.

Labirintit cheklangan yoki tarqalgan, seroz va yiringli bo'lishi mumkin. Labirint shikastlanishining odatdagi belgilari bo'lib bemor ham tinch holatda, ham harakatlanish vaqtida sezadigan bosh aylanishi, qadam tashlashning buzilishi, ko'ngil aynish xurujlari, qayt qilish va shu kabilar hisoblanadi.

CHeklangan labirintit uchun fistulali simptom hususiyatlidir: quloqning yiringdan tozalanish vaqtida bemor birdaniga bosh aylanishini sezadi va uning

boshi bir oz yonga tashlanadi. Bu lateral yarim doirali kanalning suyakli devorida mavjud bo'lgan nuqson bilan bog'liq bo'ladi – ushbu sohaga bir oz bosilsa perelimfaning o'z o'rnidan siljishi, yarim doirali kanaldagi retseptorlarning ta'sirlanishi yuz beradi. Diffuz labirintitda bemor bir necha soat davom etishi mumkin bo'lgan, to'xtovsiz qayt qilish orqali kechuvchi o'ta kuchli bosh aylanishdan aziyat chekadi. Yiringli labirintit vestibulyar va tovush analizatorining retseptor apparatining butunlay buzilishiga olib kelishi mumkin, ya'ni mazkur tomonda afleksiya ro'y beradi, eshitish qobiliyati to'liq yo'qoladi.

Klinik manzara. O'tkir yoki surunkali o'rta otit sharoitida bemor bosh aylanishi, yurish vaqtida beqarorlikni seza boshlaydi.

Ob'ektiv simptomlar:

- avval shikastlangan quloq tomonga yo'naltirilgan betartib nistagm (keyinchalik ushbu quloqdagi retseptorlarning shikastlanishi va halok bo'lishidan so'ng nistagm o'z yo'nalishini o'zgartiradi, va uning tez komponenti sog'lom quloq tomonga yo'naltiriladi);

- barmoq-burun sinovini o'tkazish vaqtida ikkala qo'l bilan nistagmning sekinkomponenti, ya'ni sog'lom tomonga adashish;

- Romberg vaziyatida bemor sog'lom quloq tomonga og'adi. Miyachaabsessi bilan farqlash zarur.

Davolash. Yiringli o'choqni sanatsiyalash uchun o'rta quloqda jarrohlik amaliyoti, intensiv yallig'lanishga qarshi terapiya (antibiotiklar, sulfanilamidlar), dehidratatsiya terapiyasi ko'rsatilgan.

YUz asabining parezlari va falaji

YUz asabi falajlanishi o'rta quloqda (o'tkir va surunkali otit, shish) va ichki eshitish yo'lida (eshitish asabining nevrinomasi) patologik belgilar oqibatida vujudga kelishi mumkin. YUz asabi falaji bosh chanog'i bo'shlig'idan chiqqandan so'ng ham paydo bo'lishi mumkin, chunki bunda u quloq oldi so'lak bezi yaqinidan o'tadi va ushbu sohadagi shish, chandiqlarning bosimiga nisbatan ta'sirlanishi mumkin. YUz asabi buzilishlarining ushbu guruhi periferik falajlar

qatoriga kiritilgan, ammo yuz asabi yadrolarining shikastlanishi orqali belgilangan markaziy hususiyatdagi falajlar ham vujudga keladi.

Klinik manzarasi. YUz asabining shikastlanish darajasiga bog‘liq bo‘ladi, chunki yuz asabidan ko‘z yoshi bezi, so‘lak bezlari (jag‘ va til osti), o‘rta quloq eshitish suyakchasi, yuzning mimik mushaklari, tilning oldingi 2/3 qismida ta‘m sezishni ta‘minlovchi bir qator shoxlar tarqalgan. Sanab o‘tilgan organlar holatini aniqlash yuz asabi stvolining siqilishi va uzilishi darajasini ko‘rsatadi.

YUz asabining uning tirsakli tugunigacha ichki eshitish yo‘li chegarasida shikastlanishi (chanoq asosi sinishida, eshitish asabi nevrinomasida). Tashhislanadi:

- yuz asabining barcha uchta shoxining falajlanishi – og‘iz burchagi pasaygan, burun-lab burmasi ifodalanmagan, shikastlangan tomonda peshona terisini tirishtira olmaslik (rasm 5.79).



Rasm 5.79. YUz asabining otogen falaji

- ko‘z yosh bezi ishlamasligi sababli ko‘z yosh bo‘lmagani hisobiga ko‘zlarning qurqligi;

- tilning tegishli yarmida oldingi 2/3 qismida shirin, tuzli va nordon ta‘mlarni sezishning buzilishi;

•giperakuziya – shikastlangan tomondagi quloq tomonidan tovushlarning, sogʻlom tomondagi quloqqa qaraganda qattiqroq eshitilishi, albatta, bu patologik jarayonlar eshitish organi shikastlanmagan holatlarga tegishlidir.

Bu shuning uchun ham roʻy beradiki, oʻrta quloq eshitish suyakchasi mushagi ishlamaydi va oʻrta quloqning boshqa mushagi – quloq pardasini tortib turuvchi mushakka antagonistik taʼsir oʻtkazmaydi va tovushlarning taʼsiri ostida eshitish suyakchasi perilimfaga turgan holda dahliz oynasiga yanada keskinroq siqiladi.

YUz asabi kanalining gorizontal tizzasida (quloq pardasi labirint devori) joylashgan tizzali tugundan boshlab eshitish suyakchasi mushagini innervatsiyalovchi asab tarmogʻigacha, va pasayuvchi tizza (quloq pardasining soʻrgʻichsimon devori)dan parda torining yuz asabigacha shikastlanishi. SHikastlangan tomonda koʻz quruqlashishidan tashqari yuqorida sanab oʻtilgan barcha belgilar kuzatiladi. Aksincha, bemorlar koʻz yosh oqishiga shikoyat qilishlari mumkin: koʻz yosh bezining innervatsiyasi shikastlanmagan, koʻzlarni yopish imkoni boʻlmagani sababli esa koʻz yosh qopchasining soʻruvchi harakati kamayadi, va koʻz yoshi burun-koʻz yoshi kanaliga etib kelmaydi.

YUz asabining bigiz-soʻrgʻichsimon tirqishidan chiqqandan soʻng shikastlanishi (quloq oldi bezi darajasi). YUz asabining bitta yoki bir nechta shoxlarining shikastlanish belgilari tashhislanib, bu peshona terisini tirishtirish, koʻzni yumish imkoniyatining buzilishi yoki faqat ogʻiz burchagining yaqqol pasayishi va burun-lab burmasining yaqqol tekislanishiga olib keladi. Taʼm buzilishi va giperakuziya kuzatilmaydi.

Markaziy genez yuz asabining falaji. Bunday falajlanish hususiyati boʻlib falajlangan tomonda peshona terisini tirishtirish qobiliyatining saqlanib qolishi hisoblanadi. Bu shu bilan bogʻliqki, yuz asabining yuqori shoxi impulslarni qabul qiladi va nafaqat oʻzi tomonidagi, balki qarshi tomondagi yadro bilan bogʻlangan boʻladi: yadro sohasidagi patologiya shikastlangan tomondagi peshona terisini tirishtirish qobiliyatining buzilishidan tashqari, barcha falajlanish holatlariga olib keladi.

Davolash. YUz asabining aniqlangan shikastlanish darajasiga qarab uning funksiyalarining buzilish sababini taxmin qilish va davolash usulini tanlash mumkin bo‘ladi. Bu yo‘yallig‘lanish jarayoni vaqtida o‘rta quloqda shoshilinch jarrohlik aralashuvi, yoki idiopatik (noaniq etilogiyali) falaj vaqtida yuz asabining dekompressiyasi, yoki degidrotatsiya, shamollashga qarshi terapiya usullaridan foydalangan konservativ davolash, shuningdek quloq oldi so‘lak bezida jarrohlik aralashuvi.

5.12. O‘rta va ichki quloqning yiringsiz ksalliklari

Ekssudativ o‘rta otit

Ekssudativ o‘rta otit (*otitis media exudativa*) Eshituv nayi va nog‘ora bo‘shlig‘i shilliq qavatining barqaror serozli yallig‘lanishi hisoblanadi. Ushbu kasallik eshituv nayi faoliyatining buzilishi shiroitida rivojlanadi va nog‘ora bo‘shlig‘ida serozli-shilimshiq yiringning bulishi bilan ajralib turadi. Kasallikning turli nomlanishlari mavjud: “sekretor otit”, “serozli o‘rta otit”, “mukoz otit” va boshqalar. Ekssudativ o‘rta otitning etakchi patogenetik omili bo‘lib eshituv nayi ventilyasiya vazifasining barqaror buzilishi hisoblanadi. Otitning ushbu shaklining nomi shilimshiqning kuchli ajralishi va uzoq muddatli kechishiga ishora qiladi. Uning o‘ziga hos belgilari bo‘lib nog‘ora bo‘shlig‘ida quyuc, yopishqoc shiraning vujudga kelishi, sekin kuchayib boruvchi karlik va quloq pardasida uzoq vaqt nuqsonning kuzatilmasligi hisoblanadi.

Kasallik asosida barqaror tubar disfunktsiya bilan bir qatorda umumiy va mahalliy qarshilik ko‘rsatishning buzilishi. Buning sababi bo‘lib boshidan kechgan respirator virusli infeksiya va o‘rta quloq infeksiyasini bartaraf qilmasdan, balki o‘z-o‘zidan ularga chidamli bo‘lgan qo‘zg‘atuvchilarning ko‘payishi uchun qulay sharoit yaratuvchi antibiotiklarning nooqilona qo‘llanilishi hisoblanadi. O‘rta quloq shilliq qavatining sensibilizatsiyasining rivojlanayotgani haqida guvohlik beruvchi immunopatologik reaksiyalar alohida ahamiyatga ega.

Klinik manzarasi. YAllig‘lanish jarayoni dinamikasi va tegishli patomorfologik o‘zgarishlarni e‘tiborga olgan holda, ekssudativ o‘rta otitning to‘rtta bosqichi farqlanadi.

I bosqich – kataral bosqich bo‘lib, ushbu bosqichda eshituv nayi shilliq qavatining kataral yallig‘lanishi vujudga keladi, ventilyasiya faoliyati buziladi, havoning o‘rta quloqqa etib kelishi kamayadi yoki umuman to‘xtaydi. SHilliq qavat tomonidan havoning so‘rib olinishi nog‘ora bo‘shlig‘ida vakuumning ortishiga olib keladi, bu esa kichik miqdordagi neytrofil leykotsitlar va limfotsitlarning transsudat migratsiyasining vujudga kelishiga, shilliq bezlarning ta’sirlanishiga xizmat qiladi. Bunda klinik tomondan bolg‘acha dastasi yo‘li bo‘ylab tomirlar in’eksiyasi orqali quloq pardasining ichkariga tortilishi, uning rangining xiradan boshlab pushti ranggacha o‘zgarishi aniqlanadi. Avvaliga engil autofoniya, eshitish qobiliyatining bir oz yomonlashishi (havo orqali tovush o‘tkazuvchanlik chegarasi 20 dB dan oshmaydi, nutq zonasidagi suyak o‘tkazuvchanlik chegarasi me’yorda qoladi). Kataral bosqich davomiyligi 1 oygacha bo‘lishi mumkin.

II bosqich – sekretor bo‘lib, sekretiyaning ortishi va shilimshiqning quloq pardasi bo‘shlig‘ida to‘planishi bilan ajralib turadi. Sekretor bezlar va qadahsimon hujayralar sonining ortishi orqali o‘rta quloq shilliq qavatining metaplaziyasi kuzatiladi. Sub’ektiv jihatdan bu quloqda to‘lalik va bosimning his etilishi, ayrim hollarda shovqinning eshitalishi va yanada ko‘proq ifodalangan konduktiv karlik (20-30 dB gacha) orqali namoyon bo‘ladi. Ko‘p hollarda bosh xolati o‘zgarganda suv oqishi (shildirash) his etilishi va shu vaqtda eshitish qobiliyatining yaxshilanishi kuzatiladi. Buni shu bilan izohlash mumkinki, bosh biror tomonga egilganda nog‘ora bo‘shlig‘idagi suyuqlik ham o‘z navbatida boshqa bo‘lmaga oqib o‘tadi va bunda labirint oynasining biror-bir bo‘shlig‘i bo‘shaydi, natijada tovush o‘tkazish va eshitish qobiliyati vaqtinchalik yaxshilanadi. Otokopiya qilinganda quloq pardasi tarang bo‘ladi, uning konturlari keskin, rangi nog‘ora bo‘shlig‘ining tarkibiga bog‘liq bo‘ladi (oq-kulrang, ko‘kimtir, qo‘ng‘ir tusda). Ayrim hollarda parda orqali bosh xolati o‘zgarganda joyini o‘zgartiradigan, bir oz egilganda suyuqlik (meniks) sathi ko‘rinadi. Sekretor bosqich davomiyligi 1 oydan 2 oygacha vaqtni tashkil qilishi mumkin.

III bosqich – mukozali bosqich bo‘lib, u nog‘ora bo‘shlig‘i (ayrim hollarda esa o‘rta quloqning boshqa bo‘shliqlari ham) tarkibi qo‘yuq va yopishqoq bo‘lishi bilan ajralib turadi. SHu bilan birga karlik kuchayadi (30-50 dB gacha chegarada), odatda suyak orqali tovush o‘tkazuvchanlik chegarasi ham ortadi. Suyuqlikning siljish simptomi butun nog‘ora bo‘shlig‘i ekssudat bilan to‘lgan va u yopishqoq-quyuq bo‘lib qolgan holatlarda kuzatilmaydi. Nog‘ora bo‘shlig‘ida yopishqoq va qo‘yuq suyuqlik bo‘lgan bunday turdagi otitni ayrim mutaxassislar “yopishqoq quloq” deb atashadi. Nurli refleks bo‘lmasligi mumkin, quloq pardasi esa qalinlashadi va ko‘kimsir bo‘lishi mumkin, quyi kvadrantlar esa shishadi.

IV bosqich – fibrozli bosqich bo‘lib, nog‘ora bo‘shlig‘ining shilliq qavatidagi degenerativ jarayonlarning ustunlik qilishi bilan ajralib turadi. Bunda shilimshiq ajralishi kamayadi, keyin butunlay to‘xtaydi, shilliq qavatning jarayonga eshitish suyakchalari jalb qilinishi orqali fibroz transformatsiyasi boshlanadi. Aralash karlik rivojlanadi. Nog‘ora bo‘shlig‘ida chandiqlanish jarayonining rivojlanishi adgeziv o‘rta otitning shakllanishiga olib keladi.

SHuni ta’kidlash lozimki, bir qator hollarda istalgan bosqichlardan birida rivojlanishning to‘xtashi va kasallikning rezorbtiv kechishi qayd etiladi, biroq adgeziv otit shakllangan bemorda ekssudativ o‘rta otitning retsidivi (qaytalanishi) ham ro‘y berishi mumkin.

Ekssudativ o‘rta otitni tashhishlash bir qator hollarda qiyin bo‘ladi va har doim ham o‘z vaqtida bo‘lmaydi. Ko‘p hollarda bu kasallik kechishining kam simptomli bo‘lishi, biror-bir yaqqol ifodalangan og‘riqlarning bo‘lmasligi va bemor umumiy holatining buzilishi bilan bog‘liq bo‘ladi. Bemor bir qulog‘ida asta-sekin ortib boruvchi eshitish qobiliyatining bir oz pasayishiga ko‘nikib boradi. Ekssudativ o‘rta otitning kam simptomlar orqali kechishi hozirgi vaqtda tobora ko‘proq uchrayotganini e’tiborga olish zarur.

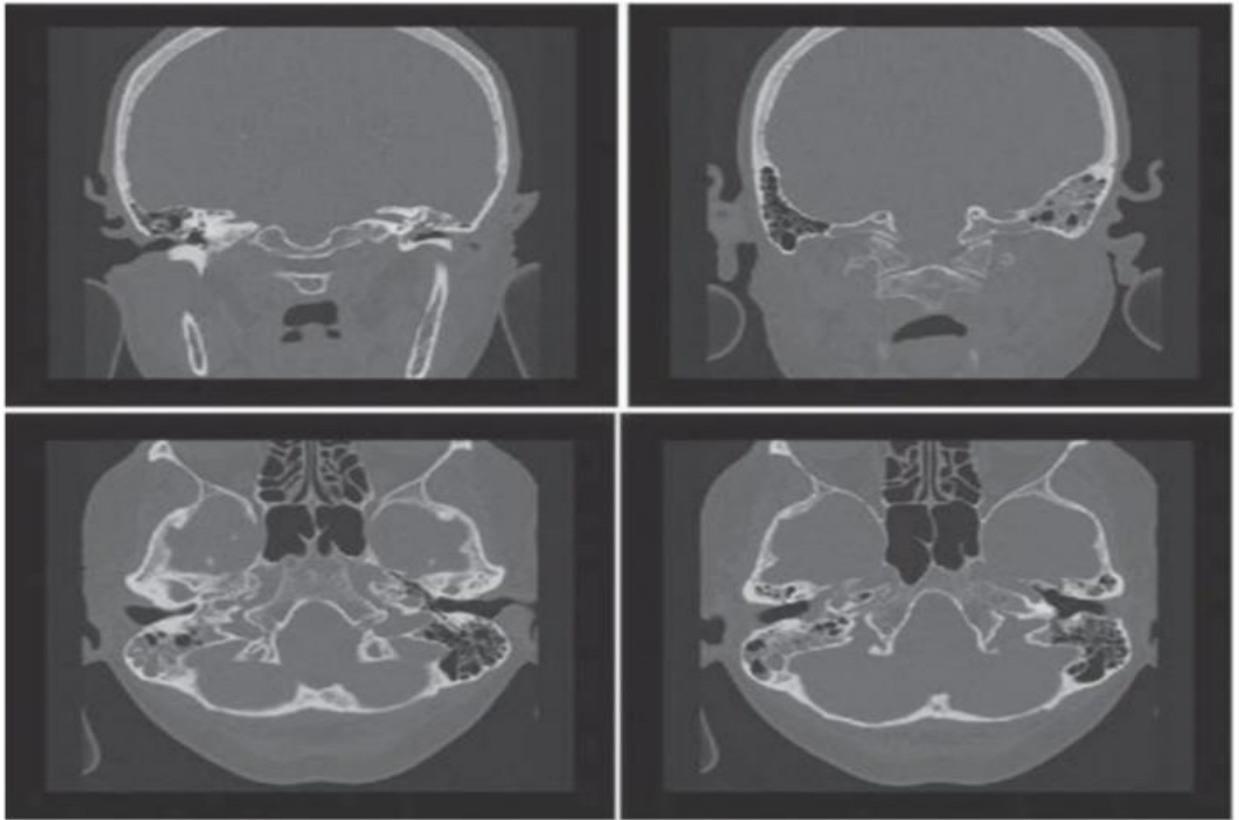


Rasm 5.80. Ekssudativ otitda otoskopik manzara

Otoskopiyada parda bo'shlig'ida pufakchalarning mavjudligi yoki suyuqlik sathi aniqlanadi (rasm 5.80). Tashhisni aniqlashtirish uchun qo'llash mumkin bo'lgan sinovlar yordamida eshituv nayining tekshirilishi amalga oshiriladi

Eng batafsil ma'lumot beruvchi tashhis bo'lib impedansometriya (timpanometriya) xizmat qiladi, bunda tekislangan (yalpaygan) egri chiziq aniqlanadi. Eshitishning nutqli tekshirilishi, shuningdek kamerton va audiometriya yordamida tekshirish kasallik tashxislashda muxim ahamiyat kasb etadi.

