

**Тиббиёт институтларининг  
талабалари учун ўқув адабиёти**

**Қ.А.ХУЖАЕВА**

**АМАЛИЙ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**Умумий амалиёт врачини  
тайёрлаш учун ўқув қўлланмаси**

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта таълим  
вазирлиги томонидан тиббиёт институтлари талаба –  
лари учун дарслик сифатида қўллаш учун рухсат  
берилган.

Тошкент 2005

Биринчи Тошкент Давлат тиббиёт институтининг қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари кафедрасининг мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор Қ. А. Хужаева.

*Тақризчилар:*

Тошкент педиатрия тиббиёт институтининг қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари кафедрасининг мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор С.А.Хасанов,

Биринчи Тошкент Давлат тиббиёт институтининг Умумий амалиёт врачини тайёрлаш кафедрасининг мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор А.Г. Гадов.

Амалий оториноларингология: умумий амалиёт врачини тайёрлаш учун ўқув қуланма (Тибб.инст – нинг талабалари учун ўқув адабиёти).

Ўқув қуланмада фан ва тажрибанинг охирги ютуқлари акс эттирилган, ЛОР аъзоларга, шунингдек бошқа аъзолар ва системаларга оид асосий симптомларга алоҳида аҳамият берилган. Асосий таркибий бўғинлари – қишлоқ ва шаҳар врачлар шохобчалари (ҚВШ, ШВШ) умумий амалиёт врачининг кундалик фаолиятида ўтказишни билиши шарт бўлган қиёсий ташхислаш, даволаш тактикаси, биринчи шилинч ёрдам бериш, амалий кўникмалар, профилактик ва реабилитацион тадбирларни бажара олишнинг асосий тамойиллари баён қилинади. Китоб расмлар, жадваллар ва схемалар билан бойитилган, вазиятли масалалар ва рецептура рўйхати қўшилиб ёзилган.

## КИРИШ

Мазкур қўлланма умумий амалиёт врачини тайёрлаш янги концепциясига мувофиқ ёзиб чиқилган. Умумий амалиёт врачини тайёрлаш бўйича касб маляка таърифига биноан тиббиёт институтларининг талабалари оториноларингологиядан турли — туман назарий ва амалий кўникмаларни эгаллаган бўлишлари: ЛОР аъзоларга оид симптомларнинг асосий таърифларини, қулоқ ва бошқа аъзолар ҳамда системаларнинг турли касалликларини қиёсий ташхислашни, ЛОР аъзолар касалликларда УАВ тактикасини билишлари, шунингдек ЛОР аъзолар касалликларида анамнез йиғиш, уларни кўздан кечириш ва махсус текшириш методларини ўтказиш бўйича амалий кўникмаларни мустаҳкамлаш керак.

Замонавий ўқув жараёнида талабаларнинг билим сифатини ошириш, улар томонидан амалиёт кўникмаларни эгаллаш, кўникмаларни умумий амалиёт врачининг кундалик фаолиятида, айниқса асосий таркибий бўғинлари — қишлоқ ва шаҳар врачлар шохобчалари (ҚВШ, ШВШ)да жорий этишга алоҳида аҳамият берилади. Мазкур ўқув қўлланмасида умумий амалиёт врачини тайёрлашда актуал бўлган йўналишлар батафсил кўриб чиқилмоқда, шу жумладан ЛОР аъзоларнинг клиник анатомияси ва физиологиясининг фазилатларига, ЛОР аъзоларнинг патологияси билан беморларни ҚВШ ва ШВШ шайроитларида даволашда дифференциал ёндашишга катта аҳамият берилган.

Ўқув қўлланмасида ЛОР аъзоларнинг патологиясида ва бошқа аъзолар ва системаларда учраши мумкин бўлган касалликларнинг асосий симптомлари, қиёсий ташхислаш, даволаш тактикаси ва биринчи

ёрдамнинг асосий тамойиллари баён қилинади, умумий амалиёт варачи буларни ўтказишни билиши, шунингдек умумий амалиёт кўникмаларни, профилактик ва реабилитацион тадбирларни бажара олиши керак. Жумладан, дарсликнинг биринчи қисмида муаллифлар биринчи маротаба Ўзбекистонда оториноларингология фани ривожланишининг қисқача тарихини ёритишга уриниб кўришди ва ушбу тиббиёт соҳа шаклланишининг энг муҳим томонлари акс эттирилди. Иккинчи қисмида ЛОР аъзоларнинг клиник анатомияси ва физиологияси баён этилган. ЛОР касалликлар пропедевтикаси, шу жумладан ҚВШ ва ШВШ шароитларида умумий амалиёт варачи қўлаши билиши шарт бўлган ЛОР аъзолари текшириш услубияти дарсликнинг учинчи қисмида батафсил баён этилган. Ўқув қўланмасининг тўртинчи қисми дарсликнинг асоси деб ҳисобланади. Бунда ЛОР патологиядаги асосий симптомлар, ЛОР аъзоларга оид бошқа аъзолар ҳамда системаларнинг турли касалликларини қиёсий ташхислаш, ЛОР аъзолар касалликларда УАВ тактикаси акс эттирилган. Ушбу бўлимда муаллифлар ҚВШ ва ШВШ шароитларида УАВ томонидан тўлиқ ва тўғри ташхис қўйишлари шарт бўлган нозологик birlikларга алоҳида аҳамият беришган. Муаллифлар қадам-бақадам ҚВШ ва ШВШ шароитларида умумий амалиёт варачи, оилавий врачнинг касбий тавсифномасига тааллуқли ЛОР аъзоларни тўлиқ текшириш ва зарур бўлган муолажаларни амалга оширишни баён этишган. Қўланманинг бешинчи қисмида умумий амалиёт варачи томонидан эггалаши шарт бўлган умумий амалиёт кўникмалар батафсил баён этилган. Олтинчи бўлимда ЛОР-аъзолари касалликларининг профилактикаси, беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш



масалалари кўриб чиқилган. Тез — тез кассаликларга чалинган беморларни, шунингдек ҚВШ, ШВШ ва бо — шқа муассасаларда даволанган ва махсус парвариш ва кўзатувни талаб этадиган беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш масалаларига алоҳида эътибор қаратилган.

Ўқув қўлланмаси расмлар, схемалар, ситуацион масалалар ва рецептура рўйхати билан бойитилган, улар аудитория машгулотларга тайёрланиш ва кей — инчалик амалий фаолияти учун ёрдам беради.

Амалий оториноларингология бўйича яратилган мазкур ўқув қўлланмаси оилавий врач ва тез ёрдам врачлари учун дастури амал сифатида хизмат қилади деган ниятдамиз. Зеро, улар чақириқларда, амбулатория қабулида, беморни уйига бориб кўрганида турли — туман касалликларга дуч келади. Китоб амалиёт врачлари, ҚВШ, ШВШ ва энди иш бошлаган оториноларинголог фаолиятида кўмақдош бўлади.

Муаллиф мазкур ўқув қўлланмаси тиббиёт институти — тутлари ўқитувчилари, даволаш ва тиббиёт — педагогика факультетларининг VI — VII курс талабалари аҳамиятига эга бўлади деб умид қилишади. Шунинг учун китоб мазмунига доир ёзма равишда йўлланган танқидий фикр мулоҳазаларингиз ва таклифларингизни бажонидил қабул қиламиз.

Профессор Қ.А.Хужаева



**Қ. А. Хўжаева.**

Биринчи Тошкент Давлат тиббиёт институ—  
тининг қулоқ, томоқ ва бурун касаликлари  
кафедрасининг мудирини, тиббиёт фанлари  
доктори, профессор.

# МУНДАРИЖА

---

## 1. КИРИШ

2. ЎЗБЕКИСТОНДА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ФАНИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

3. ЛОР – АЪЗОЛАРНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

4. ЛОР касалликлар пропедевтикаси

5. ЛОР – ПАТОЛОГИЯДАГИ АСОСИЙ СИМПТОМЛАР ВА УАВ ТАКТИКАСИ

– қулоқда оғриқ

– қулоқдан чиқадиган ажралмалар

– Эшитишнинг бузилиши

– қулоқлардаги шовқин

– Бош айланиши(вертиго)

– Бурундан нафас олиш қийинлашуви

– Ҳидлов бузилишлари

– Манқалик

– Томоқда оғриқ

– Дисфагия

– Оғиздан ёқимсиз ҳид келиши

– бурундан ёқимсиз ҳид келиши

– стридор

– асфиксия

– Бурун – ҳалқумдаги карашлар

– дисфония

– Бош ва бўйин лимфатик тугунларининг катталашиши

– қулоқ, бурун, ҳиқилдоқ ва ҳиқилдоқдан қон оқиши

6. ЛОР АЪЗОЛАРИ ПАТОЛОГИЯСИДА УАВ АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАРИ.

7. ЛОР – аъзолари касалликларининг профилактикаси, беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш.

8. Вазиятли масалалар.

9. Оториноларингологияда кўп ишлатиладиган дори воситалари.

## ЎЗБЕКИСТОНДА ОТОРИНОЛАРИНГО – ЛОГИЯ ФАНИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

Оториноларингология – бу қулоқ, томоқ, бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқ касалликларини ўрганадиган фан (юнонча otos – қулоқ, rhinos – бурун, laryngos – ҳиқил – доқ ва logos – илм). ЛОР қисқартма сўзи (L – laryngos, O – otos, R – rhinos) академик В.И. Воячек томонидан таклиф қилинган.

Оториноларингология XIX асрнинг ўрталаридан бошлаб ривожлана бошлаган. Ҳозирги вақтда оториноларингология ўзида кўп сонли микрохирургик операциялар, шунингдек бош ва бўйин ўсмаларида хирургик аралашувларни мужассам қилган. Бу фан – дан аудиология, вестибулология, сурдология, фониятрия, ЛОР – онкология ва отоневрология каби йўналишлар мустақил фан сифатида ажралиб чиққан.

Биринчи ТошДавТИнинг ҳозир фаолият кўрсатиб келаётган “қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари” кафедрасининг базаси бўлиб 1920 йилнинг апрелида Ўрта Осиё давлат университети қошида ташкил этилган кафедра ҳисобланади. Кафедра мудири лавозимига Россиянинг ўша даврдаги атоқли олимларидан бири профессор С.Ф. Штейн тайинланган эди.

1922 йилда С.Ф. Штейн вафотидан сўнг кафедра мудири лавозимини С.Ф. Каплан эгаллаган эди. И.М. Розенфельд ва Н.М. Блюм ҳам кафедранинг ходимлари эдилар. Уша йили кафедра Полторацкий номидаги касалхонанинг янги биносига кўчирилди. Шу даврда кафедрага ЛОР асбоблар, ўқув анжомлари сотиб олинди, лаборатория ташкил қилинди. Кафедра ўзининг режа асосида тузилган педагогик, илмий текшириш ва даволаш ишини бошлади. 1925 йилда

Ўзбекистон Оториноларингологларининг илмий тиб — биёт жамиятига асос солинди, С.Ф. Каплан унинг биринчи раиси этиб сайланди. С.Ф. Каплан вафоти — дан сунг 1927 йилдан 1930 йилгача кафедра мудирлиги вазифини И.М. Розенфельд бажариб келди.

1930 йилда кафедрага профессор С.Г. Боржим раҳ — барлик қилди. У ЛОР касалликларини хирургик даволаш ва диагностика қилишнинг янги усулларини амалиётга тадбиқ қилди. Шу йили учта факультет: даволаш, санитария — гигиена ва педиатрия факультетлари очилди, врачлар малакасини ошириш курслари ташкил қилинди, врачларнинг амалий фа — олиятида ЛОР — аъзоларининг патологиясини билишнинг аҳамияти гоят катта эди. 1934 йилда до — цент Н.Б. Блюмнинг “Тонзилляр муаммолар тўғрисида” номли монографияси босмадан чиқди, 1937 йилда эса ассистент Н.Н.Крымнёв “Одам танглай муртаклари юзасининг сезувчанлиги” монографиясини нашр қил — дирди. Худди шу йилларда доцент Н.А. Новиков биринчи марта амалиётда болаларда ҳиқилдоқдаги ёт жисмларни бевосита ларингоскопия ёрдамида олиб ташлашни қўлади.

1939 — 1944 йилларда кафедрага профессор В.П. Че — курин мудирлик қилди, 1945 йилда уни профессор С.И.Шумский бошқариб, маҳаллий аҳоли ўртасидан илмий кадрлар тайёрлашга гоят катта эътибор берган. Унинг раҳбарлиги остида Ўзбекистонда профессор Қ.Ж.Миразизов, доцент С.А.Аъзамов, доцент Р.А. Хамраева, доцент Л.Г. Буссель, ассистент Р.Н.Қаю — мова каби бошқа кўплаб таниқли оториноларингологлар ўз фаолиятларини бошлаганлар. Улуғ Ватан уруши йилларида кафедрада эвакуация бўлган олимлар Л.Т.Левин, Д.И.Зимонт, Я.Л.Коц, О.Г.Калина, А.А.Скритт каби профессорлар ишлаган. Улар харбий госпи —

талларда ишлаб, қулоқ, бурун ва томоқдаги ўқ яра — ларни ташхис қилиш ва хирургия йўли билан даволаш усулбйётни амалга жорий этишди.

С.И.Шумский раҳбарлиги остида кафедранинг ил — мий — тадқиқот ишлари ички қулоқ функциясини, қулоқдаги санация қиладиган операциялардан сўнг трепанацион жароҳатларнинг битиши ва тонзилляр муаммони чуқур ўрганишдан иборат бўлган. 1946 — 1948 йилларда эшитишнинг аудиологик методлари кенг қўлланила бошланди, сурдология хонаси ташкил этилди. Эшитиш фаолияти бузилган беморларни ре — абилитация қилиш усуллари такомиллаштирилди. Сурдологик хизмат ривожланишига Ю.С. Кривицкая катта ҳисса қўшди. Профессор С.И.Шумский раҳ — барлиги остида Ўзбекларда биринчи бўлиб С.А. Аъзамов “Эшитув ўткирлигини нутқ билан текши — риш ва ўзбек тилининг фонетик хусусиятлари тўғрисидаги” номзодлик диссертациясини ёқлаган. Ёш тадқиқотчи текширишларининг натижалари фақат ўзбек тилини биладиган маҳаллий аҳолида эшитув функциясини аниқлаш учун муҳим аҳамиятга эга бўлди. Ўзбек тилида у яратган махсус жадваллар эшитишни нутқ билан текширишда ҳанузгача қўлла — нилиб келинади.

С.И.Шумский раҳбарлиги остида клиникада ЛОР — амбулатория очилди ва амбулатор беморларни қабул қила бошлади. Клиниканинг ўринлар фонди 60 тагача кўпайтирилди. Шу йилларда кафедрада “Тонзиллит ва ички қулоқ функцияси” деган мавзу бўйича йўна — лиш ишлаб чиқиляётган эди. Профессор С.И. Шумский кафедрага 10 йил давомида мудирлик қилди. Шу давр ичида у кўплаб юксак малакали мутахас — сисларни етиштирди. С.И. Шумский бошчилигида Е.А.Ладиженская (1944), Ю.Д.Василенко (1951), С.А —

.Аъзамов (1953), Р.А. Хамраева (1954), Б.А. Контуаш – вили (1956), Қ.Ж. Миразизовлар (1957) фан номзоди диссертацияларини ҳимоя қилдилар.

1955 йилда унинг вафотидан сўнг кафедрага Омск тиббиёт институтида ишлаган профессор Ю.И. Ласков мудир этиб тайинланди. Унинг раҳбарлиги остида Л.Г. Буссель (1961), М.Ш. Мильман (1961), Г.А. Фейгин (1961), Ю.С. Кривицкая (1963), А.У.Усмонова (1966) номзодлик диссертацияларини муваффақиятли ҳимоя қилдилар.

Ю.И. Ласков тобора ривож топиб бораётган оториноларингологиянинг талабларини тула – тўқис қондира оладиган клиника қуриш ва уни кенгайтиришга маблағлар ажратилишига муваффақ бўлди. Шу йилларда клиника кўпгина ҳар хил аппаратлар, бронхоскоплар, хирургик микроскоплар харид қилди. Кафедра биноси унинг иккинчи қаватини бунёд этиш ва биринчи қаватига қўшимча иморатлар қуриш ҳисобига кенгайтирилди, клиникада ўринлар сони 105 ўринга кўпайтирилди.

1965 йилда академик Б.С. Преображенский раҳбарлиги остида биринчи ўзбек оториноларингологи, тиббиёт фанлари доктори Қ.Ж. Миразизов “Отоген калла суяги ичи асоратларининг этиологияси, патогенези, ташхиси ва даволаш” деган мавзудаги докторлик диссертациясини ёқлади. 1968 йилда И.Ю. Ласков оламдан кўз юмганидан сўнг Қ.Ж. Миразизов кафедра мудирини этиб тайинланди. Бу даврда кафедранинг кенгайтириши бошланди, янги ўқув хоналари, функционал текширув хоналари ташкил этила бошланди, замонавий тиббиёт асбоб – ускуналари харид қилинди.

1970 йилда фониатрия хонаси очилди, унда товуш функциясида бузилишлари бўлган беморлар (касб –

кори товуш билан боғлиқ шахслар), шунингдек трахея ва ҳиқилдоғида оғир операцияларни ўтказган пациентлар ихтисослашган ёрдам олиш имкониятига эга бўдилар. Фониатрик хизматнинг асосчиси доцент Р.А. Хамраева эди, у бошлаган ишнинг давомчиси, шогирди врач — фониатр В.Н. Савинкина бўлди.

Эшитиш фаолиятини ўрганиш йўналишида С.А. Аъзамов ишини давом эттириб 1972 йилда “Нутқ аудиометриясига нисбатан қиёслашда ўзбек тилининг акустик — артикуляцион таҳлили” деган китобини нашр эттирди, бу китоб ҳам катта амалий аҳамиятга молик.

1972 йилда Ўрта Осиё Педиатрия медицина институти ташкил этилди, шу институтнинг ЛОР кафедрасига профессор А.Н. Дадамўхамедов бошчилик қилди.

70 — йилларнинг ўрталарида оториноларингологияда эшитишни сақлайдиган ва эндоларингологик хирургик аралашувлар даври бошланди. 1974 — 75 йилларда ЛОР бўлими операция қиладиган микроскопик микрохирургик инструментарий — Клайнзассер ларингоскопи билан жиҳозланди.

1976 йилда ТошМИ клиникасида Марказий Осиёда биринчи марта криохирургия методи қўлланилди, 1979 йилдан бошлаб эса ультратовуш тўлқинлари негизида ишлайдиган хирургик аппаратлардан фойдаланиш бошланди. Кафедрада “қулоқ ва юқори нафас йўллари касалликлари асоратларининг ташхиси ва даволаш” деган мавзу ишлаб чиқиша бошланди. Биринчи марта қулоқ, буруннинг ёндош бўшлиқлари, ҳиқилдоқнинг йирингли касалликларида анаэроб инфекциянинг роли ўрганилди. Шунингдек, ўсмирларда бурун — ҳалқум ангиофибромасининг ташхиси ва даволаш муаммоси ҳал этилди. Ҳиқилдоқ ўсмаларини эрта ташхис қилиш ва лазер ёрдамида оториноген



йирингли асоратларни даволаш методлари ишлаб чиқилди.

Йил сайин талабалар сони кўпайиб борапти, шунинг учун 1975 йилда иккита мустақил кафедра ташкил қилинган эди. Иккинчи даволаш ва стоматология факультетлари ЛОР кафедрасига профессор Қ.Ж. Миразизов раҳбарлик қилган эди. Кафедра ва клиникада доцент Л.Г. Буссель, ассистентлар Р.Н. Қаюмова, М.М. Одилов, З.С. Абдурахимова, В.П. Осипов, И.М. Мусаев, Қ.А. Хўжаева, ординаторлар В.М. Тобиас, Э.И. Ибодов, Н.Ф.Гуцинская, Л.С. Де — мочко, А.М. Мирзарасулов, Г.Н. Баязитова ишлаганлар.

Биринчи даволаш ва санитария — гигиена факультетларининг кафедрасига А.И. Мўминов мудирлик қилган. Кафедрада доцентлар Р.А.Хамраева, А.У. Ус — монова, А.М. Ҳакимов, ассистентлар Ш.А. Махсумова, Х.М. Матқулиев, Х.Э. Шайхова, ординатор К.Ж. Жабборов ва бошқалар ишлаганлар.

70 — йилларнинг ўрталаридан бошлаб республикада илмий — педагогик кадрларнинг тез суръат билан ўсиши кузатилади. Г.А. Фейгин, А.И. Мўминов, Г.Т.Ибрагимов, А.Н. Дадамухамедов, С.А. Ҳасанов, Л.Г. Буссель ва бошқалар профессор унвонига эга бўлишди.

1990 йилда Тошкент тиббиёт институти иккита олий ўқув масканига бўлинди. Профессор Қ.Ж. Миразизов раҳбарлигидаги кафедра Биринчи ТошДавТИ да қолди. Иккинчи ТошДавТИ оториноларингология кафедрасини профессор А.И. Мўминов бошқарди. Биринчи ТошДавТИ ЛОР — клиникаси базасида юқори нафас йўллари реконструкцияси ва қулоқ микрохирургияси маркази ташкил этилди. Марказда юмшоқ ва қаттиқ тўқима трансплантатларидан фойдаланилган ҳолда ҳиқилдоқ ва трахеяда бир босқичли реконструкция ва тиклайдиган операцияларнинг методлари

ишлаб чиқилган эди. Хусусан ҳиқилдоқ ва трахея — нинг текислиги бўйича нуқсонларни тиклаш учун биринчи марта қон айланиши ўққа оид орқали бўла — диган артериаллашган лахтаклардан фойдаланилди, бу В.В. Хромцовскийнинг докторлик ва Н.Н. Абдулаеванинг номзодлик диссертацияларида ўз ифодасини топган. Ҳажмли нуқсонлари тиклаш учун биринчи марта минералсизлаштирилган суяк трансплантатлари қўлланилган эди.

Иккинчи ТошДавТИ да профессор А.И. Мўминов томонидан эшитиш ва нутқни тиклаш илмий маркази очилди.

1991 йилда Биринчи ва Иккинчи ТошДавТИ филиаллари, уларда эса ўз навбатида ЛОР касалликлари кафедралари очилган эди, бу филиаллар Бухоро, Нукус, Урганч, ва Фарғонада республика аҳолисига ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиб келмоқдалар.

1991 йил — Ўзбекистон Республикаси учун муҳим йил бўлди. Республика мустақилликка эга бўлди. Мустақиллик йилларда республикада миллий кадрларнинг тез суръат билан ўсиши кузатилди. Республикамиз мустақиллигининг дастлабки кунларидан бошлаб, 1991 йилда оториноларингологиядан ихтисослашган Илмий кенгаш ва илмий даражалар, ҳамда унвонлар таъсис этиш бўйича Олий аттестация комиссияси ташкил қилинган.

Қ.А.Хўжаева, А.М. Хакимов, К.Ж.Жабборов, Х.М. Матқулиев, С. Орифов, Ш.Э.Омонов, В.В.Хромцовский, Х.Э. Шайхова, Б.Б.Палванов ва Н.Н.Абдуллаевалар докторлик диссертацияларини ёқладилар ва профессор унвонини олдилар.

1997 йил сентябр ойдан бошлаб Биринчи ТошДавТИ “қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари” кафедрасини профессор Қ.Ж. Миразизов ва про —

фессор А.Г. Бусселнинг шогирди профессор Қ.А. Хўжаева моҳирлик билан муваффақиятли бошқариб келмоқда. Ҳозирги кунда профессор Қ.А.Хўжаева – нинг раҳбарлигида битта докторлик ўнта номзодлик диссертациялари ёқланган. Кафедрада ҳиқилдоқ ва трахеянинг сурункали стенозлари билан касалланган беморларни жарроҳлик усули билан даволаш илмий жиҳатдан асослаб берилган ва амалиётта тадбиқ этилган. Ҳозирги вақтда ҳиқилдоқ ва трахеянинг тургун деформацияларини, шунингдек бундай беморларда иммун статус ҳолатларига доир текширишлар изчиллик билан давом эттириляпти. Ҳиқилдоқ ва трахея нуқсонларининг пластикаси учун трансплантатларнинг ҳар хил турларидан (киндик ва б.) фойдаланиш бўйича текширишлар олиб бориляпти. Физик даволаш методлари (криодеструкция, квант терапияси, ультратовуш дезинтеграцияси, бўшлиқлардаги операцияларда томирлар коагуляцияси) ва турли ЛОР патологияларида сўнгги авлодга мансуб антибиотиклар билан монанд даволаш кенг қўлланилмоқда. Эшитиш ва нутқни қайта тиклаш бўйича микрожарроҳлик амалиётлари муваффақиятли бажариляпти. Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланишида (синуситларда), шунингдек ЯМИК катетер ва шу кабиларда, минимал инвазив жарроҳлик қўлланилмоқда.

Сурункали йирингли ўрта отитларнинг жарроҳлик даволаш усуллари такомиллаштирилди, даволаш самарадорлиги оширилди. Шунинг учун беморларнинг даволаниш муддати қисқартирилди. Бундан ташқари кафедра қошида ташқи отитлар, отамикоз, турли нейросенсор оғирқулоқликларни диагностикаси ва даволашда янгича ёндашишлар ишлаб чиқилди.

Ўзбекистонда тиббий таълимни ислоҳ қилишни

ВМОФ ташкил қилингандан сўнг иккита кафедра битта қилиб бирлаштирилди, унга профессор Т.Х.Насретдинов мудирлик қилди. 2002 йилдан бошлаб ВМОФ кафедрасини т.ф.д., профессор У. Лутфуллаев бошқариб келмоқда. V—VII босқич талабалари учун оториноларингология кафедрасига профессор Т.Х.Насретдинов мудирлик қилмоқда. Ҳозирги вақтда СамТИда учта фан доктори ва 20 дан ортиқ тиббиёт фанлари номзодлари фаолият кўрсатмоқдалар.

1932 йилда Тошкентда врачлар малакасини ошириш институти очилган эди. 1934 йилнинг 20 мартида институт директори М.И. Слоним қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари бўйича цикл ташкил қилиш тўғрисидаги буйруқни имзолади. 8 йил ўтгач 1942 йилнинг 1 мартида шошилиш ёрдам институти базасида оториноларингология кафедраси очилди. Кафедранинг биринчи мудирини Л.Т. Левин эди. Айтилган вақтда у ТошМИ “қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари” кафедрасининг ассистенти вазифасини ҳам бажарарди, кафедранинг биринчи ассистенти Б.Е.Любецкая бўлган. Профессор Л.Т.Левин вафотидан сўнг кафедрага профессор С.И. Шумский бошчилик қилган (1944—1948й.й.). Ундан кейин кафедрага К.А. Дреннова раҳбарлик қилди (1948—1963й.й.). К.А. Дреннова Улуғ Ватан уруши йилларида ЛОР хирургиядан катта тажриба тўплаган истеъодли ва моҳир жарроҳ эди. Кафедра унинг раҳбарлиги остида ўрта қулоқда, бурун ёндош бўшлиқларида, бурун—ҳалқумда хирургик аралашувларни кенг жорий эта бошлади. Кафедранинг биринчи доценти Э.А. Ладигенская, биринчи аспиранти Г.Т. Ибрагимов бўлган (1972—1994 й.й.). Кейинчалик профессор Э.А.Ладигенская кафедрага раҳбарлик қилади (1963—1972 й.й.), ундан кейин профессор Г.Т.Ибрагимов (1972—1994), 1995 йилдан то

ҳозирги вақтгача кафедрага доцент Т.Ш. Маматова раҳбарлик қилиб келмоқда. Кафедра катта педагогик ва илмий – тадқиқот ишларини олиб боради. Тинг – ловчилар бир неча шаклларда: ихтисослаштириш, умумий малака ошириш, кучма тематик цикллار, те – матик малака ошириш бўйича ўқитилади. 1934 йилдан 2003 йилларгача бўлган даврда кафедрада қарийб 4000 нафар ЛОР – мутахассислар тайёрланди. Кафедра хо – димлари томонидан 8 та монография, қатор рисоалар, 443 та босма асарлар, 8 та услубий тавсияномалар, 9 та рационализаторлик таклифлари эълон қилинди, ихтиро учун битта патент олинди, 3 та докторлик ва 16 та номзодлик диссертациялари ҳимоя қилинди.

Андижон тиббиёт институти 1955 йилда очилган, унинг таркибида 1959 йилда ЛОР кафедраси ташкил этилиб, вилоят касалхонасининг 40 ўринли ЛОР бўлими кафедранинг базаси бўлган. Биринчи кафедра мудирини т.ф.д., профессор М.С. Лурье бўлган, ундан кейин 1959 – 1960 йилларда кафедрага бўлим мудирини Е.А. Арутюнова раҳбарлик қилган. 1960 йилдан 1968 йил – нинг апрелигача кафедрани доцент С.М.Гордиенко бошқарган. У нафақага чиққанидан сўнг И.А. Алимов кафедрага мудир этиб тайинланган, у ҳанузгача ка – федрани бошқариб келмоқда. Кафедра ходимлари т.ф.д. К.К. Қосимов, доцентлар Ф.Б. Болтабоев, К.П. Норбо – ев, ассистентлар Н.В. Сайназаров, Н.Н. Юсупов ва бошқалардир. Кафедра юқори нафас йўлларининг физиологияси ва патологияси муаммолари билан шу – гулланади. Шу йиллар ичида кафедранинг 9 нафар ходимлари номзодлик диссертациялари ёқладилар. ЛОР ихтисослиги бўйича 28 та илмий мақолалар ва 15 та ўқув – услубий қўлланмалар чоп этилди.

Бухоро тиббиёт институти 1991 йилда ташкил этил – ган. Унинг биринчи ректори ва оториноларингология

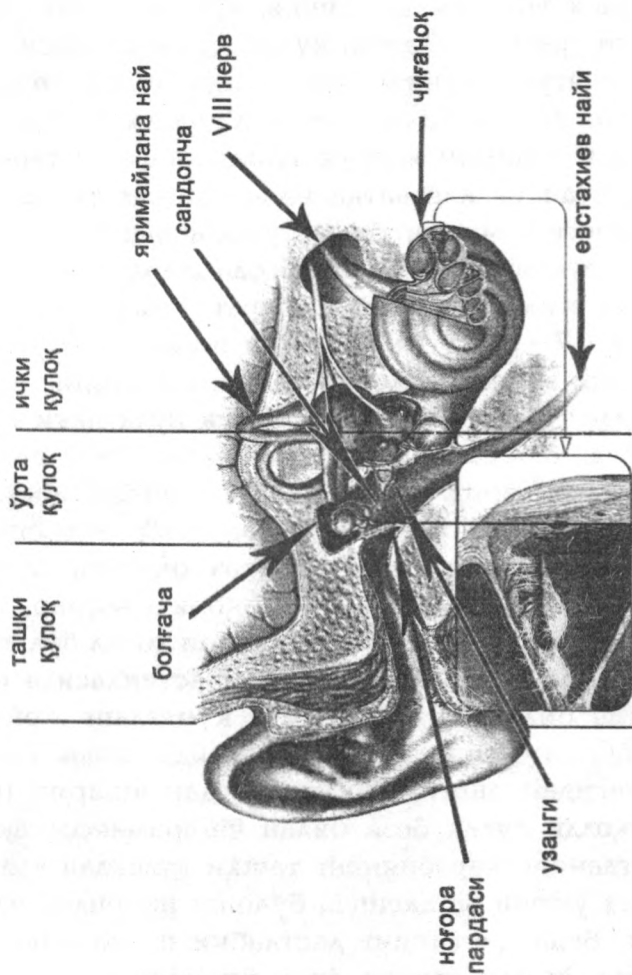
кафедрасининг мудири, т.ф.д., профессор А.И. Му—минов бўлган. Ҳозирги вақтда Бухоро тиббиёт институти оториноларингология кафедрасининг хо—димлари т.ф.н., доцент Н.Х.Воҳидов ва т.ф.н. А.Нуров раҳбарлигида малакали кадрларни тайёрлаш ва етиштириш, Бухоро вилоятининг аҳолисига ихтисос—лашган ёрдам кўрсатиш бўйича катта илмий—педагогик ишларни олиб бормоқдалар.

Республиканинг ҳар хил тиббиёт институтларидаги “қулоқ, бурун ва томоқ касаликлари” кафедралари—нинг ходимлари ўз илмий ва касб маҳоратларини Россия, Украина, АҚШ, Исроил, Жанубий Корея, Гер—мания, Австралиянинг турли шаҳарларида ва бошқа мамлакатларда оширмақдалар. Улар АҚШ, Исроил, Жанубий Корея, Германия, Австралия, Россия, Тур—кия ва бошқа мамлакатларда ўтказиладиган халқаро анжуманлар ва симпозиумлар ишида фаол қатнашиб келмоқдалар. 2000 йилда Ўзбекистон оториноларин—гологларининг I съезди, 2005 йил май ойида эса II съезди бўлиб ўтди, уларнинг ишида Россия, Қозоғистон, Қир—ғизистон ва бошқа мамлакатларнинг атоқли оториноларингологлари иштирок этдилар.

Ҳозирги кунда Ўзбекистонда республика қишлоқ туманлари ва шаҳар аҳолисига ихтисослашган ёрдам кўрсатаётган 1000 дан ортиқ оториноларингологлар астойдил хизмат қилмоқдалар, улардан 16 таси фан докторлари ва 60 дан зиёдроғи тиббиёт фанлари ном—зодларидир.

2005 йилда Ўзбекистон Республикаси Президенти қарори билан I ва II—Тошкент давлат Тиббиёт ин—ститутларининг қошида Тошкент Тиббиёт Академияси ташкил этилди.

# ҚУЛОҚ АНАТОМИЯСИ



Расм 1. Қулоқ анатомиясы.

## Қулоқнинг клиник анатомияси ва физиологияси.

Қулоқ уч қисмдан: ташқи, ўрта ва ички қулоқдан иборат (расм 1). Ташқи қулоқ қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўлини ўз ичига олади. Қулоқ супрасининг асосини эгилувчан оғай ташкил қилади. Пастдан қулоқ супраси тоғайдан маҳрум бўлган ва фақат тери билан қопланган ёғ клетчаткасидан ташкил топган қулоқ солинчоғи (юмшоғи) билан тугалланади. Ташқи эшитув йўли узунлиги бўйича катта одамларда қарийб 2,5 см бўлган эгилган найчадан иборат. Унинг қавағи диаметри 0,7—0,9 см гача бўлган эллипсга яқин келади. У ташқи ва ўрта қулоқни чегаралаб турадиган ноғора пардада тугайди. Ташқи эшитув йўли икки қисмдан ташкил бўлиб: ташқи пардасимон—тоғай ва ички—суяк бўлимларни ташкил қилади. Ташқи бўлим эшитув йўли бутун узунлигининг учдан икки қисмини ташкил этади. Бунда унинг фақат олдинги ва пастки деворлари тоғайдан, орқа ва юқори деворлари эса зич фиброз—бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган. Ташқи эшитув йўлининг тоғай пластинкасида фиброз тўқима билан тўлган иккита кўндаланг жойлашган санторини ёриқлари бор; бу жойда говак клетчатка борлигидан эшитув йўли пастдан яширин (ингим) қулоқолди сўлак беши билан чегараланади, аксарият яллиғланиш жараёнининг ташқи қулоқдан қулоқолди безига ўтиши ва аксинча бўлиши шу билан изоҳланади. Бола ҳаётининг дастлабки 6 ойларида ташқи эшитув йўлига кириш ёриқ кўринишига эга бўлади, чунки юқори девори пастки деворига деярли зич ёпишиб туради. Ташқи эшитув йўлининг энг тор қисми суяк бўлими ўртасида жойлашади ва бўйин номи би—



лан юритилади. Ташқи эшитув йўлининг олдинги де — вори пастки жағ бўғимини ташқи қулоқдан чегаралаб туради, шунинг учун унда яллиғланиш жараёни пайдо бўлганда чайнаш ҳаракатлари қаттиқ оғрик пайдо қилади. Қатор ҳолларда ияк билан йиқилишда ол — динги деворининг шикасти кузатилади. Ташқи эшитув йўлини юқори девори ташқи бош суяги ўрта чуқур — часи билан чегараланган, шунинг учун калла суяги асосининг синишларида қон ёки ликвор оқиб тушиши мумкин. Ташқи қулоқнинг орқа девори сўргичсимон ўсимтанинг олдинги девори ҳисобланиб, мастоидитда аксарият жараёнга тортилади. Бу девор асосидан юз нерви ўтади. Пастки девори қулоқолди безини ташқи қулоқдан чегаралаб туради. Йирингли паротитлар ёки қулоқолди беzi абсцесси отитларга ўхшаб кетиши мумкин. Пардасимон — тоғай бўлимида ёғ безларининг тури ўзгарган кўриниши ҳисобланган сера безлари бўлади. Улар ним жигарранг секрет ажратиб, у ёғ без — ларининг ажралмаси ва терининг кўчган эпителийси билан бирга қулоқ серасини ташкил қилади. Қулоқ сераси қуригач одатда эшитув йўлидан тушади; бунга чайнаш вақтида эшитув йўлининг пардасимон — тоғай бўлимининг тебранишлари имкон беради.

Ташқи қулоқдан лимфа оқими супача олдида, сўргичсимон ўсимтада ва ташқи эшитув йўлининг па — стки девори остида жойлашган тугунлар йўналишида содир бўлади. Бу ердан лимфа бўйиннинг чуқур лим — фатик тугунларига оқиб тушади (ташқи эшитув йўли яллиғланганда бу тугунлар катталашади ва пайпас — лаганда кескин оғриқ беради).

Ташқи қулоқ *n. auriculotemporalis* (*n. trigemini III* тармоғи), *n. auricularis magnus* (бўйин чигали тар — моғи), шунингдек *n. vagi r. auricularis* нинг сезувчан тармоқларидан иннервацияланади. Шу муносабат би —

лан айрим кишиларда адашган нерв иннервация қиладиган ташқи эшитув йўлининг орқа ва пастки деворларини механик таъсирлантириш рефлектор йўтал пайдо қилади.

Ташқи қулоқни ўрта қулоқдан чегаралаб туради — ган ногора пардаси баландлиги 10 мм ва эни 9 мм, жуда таранг, кам қайишқоқ ва 0,1 мм гача жуда юпқа овалдан иборат. Болаларда у деярли юмалоқ шаклда ва тери ҳамда шиллиқ парда қалинлиги, яъни ташқи ва ички қаватлари ҳисобига катталарникидан қалин — роқ. Парда ногора бўшлиги ичкарасига воронкасимон ботиб кирган. У учта қаватдан — ташқи эшитув йўли терисининг давоми бўлган тери (эпидермал қават), ички — ногора бўшлиги шиллиқ пардасининг давоми ҳисобланган шиллиқ парда, ва ўрта — бириктирувчи тўқима қаватлардан иборат. Ногора бўшлигининг ички ва ўрта қаватлари билан болгача дастаси зич ёпишган, унинг пастки учи ногора парда ўртасидан бир мунча қуйироқда варонкасимон чуқурча — киндик ҳосил қилади. Болгача дастаси киндикдан юқорига ва қисман олдинга давом этиб, парданинг учдан бир юқори қисмида ташқаридан кўриниб турадиган қисқа ўсимта беради, у ташқарига чиқиб, парадани бўртти — ради шунда иккита олдинги ва орқа бурмани ҳосил қилади. Парданинг калта ўсимта ва бурмалар юқори — сида жойлашган кичикроқ қисмида ўрта (фиброз) қават бўлмайди ва қолган — тортилган (таранг) қис — мидан фаркли равишда тортилмаган ёки солқи қисми номи билан юритилади.

Ногора пардаси сунъий ёритилишда садафсимон — кулранг, бироқ ёритиш манбаи парданинг ташқи кўринишига жиддий таъсир қилишини, хусусан ёруғ — лик конуси ҳосил қилишини назарда тутиш лозим. Амалий мақсадларда ногора бўшлигини шартли ра —

вишда икки чизиқ билан тўртта квадрантга бўлади — лар; чизиқлардан бири болгача дастаси бўйлаб парданинг пастки четигача, иккинчиси эса унга перпендикуляр киндиги орқали ўтказилади. Шундай бўлиниш туфайли олдинги — юқори, орқа — юқори, олдинги — пастки ва орқа — пастки квадрантлари фарқ қилинади.

Ўрта қулоқ ўзаро туташадиган бир неча ҳаволи бўшлиқлардан: ногора бўшлиғи, эшитув найи, гор даҳлизи, сўргичсимон ўсимтанинг гор ва у билан боғлиқ ҳаво катакчаларидан иборат. Ўрта қулоқ эшитув найи орқали бурун — ҳалқум билан туташади; нормал шароитларда бу ўрта қулоқнинг ҳамма бўшлиқлари ташқи муҳит билан ягона туташмасидир.

Ногора бўшлиғи. Бола туғилгандан кейин унда ол — тита суяк деворлари бўлган шаклланиб бўлган ногора бўшлиғи бўлади: унинг бўшлиғи миксоид тўқима билан тўлган бўлиб, кейинги 6 ой ичида сўрилиб кетади. Миксоид тўқима инфекция ривожланиши учун яхши озиқли муҳит бўлгани боис ўрта қулоқда яллиғланиш жараёни айниқса осон пайдо бўлади. Ногора бўшли — гини ҳажми 1 см<sup>3</sup> гача бўлган нотўғри шаклдан куб билан таққослаш мумкин. Унда ол тита девор: юқори, пастки, олдинги, орқа, ташқи ва ички деворлар фарқ қилинади.

Юқори девори ёки ногора бўшлигининг томи ногора бўшлигини бош суягининг ўрта чуқурчасидан ажратиб туради, унда майда тешикчалар бўлиб, улар орқали қонни қаттиқ мия пардасидан ўрта қулоқ шиллиқ пардасига ташийдиган томирлар ўтади. Баъзан юқори деворида дегисценциялар бўлади; бундай ҳолларда ногора бўшлигининг шиллиқ пардаси бевосита қаттиқ мия пардасига ёпишади.

Ҳаётнинг биринчи йилини яшаб келаётган бола —

ларда чакка суягининг пирамидаси билан тангачаси орасидаги чегарада битмаган ёриқ бўлади, бу ўрта қулоқ ўткир яллиғланганда уларда мия симптомлари пайдо бўлишига сабабчи ҳисобланади. Кейинчалик бу жойда чок пайдо бўлади ва калла суяги билан ту — ташма (алоқа) бу жойда тутади.

Ногора бўшлиғи туби (пастки бўйинтуруқ девори) унинг остида ётган бўйинтуруқ чуқурчаси билан чегарадош, чуқурчада бўйинтуруқ венасининг пиёзчаси жойлашади. Бу девор баъзан жуда юпқа ёки дегис — ценцияли бўлиши мумкин, вена пиёзчаси улар орқали баъзан ногора бўшлиғига бўртиб чиқади, шунинг учун парацентезда ёки ногора бўшлиғи тубидан грануляцияларни қўполлик билан қирганда бўйинтуруқ венанинг пиёзчасига жароҳат етиши ва бу қаттиқ қон оқиши билан ўтиши мумкин.

Олдинги девори (най ёки уйқу девори) ташқи томонида ички уйқу артерияси жойлашган юпқа суяк пластинкасидан ҳосил бўлган. Унда эшитув найининг ногора огизчасига тешик бор. Бундан ташқари, олдинги девори қатор ҳолларда дегисценцияга эга, шунингдек ногора бўшлиғига улар орқали томирлар ва нервлар ўтадиган юпқа каналчалар билан таъминланган.

Ногора бўшлиғининг орқа (сўргичсимон) девори сўргичсимон ўсимта билан чегарадош. Бу деворнинг юқори бўлимида ногора парда усти бўшлиғини сўргичсимон ўсимтанинг доимий катаги — гор билан туташтирадиган энлик йўл бор. Орқа деворининг пастки бўлими бағрида юз нерви каналининг пасайиб борадиган тиззаси ўтади.

Ногора бўшлиғининг ташқи (пардасимон) девори ногора бўшлиғи ва қисман аттик соҳасида суяк пластинкасидан ҳосил бўлган, у ташқи эшитув йўлининг юқори суяк деворидан чиқади.

Ногора бўшлигининг ички (лабиринт, медиал, про — монториал) девори лабиринтнинг ташқи девори ҳисобланади ва уни ўрта қулоқ бўшлигидан ажратиб туради.

Ногора бўшлигининг ички девори бўйлаб даҳлиз дарчаси устида олдиндан орқага йўналишда юз нерви суяк каналининг горизонтал тиззаси ўтади, у антрум ички деворидаги горизонтал ярим доира канал дўнги — гача бориб, вертикал пастга бурилади — пасайиб борадиган тизза — ва бигиз — сўргичсимон тешик орқали калла суяги асосига чиқади. Юз нерви суяк каналида бўлади (фаллопий канали). Юз нерви каналининг горизонтал бўлаги даҳлиз дарчаси устидан ногора бўшлигига суяк болишчаси кўринишида чиқиб туради. Бу ерда унинг девори жуда юпқа, унда аксарият дегисценциялар бўлиб, яллиғланишнинг ўрта қулоқдан нервга тарқалишига ва юз нерви фалажи пайдо бўлишига ёрдам беради.

Эшитув суякчалари — болгача, сандон ва узанги — ўзаро бўғимлар билан боғланган, анатомик ва функ — ционал жиҳатдан ногора пардасидан то даҳлиз дарчасигача чўзилган ягона занжирдан иборат.

Юқорида қайд этилганидек, эшитув (евстахий) найи у орқали ногора бўшлиги ташқи муҳит билан тута — шадиган ва бурун — ҳалқум соҳасида очиладиган тузилма ҳисобланади. У иккита қисмдан: калта суяк қисм — каналнинг 1/3 қисми ва узун тоғай қисм — 2/3 қисмдан иборат. Унинг узунлиги катта одамларда 3,5 см га, чақалоқларда 2 см га тенг. Тоғай қисми суяк қисмига ўтаётган жойда энг тор қисми (диаметри 1 — 1,5 мм) — бўйни ҳосил бўлади. Болаларда эшитув найи анчагина калта, кенг ва горизонтал жойлашган бўлгани учун бурун ва бурунхалқумдаги патологик ажралма — ларнинг ўтиб кетишига сабаб бўлади, эмизиш пайтда

эса патоген микроорганизмлар учун озуқа муҳит бўладиган сут ҳам ўтиб кетади.

Сўргичсимон ўсимта. Чақалоқ болада сўргичсимон ўсимта ривожланмаган, унинг шаклланиши асосан бола ҳаётининг 6 — йили охирида ва 7 — йили бошида рўй беради. Сўргичсимон ўсимтанинг ички тузилиши бир хил эмас ва асосан ҳаво сақловчи бўшлиқлар ҳосил бўлишига боғлиқ. Пневматиклик табиатига кўра қуйидагиларни фарқ қилиш лозим: 1) сўргичсимон ўсимтанинг пневматик типдаги тузилиши, бунда ҳаво ташувчи катаклар сони анча кўп. Улар деярли бутун ўсимтани тўлдириб туради ва баъзан ҳатто чакка суяги тангасига, пирамидага, эшитув найининг суяк қисмига, ёноқ ўсимтасига тарқалади; 2) тузилишини диплоэтик (спонгиоз, говаксимон) типи. Бу ҳолда ҳаволи катаклар миқдори унчалик кўп эмас, улар трабекулалар билан чегараланган кичикроқ бўшлиқларга ўхшайди, ва асосан гор яқинида жойлашади; 3) тузилишининг склеротик (компакт) типи; 4) турли тузилишларнинг участкаларини ўзида бириктирган тузилишнинг аралаш типи. Сўргичсимон ўсимта фақат зич суяк тўқимасидан ҳосил бўлган.

Агар сўргичсимон ўсимтанинг пневматик типдаги тузилиши бола нормал ривожланаётганда кузатилса, диплоэтик ва склеротик модда алмашинув жараёнларининг бузилишлари оқибати ёки бошдан кечирилган умумий ва маҳаллий яллиғланиш касалликларининг натижаси бўлиши мумкин. Ҳозирги вақтда сўргичсимон ўсимтанинг пневматикланиш жараёнига баъзи бир генетик ёки конституционал омиллар, шунингдек улар билан боғланган резистентлик ва орган — тўқима реактивлиги муайян таъсир кўрсатади, деган фикр мавжуд.

Сўргичсимон ўсимтанинг ҳаво сақловчи катаклари

Бир — бири ва гор билан туташади, у горга кириш во — ситасида ногора бўшлигининг ногора усти бўшлиги билан туташади. Энг йирик катак — гор. Ўрта калла суяги чуқурчасининг қаттиқ мия пардасидан горни суяк пла — стинкаси ажратиб туради, йирингли жараён пластинкани емирганда ялиғланиш мия пардаларига ҳам ўтиши мумкин. горни ва ҳаво сақловчи катакларни қоплаб турган шиллиқ парда ногора бўшлиги шиллиқ пардасининг давоми ҳисобланади. Сўргичсимон ўсим — танинг ички орқа юзасида тарновсимон чуқурча бўлади. Унда сигмасимон веноз синус бўлиб, миядан бўйинту — руқ вена системасига веноз қон оқиб келиши амалга оширилади. Орқа калла суяги чуқурчасининг қаттиқ мия пардаси сўргичсимон ўсимтанинг катак системасидан етарлича зич бўлмаган, юпқа суяк пластинкаси воси — тасида чегараланади. Қатор ҳолларда катакларнинг ялиғланиши шу пластинканинг емирилишига олиб ке — лиши мумкин. Баъзан сўргичсимон ўсимтанинг шикасти сигмасимон синус девори бутунлигининг бузилишига ва ҳаётга хавф соладиган қон оқишига сабаб бўлиши мум — кин. Сўргичсимон ўсимта катаклари яқинида юз нервининг сўргичсимон қисми жойлашган бўлади. Ўрта қулоқнинг ўткир ва сурункали ялиғланишларида юз берадиган фалажлар ва юз нерви парезлари баъзан ана шу яқинлик оқибатида пайдо бўлади.

Ички қулоқ асосини чакка суяги пирамидасининг ичкарасида таркибида пардасимон лабиринт бўлган суяк лабиринти ташкил қилади. Медиал томондан у чиганоқ сув йўли (водопроводи), шунингдек берк ҳолда тутайдиган даҳлиз сув йўли воситасида туташадиган орқа калла суяги чуқурчаси билан туташади. Лаби — ринт уч бўлимдан: даҳлиз, унинг орқасида — учта яримдоира каналлар системаси ва даҳлиздан олдинда — чиганоқдан иборат.

Даҳлизда сферик ва эллипсимон халтача бўлади. Учта ўзаро перпендикуляр текисликларда учта ярим – доира канал фарқ қилинади: (1) ташқи, ёки горизонтал, горизонтал текисликка нисбатан  $30^{\circ}$  бурчак остида жойлашади; (2) олдинги ёки фронтал вертикал, фронтал текисликда бўлади; (3) орқа яримдоира канал, ёки сагиттал вертикал, сагиттал текисликда жойлашади. Ҳар бир каналда иккита тизза: силиқ ва кенгайган – ампуляр тизза бўлади. Юқори ва орқа вертикал каналларнинг силлиқ тиззаси даҳлизга очиладиган битта умумий тиззага қўшилган. Чиганоқ одамда суяк ўқи атрофида икки ярим марта айланадиган суяк спирал каналдан суяк спирал пластинкаси чиқиб, иккита коридорлар ҳосил бўлади. Юқоригиси – даҳлиз нарвони, пасткиси – ногора нарвони. Даҳлиз нарвони даҳлиз билан туташади, ногора нарвони чиганоқ дарчаси (думалоқ дарча) воситасида ногора бўшлиғи билан тўла – тўкис чегарадош. Суяк лабиринти перилимфа билан тўлган, ундаги пардасимон лабиринтда эса эндолимфа бор.

Пардасимон лабиринт асосан суяк лабиринти шаклини такрорлайдиган каналлар ва бўшлиқларнинг берк системасидан ташкил топган. Пардасимон лабиринт ҳажми бўйича суяк лабиринтидан кичик, шу туфайли уларнинг орасида перилимфа билан тўлган перилимфатик бўшлиқ ҳосил бўлади. Пардасимон лабиринт анатомик берк ва эндолимфа билан тўлган эндолимфатик бўшлиқ ҳосил қилади. Перилимфа ва эндолимфа қулоқ лабиринтининг гуморал системасидан иборат; бу суюқликлар биокимёвий таркиби бўйича ҳар хил. Перилимфа чиганоқ водопроводи воситасида субарахноидал бўшлиқ билан туташади ва тури ўзгарган (асосан оқсил таркиби бўйича) орқа мия суюқлигидан иборат. Эндолимфа пардасимон лаби –



ринт ёпиқ системасида бўлгани ҳолда мия суюқлиги билан бевосита туташмаси йўқ. Лабиринтнинг ик – кала суюқлиги функционал жиҳатдан ўзаро чамбарчас боғлиқ.

Анатомик ва физиологик нуқтаи назарлардан ички қулоқда иккита рецептор аппарат фарқ қилинади: (1) эшитув аппарати, пардасимон чиганоқларда ва (2) вестибуляр аппарат, бу даҳлиз халтачалари ва учта пардасимон яримдоира канални кенгайган қисмида.

Эшитув анализаторининг периферик (рецептор) бўлими Корти органини (спирал орган) ҳосил қилади. Чиганоқ спирал пластинкаси асосида спирал тугун жойлашган, унинг ҳар бир ганглиоз катаги иккита то – лага: периферик ва марказий толага эга. Периферик толалар рецепторларга боради. Марказийлари VIII нерв эшитув (чиганоқ) порциясининг толалари ҳисобланади. VII нерв кўприк – мияча бурчаги соҳа – сида ва тўртинчи қоринча тубида иккита илдизга: юқори (вестибуляр) ва пастки (чиганоқ) илдизларга бўлинади. Чиганоқ нерви толалари дорсал ва вентрал ядролари бўладиган эшитув дўмбоқчаларида тугайди.

Шундай қилиб, спирал ганглий катаклари Корти органи нейроэпителиал тукли катакларига борадиган периферик толалар, чўзинчоқ мия ядроларида тугай – диган марказий ўсимталар билан бирга эшитув анализаторининг I нейронини ташкил қилади. Чўзин – чоқ миядаги вентрал ва дорсал эшитув ядроларидан эшитув аппаратининг II нейрони бошланади. Бунда бу нейрон толаларининг камроқ қисми шу номдаги томон бўйича боради, кўпроқ қисми эса *stria acusticae* кўринишида қарама – қарши томонга ўтади. II нейрон толалари ён қовузлоқ таркибида бошликка қадар ета – ди, шу ердан тўртдўнглик ядроларига ва медиал тиззасимон тана ядроларига борадиган II нейрон бош –

ланади. IV нейрон миянинг чакка бўлагига боради ва Гешлнинг асосан кўндаланг чакка эгатларида жойлашиб, эшитув анализаторининг пўстлоқ бўлимида тугайди.

Вестибуляр аппарат худди шундай тузилган. Ички эшитув йўлида хужайралари иккита ўсимтадан иборат вестибуляр ганглий жойлашган. Периферик ўсимталар нейроэпителиал ампуляр ва отолит рецепторларнинг тукли хужайраларига, марказий ўсимталар эса VIII нервнинг (n. cochleovestibularis) вестибуляр порциясини ташкил қилади. Чўзинчоқ мия ядроларида биринчи нейрон тугайди. Тўртта гуруҳ ядролари фарқ қилинади: Дейтерс латерал ядролари; медиал, учбурчакли Швальбе ва юқори бурчакли Бехтерев, пасайиб борувчи Роллер ядролари. Ҳар бир ядродан асосан кесишган иккинчи нейрон боради. Вестибуляр анализатор вестибуляр ядролар воситасида марказий нерв системасининг ҳар хил ядролари билан алоқада бўлади.

1) вестибулоспинал алоқалар вестибулоспинал йўл таркибидаги латерал ядролардан бошланади ва орқа миянинг ҳаракат ядроларида тугаб, вестибуляр рецепторларнинг мушак системаси билан алоқасини таъминлайди;

2) вестибуло – кўзни ҳаракатлантирувчи алоқалар орқа бўйлама даста системаси орқали: медиал ва пасайиб борадиган ядролардан кесишган йўл, юқори ядродан эса – кўзни ҳаракатлантирувчи ядроларга кесишмаган йўл орқали амалга оширилади;

3) вестибуловегетатив алоқалар ядронинг медиал учбурчагининг пастки бўлимларидан диэнцефал соҳанинг адашган нерв ядролари орқали амалга оширилади;

4) вестибуломияча йўллари мияча пастки оёқча –

сининг ички бўлимида ўтади ва вестибуляр ядро — ларни мияча ядролари билан боғлайди;

5) вестибулортикал алоқалар ҳамма тўртгала ядро — лардан кўрув дўмбоғига борадиган вертикал толалар системаси томонидан амалга оширилади. Кўрув дўмбоғида узилиб, санаб ўтилган толалар бош мия қобигининг чакка бўлагига бориб, бу ерда вестибуляр анализатор тарқоқ вакилликка эга бўлади. қобиқ ва мияча вестибуляр аппаратга нисбатан бошқарувчи вазифани бажаради.

### Эшитув анализатори физиологиясининг асослари

Эшитув анализаторида иккита қисм — товуш ўтқа — зувчи (қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли, ногора пардаси, эшитув суюкчалари, лабиринт суюқликлари) ва товушни қабул қилувчи — чиганоқда жойлашган спирал (Корти) орган ва мия марказигача нерв йўли фарқ қилинади. Эшитув анализаторининг адекват (монанд) таъсирлочиси товуш деганда шундай механик тебранишлар тушуниладики, улар эшитув рецепторига таъсир қилиб, унда товушни сезиш сифатида қабул қилинадиган муайян физиологик жараён чақиради. Эшитув анализаторининг асосий хоссалари унинг товуш баланглигини (частота тушунчаси), кучини (интенсивлик тушунчаси) ва асосий тон ҳамда обертоналари ўз ичига олган тембрни фарқ қилиш қобилияти киради. Классик физиологик акустикада қабул қилинганидек, инсон қулоғи 16 дан 20000 Гц гача (12—24 дан 18000—24000 Гц гача) товуш частоталари майдони (кўламини) қабул қилади. Товуш амплитудаси нечоғлик катта бўлса, эшитиш шунчалик яхши бўлади; бироқ бу маълум даражагача бўлиб,

ундан кейин товуш юкламаси (огир таъсири) бошланади. Ёш ўтган сайин эшитиш аста-секин ёмонлашади, энг кўп сезувчанлик зонаси ҳам паст частоталар томонига сурилади. Чунончи, 20—40 ёшда у 3000 Гц соҳасига сурилади. Эшитишнинг юқори ва пастки чегаралари эшитув аъзоси касалликларида ўзгариши мумкин, натижада эшитувни идрок қилиш соҳаси тораяди. Болаларда эшитишнинг юқори чегараси 22000 Гц га етади. Қари кишиларда у паст ва одатда 10000—15000 Гц дан ошмайди. Қулоқ инсон товушини қабул қилиш учун аҳамиятли бўлган 1000—4000 Гц зонадаги товушларга нисбатан энг юқори сезувчанликка эга. Товуш сезишни чақиритиш қобилияти бўлган товуш тебранишларининг минимал энергияси эшитув сезгиси бўсағаси дейилади. Логарифмнинг ўндан 0,1—децибел — ушбу товуш кучининг бўсаға даражасига нисбати. Шивирлаш нутқи кучи тахминан 30дБ, сўзлашув нутқи — тахминан 40—60 дБ, кўча шовқини — 70 дБ, қаттиқ нутқ — 80 дБ, қулоқ олдида қичқиритиш — 110 дБ, реактив двигатели шовқини — 120 дБ ни ташкил қилади. Одам учун максимал товуш кучи бўсағаси 120—130 дБ интенсивлик ҳисобланади; шундай кучдаги товуш қулоқларда огриқ пайдо қилади. Эшитув аъзосининг товуш таъсироти кучига физиологик мослашуви адаптация дейилади. У шуни билдирадики, товушнинг эшитув анализаторига таъсири товуш нечоғлик кучли бўлса, сезувчанлиги ўткирлигининг шунчалик пасайишига олиб келади. Адаптация фақат товушга эмас, балки сокинликка нисбатан ҳам рўй беради; бунда сезувчанлик кучаяди (ўткирлашади), анализатор энг паст кучдаги товушларни идрок этишга тайёргарлик кўради (мослашади). Адаптация (мослашиш) кучли ва давомли товушларга қарши ҳимоя

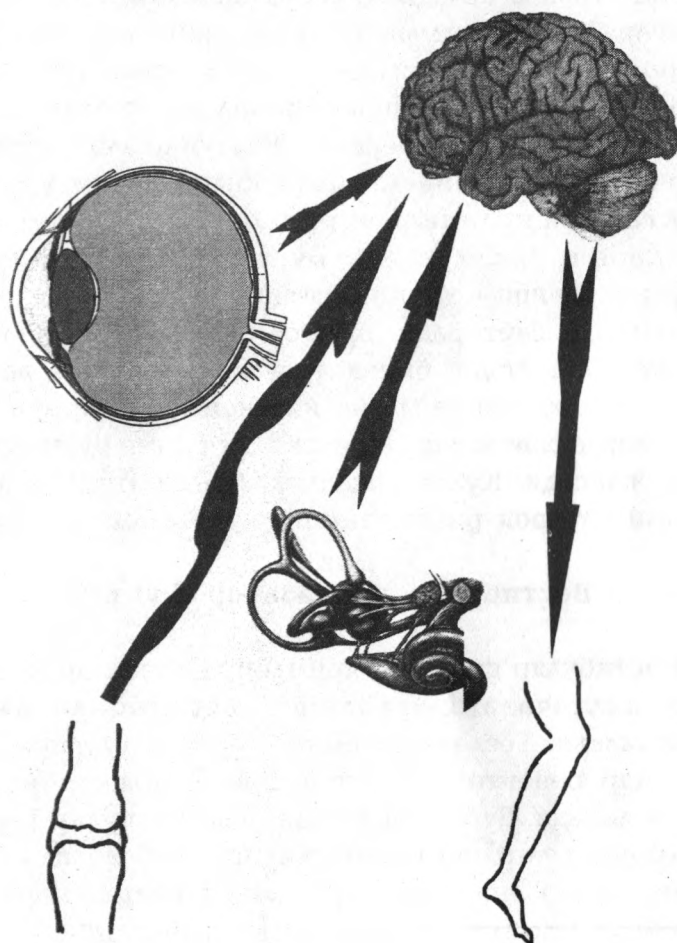
вазифасини ҳам бажаради. Адаптация турли киши — ларда турлича кечади ва сезувчанликнинг тикланиши сингари ўз индивидуал хусусиятларига эга. Адаптация жараёнлари қулоқ касалликларида турлича кечади ва уларни ўрганиш дифференциал диагностика учун қимматли маълумот беради. Эшитув анализаторининг чарчашини адаптациядан фарқ қилиш лозим, у қайта — қайта таъсирланишда рўй беради, аста — секин тикланиш билан ўтади. Бу жараён, адаптациядан фарқли равишда, ҳаммавақт эшитув аъзоси иш қоби — лиятини пасайтиради. Дам олгандан кейин толиқиш ҳодисалари ўтади, бироқ товушлар тез — тез ва узоқ вақт таъсир қилганда ва интенсивлиги юқори шо — вқинларда эшитиш функциясининг турғун бузилишлари ривожланади. Қулоқ касалликлари эшитиш толиқи — шининг тезроқ ривожланишига мойиллик туғдиради.

### Вестибуляр анализатор функцияси

Вестибуляр функция яримдоира каналлар ва даҳ — лиз халтачалари фаолияти воситасида амалга оширилади. Тезланишларнинг ҳар хил турлари вес — тибуляр рецепторларнинг адекват таъсирловчилари ҳисобланади. Бурчакли тезланишлар ампуляр ре — цепторларда қўзғолиш генерациясига олиб келади; тўғри чизиқли тезланишларнинг ҳамма турлари (марказдан қочувчи, марказга интилувчи ва гравитацион) даҳлиз сенсор доғларидаги таъсирланишга олиб келади. Бун — дан ташқари, ҳозирги вақтда аниқланганидек, саккулюсда вибрацион стимул (рағбат)ларнинг ре — цепцияси рўй беради (расм 2).

Вестибуляр ядроларнинг ассоциатив боғланишла — рига мувофиқ вестибуляр реакцияларнинг бешта типи бўлади.

**МУВОЗАНАТНИНГ СЕЗГУВЧИ  
ВА ҲАРАКАТЛОВЧИ КОМПОНЕНТЛАРИ**



**Расм 2. Вестибуляр анализаторнинг сезувчи ва ҳаракатловчи компонентлар.**

1) Вестибулосоматик реакциялар вестибулоспинал боғланишлар мавжудлигига боғлиқ, улар организмга тезланишлар таъсирида мушак тонусининг қайта тақсимланишини таъминлайди.

2) Вестибулокўзни ҳаракатлантирувчи боғланишларга алоқадор окуломотор реакциялар нистагм пайдо бўлишини белгилайди. Вестибуляр нистагм деганда кўз соққаларининг икки фазали секин ва тез алмашинадиган беихтиёр ритмик, одатда қўшилиб келадиган учиш ҳаракатлари тушунилади. Секин ҳаракат бир томонга, тез ҳаракат қарама-қарши томонга содир бўлади. Кўндаланг – таргил мускулатурага таъсир қиладиган ҳамма вестибуляр рефлекслар тоник ҳисобланади. Фақат нистагм икки фазали клоник табиатта эга. Бунда секин фазали ампуляр рецептор таъсиланишига, тез фазаси эса кўзни ҳаракатлантирувчи марказнинг компенсация қиладиган таъсирига боғлиқ (кўз соққаларининг дастлабки ҳолатга қайтиши).

Нистагмнинг физиологик маъноси айланишда атроф муҳит фрагментларини “расмга олишдан” иборат.

3) Вестибуловегетатив реакциялар шунингдек адаптацион табиатта эга ва артериал босимнинг ошиши, юрак уришининг тезлашиши, тезланишлар таъсирида кўнгил айланиш ва ҳатто қусиш пайдо бўлишидан иборат.

4) Вестибуломияча реакциялар тана ҳолатини мақонда мушак тонусини организмнинг динамик ҳолатида қайта тақсимланиши воситасида қувватлаб туришга қаратилган. Бошқача қилиб айтганда, тезланишлар таъсири фонида актив ҳаракатлар қилинади.

5) Марказий анализ ва вестибулосенсор реакция коррекцияси (бош айланиши) бош мия қобиғи билан вестибулокортикал боғланишлар борлигига боғлиқ.

## Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг клиник анатомияси ва физиологияси

### *Ташқи бурун ва бурун ёндош бўшлиғининг клиник анатомияси*

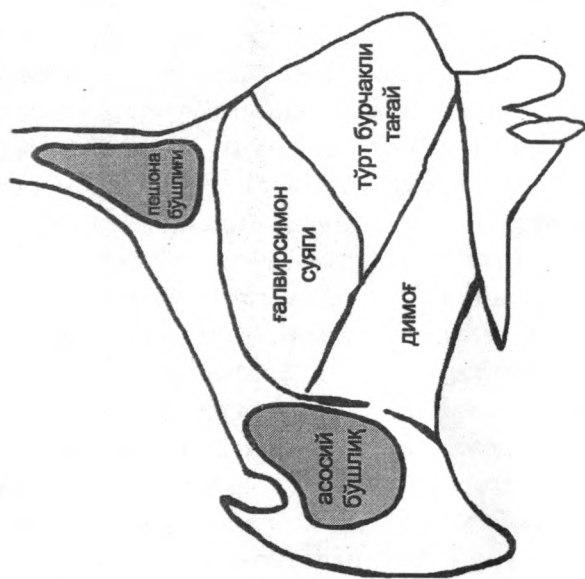
Ташқи бурун (*nasus externus*) тери билан қопланган пирамида шаклидаги суяк — тоғай скелетидан иборат. Буруннинг учдан бир пастки қисмидаги тери ёғ безларига бой. Бурун даҳлизи чети орқали букилиб ва бурун катаklarини ҳосил қилиб, у бурун даҳлизи деворларини 4—5 мм масофада қоплаб туради (*vestibulum nasi*). Тери бу ерда кўп миқдордаги туклар билан таъминланиб, булар чипқонлар ва сикоз пайдо бўлишига имконият туғдиради. Ташқи бурун, юзнинг ҳамма юмшоқ тўқималари сингари, мўл қон таъминотига эга. Унга ташқи ва ички уйқу артериялар системасидан тегишлича юқори жағ ва кўз қосаси артерияларидан ўзаро анастомозловчи тармоқлар боради. Бурун ва унинг ёндош бўшлиқларининг веналари қонни қисман олдинги юз венаси орқали ички бўйин — туруқ венасига олиб боради, бироқ оқим талайгина миқдорда бурун бўшлиғи веналари орқали рўй беради, кейин кўз қосаси веналари орқали қанот — танглай чуқурчасининг веноз чигалига (*plexus pterygoideus*), горсимон синус (*sinus cavernosus*), ўрта мия венаси (*v. meningea media*) орқали ички бўйин — туруқ венада (*v. Jugularis interna*) тугайди. Бурун ва бўшлиқларининг веналарида клапанлар бўлмайдди, шунинг учун инфекция калла скелети бўшлиғига тез тарқалади ва калла суяги ичи оғир асоратларига олиб келади. Ташқи бурундан лимфа оқими асосан жағо — сти лимфатик тутунларига келади.



Ташқи бурун мушаклари юз нерви тармоқчалари (n. facialis), тери — уч шохли нервнинг I ва II тармоқла — ридан (n.n. supraorbitalis et infraorbitalis) иннервация қилинади. Юзнинг туртиб чиққан юзаси бўлган бурун кўпинча шикастга учрайди. Буруннинг суяк бўлимига кучли механик таъсир кўпинча бурун суякларининг аксарият бўлаклари силжиб синиши, бирмунча жиддий синишларда эса юқори жағнинг пешона ўсимталарининг синиши билан ўтади.

Бурун бўшлиғи (cavum nasi) оғиз бўшлиғи билан олдинги калла суяги чуқурчаси ўртасида, ён томонлардан эса — жуфт юқори жағлар ва жуфт галвирсимон суяклар ўртасида жойлашади. Бурун бўшлигининг туртта девори бор: пастки, юқори, медиал ва латерал; бурун бўшлиғи орқа томондан хоаналар воситасида бурун — ҳалқум билан туташади, олдинги томондан очиқ қолади ва тешиклари (катаклари) орқали ташқи ҳаво билан туташади. Пастки девори (бурун бўшлигининг туби) юқори жағнинг иккита танглай ўсимталари ва орқадан кичкина қисмда — танглай суягининг иккита горизонтал пластинкаларидан ҳосил бўлган. Ўрта чизиқ бўйлаб бу суяклар чок воситасида бириккан. Бу бирикмадаги четта чиқишлар ҳар хил нуқсонларга олиб келади (танглай, юқори лаб кемтиги). Янги туғилган чақалоқларда бурун бўшлиғи туби юқори жағ танасида жойлашадиган тиш пуштларига тегиб туради. Бурун бўшлигининг юқори девори (томи) олдинги томондан бурун суякларидан, ўрта бўлимларида — тешилган пластинка (lamina cribrosa) ва галвирсимон суяк катаклари (томнинг энг катта қисми)дан ҳосил бўлган, орқа бўлимлари понасимон бўшлиқнинг олдинги деворидан ҳосил бўлган. Юқори деворининг шикастлари ҳид билишнинг бузилиши, галвирсимон артерияларнинг шикастланиши ва ликворея билан ўтади. Янги туғилган чақалоқда

## БУРУН ТУСИҒИНИ ТУЗИЛИШИ



Расм 3. Бурун тусиғининг тузилиши.

Lamina cribrosa фиброз пластинкадан иборат бўлади ва ҳаётининг 3 ёшига келиб суякланади. Медиал девори, ёки бурун тўсиги (septum nasi) олдинги тоғай ва орқа суяк бўлимлардан ташкил топган. Янги туғилган чақа — лоқда галвирсимон суякнинг перпендикуляр пластинкаси пардасимон тузилма сифатида бўлади, унинг суякланиши бола ҳаётининг 6 — йилига келгандагина тугайди. Бурун бўшлигининг латерал (ташқи) девори бирмунча мураккаб тузилган. Унинг олдинги ва ўрта қисмларининг шаклланишида медиал қисми ва юқори жағнинг пешона ўсимтаси, кўз ёши суяги, бурун суяги, галвирсимон суякнинг медиал юзаси қатнашади ва орқа қисмида танглай суягининг перпендикуляр ўсимтаси ва шонасимон суякнинг қанот — танглай ўсимталари хоаналари четларини ҳосил қилади. Ташқи деворида учта бурун чиганоқлари (conchae nasalis): пастки (conchae inferior), ўрта (conchae media), юқори (conchae superior) чиганоқ ва ўрта бурун йўли жойлашади. Бурун тўсиги билан бурун чиганоқлари ўртасида ёриқ кўринишида эркин бўшлиқ — умумий бурун йўли (расм 3).

Бурун бўшлигининг шиллиқ пардаси унинг ҳамма деворларини узлуксиз қатлам билан қоплайди, буруннинг ёндош бўшлиқлари, ҳалқум ва ўрта қулоқда давом қилади. У шиллиқ парда ости қаватига эга эмас, у ҳиқилдоқнинг товуш ости бўлимидан ташқари, нафас йўлларида умуман бўлмайди. Бурун бўшлигини иккита бўлимга: олдинги — бурун даҳлизи (vestibulum nasi) ва асли бурун бўшлиғи (cavum nasi)га бўлиш мумкин. Буруннинг нафас соҳаси бурун тубидан юқорига то ўрта чиганоқнинг пастки қиррасигача бўшлиқни эгаллайди. Бу соҳада шиллиқ пардаси кўп қаторли цилиндрсимон ҳилпилловчи эпителий билан қопланган. Орқа учлари, ўрта чиганоқнинг эркин чеккаси ва уларнинг орқа учлари соҳасида шиллиқ

парда горсимон тўқима борлиги ҳисобидан қалинлашган. Горсимон тана қисмлари баъзан бурун тўсиғида, айниқса унинг орқа бўлимида учраши мумкин. Горсимон тўқиманинг қон билан тўлиши ва бўшалиши турли — туман физик, кимёвий, психоген таъсирловчилар ҳисобига рефлектор равишда рўй беради. Болаларда горсимон веноз тузилмалар бёшларга тўлганда тўлиқ такомилига етади.

Бурун тўсиғи васкуляризациясининг хусусияти шиллиқ пардада унинг учдан бир олдинги соҳасида қуюқ томирлар тармоғининг ҳосил бўлиши ҳисобланади (*locus Kisselbachii*), бу ерда шиллиқ парда аксарият юпқалашган бўлади. Бу жойда, бошқа соҳалардан кўпроқ, бурундан қон кетишлар бўлиб туради, шунинг учун у буруннинг қонайдиган зонаси деган ном олган. Вена томирлар тўғридан — тўғри артерияга ўтади. Бурун бўшлиғидан веноз оқимининг хусусияти унинг веноз чигаллари (*plexus pterigoideus, sinus cavernosus*) алоқаси ҳисобланади, веналар уларнинг воситасида калла скелети, кўз қосаси, ҳалқум веналари билан туташади, бу — инфекциянинг ананашу йўллар бўйлаб тарқалишига, риноген калла суяги ичи, орбитал асоратлар, сепсис ва шу кабилар пайдо бўлишига имкон яратади (расм 4).

Клиникаси учун ҳид билиш соҳаси лимфатик системасининг ҳид билиш нерв толаларининг периневрал йўллари бўйлаб амалга ошириладиган пардала раро бўшлиқлар билан алоқадорлигини кўрсатиб ўтиш муҳим. Ғалвирсимон лабиринтдаги операциядан сўнг менингит пайдо бўлиш имконияти шу билан изоҳланади.

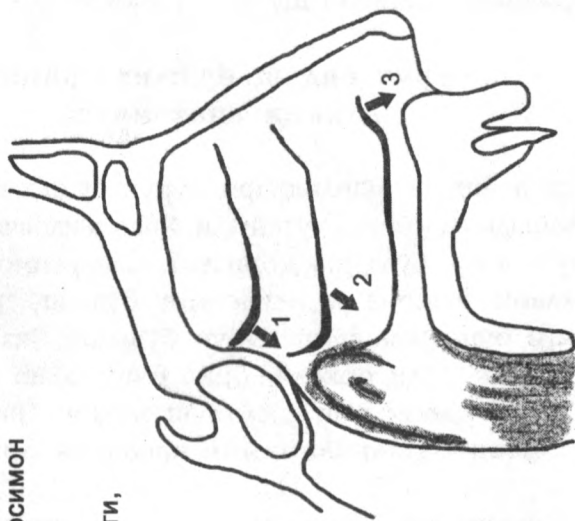
Бурун бўшлиғининг сезги иннервацияси уч шоҳли нервнинг биринчи (*n. ophthalmicus*) ва иккинчи (*n. maxillaris*) тармоқларидан амалга оширилади. Уч шоҳли нерв тар-

## БУРУННИНГ ЎТКАЗУВЧИ ВАЗИФАСИ

1 - асосий бўшлиқ ва орқа ғалвирсимон катакчаларнинг ўтказувчанлиги;

2 - пешон бўшлиқ ва ўрта, олдинги, ғалвирсимон катакчаларнинг ўтказувчанлиги;

3 - бурунқўзёш каналнинг ўтказувчанлиги



Расм 4.

моқлари ўзаро анастомоз ҳосил қилади, огриқнинг бурун соҳаси ва бурун ёндош бўшлиқларидан тишлар соҳаси, кўз, қаттиқ мия пардаси (пешона, энса соҳасидаги огриқ) иррадиацияси (ўтиши) шу билан изоҳланади.

### Бурун ёндош бўшлиқларининг клиник анатомияси

Бурун ёндош бўшлиқлари бурун бўшлиғи атрофида жойлашади ва у билан туташади. Ҳаво сақловчи бўшлиқ — лар тўрт жуфт бўлади: юқори жағ, галвирсимон лабиринт катаклари, пешона ва панасимон бўшлиқлар. Хусусан, олдинги бўшлиқларнинг бурун бўшлиғи билан алоқаси ўрта бурун йўли орқали, орқа бўшлиқлар эса юқори бўлади, бу диагностик жиҳатдан муҳим; орқа, айниқса понасимон бўшлиқларнинг касалликлари олдинги бўшлиқларга нисбатан бирмунча кам учрайди. Юқори жағ бўшлигининг юқори девори айна вақтда кўз коса — сининг пастки девори ҳам ҳисобланади; бу девор энг юпқа, ундан пастки кўз косаси нерви канали ва шу номдаги томирлар ўтади; бу ерда баъзан фақат шилиқ парда билан ёпилган дегисценциялар (суякларга туғматешиклар) уч — райди. Баъзи бир ҳолларда бўшлиқнинг қори ва медиал деворлари бир — биридан яқин масофада бўлади, бундай шароитларда синусни бурун йўли орқали пункция қилиш игнанинг кўз косасига тушиши ва унда йирингли ялиғ — ланишга сабаб бўлиши мумкинлиги сабабли хавфлидир. Юқори жағнинг альвеоляр ўсимтаси бўшлиқнинг пастки девори, ёки туби ҳисобланади; кўпчилик ҳолларда катта ёшдаги одамларда синус туби бурун бўшлиғи тубидан пастда бўлади. Катта ёшдаги одамларда 2 — премоляр ва 1 — молярнинг синус тубига энг яқинлигини, айрим ҳол — ларда тиш илдизларининг учлари бўшлиққа чиқиб туришини ва фақат шилиқ парда билан ёпилганини қайд

этиб ўтиш муҳимдир. Яллигланиш жараёнининг акса — рият тегишли тишлардан бўшлиққа тарқалиши шу билан тушунтирилади. Бўшлиқнинг орқа девори қалин, юқори жағ дўмбоғидан ҳосил бўлган.

Ғалвирсимон бўшлиқлар (ғалвирсимон лабиринт) ғалвирсимон суякнинг ҳаво ташувчи катакларидан ташкил топган. Ғалвирсимон катаклар жойлашуви — нинг энг кўп учрайдиган вариантлари олдинги ёки орқа бўлимларининг орбитасига тарқалиши ҳисобланади. Бу ҳолда улар олдинги калла суяги чуқурчаси билан ҳам турли масофаларда чегарадош бўлади.

Пешона бўшлиғи (*sinus frontalis*) пешона суяги тан — чача (копламаси)да бўлади. Бўшлиқнинг тўртта девори бор: олдинги (пешона дунги), калла суяги чуқурчаси билан чегарадош орқа (мия), ўзининг кўпроқ қисми кўз косасининг юқори девори ҳисобланган, ўзининг озроқ масофасида ғалвирсимон суяк катаклари ва бурун бўшлиғи билан чегарадош пастки (кўз косаси), ва пастки бўлимда одатда ўрта чизик бўйича турган, юқорига эса томонларга оғиш эҳтимоли бўлган ме — диал (бўшлиқлараро) қисм.

Понасимон бўшлиқлар (*sinus sphenoidalis*) понасимон суяк танасида жойлашади, ҳар бир синусда олдинги, орқа, юқори, ташқи ва ички деворлар фарқ қилинади. Бўшлиқ — лараро тўсиқ ёки ички девор бўшлиқларни ажратиб туради; улардан ҳар бири олдинги деворида юқори бу — рун йўлига олиб борадиган чиқарув йўлига эга (*ostium sphenoidale*). Бўшлиқнинг пастки девори қисман бурун — ҳалқум гумбазини ташкил қилади, юқори девори турк эгарининг пастки юзасини ташкил этади; бу деворга юқоридан, гипофиздан ташқари, миянинг ҳидлов пуш — талари билан пешона бўлагининг бир қисми тегиб туради. Орқа девори энса суягининг базиляр бўлимига ўтади. По — насимон бўшлиқнинг латерал девори ички уйқу артерияси

ва горсимон синус (sinus cavernosus) билан чегарадош; бу ердан кўзни ҳаракатлантирувчи, уч шохли нервнинг би — ринчи тармоғи, галтак нерв ва узоқлаштирувчи нервлар (калла суяги нервларнинг III, IV, V, VI жуфтлари) ўтади.

Янги тугилган чақалоқда фақат иккита синус — юқори жағ бўшлиғи ва галвирсимон лабиринт бўлади.

### **Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг клиник физиологияси**

Инсон учун бурун орқали нафас олиш нормал са — налади. Бурун, нафас олиш функциясидан ташқари, ҳимоя, резонаторлик ва ҳидлов функцияларини бажа — ради, шунингдек нафас ва кўз ёши ажратишни идора қилишда қатнашади. Кўкрак бўшлиғидан манфий бо — симга боғлиқ бўлган нафас олиш вақтида ҳаво буруннинг иккала ярмига йўналади. Нафас олиш вақтида бурун — нинг қўшимча бўшлиқларидан ҳаво қисман чиқади, бу — нафасга олинадиган ҳавонинг исишига ва намла — нишига, шунингдек унинг ҳидлов соҳасига диффузланишига имкон беради. Нафас чиқаришда ҳаво бўшлиқларга тушади. Нафас йўллари бутун қаршили — гининг деярли ярми (45%) бурун бўшлиғига тааллуқли, бу — бурун йўллариининг нисбатан торлиги, уларнинг қайрилганлик табиати ва нафас йўллари юзасининг но — текислигига боғлиқ. Бу қаршилиқнинг физиологик изоҳи бор — бурун шиллиқ пардасига ҳаво оқимининг босими нафас рефлекси кўзголишида қатнашади. Агар нафас оғиз орқали амалга оширилса, нафас олиш унчалик чуқур бўлмайди, бу организмга тушаётган кислород миқдо — рини камайтиради. Бунда кўкрак қафаси томонидан манфий босим ҳам камаяди, бу эса ўз навбатида калла суяги гемодинамикасини издан чиқаради. Буруннинг ҳимоя функцияси нафас олишда ҳаво бурун йўллари



орқали ўтаётганда ҳавони иситадиган, намлайдиган ва тозалайдиган механизмлардан иборат бўлади.

Ҳаво бурун деворлари сатҳидан чиқадиغان иссиқ — лик ҳисобига исийди, бурун деворлари нотекис бўлганлиги боис унинг майдони катта бўлади. Пастки ва қисман ўрта чиганоқлар шиллиқ пардасида жой — лашган горсимон таналар ҳаво оқимини идора қиладиган томирлар аппаратида иборат. Ҳавонинг бурун бўшли — гига намланиши шиллиқ пардани қоплаб турадиган намликдан тўйиниш ҳисобига рўй беради. Бурун шил — лиги қон томирлар, шиллиқ парда безлари, кўз ёши безлари суюқлиги ва тўқималараро ёриқлардан лимфа тутиши йўли билан ҳосил бўлади. Катта ёшдаги одамда бир кеча — кундузда бурун бўшлиқларидан буг кўри — нишида 500 мл дан кўпроқ сув ажралиб чиқади, бироқ бу ҳажм ташқи ҳавонинг ҳажми ва ҳароратига, бу — руннинг ҳолатига ва бошқа омилларга боғлиқ.

Бурунда ҳавонинг тозаланиши ҳаво оқими бурун даҳ — лизи орқали ўтганда рўй бериб, йирик чанг заррачалари даҳлиз терисидаги етарлича қуюқ туклар томонидан ту — тиб қолинади, микроблар билан бирга биринчи филтрдан ўтган бирмунча майда чанг шилимшиқ аж — ралма билан қопланган шиллиқ пардага чўкади: бурун йўллариининг торлиги ва қайрилмалиги чангнинг чўки — шига имкон беради. Нафас орқали олинадиган чанг заррачалари ва микробларнинг 40 — 60% шиллиқда ту — тилиб қолади ва у билан бирга чиқарилади. Бурундан шиллиқни ҳайдайдиган восита ҳилпилловчи эпителий ҳисобланади. Киприкчаларнинг тебраниш ҳаракатлари шиллиқни бурун — ҳалқум томонга шундай сурадики, уларнинг орқага ҳаракати чўзилган ҳолатида, қайтиши эса букилган ҳолатда содир бўлади. Бурун касаллик — ларига даво қилинаётганда бурунга, айниқса узоқ вақт ҳар қандай томчилар томизиш даволовчи таъсири би —

лан бир қаторда ҳилпилловчи эпителийнинг дренаж функциясига салбий таъсир кўрсатиш мумкинлигини назарда тутиш керак. Шунинг учун бурунга мойли, со — дали, томир торайтирувчи ва бошқа томчиларни узоқ вақт юборишдан воз кечиш керак.

Кўз ёши безлари ажралмасида ва бурун шилли — гада бўладиган лизоцим рўй — рост зарарсизлантирувчи наф беради. Шиллиқ бурун — ҳалқумдан сўлак би — лан бирга одатда ютиб юборилади ва меъдада унинг узил — кесил зарарсизланиши рўй беради.

Ҳимоя механизмларига шунингдек аксириш ва шил — лиқ ажратиш рефлекси тааллуқли. Одамда ҳидлов функцияси бурун шиллиқ пардасининг ҳидлов зонаси билан таъминланади, унда хеморецепторлардан иборат дуксимон ҳидлов ҳужайралари (катаклари) бўлади. Ҳидлов соҳаси (regio olfactoria) ҳидлов ёригидан (rimma olfactoria) бошланади, у ўрта чиганоқнинг пастки чети билан тўсиғи ўртасида бўлади ва эни 3 — 4 мм га боради.

Бурун ёндош бўшлиқларининг ҳимоя функцияси, би — ринчидан, бўшлиқлар борлигининг ўзиёқ юз ва мия калла скелетининг бирмунча чуқур ва ҳаётий муҳим ту — зилмаларини ташқи таъсирлардан ҳимоя қилади. Иккинчидан, бўшлиқлар илитилган ва намланган, шу — нингдек тозаланган ҳавонинг қўшимча резервуарлари ҳисобланади. Бурун ёндош бўшлиқларининг резонаторлик функцияси товушнинг оригинал тембри ва бошқа си — фатларининг шаклланишида жиддий равишда қатнашади.

Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларининг ре — зонаторлик функцияси турли товуш тонларини кучайтиришидан иборат. Кичкина бўшлиқлар (галвир — симон лабиринт катаклари, понасимон бўшлиқлар) бирмунча юқори товушларни резонанция қилса, айни вақтда йирик бўшлиқлар (юқори жағ ва пешона бўшлиқлари) бирмунча паст тонларни резонанция қилади.

Катта ёшдаги одамда нормада синус бўшлиқлар хажми ўзгармаслиги туфайли товуш тембри ҳам бир умрга доимий бўлиб сақланиб қолади. Товуш тембрининг ўзгаришлари бўшлиқлар яллигланган маҳалда шиллиқ парданинг қалин тортиши муносабати билан содир бўлади (буни хонандалар яхши ҳис қиладилар). Юмшоқ танглайнинг ҳолати резонансни маълум даражада тартибга солади. Юмшоқ танглай фалажи (ёки йўқлиги) очиқ манқалик (rhinolalia aperta), бурун – ҳалқум, хоаналар, бурун бўшлиқларининг обтурацияси (аденоидлар, полиплар, бурун чиганоқлари гипертрофияси, ўсма ва б.) ёпиқ манқалик (rhinolalia clausa) билан ўтади.

