



Q.Qosimov,  
A.Tojiboyev

**TIBBIYOTNI  
BIRLAMCHI TIZIMIDA  
OTORINOLARINGOLOGIYA  
XIZMATINI TASHKIL QILISH**

Toshkent – 2018

616.21  
Q 610

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA  
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH  
VAZIRLIGI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Q.Qosimov, A.Tojiboyev

TIBBIYOTNING  
BIRLAMCHI TIZIMIDA  
OTORINOLARINGOLOGIYA  
XIZMATINI TASHKIL  
QILISH



«Sano-standart» nashriyoti  
Toshkent – 2018

**UO'K: 616.21.001.7**

**KBK: 51.1(5O')**

**Q 61**

**Tibbiyotning birlamchi tizimida otorinolaringologiya xizmatini tashkil qilish / o'quv qo'llanma: Q.Qosimov, A.Tojiboyev: «Sano-standart» nashriyoti, 2018-yil. – 224 bet.**

Qishloq varzchlik punktlarida otorinolaringologik xizmatni tashkil qilish dolzarb masalalardan biriga aylangan, chunki bu joylarga murojaat etayotganlarning 20 % ni LOR bemonrlari tashkil etadi. Yuqorida keltirgan masalalarni hal qilish maqsadida tibbiyot xizmatini isloq qilish, birlamchi tizim hisoblangan QVP va ShVP lar faoliyati qaytadan ko'rib chiqildi, maxsus «Salomatlik» dasturi qabul qilindi. Shundan kelib chiqqan holda birlamchi tizim (QVP va ShVP) da otorinolaringologik xizmat ko'rsatishni yetarli ravishda shakllantirish zarur.

Kelgusida dastur uchun ushbu o'quv qo'llanmani yaratib, shahar va qishloq vrachlik punktlari shifokorlari, tibbiyot institutlari bitiruvchi kurs talabalari e'tiboriga havola etishni maqsadga muvofiq deb hisobladik.

### **Taqrizchilar:**

**A.M.XAKIMOV** – Tosh. Dav. Tib. Akademiyasi LOR kafedrasi professori.

**Z.S.SALOXIDDINOV** – ADTI davolash fakulteti UASH kafedrasi mudiri, professor.

**UO'K: 616.21.001.7**

**KBK: 51.1(5O')**

**ISBN: 978-9943-5336-9-1**

© Q.Qosimov, A.Tojiboyev, 2018  
© «Sano-standart» nashriyoti, 2018

## Mundarija:

Qishloq va shahar vrachlik punktlarida otorinolaringologiya xizmatini tashkil qilish.....	3
Lor a'zolarini tekshirish usullari .....	4
Lor bemorlarini tekshirish uchun kerakli asboblar ro'yxati.....	8
Avtonom (mobil) otorinolaringoskop apparatining tuzilishi va uni ishga tayyorlash .....	10
Otoskopiya.....	12
Tashqi quloq kasalliklari .....	14
Quloq chirki – (sernaya probka).....	18
Quloqda yot jismlar .....	19
Quloq chipqoni .....	21
Otomikoz (quloqning zamburug'li yallig'lanishi). ....	23
O'rta quloq kasalliklari.....	25
O'tkir kataral o'rta otit .....	26
O'rta quloqning o'tkir yiringli yallig'lanishi (otitis media acuta) .....	29
O'tkir o'rta otitning klinik kechishi .....	31
Chaqaloqlarda va yosh bolalarda o'tkir o'rta otitning o'ziga xos kechishi.....	35
Mastoidit- mastoiditis acuta (so'rg'ichsimon o'simtaning o'tkir yallig'lanishi). .....	41
Antrit .....	48
Burun va burun yondosh bo'shliqlarini tekshirish usullari .	50
Burun chipqoni (furunculus nasi).....	54
Burun yolini (roja -erysipelas) .....	57
Burunning kirish qismi sikozi (follikulit)	58
Burun ekzemasi (eczema) .....	60
Burun kuyishi (combusito nazi) .....	62
Burunning sovuq urishi (congelatio nazi) .....	63

## **BURUN BO‘SHLIG‘INING O‘TKIR KASALLIKLARI**

O‘tkir tumov (rinit) rhinitus acuta .....	64
Yuqori jag‘ suyagi bo‘shlig‘ining o‘tkir yallig‘lanishi (o‘tkir gaymorit).....	74
O‘tkir etmoidit .....	80
O‘tkir frontit .....	82
O‘tkir sfenoidit .....	85
Burun to‘sig‘iga qon quyilishi va abssessi .....	87
Burun va burun yondosh bo‘shliqlarining jarohati .....	89
Burundan qon ketishi .....	96
Halqumning tekshirish usullari .....	103
Halqum jarohatalari .....	108
Halqumning yot jismlari .....	112
Halqum va qizilo‘ngachning kuyishi .....	114

## **HALQUMNING O‘TKIR KASALLIKLARI**

O‘tkir faringitlar .....	117
Halqum bezlari o‘tkir yallig‘lanishi-anginalar .....	120
Oddiy angina uch xil vaziyatda kelib chiqadi. ....	122
Halqum bo‘g‘masi (difteriya) .....	136
Hiqildoqni tekshirish usullari .....	139

## **HIQILDOQNING O‘TKIR KASALLIKLARI**

O‘tkir laringit.....	144
O‘tkir traxeit (trachitis acuta).....	146
Soxta bo‘g‘ma .....	147
Hiqildoq anginasi (angina laryngea) .....	154
Flegmonoz laringit (laryngitis phlegmonosa) .....	157
Hiqildoqning o‘tkir va surunkali qisilishlari (stenozlari) ..	160
Hiqildoq qisilishida shoshilinch yordam.....	164

Traxeotomiya va traxeostomiya .....	166
Trexoetomiya o'tkazish uchun ko'rsatmalar: .....	166
Hiqildoq shishilari .....	171
Kasbga layoqat va ekspertiza .....	173
Lor amaliyotida qo'llaniladigan dori vositalari retsepturasi .....	176
Halqum kasalliklarida ishlataladigan dori muddalari .....	183
Hiqildoq kasalliklarida qo'llaniladigan dorilar .....	188
Qulqoq kasalliklarida ishlataladigan dorilar .....	190
Izohli lug'at .....	195

Aoyshli T.A. Mashrikimiz:  
 volleibol A.A. Tasirlik mashrikimiz:  
 vonir O.Y. Baqiyi mashrikimiz:  
 avobizha I.Z. Mashrikimiz:  
 N.Murzakobayev Diszipliner:  
 Y.O.ymov

Nasab tili: № А1 242, № А1 242, № А1 201  
 Tel: +998 33 20 2518-4168-peslibi, Boshqarba 11, 15, 201-8-4168  
 Uvezet editib: Biroqim: 09x14 110, Ofset postur. «Times New  
 Roman» formatini, Spanski f., 15,2. Nasabu p.t. 11,0.  
 Adabi: 300 nusxa, Buxoro sh.№102  
 Boshqa shaxsiyotni sozida

«Sano-sizning» MCHI possovioxasasiya posifisi  
 Yangi-yul, 13-2. e-mail: sano-sizning@mailto.ru

«Sano-sizning» MCHI possovioxasasiya posifisi  
 Topshiriq shaxsiy spisod fo's qiziqi, 100-ml  
 Teljon: (371) 228-07-96, faks: (371) 228-07-95

## **QISHLOQ VA SHAHAR VRACHLIK PUNKTLARIDA OTORINOLARINGOLOGIYA XIZMATINI TASHKIL QILISH**

Birinchi prezidentimiz I. A. Karimovning “Yuksak ma’naviyat yengilmas kuch” (2008-y.) asarida “Eng dolzarb vazifamiz – barcha jarayonlarning ilmiy-nazariy asoslarini, ularning yangi qirralarini mukammal ochib berish, o’quvchilarimiz, talabalarimizga, keng jamoatchilikka sedda, lo’nda qilib tushuntirish borish va ularni bugungi zamон talablariga javob beradigan jamiyat qurilishining faol bunyodkorlariga aylantirishdan iborat.

Buning uchun avvalambor, taraqqiyotimizning har bir yo’nalishi-jamiyatimizdagi siyosiy, ijtimoiy-iqtisodiy, ma’naviy munosabatlarning rivoji haqida maxsus adabiyotlar yaratish tizimini yanada takomillashtirish zarur” deb aytgan so’zlarini biz tibbiyot sohasida faoliyat ko’satayotgan shifokorlar, tibbiyot instituti professor-o’qituvchilari oldiga katta vazifaarni bajarish ma’sulyatini qo’ydi. Mamlakatimizda har yili davlat byudjetini qabul qilishda ayni ijtimoiy sohani rivojlantirishga alohida ahamiyat beriladi. 2013-yilda bu schaga ajratilgan mablag’lar byudjetimiz umumiy xarajatlarining 60 foizini tashkil etdi. Bu esa 2012-yilga nisbatan 1 trillion so’mga ko’proqdir.

Yana bir ustuvor vazifamiz deb ko’rsatib o’tgan edi, birinchi prezidentimiz I. A. Karimov – xalqimiz salomatligini muhofaza qilish, sog’liqni saqlash tizimini takomillashtirish va samarasini oshirish, profilaktika ishlarini kuchaytirishdan iborat ekanligi haqida alohida to’xtalib o’tdi.

Tibbiyotning birlamchi tizimlarida otorinolaringologik xizmatni tashkil qilish doizarb masaladan biriga aylangan, chunki bu joylarga murojaat etayotganlarning 20 % ni LOR kasalligi bor bemonlar tashkil etadi. Bu bemonlarda kasalikni o’z vaqtida aniqlab, ularga birinchi LOR xizmatni ko’rsatish lozim.

Yuqorida keltirgan masalalarni hal etish maqsadida tibbiyot xizmatini isloq qilishning birlamchi tizimi hisoblangan QVP va SHVP har faoliyati qaytadan ko'rib chiqildi va maxsus "Salomatlik" dasturi qabul qilindi. Shundan kelib chiqqan holda birlamchi tizimda (QVP va SHVP) otorinolaringologik xizmat ko'rsatishni yetarli ravishda shakillantirish zarur.

Qishloq vrachlik punktlari vrachlarini tayyorlash, ularni LOR sohasi bo'yicha kasb mahoratini ko'tarish uchun o'quv jarayoniga ajratilgan soatlarining 10% LOR kasalliklarni aniqlash va ularni davolash masalalariga bag'ishlangan. Barcha qishloq vrachlik punktlari shifokorlari LOR kasallarini aniqlash uchun mobil otorinolaringoskop bilan ta'minlangan, ammo undan ko'p vrachlar foydalanishni bilishmaydi. QVP vrachlariga mobil otrinolaringoskopdan foydalanish bo'yicha 8 soatlik sayyor darslar tashkil etildi. Olgan bilimlarini amaliyatda qo'llash maqsadida LOR bo'limida 4 soatlik amaliyat tashkil qilindi. Kelgusida dastur uchun ushbu uslubiy qo'llanmani yaratib shahar, qishloq vrachlik punktlari shifokorlari va institutiining bitiruvchi kurs talabalari e'tiboriga havola etishni maqsadga muofiq deb hisobladik.

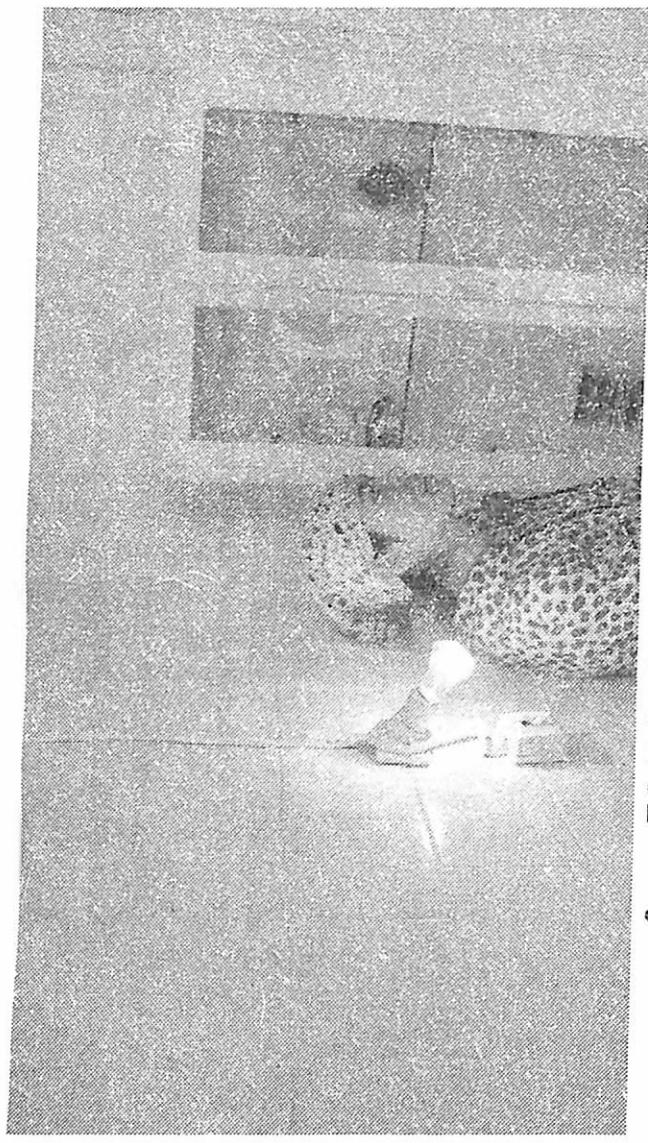
## LOR A'ZOLARINI TEKSHIRISH USULLARI

Qulqoq, tomoq va burun a'zolarini tekshirish avval ish joyini tashkil qilishdan boshlanishi zarur. Ish joyi alohida bog'lov xonasidan iborat bo'lib, bu xonada asboblar uchun alohida va steril bog'lov materiallari uchun alohida stol bo'lishi lozim. Bemorni ko'rish uchun albatta nur manbasi, peshona reflektori, steril bog'lov materiallari kerak. Tekshirishni tekshiruvchi bilan tekshiriluvchi bir-biriga qarama-qarshi o'tirishi orqali amalga oshiriladi.



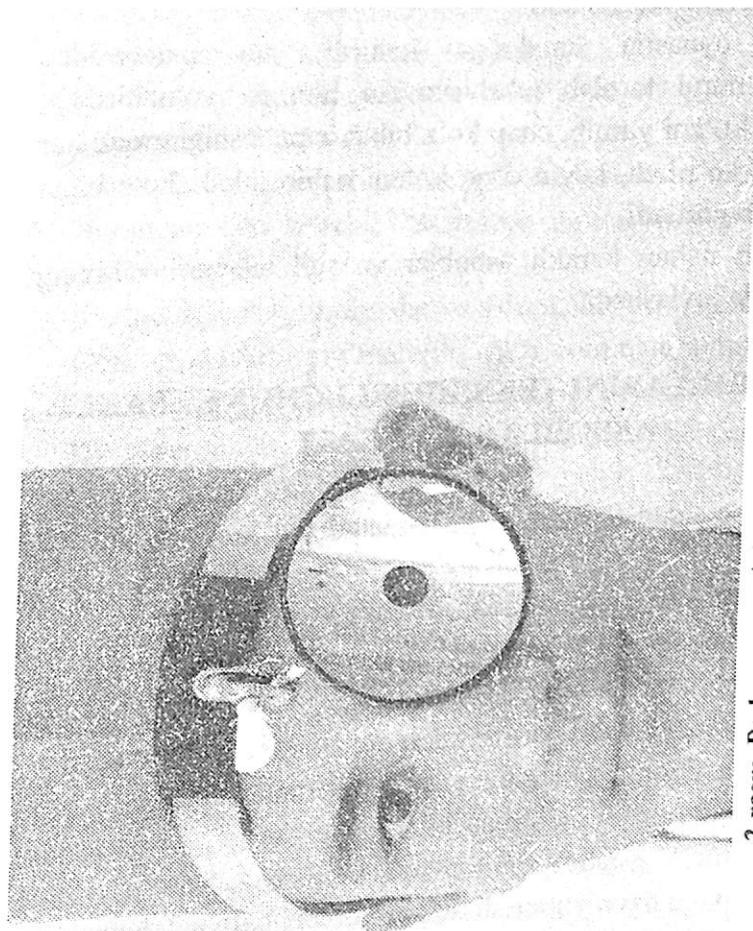
1-rasm. LOR a'zolarini tekshirishda bemor va vrach holatü.

Vrachning oyoqlari ichkarida, tekshiriluvchini esa tashqarida bo'ladi (1-rasm). Nur manbası tekshiriluvchining o'ng qulog'i sohasida, qulqoq suprasidan 15–20 sm uzoqlikda bo'lishli kerak (2- rasm).



2-rasm. Tekshiriluvchiga nisbatan nur man'basining o'rni

Peshona oynasi boshga tasma orgali biriktiriladi, oyna chap tomonda, lesihi esa chap ko'z sohasida bo'ladi (3-rasm ).



3-rasm. Peshona oynasini təqış hələti

Peshona oynasi tekshiriluvchidan 25–30 sm uzoqlikda turadi (reflektorming fokus masofasi).

Peshona oynasini harakatga keltirib, nur manbasidan tushayotgan nurni to'plab tekshiriluvchi burniga yo'naltiriladi, so'ngra o'ng ko'zni yumib, chap ko'z bilan oyna teshigi orqali nur tushgan a'zo ko'rildi, keyin o'ng ko'zni ochib ikkala ko'z bilan tekshirish olib boriladi.

Tekshirish uchun kerakli asboblar va stol tekshiriluvchining o'ng tomonida joylashadi.

## **LOR BEMORLARINI TEKSHIRISH UCHUN KERAKLI ASBOBLAR RO'YXATI**

Shpatel metaldan (bir marotaba ishlatajigan yog'och shpatel)  
20 dona

Quloq voronkasi (turli hajmda, 3–8 mm ) 15 dona

Burun oynasi (hajmi 5–8 mm) 15 dona

Hiqildoq oynasi (diametri 10–25 mm ) 6 dona

Muolaja uchun uchlari parmasimon metal zondlar 20 dona

Halqum va hiqqildoq uchun maxsus yoysimon zondlar 5 dona

Zigel voronkasi to'liq yig'masi bilan 1 yig'ma

Uchi to'mtoq Voyacheck zondi 5 dona

Eshituv nayiga havo yuborish uchun Politser baloni 2 dona

Gartman kanyulasi 2 dona

Hiqildoq muolajasi uchun maxsus shprits 2 dona

Bodomcha bezlarini yuvish uchun shprits yig'masi 5 dona

Quloq pinseti (egri) 5

Burun pinseti (nayzasimon) 5

Anatomik vq jarrohlik pinsetlari 3

Quloq mikroqisqichlari 1

## Skalpel 5

Gaymor bo'shlig'i punksiyasi uchun maxsus ignalar 3

Frontal bo'shlig'i uchun (Ritter) zond 1

Dori kukunlarini sepish uchun insuffulyator 1

Kamertonlar yig'masi 1

Suyuq derilarni sepish uchun insuffulyator 1

Burundan qon ketishini to'xtatish uchun oldingi va orqangi tamponlar 2 ta yig'ma

Steril tamponlar, turundalar va salfetkalar 2 ta yig'masi

Dori moddalari yig'malari , qon tomir toraytiruchi, qulog tomchilar, yod, spirt, prtorolg 3%, vodorod perekisi 3%

Uy sharoitida bemorni ko'rish uchun maxsus otoskop, oftalmaskop yig'masi 1 yig'ma

LOR a'zolarni ko'rish uchun maxsus endoskop yig'masi 1

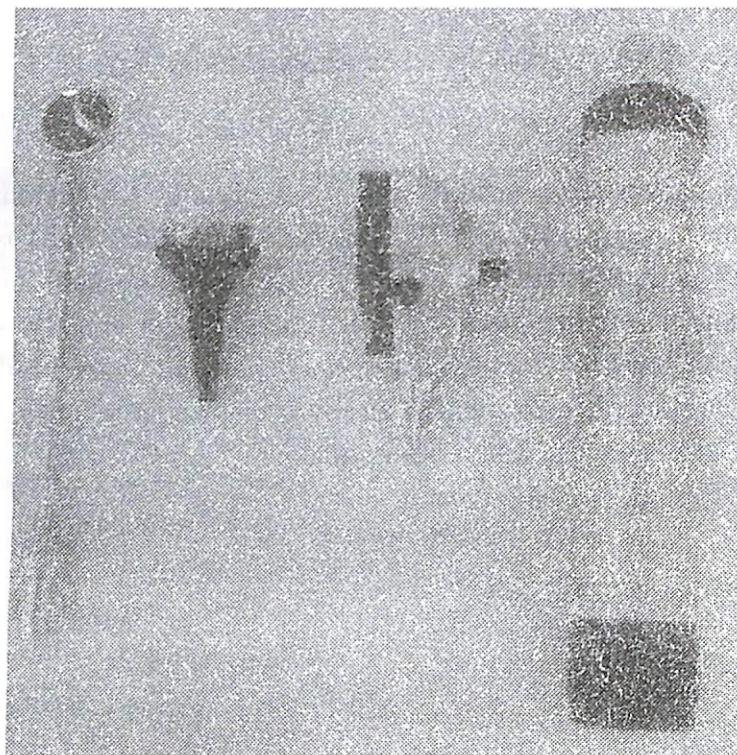
Audiometr 1

LOR xizmatini tashkil qilish maqsadida tibbiyotning birlamchi tizimini barcha joylarda ishlatish, qulay va oson bo'lishi uchun mobil (avtonom) otorinolaringoskop bilan ta'minlandi. Shundan kelib chiqqan holda barcha vrachlar shu asboblarni tuzilishi va uni ishlatishni bilishlari zarur bo'lib qoldi. Quyida qisqacha mobil otorinolaringoskop tuzilishi va ishlatilishi haqida ma'lumot bermoqdamiz.

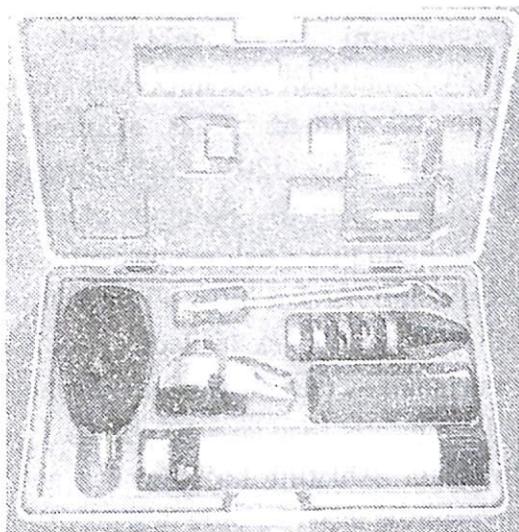
**AVTONOM (MOBIL) OTORINOLARINGOSKOP  
APPARATINING TUZILISHI VA UNI ISHGA  
TAYYORLASH**

*Otorinolaringoskop quyidagi qismlardan tashkil topgan:*

1. Moslama dastasi.
2. Maxsus kattalashtiruvchi lupali yorug'lik o'tkazuvchi optik moslama
3. Qulqoq voronkasi
4. Xiqildoq oynachasi



**A**



B

3-rasm. A,B – Otorinolaringoskopning umumiy ko‘rinishi



4 -rasm. Mobil otorinolaringoskopning umumiy ke‘riaishi,  
otorinolaringoskopni ishchi holati

**Otorinolaringoskopni ishga tayyorlash** uchun avval moslama dastasiga o'rnatilgan akkumulyator quvvati yorug'lik ma'nbasini yoqib tekshiriladi. Agar akkumulyator quvvati yetarli bo'lmasa, uni oddiy 220V kuchlanishga ega bo'lган tarmoqqa 3–5 soatga ulanadi. So'ngra otorinolaringoskopni dastasiga qulqoq va burunni ko'rish uchun yorug'lik o'tkazuvchi maxsus moslama yengil harakat bilan o'rnatiladi va ish faoliyati yorug'lik manbasini yoqib tekshiriladi. Hiqqildoqni ko'rish uchun ham maxsus oynacha asosida dastaga o'rnatiladi. Moslamalarni dastaga o'rnatishda, soat streikasi bo'ylab yengil aylantirilib o'rnatiladi. Ishlatilib bo'lingandan so'ng moslamalr dastadan ajratilib spirtda artib, so'ngra dezifeksiya qilinadi.

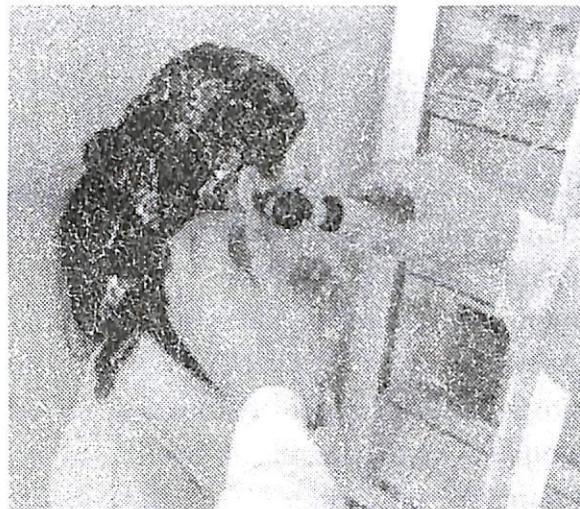
### **Ishlatish usuli**

Qulqoqni ko'rish uchun mo'ljallangan moslama otoskopni dastaga o'rnatib yorug'lik ma'nbasi yoqiladi va hosil bo'lgan yorug'lik nuri kaftga yo'naltirilib, yorug'lik miqdorini va yo'nalishini yetarli ekanligi tekshirib olinadi va quyidagi tartibda tekshiruv amalga oshiriladi:

### **Otoskopiya**

- Bemorga tekshiruv usuli tushuntiriladi;
- otoskopning ishga tayyorligi tekshiriladi;
- bemor boshi tekshirilayotgan qulqoqqa qarama-qarshi tomonga buriladi;
- ehtiyyotkorlik bilan qulqoq suprasi tortiladi;
- kattalarda qulqoq suprasi yuqoriga, orqaga va ozroq yon tomonga tortiladi;
- bolalarda pastga va orqaga tortiladi;
- otoskop dastasi ushlanadi, bunda barmoqlar bemor yonog'iga tekkiziladi;

- o‘ng qulqoq tekshirilganda otoskop o‘ng qo‘lga ushlanadi va bemorni o‘ng tomonida turiladi, chap qulqoq ko‘rilganda otoskop chap qo‘lga ushlanadi va bemorning chap tomonida turiladi;
- hajmi tashqi eshituv yo‘liga to‘g‘ri keladigan qulqoq voronkasi kirgiziladi va uchi biroz pastga va oldinga yo‘naltiriladi
- birinchi tashqi eshituv yo‘li va qulqodagi ajralma ko‘riladi. Otoskopiya vaqtida tashqi eshituv yo‘lida yot jism, teridagi qizarish, shish bor- yo‘qligi tekshiriladi
- nog‘ora pardaga e’tibor beriladi, uning shartli belgilaridan och kulrangdaligi, yorug‘lik konusi borligi, bolg‘acha uzun va qisqa dastasi, oldingi va orqa burmalar, kindik ko‘riladi. Tekshirishda nag‘ora pardada tesnik borligi tekshiriladi;
- otoskopiya o‘tkazilgandan so‘ng exhiyotkorlik bilan otoskop qulqodan chiqariladi, qulqoq voronkasi tozalanadi va spirt bilan dezinfeksiya qilinadi.





5-rasm. Otoskopiya o'tkazish usuli

O'ng qulqoqda otoskopiya o'tkazish. Normal nog'ora pardasining ko'rinishi

### TASHQI QULOQ KASALLIKLARI

LOR kasalliklari haqida ma'lumot berilganda asosan qishloq vrachlik punktida ko'rib, tegishli yordam ko'rsatish imkoniyati bo'lgan kasalliklar haqida so'z yuritiladi.

**Tashqi qulqoq kasalliklari** turli yoshdagi odamlarda uchraydi, bu kasalliklarni kelib chiqishi, klinik kechishi, bermor yoshi, immunologik qobiliyat xususiyatlariga bog'liq bo'ladi.

**Tashqi qulqoqda** – qulqoq suprasida yolin (roja), terisini yallig'lanishi (dermatit), turli jarohatdan so'ng teri ostiga qon quyilishi (otgematoma), perexondrit uchrasha, tashqi eshituv

yo'lida chegaralangan (chipqon) yoki tarqalgan (diffuz) tashqi otit, qulqoq chirk'i kabi kasalliklar uchraydi.

**Tashqi qulqoq kasalliklari** turli yoshdag'i odamlarda uchraydi, bu kasalliklarning kelib chiqishi, klinik kechishi, bemorlar yoshi, immunologik qobiliyat xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Tashqi qulqoqda – qulqoq suprasida yolin (roja), teri yallig'lanishi (dermatit), turli jarohatdan so'ng teri ostiga qon quyilishi (otgematoma), perexondrit uchrasa, tashqi eshituv yo'lida chegaralangan (chipqon) yoki tarqalgan (diffuz) tashqi otit, qulqoq chirk'i uchraydi.

**Qulqoq suprasini jarohati** – qulqoq suprasi jarohati turli – mexanik (urilish, kesilish, tishlab uzib olish), termik va kimyoviy ta'sirlar natijasida kelib chiqadi. Kasalikning kechishi olingan jarohatdan so'ng ko'rsatilgan yordam xusuiyatiga bog'liq bo'ladi. O'z vaqtida ko'rsatilgan yordam o'tkazilgan birlamchi xirurgik tozalov jarohatni asoratsiz bitib ketishiga olib keladi.

**Otgematoma-** turli mexanik jarohatlardan so'ng qulqoq suprasi teri ostiga qon quyilishi bo'lib, ko'rilganda qulqoq suprasida yumaloq shaklda, ko'kimdir rangda, yumshoq bo'rtma bo'ladi, bu bo'rtmaning tarkibi qon yoki limfa suyuqligidan iborat, agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, infeksiya qo'shilib, yiringli jarayonga aylanishi mumkin.



**6-rasm. Quloq suprasi otgematomasini ochish**

**Davolash** – katta bo‘lmagan otgematomalar qayta so‘rilib ketishi mumkin. Buning uchun jarohat o‘rnida birlamchi jarrohlik tozalovi o‘tkazilib qattiq bosib turuvchi bog‘lov qilinadi. Agar jarohat o‘rnida katta hajmdagi bo‘rtmalar bo‘lsa, u joy 5% yod eritmasi bilan tozalanib, igna bilan puksiya qilib ichidagi ajralmalar so‘rib olinadi va o‘rniga 5% yod yoki antibiotik eritmasi yuborilib, so‘ngra ezib turuvchi bog‘lov qilinadi. Bu bog‘lovlar har kuni almashtirilib turiladi. Agar katta otgematomalar yiringlab ketsa, unday holda kesib ochiladi va yara antibiotiklar eritmasi bilan yuvilib, rezinali drenaj kiritiladi va bosib turuvchi bog‘lov qo‘yiladi.

**Quloq suprasi yolini (roja).** Kelib chiqishi bo'yicha kasallik birlamchi yoki ikkilamchi bo'ladi. Ikkilamchi ko'rinishi yuzdag'i yolinning quloq suprasiga tarqalishi hisobiga rivojlanishi mumkin. Kasallik chaqiruvchisi streptokokk bo'lib, tana himoya quvvati pasayganda, quloq suprasidagi ozgina jarohat bo'lishi natijasida rivojlanadi. Kasallik belgilari: quloq suprasi qizarib shishadi, qattiq og'riq bezovta qiladi, ayrim hollarda quloq suprasi yuzasida, ichida seroz suyuqlik bo'lgan po'rsildoqlar (puzirki) paydo bo'ladi. Bemorning tana harorati yuqori bo'ladi (39–40 C), umumiy ahvoli yomonlashadi. Ba'zan kasallik quloq suprasidan tashqi eshituv yo'li va nog'ora pardasigacha tarqalishi mumkin. Kasallikning yengil kechishida bemorlar 4–5 kunda sog'ayib ketadi.

**Davolash** – Quloq suprasiga surtish uchun turli malhamilar (ixtiol, sariq simob malhami), ichish uchun antibiotiklar, sulfanilamid dorilari tavsiya qilinadi, fizioterapevtik muolajalardan ultrabinafsha nurlari bilan ta'sir etish yaxshi foyda beradi.

**Ekzema** – Kasallik quloq suprasiga tashqi eshituv yo'tidan ajralayotgan yiringni ta'siri yoki turli kimyoviy (yod, sement, ko'mir changi) ta'sirlar natijasida rivojlanadi. Ayrim hollarda ba'zi kasalliklar (allergik kasalliklar, diabet kasalligida) asosida namoyon bo'lishi mumkin. Kasallik o'tkir va surunkali qatlamin qamrab olgan bo'lsa, surunkali ko'rinishida quloq suprasini chuqur qatlamlariga ham tarqalgan bo'ladi.

**Kasallikning kechishi:** Quloq suprasi qizargan, infiltratsiya hisobiga terisi qalinlashgan, tashqi eshituv yo'li toraygan, bemorlarni quloqda qiechishish bezovta qiladi. Quloqni doimo qashlab turilishi hisobiga teri ichida seroz suyuqligi bo'lgan

Sam 17  
axborot us marki  
17 13214

po'rsildoqiar paydo bo'ladi va ular yorilib suyuqlik chiqishi hisobiga teri doimo namlanib turadi. Keyinchalik bu ajralmalar qurib terini kulrang-sariq qasmoq qoplaydi. Bu yaralarga infeksiya qo'shilishi hisobiga yiringli tashqi otit rivojlanadi.

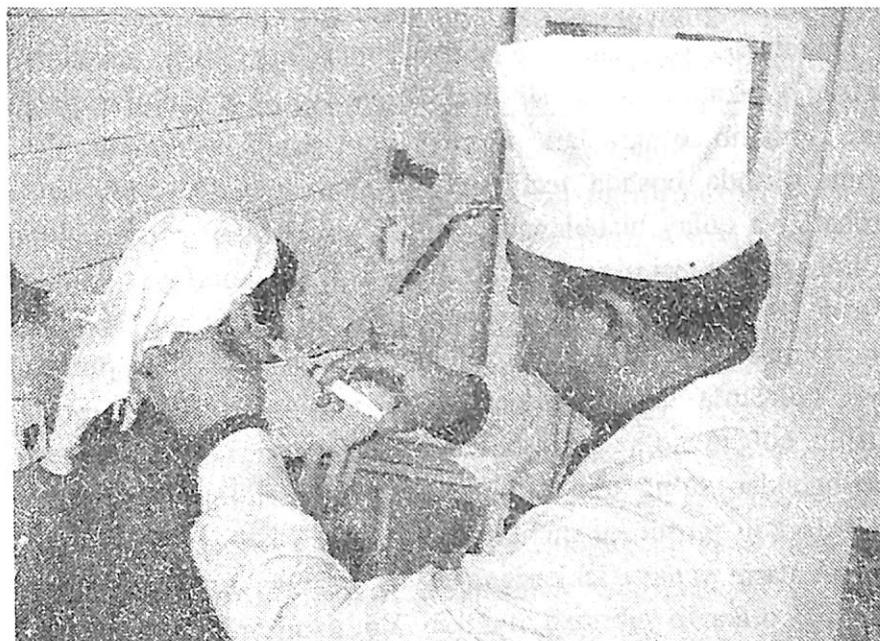
**Davolash**—Davolash asosiy kasallikni keltirib chiqaruvchi kasalliklarni davolashdan va kasallikni keltirib chiqaruvchi emillarni bartaraf qilishdan boshlanadi. Quloq suprasi, tashqi eshituv yo'li doimo tozalanib antiseptik suyuqliklar, spirt bilan yuvilib turiladi, so'ngra turli gormonal (oksikort, geokorton) malhamlari surtiladi. Quloq suprasidagi qasmoqlar inoylar surtilib yumshatilgandan so'ng tozalanadi. Fizioterapevtik muolajalardan ul'trabinafsha nurlar ta'sir etish, UVCH yaxshi foyda beradi.

### **Quloq chirki – (sernaya probka)**

Tashqi eshituv yo'lidagi yog' va oltingugrt ishlab chiqaruvchi bezlar faoliyatining kuchayishi natijasida tashqi eshituv yo'lida hosil bo'lgan ajralmalar tashqi eshituv yo'liiga to'planib quloq chirkini hosil qiladi. Quloq chirki – beziar ishlab chiqargan hosilalar va terini tushgan qatlamlari aralashmasidan iborat. Odatda quloqda hosil bo'lgan chirki sekin-asta ovqat yeganda, gaplashganda tushib turadi, ammo bezlar faoliyati kuchayib ketib ko'p miqdorda chirki ishlab chiqarganda, tashqi eshituv yo'llarini torligida to'planib qoladi. Ko'p miqdorda to'planib qolgan chirki tashqi eshituv yo'lini to'liq berkitib eshitishni vaqtinchalik pasayishiga, nog'ora pardani ezib qo'yish bilan, uni inervatsiya qiluvchi uch shoxli va adashgan nerv tolalari qitiqlab reflektor tarzda, yo'tal, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynib qayt qilishi, ayrim hollarda o'rta otitni keltirib chiqarishi mumkin.

**Davolash** – Katta bo'lmagan quloq chirkilarini zond orqali

kovlab olib tashlash mumkin, yoki iliq (37 °C) antisептик eritmalar bilan Jane shpritsi yordamida yuvib tashlanadi. Uzoq vaqt to‘planib qotib qolgan chirikini yumshatish maqsadida avval turli yog‘lar yoki 3% vodorod perikisidan kuniga 4–5 mahaldan ikki kun tomizilib, yumshagandan so‘ng yuvib tashlanadi.



7-rasm. Quloq chirikini yuvish

## QULOQDA YOT JISMLAR

Quloq yot jismlari ko‘pincha 3–7 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi. Bolalar o‘ynab bir-birining qulog‘iga yoki o‘z qulolqlariga turli jismlarni – no‘xat, tugma, danaklar tosh va qog‘ozlarni tiqib olishadi. Katta yoshdagilarda esa qulõq tozalash maqsadida tiqilgan paxta, gugurt cho‘plari sinib qolishi mumkin yoki uxbab yotganda esa tirik hashoratlari (suvarak,

pashsha va boshqa hashoratlar) kirib qoladi.

**Belgilari** – Agar yot jism yuzasi silliq bo‘lib tashqi eshituv yo‘li devorlarini jarohatlamasa yoki to‘liq berkitib qo‘ymasa uzoq vaqtgacha bezovta qilmasligi mumkin. Yuzasi notekis, o‘tkir jismlar sanchilganda va tirik hashoratlar harakatlanganda bemoriarda qulolqda shovqin, og‘riq va noxushliklar keltirib chiqaradi.

**Davolash:** yot jismni olishdan avval agar tirik hashorat bo‘lsa, harakatini to‘xtatish maqsadida yog‘li tomchilar yoki spirt tomizilib so‘ngra Jane shpritsi bilan yuvib tashlanadi. Yot jismni olishda boshqa usullarga nisbatan yuvish usuli kam jarohatli va qulay hisoblanadi. Yuvish usuli bilan olishni iloji bo‘limgan yot jisimlar, uchi to‘mtoq ilmoqli zond yordamida olinadi. Bu usulni qo‘llashda xushyorlik bilan, bemor boshini qimirlatmasdan olishlik talab qilinadi, shu sababdan ko‘pincha yosh bolalarda qisqa muddatli narkoz qilinadi. Nam tortib shishib qolgan no‘xat, mosh kabi yot jismlarni spirt tomizib burishgandan so‘ng olinadi. Yumaloq shakldagi yot jismlarni hech qachon pinset, qisqichlar bilan olishga urinmaslik kerak, chunki ularni yanada ichkariga, tashqi eshituv yo‘lini toraygan qismidan o‘tkazib yuborish mumkin. Yot jismlarni instrumentlar yordamida olish faqat malakali mutaxassis tomonidan bajarilishi kerak, aks holda turli asoratlar yuzaga kelishi mumkin. Yot jismlarni olishning iloji bo‘limganda yoki turli asorat va yallig‘lanish yuz berib tashqi eshituv yo‘li berkilib qolganda bemorlar maxsus LOR klinikalarga yuborish zarur.

## QULOQ CHIPQONI

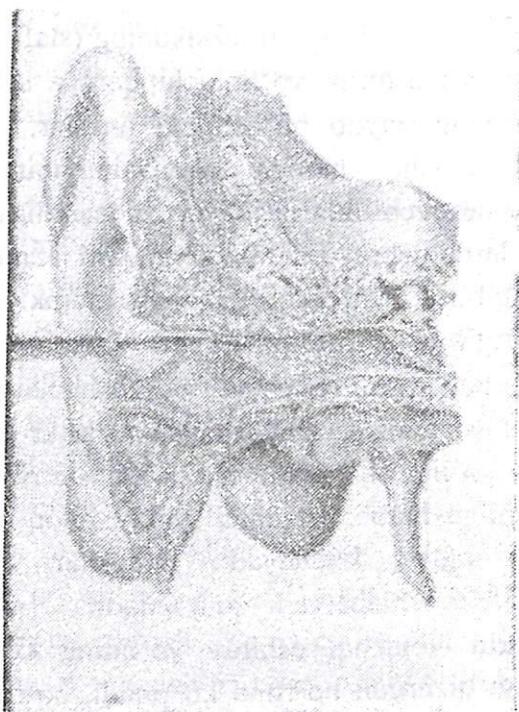
Tashqi eshituv yo'lini tog'ayli – pardal qismidgi tuk qopchalariga va yog' bezlariga infeksiyaning (stafilokokk) kirib yallig'lanishi tashqi eshituv yo'lini chipqoniga sabab bo'ladi. Quloq chipqonining paydo bo'lishdagi omillar: tana himoya quvvatining pasayishi, modda almashinuvining buzilishi, vitaminlar yetishmovchiliklari ko'pincha qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda uchraydi. Quloq chipqoni tanadagi umumiy furunkulyozning bir ko'rinishi bo'lishi ham mumkin.

**Kasallik beigilari – quloqni** kuchli og'riq bezovta qiladi, og'riq ko'zga, tishlarga, bo'yinga va boshgalarga tarqalishi mumkin. Ovqat yeganda va gaplashganda pastki jag' bo'g'imi tashqi eshituv yo'liga bosilishi natijasida og'riq kuchayadi. Quloq suprasini ushlab tortganda yoki quloq do'mbog'ini bosganda ham og'riq kuchayadi. Bemorlar tana harorati yuqoriga ko'tariladi, ishtaha va uyqu buziladi.

**Otoskopiyada** – tashqi eshituv yo'lining kirish qismida konus shaklidagi qizargan bo'rtma ko'rindi, bo'rtma hisobiga tashqi eshituv yo'li torayadi. Keyinchalik yallig'langan bo'rtma kattalashib, qizarib, shishib quloq suprasiga ham tarqalishi mumkin. Asta-sekin yallig'langan joyni o'rtasida oqarish paydo bo'lib, yiring hosil bo'lganligidan darak beradi.

Quloq oldi va bo'yin limfa tugunlari kattalashgan, ushlab ko'rilmaga og'riqli bo'ladi, bemor tana harorati ko'tarilib, umumiy ahvoli yomonlashadi. Yallig'lanish jarayoni kuchayib, chipqon o'z-o'zidan yoriliishi mumkin, natijada yiring ajralib, bemorning ahvoli yaxshilanadi, quloqdagi og'riq pasayadi va tana harorati mo'tadillashadi. Ayrim hollarda yiringli jarayon tashqi eshituv yo'lini pastki devoridagi santorin yoriqlari orqali

quloq oldi beziga tarqalishi ham mumkin. Kasallik asoratlanmasa o'rtacha 7–8 kun davom etadi.



**8-rasm. Quloq chipqonasi yorish**

**Davolash** – Quloq chipqoni infiltratsiya bosqichida bo'lib hali yiringli jarayon paydo bo'lmaganda, mahalliy sariq simob yoki ixtiol malhami surtiladi. Yiringli jarayon shakllanganda, o'rtadagi yiring sterjeni olib tashlanadi va gipertonik eritma bilan bog'lov qilinadi. Kasallikning birinchi kunlari antibiotiklar, isitma tushuruvchi, og'riq qoldiruvchi dorilar tavsiya qilinadi, tashqi eshituv yo'liga novokainli spirt eritmasi bilan dokali pilik qo'yiladi, quloqqa spirtli bog'lov qilinadi. Kasallik og'ir kechganda autogemoterapiya ham qilinadi.

Fizioterapeutik muolajalardan UVCH va UF yaxshi foyda beradi.

## **OTOMIKOZ (QULOQNING ZAMBURUG'LI YALLIG'LANISHI).**

**Otomikoz** tashqi va o'rta qulinqning zamburug'li yallilanishidir. Kasallikning keng tarqalgaligiga qaramasdan oxirgi yillargacha ko'p otorinolaringologlar kasallik haqida hech qanday ma'lumotga ega bo'lishmagan, shuning uchun ham bunday bemorlar uzoq vaqtlar samarasiz turli usullar bilan davolangan.

**Kasallikni chaqiruvchilari asosan zamburug'lar:** kandida, pensillum, aspargillus va mukor hisoblanadi. Bu zamburug'lar alohida yoki bakterial flora bilan birgalikda kasallikni chaqirishi mumkin. Bakterial flora bilan birgalikda kechadigan otomikoz, ancha og'ir kechadi, uzoq davom etadi va davolanish jarayoni qiyin bo'ladi.

Otitlarning 25–30% ni zamburug'li otitlar tashkil qiladi. Otomikoz ko'pincha tashqi eshituv yo'li yallig'langan bemorlarda (dermatitlar), surunkali yiringli ajralma hisobiga teri butunligi buzilgan hollarda tez rivojlanadi. Kasallik kelib chiqishidagi omillardan ko'pini osteroidlar, antibiotiklar qo'llash, immunologik faoliyatning pasayib ketishi, modda almashinuvining buzilishi hisoblanadi. Asosiy omillardan biri tanadagi allergik holat muhim o'rinni egallaydi.

Zamburug'lar tashqi eshituv yo'llarida doimo mavjuddir, bu joylarda namlikning ortishi, haroratning bir xilda bo'lishi, havo olmashinuvining doimiyligi (kislored va korbonat angidiridi), quyosh nurining to'g'ridan-to'g'ri ta'sir etmasligi ularning rivojlanishi uchun yaxshi sharoit hisoblanadi.

**Kasallik belgilarining rivojlanishi** oddiy tashqi otitga qaraganda asta-sekin namoyon bo'ladi. Zamburug'larning rivojlanib ko'payishi, ulardan ajralib chiqayotgan toksinlar ta'siri natijasida, avval eshitishning pasayishi, qulqoqda qichishish kabi belgilar paydo bo'lishidir. Keyinchalik og'riq bezovta qiladi, qulqoqning to'lib qolganligi hissiyoti kuchayadi, shovqin paydo bo'lib, oz miqdorda ajralma keladi.

**Otoskopiyyada** tashqi eshituv yo'lining terisi qizargan va shishgan bo'ladi. Agar jarayon o'rta qulqoqqa o'tmagan bo'lsa, nog'ora parda teshilmagan, ammo bir oz qizargan, tanish belgilari qisman ko'rindi. Tashqi eshituv yo'lidagi ajralmalar zamburug'larning turiga qarab turlicha bo'ladi, aspergillus niger turida ajralma qora ko'rinishida bo'ladi, kandida turida esa oq sarg'imtir bo'tqa ko'rinishida, pensillium turida esa ajralma kulrang ko'rinishda bo'ladi.

Tashqi eshituv yo'li ajralmadan toza langandan so'ng nog'ora pardani ko'rish mumkin.

**Tashhisi.** Kasallik tashhisi bemor shikoyatlari, otoskopiyyada ajralmaning o'ziga xos rangda bo'lishi, ajralmani mikroskopiya qilish va maxsus ozuqalarga ekish orqali qo'yiladi.

Davolash qulqoq toza langandan so'ng aspergilyus zamburug'iga qarshi mahalliy dorilardan nitrofugin, ekzodril, lamizil, nizohal, mikozolan, batrofen qo'llaniladi.

Kandida zamburug'iga qarshi klotrimazol, nizohal va mikozalon qo'llaniladi. Agar otmikoz bakterial mikroflora bilan birga kechsa, ekzoderil va barafe yaxshi samara beradi.

Imkoniyat darajasida mahalliy qo'llaniladigan dorilarni paxtaga shimdirlig'an holda, tashqi eshituv yo'llarini barcha devorlariga surtish orqali qo'llansa samarasini tez bo'ladi. Qulqoni yuvish 3% bor kislotasi eritmasi bilan amalga oshirish zarur.

Agar mahalliy davolardan foyda bo‘lmasa, ichish uchun disflukan 150 mgdan kuniga bir mahal 10 kun davomida yoki orungal 100 mgdan kuniga bir mahal 10 kun davomida ichiladi. Kasallikning qaytalanishga moyilligi yuqori bo‘lganligi uchun ham davolangandan so‘ng bir hafta o‘tkazib qayta davolash kursini qaytarish zarur.