Ekksudativ o'rta otitning barqaror kechishi sust kechuvchi mastoidit bilan birga kelishi mumkin, shuning uchun chakka suyaklarining rentgenografiyasi tavsiya qilinadi (rasm 5.81).

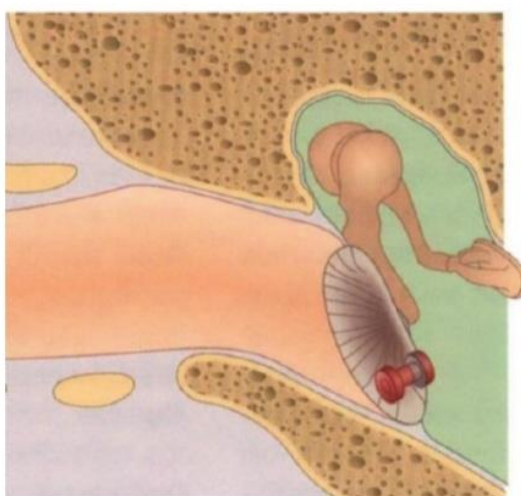


Rasm 5.81. Ekssudativ otitda chakka suyaklarining kompyuter tomografiyasi

Kasallikni qo‘llab-quvvatlovchi muhim omil bo‘lib tubar disfunktsiya xizmat qilishini e‘tiborga olib, burun va Xalqumning batafsil tekshiruvi o‘tkaziladi.

Ekssudativ o‘rta otitni davolash kompleks tarzda o‘tkazilishi lozim, uning samaradorligi uning qanchalik ertaroq boshlanishiga bog‘liq bo‘ladi. Birinchi navbatda eshitish naychalarining faoliyatini tiklashga intilish lozim. Bunga burun, burun oldi bo‘shlig‘i, xalqumni sanatsiyalash orqali erishish mumkin. Tubar funktsiyani yaxshilash uchun Politser bo‘yicha yoki quloq kateteri orqali (bu yanada samarali) quloqlarning tozalanishi va bir vaqtning o‘zida Zigle voronkasi yordamida quloq pardasining uqalanishi o‘tkaziladi. Kasallik bosqichidan kelib chiqqan holda kateter orqali eshituv nayiga gidrokortizon, antibiotiklar, dioksidin, tripsin, ximotripsin yuboriladi. SHuningdek endaural elektrofarez orqali proteolitik fermentlar va gialuronidazalar (lidazlar)ning yuborilishi ham samara beradi. Burunga tomchi ko‘rinishida qon tomirlarini toraytiruvchi preparatlar tomiziladi. Antigistamin preparatlar serozli o‘rta otit allergiya sharoitida rivojlangan

holatlarda tayinlanadi. SHuningdek umumiy quvvatlantiruvchi vositalar, vitaminlar davolash muolajalari bilan kompleks tarzda tayinlanishi mumkin. Ohirgi vaqtlarda immunitetni tiklovchi vositalarni ham davolash tarkibiga kiritishmoqda ([azoksimera bromid (polioksidoniy*)]. 1-2 hafta davomida Eshituv nayi faoliyati etarli darajada tiklanmasa, ekssudat soʻrilmasa va eshitish qobliiyati yaxshilanmasa, nogʻora boʻshligʻidan shirani olib tashlash uchun jarrohlik usullaridan foydalanish lozim boʻladi. Eng koʻp qoʻllaniladigan usullar qatoriga quloq boʻshligʻini shuntlash kiradi (rasm 5.82). Ushbu maqsadda quloq pardasining uning orqa-patski kvadrantida miringotomiya bajariladi va kesilma orqali bioinert material (teflon, polietilen, titan)dan tayyorlangan shunt kiritiladi. SHuntlarning juda koʻplab shakllari mavjud: teshikli drenaj naychasi, gʻaltakcha, yarim oʻtkazuvchi membranali naycha va boshqalar. SHunt orqali quloq boʻshligʻiga dori vositalari yuboriladi va undan toʻplangan suyuqliklar chiqarib tashlanadi. Odatda drenaj bir necha haftadan 2-3 oygacha vaqt davomida, sogʻayish roʻy bermaganga qadar qoldiriladi.



Rasm 5.82. Ekssudativ otida quloq pardasini shuntlash

Ayrim bemorlarda quloq bo'shlig'ini drenajlash sog'ayishga olib kelmaydi. Bu ekssudativ yallig'lanish faqat quloq bo'shlig'i bilan chegaralanib qolmasdan, balki antrum va so'rg'ichsimon o'simtaga ham tarqalishi, ayrim hollarda esa so'rg'ichsimon o'simtaga kirish yo'lining to'silishi natijasida ajralib qolishi bilan bog'liq bo'ladi. Ushbu holatda antrotomiya va zarur bo'lsa so'rg'ichsimon o'simtaning shikastlangan soxalarini drenajlash va eliminatsiyasi orqali mastoidotomiyasi o'tkaziladi.

CHandiqli to'qimaning ortiqcha rivojlanishi quloq pardasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Tashqi eshitish yo'lida havo quyuvlashgan yoki siyraklashgan vaqtda pnevmatik voronka yordamida quloq pardasi harakatchanligining cheklanishi yoki uning to'liq harakatsizligi kuzatiladi. Audiogrammada tovush o'tkazish turining karligi aniqlanadi: to'qimali tovush

o'tkazuvchanlik egri chizig'i suyak orqali me'yordagi tovushlarni qabul qilish darajasida joylashgan, havo orqali tovush o'tkazish egri chizig'i esa 30-50 dB pastroqqa tushadi. Impedansometriya o'tkazilganda quloq pardasining kam yumshoqligi yoki uning yo'qligi aniqlanadi. Agar biriktiruvchi to'qimaning kalsifikatsiyasi va ossifikatsiyasi (timpanoskleroz) ro'y bersa, karlik eng qyuri darajaga etadi.

Adgeziv o'rta otit o'rta quloqda o'tkazilgan surunkali yiringli jarayonning oqibatlarini bo'lib, uning barcha bo'limlarida chandiqli o'zgarishlar paydo bo'ladi, bu esa birinchi navbatda quloqning eshitish qobiliyati buzilishiga olib keladi. Bunda nafaqat eshitish suyakchalari zanjirining chandiqlanishi, balki tovush o'tkazuvchi zanjir elementlarining buzilishi ham kuzatiladi (eshitish suyakchasi, sandon yoki bolg'achaning buzilishi).

O'rta quloqdagi bunday turdagi yallig'lanishdan keyingi o'zgarishlarni "adgeziv o'rta otit" (*otitis media adhaesiva*) atamasi bilan atash qabul qilingan. Anamnezda o'rta quloqda o'tkazilgan shamollashga ko'rsatma bor (bir marta yoki qaytalangan). Adgeziv o'rta otitning otoskopik manzarasi chandiqli o'zgarishlarning mavjudligi, quloq pardasining ichkariga tortilishi bilan ajralib turadi (rasm 5.83).



Rasm 5.83. Adgeziv otit

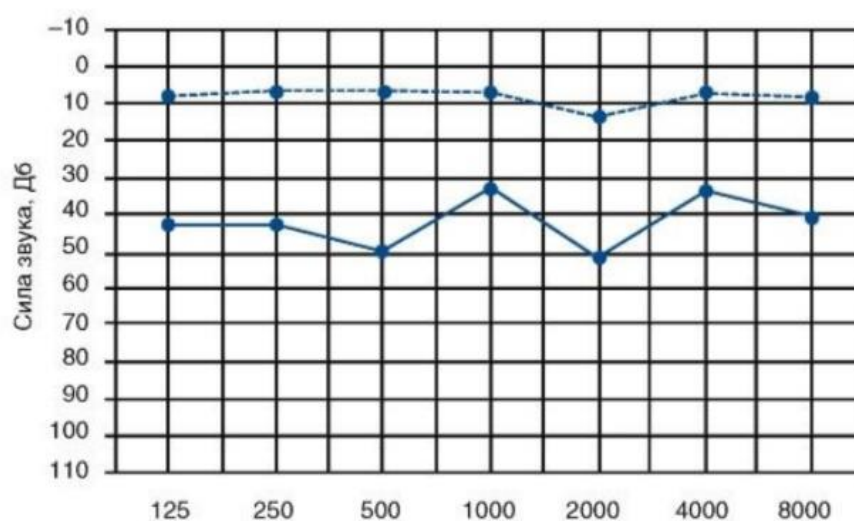
Davolash. Adgeziv oʻrta otitda konservativ davolash usullari kam samara beradi [kateter orqali Politser usuli boʻyicha quloqning puflanishi (tozalanishi), kam harakatli quloq pardasining tashqi eshitish yoʻli orqali pnevmo uqalash, chandiqli toʻqimani yumshatuvchi dori vositalari qoʻllaniladi, - gialuronidaza (lidaza) va boshqalar]. Jarrohlik davolash tebratish usuli yordamida eshitish suyakchalari zanjirini tiklash, chandiqli toʻqima bilan qoplangan suyakchalarni alloprotezlar bilan almashtirish, quloq pardasi butunligini tiklashga qaratilgan, yaʼni timpanoplastika va stapedoplastika deb ataluvchi operatsiyalar oʻtkaziladi.

Otoskleroz

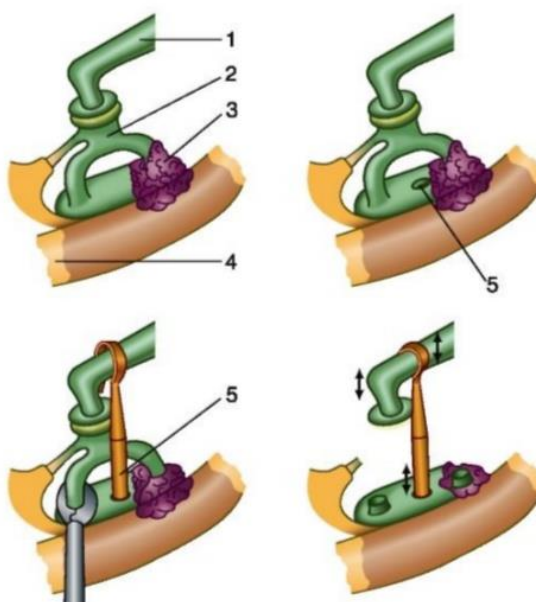
Otoskleroz (*otosclerosis*) – odatda bitta, keyinchalik esa dahlizning ikkinchi oynasi sohasidagi quloq labirintlarining suyakli devorlarida yangi hosil boʻlgan mayda yakka oʻchoqlar koʻrinishidagi cheklangan, eshitish suyakchasining qotishi bilan kechadigan osteodistrofik jarayon. Ushbu kasallik bilan dunyo aholisining 1% gacha boʻlgan qismi aziyat chekadi. Kasallik etiologiyasi noaniq. Otoskleroz barqaror qulogʻi ogʻirlik yoki karlikka olib keladi. Koʻp hollarda yosh ayollarda uchraydi, qulogʻi ogʻirlik 20-40 yoshda namoyon boʻladi; homiladorlik, koʻz yorish, emizish davri karlikning vujudga kelishiga undaydi va uning kuchaytiradi. Bir qator hollarda otoskleroz naslli va oilaviy kasallik boʻladi. Eshitish qobiliyatining pasayishi ikki tomonlama va nisbatan simmetrik boʻlishi mumkin. Ushbu kasallik patologoanatomik nuqtai-nazarda skleroz bilan bogʻliqligi yoʻq. Hozircha noaniq boʻlgan sabablar taʼsiri ostida eshitish suyakchasi asosi oʻrnashgan dahliz darchasining qirralari sohasida gʻovakli tuzilishga ega boʻlgan suyakli toʻqima rivojlana boshlaydi. Dahliz darchasi qirgʻogʻidan eshitish suyakchasi qirgʻogʻiga tomon oʻtuvchi suyakli koʻprikchalar asta-sekin mustahkalana boshlaydi va oynaning butun atrofi boʻylab tarqaladi. Harakatchanligini yoʻqotgan eshitish suyakchasi tovush tebranishlarini ichki quloqqa uzata olmaydi va inson eshitish qobiliyatini yoʻqotadi.

Simptomlar. Ikkala quloqda ham eshitish qobiliyatining pasayishi, quloqda shovqin eshitilishi. SHovqinli vaziyatda bemor odatda yaxshiroq eshitadi. Kasallik yosh vaqtda vujudga keladi va yillar oʻtgan sari karlik rivojlanib boradi.

Otoskopiya. Eshitish yoʻlida oltingugurt boʻlmaydi, eshitish yoʻli terisi yupqalashgan, quloq pardasi uning maʼlum bir yupqalashini hisobga olmaganda qariyb oʻzgarmagan. Audiogrammada tovush oʻtkazuvchanligi boʻyicha eshitish qobiliyatining pasayishi (rasm 5.84).



Rasm 5.84. Otoskleroz audiogrammasi



Rasm 5.85. Stapedoplastika: 1 –ichki togʻay uzun oʻsimtasi; 2 – eshitish suyakchasi; 3 – otoskleroz oʻchoq; 4 – yuz nervi; 5 – eshitish suyakchasi protezi

Davolash. Odatda jarrohlik davolanishi qo'llaniladi. Stapedoplastikaning turli varinatlari amalga oshiriladi – eshitish suyakchasi teflon, tog'ay, titandan tayyorlangan protez bilan almashtiriladi va shu orqali eshitish suyakchalarining barcha zanjirining harakatchanligi tiklanadi (rasm 5.85). Hozirgi vaqtda otosklerozning 95-98% holatlarida stapedoplastikadan so'ng eshitish qobiliyatining barqaror yaxshilanishiga erishilmoqda.

Mener kasalligi

Mener kasalligi uchta simptom orqali ifodalanadi: vaqti-vaqti bilan vujudga keluvchi bosh aylanishi xurujlari, eshitish qobiliyatining pasayishi va quloqdagi shovqin.

O'rta va ichki quloqda yallig'lanish jarayoni bilan bog'liq bo'lmagan ichki quloq faoliyatining buzilishi, hozirgi vaqtda ko'plab ixtisosli shifokorlarning amaliyotida uchraydi. Bunday turdagi vestibulyar buzilashlar ichki quloqdagi turli hodisalar bilan belgilanishi mumkin – qon quyilishi, gidrops, qon tomirlari, birinchi navbtda labirint arteriyasining siqilishi. Ichki quloqdagi bunday o'zgarishlarning asosiy belgilari bo'lib xuruj qiluvchi bosh aylanish, ko'ngil aynishi, qayt qilish, qadam tashlashning buzilishi hisoblanadi. P.Mener (1861) birinchi bo'lib kuchli bosh aylanish orqali kechadigan kasallikning klinik manzarasini tasvirlab bergan va o'sha vaqtdan boshlab kasallik uning nomi bilan ataladi. Mener kasalligi etiologiyasi noma'lum. Kasallik patogenezida labirint ichi (gidrops labirint) shishi etakchi rolni o'ynaydi.

Klinik manzarasi. Inson to'satdan, to'liq sog'lom paytida kuchli bosh aylanishini sezadi va muvozanatni saqlay olmay qoladi, yiqilib tushishi mumkin. Bu vaqtda ko'ngil aynishi va qayt qilish mumkin. Ayrim hollarda xuruj oldidan bemor bitta qulog'ida shovqin va bitib qolganligini sezadi. SHovqin eshitilmagan quloqqa yo'nalgan nistagm kuzatiladi. Xurujlar orasidagi vaqtda bemor o'zini ancha qoniqarli sezadi, faqat quloqdagi shovqingina bezovta qilishi mumkin, har bir xurujdan keyin bir tomonli karlik rivojlanib borishi mumkin. Ayrim hollarda xurujni o'tkir respirator kasallik, charchash, arterial bosimning pasayishi yoki ko'tarilishi keltirib chiqarishi mumkin.

Davolash. Xuruj vaqtida bemor to'shakka yotqiziladi, g'ashlantiruvchi omillar ta'sirini bartaraf etish zarur (yorqin nur, shovqin). Vegetativ reaksiyalar (ko'ngil aynishi, qayt qilish)ni bartaraf qilish uchun 1 ml dozadagi 1% atropin in'eksiyalari qo'llaniladi, quyi burun chanog'ining oldingi uchiga 1-2% prokain (novokain) blokadasi o'tkaziladi, tomir devorlarining o'tkazuvchanligini kamaytiruvchi preparatlar qo'llaniladi [prometazin (pipolfen), difengidramin (dimedrol), xloropiramin (suprastin)]. Suyuqlik ichish cheklanishi lozim. Mener kasalligini konservativ davolashda ta'siri ichki quloq tomirlarida mikrotsirkulyasiyani yaxshilash, labirintda endolimfa bosimini me'yorlashtirishga olib keluvchi betagistin (betaserk) qo'llaniladi. Agar konservativ davolashsamarasiz bo'lsa, jarrohlik davolash o'tkaziladi. Xurujlar orasidagi og'ir holatlarda, eshitish qobiliyati yo'qolganda, davolashning jarrohlik usullarisha murojaat qilinadi – dahliz-chig'anoq nervi kesib tashlanadi, endolimfa qopchasi drenajlanadi.

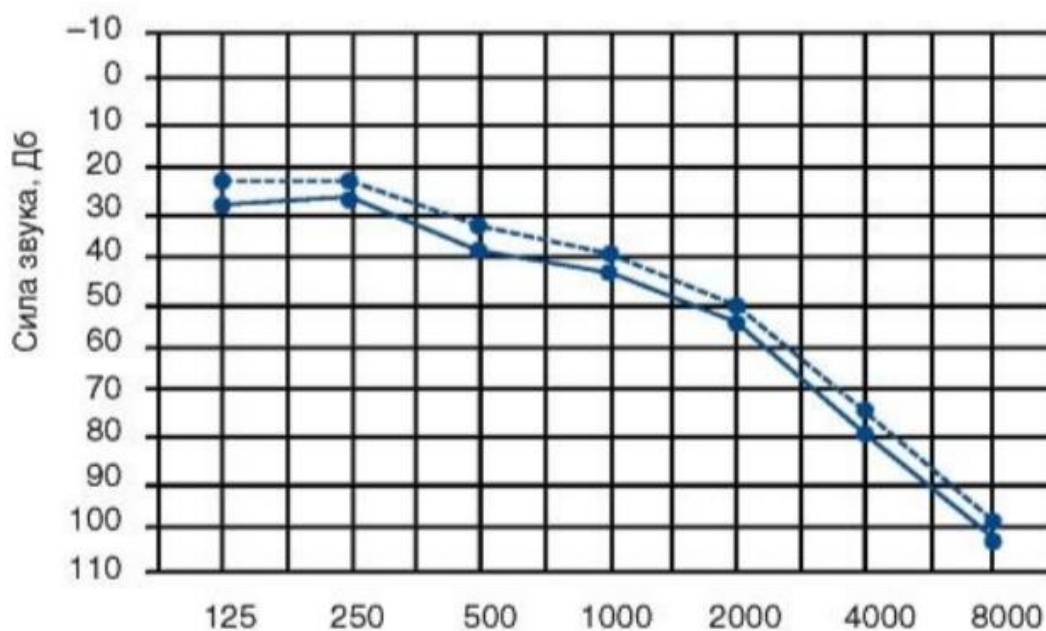
Neyrosensorli karlik.

