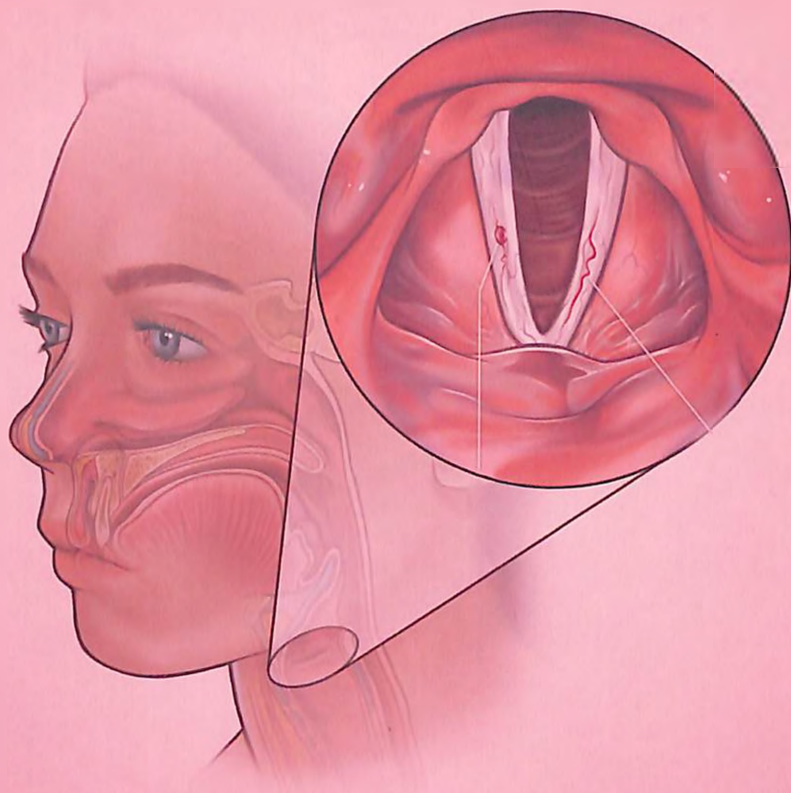


NASRETDINOVA M.T.
NABIYEV O.R.



HIQILDOQ KASALLIKLARI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

NASRETDINOVA M.T., NABIYEV O.R.



HIQILDOQ KASALLIKLARI

O'quv qo'llanma



UDK 616.22(075.8)

BBK 56.8ya73

N 27

Nasretdinova, M.T., Nabiyeu O.R.

Hiqildoq kasalliklari [Matn]: o'quv qo'llanma/ M.T. Nasretdinova, O.R. Nabiyeu. – Samarqand : Samarqand, 2023. – 100 b.

Tuzuvchilar

M.T.Nasretdinova SamDTU 2-son otorinolariningologiya kafedrasini mudiri t.f.d. professor

O.R.Nabiyeu SamDTU 2-son otorinolariningologiya kafedrasini assistenti PhD

Taqrizchilar

U.I. Nurov BuxDTI otorinolariningologiya va oftalmologiya kafedrasini mudiri, t.f.d., dots.

G.O'.Samiyeva SamDTI patologik fiziologiya kafedrasini mudiri t.f.d. dots.

Annotatsiya O'quv qo'llanma otorinolariningologiya sohasidagi hurun yon bo'shliqlarining kasalliklari etiologiyasi va patogenizi, klinik ko'rinishlari va zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash, davolashning jarrohlik taktikalarini yoritib beradi. O'quv qo'llanma talabalarning nazariy va klinik ko'nikmalarni o'rganishlari uchun kerakli bo'lgan zarur ma'lumotlarga ega. Nashrda hiqildoq traxeya va bronxlarni kasalliklarini davolashda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olishga katta e'tibor qaratilgan. O'quv qo'llanma tibbiy oliy o'quv yurtlari magistratura rezidentlari, davolash ishi va kasb ta'limi fakultetlari talabalari uchun tavsiya etiladi.

ISBN 978-9910-771-06-4

© Nasretdinova M.T., Nabiyeu O.R. 2023 y

© Samarqand 2023 y

MUNDARIJA

1 Bo`lim. OTORINOLARINGOLOGIYANING QISQACHA RIVOJLANISH TARIXI.....	4
2 Bo`lim. HIQILDOQ, TRAXEYA VA BRONXLAR.....	8
2.1. Hiqildoqning klinik anatomiyasi	8
2.2. Hiqildoqning klinik fiziologiyasi.....	14
2.3. Hiqildoqni tekshirish usullari.....	16
2.4. Traxeya va bronxlarning klinik anatomiyasi va fiziologiyasi	20
2.5. Traxeya va bronxlarni o`rganish usullari.....	22
2.6. Hiqildoq kasalliklari	25
2.7. Hiqildoq o`smalari. Traxeya va bronxlar kasalliklari.....	45
2.8. Hiqildoqning sil kasalligi va zahmi	50
2.9. Bronx kasalliklari. Yot jismlar	52
3 Bo`lim. LOR ORGANLARINING MAXSUS KASALLIKLARI	55
3.1. Sil kasalligi	55
3.2. Zaxm	61
Mustaqil ish savollarai.....	66
1. Javoblari.....	66
2. Hiqildoqni zamonaviy tekshirish usullari.....	66
LOR A'ZOLARI SPETSEFIK KASALLIKLARI	85
OTORINOLARINGOLOGIYADA QO`LLANILADIGAN DORI VOSITALARI RO`YXATI	92
MAVZU BO`YICHA TEST SAVOLLARI.....	94
VAZIYATLI MASALALAR.....	97
ADABIYOTLAR	99

1 Bo'lim. OTORINOLARINGOLOGIYANING QISQACHA RIVOJLANISH TARIXI

Otorinolarinologiyani o'rganish mavzusi - Yuqori nafas yo'llari va quloq kasalliklarini ichki organlar patologiyasiga bog'liq holda tashxislash, davolash va oldini olish, Shuningdek fiziologiya va burun, tomoq, hiqildoq va quloq patologiyasini ularning barcha organlari va tizimlari bilan o'zaro ta'siri haqidagi ilmiy tadqiqotlardir. Mustaqil tibbiy fan sifatida otorinolarinologiya yaqinda mavjud bo'lgan, chunki quloq, tomoq va burunni tekshirishning ba'zi zamonaviy usullari faqat XX asrda ma'lum bo'lgan. XIX asrning o'rtalarida, tibbiyot allaqachon rivojlanish tarixiga ega bo'lganida, quloq, burun va tomoq kasalliklarini o'rganadigan fan hali mavjud emas edi. Bu quloq, tomoq va burun kasalliklari bilan og'rikan bemorlar bo'lmagan degani emas, ammo shifokorlar bemorning hayoti davomida hech bo'lmaganda oddiy ko'z bilan tekshirish uchun LOR a'zolarini ular chuqurda joylashganligi sababli oddiy tekshiruvdan o'tkazish imkoniga ega emas edilar. SHifokorlar, Shuningdek, bir qator organlar yoki shakllanish funksiyalaridan xabardor emas edilar. Shunday qilib, XIX asrning boshlarida nog'ora pardaning roli aniq bo'lmagan va Galen davrida "quloq shifokorlari" bo'lgan bo'lsa ham, eshitish organlarining ko'plab kasalliklariga chalingan bemorlarni davolash qobiliyatini hech kim aniq bilmaydi. Gippokratning asarlarida siz o'sha paytda quloq, tomoq va burun jarohatlari va kasalliklari uchun ishlatilgan ba'zi tibbiy texnikalarning tavsifini topishingiz mumkin. Ushbu usullarning ba'zilari LOR bemorlarini jarrohlik yo'li bilan davolashning zamonaviy usullari bilan umumiy xususiyatga ega. Masalan, Gippokrat burun poliqlarini ipak ip bilan va dengiz shingichi bo'lagi bilan olib tashlashni maslahat bergan. Polipnihalqumning burun qismidan – burun bo'shlig'i orqali tortib, Gippokrat poliqlarni birlashtiriladigan joyidan ajratib oldi. Shuningdek, u ko'rsatkich barmog'i bilan bodomsimon bezlarni olib tashlash usulini bilar edi. Ammo, Gippokrat bunday amaliy qimmatli tavsiyalar bilan bir qatorda, burundan ajralagan Shilliq – bu miya Shilliq qavatining sekretsiyasi ekanligi va uni to'xtatish xavfli, chunki bu nojo'ya oqibatlariga olib kelishi mumkin deb hisoblagan.

Otorinolarinologiyaning shakllanishi bosqichma – bosqich bo'lib o'tdi va u mustaqil tibbiyot fani sifatida, asosan jarrohlik va terapiyadan paydo bo'ldi. Quloq, tomoq va burun kasalliklari bilan og'rikan

bemorlarni davolash bilan umumiy amaliyot shifokorlari Shugʻullanar edi. Shuni taʼkidlash kerakki, oʻsha paytdagi quloq kasalliklari asosan jarrohlarning, burun, halqum va hiqildoq esa terapevtlarning vakolatiga kirgan. LOR aʼzolarining tuzilishi haqidagi maʼlumotlar asta-sekin kengayib borganligi sababli, quloq, tomoq va burun kasalliklari bilan Shugʻullanadigan shifokorlarga ehtiyoj sezildi.

Otorinolaringologiyaning mustaqil tibbiy fan sifatida shakllanishiga anatomistlar, fiziologlar, jarrohlr va terapevtlarning etuk kashfiyotlari yordam berdi. Demak, Fallopiy (1523-1562) quloq labirintini, uning ikkala oynasini, yarimoysimon kanallarini, yuz asab kanalini tasvirlab bergan; Evstaxiy (1563) eshituv nayi –nogʻora boʻshligʻini, halqumning burun qismi bilan bogʻlaydigan nayni tasvirlagan. U tishlarni yorib chiqish jarayonini, Shuningdek sut va doimiy tishlarning tuzilishini koʻrsatdi. A. Valsalva (1704) tashqi va oʻrta quloq tuzilishini batafsil oʻrganib chiqdi, birinchi marta karlikka olib keladigan kasallik - otosklerozni tasvirlab berdi, oʻrta quloqni puflash usulini taklif qildi. 1851 yilda A. Korti birinchi marta Chigʻanoq retseptor apparatining mikroskopik tuzilishini tasvirlab berdi. XIX asrning ikkinchi yarmida, G.Gelmgols eshitishning fazoviy nazariyasini shakllantirgan va G.Bekeshi hozirgi paytda oʻz ahamiyatini yoʻqotmagan eshitishning gidrodinamik nazariyasini taklif qildi.

Evropada oʻtgan asrning oxiriga kelib quloq, tomoq va burun patologiyasini oʻrganish markazlari shakllana boshladi. Hozirga qadar baʼzi simptomlar, bemorlarni tadqiq qilish usullari yoki davolash usullari haqida gapirganda, Politser, Toynb, Veber, Mener va boshqalarning nomlar tilga olinadi, chunki ular otorinolaringologiyaning paydo boʻlishi uchun oʻzlarining juda koʻp hissalarini qoʻshishgan.

1854 yilda Angliyada musiqa oʻqituvchisi M. Garsiya tomonidan kashf qilingan kashfiyot toʻgʻrisida aytib oʻtmaslik mumkin emas. Aynan u odamlarda hiqildoqni tekshirish usulini yaratgan. Bundan oldin shifokorlar na ovoz boylami, na burun boʻshligʻini, na halqumning burun qismini tekshira olmadilar. Shuningdek, nogʻora pardani tekshirish uchun otoskopiya ham boʻlmagan. M. Garsiya tomonidan taklif etilgan usul shifokorlar tomonidan qabul qilingan va aynan hiqildoqni oʻrganish asosida otorinolaringologiyada - laringologiya boʻlimi paydo boʻlgan. Keyinchalik sunʼiy yoritishni qoʻllash usullari taklif qilindi, bu esa burun boʻshligʻining chuqurligini koʻrib chiqishga imkon berdi - rinoskopiya amalga oshirila boshlandi va dastlab yanada

murakkab usul - orqa rinoskopiya taklif qilindi va Shundan keyingina burun oynasi (burun dilatatori) ixtiro qilindi va rinologiya – fanning yana bir bo'limi paydo bo'ldi. Otiatriya keyinchalik shakllandi va dastlab bu mutaxassisliklar o'z-o'zicha mavjud edi. Biroq, quloq, tomoq va burunning yaqin genetik, anatomik va funksional o'zaro bog'liq munosabatlari keyinchalik bu mutaxassisliklarni birlashtirishga majbur qildi. Rus shifokori F.K. Anrepa (1884) kokainni mahalliy og'riqsizlantiruvchi vosita sifatida ishlatish to'g'risidasi tadqiqoti otorinolarinologiyani yanada rivojlantirishga turtki bo'ldi. Bu traxeya, bronxlar va qizilo'ngachni o'rganishning endoskopik usullari yo'nalishiga qadam qo'yishga imkon bergan og'riqsizlantirish edi. Ushbu tadqiqot usullari va yaratilgan asbob-uskunalar V. Bryunings, G. Killian nomlari bilan bog'liq. CHex olimi YA. Purkine 1820 yilda ko'z olmalari nistagmi bilan bosh aylanishi o'rtasidagi bog'liqlikni isbotladi va 1824 yilda Flurans muvozanatning ichki quloq yarimaylana kanallari holatiga bog'liqligini o'rnatdi. Vena olimi F.Politser (1835-1920) Evropada otorinolarinologiya shakllanishining asoschisi hisoblanadi. G.SHvars (1835-1910) so'rg'ichsimon o'siqni trepanatsiya qilish texnikasini ishlab chiqdi va 1889 yilda E.Kyuster va E.Saufal bugungi kunda ham qo'llaniladigan radikal quloq jarrohligini ishlab chiqishni yakunladilar.

Rossiyada quloq, tomoq va burun patologiyasining ba'zi masalalarini qamrab olgan birinchi yirik qo'llanma Sankt-Peterburg tibbiyot-jarrohlik akademiyasi professori I.F.Bush tomonidan yozilgan (1806). Ujarrohlik bo'limida quloq jarrohligi uchun yotoqlarni bemorlar uchun ajratdi. Shuni ta'kidlash kerakki, Rossiyada quloq kasalliklariga chalingan bemorlarning soni juda ko'p edi. Inqilobgacha bo'lgan Rossiyada armiyaga yollanganlarning taxminan 15% aynan quloq kasalliklari sababli rad etilgan. O'sha paytda quloq, burun va tomoq kasalliklariga chalingan bemorlarga amaliy yordam ko'rsatilmagan, lekin XIX asrning oxirlarida Evropada allaqachon alohida ixtisoslashgan klinikalar mavjud edi. Rossiyadagi amaliyotchilar quloq kasalliklarining tabiati to'g'risida juda bexabar edilar. Ularning orasida quloqdan yiringni to'xtatish mumkin emas, aks holda intrakranial asorat paydo bo'lishi mumkin degan fikr bor edi. N.I. Pirogov o'zining "Umumiy harbiy dala jarrohligining boshlanishi" kitobida hiqildoqstenozini oldini olish bo'yicha aniq tavsiyalar bergan va traxeotomiyani qo'llab-qo'vvatlagan. Uning muzlatilgan murdalardao'tkazilgan anatomik

tadqiqotlari bosh va bo'yin a'zolarining topografik anatomiyasini o'rganishga katta hissa qo'shdi.

1892 yilda Rossiyada uchta mutaxassislikni birlashtirgan birinchi LOR klinikasining yaratilgan. Akademik N.P. Simanovskiy (1854-1922) Sankt-Peterburgdagi Harbiy Tibbiyot Akademiyasida quloq, tomoq va burun kasalliklarining yagona bo'limini tashkil qildi. N.P. Simanovskiy milliy otorinolaringologiyani shakllantirishda juda ko'p hissa qo'shgan va Rossiyada birinchi otorinolaringologlar maktabini yaratdi. Moskvadagi birinchi klinika 1896 yilda ochilgan bo'lib, u eng yaxshi Evropa klinikalari darajasida jihozlangan. Uning birinchi direktori professor S.F. SHteyn quloq labirinti muammolari bo'yicha juda ko'p tadqiqotlar olib borgan. Umuman olganda, Rossiyada inqilobgacha bo'lgan davrda yotoq hajmi juda cheklangan – beshta LOR klinikasi bo'lgan. 1922 yildan boshlab otorinolaringologiyani o'qitish barcha tibbiyot fakultetlari uchun majburiy bo'lib qoldi.

O'tgan asrda sobiq Sovet Ittifoqi otorinolaringologlari orasida taniqli olimlar, o'quv jarayonining tashkilotchilari, o'zlarining mehnatlari bilan otorinolaringologiyani rivojlanishiga hissa qo'shgan, o'z maktablarini yaratgan ajoyib jarrohlardan paydo bo'ldi: A.F. Ivanov va L.I. Sverjevskiy (Moskva), L.T. Levin (Leningrad), M.F. Sytovich (Saratov), V.I. Voyachek (Leningrad), B.S. Preobrajenskiy (Moskva), I.B. Soldatov (Samara), V.T. Palchun (Moskva), YU.M. Ovchinnikov (Moskva), M.R. Bogomilskiy (Moskva), G.Z. Piskunov (Moskva) Shular jumlasidandir. Rossiya Federatsiyasida so'nggi o'n yilliklarda – otorinolaringologiya tibbiyotning eng muhim tarmog'iga aylandi, mamlakatda tibbiyot va ilmiy muassasalarning keng tarmog'i shakllanib, unda 10 mingdan ziyod otorinolaringologlar ishlamoqda. Moskvada ikkita yirik ilmiy va amaliy markaz (federal va Moskva), Sankt-Peterburgda otorinolaringologiya ilmiy-tadqiqot instituti mavjud. Hozirgi kunga kelib, mamlakatning oliy tibbiy ta'lim muassasalari - universitetlar, akademiyalarda otorinolaringologiya kafedralari mavjud bo'lib, ular yirik o'quv va ilmiy-amaliy markazlar bo'lib xizmat qiladi, ularda talabalar, klinik ordinatorlar, aspirantlar va doktorantlar tayyorlanadi. Tibbiyot universitetlarining barcha stomatologiya fakultetlari quloq, burun va tomoq kasalliklarini o'rgatadi.

2 Bo'lim. HIQILDOQ, TRAXEYA VA BRONXLAR

2.1. Hiqildoqning klinik anatomiyasi

Hiqildoq(*larynx*)bo'yinning old qismida, tilosti suyak va traxeya o'rtasida joylashgan (5.1-rasm).

Bu tog'ay, boylam va mushaklar hosil qilgan ichi bo'sh organ. Hiqildoq qalqonsimon bez va uning bo'yinchasi, bo'yin, halqum va qizilo'ngachning katta tomirlari bilan anatomik aloqada bo'ladi (5.2-rasm).

Hiqildoq skeletlari tog'aylardan iborat: 3 toq yoki katta va 3 juft yoki kichik (5.3-rasm).

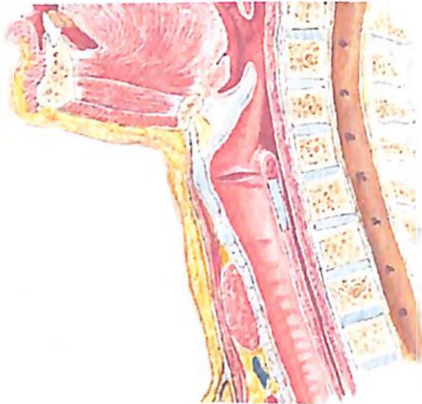
Toq tog'ayga:

Uzuksimon tog'ay(*cartilago cricoidea*);

Qalqonsimon tog'ay(*cartilago thyroidea*);

Hiqildoq usti(*cartilago epiglottica*).

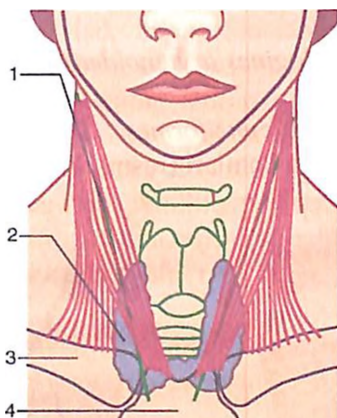
Uzuksimon tog'ay- traxeyaning birinchi yarim halqasiga bog'langan hiqildoqning eng past tog'ayi. U hiqildoqning asosi hisoblanadi. Uning nomi uzukka o'xshashligidan olingan.



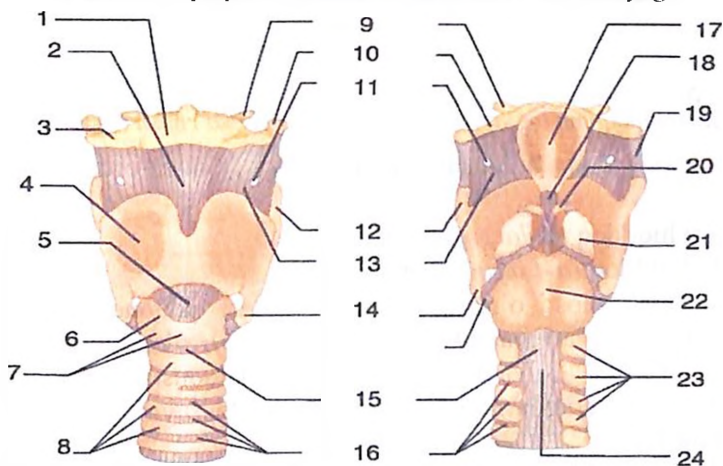
Rasm 2.1. Hiqildoq joylashuvi

Bo'g'imlar yordamida uzuksimon tog'ayga navbatdagi juftlashgan qalqonsimon tog'ayga ulanadi, u ikkita deyarli to'rtburchak plastinkaga ega bo'lib, old tomoni burchak ostida yaqinlashadi va hiqildoqning bo'rtmasini hosil qiladi. Erkaklarda ko'proq seziladi. Yuqori qismida plastinkalar yuqori shoxlarga ega bo'lib, ularning yordamida tog'aygatilosti suyagi bilan bog'lanadi, pastki qismi esa uzuksimon

toq'aygabog'lanadi. Uchinchi toq tog'ayga–hiqildoq usti hiqildoqning barcha qismlarining ustida joylashgan va tilning ildizi pastga bosilganda ko'rish mumkin.



Rasm. 2.2. Hiqildoqning bo'yinda proeksiyasi: 1 - to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak; 2 - qalqonsimon bez; 3 - o'mrov; 4 - to'sh suyagi



Rasm. 2.3. Hiqildoq skeleti: 1, 3, 9, 10, 12 –tilosti suyagi; 2, 13, 19 –qalqonsimon-tilosti boylami; 4, 14 –qalqonsimon tog'ay; 5 – qalqonsimon-uzuksimon boylam; 6, 7, 22 – uzuksimon tog'ay; 8, 23 –traxeya uzugi; 11 –hiqildoqning tomir-nerv tutami uchun teshik; 15 – uzuksimon-traxéal boylam; 16 –traxeyaning aylana boylamlari; 17 – hiqildoq usti qopqog'i; 18 –qalqonsimon-hiqildoq usti boylami; 20 – shoxsimon tog'aylar; 21 – cho'michsimon tog'aylar; 24 –traxeyaning membranoz qismi

Hiqildoq kasalliklari

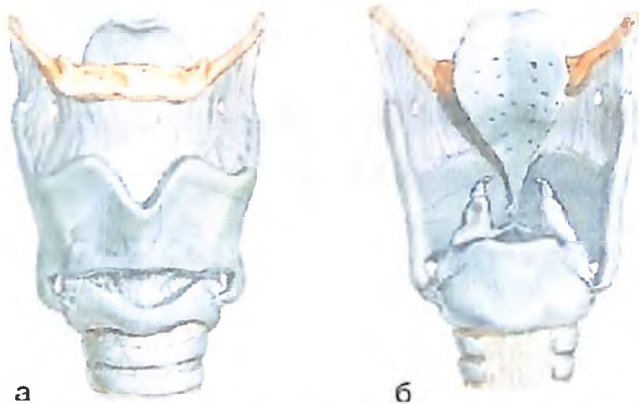
Agar uzuksimon togʻay hiqildoqning asosi boʻlsa, qalqonsimon togʻay, hiqildoq boʻshligʻini tashqi qisilishdan himoya qiladi, keyin hiqildoqusti, yutish paytida soʻlak va oziq-ovqat massasining nafas olish yoʻliga kirishiga imkon bermaydigan hiqildoqning "qopqogʻi" dir.

Juft togʻaylar:

choʻmichsimon (*cartilagine arytenoidea*): shoxchali (*cartilagine corniculatae*);

ponasimon (*cartilagine cuneiformes*).

Hiqildoqning asosiy boylamlari (rasm. 5.4)



Rasm: 2.4. Hiqildoqning togʻay va boylamlari: oldingi koʻrinish (a) va orqa (b)

Hiqildoqni qon bilan taʼminlash ikki tomir orqali amalga oshiriladi:

Yuqori hiqildoq (*a. laryngea superior*);

pastki hiqildoq (*a. laryngea inferior*).

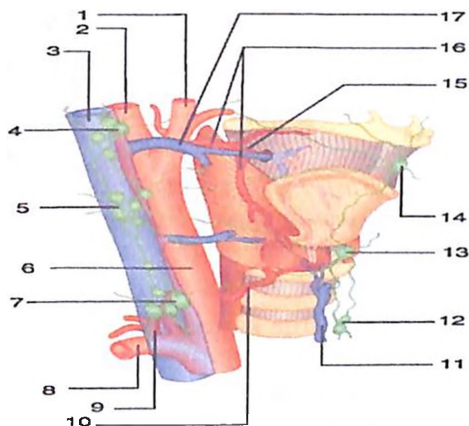
Qalqonsimontilosti oʻrta va yon boylamlari qalqonqimon tilosti membrananing qismlari (*membrana thyrohyoidea*), ular bilan hiqildoq suyagidan tilosti suyagiga osilgan. Qalqonsimonhiqildoqusti boylami (*lig. thyroepiglotticum*) hiqildoqusti togʻayni qalqonsimon togʻayga bogʻlaydi.

Uzuksimon qalqonsimoon yoki konussimon boylam (*lig. cricothyroideum*) uzuksimon togʻay yoyi va qalqonsimon togʻay pastki chetini birlashtiradi. Shu bilan birga til osti hiqildoq usti (*lig. hyoepiglotticum*), uzuksimon shoxchali (*lig. cricotracheale*) va hiqildoqusti choʻmichsimon (*lig. aryepiglottica*) kabi boylamlar mavjud.

Choʻmichsimon togʻayga ovoz burmalari va ichki mushaklarning asosiy qismiga qoʻshilib, ular ovoz yoki nafas olish teshigini ochib -

yopadi (lateral uzuksimon, cho'michsimon, qiyshiq cho'michsimon, ko'ndalang cho'michsimon, ovoz, oldingi uzuksimon qalqonsimon). Bu mushaklarning barchasi ovoz tirqishini yopadi va faqat bitta mushak orqa uzuksimon cho'michsimon uni ochadi. Hiqildoqning tashqi mushaklari uchta juft mushak bilan ifodalanadi: to'sh-qalqonsimon, to'sh-tilosti, qalqonsimon-tilosti, ular asosan adashgan nervi tomonidan innervatsiya qilinadi. Hiqildoqning shilliq qavati burun bo'shlig'i va tomoq shilliq qavatining davomi bo'lib xizmat qiladi. Haqiqiy ovoz burmalar yassi, boshqa bo'limlar kiprikli epiteliy bilan qoplangan. Hiqildoqning ba'zi qismlarida shilliqosti qatlam yaqqol darajada rivojlangan (hiqildoq ustining til yuzasi, vestibulyar burmalar, ovoz osti bo'shlig'i). Bu erda hiqildoq shishi rivojlanib, nafas olish va yutish qiyinlashadi.

Yuqori hiqildoq arteriya Yuqori qalqonsimon arteriya tarmog'i bo'lib xizmat qiladi, bu esa o'z navbatida bo'yindagi tashqi uyqu arteriyasidan chiqqan (5.5-rasm).