## O‘RTA QULOQ KASALLIKLARI

O‘rta quloqning o‘tkir yallig‘lanishi inson tanasining umumiy kasalligini mahalliy namoyon bo‘lishi bilan kechadigan ko‘rinishidir. O‘rta quloq kasalligi umumiy quloq kasalliklarining 30% tashkil etadi va yiliga bu ko‘rsatgich ortib bormoqda. Kasallik hamma yoshda uchraydi, ammo bolalalar va keksa yoshdagilar orasida ko‘prorq kuzatildi. Shuning uchun ham o‘rta quloqning o‘tkir yallig‘lanishini o‘rganish muammosi nafaqat otorinolaringologiya hatto pediatriya sohasida ham katta ahamiyat kasb etmoqda. Bunday tashqari, yosh bolalarda boshlangan o‘rta quloqning o‘tkir yallig‘lanishi keyinchalik surunkali ko‘rinishiga o‘tib, turli asoratlarning (bosh miya aseratlari, eshitishning pasayishi) kelib chiqishiga sabab bo‘lmoqda. Natijada bu bemor balog‘at yoshiga yetmasdan ijtimciy jihatdan ishga yaroqsiz bo‘lib qolmoqda. Yosh bolalarda quloqning anatomo-fiziologik va immunobiologik xususiyatlarining o‘ziga xosligi tufayli o‘rta quloqning o‘tkir yallig‘lanishi va uning klinik kechishi katta yoshdagilarga qaraganda keskin farqlanadi.

O‘rta quloqning yallig‘lanishi ko‘pincha yuqori nafas yo‘llarining o‘tkir respirator kasalliklari (rezanda, tumov), skarlatina, qizamiq kabi yuqumli kasallikklardan so‘ng tez

rivojlanadi. Burun va burun-halqumdagı turli surukali kasalliklar rinit, sinusit, adenoid, surunkali tonsillit o'rta qulqoqdagi surunkali kasalliklarnngi kelib chiqishida va davom etishida asosiy omillardan biri hisoblanadi.

Gipotrofik avitaminoz va allergik kasaliklar bilan xastalangan bolalarda o'rta qulqoqning o'tkir yallig'lanish ko'rsatgichlari sog'lom bolalarga qaraganda ancha yuqoridir.

Kasallikning klinik kechishi bo'yicha o'tkir va surunkali ko'rinishi bosqichlariga binoan esa kataral, seroz va yiringli turlari tafovut qilinadi.

## O'TKIR KATARAL O'RTA OTIT

(*otitis media cataralis acuta*)

Eshituv nayining nog'ora bo'shlig'i bilan o'zaro bog'liqligi holati doimo o'tkir o'rta otitlarning kelib chiqishida asosiy o'rinni egallaydi. Eshituv nayini berkilib qolishi ikki xil holatda yuz beradi

- burun halqumdagı o'sma, adenoid, nay bezlari yo'g'onlashuvida mexanik to'silib qolishida;
- eshituv nayi yallilanishi tufayli shishib, devorlarining bir-biriga yopishib qolishi hisobiga.

O'tkir o'rta otit kelib chiqishidagi asosiy omillardan biri bu shamollashdir. Shamollah natijasida ham mahalliy, ham umumiy himoya qobiliyatining pasayishi kuzatiladi, natijada saprofit holdagi mikrofloralar patogen holatga o'tib virulentlik xususiyati kuchayadi. Mikrofloraning virulentlik xususiyatini kuchaytiruvchi ikkinchi omil bu turli yuqumli (gripp, qizamiq, bo'g'ma, tif va zotiljam) kasalliklardir.

Burun-halqumdagı yallig'lanish jarayoni eshituv nayi orqali o'rta qulqoqqa quydagicha o'tadi:

a) eshituv nayi shilliq qavatlari yallig‘lanishida mikroflora to‘g‘ridan-to‘g‘ri o‘rta qulooqqa o‘tishi mumkin

b) burun-halqumdagи yallig‘lanishdagi ajralmalar (shilimshiq, yiring) dimog‘dagi bosim ortishi vaqtida (chuchkirish, yo‘talish va burunni tozalashda) o‘tishi mumkin.

Odatda eshituv nayi devorlari doimo yopiq holda bo‘ladi, tog‘ayli-pardali qismida shilliq qavatlar bir-biriga yopishib turadi, faqat yutinganda, chaynash jarayonida va esnashda ochilib, o‘z faoliyatini bajaradi.

Eshituv nayi yallig‘lanishida uning shilliq qavatlari shishib berkilib qoladi va faoliyati (o‘rta qulooqqa havo o‘tkazish, drenaj) buziladi, natijada eshituv nayi orqali nog‘ora bo‘sning‘iga havo o‘tmasdan qoladi. Nog‘ora bo‘sning‘idagi havo esa shilliq qavatlar orqali so‘rilishi natijasida, o‘rta qulooqda havo bosimi pasayadi, buning hisobigi qonning suyuq qismi qon tomirlari devorlari orqali bo‘sning‘qa chiqib to‘planadi. Ayrim adabiyotlarda bu holat ekssudatli o‘rta otit, seroz otit, salpingootit deb ham yuritiladi. Bu davrda yiringli jarayon hali sbakllanmagan, faqat shilimshiq to‘planishi hisobiga aseptik jarayon paydo bo‘ladi. Keyinchalik infeksiya qo‘silishi hisobiga yallig‘lanish jarayoni yiringli tus oladi.

**Bemor shikoyatlari** – kasallik boshlanishida yallig‘langan qulooq sohasida eshitishning pasayishi, shovqin, autofoniya (o‘z ovozi balandjiangan holda kasallangan qulog‘ida eshitishi), qulooqda bosim ortishini sezishi va boshda og‘irlik bo‘ladi. Agar o‘rta qulooqda aseptik suyuqlik to‘plangan bo‘lsa, bemor bosh holatini o‘zgartirganda, suyuqlik harakatining o‘ziga xos ovozini eshitadi. Bunday ishqalanish ovozi (krepitatsiya) kataral otitlarga xos bo‘lib, uni nafaqat bemor, balki vrach ham eshitadi bu holat – **Lede belgisi deb yuritiladi.** Suyuqlik harakati

o‘zgarishi bilan, bir vaqtning o‘zida eshitish qobiliyatini yaxshilanib qoladi. Eshitishning pasayishi asosan tovush o‘tkazish tizimini buzilishiga xos bo‘ladi, ammo ayrim hollarda (intoksikatsiyaning ichki quloqqa taqalishi hisobiga) suyakdan o‘tkazish ham pasayib qoladi. Bemorning umumiy ahvoli deyarli o‘zgarmaydi.

**Otoskopiya** – nog‘ora parda rangi o‘rta quloqda to‘plangan suyuqlik miqdori va tarkibiga bog‘liq bo‘lib, oq-kulrangdan to‘q jigarrangacha bo‘ladi, xiralashib qoladi, parda ichkariga tortilganligi natijasida bolg‘achani kalta dastasi bo‘rtib chiqadi, tanish belgilari aniq ko‘rinmaydi. Nur konusi qisqarib qoladi yoki umuman yo‘qolib ketadi. Ayrim hollarda nog‘ora parda orqali o‘rta quloqdagi suyuqlik sathini ko‘rish mumkin.

**Davolash** – Davolash eshituv nayi o‘tkazuvchanligi faoliyatini tiklashdan boshlanadi, buning uchun burun va burun-halqum kasallikkleri (tumov, rezanda, rinitlar, adenoid) davolanadi. Agar burun chig‘anoqlari gipertrofiyasi, burun polipi yoki adenod bo‘lsa jarrohlik yo‘li bilan bartaraf qilinadi. Burunga qon tomir toraytiruchi tomchilar tavsiya qilinadi, quloqqa issiqlik beruvchi muolajalar – spirtli bog‘lov qo‘yiladi, sollyuks, UF qo‘laniladi. Eshituv nayi faoliyatini tiklash uchun Politser bo‘yicha havo yuboriladi, nog‘ora parda havoli massaj qilinadi. Eshituv nayiga katetr yuborib gidrokortizohni ximotripsinlar bilan almashtirib yuborish yaxshi foyda beradi. Ayrim hollarda nog‘ora bo‘sning‘idagi suyuqlikni chiqarish uchun parsentez (pardani su’niy teshish) qilinadi.

## O'RTA QULOQNING O'TKIR YIRINGLI YALLIG'LANISHI (OTITIS MEDIA ACUTA)

Quyidagi keltirilayotgan ma'lumotlarda biz o'rta quloqning o'tkir yiringli yallig'lanishi sabablarini, undagi patalogo-anatomik o'zgarishlar, klinik kechishi, tashhisi, davolash usullari, kasallikni ko'p uchrab turadigan asoratlari hisoblangan – antrit va mastoiditlar haqida suhbatlashamiz.

**O'rta quloqning o'tkir yallig'lanishi** – organizmning umumiylashtirilgan kasalligini mahalliy quloqda namoyon bo'lishi bilan kechadigan jarayon hisoblanib, aholi o'rtasida keng tarqalgan kasalliklar qatoriga kiradi. Quloq kasalliklarini 30–35%ni o'tkir yiringli o'rta otit tashkil qiladi.

O'rta quloqning kataral yallig'lanishidan farqi, o'rta quloqning o'tkir yiringli yallig'lanishi **birinchidan** tez rivojlanadi, **ikkinchidan** kasallik tufayli organizmda sodir bo'lgan umumiylashtirilgan o'zgarishlar bir necha kun davom etadi va **uchinchidan** o'rta quloqda yiringli ekssudat hosil bo'lishi bilan davom etadi.

**Etiologiyasi:** O'rta quloqning yallig'lanishida asosan stafilo-streptokokklar va pnevmokokklar muhim o'rinni egallaydi, bulardan tashqari ichak tayoqchasi, mikrobakteriya kox tayoqchalarini hain ishtirok etishi mumkin.

Yallig'lanish jarayonida mikroorganizmlar asosan eshituv nayi – (evstaxiyev) orqali kiradi. Bunga sabab burun va burun yondosh bo'shliqlari, burun-halqum, og'iz bo'shliqlari a'zolarining tez-tez yallig'lanishi yoki bu a'zolarda ko'proq jarrokhlik muolajalarining o'tkazilishi, burunga ko'rsatma bo'yicha uzoq muddatga oldingi va orqa tamponlar qo'yilishi, turli sabablarga ko'ra eshituv nayi shilliq qavatlari butunligining

buzilishi natijalarida infeksiya o‘rta qulooqqa o‘tishiga sharoit yaratiladi.

Ikkinchisi navbatda infeksiya o‘rta qulooqqa tashqi eshituv yo‘li orqali nog‘ora parda shikastlanib, uning butunligi buzilganda kiradi. Bundan tashqari turli yuqumli kasalliliklarda qon orqali (gripp, skarlatina, tif) o‘tishi ham mumkin. Kamdan-kam holatda –o‘rta qulooqqa infeksiya bosh miyaning birlamchi yallig‘lanishida (meningit, bosh miya abssessida yuqoridan pastga) retrograd o‘tish mumkin.

Kasallik rivojlanishida va klinik kechishida so‘rg‘ichsimon o‘simta tuzilishi (pnevmatik, diploetik, sklerotik), tana himoya vositasining holati, bemor yoshi muhim o‘rinni egailaydi.

O‘rta qulooqning yiringli yallig‘lanishi hamma yoshda uchraydi, lekin ko‘proq chaqaloqlarda va yosh bolalarda kuzatiladi, ularda yallig‘lanish juda tez rivojlanadi hamda og‘ir o‘tadi, bu to‘g‘risida biz keyingi bo‘limlarda alohida to‘xtalib o‘tamiz.

**Patologik anatomiq o‘zgarishlar:** Eshituv nayi faoliyatining buzilishi va o‘rta qulooqqa turli yo‘llar bilan mikroorganizmlarning kirishi natijasida shilliq qavatlarda mukoid shish va arteriar to‘laqonlik rivojlanadi, natijada o‘rta qulooqqa ekssuda suyuqligining chiqishi boshlanadi. Ekssudat avval seroz va qon aralash bo‘ladi, keyinchalik infeksiya qo‘silishi hisobiga yiringga aylanadi. Ekssudat miqdori asta sekinlik bilan ko‘payib, nog‘ora bo‘shlig‘ida bosim oshadi, natijada nog‘ora pardaga bosimi kuchayadi, uning trofikasi buziladi va teshik paydo bo‘lib, asta-sekin yiringli suyuqlikning chiqishi boshlanadi. Yallig‘lanish natijasida nog‘ora bo‘shlig‘ining shilliq qavati bir necha marotaba (20–30-marta) qalinlashadi, joylarda shilliq qavatning epitelial qismi

yemiriladi, ko'chadi, keyinchalik ularning o'milarida yaralar paydo bo'ladi va shu joylarda granuyasion to'qimalar o'sadi.

Umumiyl va mahalliy himoya quvvatining ko'tarilishi, davolash ishlarining samarali olib borilishi, kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarning bartaraf qilinishi natijasida yallig'lanish jarayoni pasayadi, qisman tashqariga chiqadi, bir qismi esa qayta so'riladi, yiring kamayib, nog'ora pardaning epitelial qavati tiklanib yallig'lanish – keyingi reparativ bosqichiga o'tadi. Nog'ora pardoning tiklanish xususiyati kuchli bo'lganligi sababli uchala qavati ham tiklanib, hosil bo'lgan teshik nozik chandiq bilan bitadi va eshitish qobilyati deyarli to'liq tiklanadi. Ba'zan yallig'lanish jarayoni uzoq davom etganligi tufayli uchinchi reperativ qism yaxshi davom etmaydi, natijada nog'ora pardaning hamma qavatlari to'liq tiklanmay qoladi, shuning uchun ham pardada doimiy teshik qoladi va eshitish jarayoni qisman pasayadi.

### O'tkir o'rta otitning klinik kechishi

Kasallikning klinik kechishi uch bosqichdan iborat:

**1. Kataral yallig'lanish besqichi** – yallig'lanish natijasida o'rta qulodda, ekssudat to'planiib, bosim ertadi, yallig'lanish jarayonida hosil bo'lgan toksinlar qonga so'riladi va kasallikning klinik belgilari namoyon bo'ladi, nog'ora pardada avval qon tomirlarning radial qizarishi paydo bo'ladi, ammo teshik hosil bo'lmaydi.

**2. Nog'ora pardani teshilish bosqichi** – nog'ora parda teshiladi va nog'ora bo'shlig'idan yiringli ajralma oqib chiqadi, natijada bosim kamayib, kasallikning birinchi bosqichdag'i klinik belgilari susayadi, bemor ahvoli nisbatan yaxshilanadi

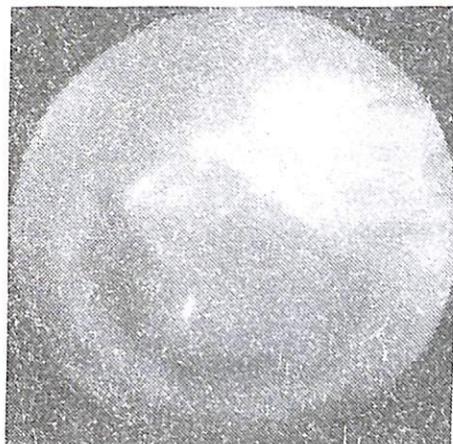
**3. Reparativ bosqichida** – yallig‘lanish jarayoni tugallanib, yiring oqishi to‘xtaydi, nog‘ora parda teshigi nozik chandiq hosil qilib bitadi, yallig‘lanish jarayoni natijasida kelib chiqqan o‘zgarishlar qayta tiklanadi.

**Kasallikning klinik kechishi** – boshlang‘ich davrda o‘ria qulqoqda yallig‘lanish jarayoni paydo bo‘lib, shilliq qavat shishib qalinchashishi va ekssudat to‘planib, o‘rtal qulqoqda bosimning ortishi natijasida nerv (til-yutkin, uchlamchi nerv) tolalarining bosilishi natijasida turli belgilar namoyon bo‘ladi.

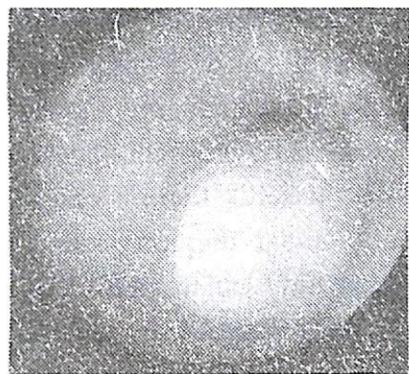
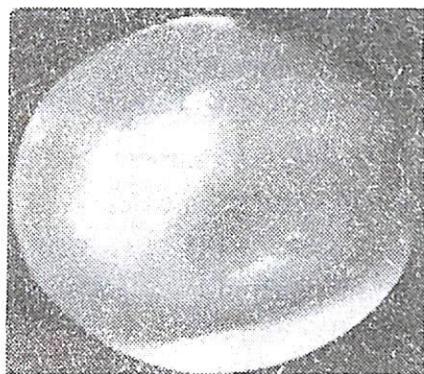
**Bemor shikoyatlari:** Avvaliga bemor eshitishning pasayishi, qulqoqning bitib qolishiga, so‘ngra sekin-asta og‘riq paydo bo‘lganliga shikoyat qiladi. Keyinchalik nog‘ora bo‘shlig‘idagi bosimning ortishi tufayli qulqodagi og‘riq kuchayadi va bu og‘riq boshga tishlarga tarqaladi, tana harorati ko‘tariladi, ishtaha yo‘qoladi, uyqu buziladi, umumiy ahvoli yomonlashadi. Ayrim hollarda kasallik og‘ir kechganda, yallig‘lanish jarayoni yuz nervi kanalining (Falopiyev) tug‘ma bitmagan (degissensiyasi) teshiklari bo‘lsa, ular orqali o‘tib yuz nervi falajligini keltirib chiqarishi mumkin. Yallig‘lanish jarayoni qulq atrofi to‘qimalarigacha tarqalishi tufayli, qulq suprasi, so‘rg‘ichsimon o‘simta bosib ko‘rilganda og‘riqli bo‘ladi.

**Otoskopiyada** – bu bosqichda otoskopik ko‘rinish o‘zgarib turadi, boshlanishida nog‘ora pardani qon tomirlari qizaradi, xiralashadi, tanish belgilari qisman aniqlanadi. Ayrim hollarda otoskopiyada nog‘ora parda orqali nog‘ora bo‘shlig‘idagi to‘plangan suyuqlik sathini ko‘rish mumkin. Keyinchalik yallig‘lanish jarayonining kuchayishi hisobiga pardada qizarish kuchayadi, tanish belgilari to‘liq aniqlanmasdan qoladi va suyuqlik to‘planib bosim ko‘tarilishi hisobiga nog‘ora parda

ma'lum bir joyidan bo'rtib chiqadi. Ko'proq bunday bo'rtib chiqishlar oldingi-pastki kvadrantlarda kuzatiladi.



9-rasm . O'tkor etitda nog'ora parda qon tomirlarining radiar qizarishi



A

B

10-rasm. Nog'ora parda keskin bo'rtib chiqgan (A-birinchi bosqich) va teshilib yiring ajralmoqda (B-ikkinchi bosqich).

**Kasallikning ikkinchi – teshilish bosqichi – Nog'ora parda teshilib qulqidan qon aralash yiring oqadi, darhol qulqodagi**

og'riq pasayib tana harorati mo'tadil bo'ladi, bemor ahvoli yaxshilanadi, lekin eshitish hozircha to'liq tiklanmagan bo'ladi. Agar yiring oqib chiqishi bilan bemorni ahvoli yaxshilanmasa, yallig'lanish jarayoni so'rg'ichsimon o'simtaga tarqalganligidan darak beradi.

**Otoskopiyyada** tashqi eshituv yo'lida qon aralash hidsiz yiring, nog'ora parda qizargan, tanish belgilari hali aniq ko'rinxmaydi, bo'rtib chiqqan (ko'proq oldingi-pastki kvadrantlarda) joyda yoriqsimon teshik ko'rindi.

**Uchinchi reparativ bosqichi-** bu bosqichda agar kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar barataraf etilsa, davolash muolajalari o'z vaqtida olib borilsa va makroorganizmining himoya faoliyati yaxshilansa, yallig'lanish jarayoni bartaraf bo'lib, yiring oqish to'xtaydi, nog'ora pardani teshigi sohasida nozik chandiq hosil bo'lib berkildi.

**Otoskopiya.** Nog'ora pardada teshik o'mida nozik chandiq ko'rindi, tanish belgilari avvalgi holdagi kabi aniq. O'rtal quloq faoliyati tiklanadi, bu jarayon o'rtacha 2 hafta davom etadi.

Ba'zan esa kasallik kechishi cho'zilib ketish mumkin, bunga sabab kasallik keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etmaslik, antibiotiklar miqdori yetarli darajada qo'llamaslik, davolashni o'z vaqtida samarali olib borilmaganligi va bemorda qo'shimcha yo'ldosh kasalliklar mavjudligi hamda himoya quvvatining pastligi hisoblanadi. Bundan tashqari ayrim bemorlarda o'tkir otit boshlanishida sust, cho'zilib ketuvchi yallig'lanish sifatida davom etadi.

O'rtal quloqning o'tkir yiringli yallig'lanishi qanday natija bilan tugashi mumkin.

1. Butunlay sog'ayib ketishi, otoskopiyyada yallig'lanish belgilari yo'qolishi va eshitishni to'liq tiklanishi.

2. Kasallikning chandiqli (adgeziv) ko'rinishiga o'tish va eshituvni qisman pasayishi.

3. Surunkali turiga o'tishi

4. Asoratlar qoldirish – mastoidit, labirintit, bosh miya asoratlari va boshqalar.

## **CHAQALOQLARDA VA YOSH BOLALARDA O'TKIR O'RTA OTITNING O'ZIGA XOS KECHISHI**

Davolash usullarga to'xtalishdan avval o'rta qulinqing o'tkir yiringli yailig'lanishi chaqaloqlarda va yosh bolalarda o'ziga xos kechishini ko'rib chiqamiz. Kasallikning yosh bolalarda o'ziga xos kechishiga alohida urg'u berishdan maqsad, ularda o'tkir o'rta otit kattalarga nisbatan tez uchraydi, og'ir kechadi va ko'p asoratlar beradi, shuning uchun ham, bu masalaga alohida to'xtalib o'tamiz va keng yoritishga harakat qilamiz.

Kattalardagi kabi, yosh bolalarda ham o'tkir o'rta otitning kelib chiqishida asosiy o'rinni eshituv nayi faoliyati muhim ahamiyatga ega. Yosh go'daklarda tashqi muhitning ozgina salbiy ta'siri, hattoki noo'rin yutinish, chuchkirish ham eshituv nayini qitiqlab, shilimshiq to'planishiga va keyinchalik esa bunday shilimshiqlar o'rta qulodda ham to'planishiga olib keladi.

Yosh bolalarda o'rta qulinqing o'ziga xos kechishiga quyidagi anatomiq va fiziologik holatlar sabab bo'ladi:

1. Yosh bolalarda eshituv nayi qisqa va keng bo'ladi, bu holat burun-halqumdan yallig'lanish jarayonini tezda o'rta qulodda o'tishiga sharoit yaratadi.

2. Go'daklarning o'rta qulog'ida embrional rivojlanish qoldig'i hisoblanganl miksoid to'qima ko'p bo'ladi, bu to'qima

mikroblar o'sishi va rivojlanishi uchun yaxshi ozuqa hisoblanadi.

3. Yangi tug'ilgan go'daklarda tug'ilish jarayonida yo'ldosholdi suyuqligi eshituv nayi orqali o'rta qulogda tushib yallliganish chaqirish mumkin.

4. Yosh bolalarda mahalliy va umumiy himoya vositasi to'liq shakillanmagan bo'ladi, bu holat tashqi muhitning salbiy ta'siri natijasida tezda o'rta qulogda yallig'lanish rivojlanishga olib keladi.

5. Chaqaloqlar ko'p vaqt chalqancha yotadi, natijada burun-halqumdagagi shilimshiq ajralmalar, emish vaqtida ona suti eshituv nayi orqali nog'ora bo'shlig'iga o'tish mumkin.

6. Yosh bolalar ko'proq o'tkir yuqumli kasalliklar bilan xastalanadi (qizaniq, bo'g'ma, gripp) bunday kasalliklar o'rta qulogda yallig'lanish jarayonini keltirib chiqaruvchi omillardan hisoblanadi.

7. O'rta qulog shilliq qavati burun-halqum shilliq qavatining davomi hisoblanadi, shuning uchun ham uning faoliyati, burun-halqum shilliq qavati faoliyatiga bog'liq bo'ladi. Yosh bolalarda burun-halqum va tanglay bezlari kattalashib, tez-tez yallig'lanib turishi natijasida avval eshituv nayida, keyinchalik esa o'rta qulogda yallig'lanish jarayoni doimo ushlab turadi.

8. Yosh bolalarda chakka suyagining qon bilan ta'minlanishi yuqori darajada, shuning uchun ham o'rta qulogdagi yallig'lanish jarayoni tezda so'rg'ichsimon suyakga o'tib suyakning emirilishi (osteomielit)ga olib keladi natijada o'rta otit uzoq davom etadi.

9. Yosh bolalarda burun – halqumda turli mexanik to'siqlar (dimog' va nay bezlarining yo'g'onlashuvi, burun chig'anoqlari orqa qismining yo'g'onlashuvi) eshituv nayi faoliyatining buzilishiga va o'rta qulogni yallig'lanishiga sharoit yaratadi.

**Kasallik klinik belgilari** bemorni qanchalik yosh bo'lsa, jarayon yo'ldosh kasalliklar bilan birga kechsa, o'rta otit shunchalik og'ir, uzoq va davolanishi qiyinlik bilan kechadi. Kasallik avval eshitishning pasayishi quloqda og'riq bilan boshlanadi, vaqt o'tishi bilan og'riq kuchayadi, tana harorati 39–40°C ko'tariladi, qaltirash kuzatiladi, bemor o'ta bezovtalanadi, tinmasdan yig'laydi, yutinish jarayoni og'riqli bo'iganligi uchun ham ko'krakni ema olmaysdi, yallig'langan quloqni tinmasdan yostiqqa ishqalaydi yoki qo'li bilan shu quloqni tinmasdan ushlaydi. Og'riq tufayli emish jarayoni buzilganligi hisobiga oshqozon-ichak tizimi faoliyati buziladi, bemorning ichi o'tib, tezda ozib ketadi. Natijada mavjud intoksikatsiya jarayoni yanada kuchayib meningizm belgilari – ko'ngil aynib qayt qilish, bo'yin mushaklarini qotib qolish holati paydo bo'ladi, bemor ahvoli tobora og'irlashadi.

O'tkir o'rta otitlarga xos kuzatiladigan belgilardan biri N. Nikolayev simptomi hisoblanadi-yallig'langan quloq tomondagi ichki uyqu arteriyasi sohasiga bosib turilsa, quloqdagi og'riq keskin pasayadi, bosish to'xtalishi bilan og'riq yana bezovta qiladi.

**Kasallikning klinik kechish bosqichlari** kattalardagi kabi bo'lib, faqat ularda nog'ora parda qalinligi tufayli o'z-o'zidan teshilish bosqichi uzoq vaqt davom etadi, shuning uchun ham kasallik cho'zilib ketadi. Bunday hollarda ba'zan sun'iy ravishda nog'ora parda (paratsentez) teshiladi. Nog'ora parda teshilib yiring ajralib chiqishi natijasida tana harorati mo'tadil bo'lib, og'riq pasayadi, bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi. Antrumning kengligi, uning o'rta quloq bilan yaxshi tutashganligi va so'rg'ichsimon o'simtaning qon tomirlar bilan boy ta'minlanganligi uchun, o'rta quloqdagi yallig'lanish

jarayoni tezda so'rg'ichsimon o'simtaga tarqaladi. Ayrim hollarda yiring ajralib chiqishiga qaramasdan bemorni ahvoli avvalgidek og'ir holda qoladi, bunga sabab yiringli jarayon so'rg'ichsimon o'simtaga yoki bosh miyaga tarqalganligidan darak beradi.

**Otoskopiya** kasallikning otoskopik ko'rinishi kattalardagi kabi uning bosqichlariga bog'liq bo'ladi. Bolalarda to'liq otoskopiya o'tkazishni doimo iloji bo'lmaydi, bunga sabab avvalo ular tinch holda o'tirinaydi, bundan tashqari ularning eshituv yo'llari tor va turli ajralmalar bilan to'lganligi uchun ham nog'ora pardani to'liq ko'rishning iloji yo'q. Qulqoni ko'rish uchun qilingan noo'rin harakat nog'ora pardani qo'shimcha qizarishiga olib keladi. Imkon darajasida otoskopiyanı bemor tinch holatda turganda o'tkazish maqsadga muofiqdir, chunki bolalarni bir marotaba qichqirib yig'lashi sog'lom nog'ora pardani qizarishiga olib keladi, natijada xatoga yo'l qo'yib, yallig'lanmagan qulloqqa, o'rta quloqning o'tkir yallig'lanishi deb tashhis qo'yish mumkin. Shuning uchun ham bolalarda tashhis qo'yish masalasida kasallik tarixini to'liq o'rghanish va boshqa tekshirish usullarini ham sinchiklab tekshirish natijalariga asoslanish zarur.

**Davolash** – Davolashning qaysi turini (konservativ yoki jarrohlik usulida) belgilashdan avval bemor holatiga, kasallikning klinik kechishiga to'g'ri baho berish zarur. Ayrim hollarda o'tkir otitlarda yoki surunkali otitlarning qaytalanish davrida kasallik mikrosimptomlari bo'ladi, tajribasiz yosh vrachlar bunday belgilarga e'tibor bermasligi natijasida bosh miya asoratlari rivojlanadi. Shunday mikrosimptomlarga bosh og'rig'i, ayniqsa kechqurunlari, og'riq ko'proq ensa sohasida kuzatiladi, yorug'likka qaray olmaslik, mayda nistagamlar,

bemor lanjiligi holatlari kiradi. Agar yuqoridagi belgilar kuzatilsa, bemorlar diqqat bilan qaytadan qo'shimcha tekshirishdan o'tkazilib, davolashni jarrohlik usuiida olib borish masalasi o'rtaga qo'yiladi.

**Konservativ davolashda** yosh bolalarni imkon darajasida uy sharoitida yotqizilishi zarur. Davolash eshituv nayi faoliyatini tiklashdan boshlanadi, bunig uchun avval burunga kuniga 2–3 mahal qon tomir toraytiruvchi dorilar (adrenalin 0, 1%, efedrin 3%, nasobek, galazolin, naftizin) tomiziladi. Go'daklarda qon tomir toraytiruvchi tomchilar burunning xilpillovchi epiteliysiga salbiy ta'sir etishi munosabati bilan bu tomchilarga qo'llashdan avval teng miqdorda ko'krak suti aralashtirilgan holda tomizish maqsadga muofiqdir. Bir vaqtning o'zida 2% protorgol yoki kollargol ham tomizaladi. Ichish uchun sulfanilamid dori vositalari, antibiotiklar, isitma tushiruvchi va og'riq qoldiruvchi dorilar tavsiya etiladi. O'rta quloqdagagi bosimni yana ham oshirmaslik uchun, bemorlarga qattiq burunni qoqish man qilinadi. Og'riqni pasaytirish uchun kuniga ikki mahal 5% korbol kislotasini gelitsirindagi aralashmasi, yoki novokainning spirtdagi aralashmasi bilan bilan quloqqa dokali plik qo'yiladi va bir vaqtning o'zida quloqqa spirtli bog'lovlar qilinadi. Hozirgi kunda quloqdagagi og'riqni qoldirish maqsadida dropleks yoki levoksimed tomchilaridan kuniga 3–4 mahal 3–4 tomchidan tomizaladi. Fizioterapevtik muolajalardan sollyuks, UVCH, SVCH tavsiya qilinadi. Nog'ora parda teshilgandan so'ng yiring chiqishini yaxshilash zarur, buning uchun, quloqdagagi ajralmalar elektroso'rg'ich bilan so'rib olinadi yoki yuvib tozalanadi. Yallig'lanish jarayoni bartaraf qilinib, nog'ora parda teshigi bitib ketgandan so'ng, o'rta quloqda chandiqli jarayonlar avj oldirmasligi maqsadida eshituv nayiga havo yuborib turiladi va nog'ora pardani pnevmomassaj qilinadi.

**O'tkazilgan muolajalardan foyda bo'lmagan taqdirda** nog'ora parda o'z-o'zidan teshilmasa, uni sun'iy teshiladi (paratsentez) qilinadi.

**Paratsentez** – Nog'ora pardani sun'iy teshish yo'li bilan bermordagi o'tkir otitning salbiy belgilarini bartaraf qiladigan, uning ahvolini tezda yaxshilanishga olib keladigan muolajadir. Buning uchun maxsus Shvars tomonidan taklif qilingan, uchi nayzasimon shakldagi igna ishlataladi. Tashqi eshituv yo'li birlamchi jarrohlik tozalangandan (spirit bilan tozalanadi) so'ng, mahaliy og'riqsizlantirish uchun quloqqa dikain yoki kokain eritmasi shimdirilgan dokali plik qo'yiladi. Ayrim hollarda bu maqsadda tashqi eshituv yo'li orqa devoriga 2 ml 2 % novokain eritmasi in'eksiya qilinadi. Og'riqsizlantrilgandan so'ng pardani teshish eng ko'p bo'rtgan joyidan, asosan orqa – pastki kvadratidan amalga oshiriladi. Ichki quloq yoki chordae tympani nerv tarmog'ini jarohatmaslik uchun igna 1–1, 5mm chuqurlikdan ortiqcha ichkariga kiritmaslik kerak. Ignan bilan teshilgandan so'ng teshik 3–4mmga kengaytiriladi va yiring chiqishini yaxshilash maqsadida tashqi eshituv yo'liga steril dokali tampon qo'yiladi va u tez-tez yangilanib turiladi.

Tashqi eshituv yo'li terisini jarohatlab qo'ymaslik uchun turli malhamalar (prednizohon, sintomitsin) kuniga 2–3 mahal surtiladi. Odatda paratsentezdan so'ng yiring oqishi 1, 2–5 haftada to'xtaydi va teshik o'mida nozik chandiq hosil bo'lib bitib ketadi. O'rta quloqda chandiqli jarayon hosil bo'lib eshitish pasayib ketishining oldini olish uchun teshik bitgandan so'ng 10 kun davomida nog'ora parda pnevmomassaj qilinadi.

Endi o'rta quloqning o'tkir yiringli yallig'lanishda tez uchrab turadigan asoratlardan biri – mastoiditni ko'rib chiqamiz.

## **MASTOIDIT- MASTOIDITIS ACUTA (SO'RG'ICH SIMON O'SIMTANING O'TKIR YALLIG'LANISHI).**

Mastoidit deganda o'tkir o'rta otit yoki qaytalangan surunkali otitda yallig'lanish jarayonini so'rg'ichsimon o'simtaga tarqalishi va o'ziga xos klinik belgilar bilan namoyon bo'lishidir. O'rta qulinqing o'tkir yallig'lanishida jarayon albatta so'rg'ichsimon o'simta katakchalari hisoblangan antrum va uning atrofidagi bo'shliqlarga ham tarqaladi. Shuning uchun ham ayrim mualliflar mastoidit o'tkir o'rta otitning asorati emas, balki uning bir qismi deb qarashni taklif qilishmoqda. Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda hali so'rg'ichsimon o'simta shakillanmaganligi va ularda faqat antrum mavjudligi uchun yallig'lanish antrit deb yuritiladi. Askariyat hollarda so'rg'ichsimon o'simtadagi yallig'lanish jarayoni o'rta qulinqda yallig'lanish tugalanishi bilan birga to'xtaydi. Faqat 10% holatlarda o'tkir o'rta otitda jarayon kuchayib so'rg'ichsimon o'simtada yiringli empiema – mastoidit rivojlanadi. So'rg'ichsimon o'simtada bunday yiringli empiemalar rivojlanishi uchun bir qancha omillar muhim o'rinni egallaydi.

Bunday omillarga kasallik chaqiruvchi mikrobnинг yuqori virulentligi, tana himoya quvvatining pastligi, o'tkir o'rta otitni keltirib chiqaruvchi sabablarini bartaraf etmaslik, davolash muolasjalarining o'z vaqtida samarali o'tkazmaslik va bemorlarda boshqa yo'ldosh (sil, diabet, raxit, nefrit) kasalliklar mavjudligidir. Yuqorida keltirilgan sababalardagi mastoiditlar ikkilainchi hisoblanadi.

Bundan tashqari mastoiditlarning birlamchi turlari ham kamdan-kam hollarda (jarohatdan so'ng, umumiy septik holatlarda, silda va zaxmda) uchra'b turadi.

Mastoiditlar asoasan 5–7 yoshgacha bo‘lgan bolalarda ko‘proq uchraydi.

**O‘tkir o‘rta otitda mastoidit shakillanishi** kasallikni 2–3 haftaga to‘g‘ri keladi, so‘rg‘ichsimon suyakning pnevmatik tuzilishida, diploetik va skelerotik tuzilishlarga qaraganda kasallik ko‘proq uchraydi. Ayrim holatlarda o‘rta quloqda yallig‘lanish jarayoni batamom tugagandan so‘ng bir necha kun o‘tib mastoidit rivojlanadi, bu holat kechikkan mastoidit deb yuritiladi. Yallig‘lanish jarayoni so‘rg‘ichsimon o‘simgaga asosan timpanogen yo‘l orqali o‘tadi va kam hollarda gematogen va boshqa yo‘llardan tarqaladi, ekssudativ hatnda proliferativ-alternativ bosqichda kechadi. Eksudativ bosqichida suyak katakchalari shilimshiq suyuqlik bilan to‘ladi, shiliq qavatlari qalinlashadi, proleferativ-alternativ bosqichida esa suyak katakchalari yemirilib yiring bilan to‘lgan bitta yagona bo‘shliq hosil bo‘ladi, keyinchalik esa shiliq qavatlarida granulular paydo bo‘ladi.

Yallig‘lanish jarayoni davom etib suyak yuqori qismiga qarab yemirilsa, bosh miya tomonga o‘tib miya asoratlarini beradi yoki pastga so‘rg‘ichsimon o‘simga yemirisa, teri ostida subperiostal abscess paydo bo‘ladi.

**Kasallikning klinik belgilari:** kasallik umumiyligi va mahalliy belgilardan iborat bo‘ladi, mahalliy belgilaridan **quloqda og‘riq**, ayrim hollarda og‘riq birdaniga o‘tkir boshlanib, bemorni kuchli bezovta qiladi. Ba’zan og‘riq sekin-asta boshlanib, keyinchalik bir xilda “parmakovchi” xususiyatda davom etadi va asosan kechalari kuchayadi. So‘rg‘ichsimon o‘simga bosib ko‘rilganda og‘riq kuchayadi. Og‘riqlar ensa sohasiga, boshning yarimiga, ko‘z va tishlarga tarqaladi.

Bemorlar quloqda qon tomirlarining urishiga monand shovqin eshitilishdan shikoyat qiladi. Bunga sabab

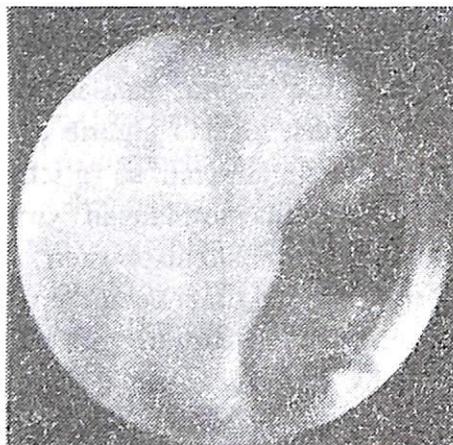
yallig‘lanish natijasida so‘rg‘ichsimon o‘sintada yiring to‘lgan bo‘shliq hosil bo‘lishi va kengaygan qon tomirlarining bir xilda urishi shu to‘plangan empiema orqali tarqalishi hisobiga paydo bo‘ladi. **Eshitishning pasayishi** tovush o‘tkazuvchi qismining buzilishi sifatida kechadi. Agar kamerton yallig‘langan so‘rg‘ichsimon o‘sintaga qo‘yilsa, boshqa joyga qo‘yilganga qaraganda tovushni tez qabul qiladi (**Xellata simptomi**). Bemorlar shikoyatlardan yani biri quloqdan yiring oqishi. O‘tkir otit boshlanishida yiringli ajralma ko‘p bo‘ladi, keyinchalik ajralma ozroq bo‘lsa, asta-cekin yiring chiqishi kuchayib, quloqn yiringdan tozalab ulgurib bo‘lmaydi. Buning asosiy sababi, yallig‘linish jarayoni so‘rg‘ichsimon o‘sintaga tarqalganligidan va u yerda to‘plangan yiringni to‘xtovsiz, tashqi eshituv yo‘li orqali ajralishi hisobigadir.

**Kasallikning umumiy belgilari** bemor ahvoli og‘ir, uyqu va ishtahasi buzilgan, tana harorati ko‘tarilgan, umumiy quvvatsizlik va lanjlik bezovta qiladi. Qon tarkibi o‘zgargan (leykotsitoz, SOE tezlashgan). Bemorlar tana harorati odatda 38 C atrofida bo‘ladi, harorat ko‘tarilishi intoksiatsiyaning ortib borishidan darak beradi, agar harorat yuqori (39–40 C) bo‘lsa, kasallik kechishi asoratlar bilan davom etayotganligidan darak beradi. Ayrim hollarda kasallik davomida tana harorati subfebril bo‘ladi, bunday hollarda e’tiborsizlik qilmasdan, bemor to‘liq nazorat ostida olib borish shart.

**Otoskopiyada** so‘rg‘ichsimon o‘sinta terisi qizarib shishgan, shish hisobiga quloq suprasi oldinga surilganligi kuzatiladi. Tashqi eshituv yo‘li ko‘p miqdorda suyuq yiringli ajralma bilan to‘lgan. Eshituv yo‘li suyak qismining orqa-yuqori devor terisi osilib turishi hisobiga toraygan. Bunday o‘zgarish birinchi marotaba shvars tomonidan yozilganligi uchun ham, ayrim adabiyotlarda **shvars belgisi** deb yuritiladi. Bu ko‘rinish

mastoiditning tashqi eshituv yo'lini furunkulidan ajratuvchi asosiy belgilardan biri hisoblanadi.

Nog'ora pardal qizargan, bo'rtib chiqqan, tanish belgilari aniqlanmaydi, yiringni chiqishi tomir urishiga monand (pulsiruyushqiy refleks) holatda ajraladi. Tashqi eshituv yo'lida suyuq, hidsiz yiring ko'rindi.



**11-rasm. Mastoiditda tashqi eshituv yo'li orqa-yuqori devorining osilib qolishi.**

Yiring suyakni yemirib teri ostiga to'planganligi uchun ham so'rg'ichsimon o'simta paypaslab ko'rilmaga og'riqli va yumshoq (flyuktatsiya) bo'ladi. Agar harakatdagi kamertonning yallig'langan so'g'ichsimon o'simta sohasiga qo'yilsa, tovush bemorning boshqa qo'yilgan joylariga nisbatan tez eshitiladi, buni **Xelata belgisi** deyiladi. Vaqt o'tishi bilan so'rg'ichsimon o'simtada yoki tashqi eshituv yo'lining orqa-yuqori devorida oqma yaralar (svish) paydo bo'ladi.

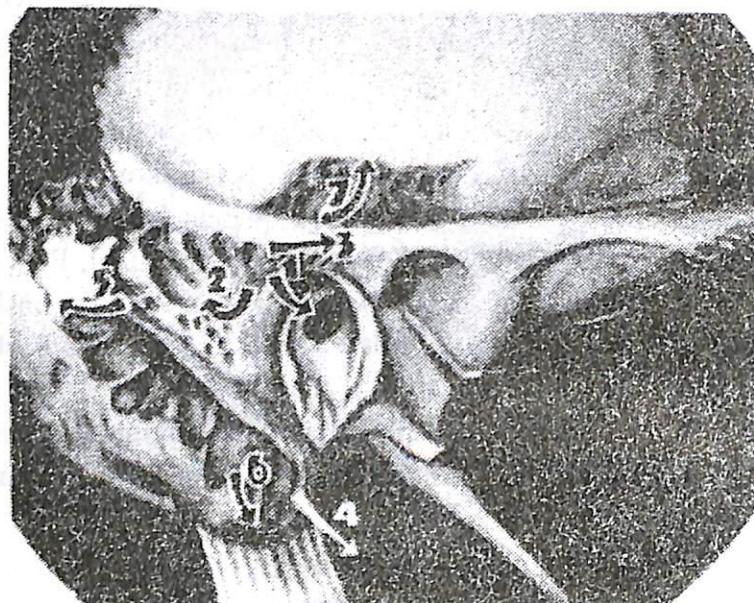
Ayrim hollarda so'rg'ichsimon o'simtadagi o'zgarishlar ko'zga ko'rinarli darajada bo'lmasa, qiyosiy paypaslash

o'tkaziladi, buning uchun bemor orqasida turib ikkala qo'l barmoqlari uchlari bilan so'rg'ichsimon o'simta ikki tomonidan yuqoridan pastga qarab paypaslanadi, bunda yallig'langan sohada o'ziga xos og'riq va to'qimlar yumshoqligi aniqlanadi. O'rta quloqdagi yallig'lanish jarayoni atrofidagi suyak to'qimalariga o'tishi va bu joylarda yiringli empiemalr hosil qilishiga qarab mastoiditning bir necha ko'rinishlari tafovut qilinadi: Yiringli jarayon so'rg'ichsimon o'simta uchiga to'planib, qisman bo'yin sohasini ham qarnrab oladigan (bo'yin so'rg'ichsimon suyak uchi sohasi) ko'rinishini birinchi marotaba 1881-yili F. Bezold tomonidan yozilganligi uchun ham uni adabiyotlarda **Betsold** turi deb yuritiladi. Kasallikning bu turida so'rg'ichsimon suyak uchi qismida va qisman bo'yin sohasida yumshoq to'qima shishib, terisi qizarganligi kuzatiladi. Bo'yinni burishda og'riq kuchayadi, shuning uchun ham bemor boshini og'riqan tomonga qiyshaytirgan holda ushlab yuradi va boshini burish uchun butun tanasi bilan buriladi.

Yuqoridagi turidan farq qiladigan mastoiditning yana bir ko'rinch **Mur** turi bo'lib, bunda yiringli jarayon so'rg'ichsimon o'simta uchini tashqarisida joylashadi.

Ayrim hollarda yiringli jarayon so'rg'ichsimon o'simtadan chakka suyagi piramida qismiga tarqaladi va uni – **petrozit** deb yuritiladi, kasallikning bu ko'rinski o'ziga xos klinik kechishi bilan ajralib turadi. Petrozitga xos belgilardan o'tkir yiringli o'rta otit, ko'zni uzoqlashtiruvchi nerv falajligi va uchlamchi nervning yallig'lanish belgilari (**Gradiengo belgisi**) bilan kechadi. Petrozitning kechishi ancha og'ir bo'lib, bemorni quloqdagi qattiq og'riq bezovta qiladi, og'riq ko'zga, peshonaga va tishlarga tarqalib, kechalari kuchayadi. Yiringli jarayon ko'zning harakatlantiruvchi nerviga tarqalganligi uchun ham

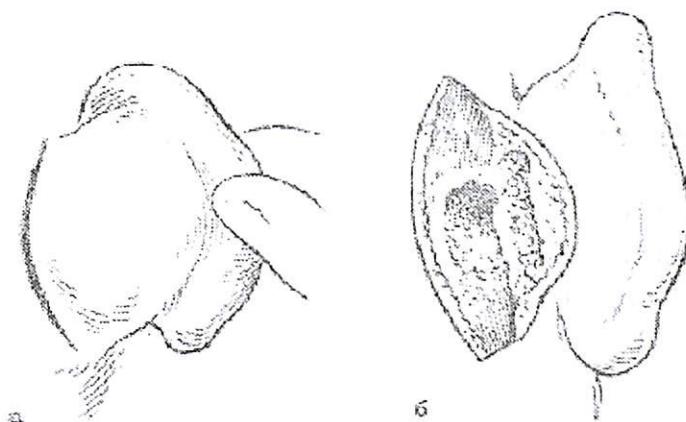
ko'z olmasi to'liq harakatsiz bo'ladi. Kasallikning odatdagidan tashqari (atipik) kechishi ancha xavfli bo'lib, ko'p asoratlari beradi, suyaklarning katta maydonlari yemirilishiga va bosh miya asoratlari berishi bilan davom etadi. Bundan tashqari yiringli jarayon yanoq suyagi sohasiga tarqalsa – zigamotit va chakka suyagi sohasiga tarqalsa – skvamit deb yuritiladi, agar yiring piramida suyagi uchiga to'plansa – apetsit deb ataladi.



25-rasm. Mastoiditda yiringli jarayonning tarqalish yo'llari  
 1. o'rta miyaga. 2. so'rg'ichsimon o'simtaga. 3. yanoq suyagiga. 4.  
 bo'yin sohasiga

**Kasallik tashhisi:** Mastoiditning oddiy turi tashhisi ko'p qiyinchilik tug'dirmaydi, bunda bemor shikoyatlari, kasallik tarixi, otoskopik belgilari va rentgenologik tekshirish natijalariga asoslanib qo'yiladi. Qiyosiy tashhisda qulog chipqonidan farqlash zarur.

**Davolash:** Kasallik kechayotgan bosqichlaridan kelib chiqqan holda davolash ishlari olib boriladi. Agar mastoiditning boshlang'ich davri bo'lib, bemor ahvoli qoniqarli bo'lsa, davolashni konservativ o'tkaziladi va bunda asosan antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari, antigistamin dorilar, qulqoqqa mahalliy turli isituvchi muolajalar – spirtli bog'lovlar, fizioterapeutik muolajalardan UVCH, SVCH tavsiya qilinadi.