Quloqning tovushni qabul qiluvchi apparatining chig'anoqdagi retseptor bo'limidan boshlab, o'tkazuvchi yo'llar va markaziy bo'limigacha shikastlanishi, umumiy atama bilan nomlanadi –neyrosensorli karlik (garanglik). Neyrosensor karlik ulushiga eshitish qobiliyati buzilgan bemorlarning $\frac{3}{4}$ qismi to'g'ri keladi. Texnika, transportning rivojlanishi, insonni qurshab turgan shovqin va vibratsiyaning kuchayishi, ishlab chiqarish, qishloq xo'jaligi va maishiy turmushda ko'plab kimyoviy moddalarning qo'llanilishi sababli retseptor apparat, markaziy asab tizimi kasalliklarining soni ko'paygan. SHuningdek gripp, parotit va meningokokkli meningit kabi yuqumli virusli kasalliklar oqibatida asoratlari soni ham ko'p bo'lib, ularning fonida barqaror og'ir quloqlik va hattoki to'liq karlik rivojlanmoqda. Bir qator dori vositalari inson qulog'ining nerv tizimiga nisbatan zaharli ta'sirga ega. SHuningdek, bosh miya jarohati ham eshitish nervlari nevriti turi bo'yicha eshitish qobiliyatining buzilishiga olib kelishi mumkin. Stomatolog shifokor uchun stomatologiya amaliyotida keng qo'llaniluvchi, quloq og'irligi va karlikka olib kelishi mumkin bo'lgan dori vositalarini yaxshi bilish zarur talab hisoblanadi. Bu birinchi navbatda aminoglikozid guruhidagi antibiotiklar

hisoblanadi: streptomitsin, gentamitsin, kanamitsin, monomitsin, neomitsin. SHifokorning ushbu guruhdagi antibiotiklarga diqqatini quyidagi holat ham qaratishi lozim: ularning qabul qilinishi sharoitida rivojlanuvchi quloq og'irligi keskin, karlikgacha olib boradi, orqaga qaytmaydigan hususiyatga ega bo'ladi. O'ta zaharli antibiotiklar qo'llanilishi natijasida vujudga kelgan quloq og'irligi, preparat bekor qilingandan keyin ham rivojlanishda davom etadi. Bundan tashqari, bunday hollardagi quloq og'irlik ichki quloq vestibulyar apparatining shikastlanishi bilan ham qo'shilishi mumkin. Eshitish asabiga nisbatan eng ko'p zaharli bo'lib neomitsin hisoblanadi. Ichki quloq suyuqliklarida to'planib boradigan ototoksik antibiotiklar ta'siri ostida spiral organ tukli hujayralarining degeneratsiyasi ro'y beradi, eshitish asabi tolalari ham shikastlanadi.

Jarohat, o'tkazilgan kasallik yoki dori vositasi qo'llanilishi (antibiotiklar, peshob haydovchi vositalar) ni hisobga olmasa, anamnez har doim ham quloq og'irligining vujudga kelish sababi haqida ma'lumot bera olmaydi. Ayrim hollarda karlik to'satdan ro'y berib, bunda yaqqol ifodalangan bosh aylanishi bo'lishi mumkin. Bunday hollarda bemor samara berishi mumkin bo'lgan yordamni ko'rsatish uchun o'z vaqtida LOR bo'limiga shoshilinch tarzda yotqizilishi kerak.

Otoskopiya quloq pardasida hech qanday o'zgarishlar aniqlanmaydi, u to'liq me'yorda ko'rinadi. Tashhisni qo'yish uchun eshitishni kamerton va audiometriya yordamida tekshirish hal qiluvchi ahamiyatga ega. Audiometriya havoni va suyak orqali o'tkazuvchanlikning tovush chegarasi yuqori, bir-biriga parallel bo'ladi va suyakli-havo intervaliga ega bo'lmaydi (rasm 5.86).



Rasm 5.86. Neyrosensorli quloq og‘irligi audiogrammasi

Eshitishning bunday turdagi buzilishi *tovush qabul qilish qiyinligi* deb ataladi.

Davolash. To‘satdan va o‘tkir ro‘y bergan neyrosensor quloq og‘irligida davolash imkon qadar tezroq, asab to‘qimasidagi o‘zgarishlarni qaytarish mumkin bo‘lgan davrda boshlanishi lozim. Bunday bemorlar urgent bemorlar hisoblanib, ular shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi zarur.

Davolash kasallikni bartaraf qilish yoki zararsizlantirishga qaratilgan bo‘lishi lozim. Infeksiyali tabiatga ega bo‘lgan quloq og‘irligida antibakterial terapiya o‘tkaziladi. Quloq og‘irligining toksik shakllarini davolash dezintoksikatsiyani nazardu tutadi. Quloq og‘irligining qon-tomirli genezida qon-tomir terapiyasi o‘tkaziladi - pentoksifillin (trental), vinpotsetin (kavinton), sinnarizin (stugeron), digidroergokriptin + kofein (vazobral). Glyukokortikoidli terapiya (tizimli yoki mahalliy), giperbarli oksigenatsiya va boshqalar qo‘llaniladi.

Neyrosensor quloq og‘irligining surunkali shaklida davolash ko‘p hollarda kamsamara beradi. Tovush qabul qilvchi apparatning kasallanishi bilan belgilangan eshitish qobiliyatini yaxshilashga erishilmagan taqdirda, protezlash qo‘llaniladi – tovushlarning qabul qilinishi va ularni o‘tkazishni kuchaytiruvchi tegishli eshitish apparati tanladi.

5.13. Karlik va quloq og'irligi. Eshitishning o'zgarishi

Quloq og'irligi deb nutqni qabul qilish qiyinchiligi vujudga keluvchi ikkala quloqda ham eshitish qobiliyatining pasayishiga aytiladi. Quloq og'irligining asosiy sababi bo'lib surunkali kataral va yiringli o'rta otit, quloq bo'shlig'idagi chandiqlanish jarayonlari, otoskleroz, o'rta quloqda jarrohlik aralashuvi natijasida vujudga kelgan tovush o'tkazuvchanligining buzilishi, shuningdek neyrosensorli quloq og'irligi hisoblanadi.

Karlik (*surditas*) deb eshitish qobiliyatining to'liq yo'qolishi yoki uning so'zlashuv nutqi eshitish apparatlari yordamidagina qisman qabul qilinuvchi darajada pasayishiga aytiladi. Tug'ma quloq og'irligining eng ko'p uchraydigan sababi bo'lib patologik nasllik, patologik tug'ruqlar, homiladorlik patologiyasi hisoblanadi.

Orttirilgan karlik sababi bo'lib otozaharli dorilarning qabul qilinishi va yuqumli kasalliklar (meningit)xizmat qilishi mumkin.

Kar-soqovlik (*surdomutitas*) deb nutqning yo'qolishigi olib keluvchi tug'ma yoki ilk bolalik yoshlarida orttirilgan karlikka aytiladi. Nutqning yo'qolishi (soqovlik)bola na ota-onasining, na o'zining ovozi eshitmagani uchun gapirishni o'rgana olmasligi bilan bog'liq bo'lgan xastalikdir. SHu tufayli ham kar-soqovlik rivojlanadi.

Eshitish nuqsoni bo'lgan bolalarni muvaffaqiyatli tarbiyalash va o'qitish uchun kar bolalarni maxsus maktablarda maxsus o'qitilishiga katta ahamiyat beriladi. Kar-soqovlarni maktabda ta'lim olishining muhim bo'limi bo'lib ularning kasbiy-mehnat tayyorgarligi va ish bilan ta'minlanishi hisoblanadi.

Eshitishni protezlash va koxlear implantatsiya

Eshitishni protezlash – eshitish apparatini qo'llash orqali eshitish qobiliyatini yaxshilash. Eshitishni protezlash uchun ko'rsatma bo'lib II-III darajali ikki tomonlama quloq og'irligi xizmat qiladi. Nutq chastotalarining 40 dB va undan yuqori chegarada qabul qlinishi oshganda bemorga tashqi tovushlarni kuchaytiruvchi shaxsiy eshitish apparati tanlanadi.

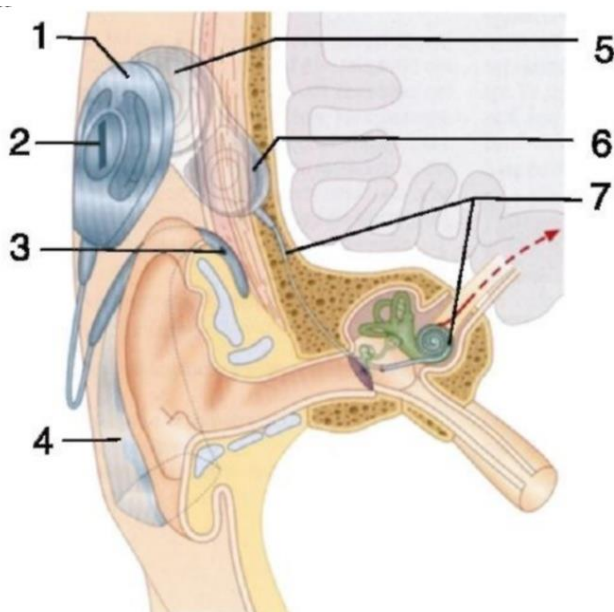
Eshitish apparatlari – tovushli signallarni qabul qilish, ularni o‘zgartirish, kuchaytirish va inson qulog‘iga uzatish uchun mo‘ljallangan elektroakustik qurilmalar (rasm 5.87). Surdolog shifokor maxsus eshitish-protez punktlarida apparatni shaxsiy tanlaydi. Eshitish apparatlarining har-xil turlari mavjud: quloq orti, cho‘ntakli va quloq ichi (rasm 5.87, 5.88). Eshitishni protezlash samaradorligi ko‘p jihatdan eshitish apparatining texnik mukammalligiga bog‘liq bo‘ladi.



Rasm 5.87. Eshitish apparatlarining turlari



Rasm 5.88. Quloq orti eshitish apparati



Rasm 5.89. Koxlear implantant: 1,2 – uzatgich; 3 – mikrofon; 4 – nutq protsessori; 5,6 – qabul qilgich; 7 – elektrod

Oxirgi o‘n yilliklarda amaliyotda og‘ir darajadagi quloq og‘irligi va karlik bilan kasallangan bemorlarning eshitishini tiklashning yangi usuli – koxlear implantatsiya ishlab chiqilgan va tobora ko‘proq qo‘llanilmoqda. Ushbu jarrohlik protezlash usuli tovushli axborotni qabul qilish funksiyasini tiklash maqsadida amalga oshiriladi. Koxlear implantatsiya uchun ko‘rsatma bo‘lib spiral organning tukli hujayralarining xastalanishi xizmat qiladi.

Koxlear implantat tashqi va implantatsiya qilinuvchi qismlardan iborat (rasm 5.89). Tashqi –bu mikrofon, nutq protsessori va uzatgich. Implantatsiya qilinuvchi qism qabul qilgich va elektrod tutamidan (22 gacha) iborat bo‘ladi. Qabul qilgich chakka suyagida qilingan chuqurchaga, teri ostiga tikiladi, elektrod tutami esa chig‘anoq tirqishi orqali uning oynasi oldida 30 mm chuqurlikda chig‘anoqning parda zinasiga kiritiladi. Tovush axborotni qayta ishlash va kodlash turli kodlash usullari yordamida amalga oshiriladi. Koxlear implantatsiyadan so‘ng ayrim bemorlar jonli nutqni tez qabul qila boshlashadi, ammo ko‘pchiligi surdopedagog bilan uzoq muddatli mashqlar muhtoj bo‘lishadi.

5.14. Quloq shishlari (o‘smalari)

Xavfsiz (yaxshi sifatli) o‘smalar

Tashqi quloqning xavfsiz o'smalari orasida papilloma – epitelial hususiyatli o'sma nisbatan kam uchraydi. Papillomalar odatda tashqi eshitish yo'li va quloq chig'anog'i terisida joylashgan bo'ladi. papilloma sekin o'sadi va kam hollarda katta o'lchamlarga etadi.

Davolash – jarrohliYU o'smani olib tashlash.

Osteoma –xavfsiz o'sma bo'lib, tashqi eshitish yshlining ixcham suyak qavatida rivojlanadi. Osteoma keng yassi asosga ega va tashqi eshitish yo'lini qisman yoki to'liq yopib qo'yyadi. Osteomaning so'rg'ichsimon o'simta ichiga endofitli o'sishi ham mumkin.

Davolash – jarrohlik yo'li bilan o'smani olib tashlash.

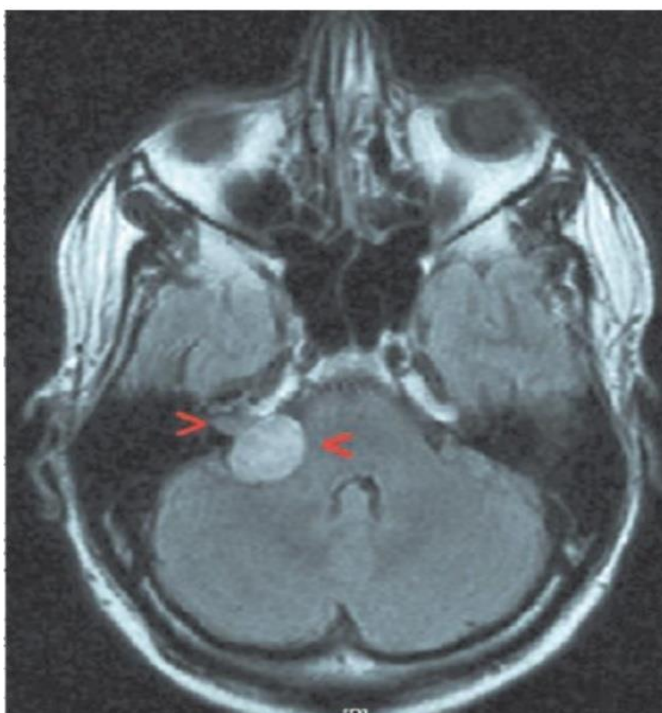
Xemodektoma (glomus o'smasi) – o'rta quloqning xavfsiz o'smasi bo'lib, quloq bo'shlig'ining shilliq qavati va ichki bo'yin venasining ildizi adventitsial qobig'ida mavjud bo'lgan glomus tanachalardan hosil bo'ladi va rivojlanadi. Xemodektoma (rasm 5.90) quloqda tomir urishiga monand shovqin va eshitishning pasayishi belgilari orqali namoyon bo'ladi. Xemodektoma o'sish davomida asta-sekin o'rta quloqni to'sib qo'yadi va quloq pardasi orqali ko'rinib turadi, so'ngra yorqin qizil polip ko'rinishida tashqi eshitish yo'liga tomon o'sib ketadi. Ushbu o'sma quloq pardasining suyakli devorini buzishga qodir va bosh chanog'i asosiga yoki hattoki bosh chanog'i bo'shlig'iga ham tarqalishi mumkin. Uni tashhishlash uchun chakka suyaklari KT yoki bosh chanog'i MRT zarur bo'ladi.



Rasm 5.90. Quloq xemodektomasi

Davolash – jarrohlik yo‘li bilan xemodektoma olib tashlanadi. Jarrohlik amali hajmi o‘lchamining o‘lchamiga bog‘liq bo‘lib, quloqda timpanatomiyadan to radikal operatsiyagacha o‘tkazilishi mumkin.

Dahliz – chig‘anoq asabi (VIII) nevrinomasi – asabning shvannovskiy qobig‘idan tarqaluvchi xavfsiz o‘sma bo‘lib, odatda kapsulaga ega bo‘ladi va shuning uchun atrofidag to‘qimalarni siqib qo‘yadi. Kech bsoqichlarda nevrinoma katta o‘lchamlarga etadi va og‘ir serebral asoratlarga olib keladi. Nevrinomaning ilk ko‘rinishlari bo‘lib eshitish qobiliyatining bir tomonlama asta-sekin pasayib borishi va to‘liq karlikka olib kelishi hisoblanadi. Quloq og‘irligi ayrim hollarda bemor uchun bilinmas tarzda kechadi va eshitish tamomila yo‘qolganda tasodifan aniqlanishi mumkin. Bunday hollarda ko‘pincha bir tomonlama neyrosensorli karlik tashhislanadi.



Rasm 5.91 VIII asab nevrinomasida bosh miyaning magnit-rezonansli tomogrammasi (o‘sma ko‘rsatkichlar bilan belgilangan)

Bir tomonli neyrosensorli og‘ir quloqlikda bosh miya KT yoki MRT si amalga oshirilishi zarur (rasm 5.91). Nevrinomani davolash –jarrohlik yo‘li bilan amalga oshirilib, uni neyrojarrroh o‘tkazadi va odatda sog‘ayishga olib keladi.

Quloqning xavfli o‘smalari

Tashqi quloqning xavfli oʻsmalari orasida koʻproq yassi hujayrali yoki bazal-hujayrali rak uchraydi. Boshlangʻich bosqichda qobiq bilan qoplangan kichik yara paydo boʻladi. Eshitish yoʻlidagi xavfli oʻsmani tashhishlash bir muncha mushkul. Ayrim hollarda birinchi belgi boʻlib tashqi eshitish yoʻlining obturatsiyasi tufayli eshitishning pasayishi hisoblanadi, keyinroq quloqdan qon aralash yiringli ajralmalar paydo boʻladi (rasm 5.92). Tashhis biopsiya va gistologik tekshiruvdan soʻng qoʻyiladi.



Rasm 5.92. Tashqi quloq yoʻli raki

Oʻrta quloq xavfli oʻsmalari kam uchraydi, ularning ichida eng koʻp tarqalgan turlari – bu rak va sarkomadir. Otokopiya oʻtkazilganda koʻpchilik bemorlarda oʻsma granulyasiya yoki poliplar kabi koʻrinadi. CHakka suyaklari rentgenografiyasi va KT jarayonning chegaralarini aniqlash imkon beradi, yakuniy tashhis esa gistolgiya tekshiruviga asoslanib qoʻyiladi.

Tashqi quloqdagi xavfli oʻsmasi bor bemorlarni davolash jarrohlik usulida va nur yordamida, shuningdek ularning kombinatsiyasi shaklida amalga oshiriladi. Oʻrta quloq oʻsmalari, hajmi oʻsmaning oʻlchami va tarqalganligiga bogʻliq boʻlgan radikal aralashuv bajarilishini talab qiladi. Jarrohlik yoʻli bilan davolash nur yordamida davolash bilan birga amalga oshirilishi mumkin.

6 bob. LOR A'ZOLARNING O'ZIGA HOS KASALLIKLARI

6.1. Sil

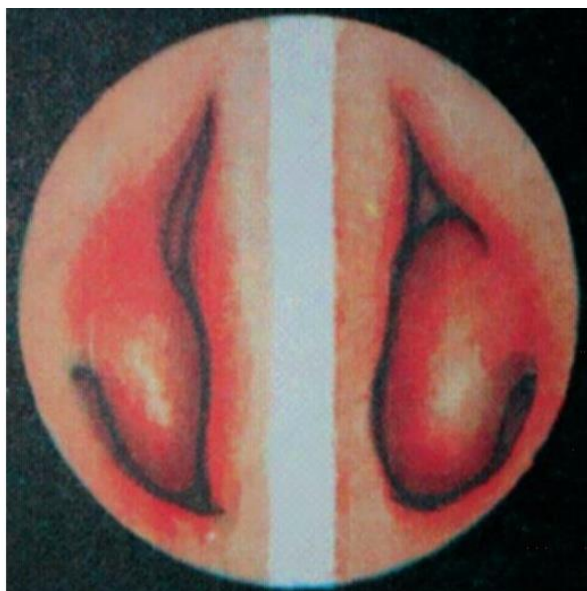
Og'iz bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llari sili

Og'iz bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llari sili ko'p hollarda ikkilamchi bo'ladi. Sil bakteriyalarining yuqish yo'llari quyidagilar hisoblanadi: sputogen (balg'amli), limfogen va gematogenli. Patomorfologik jihatdan kasallanishning ikki shakli farqlanadi: infiltrat va yara. Infiltrat cheklangan va tarqalgan bo'lishi mumkin, kam hollarda o'sma shaklida bo'ladi. Sil yarasi odatda noto'g'ri shaklda, chuqur emas, notekis qirrali, tubida rangpar granulyasiyali to'qima bo'ladi. YAllig'lanish jarayoni bosqichidan kelib chiqqan holda infiltratsiya, parchalanish, urug'lanish va keyin zichlashish, kalsiylanish (to'planishi) va so'rilish kabi holatlar vujudga keladi.