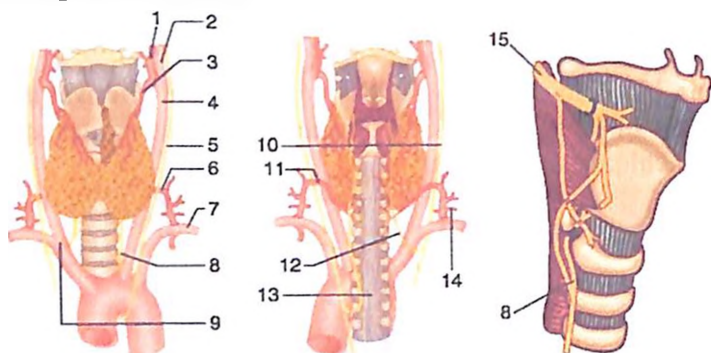
Rasm. 2.5. Hiqildoqning qon bilan ta'minlanishi: 1 – tashqi uyqu arteriyasi; 2 – ichki uyqu arteriyasi; 3 – kovak vena; 4, 5, 7 – bo'yin limfa tugunlari; 6 – umumiy uyqu arteriyasi; 8 – o'mrov osti arteriya; 9 – qalqonsimon-bo'yin ustuni; 10 – pastki hiqildoq arteriyasi; 11 – pastki qalqonsimon vena; 12, 13, 14 – traxeyaoldi limfa tugunlari; 15, 16 – yuqori hiqildoq arteriyasi; 17 – yuqorigi hiqildoq venasi

Hiqildoq innervatsiyasi yuqori halqum nervi (adashgan nervning bir shoxi) tomonidan amalga oshiriladi, u hiqildoq bo'shlig'iga qalqonsimon-tilosti membranasi teshigi orqali kiradi (n. laryngeus superior). Ushbu nervning boshqa bir shoxi- harakatlantiruvchi, yagona

Hiqildoq kasalliklari

mushakni innervatsiya qiladi – oldingi uzuksimon qalqonsimon, bu qalqonsimon tog`ayni old tomonidan o`tib va Shu bilan ovozning boylamlarini cho`zadi, bu esa ovozning ravshanligiga ta`sir qiladi. Hiqildoqning qolgan mushaklari pastki halqum yoki qaytuvchi nerv tomonidan innervatsiya qilinadi (*n. laryngeus inferior*).

Chap qaytuvchi nerv aorta yoyi atrofida egilib, Chap takroriy asab bo`yniga ko`tarilib, qizilo`ngach va traxeya orasidagi truba ichida yotadi, o`ng tomoni –o`mrov osti arteriya atrofida egilib, bo`yniga ko`tarilib, hiqildoq mushaklariga yaqinlashadi (Rasm 6). Ushbu nervlarning siqilishi yoki ularga zarar etkazilishi nafas olish va ovoz shakllanishiga ta`sir qiladi.



Rasm 2.6. Hiqildoq innervatsiyasi: 1, 3, 6, 11, 14 – qalqonsimon arteriya; 2, 4 – umumiy uyqu arteriyasi; 5, 10 – adashgan nerv; 7 – o`mrov osti arteriyasi; 8, 12 – pastki hiqildoq nervi; 9 – o`mrov osti arteriya; 13 – traxeya; 15 – yuqorisi hiqildoq nervi

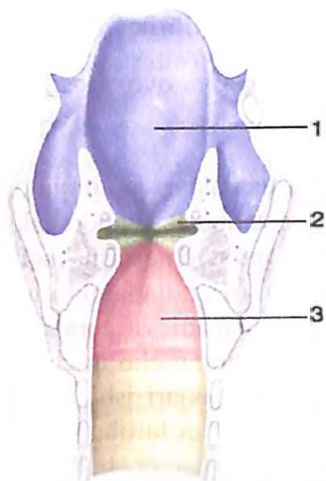
Anatomik va klinik belgilarga ko`ra hiqildoq uch qismga bo`linadi (4.7-rasm):

Yuqori – hiqildoq dahlichasi (*vestibulum laryngis*) - halqumga kirishdan vestibulyar burmalar darajasiga qadar;

o`rta – ovoz tirqishi (*rima vocalis*) - ovoz burmalar darajasi;

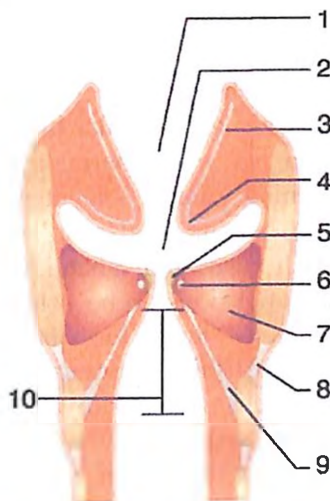
pastki – burmaosti sohasi - ovoz burmalardan traxeyaga qadar.

Hiqildoqning dahliz burmalari shilliq qavatining takrorlanishi sifatida xizmat qiladi. Ovoz burmalarining asosini ovoz mushaklari tashkil qiladi. Ovoz burmalarining oqish ranglari, ularning Yuqori yuzasida skvamoz epiteliy hujayralarining zich joylashishi va ularning ostida elastik membrana borligi bilan bog`liq.



Rasm. 2.7. Hiqildoq qavatlar topografiyasi: 1 –hiqildoq dahlizi; 2 –ovoz tirqishi; 3 –burmaosti sohasi

Dahliz va ovozli burmalar orasida bo'shliq - hiqildoq qorinchasi joylashgan (5.8-rasm).



Rasm: 2.8. Hiqildoq burmalari:

1 – hiqildoq dahlizi; 2 – hiqildoq qorinchalari; 3, 4 - vestibulyar burmalar; 5, 6 – ovoz burmasi; 7 – ovoz burmasi mushaklari; 8 - halqa shaklidagi membrana; 9 - elastik konus; 10 –burma osti sohasi.

2.2. Hiqildoqning klinik fiziologiyasi

Hiqildoq nafas olish, himoya va ovoz hosil qiluvchi funksiyalarni bajaradi.

Nafas olish funksiyasi

Havo nafas olayotganda va chiqarishdahiqildoqdan o'tadi. Bunday holda, ovoz tirqishi ochiq va yonbosh uchburchak shaklga ega bo'lib, uning kengligi nafas olish va nafas chiqarish kuchiga qarab o'zgaradi. Tinchgina nafas olish paytida ovoz qatlamlarning kichik harakatlari tufayli ovoz tirqishi biroz kengayadi va torayadi. Ovoz tirqishining torayishi va kengayishi uzuksimon-cho'michsimon bo'g'imlarning qo'shilishi va hiqildoq ichki mushaklari ishi tufayli amalga oshiriladi. Bu o'pkaga kiradigan havo miqdorini tartibga soladi. Hiqildoq nafaqat havo o'tkazuvchi nay vazifasini bajaradi, balki nafas olish jarayonida faol ishtirok etadi, nafas olayotgan havoning sifatli tarkibiga qarab, o'pkaga havo oqimini tartibga solib turadi. Refleksogen zonalar tufayli korellyasiya chuqurligi o'zaro bog'liq bo'lib, sifatsiz havo ta'minoti paytida torayadi.

Himoya funksiyasi

Hiqildoqning himoya funksiyasi hiqildoq Shilliq qavatining harorat, kimyoviy va ta'sirlanish sezgirligi bilan uchta refleks zonasi mavjudligi sababli amalga oshiriladi. Zonalar hiqildoq ustining hiqildoq yuzasiga, ovoz burmalarga va ovoz burmalar ostidagi bo'shliqqa tarqaladi. Ushbu zonalarning nafas olayotgan havodagi zararli aralashmalar (chang, gazlar), begona jismlar (so'lak, oziq-ovqat massasi va boshqalar) bilan ta'sirlash xususiyati sababli,hiqildoq bo'shlig'ining bir zumda torayishi, yo'tal refleksi paydo bo'lishiga olib keladi. Spazm begona jismning pastki nafas yo'llariga kirib borishini oldini oladi va refleksli yo'tal uning chiqarilishiga yordam beradi. Pastki nafas yo'llarini oziq-ovqat kirib kelishidan himoya qilish, yutish paytida hiqildoqni ko'tarish bilan bir vaqtda vestibulyar va ovoz burmalarni yopib, cho'michsimon tog'ayga egilib turadi.

Ovozni shakllantirish funksiyasi

Ovoz shakllanishi-hiqildoqqa nafaqat nafas olayotgan havo o'tishi paytida, balki hiqildoq mushaklarining faol ishi paytida ovoz burmalarining tebranishi tufayli ham hosil bo'ladi. Fonatsiya paytidagi ovoz burmalari uzunlik va kenglikda o'zgarib turadi. Hiqildoq chiqaradigan tovush tembriga qarab faqat burmalarining erkin qirralari

o'zgarishi mumkin yoki ularning hammasi kengligi bilan farq qiladi. Ovozni past odamlar (bas, kontralto) baland ovozli odamlarga (tenor, soprano) nisbatan ovoz burmalarning uzunligi va kengligi kattaligi bilan farqlanadi. Ovoz tovushi hiqildoq, traxeya, bronxlar, o'pka, diafragma va qorin pressining butun nerv-mushak apparati ishi natijasida hosil bo'ladi.

Ovozni shakllantirish jarayoni - bu bizning ongimizga bo'ysungan ixtiyoriy harakatidir. Hiqildoqdan chiqqan nerv impulslari afferent tolalar bo'ylab miya po'stlog'igayo'naltiriladi va u erdan, efferent tolalar bo'ylab, ovoz apparatining murakkab ishini tartibga soladi va muvofiqlashtiradi.

Ovoz balandligi vokal qatlamlarning tebranish chastotasiga bog'liq bo'lib, bu o'z navbatida ularning uzunligi va tarangligi bilan bog'liq. Ovoz kuchi, uning hajmi nafas chiqarish kuchi, vokal qatlamlarning taranglik darajasi va ularning tebranish amplitudasi bilan belgilanadi. Ovoz tovushining tembr yoki rang-barangligi ovoqli tovushning asosiy ohangiga juda ko'p obertonlarqo'shilishi bilan izohlanadi. Ovoz burmalari torlar singari tebranadi. Obertonlar, asosiy ohang bilan birlashganda, ovozga mos tembr beradi.

Hiqildoqda paydo bo'lgan ovoz tovushi kuchayadi va Yuqori va Ovoz balandligi -kuch va tembr bilan ajralib turadigan tovushlarning birlashib ovozni hosil qiladi pastki rezonatorlarda yakuniy shaklini topadi. Yuqori rezonatorlarga halqum bo'shlig'i, og'iz, burun va bosh suyagi, burun yondosh bo'shliqlari kiradi. Ko'krak qafasi pastki rezonator bo'lib xizmat qiladi. Rezonatorlarda ovoz o'ziga xos tembrga ega bo'ladi. Ikkinchisi, vokal va nutq apparati qurilmasining yoshiga, jinsiga, individual xususiyatlariga, Shuningdek rezonatorlarning holatiga ham bog'liq.

Nutq ikkinchi signal tizimining (ayniqsa insoniy, yuqori fikrlash) faoliyati natijasi hisoblanadi. Nutqning o'zi eshitish analizatori tomonidan boshqariladi, bu bolada normal nutqni rivojlantirishda muhim rol o'ynaydi.

Pichirlash nutqi havo oqimining yuqori nafas yo'llari va og'iz bo'shlig'i devorlariga ishqalanishi tufayli yuzaga keladi va bunda ovoz burmalari to'liq yopilmaydi.

2.3. Hiqildoqni tekshirish usullari

I bosqich- tashqi tekshirish va palpatsiya

Hiqildoq sohasini tashqi tekshiruvi uning o'smalardagi assimetriyasini, tog'ay to'qimalardagi yallig'lanish jarayonlarini baholashga imkon beradi. Diagnostikaning muhim usuli bu hiqildoqni paypaslash, uning gorizontal tekislikdagi faol siljishi bo'lib, harakatlanayotgan tog'aylarning g'ichirlashi bor yoki yo'qligi to'g'risida qaror qabul qilishga imkon beradi (yo'q bo'lganda, o'smadan shubha qilinadi).

II bosqich - bilvosita laringoskopiya

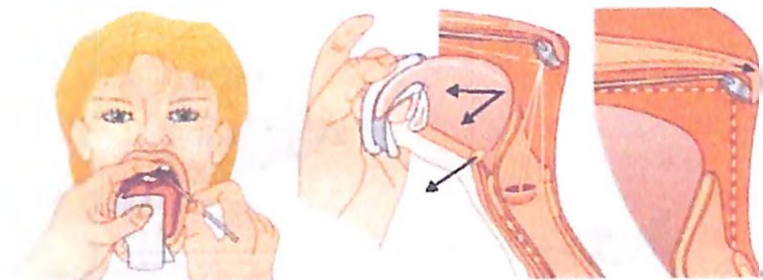
Hiqildoq bo'shliqni tekshirish uchun bilvosita va to'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya usullariga murojaat qilish kerak. Bilvosita laringoskopiya dastagidagi hiqildoq oynasi yordamida vaavtonom yoritgichli laringoskoplari bo'lgan maxsus asboblarda to'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya amalga oshiriladi.

Bilvosita laringoskopiya (gipofaringoskopiya). Bemor erkin o'tirgan holatda, yorug'lik manbai uning o'ng qulog'i darajasida. Birinchidan, siz "quyonchani" ushlashingiz kerak, so'ngra tomoq oynasini biroz qizdiring, bemorga tilini chiqarishini so'rang, salfetka bilan o'rab oling va Shu holatda mahkamlang. Bemor og'zidan chuqur nafas olishi kerak, Shu payt ko'zgu yuzasi bilan pastga qarab, yumshoq tanglayga tegguncha og'iz bo'shlig'iga kiritiladi (5.9-rasm). Bemorga "i. i. i" tovushlarini talaffuz qilish so'raladi. Bu nafas olish va fonatsiya paytida hiqildoqni ko'rishga imkon beradi. Hiqildoq Shilliq qavatining rangiga, ovoz qatlamlarning rangiga, ularning harakatchanligiga va fonatsiya paytida yopilishiga e'tibor bering. Burmalar harakatining simmetriyasi qayd etilgan (4.9-rasmga qarang).

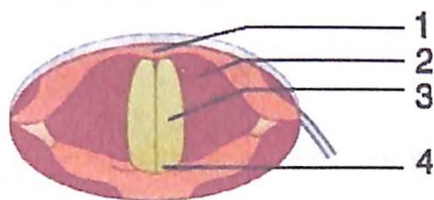
Kuchaygan refleks bilan ular og'riqsizlantiruvchi eritmani (lidokain) tomoq Shilliq qavatiga, tomoq orqa tomoniga va tilning ildiziga purkash orqali amalga oshiriladi. Surtish uchun maxsus vatnikli zondan foydalanishingiz mumkin.

Bilvosita laringoskopiya har doim ham kasallikni tashxislash uchun etarli bo'lmasligi mumkin. Bunday hollarda rigid laringoskop yordamida (Rasm 10.) yoki egiluvchan fibrolaringoskop (Rasm 11.), yoki maxsus mikroskop yordamida narkoz ostida o'tkaziladigan bevosita mikrolaringoskop yordamida (Rasm 12., Rasm 13.) hiqildoqni ko'rishimiz mumkin.

bilvosita laringoskopiya texnikasi



fonatsiyada



nafas olishda



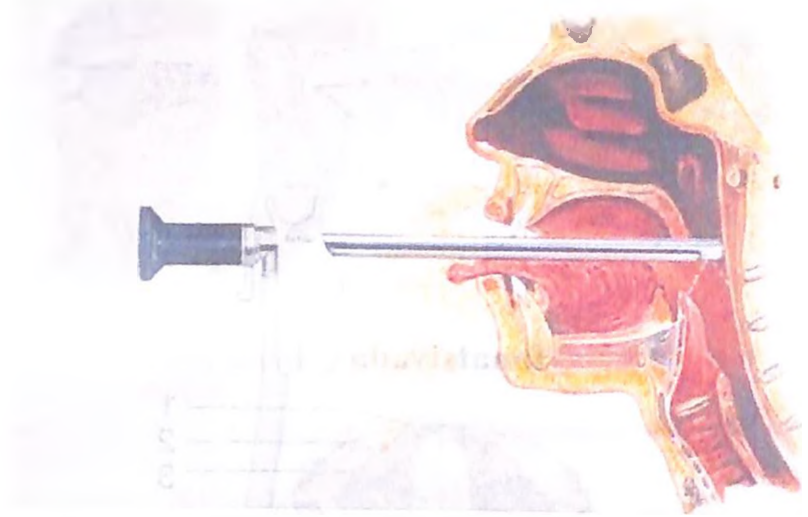
Rasm. 2.9. Bilvosita laringoskopiya da hiqildoq oynasining halqumning og'iz qismida joylashuvi. Bilvosita laringoskopiya da hiqildoq tasviri: 1 – hiqildoq usti; 2 – vestibulyar burmalar; 3 – ovoz burmalari; 4, 6 – cho'michsimon tog'ayi; 5 – cho'mich-hiqildoq usti burmalari; 7, 8 – ovoz tirqishi

Hiqildoq rentgenografiyasi

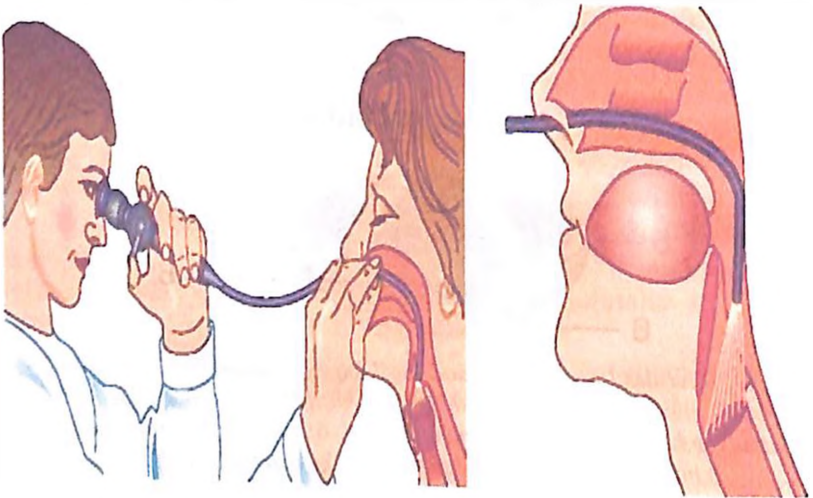
Tashxisni aniqlashtirishda hiqildoqning rentgenografik tekshiruvi ayniqsa, frontal yuzada o'tkaziladigan tomografiya katta ahamiyatga ega. Qo'shimcha usul sifatida hiqildoq tog'ayi suyaklanishini, havo ustuni shaklini, hiqildoq qorinchalari holatini, yot jismlari va o'smalarini

Hiqildoq kasalliklari

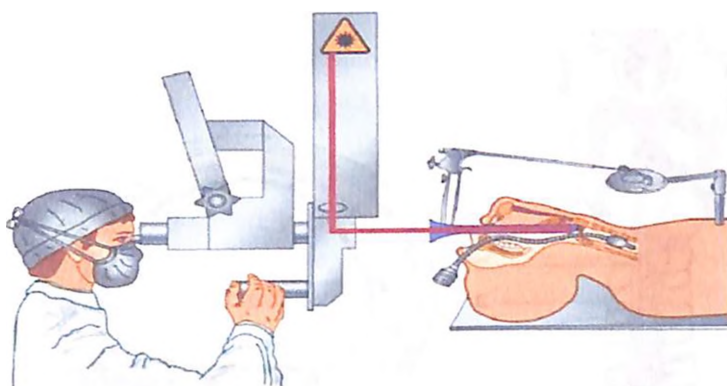
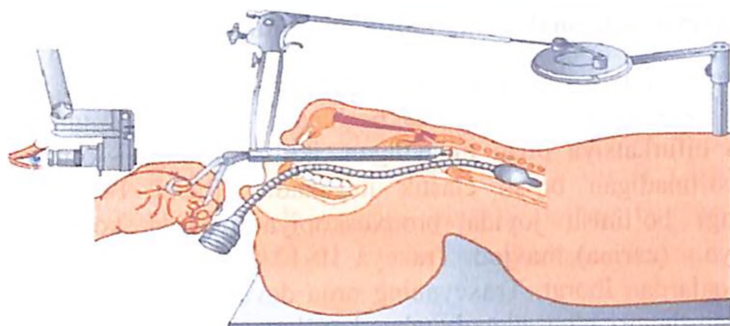
aniqlashda qo'llaniladi. Hiqildoq KT yuqori ma'lumot ega. Bu usul hiqildoqning barcha qismlari faoliyati to'g'risida ma'lumot beraoladi



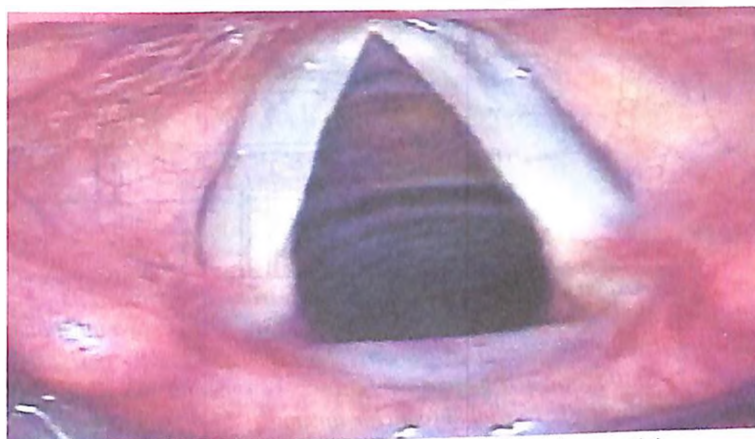
Rasm 2.10. Rigid laringoskop yordamida hiqildoqni tekshirish



Rasm. 2.11. Egiluvchan laringoskop yordamida hiqildoqni tekshirish



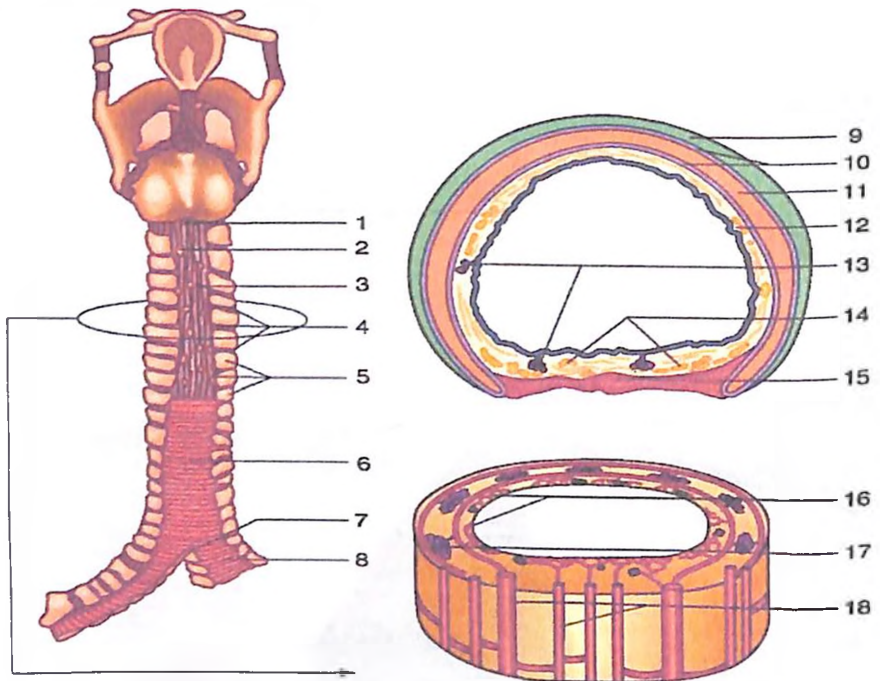
Rasm. 2.12. Bevosita mikrolaringoskopiya



Rasm. 2.13. Mikrolaringoskopiya hiqildoq tasviri

2.4. Traxeya va bronxlarning klinik anatomiyasi va fiziologiyasi

Traxeya (traxeya) hiqildoqning bevosita davomi bo'lib xizmat qiladi, bu uzuksimon tog'ay ostida boshlanib, IV ko'krak umurtqasi darajasida bifurkatsiya bilan tugaydigan, ikkita bronxga - o'ngga va chapga bo'linadigan bo'sh elastik naychadir (Rasm 14). Traxéal bo'shliqdagi bo'linish joyida bronxoskopiya paytida ko'rinadigan bifurkatsiya - (carina) mavjud. Traxeya 10-12 sm uzunlikda va 16-20 yarim halqalardan iborat. Traxeyaning orqa devori membranali bo'lib, qizilo'ngach devori bilan chambarchas bog'langan tolali to'qimalardan iborat.



Rasm 2.14. Traxeya anatomiyasi: 1 –uzuksimon-traxéal boylam; 2, 3 - membranali qism; 4 - halqa boylamlari; 5 - traxéal tog'ay; 6 - traxeya mushaklari; 7 –traxeya bifurkatsiyasi; 8 - o'ng asosiy bronx; 9 - adventitsiya; 10 - perixondriy; 11 - tog'ay; 12 - shilliq qavat; 13 - traxeya bezlari; 14 - membrana qismi; 15 - traxeyaning mushaklari; 16 - ichki tomirlar tarmog'i; 17 - tashqi tomirlar tarmog'i; 18 - traxeyaning tomirlari

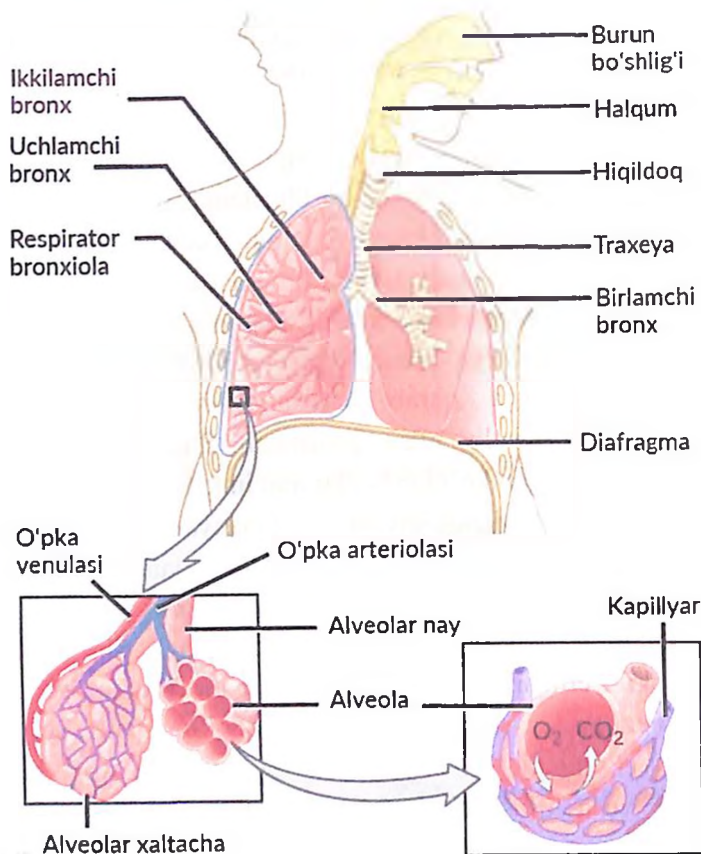
Traxeyaning bifurkatsiyasi V ko'krak umurtqasi darajasida sodir bo'ladi. Traxeyaning bo'yin qismi qalqonsimon bezning bo'yinchasi

bilan qoplangan. Traxeya va qizilo'ngach orasidagi chuqurchada qaytuvchi hiqildoq nervlari o'tib, traxeya devorlariga shoxlar beradi.