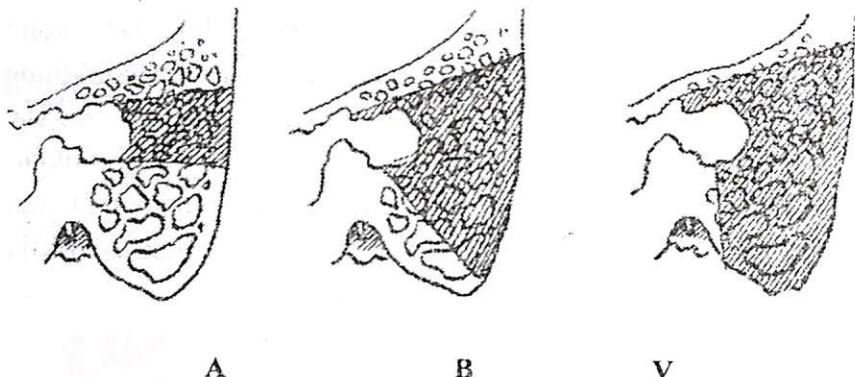


**12-rasm. So'rg'ichsimon e'simtada antrotomiya muolajasi.**

**A. So'rg'ichsimon e'simta terisining kesilishi.**

**B. Antrum ochilgan holat.**

O'tkazilgan konservativ davolardan foyda bo'lmaganda, jarrohlik usuli bilan (antrotomiya, mastoidotomiya) muolajasi o'tkaziladi.



**13-rasm. So‘rg‘ichsimon o‘sintada o‘tkaziladigan muolajalar hajmi  
A-antrotomiya, B-antromastoidotomiya, V-mastoidoektomiya**

So‘rg‘ichsimon o‘sintadagi yallig‘lanish jarayonining hajmiga qarab bemorlarda antrotomiya, antromastoidotomiya va og‘ir hollarda esa mastoidoektomiya o‘tkaziladi.

## ANTRIT

Uch yoshgacha bo‘lgan bolalarda so‘rg‘ichsimon o‘sinta rivojlanmagan, faqat antrum (g‘or)bo‘ladi, shuning uchun ham g‘or qismi va g‘or atrofi katakchalarining o‘tkir yiringli yallig‘lanishi antirit deb yuritiladi. Kasallik ko‘proq chala tug‘ilgan, turli yo‘ldosh kasalliyatlari bor va sun’iy oziqlanish bilin o‘sgan bolalarda uchraydi. Bolalarda asosan yagona g‘or mavjudligi tufayli ekssudativ jarayon doimo produktiv jarayondan ustun bo‘ladi.

**Kasallikning klinik kechishida** ikki xil ko‘rinish – birinchisi klinik belgilari kam namoyon bo‘ladigan va sust kechadigan latent, ko‘rinishi holida bo‘ladi. Bu ko‘rinishda bemor bolalar anchagina sust, kam uyqli, ko‘p yiglaydi, injiq,

ishtahasi yo‘q, ichi tez o‘tib qayt qiladi, ozib ketadi. Shu belgilar asosida intoksikatsiya kuchayib, ba’zan meningitga xos belgilar namoyon bo‘ladi. Kasallikning bunday ko‘rinishda kechganligi uchun ham o‘z vaqtida tashhis qo‘yish ancha mushkul.

Ikkinchi ko‘rinishi esa barcha klinik belgilari keskin namoyon bo‘lib, ko‘pincha subperiostal abscesslar hosil bo‘lish bilan kechadidan turidir. Tana harorati 38–39 °C ko‘tariladi, qonda leykotsitoz, SOE tezlashadi.

**Tashhis:** Kasallikning latent ko‘rinishida kilinik belgilari kam namoyon bo‘lganligi uchun ham tashhis ancha qiyin bo‘ladi. Bemor onasining shikoyatlari, kasallik tarixi va otoskopik ko‘rinish tashhisda muhim o‘rinni egallaydi. Ayrim hollarda o‘tkazilgan antropuksiya natijasi tashhisda muhim o‘rin egallaydi.

**Davolash** bolalar yoshini hisobga olgan holda mastoidit davolagandek olib boriladi. Birinchi navbatda antibiotiklar qo‘llash (bolalarda penitsillinni qo‘llash yaxshi samara beradi), intoksikatsiyani bartaraf etish uchun suyuqlik quyish, yo‘idosh kasalliklarni bartaraf etish va simptomatik davolar o‘tkaziladi. Jarrohlik muolajalaridan avval antrum punksiya qilinadi, yiring olingandan so‘ng kesib ochiladi. Kesish uchun mo‘ljal quloq bo‘rtmasining (kozelok) ustki qirg‘og‘i sathida, quloq suprasi orqasidan 2 sm uzunlikda teri va teri osti to‘qimalari kesiladi, turli asoratlarning oldini olish maqsadida g‘or oddiy qoshiqcha yordamida ochilib tozalanadi.

## BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINI TEKSHIRISH USULLARI

Burun va burun yondosh bo'shlıqlarini tekshirish, ularning tashqi tuzilishini ko'zdan kechirish va paypaslashdan boshlanadi.

Tashqi tuzilishini ko'rishda burun holatiga, terida ko'zga tashlanadigan nuqsonlarga, tashqi burundagi turli qiyshiqlik, o'sma va shishlarning bor yo'qligiga e'tibor qaratiladi. Paypaslab ko'rishda tashqi burun, burun yondosh bo'shlıqlari sohasida og'riq, o'simta bor-yo'qligi hamda suyaklar butunligi holati aniqlanadi.



14-rasm. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'i sohasini paypaslab ko'rish

Tashqi tekshirishlar tugagandan so'ng burun rinoskopiya qilib ko'rildi, bunda oldingi, o'rta va orqa rinoskopiyalar amalga oshiriladi. Burunning kirish qismi burun uchini ko'tarib

ko'rish orqali bu joyning keng yoki torligi, teri holatiga e'tibor beriladi.

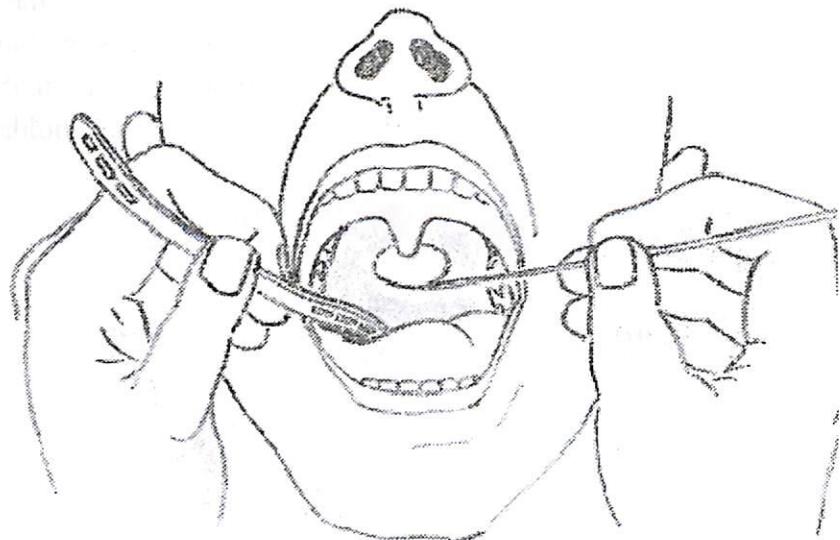
**Oldingi rinoskopiya:** Burun ichini ko'rish uchun maxsus burun kengaytiruvchi (burun oynasi) qo'llaniladi, bu kengaytirgichlar tekshiriluvchi yoshiga qarab turli hajmlarda bo'ladi. Tekshiriluvchiga mos keladigan burun kengaytirgich chap qo'lda ushlanib uchlari berk holda burunning kirish qisimiga kiritiladi va uchlari yengil harakat bilan asta sekin kengaytiriladi, muolaja tekshiriluvchida hech qanday noxushlik va og'riq chaqirmaslik zarur, o'ng qo'lni esa tekshiriluvchi peshona sohasiga qo'yib, boshni muolaja o'tkazishga o'ng'ay holatga keltirib oladi. Tekshirishda burunning kirish qismi, shilliq qavatlari hamda pastki burun chig'anoqlari burun yo'llari holatiga, rangiga va namligiga e'tibor qaratiladi. Tekshirishni tugalashda burunning kirish qismidagi tuklarni qisib uzib olmaslik uchun burun kengaytirgich yarim yopiq holda burundan chiqariladi.



15-rasm. Rinoskopiya muolajasi

**O'rta rinoskopiya** tekshiriluvchining boshi biroz orqaga ko'tarilib burun kengaytirgich ancha ichkariga kiritilib tekshiriladi, natijada oldingi rinoskopiya qo'shimcha yana o'rta burun chig'anog'i o'rta va umumiy burun yo'llari holati, bu joylardagi ajralmalar, turli o'zgarishlarga e'tibor qaratiladi.

**Orqa rinoskopiya** qilish ancha murakkab bo'lib, bunda burun-halqumni to'liq ko'rish uchun shpatel va burun-halqum oynasi ishlatiladi. Muolaja vaqtida tekshiriluvchida reflektor qayt qilish kuzatilmasligining oldini olish uchun halqumga 1–2% dikain eritmasi surtiladi. Tekshirishda burun-halqum shilliq qavatlari holati, dimog' va nay bezi tuzilishi, eshituv nayi teshiklari, burun chig'anoqlari orqa qisimlariga e'tibor qaratiladi.



15-rasm. Orqa rinoskopiya muolajasi

Burun bo'shlig'inинг orqa tomonlari, burun-halqumning hamda burun yo'llarini to'liq ko'rish uchun hozirgi paytda mikroskopik va endoskopik tekshirish usullari qo'llanilmoqda.

Shilliq qavat va burun chig‘anoqining qo‘sishimcha tekshirish usullaridan biri uchi to‘mtoq zondlar orqali bosib ko‘rish usuli hisoblanadi. Bunday tekshirishda shilliq qavatlar burun chig‘anoqlarining qattiq yoki yumshoqligi, og‘riq bor yo‘qligi va burun yo‘llarinining oxirigacha ochiqligi aniqlaniladi (bu tekshirish usuli asosan burun yo‘llarini tug‘ma atreziyasini aniqlashda qo‘llaniladi).

**Burun va burun yondosh bo‘shliqlari holatini aniqlashda rentgenologik** tekshirish katta ahamiyat kasb etadi. Bunday tekshirishlarga flyuorografiya, oddiy rentgenografiya, rentgenkontrast usullari kiradi. Bundan tashqari tekshirishning tomogarfiya va magnit-rezonans tomografiya usulari ham oxirgi yillari keng qo‘llanilmoqd.

**Diafonoskopiya** usulida asosan yuqori jag‘ va peshona suyagi bo‘shliqlari tekshiriladi, bo‘shliqlar orqali o‘tayotgan yorug‘lik holatiga qarab ular haqida ma’lumot olinadi. Tekshirish qorong‘ilashtirilgan xonada amalga oshiriladi. Bunda diafonoskop chirog‘i yondirilgan holda og‘izga kiritilada, agarda bo‘shliqlarning bircortasida yallig‘lanish jarayoni kuzatilsa, o‘sha tarafda yorug‘lik nuri o‘tishining pasayishi kuzatiladi, ayrim hollarda bo‘shliqdagi suyuqlik sathini ham to‘liq aniqlash mumkin.

Burun yondosh bo‘shliqlari holati haqida to‘liq ma’lumot olish uchun eng mukammal tekshirish usullaridan biri bu bo‘shliqlarni punksiya qilish yoki zondlashdir. Bo‘shliqlarni punksiya qilish yoki zondlash uchun burun shilliq qavatlariga mahalliy og‘riqsizlantirish uchun 2–4% dikain yoki kokain eritmalari surtiladi. Yuqori jag‘ suyagi bo‘shlig‘ini pastki burun yo‘lidan Kulikov ignasi orqali punksiya qilinadi va yuviladi. Peshona suyagi bo‘shlig‘i o‘rta burun yo‘lidan o‘zini ta‘biy yo‘li

orgali Ritter yoki Ustyanov zondlari kiritilib, tekshiriilib yuviladi. Bundan tashqari peshona suyagi bo'shlig'i trepanatsiya qilinadi yoki Yu. Ustyanov tomonidan taklif qilingan usul orgali tashqaridan bo'shliqning oldingi devori orgali punksiya (trepanopunksiya) qilinadi. Asosiy suyak bo'shlig'i maxsus zondni o'zining oldingi teshigi orgali kiritish usuli bilan tekshiriladi. Galvirsimon suyak bo'shliqlari D. I. Tarasov va G. Z. Piskunov tomonidan taklif qilingan maxsus igna va usul bilan punksiya qilinadi.

Bo'shliqlar yuvilgandan so'ng ajrab chiqqan suyuqlik tarkibiga qarab har bir bo'shliq holatiga baho beriladi.



16-rasm. Normal oldingi rinoskopiya

### Burun chipqoni (Furunculus nasi)

**Burun chipqoni** – Etiologiyasi -burunga kirish qismidagi tuk qopchalari va yog' bezlarining o'tkir yalliglanishidir.

**Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar** – mahalliy va umumiy himoya vositasining turli mikroblarga nisbatan

pasayishi, tananing boshqa turli qo'shimcha kasalliklar (qandli diabet, modda almashinuvining buzilishi, vitamin yetishmovchiligi va tananing shamollashi) tuk qopchalarini jarohatlash natijasida infeksiya tushishi, burun chipqonini kelib chiqishidagi asosiy omillar hisoblanadi. Ayrim hollarda burundan tashqari tananing boshqa joylarida ham furunkullar paydo bo'ladi, bu holat furunkulez deyiladi. Ikki va undan ko'p furunkullar birlashsa karbonkui deb yuritiladi.

**Patogenezi** – yallig'lanish natijasida avval tuk qopchalari va yog' bezlari atrofidagi mayda qon tomirlar trombi hosil bo'ladi, bu holat esa joylarda infiltrat paydo bo'lishiga olib keladi, keyinchalik yallig'lanish jarayoni kattalashadi va venoz qon tomirlari orqali tromblarni g'ovak venaga o'tishi, undan bosh miyaga o'tishiga va umumiylig septik holat kelib chiqishi xavfi tug'iladi.

**Bemor shikoyatlari** asosan burunda og'riq, bosh og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi va umumiylig ahvolning yomonlashuviga bo'ladi.

**Rinoskopiya:** kasallik boshlanishida tuk qopchalarida kichik infiltrat paydo bo'ladi, 3–4 kun o'tgach piramida shaklidagi infiltrat kattalashib o'rtasida oq-sarg'ish rangda yiring paydo bo'ladi. Keyinchalik chipqon o'rtasidagi yiring o'zagi ajralib chiqqandan so'ng, o'rnidan qon aralash yiring oqadi. Yiring ajralishi boshlanishi bilan yallig'lanish jarayoni pasayib, tana harorati mo'tadillashadi va bemor ahvoli yaxshilanadi. Agar kasallik asoratlansa, bir qancha infiltratlar birlashib chipqon kattalashadi va karbonkulga aylanadi. Kasallikning bunday asoratlanishida tana harorati ancha yuqoriga (40–41 C gacha) ko'tariladi, bemor ahvoli og'irlashadi, limfatik tugunlar kattalashadi va og'riqli bo'ladi. Asta-sekn burun bilan birga

yuzning yumshoq to‘qimalariga shishlar tarqaladi. Qonda leykotsitlar miqdori ortadi, SOE tezlashadi. Yallig‘lanish jarayoni kuchayb borishi hisobiga terining qizarishi va shishi nafaqat burun sohasida, balki lablarga, lunjga, hattoki qovoqlarga ham tarqaladi. Yuz venoz tomirlari flebiti paydo bo‘ladi. Kasallikning keng tarqalib asoratlanishiga yana bir sabab, ko‘pincha bemorlar daslab paydo bo‘lgan chipqonni siqib tashlashga harakat qiladi, bu holat tromblarni venoz qon tomirlari orqali keng tarqalishiga olib keladi.

Kasallikning asoratlanib og‘ir kechishida bemor darhol yotqiziladi, qon va siydik to‘liq tekshiriladi, qondagi qand miqdori aniqlanadi, ikkilamchi asoratlarni anqlash maqsadida bemorni asab va ko‘z kasalliklari mutaxassislari ko‘rigidan o‘tkaziladi.

**Davolash:** Davolash jarayoni bemor ahvoliga va kasallikning og‘irligiga bog‘liq bo‘ladi. Kasallikning yengil kechishida bemorlar qatnab davolanadi, ichish uchun antibiotiklar, sulfanilamid, vitaminlar tavsiya qilinadi, chipqon spirtli eritmalar bilan artiladi, mahalliy fizioterapevtik muolajalardan UVCH hamda kvars tavsiya qilinadi. Chipqon yetilguncha turli malhamlar (ixtiol, Vishnevskiy va sariq simob malhamlari, levomikol) bilan bog‘lov qilinadi. Chipqon yorilgandan so‘ng, chipqon o‘rtasidagi yiringli o‘zak olib tashlanadi va yara ajralayotgan yiringdan tozalanib, gipertonik eritma bilan dokali pilik qo‘yiladi.

Kasallik og‘irlashib yallig‘lanish jarayoni kattalashib asoratlanganda tomirlarda hosil bo‘lgan tromblar qon tomirlar orqali tarqalib septik holatning oldini olish uchun vaqtincha fizioterapevtik muolajalar to‘xtatiladi. Antibiotiklarning keng doirada ta’sir etuvchi turlarini (makrolid, ftorxinolon qatori

antibiotiklar)tomir ichiga (kefzol, seporin) yuboriladi, intoksikatsiyaning oldini olish uchun gemodez, efloran, 20% glyukoza eritmasi quyiladi, antigistamin hamda qon ivishini pasaytiruvchi moddalar (geparin) qo'llaniladi. Qaytalanuvchi furunkullarda immunomodulyatorlar va sxema bo'yicha autogemoterapiya o'tkaziladi. Antigistamin va haroratni pasaytiruvchi dorilar kasallikning kechishiga binoan qo'llaniladi.

Umumiy himoya quvvatni oshirish uchun stafilokokkli gamma-globulin va antistafilokokkli plazma ishlataladi. Ayrim og'ir holatlarda jarayon yuz sohalariga tarqalib ketganda, to'plangan yiringni chiqarish uchun yuz sohasi bir necha joydan kesiladi va rezinali drenaj qo'yiladi. Burun chipqonlarida jarrohlik bilan ochib tozalash muolajasiga ayrim LOR vrachlari qarshi, ammo bizning uzoq yillik tajribamiz shuni ko'satdiki, yiringli jarayon to'planib qolganda darhol kesib ochib tozalash yaxshi natija beradi. Jarrohlikning bebahoh qonunlaridan biri-Ubi pus, ubi evacuba- ya'ni qayerda yiring, bu joyni kesib tozala deyilgan.

### Burun yolini (Roja -erysipelas)

**Yolin** – bu kasallik qadimda gretsiya xalqi tilida mo'tabar Antoniy olevi deb yuritilgan. Kasallik o'tkir yuqumli allergik yallig'lanish hisoblanib, asosan teri, teriosti to'qimalari va yuzaki limfatik tizimni qamrab olish bilan kechadi. Chaqiruvchisi gemolitik streptokok A guruhlari hisoblanadi. Kasallik patogenezida, teri qatlami butunligining buzilishi natijasida mikroflora kirishi yoki boshqa yiringli jarayondan qon orqali o'tishi mumkin. Streptokokni va uning toksini ta'sirida terida o'tkir seroz-gemoragik yallig'lanish limfongait, arterit va flebit bilan davom etadi.

**Kasallik klinikasi** – boshlanishi o'tkir, tana haroratining 39–40 °C ga ko'tarilishi, qaltirish, umumiy quvvatsizlik, lanjlik, ko'ngil aynib qayt qilish, bo'g'imlarda og'riq bilan kechadi. Kasallikning birinchi kunlarida burun terisi qizarib shishadi, ushlab ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Limfatik bezlar kattalashadi va og'riq zo'rayib ketadi. Yallig'lanish simetrik bo'lganligi uchun ham burun va yuzdagi yallig'lanish kapalakni eslatadi.

Og'ir hollarda burun va yuz terilarida mayda seroz va qonli suyuqliklar bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi. Keyinchalik pufakchalar kattalashib teshiladi, suyuqliklar ajralib chiqadi, o'mnida yarachalar paydo bo'ladi. Kasallikni qizilcha kasalligidan, dermatitdan va tizimli qizil volchankadan qiyosiy tashishlash lozim.

**Davolash** penitsillin va uning qatoridagi antibiotiklardan foydalaniлади. Penitsillin 2 mln. T. B. kuniga 4–6 mahal buyuriladi, teriga UFO yoki solyuks qo'yiladi, qolgan davolar simptomatik olib boriladi.

### Burunning kirish qismi sikozi (follikulit)

**Sikozi** – burun bo'shlig'ining kirish qismidagi tuk qopchalarining chegaralangan yiringli yallig'lanishidir. Sikozi yoki follifikulitni asosiy chaqiruvchisi stafilokokklar hisoblanadi. Kasallik burunning kirish qismida turli jarohatlar tufayli infeksiyani bir necha tuk qopchalariga tushishi natijasida paydo bo'ladi. Bundan tashqari burun va burun yondosh bo'shliqlaridagi yiringli jarayonlar ham kasallik rivojlanishida alohida o'rinni egallaydi. Yallig'lanish jarayoni boshlanishida bir qancha tuk kopchalarida yiringli nuqtalar paydo bo'лади. Tuklar ushlab tortilsa nekroz hisobiga yirinli qopchalar bilan birga ko'chib chiqadi. Yallig'lanish atrofidagi teri qizarib shishadi.

**Kasallik belgilari.** Kasallik surunkali kechishga moyil bo'ladi va tez-tez qaytalinib turadi, dastlab yagona folikulitlar hosil bo'lishi bilan boshlanadi, keyinchalik yalliglanish jarayoni tarqalib boshqa tuk qopchalarini ham qamrab oladi. Bu joylardagi teri qizarib shishadi va yuzasi pufakchalar bilan qopланади. Ayrim hollarda shishilar nafas yo'llarini qisman berkitib nafas olishni qiyinlashtiradi. Pufakchalar yorilib yiringli ajralma paydo bo'ladi. Keyinchalik bu ajralmalar qurib qasmoqlarni hosil qiladi, qasmoqlar ko'chirilsa tagida terining suvli iljiragan yarasi ko'rindi. Bemor burun sohasidagi og'riq, terining qizarib shishishi va qichishish bezovta qiladi.

**Rinoskopiya.** Og'riq bo'lganligi sababli rinoskopiya o'tkazish ancha mushkul bo'ladi. Burunning kirish qismidagi teri qizarib shishgan, tuk qopchalari yiringli ajralma bilan qoplangan bo'ladi.

**Davolash.** Bemor qatnab davolanadi, yallig'langan tuklar va yiringli qasmoqlar ehtiyyotkorlik bilan qisqichlar yordamida olinadi, so'ngra teri spirtli eritma bilan artiladi va sintomitsin, levamikol yoki oksikort malhami bilan bog'lov qilinadi. Fizioterapeutik muolajalardan UF yoki UVCH tavsiya qilinadi. Kasallik tez-tez qaytalanganda boshqa yo'ldosh kasalliklarning bor – yo'qligi tekshiriladi. Agar mavjud yo'ldosh kasalliklar bo'lsa va ular bartaraf etilmasa, o'tkazilgan davolardan yetarli darajada naf bo'lmaydi.

## Burun ekzemasi (Eczema)

Asosan burunning kirish qismi teri kasalligi hisoblanib, terida eritema yoki namlanib turuvchi pufakchalar va qasmoqlar hosil bo‘lishi bilan davom etadigan kasallikdir. Kasallikning kelib chiqishida bir vaqtida ta’sir etuvchi ikki xil omil asosiy hisoblanadi:

- 1) bemorda allergik kasalliklarga moyillik
- 2) allergik holatni keltirib chiqaruvchi omilning bemor tanasiga doimiy ta’sir etishi.

Yuqorida keltirilgan omillar bemorda modda almashinuvining buzilishiga, mahalliy va umumiy immunologik himoyaning pasayishiga va organizmda dcimiy allergik muhitning vujudga kelishi, natijada burun va burun oldi bo‘shliqlari sohalarida turli yiringli kasalliklarni vujudga kelishiga sabab bo‘ladi. Bundan tashqari kasallikni keltirib chiqaruvchi yana bir asosiy omil burun va burun bo‘shlig‘idagi turli o‘tkir va surunkali yallig‘lanishlar hisoblanadi. Bu kasalliklarda burundan chiqayotgan yiringli ajralmalar burun terisiga doimiy va uzoq ta’sir etishi hisobiga bu joylarda ekzematik yallig‘lanish kuzatiladi.

**Kasallik belgilari.** Kasallikning klinik kechishida quyidagi turlari tafovut qilinadi:

- a) haqiqiy (idiopatik) turi, boshlanishi o‘tkir, terining qizarishi, shishi va yuzasida mayda pufakchalar hosil bo‘lishi, pufakchalar yorilib doimo namlanib turuvchi, yuzalari quruq qasmoq bilan qoplangan ko‘rinishda kechadi.
- b) mikroqli ekzema, bu turida kasallik surunkali yallig‘lanish joylari o‘rnida rivojlanadi, teri yuzasida yirik yumaloq shakldagi yallig‘lanish o‘chog‘lari hosil bo‘lishi bilan kechadi.

v) kasbga oid ekzema, kasallikning bu ko'rinishi asosan kasbdagi salbiy ta'sirlar natijasida, terining ochiq yuzasida ekzema o'choqlari paydo bo'ladi. Kasallikning o'tkir davrida avval terida qizarish paydo bo'ladi, so'ngra teri shishadi, yoriladi va pufakchalar paydo bo'ladi, joylarda terining ko'chishi kuzatiladi. Shu bosqichda bemorni burunda qattiq og'riq va qichishish bezovta qiladi. Pufakchalar seroz suyuqlik bilan to'lgan bo'lib, keyinchalik ular yorilib tiniq suyuklik ajraladi. Yorilgan pufakchalar yuzalari qayizg'oq kabi ko'chib turuvchi qasmoq bilan qoplanadi. Qasmoq bilan qoplangan terida yoriqlar paydo bo'ladi, keyinchalik bu yoriqlar orqali infeksiya tushishi hisobiga teri ikkilamchi yallig'lanib, bitishi qiyin bo'lgan chuqur yaralar hosil bo'ladi. Qasmoqlar paydo bo'lishi kuchli qichishish bilan davom etadi, bemor qasmoqlarni ko'chirishga harakat qiladi, natijada teridagi yaralar kattalashadi, atrosga tarqaladi bu holat bemor ahvolining og'irlashishiga olib keladi.

Kasallikni quruq kechadigan turi ham mavjud bo'lib, bu turida burun terisida doimo ko'chib turuvchi pushti rangdagi chegaralangan quruq yaralar paydo bo'ladi. Ayrim hollarda ko'chayotgan qasmoqlar shu darajada ko'p bo'ladiki, hatto burun yo'llarini to'sib qo'yib, nafas olishni qiyinlashtiradi. Kasallikning asoratlangan ko'rinishida burun terisidagi yaralar butun yuzini egallab, hattoki quloq suprasigacha tarqalishi mumkin, yuzning birorta holi joyi qolmaydi, intoksikatsiya jarayoni kuchayadi, bemor ahvoli og'irlashadi.

**Kasallik tashhisi.** Bemor shikoyatlari va kasallikning rinoskopik ko'rinishiga asoslangan holda tashhis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi.

**Davolash** – Davolash teri tanosil mutaxassisi bilan birgalikda olib boriladi, dastlab bemordagi allergik holatni

keltirib chiqaruvchi barcha omillarni bartaraf qilishdan boshlash zarur. Burun va burun oldi bo'shliqlarining turli surunkali yallig'lanish kasalliklari, tanadagi modda almashinuvining buzilishiga olib keluvchi boshqa yo'idosh kasalliklarni bartaraf qilish zarur. Allergiyaga qarshi antigistamin preparatlari (suprastin, zaditen, loratal), intoksikatsiyani bartarf etuvchi muolajalar(gemodez, efloran) o'tkazish va umumiy quvvatni oshiruvchi hamda immunomodulyator (prodegiozan, imudon, taktivin) dorilar tavsiya qilinadi. Bundan tashqari temir preparatlari, vitaminlar qabul qilishga buyuriladi. Kasallik uzoq davom etsa kotrikosteroidlar (prednizohon kuniga 30 mg. 10 kun davomida) bilan davolash olib bo'iladi. Yaralar yumishab qoplamlalar yengil ko'chishi uchun yuzalari baliq moyi bilan bog'lov qilinadi. Turli antibakterial malhammlar (levomikol, levosan) bilan bog'lov qilinadi. Kelgusida esa qasmoqlardan tozalangan yaralarga mahalliy turli indeferent va kortiqostreoid malhammlar surtiladi.

### **Burun kuyishi (Combusito nazi)**

Burun to'qimalarining termik, kimyoviy, elektrik va radiatsiya ta'sirida kuyishidir. Burun yuzda oldinga bo'rtib chiqqanligi uchun ham tashqi muhitning turli salbiy ta'sirlariga tez duchor bo'ladi. Burunning alohida kuyishi kam uchraydi, ko'picha yuzning boshqa qismlari bilan birgalikda kuyishi kuzatiladi. Kuyishlarda to'ita bosqichi tafovut qilinadi.

**Birinchi darajada** jarayon teri yuza epidermik qismini qamraydi, shuning uchun ham burun terisining qizarishi va shishi kuzatiladi

**Ikkinchi darajada** jarayon birinchi bosqichga qaraganda chuqurroq o'tadi, teri epidermik qismi ko'chib, yuzasida ichlari shilimshiq suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi.

Pufakchalar teshilib, yuzalari namli yaralar hosil bo‘ladi. Jarayon o‘ta chuqur bo‘lmaganligi uchun yaralar bitishida chandiqlar hosil bo‘lmaydi.

**Uchinchi darajada** teri barcha qatlamlarining qisman yoki to‘liq nekrozi bilan davom etadi. Hosil bo‘lgan yara yuzalari yiringlaydi, keyinchalik bu yaralar terida chandiqlar hosil bo‘lishi bilan tugallanadi.

**To‘rtinchi darajada** kuyish jarayoni nafaqat teri, hatto teri osti to‘qimalari, tog‘ay va suyaklarning ham to‘liq kuyib nekrozga aylanishi bilan davom etadi.

Tashhis qiyinchilik tug‘dirmaydi, bemor shikoyatlari, anamnez va rinoskopiya ma’lumotlariga asoslanadi.

**Davolash.** Birinchi va ikkinchi darajada teri birlamchi jarrohlik tozalovi o‘tkazilib turli malhamlar (okzikort, levomikol, levosin) bilan bog‘lov qilinadi. Antigistamin dorilar va simptomatik muolajalar o‘tkaziladi. Kuyishning uchinchi va to‘rtinchi bosqichlarida konservativ davolar bilan birgalikda plastik muolajalar o‘tkazilishi zarur.

### Burunning sovuq urishi (Congelatio nasi)

Burunning sovuq urishi tashqi sovuq havo ta’siri yoki sovuq buyumlarni uzoq muddatda ta’sir etishi natijasida rivojlanadi. Kasallik klinikasiga sovuq ta’sir etish muddati, sovuqlik darajasi, bemor holati va to‘qimalarni sovuq urish chuqurligiga bog‘liqdir.

**Kasallik belgilari** sovuq urishning birinchi darajasida burun terisi qizargan yoki ko‘kimir rangda, shishgan. Bemor buruning sezishi pasayadi, qichishish bezovta qiladi. **Ikkinci darajada** ko‘kimir qizargan teri yuzasida ichi shilimshiq suyuqlik bilan to‘lgan pufakchalar hosil bo‘ladi. Pufakchalar

yorilib ichidan tinq suyuqlik ajraladi, o'mida yuzaki yaralar hosil bo'ladi 5–6 kun o'tgach chandiq hosii bo'lmasdan yaralar bitib ketadi. **Uchinchi darajadagi** sovuq urishda qoramtil ko'kish rangdagi teri yuzasida ichi gemorragik suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi. Pufaklar yorilib o'iniga yaralar hosil bo'ladi. Nekrotik o'zgarishlar teri va teri osti qismlariga ham tarqalganligi uchun ham yaralar bitishida chandiqlar hosil bo'ladi. **To'rtinchi darajada** teri va teri osti to'qimalaridan tashqari nekrotik jarayon tog'ay va suyakka ham tarqalgan bo'ladi. Nekrotik to'qimalar uzilib tushadi, ayrim hollarda umumiy shaklida qotib qoldi. Jarayon bir necha oy larga cho'zilib ketadi.

**Davolash** kasallikning birinchi va ikkinchi darajalarida dastlabki soatlarda burun terisi iliq suv bilin dokali bog'lov qilinadi, keyinchalik turli malhamlar (okzikort, levamikol) bilan bog'lov qilinadi, bemorga og'riq qoldiruvchi, antigistamin dorilar beriladi. Sovuq urishining 3 va 4 darajalarida bemorga intoksikatsiyaga qarshi dorilar, antibiltiklar tavsiya qilish bilan birga nekrotik to'qimalar kesib olib tashlanadi, keyinchalik yaralar bitgach burunda turli kosmetik muolajalari o'tkaziladi.

## BURUN BO'SHLIG'INING O'TKIR KASALLIKLARI

### O'tkir tumov (rinit) RHINITUS ACUTA

**O'tkir tumov** yuqori nafas yo'llarining keng tarqalgan kasalliklardan biri hisoblanadi va burun faoliyatining buzilishi bilan davom etadi. Qo'zg'atuvchi manbalarga qarab kasallik o'tkir yuqumli (rhiatitis acuta) va o'tkir yuqumli bo'limgan (rhinitis coryza) turlariga bo'linadi. Kasallikning yuqumli ko'rinishi yuqori nafas yo'llaridagi turli infektion (tumov,

rezanda) kasalliklarda uchraydi. VOZ ma'lumotlariga ko'ra, har bir inson o'rtacha 4–6-marotaba yuqori nafas yo'llarining o'tkir kasalliklarini (tumov, rezanda, ORZ) boshidan kechiradi, bu kasalliklarning 300 dan ortiq mikroorganzmlar keltirib chiqaradi. Bu kasalliklarda birlamchi baryer bo'lib burun va burun yondosh bo'shiqlari shilliq qavatlari hisoblanadi. Shunday kasalliklar qatoriga o'tkir tumov ham kiradi.

Kasallik barcha yoshda kuzatiladi, ayniqsa yosh bolalarda ko'p uchraydi va og'irroq kechadi. Bunga sabab bolalarda yuqori nafas yo'llarida yallig'lanish keltirib chiqaruvchi boshqa ikkilamchi yuqumli yo'ldosh kasalliklar ko'p uchraydi, bundan tashqari yosh ogranimz halil tashqi muhit ta'siriga to'liq moslashmagan, mahalliy va umumiy himoya vositalari shakillianmagan bo'ladi. Bolalarda ko'p uchraydigan yo'ldosh kasallik hisoblangan raxit va diatezlarga moyillik yuqori bo'ladi.

**Kasallik patogenezida** asosan butun tana yoki uning ma'lum bir qismining shamollashi yotadi. Shamollash natijasida shilliq qavatlarda qon aylanish jarayoni kamayadi, himoya quvvati pasayadi, burun bo'shiligidagi saprofit mikrobi miqdori va virulentligi ortadi, bunday holat kasallik rivojlanishi uchun yaxshi sharoit hisoblanadi.

**Tumovning qo'zg'atuvchisi** turli xil mikroblar streptokokk, stafilocokk, pnevmokokk, Fridlender tayoqchasi va boshqalar hisoblanadi.

Yuqorida keltirilgan fikrlarni tasdiqlash maqsadida sun'iy ravishda yuqumli tumov chaqirish uchun burun shilliq qavatlari mikroblar bilan maxsus ifoslantirilganda, sog'iom odamlarga qaraganda, shamollagan bemorda, tumov bilan kasallanish darajasi ancha yuqori, kechishi og'ir, ko'p asoratlari bo'lgan va kasallik uzoq davom etgan.

O'tkir tumovning yuqumli bo'Imagan turini keltirib chiqaruvchi sabablarga fizik, kimyoviy va mexanik ta'sirlantiruvchilar kiradi, bular turli chang, sanoat chiqindilari (un sanoati, tog' sanoati mutaxassisliklari, kimyo sanoati chiqindilari) hisoblanadi. Yallig'lanish jarayonining qanday darajada rivojlanishi, burunga tushgan shu chiqindi va changlar hajmi, shakli, tarkibiga bog'liq bo'ladi.

Yo'g'on o'tkir uchli chiqindilar mexanik yo'l bilan burun shilliq qavatiga tushishi natijasida epitelial qism butunligi buziladi va yallig'lanish uchun sharoit paydo bo'ladi. Kuydiruvchi xususiyatga ega bo'lgan kimyoviy moddalarning oz miqdori ham shilliq qavatni yallig'lanishga olib keladi. Havo oqimi bilan birgalikda ko'p miqdorda tushgan kimyoviy moddalar shilliq qavatning mayda qon tomirchalarida tromboz hosil qiladi, keyinchalik bu joylarda yallig'lanish va chirish jarayoni rivojlanadi, natijada yallig'lanish jarayonining tez paydo bo'lshiga va uzoq davom etishiga muhit yaratiladi.

Ba'zan klinik kechishida yuqumli va yuqumli bo'Imagan o'tkir tumovlarni bir-biridan ajratish imkonи bo'maydi, bunday holatlarda kasallik tarixini mukammal o'rganish katta yordam beradi.

Morfologik o'zgarishlarda avvalo shilliq qavatlar shishishi kuzatiladi, bu jarayon shiliq qavat shilliq osti qismiga zich yopishgan joylaridan tashqarida keskin namoyon bo'ladi. Keyinchalik yallig'lanish kuchayishi natijasida shilliq qavatning qizarishi va shishi kuchayadi. Kasallikning birinchi kunidayoq mikroskopik ko'rulganda epiteliyda bir qancha o'zgarishlar kuzatiladi, uning tukchalari yo'qoladi, ayrim joylarda epiteliylar ko'chib tushada. Kasallikning keyingi davrlarida yallig'lanish jarayoni butun shilliq qavatni qamrab oladi, shilliq osti

qavatlarida asosan qon tomirlar kengaygan, tomir va bez atrofida mayda nuqtasimon infiltratsiyalar hosil bo‘ladi. Bezlarni shilimshiq ajratish faoliyati kuchayib, chiqaruv yo‘llari kengayadi. Shuning uchun ham kasallik burunda ko‘p miqdorda shilimshiq ajralishi bilan davom etadi.

**O‘tkir tumovning asosiy belgilari:** Kasallik birdan ikkala burun bo‘shlig‘ida yallig‘lanishi jarayoni paydo bo‘lishi bilan boshlanadi. Bunda shilliq qavatlar hamda burun chig‘anoqlari shishi hisobiga burun yo‘llari torayib, nafas olish qiyinlashadi, burundan tiniq hidsiz suyuqlik ajraladi. Bu belgilari turlicha ko‘rinishlarda bo‘lib, kasallik rivojlanish darajasiga, burun bo‘shlig‘i shilliq qavati holatiga bog‘liq bo‘ladi. O‘tkir tumov 3 bosqichda kechadi.

**Birinchi bosqichi:** Bu bosqich quruq yallig‘lanish bosqichi deyiladi, bemorning umumiy ahvoli sezilar o‘zgargan, bemorda lanjlik, ishtahaning pasayishi kuzatiladi. Ular tez-tez aksa uradi, tomoqda, ayniqsa burun va burun halqum qurishi, achishishi, qichishish va yot jism sezgisi bezovta qiladi, ba’zan ovoz tiniqligi o‘zgaradi, bosh og‘rig‘i va tana haroratining ko‘tarilishi kuzatiladi. Bu bosqichda hali yallig‘lanish jarayoni kuchaymaganligi uchun ham tana harorati 37 – 37,5 C atrofida bo‘ladi. Bu bosqich o‘rtacha 1–1,5 kun davom etadi.

**Rinoskopiyada** burun shilliq qavati, chig‘anoqlari quruqshagan, qizarib shishgan, burun yo‘llari torayganligi ko‘rinadi.

Bir necha soat yoki bir-ikki kundan so‘ng bu ko‘rinish o‘zgaradi. Shilliq qavat bo‘rtishi pasayadi, ammo yuzalari namilanadi va shilliq ajralma kelishi boshlanadi. Shu bilan birga yuqorida keltirilgan shikoyatlar kuchayib bemor uchun noxush bo‘lgan qo‘srimcha sezgilar, chuchkirish, nafas olishning

qiyinligi, bosh og'rig'i, qulqoqda shovqin va eshitishning pasayishi kuzatiladi. Bu kasallikning ikkinchi, ya'ni **shilimshiq ajralish-bosqichi hisoblanadi**. Kasallikning birinchi kunlari ajralma suyuq va tiniq bo'ladi, keyin ajralmada mutsinni miqdori ortadi, qonning shaklli elementlari, (ko'chgan epiteliy, ajragan leykotsitlar) qo'shiladi, mikroflora rivojlanadi, natijada ajralma yiringli tus oladi, ajralma qisman quriq qasmoqqa aylanadi.

Bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi, tana harorati 38–38,5 °C ga ko'tariladi, ishtaha va uyqu buziladi, intoksikatsiya holati kuchayadi. Bunday holat ayniqsa go'daklarda ko'p kuzatiladi, klinik belgilari keskin namoyon bo'lishi bilan kechadi, ularda og'irlashib, hatto meningizm belgilari paydo bo'ladi. Bunday holat kasallikning 4–5 kunlari paydo bo'ladi.

**Rinoskopiyada** burun shilliq qavati qizarib, shishadi, natijada burun yo'llari torayadi va ko'p miqdorda hidsiz, tiniq shilimshiq ajralma bilan to'lgan bo'ladi. Keyingi kunlarda ajralma qo'yiqlashib, yiringli ko'rinishda bo'ladi. Ayrim adabiyotlarda bu bosqichni alohida ajratib yiringli ajralma kelish bosqichi deb ham yuritiladi.

**Kasallikning uchinchi bosqichi bu hal bo'lish bosqichi deb yuritiladi.** Agar kasallik sabablari bartaraf qilinsa, asorat kuzatilmasa, bemorning himoya qobiliyati yuqori bo'lsa va davolash ishlari o'z vaqtida boshlansa, kasallikning klinik belgilari pasayib, sekin-asta ajralma miqdori ozayib, bemor ahvoli yaxshilanadi va 7–10 kundan so'ng bemor sog'ayadi.

Agar burun shilliq qavatida atrofik jarayon rivojlangan bo'lsa, o'tkir tumov belgilari yuqorida keltirilgandek yorqin namoyon bo'lmaydi, ya'ni: kasallikning o'tkir bosqich davri qisqaradi, shilliq qavatning quruq yallig'lanish bosqichi uzoq

saqlanib turadi, ajralma miqdori ko‘p bo‘lmaydi va uzoq davom etmaydi, ozgina paydo bo‘lgan ajralma tezda qurib qasmoqqa aylanadi, ammo intoksikatsiya jarayoni kuchli namoyon bo‘ladi. Bunga qarama-qarshi gipertrofik rinitlarda esa shilliq qavatlar shishi va ko‘p miqdorda shiliimshiq ajralishi jarayoni odatdagи tumovga qaraganda ko‘proq kuzatiladi va kasallik uzoqroq davom etadi.

Agar bemorning himoya quvvati pasaygan bo‘lsa, davolash ishlari o‘z vaqtida boshlanmasa va o‘tkir tumovni keltirib chiqaruvchi omillar bartaraf qilinmagan bo‘lsa kasallik uzoq davom etib, surunkali ko‘rinishiga o‘tadi. Aksariyat hollarda o‘tkir rinit yon atrof a’zolariga asorat berib kechadi, bulardan uzoq davom etuvchi faringolaringotraxeit, sinusit, dakriotsistit, tubootit va boshqalar.

O‘tkir tumovning kechishida bemorning nafaqat jismoniy, hatto aqliy mehnat qobiliyati ham pasayadi. Burun shilliq qavati bo‘rtishi sababli burundan nafas olish qiyinlashadi, tovush tiniqligi o‘zgaradi. Yallig‘lanish jarayonining hid sezish sohasiga tarqalganligi uchun bemorda hid sezish qobiliyati pasayadi (giposmiya). Keyinroq peshona va yuz sohasida, qovoq ustida yoki ko‘z soqqasida og‘riq paydo bo‘ladi, bu belgi yallig‘lanish jarayoni burun yon bo‘shliqlariga (sinuslar) ham tarqalganligini bildiradi. Burundan shilliq ajralishi natijasida burunning kirish qismi terisi biroz yallig‘lanib shishadi, shilinadi, terida yoriqlar paydo bo‘lib, qattiq og‘riq beradi. Ba’zan yalliglanish ko‘z yoshi o‘tkazuvchi yo‘llarga tarqalganligi sababli konyuktivit rivojlanadi, ko‘zlar qizarib, yosh oqadi, yoki eshituv nayiga o‘tishi munosabati bilan o‘tkir o‘rtta otit rivojlanishi ham kuzatiladi.

**Kasallikning go‘daklarda kechishi o‘ziga xos ko‘rinishda bo‘ladi** va muhim ahamiyat kasb etadi. Go‘daklarda markaziy

nerv tizimi morfologik va funksional xususiyatlariga ko'ra, tashqi muhit ta'siriga moslashuvi kattalarga qaraganda ancha past bo'ladi, umumiy va mahalliy himoya vositalari hali to'liq shakillanmagan. Ularning burun yo'llari juda tor bo'lib, shilliq qavatning arzimas shishi natijasida burun yo'llari keskin to'silib, havo o'tkazuvchanligi buzilib, burundan nafas olish butunlay to'xtaydi, nafasni og'iz orqali oladi, natijada go'daklarda emish qobiliyati ham izdan chiqadi, buning oqibatida oshqozon-ichak tizimi faoliyati buziladi, bola ozib ketadi, holsizlanib o'z og'irligini yo'qotadi, uyqusiz bo'lib, injiqlanadi, tana harorati ko'tariladi. Asosiy kasallik hisobiga umumiy ahvoli og'irlashgan bemor holatiga, ikkilamchi oshqozon-ichak tizimi buzilishining qo'shilishi intoksikatsiya belgilarining ikki barobar kuchayshiga olib keladi. Keyinchalik yallig'lanish jarayoni dimog', hiqildoq, kekirdak, bronx va o'pkaga tarqalib, ularda ham ikkilamchi yallig'lanishni chaqiradi. Yuqoridagi asoratlar kuchayishi hisobiga intoksikatsiya kuchayib meningizim holati namoyon bo'ladi. Bemorning ko'ngil aynib qayt qiladi, tana harorati 39–40 C ga ko'tariladi, bo'yin mushaklari qotib qolishi va tirishishi, behushlik holatlariga tushib qolishi kuzatiladi. Og'ir hollarda kasallik o'lim bilan tugallanishi mumkin. Tumovning bunday asoratlari katta yoshdagilarga nisbatan yosh bolalarda ko'proq uchraydi.

**O'tkir tumov tashhisi** bemor shikoyatlari, sub'yektiv va obyektiv tekshirish natijalariga asosalanadi.

Ayrim hollarda ayniqsa yosh bolalarda o'z vaqtida c'tkazilgan davolarga qaramasdan kutilgan natijaga erishilmaydi va kasallik surunkali ko'rinishda davom etadi. Bunday hollarda suzakli, zaxmli yoki burun difteriyasi kabi kasalliklarni inkor qilish kerak bo'ladi, chunki, bu kasalliklarda ham buruudagi jarayon tumov singari klinik belgilar bilan kechadi. Bundan

tashqari o'tkir yuqumli kasaliklarda (qizamiq, skarlatina) ham burunda o'tkir tumov kabi o'zgarishlar bo'lishini ham doimo esda tutish zarur. Bunda yaxshi yig'ilgan epidemiologik va umumiyl tekshirishlar to'g'ri tashhis qo'yishga yordam beradi. Ba'zan kasallik tashhisini virusli gepatit bilan taqqoslashni unutmaslik zarur. Virusli gepatitda kuchayib boruvchi holsizlanish, tana haroratining subfebril bo'lishi va burundan shilimshiq ajralishi ko'p kunlargacha saqlanib turishi kuzatiladi.

O'zining kelib chiqishi bo'yicha o'tkir tumov, yuqori nafas yo'ilarining yallig'lanish kasallikkari orasida ko'p uchraydigan turidir. Yana bir shunday ko'p uchraydigan kasallik bu grippdir.

**Grippda bemorning umumiyl ahvolini buzilishi** kuchli darajada bo'lib, bosh og'rishi, asosan boshning chakka qismi, bo'g'imlarda og'riq bilan kechadi. Grippda ko'pincha burundan qon ketishi kuzatiladi, kasallik deyarli doimo laringotraxeit bilan asoratlanib, quruq yo'tal bilan kechadi.

**Kasallikni taqqoslashda** qon natijalari hisobga olinadi. Qonda leykopeniya, monotsitoz kuzatiladi, asoratli kechishida esa neytrofilli leykotsitoz bo'ladi. Shuni yodda tutish kerakki, surunkali tumov va burun yondosh bo'shliqlari kasallikkari qaytalanishi ham o'tkir tumov ko'rinishida kechishi mumkin. Bunday sharoitda aniq tashhis qo'yish uchun kasallik tarixining epidemiologik holatni bat afsil o'rganish, qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish (burun yondosh bo'shliqlarini diafonoskopiya va rentgenografiya qilinadi) zarur.

**Davolashda** o'tkir tumov doimo tana harorati ko'tarilishi, og'ir intoksikatsiya bilan kechishini va turli asoratlar berishini hisobga olib, ayniqsa yosh bolalarda yetib davolanish tavsiya qilinadi. Kasallikning birinchi bosqichida simptomatik mahaliy ta'sir etuvchi dorilar interferon, lizohsim, burunga IRS -19, bosh

og'riganda panadol, solpodein, taynelol, analgin va boshqalar tavsiya qilinadi. Burunga protorgol yoki kollargol tomiziladi.