Burun sili

Burun sili ko'p hollarda birlamchi burun bo'shlig'ining oldingi bo'limlari – dahliz, pardevor, burun chig'anoqlarining shilliq qavatida paydo bo'ladi. Kasallikning boshlang'ich bosqichida burundan ko'p suyuqlikning oqishi, qobiqlarning vujudga kelishi va bitib qolganlikni sezish kuzatiladi. Nisbatan tez yaraga aylanuvchi, ko'p hollarda burun pardevorining tog'ay qismida perforatsiya shakllanishi orqali tugunli infiltrat vujudga keladi. Infiltratlar parchalanganda va yaralar hosil bo'lganda qon aralash yiringli ajratma kuzatiladi. Rinoskopiya yara tubida so'ligan granulyasiyalar joylashgan shilliq qavat nuqsoni sifatida aniqlanadi (rasm 6.1).

Agar bemorda o'pka, hiqildoq va bo'g'imlarning sil bilan xastalanishi mavjud bo'lsa tashhishlash qiyinchilik tug'dirmaydi.



Rasm 6.1. Burun sili

Burunning zaxm bilan xastalanishidan farqlash lozim (uchlamchi zaxm). Zaxm uchun nafaqat burun pardevorining tog‘ay bo‘limi, balki suyak qismining ham shikastlanishi hosdir. Zaxm vaqtida shuningdek burun suyaklari (egarsimon burun)ning shikastlanishi yuz berishi mumkin bo‘lib, burun qirrasida kuchli og‘riqlar bilan birga kechadi. Differensial tashhislashda Vasserman serologiya reaksiyasi, bolalarda esa Pirke reaksiyasi ma‘lum bir yordam ko‘rsatadi. Burun bo‘shlig‘idagi infiltrat o‘σμα shaklida bo‘lishi mumkin (tuberkulyoma); uni o‘σμα (sarkomatoz)li jarayondan farqlash uchun biopsiya va gistologiya tekshiruvi o‘tkaziladi.

Xalqum sili

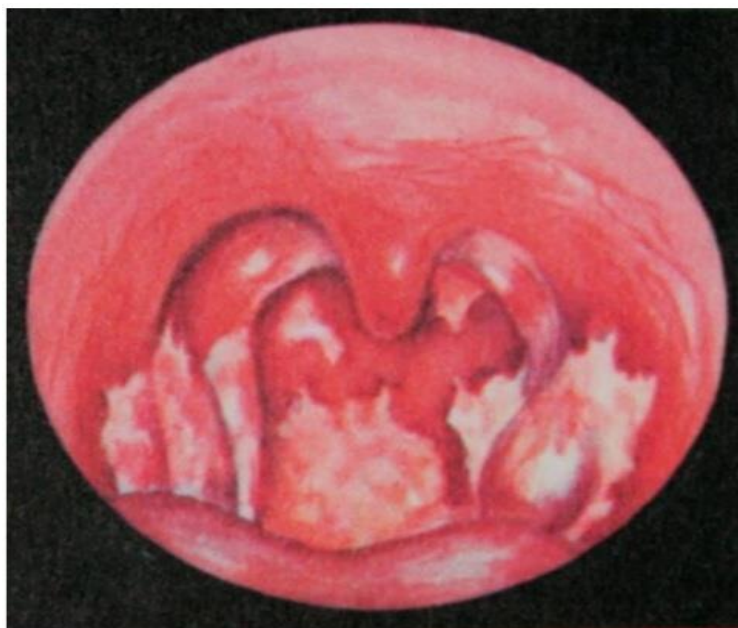
Xalqumdagi sil tufayli shikastlanishlar xar-hil bo‘ladi: kichik infiltratsiyali cheklangan yuzaki yarachalaridan tortib, o‘ziga hos yarali papillomatoz ko‘rinishidagi g‘adir-budir infiltratgacha. YArA bo‘lganda patognomonik belgi–nafaqat qattiq taom yutilganda, balki suv ichganda ham keskin og‘riq vujudga keladi. Ikkilamchi infeksiyaning qo‘shilishi og‘izdan yoqimsiz badbo‘y hid paydo bo‘lishiga olib keladi. Sil yaralari asosan tanglay yoylarida va xalqumning orqa devorining shilliq qavatida joylashgan bo‘ladi. Ular notekis to‘lqinsimon qirg‘oqlarga va oqish-pushti rangga ega bo‘ladi. Ularning yuzasi ko‘p hollarda yiringli qobiq bilan qoplangan bo‘lib, uning ostida oq rangli granulyasiyalar

aniqlanadi (rasm 6.2). YAralar shilliq qavatning katta qismini qamrab olgan va ichkariga chuqurlashgan holda o‘z o‘lchamida kattalashishi mumkin.

Tashhishlash. Kasallikning boshlanishida tashhsiq qo‘yish nisbatan mushkul. Birinchi navbatda birlamchi vujudga kelish joyi sifatida o‘pkalarning holatiga diqqatni qaratish kerak. Ushbu kasallikni zaxm va rakdan farqlash lozim. YAnada kechroq bosqichda tashhis klinik manzara, Pirke reaksiyasi, yaradan olingan granulyasiyalarning mikroskop ostida tekshirilishi va bemorning umumiy tekshiruvi ma’lumotlariga qarab qo‘yiladi.

Hiqildoq sili

Hiqildoq sili – sil jarayonining yuqori nafas yo‘llarida vujudga kelishining eng ko‘p uchraydigan turidir. Hiqildoqning sil mikobakteriyalari bilan infeksiyalanishi, yo‘tal orqali chiqayotgan balg‘am hiqildoqning shilliq qavatiga yopishib qolgan va uni eritgan vaqtda gematogen, limfogen yoki aloqa yo‘li orqali ro‘y beradi.



rasm 6.2. Halqum sili

Buning natijasida infeksiya shilliq osti qavatiga kirib boradi. Hiqildoqda siljarayonining rivojlanishida uchta bosqich ajralib turadi:

- infiltrat hosil bo‘lishi;
- yara vujudga kelishi;

- togʻaylarning shikastlanishi.

Odatda hiqildoqning orqa boʻlimlari kasallanadi: choʻmichsimon oraliq boʻshligʻi, choʻmichsimon togʻaylar va unga qoʻshni boʻlgan ovoz burmalari uchastkalari. Infiltratsiya shilliq qavatning qalinlashishi, papillomalarga oʻxshash doʻngchalarning vujudga kelishi orqali namoyon boʻladi. Jarayonning keyingi rivojlanishida tuberkulema hosil boʻladi va yaraga aylanadi. Kasallikning noqulay kechishi va ikkilamchi infeksiyaning qoʻshilishi jarayonga togʻay usti va togʻayning oʻzining jalb qilinishi bilan davom etadi.

Klinik manzara. Jarayonning choʻmichsimon togʻayda, hiqildoq usti sohasi va choʻmichsimon burmalarda lokalizatsiyasida eng koʻp ifodalangan yutinish vaqtidagi ogʻriqqa boʻlgan shikoyatlar. Ovoz funksiyasi ovoz va vestibulyar burma va choʻmichsimon oraliq boʻshligʻi shikastlanganda buziladi. Ovoz osti boʻshligʻida infiltratlar vujudga kelganda ayrim hollarda nafas olishning buzilishi kuzatiladi. Hiqildoq sili vaqtida laringoskopik manzara. Avvaliga ovoz burmalarining alohida uchastkalari, asosan orqa boʻlimlarda qizarish va infiltratsiya vujudga keladi. Soʻngra infiltrat yaraga aylana boshlaydi, natijada tubi oq-kulrang boʻlgan yara paydo boʻladi (rasm 6.3).



Rasm 6.3. Hiqildoq sili

Ovoz burmalari chekkalarining yaralanishi mumkin – bu holatda ularning qirgʻoqlari notekis, kemtilgan koʻrinishga ega boʻladi. sil jarayonining vujudga

keladigan eng ko'p joyi cho'michsimon oraliq bo'shlig'i hisoblanib, unda katta o'lchamlarga etadigan va o'sma shaklida bo'lgan (tuberkulomalar), ovoz tirqishiga kiruvchi va so'rg'ichsimon shoxlarga ega bo'lgan granulyasiyalı infiltratlar shakllanadi.

Sil infiltratlari rivojlanishida vestibulyar burmalar yostiqsimon shaklga aylana boshlaydi, ularning yuzasi silliq yoki g'adir-budir bo'ladi. Infiltratlar parchalanganda chuqur yaralar hosil bo'ladi. Sil bilan shikastlangan hiqildoq usti keskin kattalashadi va shilliq qavati o'smasi ko'rinishida hiqildoqqa kirish yo'li ustida osilib qoladi.

Odatdagi sil yaralari rivojlangan holda chuqurlashadi va tog'ay usti va tog'ayning o'zini shikastlantiradi. Ammo hiqildoq tog'aylari nekrozi va sekvestratsiyasi hiqildoq silining kam sonli asorati bo'lib xizmat qiladi. SHuni e'tiborga olish lozimki, o'pka sili bilan og'rigan bemorning hiqildog'idagi sil jarayoni, asosiy o'choqning boshqa lokalizatsiyasiga qaraganda ancha og'irroq kechadi. Hiqildoqdagi sil jarayoni bartaraf qilinsa (odatda infiltratsiya bosqichida) ovoz funksiyasi ham tiklanadi.

Tashhishlash. Sil laringiti uchun bir tomonlama shikastlanish, ovoz burmasining qizarishi yoki infiltratsiyasi hosdir. Ammo bunday manzarada o'sma jarayoni ham ehtimoli bor. Bunday hollarda differensial tashhis asosi bo'lib biopsiya natijasi hisoblanadi. Hiqildoqning nospetsifik yallig'lanishida odatda uning ikki tomonlama shikastlanishi kuzatilib, u hiqildoqning zaxmli xastalanishida ham bo'ladi. Hiqildoq silining kech aniqlanish sabablari bo'lib otolaringolog va ftiziatr tomonidan anamenz ma'lumotlari va spetsifik xastalanish uchun hos bo'lgan ilk sub'ektiv belgilarning etarlicha baholanmasligi, shuningdek balg'amni sil mikobakteriyalariga tekshirish va ko'krak qafasi a'zolarining rentgenologik tekshiruvining o'z vaqtida o'tkazilmaganligi xizmat qiladi. Zarur bo'lsa hiqildoqning xastalangan joyi biopsiyasi amalga oshiriladi.

Davolash. Umumiy va mahalliy. Izoniazid va rifampitsindan iborat bo'lgan kimyoviy davolash kursi eng samarali va majburiy hisoblanadi; shuningdek

pirazinamid, etambutol, streptomitsin, viomitsin (florimitsina sulfat), sikloserin ham qo'llaniladi. Ushbu preparatlarning kombinatsiyali qo'llanilishi eng yaxshi samara beradi. Aminosalitsil kislota (PASK) uning silga qarshi past faolligi tufayli kam qo'llaniladi. SHuningdek avaylovchi umumiy tartib, to'laqonli ovqatlanish tayinlanadi. Mahalliy davolashning asosi bo'lib infiltrat va yaralarni turli kislotalar bilan kuydirish hisoblanadi (80% sut kislotasi eritmasi va boshqalar). Pirogalli kislotadan tayyorlangan 10-20% malham qo'llaniladi. SHuningdek tubus orqali shilliq qavatning shikastlangan joyini kvarts bilan nurlash ham yaxshi samara beradi.

Og'iz va xalqumni moychechak guli, mavrak barglarining iliq damlamasi yoki vodorod peroksidi bilan tez-tez chayqash tavsiya qilinadi. YUtinish vaqtida og'riqlarni kamaytirish maqsadida yarali yuzalarni anesteziya bilan surtish maqsadga muvofiq. Taom iliq, suyuq, g'ashlantirmaydigan bo'lishi lozim.

Hiqildoq shikastlanganda yoki yorqin ifodalangan og'riqli simptomda yuqori hiqildov nervining novokainli blokasi yoki teri ichi novokainli blokada (A.N.Voznesenskiy bo'yicha), A.V.Vishnevskiy bo'yicha vagosimpatik blokada tayinlanadi.

Quloq sili

Kasallik kam uchraydi, odatda o'pkaning gematogen disseminirlangan silida vujudga keladi. Erta bolalik yoshda quloq bo'shlig'ida yallig'lanishsiz so'rg'ichsimon o'simtaning xastalanishi mumkin. Silli o'rta otit rivojlanishida yiring hosil qiluvchi mikroorganizmlar bilan ikkilamchi infeksiyalanish muhim o'rin tutadi.

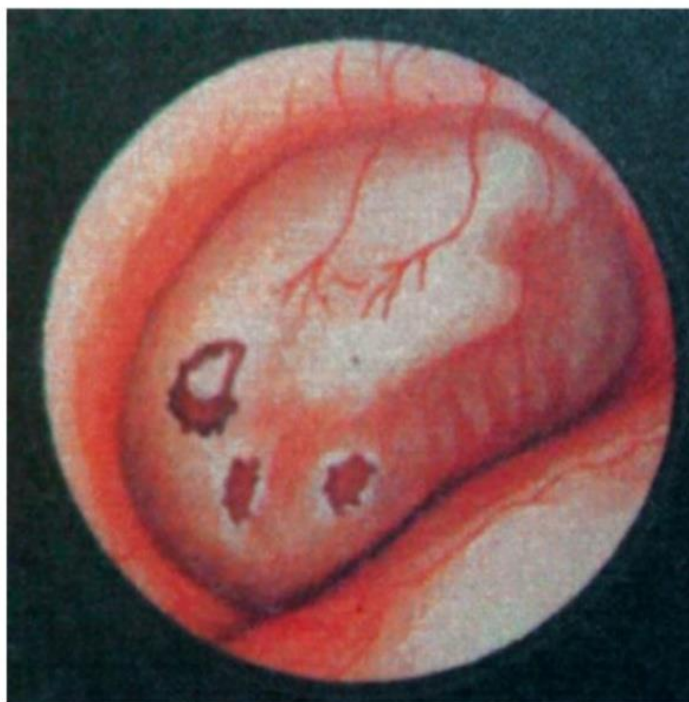
Quloq pardasi shikastlanganda uning ichida do'ngchalar ko'rinishidagi alohida o'choqlar vujudga kelib, ularning parchalanishi keyinchalik ko'plab perforatsiyalarning hosil bo'lishiga olib keladi.

Jarayonning suyakka tarqalishi suyak to'qimasining buzilishiga olib keladi

Klinik manzarasi. Sil otiti o'rta quloqning nospetsifik yallig'lanishdan ajralib turadi. Kasallikning boshlanishi odatda og'riqsiz, quloq pardasida ko'plab perforatsiyalar hosil bo'lishi orqali boshlanadi, ular qo'shilgan holda uning tez

parchalanishiga olib keladi (rasm 6.4). Juda kam hollardagina quloq pardasining teshilishi yakka bo'lishi mumkin. Quloqdan chiqayotgan ajralmalar avvaliga kam, keyinchalik keskin ko'payib, badbo'y hidli bo'ladi. Jarayonga chakka suyagi qo'shilganda nog'ora bo'shlig'ida va so'rg'ichsimon o'simtada keng nekrozlar vujudga keladi, bunda yoqimsiz hidli ko'p miqdordagi yiring ajralib chiqadi va eshitish qobiliyati keskin pasayadi. SHu bilan birga tarqalgan suyak kariesi, sekvestrlarning hosil bo'lishi va yuz nervining parezi yoki falaji simptomlari kuzatiladi.

Davolash. Faol umumiy silga qarshi davolash yuqorida ko'rib chiqilgan qoidalarga muvofiq o'tkaziladi. Quloqda kariozli-granulyasiya jarayoni mavjud bo'lsa, qoidaga ko'ra, umumiy silga qarshi terapiya fonida quloqda



Rasm 6.4. Quloq sili

umumbo'shliqli sanatsiyalovchi operatsiya o'tkaziladi. Operatsiyadan keyingi davrda silga qarshi preparatlar mahalliy qo'llaniladi.

YUqori nafas yo'llari va quloqning sil bilan shikastlanishida oqibati odatda yaxshi bo'ladi: ko'p hollarda asosiy kasallikning muvaffaqiyatli davolanishida sog'ayish ro'y beradi. Kasallik profilaktikasi o'pka silini oldini olish va o'z vaqtida oqilon davolashdan iborat bo'ladi.

6.2. Zaxm

Zaxm oq spiroxeta tomonidan qo'zg'atiluvchi surunkali yuqumli kasallik hisoblanadi. Zaxmda insonning barcha to'qimalari va a'zolari, shu jumladan LOR-organlar ham shikastlanadi. Infeksiya yuqishi oq treponomaning shilliq qavat va terining mikroskopik jarohatlari orqali kirishi natijasida ro'y beradi, ko'proq jinsiy yo'l orqali yuqadi, kam hollarda boshqa yo'llar bilan, xususan avval zaxm bilan og'rigan bemorda qo'llanilgan yaxshi dezinfeksiyalanmagan asboblardan orqali yuqishi mumkin. Inkubatsiya davri o'rtacha 3 haftani tashkil qiladi, so'ngra infeksiya kirgan joyda bir necha kun davomida zichlashuvchi va kattalashuvchi qizg'ish dog' (yoki papula) paydo bo'ladi – markazida yara hosil bo'lgan birlamchi sifilid (qattiq shankr) shakllanadi. Qattiq shankr paydo bo'lgandan 5-7 kundan keyin regional limfa tugunlar kattalashadi. Oq treponemalar intensiv ko'paygan holda barcha limfa tizimi bo'ylab tarqaladi va natijada poliadenit rivojlanadi.

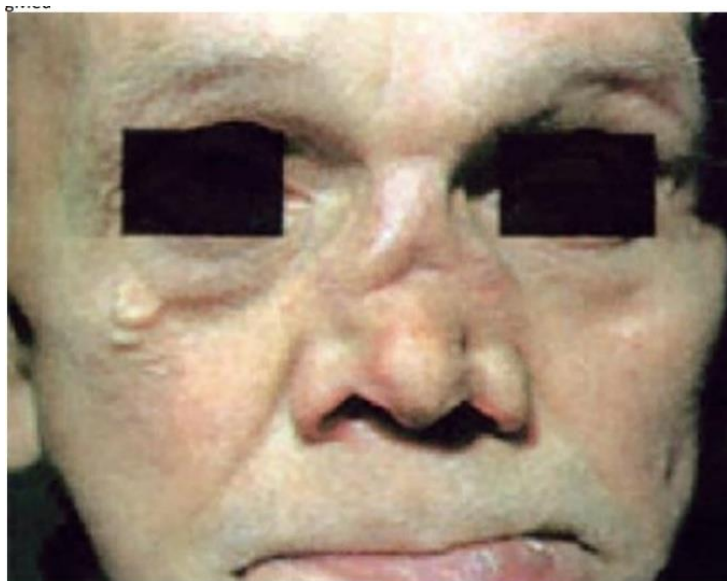
Burun zaxmi

Burun zaxmi ikkilamchi va uchlamchi ifodalanishlarning qattiq shankri ko'rinishida bo'ladi. Burunning qattiq shankri (birlamchi sifilis) kam uchraydi. U burunga kirish yo'lida, uning qanotlari va burun shilliq qavatining teri qismida paydo bo'lishi mumkin. Ko'rik vaqtida qizil rangli 0,2-0,3 sm o'lchamdagi og'riqsiz silliq eroziya aniqlanadi. Eroziya chekkalari valiksimon qalinlashishga ega bo'ladi, tubi yog'li qobiq bilan qoplangan, asosida zich infiltrat paypaslanadi.

