

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги  
Тиббий таълимни ривожлантириш маркази.  
Андижон Давлат тиббиёт институти.**

# **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**(Тиббиёт институти V-VII курс талабалари учун  
ўқув-услубий қўланма)**

**Андижон – 2007**

56.89737

**Ўқув-услубий қўлланма Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирлиги Фан ва ўқув юртлари бош  
бошқармаси томонидан тасдиқланган.**

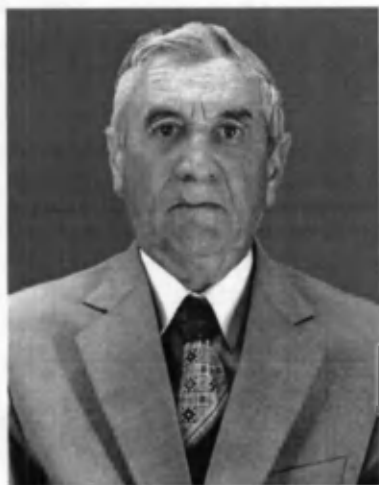
**Масъул муҳаррир: И. К. КАСИМХЎЖАЕВ – оператив жарроҳлик ва  
топографик анатомия кафедраси мудири, тиббиёт  
фанлари доктори, профессор**

Ю 33629  
291

ISBN 978-9943-315-09-6

© А.И. Алимов.  
© «Andijon nashriyot-matbaa»  
ОАЖ, 2007.

2007/54  
15766  
Alisher Navoiy  
nomidagi  
O'zbekiston Mk



### **АЛИМОВ АКРАМ ИНОЯТОВИЧ**

Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Андижон Давлат тиббиёт институти Оториноларингология, офтальмология, ВМОФ офтальмология курси кафедрасининг мудири.

А.И.Алимов 235 дан ортиқ илмий ишлар, 6 та монография ва дарсликлар муаллифидир.



## КИРИШ

Оториноларингология тиббиётнинг бошқа соҳалари каби тиббиётда муҳим ўрин эгаллайди. Даволаш муассасаларига мурожаат қилган барча беморларнинг 15 фоизини юқори нафас йўллари яллиғланиши ҳамда қулоқ касалликлари ташкил қилади ёки қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари билан умумий касалланиш 30 фоизни ташкил этади.

Оториноларингология - юқори нафас йўллари ва қулоқ касалликларининг морфологик ҳамда физиологик хусусиятларини ўрганувчи ягона клиник фан ҳисобланади.

Оториноларингология латинча сўзлардан олинган бўлиб, otos (қулоқ), rhinos (бурун), laryngos (томоқ) деган маънони англатади. Шу сўзларнинг биринчи ҳарфлари олиниб, ОРЛ ёки ЛОР деб қисқартирилган.

Оториноларингология ЛОР аъзоларининг клиник анатомияси ва физиологиясига алоҳида эътибор қаратади, чунки сезиш анализаторларининг кўп қисми айнан ЛОР аъзоларидан бошланади. Жумладан: эшитиш анализатори - инсоннинг дунёни англашида, нутқ ҳосил бўлишида ҳамда иккиламчи сигнал тизим фаолияти асосини ташкил қилади. Бундан ташқари вестибуляр анализатор мувозанатни сақлашда, чамалашда, фазода инсон гавдасини тик тутиб юришида муҳим аҳамият касб этади. Ҳид ҳамда таъм билиш анализаторлари инсон ҳаётида муҳим роль ўйнайди. Юқори нафас йўлларининг шиллиқ қаватида кўплаб ҳар хил турдаги рецепторлар - (механо, -термо, -химио ва бошқалар) бўлиб, ЛОР аъзоларидан тананинг бошқа аъзолари тизимига рефлектор таъсир этиб туради. ЛОР аъзоларининг ўткир ҳамда сурункали касалликлари оқибатида ҳаёт учун хавф солувчи асоратлар, яъни отоген ва риноген менингит, мия абсцесси, синустромбоз ва сепсис келиб чиқиши мумкин.

ЛОР касалликларининг айримлари социал аҳамиятга эга, яъни, карликка ҳамда вестибуляр дисфункцияга олиб келади.

**Ўқув қўлланманинг асосий мақсади:**

- Қулоқ, томоқ, бурун касалликларини ўз вақтида эрта аниқлаш, даволаш ва олдини олиш чора-тадбирларини магистр, клиник-ординаторлар ва 5-7 курс талабаларига етказиш.

- ЛОР аъзоларини текшириш усулларининг муҳим жиҳатлари билан, яъни эндоскопик ва эшитишни функционал текширув усуллари, вестибуляр ёки мувозанат фаолиятини, ҳид ҳамда таъм билиш фаолиятини текшириш усуллари билан таништириш.

- ЛОР касалликлари этиологияси, патогенези, клиник кўриниши, тўғри ташҳис қўйиш, касалликнинг олдини олиш чора-тадбирлари ҳамда ЛОР аъзолари жароҳатида тезкор ёрдам кўрсатишни ўргатиш.

- Поликлиника шароитида беморларни текшириш ва керакли муолажаларни олиб боришни шакллантириш.

- ҚВП ва ШВПга ЛОР аъзолари касалликлари билан мурожаат этган беморларни мутахассис кўрсатмаси билан реабилитация ва диспансеризация қилиш.

Ўқув қўлланма расмлар, схемалар, зиддиятли масалалар ва рецептлар билан тўлдирилган бўлиб, улар аудитор дарсларга тайёрлаш ва келажакдаги амалиёт ишларида катта ёрдам беради.

Шунингдек, мазкур қўлланма Ўзбекистон Республикасининг Кадрлар тайёрлаш миллий дастурида белгиланган вазифаларни амалга ошириш ҳамда мутахассислар малакасини кўтариш, юқори малакали кадрлар тайёрлаш мақсадида ишлаб чиқилди.

*Хунарни асрабон нетгумдир охир,  
Олиб тупроққами кетгумдир охир.  
А.Навий.*

## **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ ВА СОҲАНИНГ ЕТУК МУТАХАССИСЛАРИ**

**Оториноларингология** - қулоқ, бурун ва томоқ ҳақидаги фан (otos - қулоқ, rhinos - бурун, larynges - томоқ) бўлиб, уларни тузилишини, вазифаларини, яъни эшитиш, ҳид сезиш аъзоларини ва нутқ ҳосил бўлишини, шунингдек, қулоқ, бурун, томоқ касалликларини, уларнинг бошқа аъзолар билан боғлиқлигини ўрганади.

И.П.Павлов таълимотига кўра анализаторлар периферик (қуйи) қисмидан токи ярим шарлар пўстлоғигача бутун бир системани ташкил қилади. Шунинг учун анализаторлар ўрганилаётганида, яъни уларнинг физиологияси ва патологиясини ўрганиш учун бутун бир системани кўриб чиқиш керак. Эшитиш ва вестибуляр анализаторларнинг қуйи қабул қилувчи аппарати рецепторлари қулоқда, ҳид сезиш анализаторларининг рецепторлари эса бурунда жойлашган. Бу анализаторларнинг марказий қисми бош мия ярим шарлари пўстлоғида жойлашади.

Оториноларингологиянинг ҳозирги кундаги вазифаси қулоқ, бурун ва томоқ касалликларининг олдини олиш ва уларни аниқлаш, даволаш, шу билан бирга анализаторларнинг бузилиш даражасини ҳам аниқлашдан иборат. Қулоқ, бурун, халқум ва ҳиқилдоқ организмнинг бир қисми ҳисобланиб, марказий нерв системаси томонидан бошқарилади. Бу аъзолар касалликларини бутун организмдан ажратиб олиб даволаш фойдасиз бўлгани каби, бошқа аъзоларни ҳам булардан, асосан марказий нерв системасидан ажратиб даволаш мумкин эмас.

Оториноларингология фани анча узоқ тарихга эга. Қулоқ ва юқори нафас йўлларининг тузилиши, вазифаси, касалликлари ҳақидаги дастлабки маълумотлар **Гиппократ** (460-377), кейинчалик **Цельс** (I аср), **Гален** (I-II аср) асарларида учрайди.

Ўрта асрнинг машҳур энциклопедист олими - **Абу Али Ибн Сино** (980-1037)нинг «Тиб қонунлари» номли китобида: қулоқ, бурун ва томоқ, оғиз бўшлиғи, тиш касалликларига катта бўлим ажратилган. Унда қулоқда шовқин таъсирида пайдо бўладиган карлик, бош айланиши, нутқда нафас олишнинг аҳамияти хусусида маълумотлар қизиқарли ёритилган.

Ўрта асрнинг охириларида ва капитализм даврида тиббиётда одам анатомияси, жумладан, қулоқ, бурун ва томоқ анатомиясини ўрганиш жараёни юқори даражага кўтарилган. XVI аср тиббиётининг йирик намоёндаси **А.Везали** (1514-1564) қулоқ бўлимларини алоҳида ёритиб берган. **Евстахий** (1540-1574) эшитиш найининг тузилиши ҳақида, **Фаллопий** (1523-1562) юз нерви канали, қулоқ лабиринти, ноғора бўшлиғи тўғрисида маълумотлар беришган.

**А.Вальсальв** (1666-1723) ўзининг «Одам қулоғининг тузилиши» номли китобида (1704) қулоқнинг анатомик ва паталогоанатомик тузилиши ҳақида ёзган. У амалиётда ўрта қулоққа ҳаво юбориш усулини кашф қилди. Бу усул ҳозирги вақтда ҳам кенг қўлланилмоқда.

Россияда оториноларингологиядаги атамалар (терминлар) биринчи бўлиб **М. Амбодик** томонидан жамланиб, анатомия, физиология ва жарроҳлик атамалари луғатига киритилди (1780-1783). XIX асрнинг охирида ва XX асрнинг бошида жарроҳлар томонидан ЛОР аъзолари илк бор ташриҳ қилинди. Қулоқ, бурун ва томоқ касалликлари ҳақидаги биринчи қўлланма петербурглик профессор **И.Ф.Буш** (1807-1825) томонидан яратилди ва жарроҳлик асарлари бўлимига киритилди. Унинг асарида ЛОР мутахассислигининг ўзига хос хусусиятлари ва вазифалари кенг ёритиб берилган.

Чех олими **Пуркинъе** (1820) бош айланиши билан нистагмнинг ўзаро боғлиқлигини аниқлади. **Флоран** (1842) қулоқ лабиринтини ёриб, ёйсимон каналлар бузилиши билан тана ҳолатининг бузилиши ўртасида боғлиқлик борлигини исботлади. У



чиғаноқнинг эшитиш аппаратига тегишлилигини, ярим ёйсимон каналлар эса вестибуляр аппаратга тегишли эканлигини кўрсатиб берди. **Эвальд** бу ва бунга ўхшаш бир қанча маълумотларни умумий қонуниятларига таянган ҳолда ички қулоқ ярим ёйсимон каналларининг вазифалари тўғрисидаги назарияни яратди (**Эвальд қонуни**).

Итальян олими **Кортиев** (1822-1876) чиғаноқ тузилишини ўрганиб чиқди, шунинг учун анатомияси «*Кортиев аъзоси*» деб номланди. Бу даврда айрим хужайраларни алоҳида тузилиши ва хусусиятлари **Дейтерс**, **Гензен**, **Клаудиуслар** томонидан ўрганилди. Ушбу хужайралар кейинчалик шу муалифларнинг номлари билан аталди. Буларга **Рейснер** ишларини ҳам киритиш мумкин.

**Гельмгольц** (1821-1894) анатомия ва физиологияни ўрганиши жараёнида (1856-1859) ўзининг эшитиш назариясини яратди.

Буюк олим **А. Политцер** (1885-1920) Фарбий Европада оториноларингологияни асосчиларидан бири саналади. Вена университетидатиатрия курсидан маърузалар ўқиш билан бирга қулоқ касалликларини даволашда оператив усулларни кенг жорий этиш устида тадқиқотлар олиб борди.

XIX асрнинг иккинчи ярмида оториноларингология алоҳида тиббиёт фани сифатида ажралиб чиқди. Унинг ривожланишида эндоскопик текшириш усулларининг аҳамияти катта бўлди. Бу усуллар тиббиёт ходимларига ўрганилаётган аъзонинг меъёрдаги ҳолатини, турли касалликлардаги патологик ўзгаришларини аниқлашда, ташҳис қўйишда, даволаш муолажаларини ўтказишда, жарроҳлик усулларини танлашда ёрдам беради. Қулоқ, томоқ, хиқилдоқ, халқум касалликларини бирлаштиришда уларнинг анатомо-топографик бирлиги, функционал ва физиологик бирлиги асос бўлган.

Немис врач **Гофман** ЛОР аъзоларини текшириш учун ўрта-сида кичкина юмалоқ тешиги бор ойнадан фойдаланишни таклиф этди. Чунки, шу ойнадан қайтган ёруғлик нурини ЛОР аъзо бўшлиқларига юбориш, уларнинг шиллиқ қаватини ва деворларини кўришга катта қулайлик яратади. Кейинчалик юмалоқ, ичи ясси, марказида тешик бор ойна амалиётда қўлланила бошланди. Бу содда ҳамда қўлланилиши осон бўлган ойна бошнинг пе-

шона қисмига, тешиги эса чап кўзга тўғрилаб маҳкамланади. У пешона рефлектори деб ном олди.

Муסיқа ўқитувчиси, профессор **Мануэль Гарсия** (1804-1906) 1854 йили бевосита ларингоскопия усулини ихтиро қилди. У ўзига халқум ўрта қисмига узун тутқичга бириктирилган ясси ойначани киритиб, аксини кўрди. Каттароқ ойна ёрдамида эса хиқилдоқнинг ички юзасини кўришга муваффақ бўлди (аутоларингоскопия). Бу усул Европанинг таниқли клиницистлари томонидан тўғри баҳоланди, жумладан, педиатр **К.А.Раухфус** (1835-1915) ва терапевт **И.А.Заборовский** томонидан юқори баҳоланди. 1861 йили **К.А.Раухфус** биринчи бўлиб, субхордал ларингит (сохта бўғма) клиникасини ёзди. У дунёда биринчи бўлиб ларингоскопияга асосланган ҳолда трахеотомия орқали хиқилдоқ ўсмасини олди. Россияда биринчи бўлиб, **Н.В.Склифасовский** (1836-1904) хиқилдоқни ярим резекция қилди. 1875 йили веналик хирург **Бильрот** хиқилдоқни тўла экстерпация қилди. **В.Н.Никитин** (1850-1921) аденоид диагностикасини ва жарроҳлик усулини кашф қилди. Германиялик отолог **Г.Шварце** (1837-1910) сўргичсимон ўсимтани оддий трепанация қилди.

XIX асрнинг иккинчи ярмида Фарбнинг буюк оториноларингологлари Мюнхеньда **Бецольд** ва унинг шогирди **Денкер**, **Галле**, отолог **Шварце**, Эрфурдда **Штакке**, Фрайбургда **Киллиан**, Прагада **Цауфаль** ва бошқалар ҳисобланади. Бу вақтда бошқа тиббий фанлар биология, физиология, микробиология, биохимия фанлари эришган ютуқлар оториноларингологияни ривожланишига катта ёрдам берди.

XIX асрнинг иккинчи ярмида Россия олимлари оториноларингологиянинг турли йўналишларида тадқиқотлар олиб бордилар. Бу вақтда отиатрияни даволаш муассасалари Петербургда, Москва, Киев ва бошқа шаҳарларда очилди. Шунга қарамай, аҳолига ёрдам кўрсатиш жуда тор усулда эди. **Н.М.Пирогов** музлатилган мурдаларни 3 та юзага бўлиб, яъни 3 йўналишда аралаб, ЛОР аъзоларини анатомо-топографик тузилишини ўрганди. У **Вальдеерга** боғлиқ бўлмаган ҳолда халқум лимфа ҳалқасини кашф этди. Шунинг учун адабиётларда **Вальдеер-Пирогов** лимфа ҳалқаси деб аталади. **Н.М.Пирогов** бурун, халқум ёндош бўшлиқларини ҳамда қулоқнинг анатомиясини ва топографияси-

ни ўрганди, уларга аниқликлар киритди. Петербургнинг йирик терапевти **С.П.Боткин** (1832-1889) ва **Г.А.Захарин** (1829-1897) тиббиётда янги йўналиш - отиатрия, ларингология ва ринология ривожланишига ҳисса қўшдилар (ўша вақтда бу алоҳида ўрганилар эди). Ўзларининг клиникасида ассистентларига эндоскопик текширишни ўргатдилар. **С.П.Боткин**нинг шогирди **Д.И.Кошляков** Россияда биринчи бўлиб, ларингология бўйича профессор бўлди. Иккинчи шогирди **А.Ф.Пруссак** отиатрия бўйича профессор бўлди (1890 йил). Бу олимлар ва уларнинг шогирдлари ҳиқилдоқ ва қулоқ касалликларини даволашда кўпгина янгиликлар кашф қилди (жаҳон терминологиясига «Пруссак бўшлиғи», киритилган бўлиб, бу бўшлиқ Пруссак номи билан аталиб, ноғора бўшлиғининг юқори қаватида жойлашган).

1889 йил академик **Н.М.Волкович** – жарроҳ, профессор Киев университетиде ЛОР курси бўйича приват доцент лавозимида ишлар эди. 1892 йили **С.П.Боткин**нинг шогирди **Н.П.Симановский** (1854-1922) Россияда биринчи мартаба қулоқ, бурун ва томоқ касалликларини бирлашган клиникасини ташкил қилди. 1893 йил Петербург Ҳарбий Тиббиёт академияси талабалари учун оториноларингологияни мажбурий курс сифатида киритди. Бу вақтларда Ғарбда ЛОР фани талабалар учун мажбурий фан ҳисобланмас эди. **Н.П.Симановский** ажойиб ташкилотчи, оториноларингологияни ривожланишига катта ҳисса қўшган олим, қулоқ, бурун ва томоқ касаллиги билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш учун клиника кўришга ҳаракат қилди. Ўз маблағига Самара шаҳрида 1-клиникани ташкил қилди. У ҳиқилдоқ иннервацияси, стробоскопия усулини ишлаб чиқди ва шу соҳа бўйича бир қанча ишларни олиб борди. Вестибуляр бурмани мускул тўқимасини ўрганди, ҳалқум лимфа ҳалқаси лимфааденит тўқимани тузилишини текшириб кўрди. **Н.П.Симановский** мактаби оториноларингологияни ривожланишида йирик марказ ҳисобланади.

XIX асрнинг охирларига келиб, Мовсквада оториноларингология госпитали очилди. Москва университетиде оториноларингологиядан маъруза ўқиладиган факультет ташкил қилинди. Бу йирик марказ бўлиб, эски Екатерина касалхонаси (ҳозирги **МОНИКИ** баъзаси) ҳисобланади. **Е.М.Степанов** (1855-1923) маз-

кур касалхонада ЛОР бўлими учун алоҳида корпус қуришга эришди. Шунингдек, даволаш хоналари ва илмий база ташкил қилди. Мазкур клиникада оториноларингологлар тайёрланди. **Е.М.Степанов** ЛОР аъзоларини хирургик даволашни фаол ўрганди. Биринчи марта сўргичсимон ўсимтани трепанация қилди, қулоқдан қон кетишида, хиқилдоқ тоғайларини шикастланишида, склеромада ва бошқа бир қатор илмий ишлар олиб борди. **Е.М.Степановнинг** замондоши **С.Ф. Штейн** махсус оториноларингологик клиникасини хусусий маблағи ҳисобига қуриб, унга ўзи директорлик қилди. **С.Ф.Штейн** ички қулоқни текшириш ишлари бўйича танилди. Ўша вақтларда Москва университетида **С.С.Преображенский**, **Е.Н.Малютин** приват доцент бўлиб ишлар эди. 1892 йилда петербурглик врач **М.С.Жирмунский** биринчи бўлиб рус тилида оториноларингология бўйича дарслик ёзди. Дарслик врачлар ва талабаларга мўлжалланган бўлиб, «қулоқ касалликлари қисқача қўлланмаси» номи билан аталди. **И.Б.Симановский** шогирди **В.И.Воячек** (1876-1972) совет оториноларингологиясининг йирик намоёндаси, олими ва мутахассиси Ленинград Ҳарбий Тиббиёт академиясининг ЛОР кафедрасида ишлади.

**В.И.Воячекнинг** ишлари қуйидагиларга бағишланган: эшитишни текшириш, отолит аппаратини вазифасини ва функционал ҳолатини аниқлаш бўйича тестлар, қулоқ жарроҳлигида ишлатиладиган асбоблар яратиш, қулоқ ташрихларини модификацияси, хиқилдоқ ўсмалари ва унинг пластик жарроҳлигига оид илмий ва амалий ишларни олиб борган, бир қатор монографиялар яратган. Биринчи бўлиб, қулоқ, бурун ва томоқ касалликларига оид дарслик ёзди. 1938 йилда ташқи буруннинг пластик операциясини кашф қилди. Меҳнат Қаҳрамони, Тиббиёт фанлари академиясининг академиги унвонларининг соҳиби бўлди. Унинг раҳбарлигида 70 дан ортиқ диссертациялар ёқланди.

**В.Ф.Ундриц** (1891-1963) профессор, Тиббиёт фанлари академиясининг муҳбир аъзоси, Россияда хизмат кўрсатган фан арбоби. Оториноларингологияда аллергик касалликлар, хиқилдоқ қисилиши, ички қулоқнинг вазифаларини ўрганишга ва эшитиш анализаторлари ташрихини мукаммаллаштириш борасида илмий ишлар олиб борди.

**К.Л.Хилов** (1895-1975) - профессор, Россияда хизмат кўрсатган фан арбоби, отосклерозда узангига ташрих усулини ишлаб чиққанлиги учун Давлат мукофоти соҳиби бўлган. Унинг монографиялари асосан вестибуляр ва эшитиш анализаторларига бағишланган.

**В.Н.Окунев** (1862-1919) профессор, Петербург врачлар малакасини ошириш олийгоҳида оториноларингология кафедрасида фаолият кўрсатган. Кўз ёши - бурун каналини очишни, ногора парданинг қуруқ тешигини беркитишда ҳамда хиқилдоқ силини даволашда уч хлоруксусли кислотани қўллаш усулини таклиф қилган.

**В.Н.Никитин** (1850-1938) профессор, Петербург врачлар малакасини ошириш институтида ЛОР кафедрасининг мудир вазифасида узоқ йил меҳнат қилган. «Бурун бўшлиғи касалликларидан қўлланма» (1882), «Ларингоскопияни ўрганиш ва хиқилдоқ касалликларидан қўлланма» (1885) номли китоблари нашр этилган.

**Л.Т.Левин** (1869-1944) - профессор, хизмат кўрсатган фан арбоби, 1917 йилдан Петербург врачлар малакасини ошириш институти ЛОР кафедраси мудир. Унинг «Қулоқнинг хирургик касалликлари» номли асари ҳозирги вақтгача ЛОР мутахассислари учун энг керакли қўлланмалардан бири бўлиб келмоқда. Л.Т.Левин ўзининг талантили шогирдлари Д.М.Рутенбург, В.Г. Ермолаев, Б.М.Млечин, М.П.Мезрин, Е.Г.Михлин, С.С.Гробштейн ва бошқа соҳа мутахассислари учун бир мактаб ташкил қилган. Ҳозирда уларнинг ишларини давом эттириб келаётган йирик мутахассис олимлар И.Б.Солдатов (Самара), М.С.Плужников (Петербург), Б.С.Крилов (Петурберг) ва бошқаларнинг номларини алоҳида таъкидлаш жоиз.

**В.Г.Ермолаев** (1899-1972) - профессор, Россияда хизмат кўрсатган фан арбоби, 1953 йилдан Петербург малака ошириш институтида кафедра мудир. Фониатрия масалалари ривожига салмоқли ҳисса қўшган. Шу соҳага оид кўпгина монографиялар нашр қилган. Айниқса, малакали мутахассислар тайёрлаш борасида ибратли ишларни амалга оширган. Унинг раҳбарлигида 22 нафар илмий кадр тайёрланган.

**Д.А.Пигулевский** (1899-1974) - профессор, Петербург тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудир вазифасида ишлаган. 16 нафар илмий кадр тайёрлаган. «Сурункали тонзиллитлар клиникаси ва патологияси» ҳамда «Қулоқ, бурун ва томоқ касалликлари» номли қўлланмалар яратди.

**И.Б.Солдатов** (1923-2002) - профессор, академик. Самара тиббиёт институтида ЛОР кафедраси мудирини бўлиб хизмат қилган. Соҳага оид 10 дан ортиқ монографиялар муаллифи. Монографияларининг асосий қисми вестибуляр анализаторлар патологиясига бағишланган. Унинг раҳбарлиги остида 50 та диссертация тайёрланди. «Нормадаги бодомча безлари нерв аппарати», «Қулоқ касаллигида қулоқ шовқини» каби тўпламлари нашр этилди.

**А.Ф.Иванов** (1867-1935) - профессор, Россияда хизмат кўрсатган фан арбоби, Москва тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудирини бўлиб ишлаган, Москвадаги оториноларингологияни янада ривожлантиришда самарали фаолият олиб борган. Бурун ёндош бўшлиқлари ҳамда хиқилдоқ жарроҳликлари бўйича, шунингдек, карликнинг патолог-анатомик текшириш борасидаги илмий ишлари билан танилган.

1-Москва тиббиёт институтида А.Ф.Ивановдан кейин 1936 йилда **А.Г.Лихачев** (1899-1985) - профессор, Россияда хизмат кўрсатган фан арбоби, Фанлар Академиясининг муҳбир аъзоси. У отоген сепсисни даволаш ва каверноз синустромбози ва йирингли лабиринтитни клиникаси, уларни даволаш масалалари билан шуғулланди. Унинг раҳбарлиги остида 40 дан ортиқ диссертациялар ёқланди. 1939 йилда унинг «Қулоқ, бурун ва томоқ касалликлари» дарслиги нашр қилинган. Шунингдек, «Бурун халқум ракиннинг клиникаси», «Сурункали аллергик риносинуситлар» (1967) каби илмий тўпламлар яратди.

**Н.А.Преображенский** (1918-1991) - профессор, академик, 1-Москва тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудирини. 1972 йилдан 1990 йилгача «Отосклерозда узангини жарроҳлик йўли билан даволаш» илмий иши учун Давлат мукофоти билан тақдирланган. «Қулоқ, бурун ва томоқ касалликлари»га (1980 й.) оид тўплами нашр этилган.

**Л.И.Свержевский** (1867-1941) - профессор 1919 йилдан 2-Москва тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудирини. Унинг тақлифига асосан 1-Москва тиббиёт институти баъзаси 1935 йилдан оториноларингологлар учун илмий-текшириш институти бўлиб ҳисобланди. У ангина, кўз ёшини ўтказувчи йўллари касалликларининг бурунга боғлиқлиги масалалари билан шуғулланган.

**Б.С.Преображенский** (1892-1970) - профессор, академик, Россияда хизмат кўрсатган фан арбоби, Меҳнат Қаҳрамони, 1936 йилдан 1941 йилгача 3-Москва тиббиёт институти ЛОР кафедраси му-

дири, 1941 йилдан умрини охиригача Москва тиббиёт институти ЛОР кафедрасига мудирлик қилди. Унинг раҳбарлигида 70 дан ортиқ диссертациялар ёқланди. «Ангина», «Сурункали тонзиллит», «Кар ва соқовлик», «Ринохирургиянинг ривожланиш тарихи», «Қулоқ, бурун ва томоқ касалликлари» номли тўпламлари нашр этилган.

Ҳозирда - Москва оториноларингология мактабида сабоқ олган **Т.С.Бокштейн, А.Ф.Фельдман, И.Я.Сендульский, М.И.Свет-лаков, И.И.Потапов, Е.Н.Менуйлов, И.И.Шербатов, Л.Б.Дай-няк, Д.И.Тарасов, В.С.Погосов, Н.С.Благовешински** сингари олимлар оториноларингологиянинг ривожланишига ўз ҳиссаларини қўшиб келмоқдалар.

Ўзбекистонда илмий кадрлар тайёрлашда, профессор-академик **Б. С. Преображенский**, профессор **Л. Б. Дайняк**, хизмат кўрсатган фан арбоблари **И.И.Потапов, В.С.Погосов**ларнинг хизматларини алоҳида таъкидлаш жоиз.

Ўзбекистонда ЛОР аъзолари касалликларига тиббий ёрдам, муолажалар асосан амбулатор шароитда ўтказилар эди. 1920 йилда Тошкент Давлат университетиде оториноларингология кафедраси ташкил этилгандан сўнг, аҳолига малакали ЛОР тиббий ёрдами кўрсатила бошланди.

**С.Ф.Штейн (1858-1921)** профессор, кафедранинг биринчи мудир-ри бўлиб 1921 йилгача ишлади. У асосан вестибуляр анализаторлар физиологияси ва патологияси муаммолари билан шугулланди.

**С.Ф.Каплан (1873-1927)** - профессор, 1921 йилдан 1927 йилгача Тошкент Давлат университетиде оториноларингология кафедрасини бошқарди ва Ўрта Осиё оториноларингология илмий жамиятига асос солди. С.Ф.Капланнинг илмий изланишлари тиф ва паратиф касалликларида юқори нафас йўллари ва қулоқда бўладиган ўзгаришлар ва бош айланиши, эшитув найига салварсанинг таъсири мавзуларига бағишланган. У Венадаги А. Политцер мактабида малака оширган.

**И.М.Розендфельд (1890-1977)** - профессор, 1927-1929 йилларда Тошкент Давлат университетининг ЛОР кафедраси мудире. У «Қулоқ, юқори нафас йўллари ва қизилўнганчининг жароҳатида ва касалликларида биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш» (Ленинград, 1958 й.), «Қулоқ касалликларини хавфлилиги ва уларнинг олдини олиш» (Ленинград, 1960 й.) номли монографиялар муаллифи саналади.

**Д.И.Зимонд** (1883-1961) – профессор, 1929 - 1930 йилларда Тошкент Давлат университети ЛОР кафедрасини бошқарди. Д.И.Зимонд ЛОР аъзоларида ҳар хил жарроҳлик усулларини йўлга қўйди: ринопластика (ташқи бурун нуқсонларини жарроҳлик усулида даволаш), юмшоқ танглай нуқсонларида пластик жарроҳлик, йирингли гайморитларни жарроҳлик усулида даволаш, юқори нафас йўлларида жарроҳлик усули, хиқилдоқни хавфли ўсмалари ва бошқаларга бағишланган.

**С.Г.Боржим** (1876-1943) - профессор, 1930-1936 йилларда Тошкент тиббиёт институти ЛОР кафедрасига мудирлик қилди. У оториноларингологиядан қўлланма ёзган, талабалар учун музей ташкил қилган. Ўзбекистон оториноларингологлари илмий жамиятини тузди ва унга раҳбарлик қилди.

**В.П.Чекурин** (1891-1963) - профессор, 1939-1945 йилларда Тошкент тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудирини. Шу йилларда Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш халқ комиссари муовини лавозимида ҳам ишлаган. Илмий ишлари вестибуляр аппарати ишдан чиққанда мувозанат ҳолатини тиклашга бағишланган.

**С.И.Шумский** (1898-1955) - профессор, Тошкент тиббиёт институти ЛОР кафедрасини 1945-1955 йилларда бошқарди. Илмий ишлари: тонзиллит муаммоларига, чакка суякларини рентгенографиясини такомиллаштириш, ЛОР жарроҳликларида маҳаллий оғриқсизлантириш ва озенани даволашга бағишланган.

**И.Ю.Ласков** (1897-1968) - профессор, 1955-1968 йилларда Тошкент тиббиёт институти ЛОР кафедрасини бошқарди. Хиқилдоқнинг сурункали қисилишларида протез дилататорлар ёрдамида даволаш усулини йўлга қўйди.

**К.Ж.Миразизов** (1925) - профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби. Тошкент тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудирини, (1969-1998) оддий ассисентликдан кафедра мудирини даражасигача бўлган йўлни босиб ўтди ва 29 йил кафедра мудирини лавозимида ишлади. Илмий изланишлар отоген бош мия асоратларига, ЛОР касалликларини профилактикаси ва диагностикасига бағишланган. Ҳозирги вақтда маслаҳатчи - оториноларинголог ва-зифасида ишлаяпти.

**К.А.Ходжаева** профессор, 1998-2006 йилларда 1-Тошкент Давлат тиббиёт институти Оториноларингология кафедраси мудирини. Илмий изланишлари сурункали отитни мия ичи асоратларига ва мия ичи асоратларини эшитишни ўзгаришига бағишланган.



**А.М.Ҳакимов** профессор, 1992-2006 йиллари 2-Тошкент Давлат тиббиёт институти Оториноларингология кафедраси мудири. Тиббиёт институтидаги реформага мувофиқ Тошкент Давлат 1- ва 2-Тиббиёт институтилари бирлашиб, 2005 йилдан Тошкент Давлат Тиббиёт академияси деб номланди ва шу академияни Оториноларингология кафедрасини мудири бўлиб ишлаб келмоқда. Унинг илмий ишлари «Риносинусит»га ва сурункали ўрта қулоқ касаллигида лимфатерапиясига бағишланган.

**А.И.Мўминов** (1937-2001) - профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби. 1976 йилдан 2 - Тошкент Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири. 1989 йилдан янги ташкил қилинган Бухоро Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири ва шу билан бирга институт ректори. 1994 йилдан Самарқанд Давлат тиббиёт институти ректори. Илмий ишлари бурун, бурун ён бўшлиқлари касалликларига ва уларнинг ўпка касалликларига алоқадорлиги, сурункали тонзиллитга, қулоқнинг йирингли касалликларига, аҳолига сурдологик хизмат кўрсатиш, профессионал касалликларга бағишланган. «Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари русча-ўзбекча лўғати» (Тошкент, 1995 йил), «Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари» (Тошкент, 1994 йил) китоблари муаллифи.

**С.Ф.Гамаюнов** (1896-1931) - профессор, 1930 йили ташкил бўлган Самарқанд Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири. Унинг илмий ишлари юқори нафас йўллари патологиясига бағишланган.

**А.В.Савельев** (1898-1985) - профессор, 1939 йилдан 1950 йилгача Самарқанд Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири бўлиб ишлаган. Унинг илмий ишлари, асосан юқори нафас йўллари патологиясига бағишланган.

**М.С.Лурье** (1894-1967) - профессор, 1951-1956 йилларда Самарқанд Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири. У 1938 йил Б.М.Болотина билан ҳамкорликда «Ноксимон чуқурча ангинаси» китобини ёздилар. Дунёда биринчи марта тонзилляр патологияни ўрганиш бўйича тажрибалар олиб борди.

**П.Д.Буев** (1899-1976) - профессор, 1956-1957 йилларда Самарқанд Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири. У лимфатик системанинг ҳиқилдоқ сили ва ҳиқилдоқ қисмлари касалликларини ўрганишга бағишланган илмий ишлар олиб борган.

**С.К.Ченгери** (1893-1965) - доцент, 1950-1951 ҳамда 1957-1964 йилларда Самарқанд Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедрасини бошқарган.

**В.В.Садриева** - профессор, 1965-1970 йилларда Самарқанд Давлат тиббиёт институтининг ЛОР кафедраси мудири бўлиб ишлаган. Юқори нафас йўллари профессионал касалликларини ўрганиш борасида илмий ишлар олиб борган.

**В.А.Горчаков** (1918-2005) - профессор, 1970-1981 йилларда Самарқанд Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири. Унинг илмий ишлари сурункали тонзиллит муаммоларига, сурункали тонзиллитда зардоб юбориб даволаш ва мазкур хасталик профилактикасига бағишланган.

**Т.Х.Насриддинов** - профессор, 1982 йилдан Самарқанд Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири, 1980-1990 йилларда декан, сўнг ўқув ишлари бўйича проректор вазифаларида ишлаган. Илмий ишлари ЛОР аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, хиқилдоқ ракига бағишланган.

**Л.П.Левин** (1869 -1944) – Республикада хизмат кўрсатган фан арбоби, профессор. 1942 йилда Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ташкил этилди. Шу йили Оториноларингология кафедраси очилди ва мазкур кафедрага мудир этиб тайинланди. Ушбу лавозимда у 1942-1944 йиллар давомида ишлади. 1944-1948 йилларда эса мазкур кафедра мудири бўлиб С.И.Шумский иш олиб борган.

**К.А.Дреннова** (1896-1962) - профессор, 1948-1962 йиллари тиббиёт малака ошириш институти ЛОР кафедраси мудираси. 1927-1947 йилларда ХМА ЛОР кафедрасида ишлаган. Илмий изланишлари юқори нафас йўллари ретикуло-эндотелиал системаси иш фаолиятини ўрганишга бағишланган; шунингдек, халқум ва хиқилдоқни химоя вазифаларини ўрганиш борасида ҳайвонлар устида илмий тажрибалар ўтказган.

**Э.А.Ладжинская** (1905-1985) - профессор, 1963-1970 йилларда Тошкент Давлат тиббиёт малака ошириш институти ЛОР кафедраси мудираси. Илмий ишлари: ўрта қулоқ ва ички қулоқ касалликларига, VIII жуфт нервнинг ўтказувчи йўллари ва марказий асаб системасини ўрганишга бағишланган.

**Г.Т.Ибрагимов** (1929-1995) - профессор, 1971-1995 йилларда Тошкент тиббиёт малака ошириш институти ЛОР кафедраси муди-

ри. Илмий ишлари сурункали эпителиоцитларни консерватив даволаш, ҳиқилдоқ ўсмаларига бағишланган.

**Т.Ш.Маматова** (1943) доцент, 1995 йилдан 2005 йилгача Тошкент малака ошириш институти Оториноларингология кафедраси мудири. Илмий ишлари ўткир йирингли ўрта отитларни ўзига хос кечиши мавзусига бағишланган.

**К.Ж.Жаббаров** (1943) профессор, 2005 йилдан Тошкент малака ошириш институти Оториноларингология кафедраси мудири, жарроҳлик факультети декани. Илмий ишлари ҳомиладор аёлларда ЛОР касалликларини патогенетик аспекти, уларни даволаш ва профилактикасига бағишланган.

1959 йилда Андижон Давлат тиббиёт институтида ЛОР кафедраси ташкил этилди. Кафедрани ташкил этишда ва бошқаришда **Е.А.Арутюнованинг** хизматлари катта бўлди. Кафедрани ташкил этиш жараёнида дастлабки 3 ой давомида профессор **М.С.Лурье** ҳам иш олиб борди.

**С.М.Гордиенко** (1904-1978) - доцент, Андижон Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири. Ленинград ҳарбий тиббиёт академиясининг ходими, академик В.И.Воячек раҳбарлигида фаолият олиб борган. У тонзиллитларга, эшитув анализаторларига, шовқин ва вибрация таъсирига доир илмий ишлар олиб борган.

**А.И.Алимов** - профессор, 1968 йилдан Андижон Давлат тиббиёт институти ЛОР кафедраси мудири. 1975-1978 йиллар ва 1987-1994 йилларда даволаш ишлари бўйича проректор. Илмий ишлари ҳиқилдоқнинг ўткир ва сурункали яллиғланиши касалликларига бағишланган. Оториноларингологиядан ўзбек тилида тиббиёт институтлари учун дарслик муаллифи.

1972 йилда Тошкент шаҳрида Ўрта Осиё педиатрия тиббиёт институти очилди.

**А.Н.Дадамўхамедов** - профессор, 1972-1998 йилдан Ўрта Осиё Педиатрия тиббиёт институтининг ЛОР кафедраси мудири. Илмий ишлари: ўрта қулоқ сили, ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишини сил менингитининг кечишига таъсири, болаларда қисиб боровчи ларинготрахеитларни даволашга бағишланган. «Болалар оториноларингологияси», «Тиббий атамалар луғати» номли китоблар муаллифи.

**С.А.Ҳасанов** - профессор, 1998 йилдан бошлаб Тошкент Педиатрия институти ЛОР кафедрасининг мудири. Бир неча йиллар давомида институтнинг ўқув ишлари бўйича проректори бўлиб ишла-

ган. Унинг илмий иши қанд касаллигининг қулоқ касаллиги билан кечишидаги таъсирига бағишланган. Ҳозирги вақтда қулоқ супрасининг пластик операцияси (микротия) бўйича иш олиб бормоқда. Шу билан бирга у сурункали риносинуситларни ташҳиси ва даволашини, ҳамда амалиётда бурун ичи дакриориностомия ташриhini болалар хасталикларини даволашда қўлламоқда.

1990-1992 йиллари Бухорода медицина институти, Нукусда университет қошида тиббиёт факультети, Хоразмда эса 1-ТошМИ филиали очилди.

Юқорида санаб ўтилган институтларда ЛОР кафедраси бўлиб, ЛОР касалликлари бўйича малакали мутахассислар тайёрлаш йўлга қўйилди.

Ҳозирги вақтда Андижон Давлат тиббиёт институтида ўқув ишлари бўйича проректор, тиббиёт фанлари доктори **К.К.Қосимов**, Тошкент Тиббиёт академиясида кафедра мудирини ва ходимларини тиббиёт фанлари докторларини ва профессорлар **Б.Б.Полвонов**, **С.С.Орифов**, **К.М.Маткулнев**, **Х.Э.Шайхова**, **Н.Н.Абдуллаева**, Тошкент педиатрия институтида **Ш.Э.Омонов**, Самарқанд тиббиёт институтида **У.Л.Лутфуллаев**, **Х.Э.Карабаев**, Бухоро тиббиёт институтида кафедра мудирини, доцент **Н.Х.Воҳидов** лар ишламоқдалар.

2000 йилда Ўзбекистон оториноларингологларининг I съезди, 2005 йилда эса II съезди бўлиб ўтди. Ҳозирги кунда Ўзбекистонда республика аҳолисига ихтисослашган ёрдам кўрсатаётган 1000 дан ортиқ оториноларингологлар астойдил хизмат қилмоқдалар, улардан 16 таси фан докторини ва 60 дан зиёди тиббиёт фанларини номзодларидир.

## І БОБ

# БУРУН, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

## БУРУН, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ. БУРУН, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Бурун юқори нафас йўлларининг бошланғич қисми бўлиб, ташқи бурун ва бурун бўшлиғидан иборат. Бурун бўшлиғи юқоридан бош суяги бўшлиғи, ён томонлардан, кўз косаси, пастдан оғиз бўшлиғи билан чегараланган. Олдинги томондан бурун тешиклари билан, орқа томондан бурун бўшлиғи ҳалқумнинг юқори бўлимига хоана деб аталувчи овалсимон тешик билан туташади. Бурун тўсиғи тоғай ва суяк қисмларидан иборат бўлиб, бурун бўшлиғини тенг икки қисмга бўлиб туради. Бурун бўшлиғига бурун ёндош бўшлиқларининг канал тешиги очилади. Ташқи бурун суяк, тоғай ва юмшоқ қисмлардан тузилган бўлиб, нотўғри шаклдаги уч қиррали пирамидага ўхшайди. Ташқи бурунни ҳосил бўлишида юқори жағ суяги, пешона суягининг бурун ўсиғи ҳамда жуфт бурун суяклари иштирок этади (расм - 1.1, 1.2.).

Бурун бўшлиғининг ташқи ёки ён деворлари тузилиши жиҳатидан энг муҳим ва мураккаб қисм ҳисобланади. Унинг тузилишида ташқи бурундан бошлаб қуйидаги суяклар қатнашади: бурун суяги, юқори жағ суяги танасининг бурунга караган томони ва унинг пешона ўсиғи, кўз ёш суякчаси, галвирсимон суяк, танглай суяги ва асосий суякнинг қанотсимон ўсиқчалари. Галвирсимон суякнинг тўрсимон пайрахаси lamina

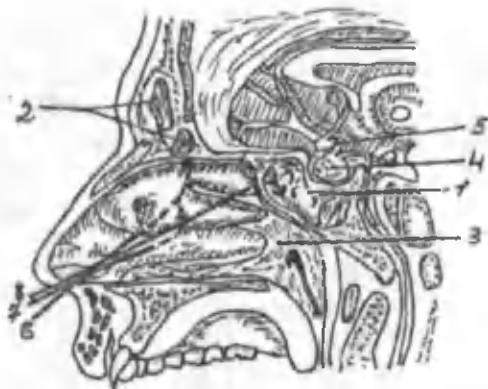
cribrosa бурун бўшлигининг томини ҳосил қилади, кўп сонли тешикчалардан бурун бўшлигидаги ҳид билиш нервининг толалари чиқади.



**Расм - 1.1. 1.2. Ташқи бурун**

*1-бурун суяги; 2-бурун қанотини учбурчакли ён тоғайи; 3-ён тоғайлар; 4-сесамасимон тоғайлар; 5-артроз пайраха; 6-бурун тешиги*      *1-бурун суяклари; 2-учбурчакли тоғай; 3-бурун тўсмаи тоғайи; 4-бурун қаноти тоғайлари; 5-сесамасимон тоғайлари; 6-бурун тешиги*

Унинг юлқалигини эътиборга олган ҳолда жарроҳлик вақтида узилиб кетишидан эҳтиёт бўлиш керак. Бурун тўсигини орқадаги суяк қисми димоғ ва ғалвирсимон суякнинг тик пайраҳасидан, олдиндан эса тўртбурчаксимон тоғайдан ташкил топган (расм - 1.3.).



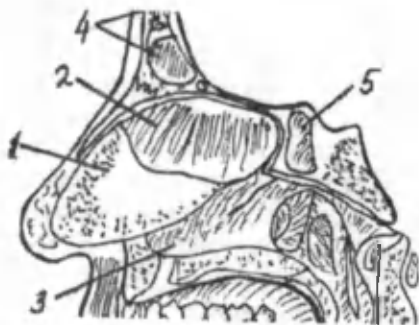
**Расм - 1.3. Буруннинг сагиталь кесмаси.**

*1-поносимон бўшлик; 2-пешона бўшлиғи; 3-бурун-ҳалқум эгати ва эшитув найлари тешиги; 4-гипофиз; 5-қурув нервларининг кесилган жойи; 6-пешона бўшлиғига кириш; 7-юқори жағ бўшлиғига кириш; 8-поносимон бўшлиққа кириш.*

Бурун бўшлиғининг туби олдинги бўлимида юқори жағ суягининг танглай ўсиқларидан, орқадаги қисми эса танглай суякларининг кўндаланг пайрахаларидан ташкил топган. Бурун бўшлиғи ён деворлари кўздан кечирилганда уни уч қаватга бўлинганлигини кўрамиз. Бу бўлиниш ён девордаги параллел жойлашган суяк бўртмалари ҳисобидандир.

Шундан пасткиси - пастки чиғаноқни мустақил суяги ташкил қилса, ўрта ва юқориги бурун чиғаноқларини асосини ғалвирсимон суякнинг бир қисми ташкил қилади. Пастки қавати: бурун туби, пастки чиғаноқ, бурун тўсиғининг пастки қисми ва ён девор ҳосил қилган оралиқ пастки бурун йўли дейилади. Бу йўл бурун физиологияси ва касалликларида муҳим аҳамиятга эга, сабаби шиллиқ қават ажратиб чиқарган маҳсулотлар шу ерда тўпланади. Шунингдек, барча терапевтик муолажалар вақтида асбоблар шу йўлга киритилади. Пастки чиғаноқ остида бурун кўз ёш каналининг тешиги жойлашган. Пастки ва ўрта чиғаноқлар орасида ўрта бурун йўли жойлашган. Нафас олиш ва нафас чиқариш вақтида ҳавонинг асосий қисми ўрта бурун йўлидан ўтади, яна бу ерда юқори жағ бўшлиғи, пешона суяги бўшлиғи ва ғалвирсимон чиғаноқни олдинги катакларининг чиқарув тешиклари очилади. Агар ўрта чиғаноқ кўтарилиб турилса ёки олиб ташланса, ўрта йўлнинг латерал деворида олдиндан ва юқоридан пастга ва орқага йўналган 2-3 мм. кенгликдаги ариқчани - *hatus semilunaris* кўришимиз мумкин. Бу ариқча олдиндан ғалвирсимон суяк ўсиқларидан *proc uncinatus* ҳосил бўлади, орқадан шу суякнинг ривожланган ғоридан *bulla ethmoidalis* иборат. Ариқчани юмшоқ тўқималарини бутунлигида кўрилса, орқага йўналган сари кенгайиб боради (*infundibulum*) ва унинг тубига юқори жағ суяги бўшлиғининг чиқарув тешиги очилади, орқа томонида қўшимча тешик ҳам бўлади. Ариқча (нов)нинг олдинги юқори қисмига пешона суяги бўшлиғининг чиқарув тешиги очилади. Бурун бўшлиғининг юқори қисми, яъни бурун тўсиғи ва ғалвирсимон суяк танасининг орқаси жуда тор бўлиб, бу ерни юқори бурун йўли ёки ҳид билиш оралиғи дейилади. Асосий бўшлиқ ва ғалвирсимон чиғаноқ орқа катакларининг чиқарув тешиклари мана шу йўлнинг орқа қисмига очилади.

Бурун бўшлиғига асосан бурун ёндош бўшлиқлари: юқори жағ, пешона, олдинги, ўрта ва орқа галвирсимон катаклар ҳамда асосий бўшлиқлар туташади. (расм 1.4, 1.5.)



**Расм - 1.4. Бурун тўсиғи.**

- 1-туртбурчакли товай;
- 2-перпендикуляр пайраза;
- 3-димог суяғи;
- 4-пешона бўшлиғи;
- 5-понасимон бўшлиқ;

Чақалоқларда юқорида кўрсатилган бўшлиқлардан фақат иккитаси: юқори жағ ҳамда галвирсимон чиганоқ катаклари ривожланган бўлади. Пешона бўшлиғи асосан 3 ёшдан ривожлана бошлайди, асосий бўшлиқнинг шаклланиши эса 4-5 ёшларга тўғри келади ва болани 12-14 ёшида шаклланиши тўла тугалланади. Юқори жағ бўшлиғи бошқа бўшлиқларга нисбатан ҳажми жиҳатидан энг катта бўшлиқ ҳисобланади. Унинг ўртача ҳажми 10-12 см.  $\frac{3}{3}$  га тенг, олтита деворга эга.

Юқори жағ суягининг алвеоляр ўсиғи пастки девор ёки бўшлиқнинг туби ҳисобланади. Тиш илдизлари баъзан бўшлиққа боғлиқ бўлади. Юқори девори бир вақтда кўз косасининг пастки девори ҳисобланади. Бу ерда бўшлиқдаги яллиғланиш жараёни кўз тўқималарига тарқалиши ҳоллари ҳам учраб туради. Ички девори бурун бўшлиғини ташқи девори ҳисобланиб, пастки ва ўрта бурун йўлларига тўғри келади. Олдинги юз ёки жарроҳлик девори ит ўраси fossa canina деб номланиб, амалий жиҳатдан катта аҳамиятга эга, жарроҳлик вақтида юқори жағ ҳамда бурун бўшлиғига шу йўл орқали кириш қулайдир. Ташқи девор жағ суягининг пешона ўсиғи танасига ҳамда асосий суяқнинг қанотсимон ўсиқчалари билан чегараланган. Барча бурун ёндош



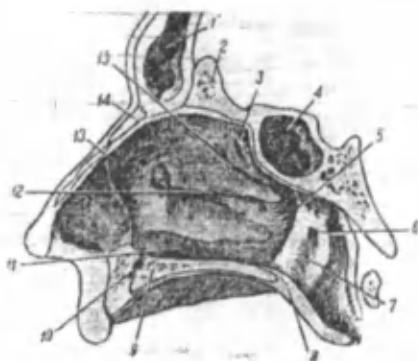
бўшлиқлари ҳаволи бўлиб, унинг алмашинуви бўшлиқнинг чиқарув тешиклари орқали амалга ошади. Гаймор бўшлиғини чиқарув тешиги ўрта бурун йўлида, бурун бўшлиғи тубидан анча узоқда жойлашган бўлиб, одам тик ҳолатда турганда бўшлиқда тўпланган ажралмани чиқиши қийинлашади. Шунинг учун юқори жағ бўшлиғининг сурункали яллиғланиши касаллиги жуда кўп учрайди.

**Пешона бўшлиғи (cavum frontalis).** Пешона суягида жойлашган бўлиб, нотўғри шаклга эга, унинг ҳажми кенг бўлиб, бутун майдонни қамраб олиши мумкин: баъзан ташқаридан кўзнинг ташқи бурчагигача, юқорига кўз косасидан 5-6 см. кўтарилади. Баъзи вақтларда бу бўшлиқ кичик катаксимон шаклда ёки умуман бўлмаслиги ҳам мумкин. Олдинги девори ковак усти ёйига тўғри келиб, катта қисми қалин ва мустаҳкамдир. Орқа девори асосан юпқа бўлиб, калла суягининг олдинги чуқурига тўғри келади ва мия пўстлоғига ёпишиб туради. Пешона бўшлиғини калла бўшлиғи билан яқинлиги сабабли унинг яллиғланиш жараёнида пешона соҳасида ҳам оғриқ бўлади, бундан ташқари кўз косасига яқинлиги, унинг атрофдаги юмшоқ тўқималарни йирингли яллиғланишига олиб келади. Пешона бўшлиғи чиқарув тешиги пастда бўлганлиги сабабли чиқаётган ажралма Гайморев бўшлиғига нисбатан анча осон оқади, узун ариқчасимон бўлганлиги сабабли орқага ва пастга тортилиб, ўрта чиғаноқнинг олдинги пастки қисмига оқади. Ариқчанинг торлиги сабабли шиллиқ қават яллиғланганда ўтказувчанлик хусусиятини тезда йўқотади. Иккала бўшлиқ бир биридан баъзан ўрта чизикда жойлашган тўсиқ билан ажралган.

**Ғалвирсимон бўшлиқ (cavum etmoidalis).** Ғалвирсимон суягининг катакчаларидан ташкил топган бўлиб, пешона ва асосий бўшлиқ орасида жойлашган. Ташқаридан кўз косасини қоғозсимон пайраҳаси билан, ички девори эса бурун бўшлиғининг ташқи деворига тўғри келади. Ғалвирсимон катаклар сони, ҳажми ва жойлашиши турли кўринишларда бўлиб ўрта ҳисобда 8-10 та бўлади. Асосий кўринишлардан бири ғалвирсимон катакларни кўз косасининг медиал девори юқори қисмида ва қисман юқори деворнинг олдинги ёки орқа бўлимларида қўшилиб кетиши мумкин. Бу ҳолларда улар калла суягининг ол-

динги чуқури билан ҳар хил масофада чегараланади. Асосий кўринишлардан яна бири латерал девор lamina cribrosa икки томонида ғалвирсимон лабиринт катакчалари жойлашади: бунда калла суяги бўшлиғи ва бурун бўшлиғи чегараси lamina cribrosa ғалвирсимон суяк чўққиси ҳисобланади. Жарроҳлик вақтида lamina cribrosa кўпинча ғалвирсимон суяк чўққиси ён томонини пастида ётади. Шунинг учун ғалвирсимон катакчаларини очиш вақтида калла бўшлиғига шикаст етказмаслик учун латерал йўналишдан бориш керак.

**Асосий бўшлиқ (cavum sphenoidalis)** - хоана устидаги асосий суяк танасида ва турк эгари тагидаги ҳалқум гумбазида жойлашган. Ён деворида уйқу артериясини ариқчасининг бир қисми ва каверна бўшлиғи жойлашган. Бўшлиқ катталиги ва шакли турлича, кўпинча орқа ғалвирсимон катаклар билан қўшилиб кетади. Тўсиқ бўшлиқни тенг икки қисмга бўлади. Олдинги девор тепа-сида унинг чиқарув тешиги жойлашган. Бўшлиқ деворнинг юпқалиги ва зарур аъзоларнинг яқин жойлашганлиги сабабли кўзда мия асоратларини тез ривожланиши учун манба ҳисобланади (расм - 1.5.).

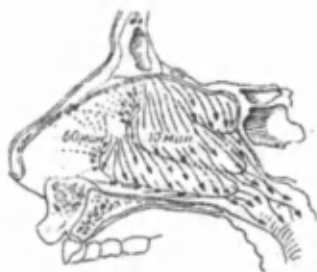


**Расм - 1.5. Бурун бўшлигининг латерал девори.**

1-sinus frontalis; 2-crista galli; 3-recessus sphenoidalis; 4-sinus sphenoidalis; 5-sulcus naso-pharyngeus; 6-ostium pharyngeum tubae; 7-бўрмув музган m.levator veli palatini; 8-spina nasalis posterior; 9-palatium durum; 10-canal is incisivus; 11-meatus nasi inferior; 12-meatus nasi medius; 13-cartilago nasi lateralis; 14-os nasale; 15-meatus nasi superior.

Буруннинг шиллиқ қавати суяк деворларига зич ёпишади. Суяк усти қаватлари ва тоғай усти қаватлари билан жипс боғланади, шунинг учун бурма ҳосил бўлиши қийин. Буруннинг устки қисмларида, ҳид билиш бўлимида ва бурун бўшлиқларида шиллиқ қават юпқа, ўрта ва пастки бурун йўлларида эса бироз қалинроқ тузилишга эга. Шиллиқ қават цилиндрик ҳамда кўп қаватли хилпилловчи эпителий билан қопланган, бироқ эпителий қаватлари сони ҳам хилпилловчи эпителийлар сонлари ҳамма жойларда бир хилда тарқалмаган. Янги туғилган чақалоқларда, кичик ёшдаги болаларда хилпилловчи эпителийлар ҳаракати унча яхши ривожланмаган бўлиб, катта ёшдаги болалардагидан ва катталардан анча фарқ қилади. Шунга асосланиб, чақалоқларда ва кичик ёшдаги болаларда яллиғланиш натижасида эпителийларни ҳаракатининг фалажи тез ва осон юзага келади, бу эса клиникада катта аҳамиятга эга.

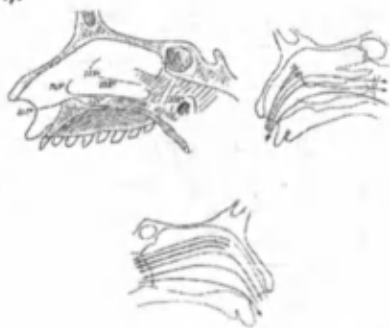
Бурун шиллиқ қавати юзасида доимий ҳаракат юзага келиб туради, яъни хилпилловчи эпителийларнинг ҳаракати туфайли шилимшиқ суюқлик ҳаракатланиб туради. Бу ҳаракат мўтадиллик доирасида РН миқдорини ўзгариши билан боғлиқ. Бу мўтадиллик 7-7,2 га тенг, мўтадилликни у ёки бу томонга ўзгариши билан эпителий ҳаракати ҳам ўзгаради. Хилпилловчи эпителий узунлиги 5 мм.дан 7 мм.гача, унинг ҳаракат тезлиги эса минутига 250 атрофидаги тебранишдан иборат. Хилпилловчи эпителий ҳаракат туфайли шилимшиқ суюқлик ҳаракати ҳосил бўлади ва унинг ҳаракати минутига 5-20 мм.га тенг, бу тезлик бурун бўшлиғини ҳар хил қисмларида турлича: тезлик бурун бўшлиғини орқа қисмига яқинлашиб боргани сари ортиб боради (расм - 1.6.)



**Расм-1.6. Шилим-шиқнинг шиллиқ қават юзасида йўналиши.**

Микроскопик кесмаларда шиллик қават мукоз ва субмукоз юмшоқ бириктирувчи тўқималардан ташкил топган, юқори қисмларида эса шиллик ва сероз безлари мавжуд. Уларнинг миқдори пастки бурун чиғаноқларида кўп. Бошқа ҳамма жойларида тўқималар тўплами, артериялар, веналар, энг асосийси нафас олиш бўлимини шиллик қавати учун муҳим бўлган бирикма ғовак тўқимадан иборат. У юзаки ва чуқур жойлашган қон билан тўлган бўшлиқлардан иборат бўлиб, устки суяк ҳамда эпителиал қаватлар орасида кенг венасимон тур шаклида тарқалган. Ушбу бўшлиқлар деворларидаги мускуллар ясси тузилишга эга бўлганлиги сабабли улар ўз шаклини ва ҳажмини осон ўзгартира олади, яъни мушаклар қисқарганда тўқималардаги қонни сиқиб чиқаради ёки мушак тонуси йўқолганда қон босимининг пасайиши туфайли бўшлиқ кенгая бошлайди, натижада шиллик қават бир неча маротаба қалинлашади ва бурун йўллариининг ўтказувчанлиги тўла йўқолади, бурун битиши ҳолати юзага келади.

Ғовак тўқима шиллик қаватда бир текис тарқалмаган: бурун бўшлиғининг ҳаво ўтказувчи қисмида кўп тарқалган, барча одамларда бурун тешигидан кирган ҳаво тепага қараган йўналишда ўрта бурун йўлига етиб, ҳалқумнинг юқори қисмига боргунча ёйсимон шаклда ҳаракат қилади, бундай йўналишда пастки чиғаноқни қисман ўрта бурун чиғаноғини ҳамда бурун тўсиғининг ўрта қисмини ювиб ўтади. Шундай қилиб ғоваксимон тўқиманиннг асосий тўпланмаси пастки чиғаноқ устида ва асосан ички юзасида ва пастки қирғоқ бўйлаб жойлашган бўлади (расм-1.7.).



**Расм - 1.7.**

*а) нафас олинганда кирган ҳавонинг бурун бўшлиғи қисмларида ва бурун ҳалқумдаги ҳаракати.*

*б) нафасга олинган ҳавонинг бурун ҳалқуми ички ва ташқи девори бўйлаб йўналиши.*

Бурун шиллик қаватида ғоваксимон тўқима бурун бўшлиғи физиологияси билан боғлиқ. Бундай тўқима организмни бошқа аъзоларида учрамайди. Шиллик қаватда қон кўплиги туфайли бурун бўйлаб ўтаётган ҳаво илийди. Шиллик ва сероз безчалардан чиқадиган суюқлик ҳавони намлаб туради. Ҳаводаги чанг, бактериялар ушбу суюқлик таъсирида бурун бўшлиғида ушланиб қолади, бурун қоқилганда ва акса урилганда ташқарига чиқарилади. Оғиз орқали нафас олганда ҳавони илиши, тозаланиши бурундан олингандагига нисбатан анча секин ўтади.

Бурун ён бўшлиқлари бир хилда шиллик қават билан қопланган. Унинг деворлари ҳам кўп қаватли хилпилловчи цилиндрсимон эпителийдан, бир қанча безлардан иборат бўлиб, ғоваксимон тўқима бу ерда учрамайди (расм -1.8.).



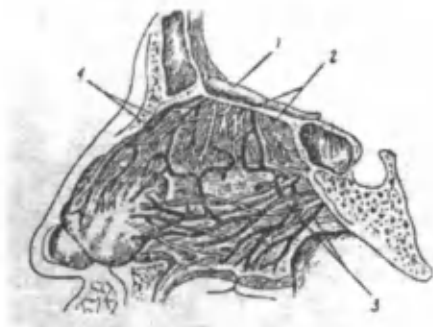
Расм-1.8. Олинган нафас оқими.

Ҳид билиш ёриғи шиллик қавати ғоваксимон тўқимадан иборат эмас, у ҳид билиш эпителийсидан иборат, бунда 3 хил хужайралар аниқланилади: 1 - ҳид билиш; 2 - узак; 3 - базал. Ҳид билиш хужайралари периферик нерв охирилари ҳисобланиб, ўткир ҳидли моддалар таъсирида фаолият кўрсатади ва кортиев аъзодаги сезувчи пиёзчалардаги каби нервнинг таъсирланиши эпителиал хужайралари орқали амалга ошади. Бурун шиллик қаватида ғоваксимон тўқимадан ташқари артериал ва веноз қон томирлари бор. Бурун бўшлиғи артериал қон билан *a.sphenopalatina*, *a.maxillaris* орқали, шунингдек, *a.etmoidalis anterior et. posterior*, *a.ophthalmica* бундан ташқари анастомоз ёрдамида таъминланади. *V.facialis anterior* ва *v. Ophthalmica* орқали веноз қон кетади ва

мия синусларига қуйилади. *Isthmus Jongitudinalis* бурун бўшлиғи лимфатик системаси чуқур ва юзаки жойлашган қуюқ турсимон бўлиб, буйин лимфатик безчалари, субдурал ва турсимон қават ости бўшлиқлари билан боғланган. (Расм - 1.9.)

**Расм - 1.9. Бурун тўсиғининг қон томирлари ва нервлари**

*1-bulbus olfactorii; 2-nn. olfactorii; 3-a. et n. naso-palatinus (Scarpaе); 4-a. et n. ethmoidalis anterior (rami) nasales anteriores mediales).*



Бурун бўшлиғининг лимфатик тизими бурун бўшлиғининг ҳимоя вазифасида иштирок этади. Бурун бўшлиғи турли вазифаларни бажарувчи нервларга бой бўлиб, марказий нерв системасининг турли жойларидан келади. Шунинг учун бурун шиллиқ қавати тананинг барча аъзолари билан нерв системаси орқали мустаҳкам боғланган. Масалан: ҳид сезиш, суюқлик ишлаб чиқаришни бошқарувчи, вазомотор нервлар ва ҳоказо. Сезувчи толалар бурунга III шохли нервнинг I-II шохларидан ўтиб, *a.ethmoidalis* билан бирга келади. Бу толалардан бурун ён деворларининг олдинги қисми ва бурун тўсиғи, ғалвирсимон катакларнинг бир қисми, ташқи бурунни устки териси таминланади, бу юқори сезувчанликка эгалиги сабабли ушбу нерв таъсирланганда тезда акса урилади. Сезувчан толалардан ташқари вазоконстрикторлар ҳам иштирок этади. Бурун бўшлиғининг қолган асосий қисми бошқа манбадан II шохдан иннервация олади. У пастга кўз нерви номи билан бошдан чиқиб, кўз тубидан олдинги томонга қараб келади ва сезувчи толалар ёрдамида юзнинг олдинги қисмини таъминлайди. Ушбу нерв кўз косасига келишда қанотсимон тугун сезувчи ва томир торайтирувчи толаларни олади. Бундан ташқари, қанотсимон тугун юз нервидан *a. petrosus superficialis mayor* шохини олади, у тил учун нерв

chorda timpani (суюқлик ва томир торайтирувчи вазифаларни бажарувчи) қаторида тизза тугунидан g. Genicyli ўтади. Симптоматик толалар n.petrosus profundus орқали уйқу ўраמידан тугунга киришади. Олдинги нервлар билан бирикиб, тугунга видиев нерви номи билан киради. Шундай қилиб қанотсимон тугун конгломерат ҳисобланиб, турли вазифаларни бажарувчи толаларни ва шохларни ўз ичига олади.

Тугундан кетувчи орқа бурун нервлари n.p.posterioris бурун бўшлиғининг катта қисмига тарқалади. Узоқда жойлашган аъзоларни турли хилдаги рефлексининг ички ва ташқи қўзғатилиши бурун шиллиқ қаватининг қон айланишини, озиқланиши ва суюқлик ишлаб чиқаришини ўзгартиради. Бу рефлектор боғлиқлик вазомоторларни таъсирлантириш орқали яхши ўрганилган. Бурун бўшлиғи томирлари турли хилдаги қўзғатилишга таъсирчан ва ҳароратни оз миқдордаги ўзгариши таъсирида ва бирдан қисқариши мумкин, масалан: агар яланг оёқ ҳолда совуқ полни босганда ёки иссиқ хонадан бош кийимсиз совуқ ҳавога чиққанда кузатилади. Қисилишдан кейинги констрикторларнинг вақтинчалик фалажи туфайли томирларнинг кенгайиши яллиғланишининг ривожланиши ва ўткир тумовга ўтишига сабаб бўлиб, бурунда инфекциянинг борлиги бу жараёни тезроқ ривожланишига олиб келади. Буруннинг яллиғланиши деб аталувчи касаллигида вазомоторларни ўзгариши муҳим ўрин тутди. Рефлекснинг секретор функцияга таъсири кўп миқдорда суюқлик келиши билан кузатилади.

Ҳид билиш нервлари бурун ичига bulbus olfactorius галвирсимон суякнинг тешикли пайрахаси filla olfactoria орқали кириб боради ва ички, ёнбош деворларига ҳид билиш ёриғи орқали тарқалади. Олинаётган ҳаво билан ҳидли моддалар бурунга кирганда ҳид билиш сезгиси ишга тушади, ҳид сезиш қобилиятининг пасайиб кетиши ёки бутунлай йўқолиши бурун орқали нафас олишни бузилиши сабабли юзага келади. Буруннинг нафас олиш вазифаси ёш болаларда ва катталарда муҳим аҳамиятга эга. Бурун нафас орқали кираётган ҳавони тозалаб, иситиб, намлаб, зарарсизлантириб, пастки ҳаво йўлларига ва ўпкага узатиб беради.

Ҳаво оқимининг йўналиши бурун тешигини шаклига, бурун бўшлигининг ҳажмига, чиганоқларни катта кичиклигига боғлиқ. Олинаётган ҳаво асосан буруннинг ўрта қисмидан, чиқарилаётган ҳаво эса буруннинг пастки қисмидан ўтади. Олинаётган ҳаво ва чиқарилаётган ҳаво оқимининг тўқнашиш жойида ҳавонинг айланма ҳаракати юзага келади. Бу ҳаракатнинг жойлашуви ва йўналиши буруннинг анатомик хусусиятига боғлиқ. Нафас чиқарилаётган вақтида бурун ён бўшлиқларига ҳаво киради. Нафас олиш вақтида эса чиқади. Бу жараён пастки ҳаво йўлларида олиб чиқилаётган чиқиндиларни бўшлиққа тушиб қолишидан сақлайди. Бурундан нафас олиш-нормал физиологик ҳолат бўлиб, унинг бузилиши бутун организмнинг касалланишига олиб келади. Жумладан, ўпкада газ алмашинуви пасаяди, натижада қондаги кислород миқдори пасаяди. Гемоглобин ва эритроцитлар сони камаяди, ўпка вентиляцияси бузилиб, гипоксемия ва гиперкапния ривожланади (Зауфер, Гиндее, Павловский, Шербатов). Бурундан нафас олишнинг қийинлашуви ёки тўла йўқолиши юрак қон-томир системасида ҳам ўзгаришларга олиб келади: юрак фаолияти сусаяди, қон айланиш доираси тезлиги пасаяди (ўпкада), нерв тугунларида ва юрак мускулларида патоморфологик ўзгаришлар ҳосил бўлиб, артериал босим кўтарилади. (Цитович М.Ф., Громов В.В., Павловский Е.Н., Луков Б.Н.).

Бурундан нафас олишни йўқолиши кўз ичи, мия ичи, орқа мия босимининг ўзгариши билан кечади, шунингдек, бурун ён бўшлиқлари ва ўрта қулоқ бўшлигининг вентиляциясини сусайиши билан (Трутнев В.К., Комендантов Л.Е., Цитович М.Ф.), бурун шиллик қаватида сўрилиш функцияси ўзгаради. (Трутнев В.К., Арутюнов А.А.), ошқозон-ичак (мотор ва секретор), жигар ва зифаларини бузилишига олиб келади. Бурундан нафас олишнинг қийинлашувида қоннинг химик ва физик хоссалари, морфологик тури ўзгаради: эритроцитлар сони камаяди, гемоглобин миқдори пасаяди, лейкоцитлар сони кўпаяди. (Белоголовов М.В., Лихачев А.Г.), қизилқон таначаларининг чўкиш тезлиги тезлашади (Христофоров И.Д., Громов В.В.), қонда қанд миқдори ортади. (Мошин Р.И.), сут кислотаси пасаяди (Шалир Н.Я.), кальций сони ортади (Матвеев Д.Н.), хлоридлар миқдори камаяди (Ивановский Н.И.), қондаги азот миқдори қолдиги ортади (Бобров-



ский Н.А.). Кўп функцияларни ўзгариши бурундан нафас олишнинг марказий нерв системасини функцияси билан боғлиқлигини, яъни миянинг ички босими кўтарилиши кузатилади (Шапиро М.Я., Ходяков Н.Д.). Мия ичида қон айланиши ва мия суюқлиги ҳаракатининг бузилиши, мия ичи ва мия пардаларининг гиалинли қайта туғилиши, мия бўшлиғидан орқа мия суюқлиги чиқшининг қийинлашуви - бош миядаги қон ва лимфа алмашинувини бузилиши олий нерв системасига таъсир этиб, бош оғришига ва мия фаолиятининг бузилишига олиб келади.

**Ҳимоя вазифаси** : тозалаш, иситиш, намлаш, зарарсизлантиришдан иборат. Ҳавони тозалаш: механик йўл билан, яъни шиллик қаватнинг шиллик билан қопланган юзасида нафас орқали кирган ҳавони ишқаланиши натижасида майда чанглар ушланиб қолади. Бунга кўп даражада ҳавонинг бурунда ҳосил қилувчи айланма ҳаракати сабаб бўлади. Майда чанглар эса ҳаракатдаги шилимшиқ билан ҳалқумга, сўнгра ютиниш ҳаракати туфайли ҳазм қилиш ариғига тушади. Каттароқ заррачалар эса акса уриш натижасида ташқарига чиқарилади. Ифлосланган ҳаводаги механик заррачаларни ушлаб қолишда шиллик парда юзасидаги электр потенциаллар фарқи ҳам роль ўйнайди.

**Ҳавони илитиш** : бурун бўшлиғидаги қонни айланиш ҳаракати иссиқлик бериши билан амалга ошади (бурун шиллик ости қавати қон томирлар билан қуюқ таъминланган). Бурун бўшлиғида ҳавони илиши асосан пастки бурун чиғаноқларининг олдинги қисмидан буруннинг орқа тешигигача давом этади: пастки бурун чиғаноқлари ҳарорати 22°C бурун ҳалқумининг ҳарорати 36-37°C, нафас билан олинган ҳаво кўрсатилган ҳароратгача илйди. Бир кеча-кундузда организм ҳавони илитиш учун 70дан ортиқ калория сарфлайди, бунда катта одам 500 куб м. ҳаво ишлатади.

**Ҳавони намланиши** : бир кеча кундузда катта одам бурун бўшлиғидан буг кўринишида 1000 см. кубга яқин сув чиқаради. Ёш болалар нафас олганда ҳавонинг намланиши 1 соатда агар боланинг тана оғирлиги 2-10 кг. бўлса, 1,3 см. куб., тана оғирлиги 10-40 бўлса, 300-600 см. кубни ташкил қилади, бироқ ҳавонинг ҳажми атроф муҳитдаги ҳавони намлигига, йилнинг фаслларига, иқлимга, об-ҳавога боғлиқ ҳолда ўзгариб туради.

Сувнинг чиқарилиши шиллиқ қаватнинг бакалсимон хужайралари ва шиллиқ ишлаб чиқарувчи безчалари орқали амалга оширилади.

Бурун суюқлиги ва кўз ёши безлари суюқлиги таркибида микроорганизмларни зарарсизлантириш хусусиятига эга бўлган лизоцим моддаси бор. Бурун ҳалқумда шилимшиқ модда сўлак билан бирга ютилади ва ошқозонда зарарсизлантириш жараёни охиригача етказилади. Ҳимоя механизмига яна акса уриш ва суюқлик ажратиш киради.

**Овоз ҳосил қилиш вазифаси:** бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларини физикавий резонаторларига тенглаштириш мумкин ёки товуш бандининг ҳар хил кучайтиргичидан иборат майда бўшлиқлар (ғалвирсимон лабиринт катакчалари, понасимон бўшлиқлар, баланд товушларни, йўғон бўшлиқлар эса юқори жағ ва пешона бўшлиқлари) пастроқ товушларни кучайтиради. Нормада катталарда бўшлиқ юзаси ўзгармай қолганда овозни кучи умр бўйи бир хилда сақланиб қолади. Овоз кучининг оз миқдордаги ўзгариши ён бўшлиқлар яллиғланганда шиллиқ қаватнинг қалинлашиши сабабли кузатилади. Юмшоқ танглайни ҳолати етарли даражада резонанс кучайтиришни бошқариб туради, яъни товуш келаётган ҳиқилдоқ ва ҳалқум ўрта бўлимидан бурун ҳалқумга, демак бурун бўшлиғини тўсиб бошқаради. Баъзи бир товушлар айтилганда, масалан юмшоқ танглай буш ҳолатда осилиб туради, бурун ҳалқум ва хоаналар очик ҳолатда қолади ва товуш бурундан чиққандай бўлади. Юмшоқ танглайнинг йўқлиги ёки фалажи очик товушнинг ноаниқлигига *rhinolalia aperta* бурун ҳалқум, хоана, бурун бўшлиғининг (аденоидлар, полиплар, бурун чиғаноқларининг катталашуви, турли ўсмалар) билан тўсилиб қолиши ёпиқ товушнинг ноаниқлигига *rhinolalia clausa* сабаб бўлади.

**Ҳид билиш қобилияти:** шиллиқ қаватнинг ҳид сезиш жойидан таъминланиб, унда айланасимон ҳид сезувчи нейроэпителиал хужайралари жойлашган, улар хеморецепторлар ҳисобланади. Ҳид сезиш ёриғининг торайиши ёки беркилиши респиратор гипо ёки аносмияга сабаб бўлади. Ҳид сезишнинг бузилиши рецептор нервларининг зарарланишидан келиб чиқиши мумкин. Ҳид билиш рецепторининг қўзғатувчи нарса бу моддаларнинг газсимон

молекулалари бўлиши мумкин, шунингдек, туман, чанг, тутунлар ҳам ҳид сезиш безчалари суяқлигида зриши оқибатида ҳам ҳид билиш рецепторлари кўзгалади. Ҳид билишнинг бузилиши (кокосмия) унинг ёриғи тўсилганда гипо ёки аносмиядан токи ҳид сезишнинг бутунлай йўқолишигача юзага келади. Рецепторнинг зарарланиши ҳид сезиш нервининг фалажи деб аталади, бунда ҳид сезишнинг бузилиши эссенциал гипо ёки аносмия деб юритилади.

## **БУРУН БЎШЛИҒИ, БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ**

*Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари бор беморларни  
кўришнинг умумий қўлланмалари*

Текшириш махсус хонада, махсус креслода ёки айлантирувчи ўтиргичда ўтказилади. Ўтиргичнинг ўнг томонидан асбоблар учун мўжалланган махсус стол жойлаштирилган бўлиб, текширувчи беморни қаршисига шундай ҳолатда ўтирадики, бунда беморнинг оёғи текширувчининг оёғини ўнг томонида туради. Ёруғлик манбаи бемордан ўнг томонда бўлиши керак. Қулоқ, томоқ ва бурунни текшириш учун қўлланиладиган асбоблар қуйидагилардан иборат: пешона рефлектори (бемордан 25-30 см. фокус масофада бўлиши керак) оптик ва ёритувчи асбоблар, автоном ёритгичли эндоскопия учун мўлжалланган асбоблар, бурун кенгайтиргич, бурун ҳалқум ва ҳиқилдоқ ойнаси, шпател, қулоқ воронкаси (кичик, ўрта ва катта ҳажмларда). Текшириш учун аввал беморнинг шикояти, беморнинг ҳаёти, касалликнинг келиб чиқишига сабаб бўлган нарсалар сўраб, аниқланади. Текшириш бурунни ташқи қисмини кўриш, пайпаслаш, уриб, тўқиллатиб кўришлардан, асбоб ёрдамида ва керак бўлганда махсус текшириш усулларида фойдаланишни ўз ичига олади. Беморни текширишни аввал соғ аъзодан бошлаб, сўнгра касалланган аъзолар кўрилади. Бироқ, бемор хушсиз ҳолатда бўлса, бу кетмакетлик бузилиши мумкин ва текшириш нафас йўлларида ёки эшитиш анализаторидан бошланади.

**Пешона рефлектори** (Симановский Н.П.). Рефлекторни кўриш тешиги текширувчининг чап кўзи қорачиги сатҳида жойлаштирилади, унда кўриш ўқи ёруғлик тўпламининг марказида бўлиши керак, агар қулоқ, томоқ, бурун аъзоларини эндоскопия қилиш учун автоном ёриткичли асбоб ишлатилса, пешона рефлектори қўлланилмайди.

Бурун, бурун ёндош бўшлиқларини текширишда буруннинг ташқи кўринишига (шаклига, мутаносиблик ҳолатига, бурун тешиклари шаклига), кўз олмасига, лунж атрофи ва юқори лабга алоҳида этибор бериш керак. Жароҳат натижасида бурун шакли ўзгариши мумкин, теридаги енгил ўзгаришлар - терини жароҳатланиши, кўкариши, гематомалар тўғри ташҳис қўйишга ёрдам беради. Кузатиш йўли билан бурунни ўтказувчанлик қобилиятини аниқлаш мумкин, бурун ўтказувчанлиги бузилганда оғиз орқали нафас олинади ва бунда юз кўриниши ўзгача ҳолатда бўлади. Бурун бўшлиғини ёки бурун бўшлиқларидан кўз соққасига ўтган яллиғланиш жараёни ёки ўсмалар кўз ичи бурчаги ёки кўз олмасининг шишига ва пастга қараб туртилишига олиб келади.

**Пайпаслаб кўриш:** бурун, бурун ён бўшлиқларини текширишдаги энг керакли усулларидан бири бурун суягининг синишида ёки қайрилишида жағ суяклари ва калла суяқларини клиник текшируви фақат пайпаслаб кўриш усули билангина аниқланиши мумкин. Бурун ён бўшлиқлари ва кўз усти, кўз ости нервларининг чиқиш жойларини, оғриқли нуқталарини текширишда ҳам бу усул катта аҳамиятга эга. Ўсмаларни пайпаслаб кўриш, уларни консистенцияси, ҳаракатчанлиги, ҳажми нафақат ташҳис учун эмас, балки кейинги даволаш тактикаси учун ҳам катта аҳамияти бор.

**Риноскопия:** бурун, бурун ёндош бўшлиқларини текширишдаги асосий усулдир. Олдинги риноскопия *rhinoscopia anterior* бурун кенгайтиргич ёрдамида бурун тешиклари орқали бурун бўшлиғини ички юзаси кўрилади. Айрим болалар, айниқса, кичик ёшдагилар бурун ойнасидан кўрқадилар, бунда кенг диаметрли қулоқ воронкаси билан кўрилади, кўп ҳолларда кичик ёшдаги болаларни аллергик ёки катарал ўзгаришларда текшириш вақтида сургич билан бурун ичидаги суюқлик сўриб олинади, баъзан эса адреналин эритмаси (1:1000) билан аппликация

қилингандан сўнг (пахта ёғи томизилиб) қайта кўрилади, бурун ойнасининг ҳолати шундай бўлиши керакки, бурун тўсигини асосан locus Kesselbachii ёки қон кетишидан эҳтиёт бўлиш керак.

**Олдинги риноскопияда** беморни боши 3 хил ҳолатда бўлиши керак: 1-бош тўғри ушланади, 2-бош орқага қайрилган, 3-бош орқага қайрилиб, бироз ташқарига томон эгилади. Биринчи ҳолат пастки бурун йўли ва пастки бурун чиғаноғини текширишга, иккинчиси ўрта бурун йўли ва баъзида юқори бурун чиғаноғи, учинчи ҳолат - бурун бўшлиқлари, бурунга очилган қисми, ўрта бурун йўлини текширишга имкон беради.

Бурун шиллиқ қавати нормада чақалоқларда ва ёш болаларда ялтироқ, пушти юзаси текис бўлади, гипертрофик ўзгаришлар ва нотекисликлар бўлиши мумкин эмас, бурун йўллари ўта кенг, лекин ҳалқумни юқори девори кўринадиган даражада эмас, аллергик ринитларга хос бўлган оч кўк рангли шиллиқ қават бўлмаслигига эътибор бериш керак, ўта эмоционал сезиш қобилиятига эга бўлган болаларда томирли реакциялар билан кузатилганлиги сабабли, бурун чиғаноқларининг рефлекторли қисқариши асосан ғорсимон тана ҳажми кичрайганлиги туфайли пастки чиғаноқлар қисқаради, бу рефлексга жавобан бурун йўллари кенгайди - бурунни ўтказувчанлиги бузилади, бунда касални шикоят, касаллик тарихи текшириш натижаси тўғри келмаганда кўп маротаба қайта текшириб кўрилади.

**Орқанги риноскопия** (rinoscopia posterior) - олдинги риноскопияга қўшимча бўлиб, кичик ойна орқали текширилади, орқанги риноскопия ёш болаларда уларнинг тинч турмаслиги туфайли анча қийинчилик туғдиради. Орқанги риноскопияда хоана, димоғ суяги, бурун йўллари (тепа, ўрта, пастки) бурун чиғаноқларининг орқанги қисмлари бурун ҳалқум гумбази, учинчи бурун ҳалқум беши, ҳалқум ён девори, эшитув найининг ҳалқум тешиги, тубар айланаси, тубар безлари кўринади (Расм - 1.10, 1.11, 1.12).

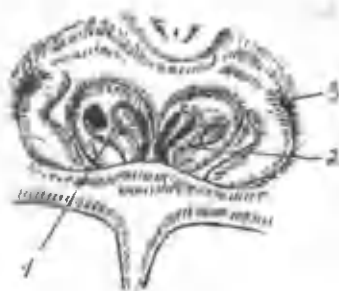


**Расм - 1.10. Олдинги риноскопия. Врач билан беморнинг ҳолати.**



**Расм- 1.11. Орқа риноскопия:  
(кўзгу билан)**

*1-Чиваноқлар: ўрта, пастки, юқориги; 2-димоқ суюги; 3-шитув найи тешиги.*



**Расм - 1.12. Орқа риноскопия  
кўриниши.**

Таъсирчан болаларда 5% дикаин эритмаси билан ҳалқум шиллиқ қавати оғриқсизлантирилади, катталарда эса оғриқсизлантириш кам ишлатилиб, фақат қайт қилиш рефлекси кучли бўлган беморлардагина ишлатилади. Бурунни функционал ҳолатини текшириш кўп ҳолларда даволаш турини аниқлашда катта аҳамиятга эга, бурунни ҳаво ўтказувчанлиги бармоқ билан бурун тешиклари навбат билан беркитилиб текширилади. Энг оддий усул В.И.Воячек усулидир. Буруннинг нормал ўтказувчанлигида бурун тешиги олдиға қўйилган ип толаси ҳаракати аниқ, равон

бўлади, бурунни битишида ёки бурун бўшлиғини кенгайишида ип кучсиз ёки тез ҳаракатда бўлади.

Ундан ташқари бурун ҳалқумни кўрсаткич бармоқ ёрдамида текшириш усули қўлланилади (расм - 1.13).



**Расм-1.13. Бурун-ҳалқумни бармоқ билан текшириш**

Ҳид сезишни текшириш неврологик текширишларни бир қисми бўлиб, бош суяги чуқурчаси муҳитдаги ўзгаришларни ташҳис қилишда-биринчи навбатда бош суягидаги ўсмаларни ташҳисда ёрдам беради. Мураккаб ольфактометрлар билан бирга амалиётда чекланган миқдордаги ҳидли моддаларни қўллаш мумкин: соғлом одамларда спиртнинг сувдаги зритмаси ва сирка кислотасини қўллаш мумкин. Турли ҳидларга таъсирчанлик турлича бўлади. Бурун ён бўшлиқларини текширишда ёритиш усуллари (диафаноскопия) Геринг ёриткичи кам қўлланилмоқда. Автоном ёриткичли эндоскоплар қўлланила бошланди. Нормада ҳаво билан тўлган Гайморов бўшлиқларини кўрганда пушти майдон кўз соққаси билан бирга ёришади йиринг ёки ўсмалар бўлганда бўшлиқ қора доғ бўлиб кўринади. Агар бўшлиқларни олдинги девори суяги қалин бўлса, бўшлиқлар яхши ёришмайди. Бунда ковакни пастки қисми тортилади ва Гайморов бўш-

лигининг устки девори бўлган кўз косасини юпқа пастки девори пушти рангда яримой шаклида кўринади, бўшлиқни бир томонлама шикастланишида ассиметрия ҳолида: соғ томон ёруғ яримой шаклида, шикастланган томон хира бўлади.

Пешона бўшлиқлари диафаноскоп билан текширилади, унинг лампочкаси кўз соққасининг ички бурчагига ўрнатилади, айрим ҳолларда ғалвирсимон катакчаларни ҳам диафаноскопия қилиш мумкин, бурун бўшлиғини маҳаллий огриксизлантирилгандан сўнг, ўрта бурун чиганоғига сальпингоскоп киритилади: нормада кўз соққасининг ички қисми ёришади, ғалвирсимон лабиринт шикастланганда кўз соққаси қоронғилашган бўлади.

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари қўшимча текшириш турларидан энг қулайи рентгенологик текшириш усулидир. Рентгенография қуйидаги проекцияларда қилинади: энса-энгак, энса-пешона, ёнбош. Энса-пешона проекциясида бемор ётиши керак, рентген нури энсадан бироз пастдан йўналтирилади. Бундай суратда қуйидагилар кўринади: пешона ғалвирсимон ва Гайморов бўшлиғи, бошнинг суяк қисми масалан, энса суяқларининг пирамидаси ва пастки жағ суяги. Пешона бўшлиғи тўла ривожланмаганда ёки ён бўшлиқларнинг ҳолатини тўла текширишда энса-энгак проекцияси суратга олинади: бемор юз томони билан кассетага энса-энгак ва лабини теккизади, марказий нур эса бироз юқоридан йўналтирилади *protuberantia occipitalis*. Бундай суратда ўз шаклидан бироз катталашган ва аниқ чегарали пешона бўшлиғи кўринади.

Ён бўшлиқларни текширишда баъзан ёнбош ҳолда олинган суратлардан фойдаланилади: бундай суратлар пешона ва ғалвирсимон бўшлиқлар ҳолатини аниқлаб беради. Ёнбош суратни олиш учун текширилувчининг боши кассетага шундай жойлаштириладики, бунда унинг саггитал юзаси кассетага параллел жойлашади. Марказий нур фронтал йўналишда бироз олдинга йўналтирилади (бармоқ кенглигида) бу битемпорал сурат дейлиб, асосан пешона ва ғалвирсимон бўшлиқларнинг ҳолатини аниқлашда қўлланилади. Бурун ён бўшлиқлари рентгенографияси бўшлиқни ҳолати ҳақида аниқ тасаввур беради. Касалланган бўшлиқлар соғ бўшлиқлар билан солиштирилганда ўзининг аниқ чегараси билан ажралиб туради. Бўшлиқнинг контурларини



диққат билан текшириш фронтитлар ташҳисида катта ёрдам беради. Йиринг турли касалланган бўшлиқдан бурун бўшлиғига қараб оқади ва бўшлиқларда қисман ҳаво ушланиб, тор ёриқсимон жойларда, олдинги ва орқанги деворларни бирлашган жойларида йирингли ажралмалар йиғилиб қолади. Бундай бўшлиқлар контурлари суртилганга ўхшаб, доғ кўринишида соғ томондан фарқ қилади. Ёт жисмларда, ўқ билан яраланганда уч хил проекцияларда рентгенограмма қилинади: энса-пешона, энгак вертикал, битемпорал. Бундай 3 ўзаро перпендикуляр томонлардан қилинган сурат ёт жисмнинг жойлашувини аниқлайди. Айрим ҳолларда мақсадга мувофиқ бурун ва бурун ён бўшлиқларини ғалвирсимон суяк ва понасимон бўшлиқнинг суратини олишда Фастовский усули бўйича рентгенологик текширув ўтказилади. Бурун бўшлиқларини функциясидан ёки зонд орқали бўшлиқ тозалангандан сўнг табиий тешиқлар орқали рентгенконтраст моддалар киритилиб томографик текширишлар қилинади. Бундай текшириш усулларида ташқари ҳозирги вақтда ринофиброскопия, ультратовушли биолокация, рентгенокомпьютерли томография, ядро-магнитли резонанс, микрориноскопия кенг қўлланилмоқда.

### **БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИДАГИ НУҚСОНЛАР**

Бурунни ривожланишидаги нуқсонлардан аъзолар камчилиги ёки умуман аъзонинг ривожланмаслиги билан боғлиқ ҳолатлар жуда кўп учрайди. Улардан энг кўп учрайдигани аномалиялар *mostra per defectum* циклопатия, аринознцефалия, цебоцефалия.

Бурунни ривожланиши етишмовчиликлари орасида ташқи бурунни ўрта ёриғини кўрсатиш мумкин. Бурунни картошкасимон деформацияси, бурун йўлини бир томонлама иккиланиши, иккиламчи бурун ёки бурунни туғма қийшайиши, бурун тўсигини туғма қийшайиши натижасида деформацияси, бурун қирғоғи атрофидаги тўқималар шаклининг бузилиши, пешона суяги, юқори жағ тўқималарининг нуқсонлари, бурун ривожланишининг етишмовчилигига мисол бўла олади. Бурун суяқларининг тўла ёки

қисман туғма йўқлиги билан бирга кўпинча бурун тўсиғи атрофида дермоидли фистулалар учрайди.

## **ОРҚА БУРУН ТЕШИГИНИНГ ТОРАЙИШИ ЁКИ УМУМАН БЎЛМАСЛИГИ** *Atresio choanarum*

Орқа бурун тешигининг торайиши ёки умуман бўлмаслиги ирсий етишмовчиликлар натижасида келиб чиқади ва бундай ҳолат камдан-кам учрайди. Кўпинча бу ўзгаришлар бир томонлама бўлиб, асосан ўнг томонда жойлашади. Хоаналарнинг йўқлиги кўпинча юз ва бош суягининг тўла ривожланмаслиги билан биргаликда учрайди, хоаналар йўқлиги бошқа хил ирсий етишмовчиликлар билан бирга учрайди, ташқи эшитув йўлининг йўқлиги, қулоқ фистулалари, тилни битиб кетиши, қулоқнинг юмшоқ солинчоғи битишиб кетиши. Чақалоқлар бундай етишмовчиликлар билан нафас ололмайдилар, оғиз орқали нафас олганда бола энтикади, шунинг билан бирга нафас олиш, ҳазм қилиш жараёни бузилиб, организмнинг оғир умумий етишмовчиликлар билан бирга ҳаттоки ўлимгача олиб келади. Бунда ингичка резинали катетер ёрдамида бурун йўлларини текшириш ташҳиси ёрдам беради: катетер бурун ҳалқумга ва ҳалқум ўрта қисмигача ўтказилади. Орқанги риноскопияда хоаналарнинг қисман ёки тўла битишиб кетганлиги кўринади.

**Даволаш:** энг қулай усуллардан бири бола 1 ёшга тўлганда жарроҳлик усулини қўллашдир, агар хоаналарнинг битиб кетганлиги ҳаёт учун хавфли бўлса, чақалоқлигидаёқ жарроҳлик усули билан даволанади. Жарроҳликда хоаналарга бурун ичидан ёки юқори жағдан қаттиқ танглай орқали хоанага борилади. Хоана тешигини ёпиб турган суяк пайрахаси олиб ташланади. Қўшувчи тўқима мембранаси киритилади, хоана юзасини шаклланиши учун юмшоқ пластмассадан тайёрланган трубка бурун орқали хоанага киритиб қўйилади. Икки томонлама хоаналарнинг битиб кетишини троакар ёки долот ёрдамида деворлар тешилиб, резинали дренаж киритилади. Жарроҳлик эса кейинроқ ўтказилади. Бунда оғиз бўшлиғи ва қаттиқ танглай орқали

димоғ суягининг бир қисми олиб ташланади. Сал каттароқ ёшда радикал жарроҳлик қилинади.

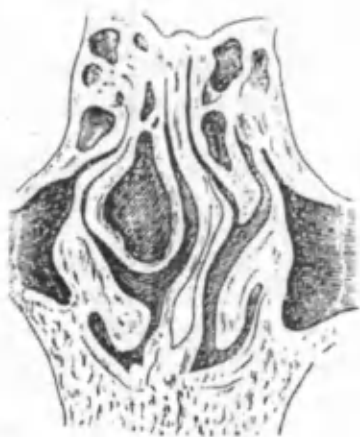
## **БУРУННИНГ ИЧКИ ЮЗАСИДАГИ ТУҒМА ЎСМАЛАР** *Angioma, terotoma, meningoencephalocalia*

Ангиомалар, теротомалар, бурун бўшлиғига кириб борувчи мия чурраси бурун бўшлигининг катта қисмини эгаллаши мумкин. Чақалоқларда ва ёш болаларда бурун бўшлиғида яллиғланиш ва полипозли ўсмаларни жуда кам учрашини ҳисобга олиб, бундай шароитда ташҳис қўйиш жуда эҳтиёткорликни талаб қилади.

## **БУРУН ТЎСИҒИНИНГ ҚИЙШАЙИШИ** *Deviatio septi nasi*

Бурун тўсиғининг ўрта чизикда бўлмаслиги бурун тўсиғининг қийшайиши деб юритилади. Бурун тўсиғининг қийшайиши *deviationes* ва бурун тўсиғининг бўртмаси (шип) ва қиррали бўртма *cristae, spinae* каби кўринишлари учрайди. Баъзида бундай ўзгаришлар биргаликда ҳам учраши мумкин. Катта одамларда бурун тўсиғи текис пайраҳадан ташкил топиб, ўрта чизикда жойлашади, у ёки бу томонга эгилиши бурун бўшлиғи юзасини торайтиради. Бурун тўсиғининг қийшайиши бурун тўсиғининг нотекис ўсиши, унинг суяк қисмини, гумбазини, бурун бўшлигининг нотекис ўсиши ва бошқа сабаблар туфайли келиб чиқади. Баъзан бурун тўсиғини қийшайиши тўсиқни шакллантирувчи эмбрионал ўзгаришлар сабабли ҳам юзага келади ёки суяк дарпардасининг униб ўсишига ҳалақит беришдан ҳам нотўғри шаклланади. Яна туғилиш йўлларидадан ўтиш вақтида ҳам бурун лат ейиш мумкин, бурун шикастланганда, бурун бўшлиғида ўсмалар ҳисобига ҳам бурун тўсиғини ўрта чизикдан силжиш ҳоллари учрайди. Бурун тўсиғининг қийшайиши 7 ёшдан бошлаб, яъни доимий тишларнинг чиқишидан ва юқори жағнинг жадал ривожланишидан бошланади ва 20-25 ёшларга етганда юз скелетининг ўсишини тўхташ давригача юз бериши мумкин. Камдан-кам ҳолларда 3-4 ёшдаги болаларда ва эмизик-

ли болаларда учрайди. Бурун тўсиғининг орқанги қисмидан ташқари ўрта ва олдинги қисмларида қийшайиш кўп учрайди, тўсиқ бутун қисми бўйича бир томонга қийшайиши мумкин. Бунда тўсиқ фронтал кесимда S-симон шакли эслатади. Баъзан юқори қисми пастки қисмига нисбатан синган шаклда бурчак остида қийшайди ёки тўсиқ зинасимон ёки ёпқичсимон бўлиши мумкин. Бигизсимон ва тароқсимон бўртмалар тўсиқнинг асосан кўтарилган қисмидир, димоғ суягининг юқори қисмида тоғай билан қўшилган қисмида жойлашади. Улар тўсиқнинг олди ва орқа қисмларида, кўпинча бурун тўсиғи бўйлаб қалинлашган ҳолда жойлашади.



**Расм-1.14. Бурун бўшлиғи орқали фронтал кесиш.  
Унда concha bullosa.**

**Бурун тўсиғи қийшайиши белгилари:** бурун тўсиғининг қийшайишини асосий белгила-ридан бири бир ёки икки томонлама бурун орқали нафас олишнинг қийинлашувидир. Бурун орқали нафас олишнинг бузи-лиши фақат тўсиқнинг қийшайишига боғлиқ бўлмай, В.И.Воячек кўрсатганидек, ҳавонинг нотўғри йўналишига, ҳавонинг айланма ҳаракатига ва паст босимли жойларга, бурун тўсиғи қийшайган жойи билан

чиғаноқлар орасидаги масофага боғлиқ. Буруннинг кенг қисмида ғалвирсимон лабиринт гиперплазияси, пастки чиғаноқларни орқа қисмларини катталашуви ҳам кўп учраб туради. Бурун тўсиғининг қийшайиши бурун бўшлиғини юқори қисмида бўлганида ҳид сезиш бўлимига ҳаво оқимининг етиб келишини қийинлашиши сабабли ҳид сезиш функцияси пасаяди. Қон айланишининг бузилиши туфайли ҳид билиш асаб толасини қон билан таъминланиши бузилиб, қайтариб бўлмас даражадаги ўзгаришларга олиб келади. Ёшлиқда бўлган бурун қийшайиши бир неча йиллар белгисиз кечиши мумкин. Қачонки бурун ва бурун ён бўшлиқларини касалликлари, организм бошқа касалликлари пайдо бўлганда, бу белгилар аста-секин сезилади. Бурун шиллиқ қавати асаб толаларига бой бўлганлиги сабабли, бурун тўсиғини қийшайиши реффлектор неврозлар билан биргалликда кечиши мумкин. Бу асосан бигизсимон ва тароқсимон бўртмаларга тааллуқли. Бурун ва бурун атрофидаги аъзоларни таъсирлантириш реффлектор ўзгаришларга сабаб бўлади. Риноген реффлектор бузилишларига бронхиал астма, ҳиқилдоқ қисилиши, кўз касалликларини баъзи тури, юрак қон-томирлар системаси, бош оғриқлари, реффлектор йўталиш ва акса уриш киради. Бурундан ҳаво ўтишининг бузилиши ва иккиламчи ринитлар бурун тўсиғини қийшайиши оқибатида эшитув найи ва ўрта қулоқ ҳамда ён бўшлиқлар, кўз ёши чиқарув йўлларининг вазифаларини бузилишига олиб келиши мумкин. Ўткир ва сурункали синуситлар келиб чиқишида бурун тўсиғини қийшайиши алоҳида ўрин тутади.

**Ташҳис:** бурун тўсиғини қийшайишини ташқаридан аниқлаш мумкин. Риноскопияда бурун бўшлиғи ассиметрияси (бурун бўшлиғининг бир томони иккинчисига нисбатан айрим қисмларда торайган) бурун бўшлиғини бир томонидан бурун чиғаноқлари яхши кўринади, иккинчи томонида ёмон, баъзан кўринмайди. Бурун бўшлиғи синчиклаб кўриб чиқилади, бурмалар ва шиллиқ қаватлар ҳолатининг жойлашув ерларини аниқлаш учун чиғаноқлар шиллиқ қаватига 5 фоизли эфедрин ёки адреналин эритмаси суртилиб, кейин тўсиқ ва ён деворни (чиғаноқ тўрсимон катаклар) текширилади. Олдинги риноскопияга қўшимча қилиб, орқанги риноскопия қилинади. Бунда димоғ суягининг орқа бў-

лимининг қийшайиши чиганоқларни орқа қисмларини катталашуви, шиллиқ қаватларни қалинлашуви кўринади.

Рентгенологик текширишлар бурун тўсиғини қийшайишида кам маълумотларни беради, лекин бу текшириш ёндош бўшлиқларнинг ҳолатини аниқлаб беради.

**Даволаш:** Бурун тўсиғининг қийшайишини асосий давоси жарроҳлик усули, бунда бурун тўсиғини шиллиқ ости резекцияси қилинади. Жарроҳликка кўрсатма бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: бурун тўсиғини қийшайиши натижасида бурун орқали нафас олишни қийинлашуви ёки бутунлай йўқолиши, бурун ён бўшлиқларига бурун орқали боришни иложи йўқлиги, рефлектор невроз туфайли бош оғриши, кўп акса уриш, юрак атрофида оғриқларнинг келиб чиқиши, кўз ёши йўллари тўсилиши.

Шиллиқ қаватларни кучли даражадаги атрофиясида, қон касалликларида, ОРВИ, бурун чипқони, бурун сикози каби касалликларида вақтинчалик жарроҳлик усулидан фойдаланиш тавсия этилмайди. Жарроҳлик беморнинг ўтирган ҳолатида ўтказилади, жуда камдан-кам ҳолларда жарроҳлик бемор ётган ҳолатида боши биров юқорига кўтариб бажарилади.

Бурун шиллиқ қаватига 5 фоиз кокаин эритмаси ва 0,1 фоиз адреналин эритмаси суртилади. Тоғай усти пардаси остига 1 фоиз новокаин ёки лидокаин эритмаси инфильтрацион усулда юборилади. Бурун тўсиғи шиллиқ қаватини кесиш тўсиқнинг олдинги қисмини чап томонидан бўлади. Юқоридан пастга ёйсимон, (ёйнинг бўртган томони олдинга караб) ёки тўғри бурчак остида орқадан тоғайгача кесилади. Чап томонда распатор ёрдамида шиллиқ қават тоғай усти қавати билан ажратилади, кейин ажратилган қаватлардан биров бериорқдан тоғай кесилади, бунда қарама-қарши томондаги тоғай усти қавати бутун қолиши керак. Унг томонда кўриш назоратида распатор ёрдамида шиллиқ қават тоғай усти қаватидан ажратилади, кейин кесилган жойга киллиана ойнасини ўртача катталиқда киргизилади, бунда тоғай браншалар оралигида қолиши керак. Беланжер пичоғи ёки энсиз скалпел ёрдамида тоғай кесилади, аввал кесиш бурун устига параллел ҳолда олдидан бошланиб, орқага суяк қисмигача борилади, 0,5 см. юқори қисмидан қолдирилади (бурун чуқишининг олдини олиш мақсадида). Кейин пастдан бурун туби

бўйлаб кесилади ва қийшайган суяк қисми Брюнингс қисқичи ёрдамида олиб ташланади. Бигизсимон ва тароқсимон бўртмалар эса яхшилаб ажратилганидан сўнг болғача ёрдамида урилиб, синдирилади. Агарда ажратилган шиллиқ қават варақлари тоғай усти ва суяк усти соҳасида текис жойлашса, жарроҳликни тугатиш мумкин. Баъзи ҳолларда тоғай ёки суякнинг нафас олишга халақит бераётган қисмлари олиб ташланади. Жарроҳлик охирида бурун бўшлигининг иккала томониغا эластик тампонлар (ёки докали пилик) қўйилади. Бунда бир хилдаги босим шиллиқ қават варақларининг тезда ёпилиб битишига олиб келади. Бурун бўшлиғидаги тампон 24 соатдан сўнг олиб ташланади, кейинги кунларда бурун бўшлиғи шиллиқ қаватларига томир торайтирувчи дорилардан суртиб турилади, уларни ёғлар билан алмаштириб суртилади. Бурун бўшлиғи ҳар куни тозаланиб турилади. У ерда ҳосил бўлган шилимшиқ ажралма ва қасмоқлар яхшилаб ёғ билан юмшатиладиган сўнг олиб ташланади. Жарроҳликдан кейинги даврда керак бўлса, бошқа даволарни ҳам қўллаш мумкин. Юқорида келтирилган жарроҳлик усулидан ташқари бошқа усуллар ҳам бор, ammo улар кам қўлланилади. Улардан бурун тўсиғини Воячек усули бўйича тўғрилаш (редресация), бурун тўсиғини айланасимон олиб ташлаш, бурун тўсиғини қисман олиб ташлаш, бурун тўсиғини Цитович усули бўйича вақтинчалик олиб ташлаш, санаб ўтилган жарроҳликлар кам қўлланилади, асосан ҳозирги кунда биз ёритган киллиана усули кенг қўлланилмоқда.

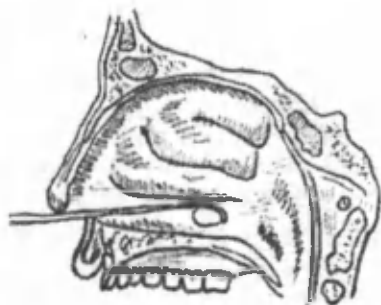
**Асоратлари:** Бурун тўсиғида ўтказилаётган жарроҳлик вақтида ва жарроҳликдан кейинги вақтда юз берадиган асоратларини қуйидагиларга бўлиш мумкин: эртанги асоратлари - хушдан кетиш, қон кетиши, жарроҳликдан сўнгги асоратлар: гематома, қон кетиш, шиллиқ қаватнинг шишиши, кўз соққасини яллиғланиши. Кечки асоратларига - бурун шаклини ўзгариши (бурунни учки қисмини ёки бурун қиррасини чўкиши, атрофик ринит), атрофик ринит (атрофик жараён натижасида бурун тўсиғи қиррасини кечикиб тешилиши), бурун тўсиғини ён деворлар билан ёпишиб қолиши (синехия). Бундан ташқари бурун бўшлиғи синехияси бурундаги турли касалликлар (йирингли ва ярасимон

жараёнлар) ва жарроҳлик ҳамда галванакаустикадан сўнг юзага келиши мумкин.

**Даволаш.** Бу битишмалар пичоқ, қайчи агар суяк битишмаси бўлса, болға ёки ультратовушли пичоқ ёрдамида олиб ташланади ва бурун бўшлиғига докали тампон қўйилади. Ажратиш асосан маҳаллий оғриқсизлантириш орқали бажарилади.

## БУРУН БЎШЛИҒИДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР

Бурун бўшлиғида ёт жисмлар асосан ёш болаларда кўп учрайди. Турли хил предметларни ўйнаётган вақтида болалар қаровсиз қолганларида ўзлари бурун ичига тиқиб оладилар. Бурунда ёт жисм борлиги белгиси бурундан нафас олишни қийинлиги, ажралма келиши (шилимшиқ, йирингли ажралма), нохуш ҳид пайдо бўлишидир. Ёт жисмлар бурун тўсиғи билан пастки чиғаноқ ўртасида ўрнашиб қолиши мумкин, агар улар узоқ муддат туриб қолса, улар атрофларига тузлар тўпланиб қолиб, бурун тошчалари ринолитлар пайдо бўлади, айрим ҳолларда улар шунчалик катталашадикки, майдаламай туриб тортиб олишни иложи бўлмайди. Ёт жисмлар ташҳиси риноскопия, тугмасимон зонд орқали текширишларга асосланади. Ёт жисмларни олиб ташлашда 5 фоизли кокаин, 2 фоизли дикаин ёки 10 фоизли лидокаин эритмаларидан бирини бурун шиллиқ қаватларига суртиш билан оғриқсизлантирилади. Мавжуд ёт жисмлар Ланге илмоғи билан олиб ташланади.



Расм-1.15. Бурундан ёт жисмни олиш.



Айрим вақтларда эса ёт жисмлар турли шакллардаги қисқичлар ёрдамида қисиб олинади. Баъзи вақтларда ёт жисмлар юмшоқ тўқима ичига кириб битишиб қолганда бурун тўсиғи мобилизация қилинади ёки бурун ён бўшлиқлари орқали олиб ташланади.