### Ҳалқум ва қизилўнгачнинг клиник анатомияси ва физиологияси

#### *Ҳалқумнинг клиник анатомияси*

Ҳалқум (pharynx) ҳазм йўлининг ва нафас йўллари — нинг бошланғич бўлимига киради, у мушаклар, фасциялардан тузилган ва ички томондан шиллиқ парда билан қопланган ичи бўш аъзодан иборат. Ҳалқум бурун бўшлиқларини ҳиқилдоқ ва қизилўнгач билан бирлаштиради, эшитув найлари воситасида ҳалқум ўрта қулоқ билан туташади. Ҳалқумда учта бўлим: юқори — бурун — ҳалқум, ўрта оғиз — ҳалқум ва пастки — ҳиқилдоқ — ҳалқум тафовут қилинади. Бурун — ҳалқум (nasopharynx, ёки ериpharynx) нафас функциясини бажаради, унинг деворлари пучаймайди ва улар ҳаракатсиз. ҳар бир эшитув найи оғзининг орқасида бурун — ҳалқумнинг ён деворида ўйиқ — ҳалқум чўнтаги, ёки Розенмюллер чуқурчаси бўлиб, унда одатда лимфаденоид тўқима йиғилган бўлади. Бу лимфаденоид тузилмалар най муртаклари номини олган — ҳалқумнинг V ва VI муртаклари. Бурун — ҳалқумнинг

юқори ва орқа деворлари ораси чегарасида ҳалқум (III ёки бурун — ҳалқум) муртаги бўлади. Ҳалқум муртаги нормада фақат болалик ёшида яхши ривожланган бўлади. Балогатга етиш давридан бошлаб, у кичрая боради ва 20 ёшга келиб фақат кичкина аденоид тўқима кўринишида бўлиб қолади, холос, ёш улғайган сайин у атрофияга учраб боради. Оғиз — ҳалқумнинг олдинги томонида тешик — бўғиз (ютқун) бўлиб, у юмшоқ танглай чети, олдинги ва орқа танглай ёйчалари ва тил иддизи билан чегараланган. Танглай ёйчалари орасида учбурчакли камгакларда танглай муртаклари (I ва II) бўлади. Тузилиши жиҳати — дан ҳалқумнинг бошқа муртаклардан фарқи шундаки, ҳар бир танглай муртаги лакуналар ёки криггалар но — минни олган 16 — 18 та чуқур ёриқлардан иборат.

Патология жиҳатидан муҳим омил ҳисобланган чуқур ва дарахтсимон шохланган лакуналарнинг бўшалиб туриши уларнинг торлиги, чуқурлиги ва сертармоқлиги, шунингдек лакуналар оғзининг чандиқли торайишлари сабабли осон издан чиқади, уларнинг бир қисми устига — устак танглай муртагининг олдинги — пастки бўлимида шиллиқ парданинг ясси бурмаси (Гис бурмаси) билан ёпилган бўлади. Бу анатомик — топографик шароитлар танглай муртакларида сурункали яллиғланиш пайдо бўлиши учун қулай шароитлар ҳозирлайди. Муртак юқори қутбининг тузилиши бу жиҳатдан айниқса ноқулай; одатда худди ана шу жойда яллиғланиш энг кўп ривожланади.

Лимфаденоид тўқима шунингдек ҳалқумнинг орқа деворида гранулалар ёки фолликулар номини олган майда (нуқтасимон) тузилмалар кўринишида, ва танглай ёйчалари ортида ҳалқумнинг ён деворларида бўлади — ён болишчалар. Бундан ташқари, ҳиқилдоқ даҳлизи олдида ва ҳиқилдоқнинг ноксимон бўшлиқларида лимфаденоид тўқиманинг унча катта бўлмаган уюмлари бўлади. Тил

илдизиди тил, ёки ҳалқумнинг IV муртаги жойлашган.

Ҳалқумнинг ҳиқилдоқ қисми – ҳиқилдоқ – ҳалқум (hyrорhоgυрх). Оғиз – ҳалқум билан ҳиқилдоқ – ҳалқум ўртасида ҳиқилдоқ усти қопқоғининг юқори чети ва тил илдизи чегара бўлиб хизмат қилади; ҳиқилдоқ – ҳалқум пастга томон воронкасимои торайиб боради ва қизилўнгачга ўтади.

Ҳалқум шиллиқ пардаси унинг юқори қисмида бурун – ҳалқумнинг нафас функцияси билан мувофиқ равишда кўп қаторли ҳилпилловчи эпителий билан, ўрта ва пастки қисмларида – кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Ҳалқум шиллиқ пардасида, айниқса бурун – ҳалқумда, юмшоқ танглайнинг ҳалқум юзасида ва тил илдизиди кўп сонли шилимшиқ безлари бўлади. Лим – фаденоид тўқима, жумладан муртақлар шиллиқ парда ости қаватида жойлашади. Ҳиқилдоқнинг фиброз пардаси юқоридан энса суягининг асосий қисмига, қанотсимои ўсимтанинг медиал пластинкасига ва калла суяги асосининг бошқа суяқларига ёпишади. Фиброз қават ҳалқум томондан шиллиқ парда билан, ташқи томондан – мушак қавати билан қопланган.

Ҳалқумнинг мушак қавати кўндаланг – таргил тола – лардан иборат ва ҳалқумни қисадиган ва кўтарадиган айланма (циркуляр) ва бўйлама мушаклардан ташкил топган. Ҳалқумни учта қисувчи – юқори, ўрта ва пастки қисувчи мушаклар киради.

Бўйлама мушаклар ҳалқумни кўтаради; уларга иккита мушак: орқа танглай ёйчасини ҳосил қиладиган бигиз – симон – ҳалқум (асосий) ва танглай – ҳалқум мушаклари киради. Ҳалқум мушаклари қисқариб, перистальтика ти – пидаги ҳаракатни амалга оширади; бундан ташқари, ҳалқум ютиш пайтида юқорига кўтарилади, ва шу тариқа овқат лўқмаси пастга қизилўнгач оғзига сурилади.

Ҳалқумнинг орқа девори билан умуртқаолди фас –

ция ўртасида сийрак бириктирувчи тўқима билан тўлган ясси ёриқ кўринишидаги ҳалқум орти бўшлиғи жойлашади. Болаларда оралиқ тўсиқ ёнида лимфатик тугунлар бўлиб, унга танглай муртаклари, бурун ва оғиз бўшлиқларининг орқа бўлимларидан лимфатик томир — лар қуйилади; ёши улгайган сайин бу тугунлар атрофияланади; болаларда улар ҳалқуморти абсцесси ҳосил қилиб, йиринглаши мумкин. Ҳалқумдан ён то — монларда клетчатка билан тўлган ҳалқум олдидаги бўшлиқ жойлашади, ундан нерв — томирлар дастаси ўтади, ва бўйиннинг асосий лимфатик тугунлари бўлади.

Танглай муртаклари турли вариантлар билан асосан ташқи ва ички уйқу артерияларининг системаларидан қон билан таъминланади. Ҳалқумдан лимфа бўйиннинг чуқур ва орқа лимфатик тугунларига (*nodi lymphatici cervicales profundi et retropharyngealis*) оқиб тушади. Ҳалқуморти лимфатик тугунларининг хусусияти шун — даки, улар, одатда, фақат илк гўдаклик ёшидаги болаларда бўлади. Ҳалқум муртаклари, ҳалқумнинг қол — ган ҳамма лимфаденоид тузилмаларга эга эмас.

### ***Ҳалқумнинг клиник физиологияси***

Овқат ўтказиш ва нафас йўлларининг бир қисми бўлган ҳалқум: 1) овқат қабул қилиш акти — сўриш ва ютишда; 2) товуш — ва нутқ ҳосил қилишда; 3) нафас олишда; 4) овқат қабул қилиш ва нафас олишнинг ҳимоя механизмларида қатнашади.

### ***Қизилўнғачнинг клиник анатомияси ва физиологияси***

Қизилўнғач (*oesophagus*) олдинги орқа йўналишда пучайган (ясси), узунлиги 24 — 25 см ли мушак найи —

дан иборат. У узуксимон тоғай (VI бўйин умуртқаси) — нинг пастки чети сатҳидан ҳалқумнинг давоми ҳисобланади. Қизилўнгачнинг меъдага ўтиши одатда XI кўкрак умуртқаси сатҳида рўй беради, бу VII қовурга тоғайининг тўш суягига ёпишган жойига тўғри келади. Катта ёшдаги одамларда олдинги тишлардан оғиз, ҳал — қум ва қизилўнгач орқали меъдагача умумий масофа 38 — 42 см ни ташкил қилади. Қизилўнгачда иккита фи — зиологик торайма (эгрилик) бор: — аорта билан кесишган соҳасида ва кардиал — қизилўнгачнинг меъдага ўтиш жойида. Шиллиқ пардаси кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган ва бўйлама йўналишда борадиган бур — маларга йиғилган. Қизилўнгачнинг ташқи бўйлама мушак қавати ички айланма қаватига нисбатан бирмунча ифо — даланган. Қизилўнгачнинг юқори бўлими мушаклари кўндаланг — тарғил толалардан, пастки бўлими эса силлиқ толалардан иборат.

Кўп сонли шилимшиқ безлари шиллиқ парда ости қаватида ётади, унда лимфатик тугунчалар камроқ уч — райди. қизилўнгачнинг бўйин бўлимидаги қон таъминоти қизилўнгач артериялари (a.a.oesophageae) ва пастки қалқонсимон артерия воситасида амалга оширилади. Кўкрак бўлими аортанинг кўкрак булимидан чиқадиган тармоқчалардан, қорин бўлими — диафрагмал артери — ядан ва чап қоринча артериясидан таъминланади. қизилўнгачдан қоннинг оқиб келиши бўйин бўлимида пастки қалқонсимон веналарга, кўкрак бўлимида — тоқ (v.azygos) ва яримтоқ (v.hemiazygos) веналарда амалга оширилади; қорин бўлимида веналар қопқа вена сис — темаси билан боғланган. Қизилўнгач лимфатик системаси таркибига юза ва чуқур тармоқ киради. Юзак тармоқ мушак девори бағридан бошланади, чуқур тармоқ эса шилиқ пардада ва шиллиқ парда ости қаватида жой — лашган. Бўйин бўлимида юқори паратрахеал ва чуқур

бўйин тугунларига, кўкрак ва қорин бўлимларида — меъда кардиал қисмининг паратрахеал ва параброн—хиал тугунларига лимфанинг оқиб келиши рўй беради. Қизилўнғач иннервацияси адашган ва симпатик нервларнинг тармоқларидан амалга оширилади.

Қизилўнғачнинг асосий функцияси овқатни меъдага актив ўтказиш ҳисобланади.

### *Ҳиқилдоқнинг клиник анатомияси*

Ҳиқилдоқ тилости суяги остида, бўйиннинг олдинги юзасида жойлашади. Катта ёшдаги эркакларда ҳиқил—доқнинг юқори чети IV ва V бўйин умуртқалари чегарасида бўлади, пастки чети эса VI бўйин умуртқасига тўтри келади. Янги туғилган чақалоқларда, навқирон ёшдаги шахсларда ва аёлларда ҳиқилдоқ бирмунча юқорида, кекса кишиларда эса, аксинча, пастроқ жойлашган. Олдинда пастки бўлимида қалқонсимон тоғайнинг пастки чети ва узуксимон тоғайнинг юқори чети ўрта—сида асфиксия ҳодисаси юз берганда нафасни зудлик билан тиклаш зарурати пайдо бўлганда қўлга осон ун—найдинг конуссимон бойламни қирқилади (коникотомия қилинади). Ҳиқилдоқнинг пастки—ёнбош юзалари яқинида қалқонсимон безнинг ён бўлаклари ётади, уларнинг орқасида бўйиннинг томир—нерв дасталари бўлади.

Ютиш ва фонация вақтида ҳиқилдоқнинг ташқи мушаклари уни юқорига кўтаради ва пастга туширади. ҳиқилдоқнинг скелети ёки асоси шакли бўйича учи қирқилган пирамидага ўхшайди, у бойламлар билан бириккан тоғайлардан иборат. Улар орасида учта тоқ: ҳиқилдоқ усти, қалқонсимон, узуксимон ва учта жуфт: чўмичсимон, шохсимон, понасимон тоғайлар бор. Ҳиқилдоқ скелетининг пойдевори, асоси узуксимон тоғай ҳисобланади.



## *Трахея ва бронхларнинг клиник анатомияси*

Нафас олинадиган томоқ (дыхательное горло) ҳиқил – доқнинг давоми ҳисобланади, у ҳиқилдоқ билан узуксимон – трахеал бойлам воситасида боғланган. Трахея (кекирдак) – цилиндрсимон узун най (унинг узунлиги 11 – 13 см), VII бўйин умуртқаси танасининг сатҳидан бошланади, IV – V кўкрак умуртқалари сатҳида эса иккита бош бронхга бўлинади. Трахеяни ажратиб турган тўсиқ – нинг бошланиши – суяк пихи (шпора), бўлиниш жойи эса – бифуркация дейилади. Янги туғилган чақалоқларда трахеянинг пастки учи III – IV кўкрак умуртқаси сатҳида, 2–6 ёшдаги болаларда – IV кўкрак умуртқаси сатҳида туради. Трахея девори 16 – 20 та тақасимон шаклдаги ги – алин тоғайларидан иборат, уларнинг эркин учлари орқага йўналган. Уларнинг орасида трахея деворининг кўп сонли коллаген ва эластик толалардан тузилган пардасимон қисми тортилган. Чуқур қатламларида силлиқ мушак толалар бўлади. Тоғайлар ўзаро ҳалқасимон бойламлар билан бириккан. Трахея қаваги (бўшлиги) нафас олганда кенгаяди ва нафас чиқарганда тораяди. Трахея бўшлиги эни доимий қиймат саналмайди: эркакларда у 15 дан 22 мм гача, аёлларда – 13 дан 18 мм гача, эмадиган болада – 6 – 7 мм, 10 яшар болада – 8 – 11 см атрофида ўзгариб туради. Трахея ички томондан шиллиқ парда цилиндрсимон ҳилпилловчи эпителий билан қопланган. Киприкчалар – нинг ишчи ҳаракати юқорига йўналган. Трахеянинг шиллиқ пардасида оқсил – шилимшиқ секрет ишлаб чиқарадиган безлар кўп. Орқа девори соҳасида шиллиқ пардаси майда бурмачалар ҳосил қилади. Трахеяни ўраб турган говак бириктирувчи тўқимада, айниқса бифуркация соҳасида кўп миқдорда лимфатик тугунлар бўлади. Трахея деворининг орқа пардасимон қисми қизилўнгачнинг олдинги

деворига тақалади. Трахеостомия ўтказишда бундай нис — батни ҳисобга олиш лозим, чунки бу операцияда қизилўнғач деворлари яраланиши ва кейинчалик трахео — қизилўнғач оқмаси пайдо бўлиши мумкин.

Трахеянинг олдинги ва ён деворларига йирик то — мирлар тақалиб, бундан ташқари, трахеянинг олдинги юзасида бўйин қисмида қалқонсимон без бўйинчаси, 14 — 16 ёшгача бўлган болаларда кўкрак бўлимида — ай — рисимон без ётади. Бифуркация жойида пих чапга бирмунча огган. Иккита бош бронхлардан биринчиси чапдагига қараганда калтароқ ва энлироқ. Ўнг бронх узунлиги 3 см, чап бронхники — 5 см. Бош бронхлар диаметри ўрта ҳисобда 10 — 16 мм га тенг. Ўнг бронх трахеянинг деярли давоми ҳисобланади, шунинг учун ёт жисмлар аксарият айнан унга тушади. Бош бронхлардан ҳар бири ўпкага кириб шохланади, тораёди, пастга ва орқага ўпканинг асосига боради. Бронхиал дарахтга перистальтик ҳаракатларга ўхшаш ҳаракатлар хос (на — фас олишда бронх узаяди ва кенгаяди, нафас чиқаришда эса аксинча).

Трахея ва бронхларнинг қон билан таъминланиши пастки қалқонсимон ва бронхиал артериялар ҳисобига амалга оширилади, уларнинг тармоқлари трахея ва бронхларнинг ён девори бўйлаб ўтади, шунингдек ай — ланма бойламлардаги тоғайлар ўртасида кўндаланг йўналишда ўтиб, чигал ҳосил қилади. Трахея ва бронхларнинг веналари пастки қалқонсимон веналарга қўйилади.

Трахея ва бронхларнинг иннервацияси қайтувчан нерв, адашган нерв ва унинг нафас йўлларининг пастки бўлагиде трахеал чигал ҳосил қиладиган трахеал тармоқчалари ҳисобига рўй беради. Бронхларда жой — лашган мушак толалари адашган в симпатик нервларнинг нерв томиридан таъминланади.

## *Ҳақилдоқ, трахея ва бронхларнинг клиник физиологияси*

Ҳақилдоқ, трахея ва бронхларга учта функция: на — фас, ҳимоя ва товуш ҳосил қилиш вазифалари ҳос.

**Нафас функцияси.** Ҳақилдоқ нафас йўлининг қисми ҳисобланади; у нафас олишда ҳавони қуйида жойлашган бўлимларга — трахея, бронхлар ва ўпкага ўтказди, нафас чиқаришда ҳаво тескари йўналишда ўтади. Нафас актини нафас мускулатураси амалга оширади, ҳақилдоқда эса — товуш ёригини кенгайти — радиган орқа узуксимон — чўмичсимон мушакларнинг қисқаришидан амалга ошади. Нафас олишда товуш ёриги ҳамини очиқ, бунда унинг катта — кичиклиги ва шакли нафаснинг чуқурлигига боғлиқ.

**Ҳимоя функцияси.** Ҳақилдоқ ва трахея ёт жис — мларнинг қуйида жойлашган нафас йўлларига тушишига тўсқинлик қиладиган тўсиқ ҳисобланади, шунингдек нафасга олинадиган ҳавонинг намлани — шига, исиниши ва тозаланишига имкон беради. Ҳимоя функцияси механизми ҳақилдоқ шиллиқ пардаси — нинг учта рефлексоген зоналарининг борлиги билан боғлиқ. Улардан бири ҳақилдоқ даҳлизи атрофида жойлашган (ҳақилдоқ усти қопқоғининг ҳақилдоқ юзаси, чўмичҳақилдоқусти бурмаларининг шиллиқ пардаси). Иккинчи зонаси чўмичсимон тоғайларнинг олдинги юзасини эгаллайди (чўққисидан то асосига — ча) ва чўмичсимон тоғайларнинг товуш ўсимталари ўртасидаги оралиқча давом қиладди. Учинчи зонаси узуксимон тоғайнинг ички юзасидаги товушости бўшлиғида жойлашган. Ҳавони чангдан тозалашга шиллиқ парданинг ҳилпилловчи эпителийси ва у ишлаб чиқарадиган шилимшиқ имкон беради.

**Товуш функцияси.** Товушларни шакллантиришда нафас аппаратининг уч асосий бўлими иштирок эта — ди: 1) кўкрак қафаси — ўпка, бронхлар, трахея (пастки резонатор); 2) ҳиқилдоқнинг товуш аппарати; 3) товушни шакллантирувчи оғиз бўшлиғи, бурун ва ҳалқумни резонанция қилувчи, тил, пастки жағ, лаблар, танглайлар ва лунжлар ҳаракати туфайли ўз шаклини ўзгартирувчи (юқори резонатор). Товушни талаффуз қилиш пайтида товуш ёриғи аввалига ёпиқ, яъни товуш бурмалари таранг ва берк ҳолатда туради. Сўнгра ўпка, трахея ва бронхлардаги ҳаво босими остида у жуда қисқа вақтга очилади, ва шу заҳоти ҳаво қисман товуш ёриғи орқали отилиб чиқади, шундан сўнг товуш бурмалари яна ёпилади, бу — ҳаво товуш тўлқинларини ҳосил қилади; бу тебраниш ҳаракатларининг частотаси таралаётган тон баландлигига мос келади. Шундай қилиб, фонацияда пастки резонатордан чиқаётган ҳаво оқими вақти — вақтида муайян частота билан узилиб туради, яъни тебраниш ҳаракати ҳолатида туради. Ана шу ҳаво тебранишлари товушни ҳосил қилади. Унинг балан — длиги шунга ўхшаш тебранишлар сонига ёки секунд ҳисобидаги танаффусларга боғлиқ; товушнинг балан — длиги ва тембрига товуш бурмаларининг катта — кичиклиги, уларнинг кучи (таранглиги) ва резонаторларнинг хусусиятлари таъсир қилади. Товуш балан — длиги, тембри ва кучи бўйича фарқ қилади. Товуш балан — длиги товуш бурмаларининг тебраниш — лари частотасига, ўз навбатида — уларнинг узунлиги ва қуввати билан боғлиқ. Одамнинг ўсиш даврида товуш бурмаларининг ўлчами ўзгаради, бу товуш — нинг ўзгаришига олиб келади.

**ЛОР касалликлар пропедевтикаси**  
**ЛОР – аъзоларни текшириш услубияти**  
**(методологияси)**

ЛОР аъзоларни эндоскопик текшириш учун ало – ҳида хона (кабинет) ёки хонанинг бир бурчагида оториноларингологнинг иш жойи жиҳозланган бўлиши керак. Хонанинг узунлиги камида 5 м, у ташқи шовқинлардан холи қилинган бўлгани маъқул, чунки унда эшитиш қобилияти текширилади. Хонада беморни кўздан кечириш учун зарур асбоблар учун стол, ик – кита стул, кушетка, ёзув столи бўлиши керак.

***Иш жойини тайёрлаш.***

ЛОР аъзоларни текширувдан ўтказиш учун қуйи – дагилар бўлиши керак:

– ташқи шовқинлар эшитилмайдиган, узунлиги камида 5 м бўлган хона;

– беморни кўздан кечириш учун асбоблар қўйи – ладиган стол;

– ёруғлик манбаи (ёруғлик манбаи сифатида асбоблар қўйиладиган столда электр лампаси туриши керак);

– иккита стул.

***Иш жойидаги жиҳозлар.***

Асбоблар:

– бурун кўзгулари (бурун кенгайтиргичлар);

– бурун зондлари;

– пешона рефлектори (Симановскийники);

– қулоқ воронкалари 1,2,3,4,5 рақамли;

– қулоқ зондлари;

– қулоқ пинцети (тиззасимон ёки найзасимон);

– қулоқларни пуфлаш учун баллон

(Политцер баллони);

– Жанне қулоқ шприци ;

- шпателлар;
- буруннинг ҳалқум кўзгулари;
- ҳиқилдоқ кўзгулари;
- ҳиқилдоқ ва бурун ҳалқум кўзгулар учун даста;
- спиртовка.

Дори – дармонлар:

- 0,1% адреналин эритмаси;
- 2% дикаин эритмаси.

Ҳидлов функциясини аниқлаш учун эритмалар:

- 0,5 % сирка кислота эритмаси (1эритма – кучсиз ҳидли);
- вино спирти 70% (2 эритма – ўртача ҳидли);
- оддий валериана настойкаси (дамламаси) (3 эритма – ўткир ҳидли);
- нашатир спирти (4 эритма – ўта ўткир ҳидли);
- дистилланган сув (5 эритма – назорат).

Боглов материали:

- гигроскопик пахта;
- қулоққа тиқиладиган дока турундалар (пиликчалар);
- дока салфеткалар.

***Беморни кўздан кечириш учун ўтқазиш тартиби.***

1. Беморни ўтқазганингизда ёруғлик манбаи унинг ўнг томонида бўлсин.

2. Текшириладиган одамнинг рўпарасига ўз оёқларингизни стол томонга қўйиб ўтиринг, унинг оёқлари эса сизнинг оёқларингиздан ташқарида бўлсин.

3. Ёруғлик манбаини пациентнинг ўнг томонига қулоқ супраси сатҳида жойлаштиринг.

***Пешона рефлекторидан фойдаланиш қоидалари.***

Кўздан кечириладиган соҳага ёруғлик тушириш учун пешона рефлекторидан фойдаланинг:

1. рефлекторни қўлга олинг,

2. рефлекторни пешона соҳача ёрдамида маҳкам — ланг,

3. рефлектор тешигини ўз чап кўзингиз рўпарасига жойлаштиринг. Рефлектор текшириладиган аъзодан 25—30 см масофада туриши керак (фокус масофа).

4. Рефлектордан қайтган ёруғлик дастасини бемор бурнига йўналтиринг (ёруғлик текшириладиганнинг чап томонидан тушади). Сўнгра ўнг кўзингизни юминг, чап кўзингиз билан эса рефлектор тешиги орқали қаранг, ва бемор юзида ёруғлик дастаси кўрингунча уни айлантиринг. Ўнг кўзингизни очинг ва иккала кўзингиз билан қарашни давом эттиринг. Чап кўзингиз кўрув ўқи ёруғлик дастаси марказида турибдими йўқми ва фокус масофасига амал қилинганлигини вақти — вақти билан назорат қилиб туриш лозим. Пешона рефлектори иккала кўз билан қараганда “шайтонча” (“зайчик”) жойидан сурилмаса, текшириладиган соҳага тўғри йўналтирилган ҳисобланади.

*Тадқиқотчининг хатти — ҳаракатлар тактикаси.*

Мазкур текшириш методини амалга ошириш учун зарур хатти — ҳаракатларни бирин — кетин бажаринг. Тадқиқотчининг қўларини ва асбобларни ишонч билан моҳирона ҳаракатлантириши ва ишлатиши беморда шифо топишга умид туғдиради. Текшириш — ни тинч шароитда беморнинг ёшини ва аҳволини ҳисобга олган ҳолда ўтказинг. Агар тадқиқотчи болаларни кўп сонли оториноларингологик асбоблардан фойдаланмасдан кўздан кечирса, яхши натижага эришади.

## **Қулоқни текшириш – отоскопия**

Қулоқни текширишдан аввал ҳам қунт билан анамнез йиғилиши керак. Умумий маълумотлардан ташқари, қулоқ касаллигининг сабабини билишга, унинг қанча вақт давом қилганлиги ва асосий белгиларининг табиатини аниқлашга алоҳида эътибор бериш зарур.

**Ташқи кўрикдан ўтказиш методикаси (усули):**

1. кўрикни беморнинг отоскопик кўриниши ва унинг соғлом қулоғи билан таққослаш учун соғлом қулоқдан бошланг. қулоқ супрасини, эшитув йўлининг ташқи тешигини, қулоқ орқаси соҳасини ва ташқи эшитув йўли соҳасини кўздан кечиринг;

2. қулоқ супрасини кўздан кечиришда унинг шаклини (тўғрими ёки унинг хусусиятлари – шалпанг қулоқлиги, чандиқлари, нуқсонлари борлиги), уни қоплаб турган терининг ранги (нормал, қизарган), унинг ҳолати ва катта кичиклигини аниқланг;

3. катта ёшдаги одамларда ўнг эшитув йўлининг ташқи тешигини кўздан кечириш учун қулоқ супрасини чап қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан ушлаб, қулоқ супрасини гажагидан орқага ва юқорига чўзинг (тортинг). Чапдан кўздан кечириш учун қулоқ супрасини ўнг қўл билан боягидек тортинг;

4. қулоқ орқаси соҳасини кўздан кечириш учун ўнг қўл билан текширилаётганнинг ўнг қулоқ супрасини олдинга тортинг. қулоқ орқаси бурмасига (қулоқ супрасининг сўргичсимон ўсиққа ёпишган жойи) аҳамият беринг, нормада у яхши контурланади.

**Пайпаслаш ўтказиш услуги:**

1. ўнг қўл бармоқлари билан ўнг қулоқ супрасини пайпасланг;

2. ўнг қўлнинг бош бармоғи билан ўнг қулоқ су—



пачасини астагина босинг. Нормада супачани босил — ганда огримайди, катта одамда огриқ ўткир ташқи отитда, болада эса ўрта қулоқ отитида ҳам пайдо бўлади;

3. сўнгра чап қўлнинг бош бармоғи билан сўргич — симон ўсиқни учта нуқтада: антрум проекциясида, сигмасимон синус ва сўргичсимон ўсиқ учида пай — пасланг. Чап сўргичсимон ўсиқни пайпаслашда қулоқ супрасини чап қўл билан тортинг, пальпацияни эса ўнг қўл бармоғи билан амалга оширинг;

4. чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан ўнг қулоқ — нинг регионар (маҳаллий) лимфатик тугунчаларини ташқи эшитув йўлини олдиндан, пастдан, орқадан пайпасланг. ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан чап қулоқнинг тегишли лимфатик тугунларини пайпаслаб текширинг. Беморнинг боши олдинга бирмунча эн — гаштирилган. Лимфатик тугунларни ўнг томонда пайпаслашда врачнинг ўнг қўли текширилаётганнинг тепа суягида ётади, чап қўл фалангаларининг учла — рини тўқимага чуқур ва оҳиста киритиб уқалаш ҳаракатлари қилинади. Чап томондаги лимфатик ту — гунларни пайпаслаганда чап қўл бошнинг тепа суяги устида туради, ўнг қўл билан эса пайпаслаш ўткази — лади. Нормада лимфатик тугунлар катталашмаган, огриқсиз бўлади ва пайпасланмайди.

Отоскопия ўтказишда асбоблардан фойда — ланиш қоидалари.

1. Диаметри ташқи эшитув йўлининг кўндаланг ди — аметрига мос келадиган воронка танланг. қулоқ воронкаси эшитув йўлининг пардасимон тоғай бўли — миға уни тўғрилланган ҳолатда ушлаб туриш учун киритилади. Воронкани эшитув йўлининг суяк бўли — миға киритиш мумкин эмас, чунки бу огриққа сабаб бўлади. Воронкани киритишда унинг узун ўқи эши — тув йўлининг ўқи билан тўғри келмаслиги керак, акс

қолда воронка эшитув йўлининг бирор бир деворига тақалиб қолади.

2. Чап қўл билан қулоқ супрасини орқага ва юқорига чўзинг. Чап қўлнинг бош ва кўрсаткич бар — моғи билан қулоқ воронкасини ташқи эшитув йўлининг пардасимоннинг тоғай қисмига киритинг. Чап қулоқни кўздан кечиришда қулоқ супрасини ўнг қўл билан чўзинг, воронкани эса чап қўлнинг бармоқ — лари билан киритинг.

3. Ноғора парданинг ҳамма қисмларини бирин кетин, батафсил кўздан кечириш учун воронканинг ташқи учини аста — секин, эҳтиётлик билан ҳаракат — лантиринг.

4. Воронка киритишда эшитув йўли терисидаги адашган нерв тармоқчаси охирининг таъсирланишига боғлиқ бўлган йўтал тутиши мумкин.

#### Отоскопик кўриниш (манзара)

1. Отоскопияда пардасимон тоғай бўлимининг терисида туклар борлиги кўринади, одатда шу жойнинг ўзида қулоқ сераси (чирки) бўлади. Эшитув йўлининг узунлиги 2,5 см.

2. Ноғора парда кул ранг садафсимон тусда.

3. Ноғора пардада қуйидаги таниш белгилари бор:

- болғачанинг қисқа ўсиғи,
- болғачанинг дастаси (узун ўсиғи),
- олдинги ва орқа бурмалар,
- ёруғлик конуси (рефлекс),
- умбо (киндик).

4. Олдинги ва орқа бурмалардан пастроқда ноғора парданинг таранг қисми, бу бурмалардан юқорида салқи (тортилмаган) қисми кўриниб туради.

5. Ноғора пардада хаёлан иккита ўзаро перпенди — куляр чизиқлар ўтказилганда ҳосил бўладиган 4 та квадрант фарқ қилинади. Битта чизиқ болғача дас

таси бўйлаб пастга, иккинчиси умбо маркази ва болгача дастасининг пастки учи орқали унга перпендикуляр ўтказилади. Бунда ҳосил бўладиган квадрантлар қуйидагича номланади: олдинги юқори ва орқа юқори, олдинги пастки ва орқа пастки.

### **Кўрилганларни шарҳлаш**

Қулоқ супрасининг шакли тўғри (ёки хусусиятлари кўрсатилсин). Сўргичсимон ўсиқ, супачаси пайпасланганда огримаиди (ёки огрийди). Ташқи эшитув йўли кенг (тор), унинг ичини, терисининг ҳолатини баён қилинсин. Регионар лимфа тугунларда ўзгаришлар йўқ.

Ногора парда – садафсимон тусли кул ранг (гиперемияда – унинг интенсивлиги ва тарқалганлиги кўрсатилсин). Болгачанинг калта ўсимтаси ва дастаси, ёруғлик конуси, олдинги ва орқа бурмалари яхши билинади (агар ўзгарган бўлса, ўзгаришларнинг қандайлиги кўрсатилсин). Патологиясига мисоллар: ногора ичига ботган, қалинлашган, ёруғлик конуси калталашган, йўқ, тешиги бор, унинг ўлчамлари ва шакли), эшитув йўлида ажралма йўқ ёки унда йирингли ажралма (қуюқ ва ҳидли, пахтали зондани икки марта ҳўллаб артиб чиқарилган) бор. Чап томонни кўздан кечириш натижалари ҳам худди шу тариқа ўтказилади.

### **Тадқиқотчи хатти ҳаракатлари тактикаси**

Мазкур текшириш усулини амалга ошириш учун зарур хатти – ҳаракатларни бирин – кетин бажаринг. Тадқиқотчининг билиб – билиб моҳирона ҳаракатлар бажариши ва асбобларни чаққонлик билан ишлатиши беморда даволашнинг муваффақиятли тугашига ишонч ҳиссини туғдиради. Текширишни беморининг ёшини ва аҳволини ҳисобга олган ҳолда тинч шароитда ўтказинг. Агар тадқиқотчи болаларни кўп сонли оториноларингологик асбоблардан фойдаланмай

кўздан кечирса, у яхшироқ натижа беради. Кўпинча бола қулогини қулоқ воронкасини ишлатмай, яхши кўздан кечириш мумкин. қулогини кўриқдан ўтказишда қулоқ супрасини пича орқага, қулоқ супраси супача — сини эса олдинга чўзиш керак, бу бола кескин ҳаракатлар қилганда шикастланишнинг олдини олади.

**Олдинги риноскопия, бурун функцияларини текшириш**

Текширишдан олдин беморнинг шу пайтда нима — лардан шикоят қилаётганини сўраб — суриштириш: бурунда оғриқ борлиги, бурун орқали нафас олиш — нинг қийинлиги, патологик ажралма борлиги, ҳид билишнинг бузилганлиги ва ҳ.қ. Сўнгра касаллик — нинг пайдо бўлган вақти ва кечиш шароитлари (ўткир ёки сурункали жараён) аниқланади. Кейин, баъзи бурун касалликлари қатор инфекциян касалликлар, шунингдек ички аъзолар касалликларининг оқибати бўлиши мумкинлигини инobatга олиб, буруннинг ҳамма бўлиб ўтган касалликларини аниқлаш ва уларнинг бўлиб ўтган ёки ҳозир мавжуд умумий касалликлари билан алоқасини билиб олиш керак.

**Ташқи кўриқдан ўтказиш услуби**

Ташқи бурунни, шу соҳа терисини (чипқон, экзема, сикоз), юзда бурун ёндош бўшлиқлари проекциясини кўздан кечиринг. Ташқи бурун шакли (ўзгармаган, агар ўзгарган бўлса, қай даражада, деформациялари борлиги), пешона ва юқори жағ бўшлиқлари деворининг юз проекцияси соҳаси (ўзгаришларсиз, агар ўзгаришлар бўлса, улар қандай).

**Пайпаслаш услуби:**

1) ташқи бурунни пайпасланг: иккала қўлнинг кўрсаткич бармоқларини бурун қирраси бўйлаб жойлаштиринг ва енгил уқаловчи ҳаракатлар билан бурун илдизи, қиялиги, қирраси ва бурун учи соҳасини пай —

паслаб кўринг. Бурун даҳлизини кўздан кечиринг. ўнг қўлнинг бош бармоғи билан бурун учини пича кўта — ринг ва уни ҳамда бурун даҳлизини кўздан кечиринг. Нормада бурун даҳлизи очиқ, туклари бор;

2) пешона бўшлиқларининг олдинги ва орқа де — ворларини пайпасланг: иккала қўлнинг бош бармоқларини пешонага қошлар устига қўйинг ва оҳиста босинг, сўнгра бош бармоқларни кўз косаси ички бурчагининг юқори девори соҳасига кўчиринг ва яна босинг. Уч шох тармоқли нерв биринчи тар — моқлари чиқадиған нуқтани пайпасланг. Нормада пешона бўшлиқларини пайпаслаганда оғриқ бўлмайди;

3) юқори жағ бўшлиқларининг олдинги деворла — рини пайпасланг: қўлларнинг иккала бош бармоқларини юқори жағ суягининг олдинги юза — сидаги қозиқ тиш чуқурчаси соҳасига қўйинг ва куч ишлатмай босинг. Уч тармоқли нерв иккинчи тар — моқларининг чиқиш нуқталарини пайпасланг. Нормада юқори жағ бўшлиғи олдинги деворини пайпаслашда оғриқ бўлмайди;

4) жағ ости ва бўйин лимфатик тугунларини пай — пасланг. Жағ ости лимфатик тугунлари текширилаётган одамнинг бошини олдинга бир оз эн — гаштирган ҳолда бармоқлар фалангаларининг енгил уқаловчи ҳаракатлари билан жағ ости соҳаси ўрта — сидан пасти жағ четига томон йўналишда пайпасланади. Чуқур бўйин лимфатик тугунлари ав — валига бир томондан, кейин эса иккинчи томондан пайпасланади. Лимфатик тугунлар ўнг томондан пай — пасланганда врачнинг ўнг қўли текширилаётган киши бошининг тепа қисмида туради, чап қўл билан эса тўш ўмров сўргичсимон мушак олдинги чети олдидан фалангаларининг учини тўқимага юмшоқ киритиб, уқаловчи ҳаракатлар қилинади. Лимфатик тугунларни

чап томондан пайпаслашда чап қўл бошнинг тепа қисмида ётади, ўнг қўл билан эса пайпасланади. Нор — мада лимфатик тугунлар пайпасланмайди (қўлга уннамайди).

Буруннинг нафас олиш ва ҳид билиш функцияларини аниқлаш услуби:

1) бурун орқали нафас олишни аниқлаш учун аввало текширилаётган кишининг юзига эътибор қаратинг: оғизнинг очиқлиги бурун орқали нафас олишнинг қийинлашгани белгисидир;

2) яхшироқ аниқлаш учун пациентга бурун орқали нафас олишни таклиф қилинг, бунда бурнининг гоҳ бир, гоҳ иккинчи катагига пахта толаси, дока ипчаси ёки қоғоз тилишини галма — гал яқинлаштиринг. Уларнинг нафасга олинаётган ҳаво оқимидаги ҳаракати буруннинг бир ёки иккинчи ярмидаги ўтказувчанлик даражасини кўрсатади. Бунинг учун буруннинг ўнг қанотини чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан бурун тўсигига босинг, ўнг қўл билан эса кичкина пахта бўлакчасини буруннинг чап даҳлизига яқинлаштиринг ва бемордан одатдаги куч билан нафас олиш ва нафас чиқаришни яна сўранг. Пахта толасининг огиши бўйича сиз буруннинг нафас функцияси тўғрисидаги масалани ҳал қилишингиз керак: “толанинг” ҳаракат амплитудасига кўра у “бемалол”, “қоникарли”, “қий — инлашган” ёки “бўлмаслиги” мумкин. Бурун орқали нафас олишни текшириш учун шунингдек кўзгудан фойдаланиш мумкин: нафасга олинadиган илиқ нам ҳаво кўзгунинг совуқ юзасидан конденсатланиб, терлаш доғлари (ўнг ва чап) ҳосил қилади. Бу доғларнинг ўлчами ёки йўқлигига қараб бурун орқали нафас олишнинг даражаси тўғрисида хулоса чиқарилади;

3) ҳид билиш функциясини (одориметрия) буруннинг ҳар бир ярми учун ольфактометрик йиғмадан

олинган ҳидли моддалар ёки ольфактометр асбоби ёрдамида галма—гал аниқланг. ҳид билишни текши — ришнинг энг тарқалган усули турли хил ҳидли моддалар билан текшириб аниқлашдир. Шу мақсадда ҳидлар кучи бўйича ошиб борадиган тартибдаги стан — дарт эритмаларни ишлатинг:

1 — эритма — 0,5% сирка кислота эритмаси (кучсиз ҳид),

2 — эритма — 70% вино спирти (ўртача ҳидли),

3 — эритма — оддий валериана настойкаси (дамла — маси)(кучли ҳид),

4 — эритма — нашатир спирти (ўта кучли ҳид),

5 — эритма — дистилланган сув (назорат учун).

ҳид билишни Бернштейн шкаласи бўйича текши — ринг, у сақланиб қолган ёки бузилган бўлиши мумкин (I, II, III ва IV даражаси).

Ўнг томондаги ҳид билиш функциясини аниқлаш учун ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан бурун тўсигини қаттиқ қисинг, чап қўл билан эса ҳидли мод — даси бўлган флаконни олиб, бемордан бурун ўнг ярмидан нафас олиш ва шу модда ҳидини аниқлашни сўранг. Бурун чап томонида ҳид билиш қобилятини шу тариқа ўтказилади, фақат буруннинг ўнг қаноти чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан қисилади, оль — фактив модда эса бурун чап ярмига ўнг қўлда яқинлаштирилади. ҳид билиш нормал (нормосмия), пасайган (гипосмия), бўлмаслиги (аносмия), шунинг — дек йўқ нарсани ҳиди (какосмия) бўлиши мумкин. ҳамма ҳидлар сезилганда — ҳид билиш 1 даражали, ўртача ва бирмунча кучли ҳидлар аниқланганда 2 да — ражали, кучли ва ўта кучли ҳидлар аниқланганда — ҳид билиш 3 даражали саналади. Фақат нашатир спирти аниқланганда ҳид билиш функцияси йўқлиги тўғрисида хулоса чиқарилади, бироқ уч тармоқли нерв

функцияси сақланиб қолган ҳисобланади, чунки на — шатир спирти нерв тармоқчаларини таъсирлантиради. Нашатир спирти ҳидини сезишга лаёқатсизлик анос — миядан ва шунингдек уч тармоқли нерв қўзғалувчанлигининг йўқлигидан далолат беради. Сувли флакон диссимуляцияни аниқлаш учун қўлланилади.

Олдинги риноскопия ўтказишда асбобдан фойдаланиш (бурунга киритиш ва чиқариш) қоидалари.

Олдинги риноскопияни галма — гал — буруннинг бир ва иккинчи ярмида ўтказинг.

1. Чап қўлнинг очилган кафтига бурун кенгайтир — гични тумшугини пастга қилиб қўйинг, чап қўлнинг бош бармоғини бурун кенгайтиргич винти устига қўйинг, кўрсаткич ва ўрта бармоқларни бранши бўйлаб ташқарига қўйинг, тўртинчи ва бешинчи бармоқлар бурун кенгайтиргич браншлари орасида туриши керак. Чап қўл тирсагини пастга туширинг, бурун кенгайтиргични ушлаган қўл панжаси ҳара — катчан бўлиши керак, ўнг қўл кафтини бемор бошига керакли ҳолат бериш учун бошининг тепа соҳасига қўйинг.

2. Бурун кенгайтиргич тумшуги ёпиқ ҳолда бемор бурнининг ўнг ярми даҳлизига 0,5 см киритилади. Бу — рун кенгайтиргич тумшугининг ўнг ярми бурун даҳлизининг пастки — ички бурчагида, чап ярми — даҳлизнинг юқори — ташқи бурчагида (бурун қаноти олдида) туриши керак.

3. Чап қўлнинг кўрсаткич ва ўрта бармоқлари билан бурун кенгайтиргич браншини босинг ва ўнг бурун даҳлизини бурун кенгайтиргич тумшугининг учлари бурун шиллиқ пардасига тегмайдиган қилиб очинг.

4. Бошнинг тик ҳолатида буруннинг ўнг ярмини кўздан кечиринг.



5. Бемор бошини пича пастга энгаштириб бурун — нинг ўнг ярмини кўздан кечиринг. Бунда пастки бурун йўлининг олдинги бўлимлари, бурун туби яхши кўри — нади. Нормада пастки бурун йўли очиқ.

6. Бемор бошини орқага ва ўнгга бир оз ташлат — тириб, бурун ўнг ярмини кўздан кечиринг. Бунда ўрта бурун йўли кўринади.

7. Тўртинчи ва бешинчи бармоқлар билан бурун кенгайтиргич браншларини тўлиқ бўлмаса — да ёпи — ладиган қилиб ўнг браншини сурунг, ва бурун кенгайтиргични бурундан чиқаринг.

8. Бурун чап ярмини шундай кўздан кечирилади: чап қўл бурун кенгайтиргични ушлаб туради, ўнг қўл эса бош тепасига қўйилади. Бунда бурун кенгайтир — гич тумшугининг ўнг ярми бурундан чапда бурун даҳлизи юқори — ички бурчагида, чап ярми эса пас — тки — ташқи бурчагида туради.

**Риноскопик кўриниш (манзара) ва маълумот — ларни шарҳлаш.**

Олдинги риноскопия: бурун даҳлизи (нормада бу — рун даҳлизи бўш (очиқ), туклари бор), бурун тўсиги (ўрта чизик бўйлаб ёки қийшайиш характери, ти — канлар, қирралар борлиги кўрсатилсин), бурун шиллиқ пардаси (пушти ранг, нам, силлиқ ёки кўким — тир, оқимтир, шишган, гипертрофияланган, қуруқ, атрофияга учраган). Буруннинг ҳар бир ярмида учта бурун чиганоғи (юқори, ўрта ва пастки) ва тўртта бу — рун йўллари (юқори, ўрта, пастки ва умумий) бор. Бурун чиганоқлари нормада камдан — кам бир хил ўлчамда бўлади, шунга қарамай, ўта катта тафовут — ларни қайд этиш зарур. Кўкимтир — кулранг ёки оқиш — пушти ранг шишган ва юмшоқ бурун чига — ноқлари аллергия симптоми ҳисобланади. Бурун йўллари (бўш, чиганоқлар катталашмаган, бурун

йўлларида ажралма йўқ ёки патология – йиринг, полиплар конкрет тасвирлансин). Бурун йўлларидаги полиплар ўрта бурун йўллари деворларида чиқиб турадиган юмалоқ ёки узунчоқ шаклдаги тузилмалар кўринишида намоён бўлиши мумкин. Пастки ва ўрта бурун чиганоқларининг олдинги учлари, пастки, ўрта ва умумий бурун йўллари одатда кўз илғайдиган бўлади.

**Оғиз ва ҳалқум (ҳалқум) бўшлигини текшириш – стомофарингоскопия.**

Оғиз ва ҳалқум бўшлигини текширишдан олдин қунт билан анамнез йиғиш керак. Умумий маълумотлардан ташқари, оғиз бўшлиғи ёки ҳалқум касаллигининг сабабини, унинг давомлилигини ва асосий белгилари характерини аниқлаш зарур.

**Ташқи кўздан кечиришни ўтказиш услуги.**

Бўйин соҳаси ва лаб шиллиқ пардасини кўздан кечиринг (лаблар юзаси силлиқ, шикастланмаган – яра – чақалар, пилакчалар, пуфакчалар ёки тугунли қалинлашмалар бўлмаслиги керак). Пациентдан лабларни қаттиқ юмиб табассум қилишни сўранг, шу усул ёрдамида бир вақтнинг ўзида юз нерви (VII жуфт) функциясига ва тишлар жипслашиши (прикусининг) тўғрилигига баҳо бериш мумкин.

**Пайпаслаш ўтказиш услуги.**

Ҳалқумнинг регионар (маҳаллий) лимфатик тугунларини: жағ – ости, ретромандибуляр чуқурчалар, чуқур бўйин, орқа бўйин, ўмров усти ва ўмров ости чуқурчалардаги тугунларни пайпасланг. Жағости лимфатик тугунлар текширилаётган одамнинг бошини олдинга бир оз энгаштириб, жағости соҳасида пастки жағнинг ўртасида четига томон йўналишида бармоқ фалангалари учларини майин уқаловчи ҳаракатлар билан пайпасланади. Чуқур бўйин лимфатик тугунлари аввал бир томонидан, кейин иккинчи томонидан

пайпасланади. Беморнинг боши бир оз олдинга эгил — ган. Лимфатик тугунлар ўнг томонда пайпасланганда врачнинг ўнг қўли текширилаётганнинг боши тепа қисмида ётади, чап қўл билан эса тўш — ўмров — сўргич — симон мушак олдинги чети олдида фалангаларнинг учларини тўқимага майин, чуқур киритиб уқаловчи ҳаракатлар бажарилади. Лимфатик тугунлар чапдан пайпасланганда чап қўл бош тепа қисмида бўлади, ўнг қўл билан эса пайпасланади. Нормада лимфатик тугунлар пайпасланмайди (қўлга уннамайди).

*Стомофарингоскопия утказишда  
асбоблардан фойдаланиш қоидалари.*

Текшириш утказишдан олдин пациентдан огиз шиллиқ пардаси, милклар ва тишларни тадқиқ қилиш учун тишлардан ҳамма мосламаларни чиқариб олишни сўранг.

1. Шпателни чап қўлга олиб, уни бош бармоқ па — стдан, кўрсаткич ва ўрта (номсиз бармоқ ҳам бўлиши мумкин) бармоқлар юқоридан тутиб турадиган қилиб ушланг. Ўнг қўлни беморнинг боши тепасига қўйинг.

2. Бемордан огизни очишни сўранг, шпател билан чап ва ўнг огиз бурчакларини галма — гал ён томондан чўзинг. Огиз даҳлизи, шиллиқ пардаси, лунж юзасида юқори премоляр сатҳида турган қулоқ олдидаги без — ларнинг чиқариш йўллари кўздан кечиринг.

3. Огиз бўшлигини қараб чиқинг: тишлар (қайси тишлар йўқ, улардан қайсилари қимирлайди ёки ка — риесга учраганини қайд этинг), милклар, қаттиқ танглай, тил (тил юзасини кўздан кечиринг, унинг силиқлигини, ранги ва сўргичлари ҳолатига баҳо бе — ринг, пациентдан тилини чиқаришни сўранг, унинг нечоғлик симметриклигини текширинг), тилости ва

жағости сұлак безларининг чиқарув йўллари, огиз тубини текширинг. Огиз бўшлиғи тубини текширилаётгандан тил учини кўтаришни сўраш, ёки уни шпател билан бир оз кўтариб кўриш мумкин. Огиз тубида тилости ва жағости безларининг чиқарув йўллари бўлади, баъзан улар бирга қўшилиб кетади.

4. Шпателни чап қўлда ушлаб тилнинг 2/3 олдинги қисмини аста — секин, бир меъёрда, бироқ етарли да — ражадаги куч билан пастга ва бирмунча олдинга, унинг илдизига теккизмай қисинг. Шпател огизнинг ўнг бур — чаги орқали киритилади, тилни шпател юзаси билан эмас, балки унинг учи билан босинг. Бемор кўздан кечириш пайтида тилини чиқариши ёки нафасини тутиб турмаслиги керак, чунки бу текширишга ҳа — лақит беради. Шпателни огизнинг нақ ичкарисигача киритманг, чунки тил илдизига теккизилганда дарҳол қусиш ҳаракати пайдо бўлади. Тикка кўтарилган, қалин ва эплаб бўлмайдиган тилни тез ва тазйиқ би — лан босиб бўлмайди, чунки бунда уни текшириш баттар қийинлашади. Бундай ҳолларда бемордан огиз — ни бамайлихотир, зўриқмасдан очишни сўранг.

5. Шпателни қўйиб, юмшоқ танглайнинг ҳаракат — чанлиги ва симметриклигини аниқланг, бунинг учун каланинг бош мия нервлари IX жуфтининг фала — жини истисно қилиш мақсадида бемордан “а” товушини талаффуз қилишни сўранг. Юмшоқ танг — лай шиллиқ пардаси, унинг тилчаси, олдинги ва орқа танглай ёйчаларини кўринг. Танглай муртаklarининг ўлчамини аниқланг, бунинг учун тилча ва юмшоқ тан — глай ўртасидан ўтадиган олдинги танглай ёйчаси билан вертикал чизиқ ўртасидаги масофани уч қисмга тақсимланг. Бундай масофанинг 1/3 гача чиқиб ту — радиган муртак ўлчамини биринчи даражага, 2/3 гача чиқиб туришини иккинчи даражага, ҳалқумнинг ўрта

чизигигача чиқиб турадиган муртакни учинчи дара — жага киритилади.

6. Муртаклар шиллиқ пардасини кўздан кечиринг. Муртак лакуналаридаги моддаларни аниқланг. Бунинг учун ўнг ва чап қўлга иккита шпател олинг. Битта шпател билан тилни пастга босинг, иккинчиси билан оддинги ёйча орқали муртакни унинг учдан бир юқори соҳасида майинлик билан босинг. ўнг муртакни кўздан кечи — ришда тилни чап қўлдаги шпател билан, ўнг муртакни кўздан кечиришда ўнг қўлдаги шпател билан босинг.

7. Ҳалқум орқа девори шиллиқ пардасини кўздан кечиринг.

**Стомофарингоскопик кўриниш (манзара).**

Нормада оғиз бўшлиғи ва ҳалқумнинг шиллиқ пар — даси силлиқ, нам, пушти ранг, шишлар ва шикастларсиз, доғсимон, тўқ рангли пигментация те — рисининг ранги тўқ бўлган кишилар учун нормал бўлиши мумкин, юмшоқ танглай яхши ҳаракатчан, ёйчалари кўриниб туради. Муртаклар шиллиқ пар — даси пушти ранг, нам, унинг юзаси силлиқ, лакуналарининг оғзи берк бўлади. Нормада лакуна — ларда эпителиал тиқинлар кўринишидаги йиринги бўлмаган озроқ модда бўлади ёки у умуман бўлмайди. Ҳалқумнинг орқа девори нормада пушти ранг, нам, те — кис, унинг сатҳида сийрак, ўлчами 1 мм гача бўлган лимфоид гранулалар кўриниб туради.

**Кўрилганларни шарҳлаш.**

Оғиз бемалол, осон очилади, агар қийин бўлса, қай даражада. Лаб, милклар, лунжнинг ички юзаси шил — лиқ пардаси — пушти рангли, нам ёки ўзгаришлари характери тасвирлансин. Сўлак безлари: қулоқолди, жағости ва тилости чиқарув йўллари оғзининг аҳволи қайд этилсин. Тил — тоза, караш қоплаган, нам, қуруқ, ранги. қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг шиллиқ пар —

даси, масалан, пушти ранг, нам, юмшоқ танглай ҳара — катчан (патологияси қайд этилсин ва конкрет таърифлансин). Тишларнинг аҳволи ёритилсин. Тан — глай ёйчалари (кўриниб туради, пушти рангли ёки уларнинг четлари гиперемияланган, инфильтратланган, шишган, муртақлар билан ёпишиб кетган), танглай муртақлари (I, II, III даражали катталашган, юзаси — нинг характери), лакуналар (кенгаймаган, кенгайган), лакуналардан патологик ажралама олинмаган ёки ка — зеоз, йирингли тиқинлар бор, суюқ, қуюқ ажралма ва б. ҳалқумнинг орқа девори нам (қуруқ), пушти ранг — ли, лимфоид гранулалар гипертрофияланган (атрофияланган). Ҳалқум рефлекси сақланган (па — тологиясини конкрет таърифлаб берилсин).

Оғиз бўшлигини кўздан кечиришга уриниб кўрил — гагда жағларини маҳкам қисиб оладиган болаларни ёрдамчи ушлаб туриши керак, ва агар бурнининг ик — кала ярми қисилгандан кейин ҳам бола оғзини очмаса, шпателни орқа жағ тиш орқасида тил илдизигача оғиз бурчаги орқали ўтказишга киришинг. Бу қусиш ҳара — катини чакиради, натижада бола оғзини очишга мажбур бўлади. Шу пайтда шпател билан тилни тезда босиш ва ҳалқумни текшириш керак.

**Бурун — ҳалқумни текшириш — орқа риноско — пия (эпифарингоскопия).**

Бурун — ҳалқумни текширишдан олдин қунт билан анамнез йиғиш лозим. Умумий маълумотлардан та — шқари, бурун — ҳалқум томонидан бўлган шикоятларга, касалликнинг қанча вақтдан буён борлигига ва асо — сий белгилари характерига алоҳида эътибор қаратилиши лозим.

**Ташқи кўрикдан ўтказиш услуби**

Билвосита белгиларга асосланиб бурун — ҳалқумда патологик жараён борлигини тахмин қилишга имкон

беради (ташқи “аденоидизм” белгилари: юз шишган, огиз очик, бурундан ҳар хил табиатдаги ажралмалар ажралиши, “товуқсимон” кўкрак, шунингдек бурун орқали нафас олиш бузилишлари).

### **Пайпаслаш ўтказиш услуби**

Регионар жағости, энса ва бўйин лимфатик тугунларини пайпасланг. Жағости лимфатик тугунлар текширилаётганнинг бошини олдинга бир оз энгаштириб, бармоқ фалангаларининг учлари билан жағости соҳасини пастки жағнинг ўртасидан четига томон но — зик уқаловчи ҳаракатлар билан пайпасланади. Чуқур бўйин лимфатик тугунлари аввалига бир томондан, кейин бошқа томондан пайпасланади. Беморнинг боши олдинга бир оз энгаштирилган. Лимфатик тугунларни ўнгдан пайпаслашда врачнинг ўнг қўли текширилаётганнинг боши тепасида ётади, чап қўл билан пайпаслашда эса фалангаларнинг учларини тўш — ўмров — сўргичсимон мушакнинг олдинги чети юқорисида тўқимага оҳиста чуқур киритиб, уқаловчи ҳаракатлар қилинади. Лимфатик тугунларни чапдан пайпаслашда чап қўл бемор бошининг тепа қисмида туради, ўнг қўл билан эса пайпасланади. Нормада лимфатик тугунлар пайпасланмайди (қўлга уннамайди).

**Орқа риноскопия ўтказишда асбоблардан фойдаланиш қоидалари.**

1. Бурун — ҳалқум кўзгусини олинг, уни ҳиқилдоқ ва бурун — ҳалқум кўзгулари учун дастага маҳкам — ланг, 40 — 45° С гача иссиқ сувда иситинг, салфетка билан артинг.

2. Чап қўлга ушланган шпател билан тилнинг ол — динги 2/3 қисмини босинг. Бемордан бурун орқали нафас олишини сўранг.

3. Бурун — ҳалқум кўзгусини ўнг қўлга хат ёзиш учун ушлагандай ушлаб, огиз бўшлиғига киритинг, кўзгу

юзаси юқорига йўналтирилиши лозим, сўнгра кўзгуни юмшоқ танглай орқасига тил илдизи, юмшоқ танглай ва ҳалқумнинг орқа деворига теккизмай ўтказинг, чунки бу қусиш рефлексини чақиради ва кўздан ке — чиришга халақит беради.

4. Кўзгуни секин ҳаракатлантириб бурун — ҳалқ — умда димоғ суягини, унинг иккила томонида — бўшлиғида пастки ва ўрта бурун чиганоқларининг уч — лари ётган хоаналарни топинг. Шунингдек, бурун — ҳалқумнинг гумбази ва эшитув (Евстахий) найчаларининг ҳалқум тешиклари бўлган ён девор — лари кўздан кечирилади, улар пастки бурун чиганоқларининг орқа учлари сотҳида туради.

Бурун — ҳалқумни бармоқ билан текшириш.

Орқа риноскопияни, айниқса ҳалқум рефлекси кучли кишиларда, шунингдек кичкина болаларда ҳамма вақт ҳам амалга ошириб бўлмайди. Бундай ҳолларда рефлексни йўқотиш учун ҳалқумнинг орқа девори шиллиқ қавати ва тил илдизига 2% дикаин эритмаси, 3 — 5% кокаин эритмасини суртиш ёки 10% лидокаинни пуркатиш, кичкина болаларда эса бу — рун — ҳалқумни бармоқ билан текшириш зарур. Бурун — ҳалқумни пайпаслашни катта ёшдаги одам — ларда ҳам, айниқса уларда ўсма жараёнига шубҳа бўлганда қўллаш лозим. Чунки бунда орқа риноско — пияда аниқланмайдиган қатор ҳолатларни (тузилма консистенцияси, унинг шакли ва тарқалганлиги ва ҳ.к.) билиб олиш мумкин.

1. Беморни стулга ўтқазинг, ўзингиз эса унинг орқа — сида ва ўнг томонида туринг.

2. Ўз баданингиз ва чап қўлингиз орасига бемор — нинг бошини қучоқлаб чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан оғзи очиқ пациентнинг тишлари ўртасидаги чап лунжини аста босинг.



3. Ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан бурун – ҳалқумдан юмшоқ танглай орқасига тезда ўтинг ва хоаналар, бурун – ҳалқум гумбази ва ён деворларини ушлаб кўринг. Бунда бурун – ҳалқум муртаги кўрсаткич бармоқнинг орқа томондаги учи билан сезилади.

Орқа риноскопиядаги кўриниш, кўрилганларни шарҳлаш.

Нормада катта ёшдаги одамларда бурун – ҳалқум гумбази бўш (очиқ), шиллиқ пардаси пушти ранг, хоаналари очиқ. Димоғ суяги ўрта чизик бўйлаб жойлашган, бурун чиганоқларининг орқа учлари шиллиқ пардаси пушти ранг, юзаси силлиқ, бурун чиганоқларининг охирлари (учлари) хоаналардан чиқиб турмайди, бурун йўллари очиқ. Бурун – ҳалқум ён деворларида пастки бурун чиганоқларининг орқа учлари сотҳида кичик – кичик чуқурчалар – эшитув найчаларнинг ҳалқум оғизчалари аниқланади.

Тахминий баёни: бурун – ҳалқум гумбази бўш (ёки III муртак I, II, III даражада катталашган, димоғ суягини ёпиш бўйича, бурун – ҳалқум шиллиқ пардаси пушти ранг, нам, хоаналар очиқ (ёки пастки, ўрта, юқори бурун чиганоқларининг орқа учлари қалинлашган ёки хоанал полип, ўсма бор ва ҳ.к.). Эшитув найларининг оғзи яхши дифференциялашган (пато­логияси тасвирлансин).

Мазкур текшириш методини амалга ошириш учун зарур хатти – ҳаракатларни изчиллик билан бажаринг. Тадқиқотчи қўлининг ишонч билан бажарадиган ҳаракатлари, асбобларни чаққонлик билан ишлатиши беморда соғайиб кетишга умид бағишлайди. Текширишни тинч шароитда беморнинг ёшини ва аҳволини ҳисобга олиб ўтказинг. Тадқиқотчи кўп сонли оториноларингологик асбобларни ишлатмаса, болаларни кўздан кечириш бирмунча яхши натижа беради.

Бола бурун — ҳалқум бўшлигини у кескин ҳара — катлар чоғида шикастланиб қолмаслиги учун асб облар қўлланмай яхши текшириш мумкин. Бунинг учун бу — руни — ҳалқумни бармоқ билан текшириш қўлланилади. Бурун — ҳалқумини пайпаслашга уринишда жағини маҳкам қисиб оладиган болаларни ёрдамчи ушлаб ту — риши керак, борди — ю бола оғзини очмаса, бурнининг иккала ярмини қисинг. Оғзи очилганданг сўнг чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан оғзи очиқ паци — ентнинг тишлари орасида чап лунжини оҳишта босинг, ўнг қўл билан эса бармоқ ёрдамида текширинг.

**Ҳиқилдоқни текшириш — билвосита ларин — госкопия.**

Ҳиқилдоқни текширишдан олдин қунг билан а нам — нез йиғиш керак. Умумий маълумотлардан ташқари, ҳиқилдоққа оид шикоятларга, касалликнинг қанча вақтдан буён давом қилаётганига ва асосий белги — ларига асосий эътиборни қаратиш лозим.

Ташқи кўздан кечеришни ўтказиш услуби.

Бўйиннинг олдинги ва ён томонларини кўриниб турган нуқсонлар, тери қопламларининг бузилиш — лари йўқлигини аниқлаш учун кўриб чиқинг, ҳиқилдоқ конфигурациясини аниқланг. Агар трахеостома бўлса, унинг ҳолатини тасвирланг.

Пайпаслаш ўтказиш услуби.

1. Ҳиқилдоқни пайпасланг. Бунда чап қўлнинг бармоқларини текширилаётган одамнинг энсасига қўйинг, ўнг қўлнинг кўрсаткич ва бош бармоқларини эса ҳиқилдоқ бўйлаб жойлаштиринг ва енгил уқаловчи ҳаракатлар билан унинг узуксимон ва қалқонсимон тоғайларини ушлаб кўринг. ҳиқилдоқ тоғайларининг гичирлашини аниқланг.

2. Ҳиқилдоқ регионал, лимфатик тугунларини: жағости, чуқур бўйин, орқа бўйин, преларингеал,

претрахеал, паратрахеал, ўмровусти ва ўмровости чу—  
қурчаларида пайпасланг. Жағости лимфатик тугунлар  
текширилаётган одам бошини олдинга бир оз энгашти—  
риб, жағости соҳасида бармоқ фалангаларини пастки  
жағнинг ўртасидан четига томон йўналишда энгил  
уқаловчи ҳаракатлар билан пайпасланади. Чуқур бўйин  
лимфатик тугунлари аввал бир томондан, сўнгра ик—  
кинчи томондан пайпасланади. Бунда беморнинг боши  
олдинга бирмунча эгилган. Лимфатик тугунларни ўнг то—  
мондан пайпаслашда врачнинг ўнг қўли текширилувчи  
бошининг тепа қисмида ётади, чап қўл билан эса фа—  
лангалар учларини тўқимага юмшоқ чуқур киритган ҳолда  
уқаловчи ҳаракатлар қилинади. Лимфатик тугунлар чап  
томондан пайпасланганда чап қўл бошининг тепа қис—  
мида ётади, ўнг қўл билан эса пайпасланади. Нормада  
лимфатик тугунлар пайпасланмайди (қўлга уннамайди).

*Билвосита ларингоскопия ўтказиш учун  
асбоблардан фойдаланиш қоидалари.*

1. Ҳиқилдоқ кўзгусини олинг, уни ҳиқилдоқ ва бу—  
рун—ҳалқум кўзгулари дастасига маҳкамланг.

2. Иссиқ сувда ёки спиртовка алангаси устида  
2—3 секунд мобайнида 40—45° С гача иситинг. Иси—  
ганлик даражаси кўзгуни панжа юзасининг орқа  
томонига қўйиб аниқланади.

3. Бемордан оғзини очиш, тилини чиқариш ва оғиз  
орқали нафас олишни сўранг.

4. Тил учини дока салфетка билан юқорига ва па—  
стга қайиринг, уни чап қўл бармоқлари билан бош  
бармоқ тилнинг юқори сатҳига, ўрта бармоқ тилнинг  
пастки сатҳига, кўрсаткич бармоқни эса юқори лабни  
кўтариб турадиган қилиб қўйинг. Тилни ўзингизга ва  
пастга аста тортинг.

5. Ҳиқилдоқ кўзгусини ўнг қўлга олиб, хат ёзиш учун ручка ушлагандек қилиб ушланг, уни тил илдири ва ҳалқум орқа деворига теккизмай оғиз бўшлигига тил юзасига параллел қилиб кўзгули томони билан киритинг. Юмшоқ танглайга етгач, кўзгунинг орқа то — монни билан тилчани оз — моз кўтаринг ва кўзгу юзасини 45° бурчак остида ҳалқумнинг ўрта ўқига қўйинг, за — рурат бўлса, юмшоқ танглайни юқорига пича кўтариш мумкин, рефлектордан тушадиган ёруғлик дастасини кўзгуга аниқ йўналтиринг.

6. Бемордан “и” товушини чўзиб айтишни, сўнгра нафас олишни сўранг. Шундай қилиб, сиз ҳиқил — доқнинг икки фазадаги: фонация ва нафас олишдаги физиологик фаолиятини кўрасиз. Ҳиқилдоқ манза — раси акс эттирилмагунча кўзгуларни жойлаштиришни тўғрилашда давом этинг, бироқ буни майда — майда нозик ҳаракатлар билан жуда эҳтиёткорона бажа — рилади.

7. Ҳиқилдоқдан кўзгуни чиқариб олинг, дастасидан ажратинг ва дезэритмага солиб қўйинг.

### *Билвосита ларингоскопия кўриниши ва кўрилганларни шарҳлаш*

Нормада ҳиқилдоқ оғриқсиз, пассив латерал ҳаракатчан, тоғайларнинг гарчиллаш симптоми юзага чиққан. Регионар лимфатик тугунлар пайпасланмайди (қўлга уннамайди). Ларингоскопияда ҳиқилдоқ ҳамма бўлим — ларининг симметриклиги ва ҳаракатчанлигига, шиллиқ пардасининг рангига, чин ва сохта товуш бурмаларининг ҳажми ва рангига, чин товуш бурмаларининг фонацияда юмилиш характери ва юзага чиққанлигига ва ички четларининг ҳолатига асосий эътибор беринг.

## *Билвосита ларингоскопия*

1. Ҳиқилдоқ кўзгусидаги тасвир ҳақиқий тасвир — дан қуйидагича фарқ қилади: ҳиқилдоқнинг олдинги бўлимлари кўзгуда юқорида туради (улар гўё орқада бўлади), орқа бўлимлари — пастда (гўё олдинда) туради. Кўзгуда ҳиқилдоқнинг ўнг ва чап томонлари ҳақиқатга тўғри келади (ўзгармайди).

2. Ҳиқилдоқ кўзгусида даставвал тил муртаги, хиқилдоқ — халқум, сўнгра ёзилган гулбарг кўрини — шидаги ҳиқилдоқ қопқоғи жойлашган тил илдизи кўринади. ҳиқилдоқ қопқоғининг шиллиқ пардаси одатда оч пушти ранг ёки сарғимтир рангли. Ҳиқил — доқ қопқоғи билан тил илдизи орасида иккита кичкина чуқурчалар — ўрта ва тил ҳиқилдоқ қопқоғи бурма — лари билан чегараланган валлекуллар кўриниб туради.

3. Фонация вақтида товуш бурмалари кўринади, нормада улар оқ садаф рангли бўлади. Бурмаларнинг олдинги учлари қолқонсимон тоғайдан чиққан жой — ларида олдинги комиссурани ҳосил қилади.

4. Товуш бурмалари устида пушти рангли вести — буляр бурмалар кўриниб туради, товуш ва вестибуляр бурмалар орасида ҳар иккала томондан чуқурчалар — ҳиқилдоқ қоринчалари бўлади.

5. Кўзгунинг пастида ҳиқилдоқнинг орқа бўлим — лари кўриниб туради: чўмичсимон тоғайлар, улар силлиқ юзали пушти ранг, иккита дўмбоқчалари бўлиб, бу тоғайларнинг товуш ўсимталарига товуш бурма — ларининг орқа охирлари ёпишган бўлади, тоғайларнинг таналари ўртасида чўмичсимон тоғайлараро бўшлиқ жойлашади.

6. Чўмичсимон тоғайлардан юқорига ҳиқилдоқ қопқоғи гулбарги ташқи чеккаларига чўмичсимон

ҳиқилдоқ қопқоғи бурмалари боради, улар силлиқ юзали пушти рангда. Чўмичсимон ҳиқилдоқ қопқоғи бур — маларидан латералроқда ноксимон бўшлиқлар (ҳалқумнинг пастки бўлими) жойлашган, уларнинг шиллиқ пардаси пушти ранг, силлиқ.

7. Нафас олиш ва фонацияда ҳиқилдоқ иккала яр — мининг ҳаракатчанлиги аниқланади.

8. Нафас олишда товуш бурмалари орасида товуш ёриги деган ном олган бўшлиқ ҳосил бўлади, у ор — қали ҳиқилдоқнинг қуйи бўлими — товуш — бойламости бўшлиғи кўринади, кўпинча трахеянинг пушти ранг шиллиқ парда билан қопланган олдинги деворининг юқори ҳалқаларини кўришга муваффақ бўлинади.

Нормада билвосита ларингоскопиянинг тахминий баёни: ҳиқилдоқ қопқоғи гулбарг кўринишида очиқ, ҳиқилдоқ қопқоғи шиллиқ пардаси, чўмичсимон тоғайлар, чўмичсимон тоғайлараро бўшлиқ ва вес — тибуляр бурмалар соҳасидаги шиллиқ парда пушти ранг, юзаси силлиқ ва нам; товуш бурмалари садаф кулранг, ҳаракатчан, фонацияда тўлиқ юмилади. На — фас олишда товуш ёриги кенг, симметрик, бурмаларости бўшлиғи бўш; товуш жарангдор, нафас эркин (патологияни конкрет баён қилинсин ва таъ — рифлансин).

Кичкина болаларда билвосита ларингоскопия ўтказишнинг иложи бўлмаганда тўғридан — тўғри ла — рингоскопия амалга оширилади.

Эшитув анализатори функцияларини текшириш  
Нутқни эшитишни текшириш (шивирлаш нутқи — ни — ш.н. ва сўзлашув нутқини — с.н.).

Нутқни текширишни ўтказиш қоидалари:

а) текширилаётган одамни ўзингиздан 6 м масо —

фага қўйинг, текширилаётган қулоқ текшираётган киши томонига қаратилиши, текшираётганнинг ёрдамчиси эса кўрсаткич бармоғи билан қарама – қарши қулоқ супачасини эшитув йўли тешигига маҳкам қисиб туриши керак;

б) текширувдан ўтаётганга эшитган сўзларини қаттиқ такрорлаши кераклигини тушунтиринг;

в) айтилаётган сўзларни лаблардан илғаб олишига йўл қўймаслик учун бемор текшираётган киши то – монига қарамаслиги керак;

г) текшираётган одам нафас чиқаришдан сўнг ўпкада қолган ҳаводан фойдаланиб паст товушли сўзларни (масалан, номер, нора, много, мороз, море и др.), сўнгра юқори товушли сўзларни (напр. чащ, уж, щи и т.д.) шивирлаб талаффуз қилади ва ҳ.к.);

д) агар бемор 6 м масофадан эшитмаса, текшира – ётган одам текширилаётган одам олдига талаффуз қилинаётган сўзларни эшитиб такрорламагунча 1 м дан тобора яқинлашиб келаверади;

е) бу текширишнинг миқдорий ифодаланиши мет – рларда ҳисобланиб, текширилаётганнинг шивирлаб талаффуз қилинган сўзларни эшитадиган масофа – сини кўрсатади;

ж) сўзлашув нутқини текшириш ҳам худди шу қоидалар бўйича ўтказилади. Агар бемор қулоқ суп – раси олдидаги сўзлашув нутқини эшитмаса, эшитишни қулоқ супраси олдида қичқириш ёрда – мида текширилади (ҳар қандай сўзларни).

## Камертонлар билан текшириш

### Текшириш услуби:

1. С128, С 512, С 2048 камертонлар тўпламини олинг, текширишни паст частотали камертонлар – С128дан бошланг. С128 ва бундан юқори камертон браншла –

рини икки бармоқ ёрдамида ёки чап қўл кафти юза – сига, С2048 эса тирноқ билан чертиб тебрантирилади. Текширилаётган одамга текширувчига камертонни эшитмай қолгани ҳақида зудлик билан хабар бериш тўғрисида аниқ топшириқ берилади;

2. садо бериб турган камертонни иккита бармоқ билан оёғидан тутиб туриб, текширилаётган одамнинг ташқи эшитув йўлига 0,5–1 см масофада яқинлаштириш, текширилаётган одам мазкур камертон садосини эшитаётган вақтни секундомер билан ўлчанг, вақт камертон тебрана бошлаган пайдан ҳисоб қилинади;

3. бемор эшита олмаган камертонни қулоқдан узоқлаштириш ва ўша ондаёқ яна яқинлаштириш зарур (қайта тебрантирмай). Одатда, камертон шундай узоқлаштирилгандан сўнг бемор яна бир неча секунд товушни эшитади. Беморнинг охирги жавоби бўйича вақт узил – кесил қайд қилинади.

### Ринне тажрибаси (R).

Текшириш услуби:

1. С128 садо берувчи камертонни сўргичсимон ўсиқ майдончасига оёғи билан перпендикуляр қўйинг. қабул қилиш давомлилигини вақтни камертон қўзғолган пайдан бошлаб шунингдек секундомер билан сананг. Товушнинг тўқима орқали қабул қилиниши тўхтагандан сўнг камертонни қўзғотмай ташқи эшитув йўлига тақалади. Бунда нормада текширилувчи камертон тебранишларини ҳаво орқали эшитади – Ринне тажрибаси мусбат (R+);

2. агар текширилувчи сўргичсимон ўсиқда камертон тўхтагандан сўнг жарангини ва ташқи эшитув йўли олдида ҳаво орқали ҳам эшитмаса, бундай натижа манфий ҳисобланади (R-).



Ринне тажрибасида нормада товушнинг ҳаво орқали ўтказувчанлиги суяк орқали ўтказувчанликдан икки марта устунлик қилиши (R+) кузатилади, манфийда аксинча, суяк орқали ўтказувчанлик ҳаво орқали ўтказувчанликдан устун бўлади, бу товуш ўтказувчи аппарат зарарланганда кузатилади. Товуш қабул қилувчи аппарат касалликларида, нормадаги сингари, ҳаво орқали ўтказувчанлик суяк ўтказувчанлигидан юқори бўлади, Бунда ҳам ҳаво орқали, ҳам суяк орқали ўтказувчанликнинг секундларда ифодаланган камертоннинг қабул қилиш давомлиги нормага қараганда кам, бироқ Ринне тажрибаси мусбатлигича қолади.

#### Вебер тажрибаси (W).

Текшириш услуби: садо бераётган С128 камертонини текширилувчи бошининг тепа қисмига қўйинг, унинг оёқчаси бошнинг ўртасида туриши керак. Камертон браншлари ўз тебранишларини фронтал текислик бўйлаб, яъни ўнг қулоқдан чап қулоққа томон амалга оширишлари керак.

Нормада текширилувчи камертон товушини боши ўртасида ёки иккала қулоқларида бир хил эшитади (норма W). Товуш ўтказувчи аппарат бир томонлама касалланганда товуш касал қулоққа латералланади (масалан, чапга: W), товуш қабул қилувчи аппарат бир томонлама касалланганда товуш соғлом қулоққа латералланади (масалан, ўнга: W). Қулоқлар ҳар хил даражада ёки турлича табиатда икки томонлама касалланганда тажриба натижаларини ҳамма омилларни ҳисобга олган ҳолда баҳолаш керак.

#### Швабах тажрибаси (Sch).

Текшириш услуби: садо бераётган камертонни текшириладиган одам бошининг тепа қисмига тақаб

қўйинг ва эшитмай қолгунча уни тутиб туринг. Сўнгра тадқиқотчи (нормал эшитадиган) камертонни ўз боши тепасига қўяди, агар у камертонни эшитишда давом этса, текшириладиганда Швабах тажрибаси қисқарган, агар шунингдек эшитмаса, бу жолда текшириладиган одамда Швабах тажрибаси нормал бўлади. Швабах тажрибасининг қисқариши товуш қабул қиладиган аппарат касалликларида кузатилади. Шу тариқа тажриба ҳар бир қулоқда ўтказилади: камертон сўргичсимон ўсиқ майдончасига қўйилади.

### **Желле тажрибаси (G).**

Текшириш услуби: садо бераётган камертонни сўргичсимон ўсиққа тақаб қўйинг ва айни вақтда шу қулоқ ташқи эшитув йўлида ҳавони босимини Политцер балони ёрдамида оширилади. ҳаво компрессияси чоғида эшитиши нормал текширилувчи қабул қилишнинг пасайишини ҳис қилади (Желле тажрибаси мусбат), бу овал дарча ўймасига узангининг босилиши натижасида товуш қабул қилиш системаси ҳаракатчанлигининг сақланганлиги билан боғлиқ. Узанги ҳаракатсиз бўлганда (отосклероз) ташқи эшитув йўлида ҳаво қуюқлашган вақтда қабул қилишда эшитишда ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди. (Желле тажрибаси ман-фий). Товуш қабул қиладиган аппарат касалланганда товушнинг нормадаги каби сусайиши рўй беради, яъни Желле тажрибаси мусбат бўлади.

### **Эшитув паспортини тўлдириш.**

Эшитишни камертон билан текшириш натижалари эшитув паспортига кейинги таҳлил учун ёзиб қўйилади. Қўйида ўнг томонда эшитиши нормал ва чапда эшитиш қабул қилиши бузилган текшириладиган одамнинг эшитув паспортини схемаси келтирилади.

AD		AS
Йуқ	ч.ш.	бор
6 м	ш.н.	0,5 ·
6 м	с.н.	2 ·
120"	B = N 120 с C <sub>128</sub>	80"
60"	K = N 60 с	—
50"	B = N 50 с C <sub>2048</sub>	15"
+	Ринне синамаси (R)	+
←	Вебер синамаси (W)	
Норма	Швабах синамаси (Sch)	қисқарган
+	Желе синамаси (G)	+

Хулоса: чап қулоқда товуш қабул қилиш типи бўйича эшитиш пасайиши бор: чап томонлама ней – росенсор огирқулоқлик.

**Эшитув найининг ўтказувчанлигини текшириш**

Эшитув найи ўтказувчанлигини (қулоқлар баро – функцияси) аниқлаш учун қуйидаги синамалар қўлланилади: оддий ютиниш, бурунни қисиб туриб ютиш (Тойнби синамаси), қисилган бурун билан пуф – лаш (зўр бериб пуфлаш) (Вальсальва тажрибаси) ва қулоқларни Политцер усулида пуфлаш. Аввал унғ кейин эса чап қулоқнинг ташқи эшитув йўлларига алоҳида ҳар бир эшитув найчалар орқали хавони утиш даражасини текшириш учун отоскоп олиласи кирги – зилади.

Тойнби усули оғиз ва бурун ёпиқлигида ютиш ҳаракатини қилишда эшитув найлари ўтказувчанлигини аниқлашга имкон беради (нормада қулоқда туртки сезилади).

Вальсальва усули. Текширилаётгандан чуқур нафас олиш, сўнгра эса оғиз ва бурунни маҳкам ёпиб туриб кучли экспирация (пуфлаш) сўралади. Нафас билан чиқарилаётган ҳаво босими остида эшитув найлари очилади, ва ҳаво куч билан ногора бўшлиғига киради; бу енгил чирс этган товуш билан ўтиб, уни текширилаётган ҳис қилади, врач эса отоскоп орқали ўзига хос шовқинни эшитади. Эшитув найлари шиллиқ пардаси касалланганда Вальсальва тажрибаси чиқмайди.

Политцер усули. Политцер баллони бошчасини ўнг томондаги бурун даҳлизига киритилади ва уни чап қўлнинг II бармоғи билан тутиб турилади, I бармоқ билан эса буруннинг чап қанотини бурун тўсиғига босилади. Отоскопнинг битта бошчасини текшири-лаётганнинг ташқи эшитув йўлига, бошқасини эса врач қулоғига киритилади ва бемордан “пароход” ёки “бир, икки, уч” сўзларини талаффуз қилиш сўралади. Унли товуш талаффуз қилинаётганда баллонни ўнг қўлнинг тўртта бармоғи билан қисилади (I бармоқ та-янч вазифасини бажаради). Пуфлаш вақтида унли товуш талаффуз қилинганда юмшоқ танглай орқага оғади ва бурун-ҳалқумни ажратади; ҳаво бурун-ҳалқумнинг ёпиқ бўшлиғига киради ва ҳамма деворларини бир текисда босади, ҳавонинг бир қисми куч билан эшитув найлари оғзига ўтади, бу отоскопда ўзига хос товуш билан аниқланади. Политцер бўйича ҳавони пуфлаш буруннинг чап ярми орқали ҳам худди

шундай бажарилади.

Эшитув найларининг ўтказувчанлигини текшириш натижалари қуйидагича баҳоланади:

- эшитув найлари ютишда ўтказувчан – баро – функция I даражада;
- эшитув найлари Тойнби синамасида ўтказувчан – барофункция II даражада;
- эшитув найлари Вальсальва синамасида ўтка – зувчан – барофункция III даражада;
- эшитув найлари Политцер бўйича пуфлашда – гина ўтказувчан – барофункция IV даражада.

**Вестибулятор функцияни текшириш**

Спонтан (ўз – ўзидан бўладиган) нистагмни тек – шириш: текширилаётган одамга текшираётганнинг тахминан 50 см масофадаги кўрсаткич бармоғига нигоҳ ташлаш (қараш) таклиф қилинади. Бунда бармоқ гал – ма – гал гоҳ бир, гоҳ бошқа томонга, сўнгра юқорига ва пастга 45° дан катта бурчакка сурилади. Қуйидаги нистагмлар фарқ қилинади:

1. кўз соққаларининг тебранишлари рўй беради – ган текислик бўйича: горизонтал, вертикал ва ротаторли (кўз соққаларининг айланма ҳаракати). Нистагм текислиги таъсирланаётган яримдоира ка – нал текислигига мувофиқ келади. Вестибуляр аппарат зарарланишларида аксарият горизонтал нистагм уч – райди;

2. йўналиши бўйича – ўнга, чапга, юқорига, пастга;

3. кучи бўйича – I, II, III даражали. I даражали ни – стагм тез компонент томонига қаралгандагина пайдо бўлади, агар у тўғрида қаралганда ҳам пайдо бўлса – II даражали, агар нистагм секин компонент томонига қаралганда ҳам сақланиб қолганда – III даражали;

4. кўз соққаларининг тебранишлар амплитудаси бўйича кенг кўламли, ўртача кўламли ва майда кўламли

нистагмлар фарқ қилинади. Аксарият вестибуляр ни — стагм ўртача кўламли бўлади (кўз соққаларининг тебранишлари 4—5 мм).

**Мувозанат ва одимлаш (юриш) бузилишларини аниқлаш.**

**Ромберг ҳолатида барқарорликни текшириш:** текшириладиган кўзларини юмиб ва товонлари ҳамда оёқ панжаларини бирлаштириб туради. Вестибуляр аппарат патологиясида спонтан нистагм секин компонентни томонига йиқилиш қайд қилинади, бош ҳолатини ўзгартириш (айлантириш) лар эса оғиш ёки йиқилиш йўналишини ҳам ўзгартиради. Марказий зарарланишларда (масалан, мияча) Ромберг позасида оғиш ва йиқилиш нистагм йўналиши билан боғлиқ эмас, бош ҳолатини ўзгартиришлар эса йиқилиш йўналишини ўзгартиришга сабаб бўлмайди. Ромберг оддий синамасини қўлларни олдинга чўзиш (Солдб — лат усули) ёки оёқ панжаларини бир чиқиқда кетма — кет қўйиб сенсibiliзация қилиш (тандем — усул) билан мураккаблаштириш мумкин.

**Ён томонлама одимлаш (юриш):** бемор кўзларини юмиб, текшираётган одам рўпарасида туриб гоҳ бир томонга, гоҳ иккинчи томонга ёни билан юради. Вестибуляр аппарат касалликларида ёнга одимлаш яхши бажарилади, мияча шикастланганда (абсцесс, ўсма ва ҳ.к.) зарарланган томонга юриш қийинлашади ёки юриб бўлмайди.

**Барани кўрсаткич синамаси:** текшириладиганни рўпарага ўтқазилади, кўрсаткич бармоқларидан ташқари, ҳамма бармоқларини мушт қилиб букиб, узатилган қўллари кафтини юқорига қаратиб ўз тиззаларига қўйиш, сўнгра қўлларни тирсак бўғимида букмай кўтариш ва кўрсаткич бармоқлари билан текширувчининг унинг олдида узатилган кўрсаткич

бармоқларини топишга ҳаракат қилиш сўралади. Тажриба аввалига кўзлари очиқ, сўнгра эса кўзлари юмилган ҳолатда ўтказилади. Вестибуляр аппарат за – рарланганда бемор нистагмнинг секин компоненти томонига иккала қўлини теккиза олмайди. Мияча за – рарланганда адашиш зарарланган томондаги битта қўлда қайд қилинади.

Бармоқ – бурун синамаси: текширилаётган одам тиззасидан бошлаб аста – секин ҳаракат қилиб, ав – валига очиқ кўзлари, кейин эса юмуқ кўзлари билан иккала қўлининг кўрсаткич бармогини галма – гал ўз бурни учига теккизиши керак. Бунда ҳам кўрсаткич синамадаги каби теккиза олмаслик қонунияти қайд этилади.

### *Экспериментал синамалар.*

Айланиш синамаси махсус айланадиган Барани ўриндиғида кўзларини юмиб ўтирган текширилаёт – ган одамни айлантириш йўли билан бажарилади. Одатда горизонтал яримдоира каналлар функцияси текширилади. Бунинг учун бошни  $30^{\circ}$  га олдинга эн – гаштирилади, чунки горизонтал яримдоира каналнинг горизонтал текисликка нисбатан текислиги  $30^{\circ}$  ли бурчак ҳосил қилади. Аввалига бир томонга, кейин эса иккинчи томонга айлантирилади. 20с ичида 10 марта айлантирилади (секундига  $180^{\circ}$ ). Ўриндиқ тўхтатилгандан сўнг айланишга қарама – қарши то – монга нистагм пайдо бўлади (айлантиришдан кейинги нистагм), у нормада 20 – 30с давом этади. Чапга ай – лантирилгандан кейин (соат милига тескари) ўнгга йўналган горизонтал нистагм кузатилади. ўнгга ай – лантирилгандан сўнг (соат мили бўйича) горизонтал нистагм чапга йўналган бўлади. Бу айлантиришдан

кейин асосан эндолимфа ҳаракати ампулага йўнал — тирилган горизонтал яримдоира канал таъсирланиши билан изоҳланади. Фронтал ён томонлама яримдоира каналларни текширишда беморнинг бошини 90° га олдинга ёки орқага энгаштирилади. Айлантиришдан кейинги нистагм ротаторли бўлади. Сагиттал канал — ларни текшириш учун беморнинг бошини гоҳ бир, гоҳ иккинчи елкасига энгаштирилади. Бу ҳолда айлан — тиришдан кейин нистагм вертикал бўлади.

— Калорик синама (ҳар бир лабиринт функционал ҳолатини алоҳида — алоҳида текшириш): ташқи эшитув йўлига Жане шприци ёрдамида 100—150 мл совуқ (20°С) ёки илиқ (45—48°С) суюқлик қуйиш. Суюқ — ликни нисбатан секин (10—20 с мобайнида) ташқи эшитув йўлининг орқа — юқори деворига йўналтириб қуйилади. Бунда бош тўғри туриши ёки 60° орқага огган ҳолда жойлаштирилиши мумкин. Нормада 25—30 с ўтгач горизонтал — ротаторли нистагм пайдо бўлади. Совуқ суюқлик қуйилганда нистагм текши — рилаётган қулоқнинг қарама — қарши томонига йўналиши мумкин (эндолимфанинг ампулофугал оқими), илиқ суюқлик қуйилганда — нистагм текши — рилаётган қулоқ томонга йўналади (эндолимфанинг ампулопетал оқими).

— Прессор синама (фистула симптомига синама): Политцер баллони ёрдамида ташқи эшитув йўлида ҳавони босимини ошириш ва пасайтиришдан иборат. Нормада бу синама ҳеч қандай вестибуляр ҳодиса — ларга сабаб бўлмайди, бироқ горизонтал лабиринтнинг суяк капсуласида бирорта емирилиш натижасида те — шик нуқсон бўлса, беморда бош айланиши, нистагм пайдо бўлади.