Bemor yotgan uy havosi tez-tez yangilanib, xona nam iatta bilan artilib turiladi. Ko'proq suyuqlik ichish (smorodinali, malinali, gilos murabosi aralashgan ) intosikatsiyaning oldini oladi.

Tumovning boshlanish bosqichida ikkilamchi infeksiyaning oldini olish maqsadida burunga 20% sulfatsil natriy yoki 20% etoniyl malhami surtish zarur, bundan tashqari terlatuvchi va chalg'ituvchi tadbirlar qo'llaniladi: boldirga gorchichnik qo'yish, oyoqqa issiq garchichnikli xamom qilish yaxshi naf beradi.

Oyoqlar tagiga eritema keltirib chiqarish darajasida ultrabinafsha nuri bilan ta'sirlantirish zarur.

Tumov rivojlanishida tana haroratini pasaytiruvchi dorilar qanchalik tez (erta) qo'llansa, shuncha yaxshi natijalarga erishiladi.

**Kasallikning mahalliy belgisi:** burundan nafas olishni yengillashtirish uchun vaqtinchalik ta'sir etuvchi tomir toraytiruvchi dorilar – dekongensatlar (0, 5% naftizin, 0, 05% galazolin, 0, 1% sanorin, otrivin yoki 3% efedrin) tomchi yoki malham holida foydalidir. Qon tomir toraytiruvchi dorilar go'daklar shilliq qavatlarining silliar qismiga salbiy ta'sirini hisobga olgan holda, ularga bu dorilar 1:2 ( 0, 1% adrenalin eritmasi 1: 5000) nisbatda shaftoli moyiga yoki ko'krak sutiga suyultirilib burunga tomizaladi. Bu tomchilarni go'dak bolalarga tomizishdan va har bir emizishdan avval burundagi shilimshiq ajralma maxsus balon yordamida so'rib olinadi, so'ngra dori tomiziladi. Qon tomir toraytiruvchi dorini tomizish oralig'ida kuniga 4–5 mahal 2% kollargol yoki protorgol eritmalarini tomizilib turiladi. Katta yoshdagi bemorga bu tomchilar yaxshisi

dokali pliklarga shimdirlilib burun yo'llariga qo'yilsa yoki boshni dori tomiziladigan tomonga engashtrilib tomizilsa shilliq qavatlarda ko'proq se'riladi va ta'siri ancha davomli bo'ladi. Kasallikning ikkinchi bosqichida boshqa dorilar bilan birgalikda ko'proq 3-5% kollargol yoki protorgol qo'llansa yaxshi naf beradi, chunki bu dorilar o'rab oluvchi va bujmaytiruvchi ta'sirga ega. Yallig'lanish jarayoni kuchayib, ajralma miqdori ortib ketsa, burunga bir qancha sulfanilamid va antibiotiklar aralashmasidan iborat dori kukunini sepish maqsadga muvofiq bo'ladi. Bunday aralashmalardan biri B. S. Preobrajenskiy tomonidan taklif qilingan dorilarning murakkab kukunidir.

Rp Streptocidi albi

Norsulfasoli

Suifadimezini aa 1, 0

Penicillini 100000 ED

Ephedrini hydrochloridi 0, 05

M. D. S. Burunga sepish uchun.

Burundagi yallig'lanish jarayonini pasaytirish va nafas olishni tiklash maqsadida I. P. Simanovskiy tomonidan tavsija qilingan malham qo'llaniladi

Rp:Mentholi 0, 1

Cocoini hydrochloridi 0,

Zinci oxydi 0, 6

Vaselini 10, 0

M. f, unquentum

DS Dokali plikka surtib kuniga burunga 2-3 mahal 15-20 daqiqa qo'yiladi

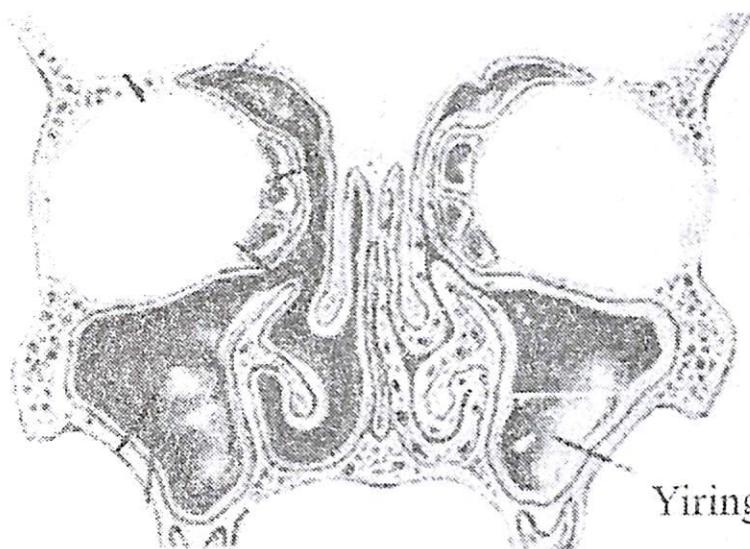
Umumiy intoksikatsiyaning oldini olish maqsadida bemorga ko'proq suyuqlik ichish tasiya qilinadi. Keyinchalik kasallik qaytalanishining oldini olish maqsadida tanani sovuqqa chiniqtirish uchun turli suvli muolajalar (ertalabda sovuq suvli

vanna qabul qilish yoki tanani sovuq xo'l sochiq bilan artish) tavsiya qilinadi. Ish joyidagi turli zararli chiqindilar ta'siridan saqlash maqsadida bemorni imkon darajasida yengil ish joyiga o'tkazish kerak.

### **Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishi (O'tkir gaymorit)**

Burun yondosh bo'shliqlarining o'tkir yallig'lanishi, jumladan yuqori jag' suyagi bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishi (o'tkir gaymorit) kasallikni keltirib chiqaruvchi, boshqa kasallik (rezanda, tumov va o'tkir rinit) belgilari ostida kechadi. Ba'zan kasallik boshlanishidan surunkali, uzoq muddatga cho'ziladi va sust belgilar bilan kechadigan holatda davom etadi.

**Yengil hollarda sub'yektiv belgilar** yallig'langan bo'shliq tomonda kuchsiz og'irlik sezgisi, bir tomonlama burun bitishi, bosh og'riq'i kabi belgilardan iborat bo'lsa, og'irroq kechishida esa yuqoridagi belgilarga qo'shimcha, kuchli og'riq faqat bo'shliq sohasida emas, balki bu og'riqlar peshona sohasiga, yanoq va chakka suyaklari tomoniga tarqalib, hatto yuzni bir tomoniga to'liq tarqalishi mumkin. Yallig'langan bo'shliq tomonda tishlarda ham og'riq bo'lib, chaynash vaqtida og'riq kuchayadi. Ba'zan lunjni va pastki qovoqni kollateral shishi kuzatiladi. Kasailikning birinchi kunlarida ko'proq umumiy belgilar – titrash, tana haroratining ko'tarilishi, holsizlanish holatlari namoyon bo'ladi.

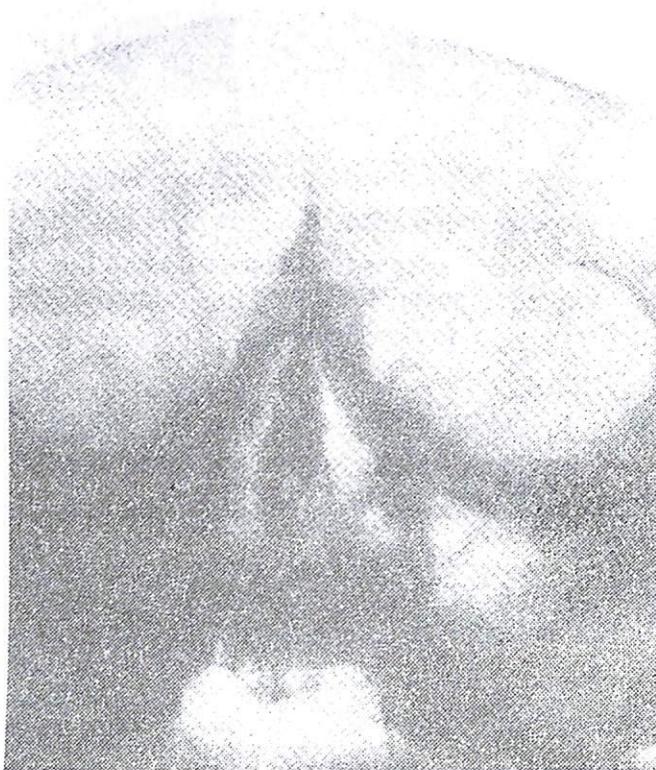


17-rasm. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'inining o'tkir yallig'lanishi  
(o'tkir gaymorit).

**Oldingi rineskopiyyada** burun bo'shlig'i shilliq qavatlarining qizarishi, shishi kuzatiladi, o'rta burun yo'llari sohasida ko'p miqdorda shilimshiq va shilimshiq aralash yiringli ajralma ko'rindi.

**Taskhisi:** bemor shikoyatiga, kasallikning kelib chiqish tarixi va burun bo'shlig'ini obyektiv tekshirishlari natijalariga asoslanib qo'yildi. O'rta burun yo'lidagi yiringli ajralma tozalangandan so'ng, bemor boshini oldinga egib, kasallangan bo'shliqqa qarama-qarshi tomonga burilsa, o'rta burun yo'lida yana yiring paydo bo'ladi, bu holat Zabolskiy-Desyatkovskiy belgisi sanalib, o'tkir gaymoritga xos belgidir. O'rta burun yo'lida yiring bo'lishi, shilliq qavatlarning o'tkir yallig'lanishga xos shishi kabi o'zgarishlar barcha burun yondosh bo'shliqlarning (yuqori jag', peshona suyagi bo'shliqlari,

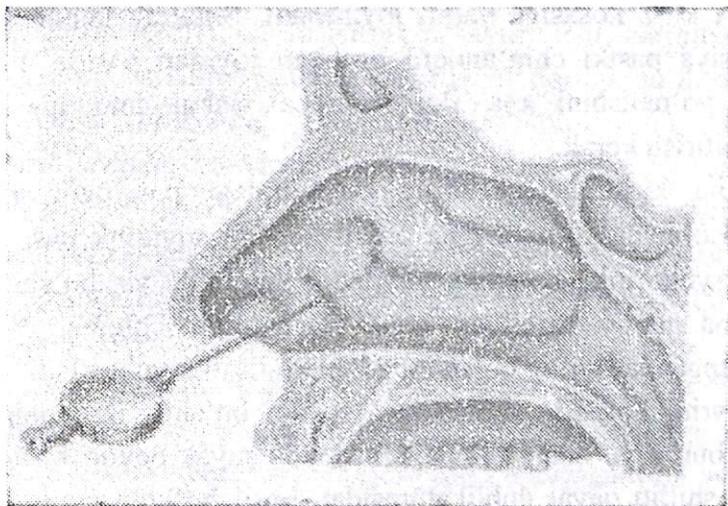
g‘alvirsimon suyak kataklariga) yallig‘lanishiga xos belgidir. Shuning uchun ularning bir biridan farqlash uchun qo‘sishmcha tekshirishlar olib borilishi kerak. Bunday hollarda diafanoskopiya va rentgenologik tekshirishlar o‘tkaziladi, agar bu usullar yetarli bo‘lmasa, unday vaziyatda burun oldi bushliqlari diagnostik punksiya qilinib ko‘riladi.



**18-rasm. Yuqori jag‘ suyagi bo‘shlig‘ining o‘ng tomonlama  
o‘tkir yiringli yallig‘lanishi (rentgenogramma)**

**Yuqori jag‘ suyagi bo‘shlig‘i punksiyasi:** Bu bo‘shliqqa punksiya tashhis qo‘yish va davolash maqsadlarida qilinadi. Punksiya Kulikov ignasi yordamida pastki burun yo‘lidan

qilinadi. Punksiyadan avval qon va siydikning umumiy holati tekshiriladi, qon tarkibidagi trombotsitlar soni va ivish vaqtini aniqlanadi.



19-rasm. Yuqeri jag' suyagi (Gaymor)  
bo'shlig'ini puksiya qilish.

Pastki burun yo'liga 3% dikain eritmasini surtish yo'li bilan mahalliy og'riqsizlantiriladi. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'i punksiyasi texnik jihatdan oson bajariladi. Yosh bolalarda esa punksiya katta yoshdagilar punksiyasi usulidan keskin farq qiladi, ignani yo'nalishida bo'shliq hajmi va suyak devori yo'g'onligi e'tiborga olinadi. Bola qanchalik kichik yoshda bo'lsa, yuqori jag' suyagi bo'shligi shunchalik yuqorida joylashadi va medial devor shunchalik qalin bo'ladi.

Hozirgi vaqtida yuqori jag' suyagi bo'shlig'i punksiyasi barcha yoshdagilari bolalarda qilinadi, erta yoshdagilari bolalarda esa maxsus ko'rsatma asosida qilinadi. Punksiya qilishdan maqsad faqat bo'shliqdagi patologik ajralmani olib tashlashgina emas,

balki undagi mikrofloraga va shilliq qavat trofikasiga dorilar bilan ta'sir etishdir. Punksiya qilinayotgan vaqtda bemorda kollaps, teri osti emfizemasi, ko'z to'rining septik holati kabi asoratlar yuz berishi mumkin. O'rta burun yo'lini yonbosh devori ko'z kosasiga yaqin joylashadi. Shuning uchun asosan punksiya pastki chig'anojni birikkan joyidan pastda qilinadi, igna yo'nalishini esa iloji boricha tashqi tomonga qarab yo'naltirish kerak.

Igna kiritilgandan so'ng bo'shliqdagi patologik ajralma so'rib olinadi, so'ngra igna orqali 200 ml suyuqlik past bosirn bilan yuborilib, bo'shliq yuviladi. Suyuqlik va bo'shliqdagi ajralma tabiiy teshiklar orqali tashqariga chiqadi. Yuvilib tozalangandan so'ng bo'shliqqa kerakli dorilar yuboriladi.

Ayrim hollarda yuqori jag' suyagi bo'shlig'ini punksiyasi o'rta burun yo'lidan qilinadi. Bu joyda suyak devori bo'lmaydi balki shilliq qavat dublikaturasidan hosil bo'lgan devor orqali igna kiritiladi. Bundan tashqari o'rta burun yo'lidan punksiya qilish ko'z soqqasi shikastlanishing xavfini ham oshiradi.

**Sineskopiya:** yuqori jag' suyagi bo'shliq'iga optik asboblarni kiritish usuli bilan tashhis qo'yishni amalga oshirish uchun qo'llaniladi. Yuqori jag' suyagi bo'shlig'iga optik asboblarni kiritib tekshirish uchun qulay va maqsadga muvofiq yo'l fossa canina orqalidir, ya'ni bo'shliqnning oldingi devori orqali amalga oshiriladi, bizning fikrimizcha bu kam qo'llaniladigan usul, chunki katta jarohlik aralashmasini talab qiladi.

**Sinoskopiya ko'rsatma quyidagilar:** rentgenologik tekshirishlar, diafonoskopiya natijalaridan so'ng tashhis aniq qo'yishning iloji bo'lmasa, ayrim hollarda esa bo'shliqdagi o'sma davolangandan so'nggi natajani ko'rish uchun va boshqa holatlarda o'tkaziladi.

**Davolash:** davolash rejasi birinchi navbatda kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf qilishdan boshlanadi. So‘ngra og‘iz bo‘shtlig‘i sanatsiyasi (karies tishlarni davolash, adenotomiya o‘tkazish va b) qilinadi. Agar tana harorati yuqori bo‘lsa, benior yoqtiziladi va isitma pasaytiruvchi, antibiotiklar, organizmning qarshilik kuchini oshiruvchi dorilar qo‘llaniladi. Shilliq qavat shishining pasaytirish, bo‘shtliqlarning doimiy teshiklarini ochish va yiring chiqishiga qulay sharoit yaratish uchun o‘rta burun yo‘lini 2–3% kokain va 0, 1% adrenalin yoki 2–3% naftizin bilan sanorin eritinalari aralashmasi shiindirilgan dokali tomponni kuniga bir necha marotaba burunga qo‘yish yaxshi natija beradi .

Burunga tomchi dorilar A. I. Ivanov usuli bo‘yicha qo‘llaniladi, bemor gorizohtal holatda (yostiksiz) boshini biroz orqaga egib, kasallangan bo‘shtiqni pastki tomonga qilib yetadi, dorilardan 4–6 tomchidan burun bo‘shtlig‘iga tomiziladi. Shu holatda bemor 2–3 daqiqa yotadi, barmog‘i bilan sog‘ tomonni berkitib, chuqur kuchli nafas olib chiqaradi. So‘ng 5 daqiqadan keyin turishga ruxsat beriladi, bu usul bilan dori tomizish 1 kunda 3–4-marta qilinadi.

Burun shilliq qavati shishlari pasaygandan so‘ng antibiotikli aerozolni ham qo‘llash mumkin. Yuqori jag‘ suyak bo‘shtliqlarini davolashda, UVCH, elektromagnit to‘lqinlari, yuqori chastotali mikroto‘lqinlar, impulsli toklar, past va yuqori chastotali hamda sinusoidal modullar qo‘llash yaxshi natija beradi.

**Davolash usullari** yallig‘lanish jarayonining joylashuviga, klinik belgilarini paydo bo‘lish darajasiga bog‘liq holda tanlanadi. Ayrim hollarda ko‘p marotaba punksiya qilingandan ko‘ra birinchi marortaba qilingan punksiya vaqtida doimo ishlab

turvuvchi drenaj o‘rnatiladi (ko‘pichna alloplastik materiallardan foydalaniлади). Drenaj orqali bo‘shliq yuvilib, turli dorilar yuboriladi. Agar konservativ davolash foyda bermasa, kasallik asorati rivojlansa, jarrohlik usuli bilan davolaniladi, bo‘shliqni ochish ekstranazal yo‘l bilan ko‘pincha Kaldvell-Lyuk usuli bilan bajariladi. Shuningdek, yuqori jag‘ suyak bo‘shlig‘ini endonazal yo‘l bilan Galle usuli bo‘yicha ochish turlari ham mavjud.

### O‘tkir etmoidit

G‘alvirsimon suyak katakchalarining o‘tkir yallig‘lanishi erta yoshdagi bolalarda ham uchraydi, bu yoshda g‘alvirsimon suyak katakchalari qolgan bo‘shliqlarga nisbatan yaxshi rivojlangan bo‘ladi.

**Kasallikning kelib chiqishi va rivojlanashi.** G‘alvirsimon suyak katakchalarining o‘tkir yallig‘lanishini keltirib chiqaruvchi sabablar o‘tkir gaymorit sabablari kabitdir (tumov, rezanda, o‘tkir respirator virusli infeksiya va turli shamollash kasalliklari). O‘rta burun yo‘li va katakchalar chiqaruv teshiklarining torligi, shuningdek, shilliq qavatning oz miqdorda shishi, turli o‘smalar kasallikni rivojlantiruvchi omillarga kiradi. Buning natijasida bo‘shiiq katakchalaridan ajralma chiqishini qiyinlashadi va to‘plangan ajralmaga infeksiya qo‘shilib, yallig‘lanish jarayonini keltirib chiqaradi. O‘tkir etmoiditni rivojlanishida turli patogen mikrofloralar muhim o‘riin egallaydi, asosan o‘tkir yallig‘lanish jarayonida monoflora, surunkali jarayonda esa poliflora kuzatiladi. Yallig‘lanishning yiringli ko‘rinishlarida stafilokokk, pnevmokk va boshqa yuqori nafas yo‘llaridagi mikroorganizmlar uchraydi.

**Kasallik belgilari:** kasallikning sub‘yektiv va obyektiv belgilari ko‘p jihatdan o‘tkir gaymorit belgilarini eslatadi.

Kasallikning umumiy belgilariga tana haroratining ko'tarilishi (doimiy ravishda), bosh og'rishi kirsa, mahalliy belgilariga burun ildizi sohasi, ko'z soqqasi atrofida og'riqlar kuzatiladi. Bu og'riqlar uch shoxli nervni 1–2 tolalarini ta'sirlanishi natijasida yuzaga keladi. Og'riqdan tashqari bemor burundan ko'p miqdorda yiringli ajralma kelishiga, hid bilishning pasayganligi va burundan nafas olishning qiyinligiga shikoyat qiladi.

Ekssudat chiqib ketishi bilan og'riq kamayadi. Bolalarda kasallikning birinchi kunlarda yallig'langan bo'shliq tomonda lunj va qovoqda shish paydo bo'ladi, burun-lab chizigi tekkiylanadi, og'iz burchagi pastga tushadi, yuqori labning harakati chegaralanadi. Kasallik avjida lunj, ustki lab, qevoq, shishi ko'payib boradi. Birinchi kunlarda og'iz bo'shlig'idan hid kelishi mumkin. Og'izning daxlid qismida, tanglayda uncha katta bo'limgan infiltratsiyalar paydo bo'ladi, bu infiltratsiyalar kattalashib yoriladi va yiringli ajralmalar paydo bo'ladi, keyinchalik bu joylarda oqma yaralar (svish) hosil bo'ladi. Agar bo'shliqdan yiringni tabbiy teshik orqali chiqishi qiyin bo'lsa, yoki butunlay chiqmasa, keyinchalik to'plagan yiring ko'z tubiga yorilishi mumkin. Og'ir holatlarda yiring ko'z soqqasiga yoki bosh miyaga o'tib bir qator asoratlarni keltirib chiqaradi.

**Rinoskopiya:** o'rta va umumiy burun yo'llaridagi yiringli ajralmalar ko'rindi, ayniqsa bu yiringlar orqa rinoskopiyyada yaxshi ko'rindi. Burun bo'shlig'i shilliq qavatlari qizargan va shishgan, burun yo'llari toraygan bo'ladi.

**Diafonoskopiya:** G'alvirsimon suyak bo'shligi sohasida soya kuzatiladi. **Rentgenogrammada** bu o'zgarish ensapeshona proyeksiyasida ko'rilmaga yaxshi aniqlanadi. Yallig'langan bo'shliqlar sog' tomonga nisbatan nur o'tkazishi pasayib qorongilashgan bo'ladi.

**Davolash:** asosiy e'tibor burun orqali nafas olishni tiklash va bo'shliqni patologik ajralmalardan tozalashga qaratiladi. Etmoiditning asoratsiz kechishini davolashda burun bo'shlig'i shilliq qavat shishining pasaytirish va ajralmani chiqishiga yo'l ochishdan iborat. Bu maqsadda o'rta burun yo'liga 1–3% efedrin va 0,1% adrenalin eritmasi aralashmasi pilikka shimdirilib, 5–10 daqiqaga qo'yiladi. Ko'p miqdordagi yiringli ajralma bo'lsa avval elektroso'rg'ich bilan so'rib olinadi, so'ng 2–4 tomchi- 1% protorgol eritmasi tomiziladi. Ko'rsatma bilan antibiotiklar, sulfanilamidlar, desensibilizatsiya qiluvchi dorilar qo'llaniladi. Fiziomuolajlardan yuqori chastotali elektromagnitli to'lqinlar, UVCH, impuls toklar, past chastotali va diodinamik kuchlanish bilan ta'sir etish kiradi. Antibiotiklar bilan burunga aerozol qilish yaxshi naf beradi.

Agar o'tkazilgan muolajlardan kutilgan natija olinmasa, g'alvirsimon suyak bo'shliqlari D. I. Tarasov va G. Z. Piskunovlar tomonidan taklif qilingan igna usul bilan punksiya qilib yuviladi, dori moddalar yuboriladi. Bu muolaja maxsus LOR klinkalarda amalga oshiriladi.

### O'tkir frontit

#### (Peshona suyagi bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishi)

Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablari: Boshqa burun oldi bo'shliqlarini yallig'lanishini keltirib chiqaruvchi sabablar kabitdir, faqat peshona suyagi bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishida tishlar orqali infeksiya tarqalishi ahamiyat kasb etmaydi.

**Kasallik belgilari:** peshona suyagi bo'shlig'i o'tkir yallig'langanda asosiy belgilaridan biri peshona sohasida og'riq, ko'z soqqasining yuqori ichki burchagida og'riq kuzatiiladi.

Bemorni bosh og'rig'i, ko'zda og'riq, yorug'ikka qarashning qiyinligi, ko'zdan yosh oqshi bezovta qiladi. Kasallikning og'ir kechishida peshona sohasida chidab bo'lmas darajada og'riq bo'ladi, tana harorati ko'tariladi, umumiy ahvol og'irlashadi. Og'riqdan tashqari burun orqali nafas olish qiyinlashadi va yallig'langan tomonda yiringli ajralma paydo bo'ladi. Ajralma avvaliga shilimshiq, keyinchalik shilimshiq-yiringli ba'zan esa yiring hidli bo'ladi. Ko'pincha bemor ertalab yiringni ko'p miqdorda ajralishidan shikoyat qiladi. Buning sababi yotgan holatda yiring bo'shliqqa to'lib, tana holatini o'zgartirib, yotgan holatdan tik holatga o'tganda ajralmaning burunga oqishi kuchayadi.

**Obyektiv belgilari:** ba'zan bo'shliq sohasidagi teri rangi o'zgaradi, peshona sohasi shishadi, qovoqdan shish asosan ko'z soqqasini yuqori ichki burchagida tarqaladi. Kasallik avj olganda subperiostal abscess rivojlanadi va keyinchalik bu joylarda yiringli oqma yara hosil bo'ladi.

**Rinoskopiya:** o'rta burun yo'llari oldingi qismida yiring to'planishi, shuningdek, peshona-burun tabbiy teshigi sohasida ham yiring ko'rindi. Bu teshikka yaqin joylashgan o'rta chig'anoqning oldingi qismi qizaradi va shishadi. Obyektiv tekshirishlarga diafanoskopiya va rentgenologik tekshirishlar natijalari kiradi. Peshona bo'shlig'idagi o'zgarishlarni to'liq aniqlash uchun burun-jag' proyeksiyasida rentgenografiya qilinadi, bunda bemor rentgen kassetasiga jag' va burun uchi bilan yotadi. Markaziy nur ensa do'ngligidan biroz yuqoriroqdan yuboriladi.

**Davolash:** Kasallikni davolash avvalo keltirib chiqaruvchi sabablarni bartaraf qilishdan boshlanadi. Davolash ko'p hollarda konservativ usulda olib boriladi. Asosiy maqsad bo'shliqdagi

ajralma chiqishini osonlashtiridir. Bu maqsadda o'rtalik burun yo'liga qon tomir toraytiruvchi dorilar 2–3% kokain va 0, 1% adrenalin eritmalari aralashmalari dokali plikka shimdrirlib burun yo'liga qo'yiladi yoki 3% efedrin eritmasi tomiziladi. Burunga tomchi dorilar tomizilganda albatta o'rtalik burun yo'liga tushishi kerak. Buning uchun o'ng tomonlama frontitda bemor boshi orqaga va o'ng tomonga egiladi, so'ngra dori tomiziladi.

Peshona suyagi bo'shlig'iga zond yuborib yuvib tozalab dori jo'natish yaxshi natija beradi.

Tana harorati yuqori bo'lsa va bosh og'rig'i kuchayib borayotgan bo'lsa, bemorga yotib davolanish tavsiya qilinadi.

Bemorga antibiotiklar, atsetilsalitsil kislotasi, analgin, beriladi. Og'riq qoldiruvchi hamda fizioterapiya muolajalari ham qilinadi. Fizoherapevtik muolajlardan sollyuks lampasi, UVCH va boshqa lar peshona sabosiga qo'yish bilan olib boriladi, bu muolajalar faqat kasallik boshlangan bir necha kundan keyin qo'llaniladi. Antibiotiklar bemor holatiga qarab ichish uchun, in'yeksiyada yoki aerozol holatida tavsiya qilinadi.

Yiringli frontitlarning uzoq muddatli kechishida konservativ davolash foydasizligida bo'shliq trepanopunksiya qilinib, kanyulya o'rnatiladi, so'ng shu kanyula orqali bo'shliq yuviladi va dori moddalari yuboriladi, kanyula 5–6 kun muddatga qoldiriladi. Ayrim hollarda o'tkir frontitning yiringli kechishida radikal jarrohlik qo'llaniladi. Radikal jarrohlikka ko'rsatma: ko'z va bosh miya ichi asoratlari, peshona suyagi osteomieliti, og'ir septik holatlar hisoblanadi.



20-rasm . Peshona suyagi bo'shlig'iga zond yuberish  
(rentgenogramma)

## O'TKIR SFENOIDIT

**(Asosiy suyak bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishi)**

Asosiy bo'shliqning o'tkir yallig'lanishi kam uchraydi. Ko'pincha g'alvirsimon suyak katakchalarining orqa guruhi yallig'lanishi bilan birga kechadi. Kasallikning obyektiv va subyektiv belgilari o'tkir gaymorit kechishi belgilariga o'xshaydi.

**Belgilari:** subyektiv belgilarga boshdagи og'riq ensa, peshona va chakka sohalariga tarqaladi. Hid sezish qobiliyati pasayadi, tana harorati ko'tariladi, holsizlik, aqliy va jismoniy

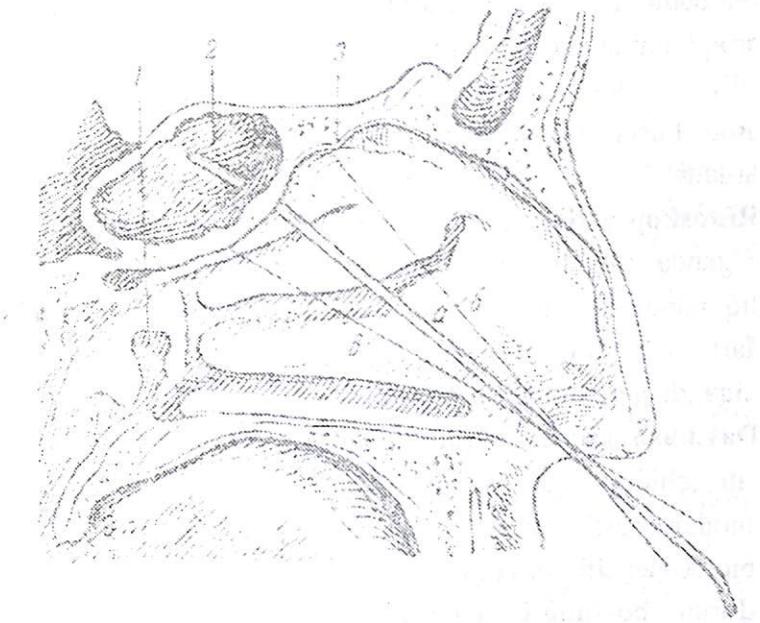
quvvatsizlik paydo bo‘ladi Ayrim hollarda bemor ko‘rish qobilyatining pasayishiga (yallig‘lanish jarayoni ko‘rish nerviga tarqalganligi uchun) shikoyat qiladi.

**Rinoskopiya:** burun yo‘li shilliq qavati, chig‘anoqlari qizarib shishgan, burun yo‘llari toraygan va yiringli ajralma bilan to‘lgan bo‘ladi, ayniqsa yiring orqa rinoskopeiyada yaxshi ko‘rinadi. Faringoskopeiyada halqumning orqa devor yuzasida oqib tushayotgan yiringli ajralma ko‘riladi.

**Tashhisi:** asosiy bo‘shliqning chuqur joylashganligi, shu bo‘shliqlar yallig‘lanishiga xos belgilar bemor tomonidan aniq ko‘rsatib bermaslikda tashhisni qiyinlashtiradi. Shuningdek, burun orqa bo‘limlarining torligi, yallig‘lanish jarayoni natijasida shilliq qavat va chig‘anoq shishi natijasida rinoskopeiyada ko‘rish yetarli bo‘lmaydi. Bunday hollarda tashhis rentgenlogik va bo‘shliqni zond bilan tekshirish natijalariga asoslanadi.

Asosiy bo‘shliqni rentgenologik tekshirishda bir necha turlaridan foydalaniladi, ko‘proq aksial proyeksiya keng qo‘llaniladi.

**Davolash:** kasallikning asoratsiz kechishida peshona bo‘shlig‘i o‘tkir yallig‘lanishidagi kabi davolanadi. Asosiy bo‘shliqqa zond yuborib yuviladi va dori moddalar bilan to‘ldiriladi. Shilliq qavat shishini kamaytirish va chiqaruv teshigi kengaytirib, ajralma chiqishini yaxshilash zarur. Buning uchun ingichka kichik dokali pilik 3% efedrin va 0, 1% adrenalin eritmalari aralashmalari bilan shimdirilib burun yo‘liga qo‘yiladi. Tarkibida antibiotiklar bo‘lgan aerozollarni burun orqali qo‘llash yaxshi naf beradi. Fizioterapevtik muolajalardan UVCH tavsiya etiladi.



**21-rasm. Asosiy suyak bo'shlig'ini yuvish va dori  
moddalarini yuborish uchun zondiash**

Agar septik holatlar, kalla ichi yoki ko'z ichi asoratlari rivojlansa, darhol jarrohlik usuli qo'llaniladi va bir vaqtning o'zida antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari va boshqallar qo'llanilishi zarur.

### **BURUN TO'SIG'IGA QON QUYILISHI VA ABSSESSI**

Burununig tashqaridan lat eyishi (burunga zarba etish, yosh bolalarda burun bilan yiqilishi), ko'pincha burun to'sig'ining shilliq osti qavatiga qon quyilishi – gematoma hosil bo'lishiga olib keladi. Ayrim virusli kasallikkarda ham shunday qon quyilishi kuzatiladi. Agar qon quyilishi bir tomonlama

bo'lsa bemorlarni ko'p bezovta qilmaydi, ikki tomonlama va ko'proq hajmda qon quyilganda bemor burundan nafas olishning qiyinligi va burunda og'riqdan shikoyat qiladi. Qon quyilishi ko'proq burun bo'shlig'ining medial devori tog'ay qismida kuzatiladi.

**Rinoskopiyada** burun uchi barmoq bilan ko'tarib ko'rulganda bo'shlig'ning medial devori chegarlangan qismida, shilliq qavat qizarib bo'rtgani (gematoma) aniqlanadi, burun yo'llari toraygan bo'ladi. Tugmasimon zond bilan bosib ko'rulganda gematoma yumshoq va og'riqli bo'ladi.

**Davolash** asosan burun devori bo'rtgan joydan punksiya qilinib ichidagi qon so'rib olinadi va burun yo'lini ikkala tomonidan bosib turuvchi dokali tampon qo'yiladi. Ichishga antibiotik va sulfanimlamid dorilari tavsiya qilinadi.

Burun bo'shlig'i devoriga quyilgan qonga ikkilamchi infeksiya qo'shilishi natijasida yiringli jarayonga aylanadi va medial devor **abssessi** rivojlanadi. Bu vaqtida tana haroratining ko'tarilishi, subyektiv belgilarning kuchayishi, bosh og'rishi, burun sohasida og'riq va nafas olishning qiyinlashuvi kuzatiladi. Burun ushlab ko'rulganda og'riqli bo'ladi.

Burun bo'shligining medial devorida yiringli jarayon-abssess paydo bo'lganda, davolash uchun shilliq qavat shishgan joyidan kesiladi va yiring chiqariladi, agar jarayon ikki tomonlama bo'lsa kesish ikkala tomonidan ham amalga oshiriladi, faqat kesish joyliri bir-biriga to'g'ri bo'lmasligi shart. Kesib yiring chiqarilgach, abssess antibiotik eritmasi bilan yuvilib rezinali drenaj qo'yiladi.

**Davolash** kasalxonada olib boriladi, bemorga qo'shimcha ravishda antibiotik, sulfanilamid dorilari va fizioterapevtik muolajalar buyuriladi.

## BURUN VA BURUN YONDOSH BO'SHLIQLARINING JAROHATI

Burun yuzining kosmetik jihatdan shakillatiradigan a'zolardan hisoblanadi. Boshqa a'zolarga qaraganda yuz sohasida bo'rtib chiqqanligi uchun ham yuzdag'i jarohatlarning 55–60% holatlarda tashqi burun albatta jarohatlanadi. Tinchlik vaqtarda burunning lat yeishi transportda, sportda, ishlab chiqarishda va turmush hodisalarida ro'y beradi. Burun jarohati holati, uning og'ir yoki yengilligi urilgan kuchga, uning yo'nalishiga, urilgan joyga, urilayotgan jism holatiga va jarohat oluvchining yoshiga bog'liq bo'ladi.

**Burunning lat yeishi** natijasida tashqi burun shaklining o'zgarishi, ba'zan burun faoliyatining buzilishi va turli kosmetik nuqsonlarga olib keladi. Tashqi burunning jarohatdan keyingi nuqsonlari amaliyotda A. E. Kitsera va A. A. Borisov (1993) tomonidan taklif qilingan tasniflash bo'yicha o'rganiladi.

Rinoskolioz-tashqi burunning yon tomonga qiyshayishi

Rinokifoz- burun qirrasining do'mbog'ligi

Rinolordoz-burun qirrasining cho'kib qolishi

Platiriniya-tashqi burunning yapaloq bo'lib qolishi

Broxiriniya-o'ta keng burun

Leptoriniya-o'ta tor burun

Moliiriniya-o'ta egiluvchan yumshoq burun



22-rasm. Jarohatdan so'ng tashqi burunning turlicha sinishi

Jarohatda o‘z vaqtida ko‘rsatilgan to‘g‘ri va tez yordam keyinchalik o‘tkazilishi kerak bo‘lgan murakkab kosmetik jarrohlikning oldini oladi. Jarohat holatiga qarab burunning yumshoq to‘qimalari yirtilishi yoki bir vaqtda tog‘ay ya suyak asosini sinishi mumkin. Shuning uchun ham lat yeish quyidagilarga bo‘linadi:

ezilish

yumshoq to‘qimalarning yirtilishi

tog‘ay hamda suyaklarning oddiy yoki murakkab sinishi  
yuzning to‘mtoq lat eyishi

burun va burun yondosh bo‘shliqlarining yopiq jarohatlanishi va boshqalarga bo‘linadi. Lat yeishda ko‘pincha burun suyaklari va burunning medial devori, kamdan-kam hollarda peshona suyagi, yuqori jag‘ suyagi, peshona o‘sintiasi va burun yondosh bo‘shliqlari devorlari jarohatlanadi. Burun suyaklari qirrasidagi ozgina sinish tashqaridan ko‘rliganda shaklini sezirarli darajada o‘zgartirmasligi mumkin, shuning uchun jarohat holatini aniqlash maqsadida burunni lat yegan qismi paypaslanada va ushlab ikki tornonga harakatlantiriladi, shunda singan suyaklar bir-biriga ishqalanishi natijasida o‘ziga xos ovozi beradi (krepitatsiya), bundan tasbqari burunning yon tomondan qo‘srimcha rentgenologik tekshirish, suyakni singanligidan darak beradi.

Burunning lat yeishida agar jarohat to‘g‘ridan (oldi tomondan) berilgan bo‘lsa, burun qirrasi uzunasiga sinib, cho‘kib qoladi, shuning bilan birga burun bo‘shlig‘i medial devori tog‘ay qismi, ba’zan suyak qismini ham sinib qiyshayishi, hatto shilliq osti qismiga qon quylishi kuzatiladi.



23-rasm. Jarohat natijasida burun suyaginiing sinishi  
(rentgenogramma)

Bolalarda bunday hollarda suyak chocklarining mustahkam yopishmaganligi sababli burun suyaklari va peshona suyagining burun o'sintasi o'rtasidagi chocdan ajralib ketishi mumkin, bunda burun shakli buzilib, qirrasining juda sezilarli darajada cho'kishiga sabab bo'ladi. Qattiq jarohat olinganda yuqori jag suyagining peshona o'sintasi va burun yondosh bo'shliqlarining (asosan yuqori jag suyagi va peshona suyagi bo'shliqlari) oldingi devorlari ham sinishi mumkin. Burun jarohatlari

ko‘pincha burun va ko‘z atrofi terisi ostiga qon quyilishi “ko‘z cynak” belgisi bilan kechadi.

Agar jarohat tufayli g‘alvirsimon suyak katakchalari sinib, shilliq qavatlari yirtilgan bo‘lsa, unday holda teri ostiga havo kirib, emfizema rivojlangandan darak beradi. Paypaslab ko‘rilganda havo emfizemasini o‘ziga xos “qorni bosilgandagi kabi”ovozi (krepitatsiya) seziladi.

Burnning yondosh bo‘shliqlari jarohatida ayniqsa peshona suyagi bo‘shlig‘ini jarohatida, g‘alvirsimen suyak plastinkasi, bosh miyaning oldingi qismlari va ko‘zning lat yeishi bilan davom etadi. Burun yondosh bo‘shliqlari jarohati ko‘pincha bosh miyaning lat yeishi, miya chayqalishi va bemorning ma’lum muddatga hushidan ketishiga olib keladi. Og‘ir jarohatlarda bemor bosh aylanib, behush bo‘ladi, ko‘ngli aynib qayt qiladi, turli bosh miya qo‘zgalishiga xos belgilari – engsa mushaklarining qotib qolishi, Kernig va Brudzinskiy belgilari paydo bo‘ladi. Ayrim hollarda ko‘z atrofida, qovoqlarda, yanoq sohasi terisi ostida emfizema hosil bo‘ladi. G‘alvirsimon suyak katakchalari jarohatida miya pardasining yirtilishi bilan davom etsa, jarohatning birinchi kunlarida, burun orqali qonga aralash miya suyuqligi ham qo‘shilib chiqadi bunda burundagi ajralma tomchisida **ikki qator halqa** belgisi, ya’ni ichkaridagi qon halqasi atrofida tashqi tiniq halqa bo‘ladi, burundan qon ketishi to‘xtagandan so‘ng burundan tiniq suyuqlik oqishi davom etadi, agar tekshirilganda suyuqlik tarkibida glyukoza aniqlanishi, uni miya suyuqligidan darak beradi. Yuqoridagi belgilarga qo‘s himcha hid bilish pasayib qoladi.

**Jarohatdan so‘ng bemor shikoyatlari:** Bemor shikoyatlari olingan jarohatlar holatlariga bog‘liq bo‘ladi. Agar jarohat murakkab bo‘lib, bosh miya chayqalishi bian kechsa, bemorlar ko‘pincha bexush holda bo‘ladi . Oddiy jarohatlarda esa birinchi daqiqalarida burundan qon ketishi bezovta qiladi. Ba’zan qon ketishi yengil bo‘lib, o‘z-o‘zidan to‘xtab qolishi mumkin yoki

hayot uchun xavfli darajada kuchli qon ketishi kuzatiladi. Agar jarohat bosh chayqalishi bilan kechsa bemorlarda bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynib qayt qilishi kuzatiladi. Keyingi kunlarda yumshoq to‘qimalar shishi hisobiga burun sohasida og‘riq, burundan uafas olishning qiyinlashuvi paydo bo‘ladi. Shikoyatlardan biri tashqi burunning qiyshayib qolishiga bo‘ladi, agar burunga jarohat to‘g‘ridan berilgan bo‘lsa, tashqi burun cho‘kib qoladi (egarsimon burun), yon tomondan urilsa qarshi tarafga qiyshayib qolaði.

**Rinoskopiyada** ko‘rilganda tashqi burunning qiyshiqligi, yumshoq to‘qimalarda kesilgan, yirtilgan yoki ezilgan jarohatlar, teri ostiga qon quyilishi ko‘zga tashlanadi. Tashqi burunning turlicha qiyshayishi burun bo‘shlig‘i medial devorining qiyshayib lateral devoriga yopishib qolishi yoki sinishi hamda burun yo‘llarinngi torayishi aniqlanadi.

**Tashqi burunning yon tarafga qiyshayishi** (qiyshiq burunlik) burun cho‘kishiga nisbatan ko‘proq uchraydi, bunda burunning urilgan tomonga qarama-qarshiga qiyshayishi kuzatiladi.

**Burun bo‘shlig‘ining shilliq qavatlari shikastlanishi,** tashqi jarohat natijasida sodir bo‘ladi (singan suyaklar va tog‘aylar siljishi natijasida shilliq qavat shikastlanadi). Shilliq qavatning bevosita lat yeyishi o‘tkir jismlarning (qalam, temir parchasi, gugurt donasi va boshqalar) burun teshikiari orqali kirganda yuzaga keladi. Burun yo‘llari qotgan qon bilan to‘lgan.

**Tashhisi** bemor shikoyatiga, burunni tashqi ko‘rinishi, paypaslash, rinoskopik va rentgenologik, MRT tekshiruv natijalariga asoslanadi.

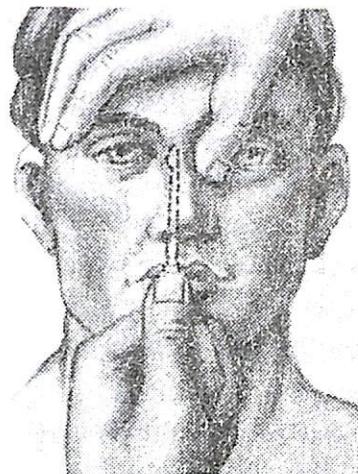
**Davolash:** Davolash jarohatning katta kichikligi, uning hajmi, jarohat turi, bemor yoshiga bog‘liq bo‘ladi. Tashqi burunning shikastlanishi qon ketishi bilan davom etsa, birinchi yordam burundan qon ketishni to‘xtatishdan iborat bo‘ladi. Terini butunligi buzilib, yirtilgan, kesilgan yoki ezilgan

jarohatlarda albatta birinchi jarrohlik tozalovi o'tkaziladi, yara qirg'oqlari tekislanadi, tikiladi, bog'lov qo'yiladi va qoqsholga qarshi zardob yuboriladi. Agar burun suyaklari sinib, tashqi burun qiyshayib qolgan bo'lsa, avval uni to'g'rilab, so'ngra burunga dokali pilik tiqiladi. Bunday dokali piliklar birinchidan qon ketishini to'xtatsa, ikkinchidan to'g'rilangan tashqi burunning qayta qiyshayib qolmasdan to'g'ri bitishiga yordam beradi Tashqi burundagi kichkina jarohatlar birlamchi jarrohlik tozalovi o'tkazilgandan so'ng hech qanday aralashuviziz ham nuqsonisz yaxshi bitadi.

Agar jarohat katta va jarrohlik choki qo'yilishi zarur bo'lsa, iloji boricha yaxshi kosmetik natija olish uchun harakat qilinadi (teri maydalanib yirtilganda ham imkon darajada saqlab qolishga harakat qilinib, o'z o'rinaliga qayta tikilash zarur). Burunning biror qismida uzilish bo'lsa, o'z o'miga faqatgina tashqi qirg'oqlarga to'g'rilanib emas, balki burun bo'shlig'i qirg'oqlariga ham to'g'rilanib tikiladi, aks holda keyinchalik burun yo'llari ikkilamchi torayib qolishi mumkin.



A



B

**24-rasm. Tashqi burun deformatsiyasini A qo'l bilan,**

### B elevator yordamida to‘g‘rilash

Burun qiyshiqligini bartaraf etish qisqa muddatli umumiy og‘riqsizlanitirshdan so‘ng to‘g‘rilanadi, agar shikastlanish yangi bo‘lsa hech qanday og‘riqsilantirishsiz to‘g‘rilanadi, buning uchun qiyshaygan tomondan qarama-qarshi tomonga barmoq bilan yoki maxsus Yu. N. Volkov elevatori yordamida bosiladi, suyak to‘g‘rilanganda o‘ziga xos tovush eshitiladi va tashqi burun avvalgi holiga keladi.

Kech murojaat qilinganda agar tashqi burun bilan birga burun bo‘shlig‘i medial devori ham birgalikda qiyshaygan bo‘lsa, avval mahalliy og‘riqsizlantirilib tashqi burun to‘g‘rilanadi, so‘ngra medial devori maxsus elevatormi burun bo‘shlig‘iga kirgizib, to‘g‘rilanadi. To‘g‘rilangandan so‘ng, shunday holatda ushlab turish uchun burun bo‘shlig‘iga dokali tampon qo‘yiladi, tashqi burunning ikki tomoniga 2–3 kunga maxsus ushlab turuvchi dokali yostiqcha qo‘yilab boglov qilinadi. Ayrim hollarda burun qiyshiqligi ancha vaqt o‘tib shakllangan bo‘lsa, shaklini avvalgi holiga keltirish uchun plastik jarrohlik o‘tkaziladi. Agar jarohat miya suyuqligi oqishi bilan davom etsa, burunga aseptik turunda qo‘yiladi, ikkilamchi asoratning oldini olish maqsadida antibiotiklar, bosh miya bosimini pasaytiruvchi gipotenziv dorilar tavsiya qilinadi. O‘tkazilgan muolajalardan foyda bo‘lmasa jarohat plastik usulda berkitiladi.

**Burun yondosh bo‘shliqlari jarohatlarida,** ko‘pincha bemonlar shok holatida bo‘ladi, shuning uchun bunday hollarda birinchi navbatdagi tadbir ularni shu holatdan chiqarishga, nafas olish buzilgan bo‘lsa uni tiklashga qaratilgan bo‘ladi. Jarohatdan so‘ng burun yondosh bo‘shliqlaridan yiring ajralishi kuzatilsa qo‘sishmcha tekshrishlar o‘tkazilib (rinoskopiya, endoskopiya,

rentgenologik tekshirishlar) kerak bo'lsa bo'shliqlar ochilib qayta tozalov o'tkazish zarur. Ayrim hoillarda peshona suyagi bo'shlig'i jarohatida burundan miya suyuqligi oqishi kuzatiladi, bunday vaqtida albatta bo'shliq ochilishi uni to'liq tekshirish zarur. Aniqlangan patologik o'zgarishlar bartaraf etiladi, suyak siniqlari joyiga qo'yiladi, bo'shliqqa hosil bo'lgan ajralma chiqishini yengillashtirish maqsadida uzoq muddatga rezinali drenaj qo'yiladi. Agar bosh miyaning qattiq pardasi yirtilgan bo'lsa, birlamchi jarrohiik tozalovi o'tkazilgandan so'ng, miya pardasi ketgut bilan tikiladi, drenaj qo'yilib burun bo'shlig'iga tutashtiriladi.

Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ining ko'z kosasi devori singan bo'lsa, tozalov o'tkazilgandan so'ng bo'shliqqa rezinali balon kirgizilib, uni havo bilan to'ldirish yo'li orqali singan devor o'z o'rniغا keltiriladi. Ikklamchi asoratlarning oldini olish maqsadida antibiotiklar, yallig'lanishga qarshi dorilar tavsiya qilinadi.

### Burundan qon ketishi

Burundan qon ketishini ikki guruhga bo'lish mumkin:

- jarohatdan so'nggi
- simptomatik.

#### **Birinchi guruhga:**

- burun bo'shlig'ida o'tkaziladigan jarrohlikdan so'nggi qon ketishi
  - burunning yengil jarohatlanishidan so'nggi qon ketishi: bemorning o'z barmoqlari bilan burunning kirish qismidagi qattiq yopishgan qasmoqlarning va unga o'xshash yot jismnlarni olishda jarohatlash natijasida qon ketishi.
  - turli jarohatlarda burunning lat yeishi natijasida qon ketishi kuzatiladi.

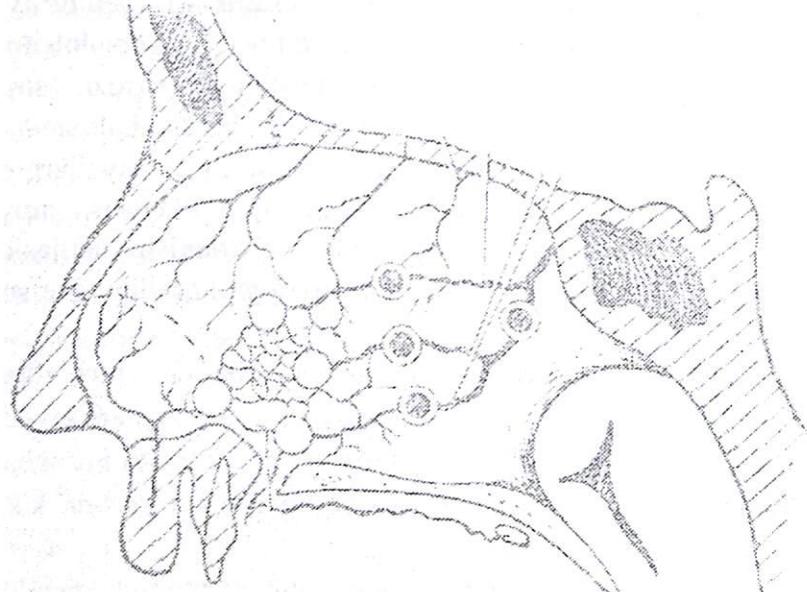
**Simptomatik qon ketishi** ayrim a'zolarning kasallanishi

natijasida burundan simptomatik qon ketishi kuzatiladi. Bular: xafaqon kasalligi, ateroskleroz, qon kasalliklari (gemofiliya, politsitopeniya, trombopeniya, leykemiya, agranulotsitoz, Verlgof kasaligi, Barlov kasaligi), nefrit, jigar sirrozi, yurak nuqsoni, yuqumli kasalliklar, burun va burun halqumdag'i o'smalar (o'smirlar angiofibromasi) shilliq qavatlarning yallig'lanishi, zo'riqish xarakterdag'i qon ketishi, miya tomirlaridagi qon bosimining ruhiy ta'sirlanish natijasida ko'tarilishi, havo bosiminng o'zgarishi (tog' kasalligi, Kesson kasalligi) sabab bo'ladi.

Burundan qon ketishning maxsus shakllaridan biri **vikar (o'rindosh)** qon ketishidir. Bunda xayz ko'rish kunlari ketma-ketligi buzilganda xayz qoni ketmasdan uning o'rniga burundan qon ketishi kuzatiladi. Bunday hollar o'smirlar o'rtasida ko'p uchraydi.

Burun bo'shligi medial devorining oldingi tog'ayli qismida ko'p miqdorda arterial qon tomirlari, bular medial devor arteriyasi (a nasalis septi), katta tanglay arteriyasi (a palatina major), oldingi g'alvirsimon arteriya (a etmoidalis anterior) va yuqori lab arteriyasi (a labialis superior) tarmoqlari birlashib qon tomirlar to'rini hosil qiladi va bu joy qon ketuvchi (Kisselbach maydoni) maydon deb yuritiladi, eng ko'p qon ketishi 90–95%gacha shu joydan kuzatiladi. Bu maydonning qonashi tezda to'xtaydi, shuning uchun xavfli hisoblanmaydi.

Burun bo'shlig'ining o'rta va orqa bo'limlaridan ketayotgan qon xavfli hisoblanib burundan qon ketishning 8% ni tashkil etadi, qon ketishi yo'g'roq hajmli etmoidal qon tomirlardan chiqadi. Qon ketishidagi tashhis qiyin emas, shikastlangan tomir va joyini aniqlash kerak, agar qon ketayotgan joy burun bo'shlig'ining orqa qismida bo'lsa aniqlash qiyinchilik tug'diradi.



25-rasm. Burun bo'shlig'i medial devorining qon ketish  
(Kisselba<sup>v</sup>) maydoni

Asosiy kasallik sababli (ko'pincha yuqumli) bemorga yurish mumkin bo'lмаган холларда ва ҳушини ўюлотган bemorda burundan qon ketishida qon ko'pincha ichkariga yutilib ketadi, bu vaqtida burun teshiklari orqali oz miqdorda qon chiqadi.

Bunday hollarda xatoga yo'l qo'ymaslik uchun bemor sinchiklab tekshirilishi zarur, ko'p qon ketganda bemorning teri rangi oqarib boradi, tomir urishi bo'shashib, tezlashadi va qon bilan qayt qiladi. Shu ko'rinishlar asosida tashhis qo'yiladi. Shuning uchun qon ketishning barcha joylarini aniqlash uchun qayta rinoskopiya qilinadi. Agar burunning oldingi va orqa halqum devoridan ham qon oqishi to'xtagandan so'ng qon ketishi to'liq to'xtaganligiga ishoch hosil qilinadi.

**Tashhis** qiyinchilik talab qilmaydi. Qaysi tomonidan qon

ketayotganligini bilish uchun bemor boshi biroz oldinga qarab egiladi va qon ketayotgan tomon aniq bo‘ladi. Ko‘p miqdordagi qon ketishida shilliq qavat ko‘rinmay qoladi va qonayotgan joyni aniqlashning imkonи bo‘lmay qoladi, bunda bemor boshi biroz orqaga ko‘tariladi, burun ichi qondan tozalanadi va qon ketayotgan joy aniqlanadi. Agar burun to‘sig‘ining oldingi qismida qon ketayotgan manba aniqlanmasa ehtiyyotkorlik bilan vaqtinchalik tampon qo‘yiladi (dokali pilik 3%perikis vodorod eritmasiga yoki adrenalin, efedrin, trombin eritmalaridan biriga shimdirilib qo‘yiladi) shu yo‘l bilan ketayotgan qonni to‘la yoki qisman to‘xtashi mumkin. Sekin pilikni olgach burun bo‘shlig‘ining tubi sinchiklab tekshiriladi va qon ketayotgan joy aniqlanadi.

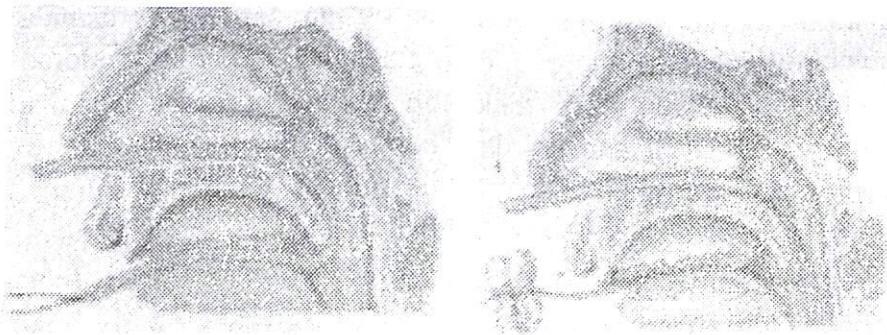
**Burundan qon ketishning oqibati:** agar qon oz miqdorda ketib uzoq vaqtdan so‘ng qaytalanadigan bo‘lsa, bemorning umumiy ahvoliga ta’sir ko‘rsatmaydi. Ko‘p miqdorda tez-tez qon ketishi o‘tkir kamqonlik va ikkilamchi anemiyaga olib keladi.

**Davolash:** turli usullarda ketayotgan qonni to‘xtatish va qon ketishining oldini oluvchi tadbirlardan iborat. Birinchi navbatda qon ketishiga olib keluvchi omillarni bartaraf qilishdan boshlanadi.

Ko‘p qo‘llaniladigan usullardan biri burunning oldingi pastki qismida burun qanotini burun to‘sig‘iga barmoq yordamida bosib turish kerak, agar qon to‘xtamasa 3% perikis vodorod eritmasiga dokali pilik tekkizilib burunnnig kirish kismiga qo‘yiladi, bu usul ham yordam bermasa 10% kokain bilan, 0, 1%adrenalin eritmalaridan dokali pilikka tekkizilib burunni kirish qismiga tiqilib bir necha minut mobaynida ushlab turiladi, so‘ngra qonayotgan joy lyapis yoki xrom kislotasi bilan kuyidiriladi (maxsus zondning bosh qismi shu modda bilan

shimdirilib qonayotgan joyga tegiziladi). Spirtli gorelka olovida zond qizdirilgach, xrom kislotasi kristalliga tegiziladi. Zond oxirida kuydiruvchi moddalarning yaltiroq mayda donachalari hosil bo‘ladi va shuning bilan kuydiriladi. Agar o‘tkazilgan tadbirlar yordam bermasa, burunga oldingi dokali pilik qo‘yiladi.

Burun bo‘shlig‘ining oldingi qismiga dokali pilik vazelin yoki birorta yog‘li eritmaga tegizilib qo‘yiladi va 2 kundan so‘ng olib tashlanadi. Agar burunnnig o‘rtta yoki orqa bo‘limlaridan qon ketsa to‘xtatish biroz qiyinlashadi, pilik chuqurroq qo‘yiladi. Bu usul ham yordam bermasa orqaga dokali tampon (yostikcha) qo‘yiladi: burun halqum hajmiga o‘lchab bir necha qavat qilib maxsus tayyorlangan dokali yostiqcha ikki qavat ip bilan bog‘lanib, uchta ip uchi qoldirilib, to‘rtinchisi esa kalta qilib qirqiladi. So‘ngra ingichka rezinali kateter olib pastki burun yo‘lidan burun halqumga tushiriladi yumshoq tanglay ortidan kateter uchi ko‘ringanda qisqich yordamida ushlanib og‘izdan chiqariladi so‘ngra avvaldan tayyorlangan dokali yostiqchaning ikkita ipi bog‘lanadi va burundan kateter uchidan qayta orqaga tortilib, ko‘rsatkich barmoq bilan yostiqcha yumshoq tanglay ortiga, burun-halqumga mahkam o‘matiladi, natijada xoanalar to‘liq berkitiladi.



1- bosqich

2- bosqich



### 3- bosqich

#### **26-rasm . Burundan qon ketganda orqaga tampon qo'yish.**

Burundan tortib chiqarilgan ip tarang tortilib turiladi va bir vaqtning o'zida oldingi dokali pilik qo'yiladi. Tortilgan ikkala ip burunning kirish qismiga qo'yilgan dokali yostiqcha ustidan bog'lanadi. Og'iz ichida qoldirilgan uchinchi ipni quloq atrofidan aylantirilib lunjga yopishtirib qo'yiladi, bu ip keyinchalik dokali pilikni oson olinishiga yordam beradi.

Orqa tampon ikki kundan keyin olinadi. Agar tampon uzoq muddat turib qolsa quloq kasalliklarining kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Burun halqum qismida ivib, to'planib qolgan qon turli mikroorganizmlar rivojlanishi uchun yaxshi ozuqa hisoblanadi. Bunda mikroblar eshituv naylari orqali nog'ora bo'shilig'iga o'tib, o'rta quloqning yiringli yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Ikkinchi marotaba pilik qo'yish ham yaxshi natija bermaydi, shikastlangan va o'tkir yallig'langan shilliq qavat qayta tampon qo'yish vaqtida qaytadan jarohatlanib qonashi mumkin. Shu sababli birinchi marotaba qon to'xtatilgandan so'ng qon ketishning mahalliy sababinigina emas, balki umumiy

sabablarini aniqlab shunga asosan chora tadbirlar belgilanadi. Keyingi davolash chora tadbirlar qon ketishining sabablarini bartaraf qilishga qaratiladi.

Agar xafaqon kasalligi oqibatida qon ketayogan bo'lsa arterial qon bosimini pasaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. Turli ko'rinishlardagi yurak nuqsonlari va ulardan kelib chiqadigan asoratlar natijasida qon ketsa, yurak qobiliyatini yaxshilovchi dorilar qo'llanilishi kerak va hokazo.

**Qonning ivish jarayonini tezlatish** uchun muskul ostiga 20–40 ml miqdorida xavfli holatiarda esa 100–200 ml qon quyiladi, bu nafaqat qon ketishni to'xtatibgina qolmay, yo'qotilgan qon o'rmini to'ldiradi. Qon ivishini tezlatish uchun kalsiy xlор 10%- 1 osh qoshig'ida bir kunda 4–5-marotaba 3–5 kun davomida ichiladi. Bolalarga esa kalsiy glyukonat ichiriladi yoki 10 ml tomir ichiga juda sekinlik bilan yuboriladi. Agar qonda protrombin miqdori pasaygan bo'lsa (trombopeniya) vitamin K (yoki vikasol) beriladi. O'rtacha miqdori 0,01 dan bir kunda 2–3-marotaba. Agar juda mayda tomirchalardan (kapillyarlardan) qon ketayotgan bo'lsa S, Rvitaminlari qo'llaniladi. Qon oqishini to'xtatish uchun 5% aminokapron kislotasidan 100 ml tomir ichiga yuborish, mushak orasiga 2 ml 12, 5% ditsinon eritmasi, 10 ml 10% jelatina tomir ichiga, teri ostiga esa 1, 5% gemofobinni yuborish yaxshi foyda beradi.

Biologik qon to'xtatuvchi dorilarni mahalliy, parenteral hamda tomir ichiga yuborish bilan qo'llaniladi. Mahalliy keng qo'llanadigan dorilar turiga qon plazmasi kiradi, uni dokali pilikka shimdirilib burunning oldingi qismiga qo'yiladi. Bundan tashqari quruq qon plazmasi ham ishlatiladi. Yana qon plazmasidan tayyorlangan dorilar: gemostatik gubkalar, fibrinli qoplamlalar, toza holdagi trombin fermenti, quruq holdagi

trombin, biologik antiseptik pilik (tampon) qo'llash yaxshi samara bermoqda.

Qonayotgan joyni ivigan qondan tozalab, adrenilin va kokain eritmaları arlashmalari bilan mahalliy og'riqsizlantirilgandan so'ng plazma kukuni qo'yiq qilib sepiladi va tampon bilan bosilib turiladi (pilik trombin eritmasiga chilanib olinsa ham bo'ladi). Burun bo'shlig'ida pilik 3–5 minut ushlab turilgandan so'ng qon ketishi to'xtaydi. Ayrim hollarda qonayotgan joyni shilliq ostiga 0, 5% li- 1–2 ml novokain va 0, 1% adrenalin eritmaları aralashmasi yuborish bilan ham to'xtatiladi yoki shilliq qavatni aylantirib kesib qo'yish ham yaxshi natija beradi, bunda qonayotgan tomir to'la kesilgandan so'ng uchida tromb hosil bo'ladi. Ayrim hollarda burun to'sig'i rezeksiyasidagi kabi shilliq qavat to'siqning tog'ayli qismidan to'la ajratib qo'yiladi. Juda kam hollarda aytib o'tilgan usullar foyda bermasa tashqi uyqu arteriyasi bog'lanadi. Qaytalanib turuvchi qon ketishida mahalliy va umumiy tadbirlar kam foyda bersa taloqni chuqur nurlantirish yo'li bilan qon to'xtatishga erishish mungkin.

### **Halqumning tekshirish usullari**

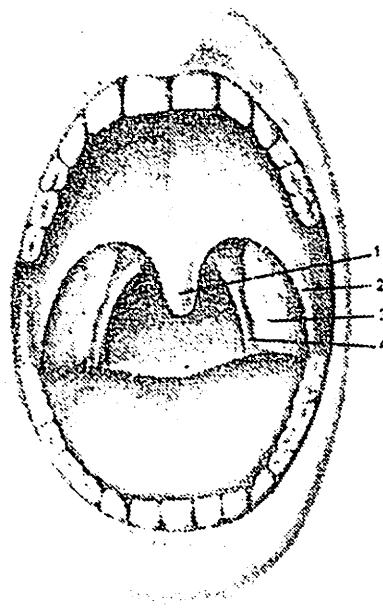
Halqumni tekshirish boshqa a'zolarni tekshirgandek avval tekshiriluvchi bilan suhbat o'tkazish, tashqi ko'rikdan, jag' osti va bo'yin limfatik tugunlarini paypaslab ko'rish, faringoskopiya, endoskopiya, rentgenografiya, KT, MRT hamda funksional tekshirishlar olib borishdan iboratdir.

**Mezofaringoskopiya** o'tkazishdan avval bo'yin jag' sohasini tuzilishiga, teri rangiga, deformatsiya va turli patologik o'zgarishlarning bor-yo'qligiga e'tibor qaratiladi. So'ogra bu sohalarni paypaslashga o'tiladi, limfatik bezlarning kattaligi, og'riqliligi, boshqa turli infiltratlar, ular hajmi, holatiga e'tibor

beriladi. Ko'pincha bo'yin sohalarida tug'ma oqma yaralar uchraydi, bunday hollarda zond yordamida ular yo'llarining holati, chuqurligi aniqlanadi. Yuqoridagi tekshirishlar o'tkazilgandan so'ng faringeskopiya qilinadi. Faringoskopiya ham o'z o'mida uch xil amalga oshiriladi, halqumning yuqori burun halqum qismi episferingeskopiya, o'rta og'iz qismi mezofaringoskopiya va pastki hiqildoq qismi esa gipofaringoskopiya qilinadi.

**Mezofaringoskopiya** muolajasini o'tkazishdan avval og'izning kirish qismi ko'zdan kechiriladi, lablar holati, tishlar, milklar rangi, lunjlarda o'zgarishlar bor- yo'qligiga e'tibor qaratiladi. Shpatel bilan tilning oldingi uchdan bir qismini bosib, halqum tekshiriladi, agar shpatel ichkariga kiritilsa tekshiriluvchida ko'ngil aynib qayt qilish refleksi paydo bo'ladi. Tekshirish vaqtida kichik til o'rtada, simmetirk holatda ekanligi ko'zdan kechiriladi. Kichik til harakatini to'liq ekanligini aniqlash uchun tekshiriluvchiga "a" yoki "e" harfini talaffuz etish taklif qilinadi, bunda odatda tilcha yuqoriga ko'tarilib, halqumning orqa devoriga yopishadi.

Halqumning shilliq qavatlari odatda pushti rangda, namlangan va yaltiroq bo'ladi. Bodamcha bezlari tekshirishdan avval tanglay yoyslari tuzilishi va rangi ko'zdan kechiriladi. Yallig'lanmagan bodomcha bez yuzalari tekis, lakunalari keng va toza bo'ladi. Lakunalar holatini aniqlash maqsadida ikkinchi shpatel bilan oldingi tanglay yoyiga bosiladi, agar bezlarda surunkali yallig'lanish bo'lsa lakunalardan yiringli ajralma chiqdi.



**27-rasm. Halqumning normal mezofaringoskopik ko‘rinishi**

**Bez holati**, tanglay yoylari bilan chandiqli yopishganligini va lakunalar yo‘llari holati, chuqurligi uchi to‘mtoq zond yordamida tekshiriladi. Odatda yallig‘lanmagan bezlar, zond bilan bosilganda, yumshoq, og‘riqsiz, lakunalari toza bo‘ladi. Bodomcha bez hajmi yallig‘lanish jarayonining og‘ir yoki yengilligiga bog‘liq bo‘lmaydi.

**Burun-halqum** orqa rinoskopiya qilib tekshiriladi, buning uchun kichik hajmdagi (8–10 mm) hiqildoq oynasi qo‘llaniladi. Tekshirishdan avval burun-halqum oynasi yuzasi qaynoq suvda qizdiriladi, oyna yuzasi o‘ta issiq bo‘lmasligi qo‘lga tekizib aniqlanadi, so‘ngra oyna dastasi o‘ng qo‘lda qalam tutgandek ushlanib, chap qo‘l bilan esa shpatel yordamida tilning oldingi uchdan bir qismi bosiladi. Oyna yuzasi yuqoriga qaratilgan

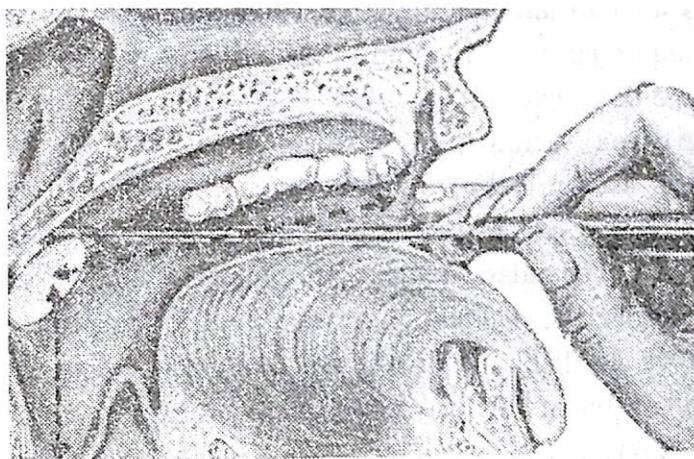
holda kichik til orqasiga kiritiladi, bunda halqumning orga devoriga tegib ketmasligi zarur, aks holda tekshiriluvchida qayt qilish refleksi paydo bo'ladi. Agar tekshiriluvchida qayt qilish refleksi yuqori bo'lsa u holda tekshirishdan avval halqumnga 2% dikain eritmasi sepiladi. Odatda burun-halqumning shilliq qavati och pushti rangda, namlangan, xoanalar keng va toza, burun chig'anoqlarining orqa qismlari xoanadan tashqariga chiqmagan bo'ladi. Ikki yon tomondan eshituv naylari teshiklari toza va keng, nay bezlari (5–6) kattalashmagan, adenoid (3) bez o'zgarmagan va hajmi dimog'ni yuqorni qismiga ham etmaydi.

Burun-halqumni to'liq tekshirish maqsadida yoki yosh bolalarda orqa rinoskopiya o'tkazishning iloji bo'limganda ko'satgich barmog' bilan paypaslab ko'rildi. Buning uchun tekshiriluvchi o'tiradi, vrach uning o'ng yon tomonida turgan holda o'ng qo'lning ko'rsatgich barmog'i bilan kichik til orqasiga o'tib xoanalar yon devorlari dimog' bezi paypaslanib tekshiradi. Tekshirish vaqtida qo'lni tishlab olmaslik uchun chap qo'lni ikkinchi va uchinchi barmoqlari tashqaridan lunj orqali yuqori va pastki oziq tishlar sohasiga bosilib turiladi. Bunda xoanalarini va burun chig'anoqlarini holati, dimog' bezini hajmi va konsistensiyasi, yon devorlarni tuzilishi o'r ganiladi.

**Halqumning pastki hiqildoq qismini tekshirish – gipofaringoskopiya** Halqumning bu qismi hiqildoq oynasi, laringoskop yoki direktoskop Undrits yordamida tekshiriladi. Hozirgi kunda eng qulay tekshirish bu hiqildoq oynasi yordamida (bilvosita) amalga oshiriladi. Hiqildoq oyna dastasi o'ng qo'lda ushlanib, oyna yuzasi tekshirishdan avval qizdiriladi. Og'iz ochilib, til oldi uchdan bir qismi dokali salfetka orqali chap qo'l bilan ushlanib oldinga tortiladi. Bunda

til chap qo'lni birinchi va uchinchi barmoqlari orasiga olinadi, ko'satgich barmoq bilan esa yuqori lab ko'tarib turiladi.

Hiqildoq cynasi kichik til sohasiga yetganda pastga 45 gradus burchak ostida buriladi va tekshiriluvchiga "i" harfini aytish buyuriladi. Bunda til ildizi unda joylashgan ildiz (IV) bezi, hiqildoq usti teg'ayi va bu tog'ay bilan til ildizi orasida joylashgan chuqurchalar (valekulalar) ko'rindi. Halqumning yon devorlari toza, shilliq qavatlari och pushti rangda, noksimon chuqurchalar toza va yuzalari tekis ko'rindi.



27-rasm . Gipofaringoskopiya muolajasi

Halqumni tekshirishning yana bir usuli bu rentgenografiya, MRT va tomografiyadir, bu tekshirishlar frontal va sagittal yo'nalishda amalga oshiriladi. Bu tekshirishlar halqumdag'i turli deformatsiya, yot jismlar va o'smalarni aniqlashda katta yordam beradi. Bundan tashqari hozirgi kunda keng qo'llanilayotgan tekshirish usullaridan biri laringofibroskopiadir.

**Halqum faoliyatini tekshirishning yana bir qancha usullari mavjud bular:** termografiya, ta'm bilish va sezish faoliyatini aniqlash, shilliq qavatlar epiteliysi harakatini va halqumning shilimshiq ajralmasini vodorod ionini o'rganish, reotonzillografiya kabi usullardir. Bu tekshirishlar amaliyotdan ko'ra ko'proq ilmiy faoliyatda o'z o'mini topganligi uchun ham bu bayonimizda kamroq to'xtalib o'tamiz.

## HALQUM JAROHATALARI

**LOR** a'zolari jarohatining 6–10% ni halqum jarohati tashkil etadi. Halqum jarohatlari alohida yoki boshqa a'zolar jarohatlari bilan birqalikda uchrashi mumkin. Ular tashqi va ichki, yopiq (teri osti) yoki ochiq (teri yirtilishi bilan) bo'ladi. **Tashqi jarohatlari** asosan kelib chiqishi bo'yicha kesilgan, ezilgan, teshilgan va o'q tekkan turlarga bo'linadi. **Ichki jarohatlarda** asosan shilliq qavatlari, tanglay mushaklari, tanglay yoylari, bodomcha bezlari, halqumning orqa devori, valekulalarning yirtilishi va kesilishi kuzatiladi. Bu jarohatlari halqumga turli yo'llar bilan (ovqatlanishda) yot jisimlar tushganda, turli o'tkir jisimlar tekkanda (o'yinchoqlar, qalam) va jarrohlik muolajalaridan so'ng paydo bo'ladi. Ayrim hollarda tibbiy muolajalar, ya'ni ezofagoskopiya, bronxoskopiya va intubatsiya ham halqum jarohatini sabablaridan bo'lishi mumkin.

Jarohatlari ichki bo'lganda bemor hayoti uchun xavf tug'dirmaydi, chunki ko'proq shilliq qavatlari kesilishi yoki yirtilishi kuzatiladi. Bunday jarohatlari tezda o'z-o'zidan bitib ketishi mumkin.

Jarohatdan so'ng bemor tomoqda og'riq, yutinishing qiyinligi, qon ketishi bezovta qiladi. Yutinishing qiyinligi va og'riqli bo'lgani sababli og'izda ko'p miqdorda so'lak to'planadi.

**Mezofaringoskopiyada** shilliq qavatlar yuzasida jarohat o'rni, atrof to'qimalarini qizarishi, shishi, qon quyilishi ko'zga tashlanadi. Bunday jarohatlar 8-10 kun davomida asoratsiz bitib ketadi. Bemor uchun murakkab va aralash jarohat xavfli hisoblanadi, chunki ular ko'p asorat beradi. Bunday jarohat asoratlaridan biri yirak qon tomirlaridan qon ketishi, hiqildoq-qalqum sohasida turli yiringli jarayonlar (absesslar, flegmonalar) paydo bo'lishi hisoblanadi. Halqumdag'i yiringli jarayonlar tezda fatsiyalar oralig'idagi yumshoq to'qimalar orqali tarqalib, ko'kis oralig'ida yiringli mediastenit rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Halqumning murakkab, aralash jarohatlarida, kasallikning klinik ko'rinishi jarohat turi, hajmi va joylashgan o'rniiga bog'liq bo'ladi.

**Jarohat belgilari** – Jarohatdan so'ng bemor uchun dastlabki xavfli asorat bu qon ketishi va nafas olishning buzilishi hisoblanadi. Qon ketish jarohatdan so'ng darhol boshlanishi yoki ikkilamchi asorat bo'lib bir necha kundan so'ng paydo bo'lishi mumkin. Qon to'g'ridan-to'g'ri tashqariga yoki ichkariga hiqildoq-halqumga ketishi mumkin.

Agar jarohat halqumning pastki tomoni yoki hiqildoq kirish qismida bo'lsa, to'qimalarda paydo bo'lgan shishlar hisobiga havo o'tishi buzilib, bemor ahvoli og'irlashadi, agar darhol chora ko'rilmasa bemor hayotiga xavf tug'iladi, shuning bilan birga gapirish va yutinish qobiliyati ham yo'qoladi. Agar to'qima

orasiga qon quylishi kuzatilsa, jarohatdan so'ng bir necha soat o'tgach nafas olishi qiyinlashib, keyinchalik qon quylishi kuchayib nafas olish asta-sekin butunlay to'xtab qolishi mumkin. To'qima orasiga qon quylishining ikkinchi xavfli tomoni, qon quylgan joyga infeksiya tushib flegmona, abscesslar rivojlanishi, keyinchalik atrof to'qima va yirik qon tomirlarni yemirib ikkilamchi qon ketishiga olib kelishidir. Halqumning jarohati ko'pincha yutinish jarayonining buzilishi bilan davom etadi, bunday holda yutinish vaqtida o'taiyotgan ovqat luqmasining bir qismi jarohatga tushib ikkilamchi infeksiya qo'shilishiga va yara atrofida yiringli jarayon rivojlanishiga sabab bo'ladi. Hosil bo'lgan yiringli jarayon (parfaringeal bo'shliqlar orqali) qizilo'ngach atrofiga, keyinchalik esa ko'ks oralig'iga tarqalishi mumkin.

Halqumning pastki qismidagi jarohat ko'pincha hiqildoq va kekirdak jarohati bilan birga kuzatiladi, bunday hollarda to'qimalar orasiga havoning tarqalishi hisobiga teri osti emfizemasi paydo bo'ladi. Emfizema kuchayishi to'qimalar oralarini ajralishiga olib keladi, bu esa o'z holida yana ikkilamchi infeksyu tarqalishiga sharoit yaratadi.

Bundan tashqari ko'p miqdorda to'qima orasiga havoning to'planishi ko'krak qafasi a'zolarining ezilishiga, harakati chegaralanib qolishiga va ular faoliyati buzilishiga sabab bo'ladi.

Halqum jarohatlari asoratlardan yana biri, nerv tugunlari jarohatlanishi hisobiga kichik til yoki qaytuvchi nerv jarohatida ovoz baylamlarini falajlanib, ovoz xirilashi va nafas olishning qiyinlashiga olib kelishidir. Katta jarohatlarda bo'yinning simpatik tugunini zararlanishi ham kuzatiladi, bunday hollarda

o'ziga xos belgi **Gerner sindromi** paydo bo'ladi, ya'ni enofthalm, ko'z yorig'i va qorachig'inинг torayishi.

Halqum jarohati tashhisi asosan bemor shikoyatlari, kasallik tarixi, tekshirish natijalari va kasallik belgilariga asoslanadi.

**Davolash.** Davolashning birinchi bosqichi bemorni jarohat ta'siridan xalos etish va holatiga qarab yordamni tashkil etishdan iborat. Agar bemorda nafas olish jarayoni izdan chiqqan bo'lsa, darhol uni tiklash zarur (kerak bo'lsa tracheotomy o'tkaziladi) va keyinchalik hayot uchun xavfli bo'lgan qon ketishini to'xtatish kerak. Bemor shok holida bo'lsa undan chiqarish uchun qon, poliglyukin yoki gemodez quyiladi, qoqsholga qarshi zardob yuboriladi. Bemor hayotiga tug'ilgan xavf bartaraf qilingandan so'ng, jarohatning birlamchi jarrohlik tozalohidan o'tkaziladi. Jarohatga ovqat yoki so'lak oqib tushishining oldini olish maqsadida burun orqali ovqatlanish uchun 1–2 haftaga oshqozonga zond qo'yiladi. Jarohat o'mi tozalanib qavatma qavat tikishdan avval to'liq tekshirish zarur, biror joyda yot jism qolmasligi yoki qon ketishi kuzatilmasligi ishonch hosil qilgach, yaraga antibiotik sepiladi va bog'lov qilinadi. Keyinchalik ikkilamchi infeksiyaning oldini olish uchun antibiotik, shishni pasaytirish maqsadida antigistamin dori vositasi qilinadi. Halqum jarohati ko'pincha ikkilamchi chandiqlar hosil bo'lishi bilan davom etadi, bunday holatning oldini olish maqsadida uzoq muddatarga bujlar qo'yiladi, keyichalik esa plastik muolajalar o'tkaziladi.

### **Halqumning yot jismlari**

Yutqinning yot jismlari boshqa LOR a'zolari yot jismlariga qaraganda ko'p uchraydi va kelib chiqishlari bo'yicha tashqi va

ichki turlariga bo'linadi. Tashqi yet jismlar halqumga tashqaridan tushadi, ichkisi esa halqumning o'zida paydo bo'ladigan, ya'ni yasama tishlar o'rnida ko'chib halqumda sanchilib qolishi yoki bodomcha bezi lakanalarida hosil bo'ladigan toshlar kiradi.

Halqumga tashqaridan tushadigan yet jismlar ovqat bilan yoki yosh bolalarda o'zлari o'ynab kiritishi mumkin. Bunday yet jismlarga suyaklar, tish va tish protezi, tangalar, mayda o'yinchoqlar, mix va boshqa narsalar kiradi.

Ovqatlanish vaqtida birdaniga yo'talish, aksirish, gaplashish vaqtida yutqinga yet jismlarning tiqilib qolishi mumkin. Yet jismlar ko'proq yosh bolalarda va tishi tushib ketgan keksalarda uchraydi. Mayda va o'tkir yet jismlar ko'pincha tanglay bezlarida, halqumda sanchilib qoladi, agar yet jismlar kattaroq bo'lsa halqumni hiqildoq qismida, valekulalarda, qizilo'gachning kirish qismida yoki noksimon chuqurchalarda turib qoladi.

Bundan tashqari halqumda tirik yet jismlar ham uchrab turadi. O'rta Osiyo va Qozog'iston hududlarida chorvadorlar va ularning oila a'zolari orasida hiqildoq-yutqin sohasida tirik yet jismlardan zuluklar, turli qurtlar, gijja, chivinlar lichinkalari ko'p kuzatiladi. Tirik yet jismlar ko'pincha ariqlardan suv ichilganda, cho'milganda kirib qoladi. Halqumning yet jismlari sifatida burun va burun yondosh bo'shliq jarohatlarida tushib qolgan suyak siniqlari, tibbiyot muolajalar o'tkazishda esdan chiqarib qolgingan tamponlar ham uchrab turadi.

**Kasallik belgilari:** Kasallikning klinik belgilari yet jism shakli, hajmi, tushgan joyi va vaqtiga bog'liq bo'ladi. Bemor asosan tomoqdag'i og'riqqa, bu og'riqlar ayniqsa yutinish

vaqtida kuchayishidan shikoyat qiladi. Tomoqda yot jism borligini his qiliш bemorni doimo tomoqni qirib yo'talishiga sabab bo'ladi. Yutish jarayoni og'riqli bo'lganligi, so'lakning ko'p miqdorda ajralishi og'izda ko'p miqdorda so'lak to'planishiga olib keladi, ayniqsa yot jism noksimon chuqurchada turib qolsa, bu yerda "**so'lak dengizi simptom**i" hosil bo'ladi. Katta yot jismlar halqumning pastki, hiqildoq qismiga tushib qolganda, bemorning nafas olish va gapirish faoliyatining buzilishi kuzatiladi. Qirralari c'tkir bo'lgan yot jism qizilo'ngach tomonga o'tish jarayonida ko'pincha shilliq qavatni jarohatlab o'tadi, natijada bu joyda to'qima shishadi va bemorda doimo yot jism borligi hissi paydo qiladi. Uchlari o'tkir, kichik yot jism bodomcha beziga yoki shilliq qavalarga sanchilib qolib, uzoq vaqtlar turib qolishi natijasida yallig'lanib, hayot uchun har xil xavfli asoratlarga (reterofarengial abscess, bo'yin flegmonasi, mediastenit va sepsis) sabab bo'ladi.

Yutqindagi yot jismlarni **tashhislash** unchalik qiyin emas, asosan bemor shikoyatlariga asoslanadi. Faringoskopiyada yot jismlar ko'p turib qoladigan joylar – tanglay bezlari, valekulalar va noksimon chuqurchalar diqqat bilan tekshirilishi shart. Endoskopik tekshirishda burun-halqundan boshlab qizilo'ngach va hiqildaqqa kirish qismlargacha to'liq tekshirish zarur. Rentgenologik tekshirishda bemor ikki holatda-oldindan va yonboshdan tekshiriladi. Halqumni tekshirish albatta mahalliy anesteziya qilib amalga oshirish kerak va yutqinning barcha bo'limlarini ko'zdan kechirishdan tashqari, qo'l yetadigan bo'limlarini barmoqlar bilan paypaslash kerak.

**Davolash:** yot jismlarni yutqindan olib tashlash uncha qiyin emas. Yutqinning o'rta bo'limidan yot jismlar maxsus qisqichlar (odatdagи faringoskopiyada) olib tashlanadi. Halqumning

hiqildoq qismidagi yot jismlar bevosita yoki bilvosita laringoskopiya, fibroskopiya qilish yo‘li bilan olib tashlanadi. Burun-halqumdagagi yot jismlar orqa rinoskopiya yoki burun yutqin fibroskopiyasi usulida olib tashlanadi. Yot jismlar olib tashlagandan so‘ng o‘rnida jarohat bo‘lsa, ikkilamchi yallig‘lanishning oldini olish uchun shu joy 2–3% kumush nitrat eritmasi surtiladi va bir necha kun antiseptik eritmalar bilan tomoq chayiladi.

### **Halqum va qizilo‘ngachning kuyishi.**

Tashqi muhitning turli salbiy ta’sirlari birinchi navbatda og‘iz bo‘shlig‘i va halqumga to‘g‘ri kelishi tufayli bu joylarda turli asoratlar ko‘p uchraydi. Shunday asoratlardan biri halqum kuyishidir. Kuyish jarayoni deyarli halqumda alohida uchramaydi, asosan og‘iz bo‘shlig‘i, qizilo‘ngach va hiqildoq kirish qismining birga kuyishi bilan kuzatiladi.

**Kuyishlar kelib chiqishi** bo‘yicha termik, nурдан, kimyoviy va elektrik turlariga bo‘linadi. Termik kuyishlar asosan qaynoq ovqat, choy ichilganda yoki issiq havo, qaynoq bug‘ ta’sirida ro‘y beradi. Hayot uchun xavflisi va og‘ir asorat beradigani bu kimyoviy kuyishdir. Kimyoviy moddalar (kislotalar yoki ishqorlar) bilan ko‘pincha sırka kislotosi, nashatir spirti, ayrim hollarda oltingugurt, vodorod xlorid va azot kislotalar bilan kuyishlar kuzatiladi.

**Kuyish sabablari kattalarda** mast holda va joniga qasd qilinganda, yosh bolalarda esa ehtyotsizlik oqibatlarida ro‘y beradi. Bunday hollarda kuyish darajasi kimyoviy modda miqdori, konsentratsiyasi, ta’sir etish vaqt, yordam ko‘rsatish sifati va bemor holatiga bog‘liq bo‘ladi. Kimyoviy kuyishlar odatda halqumda qizilo‘ngach va oshqozonga nisbatan yengil

bo'ladi, chunki bu moddalar og'iz bo'shlig'idan tezda yutib yuboriladi. Kislotalarga nisbatan ishqorlar bilan kuyishlar og'ir kechadi. Ishqor ta'sirida kuyishda jarayon to'qimalarni barcha qavatlariga keng tarqaladi, shuning uchun ham og'ir kechadi va ko'p asorat beradi. Kislota bilan kuyishda to'qima yuza qavatida kuyish qatlami hosil bo'lib, jarayon to'qimalarining ichki qatlamlariga tarqalishiga yo'l qo'ymaydi. Halqum kuyishida ko'proq tanglay yoylari, bodomcha bezining halqum yuzasi, kichik til, hiqildoq ustki tog'ayning til yuzasi, hiqildoqqa kirish qismi va qizilo'ngachning boshlanishi (birinchi anatomik qisilish joyi) jarchatlanadi.

Kuyishning birinchi daqiqalarida halqumda, qizilo'ngach va oshqozonda qattiq og'riq paydo bo'ladi, yutinishda va yo'talda bu og'riqlar kuchayadi, keyinchalik shish paydo bo'ladi hamda intoksikatsiya belgilari namoyon bo'ladi. Agar bemor kuyishning dastlabki bosqichlarida intoksikatsiyadan halok bo'lmasa, keyinchalik nafas yo'llarida hayot uchun xavfli bo'lgan shishlar paydo bo'lib, nafas o'tishi qiyinlashib qoladi.

**Kuyishning uch bosqichi tafovut qilinadi 1-bosqichida** shilliq qavat yuzasida qizarish, shish paydo bo'ladi, 3–4 kunlardan so'ng kuygan joy shilliq qavat yuzasi ko'chib tushadi. Bemorni bu bosqichda tomoqda og'riq, yutinishning qiyinligi, achishish va og'izdan so'lak ajralishi bezovta qiladi, tana harorati subfebril bo'ladi, ammo bemorning umumiyligi ahvoli sezirarli o'zgarmaydi.

**Kuyishning ikkinchi bosqichi** – jarayon to'qimalari chuqurroq qatlamini qamrab oladi, shilliq qavat yuzalarida qizarish, kuchli shish, ichi suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi, keyinchalik bu joylar halqum bo'g'masidagi

(difteriya) kabi oq kulrang karash bilan qoplanadi. Bu karashlar 5–6 kunlari ko‘chib tushadi va o‘rnida qonab turuvchi (eroziya ) yarali yuzalar paydo bo‘ladi. Bemorning umumiy ahvoli ancha og‘irlashadi, tomoqda qattiq og‘riq, yutinishing qiyinligi, og‘izdan so‘lak oqishi, intoksikatsiya hisobiga tana harorati 38–39 C darajagacha ko‘tariladi, jag‘ osti va bo‘yin limfa tugunlar kattalashadi va og‘riqli bo‘ladi. Agar hiqildoqning kirish qismi harn kuygan bo‘lsa bemorda ovozni xirilashi, nafas olishining qiyinlashuvi va yo‘tal kuzatiladi. Kasallikning 10–14 kunlarida kuygan joy yuzasida asta-sekin chandiqlar hosil bo‘ladi.

**Kuyishning og‘riroq kechishi uchinchi bosqichda** kuzatiladi – kasallikning bu bosqichida jarayon nafaqat shilliq qavatni, balki shiliq qavat osti to‘qimalariga ham chuqurroq kirib boradi. Bu bosqichda doimo hiqildoqqa va qizilo‘ngachga kirish qismlari kuyishi bilan birga davom etadi. Tomoqda qattiq og‘riq, bu og‘riq qizilo‘ngach bo‘ylab ko‘kis oralig‘iga tarqaladi, yutinish jarayoni og‘riq kuchaytirganligi sababli qiyinlashadi, shuning uchun ham ko‘p miqdorda ajralgan so‘lak to‘planib, og‘izdan oqib turadi, qayt qilish kuchayishi hisobiga qusuqda qon aralashmasi bo‘ladi. Bemor ahvoli og‘ir, ayrim hollarda behush, tana harorati 40 C va undan ham yuqori bo‘ladi. Kuyish alomatlari (terida kuyish dog‘lar paydo bo‘ladi) og‘izning kirish qismlari, lablar va jag‘ osti terisida ham ko‘zga yaqqol tashlanadi. Kuyish natijasida yuzalarda nekrotik to‘qimalar hosil bo‘lib, ularning ko‘chishi hisobiga bu joylarda eroziv yaralar paydo bo‘ladi, bu yaraga infeksiya tushishi hisobiga ikkilamchi flegmona va absesslar rivojlanadi. Kuyishning bu bosqichida bemor intoksikatsiya natijasida birinchi kunlari halok bo‘lmasa, kuyish alomatlari uzoqroq

davom etadi, kasallikning 3–4 haftalariga borib, shilliq qavat yuzasidagi karashiar asta-sekin ko‘chadi va ular o‘rnida granulyasiya qoplanagan yara ko‘rinadi. Keyinchalik bu granulyasiyalar o‘rnida qo‘pol chandiqlar hosil bo‘ladi, bunday chandiqlar yutinish, nafas olish va gapisish faoliyatining buzilishiga olib keladi.

**Davolash:** Davolash kuyishning birinchi soniyalarida kuyishga olib keluvchi omillarni bartaraf qilishdan boshlanadi. Kimyoviy moddalar bilan kuyishdagi choralar quydagicha bo‘ladi. Agar kislota bilan kuygan bo‘lsa 2% natriy gidrokorbanat eritmasi yoki sovunli suv ichiriladi, ishqor bilan kuyganda oddiy suv yoki sırka, limon kislotasining yengil eritmalari ichiriladi. Kimyoviy kuyishni bartaraf etishning eng yaxshi chorasi sut ichirishdir. Kelgusidagi davo choralarini simptomatik davolar bo‘lib, bunda og‘riq qoldiruvchi, shishga qarshi dorilar, yutish uchun bir qoshiqdan sintomitsin emulsiyasi yoki balig‘ moyi ichish tavsiya qilinadi. Kuygan nekrotik to‘qima antiseptik dorilar shimdirligan tampon bilan tozalanadi, yuzasiga antibiotikli aerozol sepiladi. Ikkilamchi infeksiyaning oldini olish maqsadida antibiotik buyuriladi. Intoksikatsiyaning oldini olish maqsadida tomir ichiga glyukoza, reopoliglyukin, gemodez kabi suyuqliklar yuboriladi. Qo‘pol chandiqlar hosil bo‘lganda halqum faoliyatini tiklovchi plastik jarrohligi o‘tkaziladi.

## HALQUMNING O'TKIR KASALLIKLARI

### O'tkir faringitlar

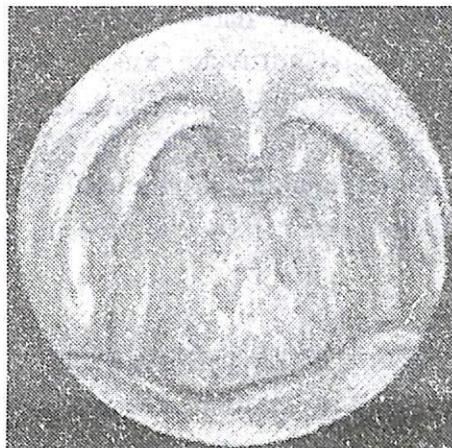
Butun dunyo sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotiga binoan, dunyoda har bir katta yoshdagagi odamga har yili 4–6-marotaba yuqori nafas yo'llarini o'tkir yallig'lanishi to'g'ri keladi. Halqum shilliq pardasining o'tkir yallig'lanishi (o'tkir faringit) aksariyat hollarda burun bo'shlig'inинг o'tkir yallig'lanishi bilan birga kechadi, ammo ba'zan o'zini alohida yallig'lanishi ham uchrab turadi. O'tkir faringitning paydo bo'lishidagi omillar burun va burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanishlari, kasbdagi zararli omillar (chang, turli kimyoviy chiqindilar ta'siri), ichkilik ichish, tamaki chekish, juda issiq va achchiq ovqat tanovul qilish kabilar sabab bo'ladi. Bundan tashqari ayrim yuqumli va qon kasalliklarda (terlama, chechak, agranulotsitoz, limfogranulomatoz va boshqalar) ham halqumda ikkilamchi o'tkir faringit kabi yallig'lanish kuzatiladi.

**Kasallik etiologiyasida viruslar** 70% (adenovirus, enterovirus, gripp virusi) va 30% bakterialar (streptokokk, diplokokk, gonokokk) muhim o'rinni egallaydi. Patomorfologik o'zgarishlardan shilliq qavatlar shishi, infiltrsiyasi, qon tomirlarining to'laqonligi, epiteliyalar deskvamatsiyasi kuzatiladi. Bunday o'zgarishlar ko'proq limfoid to'qimalar to'plangan joylarda yaqqol namoyon bo'ladi, halqumning orqa devori (granulyoz faringit) va yon tomonlarida (yonbosh faringit).