## **БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ**

Бурун юзнинг кўтарилган қисми бўлганлиги сабабли кўп ҳолларда жуда осон жароҳатланади. Ўтмас ва совуқ қуроллардан отилган ўқ натижасида буруннинг жароҳатланиши, қон кетиши ва айрим бўлимларининг шакллари бузилиши билан кечади. Буруннинг жароҳатланиши натижасида баъзан бурун юзасининг (функционал етишмовчилиги, ташқи бурун шаклининг бузилиши, косметик етишмовчилик) ўзгаришлари келиб чиқади. Бурун жароҳатланганда кўрсатилган тўғри ва тез ёрдам кейинчалик ўтказилиши керак бўлган мураккаб косметик жарроҳликларнинг олдини олади. Юмшоқ тўқималарни йиртилиши ёки тоғай ва суякларни синиши жароҳат етказувчи жисмни кучи, тузилишига боғлиқ. Буруннинг жароҳатланиши қуйидагиларга бўлинади: лат ейиши, юмшоқ тўқималарни йиртилиши, тоғай ҳамда суякларнинг оддий ёки мураккаб синиши. Юзнинг тўмтоқ жисмлар оқибатида жароҳатланиши, бурун бўшлиқларининг ёпиқ жароҳатланишига сабаб бўлади. Бурун суяклари қиррасидаги озгина синиши ташқаридан бурун шаклини ўзгартирмаслиги мумкин, бунда бурунни синган қисми ушлаб кўрилганда (шу томонга босилганда) ғирчиллаш «крепитация» беради ва рентгенологик текширганда аниқланади. Кўпинча бурун суяклари баъзан юқори жағнинг пешона ўсиғи лат ейди. Бурун тўсиғининг жароҳатланиши натижасида тўсиқнинг қийшайиши, қайрилиши, бурун тўсиғини тоғай қисмининг синиши, баъзан суяк қисмининг синиши учраб туради. Бурун деформациясида тоғай қисми суяк қисми билан биргалиги сабабли суяк қисми тўғриланганда тоғай қисми ҳам тўғри ҳолатни олади. Бурун қирраси жароҳатланганда олдинги

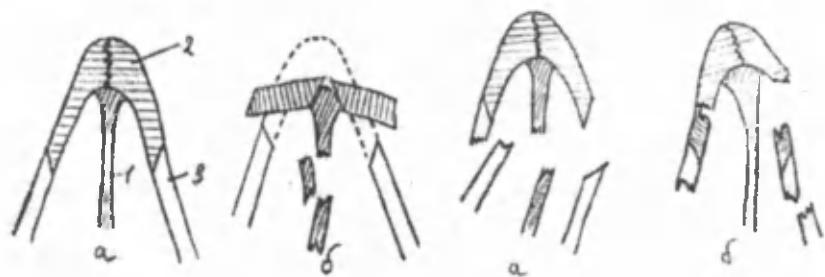
томонда бурун суяклари бўйига қараб синади ва бурун S-симон шаклни олади. Бурун қиррасининг кучли ва қисман тоғайли қисмларнинг чўкиши маълум даражада бурун тўсиғининг шаклини ўзгартиришига ёки синиб, қон тўпланишига олиб келади. Болаларда бундай ҳолларда суяк чокларининг бўш ёпишганлиги сабабли бурун суяклари ва пешона ўсиғи ўртасидаги чок ажралиб кетиши мумкин, бунда бурун шакли бузилиб, қирранинг жуда сезиларли даражада чўкишига сабаб бўлади. Риноскопияда бурун тўсиғининг қўшилиб кетиши ёки синиши аниқланади.

Ташқи буруннинг ёнбошга қийшайиши (қийшиқ бурунлик) бурун чўкишига нисбатан кўпроқ учрайди. Урилган томонга бурун суягининг пешона ўсимтаси ўртасидаги чок ажралиб, пешона ўсиғининг синиши билан бирга ташқи бурунни қарама-қарши томонга қийшайиши кузатилади. Бурун тўсиғининг синиши ва пешона чокидан бурун суяқларини чиқиб қолиши кам учрайди. Баъзан бурун барча қисми билан бир томонга қийшайиши мумкин. Буруннинг шикастланишидан келиб чиқадиган бурун тўсиғининг қийшайиши бурундан нафас олишни қийинлашувига олиб келади.

Бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватлар билан шикастланиши ташқи урилиш натижасида содир бўлади (синган суяклар бўшлиққа қараб чўкиши сабабли шиллиқ қаватлар шикастланади). Шиллиқ қаватнинг бевосита лат ейиши ўткир жисмлар табиий тешиклар орқали киритилганда юзага келади. Масалан: қалам, темир парчаси, гугурт донаси ва бошқалар. Бурун бўшлиғидаги ёт жисмлар узоқ муддат олиб ташланмаса, бурун шиллиқ қаватининг сурункали йирингли яллиғланишига, кейинчалик эса грануляция билан асоратланиб, бурун ён бўшлиқларининг иккиламчи яллиғланишига олиб келади. Айрим ҳолларда ташхис қийин бўлади.

**Риноскопияда** ёт жисмлар грануляция билан қопланиб қолганлиги сабабли кўринмайди, балки ўсмага ўхшашлик кўринади. Бунда ёт жисмларни ўсмалардан ажратиш учун касалликнинг қай усулда бошланганлигини аниқлаш керак, сўнгра тугмачасимон зонд орқали текшириб кўрилади. Контраст рент-

генография ёт жисм ҳақида, унинг жойлашуви тўғрисида аниқ маълумот беради.



Расм-1.16. Бурун жароҳати турлари.

**Даволаш:** Буруннинг олдинги қисмидаги юмшоқ, кичкина жисмлар бурунни қоқиш вақтида чиқиб кетади, қаттиқ қисилиб қолган жисмлар эса 3-5 фоизли кокаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг махсус асбоблар ёрдамида олиб ташланади. Юмалоқ шаклдаги жисмлар илгаклар билан олинади, йўгон ринолитлар бурун бўшлиғида майдаланиб сўнг олинади, агар майдалашни иложи бўлмаса, оғиз бўшлиғи орқали жарроҳлик йўли билан олинади.

Ташқи буруннинг шикастланишидаги кичкина яра ЛОР жарроҳлик аралашувисиз нуқсонсиз битади. Агар ярага жарроҳлик чоки қўйилиши зарур бўлса, иложи борича яхши натижа олиш учун (тери майдаланиб йиртилганда ҳам ўз ўрниларига тикилади) ҳаракат қилинади. Бурунни учки қисмида узилиш бўлса, узилган қисми фақатгина ташқи қирғоқларга тўғриланиб эмас бурун бўшлиғи қирғоқларига, агар бурун учи узилиши вақти 30 мин. дан кўп бўлмаса тўғриланиб тикилади. Бурун қийшиқлигини даволаш қисқа муддатли умумий оғриқсизлантиришдан сўнг ёки шикастланиш янги бўлса, оғриқсизлантиришсиз амалга оширилади. Бунда қийшайган томондан қарама-қарши томонга бармоқ билан босилади, суяк тўғрилангач, махсус товуш эшитилади. Кечиккан ҳолларда эса элеваторни бурун бўшлиғига киргизиб сўнгра тўғриланади. Бурун қийшайгандан сўнг анча вақт ўтган

бўлса, бурун шаклини тиклаш учун жарроҳлик усули ринопластика қилинади.

Бурун қийшайиши олдинги орқа йўналишда бўлса, даволаш муолажалари бурун ёпигининг барча букилган қисмларини кўтаришдан иборат бўлади. Катта фрагментлар ҳосил бўлиши натижасида буруннинг майдаланиб кетиши эса мураккаб ҳолат ҳисобланади. Бундай ҳолларда суяклар очиқ ҳолатда жарроҳлик - ринопластика қилинади.

Туғма ёки ортирилган бурун қиррасининг чўкишида пластик жарроҳлиги ўтказилади, яъни, бурунни чўккан қисми қайта тикланади. Бурун ён бўшлиқларининг шикастланишига қуйидагилар сабаб бўлади: ўткир қуроллар, калтакланиш, йиқилиш, эзилиш, совуқ қуроллардан отилган ўқлар.

Бурун ён бўшлиқларини тўмтоқ (учсиз) жисмлар билан уриши натижасида шикастланишининг ҳажми ва чуқурлиги шу жисмни хусусиятига боғлиқ. Бурун ён бўшлиқларининг иккиламчи шикастланиши қўшни суякларнинг (ёноқ суяги, пешона суяги, бурун суяги) шикастланиши натижасида содир бўлади. Бош суяги синганда бурун ёндош бўшлиқлари мия деворининг иккиламчи шикастланиши келиб чиқади. Ён бўшлиқларни жароҳатланиши ҳолатига ва жароҳатланиш даражаси нафақат жароҳатловчи қурол хусусиятига, балки унинг таъсир кучига ва бурун ён бўшлиқлари суяк деворининг қалинлигига боғлиқ бўлади. Совуқ қуроллардан отилган ўқлар натижасида бурун ён бўшлиқлари жароҳатланиши қуйидагича бўлади: тешиб ўтувчи, тегиб ўтувчи. Баъзан якка ҳолда, баъзан бурун бўшлиғи юқори қисми ва кўз соққаси жароҳатланиши билан биргаликда бўлади. Жароҳатнинг белгилари: бурун ён бўшлиқлари шикастлангандаги маҳаллий белгилар - бурун шикастланиши белгилари билан бир хилда бўлади.

**Умумий белгилар.** аҳволнинг ўзгариши шикастланиш даражасига боғлиқ. Умумий аҳволи юзаки шикастланганда кам ҳолларда ўзгаради. Агар шикастланиш оғир даражада бўлса, (бош суяги асоси) беморнинг хушидан кетиб қисқа муддатли карахт ҳолига тушади. Бурун ён бўшлиқларининг ифлосланиши ва йирингланиши, тана ҳароратининг кўтарилишидан бошланади. Тана ҳароратини кўтарилиши ёнбошдаги аъзоларнинг асоратидан

дарак беради. Буларга флегмона, тромбофлебит, септик ҳолат ва зотилжам киради.

**Ташҳис:** ташқи кўриниши ва текшириш натижаларига асосланиб олдинги ва орқанги риноскопик, рентгенологик текширишлар, куролдан отилган ўқ кирган ва чиққан жойга қараб жароҳат йўналишини, жароҳатловчи куролнинг турини аниқлаш орқали ташҳис қўйилади. Текширишларга яна қўшимча қилиб турли ҳолатларда олинган рентген суратлари ёрдам беради.

**Даволаш:** жароҳатланган вақтда кўрсатиладиган 1-чи ёрдам қон тўхтатиш ва жароҳатни бирламчи тозалашдан иборат. Жароҳат атрофидаги йўғонроқ томирларни боғлаш ёки сиқувчи боғлов қўйиш йўли билан қон тўхтатилади, фақат қон кетишининг оғир шаклларида беморнинг ҳаёти хавф остида қолганда ташқи ёки ички уйқу артериялари боғланади. Ифлосланган, йиртилган жароҳатларга махсус профилактик усуллар қўлланилади. Бирламчи тозалов вақтида юзаки жойлашган ёт жисмлар (ўқ, снаряд қолдиғи) олиб ташланади. Чуқур жойлашган ён бўшлиқлар ва улар атрофидаги темирли ёт жисмлар ўша жой шароити кўрсатмаси билан мутахассислар иштирокида олинади. Жароҳатнинг йиринглаши ва асоратларининг олдини олиш мақсадида кўрсатма билан антибиотиклар ва сульфаниламидлар қўлланилади.

## **БУРУН ТЎСИҒИГА ҚОН ҚЎЙИЛИШИ ВА БУРУН ХУППОЗИ** **Haematoma et abscessus septi nasi.**

Буруннинг ташқаридан лат ейиши (бурунга калтак ейиш, асан, ёш болаларнинг бурни билан йиқилиши). Кўпинча бурун тўсиғининг шиллиқ қаватига қон қўйилиши - гематома ҳосил бўлишига олиб келади. Иккиламчи инфекциянинг қўшилиши натижа-сида абсцессга ўтади. Бу вақтда тана ҳароратининг кўтарилиши, субъектив белгиларни кучайиши, бош оғриши ва бурундан нафас олишнинг қийинлашуви безовта қилади. Бурун тўсиғининг тоғай усти қаватини ўткир йирингли яллиғланиши сарамас (рожа) оқибатида ҳам ривожланиши мумкин, бунда буруннинг ташқи қисми шишиб, қизаради, қирғоқлари босилганда оғриқ кучайиб ўта сезувчан бўлиб қолади.

**Ташҳис:** риноскопияда ёки бармоқ билан бурунни учи кўтариб кўрилган бурун тешикларидан чиқиб турувчи қопсимон оч қизил рангдаги ҳосила кўринади. Тугмасимон зонд орқали эзилганда осон босиладиган гематома кўринади. Агар ташҳис вақтида иккиланиш бўлса, шприц ёрдамида тешилиб, ичкаридаги қон суриб олинади. Гематомаларни даволашда шприц ёрдамида 2 маротаба қон суриб олиниб, мустаҳкам тампон қўйилади, агар тўпланган қон суриб олинмаса, тезда йиринглаб кетиш хавфи бор, бурун тўсиғи тоғай қисмининг шакли бузилиши мумкин. Шунинг учун гематомалар кенг қилиб ёрилади ва йирингдан тозаланиб, қирғоқлари кесилади, бурун бўшлиғига тампон қўйилади. Антибактериал препаратлари беморнинг аҳволига ва касалликнинг келиб чиқишига қараб белгиланади.

## БУРУНДАН ҚОН КЕТИШИ Epistaxis

Бурундан қон кетишини 2 гуруҳга бўлиш мумкин: 1- жароҳатдан сўнгги, 2-симптоматик.

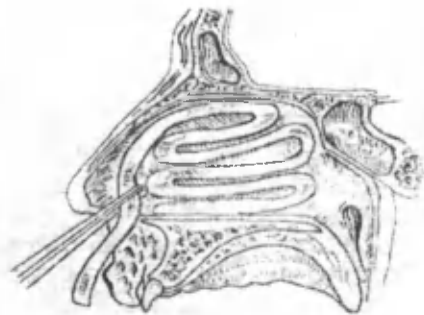
1-гуруҳга бурун бўшлиғидаги жарроҳликдан сўнгги қон кетиши бурун ёки ёш оқувчи йўллари жарроҳлигидан сўнгги қон кетиши киради. Буруннинг енгил жароҳатланишига беморнинг ўз бармоқлари билан буруннинг кириш қисмидаги қаттиқ ёпишган қасмоқларнинг ва унга ўхшаш ёт жисмларни олишда шилиб ёки ўйиб олишлари натижасида бурун шиллиқ қаватлари шикастланади. Симптоматик қон кетиши айрим аъзоларни касалланиши натижасида содир бўлади. Масалан: хафақон касаллиги, атеросклероз, гемофилия, полицитопения, тромбопения, лейкокемия, агранулоцитоз, Верльгоф касаллиги, Барлов касаллиги - нефрит, жигар циррози, юрак пороги, юқумли касалликлар, бурун ва бурун ҳалқумдаги ўсмалар (ўсмирлар ангиофибромаси), шиллиқ қаватларнинг яллиғланиши, мия томирларидаги қон босимининг руҳий таъсирланиши натижасида кўтарилиши, ҳаво босимининг ўзгариши (тоғ касаллиги, Кессон касаллиги) сабаб бўлади.

Бурундан қон кетишининг махсус шакллари билан бири викарли қон кетишидир. Бунда, масалан, менструация цикли бузилганда, унинг ўрнига бурундан қон кетиши ёки менструация билан бирга

бурундан қон кетиши. Бундай ҳоллар ўсмирлар ўртасида кўп учрайди. Бурун тўсиғининг олдинги тоғайли қисми шиллиқ қавати артерия майда қон томирлар турига эгаллиги сабабли (Кисселбах майдони) энг кўп қон кетиши мумкин бўлган жойи - шу майдон ҳисобланади. Бу майдоннинг қонаши тезда тўхтайтиди, шунинг учун хавфли ҳисобланмайди. Бурун бўшлиғининг ўрта ва орқа бўлимларидан оқаётган қон хавфли ҳисобланиб, 8 фоизни ташкил этади, қон кетиши йўғонроқ ҳажмли этмоидал қон томирлардан чиқади. Қон кетишидаги ташҳис қийин эмас, бунда шикастланган томирни ва жойини аниқлаш керак. Агар қон кетаётган жой бурун бўшлиғининг орқа қисмида бўлса, қийинчилик туғдиради. Асосий касаллик сабабли (кўпинча юқумли) юриши мумкин бўлмаган болаларда ва ҳушини йўқотган беморларда бурундан қон кетишида қон кўпинча ютилиб кетади, бу вақтда бурун тешиклари орқали оз миқдорда қон оқади. Бундай ҳолларда тери ранги оқариб, томир уриши бўшашиб тезлашади, қон қайт қилади. Шу кўринишлар асосида ташҳис қўйилади. Қайси томондан қон кетаётганлигини билиш учун беморнинг боши бироз олдинга қараб эгилади, бунда қайси томондан оқаётганлиги аниқ бўлади. Кўп миқдордаги қон кетишида шиллиқ қават кўринмай қолади ва қонаётган томирни аниқлашнинг имкони бўлмай, бунда беморни боши бироз орқага эгилади, баъзан бундай ҳолат қон кетаётган жойни аниқлашга имкон беради. Агар бурун тўсиғини олдинги қисмидан қон кетаётган жой аниқланмаса, эҳтиёткорлик билан вақтинчалик тампон қўйилади (тампон перикис водород эритмасига ёки адреналин, эфедрин, тромбин эритмаларидан бирига тегизилгандан сўнг қўйилади), шу йўл билан кетаётган қонни тўла ёки қисман тўхтатиш мумкин. Секин тампонни олгач, бурун бўшлиғининг туби синчиклаб текширилади ва қон кетаётган жой аниқланади. Агар бурун бўшлиғи текширилиб қон кетаётган жойни аниқлашга имкон бўлмаса, қон кетишнинг сабаби пастки ҳаво йўллари ёки овқат ҳазм қилиш йўллари бўлиши мумкин. Лекин ташқи қон кетиши билан бирга яширин қон кетишининг ҳам мумкин, масалан: ҳалқум орқа деворидан кетиб, қизилўнғач орқали ошқозонга тушади. Бунда қон кетишнинг биринчи белгиси бўлиб тўлган ошқозондан қон кетишига ўхшаб қон қайт қилади. Агар қон тўхтамас 3 фоизли перикись водо-

род зритмасига докали пилик тегизилиб бурунни кириш қисмига қўйилади, бу усул ҳам ёрдам бермаса, 10 фоизли кокаин эритмаси, адреналин, 3 фоизли дикаин эритмаларидан докали пиликка тегизилиб буруннинг кириш қисмига бир неча минут давомида қолдирилади, сўнгра қонаётган жой ляпис ёки хром кислотаси билан куйдирилади (махсус зонднинг бош қисми шу модда билан тўлдирилиб қонаётган жойга тегизилади). Спиртли горелка оловида зонд қиздирилгач, хром кислотаси кристалга тегизилади. Зонд охирида куйдирувчи моддаларнинг ялтироқ майда дончалари ҳосил бўлади. Зонд ёрдамида куйдиришдан аввал зонд учун стол қиррасига тегизиб кўрилади, агар куйдирувчи моддалар зонд учидан тушиб кетмасагина бурун шиллиқ қавати куйдирилади. Куйдирилгандан сўнг шу жойда оқ ёки сариқ рангли из қолади.

Агар шундай тадбирлар ёрдам бермаса, бурунга пилик қўйилади. Бурун бўшлигининг олдинги қисмига докали пилик вазелинга тегизиб қўйилади ва икки кундан сўнг олиб ташланади (расм - 1.17).

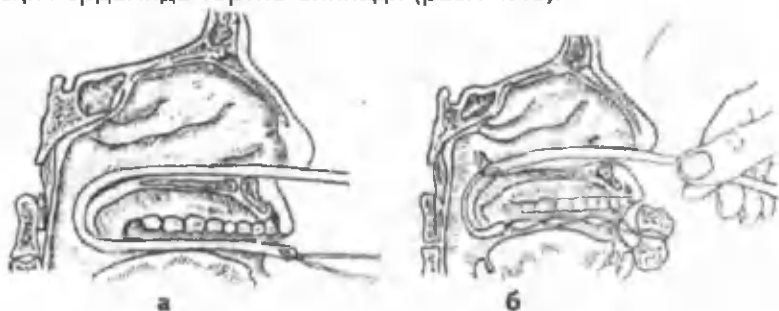


**Расм-1.17. Бурун бўшлигининг олдинги тампонадаси.**

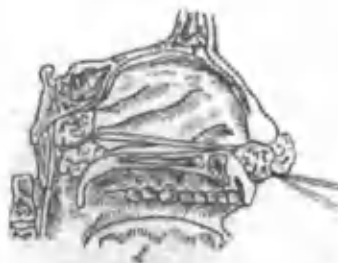
Агар буруннинг ўрта ёки орқанги бўлимларида қон кетса, тўхтатиш бироз қийинлашади, бунда пилик чуқурроқ қўйилади: мой ёки вазелинга шимдирилган докали пилик қаватма-қават қилиб мустаҳкам бурун ичига тиқилади. Бу усул ҳам ёрдам бермаса, орқанги пилик қўйилади: бурун ҳалқум ҳажмига ўлчаб, бир неча қават қилиб махсус тайёрланган докали пилик икки



қават ип билан боғланиб, учта ип учи қолдирилиб, тўртинчиси эса калта қилиб қирқилади. Сўнгра ингичка резинали катетер олиб, пастки чиғаноқ йўлидан бурун ҳалқумга тушурилади, юмшоқ танглай ортидан катетер учи кўринганда қисқич ёрдамида ушланиб тортилгач, аввалдан тайёрланган пиликнинг иккита ипи боғланади, сўнг бурундан катетер учидан тортилиб, кўрсаткич бармоқ билан пилик юмшоқ танглай ортига маҳкам жойланади ва бурун ҳалқумдан хоаналарга босилади. Бурунда тортиб чиқарилган ип таранг тортилиб, бурунга олдинги пилик қўйилади. Тортилган иккала ип докали ёстиқча устидан боғланиб, олдинги пилик қўйилгандан сўнг буруннинг кириш қисмига ўрнатилади. Оғиз ичида қолдирилган учинчи ипни учки қисми қулоқ атрофидан айлантрилиб лунжга ёпиштириб қўйилади, бу ип пиликни осон олинишига ёрдам беради, агар ип узилиб ипни учки қисми ҳалқумни орқа деворига ёпишиб қолса, қисқич ёрдамида тортиб олинади (расм 1.18).

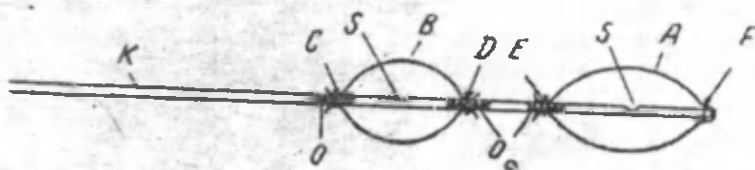


**Расм-1.18. Катетер билан орқа тампонада:**  
*а) биринчи ҳолат б) иккинчи ҳолат в) учинчи ҳолат*



**в**

Орқанги тампон икки кундан кейин олинади. Агар тампон узоқ муддат туриб қолса, қулоқ касалликларининг ривожланишига сабаб бўлади. Бурун ҳалқум қисмида ивиб, тўпланиб қолган қон турли микроорганизмларни ривожланиб кўпайишига яхши шароит ҳисобланади, бунда микроблар эшитув найлари орқали ногора бўшлиғига ўтиб, ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишига сабаб бўлади. Иккинчи маротаба қўйиш ҳам яхши натижа бермайди: шикастланган ва ўткир яллиғланган шиллик қават қайта тампон қўйиш вақтида қайтадан яллиғланиб, қонаши мумкин. Шу сабабли биринчи маротаба қон тўхтатилгандан сўнг қон кетишнинг маҳаллий сабабигина эмас, балки умумий сабабларга кўра қон тўхтатиш чоралари кўрилади (расм 1.19).



**Расм -1.19. М.П. Мезрин пневматик тампони тузилиши**

*А ва Б юлқа резина қўлқопдан тайёрланган баллончалар; К-Нелатонанинг резинали катетери; S, S-баллончаларга ҳаво ўтайдиган катетер тешиклари; O, O-лигатуралари шиллик қаватини босишнинг олдини олувчи шиша найчалар; C,D,E,F- лигатуралар: резина болончаларни А ва Б катетерларга боғлаш учун (2/3 катталикда). пневматик тампон узунлиги (S нуқтадан F нуқтагача узунлик) 8-9 см.га тенг. Баллончалар эни 2,5-3 см.*

Қон кетишнинг ҳолатларига кўра турлича даволанади. Агар хафқон касаллиги оқибатида қон кетаётган бўлса, артериал қон босимини пасайтирувчи дорилар қўлланилади. Турли кўринишлардаги юрак пороклари ва улардан келиб чиқадиган асоратларининг натижасида қон кетса, юрак қобилиятини яхшиловчи дорилар қўлланилиши керак ва ҳоказо.

Қоннинг ивиш жараёнини тезлатиш учун мускул остига 20-40 мл. миқдорда қон қуйилади, хавфли ҳолатларда эса 100-200 мл. қон қуйилади, бу нафақат қон кетишини тўхтатибгина

қолмай, йўқотилган қоннинг ўрнини тўлдиради. Қон ивишини тезлатиш учун 5 фоизли кальций хлор 1 ош қошиғида бир кунда 4-5 маротаба 3-5 кун давомида ичилади. Болаларга эса кальций глюконат ёки таблетка ҳолида ичирилади ёки 10 мл. томир ичига жуда секинлик билан томизилади. Агар қонда протромбин миқдори пасайган бўлса, (тромбопения) витамин К (ёки викасол) ўртача миқдори 0,01 дан бир кунда 2-3 маротаба берилади. Агар жуда майда томирчалардан (капиллярлардан) қон кетаётган бўлса, С, Р витаминлари қўлланилади (Rp.Rutini 0,02 Dtd № 20 tubul s. 1т x 3).

Медикаментоз дорилар маҳаллий, парентерал ҳамда томир ичига бериш йўллари билан қўлланилади. Маҳаллий кенг қўлланиладиган дорилар турига қон плазмаси киради, қон плазмаси докали пиликка чиланиб буруннинг олдинги қисмига қўйилади. Бундан ташқари, қуруқ қон плазмаси ҳам қўлланилади. Яна қон плазмасидан тайёрланган гемостатик губкалар, фибринли қопламалар, тоза ҳолдаги тромбин ферменти, қуруқ ҳолдаги тромбин, биологик антисептик пилик (тампон) ишончлироқ ҳисобланади. Қонаётган жой ивиган қондан тозаланиб, адреналин ва кокаин эритмалари билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг, плазма кукуни қуюқ қилиб сепилади ёки қонаётган жойни пиликка сепгандан сўнг пилик босилиб турилади (пилик тромбин эритмасига чиланиб олинса ҳам бўлади). Бурун бўшлиғида пилик 3-5 дақиқа ушлаб турилгандан сўнг қон кетиши тўхтайдди. Қон кетишини тўхтатиш мақсадида қон кетаётган жойнинг шиллиқ қават остига 1-2 мл. новокаин ва 0,5 фоизли адреналин эритмалари биргаликда юборилади, кўпинча бу усул яхши натижа беради. Агар иккиламчи қон кетишда куйдирилган жойдан қон оқиши тўхтамас, қон грануляциядан кетаётган бўлади. Қон кетаётган жойнинг шиллиқ қаватини кесиб қўйиш ҳам яхши натижа беради. Бунда қонаётган томир тўла узилгандан сўнг тромб ҳосил бўлади ёки натижа бўлмаса, бурун тўсиғи резекциясидаги каби шиллиқ қават тўсиқнинг тоғайли қисмидан тўла ажратиб қўйилади. Жуда кам ҳолларда айтиб ўтилган усуллар фойда бермаса, ташқи уйқу артерияси боғланади. Қайталаниб турувчи қон кетишида маҳаллий ва умумий тадбирлар кам фойда берса, талоқни чуқур нурлантириш

йўли билан қон тўхтатиш мақсадида терапевт ва рентгенолог кўриги ва маслаҳати тавсия этилади.

### **Вазомотор ва аллергик тумов (*Rhinitis vasomotorica et allergica*)**

Бу касалликлар клиник кўринишлари бўйича ўзаро бир-бирларига яқиндир. Асосий хусусиятлари шундан иборатки, улар касаллик давомида хуружли кечиб, баъзан қисқа, баъзан эса узоқроқ вақтдан сўнг қайталанеди. Кўпинча жуда тез вақт ичида касаллик кучайиб, акса уриш хуружи, бурундан оқ рангли суюқлик ажралиши, бурун битиши каби белгилар билан кечади. Кўпчилик беморларда кўздан ёш оқиши, кўз атрофлари, бурун ва қаттиқ танглайнинг қичишиши, бош оғриши, баъзан конъюнктивитлар билан давом этади. Тумовнинг бундай кўринишида яллиғланиш белгилари оз миқдорда ёки бутунлай бўлмайди. Шунинг учун кўпчилик бу касалликни ринит эмас, ринопатия деб аташни тавсия қилади.

**Вазомотор тумов.** Бурун шиллиқ қаватидаги нерв аппарати, айниқса, вазомоторларнинг умумий вегетатив бузилишлари натижасида ўта кучсиз ва кучайган таъсирланувидан келиб чиқади. Касалликнинг ривожланишига таъсир қилувчи фактлардан бири организмнинг ўта сезувчанлигидир, шу сабабли хуружлар ҳархил таъсирлар натижасида қайталаниб туради, кўпроқ муҳитдаги шароитлар (совуқ олиши, барометрик босимни ўзгариши ёки махсус бўлмаган кимёвий ва физикавий таъсирлар) бутун аъзода ва шиллиқ қаватлар томонидан ноадекват таъсирланишни юзага келтиради. Хуруж тутмаган вақтда баъзан патологик белгилар тўла йўқолади, узоқ вақт ўтганда эса шиллиқ қават шиши сақланиб туради, патологик жараёнга аста-секин бурун ён бўшлиқларининг шиллиқ қаватлари ҳам қўшилади.

**Ташхис:** риноскопия ва беморнинг касаллик учун хос бўлган шикоятларига асосан қўйилади. Риноскопияда шиллиқ қават шишган, кўкимтир рангда, баъзи жойларда қонсизланган оқ рангли доғлар (Воячек доғлари) кўриниб туради. Чиганоқларни шиллиқ қаватларига томир торайтирувчи дорилар (2-3 фоиз эфедрин ёки 2-5 фоизли кокаин эритмаси адреналин билан) суртилганда шиллиқ қаватнинг шишларини камайишига, бурун

йўллари кенгайиб ва бурундан нафас олишни вақтинчалик тикланишига олиб келади.

**Даволаш.** даволаш мақсади, асосан, нерв системасининг ўта сезувчанлигини пасайтиришга йўналган бўлиши керак. Бунга аста-секинлик ва эҳтиёткорлик билан аъзони чиниқтириш орқали эришилади (сувли муолажалар, узоқ вақт тоза ҳавода сайр қилиш, спорт билан шуғулланиш, иқлимни ўзгартириш). Қатор ҳолларда умумий қувватловчи дорилар берилади (витаминлар А, Д, рутин, аскорбин кислотаси) ҳамда вегетотроп моддалар (атропин 1:1000 ва 10 фоизли кальций хлорид зритмаси) атропинни сувга 5-6 томчидан томизиб, бир кунда 2 маҳал 5 кун давомида ичилади. Кейинги 5 кун давомида бу дорини қабул қилиш тўхтатиб турилади (кумуляция) ва яна давом эттирилади. 5 фоизли кальций хлорид зритмаси 1 ош қошигида кунига 3 маҳал ичилади. Кўп ҳолларда шундай даволаш усули билан бурундан нафас олишни тиклашга ва бурундан оқ рангли шилимшиқ ажралмани тўхтатишга эришилади.

Рефлектор равишда пайдо бўладиган тумовни новокаиннинг 0,5 фоизли зритмасини бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг баъзи жойларига инъекция қилиш билан қайтариш мумкин. Бурун чиганоқларига дори моддаларни юборишдан мақсад - хусусий қаватнинг чандиқланиши натижасида қисқаришидир. Физиотерапевтик муолажаларни қўллаш усуллари аллергик тумовни даволаш бўлимида берилган.

Бурун чиганоқларининг касалликларида консерватив даъвони фойдасизлигида чиганоқларни гальванокаустика, криотерапия, муолажаларини ўтказиш ёки ультратовуш ёрдамида чиганоқлар шаклини ўзгартириш ва камдан-кам ҳолларда конхотомия ташрихини қўллаш (чиганоқни катталашган қисмини кесиб ташлаш) мақсадга мувофиқ бўлади.

**Аллергик тумов.** Бу касалликни ривожланишида нафас олиш вақтида ҳар хил аллергенларни нафас йўллариغا кириши асосий сабабчи ҳисобланади. Бундай аллергенлар таъсирига берилувчанлик туғма ва орттирилган (аллергенлар билан қайта-қайта алоқада бўлиш, яъни аллергик моддалар билан ишлаш) бўлиши мумкин. Аллергик жараёнларда аллергенлар билан

қайта-қайта таъсирланиши бурун ён бўшлиқлари, ҳалқум, трахея ва бронхларнинг шиллиқ қаватларига ҳам таъсир қилади.

Аллергик тумовнинг ташҳиси аллергия анамнезга ва риноскопиядаги касалликка хос ўзгаришлар асосида қўйилади. Риноскопияда бурун шиллиқ қаватлари оқиш ёки бутунлай оқ рангда, бурун чиғаноқлари шишган ва таранглашган бўлади. Томир торайтирувчи дорилар суртилганда уларнинг ҳажмлари кичраймайди, чунки шиллиқ қаватнинг шиши камаймайди. Бурундаги аллергия жараённинг доимий белгиларидан бири периферик қонда эозинофиллар сони ортиб кетишидир. Шунингдек, бурундан ажралган суюқлик ва бурун ён бўшлиқларидаги суюқликлар таркибида ҳам эозинофилларнинг сони ортиши аниқланади. Агар аллергия жараёни келтириб чиқараётган жараённинг аллергия аниқланса, унга нисбатан териға қўйилган синамани ўта сезувчанлиги кучли даражада бўлади. Бунда тери остига гумон қилинаётган аллергия экстракти юборилади. Аллергия ринопатия билан хасталанган беморларда ушбу экстракт бурун ичига юборилганда касалликка хос бўлган хуруж бошланади.

Агар аллергия тўғри аниқланса, даволаш яхши фойда беради, лекин аниқлашни имкони бўлмаса, аллергия экстрактларидан ошиб борувчи миқдорда вақти-вақти билан юбориб турилади (специфик десенсибилизация). Аллергия аниқланмаса, аллергия реакция вақтида озод бўладиган биологик актив кимёвий моддалардан бири - гистаминни нейтраллашға қаратилган дорилар қўлланилади. Бундан специфик десенсибилизация у ёки бу турдаги антигистамин дорилар орқали амалға оширилади: димедрол бир кунда 0,05 уч маҳал тўрт ҳафта давомида. Диазолин, тавегил ҳам шу худди шундай берилади. Гистаминға сезувчанликни камайтириш антигистамин бирикмаларининг оз миқдорда бемор организмға ионофорез ёки тери остига юбориш йўли билан қўлланилади. Махсус кўрсатма билан кортикостероидлар ҳам қўлланилади (преднизолон 0,005 x 3 маҳал, 3 кун мобайнида; 0,0025 x 3 маҳал, 7 кун мобайнида; 0,00125 x 3 маҳал 20 кун давомида) тавсия қилинади. Дексаметозон 0,0005 1 т. x 4 маҳал 7 кун мобайнида; 5 кун мобайнида 1 т. x 3 маҳал; 5 кун мобайнида 1 т. x 2 маҳал; 5 кун мобайнида 1 т. x 1 маҳал; 5 кун мо-

байнида 0,5 т. х 1 маҳал маҳаллий бурун ичига. Преднизолон 0,05 шу схема бўйича.

Гидрокортизон ацетат 2,5%-5 мл (125мг) суспензияси бурун чиганоқларига юборилади. 2%ли дикаин эритмаси билан чиганоқлар шиллиқ қаватлари маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг ингичка игна билан пастки бурун чиганоқлари олдинги қисми шиллиқ қаватига 0,5 мл дан юборилади ёки 1 мл (25 мг) дан кунора қилинади. Қайта инъекция ҳар 3-4 кунда қилиниб, умумий ҳисобда 5-10 та инъекцияга етказилади.

Гистоглобулинни ҳам эндоназал инъекцияси аввал 3% кокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилгандан сўнг махсус қабул қилинган миқдорлар бўйича берилади: 1-инъекция - 0,125, 2-инъекция - 0,5 мл; 3-инъекциядан бошлаб 6-10 тагача орадан 3 кун ўтказиб, охириги 2 инъекция эса 1 ҳафта ўтказиб қилинади. Инъекция инсулин учун мўлжалланган шприц ёрдамида қилинади.

Бурун чиганоқларига юбориладиган барча дорилар (спирт, глицерин, натрий салицилат) шиллиқ қаватларнинг шишларини камайтириш мақсадида қилинади.

Л.С.Темкин (1954 й) усули бўйича новокаинли блокада , 1-2% новокаин эритмаси 0,2 дан 1 мл.гача бурун ўрта чиганоғи шиллиқ қавати орасига олдинги қисмининг бироз юқорироқ жойига юборилади. Агар чиганоқларни шишганлиги сабабли бу жой яхши кўринмаса, 2-3% кокаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантириш керак.

Г.Л.Комендантов (1937й) эндоназал новокаинли блокадаси: пастки бурун чиганоғига олдинги қисмининг шиллиқ остига 0,5% -5 мл. новокаин юборилади, игнани олдинги қисмидан 1,5-2 см. ичкарига йўналтирилади.

О.Б.Агеева-Майкова усуллари бўйича новокаинли блокада: 1-2% 1 мл. новокаин эритмаси пастки бурун чиганоқлари орқа томонига кун ора юборилади.

Тумовнинг аллергик шаклида Л.Б.Дайняк (1966) новокаин ва димедрол эритмалари билан блокада қилинади: 1% ли дикаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг, пастки бурун чиганоғи олдинги қисми игна билан суяк қисмигача юборилиб, игна секин тортиб олинади, 2%-2 мл. новокаин ва 1 мл-

1% димедрол юборилади. Шу миқдорда иккала томонга ҳам бир хилда юборилади, 3-4 кунда 1 марта ҳаммаси бўлиб, 8-10 блокада қилинади.

Бурун шиллиқ қаватларига рефлексоген майдонларни куйдириш, бурун шиллиқ қаватларига рефлексоген майдон пастки ва ўрта бурун чиғаноқларининг олдинги қисмларида, *agger nasi* соҳасида ва бурун ўрта чиғаноғи яқинидаги бурун тўсигида аниқланган. Шу майдонларни 2% ли дикаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг трихлоруксус кислотаси ёки 10% ли кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилади. Дориларни электрофорез усули билан юборишда бурун ичи ва бўйин симпатик ганглияларига қўйилади.

А.Е.Шербак усули бўйича ионогальванизация 1-2-3% кальций хлор эритмаси билан эндоназал ёки сегментар усул билан қўлланилади. Агар биринчи ўринда бурундан нафас олиш қийинлашса, 0,5% цинка сульфат эритмаси эндоназал усул билан юборилади. Бунда чиғаноқлар шиши камаяди, суюқлик ажралиб чиқиши озаяди, агар катарал яллиғланиш бўлса, антисептик ва бужмайтирувчи таъсир кўрсатади. Аллергик тумовда суюқлик ажралиши кучайса, 1% ли димедрол эритмаси, 1-2% кальций хлорид эритмаси (1:1) билан бурун ичига электрофорез қилинади. Шунингдек, пипольфен 1% эритмаси ҳам димедрол каби қўлланилади. Гидрогортизон ацетат суспензияси (5 мл -125 мг) аллергик ринитларда яхши фойда беради, қон-томирлар ўтказувчанлигини ва тўқима сезувчанлигини пасайтиради. Аминокапрон кислотасининг 5% эритмаси билан икки ҳафта давомида бурун ичига электрофорез қилинса, аллергик тумов хуружи тез бартараф қилинади.

Дори моддаларни ёғ-мой асосида бурун чиғаноқларига электрофорез ҳолида кунора 5 минутдан қуйилса, яхши фойда беради. Бундай дорилар қаторига вализол (декарис) 1% ли сувдаги эритмаси, гидрокортизон малҳами ва суспензияси, флуцинар малҳамлари киради.

Ёғ-мой асос сифатида кўпроқ вазелин ва ланолин ишлатилади.

Энг кўп учрайдиган аллергик тумовлардан бири фаслли тумовдир. Фаслли тумов турли кўкатлар ва ўтларнинг гуллаган



вақтларида хуружи билан бошланади. Нафас олиш орқали чанглар билан бирга аллергик хуружлар келтириб чиқарувчи моддалар ҳам киради. Айрим одамларда бир қанча ўсимликлар чангига кучли сезувчанлик бўлганлиги сабабли аллергик тумов ҳам ривожланади. Чанглар шиллиқ қаватга ва конъюктивага тушгандан сўнг ринит ва конъюктивит ривожланишига сабаб бўлиб, хуружсимон акса уриши, бурундан кўп миқдорда оқ рангли суюқлик ажралиши билан кечади. Айрим ҳолларда астматик хуружлар қўшилади. Ташҳисда касаллик тарихи ва клиник кўринишларидан ташқари тери ва бурун ичига турли гулларни чангларидан киритилиб қай даражада таъсирланишига қараб аниқланади. Аллергик тумовни даволашда полена ширасини (экстракт) тери остига юбориш усули билан десенсибилизация қилинади; аввал аралашмадан бошлаб, сўнгра ҳар бир инъекцияда миқдор оширилиб борилади. Айрим беморларда фаслли тумов ҳар йили баҳорда, ёзда ва кузда қайтланади. Шунинг учун касалликнинг олдини олиш мақсадида кўкатларнинг гуллашига 2-3 ой қолганда десенсибилизация қилиш бошланади. Иқлими иссиқ ўлкаларда ўсимликлар йил буйи гуллагани туфайли уларнинг чанглари ҳавода ортиб боради, шу сабабли аллергик тумов билан касалланиш кўп бўлиб, оғир кечади.

## **БУРУН ЁН БЎШЛИҚЛАРИ АЛЛЕРГИК ТУМОВИ (СИНУСОПАТИЯЛАР)**

**Аллергик синусопатиялар** асосан вазомотор ринопатиялар билан бирга кечади (риносинусопатия). Аллергик синусопатияларни ҳам аллергик тумовда қўлланиладиган дорилар қўлланилади.

**Даволаш:** маҳаллий ва умумий даволаш муолажаларидан иборат. Дорилар аэрозоллар ҳолида электрофорез усулида юборилади, айрим аллергияга қарши дорилар бурун ён бўшлиқлари ичига юборилади. Бурун ён бўшлиқларининг йирингли яллиғланиши аллергик кўринишда (бактериал аллергия) кечса, бурун бўшлиғидаги микробларнинг антибиотик дориларга сезувчанлигини аниқлаган ҳолда антибиотиклар ва аллергияга қарши дорилар биргаликда ишлатилади.

Аллергик синусопатияларнинг кучайган вақтида кортикостероидлар бир вақтда бурун ён бўшлиқларига юбориш билан бирга таблетка ҳолида ичилади, агарда беморнинг аҳволи оғирлашса, хуруж бошланса, парентерал йўл билан дорилар қабул қилинади. Оз миқдорда сезиладиган полипозли этмоидитда дикаин 3% эритмаси билан маҳаллий оғриқсиэлан-тирилгандан сўнг полипнинг йўғон жойига ёки полипнинг асосига 0,5-1 мл 2,5% ли гидрогортизон ацетат суспензияси юборилади ёки полип асосига 1 мл. 25% ли магнезия сульфат эритмаси бир ҳафтада 2-3 мартаба юборилади. Бундан ташқари ён бўшлиқлар ичига ҳам юбориш яхши натижа беради (гидрокортизон ацетат суспензияси, 25%- 5 мг). Юқори жағ бўшлиғи пункция қилиниб ювилгандан сўнг, игна билан 0,5-1 мл гидрокортизон ацетат 1-2 мл тозаланган изотоник эритма билан аралаштирилиб ёки натрий хлор эритмаси аралаштирилиб, 3-4 кун қилинади. Шунингдек, димедрол 1%-1,0 мл., натрий тиосульфат 30%-5,0 билан аралаштирилган ҳолда қилинади. Микроблар натижасида ривожланган аллергия тумовда 0,5% лизоцим эритмаси кортикостероидлар билан биргаликда юқори жағ бўшлиғига юборилади.

## **БУРУН БЎШЛИҒИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Ўткир тумов кенг тарқалган касалликлардан биридир. Касалликни қўзғатувчи манбаларга қараб, ўткир юқумли ва ўткир юқумсиз тумовларга бўлинади. Улардан биринчиси rhinitis acuta, иккинчиси rhinitis coeua деб аталади. Тумовнинг қўзғатувчиси турли хил микроблар: стрептококк, стафилококк, пневмококк, Фридлендер таёқчаси ва бошқалар ҳисобланади. Юқумли тумовнинг келиб чиқишида шамоллашнинг муҳим ўрни бор. Соғ одамларда бурун шиллиқ қаватига микроб киргизиб юқумли тумовни чақиришни иложи бўлмаган, чунки бу тажриба шамоллаш омилсиз кечган. Бундай тажрибадан хулоса, шамоллаган танада соғ танага қараганда касаллик тез юқиб анча оғир кечади.

Ўткир тумовни келтириб чиқарувчи сабабларга химик ва механик таъсирлантирувчилар ҳам киради (слесарлар, кимё ва

огир саноат ходимлари киради). Яллигланиш жараёнини қанчалик ривожланиши шу чанглар ҳажми, шакли, таркибига боғлиқ бўлади. Йўгон ўткир учли чанг қисмларини кириши механик йўл билан шиллиқ қаватнинг эпителиал қатламини бузиб, яллигланишига олиб келади. Куйдирувчи хусусиятга эга бўлган кимёвий моддаларнинг оз миқдори яллигланиш жараёнини келтириб чиқаради, агар кўп миқдорда ҳаво билан биргаликда кирса, майда томирчаларда альбуминот ва тромбоз ҳосил қилиб, кейин шиллиқ қаватининг чиришига сабаб бўлади.

Юқумли ва юқумсиз ўткир тумовларни кўпинча ажратишнинг имкони бўлмайди. Юқумли ринитларни келиб чиқишида кундаги шарт-шароитлар муҳим ўрин эгаллайди. Шиллиқ қават ҳимоя қаршилигини пасайиши микробларни қўшилиши ва ҳоказолар.

Шиллиқ қават ва чиғаноқлар ғовак тўқима ва қон-томирлар кўп бўлганлиги сабабли яллигланишни бошланишида қизариш ва шиш пайдо бўлади. Кейинчалик қизариш, бўртиш кучаяди, касалликнинг биринчи кундаёқ микроскопик кўринишда эпителийда бир қанча ўзгаришлар бўлиб, унинг тукчалари йўқолади, айрим жойларда эпителий кўчиши кўринади. Касалликнинг бир қанча давридан сўнг эпителий ва шиллиқ ости қаватларида асосан қон-томирлар ва безлар атрофида майда нуқтасимон инфильтрациялар ҳосил бўлади.

**Белгилари:** ўткир тумовда ҳар доим буруннинг иккала қисми тенг касалланади. Ўткир тумовнинг асосий белгилари: бурундан ажралма келиши ва бурундан нафас олишнинг қийинлашувидир. Бу белгилар турлича кўринишларда бўлиб, касалликни ривожланиш даражасига, кечирган касалликларига, шиллиқ қават ҳолатига боғлиқ бўлади. Ўткир тумовни кечиши 3 босқичда кечади.

Касаллик беморнинг умумий аҳволи сезиларсиз ўзгариши билан акса уриш, томоқда ёт жисм сезгиси, айниқса, бурун ҳалқумда, баъзан овоз тиниқлигини ўзгариши ва тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланади. Биринчи даражада субъектив белгиси қуйидагилардан бошланади: бурун қуруқшаши, бурун ҳалқум шиллиқ қаватини қизариб шишиши. Бир неча соат ёки бир неча кундан сўнг бу кўринишлар ўзгаради. Шиллиқ қават бўртиши озайиб, намланади ва шиллиқ ажралма келиши бошланади. Шу билан бирга бемор учун нохуш бўлган сезгилар

йўқолади. Бу - иккинчи даражадаги касалликни ўта ривожланган даражаси ҳисобланади. Кейин ажралма қоннинг шаклли элементлари, кўчган эпителий, ажраган лейкоцитлар ҳисобига шиллиқ йирингли бўлади. Бу 3 – босқич йирингланиш босқичи дейилади. Ажралма миқдори озайиб, 7-10 кундан сўнг соғаяди. Агар бурун шиллиқ қавати атрофик ҳолатда бўлса, ўткир тумов белгилари бошқачароқ кўринишда бўлади ёки бутунлай бўлмайди. Масалан: ўткир босқич даври қисқаради, узоқ муддатгача бурун қуриши ва шиллиқ қават таъсирланиши сақланиб туради. Бунга қарама-қарши гипертрофик ҳолатларда шиллиқ қават буртиши ва шиллиқ ажралиб чиқиши кўпайиб ортиб боради. Ўткир тумовнинг биринчи даражаси кечишида ақлий меҳнат қобилияти пасаяди. Бурун шиллиқ қаватини бўртиши сабабли товуш тиниклиги ўзгаради, ҳид сезиш қобилияти пасаяди, бу сезгининг пасайиши яллиғланишнинг ҳид сезиш соҳасига ҳам тарқалганлигидан дарак беради. Кейинроқ пешона соҳасида, қовоқ устида ёки кўз соққасида оғриқ пайдо бўлади, бу яллиғланиш жараёнига бурун ён бўшлиқларининг ҳам қўшилганлигини билдиради. Бурундан шиллиқ ажралиши натижасида бурунни кириш қисми териси бироз шишиб, шилинади, кўпинча ёриқлар ҳосил бўлиб, оғриқ беради. Ўткир тумовнинг кечишида баъзан яллиғланиш кўз ёши ўтказувчи йўлларга тарқалганлиги сабабли конъюнктивит ва жараённинг эшитув йўлига тарқалишидан ўткир отит ривожланади.

Ўткир тумовнинг гўдакларда кечиши бироз бошқачароқ кўринишда бўлади ва муҳим аҳамиятга эга. Ҳаётнинг биринчи ойларида марказий нерв фаолиятини морфологик ва функционал хусусиятларига кўра катталарга нисбатан ташқи муҳит ўзгаришларига мослашуви пастдир. Уларнинг бурун йўллари жуда тор бўлиб, шиллиқ қаватнинг арзимас шиши натижасида буруннинг ҳаво ўтказувчанлиги бузилиб, бурундан нафас олиш бутунлай йўқолади ва эмиш қобилияти ҳам қийинлашиб бола озиб кетади, холсизланиб ўз оғирлигини йўқотади, уйқуси йўқолади, инжиқланади, тана ҳарорати кўтарилади. Кейинчалик яллиғланиш жараёни димоғ, ҳиқилдоқ, кекирдакка, бронх ва ўпкага тарқалиб, ўпка яллиғланишига олиб келади. Тумовнинг бундай асо-

ратлари катта ёшдагиларга нисбатан ёш болаларда кўпроқ учрайди.

Ўткир тумовнинг ташҳисини риноскопиясиз ҳам объектив ва субъектив кўринишлар асосида қўйиш мумкин. Ёш болаларда даволаш натижасиз бўлганда гонорейли ва сифилисли жараёнларни, шунингдек, бурун дифтерияси ва бошқа юқумли касалликларни инкор қилиш керак, чунки бу касалликлар умумий белгиларсиз ҳам кечиши мумкин. Ўткир юқумли касалликларда (қизамиқ, скарлатина) симптоматик тумов билан таққосланади. Бунда яхши йиғилган эпидемиологик текширув натижаси ва умумий текширишлар тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради. Ўткир тумов асосан юқори нафас йўллارининг ўткир яллиғланиши билан бошланиб, касалликнинг маҳаллий белгилари билан кенг тарқалиб, ҳалқум-трахея шиллиқ қаватларини ўз ичига олади. Ўзининг келиб чиқиши билан юқори нафас йўлларининг яллиғланиши касалликлари орасида кенг тарқалганлиги бўлиб, кўп учрайдиган туридир.

Ўткир тумов ва юқори нафас йўлларининг ўткир яллиғланиши диагностикасида доимо вирусли гепатит билан таққослашни унутмаслик керак. Вирусли гепатитга кучайиб борувчи холсизланиш, (тана ҳароратини пасайишидан сўнг) кўп кунларгача сақланиб туриши характерлидир.

Гриппда беморнинг умумий аҳволи бузилиши кучли даражада бўлиб, бош оғриши асосан бошнинг чакка қисмида кузатилади ва бўғимларда оғриқ билан кечади. Гриппда кўпинча бурундан қон кетиши кузатилади, ривожланаётган ларинготрахеит эса қуруқ йўтал билан кечади. Касалликни таққослашда қонни текшириш натижалари ҳисобга олинади. Қонда лейкопения, моноцитоз кузатилади, асоратли кечишида эса нейтрофилли лейкоцитоз бўлади. Шунингдек тутиш керакки, ўткир тумов кўринишида сурункали тумов ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари қайталаниши мумкин. Бундай шароитда аниқ диагноз қўйиш учун бурун ёндош бўшлиқлари рентгенография қилинади.

**Даволаш.** Ўткир тумовни тана ҳарорати кўтарилиши билан оғир кечишида беморга ётиб даволаниш тавсия қилинади. Бемор ётган уйни ҳавоси тез-тез янгиланиб, намли латта билан артилиб турилади. Тумовнинг бошланиш босқичида терлатувчи ва

чалгитувчи тадбирлар қўлланилади: болдирга горчичник қўйиш, горчичникли илиқ ванналар (ванналар Б.С.Преображенский усули бўйича эритма келтириб чиқарувчи миқдорда оёқ тагини ультрабинафша нурлари таъсирида нурлантириш). Баъзан тумов ривожланишини тана ҳароратини пасайтирувчи дорилар таъсирида ҳам тўхташи мумкин, бу дорилар қанчалик тез (эрта) қўлланса, шунча яхши натижалар беради. Маҳаллий симптоматик даволаш бурундан нафас олишни енгиллаштириш учун вақтинчалик таъсир этувчи томир торайтирувчи дориларни томчи ёки малҳам ҳолида қўллашдан иборат.

Кокаин эритмасини захарловчи ва овоз бойламларини рефлексор равишда қисиб қўювчи таъсири борлиги сабабли 3 ёшгача бўлган болаларга қўллаш тавсия этилмайди. Катта ёшдагиларда ўткир тумовнинг кечиши яхши натижа билан тугайди. Баъзан синуситлар, тубоотитлар, дакриоциститлар билан асоратланиши мумкин. Гўдакларда ўткир тумовни болаларда кечишида кўп учрайдиган асоратларидан - ўрта қулоқни, бурун ён бўшлиқларини, пастки ҳаво йўлларини яллиғланишидир, баъзан ҳалқум орқали ҳалқум орти абсцесси билан (ретрофарингеал бўшлиқни лимфа тўқималарини яллиғланиши) асоратланади.

**Касалликнинг олдини олиш:** юқори нафас йўлларини яллиғланишининг олдини олишда биринчи навбатда танани чиқариш лозим. Бурун бўшлиғидаги аномалиялар бурун орқали нафас олишни қийинлаштириш билан бирга иккиламчи тумовларни ривожланишига сабаб бўлади, шунинг учун бурун орқали нафас олишни ўз вақтида тиклаш керак. Нафас олишни бузилишига сабаб бўлувчи омиллар: гиперплазия, бурун тўсигини қийшайиши, ўсмалар ва аденоидли катталашувлар жарроҳлик йўллари билан ўз вақтида даволаниши лозим. Ўткир тумовдан бурун қоқишни тўғри усули беморларга уқтирилади; кучли бурун қоқиш мумкин эмас, навбат билан ифлосланган шилимшиқ қулоққа ва бурун ён бўшлиқларига тушиб қолмаслиги учун охишта қоқилади.

## БУРУН БЎҒМАСИ (БУРУН ДИФТЕРИЯСИ)

### *Rhinitis Duphterica*

Бурун бўшлиғи бўғмаси алоҳида бурун бўшлиғида ва танглай равоқлари (зев), ҳиқилдоқда, кўзда, жинсий аъзоларда ёки тери қаватларида биргаликда учрайди. Бурун бўшлиғи бўғмаси яллиғланишни турли кўринишида кечади, шунинг учун клиник кўринишларга қараб катарал ёки катарал ярали ва қопламасимон шаклларда бўлади. Ёш болаларда катарал шакли касаллик бошланишида ўткир тумовдан кам фарқ қилади, умумий аҳволи ва тана ҳароратида кам ўзгаришлар бўлади. Бу шаклда шилимшиқ қон аралаш ажралма келади, бурунга кириш қисми териси шилинган, бурундан нафас олиш қийинлашиб, оғиз ярим очиқ ҳолатда бўлади. Тана ҳарорати субъфебрил бўлади. Риноскопияда бурун шиллиқ қаватлари қизариб шишган, яшил рангли қуюқ йирингли ажралма билан буруннинг бир томони яллиғланади, шунинг учун баъзан кўриш вақтида ёт жисм турганга ўхшайди.

Бўғмани қопламали шаклида бурунда қорамтир - яшил рангли қараш пайдо бўлади ва бу қараш тагида ётувчи шиллиқ қаватга мустаҳкам ёпишган бўлади. Бундай қийин кўчувчи мустаҳкам қопламани ҳосил бўлиши бурун битишини кучайтиради, адреналин суртилгандан кейин ҳам нафас олиш енгиллашмайди. Қопламаларни олиб ташлашга уриниш, акса уриш ва бурун қоқишлар қон кетишига сабаб бўлади.

Бир томонлама бурун бўғмасида ташҳис қўйиш қийинчилик талаб қилмайди.

**Риноскопия:** беморнинг умумий аҳволи ва бурундан ажралаётган ажралмани, бўғма келтириб чиқарувчи таёқчага текшириш натижаларини ҳисобга олинган ҳолда қўйилади.

Ёш болаларда эса ташҳис бироз қийинчилик талаб этади. Умумий аҳволи оғирлашиб, касаллик узоқ муддат сақланиб турса, бўғма билан зарарланган деган фикрга бориб, бактериологик текширув ўтказилади. Текшириш учун бурун бўшлиғидан шилимшиқ олинади.

Касалликни даволашда бўғмага қарши махсус зардоб кўрсатилган миқдорда тартиб билан қўлланилади. Бўғмани катарал ярали шаклида зардоб юбориш билан бирга сульфаниламидли кукун, пенициллин билан бурунга пуркалади. Бундан ташқари

2 % борли-кислота адреналин билан ёки 2% эфидрин эритмаси ёки колларгол билан бир томчидан аралаштирилган ҳолида бурунга томизилади. Кўкрак ёшидаги болаларга эса она сутига аралаштириб томизилади.

Касалликнинг олдини олиш тадбирлари беморни алоҳида қилиб ажратиб қўйиш билан бошланади. Мактабга ва боғчага қатнашиши қатъиян тақиқланади. Шунингдек, бацилла ташиб юрувчи болалар ҳам текширилади, оғиз бўшлиғи санаця қилинади, агар бўғма билан оғриган бўлса, дарҳол даволаш чоралари бошланади.

## СУРУНКАЛИ РИНИТ

### *Rhinitis chronica*

#### Оддий сурункали ринит (*rhinitis chronica simplex*).

Иккиламчи касаллик ҳисобланиб, узоқ муддат давом этган ёки тез-тез қайталаниб турувчи ўткир тумов натижасида, ташқи муҳитнинг зарарли таъсирларини узоқ муддат таъсир этиши натижасида (совуқ ёки ўта иссиқ ҳаво таъсири, тананинг айрим қисмлари совуқ олиши, чангларни физикавий ва химиявий таъсири, бурун шиллиқ қаватини бурун ён бўшлиқларидан келувчи йирингли ажралмалар таъсирида таъсирланиши натижасида) келиб чиқади. Шулар билан бирга сурункали ринит келиб чиқишига маҳаллий сабаблар (факторлар) ҳам омил бўлади: бурун тўсигини қийшайиши, тўсиқнинг бигизсимон қайрилиши, бодомча безларини катталашуви ёки яллиғланиши, бурун ён бўшлиқларини яллиғланиши ва бошқалар.

**Белгилари:** асосий белгиси бурун орқали нафас олиш қийинлашишидир. Болалар ҳам, катталар ҳам оғиз орқали нафас олишга мажбур бўладилар, бу айниқса, тунда сезилади, натижада оғиз қуриб, киши безовталанади. Бурундан шиллиқ йирингли ажралма келади. Бурун орқали нафас олиш бузилгандан сўнг, ҳид сезиш қобилияти ҳам пасаяди. Бурундан нафас олишни бузилиши навбатма-навбат бўлади, бунда бемор чап томон билан ётганда буруннинг чап қисми, ўнг томон билан ётганда эса буруннинг ўнг қисми битиб нафас олиши қийинлашади.



**Риноскопия:** бурун бўшлиғи шиллиқ қавати, бурун чиғаноқлари - қизариб шишган, аммо чиғаноқ юзалари текис бўлади, бурун йўллари торайган ва шилимшиқ ажралма билан қопланган. Бу ажралма кўпроқ бурун ҳалқум қисмига томон оққанда болаларда йўталиш, баъзан қайт қилиш ҳоллари ҳам кузатилади. Катталарда эса йўталиш билан бирга ҳалқумга ёт жисм борлиги сезгиси безовта қилади. Оддий сурункали тумовни бошқа касалликлар билан таққослашда, касаллик қандай келиб чиққанлиги, риноскопик кўриниш, функционал синаб кўришлар: бурун бўшлиғига томир торайтирувчи дориларни қўллаш, масалан: 1-3 % эфедрин, 1-3% кокаин, адреналин билан томчи ёки пилик орқали бурунга қуйилиши натижасида чиғаноқлар қисқариш даражасига асосланади. Бурун бўшлиғига пилик билан дори қуйилиб, бир неча сониядан сўнг риноскопия қилиниб кўрилади. Бунда бурун чиғаноқлари кичрайиб умумий бурун йўли кенгаяди, беморнинг бурун орқали нафас олиши осонлашади.

Сурункали катарал ринитни даволаш, уни келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф қилишга қаратилган бўлиб, томир торайтирувчи дорилар қўлланилади. Бундай дорилардан бири Симановский малҳами бўлиб, у бурун бўшлиғига кунига икки маҳал докали пилик суртилиб қўйилади. Шу билан бир вақтда йодоглицерин эритмаси ҳам бурун ичига суртилади. Бу муолажа бир ҳафтада икки маротаба қўлланилади. Ёш болаларда кўп миқдорда ажралма келса, дезинфекцияловчи ва бужмайтирувчи дорилардан 1% проторгол эритмаси 5-6 томчидан томизилади, айрим болаларда йирингли ажралма бурун бўшлиғида туриб қолиб ҳийин тозаланса, политцер балонида ёки электрсургич ёрдамида тортиб олинади. Симптоматик даволашни консерватив чоралари фақат вақтинчалик енгиллик беради. Агар сурункали катарал тумов бурун чиғаноқларини гипертрофияси билан асоратланса, юқоридаги даволар деярли фойда бермайди. Гипертрофик ринитлар фақатгина жарроҳлик усули билангина даволаниши керак. Гипертрофик шаклдаги ўзгаришларни жарроҳлик усули билан даволаш кейинги бўлимда тўла берилган.

Симановский малҳами: *Rp: Cocaini hydrochloridi 0,2; Mentholi 0,1; Zinci oxidi 0,6; Lanolini 15,0; Vaselini 10,0; D-s: бурунга кунига икки маҳал қўйилади.*

Люголь эритмаси: *Rp: Iodi puri 0,03; Kalii iodati 0,3; Glycerini 30,0; MDS ҳалқум орқа деворига суртиш учун.*

Воячек малҳами: *Mentholi 0,15; Camphorae tritae 0,3; Novocaini 0,15; Ephedrini hydrochloridi 0,9; Ung tetracyclini 1% 30,0; MDS бурун учун.*

## СУРУНКАЛИ ГИПЕРТРОФИК РИНИТ

### *Rhinitis chronica hypertrophica*

**Касалликни келиб чиқиши (этиология).** Ўткир ринитнинг узоқ муддат давом этиши натижасида шиллиқ қаватда гипертрофик ёки пролифератив кўринишда ўзгаришлар бошланиб, периваскуляр инфильтратлар ҳосил бўлади, кейин қўшувчи тўқималар ўсиб хилпилловчи эпителийни бузади. Ёш болаларда шиллиқ қаватда гипертрофия ҳосил бўлишида конституционал факторлар ҳамда гормонал таъсирлар кўпинча сабаб бўлади. Бу касалликнинг бир қанча шаклларида қалқонсимон без маҳсулотининг фойдали таъсири исботланган.

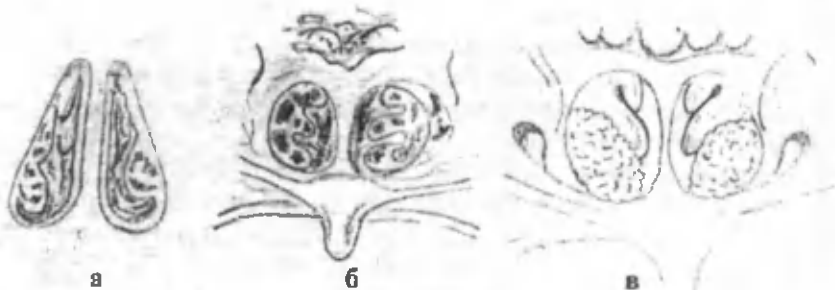
Гистологик текширишда қопловчи эпителийда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади: эпителий таранглиги пасаяди, цилиндрсимон эпителий кубсимонга ҳатто ясси эпителийга ўзгаради. Қопловчи эпителий остида эса емирилган ва йирик эпителийлар тўпланган бўлади, лимфа ва қон-томирлар кенгайган атрофларида инфильтрация ҳолати. Шиллиқ қатлам тўқимааро суюқлик, тўқима алмашинуви ҳосиласи, лейкоцит ва плазматик хужайралар билан тўйинган, қисман бу суюқлик шиллиқ қават юзасини қоплаган. Бунга маълум миқдорда шиллиқ ости безлари суюқлиги аралашиб, бурун шилимшиғини ҳосил қилади. Бу ажралма у ёки бу бирликларни кўпайишига қараб шилимшиқ суюқ ва йирингли бўлади. Бу ўзгаришлар сурункали тумовни оддий шаклига тааллуқлидир. Гипертрофик ринитда юқоридаги ўзгаришлардан ташқари яна пролифератив ўзгаришлар биринчи ўринда туради. Хилпилловчи ва бакалсимон эпителийлар сони

ва ҳажми ортиб боради, баъзан қават қалинлашади. Хусусий қаватда кўп сонли фибробластлар ва нозик толаларни мустаҳкам чандиксимон қўшувчи тўқималарга айланиши, айрим жойларда гиалинли ўзгаришлар учрайди, шиллиқ безлар катталашади. Суяк усти парда ва суягида сезиларли ўзгаришлар бўлади. Айниқса, чиганоқ суяқларида, суяк усти пардаси қалинлашади, баъзи жойларда юмшоқ тўқимани инфильтрацияси кузатилади, суяк тўқимасида қуйидагилар кўринади: остеобластлар янги суяк ҳосил қилиб, аниқ чегара билан эскиларидан ажратиб туради. Бурун чиганоқлари гиперплазияси баъзан жуда катта ҳажмга эга бўлади.

Чиганоқлар гиперплазиясини 3 тури мавжуд: 1-ясси, 2-дағал, 3-папилляр ёки улар биргаликда учрайди. Айрим вақтда у ёки бу турдаги гиперплазия асосан ўрта ва юқори чиганоқлар хужайралараро суюқлик ҳисобига шишиши билан асоратланади. Бундай микроскопик кўринишлар буруннинг бошқа қисмида, айниқса, бурун тўсиғи устида ва димоғ суягини орқа қирғоғида (*tuberculum septi*) учрайди.

**Симптомлари** (белгилари) гипертрофик ринитни асосий белгиси бурун орқали нафас олишнинг қийинлашувидир ёки бутунлай нафас олишни йўқолишидир. Кўп миқдордаги куюқ ажралма бурун бўшлигини тўлдиради ёки бурун ҳалқум қисмига тушади. Бунда беморларни ҳалқумни тозалашга мажбур қилиб, доимо бурун қоқиб ёки йўталиб туфлаб юришга мажбур қилади. Кўпинча беморларда димоғдаги аденоидли тўқима яллиғланиши, бурун ёндош бўшлиқларини яллиғланиши асосий касаллик қўшилади. Ҳид сезиш майдонининг доимо ажралма билан тўсилиб туриши ҳид сезиш қобилиятини пасайтиради, ҳаттоки бутунлай ҳид сезиш қобилияти йўқолиши (аносмия) мумкин. Бурун орқали нафас олишнинг тўла йўқолиши ва оғиз орқали нафас олиш, эшитув найини вентиляциясини бузади, лимфа йўлларини қўшувчи тўқималар билан тўсилиши, бош мия ва бурун бўшлиғида лимфа алмашинуви бузилишига олиб келади. Бош мияда лимфани тўпланиб қолиши кузатилади, бу ҳолат эса бош оғриғи билан кечади. Натижада, беморда уйқу ва иш қобилияти пасаяди, тез чарчаш пайдо бўлади ҳамда эшитиш пасаяди. Гипертрофик ринитда пастки бурун чиганоғи олдинги қисми катталашган

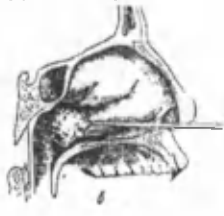
да беморнинг шикояти ўзгача бўлади: бурун бўшлиғи орқали ҳаво ўтиши қийинлашиб, ҳавони қайтиб чиқиши ўзгармайди, аксинча пастки чиганоқни орқанги қисмини катталашувида эса, нафас олиш ўзгаришсиз қолиб, ҳавони қайтиб чиқиши қийинлашади (расм - 1.20).



**Расм-1.20.** *а. пастки бурун чиганоқлари олдинги қисмининг сўраичсимон гипертрофияси; б.в. - бурун чиганоқларининг ва бурун тўсиғининг орқа қисмини сўраичсимон гипертрофияси.*

Юқорида кўрсатилган субъектив белгилар, ташқи текширишлар билан биргаликда олдинги ва орқанги риноскопия қилинади. Гипертрофик ринитларда шиллиқ қаватни бир хилдаги шишганлиги ва бир хилдаги қизаришини кўриш мумкин, бурун йўллари торайган. Бурун тубида суюқ ёки қуюқлашган оқ рангли ажралма илгаксимон зонд билан бурун чиганоқлари кўрилганда қаттиқ консистенциялилиги аниқланади. Зонд киритилганда чиганоқларни қаттиқлиги сезилади, дикаин ёки кокаин зритмалари суртилгандан кейин ҳам бурун йўллари ҳажми торлигича қолади. Гиперплазияда шиллиқ қаватлар оч пушти рангда бўлиб, полиплардан ҳаракатчанлигини чегараланганлиги билан фарқ қилади, шунингдек, кенг асосга эга, полиплар эса оёқчалари орқали бириккан. Гипертрофик ринитларни даволашда консерватив дорилар билан даволанганда қисқа муддатли ўзгариш бўлади ёки бутунлай ўзгариш бўлмайди. Яхши натижа берувчи даволардан бири - жарроҳлик йўли билан даволашдир

(электроаустика, криотаъсирлаш, ультратовушли деструкция, шиллиқ ости электрокаустикаси, конхотомия, шиллиқ ости конхотомияси ва бошқалардан иборат) (Расм-1.21-1.22).



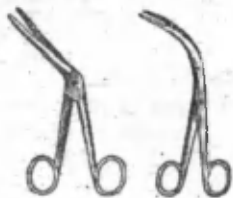
Расм-1.21. а-конхотомия пастга бурун чиганоғини; б-пастга бурун чиганоғини орқа қисмини полип сиртмоқчаси билан олиш.

Расм-1.22. Қайчи билан кесилган ўрта бурун чиганоғини икки ёклама қисқич билан олиш.

**Электрокаустика (гальванокаустика) ва криодаволаш** ҳамда фиброз стадиясида лазерли дезинтеграция усули чиганоқларини чегараланган катталашувида қўлланилади. Жарроҳликдан аввал 3-5% кокаин, 0,1% адреналин эритмалари билан маҳаллий оғриқсизлантирилиб, бурун қисмини қайси жойидан жарроҳлик ўтказилишига қараб бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига суртилади. Кейин каутер электр токига уланади, натижада каутер учи қизил чўғ бўлади, сўнгра каутер билан орқадан олдинга қараб чиганоқ бўйлаб бир хилдаги уч йўлда куйдирилади. Жарроҳликдан сўнгги биринчи кун шиллиқ қават ўткир яллиғланиш кўринишида бўлади, бурундан нафас олиш янада бузилиб, бурундан шиллиқ ажралиши кўпаяди. Бир ойдан сўнг юқоридаги ўзгаришлар йўқолади, каутер ўрни чандиқлашади, бурун орқали нафас олиш енгиллашади, шиллиқ ажралиши камаяди. Шиллиқ ости электрокаустикасида ингичка Гелли каутер чиганоқ орасига киргизилади, ундан аввал Куликовский игнаси билан новокаин юборилади, бундай қилинганда каутерни чиганоққа киритиш анча осонлашади.

Чиганоқларни олдинги қисми катталашганда конхотомия жарроҳлиги ўтказилади. Бурчаксимон қайрилган Бекман қайчиси билан қирқилади ёки шиллиқ қават остигача олинади. Агар чиганоқларни орқанги қисмлари катталашса, уларни махсус бурун қайчиси ёрдамида катталашган қисми қирқилиб, бурун ил-

гакчалари ёрдамида тортиб олинади. Чиғаноқларни суяк қисми жуда катталашганда, уларни қирқиш учун ричагли қайчилар ишлатилади. Бурун чиғаноқларига қўлланиладиган жарроҳлик турлари кўп бўлиб, шакли ва катталиги даражасига қарабгина аниқланмай, бурун чиғаноқларини бурун тўсиғига, ҳамда бурун бўшлиғига ўзаро жойлашуви ҳисобга олиниб, жарроҳлик тури танланади (расм 1.23.-1.24.).



**Расм-1.23.** Пастки ва ўрта чиғаноқлар учун Бекман қайчиси.



**Расм-1.24.** Штруген конхотома.

Пастки чиғаноқларни олдинги қисмлари катталашганда понасимон шаклда кесилади. Тарқалган гипертрофияда эса (юмшоқ тўқималар ҳамда суяк қисми катталашуви) қайчи билан чиғаноқни ортиқча тўқимаси ва суяк қисми қирқилади. Юмшоқ тўқима қирғоғи яқинлаштирилиб, докали пилик билан ушлаб турилади. Айрим ҳолларда пастки бурун чиғаноқлари латерал йўналишда ўрндан силжитилганда бемалол нафас олиш учун ша роит тугилади.

**Шиллиқ ости конхотомияси.** Бу жарроҳлик усули тарқалган гипертрофияларда қўлланилади. Оғриқсизлантириш учун кокаинга 0,25-0,5% новокаин эритмаси қўшилади, 2-3 мл. ҳажмда олдидан пастки бурун чиғаноғини бириккан жойига ва олдинги ўрта қисмида чиғаноқни латерал ва медиал томонларига юборилади. Чиғаноқни олдинги қирғоғидан кесилади, кесиш шакли ҳар хил бўлиб, суяк қисмигача боради. Шиллиқ қават ва суяк қобиғини суяқдан ажратилиб, суяк қирғоғи қирқилади, кейин шиллиқ қават теккисланиб, пилик билан бостирилади.

Шиллиқ ости конхотомиясида кўп қон кетиши кузатилмайди.

Ўрта бурун чиғаноғининг конхотомияси ва шиллиқ ости конхотомияси. Жарроҳликнинг бу тури айтилган жарроҳликдан кам фарқ қилади, лекин ишлатиладиган асбобларни қўлланиши билан фарқ қилади. Шиллиқ остини криотаъсирлаш (пастки ва ўрта бурун чиғаноғини) беморни тайёрлаш, гальванокаустика ўтказишдаги тайёрлашдан фарқ қилмайди, фақат бунда криоаппликатор қўлланилади. Криотаъсирлашдан сўнг бурун чиғаноқлари кичраяди, бурундан нафас олиш, ҳид сезиш яхшиланади, бурундан ажралаётган ажралма камаяди.

Мактаб ёшигача бўлган беморларда асосий касаллик бурун олди бўшлиқлари касалликлари билан бирга кечса, даволаш ишлари бурун ва бурун ҳалқумни тозалаш ҳамда тананинг умумий ҳимоя қувватини оширишдан иборат. Бундан ташқари бурун ва бурун олди бўшлиқларида ташрих ишларида кенг тармоқлик жарроҳлик ишларини ўтказиш тавсия қилинмайди.

## **АТРОФИК РИНИТ**

### *Rhinitis atrophica*

Атрофик тумов бурун бўшлиғини тарқалган сурункали яллиғланишидир. Бу касалликда асосан бурун шиллиқ қаватлари касалланади, чиғаноқларни суяк қисми атрофияси деярли жуда кам ҳолларда учрайди. Бурундан ажралувчи шилимшиқ қуюқлашади, баъзида қуруқ, ҳидсиз, кулранг қасмоққа айланади.

Атрофик ринитни келиб чиқишини тушунтирувчи бир қанча назариялар мавжуд. Ўтказилган тажрибалардан шу нарса аниқландики, атрофик ринитни келиб чиқишида асосий омиллардан бири иссиқ, қуруқ ва чангли ҳавони юқори нафас йўлларига бирданига таъсири ҳисобланади. Бундай шароитга Марказий Осиё иқлими ҳам киради. Бундан ташқари кимёвий моддалар таъсири ҳам асосий омиллардан бири ҳисобланади. Бу ҳамма омиллар (кимёвий таъсир этувчилар, атмосферанинг ифлосланиши, иссиқ иқлимлар) юқори ва пастки нафас йўлларининг атрофик ўзгаришларига сабаб бўлади. Гистологик текширувда бурун бўшлиғида суяк қисмигача бўлган барча тўқималарини атрофияси кўринади. Шиллиқ қават юпқалашади, томирлар, говаксимон безлар кичраяди, цилиндрсимон ҳилпилловчи эпите-

лий ўрнига ясси кўп қаватли эпителий юзага келади. Қолган безлар оз миқдордаги ёпишқоқ нохуш ҳидли шилимшиқ чиқаради.

**Касаллик белгилари:** касалликнинг субъектив кечиши, бурунда қуруқшаш, қуруқ қасмоқ тўлиши сабабли бурундан нафас олиш қийинлашади. Атрофик жараён ҳид билиш йўлига тарқалиши натижасида ҳид билиш рецепторлари атрофияга учрайди, шунинг учун беморларда ҳид сезиш пасаяди - гипосмия ёки бутунлай йўқолади - аносмия (*Anosmia essentialis*). Олдинги ва орқанги риноскопик кўриниш: бурун шиллик қаватлари ва чиғаноқлари қуруқшаган, ҳажм жиҳатидан кичрайган бурун йўллари кенгайган бўлади. Бурун йўлларида қуюқ ёпишқоқ шилимшиқ ажралма ёки қуруқ қасмоқлар кўринади. Атрофик жараён қўшни аъзоларга ҳам тарқалади (эшитув найи, бурун кўз ёши йўли, ҳалқум, ҳиқилдоқ).

**Атрофик тумовни даволаш** - энг аввало, келтириб чиқарувчи сабабларининг олдини олишдан бошланади. Бундай сабаблардан бири ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиши (гастрит, колит), бурун ён бўшлиқлари касалликлари (гайморит, этмоидит)дир.

Касаллик сабабларини аниқлаб, олди олинганидан сўнг даволаш бошланади, бурунга малҳам ва йодоглицерин томчилари қўйилади. Кунига 2 маҳал эрталаб ва кечқурун бурунга диахилон малҳами қўйилади. Бу дориларни қўйишдан ташқари ингальяция ҳам берилади. Ингальяцияни қўллаш ҳалқум ва бурун шиллик қаватларини ҳолатига қараб, қасмоқлар оз-кўплигига қараб белгиланади. Бурун бўшлиғидаги қасмоқларни тозалаш учун ферментларни изотоник эритмаси (0,01-50,0 мл.га) ёки маданли сувлар (Боржоми, Дилижон) билан ювилади. Бундан ташқари маданли сувлар билан 200 мл аэрозол қилинади. Бурун бўшлиғидаги қотган қасмоқлар тозалангандан сўнг, шиллик қаватлар трофикасини яхшилаш учун даволаш чоралари олиб борилади.

Булардан ёғли эритмаларга токоферол ацетат, ретинол қўшилиб, қўллаш яхши натижа беради, шунингдек, бу мақсадда облепиха билан ишлатилиши ҳам кутилган натижаларни беради. Бундан ташқари ёғларни, яъни эвколипт, анис ёғи, токоферол ацетат 2%ли, ретинол ва шафтоли мойининг 50,0 мл. нисбатан



Булардан ёғли эритмаларга токоферол ацетат, ретинол қўшилиб, қўллаш яхши натижа беради, шунингдек, бу мақсадда облепиха билан ишлатилиши ҳам кутилган натижаларни беради. Бундан ташқари ёғларни, яъни эвколипт, анис ёғи, токоферол ацетат 2%ли, ретинол ва шафтоли мойининг 50,0 мл. нисбатан аралашмасини қўллаш ҳам яхши натижа беради. Кейинчалик тўқима ҳолатини сақлаш ва қисман кучайтириш мақсадида узум шарбати билан мисли эритма аралашмаси (1:1 - 25% нисбатда), алоэ шарбати, 3-5% сувли мўмиё эритмаси ва 2% прополис эритмаси қўлланилади.

Балчиқ билан даволаш (бўйин соҳасига) турида бурун ёки бурун ён бўшлиқлари соҳасига балчиқли аппликациялар қўйиш билан чегараланади. Балчиқ билан даволашда умумий (айниқса, сероводородли) ванналар, маҳаллий тозаловчи ёки сульфидли ингаляцияларни алмаштириб қўллаш яхши натижа беради. Маҳаллий шиллиқ қаватни стимуляция қилувчи дорилар алоэ 0,5 мл. ҳар икки томонга 8-10 та муолажа қилинади (бу Алимов ва Исақбаевлар ишлаб чиққан усулдир). Хотимада чегараланган атрофик ринитлар ҳақида тўхталиб ўтамиз. Булар шиллиқ қават бармоқ билан шилиб олинганидан сўнг бурунда кимёвий моддалар таъсирида турли жарроҳликлардан сўнг (каустикадан, пастки бурун чиғаноғи резекциясидан сўнг) ривожланиши мумкин.

Бурун бўшлиғида оз миқдорда бўлса ҳам атрофик жараён пайдо бўлиши бурунда ўтказиладиган турли жарроҳлик ишларини чегаралаб қўяди. Бундай ҳолларда асосан консерватив даволаш ишлари ўтказиш лозим бўлади. Чегараланган атрофиялар давоси атрофик ринитлар давосидан кам фарқ қилади, фақатгина атрофия келтириб чиқарувчи сабабларни аниқлаш керак.

**Rp: *Empl Dyachyloni 10,0; ol Vaselini 20,0; ol menthae pip gtt III MDS 0,5*** чой қошиғида 1 ст сувга аралаштирилади.

**Rp: *Natrii salicylatis 10,0; Natrii chloridi; Natrii tetraboratis aa 20,0; ol Mentholi pip gtt II MDS: 1/2*** чой қошиғида 200,0 мл сувга аралаштириб бурунга 8-10 томчидан 4-6 маҳал томизилади.

**Rp: *Iodi puri 0,03; Kalli iodati 0,2; Menthae pip 10,0; Glycerini 10,0. MDS: 8-10*** томчидан ҳар бир бурун бўшлиғига 2 маҳал.

*Rp: Sol Retinoli palmitatis oleosae 5,5%-10 ml. D.s. 3-4 том. 3 маҳал бурунга ётган ҳолатда.*

*Rp: Und Ichtholi -2% - 30,0; Ol Jecoris Aselli; Ol. Persicorum aa 5,0; M.D.S. 2-3 маҳал бурун шиллиқ қаватига суртиш учун.*

## ОЗЕНА

Озена ёки сассиқ тумов узоқ вақтдан бери маълум бўлган касалликдир. У бурун бўшлиғи шиллиқ қаватини ва суяк қисмини ўта кучли даражадаги атрофияси ва махсус сассиқ ҳидли қасмоқларнинг ҳосил бўлиши билан характерланади. Бу касаллик 5 ёшдан юқори бўлган болаларда ҳам учраши мумкин.

**Келиб чиқиши.** сассиқ тумов қадим замонлардан, яъни эра-миздан аввал II-I асрлардаги қўлёмаларда маълумот берилишига қарамасдан ҳозирги кунгача касалликнинг келиб чиқиши ва даволаш масалалари тўлиқ ўрганилган эмас.

Клиник текширишлар бўйича эркакларга нисбатан аёлларда (1:10) касаллик кўпроқ учрайди. Кам ҳолларда эса оилада бир нечта киши бир вақтда касаллик билан оғриши мумкин. Озенани келиб чиқишида асосий факторлардан бири ташқи муҳитни таъсири деб ҳисоблаш мумкин. Бунда асосан социал шароитлар кўзда тутилади. Озена ривожланишида бир қанча назариялар мавжуд: инфекцион назария касаллик ривожланишида ички ва ташқи муҳитлар, бурун шиллиқ қавати ва суяк тўқимаси атрофияси натижасида патоген микроорганизмлар кириб, турли яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқариши мумкин деган назария мавжуд. Бу назария тарафдорлари озенани қўзғатувчиси махсус қўзғатувчилар турига мансуб клебсиелла озенаси деб ҳисоблайдилар. Бу қўзғатувчи ўтган аср охирида тоза манбадан ажратилган, озена клебсиелласи фақат инсонларда учраб, юқори нафас йўлларини зарарлайдилар ва бундай беморларда бурнидан озена клебсиелласини топишга мувофиқ бўлганлар.

**Патогенез:** Ҳозирги вақтда озенани ривожланишида асосан иккита теория мавжуд: а) нейродистрофик; б) юқумли (инфекцион).

Нейродистрофик назарияга асосан вегетатив нерв система-сини шикастланиши натижасида бурун бўшлиғи тўқималарини озикланиши бузилади, атрофия ривожланиб, иккиламчи касал-лик қўзғатувчилари қўшилади.

Инфекцион назария тарафдорлари фикрича, касаллик қўзғатувчиси бурун бўшлиғига тушади, сўнг ривожланиши бош-ланади. Бурун бўшлиғи шиллиқ қаватида чегараланган яллиғла-ниш жараёни юзага келиб, жуда камдан-кам белгилар билан узоқ муддат ривожланади. Бурун бўшлиғидаги ажралма қуюқлашиб қурийд ва қасмоқлар ҳосил бўлади. Шиллиқ ишлаб чиқарувчи безларни атрофияга учраши ажралманинг қуришини тезлаштиради, натижада бурун бўшлиғи азрацияси бузилади.

**Белгилари:** Субъектив белгиларга қуйидагилар киради: бе-морларни бурнидан сассиқ ҳид келиши безовта қилади. Улар асосан бурундан нафас олишни қийинлашуви безовта қилади. Бурунда ҳосил бўлган қуюқ ажралма қуриб, қасмоқ ҳосил қилади ва бурун йўлларини бутунлай тўсиб қўяди. Бурунни тоза-лаш мақсадида кучли бурун қоқишда буруннинг қонаши кузати-лади. Кейинги белгиларга ҳид сезишни пасайиши, яъни ҳид се-зиш хужайраларини яллиғланиши ҳам иш фаолиятини бузили-шига киради. Шу сабабли беморнинг ўзи келаётган сассиқ ҳидни сезмайди, атрофдагиларга яққол сезилади.

Ташқи бурунни шакли ўзгармаган, айрим ҳолларда кенгайиб-пасайган (чўккан), бемор руҳан тушган, атрофдаги одамлардан узоқроқда юришга ҳаракат қиладилар. Олдинги ва орқанги риноскопия қилинганда шиллиқ қаватлар юпқалашган, қуюқ елимсимон ажралма билан қопланган, ажралма асосан ўрта ва пастки бурун йўлларида тўпланган. Касалликнинг чўзилиши натижасида барча шиллиқ қаватлар кулранг қасмоқлар билан қопланган бўлиб, унинг таркибида индол, скатол, сероводород борлиги учун сассиқ ҳид чиқади. Озена билан биргаликда эшитув найини шиллиқ қаватини катарал яллиғланиши кузати-лади. Шунинг учун қулоқда шовқин пайдо бўлади ва эшитиш пасаяди.

Агар яллиғланиш жараёни ҳалқумга, ҳиқилдоққа, кекирдакка тарқалса, қўшимча шикоятлар юзага келади. Бурун чиғаноқлари жуда кичрайган, атрофияланган, айниқса, пастки чиғаноқлар

кўпроқ зарарланади, шунинг учун бурун бўшлиғи тозалангандан сўнг бурунни чуқур қисмларининг орқа деворларини кўришга имкон туғилади. Айрим ҳолларда қасмоқлар бурун ҳалқум қисмини тўлдиради. Атрофия аста-секин ҳалқумга, ҳиқилдоққа, баъзан кекирдакка ва бронхларга тарқалади.

**Ташҳис:** касалликка хос бўлган шикоятлар бурун шиллиқ қаватлари ва чиғаноқларини кучли атрофияси, кўп миқдорда сассиқ ҳидли кўкимтир-кулранг қасмоқ ҳосил бўлишидан ҳид билишни йўқолишидан иборат. Бурун бўшлиғида яралар бўлмаслиги билан озена бурун сили ва захмдан фарқ қилади.

**Даволаш:** Сассиқ ҳидга сабабчи бўлган қасмоқларни юмшатиш ва олиб ташлашдан даволаш чоралари бошланади. Қасмоқларни олиш учун аввал 2% ли сода эритмаси (ярим чой қошиғида) 1 стакан илиқ сувга аралаштирилиб, ювилади. Бундан ташқари ювиш учун фурациллин эритмаси 1:5000 ва бура эритмаси қўлланилади. Ювиш билан бир қаторда бурун бўшлиғига синтомицин эмульсиясига тегизилган пилик пастки бурун йўлларига 10-15 дақиқага қўйилади. Қасмоқлар тозалангандан сўнг шиллиқ қаватни таъсирлантириш мақсадида йодоглицеринни таркибида тутувчи эритмалардан суртилади.

Бурун йўлларига балиқ мойи билан пилик қўйиш шиллиқ қаватни трофикасини яхшилайдди. Умумий консерватив даволаш организмнинг иммунологик қаршилигини оширишга қаратилган, шунингдек, компенсатор механизмларни қайта тиклашдан иборат. Буларга аутогемотерапия, алоэ, фитостимуляция, организмни чиниқтирувчи муолажалар ҳам катта ёрдам беради. Келтириб чиқарувчи таъсирларга қарши даволашда клебсиелла ва микробни таъсир кучини камайтиришга қаратилади. Бу мақсадда антибиотиклар (синтомицин, гентомицин) бир кунда бир неча маротаба берилади. Антибиотиклар ва нитрофуранларни маҳаллий қўллаш кутилган натижаларни беради.

**Жарроҳ усули бўйича даволаш:** бу усуллардан асосий мақсад бурун йўллари жарроҳлик усули бўйича торайтиришдан иборат. Бунинг учун бурун бўшлиғини латерал деворини бурун тўсиғи томонга яқинлаштиришдан иборат.

Барча жарроҳлик усуллари ичида кўп қўлланиладиган бурун бўшлиғи латерал девори шиллиқ остига турли тўқималар, ёғ

тўқимаси, тоғай ва аллопластиклар киритишдан иборат. Бу мақсадда Экерт-Мебиус усули кенг қўлланилади. Бу усулда бурун тўсиғи шиллиқ ости қисмига бир нечта майда ғовак суякчалар киритилади.

Жарроҳликдан аввал ғовак суяклар қайнатиш усули бўйича тозаланади. Бошқа жарроҳлик усуллари ҳам мавжуд, лекин ҳамма усул учун мақсад бурун йўллари торайтиришдан иборат.

Жарроҳлик ишлари асосан 10-12 ёшда қилинади, чунки бу ёшда бурун туби юқори жағ суяги бўшлиғи тубига тўғри келади.

*Rp: Pastae chlorophyllcarotini 0,2; Butero cacao 0,5; M.f supp. Dtd № 30 S 1- шамчадан бурунга.*

*Rp: Ung rivanoli (1:1000)-50,0. D.s. бурунга малҳам.*

*Rp: Ung Heliomycini 1%-20,0. D.s. бурунга малҳам*

*Rp: Carotini ol. persicorum aa 10,0 ol. Eucalypti ytt II*

## БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ

Бурун ёндош бўшлиқларининг ўткир касалликларини қўзғатувчилари турли микроорганизмлардир. Жумладан, гриппозли вирус (кўпинча), стрептококк, стафилококк, диплококк, дифтерия таёқчаси ва бошқалар. Инфекция бурун бўшлиғини шиллиқ қаватларини шикастлагандан сўнг, табиий тешиклар орқали бурун ёндош бўшлиқлари ичига кириб боради. Терлама, қизамиқ, қизилча каби юқумли касалликларда эса қўзғатувчилар гематоген йўллар билан шунингдек, одонтоген йўллар орқали бурун ён бўшлиқларини зарарлаши мумкин.

Бўшлиқлар жароҳатлар натижасида шикастланганда эса касаллик қўзғатувчилари тўғридан-тўғри (очиқ йўл орқали) бўшлиққа киради. Синуситларни ривожланишида бурун бўшлиқларининг сурункали касалликлари ёрдамчи омиллар бўлиб ҳисобланади. Бунда атрофик ёки гипертрофик жараёнлар, бурун ёндош бўшлиқлари ҳажми, беморни ёши ва бошқалар сабаб бўлади. Бўшлиқлар ҳажмининг аҳамияти деган фикримизга қолган бўшлиқларга нисбатан анча катта ҳажмда бўлган юқори жағ бўшлиқларининг энг кўп касалланиши мисол була олади.

Морфологик ўзгаришлар қуйидагилардан иборат: шиллиқ қаватларни қизариши ва инфильтрацияси, қон томирлари ва безлари атрофидаги тўқималарнинг яллиғланиши қовоқдаги шиллиқ қаватни қон томирларини димиқиши ҳисобига қовоқда шиш пайдо бўлади, бўшлиқни ичи экссудат билан тўлади.

Касалликнинг бошланиш давларида экссудат шилимшиқ кўринишида бўлиб, кейинчалик йирингли бўлади. Касалликни кечишида умумий ва маҳаллий белгилар кузатилади: тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши, иштаҳани пасайиши умумий белгиларни ташкил қилса, маҳаллий белгилари эса яллиғланиш жараёнини жойлашувига ва касалланган бўшлиқ томондаги ўзгаришларга боғлиқ бўлади.

Бир бўшлиқни алоҳида, ёлғиз ўзининг касалланиши жуда кам учрайди. Касаллик пансинут, гемисинут кўринишида кечади. Бўшлиқни қайталаниб турувчи ўткир яллиғланиши, айниқса, бўшлиқда тўпланиб қолган патологик ажралмани чиқиб кетиши учун шароит қийинлашганда ёндош бўшлиқларни ўткир яллиғланишидан сурункали яллиғланишига ўтади. Бу ерда асосий ўринни шиллиқ қаватни қалинлашиши, чиғаноқларни катталашуви, бурун тўсигини қийшайиши, умуман олганда ёндош бўшлиқлар тешикларини тўсилиб қолиши эгаллайди. Бундан ташқари касаллик кўзгатувчиларни чидамлилиги, танани қаршилиқ кучини пасайиши, юқумли касалликлар, касалликни сурункали шаклга ўтишига асосий омил бўлиб хизмат қилади. Ташқи муҳитнинг таъсири ҳам маълум даражада эътибордан холи эмас. Ёндош бўшлиқларни сурункали яллиғланишидаги морфологик ўзгаришлар ўткир яллиғланиш жараёнидаги морфологик ўзгаришлардан фарқ қилади. Касалликни бошланиш даврида бўшлиқдаги суюқликнинг чиқишини қийинлашуви сабабли веноз тўлақонлиги вужудга келади, натижада, шиллиқ қаватни шиши ва кўп миқдорда суюқлик ажралиши кузатилади.

Касалликнинг кейинги даврида қон-томир деворлари орқали лейкоцитлар чиқади, микроблар тез ривожланади, ҳосил бўлган йирингда ҳид пайдо бўлади, шиллиқ қават тўқима ҳосилалари билан тўлади. Қопловчи эпителий металлазияси бўлади, шиллиқ қаватда қўшувчи тўқима ўсади. Натижада, шиллиқ қават

қалинлашади ва дағаллашади. Шиллиқ қават склерози ретенцион кисталар ҳосил бўлишига олиб келади. Бунда қалинлашган шиллиқ қават юзасида шарсимон дўнгликларни кўриш мумкин, шарлар ичи ялтироқ ёки хиралашган суюқлик билан тўлган бўлади. Яллиғланиш жараёни шиллиқ қаватни барча қаватларига тарқалиши кузатилади, ҳаттоки суяк усти пардаси ва суякка етиб боради. Суякнинг устки пардаси ва суяк тўқималарига тарқалган яллиғланиш жараёни суякни йирингли яллиғланишига (остеомиелит) олиб келади.

Шиллиқ қаватлар склерози ҳисобига яллиғланиш маҳсулотларини сурилиш жараёни бузилади. Бундай ҳолда суяк яллиғланишида псевдохолестеотома ҳосил бўлади, таркибида куюқ йиринг, микроблар, яллиғланиш чиқиндиларидан иборат, аммо холестерин бўлмайди. Бундай пайдо бўлган ҳосила натижасида бўшлиқда босим ортиб, суякда турли емирилиш пайдо бўлади. Бу ҳолат шиллиқ қаватда турли полиплар ўсишига олиб келади. Бу полиплар нафақат бўшлиқларда, ҳатто бурунда ҳам учрайди.

## **ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ**

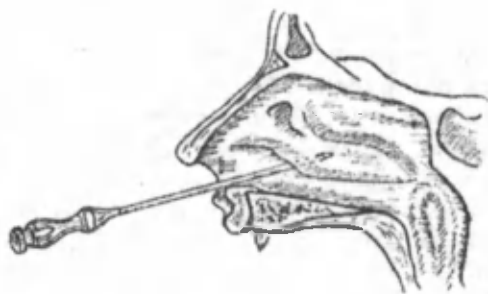
Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши, жумладан юқори жағ бўшлиғи яллиғланиши, касалликни келтириб чиқарувчи сабаблар белгиларини намоён бўлиши билан кечади. Баъзан касаллик узоқ муддатга чўзилган, суст ҳолида кечади.

Енгил ҳолларда субъектив белгилар яллиғланган бўшлиқ томонда кучсиз босим сезгиси, бир томонлама бурун битиши ва бошқалардан иборат бўлса, оғирроқ кечишида эса буларга кучли оғриқ фақат бўшлиқда эмас, пешона соҳасида, ёноқ, суягига тарқалиб, ҳатто юз соҳаларига ҳам тарқалади. Яллиғланган бўшлиқ томонда тишларда ҳам оғриқ бўлиб, чайнаш вақтида оғриқ кучаяди. Баъзан яллиғланган томонда лунжнинг шишиши ва пастки қовоқнинг коллатерал шиши кўзатилади. Касалликни биринчи кунларида умумий белгиларни аниқ намоён бўлиши: титраш, тана ҳароратини кўтарилиши, холсизланиш кабилар характерлидир. Бурундан нафас олиш

қийинлашади, суоқ шилимшиқ аралаш ҳидсиз йиринг ажралиши кузатилади.

**Олдинги риноскопияда** бурун йўллари шиллиқ қаватларининг қизариши, шиши, кўп миқдордаги шилимшиқ ажралма келиши ва ўрта чиганоқни кучли шиши, ўрта бурун йўлида йирингли ажралма кўринади.

**Ташҳис:** бемор шикоятига, анамнезига ва бурун бўшлиғини объектив текширишларга асосланиб қўйилади. Ўрта бурун йўлида йирингли ажралма (ўрта чиганоқ қуйи), Заблоцкий - Десятовский белгилари мусбат бўлади, яъни бурун бўшлиғи тозалангандан сўнг, бемор бошини олдинга эгиб касалланган тарафга қарама-қарши томонга эгади. Бўшлиқнинг яллиғланишида ўрта бурун йўлида яна йиринг пайдо бўлади. Ўрта бурун йўлида йиринг пайдо бўлиши ёки шиллиқ қаватларни ўткир яллиғланишга хос ўзгаришлари барча бўшлиқларга (юқори жағ, пешона бўшлиқлари, галвирсимон лабиринт олдинги катакларига) тааллуқли бўлиб, бир-бирига таққослаш учун қўшимча текширишлар олиб борилиши керак. Диафаноскопия ва рентгенологик текширишлар етарлича ёрдам бермаса, бўшлиқ синаш учун пункция қилиниб кўрилади (расм-1.25).



Расм-1.25. Юқори жағ бўшлиғини тешиш.

**Юқори жағ бўшлиғи пункцияси:** Бу бўшлиққа пункция ташҳис ва даволаш мақсадларида қилинади. Пункция Куликов игнаси ёрдамида пастки бурун йўлидан қилинади. Пункциядан аввал қон умумий текширилади, тромбоцитлар сони ва қонни ивиш вақти аниқланади. Пастки бурун йўлига 3% дикаин эритмасини



суртиш йўли билан маҳаллий оғриқсизлантиради. Юқори жағ бўшлиғи пункцияси техник жиҳатдан осон бажарилади. Ёш болаларда эса пункция катта ёшдагилар пункцияси техникасидан кескин фарқ қилади, игнани йўналишида бўшлиқ ҳажми ва суяк девори йўгонлиги эътиборга олинади. Бола қанчалик кичик ёшда бўлса юқори жағ бўшлиғи шунчалик юқорида жойлашади ва медиал девори шунчалик қалин бўлади. Ҳозирги вақтда юқори жағ бўшлиғи пункцияси барча ёшдаги болаларда қилинади, эрта ёшдаги болаларда махсус кўрсатма асосида қилинади. Бўшлиқда пункция қилишдан мақсад фақат бўшлиқдаги патологик ажралмани олиб ташлашгина эмас, микрофлора ва шиллиқ қаватни трофикасини киритилган дори-дармонлар таъсирида ўзгартиришдан иборат. Пункция қилинаётган вақтда коллапс, тери ости эмфиземаси, кўз турини септик ҳолати каби асоратлар юз бериши мумкин. Айрим ҳолларда юқори жағ бўшлиғини пункцияси ўрта бурун йўлидан қилинади. Бу жойда шиллиқ қават дубликатурисидан ҳосил бўлган иккита фонтанелдан иборат бўлганлиги учун пункция қилиш анча осон кечади. Бундан ташқари ўрта бурун йўлидан пункция қилиш кўз соққаси шикастланиши хавфини ҳам туғдиради. Ўрта бурун йўлини ёнбош девори кўз косасига яқин жойлашади. Шунинг учун пастки чиғаноқни бирикиш еридан пастдан, игнани йўналишини эса иложи борича ташқи томонга қараб йўналтириши керак. Ўрта бурун йўлидан пункция қилишда Куликовский игнасини қайрилган кўринишдаги тури билан қилинади.

**Синусоскопия:** юқори жағ бўшлиқларига оптик асбобларни киритиш, пастки бурун йўлидан пункция қилиш билан амалга оширилади. Аммо кўп муаллифларни фикрича синусоскопия учун энг қулай жой fossa canina деб ҳисоблайдилар.

Бизнинг фикримизча бу кам қўлланиладиган усул. Чунки, бу усул катта жарроҳлик аралашувини талаб қилади. Синусоскопияга кўрсатма деб қуйидагиларни кўрсатиш мумкин: рентгенологик текширишлар натижаларида синуитни белгилари аниқланмаслиги, лекин клиник кечиши борлиги, ўсмалярни даволангандан сўнги натижани кўриш учун ва бошқалар.

Синусоскопияни агарда касалликни клиник кўриниши билан рентгенологик текшириш натижаси тўғри келмаса, шунингдек,

бўшлиқда жарроҳликдан сўнгги ҳолатни аниқлаш учун бўшлиқни реоперацияси ҳақида фикрлаш учун ўтказилади. Игна киритилгандан сўнг, бўшлиқдаги патологик ажралма суриб олинади, сўнгга резинали трубка 200 мл. суюқлик паст босим билан киритилиб, бўшлиқ ювилади. Суюқлик бўшлиқни табиий тешиклари орқали ташқарига чиқаради. Агарда бўшлиқда йиринг бўлса, суюқлик лойқаланиб чиқади ёки йиринг алоҳида-алоҳида бўлиб ювилади.

Ювилган суюқлик доимо тоза ажралиб чиқса, бўшлиқ тоза ҳисобланади. Баъзида суюқлик тоза чиқишига қарамасдан бўшлиқнинг йирингли яллиғланиши ҳолати ҳам учраши мумкин.

**Даволаш:** даволаш режасига биринчи навбатда оғиз бўшлиғини санацияси (кариес тишларни даволаш). Агар тана ҳарорати юқори бўлса бемор қимирламай ётиши керак. Истима паст сайтирувчи дорилар берилади, антибиотиклар, организмни қаршилик қувватини оширувчи дорилар қўлланилади, шиллиқ қаватларни шишини қайтариш учун ва доимий тешиқларни очиш ҳамда йиринг чиқишига қулай шароит яратиш учун ўрта бурун йўлига 2-3% кокаин эритмаси суртилади, кокаин эритмасини адреналин билан бир кунда бир неча маротаба қўллаш яхши натижа беради. Кунига 2-3% нафтизин эритмаси санорин эритмаси билан бирга томизилади. Бурунга томчи дорилар А.И.Иванов усули бўйича қўлланилади. Бемор горизонтал ҳолатда (ёстиқсиз) бошини бироз орқага эгиб, касалланган бўшлиқни пастки томонга қилиб, томизгичда 4-6 томчидан бурун бўшлиғига томизилади. Шу ҳолатда бемор 2-3 минут ётади, бармоғи билан соғ томонни беркитиб, чуқур нафас олиб чиқаради, 5 дақиқадан сўнг туришга рухсат берилади. Агар дорилар бурун ҳалқуми орқали оғизга тушса, бемор бошини кўтармай туриб, дастрўмолга туфлайди. Бу усул билан дори томишиш бир кунда 3-4 маротаба такрорланади. Агар тунда бурун битиши безовта қилса шундай муолажа қайтарилади.

Бурун шиллиқ қавати оғриқсизлантирилгандан сўнг антибиотикли аэрозолларни ҳам қўллаш мумкин. Юқори жағ бўшлиқларини даволашда кўк чироқ, УВЧ, электормагнит тўлқинлари, юқори частотали микротўлқинлар, импульсли тоқлар, паст ва юқори частотали ва синусоидал модулларни қўллаш яхши

натижа беради. Даволаш усуллари жараённи жойлашувига, клиник белгиларини пайдо бўлиш даражасига боғлиқ. Айрим вақтда кўп маротаба пункция қилинганидан кўра катта ёшдагиларда ва болаларда доимо ишлаб турувчи дренажлар ўрнатилади (дренажлар учун кўпинча аллопластик материаллардан фойдаланилади). Дренажлар орқали бўшлиқ ювилиб, турли дорилар юборилади. Агар консерватив даво фойда бермаса, жарроҳлик усуллари қўлланилади. Бўшлиқни очиш экстраназал йўл билан кўпинча Кальдвелл Люк усули билан бажарилади. Шунингдек, юқори жағ бўшлиғини эндоназал йўл билан Галле усули бўйича очиш турлари ҳам мавжуд.

## ЎТКИР ЭТМОИДИТ

### **Sinuitis ethmoidalis seu ethmoidalis acuta**

Ғалвирсимон катакчаларнинг ўткир яллиғланиши кичик ёшдаги болаларда мазкур бўшлиқнинг қолган бўшлиқларга нисбатан ривожланганлиги сабабли учраб туради.

**Келиб чиқиши ва ривожланиши:** Ғалвирсимон катакларни ўткир яллиғланишини келтириб чиқарувчи сабабларга грипп, ўткир респиратор вирусли инфекция ва шамоллаш кабилар киради. Касалликни ривожланишига сабаб бўлувчи омиллар ўрта бурун йўлини ва катакчаларни чиқарув тешикларини торлиги, шиллиқ қаватнинг оз миқдорда шиши натижасида ажралма чиқишини қийинлашуви сабаб бўлади. Ғалвирсимон катакларни яллиғланиши жараёнида турли микроорганизмлар иштирок этади. Ўткир яллиғланиш жараёнида асосан микрофлора, сурункали жараёнда эса полифлоралар ва турли сапрофитлар билан биргаликда учрайди. Яллиғланишнинг йирингли кўринишларида стафилококклар, пневмококклар, асосан юқори нафас йулларидаги микроорганизмлар учрайди. Касаллик белгилари: субъектив ва объектив белгилари кўп жиҳатдан ўткир гайморит белгиларини эслатади. Касалликни умий белгиларига узоқ давом этувчи тана ҳароратини кўтарилиши, бош оғриши кирса, маҳаллий белгиларга эса бурун илдизи соҳаси, кўз соҳаси ва атроф соҳалардаги оғриқлар киради. Бу оғриқ белгилари уч шоҳли нервни I-II толаларини таъсирланиши натижасида юзага келади. Оғриқдан ташқари бемор бурундан

бемор бурундан кўп миқдорда йирингли ажралма келишига, ҳид билишни пасайганлигига шикоят қилади. Ажралма чиқиб кетиши билан оғриқ камаяди. Болаларда касалликнинг биринчи кунларида касалланган бўшлиқ томонда лунж ва қовоқда шиш пайдо бўлади, бурун лаб чизиқлари теккисланади, оғиз бурчаги пастга тушади, юқори лабнинг ҳаракати чегараланади. Аста секин лунж, қовоқ, устки лаблар шиши кўпайиб боради, биринчи кунларда оғиз бўшлиғида нохуш ҳид сезилади. Оғизни даҳлиз қисмида, танглайда унча катта бўлмаган инфильтрациялар пайдо бўлади, улар қизарган шиллиқ қават билан ўралиб туради. Инфильтрациялар тезда ёрилиб, ўрнида йирингли ажралмалар ва оқма яралар (свиш) қолади.

**Риноскопия:** бурун бўшлиғи шиллиқ қаватлари ва бурун чиғаноқлари, айниқса, ўрта бурун чиғаноғи ва юқори бурун йўлларида баъзида умумий бурун йўлида шилимшиқ аралаш, ҳидсиз йиринг бўлади.

**Диафаноскопия:** галвирсимон бўшлиқда сояланиш кузатилади. Бу ўзгариш рентгенограммада энса-пешона проекциясида кўрилганда яхши аниқланади. Яллигланган бўшлиқлар соғ томонга нисбатан хиралашган бўлади. Агар йиринг чиқиши қийин бўлса ёки бутунлай чиқмаса, кўз томондан ўзгаришлар кузатилади, қовоқлар ва кўз шишиб, ташқарига ва пастга бўртиб чиқади, тўпланган йиринг кўз тубига, сўнг ташқарига ёрилиши мумкин. Оғир ҳолларда йиринг кўз соққаси ичига, мия ичига ўтади ва бир қатор мия ичи асоратларини келтириб чиқишига сабаб бўлади ва уларга хос бўлган белгиларни юзага келтиради.

**Даволаш:** касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф қилишдан бошланади. Асосий эътиборни бурун орқали нафас олишни тиклаш ва бўшлиқни патологик ажралмалардан тозалашга қаратилади. Этмоидитни асоратсиз кечишида бурун бўшлиғи шиллиқ қаватини тўхтовсиз равишда қон- томир торайтирувчи дорилар томизилади. Бу мақсадда ўрта бурун йўлига 1-3% эфедрин эритмаси ва 0,1% адреналин эритмаси пиликка чиланиб, 5-10 дақиқага қўйилади. Кўп миқдордаги йиринг ажралишида ажралма сўриб олинади, сўнг 1% протаргол эритмаси томизилади. Кўрсатма билан антибиотиклар, сульфаниламидлар, десенсибилизацияловчи дорилар, физиоурола-

жалар қўлланилади. Буларга юқори частотали электромагнитли тўлқинлар, электр майдони, УВЧ, импульсли тоқлар, паст частотали ва диодинамик кучланиш, синусоидал модуллаш киради.