— Отолитлаи реакция (ОР): текширилаётган Бара — ни ўриндигига ўтиради ва бошини 90°га энгаштиради,



кўзлари юмилган бўлиши керак. Барани ўриндигини 1 с да 180° тезлик билан 10 с мобайнида айлантрири — лади, яъни 2 с да 1 айланиш (оборот) тезлик билан 5 марта айлантририлади. Шундан сўнг ўриндиқ тўхта — тилади, текширилаётган одам аввалги ҳолатида қолади, боши эгилган ва кўзлари юмилганча қолади. 5 секунд ўтгач унга кўзларини очмасдан қаддини ростлаш так — лиф қилинади. қуйидаги реакция вариантлари юз бериши эҳтимол:

XX (химоя харакати) — химоя ва вегетатив реак — ция—

XX — O — гавданинг огиши йўқ;

XX — I — гавданинг оз — моз огиши, текширилаётган одам бутун иродасини жамлаб, қаддини ростлашга муваффақ бўлади;

XX — II — гавдасининг кўпроқ огиши, текширила — ётган одам гавдасини ростлашга ўриниб кўради, бироқ бунинг уддасидан чиқмайди;

XX — III — гавдасининг кескин огиши, бунда тек — ширилаётган одам ўриндиқда ўзини тута олмайди;

BP — O — вестибуловегатив реакцияларнинг йўқлиги;

BP — I — оз — моз кўнгли айниши;

BP — II — BP — I нинг ўзи ва объектив равишда қайд қилинадиган вестибуловегатив реакциялар: юзнинг оқариши ёки қизариши (кўпроқ оқариши), совуқ терлаш, саливация, пульс ва нафас тезлигининг ўзга — риши ва б.;

BP — III — BP — II нинг ўзи, бироқ реакция бир — мунча яққол, қусиш.

Вестибуляр паспорт (чап лабиринт қўзғолганда)

Ўнг томон	Тестлар	Чап томон
0	Субъектив сезгилар	+
0	Спонтан нистагм	+
+	Калорик нистагм	+
25 с	Айлантиришдан кейинги нистагм	50 с
0	Прессор нистагм	0

Хулоса: лап лабиринтнинг қўзғолиши ҳисобига ве – стибуляр аппарат функциясида асимметрия бор.

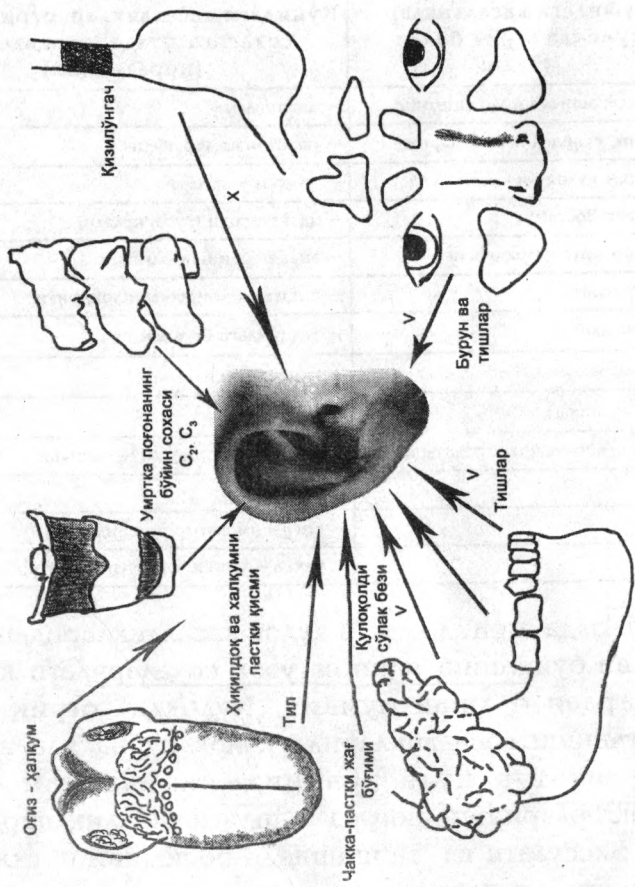
## ЛОР – патологиядаги асосий симптомлар ва УАВ тактикаси:

### Қулоқда оғриқ

Қуйидаги касалликлар қулоқда оғриқ билан утади:	Қуйидаги касалликлар оғриқ қулоқ соҳасига утади (тарқалади): (иррадиация)
– ташқи эшитув йўли чипқони	– ангиналар
– қулоқ супраси перихондрити	– паратонзилляр абсцесс
– ташқи қулоқ сарамаси	– ҳалқум усмалари
– герпес Зостер	– ҳалқум сили (туберкулёзи)
– ўткир урта қулоқ отити	– энса нерви невралгияси
– евстахинг	– ҳиқилдоқ хондроперихондрити
– мастоидит	– ҳалқумдаги ёт жисм
– қулоқ захми	– тиш кариеси
– қулоқ шикасти	– гингивит
– қулоқнинг хавфли усмалари	– тиш чиқишининг қийинлашуви
	– сиалоаденит
	– бигизсимонтилошти синдроми
	– чакка – пастки жағ бугими артрити

Қулоқда оғриқ (расм 5) қулоқ касалликларидан ҳамда бош ва бўйиннинг яқин ва узоқ соҳаларидаги касалликлардан бўлиши мумкин. Қулоқда оғриқ унинг яллиғланиш касалликларида қулоқ супрасида ва ташқи эшитув йўли деворида жойлашган оғриқ рецепторларининг ногора бўшлиғи шиллиқ пардасининг экссудати ва ва шишидан босилиши натижасида пайдо бўлади. Агар қулоқ томонидан патологияни топмасалар (қулоқдаги оғриқ шикоятларида) бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва оғиз бўшлигини қунт билан текшириш зарур. Уч шохли нерв тармоқланиши соҳасида ёки адашган нерв таъсирланганда қулоқда иррадиацияловчи оғриқлар бўлиши ҳаммага маълум. Қулоқда

# ОТАЛГИЯ САБАБЛАРИ



Расм 5. Кулоқ огриқ сабаблари.

шундай оғриқ берадиган манбалар бўлиб юқори ва пастки жағнинг кариоз тишлари, гингивитлар, пародонтоз, йирингли гайморит, сурункали тонзиллит, ярали ангина, уч шохли нерв невралгияси хизмат қилиши мумкин. қулоқ соҳасига бериладиган оғриқлар қуйидаги таъсиротлар ҳисобига вужудга келиши мумкин:

1. уч шохли нервнинг чакка — эшитув тармоғи ҳисобига, масалан, кариоз тишларда, молярлар қийинлик билан ёриб чиққанда, чакка — юқори жағ бўғими ёки тилнинг ҳар хил зарарланишларида;

2. тил — ҳалқум нервининг ногора бўшлиғи тармоғи ҳисобига (тонзиллэктомия, тонзиллит, паратонзилляр абсцесс, тил илдизи карциномаси, тил — ҳалқум нерви невралгияси);

3. *n.vagus* сезувчан тармоғи ҳисобига, масалан герпетес — зостер бўлганда;

4. *n.vagus* эшитув тармоғи ҳисобига, масалан, ҳиқилдоқ карциномаси, ноксимон чуқурча карциномаси ёки қалқонсимон без орқасидаги карциномада;

5. эшитув нерви (С2 — 3) ва кичик энса нерви (С2) ҳисобига, масалан бўйин спондилёзида.

Қулоққа оғриқ ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг пастки бўлимларидан ярага айланган раklarда, сил яраларида, ҳиқилдоқнинг ўткир перихондритларида ва бошқа касалликларда берилиши мумкин.

### *Қулоқдан чиқадиган ажралмалар*

Миқдори (мўл, жуда кам), даврийлиги (доимий, маълум вақт оралиқларида), ранги (оқ, сариқ, қон аралаш, кўкимтир, қора, жигар ранг ва ҳ.к.) ва консистенцияси (суюқ, қуюқ, йирингсимон, шиллиқли, тангачасимон ва ҳ.к.) бўйича тавсифланади.

– қулоқдан ажралмалар қуйидаги касалликларда учраши мумкин:

- ташқи эшитув йўли чипқонида,
- ташқи отитда,
- отомикозда,
- қулоқолди беzi абсцессида,
- ўткир йирингли ўрта отитда,
- сурункали йирингли ўрта отитда,
- ташқи қулоқ экземасида.

### *Эшитишнинг бузилиши*

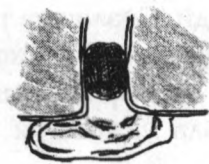
Сурдология аудиологиянинг гарангликни ўрганиш билан шуғулланадиган бўлимидан иборат, бироқ ҳозирги вақтда бу термин аксарият эшитувнинг оғирқулоқлик кўринишидаги бузилишларини белги – лаш учун ишлатилади.

**Оғирқулоқлик** – атрофдаги кишиларнинг нутқи яхши эшитилмайдиган ёки етарлича аниқ эшитилмай – диган эшитишнинг пасайиши, ва бемор одатдаги нутқи ёрдамида кишилар билан қийин мулоқотга киришади (расм 6).

Оғирқулоқлик ривожланиши билан ўтиш  
эҳтимоли бўлган касалликлар

- қулоқ кири (сера);
- ўткир ўрта отит;
- сурункали йирингли ўрта отит;
- секретор ўрта отит;
- тубоотит;
- адгезив ўткир отит;
- отосклероз;
- лабирингит;

# ТОВУШ ҮТКАЗУВЧИ ҚИСИМ БУЗИЛГАНДА ҚУЛОҚ ОФИРЛИГИ (сабаблари)



Ташки эшитув йўлининг  
тўсилиши (өпилиши)



Ноғора парда  
перфорацияси (тешик)



Эшитиш суякларида  
узилиш



Эшитув суякларнинг  
харакатнинг чегараланиши



Эшитув найнинг  
обструкцияси (тўсилиши)

Расм 6. Кондуктив огирқулоқлик

- ташқи эшитув йўлининг орттирилган атрезияси;
- ногора парда йиртилиши;
- қулоқнинг ривожланиш нуқсонлари;
- калла суяги асоси синиши;
- кохлеар неврит;
- Меньер касаллиги;
- қариллик оғирқулоқлиги.

Оғирқулоқликнинг ажратиб турадиган белгилари — дан бири унинг нутқ бузилишлари пайдо бўлиши билан чамбарчас алоқадорлиги ҳисобланади, чунки эшитув ва нутқ кишиларнинг бир — бири билан мулоқот қилишида ягона жараёндан иборат. Гапиришни биладиган одамда пайдо бўладиган оғирқулоқликда кейинчалик нутқнинг монотонлик, норитмлик сингари кўринишдаги бузилишлари ривожланади, чунки оғирқулоқлик ўз товуши устидан назорат қилишга тўсқинлик қилади.

Оғирқулоқли беморлар реабилитацияси. То — вуш ўтказувчи аппарат зарарланганда (ташқи ва ички қулоқ) тегишли консерватив ёки хирурлик даволаш эшитишни анчагина яхшилаши, баъзан эса тиклаши ҳам мумкин. Товуш қабул қилувчи аппарат зарарланганда оғирқулоқлик қайтмас ва одатда авж олиб борадиган характер касб этади, гаранглик билан чегарадош оғир формаси ривожланади. Сўзлашув тилини (нутқини) 2 м дан кам масофада идрок қиладиган болаларни махсус мактабда ўқитиш даркор, зарарланиш камроқ бўлганда одатдаги мактабда ўқишлари мумкин.

Даволаш. Алоэ, ФиБС, витамин В<sub>1</sub> ва б. инъекциялари. Лабларга қараб ўқишни ўрганиш, махсус кучайтирувчи аппаратлар ёрдамида эшитув қобилиятини ривожлантириш бўйича машқлар.

Оғирқулоқликни даволашда хирургик, медицинамен —



тоз ва физиотерапевтик воситаларнинг катта имкониётлари ва бойлигидан фойдаланилади. Бироқ оғирқулоқликнинг перцептив формаларини ва товуш ўтказувчи системанинг баъзи бир касалликларини даволаш наф бермайди ёки кам наф беради ва эшитув даражасини социал жиҳатдан яроқли даражагача оширмайди. Мана шу шароитда беморларни реабилитация қилиш биринчи ўринга чиқади. Эшитишни протезлаш тушунчасига бирлаштириладиган тадбирлар мажмуаси алоҳида қизиқиш уйғотади. У оғирқулоқликни консерватив ёки хирургик даволаш методлари билан даволаш фойда бермаган ёки бирор сабабларга кўра товушни кучайтирадиган эшитув аппаратини рад қиладиган шахсларга шундай эшитув аппаратларини танлашни кўзда тутади. Узатиладиган товушлар ёки нутқ нечоғлик кам ўзгарса, аппарат шунчалик такомиллашган ҳисобланади. Товуш ўтказувчи аппарати зарарланган шахсларда эшитишни протезлаш бўйича энг кўп, нейросенсор оғирқулоқликда эса энг кам натижага эришилади. Бунинг боиси шундаки, мазкур формада товуш сезилари бўсағаси билан дискомфорт бўсағаси ўртасида жуда кичкина узилиш бўлади. Шундай қилиб, товушнинг кучайиши уни кўтара олмаслик чегараси билан чекланади, шундан сўнг товушни янада кучайтириш оғриқ, нохуш сезги ва шулар билан бирга нутқни тушуниб олишни ёмонлаштиради. Замонавий эшитув аппаратлари товушнинг кучини автоматик бошқариш ва товушлар ўтказилишининг частотали спектрини қиспиш имконини бериб, бу билан оғирқулоқликнинг нейросенсор формаларида эшитишни протезлаш кўрсатмаларини маълум даражада кенгайтиради. Эшитишни протезлашни мавжуд даволаш методлари билан бартараф қилиш мумкин бўлмаган оғирқулоқлик, шунингдек

нутқ частоталари зонасида товуш қабул қилишнинг 40 дБ дан кўпроққа (бироқ 80 дБ дан ортиққа эмас) пасайиши кўрсатмалар бўлиб ҳисобланади. Ҳозирги вақтда шакли жиҳатидан эшитув йўлига мос туша — диган эшитув аппаратларининг катта гуруҳи бор. Агар аппаратнинг шакли ўлчами бўйича тўғри келмаса, бе — гона товушлар пайдо бўлиши ва бемор бундай протез орқали эшита олмаслиги мумкин. Электроди бево — сита беморнинг қулоғига киритиб қўйиладиган “ҳамма нарса қулоқда” дейиладиган бирмунча такомиллаш — ган (ва қиммат) протезда товуш яхши ва аниқ эшитилади.

Яқинда суяк — фиксация қилинган эшитув протези (КФСП) ишлаб чиқилган. Чакка суягига имплантация қилинадиган титан винт суякнинг ўзи билан бири — кади, тери орқали фиксация эса махсус эшитув протезини товушни суяк орқали чиганоққа транс — формация қилиб мослаштиришга имкон беради. Бундай эшитув аппарати асосан эшитув канали йўқ ёки одатдаги протезлардан фойдаланиш наф бермай — диган сурункали қулоқ касалликлари бўлган беморлар учун мўлжалланган.

**Чиганоққа қўйиладиган имплантатлар.** АҚШ да, Австралияда ва Оврўпонинг кўпгина мамалакатларда эшитув нервини стимуляция қилиш учун чиганоққа электродларни имплантация қилиш бўйича кўп сонли тадқиқотлар ўтказилган. Аппарат микрофон, элект — рон датчик ва бир ёки кўп каналли, чиганоққа имплантация қилинадиган электроддан иборат. Кох — леар имплантация операцияси фақат тотал гарангликда ўтказилади. Интракохлеар кўп каналли аппаратнинг иш натижалари мақтовга лойиқ, чунки пациентлар энди бемолол гаплаша оладилар. Кўпчилик бемор — ларда эшитиш анча яхшиланади. Ҳозир имплантация

болаларда ҳам эшитув бузилишларини даволашда кенг қўлланилмоқда.

Электрон протез. Кўпгина замонавий протез эшитув системасини стимуляция қиладиган тасмача билан яратилади, бу телефонлардан фойдаланишни содда — лаштиради. Компьютерлаштирилган ҳар хил эшитув ҳам топилган, улар тезда кўринадиган тасвир беради, бироқ булар юқори малакати операторларнинг хизмат қилиши талаб этади ва ҳозирча ишлаб чиқарилиш босқичида турибди. Автоматик товуш диагностикаси бўлган бундай аппаратлар яқин келажақда талаб қилиниши мумкин.

Маълумки, эшитув аппарати эшитишни яхшилаб, беморга ўз нутқини коррекция қилишга имкон бериши мумкин, бироқ ички қулоқ ичидаги патологик жараёнга асло таъсир қилмайди. Болаларнинг эшитишни протезлаш нутқи ва психикасининг нормал ривожланишига имкон беради. Эшитув аппаратининг самарадорлигига ундан фойдаланиш вақтидан бошлаб, 2 ҳафта ўтгач баҳо берилиши керак. Бу давр ичида бемор прибор орқали келаётган кўп сонли товушларга ўрганади ва қабул қилинадиган нутқнинг одатдан ташқари баландлигига кўникади.

Эшитишни протезлаш бир томонлама оғирқулоқлиги бўлган шахслар учун мақсадга мувофиқ. Агар бемор эшитув аппаратидан фойдалана олмаса, унга лаб қимирлашидан ўқишга ўргатиш зарур.

Эшитишни протезлашда ишнинг косметик томони ҳам кам аҳамиятли эмас. қулоқ орқасига ўрнатиладиган мўъжаз аппаратлар ва бевосита ташқи эшитув йўлига қўйиладиган аппаратлар яхши косметик натижа беради. Келажақда электродларни микрофондан чиғаноққа хирургик имплантация қилиш вазифаси турибди, бироқ бу иш эндигина бошланган. Бу элек —

тродларни амалиётга жорий қилиш учун бир қатор жиддий илмий назарий ва генетик масалаларни ҳал қилиш талаб этилади. Бу соҳада ютуқларни қўлга кириштириш муқаррар, бироқ электрон мосламанинг ўз қиймати ва кейинги реабилитация харажатлари жуда юқоридир.

**Гаранглик** – одам бевосита қулоғи остида айтилган қаттиқ гапни эшитмайдиган ҳолат.

**Болалар гаранглиги.** Эшитиш пасайиши тўхтовсиз авж олиб борганда болалик ёшида гарангликни эрта ташхис қилиш зарур. 8 ойлик бўлган ҳамма гўдаклар оммавий текширувдан ўтказилиши керак. Назорат натижалари шубҳа туғдирган ҳолларда улар аудио – логик марказнинг ЛОР – мутахассисига бирмунча синчиқаб текшириш учун юборилишлари керак. Бу гуруҳга қуйидаги патологиялари бўлган болалар киририлади:

1. ой – куни тўлмасдан чала туғилиш ва тана оғирлигининг кичиклиги;

2. перинатал гипоксия;

3. гемолитик касаллик;

4. ирсий гарангликнинг оилавий анамнези;

5. она қорнидаги экспозиция (қизилча, цитомегаловирус ва ВИЧ каби вирусли инфекциялар таъсири).

Бола аҳволига она томонидан баҳо берилиши жуда муҳим. Агар онаси боланинг эшитиш қобилияти унчалик яхши эмаслигини айтса, бунга ишониш керак. Неонатал даврда хавф гуруҳидаги болаларни текшириш ҳозирги вақтда кўпгина марказларда вужудга келтирилган эшитиш потенциалларини қайд қилиш билан ўтказилади (объектив метод).

**Кар – соқовлик** туғма ёки ҳаётда орттирилган (3 ёшгача) гаранглик натижасида ривожланади. Туғма кар – соқовлик ҳомиладорликнинг зарарли омиллари

таъсири остида эмбрионал ҳолатда (вирусли касаллик — лар, захм, токсинли моддалар, дори — дармонлар, авитаминозлар ва б.) пайдо бўлади. Ички ва ўрта қулоқнинг ривожланиш нуқсонлари билан бирга учрайдиган ирсий формалари фарқ қилинади. Бирмунча кўпроқ учрайди — ган орттирилган формалари бошдан ўтказилган инфекциялар, ототоксик дори препаратларини қўлла — ниш оқибати бўлиши мумкин. Соқовлик (гунглик) кар бўлиб қолиш оқибатида ривожланади. Кар — соқов бола нутқни эшитмайди, шунинг учун унда нормал гапира олиш қобилияти бўлмайди. Даволаш кам натижа беради. Асосий вазифа махсус муассасаларда гапиришни ўрга — тишдан иборат. Замонавий методикалар ёрдамида яхши ижтимоий реабилитация (тиклаш)га эришиш мумкин.

#### Тўсатдан юз берадиган нейросенсор гаранглик.

Тўсатдан рўй берадиган нейросенсор гаранглик тўсатдан бўладиган қон кетишлари каби зудлик би — лан даволашни талаб қилади. Шошилиш равишида ЛОР — клиникасига госпитализация қилиниши шарт, чунки вақтни қўлдан бой бериш тузалмайдиган га — рангликка олиб келиши мумкин. Тўсатдан бошланадиган гаранглик бир томонлама ёки икки то — монлама бўлиши мумкин ва кўпчилик ҳолларди вирусли ёки томирлардан бўлиши мумкин.

Тўсатдан юз берадиган нейросенсор гарангликка қўйидагилар сабаб бўлади:

- томир бузилишлари;
- чиганоқ шиши;
- қон касалликлари;
- қулоқ захми;
- Менъер касаллиги;
- қонтузия;
- калла суяги асоси синиши;
- юмалоқ дарча мембранаси йиртилиши.

## Қулоқлардаги шовқин

Қулоқлардаги шовқин – қулоқнинг ҳар хил патологиясида тез – тез учрайдиган симптом. Қулоқларда шовқин пайдо бўлишига қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин:

- қулоқ кири;
- уткир ўрта отит;
- тубоотит;
- сурункали ўрта отит;
- отосклероз;
- кохлеар неврит;
- эшитув нерви невриноماسи;
- Меньер касаллиги.

Қулоқдаги шовқин қисқа муддатли, давомли ёки доимий бўлиши мумкин. Унинг интенсивлиги (кучи) ҳам ҳар хил, аксарият шовқин тинч шароитда кучаяди. Шовқин характери гоят турли – туман: ўрмон шовқини, денгиз тўлқини, чигиртка чириллаши ва ҳ.к. Шовқин эшитиш анализаторининг ҳар қандай соҳасидаги касалликларида: ташқи қулоқ (қулоқ кири), ўрта қулоқ (турли хил отитлар), ички қулоқ (невритлар, чиганоқ касалликлари) ва марказий эшитиш бузилишларида пайдо бўлиши мумкин. Отосклерозда шовқин айниқса қаттиқ азоб беради. Беморда шовқин бўлганда отоскопия ўтказиш, эшитиш зарарланишининг характерини аниқлаш учун эшитув фаолиятини текшириш (сўзлашув нутқи, камертонлар, аудиометрия орқали текшириш ўтказиш) зарур.

Даволаш: кўпинча функционал бузилишлар билан ўтадиган, унчалик қаттиқ бўлмаган қулоқдаги шовқинлар баъзан ҳеч қандай даволашсиз йўқолиб кетади. Турмуш ва меҳнат тартибининг бир меъёрдалиги (нормал овқатланиш, уйқу, очиқ ҳавода сайр қилиш,

спорт билан шугулланиш, чекишдан ва ичқилик ичиш — дан воз кечиш, доимий шовқин билан боғлиқ бўлмаган шароитларда толиқишсиз жисмоний ва ақлий меҳнат билан шугулланиш) катта аҳамиятга эга. қулоқдаги шовқин сабаби аниқланганда асосий касаллик: ото — склероз, кохлеар неврит, Меньер касаллиги, қулоқнинг яллиғланиш касалликлари, гипертония касаллиги ва бошқаларга даво қилинади.

### *Бош айланиши(вертиго)*

Бош айланиши — теварак — атрофдаги нарсалар, ўз танасининг гўё айланаётгандек, ҳаракат қилаётган — дек ҳис қилиш ёки бош ичида айланиш сезгиси бўлишидир. ўзининг ёки атрофдаги нарсаларнинг ай — ланаётгандек бўлиши вестибуляр ва кўрув анализаторларининг ўзаро таъсири бузилганда ва одамнинг мақонда ориентациясини (мўлжал олиши — ни) таъминлайдиган чуқур сезувчанлик бузилганда пайдо бўлади. У билан кўпроқ катта ёш гуруҳидаги одамлар касалланадилар. Бош айланишини айниқса илк гўдак ёшидаги болаларда аниқлаш катта қийин — чилик тугдиради. Ҳаётининг биринчи ёшини яшаб келаётган болада бош айланишини унинг хатти — ҳаракатлари устидан кузатиб тахмин қилиш мумкин: кўзларини юмиб юз тубан ўринга қаттиқ ёпишиб ётади ва уни сурилганда безовталигини билдиради. Бир йилдан сўнг бола мустақил юра бошлагач болада бош айланиши борлигини у атрофдаги нарсаларни маҳкам ушлаб қимирламай тик туришидан, юзидаги кўрқув аломатидан билиб олиш мумкин. Фақат бо — лалар эмас, балки катталар ҳам кўз олди қоронгилашуви, умумий беҳололик, бошдаги қуйилиш сезгиси, кўз ол —

дида майда нарсалар учиб юриши, гуё мувозанатни йўқотгандек бўлиш ва шу кабиларни бош айланиши сирасига киритадилар. Булар одатда умумсоматик ка — салликларда, анемияда, вегетотомирлар дистониясида ва бошқа касалликларда пайдо бўлади ҳамда улар — нинг чин маънодаги бош айланишига амалда алоқаси бўлмайди. Бош айланиши касалликнинг белгилари — дан бири бўлиши ёки вестибуляр аппаратта оширилган юкламалар тушганда ривожланадиган қисқа фурсатли реакция бўлиши ҳам мумкин. Деярли ҳамма одамлар физиологик деб ном олган вестибуляр бош айланиши: денгиз касаллигида бош айланишни, тоғ йўлларида ав — томобилда узоғ вақтгача юриш, самолётда учганда ўзини ёмон ҳис қилиш, аргимчок ёки каруселда учиш, ҳара — катдаги нарсаларга узоқ тиқилиш, баландликда, кўп миқдорда алкоголь ичишдан кейин бош айланишини ҳис қилганлар. Бундай ҳолатлар вестибуляр дисфункция ва вестибуляр қўзғолувчанликнинг паст бўсағаси билан боғлиқ. Бош айланиши аксарият соматосенсор эпилептик (тутқаноқ) хуружининг бирдан — бир кўри — ниши ёки икқиламчи авжига чиққан талваса хуружининг энг яқин даракчиси (аура) бўлади.

Эпилептик вертиго — эпилептик хуруж эквивалентларидан биридир. Бош айланиши мианинг ўзи зарарланиши оқибатида ҳам ривожланиши эҳтимол, масалан, тарқоқ склерозда у мия ўзагидаги яллиғланиш ўзгаришлари натижасида пайдо бўлади. Мигренда, базилляр ёки умуртқа артериялари то — райганда бош айланиши мианинг орқа бўлимларида қон айланишининг вақтинча камайиши билан боғлиқ. Бош айланишига мия ўсмалари ҳам сабабчи булиши мумкин (кўпинча хавфсиз усмалари — IV коринча ус — малари — ёшлардаги эпендимома, ёки қариялардаги метастазлар). Бош айланишлари ҳолатнинг ўзгариши



ёки бошнинг тўсатдан ҳаракати сабабли ҳам бўлиши мумкин. VIII нерв зарарланганда бош айланиши одатда эшитишнинг пасайиши ва қулоқларда шовқин билан бирга учрайди; бунда рўй — рост бош айланиши кам — дан — кам ҳолда бўлишини айтиб ўтиш лозим. VIII жуфт нерв невриномаси энг кўп учрайдиган сабаб ҳисобланади, гарчи нервнинг аномал томирдан бош — ланиши ёки менингитда нервнинг жараёнга қўшилиши ҳам эҳтимол. Бош айланиши кўпгина дори препа — ратларини қабул қилишда ёки вестибуляр системанинг шикастланиши оқибатида ёки қўшимча эффе́кст си — фатида пайдо бўлиши мумкин. Чунончи, стрептомицин лабиринтга токсик таъсир кўрсатади, шунингдек ве — стибуляр ядро ва миячани шикастлаши мумкин, барбитуратлар ва антиқонвульсантлар (дифенин) бош айланишини, уйқучанликни ва атаксияни келтириб чиқаради, марказий вестибуляр ва мияча алоқала — рига таъсир қилади. Гипогликемия сингари метаболик бузилишларда, эҳтимол, бош айланишининг шундай механизми бўлса керак. Аксарият носистем бош ай — ланишига ҳавотирланиш ҳолатларидаги гипервентилияция (тезлашган нафас) сабабчи ҳисоб — ланади. Уткир хавотирлик ҳолати бош айланиши хуружларига нисбатан ривожланиши эҳтимоли бор — лигини кўрсатиб ўтиш лозим. Айрим болаларда ҳавотирлик енгиб бўлмайдиган даражага етиб, ва — ҳима ёки агорафобияга (оломон ёки жамоат жойларидан қўрқиш) олиб келади. Бу икқиламчи сим — птомлар диққат билан ўрганишни талаб қилади, чунки ваҳима синдромнинг асосий компоненти бўлиб қолиши мумкин. Кўпчилик беморларга психотерапия ва бўшаштириш усулларида фойдаланиш ёрдам беради. Рўй — рост нистагм, қусиш ва коллапс ҳолати билан ўтадиган оғир бош айланишига кўприк соҳасидаги та —

рқоқ склероз пилакчалари сабаб бўлиши мумкин; си — рингобульбияда ҳам шундай бўлиши эҳтимол. Ўткир бош айланиши — умуртқа ёки орқа пастки миёча артериясининг окклюзияси оқибатидаги ўзак ён инфарктларининг доимий симптомидир. Ўзак ишемияси туфайли ўткинчи хуружлар базиляр мигренда, асосий артерия аневризмаси ёки ўзак ангиомаси бўлган беморларда, шунингдек вертебробазилляр етишмовчилигида кўп учрайди. Миё ўзагининг ўткинчи ишемияси вертебрал артерияларида атеросклерози бўлган беморларда, айниқса бўйин спондилези бўлганда бошнинг ҳаракати бош айланишига сабаб бўлади.

Одатдаги турмушда бош айланиши деганда кўпинча жуда турли — туман ҳолатлар тушунилади: тана ёки атрофдаги нарсаларнинг мақонда сохта айланиши; мувозанатни йўқотишдан қўрқиш; тананинг мақонда мўлжал олишининг бузилишларини сезиш; мастлик ҳолатини сезиш; кўнгил беҳузур бўлиши; бошдаги туман; хушни йўқотишдан олдинги ҳолат. Пациентлар ўз сезгиларини ўзига хос тасвирлайдилар: «бошим ичида бир галати нарса бордек», «бошим бўм — бўш», «худди маст одамга ўхшайман», «менинг бошим гўё айланмоқда», «ҳамма нарса тушиб кетяпти», «ҳамма нарса айланади», «оёғим остидаги ер кетаётгандек», «мен қаёққадир учмоқдаман», «ўзимни яхши ҳис қил — маянман» ва ҳ.к. Бу сезгилар қисқа вақтли ва давомли, бошни буриш ва тана ҳолатини ўзгартириш билан боғлиқ ёки боғлиқ бўлмаслиги мумкин. Улар ҳар хил симптомлар билан ўтиши мумкин: кўнгил беҳузурлиги, қусиш, кўз олди қоронғилашиши, ҳаво етишмаслиги, қулоқларда шовқин, умумий беҳоллик, ваҳима, қўрқув, юрак уриб кетиши, артериал бо — симнинг пасайиши, бош оғриши, эшитишнинг пасайиши, кўзга нарсаларнинг қўшалоқ бўлиб кўри

ниши ва б. Бош айланиши бошдан кечирилган ин-фекция, калла-мия шикастлари, эмоционал стресс, ақлий ёки жисмоний чарчаш, уйқудан қониқмаслик, узоқ вақт очликдан кейин бошланиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда бош айланиши негизида қуйидаги ҳолатлардан бири ётади: периферик вестибуляр бузилишлар, кўп сонли сенсор етишмовчилик, психоген сабаблар, мия ўзагида қон айланишининг бузилиши, марказий нерв системасининг бошқа касалликлари, юрак-томир касалликлари. Бир неча сабабларнинг бирга учраши эҳтимол. Бош айланиши тўсатдан (пароксизмал), ва аста-секин пайдо бўлиши мумкин. Бир зумда (секундлар ичида), қисқа вақтда (минутлар) ва давомли (бир неча соат, кунлар, ҳафталар) бошла-ниши мумкин. Турли хил неврологик, умумсоматик ва вегетатив-томирли белгилар (кўнгил беҳузурлиги, қусиш, эшитишнинг пасайиши, бош оғриги, нистагм, кўп терлаш, тери қопламларининг рангги учиши) билан ўтиши мумкин.

Бош айланиши вестибуляр ва новестибуляр турларга бўлинади, бошқача айтганда уни систем ва носистем сифатида талқин қилинади. Вестибуляр анализатор (ВА) таъсирланганда қуйидаги бош айланишлар пайдо бўлиши маълум:

1) проприоцептив, яъни ўз танасининг мақонда пассив ҳаракатини ҳис қилиш;

2) тактил ёки сезув, яъни бемор оёқлари, қўллари остида таянчнинг (пол, стол) йўқолиши, тўлқинлар бўйлаб учиш, тананинг тушиб ёки кўтарилиб кетгандек бўлиши, олдинга ва орқага, уннга ва чапга, юқорига ва пастга чайқалиш сезгиси, оёқ ости чўкиб кетаётгандек ҳис қилади;

3) кўришга оид бош айланиши ёки кўриниб турган нарсаларнинг босиб келаётгандек ҳаракати. Бош ай-

ланишининг бу уччала тури ҳамиша ВА муайян уча — сткасининг таъсирланиши билан боғлиқ бўлади. Бундай турдаги бош айланишлар систем ёки вестибуляр (ВВ) деб аталади.

Систем бош айланишларидан фарқ қиладиган бо — шқа ҳамма сезгилар (мастлик, кўнгил айниши, атаксиялар, синкоплар, ҳушни йўқотишдан олдинги ҳолатлар, кўз олдидаги тебранишлар, кўз олдида парда кўриниши ёки кўз қоронгилашуви, бошдаги ҳаракат ёки қимирлаш, ҳушни қисқа муддатга йўқотиш ва б.) носистем, новестибуляр бош айланиши дейилади. Бош айланиши билан бирга келадиган симптомларнинг пайдо бўлиш тарихи врач томонидан синчиклаб таҳ — лил қилиниши, қунт билан кўздан кечирриш ва қўшимча диагностика методлари бош айланишнинг сабабини тушунишга ва унинг клиник типларидан тўрттасидан бирига киритишга имқон беради:

- систем ёки вестибуляр бош айланиши
- ҳушни йўқотишдан олдинги ҳолат
- психоген бош айланиши
- мувозанатнинг бузилиши.

Систем ёки вестибуляр бош айланиши — ўзининг шахсий танаси ёки атрофдаги нарсаларнинг айла — ниши, йиқилиши, қийшайиши ёки тебранишини сезишдир. Аксарият кўнгил беҳузур бўлиши, қусиш, гипергидроз, эшитиш ва мувозанатнинг бузилиши, шунингдек осциллопсия (атрофдаги нарсаларнинг майда амплитудали тез тебранишлари иллюзияси) билан утади. Систем бош айланиши вестибуляр си — стеманинг ҳам, периферик системаининг ҳам марказий бўлимининг зарарланиши учун хос. Ўрта қулоқ ин — фекциялари, калла суягининг шикастлари ёки отолитик операциялардан кейин энг кўп ривожла — нади.

Хавфсиз пароксизмал позицион бош айланиши (ДППГ) (ХППБА): Систем бош айланишининг қисқа (1 минутгача) хуружлари билан тавсифланади, улар бош ва гавданинг оғирлик кучига нисбатан муайян ҳолатида пайдо бўлади. Отолитлар фрагментларининг орқа яримдоира канал кўпуласига утрикулос (кўпу – лолитиаз) томонидан ёпишиб қолиши билан боғлиқ ва бу уни гравитацион сезувчан қилиб, купуланинг муайян ҳолатда оғиши билан ўтади (орқа яримдоира канал оғирлик кучи текислигида жойлашган), яъни яримдоира каналча бўшлиғида кальций карбонат кристаллари ивиндиси шаклланиб, яримдоира канал – чалар рецепторлари сезувчанлигининг ортишига олиб келади. ХППБА муайян латент давр ўтгач (10с) бош – ланади. Аввалига бош айланиши интенсив, вегетатив бузилишлар билан ўтиб, бир минутгача давом қилади. Агар бош ҳолати ўзгартирилмаса бош айланиши тезда ўтиб кетади. Бош ҳолати бир неча марта ўзгартирилса, бу ҳолда ХППБА йўқолади ва такрорланмайди. Узоқ муддатли дам олингандан сўнг яна пайдо бўлади. Нистагм йўналиши юқорига. Адаптация ўзига хос. Не – врологик симптомлар йўқ. Позицион бош айланишини аниқлаш учун Нилен – Барани синамасы бажарилади. Пациент ўтирган ҳолатдан тезда чалқанча ётади, бунда унинг боши  $45^\circ$  орқага ташланиши ва  $45^\circ$  четта бурилган бўлиши керак. Синамани бош ҳолатининг ўрта чизиги бўйлаб ва қарама – қарши томонга бурилганда такрорланади. Позицион бош айланиши ва нистагм ривожланиши диагнозни тасдиқлайди. Систем бош айланиши борлигидан шунингдек кўз соққаларини ўрта (оралиқ) ҳолатдаги фиксациясида алоҳида позицион нистагм далолат беради, бу тез фаза – зали, юқорига ва пастда жойлашган қулоқ томонга йўналган вертикал ротаторли нистагмдир. Пастда

жойлашган қулоқ томонга қарашда нистагмнинг тез фазаси ўша томонга йўналган, горизонтал – ротатор – ли нистагм, қарама – қарши томонга қарашда юқорига йўналган, вертикал. Синама ўтказишни бошлаш билан нистагм пайдо бўлиши ўртасидаги латент давр 30 – 40 с давом қилади. Синама такрорланганда нистагмнинг сўниши характерли. Позцион нистагм доимий эмас, аксарият авж олиш даврида кузатилади. Бош айланишининг бу турини марказий позцион бош айланиши ва нистагмдан дифференциация (фарқ) қилиш зарур. Уларнинг энг кўп учрайдиган сабабларига спиноцеребелляр дегенерациялар, мия ўзаги ўсмалари, Арнольд – Киари аномалияси, тарқоқ склероз киради. Марказий позцион нистагм латент даврига эга эмас, унинг давомлиги 1 минутдан ошади, нистагм йўналиши ўзгариб туриши мумкин, аксарият вертикал нистагм бўлади ва такрорий текширишда сўнмайди. Кўпулолитиазни даволаш учун кальций карбонат кристалларининг яримдоира каналчадан эллипссимон халтача бўшлиғига ўтишига қаратилган машқлар қўлланилади. Шунингдек бош айланишини кўп марта юзага келтириш ҳам таъсирчан бўлиб, марказий компенсация туфайли унинг аста – секин регрессга учрашига олиб келади.

Систем бош айланишининг ўчоқли неврологик симптоматика билан бирга қўшилиб келиши вертебро – базилляр системада қон айланиши бузилишига, шунингдек кўприк – мияча бурчаги ва орқа калла чуқурчаларининг ўсмалари учун хос. Вертебро – базилляр етишмовчиликда бош айланиши кўпинча тўсатдан бошланади ва бир неча минут давомида сақланиб, аксарият кўнгил айнаши ва қусиш билан ўтади. Одатда у вертебро – базилляр ҳавзадаги ишемиянинг бошқа симптомлари билан бирга учрайди.

Вертебро – базилляр етишмовчиликнинг илк боскич – лари алоҳида систем бош айланиши эпизодлари билан юзага чиқиши мумкин. Алоҳида систем бош айлани – шининг бирмунча узоқ давом қиладиган эпизодлари бошқа касалликлар, хусусан периферик вестибуляр бузилишлардан дарак беради. Вертебро – базилляр ҳавзадаги ТИА ва инсультлар, систем бош айлани – шидан ташқари, мувозанатнинг бузилиши билан намоён бўлиши мумкин. Систем бош айланиши, кўнгил беҳузурлиги ва қусиш олдинги пастки мияча арте – рияси хавзасида ишемия ва мияча инфарктининг энг дастлабки симптомлари бўлиб хизмат қилади. Бундай симптоматика периферик вестибуляр бузилишлар билан қиёсий ташхис ўтказишни талаб қилади. Ми – яча зарарланганида, лабиринт зарарланишидан фарқли равишда нистагмнинг тез компоненти ўчоқ то – монга йўналган. Унинг йўналиши нигоҳ йўналишига боғлиқ ҳолда ўзгаради, бироқ нистагм зарарланган то – монга қарашда энг яққол ифодаланади. Нигоҳнинг бирор нарсага тикилиши (фиксацияси) нистагм ва бош айланишига таъсир қилмайди. Бундан ташқари, ла – биринт зарарланганда оёқ – қўлларда кўринмайдиган дискоординация қайд қилинади. Ўткир систем бош айланиши алоҳида бўлганида ҳам, тўсатдан ривож – ланган гаранглик билан бирга учраганида ҳам лабиринт инфаркти учун хос. Лабиринт инфарқтидан келиб чиққан гаранглик одатда қайтмас, ваҳоланки вестибуляр бузилишларнинг юзага чиқиш даражаси аста – секин камаяди. Лабиринт ва ўзак инфарқти бирга келиши мумкин.

Систем бош айланиши периферик вестибуляр бу – зиришларнинг асосий, кардинал симптоми ҳисобланади. Периферик вестибуляр бузилишларни марказий бузилишлардан фарқ қилиш имконини бе –

радиган энг муҳим белги зарарланишдан қарама — қарши томонга йўналган ва ўша томонга қарашда кучаядиган аксарият горизонтал нистагм ҳисобланади. Марказий зарарланишдан фарқли равишда нигоҳни фиксация қилиш нистагм ва бош айланишини ка — майтиради.

**Менъер касаллиги.** Бу касаллик асосан ички қулоқ касалланишини кўрсатадиган унга хос клиник симптомлар билан юзага чикадиган мустақил нозо — логик шакл ҳисобланади. Менъер касаллигининг пайдо бўлишига стресс, инфекция, аллергия, аутоиммун па — тология сабаб бўлиши мумкин. Бироқ у ҳеч қандай сабабсиз ҳам пайдо бўлиши мумкин. Менъер касал — лигига эндолимфани перилимфадан ажратиб турадиган мембрананинг йиртилиши оқибатида лабиринтнинг қайталанувчан шиши сабаб бўлиб хизмат қилади.

Касаллик аста — секин ёки тўсатдан (1:1) бошла — нади. Бир неча минутдан 12 — 24 соатгача такрорий систем бош айланиши эпизодлари, эшитишнинг па — сайиши, қулоқда гаранглик ва шовқин сезиш, кўнгил айниши ва қусиш билан юзага чиқади, хуружлар бир йил, ой, ҳафтада бир мартадан кунига бир неча мар — тагача кузатилади. Бир неча минут ичида бош айланиши энг юқори чўққисига чиқади ва аста — се — кин, бир неча соат ичида ўтиб кетади. Авжланиш ремиссия билан алмашинади. Мувозанат бузилиши хуруж вақтида кучлироқ, хуруждан ташқари вақтда эса кучсизроқ, хуружлараро даврдаги илк босқичда беморлар амалда соғлом бўладилар, меҳнатга лаёқат йўқолмаган. Касаллик ривожланиб борган сайин ре — миссия даврлари қисқаради, энди аҳволнинг тўлиқ яхшиланиши бўлмайди. Авжланиш вақтида беморлар қаттиқ товушлар, кучли ёруғлик, кўз олдидаги нар — саларнинг ялтиллашидан қочиб, муайян ҳолат



эгаллашга уринадилар. Хуружлар ҳар қандай вақтда тутиб қолиши мумкин, бироқ уларнинг йил фасли, электромагнит тулқинлари билан қуёш активлиги, шунингдек суткадаги вақт билан боғлиқлиги аниқ сезилиб туради. Бош айланиши хуружларида яққол кўринадиган вегетатив бузилишлар (кўнгиш айнаш, қусиш, кўп терлаш, артериал босимнинг ўзгариши, гипо-, гипер-, нормотония) ривожланади. Аксарият юрак уриб кетиши, юракдаги оғриқ, ич келиши ва пешоб ажралишининг бузилишлари пайдо бўлади. Кўпинча хуруж чоғида ёки ундан кейин бош оғриғи пайдо бўлади. Хуружлардан олдин аксарият муайян белгилар (шовқин кучайиши — аура, бурун битиб қолиши, мувозанат бузилиши ва б.) пайдо бўлади. Эшитув бузилишлари амалда касаллик бошланган пайтданоқ пайдо бўлади, касалликнинг илк босқичларида тўлиқ регрессияланади, сўнгра эса қайтмас бўлиб қолади. Касаллик бошланишида ўзига хос аудиологик — горизонтал ёки юқорига кўтариладиган эгри чизиқли ФУНГ борлиги қайд қилинади. Пато — логия ривожланган сайин оғирқулоқлик авж олади, аудиологик эгри чизиқ горизонтал пастта тушадиган характер касб этади, одатда паст ва камроқ ўрта частоталар зонасида суяк — ҳаво интервали пайдо бўлади, касалликнинг илк даврларида эшитишнинг бузилиши бир томонлама, касаллик динамикасида (5 — 10 йил ва ундан кўпроқ ўтгач) патологик жараёнга бошқа қулоқ ҳам тортилади. Эшитишнинг иккита турли частоталарда 10 дБ дан кўпга пасайиши қайд қилинади, тўлиқ гаранглик характерли эмас. Меньер касаллиги хуружидан кейин бир неча кун мобайнида мувозанатнинг бузилиши юз бериши мумкин. Касалликнинг дастлабки хуружлари алоҳида систем бош айланишида намоён бўлиши мумкин.

Диагнозни тасдиқлаш учун аудиометрия ўтказилади. Ультратовушни идрок қилиш бўсагалари паст, касаллик узоқ давом қилганда жуда секин ошади. Бир томонлама зарарланишда ультратовуш латерализацияси доимо ёмонроқ эшитадиган қулоққа йўналтирилган, иккала томонлама зарарланишда эса (лабиринтнинг икки томонлама гидропси) ультратовуш яхшироқ эши — тадиган қулоққа латерализацияланади. (бу ерда нейросенсор компонент камроқ ифодаланган). Рентгенологик, неврологик, офтальмологик симптомлар, остеохондроздан ташқари, характерли эмас. Касаллик аксарият меҳнатга лаёқатли ёшда (20 — 50 ёш) ривожланади. Унинг чўққиси бир неча ўн йиллар мобайнида ривожланиб 30 — 40 ёшга тўғри келади. Болалик ва ўсмирлик йилларида Меньер касаллиги бир мунча кам (8 — 9% гача), 60 ёшдан ошган шахсларда эса атиги 0,5% ҳолларда ривожланади. Аёллар эркакларга қараганда 2 баробар кўпроқ касалланадилар. Шундай қилиб, Меньер касалигининг ташхиси ҳатто бош айланиши хуружлари пайдо бўлмаган тақдирда ҳам қийинчиликлар туғдирмайди. Бемор биринчи марта мурожаат қилганида шикоятларига алоҳида эътибор бериш, батафсил анамнез йиғиш, эшитиш фаолиятини текшириш зарур. Ихтисослашган муассасага текширув ўтказиш учун мутахассис (сурдолог, отоневролог, невропатолог) га юборган маъқул. Вестибуляр функция текширилганда лабиринтнинг турли даражадаги гипофункцияси аниқланади. Эрта босқичда гиперфункция бўлиши мумкин. Бу хасталик учун арефлексия хос эмас. Дегидратацион тестларда (калорик ва айлантирадиган) кўпинча эшитув ФУНГ ига ўхшаш вестибуляр ФУНГ аниқланади. Меньер касаллиги булган беморларда тимпанометрия кўрсаткичлари ўзгармаган (ўрта

қулоқнинг эҳтимол тутилган касаллигидан ташқари камдан — кам ҳолларда).

Статоакустик нерв невриноماسи (VIII жуфт бош мия нерви) бошланиши аста — секин. Бош айланишлари аҳён — аҳёнда. Вестибуляр функция ҳолати — арефлексия хос. Эшитиш — ички эшитув йулида невринома юзага келса карлик тез ривожланади. У кўприк — ми — яча бурчаги соҳасида ривожланганда (МКБ — ММУ) оғирқулоқлик аста — секин, баъзан йиллаб ривожланади. Аудиологик эгри чизик пастга тушувчи характерда, эшитув бузилишлари авж олиб боради. VIII нерв невриномаси айрим ҳолларда ўткир систем бош айланиши билан юзага чиқишига алоҳида эътиборни қаратиш лозим, бу вестибуляр нейронит, лабиринтит ёки ички қулоқнинг томир патологияси деган хато ташхис қўйишга олиб келиши мумкин. Бирмунча кечиккан босқичда бошқа бош мия нервларининг (ЧН — К) зарарланиш симптомлари пайдо бўлади. Кўзлар юмилганда ёки қоронғида доимий икки томонга йўналган, тез бўладиган нистагм, вестибуляр арефлексия, юз ва уч шохли нервлар, миячанинг зарарланиш белгилари, кўз тубида ўзгаришлар аниқланади. Отоневролог, окулист, невропатологни жалб этиб батафсил текшириш, чакка суяқларининг Стенверс буйича рентгенографиясини ўтказиш зарур, бироқ яхшиси бирданига магнит — резонанс томографияси ўтказиш ёки беморни ихтисослашган муассасага юбориш ёхуд нейрожарроҳга қонсултация ва текширишга юбориш керак.

Вестибуляр нейронит. Касаллик кўпинча бошдан кечирилган вирусли ёки бактериал инфекция, турли хил заҳарланишлар ва бошқалардан кейин пайдо бўлади. Касаллик асосан 30 — 35 ёшларда пайдо бўлади. Бошланиши ўткир. Бош айланиши кучли, ҳолдан

тойдирувчи, бир неча кун давом этади, кейинроқ бе — ҳоллик, беқарорлик ривожланади. Чиганоқ симптомлари йўқ. Отоскопия патологиясиз. Калорик жавоблар — функциянинг арефлексияга қадар пасайиши. МНС касалликлари белгилари йўқ. Гальваник синамалар жавоб пасайишини кўрсатади. ўчоқ вестибуляр ганглияда жойлашади. Гальваник тест вестибуляр нейронитни лабиринтнинг бошқа касалликларидан фарқ қилишга имкон берадиган бирдан — бир ягона диагностик тест ҳисобланади.

Лабиринтитлар (сероз, йирингли). Сабабчиси вирусли касалликлар, ўткир ёки сурункали ўрта отит, қулоққа шикаст етиши, қулоқда ҳар қандай ёшдаги операциялар (йирингли отитлар, узангидаги жарроҳлик амалиётлари) ҳисобланади. Бошланиши ўткир, тўсатдан. Давомлилиги бир неча кундан 2—3 ҳафтагачани ташқил этади. Мувозанат бузилиши касаллик бошланган вақтдан бошлаб 2—3 ҳафта. Бош айланиш хуружи фақат касаллик давридагина бўлиши мумкин. Даракчилари йўқ. Ремиссиялари камдан — кам бўлади. Эшитиш бузилиши, одатда ФУНГа кўпинча йўқ, аудиологик эгри чизиқ характери — пастга тушадиган, эшитиш тўлиқ гарангликкача тобора ёмонлашади (йирингли лабиринтитда). Ультратовуш бўсағалари ошган, латерализация яхшироқ эшитадиган қулоқ томонга. Нутқнинг тушунарлилиги эшитувнинг йўқотилишига мутаносиб. Кўз туби ва кўрув майдонларида бузилишлар йўқ. Неврологик симптомлар, одатда йўқ. Лабиринтдаги томир бузилишлари кўпроқ қариллик ёшида гипертония ёки гипотония бўлганда кузатилади, жадал бошланади, патогенетик терапия замирида аста — секин ўтиб кетади. Функционал диагностикада кўпинча бўйин остеохондроз ива томирлардаги ўзгаришлар аниқланади.

Ҳушни йўқотишдан олдинги ҳолат. Беморлар кўпинча кўнгил беҳузур бўлиши, ҳушни йўқотаёзиш ҳолати, бошнинг бўм — бўшлигини қайд қиладилар. Кўпинча тери қопламлари оқаради, юраги уриб кетади, кўрқув ҳисси қоплаб олади, кўз олди хиралашади, кўнгил айнийди, гарак — гарак терлайди. Энг кўп учрайдиган сабаблари юрак касалликлари ва ортостатик гипотензия ҳисобланади.

Қатор ҳолларда бош айланиши деганда беморлар мувозанат бузилишини тушунадилар. Беқарорлик, туртиниб қоқилиб юриш, мастга ўхшаб одимлаш кузатилади. Парезлар, сезувчанлик бузилишлари, дискоординация ва осциллопсиянинг бирга учраши жос. Мувозанат бузилишидан пайдо бўладиган симптомлар тик турганда ва юрганда қайд қилинади ва ўтирганда ёки ётганида бўлмайди. Мувозанат бузилишининг сабабларидан бири сурункали вестибуляр дисфункция саналади. Симптоматиканинг қоронғида кучайиши характерли, бундай вақтларда нуқсонни кўз ёрдамида компенсация қилиш мумкин эмас. Аксарият осциллопсия кузатилиб, у эшитиш бузилиши билан бирга учраши мумкин. Лабиринтнинг икки томонлама сурункали зарарланишига ототоксик дори препаратларини қабул қилиш сабабчи бўлади. Қоронғида мувозанат бузилишининг оғирлашуви, шунингдек сезувчанликнинг чуқур бузилишига ҳам хос. Мияча бузилишларида энг яққол мувозанат бузилишлари ривожланади. Кўрув назорати симптомларнинг юзага чиқиши даражасига таъсир қилмайди. Миячанинг флоккулонодуляр бўлимлари зарарланганда аксарият осциллопсия, шунингдек нигоҳнинг йуналишига боғлиқ бўлган нистагм қайд қилинади. Мувозанат бузилишларининг механизмларидан бири бўлиб бўйин проприорецепциясининг бузилишлари

ҳам хизмат қилади. Мувозанатнинг ҳаракат актининг эфферент ҳалқаси ўзгаришларига боғлиқ бўлган бу – зилишларига кўп сонли пўстлоқ ости инфарктлари, нормотензив гидроцефалия, Паркинсон касаллиги, сурункали субдурал гематома, мияни пешона соҳа – сини ўсмалари, шунингдек бир қатор препаратлар: антиконвульсантлар (фенотиазинлар, фенобарбитал, финлепсин), бензодиазепинлар, нейролептиклар (фенотиазинлар, галоперидол), литий препаратларини қабул қилиш сабаб бўлади. Мувозанатнинг бузилиши – кўприк – мияча бурчаги, чакка суяги ва калла суяги орқа чуқурчаси ўсмаларининг характерли симпто – мидир. Мазкур патологияда систем бош айланиши бирмунча кам кузатилади. Кўпчилик ҳолларда бирга қўшилиб келадиган неврологик симптоматика аниқланади. Бундан ташқари, асосан қарияларда ку – затиладиган мувозанат бузилишининг сабабларидан бири кўп сонли сенсор етишмовчилик, бир неча сенсор функцияларнинг ўртача бузилишларининг бирга уч – раши ҳисобланади. Унинг ривожланишида сенсор ахборот марказий интеграциясининг бузилишлари муайян рол ўйнайди.

Психоген бош айланиши. Ваҳима, конверсион бу – зилишлар ёки депрессиялар доирасида кузатиладиган психоген бош айланиши учун бош айланишнинг бундан олдинги типларига мувофиқ келмайдиган, қийинлик билан тасвирланадиган сезгилар хос. Беморлар бош – даги туман, оғирлик, мастлик сезгиси, кўнгил айниши каби белгилардан шикоят қилишлари мумкин. Шунга ўхшаган аниқ бўлмаган симптомлар илк боскичларда ёки органиқ касалликлар атипик кечганда пайдо бу – лиши мумкин. Психоген бош айланиши агрофобия, депрессия ва ваҳима хуружлари доирасида, шунин – гдек одатда хушини йўқотишдан олдинги ҳолат

кўринишида энг кўп учрайди, гипервентиляциясин — дром кўриниши сифатида хизмат қилади. Табиатан органиқ бош айланишида чекланган хатти — ҳаракат, жумладан икқиламчи агрофобия ёки реактив деп — рессия ривожланиши ҳам эҳтимол. Қатор ҳолларда органиқ ва психоген бош айланиши эпизодларининг бирга келиши ҳам, аралаш генезли бош айланиши — нинг ривожланиши ҳам кузатилади. Даволаш асосий зараланиш характериға боғлиқ. Психотерапия катта аҳамиятға эға. Беморға ундағи хасталиқнинг моҳия — тини тушунтириб бериш зарур, чунки ҳаётига таҳдид солаётган касаллиқ борлиғига ишониш аксарият ру — ҳиятни шикастлантирувчи қўшимча омил хисобланади.

Клиник манзарани вужудға келтириш учун боши айланадиган беморда бир неча тестлар ўтказиш зарур. Вальсальва синамасида бўшашиш, гипервентиляция, гана ҳолатини ўзгартириш симптоми сустлиғи аниқ — ланади. Беморни Барани ўриндиғида тез айлантириш ҳам бош айланишини келтириб чиқаради. Бошни четға буриб горизонтал ҳолатда чалқанча ётган беморда ха — рактерли нистагм билан унчалик кўп булмаган позицияцион бош айланиши топилади. Агар беморда пе — риферик бош айланиши белгилари бўлмаса ёки бошқа неврологик узгаришлар кайд қилинса, МНС зарар — ланиш характериға баҳо бериш, яъни калла суяғи орқа чуқурчасини КТ ёки МРТ қилиш, электронистагмог — рафия, провакацион синамалар ўтказиш ёки вертебробазилляр ангиография қилиш керак.

### *Қиёсий ташхислаш*

Қулоқда бўладиган бош айланишини кичик эпи — лепсия (тутқанок) билан адаштириш мумкин. Эпилепсияда бош айланиши хуружи бир неча секунд

бўлади, ҳуш одатда узгарган ёки йўқолган, бош айла — ниши қандай тез бошланган бўлса, шундай тез йўқолади. Меньер касаллигида деярли ҳама вақт қулоқларда шовқин ва эшитишни йўқотиш кузатилади, бир вақтда кохлеар ва вестибуляр функцияларни бузадиган патологик жараён ички қулоқда ёки VIII нервада жойлашади. Сўнгги ҳолдаги шикастланиш камдан — кам кучли бош айланиши билан ўтади, зарарланган томонда эса одатда корнеал рефлекс пасайган бўлади ёки йўқ. ўзак ёки миячадан бўладиган бош айланишида эшитиш одатда зарар кўрмайди, бироқ зарарланишнинг бошқа белгилари бўлади.

Бош мия касалликларида бош айланишининг фарқ қиладиган белгилари. Бош мия касаллигида (марказий келиб чиққан) бош айланиши жуда камдан — кам ҳолларда алоҳида пайдо бўлади.

Бош мия касаллигининг белгилари.

- нутқ бузилишлари;
- кўзга нарсаларнинг қўшалок бўлиб кўриниши;
- оёқлар ёки қўллар бўшашиши;
- тананинг бир соҳасида увишиш ёки игна санчилгандай бўлиши;
- ҳушни йўқотиш.

Эшитиш одатда ёмонлашмайди, қулоқларда шовқин унчалик кўп учрамайди. Марказий бош айланишининг умумий белгилари шундай. Бироқ бош миянинг ҳар бир касаллиги ўз хусусиятларига ҳам эга. Мияда қон айланишининг ўтиб кетадиган бузилишлари ва инсульт учун уткир бошланиш, бош айланиши, нарсаларнинг қўшалок бўлиб кўриниши билан бирга учраши, сезувчанлик бузилишлари, қўл ва оёқларнинг кучсизлиги, ҳаракатлар координацияси (мувофиқлашуви)нинг бузилишлари билан ўтиши хос. Бош айланиши одатда тургуг бўлади ва бир неча



сутка давом қилади. Инсулт – ёши улғайган ва кекса ёшдаги кишиларнинг касаллиги. Бош мия усмасида бош айланиши зимдан бошланади ва аксарият аста – секин кучайиб борадиган бош огриқлари билан ўтади. Бош айланиши тананинг муайян ҳолатларида кучаяди. Мигренда бош айланиши шунингдек бош огриши билан бирга қўшилиб келади, баъзан ундан олдин бошланади. Бош айланиши хуружсимон бошланади. Хуруждан ташқари вақтда бош айланиши ва бош огриши бўлмайди. Мигрен билан ёш ва ўрта ёшдаги кишилар, аксарият аёллар касалланадилар. Бош айланиши эпилепсияда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда бош айланиши ҳушнинг бузилиши (йўқолиши ёки қисқа вақтли сўниши), баъзан эса қисқа муддатли галлюцинациялар ёки стереотип ҳаракатлар, масалан чайнаш билан бирга ўтади.

### *Ташхис қўйишга ёрдам берадиган текшириш*

Марказий бош айланишига шубҳа қилинганда томирлар ультратовуш ёрдамида текширилади (бош мия томирларининг торайиши аниқланади); бош мианинг электроэнцефалографияси, магнит – резонанс томографияси қилинади (усма, тарқоқ склероз ва инсульти ташхис қилишга имкон беради).

### *Бурундан нафас олиш қийинлашуви*

Бурун ва ёндош бўшлиқлар касалликларида асосий шикоятларидан бири. Бурун орқали нормал нафас олиш катта физиологик аҳамиятга эга – бурун шилиқ пардасига ҳаво оқимининг босими нафас рефлексини қўзғотишда қатнашади, оғиз орқали на –

фас олинганда эса нафас олиш чуқур бўлмайди, орга — низмга кислород камроқ миқдорда тушади, ҳаво исимайди, намланмайди ва кўкрак қафаси томонидан манфий босимнинг камайиши ҳисобига калла суяги гемодинамикаси бузилади, бу нерв, психик, томирлар ва бошқа тизимлар томонидан бир қатор патологик жараёнларнинг ривожланишига олиб келади. Ял — лигланиш ва аллергик касалликларда бурундан нафас олишнинг қийинлашувига патологик катталашган, шишган, полипоз ўзгарган бурун чиганоқлари, кўпинча пастки чиганоқлар сабаб бўлади. Бурун бўшлиғида бешта соҳа бўлади (Морис Коттл бўйича), уларнинг торайиши ҳаво оқими ўтиши учун тўсиқ пайдо бўли — шига олиб келиши мумкин:

1. Бурун тешиклари. Бу тузилмалар туғма ёки ши — кастланиш сабабли торайиши мумкин. Масалан, улар куйишдан шакли ўзгариб қолиши мумкин.

2. Бурун клапани. Бутун респиратор йўл бўйлаб бу соҳа торайишга энг кўп учрайди. Бу тузилма медиал томондан тўсиқ билан, пастдан бурун бўшлиғининг туби ва пастки бош латерал ва юқори думсимон латерал тоғайлар ўртасидаги бирикма билан чегара — ланган. Латериал бурун тоғайи шу жойда нотўғри бажарилган резекцияда (яхши бажарилмаган риноп — ластикадан кейин) бурундан нафас олиш кескин қийинлашади ва максимал даражада “битиб қолади”.

3. ва 4. Ички бурун даҳлизининг юқори ва пастки ярми. Улардан ҳар қайсиси тўсиқнинг аномал ҳола — тидан бекилиб қолиши мумкин.

5. Хоаналар ёки орқа бурун тешиклари. Бу ерда нафас олишнинг қийинлашувига хоаналардаги по — липлар, аденоид вегетациялари ва хоаналарнинг туғма атрезияси имқон беради.

Бурундан нафас олишнинг қийинлашувига олиб

келадиган асосий патологиялар:

- бурун шикастлари;
- бурун тўсигининг қийшайиши;
- бурун тўсиги гематомаси ва абсцесси;
- бурун бўшлигидаги ёт жисм;
- бурун бўшлигидаги атрезиялар ва синехиялар;
- сурункали гипертрофик ринит;
- бурун полипоз;
- хоаналар атрезияси;
- аденоид вегетациялар;
- ҳалқум орти абсцесси;
- усмирлар бурун – ҳалқум ангиофибромаси,
- буруннинг хавфсиз ўсмалари,
- озена (сассиқ димоғлар),
- бурун дифтерияси,
- бурун захми,
- бурун сили,
- склерома,
- ринолитлар.

*Ҳидлов бузилишлари (аносмия, гипосмия, гиперосмия, паросмия, какосмия)*

Ҳидлов функцияси пасайган бўлиши (гипосмия) ёки мутлако булмаслиги (аносмия) мумкин. Аносмия рес – пиратор ёки эссенциал бўлиши мумкин.

Респиратор аносмия (ёки гипосмия) бурун бўшлигида мавжуд бўлган ўзгаришлар (бурун тўси – гининг қийшайиши, полиплар ва бурун ўсмалари, ўрта ва пастки чиганоқларнинг шишганлиги, хоаналар ат – резияси ва ҳ.к.) натижасида пайдо бўлиб, улар ўткир ҳидли моддалар тутган ҳаво оқимининг ҳидлов соҳа – сига тушишига механик тўсқинлик қилади.

Эссенциал аносмияда охириги нерв аппарати – ҳид

билиш ҳужайралари ва ҳидлов нервнинг охириги тармоқлари емирилади. Сабаби кўпинча бурун шил — лиқ пардасидаги яллиғланишнинг ҳид билиш соҳасига тарқалиши ҳисобланади, бу одатда озенада кузати — лади. Ҳид билиш йўқотилишига орқа галвирсимон лабиринт ва асосий синус ҳужайраларининг йирин — гли касалликлари олиб келади, улар ҳид билиш ёриги орқали йиринг оқиши, шунингдек бу соҳанинг сил ва захмдан емирилиши билан ўтади. Ҳидлов нервнинг яллиғланиш касалликлари (невритлар) никотин, мор — фин, атропиндан заҳарланишда ёки инфекцион касалликлардан кейин (дифтерия, баъзан ҳатто грип — пнинг енгил формалари ва ҳ.к.) учрайди.

Бурун бўшлиғига кумуш нитрит, рух сульфат ёки аччиқтошнинг кучли эритмаларини суртиш ҳидлов нерви охириги тармоқларининг емирилишига олиб ке — лиши мумкин.

Аносмия фақат периферик қабул қилувчи аппарат зарарланиши натижасидагина эмас, балки ўтказувчи йўллар ва марказий қабул қилувчи аппарат бузи — лишлари оқибатида ҳам ривожланиши мумкин (марказий эссенциал аносмия). Калла скелетининг галвирсимон пластинка соҳасидаги шикастлари ва синишларида ҳидлов ишларининг узилиши ва ҳидлов нерви ўзагининг шикастланиши, калла суяги ичидаги ўсмалар, мия пешона бўлаги абсцесслари ва бошқа касалликлар ҳам шулар қаторига киритилиши мум — кин. Ҳидлов нервларининг тараққий қилмагани сабабли туғма аносмия камдан — кам учрайди, бу ҳолда у юз скелети ривожланишининг бошқа аномалияла — ри билан бирга келади. Кекса ёшдаги шахсларда аста — секин ҳидлов ҳужайралари атрофияси ривож — ланади.

Аносмия ва гипосмия ташхисини ҳидловни ҳиди

кучли моддалар тўплами ёки ольфактометр ёрдамида текшириб қўйилади. Аносмияда таъм билиш сезги — лари кескин пасаяди, чунки ҳидловнинг таъм билишда катта ишгиروي булади. Нафас олиш учун тўсиқ бар — тараф қилинган тақдирда респиратор аносмияда прогноз яхши. Марказдан бўладиган аносмияда ва эссенциал формаларида прогноз асосий касалликка боғлиқ ва кўпинча нохуш бўлади. Даволаш аносмия — ни келтириб чиқарган сабабларни бартараф қилишдан иборат, имкон бўлган жойда бурун бўшлигини сана — ция қилиш, бурун ёндош синус касалликларини даволаб, бурундан нафас олишни тиклаш керак. Ҳид — лов нерви невритларида неврология амалиётида фойдаланиладиган дори — дармонлар қўлланилади. Мия ўсмасига алоқадор аносмияда қунт билан ўтказилган текширишдан кейин беморни нейрожарроҳга юбо — риш керак.

Гипосмия қуйидаги ҳолларда учраши мумкин:

- бурун тўсиғи қийшайганда;
- бурун полипозиди;
- бурун ўсмаларида;
- ўрта ва пастки бурун чиганоқлари шиллиқ пар — даси шишганда;
- хоаналар атрезиясида.

Аносмиянинг турлари:

- Эссенциал аносмия
- Марказдан бўладиган эссенциал аносмия
- Респиратор аносмия
- Туғма аносмия
- озена (сассиқ димоғ);
- этмоидит;
- сфеноидит;
- бурун захми;
- бурун сили;

— бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг кимёвий куйишлари.

- калла скелети синишлари ва шикастлари;
- мия пешона бўлағи абсцесси;
- калла скелети ичи ўсмалари;
- гипертрофик ринит;
- қонхобуллёз;
- бурун тўсиғи қийшайиши;
- буруннинг хавфли ва хавфсиз ўсмалари. С ке — летнинг одатда бошқа ривожланиш нуқсонлари билан бирга учрайди.

### *Гиперосмия, паросмия*

Гиперосмия — касаллик туфайли кучайган ҳид би — лиш ва паросмия — айниган ҳид билиш марказдан келиб чиқади ва одатда истерия, неврастения, руҳий касалликлари бор шахсларда, аксарият ҳомиладор аёлларда, шунингдек марказий нерв системасининг органиқ касалликларида (кўп сонли склероз, ўсмалар ва ҳ.к.) кузатилади.

### *Какосмия*

Какосмия — айниган ҳид билиш, бунда бемор асо — сан ёқимсиз, нохуш хоссали ҳидларни сезади, унда тегишли кучли ҳид тарқатувчи моддаларга мос таъ — сирланиш бўлмайд (субъектив какосмия). Беморлар водород сульфид, саримсоқ пиёз, чиринди ва шу ка — биларнинг ёқимсиз ҳидларини сезмайдилар.

Соғлом кишилардагига қараганда бошқача ҳис қилинадиган айниган ҳид билиш сезгилари ҳид би — лиш галлюцинациялари қаторига киритилади. Бирок какосмияларга яллигланиш жараёнлари (грипп) ва

ҳидлов нервнинг шикастланишлари, галвирсимон пластинка соҳасида ва ундан юқоридаги бош мия пустлогига борадиган ҳид билиш йўллари бўйлаб жойлашган ўсмалар сабаб бўлиши мумкин. Какосмия аксарият руҳий бузилишларда, неврастения, истерия, шунингдек ҳомиладор аёлларда ва климактерик даврдаги аёлларда кузатилади.

Объектив какосмия бурун ёндош бўшлиқларининг баъзан яширин кечаётган касалликларида кузатилади, бунда ҳид мавжуд экссудатнинг чириб парчаланишига боғлиқ. Ёқимсиз ҳидларни сезишлар бурунда ёт жисмлар, секвестрлар (захм ва бошқа сабаблар) борлигидан, ривожланаётган чириш жараёнида, бодомсимон безлардаги йирингли пробкалар чиришидан, кариоз тишлардан ва шу кабиларда кузатилиши мумкин.

Шунингдек субъектив какосмия ташхисини қўйишда бурун бўшлигини (рентгенография) ва у билан қўшни соҳаларни сезиладиган ёқимсиз ҳиднинг эҳтимол тутилган объектив сабабларини истисно қилиш учун қунт билан текшириш зарур. Какосмиянинг объектив формаларида асосий касалликни даволаш ва аниқланган касалликларни бартараф этиш.

Субъектив какосмия	Объектив какосмия
ялиғланиш жараёнлари (грипп);	синуситлар;
неврастения;	бурунда ёт жисмлар;
истерия;	бурун бўшлиғи секвестрлари(захмда)
галвирсимон пластинка соҳасида ва ундан юқоридаги бош мия пустлогига борадиган ҳид билиш йўллари бўйлаб жойлашган ўсмалар.	сурункали тонзиллит

## Манқалик

Манқалик (син.: ринолалия, ринофония) – товуш тембри (оханги) ўзгаришлари ва бурун бўшлиғи ретозонатор функцияси бузилиши билан боғлиқ бўлган товушларни бузиб талаффуз қилиш. Товуш тембрининг патологик ўзгариши – манқаликка (rhinolalia) ва товуш нутқларини бузиб қаттиқ танглайнинг туғма нуқсонлари, бурун ва бурун–ҳалқум бўшлиғидаги патологик жараёнлар (аденоидлар, полиплар, ўсмалар, шиллиқ қаватлар шиши, юмшоқ танглай парезлари ва фалажликлари ва б.) олиб келади.

Манқаликнинг иккита тури – очик (rhinolalia aperta) ва ёпиқ (rhinolalia clausa) манқалик фарқ қилинади. Очик манқаликда ҳаво фақат оғиз бўшлиғи ва ҳалқум орқали эмас, балки бурун орқали ҳам ўтади. Нутқ «манқалик» тусини олади. Бу бурун–ҳалқум оғиз–ҳалқумдан тўлиқ ажралмаган ва улар орасида кенг ёриқ ҳосил бўлиб, асосий ҳаво оқими у орқали бурун бўшлиғига йўналган ҳолларда содир бўлади. Бунда унли товушларнинг, оғир ҳолларда эса ундош товушларнинг ҳам тембри бузилади. Очик манқалик захм гуммаси парчаланиши ёки шикастланиши натижа–сида ҳосил бўладиган туғма битмай қолишларда ёки қаттиқ ҳамда юмшоқ танглай нуқсонларида, юмшоқ танглай қисқарганда, фалажлик ва парезларда (марказий ва периферик, масалан бошдан кечирилган бўғмадан сўнг) кузатилади. Бирор анатомик нуқсонлари бўлмаган ҳолда очик манқалик ҳоллари ҳам учрамайди; бундай ҳолларда функционал очик манқалик тўғрисида гапирадилар, бу нутқни ўз–ўзини назорат қилиши бузилишлари оқибатида гаранг(кар)ларда ёки юмшоқ танглайнинг нормал фаолият кўрсатишига тўсиқ (гипертрофияланган танглай мур–



таклари, аденоидлар ёки бурун — ҳалқум ўсмалари) олиб ташлангандан кейин бўлади.

Бурун резонанси йўқолганда очиқ манқалик ривожланади, бунда товуш паст чиқади, унинг тембри ўзгаради. Агар резонанс тўлқин ўтиши учун тўсиқ бурун бўшлигининг орқа бўлимларида ва бурун — ҳалқумда бўлса, орқа ёпиқ манқалик ривожланади. У аденоидларда, юмшоқ танглай ҳалқумнинг орқа девори билан чандиқли ёпишиб кетганда, бурун — ҳалқум ўсмаларида, хоанал полипларда ва шу кабиларда кузатилади. Бурун бўшлиги олдинги бўлимларида тўсиқ бўлганда (бурун тўсиғи қийшайиши, бурун полиплари, тумовда бурун шиллиқ пардаси шиши ва б.) олдинги манқалик ривожланади, бироқ ундаги резонанс у ёки бу даражада сақланиб қолади. Ёпиқ манқаликда «м» ва «н» товушларини талаффуз қилишнинг бузилиши айниқса яққол бўлади. Ёпиқ манқалик қатор ҳолларда функционал характер касб этади. Очиқ манқалик каби у талаффуз устидан эшитув назорати йўқлигидан гарангликда кузатилиши мумкин.

Ёпиқ манқалик қуйидаги ҳолларда пайдо бўлиши мумкин: Очиқ манқаликка қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин:

- ҳалқум орти абсцесслари
- ўткир аденоидит
- ҳалқум бўғмасида
- бурун — ҳалқумнинг ўсмирлик ангиофибромасида
- гипертрофик ринит
- полипоз этмоидит
- бурун тўсиғи қийшайиши
- бурун ва бурун — ҳалқумнинг хавфли ўсмаларида.

- юмшоқ танглай фалажлиги
- қаттиқ ва юмшоқ танглай ёриги.

### *Томоқда оғриқ*

Фақат ЛОР касалликлари бўлган беморларнинг эмас, балки барча беморларнинг кенг тарқалган ши – коятларидан бири. Томоқда оғриқ органик ва функционал сабаблар оқибатида пайдо бўлиши мумкин. Оғриқлар томоқнинг ўзида жойлашади, бўйин, жағ, елка, тўш орқасига, эпигастрал соҳага ўтиши (иррадиацияланиши) мумкин. Оғриқлар аксарият овқат тановул қилиш билан боғлиқ, аниқроғи уни тановул қилиш вақтида пайдо бўлади ва дисфагия билан ўтади. Функционал бузилишлар овқат ейиш вақтида ёки стресс шароитларида оғриққа сабаб бўлади. Уларни аввало стенокардиядан фарқлаш лозим.

Қуйидаги патологияларда учрайди:

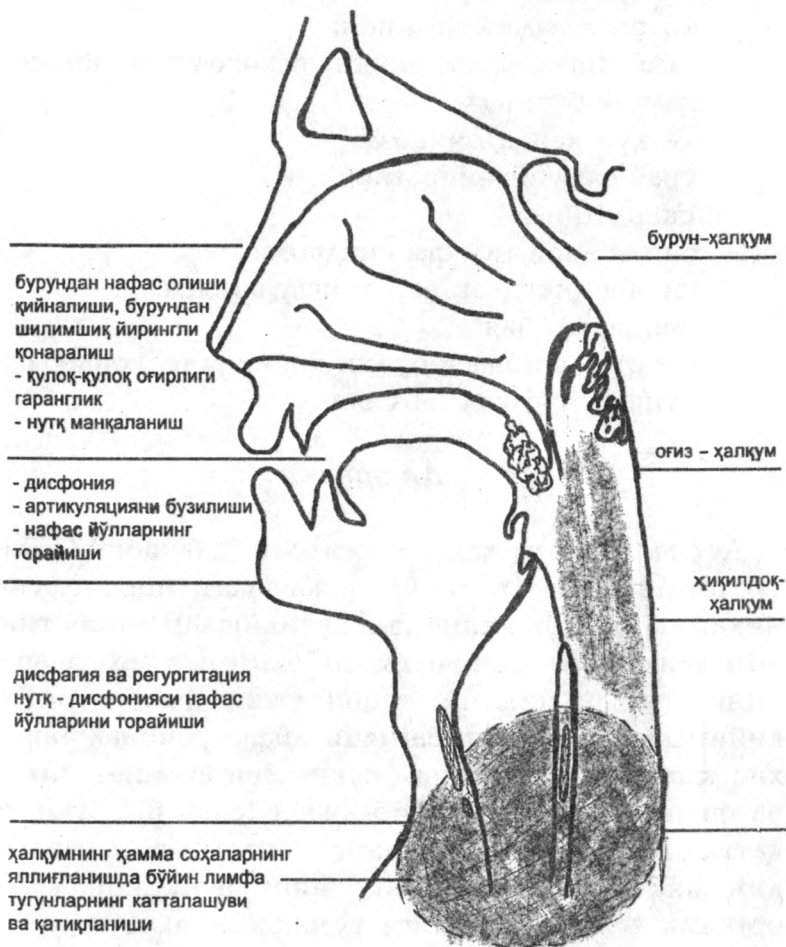
- ўткир фарингит;
- катарал ангина;
- фолликуляр ангина;
- лакунар ангина;
- ярали – некротик ангина;
- тил мўртаги ангинаси;
- агранулоцитоздаги ангина;
- тил илдизи абсцесси;
- паратонзилляр абсцесс;
- ҳалқум орти абсцесси;
- парафаренгеал абсцесс;
- ўткир аденоидит;
- флегмоноз ларингит;
- ҳиқилдоқ шикасти;
- ҳиқилдоқ хондроперихондрити;
- ҳиқилдоқнинг кимёвий куйиши;

- ҳиқилдоқдаги ёт жисм;
- ҳиқилдоқ сили;
- ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмаси;
- ҳалқум сили;
- қизилўнғачдаги ёт жисм;
- қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши;
- ҳалқум бўғмаси;
- ҳалқум кандидомикози;
- ўраб олувчи темиратки;
- скарлатина;
- бигизсимон тилости синдроми;
- юқори ҳиқилдоқ нерви невралгияси;
- канцерофобия;
- умуртқа поғонаси бўйин қисми остеохондрози;
- бўйин умуртқалари сили.

### *Дисфагия*

Дисфагия – оғиз, ҳалқум, қизилўнғач, бош мия, калла скелетининг мия нервлари соҳасидаги морфологик, механик ёки функционал бузилишлар оқибатида ютишнинг бузилиши ва қаттиқ ёки суюқ моддалар – нинг оғиздан меъдага ўтиши – ютиш фаолиятининг қийинлашувидир. Дисфагияни дифференциал таш – хис қилишнинг биринчи босқичлари анамнез йиғиш ва физик текшириш ҳисобланади (расм 8). Суюқ ва қаттиқ овқат тановул қилиниши жиҳатидан дисфагия динамикасига баҳо бериб, унинг функционал ёки органик келиб чиққанлиги тўғрисида тахминий ху – лоса чиқариш мумкин. Функционал дисфагияда суюқ овқат ичилган заҳоти қийинчиликлар пайдо бўлади, қаттиқ овқат эса яхши ютилади. Қизилўнғачида орга – ниқ зарарланиши бўлган беморларда аввалига қаттиқ овқат, кейин эса суюқ овқат қийинлик билан ўтади,

## ҲАЛҚУМНИ ХАРХИЛ ХАСТАЛИКЛАРИДАГИ БЕЛГИЛАРИ (СИМПТОМЛАРИ)



Расм 8.

биноқ кўрсатиб ўтилган тафовутлар мутлок эмас, ҳар бир дисфагия ҳодисасида қизилўнгачни қунт билан рентгенологик ва эндоскопик текшириш талаб қилинади. Вақт ўтиши билан ютишнинг тобора қийинлашиши (олдинига фақат суюқ овқат, кейин эса қаттиқ овқат ўтишининг қийинлашуви) авж олиб бораётган касаллик, масалан қизилўнгач раки борлигидан дарак беради. Агар дисфагия даражаси узоқ вақт мобайнида бир хиллигича қолса, барқарор обструкция, масалан қизилўнгач стриктураси деб тахмин қилиш мумкин. Агар ҳам қуюқ, ҳам суюқ овқат ютиш қийинлашган бўлса, бунинг сабаби кўпроқ қизилўнгач моторикасининг бузилиши ҳисобланади. Пациент овқат лужмасининг қаерда ушланиб қолаётганини ҳис қилиб обструкция жойини аниқ айтиб бериши мумкин. Дисфагия билан бирга келадиган ҳикичоқ тутиш қизилўнгачнинг дистал бўлимлари зарарлангандан далолат беради. Дисфагия ютишда оғриқ – одинофагия билан ўтиши мумкин. Одинофагия, одатда, оғиз бўшлиғи касалликларида – турли хил инфекцияларда ва хавфли ўсмаларда кузатилади. Фақат одинофагияда ютишнинг қийинлашиши оғриқ билан боғлиқ бўлиши мумкин; бироқ ютилган овқат оғиз – ҳалқумдан меъдага осонлиқда ўтади. Одинофагиянинг энг кўп учрайдиган сабаблари – герпетик ёки кандидоз стоматитлар ёки эзофагитлар. Одинофагияга оғиз бўшлиғидаги абсцесслар ва хавфли тузилмалар кўпроқ даражада сабабчи бўлади. Эндоскопия билан биопсия – моториканинг бузилишлари билан боғлиқ бўлган анатомик ўзгаришлар ва асоратларни топиш нуқтаи назаридан энг кўп ахборот берадиган текшириш саналади. Шунга қарамай, текширишни кўпинча барий сульфат билан рентгенологик текширишдан бошланади. Пациентда

суюқ овқат нормал ўтгани ҳолда қаттиқ овқатни ютиш қийинлашган бўлиши мумкинлигидан барий билан текширишда ўзгаришлар йўқлиги касаллик йўқ деган маънони англатмайди. Пламмер – Винсон синдроми (шунингдек Петерсон – Келли синдроми ёки сиде – рофагик дисфагия номи билан ҳам маълум) – гипохром анемия бирга учрайдиган камдан – кам кузатилади – ган ҳолат. Аёлларда кузатилади. Дисфагия рақ олди ҳолати ҳисобланадиган қизилўнғач мембранаси билан боғлиқ. Анамнезда рефлюкс – эзофагит бўлганда қизилўнғач стриктураси тўғрисида ўйлаш мумкин. Чандиқли пемфигоид ва буллёз эпидермолиз сингари кам учрайдиган тери касалликлари қизилўнғач шиллиқ пардасини ҳам зарарлантиради, бу шунингдек унинг стриктуралари шаклланишига олиб келади. Ценнер дивертикули – қизилўнғач деворини қизилўнғач юқори сфинктери сатҳидан юқorigа бўртиб чиқишидир. Шундай дивертикули бўлган пациентлар овқатнинг оғиз бўшлигига регургитацияси, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши, бўйин соҳасидаги тузилмадан шикоятлар қилиши мумкин. У шундай катта ўлчамларгача катталашиб, яқинида ётган қизилўнғачни босади ва дисфагиянинг асосий сабабчиси бўлиб хизмат қилади. Қизилўнғач ташқаридан ҳам босилиши мумкин, бироқ бу дисфагиянинг гоёт камдан – кам учрайдиган сабабидир. Аномал ўнг ўмров ости артерияси билан боғлиқ мисол қизиқарлидир. Ўнг ўмров ости артерияси одатда *a. brachiocephalica* дан чиқади ва трахеянинг олдинги томонидан ўтади. Тахминан 1% кишиларда ўнг ўмров ости артерияси аорта равогининг охириги тармоғи ҳисобланади ва қизилўнғач, трахея орқасида чапдан ўннга ўтади. Қизилўнғачнинг аномал тармоқланган артерияси билан яримригид трахея ўртасида босилиши дисфагияга олиб келиши мумкин. Скле –

родермия қизилўнғач перистальтикасининг пасайи — шини чақиради, бироқ моториканинг бундай бузилиши камдан — кам ҳолда дисфагияга сабаб бўлиб хизмат қилади. Склеродермияда ютишнинг бузилиши одатда меъда — қизилўнғач рефлюкси оқибатида қизилўнғач яллиғланиш стриктураларининг шаклланиши нати — жаси ҳисобланади. МИЙ (ЖКТ) юқори бўлимлари моторикасининг бузилишларини қизилўнғачни эн — доскопик текширишдаги кўриниши, рентгенкине — матография ёки рентгеноскопия бўйича шубҳа қилиш мумкин. Мотор бузилишлар табиатини аниқлаш учун манометрия қилиш тайинланади, унинг ёрдамида бир вақтнинг ўзида қизилўнғачнинг бир неча участкаси — даги қизилўнғач ичи босимига баҳо берилади. Муайян интерваллар билан жойлаштирилган прессор датчик — лари бўлган узун катетер қизилўнғачга киритилади, шундан кейин унинг бўшлиғидаги босим кўрсаткич — лари ёзиб олинади. Моториканинг бузилиши перистальтик қисқаришлар активлигининг амплиту — даси, тезлиги ва давомлиги каби мезонлар бўйича аниқлаштирилиши мумкин. Қизилўнғачнинг склеро — дермик зарарланиши ёки меъданинг қизилўнғач рефлюксиниезофагоскопиянинг ўзидаёк аниқлаш мумкинлигига қарамай, қизилўнғач дисмоторикаси ва унинг табиатини билишни тасдиқлаш мақсадида кўпинча кейинги текшириш ўтказилади. Диффуз эзо — фагеал спазм — қизилўнғач мушакларининг бошидан ожиригача бир вақтнинг ўзидаги қисқаришидир. Ма — нометрия билан тасдиқланади. Кардия ахалазияси — қизилўнғач пастки сфинктерининг бўшашиши бу — зиладиган касаллик, бу қизилўнғач юқори бўлимларининг дилатациясига олиб келади. Ахала — зияга шубҳа қилиш манометрияда аниқланади, бунда қизилўнғач пастки сфинктериде бўшашишлар йўқлиги

ва унинг дистал бўлимларида перистальтик пасайиши (ёки йўқлиги) аниқланади. Globus hystericus — томоққа бир нарса тиқилгандек сезги. Дисфагия сезгилари билан ўтади, бироқ ютиш нормал бўлади.

Бир нарса тиқилгандек бўлиши юқори қизилўнғач сфинктерининг спазмга учраш оқибати ҳисобланади. Ютиш актида «тиқилиш» вақтинча йўқолади. Прогнози яхши.

Дисфагия учрайдиган асосий патология:

- парафаренгеал абсцесс;
- паратонзилляр абсцесс;
- ҳалқум орти абсцесси;
- ангиналар;
- агранулоцитоздаги ангина;
- ҳалқумдаги ёт жисм;
- ҳалқумнинг хавfli ўсмаси;
- юмшоқ танглай фалажи;
- бигизсимон тилости синдроми;
- эпиглоттит;
- ларингоцеле;
- флегмоноз ларингит;
- ҳалқум шикасти;
- ҳиқилдок шикасти;
- ҳиқилдок сили;
- ҳиқилдок захми;
- ҳиқилдоқнинг хавfli ўсмаси;
- қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши;
- ҳиқилдоқдаги ёт жисм;
- ҳиқилдок ўсмаси;
- ҳиқилдок атонияси;
- Россолимо — Бехтерев синдроми;
- эзофагит;
- периезофагит;
- қизилўнғач ва ҳалқумнинг ривожланиш нуқсони;



- трахеоқизилўнгач оқмалари;
- ботулизм.