**Bemor shikoyatlari:** Tomoqda og'riq, achishish, yutinishing qiyinligi va yo'talga bo'ladi. Tomoqdagi og'riq quruq, so'lak yutishda kuchayadi. Og'riq burun halqumga,

qulqqalari tarqaladi, keyinchalik yallig'lanish jarayoni tarqalib, tanglay yoylarini qamrab olgandan so'ng, bemorlarda tomoqda yot jism borligiga shikoyat paydo bo'ladi. Ayrim hollarda tomoqdagi achishish hissi shu darajada kuchli bo'ladiki, hatto bemorlarda ko'zlaridan yosh oqadi. Bemorlarning umumiy holati keskin o'zgarmaydi, ularda sezirarli quvvatsizlik, tana haroratining subfebril ko'tarilishi va ishtahaning buzilishi kuzatiladi.

**Faringoskopiya** qilinganda halqum shilliq qavatlari loklangandek qizarib, yaltirab ko'rindi. Orqa devori shilimshiq ajralmalar bilan qoplanga, limfold granulular qizarib kattalashgan, qon tomirlari bo'rtgan bo'ladi. Kasallikning yon tomonlarini yallig'lanishi turida, ikki yon tomonagi valiklar qizarib, shishganligi ko'zga tashlanadi, bunday o'zgarishlar tanglay yoysi, kichik tilga, hiqildoq ustki tog'ayi va hiqildoqni kirish qismilariga ham tarqaladi. Shilliq osti bezi faoliyati kuchayganligi sababli, halqum shilimshiq ajralma bilan to'lgan bo'ladi.



28-rasm. O'tkir faringit

O'tkir faringitni oddiy kataral anginadan, qon kasalliklarida halqumdag'i ikkilamchi o'zgarishlardan va halqum yolinidan (roja) farqlash lozim.

**O'tkir faringit odatda mahalliy davolanadi.** Davolash ambulator olib boriladi va dastlab kasallik keltrib chiqaruvchi omillarni bartaraf qilishdan boshlanadi. Bemorlarga iliq suyuq ovqatlar tavsiya qilinadi, tomoqni chayish uchun iliq antiseptik dori qaynatmalari (evkalipt, shalfey va romashka qaynatmalari, natriy gidrokorbanat eritmasi) buyuriladi. Kuniga 4–5 mahal ingalipt yoki kameton aerozollari sepish tavsiya etiladi va burunga moyli tomchilar (oblepixa, o'rik, shaftoli danagini moyi kuniga 4 mahal tomiziladi) tayinlanadi. Yog'li tomchilar bemorga yotgan holda tomizish buyuriladi, bundan yog'lar burun orqali o'tib halqum orqa devorini yog'laydi. Natijada shilliq qavatlar yuzasida moyli himoya qatlami hosil bo'ladi. Antigistamin dorilar himoya quvvatini ko'taruvchi (imudon, tonzilgon va IRS-19) tavsiya qilinadi. Harorat subfebril bo'lganda antibiotik va sulfanilamid preparatalari qo'llaniladi. So'rish uchun falimint, faringosept yoki antibiotiklardan makropen qo'llash yaxshi natija beradi. Oxirgi vaqtarda antiseptik va og'riqsizlantiruvchi xususiyatga ega bo'lgan loroben qo'llanilmoqda. Lorben sprey holida kuniga 4–6 mahal sepish tavsiya qilinadi.

Fizioterapeutik muolajalardan halqumni orqa devoriga UF nurlari bilan ta'sir etish va yog'li-ishqorli ingolyasiya qo'llaniladi.

### **Halqum bezlari o'tkir yallig'lanishi-anginalar**

**Angina** o'tkir umumiy yuqumli kasallik bo'lib, bunda bitta yoki bir nechta halqum bezlarining mahalliy o'tkir yallig'lanishi

namoyon bo'lishgi bilan kechadi. Infeksiya ekzogen yoki endogen bo'lishi mumkin. Ko'pehilik hollarda hamma bez ichida tanglay bezlarining o'tkir yallig'lanishi kuzatiladi. Mana shuning uchun ham «angina» deganda tanglay bezlarining o'tkir yalliglanishi tushuniladi. Angina tushunchasi ko'p adabiyotlarda o'tkir toazillit deb ham yuritiladi. Kasallik rivojlanishi fasllarga bog'liq bo'lib, sovuq havo namligi yuqori bo'lgan joylarda ko'p uchraydi. Angina havo-tomchi va alimentar infeksiyasi bo'iganligi uchun atrofdagilarga tez yuqadi. Kasallik asosan 17–30 yoshlarda ko'p (70–90%) uchraydi. Asosiy kasallik qo'zg'atuvchisi strepto-stafilokokklar va zamburug'lar (kandida) hisoblanadi. Insonda himoya quvvatining pasayishi hisobiga ozgina sovuq o'tishi bilan halqum bezi o'tkir yallig'lanishi namoyon bo'ladi.

Halqum bezi shilliq pardasiga ekzogen omil sifatida kasallik tarqatuvchi mikrob havo-tomchi va alimentar yo'l bilan yoki bemorga to'g'ridan-to'g'ri yaqin bo'lishda o'tishi mumkin. Bundan tashqari odatda halqum shilliq pardasida, halqum bezlarida bo'ladigan mikroblar yoki viruslardan autoinfeksiya sifatida ham rivolanadi.

**Oddiy angina uch xil vaziyatda kelib chiqadi.**

**1. Epizohik vaziyat:** tashqi muhit sharoitlari yomonlashganda immunologik himoya quvvati pasayganda va sovuq o'tganda autoinfeksiya sifatida paydo bo'ladı.

**2. Epidemik vaziyat:** bemor kishidan yuqishi tufayli paydo bo'ladı.

**3. Surunkali tonzillitning qaytalanishi** sifatida paydo bo'ladigan angina.

Ko'pincha angina surunkali tonzillitning qaytalanishi sifatida kechadi.

**Anginaning sinflarga bo'linishi:** Angina sinflarga bo'linishida turli mualiflar o'z mulohazalarini taklif qilishgan bo'lib bular quyidagicha: klinik, morfologik, patofiziologik, etiologik va boshqa vaziyatlarni uz ichiga qamrab olgan.

**Hozirgi kunda anginaning eng ko'p tarqalagan siniflanihi quydagicha:**

kataral

follikulyar

lakunar,

fibrinoz

gerpetik

flegmonoz (intratonzillyar abscess)

yarali-pardali

aralash.

Anginada paydo bo'ladigan patologo-anatomik o'zgarishlarda bez parenximasida mayda qon va limfa tomirlarning kengayishi, mayda venalarining trombozi, limfatik kapillyarning spazmi aniq namoyon bo'lishi bilan kechadi.

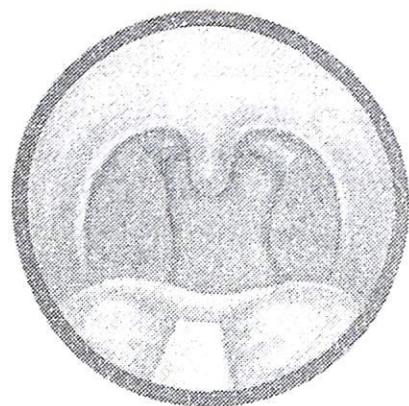
**Kataral angina.** Kasallik to'satdan boshlanib, tomoq qurishi, qirilishi, yutinishda ozgina og'riq sezishdan iborat bo'ladi. Bemorlarning umumiy holsizlanish, bosh og'rig'i, a'zoi badanda og'riq alomatlari bezovta qiladi. Tana harorati odatda subfebril (37–37, 5C) bo'ladi, periferik qonda yallig'lanish xarakteriga xos ozgina o'zgarish: qleykotsitlar miqdori ortib, SOE tezlashadi.

**Faringoskopiyada** tanglay bezlari va tanglay yoynarining chetlarida qizarish va shish kuzatiladi, bezlar birmuncha kattalashadi, ayrim joylari shilimshiq aralash yupqa ekssudat parda bilan qoplangan. Til quruq karash bilan qoplangan. Ko'pincha regionar limfatik tugunlar kattalashgan va ushlab ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Bolalarda hamma klinik alomatlар katta kishilardagiga nisbatan kuchliraq namoyon bo'ladi. Kasallik 3–5 kun davom etadi va sekin-asta yallig'lanish pasayib, bemor tuzalishi mumkin yoki anginaning boshqa og'irroq turiga o'tishi mumkin.

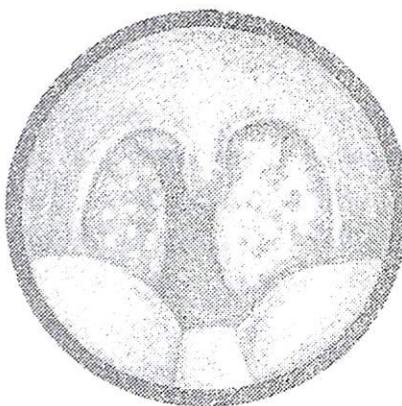
**Fellikulyar angina.** Kasallik boshlanishidagi yashirin davri uncha uzoq bo'lmaydi. Ko'pincha bir necha soat, ba'zan bir necha kun davom etadi va kasallik o'tkir boshlanadi, odatda tana haroratining 38–39 C gacha ko'tarilishi va qaltirash kuzatiladi. Yutinganda tomoqda kuchli og'riq paydo bo'ladi, ko'pincha og'riq quvoqqa tarqaladi, aksariyat holatda so'lak ajralishi kuchayadi. Bemorlarda umumiy intoksikatsiya kuchayadi: umumiy quvvatsizlik, bosh og'rig'i, bo'g'imlar va yurak sohasida og'riq, ishtahaninf buzilishi kuzatiladi. Bolalarda birmuncha og'ir belgilar paydo bo'lishi mumkin: Tana haroratining yuqori bo'lishi hisobiga bemorlar ko'pincha qayt qiladi, meningizm alomatlari paydo bo'ladi. Odatda ishtaha buziladi, ko'krak yoshidagi bolalarda ich ketishi kuzatiladi. Qondagi o'zgarishlar: neytrofil leykotsitoz bo'lib, leykotsitlar

soni 12000 dan 15000 gacha ko'tariladi, tayyoqcha yadrolilar esa chap tomonga siljiydi, eozinofiliya, SOE ko'pincha soatiga 30–40 mm ni tashkil etadi. Siyidikda oksil paydo bo'ladi. Odadta regionar limfatik tugunlar kattalashgan, ular paypaslanganda og'riydi, taloqning kattalashishi kuzatiladi.

**Faringoskopiyada** yumshoq tanglay va tanglay yoqlarida tutash qizarish va infiltratsiya kuzatiladi, bezlar kattalashib, qizaradi. Ularning yuzasida yumaloq, yuzadan ozgina ko'tarilib turadigan, sargimtir yoki oqimtir sarg'ish, 3 min gacha hajmda bo'lgan ko'p sonli yiringli nuqtalar ko'rindi. Bu yiringli ajralmalar shpatel bilan olinsa yengil ko'chadi. Bu ajralmalar bez follikulalarining yiringlagan hosilasidir. Kasallik besh-yetti kun davom etadi, keyinchalik asta-sekin yallig'lanish jarayoni pasayib, tana harorati mo'tadillashadi va bemor sog'ayib ketadi. Ayrim hollarda yallig'lanish jarayoni kuchayib, bez oldi to'qimalarining yallig'glanishi (paratonzillit yoki paratonzilyar abssesslar) bilan asoratlanishi mumkin.



29-rasm. Kataral angina



30-rasm. Lakunar va follikulyar angina

**Lakunar angina.** Kasallikning boshlanishi va uning umumiyligi belgilari follikulyar anginadagi kabi bo‘ladi. Lakunar angina follikulyar anginaga qaraganda birmuncha og‘ir kechadi. Anginalarning bu turlari lakunar va follikulyarga bo‘linishi shartli hisoblanib, bir bemorning o‘zida ham lakunar, ham follikulyar ko‘rinishi bir vaqtning o‘zida uchrashi mumkin.



31-rasm. Yarali-pardali angina

**Faringoskopiyada** lakunar anginada tanglay bezlari qizargan, shishgan, yuzalaridagi avval hosil bo‘igan oq-sargintir rangli yiringli ajralmalar keyinchalik bir-birlari bilan qo‘silib kattalashib yiringli orolchalar hosil qiladi. Bunday yiringli orolchalar faqat bez yuzasida joylashgan bo‘lib, bez tashqarisiga tarqalmaydi. Kasallik 5–7 kun davom etadi va keyinchalik, yallig‘linish belgilari asta-sekin pasayib bez shishi va qizarishi kamayadi, bez yuzasidagi yiringli ajralmalar yo‘qoladi, ammo tana harorati umumiyligi intoksikatsiya hisobiga yana bir necha kun ko‘tarilib turadi, kattalashgan linfatik bezlar sekin-asta

pasayadi. Agar lakunar angina asoratlansa (paratonzillit, paratonzillyar abscess), unday holatda yallig'lanish jarayoni ancha vaqtgacha cho'zilishi mumkin.

**Kataral, lakunar va follikulyar anginalarni davolash:** Kasallikning birinchi kunlarida o'rinda yotib davolanish majburiydir, keskin jismoniy harakatlar qilinmaydi. Bunday tavsiya kasallikning davolashda hamda asoratlarning oidini olishda eng muhim chora hisoblanadi. Kasallikning atrofdagilarga yuqishining oldini olish uchun bemorning yotgan joyi parda bilan to'sib, atrofdagilardan ajartiladi, unga alohida idish-tovoqlar va parvarish buyumlari ajratiladi: anginaga moyil bolalar bemor huzuriga kiritilmaydi. Kasallik og'ir kechgandagina bemor kasalxonaga yotqiziladi.

**Parxez ovqatlar:** suyuq, yumshoq, sutli ovqatlar, vitaminlar tayinlanadi. Kasallikning mahalliy va umumiyl alomatlari yo'qolgandan so'ng 2–3 kun kuzatiladi, so'ngra ishlashga ruxsat beriladi. Bemornnig ishga layoqatsizlik muddati o'rta hisobda 10–12 kunni tashkil qiladi. Mahalliy davolash uchun turli antiseptik eritmalaridan foydalilanildi. Bularga iliq natriy gidrokarbonat eritmasi (200 ml suvga 1 choy qoshiq natriy gidrokarbonat yoki natriy xlorid eritmasi) yoki furatsillin, kaliy permanganat yoki vodorod peroksid, kalendula damlamasasi bilan tomoq kuniga 5–6 mahal chayiladi, bo'yinga kuniga 4–5 mahal spirtli isitadigan bog'lov qilinadi. Umumiy davolash uchun isitma tushiruvchi va antibakterial preparatlar buyuriladi. Antibiotiklardan penitsillin (bemorning yoshiga qarab sutkasiga 1500000- 2500000 TB dozada odatda 5 kungacha in'yeksiya qilish maqsadga muvofiq)buyuriladi. Bemor penitsillinni qabul qila olmasa, keng ta'sir doirali boshqa antibiotiklar tegishli miqdorda qo'llaniladi. Neomitsin, monomitsin, streptomitsin

kabi ototoksiq ta'siri bor preparatlarni qo'llab bo'lmaydi. In'yeysiylar qilib davolash biroz qiyinchilik tug'dirsa, katta yoshdag'i edamga antibiotiklar ichishga tavsiya etiladi. Kandidozning rivojlanishining oldini olish uchun atibiotiklar bilan birga ichishga nistatinni tavsiya qilish zarur. Organizm sezgirligini pasaytirish maqsadida antigistamin dorilari (dimedrol, suprastin, diazolin va boshqalar)ni qo'llash maqsadga muvofiq.

**Flegmanoz angina.** Anginaning bu turida tanglay bezi bez atrofi to'qimalari bilan birga yallig'lanadi. Kasallikning bu turi nisbatan kam uchraydi, uning paydo bo'lishi bezning yiringli yallig'lanishi bilan bog'liqdir: odatda jarayon bir tomonlama bo'ladi. Flegmanoz anginaning paydo bo'lishida boshqa anginalardan so'ng yoki bezning shikastlanishi natijasida paydo bo'ladi. Flegmonoz anginani boshlanishi keskin tomoqda og'riq, yutinishing qiyinligi, qaltirash, bosh og'rig'i, kamquvvatlik, tana haroratining yuqori ko'tarilishi (39–40 C) bilan boshlanadi. Og'izdan noxush hid keladi, ko'p miqdorda so'lak ajralishi bilan davom etadi.

**Faringoskepiyada** yallig'langan tomonda bez keskin qizarib shishi va shish hisobiga bez o'rta chiziq tononga suriladi. Yumshoq tanglay harakati keskin chegaralangan, natijada ichilgan suyuq cvqat burundan oqib chiqadi. Regionar limfa bezlari kattalashgan va og'riqli bo'ladi.

**Davolash:** Abssess to'liq shakillangan bo'lsa, davolashni avval punksiya qilib yirishdan boshlanadi, so'ngra abscess katta qilib yorib olgan yiring chiqariladi, keyingi davolash boshqa anginalarni dovolagandak olib boriladi. Agar yallig'lanish jarayoni qaytalansa, bir tomonlama tonsillektomiya qilinadi.

Haqiqiy bez assessini, epiteliy ostida joylashadigan sarg‘imtir rangli retension kistalardan farq qilish kerak.

**Gerpetik angina:** Bu anginani qo‘zgatuvchisi adenovirus Koksaki A virusi hisoblanadi. Kasallikning klinik kechishi qish va bahorda sporadic ko‘rinishda, yez va kuzda esa epidemik ko‘rinishga ega bo‘ladi. Gerpetik angina ko‘pincha kichik yoshdagi bolalarda uchraydi. Inkubatsion davri 2–5 kun, ba’zan 2 haftagacha davom etadi. Kasallik kontakt yo‘li bilan tarqalishiga moyil. Gerpetik angina o‘tkir boshlanadi: tana harorat 38–40 darajaga ko‘tariladi, yutinganda tomoqda og‘riq seziladi, bosh og‘riydi, qorin muskullari og‘riydi, bemor qayt qilish, ich ketishi mumkin, umumiylahvoli og‘irlashadi. Qonda o‘rtacha o‘zgarishlar bo‘ladi: biroz leykotsitoz, ko‘pincha ozmoz leykopeniya va SOE tezlashadi. Ayrim hollarda bolalarda seroz meningit kabi asorat kam bo‘lsada uchrab turadi.

**Faringoskopiyada** kasallikning birinchi soatlarida halqum shilliq pardasida diffuz qizarish aniqlanadi. Yumshoq tanglay, til yoychalarida va qisman bezlarda va halqumning orqa devorida uncha katta bo‘limgan, qizgich pufakchalar ko‘rinadi, 3–4 kundan so‘ng pufakchalar yoriladi yoki so‘riladi va shilliq parda normal holatga keladi.

**Davolash** boshqa anginalarni davolangandek olib boriladi.

**Yarali-pardali (Simanovskiy-Vensen anginasi)** angina. Bu anginaning qo‘zg‘atuvchisi tuksimon tayoqcha va og‘iz bo‘shlig‘idagi saprofit spiraxeta simbiozi hisoblanadi, ular ko‘pincha sog‘lom kishilarning og‘iz bo‘shlig‘ida saprofit holatda uchraydi. Simanovskiy-Vensen anginasi nisbatan kam, sporadic holda uchraydi, biroz urush va ofatlar yuz bergan yillarda kasallik ko‘p uchragan va og‘ir kechgan. Kasallik

asosan kam quvvat, ozgin, vitaminlar yetishmovchiligi bor va immunologik qobiliyati pasaygan odamlarda ko‘proq uchraydi.

**Morfologik o‘zgarishlar:** jarayon ko‘pincha bir tomonlama bo‘lib, bez yuzasida chuqur bo‘imagan, qirg‘oqlari notekis nekrozli yara va yara yuzi esa sarg‘imtir yengil ko‘chuvchi yiringli parda bilan qoplangan bo‘ladi.

**Kasallik belgilari:** bemorlar yutinganda tomoqda noqulaylik va yot jism borligiga o‘xshash sezgidan, og‘izdan sassiq hid kelishidan, ko‘p so‘lak ajralib chiqishidan shikoyat qiladilar. Tana harorati odatda mo‘tadil yoki 37, 2 atrofida bo‘ladi, uning ko‘tarilishi asoratlар paydo bo‘lganidan darak beradi. Qonda leykotsitoz o‘rtacha bo‘ladi. Kasallangan murtak tomonidagi regionar limfatik tugunlar kattalashadi, paypaslaganda og‘riq sezadi. Yutishda odatda og‘riq bo‘lmaydi. Kasallik bir haftadan uch haftagacha davom etadi. Ayrim hollarda esa bir oygacha cho‘zilishi mumkin. Tashhisni qoplamadan olingan surtmada spiroxetani bo‘lishligi tasdiqlaydi.

**Davolash:** og‘iz bo‘shlig‘ini parvarish qilishdan, yarani ehtiyyotlik bilan nekrozdan tozalashdan, chayish uchun antiseptik eritmalar va boshqalarni ishlatishdan iborat. Yara yuzasiga yod eritmasi yoki kumush nitrat eritmasi va boshqa antiseptik dorilar surtiladi. Ammo yaraga neosalvarsan, novarsenol qo‘llash bir muncha yaxshi foyda beradi. Bu dorilarni yaraga surtish yoki sepish mumkin. Kasallik og‘ir kechganda venaga novarsenol yuboriladi (0,3–0,4g) hamda spiroxetalarga qarshi ta’sir ko‘rsatadigan penitsillin ishlatiladi.

**Zamburug‘li angina (Kandidoz).** Asosan kichik yoshdagи bolalarda uchraydi, o‘tkir, tana harorati 37,5–37,9 C gacha

ko‘tarilishi bilan boshlanadi. Klinik ko‘rinishi boshqa anginalarga qaraganda kam namoyon bo‘lishi bilan davom etadi.

**Faringoskopiyada** bezlar kattalashgani va biroz qizargani, yuzalarida oq mayda va tiniq, tverogsimon ko‘rinishidagi yengil ko‘chuvchi nuqtasimon qoplamlar ko‘rinadi. Bunday qoplamlar kasallikning 5–7 kunida boshlanib, asta-sekin yo‘qola boshiaydi. Regionar limfatik tugunlar kattalashadi, bez yuzasidan olingan surtmada Kandida zamburugi hujayralarining to‘plamlari, ularning faol holatda rivojlanayotganligi ko‘riladi.

**Davolash.** Kasallik asosan antibiotiklarni ko‘p qo‘llanish natijasida disbakterioz holati vujudga kelgandan so‘ng paydo bo‘ladi. Shunig uchun davolash antibiotiklar qo‘llanishini to‘xtatishdan boshlanadi. So‘ngra organizmning umumiy qarshiligini kuchaytirish, vitaminlar gruppasidan V, S, K qo‘llash, kuniga 3–4-marta 500000 TB dan nistatinni 2 hafta davomida ichirishga buyuriladi. Jarohatlangan qismlarga anilinli bo‘yoqlar – metilbinafsha va gensian binafshaning 2% li suvdagi yoki spirtagi eritmasi mahalliy surtiladi va bundan tashqari, 5–10% li kumush nitrat eritmasi yoki 2–5% li natriy gidrokarbonat yoki Lyugol eritmasi surtiladi.

**Angina asoratlari:** Angina mahaliy asoratlari paratonzillit, paratonzillyar abscess, laterofaringial abscess, tonsillogen mediastinit va tonsillogen sepsis, bo‘yin flegmonasi hisoblanadi. Umumiylasoratlardan revmatizm, nefrit, xoletsistit va meningitlar uchraydi.

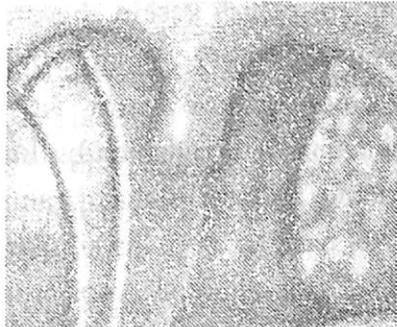
Paratonzillit so‘zi kasallik mohiyatini aniq aks ettiradi, chunki bunda bezdagi yallig‘lanish jarayoni bez oldi to‘qimalariga tarqalishi va bu joyda yallig‘lanish infiltrati hosil bo‘lishi bilan kechadi. Bunday infiltratlar sekin-asta qayta

so‘rilib ketishi yoki asoratlanib paratonzilyar abssessga o‘tishi mumkin.

**Kasallik kechishi:** Ko‘pchilik hollarda jarayon bir temonlama bo‘ladi. Paratonzillitlar odatda tonzillitning navbatdagi xuruji tugagandan bir necha kundan keyin yoki anginadan so‘ngida paydo bo‘ladi.



32-rasm. Paratonzillyar abssess



33-rasm. Paratonzillyar  
abssessni yerish

**Paratonzillyar abssess** paratonzillitning davomi hisoblanib, bez oldi to‘qimalarining yiringli yallig‘lanishi bilan davom etadi. Joylashishi bo‘yicha old, yuqori old (supratonzillyar), yenbosh va orqa turlari uchraydi. Kasallik yutinganda tomoqda og‘riq paydo bo‘lishi bilan boshlanadi, so‘ngra bu og‘riq kuchayadi va doimiy bo‘ladi. So‘lakni yutishga harakat qilinganda og‘riq zo‘rayadi, shuning uchun ham bemorlar iloji boricha yutinmaslikka harakat qiladi, natijada og‘izdagи so‘lak lablarni bir chetdan oqib chiqadi, ovqat yutish qiyinlashadi. Bosh og‘rig‘i paydo bo‘ladi, butun tana zirqirab og‘riydi, tana harorati yuqoriga ko‘tariladi. Chaynov mushaklarining tirizmi paydo bo‘ladi, natijada og‘izni to‘la ochishning iloji bo‘lmaydi,

kichik til harakati chegaralanganligi uchun tovush pinqillab qoladi. Halqum muskullarning yallig'lanishi va bo'yin limfadeniti hisobiga boshni burganda, bo'yinda og'riq bo'iadi shuning uchun bemor boshini yon tomonga qaratib turadi va kerak bo'lganda boshini burishi uchun butun gavdasi bilan buriladi.

**Faringoskopiya:** Chaynash mushaklari tirizmi tufayli og'izni ochish keskin chegaralangan va og'riqli, shuning uchun ham og'iz 1-1, 5 sm ochiladi. Yumshoq tanglayning yarmi bezning yuqori qismi va yoqlarining yuqorisi bilan birga sharsimon ko'rinishida bo'lib shishgan, uning sathi qizargan va tarang bo'ladi: tilcha qarama-qarshi tomonga siljigan, murtak ham pastga va orqaga siljigan. Til qalin karash bilan qoplangan, ajralayotgan so'lak yopishqoq bo'lib qoladi. Og'izdan noxush hid keladi.

Ko'proq bo'rtib chiqqan sohada flyuktuatsiya aniqlanadi va bu yerdan yiring aksari supratonzillyar chuqurchadan yoki oldingi tanglay yoyidan yorib chiqadi. Abssessning yetarlicha yorilib yiringning chiqishi hisobiga kasallikning hamma belgilarining keskin pasayishi kuzatiladi. Qonda leykotsitlar soni 1 mkl da  $10 \times 10_3 - 15 \times 10_3$  gacha bo'ladi. Qon formulasi chapga siljiydi, eritrotsitlarning cho'kish tezligi kuchayadi.

Rak, sarkoma va boshqa bir qator o'sma kasalliklaridan istisno tarzida odatda bu kasalliklarning boshlanishi keskin, tana haroratining ko'tarilishi, tomoqda qattiq og'riq bo'lishi va halqumdagagi shish va regionar limfatik tugunlar paypaslaganda kuchli og'riq bo'lishi kabi belgilar bilan kechmaydi.

**Davolash:** Kasallikning yengil kechishida bemor uyda yotqizilib davolanadi, og'ir hollarda esa kasalxonga yotqiziladi.

Suyuq issiq ovqat va ko‘p suyuqliq ichish tavsiya etiladi. Mahalliy issiqliq muolajalari qo‘llaniladi: bo‘yinga isitadigan spirtli bog‘lovlar tavsiya etiladi, moychechak yoki shalfey iliq damlamasi bilan tomoqni kuniga 5–6 mahaldan chayqash: uyqusizlikda uxlatiladigan dorilar, tana harorati yuqori bo‘lsa, isitma tushiruvchi dorilar buyuriladi, ba’zan bo‘yin terisi orasiga reginar yoki vagosimpatik novakainli blokada qilinadi.

Paratonzillitning hamma bosqichlarida bakteriyalarga qarshi davo qo‘llaniladi. Agar bemor yutina olsa, ichish uchun sulfanilamidlar va antibiotiklar buyuriladi. Og‘ir hollarda antibiotiklar in’yeksiya qilinadi. Ko‘pincha penitsillin va boshqa antibiotiklarni tegishli ko‘rsatmasiga binoan qo‘llaniladi.

Paratonzillyar abscess yetilgandan so‘ng (3–6 kun ichida) o‘z-o‘zidan yorilishini kutib o‘tirmasdan yiringni yorib chiqarish lozim. Chunki o‘zicha yorilgan teshik yiringini tez chiqishi uchun ko‘pincha kifoya qilmaydi. Abscessni yorish og‘riqsizlantirmasdan yoki halqumga 5–10 % li kokain eritmasi yoki 2% dikain eritmasidan purkaladi so‘ngra eng bo‘rtib turgan joyidan kesiladi va uchi o‘tmas zajim bilan (bu yo‘l og‘riqli bo‘lishiga qaramay) kengroq ochiladi.

Ko‘pgina klinikalarda paratonzilliti bir munkha qulay davolash usullari qo‘llaniladi. Paratonzillitning infiltrativ yoki absessli ko‘rinishiga tashhis qo‘yilgandan so‘ng bemor anemnezida bir necha yil davomida angina qaytalib turganligi, bemorda har bir anginani paratonzillit bilan asoratlanganligi, to‘liq surunkali tonzillit shakillanganligi aniqlanganda bemorga tonzilektomiya qilish maslahati beriladi. Ba’zan bemorlar anemnezida angina bo‘lmasa-da, ammo abscess paydo bo‘lib jarayon yon tomonda joylashgan bo‘lsa va abscessni yorish

ilojisi bo‘lmasa, kasallik uzoq davom etsa va sepsis, yiringli faringit, bo‘yin flegmonasi, mediastinit kabi asoratlarga gumon bo‘lsa, bunday holatda ham tonzilektomiya tavsiya etiladi. Bu usulni afzalligi shundaki, yiringli o‘choqning qayerda joylashishidan qat’iy nazar, paratonzillitdagina emas, balki surunkali tonzillitdan tez sog‘ayishni ta’minlaydi va odatda kasallikning qaytalanishini, asoratlarning oldini oladi. Bunday muolajalarni bemorlar yaxshi o‘tkazadi.

**Laterofaringial abscess** paratonzillyar absessining bir ko‘rinishi bo‘lib, kam uchraydigan turiga kiradi, bunda yiring bez oldi to‘qimasi yon qismida joylashgan bo‘ladi. Klinik kechishi va davolashi paratonzillyar absess kabi bo‘ladi.

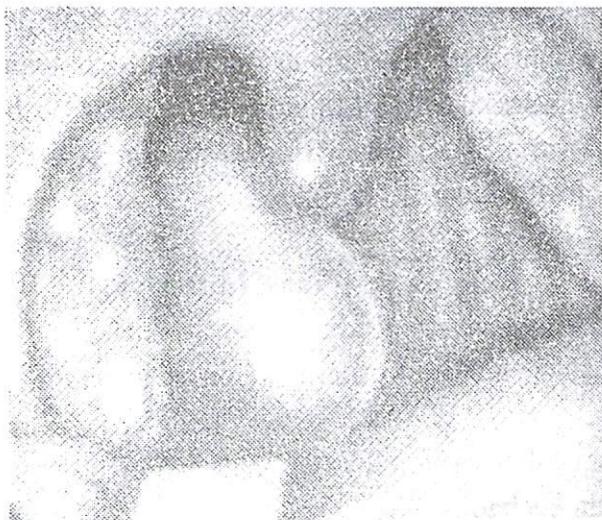
**Halqum orti absessi (Reterofaringial abscess).** Halqum orqasi absessi asosan 3–4 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi va bunga sabab bu yoshdagi bolalarda halqumni yutqun muskullari fassiyasi va umurtqa oldi fassiyasi oralig‘i yumshoq to‘qima bo‘ladi shu to‘qimalarning yiringli yallig‘lanishi halqum orti absessiga olib keladi. Yosh o‘tgan sari bu yumshoq to‘qimalar so‘rilib o‘rnini qo‘shuvchi to‘qima egallaydi, shuning uchun ham katta yoshdagi bolalarda bu kasallik uchramaydi. Yoshi katta odamlarda uchraydigan halqum orti «sovuv» absessi asosan bo‘yin umurtqasi sili yoki zaxmida kuzatiladi.

**Kasallikning dastlabki belgilari:** odatda bemor yutinganda tomoqda qattiq og‘riq paydo bo‘ladi va nafas olishi qiyinlashadi. Bola ovqat yenishni istamaydi va uyqusi buziladi. Notinch va ko‘p yiglaydigan bo‘lib qoladi. Tana harorati 38–39 C gacha ko‘tariladi, ba’zan subfebril bo‘ladi. Absess yuqorida burun-halqumda joylashgan bo‘lsa, burundan nafas olish qiyinlashadi,

bemor ping'illab gapiradi va tovushning jarangdorligi pasayadi. Yiringli jarayon halqumning o'rta qismida joylashgan bo'lsa, tovush bo'g'iq bo'lib qoladi, nafas olish shovqinli bo'ladi. Abscess halqumning pastki bo'limlariga tarqalgan bo'lsa, bola bo'g'iladi va ko'karish xurujlari kuzatiladi. Bu esa hiqildoqqa kirish qismining torayishi, qizil o'ng'ach va kekirdak qisilishiga olib kelishi mumkin.

Regionar limfatik tugunlarning reaksiyasi odatda, unchalik kuchli bo'lmaydi, agar bu limfatik tugunlar yallig'lansa ularning shishib og'rishi hisobiga bemor boshini majburiy holatda tutib turishga sabab bo'ladi.

**Faringoskepiyada** Halqumming orqa devori shilliq qavati qizargan va bo'rtgan bo'ladi, odatda bu bo'rtma halqumning orqa devorini faqat bir tomonlama asimmetrik egallab olganini ko'ramiz.



34-rasm . Halqim orti abscessi

Uchi tumtoq zond bilan bosib ko'rilsa bo'rtma yumshoq. Odatda qon tahlilida leykotsitoz bo'ladi, formulasi chapga siljigan SOE soatiga 40–59 mm.

Kasallik 5–6 kun, ba'zan bundan ham ko'proq vaqt kuchli intoksikatsiya bilan davom etadi va o'z vaqtida o'tkazilgan davolash hisobiga yaxshi natijalarga erishiladi.

**Davolash:** abscess paydo bo'lgunga qadar konservativ davolanadi - antibiotiklar, sulfanilamidlar tayinlanadi, katta yoshdagi bolalarda kuchsiz dezinfeksiyalovchi eritma bilan og'izni chayish tavsiya etiladi. Kichik yoshdagi bolalarda esa ehtiyyotlik bilan antiseptik suyuqliq maxsus ballondan purkladi. Abscess belgilari paydo bo'lsa tezda uni ochish kerak, bunda absessni yorish paytida yiring pastga nafas yo'llariga tushib qolish va asfiksianing oldini olish zarur. Buning uchun avval absessga yo'g'onroq ignani sanchib shprits bilan yiring so'rib olinadi, so'ngra o'sha joydan kesiladi. Absessni imkoniyat darajasida bemor yotgan holatda kesish qulay, ammo ko'pincha absess kesishni bemor o'tirgan holda o'tkaziladi, shuning uchun ham absessni yorishi bilan darhol bemor boshini pastga engashtirish zarur, aks holda yiring pastga nafas yo'liga tushib asfiksiya keltirib chiqarishi mumkin.

### Halqum bo'g'masi (difteriya)

Halqum bo'g'masi o'tkir yuqumli kasallik hisoblanib, qo'zg'atuvchisi Klebsa-Lefflera (*Corynebacterium diphtherie*) hisoblanadi. Kasallik 90–95% holatlarda halqumning yallig'lanishi bilan va tanglay bezlarida anginaga xos o'zgarish bo'lishi bilan kechadi.

**Klinik kechishi** bo'yicha chegaralangan, tarqaigan va toksik turlariga bo'linadi. Chegaralangan turi o'z yo'nalishida, kataral, orolcha (bez yuzida chegaralangan 5–6 mm hajmda qoplamar hosil bo'lishi bilan kechadi) va karashli-qoplama (bez yuzasini to'liq qoplab oluvchi karash hosil bo'ladi) paydo bo'lishi ko'tinishda kechadi. Kasallikning kataral turi asosan emlangan bolalarda uchrab, kataral angina kabi qoplama va karashlar hosil bo'lmasdan yengil kechadi. Qolgan barcha turlarida bo'g'maga xos halqunda va bodomcha bezlarida karashlar hosil bo'lib davom etadi.



35-rasm . Halqum bo'g'masi (difteriya)

**Halqum bo'g'masining klinik kechishida-** kasallik sekin-asta klinik belgilarning namoyon bo'lishi bilan boshlanadi. Birinchi navbatda intoksikatsiya belgilari paydo bo'ladi, bemorlar kam quvvat, rangi oqargan, lanj bo'lib qoladi, ammolana harorati yuqori bo'lmasligi mumkin, vaqt o'tishi bilan intoksikatsiya kuchayadi. Keyinchalik tomoqda og'riq, tana haroratining ko'tarilishi va bez yuzalarida qoramtil-kulrang karashlar paydo bo'ladi. Asta-sekin bu karashlar kattalashib bez

yuzini to'liq qamrab oladi va tashqariga tanglay yoylariga, kichik tilga, halqumning orqa devoriga tarqaladi. Kasallikning eng og'ir kechishi, bu bergen asoratlaridir, ya'ni toksik miokardit, kichik til salajligi, nefrit va boshqa a'zolarga tez tarqalishidir.

**Faringoskopiya:** Qizarib shishgan tanglay shilliq qavatlarda va bezlar yuzasida avval katta bo'limgan qalin qoramtilr-kulrang karash hosil bo'ladi, keyinchalik bu karashlar bez yuzasidan tashqariga tanglay yoylari, kichik til va halqumning orqa devorlariga ham tarqaladi. Bez yuzasidagi bu karashlar qiyin ko'chadi va ko'chirish vaqtida bez yuzasida qonab turuvchi yara hosil bo'ladi. Bo'yin limfatik tugunlari kattalashgan, og'ir holatlarda bo'yin yumshoq to'qimalarini shishi kuzatiladi.

Halqum bo'g'masini lakunar anginadan farqi agar follikulyar anginada jarayon doimo ikki tomonlama bo'lsa, bo'g'mada ayrim hollarda jarayon bir tomonlama bo'lishi mumkin. Lakunar anginada bez yuzasidagi qoplama oq-sarg'ish rangda, yengil ko'chuvchi va to'qimalar yuzasi o'zgarmagan bo'ladi. Bo'g'madagi karash tog'ay singari qattiq bo'ladi, to'qimalardan qiyin ajraladi. Kasallik kechishida difteriyaga gumon qilinsa, darhol bez yuzasidan surtma olinib bakteriologik tekshirish o'tkaziladi. Agar surtmada Klebsa-Lefflera tayoqchalari aniqlansa, bemor darhol yuqumli kasalliklar bo'limini alohida ajratilgan xonasiga yotqizilab davolanadi.

Davolashda difteriyaga qarshi zardob Bezredka usulida kiritiladi. Kasallikning chegaralangan ko'rinishida 10 000–30000 AE, tarqalgan turida 40000–50000 AE va nekrotik ko'rinishida 100000 AE kiritiladi. Zardobning asosiy miqdorini kiritishdan 1 soat avval teri ostiga 0, 5 ml kiritiladi, agar nojoya

natija kuzatilmasa, qolgan miqdor kiritiladi. Davolashning qolgan qismi simptomatik olib boriladi. Hozirgi kunda zardobni kam asorat beradigan va tozalangan diaferm turi ishlatilmoqda.

### **Hiqildoqni tekshirish usullari**

Hiqildoqni tekshirish boshqa LOR a'zolarni tekshirgandek amalga oshiriladi. Avval bo'yinda hiqildoq sohasining **tashqi ko'rinishini** ko'zdan kechirishdan boshlanadi, bunda teridagi o'zgarishlar, hiqildoq shakliga, paydo bo'lgan shishlarga e'tibor qaratiladi, so'ngra bo'yin sohasi **paypaslab** ko'riladi, paypaslashda bo'yindagi limfa tugunlari holati, hajmi, ularda og'riq bor-yo'qligi aniqlanadi. Bir vaqtning o'zida hiqildoq tog'aylari harakati tekshiriladi, bunday tekshirishda tog'aylarning bir-biriga ishqalanib e'ziga xos ovoz hosil qiladi. Ayrim kasalliklarda (o'smalarda) tog'aylar ishqalanishida bunday tovushlari bo'lmaydi.

Tashqi tekshirish o'tkazilgandan so'ng hiqildoqni asboblar bilan tekshirishga (laringoskopiya) o'tiladi. Bunda **vositali** ya'ni hiqildoq oynasi orqali **bevosita** ko'rish yoki laringoskop bilan to'g'ridan-to'g'ri ko'rish usullari mavjud. Hiqildoq vositali, ya'ni oyna orqali aksini ko'rish bиринчи marotaba 1854-yili ispaniyalik ashulachi Manuel Garsiya tomonidan taklif qilingan usulda amalga oshiriladi. Buning uchun yumaloq shaklda va diametri 10 mm dan 40 mmgacha bo'lgan oyna va uning tututqich qisimlaridan iborat. Oyna qismi tutqichga 125 gradus burchak ostida biriktrilgan bo'lib, ishlatishdan avval oyna yuzasi terlab qolmaslik uchun qaynoq suvda yoki spirtovka lampasi ustida qizdiriladi. Oyna o'ta issiq bo'lmasligini tekshirish uchun, uning orqa tomoni kaftga tekizilib tekshiriladi. Hiqildoq oynasi o'ng

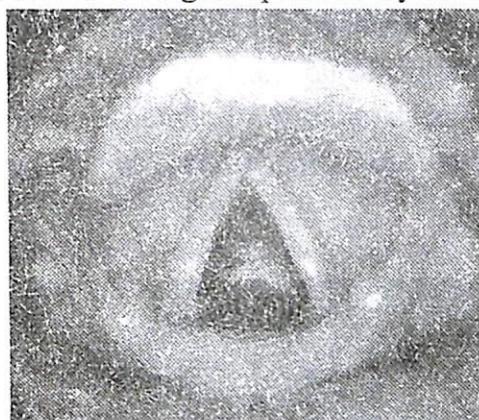
qo‘lda ushlanib, chap qo‘lni bosh va o‘rta barmoqlar bilan til dokali salfetka orqali ushlab tortiladi, ko‘rsatgich barmoq bilan esa yuqori lab ko‘tarilib turiladi. Hiqilodoq oynasi kichik til orqasiga o‘tkazilib, oyna qismi pastga qaratilgan holda ko‘riladi. Bemorda reflektor ko‘ngil aynib, qayt qilishining oldini olish uchun oyna halqum orqa devoriga qattiq bosilmaydi. Ayrim bemorlarda reflektor ko‘ngil aynish holati yuqori bo‘lsa, tekshirishdan avval halqumga 10% lidokain yoki 2% dikain sepiladi. Tekshirishda hiqildoq holatini erkin nafas olishda va alohida “e” yoki “i” harflarini aytishda tekshiriladi. Bunday tekshirishda ovoz boylamlari harakati to‘liq aniqlanadi. Hozirgi kunda qo‘llashi qulay bo‘lgan portativ yig‘ma otoskop-oftalmoskop keng qo‘llanilmoqda.

Muolaja vaqtida hiqildoq ustki tog‘ayi, til o‘zagi, noksimon chuqurcha, cho‘michsimon tog‘aylar, daxliz va ovoz boylamlari, boylam osti qismlari hamda ularning simmetrik harakatiga e’tibor beriladi. Ovoz boylami yorig‘i odatda uchburchaksimon shaklda bo‘ladi va bir maromda ochilib yopiladi.



36-rasm. Portativ yig‘ma larigoskop yordamida vositali laringoskopiya o‘tkazish

Bu usul bilan tekshirishda yetarli darajada ma'lumotga ega bo'linmasa, unda hiqildoqni bevosita, to'g'ridan-to'g'ri ko'rishga o'tiladi. Bu usul 1895-yili Kirstein tomonidan taklif qilingan va uni amalga oshirish uchun turli mualliflar tomonidan (Mezrin, Bryunigs, Undrits va Fridel) taklif qilingan laringoskop, direktoskop va bronxoezofagoskoplardan foydaliniladi.



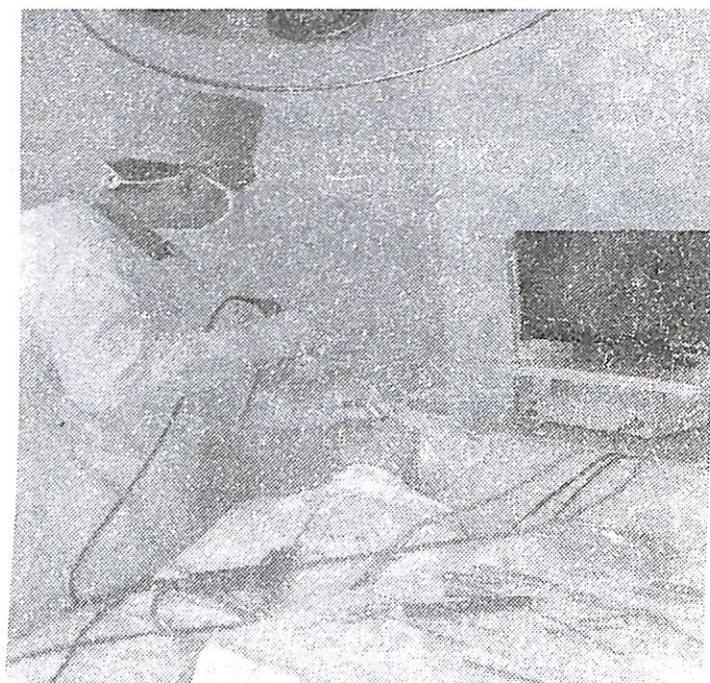
37-rasm. Nafas olishdagi normal laringoskopik ko'rinish



38-rasm. Ovoz hosil qilishdagi normal laringoskopik ko'rinish

**Mikrolaringoskopiya** bu usulda tekshirish uchun operatsion mikroskop qo'llaniladi, tekshrishda hiqildoqning barcha qavatlari to'liq nazardan o'tkaziladi, agar kerak bo'lsa bir vaqtning o'zida turli mikrojarrohlik muolajalarini ham o'tkazish mumkin.

**Fibrolaringoskopiya** – elastik laringofibroskop uchida yoritg'ich va optik moslama bor, o'z o'qi atrofida 270 gradusga aylanish xususiyatiga ega bo'lganligi tufayli hiqildoqning barcha tomonlarini to'liq ko'rish imkonini beradi. Muolaja mahalliy og'riqsizlantrish yo'li bilan amalga oshiriladi va hiqildoqning turli joylarida tekshirish uchun biopsiya olish imkonini beradi



39-rasm . Fibrolaringoskopiya o'tkazish muolajasi

**Elektremiografiya** – hiqildoq mushaklarining bioelektrik quvvatlarini aniqlash imkonini beradi, bu usulda tekshirishda mushaklar faoliyatini (parez va paralich), ulardag'i turli o'zgarishlarini aniqlashga va tegishli chora-tadbir belgilashga yordam beradi.

**Laringostroboskopiya** ovoz boyamlarining uzunasiga, eniga qisqarishlari va to'lqinsimon tebranishlarini yorug'lik orqali aniqlash usulidir. Bu usulda hiqildoqdagi turli patologik holatlar (disfoniya, o'smalar, surunkali yallig'anishlarni) o'rganiladi. Tekshirish asosida ovoz boyamlarining bir-biriga to'liq yepishish holati o'rganiladi.

**Tashqi nafas faoliyatini aniqlash-** bu usulda tekshirish nafas yo'llarini qaysi sohasida, qanday darajada o'zgarishlar borligini aniqlash haqida ma'lumot beradi.

Hiqildoqni tekshirishni yana bir turi bu rentgenografiyadir – bu usulda hiqildoq tuzilishi haqida aniq ma'lumot olinadi. Hozirgi vaqtida kompyuter tomografiysi, MRT tekshirish usullari keng qo'llanilmoqda.

## HIQILDOQNING O'TKIR KASALLIKLARI

### O'tkir laringit

**O'tkir laringit** (laryngitis acuta) hiqildoq shilliq, shilliq osti va mushak qavatlarinig o'tkir yallig'lanishi bo'lib, hiqildoq kasalliklari ichida eng ko'p tarqalgan turi hisoblanadi. O'tkir laringit alohida mustaqil kasllik sifatida kamdan-kam hollarda uchraydi, asosan o'tkir respirator xastaliklar, ORZ, gripp va tumov bilan birga yoki ularning asorati sifatida kechadi.

Alohida kasallik sifatida o'tkir laringit hiqildoqning ovoz hesil bo'ladigan qismining o'ta zo'riqishi, ko'p chekish va

spirtli ichimliklar ichish, kasbdagi turli salbiy ta'sirlar oqibatida yoki shamollah natijasida nafas yo'llaridagi mikrofloralar faoligi kuchayishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. O'tkir kataral laringitda hiqildoq bo'limlari shilliq qavatlari giperemiyasi va shishi bilan xarakterlanadi, bu holat ayniqsa daxlid burmalarida yaqqol bilinadi. Odatda ovoz boyamlarin chekkasi yupqa va tekis bo'ladi, ovoz hosil bo'layotgan vaqtida ular bir-biriga zikh yopishadi. Yallig'lanishda boyamlar yo'g'onlashib, chetlari burishib qoladi, natijada boyiamlarning taranglashisih, bir-biriga yaqinlashib, uzoqlashishi kabi harakatlari va tebranishlari susayadi, bu esa ovoz hosil bo'lishning o'zgarishiga, ya'ni disfoniyaga olib keladi. Yallig'lanish natijasida hosil bo'lgan shilimshiq ajralma ovoz boyamlariga yopishib, nafas yorig'larini qisman berkitib, hiqildoqni nafas olish va ovoz hosil qilish jarayoniga qo'shimcha halaqit beradi.