## ЎТКИР ФРОНТИТ

### *Sinuitis frontalis seu frontitis acuta*

Ўткир фронтитни келтириб чиқарувчи сабаблар ва омиллар, ўткир гайморитни сабаблари билан бир хил, фақат ўткир фронтитда тиш касалликлари орқали инфекция тарқалиши кузатилмайди.

**Белгилари:** пешона соҳасида оғриқ, кўз соққасини юқори ички бурчаги босиб кўрилганда оғриқни кучайиши, бош оғриги тарқалган характерда, кўз соҳасида оғриқ, ёруғда кўзни очиш қийинлашади, кўздан ёш оқади. Касалликни оғир кечишида оғриқ чидаб бўлмас даражада, бундан ташқари беморлар бурун орқали нафас олишни қийинлигига ва яллиғланган томондан йирингли ажралма келишидан шикоят қиладилар. Ажралма аввалига шилимшиқ, кейинчалик йиринг аралаш, ҳидли бўлади. Беморлар баъзан, айниқса, эрталаб йирингли ажралманинг кўпайишидан шикоят қилади. Ажралма тана ҳолатини ўзгаришига боғлиқ бўлиб, горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтганда ажралма кўп оқади. Тана ҳарорати кўтарилиб, умумий аҳволи оғирлашади.

**Объектив белгилари:** баъзан тери ранглари ўзгаради, пешона соҳасида, қовоқда шиш, қовоқдаги шиш кўз соққасини ички юқори бурчагида аниқ билинади. Касаллик субпериостал абсцесс ва йирингли оқма яра билан асоратланиши мумкин.

**Риноскопия:** ўрта бурун йўллари олдинги қисмида, пешона - бурун табиий тешигида йирингли ажралма кўринади. Бу тешикка яқин жойлашган ўрта чиғаноқни олдинги қисми қизаради ва шишади. Пешона бўшлиғидаги ўзгаришларни аниқлаш учун бурун жағ проекциясида рентгенография қилинади, бунда бемор кассетага жағ ва бурун учини тегизиб ётади. Марказий нур энсдан бироз юқорироқ, яъни энса дўнглигидан юборилади.

**Даволаш:** кўпинча консерватив усулда олиб борилади. Асосий мақсад бўшлиқни патологик ажралмалардан тозалаш ҳисобланади. Бунинг учун ўрта бурун йўлига 2-3 % кокаин эритмаси

ёки эфедрин эритмалари суртилади. Бундан ташқари бурунга томчи дорилар ҳам томизилади, лекин томчилар албатта ўрта бурун йўлига тушиши керак. Масалан. ўнг томонлама фронтитда беморни боши орқага ва ўнг томонга эгилади. Агар касалликни дастлабки кунлари бош оғриб, тана ҳарорати кўтарилса, беморга ётиш тавсия қилиниб, иситма туширувчи, оғриқ қолдирувчи ва антибиотиклар берилади. Бундан ташқари физиотерапевтик муолажалар: соллюкс лампаси, УВЧ, кўк чироқ билан нурлантириш яхши фойда беради.

Йирингли фронтитларни узоқ муддат кечишида консерватив даволашни фойдасизлигида пешона бўшлиғи олдинги деворидан махсус мослама ёрдамида тешилиб, ингичка най ўрнатилади ва 5-7 кунга қолдирилиб, ҳар куни антисептик дорилар билан ювилиб, дори моддалари юбориб турилади. Пешона бўшлиғини яллиғланишига сабаб бўлган бурун бўшлиғидаги турли касалликлар бартараф қилинади (бурун тўсиғи резекцияси, гипертрофик ринит). Уткир фронтитларни йирингли кечишида кам ҳолларда радикал жарроҳлик қўлланилади. Радикал жарроҳликка кўрсатма: кўз ичи ва бош мия асоратлари, пешона суяги остеомиелити, оғир септик ҳолатлар ҳисобланади.

## ЎТКИР СФЕНОИДИТ

### *Sphenoiditis seu sinusitis sphenoidalis acuta*

Асосий бўшлиқнинг ўткир яллиғланиши кам учрайди. Кўпинча галвирсимон катакча лабиринти орқа қисми билан бирга кечади. Касалликни объектив ва субъектив белгилари ўткир гайморитни кечиши белгиларига ўхшайди.

**Белгилари:** субъектив белгилардан бурундан кўп миқдорда шилимшиқ ажралиши, бурундан нафас олиш қийинлашуви билан биргаликда бош оғриғи безовта қилади. Бош оғриғи пешона, энса ва чакка соҳаларига тарқалади. Ҳид сезиш қобилияти пасаяди, тана ҳарорати кўтарилади, ҳолсизлик, ақлий ва жисмоний тушкунлик киради.

**Риноскопия:** юқори бурун йўли шиллиқ қавати қизариб, шишган, юқори бурун йўлида йирингли ажралма, ўрта бурун

чиганоғи устига оқиб тушади, орқанги риноскопияда йиринг юқори бурун йўлида ва ҳалқумнинг бурун қисмида кўринади.

**Ташхис:** асосий бўшлиқни чуқур жойлашганлиги, шу бўшлиқларни яллиғланишига хос белгиларини беморлар томонидан аниқ айтилмаслиги ташхисни қийинлаштиради. Шунингдек, бурун орқа бўлимларини торлиги, яллиғланиш жараёни натижасида шиллиқ қаватларни шиши, баъзан томир торайтирувчи дорилар таъсирида шиллиқ қаватларнинг қисман қисқариши ва бошқа сабабларга кўра юқори бурун йўли ҳолатини аниқлаш қийин бўлади. Асосий бўшлиқ ва галвирсимон бўшлиқларни рентгенологик текширишда бир неча проекция турларидан фойдаланилади, айниқса, аксиал проекция кенг қўлланилади, бу проекция натижаси касалликни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

**Даволаш:** касалликни асоратсиз кечишида пешона бўшлиғи ўткир яллиғланишидаги каби даволанилади. Шиллиқ қаватлар шишини камайтириш ва чиқарув тешигини кенгайтириб, патологик ажралмани чиқишини енгиллатиш учун ярим соат мобайнида ингичка кичик пилик 3% эфедрин билан адреналин ёки кокаинга чилаб қўйилади. Физиотерапевтик муолажалар ва симптоматик даволар қилинади. Агар септик ҳолатлар, мия ичи ёки кўз ичи асоратлари ривожланса, дарҳол жарроҳлик усулидан, шунингдек, антибиотиклардан фойдаланиш мумкин.

## **БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

**Sinuitis chronica maxillaris seu hyghmoritis chronica**

**Сурункали гайморит**

**Келиб чиқиши ва ривожланиши:** Бўшлиқнинг қайта ўткир яллиғланиши, айниқса, яллиғланиш жараёнини бошланишидан сурункали кечиши, касалликни сурункали ҳолатига ўтишига сабаб бўлади. Касалликни сурункали шаклга ўтишида юқори жағ суяги бўшлиғини анатомик ҳолатлари (чиқарув тешиги юқори қисмида жойлашган, кўпинча шиллиқ қаватлар шиши натижасида тешик беркилиб қолади) асосий аҳамиятга эга. Бурун бўшлиғидаги патологик ўзгаришлар (бурун тўсиғини қийшайишида ўрта чиганоқни тўсиқ билан бирлашиб қолиши, бурун йўллари

туғма торлиги, ўрта бурун йўлида гипертрофия ва полиплар) сабаб бўлади. Сурункали гайморитлар ривожланишида тиш илдизларидан ўтувчи инфекция ҳам сабаб бўлади, бундан ташқари бурунни хавфли ўсмалари натижасида бўшлиқда ажралма тўпланиши ва суяк деворининг бузилишидан, бўшлиқнинг шикастланишидан ҳам келиб чиқиши мумкин.

Б.С.Преображенский сурункали гайморитларни патологоанатомияси билан клиник кечишига асосланиб, касалликни синфлашни таклиф қилади. Касаллик кечишида экссудатив шакли (йирингли-катарал, серозли, аллергик) ва продуктивли (полипсимон шиллиқ қават гиперплазияси, холестеатомали, кавернозли, некротик ҳамда атрофик) шаклларга бўлинади. Морфологик ўзгаришлар эса шиллиқ қаватларнинг шиши, инфильтрацияси ва гиперплазияси ҳолида намоён бўлади. Сурункали гайморитларни келиб чиқишида юқумли касалликлар, аллергия, иммунодефицит ҳолат ва эндокрин безлар фаолиятининг бузилиши катта аҳамиетга эга.

**Касалликнинг белгилари:** касалликни субъектив белгилари унинг турига боғлиқ бўлади. Экссудатив кўринишда бурунни бир ёки иккала томонидан тумов ҳолати бўлади. Бурундан ажралма турлича (йирингли, шилимшиқ ва сувли) бўлади. Йирингли ажралмада бурундан қуюқ, сассиқ ҳидли ажралма келиши билан кечади. Баъзида касалликни йирингли кўринишида беморларни бирдан-бир шикоятни бурундан сассиқ ҳид келиши бўлади.

Бурундан шилимшиқ ажралиши гайморитнинг катарал кўринишида бўлса, сувли ажралма сероз кўринишда бўлади. Агар ажралмани чиқиши қийинлашса, бўшлиқ соҳасида оғирлик пайдо бўлади, бош оғриғи эса бурун бутунлай беркилиб қолганда безовта қилади. Бунда бошда оғриқ тарқалган ҳолда бўлади, лекин барибир яллиғланган бўшлиқ томонда оғриқ кучлироқ бўлади.

**Объектив белгилари:** биринчи ўринда ўрта бурун йўлида йирингни бўлиши, агар пахта ўралган зонд орқали тозаланиб, адреналин ва 5% кокаин эритмаси билан суртилиб қайта кўриلسа, йиринг қайтадан пайдо бўлганлиги кўринади). Йирингни олдинги томонга оқиши қийинлашганда орқанги риноскопияда йирингли ажралма борлиги аниқланади. Агар йирингли ажралма



бурун-ҳалқум қисмига доимий оқиб ўтса, ҳалқумда сурункали катарал жараёнларни юзага келтиради.

**Риноскопия:** Урта бурун йўли шиллиқ қаватини яллиғланиши ва ўрта чиганоқни олдинги қисмида гипертрофия кейинчалик эса ўрта бурун йўлидан ўсиб чиқувчи полиплар пайдо бўлади. Шиллиқ қават қалинлашуви ўрта бурун йўлидан бошланиб, ўрта чиганоқнинг олдинги қисмига, сўнг пастки чиганоққа тарқалади. Юқори жағ бўшлиғининг яллиғланиши бурун ўрта йўлида усувчи полипларни пайдо бўлишига сабаб бўлади. Ёш болаларда гаймор бўшлиғининг сурункали яллиғланиши катта ёшдагиларга ўхшаб ўткир яллиғланиш натижасида юз беради. Шунинг учун гайморитни этиология ва патогенезида аденоидлар ва аденоидитлар асосий ўринни эгаллайди. Ёш болаларда синуситнинг катарал, сероз, катарал-йирингли шакллари учрайди, йирингли шакли эса кам учрайди. Чунки болаларда катта ёшдагиларга нисбатан бўшлиқдан патологик ажралманинг чиқиши осон, чиқарув тешиклари кенг, қачонки бурун тўсиғи қийшайиб, бўшлиқларни чиқарув тешиқларини беркитиб қўйганда ажралма тўпланиб йирингга айланади. Шилимшиқ ёки йирингли ажралма тўпланиб бурун йўллари тўлдириб нафақат олдинги томонидан оқади, баъзида орқа томондан оқиб ҳалқум ва ҳиқилдоғларгача тушиб турли нохуш ҳолатлар – томоқни қирилиши, қуруши, йўтал каби ҳолатлар келтириб чиқаради. Касалликни ёш болаларда кечинини ўзига хослиги яна шундаки, яллиғланишда юқори жағ суяги бўшлиғи шиллиқ қавати кескин шишади, чиганоқлар катталашиб, бурундан нафас олишни қийинлаштиради, бундай ҳолда яллиғланиш жараёни сурункали касаллик каби кечади.

Сурункали гайморит болаларда тез-тез қайталанади, бундай ҳолларда беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, лимфа тугунлари катталашади, кўз яллиғланади ва бош оғриғи пайдо бўлади.

Сурункали гайморитни ташхиси субъектив, объектив кўринишларга, диафаноскопия, рентгенография ва ноаниқ ҳол-

ларда юқори жағ бўшлиғи пункцияси ва бўшлиқнинг ювилган суюқлиги ҳолатига асосланиб қўйилади (расм-1.26).



**Расм-1.26. Бурун ён бўшлиқлари рентгенограммаси. Ўнг юқори жағ гамоген бир текис сояланиши.**

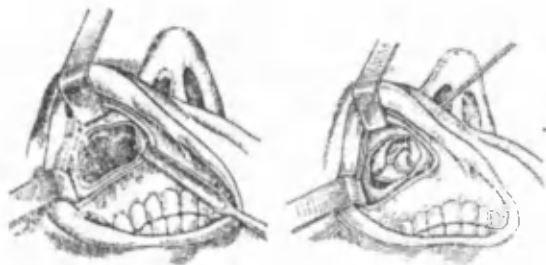
Касалликни таққослашда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма полип тўқимасига эътибор бериш керак, булар ғалвирсимон ва пешона бўшлиғи яллиғланишида ҳам учраши мумкин. Бундай ҳолатларда гаймор бўшлиғи ювилгандан ва бурун бўшлиғи тозалангандан сўнг, 10-20 дақиқадан кейин қайта кўрилганда ғалвирсимон лабиринт ёки пешона бўшлиғи касалликларида қайтадан йиринг пайдо бўлади.

**Даволаш:** Сурункали гайморитни консерватив даволаш усулларида бири бўшлиқни пункция қилиб, турли доридармонларни киритишдир (дез. эритмалар: марганцовка, калий, борли кислота), гаймор бўшлиғини антибиотикка сезувчанлиги текширилгандан сўнг, бўшлиққа антибиотикларни киритиш яхши натижалар беради. Агар йиринг қуюқ бўлса, бўшлиқ ичига фермент эритмалари (трипсин, химотрипсин) жўнатиб суюлтирилгандан сўнг, антибиотиклар жўнатилади. Гаймор бўшлиғига антибиотик жўнатишдан аввал физиологик эритмалар билан бўшлиқ ювилади. Баъзи ҳолларда бўшлиқ полиэтилен трубкалар билан ювилади. Полиэтилен найларни бўшлиққа қўйиш учун, биринчи маротаба игнага кийдирилиб пункция қилинади, бўшлиқ ювилгандан сўнг игна тортиб олинади, полиэтилен най эса қолдирилади. Кейинчалик бўшлиқни най орқали 10 кунгача ювиш мумкин. Агар касалликнинг келиб чиқишига беморнинг тишлари сабаб бўлса, у ҳолда тишлар тиш мутахассислари томонидан даволаниши керак. Енгил кечишида физиотера-

певтик муолажалари УВЧ, микротўлқин билан даволаш ва бошқалар яхши ёрдам беради. Агар консерватив даволаш яхши фойда бермаса, у ҳолда жарроҳлик йўллари билан даволанади. Жарроҳлик йўли билан даволашдан мақсад бўшлиқдаги ўзгарган тўқима (полип, грануляция) ва йирингни олиб ташлаш ва гаймор бўшлигини бурун бўшлиғи билан бирлаштиришдир. Гаймор бўшлигини радикал жарроҳлиги Кальдвелл-Люк, шунингдек, мукаммалашган А.Ф.Иванов усули асосида олиб борилади (расм-1.27).

**Расм-1.27.**

*а-треланацион бўшлиқни медиал йўналишда кенгайтириш.  
б-пастки бурун йўлига контрапертура қуйиш*



Юқори лаб остидаги милк кесилгандан сўнг, юмшоқ тўқи-мадан ажратилади ва гаймор бўшлигини олдинги суяк девори очилади. Гаймор бўшлигининг юз девори тешиги орқали бўшлиқдан йиринг ва шиллиқ қаватнинг патологик ўзгаришини аниқлаб, шу қисмлар олиб ташланади. Ўзгармаган шиллиқ қаватлар қолдирилади. Бурун бўшлиғи билан гаймор бўшлигини бирлаштириш учун гаймор бўшлигининг ички девори буруннинг пастки нафас йўлига дарча очилади. Жарроҳлик маҳаллий оғриқсизлантириш орқали қилинади. Жарроҳликдан сўнг лунжга босувчи боғлов боғланади. Кейинчалик жарроҳлик вақтида қўйилган сунъий кенгайтирилган тешик орқали бўшлиқ дезинфекцияловчи зритмалар антибиотиклар билан ювилади.

### **ПЕШОНА БЎШЛИГИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ** *Sinusitis chronica frontalis, aut frontitis chronica*

Пешона бўшлигининг сурункали яллиғланишининг субъектив белгилари пешона бўшлигини ўткир яллиғланишига нисбатан оз-

дир. Бўшлиқда йиринг тўпланиб, чиқиши қийинлашганда, пешона бўшлиғининг олдинги пастки девори босиб кўрилганда оғриқ сезилади. Баъзи ҳолатларда (кўп чекиш, чарчаш) оғриқ кучайиши мумкин.

**Объектив** текширилганда (олдинги, орқанги риноскпия) йирингли ажралма ўрта бурун йўлида кўп бўлиши ёки бўлмаслиги (ёпиқ эмпиема) мумкин. Бурун шиллиқ қаватлари чиганоқлари қизарган ва шишган. Эрта билан бемор жойидан турганда ўрта бурун йўлида оз миқдорда ажралма бўлиши мумкин ёки гипертрофияланган ва шиллиқ қаватлари полипозли ўзгарган бўлиши мумкин. Ўткир ва сурункали яллиғланиш суяк усти пардасини яллиғланишига ва кейинчалик суякнинг емирилишига ўтиши мумкин. Оқманинг чиқиш йўли олдинги ёки олдинги пастки деворлардан ўтиб, субпериостал абсцессга сабаб бўлади. Агар тери орқали ўтса пешона бўшлиғининг очиқ эмпиемаси бўлиши мумкин. Гоҳида йирингли жараён пешона бўшлиғининг пастки деворини емириб, кўз олмасининг йирингли яллиғланишига сабаб бўлади ёки орқа церебрал деворини емириши натижасида бош мия ичи асоратларини, яъни экстрадурал абсцессни ёки йирингли менингитни ривожланишига сабаб бўлади.

**Ташҳис:** Субъектив ва объектив маълумотларни, қўшимча текшириш усулларини (диафаноскопия, рентгенография, томография, пешона бурун каналининг табиий йўли орқали металл найни киргизиб текшириш) натижаларига асосан қўйилади. Пешона бўшлиғи касаллигини ташҳиси кўпинча қийинчалик туғдирмайди. Ташҳис вақтида пешона бўшлиғининг соҳаси пайпаслаб кўрилганда, оғриқнинг бўлиши катта аҳамиятга эга (расм-1.28-1.29).

Пешона бўшлиғининг сурункали яллиғланишини даволаш кўпинча консерватив усулда олиб борилади. Ўрта бурун йўлининг шиллиқ қаватига оғриқсизлантирувчи 2-3% кокаин ва эфедрин билан бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватига суртилади. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати шишларини камайтириш мақсадида 2-3% ляпис эритмаси 2-3 кун давомида суртилади.



**Расм-1.28. Бурун ён бушлиқларининг умумий рентгенограммаси. Пешона бўшлиғининг контраст суюқлик билан нотекис тўлиши.**

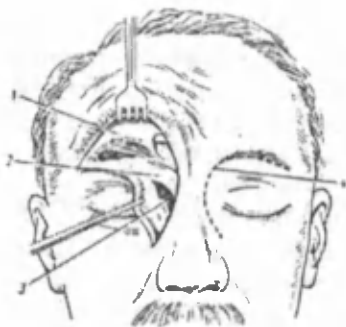


**Расм-1.29. Пешона бўшлиғига зонд қўйиш.**

Пешона бўшлиғининг тешиклари орқали дорилар жўнатилади (антибиотиклар, антигистаминлар, кортико-стероидлар, ферментлар). Касалликни маҳаллий ва умумий асоратлари йўқ бўлган вақтда пешона бўшлиғи табиий тешиги орқали металл най киритилади, най орқали антибиотиклар юбориб турилади. Қайталаниш бўлмаганда ва полип билан асорати кузатилмаганда УВЧ ёки микротўлқинли терапия буюрилади. Пешона бўшлиғини ажралган ҳолдаги яллиғланиши жуда камдан-кам ҳолларда учрайди. Кўп ҳолларда ғалвирсимон бўшлиқнинг яллиғланиши билан бирга кечади ва улардан кўпроқ ўрта бурун йўлида полипларни ҳосил бўлиши аниқланади. Бурун пешона каналидаги гиперплазия бўлган шиллиқ қаватни конхотом ва бурун ҳалқаси (петля билан олинади). Пешона бурун канали орқали пешона бўшлиғига туша олмаганда ўрта бурун чиғаноғини олдинги қисми кесиб олиш йўли билан амалга оширилади. Ўрта бурун йўлини кенгайтириб, табиий тешигига металл найча ўрнатилиб бўшлиқ ювилгандан сўнг, пешона бўшлиғини радикал жарроҳлигига ҳожат қолмайди. Пешона бўшлиғини трепанацияси ва зонд киритилгандан сўнг ва бўшлиқдан патологик ажралмалар ювиб ташлагандан сўнг, дори-дармонлар юбориш яхши натижа беради.

Пешона бўшлиғи жарроҳлиги учун қуйидаги кўрсатмалар бўлиши лозим: суяк деворини ўзгариши, оқма яра, бош мия ва кўз ичи асоратлари ва бошқалар.

Бурундан кўп миқдорда йиринг келиши қайтадан ўрта бурун йўлида полипни ҳосил бўлиши ва қаттиқ бош оғриғига сабаб бўлиши жарроҳлик учун нисбий кўрсатма ҳисобланади. Пешона бўшлиғининг эндоназал йўл билан очиш камдан-кам қўлланади. Чунки бу усул техник жиҳатдан мураккаб ва фойдаси камдир, бундан ташқари патологик ўзгарган қисмларни олиш қийинчилик талаб этади. Ташқи жарроҳликнинг рационал қўлланиладиган усули кўз косаси орқали, яъни, Н.И.Пирогов томонидан тавсия қилинган усулдир. Кенг тарқалган усуллардан бири Риттер-Янсен усулидир. Бу усулда кўз косасини юқори қирғоғи билан қош оралигидан кесилиб, бурунни ташқи деворига қадар давом эттирилади. Кўз косасининг юқори деворини юмшоқ тўқимаси суяк пардасидан ажратилади, юқори қисми қисқич билан ушланиб, қош устига олинади. Пешона бўшлиғининг олдинги суяк деворидан 2x2 см. катталиқда тешик очилади (расм - 1.30).



**Расм-1.30.** Пешона бўшлиғида Киллиан усулида икки томонлама ташрих. 1-бош суяги тожини олиш билан очилган пешона бўшлиғи; 2-Киллиан кўприкчаси; 3-очилган галвирсимон бўшлиқ; 4-чап томонда чизикча билан терининг кесилиш жойи кўрсатилган.

Жарроҳлик давомида бурун бўшлиғига сунъий кенгайтирилган тешик керак бўлса, суяк жароҳати пастга қаратиб кенгайтирилади ва юқори жағнинг пешона ўсимтаси, қисман бурун ва кўз ёши суяклари резекция қилинади. Жарроҳлик сўнггида қисқич ва суяк қошиқчалари ёрдамида ўзгарган тўқималар (грануляция - полип) олиб ташланади. Бурун орқали пешона бўшлиғига рези-

нали най 3-4 ҳафтага қўйилади. Бунда резина най атрофида бурун пешона йўли ҳосил бўлади. Пешона яраси қаватма-қават тикилади. Кейинги кунларда пешона бўшлиғи резинали най орқали ювилади.

### **ҒАЛВИРСИМОН БЎШЛИҚНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ. ЭТМОИДИТ *Sinuitis ethmoidalis chronica***

Ғалвирсимон бўшлиқнинг сурункали яллиғланиши қолган бўшлиқлар яллиғланиши каби кечади. Ғалвирсимон бўшлиқ қолган бўшлиқларни марказий қисмида жойлашганлиги ва қўшнилиги туфайли кўпинча бу бўшлиқ бошқа бўшлиқларнинг яллиғланиши билан бирга кечади.

Ўткир этмоидитни сурункали этмоидитга ўтишига асосий омиллардан бири касалликнинг келтириб чиқарувчи сабабларини олдини олмаслик, ўз вақтида касаллик даволанмаслиги ва танадаги бошқа касалликлардир. Беморда касалликнинг субъектив белгилари кам кузатилади. Бош оғриғи кўпроқ бурун асоси ва кўз косасининг ички бурчагига тарқалади. Бурундан нафас олишнинг қийинлиги ва кам ажралма сурункали этмоидитнинг катарал шаклида кўпроқ бўлиши мумкин.

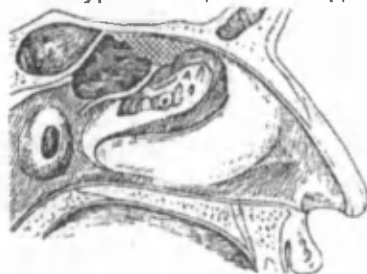
Йирингли шаклида эса йиринг кўп миқдорда ажралиб, беморни безовта қилади. Ғалвирсимон бўшлиқ орқа катакларининг йирингли яллиғланишида беморни эрта билан турганда димоғидан йирингли ажралма ажралиши безовта қилади. Бундан ташқари, яллиғланиш жараёни ҳид билиш соҳасига тарқалганлиги боис беморда турли даражада ҳид билишнинг бузилиши кузатилади.

**Объектив белгилари:** сурункали этмоидитни риноскопик кўриниши ҳар хил бўлиши мумкин. Яллиғланишни катарал шакли шиллиқ қаватнинг қалинлашиши, грануляция ва полипларни ҳосил бўлиши билан кечади. Полиплар баъзида бир нечта бўлиши мумкин, улар ғалвирсимон катакларни шишган ва йўғонлашган жойларидан чиқиб, фақат ўрта бурун йўли эмас, ҳатто бутун бурун йўллари бекитиб қўйиши мумкин. Иккиламчи инфекциянинг қўшилиши натижасида ғалвирсимон бўшлиқларда йиринг

ҳосил бўлади ва бурун йўлларига оқиб тушади. Алоҳида йирингли этмоидит камдан-кам учрайди. Очиқ эмпиемаларда (галвирсимон бўшлиқни алоҳида яллиғланишида) йирингли ажралма ёки қотмаларни ўрта бурун чиганоғи тагидан кўриш мумкин. Орқа қаватлари яллиғланганда эса ажралмаларни юқори бурун йўлларида кўриш мумкин. Кўпинча полипларни олгандан сўнг йиринг оқиши кузатилади. Ёпиқ эмпиема узоқ муддат белгисиз давом этиши мумкин: қачонки галвирсимон чиганоқнинг олдинги қисми кенгайгандагина пиоцеллега таҳмин қилинади. Бундай эмпиемадан ҳосил бўлган йиринг билан тўлган кенгайиш ўрта чиганоқни олдинги қисмида **bullae ethmoidalis** соҳасида пайдо бўлиб, тасодифан полипотомия ёки зонд ўрнатиш вақтида аниқланилади. Эмпиема ёрилганда галвирсимон бўшлиқни ташқи деворидан шиш, сўнг шу жойда, яъни, кўз косаси ички бурчагида кўз ёши чуқурчаси тепасида оқма яра пайдо бўлади.

**Ташхис:** сурункали этмоидитни объектив ва субъектив белгиларига, рентгенологик текширишларга, диафаноскопия ва томография натижаларига асосланади.

**Риноскопияда** ўрта бурун чиганоғини юқори қисмида, юқори бурун йўлларида йирингли ажралма бўлиши, галвирсимон бўшлиқни орқа катакдаги ёки асосий бўшлиқни йирингли яллиғланишидан фарқ қилади. Айрим галвирсимон бўшлиқларни ёпиқ эмпиемасида ташхис қўйиш қийинроқ бўлади. Кўз ва бош мия асоратларининг мавжуд бўлиши жарроҳликка, яъни, галвирсимон бўшлиқни очиб кўришга кўрсатма ҳисобланади.



**Расм-1.31.** Олдинги, ўрта ва орқа галвирсимон бўшлиқларни очиш. Ўрта чиганоқнинг базал ва сагитал пайраҳалари қолдиғи кўринмоқда.

Сурункали этмоидитни даволашда консерватив усулда даволаш ҳам мумкин, лекин кичик бўлса-да бурун ичида жарроҳлик усулларини ҳам қўллаш бурун бўшлиғида ажралма-



лар оқишини осонлаштиришга қаратилган бўлиши керак (бурун тўсиғини қийшайиши). Бурун ичидаги жарроҳлик усуллари (этмоидотомия) кўпинча асоратланмаган ҳолларда қилинади (расм-1.31).

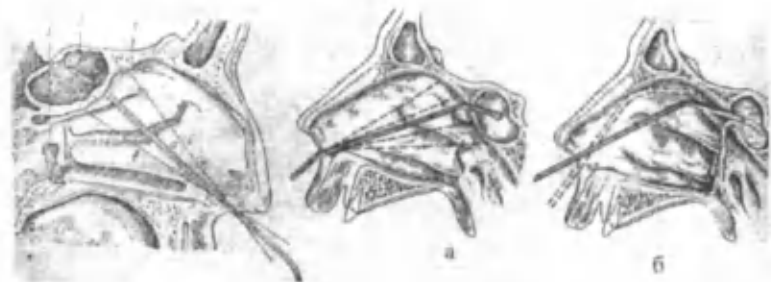
## АСОСИЙ БЎШЛИҚНИ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ. СУРУНКАЛИ СФЕНОИДИТ *Sphenoiditis chronica*

Бурун ён бўшлиқларидан асосий бўшлиқнинг яллиғланиши алоҳида бўлиши мумкин ёки галвирсимон бўшлиғни орқа катаги билан биргаликда яллиғланиши мумкин. Асосий бўшлиқни ўткир яллиғланишидан сурункали яллиғланишга ўтиш сабаблари: бошқа бўшлиқлардаги каби содир бўлади. Сурункали сфеноидит суяк деворларини шикастланишида, сил, киста ва ўсмалар натижасида ривожланиши мумкин.

**Субъектив белгилардан** биринчи бўлиб бош оғриғи кўпроқ энса-соҳасида ёки пешона соҳаларида пайдо бўлади. Беморларда эрталаб горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтганда йирингли ажралма пайдо бўлади, ҳид сезиш қобилияти пасаяди. Умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, руҳий хафалик, чарчаш безовта қилади.

**Объектив белгилари:** риноскопия бурун юқори нафас йўлларида шиллиқ қават қизарган, шишган, яллиғланиш жараёнлари кўринади. Бундан ташқари бурундаги йирингли ажралма ўрта чиганоқ устидан оғиб тушаётган бўлади. Орқанги риноскопияда томоғда йиринг ва димоғда ҳам йирингли ажралма борлиги аниқланади. Юқори нафас йўлида грануляция ёки полип бўлади. Рентгенологик текширишда асосий ва галвирсимон бўшлиқлар ҳар хил ҳолатда текширилади, асосан аксиал ҳолат мана шу бўшлиқлар касалликларини аниқлашда катта аҳамиятга эга.

**Даволаш:** Ўткир яллиғланишда консерватив даволаш қўлланилади. Сурункали яллиғланишда консерватив даволаш билан бирга бўшлиқларга табиий тешиклар орқали резинали найчалар қўйилиб дез.зритмалар юборилади ҳамда бўшлиққа шу найчалар орқали антибиотиклар ва ферментлар жўнатилади (расм-1.32,1.33).



**Расм-1.32. Асосий бўшлиқни зондлаш.**

1- *Евстахийев найи тешиги;*  
2- *асосий бўшлиқ;* 3- *галвирсимон пайраха;* а- *зондни тўғари йўналиши;* б ва в. - *нотўғари йўналиши.*

**Расм-1.33. Табиий йўл орқали понасимон бўшлиқни зондлаш.**  
(*кесма чизик билан нотўғари йўналиш кўрсатилган*), понасимон бўшлиқни ювиш.

Жарроҳлик усулларидан йўғонлашган чиганоқ ва полипларни олиб ташлаш баъзида бурун тўсиғини орқанги қисми қирқиб олинади, бу ташрихлар ҳаммаси бўшлиқдан ажралмаларни яхши оқиб тушиши учун қилинади. Бу муолажалар ёрдам бермаса, асосий бўшлиқни олдинги девори орқали очилади. Лекин асосий бўшлиқ мия суягининг асосида жойлашганлиги учун, ёнбош аъзолари мураккаб бўлганлиги учун ҳар қандай муолажаларни бўшлиқнинг олдинги деворида ўтказиш хавфлидир, шунинг учун жарроҳ бурун анатомиясини яхши билиши керак.

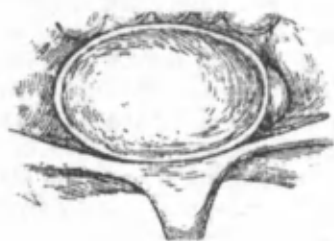
## **БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИ КИСТАСИМОН КЕНГАЙИШИ**

### ***Mucocille einus paranasalis***

Бурун ён бўшлиқларини бурун бўшлиғигача очиладиган табиий тешиклари беркилиб қолса, бўшлиқларда шилимшиқ ва йирингли суюқликлар тўпланиши ҳисобига бўшлиқларнинг суякли девори кистасимон кенгайди. Бундай ўзгаришлар кўпроқ пешона ва галвирсимон бўшлиқларда учрайди. Бундай беморлар анамнезида кўпроқ юз соҳасидан шикастланган бўлади. Касаллик дастлаб сезилмай ривожланади, қачонки юз соҳасида кў-

пинча кўз қосасининг ички деворида шиш пайдо бўлганда аниқланади. Ўсма ушлаб кўрилганда юмшоқ оғриқсиз бўлади, тери эса ўзгармайди. Пешона бўшлиқларида мукоцелле ўсма сурункали давом этса, кейинчалик кўз ва юз соҳаларида юзаси текис бўлган суякли бўртма пайдо бўлиши мумкин. Бу бўртмадан юмшоқ ўсманинг борлигини пайпаслаб кўрилганда сезиш мумкин.

**Асосий белгилари:** кўз олмаси ҳаракатининг бузилиши, кўздан ёш оқиши, диплопия. Суяк деворларини юпқалашиб емирилиши натижасида ўсма пайпасланганда крепитация сезилади. Риноскопияда касалликни ҳеч қандай асорати бўлмаса, ўзгариш кузатилмайди. Касаллик фақат рентгенографик текширувлар натижасида аниқланади. Касаллик давом этиши жуда узоқ муддатга чўзилади. Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан бурун бўшлиғига қўшимча кенг сунъий тешик ҳосил қилиш йўли билан олиб борилади (расм - 1.34).



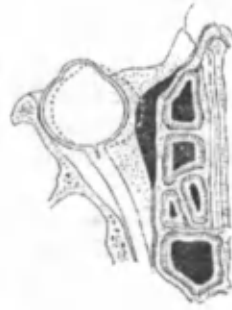
Расм-1.34. Хоанал полип.

### **БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЎЗ ВА МИЯ ИЧИГА АСОРАТЛАНИШИ**

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини ўткир ва сурункали яллиғланиши маълум даражада кўзга ва бош мияга асоратлар бериши мумкин. Бундай ҳолларда беморнинг кўриш қобилияти бузилиб, ҳатто кўр бўлиб қолиши мумкин (расм- 1.35).



а



б

**Расм-13.5.** а) галвирсимон бўшлиқни ўткир яллиғланишининг кўз косаси юмшоқ тўқимасининг яллиғланиши билан асоратланиши; б) кўз косаси, суяк усти пардаси абсцессини ҳосил бўлиши чизмаси.

Мия ичи асоратлари баъзида ўлим билан яқунланиши мумкин. Кўз ичини асоратланишига бир қанча сабаблар бор: кўз косасини ташқи деворидан ташқари ҳамма деворлари бурун ёндош бўшлиқлари билан қўшни бўлиб, юпқа суякли девор билан чегараланган бўлади. Камдан-кам кўз косасини галвирсимон ва юқори жағ бўшлиқлари ўртасидаги юпқа суякли деворида туғма битмаслик ҳолати бўлиши мумкин. Асосий бўшлиқ ва галвирсимон бўшлиқнинг орқанги катаги кўпинча кўриш нерви каналига тегиб туради. Айрим беморларда бу бўшлиқлар юқориги пешона бўшлиғи кўз косасини юқори ёриғидан ўтаётган кўзни ҳаракатлантирувчи нерв п. oculomotorius ҳамда учламчи нервини бирламчи ва иккиламчи тутамига тегиб туради. Бу суякларни айримларида туғма деффект бўлиши мумкин. Кўз косасини бурун ёндош бўшлиқлари билан чегараланган юпқа суякли деворидан ташқари бир-бири билан кенг туташган қонтомирлари жойлашган бўлади. Кўз косаси ва кўз олмаси яллиғланишидан ташқари кўз косаси билан чегараланган бурун ёндош бўшлиқлари деворлари томонидан механик эзилиш натижасида ҳам жароҳатланиши мумкин. Буларга бўшлиқлардаги рак, саркома, остеома ва бўшлиқларда табиий йўллар беркилиши натижасида кистозли кенгайиш сабабли кўз олмаси ўз жойидан соғ томонга сурилиши мумкин (мукоцелле, пиоцелле). Кўзни кўриш вазифаси юқорида кўрсатиб ўтилганлардан ташқари яна бурун, бурун ёндош бўшлиқларидан яллиғланиш жараёнини кўриш нервига тарқалиши натижасида ретробульбар неврит ри-

вожланиб, кўриш қобилиятини пасайтириши мумкин. Бурун ён бўшлиқларидан яллиғланиш жараёни мия ичига суяк деворларини емирилиши натижасида ёки инфекция ёндош бўшлиқлардан мия ичига қон ва лимфа томирлари орқали ўтиши мумкин. Натижада бош мияда турли асоратлар экстра-субдурал абсцесслар, мия яллиғланиши кузатилади.

**Экстрадурал абсцесс:** асосан беморда бош оғриғи безовта қилади, бошга бармоқ билан урганда бош оғриши кучаяди. Кўпинча экстрадурал абсцессдаги бош оғриғини пешона суяги бўшлиғи яллиғланиши билан алмаштириб қўйилади ва шунинг учун кўпинча экстрадурал абсцессни ташҳиси асосан ташрих вақтида қўйилади. Бош мия пешона соҳаси абсцессидида кайфиятнинг ноўрин кўтарилиши, юриш-туришнинг ўзига хос бўлмаган усулда бошқарилиши, беморда ноўрин ҳазилга мойиллик пайдо бўлади. Бунинг сабаби теппа суяк веналарига яллиғланишнинг тарқалишидир. Касаллик ривожланиб бориб, диффуз менингитга олиб келади.

**Субъектив белгилари** бош суягининг тепа қисмида оғриқ, қобилиятни пасайиши. Ғорсимон бўшлиқ тромбози натижасида қон димланиб, кўз қовоқлари ва конъюктивалари шишганга ухшаб ташқарига бўртиб чиқади, баъзан кўриш қобилияти пасаяди. Бурун ёндош бўшлиқларини жарроҳлик усуллари билан даволаш билан биргаликда антибиотиклардан, турли консерватив даволаш муолажаларидан фойдаланилади. Асоратларнинг олдини олишда бурун, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари ўз вақтида аниқланиб, тўғри даволаниши керак.

## **БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ЮҚУМЛИ ГРАНУЛЁМАЛАРИ**

Бурун захми (сифилиси) бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Гистологик текширилганда гранулёмалар инфилтрат грануляцион тўқимадан, айрим вақтларда плазматик, эпителиал ва йирик ҳужайралардан иборат. Яллиғланиш жараёнида инфилтрат марказида яра ҳосил бўлади. Яранинг қирғоғи зич, қаттиқроқ бўлади. Заҳми гранулёмаси кўпроқ бурун суягига тарқалиб, бурун ташқи шаклини бузиб, уни суяк қисмини чўктириб қўяди (эгарсимон бурун). Агарда заҳм гуммаси бурун тубида жойлашган бўлса, бунда қаттиқ танглайни емирилиши натижасида бурун бўшлиғи билан оғиз бўшлиғига туташган тешик ҳосил бўлади.

**Риноскопияда** бурун бўшлиғида суякли секвестрлар, шиллик қават атрофияси ва сассиқ ҳидли қуруқшаган қарашларни кўриш мумкин. Заҳм билан зарарланганда ташҳис анамнезга ва риноскопик кўринишга, лаборатория текширишларига асосан қўйилади. Даволаш усуллари специфик бўлиб заҳмни даволаш усулига кўра даволанади. Агарда консерватив даволангандан сўнг бурун ўрта тўсиғининг тоғай қисмида асоратланган тешик қолса, жарроҳлик усули билан даволанилади.

**Бурун сили (туберкулёзи):** патоморфологик кўриниши: бурунда тугунча ёки оқшоқ катталигидай оқ ёки сариқ рангли буртма пайдо бўлади. Агар бўртмалар микроскопик текширилганда юпқа бириктирувчи тўқимали толалар орасида майда, юмалоқ, гигант ва эпителиал ҳужайралар жойлашган. Аста-секин сил буртмалари қўшилишиб шиллик ости қисмида инфилтрат ҳосил бўлади. Кейинчалик бу инфилтратлар ўрнида тўқималарнинг чириши натижасида пишлоқ шаклида юмшоқ ажралмали яралар пайдо бўлади. Кўрилганда бурун шиллик қаватларида яралар, тубида эса грануляцион тўқима бўлади ва бундай яралар ташқи кўринишидан ўсмага ўхшайди ва улар туберкулёма деб аталади. Сил яралари асосан бурун девори олдинги қисмининг шиллик қаватида ва бурун деворининг олдинги қисми шиллик қаватида жойлашади.

**Ташҳис:** бурун шиллик қавати яралари кесиб олиниб микроскопик текшириш усули билан ҳамда анамнезга, риноскопияга, лаборатория ва микроскопик текшириш натижаларига асосланилади.

**Даволаш** учун консерватив ва жарроҳлик усулларидадан фойдаланилади. Жарроҳлик усулларида даволашда яллиғланиш маркази бўлган гранулёма олиб ташланади, консерватив даволашда эса ўша жой сут кислотаси ёки ляпис билан куйдирилади. Куйдирувчи моддалардан ташқари гальванокаустика, криотерапиялар ҳам қўлланилади.

**Риносклерома:** эпидемик касаллик ҳисобланиб, кўпроқ Польша, Фарбий Украина ва Белоруссияда учрайди. Склеромани Волькович-Фриш бациллалари келтириб чиқаради. Патоморфологик текширилганда инфилтрат таркибида плазматик ҳужайра ва грануляцион тўқима ва шу ҳужайралар ичида склерома учун тегишли бўлган Микучич ҳужайраси ҳамда Волкович-Фриш бациллалари учрайди. Шунингдек, гиалин шарли ҳужайралар ва уларнинг тўқима эпителийларига ўсиб кириши аниқланади. Бу жараённинг энг қулай ва энг кўп жойлашган қисми юқори нафас

йўлларининг табиий эзилган жойларидир (бурунга кириш қисми, хоаналар, овоз бўртмалари остидаги бўшлиқ, кекирдакнинг иккига ажраган жойлари).

**Риноскопия:** касаллик бошланишида пайдо бўлган инфилтрат қизарган ва юмшоқ бўлади, кейинчалик қаттиқлашиб, тиртиқлар ҳосил бўлади. Шиллиқ қават эса юққалашади, атрофияланади, ундаги безлардан ишлаб чиқарилаётган суюқлик тезда қуриб, ёқимсиз ҳидли қасмоқларга айланади. Касаллик жуда секин ривожланади.

**Ташҳис:** субъектив маълумотларга, риноскопияга асосланиб қўйилади. Патологик инфилтратдан биопсия олиниб, склеромага хос ўзгаришлар топилади.

**Даволаш:** склеромани ривожланиши натижасида ўзгарган шиллиқ қават тозалаб олинади, сўнгра куйдирилади. Криотерапия ва стрептомицин билан даволаш жараёни ривожланишининг тўхташига ёрдам беради. Бундай усулда даволашдан чандиқланишнинг ҳам олди олинади.

## БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ЎСМАЛАРИ

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ўсмалари хавфли ва хавфсиз турларга бўлинади. Хавфсиз ўсмаларга қуйидагилар киради: папиллома, бурун тўсигининг қонашга мойил бўлган полипи, хондрома, остеома (расм-1.36).



Расм-1.36. Бурунга кириш соҳаси фибромаси.

Хавфли ўсмаларга эса рак, склерома, лимфосаркома ва бошқалар киради. Хавфли ва хавфсиз ўсмалар ташҳиси эндоскопик текширувга, биопсия натижаларига, рентгенологик тек-

ширишларга, бўшлиқни диагностик мақсадда очиб кўришга асосланиб қўйилади. Хавфсиз ўсмалар жарроҳлик йўллари билан даволанади, яъни ўсмалар олиб ташланади. Хавфли ўсмалар эса олиб ташланганидан сўнг, белгиланган миқдорда ва тартибда нур билан куйдирилади (расм -1.37).



**Расм-1.37. Бурун даҳлизи гемангиомаси**



**Расм-1.38. Бурун қаноти тери раки**

## **ЎПКА КАСАЛЛИКЛАРИ ТАШҲИСИДА ВА ДАВОЛАШДА БРОНХОСКОПИЯ**

Кекирдак ва бронхлар касалликларини даволашдан ташқари ўпка касалликларида ва ташҳисида ҳам бронхоскопиядан кенг фойдаланилади. Шунингдек, ўпка ракини аниқлашда ҳам бронхоскопия катта аҳамиятга эга. Бу усул бир неча ўн йиллар муқаддам биринчи бўлиб, Жексон томонидан, бизда эса В.А.Трутнев томонидан таклиф қилинган.

Узоқ давом этган зотилжам натижасида ривожланган ўпка асбсцеси ташҳисида ва даволашда, шунингдек, сил билан касаллангандан сўнг бир қатор оғриқ билан кечувчи жараёнларда бронхоскопия муҳим аҳамиятга эга. Касаллик текшириляётганда умумий физик текшириш усуллари, рентгенография натижалари ташҳис учун етарли бўлмаса, бронхоскопик текшириш олиб бо-



рилади. Бронхоскопияда кўз билан ўпка ва бронхлардаги ўзгаришлар аниқ кўрилади ва бунда ҳам хатоларга йўл қўйилади.

**Бронхоскопия** ўпка касалликларида маълум қоидалар асосида бемор тайёрланганидан сўнг бронхоскопист мутахассис томонидан қилинади. Бронхоскопиядан аввал оғриқсизлантирилади. Ўпка тўқималарини бўшатиш учун 10-15 мл. физиологик эритма билан овқат содаси юборилади, сўнг абсцессга пенициллин, стрептомицин, ферментлар, кортикостероидлар ва бошқа керакли дорилар юборилади. Натижада патоген микробларга дорилар яқиндан таъсир этади. Текширишлар шуни кўрсатадики, пенициллин интрапульмонал йўл билан юборилганда 24 соатдан сўнг балғамда аниқланади. Мускул ичига берилганда эса, қонда 3-4 соат мобайнида қолади, балғамда эса топилмайди. Оториноларингологияда бронхоскопия нафас йўллариغا ёт жисм тушганда ҳамда уни даволашда ҳам кенг қўлланилади.

## СИНО - БРОНХИАЛ СИНДРОМ

Адабиётларда «сино-бронхиал синдром» деб аталувчи ибора бор. Бу ибора яллиғланиш жараёнида нафақат бронхларда, балки бошқа аъзо ва системаларда ҳам қўшимча ўзгаришлар бўлишидир. Катталарда ва ёш болаларда бурун ён бўшлиқларининг сурункали касалликлари сино бронхиал синдром шаклида кечишига, биринчи навбатда, бурун, бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қаватларининг иммунологик етишмовчилиги сабаб бўлади.

А.И.Алимов, Р.Ҳантов, А.И.Мўминов каби олимларнинг эксперимент текширишлари ва клиник кузатишлари шуни кўрсатдики, сино бронхиал синдром патологиясида асосий, яъни биринчи ўринни ёндош бўшлиқларнинг яллиғланиш жараёнлари эгаллайди. Бу синдромни келиб чиқишида экссудатив реакцияларнинг транссудатив реакциялардан устун келиши сабаб бўлади. Бўшлиқнинг табиий чиқарув тешиклари ўзгармаган ҳолда бўшлиқнинг тозаланишини тўлалигича амалга оширади. Орқа девордан оқиб тушаётган ажралма ҳиқилдоқ қопқоғидан трахеяга ва бронхларга тушади. Доимий ифлосланиш натижасида бронхларда яллиғланишга хос ўзгаришлар ривожланади. Бундан ташқари инфекция лимфа томирлари орқали тарқалиб, периб-

бронхларга тушади. Доимий ифлосланиш натижасида бронхларда яллиғланишга хос ўзгаришлар ривожланади. Бундан ташқари инфекция лимфа томирлари орқали тарқалиб, перибронхиал тўқималарнинг яллиғланишига сабаб бўлади. Ўпка паренхимасини реактив ўзгаришлари гематоген йўллар билан тарқалади. Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қаватларининг ҳаво орқали ўтувчи инфекциялар таъсирида яллиғланиши қуйидаги белгиларга боғлиқ: у доимий ёки қайталаниб турувчи тумов, лимфа томирларининг катталашуви, қайталаниб турувчи ангиналар, пастки нафас йўллари томонларидан эса: узоқ давом этган йўтал, бронхопневмония, ўрта кулоқнинг яллиғланиши, овқат ҳазм қилиш аъзолари томонидан, марказий нерв системаси томонидан ўзгаришлар.

**Ташҳис:** қуйидагиларга асосланилади: анамнез, бўшлиқларни зонд орқали текшириш, бронхлардаги ўзгаришлар ва б.

**Даволаш:** комплекс тарзда олиб борилади. Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари даволанади, бронхлар ҳолатлари ҳам яхшиланади. Бунинг учун антибиотиклар, сульфаниламидлар, кортикостероидлардан фойдаланилади. Бўшлиқлар пункция қилиб ювилади, бронхоскоп орқали турли дори моддалари юборилади.

## ТАШҚИ БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

Ташқи буруннинг тери қисми касалликлари тананинг бошқа тери касалликларидан кам фарқ қилади.

Пушти ҳуснбузар аспе rosacea. туфайли қизил доғлар ҳосил бўлади, кейинчалик бу жойларда кенгайган қон-томирларни атерофида қўшувчи тўқима ўсади, касалланган тери бўлакчалари ўсмаларга айланади, ўйилган чуқурчалар ҳосил бўлади. Бўртган тери катталашган тери ости безлари билан қолланган бўлади. Касалликни ташҳиси қийинчилик туғдирмайди. Пушти ҳуснбузарни даволаш учун касалликни келтириб чиқарувчи факторларни йўқотишга, яъни, овқатланиш ва эндокрин системасининг ишини яхшилашга қаратилган. Бурун терисига кечқурун олтингугурт ёки 10% резорцин малҳами суртилади, эрталаб малҳам илиқ сувда юиб ташланади. Пушти ҳуснбузарни даволашда кварц нурлари билан нурлантириш ҳам яхши натижа беради.

**Бурун даҳлизи экземаси (*Eczema vestibuli nasi*).** Бу касаллик ўткир, сурункали тумовлар, бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли яллиғланишларидан сунг, бурундан ажралиб чиққан патологик ажралма таъсирида бурунга кириш қисми терисининг таъсирланиши натижасида юзага келади. Бурун даҳлизи экземаси экземанинг бир кўринишидир. Ташҳис аниқ бўлмаган ҳолларда бациллани аниқлаш учун бактериологик текшириш усулларидан фойдаланилади. Бурун дифтериясига таққослаш учун Леффлер таёқчасига текшириб кўрилади. Ташҳис ташқи кўрув асосида қўйилади.

**Даволаш:** аввало бурун терисига таъсир кўрсатувчи касалликларни даволаш керак. Умумий организмни чиниқтиришга эътибор берилади. Маҳаллий даволаш учун теридан пустлоқларни юмшатиб олишга ва юзасини тозалаб туришга эътибор бериш керак. Касалликни ўткир вақтида 1-2% резорцин, 3% танин эритмаси яхши ёрдам беради, малҳам дорилар суртилади.

**Rp.: Zinci oxydi; Dermatoli aa 0,5; Ac borici 0,2; Vaselini 10,0 M-f und. D.s.**

**Rp. : Vismuthi subnitratris 0,9; Vaselini Lanolini aa 15,0; M-f und D.s.**  
**Сарамас (*Erysipelas*).** Юзнинг сарамас яллиғланиши натижасида бурунга тарқалади. Буруннинг бирламчи сарамас яллиғланиши кам учрайди. Касаллик титраш билан бошланиб, тана ҳарорати 39-40°C гача кўтарилади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, бош оғриши безовта қилади. Бурун қаноти атрофидаги ёрилган ва тирналган жойлар инфекция учун дарвоза ҳисобланади. Риноскопияда бурун шиллиқ қавати тўқ қизил рангда, риноскопия қилишда оғриқ кучаяди. Шиллиқ қаватда пуфакчалар пайдо бўлади. Ташҳис қийинчилик талаб қилмайди, чунки ташқи кўрилганда юзда сарамас кечаётган бўлади.

**Даволаш:** пенициллин инъекцияси яхши фойда беради. Бундан ташқари синтомицин ёки левомецетин малҳами суртиш ҳам яхши фойда беради. Яллиғланган жойларга ультрабинафша нурлар таъсир эттирилади.

**Чипқон (*Furunculis ves. nasi*).** Бурун чипқони умумий организмни чипқонини бир кўринишидир. Бурун чипқони тери безлари ва тук қопчаларига стафилакоккларни тушиб қолиши натижасида ривожланади. Танани ҳимоя воситаси тўла ривожланмаган, ошқозон-ичак фаолияти бузилган беморларда кўпроқ учрайди. Чипқон аста-секин кучайиб борувчи оғриқ билан бошланади. Бурун учи ёки бурун қаноти тери қисми қизариб, таранглашади, қўлни тегизиб кўрилганда конуссимон, инфильтрация сезилади.

3-5 кундан сўнг инфилтрацияланган жойдан абсцесс ҳосил бўлади ва абсцесс ёрилгунга қадар тана ҳарорати кўтарилиб, ушланиб туради.

**Даволаш:** консерватив усулда бўлиб, дезинфекцияловчи дорилардан фойдаланилади. Турли малҳамлардан бир соат мобайнида докали пиликка суртиб қўйилади. Йиринг тўпланиб ёрилгандан сўнг эса чиққан йирингдан тозаланиб, гипертоник эритма билан пилик қўйилади. Чипқонни асло қўл тегизиб сиқиб бўлмайди. Тана ҳарорати кўтарилганда антибиотиклар, сульфаниламидлар қўлланилади. Бурунга кириш қисми чипқони билан асоратланганда бош мияга инфекция тарқалиши ҳисобга олиниб, даволаш турли дори моддаларни тез қўллаш билан олиб борилади.

**Бурун даҳлизи сикози.** Сикоз деб тук қопчалари ва уларни ўраб турувчи тўқималарни йирингли яллиғланишига айтилади. Касалликни ривожланишига стафилококк инфекцияси сабаб бўлади. Бундай беморларда бурунга кириш қисмида майда йиринглар билан йирингли қасмоқлар ҳосил бўлади. Айниқса, ўткир тошмалар вақтида тери шишиб, таранглашади ва қўл тегирилганда оғриқ кучаяди. Тук илдизи ялтироқ ёки нозик эпителиал футляр билан ўралган йиринг билан қопланган.

**Даволаш:** *diachynoli* малҳами билан юмшатиладигандан сўнг, қисқич ёрдамида шикастланган соҳадаги барча туклар олинади, кейин тери совунли (сувда), спирт ёки сулема 1:200 билан дезинфекцияланади. Кучли яллиғланиш жараёнида 10% бура суюқлиги ёки 2% резорцин малҳами қўйилади.

**Rp.:** *Und. Diachynoli 10,0;*

**D.S.-** бурунга суртиш учун;

**Rp.:** *Hydrargyri paraocipitati albi 2%-10,0.*

**D.S.-** бурунга малҳам;

**Rp.:** *Pastae lassari 20,0*

**D.S.-**бурун кириш қисмига 1 кунда 2-3 марта суртиш учун;

**Rp.:** *Emuls Syntomycini 5%-20,0.*

**D.S.-**бурун кириш қисмига суртиш учун.

**Rp.:** *Phthorocorti 15,0*

**D.S.-** бурун кириш соҳасига юпқа қилиб, кунига 1-2 маҳал суркаш учун (маз триамцинолон 0,1% ни сақлайди).

**Rp.:** *Depersoloni 10,0*

**D.S.**бурун кириш соҳасига юпқа қилиб кунига 1-3 маҳал суркаш.

## II БОБ

### ҲАЛҚУМ ВА ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ, ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ

Ютқуннинг ривожланиши оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлигининг ривожланиши билан ажралмаган ҳолда давом этади. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, қизилўнғачни эмбрионал шаклланишида бирламчи эндодермал ичакнинг олдинги бўлимидан келиб чиқади. Ҳалқум овқат ҳазм қилиш найининг бир қисми ҳисобланиб, оғиз бўшлиғи билан қизилўнғач оралиғида жойлашган ва бир вақтни ўзида нафас олиш найининг бир қисми бўлиб бурун бўшлиғи билан ҳиқилдоқни бирлаштиради. Ҳалқум бўшлиқ ҳолида бўлиб, мускул деворлари билан чегараланиб, ташқаридан фасция ва ичкаридан шиллиқ қаватлар билан қопланган. Ҳалқум бош суяги асосидан бошланиб VI-VII бўйин умуртқасигача этади. Олдиндан бурун бўшлиғига ва ҳиқилдоққа ўрта қисмидан оғиз бўшлиғига ва пастки қисми қизилўнғачга ўтади. Чақалоқларда ҳалқум калта ва кенг бўлиб, узунлиги 3 см.га тенг. Ўрта ёшдаги болаларда ва катталарда ҳалқумни узунлиги тахминан 12-14 см.га тенг. Ҳалқум орқа девори VI бўйин умуртқаси поғонасига тўғри келади. Ҳалқумнинг ён деворлари ҳалқум олди (парафарингеал) бўшлиқ билан чегараланиб, бунда қон томирлари ва нерв толалари жойлашган. Ҳалқумни олдинги девори бурун ҳалқум қисмларида эса бундай бўшлиқ бўлмайди. Ҳалқум 3 қисмга бўлинади: юқори-бурун ҳалқум, ўрта-оғиз ҳалқум, пастки – ҳиқилдоқ ҳалқум қисми (расм - 2.1, 2.2).

**Расм-2.1. Бурун бўшлиғи, ҳалқум ва ҳиқилдоқни сагитал кесими.**

1-пешона бўшлиғи.

2-юқориғи чиганоқ.

3-ўрта чиганоқ.

4-бурун даҳлизи.

5-пастки чиганоқ.

6-қаттиқ танглай.

7-юмшоқ танглай.

8-алдинги танглай ёйи.

9-тил илдизи.

10-пастки жағ.

11-т. *geniohyoideus*

*b. mylohyoideus*.

12-тил ости сўяғи.

13-ҳиқилдоқ қопқоғи.

14-қалқонсимон тоғай.

15-*ventriculus laryngis*.

16-чин овоз бойлами.

17-*trachea*.

18-асосий бўшлиқ.

19-ҳалқум бодомча беzi.

20-поносимон сўяк танаси.

21-*torus tubarius*.

22-Евстахий найинини ҳалқум тешиғи.

23-Розенкюллер чуқурчаси.

24-Атланта ёйи.

25-*fossa supratonsillaris*.

26-танглай бодомча беzi.

27-орқа танглай ёйи.

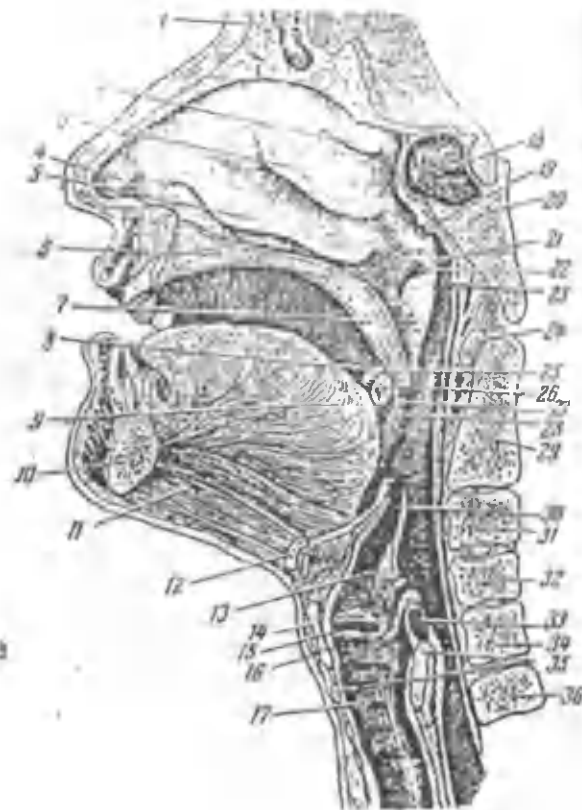
28-*mesopharynx*.

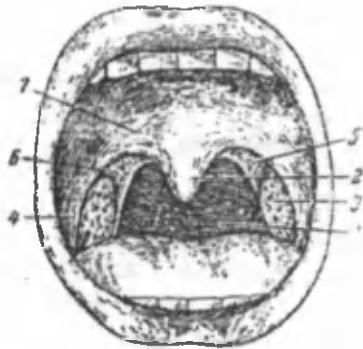
29, 31, 32, 34, 36-II, III, IV, V, VI бўйин умуртқалари.

30-ҳиқилдоқ қопқоғини ҳиқилдоқ юзаси.

33-т. *arytaenoideus transversus et obliquus*.

35-узуксимон тоғай.





**Расм-2.2. Ҳалқум ўрта қисми.**  
 1- ҳалқум орқа девори. 2-чизиқ тилча. 3-танглай бодомча беzi. 4-олдинги танглай ёйи. 5,6-орқа танглай ёйлари. 7-юмшоқ танглай.

Бурун ҳалқум ерурpharynx – ҳалқумнинг юқори қисми бўлиб, пастки томондан ҳалқумни ўрта қисмига ўтади. Чегара бўлиб қаттиқ танглай ҳисобланади. Юқори қисми ёки бурун ҳалқум гумбазини энса суягининг асосий қисмидан тузилган. Орқа девори I-II бўйин умуртқаларидан иборат. Бурун ҳалқумни ён девори пастки бурун чиғаноқларини орқанги қисмлари соҳасида эшитув найининг бурун ҳалқум тешиги жойлашган, орқа томонидан тоғайли (валик) билан ўралган. Бу валиклар ҳалқумни ёнбош девори бўйлаб пастга қадар давом этиб боради ва ҳалқум шиллиқ қаватида ҳалқум найи бурмасини ҳосил қилади *plica salpingo pharyngea*. Ундан ҳалқум юқори қисқичидан мускулли толалар йўналади. Бу бурмадан орқада ва эшитув найининг кириш тешиги ёнбош деворида чуқурлик бўлиб, ҳалқум ёки Розенмюллер чуқурчаси деб аталади. Асосан чуқурча лимфа тўқимаси билан тўлган. Бу лимфоид тўпламлар V-VI ҳалқум най беzi деб юритилади. Бурун ҳалқумни юқори ва орқа деворлари чегараси оралиғида ҳалқум (III бурун ҳалқум) аденоид беzi жойлашган. Бу беzi кўпинча 5-6 қатордан иборат валиклар шаклида жойлашган бўлиб, худди бир жойдан (марказдан) чиқиб тургандек кўринади. Балоғат ёшига етганда кичиклаша боради ва 2 ёшда ёйилган лимфаденоид тўқима кўринишига келади. Шиллиқ қават юзасидан бурун ҳалқум гумбазидан унча кўтарилмай қолади.

Ҳалқумни ўрта қисми (оғиз ҳалқум) *mesopharynx*. Оғиз ҳалқум қисми нафас олишда ва овқат ўтишида иштирок этади.

Бу жойда нафас йўллари билан овқат ҳазм қилиш йўллари кесишади. Оғиз ҳалқум олдинги томондан оғиз бўшлигидан иборат. Орқа томони III бўйин умуртқаси билан чегараланади. Оғиз ҳалқум юқоридан юмшоқ танглай билан, пастдан тил илдизи билан ва ёнбош томонларни олдинги ва орқанги танглай ёйлари билан чегараланади. Ўрта қисмида юмшоқ танглай бироз узунлашиб, тилчани ҳосил қилади. Юмшоқ танглайда мускуллар бўлиб, улар юмшоқ танглайни юқорига кўтариб, ҳалқумни орқа девори томон суради. Бу мускулни қисқартириши эшитув найини тешигини очилишига сабаб бўлади. Қолган 2-группа мускуллари таранглашиб, эшитув найи тешигини кириш қисмини кенгайтириб, қолган жойлардаги юзасини торайтиради. Ён қисмларда юмшоқ танглай қўшилиб олдинги ва орқанги танглай ёйларини ҳосил қилади. Олдинги ва орқанги танглай ёйлари оралигида бодомча безлари жойлашган (I-II). Бодомча безлари юқорисида чуқурлик *fossa supratonsillararis* бўлиб, тонзилляр говакни юқорисигача боради. Бодомча безлари икки юзага (ички ва ташқи) эга. Ички юзаси оғиз бўшлиғи ва ҳалқумга қараган бўлса, ташқи юзаси ёнбош деворга қараб, фиброзли қўшувчи тўқимадан тузилади. Безларни ички юзаси нотекис бўлиб, лакуна ва крипталар ҳисобига пушталар кўринишини эслатади. 6-8 ёриқлар ёки крипталардан иборат бўлади. Безни ички юзаси кўп қаватли ясси эпителийдан тузилган. Капсуладан безлар ичига қўшувчи тўқимали деворлар ҳолида кириб безни бўлакчаларга бўлади. Безларни структураларини асоси ретикуляр тўқимадир. Ретикуляр тўқима мугузсимон ҳужайралардан тузилган бўлиб, уларни ўсимталари ҳар хил турларни ҳосил қилади. Бу турларни асосини ва тугунини лимфобластлар ва лимфоцитлар тўпланмаси ҳосил қилади. Каттароқ мустаҳкам шарсимон тўпланмалар - фолликулалар деб аталади. Марказда ёруғ доғ бўлиб, Симановский реактив маркази деб аталади. Экзоген ва эндоген факторлар таъсирида ретикуляр тўқимадан моноцитлар, макрофаглар, плазматик ҳужайралар ва бошқа ҳужайра элементлари ҳосил бўлади. Бу элементлар безлар говаклари ва бодомча безлари орасида жойлашган дағал без олди (паратонзилляр) тўқима бўлиб, бодомча безлари юқори қисмида аниқ ривожланган иммунологик жараёнларда фаол иштирок этади. Ҳалқум ўрта



қисмини ёнбош ва орқа деворида майда лимфоид тўқималар тўплами эпителий остида жойлашиб, ён болишчалар ва гранулар дейилади (расм - 2.3).

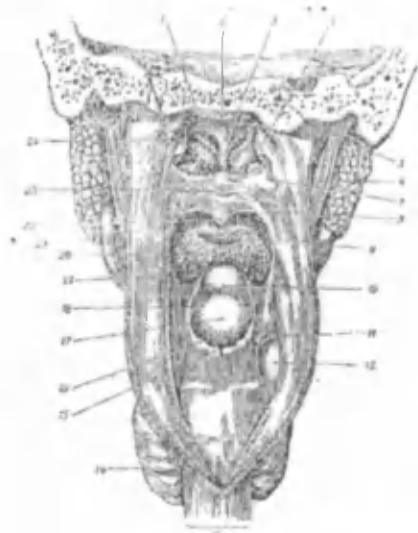


**Расм-2.3. Бодомча бези ўртасидан горизонтал кесма.**

*Чуқур тармоқланган рипталар ва улар атрофида жойлашган олоҳида фолликулалар кўриняпти.*

Ҳалқумни ҳиқилдоқ қисми-*hypopharynx*: ҳалқумни – ҳиқилдоқ қисми IV-VI бўйин умуртқалари сатҳида жойлашган бўлиб, юқоридан тил илдизи ва ҳиқилдоқ қопқоғини юқори қисми билан ҳамда қизилўнгачга ўтувчи ноксимон синуслар билан чегараланган. Тил илдизи соҳасида лимфоид тўқималар тўплами бўлиб, тил бези деб аталади (IV). Ҳалқум девори 4 қаватдан иборат: оғиз ҳалқум ва ҳалқум ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари кўп қаватли ясси эпителийдан иборат бўлиб, кўп миқдорда шиллиқ ажратиб чиқарувчи безларга бой. Бурун ҳалқум шиллиқ қавати кўп қаватли цилиндрсимон эпителийдан тузилган, аралаш безлардан иборат. Ҳалқумни юқори қисмида фиброз қават яхши ривожланган, мустаҳкам қўшувчи тўқимадан иборат пайраҳадан тузилиб, бир томондан ҳалқум мускул қавати билан иккинчи томондан ҳалқум шиллиқ қавати билан битишган. Ҳалқумни мускул қавати ҳалқумни қисиб турувчи циркуляр йўналишга эга бўлган мускул, юқорига томон йўналган бўйлама мускул, ўрта ва пастки қисувчи мускуллардан иборат, Ҳалқумни кўтарувчи мускулларга (щилоглоточная) бигизсимон ҳалқум мускули ва юмшоқ танглай мускуллари киради. Булар ҳаммаси юқоридан пастга қараб йўналади ва ҳалқумни ёнбош қисмини эгаллаб, бўйинни қонтомирлари ва нервлари билан чегараланади. Иккала мускуллар

қисқарганда тўлқинсимон ҳаракат пайдо бўлиб, овқатни пастга томон итареди (расм -2.4.).



**Расм-2.4.** Ҳалқумнинг орқадан кўриниши, орқа деворнинг ўрта чизик бўйлаб очилгандан кейинги ҳолат. Ҳалқум орқа ва ён деворлари қайрилган, ҳалқум юқори девори соҳасида ён деворлар горизонтал кесилган.

1-choana; 2-tonsilla pharyngea; 3-septum nasi; 4-torus tubarius; 5-processus styloideus; 6-musculus stylopharyngeus, styloglossus, stylohyodeus; 7-plica salpingopharyngea; 8-arcus pharyngopalatinus; 9-tonsilla palatina; 10-epiglottis; 11-plica nervi laryngei; 12-recessus piriformis; 13-қизилўнғач; 14-қалқонсимон без; 15-чўмичсимон тоғай; 16-шоҳсимон тоғай; 17-хиқилдоққа кичириш; 18-чўмичсимон хиқилдоқ қопқоғи бойлами; 19-20 тил илдизи; 21-олдинги танглай ёйи; 22-тилча; 23-юмшоқ танглай; 24-recessus pharyngeus.

риш; 18-чўмичсимон хиқилдоқ қопқоғи бойлами; 19-20 тил илдизи; 21-олдинги танглай ёйи; 22-тилча; 23-юмшоқ танглай; 24-recessus pharyngeus.

Бошнинг асосидан бошланиб бу соҳа пастга ҳалқум ортидан қизилўнғачга бориб, уни тўқимаси қизилўнғач орти тўқимасига ўтади, сўнг орқанги кўкрак қафасида бирлашади. Ҳалқум орти соҳасини ўрта чизик бўйлаб саггитал йўналишда 2 симметрик қисмга бўлинади. Ёш болаларда ўрта чизикда лимфа тугунлари бўлиб, уларга лимфа томирлари қўйилади. Лимфа томирлари бодомча безларидан буруннинг орқа қисmlаридан, оғиз бўшлиғини орқа қисmidан қўйилади. Ёши ўтган сари бу лимфа тугунлари атрофияга учрайди: ёш болаларда эса бу тугун йирингли яллиғланиши мумкин (ҳалқум орти абсцесси). Ҳалқумдан ён томонда ҳалқум ён соҳаси бўлиб, тўқима билан тўлган, унда қон-томирлар ва нерв тугунлари, бўйиннинг асосий лимфа тугуни ўтади.

Ҳалқумни қон билан таъминланиши *a.pharyngea ascendens*, *a.carotis externi*, *a.palatina ascendens* *a.facialis*. Бодомча безларини қон билан таъминланиши ташқи уйқу артерияси, *a.tonsillar* ва ички уйқу артериялари билан турли вариантлар орқали *a.thyreoidea inferior*, *a. subclavia* тармоғи, *truncus brachiocephalicus* орқали амалга ошади.

Ҳалқум лимфа томирлари бўйиннинг чуқур ва орқанги лимфа безларига қуйилади. Ёш болаларда (5-7 ёшгача) ҳалқум орти лимфа безлари мавжуд бўлиб, улар марказий ва ёнбош гуруҳларга бўлинади. Ҳалқумни иннервацияси тил юткин, сайёр нерв ва бўйин нерв симпатик толасидан ҳосил бўлган, бўйин тугуни (*plex pharyngeus*) орқали амалга ошади. Бу тугундан ҳалқумга сезувчи ва ҳаракатлантирувчи тола чиқади (расм - 2.5).



**Расм-2.5. Бурун ҳалқумни чап ёндевори**

1-юмшоқ танглай; 2-Бурун ҳалқум юқори девори; 3-*fascia pharyngobasillaris*; 4-*tonsilla pharyngea*; 6-*bursa pharyngea*; 7-*recessus pharyngeus*; 8-Евстахий найининг тешиғи; 9-*plica salpingopharyngea*; 10-*m. Constrictor pharyngis superior*; 11-*arcus pharyngo-palatinus*; 12-манг-

лай бодомча беғи; 13-*arcus glosso-palatinus*

## ҲАЛҚУМНИНГ КЛИНИК ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ҳалқум овқат ва ҳаво ўтказиш вазифасидан ташқари товуш учун ҳам резонаторлик вазифасини бажаради. Овқат ва сўлакни қизилўнгачга, ошқозонга ўтказиши, ҳавони эса ҳиқилдоқ, кекирдак ва ўпкага ўтказиши. Ҳавони ва овқатни ўтказиш ҳаракатини бошқариб турувчи мослама мавжуд. Ҳалқумни қуйидаги ҳаёт учун керакли бўлган вазифалари мавжуд: овқатланишда қатнашиш (суриш ва ютиш), товуш ҳосил қилиши, нафас олиш, овқатланиш ва нафас олиш вақтида ҳимоя вазифасини бажара-

ди: ютинганда юмшоқ танглай юқорига кўтарилиб, бурун ҳалқумни оғиз ҳалқумдан ажратади, натижада овқатни бурун ҳалқумга ўтиб кетишига имкон бермайди. Баъзида ҳалқумни кўтарувчи мускуллар фалажи пайдо бўлганда бу ўзгариш яққол намоён бўлади. Овқат луқмасини пастга ҳаракатида ҳиқилдоқ кўтарилади, ҳиқилдоқ устки тоғай тил ўзагига ёпишади ва пастга бурилиб, ҳиқилдоқни кириш қисмини беркитиб қўяди. Овқат уни ёнбошидан ўтиб қизилўнгачга тушади. Ҳалқум юмшоқ танглайда, тил илдизи шиллиқ қаватларида кўп тармоқли нерв охирларини мавжудлиги сабабли ҳалқум там билиш хусусиятига эга.

**Нутқ вазифаси:** ҳалқум товушларни резонансига эга. Товуш ҳиқилдоқда, ҳалқумда, бурун ён бўшлиқларида, оғизда ҳосил бўлгандан кейин ўзини ҳаракатчанлиги сабабли товушни йўналишини ўзгартира олади. Унли товушлар айтилганда юмшоқ танглай бурун ҳалқумни оғиз бўшлиғидан ажратади. Ундош товушлар эса танглай пастга тушганда ҳосил бўлади.

Нафас олиш вазифасида ҳалқумни барча қисми қатнашади, лекин бурунни ҳаво ўтказувчанлиги қийинлашганда ва сўзлаганда, куйлаганда ҳаво ўтиши тўғридан-тўғри ҳалқумни оғиз қисми орқали амалга ошади.

**Ҳимоя вазифаси:** ёт жисм тушганда ёки кучли кимёвий таъсирловчи моддалар таъсирида ҳалқум мускулларини рефлексор қисқариши юз беради, натижада моддалар таъсирларини ҳалқумни чуқурроқ қаватларига ўтишига тўсқинлик қилади. Ҳалқумда ҳаво исийди ва тозаланади, ҳаводаги чанглар сўлакларга ўтириб, ушланиб қолади ва балғамлар билан бирга чиқарилади ёки ютиб юборилса, ошқозонда зарарсизлантирилади. Ҳимоя вазифасини яна ҳалқум қон-томирларидан ва лимфоид тугунларидан чиқувчи лимфоцитлар ва лейкоцитлар ҳам бажаради. Бодомча ва ҳалқумдаги бошқа безлар фаолияти танадаги турли безлар фаолияти билан узвий боғлиқдир. Лимфаденоид ҳалқасидаги йирик безлар (ҳалқум, танглай, тил) анатомик, гистоморфологик тузилишида умумийликка эга. Булар бодомча безлари махсус вазифасини йўқлигидан далолат беради. Ҳозирги кунда ҳалқум безлари танадаги ҳимоя жараёнини қуйи аъзолари сифатида ўрганилмоқда. Бодомча безларида тўқима ва гуморал иммунитетни бошқарувчи Т ва В - лимфоцитлар та-

комиллашади. Носпецифик вирусга қарши фактор-интерферон ишлаб чиқарилади. Лимфоцитлар оғиз бўшлиғи ва ҳалқумга тушгандан сўнг, майдаланиб, оғизда овқат ҳазм бўлишида иштирок этувчи ферментлар ажратади.

## ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

**Қизилўнғач (oesophagus).** Узун ингичка най кўринишидаги тузилма бўлиб, узунлиги катта ёшдаги одамларда 23-25 см.га тенг. Қизилўнғач ҳалқумни давоми ҳисобланиб, VI бўйин умуртқаси соҳасидан ёки узуксимон тоғай пастки қисми соҳасидан бошланиб, XI кўкрак умуртқаси соҳасида ошқозонга ўтади. Оғиз бўшлиғини олдинги тишлардан тортиб ҳисобланганда, ҳалқум ва қизилўнғач узунлиги 40-42 см.га тўғри келади. Қизилўнғач бошланиш қисмида пастки бўйин умуртқаларига яқин ётади. Кўкрак қисмида аорта олдидан кесиб ўтади. Бўйин соҳасида қизилўнғач кекирдак орқасида ётади. Қизилўнғач аввал медиал йўналишда бориб, қийшиқ йўналади: юқоридан пастга ва ўнгдан чапга қараб йўналишни ўзгартиради. IV-V кўкрак умуртқаси соҳасида чап бронх билан кесишади, ундан орқа томонга ўтиб, бироз ўнгга бурилади, диафрагмага ўтишдан олдин ўрта чизикқа нисбатан чап томонга боради. Қизилўнғачда 3 қисм тафовут қилинади: бўйин, кўкрак, қорин қисмлари. Катталарда бўйин қисмининг узунлиги 4,5-5 см., кўкрак қисми 16-17 см., қорин қисми 4-4,5 см.га тенг. Қизилўнғачда 3 анатомик ва 2 физиологик торайиш мавжуд. Анатомик торайишга қизилўнғачни бошланиш қисми, бронх трахея бифуркацияси чегараси, диафрагманинг қизилўнғач тешиги. Физиологик торайиш аортал-аорта билан кесишган жойи, қардиал-қизилўнғачни ошқозонга ўтиш жойидан иборат. Қизилўнғач ўрта қисмида очилиб туради, бу кўкрак бўшлиғида манфий босим бўлиши билан боғланган. Бўйин қорин қисмларида бу бўшашган ҳолда бўлиб, деворлари бир-бирига ёпишган бўлади, овқат ўтиш вақтида кенгайди. Қизилўнғач девори 3 қисмдан иборат: ички шиллик, ўрта мускул ва ташқи қўшувчи тўқимали адвентицияли

қаватлардан иборат. Шиллиқ қават оч пушти рангда, силлиқ, ялтироқ, нам, кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Бўйлама бурмага йиғилиб, овқат ўтишига шароит яратиб беради. Мускул қават айланма қисувчи ва бўйлама кенгайтирувчи қисмларга бўлинади. Ташқи қават дағал қўшувчи тўқима билан атроф тўқимага бирлашади. Бўйин қисмини қон билан таъминланиши пастки қалқонсимон артерия орқали, қорин қисми эса чап қоринча артерияси орқали таъминланади. Бўйин соҳасидан веналар пастки қалқонсимон вена, кўкрак соҳаси тоқ венаси (*v.azygus* ва *v.hemiazygus*) ярим тоқ вена, қорин соҳасида дарвоза венаси билан боғланган. Қизилўнгач лимфа томирлари юзаки ва чуқур гуруҳларга бўлинади. Қизилўнгачни бўйин қисмида лимфа кекирдак атрофида бўйиннинг чуқур лимфа тугунларига оқади. Кўкрак ва қорин қисмидан эса ошқозонни кардиал қисмидаги кекирдак ва бронх олди лимфа тугунларига қуйилади. Сайёр ва симпатик нервлар билан иннервация қилинади. Қизилўнгачни асосий вазифаси овқатни ошқозонга фаол ўтказиб беришдир. Ютинган вақтда ошқозонни оғзи очилади, овқат ҳалқум мускуллари ёрдамида қизилўнгачнинг бошланиш қисмигача суриб берилади, сўнгра мускулларни перисталтик қисқариши натижасида овқат ошқозонга ўтади.

## ҲАЛҚУМ ВА ҚИЗИЛЎНГАЧНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ҳалқумни текшириш анамнез тўплаш ва субъектив белгиларни ўрганишдан бошланади. Ҳалқумнинг физиологик вазифасини қай даражада бузилганлигини билиш учун уйқудан ва жисмоний зўриқишдан сўнг, тинч ҳолатда диққат билан кузатилади. Ҳалқумда касаллиги бор беморларда анамнезда асосан қуйидаги шикоятлар кўпроқ учрайди: ҳалқумда оғриқ (оғриқнинг бошланиши, давомийлиги), ютиниш жараёнини бузилиши, ҳалқумда ажралма пайдо бўлиши ва уларни характери, ҳалқумда тикилиш сезгиси, ҳириллаш, йўтал. Бундан ташқари қўшимча, яъни йўлдош белгилар (тана ҳароратини кўтарилиши, уйқу ва иштаҳанинг бузилиши ва умумий қувватсизлик ҳам безовта қилади). Оғиз бўшлиғида эса ачишиш, қичишиш, санчиш, оғриқ (милкларда, тилда, танглайда) каби ҳолатлар учрайди. Кў-

рилганда тилда ёки тил остида тошмалар тошиши, инфильтратлар учрайди.

**Ташқи умумий кўриш ва пайпаслаш.** Бунда лаблар, оғиз бўшлиғи ва ҳалқум шиллиқ қаватлари, бўйин соҳаси диққат билан кўздан кечирилади. Сўнгра ҳалқум лимфа безлари ҳолати аниқланади. Жағ ости, ретромандибуляр чуқурчалар, бўйинни чуқур, орқанги ва умров усти чуқурчалари пайпаслаб кўрилади. Жағ ости лимфа тугунларини аниқлашда текширилувчини боши бироз олдинга эгилган ҳолда, бармоқ учлари билан энгил ҳаракат қилиниб, тўқима остига босилади. Жағ ости лимфа тугунлари пайпасланганда ҳаракат ўртадан пастки жағ қирғоғига қаратиб йўналтирилади. Ретромандибуляр чуқурчадаги лимфа тугунларини пайпаслаш учун эса бармоқ учлари билан энгил ҳаракат қилиниб, пастки жағни кўтарилувчи ёйига перпендикуляр равишда йўналтирилади. Бўйиннинг чуқур лимфа тугуни аввал бир томондан, сўнгра иккинчи томондан навбатма-навбат пайпаслаб кўрилади. Ўнг томон пайпаслаб кўрилганда ўнг қўлни текширилувчини тепа суягига қўйиб, чап қўл билан кўкрак умров сўргичсимон мускули олдинги қирғоғи бўйлаб, юқоридан пастга ва горизонтал йўналишда пайпасланади. Бўйин орти лимфа тугуни бир вақтда иккала қўл бармоқлари билан кўкрак-умров сўргичсимон мускулини орқа қирғоғи бўйлаб вертикал ва горизонтал йўналишда пайпасланади. Умров усти ва ости чуқурчалари лимфа тугунлари навбатма-навбат текширилади.

**Фарингоскопия (ҳалқум эндоскопияси).** Ҳалқумни кўришда шпатель олиниб биринчи бармоқ билан пастдан, юқоридан эса 2-3 бармоқ ёрдамида ушланади. Ўнг қўл текширилувчини тепа суяги соҳасига қўйилади, шпатель билан оғиз бурчаги керилиб, оғиз даҳлизи, шиллиқ қават, қулоқ олди сўлак ишлаб чиқарувчи безлар йўллари кўрилади.

Оғиз тубини кўриш учун тилни кўтариш сўралади. Оғиз тубида тил ва жағ ости безлари йўллари кўрилади.

**Мезофарингоскопия:** шпатель чап қўл билан ушланиб, оғизни ўнг бурчагидан киргизилади сўнг тилни 2/3 қисмида шпатель билан бир хил юзада пастга босилади. Агар шпатель тил илдизига тегиб кетса қайт қилиш рефлекси қўзғалади. Беморга «а» ҳарфи айтилиши сўралади, бунда юмшоқ танглай,

тилча, олдинги ва орқанги танглай ёйлари шиллик қаватлари кўрилади. Нормада шиллик қават текис, пушти рангда, нам, ёйлар қирғоқлари аниқ. Олдинги ва орқанги танглай ёйлари орасида бодомча безлари жойлашади. Уларнинг шиллик қаватлари текис, намланган, пушти рангда. Бодомча безлари юзасида 6 тадан 8 тагача чуқурчалар бўлади. Бу чуқурчалар лакуналар деб аталади. Иккита шпатель олиниб, ўнг қўл билан ушланиб тил пастига босилади, иккинчиси билан олдинги танглай ёйлари асоси босилади. Бунда ўнг бодомча беги текширилади. Чап бодомча беги текширишда шпатель чап қўл билан ушланади. Нормада лакуналарда ажралмалар оз, йирингсиз эпителиал пробкалар кўринишида бўлади, гоҳида эса бутунлай бўлмайди. Бодомча безлари ёшга қараб турли ҳажмда бўлади. Ёш болаларда безлар катта бўлса, аста-секин кичраяди. Бодомча безларини физиологик катталашувини 3 даражаси тафовут қилинади. Бунинг учун олдинги танглай ёйи олди қирғоғи билан кичик тил марказидан ўтказилган чизик орасидаги масофа 3 га бўлинади. Бодомча безлари шу масофани 1/3 қисмини эгаллаган I даражани, агар S қисмини эгаллаган II даражани ва бутунлай эгаллаб, безлар бир-бирига тегиб турса, III даражани белгилайди. Ҳалқум орқа девори шиллик қаватлари кўрилганда нормада пушти рангда, нам, текис жойларда сочилган гранулалар (лимфа тўқималар тўплами) учрайди.

**Эпифарингоскопия** (орқанги риноскопия). Бурунни орқанги бўлимларини кўриш учун бурун ҳалқум ойнаси ишлатилади. Текширишдан аввал бурун ҳалқум ойнасининг ойнак қисми 4-6 сек. давомида иссиқ сувда иситилади. Ойна тутқичидан ўнг қўл билан ушланиб, салфетка билан ойна артилади. Ойнани иситиш даражасини аниқлаш учун чап қўлни биринчи бармоғи ташқи юзасига тегизиб курилади. Чап қўлга шпатель ушланиб, тилнинг 2/3 қисми босилади. Бурун ҳалқум ойнаси ўнг қўлга худди қалам ушлангандек ойна қисми юқорига қаратилган ҳолда тил илдизи ва ҳалқум орқа деворига тегизилмаган ҳолда оғизга киргизилади. Ойна юмшоқ танглайнинг ортигача олиб борилади. Бунда рефлектордаги ёруғлик ойнага аниқ тушиши шарт, ойнани енгил айлантирилгандан сўнг буруннинг орқа бўлимлари кўрилади. Кўриш вақтида бемор бурун орқали нафас олиши керак. Бунда



айлантирилгандан сўнг буруннинг орқа бўлимлари кўрилади. Кўриш вақтида бемор бурун орқали нафас олиши керак. Бунда ойнада бурун чиғаноқларини орқанги қисмлари, бурун йўллари, бурун тўсиғини орқанги қисми кўринади. Бурун чиғаноқларининг орқанги қисмлари нормада хоаналардан ташқарига чиқмаслиги керак, димоғ суяги ўртада жойлашган, ҳалқумнинг юқори бўлими - бурун ҳалқум гумбази, хоаналар, ҳалқумнинг ёнбош деворлари, пастки чиғаноқлар орқанги қисмлари, эшитиш найининг ҳалқум тешигини бир текисликда жойлашганлиги кўрилади. Нормада ҳалқум юқори қисмининг шиллиқ қавати пушти рангда, юзаси силлиқ. Бурун ҳалқум гумбазида 3-ҳалқум беzi (аденоид) жойлашган, у хоана ва димоғ суягининг юқори қирғоғига етмайди (расм - 2.6).



**Расм-2.6. Бурун ҳалқумни бармоқ билан текшириш.**

Мактаб ёшидаги болаларда бурун ҳалқум бармоқ билан текширилади. Бунда ҳам текширувчи боланинг орқа томонида ёки бироз ўнг томонида туради, чап қўл билан боланинг бошини тўғрилаб ўзига яқинлаштиради, 2-,3- бармоқлари билан болани лунжи тишлар орасига олиниб, ўнг қўлни иккинчи ёки учинчи бармоғи бурун ҳалқумга киритилади. Бунда бурун ҳалқумни юқори деворидаги ўсманинг ҳажми, қаттиқ-юмшоқлиги, оғриқ даражаси, ҳаракати аниқланади.

**Гипофарингоскопия** - тилни чиқариб олдинга ва пастга йўналтирилганда кўпинча тил илдизи, тўртинчи тил бези кўринади. Лекин ҳалқумнинг ҳиқилдоқ қисмини бирма-бир кўриш учун шпатель ёки ҳиқилдоқ ойнаси ишлатилади. Ҳиқилдоқ ойнаси тутқичга ўрнатилиб, иссиқ сувда иситилгандан сўнг беморнинг оғзини очиши, тилини чиқариши сўралади. Тил шундай ушланадики, бунда 1-бармоқ тил юзасини юқори қисмида, 3-бармоқ эса тилнинг пастада, 2-бармоқ юқори лабни кўтаради. Ҳиқилдоқ ойнаси ўнг қўл билан тутқичдан ушланиб, оғиз бўшлиғидан тил илдизига тегизилмай киритилади. Ойнали юза оғиз бўшлиғига киритилаётган вақтда пастга қаратилган ҳолда ушланади, кичик тилга етганда ойнани юзи ҳалқумга нисбатан  $45^\circ$  га буриб, кичик тил бироз юқорига кўтарилади ва орқага эгилади. Шу вақтда «и» ҳарфини айтиб, нафас олиш сўралади. Ҳиқилдоқ ойнаси ёрдамида ҳалқумни пастки бўлимларини кўришга имкон туғилади. Тил илдизи ва унда жойлашган тил бези сўнгра ҳиқилдоқ қопқоғи ва тил илдизи оралиғида унча катта бўлмаган 2 чуқурча - валлекулалар мавжуд бўлиб, уларни ҳар бири ўртадан ва ёнбошдан тил ҳиқилдоқ қопқоғи бурмалари билан чегараланган. Шунингдек, ойнача ёрдамида ҳалқумнинг орқанги ва ёнбош деворлари кўринади, уларнинг шиллиқ қаватлари пушти рангда, юзаси текис, фонация вақтида ноксимон синуслар яхши кўринадди. Улар ҳиқилдоқнинг ёнбош деворларида жойлашади, шиллиқ қавати пушти рангда, юзаси силлиқ. Ойна оғиз бўшлиғидан чиқарилиб, тутқичдан бўшатилади ва дез. эритмага солинади.

**Ҳалқумни рентгенологик текшириш** (рентгенография, электрорентгенография, рентгенокинемотография)лар. Мия асосидаги ва юз соҳасидаги ўсмалар ташҳисида компьютер томографияси катта аҳамиятга эга. Бурун ҳалқум қисмининг ўсмаларида рентгеноангиография усули қўлланилмоқда. Бунда контраст моддалар ташқи ҳамда ички уйқу артерияларига юборилгандан сўнг бир қанча проекцияларда расмларга олинади. Натижада турли катталиқдаги ўсмалар ва уларнинг қон билан таъминланиб турувчи томирлари аниқ кўринади.

Там билиш вазифасини функционал текшириш учун ширин, шўр ва нордон эритмалардан фойдаланилади. Эритмалар махсус шишадан ясалган таёқчалар билан тилнинг ўнг ва чап томон-

ларига алоҳида-алоҳида томизилади, бу вақтда бурун маҳкам беркитилиши керак. Чунки бемор эритмаларни уларнинг ҳидларидан билиши мумкин. Тилнинг олдинги ва орқанги қисмларини турли иннервациясини эътиборга олган ҳолда алоҳида текшириш талаб этилади.

**Қизилўнгачни текшириш - Эзофагоскопия** қизилўнгачни текширишнинг асосий усули ҳисобланади. Бу текшириш шиддатли ёрдам кўрсатишда қизилўнгачнинг шикастланишида ва ташҳисни аниқлаш мақсадида қилинади. Аввал бемор ҳар томонлама текширувдан ўтади. Беморни умумий текшириш уни аҳволини аниқлаш, йўлдош касалликларни аниқлашдан иборат бўлса, махсус текширишлар эса ҳалқумнинг ҳиқилдоқ қисмларини рентгенологик текшириш, қизилўнгач ва ошқозонга контраст моддаларни юбориш билан рентген текширишлар олиб боришдан иборат. Бундан ташқари яна махсус текширишларга ЛОР аъзоларини диққат билан синчиклаб текшириш киради. Эзофагоскопия махсус асбоб бронхоэзофагоскоп билан қилинади (Брюнингс, Мезрин, Фридел). Эзофагоскопия учун турли катталикдаги қисқичлар тўплами (ёт жисмларни ёки тўқимадан гистологик текширувга материал олиш учун), электр – сўргичлар керак бўлади. Бемор ўтирган ёки ётган ҳолатда маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантирилгандан сўнг, оғиз бурчагидан эзофагоскоп трубкаси қизилўнгачни кириш қисмига киритилади, қизилўнгачни кириш қисмидаги йўли аниқланиб, деворларининг шиллиқ қаватлари, ҳолати, намлиги, кўшимча ўсма бор йўқлиги, ёт жисм ва бошқа ўзгаришлари кўрилади.

Эзофагоскопиянинг асоратиға оғриқсизлантириш ва муолажа вақтидаги хатоликлар киради. Булар ичида энг кўп учрайдигани оғизнинг ҳалқум ҳиқилдоқ қисмларидаги шиллиқ қаватларнинг, қизилўнгач деворининг жароҳатланишидир.

## **ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ВА ҲАЛҚУМНИНГ РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ**

**Ҳалқумнинг аномал ривожланиши.** Оғиз бўшлиғи ривожланишидаги туғма нуқсонлар стоматология амалиётида ўрганилади.

Аммо бу нуқсонлар кулоқ, томоқ ва бурун соҳалари нуқсонлари билан биргаликда учраганлиги учун ўрганиш мақсадга мувофиқдир. ЛОР аъзоларини оғиз бўшлиғи билан биргаликдаги нуқсонларига қуйидагилар киради: юқори лаб ва альвеоляр ўсимтани иккига бўлиниши, юмшоқ танглайни ёки қаттиқ танглайни қўшилиб кетиши ва бошқалар. Оғиз бўшлиғи ирсий туғма нуқсонларидан тилни ўта катта бўлиши монголизм ва қалқонсимон безни гиперфункцияси оқибати бўлиб, нафас олишни бузилишига сабаб бўлади.

**Бурун ҳалқумнинг туғма кистаси.** Туғма кисталар эмбрионал каналлар ва ойқулоқ ёриқчалари ривожланишидаги нуқсонлари натижасидир. Кисталар бурун ҳалқумни ёнбош деворидан, кренофарингеал каналдан ёки Ратке чўнтагидан, фарингеал бурсилардан чиқиши мумкин.

**Ҳалқум дивертикуллари.** Ҳалқум дивертикуллари нимжон ерлардан-ҳалқум орқа деворларини қизилўнғачга кириш жойидан ҳосил бўлади. Бу жойни мускул қавати нимжон бўйлама тутамлидир. Дивертикул тешиги кенг ва ҳалқумни давоми ҳисобланади, қизилўнғачнинг кириш қисми олдинга силжиган бўлади. Дивертикулларни белгиси ютинишнинг бузилиши билан намоён бўлади. Бемор овқатни ютганда ҳалқуми орқасида туриб қолишидан шикоят қилади.

Бўйинни туғма кисталари ва туғма бўйин тешиклари, оқма яра (свищ). Бу нуқсон турлари ойқулоқ аппарати ривожланишидаги нуқсонлардан келиб чиқади. Уларни 2 гуруҳга бўламиз: ўрта ва ёнбош тешиклар. Ўрта тешиклар бўйиннинг ўрта чизигини турли жойларида жойлашиши мумкин, токи пастки жағдан кўкрак қисмигача. Кўпинча тешик тил ости соҳасида учрайди. Тешикларни ифлосланиши уларни йирингли яллиғланишларига сабаб бўлади ва йиринг ёрилиб, доимий оқма яралар ҳолида сақланиб қолади. Оқмалардан йирингли шилимшиқ ажралма оқиб туради. Вишневский белгиси - тешикни ташқи томонидаги қирғоғидан тортиб кўрилса, уни юзаси тил ости суягига қараб тортилган оғир бойлам кўринишида бўлади. Оқма йўлини аниқлаш учун тешик ичига контраст модда киритилиб, рентгенологик текширув олиб борилади. Бўйин умуртқа чизигидаги тешиклар ташҳисда қийинчилик туғдирмайди. Ён оқма

яралар бўйинни ён деворидан тўш-ўмров – сўргичсимон мускулини ички қирғоғидан пастки жағ бурчагидан ўмровгача бўлган соҳада учрайди. Белгиси худди бўйин ўрта чизигидаги белгилар каби бўлади.

**Даволаш:** кисталар ва оқма яралар жарроҳлик усуллари билан даволанади. Ташрих оқма яра йўллари ажратиб, тил ости суягига бириккан жойи билан кесиб ташлашдан иборат.

## БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН ОҒИЗ БЎШЛИҒИ КАСАЛЛИКЛАРИ

**Оғиз бўшлиғининг оддий яллиғланиши.** Бундай яллиғланиш скарлатина, бўғма каби ўткир юқумли касалликлар натижасида ривожланиши мумкин. Бундан ташқари эндоген факторлар тишлар кариеси ёки ташқи таъсирловчилар - кимёвий моддалар таъсирида айнан оғиз орқали нафас олинганда ривожланади.

**Оғиз бўшлиғининг фибринозли яллиғланиши.** Касалликни келтириб чиқарувчи - вирус. Шиллиқ қаватдаги вирус таъсиридан сўнгги ўзгаришлар афталар (яра-чақалар) дейилади. Бу касаллик нимжон болаларда, турли таъсирларга қарши курашиши пасайганда, касалликдан сўнгги вақтларда, аллергик ҳолатларда ривожланади. Афталар - бу майда нуқсонлардир, турли катталиқдаги эрозиялар, бир хил диаметрли (1 см.) сарғимтир-оқиш қоплама билан қопланган, тегилганда тезда қонаб кетади, атрофида шиллиқ қаватни қизариши бўлиб, оғриқлидир. Афталар турлича жойлашади, лунжни шиллиқ қаватида, танглайда, тил ости соҳаларида кўпроқ учрайди.

**Даволаш:** юқори миқдорда С ва В группаларга тааллуқли витаминлар, пиоктатин ва бошқалар тавсия қилинади.

**Тил оқариши (молочница).** Тил оқаришининг пайдо бўлиши микрофлораларни биологик нисбатини бузилганлигидан далолат беради. Кўкрак ёшидаги болаларда тилни оқариши умумий қаршилиқ кучини пасайишидан келиб чиқади. Аввал оғиз бўшлиғида шиллиқ қаватда кучли қизариш пайдо бўлади, сўнг жуда майда чегараланган бўшлиқлар пайдо бўлади. Бўшлиқлар оқ рангда бўлиб, касаллик бошида осонгина механик йўл билан кўчириш мумкин, кейинчалик буни иложи бўлмай қолади. Агар

касаллик ўз вақтида даволанмаса, бутун оғиз бўшлиғига тарқалиб, нафас олиш системасига ҳам ўтади, организмни септик ҳолатини ривожланишига сабаб бўлади.

**Даволаш:** борнокислӣ натрийни глицериндаги аралашмаси билан артилади, борат кислотаси билан чайқаш тавсия этилади. Оғир ҳолатларда маҳаллий даволашдан ташқари албатта касаллик қақирувчиларга қарши дорилар қўлланилади: нистатин, леворин.

Скарлатинада танглай ёйлари кулранг - ифлос қоплама билан қопланган, қоплама юпка бўлиб, осон кўчириб олинади. Тил малина рангида бўлади.

Ҳалқум бўғмасида пингиллаб гапириш, нафас олишни қийинлашиши, оғиздан сўлак оқиши, оғиздан қўланса ҳид, юмшоқ танглайда кир кулранг қоплама, кўчиришга уринганда қийинчилик билан олиниб, ўрнида қонаб турувчи яралар қолдиради.

Ҳалқум силида овқатни юмшоқ қаттиқлигига боғлиқ бўлмаган ҳолда ютиниш вақтида оғриқ безовта қилади. Силли яралар танглай ёйларида, бодомча безларида, ҳалқум орқа деворида, юмшоқ танглайда ҳосил бўлади. Яраларни қирғоқлари ноаниқ, пушти рангда, юзаси йирингли қоплама билан қопланган.

Ҳалқум заҳмида бодомча безларида ва танглай ёйларида кулранг-оқиш рангли, атрофида қизил чегарали юзадан бироз кўтарилиб турувчи, овал шаклидаги тошмалар пайдо бўлади.

Ҳалқум кандидомикози, оғиз қуриши, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларига ёйилган гиперемия пайдо қилиб, оқ рангли чегараланган доғчалар ҳосил қилади, сўнгра доғчалар бир-бирлари билан қўшилиб, оқ қопламага айланади. Улар юмшоқ танглайда, танглай ёйларида, безларда, тилда, лунжни ички қисмида жойлашиб қийинчилик билан кўчади. Бигизсимон синдром: дисфагия билан кечади, ютиниш вақтида оғриқ, шунингдек, бошни қайирганда оғриқ кучаяди. Тил ости суяги пайпаслаб кўрилганда оғриқ пайдо бўлади.

Узайган бигизсимон ўсимта бодомча безларидан пайпасланади. Ташҳис рентгенологик текширишларга асосан қўйилади. Узайган бигизсимон ўсимтани жарроҳлик йўли билан даволанади. Ўсимтани бир қисми кесиб олинади.

## ҚИЗИЛҮНГАЧНИНГ КУЙИШИ, ШИКАСТЛАНИШИ ВА ҚИЗИЛҮНГАЧДА ЁТ ЖИСМЛАР

Қизилўнғачни шикстланиши механик, кимёвий, термик таъсирлар оқибатида келиб чиқади. Қизилўнғачни ташқаридан шикастланиши эса ўқ текқанда, кесилганда, кавлаш оқибатларида юзага келади. Қизилўнғачнинг кесилиши кўпинча ҳиқилдоқ шикастланиши билан кечади, шунингдек, қалқонсимон без, қон-томирлар ва нерв толаларини ҳам лат ейиши аниқланади. Бундай жароҳат кўпинча ўзини ўлдиришга қасд қилган одамларда бўлади.

Қизилўнғач ички юзасини шикастланишига қизилўнғачга тушиб қолган ёт жисмлар, асбоблар киритилиши билан боғлиқ бўлган шикастланиш (ёт жисмни олиш вақтида, ёт жисмни пастга қараб итариш вақтида ёки ёт жисмни олиш мақсадида киритилган эзофагоскоп найини нотўғри йўналтириш) сабаб бўлади. Бундан ташқари кўп учраб турадиган шикастланиш сабабларига ишқорлар таъсирида куйиши, кислоталар, юқори босим, иссиқ овқатни беҳосдан ютиб юбориш ва бошқа таъсирлар натижасида қизилўнғач зарарланади.

**Белгилари:** қизилўнғач шикастланшининг асосий белгиси ютиниш ва нафас олишни бузилишидир. Агар қизилўнғачнинг бўйин қисми шикастланса, ютиниш вақтида оғриқ сезилади, овқатланиш вақтида кесилган жойдан сўлак ва овқат парчалари ташқарига ажралиб чиқади. Касалликнинг 2-3-кунига келиб, эзофагит, сўнг медиастенит белгилари бошланади. Қизилўнғачни кўкрак қисми шикастланганда шикастланиш доимо юрак, ўпка, кукс оралиғи (средостения) йўғон қон-томирларига тарқалади. Бемор ютинганда кўкрак қафасида оғриқ, қон қайт қилиши безовта қилади. Кўкрак оралиғи эмфиземаси пайдо бўлади.

Ўмров усти чуқурчалари эмфиземаси ривожланади. Баъзан медиастенит, плеврит, перикардит белгилари пайдо бўлиб, беморни умумий аҳволи оғирлашади. Қизилўнғачга ёт жисмлар шошиб овқатланганда ёки тўла чайналмасдан ютилганда тушиб қолади. Бундан ташқари сунъий олиб қўйиладиган тишлар маст ҳолда ёки танглай ва милкларни сезувчанлигини пасайиши

оқибатида ютиб юборилади. Ёш болаларда тангалар, юмалоқ шариклар, значоклар, қисқаси бола оғзига сигувчи нарсалар ёт жисм тариқасида қизилўнгачга тушиб қолади. Б.С.Розанов маълумотиға асосан, 14 ёшгача бўлган болаларнинг 15,2 % қизилўнгачига ёт жисм тушганлиги билан мурожаат қилган. Ёт жисмларни ютиб юбориш кўпроқ руҳий касалларда учрайди. Баъзан ёт жисмлар қизилўнгачнинг (куйиши натижасидаги) чандиғли торайган жойида ушланиб қолади ёки қизилўнгач дивертикули, қизилўнгач ўсмалари бўлган ҳолларда улар устида қисилиб қолади. Қизилўнгачда учровчи ёт жисмларга балиқ ва гўшт суякларини ҳам киритамиз. Болаларда кўпроқ турли ўйинчоқлар қисмлари, тангалар бўлади. Белгилари: ёт жисмнинг хос-сасига боғлиқ. Шунингдек, ёт жисм ушланиб туришининг давомийлиги, жойлашуви, беморни асаб системасига боғлиқ ҳолда умумий аҳволи ўзгаради. Бўйин ва кўкрак соҳасида оғриқ, қийинлашган ва оғриқли ютиниш жараёни безовта қилади. Агар ёт жисм қизилўнгач йўналишида узунасига жойлашса, ютиниш вақтида оғриқ безовта қилмаслиги мумкин. Бунга қарама-қарши ёт жисм қизилўнгач юзаси бўйлаб кўндаланг туриб қолса, қизилўнгач юзаси бутунлай тўсилиб қолади. Бундай ҳолларда беморни бошини тутиши ўзига хослиги билан ажралиб туради: бошни бироз олдинга ва пастга эгиб туради, ёнбошга қараганда бутун елка қисми билан қайрилади, чеҳраси қайғули. Ўткир ёт жисмларда оғриқ иккала курак оралиқ соҳаларига тарқалади. Фақатгина ёт жисм кичик ҳажмда бўлиши, ён деворга ёпишса, қизилўнгач бўйлаб овқатни ўтиши бузилмайди. Бундай ёт жисмлар қизилўнгачда узоқ муддат қолиб кетиши мумкин. Бу эса қизилўнгачни юқори даражада мослашиш ва кўникиш хусусиятига эга эканлигидан далолат беради. Ёт жисмлар кўпроқ қизилўнгачнинг бўйин қисмида, кўкрак қисмида учрайди. Қизилўнгачнинг бўйин қисмидаги йўғон ёт жисмлар нафас олиш функциясини бузади, нафас олишни қийинлаштиради. Ёт жисм таъсирида қизилўнгачни бир девори шикастланса, беморни аҳволи бирданга ёмонлашади. Қуруқ йўтал пайдо бўлиб, тери ранги оқаради. Пульс секинлашиб, қон билан тўлиши ва кучайиши сустлашади. Нафас олиш юзаки, тери ости эмфиземаси ривожланади. Қизилўнгачни кўкрак қисмидаги ёт жисмларни асо-



ратсиз ҳолларида бемор қўллари билан қаерда жойлашганлигини аниқ айтиб беришади. Асоратланган ҳолларда эса (шикастланиши, эзофагит, периззофагит) хириллаш, кўкрак қафаси эмфиземаси пайдо бўлади. Кўкрак қисмини эмфиземасини аниқлаш учун перкуссия ва аускультация қилиб кўрилади. Аускультацияда бўйинтуруқ чуқурчаси соҳаларида 2 томонда ҳам крепитация эшитилади.

**Ташҳис:** бемор анамнези, ёт жисмни хоссаси, шакли, ҳажми, жойлашуви, рентгенологик текширув (рентгенография, рентгеноскопия)ларга асосан, шунингдек, анамнез, беморнинг шикоятлари ва бошқаларни ҳисобга олиб, ташҳис қўйилади. Айрим ҳолларда рентгенологик усул билан аниқлаш мумкин бўлмаган ёт жисмлар учрайди. Бунда рентген контраст модда пахтага шимдирилиб, беморга ичирилади ва қайта рентгенологик текширилганда қизилўнғачни ёт жисм бор соҳасида рентген контраст шимдирилган пахтани кўриш мумкин. Кўпинча ёт жисм борлигини аниқлаш мақсадида беморга сув ичиш буюрилади. Агар қизилўнғачда ёт жисм бўлса, ичилган суюқлик маълум вақтдан сўнг қайта чиқиб кетади.

**Даволаш:** қизилўнғачдан ёт жисмни олиш учун эзофагоскопиядан фойдаланилади. Мазкур муолажа маҳаллий оғриқсизлантиришдан сўнг қилинади. Ёт жисм олиб ташлангандан сўнг шикастланиш аниқланганда дарҳол катта миқдордаги антибиотиклар (пенициллин, олететрин, стрептомицин, эритромицин, левомецетин) қўлланилади. Беморга 1 чой қошигида кунига 3-4 маҳал синтомицин эмульсияси ичиш тавсия қилинади. Қизилўнғачни шикастланиши натижасида эзофагит, периззофагит, медиастинит ривожланганда оғиз орқали овқатланишни тўхтатиб, бурунга бурун ҳалқум зонди киритилиб овқатлантирилади. Айрим ҳолларда беморга қаттиқ нонни чайнаб ютиш тавсия қилинади. Бу усул ўта хавфли, турли иккиламчи асоратларни келтириб чиқариши мумкин.