Ёши улғайган сайин дисфагия ривожланишида қуйидагилар энг катта аҳамиятга эга:

1. қизилўнгачнинг орттирилган морфофункционал ва яллиғланиш ўзгаришлари: операциядан кейинги стеноз, трахеоқизилўнгач оқмалари, эзофагит;

2. бириктирувчи тўқиманинг систем касалликларида – систем қизил тери сили; систем склеродермияда қизилўнгач шиллиқ ва мушак пардаларидаги ўзгаришлар;

3. қизилўнгачнинг айниқса ишқорий моддалардан куйиш оқибатлари;

4. оғиз – ҳалқум аъзоларининг яллиғланиш ўзгаришлари: стоматит, гингивит, фарингит, перитонзилляр абсцесс;

5. кардиоспазм, бу аввалига қаттиқ овқатнинг ютишнинг қийинлашувида кўринади, бироқ кейин аста – секин кучайиб боради ва доимий бўлиб қолади. Доимий кардиоспазмда дисфагия билан бирга ҳозиргина ейилган овқатнинг қайт қилиниши, эпигастрал соҳада босилиш ва нохуш сезги пайдо бўлиши;

6. бош мия шикастлари, церебрал фалажлик, ақлан қолоқлик (олигофрения);

7. туғма миотония, сохтапаралитик оғир миастения, гликоген касаллигининг мушак шакли ва мушак системасининг авж олган гипотонияси синдроми бўлган бошқа касалликлари, полиомиелит, дифтерия (Роллстон синдроми), қутуриш, мия ўсмаларида (варолий кўприги соҳасида), ҳалқум фалажи;

8. фенотиазин гуруҳидаги препаратлардан заҳарланиш.

9. Ўз симптомомокомплексида дисфагияга шикоятлар билан тавсифланадиган асосий синдромлар:

Людвиг синдроми (Людвиг ангинаси): оғиз бўшлиғи

ва ҳалқум олди бўшлигининг йирингли – некротик флегмонаси, шунингдек одонтоген йирингли жараёнлар ютишни ниҳоятда кийинлаштиради (орал ва одонтоген дисфагия).

Ролстон синдроми: бўғмада ўткир сохта мембрана-нали ёки қизилўнғачнинг проксимал сегментларининг ярали – некротик эзофагити.

Захорский синдроми: Коксаки вируси чақирган инфекция касалликда дисфагия ва томоқда катарал ангинали оғриқ ва шиллиқ пардасидаги герпетиформ (учуқсимон) тошмалар.

Баре – Льеу синдроми: умуртқа поғонаси бўйин бўлимидаги патологик жараёнлар (ўсмалар, яллиғланиш, чурралар, ишемия) юқори дисфагия билан ўтадиган нейроваскуляр симптомлар комплекси.

Берчи – Рошен синдроми: юқори бўйин умуртқалари (СІ – III) шикастлари ва патологиясида дисфагия ва бўйин мигренининг бошқа кўринишлари.

Кертцнер – Мадден синдроми: умуртқа поғонасининг экзостозларга ёпишган жойларида (аксарият бўйин бўлимида) қизилўнғачнинг локал торайиши натижасида овқатнинг механик тугилиб қолиш белгилари.

Маделунг синдроми: бўйин йирик яллиғланиш (панникулит) ва яллиғланишга алоқасиз (целульалгия) ёғ тугунларидан (липоматоз) механиқ босилганда оғриқлар, ютиш ва нафас олишнинг бузилиши. Аксарият 35 – 40 ёшдаги эркакларда бўлади.

Видеман – Беквит синдроми: тил (макроглоссия) ва юрак (кардиомегалия) ривожланиш нуқсонлари, бошқа аъзоларнинг туғма баҳайбатлиги (висцеромегалия) қўшилиб келиши оқибатида ютиш актининг бузилиши.

Цинзер – Коул – Энгман синдроми: тери (гиперкератоз) ва қизилўнғач (лейкоплакия) шиллиқ

пардасининг тугма дистрофияси анемия, гипогени-  
тализм (нанизм) қўшилиб келиши оқибатидаги  
дисфагия. Паранеопластик синдром.

Клод – Гужеро синдроми: ички секреция безлари  
функцияларининг (senilitas praesox pluriglandularis)  
барвақт сусайиши натижасида шиллиқ пардаларнинг  
(dysphagia sicca) қуруқлигида ютишнинг бузилиши.

Петж – Клеж синдроми: дерматомиозитнинг кам  
учрайдиган шакли. Бўйин териси ва мушакларининг  
авж олиб борадиган склеротик зарарланишида  
(policiloscleromyositis) ютиш ва нафас олишнинг бу-  
зилишлари пайдо бўлади.

Монтандон синдроми: оғиз бўшлиғи ва қизилўнғач  
шиллик пардаси ўзгармаган миоген табиатли авж олиб  
борадиган дисфагия. Одатда 35 – 40 ёшда бўлади.

Форестье синдроми: бўйин спондилези ёки спон-  
дилоартроз, Бехтерев – Мари – Штрюмпел касаллиги  
бўлган беморлардаги дисфагия.

Терракол синдроми: бўйин остеохондрозида дис-  
фагия, товуш бўғилиши ва томоқ ҳамда тўш орқасида  
оғриқ бўлиши. Бўйин мигрени синдроми вариантла-  
ридан бири.

Лермитт – Монье – Винар – Теоканакис синдроми:  
n. vagus таъсирлантирилганда спастик ҳалқум –  
қизилўнғач дисфагияси.

Фарбер синдроми: ирсий хавfli липогранулема –  
тоз; товуш бўғилиши, авж олиб борадиган нафас  
қисиши ва дисфагия билан ўтади. Бола ҳаётининг да-  
стлабки 2 йили ичида летал натижа билан тугайди.

Тинни – Шмидт – Смит синдроми: чап бўлмача сат-  
ҳида қизилўнғач ўсмаси обтурациясини симуляция  
қиладиган митрал юрак нуқсониди авж олиб борадиган  
оғриқли дисфагия. Ревматик жараённинг компенса-  
ция босқичида дисфагия йўқолади ёки кескин сусаяди.

Бейфорд синдроми: аномал ўмров ости артерия — сининг (dysphagia lusoria) қизилўнғачни босишидан бўладиган дисфагия.

Баер — Левенберг синдроми: аортанинг кўкрак бўлими аневризмаси сабабли дисфагия, тўш орқасидаги оғриқ, қизилўнғачдан қон кетиш ёки қон аралаш қусиш.

Муджия синдроми: Кальций алмашинуви бузили — шидда ҳатто тетаниягача олиб борадиган қизилўнғач спазмлари (гипокальцийли дисфагия).

Россолимо — Бехтерев синдроми: В гуруҳидаги витаминлар сўрилишининг бузилиши ва анемия натижасида меъда шираси кислоталилиги пасайган беморлардаги дисфагия, оғизда ачишиш ва оғиз бур — чакларида ёрилиш (dysphagia amyotactica).

Костен синдроми: нотўғри прикус (тишларнинг нотўғри жойлашиши) сабабли келиб чиққан дисфагия, томоқ, тилдаги оғриқ ва бошқа симптомлар.

Хортон синдроми: каротид ҳавзаси артериясига (аксарият чакка артерияси) боғлиқ ҳолда ютишнинг кийинлашишлари, чакка мушакларида оғриқ, тунда терлаш, субфебрил ҳарорат бўлади.

Баршонь — Тешендорф синдроми: аксарият ёши улгайган кишиларда оғриқли дисфагия хуружлари, овқат регургитацияси ва тўш орқасидаги оғриқлар билан ўтадиган қизилўнғачнинг турли сатҳларидаги (марваридли узук кўринишидаги қизилўнғач) кўп сонли сегментар спазмлар.

Коде синдроми: гастроэзофагеал сфинктер тонуси ортишидан келиб чиққан дисфагия, тинч турган ҳолатда ва ютишда тўш орқасида оғриқ, қизилўнғачнинг бир оз кенгайиши ва овқатнинг кардия устида туриб қолиши (дисхалазия).

Бейли синдроми: дисфагия, ютишда ўртача оғриқ ва аста — секин ориқлаб кетиш, мушак қаватининг

диффуз нотекис гипертрофиясидан келиб чиқади (қизилўнғач миоматози).

### *Бурундан ёқимсиз ҳид келиши*

Врач бурунни текшираётган пайтда сезилади, ак — сарият қуйидаги патологияда учрайди:

- бурун бўшлиғидаги ёт жисм;
- сурункали синуит;
- озена (сассиқ димоғ);
- склерома;
- бурун захми;
- бурун ўсмалари.

### *Оғиздан ёқимсиз ҳид келиши*

Беморнинг ўзи, унинг теварак — атрофидаги киши — лар ёки врач беморни текшириш вақтида сезади. Ёқимсиз ҳид келишига бактериал флоранинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари, шунингдек ярали некротик жараёнларда ва хавфли ўсмаларда тўқималарнинг парчаланиш (чириш) маҳсулотлари ҳосил бўлиши са — бабчи ҳисобланади. Кўпинча қуйидаги патологиянинг характерли симптоми саналади:

- ярали — некротик ангина;
- паратонзилляр абсцесс;
- моноклеоздаги ангина;
- агранулоцитоздаги ангина;
- Людвиг ангиnasi;
- ҳалқум дифтерияси;
- ҳалқум сили;
- кариоз тишлар;
- ҳалқум раки;
- ҳиқилдоқ раки;

- склерома;
- сурункали тонзиллит.

### *Стридор*

Болаларда нафас йўллари касаллигининг симптоми сифатида энг кўп учрайди. У нафас олиш вақтида ҳиқилдоқда ёки трахеяда ҳаво оқими турбулент ҳаракатининг товуш феноменидан иборат. Стенознинг қаерда жойлашганини стридор пайдо бўладиган нафас фазаси ва характери аниқлашга имкон беради. Ҳиқилдоқ устидаги стридор – инспиратор, ҳиқилдоқ ёки ҳиқилдоқ остидаги стридор – икки фазали, трахеал стридор – экспиратор. Стридорни ҳалқум обструкциясига боғлиқ бўлган хуррақдан фарқ қилиш зарур.

Анамнези. Нафас йўллариининг ўткир стенозида ота – оналардан анамнез йиғиш болани кўздан кечириш ва аускультация қилиш билан бир вақтда ўтказилади. Ёт жисмлар тушганлиги истисно қилинади ва систем патологиянинг ҳамма симптомлари қайд қилинади. Врач ўткирлик даражаси кам шароитларда тўлиқ педиатрик анамнез йиғиб, айнаи вақтда боланинг нафас олиши устидан кузатиши лозим. Акушерлик ва перинатал анамнез муҳим аҳамиятига эга; чунончи, чала тугилган болаларда баъзан интубация ўтказилиб, бунда нафас йўллари шикастланиб қолади. Тугилишдан стридор борлиги нафас йўллариининг туғма торайишидан дарак бериши мумкин. Вақт ўтган сайин ўзгарадиган бузилишда (масалан, ларингомаляция ва товуш бурмалари фалажланганда) стридор бола ҳаётининг дастлабки ҳафталарида пайдо бўлади; нафас йўллари гемангиомасида – бола ҳаётининг 6 ҳафтасидан кейин. Авж олиб борадиган стридор

нафас йўллари гемангиомаси учун хос бироқ трахея ташқаридан, масалан кўкс оралиги ўсмасидан бо — силганда учрайди. Товуш бўғилиши, йўтал ва апноэ эпизодлари қайд этилади. Болаларда нафас йўллари рининг сурункали стенозида кўпинча ютиш бузилишлари, жумладан қайт қилиш ва аспирация бўлади. Нафас йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши нафас системасига тушадиган юклама (нагрузка)ни кўпайтиради, бу эса овқатланиш бузилишлари билан биргаликда боланинг ривожланишдан орқада қолишига олиб келади. Бошқа аъзолар ва системаларни кўздан кечириш ва қунт билан йиғилган анамнез катта аҳамиятга эга; масалан, неврологик бузилишларда, юракнинг тугма порокларида ёки уларни жарроҳлик усулида тўғрилашдан кейин товуш бурмаларининг фалажи ривожланиши мумкин.

Кўздан кечириш. Нафас олишдаги бузилишлар сабабини излаш билан бирга уларнинг оғир — енгиллигига баҳо бериш гоаят муҳим. Нафас етишмовчилиги авж олиб борганда трахея пульсациясининг орта бориши ва қовургалараро оралиқларнинг ичига ботиши пайдо бўлади. Цианоз кечроқ ривожланади ва нафас йўллари обструкцияси авж олишига нисбатан нафас системасининг ишдан чиққанлигидан кўпроқ далолат беради. Қалтис шароит юз берганда, нафас йўллари рининг оғир обструкциясида текширишни давом эттиришдан олдин уларнинг ўтказувчанлигини таъминлаш керак.

Сурункали стридорда текшириш усуллари. Сурункали стридорда умумий анестезия остида микроларингоскопия ва бронхоскопия қилиш текширишнинг “олтин стандарти” ҳисобланади. Амбулатория шароитларида ҳиқилдоқ ва ҳиқилдоқ усти соҳасидаги, айниқса қайтар (масалан, ларинго —

маляция ва товуш бурмалари фалажи) касалликларга ташхис қўйиш учун эгилувчан олтин — толали ларин — госкопдан фойдаланилади. Бироқ ҳатто ташхис қўйилгандан кейин ҳам 5% ҳолларда нафас йўлла — рининг қўшилган (қўшалоқ) патологияси учраши мумкинлигини унутмаслик керак. Бошқа текширишлар ҳиқилдоқ ва трахеобронхиал шох контурини ўрганиш учун кўкрак қафаси рентгенографияси, бронхогра — фия, видеофлюороскопия, нафас йўллари КТ ва МРТ, юрак ва йирик томирлар ҳолатига баҳо бериш учун эхокардиография, товуш бурмаларининг ҳаракатчан — лигини аниқлаш учун ультратовуш билан сканирлашни ўз ичига олади. Меъда қизилўнгач рефлюксини аниқлашга мўлжалланган текширишлар ҳам зарур. Стридорнинг асосий сабаблари қуйида санаб утилган:

- ҳиқилдоқнинг туғма стридори;
- ларингомаляция;
- ҳиқилдоқнинг туғма кистаси;
- ҳиқилдоқнинг туғма мембранаси;
- трахеянинг туғма торайиши;
- трахея гипоплазияси;
- трахеомаляция;
- ҳиқилдоқ папилломатози;
- ларингоцеле;
- ларингоспазм;
- ҳиқилдоқ ва трахеядаги ёт жисм;
- шишган ларингит;
- қайтувчан нерв фалажи;
- ҳалқум орти абсцесси;
- ҳалқумнинг оғиз бўшлиғи аъзоларидан обструкцияси;
- трахеянинг томирлардаги нуқсонлардан босилиши;
- ўсмалар;



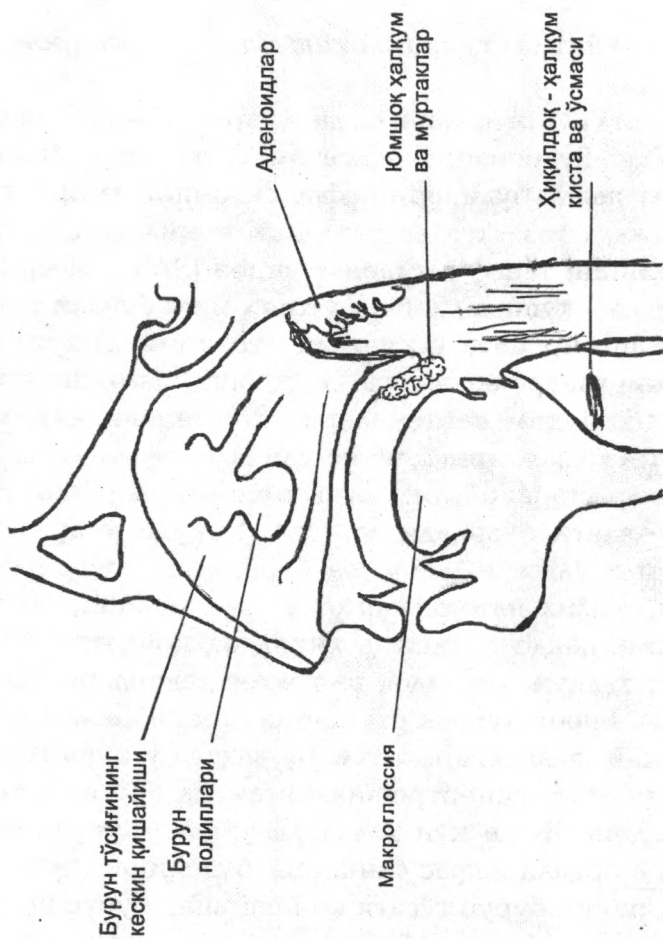
- кўкс оралиги аъзоларининг катталашishi;
- кўкс оралигининг лимфаденопатияси;
- невроген стридор.

### *Уйқуда хуррак отиш (апноэ синдроми)*

Одатда ўрта ва қари ёшда, кўпроқ эркакларда пайдо бўлади. Бу беозор ҳодиса эмас, чунки кейинчалик унинг пайдо бўлишига нафас актининг озми – кўпми даражада тез – тез ва узоқ давом қиладиган (тўхтаб қоладиган) танаффуслари – апноэ (SAS – sleep apnea sindrome) қўшилади. Вақт ўтган сайин бундай танаф – фуслар бир неча секунддан то ярим минутгача ва бундан узоқроққа чўзилади, бу организмнинг кўпгина ҳаётий муҳим системалари томонидан иккиламчи салбий ҳодисаларга олиб келади (қон реологияси, унинг ҳужайра таркиби, биологик мембраналарнинг ўтқа – зувчанлиги бузилади ва ҳ.қ.). Уйқуда хуррак отиш вақтида ўлим ҳоллари юз берганлиги тасвирланган. Бу касаллик патогенези ҳанузгача ноаниқ (расм 9.). Хуррак пайдо бўлишида ҳиқилдоқ қопқоғи, тил ил – дизи, ҳалқум, ҳиқилдоқ ва трахея деворлари иштирок этади. Бироқ хуррак отишнинг асосий сабаби юмшoқ танглай эканлиги маълум, бу вақтда у кўпинча кат – талашган – гипертрофияланган ёки мушак тонуси йўқолган. Жуда кўп ҳолларда уйқуда хуррак отишга бурун орқали нафас олишнинг бузилиши (гипертро – фрик ринит, бурун тўсиғи қийшайиши, бурун полипоз и ва аденоидлар) сабаб бўлади. Одам танасининг ту – зилиш хусусиятлари шунга мойиллик туғдирувчи оми л сифатида катта ўрин тутади, масалан семиз, бўйни калта одамлар тунда кўп хуррак отадилар.

Ташхиси беморнинг шикоятлари асосида аниқла – нади; бемор ўзининг хуррак отганини эшитмайди ва

## ХУРРАКНИ САБАБЛАРИ



Расм 9.

бу ҳақда ухлаётганда ёнида бўлган одамларнинг га-  
пидан эшитади. Бунда нафас вақтида танаффуслар  
(апноэ) бўладими, улар неча марта ва қанча давом  
қилишини суриштириб аниқламоқ керак. Фарингос-  
копияда кўпинча юмшоқ танглайнинг қалинлашгани,  
тил ўлчамларининг катталиги қайд этилади, аксарият  
танглай муртаклари катта ва ҳалқум ўлчамлари кич-  
кина. Бир қатор беморларда фарингоскопия нормада  
бўлиши мумкин. Уйқу вақтида нафаснинг бузилиш  
даражасини текширишнинг объектив методи поли-  
сомнография ҳисобланади, бу инсон организмнинг  
уйқу вақтидан турли-туман функцияларини узоқ  
вақтгача қайд этиб борадиган усулдир (нафас, юрак  
ритми, нафас мушакларининг ҳаракати, қондаги кис-  
лород миқдори, уйқу фазасининг чуқурлиги ва ҳ.қ.).

Даволаш. Жарроҳлик амалиёти билан даволаш-  
гина – юмшоқ танглайни орқа ёйчалари, баъзан  
танглай муртаклари билан бирга олиб ташлаш энг  
ишончли, етарли даражада содда, муҳими энг сама-  
рали усул бўлиб чиқди.

### *Асфиксия*

Асфиксия – қон ва тўқималарда кислород етиш-  
маслиги ва карбонат кислотаси кўп миқдорда бўлишига  
боғлиқ нафас тўхташи (бўгилиш). Нафас йўллариининг  
механик бузилишлари натижасида рўй берадиган ме-  
ханик асфиксия, шунингдек нафас маркази  
функцияларининг бузилишлари (фалажи) оқибатида  
марказдан бўладиган асфиксия фарқ қилинади.

Механик асфиксия нафас йўлларига ёт жисмлар:  
қусуқ массалари, тампонлар, шилимшиқ, қон, тиш  
протезлари тушганда ва тил орқага кетганда пайдо  
бўлади. Нафас йўллариининг ўтказувчанлигини буза –

диган тўсиқни зудлик билан бартараф этиш: ёт жис — мни чиқариш, шилимшиқ, йиринг, қонни сўриб олиш зарур. Бунинг учун айрим ҳолларда трахеостомия қилишга тўғри келади.

Нафас каналарига ёт жисмлар тушганда ихти — рочи, Цинциннати институти президенти, тиббиёт доктори Генри Хаймлих шарафига қўйилган машҳур Хаймлих усули биринчи ёрдам сифатида қутқарувчи восита ҳисобланади. Унинг ёрдамида заҳирадаги уч минут ичида ва бир секундни ҳам қўлдан бой бермай одамни бўғилишдан сақлаб қолиш мумкин. Хаймлих усули: жабрланганнинг орқасида туриб (агар у ҳали оёқларида тик турган ва ҳушини йўқотмаган бўлса) уни қўллар билан қучоқлаб олиш керак. Битта қўлни мушт қилиб тугиш ва катта бармоқ томони билан жабрланганнинг қорнига кўкрак қафаси пастига, бироқ киндигидан юқорига қўйиш керак. Иккинчи қўл кафтини мушт устига қўйиб, муштни тез юқорига олиб қоринга босилади. Бунда қўлларни тирсақларда кескин букиш, бироқ жабрланганнинг кўкрак қафа — сини босмаслик лозим. Зарурат бўлганда усулни нафас йўллари озод бўлмагунча ёки одам ҳушидан кетма — гунча бир неча марта такрорланади. Агар нафас йўллари озод бўлса, жабрланганнинг нафаси тикла — нади ва юзининг рангги нормал тусга киради (ҳомиладорликнинг кеч муддатидаги аёлда асфиксия бўлган тақдирда эҳтиёткорликка амал қилиб, мушт билан тўш ўртасини босиш лозим). Агар гўдак ҳушини йўқотган бўлса, бироқ касаллик ёки шикастланиш белгилари бўлмаса, бунга асфиксия “айбдор” бўлиши мумкин. Хаймлих усулини болани тиззага ўтказиб ёки оёқларини ўз томонига қаратиб қаттиқ юзага чалқ — анча ётқизиб бажарилади. Иккала қўлнинг ўрта ва кўрсаткич бармоқларини жабрланганнинг қорнига

киндигидан юқорига, лекин кўкрак қафасидан қўйи — роққа қўйиш ва юқорига қарата тез итариш керак. Ёт жисм нафас каналини тарк этмагунча усул такрор — лансин. Болани асфиксиядан ҳар томонлама эҳтиётлаш лозимлиги ўз — ўзидан равшан: у оғзига солиши эҳти — мол бўлган буюмларни қаровсиз қолдирмаслик керак. Асфиксияда катта ёшдаги одамнинг олдида боладан ташқари ҳеч ким бўлмайдиган ҳодисалар ҳам рўй бе — риши эҳтимол. Хаймлих усулини олдиндан ўрганган бола бу ўринда ёрдам кўрсата олади. Агар одам чалқ — анча ётган бўлса, кичкина қутқарувчи унинг устига чиқиб миниб олиши ва итаришга зарур куч тўплаш учун ўз оғирлигидан фойдаланиши керак. Жабрлан — ганнинг бошини четга бурмаслик лозим: бу ҳолда нафас каналидан ёт жисмни чиқариш қийинлашади. Асфик — сияда одам ўзига ўзи ёрдам бериши мумкин. Бунинг учун у қўлини қорнига гўё унга бошқа одам ёрдам кўрсатгандек қўйиши керак. Қорнига муштгани кўкрак қафасининг пастига ва киндигидан юқорига қўйиб, ич — карига ва юқорига тез итариш ҳаракатларини бажариши, керак бўлса, такрорлаши керак. Мушгдан ташқари, столнинг чети, стул суянчиги ёки ёғоч пан — жарадан фойдаланиш — қориннинг керакли жойини таянчга тираб босиш мумкин.

Тил орқага кетганда воздуховод киритиш ёки па — стки жағни тортиб, уни бутун реанимация мобайнида тўғри ушлаб туриш керак. Борди — ю тил орқага қай — рилган бўлса, уни тилтутгич билан чиқарилади, уни тутиб туриш учун эса воздуховодлар қўлланилади. Жағни тутиб туриш учун қўйидаги усуллардан фой — даланиш талаб қилинади: беморнинг орқасига ўтиб иккала қўлларнинг бош бармоқларини пастки жағга ўрта чизиқнинг иккала томони бўйлаб қўйилади ва пастки жағнинг курак тишлари юқори жағнинг ку —

рак тишларидан олдинга ўтмагунча пастга тортиб турилади. Шундан сўнг қўлларнинг пастки жағ бурчакларига қўйилган кўрсаткич ва ўрта бармоқлари билан жағни олдинга сурилади ва шу ҳолатда ушлаб турилади. Бармоқлар бўйинтуруқ венаси ёки юз нервини босилишдан эҳтиёт қилиш учун асло юмшоқ тўқималарга эмас, балки чакка суягининг сўргичсимон ўсиқларига таяниб туриши керак.

Асфиксия белгилари: цианоз, қорачиқларнинг ёруғликни сезиши йўқолиб кенгайиши, нафас тўхташи; қон кислород етишмаслигидан қораяди, бироқ юрак фаолияти маълум вақт мобайнида сақланиб қолади, ва бемор шошилиш ёрдамга муҳтож бўлади. Аввало сунъий нафас олдиришга киришиш, соф ҳаво ва кислороднинг етарлича оқиб киришини таъминлаш, вена ичига эса нафас марказини қўзғатадиган ва юрак фаолиятини қувватлаб турадиган воситаларни киритиш лозим. Ҳозирги вақтда актив нафас олиб, сунъий нафас олдириш кенг тарқалмоқда. Бемор ўпкасига ҳаво пуфлаш энг оддий усул ҳисобланади. “Оғиздан — оғизга” ва “оғиздан бурунга” деб аталган бу усулдан одатда биринчи ёрдам кўрсатишда фойдаланилади. Бунда беморни бошини имкон борича орқасига ташлаттириб чалқанча ётқизилади ва минутига 12 марта ҳаво пуфланади.

Актив нафас олишни махсус оғиз — ҳалқум найчалари орқали ёки “Амбу” типигаги ихчам нафас қолчиги ёрдамида амалга ошириш мумкин.

Асфиксия пайдо бўлиши мумкин бўлган асосий патология:

- ҳалқум орти абсцесси;
- паратонзилляр абсцесс;
- парафарингеал абсцесс;
- Людвиг ангиnasi;

- тил илдизи абсцесси;
- эпиглоттит;
- флегмоноз ларингит;
- ҳиқилдоқдаги ёт жисм;
- трахеядаги ёт жисм;
- ҳиқилдоқ шикасти;
- ҳиқилдоқ хондроперихондрити;
- ҳиқилдоқнинг кимёвий қуйиши;
- шишган ларингит;
- ўткир бурмаости ларингити;
- ўткир фибриноз — пардали ларинготрахеобронхит;
- ҳиқилдоқнинг сарамасли яллиғланиши;
- қизамиқ ларингитининг шиш — ярали формаси;
- ларингоспазм;
- ҳиқилдоқнинг тугма мембраналари;
- ҳиқилдоқнинг тугма кистаси;
- ҳиқилдоқ папилломатози;
- ларингоцеле;
- ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмалари;
- ҳиқилдоқ дифтерияси;
- ҳиқилдоқ захми;
- ҳиқилдоқ сили;
- склерома;
- ҳиқилдоқ фалажи.

### *Бурун — ҳалқумдаги карашлар*

Бурун — ҳалқумдаги карашлар турли хил патологикада учрайди ва ўрнашган жойи, тарқалганлиги, чегаралари, бурун — ҳалқум шиллиқ пардаси юзасига нечоғлик зич ёпишгани (осон ёки қийинлик билан кўчадиган), ранги ва консистенцияси билан тавсифланади. Мазкур белгилар ҳалқум касалликларини

тасвирлашда катта аҳамият касб этади, улар турли – туман патологиялар ўртасида қиёсий ташхис ўтказишга имкон беради:

- ҳалқум кандидамикози;
- фолликуляр ангина;
- лакунар ангина;
- ярали – некротик ангина;
- мононуклеоздаги ангина;
- агранулоцитоздаги ангина;
- ўраб оладиган темирлатки;
- афтоз стоматит;
- скарлатина;
- дифтерия;
- ҳалқум сили;
- ҳалқум захми;
- гальванокаустикадан кейинги реакция;
- операциядан кейинги караш;
- криоапликациядан кейинги реакция.

### *Дисфония.*

Дисфония – товуш сифатининг умумий ўзгари – шини акс эттирувчи атама. Афония – товуш бурмалари орқали ҳаво оқими ўтмаганда ёки ўта олмаганда ёки товуш бурмаларининг яқинлашиши рўй бермаганда юзага келадиган товуш йўқлиги (расм 10).

Афония ҳам, дисфония ҳам анатомик ва функционал сабабларга боғлиқ бўлиши мумкин:

- товушнинг зўриқиши;
- ўткир ва сурункали синусит;
- ўткир ларингит;
- шишган ларингит;
- ҳиқилдоқдаги ёт жисмлар;
- эпиглоттит;



## ДИСФОНИЯ САБАБЛАРИ



Овоз бўламалар яллиғланиши



Ашулачу тугунлари



Ўнг томонлама қайтарувчи нерв параличи

- қайтувчан нервнинг бир томонлама фалажи;
- ҳиқилдоқ папилломатози;
- ҳиқилдоқ шикасти;
- ҳиқилдоқ хондроперихондрити;
- ҳиқилдоқнинг сарамасли яллиғланиши;
- ҳиқилдоқ туғма мембранаси;
- ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмалари;
- ҳиқилдоқ ўсмаси;
- ҳиқилдоқ дифтерияси;
- ҳиқилдоқ захми;
- склеромаси;
- қизамиғи;
- гипотиреози;
- ҳиқилдоқ туғма пороги.

Дисфония нафас апараты, шунингдек ҳалқум, ҳиқилдоқ, бўйин мушаклари зўриққанда дағал, паст, бўғиқ овоз билан тавсифланади. Фонастения – товуш апаратыда сезиларли органик ўзгаришлар бўлмай, товуш ҳосил бўлиш функциясининг бузилиши; то – вушнинг тез чарчаб қолиши ва жарангининг узилиши ёки кучи, билаңдигининг бир қадар ўзгаришлари (юқори товушлар қийинлаштиради), товуш тембрининг ўзгариши – унинг бўғиқлиги ҳос. Бу ҳодисаларнинг ҳаммаси ўткинчи, беқарор табиатга эга. Фонастения аксарият товушга зўр келадиган кишиларнинг овоздан нотўғри фойдаланиши оқибатида ривожланади. У овозини ортиқча ва тез – тез зўриқти – радиган мактаб ўқувчиларида пайдо бўлиши мумкин. Бир марта ёки кўп марта товушдан фойдаланилганда патологик рефлекс, нотўғри механизмларга ўрганиб қолиш кўринишида мустаҳкамланади, бу овознинг функционал бузилишлари учун негиз бўлиб хизмат қилади. Руҳий шикастларнинг ролини ҳам ёдда тутиш зарур: кучли ҳис – ҳаяжонлар нафас олиш ва товуш

ҳосил бўлишида акс этади. Патологик механизмлар невротик одамларда айниқса осон мустаҳкамланади. Функционал товуш бузилишининг энг қалтис шакли – истерик мутизм ҳисобланади, бунда товуш тўсатдан ва батамом йўқолиб, шивирлаб гапиришнинг ҳам иложи бўлмайди, бу қаттиқ қўрқув билан боғлиқ бўлиши мумкин. Истерик гунглик кўпинча тутилиб гапиришга ўтади. Функционал афонияда товушнинг бутунлай йўқлиги кузатилади, бемор фақат шивирлаб гапиради, бироқ йўталганида қаттиқ товуш чиқади. Функционал афонияларнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади: а) паретик афония, товушни тўсатдан йўқотиш билан тавсифланади, ҳиқилдоқ мушакларининг функционал бўшашиб қолганлиги қайд қилинади; б) спастик афония – бутун товуш аппаратининг кескин эўриқиши; в) паретикоспастик афония – сохта бойламли фаолиятининг ошганлиги ва чин бойламли фаолиятининг пасайганлиги кузатилади ва аксинча.

Товушнинг нотўғри жаранглаш белгилари унинг йўқлиги ва бўғиқ товушга қараганда бир мунча турли – туман. Товушнинг меъридан четга чиқадиган жаранглашини тавсифлаш учун кўп сонли таърифлар мавжуд, чунончи: кучсиз, тезлашган, шовқинли, чийиланган, ангилаган, хириллаган, бўғиқ, томоқдан чиқадиган қаттиқ, энтиккан, қалтироқ, узиқ – узиқ, паст, ёпиқ, пингилаган, манқа товушлар. Товуш сифатларининг кўрсатиб ўтилган ҳар бир тусида муайян, товушнинг нормал жаранглашига хос бўлмаган механизм ётади, уни тушуниш нуқсонни тузатишга ёрдам бериши мумкин.

Кучсиз, тезлашган, шовқинли, чийиланган деган таърифлар товушнинг кучи ўзгарганидан далолат беради. Товуш кучсизлиги, сустлиги нафас аппаратининг кучсизлиги ёки товуш бойламлиларининг етарлича куч

билан юмилмаслигига боғлиқ бўлиши мумкин; сўнгги ҳолат уларнинг паретиклигида (гипокинезия деб ата — лади) бўлади. Агар товуш бойламлари юмилиши секинлашган, кечикадиган бўлса, нутқ бошлангунча ҳавонинг йўқотилиши рўй беради — нафас товуши ҳосил бўлади.

Тезлашган, кескин товуш товуш бойламларининг ортиқча зўриқишидан (гиперкинезиясидан) ёки ҳатто ҳиқилдоқ соҳасидаги ҳақиқий гиперкинезлардан дарак беради; агар зўриқиш паст тонларга тўғри келса, қичқирган товуш чиқади, борди — ю юқори тонларга тушса, ангиллаган товуш вужудга келади. Ҳиқилдоқ ташқи мушаклардан босилганда (бу ҳиқилдоқ, тил илдизи кўтарилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин) ёки елка камари мушакларини босилганда (ўпка ҳаво билан ортиқча тўлиб кетганда) баъзан товуш бойламларининг қайта юмилиши қўшилиб, томоқдан қаттиқ товуш чиқади; улардан узоқ вақт фойдаланиш одатда товуш бойламларининг толиқишига, баъзан эса товуш йўқолишига олиб келади.

Узиқ — узиқ, қалтираган деган таъриф олган товуш жаранги майинлигининг бузилганлигини кўрсатиб, бунга гиперкинезлар, ҳиқилдоқ мушаклари ёки на — фас мушаклари соҳасидаги талвасалар сабабчи бўлиши эҳтимол. Энтиккан товуш одатда нафас олиш пайтида гапирганда, яъни нафас ва товуш ҳосил қилиш дискоординациясида рўй бериб, бу ҳаяжонланишда, шошилганда кузатилади.

Оғиз бўшлигининг орқа қисмида тиқилиб қола — диган товуш паст чиқади. Паст товушга қарама — қарши равишда жарангдор, яъни оғиз бўшлигининг олдинги қисмига тўғри йўналтирила — диган ва у ерда резонанция қиладиган товуш ўзига хос ажралиб туради. Айниқса лаблар ва жағларнинг

камҳаракатчан артикуляциясида қисилган нутқ ёпиқ товушли бўлади. Оқ товуш номини олган товуш га — пираётган одамнинг юзидаги доимий, камҳаракатчан жилмайиш натижаси ҳисобланади. Қарсиллайдиган товуш унлиларнинг қисқарганлиги ва ундошларнинг бўрт тирилишига боғлиқ бўлиб, тутилиб гапирадиган ва кар одамларда кузатилади.

Товушнинг бурундан, манқаланиб чиқиши қисман ҳаво оқимининг бурун — ҳалқумга тушишини кўрса — тувчи белги ҳисобланади. Манқа товуш тури кўпчилик товушларнинг бурун орқали жаранги кўпроқ бўли — шини кўрсатади. У юмшоқ ва қаттиқ танглай ёриқларида, шунингдек дифтериядан кейин юмшоқ танглай фалажида, сохта бульбар ва бульбар ди — зартрияда кузатилади.

Товуш бойламларининг ўзи ва бутун ҳиқилдоқ таъ — сирланганда ва шишганда, ҳатто ҳиқилдоқда шишимшиқ йирилганда товуш бойламлари юмилиши (ёпилиши) нотўлиқ, зич эмас, улар орқали ёввойи но — минь олган ҳаво куч билан ўтади, натижада овоз бўғилиб чиқади. Бўғилган овоз шунингдек мутация даврида кузатилади. Хириллаган овоз — бўғиқ овоз — нинг кейинги, бирмунча кучли даражасидир. Бунга ҳиқилдоқдаги шишлар, ўсмалар, ҳиқилдоқ стенози, товуш бойламлари иннервациясининг бузилишлари, яъни ҳиқилдоқ мушаклари ва товуш бойламларининг парезлари ва фалажлари сабаб бўлиши мумкин. Баъ — зан чин товуш бойламлари тебраниши қийинлашган тақдирда сохта товуш бойламларининг бирмунча дағал тебраниши пайдо бўлади. Сохта бойлам товуши баъзан қуриллаганга ўхшаб чиқади, товушнинг ҳам органик, ҳам невротик бузилишларида кузатилади. Товуш ди — апазони ҳам кучи бўйича, ҳам баландлиги бўйича торайганда у монотон (бир хил) бўлиб қолади.

## *Бош ва бўйин лимфатик тугунларининг катталашиши*

Бош ва бўйин лимфатик тугунларининг катталашиши улар ўсма жараёнидан зарарланганда, қон касалликларида, лимфогранулематозда, тегишли гуруҳлардаги лимфатик тугунлар оқими зоналаридаги яллиғланиш жараёнларида (бола ҳаётининг икки ойидан сўнг аниқланади) рўй беради.

Кўздан кечиришда пайпасладиган лимфатик тугунларнинг ўлчами, зичлиги, шакли ва оғриқ бор – йўқлиги аниқланади. Тугунлар ҳаракатчанлиги, ҳаракатчан эмасми ёки оғриқлими – шуни аниқлаш муҳим ҳисобланади.

Лимфатик тугунларнинг 10та классик гуруҳлари маълум:

1. қулоқ супраси олдида жойлашган (қулоқ олдидаги);
2. қулоқ супраси орқасида жойлашган (қулоқ орқасидаги);
3. энсадаги;
4. тонзилляр;
5. жағости;
6. иякости;
7. энса юқорисидаги;
8. бўйин орқасидаги гуруҳ;
9. чуқур энса гуруҳлари;
10. ўмровусти.

Лимфатик тугунлар оқими соҳаси  
(Г. Эвербек буйича)

Л/ч жатлашуви	Л/т оқими соҳаси
Юқори	Мурақлар (бодомча безлари), қулоқдаги беши, ташқи эшитув йули, буйиннинг олдинги ва ён қисмлари, энса
Ўрта буйинтуруқ	Ҳалқум
Ўмровусти	Буйин, кукс оралиги
Иякости	Бурун – ҳалқум, оғиз бушлиғи, пастки жағнинг альвеоляр усиги
Энса	Ҳалқум муртақлари, энса
Қулоқ орқасидаги	Ўрта қулоқ, қулоқ супрасининг орқа томони, бошнинг қулоқ орқасидаги қисми
Қулоқ олдидаги	Қулоқ супраларининг олдинги юзаси, Ўрта қулоқ, чакка – пастки жағ бирикмаси, бурун

**Қулоқ, бурун, ҳиқилдоқ ва ҳиқилдоқдан қон оқиши**

Қулоқдан қон оқиши қуйидаги патологияда бўлиши мумкин:

- ногора пардасининг йиртилиши;
- калла скелети асосининг синиши;
- ўткир гриппоз отит;
- сурункали ўрта отит, грануляция, полипозлар билан оғирлашган;
- қулоқнинг хавфли ўсмаси;
- қулоқ дифтерияси;
- қулоқ сили;
- операциядан кейинги қон оқишлар.
- қулоқдан энг жиддий қон оқишлар эшитув йўлининг суяк қисми синганда ва айна вақтда ногора пардаси йиртилганда кузатилиб, у қулоқда шовқин, қаттиқ оғриқ, ногора пардаси гиперемияси билан

унинг бағрига қон қуйилиши билан кузатилади. Ногора пардасининг йиртилиш шакли жуда хилма — хил бўлади. Сероз суюқлик билан бирга қон оқиши калла скелети асоси синиб, ногора бўшлиғи томи орқали ўтадиган ёриқ натижасида, айна вақтда қаттиқ мия пардасининг йиртилиши ёки лабиринт ёриқларида пайдо бўлиши мумкин, бу ҳолда ҳам эшитишнинг кескин пасайиши ёки бутунлай йўқотилиши, юз нерви парези ёки фалажи, бош айланиши, кўнгил айнаиши, қусиш, мувозатни йўқотиш, қулоқларда шовқин кузатилади.

Қулоқдан қон аралаш — сероз ажралмалар оқиши ногора пардаси парацентезидан кейин, юқори жойлашган ва ногора бўшлиғига ботиб турган бўйинтуруқ венасининг пиёзчаси яраланиши натижасида ёки ўткир отит бошланишида спонтан перфорацияда кузатилади; 2—3 кун давом қилади. Қатор ҳолларда қулоқда радикал операция ўтказилгандан кейин жароҳатдан қон оқишини кузатиш мумкин.

Сурункали ёки узоққа чўзилган ўткир йирингли отитларда осонликча қонаб кетадиган грануляцияон полиплар ҳосил бўлиши мумкин. Ногора пардасининг перфорацияси (тешилиши) орқали силлиқ юзали тўққизил рангли тузилма (полип) аниқланади, у баъзан ташқи эшитув йўлини бекитиб қўяди; зондча теккизилганда полип қонаб кетади.

Сурункали йирингли отит замирида кечадиган ўрта қулоқ ва ташқи эшитув йўлининг хавфли ўсмаларида эшитув йўлини артиш одатда мўл қон оқишига сабаб бўлиб, у кўпинча қулоқни зич тампонада қилишга мажбур этади.

Қулоқ дифтерияси эшитув йўлида дифтеритик пардалар ҳосил бўлиши билан ўтади, улар тозалангандан сўнг қонаб турадиган юза қолади, деструктив



жараён натижасида ногора пардаси ва ўрта қулоқ элементлари бўлмаслиги ҳам мумкин.

Сиддан зарарланишда кўпинча қон оқиши куза – тилади, чунки деструктив жараён ногора пардасининг кўп сонли перфорациялари ҳосил бўлиши, ёқимсиз чириган ҳидли ажралмалар билан ўтади, сўргичсимон соҳада совуқ абсцесс типи бўйича суякусти пардаси устида йиринг тўпланиши рўй беради.

Бурундан ва бурун ёндош бўшлиқларидан қон оқишларга қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин:

Майяаллий сабаблар	Умумий сабаблар
<ul style="list-style-type: none"> <li>– атрофик ринит,</li> <li>– бурунни кавлаш,</li> <li>– Киссельбах чигаги,</li> <li>– буруннинг қонаб турган полипи,</li> <li>– бурун тўсиғи ангиофибромаси,</li> <li>– бурун – ҳалқумнинг усмирликдаги ангиофибромаси,</li> <li>– буруннинг хавфли ўсмаси,</li> <li>– бурун дифтерияси,</li> <li>– бурун сили,</li> <li>– бурун захми,</li> <li>– бурун шикасти,</li> <li>– бурун бўшлигидаги ёт жисмлар,</li> <li>– спонтан идиопатик қон оқишлар</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– қон касалликлари (анемия, лейкозлар, гемофилия, гипопротромбинемия, Верльгоф касалиги, лимфогранулематоз, геморрагик диатезлар, Раңдо – Ослер касалиги),</li> <li>– инфекцион касалликлар (грипп, скарлатина, қизамиқ, кўкўтал),</li> <li>– артериал гипертония,</li> <li>– калла скелети асоси синиши.</li> </ul>

Бурундан қон оқишлар юқори нафас йўлларида беихтиер қон оқишлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Бу буруннинг қон билан мўл таъминла – ниши, шиллиқ пардасининг хусусиятлари билан изоҳланади. Бироқ бурун ташқи тешикларидан ҳар қандай қон оқиши бурун қонаганидан далолат бера – вермайди. Бу қон оқиши бирмунча чуқур нафас йўллари, қизилўнгач ёки меъдадан бўлиши ҳам мум – кин. Айни вақтда болаларда ва заифлашган ёки беҳуш ҳолатда ётган беморларда бурундан қон оқишлар, агар

қон хоаналар орқали ҳалқумга оқиб тушиб ютила — диган бўлса ёки аспирацияда сезилмасдан қолиши мумкин.

Бурундан қон оқишларнинг маҳаллий сабаблари орасида буруннинг травматик шикастланишлари би — ринчи ўринда туради. Беморнинг бармоқлари сабабли келиб чиқадиган тирналиш ва лат ейиш, одатда ат — рофик ринитда (*rhinitis sicca anterior*) бурун даҳлизига зич ёпишган қалоқларни кавлаб чиқаришда ҳосил бўлган яра — чақа шикастлар қаторига киради. Бу — руннинг олдинги — пастки тўсиғи чеккасида ўзаро анастомозлар ҳосил қиладиган, бу томирлар девори юпқалашганда ва улар юза жойлашганда хатто оз — гина жисмоний зўриқиш натижасида ҳам бурундан қон оқиши мумкин. Қаттиқ йўтал, бурун қоқиш ва аксириш бурундан қон кетиш эҳтимолини кучайти — ради, бунга ўткир ва сурункали тумовлар, бурун тўсиғининг қийшайиши ва аденоидлар имкон беради.

Ёт жисмлар тушган пайтида шиллиқ пардани ши — кастлаши натижасида, шунингдек улар бурун бўшлиғида узоқ вақт қолиб кетганда бурун шиллиқ пардасининг давомли таъсирланишидан грануляци — ялар ҳосил қилиб қон оқишига сабаб бўлиши мумкин.

Бурун бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётлари де — ярли ҳамиша бурундан қон оқиши билан ўтади. Улар камдан — кам ҳолларда жуда мўл бўлиши ва бемор ҳаётига таҳдид солиши эҳтимол. Сил ёки захм таби — атли бурун шиллиқ пардасидаги ярага айланиб кетган инфильтратларда одатда қон кетиш мўл бўлмайди. Агар шиллиқ парда нуқсонлари яққол бўлиб, чуқур яралар ва юмшоқ грануляциялар ҳосил бўлиши билан ўтса, қон оқишлар мўл бўлиши мумкин.

Бурундан қон оқишлар — бурун бўшлиғининг баъзи хавфсиз ва хавфли ўсмаларининг тез учраб туради —

ган йўлдошидир. Бурун тўсигининг полипи ёки оёқча — си бурун — ҳалқумга осилиб турадиган хоана полипи қон оқишига айниқса кўп сабаб бўлади. Бурун бушлиғи кўполлик билан текширилганда ёки зондланганда папиллома, лимфома, ангиома ёки горсимон ангиома каби ва бошқа хавфсиз ўсмалар қон оқиши билан ўтиши мумкин. Тўқима ангиофибромаси бурун тўсигининг олдинги учдан бир қисмида, кўпроқ қиз болаларда ҳосил бўлади. Ўсма шакли юмалоқ, рангги қип — қизил кўкимтир тусда, консистенцияси юмшоқ, қон мўл оқади. Бурун — ҳалқумнинг ўсмирликдаги ангиофибромасида қон кетишларга алоҳида эътибор бериш лозим, у эркак жинсига мансуб 12 — 13 дан 25 — 26 ёшгача шахсларда ривожланади ва унинг катта — кичиклиги ҳамда қаерда жойлашганидан қатъи назар, анчагина қонаш билан ўтади. Қон оқиш тўсатдан, баъзан уйқу вақтида пайдо бўлади ва аксарият бу касалликнинг биринчи клиник белгиси ҳисобланади. Такрорий қон кетишлар иккиламчи анемияга олиб келади. Беморларнинг кўриниши ўзига хос: оғзи ярим очилган, юзи салқиган. Бурун орқали нафас олиши қийинлашган. Бурун — ҳалқум пайпасланганда ўсма — нинг юзаси силлиқ, қизил рангда, зич, бурун — ҳалқумни қисман ёки бутунлай тўлдириб турибди.

Хавфли ўсмалар аксарият бадбўй ҳидли қон аралаш табиатли бурун ажралмаларида қон борлиги билан ўтади. Мўл қон оқишлар камдан — кам бўлади, бироқ айниқса бурун бушлиғи саркомасида истисно бўлиши ҳам мумкин.

Томирлар системасида ва қон таркибида рўй берган ўзгаришлар сабабчи бўладиган бурундан қон кетишлар ҳам қатор ҳолларда учраб туради. Қон касалликларида (гемофилия, Верльгоф касаллиги, геморрагик тромбастения, геморрагик васкулит,

Рандю — Ослер касаллиги) бурундан қон кетиш энг жиддий белги ҳисобланади. Айниқса оилавий гемор — рагик ангиоматоз. Рандю — Ослер касаллигини айниқса қайд этиб ўтмоқ лозим, кўпроқ катта одамда бошланади ва 50—60 ёшларга бориб жуда оғирла — шади. Бурундан қон кетишлардан ўлим 10% беморларда юз беради. Артериал гипертонияда қон оқишлар аксарият такрорий бўлади, баъзан бу ка — салликнинг биринчи белгиларидир. Баъзи бир муаллифлар гипертония замиридаги мўл бўлмаган қон оқишларни гўё очиб қўйиладиган эҳтиёт клапанига ўхшаш организм томонидан артериал босимни “ўзини — ўзи бошқариши” деб ҳисоблашни таклиф қиладилар. Бурундан қон оқишлар қон ташувчи системада дим — ланиш ҳодисалари билан ўтадиган касалликларда ва ҳолатларда, масалан ҳомиладорликда, декомпенсаци — яланган юрак нуқсонда, ўпка эмфиземасида, жигар циррозида бўлади. Бош соҳасидаги бурундан қон оқиши билан ўтадиган димланиш ҳодисалари бўйин — даги ўсмаларда, тез — тез йўталишда (кўкйўталда) бўлади. Қон яратувчи аъзоларнинг касалликлари (лей — коз, гемобластоз) кўпинча бурундан қон кетиши билан ўтиши мумкин. Ич терлама ва қайталама тиф, грипп, скарлатина, чинчечак, безгак каби кўпгина ўткир ин — фекцион касалликлар организмнинг иссиқлаб кетиши ва томирларда юз берадиган ўзгаришлар оқибатида мўл қон кетишлар билан ўтиши ҳам мумкин.

Ўсмирлик ёшида ёки қизларда аменорея ёки ги — поменструал синдромда кўпинча викар (қўшилиб келадиган) деган ном олган қон кетишлар пайдо бўлади, улар келмаётган ҳайзлар ўрнига рўй беради ёки улар билан бирга учрайди.

Геморроидал веналар патологияси ҳам бурундан қон оқишларга туртки бўлиши мумкин. Кўпгина об — ҳаво

Омиллари (атмосфера босими, намлик ўзгариши, чанг — тўзон) айниқса учувчиларда, гаввосларда ва альпинистларда бурундан қон кетиши пайдо бўлишида катта аҳамият касб этади.

Бурундан қон кетишларнинг кўринишлари турли — туман бўлади. Айрим ҳолларда улар тўсатдан, ҳеч қандай сабабсиз, баъзан уйқуда бошланади. Бошқа ҳолларда беморлар продромал (даракчи) ҳодисаларни қайд этадилар: боши оғриydi, ланж бўлади, боши айланади ёки қулоқларида шовқин бўлади. Одатда қон оқиш манбаи буруннинг битта ярмида бўлади, лекин бурун — ҳалқумга оқиб тушаётган қон бошқа ярмидан оқиб тушиши мумкин. Қон асосан тоза, ёқип — қизил рангда. Қон оқиш баъзан ўз — ўзидан тўхтаydi, бироқ кўпинча узоқ вақтгача давом қилиб, беморни қон — сизлантиради, пульсини туширади, умумий беҳолликка олиб келади, ҳушдан кеткизади. Тез — тез такрорла — надиган мўл қон оқишлар иккиламчи камқонликка олиб желиши мумкин. Кўрпа — тўшак қилиб ётган ёки ҳушсиз ҳолатдаги беморларда қон йўқотилишининг жиддий — лигига баҳо бера олмаслик мумкин, чунки улар оқиб келаётган қонни қисман ютиб юборишлари мумкин ва қоннинг жуда оз қисмигина бурундан келади. Шунинг учун бурундан қон оқишининг ҳамма ҳолларида қон ҳалқумга оқиб тушмаётганига ишонч ҳосил бўлмагунча такроран фарингоскопия қилиш шарт.

Бурундан қон оқишлар бурун шиллиқ пардасининг жар қандай қисмларидан пайдо бўлиши эҳтимол, бироқ 30 — 96% ҳолларда улар бурун тўсиғининг олдинги — қуйи қисмидан бурун даҳлизи ички четидан тахминан 1 см беридан (Киссельбах зонаси) чиқади. Буруннинг қайси ярмидан қон оқаётганини аниқлаш учун беморнинг бошини олдинга бир оз энгаштирилади, бунда қон буруннинг қонаётган ярмидан кўпроқ ажралади.

Агар бурун тўсигининг олдинги бўлимида қон кетаётган жой аниқланмаса, эҳтиёткорлик билан вақтинча тампонада қилиб (водород пероксид ёки адреналин эритмасига ботирилган тампонлар) қон оқишини тўхтатиш ёки камайтириш зарур. Сўнгра тез, бироқ эҳтиётлик билан тампонларни чиқариб, бурун бўшлигининг чуқур бўлимларидан қонаётган жойни топишга ҳаракат қилинади.

Бурундан қон оқишларни даволаш ҳозирги қон оқишини турли усуллар билан тўхтатиш ва унинг пайдо бўлиш сабабини бартараф қилишдан иборат. Бурун қонашини тўхтатишнинг энг оддий усули – бармоқ билан бурун қанотини бурун тўсигига бошишдир. Агар бу кифоя қилмаса, бурун бўшлигининг олдинги бўлимига водород пероксид эритмасига ҳўлланган пахта ёки докани шарчасимон думалоқлаб 10–15 минутга киритилади. Кичик қон оқишлар шу тариқа осонликча тўхтайдди. Бундай чора наф бермаганда олдинги тампонада қилинади. Буруннинг орқа тампонадаси ва жарроҳлик усуллари (ташқи ва ички уйқу артерияси, галвирсимон ва ички жағ артериясини боғлаш, Саундерс бўйича дермопластика) қон тўхтатишнинг бошқа усуллари натижа бермаган ҳоллардагина қўлланилади.

Ҳалқумдан қон оқиш қуйидаги патологияда бўлиши мумкин:

- ўткир фарингит,
- ҳалқум дифтерияси,
- ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмалари,
- ярали – пардасимон ангина,
- паратонзилляр инфильтрат,
- ҳалқум орти абсцесси,
- ҳалқум шикасти,
- операциядан кейинги қон оқишлар.

Ҳалқумдан қон кетишлар бурундан қон оқишларга қараганда кам учрайди. Қон тупуриш манбаи ҳалқ — умнинг орқа девори, бодомча безлари (муртаги) соҳаси (орқа танглай ёйчаларининг варикоз веналари), кўпинча юзасида кўпгина варикоз кенгайган, тугун — симон веналар жойлашадиган тил муртаги соҳаси бўлиши мумкин. Ҳалқумдан қон оқишига кучли йўтал, кўп балғам ажратиш, айниқса қон касалликлари, юрак ва жигар касалликлари билан хасталанган шахслар — даги жисмоний зўриқиш сабаб бўлиши мумкин, шунингдек ҳалқумдаги шикастлар ва яра жараёнлари. Ўткир фарингитда қон оқиши кўпинча майда томирлардан бўлади, дифтерияда кулранг пардалар — ни қийинлик билан кўчиришдан кейин қонаб турадиган юза қолиши мумкин, ярали — пардасимон ангинада қонайдиган юза битта муртакнинг юқори қутбидан осон кўчадиган кулрангнамо — яшил караш йўқотилгандан кейин ҳосил бўлади. Сурункали кечадиган паратонзилляр инфилтрат ташқи уйқу артерияси ёки унинг тармоқларига, шунингдек ички уйқу артерияси ва бўйинтуруқ венага тарқалганда қон оқиши билан ўтиши мумкин. Операциядан кейинги қон оқишлар кўпинча аденотомия, тонзиллотомия ёки тонзиллэктомиядан кейин дастлабки соатлар ва кунларда, камроқ 1,5—2 ҳафта ўтгач бўлади.

Ҳалқумдан қон оқишлар учун йўталсиз ажраладиган шилимшиқ — қон аралаш балғам хос, айна вақтда ўпкадан қон кетишларда оч — қизил рангли қон кўпиксимон бўлади ва кўпинча йўталда ажралади. Ўпкадан кетган қон узоқ вақт ивимайди.

Ҳалқумдан қон оқиши қуйидаги патологияда бўлиши мумкин:

- ўткир ларингит,
- кўкйўтал,

- ҳиқилдоқ дифтерияси
- ҳиқилдоқ захми,
- ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмалари,
- ҳиқилдоқ ва тил илдизи веналарининг варикоз кенгайиши,
- ҳиқилдоқ шикастлари,
- қон касалликлари, операциядан кейинги қон оқишлар.

Ҳиқилдоқдан беихтиёр қон оқишлар кам кузатилади, грипда пайдо бўладиган ўткир геморрагик ларингитда аксарият балғамда оз—моз қон аралашиб келганини кузатиш мумкин. Ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг йиртилишларини ҳиқилдоқнинг бошқа яллиғланишларида, шунингдек товуш бойламларининг функционал шикасти натижасида (тўсатдан қичқириб юбориш, товуш бойламларининг ортиқча зўриқиши) кузатилиши мумкин. Баъзан ҳиқилдоқдан қон тупуриш ҳайз кўриш замирида ва ҳомиладорликда рўй беради. Ҳиқилдоқ ёки трахеядан қон оқиш манбалари қаторига шунингдек қариликда трахея ва ҳиқилдоқнинг кенгайган варикоз веналари ва юрак нуқсонлари, ўпка касалликлари, жигар циррози ва сурункали нефрити бўлган беморларни киритиш мумкин. Ташхис анамнез йиғишга (ҳиқилдоқнинг ўткир катарини) асосланади: тўсатдан товушни йўқотиш, бу унинг зўриқиш ва озроқ миқдорда тоза қон ажралиши билан боғлиқ. Ларингоскопия ёрдамида бундай ҳолларда қон оққан жой аниқланади (кўпроқ товуш бурмалари соҳасида).



ЛОР аъзолари томонидан патологик  
симптоматика билан ўтадиган турли хил ЛОР  
касалликларида дифференциал – ташхис  
белгилари, умумий амалиёт врачининг (УАВ)  
ташхиси ва тактикаси

Қулоқ кири (серная пробка): ташқи эшитув йўлида  
сера йиғилиши, эшитишнинг пасайиши аксарият эшитув  
йўлига сув тушгандан кейин юз беради; сера тиқини  
сарик, қўнғир ёки қора рангда, юзаси нотекис, конси –  
стенцияси говак (юмшоқ) ёки қаттиқ бўлиши мумкин.

Ташхиси:

– эшитишнинг кескин пасайганига шикоятлар,  
қулоқнинг битиб қолгандай бўлиши, баъзан қулоқда  
шовқин, аутофония;

– отоскопияда эшитув йўлида сарғимтир ёки тўқ –  
жигар рангли зич масса борлигини аниқлаш;

– эшитув йўлидаги ёт жисм билан солиштирма  
ташхис ўтказиш (кўпроқ нўхат, тугмача, писта, гугурт  
чўпи, пахта, баъзан жонли ёт жисмлар).

Ташхис асослангандан кейин УАВ тактикаси:

– перфорация бўлмаганда ва юмшоқ сера тиқини  
бўлганда ташқи эшитув йўлини Жане шприци ёрда –  
мида илиқ (37°C) сув ёки антисептик эритма (1:5000  
фурацилин, калий перманганат эритмаси) билан ювиш,  
оқимни эшитув йўлининг юқори – орқа девори бўйлаб,  
катталарда қулоқ супрасини орқага ва юқорига ва  
болаларда пастга чўзиб, айти вақтда тўғрилаган ҳолда  
йўналтирилади; ювишдан сўнг сув қолдиқларини ту –  
рундалар ёки ўйиқлари бўлган қулоқ зондига ўралган  
қуруқ пахта билан артилади, сўнгра ногора бўшли –  
гини назорат кўригидан ўтказилади;

– сера тиқини қаттиқ бўлганда уни юмшатиш учун  
тана ҳароратигача илитилган сода – глицерин эритмаси

ёки исталган стерилизация қилинган мой томчиларини қулоққа кунига 3 марта 10—15 минутга қўйилади, сўнгра эса бу тиқинларни ювиб чиқарилади.

Ташқи эшитув йўли чипқони: тунда, чайнашда, шунингдек қулоқ супачаси босилганда, қулоқ суп—раси чўзилганда кучаядиган оғриқ; регионар лимфа тугунларининг оғриши ва бир оз шиши. Отоскопияда: ташқи эшитув йўли торайган, эшитув йўлининг тоғай қисмида яллиғланган инфилтрат бор, йиринг миқ—дори кам, регионар лимфаденит.

Ташхиси:

— қулоқдаги оғриқдан ўзига хос шикоятлар бўли—ши, оғриқ айниқса супачаси босилганда, қулоқ супрасини чўзилганда ва чайнашда яққол бўлади, эши—тув йўли бўшлиғи кескин торайганда эшитиш пасаяди;

— анамнез йиғиш (пайдо бўлиш сони, қандли ди—абет борлиги);

— отоскопияда яллиғланиш инфилтратининг ко—нуссимон шаклини, ўзаги ажралгандан сўнг йиринг ажралиб чиқадиган чуқурчани аниқлаш;

— умумий қон анализи (ҚУА<sup>1</sup>), сийдик (СУА<sup>2</sup>), қан—да қон анализини тайинлаш;

— мастоидитда субпериостал абсцесс билан со—лиштира ташхис ўтказиш (супачасини босилганда оғриқ йўқ, эшитишда ўзгариш бор, рентгенограммада сўргичсимон ўсимта тузилишинининг ўзгариши).

УАВ тактикаси:

— маҳаллий даволаш — антисептиклар билан ишлов бериш (хлорофиллипт спиртли эритмаси, йод), ин—филтрация пайтида ва чипқонни кесиб очиб тозалангандан сўнг — физиомуолажалар; стафило—кокка сезгувчилигига асосланиб антибиотиклар,

---

<sup>1</sup> ҚУА — қон умумий анализи.

<sup>2</sup> СУА — сийдик умумий анализи.

масалан, ампициллин, амоксиклав, рокситромицин, цедекс; дезинтоксикацион ва иммунотерапия (кальций глюконат, А, В, С, Е гуруҳдаги витаминлар);

– даво муолажалар самарасизлиги ва бошланиб келаётган асоратларда ЛОР – стационарда даволаш – ни ташкил қилиш.

Ташқи отит: ташқи эшитув йўли деворларининг то – райиши, гиперемияси, диффуз инфильтрацияси; йиринг миқдори кўп эмас.

Ташхиси:

– қулоқда оғриққа шикоят борлигини аниқлаш, тана ҳароратининг ошиши;

– анамнез йиғишда соматик касалликларни аниқлаш (гиповитаминоз, аллергия, сил, диабет ва б.) ва касаллик сабабини аниқлаш;

– отоскопияда касаллик белгиларини аниқлаш (супачасини босилганда оғриқ, эшитув йўлининг диффуз гиперемияси, эпителий десквацияси, эшитув йўлининг торайиши);

– ҚУА, СУА ва қулоқдаги ажрамаларни микологик текширишни тайинлаш;

– мастоидит билан солиштира ташхис ўтказиш (қулоқ орқаси бурмасининг йўқлиги, қулоқ супрасига қўл теккизилганда оғриқ йўқлиги, рентгенологик текширишда – сўргичсимон ўсиқ тузилишининг бузилиши), отомикоз (ажралмаларни бактериомикологик текшириб ачитқисимон ёки могор замбуруғларини аниқлаш) билан солиштира ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин:

– ажралмалар бўлганда эшитув йўлини фурацилин (1:5000) билан чайиш тайинланади, сўнгра уни қунт билан қуритилади, қулоққа полидекс (полимиксин В + неомицин – дексаметазон) ёки отоф (рифампицин)

томчилари кунига 3 марта 5 томчидан кўпи билан 5 кун, қичишида — 1% ментол шафтоли мойида, 1—2% сариқ симоб малҳами, 2—3% ляпис эритмаси ёки 2% бриллиант кўкининг спиртдаги эритмаси буюрилади, преднизолон малҳами, гидрокортизон эмульсияси, устидан иситувчи компресс яхши фойда беради;

— физиотерапия (УВЧ — терапия ва УФО, лазер, терапия);

— яққол аллергия компонент бўлганда — десен — сибилзация қиладиган терапия (димедрол, супрастин, тавегил, кларитин, телфаст, зиртек ва б.);

— иммунитетни рағбатлантирадиган ва дезинток — сикацион терапия — иммуномодуляторлар (тимоген, Т — активин, иммуномодулин), поливитаминлар (дуо — вит, олиговит, триовит ва б.), мева шарбатлари ва наъматак қайнатмаси ичиш.

— ўтказилган даво муолажаларнинг самарасиз — лигида ЛОР мутахассиснинг маслаҳати.

Отмикоз: ташқи эшитув йўли бўшлиғи, кўпроқ суяк бўлимида торайиши мумкин, деворлари оч — пушти рангдан то тўқ — пушти ранггача, турли характердаги: оқиш — сариқ, творогсимон, шимадиган қоғоз кўринишида, қўнғир, оқ — қора рангли, шилим — шиқ ажралмалар бўлади.

Ташхиси:

— эшитув йўлларида қичишиш, дискомфорт (но — хуш сезги), эшитув йўли, қулоқ супрасининг механик таъсирга сезувчанлиги ошиши, унчалик кучли бўлма — ган оғриқ синдроми, қулоқларда шовқин, қулоқ битгандек бўлиши каби характерли шикоятларни аниқлаш;

— кўздан кечиришда касаллик белгиларини аниқ — лаш: эшитув йўли ўзгарган (торайиш, пардалар),

деворлари гиперамияси, ўзига хос ажралма (могор замбуруғларидан зарарланганда гунгурт – кулранг, ачитқи замбуруғларидан зарарланганда – оқ ушоқ – симон ва б.);

– касаллик бошланишини, келтириб чиқарган са – бабларни аниқлаш (антибиотиклар қўлланиш, шикастлар, қулоққа ҳар хил эритмалар қуйиш, ал – лергия, эндокрин касалликлар);

– ҚУЛ, СУА ва қулоқ ажралмаларини микологик текширишни тайинлаш;

– бошқа этиологияли ташқи ва ўрта отит билан солиштирма ташхис ўтказиш (микологик текшириш маълумотлари);

– УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР – мутахассида даволаниш.

Ташқи қулоқ экземаси: кучли қичишиш, тери қалин – лашган, пўст ташлаб туради; ташқи эшитув йўли тешиги атрофида пўстлоқчалар, тирналишлар, ёриқлар.

Ташхиси:

– терининг қичишиши, пилчираши, пўст ташла – ши, айниқса қулоқ супраси билан сўргичсимон ўсиқ орасидаги бурмалар соҳасида;

– анамнез йиғишда аллергик мойилликни аниқлаш;

– қулоқни кўздан кечиришда эшитув йўлида се – роз – йирингли ажралмалар ва пўстлоқчалар, гиперемия, ташқи эшитув йўлида, қулоқ супрасида, кўпинча эса яқин қўшни соҳаларда терининг оз – моз шиши, пилчираган юзада пўстлоқчаларнинг доимий қуриб туришини аниқлаш;

– ҚУА (эозинофилия);

– сарамасли яллиғланиш ва аллергик реакция билан солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР – мутахассисда дерматовенеролог ҳамкорлигида даволаш.

Қулоқ супраси перихондрити: бутун қулоқ супра — сида, қулоқ юмшоғидан ташқари, гиперемия, бир оз шиш ва оғриқ, қулоқ супрасининг турли соҳаларида флюктуация қиладиган тузилмалар пайпасланади.

Ташхиси:

— қулоқ супрасидаги бош ва бўйинга ўтадиган оғриққа (юмшоғидан ташқари) характерли шикоятларни аниқ — лаш, шишинқираш ва қизариш, ҳарорат кўтарилиши;

— касаллик бошланишини, сабабини (шикастла — ниш, ҳашарот чақиши, ташқи эшитув йўли чипқони) билиш;

— ташқи кўздан кечиришда қулоқ супрасининг кескин гиперемияси, қалин тортгани, инфильтраци — яси, деформацияси, пайпаслаганда оғриқ (юмшоғидан ташқари), регионар лимфаденитни аниқлаш;

— ҚУА (ЭЧТ<sup>1</sup>)ошиши, лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши) ва ОАМ тайинлаш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР — мутахассисида даволаниш.

Ташқи қулоқ сарамаси: бутун қулоқ супраси (юм — шоғи ҳам)нинг гиперемияси ва шиши; қулоқ супрасига қўл теккизилганда оғриқ кучаяди; қулоқ супрасининг ҳар хил қисмларида сероз ажралмали пуфакчалар бўлиши мумкин.

Ташхиси:

— қулоқ супрасининг қўл теккизилганда кучаядиган оғриққа хос шикоятларни, юқори ҳароратни аниқлаш;

— анамнез йиғишда касалликнинг қандай бош — ланганини суриштириш;

— объектив кўздан кечиришда ташқи қулоқнинг чегараланган гиперемияси, оз — моз шишгани ва тўқи — маларининг салқигани, сероз ажралмали пуфакчалар

---

<sup>2</sup> ЭЧТ — эритроцитларнинг чўкиш тезлиги.

ҳосил бўлиши, регионар лимфаденитни аниқлаш;

– қулоқ супраси хондроперихондрити (гиперемия ва инфильтрация қулоқ супраси чегарасидан ташқ – арига чиқмайди, қулоқ юмшоғи зарар кўрмайди), йирингли ўрта отит (қизиллик ва шишинқираш қулоқ ва сўргичсимон ўсиқ чегарасидан ташқарига чиқ – майди) билан солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси:

– антибиотикларни тавсия этиш (стрептококка сезгувчилигига асосланиб); витаминлар, кальций глю – конат, қулоқ супрасини антисептиклар билан маҳаллий ишлов бериш;

– ўтказилган даво муолажаларнинг самарасизли – гида ЛОР – мутахассис ва инфекционистларнинг маслаҳати.

Ўраб оладиган темирлатки (герпес – зостернинг қулоқ формаси): қулоқ супраси гиперемияси; қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли ва камроқ ногора пар – дасида кейинчалик пўстлоқчалар ҳосил қилиб ёриладиган бир – бири билан қўшилиб кетмайдиган майда пуфакчалар бўлади; асорати сифатида баъзин гоз нерви ёки эшитув нерви тармоғининг парези, уч шохли, тил – ҳалқум ва адашган нервлар камроқ ҳол – ларда зарарланади. Қулоқдаги кучли оғриқ тошмалар тошишидан олдин ёки тошаётган пайтда безовта қилади. Пуфакчалар 7 – 10 кун ўтгач ёрилади ва пўстлоқчалар ҳосил қилиб қуриydi, кейинчалик кўчиб тушади. Баъзан регионар лимфатик тугунлар катта – лашиши мумкин. Бодомча безларида, лунжлар, ҳалқум орқа девори шиллиқ пардасида ҳам шиллиқ парда сатҳидан кўтарилиб турмайдиган, шакли юмалоқ кўп сонли оқ карашлар ҳосил бўлиши мумкин. Касаллик кўпинча тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши билан ўтади.

Ташхиси:

— суриштиришда қулоқдаги оғриқдан шикоят бўлади;

— кўздан кечиришда қулоқ супраси, ташқи эши — тув йўли терисида ва камроқ ногора пардасида кейинчалик пўстлоқчалар ҳосил қилиб ёриладиган бир — бири билан туташмайдиган майда пуфакчалар борлиги маълум бўлади;

— қулоқда оғриқ ва юз нерви фалажи (Белл фа — лажи — юз нервнинг ишемик фалажи — пуфакчалар йўқ) билан ўтадиган бошқа касалликлар билан со — лиштирма ташхис ўтказилади.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг ЛОР — мутахассисда даволаниш.

Ўткир ўрта отит: ўткир оғриқ, ютишда, йўталганда кучаяди, диффуз гиперемия, ногора пардасини ин — фильтрацияси, таниш пунктларнинг текисланганлиги, ёруғлик рефлекси йўқолиши ёки нуқтасимон ёки ёриқсимон перфорация (тешилиш), ажралмалар ши — лимшиқ — йирингли мўл бўлиши мумкин, лўқиллаш (пульсация) билан, эшитишнинг пасайиши.

Ташхиси:

— қулоқда лўқиллайдиган табиатли қаттиқ оғриқларга шикоятларни аниқлаш, оғриқ тепа — чакка ёки энса соҳасига, баъзан тишларга ўтади, эшитиш пасаяди, қулоқда тўлиб кетганлик ва битиб қолган — лик сезгиси, қулоқда шовқин, аутофония, ҳарорат кўтарилиши, бош оғриши;

— касалликнинг бошланиши ва кечиши, бўлиб ўтган касалликларни ойдинлаштириш (ўткир ринит, ўткир аденоидит, респиратор — вирусли касалликлар, қизамиқ, скарлатина, грипп ва ҳ.к.);

— отоскопияда яллиғланиш жараёнининг босқичи — чига боғлиқ ҳолда ногора пардасининг ичига ботиш



белгиларини топиш (болгача дастаси ва ёруглик ко- нуси қисқариши) ёки кейинчалик унинг кескин гиперемияси ва инфильтрацияси, кескин бўртиб чиқиши, контурларининг тўлиқ текисланиши, теши — лиш эҳтимоли, баъзан турткисимон йиринг ажралиши (пульсациялайдиган ёруглик рефлекс);

— ҚУА (лейкоцитоз, СОЭ ошиши), СУА (баъзан оқсил, цилиндрлар, ўтиб кетадиган глюкозурия), кўрсатмалар бўйича сўргичсимон ўсиқлар рентгено- графияси (касалликнинг бошида ногора бўшлиғи тиниқлигининг пасайиши қайд этилади, бу кейин- чалик антрумга ва сўргичсимон ўсиқ ҳужайраларига ўтиши мумкин — асоратланишига шубҳа);

— Камертонал текширишда Вебер тажрибасида товушнинг касал қулоқ томонга латерализацияси, Ринне тажрибаси патология томонида манфий, ҳаво орқали ўтказувчанликнинг қисқариши;

— Ўткир ташқи очипқон кесилгандагина оқиши мумкин, отоскопия маълумотлари), ўткир сальпин- гоитит (яққол яллиғланиш белгилари бўлмагани ҳолда ногора пардасининг ичига ботганлиги), сурункали йи- рингли ўрта отитнинг авж олиши (касалликнинг авж олиш давлари билан узоқ давом қилиши, ногора пар- даси перфорацияси, унинг ўлчамлари, четлари, ногора пардасининг кўриниши) билан солиштирма ташхис ўтказиш.

Ташхис асослангандан кейин УАВ тактикаси:

— ўрин — кўрпа қилиб ётишни тайинлаш;

— 5—7 кунгача антибиотикотерапия (аугментин ёки рулид, цедекс, цефазолин, амоксиклав, таваник);

— яллиғланишга қарши, оғриқ қолдирувчи, шишга қарши ва иситмани туширадиган терапия (солпадеин, парацетамол, кодпрекс, нурафен);

— бурунга томир торайтирувчи, битирувчи (мўл

назал секрецияда) томчилар касал қулоқ томонга 5 томчидан кунига 4–5 марта бемор бошини орқага ташлаттириб, сўнгра препаратнинг эшитув найининг ҳалқум оғизчасига етиши учун бошни касал томонга буриб томизилади (отривин, нафтизин, галазолин, колларгол, протаргол ва б.);

– перфорация босқичига қадар Цитович усулида эндоаурал микрокомпресс қўйиш: ташқи эшитув йўлига осмотолга (70% этил спирти билан глицерин тенг улушларда олинган, таркибнинг 2%гача резорцин қўшилган аралашма) ҳўлланган дока ёки пахта турунда киритилади, устидан вазелин мойи шимдирилган пахта билан 24 соатга тўлдирилади – дегидратловчи, иситувчи ва оғриқ қолдирувчи таъсир кўрсатади ёки 6 соатга оддий қулоқорти компресси (ярми спирт, ароқдан) қўйилади, физиодалолаш (жағ орқаси соҳасига УВЧ–терапия ва ҳалқумнинг орқа деворига тубус – кварц);

– перфорация босқичида дори воситаларини транстимпанал юбориш: кристалланиш хоссаси бўлмаган ва ототоксик эффект бермайдиган таъсир доираси кенг антибиотиклар (цефалоспоринлар, аугментин), димексид 30% ёки 50% эритмада (кучли антимиқроб, анестезияловчи ва регенерация таъсирига эга, кортикостероид ва антибиотиклар билан яхши қўшилади), уни 2 мл миқдорда илиқ ҳолда эшитув йўлига қўйилади ва супачани бармоқ билан такро – ран босиш билан 5–10 с ичида ичкарига юборилади, бунда бемор кўпинча оғзида дори таъми пайдо бўлганини айтади;

– дезинтоксикацион, иммунитетни қувватлайдиган терапия – иммуномодуляторлар (тимоген, тималин, т – активин, иммуномодулин) ва витаминлар билан да – волаш (поливитаминлар – дуовит, олиговит, триовит

ва б.), линекс, шарбатлар, наъматак дамламасини ичиш;

– бошланиб келаётган асоратларни (мастоидит, ла – биринтит, калла суяги ичидаги отоген асоратлар ва б.) ва беморни ЛОР – стационарга даволаниш учун юбориш.

Дифтериядаги отит: қулоқ камдан – кам зарарла – нади. Қулоқ супрасида ва ташқи эшитув йўлида кўчирилиши қийин бўлган пардалар аниқланади. Ўрта қулоқ зарарланганда сероз ёки сероз – қонсимон аж – ралмалар қайд қилинади. Бир неча кун мобайнида ногора бўшлигининг яхлит нуқсони пайдо бўлади.

Ташхиси:

– эпидемиологик шароитни ҳисобга олиш зарур – лиги (бемор ёки реконвалесцент билан контактни);

– отоскопияда эшитув йўли терисида ва ногора пардасида ва камроқ перфорация бўлган ногора бўшлигида фибриноз пардалар аниқланади;

– қулоқ ажралмалари ва пардаларини бактерио – логик текширишдан ўтказиш (материални чўп ёки зангламайдиган материалдан тайёрланган ингичка таёқча учига ўралган стерил қуруқ пахта тампонлар ёрдамида олинади: қулоқдан ажралмалар ва парда – лар айланма ҳаракатлар билан олиниб, 2 – 3 соат ичида лабораторияга етказилади).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин бе – морни инфекциян бўлимга ЛОР – мутахассис консултацияси остида специфик даволаш ўтказиш учун шошилишч госпитализация қилинади.

Скарлатинадаги отит: скарлатинада қулоқ зарар – ланиши, одатда, икки томонлама бўлади. қулоқларда қаттиқ оғриқ, ўзига хос гангрена ҳидли йиринг оқиши, ногора пардасининг парчаланиши қайд қилинади. Ногора пардаси унинг емирилишига қадар катта те –

шилган; перфорация бир неча кун ичида пайдо бўлиши мумкин. қулоқдан чиқаётган ажралмада қон юқлари, суяк секвестрлари ва ҳатто кариоз ўзгарган суяклар ҳам бўлиши мумкин. Латент мастоидит ривожланиши эҳтимол, бу иситма ҳолатига сабабчи бўлиб хизмат қилади. Кўпинча скарлатинадаги отит сурункали отитга айланади.

Ташхиси:

– эпидемиологик шароитни ҳисобга олиш зарур – лиги (бемор ёки реконвалесцент билан контактни);

– кўздан кечиринида кўкрак, қоринда, қўлларнинг букиладиган юзаларида, сонларнинг ички юзасида майда нуқтасимон тошмалар аниқланади, улар бу – рун – лаб учбурчаги соҳасида бўлмайди, Бўйин лимфаденити, сўнгра касалликнинг 2 – ҳафтасида тошмалар терида пўст ташлаш билан алмашинади; танада пўст ташлаш кепаксимон, оёқ – қўлларнинг бармоқларида – пластинкасимон;

– қулоқларда кучли оғриқдан шикоятларни аниқлаш;

– отоскопияда ногора пардасининг кенг перфо – рацияси билан кўпинча икки томонлама зарарланиши, гангренасимон ҳидли йиринг;

– стомофарингоскопияда “тил малинасимон” то – моқнинг ёрқин гиперемияси (“алангаланиб турган томоқ”) ва ангина борлиги – катарал, фолликуляр, ла – кунар ёки некротик ангина;

– ҚУА (лейкоцитоз нейтрофилёз ва чапга ядроли силжиш билан, ЭЧТ (СОЭ) тезлашиши, 3 – кундан бошлаб – эозинофилия);

– Дик реакцияси ўтказиш (0,1 мл Дик токсини тери орасига юборилади – тери гиперемияси ва инфилт – рацияси касалликка берилувчанликдан далолат беради).

Даволаш тактикаси: ташхис асослангандан сўнг инфекцион бўлимда ЛОР – мутахассис консулгаци –

яси остида даволашни ташкил қилиш.

Қулоқ сили: қулоқнинг зарарлангани ногора бўшлиғидан ўткир чиринди ҳидли оз – моз ажралмалар чиқишидан билинади. Жараён оғриқсиз бошланади. Ногора пардасининг кўп сонли перфорациялари бўлади, улар кейинчалик туташади ва унинг тўлиқ емирилишига олиб келади. Жараён яна ривожланганда сўргичсимон соҳада йиринг суяк усти пардаси остида йиғилиши мумкин.

Ташхиси:

– анамнез йиғишда организмда сил инфекцияси ўчоқлари борлигини ва қулоқда бошланишда оғримайдиган узоқ кечадиган ялиғланиш жараёнини топиш;

– отоскопияда кўпинча кўп сонли перфорациялар аниқланади, кейинчалик улар бир – бирига қўшилиб кетади ва ногора пардасининг тез парчаланишига олиб келади, қулоқдан чиринди ҳидли ажралмалар кам миқдорда ажралади; сўргичсимон ўсиқ зарарланганда, айниқса болаларда пўстлоқ қатламнинг емирилиши ва совуқ абсцесс типидagi суяк усти пардаси остида йиринг йиғилиши мумкин;

– жараён оғир кечганда тарқалган суяк кариеси, секвестрлар ҳосил бўлиши кузатилади, улар рентгенда осон аниқланади ва юз нерви парези ва фалажи симптомлари топилади;

– ҚУА, СУА кўкрак қафаси рентгенографияси, Манту синамаларини тайинлаш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг фтизиатрда ЛОР – мутахассис билан ҳамкорликда специфик даволаш ўтказиш.

Қулоқ захми: ички қулоқнинг туғма захми 6 – 8 дан 16 – 20 ёшгача, баъзан бундан катта ёшда юзага чиқади; Гетчинсон симптомлари триадаси: тишларнинг ўзига хос шакли, паренхиматоз кератит, VIII нерв

кохлеар тармоғи неврити. Одатда икки томонлама оғир — қулоқлик (аввалига битта қулоқ касалланади), ногора парда бутун бўлгани ҳолда мусбат фистул симптоми (Амбер симптоми): ташқи эшитув йўлидаги босим ошиши билан компрессия қарама — қарши қулоқ томонга йўналган нистагмни юзага келтиради, эшитув йўлида ҳаво сийраклашганда нистагм текшириляётган қулоқ томонга йўналган бўлади. Орттирилган захмда розеола ва папула ташқи эшитув йўлида топилиши мумкин.

Ташхиси:

— анамнез йиғишда захмли бемор билан контактни ёки беморнинг ўзида захм борлигини аниқлаш;

— сўзлашув, шивирлаш нутқини текшириш, камертонал текшириш, аудиометрия (суяк ўтказувчанлигининг бирданига қисқариши ёки йўқотилиши билан тўсатдан қар бўлиб қолиш);

— захм инфекциясининг бошқа белгилари борлиги;

— мусбат серологик реакцияларни аниқлаш;

— мусбат Амбер симптомлари ва Гетчинсон триадаси.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин венерологда специфик даволаниш.

Қуруқ перфоратив отит: турли шаклдаги перфорация, ногора пардаси қолдиқлари ямоқли ўзгарган, кулранг, патологик ажралмалар йўқ.

Ташхиси:

— анамнез йиғишда 6 ойдан кўп муддат ичида яллиғланиш жараёнининг қўзиши ва қулоқда йиринг оқиши бўлмаганлигини аниқлаш;

— отоскопияда яллиғланиш белгилари йўқлиги ва ҳар хил шаклдаги перфорациялар, ногора пардасининг ямоқли ўзгарган кулранг қолдиқлари борлигини қайд қилиш;

— евстахий найи функциясини текшириш, аудиограммани ёзиб олиш;

– ҚУА, СУА, чакка суякларини рентгенологик текширишни тайинлаш (улардаги яширин деструктив жараённи истисно қилиш учун).

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– узоқ вақтгача (бир йилдан ортиқ) қўзиш куза – тилмаганда ва рентгенограммаларда деструктив ўзгаришларнинг белгилари бўлмаганда ва қулай маҳаллий шароитларда (эшитув найининг нормал функцияси ва б.) беморни ЛОР – стационарда ногора пардаси перфорациясини пластик бекитиш (мирин – голастика) ўтказиш учун тайёрлаш.

Сурункали йирингли ўрта отит: қулоқдан узоқ вақтгача йиринг оқади; турли шаклдаги (овал, думалоқ, я римойсимон, буйраксимон) ва турлича жойлашган ногора пардасининг тургун перфорацияси; ногора пардасининг яхлит нуқсони бўлиши мумкин.

Ташхиси:

– қулоқдан вақти – вақтида йиринг оқиши, эшитишнинг пасайиши, бош оғришига шикоятларни аниқлаш;

– касалликнинг қанча давом қилганлиги, авж олишлар сони, илгари ўтказилган даволаш характери аниқлаш;

– отитнинг сурункали кечишига сабаб бўлган касалликларни (рахит, экссудатив диатез, қон касалликлари, специфик ва носпецифик инфекциялар, юқори нафас йўллари патологияси – аденоидит, гипертрофик ринит, сурункали синусит, бурун тўсиғининг қийшайиши ва ҳ.к.) аниқлаш;

– отоскопия: мезотимпанитда – ногора пардасининг тортилган (таранг) қисмида суяк ҳалқасигача етмай – дмиган барқарор марказий перфорация, аксарият шилимшиқ – йирингли, асосан ҳидсиз ажралма, ногора бўшлиғининг қалинлашган шилиқ пардаси; эптитим –

панитда – ногора бўшлигининг бўшашган шрапнел қисмидаги перфорация суяк ҳалқасигача етади, ши – лимшиқ – йирингли ҳидли ажралмалар, холестеатомали тангачалар; қатор ҳолларда грануляциялар, полиплар ва уларнинг биргаликда учраши; мезоэпитимпанитда – но – гора пардасининг субтотал ва тотал (яхлит) нуқсони;

– қуйидаги текширишлар буюрилади: ҚУА, чакка суякларининг Майер, Шюллер ёки Шумский про – екцияларидаги рентгенографияси; мезотимпанитда суяк тўқимаси зарар кўрмаган, сўргичсимон ўсиқда унинг склерози (эбурнация) қайд қилиниши мумкин, эптитимпанитда Шюллер (қийшиқ проекция) ва Майер (бўйлама проекция) усулидаги рентгенограммаларда ногора бўшлиги, антрум, эшитув суякчаларининг де – струкцияси ва кариоз ўзгариши, баъзан секвестрлар аниқланади, КТ, эшитув найи ўтказувчанлигини тек – шириш, эшитишни: шивирлаш ва сўзлашув нутқини, камертонал ва аудиометрик (товуш ўтказишнинг бу – зилиши) текшириш;

– ўткир ўрта отит (анамнези, отоскопик манза – раси), ташқи отит (супачани босиб кўрилганда ёки қулоқ супрасидан тортилганда огриқ йўқлиги) билан солиштирма ташхис.

Ташхис асослангандан кейин УАВ тактикаси: су – рункали йирингли ўрта отит (мезотимпанит)нинг асоратланмаган турини даволаш:

– ремиссия даврида ВДП (ЮНЙ<sup>1</sup>) ни санация қилиш (сабабчи бўладиган касалликларни жарроҳ – лик йўли билан даволашга тайёрлаш: аденоидлар, бурун тўсиги қийшайиши, бурун полиплари ва б.);

– қўзишида этиологиясини ва антимикроб воси – таларга сезувчанлигини аниқлаш мақсадида қулоқ ажралмаларидан олиш;

---

<sup>1</sup> ЮНЙ – юқори нафас йуллари.