**Kasalik belgilari:** Yuqori nafas yo'llari virusli kasalliklarida yallig'lanish jarayoni pastga hiqildoq sohasiga tarqalishi hisobiga o'tkir laringit belgilari ORZ, gripp belgilariga ikkilamchi bo'lib qo'shiladi. Kasallikning alohida mustaqil kechishida esa bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lgan holda klinik belgilar birdaniga boshlanadi. Avval tovush o'zgarib dag'allashadi, so'ngra umuman chiqmasdan (afoniya) qolishi mumkin, tomoq achishadi, qichishadi, tomoqda yot jism borligini his qiladi, avval quruq, so'ngra balg'amli yo'tal paydo bo'ladi. Ayrim hollarda yo'tal bemorlarni holdan toydirish darajasida, uzoq va xurujsimon davom etadi, turli darajadagi disfoniya kuzatiladi. Tana harorati ko'tariladi, bemorda umumiy quvvatsizlik, lanjlik, uyqu va ishtahaning buzilishi paydo

bo‘ladi. Kasallik boshlanishida shilliq qavatlari shishlari keskin rivojlanmaganligi uchun nafas olish deyarli o‘zgarmaydi, keyinchalik shishlar paydo bo‘lishi bilan nafas olish ham qiyinlashadi.

**Laringoskopiyada** – hiqildoqning barcha bo‘limlari shilliq qavatlari bir xil qizargan, shishgan, nafas yorig‘ida, ovoz boylamlarida yopishqoq shilimshiq ajralma kuzatiladi. Shilliq qavatlar shishi va shilimshiq ajralmalar borligi hisobiga fonatsiya vaqtida ovoz boylamlari bir-biriga to‘liq yopishmaydi.

**Davolash.** Muolajalar kasallik keltirib chiqaruvchi omillarning oldini olish yoki bartaraf qilishdan boshlanadi. Asosiy kasallik belgilarini bartaraf qilish uchun simptomatik davolar boshlanadi.

**Ehtiyyot choralarini** ko‘rish uchun imkoniyat darajasida ovoz boylamlariga tinch sharoit yaratish, gapirmaslik tavsiya qilinadi. Agar bemor egallagan kasbi bo‘yicha ko‘p gapirishga to‘g‘ri kelsa, ovoz faoliyati to‘liq tiklanmaguncha ular ishdan ozod qilinadi. Davolashda ovqatlanish rejimi muhim o‘rin tutadi. Bunda o‘ta sovuq yoki o‘ta issiq, achchiq va sho‘r ovqat iste’mol qilish, spirtli ichimlik ichish, chekish man qilinadi. Bo‘yinga turli isituvchi (spirtli) kompress qo‘yiladi, oyoqlarga esa issiq vannalar qilinadi. Tarkibida antibiotiklar bor aerozollar (kameton, ingakamf, ingalipt, kamfomen) ishlatish yaxshi natija beradi. Shuningdek, hiqildoq yorig‘ida va boylamlar yuzasida qurib, yopishib qoladigan balg‘amlarni hosil bo‘lishining oldini olish va tezroq ko‘chirish hamda yo‘talni pasaytirish maqsadida yog‘li-ishqorli ingolyasiya, turli shaftoli, o‘rik yoki oblepixa moylarini quyish, balg‘am ko‘chiruvchi (termopsis, ipekakuana), yo‘tal qoldiruvchi dorilar qo‘llash maqsadga

muofiqdir. Shishlarni pasaytirish uchun qon tomir devorlarining o'tkazuvchanligini yaxshilovchi va shishni pasaytiruvchi (pipolfen, dimedrol, suprastin, kalsiy xlorid) dorilar beriladi, chalg'ituvchi vositalar sifatida ko'krak qafasiga va boldir mushaklariga xantal (gorchichnik) qo'yiladi. Imkoniyat darajasida dori moddalarini (mentol moyi, antibiotiklar eritmali, gidrokrtizoh, qon tomir toraytiruvchi dorilar) hiqildoqqa, mahalliy qo'llash yaxshi foyda beradi. O'z vaqtida, sifatli o'tkazilgan davolash natijasida yallig'lanish jarayoni 6–10 kunlarda bemorni sog'ayishi bilan tugallanadi.

### O'tkir traxeit (Trachitis acuta)

**O'tkir traxeit** alohida kasallik ko'rinishida kam uchraydi. Ko'pincha o'tkir rinit, faringit va laringitlarni davomchisi hisoblanadi. Kasallik (yuqori nafas yo'llarini virusli kasallikkleri epidemiyasi vaqtida) kuzda, qishda va bahorda ko'p uchraydi. O'tkir traxeit rivojlanishiga organizmning umumiy shamollashi bilan birga virusli infeksiya qo'shilishi sabab bo'ladi.

**Kekirdakdagি morfologik o'zgarishlar:** shilliq qavatlarning qizarishi, infiltratsiyasi, qon tomirlarining to'laqonlik holatlari va shishidan iborat bo'ladi. Shilliq osti qavatlarida limfotsitlar infiltratsiyasi kuzatiladi. Shilliq qavatlar yuzalarida shilimshiq ajraimalar to'planadi.

**Belgilari:** bemorlar ko'pincha tunda xurujsimon yo'taladi, yo'talish to'xtagandan so'ng ko'krak qafasida va hiqildoq sohasida og'riq paydo bo'lishidan shikoyat qiladilar. Xurujsimon yo'tal avval quruq, so'ngra balg'am ko'chishi bilan xarakterlanadi. Yo'talning kechasi bo'lishiga sabab, bemorlar yotgan holda kekirdakka balg'am to'planib, reflektor yo'tal chaqiradi, balg'am to'liq chiqarib tashlangandan so'ng yo'tal

xuruji pasayadi. Ovoz o'zgarib, xirillab qoladi.

**Tashhis:** bemon shikoyatiga, anamneziga, laringoskopik ko'rinishlariga (kekirdakni shillik qavati qizarishi va shishi) asosan qo'yiladi.

**Davolash:** o'tkir kataral laringitni davolashga bo'limiga qaralsin. Kasallikni bashorati-yaxshi, lekin ba'zida kasallik bronxopnevmoniya, yosh bolalarda kapillyar bronxit bilan asoratlanishi munikin.

## SOXTA BO'G'MA

(Larinqitis subhordaiis)

Boylam osti laringiti (subxordal) yoki soxta bo'g'ma, o'tkir laringitlar turiga mansub bo'lib, ovoz boylamlari osti bo'shilig'ida (hiqildolqning pastki qavati) yallig'lanish natijasida sezilarli darajadagi shish paydo bo'lishi va nafas olishning buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Soxta bo'g'ma deb atalishiga sabab shuki, kasallik bir qancha klinik belgilari bilan chin bo'g'mani (difteriya) eslatadi. Yosh bolalardagi hiqildoqning o'tkir qisilishining 95% sababchisi shu boylam osti laringiti hisoblanadi.

**Kelib chiqishi:** kasallikning kelib chiqishida asosiy sabab yuqori nafas yo'llarining virusli kasalliklari (gripp, ORVI, paragripp) hisoblanadi. Adabiyotlarda ko'pincha yolg'on bo'g'ma, yuqori nafas yo'llarining virusli kasalliklari sindromi deb ataladi. Kasallik asosan 6–7 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi.

Kasallik ekssudativ diatez, allergik kasalliklarga moyil bo'lgan, o'z muddatidan oldin tug'ilgan, sun'iy oziqlangan bolalarda, shuningdek, umumiy yuqumli (qizamiq, skarlatina)

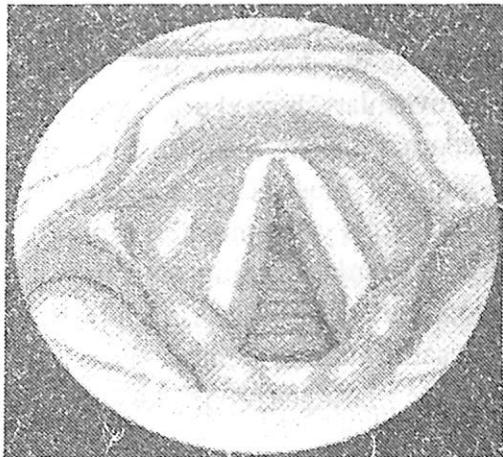
kasalliklarga tez chalinadigan bolalarda uchraydi. Ayrim vaqtarda soxta bo‘g‘ma laringospazin bilan birgalikda kechadi.

**Rivojlanishi:** Soxta bo‘g‘ma (hiqildoqning pastki qavati) ovoz boylam osti sohasini o‘ziga xos anatomo-fiziologik tuzilishi (bolalarda boylam ostida tez yallig‘lanishga chaliniб, shish hosil bo‘lishi bilan kechadigan, ko‘p miqdorda yumshoq to‘qima mavjudligi, bundan tashqari ularda asab tizimi hamda qon tomirlari tashqi ta’sirlarga javob reaksiyasi ancha kuchli namoyon bo‘lishi ) hisobiga yallig‘lanishi natijasida bu sohadan tez shish paydo bo‘lib, ovoz yorig‘ini berkitib qo‘yib, hayot uchun xavfli bo‘lgan nafas olishning buzilshi bilan kechadi.

**Patologik anatomiyası:** Yallig‘lanish jarayoni qon tomirlarga boy bo‘lgan, yumshoq to‘qimalardan iborat boylam osti qismida tez rivojlanadi. Kasallikning kechishida yallig‘lanish natijasidagi patologik o‘zgarishlar pastga, kekirdak tomonga qarab tarqaliб boradi, yuqorida ko‘tarilmaydi, chunki bu joylarda shilliq qavat, shilliq ostidagi qavatga mustahkam yopishgan bo‘ladi (ayniqsa ovoz burmalari qirg‘oqlari shunday mustahkam tuzilishiga ega).

**Kasallik belgiları:** Kunduzi bemor bolalarda yuqori nafas yo‘llarida kataral yallig‘lanishga xos o‘zgarishlar kuzatiladi, ya’ni: burnidan shilimshiq ajralma keladi, tana harorati subfebris ko‘tariladi, ba’zan yo‘tal bo‘lishi mumkin, lekin bemor bola ancha faol bo‘ladi. Ota-onajar bolalarning bunday holatiga katta e’tibor bermaydi. Kasallik xuruji asosan kechqurun yotganda, birdaniga o‘tkir boshlanadi, bemorda vaqt-vaqt bilan akkilovchi yo‘tal xuruji boshlanadi, inspirator turdagи hansirash, nafas shovqinli qiyin olinadi, ovoz to‘laligicha tiniq yoki oz miqdorda xirillarydi. Yo‘talning bunday darajada bo‘lishiga sabab yallig‘lanish hisobiga boylam osti qismi shishi, buning

natijasida nafas yo'llari drenaj faoliyatining pasayishi hisobiga shilimshiq ajralma to'planib qolishiga olib keladi. Bunday holat yo'talning kuchayishiga, hiqildoq mushaklari spazimiga hamda nafasni hansirab, chiyillab chiqishiga sabab bo'ladi. Nafas olishning qiynlashishi natijasida butun organizmda gipoksiya holati namoyon bo'ladi. Bemor bolada qo'rqinch alomati paydo bo'ladi, yotgan joyida, o'ziga qulay joy axtarib, bezovtalanadi, bu esa yana qo'shimcha gipoksiya holatini kuchaytiradi.



40-rasm. Soxta bo'g'ma

**Obyektiv tekshirish.** Tashqaridan qaraganda nafas olish va chiqarishda hiqildoqning ko'tarilib tushishi kuzatiladi, bemor og'izni ochib ko'proq havo yutishga harakat qiladi. har bir nafas olishda bo'yinturuq, o'mrov usti va osti chuqurchalari ichkariga tortiladi, bo'yin mushaklari va qon tomirlari bo'rtib chiqadi. Havo yetishmasligi natijasida tirnoqlar, shilliq qavatlar va burun-iab sohalari terisi ko'kintir rangda, bemorni sovuq, yopishqoq ter qoplaydi.

**Bilvosita laringoskopiya:** Bemordagi o'tkir nafas yetishmovchiligi va bezovtaligi holati laringoskopiya

o'tkazishga imkon bermaydi, shuning uchun ham ko'pincha kasallikga tashhis klinik belgilariga qarab qo'yiladi.

**Laringoskopiya** o'tkazilganda hiqildoq shilliq qavatlari, daxliz boyamlari qizargan, ovoz boyamlarida sezilarli o'zgarishlar yo'q yoki yengil gipertermiya holati kuzatiladi, faqatgina yuzalari shilimshiq ajralma bilan qoplangan bo'ladi. Ovoz boyamlari ostda ularga paralel holda yostiqsimon shaklda qizarib shishgan qo'shimcha bo'rtma ko'rindi. Bu bo'rtma shishib chiqib, nafas yo'llarini toraytirgan va yuzalarida shilimshiq ajralma, ayrim hollarda fibrinozli qoplamalar bo'ladi. Auskultatsiyada o'pkaning ikkala qismida chiyillovchi tovushlar eshitiladi. Bu tovushlar bronxlarda yallig'lanish hisobiga shishilliq qavatlarni shishi, shilimshiq ajralmalar bilan to'lganligi va hiqildoq mushaklari spazmidan dalolat beradi. Kasallik kechishida nafas yetishmovchiligining keskin namoyon bo'lishiga sabab, bolalarda tananing o'sishi bilan nafas tizimini o'sishi orasidagi nomutanasiblik mavjudligidir.

**Tashhisi.** Kasallik tarixi, bemor shikoyatlari, bemorning obyektiv holati va laringoskopik tekshirishlar natijalariga asoslanadi.

Kasallikning klinik kechishi hiqildoqni boshqa bir qancha kasalliklarga o'xshashligini hisobga olib quyidagi kasalliklardan qiysi tashhishlash lozim:

Hiqildoq bo'g'masidan (difteriya).

Hiqildoq yot jismidan.

Hiqildoq qisilishi bilan davom etadigan turli yuqumli (qizamiq, suv chechak, skarlatina) kasalliklaridan.

Hiqildoq papillomatozidan.

Uremik holatlardagi hiqildoq qisilishidan

Halqum orti absessidan.

Bronxial astma, zotiljamdan.

Birinchi navbatda hiqildoq, bo‘g‘masi bilan taqqoslanadi.

**Hiqildoq bo‘g‘masi** uchun xos holat kasallik belgilarini asta-sekin rivojlanishi bilan ajralib turadi, dastlab umumiy intoksikatsiyaga xos belgilar: umuiy quvvatsizlik, tana haroratining ko‘tarilishi, umumiy uyqu va ishtahaning buzilishi paydo bo‘ladi, keyinchalik yolg‘on bo‘g‘ma belgilari paydo bo‘ladi: nafas olishning kuchayib boruchi qiyinligi, ovozning dastlab xirilashi, keyinchalik umuman chiqmasdan qolishi (afoniya) va yo‘tal. Bo‘g‘madagi yo‘tal yolg‘on bo‘g‘ma singari akkillovchi va xuruji bo‘lmaydi. Kasallik kechishi bo‘g‘mada doimo kuchayib, bemor ahvoli og‘irlashib borishi bilan kuzatiladi.

**Laringoskopiyada aniqlanishicha**, bo‘g‘mada hiqildoq shilliq qavatlari qizaragan, daxliz va ovoz boylamlarida qoramtilr-kulrang qiyin ko‘chuvchi karash bilan qoplangan bo‘ladi. Karashlar uzib olinganda to‘qimalar qonashi kuzatiladi. Tashhis to‘liq bakteriologik tekshirish natijalariga asoslanib qo‘yiladi.

**Halqum orti absessi.** Hiqildoqning o‘tkir qisilishi kuzatilmaydi, yo‘tal deyarli bo‘lmaydi, og‘iz doimo yarim ochiq holda ovqat luqmasini yutish, nafas olish jarayoni qiyin va og‘riqli bo‘ladi. Faringoskopiyada – halqum orti shilliq qavati shishib bo‘rtib qoladi.

**Hiqilloq yet jismida** doimo kasallik tarixi muhim o‘rin egallaydi. Bemorda avval hech qanday yallig‘lanish alomati bo‘lmagan va tana Harorati doimo mo‘tadiil bo‘lgan holda barcha klinik belgilar birdaniga paydo bo‘ladi. Hiqilloq qisilishi yet jism tushishi bilan bog‘liq bo‘lib, birdaniga boshlanadi, yo‘talish xuruji va bemor rangining ko‘karib ketishi kuzatiladi. Biroz vaqt o‘tgach bu holatlar o‘tib ketadi. Qiyosiy tashhisda muhimi, o‘tkazilgan laringoskopiyada hiqilloqda hech

qanday yallig'lanish alomatlari kuzatimaydi. Auskuitatsiya qilinganda hiqildoq sohasida yot jisim harakati tufayli paydo bo'lgan o'ziga xos ovoz (simptom ballotirovanie) eshitiladi.

**Davolash:** Davolash muolajalari zudlik bilan kasalxona sharoitida o'tkazilishini taqoza qiladi, aks holda bemor hayoti uchun xavfli vaziyat vujudga kelishi mumkin.

Soxta bo'g'ma ko'proq nimjon, kasalmand, immunologik quvvati pasaygan bolalarda uchrashini va yuqori nafas yo'llarining virusli kasalliklarida avj olishini hisobga olib, oldini olish maqsadida, bunday bemorlarga tumov epidemiyasi boshlanishi davrlariga yaqin fursatlarda tumovga qarshi turli emlash choralar o'tkazish, gamma-globulin va interferon tavsiya qilinadi.

**Soxta bo'g'mani davolash quyidagi yo'nalishda olib boriladi:**

- a) o'tkir nafas qisilishi bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatishni tashkil etish (barcha choralar LOR bo'limida, pediatr va otorinolaringolog nazorati ostida olib boriladi).
- b) nafas qisilishining kompensatsiya bosqichida bo'lgan bemorlarni davolashni tashkil etish (LOR bo'limida alohida kislородли palatalarda LOR mutaxassisi va pediatr nazoratida davolanadi).
- v) nafasi qisilgan bemorlarning dekompensatsiya bosiqchiga o'tish holatida davolashni intensiv palatalarda tashkil etish (reanimatsiya bo'limini intensiv paltasida reanimatolog, pediatr va LOR mutaxassisi nazoratida davolanadi).
- g) nafasi qisilgan bemorlarni dekompensatsiya bosqichida davolashni tashkil etish (intubatsiya yoki traxeostomiya qilingan holda, reanimatsiya bo'limida, intensiv palatada, reanimatolog, pediatr va LOR mutaxassisi nazoratida davolanadi).
- d) intubatsiya va traxeostomiya qilib davolangan

bemoriarni reabilitatsiya qilishni tashkil etish (LOR bo'limini intensiv palatasida LOR mutaxassisi, pediatr nazoratida davolanadi va reabilitatsiya tadbirlari o'tkaziladi).

Tashkil qilingan davolash muolajalaridan ko'rinib turibdiki, bunday bemorlarga tibbiy yordamni faqat kasalxona sharoitida nihoyatda tez va malakali o'tkazish zarur.

Bemor yotgan xona havosi namli bo'lshi kerak, bunig uchun xonalarga nam choyshablar ilinadi, xona markazlashgan kislorod ta'minotiga ulangan jihozlar o'rnatilgan bo'lishi shart. Bemor kelganidagi holatini baholagandan so'ng, davolash choralarini boshlash zarur. Bemorga ichish uchun issiq sut yoki borjomi suvi beriladi. Nafas qisilishini reflektor bartaraf qilish maqsadida, shpatel bilan halquuning orqa devorini qitiqlab qayt qilish refleksiya chaqiriladi.

Nafas olish yetishmovchiligi keskin namoyon bo'lib, bemor ahvoli og'irlashganda darhol tomir ichiga 25 mg gidrokortizoh yoki 30 mg prednizohon yuboriladi va shu vaqtning o'zida ketma-ket qon tomiriga quyidagi dorilar jamlanmasi qilinadi: Glyukoza 20% -20,0 ml, kalsiy xlorid 10% – ( har bir yoshga 1 ml hisobida), askorbin kislotasi 5%-3,0 ml, eufillin 2, 4% (har bir yoshga 0,2 ml hisobida). Bir vaqtning o'zida orasiga antigistamin dorilar yuboriladi. Yuqorida qilingan muolajalardan so'ng nafas olish bir oz yaxshilanishi bilan darhol namlangan kislored berish zarur. Oyoqqa gorchichnikli xammom qilinadi va ko'krak qafasiga ham gorchichnik qo'yish yaxshi natija beradi. Yosh bolalar terisi nozik bo'lishini hisobga olib, gorchichniklarni to'rt qavatli doka ustidan qo'yish kerak.

Nafas qisishining dekompensatsiya bosqichida bemor bolalar maxsus kislorodli palatalarga joylashtiriladi va intubatsiya yoki traxeotomiya muolajalarini o'tkazishga tayyorgarlik qilinadi, kerak bo'lsa darhol o'tkaziladi.

Antibiotiklar asosiy kasallik asoratining (rinosinusitlar, bronxit, zotiljam) oldini olish maqsadida buyuriladi.

Fizioterapeutik muolajalardan ingolyasiya va boldir mushaklariga kvars tavsiya qilinadi.

O'tkazilgan davolardan foyda bo'lmasdan jarayon kuchayib borsa, bemor ahvoli og'irlashsa, intubatsiya yoki traxeostomiya qilinadi. Tezda rivojlanuvchi bo'g'ilishda bu jarrohlik avval umumiy intratracheal narkoz bilan bemorni intubatsiya qilingandan so'ng amalga oshiriladi. Ayrim hollarda shunday vaziyat vujudga keladiki, traxeotomiya hech qanday tayyorgarliksiz va antisептик qoidalarga rioya qilmasdan amalga oshirish zarur bo'lib qoladi. O'tkir hiqildaq hansirashining barcha turlarida bemor ham LOR vrachi bilan pediatr nazoratida turish kerak. Doimo o'pka va yurak-qon tomirlar tizimi faoliyati tekshirib boriladi. Davolashning pirovord natijasi, o'tkazilgan muolajalar o'z vaqtida va to'g'ri olib borilsa-yaxshilik bilan tugaydi. Kasallikning oldini olish uchun bolalardagi turli shamollash va yuqumli kasalliklarni o'z vaqtida bartaraf qilish zarur.

### **Hiqildaq anginasi (Angina laryngea)**

Hiqildoqqa kirishidagi shilliq osti qismidagi limfold to'qimalarning (hiqildaq ustki tog'ayi-so'r'g'ichsmon tog'aylar burmalari oldidagi hiqildaq qorinchasi sohasidagi va noksimon chuqurchadagi limfold to'qimalar) o'tkir yallig'lanishi, hiqildaq anginasi deyiladi. Yallig'lanish natijasida shilliq qavatlar infiltratsiyasi va shishi bilan kechganligi uchun, asosiy belgilaridan biri nafas olishning qiyinligidir, shuning uchun ham bu holatni hiqildaq anginasi (lotin tilidan ango – bo'g'ilish degani) deb atalishi kasallikning asl mohiyatini to'liq izhor etadi. Kasallik bemerning umumiy himoya qobilyati pasayganda, sovuq o'tganda, yuqori nafas yo'llarining o'tkir virusli kasalliklarda (ORVI. gripp), jarohatlardan so'ng va yet

jism tushganda rivojlanadi. Asosiy chaqiruvchi flora turli kokklar hisoblanadi. Hiqildoq anginasining klinik belgilari bemor yoshi, uning immunologik qobiliyati, mikroorganizmning virulentligi kabi omillarga bog'liq bo'ladi. Shuning uchun ham ayrim bemorlarda bu kasallik yengil kechsa, ayrimlarida esa og'ir asoratlarga, hattoki o'limga ham olib keladi.

**Kasallik belgilari:** boshlanishi ikki xil kechadi, yengil va og'ir ko'rinchda. Og'ir kechishida boshlanishi o'tkir, tomoqda og'riq, ovozning xirrilab qolishi, yutinish va nafas olishning qiyinligi bilan boshlanadi. Tomoqdagi og'riq yutinganda va bo'yinni burganda kuchayadi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi, tana harorati 38–39 °C ko'tariladi, teri rangi oqarib, tanani to'liq, sovuq ter bosadi. Hiqildoqni ushlab ko'rolganda og'riq kuchayadi, limfa bezlari kattalashgan, og'riqli bo'ladi. Kasallikning yengil kechishida esa, o'tkir kataral laringit belgilariga xos o'zgarishlar kuzatiladi, tana harorati subfebril, ovoz deyarli o'zgarmagan va bemorning umumiy ahvoli qoniqarli holda kechadi.

**Laringoskopiyada:** Kasallikning yengil kechishida hiqildoq shilliq qavatlari kataral qizargan, yuzalarida oz miqdorda shiliimshiq ajralma bo'ladi. Diqqat bilan e'tibor berilsa, hiqildoqning kirish qismidagi limfold to'qimalar to'plangan sohalarda boshqa joylarga qaraganda ko'proq chegaralangan infiltratsiya va shishlar ko'zga tashilanadi. Hiqildoq ustki tog'ayi, noksimen chuqurcha, cho'michsimon tog'ay va ovoz boyamlari sohalari shilliq qavatlari qizirib shishgan, ayrim joylarda esa yiringli qoplamlar ko'tinadi.

Og'ir holatlarda hiqildoq ustki tog'ayi, hiqildoq ustki cho'michsimon tog'aylar burmalari, noksimon chuqur va daxlid boylami sohalari shilliq qavatlari qizarib shishgan, bunday shishlar keyinchalik tarqalib, ovoz yorig'ini berkitib, nafas

o‘tishni qiyinlashtirb qo‘yishi mumkin. Vaziyat shunday davom etib, bemor ahvolini og‘irlashuviga olib kelsa, zudlik bilan chora ko‘rishga (intubatsiya yoki traxeotomiya)to‘g‘ri keladi. Kasallik davom etishi cho‘zilib ketganda esa, hiqildoq ustki tog‘ayining til yuzasida yoki cho‘michsimon-hiqildoq ustki tog‘ayi burmalari sohalarida abssesslar paydo bo‘ladi.

**Kasallik tashhisi** bemor shikoyatlari, laringoskopiya natijalariga asoslanadi. Qiyosiy tashhis hiqildoq bo‘g‘masi (difteriya) va hiqildoq yolini (roja) bilan solishtiriladi. Hiqildoq bo‘g‘masida hosil bo‘lgan karashlar qoramti्र-kulrang to‘qimalardan qiyin ajraladi.

Tashhisda bakteriologik tekshirishlarda Lyofler tayoqchalarini topilishi muhim o‘rinni egallaydi. Hiqildoq anginasida yallig‘lanish jarayoni chegaralangan bo‘lib, karashlar hosil bo‘lmaydi.

**Davolash:** Tavsiyalar o‘tkir laringitniki kabi bo‘ladi, ammo kasallikning og‘ir kechishida har qanday bemor hayoti uchun xavfli vaziyatlar paydo bo‘lishini esdan chiqarmaslik darkor. Bunday vaziyatlar kuzatilsa qo‘srimcha ravishda antibiotiklarni keng ta’sir etuvchi turlari, kotikosteroidlar va antigistamin dorilar qo‘llaniladi. Issiq ingolyasiya va bo‘yinga spirtli bog‘lovlari qilinadi, bo‘yinga novokainli blokadalar qilish bemor ahvolini tez yaxshilinishiga olib keladi. Shishlarni pasaytirish maqsadida tomir ichiga 40% glyukoza, 10% kalsiy xlor yuboriladi, siydik haydovchi dori va gormonlar( prednizohon, gidrokortizoh) qo‘llaniladi. Agar jarayon zo‘rayib konservativ davolar yordam bermasa, intubatsiya yoki traxeotomiya qilish zarur bo‘ladi.

## **Flegmonoz laringit (Laryngitis phlegmonosa)**

Hiqildoq yumshoq to‘qimalarining o‘tkir yiringli yaliglanishi bo‘lib, ayrim hollarda og‘ir asoratlar bilan namoyon bo‘ladi. Boshqa hiqildoq kasallikariga nisbatan kam uchraydi va o‘rta yoshdagi odamlarda orasida ko‘proq kuzatiladi.

Kasallikninh kelib chiqishi asosan hiqildoq anginasini keng tarqalib asoratlanishida, hiqildoq jaroxhatida (yot jismning to‘qimalar orasiga tushib qolishi, termik va kimyoviy kuyish), turli yuqumli kasalliklar natijasida paydo bo‘ladi Jarohat natijasida shilliq qavatlar butunligi buzilib turli mikroblar (stafilo-streptokokklar) tushishi va rivojlanib yallig‘lanishni keltirib chiqaradi. Yallig‘lanish jarayoni nafaqat shilliq qavatga, hattoki shilliq osti, mushak tog‘ay usti qatlami va tog‘aylarga ham tarqalishi mumkin. Flegmonoz laringit ikkilamchi kasallik sifatida paratonzillit, hiqildoq bo‘g‘masi, terlama, til o‘zagi abssessi va septik holatlardan so‘ng ham paydo bo‘lishi mumkin. Kasalik rivojlanishida shamolash, umumiyligi va mahalliy himoya faoliyatining pasayishi muhim o‘rin egallaydi.

Kasallikning klinik kechishi bo‘yicha ikki xili tafovut qilinadi: infiltratli va yiringli.

**Klinik kechishi:** Kasallik boshlanishi o‘tkir bo‘lib, bemorlar umumiyligi quvvatsizlik, tomoqda og‘riq, yutinishning qiyinligi, ayrim hollarda nafas olishning qiyinligi va tana haroratining ko‘tarilishiga shikoyat qiladilar. Agar jarayon hiqildoq usti tog‘ayi yoki cho‘michsimon – hiqildoq ustki tog‘ayi burmasi sohasida bo‘lsa, tomoqdagi og‘riq kuchli bo‘ladi. Yallig‘lanish jarayoni ovoz yorigi sohasiga yaqin bo‘lsa shish kuchayib, ovoz xirrilab, nafas olishi qiyinlashadi va ayrim hollarda tezlik bilan tracheotomiya qilishga to‘g‘ri keladi. Bo‘yin va jag‘ osti limfatik tugunlar kattalashib, og‘riqli bo‘ladi. Ayrim hollarda

yallig'lanish jarayoni keng tarqalib bo'yinning chuqur abssesslariga, keyinchalik ko'kis oralig'ining yiringli yallig'lanishiga olib keladi. O'z vaqtida o'tkazilmagan davolash bemorlarning 30% o'lim bilan tugashiga olib keladi.

**Laringoskopiyada:** hiqildoq shilliq qavatlari qizarib shishgan, ayrim joylarida to'qimalarning chegaralangan nekrozi hosil bo'ladi va yuzasida yiringli ajralma ko'rindi. Nekrotik joylar ko'pincha (40% hollarda) hiqildoq ustki tog'ayining til yuzasida uchraydi, bunda shilliq qavatlari keskin shishigan, infiltrat markazi oqarib, yiring to'planganligidan darak beradi. Hiqildoq harakati keskin chegaralangan. Ayrim hollarda yallig'lanish jarayoni cho'michsimon tog'aylor sohasida joylashsa qovog' yorig'i to'silib, nafas olish qiyinlashib qoladi.



**41-rasm. Flegmonoz laringit**

**Tashhisi** bemor shikoyatlari, laringoskopik tekshirish natijalariga asoslanadi.

**Flegmonoz laringitni** hiqildoq anginasida qiyoslash zarur. Yuqorida keltirilgandek, flegmionoz laringitga kasallikning o'tkir boshlanishi, tezlik bilan abscesslar paydo bo'lishi bilan kechishi xosdir.

**Davolash:** Turli hayot uchun xavfli holatlar vujudga kelmasligi uchun bermor LOR bo'limga yotqizilib davolanadi. Davolashni keng doirada ta'sir etuvchi antibiotiklar tavsiya qilishdan boshlanadi. Sulfanilamid preparatlaridan ichish uchun buyuriladi. Hiqildoq shishlarining oldini olish maqsadida antistamin dorilari, siyidik haydovchi va kotikosteroidlar (gidrokortizoh, prednizohon) qo'llaniladi. Bo'yin simpatik tugunlar sohasiga qilingan novokainli blokada yaxshi natija beradi, antibiotklar (penitsillin) parlariengial qilinsa, ta'siri tez namoyon bo'ladi. Bo'yin sohasiga turli isituvchi spirtli kompresslar qo'yish, oyoqlarga issiq xammom qilish yaxshi yordam beradi. Fizioterapevtik muolajalardan hiqildoq sohasiga 10% kalsiy xlorid, + 1% dimedrol eritmasidan iborat elektroforez qilish davolash samarasini kuchaytiradi, bundan tashqari yog'li-ishqorli yoki antibiotikli ingolyasiya ayni muddao hisoblanadi. Hiqildoqqa turli moylar (shaftoli, o'rik yoki oblepixa moylari) quyiladi. Yallig'langan joyda absess paydo bo'lganda darhol hiqildoq uchun mo'ljallangan alohida pichogi bilan ochiladi, yaraflar antisептик eritmalar bilan yuviladi, so'ngra kollargol yoki lyugol eritmasi surtib turiladi. Kuchayib boruvchi hiqildoq qisilishi kuzatilsa, darhol traxeotomiya qilish zarur. Yiringli jarayon bo'yin yumshoq to'qimalariga tarqalsa, bo'yin tashqi tomonidan keng ochilib drenaj qo'yishi lozim.

## **Hiqildoqning o'tkir va surunkali qisilishlari (Stenozlari)**

Hiqildoqni ovoz yorig'i torayishiga olib keladigan patologik jarayonlari hiqildoq kasalliklarining alohida toifasini tashkil qiladi.

Hiqildoq shilliq pardasining shishlari faqat yallig'lanish kasalliklari natijasida emas, balki ba'zi bir allergik xususiyatga ega bo'lgan vositalar ta'sir etish natijasda ham yuzaga keladi. Hiqildoqning qisilishi alohida kasallik bo'lmasdan, balki boshqa turli kasallik va holatlarning klinik ko'rinishidir.

Klinik kechishi bo'yich hiqildoqning o'tkir va surunkali qisilishlari farqlanadi. O'tkir qisilishning paydo bo'lishi va kechishi bir necha soniyadan bir necha kungacha davom etadi, surunkali ko'rinishning paydo bo'lishi va kechishi bir necha haftadan bir necha yillargacha davom etadi. Hiqildoq qisilishining klinik rivojlanishi bo'yicha solishtrilganda yashin tezligida o'tkir, o'tkir osti va surunkali turlari mavjud.

**O'tkir qisilish sabablari** turlicha bo'lib: – hiqildoq shishi (yallig'lanishdan so'nggi va yallig'lanishga aloqasi bo'limgan shishlar), jarohatlar, kimyoviy va termik kuyishlar, jarrohlik muolajalar, uzoq vaqt dovomida traxeotomik trubkalar bilan yurish, turli zaharli moddalar ta'siri natijasida hiqildoqning reflektor qisilishi, yot jismlar tushib qolishi, o'tkir virusli laringotraxeit, bo'g'ma (difteriya), hiqildoqdagi turli o'smalalar hisoblanadi.

**Hiqildoqning surunkali qisilishiga sabablar:** Hiqildoqning turli o'smalari, yuqumli granulyomalar (zaxm, sil va skleromadan so'nggi paydo bo'ladigan qisilishlar), turli sabablardan so'ng paydo bo'ladigan (xondroperexonkrit, kuyishlar, jarohatlardan so'nggi) chandiqlar, hiqildoqning

tug‘ma va orttirilgan pardasi (membranası), hiqildoq nervining jarohatlanishi va hiqildoq kistasi kabilar hisoblanadi. Hiqildoq qisilishlarining kelib chiqishi sabablaridan qa‘tiy nazar kasalikning klinik kechishida bir xil holat, ya’ni inspirator hansirash yoki nafas olishning qiyinligi yotadi.

Hiqildoq qisilishining yuzaga kelishdagи vaqtни hisobga olganda quydagi 4ta ko‘rinishi tafovut qilinadi:

**Yashin tezligida qisilish** – bu holat bir necha soniyadan bir daqiqa muddatda paydo bo‘ladi (hiqildoqqa yot jism tushganda).

**O‘tkir qisilish** – bir necha soatdan bir kecha-kunduzda paydo bo‘ladi (hiqildoq anginasida, hiqildoq kuyishida va shishlarida).

**O‘tkir osti qisilishi** – bunday vaziyat bir kecha-kuduzdan bir hafta davomida paydo bo‘ladi (hiqildoq bo‘g‘masi, jarohati, hiqildoqni turli yuqumli kasalliklarida va hiqildoqning qaytuvchi nervlarini falajligida).

**Surunkali qisilishi** – bir haftadan boshlanib bir necha yillargacha davom etishi mumkin (hiqildoqning turli yuqumli kasalliklari, o‘smaси, kistalari va orttirilgan hiqildoq chandiqlarida).

**Hiqildoq qisilishining kechishi bo‘yicha 4 ta bosqichi mavjud:** kompensator, to‘liq bo‘lmagan kompensator (subkompensator), dekompensator va terminal, bu bosqichlarning har birining o‘ziga xos ta’rif bor.

**1-kompensatsiya bosqichi.** Bu bosqichda nafas olish bilan chiqarish oraligidagi vaqt qisqaradi, nafas olish chuqurlashgan, tezlashgan va shovqinli bo‘ladi. Tinch holatda bemor hansiramaydi, ammo ozgina jismoniy zo‘riqishda esa hansirash paydo bo‘ladi. Yurak faoliyati kuchayadi, tomir urishi

tezlashadi, qon bosimi ko‘tariladi. Odatda bu bosqichda bemor o‘ta bezovta bo‘lmaydi. Ovoz yorigi 6–7 mm tashkil etadi.

**2-bosqich – to‘liq bo‘laman (subkompensatsiya kompensatsiya bosqichidir).** Bemorda nafas olish tizimining barcha mexanizmlari ishga tushadi. Nafas olish tezlashgan, yuzaki, zo‘riqish holati kuzatiladi, nafas shovqin bilan davom etadi va masofadan eshitiladi. Bemor bezovtalangan, o‘ziga tinch joy topaolmaydi, teri ranggi oqargan. Nafas olishda ko‘krak qafasi, o‘mrov osti va usti, bo‘yin hamda qobirg‘a oralari mushaklari ishtirok etadi. Kerakli darajadagi havo almashinuvi endilikda ancha zo‘riqib amalga oshadi. Inspirator tipdagи hansirash bir muncha ifodali bo‘lib, chuqur nafas olish yana qiyinlashadi, nafas olish bilan nafas chiqarish orasidagi muddat keskin yo‘qoladi. Bemor majburiy holatni egallashga harakat qiladi – boshini orqaga tashlagan holda o‘tiradi, qo‘llari bilan o‘rin chetlarini mahkam ushib oladi, hayajonlangan, bezovta bo‘ladi, akrotsianoz paydo bo‘la boshlaydi, teri astasekn oqaradi. Ovoz yorigi 4–5 mm tashkil qiladi.

**3-bosqich – dekompensatsiya bosqichi hisoblanadi.** Bemor ahvoli og‘irlashgan, nafas olishi tezlashgan va yuzaki, teri ranggi kulrang- ko‘kintir bo‘ladi (boshlanishida akrotsianoz keyinchalik esa sianoz paydo bo‘ladi) . Inspirator shovqinli nafas paydo bo‘ladi. Yuzni yopishqoq, sovuq ter bosadi, ko‘zlar kattalashib o‘z joyidan chiqib ketgundai holatda, ularda qo‘rqinch alomatlar seziladi. Bemor majburiy holatni egalashga harakat qiladi, chunki ozgina bo‘lsa ham nafas olishni yengillatishga harakart qiladi. Yarim o‘tirgan holatda, bosh orqaga tashlangan bo‘ladi. Bu bosqichda nafas tezlashgan, lekin u yuzaki bilinar-bilinmas darajada bo‘lib qoladi, chunki ko‘krak qafasi deyarli harakatsiz va faqat hiqildaq do‘nggi nafas olishda

va chiqarishida tepa pastga harakat qila boshlaydi. Tovush va yo'tal eshitilmayda, tomir urishi past va tezlashadi, es-hushi yo'qolmaydi. Ovoz yorig'i kengligi 2–3 mm.

**4-bosqich – asfiksiya (bo'g'ilish) bosqichi:** Bu bosqichda bemor o'ta charchagan, atrosga befarq, nafas yuzaki va to'xtab-to'xtab oladi, nafas olishning bu turi Cheyn-Stoks turi deb yuritiladi. Teri oq-kulrang, tomir urishi sanab bo'lmaydigan darajada tezlashgan, ko'z qorachig'i kattalashgan, avvaliga es-hushi kirdi-chiqdi bo'ladi, keyinchalik hushini yo'qotadi va bemorda ixtiyorsiz siyish, ahlat chiqishii kuzatiladi, so'ngra jarayon o'lim bilan yakunlanadi.

**Hiqildoq qisilishini davolash** birinchi navbatda qisilishning qaysi bosqichi ekanligi aniqlaniladi va tegishli tezkor chora-tadbir belgilanadi, so'ngra ikkinchi navbatda kelitirib chiqaruvchi sababni bartaraf qilishga qaratiladi. Hiqildoq qisilishining kompensatsiya va subkompensatsiya bosqichlarida dorilar bilan davolash imkoniyati bo'ladi, dekompensatsiya bosqichida darhol traxeotomiya qilinishi zarur, asfiksiyada esa tezlik bilan konikotomiya o'tkazilishi shart.

Agar hiqildoq qisilishini keltirib chiqaruvchi sabab hiqildoq shishi bo'lsa, bunday holatda davolash shishni keltirib chiqaruvchi sabablarining oldini olish uchun degidrotatsion va giposensiblizatsiya qiluchi, tinchlantiruchi, kortiosteroid dorilar tavsiya etiladi

**Davolashda** chalg'ituvchi muolajalar: oyoqlarga issiq xammom, boldirlarga va ko'krak qafasiga xantal (gorchichnik) qo'yish yaxshi yordam beradi. Fizioterapevtik choralardan namlangan kislород berish, elektroforez va ultratovushli ingolyasiya qilish bemor ahvolini tezda yaxshilanishiga olib

keladi. Agar kasallik sabablarida yallig'lanish jarayoni yotsa albatta davolash jarayoniga antibiotiklar qo'shiladi. Agar hiqildoq sohasida yallig'lanish jarayonida yiringli abscesslar bo'lsa, darhol uni yorib yiringni chiqarish zarur, ko'pincha hiqildoq qisilishiga bo'g'ma (difteriya) sababchi bo'ladi, bunday hollarda albatta bo'g'maga qarshi zardob yuborish zarur bo'ladi.

Hiqildoq qisilishining uchinchi va to'rtinchi bosqichlarida albatta xirurgik muolajalar o'tkaziladi, ya'ni traxeotomiya qilinadi, Ayrim shoshilinch holatlarda traxeotomiya o'tkazishga ham vaqt bo'lmay qoladi, shunda tezlik bilan konik boylam kesiladi – konikotomiya qilinadi, bemor ahvoli ozgina yaxshilagandan so'ng traxeotomiya qilish mumkin. Hiqildoqning tez qisilishiga o'tkir laringit sababchi bo'lgan holatlarda havo o'tish yo'lini tiklash uchun hiqildoqqa uzoq muddatlarga intubatsion naylar qo'yiladi, bu qo'yilgan naylarni olish muddatlari kasallik kechish holatiga bog'liq bo'ladi.

### **Hiqildoq qisiliishida shoshilinch yordam**

Hiqildoqning nafas yo'li tez torayib shoshilinch yordam ko'rsatish zarurati tug'ilganda vrach sharoitga qarab nafas yo'llarining havo o'tkazish faoliyatini tiklash uslulini tanlay bilishi zarur. Bunda bemorning nafas ololmay qolganligi sababini tezda aniqlash va bu holatni bartaraf qilishga kirishish kerak bo'ladi. Bunday holatlarda xirurgik muolajalar – **traxeotomiya** qo'laniladi. Ayrim hollarda bo'yin sohasidagi qon tomirlarning qon bilan to'laligi, ba'zan esa bemor bo'ynining anatomik tuzilish xususiyatlari, ya'ni yog' to'qimasining qalinligi, bo'yin kaltaligi jarrohlik ishini qiyinlashtiradi. Odatdagi to'liq traxeotomiyani o'tkazish sharoiti bo'limganda

vrach bemor hayotini saqlab qolish imkonini beradagan barcha chora-tadbirlarni qo'llab, qisman nafas olinshni tiklashga erishishi zarur, so'ngra bemor holatiga qarab traxeotomiya qilish imkoniyati bor davolash muassasasiga yuborish kerak. Lekin shu narsani yodda saqlab kerakki, har bir vrach mutaxassisligidan qat'tiy nazar traxeotomiya qilishni bilishi shart deyilgan ko'pchilik xirurgik adabiyotlarda.

Ba'zan sharoit taqozosi bilan (transportda, ko'chada, jamoat joylarida) bemorlar og'ir holatlarga tushib qolganda traxeotomiya o'tkazishning iloji bo'limganda, konikotomiya qilinadi, ya'ni konik boylamni kesib nafas tiklanadi bemor ahvoli yaxshilangandan so'ng to'liq traxeotomiya qilinadi.

Konikotomiyada – uzuksimon tog'ayning yuqori qismi bilan qalqonsimon tog'aynnng pastki chekkasini tutashtiruvchi konik boylam shoshilinch hollatiarda nafasni tiklash uchun kesiladi. Konikotomiya qilinganda uzuksimon, qalqonsimon tog'ay yoki tovush osti bo'shlig'ini shikastlanishidan ehtiyyot bo'lish kerak bo'ladi. Ko'pincha konikotomiyadan so'ng shu joylarda granulyasiyalar, perixondritning avj olishi va chandiqli to'qima hisobiga tovush osti bo'shligining torayishi kuzatiladi. Bu o'z navbatida konikotomiyadan keyin ancha vaqt o'tgandan so'ng nafas yo'lining torayib qolishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun bu muolaja bemor hayotinn saqlab qolishning boshqa iloji qolmaganda qilinadi.

Konikotomiyani bajarish uchun bemor boshi orqaga tashlangan holda yotkiziladi. Shunda konik boylamning joylashgan yeri aniq bilinadi, lekin yaxshisi buni barmoq bilan qalqonsimon tog'ayning oldingi chekkasi bo'ylab borib barmog'innng uchi kichik chuqurchaga tushguncha surib borib

aniqlanadi. Joyni aniqlab olgach vaqtin boy bermasdan anesteziya qilmay kesiladi, teri va boylamni gorizohtal kesib tovush osti bo'shligi yorig'iga kiritish kerak bo'ladi. Ana shu sohaning orqa bo'limlarini shikastlashdan ehtiyyot bo'lish kerak. Kesilgan joyga kiritilgan naycha juda ham yo'g'on bo'lmasligi lozim, aks holda bu naycha atrofidagi to'qimalarni bosit qo'yib, ularni yallig'lanishiga sabab bo'lishi mumkin.

**Traxeotomiya** – hiqildoqning turli xil kasalliklarida va shikastlanishlarida nafas yo'llarining o'tkir qisilishida havo o'tishini tiklash hamda bemor hayotini saqlab qolishining qadim zamonalardan ma'lum bo'lgan jarrohlik usulidir. Ayrim hollarda pastki bronxoskopiya qilish maqsadida avval traxeotomiya qilinadi. Lekin hozirgi kunda ham bu muolaja juda murakkab jarrohlik aralashmalari qatoriga kiradi, chunki o'z vaqtida va to'g'ri qilingan traxeotomiya haqiqatdqn ham bemor hayotinn saqlab qolish bilan birga, uniig keyinchalik to'liq sog'ayib ketishiga sabab bo'ladi.

### **Traxeotomiya va traxeostomiya**

Traxeotomiyada kekirdak togaylarini kesish va vaqtinchalik yoki uzoq muddatga kekirdakni tashqi muhit bilian tutashtiruvchi teshik qo'yishdir. Bu muolajani to'liq amalga oshirish uchun kesilgan teshikka havo o'tkazuvchi nay kiritiladi.

### **Trexeotomiya o'tkazish uchun ke'rsatmalar:**

- Nafas yo'llariga tushgan yot jismlarni olish imkoniyati bo'limganda.

– Nafas yo'llaridagi ayrim kasalliklarda (o'tkir laringotraxeit, hiqildoqni qisilishi va shishida) qo'yilgan intubatsion naylaridan 2–3 kun ichida foyda bo'lmaganda.

– O'tkir zaharlanish natijasida o'pkada yalliglanish va atelektaz jarayoni paydo bo'lganda.

– Nafas yo'llari faoliyati buzilishi natijasida yo'talib chiqarish jarayoni buzilganda.

– Nafas yorig'ini hiqildoq mushaklari va asab tomirlari falajlanishi natijasida torayib qolganda,

– Ko'krak qafasi va bosh miya jarohatlarida nafas yo'llarin faoliyati va nafas olish jarayoni buzilganda.

– Hiqildoq va kekirdak jarohatlarida, kuyishda (kimyoviy va termik) nafas olishning hamda intubatsiya nayini o'rnatishning iloji bo'lmasganda.