Bronxlar. Traxeya ikki bronxga bo'lingan bo'lib, ularning har biri asosiy deb belgilanadi. o'ng bronx chapga qaraganda qisqaroq va kengroq bo'lib, traxeyaning davomi bo'lib xizmat qiladi, Chap tomon esa ko'proq burchak ostida chiqadi, shuning uchun begona jismlar ko'pincha o'ng bronxga tushadi. Ushbu bronxlardan shoxlanib, torayib boradigan bronxial shoxlar chiqib ketadi, ular o'z navbatida bir necha marta bo'linib, bronxiollarga o'tadi. Traxeya va bronxlarning Shilliq qavati, tuklari yuqoriga qarab harakatlanadigan ko'p qatlamli silindsimon kiprikli epiteliy bilan qoplangan. Shilliq qavatida oqsil-Shilliq sekret chiqaradigan ko'plab bezlar mavjud.

Traxeya va bronxlar fiziologiyasi. Traxeya va bronxlarning asosiy vazifasi havo o'tkazuvchanligi deb hisoblanadi. Traxeya va bronxlarning shilliq qavati, tuklari yuqoriga qarab harakatlanadigan ko'p qatlamli silindsimon kiprikli epiteliy bilan qoplangan. Shilliq qavatida oqsil-shilliq sekret chiqaradigan ko'plab bezlar mavjud. Kiprikli epiteliy va shilliq bezlarning mavjudligi havoga kiradigan sekretsia, Yallig'lanish eksudati va mexanik, kimyoviy va bakterial aralashmalarni yo'q qilishga yordam beradi bu esa uz navbatida organizimni uziga xos ximoya vositasi xisoblanib yod jisimlar asosan yo'talish refleksi orqali chiqib ketadi. Yo'talish inson organizimida viruslar va kasalik chaqiruvchi potogen floralarni chiqarishda muxim rol uynaydi va aspiratsiyon pnevmoniyani profilaktikasi uchun yo'tal refleksi ham muhim himoya funksiyasiga ega.

Traxeya va bronxlar fiziologiyasi. Traxeya va bronxlarning asosiy vazifasi havo o'tkazuvchanligi deb hisoblanadi. Kiprikli epiteliy va shilliq bezlarning mavjudligi havoga kiradigan sekretsia, Yallig'lanish eksudati va mexanik, kimyoviy va bakterial aralashmalarni yo'q qilishga yordam beradi. Yo'talish refleksi ham muhim himoya funksiyasiga ega.



2.5. Traxeya va bronxlarni o'rganish usullari

Traxeya va bronxlarni tekshirish har ikkala egiluvchan, tolali optik bilan jihozlangan va qattiq bronkoskoplar yordamida amalga oshiriladi. Bemorning og'zidan o'tkaziladigan bronxoskopiya Yuqori va traxeostomiya orqali esa pastki, deb nomlanadi. Traxeobronxoskopiya - bu traxeya va bronxlarni bevosita tekshirish usuli. Shu bilan birga, tashxis qo'yish, biopsiya qilish, begona jismni olib tashlash, kichik hajmdagi yaxshi sifatli o'smani olib tashlash, bronxoektaz va o'pka xo'ppozlarini, bronxial sil kasalligini davolash mumkin. Bronxoskopiya zamonaviy shaklda moslashuvchan bronxoskop yordamida amalga oshiriladi, u biopsiya qilish yoki begona jismlarni olib tashlash uchun instrumental kanalga ega (4.38-rasm). Rentgenoskopiya va

rentgenografiya bronxda metall yot jismni aniqlash uchun juda muhimdir. Shuningdek, bilvosita belgilar bilan, bronxda kontrast bo`lmagan begona jismni aniqlash mumkin. Shunday qilib, atelektaz rivojlanishiga olib keladigan bronxning to`liq yopilishi bilan rentgenografiyada o`pkaning tegishli segmentining atelektaz belgilari paydo bo`ladi. MRT va MSKT kukrak soxasini Rentgen kukrak soxasi Bronxo va traxeya skopiya Immuno laborator tekshiruvlar

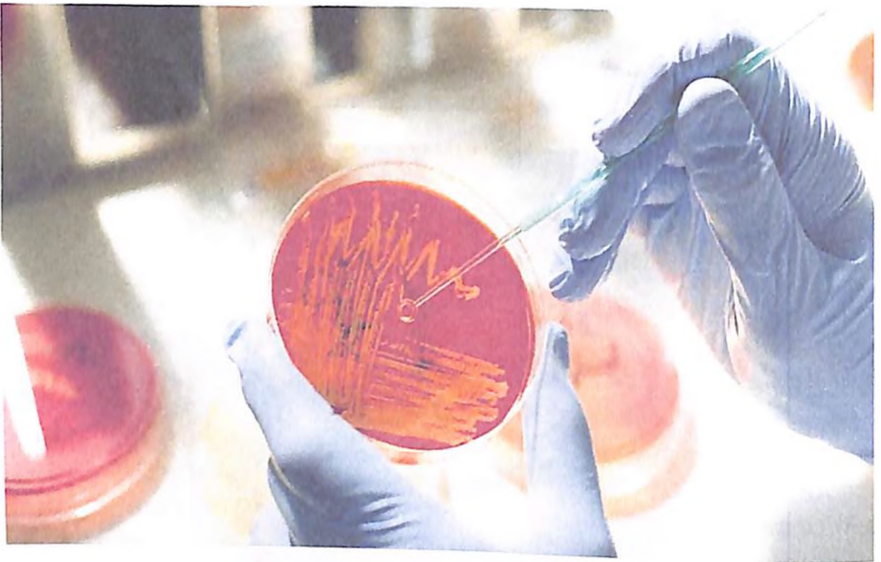


Ko`krak sohasini MRT va MSKT tekshiruvi
Ko`krak sohasi rentgen tekshiruvi

Как проводится процедура
эндоскопии



Bronxo va traxeoskopiya



Immuno-laborator tekshiruvlar

2.6. Hiqildoq kasalliklari

Tish-jag' tizimning patologiyasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan hiqildoq kasalliklari, asosan, uy jarohatlari va jangovar jarohatlar tufayli yuzaga keladi, agar jag'lar va tomoq shikastlanganda, nafas yo'lining stenozi boshlanishi bilan yordam ko'rsatish kerak bo'ladi. Ba'zida stomatologiyada ishlatiladigan ba'zi dori-darmonlarga, masalan, yod eritmasiga nisbatan o'zlashtiraolmaslik ta'sirida, hiqildoq stenozi boshlanishi tufayli tez yordam ko'rsatish kerak. Bundan tashqari, bolalik davridagi hiqildoqning ba'zi yallig'lanish kasalliklari har qanday mutaxassislik bo'yicha, shifokor kerakli yordamni ko'rsatishi kerak bo'lgan holatga olib kelishi mumkin.

O'tkir laringit

Hiqildoq shilliq qavatining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri o'tkir laringit (*laryngitis acuta*) deb hisoblanadi. Mustaqil kasallik sifatida o'tkir laringit ovozni haddan tashqari ko'tarish natijasida paydo bo'lishi mumkin. Ammo aksariyat hollarda u o'tkir nafas yo'llari kasalliklari, gripp bilan birga keladi. Ba'zan kasallik sanoat korxonalarida ishlaganda chang, gazlarni ta'sirlash xususiyati bilan bog'liq. O'tkir kataral laringitda hiqildoqning Shilliq qavatidagi o'zgarishlar shilliq qavatining shishishi, hiqildoqning barcha qismlarining aniq giperemiyasi bilan tavsiflanadi, bu ayniqsa haqiqiy ovoz boylamlarida seziladi (5.15-rasm). Odatda, ovoz boylamlari o'tkir va ingichka qirraga ega; fonatsiya paytida ular bir-biriga mahkam yopishadi. Yallig'lanish bilan burmalar qalinlashadi, ularning qirradi yumshoq bo'ladi, burmalarning cho'zilishi va yopilish qobiliyati o'zgaradi.

Yallig'lanish sekretsiyasi, nafas olish oralig'ining bo'shliqlarida to'planib, yo'talni keltirib chiqaradi, bu esa burmalarning yopilishiga yanada xalaqit beradi.

Simptomlar. Ovozning buzilishi, tomoq og'rig'i, yo'tal. Disfoniya (ovozning buzilishi) har xil darajada bo'lishi mumkin. Ovoz qo'pol, past, xirillagan bo'ladi. Afoniya –ya'ni ovoz yo'qolib qolish holatidam paydo bo'lishi mumkin. Hiqildoqning barcha qismlarini bir xil giperemiyasi laringoskopda aniqlanadi.



Rasm: 2.15. O'tkir laringit

Davolash. Ovozli rejim, ya'ni baland ovoz bilan gapirishni taqiqlash. Agar bemorning kasbi ovozni yuklash bilan bog'liq bo'lsa, unda ovoqli funktsiya to'liq tiklanmaguncha ishdan chetlashtirish zarur. Davolashda parhez katta rol o'ynaydi - sovuq, juda issiq, achchiq ovqat iste'mol qilish taqiqlanadi. Hiqildoq Shilliq qavatining isishi - iliq sut, isitilgan mineral suv ichish, bo'yinga isitiladigan kompreslar orqali ta'minlanadi. Oyoqqa issiq vanna, bug' bilan nafas olish tayinlash mumkin. Antibiotiklarni aerosollar shaklida, xususan, aerosol benzilpenitsillin, fusafungin (bioparoks) shaklida eng samarali ishlatiladi. Hiqildoq bo'shlig'ida qurugan qobiqlarni yumshatish va ajratish uchun ishqorli ingalyasiyalar ham ishlatiladi, bu esa yo'talishni kamaytiradi. Shish jarayonlarida, qon tomirlari devorlarining o'tkazuvchanligini pasaytiradigan dorilar qo'llaniladi [prometazin (pipolfen), difengidramin (dimedrol), xloropiramin (suprastin), kalsiy xlorid], xantal kambalasimon mushaklar uchun chalg'ituvchi vosita sifatida ishlatiladi.

Tana haroratining ko'tarilishi, intoksikatsiya bilan umumiy antibakterial terapiya buyuriladi - penitsillin preparatlari, sefalosporinlar, makrolidlar.

Burmaosti laringit (soxta krup)

Burma osti laringit (*laryngitis subchordalis*)—hiqildoqning ovoosti sohasida jarayonning lokalizatsiyasi ustun bo'lgan o'tkir laringit. Ular odatda 5-8 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi, bu ovoosti sohasining strukturaviy xususiyatlari bilan bog'liq.

Yosh bolalarda ovoz qatlamlari ostidagi bo'shashgan to'qima juda rivojlangan va yuqumli vosita bilan ta'sirlash xususiyati bilan osonlikcha reaksiyaga kirishadi. Stenozning rivojlanishiga bolalarda hiqildoq bo'shlig'ining torligi yordam beradi. Bolani gorizontol holatida, qon oqimi tufayli shish kuchayadi, Shuning uchun kechalari bemorning ahvoli og'irroq bo'ladi.

Klinik ko'rinish. Kasallik odatda yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi, burun bitishi va ajralmalar, subfebril isitma va yo'tal bilan boshlanadi. Bolaning kun davomida umumiy ahvoli juda qoniqarli kechadi. Kechqurun to'satdan bo'g'ilish xuruji boshlanib, akillovchiyo'tal, terining sianoz. Inspirator xarakterdagi nafas qisilishi - bo'yin chuqurchasi, o'mrov osti chuqurchasining yumshoq to'qimalarini tortilishi bilan kechadi. Bu holat bir necha daqiqadan yarim soatgacha davom etadi, shundan so'ng terlash ko'payadi, nafas olish yaxshilanadi, bola uxlab qoladi. Bunday sharoitlar 2-3 kundan keyin takrorlanishi mumkin.



Rasm. 2.16. Burma osti laringiti

Burmaosti laringitning laringoskopik tasviri nosimmetrik rollarda o'xshash shish, ovozosti bo'shlig'ining shilliq qavatini giperemiyasi. Ushbu tizmalar vokal burmalar ostidan chiqib, hiqildoq bo'shlig'ini sezilarli darajada toraytiradi va shu bilan nafas olishni qiyinlashtiradi (5.16-rasm).

Diagnostika. Haqiqiy difteriya xurujida qiyosiy taqqoslanadi. Difteriya tayoqchasi uchun tomoq, halqum va burundan olingan surtmalarni bakteriologik tekshiruvdan o'tkazish kerak.

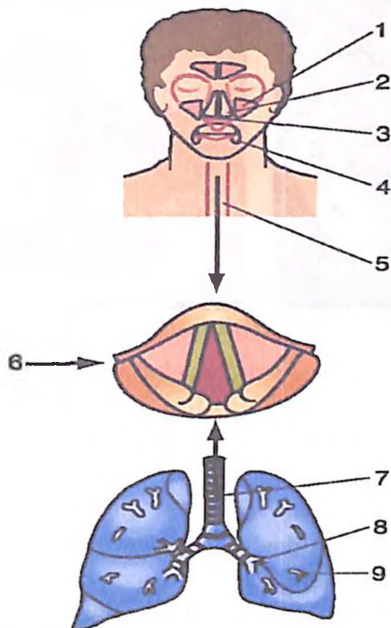
Davolash. Davolash yallig'lanish jarayonini bartaraf etishga va nafasni tiklashga qaratilgan. Antibakterial, antistaminli davolash amalga oshiriladi, sedativlar buyuriladi. Shishni kamaytirish uchun prednizolondan foydalanish ko'rsatilgan. Ehtimol, ko'proq ichimlikni ichish, chalg'ituvchi muolajalar - oyoq hammomlari, xantal buyurladi. Bo'g'ilish hujumini to'xtatish uchun tomoqning orqa qismiga shpatel bilan tegib, qayt qilish refleksini keltirib chiqarishingiz mumkin. Agar yuqoridagi choralar kuchsiz bo'lsa va bo'g'ilish xavf soladigan bo'lsa, ular 3-4 kun davomida nazotraxeal intubatsiyaga murojaat qilishadi, agar kerak bo'lsa, traxeotomiya ko'rsatiladi.

Surunkali laringit

Surunkali laringit (*laryngitis chronica*) uch shaklda uchraydi: kataral, giperplastik va atrofik. Barcha shakllar uchun hiqildoqning ovozli funksiyasini buzish odatiy holdir. Hiqildoqda surunkali Yallig'lanish jarayonini saqlab qolish, asosan kasbiy xavf, chekish va ovozning haddan tashqari ko'payishi ta'sir ko'rsatadi (5.17-rasm).

Sigaretaning yuqori haroratli tutuni - hiqildoq, traxeya va bronxlar shilliq qavatini quritadi. Bundan tashqari, sigaretaning tutuni shilliq qavatining konjestif giperemiyasiga hissa qo'shadi, bu yallig'lanish jarayonini qo'llab-quvvatlaydi va ko'p miqdorda balg'am chiqishi bilan birga keladi. Ikkinchisi, o'z navbatida, ertalab yo'talning boshlanishini qo'zg'atadi, ayniqsa chekuvchini charchatadi, chunki sigareta tutuni hiqildoq, traxeya va bronxlar kirpikli epiteliysining faoliyatini so'ndiradi. Shuning uchun kun davomida yo'tal refleksi kamayadi, to'plangan balg'amni burma (ovoz osti) bo'shliqqa tashish qiyin kechishi mumkin. Kecha davomida kiprikli epiteliyning funksional qobiliyati ma'lum darajada tiklanadi va u balg'amni pastki girtlakka ko'chirishga qodir, uning tirnash xususiyati yo'tal refleksiga olib keladi, bu esa traxeyadan sekretsiyani olib tashlashga yordam beradi. Yo'talish shiddatli kechadi, chunki balg'am devorlarga yopishadi va uni chiqarib

yuborish qiyin bo'ladi. Laringeal shilliq qavat mikro shikastlanishi mumkin, bu ham yallig'lanish jarayonini qo'llab-quvvatlaydi.



Rasm 2.17. Surunkali laringit rivojlanishining sabablari: 1 - sinusit; 2 - rinit; 3 - burun to'sig'ining egriligi; 4 - tonzillit; 5, 7 - traxeit; 6 - laringit; 8 - bronxit; 9 - bronxoektaz

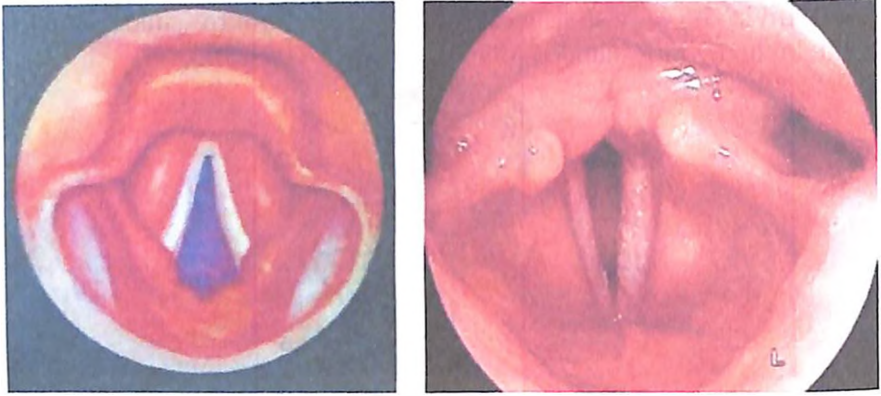
Surunkali kataral laringit

Surunkali kataral laringit - surunkali yallig'lanishning eng keng tarqalgan va engil shakli hisoblanadi. Ushbu patologiyada asosiy etiologik rolni ovoz apparatlariga uzoq muddatli yuk va noqulay omillar - chekish kabilar o'ynaydi.

Klinik ko'rinish - ovozning balandligi, ovozning charchashi, tembrning o'zgarishi, tomoq og'rig'i, quruqlik, yo'taldan iborat.

Laringoskopiya bilan hiqildoqning barcha qismlari Shilliq qavatining odatiy doimiy, yumshoq, bir xil giperemiyasi, hamda bundan tashqari, o'rtacha darajada shish ham qayd etiladi (4.18-rasm).

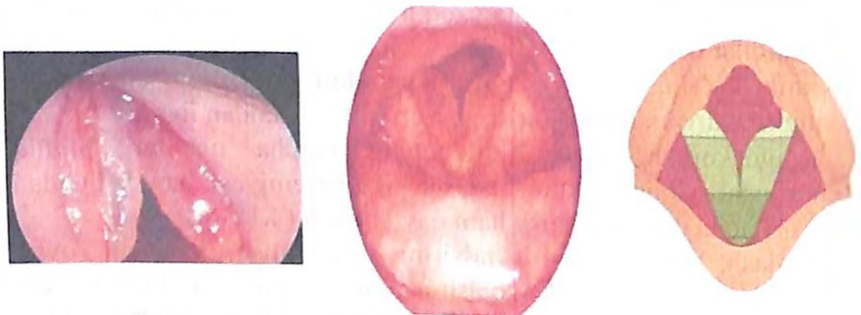
Davolash. Etiologik omil ta'sirini yo'q qilish, yumshoq ovoz rejimiga rioya qilish kerak. Davolash asosan mahalliy xarakterga ega - antibiotik eritmasini gidrokortizon suspenziyasi bilan hiqildoq ichiga quyish. Dorivor moddalarni ingalatsiyasi, klimatoterapiya buyuriladi.



Rasm. 2.18. Surunkali kataral laringit

Surunkali giperplastik (gipertrofik) laringit

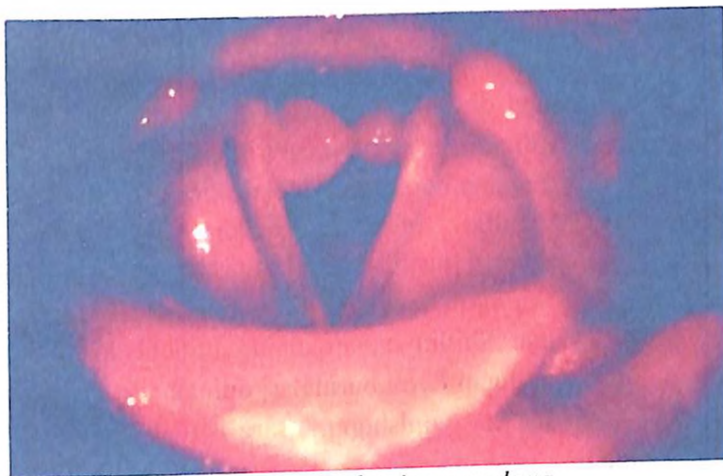
Surunkali giperplastik (gipertrofik) laringitda vokal, vestibulyar burmalar, shilliq qavatning interkranial bo'shliqda qalinlashishi xarakterlidir (5.19-5.21-rasmlar). Qalinlashgan vokal qatlamlar ovoz tirqishini to'liq qoplay olmaydi. Bu ovoz tirqishini yopadigan mushaklarning majburiy ishlashini talab qilib, ularning ortiqcha ishlashiga va oxir-oqibat doimiy ovoz buzilishiga olib keladi. Vokal qatlamlarning qalinlashishi tarqoq va cheklangan bo'lishi mumkin. Surunkali laringitning shakllaridan biri "qo'shiqchining tugunlari" hisoblanadi. Bunday hollarda, vokal burmalarning erkin chetida, oldingi va o'rta uchdan birining chegarasida, burmalarning yopilishiga to'sqinlik qiladigan kichik balandliklar paydo bo'ladi. Ushbu turdagi laringit odatda ovozning haddan tashqari kuchayishi bilan bog'liq (5.22-rasm).



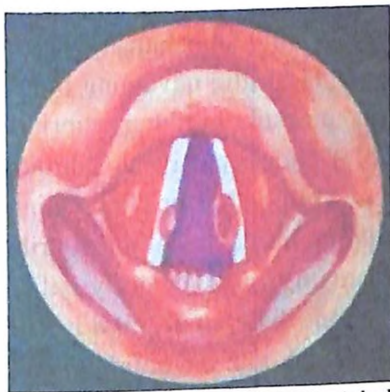
Rasm. 2.19. Surunkali gipertrofik laringit (Reynk shishi)



Rasm. 2.20. Surunkali gipertrofik laringit (kontakt granulema)



Rasm. 2.21. Intubatsion granulema



Rasm 2.22. Ashulachilari tugunchalari

Davolash.

Shilliq qavatga ta'sir qiluvchi dori vositalaridan kompleks foydalanish, lazer yordamida olib tashlash, kriodestruksiya, Shuningdek, Shilliq qavatning gipertrofiyalangan joylarini olib tashlashga qaratilgan jarrohlik aralaShuvlar amalga oshiriladi. Mikroskop nazorati ostidagi mikroxiirurgik operatsiyalar, ayniqsa, "qo'shiqchining tugunlari" uchun samaralidir.

Surunkali atrofik laringit

Surunkali atrofik laringit davolash eng qiyin kasallik hisoblanadi, chunki, asosan atrofik laringitga xos bo'lgan ba'zi hissiyotlarni bartaraf etishga qaratilgan faqat palliativ usullardan foydalanish mumkin. Surunkali laringitning bu shakli nafaqat halqum, balki burun, hiqildoq, traxeya Shilliq qavatidagi distrofik jarayonlarga asoslangan. Bu Shilliq qavatning tizimli kasalligidir. Bemorlar otorinolaringologga murojaat qiladigan shikoyatlar, avvalambor, tomoqdagi o'tkir quruqlik hissi, unda begona jismning mavjudligi, afoniyaga qadar ovozning buzilishi, qobiqlarning qurishi. Oxirgi tashxisni bilvosita laringoskopiya qilish yo'li bilan aniqlash mumkin, uning davomida halqumning oqarib ketganligi, qonsizlashgan Shilliq qavati, uning ingichkalashi va o'rta chiziq bo'ylab yopilmaydigan ovoz burmalari aniqlanadi. Ovoz tirqishi bo'shlig'ining, qobiqlarda yopishqoq, sarg'ish balg'am qurishi to'planishi ko'rinadi.

Davolash.

Shilliq qavatni namlashga, po'stloqlarni yumshatishga va uzilishiga yordam beradigan, nafas olish paytida Shilliq qavatning havo bilan qurib ketishiga yo'l qo'ymaydigan maxsus hiqildoq shpritsi yordamida hiqildoq bo'shlig'iga yuborish. Bunday tavsiyalar Shilliq qavatni ta'sirlovchi va Shu bilan birga Shilliq bezlar faoliyatini rag'batlantiradigan vositalar bo'lishi mumkin, Shilliq qavatning qurib qolishidan, rad etishdan himoya qilishga yordam beradi. Ishqoriy nafas olish qobiqlarni yumshatadi va yopishqoq balg'amni ajralishini osonlashtiradi. Nafas olishdan oqilona foydalanish kun davomida ularni takroran ishlatishni talab qilganligi sababli, bemorning o'zi uyda yog'li

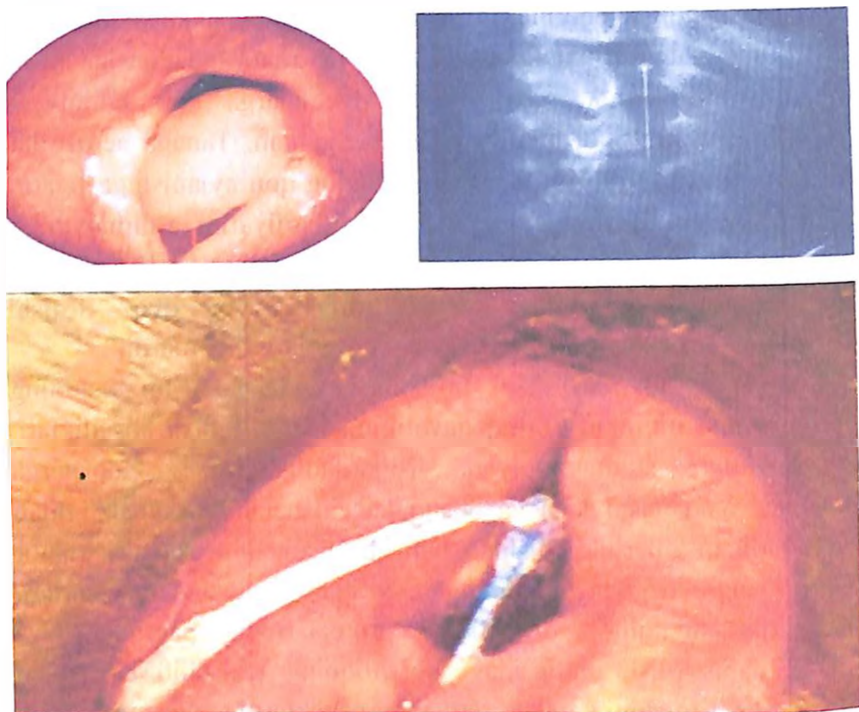
preparatlarni sepadigan choʻntak ingalyatorlaridan foydalanishi mumkin. Statsionar ingalyatorlar - nafaqat hiqildoq va traxeya darajasiga kirib boradigan, balki kichik bronxlar va alveolalarga etib boradigan aerezollar yaratadigan qurilmalar bilan jihozlangan. Tanaga aerezollar shaklida kiradigan dorivor moddalar, oʻpkaning qon aylanishiga jigarni chetlab oʻtib kiradi, bu ularning uzoq muddatli faoliyatini taʼminlaydi.

Laringeal oʻtkir stenoz

Hiqildoq kasalliklarining maxsus toifasi - bu ovoz tirqishi boʻshligʻining torayishiga olib keladigan patologik jarayonlardir.

Etiologiyasi. Ovoz tirqishi boʻshligʻining keskin torayishining sabablari nafaqat hiqildoq Shilliq qavatining Yalligʻlanish kasalliklari, balki jarohatlar, stomatologiyada ishlatiladigan baʼzi dorilarga (antibiotiklar, yod nastoykasi va boshqalar) nisbatan chidamsizligidan kelib chiqadigan allergik shishlar ham boʻlishi mumkin. Bir qator holatlarda, ular begona jismning taʼsirida (oziq-ovqat qismlari, ichkilikbozlik suyuqligi, olinadigan protezlarning parchalari va boshqalar) nafas olish oraligʻidagi boʻshliqning tezlashib boradigan torayishi – ovoz tirqishini kengaytiradigan mushaklarning spazmiga duch kelmoqdalar. Mast odamlarda nafas olish oraligʻini oziq-ovqat mahsulotlari bilan yopish holatlari tez-tez uchraydi, ogʻiz boʻshligʻi, tomoq, hiqildoq refleksogen zonalarini nazorati pasayganda va bu begona narsalarning nafas olishiga yordam beradi (5.23-rasm).