– қулоқни 3% водород сульфид, фурацилин эрит – маси (1:5000) ёки 3% борат кислота эритмаси билан ҳар куни санация қилиш, обдон қуритиш ва дори во – ситаларини эндоурал транстимпанал юбориш: ташқи эшитув йўлига 1,5–2 мл дори қўйилади, сўнгра қулоқ супачасини эшитув йўли даҳлизига бармоқ билан бо – силади ва уни пича босиб ва қўйиб юбориб, 10–15 с ичида юборилади, оғизда эритма таъмини сезиш до – рининг ўрта қулоқдан эшитув найи орқали оғиз бўшлиғича тушганини кўрсатади; микроблар 0,1% хи – нозол, 70 (90) % димексид, отофа ва бактериологик текшириш натижаларини ҳисобга олган ҳолда анти – биотикларга юқори сезувчандир;

– қўзиш даврида ажралмаларни бактериологик текшириш натижаларини ҳисобга олган ҳолда уму – мий интоксикация ҳодисаларида антибиотиклар билан даволаш;

– физиотерапия – грануляциялар, полиплар бўлма – ганда ва йирингни санация қилишдан кейин (тубус орқали УФ – нурлантириш, қулоқ соҳасига УВЧ);

– иммунитетни рағбатлантирадиган ва умуман қувватни оширадиган терапия – иммуномодулятор – лар (тималин, тимоин, т – активин, иммуномодулин) ва поливитаминлар (дуовит, олиговит, триовит ва б.);

– эпитимпанитда ўтказилаётган консерватив да – волашдан натижа бўлмаса, полиплар, грануляциялар бўлса, чакка суяги кариеси ва холестеатомаси, мас – тоидит, лабиринтит, синустромбоз кўринишда отоген асоратлар юзага келса, беморни ЛОР – бўлимига ЛОР – мутахассисда даволаниш учун госпитализация қилишни ташкил этиш зарур;

– узоқ вақтгача (бир йилдан ортиқ) қўзиш бўлма – ганда, рентгенограммаларда деструктив ўзгаришларнинг белгилари бўлмаганда ва қулай маҳаллий шароитларда

(эшитув найининг нормал функцияси ва б.) ЛОР — стационарда беморни ногора парда перфорациясини пластик бекитишни ўтказиш (мирингопластика) учун тайёрлаш.

Евстахиит: қулоқда симиллаган оғриқлар, қулоқ — ларнинг битиб қолгандек бўлиши, аутофония; ногора пардаси ичига тортилган, рангги ўзгармаган, болга — чанинг қисқа ўсиғи олдинга бўртиб чиққан, болгача дастаси калталашгандек туюлади.

Ташхиси:

— эшитишнинг барқарор ёки авж олиб борадиган пасайишига хос шикоятлар, баъзан қулоқларда шо — вқин, камроқ — бош айланиши, аутофонияни аниқлаш;

— шамоллаш касалликлари борлиги ва тез — тез бўлиб туриши, беморда аллергик реакциялар бор — лигини аниқлаш;

— касалликнинг қачондан буён борлиги, шикоят — ларнинг пайдо бўлган вақти, қайталаниш сони, илгари ўтказилган даволашни аниқлаштириш;

— анамнезда тубоотит кечиши ва қўзишига сабаб бўлган касалликларни аниқлаш (рахит, экссудатив диатез, юқори нафас йўллари патологияси — адено — идит, гипертрофик ринит, сурункали танзиллит, бурун тўсиғининг қийшайиши);

— отоскопияда тортмасимон, ичига ботган, оҳакли қатламлари бўлган, хира, қалин тортган ёки атро — фияга учраган ногора пардаси топилиши;

— ҚУА ва СУА тайинлаш, бурун — ҳалқумни эн — доскопик текшириш, бурун ёндош бўшлиқлари, чакка суякларини текшириш;

— Зигле воронкаси ёрдамида ногора пардасининг ҳаракатчанлигини аниқлаш;

— бурун — ҳалқумни бармоқ билан текширишни ўтказиш;

– шивирлаш ва сўзлашув нутқини текшириш, ка – мертонал текшириш, аудиометрия.

УАВ тактикаси: ташхис асосланган кейин ЛОР – мутахассисда даволанишни ташкил қилиш.

Тубоотит: перфорация олдинги – пастки квадран – тда жойлашган; мўл шилимшиқ ажралади, аутофония, қулоқда суюқлик қуйилгандай сезги, ногора парда – сининг ичига тортилиши, болғача дастаси ва ёруғлик рефлекси қисқариши; болғачанинг калта ўсиғи кес – кин олдинга чиқиб туради.

Ташхиси:

– эшитишнинг барқарор ёки авж олиб борадиган пасайишига хос шикоятларни аниқлаш, баъзан қулоқларда шовқин, камроқ – бош айланиши ва аутофония;

– шамоллаш касалликлари борлиги ва сонини, ал – лергик реакцияларни аниқлаш;

– касалликнинг қанча давом қилгани, шикоятлар пайдо бўлиш вақти, қайталанишлар сони, илгари ўтказилган даволашни аниқлаштириш;

– анамнезда отитнинг кечиши ва қўзишига сабаб бўлган касалликларни (болаларда рахит, экссудатив диатез, юқори нафас йўллари патологияси – аденои – дит, гипертрофик ринит, сурункали тонзиллит, бурун тўсиғининг қийшайиши) аниқлаш;

– отоскопияда тортмасимон тасвири ва олдин – ги – пастки квадрантда жойлашган перфорацияли, хира, қалинлашган ногора пардасини топиш; ўрта қулоқ бўшлиғидан мўл шилимшиқ ажралиши;

– ҚУА, СУА тайинлаш, бурун – ҳалқумни эндос – копик текшириш, бурун ёндош бўшлиқлари, чакка суяқларини рентгенологик текшириш;

– шивирлаш ва сўзлашув нутқини текшириш, ка – мертонал текшириш, аудиометрия.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Секретор ўрта отит: қулоқда тўлиқлик ва шовқин сезгиси, аутофония, бош эгилганда қулоқда суюқлик қуйилгандай бўлиши; ногора пардаси хира, қалин – лашган, камҳаракат.

Адгезив ўрта отит: тортмасимон тасвири, ичига ботган, оҳақ қатламлари бўлган қалинлашган ногора пардаси, ногора пардасининг ҳаракатсизлиги.

Ташхиси:

– эшитишнинг барқарор ёки авжланиб борадиган пасайишига хос шикоятларни аниқлаш, баъзан қулоқ – ларда шовқин, камроқ – бош айланиши, аутофония;

– шамоллаш касалликлари, аллергия реакциялар бор – йўқлигини ва сонини аниқлаш;

– касаллик қанча вақт давом қилгани, шикоятлар пайдо бўлган вақти, қайталанишлар сони, илгари ўтказилган даволашни аниқлаштириш;

– анамнезда отитнинг кечиши ва қўзишига сабаб бўлган касалликларни (рахит, турли аъзолар ва систе – маларнинг сурункали касалликлари замирида турли хил иммун танқисликлар, юқори нафас йўларининг па – тологияси – аденоидит, гипертрофик ринит, сурункали тонзиллит, бурун тўсигининг қийшайиши) аниқлаш;

– отоскопияда хира, қалин ёки атрофияга учраган ногора пардаси топилиши, у тортмасимон тасвири, ичига ботган, оҳақли қатламлари (адгезив отитда), эк – ссудатив отитда сарғимтир, жигар ранг, бинафша ранг, кўк рангли экссудат характериға кўра қалинлашган хира ногора пардаси;

– ҚУА, СУА тайинлаш, экссудатни эозинофили – яга текшириш, бурун – ҳалқумни эндоскопик текшириш, бурун ёндош бўшлиқлари, чакка суяк – ларини рентгенологик текшириш;

— Зигле воронкаси ёрдамида ногора пардаси ҳара — катчанлигини аниқлаш (адгезив отитда), бурун — ҳалқумни бармоқ билан текшириш ўтказиш, камер — тонал текшириш, аудиометрия, шивирлаш ва сўзлашув нутқини текшириш;

— иккала патология ўртасида солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР — мутахассисда даволаниш.

Мастойдит: беихтиёр огриқлар, сўргичсимон ўсиқ учини босилганда кучаяди, сўргичсимон ўсиқда пуль — сация сезиш; эшитув йўлида мўл йирингли ажралма, ногора пардаси қип — қизил рангда, унинг юқори — орқа квадранти бўртган, эшитув йўли юқори — орқа девори осилиб қолган, қулоқ супраси орти тери бур — маси текислашган (расм 11).

Ташхиси:

— тана ҳарорати кўтарилиши, қулоқ соҳасида огриқ, қулоқ ичкарасида пульсация сезилиши, қулоқорти соҳасида огриқли шишинқираш, қулоқдан йиринг оқиши купайиши, эшитишнинг пасайишига шикоятларни аниқлаш;

— суриштиришда қулоқда яллиғланиш касаллик — лари, йиринг оқиши борлиги, шикоятлар пайдо бўлган вақтни, илгари ўтказилган даволашни аниқлаш;

— ташқи кўздан кечиришда сўргичсимон ўсиқ со — ҳасидаги тўқималарнинг пича хамирсимон шиши борлиги, кўрсатиб ўтилган соҳанинг огриши, қулоқ супраси ёпишган жойда тери бурмасининг текис — лашгани аниқланади;

— отоскопияда ташқи эшитув йўли суяк қисми орқа — юқори девори юмшоқ тўқималарининг осилиб тургани ҳисобига эшитув йўлинининг торайиши, ги — перемияланган ногора пардасини, унинг

перфорациясини, профуз “қаймоқсимон” йиринг оқишини аниқлаш, у тозалангандан сўнг бирданига эшитув йўлининг тўлиб қолиши (резервуар симпто — ми) аниқлаш;

— ҚУА тайинлаш (ўртача лейкоцитоз, формула — нинг чапга сурилиши), чакка суяги рентгенографияси (антрум ва сўргичсимон ўсиқ тиниқлигининг пасай — иб, кейин бутун сўргичсимон ўсиқнинг гомоген қорайиши, уясимон тўсиқларнинг тўлиқ йўқолиши — гача юпқалашиши, антрум бўшлиғининг катталашиши ва деконфигурацияси, пирамида остеопорози), қулоқ ажрамаларини (флора) текшириш, аудиометрик тек — шириш; ташқи эшитув йўли чипқони (супачани босганда ва чайнашда оғриқ, қулоқ супраси орқасида кўпроқ шиш борлиги, қулоқ бурмаси яхши ифода — ланган, эшитув йўли тоғай бўлимида тораёган), қулоқорти лимфатик тугунлари яллиғланиши билан (тугунлар пайпасланганда оғриқ, нормал отоскопик манзара) солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР — стационарга госпитализация қилиш.

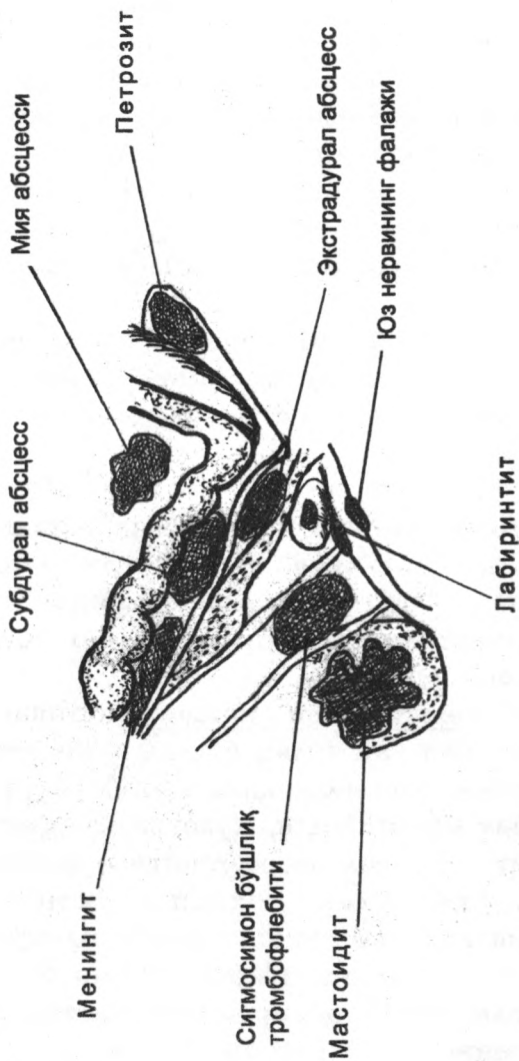
Урта қулоқ шикасти: ногора пардаси гиперемияси, унинг бағрига қон қуйилиши; йиртилишларнинг шакли ва жойлашуви турли — туман.

Ногора пардаси йиртилиши: қулоқда шовқин, кес — кин оғриқ, ногора пардаси гиперемияси билан унинг бағрига қон қуйилиши. Контузия: тўлиқ икки томон — лама карлик, аксарият гунглик билан, қулоқлар томонидан морфологик ўзгаришлар йўқ; яққол веге — татив бузилишлар. Думалоқ дарча мембранасининг йиртилиши: ортиқча жисмоний зўриқишда ёки босиб кескин ўзгарганда рўй бериши мумкин.

Ташхиси:

— думалоқ дарча йиртилганда қулоқда оғриқ,

## ЎРТА ОТИТ АСОРАТЛАРИ



Расм 11.

қулоқдан қон оқиши, эшитиш пасайиши, эшитмас — лик ва контузияда гапириш мумкин эмаслиги ва кучли оғриқ, қулоқда шовқин ва бош айланиши;

— анамнез йиғишда думалоқ дарча йиртилганда шикаст табиатини (лат ейиш, куйиш, яраланиш ва б.) аниқлаш, контузияда бош мия шикастидан кейин ва жисмоний зўриқишдан ёки босим кескин ўзгарган — дан сўнг шикоятлар пайдо бўлиши;

— кўздан кечиришда турли хил вегетатив бузи — лишларни: қусиш, ҳаракатли қўзғолиш ёки аксинча тормозланиш, арефлексия, нистагм борлигини аниқ — лаш ва ҳ.к.

— отоскопияда шикастловчи омил, шикастланиш табиати, шикастланиш чуқурлиги, жойи ва ўлчамла — рига боғлиқ ҳолда ўрта қулоқ шикастланишини аниқлаш;

— чакка суяклари синганига шубҳа бўлганда чакка суякларининг рентгенографиясини тайинлаш.

Даволаш тактикаси: ташхис асослангандан сўнг стационарда ЛОР — мутахассис томонидан травматолог ва невропатолог ҳамкорлигида шошилиш ёрдам кўрсатиш.

Калла скелети асоси синиши: эшитишнинг кескин пасайиши ёки уни тўлиқ йўқотиш, юз нерви парези ёки фалажи, бош айланиши, кўнгил беҳузур бўлиши, мувозанат йўқотилиши, қулоқда шовқин, кўзойнак симптоми — кўз косаси клетчаткаси яқинида қонта — лашлар; қовоқлар соҳасида, конъюнктивада қонталашлар; агар синиш чизиги галвирсимон суяк орқали ҳид билишни йўқотиш билан ўтса, бурундан қон оқади, яъни галвирсимон пластинка соҳасида шикастланиш рўй бериб, ҳид билиш зонасидаги шил — лик парда йиртилади ва ҳидлов нерви ўзаги шикастланади.



Ташхиси:

— эшитишнинг кескин пасайиши ёки тўлиқ йўқолишига, қулоқда шовқин, кўнгил айнаши, қусиш, бош айланиши, мувозанат йўқотилишига шикоятларни аниқлаш;

— анамнез йиғишда бош шикасти борлиги ва табиати аниқлаш; кўздан кечирилганда юз нерви парези ёки фалажи белгиларини, кўзойнак симптоми

— кўз косаси клетчаткаси яқинида қонталашларни аниқлаш; қовоқлар соҳасида, конъюнктивада қонтоғашлар; агар синиш чизиги галвирсимон суяк орқали ўтганда бурундан қон кетиши мумкин;

— чакка суяклари, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари проекциясида рентгенография, КТ ёки ЯМР тайинлаш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг нейророжарроҳлик бўлимига зудлик билан жойлаштириш.

Қулоқолди беzi сиаладенити ва абсцесси: ташқи эшитув йўли олдинги деворида, узунлиги бўйича ўрта — сида оқма яра; қулоқолди беzi соҳасини босилганда оқма йўлидан йиринг ажралади; йиринг миқдори ўртача.

Ташхиси:

— ютишда ва қулоқолди беzi проекциясида оғриқдан шикоятлар, беҳоллик, ҳарорат кўтарилиши;

— қулоқолди беzi пайпасланганда оғриқ;

— отоскопияда ташқи эшитув йўли олдинги девори ўртасида оқма борлиги, қулоқолди беzi соҳасини босилганда озроқ миқдорда йиринг чиқиши, ногора пардаси алоҳида ўзгаришларсиз;

— ҚУА тайинлаш (лейкоцитоз, СОЭ ошиши);

— Ташқи эшитув йўли чипқони, ташқи диффуз отит билан солиштирма ташхис ўтказиш.

Даволаш тактикаси: ташхис асослангандан сўнг

жарроҳ — стоматологда даволаниш.

*Қулоқнинг хавfli ўсмалари:*

Ташхиси:

— қулоқ супраси ёки эшитув йўли соҳасида ўсма борлигидан, эшитишнинг пасайиши, қулоқдан вақ — ти — вақтида қон оқишидан шикоятларни аниқлаш;

— даволашдан олдин касалликнинг қанча вақт да — вом этганлигини аниқлаш;

— қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли ва ноғора пардаси кўздан кечирилганда қўл теккизилганда қонайдиган ёки силлиқ ёки ярага айланган сатҳида қизил ранг ҳосил бўладиган эгри — бугри, кўкимтир рангли ўсма топилиши;

— чакка суяклари рентгенографияси, эшитишни камертнал ва аудиометрик текшириш, вестибуло — метрия ва биопсия тайинлаш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР — онкологда жарроҳлик амалиёти билан даволашга тайёргарлик.

Отосклероз: эшитишнинг ҳаво ўтказувчанлиги — нинг бузилишлари типи бўйича пасайиши, товушнинг кўпроқ зарарланган қулоққа латеропозицияси, Фе — деричи, Ринне ва Желле манфий тажрибалари, паракузия симптоми, ноғора пардаси алоҳида ўзга — ришларсиз.

Ташхиси:

— битта қулоқда эшитишнинг пасайиши ва шов — қин борлиги билан симптомларнинг аста — секин ўсиб боришига шикоятлар ва кейинроқ бошқа қулоқда ҳам шундай шикоятларнинг ривожланишини аниқлаш;

— анамнездан ҳомиладорлик даврида ва туғруқ — лардан кейин, узоқ вақтгача шовқинли шароитда яшаганда, инфекциян касалликларда, шунингдек оғир қулоқлик билан хасталанган қариндошлари бўлганда

қулоқларда шовқин кучайишини ва эшитишнинг пасайишини топиш;

– кўздан кечиришда асосан навқирон ёшдаги (30 – 40) аёлларда топилади, *paracusis Willisii* мусбат симптомини топиш (беморлар шовқинли шароитда яхшироқ эшитадилар);

– отоскопияда юпқалашган қуруқ деворлари бўлган, қўл теккизилганда осонликча шикаст етадиган кенг эшитув йўллари, қулоқ серасининг кам ишлаб чиқарилиши, ногора пардасининг гиперемияланган ногора бўшлиғи бўртигида ёруғланиш билан юпқа тортиши (Шварц симптоми);

– камертонал текширишда Желле, Ринне ва Федеричи тажрибалари манфий, Швабах узайтирилган тажрибаси, Вебер тажрибасида – ёмонроқ эшитадиган қулоққа латерализация;

– тонал бўсағали аудиограмма олиш: бошланғич босқичида ҳаво орқали ўтказувчанликнинг, нормал суяк ўтказувчанлиги билан ёмонлашуви (суяк – ҳаво интервали 30 – 40 дБ), кейинчалик ўтказувчанликнинг ҳам суяк бўйлаб, ҳам ҳаво бўйлаб ёмонлашуви;

– кохлеар неврит ва эшитув нерви невриномаси билан солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Лабиринтит: атаксия, мувозанат бузилиши, кўнгил айниши, қусиш, вегетатив силжишлар, касал қулоқ томонга беихтиёр нистагм ва эшитишнинг пасайиши билан ўтадиган кучли бош айланиши; лабиринтнинг таъсирланиш ҳодисалари 5–7 кундан узоққа чўзилмайди; зарарланган томонда эшитиш ва вестибуляр қўзғалувчанлик йўқотилади.

Ташхиси:

– ҳарорат, бир томонлама бош оғриши, эшитиш

пасайиши, қулоқдан йиринг оқиши, нистагм ва бош айланишига шикоятларни топиш;

– анамнез йиғиш (касалликнинг қачон бошлангани, ўтказилган даволаш);

– кўздан кечиришда нистагмни, унинг йўналишини, бош айланишини, статокинетик бузилишлар бор – йўқлигини аниқлаш;

– отоскопияда сурункали йирингли отит лабиринтит билан асоратланганда қулоқда йирингли ажралмалар борлиги;

– ҚУА, СУА, коагулограмма, чакка суяклари рентгенографияси, вестибулометрия ва КТ тайинлаш;

– Миячанинг зарарланиши билан солиштирма ташхис ўтказиш (Ромберг позаси, адиадохокинез, бармоқ – бурун синамаси ва б.).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин шопилинч тартибда ЛОР – стационарга жойлаштириш.

Ташқи эшитув йўлининг орттирилган атрезияси: юмалоқ шаклдаги торайиш, бўшлиқ йўқ, бўшлиқ ўрни ямоқли тўқима билан ёпилган; эшитиш товуш ўтказилишининг бузилиши типи бўйича пасайган.

Ташқи эшитув йўлининг туғма атрезияси: бўшлиқ йўқ, бўшлиқ ўрни нормал тери билан ёпилган; кўпинча қулоқ супрасининг етарлича тараққий қилмаганлиги билан бирга учрайди.

– қулоқнинг ривожланиш нуқсонлари: ташқи эшитув йўли, қулоқ супрасининг бутунлай йўқлиги, баъзан қулоқ супраси ўрнида қолдиқ бўлиши мумкин. ўрта ички қулоқнинг ўсиб етилмаганлиги.

Ташхиси:

– ташқи қулоқ ёки ташқи эшитув йўли деформациясидан характерли шикоятларни аниқлаш;

– касаллик анамнезини йиғиш (бошланиши – туғилишдан ёки шикаст, куйиш кабилардан кейин);

– кўздан кечиришда ривожланиш нуқсони тури ёки қулоқ супраси, ўрта ва ички қулоқнинг деформацияси аниқланади;

– ҚУА, СУА тайинлаш, чакка суякларининг деформацияси (эшитув суякчалари, лабиринт ва ўрта ҳамда ички қулоқ бошқа элементларида ўзгаришлар борлиги);

– Отоскопия ва зондлаш ўтказиш, ташқи ва ўрта қулоқ нуқсонларини аниқлаш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин кос – метик ва функционал нуқсонларни жарроҳлик усулида тузатиш.

Кохлеар неврит, нейросенсор гаранглиги: қулоқларда шовқин, эшитишнинг товуш қабул қилишнинг бузилишлари типи бўйича пасайиши – суяк орқали ўтказувчанликнинг қисқариши, юқори тонларни қабул қилишнинг ёмонлашуви. Ноғора пардаси алоҳида ўзгаришсизсиз.

Ташхиси:

– қулоқларда шовқин, эшитиш пасайиши, баъзан бош айланишига шикоятларни топиш;

– касалликнинг бошланиши ва ривожланишини аниқлаш; бошдан кечирилган инфекцион касалликларни топиш (скарлатина, қизамиқ, дифтерия, терламалар, эпидемик паротит, грипп, цереброспинал менингит), даволашни эрта ўтказиш, ототоксик препаратлар қўлланиш (салицилатлар, хинин, антибиотиклар);

– отоскопия ўтказиш ва камертонал, аудиометрик текшириш тайинлаш, Стенверс усулида рентгенограммалар (эшитув нерви невриномасида – ички эшитув йўлини ўсма бор томондан кенгайтиради);

– КСН<sup>1</sup> (ЧМН) VIII жуфтнинг невриномаси (эшитишнинг аста – секин пасайиб бориши, чакка су –

---

<sup>1</sup> КСН – калла суяги мия нервлари.

яклари рентгенограммаси маълумотлари), отосклероз (ҳаво орқали ўтказувчанликнинг бузилиши, паракузия симптоми ва б.) билан солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Менъер касаллиги: бир томонлама оғирқулоқлик, кўнгил айнаши ва қусиш, беихтиёр нистагм билан ўтадиган лабиринтдан бош айланиши; хуруж аксарият тунда ёки эрталаб пайдо бўлади, одатда узоқ давом қилмайди. Ногора пардасида сезиларли ўзгаришлар бўлмайди.

Ташхиси. Бош айланиши мавзусига қаралсин.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР – стационарга жойлаштириш ва даволаш.

Томирлардаги бузилишлар, ички эшитув артери – яси тромбози ва эмболияси: ички қулоққа қон қуйилиши, ангиоспазм, тромбоз, эмболия: кучли бош айланиши нистагм, кўнгил айнаши ва қусиш билан; эшитишнинг тўлиқ қар бўлишгача пасайиши, қулоқда қаттиқ шовқин; бош айланиши ва бошқа симптомлар аста – секин камаяди, бироқ эшитув функцияси тикланмайди, болаларда катталарга нисбатан бирмунча кам учрайди. Лабиринтга қон қуйилиши: лабиринт даҳлизига қон қуйилганда бош айланиши ва нистагм бошнинг макондаги ҳолати ўзгартирилгандан сўнг бир неча секунд ўтгач пайдо бўлади; бош қайси томонга бурилганидан қатъи назар, нистагм фақат бир томонга йўналган. Лабиринт шиши: вирусли, аллергияк, яллиғланишдан бўлиши мумкин.

Ташхиси:

– кучли бош айланиши нистагм, кўнгил айнаши ва қусиш билан; эшитишнинг батамом қар бўлиб қолишгача пасайиши, қулоқда қаттиқ шовқинга ши –

коятлар;

– анамнездан беморда атеросклероз ёки гипер–тония касаллиги борлигини билиб олиш;

– реоэнцефалография ўтказиш (вертебробазиляр ҳавзада ишемия), ангиография (эшитув артерияси – даги ўзгаришлар – торайиш, тромб билан обтурацияни аниқлаш).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин шо – шилинч ҳолда реанимация бўлимига ётқизиш ва ЛОР – мутахассис билан ҳамкорликда томир бузи – лишларини даволаш.

Тишлар кариеси: жағ соҳасида беихтиёр оғриқлар, улар тунги вақтларда кучаяди; тишда кариоз кавак топилади.

Ташхиси:

– нормал отоскопик манзарада ва эшитув анали – затори функцияси бузилишининг бошқа белгилари бўлмаганда стомофарингоскопия ўтказишда тишда кариоз бўшлиқ аниқланиши.

Даволаш тактикаси: ташхис асослангандан кейин стоматологда даволаниш.

Гингивит: милклар гиперемияси ва шиши, қонаши, овқат тановул қилганда оғриқ, шилиқ пардада ёқим – сиз ҳид таратадиган яра бўлиши мумкин.

Ташхиси:

– нормал отоскопик манзарада ва эшитув анали – затори функцияси бузилишининг бошқа белгилари бўлмаганда стомофарингоскопия ўтказишда милклар гиперемияси ва шиши, қонаб туриши, овқат тановул қилганда оғриши аниқланади.

Даволаш тактикаси: ташхис асослангандан кейин стоматологда даволаниш.

Тишнинг қийинлик билан ёриб чиқиши: тризм, жағ ва жағости соҳасида оғриқлар, милкларда шиш ва

шилик парда гиперемияси; милк чўнтагидан йиринг ажралади.

Ташхиси:

– нормал отоскопик манзарада ва эшитув анали – заторчи функцияси бузилишининг бошқа белгилар бўлмаганда стомофарингоскопия ўтказилганда тризм, жағ ва жағости соҳасида огриқлар, милк шилик пар – дасининг шиши ва гиперемияси аниқланиши; милк чўнтагидан йиринг ажралади.

Даволаш тактикаси: ташхис асослангандан кейин стоматологда даволаниш.

Чакка – пастки жағ бўғими артрити: бўғим соҳа – сида тризм, гиперемия ва оз – моз шиш, пайпаслашда огриқ; иякни ёки жағ бурчаги босилганда огриқ кучаяди; чайнаш ва сўзлашишда ҳам.

Ташхиси:

– нормал отоскопик кўринишда ва эшитув анализатори функциясининг бошқа бузилишлари бўлмаганда стомофарингоскопия ўтказишда бўғим соҳасида тризм, гиперемия ва оз – моз шишни аниқлаш;

– чакка – пастки жағ бўғимини пайпаслашда огриқ; ияк ёки жағ бурчаги босиб кўрилганда; чайнаш ва сўзлашишда огриқ кучаяди.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг хирург – стоматологда даволаниш.

Бигизсимонтилошти синдроми: бутун тилошти аппаратлари, жумладан бигизсимон ўсимтининг анатомик ўзгаришлари, бигизсимонтилошти бойлами, тил ости суяги билан боғлиқ симптомлар комплекси; дисфагия, ютинишда ва бошни буришда қулоққа бериладиган огриқ, тилошти суягини пайпаслашда огриқ бўлади, бигизсимон ўсимта узайиб қолган, баъзан танглай муртаги орқали пайпасланади; ташхис рентгенологик текширишда ойдинлаштирилади.



Ташхиси:

– нормал отоскопик кўринишни ва эшитув анализатори функцияси бузилишининг бошқа белгилари йўқлигини аниқлаш;

– дисфагия, ютинишда ва бошни бурилганда огриқлар борлиги;

– тилости суяги пайпасланганда огриқ ва узун тортган бигизсимон ўсимтани танглай муртаги орқали пайпаслаш;

– рентгенда узунлашиб қолган бигизсимон ўсимта, бигизсимон тилости бойламининг қалинлашгани ёки тилости суяги ёйчаларининг катталашгани аниқланади.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР – врачда хирургик даволаш.

Қон касалликлари:

– полицитемия – қон ҳажми бирлигида эритроцитлар миқдорининг ошиши билан тавсифланади;

– ўроқсимонхужайрали анемия – бир вақтнинг ўзида эритроцитлар миқдори камайиб, гемоглобин миқдорининг пасайиши қайд қилинади; эритроцитларда патологик гемоглобин S борлиги қайд этилади; бу касалликларда қар бўлиб қолиш ички қулоққа қон қуйилиши натижасида рўй бериши мумкин.

Ташхиси:

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг стационарда гематологда ЛОР – мутахассиси ҳамкорлигида даволаш.

Вестибуляр анализаторнинг функционал зўриқиши: ўз танасининг гўё ҳаракат қилаётгандек ёки атрофдаги нарсаларнинг айланаётгандек бўлиши, мувозанатни сақлаб қолиш қобилиятининг бузилиши; ҳаракат (нистагм, бош ва тананинг огиши) ва вегетатив (тери қопламларининг рангпарлиги ёки

гиперемияси, терлашнинг кучайиши, кўнгил айнаши, қусиш) реакциялар пайдо бўлади.

Ташхиси: Бош айланиши мавзусига қаралсин.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– вестибуляр анализаторнинг функционал зўри – қиши пайдо бўлишини профилактика қилиш (нормал ухлаш ва дам олиш, тўғри овқатланиш, ақлий ва жис – моний ишда қаттиқ чарчаб қолишга йўл кўймаслик);

– профилактик тадбирлар наф бермаганда – ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Марказий нерв системаси зарарланганда бош ай – ланиши: бош айланишлари марказий нерв системасининг турли хил бўлимлари (вестибуляр яд – ролар, тўрсимон субстанция, мияча, катта яримшарлар пўстлоғи) зарарланганда, мия қон айланиши бузил – ганда (олдинги – пастки ва орқа – пастки мияча артериялари тромбози, кўприксимонмияча бурчаги аневризмаси), мияча, ва IV қоринча ўсмаларида рўй бериши мумкин.

Ташхиси:

– КТ, ЯМР, бош мия томирларининг ангиографи – ясини ўтказиб, зарарланиш ўчоқларини аниқлаш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг не – врологда ЛОР – мутахассис билан ҳамкорликда даволаш.

Ўткир ринит: кўпинча организмнинг чидамлилиги пасайганда ёки совуқ қотишида бурун бўшлиғи мик – рофлорасининг фаоллашувига олиб келадиган ҳолат сабаб бўлади. Учта босқичи фарқ қилинади (қуруқ таъсирланиш босқичи, сероз ажралмалар босқичи ва шилимшиқ – йирингли ажралмалар чиқиш босқичи – тузалиш). 1 – босқич бир неча соат давом қилади, бурунда қуруқлик, битиб қолиш, ачишиш сезгиси, тирналиш ва қитиқланиш сезгиси, аксириш қайд

қилинади, бурун орқали нафас олиш қийинлашади, беҳоллик, ҳарорат кўтарилиши, ҳид ва таъм билиш ёмонлашуви; 2—босқичда кўздан ёш оқади, бурундан мўл суюқлик ажралади, бурун орқали нафас олиш кескин бузилади, аксириш, қулоқларда шовқин ва лўқилловчи оғриқ безовта қилади; 3—босқич 4—5— кунда юз беради, сарғиш ёки кўкимтир рангли шилимшиқ — йирингли ажралмалар, бурун битиши пайдо бўлади, симптомлар касаллик бошланган вақт— дан 8—14 кун ўтгач йўқолади.

Ташхиси:

— босқичига кўра шикоятларни аниқлаш (юқори— роққа қ.);

— анамнездан касаллик бошланишини совқотиш ёки организмнинг умумий заифлашуви билан алоқа— си борлигини аниқлаш;

— умумий кўздан кечиришда ўткир конъюнктивит кечишининг 2—босқичида конъюнктивит (склера— ларнинг томирлардан инъекцияси), бурун даҳлизи олдидаги тери ва юқори лабнинг шиш ва қизариши топилиши;

— олдинги риноскопияда: 1— босқичи шиллиқ парда қуруқлиги ва гиперемияси билан характерланади, кўриниши ялтироқ ва бўртиб чиққан бўлади; 2—босқичи—бурун даҳлизи олдидаги тери қизарган ва бўртган, бурун йўлларида кўп миқдорда шилим— шиқ, бурун чиғаноқлари гиперемияланган, шишган, бурун йўллари деярли тўлиқ бекитиб туради, бурун орқали нафас олиш бузилган; 3—босқичи—бурун йўлларида шилимшиқ — йирингли сарғиш ёки кўким— тир рангли ажралмалар бор, шиллиқ парда шишган, тўқ—пушти ранг, нафас қийинлашган, 8—14—кунга келиб ажралмалар миқдори камаяди, шиллиқ парда нормал тусга киради, нафас тикланади;

— аллергик ринит билан қиёсий ташхис ўтказиш (тез — тез аксириш, мўл тиниқ секрет ажралиши, бу — руни соҳаси қичишади, бурун чиганоқлари рангпар шишли ва кўкимтир, анемизациядан сўнг бурун чиганоқлари суст қисқаради); бурун дифтерияси (бурундан нафас олиш қийинлашган, одатдаги бурун тортиш, қалоқлар, ярачалар ва шиллиқ пардага ёпишган кулранг — оқ қатқалоқлар, улар олиб ташланганда ўрни қонайди); бурун сили (бурун бўшлигида қалоқлар йиғилиши, улар олиб ташланганда бурун тўсигининг тоғай бўлимида, пастки ва ўрта бурун чиганоқларининг олдинги қисмларида инфилтратлар ва яралар топилади, улар шиллиқ парданинг юза нуқсонлари бўлиб, уларнинг тубида бўш грануляци — ялар жойлашган, Пирке реакцияси натижаси); бурун захми (бурундан бадбўй ҳид келиши, бурун тўсигининг суяк бўлимида ва бурун бўшлиғи тубида мис — қизил рангли инфилтратлар ва чуқур яралар, бурун, кўз косаси соҳасида огриқ, Вассерман серологик реакцияси натижаси).

Ташхис асослангандан кейин УАВ тактикаси:

— томирларни торайтирувчи ва микробга қарши препаратлар тайинлаш — адреналин, эфедрин, отрин (5 томчи суткасига 2—3 марта), санорин; 2 — босқичда — 3—5% колларгол эритмаси ёки протаргол 10 кунгача, изофра (фрамицин антибиотиғи — 5 томчидан буруннинг иккала ярмига кунига 4 марта 5—8 кун), полидекс (фенилэфрин, полимиксин, неомицин ва дексаметазон билан 1—2 тадан инстиляция, суткасига 3 марта 5—7 кун);

— қатқалоқлар пайдо бўлганда — бурун бўшлиғини изотоник натрий хлорид эритмаси билан кунига 3—4 марта ювиш;

— яққол яллиғланиш реакциясида бир неча суль —

фаниламид препаратлар аралашмаси ёки антибиотик билан инсуффляциялар ёки биопарокс ингаляцияси (маҳаллий ингаляцион антибиотик) кунига 4 марта 6–8 кун мобайнида;

– физиотерапия – УФ, УВ, гелий–неонли лазер эндоназал, микротўлқинли таъсир, бурун соҳасида маҳаллий иссиқ қилиш 10 кунгача;

– умуман қувватлантирувчи ва иммунитетни рағбатлантирувчи даволаш (ИРС – 19–катталарга 1 дозадан кунига 5 марта, болаларга кунига 3 марта – 2–5 кунгача, витаминотерапия, наъматак дамламаси ичиш, аутогемотерапия).

Сурункали катарал ринит: этиологиясида инфек – цион ва умумий касалликлар, аденоид ўсимталар, такрорий совқотишлар, ирсият ва иммун система ҳолати; бурундан нафас олишнинг қийинлашиб, бу – руннинг гоҳ бир, гоҳ иккинчи ярмининг галма – гал битиши, ёнбош билан ётилган ҳолатда буруннинг па – стки ярми кўпроқ битиб қолади, бу – тонуси сурункали ринитда сусайиб қолган қуйида жойлашган чиганоқ – лар каверноз томирларининг қон билан тўлиши билан изоҳланади, ҳид билишнинг бузилиши, мўл шилим – шиқ ажралмалар чиқиши.

Ташхиси:

– бурундан нафас олишнинг ўртача қийинлашуви борлигига ва бурундан шилимшиқсимон (ринорея) ажралмалар оқишига шикоятларни аниқлаш, қўзиш даврида эса мўл ва йирингли ажралмалар, ҳидларни сезиш пасайиши;

– риноскопияда шиллиқ парданинг аксарият кўкимтир тусдаги димланиши ва шиши, ва унинг асо – сан пастки чиганоқ соҳасида ва ўрта чиганоқнинг олдинги учиде кичикроқ қалинлашмаси бор, бурун бўшлиғи деворлари шилимшиқ билан қопланган;

– сурункали ринитнинг гипертрофик формаси билан солиштирма ташхис ўтказиш;

– анемизация билан синама бажариш – қалинлашган шиллиқ пардага томирни торайтирувчи восита суртиш (0,1 адреналин эритмаси), бунда шиллиқ парда шишининг анчагина камайиши чин гипертрофия йўқлигидан далолат беради, Мук синамаси (тугма – часимон зонд билан синама) – агар бурун чиганоги бўйлаб зонд юргизилганда босилишдан йўл – йўл чизиқ қолади, бу катарал форма белгиси, агар йўқ бўлса – гипертрофик форма;

– синуйтгни истисно қилиш учун ҚУА, СУА, бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенографиясини ўтказиш.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– ринит ривожланишига имкон берадиган омилларни бартараф этиш (совуқотиш, чанг – тўзон, газдан зарарланган, сурункали касалликлар – ёғ босиш, бўй – раklar, юрак, қон касалликлари ва шу кабиларни даволаш);

– битишга ёрдам берадиган воситаларни тайинлаш: 3 – 5% протаргол (колларгол) эритмаси – буруннинг ҳар бир катагига 5 томчидан кунига 2 марта ёки протаргол малҳами кунда 3 маҳал, шиллиқ пардани зонд учига ўралган ва 3 – 5% ляпис эритмасига ҳўлланган пахта бўлакчаси билан артиш, 10 кун мобайнида;

– бурун соҳасига физиотерапия – УВЧ, УФО, гелий – неонли лазер эндоназал;

– кейинчалик бурунга пелоидин (шифобахш бал – чиқ суспензияси) томчиларини қуйиш ва бальзамли эритмаларни галма – гал ингаляция қилиш (ўсимлик мойи билан 5 марта суюлтирилган Шостаковский бальзами, эвкалипт бальзами ва б.);

– қатқалоқлар ҳосил бўлганда бурунга фақат изо –

тоник натрий хлорид эритмаси гидрокортизон билан қуйилади;

– вақти – вақтида қуруқ илиқ иқлимда бўлиш.

Сурункали атрофик ринит: бурун шиллиқ парда – сининг атрофияси ва субатрофияси термик (иссиқ иқлим) ёки механик (шикаст, бурун бўшлиғидаги операция, чанг, газ ва буг таъсири) омиллар остида пайдо бўлади, ирсий мойиллик, шунингдек витамин мувозанати бузилиши, вояга етиш давридаги гормонал ўзгаришлар билан боғлиқлик ҳам истисно қилинмайди; асосий шикоятлар оғиз, ҳалқум қуриши, бурундан нафас олишнинг қийинлашуви ва ҳид би – лишнинг пасайиши асосий шикоятлар ҳисобланади.

Ташхиси:

– бурундан оз миқдорда ёпишқоқ шилимшиқ ёки шилимшиқ – йирингли ажралмалар борлигига шикоятларни топиш, улар кўпинча бурунда қотиб қолади ва қатқалоқлар ҳосил қилади, вақти – вақтида бурундан нафас олишни қийинлаштиради, бурун ва ҳалқумда қуруқлик, ҳидларни сезишнинг пасайиши, баъзан қатқалоқлар кўчиши сабабли оз – моз қон оқади;

– риноскопияда бурун йўллариининг озми – кўпми кенгайиши, бурун – чиганоқларининг ҳажми кичрай – иши, рангсиз, юпқалашган қуруқроқ шиллиқ парда билан қопланиши, унинг салга қонаши, ҳар жой – ҳар жойида қатқалоқлар ёки ёпишқоқ шилимшиқ бўли – ши;

– озена (ёқимсиз ҳидли), сил жараёни (бурун тўсиғининг фақат тоғай қисмини қамраб олган гра – нуляцияли яра ва тешилиш) ва захм жараёни билан (тўсиқни тоғай билан чегарадош суяк қисмини зарарлантиради) қиёсий ташхис ўтказиш.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– атрофик ринит ривожланишига имкон беради – ган омилларни бартараф қилиш (қуруқ иқлим, чанг–тўзонлар, газ йиғилиши ва б.);

– симптоматик даволаш – бурунда йиғиладиган қатқалоқларни доимо тозалаб туриш – ҳар кун 1–2 марта бурун шиллиқ пардасини йод қўшилган изотоник натрий хлорид эритмаси билан пульверизатор ёрдамида ювиш (200 мл эритмага 6–8 томчи 10% йод настойкаси);

– таъсирлантирувчи терапия – бурун шиллиқ пардасига кунига 1 марта 10 кун мобайнида йод–глицерин, 30% калий йодид эритмаси 8 томчидан кунига 3 марта 2–3 ҳафта мобайнида суртиш, 1–2% мойли цитрал эритмаси томчиларини буруннинг иккала ярмига кунига 2 марта бир ҳафта мобайнида қуйиш.

Сурункали гипертрофик ринит: пастки бурун чиганоқларининг катталashi, улар анемизациядан кейин қисқармайди.

Ташхиси:

– бурундан нафас олиш бузилишига, буруннинг иккал ярмининг доимий битиб қолиши, ҳид билишнинг бузилиши, бурундан ажралмаларга шикоятларни аниқлаш;

– чанг–тўзон, буг ва газлар, иқлим омиллари таъсири; ҳароратнинг кескин ўзгаришлари, нафасга олинадиган ҳавонинг юқори ёки паст намлиги, биророрта аллергик омил билан сабаб–боғланишини аниқлаш;

– касалликнинг бошланиш вақтини, унинг йилнинг турли фаслларида кечиш хусусиятларини аниқлаш;

– илгари ЛОР–аъзоларнинг касалликлари бўлганлиги, олдин ўтказилган хирургик усул ёки до–



рилар билан даволашнинг қандай самара берганлигини аниқлаш;

– риноскопияда шиллиқ парданинг, айниқса чиганоқларнинг гиперемияси ва шишини, шилимшиқ ёки шилимшиқ – йирингли ажралмалар борлигини, бурундан нафас олишнинг қийинлашганини, томир торайтирувчи воситалар билан анемизация ўтказилгандан сўнг чиганоқларнинг қисқармаганлигини аниқлаш;

– ҚУА, тери аллергик синамалари, бурун бўшлиғидан олинган шилимшиқни бактериологик текшириш;

– бурун бўшлиғини зондлашни, орқа риноскопи – яни бажариш;

– бурун ёндош бўшлиқларини рентгенологик текширишни тайинлаш;

– аллергик ринит билан қиёсий ташхис ўтказиш (аллергенни топиш, мусбат аллергик тери синамалари, мавсумийлик ва ҳ.к).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг жарроҳлик амалиёти билан даволаш (конхотомия) ўтказиш учун ЛОР – стационарга жойлаштириш.

Аллергик ринит: ўткир аллергик ринитда бурун битиши, бурун йўлларида сероз ажралма, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг кўкимтирлиги ва шиши кузатилади, ўртача ўткир ва сурункали аллергик ринитда бурун бўшлиғидан мўл, тиниқ ажралма чиқиши қайд қилинади, бурун соҳасида қичишиш, тез – тез аксириш билан бурундан мўл тиниқ секрет ажралиши, шиш, бурун чиганоқларининг кўкимтир тусдалиги кузатилади; бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг қолган қисми рангпар, мовийранг тусда, анемизациядан сўнг чиганоқлар суст қисқаради.

Ташхиси:

– тез чарчаб қолиш, бош оғриши, бурундан мўл сувсимон ажралмалар чиқиши билан ўтадиган пароксизмал аксириш ва бурундан нафас олиш қийинлашуви, бурун соҳасида қичишиш каби ги-коятларни топиш;

– ҳаёт анамнезидан асосий маълумотларни йиғиш (овқатлангириш хусусиятлари, озиқ – овқат маҳсулотларига, дориларга аллергик реакциялар борлиги, қариндошларида аллергик касалликлар: экзема, эшакем, мигрень, бронхиал астма, Квинке шиши борлиги);

– касалликнинг ривожланиш сабабларини топиш (аллергик омил таъсири, нафас йўлларидаги яллиғланиш жараёни, томир торайтирувчи воситалар, шунингдек антибиотикларнинг эритмаларини назоратсиз маҳаллий қўлланиш, овқат аллергенлари таъсири: шоколад, какао, асал, балиқ, цитрусли мевалар ва б.);

– касалликнинг бошланишини аниқлаш;

– қўшилиб келган касалликларни, илгари ўтказилган даволаш самарадорлигини аниқлаш;

– кўздан кечиришда бурун шиллиқ пардасининг, асосан пастки бурун чиганоқларининг шиши, уларнинг оқимтир – кўкиш туси, касаллик хуружи даврида томир торайтирувчи воситалар суртилгандан сўнг суст қисқариши ва, аксинча, хамирсимон кўпчиганлиги, эшитишнинг пасайиши, ҳид билишнинг бузилиши, бурун йўлларида полиплар борлиги аниқланади;

– ҚУА тайинлаш, умумий ва маҳаллий эозинофилияни топиш, бактериал ва маиший аллергенлар билан тери синамалари ўтказиш, бурун – ҳалқумни текширишлар, бурун ёндош бўшлиқларини рентгенологик текшириш;

– гипертрофик ринит билан қиёсий таъхис ўтказиш –

зиш (бурун чиганоқлари шиллиқ пардасининг доимий шиши, адреналин билан манфий синама).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Бурун шикасти: кескин оғриқ, бурундан қон оқиши, тери ости эмфиземаси, бу бурун қоқишда кучаяди; риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг йиртилиши, бошқа тўқималарнинг бузилишлари аниқланади.

Ташхиси:

– бош оғриши, бош айланиши, бурун соҳаси, бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида оғриқ, юз юмшоқ тўқималарига, кўз косаси яқинидаги клетчаткага қон қуйилиши, ташқи бурун соҳасида, бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида жароҳат борлиги, бурундан нафас олишнинг қийинлашувига шикоятларни топиш;

– шикаст юз берган шароит ва вақтини, ёт жисм тушган бўлиши мумкинлигини суриштириш;

– кўздан кечиришда ташқи буруннинг шакли ўзгарганлигини, юз юмшоқ тўқималарининг шикастланганлиги (ёки бузилмаганлиги)ни, бурун ёндош бўшлиқларининг шикастланганлиги, бурундан ва жадроҳатдан қон оқиши, экхимозларни топиш;

– риноскопияда: қон оқаётган жойни топиш, бурун тўсиғи ва бурун бўшлиғи латерал деворларининг ҳолатига баҳо бериш, жароҳат ўлчамларини аниқлаш;

– қон умумий анализи, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографиясини тайинлаш, бурундан нафас олишга баҳо бериш;

– окулист, невропатолог, нейрохирург (шикастнинг тури ва ҳажмига кўра) консультациясини ташкил қилиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг ЛОР –

мутахассиснинг шошилиш ёрдам кўрсатиши.

Бурун тўсигининг қийшайиб қолиши: риноскопи – яда қийшайишнинг турли – туман шакллари – бир – ёки икки томонлама, тиканли ва қирраси бор хиллари аниқланади.

Ташхиси:

– бурундан нафас олиш қийинлашгани, тумовга шикоятларни аниқлаш;

– касалликнинг бошланиши ва сабабини (шикаст ва б.) аниқлаш;

– ташқи кўздан кечиришда буруннинг шакли бузилишини аниқлаш;

– олдинги риноскопияда бурун тўсиги деформациясининг турини аниқлаш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг жарроҳлик усулида (септопластика) даволашга тайёргарлик кўриш ва ЛОР – стационарга жойлаштиришни ташкил этиш.

Бурун тўсигининг гематомаси ва абсцесси: бурун тўсиги олдинги қисми риноскопиясида бир ёки иккала томондаги тўқ – қизил рангли шишинжираш аниқланади; шишган жой девори юмшоқ ва зонда тек – кизилганда осонликча ботади.

Ташхиси:

– бурундан нафас олиш қийинлашгани, буруннинг оз – моз шиши; қовоқларнинг хамирсимонлиги, бурун соҳасидаги оғриқдан шикоятларни аниқлаш;

– касаллик сабабини аниқлаш (травма, синуит);

– кўздан кечирилганда бурун тўсигининг бир ёки иккала томонларидан тўқ қизил рангли шишганликни аниқлаш;

– зондада бурун тўсигида юмшоқ консистенциядаги бўкишни аниқлаш;

– риноскопияда бурун тўсигидаги шиш, абсцесс

пайдо бўлганда қўл теккизишда оғриқни аниқлаш;

– ҚУА тайинлаш (СОЭ ошиши, лейкоцитлар миқдори ошганлиги);

– бурун чипқони билан (фақат битта бурун катаги берк, юқори лабда инфильтрация, қичишиш бор), сара – мас яллиғланиши (бурундан нафас олиш қийинлашмаган, бурун шиллиқ пардасида характерли пуфакчалар) билан солиштирма ташхис ўтказиш (расм 12).

УАВ тактикаси: ЛОР – мутахассисида даволаниш.

Бурун бўшлиғидаги ёт жисм: одатда бурундан бир томонлама нафас олишнинг қийинлашуви, шилимшиқли, шилимшиқ – йирингли ажралмалар, ёқимсиз ҳид, буруннинг вақти – вақтида қонаб туриши; риноскопияда бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг шишгани аниқ – ланади, унинг анемизациясидан кейин ёт жисм топилади.

Ташхиси:

– одатда буруннинг битта ярмидан ҳид келиши (ёт жисм узоқ вақт турганда), аксириш, кўз ёшланиши, бурундан шилимшиқли ажралмалар (бир томонлама), бурундан нафас олишнинг одатда бир томондан қийинлашганига шикоятларни аниқлаш;

– риноскопияда ёт жисмлар, грануляциялар, бурун шиллиқ пардасининг шиши аниқланади;

– зондлашда ёт жисм борлигини аниқлаш;

– рентгенга контраст ёт жисмга шубҳа бўлганда бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари рентгенография қилинади;

– бурун ўсмаси билан солиштирма ташхис ўтказиш (анамнез, биопсия, рентгенография).

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– ёт жисмни чиқариш;

– ёт жисмни чиқаришнинг иложи бўлмаганда ЛОР – стационарга жойлаштиришни ташкил қилиш.

Бурун бўшлиғи атрезиялари ва синехиялари: ри –

## БУРУН ҚОНАШДА БЕМОРНИ ХОЛАТИ



Бурун қонашда  
совуқ компресс



Расм 12.

носкопияда бириктирувчи тўқимали, тоғайли ёки суяк тўсинчалари, бўшлиғи деворлари ўртасидаги битиш — малар бурун йўллари турли даражада ёпиб қўйгани аниқланади. Хоаналар атрезияси: кўпроқ қиз бола — ларда учрайди; хоаналарнинг тўлиқ икки томонлама атрезияси бола ҳаётининг биринчи кунларида аниқ — ланади; яққол нафас қисиши, лаб ва тирноқларнинг кўкимтир тусга кириши, бурун бўшлиғидаги чўзи — лувчан қуюқ шилимшиқ, уни олиб ташлагандан сўнг нафас қисиши тўхтамайди; бир томонлама атрезияда баланд, асимметрик танглай, зарарланган томонда тишларнинг нотўғри ўсиши аниқланади; орқа ринос — копия хоанани бекитиб турадиган зич мембранани топишга ёрдам беради; буруннинг зарарланган то — монига 1% метилен кўки томизилгандан сўнг эритма ҳалқумнинг орқа деворида пайдо бўлмайди.

Ташхиси:

- ташқи буруннинг шакли бузилганига, бурундан нафас олиш қийинлашгани ёки йўқлигига, қуюқ чўзи — лувчан шилимшиқ ажралишига шикоятларни аниқлаш;
  - юқорида санаб ўтилган шикоятларнинг пайдо бўлиш муддатларини аниқлаш;
  - онада ҳомиладорлик ва туғруқларнинг кечиш ху — сусиятларини, бола ҳаётининг биринчи ҳафталар, ойлар, йиллардаги ривожланиш хусусиятларини аниқлаш;
  - пайдо бўлиш сабабларини аниқлаш (туғруқ травмаси, нохуш ирсият ва б.);
  - бурун йўллари зондлашни ўтказиш;
  - ташхисни ва жарроҳлик усулида даволашга кўрсатмаларни ойдинлаштириш учун зарур консуль — тациялар ва қўшимча текширишларни ташкил қилиш.
- УАВ тактикаси: ташхис асослангандан кейин ЛОР — стационарга жарроҳлик усулида даволаш учун жойлаштириш.

Ўткир ва сурункали синуит: ўткир синуитда оғриқ аста — секин пайдо бўлади, авж олади, кўз ички бур — чаги соҳасини босилганда, аксириш ва йўталганда кучаяди, кечки пайтларда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма, шиш, бурун ўрта чиганоғи олдинги қисмида оз — моз шиш, бурундан йирингли ажралмалар, бурун бўшлиғи шиллиқ пардасида гиперемия ва шиш, ўрта бурун йўлларида шилимшиқ — йирингли ажралма, эр — талаблари дағал товуш, бу товуш уйғонгандан кейин нормага тушади. Сурункали синуитда бурундан нафас олишнинг қийинлашуви, бурундан йирингли ажрал — малар, ўрта бурун чиганоқларида гиперемия ва шиш, ўрта бурун йўлларида йиринг тасмаси. Этмоидит: бош оғриши, бурун иддизи олдида ва кўз косаси ички чек — каси олдида босадиган оғриқ, юқори бурун йўли соҳасида йирингли ажралма борлиги. Сфеноидит: энса соҳасида, камроқ пешона, тепа суяги ёки чаккалар со — ҳасида бош оғриши, ўрта бурун чиганоғи устидан оқиб тушадиган йирингли ажралма, орқа риноскопияда бу — рун — ҳалқумда йиринг аниқланиши.

Ўткир синуитда ташхис қўйиш:

— бетоблик, бош оғриши, доимий тумов тана ҳаро — ратининг кўтарилиши, бурундан нафас олишнинг қийинлашуви, бурун ёндош бўшлиқлари соҳасида оғриқ, ҳид билиш пасайиши, тиш оғриғи, бурун бўшлиғидан шилимшиқ, йирингли ажралмаларга ши — коятларни аниқлаш;

— касалликнинг сабабини, уни қанча давом этга — нини, ўтказилган даволашни аниқлаш;

— ташқи кўздан кечиришда зарарланган томонда тўқималарнинг хамирсимонлиги, бурун ёндош бўшлиқ — лари соҳаси босилганда оғриқ борлиги аниқланади;

— риноскопияда бурун чиганоқларининг шиллиқ пардасида гиперемия ва шиш, ўрта бурун йўлларида



йирингли ажралма, полиплар;

– фарингоскопияда ва орқа риноскопияда хоаналарда ва ҳалқумнинг орқа деворида йиринг борлиги аниқланади;

– ҚУА тайинлаш, бурун ёндош бўшлиқларини обзор ва контраст рентгенография, бурун бўшлиғидан олинган суртмани флорага ва унинг антибиотикларга сезувчанлигини текшириш, эозинофиллар миқдори – ни аниқлаш;

– бурун ёндош бўшлиқларини диагностик пункция қилиш;

– ўсма (риноскопия, пункция маълумотлари), юқори жағ бўшлиғи кистаси (ичидаги модда характери, обзор ва контраст рентгенография маълумотлари) билан солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослаб берилгандан сўнг ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Бурун полипоз: бош оғриши, товушнинг бурундан чиққандай бўлиши, бурундан нафас олишнинг қийинлашуви аллергия ринитлар ва синуситларнинг асоратларидан биридир; сариқ рангли, тиниқ, келиб чиқиши аллергия полиплар, уларнинг ҳажми нафасга олинадиган ҳаво намлигига кўра ўзгаради; яллиғла – нишдан келиб чиққан полиплар, оёқчали; полиплар у ёки бу даражада бурун йўллариини обтурация қилади; бурун – ҳалқумга оёқчаси билан осилиб турадиган хоанал полиплар орқа риноскопияда топилади, улар ўртача қон оқишига сабаб бўлиши мумкин.

Буруннинг хавфсиз ўсмаси: бурун даҳлизи соҳасида: папилломалар – гулкарамни эслатувчи кул ранг тузилмалар; фибромалар – катта – кичиқлиги ва консистенцияси ҳар хил юмалоқ, силлиқ тузилмалар; остеомалар – катта ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди; секин ўсиши билан фарқ қилади; гипосмия,

атроф тўқималарнинг босилиш симптомлари куза — тилади; ташхис рентгенологик текширишда аниқланади; фиброз дисплазия — юз асимметрияси, бош оғриши, юқори жағ бўшлигининг кучли қорай — иши, ўсма шу жойдан чиқади; ангиома — аксарият қиз болаларда учрайди; юмалоқ шаклдаги ўсма, юмшоқ консистенцияли, сатҳи нотекис, қип — қизил рангда, бурун тўсигининг олдинги бўлимларида жойлашади.

Буруннинг хавфли ўсмаси: аксарият бурун сар — комаси учрайди; бурундан нафас олишнинг кескин қийинлашиши, бурундан бадбўй ажралмалар чиқи — ши, қаттиқ танглай асимметрияси, юз скелетининг деформацияси, кўз соққасининг сурилиши.

Ташхиси:

— бош оғриши, бурундан нафас олишнинг қий — инлашиши, бурун бўшлиғида ёт нарсани сезиш, вақти — вақтида бурун қонаши (қонаб турадиган полипда), ҳид билишнинг бузилиши, бурундан ёқимсиз ҳидли шилимшиқли ажралмалар, юз деформацияси, экзофтальмга характерли шикоятлар;

— касалликнинг бошланиши ва ривожланиши, ал — лергия борлиги, бошқа аъзолар ва системаларнинг аллергик касалликлари (бронхиал астма, аспири́н ёқмаслиги ва б.), бурун ёндош бўшлиқларининг су — рункали касалликлари билан алоқаси, ўтказилаётган даволаш характерини аниқлаш;

— риноскопияда бурун бўшлиғида юзаси текис, камроқ бўлак — бўлаксимон, қизил рангли (қонаб турган полип) ёки оёқчадаги сариқ рангли ёки кенг асосдаги, гулкарамга ўхшаш ўсма (папиллома), пушти ранг (аденома), зич, асоси энлик (хондрома), зич кул ранг — қизил, қўл теккизилганда қонайдиган тузилма топилиш (хавфли ўсма); орқа риноскопияда оёқчаси билан бурун — ҳалқумга осилиб турган хоанал поли

плар топилади, улар ўртача қон оқишига сабаб бўлиши мумкин.

– ҚУА, бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси, томографияси тайинлаш, биопсия ўтказиш, цитологик текшириш учун суртма олиш;

– ёт жисм билан (анамнез, биопсия натижаси) со – лиштирма ташхис ўтказиш).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг жар – роҳлик усулида даволаш (бурун полипотомияси) ўтказиш учун ЛОР – стационарга тайёрлаш ва жой – лаштириш, ўсма аниқланган ҳолда – ЛОР онкологдан маслаҳат олиш ва даволаш.

Озена: атрофдагилар масофадан сезадиган бадбўй ҳид; беморнинг ўзи ҳид билиш рецептори атрофияга учрагани сабабли ҳидни сезмайди; бурун шиллиқ пар – дасида осон кўчадиган, ёқимсиз ҳидли мўл кул ранг – яшил қатқалоқлар, шиллиқ парданинг кескин атрофияси, бурун йўллари кенг, пастки бурун чи – ганоқлари ҳажмининг кичрайиши натижасида бурун бўшлиғи йулларини кенгайиши, бемор бурнида қуруқлик ҳис қилади.

Ташхиси:

– буруннинг қуруқлигига шикоят, ҳид билиш па – с айиши ёки йўқолиши, бурундан нафас олиш қийинлашиши, томоқ қуриши, томоқ бўғилиши, бу – рундан ёқимсиз ҳид келиши;

– касаллик пайдо бўлиш сабабини, ёш ва жинс билан алоқасини аниқлаш;

– касалликнинг бошланиш хусусиятларини аниқлаш;

– риноскопияда бурунда специфик ҳидли қатқ – алоқлар топилиши, бурун шиллиқ пардаси ва чиғаноқларнинг суяк скелетининг кескин атрофияси, қуюқ ажралмалар борлиги;

– субатрофик фарингит ва ларинготрахеобронхит белгиларини аниқлаш;

– ҚУА, бурун ажралмасини бактериологик тек – шириш, бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографиясини тайинлаш;

– бурун бўшлигини зондлашни бажариш;

– атрофик ринит билан солиштирма ташхис ўтқа – зиш (бурундан характерли ҳид келмаслиги).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Бурун бўшлиғи шиллиқ пардасининг кимёвий куй – ишлари: бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига кумуш нитрат, рух сульфат ёки аччиқтошнинг концентр – ланган эритмалари суртилганда пайдо бўлади.

Ташхиси:

– бурунда оғриқ ва ачишиш, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашганига шикоятларни аниқлаш;

– қуйиш вақтини ва сабабини, куйишга сабаб бўлган модда характерини аниқлаш;

– риноскопияни эҳтиётлик билан ўтказилганда бурун шиллиқ пардасида куйиш белгилари, шиллиқ пардаси гиперемияси ва шиши (куйиш даражаси қуй – идагича аниқланади: 1 – даражаси – шиллиқ парда гиперемияси, 2 – даражаси – шиш ва фибринли парда, 3 – даражаси – некроз участкалари)ни топиш;

– ҚУА, бурун рентгенографиясини тайинлаш.

Ташхис асослангандан сўнг даволаш тактикаси:

– маҳаллий – куйишни келтириб чиқарган кимё – вий моддани нейтраллайдиган суюқликлар қўлланиш;

– зарурат бўлганда шокка қарши тадбирлар ўтқа – зиш ва токсикологик бўлимига жойлаштиришни ташкил қилиш.

Бурун дифтерияси: бурундан нафас олишнинг ха – рактерли пишиллаш билан қийинлашиши, бурун

даҳлизи ва юқори лаб соҳасида қатқалоқлар билан қопланган ёриқлар ҳосил бўлиши, бурун шиллиқ пардасида қатқалоқчалар ва ярачалар, шиллиқ парда билан ёпишган кулранг – оқ пардалар; пардаларни кўчиришга уринишда қонайдиган юзалар пайдо бўлади.

Ташхиси:

– эпидемиологик шароитни ҳисобга олиш зарурлиги (бемор ёки реконвалесцент билан контактда бўлиш);

– риноскопияда бурундан нафас олишнинг ўзига хос пишилланиш билан қийинлашгани, бурун даҳлизи ва юқори лаб соҳасида қатқалоқлар билан қопланган ёриқлар, бурун шиллиқ пардасида қатқалоқча ва ярачалар, шиллиқ парда билан ёпишган кулранг – оқ пардаларни аниқлаш; пардаларни олиб ташлашга уринишда қонаб турадиган юзалар ҳосил бўлиши;

– бурундаги ажралмалар ва пардаларни бактериологик текширишдан ўтказиш (материаллар чўп ёки зангламайдиган материалдан тайёрланган стерил қуруқ пахта тампонлар ёрдамида олинади: ажралмалар ва пардалар бурундан айланма ҳаракатлар билан олинади ва 2–3 соат ичида лабораторияга етказилади).

УАВ тактикаси: ташхис асослаб берилгандан сўнг ЛОР – мутахассис маслаҳати билан специфик даволаш олиб бориш учун инфекцияни бўлимга шошилинич жойлаштиришни ташкил қилиш.

Бурун захми: бурун, пешона, кўз кочалари соҳасида огриқлар (захмининг учламчи даври учун хос), бурундан бадбўй ҳид, мис – қизил рангли инфилтратлар ёки бурун тўсиғининг суяк бўлимида ва бурун бўшлиғи тубида жойлашадиган, четлари ҳошияли ва ёғли туби бўлган чуқур жаралар, бурун тўсиғида ва қаттиқ танглайда секвестрлар ва нуқсонлар бўлиши мумкин; ташхис Вассерман серологик реакцияси ёрдамида ойдинлаштирилади.

Секвестрлар: захмнинг учламчи даври учун хос.

Ташхиси:

– бурун, кўз косалари соҳасида оғриқлар, бурундан бадбўй ҳид келишига шикоятларни аниқлаш;

– анамнез йиғишда захмли бемор билан контакт – тни ёки беморнинг ўзида захм борлигини аниқлаш;

– риноскопия ўтказиш: мис – қизил рангли ин – филтратлар ва четлари ҳошияли ва ёғли туби бўлган чуқур яралар борлиги, улар бурун тўсигининг суяк бўлимида ва бурун бўшлиғи тубида жойлашади, бу – рун тўсиғи ва қаттиқ танглайда секвестрлар ва нуқсонлар бўлиши мумкин;

– захм инфекциясининг бошқа белгилари борлиги;

– мусбат серологик реакцияларни аниқлаш;

– Амбер мусбат симптомлари ва Гетчинсон триадаси.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг вене – рологда специфик даволаш.

Бурун сили: бурун бўшлиғида қатқалоқлар йиғи – лиши, уларни кўчирганда шиллиқ пардада инфилтратлар ва яралар кўринади; сил яралари шил – лиқ парданинг тубида юмшоқ грануляциялари бўлган юза нуқсонлардан иборат; инфилтратлар ва яралар бурун тўсигининг тоғай бўлимида, пастки ва ўрта бу – рун чиганоқларининг оддинги қисмларида жойлашади.

Ташхиси:

– бурун битиши, бурундан ажралмалар чиқиши ва қатқалоқлар ҳосил бўлишига шикоятларни аниқлаш;

– анамнез йиғишда организмда сил инфекцияси ўчоқлари борлигини аниқлаш;

– риноскопияда сил инфилтратлари – шиллиқ парданинг тубида юмшоқ грануляциялар жойлашган нуқсонларини кўпроқ аниқлаш;

– ҚУА, СУА, кўкрак қафаси рентгенографиясини тайинлаш, Манту синамаси ўтказиш.

УАВ таткикаси: ташхис асослангандан сўнг фти – зиатрда специфик даволаш.

Склерома: бурун даҳлизининг ушлаб кўрилганда қаттиқ ва тиккайган бурун қанотларининг инфильт – рацияси ҳисобига торайиши; инфильтратлар бурун – ҳалқум, хоаналар соҳасида жойлашиши мум – кин; склером антиген билан Борде – Жангу реакцияси ёрдамида ташхис ойдинлаштирилади.

Ташхиси:

– бурун, ҳалқумда, ҳиқилдоқда қуруқлик, нафас олишнинг қийинлашиши, ёпишқоқ балгам ажрала – диган йўталга хос шикоятларни аниқлаш;

– ташқи кўздан кечиришда нафас йўллари сте – нози белгилари борлиги эҳтимолини аниқлаш;

– нафас йўллари кўздан кечирилганда табиий торайган жойларида (бурун катаклари, бурун даҳ – лизи, хоаналар, товуш бойламалр соҳасида ) юмшоқ ёки зич инфильтратлар (чегараланган ёки тарқалган), чандиқлар (касаликнинг босқичига кўра), қўланса ҳидга эга бўлган қатқалоқларни топиш;

– ҚУА, тайинлаш, Вассерман реакциясига қонни, БК га балгамни, кўкрак қафаси, ҳиқилдоқни текши – риш, биопсия қилиш;

– бурма ости ларингити (ўткир бошланади ва ке – чади, бурун бўшлиғи ва бурун – ҳалқумда инфильтратлар ва ямоқлар йўқлиги), инфекцион гра – нулёмалар билан (лаборатория текширувлари, биопсия натижалари) солиштира ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Қаттиқ ва юмшоқ танглай кемтиги: одатда туғма, тўлиқ ва чала бўлади. Жарроҳ – стоматолог даволайди.

Ўрта ва пастки бурун чиганоқларидаги шиш: ўткир ва сурункали ринитлар, синуситларда, бурун бўшлиғи –

даги ёг жисмларда кузатилади.

УАВ ташҳиси ва тактикаси: сабабини аниқлаш ва топилган патологияни ҳисобга олган тактика.

Мияни пешона соҳасининг абсцесси: риноген ва бошқа сабабдан пайдо бўлиши мумкин.

Ташҳиси:

– бош оғришига, тана ҳарорати кўтарилишига, уйқу – сизлик ёки уйқучанлик, булимияга шикоятларни аниқлаш;

– касалликнинг сабаби (бурун ёндош бўшлиқла – рининг яллиғланиши), бошланиши ва ривожланиши, ўтказилаётган даволашни аниқлаш;

– кўздан кечирилганда холсизлик, тормозланиш, уйқучанлик, марказий фалажлар ва парезлар борлиги (нигоҳ парези – “бемор зарарланган ўчоққа қарайди”, юз нервининг мимик парези), гипокинез, атаксия – ҳаракат фаоллигининг пасайиши, тик тура олмаслик, юра олмаслик, қарама – қарши томонга оғиб кетиш, апраксия – ҳаракатларнинг тугал эмаслиги, мотор афазия, эпилептик тутқаноқлар, тажовузкорлик ва эс – ҳушнинг қисқа вақтга йўқотилишини аниқлаш;

– риноскопияда бурун шиллиқ пардаси гипере – мияси ва шишини, бурун йўлларидаги патологик ажралмани, бурундан нафас олишнинг қийинлаш – ганини аниқлаш;

– окулист, невропатолог, нейрохирург ва инфек – ционист консултацияларини ташкил қилиш.

Ташҳис асослангандан сўнг УАВ тактикаси: ЛОР – стационарга зудлик билан жойлаштиришни ташкил қилиш.

Ўткир фарингит: томоқ қуриши, қичиши, ютин – ганда оғриқ, ҳалқум орқа деворининг шиллиқ пардаси, ён болишчалари, тилчанинг кескин гиперемияси; ҳалқумнинг орқа деворида қизил доначалар кўрини – шидаги айрим фолликуллар бўртиб туради.



Ташхиси:

— ҳалқумда қуруқлик, қичишиш, оғриқ сезиш, ютинган оғриқнинг қулоққа тарқалиши (иррадиация), тана ҳароратининг ошишига шикоятларни аниқлаш;

— касаллик сабаблари тўғрисида асосий маълумотларни йиғиш (совқотиш, кескин ҳарорат ўзгаришлари таъсири);

— лимфоид тўқима томонидан реакциялар борлигини аниқлаш;

— фарингоскопияда ҳалқум орқа девори гиперемияси ва шиши, фолликулларнинг қалин тортиши ва гиперемияси, ҳалқум орқа деворида шилимшиқ — йирингли ажралма борлигини аниқлаш;

— ўткир аденоиди билан солиштирма ташхис ўтказиш.

Ташхис асосланганда УАВ тактикаси:

— томоқни дезинфекция қиладиган эритмалар, гиёҳлар (фурацилин, мойчечак, мармарак дамламалари ва б.);

— аэрозолларни маҳаллий қўллаш (ингалипт, ИРС — 19, имудон ва б.);

— ётоқ режим;

— антибактериал терапия;

— гипосенсибилизация қиладиган терапия;

— иссиқни туширадиган терапия;

— дезинтоксикацион терапия;

— чалгитадиган терапия;

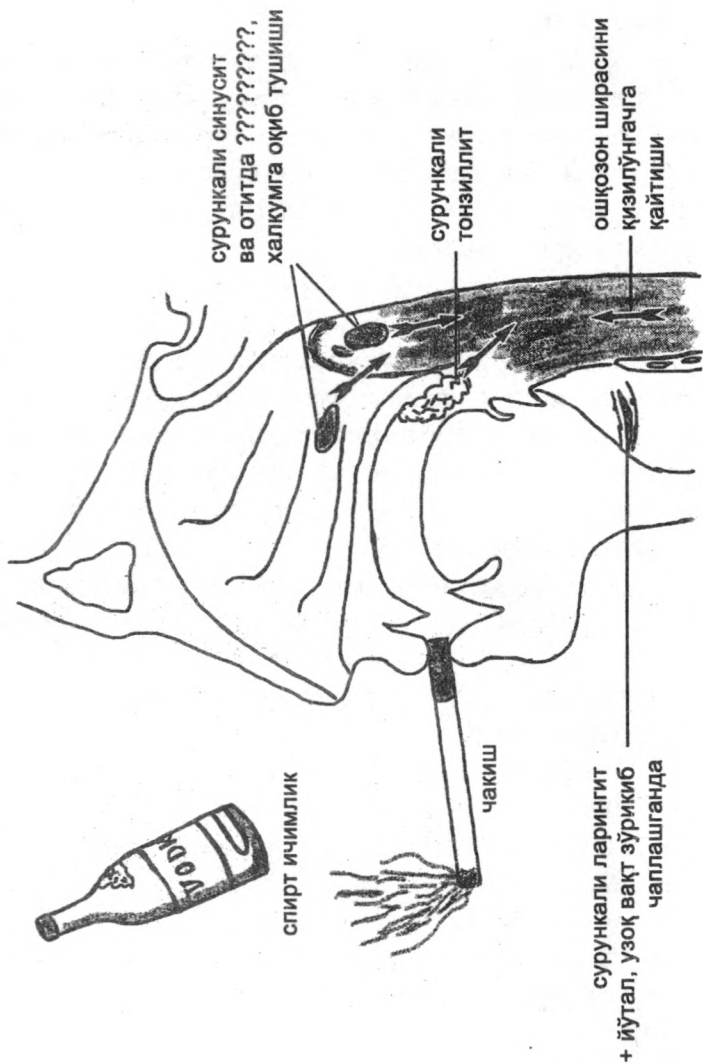
— таъсирлантirmайдиган илиқ таомларни тановул қилиш.

Сурункали фарингит: ҳалқумни қичитиш, парестезия қилиш ва йўталиш билан юзага чиқадиган узоққа чўзилувчи касаллик; катарал, гипертрофик ва атрофик формалари фарқ қилинади (расм 13).

Ташхиси:

— оддий ва гипертрофик формасида айниқса эр —

# СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТ САБАБЛАРИ



Расм 13.

талабки соатларда қичишиш, ачишиш, қитиқлаш сез — гилари борлигига, кўп сўлак ажралишига шикоятларни ан иқлаш; атрофик фарингитда ҳалқум қуриши ва сўлак ёки овқатни тўлиқ юта олмаслик асосий сезги ҳи собланади;

— катарал формасида фарингоскопик манзара ҳалқум гиперемияси, бир оз шишганлиги ва шиллиқ пардасининг қалин тортганлиги билан тавсифланади, орқа девори ҳар ер — ҳар ерида тиниқ ёки лойқароқ шилимшиқ билан қопланган; гипертрофик гранулёз формасида шиллиқ парданинг рўй — рост гиперемияси ва қалин тортиши, тилча ва юмшоқ танглайнинг бир оз шиши қайд қилинади, тармоқланадиган юза веналар кўринади, ҳалқумнинг орқа девори бир оз шишган ва унда шилимшиқ бўлади, ўлчами 1 — 2 дан 3 — 5 мм гача қизил рангли ёки деярли бир хил қизил дончалар кўринишидаги юмалоқ ёки чўзинчоқроқ тузилмалар борлиги кўринади; ён томонлама гипертрофик фарингитда ҳалқумнинг ён деворларида танглай ёйчалари орқасида ва уларга параллел жойлашган лимфаденоид тўқима гипертрофияси қайд қилинади; атрофик фарингитда ҳалқум шиллиқ пардасининг юпқа тортиши ва қуриши кузатилади, у оқимтир — пушти ранг, ялтироқ ва локланган кўришига эга бўлиши мумкин, баъзан у ёпишқоқ, йирингли шилимшиқ ёки қатқалоқлар билан қопланган.

**Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:**

— даставвал касалликнинг маҳаллий ва умумий сабабларини, чунончи бурунда ва бурун ёндош бўғлиқлари, бодомча безларидаги сурункали йирингли касалликларни бартараф этиш керак; эҳтимол туттилган таъсирлантирувчи омиллар — чекиш, чанг — тўз он ва газдан ифлосланиш, ҳавонинг ортиқча

қуруқлиги ва таъсирлантирадиган овқат кабилар таъ — сирини истисно қилиш лозим;

— фарингит авж олишига ёрдам берадиган умумий сурункали касалликларни (айниқса меъда — ичак) те — гишлича даволаш, ичак микрофлорасини текшириш ва зарур бўлса, даволаш ўтказиш (хилак, бактисуб — тил ва б.);

— маҳаллий даволаш ҳалқум шиллиқ пардасини уни шилимшиқ ва қатқалоқлардан тозалаш ва унга да — волаш таъсирини ўтказиш мақсадида чайиб туришлардан иборат, дори моддасини шиллиқ пар — дага ингаляция, аэрозол кўринишида, суртмалар ва бурунга томчилар томизиб қўлланиш мумкин: фа — рингитнинг гипертрофик формаларида 0,5 — 2% илиқ натрий бикарбонат эритмаси билан чайиш қўллани — лади, худди шу эритмалар билан ҳалқумни ингаляция ва пульверизация қилинади, шиллиқ парда шишини кучсиз битирадиган ва яллиғланишга қарши воси — талар, масалан глицериндаги 5 — 10% танин эритмаси, 1 — 2% ляпис эритмаси, баъзан эса гиперт — рофияланган участкаларга 10% протаргол ёки колларгол нуқтасимон суртилади; марварак ёки мой — чечак дамламаси билан чайишни тавсия қилиш ҳам мумкин, йирик гранулаларни яхшиси лазер — ёки криотаъсир ёрдамида йўқотиш мумкин, бу лимфоид тузилмаларни концентрланган (30 — 40%) ляпис эрит — масини ёки зонд учига шу модда “дури”ни кавшарлаб суртса ҳам бўлади; атрофик фарингитни даволаш унинг юзасидан йирингли ажралма ва қатқалоқларни ҳар куни ювиб ташлашни ўз ичига олади. Изотоник ёки 1% натрий хлорид эритмаси ишлатиб, 200 мл суюқликка 10% йод эритмасидан 4 — 5 томча қўшиб ювиш ҳам мумкин. Ҳалқумни шу эритма билан мун — тазам ва узоқ вақтгача ювиш шиллиқ парда

таъсирланишини йўқотади, фарингитнинг азобли сим — птомларини юмшатади, ҳалқум орқа девори шиллиқ пардасига вақти — вақтида Люгол эритмасини сур — тиш курслари ўтказилади, кунига 8 томчидан 30% калий йодид эритмасини сув билан ичиш тайинла — нади, бунда йод ёқиш — ёқмаслигини текшириб кўриш керак, А витаминини кунига 2 томчидан 2 ҳафта мо — байнида ичиш яхши натижа беради, ҳалқум шиллиқ пардасига дори препаратларининг бошқа таркибла — рини суртиш ҳам мумкин, бироқ атрофик фарингитда қуритадиган, безлар секрециясини пасайтирадиган воситалар ишлатишдан сақланиш керак, хусусан на — трий гидрокарбонат эритмаларини узоқ вақт қўлланиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки у безлар секреция — сини, эвкалипт ва облепиха мойлари активлигини пасайтиради, қуритувчи хоссага эга ва ҳ.к.;

— хроник фарингитдаги азоб берадиган сезги — лар — парестезия, ачишиш, қуриш ва бошқаларни ҳалқум орқа деворининг ён бўлимларида новокаин блокадалари ёрдамида, кўпинча алоэ билан бирга Бартараф этиш мумкин: битта шприцга 1 мл новока — ин эритмаси ва 1мл алоэ олинади ва ҳалқумнинг ўрта бўлими орқа деворининг ён қисмидаги шиллиқ пар — даси остига юборилади; бошқа томондан ҳам худди шундай инъекция қилинади, даволаш курси 8 — 10 муолажадан иборат, инъекциялар 7 кун танаффус билан қилинади;

— маҳаллий иммунитетни ошириш — ИРС, имудон ва бошқа.

Катарал ангина: ютишда оғриқ, гипертермия, оғиз қуриши, танглай ёйчалари, бодомча безлар гипере — мияси. Танглай бодомча безлари (муртаклар) юпқа шилимшиқ — йирингли ажралма билан қопланган, яллиғланган, катталашган; регионар лимфаденит.

Фоликуляр ангина: гипертермия, ютишда оғриқ – лар, бодомча безлар катталашган, гиперемияланган, бодомча безларнинг қабарик участкаларида шиллиқ парда остида юмалоқ, тўғноғич бошчаси катталигидаги саргимтир нуқталар кўтарилиб туради, танглай ёйчалари гиперемияланган, шишган; регионар лимфаденит.

Лакунар ангина: гипертермия, ютишда оғриқ, бодомча безлар катталашган, лакунар оғзида кўп сонли очик – сарик рангли, аксарият бир – бирига қўшилиб кетадиган парда (караш) лар жойлашган, улар осон – ликча кўчади ва қонаб турадиган юза қолдирмайди: пардалар бодомча безлар ташқарисига чиқмайди, танглай ёйчалари яллиғланган; регионар лимфаденит.

Ярали – некротик ангина (Симановский – Плаут – Венсан ангиnasi): мўл сўлак ажралиши (саливақия), ютишда ўнғайсизлик ва ёт жисм борлигини ҳис қилиш, оғиздан нохуш чиринди ҳиди келиши, фарингоскопияда бодомча безнинг юқори қутби соҳасида бир томонлама саргимтир – сарик – яшил парда (караш); парда осон кўчади ва қонаб турадиган юзани қолдиради, кейин бу четлари нотекис кратерсимон ярага айланади, янги суртмада кўп миқдордаги дуксимон таёқчалар ва спирохеталарнинг топилиши.

Ташхиси:

– совуқ қотиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, бетоблик, ишгаҳа йўқлиги, томоқ оғриши, оғиз қуриши, интоксикация ҳодисаларини аниқлаш;

– касаллик сабабини аниқлаш (совқотиш, кескин ҳарорат ўзгаришларининг таъсири, беморлар билан контакт, аутоинфекцияни аниқлаш);

– касаллик бошланишининг хусусиятларини (юқори ҳарорат, ютишда оғриқ, интоксикация ва ҳ.к.) аниқлаш;

– интоксикация белгиларини аниқлаш (тормосоз – ланиш, қусиш, лимфатик тугунлар томонидан реакция);

– бодомча безларининг зарарланиш белгиларини аниқлаш (бодомча безлар шиллиқ пардаси, ёйчалар – нинг кескин гиперемияси, бодомча безлар шиши, бодомча безларида нуқталар кўринишидаги караш – лар ёки лакуналар соҳасида аниқ чегаралари бўлмаган карашлар ёки битта бодомга безида кратерсимон яра);

– ҚУА, СУА, оғиз – ҳалқумдан бактериологик тек – ширишга суртма олишни тайинлаш;

– скарлатина билан (“малинасимон тил”, некротик жараён); дифтерия билан (кул рангли зич карашлар, ширинроқ – чиринда ҳидли, қийинлик билан кўчади, бодомча без юзаси қонаб туради, бўйин клетчатка – сининг ифодаланган шиши, суртмада Лефлер таёқчалари); қизамиқ билан (лунжлар шиллиқ пар – дасида Филатов – Бельский доғлари, танада тошмалар); инфекциян мононуклеоз билан (лимфатик тутунлар – нинг кўпгина гуруҳлари катталашиви, жигар ва талоқнинг катталашиви, қонда мононуклеар ҳужай – ралар); агранулоцитоз билан (некротик ва ярали зарарланиш шунингдек оғиз бўшлиғи, ҳалқум, милк, ҳиқилдоқни қамраб олади, регионар лимфатик тутун – лар катталашмаган, қонда лейкоцитлар миқдорининг кескин камайиви) солиштирма ташхис ўтказиш.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– тўшақда ётиш тартибини тайинлаш;

– таъсирлангирмайдиган илиқ овқат, мўл вита – минлаштирилган суюқлиқлар;

– антибактериал терапия; катарал ангинада био – парокс (асоси – фузафунжин антибиотиғи, оғиз орқали 4 тадан ингальяция кунига 4 марта 6 – 8 кун) ингалья – циялари кифоя, аугментин, феноксиметилпенициллин, рулид, цедекс, ампициллин, оксациллин, ампиокс, це – порин, тетрациклин, олеандомицин, эритромицин 7 – 10 кун;

- гипонсенсбилизация қиладиган терапия (димедрол, супрастин, диазолин, кларитин);
- иссиқни туширадиган, яллиғланишга қарши терапия (парацетамол, колдрекс);
- томоқни дезинфекцияловчи илиқ эритмалар, гиёхларнинг дамламалари (фурацилин, калий пермаганат, мойчечак, марварид дамламалари ва б.) билан чайиш;
- аэрозолларни маҳаллий қўлланиш (стрепсилс — плюс — спрей, ингалипт, камфомен, ИРС — 19, имудон ва б.);
- асоратлар белгилари пайдо бўлганда (ретрофарингеал, паратонзилляр абсцесс ва б.) ва консерватив даволаш наф бермаганда беморни ЛОР — стационарга жойлаштиришни ташкил этиш.

Тил муртаги ангинаси: ютишда оғриқ, тил муртагининг гиперемияси ва шиши; юзаси сарғимтир караш билан қопланган, регионар лимфаденит, гипертермия.

Ташхиси:

- ютишда қаттиқ оғриқ, нутқ ҳосил бўлиши бузилишига шикоятларни аниқлаш;
- анамнезда овқат қабул қилиш вақтидаги травма билан боғлиқликни аниқлаш;
- кўздан кечирганда тилни чиқариш ва унинг илдизини пайпаслаб кўриш қаттиқ оғриқ беради; баъзан чайнаш мускулатураси спазми пайдо бўлади (тризм — жағларнинг тиришиб қисилиши), ҳиқилдоқ кўзгуси билан кўздан кечиришда тил муртагининг катталашгани ва гиперемияси қайд қилинади, баъзан нуқтасимон карашлар ҳосил бўлади;
- ҚУА, СУА, оғиз — ҳалқумдан бактериологик текширишга суртма олишни тайинлаш;
- ангинанинг бошқа турлари, парафарингеал ва ҳалқуморти абсцесси билан солиштирма ташхис ўтказиш.



УАВ тактикаси: ангидалардаги УАВ тактикасига қаралсин.

Агранулоцитоздаги ангина: дисфагия, сўлак оқиши, оғиздан чиринди ҳид келиши, некроз соҳалар ва ат—роф тўқималарда яллиғланиш реакциясисиз ярачалар, улар муртакларда, ҳалқум орқа деворида, милкларда жойлашади, қонда лейкоцитлар миқдорнинг кескин пасайиши—лейкопения (500 гача), донали шакллари (базофиллар, эозинофиллар, нейтрофиллар йўқлиги, нисбий лимфоцитоз (90% гача).

Мононуклеоздаги ангина: бодомча безлар гипере—мияланган, ангинанинг ҳар хил турлари ва ҳалқум дифтериясини эслатадиган караш билан қопланган; карашлар узоқ вақт сақланади; оғиздан чиринди ҳид келиши; лейкоцитоз (20—30 минг) монолимфоцитлар устунлиги билан.

Ташхиси:

— агранулоцитар ангинада — ҳароратнинг 40°С гача кўтарилиши, эт жунжикиши, бўғимларда оғриқ, то—моқда қаттиқ оғриқ, ютишнинг бузилиши, сўлак оқиши кучайиши ва оғиздан чиринди ҳид келишига шико—ятларни аниқлаш; мононуклеозда — оддий ангидалардан бирининг клиникасини эслатади;

— агранулоцитозда кўздан кечирганда — ўрта ва ёши улғайган кишилар, аёллар кўпроқ касалланади, умумий оғир ҳолат, склераларнинг сарғайганлиги аниқланади, мононуклеозда — кўпроқ болалар ва навқирон ёшда — гилар касалланади, лимфа тугунлари аввалига бўйинда, сўнгра чов, қўлтиқ ости, абдоминал тугунлар каттала—шади, улар пайпасланганда зич, йирингламайди, талоқ ва жигар ҳам катталашини мумкин;

— фарингоскопияда: агранулоцитозда ангина—ат—роф тўқималарнинг муртак безлари, ҳалқум орқа деворида, милкларда жойлашган ҳимоя яллиғланиш ре—

акциясисиз некроз соҳалари ва яралари; мононуклеозда – бодомча безлар гиперемияланган, ангиаларнинг ҳар хил турлари ва ҳалқум дифтериясини эслатадиган караш билан қопланган; карашлар узоқ вақт сақланиб қолади; оғиздан чиринди ҳид келиши;

– батафсил қон анализини тайинлаш – лейкоцитлар миқдорининг кескин камайиши – лейкопения (500 гача), донали шакллари (базофиллар, эозинофиллар, нейтрофиллар) бўлмаслиги, нисбий лимфоцитоз (90% гача) агранулоцитозда ва катта миқдорда (15–30 дан 65% гача) ўзгарган моноцитлар ва лимфоцитлар, лейкоцитоз 10–20Ч10<sup>9</sup>/л ва бундан юқори, бир ядроли ҳужайралар устунлиги билан, уларга протоплазма лимфоцитлардаги, ядролар эса моноцитлардаги кабидир;

– Симановский – Плаут – Венсан ангинаси, дифтерия, ўткир лейкоз билан солиштирама ташхис ўтказиш, бунда қонни ва суртмани микрофлорага текшириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг тема – тологда даволаниш.