## ҚИЗИЛЎНҒАЧНИНГ КУЙИШИ

Кўпроқ қизилўнғачнинг кимёвий моддалардан куйиш ҳоллари кузатилади. Кимёвий моддалар билиб-билмасдан ичиш, ёш

болаларда эса эҳтиётсизлик натижасида юз беради. Куйиш даражаси заҳарнинг концентрацияси, миқдори, тўқималарга таъсир кўрсатиш давомийлигига боғлиқ. Оғир даражадаги ва атроф тўқималарга тезда тарқалувчи хусусиятга эга бўлган ишқорлар қизилўнгач ва ошқозонга тушиши билан организмни оғир аҳволга олиб келади. Чунки ишқорлар билан куйганда (струп) шиллиқ қават юзасида қора қўтир ҳосил бўлмайди, қизилўнгач девори жуда чуқур шикастланади. Кислоталар таъсирида куйганда (сирка, олтингургурт, азот кислоталари) дарҳол қора қўтир пайдо бўлиб, шиллиқ қават юзасида чуқур жойлашган тўқималарга тарқалишига йўл қўймайди. Кўпинча физиологик торайиш соҳаларидаги шиллиқ қаватлар куяди. Белгилари: заҳарни миқдорига боғлиқ, оғир даражада куйганда коллапс юзага келади. Беморнинг умумий аҳволи оғир, заҳарланиш юқори даражада, организмнинг кучли даражадаги сувсизлиги, паренхиматоз заҳарланиш натижасида иккиламчи ўзгаришлар кузатилади. Қонда лейкоцитлар ортган, қизил қон таначаларининг чўкиш тезлиги ортади. Қоплама кўчгандан сўнг ўрнида грануляция ҳосил бўлиб, кейинчалик қизилўнгачни чандиқли торайишига сабаб бўлади. Қизилўнгач торайиб ёки бутунлай тўсилиб қолганда, овқат ўтиши қийинлашиб қолиши натижасида беморлар тезда озиб кетади.

**Ташҳис:** беморни шикоят, касаллик тарихи, ташқи кўриниши ва қўшимча текширув усуллари натижаларига асосланиб қўйилади.

**Даволаш:** тез ёрдам кўрсатиш беморни уйдан бошланади. Ошқозон ёки дуоденал зонд билан нейтрализацияловчи зритмалар (магний окись 20г. 2л. сувга) билан ошқозон ювилади. Ютинишни бирданига қийинлашувида ёки суюқлик ичишга қаршилиқ бўлганда дегидратацияни олдини олиш учун 2,5 - 3,5л. глюкоза ва изотоник зритма томир ичига берилади. Куйишни биринчи кунларида даражасига қараб шокни, интоксикациянинг олдини олишга қаратилади. Чандиқли торайишнинг олдини олиш мақсадида касаллик 10-12-кунларига келиб рентгеноконтраст усул билан эзофагоскопия қилиб кўрилади. Агар бирор жойда куйиш аломатлари бўлса, қизилўнгачга буж қуйилиб кенгайтириш чоралари кўрилади.

## **ҲАЛҚУМ ЛИМФОИД ТЎҚИМАСИНИНГ ГИПЕРТРОФИЯСИ**

Ҳалқум лимфоид безларининг физиологик катталашуви та-нада турли ўзгаришларга олиб келади. Бурун ҳалқум бези кат-талашувида нафас олиш бузилса, ҳалқум бези катталашувида гапириш ва овқат ютиш жараёни бузилади. Кўкрак ёшидаги бо-лаларда эмиш қийинлашади. Безларни яллиғланишига алоқадор катталашуви камдан-кам ҳолларда юқори нафас йўллари касал-ликларидан сўнг келиб чиқади.

Кўп ҳолларда ҳалқум безини патологик катталашуви балоғат ёшигача кечади, баъзан 30 ва ундан ҳам катта ёшгача давом этади. Ҳалқум лимфоид тўқимасини катталиги инсон организмиде кечадиган кўп факторлар (оқсил алмашинуви, эндокрин функцияси, кечирган касаллик, ирсият организмни умумий реак-тивлиги, овқатланиш, ташқи муҳит таъсири ва б.)га боғлиқ.

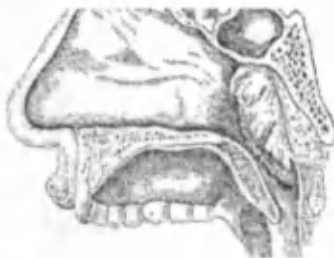
### **ҲАЛҚУМ (БУРУН ҲАЛҚУМ) БЕЗИНИНГ КАТТАЛАШУВИ – АДЕНОИДЛАР**

Аденоид катталашуви юқори нафас йўллари ва эшитиш аъзоси патологиясида муҳим ўрин тутати. Аденоид ҳисобига нафақат бурун, қулоқ ва товуш ҳосил қилувчи аъзоларни маҳал-лий вазифасини бузилиши, шу билан бир қаторда ўсаётган бола танасида нафақат аъзолар фаолияти, хатто тузилишини ўзга-ришлари ҳам кузатилиб, бундай ўзгаришлар умумий бир тушунча - аденоидизм ёки аденоидсимон чеҳра дейилади (расм - 2.7, 2.8).

Болаларда аденоид иккала жинсда бир хил 15 ёшгача кузатилиб, балоғат ёшига етгандан сўнг аста секин кичраяди. Бурун ҳалқум бези кўп қаторли хилпилловчи цилиндрик эпителийдан иборат. Шиллиқ ишлаб чиқарувчи безчаларни чиқариш йўллари ёриқларига қуйилиб, доимо деворларни ювиб туради. Айрим ҳолларда юзасида майда (пуфакчалар) кисталар учрайдди. Аденоидизм белгиларига қуйидагиларни киритиш мумкин: оғиз ярим очик, пастки жағ осилган, юқори жағ олдинги курак тишлар нотўғри ўсган.



**Расм-2.7. Аденоида юзнинг кўриниши**



**Расм-2.8. Бурун ҳалқумда аденоиднинг ўсиши**

Димоғдан пинғиллаб гапириш кузатилади. Бурун лаб бурмаси текисланган, юқори танглай гумбази чуқурлашган, ранги оқарган. Суякларни ривожланиш жараёни бузилганлиги учун кўкрак қафаси босилган тарзда, яъни «товуқ кўкрак» ҳолатида бўлади. Хаёлнинг сочилиши, хотиранинг пасайиши, ўқув машғулот-ларидан орқада қолиш, тунда уйқунинг ёмонлиги, хириллаб ухлаш, уйқу вақтида тез-тез ётиш ҳолатини алмаштириб туриши (қулай жойни излаши), реффлектор равишда бошни оғриши (мигрень), уйқуда чўчиш, тунда сийиб қуйиш, ҳуружсимон йўтал, асмастик, спазмофилияга хос ўзгаришлар. Бола жисмоний ўсиш-да ўз тенгқурларидан орқада қолади, инжиқ бўлиб қолади. Аденоид нафақат бурундан нафас олишга механик равишда тўсқинлик кўрсатади, балки қон айланишига ҳам таъсир этиб, бурун қисмида қон тўпланишига олиб келади, бу эса ўз навбатида бурун шиллик қаватини сурункали шишига ва яллиғланишга олиб келади. Бундай ўзгариш асосан чиғаноқларни орқанги қисмида кечади, кўп миқдорда қуюқ ёпишқоқ ажралма тўпланиб узоқ давом этувчи тумовга сабаб бўлади. Бурун ҳалқум безининг катталашуви 4 даражага бўлинади. Айрим муаллифлар безни катталашувини 3 даражага бўлади. Агар без катталашуви димоғ безининг 1/4 қисмини эгалласа, I-даража, 1/2 қисмини эгалласа, II-даража, 3/4 қисмини эгалласа, III-даража ва бутунлай димоғ суягини эгалласа, IV-даража катталашуви деб ҳисобланилади. Аденоид ташҳиси юқориди айтиб ўтилган белгиларга ва орқанги риноскопияга асосланади: кўпинча ёш болаларда орқанги риноскопия қилишни иложи

бўлмаса, бурун ҳалқум қисми бармоқ билан текширилади. Бармоқ ёрдамида аденоидни димоғда борлигини эмас, уни юзаси, консистенцияси, юмшоғлиги, жойлашуви, тарқалиш соҳаси ҳам аниқланади. Керак бўлса оддий ва контраст моддалар билан рентгенография қилинади.

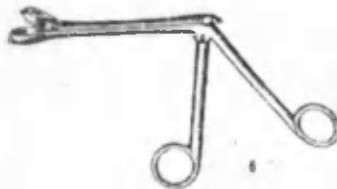
Бурун ҳалқум безининг катталашувини бурун чиғаноқларининг гипертрофияси, бурун тўсиғининг қийшайиши, ўсмалар, турли чандиқли жараёнлар, бурун ҳалқум полипи, димоғни туғма берклиги, инфильтрация билан кечувчи баъзи қон касалликлари билан фарқлаш лозим. Даволашда асосан жарроҳлик усулидан фойдаланилади. Жарроҳликка қарши кўрсатма бўлганда қон касалликлари, яқинда кечирган турли касалликлар ёки безни унча катта бўлмаган даражасида консерватив усул билан даволанади. Бунда иқлим шароити мўтадил, денгиз иқлими, яъни Қрим, Қора денгиз соҳиллари шароити яхши натижа беради. Даволаш чораларига антигистамин дорилар кальций глюконат, витаминлар қўллаш яхши натижа беради. Консерватив даволаш самара бермаган тақдирда рентгенотерапия қўлланилади. Энг оддий жарроҳлик усулларидан бири аденотомия ҳисобланади. Жарроҳлик 5-7 ёшда қилинади, лекин эшитишни ёмонлашувида, ўрта қулоқнинг яллиғланиш жараёнларида, бутунлай нафас олишнинг қийинлашувида кичик ёшдаги болаларда ва кагталарда қилинади. Ёш болаларда аденотомия амбулатория шароитида ҳам қилинади. Катталарда эса, албатта, касалхонада қилиниши керак. Жарроҳликдан аввал қоннинг умумий анализи, қоннинг ивиш вақти, тромбоцитлар сони, сийдик анализи, педиатр хулосаси, оғиз бўшлиғининг санацияси кабилар қилинади. Аденотомиядан аввал боланинг тана ҳарорати ўлчанади. Оғриқсизлантириш мақсадида бурунга 1 % ли дикаин ёки 5 % ли кокаин эритмасидан 3-4 томчидан томизилади. Аденотомия учун Бекман аденотомии қўлланилади, улар 5 хил катталиқда бўлиб, болани димоғ ҳажмига қараб танланади. Жарроҳлик вақтида жарроҳ ёрдамчиси боланинг тиззаси оралигига оёқларини кирғизиб қисади, бир қўл билан боланинг боши ушланади, иккинчи қўл билан эса боланинг кўкраги ушланади. Шпател билан тил эзилиб, аденотом юмшоқ танглай ортидан димоғга киритилади. Ўрта чизикда ўрнатилиб, димоғ чўққисидан

бироз олдинроққа босади, тез ҳаракат билан чўққи бўйлаб олдиндан орқага қараб аденоид тўқима узиб олинади. Агар тўқима парчаси осилиб қолса, конхотом ёки эгри қайчи билан қирқиб олинади. Қон кетиши оз миқдорда бўлиб, тезда тўхтайд. Баъзан кесилган аденоид тўқима ҳалқумни пастки қисмига тушиб кетади ва ютиб юборилади. (расм-2.9, 2.10, 2.11, 2.12)

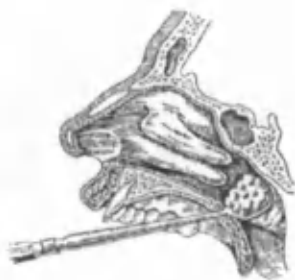
Камдан-кам ҳолларда бўлса ҳам кесилган аденоид тўқимасининг ҳиқилдоққа тушиб нафас йўлларини беркитиб қуйиши мумкинлигини доимо эсда тутиш керак. Бунда биринчи ёрдам коникотомия қилишдан иборат: аденоид тўқимаси ҳаво билан ташқарига чиқарилади ёки ларинго ва трахеоскопия усули билан олиб ташланади. Аденоотомиядан сўнг қон кетиши кузатилмаса 2-3 соатдан сўнг уйга рухсат берилади. Бола уйида 3-4 кун ётиши зарур. Овқат юмшоқ, майин, суюқ бўлиши керак. Агар аденоид тўқимаси қолган бўлса қайта катталаниши мумкин. Беморни ёши қанчалик кичик бўлса, безни қайта катталаниши эҳтимоли шунча кўп. Қайта катталашган аденоид иккинчи маротаба аденоотомия қилинади.



**Расм-2.9.** Аденоидни олиш вақтида болани ушлаш.



**Расм-2.10.** а-аденотом; б-аденотомияни қолган тўқима қолдиқларини олиш учун ишлатиладиган Гартман конхотомии.



Расм - 2.11-. Аденоидни кесиш вақти.



Расм-2.12. Аденомотомиядан кейин қон кетишда бурун ҳалқумга тампон қўйиш.

## БОДОМЧА БЕЗЛАРИ ГИПЕРТРОФИЯСИ

Бодомча безларини гипертрофияси ҳалқум беzi гипертрофиясига ўхшайди ва ёш болаларда кўп учрайди. Лимфаденоид тўқимани умумий гиперплазияси кўринишида кечади. Гипертрофияланган бодомча безлари айрим болаларда яллиғланиш белгиларисиз учрайди. Вақт ўтиши билан катталашган бодомча безлари ўз шаклига қайтади. Бироқ бу инволюция жараёни ушланиб қолади, шунинг учун айрим катта ёшдагиларда ҳам катталашган бодомча безларини кўриш мумкин. Кўпинча бу ёшда бодомча безларини гипертрофияси иккиламчи, яъни яллиғланишдан сўнг катталашуви кузатилади. Бундай ҳолда бодомча безлари қаттиқ, хусусий қаватида лимфоид тўқималар кам, қўшувчи тўқималар эса кўп бўлади. Кейинчалик қўшувчи тўқима бириктишиб, безларнинг кичрайишига ва атрофиясига олиб келади. Гипертрофияланган бодомча безлари маълум даражада механик равишда нафас олишга тўсқинлик қилади, шунингдек, овқат ютиш, товуш ҳосил қилиш жараёнига ҳам тўсқинлик қилади. Ёш болаларда рефлектор йўталга сабаб бўлади (безсимон йўтал), асосан тунда кучаяди. Текширишлар натижаларига асосан ҳалқум беzi ва бодомча безлари катталашганда болалар турли инфекцияга таъсирчан бўлиб, касалликнинг кечиши оғирлашади. Айниқса, скарлатина, бўғма каби юқумли касалликлар жуда оғир кечади.

**Ташҳис:** фарингоскопияга асосан қўйилади. Б.С.Преображенский бодомча безларининг катталашувини шартли равишда 3 даражада бўлган. Олдинги танглай ёйи қирғоғи ва кичик тил ўртасидан ўтказилган чизиқ орасидаги масофа 3 га бўлинади: безларни 1/3 оралиқдаги катталашуви 1 даража, 2/3 оралиқдаги катталашув II даража, кичик тилгача бўлган катталашув III даража ҳисобланади (расм-2.13).



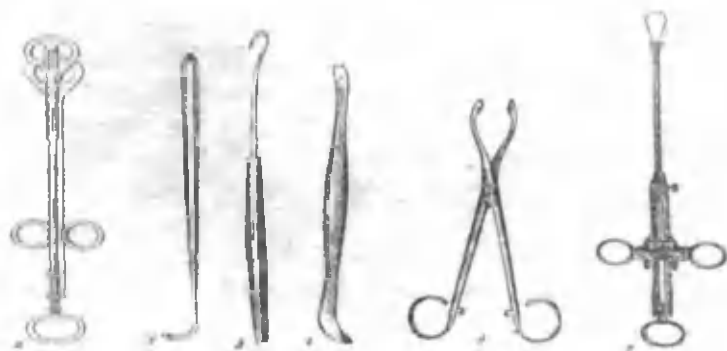
**Расм-2.13. Бодомча безлари гипертрофияси.**

Бодомча безларини оддий шаклида физиологик катталашувини, сурункали тонзиллитда бодомча безларини катталашувидан фарқлаш лозим. Сурункали тонзиллитларда бемор анамнезида тез-тез ангина билан оғриганлиги ва сурункали тонзиллитга хос томоқда фарингоскопик ўзгаришлар бўлади. Бундан ташқари безларни катталашувини бодомча безлари ўсмалари - лимфосаркомадан, лимфогрануломатоздан ва лейкомикоздан фарқлаш зарур. Ўсмалар асосан бир томонлама бўлиши билан биопсия ва қон таҳлили натижаларига асосланиб, бу касалликлар таққосланади.

**Даволаш:** бодомча безларини оз миқдордаги гипертрофиясида безларни шишини камайтириш мақсадида ишқорли ёки буриштирувчи эритмалар билан (5 % натрий бикорбонат, танин эритмаси 1:1000) чайқаш тавсия этилади. Безларга люгол эритмаси ёки 3-5 % ляпис суртилади. Керакли ҳолларда



қўшимча равишда умумий даволаш тадбирлари қўлланилади. Темир, мишьяк, йод, витаминлардан иборат дорилар қўлланилади. Шунингдек, иқлим алмаштириш ҳам яхши натижа беради. Агар бодомча безлари қаттиқ бўлиб, қўшувчи тўқималар сезиларли даражада ўсган бўлса, консерватив даволаш фойда бермайди. Бундай ҳолларда жарроҳлик йўли, қон касалликлари бўлса тонзиллотомия вақтинчалик қилинмайди (расм-2.14, 2.15).



**Расм-2.14. Бодомча безини олиш учун ишлатиладиган асбоблар.**

*а) Матье тонзиллотомии; б) Лакуналарни ажратувчи пичоқ; в) тонзил эктомиядан кейин қон кетганда танглай ёнларини тикиш учун ишлатиладиган Клаус игнаси; г) бодомча безларни олиш учун ишлатиладиган элеватор; д) Галле усули билан қилинадиган таширихда бодомча безини ушлайдиган қисқич; е) Брюнингс сиртмоги бодомча безини олиш учун.*



**Расм-2.15. Бодомча безини пинцет билан тортиб тонзиллотом қўйиш.**

Тонзиллотомия асосан 5-7 ёшдаги болаларда қилинади. Жарроҳлик амбулатория шароитда олиб борилади. Тонзиллотомия кам ҳолларда гўдакларда ва катта ёшдагиларда қилинади. Жарроҳлик аденотомия жарроҳлигига ўхшайди (шу тартибда қилинади). Шиллиқ қават 1% ли дикаин эритмасини суртиш билан оғриқсизлантирилади ёки бутунлай оғриқсизлантиришсиз ўтказилади. Чунки без паренхимаси амалий жиҳатдан оғриқ сезмайди. Тонзиллотомияга кўрсатма худди аденотомияга кўрсатма сингари берилади: бодомча безлари гипертрофияси аниқланган болаларда тонзиллото-миядан сўнг бир вақтда аденотомия ҳам қилиниши мумкин. Бодомча безларини қисман олиб ташлаш Матье ёки Бохон тонзиллотомлари ёрдамида бажарилади. Безларни катталашган қисмидан Кохер қисқичига қисиб қирқиб олинади. Жарроҳликдан кейинги назорат аденотомидан сўнгги назорат каби бўлади.

## ҲАЛҚУМНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

**Бурун ҳалқумининг ўткир яллиғланиши.** Ўткир эпифарингит ёки ўткир ринофарингитни бошланишида касалликни ҳалқумнинг пастки бўлимлари, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларига тарқалиши катта аҳамиятга эга. Баъзан ҳалқум юқори қисмини ўткир яллиғланиши алоҳида касаллик бўлиб, бурун ва ҳалқумнинг пастки қисми шиллиқ қаватларига тарқалади. Бунга юқори нафас йўлларининг мавсумий катари мисол бўла олади. Ринофарингитни этиологик фактори ўткир ринит факторлари билан бир хил. Кўпинча бу касаллик кичик ёшдаги болаларда ва ўрта ёшдагиларда учрайди, асосан аденоид вегетацияси бор болаларда, диатезни оғир шаклларини кечирган болаларда касалликка берилувчанлик юқори даражада. Қизамиқ, скарлатина каби ўткир юқумли касалликлар ўткир ринофарингитни келтириб чиқариш мумкин. Қўзғатувчилар: кокклар, стрептококк, диплококк ва бошқалар. Морфологик ўзгаришлар шиллиқ қаватининг хужайра элементлари билан инфильтрацияси томирларини кенгайтириши, эпителийни десквамацияси, шиллиқ қаватларни эшитиш найиғача тарқалувчи шишидан иборат. Бурун ҳалқумда нохуш сезги, ачишиш, кўриш, шилимшиқ ажралмага баъзан қон арала-

шиши, шилимшиқ ажралмани бурун ҳалқумдан қийинчилик билан кўчиши, бурундан нафас олишни қийинлашиши касаллик белгиларини ташкил қилади. Яллиғланиш жараёнини эшитиш найининг шиллиқ қаватларга тарқалиши натижасида товуш ўтказувчи йўллари вазифасини бузилиши ўрта қулоқда босимни ортиш сезигиси, қулоқни битиб қолиши ва эшитишни пасайиши безовта қилади. Катта ёшдаги беморларда тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилмайди, ёш болаларда эса тана ҳарорати юқори даражада кўтарилиб туради. Кўрик вақтида бурун шиллиқ қавати қизарган, ҳалқумнинг орқа девори бўйлаб қуюқ ажралма оқиши кўринади. Ёш болаларда кичик тил бироз шишади. Бўйин ва ҳалқум орти регионар лимфа тугунлари катталашади. Ринофарингитни асосий бўшлиқ ва галвирсимон лабиринт касалликлари билан таққосланади, бундай ҳолда ташҳис рентгенологик текширишлар натижаларига асосланиб қўйи-лади. Ўткир ринофарингитни кечиши 10-12 кунгача давом этади. Ўткир ринофарингитни даволаш асосан ўткир тумовни даволагандек, яъни бурунга катталарга 5% ли, ёш болаларга эса 2% ли проторгол зритмаси билан 3-5 томчидан томизилади, тана ҳарорати кўтарилганда иситма тушурувчи дорилар, антибиотиклар буюрилади. Бундан ташқари витаминлар, физиотерапевтик муолажалардан кварц, бурун соҳасига УВЧ каби кўшимча даволар қўлланилади.

**Ҳалқум ўрта қисмининг ўткир яллиғланиши.** Мезофарингит алоҳида кўринишда кам учрайди. Кўпинча бурун ҳалқум касалликларидан сўнг келиб чиқади. Бундан ташқари бирламчи мезофарингитни келтириб чиқарувчи сабабларга чанг, касб заррлиги, спиртли ичимликлар, чекиш, совуқ ҳавода узоқ гапириш ва бошқаларни айтиб ўтиш мумкин. Белгилари: ўткир фарингит ҳар хил субъектив белгилар билан бошланади, томоқда қуруқшаш, кучсиз оғриқ, ҳалқумда босим сезгиси, томоқда қичишиш, йўталиш кучаяди.

**Фарингоскопия:** оғиз ҳалқум қисмидаги шиллиқ қаватлар қизарган, шишган, шиллиқ қават жойларда шилимшиқ йирингли ажралма билан қопланган. Ҳалқум орқа девори нам, шиллиқ қавати қизарган шишган ва баъзан қизил доначалар ҳолида фолликулалар кўзга ташланади. Кичик тил шиллиқ қавати

қизарган, шишган. Яллиғланиш жараёни баъзан ҳиқилдоққа ҳам тарқалади. Бунда овоз ўзгариб, йўтал пайдо бўлади. Тана ҳарорати нормада ёки бироз юқори. Беморни умумий аҳволи кам ўзгаради. Ўткир фарингитни ташхиси субъектив ва объектив маълумотларга асосланади.

**Даволаш:** юмшоқ суюқ илиқ овқатлар тавсия қилинади, томоқ илиқ ишқорий эритмалар билан чайқалади. Ишқорлар билан ингаляциялар, пульверизациялар қилинади, бўйинга ярим спиртли иситувчи боғлов қўйилади. Агарда оғриқ кучли бўлса, оғриқ қолдирувчи дорилардан фойдаланилади. Касалликнинг келиб чиқишига шароит туғдирувчи омиллар бартараф қилинади.

### **ҲАЛҚУМНИНГ СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Ҳалқумнинг сурункали касалликлари қуйидаги турларга бўлинади:

- сурункали катарал фарингит; гипертрофик: гранулёзли фарингит ва ёнбош фарингит; атрофик фарингит.

Сурункали катарал фарингит ҳалқум касалликлари орасида энг кўп учрайдиган касалликдир. Ёш болаларда асосан оддий ёки гипертрофик турлари учрайди. Касалликнинг келиб чиқишида маҳаллий ва умумий омиллар таъсир этади. Маҳаллий омилларга ҳалқумни қайталанган ўткир яллиғланиши, сурункали тумов, бурун ён бўшлиқларининг яллиғланиши, сурункали тонзиллит, кариес тишлар, чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш ва бошқалар киради. Умумий омилларга организмда умумий касалликлар модда алмашувининг бузилиши, ёш болаларда диатез, катталарда диабет, юрак қон-томир касалликлари натижасида вена системасида қон тикилиши, шунингдек, жигар, буйрак касалликлари натижасида қон тикилиши. Яна иқлим шароитлари ва касбдаги зарарли таъсирлар - ҳавонинг қуруқлиги, ҳароратнинг бирданига бузилиши ҳам сабаб бўлади. Касалликнинг белгилари патологик жараёни жойлашишига қараб турлича бўлади. Оддий ва гипертрофик турларида беморлар кўп миқдордаги қуюқ шилимшиқ ажралма чиқишига ва шу ҳосил бўлган балғамларни кўп йўталиб, ташқарига чиқаришга уринишига, йўталнинг ҳаттоки қайт қилиш даражасигача етиб боришига шикоят қилади. Оддий сурункали фарингитда шиллиқ қаватлар

гиперемияланган, қалинлашган, кучсиз сезиларли даражада вена томирларининг тиқилиши кузатилади. Секретор вазифаси кучайди. Гипертрофик фарингитда шиллиқ қаватлар кучли гиперемияланган, ҳалқум орқа девори шишинқираган, куюқ шилимшиқ йирингли ажралма билан қопланган, бу ажралманинг бурун ҳалқумдан оқиб тушиши кўрилади. Юмшоқ танглай ва кичик тил шишинқираб, йўғонлашган. Ҳалқум лимфаденоид тўқимаси сурункали жараён таъсирида таъсирланиб, айрим фолликулаларнинг кучли гиперплазияси натижасида ҳалқум орқа деворида катталашиб, қизарган лимфоид гранулалар кўринади (гранулез фарингит). Яллиғланиш жараёни давом этиши натижасида маълум муддатдан сўнг лимфоид тўқималарни катталашуви кузатилади. Бунда орқанги танглай ёйлари орқасидан ёйларга параллел равишда қизил рангда бўртмалар ҳосил бўлади (ёнбош фарингит). Бундай бўртмалар, айниқса, кўнгил айниши вақтида аниқ кўринади. Баъзан орқа ва ёнбош девордаги фолликулаларни кучли гипертрофияси ҳисобига III шохли нервни таъсирланиши натижасида қайт қилиш рефлекси қўзғалади.

**Атрофик фарингит.** Кўпинча бурун, бурун ҳалқум атрофияси билан боғлиқ ҳолда, баъзан эса алоҳида касаллик кўринишида учрайди. Бу касалликка сабаб узоқ муддат оғиз орқали нафас олиш, айниқса, ифлосланган ҳаво билан ишлаш вақтларида (чанг, газ, қуруқ иссиқ ҳаво) шиллиқ қаватнинг таъсирланиши оқибатида ривожланади. Беморлар томоқ қуриши ва томоқда ёт жисм сезгисига шикоят қиладилар, вақт ўтиши билан томоқда ачишиш ва қирилиш сезгиси кучайиб боради, тез-тез йўталишга мажбур бўлиб, овоз тезда толиқади. Фарингоскопияда ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати қуруқ, юпқалашган, ялтироқ (худди лак суртиб қўйилгандек), куюқ шилимшиқ ажралма билан қопланган. Ажралма артиб кўрилганда қийин кўчади. Даволаш маҳаллий ва умумий тадбирларга бўлинади. Катарал ва гипертрофик турларида фақат чекишни, спиртли ичимликларни истеъмол қилишни чеклаш билангина сезиларли ўзгариш бўлади. Бундан ташқари ишлаб чиқариш корхоналари ходимлари учун ҳавони тез-тез тозалаб туриш, намликни камайтириш зарур. Бу тадбирлар билан бир вақтда бурун касалликларини ўз вақтида даволаш керак. Оғиз бўшлиғи санақияси, ички

касалликлар бир вақтда даволанади. Фарингитларни кечишида ички аъзолар касалликлари ҳам катта аҳамиятга эга. Дори моддалар, ингальяция, аэрозоллар ҳолида берилиши мумкин. Бундан ташқари дорилар шиллиқ қаватга суртилади ва бурунга томизилади. Гипертрофик шаклида 0,5% натрий бикорбанатнинг илиқ эритмаси, 1% ли натрий хлорид эритмаси билан томоқ чайқалади. Шу эритмалар билан ингальяция ва пульваризация қилинади, 3-5% ли танин эритмаси глицерин билан шиллиқ қаватга суртилади. 1-2% ли ляпис, 3,5% -10% проторгол ёки колларгол эритмалари ҳам қўлланилади. Катта ҳажмдаги гранулалар криотаъсир билан олиб ташланади ёки 30-40% ли ляпис эритмаси билан ёки зонд учига тегизилган ёқут донаси билан куйдирилади. Шу моддаларни фонофорези ҳалқумнинг шиллиқ қаватига яхши таъсир кўрсатади. Шалфей қайнатмаси билан томоқ чайқалади. Атрофик фарингитни даволаш ҳар куни шиллиқ қаватни қоплаган йирингли ажралмаларни ва қасмоқларни ювиб ташлашдан бошланади. Кўпинча ош тузининг 1% ли эритмасига 2 томчи йод томизилган ҳолда томоқ чайқалса яхши фойда беради. Йод эритмасини тайёрлаш учун 200 мл. суоқликка 10% ли йод қўшилади. Ишқорли эритмалар қасмоқлар юмшатиш учун ишлатилади. Ёгли ингальяциялар таъсирида шиллиқ қаватнинг таъсирланиши ва қуруқшаши камаяди. Вақти-вақти билан ҳалқум орқа девори люгол эритмаси билан артиб турилади. Сурункали фарингитда парестезия, ачишиш, қирилиш каби нохуш сезгилар кучли безовта қилганда ҳалқумни ёнбош деворига новокаинли блокада қилинади. Новокаин кўпинча алоэ билан қилинади. 2% ли новокаин 1 мл.дан 1 мл. алоэ билан 1 шприцга олиниб, ҳалқумни ёнбош девори ўртасига, шиллиқ остига блокада қилинади.

**Даволаш** учун 8-10 муолажа қилинади. Инъекциялар 7 кунда бир маротаба қилинади. Бу билан бирга 30% ли калий йод эритмаси 8 томчидан 3 маҳал ичиб турилади. Витамин А эритмасидан 2 томчидан 1 кунда 2 маҳал 2 ҳафта давомида ичилади. Гипертрофик фарингит турига безларнинг гиперкератози (**фарингомикоз**, баъзи манбаларда лептотрихоз деб ҳам аталади) киради. Бу касаллик бодомча безлари ва тил бези юзасида оқ рангда лакуналардан чиқиб турувчи 2-3 мл. ҳажмдаги

ўсиқларнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Улар лакунар пробкалардан мустаҳкамлиги ва лакуна эпителийсига қаттиқ ёпишганлиги билан характерланади. Қисқич билан кўчиришга уринганда қийин кўчади ва ўрнида қонаб турувчи яраларни қолдиради (расм-2.16, 2.17, 2.18).



**Расм-2.16. Мезофарингоскопия кўриниши. Фарингомикоз.**



**Расм-2.17. Candida albicans замбуруғи культураси. Замбуруғ хужайраларида уларга хос ўсувчи найчалар кўринмоқда.**

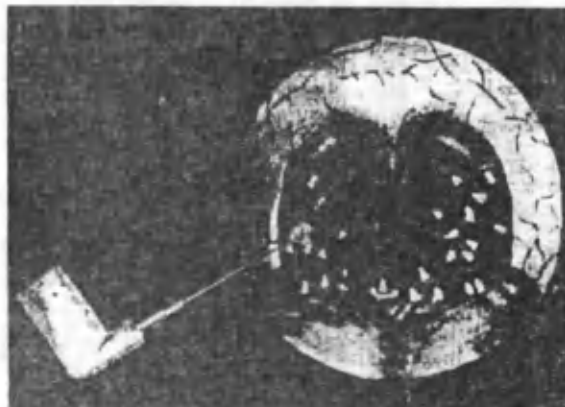
**х 400. Микропрепарат И.Б.Солдатовдан.**



**Расм-2.18. Замбуруғли аденоидит билан касалланган бемор бурун ҳалқумидан олинган Candida замбуруғининг бласто-споралари ва псевдомицеллийси. Препарат негативи х 500.**

Буларни микроскопик текширилганда замбуруғлар топилади. Шунинг учун бу касалликни келиб чиқишида замбуруғлар катта

аҳамиятга эга деган фикрлар мавжуд. Бу жараён жуда узоқ давом этиб, оддий кўз билан кўрилганда яллиғланиш белгиларини йўқлигида аниқлаш мумкин. Бироқ айрим вақтларда томоқда ёт жисм белгиси беморни безовта қилади. Фарингомикозни даволаш асосан томоқни хиназилин 1:1000 нисбатдаги эритмаси билан чайқалади ва декамин таблеткасидан кунига 3 маҳалдан сўрилади. Агар гиперкератоз катталашиб ҳалақит берса, крио-таъсир ёрдамида куйдирилади (расм-2.19).



**Расм-2.19. Ҳалқум Лептотрихозид маҳаллий музлатиш.**

## **ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ АДЕНОИДИТ**

Бу касалликни кечиши кўпинча тана ҳароратини субфебрил ҳолатдан баъзида юқори даражага кўтарилиши билан ажралиб туради. Ҳароратни юқorigа кўтарилиши асосан ёш болаларда кузатилади. Аденоидитни яллиғланиши бодомча безларининг яллиғланишидан фарқли равишда ютиниш вақтида оғриқ кучли даражада бўлмайди ва оғриқ бодомча безларидаги каби жағ бурчаги соҳасида эмас, юмшоқ танглайни орти соҳасида жойлашади. Орқанги риноскопияда катарал ва фолликуляр ангиналарда қандай ўзгариш бўлса, бу безда ҳам шундай ўзгариш аниқланади. Бурун ҳалқум безини яллиғланиши натижасида бурундан нафас олиш қийинлашади. Яллиғланишнинг эшитиш найи



шиллик қаватига ва лимфоид тўқималарига тарқалиши натижа-сида ўрта қулоқда касалликлар ривожланиши мумкин. Катарал ёки йирингли аденоидитлар белгилари ринофарингит белгилари-га хосдир. Шу сабабли мактабгача ёшда бўлган болаларда ва кичик ёшдаги болаларда касалликнинг бу 2 шаклидан бирини аниқлаш қийинчилик туғдиради. Бурун ҳалқум безини ял-лиғланишига ринофарингит ҳам қўшилиб кетади. Ёш болаларда бурун ҳалқум безининг яллиғланишида бурун ҳалқумда ажралма тўпланиб қолиши натижасида бола нафас олишга қийналади, тинч ухлай олмайди, гўдакларда эмиш қобиляти бузилади. На-тижада ошқозон-ичак фаолияти бузилади, боланинг умумий аҳ-воли оғирлашади. Интоксикациянинг ривожланиши туфайли ки-чик ёшдаги болаларда бош мия пардалари таъсирланиб, менин-гизм аломатлари пайдо бўлади.

**Даволаш:** ўткир аденоидитни даволаш бурунга ишқор эрит-маларига глицерин қўшиб томизишдан иборат. Бундан ташқари синтомицин эмульсияси докали пиликка суртиб қўйилади, альбу-цид эритмасини томизиш мумкин ва сульфаниламидларни кукун ҳолида бурунга сепиш мумкин. Умумий интоксикация бошлани-шида ўткир ангиналар даволангани каби даволаш муолажалари белгиланади. Ўрта қулоқни касалликнинг асорати сифатида ял-лиғланишини эътиборга олган ҳолда қулоқ тез-тез текшириб ту-рилади. Ринофарингитни бурун дифтерияси билан асоратининг олдини олиш мақсадида тез-тез бурун ва томоқдан бўғма таёқчасига суртма олиниб текшириб турилади. Ўткир яллиғланиш белгилари ўтгандан сўнг касаллик профилактикаси мақсадида бурун ён бўшлиқлари рентгенография қилиб қўрилади. Масалан: синуитлар ринофарингитлар билан бурун ҳалқум безининг ял-лиғланишини пайдо қилувчи омил ҳисобланади, агар безлар кат-талашган бўлса, синуитларни даволашдан аввал аденоид тўқима олиб ташланади. Баъзан аденотомиядан сўнг синуитлар жарроҳ-ликларсиз тузатилади.

## БОДОМЧА БЕЗЛАРИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИГЛАНИШИ

Ангина умумий ўткир касаллик бўлиб, маҳаллий ўткир яллиғланиш ҳалқумнинг турли безларидаги лимфоид тўқималарнинг зарарланиши билан кечади. Яллиғланиш жараёнининг ҳалқум соҳасида кечиши турличадир. Ангинадан яллиғланиш жараёни маҳаллий лимфоид тўқималарни зарарланиши билан кечишига қарамай, асосан ички аъзоларга (юрак-қон томирлар, буйрак, бўғимлар) асорат бериш билан кечганлиги учун деярли танани умумий оғир кечувчи касаллиги ҳисобланади. Ҳалқумда бўлиб ўтаётган маҳаллий жараёнлар умумий жараёнларни келтириб чиқаради (тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши, бўғимларда чарчаш). Ангинанинг баъзан юрак қон-томирлар системасига турли бактериялар ва уларни заҳарлари тушиши натижасида рўй берадиган маҳаллий ўзгариш деб ҳисобланади. Кўпинча баъзи юқумли касалликларда ангина алоҳида маҳаллий белгисиз бўлиб намоён бўлади. Бурун чиғаноқлари гальванокаустикасида, жарроҳликдан сўнги вақтларда ҳам ангинани ривожланишига шароит туғилади. Катталар орасида аҳолини ангина билан оғриши 4-7 %, болаларда 6% дан кўпроқни ташкил қилади. Ангинани чақирувчи микроорганизмларга кокклар, вируслар, таёқчалар ва замбуруғлар (асосан қандида) ҳисобланади. Баъзи бир олимларнинг фикрича, 50-70% ҳолларда ангина ни чақирувчиси В-гемолитик стрептококк ҳисобланади. 2-ўринда касаллик қўзғатувчи микроб тилларанг стафилококкдир. Касалликни қўзғатувчи микроорганизмлар шиллиқ қаватларига экзоген, яъни ҳаво томчи ва алиментар йўл орқали ўтади. Айрим ҳолларда касаллик манбаи аутоинфекция ҳисобланади. Ҳалқум шиллиқ қаватида сапрофит ҳолида яшаётган микроорганизмлар танани умумий ва маҳаллий ҳимоя воситаси пасайганда касалликни ривожлантириши мумкин. Бундай йўл билан касалланишда одамлар касаллик ташувчи ҳисобланади. Яна инфекция ўчоғи бўлиб, буруннинг йирингли касалликлари, бурун ён бўшлиқлари касалликлари, кариес тишлар ҳисобланади. Касаллик патогенезида совуқ шароитга нисбатан организмнинг чидамлилигини пасайиши, иқлимнинг тезда ўзгариши (ҳарорати, намлик, овқатланиш) кабилар муҳим ўринлардан бирини эгаллайди.

Бундан ташқари безларнинг шикастланиши, ангинага туғма мойиллик, марказий ва вегетатив нерв системалари фаолияти ҳам алоҳида аҳамиятга эгадир. Б. С. Преображенский ангиноларнинг келиб чиқишини 3 шаклга бўлган.

1. Эпизодик - ташқи муҳит таъсири асосида аутоинфекция ривожланиши натижасида.
2. Эпидемик - касалланган бемордан юқиш.
3. Сурункали тонзиллитни қайталаниши кўринишидаги ангина.

**Классификация:** Амалда Б.С.Преображенский классификацияси кенг тарқалган. Бу классификация касалликнинг фарингоскопик кўриниши, лаборатория текширишлари натижаларига асосланган ҳолда тузилган.

I - катарал, II - фолликуляр, III - лакунар, IV - фибриноз, V - герпетик, VI - флегманоз (интратонзилляр абсцесс), VII - ярали - пардали, VIII - аралаш.

**Катарал ангина.** Бодомча безларининг фақатгина шиллиқ қаватларида юзаки ўзгаришлар пайдо бўлиши билан характерланади. Шиллиқ қават қизарган, шишган лекин юзаларида ҳеч қандай йирингли ажралмалар бўлмайди. Патоморфологик ўзгаришлар фақатгина шиллиқ қаватга тарқалади.

**Субъектив белгилар:** томоқда қуришиш, ачишиш, сўнгра аста-секин ютиниш вақтида кучсиз оғриқ пайдо бўлади. Катта ёшдагиларда тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши баъзан кўнгил айнаши билан кечади. Кўпинча бош оғриши, умумий ҳолсизланиш безовта қилади, касаллик 3-4 кун давом этади. Безлар атрофи шиллиқ қаватлари у ёки бу даражада гиперемияланган лекин ўткир фарингитга хос бўлган оғиз ҳалқумнинг ёйилган гиперемияси (танглай, орқанги девор) катарал ангинода кузатилмайди. Оғир ҳолларда шиллиқ қаватларда нуқтасимон қон қўйилишлари кузатилади.

**Фолликуляр ангина.** Бодомча безлари юзаларида, яъни фолликулаларда оқ-сарғимтир рангдаги нуқтасимон, юмшоқ ва тўқимадан енгил кўчувчи қопламалар ҳосил бўлиши билан характерланади. Ангинани бу турида беморда ўткир интоксикацияни ҳолати кузатилмайди. Патоморфологик ўзгаришлардан шиллиқ қаватда эпителийни кўчиши, фолликуляр тўқимани шикастланиши ҳолати кузатилади. Субъектив белгилардан: тана ҳа-

роратининг кўтарилиши (39-40°C), умумий қувватсизлик, ланжлик, бош оғриши, мушаклар ва бўғимларнинг зирқираб оғриши, баъзида юракда, томоқда оғриқ, ютинишнинг қийинлиги, иштаҳа ва уйқунинг бузилиши сезилади. Бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашади, ушлаб кўрилганда оғриқ бўлади. Тил оқ қараш билан қопланган, оғиздан нохуш ҳид келади. Қон таҳлилида кучли даражада лейкоцитоз, лейкоцитар формула чап томонга силжиши, СОЭ тезлашиши кузатилади. Объектив текширишлар - фарингоскопия ҳалқумнинг кучли гиперемияси ва инфильтрацияси, бодомча безларининг шиллиқ қаватлари гиперемияси билан бирга юзаларида сарғимтир ёки оқиш сарғимтир рангдаги илгак бошчаси катталигидаги, юзадан бироз юқорига кўтарилиб турувчи нуқталар пайдо бўлади. Бу нуқталар безлар фолликулаларининг йиринглишиши натижасидир (расм-2.20).



**Расм-2.20. Паренхиматоз ангина.**

*а-лакунар; б-фолликуляр.*

Сарғимтир-оқиш нуқталар вақт ўтиши билан катталашиб боради ва ёрилади. Бодомча безларида чуқур жойлашган фолликулаларнинг безлари олди тўқимасига яқинлиги сабабли уларнинг ёрилишида бодомча безлари олди абсцесси ривожланиши мумкин.

**Лакунар ангина.** Ангинанинг бу тури қизарган бодомча безлари юзаларида-лакуналарда чуқур жойлашган оқиш ёки сарғимтир чегараланган қопламаларни пайдо бўлиши билан характерланади. Улар тезда катталашиб, безлар юзаларини у ёки

бу даражада қоплаб олади. Қопламалар асосан безлар чегарасидан ташқарига ёйилмайди. Қопламанинг бу тури бўлмадаги қоплама билан таққосланиши керак. Бўлмада пайдо бўладиган қоплама безлар чегарасидан ташқарига танглай ёйларига, кичик тилга ёйилган бўлади. Лимфа тугунлари фолликуляр ангиналардаги сингари катталашади. Бунда қайси томонда қоплама кўпроқ бўлса, шунга мос ҳолда лимфа тугуни катталашади. Фолликуляр ва лакунар ангиналар ўткир юқумли касалликлар жумласига тааллуқли бўлиб, оилавий тарқалиш ҳолати кўп кузатилади. Ташҳис унчалик қийинчилик туғдирмайди, лекин ангинани лакунар тури, албатта, ҳалқум бўғмаси билан таққосланиб кўрилиши керак. Лакунар ангина билан ҳалқум бўғмасини таққослаш ҳалқум бўғмаси бўлимида батафсил берилган. Ангиналарни самарали даволаш мумкин, лекин баъзида касалликнинг кечиши организмни умумий ҳолатига боғлиқ булмаган ҳолда асоратлар қолдириши мумкин. Касалликни асоратларига қуйидагилар киради: ревматизм, миокардит, нефрит, сепсис. Ангина даволангандан сўнг қайталанишининг олдини олиш зарур.

**Даволаш.** Касалликнинг бошланиш давридаёқ бемор алоҳида хонага ётқизилиб, идишлари ажратиб қўйилади. Овқат суюқ, илиқ ҳолда бўлиши керак. Ангиналар учун лейкоцитлар сонини ортиши характерли бўлиб, вақти-вақти билан қон текшириб турилади, лейкоцитлар сонининг ортиши жараёни тугалланмаганлигидан далолат беради. Қонда шаклли элементлар ва оқсил пайдо бўлиши касаллик асоратининг ривожланганлигини билдиради. Шундай қилиб даволаш турлари танлаб олинади. Антибактериал дориларни қўллаш инфекцияга қарши ва организмнинг интоксикациясини камайтириш имконини беради. Антибиотиклар организмни кўтара олиш қобилиятига қараб (биологик синама) белгиланади. Антибиотиклар билан бир қаторда сульфаниламидлар ҳам қўлланилади. Десенсибилизацияловчи дорилар, антигистаминлар тавсия қилинади. Улардан ташқари аскорбинка, ревматизмга қарши дорилар, салицилатлар (аспирин), маҳаллий тадбирлар: бўйинга иситувчи спиртли боғлов қўйилади. Оғиз бир кунда 2-3 маротаба марганцовка ёки фурациллин эритмаси 1:5000 билан чайқаб турилади. Асоратларнинг

ривожланишини олдини олиш мақсадида бурун, бурун ён бўшлиқлари касалликлари даволанилади.

**Ярали-қопламали ангина.** Касаллик дуксимон симбиоз таёқчалари, оддий оғиз бўшлиғидаги спирохеталар *spirochaeta vincentii* томонидан чақирилади. Шунинг учун ангинанинг бу тури фузоспирохетозли ангина деб ҳам юритилади. Бу микроорганизмлар симбиозлар, патоген бўлмаган ҳолда сапрофит ва ярим патоген ҳолида учрайди. Касаллик биринчи мартаба касаллик кўзгатувчиси аниқланмаган ҳолида 1890 йил М.П.Симановский томонидан ёзилган. Бу касаллик кейинчалик кўзгатувчиси билан биргаликда 1898 йилда Плаут ва Венсанлар томонидан ёзилган, шу сабабли касаллик шу икки муаллифлар номлари билан юритилади. Субъектив белгилари касалликнинг бошланиш даврида белгисиз бўлиб, қачонки иккиламчи инфекция қўшилганда ютиниш вақтида томоқда оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади (оғриқ фақат шикастланган томондагина безовта қилади.) Шунга қарамасдан беморда умумий интоксикация белгилари (умумий қувватсизлик, ланжлик, бош оғриғи, бўғимлар ва мушакларда оғриқ, тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиб туриши) доимо намоён бўлади.

**Фарингоскопия:** яллиғланиш жараёни кўпинча бир томонлама бўлади. Касалланган бодомча беzi юзаси юқори қисмида қирғоқлари нотекис, чуқур бўлмаган сарғимтир қоплама, уни кўчиришга уринганда осон кўчади.

**Ташҳис:** ярадан олинган шилимшиқ ажралмани ёки қопламани дуксимон симбиоз таёқчасига текшириш натижасига асосан қўйилади. Айрим ҳолларда ҳалқум бўғмаси ва хавфли ўсмалар билан таққосланади. Бўғмага тахмин қилинганда шу жойдан суртма олиниб, Леффлер таёқчасига текширилади. Агар ўсмаларга тахмин қилинса, биопсия олиниб, гистологик текширувдан ўтказилади.

**Фибриноз ангина** (фибриноз қопламали ангина). Бир қатор ҳолларда фолликуляр ёки лакунар ангиналар фибриноз ангинога ўтиши мумкин. Қачонки йиринглаган фолликулалар ёрилиб, қоплама ҳосил қилса ёки лакуналар киррасидаги некрозга учраган эпителий без юзаси бўйлаб тарқалиб, безлар чегарасидан ташқаригача ёйилганда ангинанинг бу тури ривожланади. Бошқа

ҳолларда фибриноз ангина алоҳида касаллик бўлиб, бирламчи ҳисобланади. Патоморфологик ўзгаришлар қуйидагилардан иборат: безлар эпителий қаватида йўқолади, эпителий фибринозли қоплама билан қопланиб, шпатель билан кўчирилганда эрозияли юзаларни қолдиради. Фибриноз ангинани кўпинча бўғмасимон, ёлғон қопламали хасталик деб ҳам юритилади. Лекин ангинанинг бу турини соф бўғмадан ажрата билиш зарур. Иккала касаллик ташқи кўринишидан бир-бирларини эслатганлиги учун ташҳисда бактериологик текшириш усулидан фойдаланилади. Бунинг учун ҳалқумдан, оғиз бўшлиғи ва бурундан суртмалар олинади.

**Герпетик ангина.** Касаллик асосан ўткир вирусли касалликлардан (тумов, грипп) сўнг ривожланади. Бодомча безлари юзасида серозли экссудат эпителий остида майда пуфакчаларни ҳосил қилади. Бу пуфакчалар ёрилиб, суюқлик чиқиб битгач, эпителийда нуқсонлар қолдиради.

**Даволаш:** касалликнинг енгил кечишида оғизни дезинфекцияловчи эритмалар билан чайқаб туриш тавсия қилинади. Бундан ташқари перикись водород эритмаси, бертолит тузлари, бура эритмалари илиқ ҳолда чайқалади. Касалликнинг оғир кечишида, яъни, кенгайган чуқур яраларни ҳосил бўлишида ва тана ҳароратининг кўтарилиб, доимий ушланиб туришида яралли юзалар 10% ош тузининг глицериндаги эритмаси суртилади. Қолган дорилар беморнинг аҳволига кўра тавсия қилинади.

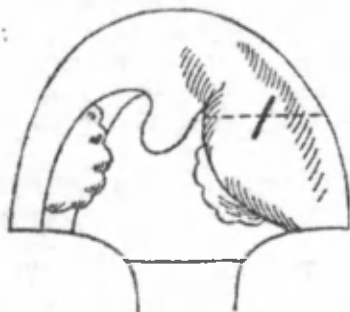
## ФЛЕГМАНОЗ АНГИНА ВА БОДОМЧА БЕЗЛАРИ ОЛДИ АБСЦЕССИ

Флегманоз ангина сурункали тонзиллитни асоратланиши ёки ўткир ангинадан сўнг ривожланади. Яллиғланиш жараёни бодомча безларидан без олди тўқимасига тарқалиши натижасида абсцесс ҳосил бўлади.

**Белгилари:** ангина билан оғриган беморлар умумий аҳволи яхшиланаётган даврда бирданига ютиниш вақтида оғриқни кучайишидан шикоят қиладилар. Оғриқ бир томонлама бўлиб, аста-секин кучайиб боради. Оғриқ лакунар ёки фолликуляр ангиналарга нисбатан кучли, ҳаттоки тинч ҳолатда ҳам пасаймайди. Оғриқ санчиқли бўлиб, қулоққа ҳам тарқалади, айниқса, ютиниш

вақтида чидаб бўлмас даражада кучаяди, шунингдек, йўталиш вақтида, умуман ҳар қандай ҳаракатда ҳам кучаяди. Бемор қийинчилик билан оғзини очади, бошини иложи борича ҳаракатдан сақлайди, яллиғланган томонга эгади. Бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашади. Юмшоқ танглайни бутунлай ҳаракатсизлиги (шишиши) натижасида овози ўзгаради ва аниқ бўлмайди, овқатланиш қийинлашади. Ҳаттоки овқатланишнинг иложи бўлмай қолади. Юмшоқ танглайнинг шиши вазифасини бузилишига олиб келади, суюқлик мажбуран ютилганда бурун орқали қайтиб чиқади.

**Фарингоскопияда** бодомча безлари, без олди тўқималари, юмшоқ танглай бир томонлама кучли қизарган, шишган, кичик тил эса соғ томонга сурилган бўлади. Абсцессларни жойлашишига қараб қуйидаги турлари тафовут қилинади: олдинги ёки олдинги юқориги (абсцесс олдинги танглай ёйи билан бодомча безлари орасида жойлашган), орқанги (абсцесс орқанги танглай ёйи ва бодомча бези орасида) ва ташқи ёки латерал (абсцесс бодомча бези капсуласи ташқарисида жойлашган). Энг кўп учрайдиган олдинги паратонзилляр абсцесс ҳисобланади (расм-2.21).



**Расм-2.21. Паратонзилляр абсцесснинг олдинги шакли. Тил илдизидан юқорига, охириги тилга тортилган чизиқ ўртасидан абсцессни ёриш.**

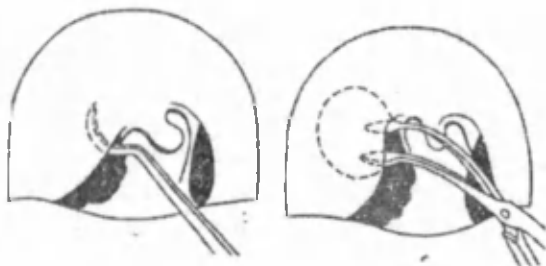
Чунки бу жой тўқимаси инфекция таъсирига тез берилувчандир. Касалликнинг бошланишида сўлак ажраб чиқиши кучаяди, натижада оғиз бўшлиғини ва ҳалқумнинг тўлиқ тозаланмаслигидан, оғиздан қўланса ҳид келади. Абсцесснинг ривожланишида 5-7 кун етарли ҳисобланади. Бу вақтда пульсацияли оғриқ кучайиб боради, айрим жойларда инфильтрат юмшаб, йиринг мустақил ёрилади. Йирингнинг ёрилиши олдинги танглай ёйи



орқали ёки тепадан бодомча беzi усти чуқурлиги орқали (fossa supratonsillar) амалга ошади. Абсцесснинг олдинги танглай ёйи билан қолча орасидан ёрилишида тўла йирингдан тозаланмайди, соғайиш анча муддатга чўзилиб кетади. Шунинг учун шу жойни кенгайтириб йиринг чиқишини осонлаштириш зарур. Энг кўп учрайдиган олдинги юқори абсцесслардан ташқари яна орқанги без абсцесслари бўлади. Жараён орқанги танглай ёйи ва без оралигидан тўқимада ривожланади. Бу вақтга келиб касалланган томонда кучли қизариш, овалсимон шишинқираш пайдо бўлади. Шиш ва қизариш кўпроқ орқанги танглай ёйини қамраб олади. Абсцессларнинг энг оғир кечувчи шаклига ташқи без олди абсцесси киради. Жараён безни олдинги томонда ривожланиб, пастки жағ бурчагидан кўкрак ўмров сўрғичсимон мускулдан олдинги томонда кучли оғриқ ва шиш пайдо бўлиши билан бошланади. Хавфли асоратларига қон кетиши (ҳалқумнинг бирор томири деворининг некрози натижасида), бўйиннинг чуқур флегмонаси, ҳиқилдоқ шиши, сепсис киради.

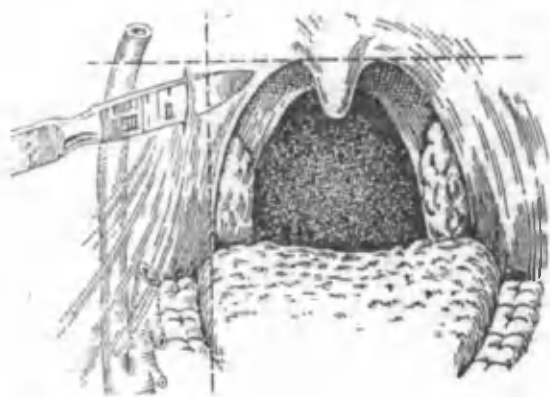
**Даволаш:** касалликнинг бошланиш даврида бўйинга иситувчи спиртли боғлов, дезинфекцияловчи эритмалар билан (фурациллин 1:5000) билан томоқни чайқаш, антибактериал, сульфаниламид, антигистамин дорилар мускул ичига ва ичиш учун тавсия қилинади. Овқат суюқ ва илиқ бўлиши лозим. Кучли оғриқда ва уйқусизликда қўшимча керакли дориларни бериш мумкин (расм - 2.22).

**Расм-2.22. а-б паратонзилляр абсцессни бодомча беzi усти чуқурчасидан ёриш.**



Етилган абсцесс энг кўп бўртиб чиққан жойидан ёрилади. Кўпинча учи ўтмас зонд ёки қайрилган корцанг ёрдамида без усти чуқурчасидан абсцесс очилади. Перитонзилляр абсцесснинг

олдинги шаклида олдинги танглай ёйини 1-2 см. қирғоғигача бўлган масофа абсцессни кўпроқ юмшаган ва бироз тортилиб турган жойидан кесилади (расм-2.23).



**Расм-2.23.** Катта қон томирларни олдинги юқориги паратонзилляр абсцессни очиш жойига нисбатан жойлашуви (тилча асоси ва юқориги охирги тишни бирлаштирувчи чизиқ ўртаси).

Кесиш шундай усулда қилинадики, унда fossa supratoronsillaris га кириши керак. Агар бу йўл билан абсцессни ёришнинг иложи бўлмаса, охирги тиш билан кичик тилни ўзаро қўшувчи чизиқдан 1-1,5 см. чуқурликда кесилади. Агар кесилган вақтда йиринг чиқмаса, кесилган жойдан тарновсимон зонд юқорига йўналтирилади. Натижада, чуқурлашган абсцессни ёришнинг имкони туғилади. Орқанги без олди абсцессларни орқа томонидан орқанги танглай ёйини тахминан ўрта қисмидан пичоқ ёки корцанг ёрдамида 0,5-1 см. чуқурликда ёрилади. Ташқи без олди абсцессни олдинги танглай ёйидан ёрилади. Агар бу йўл билан ёришни иложи бўлмаса, ташқи йўл билан ёрилади, ёки тонзиллэктомия қилинади. Қон-томирлари деворини некрози ҳисобига қон кетиши кузатилса, бемор дарҳол бўлимга ётқизилади, ётувчи тартиб белгиланиб, 10%-10 мл. кальций хлорид эритмаси томир ичига юборилади. Бундан ташқари викосол, 5% ли аминокепрон кислотаси 100,0 венага томизилади. Дарҳол бир хил гуруҳли кўп булмаган (100,0 мл) қон қуйилади. Бу чора-тадбирлар фойда бермаса, дарҳол тонзиллэктомия қилиниб, зрозияга учраган томирни боғлаш билан жарроҳлик тугатилади. Жуда кам ҳолларда ташқи уйқу артерияси боғланади.

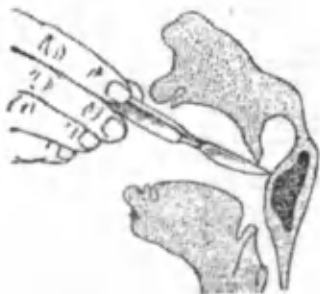
**Профилактика:** касалликнинг олдини олиш учун аввало оғиз бўшлиги гигиена қоидаларига қатъий амал қилиниши керак. Кариес тишлар даволаниши лозим. Сурункали тонзиллит ва бурун ён бўшлиқлари касалликлари ўз вақтида даволаниб турилади. Қайталанган перитонзилляр абсцессларда тонзиллэктомия жароҳлиги ўтказилиши керак.

## ҲАЛҚУМ ОРТИ АБСЦЕССИ

Ҳалқум орти абсцесси 5-7 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди. Касаллик бурун ҳалқумдаги аденоид тўқимани яллиғланиши натижасида келиб чиқади ёки бодомча безларини яллиғланиши сабаб бўлади. Касаллик қўзғатувчиси стрептококк, пневмококк, бўғма таёқчаси ҳисобланади. Ҳалқум орти абсцесси юқорида бурун ҳалқумда жойлашишига нисбатан ҳалқумнинг ўрта қисмида (оғиз ҳалқумда) кўпроқ учрайди. Кўкрак ёшидаги болаларда фақатгина ҳалқумнинг бир қисмини қамраб олса, уни кўпроқ эгилган, бўртган жойи ҳалқумнинг пастки қисмига тўғри келади. Касалликнинг ўзига хос бўлган белгиларидан бири ютинишнинг қийинлиги, тана ҳароратини юқори даражага кўтарилиши, абсцессни бурун ҳалқумда жойлашишида нафас олишнинг қийинлиги, бўғилиш, беморнинг инжиқлиги ва бошқалардан иборат. Агар абсцесс ҳалқумни пастки қисмида жойлашган бўлса, боланинг ҳаёти хавфли даражагача бўғилиш юзага келади. Ҳалқум орти абсцессининг ривожланишида оғриқ кучли бўлмайди. Бўйин ва энса соҳаларидаги лимфа тугунлари катталашган. Энса мускулларининг тортишиши бошни мажбурий ҳаракатсиз ҳолатига олиб келади.

**Фарингоскопия:** маълум даражада аҳамиятга эга бўлган бўртганлик пастда жойлашган абсцессларда шпатель билан тил пастга босилганда кўринади. Ҳалқум орқа девори юмшоқ тўқимаси қизариб шишиб, бўртган бўлади. Кучли сезилиб турган бўртма пайпаслаб кўрилганда флюктуация аниқланади. Ташҳис қўйишда анамнезга, беморни шикоятига, объектив текширишлар натижаларига (фарингоскопия) асосланилади. Агар иккиланиш бўлса ёки ноаниқлик юзага келса, умуртқа погонасининг бўйин қисми рентгенологик текширилади. Текшириш натижаси сил ва сифилитик спондилитдан фарқланади.

**Даволаш:** ўткир ҳалқум орти абсцесси жарроҳлик йўли билан даволанилади, абсцесс ўрта чизикдан ёрилади. Абсцесс ёриш вақтида боланинг боши пастга қараб эгилган ҳолатда бўлиши керак. Бу ҳолатда абсцесс ёрилгандан сўнг йиринг болани нафас йўлига ўтиб кетмаслигининг олдини олади. Сурункали абсцессларда пункция қилиш ва йирингли тўпланмани аспирацияси тавсия этилади. Пункция бир неча мартаба қилиниб, йиринг суриб олингандан сўнг антибиотиклар юборилади. Касалликнинг ўткир кечишида абсцессни ёришдан аввал пункция қилиниб, йирингни сўриб олиш ҳам мумкин (расм - 2.24, 2.25).



Расм -2.24. Ҳалқум орқа абсцессини очиш



Расм-2.25. Ҳалқум орқа абсцессини ён жойлашуви.

*1-бўйиннинг ташқаридан шишганлиги; 2-абсцессни очиш жойи; 3-ҳалқум орқали очишни ҳавобага йўли.*

Агар абсцесс ёрилса, ҳар куни яра қирғоқларидан йиринг чиқиб туришини осонлаштириш учун кенгайтириб турилади. Ўткир ва сурункали абсцессларда жарроҳлик даволаш усуллари-дан ташқари умумий консерватив усуллар ҳам қўлланиши мақсадга мувофиқдир, яъни, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антигистаминлар, томоқни дезинфекцияловчи дорилар билан чайиш, иситма туширувчи дорилар тавсия қилинади.

## ҲАЛҚУМНИНГ СИСТЕМАЛИ ҚОН КАСАЛЛИКЛАРИДА ЗАРАРЛАНИШИ

**Юқумли мононуклеоз. Темирли лихорадка.** Касаллик вирус таъсирида чақирилиб, асосан болаларда учрайди. Биринчи навбатда тана ҳароратининг юқори даражада бўлиши ва томоқда оғриқ каби белгилар билан кечади. Об'ектив текширилганда ҳалқум шиллиқ қаватининг қизариши ва танглай ёйлари қизариши, баъзан ангинали қоплама билан ёпилганлиги, кўпинча қоплама йўқлигини кўриш мумкин. Касалликнинг бошланиши оддий фолликуляр ангина каби бошланади. Бўйиннинг лимфа тугунлари қолган лимфа тугунлар билан биргаликда катталашган. Қонда лейкоцитоз, лейкоцитограммада лимфобластлар ва плазматик хужайралар аниқланади. Асосий ўзгаришлардан бири қонда мононуклеарни миқдори 50-70% дан ошиши кузатилади. Бошқа юқумли касалликларда бўлгани каби жигар катталашган. Вассерман реакцияси мусбат бўлиши мумкин. Касалликнинг кечиши унчалик оғир эмас, тана ҳарорати узоқ муддат сақланиб қолса ҳам умумий аҳвол сезиларли ўзгармайди. Касаллик бир неча ҳафта давом этади. Клиник белгилари йўқолгандан сўнг, қондаги ўзгаришлар узоқ муддатга сақланиб қолади.

**Моноцитар ангина.** Касаллик қўзғатувчилари вируслар бўлиб, касалликни кечиши мононуклеозни кечишига ўхшайди. Ёш болаларда овқат хазм бўлиш системасида ўзгаришлар пайдо бўлади (ич кетиши), марказий нерв системаси томонидан қалтираш кузатилади. Қонда 80% моноцитлар, атипик лимфоцитлар ва лимфобластлар аниқланади. Бодомча безларидаги қоплама кир кулранг, қоплама остида яралар кўринади. Юқумли мононуклеоздан фарқли касаллик септик характерга эга.

**Лимфоцитар ангина.** Ёш болаларда катталарга нисбатан кўпроқ учрайди. Касалликнинг яширин даври 20 кунгача давом этади. Касаллик бирданига бош оғриши, кўнгил айниши, қоринда оғриқдан бошланади. Тезда қизамиқни эслатувчи экзантемалар пайдо бўлади. Бодомча безларида қоплама йўқ, фақатгина уларни қизариши ва шиши, бўйин лимфа тугунларини ва талоқни катталашиши аниқланади. Қонда кучли лимфоцитоз кузатилади.

**Агранулоцитар ангина.** Касаллик бирданига бошланиши билан ажралиб туради. Тана ҳарорати юқори, умумий аҳволи оғир. Касаллик бодомча безларида чуқур жойлашган кир кулранг яралар пайдо бўлиши, лунжни шиллиқ қаватларига, милкка, юмшоқ танглайга ва ҳаттоки ҳалқумнинг пастки қисми - ҳиқилдоққача тарқалиши билан характерланади. Некротик ўзгаришлар ёш болаларга нисбатан катталарда кўпроқ учрайди. Гранулоцитлар сони пасайиб кетиши ҳисобига лейкопения ( $0,5 \times 10^9/l$ ) кузатилади.

**Лейкозлар.** Касаллик бирданига тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, тери рангларининг оқариши билан бошланади. Тез орада талоқ ва бўйин лимфа тугунлари катталашади. Бодомча безлари аввал катталашиб қизаради, вақт ўтган сари дағаллашиб боради. Без юзасида чуқур жойлашган яралар пайдо бўлади. Ҳалқум, бурун ҳалқум шиллиқ қаватлари қизарган, бир қанча вақтдан сўнг юзалари некрозга учраб, кучли қон кетиши кузатилади. Вақт ўтиши билан қон кетиши ҳаёт учун хавfli бўлиб қолади, шу билан бирга иккиламчи қон кетиши ривожланади. Лейкоз билан оғриган болалар ЛОРга бурундан қон кетиши сабабли мурожаат қилади. Бундай шароитда бурунга докали пилик қўйилиб, қон ивиш вақтини тезлаштирувчи дорилар қўлланилади.

## **ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ҲАЛҚУМНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ**

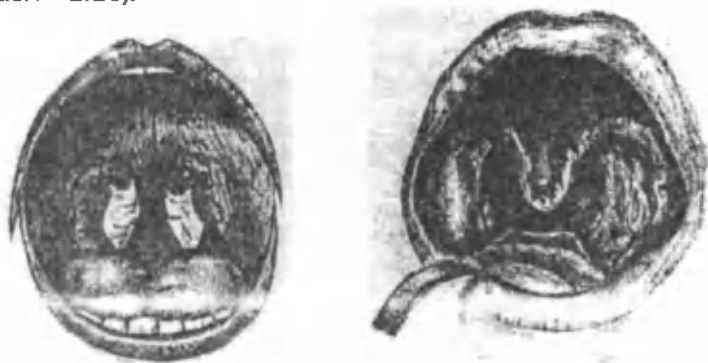
**Ҳалқум бўғмаси.** Ҳалқум бўғмаси ўткир юқумли касаллик бўлиб, касаллик қўзғатувчиси - Леффлер таёқчаси ҳисобланади. Касаллик бемор билан гаплашганда, ҳаво орқали, бемор идишларини қўллаш орқали тарқалади. Бундан ташқари бактерия ташиб юрувчилардан ҳам касаллик тарқалиши мумкин. Кейинги йилларда касалликка қарши фаол эмлаш натижасида касалликни эпидемик тарқалишининг олди олинди. Касаллик болаларда ва катталарда учрайди. Кўпинча жараёнга ҳалқум, бодомча безлари берилувчан бўлади. Касалликни яширин даври турлича. Ҳалқум бўғмаси ёйилмаган, ёйилган (заҳарловчи) ва геморрагик шаклларда намоён бўлади. Бўғмани ёйилмаган шакли лакунар

ёки фолликуляр ангиналар кўринишида кечади, лекин улардан фарқли равишда бўлмада тана ҳарорати юқори даражада бўлмайди, катта ёшдагиларда эса бутунлай тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилмайди. Бўғмани бу шакли оз миқдордаги шишган бодомча безлари юзасида кулранг-сарғимтир нуқтасимон қоплама қизарган безларни шиллиқ қаватидан ажралиб туради. Умумий аҳволи кам ўзгаради. Томоқда оғриқ кучсиз, жағ ости лимфа тугунлари бироз катталашган, бўғмага тааллуқли бўлган асосий белги фақат бактериологик текширув натижасига кўра қўйилади.

Енгил шаклдаги ўтган бўғма кам ҳолларда ўз вақтида аниқлаб олинади. Шунинг учун енгил шаклда ўтган ангинадан 2-3 ҳафтадан сўнг юмшоқ танглайни фалажи пайдо бўлгандагина бўғманинг кечганлиги аниқланади. Бунда эпидемик жиҳатдан касал жуда хавfli ҳисобланади. Безлар юзаларидаги нуқталар бир-бирлари билан қўшилиб қалинлашгандан сўнг оқиш ёки сарғимтир қопламага айланади. Бу мустаҳкам жойлашган қоплама фақатгина бодомча безлари юзаларини эгаллаб қолмай, балки кичик тил ва юмшоқ танглай соҳаларигача ёйилади. Жараённинг орқага қайтишида қопламани йирингли ажралма билан бўқиши ва ажралиши, ўрнида эса тезда битиб кетувчи яралар қолдиради.

Бўғмани ёйилган заҳарловчи (токсик) шакли умумий аҳволни оғирлашиши билан кечади. Тана ҳарорати юқори 39-40°C даражада, тери ранги оқарган, бемор тушкунликка тушган, ҳолсизлик, оғиздан қўланса ҳид келиши каби белгилар билан бошланади. Касалликнинг биринчи кунларидаёқ кучли шишган ва қизарган бодомча безлари кир қоплама билан қопланади. Қоплама безлар чегарасидан ташқарига ҳам тарқалади. Бурун ҳалқум қисмига ва пастга ҳиқилдоқ ҳалқумга тарқалиши мумкин. Лимфа тугунларининг катталашган бўйин тўқимасида шиш пайдо бўлади, оғир ҳолларда шиш умров суюғигача тарқалади. Баъзан бўғма билан зарарланган жойларда гангренозли ўзгаришлар ҳам кузатилади, қоплама ифлосланган кулранг бўлиб, сассиқ ҳидли қуюқ ажралма бурундан ва оғиздан оқиб туради. Бўғмани геморрагик шаклида шиллиқ қаватда ва тери қаватларида қон қуйилишлар пайдо бўлади. Бўғмани геморрагик ва токсик шакл-

лари ўта тез ривожланиши билан характерланади. Бўғмани асосан лакунар ангина билан таққослаш зарур. Лакунар ангинада тана ҳарорати 40°C кўтарилиши, пульснинг тана ҳароратига мос равишда ўзгариши билан бошланса, бўғмада тана ҳарорати субъфебрил кўтарилиб, анча муддатдан сўнг фақат 40°C гача кўтарилиши мумкин ва узоқ вақт сақланиб туради. Пульс аввал секинлашиб, сўнгра тезлашади, аритмик характерга эга. Бодомча безлари бироз катталашган, ангинада сарғимтир рангдаги қоплама билан қопланиб, кўчирилган вақтда осонлик билан олинади ва юмшоқ бўлади. Бўғмада қоплама оқ кулранг бўлиб, қийинчилик билан кўчади ва қаттиқ бўлади. Кўчгандан сўнг ўрнида қонаб турувчи яраларни қолдиради. Бўғмадаги қоплама лакунар ангина қопламасидан фарқ қилиб, яъни ангинада ҳосил бўлган қоплама фақат без юзасида жойлашган бўлади. Бўғмада эса бодомча безлари чегарасидан ташқарига ёйилиб чиқади ва танглай ёйлари, кичик тил, қаттиқ танглайга тарқалган бўлади (расм - 2.26).



**Расм-2.26. а, б - ҳалқум бўғмаси.**

Ангинада асосан жағ ости лимфа тугунлари катталашган, пайпаслаб кўрилганда қўлга урилади, оғриқли, бўғмада эса ҳар томонда турлича лимфа тугунларини катталашиши аниқланади. Тери ости тўқимаси шишади, бўйиннинг чизиқлари теккисланади. Бактериологик текшириш натижасида ангинада кокклар



(стрепто-стафилококк) аниқланса, бўғмада Леффлер таёқчаси касалликни асосий қўзғатувчиси ҳисобланади.

**Даволаш:** Ташҳиснинг аниқланишида оз бўлса-да бўғмага таҳмин қилинганидан бошлаб, бўғмага қарши зардоб қўлланилади. Бўғмани тарқалмаган шаклида зардоб бошланғич миқдорда 10000-20000 АЕ юборилади. Бўғмани заҳарловчи шаклида эса клиник кечишини ҳисобга олган ҳолда 30000-60000 АЕ миқдорда юборилади. Кейинги вақтларда эса, яъни, касаллик тўла йўқолиб кетгунига қадар берилаётган зардоб миқдори камайтириб борилади. Ёш болаларда (2 ёшга қадар) 1/2 миқдорда зардоб Безредка усули бўйича юборилади. Аввал 1:100 зардоб аралашмаси 0,1 мл. тери остига берилади, 20 минут давомида ҳеч қандай реакция содир бўлмаса ёки 1 см. атрофида тери ранги қизарса, 0,1 мл. аралаштирилмаган соф зардоб тери остига юборилади. 30-60 минутдан сўнг даволаш учун мўжалланган зардобни барча миқдори мушкул ичига юборилади. Ҳозирги вақтда диализ қилинган, оқсиллардан тозаланиб, ферментлар билан қайта ишланган «Диаферм» деб аталувчи зардоб қўлланилади. Диаферм анатоксинларнинг юқори концентрациясини сақлаши билан характерланади. Бўғмани токсик шаклида дезинтоксикацион терапия, глюкокортикоидлар ишлатилади. Бўғма натижасида бўғилишда интубация ёки трахеотомия қилинади. Катта ёшдаги болаларда маҳаллий даволашга борли кислотанинг кучсиз эритмалари, натрий тетраборат эритмалари билан томоқни чайқаб туриш тавсия этилиб, назорат қилиб борилади. Таҳминан 3-4 ҳафталардан сўнг баъзи беморларда қуйи асаб толаларининг бўғма таъсирида функциясини бузилиши оқибатида юмшоқ танглайни фалажи ривожланади. Бунда суюқ овқатлар, суюқлик бурун орқали қайтиб чиқади, беморнинг овози ўзгариб, димоғида гапиради. Фалажни енгил шаклида мустақил равишда вазифаси тикланади, оғир ҳолларда фарадизация қилинади: тери остига 0,1 % стрихнин юборилади ёки боланинг ёшини этиборга олган ҳолда томчи миқдори аниқланиб, ичишга буюрилади. Лекин 2 ёшгача бўлган болаларда ичиш тавсия қилинмайди. Бўғма билан касалланган болалар тезлик билан юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилади. Профилактика: касалликнинг олдини олиш аҳолини

бўғмага қарши актив эмлаш ишларини ўз вақтида олиб бориш билан амалга оширилади.

**Скарлатина.** Ушбу касаллик асосида ҳалқумда ялғиланишнинг барча белгилари учрайди. Ҳалқум қизариб, юмшоқ танглай қаттиқ танглайдан аниқ чегара билан ажралиб туради. Касалликнинг биринчи кунларида шиллиқ қаватда нуқта-симон қон қўйилишлар пайдо бўлади. Безлар катталашиб (шишиб) оқиш-кулранг қоплама билан қопланади. Қоплама худди лакунар ангинани эслатади. Бўғмадаги каби безлар некрозга учрайди, қоплама безлар юзасидан ташқарига ҳам тарқалади. Ҳаб турувчи шиллиқ қаватлар қизарган. Бундай зарарланиш бурун ҳалқумни қамраб олади (скарлатинали ринофарингит). Регионар лимфа тугунлари катталашган, пайпаслаб кўрилганда қаттиқ, оғриқсиз. Касалликни бошланишида қоплама билан қопланади, касалликнинг 4-5-кунларига келиб малинасимон рангга киради. Касаллик 2-3 ҳафтагача давом этади. Агар скарлатинани тошмаларсиз кечиши кузатилса, юқорида айтиб ўтилган ўзгаришларни ҳалқум бўғмаси билан таққосланади. Ҳалқум бўғмаси тана ҳароратини жуда камдан-кам кўтарилиши, ютиниш вақтида томоқда камдан-кам ҳолларда оғриқ безовта қилиши, ҳалқумни кучли қизармаслиги билан характерланади. Ташҳисда бактериологик текширишлар катта аҳамиятга эга. Даволаш асосий касалликни бартараф этишга қаратилади, яъни, стрептококка қарши дорилар пенициллин, биомицин, сульфаниламидлардан фойдаланиш яхши натижа беради. Симптоматик даволаш педиатр билан биргаликда олиб борилади.

**Қизамиқ.** Қизамиқ юқори нафас йўллари, ҳалқумда катарал ҳолатлар билан бошланади. Шунинг учун касалликни бошланиш даври кўпинча катарал ангина билан алмаштирилади. Лекин юмшоқ танглайда баъзан эса қаттиқ танглайда қизил рангли, унча катта бўлмаган, нотўғри шаклларга эга бўлган энантемалар ҳосил бўлиши билан характерланади. Энантемаларни катталиги кўпинча илгак бошчасига тенг. Бу тошмалар касалликнинг 1-2-кунлари баданга тошмалар тошишидан аввал пайдо бўлади. 1-2-кундан сўнг бу доғлар ёрилиб бир-бирлари билан қўшилиб кетади ва умумий ҳалқум қизаришини ҳосил қилади. Доғлар ҳосил бўлишида ёки булардан биров аввал Филатов доғлари пай-

до бўлади. Бу доғлар лунжни шиллиқ қаватида илдизли тишларга қарама-қарши жойлашиб, оқ рангли тугунчалар кўринишида бўлади. Тил оқаришидан (молочница) фарқли бир-бирлари билан қўшилиб кетмайди ва олиб ташлашга уринганда кўчмайди, қизамиқ учун безлардаги қоплама характерли эмас.

**Сувчечак.** Касалликни бошланишида оғиз бўшлигининг шиллиқ қаватида ва ҳалқум шиллиқ қаватларида қизариш пайдо бўлади, сўнг майда пуфакчалар асосан танглайда, лунжни ички қисмида, баъзан милкларда кузатилади. Пуфакчалар ёрилиши билан улар ўрнида овал шаклидаги оч-қизил рангли доғлар қолади. Доғлар пайпасланганда оғриқ сезилади.

**Қизилча (краснуха).** Оғиз бўшлиғи, ҳалқумдаги ўзгаришлар шиллиқ қаватларни қизариши билан, шунингдек, шиллиқ қават қизил рангли майда доғчалар ҳосил бўлиши билан чегараланади.

## ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (СПИД)

ОИТС билан касалланган беморлар шартли патоген микроорганизмлар таъсирига қарши чидамлилигини кескин пасайиши ва онкологик касалликларга мойиллик пайдо бўлиши билан характерланади. ОИТС фақат инсонларда учраб, Т лимфоцитлар-хелперлар иммун системасининг бирлигини шикастланиши билан характерланади. Келиб чиқиши: касаллик қўзғатувчиси инсон Т лимфотропик вируси ҳисобланади. Вирус III (HTLV-III) ўзининг хоссаларига кўра ретро вируслар оиласига тааллуқли. Иситишга чидамли (50°C да 10 мин. сўнг ўлади) ва кимёвий моддалар таъсири (20% этил эфири, ацетон, 0,2% гипосульфид натрий ва бошқалар)га сезувчан. Вирус инсонни Т лимфоцити культурасида яхши ўсади. Бу ҳолат маймунларда тажриба орқали синалган.

**Эпидемиология:** ОИТС манбаи ва резервуари фақат касалланган одам ёки вирус ташувчи бўлиб ҳисобланади. Вирус жинсий алоқа, қон куйиш вақтида (қонда вирус бўлганда) ёки қон компонентлари куйилганда соғ одамга ўтади. Турли муолажалар вақтида касалланган бемор қони теккан асбоблар тўла зарар-

сизлантирилмай қўлланилганда, шунингдек, вирус ташиб юрувчиларга қўлланилган асбоблардан фойдаланилганда касаллик юқади. Ёш болаларни зарарланиши трансплантар йўл билан кечади, вирус ҳомилага онанинг ифлосланган қони орқали ҳомиладорлик даврида ёки туғиш вақтида тушади. Болани кўкрак сути билан боқишда, касаллик ишлатилган шприцлардан қайта зарарсизлантирилмай, умров ости венасини катетеризация қилишда, бир шприц билан игнани алмаштириб, мускул ичига инъекция қилинганда ҳам касаллик тарқалади. Булардан ташқари зарарланиш, яна кичик шикастланиш (тери), турли ҳашаротларни чақишидан сўнг, агар вирус ташиб юрувчи манба-қон, сперма жароҳатланган териға ёки шиллиқ қаватға тушиши натижасида ҳам тарқалишини айтиб ўтиш керак. Айниқса, эркалар ва аёллар орасида тартибсиз жинсий алоқа қилувчилар жамият учун хавфлидир. ОИТС вирусига чидамлилиқ ўта юқори даражада.

**Ривожланиши:** Парентерал йўл билан организмға тушган вирус ҳар доим ҳам патологик жараёни келтириб чиқармайди. Бошқа юқумли касалликлар ривожланиши учун керакли бўлган микроорганизмнинг ҳолати, миқдори, қўзғатувчининг патоген хоссаларига боғлиқ бўлгани каби бу касаллик ҳам санаб утилган жараёнларға боғлиқдир. Касалликнинг патогенетик бирлиги Т = лимфоцит - хелперларни ОИТС вирусини билан зарарланишидир. Бу хужайраларға вирус экилганда узоқ муддат яширин сақланиб қолган. Қачонки, бирор инфекция тури таъсирида Т-лимфоцитлар стимуляцияси бошлангандагина касаллик ривожланиши бошланган. Вирус юқори даражада кўпаяди. Бу даврға келиб Т-лимфоцитлар хелперлар сони кескин пасайиб, хужайра регуляциясида қайтмас ўзгаришлар иммун тариқасида юзаға келиб, организм оддий шароитларда ҳам ҳимоясиз, ҳар қандай инфекцияға ҳам қарши кураша олмай қолади.

ОИТС билан ҳалок бўлганлар текширилганда зотилжам, сепсисға хос ўзгаришлар, шунингдек, беморларда тезда тана вазнини пасайиб, озиб кетиш ҳоллари кузатилган. Клиник кўриниши: ОИТС яширин даври 3 ойдан 5 йилгача давом этади. Касаллик аста-секин ривожланиб боради. Бошланиш даврида ҳолсизлик, тана ҳароратининг сабабсиз вақти-вақти билан кўтарилиб туриши, лимфаденопатия, ич кетиши, тана вазнининг камайиши каби

белгилар безовта қилади. Тери қаватида эса оддий чуқурчалар, эритематоз тошмалар ёки терини замбуруғли шикастланиши пайдо бўлади. Кўпинча тана ҳароратининг кўтарилиши ич кетиши билан бирга кечади. Оғиз бўшлиғида ва қирғоқларида оқ рангли қопламалар, тил (лейкоплакияси) чақаланиши, афтозли стоматит, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида учуқлар тошиши каби ўзгаришлар кузатилади. Ҳалқумнинг бодомча безлари ва танглай ёйларида юзаки жойлашган яралар бўлиб, оқ рангли қоплама билан қопланади. Баъзи беморларда ҳалқумни зарарланиши ўткир ангиналар, замбуруғли зарарланиш, қайталанган фарингитлар, синуситлар кўринишида бўлади. Юқорида кўрсатилган белгилар турлича касалликлар кўринишида кечиши мумкин. Касаллик узоқ вақт давом этади, лекин айнан шу касалликка хос махсус ўзгаришлар кузатилмайди. Кўпинча касалликнинг асосий белгиси деб лимфаденопатия ҳисобланади. Бунда ҳамма лимфа тугунлари бир вақтда катталашиши ёки айримлари асосан бўйиннинг орқа томонидаги лимфа тугуни, энса соҳасидаги бўйиннинг олдинги қисмидаги лимфа тугуни катталашади, пайпаслаб қурилганда оғриқли, ҳаракатчан, тери ости қавати бирикмаган ҳолатида бўлади. Кўпинча лимфаденопатия тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечади. Тана ҳарорати 38-40°C гача кўтарилиб, чиқиб тушувчи ёки доимий характерга эга. Ёш болаларда тана ҳароратини кўтарилиши болани бўшашиши, терлаши, ич кетиши билан кечади. Натижада, оғир кечувчи, узоқ муддат давом этувчи шартли патоген флоралар келтириб чиқарган юқумли касалликларга чалинадилар. Масалан: пневмоцистли зотилжам, қизилўнгач кандидози, тарқалган токсоплазмоз, герпетик инфекциялар шулар жумласидандир. Хавфли ўсмалар ичида Капоша саркомаси, карцинома, В хужайрали лимфомалар шулар жумласидан бўлиб, уларга берилувчанлик юқори даражада бўлади. Касалликнинг клиник синдромлари қанчалик аниқлиги ҳисобга олиниб, қуйидагича табақаланади:

1- **босқич.** касалликнинг яширин даври.

2- **босқич.** касаллик белгиларини бирламчи намоён бўлиши.

а) ўткир инфекция;

б) белгисиз кечувчи инфекция;

в) тарқалган лимфоаденопатия.

3- *босқич*: иккиламчи касалликлар.

4- *босқич*: терминал босқич. Онкологик жараёнларнинг ривожланиши билан характерланади.

*Ташҳис*: ОИТС клиник, эпидемиологик ва лаборатория текширишларга асосан қўйилади. Ташҳис қўйишда эпидемиологик анамнез, касалликнинг клиник намоён бўлиши ва қонда махсус антителоларни топилиши катта аҳамиятга эга. Қўшимча текшириш усулларидан иммунофермет ва радиоизотоп текшириш усуллари натижалари ҳам ҳисобга олинади. ОИТС ни ёш болаларда кечиши юқорида баён қилингандан ташқари бирламчи иммун танқислиги, узоқ муддат кортикостероидларни қабул қилганда, кимёвий усул билан даволангандан сўнг ҳам юзага келиши мумкин. ОИТС катта ёшдаги болаларда инфекциян мононуклеоз, қизил волчанка, қон касалликлари, иккиламчи иммунодефицит ҳолатлари ва бошқа аутоиммун касалликларидан ҳам фарқлаш лозим. Касаллик асорати: жуда оғир, 40-50% ҳолларда ўлим билан якунланади. Касалликнинг кечиши касаллик аниқлангандан сўнг ўлимгача бўлган давр - 2-3 ойдан 2 йилгача давом этади. Ҳеч қачон иммун функциялар бирорта беморда қайтадан тикланмайди. Ёш болаларда касаллик башорати муҳим аҳамиятга эга.

*Даволаш*: вирусга қарши чораларга азидотимидин, интерферон, виразол ва бошқаларни қўллаш қулай. Иммунитетни қайта тиклаш мақсадида тимус дорилари (тимозин, Т активин, тималин) левомизол, нуклеит натрий, индометацин ва бошқалар тавсия қилинади. Иккиламчи инфекциянинг қўшилишининг олдини олиш чоралари ҳам бир вақтда асосий касалликни давоси ҳисобланади. Бу мақсадда антибиотиклар, сульфаниламидлар кенг қўлланилади.

*Профилактика*: касалликнинг олдини олишни асосий ва бирдан-бир чораси бутун дунёда яшаш тартибини тўғри ташкил қилишдан иборат. Шунингдек, фоҳишалikka қарши кураш ва зарур чораларни қўллаш, гиёҳвандлик, жинсий бузуқлик каби иллатларни йўқотиш каби тадбирлар ўтказишдан иборат. Қон донорларини серологик ва клиник текширишдан ўтказиш, кўп маротаба қўлланиладиган шприцлардан тўғри фойдаланишни

назорат қилиб туриш, аҳоли ўртасида тушунтириш ишларини олиб бориш керак.

## **БОДОМЧА БЕЗЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИГЛАНИШИ** *(Tonsillitis choronica)*

Бодомча безларининг сурункали яллигланиши ёки сурункали тонзиллит катта ёшдагиларда ҳам кичик ёшдагиларда ҳам энг кўп учрайдиган касалликдир. Аҳолини 15,8 фоизи сурункали тонзиллит билан касалланган. Касалликнинг келиб чиқишига ўткир ангиналар ёки ўткир юқумли касалликлар (скарлатина, қизамиқ, бўғма) сабаб бўлиб, касаллик ҳалқум лимфоид тўқимасини шикастланиши билан кечади. Бундан ташқари касалликни келтириб чиқарувчи сабабларга кўра гўдакларни сунъий ёки аралаш тарзда овқатлантириш, сил натижасида ривожланадиган умумий интоксикация, сунъий диатез оқибатидаги аллергия реакциялар каби факторларни киритиш мумкин. Сурункали тонзиллитни шаклланишида ёш болаларда аденоид тўқимани катталашуви, болаларда эса сурункали аденоидит, болаларда ва катталарда бурун орқали нафас олишни қийинлашувига сабаб бўлувчи бурун тўсигининг қийшайиши, ирсият ва бошқалар муҳим аҳамиятга эга. Сурункали инфекция ўчоғи бўлиб тиш-жағ системаси, бурун ён бўшлиқлари касалликлари хизмат қилади. Сурункали тонзиллитни келиб чиқишининг асосий сабаби танани касалликка чидамлилик ҳолатини пасайиши, яъни, турли микрофлораларга таъсир этувчи иммуноглобулинлар, интерферон - вирусга қарши иммунитет, лизоцим ишлаб чиқишда бодомча безларининг фаоллигини пасайишидир. Бу ҳолат бодомча безларида сурункали яллигланишни тезлаштиради.

Касалликни қўзғатувчи стрепто-стафилококкларнинг турли типдаги полимикроб инфекцияси, ҳаттоки замбуруғлар ҳисобланади. Касалликни махсус қўзғатувчиси микрофлора бўлиб, А гурппадаги, β турга мансуб бўлган гемолитик стрептококк ҳисобланади. Микрофлорани β тури бод касаллигининг этиопатогенези билан чамбарчас боғланаган. Лақунани тўлдириб турган йирингли детрид кўчган эпителий ва овқат қолдиқлари бу қўзғатувчининг кучайиб, тезроқ ривожланишига яхши шароит яратиб беради. Инфекция бодомча безларидан лимфа тизимига тарқалади, натижада бодомча безларининг паренхимаси яллиғланишида гиперплахия, чандиқланиш каби ўзгаришлар юзага келади. Паталого-анатомик ўзгаришлар: бодомча безлари турлича ўзгаришда эпителий қаватида кўп даражадаги мугузланиш, интерстициал тўқимада лейкоцитларни етилганлиги ва ядроларни бўлиниши, фагоцитоз ҳодисаси, гигант хужайралар, лимфоцитар - периваскуляр инфилтратлар ва қон-томирларнинг облитерациясига олиб келувчи ички қаватни инфилтратлари, вена қон томирлари соҳасида фибринозли чандиқланишга хос ўзгаришлар ва капиллярлар соҳасида ҳам шундай ўзгаришлар учрайди. Лақуналарда юқорида айтиб ўтилган массаларни йиғилиши натижасида бодомча безларининг лимфоаденоид тўқимасини шикастланиши фолликулаларни абсцесси ва қон-томирлар атрофида оз ёки кўп миқдордаги инфилтратларини ҳосил қилади (паренхиматозли сурункали тонзиллит).

Сурункали тонзиллит учун бодомча безларининг катталашиши харкатерли эмас, нормал шаклда (катталашган ёки атрофияланган), айрим ҳолларда крипталарда турли катталиқдаги кисталар ҳосил бўлади. Булар ясси эпителийни юққалашиб, шохсимон қобиғи билан тўлиши натижасидир. Танглай ёйлари айрим ҳолларда қизарган ёки шишган, безлар лақунасида вирулентли стрепто-стафилококклар ва бошқа бактерияларни сақланиши ва кўпайиши учун яхши шароит яратади. Эпителийнинг кўчиши натижасида йиринглар ҳосил бўлади, бу йиринглар фибринозли қоплама билан қопланган. Лақуналар ичидаги инфекциялар бодомча безлари билан бевосита алоқада бўлиб, касаллик хуружида лейкоцитар инфилтратлар ҳосил бўлишини таъминлайди. Фолликулалар ёрилишида эса унча катта бўлмаган



абсцессларни ҳосил қилади. Булар баъзида майда веналарни тромбофлебитга кейинчалик жараёни йўгон вена томирларига ёйилишга сабабчи бўлади. Баъзан микроблар ва вируслар лимфа тизимидан тарқалади, шунинг учун сурункали тонзиллоген бўйин регионар лимфаденитлари ҳам учраб туради. Касалликнинг (яллиғланиш жараёни) узоқ муддат кечишида паратонзилляр тўқимани жараёнга қўшилган ҳолда касалликни тез-тез ҳуруж қилиши (флегманоз ангина) натижасида чандиқ ҳосил бўлиб, бодомча безларининг бўш юзасининг танглай ёйи билан чандиқли қўшилиб кетиши кузатилади. Бунда фолликуляр аппаратни атрофияси ва йўқолиб кетиши натижасида бу жойлардан қўшимча тўқима юзага келиб, безлар атрофияланади (сурункали тонзиллитни чандиқли шакли). Баъзан тонзиллитнинг бу шаклида перитонзилляр тўқимани айрим жойларида тоғай ва суяқланиш жараёнини кўриш мумкин.

1954 йилда И.Б.Солдатов сурункали тонзиллит классификациясини ишлаб чиқиб, қўллаш учун таклиф қилди ва 1975 йилда Тибилиси шаҳрида бўлган оториноларингологларнинг VII съездида қабул қилинди.

Сурункали тонзиллит қуйидаги шаклларга бўлинди:

**Носпецифик** - компенсацияли шакли.

декомпенсацияли шакли.

**Специфик** - юқумли гранулемаларда, силда, сифилис, склеромада.

Сурункали тонзиллитни компенсациялашган шакли учун хос белгилар асосан маҳаллий ўзгаришлардан иборат: танглай ёйларини қизариши, шиши, қалинлашуви, безларнинг чандиқланиши, юзаларининг нотекислиги. Беморлар деярли ҳеч қандай шикоят қилмайдилар. Сурункали тонзиллитни декомпенсацияли шаклида эса юқорида қайд қилиб ўтилган белгиларга қўшимча равишда қайтарилиб турувчи ангиналар, субъфебрил тана ҳарорати, тиреотоксикоз, бод натижасида юракни митрал етишмовчилиги, тонзиллокардиал синдром, нефрит ва бошқа ўзгаришлар кузатилади. Бодомча безларининг сурункали яллиғланишини бу шакли ёш болаларда кўп учрайди. Специфик касалликлар оқибатида ривожланган сурункали тонзиллит қўшимча текшириш усуллари натижаларига кўра аниқланади.

Б.С.Преображенский сурункали тонзиллит учун 1964 йилда классификация ишлаб чиқди. Бу классификация ҳозиргача амалиётда қўлланиб келинмоқда.

**Сурункали тонзиллитнинг классификацияси:**

**Оддий шакли, токсико-аллергик шакли**

**I даража      II даража**

## **ЙЎЛДОШ КАСАЛЛИКЛАР ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР**

Сурункали тонзиллитнинг оддий шаклида касалликни фақат маҳаллий белгилари намоён бўлади. Бемор анамнезида бир ёки икки маротаба ангина билан оғриган. Хасталикнинг бу турида беморни маҳаллий ва умумий ҳимоя қуввати сақланади. Сурункали тонзиллитни токсико-аллергик шакли I даражасида касалликнинг маҳаллий ва умумий белгилари намоён бўлади. Маҳаллий белгиларидан олдинги танглай ёйлари қизиллиги - Гизе белгиси, ёйларнинг юқориги қисми қирғоқлари шишган - Зак белгиси, сурункали яллиғланиш натижасида танглай ёйлари қирғоқлари дағаллашиб, катталашган - «Б.С.Преображенский» белгилари кўринади. Бунда бодомча безлари юзалари дағаллашган гадир-будир, лакуналар ҳидли йирингли детрид билан тўлган, танглай ёйлари бодомча безлари билан чандиқлашиб кетган, жағ ости лимфа тугунлари катталашган бўлади. Умумий белгилардан субфебрил тана ҳарорати, тонзиллоген интоксикация (ҳолсизлик, қувватсизлик, тез чарчаш, меҳнат фаолиятининг пасайиши), вақти-вақти билан бўғимларда оғриқ, бўйин лимфаденити, юрак фаолиятининг функционал ўзгариши яна юрак соҳасида оғриқни сурункали тонзиллитни қўзғалган вақтида безовта қилиши мумкин. Об'ектив текширишлар натижаси (ЭКГ, функционал синама) ўзгаришсиз бўлиши эҳтимоли бор. Лаборатор текширишлар (қон, иммунологик кўрсаткичлар) эса характерли эмас. Лекин қўзғалиш вақтида ЭКГда юрак миокардини етишмовчилиги, қонда лейкоцитоз ва СОЭ тезлашганлиги қайд қилинади. Бундай ўзгаришлар қўзғалиш даври ўтгандан кейин ҳам бир неча кунгача сақланиб туради. Касалликнинг

анамнезида ангинани бир неча маротаба қайталаниши, баъзан паратонзиллит билан асоратланиши кузатилади. Сурункали тонзиллитни токсико-аллергик шаклини II даражасида маҳаллий белгилар аниқ намоён бўлади. Касаллик анамнезида тез-тез ангинани қайталаниши, паратонзиллит ва паратонзилляр абсцесс билан асоратланишига имконият бўлади. Йўлдош касалликлар белгилари доимий безовта қилади.

## СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИНГ АСОРАТЛАРИ

Бу касалликлар сурункали тонзиллитлар этиологик ва патогенетик факторлари билан умумийдир. Бу касалликлар а) умумий ва б) маҳаллий турга бўлинади:

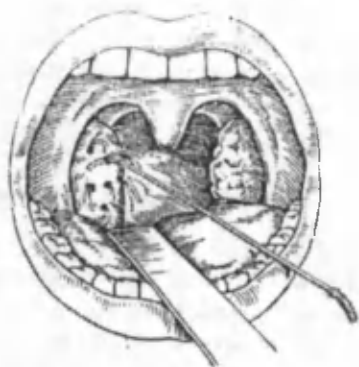
а) ўткир ва сурункали тонзиллоген сепсис, ревматизм, артрит, юрак касалликлари, сийдик ажратувчи система, бўғимлар ва бошқа аъзоларнинг инфекциян аллергиян табиатдаги касалликлари;

б) паратонзилляр абсцесс, парафарингит, фарингит. Касаллик ташҳиси юқорида айтиб ўтилган объектив ва субъектив белгиларга асосланиб қўйилади.

**Даволаш:** касаллик ҳуружи вақтида бемор касалхонага ётқизилади ва кўрсатма бўйича антибиотиклар, сульфаниламидлар, антигистамин дорилар белгиланади. Касалликнинг ҳуружсиз вақтида танани табиий қувватини ошириш мақсадида кун тартибини сақлаш, витаминларга бой овқатлар, жисмоний чиниқиш, санаторияларда дам олиш тавсия қилинади. Гипосенсибилизация қилиш мақсадида антигистамин дорилар, кальций дорилари, аскорбин кислотаси, кортикостероидлар қўлланилади. Левомизол, тимолин ва бодомча безларига гелий-ион лазер нурлари билан таъсир этилади (расм-2.27).

Бодомча безларининг лакуналарини антисептик ва антибиотиклар билан ювиш, дори моддаларини бодомча безларига электрофорез, ингаляция усуллари билан юбориш, УВЧ, СВЧ, игна билан даволаш самарали ҳисобланади. Кейинги вақтда биологик актив моддалар билан ультратовуш орқали даволаш кенг тарқалди, бу усул безларнинг ҳимоя хоссасини стимуляция қилишга асосланган, касалликни декомпенсацияли

шаклида, жарроҳликка қарши кўрсатма борлигида бодомча безлари гальванокаустика қилинади.



Расм-2.27. Бодомча безлари лакуналарини ювиш.

Сурункали тонзиллитни жарроҳлик усули билан даволаш: тонзиллоэктомия - бодомча безларини қопчаси билан бутунлай олиб ташлаш ҳисобланади.

#### **Жарроҳликка кўрсатма:**

1. Сурункали тонзиллитнинг оддий шаклини консерватив даволаш самарасиз (йил давомида ангинани бир неча бор қайталаниб туриши).

2. Қайталанувчи паратонзилляр абсцесслар.

3. Яққол токсико-аллергик белгилари.

4. Сурункали тонзиллит натижасида ички аъзоларнинг зарарланиши (ревматизм, полиартрит, нефрит, сепсис).

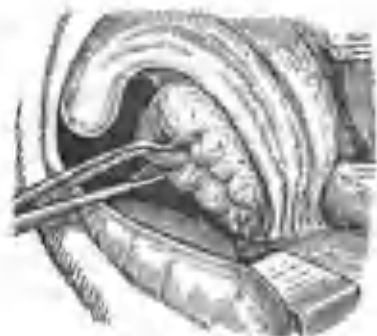
Асосан 7 ёшдан бошлаб тонзиллэктомия қилиш мақсадга мувофиқдир. Чунки бодомча безлари муҳим иммунологик вазифани бажариб, маҳаллий ҳимоя факторини кучсизланишига олиб келади. Тонзиллоэктомия ангиналар қайталанишининг олдини олади, кўпинча орттирилган касалликларни яхшиланишига сабаб бўлади (расм - 2.28, 2.29, 2.30, 2.31, 2.32, 2.33).

Жарроҳлик стационар шароитида олиб борилиши керак. Оғриқсизлантириш мақсадида танглай ёйлари орқали бодомча безлари атрофига 0,5% ёки 1% - 20,0 мл. новокаин эритмаси юборилади. Тил пастга тортилгандан сўнг, тишсимон қисқич би-

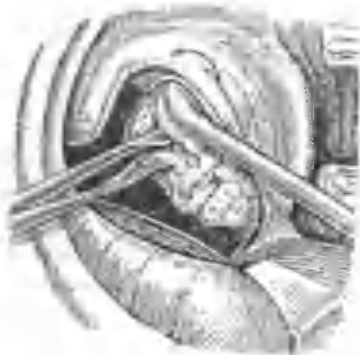
лан (Кохер) бодомча безлари вертикал йўналишда қопчасигача кесилади, ўткир распатор билан олдинги ёйлар безлар қопчасидан ажратилади. Кейин ажратиш ўтмас асбоб махсус распатор ёки учки қисми эгик қайчи ёрдамида бажарилиб, қаттиқ қўшувчи тўқима бўлса эҳтиёткорлик билан қирқиб олинади. Безларни пастки қисми полип ҳалқаси билан ёки қайчи билан кесиб олинади. Жарроҳликдан сўнг бемор бир неча кун давомида ўрнида ётиш керак, оғир жисмоний ва ақлий кучланишдан сақланиш лозим. Бу даврда овқат илиқ, суюқ аталасимон ҳолатда истеъмол қилиниши керак. Биринчи кунлари безлар ўрнини оқ рангли фибринозли қоплама қоплайди, аста секин грануляция билан алмашади. Жарроҳликни 8-10 кунларига келиб олинган без ўрнини эпителий қоплайди. Айрим қонаб турган томирлар докали тампон билан босиб турилиши керак ёки қисқичлар ёрдамида қонаётган томирларни қисиб қўйиш билан қон тўхтатилади. Агар қон кетиши паренхиматоз бўлса, олинган бодомча безлари ўрнига қон тўхтатувчи махсус ғовак тампонлар қўйилади ёки докали тампон қўйиб, 2-3 кунга олдинги ва орқа танглай ёйлари тикиб қўйилади. Докали тампон қўйилишидан аввал перикись водород зритмасига чилаб олинади, тампон бармоқ билан ёки қисқич билан ўрнатилади ва ушлаб турилади, бошқа қўл билан бир вақтда бўйинга қарама-қарши босим кўрсатилади. Қоннинг ивишини тезлатувчи дорилар юборилади. Оғир ҳолларда бир гуруҳдаги қон қўйилади. Ташқи уйқу артерияси боғланади.

Сурункали тонзиллитларда, паратонзиллитларда тонзиллэктомия жарроҳлигидан сўнг беморнинг умумий аҳволини яхшилашни ва сурункали тонзиллит натижасида пайдо бўлган йўлдош касалликларни бартараф бўлиши яққол даражада намоён бўлади. Айрим вақтларда агар тонзиллэктомия жарроҳлиги яхши қилинмаса, пастки қисмларда без қолдиқлари қолиши мумкин. Бу қолдиқлар вақт ўтиши билан яна яллиғланиб, ангина ва паратонзиллит ҳолида кечиши мумкин (Б.С.Мелечин ахбороти бўйича 7 % ангина ва 1 % паратонзиллитлар кузатилади. 1963 й.). Тонзиллитлар натижасида келиб чиққан ички аъзолар касалликларига келсак, бунда касаллик турига ва кечишига қараб аниқланади. Сурункали тонзиллитни ревматизм билан кечишида

тонзиллэктомиядан сўнги бемор аҳволининг яхшиланиши муаллифлар тадқиқотлари бўйича (29,5%-42,8% гача) турличадир. Сурункали тонзиллит билан ўпка касалликлари орасида ҳам узвий боғлиқлик борлиги (пневмония, бронхиал астма ва бошқалар) исботланган. Тонзиллэктомиядан сўнг бу касалликлар кечиши енгиллашган, қайталаниши камайган. Ошқозон-ичак, буйрак касалликлари ҳам тонзиллэктомиядан сўнг анча енгиллашган ва кам асорат қолдирган.



**Расм-2.28. Тонзиллэктомия боқичлари. Юқориги қисм шиллиқ қават остини кесиш.**



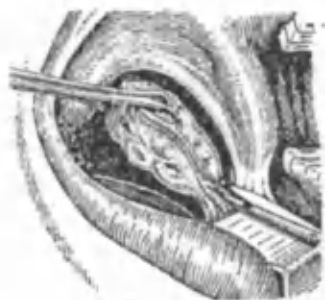
**Расм-2.29. Юқориги қисмни ажратиш.**



**Расм-2.30. Чандиқларни кесиш.**



**Расм -2.31. Ташрих вақтида қонни тўхтатиш учун бодомча без чуқурчасига тампон босиш.**



**Расм-2.32. Пастки қисми ажратиш учун дағал толаларни кесиш.**



**Расм-2.33. Безнинг пастки қисмини кесиш (охирги босқич).**

Сурункали тонзиллитларнинг келиб чиқиши ва ривожланишида сурункали тонзиллитни токсико-инфекцион ва токсикоаллергик ўрни юқори даражада бўлганлиги учун ҳам тонзиллэктомияни фойдалилиги анча юқори даражада бўлади.

## **АНГИНАЛАР ВА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ**

Ангиналар қайталанишининг олдини олиш сурункали тонзиллитлар олдини олишнинг муҳим омили ҳисобланади. Мазкур жараён икки йўналишда бўлиб, махсус ва умумийдир. Касалликнинг олдини олишнинг махсус усули танани мустаҳкамлаш, турли касаллик қўзғатувчиларига, ташқи таъсирларга қарши чидамлилигини ошириш ва бошқалар кўзда тутилади. Ангиналар кўпинча маҳаллий ва умумий танани шамоллаши натижасида ривожланади, шунинг учун танани чиниқтириш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш, ҳаво ванналари, баданни нам латта билан артиш, сув ҳароратини аста-секин пасайтириб бориш билан душ қабул қилиш катта аҳамиятга эга. Касалликнинг олдини олишни умумий чоралари гигиена қоидаларига амал қилиш бўлиб, асосан касаллик чақирувчиларга қарши кураш билан боғланган, атроф му-

ҳитнинг тозалиги, меҳнат ва дам олишни тўғри ташкил этиш шулар жумласидандир. Бундан ташқари кузда ва баҳорда ультрабинафша нурлари билан таъсирланиш ва танани умумий ҳимоя қувватини ошириш ҳам муҳим омиллардан бири ҳисобланади. Касалликнинг олдини олиш оғиз, бурун бўшлиқларида турли касаллик ўчоғи ҳисобланган яллиғланишларни бартараф қилишдир. Аҳоли орасида турли озодалиқ - гигиена ишларини олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Сурункали тонзиллит бир қанча касалликларни (ревматизм, ревмокардит, бўғимларни ревматик яллиғланиши, буйрак касалликлари) келиб чиқишига сабабчи бўлади. Шунинг учун ҳам сурункали тонзиллитнинг олдини олиш ва даволаш бир қанча йўлдош касалликларни ҳам даволаш демакдир.

## ҲАЛҚУМНИНГ СПЕЦИФИК КАСАЛЛИКЛАРИ

**Ҳалқум сили ва «волчанка»си.** Ҳалқум сил билан камдан-кам зарарланади. Ҳалқум силини пайдо бўлиши жуда узоқ муддат давом этаётган ўпканинг сил билан зарарланиши натижасидир. Яъни, узоқ муддат давом этаётган жараёнда организмни умумий қаршилик кучи пасайиб кетади. Ҳалқумнинг сил билан зарарланиши иккиламчи ҳисобланади. Ҳиқилдоқ ёки ўпкадаги балғамни доимий таъсири натижасида ҳалқумни шиллиқ қаватлари сил билан зарарланади. Юмшоқ танглайда ҳосил бўлган белги ҳар доим ҳам умумий милиар сили деб ҳисобланмай, балки касалликнинг бошланғич белгиси дейиш мумкин. Ҳалқум силининг белгилари: томоқда нафақат овқат ютишда, балки сув ютишда ҳам кучли оғриқ безовта қилади. Кўрилганда унда силга хос яралар учрайди. Инфилтрация даврида беморлар шикоят қилмайдилар. Силлик яралар танглай ёйларида ва ҳалқумнинг орқа деворларида жойлашади, бодомча безлари ва юмшоқ танглай камдан-кам зарарланади. Силга хос бўлган яралар қирғоқлари нотекис, оч пушти рангда, юзаси баъзида йирингли қоплама билан қопланган, яра остида грануляция бўлади. Баъзида яралар чуқурлашиб, ҳаттоки умуртқа поғонасигача кириб боради. Юмшоқ танглайда ва танглай ёйларида ҳосил бўлган яралар натижасида бу аъзоларни фалажлиги пайдо бўлганда ютилган овқатлар бурун орқали қайтиб чиқади. Беморнинг овози



ўзгариб, пингиллаб гапиради. Иккиламчи касаллик қўзғатувчиларнинг қўшилиши натижасида оғиздан қўланса ҳид келади, организмни умумий аҳволи оғирлашади.