Klinik koʻrinish. Hiqildoq oʻtkir stenozining asosiy belgilari nafas qisilishi, shovqinli tarang nafas olish hisoblanadi. Hiqildoqning torayish darajasiga qarab, tekshirilganda, oʻmrovusti chuqurchasi va interkostal boʻshliqlarning tortilishi, nafas olish ritmining buzilishi kuzatiladi. Hiqildoq stenozini bilan nafas qisilishi tabiatda ilhomlantiruvchi boʻlib, ovoz oʻzgaradi, qoʻrquv hissi paydo boʻladi, vosita qoʻzgʻalishi, Yuzning qizarishi, terlash, yurak urish tezligi oshishi, lablar, burun va tirnoqlarda sianoz kuzatiladi. Bu tanadagi karbonat angidrid gazining toʻplanishi bilan bogʻliq.



Rasm: 2.23. Hiqildoqning yot jismi (to'g'nog'ich)

Hiqildoqni o'tkir stenozini rivojlanishiga olib kelgan sababga qarab, bemorga shoshilinch yordam ko'rsatishda, shifokor taktikasi - konservativ yoki jarrohlik choralarini qo'llashdan iborat. Shifokorning ushbu mas'uliyatli bosqichda bemorning haqiqiy holatini aniqlash qobiliyati, katta ahamiyatga ega, bu esa ovoz tirqishi bo'shlig'ining torayish darajasiga qarab, laringeal stenozning klinik ko'rinishini bilishga yordam beradi. Hiqildoq stenozining klinik ko'rinishini ovoz tirqishining kengligi belgilaydi. Nafas olish teshigining torayishi bilan kuzatiladigan karbonat angidrid miqdori ko'paygan hollarda, nafas olish harakati qayta tartibga solinadi - kerakli miqdordagi havoni toraygan nafas teshigidan o'tkazish uchun nafas olish uzoqroq bo'lishi kerak, nafas olishdagi pauza qisqaradi. Shunday qilib, inspirator dispnoe rivojlanadi, ya'ni bu holatlarda nafas olish qiyinroq kechadi. Klinik nuqtai nazardan, laringeal stenozning to'rt bosqichi mavjud bo'lib, ular

shifokorga bemorning hayotini saqlab qolish uchun zarur bo'lgan choralarni ko'rishga imkon beradi.

Laringeal stenoz bosqichlari.

I –kompensatsiya bosqichi. Ushbu bosqichda nafas olish, kompensatsiya yoki to'ldirishni butun harakatini tartibga soluvchi mexanizmlar tufayli toraygan nafas tirqishi orqali kiradigan havo miqdori paydo bo'ladi - nafas olish harakatlari soni kamayadi, nafas shovqinli bo'ladi, nafas olish sezilarli darajada uzayadi, nafas olish va nafas chiqarish orasidagi pauza kamayadi, nafas qisqaradi, o'tkir va undan keyin, Shuningdek qisqartirilgan pauzadan so'ng, kengaytirilgan nafas olish davom etadi. Tinch holatda, odam nafas qisilishini sezmasligi mumkin va bu jismoniy kuch bilan belgilanadi. Bemorda sezilarli xavotir va bezovtalik, hamda akrotsianoz boshlanadi. Ovoz tirqishining kengligi 5-6 mm tashkil etadi.

II - subkompensatsiya. Ushbu bosqichda qo'shimcha mexanizmlarni safarbar qilish tufayli bemorning tanasi hanuzgacha nafas olish bo'shlig'ining torayishi bilan kurashadi, ammo kerakli havoni to'ldirish allaqachon katta zo'riqish bilan amalga oshirilishi davom etadi. Inspirator tipdagi nafas qisilishi yanada aniqroq bo'ladi - kengaytirilgan nafas olish katta qiyinchiliklar bilan amalga oshiriladi, uzoq muddatli nafas olish va o'tkir, qisqartirilgan nafas chiqarish orasidagi pauza butunlay yo'qoladi. Nafas olish yanada kamayadi. Ko'krak qafasining egiluvchan joylarining tortilishi sezilarli qovurg'alararo bo'shliqlar, o'mrov usti chuqurchasi, to'sh suyagi sohasidagi joy. Bemor majburiy pozitsiyani egallashga intiladi va boshini orqaga tashlagan holda, qo'llari bilan krovat chetiga suyanib o'tiradi. Bemorda xavotir, bezovtalik seziladi, akrotsianoz rivojlana boshlaydi. Ovoz bo'shlig'ining kengligi 4-5 mm bo'ladi.

III - dekompensatsiya. Bemorning xavotiri haddan tashqari darajaga etadi, u xona bo'ylab shoshilib, bo'ynidagi kiyimlarni yirtib, nafas olayotgan havo oqimini qandaydir tarzda oshirishga harakat qilishi mumkin. Bemorning yuzi yopishqoq, sovuq ter bilan qoplanadi, ko'zlari bo'rtgan, qo'rquv paydo bo'ladi. Yuzning terisi binafsha- rangga ega bo'lib, tom ma'noda bizning ko'zimiz oldida odamning bo'yni va ko'kragini ushlay boshlaydi. Ushbu bosqichda nafas olish tez-tez uchraydi, lekin u yuzaki bo'ladi va nafas olish harakatlari deyarli farq qilmaydi, chunki ko'krak deyarli harakatsiz va faqat girtlakning chiqib

ketishi (Odam Atoning olma) yuqoriga va pastga keskin harakatlarni amalga oshiradi. Ovoz va yo'tal jim, puls tezlashadi, ong saqlanadi. Ovoz tirqishining kengligi 2-3 mm.

IV - asfiksiya. Laringeal stenozning so'nggi bosqichi. Es – hushnin yo'qligi xarakterlidir yoki u chalkashib ketgan, nafas olish harakatlari Cheyns-Stoksning nafas olish turini aniqlamaydi yoki ulardir. Teri ko'kimsiz va rangpar. Yurak faoliyati davom etadi, o'quvchilar keskin kengayadi. Ovoz tirqishining kengligi 1 mm yoki undan kam.

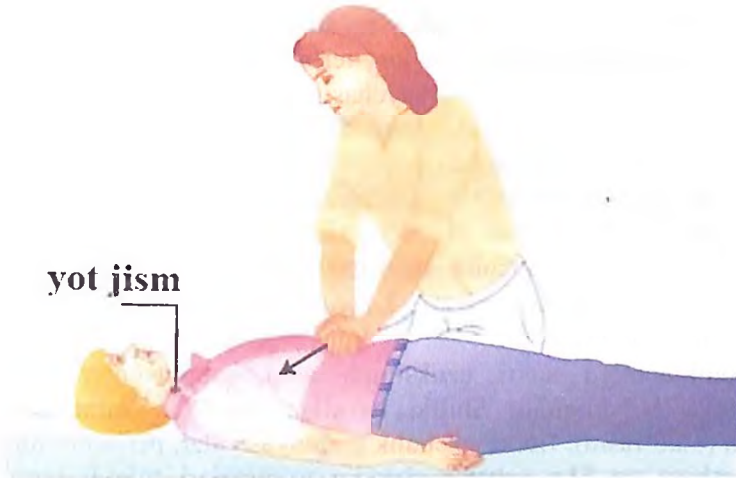
Davolash.

Hiqildoqning o'tkir stenoziga shoshilinch yordam ko'rsatish usulini tanlash stenoz bosqichi, sababi (begona jism, shish, travma, yolg'on yoki difteriya krupi), bemorning ahvoli bilan belgilanadi (5.24-rasm).

O'tkir laringeal stenozni boshqarish konservativ yoki jarrohlik bo'lishi mumkin. Hiqildoqning yot jismlari uchun birinchi yordamni ko'krakni itarish usuli yordamida ko'rsatish mumkin (4.24-rasmga qarang). Konservativ choralar subglottik bo'shliqda Shilliq qavatning Yallig'lanishli yoki allergik shish natijasida kelib chiqqan laringeal stenozning birinchi bosqichida, uzuksimon tog'ay sohasida va skionlararo bo'shliqda, hiqildoqustining til yuzasida qo'llanilishi mumkin. Shuni esda tutish kerakki, hiqildoqning har qanday qismida paydo bo'ladigan shish tezda ovoz burmalar hududiga, burmaosti sohasiga tarqalishi mumkin. Shuning uchun, shishning har qanday lokalizatsiyasi uchun bemorni LOR bo'limiga shoshilinch stasionarga yotqizish kerak, bu erda unga to'liq yordam ko'rsatiladi. Eng samarali dori destenozlash (antigistaminlar, glyukokortikoid va degidratsiya preparatlarini o'z ichiga olgan dorilarni bir vaqtda yuborish). Shish tufayli kelib chiqqan hiqildoq stenoziga qarshi kurash choralari quyidagi muolajalardan iborat:

- chalg'ituvchi vositalar– oyoqlarni issiq vanna qilish (bemorning oyoqlari tizzagacha issiq suvga botiriladi);
- kamabalasimon mushaklari uchun xantal;
- to'qima shishini kamaytiradigan dorilar - diuretiklar [furosemid, (laziks)], ular tomirlar devorining o'tkazuvchanligini pasaytiradi [prometazin (pipolfen), difengidramin (dimedrol), xloropiramin (suprastin b)], glyukokortikoidlar (gidrokortizon, mushak ichiga 120 mg gacha bo'lgan dozada prednizolon);

- nafas olish markazini rag'batlantiradigan dorilar (1% lobelin eritmasi, 1 ml);
- antibiotiklarning aerosollari;
- kislorod bilan nafas olish (namlangan kislorod); bolalarda - nazotraxeal intubatsiya



Rasm: 2.24. Hiqildoq yot jismida shoshilinch yordam (epigastral sohaga keskin bosim)

Shoshilinch jarrohlik yordami. Nafas yo'llarining keskin torayishida shoshilinch yordam ko'rsatish zarur bo'lgan sharoitga qarab, shifokor nafas yo'llarini ochish usulini tanlashi kerak. Bo'g'ilyotgan bemorga yordam ko'rsatishda shifokor duch keladigan asosiy qiyinchiliklar bemorning ahvoriga o'zini juda tez va to'g'ri yo'naltirish, bemorning haddan tashqari havotirligi fonida mavjud imkoniyatlarni tortish va bo'g'ilish belgilarining kuchayishidan iborat. Jarrohlik aralaShuviga bo'yinning venoz tomirlarini qon bilan to'lganligi, ba'zan esa bemorning bo'ynining anatomik xususiyatlari - aniq yog'li to'qima, kalta bo'yin to'sqinlik qiladi. Klassik traxeotomiya qilish uchun sharoit bo'lmasa, tish shifokori bemorning hayotini saqlab qoladigan operatsiyani bajarishi va uni traxeotomiya qilinadigan tibbiy muassasaga etkazishi kerak. Ba'zan no o'rin sharoitlarda (transportda, ko'chada, jamoat joylarida va boshqalarda) amalga oshiriladigan ushbu jarrohlik aralashuv konikotomiya deb hisoblanadi.

Konikotomiya - uzuksimon halqaning Yuqori qismlarini qalqonsimon tog'ay pastki chetiga bog'laydigan hiqildoqning konusning bog'ichi joylashgan joyda nafas yo'lini ochish. Qalqonsimon va uzuksimon tog'ay qirralari orasidagi kichik chuqurlashishni qoplaydigan konusning boylam sohasida, bosh orqaga tashlangandaosongina paypaslanadi, katta qon tomirlari yo'q. Teri aslida bu bog'larni deyarli qoplaydi, uning orqasida hiqildoq bo'shlig'i, uning pastki, ovozosti bo'shlig'i joylashgan. Shuning uchun, terining kesilishi va konussimon boylamdan so'ng, nafas olish naychasiga qon ketmasdan va qo'lda bo'lgan har qanday kesuvchi buyumdan (oshxona pichog'i, ustara pichog'i, qaychi va boshqalar) osonlikcha kirib borish mumkin. Shu tarzda nafas naychasiga kirib borgandan so'ng, hosil bo'lgan kesikka har qanday ichi bo'sh naychani, hatto kichik diametrli bo'lsa xam kiritish kerak. Bu bemorga qiyinchilik bilan bo'lsa ham nafas olishiga imkon beradi, ammo nafas olish kanyulasi kiritilib, traxeotomiya qilinmaguncha nafas oladi.

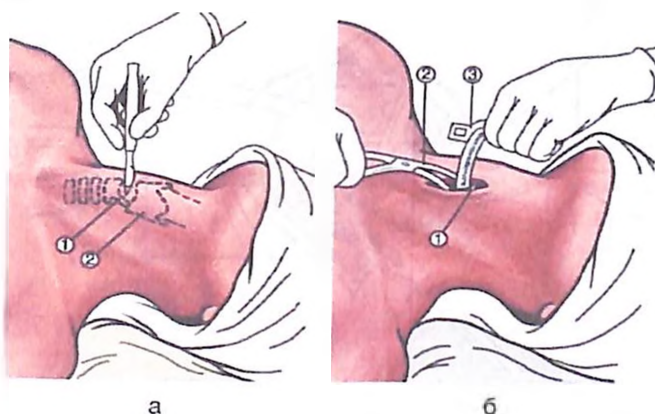
Konikotomiya xavfi uzuksimon yoki qalqonsimon tog'ayga, subgranular bo'shliqning Shilliq qavatiga tasodifan zarar etkazishi mumkin (5.25-rasm). Bu keyinchalik granulyasiyalar, perixondritlarning rivojlanishiga va Shu sababli chandiq to'qimalari tufayli burmaosti bo'shliqning torayishiga olib kelishi mumkin, bu esa konikotomiyadan keyin uzoq vaqt davomida nafas olish nayining torayishiga olib keladi

Shuning uchun bu operatsiya

Konikotomiya qilish uchun o'tirgan holatda bo'lgan bemorning boshi orqaga buriladi, so'ngra konussimon boylam aniqroq aniqlanadi. Ammo, buni qalqonsimon tog'ayni oldingi chetidan barmoqni siljitish orqali shifokorning barmoq uchi tushadigan kichik chuqurlikka qadar aniqlash yaxshiroqdir. Joyni aniqlaganingizdan so'ng, og'riqsizlantirishdan foydalanmasdan, vaqtni sarflamaslik uchun, gorizontal kesma bilan kesuvchi asbobni kiritishingiz, terini, konussimon boylarni kesib, hiqildoqning burmaosti bo'shlig'iga kirib borishingiz mumkin. Ushbu hududning orqa qismlariga zarar bermaslik tavsiya etiladi. Kesikka kiritilgan naycha juda keng bo'lmasligi kerak, chunki bu holda u atrofdagi to'qimalarni ko'proq bosadi va reaktiv Yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi (5.25-rasmga qarang).

Traxeotomiya (hiqildoq bo'shlig'ini ochish) - har xil kasallik va hiqildoq shikastlanishlari bilan kasallangan bemorning hayotini saqlab qolish usuli qadim zamonlardan beri ma'lum bo'lgan. Ammo, hozirgi

kungacha ushbu operatsiya juda muhim jarrohlik aralaShuvi hisoblanadi, chunki o'z vaqtida va to'g'ri bajarilgan traxeotomiya nafaqat inson hayotini saqlab qoladi, balki kelajakda to'liq tiklanishiga olib keladi.



Rasm 2.25. Konikotomiya: a) 1 –uzuksimon tog'ay; 2 - qalqonsimon tog'ay; b) 1 qism; 2 – Trusso traxeya kengaytirgich; 3 - traxeotomiya naychasi

Traxeotomiya ko'rsatmalari:

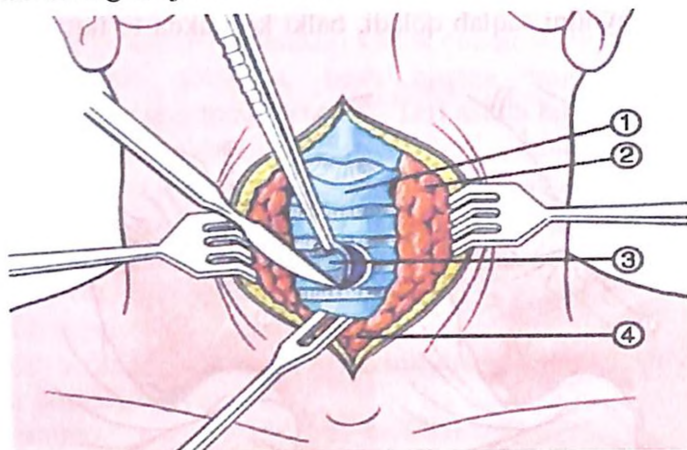
o'tkir, o'tkirosti tarzda kelib chiqadigan nafas yo'llarining qisqarishi (o'tkir respirator virusli kasalliklar va boshqa infeksiyalar); og'ir miya shikastlanishi;

"pastki bronkoskopiya" ni o'tkazish, ya'ni bronxoskopiyani og'iz bo'shlig'i orqali emas, balki ilgari yaratilgan traxeostomiya orqali kiritish.

Traxeostomiya quyidagi qoidalarga muvofiq qo'llaniladi (5.26-rasm).

Bemorning orqa tarafdagi eng keng tarqalgan holati, garchi ba'zi hollarda traxeostomiya qilish kerak va bemorning o'tirgan joyida boshini orqaga tashlagan holda. Birinchidan, ishning qulayligi uchun bo'yin orqasiga yostiqcha qo'yiladi. Kelajakda traxeyani osonroq boshqarish uchun ushbu yostiqchasini bemorning orqasida harakatlantirish kerak. Operatsiya boshida orqa tarafdagi yostiqcha pastga tushirilmasligi kerak, chunki bu holatlarda bemor uchun nafas olish yanada qiyinlashadi va faqat traxeya jarrohning ko'zi oldida ochilganda, ishlashga qulay bo'lishi uchun traxeyaning bo'shlig'ini

ochish uchun bir necha soniya qolganligini bilib, bemorning orqasidagi yostiqchani oldinga siljitish mumkin.



Rasm: 2.26. Traxeotomiya texnikasi: 1 –uzuksimon tog'ay; 2 - qalqonsimon bez; 3 - traxeya; 4 - qalqonsimon bezning bo'yinчасi

Favqulodda operatsiya sifatida traxeotomiyani amalga oshirishda aksariyat hollarda mahalliy og'riqsizlantirish qo'llaniladi. Ba'zida eng shoshilinch holatlarda, bemor asfiksiya holatida bo'lganida, operatsiya og'riqsizlantirishsiz amalga oshiriladi. Agar operatsiya rejalashtirilgan bo'lsa, u holda hozirgi vaqtda intubatsion og'riqsizlantirish, og'riqsizlantirishning ratsional usuli hisoblanadi, bunda eng yumshoq usul boshqariladigan nafas berish bilan jarrohlik aralaShuvini amalga oshirish hisoblanadi. Mahalliy og'riqsizlantirish uchun prokain (novokain b) va lidokain (1-2%) eritmaları ishlatiladi.

Bo'yinning old yuzasida traxeya devoriga yaqinlashishga yordam beradigan belgilar: hiqildoq bo'rtishi, uzuksimon tog'ay yoyi, bo'yinturuq kesimi. Bo'yinning old qismidagi teri kesmasi o'rta chiziqda to'g'ri bo'lishi kerak. Aks holda, jarroh xato qilishi va traxeya yonidan o'tishi mumkin. Traxeotomiya turiga (yuqori, o'rta yoki pastki) qarab, jarroh o'ngda - Yuqori va o'rta traxeotomiya paytida, Chapda - pastki traxeotomiya paytida. Bu turli xil traxeyani ochish darajalarida bo'yinning kesilishi qulayligi bilan bog'liq.

Teri kesmasi hiqildoq bo'rtig'ining o'rtasidan bo'yin teshigi yo'nalishi bo'yicha 5-6 sm masofada amalga oshiriladi.

Qorin bo'shlig'i skalpeli bilan terini va teri osti to'qimasini kesgandan so'ng (agar siz o'tkir skalpel bilan terini kesgan bo'lsangiz, u

holda hiqildoqning aniq ekskursiyalari bilan yuqoriga va pastga qarab, skalpelning uchi chuqur kirib borishi mumkin, bu nafaqat mushak to'qimalariga, balki qalqonsimon bezning bo'yinchasiga ham zarar etkazishi mumkin), ular to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakka birikadigan bo'yinning oq chizig'i topiladi. Ushbu chiziq terining yon tomonlarga tortilgandan keyin yarada ko'rinsa, u holda yo'nalish to'g'ri tanlangan deb taxmin qilish mumkin.

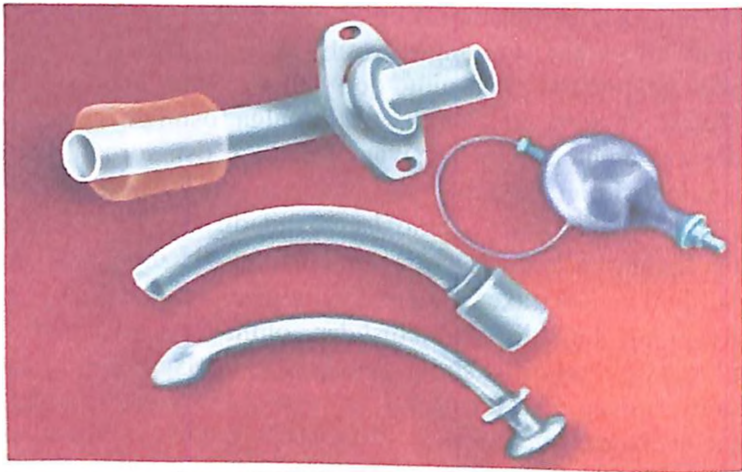
Bo'yinning oq chizig'i teri kesmasining butun uzunligi bo'ylab kesilishi kerak. Uning ostida joylashgan qalqonsimon bezning bo'yinchasini shikastlamaslik yoki jarohatlamaslik uchun bu chiziqni skalpel bilan emas, balki qaychi bilan ajratish kerak. Taxminan bu oq rangdagi chiziqning o'rtasida, to'qimalar ikkita pinset bilan ko'tariladi va qaychi bilan ko'ndalang kesma qilinadi. Ushbu kesimga yuqoridan va pastdanyivli proba kiritiladi va bo'yinning oq chizig'ining to'qimalari uning bo'ylab butun teri kesmasi bo'ylab ajratiladi.

Mushaklarni ikki tomonga tortib olgandan so'ng, traxeyani qoplaydigan qalqonsimon bezning qon bilan to'ldirilgan bo'yinchasi aniq ko'rinadi. Yuqori traxeotomiyani amalga oshirish uchun ilgari traxeya devoriga tutashgan fassiyani kesib o'tish orqali, safarbar qilingan qalqonsimon bezning bo'yinchasi pastroq tutqich bilan siljtiladi va birinchi traxeya halqalari ochiladi. Pastki traxeotomiya o'tkazilishi kerak bo'lgan hollarda qalqonsimon bezning bo'yinchasi yuqoriga siljydi va 3-5 traxéal halqaning maydoni ochiladi.

Traxeyaning bo'shlig'ini ochishdan oldin qon ketishini to'liq to'xtatish kerak. Yo'tal refleksini o'chirish uchun traxéal Shilliq qavatni 5 ml kokain eritmasi yoki 1% tetrakain eritmasi (Dikain) ukol ignasi bilan traxeya halqalari orasidagi bog'ichni teshib yuborish orqali og'riqsizlantirish o'tkaziladi. Yuqori traxeotomiyani amalga oshirishda ikkinchi va uchinchi traxeya halqalari ajratiladi, o'рта traxeotomiya bilan - uchinchi va to'rtinchi, pastki bilan - to'rtinchi va beshinchi. Yuqori traxeotomiya paytida ikkinchi traxéal halqani ajratib, ular tilosti bo'shliqning Shilliq qavatini shikastlamaslikka harakat qilishadi, chunki bu sohada to'qimalar shikastlanganda va traxeotomiya naychasida uzoq vaqt qolganda, granulyasiya paydo bo'ladi va keyin doimiy chandiq hosil bo'ladi. Hiqildoq bo'shlig'ining torayishi natijasida bemor uzoq vaqt davomida traxeotomiya naychasining taShuvchisi bo'lib qolishi mumkin.

Hiqildoq stenozini bilan hiqildoq va traxeya, keskin yuqoriga va pastga harakatlarni amalga oshirganligi sababli, traxéal devorni to'g'ri ajratish uchun hiqildoqni tuzatish kerak. Buning uchun uzuksimon tog'ay yoyiga yopishgan o'tkir tishli ilmoqli yordamchi hiqildoqni yuqoriga tortadi va traxeyani ochish uchun zarur bo'lgan vaqt davomida Shu holatda ushlab turadi.

Traxeya halqalarini ajratish uchli skalpel yordamida amalga oshiriladi. Traxeyaning orqa devoriga shikast etkazmaslik uchun traxeya devorining butun qalinligini (0,5 sm) kesib oladigan uchini qoldirib, skalpelning qorinchasini ho'l paxta bilan o'rash maqsadga muvofiqdir. Ikkita halqani yoki halqalar orasidagi boylamni kesib, kesimga retraktor kiritiladi, u bilan traxéal devorning ochilishi bir-biridan chetga suriladi va tegishli raqamdagi traxeotomiya trubkasi kiritiladi (1-5). Naylar metall va plastmassadan iborat (4.27-rasm).



Rasm: 2.27. Traxeotomiya naychalari

Naychalar- traxeotomiyalangan bemorni parvarish qilishda zarur bo'lgan ichki va tashqi naychalardan iborat. Ichki naycha shilimshiq, balg'am, qobiq bilan tiqilib qolgan hollarda, shifokor tomonidan olib tashlash kerak, tashqi naycha esa traxeyada qoladi. Ichki naychasini tozalagandan so'ng, u joyiga qo'yiladi va bemor erkin nafas olishi mumkin. Traxeotomiya naychasini traxeya devoridagi kesikka kiritish qoidalarini bilish o'ta zarur. Naycha joyini ko'rsatkich va bosh barmoqlari bilan ushlab, avval nayni bemorning bo'yniga qo'yiladi, naychani uchini bo'shliq traxeya stomasiga yaqinlashtiriladi.

Naychanning uchi traxeyaning bo'shlig'iga kirganda, SHifokornayni bo'yin bo'ylab joylashgan va traxeyaga tushadigan qilib aylantirishi kerak. Naychani bo'yniga juda mahkam bog'lab qo'yish kerak va operatsiyadan keyingi davrda mustaqil ochilib ketmasligi va traxeostomiyadan tushadigan naycha bo'lmasligi uchun to'qilgan uchlarini zich tugun bilan bog'lab qo'yish kerak. Tugun bo'yinning yon yuzasida joylashgan bo'lishi kerak, chunki bu holatlarda u bemorga yotgan holatda xalaqit bermaydi va tibbiyot xodimlari tomonidan osonlikcha boshqarilishi mumkin. Kanulani kiritgandan so'ng, terining yarasi tikiladi - 1-2 tikish naychanning ustida yoki ostiga qo'yiladi.

Traxeotomizatsiyalangan bemor tibbiyot xodimlarining doimiy nazorati ostida bo'lishi kerak. Traxeotomiyadan keyingi dastlabki soatlarda nafas olish harakatlarining xususiyatini kuzatib borish kerak, chunki dastlab bemorga kanyula orqali o'z'gacha nafas olishga moslashish qiyin. Shu munosabat bilan, bir qator hollarda lobelinni kiritish bilan nafas olish markazining stimulyasiyasiga murojaat qilish kerak.