Qattiq shankr rivojlangandan 6-7 hafta keyin ikkilamchi sifilis belgilari –teri va shilliq qavatdagi rozeolezli, papulezli va pustulezli hosilalar ko'rinishidagi o'ziga hos sifilitik toshmalar paydo bo'ladi. Burun sohasidagi ikkilamchi eritema va papulalar ko'rinishida aniqlanadi. Eritema shilliq qavatning bir oz shishishi va qonli kulrang yoki shilimshiq suyuqlik orqali namoyon bo'ladi. Papulezli toshmalar keyinroq paydo bo'ladi va burun teshigi terisida, kam hollarda burun bo'shlig'ida joylashadi. Papulalar parchalanganda shilimshiq ajralma doim yara yuzasini g'ashlantiradi, va bu uning bitishiga to'sqinlik qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va ilk yoshdagi bolalardagi kuchli burun oqishi, qobiq hosil qiluvchi quyuk ajralmalar tug'ma sifilisga shubha uyg'otishi lozim.

Burun zaxmining uchlamchi shakli yuqoridagi ikki shaklga nisbatan ko'proq tashhislanadi. U tarqalgan infiltrat yoki parchalangan gummaning hosil bo'lishi bilan ajralib turadi. Gumma shilliq qavatda, suyaklar, suyak pardasi va tog'ayda paydo bo'lishi, bunda sekvestrlar hosil bo'lgan holda suyak to'qimasi nekrozi ro'y berishi mumkin (rasm 6.5). Uchlamchi zaxmda jarayon ko'p hollarda shilliq qavat suyagi va burun tubida paydo bo'ladi. Zaxmning uchlamchi davrida og'riqli sindrom vujudga keladi. Burun, peshona sohasi va ko'z kosasida kuchli og'riqlar paydo bo'ladi. Suyak xastalanishi bilan birga og'riqlarga badbo'y hid qo'shiladi, burundan chiqayotgan ajratmalar orasida suyakli sekvestrlar aniqlanadi. Burun ko'p hollarda egarsimon shakl hosil qiladi.

Tashhis. Burun dahlizining qattiq shankrni furunkuldan farqlash lozim. Burun furunkulida markazida parchalangan cheklangan yiring o'choqlari kuzatiladi. Ikkilamchi sifilis lablarda, og'iz va orqa hojat yo'lida papulalarning vujudga kelishi bilan ajralib turadi. Uchlamchi bosqichda tashhis asosi bo'lib serologiya tekshiruvchi (Vasserman musbat reaksiyasi) hisoblanadi, shuningdek gistologiya tekshiruvining natijalari ham e'tiborga olinishi zarur. Birlamchi sifilisning boshlang'ich davrida serologiya tekshiruvchi manfiy bo'lishini yodda tutish lozim, buning natijasida u serosalbiy deb belgilanadi.



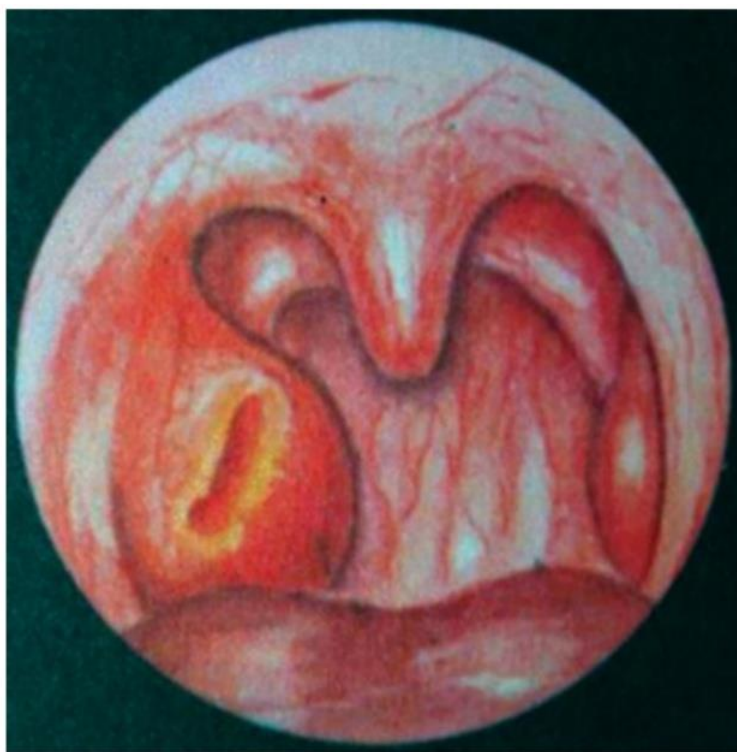
Rasm 6.5. Zaxmning uchlamchi davri (burun qirrasining botishi)

Xalqum va hiqildoq zaxmi

Xalqum va hiqildoq zaxmi organizmning umumiy xastalanishining belgisi sifatida kuzatiladi, u jarayonning istalgan bosqichida vujudga kelishi mumkin. Qattiq shankr eritematozli, erozivli va yarali shaklda namoyon bo‘ladi. Qoidaga ko‘ra, Xalqumdagi jarayon bir tomonlama bo‘ladi va regionra limfa tugunlarning bir tomonlama limfadenitlari bilan kechadi. Zaxmning ikkinchi bosqichida Xalqum va hiqildoq shilliq qavatlarining shikastlanishi ko‘p hollarda bir vaqtning o‘zida vujudga keladi va rozeollalar va papulalar ko‘rinishidagi teri toshmali bilan birga kechadi. Ikkilamchi sifilidlar odatda sub’ektiv hislar orqali ifodalanmaydi, shuning uchun ular bilinmasdan qoladi va bemor ko‘p vaqt davomida infeksiya manbai bo‘lib xizmat qiladi.

Tanglay bezidagi o‘ziga hos jarayon oddiy anginadan bir oz yuqori harorat, yutinish vaqtida og‘riqning yo‘qligi bilan ajralib turadi. Faringoskopiya Xalqumning ikkilamchi zaxmi tanglay yoylari, yumshoq va qattiq tanglayning shilliq qavatlariga tarqaluvchi mis-qizil rangli giperemiyasi fonida namoyon bo‘ladi (rasm 6.6). Hiqildoqda ikkilamchi bosqich jarayonga ovoz burmalari, cho‘michsimon tog‘aylar va kichik til jalb qilingan kataral laringitga o‘xshash eritema ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Papulalar yuza ustida ko‘tarilib turgan va chekkasi qizil hoshiya bilan o‘ralgan yumaloq yoki oval shakldagi kulrang-oq toshmalar ko‘rinishida bo‘ladi. Ko‘p hollarda yarasimon bo‘lgan bunday toshmalar til uchida yoki uning ikki chekkasida, lunj va qattiq tanglayning shilliq qavatida, ovoz, vestibulyar, cho‘michsimon kichik til burmalari va kichik tilda joylashgan bo‘ladi. Uchlamchi zaxm cheklangan gummozli shish orqali namoyon bo‘ladi, bunda xalqumdagi gummalar asosan qattiq va yumshoq tanglayda, hiqildoqda esa – kichik tilda, kam hollarda cho‘michsimon oraliq bo‘shliqda va vestibulyar burmalarda joylashadi. Ovoz osti sohasida joylashgan

gumma simmetrik infiltrat shaklini hosil qiladi. U parchalanganda tekis qirrali va tubi yog‘li, nekrotik qobiq bilan qoplangan yara vujudga keladi. Ikkilamchi infeksiyaning qo‘shilishi shish, flegmona rivojlanishi, xondroperixondritli yaqqol ifodalangan yallig‘lanish reaksiyasi orqali kechadi.



Rasm 6.6. Xalqum zaxmi

Togʻaylarning oʻziga hos yalligʻlanishi endolaringeal teshik (oqma yara) larga olib keladi. Oʻz vaqtida davolanganda gummalar oʻrnida oq-sargʻish rangli, yulduzsimon shakldagi zich chandiqlar hosil boʻladi. Xalqumdagi chandiqlanish yumshoq tanglayning orqa devor bilan birikib ketishi, hiqildoqda esa – stenozlanishni keltirib chiqaruvchi deformatsiyaga olib keladi.

Gumma hosil boʻlishi bosqichida bemorning shikoyatlari gummaning oʻlchamlari, uning lokalizatsiyasi va ikkilamchi reaktiv jarayonlarga bogʻliq boʻladi. Xalqumdagi chandiqlar dimoqdan gapirishning paydo boʻlishi, eshitish naychalari shikastlanishi natijasida eshitishning yomonlashishi, burun orqali nafas olish va hid sezishning yomonlashiga olib kelishi mumkin. Hiqildoqdagi jarayon xirillash va afoniya bilan birga kechadi. Chandiqlanish jarayoni rivojlanganda nafas olishning qiyinlashishi vujudga keladi.

Tashhis. Xalqum va hiqildoqning zaxm bilan xastalanishi koʻrikdan oʻtkazish maʼlumotlari, Vassermannning musbat serologiya reaksiyasi, yaralardan chiqayotgan papulalarda oq spiroxetaning topilishiga qarab aniqlanadi.

Xalqumning ikkilamchi zaxmida kataral, follikulyar, yara-plyonkali angina, sil va leykoplakiya bilan farqlash oʻtkaziladi. Leykoplakiya – lunj va tilning shilliq

qavatida joylashgan kulrang-oq rangli epiteliyning cheklangan zichlanishi bo'lib, nospetsifik ta'sirotlar (chekish va shu kabilar)ning uzoq vaqt davomida ta'sir qilishi natijasida vujudga keladi. Hiqildoqning uchlamchi zaxmi sil, xavfli o'smadan farqlash lozim. Ushbu holatda bemorni sil uchun tekshirish, Vasserman reaksiyasi, kasallangan joydan olingan to'qima parchasining gistologiya tekshiruvi ma'lum bir yordam ko'rsatishi mumkin.

Zaxmning davolanishi spetsifik bo'lib, dermatovenerolog kuzatuv ostida amalga oshiriladi. Penitsillin, makrolidlar, sefalosporin kabi preparatlar yordamida etiotrop terapiyasi o'tkaziladi; kechki shakllarida – vismut preparatlari (bioxinol, bismoverol) tayinlanadi. Burun xastalanganda natriy gidrokarbonat eritmasi bilan burun bo'shlig'i 0,1% kaliy permanganat eritmasi bilan yuvish tayinlanadi. Xalqum shikastlanganda vodorod peroksidning kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritmalari, moychechak gullarining qaynatmasi bilan chayqash amalga oshiriladi.

Tashqi burun deformatsiyasi, zaxm to'liq davolangandan so'ng amalga oshiriladigan plastik operatsiyalar yordamida bartaraf qilinishi mumkin. Hiqildoq stenozi vujudga kelganda nafas olishni tiklash uchun kekirdak yoki hiqildoqda jarrohlik aralashuvi o'tkaziladi.

Quloq zaxmi

Ikkilamchi zaxm (rozeola, papula) terining boshqa uchastkalarining shikastlanishi bilan bir vaqtda tashqi quloqning terisida kuzatiladi. Zaxm jarayonining o'rta va ichki quloqda lokalizatsiyasi o'ziga hos klinik manzaraga ega bo'ladi. Tug'ma va orttirilgan shakllar farqlanadi. Tug'ma shaklda ichki quloq shikastlanishlari 10-12 yoshda aniqlanadi. U uchta simptom orqali namoyon bo'ladi (Getchinson triadasi): tishlarning o'zgacha shakli, parenximatov keratit va neyrosensor karlik. Eshitish qobiliyatining shikastlanishi birinchi darajali ahamiyatga ega bo'lib, u doimo ikki tomonlama bo'ladi. Ko'p hollarda zaxm vaqtida quloqda yiringli jarayon bo'lmagan holda musbat fistul simptomi kuzatiladi. Koxleovestibulyar buzilishlar nafaqat kechki, balki erta zaxmning ham belgisi bo'lib xizmat qilishi mumkin: birlamchi, ikkilamchi yangi va ikkilamchi qaytalanuvchi. Ular, qoidaga ko'ra, labirintning ikki tomonlama shikastlanishi

bilan belgilanadi va o'zining klinik-funksional hususiyatiga ko'ra Mener kasalligi va serozli labirint vaqtida ichki quloqning shikastlanishi bilan ma'lum bir o'xshashlikka ega.

Tashhis anamnez ma'lumotlari, klinik manzara, laboratoriya va rentgenologiya tekshiruvlari asosida qo'yiladi.

Davolash spetsifik, zaxmga qarshi.

Zaxm davolanadi, ammo kechki bosqichlarda eshitish qobiliyati, bosh miya va shu kabilarning barqaror buzilish ehtimoli bor.

6.3. Skleroma

Skleroma – bu shilliq qavatlarning atrofiyasi fonidagi cheklangan yoki diffuz infiltratlar ko'rinishidagi yuqori nafas yo'llarining surunkali infeksiyali xastaligidir. Infiltratlar o'rnida nafas yo'lining turli bo'limlarining torayishiga olib keluvchi chandiqli to'qima shakllanadi.

Skleromani kapsulali diplokokk – skleroma klebsiellasi (Volkovich-Frish tayoqchasi) keltirib chiqaradi. Ushbu endemik kasallik G'arbiy Belorussiya va Ukrainada, Polsha, Italiya va Germaniyada ayniqsa ko'p tarqalgan, skleroma o'choqlari Indoneziya, Braziliya, Meksikada qayd qilingan. Skleromaning kontagiozligi (yuqishga moyilligi) haqida ma'lumotlar ham mavjud.

Kasallikning patomorfologik substrati bo'lib ko'p miqdordagi plazmali hujayralar va tomirli fibrozli biriktiruvchi to'qimadan iborat bo'lgan infiltrat xizmat qiladi. Ushbu hosilalar orasida skleroma uchun hos bo'lgan Mikulich hujayralari mavjud, protoplazma va ulardan tashqaridagi vakuollarda Volkovich-Frish tayoqchalari bo'ladi. Bundan tashqari, infiltratda gialin sharlar – russel tanachalari ham uchraydi. Chandiqli to'qimada ko'p miqdordagi fibroz tolalar uchrab, ular orasida plazmatik hujayralar va yakka-yakka Mikulich hujayralari kuzatiladi; batsillalar bo'lmaydi, gialin sharlar yo'q, tomirlar kam bo'ladi.

Kasallikning inkubatsiya davri uzoq, infeksiya kirganida kataral holatlar vujudga keladi, 3-5 yildan keyin esa kasallik belgilari aniqlanadi, shu bilan birga yoshlarda ushbu davr qisqaroq bo'ladi. Skleroma vaqtida xastalikning eng ko'p

lokalizatsiyasi – burunning oldingi bo‘limlari, burunning ichki teshiklari (xoana) sohasi, hiqildoqning ovoz osti bo‘shlig‘i, kekirdak va bronxlarning bifurkatsiyasi.

Klinikasi. Kasallik sekin rivojlanadi, eng boshidan boshlab surunkali shaklga o‘tadi, og‘riqsiz va tana harorati ko‘tarilmagan holda kechadi. Spetsifik sklerom infiltratlari, qoidaga ko‘ra simmetrik joylashadi va parchalanish va yaraga aylanishga moyillik ko‘rsatmasdan, faqat chandiqlanadi.

Skleromaning uchta asosiy shakllari farqlanib, ular ma’lum bir darajada patologik jarayonning bosqichli kechishini aks ettiradi:

- atrofik;
- infiltrativ;
- chandiqli yoki regressiv.

Bundan tashqari, skleromaning atipik va aralashi shakllari ham kuzatiladi.

Hozirgi vaqtda atrofik shaklli skleroma bilan og‘rigan bemorlarning 70%ida kuzatilmoqda. Kasallikning boshlanishi burun shilliq qavatining atrofiyasi bilan namoyon bo‘ladi. Uning yuzasida yopishqoq shilimshiq vujudga kelib, u qurish jarayonida zich qobiq hosil qiladi. Qobiqlar va yopishqoq shilimshiq burun yo‘llarining torayishiga olib keladi, bu esa nafas olishning buzilishiga olib keladi. SHu bilan bir vaqtda hid sezish pasayadi va burundan chirigan mevalarning hidini eslatuvchi keskin bo‘lmagan hid paydo bo‘ladi. Atrofiya xalqumning orqa devori shilliq qavatlariga ham tarqaladi, devor yupqalashadi va yopishqoq shilimshiq va qobiq bilan qoplangan holda laklangan kabi ko‘rinadi. Ushbu davrda komplementning skleromli antigen bilan bog‘lanish reaksiyasi odatda musbat bo‘ladi, ko‘p hollarda skleroma klebsiela ekiladi.

Skleromaning infiltrativ shaklida yuqori nafas yo‘llarida qizil yoki kulrang-pushti rangdagi cheklangan yoki tarqalgan infiltratlar kuzatiladi. Ko‘p hollarda infiltratlar burun bo‘shlig‘i tubida, pastki burun chig‘anoqlari va burun shilliq qavati sohasida aniqlanadi. Infiltratlar yassi yoki g‘adir-budir do‘ngchalar ko‘rinishida bo‘lib, tekkanda og‘rimaydi. Ular burun bo‘shlig‘i yo‘lini, burunga kirish yo‘lini, xoanalar, burun-xalqum yo‘li, hiqildoqni toraytiradi, keyinchalik esa

bifurkatsiya sohasidagi kekirdak va tarmoqlanishdagi bronxlarni ham to'sib qo'yadi.

SHuni qayd etish kerakki, sklerom infiltratlar asosan fiziologik toraygan joylarda vujudga keladi. CHandiqli shaklda infiltratlar o'rnida asta-sekin zich chandiqli to'qima paydo bo'lib, u atrofdagi to'qimalarni o'ziga tortgan holda nafas yo'lining turli bo'limlarining torayishiga olib keladi.

Burun bshlig'ida chandiqlar odatda oldingi bo'limlarda joylashgan bo'lib, bu joylarda dahliz va burun bo'shlig'i chegarasida chandiqli do'nglik kuzatiladi. Ayrim hollarda chandiqlar burun bo'shlig'i yo'lini toraytirgan holda, faqat oval yoki aylana shakldagi tirqishnigina qoldiradi. YUmshoq tanglayga tarqalish barobarida, chandiqlanish jarayoni konsentrik torayishga olib keladi, bir qator holatlarda esa burun-xalqum bo'shlig'ining qariyb butunlay birikib ketishiga olib keladi, bunda tilcha yuqoriga tortilib qoladi yoki yumshoq tanglayning orqa yuzasiga qayrilib qoladi.

Skleroma jarayoni hiqildoqda birinchi navbatda ovoz osti bo'shliqlarida oqish-pushti rangli, ikkala tomonda simmetrik joylashgan g'adir-budir infiltratlarning hosil bo'lishi orqali namoyon bo'ladi. Kam hollarda infiltratlar ovoz va vestibulyar burmalarda, kichik tilchaning hiqildoq yuzasida joylashgan bo'ladi. Simmetrik ovoz osti infiltratlar chandiqlanganda diafragma ko'rinishida bo'lgan, hiqildoqning quyi bo'limidagi tirqishni keskin toraytiruvchi birikish hosil bo'ladi.

Kekirdakda infiltratlar va chandiqli to'qimasi turli bo'limlarda joylashishi mumkin, ammo ko'p hollarda bifurkatsiya sohasida aniqlanadi. CHandiqlar bitta yoki ikkala bronxlarda ham bo'lishi mumkin va ularning yo'li tez torayadi. Bunda asosiy simptomlardan biri bo'lib qiyin ajraluvchi balg'amli yo'tal xizmat qiladi, so'ngra nafas olishning qiyinlashuvi vujudga keladi. CHandiqli shaklda komplementning skleromli antigen bilan bog'lanish reaksiyasi, ayniqsa maxsus preparatlar bilan davolashdan so'ng manfiy bo'lishi mumkin: skleroma tayoqchasi ekilmasligi mumkin.