Сурункали тонзиллит: бодомча безлар юзасининг нотекислиги, кенгайган, деструктив лакуналар, олдинги танглай ёйчалари четларининг гиперемияси ва шиши, танглай ёйчаларининг бодомча безлар билан ёпишиб қолиши, бодомча безлар лакуналарида йирингли – казеоз тиқинлар ёки суяқ йиринг.

Ташхиси:

– қайталанувчи ангиалар, паратонзилляр абсцесслар, лоҳаслик, субфебрил ҳарорат, юрак, бўғимлар, буйрақлар соҳасидаги оғриқдан характерли шикоятларни аниқлаш;

– касалликнинг бошланиш вақти сабабини, ўтказилган даволаш, қўшилиб келган касалликларни аниқлаш;

– текширишда лимфатик тугунларнинг катталашини ва оғришини (жағ ости), юмшаб қолган танглай муртаклари, танглай ёйчалари билан ямоқли битиш – малар ҳосил бўлиши, танглай ёйчаларининг шиши, гиперемияси ва зичлашиши, муртаклар юзанинг но – текис дўнғчалари борлиги, лакуналарда йирингни аниқлаш;

– ҚУА, СУА, ЭКГ (зарурат бўлганда), лаборатория текширишлари маълумотларини талқин қилиш;

– кардиотонзиллоген интоксикацияни аниқлаш учун ревматолог консультациясини уюштириш;

– сурункали тонзиллитнинг катарал ангина (юқори ҳарорат, ўткир бошланиши), сурункали фарингит билан (ўзгаришлар муртаклардан ташқарида кузатилади), танглай муртаклари гиперплазияси (сурункали тонзиллит белгилари бўлмайди), муртакларнинг сидан зарарланиши билан (ўпканинг сидан зарарланиши борлиги, ўлчами ва зичлиги ҳар хил оғримайдиган лимфатик тугунлар, мусбат туберкулин синамалари) солиштира диагностика ўтказиш.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– токсико – аллергияк белгаларисиз I – II даражали сурункали тонзиллитнинг формасида консерватив даволаш:

– лакуналарни ювиш, дори суртиш, дориларни интратонзилляр юбориш,

– антибиотиклар, фитонцидларни ингаляция қилиш,

– физиодаволаш (ультрабинафша нурлатиш, УВЧ, ультратовуш ва б.).

– Токсико – аллергияк белгилари билан II даражали сурункали тонзиллитнинг формасида (юрак – томирлар системаси, бўғимлар ва б. томонидан ўзгаришлар) ва консерватив даволаш наф бермаганда ЛОР – стационарда жарроҳлик усулида

(тонзиллэктомия) даволашга тайёргарлик.

Паратонзилляр абсцесс: ютишда, аксарият бир то — монлама иррадиацияли (ўтувчи) оғриқ, қулоққа ўтади, тризм, зарарланган томоқда регионар лимфа тугун — ларининг шиши ва оғриши, бошнинг касал томонга энгашиб, мажбурий ҳолат эгаллаши, оғизда мўл ши — лимшиқ йиғилиши, шилимшиқнинг ёпишқоқлиги, юмшоқ танглай ва олдинги ёйчанинг бир томонлама кескин гиперемияси, шиши, бўртиши, томоқда асим — метрия; регионар лимфаденит.

Ташхиси:

— ўзига хос шикоятларни (ютишда ва оғизни очишда кескин оғриқ, тана ҳароратининг кўтарили — ши, бўшашиш, иштаҳа бузилиши) аниқлаш;

— касаллик сабабини аниқлаш (совқотиш, травма, ёт жисм, юқори нафас йўллари касаллиги ва б.);

— кўздан кечирганда жағ ости соҳасининг пастки жағ бурчаги проекциясида текислик, пайпаслашда жағости ва тонзилляр лимфатик тугунларнинг кат — талашгани аниқланади;

— фарингоскопияда танглай муртаги асимметри — яси ва гиперемия, бўкканлиги, танглай ёйчаларининг кўпинча бир томонлама, шиши ва гиперемияси, флюктуация борлиги ва жойи аниқланади;

— ҚУА, СУА тайинлаш;

— абсцесс жойда пайпаслаш, энг бўртиб чиққан жой ва флюктуацияда пункциялар;

— зарурат бўлганда инфекционист ва онколог кон — сультациясини ташкил қилиш;

— ўсма билан (пункцияда йиринг йўқлиги, қон анализида ўзгаришлар йўқлиги), моноцитар ангина билан (танглай муртаги яллиғланиши борлиги, қон — даги ўзгаришлар).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг ЛОР —

мутахассисида даволаниш.

Ўқир аденоидит: бурундан нафас олиш бузилиши, товушнинг бурундан чиқиши (манқалик), аденоид тўқима гиперемияси ва шиши, бурун – ҳалқумда ши – лимшиқ – йирингли суюқлик, орқа девор бўйлаб йиринг оқади.

Ташхиси:

– бетоблик, бош оғриши, ҳарорат кўтарилиши, бурундан нафас олиш қийинлашгани, бурун бўшлиғи – дан шилимшиқ – йирингли ажралмаларга шикоятларни аниқлаш;

– касаллик сабабини, унинг давомлилигини аниқлаш;

– ташқи кўздан кечиришда юзнинг кепчиганлиги (пастозли), жағости ва бўйин лимфатик тугунлари катталашганлиги аниқланади;

– бурун бўшлигини кўздан кечиришда бурун чиганоқлари шилиқ пардаси ва шиши, бурун йўлла – рида шилимшиқ – йирингли ажралма, орқа риноскопияда – ҳалқум муртаги шилиқ пардасининг гиперемияси ва шишини топиш;

– ҚУА, СУА, бурун – ҳалқумдан суртма олиб, бак – териологик экиш ва микрофлоранинг антибиотикларга сезувчанлигини текшириш.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– бурун – ҳалқумни антисептик эритмалар билан чайқатиш усулида ювиш;

– муртақларни гиёҳларнинг эритмалари, прополлис билан ювиш;

– бурун бўшлиғига кукунсимон дори воситала – рини инсуффляция қилиш;

– бурунга томир кенгайтирувчи воситалар;

– ўринда ётиш тартибига риоя қилиш;

– яллиғланишга қарши терапия;

– десенсибилизация қиладиган терапия;

- симптоматик терапия;
- физиодаволаш;
- илиқ ичимлик ичириш.

Аденоидли вегетациялар: юз скелети ўсишининг бузилиши: узунлашган юқори жағ, баланд ва тор тан – глай; юзнинг ўзига хос ифодаси: оғиз ярим очиқ, пастки жағ пастга осилган, бурун – лаб бурмалари – нинг текислашганлиги; ташхисни бурун – ҳалқумни бармоқ билан текшириб ойдинлаштирилади.

Ташхиси:

- бурундан нафас олишнинг қийинлашгани, тун – лари хуррак отиш, эшитишнинг пасайиши, бурундан тўхтовсиз ажралма оқиши, уйқу бузилиши, ланжлик;

- касалликнинг қанча вақт давом этганлигини, унинг ривожланишини, илгари ўтказилган даволашни аниқлаштириш;

- ташқи кўздан кечиришда юзнинг аденоидга хос типини, бурун – ҳалқумни кўздан кечиришда ва уни бармоқ билан текширишда – бурун – ҳалқум мурта – гини аниқлаш;

- ҚУА, зарурат бўлганда бурун – ҳалқум рентге – нографиясини тайинлаш;

- Сурункали аденоидит (бурун – ҳалқум муртаги сатҳида патологик ажралма), сурункали гипертрофик ринит (бурун чиганоқлари шиллиқ пардасининг шиши), бурун – ҳалқум ангиофибромаси билан (вақ – ти – вақтида қон оқиб туриши) солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг жар – роҳлик усулида даволаш (аденотомия) ўтказиш учун тайёрлаш ва ЛОР – стационарга жойлаштириш.

Ўсмирлар бурун – ҳалқум ангиофибромаси: 10 – 15 ёшдаги ўғил болаларда кузатилади; бурундан нафас олиш қийинлашиши, шилимшиқ – йирингли ажрал –

малар, оғзи ярим очик, юзи кериккан; ўсма қизил ран — га, юзаси силлиқ, зич, бурун — ҳалқумни қисман ёки тўлиқ тўлдириб туради.

Ташхиси:

— бурундан нафас олишнинг қийинлашиши, томоқ қирилиши, товуш ўзгариши (манқалик), спонтан мўл қон оқишлар, умумий беҳоликка шикоятларни аниқлаш;

— кўздан кечирилганда юзнинг аденоид типиде (ту — ри) (шиш, оғизнинг ярим очиклиги), тери ва шиллиқ пардаларнинг рангпарлиги (иккиламчи постгеморрагик анемия ривожланиши);

— олдинги ва орқа риноскопияда тиниқ — қизил рандаги юмалоқ, силлиқ ёки дўнгсимон ўсма кўри — нади, зонда билан пайпаслаб кўрилганда зич, бурун — ҳалқумни батамом эгаллаб туради, баъзан ҳалқумнинг ўрта бўлимига осилиб туради, пайпас — лаб кўрилганда ўсма одатда қонаб туради, зич, оёқчаси бурун — ҳалқумнинг юқори бўлимида бош — ланади;

— эндоскопик, рентгенологик (жумладан компь — ютер ҳам), қатор ҳолларда эса ҳам ангиографик текширишлар ўтказиш (ўсма структураси ва чега — раларини аниқлаш);

— хоанал полип, аденоидлар, папилломалар, сар — кома, рак ўсмаси ва аденома билан солиштирма диагностика ўтказиш (биопсия маълумотлари).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг бе — морни тайёрлаш ва жарроҳлик усулида даволаш ўтказиш учун ЛОР — стационарга жойлаштириш.

Тил илдизи абсцесси: ютишда, сўзлашишда кес — кин оғриқлар, жағости соҳаси ўртасида туташ, зич шиш борлиги, тил илдизи гиперемияси; тил шишиб кетган, шишлари туфайли оғиз бўшлиғига сигмайди.

Ташхиси:

– суриштирилганда ютишда, сўзлашганда кескин огрик, тана ҳароратининг 38–39°C гача кўтарилиши, беҳолик, ланжлик, анамнездан ҳалқум шамоллаши ёки тил илдизи соҳасида суяк ёки бошқа жисмдан шикастланиш сабабли бошланган;

– фарингоскопияда шишиб кетган, шиш сабабли оғиз бўшлиғига сигмай қолган тил;

– билвосита ларингоскопияда тил илдизи соҳа – сида гиперемия аниқланади, йиринглик шакланганда тил юзасидан кўтарилиб турадиган, қўл теккизил – ганда қаттиқ огрийдиган юмалоқ шиш ҳосил бўлганлиги аниқланади;

– ҚУА (нейтрофилёз, лейкоцитоз, СОЭ (ЭЧТ) ошиши).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг жар – роҳлик стоматология стационарига жойлаштириш.

Ҳалқуморти абсцесси: уч ёшгача болаларда куза – тилади; гипертермия, нафас олишда ўзига хос хириллаш, дисфагия, овқатдан юз ўгириш, манқалик, боланинг боши бир оз орқага энгашган; бурундан на – фас олишнинг бузилиши бурун – ҳалқумда жойлашган абсцесс чақиради; фарингоскопияда юмшоқ танг – лайни шпатель билан оз – моз кўтарилади ва ҳалқум орқа деворидаги бўртган жой аниқланади, у орқа ёйчани ва муртакни олдинга сиқиб қўяди, пайпаслаб кўрилганда у юмшоқ (флюктуация), пункцияда йи – ринг чиқади.

Ташхиси:

– ишгаҳа бузилиши, умумий ҳолатнинг ўзгариши, ютишнинг, бурундан нафас олишнинг қийинлашиши, дисфагия, йўтал, қусишга хос шикоятларни аниқлаш;

– касаллик пайдо бўлиш сабабини аниқлаш (совқотиш, бундан олдинги касаллик, травма, ҳалқ – умда ёт жисм ва б.);



— объектив кўздан кечиришда касалликнинг специфик белгилари (боланинг безовталиги, оғзи очиқ, тана ҳарорати кўтарилиши, манқалик, пайпаслаб кўрилганда бўйин ва жағости лимфатик тутунлари — нинг катталашганлиги);

— ҳалқумнинг орқа деворини кўздан кечирганда шиллиқ парданинг кескин гиперемияси, унинг ҳалқумнинг юқори ва пастки бўлимларида буртиб чиққанлигини аниқлаш;

— совуқ абсцесс (секин ривожланади, ҳалқум шиллиқ пардасида гиперемия бўлмайди, ҳарорат нормал, энса соҳасида оғриқлар, специфик реакциялар ва рентгенография маълумотлари), юқорига кўтарилувчи ҳалқум артерияси аневризмаси билан (пульсация, пункция маълумотлари), сохта бўтма билан (ҳиқилдоқдаги ларингоскопияда кўринадиган тегишли ўзгаришлар) солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг ЛОР — мутахассисда даволаниш.

Парафарингеал абсцесс: ютишда қаттиқ оғриқ, бош касал томонга бурилган; пастки жағ бурчаги олдида жағости соҳаси текислашгани, орқа танглай ёйчаси оғриқларида буртиб чиқиш ва шиш борлиги, регионар лимфаденит, гипертермия.

Ташхиси:

— ютишда кескин оғриққа, оғизни қийинлик билан очишга шикоятларни аниқлаш;

— анемниз йиғишда бўлиб ўтган ангина ёки тонзилэктомия, ҳалқум шиллиқ пардасининг травмадан зарарланиши, йирингнинг сўргичсимон ўсиқдан таъриқалиши билан боғлиқликни аниқлаш;

— кўздан кечирилганда аввалига жағости соҳасининг ва пастки жағ бурчаги проекциясида текислашганини аниқлаш, кейинроқ пайпаслаб

кўрилганда оғрийдиган инфильтрат катталашади, қатор ҳолларда пайпаслашда флюктуация топилади;

– ҚУА (лейкоцитоз 10.0–14,0Ч10<sup>9</sup>/л, СОЭ соатига 45–50 мм), СУА, компьютер томографияси тайинлаш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг ЛОР – мутахассисда даволаниш.

Ҳалқум сили: қуюқ овқат ва суюқ овқат тановул қилинганда оғриқ; сил яралари танглай ёйчаларида, ҳалқумнинг орқа деворида, юмшоқ танглайда жойла – шиши мумкин; яраларнинг чети нотекис, ўйдим – чуқур, рангИ оқимтир пушти ранг, юзаси йирингли парда билан қопланган, иккиламчи инфекция қўшилиши оғиздан ёқимсиз, чиринди ҳид келишига имкон беради.

Ташхиси:

– қуюқ овқат ва сув ичганда кескин оғриқ, то – моқда галати сезги борлиги ва оғиздан ёқимсиз ҳид келишидан шикоятларни аниқлаш;

– анамнездан беморда бошқа аъзоларида сил бор – лигини аниқлаш;

– ҚУА, СУА, яра соҳасидаги грануляцияларни микроскопик текшириш, Манту синамаси, ўпка рен – тенографияси ўтказиш;

– Захм, рак ва тери сили билан солиштирма таш – хис ўтказиш.

УАВ тактикаси: асосий касалликни фтизиатрда даволаш.

Ҳалқум дифтерияси: товуш манқаланган, нафас қийинлашган, сўлак оқиши, оғиздан чиринди ҳид келиши, муртақлар, танглай ёйчалари, юмшоқ танглайда кулранг карашлар, улар қийинлик билан кўчиб, қонайдиган юза қолдиради.

Ташхиси:

– манқаланган товуш, нафас олиш қийинлашгани, сўлак оқиши, оғиздан чиринди ҳид келишига шико –

ятларни аниқлаш;

— эпидемиологик анамнез йиғиш (дифтерия тарқ— алгани);

— фарингоскопияда муртақлар, танглай ёйчалари, юмшоқ танглайда кулранг пардалар, улар қийинлик билан кўчиб, қонайдиган юза қолдиради;

— ҚУА, СУА, ҳалқумдан олинган суртма ва парда— ларни бактериологик текшириш — дифтерия қўзғатувчисини ажратиш (фибринли парданинг кичик қисмини иккита шпатель орасида эзилмай ва 2—3 соат ичида лабораторияга жўнатилади ёки шу жойнинг ўзида Петри косачасига электив ёки транспорт муҳитига экилади ва сўнгра лабораторияга жўнатилади);

— оддий ангиналар билан (улар учун қуйидагилар жос: бир мунча ўткир бошланади, тана ҳарорати юқори бўлади, фарингоскопияда пардалар лакуналар йўли бўйлаб ёки фалликуллар соҳасида жойлашади, шпатель билан осон кўчади, қонамайди), ярали — некротик ангина билан (беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармаган, фарингоскопияда муртақларнинг бир то — монлама зарарланиб, сузмасимон некротик масса билан қопланган кратерсимон яра ҳосил бўлиши, оғиздан чириңди ҳид келиши), инфекцион мононук — леоз билан (аста секин бошланиши, жигар, талоқ ва лимфатик тугунчаларнинг катталашishi, қонда катта миқдордаги лимфоцитлар, атипик мононуклеарлар, — М — антигенга антитаналар аниқланиши) солиштирма ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис аниқлангандан сўнг зудлик билан инфекцион (юқумли касалликлар) булимига жойлаштириш.

Ҳалқум захми: ҳалқум захми ҳамма босқичларда аниқланади, қаттиқ шанкр лабда, лунж шиллиқ пар — дасида, тилда, юмшоқ танглай ва танглай муртагида

бўлиши мумкин ва жағ ости, бўйин ва энса лимфатик тугунларининг бир томонлама лимфадентининг бир томонлама зарарланиши билан тавсифланади; иккинчи босқич полиаденит билан тавсифланади, фарингоскопияда – мис – қизил рангли гиперемия фонигаги туташ шишинқираш танглай ёйчаларига, юмшоқ ва қаттиқ танглай шиллиқ пардасига тарқалади ёки юзасидан кўтарилиб турадиган ва қизил хошия билан ўралган юмалоқ ёки чўзинчоқ шаклдаги ним кулранг – оқ тошмалар кўринишидаги папулалар ҳосил қилади.

Ташхиси:

– ютишда томоқда ғалати ноқулайлик ёки ачишиш сезгисига шикоятларни топиш;

– анамнездан беморнинг ўзида захм топиш ёки захмли бемор билан контакт бўлганлигини аниқлаш;

– кўздан кечиришда захм инфекцияси борлигининг бошқа белгиларини (тошмалар, кенг кондиломалар ҳосил бўлиши, бурун, қулоқ ва ҳиқилдоқ зарарланганини, тугма захмда Гетчинсон триадасини) аниқлаш;

– Вассерман серологик реакциясини ўтказиш (мусбат реакция), яра ва папулалар суюқлигидан оқиш трепонемалар топиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг венерологда даволланиш.

Ҳалқумнинг хавфли ўсмалари: дисфагия, овқат вақтида қалқиб кетиш, товуш (овоз) бузилиши (ўзгариши), оғиздан ҳид келиши (болаларда танглай муртақларидан чиқадиган лимфосаркома кўпроқ кўзатилади), катталашган лимфатик тугунчалар.

Ташхиси:

– ютиш қийинлашиши, манқалик, ҳалқумда ёт жисм бордек туюлишига шикоятларни аниқлаш;

– касаллик бошланиши ва ривожланишини, ўтка – зилаётган даволашни аниқлаш;

– кўздан кечирилганда юз асимметриясини, лим – фатик тугунчалар катталашини (кечиккан босқичларида) топиш;

– фарингоскопияда юзаси текис, нотекис, ярага айланган ўсма борлигини аниқлаш;

– ҚУА, коагулограмма тайинлаш, биопсия олиш ва цитологик текширишга суртма олиш

– Онколог консултациясини уюштириш

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг онко – логик стационарга жойлаштириш.

Ҳалқумдаги ёт жисм: кучайган саливация, қусиш ҳаракатлари, ютишда огриқ кучайиши; ёт жисм бу – рун – ҳалқумда, томоқ соҳасида, муртақларда, тил илдизида, тил илдизи билан ҳиқилдоқ қопқоғи усти орасида, ноксимон бўшлиқларда тиқилиб қолиши мумкин (расм 14).

Ташхиси:

– саливация, ҳалқумдаги огриқ, овқатдан қалқиб кетишга характерли шикоятларни топиш;

– ёт жисм тушган вақт, сабаби, хусусияти, овқат тановул қилиш билан боғлиқлигини аниқлаш;

– бурун – ҳалқум, ҳиқилдоқ – ҳалқум, бурунни кўздан кечиришда ёт жисмнинг қаерда жойлашганини, шикаст борлигини аниқлаш;

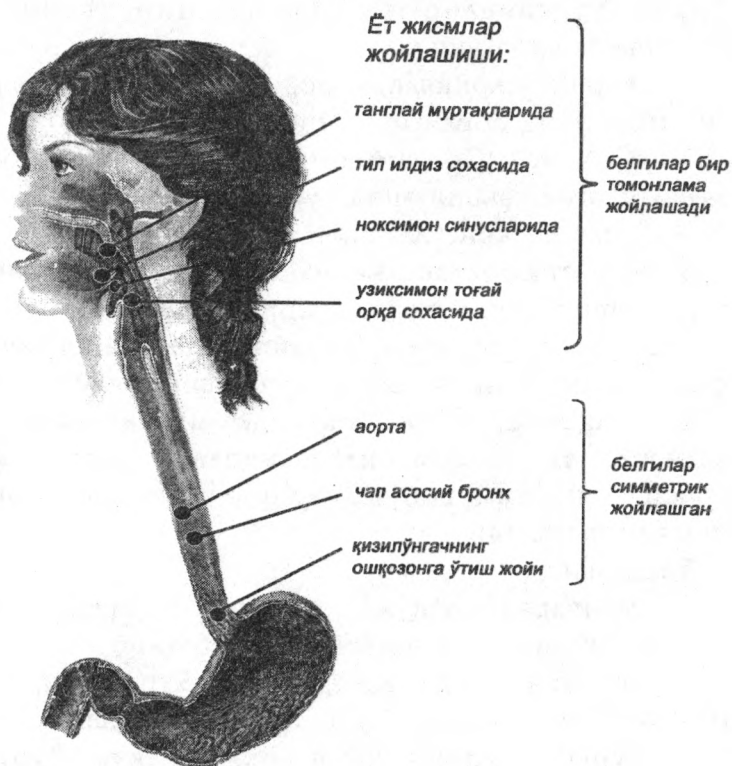
– ҳиқилдоқ шикасти билан қиёсий ташхис ўтка – зиш (анамнез, қон оқиши, тўқималар шиши).

– ёт жисмнинг табиати ва жойлашувига кўра за – рурат бўлса маслаҳат учун мутахассисларни (стоматолог, жарроҳ) таклиф қилиш.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– зудлик билан ёрдам кўрсатиш (ревизия қилиш ва ёт жисмни чиқариш);

# ҚИЗИЛҮНГАЧ ҲИҚИЛДОҚ ВА ҲАЛҚУМНИНГ ЁТ ЖИСМЛАРИ



Расм 14.

– ёт жисмни чиқариб бўлмаса ёки асоратлар бошланишига белгилар пайдо бўлганда (абсцесс ҳосил бўлиши, қон оқиши (кетиши) стационар турини аниқ – лаб госпитализацияни ташкил қилиш.

Ҳалқум кандидамикози: оғиз қуриши, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг туташ гиперемияси; аввалига гиперемияланган фонда чегараланган оқ доғлар пайдо бўлади, сўнгра улар катта пардаларга қўшилади; улар қийинлик билан кўчади ва юмшоқ танглай, танглай ёйчалари, муртақлар, тил, лунжларнинг ички юза – сида жойлашади.

Ташхиси:

– оғиз бўшлиғидаги ўнғайсизлик (оғиз қуриши ёки қичиши), ҳароратнинг оз – моз ( $37,5 - 37,9^{\circ}C$ ) кўта – рилишидан шикоятларни аниқлаш;

– анамнездан дисбактериоз борлигини, овқатни ҳазм қилиш бузилишлари, бўлиб ўтган юқумли ка – салликларни аниқлаш.

– фарингоскопияда муртақлар (баъзан биттаси) – нинг катталашishi ва енгил гиперемияси, муртақлар ёки юмшоқ танглай, танглай ёйчалари, тил, лунж – ларнинг ички юзасида оролчалар кўринишидаги тиниқ оқ, говак, творогсимон кўринишидаги қатламлар, улар остидаги тўқимага шикаст етказмай кўчади;

– ҚУА, СУА тайинлаш, ҳалқум шиллиқ пардаси – дан олинган қирмаларини текшириш (могор замбуруғи ҳужайраларининг тўпламларини топиш).

Ташхис асослангандан кейин УАВ тактикаси:

– замбуруққа қарши даволаш (низорал 200 мг ку – нига 2 марта, дифлюкан 100 мг кунига 2 марта, леворин 500000 ТБ кунига 4 марта, 2 ҳафта);

– организмнинг умумий чидамлилигини ошириш ( В, С, К гуруҳидаги витаминлар), иммуномодуляторлар;

– зарарланган ўчоқларга маҳаллий 5–10 % ляпис

эритмаси, 2–5 % натрий бикарбонат эритмаси, 1–2 % бриллиант яшили эритмаси ёки Люгол эритмаси суртиш қўлланилади;

– ўтказилган даволаш самарасиз бўлганда ЛОР–мутахассисда даволаниш.

Скарлатина: «малинасимон тил» – тилнинг харак – терли рангги, гиперемияланган танглай муртакларида, олдинги танглай ёйчаларида кулранг юпқа пардалар учрайди, улар осон кўчади.

Ташхиси:

– томоқда оғриқ, ҳарорат кўтарилиши, лоҳаслик, қусиш, танада тошмалар тошишига шикоятларни аниқлаш;

– эпидемиологик шароит ва скарлатина билан касалланган бемор билан контактда бўлганликни ҳисобга олиш;

– кўздан кечирилганда кўкракда, қоринда, қўлларнинг букиладиган юзаларида пушти ранг майда нуқтасимон, баъзан қаттиқ қичишадиган тошмалар, бўйин лимфаденити, касаликнинг 2 ҳафтасида – те – риди пўст ташлаш, танада кепаксимон, бармоқларда пластинкасимон пўст ташлаш топилиши;

– фарингоскопияда томоқнинг қип – қизил гиперемияси “ёнаётган томоқ”, гиперемияланган танглай муртакларида, олдинги танглай ёйчаларида, юмшоқ танглайда кулранг, юпқа пардалар бўлади, улар осон кўчади, тилда яққол сўрғичлар кўринади (малинасимон тил);

– ҚУА тайинлаш (нейтрофилёз ва ядроли чапга силжиш билан лейкоцитоз, СОЭ (ЭЧТ) тезлашиши, 3–кундан – эозинофилия);

– томоқдан суртма олиш (токсиген гемолитик стрептококк ажратиш), Дик реакцияси ўтказиш (0,1 мл термолабил Дик токсини фракцияси тери орасига



киритилади – киритилган жойда тери қизариши ва инфильтрацияси пайдо бўлади);

– бошқа патологиядаги ангиналар, дифтерия, қизамиқ, қизилча кабилар билан қиёсий ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг инфекцион бўлимга госпитализация қилиш.

Юмшоқ танглай фалажи: бошдан кечирилган дифтерия оқибати бўлиши мумкин, овқатнинг суюқликни бурун орқали оқиб тушиши қайд қилинади; кўздан кечирилганда юмшоқ танглайнинг осилиб қолганлиги аниқланади; баъзан невритнинг бошқа кўринишлари – кўз киприклар мушагининг фалажи билан бирга учраши мумкин.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг невропатологга даволаниш.

Қизилўнғачдаги ёт жисм: гўшт суяклари ва балиқ қилтаноқлари, катта гўшт парчалари, тангалар, тугмачалар, жетонлар ва шу кабилар бўлиши мумкин: кўпинча ёт жисм қизилўнғачнинг бошланғич қисмида тўхтаб қолади: дисфагия, кўп сўлак ажралиши, қусиш, нафас олиш қийинлашиши қайд қилинади, оғзи ярим очилган ҳолатда; ташхис рентгенологик текшириш усули билан ойдинлаштирилади.

Ташхиси:

– ютишнинг қийинлашиши ёки умуман ютишнинг иложи йўқлиги, овқат тановул қилишга уриниб кўрилганда орқага, куракларга, қўлга ўтадиган кучли оғриқлар безовта қилади, одам овқатдан юз ўтиради;

– анамнездан овқат тановул қилишдан сўнг шикоят пайдо бўлишини ёки ёт жисм тушганлиги, унинг қачон тушгани, имкон бўлса, характери ва ўлчамларини аниқлаш;

– кўздан кечиришда кучли ютиниш ёки қусиш

ҳаракатлари, сўлак ажралиши аниқланиши мумкин; ёт жисм қизилўнғачнинг пастки бўлимига тиқилиб қолганда бемор вертикал ҳолат олишдан қочишга уринади (қўшни аъзоларга босим тушиши сабабли), қорнини ёки қовурга остиларини қўли билан чан — галлаб бутун гавдаси билан пастга энгашади, стулда энгашиб ўтиради, оёқларини ичига тортган ҳолатда ётишни афзал кўради;

— бир қултум сув бериб синаш — бир қултум сув ичиш таклиф қилинади, ёт жисм бўлганда оғриқ пайдо бўлиб, беморнинг афт — башараси ўзгариб, елкалари уча бошлайди;

— қизилўнғач обзор ва контраст рентгенографи — яси (Земцов усулида бўйиннинг ён томондан расмини олиш) ёки ёт жисмни, унинг қаерда жойлашгани ва перфорация йўқлигини аниқлаш учун фронтал то — мографияни тайинлаш (ретротрахеал бўшлиқ кенгайиши трахея бўйин қисмининг ҳаво устуниси со — яси билан умуртқа погонаси ўртасидаги масофанинг кўпайиши); ноконтраст ёт жисмларда ЛОР — мута — хассис амалга оширадиган гипофарингозофагоскопия ташхиснинг таъсирчан ва даволашнинг асосий усули ҳисобланади.

УАВ тактикаси: ташхис тасдиқлангандан сўнг ЛОР — мутахассис ёки эндоскопист тамонидан ёрдам кўрсатишни уюштириш.

— қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши: тўш орқасида оғирлик, ачишиш, дисфагия, регургитация, ютишда оғриқ; ташхис рентгенологик текшириш билан ойдинлаштирилади.

Ташхиси:

— тўш орқасида оғирлик, ачишиш, дисфагия, регургитация, ютишда оғриқдан шикоятларни аниқлаш;

— анамнездан беморда жигар касалликларини (су

рункали гепатит, жигар циррози) аниқлаш;

– жигарни УЗИ (УТТ) қилиш, қизилўнғач венорафияси, қизилўнғач рентгенографияси ва эндоскопияси.

УАВ тактикаси: асосий касаллик жарроҳ ва терапевтда (жигар циррози ва б.) даволаш.

Ҳалқум шикасти: ҳалқум ички деворининг юза қавати атрофидаги тўқималарни зарарлангирмай шикастланади; шиллиқ парданинг лат ейишлари, юзаки яраланишлар, санчилишлар, юмшоқ танглай, равоқларнинг йиртилишлари аниқланади.

Ташхиси:

– беморнинг оғзидан қон оқиши, томоқдаги оғриқ, нафас олиш, ютишнинг қийинлашгани, сўлак оқиши (саливация) шикастларни аниқлаш;

– шикаст юз берган вақтини ва сабабини, ёки жисм тушган бўлиши мумкинлигини аниқлаш;

– бурун, бурун–ҳалқум ва ҳиқилдоқ–ҳалқумни кўздан кечиришда шикаст юз берган жойни ва унинг характерини, чуқурлигини, ёт жисм тушган бўлиши эҳтимолини, қон оқишларни аниқлаш;

– ҚУА тайинлаш, қон группаси, резус–омилни аниқлаш, ҳиқилдоқни рентгенда текшириш;

– шикастнинг жойлашган ўрнига қараб, жарроҳ, стоматолог консултацияси.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– шошилиш ёрдам кўрсатиш (қон оқишни тўхта–тиш, ёт жисмни олиб ташлаш, трахеостомия ўтказиш, ярага ишлов бериш, чоклар солиш);

– яллиғланишга қарши, симптоматик ва гипосенсибилизация қиладиган терапия тайинлаш;

– асорат ривожланиш хавфи бўлганда (абсцес–сланиш ва б.) ЛОР–бўлимга госпитализация қилиш.

Афтоз стоматит: оғиз бўшлагининг шиллиқ пар–

дасида юмалоқ майда ярачалар, уларнинг тубида кўкимтир – сариқ караш бўлади.

**Ташхиси:**

– оғиз бўшлигида ачишиш, оғриқ ёки ёқимсиз сезги бўлади, таъсирлантирадиган овқат (нордон, шўр ва б.) тановул қилишда ачишиш ва оғриқ кучаяди;

– стомофарингоскопияда оғиз шиллиқ пардасида майда юмалоқ ярачалар, уларнинг тубида кўкимтир – сариқ караш бўлади, танглай муртаклари ва ҳалқумнинг орқа девори инактив;

– ярачалардаги карашларни бактериологик тек – шириш.

**УАВ тактикаси:** ташхис асослангандан сўнг сто – матологда даволаш.

**Людовиг ангинаси:** тризм, сўлак оқиши, оғиздан бадбўй ҳид келиши, оғиз бўшлиги тубида ва жағости соҳасида зич оғриқли инфильтрат. Бу жағ – тилости мушагигача тарқаладиган пастки жағости учбурча – гидаги ўткир целлюлит, одатда у оғиз бўшлиги (жумладан тишлардаги) ёки ҳалқумдаги септик жа – раёнларга боғлиқ, иммун система функцияси пасайиб кетганда кўпинча анаэроб инфекция томонидан кўзгатилиб, бўйин тўқималаригача эгаллайди. Инфек – ция бўйин чуқур фасцияси пастки жағга ва тилости суягига ёпишган соҳа билан чегараланиб қолади; бу соҳада босим ошади ва яққол оғриқ пайдо бўлади. Инфекция орқага бўйиннинг чуқур бўлимларига тарқалади; хавфли асорат – ҳиқилдоқ шиши ривож – ланиши эҳтимол.

**Ташхиси:**

– оғизни очиш қийинлашганига шикоятлар, оғиз – дан бадбўй ҳид келиши, тилостида ва жағости соҳасида оғриқлар, сўлак оқиши;

– кўздан кечирилганда кескин умумий интокси –

кация ва бетоблик аниқланади, пастки жағости уч – бурчагида зичлашган шиш аниқланади, пайпаслаганда оғрийди, шиш шунингдек оғиз бўшлиғи тубига ҳам тарқалиб, тилни юқорига суриб қўйиши мумкин;

– ангина ва тил муртаги абсцесси билан (жағости соҳасида шиш йўқ, билвосита ларингоскопияда тил муртаги инактив), ўсма билан (аста – секин бошла – нади, биопсия ўтказиш) қиёсий ташхис ўтказиш.

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг хи – рург – стоматологга даволаниш, ҳиқилдоқ шиши ривожланганда – шошилич трахеотомия.

#### Қизилўнгач ўсмаси:

Ташхиси:

– ютишда оғриқнинг қулоққа берилишига шико – ятларни аниқлаш, товуш афониягача ўзгариши мумкин, ютиш ва нафас олишнинг қийинлашиши (айниқса қаттиқ овқатда), ориқлаб кетиш ва иштаҳа йўқолиши;

– анамнездан аста – секин бошланиши, оғриқ ва ҳарорат йўқлигини аниқлаш, илгари хирургик ва ме – дикаментоз даволаш ўтказилган бўлса, уларнинг самарадорлигига баҳо бериш;

– кўкрак қафаси аъзолари, қизилўнгачни рент – генологик текшириш, компьютер томографиясини тайинлаш (ўсмани топиш).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг онко – логга даволаш.

Қизилўнгачнинг чандиқли торайиши: қизилўнгач кислоталар ва ишқорлардан кўйиши натижасида, яраланганда травмалардан пайдо бўлади; ташхис анамнезга асосланиб ва оғиз бўшлиғи, ҳалқумда чандиқли ўзгаришлар борлиги асосида қўйилади.

Ташхиси:

– ютиш, нафас олиш қийинлашганига шикоятларни аниқлаш, фарингостома ёки гастростома борлиги;

— билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ қопқоғи усти, оғиз ва қизилўнғач ноксимон чўнтақларининг чандиқдан ўзгаргани ёки шакли ўзгарганини топиш;

— анамнездан касаллик муддати ва сабабини (куйиш, жароҳат қачон ва нима сабабдан бўлган) ой — динлаштириш;

— стома бўлганда ҳиқилдоқни ретроград пастан юқорига кўздан кечириш; ҚУА, СУА тайинлаш, қизилўнғачни контраст модда билан рентгенологик текшириш ёки компьютер томографияси, ЯМР.

УАВ тактикаси: клиник текширишга ва махсус тек — шириш усулларига асосланиб чандиқли деформация даражасини аниқлаш ва жарроҳ, ЛОР — мутахассис консультациясини ўтказиш; қизилўнғач бўшлиғининг авж олиб борадиган торайиши, эзофагитлар, периз — зофагитлар каби асоратлар бўлмаганда;

— умумий қувватлантирувчи ва сўриб оладиган да — волаш (алоэ, ФИБС, лидаза, эластаза);

— физиотерапия;

— қизилўнғач касалликлари профилактикаси (га — стро — ва фарингостомани тўғри парвариш қилиш);

— бошланаётган асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаниш учун жарроҳга юбориш.

Қизилўнғач атонияси: марказий (бош мия травма — си, полиомиелит) ва периферик нерв системалари зарарланганда (қизилўнғач нерв чигаллари зарарла — ниши) кузатилади; дисфагия қаттиқ овқатни ютганда ва ётган ҳолатда билинади; рентгенологик тадқиқ қилишда қизилўнғачнинг кенгайиши, ётган ҳолатда барийнинг узоқ вақт тутилиб қолиши, қизилўнғачда перистальтика йўқлиги аниқланади.

Ташхиси:

— қаттиқ овқатни ютишда қийинчиликлар. бор — лигига шикоятларни аниқлаш

– анамнездан беморда бош шикасти, полиомиелит ёки бошқа неврологик патология борлигини аниқлаш;

– қизилўнгачни эндоскопик ва рентгенологик тек – шириш ўтказиш (қизилўнгач кенгайиши, ётган ҳолатда барийнинг узоқ вақт тутилиб қолиши, қизилўнгачда перильстатика йўқлиги).

УАВ тактикаси: ташхис аниқлангандан кейин не – вропатолог билан жарроҳ ҳамкорлигида даволаш.

Россолимо – Бехтерев синдроми: фарингит ҳоди – салари, тери, соч, тирноқларнинг трофик ўзгаришлари, атрофик эзофагит; меъда ахилияси ва темир танқ – ислиги анемияси билан бирга келади.

Ташхиси:

– томоқдаги ғалати сезгини аниқлаш, томоқнинг қуриши, сочлар тўкилиши, тирноқларнинг мўртла – шиши, иштаҳа ёмонлиги;

– кўздан кечирганда тери ва шилиқ пардалар – нинг (қаватларнинг) рангпарлиги, тирноқлар, сочларнинг синувчанлиги, уларнинг хиралиги;

– фарингоскопияда ҳиқилдоқ орқа девори шил – лиқ пардасининг оқимтир атрофияси;

– ҚУА тайинлаш (гемоглобин даражаси паст, эритроцитлар миқдори камайган);

– қизилўнгач ва меъдани эндоскопик текширишдан ўтказиш (атрофия белгиларини аниқлаш);

– меъда ширасини текшириш (активлиги пасайиб кам ишланиши).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг гаст – роэнтерологда даволаниш.

Эзофагит: тўш орқасида оғриқ, ачишиш, жигилдон қайнаши ва қусиш, бу горизонтал ҳолатда, гавдани олдинга энгаштирганда кучаяди; баъзан қон аралаш қусиш бўлади.

Периэзофагит: тўш орқасида кучли оғриқ, септик ҳолат белгилари, кўпинча қон аралаш қусиш бўлади.

Ташхиси:

– тўш орқасида оғриқ, жигилдон қайнаши, қон аралаш қусишга шикоятларни аниқлаш;

– анамнезда қизилўнгачнинг травмадан зарарланганини, ёт жисмлар олиб ташланганини, эндоскопик текшириш ўтказилганини ёки қизилўнгач куйганини аниқлаш;

– эзофагитда эндоскопик текшириш ўтказиш (қизилўнгач шиллиқ пардасида яллиғланиш ҳодисалари, эрозиялар ва йирингли қатламар борлиги), периезофагитда қизилўнгачни рентгенологик текшириш ўтказиш (қизилўнгачнинг яллиғли шишдан торайиши, кўкс оралигига ва плевра бўшлигига контраст модда оқиб тушиши, кўкс оралиги эмфиземаси белгилари).

УАВ тактикаси: эзофагитда ташхис тасдиқлангандан сўнг консерватив терапия ўтказиш учун терапевтик стационарга жойлаштириш; периезофагитда – ме-диастинит ривожланишининг олдини олиш мақсадида шошилиш ёрдам кўрсатиш учун зудлик билан хирургик стационарга жойлаштириш.

Қизилўнгачнинг ривожланиш нуқсонлари:

– ҳалқум дивертикуллари: ҳалқум орқа деворининг энг кучсиз жойида қизилўнгачга кириш олдида жойлашган; ҳалқумнинг мушак пардаси бу ерда ҳалқумнинг пастки констрикторининг кучсиз параллел дасталари кўринишида жойлашган; дивертикул тешиги кенг ва ҳалқумнинг бевосита давоми ҳисобланади, қизилўнгачга кириш олдинга силжиган; дивертикул қопчасида мушак толалари бўлмайди ва атроф тўқималар билан ўсиб битмаган;

– қизилўнгач аплазияси: қизилўнгачнинг тўлиқ йўқлиги билан тавсифланади; бу ҳолат ҳаётга зид; бундай болалар туғилгандан кейин бир неча кун ичида нобуд бўладилар;



— қизилўнғач атрезияси: қизилўнғачнинг бирор бир участкасида бўш жой йўқлиги билан характерлана — ди; бола ҳаётининг биринчи соатларида аниқланади: оғиз ва бурундан сўлак ва шилимшиқнинг доимий ажралиб туриши кузатилади; эмизишга уринишда қаттиқ йўтал, нафас қисиши, цианоз пайдо бўлади; дастлабки сўришлардан сўнг сут қайтарилади ва оғизга ивимаган ҳолда тушади;

— қизилўнғачнинг туғма стенозлари: кўпинча қизилўнғачнинг юқори учдан бир қисмида, узуксимон тоғай сатҳида, камроқ қизилўнғачнинг учдан бир ўрта ва пастки қисмида жойлашади; стенозга учраган участка узунлиги ҳар хил бўлиши мумкин, боланинг оғзи ва бурнидан кўпиксимон сўлак ва шилимшиқ — нинг мўл ажралиши, ивимаган сутни қайтариш қайд қилинади; стенознинг енгил даражасида қизилўнғач — нинг тутилиб қолиш симптомлари 1 ёшда ва бундан каттароқ ёшда пайдо бўлиши мумкин;

— трахея — қизилўнғач оқмалари: болани эмизиш вақтида йўтал ва бўғилиш хуружлари пайдо бўлади; бола нафас олган ва қичқирган пайтда унинг меъда — сига ҳаво тушиши натижасида бола қорнининг дам бўлиши қайд қилинади;

— қизилўнғачнинг туғма кисталари: кисталар қизилўнғач деворида жойлашади ёки улар билан яширин (интим) боғлиқ бўлади; киста бўшлиғи дорилдоқсимон ёки суюқ қаймоқсимон суюқлик сақлайди; дисфагия ҳодисалари киста катта ўлчам — ларгача етганда пайдо бўлади.

#### Ташхиси:

— диагностикада қизилўнғачни текширишнинг эндоскопик ва рентгеноконтраст усуллари катта аҳамиятга эга, улар бўшлиқ йўқлигини, қизилўнғач —

нинг тўлиш нуқсонини ёки контраст модданинг тра — хеяга оқиб ўтишини аниқлашга имкон беради.

УАВ тактикаси: қизилўнгачнинг ривожланиш нуқсони тасдиқланганда беморни жарроҳлик кор — рекциясини ўтказиш учун тайёрлаш ва хирургик стационарга жойлаштириш.

Ботулизм: дисфагия ботулизмнинг илк ва кескин юзага чиққан симптоми ҳисобланади; айти вақтда тил жонсизланади, товуш бўғилади ва афония кузатилади; кейинчалик тўлиқ афония ривожланади, кўз симптомлари қўшилади: асимметрик птоз, диплопия, конвергенция бузилиши.

Ташхиси:

— ютиш қийинлашгани, овоз бўғилиши ёки унинг йўқолиши, тил жонсизланиши, кўзга нарсалар қўшалоқ бўлиб кўринишига шикоятларни аниқлаш, булар са — бабсиз рўй беради (травма, артериал босимнинг кўтарилиши йўқ ва б.);

— тўғри ташхис қўйишга ёрдам берадиган қим — матли белги — анамнездан консервланган маҳсулотлар ва колбасаларни тановул қилишни аниқлашдир;

— кўздан кечиришда умумий дармонсизлик, беморнинг тормозлангани, асимметрик птоз, конвергенциянинг турли хил бузилишлари, товуш функциясининг то афониягача бузилишлари.

УАВ тактикаси: ташхис тасдиқлангандан сўнг шо — шилинч ёрдам кўрсатиш учун зудлик билан инфекцион бўлимга жойлаштириш (ботулизмга қарши зардоб юбориш).

Гальванокаустикадан кейинги реакция: гиперемияланган асосда жойлашган оқ қарашлар кўчмайди. Операциядан кейинги қараш: шиллиқ парда сатҳидан унчалик кўтарилмайдиган оқимтир қараш; кўчмайди;

гальванокаустикадан кейинги карашга ўхшайди. Кри — оапликациядан кейинги реакция: юпқа оқ некротик караш; крионекроз чегараси ҳамиша аниқ.

Ташхиси:

— анамнезда ўтказилган жарроҳлик амалиётини аниқлаш катта аҳамиятга эга.

УАВ тактикаси: ташхис тасдиқлангандан сўнг операциядан кейинги беморларни парваришлаш тактикасига биноан кузатиш.

Ўткир ларингит: касаллик тўсатдан томоқ хириллаши, қичишиши, ачишиши ва қуриши билан тавсифланади, олдинига қуруқ йўтал, кейинчалик балғамли йўтал кузатилади. Товуш ҳосил қилиш функцияси дисфониянинг ҳар хил даражасидан то афониягача кўринишда бузилади (паст ва юқори тоналликдаги хириллаш).

Ташхиси:

— томоқда хириллаш, ачишиш, қичишиш ва қуришга шикоятларни аниқлаш;

— анамнездан товуш чарчашидан кейинги, ЎРВИ, умумий ва маҳаллий совқотиш фониди, травма, ҳиқилдоққа ёки жисм тушишидан кейинги шикоятларни аниқлаш;

— ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардасидаги шишинқиращ ва шишганликни аниқлаш, булар товуш бурмалари соҳасида яққолроқ бўлади, баъзан шиллиқ парда бағрига нуқтасимон қон қуйилади, кейинчалик шилимшиқ пайдо бўлиб, у қатқалоққа айланади, йўталишда улар узилиб, тез ўтиб кетадиган қон тупуриш билан кечади;

— ҳиқилдоқ дифтерияси билан (фибриноз яллиғланиш билан остидаги тўқималарга интим боғланган кулранг пардалар ҳосил қилиш), силнинг бошланғич формаси билан (ҳиқилдоқнинг бир томонлама зарар —

ланиши – ўпканинг специфик зарарланиши аниқ – ланади), ҳиқилдоқ захми билан – эритема босқичи (захм жараёни ҳамиша фақат ҳиқилдоқнинг эмас, балки оғиз – ҳалқумнинг ҳам шиллиқ пардасига та – рқалади), ҳиқилдоқ сарамаси билан (юз ва бўйин терисининг аниқ чегараланганлиги ва бир вақтнинг ўзида касалланганлиги) қиёсий ташхис ўтказиш.

Ташхис асослангандан сўнг УАВ тактикаси:

– товуш тартибини тайинлаш (сукут сақлаш тар – тиби);

– аччиқ, совуқ овқатлар тановул қилмаслик, спиртли ичимликлар ичмаслик ва чекмаслик;

– ҳиқилдоқ соҳасига иситувчи компресс;

– биопарокс (бурун орқали ингаляция ҳар 4 со – атда 5 – 7 кун), антибиотиклар эритмаларидан ингаляциялар, агар улар ёқадиган бўлса, масалан: 200 000 ТБ пенициллин + 250 000 ТБ стрептомицин + 5 мл изотоник натрий хлорид эритмаси + 2 мл гидро – картизон суспензияси ёки 25 мл. димексид + 75 мл. физиологик эритмаси + 2 мл. линкомицин гидро – хлориди + 2 мл. гидрокартизон суспензияси + 1 мл. адреналин гидрохлориди кунига 1 марта 7 – 10 кун ;

– яллиғланишга қарши терапия – эреспал – 1 таб – леткадан кунига 2 – 3 марта, иссиқ чиққанда – иситмани туширадиган терапия (парацетамол, колдрекс ва б.);

– физиотерапия – аугментин ёки преднизалон би – лан ҳиқилдоқ соҳасига фоноэлектрофорез;

– касаллик бир мунча оғир формага ўтганда ёки бўғилиш хуружлари ривожланганда беморни зудлик билан ЛОР стационарга жойлаштириш зарур.

Сурункали ларингит: сурункали катарал, гиперп – ластик ва атрофик ларингитлар фарқ қилинади. Ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг қайталаниб туради – ган яллиғланишлари, организмнинг совқотиши, овозни

чарчатиб қўйиш, хоналарда чанг—тўзон ва газлар—нинг кўплиги, чекиш ва ичимлик ичиш унга сабаб бўладиган омилар ҳисобланади.

Ташхиси:

— овознинг тез чарчаб қолиши, бўғилиб қолиш—нинг ҳар хил даражаси, томоқ қуриши, ачишиши, ёт жисм тушишига шикоятларни аниқлаш;

— анамнездан зарарли одатлар борлигини (чекиш, ичимлик ичиш), касбга доир зарарланишларни (дои—мо овознинг зўриқиши, зах, газ ёки чанг—тўзони кўп шароитларда ишлаш) аниқлаш;

— билвосита ларингоскопияда сурункали катарал ларингит ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг димланиш гиперемияси билан тавсифланади, бу иккала товуш бурмалари соҳасида бирмунча яққолроқ бўлиши мум—кин, шиллиқ парда ортиқча нам ёки қуруқроқ, оз—моз шишган, ҳар ер— ҳар ерида кенгайган қон томирлар ва шилимшиқ тўпламлари кўриниб туради; гиперп—ластик ларингит—ҳиқилдоқининг иккала томонидан симметрик шиллиқ парда гиперемияси ва гипертро—фияси, чўмичсимонаро соҳасида ҳиқилдоқ бўшлиғига чиқиб турадиган чети ўтмаслашган кўндаланг бо—лишча кўринишидаги гипертрофия (пахидермия), ашулачи иккала товуш бурмаларининг эркин четла—рида учдан бир олдинги ва ўрта қисми чегарасида симметрик 1—2 мм ли битта ёки иккита юмалоқ бўртма (ашулачи тугунчалари) ҳосил бўлиши мумкин; атрофик ларингит—жараён бошланишида ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси гиперемияси аниқланади, у ялти—раган кўринишга эга бўлади, кейинчалик гиперемия йўқолади, ёпишқоқ секрет пайдо бўлади, қатқалоқ—лар тўқ—кўкимтир рангда, ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси оқиш, юпқалашган, атрофияланган;

— хавфли ўсмалар, захм ва ҳиқилдоқ сили билан

қийёсий ташхис ўтказиш (ҳиқилдоқнинг хавфли ўсма – ларига қаралсин).

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

– этиологик омилни бартараф қилиш, сурункали ларингитнинг ҳамма турларида овоз режимига (тар – тибига) риоя қилиш;

– катарал ларингитда ҳиқилдоққа гидрокартизон суспензияси билан антибиотик эритмасини (4 мл изотоник натрий хлорид эритмаси + 150000 ТБ пенициллин + 250000 ТБ стрептомицин + 25 мг химопсин билан алиштириш мумкин) кунига 1–2 марта 1,5 – 2,0 мл дан маҳаллий қуйиш ёки шу эритмани 10 кун мобайнида ҳар куни ингаляция қилиш, ҳиқилдоқ соҳасига аугментин ва преднизолон билан электрофорез тайинлаш, шу курсдан кейин зарурат бўлса, 2% мойли цитраль эритмаси билан ингаляция қилиш мумкин, 10 кунгача ҳар куни 1–2 ингаляциядан;

– гиперпластик ларингитда кўзиган даврида катарал ларингитдаги каби даволаш, гиперплазия анчагина бўлганда ЛОР – мутахассисда даволаниш (зарарланган участкаларга кунора 1–2% ляпис эритмаси билан 2 ҳафта мобайнида куйдириш (туширование) ёки гипертрофияланган участкаларни лазер билан деструкция қилиш, ашулачи тутунчалари бўлганда – уларни олиб ташлаб, кейин гистологик текшириш ва уларнинг ёпишган жойларига лазер билан ишлов бериш);

– атрофияланган ларингитда балгамни суюлтириш ва унинг осонликча кўчишига ёрдам берадиган воситалар тайинлаш – ҳалқумни чайиш ва изотоник натрий хлорид эритмаси билан ингаляция қилиш (200 мл эритма + 5 томчи 10% йод настойкаси), бу кунига 2 марта (1 муолажага 30–50 мл эритма) 5–6 ҳафта мобайнида тайинланади, бемор бу муолажаларни ўзи

мустақил бажара олиши мумкин; шилимшиқ ёки қат — қалоқлар бўлганда 3—6 кунгача ишқор — мойли ингаляциялар, вақти — вақтида мойдаги 1—2% ментол эритмаси билан ингаляция, ҳалқум атрофияси билан учраганда — ҳалқум орқа деворининг ён бўлимларига алоэ ва новокаин эритмасини шиллиқ парда ости ин — фильтрацияси (2 мл 2% новокаин эритмаси + 2 мл алоэ), таркибни ҳар бир томонга 2 мл дан инъекция қилинади, ҳафтасига 1 марта, 8 инъекция, ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси безсимон аппарати фаолиятини ку — чайтириш учун йодни кўтара олиш аниқлангандан кейин 8 томчидан кунига 3 марта 2 ҳафта мобайнида 30% калий йод эритмаси, 1 дражедан кунига 2 марта 2 ҳафта мобайнида аевит ичишга тайинланади.

#### Эпиглоттит:

Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг ўткир ялиғланиши илк гўдак ёшидаги болаларда кузатилади; ютишда кескин оғриқлар, томоқ хириллаши, оғиз катта очилган, бош орқага ташланган; ҳиқилдоқ усти қопқоғи гиперемияси, инфильтрацияси, шиши. Асосан *Naemophilus influenzae* инфекциясига боғлиқ бўлган ҳаётга таҳдид соладиган ҳолат. Ҳиқилдоқ усти қопқоғи шиши тез бошланади ва томоқни кўздан кечиришга бўлган ҳар қандай уринишлар ҳиқилдоқнинг ўлим билан тугайдиган стенозига олиб келиши мумкин. Томоқдаги унчалик кучли бўлмаган оғриқ ва юқори нафас йўллариининг инфекцияси кли — ник симптоматиканинг кенгайиб кетишига сабаб бўлиши мумкин. Тезда дисфагия ва боланинг қичқариши ва то — вушида характерли ўзгаришлар пайдо бўлади. Инспиратор стридор жадаллик билан ривожланади, да — волаш ўтказилмаганда бу бир неча соат ичида нафас йўллари торайишидан ўлим содир бўлишига олиб ке — лади. Тўғридан — тўғри ларингоскопияни интубация ва трахеостомия учун жиҳозлар бўлгандагина ўтказилади.

Ўткир яллиғланиш бир — йўғи бир неча кун давом қил — ганлиги туфайли интубация бирмунча афзал бўлиб кўринади, бироқ даволаш усулини танлаш охир — оқибатда тиббиёт ходимларининг тажрибасига ва маҳоратига ҳамда анестезиянинг бажариш мумкин бўлган усулларига боғлиқ. Нафас йўлларининг ўтка — зувчанлиги тиклангандан кейин суюқлик ва антибиотикларни вена ичига юборишни ўз ичига олган медикаментоз даволаш ўтказилади.

Ташхиси:

— ютишда кескин оғриқлар, товуш бўғилишига шикоятларни аниқлаш;

— кўздан кечиришда оғиз катта очилган, бош орқага ташланган;

— билвосита ларингоскопияда гиперемия, инфиль — трация, ҳиқилдоқ усти қопқоғи шиши;

— ёт жисмлар, дифтерия, ҳалқум орти абсцесси билан қиёсий ташхис ўтказиш (анамнез йиғиш, диф — терияда ўзига хос ним кулранг қийинлик билан кўчадиган пардалар, бўйиннинг ён томонлама рент — генографияси).

УАВ тактикаси: ташхис асослангандан сўнг ЛОР — стационарга шошилишч жойлаштириш, асфиксия ривожланганда — крикокониотомия, трахеотомия.

Флегмоноз ларингит: нафас олишнинг қийинла — шиши, дисфония, дисфагия, ютишда кескин оғриқ, ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг хира — қизил рангдаги диффуз шиши, йирингли экссудат.

Ташхиси:

— ютишда оғриқлар, ёт жисм борлиги сезгиси, бўғилиш, нафас қийинлашиши, йўтал, тана ҳарора — тининг кўтарилиши;

— касаллик бошланган вақтини, бўлиб ўтган ка — салликлар, травмалар, куйишларни аниқлаш;



— кўздан кечиришда интоксикация, нафас қисиши, эт жунжикиши, тана ҳарорати ошишини аниқлаш;

— билвосита ларингоскопияда касаллик белгиларини аниқлаш: ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси тиниқ — қизил, ним кулранг некроз оролчалари, шилимшиқ — йирингли аж — ралмалар, ҳиқилдоқ усти қопқогининг катталашуви ва ҳаракатчанлигининг чекланиши, чўмичсимон — ҳиқилдоқ усти бурмалари, чўмичсимон тоғайлар ва товуш бурма — ларининг инфилтратланиши, товуш бурмалари ва чўмичсимон тоғайлар ҳаракатчанлигининг чекланишлари;

— ҳиқилдоқ бўшлиғи ёки бурма ости бўшлиғининг торайиш даражасини аниқлаш;

— ҳиқилдоқ перихондрити (тоғайлар пайпаслан — ганда кескин огриқ), ҳиқилдоқ абсцесси (марказида йирингли нуқта бўлган локал инфилтрат) билан қиёсий ташхис ўтказиш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

— зарурат бўлганда мустақил трахеостомия ўтказиш;

— ЛОР — стационарга шошилишч жойлаштиришни ташкил қилиш.

Ҳиқилдоқдаги ёт жисм: мунтазам тинимсиз йўтал, бўгилганлик, ҳеч қандай сабабсиз нафас қисиши. Трахеядаги ёт жисм: тинимсиз йўтал, кўпинча нафас олишнинг қийинлашиши, аускультацияда ёки бўйин — туруқ чуқурчаси соҳаси пайпасланганда аниқланадиган ўзига хос чапаксимон шовқин.

Ташхиси:

— йўтал хуружлари, нафас олиш қийинлашиши, ютиш, ёт жисм бор каби сезги, гиперсаливация, ютишда огриқларга хос шикоятларни аниқлаш;

— ёт жисм тушиш шароитларини, унинг қандай — лигини (қандай материалдан), ўлчамларини ойдинлаштириш;

— ташқи кўздан кечиришда стеноз белгиларини,

ёт жисмни шовқинли эркин ҳаракат ҳолати белги — лари, бронхлар ёпилиш белгиларини ойдинлаштириш;

- билвосита ларингоскопияда ёт жисмни топиш;
- ҳиқилдоқ, кўкрак қафаси аъзолари, қизилўнғач рентгенографиясини тайинлаш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

- ЛОР — мутахассиснинг шошилиш ёрдами ташкил қилиш;

- асфиксияда трахеостомия ўтказиш;

- қандай стационарга ётқизишни аниқлаш (ото — риноларингологик, кўкрак жарроҳлиги, реанимация) ва госпитализацияни ташкил қилиш.

Ҳиқилдоқ травмаси: ташқи шикастлар: лат ейиш, босилиш, улар ҳиқилдоқ шиллиқ пардасига катта қон қуйилишлар бериши, нафас қийинлашиши, афония, ютишда оғриқ; аксарият катта ёшдаги болаларда уч — райди; ички (инструментал) шикаст: интубация вақтида бронхоскоп киритилганда пайдо бўлади; симптома — тикаси бурмаости ларингитидаги сингари; бурмаости бўшлиғида қон қуйиш элементлари билан тўқ — қизил шиллиқ парда аниқланади: ҳиқилдоқнинг бошқа уча — сткаларида ҳам қон қуйилиш излари бўлиши мумкин, йўтал, афония, дисфония, ютишда ва фонацияда оғриқ.

Ташхиси:

- ҳиқилдоқ, трахея соҳасидаги кескин оғриқ, то — вушнинг ўзгариши, нафас қийинлашиши, қон оқиши, бўйин тери қопламларининг шикастланишига шикоятларни аниқлаш;

- травма сабабини ойдинлаштириш;

- ташқи кўздан кечиринида бўйин юмшоқ тўқи — маларининг шикастлари, қон оқишлар, гематомаларни топиш;

- билвосита ларингоскопияда шиллиқ парданинг шикастланганини ва ҳиқилдоқ бўшлиғи **торайганини**,

элементларининг сурилганини, тоғайларнинг шика – станганганини топиш;

– ҳиқилдоқ рентгенографиясини тайинлаш, зарурат бўлса, томографиялар, ҚУА (қон умумий анализи), СУА (сийдик умумий анализи).

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

– шошилинич ёрдам кўрсатиш (қон оқишини тўхта – тиш, жароҳатни бирламчи ишлаш, ҳиқилдоқ тоғайларини репозиция қилиш, зарурат бўлганда меъда зондини киритиш, стеноз ҳодисасида трахеостомия қилиш – яхшиси стационар шароитларида);

– стеноз ҳодисаси кучайиб бораётганда, қон оқишларда ва бўйин юмшоқ тўқималарининг катта шикастларида шошилинич равишда ЛОР – стационарга госпитализация;

– госпитализация учун кўрсатмалар бўлмаганда ўринда ётиш тартибини белгилаш, яллиғланишга қарши, умуман қувватлантирадиган, гипосенсибилизация қиладиган, шишларга қарши симптоматик даволаш;

– бошланаётган асоратларни ўз вақтида аниқлаш (шок, қон оқиши, стеноз, хондроперихондрит) ва ЛОР – стационарга жойлаштиришни ташкил қилиш.

Ҳиқилдоқ хондроперихондрити: товуш бўғилиши, йўтал, дисфония, дисфагия, ҳиқилдоқ контурлари – нинг текислашиши, бўйин ҳажмининг катталашishi, тоғайларнинг қалин тортиши, пайпаслаганда, ютганда оғриқ; чўмичсимон тоғай зарарланганда чўмичсимон ҳиқилдоқ усти қопқоғи бурмасининг шишинқираган – лиги, ноксимон бўшлиқнинг торайиши, ҳиқилдоқнинг зарарланган томон ярмининг ҳаракатсизлиги, товуш бурмасининг ўрта ҳолатдаги фиксацияси; ҳиқилдоқ усти қопқоғи зарарланганда – унинг ҳиқилдоқ юза – сининг шишинқираганлиги, ригидлиги.

Ташхиси:

– нафас олиш қийинлашгани, трахеостома борлиги, товуш бўғилишига хос шикоятларни аниқлаш;

– стома қўйилгани ва интубация ўтказилгани сабабини аниқлаш (инфекцион касаллик, нафас йўлларидаги ёт жисм, интубацион наркоз ва б.);

– ташқи кўздан кечиришда стеноз белгилари, трахеостома борлигини аниқлаш;

– билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг рангини, яллиғли инфильтрацияни, чўмичсимон ҳиқилдоқ усти бурманинг шишинқираганини, ноксимон синус торайганини, ҳиқилдоқ зарарланган ярмининг ҳаракатсизлигини, товуш бурмасининг ўртача ҳолатда фиксацияланганини; ҳиқилдоқ усти қопқоғи зарарланганда – унинг ҳиқилдоқ юзаси шишинқираганини ва ригидлигини аниқлаш;

– ҚУА ва СУА, ҳиқилдоқни ва кўкрак нафас аъзоларини рентгенологик текширишни тайинлаш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси: ЛОР – стационарда даволаш.

Ҳиқилдоқнинг кимёвий куйиши: ютишда оғриқ, оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг шиши, шиллиқ парданинг айрим соҳаларида кулранг караш билан қопланган ярали юза аниқланади.

Ташхиси:

– ютишда оғриқ, овқат ютишнинг қийинлашиши, нафас олишнинг қийинлашиши, нафас олиш ва йўта – лишда оғриқ, товушнинг ўзгаришига оид шикоятларни аниқлаш;

– куйиш вақтини, сабабини, куйишга сабаб бўлган модданинг қандайлигини аниқлаш;

– ташқи кўздан кечиришда оғиз атрофидаги те – ридида куйиш аломатларини, оғиз шиллиқ пардасида оқимтир карашларни топиш;

– фарингоскопияда, гипофарингоскопияда, билво –

сита ларингоскопияда ҳалқум, ҳиқилдоқ — ҳалқум, ҳиқилдоқ шилиқ пардасида караш ва шишни аниқлаш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

— шошилич ёрдам кўрсатиш: оғиз, ҳалқум, ҳиқил — доқ, қизилўнғач шилиқ пардаларига дори суртиш, меъдани нейтралловчи эритмалар билан ювиш, ас — фиксияда трахеостомия;

— зарарланишнинг оғир — енгиллиги ва стационар ихтисослиги бўйича қайси симптомларнинг кўпли — гига кўра госпитализацияни ташкил қилиш (реанимацион, оториноларингологик, куйиш, кўкрак хирургияси).

Ўткир бурма ости ларингити (сохта бўлма): 5 — 8 ёшдаги болаларда кузатилади, тунда пайдо бўладиган бўғилиш хуружи, шовқинли нафас, цианоз, бўғиқ «акиллашсимон» йўтал, ёпишқоқ балғам ажралиши, инспиратор нафас қисиши, бунда қовурғалараро оралиқлар ичига тортилади; хуруж давомлилиги бир неча минутдан ярим соатгача; ҳиқилдоқ шилиқ пар — даси гиперемияси, товуш бойламлари остида қизил рангли болишчалар аниқланади.

Ўткир фибриноз — пардали ларинготрахеобронхит: 5 — 7 ёшгача бўлган болаларда кузатилади; ўткир бош — ланади, оғир кечади, бурмаости бўшлигининг яллиғли шиши, мўл шилимшиқ — йирингли ажралма; ҳиқил — доқусти қопқоғи, чўмичсимон ҳиқилдоқусти бурмаларида, товуш бурмаларида, бурмаости бўшлиғида саргимтир ёки кўкимтир фибриноз пар — далар аниқланади.

Ташхиси:

— нафас олиш қийинлашгани, «акиллашсимон» йўталиш, товуш бўғилиши, тана ҳароратининг ошиши, умумий ҳолатнинг ўзгариши, тўсатдан (аксарият тун — да) бошланиши ва бошқаларга шикоятларни аниқлаш;

– касалликнинг ҳар – хил сабабларини (совқо – тиш, юқумли касалликлар билан контактда бўлиш, аллергия реакциялар);

– беморни кўздан кечириб торайиш босқичини аниқлаш: 1 – босқич – нафас олишда бурун қанот – лари, ёрдамчи мушакларни қатнашиши, нафас олиш чуқур, бироқ одатдагидан сони кам; 2 – босқич – на – фас тезлашган, бола нотинч, рангги оқарган, тирноқлари кўкарган; 3 – босқич – узиқ – узиқ нафас олиш, қовурғалараро оралиқлари, ўмровусти – ва ўмровости чуқурчаларининг ичига тортилиши, юз – нинг рангги оқарган, заҳил, совуқ тер босган, бурун – лаб учбурчаги кўкарган; 4 – босқичи – бўғи – лиш юрак – томирлар фаолияти бузилиши, артериал босимнинг тушиб кетиши, нафас тўхташи;

– билвосита ларингоскопияда ларингит белгиларини аниқлаш;

– ҚУА, СУА, кўкрак қафаси аъзоларини рентген – нологик текшириш, балғамни флора ва антибиотикограммага экиш;

– ҳиқилдоқдаги ёт жисм билан қиёсий ташхис ўтказиш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

– зарур бўлса шошилиш ёрдам кўрсатиш (стен – нознинг 3 – 4 даражаси) – трахеостомия ёки интубация ўтказиш;

– болани ЛОР – стационарга жойлаштиришни ташкил қилиш;

– стенознинг 1 даражасида тушакда ётиш тарти – бини, яллиғланишга қарши, гипосенсибилизация қиладиган, умуман қувватлантирадиган, шишга қарши даволаш, буг ингаляцияларини тайинлаш;

– бошланаётган асоратни (торайишнинг авж олиб бориши) ўз вақтида аниқлаш;

— касаллик динамикасига баҳо бериш, даволаш — дан наф бўлмаганда болани ЛОР — стационарга жўнатиш.

Ҳиқилдоқнинг сарамасли яллиғланиши: бошланиши тўсатдан, эт жунжикиши, дисфония, ҳиқилдоқ усти қопқоғи шиллиқ пардаси, чўмичсимон тоғайлар ва чўмичсимон ҳиқилдоқусти бурмаларининг тўқ — қизил рангга кириши ва инфилтратланиши; одатда айни вақтда юз, бош ва бўйин терисининг сарамасли яллиғланиши кузатилади.

Ташхиси:

— эт жунжикиши, товуш бўғилиши, юз, бўйин терисида қизил рангли оғриқли соҳалар пайдо бўлишига шикоятларни аниқлаш;

— кўздан кечиришда юз, бўйин ва бош терисида чегаралари жуғрофий карта каби аниқ бўлган, пай — паслаганда оғрийдиган ва ҳарорати ошган қип — қизил соҳалар аниқланади;

— ларингоскопияда ҳиқилдоқусти қопқоғи, чўмич — симон тоғайлар ва чўмичсимон бурмалар шиллиқ пардасининг қип — қизил рангги ва инфилтратланиши.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси: инфекцион бўлимга жойлаштириш.

Қизамиқ ларингитининг шиш — ярали формаси: қизамиқ кечишининг иккинчи ҳафтасида аниқланади; чўмичсимонаро соха, қоринча бурмалари, ҳиқилдоқ қоринчалари лимфоид тўқимаси фолликулларининг инфилтрацияси, ярага айланиши, қип — қизил рангга кириши, улар шишган болишчалар билан ўралган; фонацияда товуш бурмалари харакати чегараланган.

Ташхиси:

— товуш бўғилгани, нафас олиш қийинлашганига шикоятларни аниқлаш;

– анамнездан 1–2 ҳафта ичида қизамиқ бўлган – лиги аниқланиши;

– беморни кўздан кечиришда қизамиқ инфекци – ясининг бошқа белгилари топилиши (догсимон – папула характеридаги пигментланишга ўтадиган тошмалар, оёқ – қўлларда кепаксимон пўст ташлаш);

– эпидемиологик шароитни ҳисобга олиш;

– ларингоскопияда шишган болишчалар билан ўралган чўмичсимонаро соха, қоринча бурмалари, ҳиқилдоқ қоринчаларининг инфилтрацияси, ярага айланиши, қип – қизил рангга кирганини аниқлаш; фонацияда товуш бурмалари харакати чегараланган.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси: ҳиқилдоқ шиши пайдо бўлиш хавфининг олдини олиш мақсадида инфекцион бўлимда ЛОР – мутахассис на – зорати остида даволашни ташкил қилиш.

Ларингоспазм: уч ойликдан то икки яшаргача бўлган болаларда кузатилади; тўсатдан пайдо бўлади; шов – қинли давомли нафас олиш узиқ – узиқ нафас олиш билан алмашинади, боланинг боши орқага ташлан – ган, бўйин мушаклари таранглашган; хуруж 10–30 секунда давом қилади; давомли бўғиқ нафас олиш ин – граб нафас чиқариш билан алмашинади ва нафас тикланади; хуруж вақтида бевосита ларингоскопия ёрдамида ҳиқилдоқусти қопқоғининг буралиб буж – майиб қолганлиги, чўмичсимон – ҳиқилдоқусти бурмаларининг ўрта чизикқа келиб қолиши, чўмич – симон тоғайларнинг бир – бирига яқинлашганлиги ва ағдарилганлиги аниқланади.

Ташхиси:

– онасидан бола йўталганидан, кулганидан ёки қўрққанидан тўсатдан шовқинли давомли нафас олиши, унинг бошни орқага ташлаган ҳолда узиқ – узиқ юзаки нафас билан алмашинишига шикоятларини аниқлаш;



— анамнездан рахит, сунъий овқатлантириш, бош мия истисқоси борлигини аниқлаш;

— кўздан кечиринишда ҳиқилдоқусти қопқоғининг орқага кетиб қолиши ва унинг сўрилиб қолиши (стридороз нафас) ҳисобига ҳуштакли нафас олишни аниқлаш, хасталик зўрайиб кетган ҳолларда огиздан кўпик чиқиб, оёқ—қўллар чангак бўлиб қолиб (жа—раёнга МНС қўшилиши), нафас тўхташи кузатилади, хуруж 1—2 с давом қилади, сўнгра аста—секин бар—тараф бўлади, огир ҳолларда боланинг ўлими юз бериши мумкин;

— ларингоскопияда органик ўзгаришлар йўқ.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

— хуруж уч шоҳли нервни қандайдир таъсирлан—тириш (игна санчиш, чимчилаш, шаппатилаб уриш, қушиш рефлeksi, аксириш чақириниш) билан барта—раф қилиниши мумкин;

— бемордан аста—секин ва чуқур нафас олиш сўралади ва шу вақт ичида кўз соққаларини бош бармоқлар билан 2—3 с оҳиста босини керак;

— невропатолог ва психотерапевт кўригини уюш—тириш;

— таҳдид соладиган ҳолларда коникотомия ва тра—хеостомия бажарилиши керак.

Ҳиқилдоқнинг туғма мембранаси: аксариат товуш бурмалари сатҳида жойлашади, бироқ бурмаости бўшлиғида, ҳиқилдоққа киришда, чўмичсимонаро бўшлиқда бўлиши ҳам мумкин; мембраналар шакли бўйича понасимон, уларнинг устки юзаси ясси, пас—тки юзаси ичига ботган; фонацияда мембраналар товуш бурмаларидан юқорида ёки пастда бурма ҳосил қилади; мембраналар кулранг—оқ рангда, ялтироқ.

Трахейанинг туғма торайганлиги: нафас олиш ва чиқариш нафас қийинлашгани қайд қилинади, нафас

шовқинли, кўкариш; бронхоскопияда трахея бўшлиғи ўртасида жойлашган диафрагма кўринишига эга; то — райиш тепасида шиллиқ парданинг яллиғланиш ўзгаришлари йўқ; камдан — кам учрайди.

Ҳиқилдоқнинг тугма кистаси: симптоматикаси 4 ойлик ёшдан бошланади; нафас олишда ҳуштаксимон шовқин, киста ҳиқилдоқусти қопқоғи яқинида, ла — терал жойлашган, у ҳиқилдоқусти қопқоғи эркин чеккасини, чўмичсимон — ҳиқилдоқ усти бурмасини иккига бўлиб туради, ҳар гал нафас олишда ҳиқилдоқ бўшлиғига киради, турли жойларда: валекулалар, қоринча бурмалари, ҳиқилдоқ қоринчаси, товуш бур — маларида жойлашиши мумкин. Ўлчамларига кўра киста товуш бурмасини, қисман товуш ёриғини ва ҳатто қарама — қарши товуш бурмасини ёпиб туриши мум — кин; бундай ҳолларда ҳиқилдоқнинг товуш функцияси ҳам, нафас функцияси ҳам зарар кўриши мумкин.

Ҳиқилдоқнинг тугма стридори: ҳиқилдоқ ташқи ҳалқаси нуқсони — юмшоқ, буралган ҳиқилдоқусти қопқоғи, яқинлашиб қолган чўмичсимон — ҳиқилдоқ усти бурмалари билан характерланади, улар нафас олишда ҳиқилдоқ бўшлиғига сўрилиб қолади, ҳиқилдоқ мушаклари атонияси; клиник жиҳатдан нафас олишда ҳуштаксимон шовқин сифатида юзага чиқади.

Ларингомаляция: бу атама остида ҳиқилдоқнинг тоғай скелети ва мушак системасининг тараққий қил — маганлиги тушунилади. Тугма стридор ҳолларининг учдан бир қисмидан кўпроғи ларингомаляцияга боғ — лиқ. Бунда бола актив ҳаракат қилганда кучаядиган ва ётган ҳолатида камаядиган классик инспиратор стридор кузатилади. Бола ҳаётининг дастлабки ой — ларида стридор авж олади, сўнгра эса аста — секин ўзича ўтиб кетади.

Ташхис эндоскопия ёрдамида бола мустақил нафас

олганда аниқланади. Касалликнинг классик белгила — ри: ҳиқилдоқусти қопқоғи грек харфи омега шаклида; чўмичсимон — ҳиқилдоқ усти бойламлари калта; чўмич — симон тоғайларнинг ортиқча шиллиқ пардаси юмшоқ (говак). Нафас олишда тоғайлар ичкарига тортилади ва ҳиқилдоқ бўшлигини бекитиб туради. 90% дан ортиқ ҳолларда ташхис қўйилгандан кейин текширишга бо — шқа ҳожат қолмайди. Ота — оналарни хотиржам қилиш ва тўлиқ соғайганликни назорат қилиш учун мунтазам кўздан кечириб туриш керак. Огир ларингомалаяцияда нафас ва овқатланишнинг тургун бузилишлари (меъ — да — қизилўнгач рефлекси натижасида) боланинг ўсиши ва ривожланишини кечиктириши мумкин.

Ҳозирги вақтда ларингомалаяцияни даволашда тра — хеостомия ўрнига кўпинча чўмичсимон — ҳиқилдоқусти пластикаси: чўмичсимон — ҳиқилдоқусти бойламла — рини ажратиш ва ортиқча шиллиқ пардани кесиб олиб ташлаш ўтказилади.

Трахея гипоплазияси: трахея (кекирдак)нинг умумий ўсиб етилмаганлиги, ҳамма ўлчамларининг камайи — ши, бўшлигининг торайиши ва эластиклиги йўқолиши билан кузатилади.

Трахеомалаяция: йўтал, қон тупуриш, шовқинли на — фас, нафас қисиши қайд этилади; йўтал вибрация (тебраниш) табиатига эга; трахея қаваги диаметри бирмунча катталашган; бронхоскопияда трахея орқа деворининг бўртиб чиқиши, тоғай ҳалқалари ораси — даги масофанинг кенглиги, тоғай ҳалқалари кенглигининг камайиши аниқланади.

Ларингоцеле: дисфагия, ютишнинг қийинлашуви, бошни буришда ноқулайлик сезиш; ларингоскопияда ҳиқилдоқ қоринчасидан чиқадиган ва товуш ёригини ёпиб турадиган шарсимон тузилма аниқланади; нафас олишда тузилма кичраяди, фонацияда катталашади.

Трахеянинг томир нуқсонларидан босилиши: аорта равогининг иккига бўлиниши бола ҳаётининг дастлабки 6 ойларида стридор билан ўтади; стридор симптоми бола ҳаётининг биринчи йили охирида аорта равоги чапга борадиган артериал бойлам билан ўнг томонлама жойлашганда пайдо бўлади, трахея шунингдек одатдан ташқари жойлашган уйқу ва ўмровости артерияларидан босилиши мумкин.

Ташхиси:

– нафас, ютиш бузилиши, товуш бўғилиши, афония, йўтал борлиги, овқат вақтида қалқиб кетиш, нафас қисиши, ва унга хос бўлган шикоятларни аниқлаш;

– анамнезда онада ҳомиладорликнинг ўтиш хусусиятлари, яқин қариндошларида ривожланиш нуқсонлари борлигини аниқлаш;

– объектив текширишда ҳиқилдоқ кўринишидаги ўзгаришлар, ичга тортилиш борлиги, нафас олишда кўкрак қафасидаги юмшоқ жойлар, суюқликлар ичишда қалқиб кетиш, тери қопламлари ва шиллиқ пардаларининг кўкимтирлигини аниқлаш;

– ҚУА, СУА, ҳиқилдоқ ва трахея бўйин бўлимини, қизилўнгачни контраст модда билан рентгенография қилиш, кўкрак қафаси аъзоларини рентгенда текшириш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

– нафас ва овқат ўтказиш функциясининг бузилиш даражасини ҳисобга олиб, оториноларингологик ёки хирургик стационарга жойлаштиришни ташкил қилиш.

Ҳиқилдоқ папилломатози: асосан ўғил болаларда кузатилади; товуш бўғилиши, шовқинли нафас; ларингоскопияда олдинги комиссура соҳасида жойлашган, гулкарамни эслатадиган кулранг ёки оқиш – пуштиранг тузилмалар аниқланади; улар

ҳиқилдоқ қоринчалари соҳасида ва ҳиқилдоқусти қопқоғининг ҳиқилдоқ юзасида камроқ жойлашади.

Ташхиси:

– товуш бўғилиб то унинг йўқолишигача шико – ятларни аниқлаш ва нафас олиш қийинлашувининг аста – секин оша бориши;

– ларингоскопияда олдинги комиссура соҳасида жойлашган, гулкарамни эслатадиган оқиш – пушти – ранг тузилмалар аниқланади; улар ҳиқилдоқ қоринчалари соҳасида ва ҳиқилдоқусти қопқоғи ҳиқилдоқ юзасида камроқ жойлашади.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

Ташхисни ойдинлаштириш учун ЛОР – мутахассисга юбориш (бевосита ларингоскопия ўтказиш ва биопсия олиш) ва кейинчалик жарроҳлик йўли билан даволаш.

Ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмаси: эркакларда кўпроқ (12,5 : 1) 50 – 60 ёшларда пайдо бўлади, ҳиқилдоқ даҳлизи ўсмалари эрта метастаз бериб айниқса хав – фли ҳисобланади, чунки бу ерда лимфосистема яхши ривожланган бўлади. Ўсмалар экзофит ва эндофит ўсиши мумкин. Товуш бўғилиши, товушнинг чарча – ши, ютишда оғриқлар, оғиздан бадбўй ҳид келиши, балғамга қон аралашиб келиши, регионар лимфа ту – гунларининг зичлашиши билан юзага чиқади; ўсма ҳиқилдоқусти қопқоғида, чўмичсимон – ҳиқилдоқ усти бурмаларида, товуш ва қоринча бурмаларида, бур – маости бўшлиғида жойлашиши мумкин.

Ташхиси:

– товуш бўғилиши, йўтал, томоқ ачишиши, оғиз – дан бадбўй ҳид келиши, ютишда ёқимсиз сезгилар, балғамда қон, товуш чарчаши, тембрининг ўзгариши, жарангдорлиги ва софлиги кучининг пасайиб кети – ши, сўзлашувда қўшимча куч сарфлаш ва кейинроқ – афония, юз берган ўзгаришлар доимий ва орта бо –

ради, ўсма ҳиқилдоқнинг юқори бўлимларида жой – лашганда ютишнинг бузилиш симптомлари – томоқда гўё бўлак борлиги, сўлак оқиши, овқат ютиш вақтида ва ютишда қийналиш, баъзан қулоқларда лўқиллаган оғриқ, кечиккан босқичларида бефарқлик пайдо бўлиши ва иштаҳа йўқолиши – беморларнинг озиб кетишига шикоятларни аниқлаш;

– анамнездан зарарли одатларни – ичкилик ичиш ва чекиш, анилин бўёқлари, хром ва радиактив мод – далар билан ишлаш, нутқни узоқ вақтигача касб сабабли чарчатиб қўйиш;

– ташқи кўздан кечиришда – ҳиқилдоқни пайпас – лаганда оғриқ сезгилари (ҳиқилдоқнинг иккиламчи перихондрити), ҳиқилдоқ ҳар томонлама сурилганда ҳиқилдоқ тоғайларининг нормада аниқланадиган қисир – лаши йўқолиши, регионар лимфа тугунларининг катта шиши ва ҳаракатчанлиги (бўйин, иякости, ўмров усти);

– ларингоскопияда ҳиқилдоқ деворларида ўсма борлиги асосий белги ҳисобланади, уларнинг катта – кичиклиги ва жойлашган ўрни ҳар хил бўлиши мумкин, гадирбудир юзалиги кўпроқ учрайди, бироқ у силиқ бўлиши ҳам эҳтимол (эндофит ўсишда); бирмунча кечиккан даврда ўсма юзасида оқимтир караш билан қопланган ярачалар бўлиши мумкин, фонацияда ҳиқилдоқнинг зарарланган ярмида ҳаракатнинг чек – лангани ёки тўлиқ ҳаракатсизлиги (III – IV босқичларда) ёки товуш бурмаси ҳаракатининг чек – ланиши бўлиши мумкин.

– ўсма контурларини ва унинг чегараларининг тўқималар ичкарасига қанчалик тарқалганлигини аниқлаш учун ҳиқилдоқни контраст рентгенография қилиш ва томографик текширишни тайинлаш;

– ҳиқилдоқ папилломатози (ярага айланмай ва ос – тидаги тўқимани инфилтратламай юза бўйича ўсиб

қалинлашади ва гулкарамни эслатиб сўргичсимон ўсма кўринишига эга), гиперпластик ларингит (ҳиқилдоқ иккала ярмининг симметрик шикастланиши), пахи — дермия (чўмичсимонаро бўшлиқда ясси юзада ўсиб қалинлашиш ва мугузланиш), ҳиқилдоқ сили ва захми (қунт билан анализ йиғиш ва тегишли лаборатория текширишлари), склерома билан (нафас йўлининг анчагина қисми — бурун ва ҳалқум чандиқли ўзга — ришларга мойил, жараён симметрик, ярага айланмайди) қиёсий ташхис ўтказиш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси:

Ташхисни ЛОР — онкологда ойдинлаштириб (бе — восита ларингоскопия ўтказиш ва биопсия олиш), кейин даволаш.

Ҳиқилдоқ дифтерияси: афония, йўтал, овқат еяёт — ганда қалқиб кетиш; товуш бурмаларида зич ёпишган кулранг карашлар топилади; пардалар олиб ташлан — гандан сўнг шиллиқ парда юзаси қонайди.

Ташхиси:

— пингиллаган, бўғиқ товушдан шикоятлар, қий — инлашган шовқинли стенотик нафас, сўлак оқиши, оғиздан бадбўй ҳид келиши;

— эпидемиологик анамнез йиғиш (дифтерия авж олиши);

— ларингоскопияда товуш бурмаларида кулранг парда, улар қийин кўчиб, қонайдиган юза қолдиради;

— ҚУА, СУА, ҳалқумдан олинган шилимшиқ ва пардаларни бактериологик текшириш, дифтерия кўзгатувчисини ажратиш (олинган парданинг озгина қисмини иккита ойна орасида эзилади ва лаборато — рияга 2—3 соат ичида юборилади ёки шу жойнинг ўзида Петри косчасига электив ёки транспорт му — ҳитига экилади ва лабораторияга жўнатилади).

УАВ тактикаси: ташхис аниқлангандан сўнг шо —

шилинч равишда инфекцион бўлимга жойлаштириш, асфиксия ривожланганда – коникотомия ва трахеостомия.

Ҳиқилдоқ захми: товуш бўғилиши, ҳиқилдоқ шил – лиқ пардасининг захмли эритемаси, товуш, шунингдек қоринча, чўмичсимон ҳиқилдоқусти бурмаларида па – пулалар.

Ташхиси:

– товуш бўғилиши ёки товушнинг бутунлай йўқ бўлиб қолганига шикоятларни аниқлаш, учламчи босқичда нафас олиш қийинлашиши;

– анамнездан беморда захм борлигини ёки захмли бемор билан жинсий яқинлик бўлганини аниқлаш;

– ларингоскопияда иккиламчи босқич товуш бур – малари, чўмичсимон тоғайлар ва ҳиқилдоқусти қопқоғи шиллиқ пардасининг туташ захмли эритемаси, шунингдек товуш, вестибуляр, чўмичсимон ҳиқилдоқ усти бурмаларида ва ҳиқилдоқусти қопқоғида папулалар ва кенг (сербар) кондилломалар ҳосил бўлиши билан куз – затилади; учинчи босқич кўпинча ҳиқилдоқусти қопқоғида гумма ҳосил бўлиши билан ўтади, парча – ланганда ва иккиламчи инфекция тушганда гуммоз яра ҳосил бўлади, у асоратланиши ва шиш, ҳиқилдоқ флегмонаси, артрити ёки хондроперихондрити кўри – нишини бериши мумкин, оқибати – юлдузсимон оқимтир – сариқ чандиқлардан то ҳиқилдоқ торайи – шига олиб келади (нафаснинг қийинлашиши);

– Вассерман реакциясини тайинлаш, зарарланган жойдан биопсияга олинган тўқима бўлакчаси гистологик текшириш, беморни сил борлигига текшириш (ўпка рентгенографияси, Манту синамаси);

– хавфли ўсма ва ҳиқилдоқ сили билан қиёсий ташхис ўтказиш (ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмаларига қаралсин).



Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси: ве — нерологга ЛОР — мутахассиснинг консултацияв кўриклари билан даволаниш.