Traxeotomiyaning mumkin bo'lgan asoratlari:

Yunshoq to'qimalarni kesishda yo'nalishni yo'qotish. Qalqonsimon bezning bo'yinchasi shikastlanganda ko'p qon ketishi.

Traxeya devorini shoshilinch va tayyor holda ajratish paytida qonga intilish. Traxeyaning orqa devorining shikastlanishi va qizilo'ngachga kirib borishi, halqum va traxeyani ishonchli fiksatsiyasiga erishish mumkin bo'lmagan hollarda skalpelni juda chuqur ilgarilashi bilan.

Traxeyaning ajratilgan, ammo kesilmagan Shilliq qavati va uning devori o'rtasida traxeotomiya kanyulaning kiritilishi - traxeya bo'shlig'i obturatsiyasi sodir bo'ladi.

Traxeya devoridagi yara hajmi kanula diametriga to'g'ri kelmaydigan va teri bo'ylab tikilgan holatlarda teri osti emfizemasining paydo bo'lishi. Nafas olish va ayniqsa yo'talish paytida havo teri osti to'qimalariga kirib boradi va Shu bilan amfizemaning rivojlanishiga sabab bo'ladi, u avval bo'yin, yuzni ushlaydi, so'ngra ko'kragiga tarqalishi mumkin.

Shoshilinch traxeotomiyadan so'ng barcha harakatlar o'tkir laringeal stenoz rivojlanishining sabablarini bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Surunkali laringeal stenoz

Hiqildoq kasalliklari

Hiqildoq surunkali stenoz, hiqildoq bo'shlig'ining uzoq muddatli, bosqichma-bosqich patologik torayishi, tanada gipoksemiya va gipoksiya keltirib chiqaradi. Bu otorinolaringologiyada butun muammo bo'lib hisoblanadi, chunki aksariyat hollarda ular o'smalar, buzilgan innervatsiya, chandiqli jarayonlar tufayli yuzaga keladi (5.28, 5.29-rasm). Hiqildoqning surunkali stenoz, Shuningdek, hiqildoqni travmatik jarohatlari, kuyishlar natijasida paydo bo'lishi mumkin, bu esa yumshoq to'qimalarning va hiqildoq tog'ayining Yallig'lanish kasalliklariga olib keladi.



Rasm. 2.28. Hiqildoq parezi



Rasm: 2.29. Burmaosti sohasida halqumning surunkali chandiqli stenoz

Klinik ko'rinish hiqildoqning torayish darajasiga va stenoz sababiga bog'liq. Stenozning asta-sekin va boqichma-bosqich o'sib

borishi organizmning moslashuvchan mexanizmlarini rivojlantirishga vaqt ajratadi, bu esa tashqi nafas etishmovchiligi sharoitida ham, hayotni qo'llab-quvvatlash funksiyalarini saqlab turishga imkon beradi.

Tashxis - xarakterli shikoyatlar, kasallik tarixi va belgilarga asoslangan. Surunkali hiqildoq stenozni aniqlash qiyin emas va uning darajasi qolgan nafas olish oralig'ining kattaligiga bog'liq.

Davolash. CHandiq to'qimasi bemor tomonidan uzoq vaqt T shaklidagi naychani kiyishi tufayli kelajakda hiqildoq bo'shlig'ini hosil bo'lishi bilan jarrohlik yo'li orqali olib tashlanadi. Amaliyot kriodestruksiya, ultratovushli asboblari va lazer nurlari yordamida amalga oshiriladi.

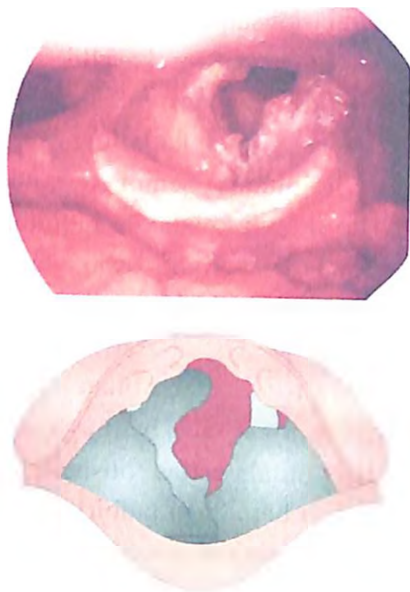
Hiqildoqning surunkali stenozini bilan og'rigan bemorlarni davolashda asosiy vazifa pirovardida bemorga traxeostomiya bilan emas, balki tabiiy yo'llar orqali nafas olishga, burun orqali nafas olishdan foydalanishga imkon beradigan tadbirlarni amalga oshirish deb hisoblanadi. Ushbu jarrohlik aralashuvlar murakkab va ko'pincha ko'p bosqichli bo'ladi.

2.7. Hiqildoq o'smalari. Traxeya va bronxlar kasalliklari

Hiqildoq yaxshi sifatli o'smalari

Hiqildoqda eng ko'p uchraydigan yaxshi sifatli o'smalarovoz burmalarning erkin chetida, oldingi qismlarga yaqinroq yoki bu burmalarning Yuqori yuzasida joylashgan miomalardir (5.30-rasm). Gistologik jihatdan mioma biriktiruvchi to'qima bilan ifodalanadi va epiteliy bilan qoplangan. Tashqi ko'rinishida ular sharsimon o'simalarga o'xshaydi, kulrang rangga ega, vokal qatlamining chetidan chiqadigan ingichka oyoqchaga ega. Ba'zida bunday o'smaning biriktiruvchi to'qimasida ko'plab qon tomirlari mavjud bo'lib, keyinchalik shish qizil-sianotik rangga ega bo'ladi. Bunday holatlarda ular angiofibroma haqida gapirishadi. Ushbu o'smalar juda sekin o'sadi va ularning namoyon bo'lishining lokalizatsiyasiga qarab ular erta (o'simta boylamning erkin chetida joylashgan va fonatsiya paytida yopilishiga xalaqit beradi) yoki kech (o'simta Yuqori yuzasida

joylashgan katlama va ovoz tirqishining yopilishiga xalaqit bermaydi) bo'lishi mumkin.

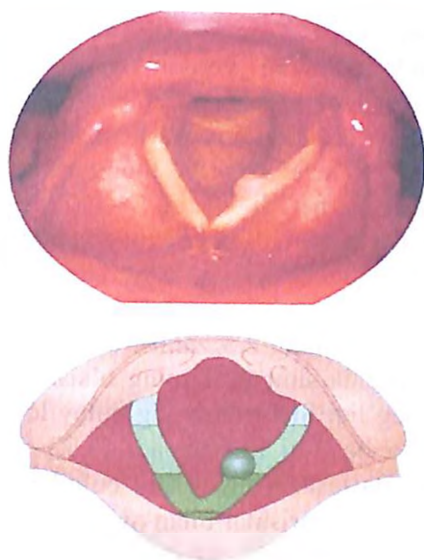


Rasm. 2.30. Hiqildoq fibromasi

Hiqildoq fibromasi bo'lgan bemorlarning asosiy shikoyati ovozning o'zgarishi ko'rsatkichlari - bu xirillagan, tovushsiz bo'ladi. Bilvosita laringoskopiya tashxisni aniqlashga imkon beradi - oyoqchali o'sma laringoskopik oynada, ba'zida keng poydevorda, gugurt boshi kattaligida yoki undan kattaroqshaklda ko'rinadi.

Davolash faqat jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi - operatsion mikroskop va mikrostrukturalar to'plami yordamida mahalliy og'riqsizlantirish ostida yoki umumiy behushlik ostida maxsus forseps bilan olib tashlanadi.

Bolalikda papillomalar yaxshi xulqli neoplazmalardan tez-tez uchraydi va kasallikning o'zi doimiy takrorlanish tufayli girtlakning barcha qismlariga va hattoki traxeyaga sezilarli darajada tarqalish tendensiyasi tufayli "laringeal papillomatoz" deb nomlanadi. Papilloma - bu Yuqori nafas yo'llarining benign fibroepitelial o'smasi bo'lib, bitta yoki ko'pincha papiller o'simtani ifodalaydi, bu esa ovozli-tarbiyaviy va nafas olish funksiyalarining buzilishiga olib keladi, ko'pincha takrorlanadi (5.31-rasm).



Rasm: 2.31. Hiqildoq papillomatozi

Odam papillomavirusi - papillomatozning etiologik omili hisoblanadi. Kasallikning asosiy belgilari - bu tovushning pasayishi, afoniyaga erishish va asta-sekin nafas olish qiyinlashuvi. Tashxis xarakterli endoskopik rasm va biopsiya materialining gistologik tekshiruv natijalariga asoslanadi. Davolash - og'iz orqali yoki halqum ochilgandan so'ng takroriy operatsiya (laringostomiya) palliativ hisoblanadi. Jarrohlik usuli - lazer yordamida hiqildoq mikroxirurgiyasi samarali usul hisoblanadi.

Tish-jag' tizimi a'zolarining patologiyasini simulyasiya qilishi mumkin bo'lgan hiqildoq o'smalaridan vestibulyar katlam qalinligida rivojlanayotgan laringotselni (hiqildoqning havodagi o'smasi) nomlash mumkin. Ushbu o'sma, sezilarli darajada kattalashganda, jag'osti sohasida sharsimon shish shaklida aniqlanadi. Ushbu shish odatda og'riqsiz va yumshoq elastik qat'iylikka ega. Bilvosita laringoskopiya bilan dahlizoldidan chiqayotgan sharsimon bo'rtma ko'rish mumkin, bu esa nafas olish oraliq'ini qoplashi mumkin. Rentgenogrammada bu holatlarda dahlizoldi burmalari hududida tashqi bo'shliqqa qarab havo bo'shlig'i aniqlanadi.

Davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi (laringotsel membranasini tashqi usul bilan olib tashlash).

Hiqildoq o'smalari

Hiqildoq sohasida topilgan yomon sifatli o'smalar, birinchi navbatda, saratonni o'z ichiga oladi - epiteliydan kelib chiqadigan yomon sifatli o'smalar, hiqildoqning turli qismlariga ta'sir qiladi, ekzofitik yoki infiltrativ o'sishga qodir, uning rivojlanishi davomida regional va uzoq metastazlar beradi.

Ko'pincha erkaklar kasal bo'lib, chekuvchilarda hiqildoq saratoni chekmaydiganlarga qaraganda 25 marta tez-tez uchraydi. Hiqildoq saraton barcha lokalizatsiyadagi yomon sifatli o'smalarning 2 dan 8 foizigacha va LOR organlarining 2/3 zararli o'smalariga to'g'ri keladi. Hiqildoq saraton kasalligida simptomlarning o'sish darajasi o'smaning asosiy joylashishiga bog'liq. SHishning eng qulay lokalizatsiyasi uning vokal qatlamida paydo bo'lishi hisoblanadi (5.32-rasm). Bu, birinchi navbatda, shifokorga erta tashrif buyurishni belgilaydi, chunki haqiqiy vokal qatlamlarda kichik o'zgarishlar bilan ovoz buzilishi alomati paydo bo'ladi. Ikkinchidan, gistologik tuzilishi tufayli vokal qavatda o'smaning o'sishi sekinlashadi va metastaz ham keyinchalik sodir bo'ladi. Dahliz burmalari o'smasi ancha tez rivojlanib, regional bo'yin limfa tugunlariga metastaz beradi va uzoq vaqt davomida alomatlar bermaydi, Shuning uchun keyinchalik tashxis qo'yiladi. Burmaosti sohasining saraton kasalligini kech tashxis qo'yilgan o'sma deb ham atashadi, chunki bemorlar uzoq vaqt davomida hech qanday noqulaylik sezmaydilar va faqat nafas olishlari qiyinlasha boshlaganda yoki qon tufdash bo'lganida shifokorga murojaat qilishadi.



Rasm. 2.32. Ovoz burmalari raki

Halqumning hiqildoq qismida (hiqildoq usti, uzuksimon tog'ay, hiqildoq burmalar) saraton o'simtasini lokalizatsiya qilish bilan bemorlarda tomoq og'rig'i, noqulaylik va ba'zida quloqqa tarqaladigan og'riq paydo bo'lishi mumkin. Shunday qilib, har qanday mutaxassislik bo'yicha shifokorning onkologik ogohlīgi, hiqildoq saraton o'simtasining birinchi namoyon bo'lishini qayd etish uchun zarurdir.

Hiqildoq shishi darajasiga qarab saratonning to'rt bosqichi mavjud:

I - o'simta hiqildoqning bir qismida joylashgan, masalan, ovoz qatlamida. Hech qanday metastaz yo'q.

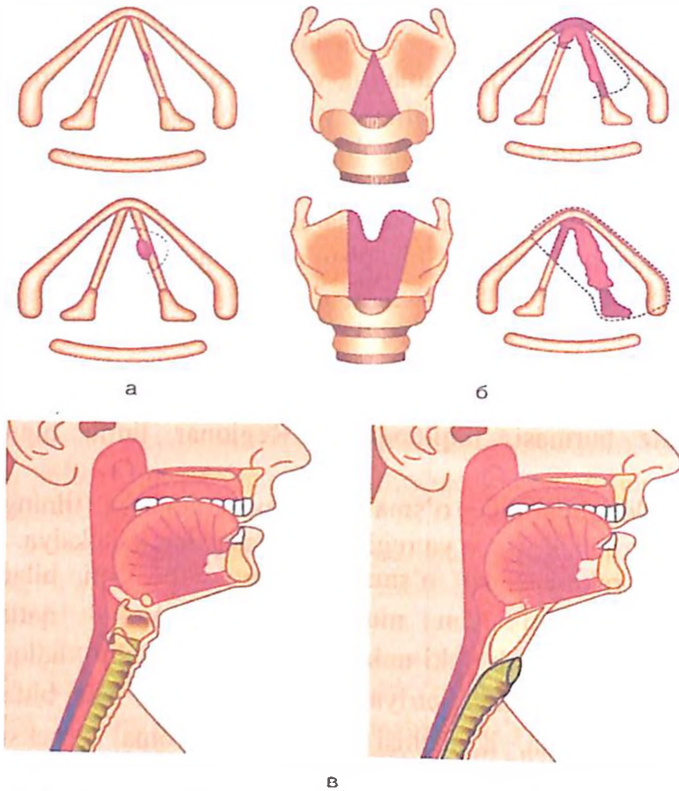
II - o'simta butun hiqildoqni (butun ovozqatlamni) qoplaydi. Metastazlar yo'q.

III - o'simta hiqildoqning boshqa qismlariga tarqaladi (ovoz burma, dahliz burmasi, hiqildoqusti). Regionar limfa tugunlarida metastazlar.

IV - hiqildoqning keng o'smasi qo'shni organlarga (tilning ildizi, qizilo'ngach) tarqaladi. Uzoq va regionar metastazlar, kaxeksiya.

Hiqildoq rakini faqat o'smaning paydo bo'lishi bilan aniq tashxislash har doim ham mumkin emas. Vokal qatlamning harakatchanligini cheklash yoki uning to'liq harakatsizligi, halqumning turli qismlari rangidagi assimetriya katta ahamiyatga ega: bitta vokal qatlam normal rangda, ikkinchisi giperemik. Frontal proeksiyadagi hiqildoq tomografiyasi hiqildoq o'simtasigaxarakterli belgilarni beradi. Biopsiya diagnostikada hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Davolash jarrohlik, nurlanish, kimyoviy terapiya usuli hisoblanadi. Hozirgi vaqtda hiqildoqni to'liq olib tashlagan bemorlarning soni o'smaning ilgari tashxis qo'yilishi, jarrohlik davolashning tejamkor usullarini ishlab chiqish tufayli sezilarli darajada kamaydi (4.33-rasm, a, b-rasm). Shu bilan birga, ba'zida ta'sirlangan mintaqaviy limfa tugunlari, teri osti to'qimasi va venoz tomirlarni olib tashlash bilan birga umumiy laringektomiya hali ham tez-tez zarur deb hisoblanadi (4.33-rasm, s). Davolashning kombinatsiyalangan usullari qo'llaniladi: jarrohlik, keyin nurlanish va kimyoviy terapiya yoki nurlanish, keyin jarrohlik va kimyoviy terapiya. Laringektomiyadan so'ng bemorlarda ovoz funksiyasini qisman tiklash uchun ovoz protezlari implantatsiyasi qo'llaniladi.

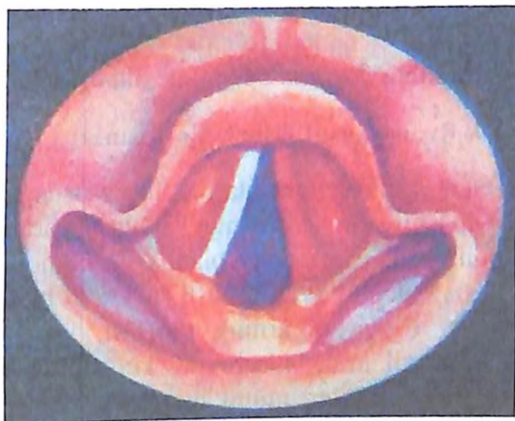


Rasm: 2.33. Hiqildoq saratonini jarrohlik yo'li bilan davolash: a, b - qisman olib tashlash; v - laringektomiya

2.8. Hiqildoqning sil kasalligi va zahmi

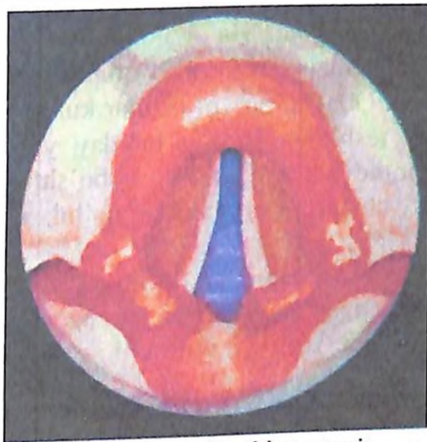
Halqum tuberkulyozi har doim ikkinchi darajali kasallikdir, ya'ni bemorda o'pka tuberkulyozi bo'lishi kerak. Doimiy yo'talish, hiqildoqning Shilliq qavatida ko'p miqdordagi balg'am to'planishi tufayli integral epiteliyning mikrotravmasi paydo bo'ladi. Tuberkulyoz mikrobakteriyasini o'z ichiga olgan balg'am, shikastlangan Shilliq qavatning bunday joylari bilan aloqa qiladi va samarali o'ziga xos Yallig'lanishning rivojlanishiga yordam beradi. Infiltrat, sil kasali hosil bo'ladi, so'ngra bukilgan yarani hosil qiladi (5.34-rasm). Hiqildoqda Yallig'lanish rivojlanish bosqichlarining har biri odatiy belgilar bilan tavsiflanadi, bu asosan fokusning lokalizatsiyasiga bog'liq. Agar o'pka tuberkulyozi bilan og'rigan bemorda xirillash paydo bo'lsa va

laringoskopiyada hiqildoqning turli qismlari rangidagi assimetriya paydo bo'lsa yoki o'tkir og'riq bilan birga bo'lsa, unda bu tasvirhiqildoqda paydo bo'lgan sil jarayoniga juda o'xshaydi. Perixondrit rivojlanishiga hissa qo'shadigan oshqozon yarasi juda chuqur bo'lishi mumkin.



Rasm. 2.34. Hiqildoq sili

Davolash - o'ziga xos [izoniazid, rifampitsin, streptomitsin, aminosaltsil kislotasi (ASK), ixtisoslashtirilgan muassasada kuzatuv].



Rasm. 2.35. Hiqildoq zaxmi

Hiqildoq zaxmi har qanday bosqichda paydo bo'lishi mumkin. Dastlabki bosqich, saraton, sil kasalligi kabi, birinchi navbatda hiqildoq

Shilliq qavatining assimetrik rangi bilan tavsiflanadi: bitta vokal qatlam normal rangda, ikkinchisi giperemik (5.35-rasm).

Aynan Shunday laringoskopik rasm shifokorni doimo ogohlantirishi kerak va u tashxisni aniqlashtirish va bemorni itxisoslashgan muassasaga yuborish uchun barcha choralarni ko'rish kerak (to'liq tarix, shikoyatlar tahlili, serologik tekshiruv, laringoskopiya, biopsiya).

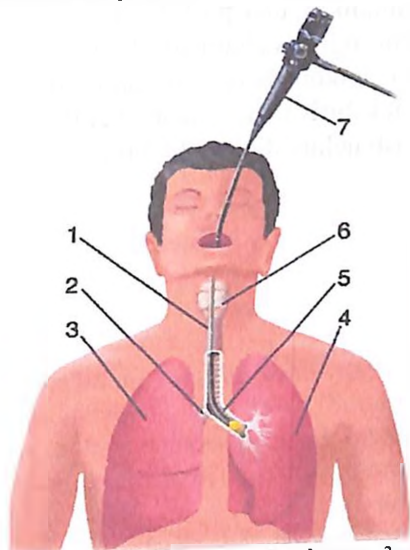
Dermatovenerologning nazorati ostida davolanish o'ziga xosdir.

2.9. Bronx kasalliklari. Yot jismlar

Bronx kasalliklari orasida otorinolaringolog asosan bronxning yot jismlari bo'lgan, shoshilinch yordamga muhtoj bemorlar uchun javobgardir. Bronxning yot jismlari ko'pincha (95% hollarda) bolalik davrida (5 yoshgacha) uchraydi. O'ynash paytida bolalar turli xil narsalarni, masalan, o'yinchoqlarning metall yoki plastmassa qismlaridan tortib, turli xil urug'lar (tarvuz, kungaboqar, yong'oq va boshqalar) bilan yutib yuborishlari mumkin. Kattalarda protez qismlari, go'sht suyaklari kabi holatlar kuzatiladi. Bronxda yot jism bo'lgan klinik ko'rinish ko'plab omillarga bog'liq: yot jismning kattaligi, uning yuzasi, to'qimasi. Dastlab, yo'talga qarshi hujum mavjud bo'lib, u uzoq vaqt davom etishi va keyin pasayishi mumkin. Bu ba'zida yo'tal refleksini bostirish bilan bog'liq. Ba'zi hollarda traxeya bo'shlig'iga kirib kelgan yot jismlar "suzuvchi" bo'lib qoladi, ya'niyo'tal paytida traxeyada harakat qiladi. Odatda, bu yot jismlar kungaboqar yoki tarvuz urug'idir. Nafas olish teshigiga tushib, bunday yotjism traxeyaning bifurkatsiyasiga etib boradi va keng ochilgan bo'shliq va kuchli nafas olishva kuchli nafas chiqarishdan iborat yo'tal refleksini keltirib chiqaradi.

Nafas olganda, havo oqimiga tushib qolgan yot jism yuqoriga qarab harakatlanadi va agar nafas olish oralig'i ovoz burmalariga tegmasdan sirpansa, u holda yot jism mustaqil ravishda olib tashlanadi. Ammo, aksariyat hollarda, yot jism pastki qatlarning refleksogen zonasi bilan kamida bir soniya davomida aloqa qiladi, bu esa ovoz tirqishini yopadigan mushaklarning bir zumda qisqarishiga olib keladi va yot jism yana ham pastgatushadi, bifurkatsiyaga yoki o'ng miya bosh bronxiga kirib boradi. Bunday "suzuvchi" uzoq vaqt, yo'tal refleksining charchashigacha yoki bronxda yot jism o'rnashib qolguniga qadar

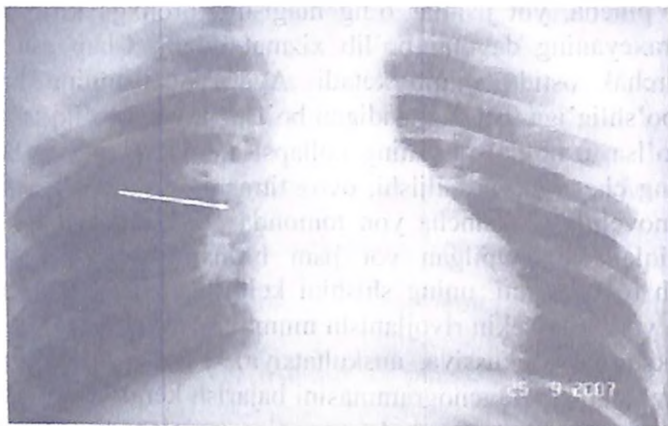
davom etishi mumkin. Bronxda yot jism borligida klinik ko'rinish begona jism bronxning bo'shlig'ini to'liq yoki qisman yopib qo'yishiga bog'liq. Ko'pincha, yot jismlar o'ng magistral bronxga kirib boradi, chunki u traxeyaning davomi bo'lib xizmat qiladi, Chap esa undan ravshan burchak ostida chiqib ketadi. Agar yot jismning kattaligi bronxning bo'shlig'iga to'g'ri keladigan bo'lsa va unga to'liq to'sqinlik qiladigan bo'lsa, u holda o'pkaning kollapsi alomatlari paydo bo'ladi: ikkinchisining chegaralarini siljishi, ovoz titrashi, auskultatsiya paytida nafas etishmovchiligi, aksincha yon tomonda emfizema. Kuchli nafas qisilishi aniqlanadi. YO'pilgan yot jism bronxial Shilliq qavatning Yallig'lanish reaksiyasini, uning shishini keltirib chiqarganda, bunday rasm keskin yoki asta-sekin rivojlanishi mumkin. Umumiy tekshiruvdan tashqari (tekshiruv, perkussiya, auskultatsiya), anamnezni to'liq olish uchun ko'krak qafasi rentgenogrammasini bajarish kerak. Kontrastli yot jism mavjud bo'lganda, u rasmda osongina aniqlanadi (5.36-rasm). Rentgen-kontrastli eritmalar yordamida bronxografiya rentgen-negativ yot jismlarni tashxislashda qo'llanilishi kerak.



Rasm. 2.36. Bronxoskopiya: 1 - traxeya; 2 - o'ng bronx; 3 - o'ng o'pka; 4 - Chap o'pka; 5 - Chap bronx; 6 - hiqildoq; 7 - bronxoskop

Davolash. Bronxning yot jismlari uchun tez yordam berish usuli, asosan bronxoskopiya hisoblanadi: og'iz bo'shlig'i orqali bajarilgan - Yuqori (5.37-rasmga qarang), pastki esa traxeotomiya qilish kerak

bo'lganda. Pastki bronxoskopiyabronxoskopiyani uzaytirishi va hatto takrorlashi mumkin deb taxmin qilingan hollarda qo'llaniladi.



Rasm: 2.37. Rentgenogrammada bronxlarda yot jism

Hozirgi vaqtda bronxoskopiyada ishlatiladigan asboblarda optik tolali va egiluvchan bo'lishi mumkin, ular proksimal uchida yoritgichli metall naychalardir. Bronxlarni og'riqsizlantirish bilan o'rganish va bo'lak bronxlarni tekshirishga imkon beruvchi nafas olish bronxoskoplari mavjud. Bronxlarni tekshirish va agar kerak bo'lsa, gistologik tekshiruvga material olish uchun diagnostik bronxoskopiya o'tkaziladi.

3 Bo'lim. LOR ORGANLARINING MAXSUS KASALLIKLARI

3.1. Sil kasalligi

Og'iz bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llarining sil kasalligi

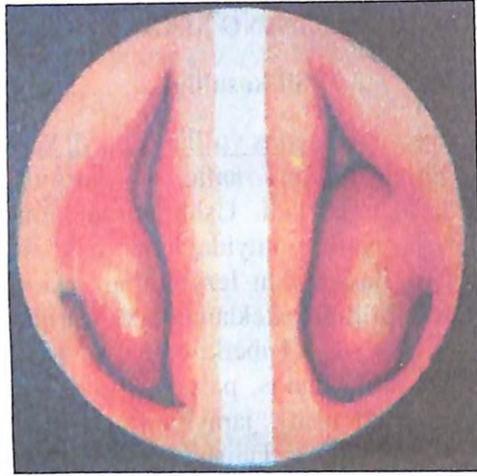
Og'iz bo'shlig'i va Yuqori nafas yo'llarining sil kasalligi, ko'pincha ikkinchi darajali bo'ladi. Ushbu organlarning tuberkulyoz bakteriyalarini yuqtirish usullari quyidagicha: balg'am, limfogen va gematogen. Patomorfologik jihatdan lezyonning ikki shakli ajratiladi: infiltratsiya va yarasi. Infiltrat cheklangan va tarqoq, kamdan-kam hollarda o'simtaga o'xshaydi. Tuberkulyoz yarasi odatda notekis shaklga ega, sayoz, qirralari notekis, pastki qismida xira granulyasion to'qima mavjud. Yallig'lanish jarayonining bosqichiga qarab infiltratsiya, parchalanish, urug'lanish va keyinchalik siqilish, klassifikatsiya va rezorbsiya sodir bo'ladi.