**Ташҳис:** касалликнинг бошланиш даври анчагина мушкул, шунинг учун бемор ҳар томонлама текширилади. Ҳалқум силининг ҳалқум раки, захмидан ажратиш лозим. Касалликнинг охириг босқичларида ташҳис клиник кўринишларга, микроскопик, шунингдек, умумий текширишлар натижаларига асосан қўйилади.

**Волчанка.** Силни махсус шакли бўлиб, сил сингари секин ривожланади. Кўпинча бир томонлама юзни ёки буруннинг зарарланиши билан кечади. Аввал ҳалқумнинг шиллиқ қаватида юзаки яралар пайдо бўлиб, грануляциялар билан қопланади. Яраларда кучсиз оғриқ бўлади ёки бутунлай безовта қилмайди. Силдан фарқли равишда яралар чандиқлашиб боради ва беморни умумий аҳволи оз даражада ўзгаради (расм-2.34).



Расм-2.34. Волчанка.

**Даволаш:** ПАСК, фтивазид, стрептомицин қўлланилади. Маҳаллий даволаш ромашка дамламаси билан тез-тез томоқни чайқаш, яраларни трихлоруксус кислотаси ёки сут кислотаси билан артиш (50-80%), гальвванокаустика қилишдан иборат. Кварц нурлари билан нурлантириш, перикись водород зритмаси билан оғизни чайқаш, ютиниш вақтида оғриқни пасайтириш учун сил яраларига ортоформ кукуни ёки анестезин кукуни сочилади. Тери остига новокаинли блокада қилиш ҳам яхши натижа беради.

Агар организмни қаршилиқ кучи нормал бўлса, жарроҳлик усулидан фойдаланилади ёки электрокагуляция қилинади. Маҳаллий тубуц-кварц қўлланиши мумкин. Волчанкада ичиш учун йодли натрий берилиб, бир вақтда перикись водород эритмаси билан артиш тавсия этилади.

**Ҳалқум заҳми.** Заҳм кечиши турли босқичларда учраши мумкин. Янги туғилган чақалоқларда ҳалқумнинг зарарланиши она сутини эмганда она кукрагидан ёки шиллиқ қават шикастланганда ривожланади. Дастлаб қаттиқ яра (твердый шанкр) лабда, лунжда, юмшоқ танглайда, бодомча безларида учрайди. Касалликнинг бирламчи эффекти эритематозли, эрозивли ёки ярали бўлиши мумкин. Жараён бир томонлама бўлиб, кучсиз кўринишда бир неча ойлар мобайнида давом этади. Бодомча безлари қаттиқлашган, оғриқсиз. Касалликнинг бундай жойлашувида ташҳис кўпинча нотўғри қўйилади. Бир қанча вақтдан сўнг бир томонлама жағ ости, бўйин, энса соҳаларининг лимфаденити ривожланади. Бундай лимфаденитларни ўзига хослиги шундан иборатки, лимфа тугунлари турлича катталашиб, қаттиқ консистенцияли, оғриқсиз бўлади.

Ҳалқум заҳмининг емирилиши (эрозияли шакли). Бу шаклда бодомча безларини бир томонида юзаки, чуқур бўлмаган турли шаклдаги ва ҳажмдаги (0,5-2 см.) емирилишлари пайдо бўлади. Бу емирилишлар силлиқ юзали, қизил рангда, чуқур бўлмаган ва бодомча безлари шиллиқ қаватида жойлашади. Безлар катталашган, кучсиз оғриқ безовта қилади.

**Ярали шакли.** Бодомча безларида яраларни ҳосил бўлиши билан характерланади. Яралар қизил рангли, қирғоғи ноаниқ шаклда, туби кулранг қоплама билан қопланган. Иккиламчи касаллик қўзғатувчилари қўшилиши натижасида ўткир яллиғланиш жараёни белгилари намоён бўлади. Томоқда кучсиз оғриқ безовта қилади. Танглай ёйлариди, бодомча безларида тарқалган шиш пайдо бўлади. Кейинчалик олдинги ва орқанги танглай ёйлариди ва бодомча безларида ҳосил бўлган розеолалар сифилитик ангина кўринишида намоён бўлади. Томоқда кучсиз оғриқ безовта қилади. Танглай ёйлариди, бодомча безларида тарқалган шиш пайдо бўлади. Кейинчалик ҳалқумдаги тошмалар кулранг оқиш рангда, думалоқ ёки овалсимон кўринишда бўлиб,

атрофи қизил жияк билан ўралади. Заҳмининг иккинчи босқичига лимфа тўқималари (бўйин, энса) лимфаденити характерлидир. Учламчи сифилис чегараланган гумма пайдо бўлиши билан характерланади, гуммалар бир томонлама бўлиб, қаттиқ ва юмшоқ танглайлар соҳаларида жойлашади. Бир қанча вақтдан сўнг гуммалар бўлиниб, гуммали яраларга айланади. Гуммали яралар аниқ чегарали, туби ясси, некротик тўқима билан қопланган. Ўз вақтида даволанса яра битади, яра ўзидан сўнг юлдузсимон чандиқлар қолдиради. Ҳиқилдоқ юзаси торайиб, ҳиқилдоқнинг қисилишига олиб келади. Чандиқлар кўпроқ жойга тарқалиб кичик тилларни қамраб олса, беморлар пингиллаб гапиради, эшитув найига тарқалса эшитиш қобилияти пасаяди. Касалликнинг таққослаш вақтида сифилисни полиморфлигини назарда тутиш керак, касаллик кўпинча бошқа касалликларни эслатувчи белгилар билан кечади. Бундай ҳолларда тўғри ташҳис қўйишда беморни умумий текшириш, Вассерман реакцияси, ажралмани микроскопик текшириш, биопсия натижаларига асосланади (расм - 2.35).



Расм-2.35. Заҳм.

**Даволаш:** махсус усулда, яъни, заҳмга қарши даволар олиб борилади. Маҳаллий даволарда перикись водород, формалин эритмаси 1:5000 ва бошқа антисептик дорилар билан томоқ чайқалиб турилади.

**Ҳалқум склеромаси.** Сурункали юқумли касаллик бўлиб, нафас йўллари шиллиқ қаватларини зарарланиши билан, бир неча йиллар давомида ривожланиб бориши билан характерланади. Ғарбий Украина, Белоруссиядаги вилоятлар склеромани эндемик ўчоғи ҳисобланади. Склеромани қўзғатувчиси Фриш-Волкович таёқчаси ҳисобланади. Гистологик тузилиши: склерома инфильтрати фибринозли қўшувчи тўқималарга, қон-томирлар ва ҳужайраларга бой. Кўп миқдорда плазматик ҳужайралар орасида склерома учун хос бўлган махсус ҳужайралар учрайди. Склерома ҳужайраси (Микулич, Волкович-Фриш қопчали бактерияси) ташқари инфильтратларда Руссел гиалинли шар заррачалари бор.

**Касалликнинг кечиши ва белгилари.** Склероманинг кечишида 3 босқич тафовут қилинади:

1. Инфильтративли.
2. Диффуз ёки махсус.
3. Чандиқли ёки регрессив.

Склеромага хос хусусият шундан иборатки, инфильтратлар яраларни ҳосил қилмайди. Касаллик бошида шиллиқ қават атрофияланади. Шилимшиқ ажралма қуюқлашиб, кўриб айрим жойларда қасмоқлар ҳосил қилади. Бунда алоҳида ажралиб турувчи инфильтратлар кўзга ташланади. Улар асосан, физиологик қисилиш жойларда (бурун бўшлиғига кириш қисмида, хоаналарда, бурун ҳалқум юзасида, ҳиқилдоқда, кекирдакнинг бифуркация соҳасида, бронхларда) ҳосил бўлади. Кейинчалик инфильтратлар ўрнида мустаҳкам чандиқли тўқималар ҳосил бўлади. Ҳалқум соҳасида инфильтратлар ҳосил бўлиши кейинчалик чандиқланиш ҳисобидаги деформацияга сабаб бўлади. Чандиқли тўқима ҳисобига орқага ва юқорига тортилиб туради. Бу эса бурун ҳалқум билан алоқани (оралиқни) торайишига ёки бутунлай тўсилиб қолишига олиб келади. Субъектив кўринишлар аввалига жуда кам, беморлар фақатгина бурун орқали нафас олишни қийинлигидан шикоят қиладилар. Аста-секин бунга товушни ўзгариши ва ютинишнинг қийинлашуви қўшилади. Ташҳис анамнезга ва эндоскопик текширишларга асосланилади. Серологик реакциялардан Вассерман, Борде-Жангу қўйилади. Бурун ва оғиздан бактериологик текширишлар учун суртмалар олинади.

Ташҳис беморни яшаб турган жойи, эпидемиологик ахборотлар катта аҳамиятга эга.

**Даволаш** мақсадида асосан стрептомицин қўлланилади. Мускул орасига 0,5-2,0 гача, даволаш курсига эса 40 г. тавсия қилинади. Маҳаллий даволардан зарарланган жойлар шиллик қаватларига димексид эритмаси суртиб турилади. Даволаш вақтида инфилтратлар кичрайиб, аста-секин сурилади. Даволаш муддати 3-3,5 ой бўлиб, 10-20 кун дам олишдан сўнг қайталаниб турилади. Стрептомицин терапияга қўшимча равишда рентгено-терапия қўлланилади. Керак бўлса, айрим қўшилиб кетган инфилтратлар жарроҳлик усули билан ёки электрокоагуляция йўли билан олиб ташланади.

## ҲАЛҚУМНИНГ АСАБ КАСАЛЛИКЛАРИ

Бундай касалликлар қаторига томоқда турли сезгилар пайдо бўлиши билан кечадиган ҳолатлар киради.

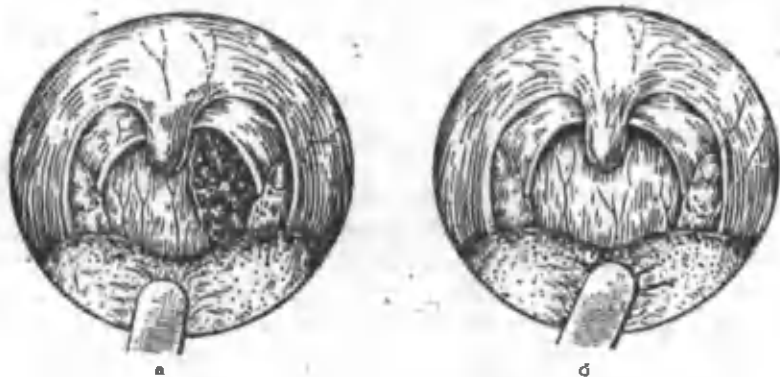
**Анестезия** - томоқда сезги ҳолатининг пасайиши. Ҳалқум анестезиясига сабаблар асабнинг марказий ёки қуйи қисми зарарланиши оқибатида келиб чиқади. Марказий қисмининг зарарланиши бош мия ўсмаси, захм билан зарарланиш, кўп тармоқли склероз ҳолати, бульбар фалажликлар ва бошқа органик ўзгаришга олиб келувчи касалликлар ҳисобига бўлади. Асабнинг қуйи қисми зарарланишига ҳалқум бўғмаси, гриппдан сўнг ривожланадиган фалажликлар киради.

**Гиперестезия** - ҳалқумнинг юқори даражада сезувчанлиги ошувидир. Бундай ҳолат ҳалқумнинг турли касалликларида (сурункали тонзиллит, гранулёз фарингит), чекувчиларда, спиртли ичимлик истеъмол қилувчиларда учрайди. Гиперестезия ҳолати баъзан тананинг умумий сезувчанлиги ошиши билан ҳам кечади. Бундай ҳолатлар истерия, неврастенияда кузатилади. Бунда томоқдаги озгина сезги кўп субъектив белгиларни пайдо қилади - томоқда қичишиш, ачишиш, ёт жисм борлиги ҳиссиёти ва бошқалар. Ташҳис беморнинг шикоятларига ва текшириш усуллари натижаларига асосланган ҳолда қўйилади. Қўшимча равишда беморлар невропатолог, терапевт ва бошқа мутахассислар томонидан ҳам кўрилади.

**Даволашнинг** асосий омилларидан бири - марказий асаб фаолиятини тўғри йўлга солишдан иборат. Керак бўлса эндокрин системаси ҳам даволанади. Агар ҳалқум касаллиги аниқланса, шу касаллик даволанади. Ҳалқум шиллиқ қаватининг сезувчи аппаратиغا физиотерапевтик муолажалар билан таъсир ўтказиш яхши натижа беради. Ҳалқум соҳасига ёки бўйинга (Шербак усули билан) кальций хлорид эритмаси билан электрофорез, хиқилдоқ томир асаб тутамига новокаин билан блокадалар қилиш яхши натижа беради. Руҳий терапия ва игна билан даволаш ҳам қутилган натижаларни бериши мумкин. Булардан ташқари умумий мустаҳкамловчи ва қувватловчи дорилар берилади.

### ҲАЛҚУМНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ

Бурун бўшлиғида қандай ўсмалар пайдо бўлса, бурун ҳалқумда ҳам шундай ўсмалар турлари учрайди. Бундай ўсмаларнинг асосий белгиларидан бири, бурундан нафас олишнинг қийинлашувидир (расм-2.36).



**а) даволашдан олдин.**

**б) даволашдан кейин.**

**Расм-2.36. Ҳалқум ён девори гемангиомаси.**

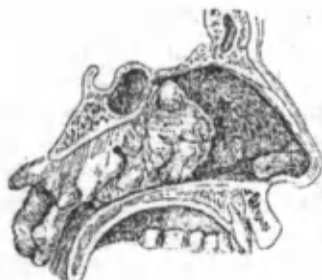
Агар ўсмалар ёмон сифатли бўлса, ўсиш жараёни тезлашиб, қўшни аъзоларга кўпинча ўрта қулоққа, атроф тўқималарга, ҳатто бош мияга ҳам ўсиб кириши кузатилади. Кўкрак ёшидаги болаларда хавфсиз ўсмалардан туғма сочсимон полип (дермоидлар), ўсмирлар ёшидаги фибромалар, хоанал полиплар, ретенцион кисталар учрайди. Сочсимон полиплар туғма полиплар ҳисобланиб, пушт даврида тўқималар шаклланишини нотўғри ривожланишидан пайдо бўлади. У аралаш ўсмалар қаторига кириб, гистологик тузилиши бўйича хавфсиз ўсмалар қаторига кирилади. Лекин клиник кечиши бўйича тез қонаши, қўшни аъзоларга ўсиб кириши ҳисобга олинса, ёмон сифатли ўсмалардек кечади. Бундай ўсмаларни девори қалин, ташқаридан юзаси силлиқ, баъзида туклар билан қопланган, ичи дағал, бир қанча ҳислатлари билан кистани эслатади.

**Хоанал полиплар.** Бурун ҳалқумдан чиқиб, бурун бўшлиғи ёки ён бўшлиқлари ичкарасига қараб ўсади (кўпинча ташқи бурун томонга ўсиши кузатилган.) Бу битта полип бўлиб, бурун ҳалқум юзасини тўлдиради. Баъзида пастга қараб тушиб боради ва юмшоқ танглай ортидан кўриниб туради. Гистологик жиҳатдан қуйидагича тузилишга эга: хоанал полиплар тузилиши бўйича бурун бўшлиғидаги полиплар билан бир хил тузилишга эга, баъзида мустаҳкам қўшувчи тўқимани ўсиб бориши туфайли биров қаттиқроқ бўлади. Улар доимо узун, ингичка оёқчага эга бўлиб, пайпаслаб кўрилганда ҳаракатчан, қонамайди, қўшни тўқималар томонга ўсмайди ва уларнинг тузилишини бузмайди. Бурун ҳалқумнинг суяк деворига ҳам таъсир кўрсатмайди.

**Даволаш.** бурун орқали хоанал илмоқ ёки полипли илмоқ билан олинади. Агар шу томондаги ёндош бўшлиқ вақтида даволанмаса, касаллик қайталаниши мумкин.

**Бурун ҳалқум фибромаси.** Ўсмирлар бош суяги асоси (ангиофибромаси). Ўсманинг бу тури 7-13 ёшдаги болаларда, яъни, эркаклик аломатлари ривожланиб боришида пайдо бўлиб, ривожланади. Ўсманинг ўсиши учун қулай жой ҳалқум орқа деворининг томи - тоғай тўқиманинг қолдиғи ҳисобланади. Лекин ўсма бошқа жойлардан қўшни деворлардан ривожланиб, бурун ҳалқумга ўтиши ҳам мумкин. Ўсма мустаҳкам қўшувчи тўқимадан, кўпгина эластик толалардан ва қон-томирлардан тузилган. Фиб-

рома кўпинча бир йўналишда ҳалқумга қараб ўсади ёки ёндош бўшлиқларга, кўз соққасига, кам ҳолларда бош ичига қараб ўсиши мумкин (расм-2.37).



Расм-2.37. Бурун ҳалқум фибромаси.

Касаллик бошланиш белгиларига бурун орқали нафас олишнинг бир томонлама қийинлашуви (битиб қолиши) киради. Бироз муддатдан сўнг нафас олиш шу томонда бутунлай йўқолади. Бурундан шилимшиқ - йирингли ажралма келади. Касаллик узоқ муддат ривожланганда кўз, юмшоқ танглай, қаттиқ танглайни бўртиб чиқиши ва ташқи бурунни кенгайтиши кузатилади. Кам ҳолларда ўсма бош ичига қараб ўсади. Бундай вақтда бош мия ички босими ошади, кучли бош оғриғи безовта қилади, касаллик ўлимга олиб келади. Кейинчалик касаллик давомида бурундан тез-тез қон кетиши натижасида камқонлик ривожланади. Қулоқдан йиринг оқиб, эшитиш пасаяди. Касаллик давомида беморнинг аҳволи оғирлашиб, жарроҳлик усулини қўллашнинг иложи бўлмай қолади ва бемор ҳаётдан кўз юмади. Касаллик ташҳиси қийинчилик туғдирмайди.

**Риноскопия:** олдинги риноскопияда бурун бўшлиғининг бир томони қизил рангли ўсма билан тўлган, юзаси силлиқ, илгакни теккизиб кўрилганда тезда қонайди. Фарингокопия: юмшоқ танглай бўртган, орқасидан қизил рангли, юмшоқ, силлиқ юзали ўсмани кўриш мумкин (расм - 2.38, 2.39).

**Эпифарингоскопия:** силлиқ юзали, баъзан нотўғри шаклга эга бўлган қизил рангли ўсма кўринади. Бурун ҳалқум бармоқ билан текширилганда ўсма осон қонайди. Бунда ўсманинг қаттиқ



-юмшоқлигига эътибор берилади, чегараси ва ҳаракати аниқланади. Иложи бўлса ўсманинг қаердан ўсанлиги, бурун ҳалқум девори билан ёпишиб кетган ёки ёпишмаганлигига аҳамият берилади.



**Расм-2.38.** Бурун ҳалқум ангиофибромасини бурун ҳалқумга, бурун ён бўшлиқларига ва ёноққа ўсанлиги.



**Расм-2.39.** Ўсмани бурун бўшлиғига ўсанлиги, ўсма бурун даҳлизидан кўринмоқда.

Ўсма хоанал полип ва саркомадан ўзининг зичлиги, асосининг кенглиги билан, бўйин лимфа тугунларига метастазнинг йуклиги билан ажралиб туради. Саркома ва раkning кечишида лимфа тугунларига метастаз бериши билан характерланади ҳамда ўсма юзасида тезда яра пайдо бўлиши билан ажралиб туради. Ўсманинг қандай тарқалганлигини аниқлаш учун рентгенографиядан фойдаланилади. Бўшлиқлар ва бурун ҳалқум қисми рентгенография қилиб кўрилади. Бундан ташқари, компьютер томография, ангиографиялар қилинади. Ангиография томирлар, ўсма чегараларини аниқлайди. Ўсманинг чуқур жойлашганлиги, атроф тўқимага мустаҳкам бирикканлиги, жарроҳлик вақтида

кўп қон йўқотиш эътиборга олинганда катта қийинчилик туғдиради.

**Жарроҳлик усулида даволаш.** Ўсма табиий йўл билан ёки оғиз орқали Е.Н. Мануйлов томонидан ихтиро қилинган қисқич ёрдамида қисиб олиниб аста-секин асосидан ажратиб олинади. Кам ҳолларда Мур усули бўйича ринотомия қилинади ёки Денкер усули бўйича трансмаксилляр усулда олинади. Баъзида қон кетишининг олдини олиш мақсадида жарроҳликдан аввал ташқи уйқу артерияси боғлаб олинади. Қон оқиши натижасида аспирация бўлишининг олдини олиш учун трахеотомия қилинади. Жарроҳлик умумий оғриқсизлантирилгандан сўнг бошланади. Кетаётган қон ўрни жарроҳлик вақтида бир гуруҳдаги қон қуйиш билан тўлдириб борилади. Кўпинча ўсманинг жарроҳликдан сўнг мия ичига томон ўсиши кузатилади. Агар ўсма жарроҳликка қадар ён аъзоларга томон ўсиб, битиб кетмаган бўлса, касалликни тўхтатиб қолиш мумкин (расм - 2.40).



Расм-2.40. Бурун ҳалқумдан бутун ҳолича олинган ўсма.

**Папилломалар ва фибромалар** ҳалқумни сифатли ўсмалари гуруҳига киради. Танглай ёйларида, кичик тилда, юмшоқ

танглайларда учрайди. Папилломалар битта ёки бир неча бўлиши мумкин. Ўсишда нозик кичик оёқчада ёки кенг асосли бўлади. Ташқи кўриниши юзалари текис ёки дағаллашган, оч пушти рангда. Даволашда ўсмалар махсус қайчилар билан кесиб олинади. Асоси гальванокаутер билан куйдирилади. Ўсмалар кичик ҳажмли бўлса секин ўсади ва беморларни безовта қилмайди. Қачонки катталашган вақтида ўсма ютиниш жараёнига ҳалақит бериши мумкин. Касаллик белгилари: гапириш ва ютинишнинг қийинлиги, беморлар кўпинча пингиллаб гапиради. Агар ўсма анчагина катта бўлса баъзан нафас олиш ҳам қийинлашиб қолади. Ўсмани қоплаб турувчи шиллиқ қават ҳаракатчан, ўсмалар ўтмас йўл билан, қопчаси билан олиб ташланади. Гистологик тузилиши бўйича ўсма қўшувчи тўқима, баъзи жойларда тоғай тўқимаси, фиброз қаватлардан иборат.

Ҳалқумнинг ҳиқилдоқ қисмида кўпроқ тил илдизи бўқоғи, яъни, эмбриснал ривожланиш нуқсони учрайди. Томир ўсмаларида ангиома, лимфангиомалар учрайди. Ҳалқум ўсмаларининг ташҳиси фарингоскопия, биопсия натижаларига асосланиб қўйилади. Улар жарроҳлик усули билан даволанади. Ўсмани олиб ташлаш табиий йўллар орқали, кам ҳолларда қўшимча жарроҳликлар (фаринготомия) ёрдамида қилинади.

## **ҲАЛҚУМНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ**

Хавfli ўсмалар (рак) бурун ҳалқумда ҳалқумнинг ўрта ва пастки қисмларига нисбатан кам учрайди. Ўсма учун қулай жой аденоид тўқима ҳисобланади. Бурун ҳалқумнинг орқа ёки ёнбош деворларидан ўсиши ҳам кузатилади. Дастлабки белгилари унчалик сезиларли бўлмайди. Қачонки ўсма бўйин қисмига метастаз бергандагина шифокорга мурожаат қилинади (расм-2.41, а, б).

**Саркома** ёш болаларда, ўсмирларда ва катта ёшдагиларда учрайди. Саркома ўсиб, бурун ҳалқумни тўсиб қўйгандагина нафас олиш қийинлашади. Ўсма тез ўсиб, атроф тўқималарни бузади. Фиброма сингари кўз соққасига, бурунга, мия ичига қараб ўсиб боради.



Расм-2.41.

а) бурун ҳалқум ракиннинг  
оғиз ҳалқумдан кўриниши.

б) олинган ўсма.

Мия асосига ўсиб кирганда асаб ядроларининг бузилиши ҳисобига фалажлар, невралгиялар юзага келади. Ўсма тез ўсиб эшитув найини тўсиб қўяди ва бунда қулоқда шовқин, эшитишнинг пасайиши безовта қила бошлайди. Йирингли отитлар ривожланади. Ўсма юзалари яраланиб, тез орада бурундан қон кетади. Бурунда сассиқ ҳидли, йирингли ажралма пайдо бўлади, қўшни аъзолар фаолияти бузилади. Беморлар ютинишни қийинлиги, юқори даражадаги интоксикация ҳисобига ҳалок бўладилар. Ўлимга қон кетиши ҳам сабаб бўлади. Ташҳис эпифарингокопияга, бармоқ билан текширишга, биопсия натижаларига асосан қўйилади. Жарроҳлик усули билан даволанилади. Олиб ташлангандан сўнг рентгенотерапия ёки радиотерапия қўлланилади. Саркома учун қулай бўлган жойлар бодомча безлари ҳисобланади (лимфосаркома).

Кам ҳолларда ўсманинг ҳалқум ёнбош деворида ва орқа деворида ўсиши кузатилади. Унинг ривожланиши бошланганда чегараси аниқ ажралиб туради. Лекин тез орада атрофдаги тўқималарни қамраб олиб ҳалқумнинг бошқа қисмларига тарқалади. Шу сабабли ўсмани топиб олиш қийинчилик туғдиради (расм-2.42).



**Расм-2.42. Емирилган бодомча безининг раки.**

**Ташҳис:** лимфосаркоманинг бошланиш даврларида бодомча безларидаги ўзгариш ҳудди бодомча безлари гипертрофиясини эслатади. Лекин бодомча безлари гипертрофиясида иккала безлар тенг катталашади, лимфосаркомада жараён фақат бир томонда жойлашади. Саркомада ўсманинг майдаланиши ва яраланиши кам бўлса, ракли ўсмаларда бу яққол билинади. Атроф тўқималарга тарқалиши эса ракли ўсмаларга ўхшайди.

Ҳалқумни ўрта қисмида карценома кўп учрайди. Белгиларини кучайиши уни жойлашишига, катталигига, майдаланмаслигига боғлиқ ҳолда намоён бўлади. Дисфагия, қоқаб кетиш, оғриқ, овоз ўзгариши, оғиздан сассиқ ҳид келиши ҳалқумнинг кечиккан ўсмасидан далолат беради. Ҳалқумнинг ўрта қисми хавфли ўсмаси тез метастаз пайдо бўлиши билан ажралиб туради. Баъзан метастазларнинг бирданига икки томонда пайдо бўлиши кузатилади. Улар ҳалқумнинг сифатли ўсмалари ҳамда ҳалқумнинг яллиғланиш касалликлари билан, қон-томирлари касалликлари (ангиома), Симановский Венсан ангинаси билан таққосланади.

**Даволаш:** объектив кўринишларга ва биопсия натижаларига асосланади. Даволаш жарроҳлик усулида олиб борилади. Бурун ҳалқум кўпинча хавфли ўсмалар билан зарарланади. Булардан карцинома, аралаш ўсмалар учрайди. Касалликнинг бошланиш даври яширин кечади. Ҳаттоки ҳалқумда нохуш сезги ва бошқа шикоятлар беморларни безовта қилса-да, касаллик тарқалмайди. Баъзан ўсма натижасида чўмичсимон тоғайлар сиқилади ва хиқилдоқ юзасининг бир қисмини беркитиб қўяди. Бунда овоз ўзгаради, ҳаттоки нафас олиш қийинлашади. Хиқилдоқ ҳалқум раки тезда ярланади. Шу сабабли ҳалқум тез орада хиқилдоқ билан биргаликда шикастланади. Балғамда қон қол-

диқлари борлиги ўсманинг емирилишидан далолат беради. Ўсмалар ташҳиси субъектив, объектив, гилофарингоскопик кўри-нишларга, биопсия натижаларига асосланиб қўйилади. Жарроҳ-лик усули билан даволанилади. Касалликни охириги босқичла-рида, жарроҳликка қарши кўрсатма бўлганда нурлантирилади. Ҳиқилдоқ ҳалқумда жойлашган хавfli ўсмаларда лимфа ту-гунлари лимфа томирлари билан биргаликда нурлантирилади. Бу усул лимфа тугунлари пайпаслаб кўрилганда катталашмаган бўлса амалга оширилади. Клиникада регионар лимфа тугунла-рининг катталашувида чуқур ғоваксимон лимфа ҳалқаси жар-роҳлик усули билан олиб ташланади.

*«Касал бўлмагунча соғлиқни  
қадрига етиб бўлмайди».*  
Т.Фуллер.

### III БОБ

## ХИҚИЛДОҚНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ, ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ

### ХИҚИЛДОҚНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

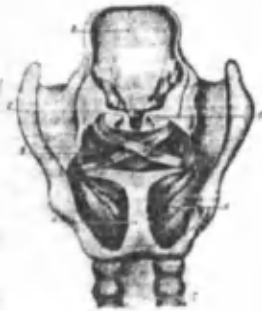
Ҳиқилдоқ (Iаgунx) (расм 3.1, 3.2, 3.3, 3.4) най шаклига эга бўлиб, пастда трахея, юқорида эса пастки жағ остида жойлашган кучли бойламлар ёрдамида тил ости суюғига бириккандир.

Ҳиқилдоқ скелетини қуйидаги тоғайлар ташкил қилади, қалқонсимон, узуксимон, ҳиқилдоқ усти қопқоғи, иккита чўмичсимон. Ҳамма тоғайлар бўғимлар орқали бириккан бўлиб, фақат ҳиқилдоқ усти қопқоғи бойламлар орқали бириккан. Тоғайлараро бўғимлар тоғайлар ҳаракатчанлигини таъминлаб, ҳиқилдоқни тўғри фаолиятига керакли шароит яратади. Бўғимларда турли касаллик жараёнлари содир бўлиши мумкин. Масалан, ревматик яллиғланиш. Бунинг натижасида бўғимларнинг анкилози келиб чиқади ва тоғайлар ҳаракатчанлиги бузилиши ва товуш ўзгаришлар юзага келади. Кўпинча узуксимон ва чўмичсимон тоғайлар орасидаги бўғимлар касаллик жараёнига дучор бўлади (расм - 3.1-3.2.).



**Расм-3.1. Ҳиқилдоқнинг олди кўриниши.**

*a) узуксимон, қалқонсимон бойлам; b) қалқонсимон тоғай; c) ҳиқилдоқнинг бўртган қисми; d) қалқонсимон тил ости бойлами; e) тил ости сўяги; f) узуксимон, қалқонсимон мушак (тўғари қисми) g) узуксимон, қалқонсимон мушак (кўндаланг қисми)*



**Расм-3.2. Ҳиқилдоқнинг орқа кўриниши.**

*a) узуксимон тоғай; b) кўндаланг чўмичсимон мушак; c) қалқонсимон тоғай; d) ҳиқилдоқ қопқоғи; e) чўмичсимон тоғай чўққиси; f) чўмичсимон, қалқонсимон мушак; g) trachea.*

Ҳиқилдоқ тоғайлари орасида ҳиқилдоқ усти қопқоғини батафсилроқ ёритиш лозим. У чўзинчоқ барг шаклига эга бўлиб, пояси қалқонсимон тоғайни ички юзаси ўртасига бириккандир. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг шакли одам бутун ҳаёти давомида ўзгаради. Чақалоқларда у кичик ва букланган бўлади. Жинсий етиладиган даврда тоғай ўлчами катталашади ва ёзилади. Катта ёшдаги одамларда кичик ва букланган ҳиқилдоқ усти қопқоғи бўлиши, ички секреция безлари, айниқса, жинсий безларнинг фаолияти бузилишидан далолат беради.

Ҳиқилдоқ - ҳаракатчан аъзо бўлиб, сўзлашганда, ашула айтганда, нафас олганда ва ютиниш вақтларида фаол ҳаракатлар бажаради. Нафас олганда, ютинганда, кўшиқ айтганда, юқори овозлар шаклланганда ҳиқилдоқ юқорига кўтарилади. Нафас чиқарганда ва паст овоз шаклланишида эса ҳиқилдоқ пастга тушади.

Юқорига ва пастга каби фаол ҳаракатлардан ташқи, чап ва ўнгга пассив ҳолда силжийди. Бунда ҳиқилдоқ тоғайлари «крепитацияси» юзага келади. Ҳиқилдоқнинг ёмон сифатли ўсма ка-

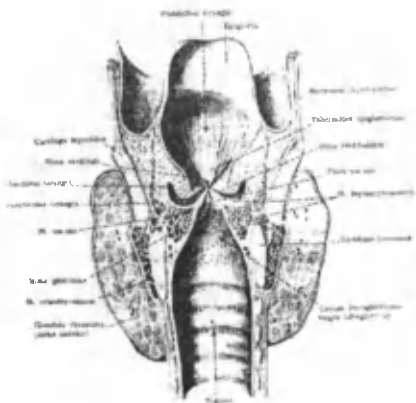


саллигида ҳиқилдоқ ҳаракатсиз ва «крепитация»си содир бўлмайди.

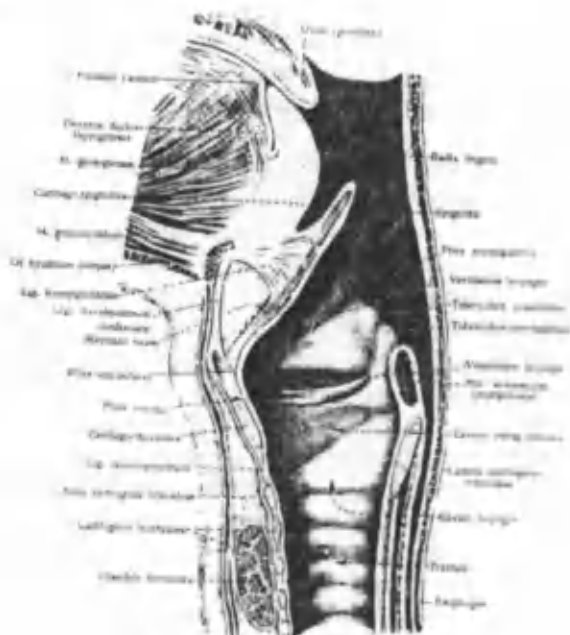
Меҳнатга лаёқатлигини баҳолашда болалар ҳиқилдоғи ҳажмидаги шахслар овозга куч берадиган касбда (ашулачи, актёр, декламатор-ўқувчилари, маърузачи, офицер) ишлаш ман этилади.

Овоз ҳосил бўлишда ҳиқилдоқ усти қопқоғи юқорига кўтарилади ва ҳиқилдоққа кириш очилади, ютиш вақтида ҳиқилдоқ ости қопқоғи пастга ва орқага эгилади ҳамда ҳиқилдоққа кириш беркилади. Бу вақтда овқат луқмаси ҳиқилдоқ орқасида жойлашган қизилўнгачга ўтади. Тил илдизи ва ҳиқилдоқ усти қопқоғи ҳаракати бир-бири билан қалин муносабатда. Тилнинг олдинги ҳаракати ҳиқилдоқ усти қопқоғини тўғрилайди, бу ҳолат да ҳиқилдоққа кириш очилади.

Жуда ҳам узоққа силжиган тил ҳиқилдоқ усти қопқоғини эзиб, ҳиқилдоққа киришни ёпади. Шундай қилиб, ҳиқилдоқ усти қопқоғи ҳолати тилнинг ҳолатига боғлиқдир. Ёнбошдан ҳиқилдоқ йирик қон-томир ва бўйин нервлари билан қалин муносабатдадир (умумий уйқу артерия, ички бўйинтуруқ вена, адашган ва симпатик нервлар); орқадан ҳалқум ва қизилўнгач билан боғлиқ. Ҳиқилдоқнинг олдинги ва ёнбош юзалари мушаклар, фасциялар ва қалқонсимон без билан чегараланади. Қалқонсимон без трахеянинг I-III ҳалқалари соҳасини эгаллайди.



Расм-3.3. Ҳиқилдоқ бўшлигининг орқа томондан кўриниши.



**Расм-3.4. Ҳиқилдоқ бўшлиғи *cavum laryngis*; ўнг томони**

Ташқаридан ҳиқилдоқ тери ости ёғ тўқимаси ва тери билан қопланган. Териси нозик ва эластик бўлиб (қалинлиги 2 мм), осон силжиганлиги учун ҳиқилдоқни пайпаслаш осондир (расм - 3.3-3.4).

Ҳиқилдоқ бўшлиғида овоз ва вестибуляр бурмалар жойлашган овоз бойламлари қалқонсимон ва чўмичсимон тоғайлари орасида олдиндан - орқага йўналишда тортилган бўлади. Олдиндан ўнг ва чап бурмалар бириккан жойда бир-бирига яқин жойлашади (қалқонсимон тоғай ички юзаси). Орқадан улар чўмичсимон тоғайларни ўнг ва чап ўсимталарига бириккан бўлади. Чўмичсимон тоғайларнинг айланма ҳаракати туфайли овоз бурмалари сагитал йўналишга ўтиши ёки ёнбошга силжиши мумкин. Овоз бойламлари орасидаги бўшлиқ - овоз тирқиши (*rima glottidis*) номи билан юритилади. Овоз бурмалари бир-бирига

яқинлашганда овоз тирқиши ёпилади (фонатор позиция); овоз бурмалари ёнбош ҳолатида овоз тирқиши очилади (нафас олганда ва чиқарганда). Овоз бурмаларига параллел равишда шиллиқ қаватни дубликатураси кўринишида бўлган бурмалар ётади. Бу бурмалар вестибуляр ёки ҳиқилдоқ бурмалари дейилади (расм - 3.5).

Улар фонацияда иштирок этмайди ва тебранмайди. Овоз бурмалари етарли тебранмаганда уларнинг компенсатор фаолияти амалга ошади. Вестибуляр бурмалар иштирокида ҳосил бўлувчи овоз одатда қўпол, хириллаган ва эшитиш учун ёқимсиздир.

Овоз тури овоз бойламлари узунлиги билан боғлиқ. Калта овоз бурмалари одатда юқори овозларга (тенор, сопранога) мос. Узун овоз бойламларига - паст (бас, альт) овозлар мос. Меццосопрано ва барритонда овоз бойламлари ўртача узунликда бўлади. Овоз бурмаларининг узунлигини ўлчаш учун махсус аппаратлар бўлиб, улар орқали қуйидаги ўлчамлар олинган:

Овоз бурмалари узунлиги (мм): эркак овозлари бас-24-25; барритон-22-24; тенор-18-24; аёллар овозлари: альт-18-21; меццосопрано-18-19; сопрано-14-17.



**Расм-3.5. Фонация ҳолатидаги резонатор бўшлиқлар.**

*а) баланд овоз чиқариш вақтида; б) паст овоз чиқариш вақтида.*

Овоз бурмаларининг узунлиги овоз турини аниқловчи асосий моментлардандир. Лекин у овозни синфлашда ягона белги эмас. Фонацияни таснифлашда гавда чўзиқлиги, қаттиқ танглайни тузилишига ва овоз тембрига берилади.

**Ҳиқилдоқ тоғайлари.** Қалқонсимон тоғай (*cartilago thyroidea*) квадратсимон пластинкалардан тузилган бўлиб, олдинда, бурчак остига яқинлашиб, ҳиқилдоқ дўмбоғи-«кадык» (Одам ато олмаси) ҳосил қилиб, у эркакларда яхши билиниб, Инжилда айтилган Одам ато олмадан тиқилган ва шу жойда туриб қолган. Пластинкалар орқа томонидан, ҳар томондан юқорига ва пастга шоҳлар чиқади (*cornu sup et inf*) юқориги шоҳлари тил ости суякнинг катта шоҳлари билан бирлашади. Пастки шоҳлари эса узуксимон тоғайнинг пастига жойлашган ёнбош юзаси билан бирлашиб кетади.

Ҳиқилдоқ усти қопқоғи (*cartilago epiglottica*) баргсимон кўринишда бўлиб, ингичка оёқча ёрдами билан «кадык» соҳасида қалқонсимон тоғайнинг ички юзасига бирикади. У ҳиқилдоқ қисмларидан анча юқорида жойлашиб, тилнинг илдизини пастга эзганда кўринади.

Узуксимон тоғай (*cartilago cricoidea*) ҳиқилдоқнинг асоси бўлса, қалқонсимон тоғай ташқи эзилишдан сақлаб, ҳиқилдоқ усти қопқоғи эса ҳиқилдоқ «қопқоғи» бўлиб, сўлак, овқат массаларининг нафас йўлига ўтишини бартараф қилади.

**Жуфт тоғайлар:** чўмичсимон, шохсимон, понасимон.

Чўмичсимон тоғайлар *cart arytenoidea* чўмичга ўхшаш бўлади. Бу тоғайнинг учи ва асоси бўлиб, 2 та ўсимтага эга - ташқи мушак, ички овоз ўсиқлари.

Шохсимон *cart corniculatae* чўмичсимон тоғайларни учида жойлашиб, ҳиқилдоқ усти қопқоғи овоз тирқишини беркитган вақтда амортизатор ролини ўтайди.

Понасимон тоғайлар *cart cuneiformis* чўмич-ҳиқилдоқ усти қопқоғи бурмаси ичида жойлашиб, ҳиқилдоқнинг ташқи ҳалқасини мустаҳкамлайди.

Узуксимон, қалқонсимон, чўмичсимон тоғайлар гиалин толалидир; ҳиқилдоқ усти қопқоғи шохсимон ва понасимон тоғайлар эластик толалидир.

Ҳиқилдоқда 2 та жуфт бўғимлар бор. Узук қалқонсимон бўғим *articul. Cricothyroidea*-қалқонсимон тоғайнинг пастки шохлари ва узуксимон тоғайнинг ёнбош юзаларидан ҳосил бўлган. Шу бўғим туфайли қалқонсимон тоғай олдинга ва орқага энгаша олади ва натижада овоз бурмаларининг тортилиши ёки бўшашига олиб келади.

Узук чўмичсимон бўғим *articul. cricoarytenoidea* - чўмичсимон тоғайнинг пастки юзаси ва узуксимон тоғайнинг юқори қиррасидан ҳосил бўлган. Шу бўғим туфайли чўмичсимон тоғайлар айланма ёнбошга эгилма ва сирпанувчан ҳаракатлар бажариб, овоз бурмаларининг яқинлашиши ёки узоқлашишига сабаб бўлиб, овоз тирқишининг кенгайиши ёки торайиши содир бўлади.

Тоғайларнинг ички юзасига фиброэластик мембрана ёпишади (*membrana fibroelastica laryngis*). У икки қисмдан иборат:

А. Юқориги тўртбурчакли мембрана *membrana quadrangularis* юқориги қирғоғи чўмич ҳиқилдоқ усти қопқоғи бойлами бўлиб, у чўмич ҳиқилдоқ усти қопқоғи бурмасига киради. Пастки қирғоғи эса даҳлиз бурмалари асосини ташкил қилиб, ҳиқилдоқ даҳлизини ажратади.

Б. Пастки эластик конус *conus elasticus* юқориги эркин қирғоғи овоз бойламлари бўлиб, *lig.vocalis*, эластик конус толаларининг бошқа қисми узук қалқонсимон коник (*lig.cricothyroideum et conicon*) бойламини шакллантиради.

Ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватига кўп қаватли хилпилловчи эпителий қопланган. Овоз бойламлари, ҳиқилдоқ усти қопқоғи тил юзаси ва чўмичсимон тоғайлар ораси соҳаларида эса кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Ҳиқилдоқ раки айнан шу ерларда ривожланади. Ҳиқилдоқнинг шиллиқ қавати тоғайлар билан фиброз - эластик мембрана ёрдамида бирикиб, шиллиқ ости асосини ташкил қилади. Толаси эластик мембрана икки қисмдан: тўртбурчакли мембрана ва эластик конусдан иборат.

Ҳиқилдоқ усти қопқоғи ва овоз бурмалари соҳаларида шиллиқ қават пастки тўқималар билан қалин бирлашган бўлади. Бошқа жойларда (чўмичсимон тоғайлар, ноксимон чуқурчалар,

субхордал бўшлиқ) шиллиқ қават остида говак клетчатка қавати бўлиб, натижада шу ерларда ҳиқилдоқ шишлари пайдо бўлади.

Ҳиқилдоқ бўшлиғида 3 қават фарқланади:

1. Юқориги ёки ҳиқилдоқ даҳлизи *vestibulum laringis* ҳиқилдоққа киришдан то вестибуляр бурмаларгача бўлади. Вестибуляр бурмаларда кам фаол мушак Симановский-Рюдингер мускули жойлашиб, вестибуляр бурмаларнинг ёпишишини таъминлайди. Бу мушак овоз бурмалари ҳаракатчанлиги бузилганда соҳта овоз ҳосил қилишда қатнашади.

2. Ўрта қават - овоз бойламлари бўлиб, улар орасида овоз тирқиши *rima glottidis* бор. Бу соҳа ҳиқилдоқнинг энг тор қисмидир. Унда 2 та қисм: олдинги пардааро овоз бурмаларининг эркин қирғоқларидан иборат. Орқа қисми эса тоғайлараро кенгроқ бўлиб, чўмичсимон тоғайларнинг овоз ўсимталари орасида жойлашган бўлади.

3. Пастки қават овоз бойлами ости бўшлиғи *cavum infaglottidum* пастки томон конус шаклида кенгайиб, трахеяга давом этади. Бу соҳанинг ўзига хослиги бўлиб, шиллиқ қават остида говак бириктирувчи тўқима мавжудлигидадир. Болаларда айниқса, ривожланган бўлиб, шишлар шу соҳада кўп учрайди. Шу соҳанинг шиллиқ қавати ва унинг ости соҳаларида шиш ва инфльтрацияси болалардаги ўткир ларинготрахеитда нафас йўли қисилишини келтириб чиқаради.

Овоз бойламлари ва даҳлиз бойлами орасидаги чуқурча ҳиқилдоқ қоринчаси деб юритилади *ventriculum laryngis* касалликларда, яъни ҳиқилдоқ ҳаволи кистаси айнан шу ердан келиб чиқади.

Шиллиқ қават остида аралаш сероз-шиллик безлар бўлиб, улар айниқса ҳиқилдоқ қоринчалари даҳлиз бойлами ва овоз бойлами ости соҳаларида кўп миқдорда бўлади. Ҳиқилдоқ усти қопқоғи ва чўмичсимон тоғайлар соҳасида безлар оз миқдорда, овоз бойламлари соҳасида эса улар умуман бўлмайди. Ҳиқилдоқда айнан ҳиқилдоқ-ҳалқумда лимфоаденоид тўқима мавжуд бўлиб, улар ҳиқилдоқ қоринчалари ноксимон бўшлиқлар ва валлекулярларда жойлашган. Бу тўқиманинг энг кўп жойлашган қисми бўлиб, ҳиқилдоқ қоринчалари ёки уларни ҳиқилдоқ

бодомча беи деб юритилади. Ҳиқилдоқнинг лимфоадеиоид тўқимаси яллиғланиши ҳиқилдоқ ангинаси деб юритилади.

Ҳиқилдоқ мушаклари ташқи (ҳиқилдоқ - скелет) ва ички (ҳиқилдоқ хусусий) турларига бўлинади. Ташқи мушаклари қалқонсимон тоғайни ташқи юзасини тил ости суяги ва тўш суяги билан боғлайди. Буларга: тўш-қалқонсимон *m.sternothyroideus* ва қалқонсимон - тил ости мускули *m.thyrohyoideus* жуфт мушак. Булар ҳиқилдоқни кўтаради ва туширади, ҳиқилдоқ ҳаракатида (билвосита тил ости суяги орқали) қатнашади: жағ - тил ости *m.omoxyoideus*; тўш - тил ости *m.sternohyoideus*; бигиз тил ости *m.stylohyoideus*; икки қоринчали мускул *m.bigastricus* иштирок этади. Қисман ҳиқилдоқ ҳаракатида ҳалқумнинг пастки қисувчи мушаги қатнашади.

Ҳиқилдоқнинг ички мушаклари тоғайларни ҳаракатга келтиради, овоз тирқиши кенглигини ўзгартиради. Овоз тирқишини кенгайтирувчи ва торайтирувчи мушаклар фарқланади.

Кенгайтирувчилар: жуфт орқа узук чўмичсимон мускул *m.cricoarytenoideus post.s.posticus*, узуксимон тоғайни орқа юзасидан бошланиб, чўмичсимон тоғайни мушак ўсимтасига бирикади. Бу мушаклар қисқарганда чўмичсимон тоғайларни мускул ўсимтаси орқага буради, натижада овоз ўсимталари овоз бурмалари билан бирга латерал томонга силжийди ва овоз тирқиши кенгайяди. Шундай қилиб, бу мушаклар нафас актида иштирок этади.

#### **Торайтирувчи мушаклар:**

1. Латерал узук чўмичсимон мускул *m.cricoarytenoideus lat* узуксимон тоғайни ёнбош юзасидан бошланиб чўмичсимон тоғайнинг мушак ўсимтасига бирикади. Қисқарганда мушак ўсимталарини олдинга тортади, овоз бурмалари яқинлашади ва овоз тирқиши тораяди. Овоз бойламларини олдинги 2/3 қисмини ёпишишига олиб келади.

2. Кўндаланг чўмичсимонаро мускул *m.arytenoideus transversus* чўмичсимон тоғайларнинг орқа юзаси орасида жойлашади. Бу тоқ мускул бўлиб қисқарганда чўмичсимон тоғайлар бир-бирига яқинлашади.

3. Чўмичсимон қийшиқ мускул *m. arytenoideus abligus* жуфт, кўндаланг чўмичсимон мушакни орқасида бўлиб, чўмичсимон

тоғайнинг мушакли ўсимтасидан бошланиб, иккинчи тарафдаги чўмичсимон тоғайнинг учига бирикади. Натижада, мушаклар ўткир бурчак остида кесишади. Бу мушак кўндаланг мушак фаолиятини мустаҳкамлайди.

4. Узук қалқонсимон мушак *m.cricothyraeus* ташқаридан бир учи қалқонсимон тоғайнинг пастки қирғоғига, бошқа учи билан узуксимон тоғайнинг юқори қисмига бирикади. Бу мушак қисқарганда қалқонсимон тоғай олдинга эгилади ва овоз бурмаларини тортади. Профессинал қўшиқчиларда бу мушак гипертрофияланган бўлади.

5. Овоз мушаги *m.vocalis* овоз бойламларида жойлашиб, у қалқонсимон чўмичсимон мушак ички қисмидир. У мураккаб тугиштишга эга бўлиб, толалари горизонтал - вертикал, қийшиқ йўналишда бўлади.

Ҳиқилдоқнинг ички мушакларига ҳиқилдоқ усти қопқоғини туширувчи ва кўтарувчи мускуллар ҳам киради. Туширувчи: жуфт чўмичсимон ҳиқилдоқ усти қопқоғи мускули орқали амалга ошиб, у шу номли бурмада жойлашади. Кўтарувчи: қалқонсимон ҳиқилдоқ усти мускули ҳисобланади.

**Ҳиқилдоқнинг қон билан таъминланиши.** Юқориги ва пастки қалқонсимон артерия *aa.thyroidea superior et inferior* - булар ташқи уйқу артерия ва қалқонсимон бўйин поянинг шохларидир. Юқори қалқонсимон артериядан юқориги ва ўрта ҳиқилдоқ артерияси *aa.laringus superior et inferior* пастки қалқонсимон артериядан пастки ҳиқилдоқ артерияси *a. Laringea inferior* чиқади.

**Веноз оқими:** артериялари билан бир хил номланувчи веналар орқали бўйинтуруқ венасига қуйилади.

**Лимфатик тизими:** икки қисмдан иборат бўлиб, овоз бойламлари билан ажраган. Юқориги қисми ривожланган бўлиб, ички бўйинтуруқ вена бўйлаб бўйин лимфатик тугунларига қуйилади. Пастки узук қалқонсимон бойлам ёки қалқонсимон безни бўйинчасида жойлашиб, ички бўйинтуруқ вена бўйлаб, трахея тугунларига қуйилади. Пастки ва юқориги тармоқлар овоз бойламлари томирлари орқали анастомоз ҳосил қилади. Юқори қисми яхши ривожланганлиги учун ҳиқилдоқнинг



юқориги қаватидаги ракларда метостаазлар эрта ва кўп содир бўлади (расм-3.6.).



**Расм-3.6.**  
Даҳлиз бойлами  
лимфа томирла-  
рининг узукси-  
мон чигали

**Ҳиқилдоқ иннервацияси:** иккита нерв юқориги ва пастки ҳиқилдоқ ёки қайтувчи (адашган нерв шохлари) нервлар ва бўйин симпатик тугунидан чиқувчи шохчалар орқали амалга ошади.

**Юқориги ҳиқилдоқ нерви:** *n.laryngeus superior* у узук-қалқонсимон мушакка ҳаракатлантирувчи ва овоз тирқишидан юқориги қисмидаги шиллиқ қаватга сезувчи толалар беради.

**Пастки ҳиқилдоқ нерви:** *n.laryngeus inferior* ёки қайтувчи нерв *n.resurgens* ҳиқилдоқнинг ҳамма мушакларига ҳаракатлантирувчи толалар жўнатади (узук қалқонсимон мушаклар бундан истисно). Бундан ташқари, бу нерв овоз тирқишидан пастга, шиллиқ қаватига сезувчи шохлар жўнатади. Қайтувчи нервнинг ўнг ва чап томонда носимметрик жойлашиши, фонациянинг турли хил бузилишларини тушунишда асосий ўзига хосдир.

Ҳиқилдоқда сезувчи нерв толалари бир текисда тарқалмаган. М.С.Грачёва 1956 йил маълумотига кўра ҳиқилдоқда 3 та рефлексоген зона фарқланади: биринчи зона - ҳиқилдоқ усти қопқоғи ҳиқилдоқ юзаси, чўмич ҳиқилдоқ бурмаси қирғоқлари; иккинчи зона - чўмичсимон тоғайлар олдинги юзаси ва улараро соҳаси овоз бойламлари шиллиқ қавати; учинчи зона - ҳиқилдоқнинг пастки қавати. Биринчи ва иккинчи рефлексоген

зоналар нафас фаолиятини амалга оширади, учинчи зона эса фанация актини амалга оширади.

## ҲИҚИЛДОҚНИНГ ФИЗИОЛОГИЯСИ

**Нафас олиш функцияси.** Ҳиқилдоқ нафас йўлларининг қисми бўлиб, у нафас олишда ҳавони пастки бўлимларга - трахея, бронхлар ва ўпкага утказади. Нафас олиш ҳаракатлари нафас мускуллари билан амалга оширилади, ҳиқилдоқда эса - товуш ёриғини кенгайтирадиган орқа узук - чўмичсимон мускулларнинг қисқариши ҳисобига содир бўлади. Товуш ёриғи нафас олишда доимо очилиб туради.

**Ҳимоя функцияси.** Ҳиқилдоқ ва трахея нафас йўлларининг қисми бўлиб, бир томондан, пастки нафас йўлларига ёт жисмларнинг тушишига қаршилик қиладиган тўсиқ вазифасини, иккинчи томондан олинадиган ҳавони намлаш, иситиш, тозалашни таъминлайдиган аъзо вазифасини бажаради. Ҳимоя функцияси механизми ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардасида учта рефлексоген майдонлар борлиги билан боғлиқ. Биринчи майдон - ҳиқилдоққа кириш атрофида (ҳиқилдоқ қопқоғининг ҳиқилдоқ юзаси, чўмичсимон-ҳиқилдоқ қопқоғи бурмаларининг шиллиқ пардаси) жойлашган. Иккинчи майдон - чўмичсимон тоғайларнинг олдинги юзасини эгаллайди (уларнинг учидан асосигача) ва чўмичсимон тоғайларнинг товуш ўсимталари орасигача давом этади. Учинчи майдон - бурма ости бўшлиғида, узуксимон тоғайнинг ички юзасида жойлашган. Овқат ва бошқа заррачаларнинг ёки бирор кимёвий моддаларнинг шу рефлексоген майдонлар шиллиқ пардасига таъсири натижасида товуш ёриғининг қисилиши юзага келади. Рефлекс нафас чиқаришга имкон берадиган мускулларга ўтади. Бундай холларда рефлектор йўтал пайдо бўлади, балғам ташланади ва нафас олиш тезлашади. Ҳиқилдоқ ютинишда мураккаб ҳаракат қилади. У юқорига ва орқадан олдинга, унга кириб, тил илдизи билан пастга тушириладиган ҳиқилдоқ қопқоғи билан ёпилади, бунда ҳиқилдоқ қопқоғининг учи ҳалқумнинг орқа деворига тегиб туради. Овқат моддалари ҳиқилдоқ

қопқоғининг икки томонидан ўтиб, қизилўнғачнинг кенгайган кириш қисмига тушади.

**Товуш ҳосил қилиш функцияси.** Товуш ҳосил бўлишида нафас аппаратининг учта асосий бўлими мавжуд. Булар:

- 1) ўпка, бронхлар, трахея (пастки резонатор);
- 2) ҳиқилдоқнинг товуш аппарати, асосан товуш бурмачалари;
- 3) оғиз бўшлиғи, бурун ва унинг атрофидаги қўшимча синусларни резонанция қиладиган, пастки жағ, лаб, танглай ва лунжларнинг ҳаракати туфайли ўз шаклини ўзгартирувчилар (юқориги резонатор)дир.

Товуш ҳосил қилишда товуш ёриғи аввалига берк туради, яъни, товуш бурмачалари таранг ва бир-бирига ёпишган ҳолатда бўлади. Сўнгра ўпка, трахея ва бронхлардаги ҳаво босими туфайли у жуда қисқа вақтгача очилади ва шу пайтда овоз ёриғидан ҳаво ўтади. Шундан сўнг товуш бурмалари яна бир-бирига ёпишади. Бу тебранма ҳаракатлар сони чиқаётган овоз тони баландлигига мос келади. Зарур баландликдаги товушларни ҳосил қилиш учун киши ҳиқилдоқ мускулларини қисқартириб, рефлектор равишда товуш бурмаларига маълум узунлик ва тарангликни, юқориги резонаторларга эса маълум шаклни беради. Шивирлаб гапиришда товуш бурмаларининг олдинги бўлимларида қисилиш рўй беради. Ҳаво товуш ёриғи орқали ўтиб, орқа бўлимда шовқин ҳосил қилади, у шивирлаган овоз деб аталади. Овоз баландлиги, кучи ва тембри бўйича фарқ қилинади. Эркакларда ҳиқилдоқ ва овоз бурмачалари ўлчамининг болалар ва аёлларга қараганда катталиги туфайли эркакларда овоз бир октавага паст бўлади. Овознинг ўзгариши ёки унинг ўзгариши (мутацияси) балогат ёшига етганда (12-16 ёшлар орасида) юзага келади. Ўғил болаларда овоз дискант ёки альтдан тенор, баритон ёки басга ўтади, қизларда эса - сопрано ёки контральтога ўтади.

**Трахея ва бронхларнинг клиник анатомияси.** Трахея ҳиқилдоқнинг давоми ҳисобланиб, у бевосита узуксимон - трахеал бойлам билан боғланган. Трахея - узун цилиндрсимон най бўлиб (узунлиги 11-13 см.ни ташкил қилади), VII бўйин умуртқаси танасининг сатҳидан бошланади, IV-V кўкрак умуртқалари сатҳида эса иккита асосий бронхга бўлинади. Бўлинган жойи тра-

хея айриси (бифуркацияси) дейилади. Янги туғилган чақалоқда трахеянинг пастки учи III-IV кўкрак умуртқалари сатҳида жойлашган. Трахея деворининг бўш турган учлари орқага йўналган 16-20 тақасимон шаклдаги гиалинли тоғайлардан иборат. Улар орасида трахея деворининг пардасимон қисми тортилган. Тоғайлар ўзаро халқасимон бойламлар билан бириккан, шулар туфайли трахея бўшлиғи нафас олишда кенгайди ва нафас чиқаришда тораяди. Трахея бўшлиғининг эни доимий ҳисобланади. Эркакларда у 15 мм.дан 22 мм.гача, аёлларда 13 дан 18 мм.гача, кукрак ёшдаги гўдакда 6-7мм.гача, 10 ёшли болада 8-11 мм.гача бўлади. Трахея ички томондан тебранувчан цилиндрик эпителий қопланган шиллиқ парда билан ўралган. Киприкчаларнинг ҳаракати юқорига томон йўналган. Трахеянинг пардасимон орқа девори қизилўнғачнинг олдинги деворига ёпишиб туради. Бу нисбатни трахеостомия қилишда назарда тутиш лозим. Чунки бунда қизилўнғач девори яраланиши ва кейинчалик эса трахея - қизилўнғач тешиги ҳосил бўлиши мумкин. Икки асосий бронхдан ўнг томондагиси чап томондагига қараганда калтароқ ва кенгроқ бўлади. Ўнг бронхнинг узунлиги 3 см. чап бронхники 5 см. Ўнг бронх трахеянинг деярли давоми ҳисобланади, шу сабабли кўпинча ёт жисмлар тушади.

Трахея ва бронхларнинг ҳон билан таъминланиши пастки қалқонсимон ва бронхиал артериялар ҳисобига амалга оширилади. Трахея ва бронхларнинг веналари қалқонсимон веналарга қуйилади. Трахея ва бронхларнинг иннервацияси адашган нервнинг қайтувчи тармоғи ва унинг трахеал тармоқчалари ҳисобига амалга оширилади. Улар нафас йўлларининг пастки бўлимида чигал ҳосил қилади. Бронхларда жойлашган мускул толалари адашган ва симпатик нерв толалари ҳисобига таъминланади. Трахеяни ёнбош деворида томирлар ёнида, бронхлар ёнларида лимфа безларининг кўпгина тўплами бор. Бифуркация бурчагида улар катта халтани ташкил қилади. Бифуркация устида (чап-роқда) трахеяни бироз эгувчи аорта жойлашган.

**Ҳиқилдоқ ва трахеяни текшириш усуллари.** Ҳиқилдоқнинг текширишни қуйидаги усуллари мавжуд. Ҳиқилдоқни ташқи томондан текшириш:

1. Ҳиқилдоқни ташқи томонидан пайпаслаб кўриш.

2. Ташқи зонд орқали текшириш.
3. Ички текшириш (ларингоскопия) - бевосита, билвосита.
4. Стробоскопия.
5. Диафаноскопия.
6. Микроларингоскопия.
7. Рентгенография.
8. Нафас олиш йўлларидаги ажралмалардан бактериологик текшириш.

Ҳиқилдоқ тоғайлари шикастланганда пайпаслаб кўриш катта аҳамиятга эга. Тоғайлар бир томонга сурилганда, юзалари бир-бирларига ишқаланганда, тоғайлар шикастланганда гижирлаш пайдо бўлади. Оқма яранинг ҳажмини, йўналишини аниқлаш учун зонд орқали текширилади. Оқма яра туғма бўлиб, ҳиқилдоққа ҳеч қандай алоқаси бўлмаслиги мумкин (бўйиннинг ёнбош ва ўрта яралари). Ёки некротик жараёнлар натижасида бузага келиши мумкин (ҳиқилдоқнинг ташқи перихондрити), бунда киритилган зонд орқали ҳиқилдоқ тоғайини дағаллашган тўқимаси чуқурлиги аниқланади.

**Ларингоскопия** икки усулда қилинади: **билвосита** ва **бевосита**. Қулай ва оддий бўлган усул билвосита ларингоскопиядир. Бу усулни тўғри бажаришни барча шифокорлар билишлари керак. Ёруғлик манбаи, беморнинг жойланишини, бемор билан текширувчи ўртасидаги масофа ва бошқа қоидалар бурун ҳалқумини текшириш қандай тартибда бўлса, ҳиқилдоқни текширишда ҳам худди шундай тартибда бўлади. Фақатгина фарқи рефлектордан қайтган ёруғлик оқими ҳиқилдоқ ойнаси орқали ҳиқилдоққа йўналтиради. Билвосита ларингоскопия ўтказиш учун юмалоқ шаклдаги ойнага 120-125 бурчак остида бириктирилган тўғри 10-15 см. узунликдаги темир тутқичдан фойдаланилади. Ойна турли ҳажмда бўлади (1-4 см.). Ҳажм қанчалик катта бўлса, шунчалик катта майдонни ёритишга, ҳиқилдоққа шунча кўп ёруғликни киритишга имкон беради. Шунинг учун иложи борича катта ҳажмдаги ойнани танлаш керак. Агар ҳиқилдоққа иситилмаган ойна киритилса, ойна дарҳол терлайди, натижада кўриш хиралашади. Шунинг учун кўришдан аввал ойна илитилади ва орқа томони кафтнинг орқа томонига тегизиб кўрилади. Оддий билвосита ларингоскопияда бемор тўғри ўтиради, текширувчи

ўнг қўлига ларингоскопик ойнани ушлаб, чап қўл панжалари билан беморнинг тилини учидан докали рўмолча билан ушлаб пастга томон бироз тортади. Бунда бош бармоқ юқорида, учинчи бармоқ тил учидан пастга, кўрсатгич бармоқ эса юқори лабни бироз юқорига кўтариб ушлайди (расм - 3.7-3.8).



**Расм-3.7. Билвосита ларингоскопияда ойнанинг жойлашуви.**



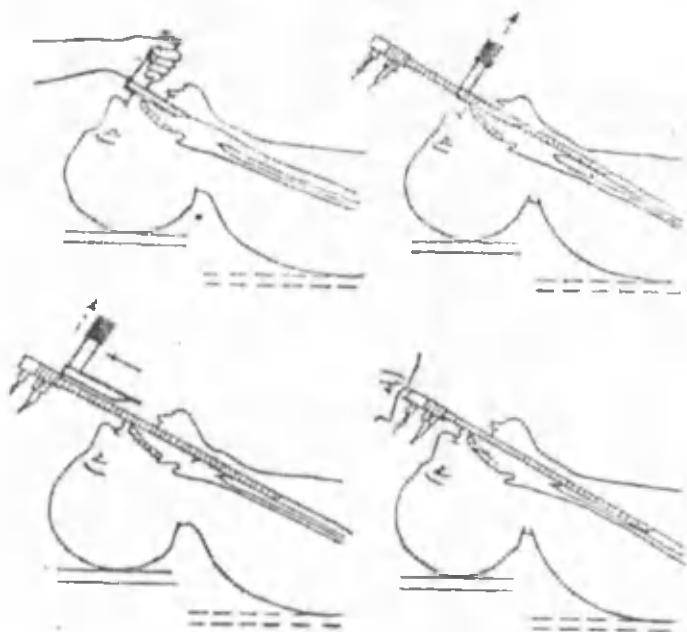
**Расм-3.8. Билвосита микроларингоскопия.**

Ҳиқилдоқ ойнаси ҳудди қалам ушлангани каби ушланади. Ойначани тил илдизига теккизиш керак эмас, чунки йўтал ва қайт қилиш рефлекси кўзгалади. Ойна оғиз бўшлиғига киритилганда бемор «э» ҳарфини айтганда юмшоқ танглай, тилча орқага ва юқорига кўтарилади. Шу вақтда кичик тилга ойна босилиб, юмшоқ танглай юқорига кўтарилганда, ойнада ҳиқилдоқнинг акси кўринади. Ойна унга нисбатан бурчак остида жойлашганлиги учун ярим тескари тасвир кўринади. Яъни ҳиқилдоқ аксида олдинда ҳиқилдоқ қопқоғи, олдинги комиссура, олдинги девор

юқорида акс этади. Ҳалқум орқа девори (чўмичсимон тоғайлар, чўмичсимон тоғайлар оралиқ соҳаси) ойнани пастки томонида акс этади. Биринчи лаҳзада ойнада ҳиқилдоқ қопқоғини, кулранг ялтироқ овоз бурмасини, озгина ойнани буриб, ҳиқилдоқни кўриш мумкин бўлган қисмлари кўрилади. Ҳиқилдоқ қопқоғи турли одамларда турли шаклда, турли қалинликда бўлиши мумкин. Вертикал ҳиқилдоқ томонга бироз ёки кўпроқ эгилган бўлиши мумкин. Ҳалқум юзаси бироз оч пушти (баъзан сарғимтир) рангга эга. Бу ранг шиллиқ қават юпқалигига ва тоғайларнинг ялтироқлигига боғлиқ. Бир вақтда гипофаринкс текширилади: тил илдизиди баъзида кучли ривожланган веналар чигали кўрилади. Беморга «э» ҳарфини айтиш сўралиб, овоз бурмаларининг бириккан ёки очилганда улар орасида учбурчак шаклида овоз ёриғи кўрилади. Агар бемордан чуқур нафас олиш сўралса, овоз ёриғи янада кенгайиб, ҳиқилдоқнинг олдинги девори ва трахеяни кўриш мумкин бўлади. Баъзида чуқур нафас олиш вақтида бронхларнинг бифуркациясини кўриш ҳам мумкин. Овоз ёриғининг охири бурчаги бирдан бошқасига ўтувчи бурмалар олдинги комиссура дейилади. Унинг пастиди унча катта бўлмаган ҳиқилдоқ дўмбоқчаси кўринади.

Овоз бурмалари устиди, бироз латерал кенг бурмалар даҳлиз бурмалар кўринади. Даҳлиз бурмалар овоз ҳосил бўлишида қатнашмайди. Лекин фонацияда бироз яқинлашади. Овоз бурмалари ва даҳлиз бурмалари орасида чуқурлик (Морганиев қоринчалари) бўлиб, улар оралиғи худди ёриққа ўхшайди. Ҳиқилдоқнинг орқа девори кўрилганда, бир қанча чўмичсимон тоғайларни шиллиқ қаватлари билан ёпилиб турувчи бўртмалар мавжуд. Чўмичсимон тоғайларнинг оралиқ соҳаси чўмичсимон тоғайлар ораси дейилиб, шиллиқ қават бу жойда фонация вақтида бурмаларни ҳосил қилади. Чўмичсимон тоғайлар ёнбошида ва чўмичсимон - ҳиқилдоқ усти бурмаларидан ташқарида чуқурчалар мавжуд бўлиб, улар ноксимон синуслар дейилади. Шиллиқ қават оч пушти рангга, баъзан сарғимтир рангга эга. Баъзан ёнбош деворида тил ости суягининг катта ўсимтаси кўриниб, малакасиз шифокорлар буни ёт жисмга тахмин қиладилар. Ҳиқилдоқни кўришда унинг айрим бўлимларини симметрик ва бир хилдаги ҳаракати (бирлашиши ва очилишига) эътибор қилиш

керак. Баъзан (кўпинча ёш болаларда) текшириш вақтида ҳая-жонланиш оқибатида ҳиқилдоқнинг қисилиши, сўлакнинг кўп миқдорда ажралиши, бола тилини чиқаришга қаршилиқ қилиши натижасида ҳиқилдоқни кўриш қийин бўлади. Бунда тил илдизи босилиб, сўнг ҳиқилдоқ ойнаси киритилади, бақирганда, нафас олганда ҳиқилдоқни кўриш имкони бўлади. Кичик ёшдаги болаларда ёки катта ёшдагиларда ҳиқилдоқни кўриш имкони бўлмаса, бевосита ларингоскопия усулидан фойдаланилади. Бевосита ларингоскопия маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантиришдан сўнг ёки бутунлай оғриқсизлантирилмай қилинади. Уни яна бронхоскопик трубкани киритишда ҳам қўлланилади. Бундан ташқари, кекирдак ва бронхлардан ёт жисмларни олишда, биопсия олишда қўлланилади. Бевосита ларингоскопия С.Л.Тихомиров шпатели, Д.И. Зимонт ортоскопи, В.Ф. Ундриц директоскопи, М.П. Мезрин бронхоэзофагоскопи ёрдамида бажарилади (расм-3.9).



**Расм-3.9. Бронхоскопияда метал найни киргишиш босқичлари.**



М.П.Мезрин ларинготрахеобронхоэзофагоскопияда лампочадан келаётган нур ойнага тушиб, метал найнинг ичини ёритади. Найнинг юқори қисми конуссимон кенгайган. Трубкани ички юзаси силлиқланган бўлиб, бўйлама кесмаларига эга. Бу кесмалардан ёруғлик текшириლაётган аъзога ёруғлик тутами тушгунча ёритиб туради. Ҳиқилдоқни кўришда ва трахеоскопия, бронхоскопия қилиш учун Фридел бронхоскопи ёрдамида амалга оширилади. Стробоскопия овоз бурмалари ҳаракатини текшириш учун қўлланилиб, бевосита ларингоскопия усулида қилинади. Бу асбоб фонация вақтида овоз бурмалари ҳаракатини деярли секинлаштириб кўрсатади, натижада овоз бурмаларининг қай даражада бузилганлигини аниқлашга имкони бўлади. Ҳозирги вақтда электрон стробоскоплардан фойдаланилмоқда.

**Ҳиқилдоқ диафаноскопияси:** Диафаноскопия ҳиқилдоқ қисмлари ва чегараларининг айрим қалинлашган жойларини аниқлаш учун қўлланилади. Бу диагностик усул турли ўсмалар ва сурункали яллиғланиш жараёнларини таққослашда қўлланилади. Диафаноскопиядан (Алимов 1973 й.) пешона ёритқичидан ёруғлик манбаи сифатида нейрохирургик жарроҳликларда қўлланилади. Рефлектор лампа бўйиннинг олдинги қисмига ўрнатилиб, ёруғлик манбаи билан пасайтирувчи трансформаторлар ёрдамида ёритилди. Сўнгра ойнали ларингоскопия қилинди. Бу усул билан асосан овоз бурмаси ости соҳаси аниқ кўринади. Кейинги вақтларда толасимон ёритқич қўлланила бошланди. У бўйиннинг олдинги юзасига ўрнатилади, қолган қоидалар аввалгича қолади.

**Ҳиқилдоқнинг ривожланишидаги нуқсонлар.**

Ҳиқилдоқ (таянч скелети) дисплазияси:

- а). Қалқонсимон тоғай (ассиметрия) дисплазияси.
- б). Қалқонсимон тоғай пайраҳаларини нотўғри битиши.
- в). Чўмичсимон тоғайлар шакли ва жойлашувининг бузилиши.
- г). Ҳиқилдоқ қопқоғи дисплазияси.
- д). Овоз ёригининг торлиги ёки бутунлай битиб кетиши.
- е). Ҳиқилдоқ даҳлизи ривожланишининг бузилиши.
- ж). Ҳиқилдоқ ташқи мускулларининг дисплазияси.

Ҳиқилдоқ дисплазияси ташҳиси унчалик қийинчилик туғдирмайди. Даволаш нуқсонларни қай даражада ривожланганлигига қараб ўтказилади.

**Туғма стридор.** Бу турдаги ҳиқилдоқ ва трахея нуқсонларида чақалоқларнинг ҳаёти учун ҳавфли, яъни нафас олишнинг қийинлашуви кузатилади. Бунда ҳансираш, нафас олиш қийин, шовқинли бўлади. Бунга ҳиқилдоқ тоғайлари дисплазияси, ҳиқилдоқ кистаси ва ҳиқилдоқнинг туғма пардалари (мембрана) сабаб бўлади.

**Ҳиқилдоқнинг туғма кистаси.** Ҳиқилдоқ қоринчалари кисталари туғма ва орттирилган (laringocele) бўлиши мумкин. Жойлашувига кўра ички (ҳиқилдоқ чегарасида) ва ташқи (қалқонсимон тил ости пардаларидан ташқари) турлари бор. Кассаллик белгилари асосан 4 ойликдан сўнг бошланади. Болаларда овоз хиралашади ёки бутунлай чиқмай қолади. Ҳиқилдоқ кистаси нафас олиш ва овқатланишнинг бузилишига олиб келиши сабабли ҳавфли ҳисобланади. Унча катта бўлмаган кисталар ташҳиси қийинчилик туғдиради. Шунинг учун чақалоқларни унча сезиларли бўлмаган нафас олиши ёки ютинишининг қийинлиги сезилса дарҳол бевосита ларингоскопия орқали текшириб кўриш керак. Киста аввал пункция қилиниб, суюқлиги сўриб олинади. Бу яхши натижа бермаса, жарроҳлик усулидан фойдаланилади. Нафас олишни яхшилаш мақсадида бир вақтда трахеотомия қилинади. Агар киста унчалик катта ҳажмга эга бўлмаса, жарроҳлик кейинги босқичга қолдирилади.

**Ҳиқилдоқ ва трахеянинг шикастланиши.** Ҳиқилдоқ ва трахеяни анатомик топографик тузилиши сабабли алоҳида шикастланиши камдан-кам учрайди. Ташқи шикастланишга: совуқ қурол билан шикастланиш, эзилиш, кесилган, санчилган жароҳат, отилган, автожароҳат, қишлоқ хўжалигидаги, спорт ва бошқа турдаги шикастланишлар киради. Баъзан бир вақтда тил, ҳалқум, қизилўнгачнинг жароҳатланиши учрайди. Ички жароҳатлар ҳиқилдоқни табиий йўллари орқали юзага келади. М.И.Перельман жароҳатларнинг барча турларини очик ва ёпиқ жароҳатлар, шунингдек, тери қопламани бутунлиги ва йиртилиши билан, ёпиқ жароҳатларга эзилиш, синиш, тери ости бўлиниши, ёт жисмлар ва бошқа гуруҳларга ажратади. Очик жароҳат ёки шикастланиш-

га кесилган, ковланган, отилган, ўқ парчасининг кириши ва тешиб ўтувчи турлари киритилади.

Шикастловчи нарсалар таъсирида ҳиқилдоқнинг жароҳатланиши шу нарсалар хоссаларига боғлиқ равишда бир-бирларидан фарқ қилади. Шикастланиш баъзан фақатгина юмшоқ тўқималарнигина тузилишини бузса, баъзида эса тоғайгача етиб бориши мумкин. Ҳиқилдоқни бундай шикастланиши аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учрайди. Ҳиқилдоқ шикастланишининг асосий белгиларидан бири овоз ҳосил бўлишини у ёки бу даражадаги ўзгаришидир. Овоз хириллашдан тортиб то афониягача ўзгаради, ютиниш вақтида оғриқ юзага келади. Ҳиқилдоқни юқори қисми шикастланганда қоқаб кетиш ва кўпинча нафас олишнинг қийинлашуви безовта қилади. Ҳиқилдоқ шикастланиши биринчи навбатда нафас олишнинг бузилиши, қон оқиши ёки тоғайларнинг майдаланган парчалари билан тўсилиши натижасида, шунингдек, юмшоқ тўқималарни, снаряд парчаларини нафас йўлларига туриб қолиши ҳисобига содир бўлади.

Бундан ташқари, нафас олишнинг қийинлашиши ҳиқилдоқда ва кекирдақда реактив яллиғланиш натижасида ҳам юзага келади. Ҳиқилдоқ ва трахеяни шиши билан бирга бўйин юмшоқ тўқималарининг шиши ҳам нафас олишни қийинлаштиради. Ҳиқилдоқ ва трахеяни шикастланганлигидан далолат берувчи яққол белгиси - йўтал вақтида шикастланган жойдан кўпikli сўлакнинг қон аралаш чиқишидир (баъзида бўйиндаги шикастланган жойдан ҳаво чиқади). Ҳиқилдоқ ва трахеянинг шикастланишида ҳалқумнинг пастки қисми ва қизилўнғачни юқори қисмидаги тешиб кировчи шикастланиш жароҳат турларининг жуда оғир шакли ҳисобланади. Бундай шикастланишда овқат бўлаги нафас йўлларига тушади, бўйиндаги шикастланган жойдан ташқарига чиқади. Бўйиндаги йирик қон томирларнинг шикастланиши кўп миқдорда қон кетиши, сезиларли даражада нафас олишнинг ва ютиниш актининг бузилиши билан кечади. Баъзан яра йўли ва унинг четлари ёпилиши, табиий нафас йўлларида ҳаво ўтишини қийинлаштириши натижасида тери ости эмфиземаси ривожланади. Бундай ҳолларда чиқарилаётган ҳаво юқори босим остида тери остига киради. Ҳиқилдоқ ва трахея шикастланишининг дастлабки асорати ҳиқилдоқнинг қисилиши-

дир. Ҳикилдоқнинг қисилиши шикастланиш юз берган вақтдан бошлаб бир соат давомида ривожланади ва дарҳол трахеотомик най қўйишга тўғри келади. Сўнгги асоратларига: иккиламчи қон кетиши, бўйиндаги йирик қон-томирларнинг эррозияси натижасида қон кетиши, ҳалқум олди, қизилўнғач олди флегмоналари, абсцесслар, медиастенит, сепсислар киради. Ташҳис кўпинча ташқи кўриш асосида, фаринголарингоскопияга асосан қўйилади. Ярадан кўпик ажралиб чиқиб туриши нафас олиш йўлининг шикастланганлигидан далолат беради. Буни йўталиш вақтида қон аралаш кўпик чиқиши тасдиқлайди. Нафас олиш вақтида бўйин ва кўкрак қафаси иштирок этади. Рентгенологик текширишлар ёт жисмлар ва шикастланишнинг жойлашувини аниқлаб беради.

**Даволаш:** бунда асосий эътибор қон кетишини тўхтатиш ва бўғилиб қолишнинг олдини олишга қаратилади. Қон оқаётган томир боғланади, агар фойда бўлмаса, бўйин томири боғланади. Кучайиб борувчи нафас олишнинг қийинлашувида трахеотомия қилинади, шиддатли ёрдам кўрсатиш керак бўлса, коникотомия қилинади. Яра бирламчи тозаланади, осон олинадиган ёт жисмлар ва майдаланган, яшашга яроқсиз юмшоқ тўқималар олиб ташланади. Бузилган тоғайлар тўғриланиб, тоғай усти қаватига тиқилади. Кейин яранинг ҳолати назорат қилиб борилади. Ўз вақтида антибиотиклар ва сульфаниламидларни қўлланилиши яра атрофидаги юмшоқ тўқималарни йиринглаб кетишининг олдини олади. Трахеотомия қилинган беморлар умумий қоидаларга асосан парваришланади. Беморга тўла тинчлик ва гапирмаслик буюрилади. Йўтални ва оғриқни озайтириш мақсадида беморга наркотик дорилар буюрилади. Овқат атала ҳолида бурун - қизчлўнғач найи орқали юборилади. Йўқотилган қон бир гуруҳдаги қон қуйиш ҳисобига тўлдирилади. Беморнинг қай даражада соғайиб кетиши шикастланишни келтириб чиқарган нарсага, шикастланиш даражасига, иккиламчи инфекцияни кўшилишига, асорат бор-йўқлигига боғлиқ бўлади.

**Ҳикилдоқ ва трахеянинг куйиши.** Кам ҳолларда алоҳида бўлади, кўпинча оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва баъзан қизилўнғачнинг куйиши билан бирга кечади. Куйишга сабаб бўлувчи таъсирловчилар термик ва кимёвий таъсирловчиларга бўлинади. Кимёвий

моддалар натижасида куйиш кислоталар, ишқорлар ва бошқа захарловчи моддалар таъсирида (каустик соҳада, новша-дил спирти, уксус кислотаси) содир бўлади.

**Белгилари:** умумий белгиларига нафас олишнинг бузилиши (қийинлашиши) овоз ўзгаришининг афониягача бориши, дисфагия ва бўйин, ҳиқилдоқ тўқималарининг ўзгаришидан иборат. Йўталиш, қон туфлаш, тери ости эмфиземаси ва кукс оралиғи эмфиземалари доимий белгиларга киради. Баъзан шикастланган одам қарахтлиқ (шок) ҳолатига тушиб қолиши сабабли хушини йўқотади. Ларингоскопик текширишлар ҳиқилдоқ шикастланган қисмини, овоз ёриғи ҳолатини (ўзгаришини), пайдо бўлган шиш ва яллиғланиш хусусиятларини, фибринозли қопламанинг пайдо бўлганлиги ва тарқалганлигини кўрсатади. Қопламалар 3-4 ҳафтадан сўнг йўқолади, тўқима ҳосил бўлади. Бундай қўшувчи тўқималар тил илдизи билан ҳиқилдоқ қопқоғини тил юзаси оралиғида, чўмичсимон тоғайлар соҳаларида ва чўмичсимон ҳиқилдоқ усти бурмаларида ҳосил бўлади. Қоплама ҳосил бўлиши билан кечувчи куйишлар тана ҳароратининг 38-39°C кўтарилиши билан кечади. Анамнез ва клиник кўринишларига асосланиб ташҳис қўйилади. Соғайиш - захарланиш ва юз берган ўзгаришлар даражасига боғлиқ. Унча оғир бўлмаган ҳолларда соғаяди, оғир ҳолларда эса ўлим билан тугайди. Ўлимга ҳиқилдоқнинг қисилиши ва ўткир буйрак етишмовчилиги сабаб бўлади.

**Даволаш:** нейтралловчи суюқликлар ичиш учун берилади. Кислоталар таъсирида куйишдан ишқорлар аралашмалари (оҳақли сув, магний окись) сут, оғриқни камайтириш мақсадида музнинг кичик бўлакчаси ютилади, 1% ва 2% промедол тери остига юборилади. Ишқорлар билан куйишда шилимшиқ қайнатмаларга лимон кислотаси, уксусли кислоталар қўшилиб ичирилади. Нейтралловчи суюқликлардан ташқари захарланишни кучсизлантириш ва йўқотишга (ҳансираш, йўталиш, оғриқ) қарши курашилади. Ҳиқилдоқ шишида - пенициллин аэрозоли, 300000 ЕД, 0,5%- 3 мл, новокаин, 1% - 5 мл. шунингдек, эфедрин 1 мл. - 0,1% Адреналин билан ингальция қилинади, кортикостероидлар (гидрокортизон 125 мл.), АКТГ, (40 ЕД 1 кунда) мускул ичига берилади. Бу чоралар фойдасиз бўлганда трахео-

томия қилинади. Иккиламчи инфекциялар тушининг олдини олиш мақсадида антибиотиклар ва сульфаниламидлар қўлланилади.

Ҳиқилдоқ ва кекирдакнинг иссиқлик таъсиридан куйиши иссиқ буғлар ва газларни, суюқликларни нафас олиш вақтида кириши натижасида содир бўлади. Суюқликлар таъсирида куйиш амалда жуда кўп учраб, қайноқ сувларни ичиб юбориш вақтида содир бўлади. Ларингоскопик кўриниш биринчи навбатда шиши пайдо бўлишини кўрсатади. Иссиқ ҳаво ёки буғлар ҳиқилдоқ ва кекирдакка нафас олиш орқали киради. Суюқлик ҳиқилдоқ қопқоғини ювиб ўтиб, ноксимон синусларга тушади, сўнг қизилўнгачга ўтади. Лекин шу вақтда, айниқса, ёш болаларда рефлектор равишда чуқур нафас олинади. Шунда суюқликнинг бир қисми нафақат ҳиқилдоққа, балки чуқурроқ, яъни кекирдакка тушади. Касаллик ташҳиси қийинчилик туғдирмайди. Даволаш кимёвий таъсирлар натижасида куйишдаги даволашдан фарқ қилмайди.

## **ҲИҚИЛДОҚ, КЕКИРДАК ВА БРОНХЛАРДА ЁТ ЖИСМЛАР**

**Келиб чиқиши ва ривожланиши:** Нафас йўлларига ёт жисмларнинг тушиб қолиши кўпинча ёш болаларда учрайди. Чунки ёш болалар ўйнаётган вақтда доимо нарсаларни оғзига солишга ҳаракат қилади. Ёт жисмлар тугмалар, тангалар, писта, тарвуз-қовоқ уруғлари, нўхат, майда ўйинчоқлар, нарсаларнинг парчалари ҳисобланади. Катта ёшдагиларда нафас йўлларига ёт жисмлар турли ҳаракатлар (оғизда майда мих ушлаши, илгак тугма, игналар солиб нафас олиш) оқибатида тушиб қолади. Бундан ташқари, қайт ҳосилалари ва қон ҳам ёт жисм бўла олади. Жуда кам ёт жисмлар бронхолитлар (бронх юзасига туз тушиши натижасида ҳосил бўлиши), тирик жонзотлар - аскаридалар, меъда қуртлари тушиши, бундан ташқари ҳиқилдоққа ҳашаротлар ҳам тушиши мумкин. Бунда асосий кўнгилсизликни арилар кўрсатади. Нафас олиш йўлини механик равишда ёпилишида ҳам тишлангандан сўнг захри таъсир қилиб туради.

Кўпчилик ҳолларда ёт жисмнинг тушиш механизми қуйидагича: кўрқинчдан, кўққисдан калтаклаганда, турганда, кулганда ёки йиғлаганда, чуқур нафас олиш вақтида ёт жисмлар

тушиб қолади. Бундай шароитларда оғиз бўшлиғидан ҳиқилдоққа ҳаво оқими билан нарсалар чуқурроқ ўтишининг иложи бўлмаса, ҳиқилдоқда тақалиб қолади. Ёт жисмлар овоз ёриғидан судралиб ўтиб, асосий бронхлардан (80% ўнг бронхга кекирданнинг давоми бўлганлиги туфайли) бирига тушади.

**Белгилари:** ёт жисмнинг ўзига ва организм реакциясига боғлиқ. Ҳиқилдоққа ёт жисм тушганда хуружсимон йўтал пайдо бўлади. Овоз ёриғи ёт жисм билан тўла беркилиб қолиши натижасида дарҳол асфиксия пайдо бўлиб, беморни ўлимига сабаб бўлади. Овоз ёриғини қисман беркилиши натижасида эса йўталиш, хириллаш, шиллиқ қаватнинг шишиши ривожланади. Баъзан беморни узоқ йўталиши натижасида ёт жисм атрофдаги некрозга учраган тўқимаси билан чиқариб ташланади. Ёт жисмларни қайтиб чиқишига нафас олиш деворлари оралигида уларнинг қисилиб қолиши, ўткир қиррали бўлган ёт жисмнинг нафас олиш йўллари деворига санчилиб қолиши сабаб бўлади.

Бундан ташқари, бронхларнинг қопқоқлик механизми (нафас олиш вақтида кенгайиб, нафас чиқариш вақтида торайиши) овоз бойламларининг ёт жисм ўтгандан сўнгги рефлектор қисилиб қолиши, овоз бурмаларида ёт жисмларнинг ушланиб қолиши ёт жисмнинг (баллотированиyasi) ҳаракатланишига сабаб бўлади. Кучли йўталиш вақтида ҳаво тўпламининг босими натижасида пастдан бирлашган овоз бурмаларига урилиб, ўзига хос бўлган ишқаланган товуш чиқаради. Сўнг ўз оғирлиги таъсирида қайта бифуркациягача тушиб кетади. Баъзан бронхга тушиши мумкин. Ёт жисмнинг чуқурлашиб бориши йўталиш рефлекси сўниб бориши билан тўхтайтиди. Агар ёт жисм асосий бронхлардан бири юзасини тўла беркитиб қолса, шу томондаги ўпка қисми нафас олишда иштирок этмайди, натижада альвеолалар бўшашиб, ёпишиб қолади (ателектаз) ва яллиғланиш жараёни ривожланади (расм-3.10).

Бронх юзаларини ёт жисм билан тўлиқ бўлмаган, қисман қопқоқсимон ёпилишида, нафас олиш вақтида бронхларнинг кенгайиши натижасида ҳаво ўпкага қисман ўтиб туради. Лекин ҳаво қайтиб чиқишини иложи бўлмай қолади. Натижада, ўпкада ҳаво тўпланиб (эмфизема) медиастенумдаги аъзоларни соғ томонга оғдиради.



Рисм-3.10. а) чап ўпканинг ателектазига сабабчи чап бош бронх-  
даги ёт жисм; б) бронхоскоп ва ёт жисмни оладиган қисқич.

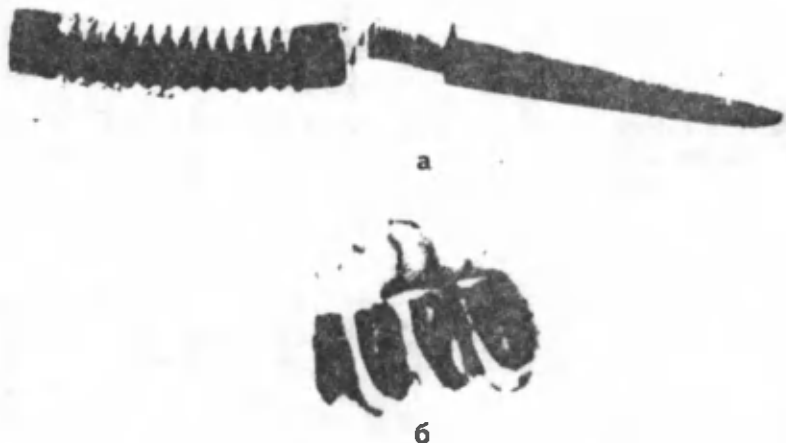
Ёт жисмларнинг ташҳиси анамнез ва ўпкани физик ва рентгенологик текширишлари натижаларига асосланади. Ларингоскопия (бевосита, билвосита) ёрдамида ҳиқилдоқдаги ёт жисмлар ва кекирдакдаги ҳаракатчан жисмлар олиб ташланади. Қасалликка тахмин қилинганда бронхоскопия катта ёрдам беради.

**Даволаш:** нафас йўлларига тушган ёт жисмлар олиниши керак. Аспирацияли ёт жисмни йўталиш усули билан чиқариб ташлашга уриниш асло мумкин эмас. Ёш болаларда ҳаракатчан ёт жисмларни кекирдакдан, йирик бронхлардан бевосита ларингоскопия ёрдамида олиш имкони бор. Баъзан бу усул рентген назорати остида биргаликда (бронхоскопия сингари) амалга оширилади. Катта ёшдагиларда эса ёт жисмлар бронхоскопия ёрдамида олинади.

Агар ёт жисмлар темир бўлиб, юмалоқ шаклда бўлса, электромагнит билан олинади. Ёт жисмлар илгаклар бўлиб, очиқ томонни юқорига қараган бўлса, махсус ушлагичлар ёрдамида тортиб олинади. Асфиксия ҳолатидаги беморлар дарҳол трахеотомия қилинади, баъзан трахеостомия қилинган беморларда пастки трахеобронхоскопия қилинади. Бундан ташқари, юқори трахеобронхоскопия қилиниб, ёт жисмни олиш имкони бўлмаса, ёт



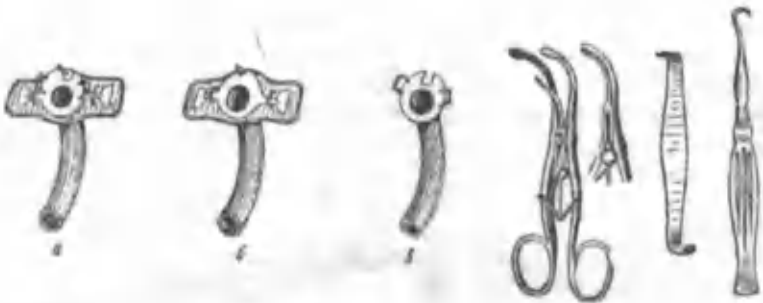
жисм катта ҳажмга эга бўлса, ҳиқилдоқдан ўтиши қийин бўлса, ёш болаларда билвосита ларингоскопияни ўтказиш иложи бўл-маса, пастки трахеобронхоскопия қилинади. Нафас йўлида ёт жисмга таҳмин қилинган беморлар ЛОР бўлимларига юборилади (расм-3.11).



**Расм-3.11. Нафас йўлларида олинган ёт жисмлар:**  
*а) шарикли ручка бўлақлари; б) тиш протези.*

Нафас йўлларида ёт жисмлар тушиб қолишининг олдини олиш учун аҳоли ўртасида, поликлиникаларда, она-болани ҳи-моя қилиш пунктларида, боғчаларда ва бошқа болалар тарбия-ланувчи муассасаларда тушунтириш ишлари олиб бориш зарур.

**Трахеотомия:** ҳиқилдоқнинг ўткир қисилишида, кекирдак юқори қисмининг бўғма, шиш, ёт жисм, ўсмалар, жароҳатланиш натижаларида қисилиш каби ҳолларда трахеотомия қилинади. Бундан ташқари, кўкрак қафаси ва бош суюгининг жароҳатлани-шида ҳам трахеотомия қилинади. Нафас олиш мускули фалажи (паралич) қуюқ, ёпишқоқ, шилимшиқ аралашмани бронхларда узоқ муддат сақланиб қолиши кабилар ҳам трахеотомияга кўр-сатма ҳисобланади (расм-3.12-3.13).



**Расм-3.12. Икки қаватли трахеотомик най.**

- а) йиғилган ҳолати;*
- б) ташқи най;*
- в) ички най.*

**Трахеотомик жароҳатни кенгайтирувчи (очилган ва ёпилган ҳолати).**

**Ўтмас ва ўткир илгаклар.**



**Расм-3.13. Трахеотомияда беморнинг ётган ҳолати.**

**Юқори трахеотомия.** *а) илгаклар билан тортилган жароҳат четлари; чеккаларда мушаклар кўринмоқда; жароҳат ичида қалқонсимон без бўйиччаси кўринмоқда; б) трахеотомик найни жароҳатни кенгайтирувчи ёрдамида киргизиш.*



**Пастки трахеотомия, трахеотомик найни трахея бўшлиғига киргизиш.**

Кесим йўналишига боғлиқ ҳолда трахеостомияни қуйидаги турлари мавжуд: вертикал ва кўндаланг.

Қалқонсимон без бўйнига нисбатан юқори ва пастки трахеостомияга бўлинади. Юқориги ва пастки трахеостомиялар қалқонсимон без бўйнига нисбатан олинади. Бемор жарроҳлик столига боши орқага эгилган ҳолатда ётқизилади. Юқориги трахеостомия учун кесим қатъий ўрта чизикдан ёки қалқонсимон безнинг пастки қирғоғидан 5-6 см. узунликда кесилади. Тери ва тери ости қавати кесилгандан сўнг, иккита жарроҳлик қисқичи ёрдамида ташқи фасция икки томонга бироз кўтарилади, ўрта чизикнинг ёнбоши пинцет билан ажратилади. Кўкрак тилости мускули оралиқда оқ чизик кўринишида аниқ бўлади, мускуллар ўтмас қайчи билан секин ажратилиб, панжасимон илмоқ билан ушланади. Узуксимон тоғайнинг олдинги юзаси топилиб уни пастки қирғоғи бўйлаб жойлашган қалқонсимон без бўйинни қопчаси кўндаланг равишда кесилади. Бўйин пастга итарилиб, кекирдакни биринчи узуксимон тоғайи топилади.

Қон яхшилаб тўхтатилгандан сўнг узуксимон тоғай тагига илмоқ қўйилиб, у бироз кўтарилади ва ҳиқилдоққа маҳкамланади. Сўнг ўткир пичоқ билан кекирдакнинг иккинчи - учинчи узуксимон тоғайи кесилиб, трахеотомик найча киритилади. Трахеотомик найча иккита бир-бирига кирувчи (ички, ташқи) найчалардан иборат. Бу найча киритилиши кучли йўтал пайдо бўлиб, балғам чиқиши билан ва йўталишдан сўнг нормал нафас олинishi билан характерланади. Кучли йўтал бўлишининг олдини олиш мақсадида кекирдакни кесишдан аввал 5% кокаин зритмаси ёки 2% дикаин зритмаси кекирдакка юборилади (бу инъекция фақат катталарда қилинади). Найча бинт билан боғлаб қўйилади, найча атрофидаги кесилган жойларга 1-2 чок қўйилади. Тикиш пайтида терини ва юмшоқ тўқималарни қаттиқ тортиб тикиш тавсия қилинмайди, чунки тери ости эмфиземаси ривожланиши мумкин.

Болаларда қалқонсимон безнинг бўйин қисми пастидан кесилиб, кекирдакка ўтиш йўлига осонлик туғдирилади. Қалқонсимон без бўйин юқорига тортилиб, пастки трахеостомия қилинади. Агар қалқонсимон безнинг бўйни сезиларли даража-

да қалинлашиб, катталашган бўлса ва юқорига ҳам, пастга ҳам тортиб туришнинг иложи бўлмаса, у икки томондан қисқич билан ушланиб, кесилади. Сўнг шу жойдан кекирдак ҳалқаси кесилади (ўрта трахеостомия). Қоида бўйича жарроҳлик маҳаллий оғриқсизлантиришдан сўнг амалга оширилади. Лекин беморда асфиксия бўлиб, ҳаёти хавф остида қолганда шошилишчи равишда ҳеч қандай оғриқсизлантиришсиз амалга оширилади. Бундай беморларда сезувчанлик углекислоталар билан заҳарланиши оқибатида кескин пасаяди, узоқ муддатга трахеостомик найчадан фойдаланиш керак бўлганда ёки жарроҳликдан сўнг нормал нафас олишни тиклаш учун трахеостомия қилинади. Шунингдек, кекирдакни узуксимон тоғайлари кесилиб, ёнбош томонга қайриб, ички тоғай усти қавати билан терига тикиб қўйилади. Ҳосил бўлган найча катталигидаги стоманайча вазифасини бажара олади, яъни трахеостомик найчасисиз узоқ муддат нафас олиш таъминланиб турилади, шиддатли равишда трахеостомия қилинишида ҳақим беморлар бош қисмини ўнг томонидан туриб, чап қўлини бош бармоғи ва кўрсаткич бармоғи билан ҳиқилдоқни ушлаб, ўнг қўлга пичоқ ушлайди ва кекирдакни юзасига бўлган тўқималарни кесади. Кейин трахеостомик найча ўрнатилиб, қон тўхтатилади. Асфиксиянинг олдини олиш борасида тегишли ишлар бажарилгандан сўнг, керакли бўлган жарроҳликни бошлаш мумкин.

**Асорати:** трахеостомия билан боғлиқ бўлган асоратларга қон кетиши ҳам (эрта, кеч) киритилади. Кейинги ва кўп миқдордаги қон кетишига тўқималарнинг флегмонаси ва некрози сабаб бўлади. Трахеостомик найча ва ҳаво кириб, чиқиб турувчи тоғайларнинг ҳажми кекирдак ҳажмига тўғри келиши керак. Акс ҳолда кириб чиқаётган ҳаво яра атрофларидан сурилади ва эмфизема ривожланишига сабаб бўлади. Трахеостомия қилинган беморларни парваришlash биринчи кунларда алоҳида эътибор талаб қилинади. Трахеостомик найчанинг юзаси беркилиб қолмаслиги учун ҳар 2-3 соатда найчага 2-3 томчидан тозаланган ўсимлик мойи бир кунда 2-3 мартаба томизиб турилади. Ички найчани бир кунда 2-3 мартаба қайнатилиб, тозалаб турилади. Кекирдак қуришининг олдини олиш учун хонадаги ҳавони намлиги таъминлаб турилади. Бунинг учун докали латта намланиб

канюля устига қўйилади. Нафас олишни қийинлашишига сабаб булувчи қийинчилик билан кўчувчи қуюқ балғам тўпланишида кекирдакка 10-25 мг. трипсин ёки 5 мл. химотрипсиннинг изотоник эритмалардаги суюқликлари сочилади ёки қўйилади. Булар қасмоқларни юмшатиб, балғам кўчишини енгиллаштиради. Йўталиш вақтида чиққан балғамни трахеостомик найча остидаги тери қаватини мацерацияси ва таъсирланишининг олдини олиш мақсадида найча атрофларининг тери қисмига вазелин ёки Лассар пастаси суртиб турилади, трахеостомик найча ҳиқилдоқ функцияси тиклангандан сўнг олиб ташланади. Ҳиқилдоқ функционал ҳолати ларингоскопия ва функционал синамалар каби текширишлар асосида аниқланади. Баъзан жароҳатлангандан сўнгги тўқималарни чандиқланиши ҳисобига сезиларли даражада қисилиш юз беради, бундай ҳолларда узоқ муддатга канюлада юришга тўғри келади.

### **ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Бу термин асосида шиллиқ қават ости қаватларини шишиши, толаларни бир-бирларидан ажралиб трансудат тўпланиши тушунилади. Шикастлангандан сўнгги шишни пайдо бўлиши билан бирга аллергия таъсирлар натижасида ҳам шишлар ривожланиши мавжуд.

Ҳиқилдоқда пайдо бўлган аллергия ўзгаришлар бир вақтда тери қисмида (юза), бўйиннинг тери қисмида (торвок, квинке шиши микротравма, шамоллаш) каби таъсирлар натижасида пайдо бўлиши билан бирга ажралган ҳолда фақат ҳиқилдоқни ўзида пайдо бўладиган шиш учраб туради. Шишлар асосан ўткир характерга эга бўлиб, тезда ривожланади. Сурункали шиш эса юрак ва буйрак вазифаларини декомпенсациясидагина ривожланади. Ҳиқилдоқнинг ўткир шишида ҳиқилдоқ барча қисмларидаги шиллиқ ости қаватларини ҳам қамраб олади. Лекин бу қаватни қалинлашган жойларида шиш унчалик даражада ривожланмайди. Бу жойларга биринчи навбатда овоз бурмаларининг юқори томони (юзаси) ва эркин қирғоғи, шунингдек, вестибуляр бурмаларнинг бир қисми киради.

**Белгилари:** ҳиқилдоқни қайси қисмида шиш жойлашган лигига боғлиқ равишда белгилари пайдо бўлади. Агар ҳиқилдоқ қопқоғи ёки ҳиқилдоқни орқа деворида шиш бўлса, бемор ютиниш вақтида нохуш сезгидан, томоқда ёт жисм сезгисидан, овқат еганда қоқаб кетишидан шикоят қилади. Лекин овозни тиниқлиги ўзгармайди. Бунга тескари равишда чўмичсимон ҳалқум бурмалари, чўмичсимон тоғайлар, вестибуляр бурмалар, бурма ости юзаларида шиш пайдо бўлганда фонация вақтида нохушлик, йўталиш пайдо бўлади.

Бу белгилар ҳиқилдоқ қон айланишининг ва лимфа айланишининг бузилиши натижасида реффлектор равишда келиб чиқади. Энг хавфли белгилардан бири овоз ёриғини ва бурма ости соҳасида кучли даражада ривожланган шиш натижасидаги нафас олишни қийинлашувидир (бу жойда шишнинг пайдо бўлиши бир неча соат, бир неча минут давомида беморни ҳалок бўлишига олиб келади). Унчалик сезилмай турувчи шишлар, чегараланган шишлар баъзан тезда тарқалиб бурма ости соҳасини қамраб олиши мумкин, бу эса жуда хавфли саналади. Шунинг учун ҳиқилдоқда унчалик ривожланмаган шиш борлиги аниқланиши билан дарҳол бемор ЛОР бўлимига ётқизибли, шиддатли трахеотомия қилиниши учун керакли бўлган шарт-шароитлар, керакли асбоблар тайёрлаб қўйилиши керак. Ҳиқилдоқ шишининг ташҳиси бевосита ларингоскопия кўринишида ва аниқ йиғилган маълумотларга асосланади.

**Бевосита ларингоскопия:** шиллиқ қават кучли даражада шишган, таранглашган, балиқ пуфаги сингари ялтироқ кўринишида. Шиллиқ ости қавати жойларда қотган, шишган жойлари алоҳида пўрсилдоқлар кўринишини эслатади. Худди шундай кўриниш чўмичсимон тоғайлар соҳаларида ҳам кўринади: ҳиқилдоқ қопқоғи шишиб, кўпинча ўсмасимон кўринишга келади. Овоз бурмалари остидаги шишган тўқималар ёстиқчаларни эслатади ва симметрик равишда жойлашиб бир-бирларига тегиб туради. Ҳиқилдоқ қисилиш вақтида ташқи томондан кўрилганда буйинтуруқ венасини қовурғалар оралиқлари, кўкрак ости соҳаси (подложечный обл.) ни чўзилиши (втяжение) нафас олиш вақтида иштирок этувчи ёрдамчи мускулларнинг куч билан ишлаши, ҳиқилдоқни қисилиши учун хос бўлган инспиратор

ҳансираш аниқланади. Асосида яллиғланиш жараёни бўлмаган ҳиқилдоқ шишида ларингоскопияда юқорида айтиб ўтилган жойларни шишинқираши, оч пушти ранг ёки кулранг тусга кириши кўринади. Беморнинг умумий аҳволи унчалик ўзгармайди, тана ҳарорати сезиларсиз равишда кўтарилиб туради. Асосида яллиғланиш жараёни бўлмаган шишларни даволаш беморга ётувчи тартиб белгилашдан бошланади.

**Симптоматик даволаш:** дегидратация муолажалари олиб борилади. 10-20 мл. глюкоза ёки гипертоник эритмалар, 10% кальций хлорид -10 мл. ва бошқа дорилар томир ичига юборилади, 5% аскорбинка кислотаси 1 мл. тери ичига, гемодез томир ичига томизилади. Ҳиқилдоқни кучли даражадаги шишида антигистамин дорилар мушкул астига, булардан ташқари 2,5% 1-2 мл. пипольфен ёки 2% супрастин мушкул ичига юборилади. Шишни кучайиб боришида ва умумий аҳволнинг ёмонлашишида преднизолонни 1-3 мл. сувдаги эритмаси (1мл. 30 мг.) томир ичига юборилади. Преднизолон қовоқ ичига 3-4 минут давомида қилинади. Бир неча минутдан сўнг ўзининг юқори таъсирини кўрсатади. Бу таъсир 6-7 соат мобайнида давом этади. Ҳиқилдоқ шишида гидрокортизон руссель (лиофизированный препарат) томир ичига ёки мушкул ичига юбориш яхши натижа беради. Бунда худди гидрокортизон каби эффе́к олинади. Кучайиб борувчи шишда трахеостомия қилинади. Асосида яллиғланиш жараёни бўлган шиш пайдо бўлишида антибиотикларни аэрозоллар ҳолида қўллаш мумкин. Бир маротабадаги ингаляция учун 200-250 минг ЕД пенициллин қўлланилади. Ингаляция сони беморни умумий аҳволига боғлиқ ҳолда белгиланади. Бундан ташқари дегидратацион терапия, антигистаминлар, кортикостероидлар (асосида яллиғланиш жараёни бўлмаган шишларни даволаш усулларига қаралсин) қўлланилади.

## ЎТКИР КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

Ўткир ларингитлар кўпинча юқори нафас йўлларининг катарал яллиғланишидан келиб чиқади. Бундан ташқари кўпинча умумий ва маҳаллий шамоллаш жараёни билан боғланган. Касаллик сабабларига яна буғларни нафас орқали кириши, ҳавони

чангланиши, овоз бурмаларнинг чарчаши (кучли бақириқдан сўнг, узоқ муддат совуқ ҳавода баланд овоз билан гапириш), чекиш, спиртли ичимлик ичиш ва бошқаларни киритиш мумкин. Ҳиқилдоқнинг яллиғланиши ўткир юқумли касалликлар: грипп, қизамиқ, терлама, кўк йўтал кабилар келтириб чиқариши мумкин.