Ҳиқилдоқ сили: дисфагия, нафас бузилиши, дисфония; сил яралари ва инфилтратлари ҳиқилдоқусти қопқоғи соҳасида, чўмичсимон тоғайлар ва чўмичсимон — ҳиқилдоқусти бурмаларининг орқа юзасида жойлашганда ютишда огриқ, товуш бўғилиши, йўтал кузатилади, шишган пушгтиранг кўринишдаги сил инфилтратлари товуш бурмасида бир томонлама, ҳиқилдоқусти қопқоғида, чўмичсимон тоғайларда, чўмичсимон — ҳиқилдоқусти бурмасида жойлашиши мумкин.

Ташхиси:

— ютишда огриқ борлиги ва нафас томонидан ши — коятларни аниқлаш, товушнинг турли хил бузилишлари (хирилланиш, товуш бўғилиши ёки унинг бутунлай йўқ бўлиб қолиши);

— анамнездан беморда сил борлиги ёки сил билан касалланган бемор билан контактни аниқлаш;

— ларингоскопияда сил жараёни аксарият чўмич — симонаро юза, чўмичсимон тоғайлар ва товуш бурмаларининг унга ёпишган соҳаларига зарар ет — казади, одатда, бу гиперемия, инфилтрация ёки яра ҳосил қилиш билан бир томонлама зарарланиш;

— ўпка рентгенографияси, ҚУА, СУА, Вассерман реакцияси ва Манту синамаларини тайинлаш;

— ҳиқилдоқнинг ўсма жараёни ва захм билан қийёсий ташхис ўтказиш, бунда зарарланган соҳа биопсияси катта ёрдам беради.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси: фти — зиатрда даволаниш.

Склерома: томоқ қуриши, товуш ўзгариши, йўтал, балғам қийинлик билан кўчади; склерома инфилтратлари товуш бурмалари остида, товуш ва қоринча

бурмаларида (кўпинча физиологик торайган жойларда, кейинчалик бу соҳаларда торайтирувчи чанди қлар ҳосил бўлади) жойлашади.

Ташхиси:

— нафас олиш қийинлашганига, балғам қийинлик билан кўчадиган йўтал, буруннинг қўшилиб келган зарарланишида — бурун қуриши, битиши ва у орқали нафаснинг қийинлашганига шикоятларни аниқлаш;

— кўздан кечиришда бемор навқирон ёшда, аням — нездан симптомларининг аста — секин орта бориши;

— ларингоскопияда товуш бойлами ости бўшли — гида иккала томондан симметрик жойлашган эгри — бугрисимон оқимтир — пуштиранг инфилтрат — лар борлиги, товуш бурмалари соҳасида яраларга айланмаган, бурмалар ҳаракати чекланган гомоген инфилтрация, чандиқ ҳосил қилганида диафрагма — лар кўринишидаги битишмалар ҳосил бўлиши, атрофик формасида қатқалоқлар ва чириган мевалар ҳидини эслатадиган ҳид борлиги;

— ҳиқилдоқни контраст рентгенологик текшириш, Вассерман реакцияси ва комплементни боғлаш реакцияси (скерома антигени билан), инфилтратни гистологик текшириш билан биопсия (Волкович — Фриш таёқчаси, Микулич ҳужайралари, Руссел таначалари);

— ҳиқилдоқнинг ўсма жараёни, сил ва захм билан қиёсий ташхис ўтказиш.

Ташхис тасдиқлангандан кейин УАВ тактикаси: ЛОР — мутахассисда даволаниш.

Ҳиқилдоқ фалажи: товуш бурмалари фонацияда ва нафас олишда ҳаракатсиз, одатда интермедиал ҳолатда туради.

Қайтувчи нерв фалажи: бир томонлама фалаж — ликда товуш бурмаси оралиқ ҳолатда бўлади; товуш

бўгилиши, енгил нафас қисиши билан ўтади; икки то — монлама фалажликда товуш бурмалари фонацияда ва нафас олишда ҳаракатсиз, интермедиял ҳолатда бўлади; дисфония, жисмоний ҳаракатда нафас қисиши.

Қайтувчи нервнинг бир томонлама фалажи: товуш бурмаси оралиқ ёки интермедиян (чуқур нафас олиш билан фонация ўртасидаги ўртача) ҳолатда бўлади ва ҳаракатсиз. Товуш бурмалари фалажлари чақалоқлар стридорининг муҳим сабаби бўлиб қолмоқда. Товуш бурмаларининг икки томонлама фалажи одатда стридор, цианоз ва апноэ билан юзага чиқади, ваҳоланки бир томонлама фалажда симптоматика бирмунча юмшоқ (дисфония). Бир томонлама фалажлик кам кузатилади, бироқ бу уни диагностика қилишнинг қийинчиликлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Болаларда овқатланишнинг бузилишлари иккала формасида бир хил кўп учрайди. Ташхис эндоскопия ёрдамида қўйилади, бунда бир ёки иккала бурмаларнинг ўрта ёки параўрта ҳолатдаги фиксацияси қайд қилинади. Баъзан бурмаларнинг нафас олишда парадоксал яқинлашуви учрайди, бу феномени диафрагма ҳаракатларини кузатиб ва нафас цикли фазаларини аниқлаб топиш мумкин. Бемор мустақил нафас олганда толали — оптик ларингоскопдан қаттиқ ларингоскоп афзал, чунки товуш бурмаларини пайпаслаш ва бурмаларнинг чин фалажини узукчўмичсимон бўғим анкилозидан фарқ қилиш имконини беради. Болаларда товуш бурмаларининг сабаблари неврологик касалликлар бўлиши мумкин; менингомиелоцеле Арнольд — Чиари мальформацияси билан; гидроцефалия; туғруқ травмаси; хирургик травма, айниқса трахео — қизилўнғач оқмаси бартараф қилинганда ва туғма юрак порокларини коррекция қилишда. Марказий фалажликлар акса —

рият икки томонлама, перифериклари эса бир томонлама бўлади. Афтидан, болаларда товуш бурмалари фалажлари ҳолларининг тахминан учдан бири идиопатик бўлади; кўпинча у бошқа ривожланиш нуқсонлари, асосан – нафас ва юрак – томир системалари ва қизилўнғач нуқсонлари билан бирга учрайди. Спонтан соғайиш одатда бола ҳаётининг дастлабки 6 ойлари ичида рўй беради. Бирмунча кеч спонтан соғайишлар ҳам тасвирланган, бироқ бундай ҳолларда ҳар хил асоратлар: ҳиқилдоқ мушаклари атрофияси, синкинезиялар ва узукчўмичсимон бўғим анкилози кузатилади. Эрта соғайиш кўпроқ орттирилган ва бир томонлама фалажликда кузатилади.

Ташхиси:

– товуш бўғилишига, товушнинг тезда чарчаб қолишига, нафас қийинлашишига хос шикоятларни аниқлаш;

– касалликнинг эҳтимол тутилган сабабларини (инфекцион касалликлар, қалқонсимон безнинг катталашуви, бўйин ва кўкс оралиғи ўсмалари, бўйин, ҳиқилдоқ травмалари ва б.) аниқлаш;

– ташқи кўздан кечиришда тери қопламларининг рангпарлиги, ҳиқилдоқ стенози белгилари қайд қилинади;

– билвосита ларингоскопияда касаллик белгиларини аниқлаш: ҳиқилдоқнинг бир ёки иккала ярми ҳаракатининг чеклангани, товуш ёриғининг торлиги, товуш бурмаларининг ёки улардан бирининг ҳаракатсизлиги;

– ҚУА, СУА қилиш, кўкрак қафаси ва кўкс оралиғи аъзоларини рентгенологик текшириш, ҳиқилдоқ рентгенографияси;

– невропатолог, эндокринолог, фониатр консултациясини ташкил қилиш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси: да — волаш симптомларнинг оғир — енгиллиги, этиологияси ва прогнозга боғлиқ. Оғир ва авж олиб кечган тақ — дирда нафас йўлларининг ўтказувчанлигини тиклаш учун интубация ва трахеостомия қилиш талаб эти — лади. Улар бир томонлама фалажи бўлган беморларнинг учдан бир қисмига ва икки томонлама фалажи бўлган 75% пациентлар учун зарур бўлади;

— ўткир стеноз ҳолатида трахеостомия, интубация ўтказиш;

— стеноз белгилари пайдо бўлганда — болани ЛОР — стационарга юбориш.

Кўкйўтал: товуш бўғилиши, йўтал хуружлари, ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси гиперемияси; кенгайган томирлар ва қон қуйилиш излари кўриниб туради; орқа комиссура ва бурмаости бўшлиғи соҳасидаги лимфоид тўқима гипертрофияси.

Ташхиси:

— қуруқ хуружсимон йўталга шикоятларни аниқлаш;

— эпидемиологик анамнезни аниқлаш (касал ёки узоқ вақтдан буён йўталиб юрган бола билан бирга бўлиш);

— кўздан кечиришда бир неча қисқа, кетма-кет келадиган тез йўтал силкинишлари, улар ҳуштакли энтикиб нафас олиш билан алмашинади, сўнгра яна хуруж қилади (репризлар), йўтал хуружлари ёпишқоқ балгам ажралиши ва аксарият қусиш билан ўтади, бемор юзи кериккан, баъзан териси ва склераларига қон қуйилган бўлади;

— ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси ги — перемияси; кенгайган томирлар ва қон қуйилиш излари кўринади; орқа комиссура соҳасида ва бурмаости бўшлиғида лимфонд тўқима гипертрофияси;

— ҚУА тайинлаш (лейкоцитоз, ЭЧТ нормал ёки секинлашганда лимфоцитоз);

– “йўтал пластинкалари” усулида ёки пахта там – пон ёрдамида бактериологик текшириш.

Ташхис тасдиқлангандан сўнг УАВ тактикаси: инфекцияционистда даволаниш.

Ҳалқумнинг оғиз бўшлиғи аъзоларидан обструкцияси; тилости йўли кистаси, микрогнатия билан тилптози, макроглоссия, диафрагма чурраси бўлган беморларда кузатилади.

Ўсмалар, кўкс оралиғи аъзолари катталашishi: қалқонсимон без ўсмалари (тимома), лимфосаркома, лейкозларда лимфатик тугунларнинг катталишиши, тугма ва орттирилган буқоқ, сил, саркоидозда лимфогранулематоз, кўкс оралиғи лимфоденопатияси.

Невроген стридоз: болаларда кўпинча неврозларда пайдо бўлади.

Товушнинг ўта чарчashi: узоқ вақт ашула айтишда, узоқ вақт қаттиқ қичқиришда пайдо бўлади.

Гипотиреоз: товуш паст, дағал, айниқса йи глаш пайтида билинади.

Тугма юрак пороги: дағал товуш ўпка гипертензияси вақтида пайдо бўлади, бунда томирлар қайтувчи нервдан босилади.

Лор аъзолари патологиясида умумий амалиёт врачининг амалий кўникмалари.

Қулоқни тозалаш:

Икки усулда: нам ёки қуруқ усулда ўтказилади.

Қулоқни тозалашнинг қуруқ усули:

— зондга (пахта ушлагич) пахтани ўраганингизда эшитув йўли ёки ногора пардаси терисини шикаст — лаб қўймаслик учун унинг ўткир учини пахта билан яхшилаб ёпинг;

— қулоқни тозалашда ногора пардасини шикаст — ланишдан сақлаш учун пешона рефлекторидан фойдаланиб, албатта кўз назоратида эҳтиётлик билан ҳаракат қилинг;

— учига пахта ўралган зондни ташқи эшитув йўлига 2,5 см гача ичкарига ёки ногора пардасигача эҳтиёт — лик билан киритинг;

— зонднинг енгил айланма ҳаракатлари билан қулоқни артинг;

— пахта ушлагичдан фойдаланилган пахтани тоза пахта билан олинг;

— бу манипуляцияни қулоқдан олинган пахта қуруқ бўлмагунча такрорланг;

Қулоқни Жанне шприци ва дезинфекция қила — диган эритмалар билан ювишнинг нам усули:

— бемордан буйраксимон тоғорачани қулоқ ос — тида ушлаб туришни сўранг;

— қулоқни пешона рефлектори билан ёритинг;

— чап қўл билан қулоқ супрасини юқорига ва ор — қага (катталарда) тортинг, унғ қўлда тана ҳароратига яқин (акс ҳолда вестибулятор аппарат таъсирланиб, бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш рўй бериши мумкин) илиқ суюқлик (масалан, 1: 5000 фурацилин)

тўлдирилган Жанне шприцини ушлаб туринг;

— шприц учлигини ташқи эшитув йўли пардаси — мон — тоғай бўлимининг орқа юқори девори соҳасига қўйинг, шприц учлигининг ташқи эшитув йўли деворларини ёки ҳатто ногора бўшлиғини тасодифан шикастлаб қўйишидан сақлаш учун чап қўл билан қулоқ супрасини тортиб, бармоқлардан учликнинг эшитув йўлига тўсатдан киришига йўл қўймайдиган таянч ҳосил қилинг;

— олтингугурт қўллағини ювиб тушириш ёки қулоқни санация қилиш учун шприц поршени билан кучи мўътадил оқим ҳосил қилинг.

#### *Аттикни Гартман буйича ювиш:*

— бемордан буйраксимон тоғорачани қулоқ остида ушлаб туришни сўранг;

— учи четга қайрилган махсус канюлани олинг, ювиш учун илиқ эритма (фурацилин ва б.) тортила — диган 20 граммли шприцга уланг ва ногора парда перфорацияси орқали ногора бўшлиғининг юқори бўлимларига (аттик) киритинг;

— ногора бўшлиғи деворлари ёки ногора пардасини канюладан тасодифан шикастланиб қолишига йўл қўймаслик учун чап қўл билан қулоқ супрасини чўзиб, шприц учун жароҳатланишга тўсқинлик қила — диган бармоқлардан таянч ҳосил қилинг;

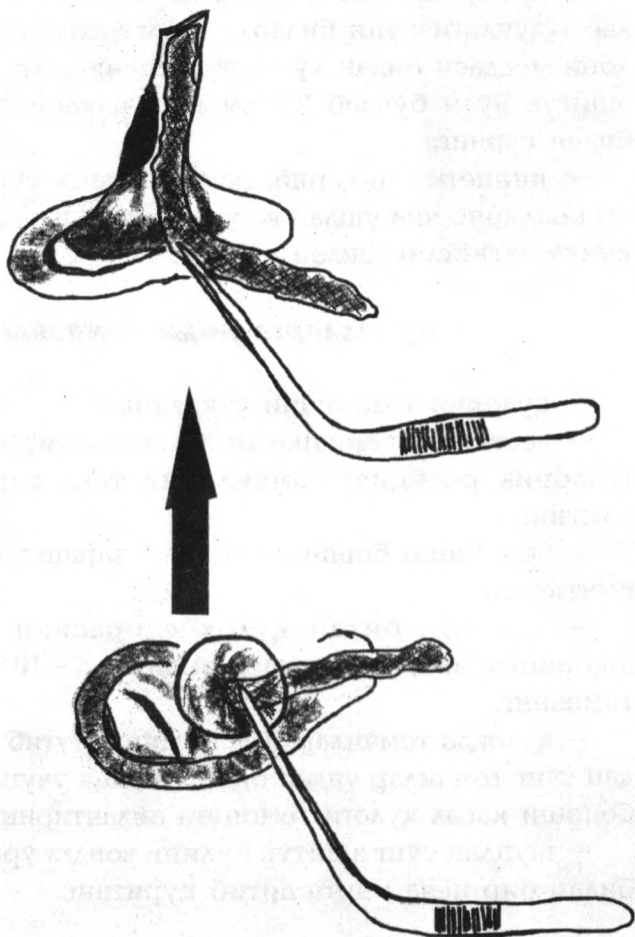
— аттикни яхшироқ санация қилиш учун шприц поршени билан кучи ўртача оқимини ҳосил қилинг.

#### *Ташқи эшитув йўлига доқа тасмаларни киритиш (расм 15):*

— ташқи эшитув йўлини тўғрилаш учун чап қўл билан қулоқ супрасини орқага ва юқорига (катталарда) чўзинг;



ТАШҚИ ЎТКИР ОТИТНИНГ ДАВОЛЛАШИДА ДОКА  
ТАСМАНИ ТАШҚИ ЭШИТУВ ЙЎЛИГА КИРИТИШ УСУЛИ



Расм 15.

— қулоқ пинцети билан дока тасмани учидан уш — лаб (узунлиги кўпи билан 5 см маҳсус букланган ёки дори моддаси билан хўлланган энсиз дока тасма), уни эшитув йўли бўйлаб 2,5 см гача ичкарига эхтиётлик билан суринг;

— пинцетни чиқариб, дока тасмани учидан 1 — 1,5 см қолдириб яна ушлаб ва уни ногора пардасига тек — кунча эхтиётлик билан суринг.

### *Қулоқларга дори томизиш:*

— қулоқни тозалашни ўтказинг;  
— вестибуляр аппаратни таъсирлантирмаслик учун (калорик реакция) томчиларни тана ҳароратигача илитинг;

— беморнинг бошини қарама — қарши томонга эн — гаштиринг;

— чап қўл билан қулоқ супрасини орқага ва юқорига чўзиб, кўз пипеткаси билан 5 — 10 томчи дори томизинг;

— қулоқда томчилар 10 — 15 минут тутиб турилган — дан сўнг томчилар ундан оқиб чиқиши учун беморнинг бошини касал қулоғи томонига айлантинг;

— шундан сўнг эшитув йўлини зондга ўралган пахта билан бир неча марта артиб қуритинг.

### *Кукунсимон дори моддаларини пуркаш (инсуффляция):*

— қулоққа кукун пуркашдан олдин ташқи эшитув йўлини қунт билан тозалаш керак. Пуркашни ҳар хил кукун пуркагичлар (инсуффляторлар) ёки қулоқ во — ронкаси билан ўтказилади:

— воронка учини кукуннинг бир қисми воронка

ковагига тушиши учун кукунга ботириб олинг;

— воронка учини қулоқ ёки бурунга қўйинг ва ре — зина баллон билан кукунни чанглатинг.

*Дори воситаларини транстимпанал юбориш  
(расм 16):*

— вестибуляр аппаратнинг таъсирланишига йўл қўймаслик учун томчиларни тана ҳароратигача или — тинг (калорик реакция);

— бемор бошини қарама — қарши томонга энгаш — тириг;

— тахминан 2 мл миқдордаги дори таркибини илиқ ҳолда эшитув йўлига ногора пардадаги мавжуд пер — форация орқали қўйинг;

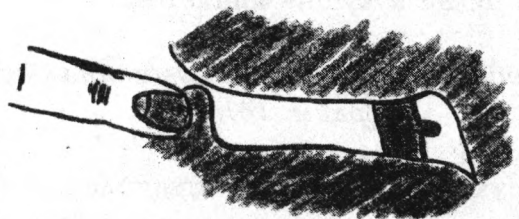
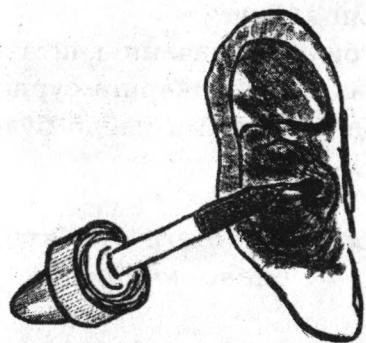
— бармоқ билан супачани қайта қисиб, 5 — 10 с ичида эҳтиётлик билан ичкарига суринг, бунда бемор кўпинча оғзида дори таъми пайдо бўлганлигини ай — тади (расм 17).

*Евстахий пайларига Политцер буйича  
ҳаво юбориш:*

— қулоқ баллони бошлигини ўнг томондан бурун даҳлизига киритинг, уни чап қўлнинг II бармоғи би — лан тутиб туринг, I бармоқ билан эса герметиклик яратиш мақсадида бурун чап қанотини бурун тўси — гига босинг;

— отоскопнинг битта бошлигини текширилаётган одамнинг ташқи эшитув йўлига киритинг ва бемордан «пароход» ёки «бир, икки, уч» сўзларини талаффуз қилишни сўранг, унли товуш талаффуз қилинаётганда ўнг қўлнинг тўртта бармоқлари билан баллонни қисинг (I бармоқ таянч вазифасини бажаради);

ЎТКИР ЎРТА ОТИТНИ ДАВОЛЛАШ



Ўрта қўлоқ бўшлиғига дори-  
томчаларни трансмеатал юборилиши

Расм 16.

**ДОРИ МОДДАЛАРНИ  
БУРУНГА ТОМИЗИШ**



Расм 17.

— унли товуш талаффуз қилинаётганда ҳаво юбориш пайтида юмшоқ танглай орқага оғади ва бурун — ҳалқ — умни ажратади; ҳаво бурун — ҳалқумнинг ёпиқ бўшлиғига киради ва ҳамма деворларни бир текисда босади; ҳаво — нинг бир қисми куч билан эшитув пайлари оғзига ўтади, бу отоскопда характерли товуш билан аниқланади;

— Политцер усулида ҳаво юбориш буруннинг чап ярми орқали ҳам шундай бажарилади.

Буруннинг қонайдиган зонасини ляпис билан куй — дириш:

— куйдириш (тушлаш) олдидан қонаб турган жойга водород пероксидга ҳўлланган пахтани босиб қон оқишини тўхтатинг ёки камайтиринг, сўнгра шиллиқ пардани унга 5% кокаин эритмаси ёки бошқа анестетикка ҳўлланган турундани босиб оғриқсизлантинг;

— спиртовка алангасида қиздирилган металл зонд учини 2—3 с га кристалик ляпис кукунига туширинг; бунда ляпис учликка марварид кўринишида кав — шарланади ва сўнгра уни қонаб турган жойга босинг;

— шиллиқ парда ёки теридаги ортиқча ляписни изотоник натрий хлорид эритмаси билан нейтралланг.

Буруннинг олдинги тампонадаси:

— эни 1—1,5 см, узунлиги 60—80 см стерил дока тампон, бурун корнцанги ёки тиззасимон пинцет, бурун кўзгусини тахт қилиб қўйинг;

— оғриқсизлантириш мақсадида олдиндан шиллиқ пардага 2—3 марта анестетик (2% дикаин эритмаси ва б.) суртинг;

— дока тасмага гемостатик таркиб шимдириг ва пинцетнинг қисилган браншлари орасидан ўтказиб оз — моз сиқинг;

— тампонлашни дока тасмани бурун тубига унинг даҳлизидан то хоаналаргача батартиб қилиб бажаринг: дока тасмани тиззасимон пинцет ёки Гартман бурун қисқичи билан учидан 6—7 см қолдириб ушланг ва бурун тубидан то хоаналаригача киритинг;

– ҳар гал пинцетни бурундан чиқаринг ва бурун тубига киритилган дока тасма қатламини босиб ту – риш учун қайтадан дока тасмасиз киритинг, сўнгра янги дока тасма қатламини киритинг ва ҳ.к.

Буруннинг орқа тампонадаси:

– тахминан 3x2,5x2 см ўлчамдаги тугунчасимон тампон тайёрланг, уни узун (20см) иккита ипак ишлар билан қўшув аломати шаклида боғланг, боғлашдан сўнг битта ипни қирқинг, қолган учтасини эса қолдиринг;

– орқа тампонадани буруннинг қонаётган ярмига ингичка резина катетер киритишдан бошланг, уни бурун – ҳалқум орқали ҳалқумнинг ўрта бўлиmidан чиққунича ўтказинг;

– катетерни қисқич ёки пинцет билан ушланг ва уни оғиз бўшлиғи орқали ташқарига чиқаринг;

– катетер учига тампоннинг иккита ипини боғланг ва катетерни бурун томонидан унга боғланган ишлар билан бирга тортиб, тампонни оғиз орқали бурун – ҳалқумга яқинлаштиринг, бунда ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан (беморнинг ўнг томонида турганда) тампонни юмшоқ танглай орқасига ўтка – зинг ва уни тегишли хоанага қаттиқ қисинг;

– бурун орқали чиқарилган иккита ипни қаттиқ тортинг, сўнгра буруннинг шу ярмини дока тасма билан тампонланг ва бурун катагини кириш жойида ипларни дока болишча устида боғланг;

– оғизда қолдирилган 3 – ип учини лейкопластир билан лунжга маҳкамланг (бу тампонни олиб ташлашга хизмат қилади).

Гаймор бўшлиғини пункциясини ўтказиш техникаси:

– шиллиқ парда тешиладиган жойда (пастки бурун чиганоғи остидаги пастки бурун йўлида унинг олдидан ожиридан 1,5 – 2 см ичкарида ёпишган жойида) уни 2 – 3% кокаин ёки адреналин билан дикаин эритмасини такроран суртиб қунт билан анестезия ўтказинг;

– тешиш учун шу мақсад учун махсус мўлжал –

ланган Куликовский игнацидан фойдаланинг, тешиш вақтида оз — моз қаршилиқдан кейин игнацининг бўшлиққа тушиб кетаётганлигини ҳис қилинг;

— бемордан тилини чиқаришни ва ияги остида чайилган суюқликни тушиши учун буйраксимон тоғорачани ушлаб туришни сўранг;

— бўшлиққа ўртача босимда ювадиган суюқликни (1:5000 фурацилин эритмаси ёки 0,9% физиологик эритма) 10 — ёки 20 — грамми шприц ёрдамида киритинг.

#### Ҳалқумга дори суртиш:

— муолажани албатта кўз назоратида ўтказинг, бу — нинг учун шпатель ва пешона рефлекторидан фойдаланинг;

— зонда пахта бўлакчасини ўранг, мензурка ёки кўз ванначасига қуйилган дори эритмасида ҳўлаб олинг;

— оғиз бўшлигини рефлектор билан ёритиб, зон — дни томоққа ҳалқум орқа деворига теккунча киритинг (тилни олдиндан шпатель билан босиб туринг);

— ҳалқум орқа деворига тез ҳаракатлар билан сур — тинг ва суртадиган асбобни олиб қўйинг;

— ҳар гал зонда ўралган қуруқ пахта чўткачани дори эритмасига ботириб олиб, шиллиқ пардага 2 — 3 марта суртинг.

#### Танглай муртаклари лакуналарини ювиш:

— оддий 20 — грамми шприцга дори моддани (ан — тисептик эритмалар, антибиотиклар эритмалари ва б.) тўлдиринг;

— уни учи юмалоқланган ва 90° бурчак остида қайрилган металл канюлага уланг;

— бемордан ияги остида чайинди сувлар учун Буй — раксимон тоғорачани ушлаб туришни сўранг;

— канюла учини кўз назорати остида навбатма — навбат ҳамма лакуналарга киритинг ва босим остида уларга дори суюқлигини юборинг, суюқлик оқиб чи — қаётганда лакуналар ичини ювади.

Бемор буйраксимон тоғарачага туфлайди. Муола —



жа ювилган сувлар тоза бўлгунча давом эттирилади.

Лимфа тугунларини пайпаслаш:

– чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан ўнг қулоқ регионар лимфатик тугунларини ташқи эшитув йўли — дан олдинга, пастга, орқага пайпасланг;

– ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан чап қулоқ лимфатик тугунларини худди шундай пайпасланг;

– лимфатик тугунларни ўнг томондан пайпаслашда ўнг қўлни текширилайётган одам бошининг тепа қис — мига қўйинг, чап қўл фалангаларининг учларини тўқимага юмшоқ ботириб уқаловчи ҳаракатлар қилинг;

– лимфатик тугунларни чапдан пайпаслашда чап қўл бошининг тепа қисмида туради, ўнг қўл билан эса пайпасланг;

– жағости лимфатик тугунларини текширилайётган одамнинг бошини олдинга бир оз энгаштириб, жағости соҳасида бармоқ фалангаларининг учлари билан пастки жағнинг ўртасидан чеккасига томон йўналишда енгил уқалаш ҳаракатларини бажаринг;

– чуқур бўйин лимфатик тугунларини аввалига бир, кейин иккинчи томонидан пайпасланг: бемор бошини бир оз олдинга энгаштиринг, лимфатик тугунларни ўнг томондан пайпаслашда ўнг қўлни текширилувчи бошининг тепа қисмига қўйинг, чап қўл билан эса бармоқ фалангалари учларини тўш — ўмров — сўргичсимон мушаги олдинги четини олдинги томон тўқимасини юмшоқ чуқур ботириб уқаловчи ҳаракатлар қилинг, чап қўл бошининг тепа қисмида, ўнг қўл билан эса пайпасланади.

Трахеоканюлани ишлатиш:

– трахеяда ва канюлада қатқалоқ ҳосил бўлиши — нинг олдинги олиш учун бемор нафас олаётган ҳавони намлаш лозим;

– терининг шилинишига йўл қўймаслик мақса — дада трахеотомик канюла қалқончаси остидаги

пахта — докали қистирмани ҳўл бўлиши билан янги — ланг, трахеостома теварагига эса рух суртмаси ёки Лассар пастасини суртинг;

— қатқалоқ ҳосил бўлишини профилактика қилиш учун ва инфекцияга қарши кураш мақсадида опера — циядан кейинги даврда трахеотомик канюлага суткасига 5—6 марта 5% натрий гидрокарбонат эрит — маси, антимиқроб препаратларнинг эритмалари, масалан, неомицин (10 мл физэритмага 100 000 ТБ), фурацилин (1:3000), 5% диоксидин эритмасидан то — мизинг, протеолитик ферментлар (40 мл физэритмага 25 мг дан химотрипсин ёки химопсин) қўлланилади; трахеостомага рухсат этилган бўлса — да, мойлар (ва — зелин, шафтоли, облепиха мойи) томизишни суиистеъмол қилмаслик лозим;

— асептика қойдаларига риоя қилинган ҳолда мун — тазам аспирация ўтказинг, чунки канюла, трахея ва бронхларда доимо шилимшиқ, балғам, операция ту — гаши билан эса жароҳатдан ажралма ҳам йигилади, буларни бемор йўталда ажрата олмайди;

— сўришни учи қайрилган ва ён тешиклари бўлган юмшоқ резина ёки пластмасса катетерлар билан, трахе — отомик найча қаваги диаметрининг ярмидан кўп бўлмаган ташқи диаметрида сўриш режимини бошқариш учун уч — ликдан фойдаланиб эҳтиёткорона амалга оширинг;

— найчани алиштириш олдидан йўтал рефлексини камайтириш учун трахеяга 1—2% дикаин билан ад — реналин эритмасини томизиб, уни анестезия қилинг;

— найча олиб ташланган тақдирда зудлик билан, бир неча секунд ичида шундай ўлчамдаги олдиндан тахт қилиб қўйилган бошқа катетерни киритганингиз маъқул;

— янги найча киритишда махсус ўтказгич (про — водник) дан фойдаланинг, бу вазифани қизилўнғач бужи ёки оддий юмшоқ резина катетер бажариши мумкин.

## ЛОР – аъзолари касалликларининг профилак – тикаси, беморларни реабилитация қилиш ва диспансерлаш

Умумий амалиёт врачлари (УАВ) ЛОР – аъзоларнинг қуйидаги касалликлари бўлган беморларнинг реабилитациясини ва диспансерлашни амалга оширади:

- сурункали тонзилитлар,
- сурункали отитлар,
- сурункали ларингитлар.
- сурункали ринитлар
- операция қилингандан кейинги ҳолат.

### *Оториноларингологик беморларни диспансерлаш*

Оториноларингологик касалликлари бўлган катта ёшдаги одамлар ва болаларни диспансиризация қилишда анамнез маълумотларини таҳлил қилиб, қуйидаги “хавф омилларини”: ЎРВИ, юқори нафас йўллари ва қулоқнинг қайталанган ўткир касалликлари, бола организми ва унинг ота – онасининг сенсibiliзация – си, ота – онаси ва яқин қариндошларининг сурункали касалликлари, шу жумладан вегето – томирлар дис – тонияси, ўсма­ларни аниқлаш зарур.

Ҳомиладорлик ва туғруқларнинг ноқулай кечган – лиги, сунъий овқатлантириш ва тўла қимматли бўлмаган овқатланиш, ота – оналарнинг ичкиликбоз – лиги, боланинг бошидан кечирган шикастлари, иммунитет танқислиги ҳолати, жисмоний ривожла – нишдан орқада қолиш, катталарда – чанг – тўзонли, сершовқин хоналарда ишлашни ҳисобга олиш лозим.

## *Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг касалликлари*

Бурун ва бўшлиқлари касалликлари бўлган болаларни диспансерлашда ринитлар ва синуситлар, жумладан аллергия турлари ҳисобга олинади. Айниқса, болалар ва ўсмирларда бурун касалликлари бурун орқали нафас олишнинг бузилишларига олиб келади, бу боланинг жисмоний ва ақлий ривожланишига ва бошқа аъзолари ва системалари касалликларининг кечишига таъсир қилгани боис эҳтимол тутилган асоратларнинг олдини олиш зарур. Агар ўткир ринит узоққа чўзилганда унинг сурункали формасига ўтишининг олдини олиш лозим. Агар касалликнинг сабаби бартараф этилмас экан, ҳатто ринитни ўз вақтида даволаш тўлиқ бўлмайди. Сурункали ринитда асосий хавф омилларига организм сенсбилизациясини, сурункали аденоидит, синусит, бурун тўсиғи деформацияси ва нуқсонлари, айниқса бурун чиганоқларидаги камчиликлар, шунингдек яқин қариндошларидаги сурункали ринитни кўрсатиб ўтиш мумкин. Сурункали синуситда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ривожланиш нуқсонлари, бурундан нафас олиш бузилган бурун бўшлиғи ва бурун — ҳалқум патологияси, аденоидит, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг шикастлари, қариндошлардаги сурункали синусит, синуситни даволашдан кейинги соғайиш даври асосий хавф омиллари бўлиб хизмат қилади. Диспансер кўригида машқларни тавсия қилиш мақсадга мувофиқ бўлади.

*Бурундан нафас олиш бузилганда  
бажариладиган машқларнинг  
тахминий комплекси*

Машгулот пайтида фақат бурун орқали нафас олинсин.

1. Тик турилсин. Оғизни юмиш. Буруннинг битта яр — мини бармоқ билан қаттиқ қисиш, буруннинг ҳар бир ярми орқали галма — гал (4—5 мартадан) нафас олиш.

2. Тик турилсин., оёқлар елка кенглигида қўйилсин. қўллар аста — секин олдинга ва юқорига кўтариб, каф — тлар ичкарида — нафас олинсин, қўллар пастга туширилсин — нафас чиқарилсин (5 мартагача) .

3. Тик туриб, буруннинг ярми орқали нафас олинсин, бошқа ярмидан эса чиқарилсин (буруннинг ҳар ярми орқали 5—6 марта).

4. Тик турган ҳолда оёқлар бирга қўйилсин, бурунни бармоқлар билан қисилсин. Шошмасдан, қаттиқ овозда 10 гача саналсин, оғиз юмилсин, чуқур нафас олинсин ва тўлиқ нафас чиқарилсин (5—6 марта).

5. Оғиз юмилсин, нафас олинсин. Узайтирилган нафас чиқаришда аста — секин «м — м — м» товушини секин талаффуз қилинсин (8 мартагача).

6. Тик туриб, оёқлар учида чўзилиш — нафас олиш, ўтириш — тўлиқ нафас чиқариш.

7. Тик туриб, қўлларни юқорига кўтаринг ва бир оёқни орқага қўйинг — нафас олинг, дастлабки ҳолатта қайтинг — тўлиқ нафас чиқаринг.

8. 2—3 минут ичида юриш. Аста — секин нафас чиқариш фазаси узайтирилсин (2 деб санашда нафас олиш, 3—4—5—6 деб санашда нафас чиқариш; 2 деб санашда нафас олиш, 5—6—7 деб санашда нафас чиқариш, 2—3 мин.)

## *Ҳалқум касалликлари*

Сурункали тонзиллит – энг кўп тарқалган пато – логиялардан бири, бунда болалар диспансер ҳисобида туришлари керак. Ҳозирги вақтда сурункали тон – зиллит инфекцион – аллергия касаллик ҳисобланади. У кўпинча тонзиллоген интоксикацияга, юрак – то – мирлар системаси, буйракнинг ўзгаришларига олиб келади ва ҳ.к. Сурункали тонзиллитнинг асосий хавф омиллари: лимфаденоид тўқима гипертрофияси, ан – гинанинг қайталанишлари, сурункали ринит, синуит, аденоидит, фарингит, сурункали пневмония, тишлар кариеси, стоматит, гастрит, гастродуоденит, ўт йўллари дискинезияси, организм сенсibiliзацияси, шунингдек қариндошлардаги сурункали тонзиллит; тонзиллэктомиядан, консерватив даволашдан кей – инги соғайиш даври.

Сурункали тонзиллитли беморни диспансер ҳисобига қўйишда уни даволаш режаси ва касаллик қўзишининг профилактикаси тузилади. Даволаш курслари йилига камида 2 марта ўтказилади. Агар 2 йил мобайнида қўзишлар такрорланмаса, сурункали тонзиллитнинг клиник белгилари эса йўқолса, бу су – рункали тонзиллитнинг компенсацияланган формаси бўлган беморни диспансер ҳисобидан чиқариш мум – кин. Ангиналар тез – тез такрорланиб турадиган (йилига 2 мартадан ортиқ) сурункали тонзиллитнинг компенсацияланган формасида операция қилишдан фойдаланилади. Диспансер ҳисобидан тонзиллэк – томиядан кейин кам деганда 6 ой ўтгач чиқарилади. Умумий интоксикация ҳоллари бўлган декомпенса – цияланган тонзиллит сабабли операциядан сўнғ 70 – 80% беморларда яқин бир неча ой ичида соғай –

иш юзага келади. Юрак — томирлар системасидаги функционал ўзгаришлар 60 — 70% болаларда 6 — 12 ой ўтгандан кейин йўқолади.

Касалликнинг қўзишини профилактика қилишда санитария — гигиена билимларини, шу жумладан оилаларда ва болалар муассасаларида тарғиб қилишда муҳим ўрин эгаллайди: болалар боғчалари, мактаб — лар, ясиларининг тиббиёт ходимлари болаларнинг ўз муассасаларида машгулотлар тартиби, дам олиши, овқатланиши ва ухлашлари устидан қатъий кузатув олиб боришлари, жисмоний чиниқтиришни амалга оширишлари керак.

Сурункали фарингит ривожланишининг асосий хавф омилларига бурундан нафас олишнинг бузилиши, ҳалқум лимфаденоид тўқимаси гипертрофияси, аденоидли вегетациялар, аденоидит, сурункали ринит, синусит, тонзиллит, йирингли ўрта отит, шунингдек стоматит, тишлар кариеси, сурункали гастрит, гастродуоденит, ўт йўллари дискинезияси, пневмониялар, сурункали фарингит ва қариндошларида бурундан нафас олиш бузилган бурун бўшлиғи ва бурун — ҳалқум касалликларини киритадилар; шунингдек, сурункали фарингитни даволашдан кейинги соғайиш ҳолатини кирйтиш лозим.

Сурункали аденоидитнинг асосий хавф омилларига сурункали ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, бурун тўсигининг деформацияси киради; аденотоми — ядан кейинги соғайиш даври.

Ўз навбатида, назофарингит ва аденоидит носепцифик яллиғланиш билан ўтадиган бронх — ўпка касалликларига ва ўрта қулоқ паталогиясига мойиллик келтириб чиқаради. Агар операция натижа бермаган бўлса, бемор диспансер кузатувида бўлади ва йилига 2 дан 4 мартагача даво олади.

## *Ҳиқилдоқ касалликлари*

Диспансер кузатуви сурункали ларингити, ҳиқилдоқ папилломалари, чандиқли стенози ва бошқа хасталик — лари бўлган беморлар устидан амалга оширилади. Кўкрак ёшидаги болада товуш ва нафаснинг бузилиши ҳиқил — доқни махсус кўриқдан ўтказишни талаб қилади (бевосита ларингоскопия).

Бундай беморларни диспансер кузатуви катта аҳами — ятга эга, чунки ўз вақтида даволаш ўсма жараёни, қайталанишлар ва асфиксиянинг олдини олиши мумкин.

Сурункали ларингитнинг асосий хавф омилларига бошдан кечирилган ўткир ларингит ёки стенозлайдиган ларинготрахеит, стридор, сурункали ринит, синуит, аде — нойдит, тонзиллит, фарингит, йирингли ўрта отит, тишлар кариеси, стоматит, сурункали трахеобронхит, пневмо — ниялар, ларингитни консерватив даволаш; папилломаларни, ҳиқилдоқ тутунларини олиб ташлаш, ҳиқилдоқ тутма мембранасини кесишдан кейинги ре — миссия, шунингдек яқин қариндошларда сурункали ларингит борлигини киритадилар.

Юқорида тасвирланган беморлар стенознинг компен — сацияланган формаси бўлган беморлар сингари УАВда йилнинг ҳар чорагида 1 марта кўриқдан ўтадилар. Сте — нознинг субкомпенсацияланган формаларида бемор ҳамавақт ҳам эркин нафас ололмайди, шунинг учун уни ойида 1 марта кўздан кечирилади ва нафаси ёмонлаш — ганда зудлик билан стационар даволанишга юборилади. Беморни диспансер кузатуvidан 2—3 йил ўтгач, тўлиқ ва барқарор ремиссиядан кейин (ҳиқилдоқ нафас ва фона — тор функциясининг тикланиши) чиқариш тавсия этилади.

Деканюляциядан кейин бемор нафас ва товуш фун — кцияси тўла — тўкис тиклангунча 1—2 йил УАВ кузатуви остида бўлиши керак.



## Қулоқ касалликлари

Ушбу патологияси бўлган беморларни диспансеризация қилишдан мақсад—ўрта қулоқ яллиғланиш касалликларининг асоратлари ривожланишининг (огирқулоқлик, калла суяли ичи асоратлари), шунингдек уларнинг сурункали формага ўтишининг олдини олишдан иборат. Диспансер кузатувига одатда қайталанмаган ўрта отит бўлиб ўтган сурункали йирингли ўрта отитли беморларни олинади. қайталанмаган ўрта отитда асосий хавф омилларига даволашдан кейинги ремиссия даври, бошдан кечирилган ўткир йирингли ўрта отит, шунингдек аденоидли вегетациялар ва аденоидит, сурункали ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, қулоқ ва чакка суяги шикастидан кейинги ҳолат ва, бундан ташқари, яқин қариндошлардаги сурункали ўрта отитни киритадилар. Сурункали ўрта отити бўлган беморни йилига 2 марта кўздан кечирилади. ҳар йили бемор қулоқлари аудиограмма ва рентгенограмма қилинади. Чўмилиш мавсумидан кейин назорат кўриги ўтказиш шарт. Оторея тўхташи билан беморни тез орада диспансер ҳисобидан чиқариш мақсадга мувофиқ эмас, чунки қайталанишлар рўй бериши мумкин. Буни ногора бўшлиғи перфорацияси битгандан ва эшитиш тиклангандан кейингина қилиш мумкин.

Ўрта қулоқнинг йирингли бўлмаган касалликлари пайдо бўлишининг асосий хавф омиллари жорий йилда бошдан кечирилган ўткир ўрта отит, сурункали ўткир отит даволангандан кейинги ремиссия даври, сурункали ринит, синусит, тонзиллит, аденоидит, бурун тўсигининг деформацияси, шунингдек гўдакнинг ота—онаси ва яқин қариндошларидаги йирингли бўлмаган ўрта қулоқ касалликлари ҳисобланади.

Қулоқдаги санация қиладиган операция ва тимпа-нопластикадан кейин трепанацион бұшлиқлар йиринглаган ҳолларда мунтазам кузатув олиб бориш ва даволаш зарур. Қулоқдаги яллиғланиш жараёни тўхта-гандан сўнг бу беморларни йилига 2 марта кўздан кечирилади, чунки уларда аксарият кондуктив оғирқ-улоқлик ривожланади. Кондуктив оғирқулоқликнинг асосий хавф омиллари деганда аденоид вегетациялар, бошдан кечирилган ўткир йирингли ўрта отит, сурун-кали аденоидит, ринит, бурун тўсигининг деформацияси, шунингдек қайталанадиган ўрта отит ва қариндошлар-даги кондуктив оғирқулоқлик тушунилади.

Нейросенсор оғирқулоқликда бир томонлама ней-росенсор ва кондуктив оғирқулоқлик (ёки анамнезда), сурункали йирингли ёки йирингсиз ўрта отит, ме-нингит, эпидемик паротит, вирусли гепатит, грипп, чақалоқларнинг гемолитик касаллиги, ототоксик пре-паратлар қўлланилиши (анамнезда), шунингдек Реклингхаузен касаллиги, туғруқдаги калла скеле-ти-мия шикасти, баротравма, чакка ёки сўргичсимон ўсиқ соҳаси шикасти (анамнезда) асосий хавф омил-лари ҳисобланади. Яқин қариндош билан никоҳдан фарзанд туғилиши, ҳомиладорлик ва туғруқлар па-тологияси, ташқи қулоқнинг ривожланиш нуқсонлари, қулоқ олдидаги оқмалар ва кисталар хавф омили са-налади. Яқин қариндошлардаги нейросенсор оғирқулоқлик ҳам хавф омили ҳисобланади. Нейро-сенсор оғирқулоқликда акуметрик ва аудиометрик текширишлар ва йилига 1-2 марта консерватив да-волашни ўз ичига олган динамик кузатув олиб борилади.

## *Оториноларингологик операциялардан кейин беморларни парваришlash*

УАВ ҳам амбулатор, ҳам стационарда бажарилган операциялардан кейин беморларни парвариш қилади, турли хил муолажалар ўтказлади. Даволаш муолажаларининг самарадорлиги уларнинг тўғри бажарилишига боғлиқ.

### Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари

Конхотомиядан кейин, баъзан 9–20–кунли қон оқиши мумкин. Бурун тўсиғи шиллиқ пардаси ости резекциясидан кейин жароҳат асосан 10–14 кунлардан сўнг битади. Баъзан операциядан сўнг 4–5 кунли гематома, сўнгра эса бурун абсцесси ҳам пайдо бўлиши мумкин, бурундан нафас олиш қийинлашади, тана ҳарорати кўтарилади. Бу ҳолда беморни ЛОР бўлимига госпитализация қилинади.

Синехияларни профилактика қилиш, қатқалоқлар ҳосил бўлишни ва шиллиқ парда атрофиясини камайтириш мақсадида бурун бўшлиғига 10–14 кун давомида томирларни торайтирувчи томчилар томизилади қилинади, мой томизилади. қатқалоқлар олиб ташлангандан кейин эрозияланган бурун шиллиқ пардасига антибиотиклар ва кортикостероидлар сақлаган малҳамлар (флуцинар, лоринден ва б.) суртилади. Операциядан кейин 15–20 кунгача артериал босимни оширадиган омиллар таъсиридан ҳоли қилиш керак. Агар бурундан қон оқадиган бўлса, зудлик билан бурун бўшлиғи томпонада қилинади ва беморни госпитализация қилинади.

Бурун ёндош бўшлиқларидаги (юқори жағ, галвирсимон, пешона бўшлиқлари) операциялардан кейин амбулатория шароитларида уларни баъзан дори моддалари билан ювилади. Бурун бўшлиғи билан янги

яратилган пастки йўлига очилган гаймор бўшлиғи те – шигини сақлаб қолиш учун бурун шиллиқ пардасини, айниқса тешик соҳасига 2–3 ҳафта мобайнида томир торайтирувчи воситалар суртилади. Агар шиш узоқ вақт сақланиб қолса ёки лунжларда зичлашиш пайдо бўлса, иситадиган компресслар, иссиқлик муолажа – лари, ёки УВЧ – терапия зарур бўлади. Янги яратилган туташтирадиган тешик битиб кетгандан сўнг бемор илгари операция ўтказилган ўша стационарга қайта госпитализацияга муҳтожлик сезиши мумкин.

Баъзан тампонада қилиш зарурати пайдо бўлади. қон оқиши кам бўлганда пахта бўлакчаси киритиш – нинг ўзи кифоя қилади. Агар операциядан кейинги қон оқиши бошланиб кетса, беморни у операция қилинган стационарга ётқизиш ва яхшиси уни опе – рация қилган врачга топшириш керак.

Яллигланган тўқималар меъёрдаги тўқималарга нисбатан таъсиротта ўткирроқ реакция беради, шу – нинг учун операциядан кейинги даврда муолажалар ва манипуляцияларни тўғри бажариш тезроқ соғай – иш ва асоратларнинг олдини олиш учун муҳимдир.

#### Бурун бўшлиғини тозалаш.

Мўл бурун ажралмаларини унчалик зўр бермай қоқилади ёки дока, пахта бўлакчаси ёки жуда майин латта билан артилади. Чақалоқ болаларда ва илк гўдак ёши – даги болаларда бурунни пахта пиликча билан, яхшиси бурун даҳлизидида айланма ҳаракатлар билан тозалаган ва дори суртган маъқул (буруннинг ҳар бир катаги учун янги пиликча ишлатилади). Муолажаларни бажаришда бола пахта, дока, латта парчасини ичига тортиши мумкинли – гини ёдда тутиш лозим, бу, шубҳасиз, хавфли. Жуда майда пиликчалардан фойдаланмаслик керак, чунки улар на – миқиб кичраяди, силлиқ бўлиб қолади ва ютиб юборилиши эҳтимол. Шу сабабли уларни, айниқса ча –

қалоқларда ва илк гўдак ёшидаги болаларда ҳатто бир неча секундга ҳам қолдириш мумкин эмас. Шунингдек, буруннинг иккала ярмига бир вақтнинг ўзида пиликча — лар киритиш мумкин эмас.

Бурун ажралмаларини, айниқса чақалоқларда ва илк гўдак ёшидаги болаларда оддий резина баллонча ёрдамида сўриб олиш, сўнгра томчи дорилар томизиш мумкин. Бурун ажралмадан ҳоли қилингандан сўнг дори бурун шиллиқ пардасига бевосита тушади ва бирмунча яхши наф беради. Бурунни учига пахта пиликча ўралган зонд билан тозаланади. Кертиклари бўлган бурун зондини ўнг қўлга олинади. Чап қўлнинг бош бармоғи ва кўрсаткич бармоқлари орасида уш — лаб титилган пахта бўлакчаси ўртасига зондни қўйилади ва уни чап қўлнинг бош бармоғи ва кўрсаткич бармоқлари билан тутиб турилади. Ўнг қўлда пахтани ўраб, зонд учи шиллиқ пардани яхши тоза — лайдиган говак пахта билан яхши ёпилиши керак.

Озена, атрофик ринит ва бошқа касалликларда қат — қалоқлар қуриб қолганда илиқ (изотоник) натрий хлорид эритмаси, 1% калий перманганат эритмаси ва бошқалар қўлланилади. Суюқликни шприц ёрдамида секин оқим билан буруннинг бирмунча тор ярмига қаттиқ босмасдан киритилади, бунда суюқлик унинг бирмунча кенг яр — мидан оқиб чиқади. Бемор ютиш ҳаракатлари килмаслиги керак, чунки бунда эшитув найи очилади, бемор бошини олдинга энгаштириб «а — а» товушини талаффуз қилиши керак. Оқимни пастки ёки юқори бурун йўли бўйлаб йўналтириш мумкин эмас. Эритманинг эшитув найига ва пешона бўшлиғига тушишига йўл қўймаслик учун оқимни пастки бурун чиганоғининг юқори чеккасига ўткир бур — чак остида юбориш лозим. Беморни ювишдан сўнг суюқлик оқиб тушмагунча 20 минут давомида бурнини қоқмаслиги ҳақида огоҳлантирилади.

Ёпишқоқ секрет ва қатқалоқларни олиб ташлаш бурундан нафас олиш ва беморнинг умумий аҳволи яхшиланишига олиб келади.

Озена, атрофик ринит, қуруқ ёки ёпишқоқ секрет — да, қатқалоқлар пайдо бўлганда ва бошқа ўзгаришларда беморларга илиқ туз эритмали (0,25 мл сувга кўпи билан 1 десерт қошиқ натрий хлорид) ёки бошқа суюқлик билан бурнига ванна қилинади. Бемор олдиндан бир неча чуқур ҳаракатлар қилади, сўнгра нафас олмай туради. Унинг бошини оз — моз орқага энгаштирилади, ютинмаслик сўралади ва бурнининг ярим палласига эритма қуйилади. Суюқлик бошқа тешиқдан оқиб чиқ — магунча бемор «э — э» деган товушни талаффуз қилиб туриши керак, шундан сўнг бемор бошини олдинга эн — гаштирилади. Буруннинг иккинчи ярмини ҳам шу йўсида ванна қилинади. Агар буруннинг ярим палласи торайган бўлса, бурун ваннасини фақат шу томондан қилинади. Ваннадан сўнг бирданига бурунни қоқиш ва салқин қилиш мумкин эмас. Бурунга томчилар томи — зишдан олдин уларни пича илитиш (сув ҳаммомида ёки илиқ сувда) ва бурун бўшлигини қоқиш ёки баллон билан сўрдириб тозалаш керак. Буруннинг иккала ярмини рўмолчага қоқиш ва чуқур нафас олгандан сўнг бир — данига нафас чиқариш хавфли, чунки инфекцияланган ажралма одатда эшитув найига тушади. Буруннинг яр — мини қисиб турган ҳолда бошқа ярми орқали пуфлашда ҳам шундай бўлади. Буни оғизни ярим очган ҳолда қилган яхши. Агар суюқликни қошиқча билан эмас, пипеткада томизиладиган бўлса, унинг учи синиб қолмаслигига аҳамият бериш керак. Томчиларни буруннинг иккала ярмига галма — гал, бошни орқага (ва елкага) энгашти — риб томизиш мумкин. Томчи томизилгандан кейин бемор бошини бирданига пастга энгаштириш ва уларнинг бу — рундан оқиб тушишига йўл қўймаслик учун бурун

қанотларини бурун тўсигига 10—15 минутга қисиб туриш лозим. Бу чора кўпинча бўлганидек томчиларнинг ютиб юборилмаслигига ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардасига бевосита таъсир кўрсатишига имкон беради.

Дори томизилгандан сўнг бемор ўринда ётиши ва бурунини қоқмаслиги керак. Бурун бўшлиғига юборилган томчилар қонга тез сўрилади ва, маҳаллий таъсирдан таъшиқари, умумий таъсир ҳам кўрсатади. Шунинг учун бурунга томчилар юборилганда (адреналин, эфедрин ва б.) қатор ҳолларда умумий реакциялар кузатилиши мумкин. Порошок (кукун дори)ни бурунга инсуффляция қилишдан олдин бурун бўшлиғи ичини тозалаш ва қуруқ кукунни қунт билан майдалаш лозим. Инсуффляторларнинг учлигини 70% этил спирти билан артиш керак.

Баъзан бемор бурнига кукунни ўзи тортиши ҳам (қаттиқ куч ишлатмай) мумкин. Тортиш яхши чиқиши учун кукун массасини тўғри юбориш керак. Чунончи, масалан, ринит ва синуситда кукунни бурун бўшлиғининг туби бўйича эмас, балки юқорига — бурун ёндош бўшлиқларининг табиий тешиклари ва ҳидлов соҳасига пуркалади. Бу ҳид билишнинг бузилишларида қўл келади. Агар тумовда қулоқ томонидан асоратлар бўлса, кукун оқимини эшитув найи соҳасига йўналтириш жуда муҳимдир. Кўпинча бутун бурун бўшлиғини баътамом пуркашга қилишга зарурат бўлади.

Бурун шиллиқ пардасига дори суртиш ва массаж қилиш учун кертмаклари бўлган бурун зонди учига зич қилиб пахта ўралади, унга суртма мой шимдирилади ва пастки ҳамда ўрта бурун чиганоқлари соҳасида ва бурун бўшлиғининг бошқа қисмларида силайдиган ва уқалайдиган ҳаракатлар қилинади. қатор ҳолларда олдиндан маҳаллий анестезия қилинади. Агар бурунга суртма дорини узун тампонда киритиладиган бўлса, унинг учи бурундан чиқиб туриши керак.

Тўқимани куйдириш учун кумуш нитрат эритмаси (30—50%) ёки «марвариддан» фойдаланилади, бу — нинг учун кристаллик кумуш нитрат эритилади ва унга бурун зондини бир неча марта тушириб олинади. Кейинчалик синехиялар пайдо бўлишининг олдини олиш учун муолажани эҳтиётлик билан, бурун тўси — гига теккизмай бажарилади. Агар даволашдан сўнг бемор бурун орқали эмас, балки одат бўлиб қолган оғиз орқали нафас олса, унга нафас машқлари тав — сия этилади.

1. Бурун орқали узайтирилган ҳолда нафас олиб ва чиқариб юриш. Тўлиқ нафас чиқарилиши устидан кузатиб бориш керак.

2. Бурун орқали нафас олиб юриш: аввалига бир қадам ташлаб — нафас олиш, икки қадамда — нафас чиқариш, сўнгра икки қадамда — нафас олиш, уч — тўрт қадамда — нафас чиқариш.

3. Бир жойда туриб югуриш ва бурун орқали чуқур нафас олиб ўтириш.

4. Майда қадамлаб югуриш: икки — уч қадамда — нафас олиш, тўрт қадамда — нафас чиқариш.

5. Буруннинг ўнг ва чап ярми орқали галма — гал нафас олиш.

6. Гавдани иккала томонга буриб қўлларни сил — китиб, бурун орқали оҳиста нафас олиб, нафасни кескин чиқариш.

7. Қўлларни тананинг ён юзалари бўйлаб ҳара — катлантирган ҳолда бурун орқали чуқур нафас олиб, нафасни оғиз орқали чиқариш.

8. Танани ҳар иккала томонга энгаштириб нафас чиқаришда “м” ва “н” товушини талаффуз қилиш.

9. Нафас олиш ва бурун орқали турткисимон на — фас чиқариш.



## *Ҳалқум ва ҳиқилдоқ касалликлари*

Агар аҳоли яшайдиган мавзеда тез ва ошиғич тиббий ёрдам кўрсатиш хизмати бўлса, бу ҳолда аденотомия — дан 2—3 соат ўтгач қон оқиши ёки бошқа асоратлар бўлмаса, болани ота — онасига топшириш мумкин. Қон оқиши ва бошқа асоратларнинг олдини олиш учун бир кеча — кундуз ўринда ётиш, кейинги 2—3 кунларда жисмоний ҳаракатларни (серҳаракат ўйинлар, жисмоний тарбия машғулоти) чегаралаш, бола организмни қизиқ кетишдан ҳоли қилиш (умумий ванна, ҳаммом). 3—5 кун мобайнида томирларни торайтирувчи томчилар (0,05% нафтизин эритмаси ва б.), шунингдек бурунга кунига 2—3 марта 2% протаргол эритмаси тайинланади. Дастлабки 2—3 кун овқат иссиқ бўлмаслиги, суюқ овқатлар ичиш, шўр, аччиқ ва кучли таомлар таъновул қилмаслик керак. Боланинг яқинлари сўлагининг рангига аҳамият бериб туришлари керак. Унда қон иплари ёки ивиндилари пайдо бўлиши қон оқаётганидан далолат беради. қон оқиши бошланиши билан болани зудлик билан шифохонага ётқизиш лозим. ҳарорат кўта — рилиши, бурундан шилимшиқ — йирингли ажралмалар чиқиши, ҳалқумдаги оғриқ жароҳат инфекциясининг белгиси бўлиши эҳтимол ва бу антибиотиклар тайинлашга кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Ҳалқум орқа деворининг шикастида операциядан кейин дастлабки кунларда бўйиннинг қийшайиб қолиши кузатилиб, бу бўйин мушаклари соҳасидаги шишнинг яллиғланишидан келиб чиқади. Мушак орасига ёки вена ичига қисқа курс (2—3 кун) билан антибиотиклар, кортикостероидлар юборилади, бўйинга иситувчи компресс қилинади. қатор ҳолларда операциядан кейин 2—3 куни ҳалқумнинг орқа деворида ҳалқум шиллиқ пардасининг қўчишига боғлиқ бўлган болишчасимон бўртма пайдо

бўлади. Бунда ҳеч қандай аралашув талаб қилинмайди, чунки бу ҳодисалар вақти келиб ўз — ўзидан йўқолиб кетади. Юмшоқ танглайнинг бурун — ҳалқумнинг катта қавагига етарли даражада мосланмай қолганлиги на — тижасида пайдо бўлган очиқ манқаликни логопед бартараф қилади. Операциядан кейин кўпгина болалар бурундан нормал нафас олишга тўсиқ бартараф қилин — ганига қарамай, оғиз орқали нафас олишни давом эттирадilar. Бундай болаларга нафас мушакларини му — стаҳкамлашга, ташқи нафаснинг тўғри механизмини тиклашга ва оғиздан нафас олиш одатини бартараф қилишга имкон берадиган махсус нафас машқларини тайинлаш лозим.

### *Тахминий машқлар комплекси*

Кўкрак, бўйин ва бош битта тўғри чизиқни ҳосил қилган (қорин ва кўкрак туртиб чиққан) дастлабки ҳолат эгаллансин. ўнг қўл билан чап қўлдаги пульс топилсин ва пульс уришларини санаб машқлар бажарилсин.

1. Томир 5—9 марта урганда бурун орқали нафас олиш (аста — секин 12 мартагача етказиш). ўпкада ҳавони томир неча марта урган бўлса, шунча тутиб туриш ва нафас қанча тутиб турилган бўлса, томир уришини шунча санаб бурун орқали аста — секин на — фас чиқариш. Нафас қанча тутиб турилган бўлса, шунча томир уришини ўтказиб юбориш ва кейинги нафас олишни бошлаш. Машқни 4—5 марта такрор — лаш ва кунига 4 марта бажариш, бунда ҳар гал ўпкани тозаловчи, вентиляция қилувчи ва покловчи деб ном олган нафас билан туталаш.

2. Оғизни тўлдириб ҳаво тўплаш, лабларни гўё ҳуштак чалмоқчи бўлгандай буклаш (лунжларни шиширмай) куч билан пича ҳаво чиқариш, тўхташ ва нафас олишни тутиб туриш. Сўнгра ўпкадаги ҳаво чиқиб кетмагунча

нафасни оз — оздан чиқариш. Нафас гимнастикасини ухлашдан олдин қилиш тавсия этилмайди.

Аденотомиядан кейин бурун орқали нафас олишни тиклаш аденоид вегетациялари бўлган 75—80% бо — лаларда кузатиладиган тиш — жағ нуқсонларини тўғрилаш учун ҳам зарурдир. Мутахассис — ортодонтда даволаниш 2—3 ойга чўзилади ва аденотомиядан кейин 7—10 кун ўтгач бошланиши мумкин. Натижаси унинг нечоғлик ўз вақтида бошланганига боғлиқ. Бола аде — нотомиядан кейин 3—5—куни болалар боқчаси ёки мактабга қатнаши мумкин.

Агар бола стационар жойлашган аҳоли мавзесида яшайдиган бўлса, одатда болани тонзиллэктомиядан сўнг 5—6—куни чиқарилади. Бола мактабга 7—10—кундан бориши мумкин, уни жисмоний тарбия машгулотла — ридан 3—4 ҳафтага озод қилинади. ҳар гал овқатдан кейин оғизни илиқ сув билан чайиш керак. Яқин 10—12 кунда иссиқлаб кетиш, иссиқ, дағал ва ўткир таомлар тановул қилмаслик, шунингдек артериал босимни оши — радиган ичимликларни (кофе, аччиқ чой) ичмаслик керак. Операциядан кейин 10—кундан бошлаб умумий дастурхондан овқатланишга рухсат этилади. Баъзан операциядан сўнг 10—15—куни қон оқиши пайдо бўла — ди. Бу ҳолда болани шошилишч госпитализация қилинади. Операциядан кейинги даврда болада мавжуд бўлган ҳар қандай касаллик қўзиши мумкин, шунинг учун у 6 ой мобайнида диспансер кузатувида қолиши керак. Ин — галяция физиотерапевтик хонада ўтказилади. Йилнинг совуқ фаслида муолажадан сўнг бирданига кўчага чи — қиш, совуқ нарса ейиш ёки ичиш мумкин эмас.

Дори суртиш ва массаж жуда кучли таъсирот экан — лигини унутмаслик лозим. Бу муолажаларни ўткир яллиғланишда ўтказишга рухсат этилмайди, чунки ял — лиғланиш ҳодисалари кучайиб кетиши, майда яра — чақалар пайдо бўлиши мумкин, касаллик жа —

раён белгилари бартараф бўлиши чўзилиб кетади. Тинч ва осойишта шароит ва бирор бир салбий таъсирот — нинг йўқлиги шифобахш таъсир қилади. Шу жиҳатдан яллиғланишда дори моддаларни пуркаш энг мақсадга мувофиқ ҳисобланади, шиллиқ парда атрофиясида, озенада эса — бурун — ҳалқумни ё олдиндан бурун то — монидан учига дори шимдирилган пахта ўралган зонд билан турткисимон ҳарактлар кўринишида дори сур — тиш ва массаж қилиш ёки оғиз бўшлиғи томонидан бурун — ҳалқумда уқалайдиган, имкон борича тез ҳара — катлар бажарилади. Бу ҳаракатлар айланма характерда, ўнга ва чапга, орқага ва олдинга бўлиши мумкин.

Операциядан кейинги даврнинг асоратланиб ке — чишида қатор ҳолларда иситувчи, яхшиси ярми спиртли компресс қилинади, бу яллиғланиш жараёнини тез тўхтатиш ва оғриқни камайтиришга ёрдам беради.

Мумланган қоғоз 40% спиртта ботирилган дока ичига 1 см га киритилиши керак. Сўнгли вақтларда компресс бўйинга тўрсимон — найга ўхшаш эластик бинг ёрдамида маҳкамланади. Компресс 2—3 соатта қўйилади, шундан сўнг 2—3 соатта танаффус қилинади ва туни бўйи қол — дирилмайди. Компресс унчалик катта бўлмаслиги керак.

ҳалқум шиллиқ пардасини намлаш ва тозалаш учун оғиз бўшлиғи ва ҳалқумни чайиш тайинланади. Оғизга озгина сув олинади, бошни пича орқага ташланади, тилни эса суюқлик ҳалқумнинг орқа деворига оқиб тушиши учун имкон борича олдинга чиқарилади. Чай — ишда эритманинг ҳалқумдан қулоқларга оқиб тушишига йўл қўймаслик, бунинг учун ютиш ҳара — катларини қилмаслик лозим. ҳатто катта ёшдаги болалар ҳам томоқни тўғри чайишни яхши билмай — дилар, бунда суюқликнинг ҳалқумнинг орқа деворига тегишига эришиш муҳим. Бу муолажа аксарият мақсадга мувофиқ бўлади. Бундан ташқари, чайиш

огиз бўшлиги ва ҳалқумнинг мушак қатламига виб — рацион массаж билан таъсир қилиб, шилимшиқ ажралишини кучайтиради. Агар тилни огиз бўшлиги тубига босиб, бошни бир оз орқага энгаштирилса ва узи — узи гаргара қилинса, бу ҳолда эритма ҳалқумни ва қатор ҳолларда ҳато бурунга ҳалқумнинг пастки бўлимларини ҳам яхши ювади. Агар бошни орқага кўпроқ энгаштирилса, эритма ҳиқилдоқ усти қопқоғи олдинги — юқори юзасига ва четгача етиб боради, баъ — зан оз миқдорда ҳиқилдоққа тушади. Демак, ҳиқилдоқнинг шикастланиш табиатига боғлиқ ҳолда чайиш услуби ҳам ўзгартирилиши мумкин.

Ҳалқум пуркагич ёрдамида пуркатиш учун дори эрит — масини ёки уй ҳароратига дамламани кунига бир неча марта пуркатилади. Бемор огзини кагта очиши, тилини чиқариши ва уни ясси қилиб (чўччайтирмай) тутиб ту — риши, аста нафас олиши керак. Пуркагич найчасининг учини пуркатиладиган майда томчилар тилда ёки лаб — ларда йигилиб қолмай, балки ҳалқумнинг орқа деворига тушиши учун, огиз бўшлиги яқинига ўрнатилади.

Куйдириш учун зондга зич қилиб ўралган пахтани 5 % кумуш нитрат эритмасига ҳўланади ва эҳтиётлик билан гипертрофия участкаларини (масалан, суран — кали гипертрофик фарингитда) куйдирилади. Муолажадан сўнг беморга лоақал 30 минутгача овқат ейиш ва суюқлик ичиш мумкин эмас. Ҳалқумда “мар — варид” билан куйдириш хавфли, чунки куйдирувчи модданинг аспирацияси (ютилиши) юз бериш мумкин.

Танглай муртаклари лакуналаридаги ажралмани ре — зина баллонча ёрдамида тортиб олинади. Уни флорасини аниқлаб, антибиотикларга сезувчанлиги бактериологик текшириш мумкин. Сўриб олишни лакуналарни, танг — лай муртакларидаги моддани ювиш билан бирга қўшиб олиб борган маъқул, уни ҳиқилдоқ шприци ёрдамида

минерал, ишқорли сув, йод хлорид эритмалари (0,1%), пелоидин, интерферон, фурацилиндан (1:5000) фойда — ланиб ўтказилади, сўнгра муртақларининг лакуналарига прополисининг 3% спиртдаги эритмаси суртилади. Шприц канюласини кўз назорати остида кўриниб турган ҳамма лакуналарга галма — гал киритилади ва уларга озгина босим остида дори эритмаси юборилади. Ювиш ҳар куни ёки кунора, бир курсда 8—10 муолажа ўткази — либ, йилига 2—3 марта такрорланади.

Сўриб олиш ва ювишнинг ўзига яраша камчилик — лари борлигини қайд қилиб ўтиш керак. Уларни ошган ҳалқум рефлекси юқори бўлган беморларда, суст ри — вожланган лакуналарда қўлланиб бўлмайди ва, бундан ташқари, лакуналар флорасига қисқа вақт таъсир қилади. Бироқ лакуналарни механик тозалаш гоаят на — тижали, ва такрорий курсларда фақат маҳаллий эмас, балки умумий эффект ҳам беради.

Дори моддаларини ҳиқилдоққа қуйиш учун металл канюлали алмаштириладиган ҳиқилдоқ шприцидан фойдаланилади. Ошган ҳалқум рефлексда муолажа қилишдан олдин ҳалқум шиллиқ пардаси кокаин эритмаси билан сезучанглик пасайтирилади.

### *Қулоқ касалликлари*

Ўрта қулоқдаги операциядан сўнг қулоқни намлик — дан, сув, чанг тушишидан эҳтиёт қилиш керак. Ҳар гал бош ювишдан кейин ташқи эшитув йўлини қуришти тавсия қилинади. Операциядан кейинги бўшлиқни 2 ой мобайнида ҳафтасига 1 марта қуруқ стерил пахта ту — рундалар билан тозалаш, сўнгра кукун дориларни (йодоформ, фурацилин, преднизолон, левомецетин ва б.) киритиш мақсадга мувофиқ. Агар нотўлиқ эпидерма — ланишда ва грануляциялар ўсганда операцион бўшлиқдан

ажралмалар чиқса, грануляцияларни 5% кокаин эрит — маси билан маҳаллий анестезия қилингандан сўнг ўткир қошиқ билан олиб ташлаш, қолдиқларига эса 15—20% кумуш нитрат эритмасини суртиш керак. Баъзан так — роран олиб ташлаш талаб этилади.

Агар қулоқдаги операциядан кейин қулоқ ортидаги чандиқ инфилтратланса, қалин тортса, бу ҳолда сўриб оладиган даволаш, маҳаллий иссиқ муолажалар, УВЧ — терапия, лидаза инъекцияси ва бошқалар тайинланади. Операциядан кейин қулоқ бўшлигида йигилган сера (кир) ва эпидермал массаларни йилига кам деганда 1—2 марта тозалаб туриш лозим. қулоқдаги операциядан сўнг бе — морда бош айланиши, кўнгил беҳузур бўлиши, қушиш, юз асимметрияси пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолда калла суяги ичи асоратлари, юз нерви парезини истисно қилиш зарур. Диспансер кузатучи камида 2 йил давом этиши, бунда албатта аудиометрия ўтказилиши, кўрсат — малар бўйича эшитув найларига ҳаво юборилиши лозим. ҳавони учида шиша бошлиги (олива) бўлган, резина най — чага уланган резина баллон билан юборилади. Бошликни бурун катакларидан бирига киритилади, герматикликни чап қўл бармоқлари билан буруннинг иккала қанотини қисиб турган ҳолда таъминланади. Бемор “пароход”, “ку — ку” ёки “бир — икки” сўзларини талаффуз қилади. Бунда бурун — ҳалқумнинг огиз — ҳалқумдан ажралиб қолиши содир бўлади, ўнг қўл билан ҳаво киритадиган баллон қисилади. Агар муолажа тўғри бажарилган бўлса, бемор қулоқларида пуфловчи шовқинни сезади. Сўнгра, бал — лонни бўшатмаган ҳолда (унга бурун ажралмасини тортмаслик учун) бошликни бурундан чиқарилади. Агар қулоқларга ҳаво юборишда суюқлик қўлланилса, ҳиқил — доқ юқорига кўтарилаётган онда ўз — ўзига ҳаво пуфлаш лозим. ўз — ўзига ҳаво пуфлашни уй шароитида бажа — риш мумкин: бемор бурун даҳлизини қисади ва ҳаво пуфлайди. Тумов, синусит, грипп, ЎРВИ да, шунингдек

бурундан ажралмалар чиққанда инфекция тарқалишига йўл қўймаслик учун ўз — ўзига пуфлаш тавсия қилин — майди. қулоқни кўчаётган эпителий, сера, йирингли ажралмалардан тозалаш учун қуруқ ва нам усуллар қўлланилади. Янги тугилган чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда қулоқни тозалаш фақат техник му — раккабликлар билан эмас, балки бошқа қийинчиликлар билан ҳам боғлиқ. Пахтани кертмаги бўлган зонага зич ўраллади, пахта бўлакчаси унчалик катта бўлмай эшитув йўлига осон кирадиган ва манипуляция вақтида сирпа — ниб тушиб кетмайдиган бўлиши керак. Зонд учидан шикаст етмаслиги учун у пахта бўлакчасидан ташқарига чиқиб турмаслиги лозим. Агар пахта бўлакчаси горелка аланчаси устидан ўтказилиб ва ҳавода кескин силкити — либ ўчирилса, у стерил ҳолга келади. Эшитув йўлини тўғрилаш учун қулоқ супрасини орқага ва юқорига чўзи — лади. Керакли ўлчамдаги қулоқ воронкасини эшитув йўлига нозик айланма ҳаракатлар билан унчалик чуқур киритилмайди. Йигилган ажралмани тез зарар етадиган ўзгарган эпидермисни шикастламаслик учун эҳтиётлик билан чиқарилади. Йиринг зонднинг енгил айланма ҳаракатлари билан чиқарилади, бунда пахта ажрамани ўзига яхшироқ шимдириб оладиган бўлади. Йиринг шимиб олган пахтани тозаси билан олиштирилади. Йиринг ҳидини текширилади (кариес). Эшитув йўлидан йирингни но — гора бўшлиғига қадар чиқарилади. қулоқ тоза ҳолга келтирилгандан сўнг эшитув йўли терисини профилак — тика мақсадида дезинфекция қиладиган эритма билан артиш лозим.

Йирингли ажралма мўл бўлганда қулоқни қулоқ шприци ёрдамида дезинфекция қиладиган эритма би — лан ювилади. Бемор қулоғи остида буйраксимон тоғорача ушлаб турилади, лекин уни қулоқ супрасига жуда зич босилмайди, акс ҳолда эшитув йўли босилиб ундан суюқлик ўтмай қолади. Муолажа тутагандан сўнг



эшитув йўли қулоқ зондига ўралган пахта бўлакчаси билан қуритилади (айниқса олдиндан ва пастда), сўнгра юмалоқланган дока пилик унчалик тақамасдан қури — тилади, пилик йирингни шимиб олгандан кейин уни алиштирилади. Холестеатомани ҳам шприцда ҳаво йўқлигини текширган ҳолда худди шундай ювиб то — заланади. Ювинди суюқликни тўкиб ташлашдан олдин унда холестеатома тангачалари, йиринг ивиндиси, қон аралашмаси, тоғорача тагида майда суяк парчалари бор йўқлигини синчиклаб кўздан кечирилади.

Одатда «ярми спиртли» иситувчи компресс кўпинча тунга қўйилади. «Иштончалар» кўринишида қирқил — ган уч — олти қаватли докани сув билан, сўнгра этил спирти билан ҳўланади ва қулоқ супрасига «кийги — зилади». Доканинг иккинчи, учинчи ва кейинги қаватлари биринчи қаватидан каттароқ бўлиши керак. Устидан мумланган қоғоз, сўнгра пахта қатлами қўйилади ва ниҳоят, бола бошини гир айлантириб бинт боғланади. қулоқ супраси очиқ қолади, янги туғилган чақалоқлар, айнақса чала туғилган гўдаклар ва илк гўдак ёшидаги болаларнинг териси иситувчи компрессдан тез орада қизаради ва шилинади, шунинг учун уларга «ярим спиртли» компресс эмас, балки камфора мойи билан компресс қилиб қисқа вақт ушлаб турилади. Бир неча соат ўтгач компресс совиб қолгач, уни янгидан қилинади. Компрессдан сўнг одам енгил тор — тади, у инфилтратнинг сўрилишига имкон беради.

Қулоққа томчилар томизиш. Агар ташқи эшитув йўлида йиринг бўлса, уни йўқотилади, тана ҳарора — тигача илитилган 5—8 томчи дорини эшитув йўлига пипетка ёрдамида беморнинг бошини касал қулоғининг қарама — қарши томонига энгаштириб, ва қулоқ супрасини чўзиб киритилади. Янги туғилган чақалоқларда, кўкрак ёшидаги ва чала туғилган болаларда эшитув йўлини йирингли ажралмадан винтсимон учига

пахта ўралган зонднинг оҳиста теккизилган ҳаракат — лари билан тозаланади ёки баллонча билан жуда эҳтиётлик билан сўриб олинади. Қулоқни кўп мар — талаб ва кучли ҳаракатлар билан тозалаш мумкин эмас. Инфекциядан мажоли кетган кўкрак ёшидаги болаларда ташқи эшитув йўларининг териси нозик ва таъсирларга чидамсиз бўлади, шунинг оқибатида ташқи отит ривожланиши эҳтимол. қулоқ тозалан — гандан сўнг унга 5—6 томчи дори моддаси қўйилади. 40<sup>0</sup> этил спиртини олдин флаконни иситилган сувга солиб бир оз илитилади. Унинг ҳароратини кафтнинг орқа сатҳига томизиб текшириб кўрилади, бунда совуқ ёки иссиқ сезгиси бўлмаслиги керак. Томизиладиган томчилар уй ҳароратида бўлиши керак. Болани соғлом қулоғи томонга ётқизилади, дори моддасини ноғора пардасига тушадиган қилиб эшитув йўлига қўйилади, супчасини енгил босилади ёки қулоқ супраси юм — шоғидан тортилади. Бола 5—10 минут шу вазиятда ётиши керак. ўрта отитнинг ҳар қандай турида кучли оғриқларда қулоққа кўпинча фойдаланиладиган кам — фора мойини томизиш тавсия этилмайди. У кўпинча гиперемия, ноғора бўшлиғи ва ташқи эшитув йўли ши — шига олиб келиб, ташқи отит қўшилиши ва ташхис қўйишнинг қийинлашишига сабаб бўлади. Бундай манзара аксарият қулоғига карбол глицерин томчи — лари қўйилган беморларда кузатилади.

Эшитув йўлига турундани аввалига 0,5 см га киритган маъқул, пинцет ёрдамида турундани учидан 1,5 см га уш — лаб ноғора бўшлиғигача ичкарасига суриш лозим. Бу ҳолда эшитув йўли турунда билан говак бўлиб тўлади, бунда йи — ринг унинг чуқур бўлимларда тутилиб қолмайди.

Ташқи эшитув йўли ва қулоқ пардасига суртма дори суртиш учун учига пахта ўралган қулоқ зондидан фойдаланилади. Суртмани эшитув йўлини беркитиб қўймасдан юпқа қилиб суртилади.

### *Вазиятли масалалар.*

1 – мавзу: Бўғилиш.

Жавобларнинг вариантлари:

1. флегмоноз ларингит,
2. ҳиқилдоқ хондроперихондрити,
3. людвиг ангинаси,
4. ҳиқилдоқнинг хавфди ўсмаси,
5. ўткир бурмаости ларингити,
6. трахеядаги ёт жисм,
7. пастки трахеотомия,
8. юқори трахеотомия,
9. ўткир торайтирувчи ларинготрахеит,
10. ўткир фиброз – пардали ларинготрахео – бронхит,
11. ҳиқилдоқнинг сарамасдан яллиғланиши,
12. эпиглоттит.

Қўшимча савол: Бўғилишга сабаб бўлган ҳар бир бемор учун энг эҳтимол тутилган ташхисни танланг.

1 – масала. Врач 3 яшар касал болани кўришга чақирилган. Ота – онасининг гапига қараганда бола тўсатдан касалланган, тумов пайдо бўлган, ҳарорат 38° С гача кўтарилган, хархаша қилади, йиғлаётганда шовқинли нафас олади, бўғилиш (асфиксия) аломат – лари пайдо бўлмоқда, товушни ўзгармаган. Анамнезидан маълумки, болада респиратор аллергоз бор, кўп марта шамоллаш касалликларига учраган, яслига боради, сўнгги 2 кун ичида кўп болалар ўРВИ билан касалланган. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 5.

2 – масала. Болалар бўлимида тиббиёт ҳамшираси болага 0,5 г кальций глюконат таблеткасини берган, бола тажанглик қилган ва таблетка ҳаво йўлига кет –

ган, натижада аспирация рўй берган. ЛОР—булимда навбатчи врач зудлик билан трахеотомия қилган. Трахеотомиянинг қандай тури ўтказилган эди?

Жавоб:7.

3—масала. Жарроҳлик бўлимида овқат тарқатиш пайтида олма тановул қилаётганида беморда йўтал хуружи бошланди, нафас тўхтаб қолди, асфиксия юз берди — лаблари кўкариб кетди, бемор ҳушини йўқотди ва полга йиқилди. Беморга нима бўлдикин?

Жавоб:6.

4—масала. Қабулхона бўлимига ошигич ёрдам тартибидега К. деган бемор келтирилди, 2,5 ёшда. Аҳволи оғир, тери қопламлари оқарган, инспиратор ҳансираш, шовқинли нафас олади. Анамнездан маълум бўлишича, сўнгги 6 кун давомида респиратор инфекция билан оғрийди, кечадан бошлаб хуружсимон “шовқинли” йўтал пайдо бўлган, тунда нафас олиш қийинлашгани қайд этилган. Кўздан кечиришда тери қопламлари оқарган, юзини тер қоплаган, тана ҳарорати 37,3°C. Нафас олганда қовурғараро бушлиқлар, бўйинтуруқ чуқурчаси ва эпигастрал соҳа ичига тортилади, нафас тезлиги минутига 60 гача.

Ташхис қўйинг.

Жавоб:9.

5—масала. П. деган бемор, 53 ёшда, товуш бўғилилиши, нафас олиш қийинлаши шикоятлари билан мурожаат қилган. Анамнездан: товуш бўғилиши 1 йилдан буён безовта қилади, нафас олиш қийинлашганига тахминан бир ой бўлади, аҳволи тобора ёмонлашиб бормоқда. Беморнинг умумий ҳолати ўртача оғирликда, тери қопламлари оқимтир тусга кирган. Ларингоскопия: товуш ёриги тораёган, ўнг товуш бурмасининг олдинги 2/3 қисмида кенг асосли бўлган тузилма бор, оқиш—пушти ранг, ташқи кўринишидан гулкарамга ўхшайди.

Ташхис қўйинг.

Жавоб: 4.

6 – масала. Б.деган бемор, 43 ёшда, врач оторино – ларингологга ютишда ва бўйнини бурганида тил илдизи олдида кескин оғриқ сезишини, нафас олиши қий – инлашганини, тана ҳарорати 38<sup>0</sup>С гача кўтарилганини айтади. Касалликнинг 4 – куни. Умумий аҳволи ўртача оғирликда. Бўйинни пайпаслашда тилости суяги ва қалқонсимон тоғайнинг юқори чети проекциясида оғриқ сезади. Билвосита ларингоскопия ўтказилганда ҳиқилдоқ усти тоғайининг қизаргани, инфильтраци – яси ва шиши қайд этилади, ҳиқилдоқ усти тоғайининг кескин қалин тортган эркин четида йиринглаган фол – ликулар кўриниб туради. Товуш бурмалари ва ёриги кўринмайди, нафас кескин қийинлашган. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 12.

7 – масала. Х.деган бемор, 29 ёшда, ЛОР – врачга ошигич ёрдам тартибида ютишда кескин оғриқ, на – фас олиш қийинлашгани, тана ҳароратининг 39<sup>0</sup>С гача кўтарилганидан шикоятлар билан мурожаат қилди. Умумий аҳволи оғир, бўйни пайпаслашда ҳиқилдоқ проекциясида оғрийди, регионар лимфатик тугунла – ри катталашган, оғриқли. Билвосита ларингоскопия ўтказилганда ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг хира – қизил рангдаги диффуз шиши аниқланади, товуш ёрлиги кескин торайган, товуш бурмалари шишган ва гиперемияга учраган, шиллиқ пардаси йирингли эк – ссудат билан қопланган. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 1.

2 – мавзу: ТОМОҚДА ОҒРИҚ

Жавобларнинг вариантлари:

10) ҳалқум кандидози,

- 11) ўткир фарингит,
- 12) ҳалқуморти абсцесси,
- 13) Симановский – Венсал ангиnasi,
- 14) танглай муртаги сили,
- 15) сурункали тонзиллит,
- 16) агранулоцитоздаги ангина,
- 17) ҳалқум захми,
- 18) паратонзилляр абсцесс,
- 19) танглай муртаги раки.

Қўшимча савол: Томоғида огриғи бўлган ҳар бир бемор учун энг эҳтимол тутилган ташхисни танланг.

1 – масала. 26 ёшдаги бемор умумий амалиёт врачига ҳолсизлик, тез чарчаш, иш қобилиятининг пасайгани, юрак соҳасида вақти – вақтида огриқ, тана ҳароратининг ҳеч қандай сабабсиз  $37,1 - 37,3^{\circ}\text{C}$  га кўтарилишидан шикоятлар қилиб мурожаат этган. Доимо томоғи огрийди, ачишади, огзидан ёқимсиз ҳид келади, “йирингли пробкалар” туфлайди. Жағости соҳаси иккала томондан пайпаслаб кўрилганда диаметри 8 см гача бўлган огриқсиз эластик лимфатик тугунлар қўлга унади, фарингоскопияда танглай муртаклари атрофияга учраган, ёйлар билан ёпишган, лакуналар энлик, йирингли пробкалар сақлаёди, олдинги танглай ёйчаларининг димланиш гиперемияси бўлади. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 6.

2 – масала. Умумий амалиёт врачини 42 ёшдаги беморни кўришга чақиринди. ҳолсизлик, томоқда огриқ ва томоқда, айниқса ютишда ачишишдан нолийди. 2 кундан буён бетоб, касаллигини шамоллаш билан боғлайди. Тана ҳарорати  $37,8^{\circ}\text{C}$ . Фарингоскопияда ҳиқилдоқнинг асосан орқа девори шиллиқ пардасида гиперемия қайд этилади, унда 2 та йи –

ринглаган фолликул, шилимшиқ йирингли парда қайд этилади, регионар лимфатик тугунлар пайпасланмайди. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 2.

3— масала. 30 ёшдаги бемор ЛОР— мутахассисга томогининг ўнг томони фақат ютишда эмас, балки тинч турганида ҳам қаттиқ оғриётганидан шикоят қилиб келди, ўнг жағости соҳаси ҳам оғриydi, умумий дар— монсизлик, беҳоллик бор, суyoқ овқат ютишда бурунга тушади, оғзи катта очилмайди, ҳарорати 38,6°C. 6 кун — дан буён касал, илгари умумий амалиёт врачида ўткир ангина сабабли даволанган, аҳволи кечадан бошлаб яхши. Фарингоскопияда: тризм, танглай ўнг ярмида гиперемия ва инфильтрация, ўнг танглай муртаги гиперемиаланган, инфильтрланган ва ҳалқумнинг ўрта чизигига силжиган. Регионар лимфа тугунлари кат— талашган, оғриқли. Сизнинг ташхисингиз.

Жавоб: 9.

4— масала. Н.даги бемор, 21 ёшда, баданига тош— малар тошгани, беҳоллик, томоқ оғригидан нолийди. Бир неча кундан буён бетоб, касалликни шамоллаш билан боғлайди. Тана ҳарорати 37°C. Кўздан кечи— ришда тана ва оёқ— қўллар терисида догсимон—розеолали тошма қайд этилади, диаметри 3— 10 мм ли, бўйин, энса, қўлтиқ лимфатик тугунлари ўртача оғриқли пайпасланади. Фарингоскопияда тан— глай муртаклари, юмшоқ ва қаттиқ танглай шиллиқ пардасининг очиқ— қизил гиперемияси ва инфилт— рацияси кузатилади. Танглай ёйчалари ва юмшоқ танглай соҳасидаги гиперемияга учраган шиллиқ парда фониде атрофи қизил ҳошия билан ўралган юмалоқ шаклдаги кулранг— оқ тошмалар аниқланади. Сиз— нинг ташхисингиз.

Жавоб: 8.

5 – масала. 52 ёшдаги бемор оториноларингологга ҳолсизлик, томоқда ютиш вақтида ғалати сезги, кўп сулак ажралиши, оғиздан ёқимсиз ҳид келишидан шикоят қилди. Тахминан 1 ойдан буён бемор, врачга мурожаат қилмаган. Тез – тез қўзиб турадиган су – рункали бронхит билан оғрийди. Кўздан кечирилганда аҳволи қониқарли, тана ҳарорати нормал, тери қош – ламлари оқарган. Фарингоскопияда чап танглай муртагининг юқори қутбида тўқималарнинг четлари нотекис ярага айлангани аниқланади, тубида кул – ранг – оқ парда бор, уни кўчирганда қонайдиган юза кўринади. Сизнинг ташхисингиз.

Жавоб: 5.