Burunning sil kasalligi

Burun tuberkulyozi dastlab burun bo'shlig'ining oldingi qismlarida, kutish paytida, burun to'sig'ida, burun chig'anog'ining Shilliq qavatida joylashgan. Kasallikning dastlabki bosqichida ko'p miqdorda burun ajralmalarining, qobiq va tiqilib qolish hissi kuzatiladi. Infiltrat bor, nisbatan tez yarasi, ko'pincha burun to'sig'ining tog'ay qismining teshilishi hosil bo'ladi. Infiltratlarning parchalanishi va oshqozon yarasi hosil bo'lishi bilan qon aralashgan yiringli ajralma kuzatiladi. Rinoskopik ravishda, oshqozon yarasi Shilliq qavatdagi nuqson deb ta'riflanadi, uning pastki qismida bo'sh granularlar joylashgan bo'ladi (6.1-rasm).

Agar bemorda o'pka, hiqildoq, bo'g'imlarning sil kasalligi bo'lsa, tashxis qo'yish qiyin emas.

Burunning zaxm bilan zararlanishini (uchinchi darajali zaxm) farqlash kerak. Zaxm nafaqat burun to'sig'ining tog'ayga tushadigan qismiga, balki suyakka ham zarar etkazishi bilan tavsiflanadi. Zaxm bilan burun suyaklari shikastlanishi (egarning burni) ham mumkin, bu esa burun dorumida kuchli og'riq bilan kechadi. Differensial diagnostikada, ma'lum yordam, bolalardagi Virkerman serologik tekshiruvi, Pirke testi bilan ta'minlanadi. Burun bo'shlig'idagi infiltratsiya o'sma shaklida bo'lishi mumkin (tuberkuloma); uni o'sma (sarkomatik) jarayonidan farqlash uchun biopsiya va gistologik tekshiruv o'tkaziladi.

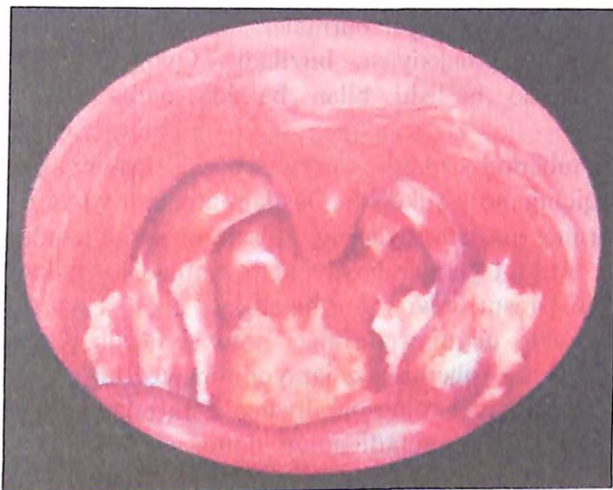


Rasm: 3.1. Burunning sil kasalligi

Halqum sili

Halqumdagi tuberkulyoz har xil bo'ladi: engil infiltratsiyali yuzaki cheklangan yaralardan tortib, xarakterli oshqozon yarasi bilan keng tarqalgan papillomatoz infiltratgacha. Oshqozon yarasi bilan patognomonik simptom paydo bo'ladi, nafaqat qattiq ovqatni, balki suvni yutganda ham, o'tkir og'riq paydo bo'ladi. Ikkilamchi infeksiyani qo'shilishi, og'izdan yoqimsiz chirigan hid kelishiga olib keladi. Tuberkulyoz oshqozon yarasi asosan, tomoq yoyi va orqa tomoq devorining Shilliq qavatida joylashgan. Ular tartibsiz skalped osti qirralariga, hamda xira pushti rangga ega. Ularning yuzasi ko'pincha yiringli gul bilan qoplanadi, uning ostida xira, yumshoq granulyasiya aniqlanadi (6.2-rasm). Yaralar kattalashishi mumkin, Shilliq qavatining katta joylarini ushlab, chuqurlikda tarqalishi mumkin.

Diagnostika. Kasallik boshlanganda tashxis qo'yish, nisbatan qiyin kechadi. Avvalo, o'pkaning holatiga birlamchi lokalizatsiya joyi sifatida e'tibor qaratish lozim. Ushbu kasallik zaxm, saraton kasalligidan farqlanishi kerak. Keyingi bosqichda tashxis klinik ko'rinish, Pirket reaksiyasi, oshqozon yarasi sohasidagi granulyasiyalarni mikroskopik tekshiruv va bemorni umumiy tekshiruv ma'lumotlari asosida aniqlanadi.



Rasm: 3.2. Halqum sili

Hiqildoq sili

Hiqildoq sili - bu yuqori nafas yo'llarida sil jarayonining eng keng tarqalgan lokalizatsiyasi hisoblanadi. Xalkumni tuberkulyozli mikobakteriyalar bilan yuqtirish – gematogen, limfogen yoki kontakt bilan, yo'talayotgan balg'am hiqildoqning Shilliq qavatiga yopishganda va uni matsratsiyalashda sodir bo'ladi. Natijada infeksiya Shilliq osti qatlamga kirib boradi. Hiqildoq sil jarayonini rivojlanishida uch bosqichga ajratiladi:

- Infiltrat hosil bo'lishi;
- Yaraning shakllanishi;
- Tog'ayning emirilishi.

Odatda kasallik hiqildoqning orqa qismlariga, ya'ni cho'michsimon bo'shliq, cho'michsimon tog'ay va ovoz qatlamlarning qo'shni joylariga ta'sir qiladi. Infiltratsiya Shilliq qavatining qalinlashishi, papillomalarga o'xshash tuberkulyoz paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Jarayonning keyingi rivojlanishi bilan tuberkuloma hosil bo'ladi, so'ngra oshqozon yarasi paydo bo'ladi. Kasallikning noqulay jarayoni va ikkilamchi infeksiyani qo'shilishi, jarayonga perikondrium va tog'ay bilan birga keladi.

Klinik ko'rinish. Bemorning yutinish paytidagi og'riqdan shikoyati xarakterlidir, bu jarayon asosan, cho'michsimon tog'ay, tog'ay usti sohasida va cho'michsimon hiqildoq usti burmalarga joylashganda

aniqlanadi. Vokal va vestibulyar burmalar, hamda interkraniyal bo'shliq ta'sirlanganda, ovoz funksiyasi buziladi. Ovoz usti bo'shliqda infiltratlarning paydo bo'lishi bilan ba'zida nafas olish buzilishi kuzatiladi.

Halqum tuberkulyozdagi laringoskopik tasvir, jarayonning rivojlanish bosqichiga to'g'ri keladi. Dastlab, giperemiya va infiltratsiya vokal qatlamlarning ma'lum joylarida, asosan, orqa mintaqalarda paydo bo'ladi. Keyin infiltrat yaralar hosil qiladi, natijada och kulrang yara hosil bo'ladi (6.3-rasm) Ovoz burmalarning chekka yarasi bo'lishi mumkin - bu holda ularning qirralari notekis bo'lib, go'yo tuynuk solinganga o'xshaydi. Tuberkulyoz jarayonining tez-tez lokalizatsiyasi. Shuningdek, granulyasiyalarning papilyar o'sishi bilan infiltratlar hosil bo'lib, katta hajmlarga etib boradigan va glottisga chiqib ketgan o'simta - tuberkuloma ko'rinadigan interkraniyal bo'shliq deb hisoblanadi. Tuberkulyoz infiltratlarning rivojlanishi bilan, vestibulyar burmalar yostiqqa o'xshash shaklga ega bo'lib, ularning yuzasi silliq yoki notekis ko'rinadi. Infiltratlarning parchalanishi bilan chuqur yara hosil bo'ladi. Tuberkulyoz jarayonidan ta'sirlangan epiglottis keskin o'sib boradi va shishgan Shilliq qavat bilan o'sma shaklida hiqildoq kirish qismida osilgan bo'ladi.



Rasm: 3.3. Hiqildoq sili

Odatda, tuberkulyoz kasalligida – oshqozon yarasi rivojlanib boradi, chuqurlashadi va tog'ay usti va tog'ayga ta'sir qiladi. Ammo hiqildoq tog'ayini nekroz va sekvestratsiya qilish, hiqildoq tuberkulyozning kamdan-kam uchraydigan asoratidir. Shuni esda tutish kerakki, o'pka tuberkulyozi bilan og'rigan bemorda, hiqildoq sil kasalligi jarayoni asosiy e'tiborni boshqa lokalizatsiyasiga qaraganda ancha qiyin. Hiqildoq tuberkulyoz jarayonini yo'q qilish bilan (odatda infiltratsiya bosqichida) ovoz funksiyasi ham tiklanadi.

Diagnostika. Tuberkulyozli laringit uchun bir tomonlama yaralar, giperemiya yoki ovoz qatlamining infiltratsiyasi xarakterlidir. Biroq, bunday rasm bilan o'sma jarayoni ham mumkin. Bunday hollarda biopsiya natijalari differensial diagnostika uchun asos hisoblanadi. Hiqildoqni o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanishi bilan, odatda, uning ikki tomonlama zararlanishi kuzatiladi, bu esa hiqildoqni zaxm zararlanishi bilan ham sodir bo'ladi. Hiqildoq tuberkulyozini kech aniqlanishning sabablari otorinolaringolog va fiziatriya mutaxassisi tomonidan tarix ma'lumotlari va o'ziga xos zararlanishga xos bo'lgan erda sub'ektiv belgilarni kam baholashi, Shuningdek, balg'amni mikrobakteriy tuberkulyoziga o'z vaqtida tekshirilmaganligi va rentgen tekshiruv ko'krak qafasi organlari bo'lishi mumkin. Agar kerak bo'lsa, hiqildoqning ta'sirlangan joyidan biopsiya o'tkaziladi.

Davolash. Umumiy va mahalliy. Izoniazid va refampitsin kimyoviy terapiya kursining eng samarali va majburiy tarkibiy qismlari hisoblanadi; Shuningdek, pirazinamid, etambutol, streptomitsin, viomitsin (florimitsin sulfat b), sikloserin ishlatiladi. Ushbu dorilarni birgalikda qo'llash eng yaxshi samarani beradi. Aminosalitsil kislotasi (PASK) preparatning silga qarshi faolligi pastligi sababli, kamdan-kam hollarda buyuriladi. Achchiq umumiy rejim, yaxshi ovqatlanish ham buyuriladi. Mahalliy davolanishning asosini infiltratlar va oshqozon yarasini turli kislotalar (80% sut kislotasi eritmasi va boshqalar) bilan katerizatsiya qilish hisoblanadi. 10-20% pirogall kislotasi malhamini surtiladi. Ijobiy ta'sir Shilliq qavatining zararlangan hududini naycha orqali kvarts bilan nurlantirish orqali beriladi.

Moychechak gullari, shalfey barglari yoki vodorod peroksidning iliq kaynatmasi bilan og'iz-halqumni tez-tez yuvib turishini tavsiya qilinadi. Yutinish paytida og'riqni kamaytirish uchun oshqozon yarasini anestezin bilan moy bilan surtish kerak. Ovqat iliq, suyuq va ta'sirlash xususiyati keltirmaydigan bo'lishi kerak.

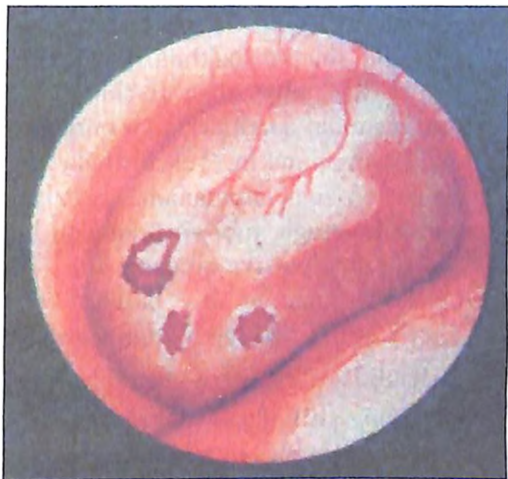
Hiqildoq shikastlanishi va kuchli og'riq belgilari bilan, Yuqori hiqildof nervning novokain blokadasi yoki intradermal novokain blokadasi (A.N. Voznesenskiy bo'yicha), Vishnevskiy A.V.ga ko'ra vagosimpatik blokada. Quloq sili

Bu kasallik bilan og'rigan bemorlar kam uchraydi, odatda gematogen tarqalgan o'pka tuberkulyozi bilan yuzaga keladi. Erta bolalikda so'rg'ichsimon o'siq nog'ora bo'shliqda, oldindan yallig'lanishsiz ta'sirlanishi mumkin. Tuberkulyozli otit vositalarining rivojlanishida mikroorganizmlar bilan ikkilamchi infeksiya muhim rol o'ynaydi.

Nog'ora parda zararlanganda uning qalinligida tuberkulyoz shaklidagi izolyasiya qilingan fokuslar paydo bo'ladi, ularning parchalanishi keyinchalik ko'plab tuynuklarning paydo bo'lishiga olib keladi. Jarayonning suyakka tarqalishi esa suyak to'qimasini yo'q qilishga olib keladi.

Tuberkulyozli otit vositalarining klinik ko'rinishi o'ziga xosligi bilan ajralib turadi va o'ziga xos bo'lmagan otit vositalaridan farq qiladi. Kasallikning boshlanishi odatda og'riqsiz kechadi, timpanik membrananing ko'p teshiklari hosil bo'lib, ular birlashib, uning tez parchalanishiga olib keladi (6.4-rasm). Faqat kamdan-kam hollarda timpanik membrananing teshilishi bitta bo'lishi mumkin. Quloqdan bo'shatish birinchi navbatda kam, keyin o'tkir chirigan hid bilan ko'payadi. Jarayonga vaqtinchalik suyakning qo'shilishi bilan nog'ora bo'shliqda va so'rg'ichsimon o'siqda ko'p miqdordagi yiringli xomilalik ajralish va eshitishning keskin pasayishi bilan keng nekroz paydo bo'ladi. Bunday holda, suyak kariesi, sekvestrlarning shakllanishi va yuz nervining pareziyasi yoki falajining alomatlarini kuzatiladi.

Davolash. Tuberkulyozni faol davolash yuqorida muhokama qilingan prinsiplarga muvofiq amalga oshiriladi. Quloqda karies-granulyasiya jarayoni mavjud bo'lganda, odatda, silga qarshi umumiy terapiya fonida, quloqdagi umumiy bo'shliqni sanitarizatsiya qilish operatsiyasi amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi davrda silga qarshi dorilar mahalliy darajada qo'llaniladi.



Rasm: 3.4. Quloq sili

Yuqori nafas yo'llari va quloqning tuberkulyoz shikastlanishlari prognozi odatda qulaydir: aksariyat hollarda asosiy kasallikni muvaffaqiyatli davolash bilan tiklanish sodir bo'ladi. Oldini olish o'pka tuberkulyozining oldini olish va o'z vaqtida ratsional davolashdan iborat.

3.2. Zaxm

Zaxm - oq spiroxeta tomonidan kelib chiqqan surunkali yuqumli kasallik. Zaxm bilan insonning barcha to'qimalari va a'zolari, Shu jumladan LOR a'zolari kasallanadi. Infeksiya shilliq pardalar va teriga mikroskopik shikastlanish orqali xira treponemaning kirib borishi natijasida yuzaga keladi; infeksiyaning jinsiy yo'l bilan yuqishi tez-tez uchraydi va jinsiy aloqadan tashqari boshqa yo'l kamroq kuzatiladi, xususan, zaxm bilan kasallangan bemorni tekshirishda ilgari ishlatilgan, yomon dezinfeksiyalangan vositalar bilan infeksiyani kiritish natijasida rivojlanadi.

Incubatsion davri o'rtacha 3 hafta, keyin yuqumli joyda qizg'ish nuqta (yoki papula) paydo bo'ladi, u ko'payadi va bir necha kun ichida zichroq bo'ladi - markazda yara bo'lgan birinchi zaxm (qattiq shankr) shakllari hosil bo'ladi. Qattiq shankr paydo bo'lganidan 5-7 kun o'tgach, rangli treponemalar intensiv regionar limfa tugunlari kattalashadi. Rangli treponemalar intensiv ravishda ko'payib, butun limfa tizimiga tarqaladi, natijada poliadenit rivojlanadi.

Burunning zaxmi

Burunning zaxmi qattiq shankr shaklida, ikkilamchi va uchinchi darajali namoyon bo'ladi. Burunning shankri (birlamchi sifiliz) kam uchraydi. Burunga kirish qismida, qanotlarida va burun to'sig'ining teri qismida lokalizatsiya qilinishi mumkin. Tekshiruvda 0,2-0,3 sm qizil rangdagi silliq, og'riqsiz eroziya aniqlanadi. Eroziyaning qirralari tizmaga o'xshash qalinlashuvga ega, tubi yog' karashi bilan qoplangan va pastki qismida zich infiltrat palpatsiya qilinadi.

Qattiq shankr paydo bo'lganidan 6-7 hafta o'tgach, ikkilamchi zaxm belgilari paydo bo'ladi - terida va Shilliq pardalarida rozeoloz, papulyar va pustular shaklida o'ziga xos sifilitik toshmalar chiqadi. Burun sohasida ikkilamchi sifilidlar eritema va papula shaklida uchraydi. Eritema Shilliq qavatining shishi va qonli-seroz yoki Shilliq sekretiylar paydo bo'lishi bilan birga keladi. Papulyoz toshmalar keyinchalik paydo bo'ladi va burunga kirish joyining terisida, kamroq burun bo'shlig'ida joylashgan bo'ladi. Papula emirilganda, Shilliq sekret doimiy ravishda yara yuzasini ta'sirlaydi va bu davolanishga xalaqit beradi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va yosh bolalarda doimiy rinitning paydo bo'lishi, qobiq hosil bo'lishiga moyil bo'lgan qalin sekretiya bilan birga, tug'ma zaxmga Shubha tug'dirishi kerak.

Burunning zaxmini uchlamchi shakli, oldingi ikkitasiga qaraganda tez-tez tashxislanadi. Bu parchalanish bilan diffuz infiltratlar yoki gümna hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Gümna suyakda, suyak usti va tog'ay Shilliq qavatida joylashishi mumkin, suyak to'qimalarining nekrozi esa sekvestrlarning hosil bo'lishi bilan sodir bo'ladi (6.5-rasm). Ko'pincha, uchinchi darajali sifilzdagi jarayon burun to'sig'ining suyak qismida va burun tubida joylashgan. Ikkinchi holatda, gummaning parchalanishi paytida og'iz bo'shlig'i bilan aloqa paydo bo'lishi mumkin. Zaxmning uchinchi davrida og'riq sindromi xarakterlidir. Burun, peshona va ko'z kosalarida qattiq og'riq paydo bo'ladi. Suyak shikastlangan badbo'y hid og'riq sezgisiga qo'shiladi va ko'pincha burundan ajralgan ajralmalarda, suyak sekvestrlari topiladi. Burun ko'pincha egar shaklini oladi.



Rasm 3.5. Zaxmning uchinchi bosqichi

Diagnostika. Burun dahlizining qattiq shankrini furunkuldan farqlash kerak. Burunning furunkuli bilan markazda emirilgan cheklangan pustulalar aniqlanadi. Ikkilamchi zaxm lablar, og'iz va anusda papulalarning bo'lishi bilan ajralib turadi. Jarayon rivojlanishining uchinchi bosqichida tashxisning asosini serologik o'rganish (ijobiy Vasserman reaksiyasi) deb hisoblashadi va gistologik tekshiruv natijalari ham hisobga olinadi. Shuni esda tutish kerakki, boshlang'ich sifilizning dastlabki davrida serologik reaksiyalar salbiy bo'lib, natijada u seronegativ deb belgilanadi. (burun orqasining tortilishi)

Halqum va hiqildoq zaxmi

Tananing umumiy kasalligi belgisi sifatida tomoq va halqum zaxmi kuzatiladi; bu jarayonning istalgan bosqichida sodir bo'lishi mumkin. SHankr eritematoz, eroziv va yarali shakl sifatida namoyon bo'ladi. Halqumdagi jarayon, qoida tariqasida, bir tomonlama bo'lib, regional limfa tugunlarining bir tomonlama limfadenitiga hamroh bo'ladi.

Zaxmning ikkinchi bosqichida, ko'pincha, tomoq va halqum Shilliq qavatining shikastlanishi bir vaqtning o'zida sodir bo'ladi va ko'pincha rozeola va papula ko'rinishidagi teri toshmalari bilan birga keladi. Ikkilamchi sifilidlar odatda sub'ektiv hissiyotlar bilan birga bo'lmaydi, Shuning uchun ular sezilmasdan qolishi mumkin va bemor uzoq vaqt davomida infeksiya manbai bo'lib xizmat qiladi.

Hiqildoq kasalliklari

Tanglay bodomsimon bezidagi o'ziga xos jarayon, odatdagi tomoq og'rig'idan normal yoki biroz ko'tarilgan harorat, yutish paytida og'riq yo'qligi bilan ajralib turadi. Faringoskopiya bilan halqumning ikkilamchi zaxmi mis-qizil giperemiya fonida diffuz shishi bilan ajralib turadi, u tanglay yoylariga, yumshoq va qattiq tanglayning Shilliq qavatiga tarqaladi (6.6-rasm). Hiqildoq ikkilamchi bosqich eritema

shaklida namoyon bo'ladi, bu jarayonda ovozli burmalar, cho'michsimon tog'ay va tog'ay ustini jalb qilish bilan kataral laringitni simulyasiya qiladi. Tomoq va halqumning turli qismlarida lokalizatsiya bilan papulalar hosil bo'lishi ham mumkin. Papulalar - bu dumaloq yoki oval shaklidagi kulrang - oq toshmalar bo'lib, ular sirt ustida ko'tarilib, qirradi bo'ylab qizil chegara bilan o'ralgan. Bunday tugunlar va blyashkalar, ko'pincha yuzasi yarali bo'lib, tilning uchi va qirralari bo'ylab, yonoq va qattiq tanglay Shilliq qavatida, ovoz, dahliz, cho'michsimon -hiqildoq usti burmalar va hiqildoq ustida joylashgan.



Rasm 3.6. Halqumning zaxmi

Halqumning o'ziga xos yallig'lanishi, halqum ichi fistula shakllanishiga olib keladi. O'z vaqtida davolangan holda, gumma o'rnida yulduzcha, oq-sariq rangdagi zich izlar hosil bo'ladi. Halqumdagi chandiqlar yumshoq tanglayning orqa devor bilan, halkumda esa deformatsiyaga olib kelishi va stenozni keltirib chiqarishi mumkin.

Gumma hosil bo'lish bosqichidagi bemorning shikoyatlari uning kattaligiga, lokalizatsiyasiga va ikkilamchi reaktiv jarayonlarga bog'liq. Halqumdagi chandiqlar yopiq burunni, eshitish naychalarining

shikastlanishi natijasida eshitish qobiliyatining buzilishini, burun nafasi va hidining buzilishini keltirib chiqaradi. Hiqildoqdagi jarayon ovozning qisilishi yoki afoniya bilan birga keladi. CHandiqlashish jarayonning rivojlanishi bilan nafas olish qiyinlashadi.

Diagnostika. Yoʻtal va halkunning zaxm bilan kasallanishining belgilari, Vassermannning serologik ijobiy tekshiruvi, oqarganida xira spiroxetaning papulalarini aniqlash asosida tan olinadi.

Halqumning ikkilamchi zaxm turlari kataral, follikulyar, yaramembranali tomoq, sil va leykoplakiya bilan amalga oshiriladi.

Leykoplakiya

Yanoq va til Shilliq qavatida joylashgan kulrang-oq rangli epiteliyaning cheklangan qalinlashishi uzoq vaqt davomida oʻziga xos boʻlmagan taʼsirlash xususiyati beruvchi moddalar (chekish va boshqalar) taʼsirida paydo boʻladi. Hiqildoqning uchinchi darajali zaxmini tuberkulyozdan, xavfli oʻsmadan farqlash kerak. Bunday holda, bemorni sil kasalligini tekshirish, Vasserman reaksiyasi, zararlangan hududdagi toʻqimalarning parchalarini gistologik tekshirish orqali baʼzi yordamlar koʻrsatiladi.

Mustaqil ish savollarai

1. LOR azolarining zamonaviy tekshiruv usullari
2. Chin bo'g'ma Bolalarda stenozlovchi laringotraxeit.
3. OITSda LOR a'zolarining o'zgarishlari
4. LOR a'zolarida yot jismlarda birinchi yordam
5. LOR a'zolarining o'sma kasalliklari
6. Vegener granulomatozida LOR a'zolari zararlanishi
7. LOR a'zolari spetsefik kasalliklari

1. Javoblari

2. Hiqildoqni zamonaviy tekshirish usullari

I bosqich- tashqi tekshirish va palpatsiya

Hiqildoq sohasini tashqi tekshiruvi uning o'smalardagi assimetriyasini, tog'ay to'qimalardagi Yallig'lanish jarayonlarini baholashga imkon beradi. Diagnostikaning muhim usuli bu hiqildoqni paypaslash, uning gorizontal tekislikdagi faol siljishi bo'lib, harakatlanayotgan tog'aylarning g'ichirlashi bor yoki yo'qligi to'g'risida qaror qabul qilishga imkon beradi(yo'q bo'lganda, o'smadan Shubha qilinadi).

II bosqich - bilvosita laringoskopiya

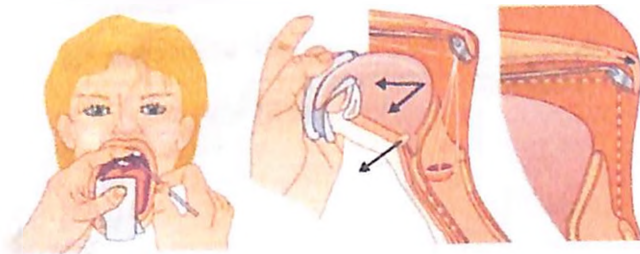
Hiqildoq bo'shliqni tekshirish uchun bilvosita va to'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya usullariga murojaat qilish kerak. Bilvosita laringoskopiya dastagidagi hiqildoq oynasi yordamida vaavtonom yoritgichli laringoskoplari bo'lgan maxsus asboblarda to'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya amalga oshiriladi.

Bilvosita laringoskopiya (gipofaringoskopiya). Bemor erkin o'tirgan holatda, yorug'lik manbai uning o'ng qulog'i darajasida. Birinchidan, siz "quyonchani" ushlashingiz kerak, so'ngra tomoq oynasini biroz qizdiring, bemorga tilini chiqarishini so'rang, salfetka bilan o'rab oling va Shu holatda mahkamlang. Bemor og'zidan chuqur nafas olishi kerak, Shu payt ko'zgu yuzasi bilan pastga qarab, yumshoq tanglayga tegguncha og'iz bo'shlig'iga kiritiladi (5.9-rasm). Bemorga "i.. i.. i" tovushlarini talaffuz qilish so'raladi. Bu nafas olish va fonatsiya paytida hiqildoqni ko'rishga imkon beradi. Hiqildoq Shilliq qavatining rangiga, ovoz qatlamlarning rangiga, ularning harakatchanligiga va fonatsiya paytida yopilishiga e'tibor bering. Burmalar harakatining simmetriyasi qayd etilgan (4.9-rasmga qarang).