Skleromaning aralash shaklida klinik manzara polimorfizm bilan ajralib turadi. SHilliq qavat atrofiyasi va qobiqlarning ko‘pligi bilan bir qatorda, qizil rangli tugunlar, dahliz va burun bo‘shlig‘i chegarasida chandiqli konsentrik torayish aniqlanadi. Hiqildoqda burma osti infiltratlar bilan birga chandiqli to‘qima yoki atrofiya aniqlanadi, ya’ni skleromaning turli birikmasi kuzatiladi.

6.4. Vegener glanulematozi

Vegener granulematozi – bu yuqori nafas yo‘llarining asosan birlamchi shikastlanishi va keyinchalik jarayonga visseral organlar (ko‘proq o‘pka va buyraklar)ning jalb qilinishi orqali tizimli nekrotik granulematozli vaskulit bo‘lib hisoblanadi. Kasallik birinchi bo‘lib 1936 yilda Vegener tomonidan tasvirlangan bo‘lib, kasallik keyinchalik uning nomi bilan atalgan. Kasallikning tarqalganligi 3:100 000 nisbatni tashkil qiladi; erkak va ayollarda bir xil uchraydi; bemorlarning o‘rtacha yoshi – 40 yosh atrofida.

Etiologiyasi. Kasallik etiologiyasi etarlicha o‘rganilmagan. Surunkali infeksiya, xususan viruslar yoki birlamchi nafas yo‘llarining shilliq qavatlarida qayd etilgan stafilokokkning muhim roli bor deb taxmin qilinadi. Bu kasallarda tez-tez tashhislanadigan bakterial toksinlarga sensibilizatsiyasi, autoallergenlarning hosil bo‘lishiga yordam bergan holda qon tomirlari devorlarida patologik o‘zgarishlarni chaqirishi mumkin. Ularning vujudga kelishi nafaqat o‘zgargan, balki me’yordagi oqsil komponentlariga nisbatan ham antitanalar ishlab chiqilishiga olib keladi. Vegener kasalligining patogenezida immun mexanizmlar, bakterial, medikamentoz va boshqa kelib chiqishi boshqa bo‘lgan sekin giperta’sirchanlik isbotlangan.

Patomorfologiya. Vegener xastaligida o‘rtacha va mayda o‘lchamli tomirlarning o‘ziga hos shikastlanishi mavjud bo‘ladi. Tomirlarning muftalar kabi qamrab oluvchi granulyozli tugunlar hujayrali polimorfizm bilan ajralib turadi. Limfoidli, epitelioidli va plazmatikli hujayralar bilan birga unda gistiotsitlar, eozinofillar va neytrofillar ham bor. Ushbu granulyozli tugunlarning muhim farqi bo‘lib periferiyada tartibsiz joylashgan Pirogov-Langxans turidagi ko‘p yadroli

ulkan hujayralar xizmat qiladi. Ularning hususiyati bo'lib ishemik turdagi nekrozlarning rivojlanishiga moyilligi hisoblanadi.

Klinik manzarasi. Vegener kasalligining klinik simptomatikasi ortishi tezligidan kelib chiqib, kasallikning o'tkir, o'tkir osti va surunkali kechishi farqlanadi. Kasallik boshlanishi qanchalik o'tkirroq bo'lsa, uning keyingi davom etishi ham shunchalik og'irroq, jarayonning umumlashishi ham tezroq ro'y beradi. Bundan tashqari, granulematozning rivojlanishida uchta davr ajratiladi:

- boshlang'ich – yuqori nafas yo'llari, ayrim hollarda quloq va ko'zlarda lokal o'zgarishlar orqali;

- generalizatsiya davri – ichki organlarning xastalanishi (ko'proq o'pka va buyraklar);

- terminal – buyrak yoki o'pka-yurak etishmovchiligining rivojlanishi

Vegener granulematozining boshlang'ich ko'rinishlari turli lokalizatsiyaga ega bo'lishi mumkin, biroq ko'p hollarda ular yuqori nafas yo'llarining shikastlanishi bilan bog'liq. Bemor odatda burun orqali nafas olishning qiyinlashishi, burundagi qurqlik, shilimshiqning kam ajralib chiqishi, yiringlashi, keyinroq qon-yiring aralash chiqishiga shikoyat qiladi. Vegener kasalligining ilk bosqichlarida eng barqaror simptom bo'lib burunning shilliq qavatida yiringli-qonli qobiqlarning paydo bo'lishi hisoblanadi.

Qobiqlar olib tashlangandan so'ng o'ziga hos ko'rinishga ega: yupqalashgan, qizil-ko'kimtir rangda, alohida joylarida qon sizib turgan granulyasiyalar bilan qoplangan bo'ladi. Burun shilliq qavatining oldingi bo'limlarida shilliq qavatining yarali bo'ladi, ayrimlarida bu erda avvaliga tog'ay, so'ngra burun oldi bo'shlig'ining suyak bo'limi shikastlanishi orqali perforatsiya vujudga keladi, burunning egarsimon buzilishi rivojlanadi. Jarayonga burun oldi bo'shliqlari, ko'proq shikastlangan tomondagi yuqori jag' bo'shlig'i jalb qilinadi. Burun bo'shliqlari orasidagi suyakli devor, shuningdek burun chig'anoqlari ko'p hollarda buziladi va devorlari nekrozlangan shilliq qavat va qobiqlar bilan qoplangan yagona bo'shliq hosil bo'ladi. SHuni qayd etish lozimki, Vegener granulematozida

shilliq qavatdagi destruktiv jarayon, zaxmda kuzatilgani kabi va Styuartning o‘lim bilan tugaydigan o‘rta granulemasidagi kabi qattiq tanglayga tarqalmaydi.

Jarayonning rivojlanishi xalqum, hiqildoq va kekirdak shilliq qavatning yarali-nekrotik va granulematozli o‘zgarishlarning vujudga kelishiga olib kelishi mumkin. O‘rta quloq xastalanishi ehtimoli bor, ayrim hollarda u yuz nervining parezi yoki falaji, jarayonning labirintga tarqalishi bilan og‘irlashishi mumkin.

Bemorlarning taxminan 15% da kuzatiladigan ko‘z shikastlanishi burun oldi bo‘shliqlari va ko‘z orbitasining umumiy qon ta‘minlanishi bilan izohlanadi. Periorbital granulemaning hosil bo‘lishi ekzoftalm, ko‘z soqqasi harakatlanishining cheklanishi orqali kechadi, keratit, xemoz, shish va ko‘rish nervining keyingi atrofiyasi rivojlanadi.

Umumiy simptomlar Vegener granulematozining tarqalgan bosqichi uchun hos bo‘lib, u ko‘p hollarda bir necha oydan so‘ng, ayrim bemorlarda esa – kasallikning birinchi mahalliy belgilaridan bir necha yillardan so‘ng namoyon bo‘ladi. Tana qaltirashi vujudga keladi, bemor zaiflik, o‘zini yomon his qilish, ozish kabi belgilardan shikoyat qiladi, artralgiyalar va mialgiyalar, kam hollarda artritlar rivojlanadi. Jarayonga o‘pka jalb qilinganda (80% dan ko‘p bemorlarda kuzatiladi) yo‘tal, nafas siqilishi, ko‘krakdagi og‘riq, qon aralash tupurish paydo bo‘ladi. Kam auskultativ ma‘lumotlar va yaqqol ifodalangan rentgenologik o‘zgarishlar o‘rtasidagi dissotsiatsiya (farq) mavjud.

O‘pka xastalanishining rentgenologik belgilari turli xil bo‘ladi: bitta yoki ko‘plab infiltratlar, bo‘shliqlarning hosil bo‘lishi, o‘choqli atelektazlar, ekssudativ plevrit, pnevmotoraks.

Buyraklarning xastalanishi 80-90% bemorlarda kuzatiladi, bunda tegishli simptomlarning vujudga kelishi ko‘p hollarda kasallik umumlashishi (generalizatsiyasi)ning belgisi bo‘lib xizmat qiladi. Peshob tahlilidagi o‘zgarishlar o‘tkir glomerulonefrit (gematuriya, proteinuriya)dagi shu kabi o‘zgarishlarga mos bo‘ladi. Ayrim bemorlarda glomerulonefrit azotemiyaning rivojlanishi, buyrak faoliyatining buzilishi orqali tez rivojlanadi.

Kasallikning yuqorida ko'rsatilgan belgilaridan tashqari yarali-gemmoragik toshmalar ko'rinishidagi teri vaskuliti ham kuzatiladi. Periferik nerv tizimining shikastlanishi nosimmetrik polineyropatiya hususiyatiga ega bo'ladi.

Vegener granulematozi bilan kasallangan bemorlar o'pka etishmovchiligining kuchayib boruvchi simptomlarida azotemik uremiyadan, septik asoratlardan vafot etishadi.

Tashhishlash. Vegener granulematozini tashhishlashda, ayniqsa ilk bosqichlarida yuqori nafas yo'llari, shu jumladan burun va burun oldi bo'shliqlaridagi o'zgarishlarni to'g'ri baholay olish juda muhim hisoblanadi. Bu kasallikning erta tashhishlanishida otorinloringologning etakchi rol o'ynaydi. Rentgenografiyada aniqlanuvchi o'pkadagi o'zgarishlarga e'tibor berish zarur: tugunchalar, o'pka infiltratlari yoki bo'shliqlari. Buyraklar xastalanganda peshob o'zgarishi ro'y beradi: mikrogematuriya (5 dan ortiq eritrotsit ko'rinadi).

Laboratoriya tekshiruvlar orasida Vegener granulematozini tashhishlash uchun bemorlarning 40-90% da aniqlanuvchi antineyetrofilli sitoplazmatik antitanalar (ANSA) ni aniqlash alohida ahamiyat kasb etadi. U ko'p hollarda faol umumlashgan jarayonli bemorlarda aniqlansa, kasallikning lokallashgan shaklidagi remissiya davrida kamroq aniqlanadi. Bir qator hollarda yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatidan olingan granulyasiya to'qimasining gisitologik tekshiruvi ham ancha ma'lumot beradi. Bunda gistologiya tekshiruvining asosi bo'lib nektrotik vaskulit va granulematozli yallig'lanishning umumiy belgilari hisoblanadi.

Vegener granulematozini tizimli allergik vaskulitlarga kiruvchi kasalliklardan (tizimli qizil volchanka (teri silining bir turi), gemorragik vaskulit, tugunli periarteriit va shu kabilar), tog'ay bo'limida perforatsiya namoyon bo'lganda – sildan, suyakli-tog'ay bo'limida – zaxmdan farqlash lozim.

Davolash. Vegener granulematozini davolash asosini sitostatiklarni qo'llash tashkil etadi. Sutkasiga 2 mg/kg dozada 4 hafta davomida siklofosamid tayinlanadi, keyin preparat dozasi 1-2 oy davomida asta-sekin kamaytirib boriladi va bemor preparatning navbat bilan qabul qilinishga o'tiladi (kun ora 60 mg dan). Siklofosforamid bilan davolash barqaror remissiyaga erishilganidan so'ng kamida

bir yil davom ettiriladi, so'ngra uning dozasi har 2-3 oyda 25 mg ga kamaytiriladi. Qoidaga ko'ra, siklofosfamid qabul qilinishi sutkasiga 1 mg/kg dozadagi prednizalonni tayinlash bilan birga amalga oshiriladi. YAqqol yaxshilanish kuzatilganidan so'ng prednizalon dozasi kamaytirib boriladi va keyinroq butunlay bekor qilishga urinib ko'riladi. SHuningdek Vegener granulematozini davolashda asosiy davolash sifatida haftasiga 0,15-0,3 mg/kg dozadagi metotreksat qo'llaniladi.

Prognoz. Kasallik davolanmagan taqdirda hayot davomiyligi 5 oyni tashkil qiladi, birinchi yilda o'lim bilan tugashi esa 80% etadi. Kasallik erta davolana boshlansa Prognoz ancha yaxshilanadi. Siklofosfamid va prednizolon bilan birga davolanganda 90% dan ortiq bemorlarda davomiyligi 4 yilni, ayrimlarida esa 10-15 yilni tashkil qilgan barqaror remissiya qayd etilgan.

6.5. Odam immunitet tanqisligi virusi (OITS)da LOR-organlarning xastalanishi.

OITS infeksiyasini lifotsitlar, makrofaglar va nerv hujayralarini halok qiluvchi retroviruslar keltirib chiqaradi va bu sekin rivojlanuvchi immunitet taqchilligida namoyon bo'ladi.

YAngi ming yillikning boshlanishi butun dunyoda insoniyatni larzaga solgan ushbu yuqumli kasallikning epidemiyasi bilan boshlandi. Rossiyada 2001 yil oxiriga kelib taxminan 1 mln. OITS bilan kasallangan bemorlar qayd qilingan, bunda ularning taxminan 25% OITS ning klinik ko'rinishlari kuzatilgan.

Kasallik qo'zg'atuvchisi OITS bo'lib, u retroviruslar oilasiga kiritilgan, qonda va boshqa biologik muhitlarda hayot qobiliyatini saqlab qoladi. Doimo qayta tiklanadi va rezervuar sifatida limfoidli to'qimalar, nerv to'qimasi mikroglia va ichak epiteliysidan foydalanadi.

Infeksiya manbasi – infeksiya jarayonining istalgan bosqichidagi inson hisoblanadi. Virus qonda, spermada, qin ajralmasida, ona sutida bo'lishi mumkin. YUqish yo'llari – jinsiy, parenteral, transplatsentar, ona suti orqali. Insondan insonga qon (in'eksiyalarda, ayniqsa giyohvandlarda shprintsdan takroran

foydalanganda), jinsiy aloqa vaqtida shilliq qavatlar orqali, onadan bolaga yoʻldosh orqali oʻtishi mumkin.

YUqish va klinik simptomlarning namoyon boʻlishi orasidagi davr turli odamlarda kuchli farq qiladi. Qonda IOV ga hos boʻlgan antitanalar aniqlanishi va OITS ning klinik simptomlari rivojlanishi orasida oʻrtacha 7-11 yil oʻtadi, ammo kasallik birinchi 3 yil davomida rivojlanish ehtimoli bor. OITS inson organizmining barcha biologik muhitlari va toʻqimalarida aniqlangan. Oʻz yuzasida CD4+ antigenlariga ega boʻlgan hujayralar OITS uchun nishon hujayralar boʻlib xizmat qiladi, birinchi navbatda bu T-limfotsitlardir. Monotsitlar va makrofaglar OITS ning sitoplastik taʼsiriga chidamli, ammo uning disseminatsiyasini taʼminlaydi. OITS-infeksiyaning kechishining hususiyati va ogʻirlik darajasini Prognozlash uchun CD4+ T-limfotsitlarning konsentratsiyasi va “virus yuklamasi” – polimeraz reaksiya usulida aniqlangan 1 ml qonda virus miqdori hal qiluvchi ahamiyatga ega. CD4+ hujayralar miqdorini kamayishi va immunitet javobining kuchsizlanishi barobarida virus yuklamasi ham ortib boradi va bu kasallikning kuchayishiga olib keladi.

Klinik manzarasi. OITS yuqishining koʻp uchraydigan simptomi boʻlib, kasallikning qariyb barcha klinik shakllarida vujudga keladigan va muhim tashhis va Prognoz ahamiyatiga ega boʻlgan LOR-organlarning turli xastaliklari xizmat qiladi.

Mamlakatimizda qabul qilingan OITSning klinik tasnifi bir-birini navbati bilan almashtiruvchi toʻrtta bosqichdan iborat:

- I bosqich – inkubatsiya davri.
- II bosqich – birlamchi belgilar davri, oʻz ichiga uchta fazani oladi:
 - A – oʻtkir infeksiya;
 - B – simptomsiz infeksiya;
 - V –surunkali umumlashgan limfadenopatiya.
- III bosqich – ikkilamchi kasalliklar, turli infeksiyali va oʻsmali jarayonlarning kuchayishi va umumlashishini aks ettiruvchi uchta fazadan iborat (A, B, V).

•IV bosqich – terminal.

Inkubatsiya bosqichi (I) – yuqish vaqtidan o‘tkir infeksiya va (yoki) antitanalarning vujudga kelishi ko‘rinishidagi organizm reaksiyasining paydo bo‘lganiga qadar davrni o‘z ichiga oladi. Ushbu bosqich davomiyligi 2-4haftadan 3 oygacha davom etadi (o‘rtacha taxminan 1 oy). YUqishdan 6-8 haftadan keyin II bosqich – OITS-infeksiyaning birlamchi belgilari davri rivojlanadi.

OITS-infeksiyaning o‘tkir boshlanishining klinik manzarasi odatda mononukleozga o‘xshash (ko‘p hollarda) yoki grippga o‘xshash sindrom, poliadenit, nafas yo‘lining quyi bo‘limlarining xastalanishi orqali namoyon bo‘ladi, gastroenterit, serozli meningit, ensefalo- va nefropatiya, trombositopeniya purpurasi kuzatilishi mumkin. Bemorni fizikal tekshirish vaqtida mononukleozga o‘xshash yoki grippga o‘xshash sindrom belgilarini shu kabi kasalliklardan farqlash qiyin.

Mononukleozga o‘xshash sindrom tana haroratining 38-39,5 °C gacha ko‘tarilishi, mononuklear turidagi angina, limfa tugunlarining kattalashishi, gepato- va splenomegaliya orqali kechadi, ko‘p hollarda artralgiya, mialgiya va diareya kuzatiladi. Ushbu davrda eritematozli makulopatiya, tanadagi toshmalar va yuzdagi alohida toshmalar; diametri 3 mm gacha gemorragik allergik vaskulitdagi toshmalarni eslatuvchi gemorragik dog‘lar vujudga kelishi mumkin.

Grippga o‘xshash sindrom to‘satdan boshlanishi, kuchli qaltiroq va sovqotish, bosh og‘rig‘i va intoksikatsiyaning yaqqol belgilari, mialgiya, artralgiya, anoreksiya orqali ajralib turadi; poliadenopatiya, splenomegaliya, ekssudativ faringit bo‘lishi mumkin. Xalqumning shilliq qavati bir oz qizargan, bir oz shishgan, bezlar qizargan bo‘ladi. grippsimon sindromning adenovirusli infeksiyani eslatuvchi to‘lqinsimon kechish ehtimoli mavjud. OITS infeksiyasining IIA bosqichida yuz va bo‘yin teri qavatining virusli xastalanishi – gerpetik infeksiya vujudga kelishi mumkin.

II B bosqichi OITS infeksiyaning biror-bir belgilari bo‘lmasligi, simptomsiz virus tashilishi bilan ajralib turadi. Ushbu davrda qonda OITS ga antitanalar paydo bo‘ladi, ularning titrlari asta-sekin ortib boradi.

II V bosqich bevosita terminal bosqichga o'tadi yoki mo'tadil immunitet taqchilligi sharoitida kechadigan OITS bog'langan kompleks bilan birga kechadi. Ushbu davrda ko'p hollarda opportunistik infeksiya va onkoogik patologiyaning kuchli rivojlanishi qayd etiladi.

Opportunistik deb me'yordagi immunitet tizimiga ega bo'lgan shaxslar uchun xavf tug'dirmaydigan, biroq immunitet taqchilligi sharoitlarida og'ir xastalanishni chaqiruvchi shartli-patogen mikroorganizm qo'zg'atuvchi bo'lib xizmat qilgan infeksiyaga aytiladi. LOR organlarni shikastlantiruvchi opportunistik infeksiyalardan ko'proq xalqum va qizio'ngach kandidozi qayd etiladi. Ilgari hech qachon antibiotik, glyukokortikoid yoki sitostatik bilan davolanmagan yosh insonlardagi barqaror faringomikoz shifokorni ehtimolli OITS-infeksiya mavjudligiga hushyor torttirishi lozim.