6 – масала. 24 ёшар бемор умумий амалиёт врачига беҳоллик, иштаҳа йўқлиги, бўйиннинг ўнг томони ён юзасида шишинқириш борлиги, томоқда вақти – вақтида ютишда оғриқ сезиши, ҳалқумда ёқимсиз сезгилар борлигидан шикоят қилди, буларни чекиш билан боғлайди, бир ой ичида 5 кг га озган. Обьектив текширишда бўйиннинг ўнг ён юзасида тўш – ўмров – сўргичсимон мушакнинг учдан бир ўрта қисми остида пайпаслаганда қаттиқ, ўртача оғриқли ўзаро ёпишган лимфатик тугунлар тўплами аниқланади. Фарингос – копияда ўнг танглай муртагининг юқори қутби соҳасида гунгурт – кулранг парда билан қопланган кичкина яра аниқланади, муртак шиллиқ пардаси ги – перемияланган, қўлга қаттиқ уннайди. Оғиз бўшлиғида ўнг томонда кариоз тишлар бор. Сизнинг ташхисингиз.

Жавоб: 10.

3 – мавзу: ТОВУШ БЎФИЛИШИ

Жавобларнинг вариантлари:

- 1) бурмачаости ларингити,
- 2) сурункали гиперпластик ларингит,



- 3) ҳиқилдоқ ангинаси,
- 4) ҳиқилдоқ фибромаси,
- 5) ҳиқилдоқ сили,
- 6) ҳиқилдоқ склеромаси,
- 7) қоринча бурмаси кистаси,
- 8) ҳиқилдоқ захми,
- 9) ҳиқилдоқ раки,
- 10) ҳиқилдоқ папилломатози,
- 11) сурункали атрофик ларингит,
- 12) ўткир катарал ларингит.

Қўшимча савол: Товуши бўғилган ҳар бир бемор учун энг эҳтимол тутилган ташхисни танланг.

1 – масала. 37 ёшдаги бемор врачга товуши бўғилгани ва вақти – вақтида унинг ҳатто бутунлай йўқолишидан шикоятлар қилди. Тахминан 6 ойдан буён касал, касалликнинг қандай бошланганини билмайди. Беморнинг аҳволи қониқарли, тана ҳарорати нормода. Ташқи кўздан кечиришда ҳиқилдоқ ўзгармаган, пайпаслашда оғримайди. Билвосита ларингоскопияда ўнг товуш бурмасида унинг учдан бир ўрта қисмида силлиқ текис юзали оёқчада ўлчами 4 – 5 мм ўсмасимон кулранг тузилма аниқланади. ҳиқилдоқнинг қолган элементлари ўзгармаган. Сизнинг ташхисингиз.

Жавоб: 4.

2 – масала. 38 ёшдаги бемор ЛОР – врачга товуши бўғилгани, қуруқлиги, ютишда ёқимсиз сезгилар, нафаснинг бир оз қийинлашгани ҳақидаги шикоятлар билан мурожаат қилди. ўзини 3 йилдан буён касал деб ҳисоблайди. Объектив: билвосита ларингоскопияда бурмаости соҳаси бўшлиғида иккала томонлардан симметрик жойлашган, ҳиқилдоқ бўшлиғини торайтирган оқиш – кулранг дўмбоқсимон

инфильтратлар кўриниб турибди. Гистологик тек — ширилганда фиброз бириктирувчи тўқимада Микуличнинг катта ҳужайралари кўринади, бу ҳужайраларнинг вакуолларида эса аксарият Фриш — Волковичнинг капсулалари бактериялари топилади. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 6.

3 — масала. 48 яшар бемор ЛОР — врачга томоқдаги галати сезги, тахминан 3 ойдан бери товуши бўғил — ганидан шикоятлар қилиб келди. Ларингоскопияда чўмичсимон тоғай соҳасида чўмичсимон — ҳиқилдоқ усти ва ўнгдан қоринча бурмасига ўтадиган инфиль — трат аниқланади. Товуш бурмаси ўнг томондаги шиш туфайли кўринмайди, унинг марказида кратерсимон яра бор. ҳиқилдоқнинг ўнг ярмида ҳаракат чекланган, лимфатик тугунлар пайпасланмайди. Вассерман ре — акцияси + + +. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 8.

4 — масала. 53 ёшдаги бемор ЛОР — врачига товуши бўғилгани, жисмоний ҳаракат ва уйқу вақтида нафас олиши қийинлашганидан шикоятлар билан мурожаат қилди. Анамнездан маълум бўлишича, бемор тажми — нан бир йил муқаддам юқори нафас йўллари катарини бошидан кечирган ва ўша вақтдан бошлаб товуши оз — моз бўғилган, кейин тобора кучайиб борган. Нафас олишининг қийинлашуви тахминан бир ой муқаддам пайдо бўлган ва у ҳам аста — секин кучайиб бормоқ — да. Ларингоскопия: ҳиқилдоқнинг иккала ярми симметрик ҳаракатчан, ўнг товуш бурмасида оқиш — пушти рангли, гулкарамга ўхшаш, кенг оёқчали ўсмасимон тузилма бор, товуш ёриги тинч ҳолатда нафас олиш учун кифоя қилади. Дастлабки ташхисни қўйинг.

Жавоб: 10.

5 – масала. 32 ёшдаги бемор аёл ЛОР – врачга томоги қуриши, ачишиши, ёт нарса бордек ҳис қилиши, товуши бўғилгани, доимо йўталиб туришидан шикоятлар билан мурожаат қилди. 7 йил давомида оғрийди, вақти – вақтида амбулатор даволанади. Сўнгги 10 йилда аккумуляторчи бўлиб ишлайди. Ташқи кўздан кечиришда ҳиқилдоғи ўзгармаган, пайпаслаганда оғримайди, регионар лимфатик тугунлари пайпасланмайди. Билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси тиниқ – пуштиранг, ялтироқ, инъекцияланган томирлар яхши кўринади, товуш ва қоринча бурмалари юпқалашган. Товуш бурмасида ва чўмич – симонаро бўшлиқда ёпишқоқ секрет, қатқалоқлар. Фонацияда товуш бурмалари тўлиқ ёпилмайди. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 11.

6 – масала. 52 ёшдаги бемор ЛОР – врачига товуши бўғилгани, ачишиши, доимо йўталишидан шикоятлар қилиб мурожаат этди, тахминан 5 йилдан буён касал, амбулатор, номунтазам даволанган. Цемент заводида ишлайди. Беморнинг аҳволи қониқарли, тана ҳарорати нормада, ҳиқилдоқ пайпаслаганда оғрийди, регионар лимфа тугунлари катталашмаган. Билвосита ларингоскопияда ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси гиперемиyasi, қоринча ва товуш бурмаларининг инфильтрацияси ва қалинлашгани, товуш бурмалари пушти – ранг, эркин чети нотекис, чўмичсимонаро бўшлиқ шиллиқ ярми симметрик ҳаракатчан, товуш бурмалари тўлиқ ёпилмайди. Ташхис қўйинг.

Жавоб: 2.

7 – масала. 46 ёшдаги бемор умумий амалиёт врачига ҳолсизлик, товуши бўғилгани, томоқ ачишиши ва унда ёқимсиз сезгилар борлиги, қуруқ йўталдан шикоят қилиб мурожаат этди, 3 кундан буён бетоб, буни

шамоллашдан дейди. Кўздан кечиришда беморнинг аҳволи қониқарли, тана ҳарорати 37,6°C, ўпкада ве — зикуляр нафас қаттиқроқ тусда, кураклар орасида қуруқ хириллашлар бор. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ шилиқ пардасининг ўртача гиперемияси аниқлана — ди, товуш бурмалари қалин тортган, симметрик ҳаракатчан. Ташхис қўйинг.

Жавоб:12.

4 — мавзу: ҚУЛОҚДА ОҒРИҚ.

Жавобларнинг вариантлари:

- 1) сурункали ўнг томонлама йирингли эпимезо — тимпанит қўзиши, отоген мияча абсцесси,
- 2) ўнг томонлама сурункали эпитимпанит қўзиши, мия чакка бўлагининг абсцесси,
- 3) ўткир диффуз ташқи отит,
- 4) ўнг томонлама сурункали йирингли ўрта отит қўзиши, отоген менингит,
- 5) уч шохли нерв невралгияси,
- 6) ўткир йирингли ўрта отит, мастоидит,
- 7) ташқи эшитув йўлининг ўнг томонлама чиққони,
- 8) ўнг томонлама сурункали эпитимпанит қўзиши, лабиринтит,
- 9) ўткир йирингли ўрта отит,
- 10) ўткир ўрта отит (эпитимпанит),
- 11) ўткир катарал ўрта отит,
- 12) ўткир ўрта отит I босқичи.

Қўшимча савол: қулоғи оғриётган ҳар бир бемор учун энг эҳтимол тутилган ташхисни танланг.

1 — масала. 54 ёшдаги бемор аёл ЛОР — врачга қулоқнинг чап томонида оғриқ борлиги, қулоқ суп — расининг шишинқирагани ва чап қулоқдан йирингли ажралма чиқишидан шикоятлар билан мурожаат қилди. 3 кундан буён бетоб, буни совуқда шамол —

лашдан деб ҳисоблайди. Беморнинг аҳволи қониқарли, тана ҳарорати  $37,3^{\circ}\text{C}$ . қулоқ орқасида бурма текис — лашган, қулоқ супраси ва супачаси пайпасланганда огрийди, сўргичсимон ўсимта пайпасланганда огри — майди. Отоскопияда эшитув йўли терисининг гиперемияси ва инфильтрацияси қайд этилади, эшитув йўли пардасимон тоғай қисмида торайган. Ногора пардаси гиперемияланган. Эшитув йўлида йирингли ажралма, кўчган эпидермис бўлади. Бошқа ЛОР — аъзолари ўзгармаган, эшитиш: АД идрок қилиш — 5 м, АS — 4 м. сизнинг ташхисингиз.

Жавоб:3.

2 — масала. 15 яшар бемор ЛОР — врачига чап қулоқда лўқилловчи огриқ, бош огриши, қулоқдан йи — рингли ажралма чиқиши, эшитиш пасайиши, лоҳасликдан шикоятлар билан мурожаат қилди. қулоғи тахминан 1 ойдан бери огрийди, даволанмаган. 2 кун аввал чап қулоғи орқасидаги соҳада огриқ ва ши — шинқираш пайдо бўлган, тана ҳарорати  $37,5 — 37,8^{\circ}\text{C}$ . Кўздан кечирилганда чап қулоқ супраси олдинги то — монга тарвақайлаган, қулоқорти соҳаси тўқимасида рўй — рост инфильтрация ва огриқ қайд қилинади. Эшитув йўлида мўл шилимшиқ — йирингли ажралма, суяк бўлимида эшитув йўлида гиперемия ва орқа — юқори деворининг осилиб қолганлиги аниқланади. Ногора пардаси гиперемияланган, орқа — пастки квадрантда нуқтасимон перфорация ва ногора бўшлигидан ажралманинг “пульсация” рефлекси кўринади. Бошқа ЛОР — аъзолар ўзгармаган. Сизнинг ташхисингиз.

Жавоб:6.

3 — масала. Н.исмли бемор, 30 ёшда, ЛОР — врачга ўнг қулоғида огриқ, эшитишнинг пасайгани ва қулоқ — дан йирингли ажралмалар чиқишидан шикоятлар

қилиб мурожаат этган. 6 кундан буён бетоб, касал — ликни совқотишидан деб ҳисоблайди. қулоқдаги оғриқ 4 кун безовта қилган. 5 — кун қулоқдан йирингли ажралмалар чиққан, оғриқ камайган, даволанмаган. Кўздан кечирилганди беморнинг аҳволи қониқарли, тана ҳарорати  $37,2^{\circ}\text{C}$ , қулоқорти соҳаси ўзгармаган, ўнг томондаги сўргичсимон ўсимта пайпасланганда ўртача оғриқ қайд қилинади. Ўнг қулоқ отоскопия — сида — эшитув йўлида йирингли ажралма, ногора пардаси қизарган, инфилтрланган, анатомик бел — гилар кўринмайди, ногора пардасида экссудатнинг пульсация ёруғлик рефлекси қайд қилинади. Ташхис қўйинг.

Жавоб:9.

4 — масала. 10 яшар бола умумий амалиёт врачига ўнг қулоғида оғриқ борлиги, боши оғриши, эшитиш қобилияти пасайгани, бетоблигидан нолиб мурожаат қилди. Онасининг гапига кўра бола икки кундан буён касал, қулоғидаги кучли оғриқлар сабабли туни билан деярли ухламай чиққан. Тана ҳарорати эргалаб  $38^{\circ}\text{C}$ . Кўздан кечиришда қулоқорти соҳаси ўзгармаган, пайпаслаганда оғриқ йўқ, эшитиш пасайган, эшитув йўлида ажралмалар йўқ. Ўнг қулоқ супраси сезувчанлиги ошган. Дастлабки ташхисни қўйинг.

Жавоб:12.

5 — масала. 22 ёшдаги бемор ЛОР — врачига ўнг қулоғидаги оғриқ чайнашда кучайишидан шикоят қилиб, мурожаат этди. Эшитиш лаёқати бузилмаган. 3 кундан буён оғрийди. Беморнинг аҳволи қониқарли, тана ҳарорати  $37,5^{\circ}\text{C}$ , ўнг қулоқ супраси чўзилганда ва супачаси пайпасланганда анчагина оғриқ сезил — ди, қулоқорти соҳасини пайпаслашда оғримайди. Ўнг қулоқ отоскопиясида ташқи эшитув йўлида тоғай бўлимининг олдинги деворида гиперемия ва конус

шаклидаги эшитув йўлини торайтирадиган йирингли қатқалоқли тери инфильтрацияси аниқланади. Но — гора пардасини кўришга муваффақ бўлинмади. Чап қулоқда ўзгаришлар йўқ. Ташхис қўйинг.

Жавоб:7.

6 — масала. 16 ёшдаги бемор умумий амалиёт вра — чига қаттиқ бош оғриши, ўнг қулоқда оғриқ ва ундан йиринг оқиши, эт увишиши, қайт қилиши сабабли мурожаат қилди. Анамнездан ҳозиргина айтилган симптомлар 2 кун олдин пайдо бўлгани ва тез ривожланганини кўрсатди. Илгарилари вақти — вақтида ўнг қулоқдан йирингли ажралмалар чиқиб турган ва ўнг қулоқ эшитиш функцияси пасайган. Кўздан кечирилганда беморнинг аҳволи оғир, тана ҳарорати 39,3°C. Эс — ҳуши кирарли — чиқарли, тери қопламлари рангсиз, тана вазияти — оёқлари қорнига тортилган, боши орқага ташланган, энса мушакларининг ригидлиги ва Кернинг симптоми икки томонлама мусбат. ўнг қулоқ эшитув йўлидан йиринг — қон аралаш ажралмалар чиқади, сўргичсимон ўсимтани пайпаслаш оғриқсиз. Дастлабки ташхис қўйинг.

Жавоб:4.

7 — масала. 20 ёшдаги бемор умумий амалиёт вра — чига қаттиқ бош оғриши, айниқса энса соҳасида, кўнгил айнаши, қусиш, бош айланиши, ўнг қулоқда оғриқ ва йиринг оқишидан шикоятлар қилиб мурожаат этди. Анамнездан қулоқдан йиринг оқиши 10 яшарлигидан вақти — вақтида такрорланиб туриши маълум бўлади. 2 ҳафта олдин совқотишдан кейин ўнг қулоғида оғриқ ва йиринг оқиши пайдо бўлган, тана ҳарорати 38°C гача кўтарилган. Бир неча кун ўтгач, бош оғриши кучайган, бош айланиши пайдо бўлган, кўнгли айниган, қусган. Келган вақтида аҳволи оғир бўлган: у қаттиқ тормозланган (караҳт), уйқучан

бўлган, қийинлик билан мулоқотга киришади, боши орқага ташланган, тери қопламлари рангпар, тана ҳарорати 38,2°C, томир уриши минутига 72 марта. Эנסа мушакларининг ригидлиги ва Керниг мусбат симптоми кўпроқ ўнг томонлама, атаксия, оёқ — қўлларида координация ва ўнг томонлама мушак тонуси бузилиши кенг қўламли спонган горизонтал нистагм бор. Кўздан кечиришда сўргичсимон ўсимтани пайпаслаш бир оз оғриқ беради, отоскопияда эшитув йўлида ёқимсиз ҳидли мўл йирингли ажралма чиқади. Ногора пардаси гиперемияланган, орқа — юқори квадрантда кенг чекка нуқсон, грануляциялар ва йиринг. қолган ЛОР — аъзо — лари ўзгаришларсиз. Дастлабки ташхис қўйинг.

Жавоб:1.

5 — мавзу: ҚУЛОҚЛАРДА ШОВҚИН.

Жавобларнинг вариантлари:

- 1) ногора парданинг йиртилиши,
- 2) сальпингоотит,
- 3) ўткир ўрта отит,
- 4) сурункали ўрта отит,
- 5) Меньер касаллиги,
- 6) отосклероз,
- 7) ўнг томонлама экссудатли отит,
- 8) кохлеар неврит,
- 9) сурункали адгезив ўрта отит,
- 10) эшитув нервининг невриномаси,
- 11) бош скелети асосининг синиши,
- 12) ўнг томонлама қулоқ сераси,
- 13) ўнг қулоқдаги ёт жисм.

Қўшимча савол: қулоқларида шовқини бор ҳар бир бемор учун энг эҳтимол тутилган ташхисни танланг.

1 — масала. 20 ёшдаги бемор эшитиш пасайиб қол — гани ва ўнг қулоқда вақти — вақтида шовқин борлигидан



шикоят қилди. Эшитиш аста — секин пасая борган, 3 йил муқаддам беморнинг ўнг қулоғи бир неча кун оғриган ва даволанмаган. Кўздан кечирришда ўнг қулоқорти соҳаси ўзгармаган, сўргичсимон ўсимта — ни пайпаслаш оғриқ бермайди. Отоскопияда эшитув йўли кенг, бўш, ногора пардаси кулранг, хира тортган, ичига ботган, орқа бўлимларда петрификатлар бор. Болғачанинг калта ўсимтаси қаттиқ чиқиб турибди, ёруғлик конуси қисқарган. Пневматик синамалар ўтказишда ногора пардаси ҳаракатсиз. Риноскопияда бурун тўсигининг ўнгга қийшайгани, буруннинг ўнг ярми орқали нафас бузилгани аниқ — ланади. Эшитиш: шивирлаш нутқини идроқ қилиш AD — 2 м AS — 6 м, аудиометрик текширишда ўнг қулоқ товуш қабул қилувчи аппаратининг зарарлангани аниқланади.

Ташхис қўйинг.

Жавоб:2.

2-масала. 28 яшар бемор аёл, ўнг қулоғида шовқин, бош айланиши, мувозанатни йўқотиш, кўнгли айнишидан шикоят қилади. Бир неча соат олдин эрталаб қулоғида шовқин, бош айланиши, бирданига беҳоллик пайдо бўлган, бир марта қусган, 2 соат ўтгач аҳволи яхшиланган, бироқ ҳолсизлик давом қилган, қулоғи битганлик сезгиси, қулоқда жарангли товуш бор, бошини бурганда ва тана вазияти ўзгарганда боши бир оз айланади. 30 — 60 минут давом қиладиган шунга ўхшаш, лекин кучсизроқ хуружлар ярим йилгача бир неча марта такрорланган. Аҳволи қониқарли, тана ҳарорати нормал, томир уриши минутига 80 марта. АБ (артериал босим) симоб устуни ҳисобида 120/80, спонтан нистагм йўқ. Эшитиши: шивирлаш нутқини идроқ этиш AD — 2 м, AS — 6 м. Ташхис қўйинг.

Жавоб:5.

3—масала. С.исмли бемор, 35 ёшда, ўнг қулоғида унчалик кучли бўлмаган оғриқ, ёт жисм бордек туюлиши ва қулоқдаги жуда кучли шовқиндан шижоят қилди. Анамнездан беморнинг тунда ўнг қулоқдаги оғриқдан уйғонгани маълум бўлди, қулоғида нимадир ҳаракат қилаётдай туюлган. У бир неча томчи кам—фора мойи томизган, шундан сўнг қулоқдаги оғриқ ва ёқимсиз сезгилар камайгандай бўлган. Эрталаб уй—қудан тургач, ўнг қулоғида эшитишнинг пасайганини ва ёт жисм борлиги сезгисига аҳамият берган. Ото—скопия: АД—эшитув йўлида мойсимон суюқлик бор. Ичкарида бўйин сатҳида тиниқ пардалари бўлган жигар ранг тузилма аниқланади. Ташхис қўйинг.

Жавоб:13.

4—масала. 27 ёшдаги бемор ўнг қулоғи яхши эшит—маётгани, ёқимсиз сезгилардан шижоят қилади, булар бош ҳолати ўзгартирилганда кучаяди ва ўнг қулоқда субъектив шовқин бор. Анамнездан маълум бўлишича, бемор 10 кун илгари балиқ овига бориб совқотган, тумов бўлиб қолган, лекин ишига бораверган. Ишхонаси топшириғи билан беморга самолётда учишда тўғри келган, учиш вақтида қулоқлари қаттиқ битиб қолган, сўнгги 4—5 кун ичида ўнг қулоғи ёмон эшитадиган бўлиб қолган. Ото—скопия: АД—эшитув йўли тоза, ногора пардаси ичига ботган, ёруғлик конуси йўқ, болгача дастаси йўли бўйлаб инъекцияланган томирлар кўринади. Ногора пардаси орқали суюқликнинг горизонтал сатҳи кўзга ташланади, бош ҳолати ўзгарганда қолади. Ташхис қўйинг.

Жавоб:7.

5—масала. 24 яшар бемор аёл, қулоғи оғирлашгани, иккала қулоғида шовқин, қулоқ битиб қолгандек сезги ва чайнаш вақтида “чирсиллаш” сезишдан шижоятлар қилади. Анамнездан бу ҳодисаларнинг ҳаммаси 4 ой муқаддам ҳовузда чўмилганидан кейин

бошлангани маълум бўлди, қулоғи илгаридек секин эшитади. Поликлиникага мурожаат қилган, бурунга томчи томизиш, сўнгра қулоқларга ҳаво юбориш тай – инланган. Даволашдан сўнг эшитиш қобилияти қисқа вақтга яхшиланган. Сокинликда қулоқлардаги шов – қин айниқса азоб беради ва беморни жуда безовта қилади. Отоскопия: ташқи эшитув йўллари буш, ногора пардалари кескин ичига ботган, қалинлашган, ёруглик конуси йўқ, болғачанинг калта ўсимтаси тур – тиб чиққан. Риноскопия: пастки бурун чиганоқлари орқа учларининг гипертрофияси. Ташхис қўйинг.

Жавоб:9.

6 – мавзу: БУРУНДАН НАФАС ОЛИШНИНГ ҚИЙ – ИНЛАШИШИ.

Жавобларнинг вариантлари:

- 1) бурун суяклари синиб юқори жағ деворларига тарқалиши, бурун тўсиғи гематомаси,
- 2) бурун тўсиғининг травматик қийшайиши,
- 3) бурун тўсиғининг гематомаси,
- 4) сурункали гипертрофик ринит,
- 5) ўнг томонлама йиринг – полипозли риносинуит,
- 6) аллергия ринит,
- 7) чап томонлама полипоз – йирингли гемисинуит,
- 8) бурун – ҳалқум ангиофибромаси,
- 9) бурун тўсиғининг қонаб турадиган полипи,
- 10) атрофик ринит.

Қўшимча савол: Бурундан нафас олиш қийинлаш – ган ҳар бир бемор учун энг эҳтимол тутилган ташхис танланг.

1 – масала. Бемор 45 ёшда, кўчада кетаётганида сирпаниб йиқилиб тушди, шундан сўнг бурундан на – фас олиши қийинлашди, боши оғрийдиган бўлди. Кўздан кечирилганда ташқи бурун деформацияси

аниқланди. Риноскопия: бурун тўсиғи ёстиқсимон қалинлашган, рентгенограммада эса чап бурун ёндош бўшлигининг тотал қорайгани аниқланди. Ташхис қўйинг.

Жавоб:1.

2—масала. Бемор 20 ёшда, бурундан нафас олиши доимо қийинлашгани, бош оғриқлардан шикоят қила — ди. Болалигида бурун шикастини бошдан кечирган. Кўздан кечиришда бурун бели оз — моз чапга сил — жиган. Олдинги риноскопияда бурун тўсиғининг ўнг қийшайгани, чапдан пастки бурун чиганоғи компен — сатор тарзда гипертрофияланган, шиллиқ пардаси пушти ранг, нам. Бурун ёндош бўшлиқларини пай — паслашда оғриқсиз. Ташхис қўйинг.

Жавоб:2.

3—масала. Бокс бўйича мусобақалар пайтида 20 ёшдаги спортчининг бурни шикастланди. Эртасига бурундан нафас олиши қийинлашди, боши оғрийдиган бўлиб қолди. Риноскопияда бурун тўсиғи соҳасида иккала томонда ёстиқсимон шиш аниқланди, шиллиқ пардаси пушти ранг, нам, умумий бурун йўли кескин торайган. Ташхис қўйинг.

Жавоб:3.

4—масала. 42 ёшдаги бемор нафас олишнинг қий — инлашгани, бурундан шилимшиқ ажралма келаётгани, ҳид билишнинг бузилгани тўғрисида шикоятлар билан келди. 4 йилдан буён касал, бурундан нафас олиш қий — инлашганини доимо сезади. Риноскопияда бурун шиллиқ пардаси шишган, гиперемияланган, пастки ва ўрта бу — руни чиганоқлари катталашган. Бурун йўллари бўшлиғи торайган, пастки бурун йўлида оқ рангли шилимшиқ уюми бор. Адреналин эритмаси суртилгандан сўнг бу — руни шиллиқ пардаси оқариб кетади. Бироқ бурун чиганоқларининг сезиларли кичрайиши сезилмайди. На —

фас олиш қийинлашгани, бош оғриши, пешона соҳасида оғирлик, тана ҳароратининг ошишидан шикоят қилади.

Жавоб:7.

7 – мавзу: ОФИЗ – ҲАЛҚУМДАГИ КАРАШЛАР

- 1) танглай муртаги ўсмаси,
- 2) ҳалқум захми,
- 3) Симановский – Венсан ангинаси,
- 4) ҳалқумнинг кимёвий моддалардан куйиши,
- 5) лакунар ангина,
- 6) моноклеоздаги ангина,
- 7) ҳалқум кандидамикози,
- 8) дифтерия,
- 9) ҳалқум сили,
- 10) агранулоцитоздаги ангина.

1 – масала. Н.исмли бемор, 24 ёшда, умумий амалиёт врачига ўнг томонда бўйиннинг ён юзаси шишинқирагани, ютишда томоқда вақти – вақтида оғриқ бўлиши, ҳалқумда ёқимсиз сезгилар борлигидан шикоят қилди, касалини чекиши билан боғлайди, иштаҳаси йўқ. Сунги ой мобайнида доимо лоҳаслик сезади, дармони қурийди, 5 кг га озди. Фарингоскопияда ўнг танглай муртагининг юқори қутби соҳасида кулранг – оқ караш билан қопланган кичкина яра қайд қилинди. Муртак гиперемияланган, зич. Бўйиннинг ўнг ён сатҳида пайпаслаш ўтказилганда оз – моз оғрийдиган лимфатик тугунлар тўплами аниқланади. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Жавоб:1.

2 – масала. Р.исмли бемор аёл, 21 ёшда, умумий амалиёт врачига баданига тошмалар тошгани, бетоблик, ҳалқумдаги ёқимсиз сезгилардан шикоят қилди. Хасталанганига бир неча ҳафта бўлди, буни ўзича ша –

моллашдан деб ҳисоблайди. Тана ҳарорати  $37^{\circ}\text{C}$ . Кўздан кечирилганда танаси, оёқ — қўллари терисида розеола тошмалари қайд қилинади, ўртача оғриқли бўйин, энса, қўлтиқ лимфатик тугунлари пайпасланади. Фарингоскопияда танглай муртаги шиллиқ пардасининг мисга ўхшаш қизил гиперемияси кузатилади. Олдинги танглай ёйчалари ва юмшоқ танглай соҳасида гиперемияланган шиллиқ парда фонида юзадан кўтарилиб турадиган ва қизил хошия билан ўралган юмалоқ шаклдаги кулранг — оқ тошмалар аниқланади. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Жавоб: 2.

3 — масала. А.исми бемор, 52 ёшда, ЛОР — врачга лоҳаслик, ютишда томоқда галати сезги, оғиздан ёқимсиз ҳид келишидан шикоятлар қилиб, мурожаат этди. Оғриганига бир ойдан ошди, нима сабабдан хаста бўлганини билмайди. Тана ҳарорати нормал. Фарингоскопияда чап танглай муртагининг юқори қутбида тўқималарнинг четлари нотекис ярага айлангани аниқланади, тубида кулранг — оқ парда бор, кўчирилганда қонайдиган юза кўринади. Регионар лимфатик тугунлар зарарланган томонда катталашган. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Жавоб: 9.

4 — масала. Л.исми бемор, 46 ёшда, умумий амалиёт врачига томоқда айниқса ютиш вақтида оғриқ борлиги, бош оғриши, сўлак оқиши ва ҳолсизликдан шикоятлар қилиб мурожаат этди. Кечқурун алкогольдан мастлик ҳолатида қандайдир суюқликни ичган, шундан сўнг қусган, сув ичган, яна нималар бўлганини эслай олмайди. Эрталаб ўзини жуда ёмон ҳис қилган, томоқдаги оғриқнинг зўрлигидан ҳатто сув ҳам ича олмаган. Кўздан кечирилганда тери қопламлари оқарганлиги маълум бўлди, тана ҳарорати  $37,2^{\circ}\text{C}$ .

Фарингоскопияда ҳалқум шиллиқ пардаси қизаргани ва шишгани аниқланади, танглай муртакларида, тилда, ҳалқумнинг орқа деворида энлик, зич кулранг – сариқ пардалар бор, улар кўчирилгандан сўнг эрозияли, қонаб турадиган юза кўринади. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Жавоб:4.

5 – масала. А.исми бемор, 14 ёшда, умумий амалийт врачига томоқдаги оғриқлар, умумий беҳоллик, оғиздан ҳид келиши, тана ҳароратининг 39С гача ошишидан мурожаат қилиб келди. 2 кундан буён оғрийди ва касаллигини оёғи совқотганидан деб ўйлайди. Фарингоскопияда томоқ шиллиқ пардаси гиперемияси ва шиши, танглай муртаклари нам, шишган, лакуналар оғзи фибриноз – некротик парда билан қопланган, у ёйчалари чегарасидан чиқмайди. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Жавоб:5.

6 – масала. Умумий амалиёт врачига М.исми 15 яшар бемор томоқда оғриқ, умумий беҳоллик, лоҳаслик, иш – таҳа камлиги, уйқу бузилганидан шикоятлар қилиб, маслаҳат олишга келди. Онасининг гапига қараганда ўғил болада лимфатик тугунлар ҳамма гуруҳларининг кескин катталашуви пайдо бўлди. Объектив: бемор – нинг умумий аҳволи қониқарли, жағости, ўмров усти ва ўмров ости, қўлтиқ ва чов лимфатик тугунларининг анча катталашгани, талоқнинг катталашгани қайд қилинди. Фарингоскопияда: ёйчалари ва юмшоқ тан – глайнинг гиперемияси ва шиши, гунгурт парда билан қоплангани аниқланади. қон анализи: Нв – 11,3 г%, эритроцитлар –  $4,8 \cdot 10^{12}$ , лейкоцитлар –  $18000 \cdot 10^9$ , э – 1%, м – 70%, с/я – 17%, л – 12%, СОЭ (ЭЧТ) – соатига 15 мм. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Жавоб:6.

## Томирларни қисқартирувчи воситалар.

Томирларни қисқартирувчи воситаларнинг хил — лари анча. 0,1% адреналин гидрохлорид эритмаси энг кучли таъсир этувчи восита бўлиб ҳисобланади. Асо — сан турли манипуляция ва қон тухтатишни амалга оширишда бурун бўшлигининг шиллик пардасининг анемизация қилиш учун ишлатилади қўшимчаларсиз тоза ҳолда (қон кетиш ҳолларида) ва микстларга қўшимча сифатида ҳам (медикаментоз коктейли) иш — латилиши мумкин. У доимо отоларинголог столида тез ёрдам берувчи дорилар таркибида ҳамда шокка қарши дори тўпламида бўлиши лозим. Препаратнинг юқори 1 маротабали дозаси — 1,0 мл, суткасига — 5,0 мл.

Гипертония, атеросклероз, томирларнинг анев — ризмаси, тиреотоксикоз, қандли диабет, ҳомиладорлик даврида, ҳамда талвасланиб қолишнинг олдини олиш мақсадида 10 ёшгача бўлган болаларга бериш та — қиқланади.

Альдецин — спрей, флаконда 200 доза. Аллергик ринит ва полипозли риносинусит касалликларида иш — латиладиган комбинациялаштирилган препарат (касалликнинг бошланиш даврида). Таркибига дек — саметазон киритилган. 1 маротабалик дозаси — 50 мкг.

Беконазе — бекламитазон прионатанинг доза — лаштирилган аэрозоли (флаконда 200 доза), шишга қарши хусусиятга эга. Аллергия намоён бўлган ҳол — ларда ишлатилади.

Африн — назал спрей (флаконда 20 млдан). Бу — рун танасининг ўткир процесслари ва 6 ёшдан катта бўлган болаларнинг бурун бўшлиги яллиғланишида ишлатилади, суткасига 2 маҳал буруннинг ҳар бир томонига 2—3 марта сепилади.

Виброцил — спрей. Қулланиши ва терапевтик таъсири юқоридагидек.



Галазолин (отривин, кселометазолин) 0,1% ва 0,05% эритмалари. Терапевтик таъсири ва қўлланиши мумкин бўлмаган ҳоллари худди нафтизиннинг хусусиятларига ўхшаш.

«Для нос» флаконда 0,1% спрей 10,0 мл (сутка – сига катталарга ва 6 ёшдан ошган болаларга) 4 маротабадан оширмасдан буруннинг ҳар бир томонига 1 маротабадан сепилади. 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар учун бурунга томизиладиган 0,05% эритмаси томчилари ишлатилади. Қўлланиш давомийлиги 3 кундан ошмаслиги лозим.

Гипофиз ва мия пардаларида операция қилинганидан кейин, шунингдек бу препаратга шахсий сезувчанлигида қўлланиши мумкин эмас.

Ментол – 1% ёгли эритмаси тумов, фарингит, ларингит ва трахеит бўлганда томизиш, суртиш ва ингаляция қилиш учун қўлланилади. У бир неча қўшилган дориларнинг (хусусан – «Бороментол», «Эвалипол», «Ингакамафа», «Ингалипт») асосий таркибий қисми бўлиб ҳисобланади. Кичик ёшдаги болаларга рефлекторли эзилиш ва нафас олишнинг тўхтаб қолиш эҳтимоли борлиги учун қўлланиши мумкин эмас.

Нафтизин – (0,05% ва 0,1% эритмалари) қон томирларининг узоқ муддатли қисқаришини келтиради.

Бурун бўшлигининг яллиғланиши, ўткир ўрта отит ва евстахиит касалликларида бурунга томизиладиган томчилар сифатида ишлатилади. Терапевтик таъсирчанлигини аста – секин йўқотилиши сабабли узоқ муддат фойдаланиш тавсия қилинмайди.

Гипертония, тахикардия ва атеросклероз касалликларида қўлланиши мумкин эмас. Санорин ва тизин (0,05% ва 0,1% эритмалари) нафтизиннинг чет элик монанд эритмаси.

Эфедрин гидрохлорид – ўзининг фармакологик хусусиятларига кўра адреналинга яқин, лекин узоқ

давр томирларни қисқартириш таъсирига эга. Бурунга томизиладиган томчилар (2–3% эритмаси) сифатида ишлатилади. Катталар учун 1 маротабалик дозаси 0,05 г, суткасига – 0,15 г.

Эфедрин гипертония, атеросклероз, гипертиреоз, уйқусизлик, оғир юрак касалликларида қўлланилиши мумкин эмас.

Ингалипт – спрей флаконда 30 млдан. Томирларни қисқартириш ва яллиғланишни олдини олиш таъсирига эга (унинг таркибига: ёғ, ялпиз, эвкалипт, тимол, сулфаниламид ва сульфатизол натрия кирди).

3 ёшдаги болаларга ва юқоридаги ингридиентларни кўтара олмаслиги сабабли қўлланиши мумкин эмас.

ИРС – 19 (IRS –19 флаконда 20 мл аэрозоль). Бурун бушлигининг шиллиқ қаватига қўшимча таъсир этишга эга. 8 хил чақирувчи вирусларнинг лизити, шунингдек инфлюэнцалар ҳам бор. Суткасига 2 мартадан 5 маротабагача буруннинг ҳар бир томонига 2 томчидан инфекция йўқ бўлгунча сепилади. Бурун бўшлигининг яллиғланиши туташ билан бурун билан нафас олиш тикланади. Препаратни қўллашга қарши кўрсатмалар аниқланмаган.

Кромогексал – флаконда 15–30 млдан 2% дозали аэрозоль. Суткасига буруннинг ҳар бир томонига 3–4 марта 1 аэрозоль дозасидан тайинланади. Ҳомиладорликнинг биринчи 3 ойлигида қўллаш мумкин эмас.

Кромосол (интал) – флаконда 28 мл дан дозали аэрозоль. Препаратнинг қўлланиши худди юқоридагидек.

Назскорт – дозали аэрозоль. Флаконда – 100 доза. Таркибида триамцинолон ацетат бор. Суткасига буруннинг ҳар бир томонига 1 марта 2 дозадан сепилади. Аллергияга қарши препарат.

Називин – флаконда – 5–10 мл дан. Таркибида оксметазолин гидрохлорид. Кунига буруннинг ҳар бир

томонига 4 томчидан 2–3 марта томизилади. Томир – ларни қисқартириш хусусиятига эга.

Ичимлик тайёрлаш учун 200 мл пакетда поро – шок қилиб чиқарилади, кунига 3 марта, даволаш курси 5–10 кун. Ингаляция учун ҳам препаратни қўллаш мумкин (ҳар куни 6,0 мл дан 5% эритма).

Ринофлуимуцил – бурун бўшлиги ва бурун ёнбош бўшлиқларининг яллиғланишини даволовчи комби – нациялашган препарат. Флаконда 10,0 мл дан доза ўлчагичи билан чиқарилади. Буруннинг ҳар бир то – монига 2 дозадан 5 дақиқали интервал билан кунига 3–4 маҳал қилинади.

Анауран – қулок томчиси, комбинациялашган препарат. Уткир ва сурункали қулок касалликларини даволашда қўлланилади.

Назол – 30 мл флаконда спрей бўлиб, таркиби оксиметазолин гидрохлориддан иборат. Томир торай – тирувчи таъсирга эга. 3 кундан ошиқ қўллаш тавсия этилмайди. Қарши кўрсатмалар: артериал гипертен – зия, томирлар атеросклерози, юрак ритми бузилишлари, қандли диабет, тиреотоксикоз, буйрак функцияси бузилиши, препаратга сезувчанликнинг ошиши.

Назонекс – 120 дозали аэрозоль бўлиб, таркиби мометазон фуоратдан иборат. Катталарда ва 12 еш – дан катта болаларда қўлланилади, ҳар бир бурун йўлига 2 ингаляциядан суткада 1 маҳал юборилади. Огир ҳолатларда ингаляциялар сони 4 тагача оши – рилади.

Пиносол – ёғли томчилар бўлиб, таркиби қайин, эвкалипт ва ялпиз мойлари тутати. Суялтирувчи ва юмшатувчи томчилар ҳамда ингаляция ҳолатида қўлланилади. Мазъ ёки 10 мг крем кўринишида ҳам чиқарилади.

Санорин – 10,0 мл эмульсия бўлиб, таркибида нафазолин нитрат тутати. Томир торайтирувчи, ял –

лигланишга қарши препарат. Ҳар бир бурун йўлига 2—4 томчидан суткада 3—4 маҳал томизилади. Қарши кўрсатмалар: артериал гипертония, қалқонсимон без катталашиси, 2 ёшгача болалар.

Санорин — аналлергин — 10,0 мл бурунга томчи — лар бўлиб, таркиби нафазолин нитрат ва антазолин мезилатдан иборат. Аллергияга қарши ва томир то — райтирувчи таъсирга эга. Қўллаш усули: юқоридагидек.

Фликсоназе — флутиказон пропионатнинг до — заланган спрейи бўлиб, 120 дозали флакон кўринишида бўлади. Аллергик ҳолатларда ҳар бир бурун йўлига 2 дозадан суткада 2 маҳал буюрилади. Қарши кўрсат — ма: индивидуал кўтара олмаслик.

Фервекс — тумовга қарши — 14,8 мл спрей кўри — нишида чиқарилади. Таъсир қилувчи модда: оксиметазолин хлорид. Қўллаш усули: ҳар бир бурун йўлига 1—2 инстиляциядан суткада 3—4 маҳал. То — мир торайтирувчи препарат.

### Десенсибилизацияловчи воситалар.

#### (антигистамин препаратлар)

Бу гуруҳ препаратлари турли хил бўлиб, улар — нинг таъсири организмда яллигланиш оқибатида  $H_1$  гистамин рецепторлари томонидан гистамин ажра — лишини камайтиради. Бу яллигланиш учоғида ва бутун организмда яллигланиш жараёнини сусайтиради. Ан — тигистамин препаратларнинг кенг танлови уларнинг чет мамлакатлардан кўплаб келтирилиши ва классик дорилар билан биргаликда янги дори гуруҳлари ва синфлари пайдо бўлиши билан боғлиқ.

Антигистамин дориларнинг кўпчилиги уларни алоҳида гуруҳ сифатида характерловчи қатор спе — цифик фармакологик хусусиятларга эга. Бунга қуйидаги хусусиятлар киради: қичишишга қарши, шишга қарши, антиспастик, антихолинэргик, анти — серотонин, седатив ва маҳаллий оғриқ қолдирувчи,

шунингдек гистаминга боғлиқ бронхоспазмни олдини олиш. Антигистамин препаратлар гистаминнинг  $H_1$  рецепторларга таъсирини рақобатли ингибирлаш механизми бўйича блоклайди. Уларнинг бу рецепторларга таъсири гистаминникига нисбатан сустроқ бўлади. Шунинг учун берилган дори воситалари рецептор билан боғланган гистаминни тортиб ололмайди, улар фақат банд бўлмаган, бўш рецепторларни блоклайди ва ўз навбатида тезкор типдаги аллергия реакцияларни олдини олишда кўпроқ эффектив булади, ривожланган аллергия реакцияларда эса янги гистамин порциялари ажралишини олдини олади.

Ишлаб чиқарилиш вақтига қараб антигистамин препаратлар 1-чи ва 2-чи авлодга бўлинади. 1-чи авлод препаратларини (устун келувчи ножа таъсирга кўра) седатив дори воситалари деб аташ қабул қилинган. Бу билан носедатив 2-чи генерация дори воситалари 1-чиларидан фарқ қилади. Хозирги кунда 3-чи авлод препаратлари ҳам ажратилган: буларга янги дори воситалар – актив метаболитлар кириб, улар антигистамин таъсирга эга, седатив таъсири йўқ ва 2-чи авлод препаратларига хос бўлган кардиотоксик таъсирга эга эмас.

Антигистамин дори воситаларининг қўлланилиши уларнинг терапевтик активлигига ва бемор аҳволига боғлиқ бўлади.

### **Биринчи авлод антигистамин препаратлар (седативлар)**

Бу препаратлар ёғларда яхши эрийди,  $H_1$  гистамин, холинэргик, мускарин, серотонин рецепторларини блоклайди. Уларга хос: седатив таъсир (липидларда яхши эриб, ГЭБдан яхши ўтади ва миядаги  $H_1$  рецепторлар билан боғланади); анксиолитик таъсир (МНС пўстлоқ ости соҳаси маълум қисмларининг активлигини камайтириш); атропин –

симон таъсир; қусишга қарши ва силқинишга қарши таъсир; йўталга қарши таъсир; маҳаллий оғриқ қол — дирувчи таъсир; клиник самарадорликнинг тез кўзатилиши ва қисқа вақт таъсир қилиш.

Димедрол — десенсибилизацияловчи дори во — ситаларининг бош ва эрта вакилларида бири бўлиб, организмнинг гистаминга реакциясини ва капиллярлар ўтказувчанлигини камайтиради, яллиғланиш учоғида тўқималар шишини камайтиради ва олдини олади, аллергия реакциялар кечишини енгиллаштиради, ял — лиғланишга қарши, седатив ва уйқу чақирувчи таъсирга эга, сезиларли маҳаллий оғриқ қолдирувчи самарага эга. Димедрол турли дори шакллари кўри — нишида чиқарилади, парентерал йўл билан юборилиши уни тезкор терапияда қўллаш имкония — тини беради.

Дозалаш: катталарга — таб. шакли: 0,03—0,05г 1—3м кунига, 10—15 кун давомида; 1% эритма м/о, 0,01—0,05г дозада. Болаларга қабул дозаси камроқ: 1 ёшгача 0,002—0,005г, 2 дан 5ёшгача 0,005—0,015г; 6 дан 12 ёшгача 0,015—0,03г.

Катталар учун юқори доза — 0,1г, суткалик 0,25г; эритмада: бир марталик — 5,0мл 1% эритма; сутка — лик — 15мл 1% эритма м/о.

Хайдовчиларга ва иш фаолияти тезкор ҳаракат ва психик реакция билан боғлиқ мутахассисларга бе — риш тавсия этилмайди. Галлюцинация чақиритиши мумкин.

Диазолин — 0,05—0,1—0,2г драже. Катталар учун бир марталик доза: 0,3г, суткалик — 0,6г. Болалар учун: 0,02 ва 0,05г. Овқатдан кейин буюрилади. Димед — ролдан фарқ қилиб, уйқу чақирувчи таъсирга эга эмас, «кундузги десенсибилизатор» ҳисобланади. Ошқозон яра касаллигида ва меъда — ичак системаси яллиғла — ниш касалликларида қўллаш мумкин эмас.

Дипразин (пипольфен) — кучли антигистамин

активликка эга. Таблетка (0,025г) ва ампула (2,5% – 2,0мл) шаклида чиқарилади. Катталар учун бир марталик энг кучли доза – 0,075г, суткалик – 0,5г ва 2,0–10,0–2,5% эритма. Кучли седатив хусусиятга эга.

Фенкарол – таб 0,025г. Димедролга нисбатан кам антигистамин активликка эга, беморлар томонидан яхши қабул қилинади, седатив таъсири йўқ (ГЭБ ор – қали кам ўтади). Гистаминнинг тўқималардаги миқдорини камайтиради. Қарши кўрсатма: ҳомила – дорликнинг биринчи триместри. Катталарга 0,025–0,05г 2–3 маҳал 10–12 кун мобайнида, болаларга: 3 ёшгача 0,005г 2–3 маҳал, 3–7 ёшдагиларга 0,01 г 2 маҳал, 7–12 ёшдагиларга 0,01–0,015 г 2–3 маҳал, 12 ёшдан катталарга 0,025 г 2–3 маҳал бери – лади.

Супрастин – таблетка (0,025 г) ва ампула (2% – 1,0 мл) қисман антигистамин, спазмолитик, седатив, уйқу чақирувчи таъсирга эга. Қон зардобиди тўплан – майди, узоқ қуллашда доза ошиб кетмайди. Қулланиладиган терапевтик дозалар кенг терапевтик диапазонга эга. Супрастин учун эффекти тез намоён бўлиш ва таъсир давомийлиги қисқа бўлиши хос. Кунлик дозаси – аллергия реакциянинг даражасига қараб 0,075 г, эритмада 1,0–2,0 мл м/о, в/и.

Тавегил (клемастин) – таб. 0,001г. Таъсирига кўра димедролдан кучли, фармакокинетик фаоллиги юқори (1 марта ишлатилганда таъсир давомийлиги 8–12 соат). Катталар учун суткалик доза – 0,003–0,004 г, болалар учун 0,0005–0,001 г.

Кетотифен (задитен) – капсула ёки таблетка 0,001 г. Антифлактин ва седатив таъсирга эга. Доза катталар учун 0,001–0,002г/сут, болалар учун 0,025мг 1кг тана вазнига, кунига 2 маҳал (5мг еки 1ч.к. сироп 1 маҳал). Боланинг тана вазни 30 кг дан оғир бўлса, 10 мг суткасига буюрилади. Қарши кўрсатма: индивидуал дуал кўтара олмаслик.

Оринал – капсула, таркибида хлорофенирамин малеат 8 мг, фенилпропаноламин гидрохлорид 75 мг. Дозаси: 1 капсула кунига 2 маҳал. Қарши кўрсатма: 1. трициклик антидепрессантлар, MAO ингибиторлари, бета адреноблокаторлар, фенилпропаноламин препаратлари билан бирга қўллаш. 2. 12 ёшгача болалар. 3. препаратга юқори сезувчанлик.

Перитол – таб. 0,04г, сироп 100,0мл флаконда. Антигистамин ва қисман антисеротонин таъсирга эга. Катталар учун: кунига 1 таб. 3 маҳал, болаларга 2–6 ёшдаги 8 мг/сут, 6–14 ёшдаги – 12 мг/сут. Қарши кўрсатма: глаукома, простата беши аденомаси, шишга мойиллик, ҳомиладорлик, лактация, 6 ойликкача бўлган болалар, препаратга юқори сезгирлик.

### **Иккинчи авлод антигистамин препаратлар (носедативлар)**

1 – чи авлод антигистамин препаратларидан фарқли 2 – чи авлод препаратлари седатив ва холинэргик таъсирга деярли эга эмас. H1 рецепторларга нисбатан фаол. Бироқ уларнинг турли даражада кардиотоксик таъсири бор. 2 – чи гуруҳ препаратларининг умумий хусусиятлари: юқори специфик ва H1 рецепторларга ўхшашлик, холин ва серотонин рецепторларига таъсир қилмаслик, клиник самарадорликнинг тез намоён бўлиши ва таъсирининг узоқлиги, седатив таъсирининг минималлиги, агар препаратни терапевтик дозада ишлатилса юрак мушакларининг калий каналларини блоклайди ва QT интервал чўзилишига олиб келади. Парентерал шакллари йўқ.

Астемизол – гуруҳнинг энг узоқ таъсирга эга препаратларидан бири (ярим чиқарилиш даври 20 суткагача). H1 рецепторлар билан қайтмас боғланиш хос. Седатив таъсири йўқ. Алкогол билан боғланмайди. Касаллик кечишига кечки таъсир кўрсатади, шунинг



учун ўткир даврида қўлланилмайди, аммо сурункали аллергия касалликларда қўллаш мумкин. Кумуляция хусусиятига эга. Препаратни узоқ қўллаш юрак ритми бузилишига, хатто тўлиқ блокадага олиб келади.

**Терфенадин** (тресил) – таб. 0,06г. Н1 гистамин рецепторлари блокатори. Катталар ва болаларда 12 ёшдан катта – 1таб. кунига 2 маҳал ёки 2 таб. 1 маҳал, 6 – 12 ёшгача 30 мг кунига 2 маҳал, 6 ёшгача 2мг/кг тана вазнига қараб буюрилади. Фаталь аритмиялар чақириши мумкин.

**Фенистил** – таб. 2,5 мг. Таъсирига кўра биринчи гуруҳ препаратларига яқин, бироқ улардан седатив ва мускарин таъсирини камлиги билан ва антиаллергик таъсири юқорилиги ҳамда таъсир давомийлиги узоқлиги билан фарқланади. Капиллярлар ўтказувчанлигини камайтиради. Кучсиз антихолинэргик таъсирга эга. Қабул қилингандан сўнг таъсири 30 миндан кейин бошланади, 8 – 12 соат давом этади. Катталар ва усмирларга 1 таб. кунига 2 маҳал педиатрияда фенистил томчи (флакон 20,0 мл, 1мл = 20 том) ҳолида ишлатилади. 1 ёшгача 3 – 10том/сут, 1 – 3 ёшгача 10 – 15 том/сут, 3 ёшдан кейин 15 – 20 том/сут.

**Кестин** (эбастин) – таб. 10мг. Суткада 1 маҳал овқатга боғлиқ бўлмаган ҳолда қабул қилинади. Қарши кўрсатма: жигар етишмовчилиги, ҳомиладорлик, лактация.

**Кларитин** (лоратадин, кларотадин) – таб. 10 мг ва сироп флаконда 120 мл. Астемизол ва терфенадиндан антигистамин фаоллиги юқори, чунки периферик Н1 рецепторлар билан мустаҳкам боғланади. Седатив таъсири йўқ ва алкоголь таъсирини потенциалламайди. Кларитин бошқа дорилар билан таъсирга киришмайди. Кардиотоксик таъсири йўқ. Дозалаш: 1 таб. еки 2 ч.к. сироп суткада, 12 ёшгача болаларга 5 мг (1/2 таб еки 1ч.к. сироп 1маҳал), тана оғирлиги 30 кг дан ортиқ болаларга 10мг кунига.

Семпрекс (акривастин) юқори антигистамин ва паст седатив, антихолинэргик фаолликка эга. Асосий фармакокинетик таъсири метаболизм даражасини пастлиги ва кумуляцияни йўқлиги.

Ринопронт – капсуласи 0,04 ва 0,02 г дан, фла – кондаги сироп 90,0 мл. Дозаси: катталарга ва 12 ёшдан катта бўлган болаларга 1 капсуладан 2 маҳал кунига, 12 соат вақт оралигида (интервали). 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга сиропи 1 ч. қ. 2 маҳал кунига, 6 ёшдан 12 ёшгача 2 ч.қ дан 2 маҳал кунига қабул қилинади.

**Аллергияни маҳалий (локал) кўринишига таъсир қилувчи маҳаллий таъсирга эга бўлган дори воситалар**

Гистимет (левокабастин) – бу дори воситаси бу – рунга томчи ёки назал спрей ҳолатида аллергия ринитларда қўлланилади. Маҳалий қўлланилганда қон – айланиш системасига кам миқдорда тушган – лиги туфайли МНС ва юрак қон томир системасига таъсир қилмайди.

Аллергодил (азеластин) – аллергия ринитни да – волашда юқори самарага эга бўлган дори восита. Қўланилиши: назал спрей ҳолда, системали таъсири йўқ.

**Учинчи авлод антигистамин воситалари (препаратлари) Метобалитлар.**

Цетиризин – (зиртек, цетрин) – периферик Н рецепторлар юқори селектив антагонисти. Гидрокси – зининг фаол метобалити ҳисобланади, седатив таъсир анча кам. Цетеризин организмда метобализмга уч – рамайди. Организмдан чиқиб кетиши буйрақлар фаолияти билан боғлиқ.

Унинг характерли томони юракга аритмоген таъ — сири йўқлигидир. Фексофенадин — (телфаст) терфенадин (гистадин) фаол метобалитидир. Фексо — фенадин организмда ўзгаришга учрамайди. Буйраклар ва жигар функцияси бузилган ҳолатда унинг кинетикаси ўзгармайди. У ҳеч қандай дорилар билан ўзаро таъсири йўқ, седатив таъсир кўрсатмайди, психомотор фаолиятга ҳам таъсир этмайди. Шунинг учун бу препарат иш фаолияти диққат билан боғлиқ киши — ларга қабул қилиши мумкин.

Юқори дозаларда узоқ вақт қуланилганда юрак иш фаолиятига таъсир кўрсатмайди. Бу дори воситалари юқори хавфсизликка эга бўлиш билан бир қаторда мавсумий аллергияк тумовларни (ринитни) да — волашда юқори самарага эга.

Рузам — ностероид антиаллергик яллиғланишга қарши препарат.

Чиқарилиш шакли — 0,2 мл ампула эритмаси. Пептидларнинг яллиғланишга қарши таъсирига эга бўлган янги синфига киради. Таъсир механизми: юқори ҳароратда клонлаштирилган стафилококкларнинг темофил штампи адаптив пептид ишлаб чиқаради, бу эса аллергияга қарши хусусиятга эга. Кўрсатма — аллергияк касалликлар бронхиял астма мавсумий ва доимий тумов, коњнюктивит, атопик дерматит, эшак еми, квинке шиши, атопик синдром ёки алоҳида синдром кўринишида кечувчи дори, озиқ — овқат, каливалент аллергия.

Қўланилиш усули: тери остига бир марталик дори 0,1 — 0,2мл 5 — 7 кунда бир марта даволаш курси 5 — 10 инъекция. Қайта даво курси 20 кундан кейин тавсия этилиши мумкин. Профилактика курслари 1 йилда 2 марта олиб борилади: баҳорда ва кузда. Полипозларда ўсимлик гуллашидан олдин буюрилади. Қарши кўрсатма: ҳомиладорлик, ички аъзолар деконпесансион касалликлари.

## Сульфониламидлар

Сульфониламид препаратлари яратилгандан сўнг тиббиётда микроб хужайрасига бевосита таъсир кўрсатиш имконияти пайдо бўлди, йирингли жараёнларни даволаш вазифаси осонлашди. Табиий йки сульфониламидлар отоларингологлар томонидан ҳам қуланила бошлаган. Лор амалиётида қисқа ва узок таъсирга эга бўлган препаратлар қуланилади.

Стрептоцид – таб. 0,3–0,5 г. кокклар флорасининг катта гуруҳларига, ичак таёқчасига микробга қарши таъсир кўрсатади. Ичга қабул қилинганда стрептоцид тез сурилади, қонда 1–2 соатдан сўнг юқори концентрацияда бўлади.

Дозалаш: катталар 0,5–1 г. 5–6 маҳал суткада, болалар 1 ёшгача 0,05–0,1 г. 2–5 ёшгача 0,2 г, 6–12 ёшгача 0,3–0,5 г. Бирмарталик катта доза катталар учун 2 г, суткалик 7 г. Таблетка шаклидан ташқари малхам (5–10%) ва эмульсион (5%) шакллари ҳам ташқи қўллаш учун чиқарилади. Стрептоцид таркибий қисм сифатида (суноревф) мази ва бурунга инсуфляция қилинувчи кукун таркибига киради.

Қарши кўрсатма: қон яратиш аъзолари ва Буйрак касалликлари, Базедов касаллиги.

Норсульфазол – таб. 0,5 г, кокклар флораси ва ичак таёқчасига нисбатан актив тез сурилади ва организмдан сийдик орқали тез чиқарилади. Катталарга биринчи қабулга 2–4 кейин 1 г дан кунига 4 маҳал 3–6 кун давомида берилади. Болаларга ҳар 6–8 соатда қуйидаги 1 марталик дозада берилади 4 ойдан 2 ёшгача 0,1–0,25 г. 2–5 ёшгача 0,3–0,4 г. 6–12 ёшгача 0,4–0,5 г. Бир қабулда 2 марталик доза берилади. Катталар учун юқори доза 2 г, суткалик 7 г.

Сульфазин – таб, 0,5 г ичишга берилади 1 чи қабулига 2 г ҳар 4 соатда 1 г дан 1–2 кун давомида кейинги кунларда 1 г дан ҳар 6–8 соатда тана ҳаро-

рати нормаллашгунича , охирги 3 сутка давомида . Болаларга биринчи қабулга 1кг тана вазнига 0,1 г, кейин 0,025 кг ҳар 4,6,8 соатда .

Сульфодемизин – таб, 0,25 ва 0,5 г. Юқори спек – трли микробга қарши таъсирга эга, кам токсик. Катталар учун юқори доза 2 г , суткалик 7г , бола – ларга биринчи қабулига 0,1 г / кг тана вазнига қараб берилади, кейин 0,025 2 кг ҳар 4–6 соатда .

Сульфоцил натрий – оқ рангли кукун ,шунинг – дек 10–20–30 % 5– 10 мл флаконда ( альбуцид). Дозалаш: 0,5 –1г суткада 3–5 марта болаларга 0,1 – 0,5 г 3–5 марта суткада . Альбуцид эритмаси ринилогияда бурунга томчи ҳолида томир торайти – ручи препаратлар қўшилган ҳолида ишлатилади , асосан болалар амалиётида. Аллергик ҳолатларда қул – лаш мумкни эмас.

Сульфамиридазин – таб 0,5 г узоқ таъсир қилувчи сульфониламид . Юқори спектрли микробга қарши таъ – сирга эга. Дозалаш режими : 1 қабулга 1,0 кейин 0,5– 1,0 г ҳар 24 соатда . Болаларга 25 мг/кг тана вазнига қараб берилади . Кейин 12,5 мг/кг дан берилади . Препарат кумуляция хусусиятига эга, қон яратувчи система ка – саликлариди буйрак, жигар ва юрак фаолияти декомпенсациясида қарши кўрсатма ҳисобланади.

Сульфамонетоксин – 0,5г таблетка кўрини – шида, ўз таъсирига кўра сульфамиридазинга яқин. Касалик енгил шакларида биринчи кун 1г дан ку – нига 1 маҳал, қолган кунлари 0,5г суткага 1 маҳал. Касалик оғир кечганда дорини 2 мартда кўпайти – рилади. Зарур ҳолларда препаратни бир ой давомида қабул қилиш мумкин. Болаларга препарат биринчи кун тана вазнига кўра 25мг/кг, қолган кунлари 12,5мг/ кг ҳисобланади. Сульфаниламидларга аллергияси бўлган беморларга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Сульфадиметоксин – 0,5г таблетка кўриниши – да. Бу препарат узайтирилган кенг ва микробга қарши

спекторли. Ўз таъсирига кўра сульфамиридозинга яқин туради. Ичишга 1 кун 1г дан бир маҳал, қолган кун — лари суткасига 0,5г дан 1 маҳал берилади. Болаларга сульфадиметоксин тана ўлчамига қараб 25мг/кг би — ринчи кун ва 12,5мг дан қолган кунларга ҳисобланади.

Сульфален 0,2 ва 0,5г таблетка кўринишида. П — репарат жуда узоқ мудатли микробга қарши таъсирли. Препаратни қондан ярим чиқарилиш даври — 65 соат.

Бисептол 480 ёки 240мг (трипетоприм, бактрим, септрим, ко — тримаксозол) таблетка кўринишидаги препарат бўлиб, таркибида 100 ёки 400мг сульфа — метаксозол ва 20 ёки 80мг триметопримни сақлайди. Катталар ва 12 ёшдан катта болаларга 960мг суткасига 2 маҳал, 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган бола — ларга 480мг суткасига 2 маҳал берилади. Қабул қилиш давомийлиги 5—6 кун. Қарши кўрсатмалар препа — ратни индивидуал кўтара олмаслик, ҳомиладорлик, қон яратилиш бузилиши, буйрак ва жигар фаолия — тини бузилиши.

Этазол — 0,25 ва 0,5г таблетка кўринишида. Кенг спекторли антибактериал спектрида кам токсик ху — сусиятига эга. Ичга кунига 1г дан 4—6 мартда буюрилади. Болаларга этазол икки ёшгача ҳар 4 со — атда 0,1—0,3г дан, икки ёшдан — 5 ёшгача ҳар 4 соатда 0,3—0,4г дан; беш ёшдан 12 ёшгача ҳар 4 соатда 0,5г дан буюрилади. Катталар учун энг юқори бир мар — талик доза 2г, суткали 7г.

Этазол натрий — 10% эритмаси ампулаларда 10мл чиқарилади. ЛОР аъзолари бўшлигини ювилганда ва бўшлиққа юборилганда юқори локал антимиқроб концентрацияни яратиш учун ишлатилади.

## Антибиотиклар

Бу препаратлар турли гуруҳ микробларга қарши бактериостатик ва бактерицид хусусиятига эга. Ан —

тимикроб химиотерапия учта асосий компонентини кузатиш мумкин: микроорганизм –дори воситаси – макроорганизм. Одамни юқумли касалликни чақирувчи микроорганизмлари бактериялар, риккетсиялар, вируслар, замбуруғлар, содда хайвонлар киради.

Антибактериал препаратлар дори воситаларини кимёвий таркиби ва таъсир механизмига кўра кўп сонли гуруҳни ташкил этади. ЛОР амбулатор амали – ётида асосан перорал препаратлар ишлатилади, бундан ташқари антибиотик эритмалари шиккастланган бўшлиқларга уларни антисептик эритмалари билан ювилгандан сўнг ишлатилади.

Оториноларигологияда қўлланиладиган анти – микроб препаратлар бўлинади: Бета лактами (пенициллин, цефалоспорин), Цефалоспоринлар, Макролидлар, Аминогликозидлар, Тетрациклинлар, Линкозаминлар, ДНК гидразани ингибиторлари (хи – нолонлар, фторхинолонлар), комбинирлашган антибиотиклар.

### Пенициллин гуруҳдаги антибиотиклар

Ушбу дорилар табиий ва синтетик бўлади. Улар барча граммусбат бактерия, грамманфий ва таёқчаларга яхши самара кўрсатишади. Бензилпенициллин натрий ва калий тузлари флаконда оқ кукун таркибида 250 – 500 минг ЕД бўлади. Эритма кўринишда қўлланилади мушак орасига ва бўшлиқ ичига.

Феноксиметилпенициллин (оспен) таблетка шаклида 0,1 – 0,5г, дражеси 0,1г дан. Бактериостатик таъсирига эга. Ичишга овқатдан бир соат оддин. Қабул қилиш давомийлиги 4,6 суткасига. Уртача бир маро – таба қабул қилиш миқдори катталарга 0,25г, суткали 15г. Бир ёшгача бўлган болаларга суткали миқдори 25 – 30мг/кг 12 ёшдан катта бўлганларга.

Оксациллин яримсинтетик пенициллин гуруҳга

кириб таблетка шаклида 0,25–0,5г дан. Катталарга ва 6 ёшдан катга бўлган бир марталик дозаси (сут – кали 3г). 3 ойгача бўлган болаларга 250мг/кг суткасига берилади, 3 ойдан 2 ёшгача бўлганларга 1г суткасига, 2 ёшдан 6 ёшгача бўлганларга 2г кунига.

Ампициллина тригидрат – таблетка ва капсула шаклида 0,25г. Яримсинтетик пенициллин гуруҳидаги антибиотик препарат. Кенг доирали таъсирига эга бўлиб бир мартаба қабул қилиш дозаси 0,5г, суткада 2–3г. Болаларга 100мг/кг тана вазнига кўра берилади. Қиска қабул 4,6 маҳал кунига. Ампициллин натрий тузи кукун ҳолда 0,25–0,5г флаконда аралашма тай – ёрлаш учун 2мл эритма билан. Бурун ёндош бўшлиқлари тозалаш мақсадида ва мушкул орасига инъекция шаклида қулоқ, бурун, томоғ касалликларида оғир кечишида ишлатилади.

Ампиокс комбинирлашган антибиотик, ампициллин ва оксациллин натрийнинг тузидан иборат 100 ёки 200, 500мг дан флаконда ишлаб чиқарилган. Ҳамма турли қўзғатувчиларга амалиёт жиҳатидан кенг доирали таъсирига эга. 0,25г капсула шаклида қўлланилади, суткалик қабул қилиш миқдори 2–4г, 12 ёшгача бўлган болаларга 100мг/кг тана вазнига.

Карбенициллин натрий тузи – яримсинтетик пенициллиндан келиб чиққан. Кенг доира таъсирига эга. Кўк йирингли таёқчага актив таъсирига эга. Чиқариш миқдори 1,0г дан ЛОР аъзолари бўшлиқларини ювиш мақсадида ишлатилади.

Амоксициллин (оспамокс) таблеткаси 1,0г, капсуласи 0,25 ва 0,5г дан. Пенициллин қаторидаги яримсинтетик антибиотик бўлиб кенг доира таъсирига эга. Бактериоцид таъсирига эга, граммусбат ва грамман – фий кокларга ва актив таъсирига эга. Катталарга ва 10 ёшдан катга болаларга 0,5г дан кунига 3 маҳал, 10 ёшгача болаларга 0,125–0,25г дан кунига 3 маҳал, 2 ёшгача кун – даги 20мг/кг миқдорида тана вазнига қараб кунига 3 маҳал.



Амоксиклав(аугментин) комбинациялашган ан — тибийотик (амоксициллин тригидрат шаклида 250 ёки 500мг да ва клавулан кислотаси калий тузи шаклида 12,5мг),микроб хужайраларга нисбатан бактерицид хусусиятга эга, кенг доирали антибийотик. Граммусбат ва грамманфий микроорганизмларга нисбатан актив, ҳамда аэроб бактерияларга сезгир. Препаратни сут — касига қабул қилиш жараёни даражасига қараб 2—3 мартаба тайёрланади.

### **Цефалоспорин гуруҳига кирувчи антибийотиклар**

Кенг доирали антимикуроб хусусиятига эга, анъ — анавий ялигланишга қарши дори воситалари таъсирига эффекутив.Цефалоспоринларни бириничи, иккинчи, учинчи, тўртинчи авлодларини ўз ичига олди.

Биринчи авлод препаратларига киради:

Цепорин(цефалоридин) 0,25—0,5 ва 0,1г дан флакондаги кукун.Пенициллин аллергияси бор бўлган беморларга бўшлиқни ювиш ва бўшлиққа юбориш мумкин.

Цефалексин(цепорекс) капсула шаклида 0,25 ва 0,5г.Парентерал қабул қилиш учун кенг доирали препарат.Бир марталик дозаси катталар учун 0,25—0,5г,бир суткали 4,0—6,0г. 40кг дан кам бўлганда ўрта суткали доза 25—50мг/кг ташкил қилади.Суткасига бир маҳал қабул қилинади. Қарши кўрсатма: ҳомиладорлик, ин — дивидуал кўтара олмаслик.

Цефазолин(цефамизин,кефзол) флаконда кукун 1,0г парентерал юбориш учун. Бўшлиққа юбориш учун ҳам қўллаш мумкин.

Анцеф — флакондаги кукун 0,5 ва 1,0г дан. Бак — терицид таъсирига эга. Максимал суткали доза 6,0г. Бўшлиққа юбориш пункция ва ювишдан кейин қўллаш мумкин.

## Макролидлар

Ушбу гуруҳга эритромицин дори воситаси ки — ради. Эритромицин таъсир механизми тетрациклин таъсир механизмига ўхшаш.

Эритромицин — 0,1–0,25г таблетка шаклида. Кенг доирали антибиотик, бир марталик дозаси 0,5г, суткасига 2г. Бир ёшдан уч ёшгача бўлган болаларга суткасига 0,4г. 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга суткасига 0,5г дан 1,0г гача. Дори воситаси тенг миқ — дорда ҳар 4–6 соатда берилади. Қарши кўрсатма индивидуал кўтара олмаслик ва жигар касалликларда.

Олеандомицин фосфат 0,125г таблетка шакли — да. Кенг спектр таъсирига эга. Перорал қабул қилинади. Бир марталик дозаси 0,5г, суткасига 2,0г. № ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга 0,25г, 0,5г сутка — сига, 6 ёшдан 14 ёшгача булган болаларга 0,5–1,0г, 14 ёшдан катталарга 1,0–1,5г, суткасига 4 бўлиб.

Клиндамицин эритромицин сингари хусусиятга эга, анаэробларга нисбатан актив. Танлов дори во — ситаси деб ҳисобланади. Ҳар 6 соатда перорал қабул қилинади 150–450мг ёки 600–900мг вена ичига ҳар 8 соатда.

Кларитромицин яримсинтетик макролид бўлиб, таъсир доираси эритромицин билан ўхшаш, ҳамда *haemophilus influenza* ва *moraxiella catarrhalis* га эф — фектив таъсир қилади. Ҳар 12 соатда 250–500мг парентерал қабул қилинади. Қарши кўрсатма: ҳоми — ладорлик, буйрак етишмовчилиги.

Азитромицин — азалид кимёвий тузилишига кўра эритромицинга яқин, аммо спектр таъсири кучлироқ. Кларитромицинга ўхшаган. Парентерал 250–500мг 1 марта суткасига.

Олететрин комбинирлашган антибиотик бўлиб 0,125 олеандомицин фосфат ва 0,125г тетрациклин

гидрохлорид ташкил қилади. Таблетка шаклида 0,25г. Кунига 0,25г ичига 4—6 маҳал. Препаратнинг сут—кали дозаси 1—1,5г.

Линкомицин гидрохлорид капсула шаклида 0,25г. Парентерал қабул қилинади. Бирламчи доза катталар учун 0,5г, суткага 1—1,5г. Кенг спектр таъсирига эга. Қарши кўрсатма: ҳомиладорлик, жигар ва буйрак ка—салликларида.

Вильпрофен таблетка шаклида 0,05, 0,2 ва 0,5г. Флакон ичида суспензия 100,0мл. Бактериоста—тик. Суткали дозаси 0,8—2,0г(учмарталик), суспензия 30—50мг/кг суткада 3 маҳал.

Ровамицин таблетка шаклида 1,5млн. МЕ. Па—рентерал қабул қилинади. Суткали дозаси 6—9 млн. МЕ, 2—3 маҳал.

Рулид 0,15г таблетка шаклида, кунига 2 маҳал.

Синтомицин линимент 1, 5, 10%. Йрингли жаро—ҳат, куйиш, пиодермия даволашида ишлатилади.

**Анальгетик ва қисман ифодаланган  
ялигланишга қарши таъсирига эга  
дори воситалари.**

XIX асрда ялигланишга қарши хусусиятга эга бўлган ацетилсалицилат кислотаси ва уларнинг хо—силалари кашф қилингандан бери тиббиётда фаол қўлланилмоқда. Уларнинг ялигланишга қарши, ҳарорат туширувчи ва оғриқсизлантирувчи самарага мурра—каб бўлиб простогландинларни синтезини камайтириши (анальгетик марказий ва периферик таъсири) гипоталамусга таъсири (ҳарорат туширувчи таъсири) билан боғлиқ.

Аспирин (ацетилсалицилат кислотаси) 0,25 ва 0,5г таблеткалар. Оғриқ қолдирувчи, ҳарорат туши—рувчи, антиагрегант таъсирига эга. Кунига 0,5г дан 3—4 маҳал ичилади ёки ректал шамчалар кўринишида

0,3–0,6г ҳар 3–4 соатда қўлланилади. Ножўя таъсири ошқозон ичак тракти (ошқозон) ва тўғри ичак шиллиқ қаватини таъсирлаш, узоқ вақт қабул қилганда интерстициал нефрит ва паппиляр некроз, диспепсия ва қон кетишни чақириш мумкин. Ацетилсалицилат кислотаси турли давлатлар фармокологик саноатида турли хил дори моддалар таркибига киритилган.

Бенорилат (бенорал) бу ацетилсалицилат кислотанинг эфир ва парацетамол комбинациясидир. Шакли 0,75г дан. Ошқозон шиллиқ қаватига кам таъсир этади. Бир суткалик дозаси 4–8г, 2–3 маҳал.

Дифлунизал (долобид) 0,25 ва 0,5г таблетка шаклида чиқарилади. Салицилат кислотанинг фторфинил унуми ҳисобланади. Ошқозон ичак трактига ножўя таъсири камроқ. Суткалик дозаси 0,25, 0,5г – 2 маҳал.

Антипирин (феназон) пиразон унуми. 0,25 таблетка. Ялиғланишга қарши, ҳарорат туширувчи, оғриқ қолдирувчи хусусиятга эга. Салицилатлардан фарқли ўлароқ. Ошқозон шиллиқ қаватига таъсир қилмайди, қоннинг ивишқоқлигини оширади. Суткалик дозаси 0,25–0,5г, 2–3 маҳал.

Амидопирин 0,25г таблетка шаклида. Ўзининг таъсири билан антипиринга яқин ва активроқ. Суткалик дозаси 1 таблеткадан 3–4 маҳал.

Анальгин 0,25–0,5г таблетка. Кенг ишлатилувчи нонаркотик анальгетик. Суткалик дозаси 0,25–0,5г, 2–3 маҳал ичига ёки 50% – 2мл эритмаси мушак орасига 2 маҳал.

Парацетамол таблетка 0,2г. Бир марталик дозаси 1,5г. Ялиғланишга қарши ва оғриқ қолдирувчи хусусиятга эга.

Вобензим – драже 40, 200 ва 800 дона 1 упаковкада. Мураккаб таркибли модда. Ялиғланишга қарши ва балғам кўчирувчи хусусиятга эга.

## Маҳаллий таъсирга эга антисептик моддалар.

Суюқ, аэрозол ва таблетка шаклдаги препаратлар. Уларнинг асосий мақсади яллиғланиш жараёни соҳасида антисептикнинг максимал маҳаллий концентрациясини тўшлаш.

Гексализ мураккаб таркибни шимиш учун қўлланади. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқ яллиғланиш касалликларида 6–8 таблетка бир кунда ичилади.

Гексаспрей – 30,0г флаконда. Оғиз бўшлиғи, – бурун ҳалқум яллиғланиш касалликларида маҳаллий ишлатиладиган спрей. Бир суткада 2 пуфлаш 3 маҳал ишлатилади.

Гексорал – 0,1% 60–200мл маҳаллий ишлатиладиган флакондаги эритма ва 0,2% 40мл флакондаги эритма – спрей. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқ яллиғланиш касалликларида қўлланилади.

Ларипронт – шимиладиган таблетка. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқ яллиғланиш касалликларида 1 таблеткадан 2–3 маҳал ишлатилади.

Мирамистин – 0,01% эритма маҳаллий ва ташқи қўллаш учун. Антисептик. Ҳалқум, ҳиқилдоқ яллиғланиш касалликларида, ўрта қулоқ ва бурун ёндош бўшлиқларини ювишда ишлатилади. Флаконда 100 ва 500мл ишлаб чиқарилади.

Себедин шимиш учун таблетка. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум яллиғланиш касалликларида 1 таблеткадан ҳар 2 соатда шимилади.

Стрепсилс, тангум Верди, тонзилгон, фалиминт, фарингосепт тил ости шимиладиган таблетка. Оғриқ билан кечувчи оғиз бўшлиғи яллиғланиш касалликларида қўлланилади. 1 таблеткадан 3–4 маҳал шимилади.

Флуимуцил – балғам кўчирувчи модда ва антиоксидант, яллиғланиш ўчоғида шиллиқнинг суюлтириш ҳисобига яллиғлантиришни сусайтиради.

## Витаминлар.

Яллиғланиш даври ривожланаётганда инфекци — яларга қарши организмнинг курашишини кучайтириш мақсадида антибиотиклар билан бир қаторда витаминлар (С,В) ишлатилади. Кўпрок С витамини ишлатилади.

С витамини (аскорбин кислотаси) — организмда оксидланиш — тикланиш жараёнларини яхшилайдди, углеводди алмашувда қатнашади, томирларни мус — таҳкамлайди, ана шулар ёрдамида яллиғланаётган жойларда шишга қаршилиқ кўрсатилади.

Аскорбин кислотасига суткасига булган эҳтиёж — 70—100 мг. Аскорбин кислотаси 0,05 г ва 0,1 г ли таблетка ҳамда инъекция учун 5% эритма сифатида ишлатилади.

В гуруҳли витаминлар организмда оксидланиш тикланиш жараёнларини яхшилаш учун ишлатилади, чунки кучли антиоксидант бўлиб ҳисобланади. Хусусан шу гуруҳ витаминлари қулоқ патологияларини даволашда ишлатилади. Кўпинча ишлатиладиган витаминли препаратлар «Аэровит», «Гексавит», «Ундевит», «Рибовит», «Ревит», «Олиговит».

## РЕЦЕПТЫ

1. Rp.: Garazon 5 ml  
D.S. На турунде в наружный слуховой проход 2-3 раза в день, сверху на область уха полуспиртовый компресс.
2. Rp.: Sol. Bivacini 10% – 15ml  
D.S. На турунде в наружный слуховой проход 2-3 раза в день.
3. Rp.: Ung. Нусамусин-Тева (или Sol. – 5ml)  
D.S. Смазывание стенок наружного слухового прохода 1-2 раза в день.
4. Rp.: Sofradex 5 ml  
D.S. По 1-2 капли 2-3 раза в день или на турунде в наружный слуховой проход.
5. Rp.: Otirax 16 ml  
D.S. На турунде в наружный слуховой проход 2-3 раза в день.
6. Rp.: Otinum 10 ml  
D.S. На турунде в наружный слуховой проход 2-3 раза в день.
7. Rp.: Tab. Suprastin 0,025  
D.t.d.N.30  
S. По 1 таблетке 2-3 раза в день.
8. Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% - 200 ml  
D.S. По 1 ст. ложке 3 раза в день.

9. Rp.: Sol.Calcii chloridi 10% - 10 ml  
D.t.d. N.10 in amp.  
S. Внутривенно медленно.
10. Rp.: Ung. Охусорти 10,0  
D.S. Для смазывания стенок наружного слухового прохода.
11. Rp.: Tab.Nistatini 250000 ЕД  
D.t.d.N.30  
S. По 1-2 таблетке 4 раза в день.
12. Rp.: Tab. Pimafucini  
D.t.d.N.20  
S. По 1 таблетке 2 раза в день.
13. Rp.: Tab. Levorini 500 000 ED  
D.t.d.N.30  
S. По 1 таблетке внутрь 2-3 раза в день.
14. Rp.: Ung.Pimafucorti 15,0  
D.S. Для смазывания стенок наружного слухового прохода 1-2 раза в день.
15. Rp.: Ung.Pimofucini 30,0 (20,0)  
D.S. Для смазывания стенок наружного слухового прохода 1-2 раза в день.
16. Rp.: Nitrofungin 25 ml  
D.S. Для смазывания стенок наружного слухового прохода 1-2 раза в день.
17. Rp.: Susp. Augmentin 100 ml  
D.S. По 1 чайной ложке 3 раза в день после еды  
( 5 мл – 0,25 г амоксициллина).



18. Rp.: Tab. Sulfadimezini 0,5  
D.t.d. N.20  
S. По 1-2 таблетке 4-6 раз в день.
19. Rp.: Sol. Spiritae camphoratae 40 ml  
D.S. На турунде в наружный слуховой проход  
2-3 раза в день.
20. Rp.: Ung. Furacilini 0,2% - 25,0  
D.S. Для смазывания стенок наружного слухового  
прохода 1-2 раза в день.
21. Rp.: Sol. Sulfacylum –natrii 10% - 10 ml  
D.S. По 2-3 капли 2-3 раза в день в ухо.
22. Rp.: Sol. Clindamycini 15 % - 2 ml  
Sol. Natrii chloridi isotonicae – 20 ml  
M.D.S. По 5-6 капель 3 раза в день в наружный  
слуховой проход.
23. Rp.: Chymotrypsini cryst. 0,005 (0,01)  
D.t.d.N.5 in amp.  
S. 1 ампула + 10 мл физ. раствора в наружный  
слуховой проход на 30-40 минут.
24. Rp.: Susp.Hydrocortisoni acetatis 2,5% - 5,0  
D.S.На турунде в ухо 3 раза в день после санации.
25. Rp.: Ung.Hyoxysoni 10,0  
D.S.Для смазывания стенок наружного слухового  
прохода 1-2 раза в день.

26. Rp.: Interferoni 2 ml  
D.t.d. N.5 in amp.  
S. В 2 мл дистилл. воды растворить содержимое ампулы, по 5 капель в каждый носовой ход каждые 3-4 часа.
27. Rp.: Tab. Remantadini 0,05  
D.t.d.N.30  
S.По 2 таб. 3 раза в сутки.
28. Rp.: Sol.Naphthyzini 0,1% - 10 ml  
D.S.По 2-3 капли в каждый носовой ход 2-3 раза в день.
29. Rp.: "Adrianol" 10 ml  
D.S.По 2-3 капли в каждый носовой ход 2-3 раза в день.
30. Rp.: Pinosoli 10 ml  
D.S.По 2-3 капли в каждый носовой ход 2-3 раза в день.
31. Rp.: Aeros. "IRS 19"  
D.S.По 2-5 доз/день в носовые ходы 5-10 дней.
32. Rp.: Aeros. "Camphomenum" 45 ml  
D.S.Для распыления в глотку во время вдоха 3-4 раза 1-3 раза в день.
33. Rp.:Aeros. "Hexoral" 40 ml  
D.S. Для распыления в глотку 1-2 раза в день после еды.

34. Rp.: Gumisoli 2,0  
D.t.d. N.30 in ampullis  
S. В/м по 1 мл в течение 10 дней.
35. Rp.: Erythromycini 0,1  
D.t.d.N.20 in tab.  
S. По 1-2 таблетки каждые 4-6 часов.
36. Rp.: Benzylpenicillinum-natrii 1000000 ED  
D.t.d. N.10 in flac.  
S. По 500 000 ED 4 раза в сутки внутримышечно  
вместе с 10 мл 0,5% р-ра новокаина после пробы.
37. Rp.: Tab.Septolete N15  
D.S. По 1 таблетке 4-6 раз в день.
38. Rp.: Sol.Kalii permanganatis 1% - 20 ml  
D.S. По 30-40 капель на стакан воды  
для полосканий.
39. №1 паста  
Rp.: Neomycini sulfatis 2000000 ED  
Prednisoloni 0,2  
Sovcaini 0,2  
Paraffini 10,0  
Vinilini 10,0  
M.D.S. Заполнение лакун после промывания  
миндалин.
40. №2 паста  
Rp.: Chinosoli 0,2  
Prednisoloni 0,2  
Sovcaini 0,2  
Paraffini 10,0  
Vinilini 10,0  
M.D.S. Заполнение лакун после промывания  
миндалин.

41. №3 паста  
Rp.: Unq. Oxycorti 10,0  
Oxytetracyclini 700000 ED  
Sovcaini 0,2  
Paraffini 10,0  
M.D.S. Заполнение лакун после промывания миндалин.
42. Rp.: Succii Aloes 100 ml  
D.S. Для промывания миндалин по 5 мл.
43. Rp.: Dragee Vit. A 3300 ME  
D.t.d.N.50  
S. По 1 драже 1-2 раза в сутки.
44. Rp.: Tocopheroli acetatis (Vit. E) 0,05  
D.t.d.N.50 in caps.  
S. По 1 капсуле 1-2 раза в сутки.
45. Rp.: Tab. Acidi ascorbinici (Vit. C) 0,1  
D.t.d.N.30  
S. По 1 таблетке 3 раза в сутки.
46. Rp.: Sol. Collargoli 2% - 10 ml  
D.S. Для ингаляций по 5 мл.
47. Rp.: Sol. Protargoli 2% - 10 ml  
D.S. По 2-3 капли в каждую половину носа 2-3 раза в день.
48. Rp.: Zinci sulfatis 0,25  
Aq. destill. 50 ml  
M.D.S. Для ингаляций по 5 мл.

49. Rp.: Zinci oxydi 25,0  
Glycerini 25,0  
Mentholi 1,0  
Aq. destill. 500 ml  
M.D.S. Для ингаляций по 5 мл.
50. Rp.: Tab. Calcii gluconati 0,5  
D.t.d. N.30  
S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.
51. Rp.: Tab. Амоxacillini 0,25 (0,5)  
D.t.d. N. 30  
S. По 1 таблетке 3 раза в день.
52. Rp.: Tab. Siflox 0,25 (0,5)  
D.t.d. N. 20  
S. По 1 таблетке 2 раза в день.
53. Rp.: Tab. Dimedroli 0,05  
D.t.d. N.20  
S. По 1 таблетке 2-3 раза в день.
54. Rp.: Tab. Ampicillini 0,25 (0,5)  
D.t.d.N.30  
S. По 1 таблетке 3-4 раза в день.
55. Rp.: Tab. Tarivid 0,2  
D.t.d.N.20  
S. По 1 таблетке 2 раза в день.
56. Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1 ml  
D.t.d. N.10 in amp.  
S. По 1 мл внутримышечно.
57. Rp.: Sol. Lincomycini hydrochloridi 30% - 1ml  
D.t.d.N.10 in amp.  
S. По 1 мл внутримышечно 3 раза в день.

58. Rp.: Claforan - 1,0  
D.t.d. N.10 in flac.  
S. По 1 г внутримышечно в 2 мл воды для инъекций 2 раза в день.
59. Rp.: Kefzol - 0,25 (0,5;1,0;2,0;4,0)  
D.t.d.N.10 in flac.  
S. По 1 г внутримышечно в 2 мл воды для инъекций 2 раза в день.
60. Rp.: Cefalexini - 0,25 (0,5)  
D.t.d.N.10 in caps.  
S. По 1 капсуле 2 раза в день.
61. Rp.: Cefobid - 1,0  
D.t.d.N.10 in flac.  
S. По 1 г внутримышечно в 2 мл воды для инъекций 2 раза в день.
62. Rp.: Cefuroxim - 0,75  
D.t.d. N.10 in flac.  
S. По 1 г внутримышечно в 2 мл воды для инъекций 2 раза в день.
63. Rp.: Fortum - 0,5(1,0;2,0)  
D.t.d.N.10 in flac.  
S. По 1 г внутримышечно в 2 мл воды для инъекций 2 раза в день.
64. Rp.: Cefpirom - 2,0  
D.t.d.N.10 in flac.  
S. По 2 г внутримышечно в 2 мл воды для инъекций 2 раза в день.

65. Rp.: Ceftriaxon - 0,25  
D.t.d.N.10 in flac.  
S. По 0,5-1 г внутримышечно в 2 мл воды для инъекций 2 раза в день.
66. Rp.: Cefaclor - 0,25 (0,5)  
D.t.d.N.10 in caps.  
S. По 1 капсуле 2 раза в день.
67. Rp.: Tab. Nisorali - 0,2  
D.t.d.N.20 -  
S. По 1 таб. внутрь 2 раза в день.
68. Rp.: Tab. Diflucani - 0,05 (0,1;0,2)  
D.t.d.N.20  
S. По 1 таб. внутрь 2 раза в день.
69. Rp.: Tab. Lamizili - 0,125 (0,25)  
D.t.d.N.20  
S. По 1 таб. внутрь 2 раза в день.
70. Rp.: Ung. Lamizili - 1% - 5,0(30,0)  
D.S. Для смазывания стенок наружного слухового прохода 1-2 раза в день.
71. Rp.: Sol. Novocaini 1% - 30 ml  
D.S. Для местной инфильтрационной анестезии.
72. Rp.: Sol. Etamsylati (Dicynen)12,5% - 2 ml  
D.t.d.N.10 in amp.  
S. Внутримышечно 2-4 мл за 3 ч до операции или в послеоперационный период.

Ўқув қўлланмаси

Қўндуз Асадуллаевна Ходжаева

**АМАЛИЙ**  
**ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

Муҳаррир: Комилов А.

Босмахонага 9.11.2005 йилда топширилди.  
Қўғоз бичими 84x100.  $\frac{1}{16}$ . 24 босма табоқ.  
Адади 1000 нусха. Заказ №174.

«Сано – Стандарт» МЧЖ  
босмахонасида чоп этилди.  
Ташкент шаҳри, Широқ, 100.

Муаллифлар «Zar qalam» нашриётига ҳамийлик  
ёрдамлари учун ўз миннатдорчиликларини билдирадилар.