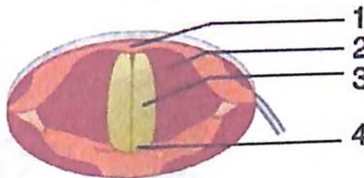
Kuchaygan refleks bilan ular og'riqsizlantiruvchi eritmani (lidokain) tomoq Shilliq qavatiga, tomoq orqa tomoniga va tilning ildiziga purkash orqali amalga oshiriladi. Zondni surtish uchun vatadan foydalanishingiz mumkin.

Bilvosita laringoskopiya har doim ham kasallikni tashxislash uchun etarli bo'lmisligi mumkin. Bunday hollarda rigid laringoskop yordamida (Rasm 10.) yoki egiluvchan fibrolaringoskop (Rasm 11.), yoki maxsus mikroskop yordamida narkoz ostida o'tkaziladigan bevosita mikrolaringoskop yordamida (Rasm 12., Rasm 13.) hiqildoqni ko'rishimiz mumkin.

bilvosita laringoskopiya texnikasi



fonatsiyada



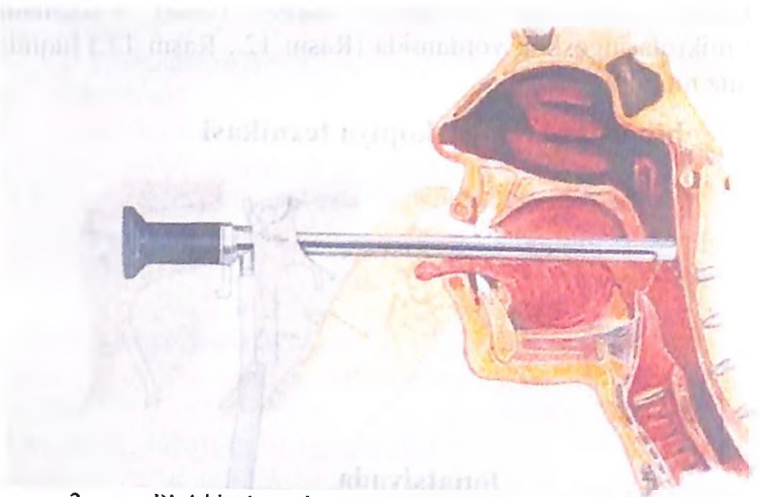
nafas olishda



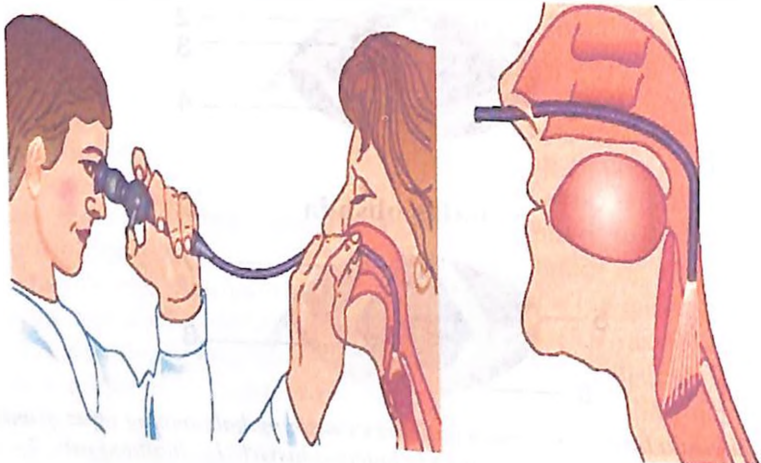
1-rasm. Bilvosita laringoskopiya hiqildoq oynasining halqumning og'iz qismida joylashuvi. Bilvosita laringoskopiya hiqildoq tasviri: 1 – hiqildoq usti; 2 – vestibulyar burmalar; 3 – ovoz burmalari; 4, 6 – cho'michsimon tog'ay; 5 – cho'michhiqildoqusti burmalari; 7, 8 – ovoz tirqishi

Hiqildoq rentgenografyasi

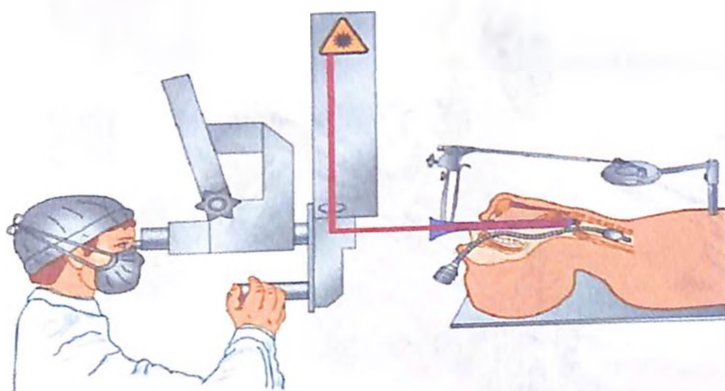
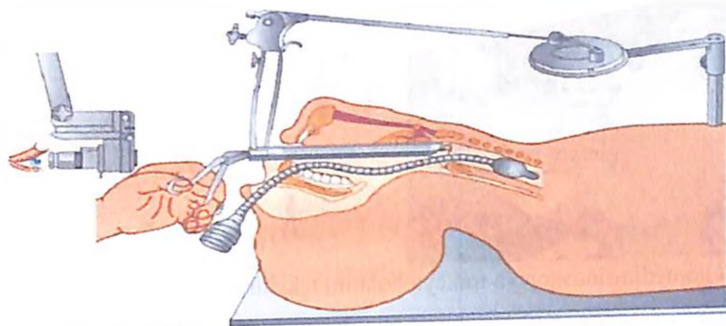
Tashxisni aniqlashtirishda hiqildoqning rentgenografik tekshiruvi ayniqsa, frontal yuzada o'tkaziladigan tomografiya katta ahamiyatga ega. Qo'shimcha usul sifatida hiqildoq tog'ayi suyaklanishini, havo ustuni shaklini, hiqildoq qorinchalari holatini, yot jismlari va o'smalarini aniqlashda qo'llaniladi. Hiqildoq KT yuqori ma'lumot ega. Bu usul hiqildoqning barcha qismlari faoliyati to'g'risida ma'lumot beraoladi



2-rasm Rigid laringoskop yordamida hiqildoqni tekshirish



3-rasm. Egiluvchan laringoskop yordamida hiqildoqni tekshirish



4-rasm. Bevosita mikrolaringoskopiya



5-rasm. Mikrolaringoskopiya da hiqildoq tasviri

Traxeya va bronxlarni zamonaviy tekshirish usullariga bronkoskopiya - traxeyani optik asbob bilan tekshirish;



- Vidiomediastinoskopiya traxeya holatini tekshirish imkonini beradi



3. Chin bo'g'ma

4. **Difteriya** (bug'ma) bu - ko'pincha og'izda og'iz halqum soxasida va tanglay murtaklari oldingi ravoqlarida va yumshoq tanglayda uchraydi, lekin ko'pchilik xolarda hiqildoq, bronxlar, teri va boshqa organlarga ta'sir qiladi.

Agar difteriya orofarenksga ta'sir qilsa, unda og'ir intoksikatsiyaga va qo'shimcha ravishda krup rivojlanishi mumkin - difteriya plyonkasi va shish bilan havo yo'llarining tiqilib qolishi, ayniqsa bolalarda uchrashi uta xafli xisoblanadi va shunga chin bug'ma nomini olgan.

Klinik kurinishi :

1. Xaroratning oshishi
2. Terining oqarib ketishi
3. Belgilangan zaillik
4. Bo'yinning yumshoq to'qimalarining shishishi
5. Yengil tomoq og'rig'i, yutish qiyinligi
6. Kengaygan tanglayda bodomsimon bezlar faringeal shilliq qavatning giperemiyasi va shishishi
7. Tanglay yoylariga, yumshoq tanglayga, farenksning yon devorlariga, halqumga cho'zilgan bodomsimon bezlarni qoplaydigan plyonkali blyashka (ko'pincha kulrang-oq). bo'yni limfa tugunlarining kengayishi
8. Halqumni siqilishi tufyli nafas olish qiyinlashishi.



Tanglaydagi bodomsimon bezlarda va yumshoq tanglaydagi iflos oq-kulrang plyonka difteriyaning

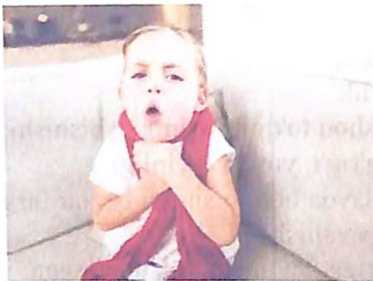
Tanglaydagi bodomsimon bezlarda va yumshoq tanglaydagi iflos oq-kulrang plyonka difteriyaning klassik belgisidir

Davolash.

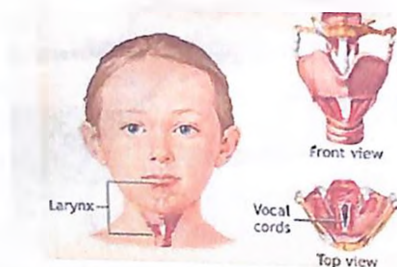
A. Difteriyaning barcha shakllarini (bakterial tashishdan tashqari) davolashda asosiy narsa difteriya toksinini bostiradigan antitoksik antidifteriya sivirtkasini(PDS) kiritishdir.

B. Antibiotiklar difteriya qo'zg'atuvchisiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi

3. Bolalarda stenozlovchi laringotraxeit.

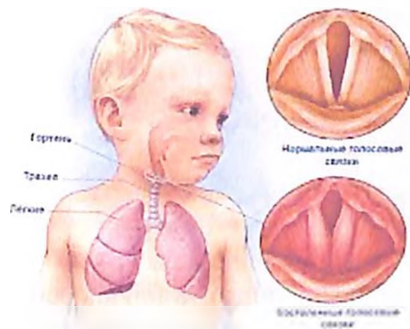


Bu kasallik assosan yosh bolalarda URI fonida rivojlanadi 3 yoshgacha bulgan bemorlar uchun xafli xisoblanadi(Yosh bolalarda ovoz qatlamlari ostidagi bo'shashgan to'qima juda rivojlangan anatomik xususiyati bilan bog'liq va bolalarda hiqildoq bo'shlig'ining torligi Bolani gorizontol holatida, qon oqimi tufayli shish kuchayishi bilan bog'liq) va bunday bolalar kup xolarida stosionarga gospitalizasiya qilinadi. Bu qildoqning ovozosti sohasida jarayonning lokalizatsiyasi ustun bo'lgan o'tkir laringit. Ular odatda 5-8 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi, bu ovozosti sohasining strukturaviy xususiyatlari bilan bog'liq.



Yosh bolalarda ovoz qatlamlari ostidagi bo'shashgan to'qima juda rivojlangan va yuqumli vosita bilan ta'sirlash xususiyati bilan

osonlikcha reaksiyaga kirishadi. Stenozning rivojlanishiga bolalarda hiqildoq bo'shlig'ining torligi yordam beradi. Bolani gorizontol holatida, qon oqimi tufayli shish kuchayadi, Shuning uchun kechalari bemorning ahvoli og'irroq bo'ladi.



4. OITSda LOR a'zolarining o'zgarishlari

OITS-virusida da OITS bilan kasallangan bemorlarda LOR - a'zolari kasalliklari zamburug'li va gerpetik etiologiyali opportunistik kasalliklar sifatida rivojlanadi. Opportunistik infektsiya opportunistik mikrofloradan kelib chiqadi, va lor kasallilar uziga xos kechishi kuzatiladi.

Odamning immunitet tanqisligi virusini vuqtirish yo'llari

Jinsiy

Parenteral (qon va plazmalar)

Bachadondan xomilaga shuningdek, emizishda

Donor organlar va to'qimalar orqali.

OITSning qo'zg'atuvchisi inson immunitet tanqisligi retrovirusi (OIV) bo'lib, uning genomi inson genomiga integratsiyalasha oladi.

Inkubatsiya davri o'rtacha 5 yil OITS virus bilan kasallangan odamlarning 35 foizigacha ta'sir qiladi

Kaposi sarkomasi

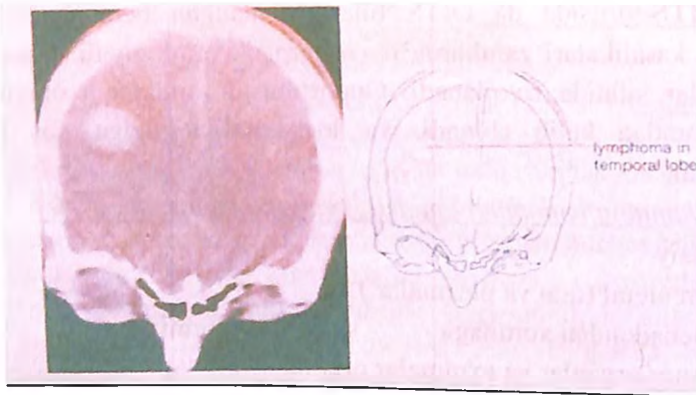
OITS bilan kasallangan bemorlarning taxminan 21 foizida uchraydi

Shikoyatlar: og'riq, ovqatlanish qiyinligi, davriy qon ketish

Erta namoyon - og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining nekrotik yaralar.

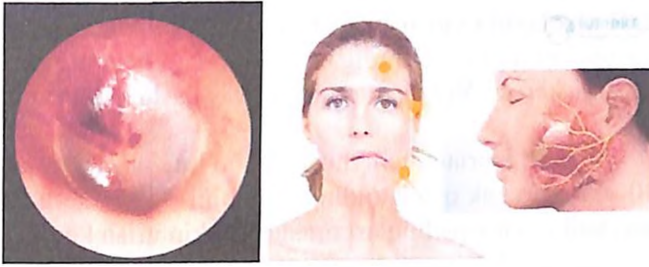


Ekstranodal non-Xodgkin limfomasi
OITS bilan kasallanganlarning 4-8 foizida uchraydi
Shikoyatlar: bosh og'rig'i, uyquchanlik, ruhiy kasalliklar, fokal
nevrologik belgilar



Herpes infeksiyasi - herpes simplex va shingillalar
LOR shifokorlari ko'pincha herpes zoster oticus (Ramsey-Hunt
sindromi) bilan uchrashadilar.

Quloq pardasi, quloq kanali, quloq bo'lagi, tilda og'riqli toshmalar
Bir tomonlama neyrosensor
eshitish qobiliyatini yo'qotish
Bosh aylanishi
Yuz nervining neyropatiyasi



Nog'ora pardani gerpetik yaliglanishi Yuz nervini nevrologiyasi OITS- uchraydigan kandidozli og'iz bo'shlig'i, xalqum, qizilo'ngach kandidozi. Og'izda qichishish va yonish allergik reaksiya va tirnash xususiyati tufayli yuzaga keladi

Noxush tuyg'ular tupurikni yutish, ovqatlanish, ayniqsa achchiq, nordon yoki issiq ovqat paytida kuchayadi.

Yutish jarayoni qiyin kechishi mumkin, "tomoqdagi bo'lak" bor.



Rasm OITS – da ogiz kandidozi



Rasm OITS-Qizilo'ngach kandidozi Rasm OITS- Halqum kandidozi

5.LOR a'zolarida yot jismlarda birinchi yordam

Nafas olishni qiyinlashtiradigan halqumdagi begona jismlar darhol olib tashlanishi kerak. Yot jismlarni olib tashlashning maxsus usullari mavjud.

1. Agar jabrlanuvchi hushida bo'lsa, uning orqasida turib, tanasini 30-45 ° burchak ostida oldinga egishini so'rash kerak, kafti bilan qattiq emas, balki yelka pichoqlari orasiga keskin urish kerak. 2-3 marta



2. Agar bu yordam bermasa, samaraliroq usullardan foydalanish kerak. Agar jabrlanuvchi vertikal holatda bo'lsa, yordamchi uning orqasidan keladi, ikki qo'li bilan qorinning yuqori qismi darajasida bog'laydi va havoning kuchli teskari harakatini yaratish uchun qorinni va pastki qovurg'alarni keskin siqib chiqaradi. o'pka, bu begona jismni girtlakdan itarib yuboradi. Shuni esda tutish kerakki, begona jism halqumni tark etgandan so'ng, refleksli ravishda chuqur nafas paydo bo'ladi, bu vaqtda begona jism, agar og'izda qolsa, yana halqumga kirishi mumkin. Shuning uchun begona jismni darhol og'izdan olib tashlash kerak.



1. Agar jabrlanuvchi gorizontol holatda bo'lsa, unda begona jismni olish uchun jabrlanuvchi orqa tomoniga yotqiziladi va ikki musht bilan qorinning yuqori qismini o'pkaga qarab keskin bosadi, bu allaqachon tasvirlangan mexanizmi ta'minlaydi.

2. Agar jabrlanuvchi hushidan ketgan bo'lsa, uni egilgan tizzasiga qo'yib, boshini iloji boricha pastga tushirish kerak. Yelka pichoqlari orasidagi xurmo bilan 2-3 marta etarlicha keskin, lekin juda qattiq emas. Hech qanday ta'sir bo'lmasa, manipulyatsiya takrorlanadi.

3. Nafas olish muvaffaqiyatli tiklangandan so'ng, jabrlanuvchi tibbiy nazoratni talab qiladi, chunki qo'llaniladigan usullar ichki organlarning shikastlanishiga olib kelishi mumkin.

4. Bo'g'ilish xavfi bo'lmagan hollarda, begona jismlarni o'z-o'zidan olib tashlashga murojaat qilmaslik kerak, chunki bu mutaxassis tomonidan amalga oshirilishi kerak. Hozirgi vaqtda yuqori nafas yo'llarida begona jismlar bronkoskop yordamida olib tashlanadi - bu sizga havo yo'llarini tekshirish, begona jismni aniqlash va uni olib tashlash imkonini beruvchi maxsus vositadir



6. LOR a'zolarining o'sma kasalliklari

Hiqildoq yaxshi sifatli o'smalari

Hiqildoqda eng ko'p uchraydigan yaxshi sifatli o'smalarovoz burmalarning erkin chetida, oldingi qismlarga yaqinroq yoki bu burmalarning Yuqori yuzasida joylashgan miomalardir (5.30-rasm).

Gistologik jihatdan mioma biriktiruvchi to'qima bilan ifodalanadi va epiteliy bilan qoplangan. Tashqi ko'rinishida ular sharsimon o'simalarga o'xshaydi, kulrang rangga ega, vokal qatlamining chetidan chiqadigan ingichka oyoqchaga ega. Ba'zida bunday o'smaning biriktiruvchi to'qimasida ko'plab qon tomirlari mavjud bo'lib, keyinchalik shish qizil-sianotik rangga ega bo'ladi. Bunday holatlarda ular angiofibroma haqida gapirishadi. Ushbu o'smalar juda sekin o'sadi va ularning namoyon bo'lishining lokalizatsiyasiga qarab ular erta (o'simta boylamning erkin chetida joylashgan va fonatsiya paytida yopilishiga xalaqit beradi) yoki kech (o'simta Yuqori yuzasida joylashgan katlama va ovoz tirqishining yopilishiga xalaqit bermaydi) bo'lishi mumkin.



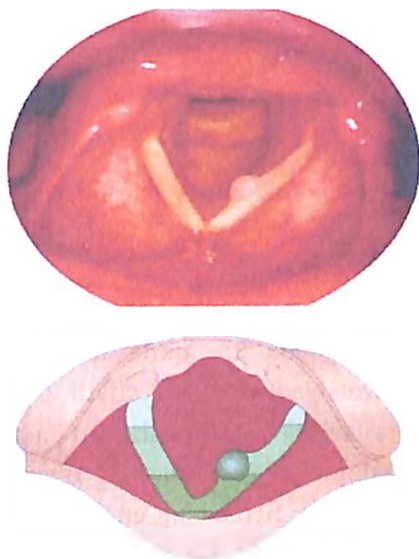
Rasm. Hiqildoq fibromasi

Hiqildoq fibromasi bo'lgan bemorlarning asosiy shikoyati ovozning o'zgarishi ko'rsatkichlari - bu xirillagan, tovushsiz bo'ladi. Bilvosita laringoskopiya tashxisni aniqlashga imkon beradi - oyoqchali o'sma laringoskopik oynada, ba'zida keng poydevorda, gugurt boshi kattaligida yoki undan kattaroqshaklda ko'rinadi.

Davolash faqat jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi - operatsion mikroskop va mikrostrukturalar to'plami yordamida mahalliy

og'riqsizlantirish ostida yoki umumiy behushlik ostida maxsus forseps bilan olib tashlanadi.

Bolalikda papillomalar yaxshi xulqli neoplazmalardan tez-tez uchraydi va kasallikning o'zi doimiy takrorlanish tufayli gırtlakning barcha qismlariga va hattoki traxeyaga sezilarli darajada tarqalish tendensiyasi tufayli "laringeal papillomatoz" deb nomlanadi. Papilloma - bu Yuqori nafas yo'llarining benign fibroepitelial o'smasi bo'lib, bitta yoki ko'pincha papiller o'simtani ifodalaydi, bu esa ovozli-tarbiyaviy va nafas olish funksiyalarining buzilishiga olib keladi, ko'pincha takrorlanadi.



Rasm: Hiqildoq papillomatozi

Odam papillomavirusi - papillomatozning etiologik omili hisoblanadi. Kasallikning asosiy belgilari - bu tovushning pasayishi, afoniyaga erishish va asta-sekin nafas olish qiyinlashuvi. Tashxis xarakterli endoskopik rasm va biopsiya materialining gistologik tekshiruv natijalariga asoslanadi. Davolash - og'iz orqali yoki halqum ochilgandan so'ng takroriy operatsiya (laringostomiya) palliativ hisoblanadi. Jarrohlik usuli - lazer yordamida hiqildoq mikroxirurgiyasi samarali usul hisoblanadi.

Tish-jag' tizimi a'zolarining patologiyasini simulyasiya qilishi mumkin bo'lgan hiqildoq o'smalaridan vestibulyar katlam qalinligida

rivojlanayotgan laringotselni (hiqildoqning havodagi o'smasi) nomlash mumkin. Ushbu o'sma, sezilarli darajada kattalashganda, jag'osti sohasida sharsimon shish shaklida aniqlanadi. Ushbu shish odatda og'riqsiz va yumshoq elastik qat'iylikka ega. Bilvosita laringoskopiya bilan dahlizoldidan chiqayotgan sharsimon bo'rtma ko'rish mumkin, bu esa nafas olish oraliq'ini qoplashi mumkin. Rentgenogrammada bu holatlarda dahlizoldi burmalari hududida tashqi bo'shliqqa qarab havo bo'shlig'i aniqlanadi.

Davolash jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi (laringotsel membranasini tashqi usul bilan olib tashlash).

Hiqildoq o'smalari

Hiqildoq sohasida topilgan yomon sifatli o'smalar, birinchi navbatda, saratonni o'z ichiga oladi - epiteliydan kelib chiqadigan yomon sifatli o'smalar, hiqildoqning turli qismlariga ta'sir qiladi, ekzofitik yoki infiltrativ o'sishga qodir, uning rivojlanishi davomida regionar va uzoq metastazlar beradi.

Ko'pincha erkaklar kasal bo'lib, chekuvchilarda hiqildoq saratonni chekmaydiganlarga qaraganda 25 marta tez-tez uchraydi. Hiqildoq saraton barcha lokalizatsiyadagi yomon sifatli o'smalarning 2 dan 8 foizigacha va LOR organlarining 2/3 zararli o'smalariga to'g'ri keladi. Hiqildoq saraton kasalligida simptomlarning o'sish darajasi o'smaning asosiy joylashishiga bog'liq. SHishning eng qulay lokalizatsiyasi uning vokal qatlamida paydo bo'lishi hisoblanadi. Bu, birinchi navbatda, shifokorga erta tashrif buyurishni belgilaydi, chunki haqiqiy vokal qatlamlarda kichik o'zgarishlar bilan ovoz buzilishi alomati paydo bo'ladi. Ikkinchidan, gistologik tuzilishi tufayli vokal qavatda o'smaning o'sishi sekinlashadi va metastaz ham keyinchalik sodir bo'ladi. Dahliz burmalar o'smasi ancha tez rivojlanib, regionar bo'yin limfa tugunlariga metastaz beradi va uzoq vaqt davomida alomatlar bermaydi, Shuning uchun keyinchalik tashxis qo'yiladi. Burmaosti sohasining saraton kasalligini kech tashxis qo'yilgan o'sma deb ham atashadi, chunki bemorlar uzoq vaqt davomida hech qanday noqulaylik

sezmaydilar va faqat nafas olishlari qiyinlasha boshlaganda yoki qon tuflash bo'lganida shifokorga murojaat qilishadi.



Rasm.Ovoz burmalari raki

Halqumning hiqildoq qismida (hiqildoq usti, uzuksimon tog'ay, hiqildoq burmalar) saraton o'simtasini lokalizatsiya qilish bilan bemorlarda tomoq og'rig'i, noqulaylik va ba'zida quloqqa tarqaladigan og'riq paydo bo'lishi mumkin. Shunday qilib, har qanday mutaxassislik bo'yicha shifokorning onkologik ogohlighi,hiqildoq saraton o'simtasining birinchi namoyon bo'lishini qayd etish uchun zarurdir.

Hiqildoq shishi darajasiga qarab saratonning to'rt bosqichi mavjud:

I - o'simta hiqildoqning bir qismida joylashgan, masalan, ovoz qatlamida. Hech qanday metastaz yo'q.

II - o'simta butun hiqildoqni (butun ovozqatlamni) qoplaydi. Metastazlar yo'q.

III - o'simta hiqildoqning boshqa qismlariga tarqaladi (ovoz burma, dahliz burmasi, hiqildoqusti). Regionar limfa tugunlarida metastazlar.

IV - hiqildoqning keng o'smasi qo'shni organlarga (tilning ildizi, qizilo'ngach) tarqaladi. Uzoq va regionar metastazlar, kaxeksiya.

Hiqildoq rakini faqat o'smaning paydo bo'lishi bilan aniq tashxislash har doim ham mumkin emas. Vokal qatlamning harakatchanligini cheklash yoki uning to'liq harakatsizligi, halqumning turli qismlari rangidagi assimetriya katta ahamiyatga ega: bitta vokal qatlam normal rangda, ikkinchisi giperemik. Frontal proeksiyadagi hiqildoq tomografiyasi hiqildoq o'simtasigaxarakterli belgilarni beradi. Biopsiya diagnostikada hal qiluvchi ahamiyatga ega.

7. Vegener granulomatozida LOR aʼzolari zararlanishi

Vegener Granulomatozi (VG) tizimli vaskulyitlar guruhidan juda kam uchraydigan og'ir umumiy kasallik bo'lib, yuqori nafas yo'llarining (burun [xalqum]granulomatozli xosillalar paydo bulishi bilan tavsiflanadi.

Bu kasallik birinchi marta 1931 yilda nemis patologiy Vegener F. tomonidan tasvirlangan.

Vegener kasalligining etiologiyasi noma'lum. Ehtimol, kasallikning multifaktorial tabiatli faktorlarni birgalikda ta'sir qilish natijasida paydo buladi.

Patologiyaning etiologik omillari hali ham to'liq tushunilmagan. Ehtimol, asosiy rol ni nafas yo'llarining shilliq qavatida mavjud bo'lgan surunkali infeksiya o'ynaydi. Qo'zg'atuvchi omillarga bakterial agentlar ta'sirida yoki dori-darmonlar tufayli rivojlanadigan kechiktirilgan turdagi yuqori sezuvchanlik kiradi.