**Келиб чиқиши:** ўткир катарал ларингитни пайдо бўлишига сабаблар катта ёшдагиларда ва болаларда бир хил. Касаллик кўпинча ўткир бошланади. Патолого-анатомик ўзгаришлар кўйидагича: томирлар қизарган, майда нуқтасимон инфилтрация, кучли ёки кучсиз ривожланган шиш ёки шишинқираш. Биринчи кунларда безлар секрецияси камаёди, кейинроқ гиперсекреция билан алмашади. Бунда ажралма аввал суюқ, кейин йирингга ўхшаш қуюқлашади. Баъзан яллиғланишда шиллиқ қаватда ва шиллиқ ости қаватида қонли пуфакчалар пайдо бўлади.

Қон билан тўлган пуфакчалар ёрилгандан сўнг шиллиқ қават қонсимон рангга киради. Айрим ҳолларда яллиғланиш жараёни ҳиқилдоқни бутун қисмига тарқалади ва айнан овоз бурмаларини қамраб олади.

Баъзан чўмичсимон тоғайларнинг шиллиқ қавати тузилиши бузилади.

**Белгилари:** субъектив белгилар ҳириллаш, қичишиш, қуришишдан иборат. Лекин ларингитнинг бу турида оғриқ безовта қилмайди. Қайталаниб турувчи хуружсимон йўтал касаллигининг асосий белгиси ҳисобланади. Объектив кўриниши бевосита ларингоскопия ҳиқилдоқ шиллиқ қаватини тарқалган, қизариши ва шиши, овоз бурмалари пушти рангда, шилимшиқ ёки шилимшиқ йирингли қоплама билан қопланган, ажралма баъзида қуюқлашади. Ҳиқилдоқнинг катарал яллиғланиши ташҳиси қийинчилик туғдирмайди. Касаллик бошланаётган субхордал яллиғланиш ҳиқилдоқнинг фиброзли яллиғланиши, кекирдак ва бронхларни фиброзли яллиғланиши, шунингдек, ҳиқилдоқ бўғмаси каби касалликлар билан таққосланади. Асосан ўткир яллиғланиш тана ҳароратини юқори даражада кўтарилиши билан кечганда жараёнга кекирдак ва бронхлар ҳам қўшилганлигидан далолат беради.



**Даволаш:** касалликка зарарли таъсир этувчи таъсирларни йўқотишдан бошланади. 5-10 кун давомида гапирмаслик (овоз тартиби) белгиланади. Агар касаллик касбга боғлиқ бўлса, овоз тартиби бундан ҳам узоқ муддатга сақланиши керак. Чекиш, спиртли ичимлик ичиш, ўткир нарсалар, аччиқ, шу кабилар истеъмол қилиш тақиқланади. Антибиотиклар 2% эфедрин билан ингаляция ҳолида берилади, сўнгра ишқорлар билан ингаляция тавсия қилинади, бўйинга ингичка боғлов, электр майдони, УВЧ лардан кенг фойдаланилади, ингалятор йўқлигида **Rp: ol. Eucalypti Mentholi M.D.S.** (10-15 томчи 1 ст. қайнатилган сувга қўшилиб, буғдан нафас олиш учун).

Тана ҳароратининг кўтарилишида ҳароратни пасайтирувчи дорилар, йўтал бўлганда эса йўталга қарши дорилар берилади. Шиллиқ қаватни қуриши ва қасмоқлар пайдо бўлишида ҳиқилдоқ ичига ёғли эритмалар қуйилади.

**Rp: Mentholi 0,1 ol. Persicorum M.D.S.** ҳиқилдоққа қуйиш учун (1 мл.дан кунига 1 марта). Беморлар ташқи муҳит таъсирларига: чангланиш, буғ, муҳит ҳароратининг бирданига ўзгариши кабилардан сақланиши лозим.

## БУРМА ОСТИ ЛАРИНГИТИ ЁКИ ЁЛҒОН БЎҒМА

Бурма ости ўткир ларингити (субхордал) ёки ёлғон бўғма ўткир ларингитлар турига мансуб бўлиб, овоз бурмалари ости соҳада сезиларли даражадаги шиш пайдо бўлиши билан характерланади. Ёлғон бўғма деб аталишига сабаб шуки, касаллик бир қанча клиник белгилари билан чин бўғмани эслатади. Лекин симпатоло-анатомик нуқтаи назардан (фибринозли қоплама) фарқ қилади.

**Келиб чиқиши.** Ларингитнинг бу тури ҳиқилдоқ бурма ости қаватида юмшоқ тўқима борлиги ҳисобига юзага келади. Сохта бўғма асосан 6-7 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Касаллик экссудатив диатез, аллергик касалликларга мойил бўлган болаларда, шунингдек, умумий инфекция - қизамиқ, скарлатина каби касалликларнинг асорати сифатида намоён бўлади. Айрим вақтларда сохта бўғма ларингоспазм билан биргаликда кечади.

**Ривожланиши:** субхордал соҳанинг қисилишига ҳиқилдоқнинг анатомио-физиологик хоссалари сабаб бўлади. Катталардагига нисбатан ёш болаларда субхордал соҳа кўп миқдорда юмшоқ шиллиқ ости тўқимасидан иборат нерв системаси ҳамда томирлар рефлексии кучли таъсирланишга эга. Бир қанча муаллифларнинг фикрича боладаги конституционал факторларига биринчи навбатда экссудатив диатез, аллергия ва бошқа таъсирларга жавобан шиш ривожланиши ва юқумли касалликлар кўзгатувчиларга мойиллиги юқори даражада бўлади.

**Патологик анатомия:** патологик ўзгаришлар васкуляризацияли юмшоқ қўшувчи тўқималардан иборат бўлган субхордал соҳада жойлашади. Ўзгаришлар фақатгина ёш болаларда учрайдиган бу касаллик учун хос бўлиб, катта ёшдагиларда учрамайди, пастга кекирдак томонга қараб тарқалиб боради, лекин юқори томонга қараб тарқалмайди. Чунки ўзидан кейинги қаватга мустаҳкам бириккан шиллиқ қават яллиғланиш жараёнини шиллиқ ости қаватларига ўтиб, тарқалишига қандайдир қаршилиқ кўрсатади (асосан овоз бурмалари қирғоқлари шундай мустаҳкам тузилишга эга). Шунини қўшимча қилиш керакки, олиб кетувчи лимфосупра ва субхордал система бир-бирдан ажралган, қўшувчи тўқима шиллиқ ости қавати катарал яллиғланиш характерида бўлиб, сезиларли даражада шиш пайдо бўлади.

**Белгилари:** инспиратор турдаги ҳансираш субхордал ларингитни асосий ва биринчи белгиси ҳисобланади. Юқори нафас йўллари унчалик сезиларли бўлмаган катарал яллиғланишида бирданига ҳансираш пайдо бўлади. Бундан ташқари ўткир, қўпол, тўхтовсиз йўтал безовта қилади, лекин овоз тўлалигича тиниқлигини сақлаб қолади. Бир қанча муаллифларнинг фикрича ҳансираш ҳиқилдоқнинг чийиллаши билан давом этади. Ҳиқилдоқни ўткир субхордал яллиғланишини бошқа касаликлар билан таққослашда санаб ўтилган белгилар катта аҳамиятга эга. Объектив текширишлар билвосита ларингоскопиядан иборат: шиллиқ қаватлари кучли қизарган овоз бурмаларида сезиларли ўзгаришлар йўқ, фақатгина шилимшиқ ажралма билан қопланган. Ҳиқилдоқ даҳлизиди ҳам баъзан шиллиқ қаватларининг қизариши учрайди, овоз бурмалари ости соҳаси ёстиқсимон

инфильтрацияланган. Бундай инфильтрация овоз бурмаларига параллел жойлашади ва ҳиқилдоқ юзасига томон бўртиб чиқади, улар шилимшиқ йиринг билан, ҳаттоки фибринозли қопламалар билан қопланади. Аускультацияда ўпкани иккала қисмида чийилловчи хриплар эшитилади. Бу хриплар бронхит ривожланаётганлигидан далолат беради.

**Ташҳис:** Касалликнинг ташҳиси ларингоскопик текширишлар натижаларига асосланади. Биринчи навбатда ҳиқилдоқ бўғмаси билан таққосланади. Билвосита ларингоскопия натижаларида тахмин бўлса, бактериологик текшириш иккала касалликни таққослашга имкон беради.

**Даволаш:** сохта бўғмани даволаш беморга ётиш тартибини белгилашдан бошланади. Бемор ётган хона ҳавоси тез-тез алмаштирилиб турилади. Горчичник ва банкалар қўйилади, горчичник кукунни солиниб, оёққа ванна қилинади. Ҳансирашни камайтириш учун ва бола ҳаёти учун хавфли саналадиган белгилардан ҳоли бўлиш мақсадида антибиотикларни қўллашга ўрин қолмайди. Бунда тез таъсир этувчи дорилардан гидрокортизон, гидрокортизон руссель ва бошқа дорилар томир ичига юборилади, кальций тугувчи дорилар тавсия қилинади. Касаллик билан бир вақтда бронхит ёки ўпканинг яллиғланишига хос ўзгаришларнинг ривожланишида зарур дорилар даволашга қўшилади. Кучайиб боровчи ҳансирашда ва ҳиқилдоқнинг қисилишида трахеотомия қилинади. Тезда ривожланувчи бўғилишда бу жарроҳлик аввал умумий интратрахеал наркоз билан беморни интубация қилингандан сўнг бошланади. Ўткир ҳиқилдоқ ҳансирашнинг барча турларида ҳам бемор албатта педиатр назоратида туриш керак. Доимо юрак-томир тизими фаолияти текшириб борилади. Доимий назоратда бўлган касалликни даволаш натижаси ижобий бўлади. Касаллик профилактикаси шамоллаш ва юқумли касалликларнинг олдини олишдан иборат.

## ЎТКИР ТРАХЕИТ

Ўткир трахеит алоҳида касаллик кўринишида кам учрайди. Кўпинча ўткир ринит, фарингит ва ларингитларнинг давомчиси ҳисобланади. Касаллик кузда, қишда ва баҳорда кўп учрайди.

Ўткир трахеитни ривожланишига организмнинг умумий шамоллаши билан бирга вирусли инфекцияни кўшилиши сабаб бўлади. Кекирдакдаги морфологик ўзгаришлар шиллиқ қаватнинг қизариши, инфильтрацияси ва шишидан иборат.

**Белгилари:** беморлар кўпинча тунда хуружсимон йўталади, йўталиш тўхтагандан сўнг кўкрак қафасида ва ҳиқилдоқ соҳасида оғриқ пайдо бўлишидан шикоят қиладилар. Хуружсимон йўталиш аввал қуруқ, сўнгра балғам кўчиши билан характерланади. Овоз ўзгариб, хириллаб қолади.

**Ташҳис:** беморнинг шикоятига, анамнезига, ларингоскопия кўринишларига (кекирдакни шиллиқ қавати қизариши ва шишиқираши) асосан қўйилади.

**Даволаш:** ўткир катарал ларингитни даволашга қаралсин. Қасалликнинг натижаси яхши, лекин баъзида касаллик бронхопневмония, ёш болаларда капилляр бронхит каби касалликлари билан асоратланиши мумкин.

## ГЕМОРРАГИК ЛАРИНГИТ

Ларингитнинг бу шакли гриппни токсик шаклидан сўнг, баъзан қон системаси касалликлари, юрак қон-томир системаси касалликлари, жигар касалликлари, ҳомиладорлик кабилар асорати ҳисобланади.

**Белгилари:** касалликнинг асосий белгиларидан бири эрта-лаб хуружсимон қуруқ йўтал бўлиб, қасмоқлар чиқиши, балғамда қон юқларининг аралашishi, баъзан эса қон туфлаш касалликка хос бўлган белгилардир. Айрим вақтларда геморрагия бўлиши мумкин, ҳаттоки бўғилишгача олиб келади. Доимий бўлмаган белгиларга томоқда қуришиш ва ёт жисм сезгисини киришиш мумкин.

**Геморрагик ларингит ташҳиси:** субъектив муълумотларга ва ларингоскопик текширишларга асосланади. Ларингоскопияда шиллиқ қаватни қонаб турувчи ва шиллиқ ости қаватига қон қуйилган жойлар кўринади. Бундай қон қуйилишлар турлича катталикларда бўлиши мумкин.

**Даволаш:** ётувчи тартиб, шунингдек, овоз тартиби белгиланади. 10% ли кальций хлорид эритмаси 1 ош қошигида 2-3 ма-

ҳал ичгани берилади, таблетка ҳолида эса 0,015 мг. Балғам кўчирувчи дорилар гуруҳидан даволашга кўшилади. Кўрсатма бўйича гемотрансфузия қилинади. Даволашнинг қолган усуллари ўткир катарал ларингитни даволаш усулида олиб борилади.

## ҲИҚИЛДОҚ АНГИНАСИ

Ҳиқилдоқнинг вестибуляр бурмаларида лимфоид тўқималар кўп миқдорда жойлашган. Кам ҳолларда бу лимфоид тўқималар ўзаро тўпланган ҳосил қилади ва бундай тўпланиш «ҳиқилдоқ беши» деб юритилади. Лимфоид тўқималарнинг яллиғланиш жараёни ҳиқилдоқ ангинаси дейилади.

**Белгилари:** субъектив белгиларни томоқ қуриши, ютиниш вақтида кўпинча бир томонлама оғриқ пайдо бўлиши, у ёки бу даражадаги нафас олишнинг қийинлашуви, тана ҳароратининг кўтарилиши ташкил қилади.

**Ларингоскопия:** жойларда (фолликуляр ангинадаги каби) фолликулаларнинг яллиғланиши ёки лимфоид тўқималар жойлашган қисмларни қоплама билан қопланиши, чўмичсимон тоғайлар соҳаси ва чўмичсимон ҳиқилдоқ қопқоғи бурмалари ёки вестибуляр бурмаларнинг шиши, чўмичсимон тоғайлар ҳаракати қийинлашади, баъзан бўйиннинг ёнбош қисмидаги лимфа тугунлари катталашиб, оғриқ пайдо бўлади.

**Даволаш:** бемор ЛОР бўлимига ётқизилгандан сўнг антибиотиклар ва сульфаниламидлар тавсия қилинади, бўйинга иситувчи боғлов кўйилиб, антибиотиклар ва томир торайтирувчи дорилар кўшиб тайёрланган буғли ингаляциялар, илиқ сув ичиш, сутга боржом аралаштирилиб ичиш, оёққа горчичник ванналар олиш тавсия этилади. Касаллик профилактикаси - шамоллашнинг олдини олишдан иборат.

## ФЛЕГМОНОЗЛИ ЛАРИНГИТ

Ларингитни бу турида яллиғланиш жараёни шиллиқ ости қаватларини зарарланиши билан чегараланиб қолмай, чуқурроқ жойлашган мускуллар, тўқималар, бойламлар ва перихондрияга тарқалади. Қачонки касаллик кўзгатувчилари шиллиқ қават

юзаларидан тарқалса ёки қон орқали тарқалишида касаллик ривожланади. Баъзан флегмоноз ларингит юқумли касалликларни кечиш вақтида ёки ундан сўнг ривожланиши мумкин. Ҳиқилдоқнинг ички томонидан шикастланиши, куйиш кабилар касаллик қўзғатувчиларини шиллиқ қаватдан чуқурроқ кириб боришига имкон яратади. Сил, сифилис, рак сингари касалликларда иккиламчи инфекция кириши ҳисобига флегмоноз ларингит ривожланади. Ҳиқилдоқ усти қопқоғининг тоғай усти қавати шикастланиши билан бирга тоғайнинг ҳам шикастланиши хондро-перихондрит деб аталади. Касаллик болаларда кам учрайди (асосан қизамиқ, скарлатина, кўк йўтал кабилардан сўнг). Асосан 20-40 ёшгача, аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учрайди. Флегмоноз ларингитнинг чегараланган шакли-ҳиқилдоқ қопқоғи флегмонаси жараён фақат ҳиқилдоқ қопқоғини қамраб олади. Лекин чўмичсимон ҳиқилдоқ қопқоғи бурмаси, чўмичсимон тоғайлар соҳаларига тарқалади.

**Белгилари:** бошланишидаги субъектив белгилар умумий ва маҳаллий тарзда намоён бўлади. Умумий тарздаги белгилар ҳиқилдоқ ангинасини эслатади. Ҳиқилдоқ қопқоғи флегмонасида чўмичсимон тоғайлар соҳаларида ютиниш вақтида кучли оғриқ безовта қилади. Диффуз флегмонозли ларингитда ва бурмалар соҳасидаги флегмонада хириллаш, фонация вақтида ва йўталиш вақтида оғриқ безовта қилади, баъзан кучайиб борувчи ҳиқилдоқнинг қисилиши ривожланади. Тана ҳарорати юқори даражада, айрим ҳолларда экссудат бир неча кундан сўнг сўрилиб кетади, баъзида эса абсцесслар ҳосил бўлади. Абсцесс етилиб ёрилгандан сўнг, бироз енгиллик сезилади. Касалликнинг ташҳиси беморни шикоятига ва ларингоскопияга асосланади. Ларингоскопияда кучли даражадаги қизариш, инфильтрация, сарғимтир доғ ёки нуқта кўринишидаги абсцесслар кўринади. Абсцесслар ёрилганда, ёки сунъий йўл (жарроҳлик йўли билан) ёрилганда йиринг томчи ҳолида чиқади (расм - 3.14-3.15).

**Даволаш:** антибактериал дорилар, сульфаниламидлар, антигистаминлар қўлланилади, кучайиб борувчи ҳиқилдоқнинг қисилишида трахеотомия қилинади, беморлар касалликнинг ўтишига қараб доимо назорат қилиб турилади.



Расм-3.14. Ҳиқилдоқ шиши. Айниқса, чўмичсимон тоғайлар соҳаси шишган.



Расм-3.15. Флегмоноз ларингитда ларингоскопия кўриниши, ҳиқилдоқ қопқоғининг тил юзаси инфильтрацияланган.

## ҲИҚИЛДОҚ АБСЦЕССИ

Флегмоноз ларингитнинг охириги босқичи ҳисобланади. Кўпинча ёт жисм билан жароҳатланиш касаллигининг ривожланишига сабаб бўлади. Абсцесс ҳиқилдоқ қопқоғини тилга қараган юзасида ёки чўмичсимон тоғайлардан бирида жойлашади.

**Белгилари:** субъектив белгиларга ҳиқилдоқ соҳасида оғриқ, овоз тиниқлигининг ўзгариши, реактив шиш ва инфильтрация натижасида нафас олишнинг бузилиши киради.

**Ларингоскопия:** шиллиқ қават чегараланган яллиғланиш белгиларига эга, марказда абсцесс аниқланади. Ҳиқилдоқ қопқоғининг ҳаракати (жараён қаерда жойлашганлигига боғлиқ) кескин чегараланган. Касалликни ташҳиси субъектив ва объектив белгилар асосида қўйилади.

**Даволаш:** абсцесснинг бошланғич даврида катта миқдорда антибиотиклар, сульфаниламидлар, дегидратацион терапия кенг қўлланилади. Нафас олиш системаси доимо назорат қилиниб борилади. Кучайиб борувчи ҳиқилдоқ қисилишида трахеотомия қилинади. Агар абсцесс ёрилмаса, бевосита ларингоскопия қилиниб, ҳиқилдоқ пичоғи ёрдамида ёрилади. Кейинги куни йи-

рингли ажралманинг чиқишини енгиллаштириш мақсадида яра кенгайтирилади. Антибиотиклар билан аэрозоллар сочиш ёки ингальяция қабул қилиш яхши натижа беради. Бу муолажалар абсцесс ёрилгандан сўнг тавсия қилинади. Касаллик натижаси яхшилиқ билан тугаши аниқ эмас. Ҳиқилдоқнинг ўткир қисилиши ёки сепсис ривожланиши мумкин.

**Касаллик профилактикаси:** шамоллаш, жароҳатланиш, куйиш, кимёвий моддалар таъсирининг олдини олиш билан амалга оширилади.

### **ЁЛҒОН БЎҒМА** **(Субхордал ларингит)**

Субхордал ларингит ўткир ларингитлар турига мансуб бўлиб, овоз бойламлари ости соҳасида сезиларли даражадаги шиш пайдо бўлиши билан характерланади. Ёлғон бўғма деб аталishiга сабаб шуки касаллик бир қанча клиник белгилари билан чин бўғмани эслатади. Лекин симпатологоанатомик нуқтаи назардан (фибринозли қоплама) фарқ қилади.

**Келиб чиқиши:** ларингитнинг бу тури ҳиқилдоқ овоз бойлами ости соҳасида юмшоқ тўқима борлиги ҳисобига юзага келади. Асосан 6-7 ёшдаги болаларда учрайди. Касаллик экссудатив диатез, аллергия касалликларга мойил бўлган болаларда, шунингдек, инфекция касалликлар - қизамиқ, скарлатина каби касалликларни асорати сифатида намоён бўлади. Айрим вақтларда сохта бўғма ларингоспазм билан биргаликда кечади.

**Ривожланиши:** субхордал соҳанинг қисилишига ҳиқилдоқ анатомофизиологик хоссалари сабаб бўлади. Катталардагига нисбатан ёш болаларда субхордал соҳа кўп миқдорда юмшоқ шиллиқ ости тўқимасидан иборат нерв системаси ҳамда томирлар рефлексии кучли таъсирланишга эга.

**Патологик анатомия:** патологик ўзгаришлар васкуляризация юмшоқ қўшувчи тўқималардан иборат бўлган субхордал соҳада жойлашади. Ўзгаришлар фақатгина ёш болаларда учрайдиган бу касаллик учун хос бўлиб, катта ёшдагиларда учрамайди. Пастга кекирдак томонга қараб тарқалиб боради, лекин



юқори томонга қараб тарқалмайди. Чунки ўзидан кейинги қаватга мустақкам бириккан шиллиқ қават яллиғланиш жараёнини шиллиқ ости қаватларига ўтиб тарқалишига қандайдир қаршилиқ кўрсатади.

**Белгилари:** инспиратор туридаги ҳансираш субхордал ларингитнинг асосий ва биринчи белгиси ҳисобланади. Юқори нафас йўлларининг унчалик сезиларли бўлмаган катарал яллиғланишида бирданига ҳансираш пайдо бўлади. Бундан ташқари ўткир, қўпол, тўхтовсиз йўтал безовта қилади лекин овоз тўлалигича тиниқлигини сақлаб қолади. Бир қанча муаллифларнинг фикрича, ҳансираш ҳиқилдоқ чийиллаши билан давом этади. Ҳиқилдоқнинг ўткир субхордал яллиғланишини бошқа касалликлар билан таққослашда санаб ўтилган белгилар катта аҳамиятга эга. Объектив текширишлар бевосита ларингоскопиядан иборат: шиллиқ қаватлари кучли қизарган, овоз бойламларида сезиларли ўзгаришлар бўлмайди, фақатгина шилимшиқ ажралма билан қопланган. Ҳиқилдоқ даҳлизидида ҳам баъзан шиллиқ қаватлари қизариши учрайди, овоз бурмалари ости соҳаси ёстиқсимон инфильтрацияланган бундай инфильтрация овоз бурмаларига параллел жойлашади ва ҳиқилдоқ юзасига томон бўртиб чиқади, улар шилимшиқ йиринг билан ҳаттоки фибринозли қопламалар билан қопланади. Аускультацияда ўпканинг иккала қисмида чийилловчи хириллашлар эшитилади. Бу хириллашлар бронхитнинг ривожланаётганлигидан далолат беради.

**Ташҳис:** касаллик ташҳиси ларингоскопик текширишлар натижаларига асосланади. Касаллик биринчи навбатда ҳиқилдоқ бўғмаси билан таққосланади. Бевосита ларингоскопия таҳмин бўлса, бактериологик текшириш иккала касалликни таққослашга имкон беради (расм-3.16).



Расм-3.16. Овоз бойлами ости ларингити.

**Даволаш:** сохта бўғмани даволаш беморга ётоқ тартибини белгилашдан бошланади. Бемор ётган хона ҳавоси тез-тез алмаштириб турилади. Горчичник ва банкалар қўйилади. Горчичник кукуни солиниб, оёққа илиқ ванна қилинади. Нафас қисишни камайтириш ва бола ҳаёти учун хавфли саналадиган белгилардан ҳоли қилиш мақсадида антибиотикларни қўллашга ҳожат қолмайди. Бунда тез таъсир этувчи дорилардан гидрокартизон, преднизолон, дексаметазон бошқа дорилар томир ичига юборилади. Кальций препаратлари тавсия қилинади. Агар касалликда бронхит ёки пневмонияга хос ўзгаришлар ривожланиши аниқланса, даволашга керакли дорилар қўйилади. Ҳиқилдоқ қисилиши оғир даражаларида трахеотомия қилинади. Тез ривожланувчи бўғилишда бу жарроҳлик аввал умумий интратрахеал наркоз билан бемор интубация қилингандан сўнг бошланади. Ўткир ҳиқилдоқ қисилишининг барча турларида бемор стационар шароитда педиатр ва лор назоратида туриши керак. Доимо юрак қон-томир системаси фаолияти текшириб борилади.

### ҲИҚИЛДОҚ БЎҒМАСИ

Ҳиқилдоқ бўғмаси ўткир юқумли касаллик бўлиб, касаллик қўзғатувчиси жойлашган соҳада яллиғланиш жараёнини юзага келиши ва фибринозли қоплама ҳосил бўлиши билан организм умумий интоксикацияси билан характерланади. Касаллик қўзғатувчиси - Леффлер таёқчаси ҳисобланади, касаллик билан 1-3 ёшгача бўлган болалар касалланади, лекин бу ёшдан катта бўлган болаларда ҳам, ҳаттоки катта ёшдагиларда ҳам учраши мумкин. Ҳиқилдоқнинг бўғма билан алоҳида шикастланиши жуда кам учрайди (бирламчи бўғма). Кўпроқ ҳалқум ёки бурун бўғмаси билан бирга кечади (пастга тушувчи бўғма). Ҳақиқий бўғмани клиник кечиши ҳиқилдоқ ўткир қисилиши билан характерланади. Овоз бурмалари соҳаларида ва бурма ости соҳаларида фибринозли қоплама пайдо бўлиб, ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватлари шишади, булар ички мускулларнинг қисилишига сабаб бўлади, нафас олиш қийинлашувига олиб келади. Касалликнинг кечишида 3 босқич тафовут қилинади:

**1-босқич** - катарал ўзгаришлар босқичи деб аталади. Йўталиш, овоз тиниқлигининг бироз бузилиши, тана ҳароратини 37-38°C га кўтарилиши, аста секин йўталишнинг кучайиб бориб, тўхтовсиз тус олиши, афония ривожланиши билан характерланади. Бу босқич бир неча кунгача давом этади.

**2-босқич** - қисилиш босқичи: содир бўлган белгилар кучайиб боради, афония ва тўхтовсиз (лающий) йўталиш натижасида қийинлик билан нафас олинади. Нафас олиш дақиқаси чуқурлашади, нафас олишда кўкрак қафасининг кўзга аниқ кўринадиган жойлари (қовурга оралиқлари, умров усти, умров ости чуқурчалари, тўш ости соҳаси (подложечная обл) кучли иштирок этади. Тери ранги оқариб, лаб кўкаради, пульс аритмияси кузатилади, нафас олиш вақтида қўшимча мускуллар ҳам иштирок этади. Нафас олиш вақтида чийилловчи шовқин қўшилиб, нафас чиқиши қийинлашади.

**3-босқич** - асфиксия: нафас олиш тезлашган, юзаки, бемор руҳан тушган, уйқусираш, мускуллар бўшашган, акроцианоз, юз териси янада оқарган, пульс ипсимон, нафас қисилиши агония ҳолатига ўтиб бемор ҳалок бўлади.

Беморнинг ёши қанчалик кичик бўлса, ҳақиқий бўғма шунчалик тез ривожланади. Бу эса ҳиқилдоқнинг юзаси торлигига, бурма ости соҳаси шиллиқ қаватларининг тезда шишиш қобилиятига эга ва мускуллар тезда қисилиши кучли даражада эканлигига боғлиқ. Ҳақиқий бўғма ташҳисининг клиник кўриниши тез оғирлашиб бориши, ўткир ҳиқилдоқ қисилиши белгиларининг пайдо бўлишига қараб, ҳалқумдан суртма олиниб, бактериологик текширишлар натижасига, объектив текширишларга асосан қўйилади.

**Ларингоскопия:** овоз бурмалари усти, чўмичсимон тоғайлар кир, кулранг қоплама билан қопланган. Касалликнинг оғир кечишида ҳиқилдоқнинг бутун қисмига қоплама тарқалиб кетади. Касаллик ташҳисида бурун, ҳалқум ва ҳиқилдоқдан суртма олинади ва у текширишга асос бўлади.

**Касаллик асорати:** миокардит, нефрит, юмшоқ танглайни фалажи, эшитув нерви ва адашган нервларнинг фалажи.

**Даволаш:** Бўғмага тахмин қилинган дақиқадан бошлаб бўғмага қарши анатоксин зардоби юборилиб, бемор атрофдаги-

лардан ажратилади ва юқумли касалликлар шифохонасига жўнатилади. Бўғмани тарқалмаган шаклида бўғмага қарши зардобни ўртача миқдори 10000-40000 АЕ (даволаш курси)га тенг, тарқалган шаклида эса 60000-80000 АЕ ни ташкил қилади. Нафас олишнинг қийинлашиши бошланганда нафас олишни тўла қисилишини кутиб турилмай, дарҳол интубация ёки трахеотомия қилиниши керак. Аскорбинка, В, РР турларига мансуб витаминлар, қопламалар кўчгунга қадар ингация (ишқорлар билан), антибиотиклар, балғам кўчирувчи дорилар - ҳиқилдоққа химотрипсиннинг натрий хлорид эритмасида эритилгандан сўнг сочилади. Юрак қон-томирлар фаолиятига қараб керакли дорилар берилади. Касалликни натижаси - бўғмага қарши зардоб билан эмлаш ва унинг бошланиш даврларини эрта ташҳис қилишга имкон борлиги сабабли кўпчилик ҳолларда яхшилик билан тугайди. Оғир кечувчи ва тарқалган шаклдаги ёки бошқа юқумли касалликлар билан биргаликдаги кечишида (скарлатина, қизамиқ) натижа унчалик яхши эмас. Юқумли касалликларда ҳиқилдоқнинг ўткир юқумли касаллик билан касалланиши айрим вақтларда катарал ларингитлар нимжонланган организмга иккиламчи инфекцияни тушиши, бемор умумий аҳволининг оғирлашиши ва балғам кўчишини қийинлашуви билан кечади. Бошқа ҳолларда шу юқумли касалликнинг ўз белгилари кўринишда бўлади. Бундай касалликларга қизамиқ, чечак хуружи, тошмали терламадаги перихондрит, терламадаги яраларни киритиш мумкин. Грипп касаллигида ларингоскопияда шу касалликка хос ўзгаришлар аниқланади: баъзида учуқлар аниқланади. Учуқлар тўпланган пуфакчалар кўринишида пайдо бўлади. Улар ҳиқилдоқ қопқоғи ва чўмичсимон ҳиқилдоқ қопқоғи бурмаларини қизарган шиллиқ қаватларида учрайди. Пуфакчалар маълум муддатдан сўнг ёрилиб, кўчган эпителийлар ўрнида, фибринозли қатлам билан қопланади.

**Қизамиқ** - қизамиқда катарал ларингитни юзага келиши кўрқинчли эмас. Баъзан энантемалар ҳиқилдоқда ҳам пайдо бўлади. Кам ҳолларда ҳиқилдоқнинг қисилиши субхордал ларингит ҳисобига ривожланиши мумкин.

**Кўк йўтал (коклюш).** Касалликнинг кечишида катарал ларингит билан баъзида субхордал ларингит ҳам ривожланиши мум-

кин. Субхордал ларингит баъзида, томоқ қирилиши, ачишиш, рефлектор йўталга сабаб бўлади, натижада, ҳиқилдоқ шишиши кузатилади. Даволаш умумий ва маҳаллий усуллардан иборат. Керакли бўлган терапевтик муолажалар қилинади, некротик жараёнларда ЛОР томонидан даволанилади, керак бўлса интубация ёки трахеотомия қилинади.

## ҲИҚИЛДОҚНИНГ ЁЛИНЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Ҳиқилдоқнинг ёлинли яллиғланиши алоҳида касаллик сифатида жуда кам учрайди. Асосан терини ёки оғиз бўшлиғи ва ҳалқумни рожа билан касалланиши натижасида ҳиқилдоққа ҳам тарқалади ёки трахеотома орқали касаллик кўзгатувчиси киради. Касаллик тана ҳароратининг бирданига юқори даражага (40°C) кўтарилиш билан бошланади. Юқори даражадаги тана ҳароратини узок муддат сақланиб қолиши кузатилади, бош оғриши, ютиниш вақтида ёки тинч ҳолатда ҳиқилдоқда оғриқ пайдо бўлади, оғриқ кулоқ томонга тарқалади. Беморлар оғриқ кучлиликдан ҳаттоки сув ичгани ҳам кўнмайдилар. Ҳиқилдоқда кучли қизиш безовта қилади. Ҳиқилдоқнинг ёлини энг оғир белгилардан бири нафас олишни қийинлашишидир.

**Ларингоскопия:** зарарланган жой шиллиқ қавати тўқ-қизил рангда, атрофдаги шиллиқ қаватлардан аниқ ажралиб туради, зарарланган жой бироз шишган бўлади. Ёлинни характерли белгилари шундан иборатки, жараён тезда юзаларга тарқалиб боради ва ўз хусусиятини ўзгартириб туради (бир жойнинг шиллиқ қаватлари оқариши билан бошқа жойнинг шиллиқ қавати қизаради). Ёстиқсимон шиш ёлинга хос эмас. Касалликнинг ташҳисида ҳиқилдоқнинг ёлин билан бирламчи зарарланиши таҳмин қилинса, жараёни тери қаватларига тарқалишидан сўнг ташҳис қўйилади (агар жараён ҳиқилдоқдан тери қисмларига тарқалса). Аввал касаллик бир қанча муддат давом этган. Ҳозир эса пенициллин ва сульфадимезинларнинг кенг қўлланиши натижасида хасталикнинг кечиш муддати қисқарди.

## СУРУНКАЛИ ЛАРИНГИТ

Сурункали ларингитлар - ҳиқилдоқ шиллиқ қаватларини сурункали яллиғланишини келтириб чиқарувчи сабаблар худди ўткир яллиғланишга сабаб бўлувчи таъсирлар натижасида ривожланади. Лекин ўткир ҳиқилдоқ яллиғланишидаги таъсирларнинг узоқ муддат таъсири натижасида сурункали ларингитларга ўтади. Маълумки, нохуш таъсир қилувчи профессионал факторлар, ташқи муҳит таъсири, конституционал факторлар, бурун орқали нафас олишнинг етарлича эмаслиги, қон-томирлар фаолиятининг бузилиши кабилар ҳиқилдоқнинг сурункали касалликларини келтириб чиқаради. Санаб ўтилган сабабларни узоқ муддатли таъсири натижасида тўқималарни трофикаси бузилади, қаршилик кучи пасайиб, дистрофик жараёнлар бошланади. Бу жараённинг қанчалик чуқур жойлашиши эътиборга олиниб, сурункали ларингитларни қуйидагича классификациялаш мумкин. Бу классификацияни Л.Б.Дайняк, А.И.Алимовлар (1973 йилда) таклиф этганлар: сурункали катарал ларингит (ёйилган - тарқалган) ҳамда чегараланган. Чегараланган - сурункали атрофик ларингит; - сурункали гипертрофик ларингитлар қуйидагиларга бўлинади:

- овоз бурмаларини чегараланган гипертрофияси (кенг асосдаги полиплар).

- вестибуляр бурмаларнинг гипертрофияси;

- чўмичсимон тоғайлар оралиқ соҳалари гипертрофияси.

Чегараланган гипертрофик ларингитда ҳиқилдоқ элементлари бир томонлама зарарланиши мумкин. Таклиф қилинган классификация амалда патологик жараённинг қайси қисмидалигини аниқ кўрсатиб бериши мумкинлиги учун қулайдир. Сурункали ларингитларнинг клиник кечиши жараённинг қайси қисмида жойлашганлигига, шунингдек, касалликнинг келиб чиқишига боғлиқ бўлади. Ана шу боғлиқлик асосида даволаш чоралари белгиланади. Даволаш турлича тадбирларда бўлиши мумкин.

## СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ. СУРУНКАЛИ ЁЙИЛГАН КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

Касалликнинг асосий белгиси оз ёки кўп даражадаги овоз тиниқлигининг ўзгаришидир. Баланд овоз билан гапириб ишлай-

диган касбдаги одамлар тезда чарчаши, касалликнинг хуружи вақтида овоз кучайишисиз афония пайдо бўлишидан шикоят қиладилар. Ларингоскопия касаллик хуруж қилган вақтида ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватлари бир хилда қалинлашган, қизарган, шишинқираган, баъзида ёстиқсимон шиш билан бирга (асосан овоз бурмалари соҳасида) қон-томирларнинг инъекцияси кўринади. Овоз бурмалари қалинлашганга ўхшаб юқори юзасидан бироз кўтарилган. Бурмаларнинг қирғоқлари шиш ҳисобига юмалоқ бўлиб, фонация вақтида тўла бирикмайди, ўртада ёриқ қолдиради. Ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватида шилимшиқ ажралма бўлиши сурункали ёйилган ларингитнинг доимий белгиси ҳисобланади. Стробоскопик текширишда унча катта бўлмаган амплитуда таъсирида овоз бурмаларининг асинхрон қимирлаши аниқланади. Ларингитнинг бу шаклида рентгенологик текшириш шарт эмас, ўсмалар билан таққослаш керак бўлганда томография қилинади (расм-3.17-3.18).



**Расм-3.17.** Тарқоқ гипертрофик ларингитда ҳиқилдоқ томограммаси. Ҳиқилдоқнинг барча қисмларини бир текис қалинлашуви.



**Расм-3.18.** Тарқоқ гипертрофик ларингитда ҳиқилдоқ томограммаси. а-фонацияда; б-нафасда.

Ларингоскопик кўринишларга, баъзан биопсия олиниб, натижаларига асосан ташҳис қўйилади.

**Даволаш:** касалликни даволаш овоз тартибини белгилаш билан бошланади, шунингдек, чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш тақиқланади. Энг яхши натижа берувчи муолажа ингальция орқали дорилар юборишдир. Антибиотиклар ва гормонал дорилар ёки ферментлар биргаликда, умумий қўллани-

лади, ёғли ишқорли эритмалар ҳиқилдоққа қуйилади. Электромуолажалар кўрсатмалар асосида белгиланади. Оғиз бўшлиғини, бурун ёндош бўшлиқларининг, ҳалқумнинг санацияси даволашга яхши натижа кўрсатади. Агар даволаш тартиби тўғри белгиланган бўлса, 2-3 ҳафта ўзгариш сезилади, овоз бироз тиниқлашади, ларингоскопияда шиллиқ қаватлар шилимшиқ ажралмалардан тозаланганлиги, шиллиқ қаватнинг оч пушти рангдалиги кўринади. Касалликнинг оқибати - яхшилик билан тугайди, баъзан ўсмаларга айланиши мумкин. Шамоллашнинг олдини олиш, чекиш, алкоголь, оғиз бўшлиғи, бурун ёндош бўшлиқлари, ҳалқум, нафас йўллариининг пастки қисмлари санацияси ва бошқалар касалликни олдини олади.

### АТРОФИК ЛАРИНГИТ

Ҳиқилдоқдаги атрофик жараёнлар бурун ва ҳалқумдаги атрофик жараёнлар билан боғланган. Атрофик ларингитнинг клиник кўриниши ва субъектив маълумотлар қуйидагилардан иборат: томоқнинг қуруқшаши (узок муддат гапиришга тўғри келганда, албатта, сув ичиб туриш), овоз бўшашиб, тезда чарчаши, тезтез кучли йўтал пайдо бўлиши ва йўталганда қасмоқлар ажралиб чиқарилгандан сўнг қайта овозни пайдо бўлиши, кучли давом этувчи йўталишдан қон аралаш қасмоқлар ажралиши ва бошқалар.

**Ларингоскопия:** ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватлари атрофияланган, қуюқ шилимшиқ ажралмалар ва жигаррангли қасмоқлар шиллиқ қаватнинг устини қоплаган. Фонация вақтида овоз бурмалари орасида қасмоқлар ҳисобига ёриғ қолиши аниқланади. Атрофик ларингитнинг ташҳиси субъектив маълумотларга ва ларингоскопик текширишлар асосида қўйилади.

**Даволаш:** қуюқ шилимшиқ қопламани юмшатувчи ва кўчирувчи дорилар, шиллиқ қаватлари вазифаларини стимуляцияловчи дорилар қўлланилади. Ишқорли минерал сувлар ва дори эритмалардан ингаляция қилинади. Ингаляция учун «Нарзан», «Арзни», «Боржоми», «Ессентуки» минерал сувлари, маҳаллий манбалардан «Андижон», «Фарғона», «Чортоқ», «Тошкент», «Жалолобод» минерал сувларини қўллаш мумкин. Вақти-вақти билан биостимуляторлар тавсия этилади. Профилактика: бурун,



бурун ёндош бўшлиқлари санацияси, бурун орқали нафас олишни тиклаш, таъсирлантирувчи манбаларни (чекиш, спиртли ичимликлар ичишдан) чеклашдан иборат.

## СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК ЛАРИНГИТ

Сурункали гиперпластик ларингит ёйилган ва чегараланган кўринишда учрайди. Чегараланган гиперпластик ларингитда ҳиқилдоқнинг айрим элементлари қалинлашса, ёйилган шаклида эса ҳиқилдоқнинг барча қисмларидаги шиллиқ қаватлар қалинлашади.

Сурункали гиперпластик ларингитда овоз тез-тез хириллашининг қайталаниши беморда бирор аллергенга сенсibiliзация борлигидан далолат беради (расм-3.19).



**Расм-3.19. Бемор Н ва овоз бойламлари шишган гипертрофияси билан, тамакига аллергик реакция мусбат.**

**Белгилари:** субъектив белгиларга овоз тиниқлигининг ўзгариши - хириллаш, вестибуляр бўлимларнинг гипертрофиясида эса афония ривожланади.

**Ларингоскопия:** чегараланган гипертрофик ларингитда овоз бурмаларининг чегараланган гипертрофияси - овоз бурмалари гипертрофияланган, юза асоси кенг, оч пушти рангда. Овоз аппаратининг кучланишида (жипслашишида) овоз бурмалари тўла бирикмай ўртада ёриғ қолади. Стробоскопияда бурмаларнинг асинхрон тебраниши ёки тартибсиз тебраниши аниқланади. Рентгенографик текширилганда ҳиқилдоқ шиллиқ қаватларини бир хилдаги қалинлашуви аниқланади. Овоз бурмалари шишган гипертрофиясида ларингоскопик кўриниш қуйидагилардан

иборат: овоз бойламлари қирғоқларида шиш ҳосил бўлган, тўқималардаги шиш олдинги бурмаларининг эркин юзаси иккидан уч қисмини қамраб олиб, ҳеч қачон орқадаги учинчи қисмга тарқалмайди. Нафас олиш вақтида шишган ҳосилалар пастга тушиб, бурма ости соҳасида осилиб, фонация вақтида қайта кўтарилади. Бошқача қилиб айтганда овоз бурмалари шишган қирғоқлари нафас олиш вақтида пастга бурма ости соҳасига бироз эгилади, натижада овоз ёриги нафас олишга етарлича кенглик сақлаб қолади. Шунинг учун ҳиқилдоқ қисилишининг белгилари кузатилмайди.

**Стробоскопия:** гипертрофияланиб шишган қирғоқлар унча катта бўлмаган амплитудадаги ҳаракати аниқланади. Ҳиқилдоқнинг ёнбош томондаги рентгенографиясида ҳиқилдоқ бир хилдаги шиллиқ қаватларини қалинлашуви намоён бўлади.

**Томограмма:** ҳиқилдоқ шиллиқ қаватлари қалинлашган, овоз бурмаларининг тўғри рельефи сақланиб қолган, қалинлашган. Фонация вақтида овоз бурмалари унинг қирғоғигача кўтарилади ва вестибуляр бурмаларга тегиб, шу соҳада халқа шаклини эслатувчи сояни ҳосил қилади (А.И.Алимов, Л.А.Фастовский, 1970).

## **ВЕСТИБУЛЯР БУРМАЛАР ГИПЕРТРОФИЯСИ**

Вестибуляр бурмаларини гипертрофияси бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Икки томонлама гипертрофияда беморлар овоз тиниқлигининг иккиланишидан шикоят қиладилар. Вестибуляр бурмалари овоз бурмалари устига тегиб кетиши натижасида овоз ўзгариши келиб чиқади.

**Ларингоскопия:** шиллиқ қаватлар оч пушти рангда, вестибуляр бурмалар қирғоқлари гипертрофияланган, тиниқ қизил рангда, юзаси силлиқ. Ҳиқилдоқ рентгенограммасида ҳиқилдоқ қоринчалари (кўпроқ олдинги бўлимда) хиралашган.

## **ЧЎМИЧСИМОН ТОҒАЙЛАР ОРАЛИҚ СОҲАСИ ГИПЕРТРОФИЯСИ**

Беморлар шикояти ва субъектив белгилар куйдагилардан иборат: ҳиқилдоқда қирилиш, қуруқшаш, ачишиш каби нохуш сезгилар, ҳиқилдоқда ёт жисм сезгиси, қуруқ йўталиш, бал-

гамнинг қийинчилик билан кўчиши, тунда хуружсимон йўтал тутиши, уйқунинг бузилиши. Касалликнинг доимий белгиси - овоз тиниқлигининг хириллашидан, токи афониягача ўзгаришидир. Касалликнинг хуружсиз вақтларида ва хуружда ларингоскопик кўринишлар турлича. Касалликнинг хуруж вақтида ҳиқилдоқнинг шиллиқ қавати қизарган, қуюқ ажралма ҳиқилдоқ юзасини ипсимон чўзилиб тўсиб туради. Чўмичсимон тоғайлар оралиқ соҳалари шиллиқ қаватлари шишган, овоз ёриғининг орқа бўлимида осилиб туради. Фонация вақтида бурмалар кўринишида йиғилади. Касалликнинг ремиссия вақтида беморлар овозининг тез чарчашидан, томоқни қурушидан шикоят қиладилар. Рентгенологик текширишларда ҳиқилдоқ ёнбош томонидан тасвирга туширилади. Бунда чўмичсимон тоғайларнинг оралиқ соҳасидаги ўзгаришлар аниқ кўринади. Гиперпластик ларингитлар ташҳиси касалликнинг хуружи ёки ремиссиясига боғлиқ бўлмаган ҳолда биринчи навбатда бевосита ларингоскопия, сўнгра билвосита ларингоскопияларда аниқланади. Жуда кам ҳолларда микроларингоскопия усулидан фойдаланилади. Ташҳис учун синама биопсия олинади (расм 3.20-3.21-3.22-3.23-3.24).

**Расм-3.20.** Ўта қалинлашган эпителий. Нотекис гиперкератоз ҳолати кўринмоқда. Ос-ти тўқимага яллиғланган инфилтрат киришган. Гематоксилин зозин бўёғи. (80 баробар катталашган)



**Расм-3.21.** Ёпувчи эпителий гиперкератоzi, шиллиқ қаватнинг хусусий қаватини шиши. Гематоксилин - зозин бўёғи. (56 баробар катталашган)

**Расм-3.22.** Папилломатоз ҳолатидаги қалинлашган эпителий. Остки қатламда ялғланган инфилтрат. Гематоксилин, зозин бўёғи. (56 баробар катталашган)

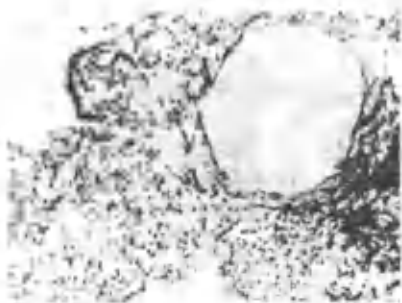


**Расм-3.23.** Шиллиқ қаватни хусусий қавати, қўшувчи тўқимада склерозга учраган жойлар. Лимфа ва қон томирлар кенгайганлиги кўринмоқда. Гематоксилин зозин. (80 баробар катталашган)



**Расм-3.24.** Шиллиқ қаватнинг хусусий қаватида қон томирлар деворлари гиалинози ва гистиоцитар инфилтрати.

Сурункали ларингитлар турига Рейнке шиши ҳам киради. Бу касалликда овоз бойламларидаги Рейнке бўшлигининг ёпилиб қолиши натижасида эпителий таранглашиб бойламлар медиал қиргоғи қалинлашиб шишади (расм-3.25-3.26). Бу касаллик бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Касаллик клиникасида овоз хириллаши, овоз тез чарчаши ларингоскопияда эса овоз бойламларининг олди ва ўрта қисмларида шиш аниқланади (расм- 3.27).



**Расм-3.25. Кенгайган каверноз қон-томирлар. Хусусий қаватда бироз яллиғланиш инфильтратлари. Гемотоксиклин зозин бўёғи. (80 баробар катталашган).**



**Расм-3.26. Овоз бойлами шиллиқ қавати. Хусусий қаватда нотекис склероз. Шиш соҳасида эргирофиль толалар кўриниши. Импрегнация фут бўёғи. (80 баробар катталашган).**

**Расм-3.27. Овоз бойламлари шишган гипертрофиясидаги ларингоскопик кўриниш (ҳиқилдоқнинг Рейнке шиши)**



Даволаш касалликнинг шакли ва кечишига боғлиқ. Ёйилган шаклида консерватив усулда даволанади, антибиотиклар, ишқорлар билан ингаляция қилинади, ҳиқилдоққа ишқорли-ёғли эритмалар қуйилади. Электрмуолажалар чегараланади. Овоз тартиби белгиланиб, таъсирлантирувчи факторлар ман этилади. Ингаляция учун стрептомицин ва гидрокортизон ацетат биргаликда қўлланилади. Бурундан нафас олишни нормал бўлиши учун бурун бўшлиғи санация қилинади. Чегараланган овоз бурмаларининг гипертрофиясида гидрокортизон билан фонофорез тавсия этилади. Аввал беморлар жарроҳлик усулида даволанган ёки овоз бурмалари (азотно-кислий-серебро) билан куйдирилган бўлса, бу муолажа мумкин эмас. Бўйиннинг олдинги юзасига сў-

рилтириш мақсадида ишлатиладиган дорилардан кальций хлор билан электрофорез буюрилади.

Консерватив даволаш фойда бермаса, жарроҳлик усулидан фойдаланилади. Жарроҳлик оптикаси ёрдамида эндоларингеал йўл билан гипертрофияланган тўқималар олиб ташланади. Овоз бойламларининг шишиб гипертрофияланишида антигистамин дорилардан ташқари жарроҳлик усули ҳам қўлланилади, шишиб гипертрофияланган тўқималар олиб ташланади, жарроҳлик оптик микроскоп ёрдамида олиб борилади, вестибуляр бурмаларнинг гипертрофиясида даволаш икки хил усулда олиб борилади. Овоз бурмалари қирғоқларининг гипертрофиясида эндоларингеал йўл билан махсус оптик асбоб ёрдамида гипертрофияланган тўқима узиб олинади. Вестибуляр бурмаларнинг ёйилган бир томонлама ёки икки томонлама гипертрофиясида гидрокортизон ацетат ҳиқилдоқ игнаси ёрдамида ҳиқилдоқ ичига юборилади. Гидрокортизон ацетат вестибуляр бурмаларнинг қалинлашган жойига 2-3% дикаин эритмаси ёки 3% кокаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилгандан сўнг юборилади (А.И.Алимов, 1972 йил).

Айрим вақтларда гипертрофиянинг кучли ривожланган шаклида ва консерватив давони фойдасизлигида трахеотомия қилинади. Чўмичсимон тоғайлар оралиқ соҳаси гипертрофиясида даволаш қуйидагилардан иборат: шиллиқ қаватларда қасмоқлар пайдо бўлишида балғам кўчирувчи дорилардан 30% калий йод эритмаси 15 томчидан 3 маҳал овқатдан сўнг ичилади, ферментлар, ишқорлар билан ингальяция буюрилади. Ишқорларнинг сўлак эритувчи таъсири шундан иборатки, сўлақдаги муцин моддасини эритади. Трипсин, химопсин, химотрипсин каби протеолитик ферментлар шилимшиқни эритиш билан бирга хилпилловчи эпителийларнинг ҳаракат вазифасини оширади. Протеолитик ферментларни кортикостероидлар антибиотиклар ва витаминлар билан қўллаш тезда яхши натижаларни беради. Ингальяциялар орасида ҳиқилдоқнинг шиллиқ қавати витамин А билан артиб турилади, бу витамин қасмоқларни кўчишини осонлаштириш билан бирга витамин етишмовчилигини таъминлайди. Қасмоқлар борлигида илиқ нам ингальяциялар тавсия қилинади. Чўмичсимон тоғайлар оралиқ

соҳаларининг кучли гипертрофиясида эса ўткир яллиғланиш жараёни бўлмаган вақтда ҳам беморларда овознинг хириллаши сақланиб қолади, баъзида афония содир бўлади. Бундай беморларнинг бўйин ва ҳиқилдоқ мускуллари кучайиши вақтида, яъни, фонацияда ҳиқилдоқда қон ушланиб қолади. Бу эса тез-тез яллиғланиш жараёнини келиб чиқишига ва узок муддат сақланиб туришига шароит яратади. Шундай қилиб чўмичсимон тоғайлар оралиқ соҳасидан пахидермияларни олиб ташлашга зарурат туғилади. Ҳиқилдоқда ўткир яллиғланиш жараёни тўхтагандан сўнг эндотрахеал йўл билан олинади. Яра тўла эпидермис билан қоплангандан сўнг, чўмичсимон тоғайлар оралиқ соҳасидаги бу жой чуқурлашиб «чўкканга» ўхшаб қолади.



**Расм-3.28.** Овоз бойламлари шишган гипертрофиясида ҳиқилдоқнинг эндофлюораммаси.

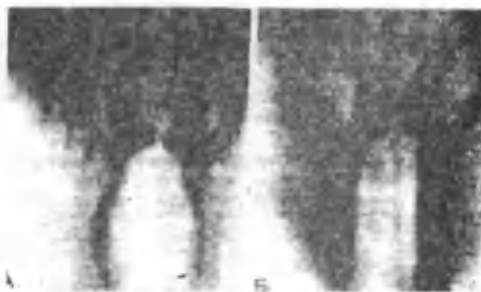
**Расм-3.30.** Рейнке шишида ҳиқилдоқ томограммаси (қесим чуқурлиги 1,5 см).

*а-«И» товуши фонациясида икки томонлама овоз бойламлари четларида ярим узук шаклида илгаксимон бўртиш;*

*б-икки томонлама узуксимон симптом.*



**Расм-3.29.** Рейнке шишида ҳиқилдоқ томограммаси. Икки томонлама узукча симптоми.



Касалликнинг башорати: ларингитнинг бу шакли билан касалланган беморлар тўла соғайиб кетмайди, гиперпластик жараён қайтмас жараён ҳисобланади. Ҳиқилдоқ ҳолатини ва овоз тиниқлигини биров яхшилашга эришилади. Ҳиқилдоқ гиперпластик жараёнлари кўпинча ўсмалар ривожланишига асос бўлади. Шунинг учун гиперпластик ларингит билан касалланган беморлар доимо ЛОР назоратида бўлиши керак (расм-3.28,3.29,3.30, 3.31, 3.32).



**Расм-3.31.** Атрофик эпителий билан қопланган овоз бойлами шиллиқ қавати. Хусусий қаватда ҳужайралар кам оксилли ажралмали. Гематоксилин эозин бўёги. (120 баробар катталашган)



**Расм-3.32.** Склерозга учраган жой. Ўта қалинлашган дағал коллаген толалар кўриняпти. Фут бўйича импренация. (200 баробар катталашган).

### ТРАХЕЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ. СУРУНКАЛИ ТРАХЕИТ

Морфологик нуқтаи назардан гиперпластик ва атрофик шаклларга бўлинади. Сурункали трахеитда беморлар оғриқдан, оғриқнинг асосан кўкрак қафасининг олдинги деворининг иррадиация қилиши билан давом этишидан, хуружсимон йўталдан ва шилимшиқ йирингли ажралма чиқишидан шикоят қиладилар. Касаллик ташҳиси беморнинг шикоятига, клиник кўринишига ва трахеостомиядаги ўзгаришларга асосан қўйилади. Даволаш касаллик келиб чиқишига шароит яратиб берувчи ларингитларни



турларига қараб олиб борилади. Сурункали трахеит жуда кам учрайди.

## ҲИҚИЛДОҚНИНГ ХОНДРО-ПЕРИХОНДРИТИ

Перихондрит ҳиқилдоқ тоғайларининг перихондрияси яллиғланиши билан характерланади. Перихондрияда бошланган яллиғланиш жараёни тез вақт ичида тоғай тўқимасини атрофик бузилишига олиб келади. Бу жараёнга тоғайнинг ўзида пайдо бўлган яллиғланиш жараёни сабаб бўлади (хондрит). Касалликда ривожланадиган патоморфологик ўзгаришлар: касаллик кўзгатувчиси таъсирига жавобан тоғай усти қаватида майда нуқтасимон инфильтрациялар ва тоғай усти қаватининг серозли бўкиши пайдо бўлади ва қалинлашади. Кейин йиринг пайдо бўлиб, ёрилишида оқма яра қолдиради. Маълумки, тоғай усти қавати тоғай қисмини озиқлантиради. Бу қаватнинг яллиғланиши натижасида озиқланиши бузилган тоғай сўрилади ёки некрозга учрайди ва секвестрация бўлади.

**Касаллик белгилари:** ташқи перихондритда ютиниш вақтида ва бошни ён томонга қайирганда кучсиз оғриқ сезилади. Ташқи перихондритнинг бошланиш даврида қалқонсимон без соҳалари ёки узуксимон тоғай ёйлари соҳалари пайпаслаб кўрилганда оғриқ бўлади. Касаллик кучайган даврда эса ютиниш вақтида оғриқ кучаяди, кулоқ соҳаларида тарқалади. Ташқаридан кўрилганда тўқималарнинг шишинқираши кўзга ташланади. Пайпаслаб кўрилганда юмшоқ тўқималарнинг инфильтрацияси аниқланиб, тоғай билан ёпишиб кетганга ўхшайди, пайпаслаганда оғриқ кучаяди, баъзан флюктуация пайдо бўлади. Оқма яра ҳаттоки ҳиқилдоқ юзасини ҳам тешиб киради ва кучли йўтал бўлишига сабаб бўлади. Ички перихондритда фонация вақтида, ютиниш вақтларида оғриқ пайдо бўлиб йўталиш вақтида кучаяди. Баъзан нафас олиш қийинлашишига ва овоз тиниқлигининг бузилиб, ҳирллаб қолишидан шикоят қиладилар. Касалланган томонда лимфа тугунларида ҳам оғриқ пайдо бўлади. Ларингоскопияда касалликка хос бўлган ўзгаришлар аниқланади. Тоғайларни ёпиб турувчи шиллиқ қаватлар шишган ва инфильтрацияланган, баъзан ҳиқилдоқнинг ички оқма яраси аниқланади.

**Даволаш:** касалликка хос ўзгаришлар унчалик чуқурлашмаган шаклининг кечишида консерватив усулда даволанади. Илиқ физиотерапевтик муолажалар яхши натижа беради, буларга ультрабинафша нурлари билан нурлантириш, сульфаниламидлар ҳам қўлланилади. Носпецифик хондроперихондритларда ва тоғайларнинг шикастланишида кўпинча жарроҳлик усулларидадан фойдаланилади. Тоғайларнинг некрозга учраган қисмлари олиб ташланади. Касалликнинг кечиши беморнинг ҳаёти учун хавф туғдирмайди, кўпинча касаллик яхшилик билан тугайди. Агар ҳиқилдоқ скелетини деформацияси бўлса ва керакли жарроҳлик усулидан фойдаланилмаса, беморлар доим трахеостомик найчада юришига тўғри келади.

### **ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯНИНГ ҚИСИЛИШИ**

Ҳиқилдоқ, кекирдакларни ўткир сурункали қисилиши асосан ёш болаларда учрайди. Е.Н.Мишенькиннинг 1982 йилда таклиф қилган классификациясида ҳиқилдоқ ва кекирдакнинг қисилишини 4 кўринишга ажратган: 1) Яшин тезлигида; 2) ўткир; 3) ўткир ости; 4) сурункали.

Яшин тезлигида кечувчи қисилишида асфиксия бир неча минутда ҳаттоки бир неча секунд давомида юз беради, фақатгина шиддатли жарроҳлик ёрдами ўз вақтида кўрсатилгандагина беморнинг ҳаёти сақланиб қолинади (ҳиқилдоқнинг ёт жисм таъсирида қисилиши, ларингоспазм).

Ўткир шаклда кечувчи қисилиши бир неча соатдан бир неча кунгача ривожланади. Нафас йўллариининг ўткир яллиғланиши натижасида ривожланиб шиддатли терапевтик муолажалар ўтказилишини талаб қилади. Сурункали шаклдаги қисилиш бир неча ойлardan йилларгача чўзилади. Яллиғланиш жараёнига инфильтратлар ва ўсмалар орасида кўпинча папилломалар сабаб бўлади. Нафас йўллариининг торайиши (папилломалар билан сиқилиши) натижасида беморлар бўғилади, шиддатли жарроҳлик усули билан даволанилади. Қисилишнинг охириги шакли жуда секин, сезиларли белгиларсиз, хуружсиз ривожланади. Қисилишнинг бу шаклини дори-дармонлар билан даволаш фойдасиз бўлиб, фақат нафас йўллари вазифасини тиклаш

жарроҳлик усулида амалга оширилади. Нафас йўлларининг торайиши чандиқланиш, овоз бурмаларининг ҳаракатсизлиги ҳиқилдоқ ёки кекирдак деформацияси натижасида бўлади.

## **ҲИҚИЛДОҚ ВА ТРАХЕЯНИНГ ЎТКИР ҚИСИЛИШИ**

Баъзан тўла клиник соғайиш асосида бирданига нафас олишнинг етишмовчилиги юз бериб, беморнинг ўлимига сабаб бўлади. Ўткир қисилишнинг ривожланишига кўпинча ўткир фиброз қопламали (қисиб борувчи) ларинготрахеит, турли сабаблардан пайдо бўлувчи ҳиқилдоқнинг ўткир шиши, ўткир флегмонозли бурма ости ларингити сабаб бўлади. Бундан ташқари (бўғма) ва бошқа юқумли касалликлар, гематома, абсцесс, эпиглоссит ва бошқа касалликлар ҳам келиб чиқиши мумкин. Умуман ҳиқилдоқ ва кекирдакнинг ўткир қисилиши уларнинг деворлари тузилишини ўзгариши ва босилиши билан боғланган.

**Ўткир фибринозли - қопламали (қисиб борувчи) ларинготрахеит.** Касаллик асосан 3 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Касаллик қўзғатувчи вирус А2 турдаги вирус қўзғатган грипп, рахит билан касалланган болаларда, экссудатив диатез кечаётган болаларда, айрисимон без касаллигида, аллергия, организмнинг умумий қаршилик кучини пасайишида ва бошқа касалликларда ларинготрахеитнинг кечиши оғирлашади. Касалликнинг келиб чиқишида вирусли инфекциягина эмас, балки иккиламчи бактерия флораларнинг ҳам ўрни катта, булар асосан стафилококкли флоралар касаллик ривожланишига омил ҳисобланади. Ларинготрахеитнинг бошланиш босқичида қисила бошлаган нафас йўлларида альвеолаларга кислород етказиб берилиши кескин пасаяди, натижада оксидланиш-тикланиш жараёни бузилиб, боланинг умумий аҳволи кескин пасайишига олиб келади. И.Б.Солдатов ва Ю.В.Митинлар 1981 йили ўткир ларинготрахеит классификациясини ишлаб чиқдилар:

### **I. Ўткир респиратор вирусли инфекциянинг кўриниши:**

1. Грипп, парагрипп, аденовирусли инфекция, респиратор-синцитиал инфекция.

2. ЎРВИ, клиник кенгайтиришнинг (расшифровка) ва экспресс лабораториянинг иложи бўлмаган вақтида кўрсатилади.

## II. Клиник вариант ва шакли:

Бирламчи шакли. қайталаниб турувчи шакл.

1-вариант ЎРВИ нинг бошқа белгиларсиз қўққисдан бошланиши;

2-вариант ЎРВИ асосида қўққисдан бошланиши;

3-вариант ЎРВИ асосида белгиларни аста-секин ривожланиб бориши.

III. Кечиши бўйича: а) узлуксиз, б) тўлқинсимон.

## IV. Ҳиқилдоқнинг қисилиш босқичи:

1) компенсацияли;

2) тўлиқ бўлмаган компенсация ёки ярим компенсацияли;

3) декомпенсацияли;

4) терминал.

Болаларда яллиғланиш жараёнининг хоссаларини ҳисобга олган ҳолда касалликнинг асосий шакллари ажратилади: катарал, шишли инфильтративли, фибринозли-йирингли ва некротик (Д.И.Тарасов, 1972 й; геморрагик, тўсилиб боровчи, И.И.Шербатов, И.Л.Кручина, 1971 й, В.В.Солдатова, 1975 й).

Катарал шаклида касаллик енгил кечади, боланинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди, ҳиқилдоқ шиллиқ қаватларида қизариш, шунингдек, кекирдак ва бронхлар шиллиқ қаватлари қизариб, юзасида шилимшиқ тутади, қисилишни I-II даражаси бўлиши мумкин, болани овози хириллаб, қаттиқ, қўпол йўталади.

Шишган инфильтрацияли шаклида касалликнинг кечиши бироз оғирроқ ҳолда кузатилади. Интоксикация кучли даражада, тўхтовсиз йўталиш, овознинг хириллаб қолиши билан характерланади. Кўпинча овоз йўғонлашади. Нафас йулларида кўп миқдорда қуюқ, тезда қотиб қолувчи шилимшиқ ажралма аниқланади. Ташҳис учун шиллиқ қаватларнинг шиши катта аҳамиятга эга. Шиш келиб чиқишини аниқлаш учун ларингоскопиядан ташқари ҳиқилдоқ рентгенографияси ва умумий ҳар томонлама текширишлар ўтказилади. Айрим вақтларда шишган шиллиқ қаватлар турли ўсмаларни ёки ёт жисмларни тўсиб, яшириб қолиши мумкин.

Фибринозли - йирингли шакли жуда оғир кечиши билан характерланади. Касалликка фибринозли - йирингли қоплама пайдо бўлиши характерлидир. Қоплама нафас йўлларининг бутунлай тўсиб қўйиши ва ателектаз ҳосил қилиши мумкин. Тана ҳароратининг юқори даражада кўтарилиши, токсикозни кучли ривожланиши кузатилади. III- IV даражадаги қисилиш юзага келиб, юзни тери қисмлари ва лаб шиллиқ қаватлари кўкарган, жараён бронхларга ва ўпка бўлақларига тарқалади, натижада қуйилувчи пневмония ривожланади. Септик ўчоқлар бошқа аъзоларга ҳам тарқалади. Ларинготрахеобронхитнинг фибринозли-йирингли шаклида ҳиқилдоқ, трахея ва бронхларга жараённинг тарқалиши сабабли аввал инспиратор, сўнг инспиратор-экспиратор хансираш пайдо бўлади.

Некротик шакли боланинг умумий ҳолатини ўта оғирлиги, кучли интоксикациянинг ривожланиши ва нафас етишмовчилиги билан кечади. Нафас йўлларига йирингли ва некротик қасмоқлар тўпланиб қолади ва майда бронхларнинг юзаларини тўла беркитади, тоғайлар некротик жараёнга қўшилади. Қисилиш III-IV даражада, бола бўшашган, холсизланган, тана ҳарорати 40° С га кўтарилган. Касалликнинг кечиш даврида қуйилувчи пневмония, септик миокардит, буйрак фаолиятининг бузилиши, марказий нерв системасининг ўзгариши, оғир септик каби касалликлар билан асоратланади.

Ларинготрахеобронхитнинг тўсиб қолувчи шаклида ҳиқилдоқнинг, кекирдақнинг, бронхларнинг ёпишқоқ шилимшиқ ёки қон қотишидан сўнгги қасмоқлар билан тўсилиб қолиши мумкин. Бу яшин тезлигидаги шаклнинг кечиши баъзан бир неча соат давом этади. Боланинг аҳволи жуда оғир, сезиларли даражадаги нафас олишнинг етишмовчилиги кузатилади. Бронхларнинг шиллиқ қаватлари қонаб туради, нафас йўлларининг юзаларида қон кўринади. Борган сари организмнинг интоксикацияси кучайиб боради. Ёш болалар орасида шу касаллик билан кўкрак ёшидаги чақалоқлар ўлими юқори даражада. Қисилишнинг даражаси, нафас олишнинг етишмовчилиги, гипоксияни, кислотали - ишқорли ҳолатининг сурилишига (кўпинча ацидоз томонга, баъзан алкалоз томонга) қараб ҳам аниқланади. Ўткир қисиб боровчи ларинготрахеитни ҳар қандай шаклларида ҳам бўғма

таёқчасига суртма олиниши керак. Кўрсатма бўйича билвосита ларингоскопия ёки юқори трахеобронхоскопия қилинади. Шунингдек, ўпка рентгенологик текширишдан ўтказилади. Касалликнинг бошланишидан ўткир нафас олишнинг етишмовчилиги, гипоксия, токсикознинг олдини олиш мақсадида жадал равишда умумлаштириладиган ва махсус даволаш олиб борилади. Яллигланишга қарши дорилар, дегидратацион ва дезинтоксикацион терапиялар ҳам олиб борилади. Болани қабулхонадалигидаёқ литик қоришма: плазма 20-50 мл., 20 мл. глюкоза зритмаси, 10% кальций глюконат ҳар бир ёш ҳисобига томир ичига томизилади. Витаминлар С, В1, В2, 0,5-1 мл., супрастин 2,5% 0,2-0,6 мл., гидрокортизон 0,5-1 мл., 4% гидрокарбонат натрий, кокарбоксилаза 50-100 мг. Қатарал шаклида тинчлантирувчи, ухлатувчи, ишқорлар, ферментлар, антибиотиклар билан ингальция ҳолида, мускул ичига, тери ичига юборилади. Шиш-инфилтративли шаклида дегидратацион ва аллергияга қарши терапия қўлланилади. Катта ёшдагиларга дарҳол бурун ичига новокаин билан блокада қилинади, сўнг ёғли ишқорлар билан ингальция буюрилиб, боланинг оёғига иссиқ ванналар, горелка қилинади. Касалликнинг бу шаклида ва оғир кечишида (фибринозлик-қопламали), некротик, тўсиб қўювчи, геморрагик шаклларида гриппга қарши глобулин ва зардоблар, протеолитик ферментлар, гормонлар керакли миқдорда қўлланилади.

Ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхлардаги патологик ажралмалар механик равишда пастки бронхоскопия ёрдамида тозаланилади. Стафилакокк анатоксини (0,1-0,5, -1,0-0,-1,0 мл) тери остига кун ора умумий миқдор 3,6 мл плазма қўйилади. Бўғмага қарши юборилган зардоб шишни кучайтириб юбориши мумкин. Нафас олишнинг етишмовчилигида кордиамин 0,1 мл. буюрилади.

Наркотик ва атропин каби дориларни қўллаш мумкин эмас, чунки булар йўталиш рефлекси ва нафас йўллари шиллиқ қаватларининг секрециясини йўқотади. Мақсадга мувофиқ равишда болани махсус кислородли 22°C иссиқликдаги хонага жойлаштирилади (ДҚП-1). Бу хона етарлича кислородга ва керакли намликка эга бўлиши керак. Бундай хона органик шишадан ясалган бўлиб, болани доим назорат қилиб туриш имконини беради. Агар бундай хона бўлмаса болалар кровати полиэтилен

плёнка билан ўралиб, ичига намланган кислород ва буг киритилиб турилади (қайнаётган чойнакнинг жұмрагига резинали най қийдирилади). Шунинг унутмаслик керакки, кислородли хонада ётган болаларга банка қўйиш мумкин эмас, чунки банка қўйиш вақтида ишлатиладиган эфирдан аланга чиқиб кетиш хавфи бор. Ларинготрахеобронхитда боланинг умумий аҳволи оғирлашса, муддати узайтирилган интубация қилиш мақсадга мувофиқ. Кейинги яллиғланишга қарши олиб бориладиган даволар шиш ва қисилишни йўқотиши мумкин. Жуда оғир ҳолларда трахеостомия қилинади.

## ТРАХЕОСТОМИЯДАН СЎНГ БОЛАЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ

Болаларнинг трахеостомиядан сўнги парвариши ўз хоссаларига эга. Ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг нафас олиш вақтида иштирок этишидан айрилгандан сўнг ҳаво намлиги таъминланиб туриши керак. Жарроҳликдан сўнги босқичда жарроҳнинг биринчи нав-батдаги вазифаси болани ҳар томонлама парвариш қилишдан иборат. Трахеал нафас олишнинг олдини олиш учун ёки трахее-остомик найчанинг ноҳуш таъсирларини камайтириш учун трахеостомик найча атрофидаги терилар ҳолати доимий назорат қилиб турилади. Бундан ташқари нафас йулларининг дренажли вазифасини тиклаш лозим. Трахеостомани ҳам очиқ яра сингари жарроҳликнинг умумий қондаларига асосан, антисептик эритмалар билан атрофдаги тери қаватлари тозаланади (риванол, фурациллин, перекись водород эритмалари ёрдамида) сўнг доки 4 қават қилиниб ошхўракка ўхшатиб тахланади ва трахеостома остига асептик боғлов тариқасида қўйилади. Докали рўмолчалар алмаштирилиб, тери қавати тозалаб турилади. Бу вақтда асептикага риоя қилиш билан бирга тери (мацерация) шилиниши ва ифлосланишининг олди олинади.

Агар тери шилиниши пайдо бўлса антибиотиклар ва кортикостероидлардан қилинган малхамлар (флуцинар, лоринден) суртилади. Чоклар 5-7 кунда олинади. Найча маълум муддатда тозаланиб турилади, ташқи найча вақти-вақти билан алмаштириб борилади. Трахеостомик канюля қотиб қолган қасмоқларни

ювиш йўли билан тозаланади, сўнг спирт билан артилиб қайта қўйилади. Зарур бўлганда канюля бутунлигича алмаштирилади. Канюлянинг бутунлай алмаштиришдан аввал канюля ҳажмдаги бошқа тайёр канюля олинади. Канюля олиниши биланоқ, дарҳол янги тайёрланган канюля қўйилади. Чунки канюля олингандан сўнг тезда яра қиргоқлари бирлашиб, тўсиб қўйиши мумкин. Найча куч билан киритилса, бўйиндаги юмшоқ тўқималар шикастланиб, қонаб кетиши мумкин. Найча алмаштирилаётган вақтда бемор худди трахеостомия вақтидаги ҳолатда, яъни, бошини орқага эгиб, бўйинни олдинга чиқариб ётиши керак. Бу ҳолатда трахеостомик найчани киритиш қулай бўлади. Кўкрак ёшидаги болаларнинг трахеостомик найчасини алмаштириш жуда хавфли саналади, шунинг учун ҳаким билан биргаликда битта ёрдамчи иштирок этиши керак, доим болани ёнида ишлатиш учун тайёрлаб қўйилган трахеостомик найча сақланиши лозим. Нафас йўллари-нинг дренажли вазифасини тиклаш учун нафас йўлларидаги балғамлар тозаланиб турилади. Юқори даражадаги намликни таъминлаб туриш учун аэрозол кўринишидаги дорилар қўлланилади, трахеостома орқали дорилар сочилади. Инстилля-ция учун натрий хлорид эритмаси, антибиотиклар ишлатилади, қасмоқлар ҳосил бўлганда эса 50% бикарбонат натрий, трипсин, химотрипсин 4-5 кун давомида қилинади. Химотрипсин 4-5 кун давомида тавсия қилинади. Химопсин ва химотрипсинни узоқ муддатга қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Кўпгина антибиотик эритмалари билан гидрокортизон (500000 ЕД) антибиотик эрит-маси 60 мл. изотоник эритма натрий хлоридда эритилиб, 5 мл. гидрокортизон аралаштирилади. Бу аралашма 5 томчидан 10-15 минут ичида биринчи куни, кейинги кунлари эса муддати камай-тирилиб борилиши билан стомага инстилляция қилинади. Бронх-ларга балғамни аспирацияси йўталиш рефлексини йўқлигида пайдо бўлади.

Агар йўталиш рефлекси сақланиб қолган бўлса, фақат тра-хеостомик найчадагина аспирация бўлади ва балғам электр сўр-ғичнинг эгилувчан учи билан сўриб олинади (юпқа резинали ёки полиэтилен катетер). Электр сўрғич тройник орқали уланади. Катетер йўғонлиги канюля юзасидан кичик бўлиши керак. Акс



ҳолда гипоксия содир бўлиб, ўпканинг ички босими тезда тушиб кетиши ва ателектаз ҳосил бўлиши мумкин.

Сўргич ишлатилгандан сўнг ҳар сафар ювилиб, антисептик эритма қуйилган банкада сақланади. Балғамни сўриб олишдан аввал кўкрак қафаси бутун юзаси бўйлаб уқаланади. Шприц ёрдамида трахеостомик найчага антибиотик эритмалар йўтал пайдо бўлгунга қадар томизилади. Бунда томизгичдан фойдаланиш хавфли, чунки томизиш вақтида томизгичнинг юпқа учи синиб қолиши ва парчаси кекирдак ёки бронхларга тушиб кетиши мумкин. Сўриб олиш муолажаси кекирдакда патологик ажралмалар бутунлай қолмагунча давом эттирилади. Сўриб олиш муолажалари сони ажралмалар миқдорига ва боланинг умумий аҳволига боғлиқ. Трахеостомиядан сўнгги биринчи куни балғамни кекирдакдан ҳар 20-30 минутда, кейинги кунлари эса ҳар икки соатда ва агарда нафас олиш қийинлашмаса, ундан ҳам узоқроқ муддатда қайтарилади. Нафас йўллариининг ҳаво ўтказувчанлигини осонлаштириш учун бола ён томонлама ётқизилади ва бу тартибга қаршилиқ бўлмаса, ҳар 2-3 соатда ён томонга алмаштириб турилади. Бундан ташқари даволаш ва нафас олиш машқлари, физиотерапевтик муолажалар қўлланилиб, тез-тез кўкрак қафаси уқалаб турилади. Трахеостомия қилинган болаларни овқатлантиришда витаминлар ва суюқликлар кўп берилишини таъминлаш керак. Овқатлар шовласимон, илиқ бўлиши керак. Касаллик билан бир қаторда йўлдош касалликлар ҳам даволаниб борилади. Жарроҳликдан сўнг йўлдош касаллиги бор болалар алоҳида хонага жойлаштирилади, чунки йўталиш вақтида найчадан отилиб чиққан шилимшиқ ажралма ифлослантириши мумкин.

Хулоса қилиб айтиш керакки, ларинготрахеитларда трахеостомия қўлланилади. Жарроҳликдан сўнгги даврда нафас олишнинг декомпенсацияси кузатилиши мумкин. Ларинготрахеитда кекирдак ва бронхлар юзаларини қасмоқлар тўсиб қолиши, шиллиқ қаватлар шишлари ва бошқа нафас олишнинг декомпенсациясига сабаб бўлувчилар бўлиши мумкин. Ларинготрахеитда кекирдак ва бронхлар юзаларини қасмоқлар тўсиб қолиши, шиллиқ қаватлар шишлари ва бошқа нафас олишни декомпенсациясига сабаб бўлувчилар бўлиши мумкин. Жараёнда пневмо-

нянинг ривожланиши оғир оқибатларга олиб келади. Шунинг учун трахеостомия қилинган беморлар қуйидаги қоидалар асосида парвариш қилинади:

а) қўллар тоза ювилиб, ниқоб тақилгандан сўнг, ички найча тозаланади ва стерилизация қилинади;

б) иложи борича нафас йўлларида ва трахеостомик найчадан стерилланган катетер ёрдамида балғам сўриб олинади;

в) кунига бир неча маротаба трахеостомик найча остидаги докали рўмолча алмаштирилиб турилади;

г) балғам аспирация қилингандан сўнг, сўргичнинг ички қисми илиқ сувда ювилиб, стерилизация учун тайёрлаб қўйилади;

д) бир меъёрда дорилар тана ҳарорати даражасида трахеостомик найча ичига инстилляция қилиниб турилади;

е) кўкрак қафаси уқаланиб, ҳар 2-3 сотада бола ён томонга ағдариб турилади;

ж) трахеостомик найча алмаштирилгандан сўнг нафас олишнинг қийинлашиши ўзгаришсиз қолса ёки оз миқдорда қон кетиши сезилса, стома диққат билан текшириб чиқилади.

**Деканюляция:** деканюляция муддати қисилишни келтириб чиқарган сабабларга ва нафас йўлларининг тикланиш даражасига боғлиқ. Ёт жисм тушиши натижасида қилинган трахеостомада ҳиқилдоқ юмшоқ тўқималарининг қисилиши ва шиши бўлмаса, ёт жисм олингандан сўнг канюля қўйилмай, жароҳат тикиб қўйилади. Ларингитни шишган шаклида 5-8 кунга бориб найчани олиш мумкин. Перихондритларда ва ҳиқилдоқни шикастланишида қўйилган канюляни олиб ташланиши ва стомани кенгайтирилиши, канюляни қайта киритилиши бола учун руҳий шикастланиш ҳисобланади. Аммо, канюля трахеостомада узоқ муддатга қолиши ҳам асоратларга олиб келиши мумкин (терининг шилиниши, грануляция, трахеобронхит ва б.). Деканюляциядан аввал нафас йўллари диққат билан текшириб чиқилади, ҳавони ўтиши учун қаршиликлар грануляциялар аниқланса, олиб ташланади. Канюляни тўла олиб ташлашда ҳар куни кичик ҳажмдаги най қўйиб борилади, охирида лозим бўлган катталикдаги найча қўйилади. Най беркитилиб 48 соат мобайнида болани нафас олиши кузатилади. Нафас олиши мустақил бўлиб, тана ҳарорати кўтарилмай, асоратлар сезилмаса, най бутунлай

олинади. Найни олиш эрталаб, болани назорат қилиб туриш қулай бўлган хонада бажарилади. Кичик ёшдаги болаларда найчани олиш вақтида кўрқиш туфайли нафас йўллари очиқ бўлишига қарамай, нафас олиш қийиндай туюлади. Бунда ингичка найча қайта қўйилиб, бола табиий усулда нафас олиш йўллари орқали нафас олишга ўргатилади. Баъзан канюля тешиги тўсилиб қўйилади ва уйқу пайтда ёки наркоз таъсири остида олиб ташланади. Найчанинг боғичи бола бўйнида қолдирилади. Бунда бола найчасиз табиий йўллар орқали ўзи сезмаган ҳолда нафас олади.

**Асоратлари:** қон кетиши. Кукс оралиғи (средостение), тери ости эмфиземаси, пневмоторакс, асфиксия.

Жарроҳликдан сўнгги вақтда эрозивли қон кетиши, тери ости эмфиземаси. Медиастенит, ўпка ателектази каби асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Бронхлар юзасига трахеостомик найчанинг парчалари тушиб қолиши мумкин (найча асосан пластмасса бўлганда). Шиддатли жарроҳлик ўтказилганлиги сабабли жароҳатга касаллик кўзгатувчилар тушиб қолиши натижасида кекирдак ва ҳиқилдоқнинг иккиламчи қисилиши, деканюляция вақтида қийинчилик туғдириши мумкин. Кўпинча қон кетиши қалқонсимон без бўйнининг жароҳатланишидан, пастки қалқонсимон венанинг жуда кам ҳолларда номсиз артерияни жароҳати натижасида юз беради. Қўпол ҳаракат натижасида бўйиннинг жароҳати келиб чиқади. Жарроҳликдан сўнгги даврдаги қон кетиши эса йўталишдан артериал кесилган ва тромб ҳосил бўлишигача етган қон томирларда босимнинг ошишидан келиб чиқади. Кекирдак юзаси билан найча юзаси ҳажмлари тўғри келмаганида тери қаватининг шилиниши, кекирдак шиллиқ қаватларининг шикастланиши пайдо бўлмаслиги учун найча алмаштирилади. Тўғри келмаган ҳажмдаги найчадан ҳаво кириш натижасида бўйин эмфиземаси, пневмоторакс, қизилўнгачнинг шикастланиши, аспирацион пневмония каби асоратлар ривожланиши мумкин. Трахеостомиядан кейинроқ қуйидагича асоратлар кузатилади:

1. Ҳиқилдоқ ва кекирдақнинг чандиқланиши, чандиқли мембрана.

2. Кекирдақнинг жароҳатланишдан сўнгги деформацияси ва деворининг нуқсони.

3. Узоқ муддат канюля билан юрилганда кекирдак проксимал ёки дистал қисмларининг чандиқли атрезияси.

4. Трахеостома. Агар трахеостоманинг пластинкасига зарурат туғилса, деканюляциядан сўнгги 2-4 ойларда қилиниши мумкин.

Агар трахеостомик найча узоқ муддатга қолдирилиши лозим бўлса, лекин стома атрофида грануляцион ўсимталар пайдо бўлганда, керакли вақтга келиб найча олинадиди, аммо грануляцион ўсимталар 5-6 йилдан, ҳаттоки ундан кўпроқ муддатдан сўнг олиниши мумкин. Ўсимталарни олишдан аввал ларинготрахеобронхоскопия қилиниб, диққат билан кўздан кечирилади, агарда бирор патология аниқланса, жарроҳлик қилиниши мумкин эмас, юқори нафас йўлларида ва пастки қисмларида ўзгаришлар топилмасагина жарроҳликка рухсат берилади.

**Ҳиқилдоқнинг нерв аппарати касалликлари.** Ҳиқилдоқ нерв аппарати касаллигини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

1) органик шикастланиш; 2) функционал асосдаги белгилар.

Шикастланишни жойлашуви бўйича 1-марказий, 2-периферик тарзда бўлади.

Бу икки гуруҳдаги ўзгаришлар клиник намоён бўлишида сезувчанлик ва ҳаракат вазифасини у ёки бу даражада бузилиши билан характерланади.

Сезувчанликнинг бузилиши - шакли, ҳосса, даражаси жиҳатлари билан анестезия, гиперестезия, невралгия каби кўринишларда намоён бўлади.

Анестезия юқори ҳиқилдоқ нервнинг жароҳати натижасидаги шикастланишидан келиб чиқади, шунингдек, бўйинда ўтказилган турли жарроҳликлар натижасида, гематома, ўсмаларнинг нервни эзиши оқибатида юзага келади.

Гиперестезия - яллиғланиш жараёни билан боғлиқ бўлмаган ҳолда асосан невропатик аҳамиятга эга. Бу сезги кўпинча кучли йўталишга, сўлакни доимо туфлаб юришга, ёш болаларда - эса қайт қилишига сабаб бўлади.

Ҳиқилдоқ нервларининг невралгияси марказий ва периферик асосда юзага келади. Баъзан руҳий сабаблардан келиб чиқади. Невралгия ташҳиси оғриқ хусусиятига асосан (кесувчи, осилувчи), тушуниб бўлмас даражадаги тарқалишида қўйилади.

Лекин объектив белгиларнинг йўқлигига асосан касалликни функционал характерда деб бўлмайди. Баъзан оғриқни ҳиқилдоқ нерви лимфа тугунларининг патологик ўзгариши ёки аневризм ривожланишидан келиб чиқишини ҳисобга олиб, бемор синчиклаб текшириб кўрилади. Баъзан реффлектор оғриқлар қариес тишлардан тарқалиши мумкин.

**Ташҳис:** анамнезга, ларингоскопияга, ҳиқилдоқни зонд билан текширишдаги беморнинг реакциясига асосан қўйилади.

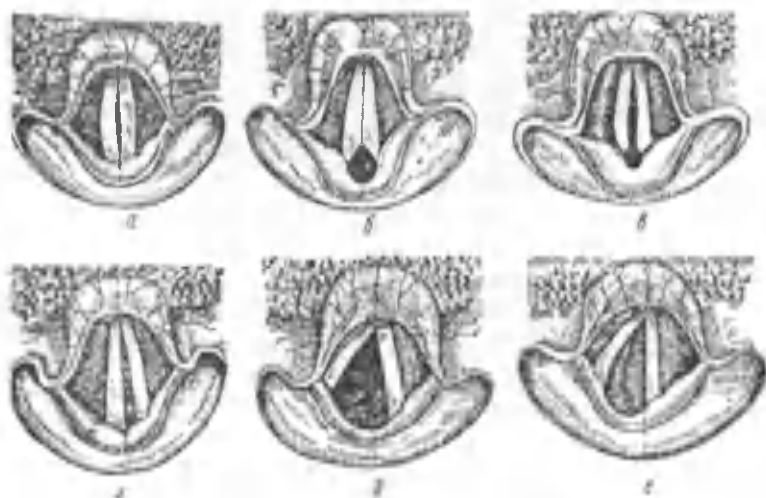
**Даволаш:** касаллик келиб чиқиш сабабларини аниқлашдан бошланади. Асабни тинчлантирувчи дорилар, умумий қувватловчилар, физиотерапевтик муолажалар ўтказилади.

Ҳиқилдоқ ҳаракат вазифасининг бузилиши кўпинча ҳаракатнинг бутунлай юқорилаб кетиши ёки бутунлай йўқолиши билан намоён бўлади (парез, фалаж). Ҳиқилдоқ асаб мускул аппарати бирданига юқорилаб кетиши кўпинча ёш болаларда учраб, рахит, спазмофилия бош мияда сув тўпланиши каби касалликлар билан боғлиқ. Ларингоспазм катталарда ҳам юз бериши мумкин, қачонки ҳиқилдоқ реффлектор равишда сўлақдан таъсирланишида содир бўлади. Ёш болаларда ларингоспазм хуружи овоз ёригининг қалтировчи тегиб очилиши, шовқинли нафас олиш билан пайдо бўлади. Бу вақтда тери ранглари оқаради, кўз қорачиғи торайиб, қўл-оёқлари тартибсиз қимирлайди, кам ҳолларда ҳушини йўқотади, қисқа муддат нафас олиш тўхтайтиди. Бундай ҳолат қисқа вақт давом этади, асфиксия натижасида болалар ҳалок бўлиши мумкин.

**Даволаш:** хуруж вақтида терига тезда таъсирлантириш учун бемор юзига совуқ сув пуркалади ёки чимчилаб олиш керак. Новшадил спирти ҳидлатилади, 0,5 хлоралгидратни 1 стакан сувга аралаштирилиб клизма қилинади. Жуда кам ҳолларда интубация ёки трахеостомия қилинади.

Ҳиқилдоқнинг туғма стридори - болаларнинг 2-3 ёшгача бўлган давридаги касаллик бўлиб, ҳиқилдоққа кириш қисми аномалиясидан келиб чиқади. Касаллик ўзига хос инспиратор шовқин ҳолида бўлиб, мушукнинг хириллашини эслатади. Беморнинг нафас олиши қийинчиликсиз амалга ошади, овози тиниқ, умумий аҳволи қониқарли. Стридор йўталганда кучаяди. Спонтан тузалиш 2-3 ёшларда бўлади.

**Шоллик ва нимшоллик.** Ҳаракат иннервацияси ва ҳиқилдоқнинг шикастланиши натижасида бир томонлама ёки икки томонлама бўлади. Бир томонлама шикастланишида бемор товуши ўзгариб, нафас олиши биров бузилса, икки томонлама шикастланишда ҳиқилдоқнинг ҳаёт учун хавфли торайиши юз беради. Ҳиқилдоқнинг фалажи марказий ва периферик асосда келиб чиқади. Марказий фалаж адашган нерв ядросининг шикастланишида ва унинг мия ўзагидан ўтувчи йўллари шикастланганда келиб чиқади. Сабаби мияга қон қуйилиши. Мия ўсмаси, гуммалар, захарланиш, синрингомиелия ва бошқа касалликлар ҳисобланади. Ҳиқилдоқнинг периферик фалажи қайтувчи нервлар шикастланишидан пайдо бўлади. Қайтувчи нервнинг фалажи кўп ҳолларда қизилўнғач раки, лимфатик тугунларнинг шикастланиши, ўрта девор ўсмаси оқибатида ривожланади. Жуда кўп ҳолларда ҳиқилдоқ фалажи, қалқонсимон без жарроҳлигидан сўнг учрайди (расм-3.33).



**Расм-3.33. Ҳиқилдоқ мушаклари фалажи.** а) икки томонлама фалаж *m.thyroarytaenoidei interni* интерна фонацияда; б) *m.arytaenoidei transversi* нинг икки томонлама фалажи; в) барча ҳиқилдоқ мушакларининг умумлашган фалажи; г) чап *n.recurrens* фалажи фонацияда; д) юқоридаги нафасда; е) чап *m.postici* фалажи нафасда.

**Белгилари:** периферик фалаж оқибатида асосан қайтувчи нервнинг бутун ўзаги зарарланади, аммо биринчи навбатда кенгайтирувчи мускул фалажи пайдо бўлади, бир қанча вақтдан сўнг торайтирувчи мускуллар жараёнга қўшилади. Бундай ҳолларда нафас олиш бирданига қийинлашади, ҳаттоки тинч ҳолатда ҳам овознинг эшитилиши сусаяди, иккала овоз бурмаси ўрта ҳолатда бўлиб, бир-бирига тегар даражада бўлади. Нафас олингандан сўнг бир-бирларидан ажралмайди, нафас чиқарилганда эса тўла бирикмай, орасида ёриқ қолади. Шунинг учун нафас олиш қийинлашади. Чўмичсимон кўндаланг мускул нимшоллигида овоз бурмалари фонация вақтида бирикади, учбурчак ёриқ қолдирувчи орқа қисми бундан мустасно. Узук-симон-чўмичсимон латерал мускул нимшоллик натижасида фонация вақтида овоз бурмасининг нотўғри шаклдаги ромбни эслатади. Ҳиқилдоқнинг қолган мускулларининг миопатик нимшоллиги учрамайди. Айтиб ўтилган нимшолликлар фақат овоз ҳосил қилиш вазифасини ўзгартиради. Нимшолликнинг ривожланиш даражасида овоз хириллашидан тортиб, афониягача тўла намоён бўлади.

**Ташҳис:** қийинчилик туғдирмайди, ҳиқилдоқ ҳаракатининг бузилишини бевосита ва билвосита ларингоскопия аниқ кўрсатиб беради (расм-3.24).

Ҳиқилдоқ нерв-мускул толаларининг функционал ҳолатини текшириш учун электромиография, электрларингеал ва электрокардиографик, рентгенологик текширишлар, нафас олишнинг ташқи функционал кўрсаткичи, стробоскопиялардан фойдаланилади. Ҳиқилдоқнинг шоллигини даволаш шоллик даражасидаги ва нафас олишнинг бузилиши даражасидан келиб чиққан ҳолда олиб борилади. Овоз тартиби сақланади, яллиғланишга қарши дорилар (кўрсатма билан), электро-стимуляция (фадаризация, электрофорез, динамик тоқлар) умумий стимуляциялар (стрихнин 0,1% қоришмаси, алоэ экстракти инъекцияси) қўлланилади. Қисилишнинг оғир ҳолларида трахеостомия қилинади ёки интубация ўтказилади.

**Овознинг функционал бузилиши (дисфония ва афония).**

Мазкур жараён руҳий-асаб системасининг бузилиши оқибатида келиб чиқади.

**Ташҳис:** анамнез асосида, беморнинг ҳолатига кўра, ларингоскопияга асосан қўйилади. Кўп ҳолларда функционал афония беморларда йўталиш, кулги, йиғлаш жанангдор бўлади.

**Ларингоскопия:** кўпинча ўзгарувчан бўлиб миопатик фаллажлар кўрсатиб ўтилган яллиғланишсиз кечувчи у ёки бу турдаги ўзгаришлар бўлиши мумкин. Овоз ва нафас олиш машқлари ўтказилади ва умумий қувватловчи дорилар берилади. Даволаш фониастр, невропатолог ва психиатр билан биргаликда олиб борилади.

**Ҳиқилдоқ сили.** Ҳиқилдоқ сили организмнинг сил касаллиги билан зарарланишини бир кўриниши ҳисобланади. Силни ҳиқилдоқда бирламчи касаллик сифатида учраши ҳали кузатилмаган. Аёлларга нисбатан эркаклар сил касаллиги билан икки мартаба кўпроқ касалланади.

**Касалликнинг келиб чиқиши.** Касалликни Кох бацилласи келтириб чиқаради. Бацилла ҳиқилдоқ шиллиқ ости қаватига эпителийнинг нуқсонли орқали ёки тўғридан-тўғри шиллиқ қават орқали ичкарига киради. Касаллик қўзғатувчисининг кириш йўллари қуйидагича, фиброз кавернозли ва гемотоген-дессеминир шакли билан зарарланган беморларни балғами орқали:

- 1) каналикуляр ёки спутоген йўл орқали;
- 2) гематоген йўл орқали;
- 3) - лимфа йўли орқали.

Сил касаллигининг ривожланиш жараёнида 3 босқич тафовут қилинади:

- 1) инфилтрат ҳосил бўлиши;
- 2) яралар ҳосил бўлиши;
- 3) тоғайларнинг шикастланиши.

Сил белгилари хилма-хил бўлиб, жараён тананинг қаерида жойлашганлиги билан боғлиқ. Жараён ҳиқилдоқ қопқоғи, ҳиқилдоқ усти бурмалари, чўмичсимон тоғайларда жойлашишида кучли дисфагия шилимшиқ ажралиши билан кечади. Ҳиқилдоқнинг сил билан зарарланишини бошқа белгиси овозни тез чарчаши, овоз тиниқлигининг бузилиши (овоз бурмаларини зарарланишида) билан ажралиб чиқади. Ларингоскопиядаги ўзгаришлар жараённи кечишига тўғри келади ва жараён остида ўзгариб боради. Ҳиқилдоқ зарарланишининг бошланиш даврида

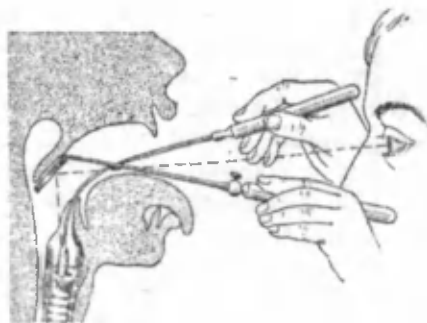


бироз гиперемия ва субэпителиал инфильтратлар пайдо бўлади. Кўпинча овоз бурмаларидан бирида инфильтратлар емирилиши натижасида грануляция билан қопланган, ноаниқ чегарали яралар ҳосил бўлади. Жараён тоғайларни ҳам қамраб олади. Чўмичсимон тоғайларнинг зарарланиши натижасида уларнинг ҳаракати йўқолади, жараённинг икки томонлама кечиши нафас олишни қийинлаштиради ва асфиксиягача олиб келади.

**Ташҳис:** касалланган беморларнинг овоз бойламларини бир томонлама зарарланиши тўғрисида тахмин қилиниши керак. Ҳиқилдоқнинг бошқа касалликлари ва сил билан зарарланиши жараёни бир томонлама чегараланиб кечиши билан характерланади. Ташҳисни тасдиқлаш учун бемор умумий текширилиб жараённинг кечиши назорат қилиб борилади. Беморни балғамида ва ювилган сувларда сил микробактериясини аниқланиши ташҳисни тўла тасдиқлайди. Силни узоқ муддат давом этишида яралар пайдо бўлган вақтгача аниқланмаганда, жараёни иккала бўлмаларида жойлашганлигига бошқа махсус касалликлар – сифилис, ҳиқилдоқ раки, склеромалар билан таққосланади. Таққослашда сифилитик яраларни ўзига хос хоссалари Вассерман реакцияси, умумий текширишлар натижалари ёрдам беради. Ҳиқилдоқ раки овоз бурмалари томонида қизариш ёки инфильтрация билан бошланиб, овоз бурмаларининг ҳаракатсизлигига олиб келади. Ташҳисда бир қанча касалликларнинг биргаликда, яъни бир вақтда кечишига ҳам эътибор берилади. Ҳиқилдоқ силининг натижаси - ўпкада кечаётган асосий жараён ва организмнинг умумий қаршилиқ кучига боғлиқ. Касалликнинг профилактикаси учун биринчи навбатда силга қарши кураш олиб борилади. Сил билан зарарланган барча беморлар вақти-вақти (1 ойда 1 марта) билан ЛОР кўригидан ўтиб туради.

**Даволаш:** силни аниқланган вақтдан кечиктирмай, умумий ҳар томонлама ва узоқ муддатга мўлжаллаб даволаш ишларини бошлаш лозим. Биринчи маротаба ҳиқилдоқ сили аниқланган беморлар учун бир неча ой давомида антибактериал дорилар қўлланилади. Шу билан бирга овқатларни кўпроқ истеъмол қилиш, тинчлик, иложи борича тоза ҳавода кўп бўлиш тавсия қилинади. Стрептомицин бир кунда 1 г. ичишга буюрилади. Стрептомицин жараёни ўткир, нисбатан ўткир ва экссудативли,

инфильтрацияли, ярали шаклларининг ҳуружи вақтида сезиларли даражада таъсир қилади. Бошқа турдаги силга қарши дорилардан ПАСК-3, изониазид 0,2 x 3 м., фтивазид (бир кунлик миқдори 1-1,5, метазид 0,5 x 2). Умумий даволашдан ташқари маҳаллий ҳам даволанади: ҳиқилдоқ сили билан зарарланган беморлар касалликнинг морфологик ўзгаришларини аниқламай туриб, катарал яллиғланиши қайталаниб туради ва узоқ муддат давом этади. Маҳаллий даволашдан аввал шу хусусиятни унутмаслик керак. Даволаш учун ишқорлар билан, ишқорлар минерал сувларга аралаштирилиб, ингаляция қилинади. 1-3% ментол, 0,5% хлортано эритмаси 1-2 мл, ҳиқилдоқ ичига қуйилади (расм-3.34).



**Расм-3.34. Беморни ҳиқилдоғига дори қуйиш учун тайёрлаш.**

Яралар трихлоруксус кислотаси билан хуйдирилади. Куйдиришдан аввал 5% кокаин эритмаси суртилиб, оғриқсизлантирилади. Оғир ҳолларда юқори ҳиқилдоқ нерви алкохолизация ёки бўйиннинг олдинги юзасига А.Н.Вишневский усулида новокаинли блокада қилинади.

**Ҳиқилдоқ волчанкаси.** Касаллик кўпинча ҳиқилдоқ қопқоғини зарарланиши билан бошланади. Инфильтрацияланиб, бироз қалинлашади: юзасида кўп қонли бўртмалар ҳосил бўлиб, донадор кўринишга эга. Кейинчалик бўртмалар майдаланиб, юзаки жойлашган яралар пайдо бўлади. Сил касаллигидан чуқур жойлашуви яралари билан фарқ қилади. Тоғай аста-секин сўрилиб, ўрнида чандиқли ёстиқчаларни қолдиради. Касалликнинг типик кечишида жараён чўмичсимон ҳиқилдоқ қопқоғи бойлами

бўйлаб ҳиқилдоқни орқа юзасига томон тарқалади. Ҳиқилдоқнинг кириш қисми дағал инфильтрация билан ўраб олинади. Натижада айрим вақтларда ҳиқилдоқ юзаси сезиларли равишда тораяди. Ҳиқилдоқнинг ички қисмлари волчанка билан кам зарарланади. Лекин сохта овоз бойламлари нисбатан жараёнга берилувчан бўлади. Жуда кам ҳолларда бойлам ости соҳаси зарарланиши ҳиқилдоқнинг қисилишига сабаб бўлади. Касалликнинг характерли белгилари унинг жуда секин, узоқ муддат дисфагия ва чандиқ пайдо бўлмаслиги билан кечишидир.

**Ҳиқилдоқ сифилиси.** Организмнинг умумий касаллигини бир кўриниши сифатида жуда кам учрайди. Ҳиқилдоқнинг сифилис билан бирламчи зарарланишида ҳиқилдоқ қопқоғининг ташқи юзасида чўмичсимон ҳиқилдоқ қопқоғи бурмаларида ва кам ҳолларда овоз ёриғида қаттиқ яра пайдо бўлади. Сифилиснинг иккинчи босқичи эритемалар, тугунчалар (папула), тарқалган инфильтрациялар кўринишида ёки яраларга ўтувчи эрозияли турлари кўринишида намоён бўлади. Эритематозли шаклида ҳиқилдоқ худди катарал яллиғланишга хос ўзгаради. Тугунчалар овоз бурмаларида, чўмичсимон тоғайлар ва ҳиқилдоқ қопқоғида жойлашади. Субъектив белгилардан иккиламчи сифилисда овоз тиниқлигини ўзгариши (хириллаши) хосдир. Иккиламчи сифилис ташҳиси ларингоскопик текшириш натижаларига ва бир вақтда шундай жараёни оғиз ҳалқум ва бошқа аъзоларда кузатишга асосланади. Ҳиқилдоқ сифилисининг учинчи босқичи турли туман ўзига хос бўлган ўзгаришлардан иборат. Булар ўрмон ёнғоғи катталигида бўлган гуммасимон инфильтратлар ёки гуммасимон ўсмалар кўринишида бўлиб, ҳиқилдоқнинг турли қисмларидаги шиллиқ қаватларда юза текисилигидан бироз кўтарилиб турувчи қизил рангли, оғриқсиз яралардир. Яраларнинг ичкарига тарқалиб, иккиламчи касаллик кўзгатувчиларини қўшилиши ҳиқилдоқ тоғайларининг яллиғланишига ва ҳиқилдоқ шиши ривожланишига сабаб бўлади.

**Ташҳис:** учламчи сифилиснинг ҳиқилдоқда кечишини аниқлаш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Сифилитик гумма ўзига хос бўлган кўринишга эга. Касаллик сил, склерома, хавфли ўсма кабилар билан таққосланади. Беморлар текшириляётганда умумий аҳволи, сифилиснинг бошқа кўринишида намоён бўлиши,

қон таҳлиллари, орқа мия суюқлиги, Вассерман реакцияси натижаларига асосан қўйилади. Касалликка таҳмин қилинганда сифилисга қарши дорилар қўлланилади.

**Ҳиқилдоқ склеромаси.** Склерома-сурункали юқумли касаллик бўлиб, узоқ муддат мобайнида давом этади, нафас йўллари-нинг шиллиқ қаватларини зарарланиши билан характерланади.

**Келиб чиқиши:** склеромани Фриш-Волкович таёқчаси қўзғатади. Паталогик анатомия-склерома ривожланишини 3 босқичга ажратади:

1. Тугунли-инфильтративли.
2. Тарқалган инфильтративли.
3. Чандиқли ёки регрессивли (Л.А.Зарицкий).

Склерома яралар ҳосил қилмайдиган инфильтратлар ҳосил бўлиши билан характерланади. Склерома инфильтрати фиброзли қўшувчи тўқимадан тузилган бўлиб ҳужайралар ва қон томирларга бой, тарқалиб жойлашган кўп миқдордаги Микулич ҳужайраси тутати. Бу ҳужайралар вакуолалар текширилганда Фриш-Волковичнинг қопчали бактериялари аниқланади. Склеромага гиалинли шарлар-Руссел таначаси характерли. Склероманинг типик шаклида склеромали инфильтратлар биринчи навбатда физиологик қисилиш жойларида симметрик равишда жойлашади. Касалликнинг яширин даври жуда узоқ муддатни ташкил қилади, ҳаттоки бир неча 10 йилларга тенг.

**Белгилари:** касалликнинг бошланишида шиллиқ қаватлар атрофияланади, алоҳида жойларда инфильтратлар кўринади. Атрофияланган шиллиқ қават қуюқ, ёпишқоқ, шилимшиқ ажралма тутати, тезда қасмоқларга айланади.

Ҳиқилдоқни склерома билан зарарланишида жараён бурма ости соҳасида оч пушти рангда инфильтратлар, юзаси нотекис, симметрик равишда икки томонга жойлашиши билан характерланади. Кам ҳолларда жараён вестибуляр бурмаларда жойлашиб, овоз бурмалари, чўмичсимон тоғайлар, ҳиқилдоқ қопқоғини қамраб олиши мумкин ёки пастга кекирдак ва асосий бронхларга тарқалади. Инфильтратлар аста-секин чандиқлашади ва овоз тиниқлигини бузади, ҳиқилдоқнинг қисилишига олиб келади. Бундай ҳолларда касаллик ташҳиси қийинчилик туғдирмай

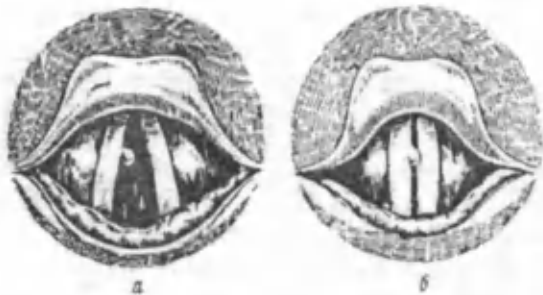
касалликнинг узоқ муддат давом этишида инфилтратларнинг яралар ҳосил қилмаслигига эътибор берилади. Шунингдек, бемор яшаб турган жой ҳам ҳисобга олинади. Қўшимча текшириш усулларида бактериологик, серологик текширишлар (Борде-Жангу комплементи билан боғланган реакция, Фриш-Волкович бациллалари, Микулич ҳужайралари)га асосланилади. Ҳиқилдоқ ва кекирдакнинг рентгенологик текшириш натижалари ҳам катта аҳамиятга эга.

**Даволаш:** склеромани даволашда антибиотиклар, стрептомицин ва тетрациклинлар яхши натижа беради. Стрептомицин катталар учун 0,5 г. мускул ичига 2 маҳал берилади. Даволаш курси 40 г. Санаб ўтилган дорилардан ташқари димексид ҳам самарали ҳисобланади. Кўпинча даволаш усулларида рентгенография ва ҳиқилдоқ, кекирдакни кенгайтириш (бужирование) қўлланилади. Даволаш фойда бермаса, жарроҳлик усулидан фойдаланилади: алоҳида битишиб кетган инфилтратлар кесиб ташланади ёки электрокоагуляция ёрдамида олинади. Каттароқ ҳажмга эга бўлган инфилтратлар ҳиқилдоқни махсус қисқичлар ёрдамида ёки ларингофиссура орқали олинади. Касаллик натижаси касалликни бошланиш давларида яхшилик билан тугайди. Кечиккан даврида кекирдак ва бронхларнинг жараён билан қамраб олинишида хавфли ҳисобланади.

## ҲИҚИЛДОҚ ЎСМАЛАРИ

**Ҳиқилдоқнинг хавфсиз ўсмалари.** Хавфсиз ўсмалар ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмаларига нисбатан кўп учрайди. Бу ўсмалар орасида ҳиқилдоқ полиплари (фибромалар) ва папилломалар алоҳида ўрин тутаяди. Жуда кам ҳолларда лимфангиома, ангинома, липома, миома, энхондрома ва бошқалар аниқланади.

**Фиброма** - ёлғиз ўсма бўлиб, кўпинча эркакларда учрайди. Толасимон қўшувчи тўқимадан тузилган бўлиб, ясси эпителий билан ёпилиб туради. Ўсмани юмшоқ ёки қаттиқлиги унинг таркибидаги ҳужайраларига ёки толасимон моддага боғлиқ. Мустақкам тўқималарга нисбатан суяқликлар кўп миқдорда бўлса, бундай ўсма полип ёки шишган фиброма дейилади (расм-3.35).