OITS-infeksiyada eng og'ir opportunistik infeksiya bo'lib organizmning immun himoyasining keskin pasayishi sharoitida rivojlanadigan pnevmotsistli pnevmoniya xizmat qiladi. O'pka pnevmotsistozi bilan OITS bemorlarning 2/3 qismi xastalanadi, shuningdek o'rta quloqning xastalanishi kam uchraydi.

OITS virusi borligining muhim belgisi bo'lib boshqa sabablar bo'lmagan bir vaqtda immunodepressiyaning rivojlanishi va 1 oydan ko'p vaqt davom etuvchi og'iz bo'shlig'i va xalqum shilliq qavati, terini shikastlantirgan gerpetik infeksiya hisoblanadi. YUzdagi toshmadan boshlangan oddiy herpes (masalan, labial shakli) tananing boshqa qismlariga keng tarqalishi mumkin. Tashqi eshitish yo'lida gerpetik toshmali, yuzning kasallangan qismidagi kuchli og'riqlar, yuz (VII) va dahliz-chig'anoqli (VIII), kam hollarda uch shoxli (V), adashgan (X), qo'shimcha (XI) bosh miya nervining kasallanishi orqali *herpes zoster oticus* rivojlanish ehtimoli bor.

Tashhishlash. OITS-infeksiya tashhisi klinik ma'lumotlar, epidemiologik anamnez va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanib qo'yiladi. OITS-infeksiyaning laboratoriya diagnostikasi usullari organizmning biologik suyuqliklaridagi o'ziga hos anti-OITS-antitanalarni aniqlashga asoslangan. Standart va eng qulay amal bo'lib OITS antitanalarni immunofermentli tahlil reaksiyasida serologiya usulida,

(IFA), keyingi immun blotting reaksiyasida ularning spetsifligini tasdiqlash orqali aniqlash hisoblanadi.

OITS antitanalari yuqish vaqtidan boshlab 2 haftadan 3 oygacha bo'lgan davrda vujudga keladi.

Ohirgi vaqtlarda OITS infeksiyani tashhislash uchun kasallik kuchaygan sari keskin ortishi mumkin bo'lgan "virus yuklamasi"ni baholashga imkon beruvchi polimeraz reaksiya (PSR) usuli qo'llanila boshlandi.

Davolash. Hozirgi vaqtda OITS infeksiyali bemorlarni butunlay davolashga imkon beruvchi vositalar mavjud emas. Davolash tadbirlari kasallikning kuchayishini oldini olish yoki sekinlashtirishga qaratilgan. Uning asosini spetsifik virusga qarshi preparatlar, shu jumladan antiretrovirusli preparatlar tashkil qiladi: zidovudin, didanozin, ritonavir, indinavir va shu kabilar. Antiretrovirusli preparatlar bilan davolash biror-bir jiddiy immunitet taqchilligi rivojlanganga qadar boshlash zarur va butun umri davomida o'tkazish lozim. Davolash samaradorligi virus yuklamasining kattaligini tizimli o'lchash va CD+ T-limfotsitlar miqdori dinamikasi orqali nazorat qilinadi.

Prognoz. OITS bilan infeksiyalanganda Prognoz yomon bo'ladi, shuning uchun kasallikning ijtimoiy va shaxsiy profilaktikasi alohida ahamiyatga ega bo'ladi. O'z vaqtida boshlangan kompleks terapiya OITS ko'rinishidagi patologik belgilarning namoyon bo'lishini o'n yillar, ayrim hollarda undan ham ko'pga kechiktirish imkonini beradi.

ILOVALAR

1 ilova

OTORINOLARINGOLOGIYADA KASALLIK TARIXINI YOZISH SXEMASI

Titul varag'ini to'ldirishga bo'lgan talablar

- Universitetning to'liq nomi.
- Kafedraning to'liq nomi.
- Kafedra mudirining F.I.SH.

- Muallim F.I.SH.
- Talabaning F.I.SH., fakulteti, bo‘lim, kurs, kuratori, guruhi.
- YOzilgan sana (sana, oy, yil).

Umumiy ma’lumotlar

- F.I.SH.
- Bemor yoshi (sana,oy, tug‘ilgan yili).
- Kasbi.
- YAshash joyi.
- Ish joyi.
- Statsionarga kelgan sanasi.
- Kelgan vaqtda qo‘yilgan tashhis.

Bemor shikoyatlari

Bemorning statsionarga kelgan vaqtda uning so‘zidan yozilgan shikoyatlar

Mazkur kasallik tarixi

- Kasallikning birinchi belgilari
- Kasallikning vujudga kelish sabablari
- Kasallikning boshlanish vaqti.
- Kasallikning kechish dinamikasi.
- Oldingi davolash hususiyati.
- Oldingi davolash samarasi

Bemor hayoti tarixi

- Rivojlanishi (o‘sishi).
- Turmush va mehnat sharoitlari.
- Qarindoshlarda nasliy, spetsifik, o‘smali va allergik xastaliklar.
- Boshidan kechgan kasalliklar (shu jumladan bolalar infeksiyalari, tizimli kasalliklar).

- Allergologiya anamnezi.
- Zararli odatlari.

Bemorning hozirgi holati

Umumiy ko‘rik. Umumiy holati (qoniqarli, o‘rta og‘irlikda, og‘ir).

Tana tuzilishi (normostenik, giperstenik, astenik). Teri qavati va tashqi shilliq qavatlar (och-pushti, ko‘kimtir, sarg‘ish, rangpar, bo‘zargan rang; pigmentatsiyalar, toshmalar, teleangiektaziyalar, chandiqlar, trofik o‘zgarishlarning mavjudligi).

Teri osti yog‘ qatlami (rivojlanishi, eng ko‘p to‘plangan joylari), shishlar (lokalizatsiyasi, tarqalganligi, ifodalanganligi).

Atrof limfa tugunlar. Tugunlarni paypaslash, ularning joylashishi, o‘lchami, konsistensiyasi, og‘ruvchanligi, harakatchanligi, o‘zaro va atrofdagi to‘qimalar bilan birikishi, tugunlar ustidagi terining holati.

Nerv tizimi. Hushi (aniq, noaniq). Nerv buzilishlarining mavjudligi.

Parez, falajlarning mavjudligi. Meningeal va o‘choqli simptomatika. Makon va vaqtda harakatlanishi (yo‘nalish olishi).

Tayanch-harakat apparati. Mushak, bo‘g‘im suyaklarining holati.

YUrak-qon tomir tizimi. YUrakning auskultativ tovushini, ritm, arterial bosim, tomir urishini aniqlash.

Nafas olish tizimi. Nafas harakatlarining soni. Auskultativ o‘pka nafas olinishi.

Ovqat hazm qilish tizimi. Til. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarini tekshirish va palpatsiyasi.

Fiziologik hojatlar.

Peshob ajratish tizimi. Peshob ajralish tizimidagi buzilishlarning mavjudligi. Tukillatish simptomi.

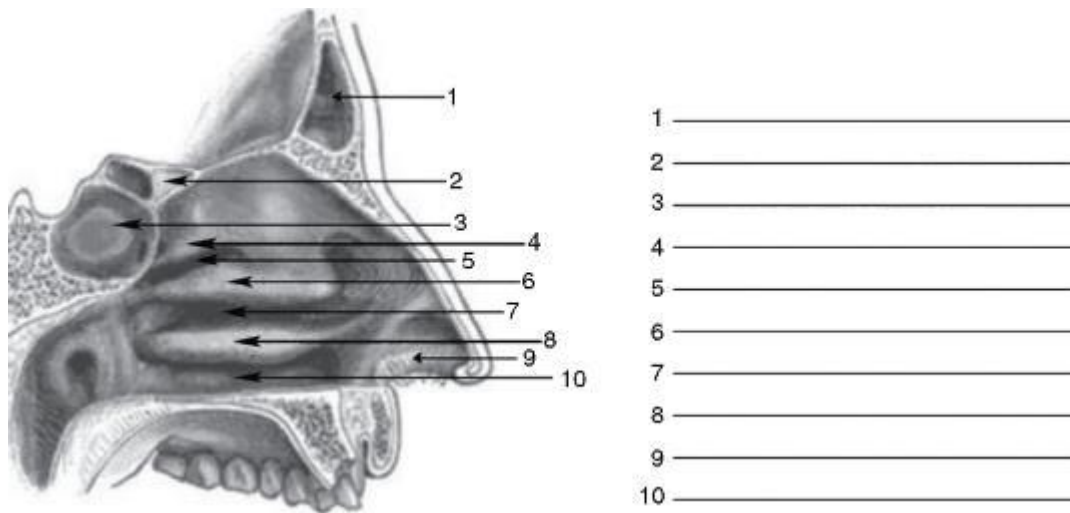
Endokrin tizimi. Tana vaznining ortishi yoki kamayishi, mushak zaifligi.

Qalqonsimon bez palpatsiyasi (kattaligi, og‘ruvchanligi).

LOR-status (holati).

Burun va burun oldi bo‘shliqlar (rasm 7.1.).

Ko‘rikdan o‘tkazish va palpatsiya. Tashqi burun, peshona va yuqori jag‘ bo‘shliqlari devorlarining yuzga chiqishi sohalari shakllarining tashqi o‘zgarishi.

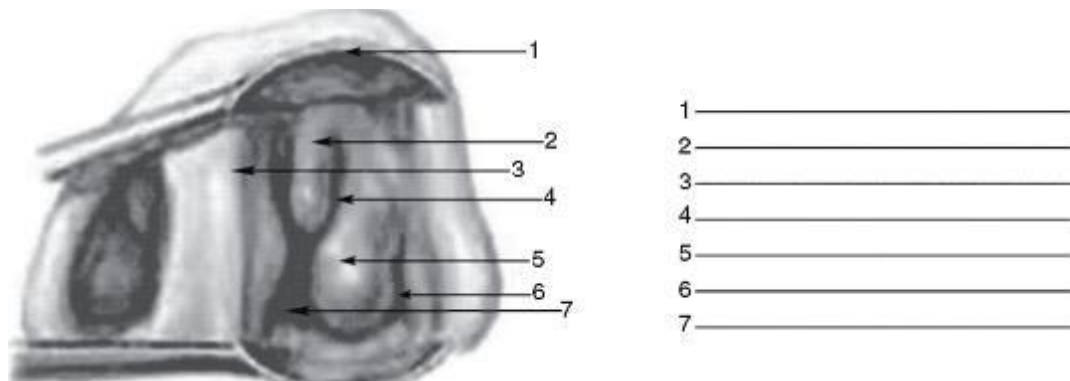


Rasm 7.1. Burun tuzilishi

Peshona bo'shliqlari oldingi va pastki devorlari, uch shoxli nerv tolalarining chiqish joyi (birinchi va ikkinchi), yuqori jag' bo'shliqlarining oldingi devorlarining palpatsiyasi ma'lumotlari. Burun orqali nafas olinishini tekshirish.

Paxtali namuna bilan o'ng va chapda tekshirishda erkin (yoki uning qiyinlashish hususiyatini ko'rsatish); hid bilish saqlangan (yoki qaysi darajada buzilgan).

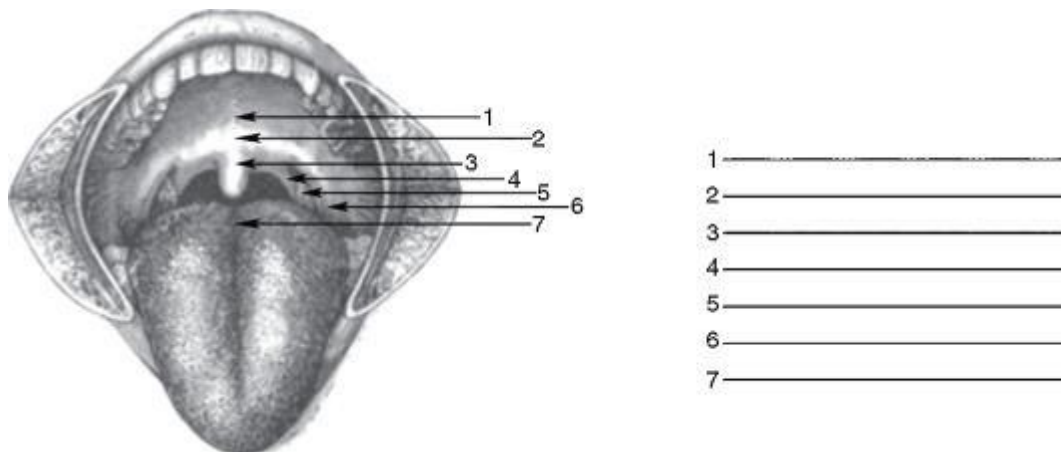
Oldingi rinoskopiya ma'lumotlari (rasm 7.2.). Burun dahlizi bo'sh, burun shilliq qavati o'rta chiziq bo'ylab ketgan yoki tarqoq, tikan, deviatsiya kabi qiyshaygan (lokalizatsiyasini ko'rsatish); burun shilliq qavatining rangi, namligi; o'rta va pastki burun chig'anoqlarining o'lchami; burun yo'llari bo'sh yoki ajratma aniqlanadi, uning rangi, hususiyati tasvirlanadi.



Rasm 7.2. Oldingi rinoskopiya.

Og'iz-xalqum (rasm 7.3).

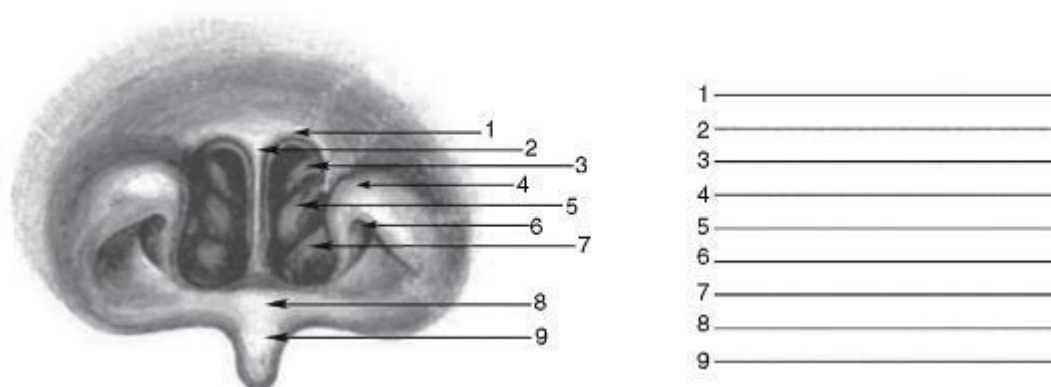
Og‘iz erkin ochiladi (agar trizm mavjud bo‘lsa, uni bayon qilish). Lab, milk, tishlar (formula), lunjlarning ichki bzasi, qattiq va yumshoq tanglay, so‘lak (quloq oldi, jah soti va til osti) bezlarining chiqish yo‘li og‘izlari, til shilliq qavatining holatini qisqacha bayon qilish.



Rasm 7.3. Oromezofaringoskopiya

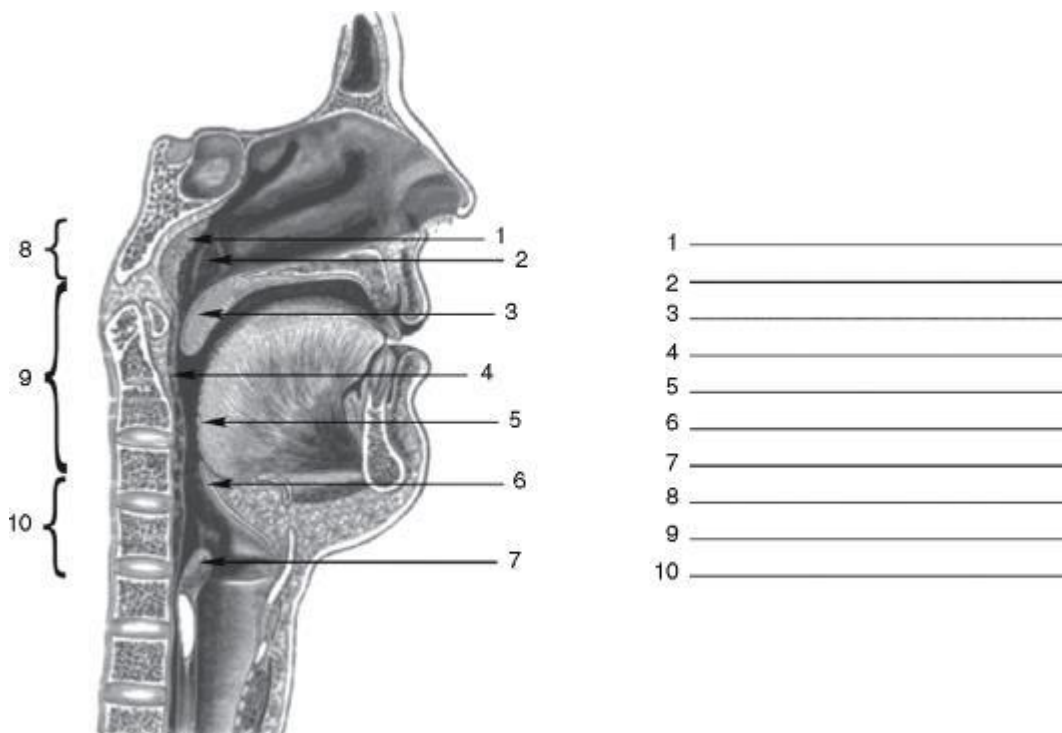
Tanglay yoylari konturlanadi: pushti rangda (yoki tanglay yoylari chekkalari qizargan, infiltrlangan, shishgan, bezlar bilan birikkan); tanglay bezlari (I, II, III) daraja o‘lchamlariga ega, lakunalar kengaymagan, lakunalarda patologik tarkib yo‘q (yoki shpatel bilan bosilganda kazeozli, yiringli tiqinlar, suyuq, quyuuq, yiringli ajralma). Xalqum bezlarining yuzasi silliq (yoki g‘adir-budir). Xalqum orqa devori shilliq qavatining rangi, uning namligi; limfoidli granulalarning hajmi va vazni ortgan (gipertroflangan), atrofiyalangan. YUtinish refleksi saqlanib qolgan.

Burun-xalqum



Rasm 7.4. Orqa rinoskopiya ma’lumotlari: burun-Xalqum gumbazi erkin (yoki xalqum bezining I, II, III darajali kattalashishi qayd etiladi), burun-xalqum

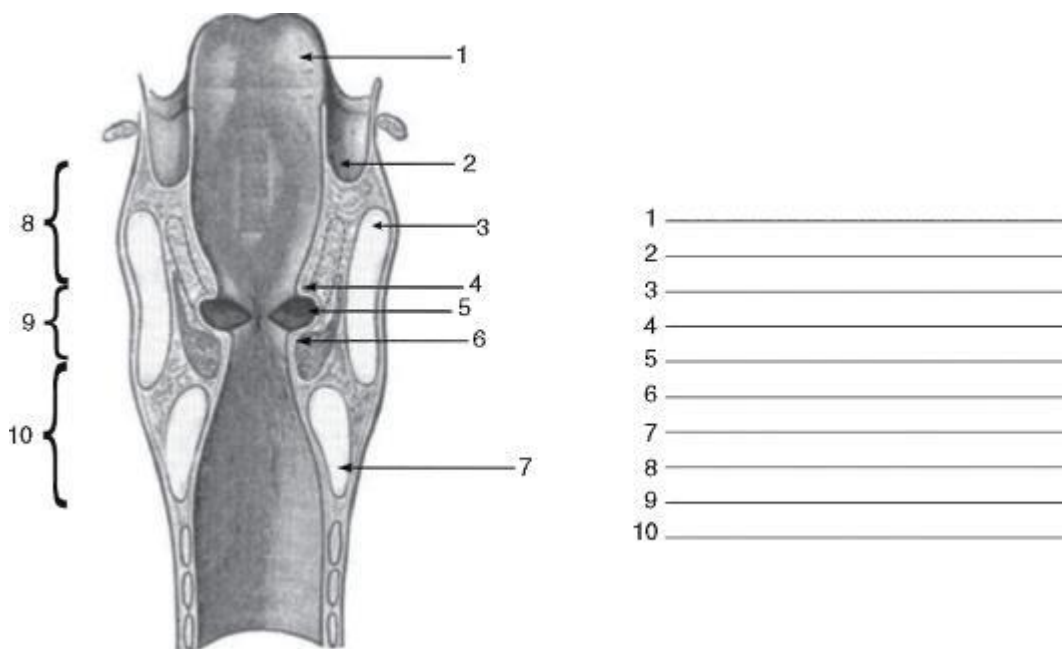
shilliq qavatining rangi, uning namligi, xoanalar erkin (yoki quyi, oʻrta yuqori burun chigʻanoqlarining orqa uchlari qalinlashgan yoki xoanal polip mavjud, uning oʻlchami koʻrsatilsin). Eshitish naychalarining teshiklari farqlanadi, erkin (yoki nay bezlari va yon valiklarning kattalashgani qayd qilinsin). Ajralmalarning mavjudligi, ularning hususiyati.