Klinik kechishiga qarab

Patologiyaning bir nechta shakllari mavjud - o'tkir, o'tkir osti va surunkali. Kasallikning rivojlanishida uchta asosiy bosqich ham tavsiflanadi:

boshlang'ich - yuqori nafas yo'llaridagi o'zgarishlar mahalliy xarakterga ega (burun bo'shlig'i, farenks, halqum, traxeya va ba'zan o'rta quloqning shilliq pardalari ta'sirlanadi);



Fig. 31. Endoscopic view



Fig. 32. Anatomical diagram



Fig. 33. Endoscopic view

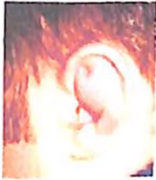


Fig. 34. Endoscopic view



Fig. 35. Anatomical diagram



Fig. 36. Endoscopic view



Fig. 37. Anatomical diagram



Fig. 38. Anatomical diagram

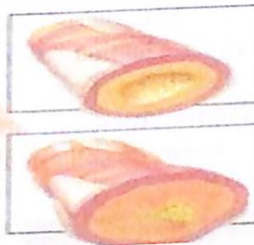


Fig. 39. Anatomical diagram



Fig. 40. Anatomical diagram

ОС ТИША БУНДОҚИТ



Запорага
бронхитда

Воспаления
бронхитда

umumlashtirilgan - ichki organlar, o'pka va buyraklar, xususan, zararlanish jarayonida ishtirok etadi;

terminal - eng og'ir, buyrak, o'pka va yurak etishmovchiligi qo'shilishi bilan og'irlashadi.

Shu munosabat bilan bemorlar shikoyat qiladilar:

burun tiqilishi (odatda yarmi);

qon aralashmalari bilan burundan yiringli oqindi;

shilliq qavatida jigarrang rangli qobiqlar hosil bo'ladi, ularni olib tashlangandan so'ng u ingichka ko'rinishga ega va qon ketish belgilari bilan qoplanadi.

Kasallikning keyingi bosq'ichida burun tusig'ini tog'ay keyin suyak qismining teshilishi (egarsimon burun teshilishi) sodir bo'ladi.

Hiqildoq kasalliklari

Shundan so'ng, yaqin atrofdagi to'qimalar, ayniqsa paranasal sinuslar vayron bo'ladi. Sifilisdan granulomatozning o'ziga xos xususiyati qattiq tanglayni destruksiyasini yo'qligi bo'lib, bu holda qattiq tanglay o'zgarishsiz qoladi.



Rasm Vegener kasaligida buruni xolati

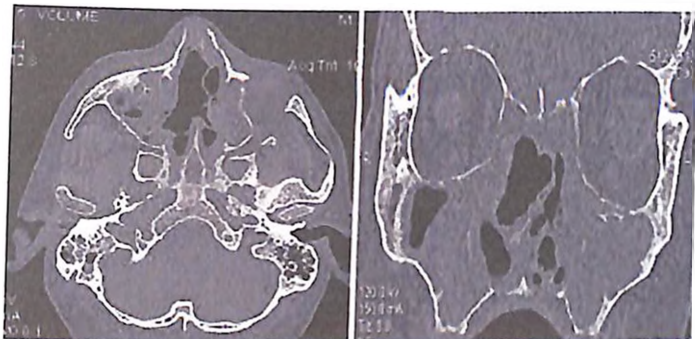
atologiyaning umumiy bosqichi odatda bir necha oydan keyin yoki hatto bir necha yildan keyin tashxis qilinadi. O'pkada yo'tal, nafas qisilishi, xarakterli ko'krak og'rig'i bilan ajralib turadi. Teri ham tanadagi o'zgarishlar haqida signal beradi, unda yarali-nekrotik toshmalar paydo bo'ladi. Terminal oxirgi bosqichli granulomatoz hayot uchun xavflidir. Azotemik uremiya hodisalariga o'pka va yurak etishmovchiligi belgilari qo'shiladi, ular birgalikda o'limga olib keladi.



Rasm Vegener kasaligida terini uzgarishi

Diagnostika

Kasallikning dastlabki bosqichlarida o'pkada sodir bo'lgan o'zgarishlarni etarli darajada baholash muhimdir. Buning uchun rentgen tekshiruvi



Rasm Vegener kasaligida burun va burun yonbosh bo'shliqlarini MSKT-dagi xolati

o'tkaziladi. Shu bilan birga, laboratoriya tekshiruvlari talab qilinadi: siydik va qon testlari, yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatining biopsiyasi va boshqalar.

Vegener granulomatozini davolash

Vegener granulomatozini davolash sitostatiklarni qo'llashga asoslangan. Bunday terapiyaning davomiyligi barqaror remissiyaga erishilgunga qadar taxminan bir yil bo'lishi mumkin. Kasallikning tez rivojlanishi dorilarni tomir ichiga yuborish uchun sababdir.

Aks holda, bemor olti oy ham yashamasligi mumkin (o'lim 80% ga etadi). Erta terapiya ijobiy prognozga olib keladi.

LOR A'ZOLARI SPETSEFIK KASALLIKLARI

Sil kasalligi. Sifilis. Skleroma

Halqum tuberkulyozi

Halqumni sil kasalligi

Infeksiyani yuqishi odatda xavo tomchilari va sulak orqali sodir bo'ladi

Klinik ko'rinishlari:

1. Dastlabki bosqich

qattiq xirillash

bir tomonlama ovoz boylamida qizarishi (monokordit)



2. Yarali - infiltrativ bosqich:

Shilliq qavat oqargan va shishgan

Yazvali nekrotik yarallar ko'p, yuzaki, shakli tartibsiz, sarg'ish rangga ega



3. Yarali-nekrotik bosqich (yakuniy bosqich)

Perixondrit rivojlanadi

Halqum sohasidagi teri qizil rangga aylanadi, uning ustida oqmalar paydo bo'ladi

Ovoz boylamlarini harakatchanligi buzilishi va yuqolishi mumkin



Yuqori nafas yullarini Skleromasi

Surunkali yuqumli kasallik yuqori nafas yo'llarining shilliq qavati tasir qilib o'ziga xos qo'zg'atuvchisi ega Klebsiella skleromasi (Frisch-Volkovich tayoqchasi). Yashirin davri 2 yildan 10 yilgacha. Bu kasallikni sekin va progressiv kurs bilan kechishi tavsiflanadi.

Kallasifikatsiyasi buyicha 3 ta davrga ega/

Infiltrativ

Infiltrativ -chandiqli

Chandiqli

Klinikasi Shikoyatlar:

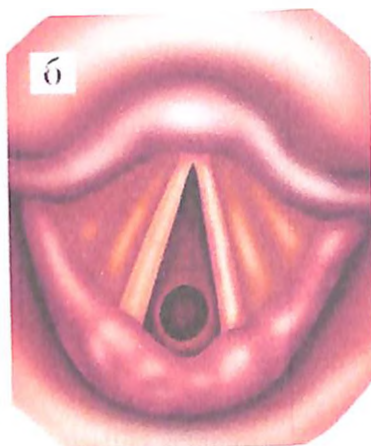
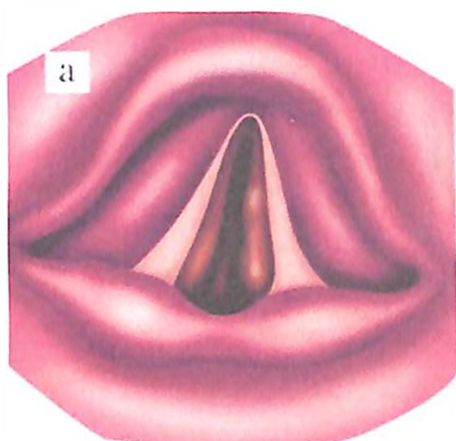
Burunda quruqlik va tiqilish hissi

Qobiqli kam, yopishqoq oqindi, ba'zida chirigan mevalarni eslatuvchi xira hid.

Dastlabki bosqichlarda zich infiltratlar fiziologik toraygan joylarda (burun vestibulasi, xoana, nazofarenks, halqumning subglottik bo'shlig'i, traxeya bifurkatsiyasi, bronxial shoxchalar) joylashgan.

Kechki bosqichda infiltratlar chandiqli hosil qiladi, bu esa havo yo'llarining chandiqli torayishiga olib keladi.

Halqum skleromasi bilvosita laringoskopiya



A-subglottik bo'shliqda infiltrat B -chandiqli stenoz

Halqum skleromasi diagnostikasida asosan quydagi laborator tekshirishlar utkaziladi. a.Ijobiy serologik testlar Vasserman, Borde-Gangu b.Biopsiya materialini gistologik tekshirish d.Balg'amni bakteriologik tekshirish (Frisch-Volkovich tayoqchasini aniqlash)

Halqum skleromasi davolsh Maxsus davolash usuli yo'q
Simptomatik konservativ davo:

Antibakterial terapiya (aminoglikozidlar)

Jarrohlik:

Nafas yullarini bujlash

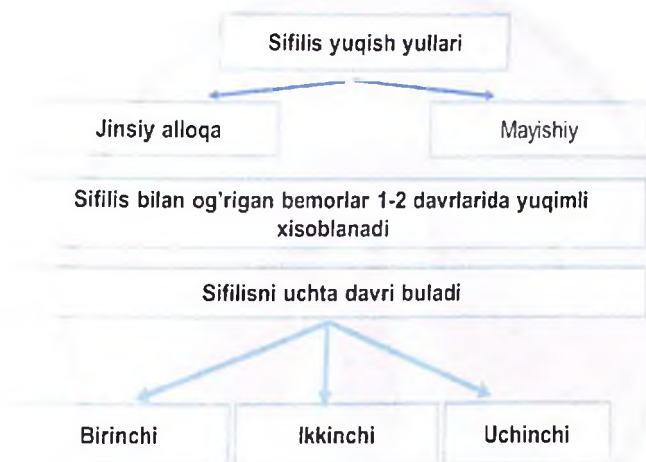
Nafas yullaridagi Infiltratlarni olib tashlash

Infiltratlarning elektrokoagulyatsiyasi (CO₂ gazli lazer,Surgitron, koblator)



Sifillis (Zaxm)

Sifilis



Yalqum sifilisi Ikkilamchi va uchinchi bosqichlarda kuzatiladi

Halqumdagi birlamchi sifilis (shankr) juda kam uchraydi.

Ikkilamchi sifilis quyidagi shakllarda paydo bo'lishi mumkin

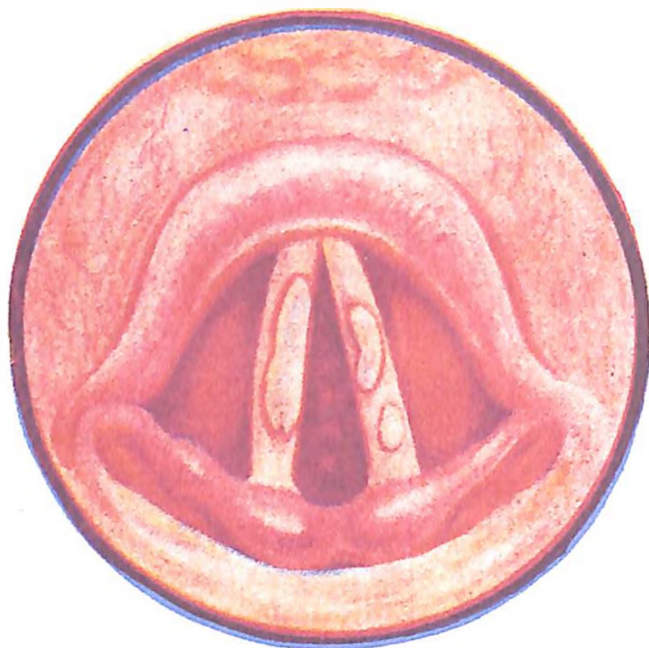
A.Eritema (klinikasi o'tkir kataral laringitga o'xshaydi, shilliq qavat bo'shashib, mis-qizil rangga ega bo'ladi. Hirqiroq va terlash shikoyatlari xarakterlidir)

B.Papulalar (ariiepiglottik burmalarda lokalizatsiya qilingan, epiglottis)

D.Qattiq shakl (ovoz burmalarida, subglottik bo'shliqda; mumkin bo'lgan infiltratsiya, nafas olish qiyinlashuvi, asfiksiyagacha)

S.Eroziv shakl (ular eng og'ir davom etadi)

Yarali shakl



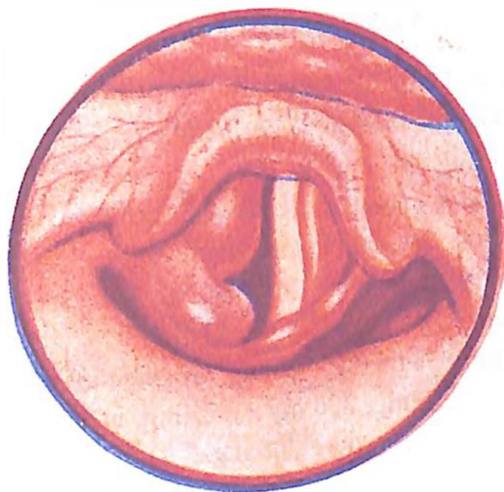
Ovoz burmalarining papulalari
Uchinchi darajali sifilis (Gumma)

Shikoyatlar: disfoniya, nafas olish etishmovchiligi, disfagiya, og'riq sindromi

Gummalar asosan halqumning harakatlanuvchi qismlarida (epiglottis, ovoz paychalarining) va halqumning orqa devorida joylashadi.

Gummalar o'rnida rivojlanayotgan sifilitik chandiqlar, qo'pol, uning shiliq qavatini toraytiradi

Halqumning chandiqli stenozi bilan, davolanishdan so'ng, ba'zida uning shiliq qavatini tiklash uchun plastik jarrohlik amaliyotini o'tkazish kerak bo'ladi.



Halqum sifilisi: gummi halqumning o'ng yarmining infiltrati



Halqum sifilisi: epiglottis nuqsoni va subglottik bo'shliqdagi chandiqli membrana

OTORINOLARINGOLOGIYADA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARI RO'YXATI

Antibiotiklar. Penitsillinlar.

✧-Amoksitsillin–kapsula 250va500mg; suspenziya tayyorlash uchun kukun 250 mg dan 5 ml da.

Amoksitsillin + klavulan kislota (amoksiklav) – tabletka 375, 625 mg; in'eksiya uchue flakonda kukun 600 mg, 1,2 g.

Ampitsillin – tabletkalar 250 mg; kapsula 250 mg; suspenziya tayyorlash uchun kukun.

Amoksitsillin + klavulan kislota (augmentin¹)–tabletka 250 mg + 125 mg, 500 mg + 125 mg, 800 mg + 125 mg; in'eksiya uchun flakonda kukun 500 mg + 100 mg, 1,0 g+ 200 mg.

Sefalosporinlar.

Sefazolin - in'eksiya uchun flakonda kukun 500 mg, 1 g.

Sefuroksim - in'eksiya uchun flakonda kukun250 mg, 750 mg, 1,5 g.

Sefotaksim - in'eksiya uchun flakonda kukun1,0 g. Seftriakson - in'eksiya uchun flakonda kukun250 va 500 mg, 1,0 g. Sefepim - in'eksiya uchun flakonda kukun 500 mg, 1,0 g.

Sefpirom - in'eksiya uchun flakonda kukun1,0 va 2,0 g. - Ftorxinolonlar.

Siprofloksatsin – tabletka 100, 250 va 500 mg; infuziya uchun flakonda eritma 10 mg 5 mlda, 2 mg 1 ml.

Levofloksatsin (tavanik) - tabletka 250 va 500 mg; infuziya uchun flakonda eritma 5 mg/1 ml - 100 ml.

Makrolidlar:

Azitromitsin (sumamed) – tabletka 125 i 500 mg; kapsula 250 mg.

Roksitromitsin (rulid) – tabletka 150 mg. Spiramitsin (rovamitsin) – tabletka 1,5 va 3 mln ME; venaichiga yuborish uchun kukun flakonlarda 1,5 mln ME.

Klaritromitsin (klatsid¹) – tabletka 250 i 500 mg. - Karbapenemlar.

Imipenem + (silastatin) (tienam) – venaichiga infuziya va mushak orasiga in'eksiya uchun kukun flakonlarda 1,0 g.

Meropenem –vena ichiga yuborish uchun kukun flakonlarda 500 mg, 1 g. Tetratsiklinlar.

Doksitsiklin – kapsula 50 va 100 mg. - lmidazollar.

Metronidazol - 0,5% vena ichiga in'eksiya uchun eritma 20 ml ampulada; 0,5% vena ichiga infuziya uchun eritma 100 ml flakonda.

Zamburug'ga qarshi dori vositalari.

- Flukonazol (diflyukan) – kapsula 50, 100, 150 va 200 mg.
- Ketokonazol (nizoral¹) - tabletka 200 mg.
- Itrakonazol (orungal) - kapsula 100 mg.
- Nistatin - tabletka 250 va 500 ming XB.
- Klotrimazol - surtma 1% va 1% 15 ml flakonda eritma.
- Xlornitrofenol (nitrofungin) - 1% 25 ml spirtli eritma

flakonbda.

MAVZU BO'YICHA TEST SAVOLLARI

1. O'tkir laringitga xos shikoyatlarni ayting?

a. tomoqda quruqlik, qitiqlanish, achishish, tiralish, xurujsimon yo'tal, qo'pol, xiralashga ovoq, ba'zan og'riqli yutinish

b. tomoqda quruqlik va yot jism hissi, qitiqlanish, achishish, balg'amli yo'tal, ovoq o'zgarmagan, yutinganda yengil og'riq

v. tomoqda og'riq va yutinish qiyinligi, ovoq xiralaushvi va akkillovchi yo'tal

g. tomoqda quruqlik, qitiqlanish, ekspirator va inspirator hansirash

2. Etiologiyasiga ko'ra laringitlarni qanaqa ko'rinishlari farqlanadi?

a. infeksiyon, travmatik, allergik va gematogen. b. virusli va infeksiyon v. viursli, zamburug'li va idiopatik g. infeksiyon va allergik 3.

O'tkir laringitda qanaqa asosiy patologik o'zgarishlar kuzatiladi? a.

giperemiya, shish, infiltratsiya, qon quyilishlar b. giperemiya va venoz to'laonlik v. giperemiya, shish va nekroz o'choqlari g. shish va infiltratsiya

4. Kruplarni qanaqa turlari farqlanadi?

a. chin va soxta

b. burma osti va burmalar sohasi

v. shishli va infiltrativg, infeksiyon va noinfeksiyon 5. Chin krup nima?

a. hiqildoq difteriyasi

b. hiqildoq skleromasi

v. burma osti laringiti

g. hiqildoq shishi 6. Soxta krup nima?

a. burma osti laringiti b. hiqildoq skleromasi

v. hiqildoq difteriyasi

g. hiqildoq shishi 7. Soxta krupda bug'ulish xuruji qancha vaqt davom etadi?

a. odatda bir necha minut b. bir minutgacha v. qat'iy davomiylikka ega emas g. 5 minutgacha

8. Burma osti laringitida asosiy belgilarni qaysilar? a. ko'proq kechasi kuzatiladigan to'satdan bug'ulish xuruji, bolani kuchli bezovtalanishi, akkillovchi yo'tal, inspirator hansirash, ovoq

o'zgarishsiz, tana harorati normal yoki ba'zan subfebril b. ko'proq kunduzi kuzatiladigan to'satdan bug'ulish xuruji, bolani kuchli bezovtalanishi, balg'amli yo'tal, inspirator hansirash, ovoz xiralashuvi, tana harorati normal yoki ba'zan subfebril v. ko'proq kechasi kuzatiladigan to'satdan bug'ulish xuruji, bolani kuchli bezovtalanishi, balg'amli, ekspirator hansirash, ovoz xiralashgan, tana harorati yuqori ko'tarilishig. ko'proq kunduzi kuzatiladigan to'satdan bug'ulish xuruji, bolani kuchli bezovtalanishi, akkillovchi yo'tal, inspirator hansirash, ovoz o'zgarishsiz, tana harorati normal yoki ba'zan subfebril

9. Chin krupda bolani umumiy ahvoli qanday bo'ladi? a. odatda og'ir, yuqori tana harorati fonida yaqqol intoksikatsiya belgilari kuzatiladi b. bemor ahvoli yengil bo'ladi, tana harorati subfebril, yengil intoksikatsiya belgilari v. yengil ahvolda, faqat bemor bezovtalanganda kasallik klinik belgilari namoyon bo'ladi g. umumiy ahvol o'rta og'ir, tana harorati va intoksiksiya belgilari kuchsiz namoyon bo'ladi

10. Chin krupda odatda ovoz qay holatda bo'ladi? a. dastlab dag'allashgan, keyin to'liq afoniya rivojlanadi b. ovoz o'zgarishsiz qoladi v. kasallik avvalidanoq afniya kuzatiladi g. ovoz o'zgarishi juda sekinlik bilan rivojlanadi 11. Surunkali laringitni qaysi shakllari farqlanadi? a. kataral, gipertrofik va atrofik b. shishli va infiltrativ v. gipertrofik va polipoz g. kataral, gipertrofik, atrofik va nekrotik

12. Surunkali laringitlarda asosiy laringoskopik manzara? a. infiltratsiya, giperemiya, burmalar qalinlashuvi (chegaralangan yoki diffuz), shilliq qavatda burmalar paydo bo'lishi b. giperemiya va o'choqli nekroz v. infiltratsiya va shishasimon shish, shilliq qavatda oqish dog'lar g. faqat burmalar sohasida namoyon bo'luvchi giperemiya va shish

13. Gipertrofik laringitni qanaqa shakllari farqlanadi? a. ashulachilar tuguni, paxidermiyalar va leykoplakiyalar, burma osti surunkali laringit, morgani qorinchalari shilliq qavati prolapsi b. hiqildoq shishi, paxidermiyalar va leykoplakiyalar, burma osti surunkali

laringit, morgani qorinchalari shilliq qavati prolapsi v. ashulachilar tuguni, paxidermiyalar va leykoplakiyalar, burma osti sohasi shilliq qavatida infiltratsiya va shish g. paxidermiyalar va leykoplakiyalar, burma osti surunkali laringit, morgani qorinchalari shilliq qavati nekrozi

14. Flegmanoz laringit qaysi kasalliklarda yuzaga keladi? a. o'tkir yuqumli kasalliklar, hiqildoqni infeksiyon granulemalari, jaroxatlari va o'smalarida b. o'tkir va surunkali laringitlarda v. faqat surunkali laringitlarda g. hiqildoq shishi va burma osti laringitida 15. Flegmanoz laringitda qanaqa eng xavfli asoratlardan kelib chiqishi mumkin?

- a. asfiksiya, mediastenit va sepsis
 - b. subatrofik laringit
 - v. hiqildoq shishi
 - g. hiqildoq stenozi va qon ketishi
16. Hiqildoq anginasini nima?
- a. hiqildoq turli sohalaridagi siyrak kletchatka va limfadenoid to'qimani yallig'lanishi
 - b. hiqildoq shilliq qavatidagi spetsifik yallig'lanish
 - v. hiqildoq tog'aylarini yallig'lanishi va shishi
 - g. hiqildoqni yallig'lanishsiz shishi

VAZIYATLI MASALALAR

Onasining suzidan 2 yoshar bolada 3 oy davomida xirilash paydo bulgan, asta- sekin nafas olish qiyinlashgani kuzatilgan, oxirgi kunlarda shovqinli nafas kuzatildi. Bilvosita laringoskopiya : Hiqildoq yorigi toraygan, gulkaram shaklda xosilalar bor. Boshqa LOR azolari uzgarishsiz. Vazifa : Tashxis quying.

1. Bemor 56 yoshda, shikoyati bir oy davomida xirilash kuzatiladi. Yutinishda ogriq kuzatilmaydi. Bemor kup chekadi, va alkohol ichimliklarni istemol qiladi. Laringoskopiya: hiqildoq shilliq qavvati pushti rangda. Ung ovoz burmachas ishishgan, burtgan, xarakatlanishi cheklangan, fonaciyada ovoz boylamlari oxirigacha tutashmaydi. Boshqa LOR azolari patologiyasiz. Buyin limfatugunlari kattalashmagan. Vazifa: Tashxisni quying.

Bemor 30 yoshda, xiqildoqs tenozining ikkinchi bosqichida traxeostomiya quyildi. 3 soatdan keyin bemorning traxeostoma orqali nafas olishi qiyinlashdi, buyin oldingi qismida krepatciya kuzatildi.

Vazifa: Tashxis quying.

Lor bulimiga 2 yoshli bola xiqildoqning stenozi 4 daraja olib kelindi (terminal bosqichi). Vazifa- Optimal xirurgik yondashuvni aniqlang.

2. Bemor, 40 yoshda shikoyati tomoqdagi quruqlik va qichishish, quruq yutal, ovozini tez tolib qolishi. 2kundan beri kasal, kassaligini sovuqqotish bilan boglaydi. Obyektiv kuruvda: umumiy axvoli qoniqarli. Hiqildoq shilliq qavvati giperemiyalangan shiliq ajralmalar aniqlandi. Ovoz boylamlari infiltraciyalangan, xarakatchanligi uzgarmagan. Ovozi bugiq, nafas olishi qiyinlashmagan. Boshqa LOR azolari uzgarishsiz.

Vazifa: Tashxisni quying.

3. Bemor 34 yoshda shikoyati tomoqdagi kuchli ogriqqa, yutinganda ogriq uchayadi, nafas olish qiyinligiga, yutal va xirilash. Obyektiv: tana xarorati 39,0, inspirator xansirash. Palpaciyada hiqildoq atrofida ogriq buyin limfa tugunlari ogriqli. Bilvosita laringoskopiya:

shiliq qavvat infiltraciyalangan va shishgan, shish, ovoz boylamlari kurinmadi. Boshqa LOR azolari patologiyasiz Vazifa: Tashxisni quying.

4. Bemor 45 yosh, shikoyati ovozining xirilashi, ovozning tez tolishi yutal, shiliq ajralma ajralishi. Bemor 5 yildan beri kasal Laringoskopiya- turgun shiliq qavvat giperemiyalangan, ovoz burmachalarida kuchli namoyon etiladi. Qontomirlar kengaygan, hiqildoq bushligida shilimshiq ajralma mavjud. Boshqa LOR azolari patologiyasiz.

Vazifa: Tashxis quying

Bemor 50 yosh shikoyati xirilash, tomoqdan oxush xisi, vaqti – vaqti bilan quruq yutal. Bemor 2 yildan beri kasal. Kup chekadi. Changli korxonada ishlaydi. Bilvosita laringoskopiya: hiqildoq shilliq qavvati va ovoz boylamlari turgun giperemiyalangan, hiqildoq xarakatlanishi buzilmagan. Ovozi xirilashgan, nafas olishi qiyinlashmagan. Vazifa : Tashxis quying

ADABIYOTLAR

1. Otorinolaringologiya. Tibbiyot oliy o`quvyurtlari studentlari uchun darslik /A.M. Shamsiev, N.J.Xushvakova 2018 y.
2. Otorinolaringologiyada shoshilinch tez tibbiy yordam. O`quv qullanma / Xushvakova N.J., 2014y. Otorinolaringologiya. Darslik / Xasanov A., Toshkent: Sano-standart, 2013y.
3. Burun va burun yondosh bushliqlarining kasalliklari. O`quv qullanma
Karabaev X.E., Omonov SH.E. Toshkent: Fan va texnika, 2013 y.
4. Оториноларингология: учебник / Бабияк В.И. СП. 2012 г.
5. Оториноларингология нац. рук-во / под ред. В. Т. Пальчуна. - Москва: ГЭОТАР-Медна, 2016.
6. Xasanov S.A.,Voxidov N.V. Quloq, burun, halqum va hiqildoq kasalliklari Toshkent 2011

Internet saytlari:

1. www.orl.by.ru
2. [http:// stsrt.binet.com.ua/-i/ent.books/elancev/](http://stsrt.binet.com.ua/-i/ent.books/elancev/)
3. <http://loronline.ru>
4. www.wilkins.com
5. www.belmed.info.com

NASRETDINOVA M.T., NABIYEV O.R.

HIQILDOQ KASALLIKLARI

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000204-2023

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhah — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 6.12.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 4

Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 5,81 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 14/2024

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