**Расм-3.35. Ўнг овоз бойлами фибромаси.**  
 а) нафасда;  
 б) фонацияда.

**Субъектив белгилари:** ўсманинг қаерда жойлашганлигига боғлиқ ҳолда намоён бўлади. Агар ўсма овоз бурмасининг пастки ёки юқори юзасида жойлашса, ҳеч қандай шикоятлар бўлмайди. Ўсмани бўш қирғоқларда жойлашишида эса хириллаш безовта қилади, фиброма узун оёқчасига эга бўлган бўлса, беморнинг овози тез-тез ўзгариб туради. Фиброманинг овоз бурмалари устида ёки остида жойлашишида бурмалар оралиғида ўсманинг тиқилиши натижасида товуш тиниқлиги бузилади ёки иккиламчи товуш пайдо бўлади (дисфония).

**Ларингоскопия:** овоз бурмаларида кенг асосдаги ингичка оёқчага эга бўлган юмшоқ ўсма, юзаси силлиқ, қизил ёки сариқ рангда, фонация вақтида овоз бурмалари орасида ўсмани тиқилиши натижасида овоз бурмалари бир-бирлари билан тўлиқ бирикмаслиги кўринади. Ўсманинг ранги уни қай даражада қон билан тўйинганлигига боғлиқ.

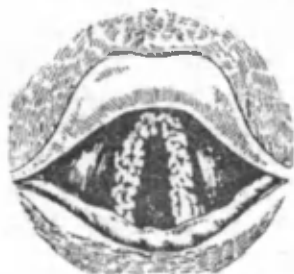
**Даволаш:** фиброма умумий эндоларингеал йўл билан огриқсизлантирилгандан сўнг, махсус ҳиқилдоқ қисқичи ёрдамида олинади. Жарроҳликдан сўнгги бир ҳафта, овоз билан ишлайдиган касбдагиларда ундан ҳам кўпроқ муддатга овоз тартибини сақлаш тавсия қилинади. Профилактика—шамоллашнинг олдини олиш, чекиш, овозни кучайтиришдан сақланиш.

**Папиллома.** Папиллома асосан 2 ёшдан катта бўлган ўғил болаларда учрайди. Гистологик жиҳатдан қўшувчи тўқимали асосга эга бўлиб, кўп миқдорда қон-томирлардан, унча кўп бўлмаган хужайралардан тузилган, кўп қаватли ясси эпителий билан ёпилиб туради. Базал қават эпителийни қўшувчи тўқимадан аж-

ратиб чегаралайди. Асоси (стромани) тузилишига кўра юмшоқ ва қаттиқ папилломаларга бўлинади.

**Белгилари:** овознинг хириллаши, ўсманинг тез ўсишида эса ҳиқилдоқнинг қисилиши, ҳаттоки асфиксия ривожланиши мумкин. Касаллик қайталаниш ва тезда кўпайиш хусусиятига эга.

**Ташҳис:** ларингоскопия асосида қўйилади (5 ёшдан) кичик ёшдаги болаларда бевосита ларингоскопик текшириш ўтказилади. Ларингоскопияда сўнгалсимон, бирлашган майда донатор тузилишга эга бўлиб, гулли карам шаклини ёки хўроз тожини эслатувчи папиллома аниқланади. Баъзида папиллома чегараланган бўлиб, овоз бурмаларида жойлашади, баъзида, ёйилган кўринишда бўлиб, ҳиқилдоқнинг барча шиллиқ қаватларига, ҳалқумга, кекирдак ва бронхлар шиллиқ қаватларига тарқалиши мумкин (расм-3.36).



Расм-3.36. Ҳиқилдоқ папилломаси.

**Даволаш:** Папиллома жарроҳлик усули билан даволанилади. Ўсма эндоларингеал йўл билан, ёш болаларда эса бевосита ларингоскопия орқали олинади. Касалликнинг узоқ муддат қайталанмаслиги учун жарроҳликдан сўнги даврда подофиллин (30% эритма 96% спирт билан), чистотел шарбати суртилади. Ҳозирги вақтда ҳиқилдоқ папилломатозидида лазер билан нурлантириш кенг қўлланилмоқда. Балоғат ёшига етганда касалликнинг қайталаниши сезиларли равишда пасаяди, лекин айрим ҳолларда папилломани катта ёшдагиларда ракка айланиши кузатилади. Бундай ҳолларда ўсма шартли хавфсиз ўсмалар гуруҳига киритилади. Профилактикаси: касалликнинг қайталанишини олдини олиш. Эрта ташҳис қилиш, зарур даражада даволашдан иборат.

**Гемангиома ва лимфангиома.** Ўсмалар, айниқса, лимфангиомалар жуда кам учрайди. Гемангиомалар бўлаксимон кўри-

нишда, қизил ёки тўқ кўк рангда бўлади. Кўпинча кавернозли ангиомалар учрайди. Ўсма ёлғиз, овоз бурмаларида жойлашади.

**Ташҳис:** бевосита, ларингоскопия асосида қўйилади.

**Даволаш:** эндоларингеал йўл билан олинади. Криотерапия, лазер терапия қўлланилади.

## К И С Т А Л А Р

Бирламчи (ретенцион ва туғма) ва иккиламчи хавфсиз (ўсмаларни қайталаниши) кисталар мавжуд. Булар орасида ретенцион кисталар (ҳиқилдоқ безлари йўллариининг тўсилиши натижасида пайдо бўлади) кўп учрайди. Ретенцион кисталар ҳиқилдоқ қопқоғининг ҳиқилдоққа қараган юзасида жойлашиб, баъзида овоз ва вестибуляр бурмалар ҳам жараёнга қўшилади. Улар пу-факсимон бўлиб, ичида ялтироқ қуюқ суюқлик билан тўлган, кистани ёпиб турувчи шиллиқ қават кўпинча юпқалашган бўлади.

**Дермоидли кисталар** қаттиқ қоплама билан ўралган бўлиб, бўтқасимон ажралмалар тўлганлиги ҳолда ажралиб туради. Туғма кисталар қалқонсимон тил йўллари қолдиқларидан ривожланиши, киста етарлича ҳажмга эга бўлганда ютиниш вақтида нохуш сезги, нафас олишнинг қийинлашуви кам ҳолларда безовта қилади.

**Даволаш:** кисталар эндоларингеал йўл билан олинади, катта ҳажмдаги киста ташқаридан олинади ёки кистанинг олдинги юзаси тешилиб, суюқлик чиқарилиб юборилади, ички юзасидаги эпителийнинг ўсиши натижасида ҳосил қилинган чуқурча текисланади.

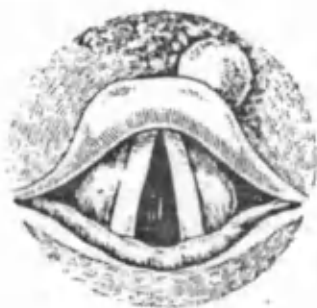
**Ларингоцеле.** Ҳиқилдоқнинг ҳаволи ўсмаси ҳиқилдоқ қорин-чалари аномал ривожланишида уни ички босими ошишига сабаб бўлувчи факторлар (йўталиш, кучаниш) билан ҳиқилдоқ деворларининг атонияси натижасида ривожланади. Симптоматик жиҳатдан сўнги чандиқланиш (дифтерия, сифилис) ҳиқилдоқ қоринчаларига фонация вақтида кирган ҳавони қайтиб ташқарига чиқишига тўсқинлик қилиши натижаси деб ҳисобланади. Ҳаволи ўсмалар ички (ҳиқилдоқ ичида), ташқи (бўйинда) ва аралаш кўринишга бўлинади. Ташқи ҳаволи ўсма шарсимон, эластик, ҳиқилдоқ билан қўшилиб кетади, мускулнинг ички то-



монида бўлиб, ҳеч қачон тил ости суякчаси соҳасидан ташқарига ўтмайди. Йўталганда, кучанганда катталашади. Бўйин пайпаслаб кўрилганда кичраяди. Ички ҳаволи ўсмалар асосан ҳиқилдоқ қоринчасидан чиқиб, шиллиқ қават билан қопланган бўлади, овоз бурмаларини беркитиб ўраб олади, у ёки бу даражада овоз ёриғини, баъзан ҳиқилдоқ қопқоғини тортади (силжитади), ноксймон синусга томон ўтиши мумкин. Нафас олишда ўсма ҳажмидан кичраяди, фонация вақтида эса катталашади (расм-3.37, 3.38).



**Расм-3.37.** Ҳиқилдоқнинг ён R-граммаси, ҳар хил катталиқдаги 2 та ҳаво кистаси бўшлиғи кўриняпти.



**Расм-3.38.** Ҳиқилдоқ қопқоғи кистаси.

Аралаш ҳаволи ўсмаларда дисфония пайдо бўлади ва у катта ҳажмдалигида эса нафас олиш қийинлашади. Ташқи ўсмалар, баъзан у ёки бу томонга бурилиш вақтида нохушлик туғдиради, ютиниш биров қийинлашади.

**Ташҳис:** ташқи кўрувга, ларингоскопияга, рентгенологик текширишларга асосланади. Рентгенографияда ҳаволи бўшлиқнинг аниқ чегараси, шунингдек, ҳиқилдоқ билан алоқадорлиги кўринади. Ўсма жарроҳлик усулида даволанади. Ички ҳаволи ўсмалар эндоларингеал, ташқи ва аралаш ўсмалар эса ташқи йўл билан олинади. Айрим вақтда ўсма олиниб, микроскопик текширилгандан сўнг хавфсизлиги аниқланади.

## ҲИҚИЛДОҚНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

**Ҳиқилдоқ раки.** Хавфли ўсмалар қаерда жойлашганлигидан қатъи назар ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмаси умумий олинганда 5% ни ташкил қилади. Хавфли ўсмалар ўрта ва катта ёшдагиларда кўпроқ учрайди, ёш болаларда кам аниқланади. Аёлларга нисбатан эркаклар рак билан кўп касалланади.

**Келиб чиқиши ва ривожланиши:** раkning келиб чиқиши ҳақи аниқланган эмас, лекин келтириб чиқарувчи сабабларга ташқи муҳитнинг таъсири (механик, кимёвий моддалар) киритилса, қўшимча сабабларга чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, овознинг кучайиши, ҳиқилдоқнинг сурункали касалликларини кириштиш мумкин.

**Патологик анатомия:** кўпинча (98%) ҳиқилдоқ раки ясси ҳужайрали, мугузланувчи тузилишга эга. Кам ҳолларда базал ҳужайрали, аденокарцинома учрайди. Экзофитли - ҳиқилдоқни юзасига ўсиб кирувчи. Эндофитли-атроф тўқималар ичига ўсиб кирувчи ва аралашмаларни турлари мавжуд. Ташқи кўриниши жиҳатидан майда донатор, йўғон бўлаксимон, яраланувчи, инфилтрацияли бўлиб, ранглари бир-бирларига ўхшаш бўлмай касалликнинг ривожланиш босқичига, қон-томирлари хоссаларига ўсманнинг қон томирлар билан алоқадорлигига, пигмент миқдорига боғлиқ ҳолда ажралиб туради.

### **Классификация ва босқичлари.**

Ҳиқилдоқнинг қайси қисмида жойлашганлигига кўра;

а) даҳлиз раки (ҳиқилдоқ қопқоғи, ҳиқилдоқ қоринчалари, чўмичсимон тоғайлар, чўмичсимон ҳалқум бурмалари);

б) ҳиқилдоқнинг ўрта қисми раки (овоз бурмалари);

в) ҳиқилдоқ бурмаси ости раки.

Бундай бўлиниш анатомик-топографик белгиларни ҳисобга олибгина қолмай, кўрсатилган қисмларнинг анатомик-клиник хоссаларини ҳам эътиборга олган ҳолда бўлади.

Ҳиқилдоқ раки (вестибуляр бўлим) қолган бўлимларга нисбатан кўп учрайди. Чунки даҳлиз лимфа томирларига, қўшни аъзолар (тил илдизи, ҳиқилдоқ, ҳалқум, ноксимон синуслар) ва бўйиннинг регионар лимфа тугунларини (ички ковак вена йўли

билан уйқу артериясининг бўлиниш жойида) жойлашуви билан яқин алоқадор. Ракнинг шу жойда ривожланиши тез орада қўшни аъзоларга ва бўйиннинг лимфа безларига тез ва кўп метастаз бериши билан характерланади.

**Овоз бурмалари раки.** У жойда лимфа тугунларининг кам миқдордалиги ва юмшоқ тўқиманинг жойлашганлиги сабабли жуда секин ва кеч метастаз беради. Унинг шиллиқ ости қаватига (эндофитли) узоқ ўсиши билан, бу соҳа деворларининг ларингоскопияда ёмон ёритилиши сабабли ташҳис жуда кеч қўйилади. Айниқса, ҳиқилдоқнинг бурма ости соҳасини субмукоз қавати мустаҳкам қўшувчи тўқимага, коллаген толаларга эгалиги ва бу жойда ўсманинг инфильтративли шаклида ўсиши нур билан даволашга қаршилиқни оширади. Регионар лимфа тугунларининг рак билан зарарланиши қуйидаги клиник баҳони белгилайди:

N 0 - тугунлар катталашмаган, пайпасланмайди.

N 1 - бир томонлама катталашган, ҳаракатланувчи тугунлар.

N 2 - бир томонлама ҳаракатланмайдиган ёки икки томонлама ҳаракатланадиган тугунлар пайпасланади.

N 3 - икки томонлама катталашган, ёпишган лимфа тугунлар ёки бир томонлама атроф тўқимага ўсиб кирган катталашган бир неча тугунларнинг йиғиндиси.

Шу ҳолатларга асосланиб, ҳиқилдоқ раки (умуман юқори нафас йуллари раки) қуйидаги босқичларга бўлинади:

Босқич – I – T2 N0 M0

Босқич – II – T1 N1 M0 ёки T2 N0 M0

Босқич – III – T1 N2 M0 ёки T2 N1-3 M0

Босқич – IV – T1-3 N3 M0 ёки T1-3 N0-3 M.

**Белгилари:** касаллик белгиси жараённинг ҳиқилдоқ қайси қисмига тарқалиши билан боғлиқ ҳолда намоён бўлади. Ҳиқилдоқни ўрта қаватини ракида, шунингдек, овоз бурмаларида (фонатор) фонация вақтида ўзгаришлар юзага келади. Ҳиқилдоқнинг пастки қавати ракида эса (бурма ости соҳаси) фонатор ўзгаришлар кам сезилади ёки охириги босқичларда юзага келади. Касалликнинг охириги босқичларида нафас олиш қийинлашади. Ракни вестибуляр қисмда жойлашишида эса ачишиш, ёт жисм сезиш, йўталиш, ютиниш вақтида оғриқ бўлади ва қулоқ соҳасига тарқалади. Ҳалқумга тарқалишида дисфагия

пайдо бўлиб, оғриқ кучаяди. Ҳиқилдоқ қопқоғи шикастланишида белгилар кучсиз бўлиб, раkning вестибуляр бурмаларга тарқалишида оғриқ, аввалига сезиларсиз, сўнгра кучайиб борувчи овозни бўғилиши ва йўталиш безовта қилади. Бу белгилар ҳиқилдоқ қоринчаларининг шикастланишида ҳам намоён бўлади. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ қопқоғи соҳаси, чўмичсимон ҳалқум бурмалари, ёки бошқа қаватда ўзгаришлар кузатилади. Овоз бурмаларининг шикастланганда ларингоскопияда жараён овоз бурмаларининг 2/3 олдинги қисми, сўнгра орқа қисмини ҳам қамраб олганлиги кўринади. Овоз бурмаларида раkning жойлашуви қачонки, ўсманнинг овоз бурмасидан ўтганлиги ларингоскопияда аниқланади. Ана шу муддатгача ўсма етарлича катталikka эга бўлади. Рак ривожланиши охириги босқичида дисфония, ютиниш вақтида оғриқ бўлиб, баъзида кучли даражада бўлади, оғриқ қулоққа тарқалади, овқат парчаси нафас йўлига тушиб қолиши, хуружсимон йўтал, нафас олиш қийинлашувининг кучайиб бориши кузатилади.

**Ташҳис:** субъектив, объектив белгиларга, рентгенография, томография, стробоскопия натижаларига асосланади. Ҳозирги вақтда микроскопик текшириш (биопсия)дан кенг фойдаланилмоқда.

**Даволаш:** касалликни эрта аниқлашга имкон борица улгуриш, эрта даволашни бошлаш яхши натижа беради. Касалликни кечиккан ташҳиси кўпинча бемор ўлимига сабаб бўлади.

Куйидаги даволаш усуллари мавжуд:

1. Жарроҳлик (электрохирургия, лазер хирургия) билан.
2. Нур билан даволаш.
3. Ҳар томонлама (комбинированный) даволаш.

Ракнинг шакли ва хоссасига кўра даволашда жарроҳлик усули танланади. Ўсмани эндоларингеал йўл билан олиш, хордэктомия, ҳиқилдоқнинг қисман ва тўла резекцияси (экстрипация). Мазкур жарроҳликда атроф тўқималар ҳам Крайля усулида кенгайтирилиб, олиб ташланади. Кўпинча жарроҳлик ва нур билан даволаш қўлланилади. Керак бўлса, химиотерапиядан фойдаланилади. Жарроҳликдан сўнги даврда ёки жарроҳликдан олдин нурлантирилади. Кейинги вақтларда нур билан даволаш жарроҳлик билан бир вақтда олиб борилмоқда. Кимёвий

дорилардан циклофосфан (эндоксан), метотрексат, ТИОТЕФ ва бошқалар қўлланилади. Антибактериал ва сульфаниламидларни қўллаш жарроҳликдан кейинги асоратларни пасайишига олиб келади.

**Профилактика:** текширишлар натижаси шуни кўрсатадики, соғ ҳиқилдоқ тўқималарда ҳам рақ ривожланиши мумкин. Шуни ҳисобга олиб, сурункали гиперпластик ларингитлар, пахидермия, гиперкератоз, лейкоплакия касалликларининг кечишида эҳтиёт бўлмоқ керак. Папилломаларни рақ тўқималарига айланиши учраб туради. Шунинг учун бу жараёнлар рақ олди ҳолати деб ҳисобланади. Консерватив (сурункали ларингитларда) ва жарроҳлик (чегараланган гиперплазия, хавфсиз ўсмалар) усуллари билан даволанади.

**Ҳиқилдоқ саркомаси.** Кам учрайдиган касалликлар турига мансуб. Саркома кўпинча оз ёки кўп миқдорда чегараланган, инфильтрация кўринишида бўлади. Жуда секин ўсиб, майдаланишга мойил эмас, лекин жуда эрта регионар лимфа тугунлари-га, бронхиал безларга, куқс оралиғига метастаз беради. Ташҳис асосан ларингоскопия ва биопсияга асосланади.

**Даволаш:** ҳиқилдоқ рақи каби даволанади.

## **КАСБИЙ ФАОЛИЯТГА БОҒЛИҚ БЎЛГАН ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Ишлаб чиқаришда юқори нафас йўлларига зарарли таъсир қилувчилар куйидагилар ҳисобланади: чанг, буғлар, газлар, метериологик таъсирлар (ҳавонинг ҳаддан зиёд қуруқлиғи ёки намлиғи. Бирданига иқлимнинг ўзгариши). Санаб ўтилган таъсирлантирувчилар натижасида юқори нафас йўлининг бошланиш қисми бўлган бурун бўшлиғи, биринчи навбатда, касбий фаолиятга боғлиқ бўлган юқори нафас йўли касалликлари таъсирланади. Касбий фаолият билан боғлиқ таъсирлар ичида юқори нафас йўлларига кўпроқ таъсир кўрсатувчи омил чангдир. Чанг ўз тузилишига кўра ноорганик: минерал, металл ва органик, ўсимлик ёки жониворлардан пайдо бўлувчи чанглар турларига бўлинади. Ишлаб чиқаришда алюминий, темир, цементли, оҳак-

ли, силикатли, мисли, симобли ва бошқа чанглар учрайди. Айниқса, ун, ёғоч, пахта заводлари, қоғоз ишлаб чиқариш корхоналарида касб касалликлари кўп учрайди. Чанглар таъсирида шиллиқ қаватлар яллиғланади, чангнинг механик таъсири натижасида эса шиллиқ қаватлар шикастланади, шикастланиш даражаси олинаётган ҳаво таркибидаги чангнинг кимёвий хоссаларига: оғирлиги, ҳажми, заррачалар тезлигига боғлиқ. Юқори нафас йўллари чангларни ушлаб қолиши, заррачаларининг кўпайиши билан боғлиқ. Оғир чанг заррачалари (металл, минерал) асосан буруннинг олдинги бўшлиғини шикастлайди. Енгил заррачалар (жун) нафас йўлларини чуқур қисмигача етиб боради. Чанг зарраларини чуқур кириб бориши бурун бўшлиғининг филтрловчи хоссасига ҳам боғлиқ. Бурун бўшлиғидан кираётган чангларни ушланиб қолиши 40% ташкил қилса - юқори, 30-40% - ўрта, 30%дан паста эса ёмон филтрлаш қобилиятидан дарак беради. Шиллиқ қаватларнинг ўткир яллиғланиши белгиларига: буруннинг ачишиши, акса уриш, бурундан оқ рангли шилимшиқ ажралма келиши киради. Шиллиқ қаватдаги шилинқираш натижасида бурундан нафас олиш қийинлашади, бемор оғиз орқали нафас олишга мажбур бўлади, бунда яна ҳам ҳаво таркибидаги чангларни кўпроқ киришига шароит яратади. Оғиз орқали нафас олиш ҳалқумни таъсирлантириб, қуруқшашишига ва ачишишига, йўталишга мажбур қилади. Жараён бурун ҳалқумининг хасталанишига ва йирингли отитларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Катарал яллиғланиш баъзан шиллиқ қаватларни яллиғланиши билан бир қаторда безлар аппаратини бўшашишига ва цилиндрсимон хилпилловчи ясси эпителийга айлантиради. Нафас йўлларининг катарал ва атрофик жараёнлари кўпчилиги чанглар таъсиридан ривожланади. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати касаллигидан ташқари чанглар миқдори кўп бўлган айрим цехларда (ун, цемент, хром билан ишлаш ва б.) газлар даражасининг таъсири миқдори ортиб, уларга нисбатан чидамликни пасайтиради. Натижада юқори нафас йўлларининг касалликлари ривожланади. Олтингурт газ буғи (А ангидритлар) юқори нафас йўлларининг барча қисмини таъсирланишига олиб келади. Ўткир газлар натижасида ўткир ринит, ўткир ларингит, газларнинг сурункали таъсирлари натижасида сурункали касалликлар

келтириб чиқаради. Бунда кўпинча ҳид сезиш нервнинг вази-  
фаси бузилиб, ҳид сезиш қобилияти пасаяди.

Кислоталар буглари (олтингургурт, азотли ва б.) шиллиқ  
қаватни таъсирлантирувчи хусусиятга эга, ҳужайралар оксиллари  
билан бирлашиб альбуминатлар ҳосил қилади.

Ишқорлар - паст даражада куйдирувчи хоссага эга бўлиб,  
протоплазмага фаол таъсир кўрсатади, бир қанча сўрилиш хусу-  
сиятига эга бўлиб, тўқиманинг тузилишини бузади.

## **КАСБИЙ ФАОЛИЯТГА БОҒЛИҚ БЎЛГАН ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ**

Профилактика икки хил йўналишда, яъни, давлат назорати  
остидаги жамоат ва шахсий йўналишда олиб борилади. Умумий  
ижтимоий характердаги барча чоралар давлат қонунларида ва  
меҳнатни муҳофаза қилишнинг махсус йўриқномаларида акс эт-  
тирилган. Бу ўринда меҳнат гигиенаси ва давлат назорати катта  
аҳамиятга эга. Бу бирлик ташқи муҳитни соғломлаштиришга ва  
ишчилар меҳнатини муҳофаза қилишга қаратилган. Кейинги  
вақтда профилактик тадбирларга касб тўғрисида маслаҳат бе-  
риш ва юқори нафас йўлларининг санацияси алоҳида аҳамиятга  
эга бўлмоқда. Тиббий кўриклар, касб тўғрисида маслаҳат бериш  
натижалари иш бошлаётган ёш ишчининг қобилияти ва физик  
кучини аниқлаб олишга имкон беради. Масалан: атрофик тумов  
билан касалланган ўсмир корхонадаги чангга соғ ўсмирларга  
нисбатан сезувчанлиги кам (паст) бўлади. Бошқа мисол: адено-  
ид ёки сурункали тумов билан касалланган ўсмирларни корхона-  
га юборишдан аввал юқори нафас йўллари санация қилинади.  
Бундай мисолларни кўплаб келтириш мумкин. Ҳозирги вақтда  
касб танлаш тўғрисида барча корхоналар учун махсус йў-  
риқномалар мавжуд. Ишчиларнинг шахсий профилактикаси учун  
бурун бўшлиғига ўсимликлардан тайёрланган моддалар сурти-  
лади (хром ишлаб чиқаришда) ёки турли ёғлар томчилаб, бурун  
бўшлиғига томизиб, борилади. Бурун бўшлиғи ҳалқуми,  
ҳиқилдоқ чанг билан ишлайдиган корхоналарда ювиб турилади,  
шунингдек, ингальяция тавсия этилади. Ингальяция шахсий профи-

лактика учун катта аҳамиятга эга. Иш вақти тугагандан сўнг ингалляция қабул қилинади. Ишлаб чиқаришда соғломлаштириш мақсадида герметик ва вентиляцияловчи мосламалар қўлланилади. Айтиб ўтилган чоралар ишлаб чиқаришни техник ривожланиши жараёнини оширади, зарарли факторлар (чанг, буг ва б.) камайтиради. Бундай чора-тадбирлар барча завод ва фабрикаларда, ишлаб чиқариш корхоналарида, қурилишларда ўтказилади. Энг юқори босқичдаги соғломлаштирувчи чораларга дам олиш муддатини узайтириш, иш соатини қисқартириш, таътил ойларида дам олиш масканларига ва санаторияларга юборишни ташкил қилиш, жисмоний тарбия билан шуғулланишни тўғри йўлга қўйиш, бепул тиббий хизмат кўрсатиш, спиртли ичимликлар ичишни таъқиқлаш ва бошқалар киради.

## **БУРУН, ҲАЛҚУМ, ХИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЙИЧА САВОЛЛАР ВА ВАЗИФАЛАР**

1. Бемор чап пешона соҳасидаги оғриқ билан мурожаат қилди. Касалликни ўтказган грипп билан боғлайди, оғриқ энгашганда кучаймоқда; Риноскопияда: ўрта бурун чиғаноғи шишиб қизарган, ўрта бурун йўлида шилимшиқ йирингли ажралма кўрилади. Рентгенограммада барча чап томондаги бўшлиқлар сояланган, ташҳисингиз ва врач тактикаси?

2. Юқори жағ синусида операция ўтказилган касалларни парвариш қилиш бўйича тадбирлардан нималарни биласиз?

3. Онаси фарзандининг чап бурун яримдан нохуш ҳид келатганидан шикоят қилиб, мурожаат қилди. Ушбу ҳолат 4-5 ой аввал пайдо бўлган, чап бурун ярми орқали нафас йўқ. Олдинги риноскопияда бурун бўшлиғида кўкимтир рангда йиринг ва қасмоқлар, қўланса ҳид чиқмоқда, бурун бўшлиғи тозаловдан сўнг кўрилганда ёт жисм аниқланди. Ташҳис қўйинг? Врач тактикаси?

4. Бурун суяклари синганида бўлақлар репозицияси учун врачга қандай асбоблар керак?

5. 60 ёшли беморда хафақон касаллиги таъсирида бурундан қон кетиши кузатилди. Беморга уй ва шифохона шароитида қандай ёрдам тури кўрсатиш мумкин?



6. 26 ёшли бемор бурундан нафас олиши ровон, лекин нафас чиқариши қийинлигидан шикоят қилиб келди. Ташҳис қўйинг, врач тактикаси?

7. Бурун чиғаноқлари операция қилиб, олиб ташланганида сопқонсимон боғлам қандай қўйилади.

8. 50 ёшли бемор чап юқориги жағ тишларининг зирқираб оғришидан шикоят қилиб келди, тишлар ўта номустаҳкам. Ташҳисини аниқлаш учун нима қилмоқ керак, беморга даволаниш учун қаерга бориши тавсия қилинади?

9. Бурунга томчи киритиш методикасини айтиб беринг?

10. Она вақти-вақти билан фарзандининг бурни қонашидан шикоят қилиб келди. Охирги вақтда бурун даҳлизида қизғиш (гилос рангда) ҳосила пайдо бўлган. Тугмачали зонд билан ҳосилага тегилса қонаш кузатилмоқда. Ташҳис қўйинг, врач тактикаси?

11. 38 ёшли бемор бурунидан сувсимон ажралма келиши ва хуружсимон акса уришдан шикоят қилиб келди. Риноскопияда: бурун бўшлиғи шиллиқ қавати хусусан бурун чиғаноқлари кўкариб, ишемия соҳалари аниқланди. Қайси касаллик ҳақида сўз кетмоқда? Даволаш усуллари?

12. 53 ёшли эркак чап пешона соҳасида хуружли оғриқдан шикоят қилиб келди. Хуруж, айниқса, кечасида кузатилмоқда. Риноскопияда: бурун бўшлиғида ўзгариш аниқланмади. Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенограммасида ўзгариш аниқланади. Ташҳис қўйинг ва бемор нима қилиши керак?

13. 32 ёшли аёл бурун бўшлиғининг қуруқшашидан шикоят қилиб келди. Вақти-вақти билан тўсатдан оз миқдорда бурун қонаши ва жигарранг тусда ҳидсиз қасмоқлар ажралиши безовта қилади. Риноскопияда: бурун бўшлиғи шиллиқ қавати қуруқшаган бурун тубида ҳидсиз, жигарранг қасмоқлар аниқланди. Ташҳис қўйинг? Даволаш усули?

14. 8 ёшли бола бурун ўнг ярим орқали нафас олишда қийналаётганлигидан шикоят қилади. Қон-томир торайтирувчи дорилар томизишдан наф бўлмади. Риноскопияда: ўнг бурун бўшлиғи медиал деворида шиш ҳисобига бурун йўллари торойганлиги аниқланди. Қандай ташҳис қўйиш мумкин? Қандай даволаш усулини қўллаш мумкин?

15. Ёш йигит врачга мурожаат қилишдан 1 соат олдин чап юз соҳасига мушт еган, бурун соҳасидаги оғриқдан, бурун қийшиқлигидан, бурун орқали нафас олишнинг қийинлигидан шикоят қилиб келди. Қон кетиш ўз холича тўхтади. Ташҳисни аниқлаш учун нима зарур, қандай ёрдам кўрсатасиз?

16. 16 ёшли ўсмир йигитни бир неча йилдан буён бурун қонаб туриши безовта қилади ва кейинги пайтда чап ёноқдаги шиш ҳисобига юзда деформация сезилган. Риноскопияда: бурун орқа қисмида юзаси текис ҳосила аниқланмоқда, орқа риноскопияда ҳосила яхши кўринмоқда. Пальпацияда ҳосила зич консистенцияда. Дастлабки ташҳис қўйинг: қўшимча қандай текшириш усулларини қилиш лозим? Ушбу ҳолатда врач тактикаси?

17. Бурунининг ўнг палласидан қон оқаётган бемор мурожаат қилди. Кўздан кечирилганда бурун тўсиғининг олдинги учдан бир қисмида қонаб турган соҳа аниқланди. АБ–симоб устини ҳисобида 180/110 мм, томири минутага 98 марта уриб турибди, таранг. Қон кетишни тўхтатиш ва қайтарилмаслигининг олдини олиш учун қўриладиган зарур тадбирларни сананг?

## ҲАЛҚУМ

1. 28 ёшли бемор оғзидан қўланса ҳид келишидан шикоят қилмоқда. Оғиз бўшлиғи санация қилинган. Бемор шикоятига нима сабабчи ва қандай даволаш лозим?

2. Ҳалқумда нечта бўлим фарқ қилинади?

3. 40 ёшли бемор томоғи тез-тез оғриб туриши, ҳар ойда ангина бўлишдан шикоят қилди, ангина иситмасиз ва умумий ҳолатга таъсир қилмай ўтади. Касаллик қайталанган вақтда ютуниш оғриқли бўлади. Фарингоскопияда: ҳалқум орқа деворининг шиллиқ қавати шиши ва гиперэмияси аниқланмоқда. Таҳминий ташҳисингиз? Қандай муолажа қилиш мумкин?

4. Ангинага таъриф беринг? Ангинанинг қайси формаларини биласиз?

5. 62 ёшли бемор ечиладиган тиш протезидан фойдаланади. Балиқ еб, балиқ қилтириғидан тиқилган, томоқ соҳасидаги оғриқ безовта қилиб, қайт қилмоқчи. Ҳалқумнинг қайси соҳасида кўп ҳолларда ёт жисм ушланиб қолади ва нимага?

6. Лакунар ангинанинг дифтериядан фарқи нимада?

7. 48 ёшли беморни томоғининг доимий қуруқшаши ва ёт жисм сезгиси безовта қилмоқда. Кўрикда ҳалқум орқа девори қуриқшаган, юпқалашган, қасмоқлар билан қопланган. Ташҳисингиз? Даволаш усулингиз?

8. Хроник тонзиллит нима?

9. Она 5 ёшли фарзандининг ютунишда қийналаётганлигидан шикоят қилмоқда. Овқатни бир неча бор уринишдан сўнг ютмоқда. Фарингоскопияда: танглай муртаклари катталашган, танглай муртаклари юзаси бир-бирига тегиб турибди. Ташҳис қўйинг? Даволаш усули?

10. Хроник тонзиллитнинг қандай формаларини биласиз?

11. Фарингоскопияда беморда ҳалқум орқа девори гиперемияси, юмшоқ танглай гиперемияси ва бодомча безлари юзаси қоплама билан қопланганлиги аниқланади. Қоплама танглай ёйлари қиргоғидан ташқарига чиқмаган, тана ҳарорати ўлчанганда  $t_{0-38,6}^{\circ}\text{C}$ . Ташҳис? Қайси ҳасталиклар билан таққослаш лозим? Муолажа?

12. Хроник тонзиллитнинг даволаш методларини санаб чикинг?

13. 4 ёшли бола овқат ютиш ва нафас олишга қийналаётганлигидан шикоят қилмоқда. 2 ҳафта муқаддам бурунда шамоллаш бўлиб ўтган. Фарингоскопияда юмшоқ танглай ортида ҳалқум орқа деворида ўзига хос шаклда шиш аниқланиб, шиш босилганда флюктуация аниқланмоқда. Ташҳисингиз? Муолажа?

14. 17 ёшли бемор лаблар, оғиз бўшлиғида, қизилўнгачда кучли оғриқлар, қон аралаш, қайт қилиши, тана ҳароратининг кўтарилиши ва умумий холсизликдан шикоят қилмоқда. Фарин-

госкопияда: танглай ёйлари ва бодомча безлари эркин, юзасида оқ рангда қоплама аниқланмади. Анамнезида мурожаат қилишдан 1 соат аввал 1 стакан уксус ичган. Биринчи ёрдам қандай кўрсатилади?

15. Қизилўнғач шикастлари ва уларни даволаш методларини айтиб беринг?

## ҲИҚИЛДОҚ

1. 35 ёшли бемор тугунли бўқоқ туфайли ўтказган ташҳисдан сўнг товуш ўзгариши ва хансираш безовта қилмоқда. Ларингоскопияда ҳиқилдоқда яллиғланишга хос белгилар аниқланмади. Фонация вақтида ўнг овоз бойлами ҳаракатсиз. Сизнинг ташҳисингиз?

2. Ҳиқилдоқ скелети шаклланишда қандай тоғайлар қатнашади?

3. Ечиладиган тиш протезининг бир бўлаги нафас йўлига кетиб, ўнг томондаги бош бронхга тиқилиб, тўла беркитиб қўйган. Клиник кўринишини кўрсатинг ва ёрдам усулларини қўлланг?

4. Ҳиқилдоқнинг вестибуляр бўлими жароҳатланганида унинг қандай функциялари издан чиқади?

5. 3 ёшли бола ўткир респиратор вирусли инфекция билан касалланган, кечасида тўсатдан нафас қисиши хуруж қилди, қийинчилик билан нафас олмоқда, тери қопламалари кўкимтир тус олган, бир неча минут давом этиб, қаттиқ йўтал безовта қилмоқда. Ташҳисингиз? Қандай ёрдам кўрсатасиз?

6. 42 ёшли бемор муздек пивони истеъмол қилгандан сўнг ҳалқумда қирилиш, томоқда нохуш сезги, ҳиқилдоқ ачишиб-қирилиши, йўтал ва овоз ўзгаришидан шикоят қилмоқда. Ларингоскопияда: ҳиқилдоқ шиллиқ қавати, овоз бойламлари қизарган, овоз бойламлари тўла беркилмади, ҳиқилдоқ бўшлиғида шилимшиқлик ажралма мавжуд. Ташҳис қўйинг? Даволаш усулингиз?

7. Ҳақиқатдоқ шишида даво тадбирларини бирма-бир айтиб беринг?

8. Инфекцион касалликлар шифохонасида 6 ёшли бемор кўрилди. У қийинчилик билан нафас олмоқда, нафасда бўйин мушаклари ҳам иштирок этмоқда. Ҳалқум кўрилганда юмшоқ танглайда кулранг қоплама аниқланди. Ларингоскопияда: ҳақиқатдоқнинг овоз бойламлари соҳаси кир-кулранг қоплама билан қопланган, овоз тирқиши қоплама ҳисобига торайган. Ташҳис қўйинг? Таққосланг?

9. Чин бўғманинг сохта бўғмадан фарқи нимада?

10. Бемор жанжаллашиш вақтида ҳақиқатдоқ соҳасига зарба олган, кучли оғриқ, овоз ўзгариши ва ортиб боровчи нафас олишнинг қийинлигидан шикоят қилмоқда. Трахеотомия қилиш учун шароит йўқ. Трахеяни очишнинг қайси услубини қўллаш керак ва қандай асбоблардан фойдаланасиз?

11. Сиз ҳақиқатдоқ стенозининг нечта даражасини биласиз?

12. Трахеостомия ўтказилган беморда ташриҳдан 1 соат кейин трахеостомия найи орқали нафас олиш қийинлашган, ундан ташқари юз, бўйин ва кўкрак қафаси юқори қисмида шишиш кузатилди. Бу ҳолатга нима сабаб бўлган? Қандай ёрдам кўрсатасиз?

13. Сиз сохта бўғмани даволашнинг қандай усулларини биласиз?

14. Онасининг сўзига қараганда, 4 ёшли болани 3 ойдан буён товуши хира ва охири ҳафтада товуш умуман чиқмай қолмоқда. Бевосита ларингоскопияда ўнг овоз бойлами ўзгарган, юзаси нотекис ҳосила аниқланди, ҳосила узум шингилини эслатади, овоз тирқиши торайган, нафас олиш бирмунча қийинлашган. Қайси касаллик ҳақида сўз бормоқда? Ушбу касалликда врачнинг даволаш услуби?

15. 56 ёшли бемор товушининг хириллаб чиқишидан шикоят қилиб келди. Бу беморни 6 ойдан буён безовта қилмоқда. Ушбу хасталик билан бир неча бор оториноларингологларга кўринган. Бир неча бор консерватив муолажалар олган. Ларингоскопияда: ўнг чўмич-ҳалқум бурмасида шиши аниқланди, ўнг овоз бойлами-

да жигарранг юзаси нотекис ҳосила аниқланди. Фонация вақтида ҳосила овоз бойламлари орасида қисилмоқда. Ташҳис қўйиш учун нима қилиш лозим? Қандай даво услуби зарур?

16. Касалхонага балғами қон аралаш келаётган беморни келтиришди. Бемор сил касалликлар диспансерида «Д» назоратида туради. Ҳиқилдоқ ларингоскопия қилинганда патологик ўзгариш аниқланмади. Қон ва балғамнинг этиологиясини аниқланг?

17. 38 ёшли бемор бўйин ўнг соҳасидаги шишдан шикоят қилиб келди, кучаниш туфайли ҳосила ҳажми ортмоқда. Пальпацияда ҳосила эластик, босиб кўрилганда ҳосила ҳажми кичраймоқда. Ларингоскопияда: ҳиқилдоқда ўзгаришлар аниқланмади. Ташҳис қўйинг? Врач тактикаси?

18. Болалар боғчаси тарбиячисининг сўзига кўра 5 ёшли бола ўйинчоқ (машина) қисмини оғзига солиб олган, боланинг тенгдоши уни елкасига ургандан сўнг, бола йўталиб, кўкарган, полга йиқилган, муздек тер билан қопланган. Бир неча сониядан сўнг бола ўзига келиб нафаси тезлашган, йўталган, йўталдан сўнг нафас олиш яна қийинлашган. Шу ҳолатда қандай йўл тутиш керак? Тиббий ёрдам кўрсатишда врач тактикаси?

## IV БОБ

### ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

#### ҚУЛОҚНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

**Ички қулоқнинг ривожланиши** - Эшитув ва мувозанат аъзоси-нинг бирламчи ҳосил бўлиши (зачатие) эмбрионал даврнинг тўртинчи ҳафтасида ромбасимон мия соҳасида, бирламчи эпидермал чўнтақдан бироз юқорида, чегараланиб қалин-лашган эктодерма кўринишида қулоқ ва эшитув пайраҳаси номи билан пайдо бўлади.

Бу пайраҳа остида ётувчи мезодермага ботиб эшитув чуқурчасини ҳосил қилади. Бу чуқурча кейинчалик эшитув пуфакчасига айланади. (otocysta) бу пуфакча эндолимфа деб аталувчи суюқлик билан тўла.

Ривожланаётган пуфакча ўзининг олдинги думалоқ шаклини ўзгартириб, дорзовентраль йўналишда чўзилади. Ички қулоқнинг ривожланиши нотекис бўлади. Орқа лабиринт (мувозанат аъзоси) филогенетик, эмбрионал даврда олдинроқ ривожланиб, 9 ҳафталик ҳомилада тўла шаклланади.

Олдинги лабиринт, филогенетик ёш бўлиб, у кейинроқ ривожланади. Олдинги лабиринтда ductus Cochlearis ривожланиб, узаяди ва эгилади. Ҳомиланинг 3-ойи бошида лабиринт 1,5 ўрамдан, 3-ой охирида 2 ўрамдан, 4-ойнинг охирида 2,5 ўрамдан иборат бўлиб, ўз шаклини олади. Ўровчи мезенхима ривожланаётган пардали лабиринтнинг атроф қават тўқимасини зичлантиради. Аввал тоғай, сўнг суяк қобиқ пайдо бўлади. Тоғайли ва пардали лабиринт ўртасида чўзиқ бўшлиқ пайдо бўлиб перилимфатик суюқлик билан тўла бўлади. Тоғайли капсуланинг бир қисмидан устун, даҳлиз қават (scala vestibula) ва ногора бўшлиқ қавати (scala tympani) эса чиғаноқсимон йўл (ductus cochlearis) ривожланиши таъсирида пайдо бўлади.

## ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

Юқорида ёзилган қулоқнинг товуш қабул қилувчи қисми ривожланиши билан бир қаторда товуш ўтказувчи қисми ҳам ривожланади. Ўрта қулоқнинг шаклланиши 1 ташқи ва ички эктодермаль чўнтакнинг ривожланишига боғлиқ, охириги босқичда эса 1 ва 2 ойқулоқ ёйлари ривожланишига боғлиқ.

Биринчи ойқулоқ ёйдан *processus mandibularis* ривожланади. Бундан Меккел тоғайига ва болғача ва сандон суякчалари пайдо бўлади.

**Овқат ҳазм қилувчи** бўшлиққа очилган биринчи ойқулоқ ёйи бўшлиғидан бурун халқум гумбази ва Евстахи найи ривожланади. Миксоид эмбрионал тўқима маълум бир даражада сури-либ, ноғора бўшлиқ ва аттик пайдо бўлади. Биринчи ойқулоқ ёйи қолдиги чети ёриқ шаклда бўлиб, ундан кейинчалик ташқи эшитув йўли шаклланади. Иккинчи ойқулоқ ёйдан ривожланган **Рейхерт** тоғайидан узанги шаклланади. Ойқулоқ ёйларида су-якчаларнинг ривожланиши ўрта қулоқ мушаклари иннервацияси билан тасдиқланади. *M.tensor tympani* биринчи ойқулоқ ёйдан чиқади ва биринчи ойқулоқ ёйдан ривожланган уч шоҳли нерв билан иннервация қилинади. Меккел аниқлашича болғачанинг узун дастаси *M.stapedeus* иккинчи ёйдан чиқади ва шу ёйдан чиққан юз нерви билан иннервация қилинади.

Меккел аниқлашича болғачанинг узун дастаси алоҳида пай-до бўлади, аввал пардали бўлиб, сўнг суякка айланади. Суякка айланган даврда болғача боши бўйни орқали қўлча билан қўшилади. Туғилишга яқин қолганда Меккел тоғайининг прокси-маль қисми атрофияга учрайди ва охирида бужмайиб болғачанинг олдинги бойлами асоси бўлиб қолади. У ҳеч қачон суякка айланмайди. Узун даста ҳомиладорлик даврида анча ри-вожланади. Катталарда у кичрайиб болғача бўйнида кичик бир бўртмага айланади. Биринчи туботимпанал бўшлиқ кенгайиши жараёнида ўрта қулоқ эпителийси суякчалар устунни ёпади, худди сероз қават мезентерия суякчилигини ўрагандек. Катталарда бар-ча суякчалар мускуллар ва *chorda tympani* ноғора бўшлиқ шил-лиқ қаватининг давоми ҳисобланган шиллиқ қават билан қопланади.



Эшитув суякчаларининг ривожланишини ойқулоқ ёйига боғлиқлиги.

Мезодермал тўқима юпқаланиши натижасида ташқи эшитув найининг ёпиқ қисми ноғора бўшлиқ девори билан чегараланган жойда ноғора парда пайдо бўлади. Туғилиш вақтида ноғора парда горизонтал жойлашади, ёш болаларда эса эшитув найи шаклланиши жараёнида ноғора парда вертикал ҳолатга келади. Ноғора парда уч қаватдан иборат бўлади. Ноғора парда ташқаридан эшитув найининг эктодермал эпителийси билан қопланган, ичкаридан эндодермал ноғора бўшлиғидан: фиброз қаватни мезодермал тўқима ҳосил қилади. Pars flaccida ҳомиладорликнинг тўққизинчи ойида пайдо бўлади. Ёш болаларда ноғора парда катталарда қандай катталикда бўлса, шундай ҳажмда бўлади. Ноғора парда ёпишган annulus timpanicus юқори қисмида узилган (incisura revine). Туғилган ёш болада ташқи эшитув йўлининг пастки деворида суяк бўлмайди. Ташқи эшитув йўлининг пастки девори чақалоқларда (annulus timpanicus) ривожланади. Шу билан бир даврда чакка суягининг пайрахасидан ташқи эшитув йўлининг юқори девори ҳосил бўлади. Annulus timpanicus ривожланиши ва суякка айланиши 2 ёшгача давом этади. Биринчи ёшнинг охирида қулоқ супрасининг пастга ва орқага тортилганда ноғора парда яхши кўринади. Иккинчи ёшнинг охирида қулоқ супрасининг юқориси ва орқасига тортилади. Антрум ёш болаларда ҳам катталарникига яқин ҳажмда бўлади. Антрум тубида бироз бўртган горизонтал ярим ойсимон канал кўринади. Шу бўртма пастида, овал дарча устида, фаллопий каналида юз нерви ўтади. Жарроҳ ёш болаларда сўрғичсимон ўсимтани трепанация қилганда, катталарга нисбатан юз нервининг жароҳатланиши осон бўлганлиги сабабли эҳтиёт бўлиши керак, чунки юз нерви болаларда annulus timpanicus орқа пастки қирғоғидан ўтади. Чақалоқларда сўрғичсимон ўсимта ривожланмаган бўлади. 2-3 ёшдан пневматизация бошланади. Ўсимта пастга ўсиб, ташқи эшитув йўли тубида 1-2 см. пастгача давом этади. Александер (Alexander) туш ўмров сўрғичсимон (m. Sternocleido mastoideos) мускули ривожланишига эътибор бериб, унинг сўрғичсимон ўсимта ривожига таъсирини аниқлади. Бола бошини ушлаб, мушаклар кучли бўлган сари сўрғичсимон ўсимта ҳам тез ривожланади. Яхши ри-

вожланган, бошини эрта тутадиган болада сўрғичсимон ўсимта тез ривожланади. Нозик болаларда эса кеч ривожланади, деган фикрлар бор. Чақалоқларда антром юзаки жойлашган бўлиб, ташқи деворининг баъзи қисмлари тоғайдан иборат бўлиши мумкин. Бир ёшгача бўлган болаларда антрумининг суякли девори юпқалигича қолади. Болаларда мастоидит субпериосталь жараёни суяк оқма яраси билан бўлади. *Ficcura squama mastoidea* 2 ёшнинг охиригача сақланиб, ташқи эшитув йўлининг асосига қараб йўналган бўлади. Бу ёриқ қолдиқлари баъзида катталарда, ҳатто қариларда периост ёриқлари ҳолида қолади.

Биринчи ҳаво катакчалари одатда Евстахи найининг ноғора бўшлиқ тешиги соҳасида, ноғора бўшлиқнинг тубида, антрум атрофида ва *tegmen timpani* бўйлаб аниқланади.

Катталарда сўрғичсимон ўсимтанинги барча қисмларида ҳаво катакчалари бўлади. Пневматизация пайрахага ёноқ суягига тарқалиб, орқада энса суягигача пастда бўйинтуруқ венасигача етиб боради.

Бу катакчаларнинг пайдо бўлиши аста-секин ва узоқ йиллар давом этади.

## ТАШҚИ ҚУЛОҚНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

Қулоқ супраси биринчи эктодермал чўнтак ўраган мезенхимал тўқима ўсиши натижасида пайдо бўлади, асосан 1-2 ойқулоқ ёйларидан.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ойида 6 бўртмадан иборат гуруҳ пайдо бўлади. Буларнинг бир қисми мандибуляр ёйдан биринчи эктодермал чўнтакдан пайдо бўлади, қолганлари эса иккинчи тил ости ёйдан, эктодермал чўнтак пастки қирғоғи бўйлаб жойлашади. Буларнинг бирлашуви ва кейинчалик ривожланиши натижасида қулоқ супраси пайдо бўлади. Қулоқ супрасининг пайдо бўлишида кўплаб алоҳида кўртак (зародыш) марказлари борлиги сабабли, ташқи қулоқ шакли ҳар хил бўлиши мумкин (ташқи қулоқ шахсни аниқлашда аҳамиятга эга бўлиши мумкин). Шу вақтда биринчи эктодермал чўнтак марказий қисмдан пайдо бўлаётган ноғора бўшлиқ йўналиши бўйича карнайсимон бўртма пайдо бўлади: бу бўртмадан биринчи ноғора бўшлиғига эктодермал ҳужайраларнинг зич тутами чуқур ўсиб киради. Бу экто-

дермал хужайраларнинг зич тутами кейинчалик сурилиб ташқи эшитув йўлини ҳосил қилади. 1-2 ойқулоқ ёйларининг патологик ривожланиши натижасида туғма ташқи қулоқ нуқсонлари келиб чиқади. Алоҳида бўртмаларнинг қўшилиши ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасига тўғри келади. Шу даврда ўтказилган касалликлар қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўли деформациясига сабабчи бўлади. Ташқи эшитув йўлининг марказий қисмини пайдо қилувчи хужайралар зич тутами ҳомиладорликнинг 8-28 ҳафтасига тўғри келади. Ҳомиладорликни 28 ҳафтасида хужайраларнинг емирилиши марказдан бошланиб, ташқарига давом этади. Шу даврдаги касаллик асоратлари хужайраларнинг емирилиш жараёнини тўхтатади ва хужайраларнинг зич тутами компакт тўқимага, тоғайга, суякка айланади. Бунинг натижасида ташқи эшитув йўли ҳосил бўлмайди. Эктодермал чўнтак ва най ноғора дивертикуласининг дарзал қисми ўртасидан ноғора парда пайдо бўлади. Ривожланаётган ноғора парда кейинчалик ичкаридан эндодермал чуқурча билан, ташқаридан ташқи эшитув йўли эктодермал билан қопланади.

## ҚУЛОҚНИНГ КЛИНИК АНАТОМИЯСИ

Эшитув анализаторлари бошқа рецепторлар сингари 3 та бўлимдан иборат: периферик, ўрта (ўтказувчи) ва марказий (мия ичи). Периферик бўлими 3 қисмга: ташқи, ўрта ва ички қулоққа ажралади. Ички қулоқда товушдан таъсирланувчи рецепторлардан ташқари, вестибуляр рецепторлар ҳам жойлашган. Маълумки, бу рецепторларни адекват таъсирлантирувчиси товуш тебраниши эмас, балки аъзонинг муҳитдаги ўзгаришидир.

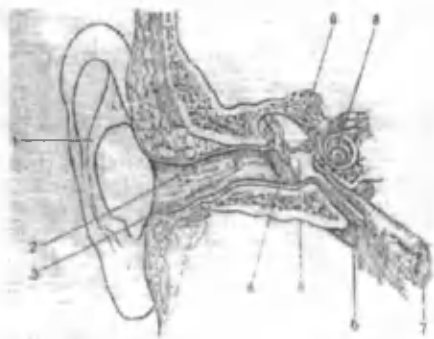
**Ташқи қулоқ (*auris externa*)** қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўлидан тузилган. Қулоқ супраси тоғайли пайраҳадан тузилган бўлиб, иккала томондан тери билан қопланган бўлади. Қулоқ супраси унинг ташқи сатҳини ўраб олган гажак ва ички томондан унга қарама-қарши жойлашган болишсимон гажакдан тузилган. Қулоқ супрасининг олдинги томонидан кўтарилиб, ташқи эшитув йўлини беркитиб турадиган бўртмаси сулача дейилади (*tragus*). Улар орасида ўйиқча бор. Қулоқ супраси пастга томон чўзилиб,

қулоқ юмшоғига ёки қулоқ бўлмачасига айланади. Қулоқ супраси олди томонидан чакка суяги билан пастки жағ бўғими ва орқа томонидан сўргичсимон ўсиққа қараган ички қавариқ юзалар тафовут қилинади. Қулоқ супраси воронкасимон торайиш ҳосил қилиб, ташқи эшитув йўлига айланади. Ташқи эшитув йўли қулоқ супрасининг давоми ҳисобланиб, тери билан қопланган. Ярим най ҳолида ташқаридан ички томонга қараган ҳолда чакка суяги ичига кириб боради ва ноғора парда билан тугайди (расм-4.1, 4.2).



**Расм-4.1. Қулоқ супраси.**

1) қарши супача; 2) қулоқ супраси бўшлиғи; 3) гажак қаршисидаги гажак; 4) ўйиқча; 5) гажак қаршисидаги гажак думи; 6) гажак; 7) учбурчакли чуқурча; 8) қулоқ супраси чуқури; 9) супача; 10) ташқи эшитув йўли; 11) қулоқ супраси юмшоғи.



**Расм-4.2. Ташқи, ўрта ва ички қулоқ.**

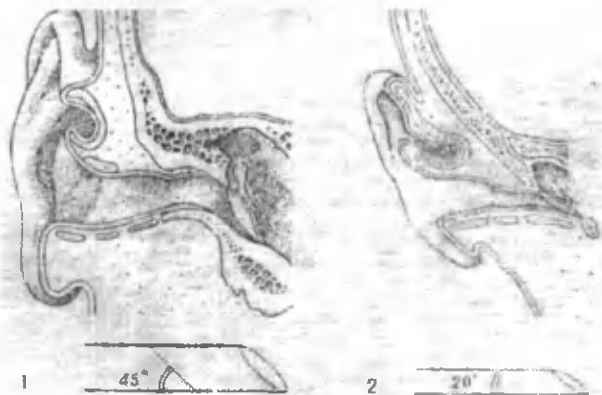
1) қулоқ супраси; 2) ташқи эшитув йўлининг тоғайли қисми; 3) ташқи эшитув йўлининг суякли қисми; 4) ноғора парда; 5) ноғора бўшлиқ; 6) эшитув найининг суякли қисми; 7) эшитув найининг тоғайли қисми; 8) чиғаноқ; 9) ярим ҳалқасимон канал.

Ноғора парда эса ташқи ва ўрта қулоқ орасидаги чегара ҳисобланади. Катта ёшдагиларда гажакни ҳисобламаганда ташқи эшитув йўли узунлиги тахминан 2,5 см.га тенг. У пардали тоғайли ва ички - суякли бўлимларидан иборат. Пардали - тоғайли бўлим ташқи эшитув йўлининг 3/1 қисмини эгаллаб қулоқ супрасини давомидир. Тоғайли пайраха олдинги ва пастки деворида 2 та кўндаланг сантори қисқа ёриғига (incis Santorini) бўлинади, ёруғ фиброз тўқима билан беркилади. Бу эса қулоққа бир қанча

енгиллик бериб, қулоқни бемалол кўришга ва жарроҳлик ўтказишга имкон беради. Санториниева ёриги ташқи эшитув йўли пастки қисмидаги қулоқ олди беши билан алоқадорлиги сабабли баъзан яллиғланиш жараёни ташқи қулоқнинг қулоқ олди безига тарқалади, бу ёриқлар орқали йирингланган безлар ташқи эшитув йўлига ёрилади. Пардали - тоғайли қисм мустаҳкам фиброз тўқима орқали суякли қисмга ўтади.

Ташқи эшитув йўлини кўндаланг кесими овалсимон шакли эслатади. Катта ёшдагиларда эшитув йўли орқадан - олдинга ва юқоридан пастга томон йўналишга эга, шунинг учун текширилаётган пайтда қулоқ супраси юқорига ва орқага тортилади, бу ҳолда эшитув йўли тўғри бўлиб қолади.

Болаларда текшириш пайтида қулоқ супраси пастга ва орқага тортилади. Янги туғилган чақалоқларда эшитув йўли жуда тор: пастки девори юқори деворига тегиб туриши сабабли ёриққа ўхшайди. Пастки эшитув йўлини энг тор қисми суяк бўлимининг ўртаси бўлиб, у бўгин олди (isthmus) дейилади (расм - 4.3).



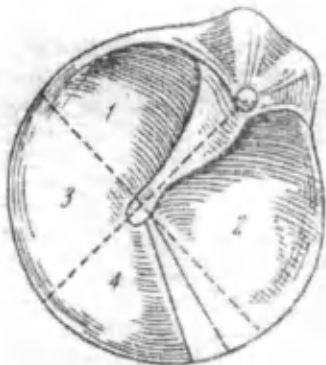
**Расм-4.3. Ташқи қулоқ катталарда (1) ва чақалоқларда (2)**  
*Ногора парданинг озиш бурчаги катталарда 45°, чақалоқларда 20°.*

Эшитиш йўлининг олдинги девори - пастки жағнинг бўғим қопчаси билан чегараланади. Юқори девори - эшитиш йўлини ўрта мия ғовагидан ажратиб туради. Орқа девори-бир вақтда сўргичсимон ўсимтанинг олдинги деворини ташкил қилади. Бу девордаги ўзгаришларни англаш, мастоидитнинг шартли симп-

томларидан бири саналади. Пастки девори-қулоқ олди бези билан чегарадош. Ташқи эшитув йўли барча қисмларида тери қопланган: у парданинг-тоғайсимон бўлимида терининг қалинлиги 1-2 см. бўлиб, сертук бўлади, унга ёғ безлари, шунингдек, қулоқ кирини ишлаб чиқарадиган безлар киради.

Бу безлар шаклан ўзгарган ёғ безларидир. Улар жигарранг секрет ажратади, булар ўз навбатида ёғ безлари суюқлиги ва ташқи эшитув йўли терисидан кўчган эпителийлар билан биргаликда қулоқ кирини ҳосил қилади. Ташқи қулоқ ташқи уйқу артерияси ва ички жағ артериялари ҳисобига қон билан таъминланади. Венада қоннинг қайтиши эса 2 йўналишда: олдиндан орқа юз венаси, орқадан - қулоқ орти венаси билан қайтади. Ташқи қулоқнинг иннервацияси уч шохли нервнинг III шохобчаси, бўйин чигалининг шохобчаси ва адашган нервнинг шохобчалари билан идора этилади. Лимфа эшитув йўли деворларидан ўз яқинидаги лимфатик тугунларга қараб оқади. Бу тугунлар қулоқ супрасидан олдинги ташқи эшитув йўлининг пастки деворида ва сўргичсимон ўсиқда жойлашган. Шу ердан лимфа бўйини чуқур лимфа тугунларига қуйилади.

Қулоқнинг ноғора пардаси ноғора бўшлиғининг ташқи девори ҳисобланади. У ташқи қулоқдан ўрта қулоқни ажратиб туради. Шакли нотўғри (овал кўринишда бўлиб, баландлиги 10 мм., эни 9 мм.), жуда қаттиқ, кам эластик ва жуда юпқа (0,1 мм.гача) анатомик тузилмадир. Ноғора парда уч қаватдан иборат: ташқи - тери қават (безсиз ва сўргичларсиз), яъни ташқи эшитув йўли терисининг давоми ҳисобланади, ички шиллиқ қавати-ноғора бўшлиғи шиллиқ пардасининг давоми ҳисобланади, ўрта қават-бириктирувчи тўқимадан тузилган икки қаватли фиброз толадан - ташқи радиар ва ички айлана толалардан иборат. Ноғора парда табиий ёруғлик шароитида кулранг - товланма рангда бўлади, аммо бунда ёруғлик манбаи маълум даражада ноғора парданинг ташқи кўринишига таъсир қилишини назарда тутиш керак. Ноғора пардада таранг ва солқи қисмлар бўлиб (*pars tensa et pars flaccida*) таранг қисмини фиброз қават тутайди, солқи қисми эса ноғора парда қисмининг бироз эгаллаган, чакка суяги пастки қирғоғига маҳкамланган (*incisura Rivini*) бўлади. Ноғора пардани бу қисми (*pars flaccida, membrana Shrapnelli*) бўшашган бўлиб, фиброз қават тутмайди (расм - 4.4).



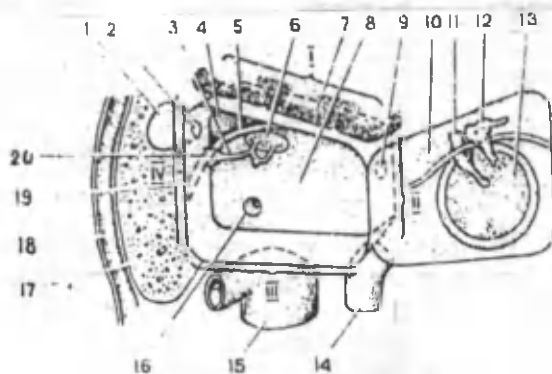
Расм-4.4. Ўнг ногора парда.

Ташқи эшитув йўли деворларининг узунлиги бир хилда эмас, орқа юқори деворлари қисқа, пастки ва олдинги деворлари нисбатан қалинроқ бўлади. Шунга кўра ногора парданинг олдинги қисми орқа қисмига кўра чуқурроқ, пастки қисми эса юқорига нисбатан чуқурроқдир. Ноғора парда ногора бўшлиғига томон тортилган бўлиб, воронка шаклини эслатади. Марказда бироз босилган жой бўлиб, киндик (*umbo*) дейилади.

**Ўрта қулоқ** (*auris media*). Ўрта қулоқ бир-бири билан бевосита туташувчи ҳаво билан тўлган бўшлиқлардан: эшитув найининг ногора бўшлиғи, ғорга кириш даҳлизи (*aditus ad antrum*) ғор (*antrum*) ва у билан туташган сўрғичсимон ўсимта катакчалари (*cellulae mastoideae*)дан иборат. Эшитув найи воситасида ўрта қулоқ бурун-ҳалқум билан туташган бўлади. Нормал шароитда ўрта қулоқнинг ҳамма бўшлиқларини ташқи муҳит билан биргаликда биргина мана шу йўл туташтириб туради.

**Ноғора бўшлиғи:** *cavum tympani* ноғора бўшлиғи чакка суягида жойлашиб, орқа томонидан ғор, олдиндан эшитув найи орқали бурун-ҳалқум билан алоқадор. Ноғора бўшлиғининг ҳажми 0,75-1 см. келадиган нотўғри шаклдаги кубга ўхшатиш мумкин. Ноғора бўшлиғи шартли 3 бўлимга ёки қаватга бўлинади: 1) юқори (ноғора усти бўшлиғи (*epitympanum*) ёки қаттиқ; 2) ўрта-энг катта бўлими бўлиб, ноғора парданинг таранг қисмига тўғри келади (*mesotympanum*); 3) пастки ноғора пардасининг бирлашган чегарасидан пастда бўлади (*hypotympanum*).

Ноғора бұшлиғида 6 та девор бұлиб, бир-биридан тафовут қилади. Ташқи деворнинг кўп қисмини ноғора парда эгаллайди, юқори қаватини ташқи девори–қаттиқ ноғора парданинг юқори қисми устида жойлашган бұлиб, ташқи эшитиш йўлининг юқори суяк деворининг пастки пайрахаси ҳисобланади (расм - 4.5).



- I. Юқори девори.
- II. Олдинги девори.
- III. Пастки девори.
- IV. Орқа девори

**Расм-4.5. Ноғора бұшлиқнинг тузилиш чизмаси. Ташқи девори олдинга ағдарилган.**

1) гор; 2) горга кириш; 3) узанги мушаги; 4) ярим халқасимон канал бұртмаси; 5) юз нерви канали; 6) узангининг асоси; 7) миянинг чакка бұлаги; 8) овалсимон дўмбоқ; 9) эшитув канали тешиги; 10) ноғора тори; 11) болгача; 12) санданча; 13) ноғора парда; 14) ички уйқу артерияси канали; 15) бүйинтуруқ вена пиёзчаси; 16) чиганқ дарчаси; 17) сўргичсимон ўсимта; 18) сигмасимон синус; 19) юз нервининг тик тиззаси; 20) пирамиданинг чўққиси.

Юқори девори - ноғора бұшлиқнинг томи (*tegmen tympani*) суякнинг пайрахасидан ташкил топган бұлиб, ноғора бұшлиқни ўрта мия чуқурчасидан ва миянинг чакка бұлагидан ажратиб туради. Бу деворнинг қалинлиги ўртача 1 дан 6 мм. гача бұлади. Баъзан юқори деворда дегисценция учрайди: бундай ҳолда ноғора бұшлиғининг шиллиқ қавати миянинг қаттиқ пардасига кириб боради. Юқори девор орқали миянинг қаттиқ пардасидан ноғора бұшлиғининг шиллиқ қаватига қон томирлари келади. Чақалоқларда ва ёш болаларда битиб улгурмаган ёриқ (*fissura petrosqua*) учрайди. Шуни ҳисобига уларда ўрта кулоқнинг ўткир яллиғланиши мия симптомларини пайдо бўлишига олиб келади.



Пастки девор ёки ногора бўшлиғини туби ҳам нафис суякли пайраха бўшлиқни ғовак венаси пиёзчасидан ажратиб туради.

Олдинги девор - ички уйқу артериясидан ажратиладиган юпқа суякли пайрахадан иборат. Олдинги деворни юқори қисми Евстахиева найи тешиги билан банд. Орқа девор - юқори қисмида катта тешик (*aditus ad antrum*) бўлиб, сўрғичсимон ўсимта ғорига олиб боради. Ички ёки медиал девор - бир вақтда лабиринт ташқи деворидир. Ўртада суяк бўртмаси овалсимон шаклда - дўнглик (*promontorium*) бўлади. Дўнгликни орқа томонида 2 та чуқурча бор: юқориси овалсимон ойна чуқурчаси бўлиб, лабиринт даҳлизига олиб боради ва узанги билан ёпилиб туради, пастки юмалоқ ойна чуқурчаси (ниша) чиганоққа олиб боради. Юмалоқ ойна иккиламчи ногора парда билан ёпилиб туради (*m.tympani secundaria*) (расм - 4.6).



**Расм-4.6. Ташқи қулоқ ва ўрта қулоқнинг фронтал кесими.**

1) пайраха; 2) болгача боши; 3) ногора бўшлиқ гумбазининг латерал девори; 4) болгачанинг ташқи бойлами; 5) шрапнелл пардаси; 6) ташқи эшитув йўли; 7) ногора парда; 8) болгачанинг юқориги бойлами; 9) ногора бўшлиқ гумбазининг томи (*tegmen tympani*) 10) ногора бўшлиқ гумбазининг еритурали (*epitrapit*) 11) юз нерви; 12) *tensor tympani* мушагининг пайи; 13) даҳлиз; 14) ички эшитув йўли; 15) ногора бўшлиқнинг ўрта қисми (*meso tympanit*); 16) ногора бўшлиқнинг пастки қисми (*hipo tympanit*); 17) Пруссак кенглиги.

Юз нерви ногора бўшлиғини ички девори бўйлаб орқа томонга йўналади, овалсимон ойнадан ўтади - горизонтал тизза ва ярим ёйсимон каналларни бўртмасигача антрумни ички деворига етиб боради. Шу жойда вертикал йўналишда пастга томон бури-

лади. Пастга тушувчи тизза ва бош суяги асосидан foramen stylostomatoideum орқали чиқиб кетади.

Юз нерви суякли каналда туради (canalis fal lopii). Ноғора бўшлиғи ясси эпителий билан қопланувчи юпқа шиллиқ қаватдан тузилган. Шиллиқ қават суякли деворлар билан мустаҳкам бириккан, шу билан бир вақтда улар учун суяк усти қаватини ҳосил қилади. У безлар тутмайди. Шиллиқ қават бўшлиқ ичкарасида жойлашган эшитиш суякчаларига етганда бир қатор бурмалар ҳосил қилади. Эшитиш суякчалари - болғача, сандонча, узангича бўлиб, найлар ва бойламлар билан ўзаро бирикади. Тузилиши ва функцияси жиҳатидан яхлит занжир ҳосил қилади. Болғача сопи билан ноғора парданинг фиброз қаватига мустаҳкамланган. Ўзанги оёқчаси эса овалсимон ойна чуқурчасига (ниша) мустаҳкамланган бўлади (расм - 4.7).



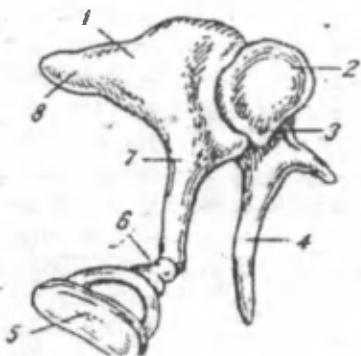
**Расм-4.7. Ноғора бўшлиқ. Ноғора парда бўйлаб қилинган кесим.**

1) вор; 2) сандон; 3) болғача боши; 4) чўққи; 5) думалоқ дарча чуқури; 6) узанги; 7) юз нерви; 8) chorda tympani.

**Болғача** - сопи, бўйин, бошқа қисмлари бир-биридан тафовут қилади. Сопини юқори қисмида калта ўсимта бўлиб, ноғора пардани ташқарига эгиб туради ва қулоқ текширилганда аниқ кўринади.

**Сандонча** - асоси ва 2 ўсимтаси тафовут бўлиб, узун ўсимтаси узангига борса, калта ўсимтаси орқага томон йўналади. Сандончанинг асоси болғача бошчаси ва бўйин қисмлари ноғора бўшлиғи устида (юқори, қаттиқ) жойлашади.

**Узанги** - бошчаси, 2 оёқчаси ва оёқча ости пайрахаси тафовут қилади. Оёқча ости пайрахаси узуксимон бойлам (*lig.annularis*) орқали овалсимон ойнага ёпишади. Ноғора бўшлиғида 2 та ноғора пардани таранглаб турувчи мускул (*m.tensor tympani*) ва узанги (*m.stapedius*) мускуллари бор бўлиб, бу мускуллар бир томондан эшитув суякчаларини таранг тортиб, яъни товуш ўтказиш учун қулай вазиятда тутиб туради, иккинчи томондан, ички қулоқни ҳар хил кучли товуш зарбларидан рефлектор равишда қисқариб, зарарланишидан ҳимоя қилади; *m.tensor tympani* болғача бўйин қисми яқинидан сопига маҳкамланган ва уч шохли нерв билан иннервация қилинади; *m.stapedius* ўзанги бошчасига бирикиб, юз нерви билан иннервация қилинади (расм - 4.8).



**Расм-4.8. Ўзаро боғланган эшитув суякчалари.**

- 1) сандон танаси; 2) болғача боши; 3) болғача бўйни;
- 4) даста; 5) узанги боши;
- 6) сандоннинг узун дастаси;
- 7) сандоннинг калта дастаси.

Евстахиева (эшитиш) найи - ноғора бўшлиғи бурун-ҳалқум соҳасида шу най орқали муҳит билан туташган бўлади. У 2 қисмдан иборат: 1/3 қисми қисқа суяк ва 2/3 қисми тоғайсимон - пардали бўлади. Унинг узунлиги катта одамларда 3,5 см, чақалоқларда 2 см. бўлиб, суяк қисми тоғай қисмидан 2 мм. қисқадир. Евстахий найининг ютқин тешиги бурун-ҳалқумнинг ён деворида жойлашган бўлиб, пастки бурун чиганоғига тўғри келади. Болаларда эшитиш найи қисқа ва кенг бўлиб, ётиқ (горизонтал) жойлашган. Болаларни ётган ҳолда эмизганда, чақалоқлар қайт қилганларида ҳамда бир ёшгача бўлган болалардаги овқат қолдиқлари, шилимшиқ, сўлак ва бошқалар ноғора бўшлиғига тушиб қолиб, ўрта қулоқнинг яллиғланишига

олиб келиши мумкинлигини ҳисобга олиш керак. Эшитув найининг шиллиқ қавати кўп қаватли цилиндрсимон эпителий билан қопланган, унинг тукчалари ютқин томонга қараб ҳаракат қилади. Одатда эшитув найининг тоғайсимон - лардали қисми оралиғи ёпиқ ҳолатда бўлганлиги сабабли деворлари бири-бирига мустаҳкам ёпишган бўлади. Ютиниш жараёнида юмшоқ танглайни тарангловчи ва кўтариб турувчи мускулларнинг қисқариши эвазига эшитув найининг бўйни (isthmus) очилиб, ноғора бўшлиғига ҳаво ўтади, шу билан ноғора бўшлиғида ҳаво алмашилиши таъминланади. Ўрта қулоқ бўшлиғидаги ҳаво нормада шиллиқ пардага сурилади, бир қисми эса эшитув найчаси орқали алмашади.

**Сўрғичсимон ўсимта.** Чақалоқларда сўрғичсимон ўсимта унча катта бўлмаган бўшлиқ ҳолида бўлиб, унинг шаклланиши 2 ёшдан бошланиб, 3 ёшгача давом этади. Сўрғичсимон ўсимтани тузилиши турлича бўлиб, ҳаво тутувчи катакчаларнинг ҳосил бўлиш жараёнига боғлиқ. Бу жараён пневматизация деб аталиб, мия суякли тўқималарининг қалинлашуви ва унга эпителийни кириши ва уни майдаланишидан ҳосил бўлади. Бу жараённинг нормал кечишида сўрғичсимон ўсимта пневматик тузилишни ҳосил қилади. Пневматизация жараёни суяк ўсиши тўхтамагунча давом этаверади. Бу жараён кичик ёшдагилар овқатланиш ва модда алмашинувининг бузилиши натижасида ўзгариши ёки секинлашиши мумкин. Оқибатда ўсимта диплозтик тузилишни олади. Бунда ўсимтада майда суякнинг милк бўшлиқлари трабулаларини чегаралаб, ғор олдида оз миқдорда катакчалар кўринишида бўлади. Ўсимтанинг склеротик кўринишида эса мустаҳкам қаттиқ суяк бўлиб, катакчалар ва губкасимон моддалар тутмайди. Сўрғичсимон ўсимтанинг барча кўринишларида ғор шаклланади (расм - 4.9).

**Расм-4.9.**  
**Сўрғичсимон ўсимталар тури:**  
 а) пневматик;  
 б) диплозтик;  
 в) склеротик



Кўкрак ёшидаги болаларда катталардагига нисбатан гор юзаки, ташқи суяк пайрахасининг остида жойлашади. Сўргичсимон ўсимта катакчаларининг ҳажми ва жойлашуви турличадир. Кучли ривожланган пневматизацияда катакчалар ўсимтанинг ташқарисиди - (чекув) ковзок (скуловой) ёноқ ўсимтада, энса суягида, пирамида ва унинг юқорисиди ҳам ҳосил бўлади. Лекин катакчалар ўсимта ташқарисиди жойлашган бўлса ҳам ўрта қулоқ ҳисобига киради ва ногора бўшлиғи билан алоқадор. Катакчаларни бир-бирларидан бўлиб турувчи юпқа суякли оралиқларида тешиклар бўлиб, улар гор билан алоқадордир. Улар ўсимтанинг марказий ҳаво тутувчи бўшлиқлари ҳисобланади. Гор ва ногора бўшлиғи бир-бирлари билан катта йўл (*aditus ad antrum*) орқали алоқа қилади.

Гор ва катакчаларининг шиллиқ қаватлари ногора бўшлиғи шиллиқ қаватининг давомидир. Сўргичсимон ўсимтани ички (бош суяги) юзасиди тарновсимон ўйми бўлиб, ундан сигмасимон веноз бўшлиқ ўтади (*sinus sigmoideus*). Бу синус миядаги веноз қонни говак венани пиёзчасига етказиб беради. Бу бўшлиқ орқа мия чуқурчасининг қаттиқ мия пардаси сингари сўргичсимон ўсимта катакчаларига жуда яқин жойлашган бўлиб, ички суякни, пайраха орқали ажратиб туради (*lamina vitrea*). Сўргичсимон ўсимта ташқаридан суякнинг кортикал қавати билан ёпилади. Ўсимтани чўққисиди чуқур ўйиқ (*incisura mastoidea*) мавжуд бўлади.

### **Ички қулоқ (*auris interna*) ёки лабиринт (*labyrinthus*).**

Ички қулоқ суяк лабирнти ва унинг ичидаги парда лабиринтидан ташкил топган.

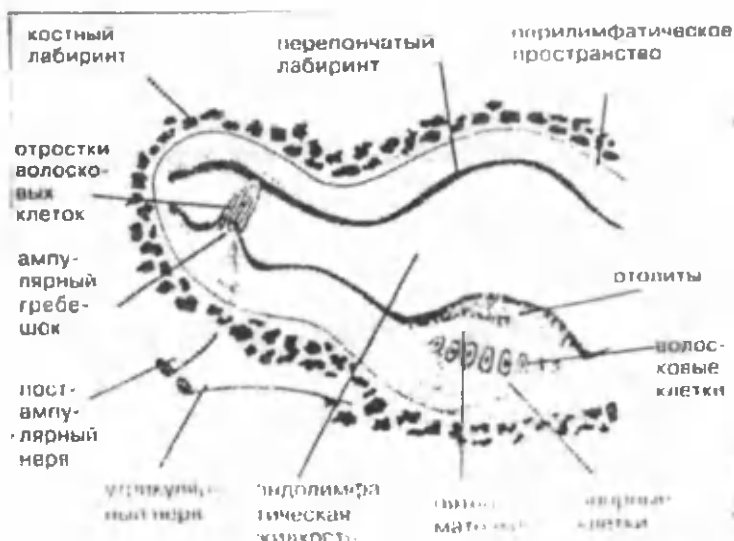
Суяк лабиринти - мустаҳкам суяк қобиғидан иборат бўлиб, чакка суяги пирамидасининг чуқурлиғиди жойлашган. Орқа мия чуқурчаси билан ички эшитув йўли, (*meatus auditoris internus*) чиганоқ водопроводи (*aguaeductus cochleae*) ва даҳлиз водопроводи (*aguaeductus vestibuli*) орқали алоқадор. Лабиринт ногора бўшлиғи билан юмалоқ ва овалсимон ойналар ёрдамида боғланган. Лабиринт 3 бўлимга бўлинади: ўртаси - даҳлиз, ундан сал орқароқда - ярим халқасимон каналлар тизими ва олд томонидан даҳлиз - чиганоқ (расм - 4.10).



**Расм-4.10. Ярим ҳалқасимон каналлар (бошинг айланма ҳаракати тўғрисида маълумот қабул қилади):** 1) юқори ҳалқасимон канал; 2) орқа ҳалқасимон канал; 3) умумий тизза; 4) латерал ярим ҳалқасимон канал; 5) даҳлиз нарвони; 6) думалоқ дарча; 7) чиганок; 8) даҳлиз нарвони; 9) ногора нарвони.

Даҳлиз - қадимий филогенетик тузилма бўлиб, лабиринтнинг марказий қисми ҳисобланади. Даҳлизнинг ташқи деворида даҳлиз дарчаси мавжуд, у ногора бўшлиғи томонидан узанги асоси билан ёпишган бўлади. Даҳлизнинг олдинги қисми даҳлиз нарвони орқали чиганок, орқа қисми эса - ярим ҳалқасимон суяк каналлари билан туташган.

Ярим ойсимон каналлар 3 та: горизонтал, фронтал ва сагитал. Ҳар бир каналда 2 тадан тиззачаси бор: силлиқ ва кенгайган - ампуляр. Силлиқ тиззачаси - фронтал ва сагитал бир-бирига қўшилган (crus commune), қолган 5 та тиззалар даҳлизга қўшилади (расм - 4.11).



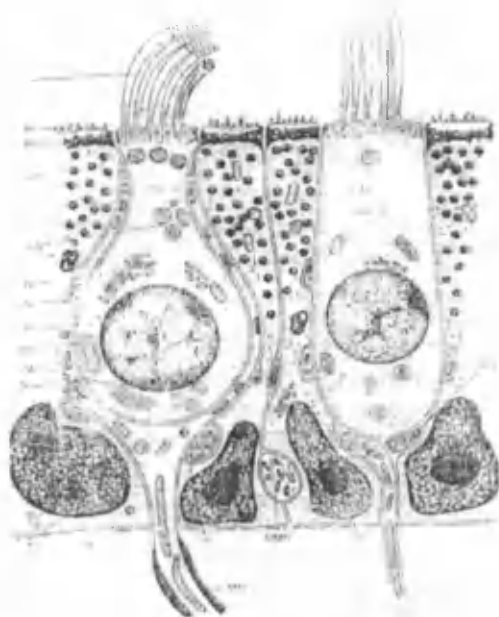
**Расм-4.11. Ампула тожи ва даҳлиз халтачаси тукли ҳужайралари бошининг айланма ҳаракати ва тўғри чизиқли тезланишдаги ҳолати тўғрисида маълумот қабул қилади.**

1) суяк лабиринти; 2) тукли ҳужайралар туклари; 3) ампула тожи; 4) ампула ости нерви; 5) утрикула нерви; 6) пардали лабиринт; 7) эндолимфа суюқлиги; 8) она (маточка) доғи; 9) перилимфатик бўшлиқ; 10) отолитлар; 11) тукли ҳужайралар; 12) таянч ҳужайралар.

**Чиганоқ** - суяк ўқи атрофида икки ярим марта айлана ҳосил қилиб, ўралган суяк спирал каналдан иборат, ундан винтсимон суяк пластинкасининг ички канали ажралади. Бу суяк пластинка, парда пластинка - асосий мембрана билан унинг давоми чиганоқ каналини иккита - юқориги ва пастки спирал йўлакчага бўлади, яъни, юқориги йўлакча - даҳлиз нарвончаси (*scala vestibuli*) ва пастки ноғора нарвончаси (*scala tympani*). Ноғора нарвончаси чиганоқ дарчаси ёки айланма дарча ороқали ноғора бўшлиғи билан чегараланади. Биринчи жингалак чиганоқ асоси ҳисобланади, у бўртиқ ҳосил қилиб (*helicotrema*), ноғора бўшлиғига чиқиб туради. Суяк лабиринти перилимфа суюқлиги билан тўлган. Ундаги пардасимон лабиринт ичида эса эндолимфа суюқлиги бўлади. Пардасимон лабиринт суяк лабиринтининг тузилишини қайтариб, каналлар ва бўшлиқлар тизимидан таркиб топади. Пе-

рилимфа чиганоқ водопроводида ипсимон бўшлиқ билан алоқага эга ва орқа мия суюқлиги таркиби билан деярли бир хил бўлади.

Эндолимфа мия суюқлиги билан алоқага эга эмас, чунки эндолимфа пардали лабиринтнинг берк системасида жойлашади (расм-4.12).



**Расм-4.12. Даҳлиз вестибуляр эпителий тукли ҳужайраларининг 2 хил тузилиши. (Engstrom Н чизмаси 1960 й).**

*HC I - HC II - тукли ҳужайраларнинг бирламчи ва иккиламчи турлари, H-сезувчи ҳужайралар, MV-микроворсинкалар, RM-ретикуляр мембрана, Gr-таянч ҳужайралардаги доначалар, VB-пуфакли таначалар, GB-пластинчатый комплекс (комплекс Гольджи), NC- нерв кочаси, N-ядро, IM-ҳужайра ичи мембранаси, SY-донадор нерв толалари, NS-ҳужайралар ядроси, SC-таянч ҳужайралар, BM-асосий мембрана, MN-миелинлашган нерв, UMN-миелинлашмаган нерв, M1-M5-митохондрлар, NE2-иккинчи даражали тукли ҳужайраларнинг асосидаги 2 хил нерв толалари*

Пардасимон лабиринт анатомик тузилиши ва фаолияти нуқтаи назарига кўра 2 та аппаратга эга: 1. Чиганоқ пардасида



жойлашган эшитув аппарати; 2. Даҳлиз халтачалари ва учта пардасимон ярим айлана каналларини туташтирувчи вестибуляр аппарат. Лабиринт даҳлизда 2 та пардасимон халтача (*utricle* ва *sacculus*) бўлиб, уларда отолит аппарати жойлашган. Отолит аппарати таянч ҳамда тукли хужайралардан тузилган. Тукли хужайралар сезувчи нейроэпителий билан қопланган. Улар қўшилишиб тўрсимон тортилган шаклга эга. Эшитув доғлари эпителийсининг юзасида махсус ингичка толали новсимон мембрана бўлиб, унда кальций карбонат кўп бўлади. Бу кристаллар отолитлар дейилади, улар фосфат ва кальций карбонат (аррогонит) дан ташкил топган. Тукли хужайралар тукли столитлар билан биргаликда отолит мембранасини ҳосил қилади.

Пардани яримойсимон каналлар: қисман суяк канали периостига бириккан, қисман улар билан қўшилувчи тўқима орқали бириккан. Кенгайган қисми-ампуласи бўлиб, унинг ички юзасида бироз бўртиқ - тож (*cristae ampullares*) ҳосил қилади.

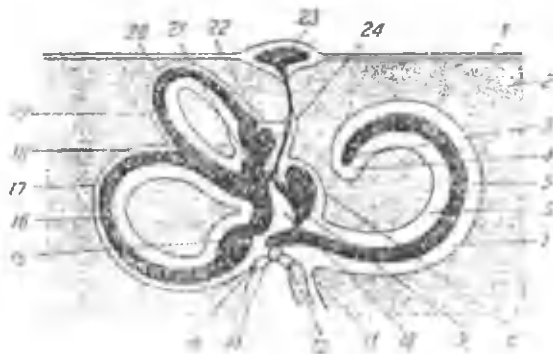
Тож мувозанат хужайралари ва специфик нейроэпителиал сезувчи туксимон хужайралардан ташкил толиб, вестибуляр нервни периферик рецепторлари ҳисобланади. Узун туксимон толалар бир-бирларига тегиб, *crista ampullares*ни ҳосил қилади (*cupula terminalis*). Даҳлизга ва яримойсимон каналларга *ganglion Scarpe* дан нерв толалари уланади, яъни боради. Парданинг чиғаноқ ёки чиғаноқ йўли (*auctus cochlearis*), *Scala vestibuli*да жойлашган ва кундаланг кесимда учбурчак шаклни эслатади. Чиғаноқ йўлини пастки деворини асосий мембрана (*membrana basilaris*) ҳосил қилади, ташқи девори - суякли чиғаноқнинг ташқи девори, 3-девор - рейснер пардасидан иборат (расм-4.13) бўлади.

Чиғаноқ йўли эндолимфа билан тўлган. Асосий мембрана - асосан эластик толадан тузилган бўлиб, суякли спирал ва чиғаноқни ташқи девори кўринишида тортилади. Толалар орасидаги алоқа кучсиз бўлганлиги учун парда айрим қисмлари алоҳида тебранади. Мембранани кенглиги аста-секин пастки ўрамдан юқорига томон кенгайиб боради. Толаларни тортилиши асосидан чўққисига томон дифференцияни сезувчи (туксимон) хужайралар ва келувчи нерв толалари: туксимон хужайралар

эпителиал столбасимон ва опор хужайралари (Дейтерс) ёрдамида ушланиб туради (расм-4.14).



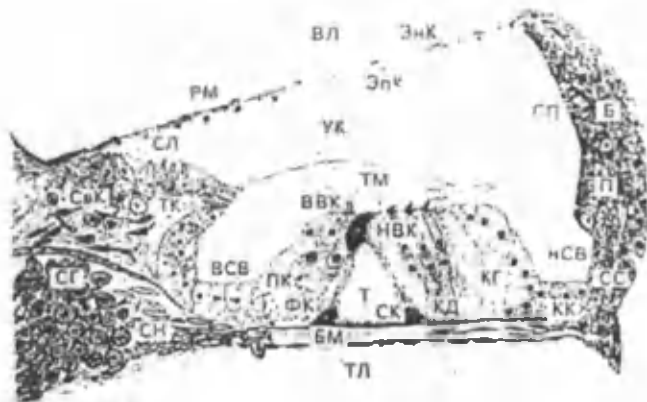
**Расм-4.13.** Ички қулоқ чиганоғи (электрон микроскопия) суяк чиганоқнинг бурама пластинкаси ва улар орасидаги бурама канал кўринмоқда.



**Расм-4.14.** Ўнг суяк лабиринти ва пардали лабиринт чизмаси.

1-бош миянинг қаттиқ қобиғи; 2-суяк; 3-сесум супуларе; 4-helicotrema; 5-чиганоқ йўли; 6-scala vesbuli; 7-scala tympani; 8-sacculus; 9-ductus reuniens; 10-дахлизнинг перилимфатик бўшлиғи; 11-чиганоқ сув йўли; 12-думалоқ дарча; 13-сесум vestibulare; 14-аваль дарча; 15-орқа ярим ҳалқасимон каналнинг кенг қисми; 16-орқа ярим ҳалқасимон каналнинг перилимфатик бўшлиғи; 17-орқа ярим ҳалқасимон канали; 18-utricle; 19-юқори ярим ҳалқасимон каналнинг перилимфатик бўшлиғи; 20-юқори ярим ҳалқасимон канал; 21-ductus utriculo-saccularis; 22-юқори ярим ҳалқасимон каналнинг ампуласи; 23-saccus endolymphaticus; 24-дахлиз сув йўли.

Ташқи ва ички столбасимон ҳужайралар тоннель ҳосил қилади, ундан нерв толалари ўтади. Ташқи ва ички туксимон ҳужайралар мавжуд. Ташқи ҳужайралар 20000, ичкиси 3500 га яқин. Кортиев аъзоси устида ёпувчи мембрана (membrana tectoria) жойлашган. Туксимон ҳужайралар ўсимталари - эшитув тукчалари асосий мембранани тебраниши натижасида, ёпувчи парда билан бирлашади. Кортиев аъзосига спирал тугундан периферик толалар келади, улар биполяр нерв ҳужайраларидан тузилади (расм-4.15).

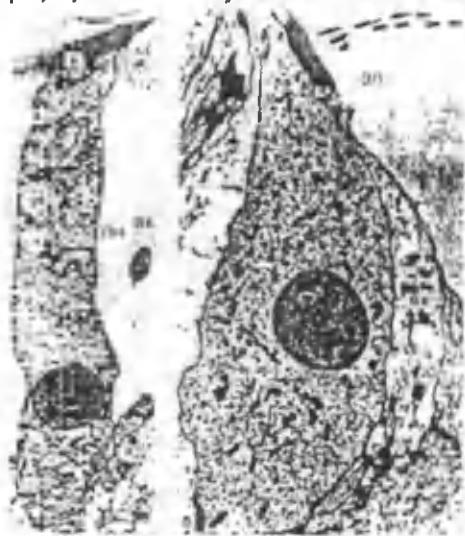


**Расм-4.15. Пардали чиганоқнинг тузилиш чизмаси**  
(Х.М.Маткулиев, 1985).

*Б-базаль ҳужайра; БМ-базаль мембрана; ВВК-ички туксимон ҳужайралар; ВЛ-вестибуляр лестница; ВСВ-ички спираль уйик; КГ-ташқи чегара ҳужайралари (Гензен ҳужайраси); КД-ташқи ёндош ҳужайралар (Дейтерс ҳужайралари); КК-ташқи тикловчи ҳужайралар (Клаудиус ҳужайралар); М-маргинал ҳужайралар; НВК-ташқи тукли ҳужайралар; ПК-чегара ҳужайралари; П-оралик ҳужайралар; РМ-даҳлиз мембранаси; СГ-айланма ганглий (спирал); СВК-ялтироқ ҳужайралар; СЛ-айланма (спираль) лимб; СК-устун ҳужайралар; СН-эшитув нерви; СП-томирли ёпқич; СС-айланма бойлам; Т-туннель; ТЛ-эшитув нарвони; ТК-қорамтир ҳужайралар; ТМ-қопловчи мембрана; УК-чиганоқ канали ЭпК-эндотелиал ҳужайралар; ЭпК-эпителиал ҳужайралар; ФК-ёндош ҳужайралар; НСВ-ташқи айланма ёрик.*

Ички қулоқ ички эшитув артерияси орқали қон билан таъминланади. Қон ички қулоқ вена қон томиларидан уч йўл:

чиғаноқ сув йўли венаси, даҳлиз сув йўли венаси ва ички эшитув йўли веналари орқали қайтади. Ички қулоқ иннервацияси бош нервнинг VII жуфт нерви (n.octavus) орқали иннервация қилинади, у узунчок миядан чиқиб, кўприк мияча бурчаги орқали умумий поя ҳосил қилган ҳолда ички эшитув йўлига йўналади. Вестибуляр соҳа қуйидагилар: 1) орқа мия; 2) мияча; 3) кўзни ҳаракатлантирувчи нерв ядролари; 4) вегетатив марказ ядролари; 5) бош мия пўстлоғи билан боғланган бўлади (расм-4.16).



**Расм-4.16. Спираль аъзонинг тукли хужайралари** (М.С.Плужников, А.И.Неворотин 1974 й). *а) ташқи тукли хужайралар  $\times 3680$ ; б) ички тукли хужайралар  $\times 4290$ ; ЭП-эндолимфатик бўшлиқ; К-путикула; ПН-паратуннель (нуэль бўшлиғи); КД-ташқи ёндош хужайралар (Дейтерс хужайралар); СК-хужайра устун; ВК-ички таянч хужайралар.*

## ҚУЛОҚНИНГ ФИЗИОЛОГИЯСИ

**Эшитув анализаторларининг физиологияси.** Эшитув анализаторларининг адекват тебратувчи товуш ҳисобланади. Товушни қабул қилиш, ички қулоқнинг чиғаноқ бўлимидаги рецепторларидан бошланади (Кортиев органда) - кейинчалик нервни ўтказувчи йўллари орқали, бош мия пўстлоғини чакка бўлимига узатилади. Бу жараёнлардан олдин, товуш тўлқинлари, ташқи, ички қулоқ ва лабиринт суюқлигидан ўтади. Шундай қилиб эшитув анализатори - битта система бўлиб, ташқи эшитув йўлидан бошланиб, бош мия пўстлоғида тугайди. Бу системанинг ҳар бир бўлими, уларнинг фаолияти алоҳида бўлади. Фаолиятнинг бирор

бир бўлимдаги бузилиши, эшитишни қисман ёки умуман йўқолишига сабаб бўлади. Кишининг эшитув аъзоси маълум бир масофадан келаётган товушларни қабул қилишга ва унга жавоб қайтаришга ёрдам беради. Бундан ташқари одамнинг эшитиши унинг нутқини ривожланишига ва сўзлашувига ёрдам берувчи омилдир.

Товуш - физикавий тушунчада, қаттиқ, суяқ ва газсимон моддаларнинг муҳитдаги механик тебраниши бўлиб, унинг тебратаувчиси, модданинг ички босимини ва механик кучайишини чақирувчи ҳар қандай омил бўлиши мумкин.

Физиологик нуқтаи назардан, товуш деганда, механик тебранишнинг шундай тури, тушуниладики, бу тебраниш, эшитув анализаторларига таъсир этиб унда аниқ физиологик жараён ҳосил қилади ва субъектив равишда эшитишни ҳосил қилади. Товуш тўлқинларининг ҳаводаги тарқалиш тезлиги 332 м/с, сувда - 1450 м/с, ҳавосиз муҳитда товуш бўлмайди.

**Эшитув анализаторларининг асосий хоссалари.** Эшитув аъзоларининг асосий хоссалари товуш баландлиги (частотаси), товуш паст-баландлиги (громкость) ва тембрдан иборат.

Одамнинг қулоғи товуш тебранишлари 16 Гц.дан 20000 Гц. (12-24 дан 18000-24000 Гц.)гача бўлган товушларни қабул қилади. Товуш амплитудаси қанча катта бўлса, эшитиш шунча юқори бўлади. Товуш тебраниши 16 Гц.дан паст, *инфратовуш*, 20000 Гц.дан юқори бўлса, *ультратовуш* деб аталади. Инфратовуш ва ультратовушларни одамнинг қулоғи оддий шароитда қабул қилмайди, лекин алоҳида текширишда бу частоталарни қабул қилиши мумкин.

Одамнинг товуш қабул қилиш чегараси, бир секунд давомида 16 маротаба тебранувчи (пастки чегара)га 20000 маротаба тебранувчи (юқори чегара) бўлиб, бу 10,5 октавани ташкил этади. Товушлар частотаси 15 Гц. бўлса, С билан белгиланади - субконтрактава икки баробар юқори частота 32 Гц-С1 (контрактава), сўнгра 64 Гц-С (катта октава), 128 Гц. (кичик октава)- 256-С1, 512-С2, 1024-С3, 4096-С5 ва бошқалар.

Одамнинг ёши катталашгани сари эшитиш пасайиб боради, эшитиш частотаси кичик томонга сурилади. Агар 20-40 ёшда 3000 Гц. бўлса, 60 ёшда ва ундан юқорида 1000 Гц. атрофида бўлади.

Эшитишни юқори ва пастки чегараси эшитув аъзоларининг касалликларида ҳам ўзгариши мумкин. Болаларда эшитишни юқори чегараси 22000 Гц.га етади. Кексаларда эса бу чегара 15000 Гц.дан ошмайди.

Кўпчилик ҳайвонларда эшитишнинг юқори чегараси одамникидан анча баланд бўлади. Масалан, итларда бу чегара 33000 Гц., мушукда 70000 Гц., кўршапалакларда 100000 Гц.ни ташкил этади.

Одам қулоғи қабул қила оладиган частоталари бир нечтага бўлинади. 500 Гц.гача бўлган частота - паст частотали, 500 дан 3000 Гц.гача – ўрта частотали, 3000 дан - 8000 Гц.гачалиги эса частотали товуш деб аталади. Товуш тебранишларининг энг минимал энергияси товуш эшитиш сезгирликни чакира олса, бу эшитишни қабул қилиш пороги дейилади. Одамларда эшитишни қабул қилиш пороги 0,0002 мк. бар, ёки  $10^{-9}$  эрг. юқори пороги эса  $10^{-4}$  эрг., минимал ва максимал сезув орасидаги фарқ  $10^{13}$  эрг. ва бу миллиардлар билан ўлчанади. Эшитувни бундай миқдорда ўлчаш қулай эмас, шунинг учун товуш баландлиги, унинг кучайиши (ёки секинлашиши) децибел (дб.) билан ўлчанади. Шивирлаб гапиришни товуш кучи 30 дб., сўзлашув нутқи 60 дб., кўчадаги шовқин -70 дб., бакириб гапириш 120 дб., қичқириб гапириш 110 дб., реактив двигателнинг шовқини 120 дб.га тенг. Одамнинг товушни қабул қилишдаги максимал пороги 120-130 дб. Бундай товуш қулоқда қаттиқ оғриқ пайдо қилади.

Эшитиш аъзоларининг таъсир этувчи тебратувчи товушларга физиологик мослашиши адаптация деб аталади. Таъсир этувчи товуш кучи қанча бўлса, эшитишни қабул қилиш нуқсони шунча баланд бўлади. Адаптация фақатгина товуш тебранишига эмас, балки осойишта ҳолатда ҳам руй беради: бунда эшитиш кучаяди, анализаторлар куч жиҳатидан пастроқ товушларни ҳам қабул қилишга тайёрланади.

Адаптация одамларда ҳар хил бўлиб, индивидуал ҳарактерга эга. Адаптация жараёни қулоқ касалликларида ҳар хил кечади, буни ўрганиш, дифференциал диагностикада катта аҳамиятга эга.

Эшитув анализаторларининг асосий хоссаларидан бири, унинг товуш йўналишини аниқлаш хоссасидир, бу ототопика деб аталади. Ототопика фақат иккала қулоқ ҳам нормал эшитганда

ўтказилади. Товуш йўналишини аниқлаш учун қуйидаги шароит мавжуд бўлиши керак:

1. Қулоқ қабул қилувчи товушлар куч жиҳатидан ҳар хил бўлиши, бунда товуш чиқарувчи манбага яқин бўлган қулоқ, манбадан узоқдаги қулоққа нисбатан яхши эшитади. Бундан ташқари битта қулоққа нисбатан товуш тебранишининг тўсилиши ҳам аҳамиятга эга.

2. Товушни у ёки бу қулоққа келиш вақти оралиғи минимал фарқ қилиши керак, одамда бу фарқ 0,063 мс.га тенг.

Товуш қабул қилувчилар орасидаги масофа қанчалик катта бўлса, товушнинг йўналиши шунчалик аниқ аниқланади.

3. Иккала қулоқ, товуш тўлқинлари фазасининг фарқини қабул қила олиши керак. Одам, товуш йўналишини горизонтал текисликда аниқ фарқлайди. Сагитал текисликдаги товушлар йўналишини аниқлаш ташқи қулоқ супрасининг шаклига қандайдир даражада боғлиқдир.

## **ТАШҚИ, ЎРТА ВА ИЧКИ ҚУЛОҚ ФУНКЦИЯЛАРИ**

Эшитув анализаторларининг периферик бўлими асосан иккита функцияни бажаради.

1. Товуш ўтказиш, яъни товуш энергиясини рецептор аппаратларига етказиш. Бу кўпроқ механик (физик) функция ҳисобланади.

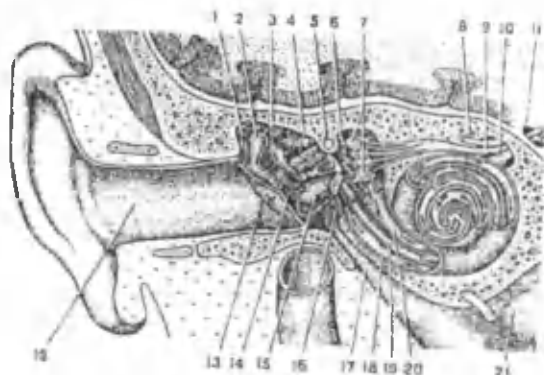
2. Товуш қабул қилиш - Кортиев органида (спирал) товуш тўлқинлари физик энергиясининг нерв қўзғалишига ўтиши.

Худди шу функцияларига асосан товуш қабул қилувчи ва товуш ўтказувчи бўлим фарқланади.

Товуш ўтказиш. Бу функцияни бажаришда қулоқ супраси, ташқи эшитув йўли, ногора парда, эшитув суякчалари занжири, чиғаноқ дарчаси, перилимфа, асосий ва Рейсснер мембраналар қатнашади.

Товуш ўтказиш механизми қуйидагича амалга оширилади: товуш тўлқинлари, муҳитдаги қўш тебраниш ҳисобланиб, унда икки фаза фарқланади, босим ортиш фазаси ва босим пасайтириш фазаси. Товуш тебранишлари ташқи эшитув йўлига кириб, ногора пардага таъсир этади ва уни тебранишга келтиради. Босим ортиш фазасида ногора парда, болғача

қўлчаси билан биргаликда ичкарига ҳаракатланади. Бунда сандонча, асосан унинг асосига боғланган болгача бошчасини ушлаб турувчи боғламлар ёрдамида ташқарига сурилади, сандончанинг узун ўсмаси эса ичкарига сурилади ва бу билан бирга узангича ҳам ичкарига сурилади. Узангича даҳлиз дарчасини босиб, даҳлиз перилимфасини ҳаракатга келтиради, тўлқиннинг кейинги тарқалиши даҳлиз супачасини ва ундан сўнг Рейсснер мембранасини ҳаракатга келтиради. У эса ўз навбатида эндолимфани ҳаракатга келтириб, асосий мембрана орқали - ноғора супачаси перилимфасига узатилади. Перилимфани юқоридагидек ҳаракатланиши натижасида асосий ва Рейсснер мембранаси тебранишга келади (расм-4.17).



**Расм-4.17. Товуш ўтиши чизмаси.**

**Эшитув йўли - эшитув суюқлари занжири - узанги асоси (даҳлиз дарчаси) - даҳлиз нарвони перилимфаси - ноғора нарвони перелимфаси - чиганоқ дарчаси пардаси.**

1) аттик (гумбаз); 2) болгача; 3-сандок; 4) ён ярим ҳалқасимон канал дўмбоғи; 5) юз нерви; 6) даҳлиз; 7) ярим ҳалқасимон канал кенгайган қисми ва даҳлиз қопчаси; 8) юз нерви; 9) даҳлиз толаси; 10) кохлеар тола; 11) ички эшитув йўли; 12) ташқи эшитув йўли; 13) ноғора парда; 14) ноғора бўшлиқ; 15) овалсимон дўмбоқча; 16) чиганоқ дарчаси; 17) эшитув найи; 18) ноғора нарвони; 19) чиганоқ сув йўли; 20) даҳлиз нарвони; 21) ҳалқум.

Сандончанинг даҳлиз томонига ҳар бир ҳаракатида, перилимфа, охирида даҳлиз дарчаси мембранасини ноғора бўшлиқ томонга



суради. Босим пасайиши фазасида эса ўтказувчи системани аввалги ҳолга келиши кузатилади.

Ички қулоққа товуш ўтказишнинг ҳаво орқали йўли, асосий йўл ҳисобланади. Товуш ўтказишнинг яна бир йўли суяк орқали ўтказишдир. Бунга оддий тажриба мисол бўла олади. Агар қулоқ герметик беркитилса, баланд товушларни қабул қилиши сақланиб қолади. Бу ҳолда қўйидаги механизм ҳаракатга келади, яъни, ҳаводаги товуш тўлқинлари бош суяги орқали тарқалиб чиғаноққа етиб боради, лекин товуш тарқалиш механизми, спирал органга қадар боргунча икки хил характерга эга бўлиши мумкин.

Бир хил ҳодисада, асосий мембрана тебраниши ва ниҳоят спирал органни ҳаракатга келиши ҳудди ҳаво ўтказувчанлик сингари бўлади, яъни товуш тўлқинлари икки фазали ҳолида, ички қулоқнинг суюқлигига қадар суяк орқали бориб, босим ортиши фазасида думалоқ ойна мембранасини бўртиради ва оз даражада узанги асосини эзади (суюқликнинг практик жиҳатдан эзилмаслигини ҳисобга олиб).

Бош суягининг тебраниши унга тебранишини камертон ёки телефон қўйиш билан чақириш мумкин. Шундай қилиб, товуш тебранишининг суяк орқали тарқалиши, ҳаво орқали ўтказиш бузилганда катта аҳамиятга эга.

Эшитув аъзолари элементларининг алоҳида-алоҳида функцияси мавжуд. Одамларнинг эшитишида қулоқ супрасининг роли унчалик аҳамиятли эмас. Ташқи эшитув йўли - най шаклида бўлиб, шу туфайли ичкарига товуш ўтказиши яхшиланади. Эшитув йўлининг шакли ва кенглиги товуш ўтказишда асосий роль ўйнайди. Шу билан биргаликда эшитув йўлини бирикиб кетиши ёки механик тикилиб қолиши товуш тўлқинларининг тарқалиши ва ноғора пардага етиб боришини ёмонлаштиради, натижада эшитиш сезиларли равишда пасаяди.

Бундан ташқари ташқи эшитув йўлининг шакли, унинг терисини юқори сезувчанлиги эшитув аъзоларини шикастланишидан сақлайди. Ташқи эшитув йўлида ноғора пардага яқин жойда ҳаракат ва намлик бир хил даражада ушланиб туради (ташқи муҳит ҳарорати ва намлигини ўзгаришига қарамай). Бу эса ноғора пардасининг чидамлилигини сақлаб қолади.

Ўрта қулоқ бўшлиғи - товуш ўтказиш системасини мўътадил ишлаши учун, ноғора пардани иккала томонида ҳам босим бир хилда бўлиши керак. Ўрта қулоқ бўшлиғида ёки ташқи эшитув йўлида босим кўтарилса ёки пасайса, ноғора парданинг таранглиғи ўзгаради, товуш қаршилиғи юқори бўлади ва эшитиш пасаяди. Ноғора парданинг ҳар иккала томонидаги босим эшитув найининг вентилиацион функцияси билан мувозанатланади. Ютиниш ёки эснаш пайтида эшитув найи очилиб ташқи ҳавонинг ўрта қулоқ бўшлиғига киришига шароит туғилади. Ўрта қулоқ шиллиқ қавати аста-секин ҳавони сўриб олади, эшитув найи вентилиацион функциясининг бузилиши, ташқи босимни ўрта қулоқдаги босимдан ошиб кетишига олиб келади, бу эса ноғора пардани ичкарига тортилишига олиб келади. Бу билан боғлиқ равишда товуш ўтказувчанлик бузилади.

**Ноғора парда ва эшитув суякчалари.** Бу бирикмалар товуш тебранишлари кучини, уларнинг амплитудасини камайтириш ҳисобига етказиб беради. Даҳлиз ойначасига бирлашган узангича асосининг майдони (3 мм.), бунда бир неча баробар катта ноғора парда майдони (95 мм<sup>2</sup>.) ва эшитув суякчаларини бирлаштирувчи ричаг системаси ҳисобига, даҳлиз ойначасидаги босим, ноғора пардадаги босимга нисбатан 20 мартаба кўп бўлади. Босим ортишининг бу механизми, энг асосий ҳисобланиб, товуш энергиясини ҳаволи муҳитдан, суюқлик муҳитига ўтказишга йўналтирилган, ваҳоланки суюқлик қаршилиғи ҳаво қаршилиғига нисбатан юқоридир.

Ноғора парда ва эшитув суякчалари ҳисобига катта амплитудадаги ҳаво тебранишлари ва нисбатан кичик кучда, кичик амплитудадаги юқори босимдаги перилимфа тебранишига айланади.

**Эшитув мускуллари:** Ўрта қулоқнинг алоҳида механизмини бажарувчиси ҳисобланиб, бир томондан аккомодацион функцияни бажарса (товуш ўтказувчи аппаратнинг алоҳида бўлимларини оптимал таранглашувини таъминласа) иккинчи томонда ҳимоя вазифасини, яъни юқори кучдаги товушлардан сақлайди.

Товушни юқори кучлилиғида эшитув мускуллари рефлектор равишда бирданига қисқаради, у эса ноғора парда тебраниш амплитудасини пасайтиради, ўз навбатида товуш босими камаяди. Бу билан чиғаноқнинг рецептор аппарати ўта кучли товушлардан сақланади.