– Hiqildeq va kekirdakdag'i jarrohlik yo'li bilan bartaraf etishni iloji bo'lmaydigan chandiqlar mavjudligida.

Muolajani o'tkazish uchun eng qulay holat bemor yelka ostiga yostiqcha qo'yilib yotishi hisoblanadi, lekin qator hollarda traxeteomiya bemor boshini orqaga tashlab o'tirgan holatida ham qilinadi.

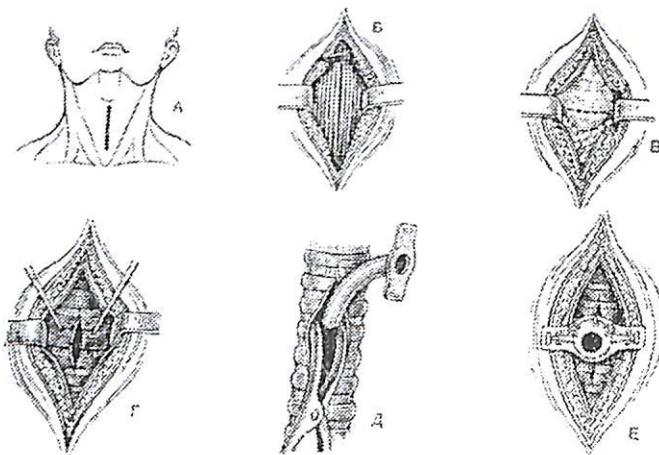
**Traxeotomiya** shoshilinch jarrohlik hisoblangani sababli, ko'pchilik hollarda mahalliy og'riqsizlantirishdan foydalilanadi, lekin ayrim hollarda (o'tkir asfiksiya) esa hech qanday og'riqsizlantirishsiz ham qilinadi. Agar traxeotomiya reja asosida va shoshilinch vaziyatda bo'lmasa, ayniqsa bolalarda intubatsion narkoz qilib keyin o'tkazish yaxshi natija beradi.

Chunki bunda jarrohlik aralashuvi vaqtida nafas olishni boshqarib turiladi. Mahalliy ogriqsizlantirish uchun novokain yoki trimekain (1 % li) eritmalar ishlataliladi.

Traxeyaga aniqlash uchun bo'yin oldi devorining ayrim belgilariiga etibor qaratiladi: qalqonsimon tog'ayning yuqori

burchagi, hiqildoq burmasi, uzuksimon tog'ay davori, bo'yinturuq chuqurchasi. Bo'yinning oldingi yuzasidagi kesilgan teri chizig'i aniq o'rtadan o'tishi zarur, aks holda jarroh kekirdakni aniqlashning ilojini qila olmaydi.

Traxeotomiya turiga qarab (qalqonsimon bez bo'yniga nasbatan olinganda yuqorigi, o'rta yoki pastki traxeotomiya mavjud) jarroh bemorga nisbatan quyidagi vaziyatda turadi: yuqorigi va o'rta traxeotomiya o'tkazishda o'ngda, pastki traxeotomiyada chapda, bu kekirdakning turlichay kattalikda ochishga yordam beradi. Teri hiqildoq bo'rtmasi o'rtasidan bo'yinturuq chuqurchasiga qarab 5-6 sm uzunlikda kesiladi. Tush -til osti mushaklarining birlashgan joyidan bo'ynning oq chizig'i topiladi. Muolaja davomida oq chiziqni o'rtada bo'lishi jarrohlik to'g'ri bajarilayotganidan dalolat beradi.



42-rasm. Traxeotomiya o'tkazish bosqichlari

Bo'yinning oq chizig'i butun teri uzunligida kesiladi. Bunda bo'yin oq chizig'i joylashgan qalqonsimon bez bo'ychasini shikastlanmaslik uchun, skalpel emas, balki qaychi ishlataladi.

Bu kesilgan joyga tepadan pastga qaratib tarnovsimon zond kiritiladi va shu zond bo'ylab bo'yinning oq chizigi bor bo'yicha kesiladi.

Mushaklar yon tarafga surilgandan keyin qalqonsimon bezning bo'yni yaxshi ko'rindi. Yuqori traxeotomiyani bajarmoq uchun qalqonsimon bez bo'yinchasi uchi to'mtoq ilgak bilan pastga tortiladi. Kekirdak tog'aylari ochilgandan so'ng birnchi tog'ayni qoldirib keyingi tog'aylar uzunasiga kesiladi. Kekirdakga kiritilayotgan nayning o'tishini osonlashtirish uchun kesilgan tog'ay chekkalari Trusso yara kengaytirgich bilan kengaytiriladi. Bo'yin terisiga yuqori hamda pastki qirg'oqlariga 1–2 tadan ipakii chok qo'yiladi. Bolalarda hiqildoq ancha yuqori joylashganligini hisobga olib, ularda ko'pincha pastki trexeotomiya qilinadi.

Kekirdakni ochishdan oldin atrofdan qon oqishini to'xtatib qo'yish lozim. Yo'tal refleksini bartaraf etish uchun kekirdakning shilliq pardasi 5% li kokain yoki 10% li dikain eritmasi sutiladi. Yuqori traxeotomiya da kekirdakning ikkinchi va uchinchi halqalari o'rta traxeotomiyada esa uchinchi va to'tinchi qalqalari, pastkisida esa – to'rtinchi va beshinchi halqalari kesiladi. Yuqori traxeotomiyada ikkinchi halqani kesishda, tovush osti bushligining shilliq pardasini shikastlashdan ehtiyyot bo'ish kerak, shu soha to'qalari shikastlanib, traxeotomiya naychasi uzoq vaqt qolib ketishi natijasida granulyasiyalar paydo bo'lib, keyinchalik hiqildoq yorig'ini toraytiradigan barqaror chandiq hosil bo'lishiga olib keladi. Oqibatda bemor uzoq vaqt bu naycha bilan yurishga majbur bo'ladi.

Hiqildoq qisilishida nafas olish va chiqarishda hiqildoq va kekirdakning muntazam ravishda tepaga-pastga surilib turgani uchun, uning devorini to'g'ri kesish maqsadida hiqildaqning mahkam ushlab turish zarur. Buning uchun yordamchi vrach uzuksimon tog'ay yoyiga bir tishli ilgak sanchib hiqildoq ochilgunicha uni tepaga ko'tarib turadi. Kekirdak halqachalari

o'tkir skalpel bilan kesiladi. Kekirdakning orqa devorini shikastlantirmaslik uchun skalpel qorinchasining uchidan 0, 5 sm qoldirilib, qolgan qismiga dokali pilik taqaladi. Ikkita halqa kesilib u joyga yara kengaytirgich kiritiladi va kesilgan joyga mos hajimda traxeotomik naycha qo'yiladi. Bordiyu, jarohatning (kerkirdak teshigining) kattaligi qo'yiladigan naychani hajmiga mos kelmasa, nafas olish va yo'talish paytida teri osti to'qimasiga havo kirib, emfizema hosil qiladi va u bo'yin, yuz, ko'krak sohasiga ham tarqalishi mumkin.

Zudlik bilan traxeotomiya qilingandan keyin, barcha davolash muolajalari hiqildoqning o'tkir qisilishiga olib keladigan sabablarni bartaraf etishga qaratilishi lozim.

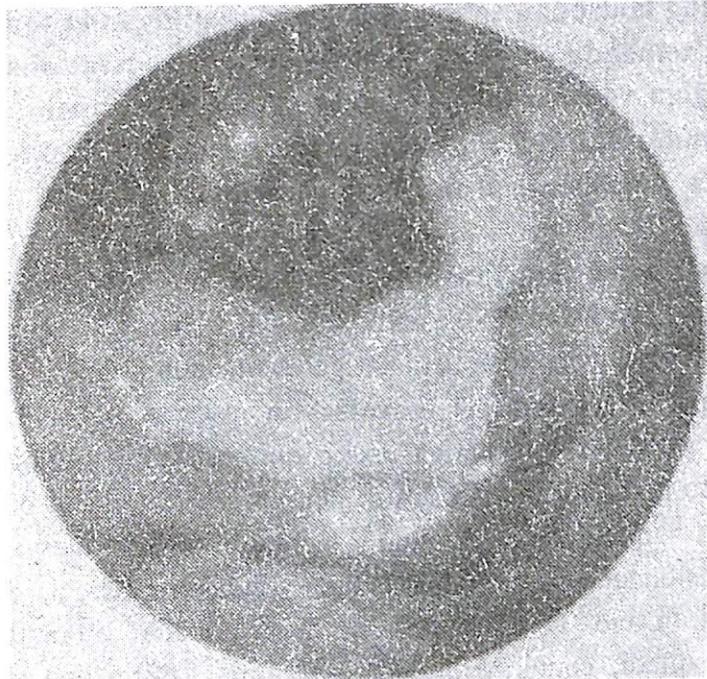
### **Hiqildoq shishlari**

Hiqildoq shishlari alohida kasallik bo'lmasdan ko'p kasalliklarning simptomatik ko'rinishidir. Hiqildoq shishlarining kelib chiqishi bo'yicha yallig'lanishdan so'nggi va yallig'lanishiga aloqasi bo'lмаган турлари тафовут qilinadi.

**Yallig'lanish jarayonida paydo bo'lgan shishlar**, asosan, quyidagi kasalliklarda namoyon bo'ladi: hiqildoq anginasi, flegmanoz laringit, hiqildoq ustki tog'ay abssesi, halqum (paratonzillit va paratongzillyar abssess) va halqum orti sohalaridagi absseslar, bo'yin va umurtqa pog'onasi hamda til o'zagidagi turli yiringli jarayonlarda.

**Hiqildoq shishlarining asosiy sabablaridan yana biri bu jarohatlardir:** urilgan, kesilgan, termik va kimyoviy kuyishlar. Bunday shishlar hiqildoqda o'tkazilgan jarrohlik muolajalaridan so'ng, uzoq vaqt intubatsion naylarning hiqildeqda bo'lishi, hamda davolash maqsadida o'tkazilgan nur ta'siridan so'ng ham paydo bo'lishi mumkin.

**Yallig'lanish jarayoniga aloqasi bo'lмаган shishlar:** Bu turdagи shishlarga asosan allergik holatlardan so'ng paydo bo'ladigan shishlar kiradi.



43-rasm. Hiqildoq shishi

Hiqildoq shishlariga olib keladigan sabablardan yana biri bu yurak qon-tomir tizimi kasalliklari bo‘lib, qaysiki qon aylanishining buzilishi bilan kechadigan turlarida, buyrak kasalliklari, jigar sirrozi, ayrim yuqumli kasallikkarda kuzatiladi. Hiqildoq shishlari asosan hiqildoqning shilliq osti yumshoq to‘qimalariga boy qismlarida (hiqildok ustki tog‘ayi til yuzasida, cho‘michsimon -hiqildoq ustki tog‘ayi burmasida, hiqildoqqa kirish qismining orqa devorida va ovoz boylamni ostki qismida) ko‘proq uchraydi.

**Hiqildoq shishlarining klinik kechishi:** kasallikning klinik kechishi shishni qanday darajada namoyon bo‘lganlik darajasiga bog‘liq bo‘ladi.

**Yallig'lanishdan so'nggi shishlarda yutinganda tomoqda og'riq, tomoqda yet jism børligini his qilish, nafas olishning qiyinligiga va ovez o'zgarganligiga bo'ladi. Laringoskopiya qilinganda hiqildaq shilliq qavati baliq pufagi shaklida va rangida shishgan, ovez yorig'i qisman to'silgan holda bo'ladi.**

**Hiqildaq shishlari tashhisi** qiyinchilik tug'dirmaydi, bunda bemor shikoyatlari, kasallik tarixi, laringoskopik va rentgenologlik tekshirish natijalariga asoslanadi.

**Hiqildaq shishlarini davolashda** asosan nafas olishni tiklash va asfiksiya holatiga tushib qolmaslikning oldini olish zarur, so'ogra kasallikni kelitirib chiqaruvchi omillarni bartaraf qilishga qaratiladi. Buning uchun degidrotatsiya va giposensiblizatsiya qiluvchi hamda tinchlantiruchchi dorilar qilinadi. Davo choralarini albatta kasalxonada o'tkazilishini taqozo qiladi, chunki hiqildaq shishlarida kutilmagan vaqtida bemor ahvoli og'irlashib zudlik bilan traxeotomiya qilish lozim bo'lib qolishi mumkin.

Bemorlarga shishning oldini olish va nafasni tiklash uchun quyidagi chora-tadbirlari qilinishi kerak: Tomir ichiga 40% – 20 ml glyukoza eritmasi, kalsiy xlorni 10%\_10 ml eritmasi, 5 ml 5% urotropin, va 30–90 mg miqdorida prednizohon yoki gidrokortizoh, hiqildaq mushaklari spazmini olish maqsadida eufillinini 2, 4% eritmasidan 10 ml. qilinadi. Bir vaqtini o'zida bemorga namlangan kislorod beriladi, bo'yinga spirtli kompres qilinadi. Mushak orasiga tinchlantiruchi, giposensiblizatsiya qiluvchi va siyidik haydovchi dorilar qilinadi. Ingolyasiya uchun fiziologik eritmaga albatta ximotripsin (tripsin, ximopsin), efedrin aralashmalari qo'shib qilinadi.

Muolajani chaig'ituvchi turlari ham shishning oldini olishda

yaxshi natija beradi, buning uchun oyoqlarga issiq xantalli xammom, ko'krak qafasiga xantal qo'yiladi. Davolash jarayonida albatta simptomatik(isitma tushiruvchi, yo'tal qoldiruvchi) davolar qo'llaniladi.

### Kasbga layoqat va ekspertiza

Har bir vrachning o'z kasbi bilan bog'liq bo'lgan faoliyati bemor ish faoliyatini belgilab berishga ham yo'naltirilgan bo'ladi. Kasb tanlash – insonlar mehnat faoliyatini u yoki bu turiga, qaysi kasbga salomatligi jihatidan layoqatligini aniqlashdan iborat. Bunda shaxsni ishlab chiqarishda ishlash qobilyatining bor yoki yo'qligi, harbiy xizmatchilarning qurolli kuchlarda xizmat qila olishi imkoniyati aniqlanadi. Kishilarning sog'ligini umumiyl holatini hisobga olgan holda mehnatning qaysi turini tanlashga maslahat beriladi. Kasb tanlashda tibbiy qarshilik ikki guruhga bo'linadi:

**Birinchi qarshilik** – inson jimonan sog'lom bo'lgan holda ayrim kasbga mos kelmasligi. Bunga hid bilishning buzilishi bir qancha kasbda (parfyumeriya, oziq-ovqat va ximiya sanoatida) ishlash mumkin bo'lmaydi. Boshqa bir qator kasblarda: dvigatel faoliyatini tekshiruvchi, musiqachi, ashulachi, yer osti va yer us-ti transport haydovchilari, radio, telegrafist va gidroakustik mu-taxassisliklari bo'yicha ishlash uchun eshitish qobilyati niho-yatda sog'lom va ko'rsatilgan shartlarga to'la mos bo'lishi shart.

Balandlikda, suv ostida ishlovchilarga (dengizchilar, g'avvoslar, uchuvchi, kosmonavtlar) muvozanat analizatori faoliyati holatiga talab yuqori bo'ladi.

**Ikkinci qarshilik** – Salomatlikda ma'lum bir nuqson bo'lib, kasb va ishlab chiqarish ta'sirida bu nuqson yomonlashishi mumkin bo'lgan kasallik. Masalan – otoskleroz,

koxlear nevrit, Mener kasalligi – bilan xastalangan bemorlarga shovqin bilan ishlash mumkin emas. Hiqildeq surunkali kasalliklarida ovoz boylamini zo'riqtiruvchi (o'qituvchilik, suxandonlik, artistlik) kasblarda ishlash man etiladi. Kasb tanlashda parashyutchi, uchuvchi, kessonchi, dengizchi, suv osti kemalarida xizmat qiluvchilarning qulog' barofunksiyasi va burun yon bo'shliqlari faoliyatini tekshirish katta ahamiyatga ega. Qulogning barofunksiyasi eshitish vaqtida tovush o'tkazuvchanligi va nog'ora pardasining tebranish holatiga bog'liq. Nog'ora pardaning tebranishi otoskopik tekshirishda Zidle voronkasi (2, 5-marotaba kattalashgan holda) bilan aniqlanadi. Eshituv nayi o'tkazuvchanligini baholashda: oddiy yutinish, burunni berkitib yutinish, burun va og'izni berkitib nafas chiqarish (Valsalvi usuli), eshituv nayiga Politser usuli bo'yicha havo yuborish, eshituv nayiga kateter kiritish orqali tekshiriladi.

Qulogning muvozanat faoliyati bilan bog'liq bo'lgan kasb tanlashda, reaktiv va tovushdan tez uchuvchi aviatsiyada, kosmik aviatsiyada, shuningdek, dengizchilarda, yuqorida ishlovchi-quruvchi-montajchilarda muvozanat faoliyati to'liq tekshiriladi. Tekshiriluvchilarning holati vegetativ reaksiyaning darajasiga qarab baholanadi.

Mehnat qobiliyatining qanday darajada yo'qolgaunik holatini aniqlash katta ahamiyat kasb etadi. Qulog, burun, tomoq kasalliklarida mehnat qobiliyatini butunlay yo'qolishi kamdan-kam kuzatiladi. Bunday holat xavfli o'sma kasalliklarida (III-IV darajasida), Mener kasalligining og'ir shaklida, yoki boshqa sababli muvozanat analizatori faoliyatining og'ir buzilishida, nafas yo'llarining surunkali qisilishi natijasida doimo nafas olishning qiyinligida kuzatiladi. Mehnat faoliyatini to'la

yo‘qolishi kasallik bo‘yicha nogironlik guruhini ko‘rib chiqishni talab etadi.

Ayrim kasalliklarda vaqtinchalik mehnat qobilyatini yo‘qotish muddatlari belgilangan va shunga asosan ular ishdan ozod etiladi.

Yuqori nafas yo‘llari virusli kasalliklarida 7 kun ozod etiladi.  
Arginalarda – 7 kun

Paratonzillyar abscesslarda 8–12 kun

Burunni asoratsiz jarohatida 3–4kun

Vazomotor rinitni qo‘zg‘alish davrida 3 kun

O‘tkir gaymoritda 6–9 kun

O‘tkir frontit va sfenoiditda 10–12 kun

Surunkali sinusitlarda 5–7 kun

Burun chipqonida 6–10 kun

O‘tkir laringit 4–7 kun

O‘tkir yiringli o‘rta otit va mastoidit 12–18 kun

Tashqi quloq jarohatida 5–7 kun

Bemoriarni ishga yaroqsizligini belgilashda har bir holatda albatta shaxsiy yondashish va uning kasbini hisobga olgan holda amalga oshirish zarur.

## LOR AMALIYOTIDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARI RETSEPTURASI

Burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklarida qo'llaniladigan asosiy dori vositali.

Mahalliy qon tomir toraytiruvchi dori vositalari

1. Rp: Naphtysini 0, 05% – 10, 0

D. S. 2 – 3 tomchi 3 mahal.

2. Rp. Emuls. Sanorini 10, 0 ml

D. S . burunga 2 tomchidan 2 mahal tomiziladi.

3. Rp. Sol. Adrenalini hydrochloride 0, 1%-1, 0

D. S. burundan qon ketish vaqtida paxtali pilikka shimdirlilib burun bo'shlig'iga qo'yiladi

4. Rp. Halasolini 0, 05%. , 0, 1%-10, 0 ml.

D. S. burunga 2 tomchidan 2 mahal

5. Rp. Nazivini 0. 01%, 0. 025%, 0. 05%-10 ml.

D. S. burunga 2 tomchidan 2 mahal.

6. Rp. Sol. Erhedrini hidrochloridi 1-2%-1, 0

D. S. 2-3 tomchidan 1 kuuda 3-marta burunga tomiziladi.

**7. Rp. Sol. Sanorini 0, 05%–10, 0 ml.**

D. S. 2–3 tomchidan 1 kunda 3-marta burunga tomiziladi.

**8. Rp: Spray Aphrinum 20, 0**

D. S. burunga kuniga 2 mahal sepish uchun

**9. Rp: Aerosolum Inhalyptum**

D. S. burunga kuniga 2 mahal sepish uchun

**10. Rp: Spray Ksemelinum 0, 1%– 10. 0**

D. S. kuniga 2 mahal burunga sepish uchun

**11. Rp: Spray Kromosolum 28 ml.**

D. S. burunga kuniga 2 mahal sepish uchun

**12. Rp: Pinasolum 30 ml.**

D. S. kuniga 2mahal 2 tomchidan burunga tomizish.

**13. Rp: Spray vibrocilim**

D. S. burunga kuniga 2 mahal tomizish uchun.

**15. Rp: Spray Nasocortum**

D. S. kuniga bir mahal burunga sepish uchun

**16. Rp: Spray Nasolum 30 ml.**

D. S. kuniga bir mahal burunga sepish

Allergik rinitlarda qo'llaniladigan dori vositalari:

Tizimli antigistami dori vositalari.

**17. Rp:Loratali 0, 01**

**D. S. kuniga 1 tab. 1 mahal ichish**

**18. Rp: Phencaroli 0, 025**

**D. t. d. N 30 S. 1 tabletkadan 3 mahal**

**19. Rp: Tab Zirtek 0. 1**

**D. S. Kuniga 1 tabletkadan 1 mahal**

**20. Rp: Suprastini 0, 025**

**D. t. d. N 30 in tab**

**S. kuniga 1 tabletkadan 3 mahal**

**21. Rp:L-set 0, 5**

**D. t. d allergik rinitda 1 tabl. 1mahal ichiladi**

**(6 yoshdan katta bemorlarga buyuriladi)**

**22. Rp:Terix 100, 0 ml. sirop, 10, 0 mg tab**

**D. S. sirop 1 choy qoshiqda 1 mahal yoki 1 tab 1 mahal  
(bemor yoshi hisobga olinadi).**

**23. Rp. Klemastini 1, 0 tab. xolida yoki 2, 0 ml in'eksiya  
uchun**

**D. S. kuniga 1 tab. 1mahal yoki 1, 0 ml. in'eksiya uchun**

**24. Rp. Zefeksal 120 mg. , 180 mg. tab. xolida**

**D. S. kuniga 1 tab. 1 mahal**

25. Rp: Lordestini 5 mg.  
D. S. kuniga 1 tab 1 mahal

Mahalliy ta'sir etuvchi antigistamin dori vositalari.

26. Rp: Spray Allerqodili  
D. S. kuniga 2 mahal sepish uchun

27. Rp: Spray Polidexy  
D. S. Allergik rinitda kuniga 3-5 mahal burunga sepiladi.

28. Rp: Spray Avamisi  
D. S. allergik rinitda kuniga bir mahal sepiladi.  
(12 yoshdan katta bemorlarga)

29. Rp. Spray Afrini 10. 0 ml.  
D. S. kuniga 2 mahal burunga sepish uchun

30. Rp: Spray Flytonexi  
D. S. allergik rinitda kuniga 1 mahal sepiladi  
(4 yoshdan katta bolalarga)

31. Rp: Spray Cromolinum 15 ml  
D. S. kuniga 2 mahal burunga sepish.

32. Rp: Spray Antirineli 2%-25 ml.  
D. S. kuniga 3 mahal burunga sepish

33. Rp. Sol. Levamisoli 0, 1%-10, 0  
D. S. 3-5 tomchidan kuniga 3-marta burunga tomiziladi  
(vazomotor tumovda).

Burunni o'tkir va surunkali yallig'lanishida  
qo'llaniladigan dori vositalari.

34. Rp: Tab. Sinupreti et sol. 100, 0

D. S. O'tkir va surunkali rinosinusitlarda 1 tab. 4 mahal,  
suyuq holda esa 50 tomchidan kuniga 3 mahal ichishga  
buyuriladi.

35. Rp: Dimedroli 0, 02

Furacillini 0, 01

Sol. Streptocidi 0, 8% – 20, 0

Sol. Adrenalini hydrochloridi 0, 1% gtt. X

M. D. S. Bolalarda o'tkir rinitda buruniga 3 tomchidan 3  
mahal tomiziladi.

36. Rr. Streptocidi

Norsulfasoli

Ephredrini hydrochloride 0, 03

(Venzulrenicillini-natrii-200. 000 ed)

M. f. rulv. subtil.

D. S. Kuniga 2–3-martadan o'tkir rinitda burunga  
purkash uchun.

20. Rp. Sol. Sollargoli 1–2%-10, 0

D. S. 3–5 tomchidan kuniga 2–3-marta burunga  
tomiziladi.

37. Rp. Sol. Rrotorgoli 1–2%-10, 0

D. S. 3–5 tomchidan kuniga 3-marta burunga tomiziladi.

- 38. Rp. Sol. Furacillini 1:5000–10, 0**  
**Erhedrini hdrochloridi 0, 2**  
**D. S. O'tkir tumovda kuniga 3 tomchidan 3-marta**  
**tomiziladi.**
- 39. Rp. Sol. Acidi borici 2%-10, 0**  
**Sol. Adrehalini hydrochloridi 0, 1% gtt. X**  
**M. D. S. O'tkir tumovda 2–3 tomchidan kuniga 3-marta**  
**tomiziladi.**
- 40. Rp. Mentholi 0, 1**  
**Ol. vaselini 10, 0**  
**M. D. O'tkir rinitda burunga 3 tomchidan kuniga**  
**3-marta tomiziladi. (5 yoshdan katta bolalarga).**
- 41. Rr. Rrotargoli 0, 15**  
**Mentholi 0, 15**  
**Lanolini 5, 0**  
**Vaselini 15, 0**  
**M. F. Ung.**  
**D. S. Atrofik tumovda kuniga 3-martadan dokali pilik**  
**bilan burun yo'llariga quyiladi.**
- 42. Rr. Jodi puri 0, 02**  
**Kalil jodidi 0, 2**  
**Glicerini 20, 0**  
**M. D. S. Atrofik rinitda burunga kuniga 2–3-marta**  
**tomizish uchun.**

- 43. Rp. Sol. Jodinoli 1%-50, 0**  
**D. S. Burun ichiga purkash uchun 2-3-marta (ozena va at-rofik tumovda).**
- 44. Rr. Suprastini 0, 025**  
**S. 1/2 t dan quniga 2-3-marta ichiladi.**
- 45. Rp. Susr. Nudrocortisoni acetates 2, 5%-5, 0 ml.**  
**S. Allergik sinuitlarda burun yon bo'shliqlariga quyiladi (1, 0 ml suspenziyani 2, 0 ml toza natriy xlor eritmasida aralashtirib, puksiyadan so'ng yuqori jag' bo'shlig'iga yuboriladi).**
- 46. Rr. Zinci oxidati 5, 0**  
**Vaselini 30, 0**  
**MDS. Burun chipqonida kuniga 3-marotaba surtish uchun.**
- 47. Rr. Ung. Flavi oxidati 1% – 100, 0**  
**D. S. Burun chipqonida kuniga 3-marta surtish uchun.**
- 48. Rp. Ung. Hydrargyru albi 3-5%-10, 0**  
**Streptocidi 0, 3**  
**DS. Kuniga 2-3-marta burun chipqonida surtish uchun.**
- 49. Rr. Sol. Dimexidi 30 %-30, 0**  
**D. S. Surunkali sinusitlarda punksiya qilingandan so'ng 2, 0 ml. bo'shliqqa yuboriladi.**

- 50.** Rp. So1. Dioxidini 10, 0  
D. t. d. N 10 amp.  
S. Cinusitlarda burun yondosh bo'shliqlariga punksiya qilib yuviladi.
- 51.** Rp. So1. Chlorophyllipty 0, 25%-2, 0  
D. t. d. N 5 in amp.  
Sinusitlarda 1 dona ampulani 10, 0 ml. distill suviga aralashtirib burun yondosh bo'sbliqlari yuviladi.
- 52.** Rp. Ung. «Flucinari» 30, 0.  
D. S. Tashqi burun terisiga surtish uchun.  
Rr. Levorini-natrii 200, 00 ed  
D. t. d. N 10  
S. Zamburug'li sinusitlarda 1 flakondagi dori 10, 0 ml. toza (distillangan) suvda eritilib burun yondosh bo'shlig'iga yuboriladi.

### **HALQUM KASALLIKLARIDA ISHLATILADIGAN DORI MODDALARI**

Halqum shilliq qavatlarining o'tkir kasalliklarida qo'llaniladigan dori moddalari:

- 53.** Rp: Tab. Hexaliz N 10  
D. S . angina va o'tkir faringitlarda kuniga 5 mahal ovqatdan so'ng shamiladi.
- 54.** Rp:Tab. Sebedini N10  
D. S. angina va o'tkir faringitlarda kuniga 5 mahal ovqatdan so'ng shamiladi.

55. Rp: Spray Happylor 10, 0 ml.  
D. S. angina va o'tkir faringitlarda tomqqa kuniga 4 mahal sepiladi.
56. Rp: Spray Hexoral 0, 2%-40, 0. ml.  
D. S. angina va o'tkir faringitlarda tomqqa kuniga 4 mahal sepiladi.
57. Rp: Spray Loroben 30, 0 ml. et Sol. 200, 0 ml.  
D. S. O'tkir faringi va anginada tomqqa kuniga 4 mahal sepiladi. Eritmasi bilan kuniga 4 mahal chayiladi.
58. Rp: Sol. Miramistini 0, 01%-100, 0 ml.  
D. S. Surunkali tonsillitlarda lakanalar kuniga 1 mahal yuviladi.
59. Rp:Tab. Tonzipreti  
D. S. O'tkir faringit va anginlarda 1 tab. kunaiga 4 mahal ichiladi
60. Rp: Capsulae Flunolum 150, 0 mg.  
D. S. kadidozli anginada 1 kapsuladan 1 mahal 10 kun davomida
61. Rp: Tab. Exzoli 100, 0 ml.  
D. S. Kandidozli anginada 1 tab. 1 mahal 15 kun davomida.

**62. Rp: Faringosepti 0, 01**

**D. t. d. N 20 in tab**

**D. S. o'tkir faringit va anginalarda ovqatdan so'ng 1 tabletka 3 mahal so'riladi.**

**63. Rp: Faliminti 0, 025**

**D. t. d. N 20 in dragee.**

**S. O'tkir faringit va anginalarda kuniga 1 drajadan 3 mahal so'riladi.**

**64. Rp: Sol. Eludrili 90, 0**

**D. S. O'tkir faringit va anginalarda 2 choy qoshiq kukun 1stakan iliq suvga aralashtilib tomoq kuniga 4 mahal chayiladi.**

**65. Rp: Ac. Borici 30, 0**

**D. S. Anginada halqumni chayqash uchun 1 choy qoshiq kukunni 1 stakan iliq suvga eritib 3-4 mahal chayqash.**

**66. Rp: Jodi puri 0, 02**

**Kalii jodidi 0, 25**

**Glycerini**

**Aq. Destillatae aā 10, 0**

**M. D. S. Atrofik faringitlarda halqum shilliq qavatiga kuniga 2 mahal surtish uchun.**

**67. Rp: Tannini 1. 0**

**Glycerini 10, 0**

**M. D. S. Surunkali kataral faringitda halqum orqa devori shilliq qavatiga kuniga 2 mahal surtish uchun.**

**68. Rp:T-ae Calendulae 25, 0**

D. S. Halqumni o'tkir yallig'lanishida tomoqni kuniga 4 mahal iliq holda chayqash uchun.

**69. Rp. Jnf. Radicis Althaeae 10, 0%-300, 0**

D. S. O'tkir faringit va anginalarda tomoqni kuniga 4 mahal chayish uchun.

**70. Rp: T – gae Eucalipti 30, 0**

D. S. Surunkali kataral faringitda tomoqni kuniga 4 mahal iliq holda chayqash uchun.

**71. Rp: Sol. Argenti nitrici 2% – 10, 0**

Da in vitro nigro!

D. S. Granulyoz faringitda halqum orqa devoriga kuniga 1 mahal surtish uchun.

**72. Rp: Natrii hydrocarbonatis 30, 0**

Natrii tetraboratis 10, 0

Natrii chloridi

Natrii benzoatis aā 5, 0 Ol. Menthae gtt. III

M. D. S. Atrofik faringitda tomoqni kuniga 2 mahal chayqash uchun.

**73. Rp. Sol. Jodinoli 1%-10, 0**

Natrii tetraboratis 0, 6

Glicerini 10, 0

M. D. S. Surunkali tonsillitlarda murtaklarga surtiladi.

74. Rp. Sissi Kalanchoes 10, 0  
D. t. d. N 10 in amp.  
S. Surunkali tonzillitda bodomcha bez lakunalarini yuvish uchun.
75. Rp. Sol. Gramicidini 2%-2, 0  
D. t. d. N 10 in amr.  
S. Surunkali tonzillitda 1 ampulani 100 ml suvda eritib, lakunalar kuniga 2-marta yuviladi.
76. Rp. Citrali 0, 2
71. Rersicorum 10, 0  
M. D. S. Surunkali tonzillitda bodomcha bezlarga surtish uchen.
77. Rp. Sol Dioxidini 1%-10, 0  
D. t. d. N 10 in amp.  
S. Surunkali tonzillitda lakunalarui yuvish uchun.
78. Rp. Sol. Chlorophyllipti 0, 25%-2, 0  
D. t. d. N 5 in amp.  
S. 1 ampulani 5, 0 ml. distillangan suvga aralashtirilib lakunalarni yuviladi.
79. Rp. Sol. Jodinoli 1%-10, 0  
Natrii tetraboratis 0, 6  
Glicerini 10, 0  
M. D. S. Surunkali tonzillitda murtakiarga surtiladi.

80. Rp. Sol. Microcidi 100, 0  
D. S. Surunkali tonsillit va faringitlarda 1 stakan suvga 1  
choy qoshiq eritmadan aralashtirib, tomoq chayiladi.
81. Rp. Levamicini 0, 01  
Glucosae 0, 3  
M. F. Pulv.  
D. t. d. N 15  
S. Kukunli dorini 10 ml distillangan suvda eritib, murtak  
lakunalari yuviladi.
82. Rr. Jodi puri 0, 02  
Kalil jodidi 0, 2  
Glicerini 20, 0  
M. D. S. Atrofik faringitda halqum orqa devoriga kuniga  
3 mahal surtiladi.

#### HIQILDOQ KASALLIKLARIDA QO'LLANILADIGAN DORILAR

83. Rp. Sol. Ephedrini hydrochloridis 2%-1, 0  
Sol. Natrii hydrocarbenatis 2%-5, 0  
Prednisoloni 0, 005  
Streptomycini sulfatis 50, 000 ed  
M. D. S. O'tkir laringitda kuniga 1 mahal aerozol holida  
yuboriladi.

84. Rp. Juf. herb. Thermopsisidis 0, 12%-100, 0  
 Liq. Ammonii anisati 2, 9  
 Sir. Althaeae 10, 0  
 M. D. S. Soxta bo'g'mada 1 choy qoshig'ida kuniga 5-6-marta qabul qilinadi
85. Rp. Euphyllini 0, 1  
 Dimedroli 0, 2  
 Chymotripsini 0, 025  
 Aq. Destill. 20, 0  
 M. V. S. O'tkir laringitda kuniga 1 mahal ingalyasiya (2. 0 ml.) uchun.
86. Rp. Oxusort-aerozoli 75, 0  
 D. S. Halqum va hiqildoqning shilliq qavati kuyganida kuniga 1 mahal 10 kun davomida sepiladi.
87. Rp. Dimedroli 0, 15  
 Ephyllini 0, 3  
 Ac. Ascorbinici 0, 5-1, 0  
 Aq. Destill 30, 0  
 M. D. S. Soxta bo'g'mada, hiqildoqni o'tkir yalliglanishida aerozol shaklida kuniga 1-maretaba qo'llaniladi.
88. Rp. Sol. Ephedrini hydrochloridi 5%-0, 5  
 Sol. Euphyllini 2, 4%  
 Sol. Dimedroli 0, 5%  
 Sol. Novocaini 0, 5% aa 1, 0 —  
 Ag destill 5, 0  
 M. D. S. Soxta bo'g'mada ingolyasiya holida yuboriladi.

**89. Rp: Amphotericini B 50. mingED**

**D. . S. Hiqildoq kandidemikozida kuniga 1 mahaldan ingolyasiya holida ishlataliladi**

### **QULOQ KASALLIKLARIDA ISHLATILADIGAN DORILAR**

**90. Rp:Sol. Drophlexi 20, 0 ml.**

**D. S. Quloqdagi eg‘riqlarda kuniga 2 tomchidan 4 mahal tomiziladi.**

**91. Rp:Sol. Othofa 20, 0 ml.**

**D. S. Quloqdagi yiringli otitlarda kuniga 2 tomchidan 2 mahal tomiziladi.**

**92. Rp: Sol. Safrodexi 5, 0**

**D. S. Yiringli o‘rta otitda quloqqa kuniga 2 mahal 2 tomchidan tomizaladi.**

**93. Rp:Sol. Cardexini 5, 0 ml.**

**D. S. Yiringli o‘rta otitda quloqqa 2 tomchidan 2 mahal tomizish uchun**

**94. Rr. Prednisoloni 0, 05**

**Jecoris Aseli 3, 0**

**Vaselini 6, 0**

**M. F. Ung.**

**D. S. Allergik dermatitlarda quloq suprasiga surtiladi.**

95. Rp. Oxucort – aerosoli 75, 0  
D. S. Qulq suprasining yallig‘langan qismiga kuniga 2-marta sepiladi.
96. Rp. Oxusort 10, 0  
D. S. Qulq suprasi kuygan qismiga surtiladi.
97. Rp. Spiritus asidi borici 3%-10, 0  
D. S. Qulqqa tomizish uchun.
98. Rp. Recorcini 0, 5  
Anaesthesini 1, 0  
Jchthyoli  
Vaselini aa 5, 0  
M. F. ung.  
D. S. Tashqi quleqning ekzemasida ishlataladi.
99. Rp. Ung Nystatini 10, 0  
D. S. Otomikozda kuniga 2-3-marta tashqi eshituv yo‘liga surtiladi.
100. Rp. Ung. Levorini 30, 0  
D. S. Otomikozda kuniga 2-marta tashqi eshituv yo‘liga surtiladi.
101. Rp. Asidi Salicylisi 0, 2  
Spiritys aethylici 70°-20, 0  
M. D. S. Yiringli otitlarda 6-8 tomchidan kuniga 3-marta tomiziladi.

102. Rp. Natrii hydrocarbonatis 0, 5  
Glycerini Aq desfüll aa 5, 0  
M. D. S. Quloq kirini yumshatish uchun 7–10 tomchidan kuniga 3-marta temiziladi.
103. Rp. Sol. Zinci sulfatis 0, 5%-10, 0  
D. S. 5 tomchidan kuniga 3-marta qulogqa temiziladi.
104. Rp. Susr. Nudrocortisoni acetates 2, 5%-5, 0  
D. S. Allergik otitlarda 3–5 tomchidan kuniga 2–3-marta temiziladi.
105. Rp. Sol. Argenti bitratis 10 (20–30)%-10, 0  
D. S. Qulogdagu granulyasiyalarni kuydirish uchun.
106. Rp. Solfadexi 5, 0  
D. S. Yiringli otitlarda kuniga 2 mahal 2 tomchidan qulogqa temizish uchun.
107. Rp. Nitrofungini 20, 0–30, 0  
D. S. Otomikozda tashqi eshituv yo'liga 2 tomchidan temiziladi.
108. Rp. Sol. Dimexidi 30%-10, 0  
D. S. 5 tomchidan kuniga 2–3-marta qulogqa temiziladi.
109. Rp. Novocaini 0, 3  
Spiritus aethylici 70°-5, 0  
Glicerini 5, 0  
M. D. S. Quloq og'riganda 3–5 tomchidan eshituv yuliga temiziladi.

**110. Rp. Furacillini 0, 01**

Spiritus aethylici 50<sup>0</sup>-10, 0

M. D. S. Yiringli otidlarda 3-5 tomchidan kuniga 3-marta qulogqa temiziladi.

**111. Rp. Layevomycetini 0, 5**

Spiritus aethylici 50<sup>0</sup>-20, 0

M. D. S. Yirinli otidlarda 3-5 tomchidan kuniga 2-3-marta temizish uchun.

**112. Rp. Sol. Dioxydini 1%-10, 0**

D. S. Surunkali yiringli etidlarda e'rtta qulogq kuniga bir mahal yuviladi.

**113. Rp. Succi Kalanchoes 0, 5**

Spiritus aethylici 70<sup>0</sup>-20, 0

M. D. S. Yirinli etidlarda 3-4 tomchidan kuniga 2-3-marta temizish uchun.

**114. Rp. Spreptocidi Sulfademizini**

Norsulfazeli Levomycetini Aetazoli aa 10, 0

M. F. Pulv. Subtilissimi

D. S Yiringli otidlarda qulogqa purkash uchun.

**115. Rp. Unq. Synarali 20, 0**

D. S. Tashqi diffuz oitda qulogq terisiga surtish uchun.

**116. Rp. Sol. Protargoli (seu Collargoli) 1%-10, 0**

D. S. Bolalarda o'tkir otidlarda 3-5 tomchidan kuniga 3-martadan qulqqa tomizish uchun.

**117. Rp. Microcodi 50, 0**

D. S. Yiringli otidlarda qulqni kuniga 1 mahal yuviladi.

**118. Rp. Sol. Argentum natriysi 10(20)%-10, 0**

D. S. Nog'ora bo'shlig'dagi granulyasiyani kuydirish uchun.

## IZOHLI LUG'AT

**Otoskopiya** – qulogni ko‘rish

**Labirint** – ichki qulogning chig‘anoq qismi

**Evistaxiy nayi** – o‘rtal qulogni burun halqum bilan tutashtiruvchi nayi.

**Nistagm** – ko‘z olmasining ritmik harakati

**Audiometriya** – eshitish qobiliyatini elektroakustik asbob yordamida tekshirish

**Otolit apparat** – ichki qulogning daxliz qismida joylashgan, inson tanasini fazodagi holati va to‘g‘ri yo‘nalishdagi harakatini boshqaruvchi quyi markazi

**Otit** – qulogning yallig‘lanishi

**Mastoidit** – so‘rg‘ichsimon o‘simtaning yallig‘lanishi.

**Otomikoz** – qulogning zamburug‘li yallig‘lanishi.

**Paratsentez** – nog‘ora pardani sun‘iy teshish.

**Antrotomiya** – so‘rg‘ichsimon o‘simta g‘or (antrumni) qismini ochish.

**Mezotimpanit** – o‘rtal qulog shilliq qavatlarining yallig‘lanishi va nog‘ora pardasi taranglashgan qismini teshilishi.

**Epitimpanit** – o‘rtal qulog shilliq qavatlari va suyak to‘qimalrining yallig‘lanishi hamda nog‘ora pardasi salqi qismining teshilishi.

**Otegen meningit** – yallig‘lanish jarayonining o‘rtal qulogdan bosh miyaga tarqalishi.

**Neyrosensor karlik** – eshitish analizatorining nerv tizimi yallig‘lanishi tufayli eshitish faoliyatining zaiflanishi.

**Otoskleroz** – ichki qulog chig‘anoqlarining suyak qatlamida distrofik c‘zgarishi.

**Rinoskopiya** – burunni maxsus asboblar bilan tekshirish.

**Sinusit** – burun yondosh bo'shliqlarining yallig'lanishi.

**Gaymorit** – yuqori jag' suyagi bo'shlig'ining yallig'lanishi.

**Frontit** – peshona suyagi bo'shlig'ining yallig'lanishi.

**Etmoidit** – g'alvirsimon suyak katakchalarining yallig'danishi.

**Sfenoidit** – asosiy suyak bo'shlig'ining yallig'lanishi.

**Diafonoskopiya** – burun yondosh bo'shliqlarini yorug'lik nuri bilan ko'rish.

**Rinoskolieoz** – tashqi burunni yon tomonga qiyshayishi.

**Rinolordoz** – tashqi burun qirrasining cho'kib qolishi.

**Rinolit** – burun bo'shlig'ida hosil bo'ladigan, organik tuzlardan iborat toshlar.

**Faringoskopiya** – halqumni tekshirish.

**Angina** – bodomcha bezlarining o'tkir yallig'lanishi.

**Paratonzillit** – bodomcha bezi va bez atrofi to'qimalarining o'tkir yallig'lanishi.

**Adenotomiya** – burun halqum (adenoid) bezini olib tashlash.

**Laringoskopiya** – hiqildoqni tekshirish.

**Laringostroboskopiya** – ovoz boylamlari harakatlarini yorug'lik orqali tekshirish.

**Subxordal laringit** – ovoz boylami osti qismining o'tkir yallig'lanishi.

**Konikotomiya** – qalqonsimon vauzuksimon tog'aylar orasidagi konik boylamni kesish.

**Traxeotomiya** – kekirdak tog'aylarini kesib ochish.

**Laringotselle** – hiqildoq qorinchasiga havoning to'planishi.

## Mundarija:

Qishloq va shahar vrachlik punktlarida otorinolaringologiya xizmatini tashkil qilish.....	3
Lor a'zolarini tekshirish usullari .....	4
Lor bemorlarini tekshirish uchun kerakli asboblar ro'yxati.....	8
Avtonom (mobil) otorinolaringoskop apparatining tuzilishi va uni ishga tayyorlash .....	10
Otoscopiya.....	12
Tashqi qulqoq kasalliklari .....	14
Qulqoq chirki – (sernaya probka).....	18
Qulqoqda yot jismlar .....	19
Qulqoq chipqoni .....	21
Otomikocz (qulqoqning zamburug'li yallig'lanishi). .....	23
O'rta qulqoq kasalliklari.....	25
O'tkir kataral o'rta otit .....	26
O'rta qulqoqning o'tkir yiringli yallig'lanishi (otitis media acuta) .....	29
O'tkir o'rta otitning klinik kechishi .....	31
Chaqaloqlarda va yosh bolalarda o'tkir o'rta otitning o'ziga xos kechishi.....	35
Mastoidit- mastoiditis acuta (so'rg'ichsimon o'sintaning o'tkir yallig'lanishi). .....	41
Antrit .....	48
Burun va burun yondosh bo'shliqlarini tekshirish usullari .	50
Burun chipqoni (furunculus nasi).....	54
Burun yolini (roja -erysipelas) .....	57
Burunning kirish qismi sikozi (follikulit).....	58
Burun ekzernasi (eczema) .....	60
Burun kuyishi (combusito nazi) .....	62
Burunning sovuq urishi (congelatio nazi) .....	63

## **BURUN BO'SHLIG'INING O'TKIR KASALLIKLARI**

O'tkir tumov (rinit) rhinitus acuta .....	64
Yuqori jag' suyagi bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanishi (o'tkir gaymorit).....	74
O'tkir etmoidit .....	80
O'tkir frontit .....	82
O'tkir sfenoidit.....	85
Burun to'sig'iga qon quyilishi va absessi .....	87
Burun va burun yondosh bo'shliqlarining jarohati .....	89
Burundan qon ketishi .....	96
Halqumning tekshirish usullari .....	103
Halqum jarohatalari .....	108
Halqumning yot jismlari .....	112
Halqum va qizilo'ngachning kuyishi.....	114

## **HALQUMNING O'TKIR KASALLIKLARI**

O'tkir faringitlar .....	117
Halqum bezlari o'tkir yallig'lanishi-anginalar .....	120
Oddiy angina uch xil vaziyatda kelib chiqadi. ....	122
Halqum bo'g'masi (difteriya) .....	136
Hiqildoqni tekshirish usullari .....	139

## **HIQILDOQNING O'TKIR KASALLIKLARI**

O'tkir laringit.....	144
O'tkir traxeit (trachitis acuta).....	146
Soxta bo'g'ma .....	147
Hiqildoq anginasi (angina laryngea) .....	154
Flegmonoz laringit (laryngitis phlegmonosa) .....	157
Hiqildoqning o'tkir va surunkali qisilishlari (stenozlari) ..	160
Hiqildoq qisilishida shoshilinch yordam.....	164

Traxeotomiya va traxeostomiya .....	166
Trexeotomiya o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar:.....	166
Hiqildoq shishilari .....	171
Kasbga layoqat va ekspertiza .....	173
Lor amaliyotida qo‘llaniladigan dori vositalari retsepturasi .....	176
Halqum kasalliklarida ishlatiladigan dori moddalari .....	183
Hiqildoq kasalliklarida qo‘llaniladigan dorilar .....	188
Quloq kasalliklarida ishlatiladigan dorilar .....	190
Izohli lug‘at .....	195

Q.Qosimov, A.Tojiboyev

# **TIBBIYOTNING BIRLAMCHI TIZIMIDA OTORINOLARINGOLOGIYA XIZMATINI TASHKIL QILISH**

<b>Muharrirlar:</b>	A.Tilavov A.Abdujalilov
<b>Texnik muharrir:</b>	Y.O'rino
<b>Badiiy muharrir:</b>	I.Zaxidova
<b>Musahhiha:</b>	N.Muxamedova
<b>Dizayner:</b>	Y.O'rino

Nash.lits. № AI 245. 02.10.2013.  
Terishga 23.09.2018-yilda berildi. Bosishga 11.12.2018-yilda  
ruxsat etildi. Bichimi: 60x84 1/16. Ofset bosma. «Times New  
Roman» garniturasi. Shartli b.t. 12.5. Nashr b.t. 11,6.  
Adadi 300 nusxa. Buyurtma №105.  
Bahosi shartnomaga asosida.

«Sano-standart» nashriyoti, 100190, Toshkent shahri,  
Yunusobod-9, 13-54. e-mail: sano-standart@mail.ru

«Sano-standart» MCHJ bosmaxonasida bosildi.  
Toshkent shahri, Shiroq ko'chasi, 100-uy.  
Telefon: (371) 228-07-96, faks: (371) 228-07-95.