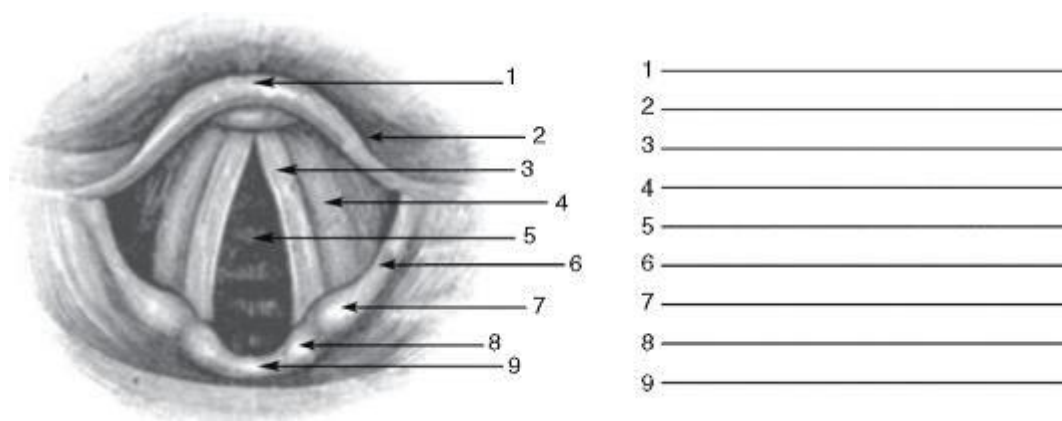
Rasm 7.5. Xalqum tuzulishi

Til bezi (kattalashgan, kattalashmagan), vallekulalar erkin, Xalqumning orqa va yon devorlari shilliq qavatining rangi, uning namligi, fonatsiyada noksimon sinuslar (ochiladi yoki harakatsiz, erkin yoki shilimshiq bilan toʻlgan), noksimon sinuslar shilliq qavatining rangi, uning namligi.

Boʻyinni koʻrikdan oʻtkazish: hiqildoq toʻgʻri shaklda, passiv harakatli, togʻaylarning qarsillash simptomi ifodalangan.



Rasm 7.6. Hiqildoq tuzulishi



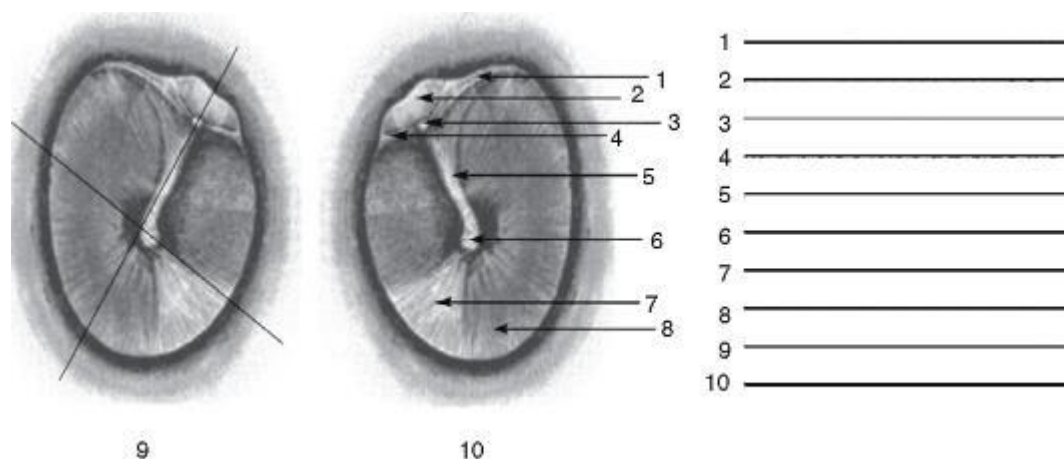
Rasm 7.7. Bilvosita laringoskopiya

Bilvosita laringoskopiya ma'lumotlari (rasm 7.7): kichik til, cho'michsimon tog'aylar sohasi, cho'michsimon oraliq bo'shlig'i va vestibulyar burmalarning shilliq qavati pushti rangda, nam, yuzasi silliq. Kichik til gulbarg ko'rinishida yoyilgan, ovoz burmalari sadafli-kulrang, fonatsiyada simmetrik harakatchan, to'liq birlashadi, ovoz tirqishi nafas olganda va fonatsiya vaqtida keng, ovoz osti bo'shlig'i erkin. Ovoz jarangdor, nafas olish erkin.

Quloq

O'ng quloq suprasi to'g'ri shaklda, so'rg'ichsimon o'simta, quloq suprasi va uning do'mboqchasi paypaslanganda (palpatsiyada) og'riqsiz bo'ladi tashqi

eshitish yo‘li keng, me‘yordagi miqdorda oltingugurtga ega. Quloq pardasi (Mt) kulrang, sadafsimon tusda (rasm 7.8). Tanib olinadigan belgilar ko‘rinadi (yaxshi konturlanadi): qisqa o‘simta, bolg‘acha dastasi, uning oldingi va orqa burmalari, nur konusi. Quloq pardasi ichga tortilgan, qalinlashgan, nurli konus qisqargan, mavjud emas. Perforatsiya mavjud – dumaloq, oval, markaziy, chekka orqa yoki oldingi (o‘lchamlari), eshitish yo‘lida yiringli ajralma, quyuq hidli. Quloqdan chiqayotgan ajralmalar (miqdori, hususiyati, rangi, hidi). Quloq pardasining harakatchanligi. CHap Quloq supراسى to‘g‘ri shaklda, so‘rg‘ichsimon o‘simta, Quloq supراسى va do‘mboqcha palpatsiyasi og‘riqsiz. Tashqi eshitish yo‘li keng, me‘yordagi miqdorda oltingugurtga ega.



Rasm 7.8. Otoskopiya.

Quloq pardasi (Mt) kulrang, sadafsimon rangda. Tanib olinadigan belgilar ko‘rinadi (yaxshi konturlanadi): qisqa o‘simta, bolg‘acha dastasi, uning oldingi va orqa burmalari, nur konusi. Quloq pardasi ichga tortilgan, qalinlashgan, nurli konus qisqargan, mavjud emas. Perforatsiya mavjud – dumaloq, oval, markaziy, chekka orqa yoki oldingi (o‘lchamlari), eshitish yo‘lida yiringli ajralma, quyuq hidli. Quloqdan chiqayotgan ajralmalar (miqdori, hususiyati, rangi, hidi). Quloq pardasining harakatchanligi. Eshitish naychalarining o‘tkazuvchanligi. CHakka suyaklari rentgenografiyasi ma‘lumotlari.

Eshituv pasporti (jadval 7.1). Jadval 7.1. Akumetriya

AD		AS
-	Subektiv shovqin	-

6 m	SHivirlash nutqi	6 m
<6 m	Oddiy-so‘zlashuv nutqi	<6 m
55 s	S ₁₂₈ (me‘yorida 55daqqa) xavodan	55 s
25 s	S ₁₂₈ (me‘yorida 25daqqa) suyakdan	25 s
30 s	S ₂₀₄₈ (me‘yorida 30daqqa)	30 s
+ (musbat)	R	+ (musbat)
←	W	→
me‘yor ida	Sch	me‘yorida

2 ilova

OTORINOLARINGOLOGIYADA ISHLATILINADIGAN DORI PREPARATLARNING RO‘YXATI

Penitsillin qatoriga kiruvchi antibiotiklar:

✧ Amoksitsillin - 250 i 500 mg kapsulalar; suspenziya tayyorlash uchun flakondagi kukuni 250 mg 5 mlda.

✧ Amoksitsillin + klavulanov kislotasi (amoksiklav) – 375 va 625 mg tabletklar; in‘eksiya uchun flakondagi kukuni 600 mg, 1,2 g.

• Ampitsillin - 250 mg tabletkalar; 250 mg kapsulalar; suspenziya tayyorlash uchun flakondagi kukuni.

• Amoksitsillin + klavulanov kislotasi (augmentin) - 250 mg + 125 mg, 500 mg + 125 mg, 800 mg + 125 mgdan tabletkalar; 500 mg + 100 mg, 1,0 g + 200 mgdan in‘eksiya uchun flakondagi kukuni.

Sefalosporinlar:

✧ Sefazolin - 500 mg, 1 g dan in‘eksiya uchun flakondagi kukuni

✧ Sefuroksim - 250 mg, 750 mg, 1,5 g dan in‘eksiya uchun flakondagi kukuni

- ✧ Sefotaksim - 1,0 gdan in'eksiya uchun flakondagi kukuni.
- ✧ Seftriakson - 250 va 500 mg, 1,0 gdan in'eksiya uchun flakondagi kukuni.
- ✧ Sefepim - 500 mg, 1,0 gdan in'eksiya uchun flakondagi kukuni.
- ✧ Sefpirom - 1,0 i 2,0 gdan in'eksiya uchun flakondagi kukuni.

Ftorxinolonlar:

✧ Siprofloksatsin - 100, 250 i 500 mgdan tabletklar; 10 mg 5 mlda va 2 mg 1 mlda infuziya uchun flakondagi eritmalar.

✧ Levofloksatsin (tavanik) - 250 i 500 mgdan tabletklar; 5 mg 1 mlda - 100 ml infuziya uchun flakondagi eritma.

Makrolidlar:

✧ Azitromitsin (sumamed) - 125 i 500 mgdan tabletklar; 250 mgdan kapsulalar.

✧ Roksitromitsin (rulid) – 150 mgdan tabletklar.

✧ Spiramitsin (rovamitsin) - 1,5 va 3 mln TB tabletkalar; 1,5 mln TB flakondagi kukuni vena ichiga yuborish uchun.

- Klaritromitsin (klatsid) - 250 i 500 mgdan tabletklar.

Karbapenemlar:

✧ Imipenem + (silastatin) (tienam) - vena ichi infuziyasi va mushak ichiga in'eksiya uchun 1,0 gdan flakondagi kukuni.

- Meropenem - 500 mgdan flakondagi kukuni vena ichi infuziyasi uchun.

Tetratsiklin:

✧ Doksitsiklin - 50 i 100 mgdan kapsullar.

Imidazol:

✧ Metronidazol - ampulada 0,5% - 20 ml eritma vena ichi in'eksiyasi uchun; flakonda 0,5% - 100 ml eritma vena ichi infuziyasi uchun.

Mikoseptik preparatlar:

Flukonazol (diflyukan) - 50, 100, 150 i 200 mgdan kapsullar.

Ketokonazol (nizoral) - 200 mgdan tabletkalar.

Itrakonazol (orungal) - 100 mgdan kapsulalar.

Nistatin - 250 va 500 ming birlikda tabletklar.

Klotrimazol - 1% malxam va 1% - 15 ml eritma flakonlarda.

Xlornitrofenol (nitrofungin) - 1% - 25 mldan spirtli eritma flakonlarda.

Tizimli glyukokortikosteroidlar:

Prednizolon - 5 mgdan tabletkalarda; 1 ml - 30 mgdan in'eksiya uchun ampulalarda eritma.

Gidrokortizon - 5 mldan in'eksiya uchun flakonlarda

Deksametazon - 4 mg/ml in'eksiya uchun eritma, 1 va 2 mldan ampulalarda.

Topik glyukokortikosteroidlar:

Mometazon (nazonex) – 60 yoki 120 miqdordan (1 miqdor - 50 mkg) flakonda intranazal ishlatish uchun aerosol.

Flutikazona furoat (avamis) - 30, 60 yoki 120 miqdordan (1 miqdor - 27,5 mkg) flakonda intranazal ishlatish uchun aerosol.

Antigistamin preparatlar:

Difengidramin (dimedrol) - 50 mgdan tabletkalar; in'eksiya uchun ampulada 1% – 1 mldan eritma.

Xloropiramin (suprastin) – 25 mgdan tabletkalar; in'eksiya uchun ampulada 1 ml - 20 mgdan eritma.

Loratadin (klaritin) – 10 mgdan tabletkalar. –

Feksofenadin (telfast) - 12 va 180 mgdan tabletkalar

Dezloratadin (erius) – 5 mgdan tabletkalar. •

Immunomoduliruyuuqie preparatlar:

Bakteriyalarning lizatleri (IRS 19) – sprej, 20 mldan 60 miqdorli flakonda.

Imudon – shimish uchun tabletkalar, to'plamda 40 tabletk.

Azoksimer bromid (polioksidoniy) – in'eksiya uchun ampulada 3 yoki 6 mgdan eritma

Ribomunil - tabletkalar, to'plamda 12 tabletk.

Gomeopatik preparatlar.

Sinupret – ichish uchun tabletkalar va tomchilar.

Tonzipret – og‘izda shimish uchun tabletkalar va tomchilar.

Sinnabsin – og‘izda shimish uchun tabletkalar; to‘plamda 100 tabletka.

Mukolitik preparatlar:

Atsetilsistein (fluimutsil) - 200 mgdan granulali paketlar; burun yondosh bo‘shliqlarini yuvish uchun 10% - 3 mldan eritma ampulalarda.

Atsetilsistein (ATSS) - 100, 200, 600 mgdan tez eruvchi tabletkalar.

Mirtol (gelomirtol forte) – ichish uchun kapsulalar.

Qon tomir toraytiruvchi preparatlar (dekongestantlar):

Nafazolin (naftizin) - 30 mldan (0,05%, 0,1% eritma) flakonda burun tomchilari.

Nafazolin (sanorin) - 10 mldan (1 ml - 1 mg) flakonda burun tomchilari.

Ksilometazolin (galazolin) - 10 mldan (0,05%, 0,1% eritma) flakonda burun tomchilari.

Ksilometazolin (otrivin) - 10 mldan (0,05%, 0,1% eritma) flakonda burun tomchilari.

Oksimetazolin (nazivin) - 10 mldan (0,01%, 0,025%, 0,05% eritma) flakonda burun tomchilari.

Quloq uchun tomchilar:

Lidokain + neomitsin + polimiksin B (anauran) - 25 mldan flakonda quloq tomchilari.

3% Bor kislotaning spirtli eritmasi 10 mldan flakonda quloq tomchilari.

Deksametazon + neomitsin + polimiksin B (polideksa) - 15 mldan flakonda quloq tomchilari.

Rifamitsin (otofa) - 10 mldan flakonda quloq tomchilari.

Lidokain + fenazon (otipaks) – 16 mldan flakonda quloq tomchilari.

Norfloksatsin (normaks) - 5 mldan flakonda quloq tomchilari.

Maxalliy anestetiklar:

Lidokain - 2% - 2 mldan eritma in‘eksiya uchun ampulalarda; mahalliy qo‘llash uchun 10% aerosol (flakonlarda 50 mldan).

Prokain (novokain) - 0,25%, 0,5%, 1%, 2% (2 va 5 mldan, flakonlarda 50-100 mldan) eritma in'eksiya uchun ampulalarda.

Artikain (ultrakain) - 2 mldan eritma in'eksiya uchun 10 ampuladan o'ramda.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar

1. Xodjaeva K.A. Amaliy otorinolariningologiya Tashkent, 2006.
2. Xodjaeva K.A. Amaliy otorinolariningologiya, Tashkent, 2005.
3. Xodjaeva K.A., Vorobyova A.G. Prakticheskaya otorinolariningologiya, Tashkent, 2005.
4. Dadumuxamedov A.N. Bolalar otorinolariningologiyasi, T.:UME, 2005
5. Xasanov S.A, Voxidov N.V. Quloq, burun, xalqum va xiqildoq kasalliklari. Toshkent 2011 y.

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Babiyak V.I., Govorun M.I., Nakatis YA.A., Pashinin A.N. Otorinolariningologiya. - SPb.: Piter, 2012. - 640 s.
2. Bogomilskiy M.R., Chistyakova V.R. Detskaya otorinolariningologiya. - M.: GEOTAR-Media, 2002. - 576 s.
3. Dayxes N.A. Otorinolariningologiya. Materialy k klinicheskim leksiyam. T. 1. - M.: MIA, 2010. - 352 s.
4. Zabolotnyy D.I., Mitin YU.V., Bezshapochnyy S.B., Deeva YU.V. Otorinolariningologiya. - Kiev: Meditsina, 2010. - 496 s.
5. Luchixin L.A. Otorinolariningologiya. - M.: Eksmo, 2008. - 320 s.
6. Maxkamova N.E., Abdullaeva N.N. LOR a`zolarini yallig`lanish kasalliklarida ko`z kosasi va kalla ichi asoratlari / Metodikqo`llanma, Toshkent 2016 y.,44 b.
7. Nosulya E.V. Propedevtika v otorinolariningologii. - M.: MIA, 2009. - 180 s.
8. Ovchinnikov YU.M., Lopatin A.S., Gamov V.P. Bolezni nosa, glotki, gortani i uxa. - M.: MIA, 2008. -320 s.
9. Palchun V.T., Luchixin L.A., Magomedov M.M. Rukovodstvo po prakticheskoy otorinolariningologii. - M.: MIA, 2010. - 344 s.
10. Palchun V.T., Magomedov M.M., Luchixin L.A. Otorinolariningologiya. - M.: GEOTAR-Media, 2011. - 656 s.
11. Piskunov G.Z. Lekarstvennyye preparaty v LOR-praktike. - M.: Prakticheskaya meditsina, 2005. - 158 s.
12. Pogosov V.S. Atlas operativnoy otorinolariningologii. - M.: Meditsina, 2003. - 415 s.
13. Probst R., Grevers G., Iro G. Otorinolariningologiya v klinicheskoy praktike. - M.: Prakticheskaya meditsina, 2012. - 384 s.
14. Soldatov I.B. Leksii po otorinolariningologii. - M.: Meditsina, 1990. - 282 s.
15. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery - 6th Ed. - 3 Vols. - Saunders – 2015

16. Hirshorn M.S., Meklenburg D.J., Dowell R., Clfrk G/ M/ Clinical results for the nucleus 22 channel cochlea implant// International congress of audiology, 18: Abstracts. – Prague 1986 –P 89. O‘quv qo‘llanma.

17. Lasers in Facial Aesthetic and Rekonstruktive surgery. Brian S. Biesman M.D. 1999. O‘quv qo‘llanma.

Internet saytlari:

1. [www.Ziyonet /uz](http://www.Ziyonet/uz)
2. [www.http://lornline.com.](http://www.lornline.com)
3. [www.medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru)
4. [www.medline. ru](http://www.medline.ru)
5. www.med.ru