Товуш қабул қилиш—мураккаб нейрофизиологик жараён бўлиб товуш тебраниш энергиясини нерв импульсига ўтиш, (чиғаноқнинг рецептор аппаратида) уни бош мия пўстлоғига етказиш, анализ ва товушни англашдан иборат.

**Товуш қабул қилиш механизми:** Узангича асосини тебраниши, юқорида кўрсатилганидек, перилимфани даҳлиз ойнасидан, чиғаноқ ойнасига йўналтиради, суюқликнинг чиғаноқдаги ҳаракати асосий мембранани тебрантиради ва у ерда жойлашган спирал органни тебрантиради. Бу тебранишда эшитув хужайралари тукчалари эзилиб ёки ёпувчи мембрана тортилади, бу эса товуш қабул қилишнинг бошланиши ҳисобланади. Бунда физик энергия, нерв жараёнига ўтади. Бу механизмни ва ўтказув нервлари ва эшитув маркази функциясини ўрганишда ҳозирги пайтгача катта қийинчиликлар мавжуд. Ички қулоқда кечувчи жараёнларнинг ўрганишини тушунтирувчи бир қанча гипотезалар мавжуд.

**Эшитиш теорияси.** Гельмгольцнинг резонанс назарияси: XIX асрда медицинада морфологик йўл ҳукм сурган бўлиб, асосий критерий шунингдек, товуш қабул қилиш аппарати сифатида, эшитув аъзоларини биттаси қабул қилинган. Асосий мембрана ва унда жойлашган спирал орган каттайтирувчи оптик асбоб остида кўрилганда, унинг кўндаланг чизиқлардан (яъни, ҳар хил узунликдаги «тор» дан) тузилганлиги маълум бўлади. Худди шу фактга асосланиб Гельмгольц 1863 йил эшитишнинг резонанс назариясини яратди.

Бу назарияга, асосан чиғаноқда ҳар хил частотадаги товуш тўлқинларига нисбатан механик резонанс пайдо бўлади. Торли асбобларга ўхшаш, юқори частотали товушлар, чиғаноқ асосидаги қисқа ипли асосий мембранани тебранишга келтиради, паст частотали товушлар эса чиғаноқ юқори қисмидаги узун ипли асосий мембранани тебранишга келтиради. Мураккаб товушларни узатишда ва қабул қилишда мембрананинг бир қанча бўлими бираданига иштирок этади.

Спирал органнинг сезувчи хужайралари бу тебранишларни қабул қилиб эшитув марказига нерв орқали етказилади. Гельмгольц назариясига асосланиб урта хулоса чиқариш мумкин.

1. Чиғаноқ эшитув анализаторининг товушларни бирламчи анализ қилувчи бўғими ҳисобланади.

2. Ҳар бир оддий товушга асосий мембрананинг алоҳида бўлими жавоб беради.

3. Паст товушлар чиғаноқнинг юқорисида жойлашган асосий мембрананинг бўлимини ҳаракатга келтиради, юқори товушлар - унинг асосидагини ҳаракатга келтиради. Шундай қилиб Гельмгольц назарияси кулоқнинг асосий хоссасини, яъни, товуш баландлигининг кучи ва тиниқлигини тушунтиради. Бу назария ўз вақтида катта эътибор қозонди ва ҳозиргача катта аҳамиятли ҳисобланади.

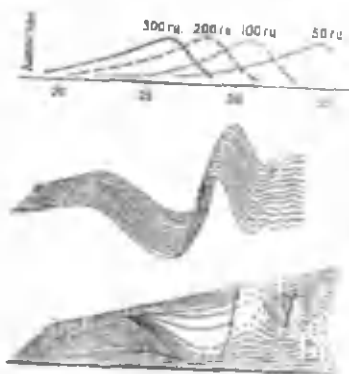
Ҳақиқатдан Гельмгольц хулосалари, яъни, чиғаноқ бирламчи анализ бўғими эканлиги Павлов назариясига мос келади. Ҳар хил баландликдаги товушларни қабул қилиш чиғаноқнинг турли бўлимида кечиши ҳақидаги хулоса Л.А.Андреевнинг илмий ишлари орқали тасдиқланди. Бунга асосан, итнинг чиғаноғи юқори қисми олиб ташланганда паст товушларга нисбатан шартли рефлекси йўқолган, чиғаноқнинг асосий бурмаси олиб ташланганда эса юқори товушларга нисбатан шартли рефлекс йўқолди.

**Гидродинамик назария.** Охириги йиллардаги текширишлар шуни кўрсатадики, товуш таъсирида чиғаноқдаги лимфада мураккаб гидродинамик жараён кечади. Бу Бекешини ва Флетгерни эшитишининг гидродинамик назариясини яратишга асос бўлди ва Гельмгольц назариясини кенгайтди. Асосий мембрананинг механик хоссасини ўрганиш шуни кўрсатадики, унга юқори даражадаги механик танлаш хос эмас экан. Товуш тўлқинлари ҳар хил частотада бўлса, асосий мембрананинг катта бўлимини ҳаракатга келтиради (расм-4.18).

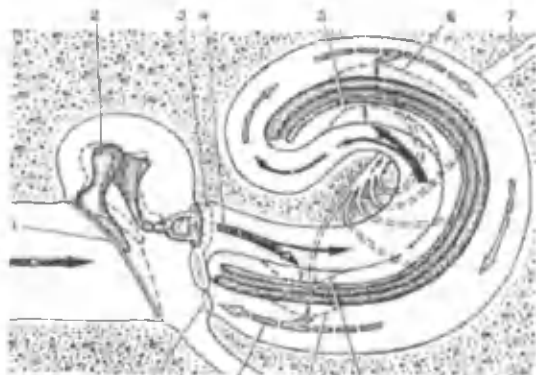
Тўғридан - тўғри кузатувлар шуни кўрсатадики, маълум баландликдаги товушлар асосий мембранада «югурувчи тўлқинлар» чақиради. Бу тўлқинларни тожиси (гребень) асосий мембрананинг маълум бир бўлимига тўғри келади ва жойлашиши товуш тўлқинларининг частотасига боғлиқ. Товушнинг кўтарилиши билан асосий мембрана (прогиб) силкийди, яъни ўзгаради. Бироз паст товушлар чиғаноқнинг юқори қисмидаги (прогиб) мембранани эгади.

Товуш тўлқинларини механик энергиясининг нерв қўзғалишига қандай ўтиши тўғрисидаги саволга олимлар ҳар хил жавоб берадилар. Н.Е.Веденский таълимотига асосан нерв тўқимасининг қўзғалиши ритмига қўзғатувчининг ритми тўғри келади. Бундай таъсир натижасида электрик тебраниш юзага ке-

лади ва биоток деб ном олади. Бу биотокларни эса регистра-  
циядан ўтказиш мумкин (расм-4.19).



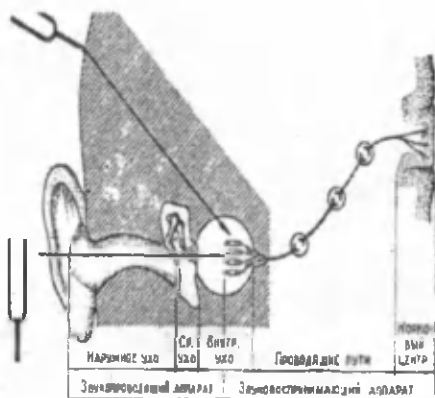
**Расм-4.18. Чиганоқ сув йўлининг ногора деворини тўлқинсимон ҳаракатли ўзгариши (Бекеши бўйича).**



**Расм-4.19. Товуш қабул қилиш чизмаси. Кучли товушлар даҳлиз деворини эгади, сўнг чиганоқ сув йўли ногора деворини даҳлиз дарчасига яқин жойларни эгади. Паст товушлар чиганоқ учининг юқори қисмини эгади.**

1) ногора парда; 2) балгача; 3) узанги асоси; 4) даҳлиз нарвонидаги суюқликнинг тўлқинли ҳаракати; 5) чиганоқ сув йўлининг даҳлиз олди девори чиганоқ юқори қисмини перилимфа эзиши натижасида эгилиши; 6) чиганоқ йўлининг ногора деворини перилимфа эзиши натижасида эгилиши (паст товушлар); 7) ёпқич парда ва чиганоқ йўлининг ногора деворини бир вақтда силжиши туқли рецепторлар туқларини эгилиб қўзғалишига ва эшитув нервига ўтади; 8) чиганоқ йўлининг олдинги девори эгилиши; 9) чиганоқ йўлининг ногора деворини юқори товушларга эгилиши; 10) но-гора нарвонида суюқлик (перилимфани) тебраниши; 11) чиганоқ дарчаси.

Техниканинг ривожланиши нафақат биотоклар характери­ни, балки уни (фиксация) ёзишни ҳам имкони борлигини кўрсатди. Бу текширишлар, аниқ товуш тебранишларига жавобан, чиганоқ маълум узлуксиз электр потенциалини генерация қилиш қобилиятига эга эканлигини кўрсатди (расм-4.20).



**Расм-4.20. Товуш ўтказувчи ва товуш қабул қилувчи аъзо (В.Ф.Ундрец чизмаси).**  
*Ташқи қулоқ, ўрта қулоқ, ички қулоқ, ўтказувчи йўл, мия пўстлоғи. Товуш ўтказувчи аъзо, товуш қабул қилувчи аъзо.*

Электр энергиясини генерация қилиш механизми, Кортиев аъзосининг тукли ҳужайраларига хос экан. Тебранишнинг кейинги тарқалиши, импульс ҳолида бош мия пўстлоғида, эшитув нервнинг толаларида ва эшитув йўлларида рўй беради.

Товуш ўтказиш механизмини ўрганиш шуни кўрсатадики, чиганоқнинг микрофон потенциали, организмдаги алмашиш жараёни билан ўзаро боғлиқдир.

XX асрнинг бошидаги етук олимлардан П.П.Лазарев кўзғалиш ҳосил бўлишида калий ва кальций ионлари катта аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади. Унинг фикрича чиганоқнинг рецептор аппаратидаги алмашиш жараёнида, тинчлик пайтида, алоҳида товуш сезувчи модда тўпланadi, бу эса товуш таъсирида тарқалиб ўзидан катта миқдорда энергия ажратади.

**Вестибуляр анализатор физиологияси.** Ярим айланасимон найлар функцияси ва даҳлиз қопчалари функцияси фарқланади, бу ерда вестибуляр анализаторлар рецепторлари жойлашган. Вестибуляр аппарат - мувозанат аъзоси - мускуллар таранглиги­ни бошқаради, танани маълум ҳолатда ушлаб туради, танани

бўшлиқдаги ҳаракати ва ҳолати ҳақида бош мия пўстлоғига хабар етказади.

Вестибуляр аппарат рецепторлари тебранганда, тана мувозанатини сақловчи рефлектор жараён кечади.

Вестибуляр аппаратнинг асосий функцияларида, тўғри чизиқли ёки бурчакли тезланиш таъсирида, бўшлиқдаги тана ҳолати ҳақида маълумот беришдир. Бўшлиқдаги тана ҳолатини аниқловчи рецепторлар, мускуллар тонусини регуляция қилиш механизмида иштирок этиб, тананинг ҳар хил бўлимини тўғри келишувига ёрдам беради.

Рефлекслар отолит аппаратидан (бу ҳолда тебратаувчи, оғирлик кучи бўлади) чиқиши ёки ампуляр бурчак остидаги тезланиш таъсирида бўлиши мумкин (ҳаракат тезлиги ёки йўналиши ўзгарганда).

1824 йил Флуранс ярим айланасимон найлар функцияси ҳақида хабар беради. Сўнгра экспериментлар натижасида ампуляр аппаратнинг адекват тебратаувчиси бурчак остидаги тезланиш, даҳлиз отолит аппарати учун тезланиш ёки тўғри чизиқли ҳаракатни секинлашиши ҳамда ернинг гравитацион майдони бўлиши тасдиқланди.

Бурчак остидаги тезланиш, эндолимфани ҳаракатга келтириб, ампуляр бўртмадаги сезувчи тебранувчи ҳаракатчан тукларини (киноцелий) орқасидан бошлайди. Одамнинг айланувчи стулдаги ҳаракати бошланишида тезланиш, охирида эса секинланиш юз беради.

Ҳаракатнинг бу фазалари - тезлашиш ва секинлашиш - оддий ҳаётдаги одам бурилишида юз беради. Ярим айланасимон най ичида эндолимфа оқими бўлиб, ўз энергиясига эга, тезланишда эндолимфа ҳаракати орқада қолади ва най деворларига нисбатан силжийди. Найнинг деворларига ишқаланиши кучайиб, эндолимфа най деворлари билан бирга ҳаракат қилади, агар тезланиш бир хил бўлса, бунга мойил равишда тескари ҳаракат тўхтайдди, сезувчи ҳужайралар (киноцелий) мувозанат ҳолатига келади, бу найдаги тебраниш реакцияси тўла йўқолади. Тўхташ юз берганда (тезланиш тескари белгида бўлса) най деворлари ҳаракатидан ўзиб кетади, шунинг учун нейроэпителлий тукчалари яна оғади, лекин тескари йўналишга, яъни ҳаракат йўли томонга, қачонки суюқлик ҳаракати энергияси ишқаланиш кучи тугагунча

эндолимфа ҳаракатини ампула томонга ҳаракати - ампулопетал, ҳаракатни силлиқ томонга йўналиши - ампулофугал деб аталади. Мазкур жараёнда юз берувчи реакциялар бир қанча олимлар томонидан ўрганилган бўлиб, Эвальд қонуни деб юритилади.

Ярим айланасимон най тебранишида реакциялар ҳосил бўлади ва бир қанча турларга ажратилади. Яъни, кўз мускуллари, тана ва бўйин рефлексига (конечности) бўлинади.

Кўз мускуллари рефлекси нистагм орқали юзага чиқади (кўз олмасининг ритмик тебраниши). У секин ва тез компонентдан иборат.

Секин компонент ампуляр рецепторларга таъсир этиш билан боғлиқ тез компонент эса бош мия пўстлоғи билан боғлиқ.

Эвальд тажрибада каптарнинг ярим айланасимон найининг силлиқ томонини маҳкам беркитади, сўнг пневматик поршен ёрдамида най деворларига таъсир этиб, эндолимфанинг ампула тарафини ҳаракатга келтирган таъсирни озайтириб, эндолимфани қарама-қарши, силлиқ томонга ҳаракатга келтирган ва рўй берувчи реакцияларни қайд этган. **Эвальднинг биринчи қонуни.** Фақатгина ярим айланасимон най ётган текисликда ҳаракат бўлса, ўша найда реакцияларнинг рўй беришидир (нистагм, тананинг оғиши).

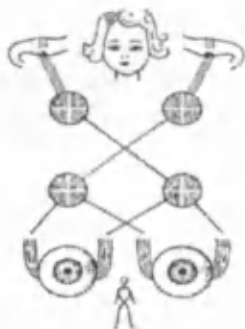
**Эвальднинг иккинчи қонуни.** Эндолимфа ҳаракатининг йўналиши, доимо нистагмнинг секин компоненти йўналишига, тананинг, бошнинг оғиш йўналишига мос келади. Нистагмнинг тез компоненти, албатта, қарама-қарши томонга бўлади. Масалан: Барани креслоси соат стрелкасига мос айлантирилганда (ўнгга) эндолимфа ҳаракати тўхтатилгандан сўнг ҳам ўнгга давом этади. Эвальд бу қонун бўйича айлантирилгандан сўнгги нистагм чапга, тана ва бошнинг оғиши ўнгга рўй беради. Агар электронистагмография айлантириш пайтида ўтказилса, нистагм ўнгга бўлгани аниқланади, бу шу билан боғлиқки, айлантириш кучаяётган пайтда эндолимфа най деворларидан орқада қолади ва тескари томонга, яъни чапга йўналади. Шунга мос равишда нистагмнинг секин компоненти чапга, тез компоненти ўнгга йўналади (расм-4.21).





**Расм-4.21.**  
Эвальда  
тажрибаси  
чизмаси.  
1-суюқликни  
ҳайдаш;  
2-суюқликни  
сўриб олиш

**Эвальднинг учинчи қонуни** эндолимфанинг ампула томонга (ампулапетал) ҳаракатида горизонтал ярим айланасимон найда эндолимфани силлиқ томонга (ампулофугал) ҳаракатига нисбатан реакциялар кучли бўлади. Бу қонундан келиб чиқадики, айлантиришдан сўнг (ўнгга) эндолимфа ўнг горизонтал ярим айланасимон найда ампулофугал, чапда эса ампулопетал бўлса, айлантиришдан сўнг (ўнгга) асосан чап лабиринт қўзғалади, ўнг лабиринтнинг қўзғалишини клиник текширишда сақлаш мумкин (расм-4.22).

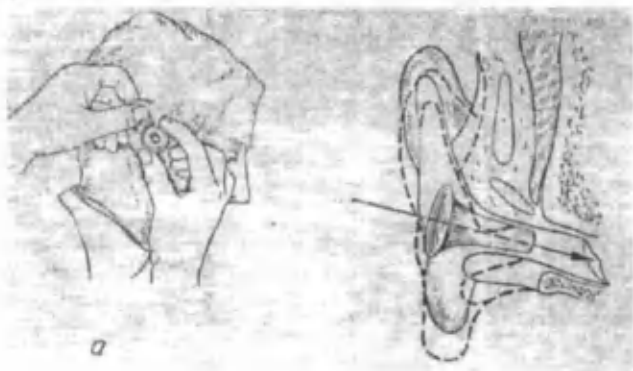


**Расм-4.22.** Вестибуляр анализаторнинг кўз, бўйин, тана ва қўл-оёқ мушаклари билан боғлиқлиги. Меъёрда кўзни ҳаракатлантирувчи мушак бўйин, тана ва қўл-оёқ мушаклари чиганоқдан келаётган импульсларни бир хил оладилар.

**Қулоқнинг текшириш усуллари.** Кўриш асосан соғ қулоқдан бошланади. Кўришда қулоқ супраси, сўргичсимон ўсимта, ташқи қулоққа кириш қисмидаги тугунча эшитув йўлини нормал тузилишини аниқлашдан бошланади. Бу вақтда, албатта қулоқ супрасининг орқа томонига аҳамият берилади, чунки кўпинча ташқи ва ўрта қулоқ касалликларида ўзгариш бўлиши мумкин. Нормада қулоқ супраси, ташқи қулоққа кириш қис-

мидаги тугунча пайпаслаб кўрилганда огриқсиз бўлади, уни ёки, чап қулоқни текшириш учун текширилувчи киши (бемор) маълум ёнбошга қараб ўтқизилади, 3-4 ёшгача бўлган болаларни эса ота-онаси, тиззасига олиб ўтиради.

**Қулоқни кўриш (отоскопия).** Бу асосан ташқи қулоқни кўришда аввало, асбобсиз (қулоқ воронкасисиз). Бунда ўнг қулоқ супрасини орқа ва юқорига, болаларда эса орқа ва пастга тортилиб кўрилади. Бунда ташқи эшитув йўлининг тоғай қисми учун чап қўл билан қулоқ супрасини орқа юқорига тортилиб, ўнг қўлни 1- ва 2-бармоқлар ёрдамида қулоқ воронкаси ташқи эшитув йўлининг тоғайли - юмшоқ қисмига киргизилади. Чап қулоқни кўриш учун ўнг қўл билан қулоқ супраси орқа юқорисига тортилиб, чап қўл бармоқлари ёрдамида қулоқ воронкаси киргизилади, бунда қулоқ воронкасининг диаметри ташқи эшитув йўлининг диаметрига тўғри келиши керак (расм-4.23).



**Расм-4.23.**  
**Отоскопия.**  
*а) кўриш услуби*  
*б) отоскопияда*  
*воронкани*  
*тўғри қўйиш.*

Қулоқ воронкасини ташқи эшитув йўлининг суяк қисмигача киргизиш огриқ пайдо қилиши мумкин. Баъзан эса қулоқ воронкаси ташқи эшитув йўлининг орқа пастки деворини эзиши натижасида рефлектор йўтал пайдо бўлади. Бу эса адашган нерв тармоқларининг қитиқланиши натижасида пайдо бўлади. Кўриш вақтида ташқи эшитув йўлидаги қулоқ чиркига (серная пробкасига) аҳамият берилади, агар қулоқда чирк бўлган тақдирда у қулоқ тозаловчи симчага пахта ўраб тозаланади, ёки ювиш усули билан олинади (расм-4.24).



**Расм-4.24. Чақалоқларда қулоқни текшириш.**

*а) қулоқни текширганда қулоқ супрасини тортиш йўналиши;  
б) ташқи эшитув йўли чизмаси.*

**Отоскопик кўриниш.** Ташқи эшитув йўлининг узунлиги 2,5 см. бўлиб тери билан қопланган, юмшоқ тоғайли қисмида эса қулоқ чирки бўлиши мумкин. Ноғора парда овал шаклида бўлади, оқ садаф рангда товланади. Унинг қуйидаги белгилари бор: болғачанинг узун дастаси ва калта ўсимтаси, олдинги ва орқа бурмалари, ёруғли конуси ёки рефлекси, киндик (шбо). Ноғора парда 2 қисмдан: таранглашган ва солқи қисмдан иборатдир. Ноғора парда 4 квадрантлардан иборат, мазкур квадрантларнинг тахминий 2 перпендикуляр чизиқлар ўтказиш ҳисобига ҳосил бўлади. Биринчи перпендикуляр чизиқ болғачанинг узун дастаси бўйлаб, иккинчиси эса унга перпендикуляр ҳолда марказий киндик (шбо)ни кесиб ўтади. Ҳосил бўлган бу квадрантлар олдинги юқори ва орқа юқори, олдинги пастки ва орқа пастки квадрантларга бўлинади (расм-4.25, 4.26, 4.27).



**Расм-4.25. Пешона рефлектори.**

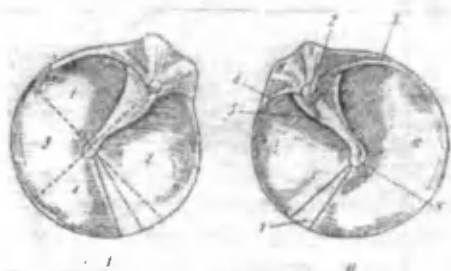


**Расм-4.26. Қулоқ воронкалари.**



**Расм-4.27. Меъёрдаги ноғора парда.**

**Эшитув найининг текшириш усуллари.** Вальсальва усули: текширилувчи чуқур нафас олиши ва оғиз-бурнини маҳкам беркитиши, сўнг ҳавони кучли пуфлаши текшираётган шифокор томонидан буюрилади. Бунинг натижасида ҳаво эшитув найининг бурун ҳалқумини очиқ ён деворига очилган тешик орқали ногора бўшлиғига киради ва қулоғида юмшоқ қирсиллашни сезади. Бу ҳаракатни эшитув найининг шиллиқ қавати яллиғланганлигини текширишда қўллаш тавсия этилмайди (расм-4.28)



**Расм-4.28. Ўнг ва чап ногора пардалар.**

I. Ўнг ногора парда, 4 квадратга бўлинган; 1) орқа юқори; 2) олди юқори; 3) орқа пастки; 4) олдинги пастки.

II. Чап ногора парда: а) таранг қисми (*pars tensa*); б) солқи қисми (*pars flaccida membrana Shrapneli*); 1) ёруғлик конуси;

2) болгачанинг калта дастаси; 3) ногора парданинг орқа бурмаси; 4) олдинги бурма; 5) болгачанинг узун дастаси; 6) киндик.

**Полицер усули:** Бу усулда қулоқ балони бурун бўшлиғига киргизилиб, иккинчи томони бармоқлар ёрдамида бурун қаноти, бурун тўсигини эзиб беркитилади, беморга «пароход» ёки «трактор» сўзини айтиш тавсия этилади. Шу пайтда балон эзилади ва чиққан ҳаво эшитув найининг тешигига киради, чунки «унли» сўзни айтиш билан юмшоқ танглай юқорига, орқага кўтарилади. Сўнг бурун ҳалқум қисми ажралади ва ҳавонинг бурун-ҳалқум деворларига таъсири натижасида маълум қисми эшитув найининг тешигига киради (расм-4.29, 4.30).



**Расм-4.29. В.И.Воячек усулида қулоқни монометрияси.**

1) Симв монометри; 2) қулоқ монометри; 3-4) Полицер балони ва бирлаштирувчи най.

**Расм-4.30. Кулоққа  
Полицер усулида  
ҳаво ҳайдаш. Эшитув  
найининг ҳаво  
ўтказувчанлигини  
эшитиб текшириш.**



Эшитув найининг вазифаси кулоқ монометри орқали ҳам аниқланади. Баъзи ҳолларда эса эшитув найининг пуфлаши металл катетер ёрдамида бажарилади. Бу усул қуйидагича: муолажадан олдин бурун шиллиқ қавати 5% ли кокаин эритмаси билан огриқсизлантирилади. Отоскопни бир учи (оливаси) врач кулоғига, бир учи (олива) эса беморнинг текшириладиган кулоғига тиқилади. Врач эса темир найни ўнг қўлига қалам ушлагандек ушлаб, олдинги риноскопия орқали темир най учини пастга қилиб, бурунни пастки нафас йўли билан бурун ютқунга киргизилади (расм-4.31).



**Расм-4.31.  
Катетер учини  
Евстахи найи  
тешигига тўғрилаш.**

Сўнг темир най учи  $90^\circ$  ички томонга айлантрилиб, ўзига томон 2-3 мм. тортади, бунда врач темир найчанинг эгилган учи (сошник) димоғ суягига илинганини сезади ва темир найни эгилган учи пастга,  $180^\circ$  текширилаётган кулоқ томонга айлантрилади. Бунда темир найнининг ташқаридаги ҳалқаси тек-

ширилаётган томондаги кўзнинг ташқи бурчагига тўғри келиши керак, шунда темир найни эгилган учи эшитиш найчаси бурун юткуннинг очилган тешигига тўғри келади, бу қўл билан ҳам сезилади. Сўнг темир найни ташқаридаги тешигига Полицер балони уланиб, энгил ҳолда қисқа-қисқа, узиб-узиб эзилади. Бунда эшитиш найчасига кирган ҳаво шовқини отоскоп орқали врач қулоғига эшитилади (расм-4.32).



**Расм-4.32. Сальпингоманипулятор.**

Чакка суягини рентгенда текшириш усуллари: Шюллер усули аксиал проекцияси, Майер - кўндаланг проекцияси, Стенверс усулларида фойдаланилади. Шюллер усули билан қулоқни умумий расми олинади, яъни сўргичсимон ўсимта, ғор ва катакчалар тузилиши яхши аниқланади (расм-4.33).



**Расм-4.33. Пирамида «ата» сўргичсимон ўсимтанинг Шюллер усулида қийшиқ расми:** 1) синус олдинги чегараси; 2) *sutura petrosquamosa*; 3) сўргичсимон ўсимта катакчалари; 4) сўргичсимон ўсимта учи; 5) эшитув йўли; 6) пирамида учи катакчалари; 7) пастки жағ бўғими; 8) ёноқ суяги катакчалари; 9) *eminentia arcuata* «ата» пирамиданинг чегараси; 10) чакка суяги пайраҳаси (палласи) катакчалари.

Майер усулидаги рентгенограммада ногора бўшлиги, ғорга кириш қисми, ғор ва ғорлардаги катакчалар кўринади. Стенверс усулидан эса (чакка суякнинг пирамида қисмини кўндаланг расми) кўпроқ чакка суяги жароҳатланганда ва пирамида қисми ялғиланганда фойдаланиш аҳамиятли (расм-4.34).

**Расм-4.34. Пирамиданинг**

**Майер усулида тик расми (ўрта қулоқ расми).**

1) ногора бўшлик; 2) ташқи эшитув йўли; 3) пастки жағ суягини бўғам ўсимтаси; 4) ёноқ ўсимтаси; 5) эшитув йўлининг олдинги девори; 6) эшитув йўлининг орқа девори; 7) асосий суякни катта қаноти; 8) пирамиданинг олдинги қобирғаси; 9) асосий суякни кичик қаноти чети; 10) биғизсимон ўсимта; 11) *canalis caroticus*; 12) пирамиданинг учи; 13) пирамиданинг орқа қирғоғи;



14) ички эшитув йўли; 15) чизанок; 16) *sutura occipitomastivea*; 17) синус тиззаси; 18) лабиринт ядроси; 19) ғор; 20) сўрғичсимон ўсимта катакчалари.

Умуман чакка суягининг рентген текширувида ўрта қулоқнинг катакчалари, катакчалар орасидаги тўсиқ, ғор, ғорга кириш қисми ташқи деворининг ногора бўшлиги ҳамда у ерлардаги емирилиш ва чандиқлар яхши кўринади. Кейинги вақтларда чакка суягининг электрорентгенографияси ҳам қилинмоқда. Бунда сўрғичсимон ўсимтанинг ҳамма катакчалари, болғача ва сандонча сояси, ногора бўшлиги, ғор ва уларнинг шиллиқ қаватлари кўринади. Беморларнинг эшитиш қобилиятини текшириш усулларида фойдаланилади (расм-4.35).



**Расм-4.35. Пирамиданинг  
Стенверс усулида кўндаланг  
расми (ички қулоқ расми).**

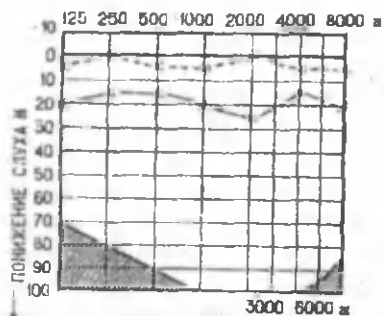
- 1) пастки жағ суюқнинг  
бўғим ўсимтаси; 2)  
сўраичсимон ўсимтаси; 3) гор;  
4) пирами-данинг учу; 5) ички  
эшитув йўли; 6) юқори ярим  
ҳалқали канал;  
7) латерал ярим ҳалқали  
канал; 8) даҳлиз; 9) чиганок;  
10) энса суюғи; 11) *crista sagittalis*.

Текширилаётган беморни мулоқотда ишлатиладиган сўзлар билан текшириш учун 6 метр узоқликда, текширилаётган қулоғини врач томонига қаратиб, бошқа қулоқ 2-бармоқ билан маҳкам беркитилиб, маълум сўзларни шивирлаб (унли, унсиз) ҳамда Агзамов тузган паст ва юқори товушли оралиқ сўзлар ишлатилади. Агар бемор шивирлаб гапиришни 6 м. масофадан эшитмаса, у ҳолда масофа 1 метрга камайтирилади ва яна текширилади. Текшириш шу тартибда бемор ҳамма сўзларни тўла эшитгунча давом эттирилади. Агар бемор шивирлаб гапиришни бутунлай эшитмаса, у ҳолда текшириш гаплашиш орқали ўтказилади. Текширув қондаси шивирлаб гапиришдаги текшириш тартиб асосида ўтказилади.

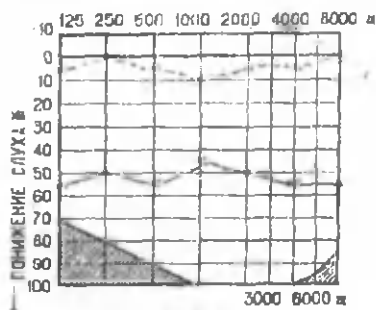
**Камертон ёрдамида текшириш.** С128; С512; С2040 тўпламидаги камертонлардан фойдаланилади. Текшириш паст частотадаги С128 камертонидан бошланади. Камертонни тебранишга келтириш учун кафтга уриш билан келтирилади. С512 камертони ва ундан юқори частотали камертонларни бош қисми икки бармоқ орасига қисиб, қўйиб юборилади, шундагина камертон тебранишга келади. Тебранаётган оёқчасидан ушланиб ташқи эшитув йўлидан 0,5 см. узоқликда тутилади. Вақт секундомер ёрдамида ўлчанади. Вақтни ўлчаш камертонни уриши билан бошланади, сўнг камертон қулоққа тутилиб, текширилувчи эшитмай қолгандан сўнг, камертон қулоқдан узоқлаштирилиб, яна яқинлаштирилиб турилади, одатда текширилувчи яна бир қанча секунд эшитади, охириги эшитмай қолгунча бўлган вақт энг сўнги жавоб бўйича ҳисобланади (расм-4.36, 4.37).



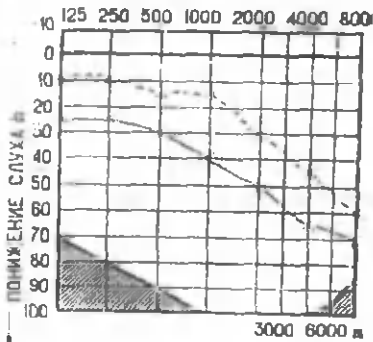
Суяк ўтказувчанлигини камертон орқали текшириш: Суяк ўтказувчанлиги С128 камертон ёрдамида текширилади, чунки паст частотали камертонлар тебраниши тери орқали сезилади, юқори частотали камертонларда эса қулоқда товушнинг ҳаво орқали ўтказувчанлиги аниқланади. Тебрантирилган С128 камертон сўрғичсимон ўсимта майдони соҳасига перпендикуляр равишда оёқчаси билан қўйилади. Вақтни ҳисоблаш секундомер ёрдамида камертон тебранишга келтирилган вақтдан бошланади (расм-4.38, 4.39).



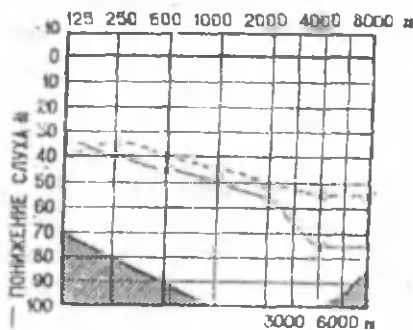
Расм-4.36. Ўткир ўрта отит аудиограммаси.



Расм-4.37. Товуш ўтказиш аъзолари касаллигидаги аудиограммаси (узанги анкилози).



Расм-4.38. Кортиев орган касаллигида аудиограмма.



Расм-4.39. Меньер касаллигида тональ аудиограмма.

### **Камертонлар ёрдамида ўтказилган тажрибалар.**

**Ринне тажрибаси (R)** - бу ҳаво ва суяк ўтказувчанлигини солиштиришдан иборат бўлган тажрибадир. С128 камертони тебрантирилиб оёқчаси билан сўргичсимон ўсимта соҳаси майдончасига перпендикуляр ҳолда қўйилади. Текширилувчининг суяк орқали эшитиши тўхтагандан сўнг, камертон олиниб, тебрантирилмасдан, ташқи эшитув йўли соҳасига қўйилади. Агар текширувчи камертон тебранишини ҳаво орқали эшитса - Ринне тажрибаси мусбат (R+). Агар текширилувчи камертон тебранишини сўргичсимон ўсимта соҳасида эшитиш тўхтагандан сўнг, ташқи эшитув йўли орқали ҳам эшитмаса, Ринне тажрибаси манфий (R-) бўлади.

Нормада (меъёрда) Ринне тажрибаси мусбат (R «+»), товуш ўтказувчи аппарат касалликларида эса манфий (R«-») бўлади.

**Вебер тажрибаси (W)** - тебрантирилган С128 камертони ёрдамида ўтказилади. Бунинг учун тебрантирилган камертон оёқчаси билан текширилувчи бош суягининг тепа суяги марказга суяк соҳасига қўйилади. Камертон бошчасидаги тебраниш фронтал ҳаракат қилиши, яъни текширилувчининг ўнг қулоғидан чап қулоғига ҳаракатланиши керак. Нормада текширилувчи товушни иккала қулоғида баробар ёки бошнинг марказида эштади. Овоз ўтказувчи аппаратда бир томонлама касаллигида товуш касал томонга йўналади (масалан, чапга), товуш қабул қилувчи аппаратнинг бир томонлама касаллигида товуш соғлом томонга йўналади (масалан, ўнгга). Икки томонлама қулоқ касаллигида унинг характери ва даражасига қараб тажриба натижаси ҳамма факторларни ҳисобга олган ҳолда баҳоланади.

**Швабах тажрибаси** - товушнинг суяк орқали ўтказиш вақти ўлчанади. Тебранувчи камертон, текширилувчининг бош суяги тепа соҳасига қўйилади, эшитмай қолгандан сўнг камертонни тебрантирмасдан ўзининг (нормал эшитувчи) бош суягининг тепа соҳасига қўяди, агар камертонни тебранишини эшитса, текширилувчида Швабах тажрибаси қисқарган, агар эшитмаса Швабах тажрибаси нормада ёки чўзилган бўлади. Швабах тажрибасининг қисқариши товуш қабул қилиш аппарати касалликларида кузатилади.

**Желе тажрибаси** - Тебрантирилган камертон бош суягининг тепа соҳасига қўйилади, бир вақтнинг ўзида ташқи эшитув йўлига пневматик даражада ҳаво юборилади. Ҳаво юборилган пайтда нормал эшитувчи одам эшитиш қобилиятининг пасайганини сезади, чунки нормада ҳаво босими натижасида сандончадаги даҳлиз ойнасига ёпишиб ўтказувчи аппаратнинг ҳаракати бузилади. Сандонча ҳаракатсизлигида эса (отосклероз) ҳаво юборилган пайтда эшитишда ўзгариш сезмайди. Товуш қабул қилувчи аппарат касалликларида ҳам нормадагидек ҳаво юборилганда эшитиш пасаяди.

**Эшитишни электроакустик аппаратлар ёрдамида текшириш.** Эшитишни электроакустик аппаратлар ёрдамида текширишдан асосий мақсад, эшитиш масофасини, унинг характерини ҳамда қайси соҳада зарарланганлигини аниқлашдир. Эшитишни текширишда электроакустик аппаратурани қўлланилиши бошқа текширишларга нисбатан (шивирлаб гапириш, сўзлашиб гапириш камертонда) қулайдир. Бу қулайлик товуш тебрантирувчи кучларни умумий қабул қилинган бирликда децибел (дБ) дозировка қилиш, ўта қар беморларда ҳам эшитишни текширишда юқори аудиометрия ёрдамида ҳар хил диагностик тестлар ўтказиш, узоқ вақт давомида бир хил миқдордаги товуш сигналларини бериш. Қандай тебрантирилувчи (қўзғатувчи) қўлланишига қараб, ҳамма аудиометрик текширишлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади: тонал, сўзлашув, шовқинли, бундан ташқари эшитувни текширишда ўрта ва инфратовушлар қўлланилади.

**Вестибуляр анализаторларни текшириш.** Аввал шикоятни аниқланади (бош айланиши, атрофдаги предметларнинг айланиши ёки ўз танасини айланиши, юришининг бузилиши, турганда у ёки бу ёнга оғиши, қўнгил айланиши, қайт қилиши, бош айланишининг кучайиши). Касалликни анамнези йиғилади.

**Ромберг ҳолатида беморнинг ўзини тутишини текшириш.**

а) Текширилувчи оёқ учи ва товони бир қилиб, қўлини кўкрак баландлигига кўтариб, тик туради бунда қўл панжалари ёзиқ ҳолда, кўз юмилган бўлиши керак (текширилувчи йиқилиб тушиши мумкин, шунинг учун эҳтиёт бўлиш керак). Лабиринтнинг функцияси бузилишида текширилувчи нистагмга қарама-қарши томонга оғади ва текширилувчининг боши 90° чапга бурилади - лабиринт жароҳатида оғиш йўналиши ўзгаради, худди шундай

ҳол бош ўнг томонга бурилганда ҳам кузатилади. Масалан: текширилувчида нистагм ўнгга оғади. Бошини чапга 90° га бурганда нистагм йўналиши бир хил қолади, лекин текширилувчининг та-насига нисбатан мўлжали ўзгаради: эндо секин компонент орқага оғади. Мияча касалликларида бошнинг ҳолатини ўзгариши оғишни йўналишига таъсир этмайди. Текширилувчи фақат касал томонга оғади.

**Тўғри чизиқ бўйлаб ёки ёнга юриш.**

**А. Тўғри чизиқ бўйлаб юриш.** Текширилувчи кўзини юмган ҳолда тўғри чизиқ бўйлаб беш қадам олдинга ва бурилмасдан беш қадам орқага юради. Вестибуляр анализаторлар функциясини бузилишида текширилувчи тўғри чизиқдан, нистагмга қарама-қарши томонга оғади, мияча функциясини бузилишида эса - касал томонга оғади.

**Б. Ёнга юриш.** Текширилувчи ўнг оёғини ўнгга босиб, сўнгра ўша томонга чап оёғини босади ва шу ҳолатда 5 қадам ўнгга юради, худди шундай муолажа чап томонга бажарилади. Вестибуляр анализатор функциясининг бузилишида бемор ёнга юришни тўғри бажаради. Мияча касаллигида синовни касалланган томонга бажара олмайди (оғиш ҳисобига).

**Кўрсатиш синамаси.** Врач текширилувчининг рўпарасига ўтириб қўлларини кўкрак баландлигигача кўтаради ва кўрсатгич бармоғини узатади. Текширилувчи қўли тиззасида, кўрсатгич бармоғи эса текширилувчи қўлини кўтариб кўрсатгич бармоғига тўғрилаши керак, текширилувчи бу муолажани аввалига 3 марта кўзи очиқ ҳолда, сўнгра кўзини юмган ҳолда бажаради.

Лабиринт нормал ҳолатида текширилувчи врачнинг қўлига тўғри келтирилади, лабиринт функциясини бузилишида иккала қўлида ҳам нистагм қарши томонга тўғри келтира олмайди, мияча касалликларида хасталик бор томондаги қўлини тўғри келтира олмайди.

**Адиадохокинез.** Адиадохокинез мия касаллигининг белгисидир. Текширилувчи Ромберг ҳолатда туриб иккала қўлини бурайди (супинация ва пронация). Мияча функциясининг бузилишида касал томондаги қўли кескин орқада қолади.

**Спонтан нистагмни аниқлаш.** Текширилувчи текширувчи рўпарасига ўтиради. Текширувчи иккинчи бармоғини вертикал ҳолда ўнг кўздан 60-70 см. узоқликда қўяди ва текширилувчидан

бармоққа қарашни сўрайди. Бунда кўзни ёнга ўта бурилишига йўл қўймаслик керак, чунки бунда кўз мускуллари зўриқиб, кўз олмасининг тебраниши рўй бериши мумкин. Текшириш ўтказилган томонда нистагм бор ёки йўқлиги аниқланади. Агар спонтан нистагм бўлса унинг йўналиши, кучи, амплитудаси ва тезлиги аниқланади. Худди шундай текшириш кўз тўғрига ва чапга қараган ҳолда ўтказилади. Масалан, спонтан горизонтал нистагм ўнгга, II-даража, майда тебранувчи жонли. Шунинг ҳисобга олиш керакки, баъзида спонтан нистагм учрайди, лекин у тебранишнинг тенг эмаслиги, секин ва тез компонентни бўлмаслиги ва қараш йўналишига боғлиқ эмаслиги билан ажралиб туради.

**Калорик тажриба.** Текширилувчи ўрта қулоқ касаллиги билан хасталанганлиги аниқланади, сўнгра отоскопия ўтказилади. Ногора пардада перфорация бўлмаган ҳолатда, калорик тажриба ўтказиш мумкин, врач Жанне шприцга 100 мл., 19<sup>0</sup> да сув олади. Текширилувчи бошини орқага 60<sup>0</sup> эгиб утиради.

**Ўнг томонда калорик тажриба.** Ташқи эшитув йўли юқоридаги ҳароратдаги 45<sup>0</sup> - 100 мл. сувда 10 сек. давомида ювилади, сув ташқи эшитув йўли деворининг орқа юқориги деворига йўналтирилиб ювилади. Сув юборилгандан сўнгги давр билан нистагм бошлангунгача бўлган вақт ўлчанади - латент даври (нормада 15-39 сек). Бунда текширувчи 2-бармоғини чап кўздан 60-70 см. узоқликда вертикал қўяди (ўнг қулоқ ювилганда), текширилувчи бармоққа, сўнг тўғрига ва ўнгга қарайди. Кўзнинг ҳар хил ҳолатида нистагм аниқлангач, (текисликда йўналиши, кучи, амплитудаси, тезлиги) тез компонентга ўтказиладиган нистагм даражаси ва вақти аниқланади. Нормада экспериментал нистагм вақтида калоризациядан сўнг 30-70 сек.га тенг.

**Чап томонда калорик тажриба.** Худди ўнг қулоқдагидек ўтказилади, фақат калоризациядан сўнг текширилувчи ўнг томонга, яъни, нистагмни тез компоненти кузатилган тарафга қарайди.

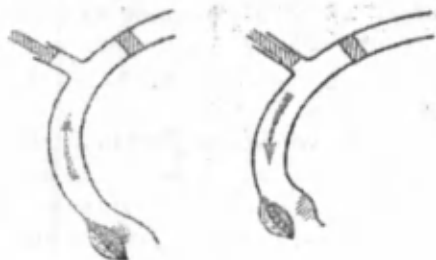
**Иссиқ сув билан ўтказиладиган калорик тажриба.** Иссиқ сув билан ўтказиладиган калорик тажриба, яъни сув ҳаракати 45<sup>0</sup>С, худди юқоридагидек ўтказилади.

**Совуқ сув билан ўтказиладиган калорик тажриба.** Бу тажрибани ўтказиш ҳам худди юқоридагидек бўлади, бироқ совуқ сувда ўтказилади, совуқ сув билан ювилганда, нистагм (унинг

тез компоненти) текширилаётган кулоққа қарама-қарши томонга бўлади.

**Айлантириш тажрибаси.** Текширилувчи айланадиган Барани креслосига ўтиради. Оёғи сулачада, қўли алоҳида ускуна устида, суянчиққа яхшилаб суянади, бошини  $30^{\circ}$  олдига ва пастга энгаштириб, кўзини юмиб олади. Бемор бир меъёрда 20 сек. давомида 10 маротаба ўнгга (соат стрелкаси бўйлаб) айлантирилиб, кресло бирданига тўхтатилади. Тўхтатилгандан сўнг ярим айлана каналидаги эндолимфа оқими ўз инерцияси билан ўнгга ҳаракатини давом эттиради. Демак, нистагм компоненти ҳам ўнгга, нистагм йўналиши (тез компонент) эса чапга бўлади. Кресло тўхтатилгандан сўнг, текширилувчи бошини тезда кўтариб, чапдаги врачнинг бармоғига қарайди (врач бармоғини текширилувчидан 60-70 см. чапда тутиб туради). Врач нистагм йўналишини (ўнгга, чапга, юқорига, пастга), тезлиги (горизонтал, ротатор, вертикал), кучи (I, II, III даражада) аниқлайди. Бундан ташқари амплитудаси (майда тебранувчи, ўрта тебранувчи, йирик тебранувчи), тезлиги (жонли, жонсиз) ва узоқлиги (нормада 20-30 сек.) аниқлайди.

**Нистагм куч даражасини аниқлаш.** Текширилувчи қараган врачнинг иккинчи бармоғини нистагм компоненти ўтилган тарафга ўрнатади. Нистагм пайдо бўлганда, текширилувчининг қарашини ёндан тўғрига ўтказилади; бунда нистагмни йўқолиши унинг кучи 1-даражадалигини кўрсатади. Агар тўғрига қараганда ҳам нистагм кучи 2-даражада бўлиши, лекин қараш ёнга бўлганда нистагм йўқолиши керак. Охириги ҳолатда ёнга қараганда (секин компонент тарафга) ҳам нистагм сақланса унинг кучи 2-даражада бўлади (расм-4.40).



Расм-4.40. Эндолимфа ҳаракати чизмаси.  
(Эвальда тажрибаси)

**Пневматик тажриба.** Текширилувчи қаршисига врач ўтиради. Текширилувчи врачнинг чап кулоқ супрасига қарайди. Тек-

ширувчи текширилувчини ташқи эшитув йўлига шафтоли ёки бошқа ёгли зритма суркайди, сўнгра чап қўлини иккинчи бармоғи билан ўнг қулоқ бўртмасини эзиб, ташқи эшитув йўлига ҳаво тўлдиради (балон ёрдамида лабиринтни нормал ҳолатида нистагм бўлмайди горизонтал яримайланасимон найда фистула бўлса, нистагм ўша томонга, яъни ўнгга бўлади. Ташқи эшитув йўлидан чиқарилиб юборилса (декомпрессияда), нистагм қарама-қарши томонга, яъни чапга бўлади. Худди шундай тажриба чап томонда ўтказилади, тананинг оғиши нистагмга қарама-қарши томонда бўлади.

**Отолит аппаратининг функциясини текшириш (отолит тажрибаси).** Текширилувчи Барани креслосига ўтиради, кўзи юмиқ боши гавдаси билан биргаликда  $90^{\circ}$  га энгаштирилади. Врач креслони аввал ўнга, сўнгра чапга 5 маротабадан 10 сек. давомида айлантиради ва бирданига тўхтатади. Ҳаракат реакциялари кузатилиб, аниқланади ва ёзиб қўйилади. Айлантирилгандан сўнг 5 сек. ўтгач, текширилувчидан кўзини очиб, тик туриш талаб қилинади. Боши ва гавдасини тўғри чизикдан айлантирилган томонга оғиши ва вегетатив реакциясига қараб, отолит аппарати функциясининг ҳолати баҳоланади.

**Соматик реакциялар.** Отолит тажрибаси ўтказилгандан сўнг бошини, гавдасини эгилиши III даражада бўлади: I даража (кучсиз)  $0-5^{\circ}$  бурчакка оғиши, II даража (ўрта кучли)  $5-3^{\circ}$  оғиши, III даража (кучли) - текширилувчи мувозанатини йўқотиб йиқилади.

**Уч даражадаги вегетатив реакция:** I даража (кучсиз) – юзнинг оқариши, пульсининг пасайиши, II даража (ўрта кучли) – совуқ тер чиқиши, кўнгил айниши, III даража (кучли реакция) – қайт қилиш, неврогенли шок (обморок).

## ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ ҚУЛОҚ РИВОЖЛАНИШИДАГИ НУҚСОНЛАР

Кейинги йилларда бир қанча маълумотларга асосан қулоқнинг ривожланишдаги нуқсонлар кўпайиб борганлиги туфайли, тератология масалаларига катта эътибор берилмоқда. Бутунжаҳон статистика маълумотларига асосан умумий аномалиялар ичида қулоқ ривожланишидаги нуқсонлар 2 фоизни ташкил қилади.

Генларни текширувчи генесологик услубда қулоқ ривожланиши нуқсонлари Даун касаллигида, Трисомия синдромида ва бошқа ирсий касалликларда учраши тасдиқланди.

Ташқи қулоқ аномалиялари туғма характерда бўлиб, ёш болаларда кўпроқ учрайди ва қуйидаги кўринишда учраши мумкин: қулоқ супраси тўқимасининг туғма етишмовчилиги, анатия ҳолатида, яъни қулоқ супрасининг умуман бўлмаслиги, микротия - қулоқ супрасининг меъёрга нисбатан кичик бўлиши, яъни бу ҳолат ҳар хил кўринишда бўлиши мумкин: қулоқ супрасининг турли даражада ривожланмай қолиши, яъни қулоқ супрасини ҳар хил ҳолда эшилиб, яссиланиб қолиши, қулоқ тугмачасининг йўқлиги, бундан ташқари гажакни деформацияси, ёйилиб қолиши, катта Дарвин бўртмачаси (бугорок) кўринишида бўлиши ҳам мумкин. Макротия - қулоқ супрасининг катталашуви ҳолатидаги аномалиялар учраши мумкин (расм-4.41).



**Расм-4.41. Чап ташқи ва ўрта қулоқнинг туғма етишмовчилиги.**

Қуйидаги нуқсонлар билан биргаликда ташқи эшитув йўлининг нотўғри ривожланиши: ташқи эшитув йўлининг торлиги, ноғора парда билан тўсилиб қолиши каби аномалиялар кўринишида учрамоқда. Буларга қўшимча ҳолда ўрта ва ички қулоқ етишмовчилиги, чала ривожланган кўринишида, эшитув суякчаларининг йўқлиги ҳоллардаги нуқсонлар ҳам учраши мумкин (расм-4.42).

Туғма нуқсонлардан ташқари орттирилган қулоқ нуқсонлари учраши мумкин. Бу ҳолат шикастланиш натижасида келиб чиқади.



Қулоқ ривожланишидаги нуқсонлардан яна бири қулоқ тугма оқма ярасидир (свищ). Қулоқ тугма оқма яраси бир томонлама ёки икки томонлама симметрик нуқта кўринишида бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда бу оқмалар қуруқ, баъзида эса эзиб кўрилганда йирингли ажралма ажралади. Текширишлар шуни кўрсатадики, қулоқ оқма яраси кўпинча бўйиндаги оқма яра билан биргаликда учрайди. Баъзан оқма яра кундаланг кесилганда гажак асосидан, ташқи эшитув йўли юқори девори бўйлаб жойлашиб, токи суяк қисмигача етиб борганлиги аниқланган.



**Расм-4.42.**  
*а) қулоқнинг тугма оқма яраси;  
 б) яллигла-нишда.*

**Ташҳис:** бемор шикоятига қараб ва объектив маълумотлар асосида ташҳис қўйилади.

**Давоси:** қулоқ супраси, эшитув йўли, ўрта ва ички қулоқ ривожланиш нуқсонларида аъзонинг вазифасини тиклаш ва коррекция қилувчи жарроҳлик усули қўлланилади, шунингдек, пластик жарроҳлик усулларида ҳам фойдаланилади.

Оқма яралар жарроҳлик усули билан олиб ташланади (расм-4.43).



**Расм-4.43. Тугма оқма ярани атроф туқимадан ажратиб, кесиб олиб ташлаш**

**Қулоқнинг шикастланиши.** Қулоқнинг шикастланиши механик ва термик, гоҳида акустик ва босим таъсири натижасида келиб чиқиши мумкин. Механик усулда шикастланиш ўткир ёки тўмтоқ нарсалар таъсиридан жароҳатланиш оқибатида юз беради. Қулоқ супрасининг шикастланиши болалар ўйнаётган вақтида ёки спорт машғулотларини бажараётганларида содир бўлади. Қулоқ супрасини йиртилиши, тўмтоқ нарса билан урилганда ёки ҳашаротларнинг чақиши натижасида содир бўлади. Инфекцияланган шикастланишда хондраперихондрит ривожланади, тоғай қисми юмшайди. Қулоқ юмшоғи зира тақиш учун тешилганда фиброма ва келлоид келиб чиқиши мумкин.

Қулоқ шикастланишининг ташҳиси қийинчилик талаб қилмайди (расм-4.44).



а



б



в

**Расм-4.44. а) қулоқ супраси жароҳати; б) қулоқ супраси абсцесси; в) қулоқ супрасининг перихондритдан кейинги бўжмайиши.**

**Даволаш:** шикастланган жойни бирламчи тозалаш, йоднинг спиртдаги эритмаси билан артиш, ўлган-некрозга учраган тўқималарни олиб ташлаш, қонни тўхтатиш, чок қўйиш, яра атрофига антибиотикларни новокаин билан юбориш ва бошқалар-дан иборат. Кесилган яраларга чок қўйиш билан бирга столбнякка қарши зардоб керакли миқдорда юборилади. Қулоқ супраси узилиб кетганда, у тўғриланиб фиксацияланади. Перихондрит ривожланиши бошланса, қулоқ супраси орқа томонидан кесилади, керак бўлса антибиотиклар буюрилади.

Отогематома - деганда тоғай устки қавати ва тоғай орасида (баъзида тоғай устки қавати ва тери остида) лимфа билан қон тўпланиб қолиши тушунилади. Отогематома кўпинча қулоқ супрасининг олдинги юзасини юқори қисмида жойлашади. Бунда ярим шарсимон шаклидаги кўкимтир рангдаги ҳосила юзага келади. Пайпаслаб кўрилганда флюктуация сезилади, оғриқ бўлмайди (расм-4.45).



Расм-4.45. Отогематома

**Даволаш:** унча катта бўлмаган отогематома мустақил сўри-либ кетади. Даволашда игна билан пункция қилиниб, қон ва лимфа ҳосилалари сўриб олинади, сўнг шу жойни қуриши учун 5% ли йод эритмасидан бир нечта томчи томизилади. Бир неча кунга босиб турувчи боғлов қўйилади (қулоқ орқа юзасига, юш-шоқ болишча қўйилади). Катта ҳажмдаги узоқ сўрилувчи отогематомаларда ва уларнинг ифлосланишида суюқлик сўрилиб олинганидан сўнг, антибиотиклар юборилади: пенициллин стреп-томицин билан, сўнгра босувчи боғлов қўйилади. Тоғайни кейин-чалик жараёнга берилишини олдини олиш мақсадида қулоқ суп-

расининг деформациясидан сақлаш учун пункция қилинганидан сўнг, тўла текширилади, ўсган тўқима олиб ташлангандан сўнг антибиотиклар юборилади. Тоғайнинг синишида эса майдаланган тоғай қисмлари тўғриланади, текисланади ва қаттиқ боғлов қўйилади. Эшитув йўли, қулоқни тозалаш мақсадида киритилган учли нарсалар (шпилька, гугурт донаси) дан жароҳатланади, шунингдек, қулоқни эҳтиётсизлик билан ювишда, қаттиқ нарсаларни тегиб кетиши оқибатида жароҳатланиши мумкин, ташқи эшитув йўлининг жароҳатланиши кўпинча (скуловой) ва сўрғичсимон ўсимта, пастки жағ боғлами ногора парда элементларининг жароҳатланиши билан биргаликда кечади. Айтиб ўтилган жароҳат турлари оғир, хавfli ҳисобланиб, шошилинч жарроҳлик ёрдами кўрсатилишини талаб қилади. Жароҳатларнинг асосий белгиларидан бири - пастки жағ ҳаракати ваҳтида ва чайнаганда кучли оғриқ пайдо бўлиши, қулоқдан қон келиши, нормал чайнай олмаслик, ноаниқ гапириш ҳисобланади.

Бундай ҳолатда биринчи навбатда қон тўхтатилади, яллиғланиш жараёнининг тарқалиши ва эшитув йўлининг торайишига, атрезияга қарши чоралар кўрилади. Эшитув йўли торайишини олдини олиш учун докали тампон зичлаб қўйилади. Тампон қўйишдан аввал бирорта малҳамга чиланади, УВЧ, ультраби-нафша нурлари буюрилади.

Ногора пардасини жароҳатланиши қулоққа урилганда, сувга сакраганда содир бўлиб, ногора бўшлиғига қон қўйилади ва гематома пайдо бўлади, бу эса ўз навбатида ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишига олиб келади (расм-4.4Ғ).



**Расм-4.4Ғ. Ногора парда жароҳати.**

Ноғора парданинг йиртилиши бош суяги асоси ёки чакка суяги пирамидаси синганда кузатилади. Қулоқ жароҳатида эшитув йўлига қилинадиган ҳар қандай муолажалар тўхтатилади, натижада инфекция тарқалишининг олди олинади. Микрохирургиянинг юксак даражада ривожланиши ва жарроҳлик микроскопнинг ихтиро қилиниши билан эшитув суякларининг жароҳати, нафақат ўз вақтида аниқланмоқда, балки уларни ўз вақтида тиклашга эришилмоқда.

Эшитув суякчалари жароҳатида болғачанинг, сандончанинг синиши, уларнинг бир-бирлари билан қўшилиб кетиши, бойламдан чиқиб кетиши, узанги асосидан синиши, узангини чиқиб қолиши ҳоллари учрайди. Даволашда оптик микроскоп ёрдамида эшитув суякчалари занжири тикланади. Юқорида таъкидлаб ўтилган жароҳатларнинг барчаси жарроҳликка кўрсатма ҳисобланади. Фақат айрим сабабларга кўра ноғора парда битиб кетмаган вақтда жароҳатни ҳажмига кўра жарроҳлик турлари танланади.

**Акустик шикастланиш.** Эшитиш аъзосини махсус шикастланиши юқори кучдаги товуш таъсирлари сабабли келиб чиқади. Юқори кучдаги товуш таъсирларидан шикастланишда қулоқда оғриқ, қулоқнинг битиши, эшитишнинг пасайиши кузатилади.

**Вибрацияли шикастланиш.** Турли механизмлар (асбоблар, транспортлар)нинг вибрацион тебраниши (чайқалиши) оқибатида содир бўлади. Ўзгаришлар даражаси вибрация кучига мос келади ва унинг таъсир муддатига боғлиқ бўлади.

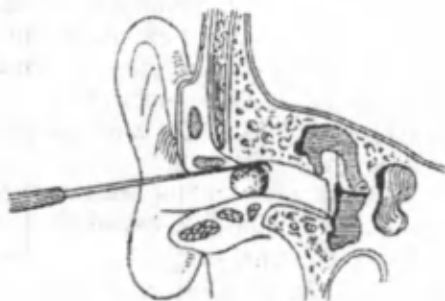
**Даволаш.** Акустик ва вибрация натижасидаги шикастланишларда даволаш куйидаги тартибда бўлади: шикастланишнинг олдини олиш учун муҳофаза чораларига қатъий риоя қилиш зарур. Даволаш режасига умумий қувватловчи дорилар, марказий нерв тизимига таъсир қилувчилар (хвойли, ванна ядоводородли), шунингдек, С, А, Е, В витаминлар буюрилади.

**Профилактикаси:** тиббий ва техник чора-тадбирларни тўғри қўлашдан иборат.

**Ташқи эшитув йўлидаги ёт жисм.** Ташқи эшитув йўлидаги ёт жисм катта ёшдагиларга нисбатан кичик болаларда кўп учрайди. Ёш болалар ўйнаётган чоғида ўзларининг ёки бир-бирларининг қулоқларига кичик ҳажмли нарсаларни тиқиб ола-

дилар, буларга гилос данаги, нўхат, ўйинчоқларнинг майда парчалари киради (расм-4.47).

**Расм-4.47. Ташқи эшитув йўлидан ёт жисмни илмоқ билан олиш.**



Учли нарсалар ноғора бўшлиғига, ҳаттоки ундан ҳам ичкарироққа ўтиб кетиши мумкин. Ёт жисмлар қаторига суварак, бурга каби тирик жонзотларни ҳам киритиш мумкин. Булар болалар ухлаётган вақтида кўпинча тунда киради. Баъзан беморларда сурункали йирингли отит билан оғриган вақтларида пашшаларнинг тухумлари ҳам ривожланиши кузатилади.

Ёт жисм эшитув йўлининг тоғай қисмида ушланиб қолади, уларни олиш чоғида кўполлик қилинса, ноғора пардага ёки ноғора бўшлиғига ўтиб кетади.

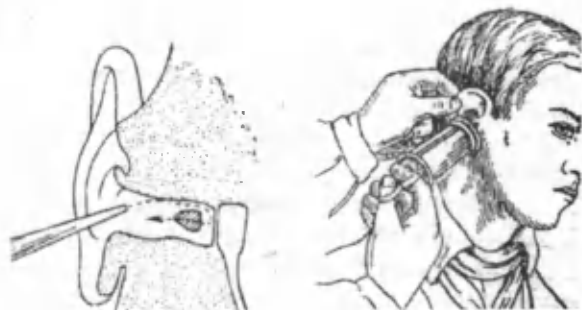
**Клиник кўриниши:** кўпинча ёт жисмлар ташқи эшитув йўлида бирор сезги туғдирмаганлиги туфайли беморлар томонидан шикоятлар бўлмайди. Баъзан эса эшитиш пасаяди, қулоқда шовқин пайдо бўлади, тирик ёт жисмлар ўзларининг ҳаракати билан кучли шовқин, жимирлаш, оғриқ пайдо бўлишига сабаб бўлади. Ўткир бурчакли ёт жисмлар эса кучли оғриқ беради. Ёт жисмларнинг ташҳиси (диагностикаси) қийин эмас. Агар ташқи эшитув йўлида ҳеч қандай шикастланиш аломатлари бўлмаса, ёт жисмнинг жойлашиши ва тури отоскопияда осон аниқланади.

**Даволаш:** ҳар қандай ёт жисм олиб ташланиши керак. Бунинг учун аввал бемордан қулоқдан ажралма келиши ёки келмаслиги аниқланади, чунки сурункали отити бор беморларда қулоқни ювиш яхши натижага олиб келмайди. Ёт жисм аниқлангандан сўнг уни олиб ташлаш тартиби ёт жисмнинг жойлашишига, катталигига ва шаклига боғлиқ ҳолда танланади. Ёт жисмни олишнинг энг осон ва қулай усули қулоқни ювишдир. Агар ёт жисм эгилган юзаси билан ташқари томонга жойлашган

бўлса, асбоб-илмоқ (крючок) ёрдамида тортиб олинади. Асбоб тури ёт жисмнинг шакли, катталиги, консистенцияси ва жойлашувига кўра танланади. Ёт жисмларни қисқичлар ёрдамида олиш тавсия этилмайди, чунки олиш вақтида ёт жисмлар ичкарига силжиб кетиши мумкин. Юмшоқ консистенцияли ёт жисмлар учли илмоқ ёрдамида олинади, бунда илмоқ ёт жисмга ташқи эшитув йўли девори орасидан киритилади.

**Жарроҳлик усули билан даволаш:** агар ёт жисм ноғора бўшлиғига сурилиб кетса, уни ташқи эшитув йўли орқали олишни имкони бўлмай қолади. Бундай шароитда ёт жисм жарроҳлик усули орқали олинади. Ноғора бўшлиғига жарроҳлик йўли қулоқ ортки соҳасидан очилади. Жарроҳлик умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш усули билан бажарилади.

**Расм-4.48.**  
**Қулоқ чиркини**  
**ювиб чиқариш.**



## ТАШҚИ ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

**Ташқи қулоқ экземаси.** Ташқи қулоқ экземаси кўп учрайдиган касаллик турларидан ҳисобланиб, у ўткир ёки сурункали отитларнинг кечишида қулоқдаги ажралма таъсиридан қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўлининг таъсирланиши, шунингдек, кўмирли ва цементли чангларни узоқ таъсир кўрсатиши натижасида айрим дориларнинг аллергик реакцияси маҳсули сифатида юзага келади.

Ёш болаларда экземани ривожланишига экссудатив диатез, рахит, баъзан сил сабаб бўлади. Экзема ташқи қулоқнинг жаро-

ҳатида инфекция кириши ва маҳаллий ҳимоя вазифасини пасайиб кетишидан ҳам юзага келади. Экземани клиник кечишига кўра 2 шаклга бўлиш мумкин: ўткир экзема (*eczema acutum*) ва сурункали экзема (*eczema chronium*). Ёш болаларда экземанинг ивиб турувчи шакли, катталарда эса ивиб турувчи ва қуруқ шакли кузатилади. Қуруқ шакли кўп миқдордаги тери эпидермаси кўчиб туриши билан характерланади.

**Клиник белгилари:** ўткир экземанинг бошланиш даври қизариш, қулоқ супраси ва ташқи эшитув йўли терисининг қалинлашуви (инфильтрация ҳисобига) билан бошланади. Эшитув йўли кескин тораяди. Беморлар қулоқда кучли ва доимий кучайиб борувчи қичишишдан шикоят қиладилар. Қичишиш натижасида ташқи эшитув йўли ва қулоқ супраси терисида шилиниш ҳосил бўлади, пайдо бўлган сариқ суюқлик ҳавода қотиб сарғимтир рангдаги қасмоқлар ҳосил бўлишига олиб келади.

**Ташҳиси:** анамнезига ва клиник белгиларига (қизариш, терининг қалинлашуви ва намлиги, қасмоқлар ёки терининг кўчиши) асосланиб аниқланади. Ўткир шаклни ташқи қулоқнинг рожали (сарамас) яллиғланишидан, замбуруғли зарарланишидан фарқ-лаш лозим.

**Даволаш ва профилактикаси:** экземани келтириб чиқарган асосий сабаблар бартараф қилинади. Зарарланган жой ҳар кун и эфир ёки спирт билан артилади, қичишишни камайтириш учун оҳак кукуни сепилади, оксикорт аэрозоли билан ювилади, тери кўчиб қуруқлашишида оксикорт, геокортон малҳамлари қўлланилади. Қасмоқларни юмшатиш учун вазелин мойи, преднизолон ишлатиш мумкин.

**Перихондрит (*perichondritis*).** Тоғай устки қаватининг ёйилган яллиғланиш жараёнига ташқи қулоқнинг териси ҳам қўшилади. Перихондрит серозли ва йирингли бўлиши мумкин. Перихондрит кўпинча инфекция, яъни кўкимтир йирингли таёқчали стафилакокк тушиши келиб чиқади, ҳар хил шикастланишлар натижасида қулоқ супраси тоғай устки қаватига инфекция тарқалади. Айрим ҳолларда перихондрит ташқи эшитув йўлининг чипқони, грипп, сил касаллиги оқибатида ҳам ривожланиши мумкин. Серозли перихондрит ҳашаротлар чақиши вақти-да, куйганда кучсиз вирулентли инфекциялар кириши натижасида келиб чиқади.



**Клиник белгилари:** биринчи ва асосий белгиси қулоқ супрасида ва ташқи эшитув йўлида оғриқ бўлиши, қулоқ тугмачасидан ташқари шишинқираш бир текисда бўлмай ғадир-будир юзали бўлади. Кейинчалик бу жойда тоғай устки қавати ва тоғай орасида йиринг ҳосил бўлиши натижасида флюктуация юзага келади. Қулоқ супраси пайпаслаб кўрилганда кучли оғриқ сезилади. Агар ўз вақтида жараённи олди олинмаса, тоғай қисми йиринг билан бўкиб некрозга учрайди. Оқибатда некрозли тўқималар кўчиб тушади. Бундай жараёнлардан кейин қулоқ супраси чандикли, буришган ҳолда битади.

Ташҳиси қийин эмас. Касалликнинг бошланиш даврида сарамас касаллиги (рожа) дан ва отогематомадан фарқлай билиш талаб қилинади.

**Давоси:** касалликнинг биринчи кунда маҳаллий ва умумий яллиғланишига қарши муолажалар қилинади. Антибиотиклардан: ампициллин 0,125-0,25 г., 1 тадан таблетка 4-6 маҳал, эритромицин, олететрин ҳам ишлатилади. Зарарланган жойга 5%ли йод настойкаси суртилади. Шу билан бир вақтда физиотерпия: ультрабинафша нурлари, УВЧ, СВЧ буюрилади. Йиринг пайдо бўлиб, флюктуация ҳосил бўлган тақдирда, зарарланган юмшоқ тўқима, тоғай устки қисми кенг кесилади, некрозли тўқималардан тозаланади. Докали пилик антибиотикларга бўктирилиб, кесилган жойга қўйилиб, боғланади. Боғлов ҳар куни алмаштирилади.

**Қулоқни совуқ уриши (congetatio).** Қулоқ супрасини совуқ уриши 4 хил даражада бўлади:

1. Терининг шишинқираши ва қизариши.
2. Пуфакчалар ҳосил бўлиши.
3. Тери ва тери ости тўқималарни некрозга учраши.
4. Тоғайни некрозга учраши.

**Давоси:** бемор 1-2 даражали совуқ олишда уй шароитида ёки амбулатория шароитида даволаниши мумкин. Даволаш спирт билан тери артилади, сўнгра спиртли салфеткани нам ҳолда қўйиб боғлаб қўйилади, 3-4 даражали совуқ уришда бемор, албатта, стационар ҳолатда даволанади. Жароҳат жойидаги некрозли тўқима олиб ташланади, антибиотиклар ёрдамида муолажалар давом эттирилади.

**Қулоқ супраси сарамаси (рожа) (*erysipelas*).** Ташқи қулоқ сарамаси бирламчи ёки иккиламчи бўлиши мумкин. Сарамасни келтириб чиқарувчи сабаб гемолитик стрептококк ҳисобланади.

**Клиник белгилари:** кучли қизариш ва тери шишинқирайди, соғ қисми билан аниқ чегара орқали ажралган бўлади, қулоқ супраси катталашган, ҳарорати 39-40°C кўтарилади, яллиғланган тери қисмида оғриқ бўлиб, тегилганда оғриқ кучаяди.

Диагноз қўйишда клиник белгиларга асосан қўйилади. Сарамасни кўпинча перихондрит, отогематомалар билан таққослаб диагноз қўйилади. Қулоқ супраси перихондритидан сарамас касаллиги бошқа аъзоларга яллиғланиш процесси тарқалиши билан фарқланади. Бундан ташқари хондроперихондрит шуниси билан фарқланадики, сарамас касаллигида яллиғланиш процесси қулоқ юмшоғига ҳам тарқалган бўлади, хондриперихондритда эса яллиғланиш процесси фақат қулоқ супрасини тоғайли қисмларига тарқалган бўлади. Айрим ҳолларда сарамас касаллиги оқибатида септик ҳолатлар юзага келиши мумкин. Бу вақтларда диагноз қўйишда терини типик ўзгаришларига: яллиғланиш бошланганда оғриқнинг тез кучайишига, суюқликлар тутувчи пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши ва тишча кўринишида тезда атроф соҳаларини ўраб олишига аҳамият берилади.

**Давоси:** антибактериал дориларни ичишга буюриш охириги вақтларда яхши натижалар бермоқда: стрептоцид, сульфадимезин, этазол 3-4 г. бир кунда, ҳар 4 соатда. Сульфаниламидлар: сульфамонотоксин, сульфадимитоксин, сульфален. Зарарланган терига ультрабинафша нурлар (куйдирувчи миқдорда) юборилади, яллиғланишга қарши малҳамлар суртилади: ихтиол малҳамидан (*ung ichtholi*) фойдаланилади.

Маҳаллий даволаш учун: қулоқ супрасига иситувчи боғлов боғланади. Айрим ҳолларда перихондрит тезда ривожланиши мумкин, яъни йиринг тоғай ва тоғай устки қавати орасига йиғилиб қолади. Бундай ҳолларда некрозга учраган тўқималар олиниб, йиринг чиқиб туриши учун резинкали пилик қўйиб боғлаб қўйилади.

**Қулоқ супраси герпеси (*herpes simplex et herpes zoster*).** Фильтрловчи вируслар орасида нейротропик қўзғатувчилар қулоқ герпеси (герпетический сўп)ни келтириб чиқаради ва бош мия нервларини парези ёки фалажига сабаб бўлади, кўпинча VII

ва VIII нервлар зарарланади. Касаллик учун хос бўлган герпетик тошмалар қулоқ супрасида ташқи эшитув йўли тери қисмида ёки ноғора пардасида пайдо бўлади. Сочма билан бир қаторда яллиғланиш белгилари кузатилади. Бу тошмалар кўпинча инфекция-он касалликлар натижасида келиб чиқади. Айрим ҳолларда бу тошмалар лабда, бурун атрофига тошиши кузатилади. Бу тошмалар кучсиз яллиғланиш асосида пуфакчалар пайдо бўлиши билан бошланади ва тез орада бу пуфакчалар ўз-ўзидан ёрилади, ўрнида кулранг рангда қалоқлар ҳосил қилади, тозалаш даврида қалоқчалар кўчиб тушади ва ўзидан кейин из қолдирмайди (расм-4.49).



**Расм-4.49. Қулоқ учуги**  
(*herpes zoster oticus. Birrel*  
*бўйича*).

Оддий герпесдан ташқари *herpes zoster* учраб туради. Ўз навбатида қуйидагича характерланади: касаллик ўткир бошланади ва эпидемик тусда тарқалиши мумкин. Тошма тошишига яқин ҳамда тошаётган вақтда кучли оғриқ бўлади. Ҳосил бўлган пуфакчалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб тошади, атрофида валиклар ҳосил бўлади ва бир-бири билан қўшилишмайди, 7-10 кунда пуфакчалар қуриydi, қалоқчалар кўчиб тушгач, ўзидан кейин катта бўлмаган қизғиш из қолдиради. Филтрловчи вируслар орасидаги нейротропик қўзғатувчилар эса қулоқ герпесини (*herpes zoster*)ни келтириб чиқариб, клиник кўриниши бош мия нервларининг сезувчи тугунлари соҳаларида яллиғланиш юзага келиши билан характерланади. Касалликнинг кечиши ҳар доим ҳам яхши

тузалиб кетишга олиб келмайди, ҳатто ўлим билан тугаши мумкин. Бундай ҳолларда касаллик вирусли менингит билан биргаликда кечади, касалликнинг яхшилиқ билан якунланишида VII нервнинг парези ва турли даражадаги карлик сақланиб қолади.

**Давоси:** биринчи босқичида крахмал упаси сепилади, кейинчалик малҳамлар қўлланилади: Цинкли (рухли) суртма ихтиол малҳами билан, анестезин, кокаин ёки 0,5%ли сульфатиазолли малҳам суртилади. Ичишга эса пирамидон, аналгин, йодли калий буюрилади. Аутогемотерапия қилиш ҳам яхши натижа беради, кортикостероидлар, витамин В1 ва В12, дибазол, прозериндан фойдаланилади.

**Ташқи эшитув йўли чипқони (фурункул) (*otitis externa circumscripta*).** Чипқон соч илдизи пиёзчаси ёки ёғ безларига ташқи таъсири, яъни ташқи эшитув йўлини бармоқ билан тирнаш, гугурт чўпагида кавлаш, шпилька ёки инструментлар орқали тирналиши натижасида келиб чиқади, айниқса, ташқи эшитув йўлида йирингли ажралма оқишида кўп учрайди.

**Клиник белгилари ва касалликнинг кечиши:** қулоқда қаттиқ оғриқ, айниқса, қулоқ супрасининг бириккан қисми эзиб кўрилганда ва қулоқ бўртмаси эзилганда (чипқонни ташқи эшитув йўли олдинги деворида жойлашишида), оғриқ, чайнаш пайтида кучаяди. Оғриқни кучлилиги ва шишинқираши ҳисобига отоскопия кичик диаметрли варонкада ўтказилади, баъзида чипқон, ташқи эшитув йўли даҳлизи қисмида учи қизарган ва шиш ҳолида кузатилади. Учқи қисмининг йирингланишида, бўртма учида йирингли нуқта баъзида эса йирингнинг чиқиши натижасида, чуқурча ҳосил бўлади. Кўп фурункул чиқиши ҳам мумкин.

**Ташҳиси:** отоскопияга, анамнезига ва бемор шикоятига асосан қўйилади. Дифференциал диагнози мастоидит ва субпериостал абсцесс, қулоқ холестеатома, йирингли паротит (қулоқ олди бези эзилганда ташқи эшитув йўлида йиринг чиқади) билан фарқланади.

**Давоси:** Ташқи эшитув йўлига докали трундани (пиликчани) спирт ёки борли спиртга чиланиб қўйилади.

**Rp: *Acidi borici 0,3 Spiritus acethylici 70<sup>o</sup>-10,0 D.S.*** қулоққа томчи зритма бир кунда 8-10 томчидан, 2-3 марта томизилади.

Спиртга сезувчанлик бўлганда, сариқ симобли малҳам суртилади.

**Rp: Ung hydrargyri oxydi flovi 0,1; Vasclini olbi 10,0 OS.**  
**қулоққа суртиш учун малҳам.**

Қулоқ соҳасига иссиқ компресс (иситувчи ярим спиртли компресс ёки Буров суюқлиги билан) ҳамда физиотерапия (УВЧ, қисқа тўлқинли товуш). Умумий даволар аутогематерапия, витаминлар, тетрациклин, олететрит - 100000 ЕД бир кунда 4 маҳал. Ҳирургик даво (кесиш) йирингли процесс қўшни атрофидаги тўқимага тарқалган тақдирда ишлатилади.

Умумий фурункулезда эса келтириб чиқарган касаллик аниқланади, асосий касалликни даволайди.

**Ташқи эшитув йўлининг диффузли яллиғланиши (*otitis externa diffusa*).** Ташқи эшитув йўли терисини диффуз яллиғланиши, йиринг ҳосил қилувчи бактерияларни, баъзида бошқа бактерияларни (дифтерия таёқчаларини) кўпайиши натижасида ҳосил бўлади. Кўпинча ташқи отитларни муҳим турига, замбуругли зарарланиши киради. Экземада организмнинг реактивлиги ва конституцияси катта роль ўйнаса, ташқи отитда қўзғатувчининг вирулентлиги ва тури катта аҳамиятга эгалиги билан экземадан фарқ қилади. Касалликнинг бу турида, яллиғланиш жараёни тарқалган характерга эга бўлиб, тери ости ёғ клетчаткасига кириб боради. Келтириб чиқарувчи факторларга оторея киради.

**Клиник белгиси:** ўткир ташқи диффуз отит, терининг шинқираши ва гиперемияси билан эпителий десквамацияси, ташқи эшитув йўли териси ташқи юзаси эпителийларини сероз суюқлик билан намланиши ва йирингли ажралма ажралиши билан характерланади. Ногора парда биров қизарган ҳамда кўчган эпителий билан қопланади, қулоқда қаттиқ оғриқ, кейинчалик қулоқ битиши ва кучли қичишиш билан характерланади. Касалликнинг сурункали кечишида белгилар камроқ бўлиб, ташқи эшитув йўли териси қалинлашади, бунда ногора пардада шинқираш яллиғланишидаги инфильтрация ҳисобига бўлади.

**Ташҳиси:** бемор шикоятига, анамнезига ва отоскопик текширувга (ташқи эшитув йўлини эҳтиёткорлик билан ювиб тозалангандан сўнг) асосланади. Ўрта отитлардан фарқланиши қийин ҳолларда касаллик динамикасида кузатилади ва эшитишни тек-

шириш яхши натижа беради, мураккаб ҳолларда чакка суяклари рентгенография қилинади. Айрим ҳолларда йирингли ажралма эзилади ва замбуруғга текширилади.

**Давоси:** пархез, ўткир ва аччиқ овқатларни истеъмол қилиш қатъиян таъқиқланади, витаминларга бой овқатлар буюрилади. Десенсибилизация терапия (антигистаминлар, кортикостероидлар) буюрилади. Ўткир жараёнда ташқи эшитув йўлини 3%ли борли кислота (риванол 1:5000) эритмаси билан ювилади, қуритилгач эса борли кислота упаси сочиб қўйилади. Қичишиш бўлган тақдирда 2% ли левомецитин малҳами, 1% ли ментолнинг ёғли эритмаси, 2% ли сульфадиазол малҳами суртилади. 1-2%ли кўк дори (бриллиантли кўкдорининг спиртли эритмаси) ёки метилен кўки суртиш ҳам яхши натижа беради. Гидрокортизон эмульсияси ёки 1% ли преднизолон мази, оксикорт малҳамларини ишлатиш ҳам яхши натижа беради. Дори билан даволашни физиодавоси билан бирга олиб бориш мумкин, бунда УВЧ дан фойдаланилади.

**Инфекцион дерматитларда** 1-10% ли синтомицин эмульсияси суртилади. Ташқи эшитув йўлининг сурункали қайталанувчи пиодермиясида стафилакоккли анатоксиндан фойдаланиш яхши натижа беради. Агар кўкимтир йирингли таёқча аниқланса, (0,5-1% эмульсияси ёки малҳами) полимиксин ишлатилади.

Организмнинг ҳимоя кучини орттириш мақсадида, умумий дорилар, яъни витаминотерапия В группаси, Витамин С аутогемотерапия қилинади. Сурункали ва чуқур пиодермияларда антибиотиклар ва сульфаниламидлардан фойдаланилади.

Бир қатор инфекцион касалликларда диффузли ташқи отитлар қуйидагича кўринишга эга бўлади. Гриппда, ташқи отит алоҳида пуфакчалар ва геморрагик экссудат билан тўлган бўлади. Дифтерияда кир-кулранг, қийин кўчувчи фибринозли қават ҳосил бўлади.

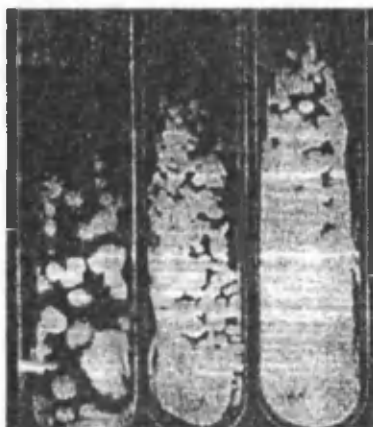
**Давоси:** биринчи навбатда асосий касалликни даволаш, гриппда борли кислота упаси сочилади, пенициллин ва сульфаниламидлардан фойдаланилади.

**Грануляцион отитлар** алоҳида шаклни ташкил этади. Диффузли йирингли отитларда грануляциялар ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин. Грануляцион тўқималар ҳамма тери юзасини, ҳаттоки ноғора пардани ҳам эгаллаши мумкин. Грануляцион

ташқи отит ва мирингит ташқи эшитув йўли яллиғланишисиз ҳам кузатилиши мумкин.

**Давоси:** грануляция 40-50% ли кумуш нитрат ёки хромли кислота билан куйдирилади, сульфаниламидлар ёки антибиотиклар сочилади. УВЧ терапия, керак бўлган тақдирда ўткир қошиқ билан грануляцион тўқима қириб ташланади.

**Отмикоз (*otomycosis*).** Отмикоз буйраксимон ва ипсимон замбуруғлар билан яллиғланиш бўлиб, асосан замбуруғларни (биринчисини сахаромицетлар, иккинчисини пенициллиум ва аспергиллюсинг кўп турларини келтириб чиқаради) ташқи эшитув йўли деворида кўпаяди (расм-4.50).



Расм-4.50. Қулоқдаги ажралма экилганда ўсган кандида замбуруғи колонияси.

Ташқи эшитув йўлини замбуруғли зарарланиши кўп учрайди, кўпинча терининг юза қисмигина зарарланганда беморни ҳам безовта қилади. Мицелий ўсиб тери қопламасига чуқурроқ кирганидагина терини таъсирланиши юзага келиб, касалликка хос белгилар пайдо бўлади: терининг қичишиши, эпидермис десквамациясини кучайиши (баъзида терини барча юзалари бўйлаб), серозли ажралма, ташқи эшитув йўли деворларининг шинқираши, кучсиз оғриқ. Антибиотиклардан кенг фойдаланиш натижасида кейинги вақтда ташқи эшитув йўлининг замбуруғли зарарланишлари сони ортди.

**Ташҳиси:** отоскопияда замбуруғни у ёки, бу турига кўра, ранг олган серозли ажралма, замбуруғли зарарланиш жараёни узоқ муддат кечиши ва касаллик бошланишида, беморда ҳеч қандай шикоят бўлмаслиги характерлидир. Охирги ташҳис микроскопик текшириш натижасига асосан аниқланади.

**Давоси:** ташқи эшитув йўли тозаланиб, қуритилгандан сўнг, 2%ли саллицил спирти, нистатин малҳами, леварин, дермозолон суртилади.

**Рецептлар:** *Rp: Ung, Nystatini 10,0. M.D.S.* Бир кунда 1-2 марта ташқи эшитув йўлига суртилади.

*Rp: Levarini 0,2 (200000 EД).*

*Shiritus aethylici 95% Ag.destiel aa 5 ml.*

**MDS.** аралаштирилади, бир кунда 1-2 марта ташқи эшитув йўли девори артилади.

*Rp: Nitrofungini 25 ml D.S.* Бир кунда 1-2 марта ташқи эшитув йўли деворига суртилади (микотик экземада).

**Аспергиллёзда:**

*Rp: Ung.chinosoli 5 (10%-10,0) D.S.* Бир кунда 2 маҳал ташқи эшитув йўли деворининг таъсирланган, зарарланган соҳаларига суртилади.

*Rp: Ung. germosoli 5,0 D.S.* бир кунда 2 маҳал ташқи эшитув йўли деворига суртилади.

Касаллик кучайган даврида умумий даволаш чоралари қўлланилади. Ичишга нистатин, леварин таблеткалари буюрилади.

**Қулоқ чирки ва эпидермал пробка (cerumen).** Ташқи эшитув йўлининг тоғайли бўлимида секрет ажратувчи безлар бўлиб, улар олтингурт кўринишига ўхшаш сарғиш тусли ажралма сера ишлаб чиқаради. Ишлаб чиқарилган сералар йиғилиб, қулоқ чиркини (серная пробка) ҳосил қилади. Ажралмани кўп миқдорда ажралиши ташқи эшитув йўлининг қайталаниб турувчи яллиғланишида учрайди. Қулоқ чирки юмшоқ ёки қаттиқ бўлиб, сарғиш ёки сарғимтир - қора рангларда бўлиши мумкин, шунингдек, улар турлича ҳажмда бўлади (расм - 4.48).

**Клиник белгилари:** ташқи эшитув йўлини қулоқ чирки бутунлай қоплаб олганда, субъектив белгилари юзага келади. Ташқи эшитув йўлига сув кириб кетиши оқибатида қулоқ чирки сув таъсирида шишади, қулоқ битади, эшитиш пасайиб, шовқин



пайдо бўлади. Баъзан кўнгил айниб, қайт қилиш, бош айланиши, бош оғриши безовта қилади.

**Ташҳиси:** қулоқ чиркини аниқлаш қийин эмас. Қулоқ чиркига хос белгилар бирданига қулоқ битиши, қулоқда шовқини, эшитишни пасайиши кузатилади, рефлектор йўтал пайдо бўлади. Отоскопия вақтида қулоқ чирки кўринади, зонд орқали эса қулоқ чиркининг қаттиқ-юмшоқлиги аниқланади, отоскопик кўришда унинг рангига ҳам эътибор берилади.

**Давоси:** қулоқ чирки ювиб олиб ташланади, жуда қуруқ ва қаттиқ пробка биринчи ювилишида чиқавермаса, у юмшатилади, бунинг учун 3% ли перекись водород ёки 2% ли сода эритмаси глицерин билан аралаштирилиб, қулоққа томизилади.

**Рецептлар:** *Rp: Natrii bicarbonici ;  
Natrii Sulfurici aa 0,3;  
Glycerini 5,0 Agdestilli 10,0.*

**MDS.** 3-4 кун атрофида 3 маҳал 4-5 томчи томизиб, шундан кейингина қулоқ қайта ювиб турилади.

Эпидермал пробка эса қулоқ қошиқ ёрдамида, илмоқ каби асбоблар ёрдамида олиб ташланади. Баъзида бундай муолажалар стационар шароитида умумий оғриқсизлантиришдан сўнг ўтказилади.

## ЎРТА ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳозирги вақтда ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишини ўрганиш катта аҳамиятга эга. Айниқса, кўкрак ёшидаги болаларда ўрта қулоқни ўткир яллиғланиши сурункали отитларга ва турли асоратларни ривожланишига сабаб бўлмоқда. Ёш болаларни анатомио-физиологик ва иммунобиологик хоссаларига кўра ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишини клиник кечиши бир қанча ўзига хос хусусиятларга эга ва катта ёшдагилардан фарқланади. Шу сабабли ёш болаларда касалликни кечишига алоҳида эътибор талаб қилинади (Н.А.Преображенский, 1975).

Ўрта қулоқнинг яллиғланиши кўпинча ўткир респиратор касалликлар ва грипп, скарлатина, қизамиқ каби юқумли касалликлардан сўнг келиб чиқади. Ўрта отит ривожланишига

вируслар, стафилакокк, алергик ҳолатлар, шунингдек, организмал болалар гипотрофияси ва бошқалар сабаб бўлади.

### **Ўткир катарал ўрта отит (otitis media catarrhalis acuta).**

Эшитув найининг патологияси ва ноғора бўшлиқ патологияси бир-бири билан ўзаро боғлиқ бўлиб, уларни биргаликда кўриб чиқиш керак бўлади. Нормада эшитув найи ички деворлари тоғай бўлимида бир-бири билан ёпишиб тўсиқ ҳолда бўлади, ютиниш, эснаш пайтида эса очилиб вентиляцияцион ва дренажлаш вазифасини бажаради.

Кўп вақт (патологик) эшитув найининг беркилиб қолиши унинг ички девори трансудат билан тўлиши ёки катарал салпингоотит натижаси ҳисобланади. Биринчи ҳолатда асептик яллиғланиш, иккинчи ҳолатда эса паст вирулентли инфекциядан сўнгги яллиғланишдир. Иккала тур ҳам алоҳида учраб, улар йирингли жараённинг бошланғич босқичидир. Болалардаги эшитув найининг ўтказувчанлигининг бузилиши кўп ҳолларда, аденоидлар билан боғлиқдир.

Бурун-ҳалқумнинг катарал яллиғланишида, бурун-ҳалқум лимфоид тўқимаси эшитув найи чиқиш қисмини тўсиб қўяди, бундан ташқари хоанал полип ва бурун чиғаноқларининг орқа қисми гипертрофияси ҳам касаллик сабабчиси бўлиши мумкин.

Эшитув найи ўтказувчанлигининг бузилишига юқоридагилардан ташқари эшитув найи шиллиқ қаватининг шишиши ҳам сабаб бўлади. Тубоотитларни ривожланишига бурун ён бўшлиқларининг йирингли яллиғланишида йирингли ажралмани бурун-ҳалқум орқа эшитув найига ўтиши ҳам катта аҳамиятга эгадир.

Эшитув найи вентиляцияцион фаолиятининг бузилиши натижасида, ноғора бўшлиқда ҳавонинг бир қисми сурилади, бунда эса паст босим ҳосил бўлади, бу вақтинчалик ноғора парданинг ичкарига тортилиши билан компенсацияланади. Босим кўп вақт паст бўлганда эшитув найи шиллиқ қаватида веналар қисилиши кузатилади, ноғора бўшлиғи шиллиқ қаватининг шиллиқ безлари гиперсекрецияси рўй бериб, ноғора бўшлиқда трансудат тўпланади, яъни яллиғланишнинг бошланғич босқичи рўй беради.

**Ташҳиси:** асосий субъектив белгиси, бир ёки иккала қулоқнинг битиши, эшитишнинг пастлиги, баъзида қулоқда сув турганга ўхшашидир. Баъзида аутофония (ўз товушини ўзи эшитиш) кузатилади. Трансудатни эшитув найи орқали чиқишида, эшитиш бирданига яхшиланиб кетиши мумкин.

**Объектив текширишда:** отоскопияда ногора парда патологик тортилганлик белгиси куйидагиларда аниқланади: болғачанинг калта ўсимтаси эшитув йўлига бўртади, болғача қўлчаси горизонтал ҳолатни олади ва отоскопик қисқарганга ўхшаб кўринади. Нурли рефлекс бутунлай йўқолади ёки ўз ўрнини ўзгартиради. Ногора бўшлиқдаги ҳаво ва суюқликнинг нисбатига қараб, ингичка чизик ҳосил бўлиши мумкин, бу эса бошнинг ҳолатига кўра ўзгариб туради. Ногора парда бўртган. Шу пайтда катетеризация тўғри ўтказилса, ҳаво ногора бўшлиққа кириб отоскопияда пуфакчалар кўринади. Тубоотитдаги карлик, товуш ўтказувчанликнинг бузилиши натижасидир. Аудиометрияда эшитишнинг паст ва юқори товушларда бир хил бузилганлигини кўрсатади (расм-4.51, 4.52).



Расм-4.51. Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишида ногора парданинг кўриниши.



Расм-4.52. Ўткир йирингли ўрта отит: а) бошланғич даврида даста бўйлаб қизариши; б) ногора парданинг тўла қизариши; в) ногора парданинг бўртиши.

**Давоси:** ўткир даврида антибиотиклар, сульфаниламидлар, салицилатлар, витаминлар ва секрецияни камайтириш мақсадида атропин сульфат эритмаси қўлланилади. Бурун ва унинг ён бўшлиқларига томир торайтирувчи дорилар (Sol. Ephedrine hydroch 2-2% физиологик эритмада) яллиғланишга қарши дорилар қўлланилади. Оғриқни камайтириш ва яллиғланишнинг олдини олиш учун қулоққа оғриқ қолдирувчи 5%ли карбол кислота,

20%ли камфорли ёғ эритмаси томизилади. Ўткир йирингли ялиғланишда И.Б.Солдатов услуби бўйича пенициллин новокаинли меатотимпанал блокада қилинади. 3-4 кун ичида бемор ҳолати яхшиланмаса, парацентез ўтказилади (расм-4.53, 4.54).



4.53-расм. Парацентез игналар.



4.54-расм.Парацентез-ноғора парда  
4.54-расм.Парацентез-ноғора

Юқори нафас йўлларида ўткир ялиғланиш ўтиб кетгандан сўнг, ички найга Политцер усулида ҳаво ҳайдаш, бундан ташқари ультрабинафша, инфрақизил нурлар қўлланилади, бурун ҳалқум мўртаклари катталашганда улар ташрих йўли билан олиб ташланади.

Ноғора парда пневмомассажи сурункали чандиқли жараёни олдини олади. Агар касаллик аллергик кечса, антигистаминли дорилар қўлланилади. Даволашнинг самарали усулидан бири эшитув найга катетер орқали гидрокортисон суспензиясини юбориш, 5-10 мг. химопсинни 5 мл. изотоник эритмада эритиш ва катетер орқали юбориш билан алмашлашдир.

Эшитув найининг дренаж фаолияти бузилганда ногора бўшлиққа, ногора парда орқали дренаж шунт «катушки» қўйилади, бундан 2-3 ой муддат фойдаланилади.

**Оқибати:** ўрта кулоқнинг ўткир катарал яллиғланишини даволаш тўғри олиб борилса, соғайиш билан тугайди. Эшитув найини ўтказувчанлиги яхшиланса, транссудат сурилади, бир қисми эса най орқали бурун-ҳалқумга тушади. Ногора парда ва эшитиш яхшиланади.

### **ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЯЛЛИҒЛАНИШИ** *(адгезивли ўрта отит - otitis media Adhaesiva)*

Кўпинча ўрта кулоқнинг экссудатив катарал яллиғланишида гиперпластик босқичга ўтиб қолганлигини аниқлаб бўлмай қолади, бундай ўзгаришда грануляция ҳосил бўлиб, кейинчалик фиброзга айланади. Серозли катарал яллиғланиш тез-тез қайталашиб туришида ва эшитув найининг узоқ муддатли ўтказиш қобилиятини йўқотишда, экссудат қиқиб кетиши қийин бўлган бўлимларида осон ҳосил бўлади (ногора бўшлиғи юқори қисми, лабиринт ойналари) ва адгезивли жараён юзага келади. Бунда ўрта кулоқнинг шиллиқ қаватида инфильтрация, кейинчалик етилган қўшувчи тўқима пайдо бўлади ва бир қисми кальцификация ва оссификацияга айланади. Баъзида ногора парда бўшлиғи ички юзаси билан битишиб кетади. Баъзан эса аттикни тўлалигича битиб кетиши кузатилади. Кучли даражада ривожланишида эса суякчаларни ўзаро анкилози ва иккала ойна соҳаларида чандиқлар ҳосил бўлади.

**Ташҳиси:** объектив ва субъектив текширишлар натижаларига, эшитиш пасайишининг даражасига, баъзида кулоқда шовқинни бош айланиши билан биргаликда безовта қилишига асосан қўйилади. Объектив маълумотлар, отоскопия қуйидагилардан иборат: ногора парда тиниқлигининг йўқолиши, чандиқлар ҳосил бўлиши натижасида болғачанинг сопи ва калта ўсимтининг қўшилиб кетиши, шунингдек, ёруғлик конусини ўзгариши, ёруғлик конуси баъзида бутунлай йўқолади. Ногора пардани иккала бурмаси ҳам бўртади, баъзида болғача дастаси соҳасида босим, Шрапнеллев пардасининг кучли тортилганлиги кузатилади.

**Сальпингоскопия:** эшитув найи (устье) шишинқираган, чандиқлашган. Жараён охирида атрофияланган жойлар, бўрли тўп-ланмалар ҳосил бўлади. Эшитиш товуш ўтказиш аппаратини бузилиши тури бўйича пасаяди. Ойна соҳалари атрофида чандиқ юзага келишида эшитиш кескин пасаяди (асосан узанги ҳаракати, юмалоқ ойна пардасининг ҳаракати қийинлашади).

**Давоси:** алоз инъекцияси, тўқима терапияси, ноғора парда пневмомассажи, қулоқ соҳасига диатермия қўллаш, кортикостероидлар билан электрофорез, ферментлар билан электрофорез, эшитишни тиклаш учун жарроҳликлар ўтказиш, эшитишни яхшиловчи асбоблардан фойдаланиш.

**Аэроотит (*aerotitis*).** Аэроотит - баротравмалар оқибатида келиб чиқади. Кўпинча учуш вақтида содир бўлади. Шикастланишнинг чуқурлиги ва даражаси иккала ноғора пардага таъсир қилаётган босим кучига боғлиқ.

**Белгилари:** бемор қулоқ битишига ва турли кучдаги оғриқдан, қулоқдаги чийиллаш, баъзида бош айланишидан шикоят қилади.

**Отоскопия:** ноғора парданинг тортилиши, болғача дастаси томирларининг инъекцияси, оғирроқ даражадаги шикастланишида эса ноғора пардада тарқалган қизариш пайдо бўлади, шиллиқ ости қаватига қон қўйилади, бўшлиқда серозли - қонли экссудат, баъзида ноғора парда ёрилиб кетади. Эшитиш товуш ўтказувчи аппаратни ўзгаришига боғлиқ ҳолда пасаяди.

**Ташҳиси:** бемор шикоятига, анамнезига, отоскопик ўзгаришларига асосан қўйилади.

**Давоси:** биринчи навбатда эшитув найининг вентилляцияси ва дренажли вазифасини тиклашдан иборат. Маҳаллий томир торайтирувчи дорилар (бурунга томчи ҳолида) қўлланилади. Эшитув йўлига борли ёки левомецитин спиртига чиланган докали пилик қўйилади. Жараён адгезивли ўрта отитга ўтиши мумкин. Иккиламчи инфекция қўшилмаса унча катта бўлмаган перфорация тез орада битиб кетади. Инфекция қўшилган вақтда йирингли ўрта отитни кечишидан фарқ қилмайди.

**Ўткир йирингли ўрта отит (*otitis media purulenta acuta*).**

Ўткир йирингли ўрта отитни ривожланишида пневмакокк ичак таёқчаси ва бошқа турдаги оддий йирингли жараёнларни қўзғатувчи бактериялар сабаб бўлади. Инфекция киришини асо-

сий йўли - эшитув найи орқалидир. Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари, бурун ҳалқум, танглайларнинг яллиғланиш касалликлари, шунингдек, умумий юқувчи касалликлар: қизамиқ, скарлатина, грипп ва бошқалар натижасида касаллик келиб чиқиши мумкин. Эшитув найига ҳаво юбориш вақтида, юқори нафас йўллари яллиғланишида, бурунни ювиш вақтида ва қаттиқ йўтал оқибатида ифлосланган шилимшиқни бир қисми эшитув найи орқали ноғора бўшлиғига кириб қолиши мумкин.

Ўрта қулоққа инфекция тушишини жуда кам учрайдиган йўли - ноғора парданинг шикастланиши ёки сўргичсимон ўсимтанинг жароҳати ҳисобланади. Инфекциянинг ноғора бўшлиғига қон орқали тарқалиши юқумли касалликлар - терлама, грипп, скарлатина, пиемия ва бошқа касалликларда учрайди.

Ўткир отит бирданига бошланади: қулоқда оғриқ, умумий ҳолсизлик безовта қила бошлайди, тана ҳарорати кўтарилади, баъзида ҳароратнинг кўтарилиши титроқ билан кечади. Ёш болаларда касаллик тунда бошланади: бола уйқусида қичқириб, уйғонади, тана ҳарорати кўтарилади, касалланган қулоқ томони билан ёстиқни ишқалайди, кўпинча ОИС фаолияти бузилади (ич қотади). Кўкрак ёшидаги болаларда оғир диспептик ҳолатлар юзага келади.

Инфекция натижасида ноғора бўшлиғида босим ортиб кетади, бу эса ўз навбатида ноғора парданинг тешилишига ва йиринг оқиб чиқишига сабаб бўлади (оторея). Айрим ҳолларда яхши ва қулай шароитларда йиринг эшитув найи орқали бурун-ҳалқумга оқиши кузатилади, ушбу ҳолат асосан ёш болаларга тааллуқли бўлиб, уларда эшитув найи кенг ва қисқа анатомик тузилишга эга. Бундай ҳолатларда касаллик яхши оқибат билан тугайди.

**Клиник белгилари:** бемор қаттиқ оғриқ, қулоғида шовқин борлиги ва қулоқ битиши, эшитишни пасайишидан шикоят қилади. Оғриқ қулоқ ичкарасида бўлиб, айрим ҳолларда бошга тарқалади. Сўргичсимон ўсимта босимга жуда сезгирлиги учун пальпация вақтида оғриқ аниқланади. Оғриқнинг пайдо бўлиши эса яллиғланиш сўргичсимон ўсимта катакчаларига ҳам тарқалганлигидан далолат беради.

**Отоскопия:** ноғора парда кучли қизарган (фақат касалликнинг бошланиш даврида ноғора парданинг томирлари болғача

дастаси ва ундан радиус бўйлаб кенгайган). Ноғора пардадаги диффузли қизариш йўқолгач, болғачанинг калта ўсимтасини шартли нуқталари йўқолади. Ноғора парданинг кучли қизариши ноғора бўшлиғидаги тўпланган йиринг ҳисобига сарғимтир ранг олади, ёки эпителий кўчиши оқибатида оқ рангли бўлади. Ноғора парданинг бўртиши, айрим ҳолларда унга таранглашган қопсимон кўриниш беради. Гриппда ноғора парда ва унинг ташқи эшитув йўлига тегиб турувчи қисмида, терисида қизил-кўкимтир рангдаги қон билан тўлган пуфакчалар ҳосил бўлади. Шуни ёдда тутмоқ керакки, эшитув йўлида ҳосил бўлган бу пуфакчалар ноғора пардада перфорациясиз қон кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Ноғора парда ҳосил бўлган тешик йирингни ташқарига чиқишига осонлик туғдиради ва унчалик катта бўлмаган ёриқ шаклида бўлади. У асосан пастки квадратларда жойлашади. Ноғора пардада перфорация пайдо бўлиши билан оғриқ пасаяди ёки бутунлай йўқолади, тана ҳарорати пасаяди, сўрғичсимон ўсимта босиб кўрилганда оғриқ кучли бўлмайди. Баъзида ноғора парданинг унча катта бўлмаган бўртиши орқанги юқори квадратида жойлашади ва сўрғич кўринишини олади (сўрғичсимон бўртиш). Бир вақтда Шрапнеллев пардаси ҳам бўртади, бу эса яллиғланиш жараёнини асосий манбаи аттик эканлигидан далолат беради. Отитнинг бундай шакли ўткир эпитимпанит дейилади. Перфорация орқали йиринг ажратилаётганда перфорация қирғоқларини кўришнинг иложи бўлмайди, лекин пульсацияли рефлекс (кичик томчи ҳолида йиринг пульсация билан ажралиши) аниқланади. Ноғора бўшлиғининг ўткир яллиғланишида ноғора бўшлиғини тўлдириб, ноғора парда перфорациясидан ташқи эшитув йўлига томон чурра (грыжа) ҳолида чиқади (юмалоқроқ қизил рангли грануляцияни эслатади). Ўткир отитнинг кечишида ноғора парда перфорацияси катта ҳажмли бўлиб, аттик томон тарқалади. Осон кўзга ташланувчи перфорация организмда кечаётган асосий инфекциядан далолат бериб, скарлатина, сил касалликларида, шунингдек, турли хилдаги шикастланиш (ноғора парданинг йиртилиши)ларида учрайди. Яллиғланиш жараёнини охириги босқичларида ноғора пардадаги қизариш аста-секин йўқолиб боради.

Кичик ҳажмли перфорация учала қаватли регенерацияси ҳисобига, ҳеч қандай из қолдирмай битиб кетади. Катта ҳажмдаги



перфорацияда ўрта қават регенерация бўлмайди, шунингдек, атрофияланган жой қолдиради. Баъзан перфорация ўрнида чандиқли тўқима қолиб, оҳақли тузлар йиғилади. Агар перфорация ёпилмаса, ногора парда ён томонларидаги эпидермис билан битишиб кетиши оқибатида, тешик катталлашиб боради. Баъзан эса фиброзли ўзгаришлар қолади ва ўрта кулоқда адгезивли жараён келтириб чиқаради. Касалликнинг кечишига бурмалар ва чўнтаклар шиллиқ қавати тузилишининг ўзига хос хусусиятлари сезиларли даражада таъсир кўрсатади. Айрим жойларда масалан: аттикда ва ногора бўшлиғини бошқа жойларида жараён чегаралангандан сўнг, сурункали шаклга ўтади. Ташхис унчалик қийинчилик талаб қилмайди, объектив ва субъектив маълумотлар асосида қўйилади.

**Давоси:** ўткир даврда - ётиш тартиби белгиланади. Витаминларга бой бўлган овқатлар буюрилади. Умумий даволовчи чораларга сульфаниламидлар (4-6 г.) ёки пенициллин (400000-600000 Бр) кунига белгиланади. Яхши натижа бўлмаса, пенициллин бошқа турига алмаштирилади, седатив, оғриқ қолдирувчи ва иситма туширувчи дорилар қўлланилади. Ташқи эшитув йўли эпидермис кўчмаси, олтингугурт ва йирингли ажралмалардан оҳиста артиш билан ёки илиқ борли кислота ҳамда марганцовка эритмалари, фурациллин эритмаси (1:5000) билан ювилади. Баъзида ногора парданинг кучли бўртиши уни перфорациясига олиб келмайди, бунда йирингни ногора бўшлиғидан чиқиб кетиши учун ногора парда сунъий равишда игна билан тешилади, ёки кесилади, парацетез кўпинча ёш болаларда қилинади, чунки уларда ногора парда қисман қалин ва ўз ҳолича тешилишига қаршилик кўрсатади. Касалликнинг умумий белгилари: тана ҳароратининг кўтарилиши, оғриқ, менингизм, бу ёш болаларда катталарга нисбатан кучли сезилади.

**Парацетезга кўрсатма.** Ноғора бўшлиғида тўпланган йиринг ҳисобига босимнинг кўтарилиши ва натижада беморда оғриқнинг кучайиши, тана ҳароратининг кўтарилиши ва кучли интоксикацияга олиб келувчи бошқа сабаблардан пайдо бўлиши.

**Маҳаллий белгилари:** ногора пардасининг ташқарига таранг бўртиши, сўргичсимон ўсимта босиб кўрилганда оғриқни кучайишидан иборат. Отитнинг ўткир кечишида касалликни 2-3-чи кунига келиб перфорация содир бўлади. Даволаш ўз вақтида

бошланса-да, юқорида қайд қилинган шикоятлар ва белгилар кучайиб бораверса, 4-5-кунда парацентез қилинади.

Парацентез ташрихи (жарроҳлиги). Жуда оғриқли бўлганлиги сабабли маҳаллий оғриқсизлантириш йўли билан бажарилади. Жарроҳликдан аввал ногора пардага:

**Rp: Ac.carbolici 0.5;**

**Mentholi 2.0;**

**Cocaini hydrochlorici 2.0;**

**Spiritus vini rectificati 10.0. MDS** аралашмага пахта чиланиб, 10 минут давомида қўйилади ёки камдан-кам ҳолларда умумий тартибда оғриқсизлантирилади. Парацентез оддий усул билан жарроҳлик микроскопи остида бажарилади. Орқа пастки квадратдан унчалик чуқур киритмай игна урилади. Игнани уриш жойи ногора пардани бўртган юзасига тўғри келиши керак. Миринготомия - ногора бўшлиқни йирингли ажралмасидан тозаланишига ва турли дори-дармонларни киритишга имкон беради.

Ногора пардада перфорация ҳосил бўлиши (мустақил, сунъий) билан ўткир отитни II даври бошланади. Бу давр оғриқни йўқолиши тана ҳароратининг нормаллашуви ва қулоқдан йиринг ажралма келиши билан характерланади.

Даволашни «қуруқ» усулида йирингни сўриб олувчи лента қўйилиб, бир неча маротаба алмаштириб турилади. Ташқи эшитув йўли қуритилиб, тозаланиб борилади. Йиринг қуюқлашганда 3%ли перикись водород эритмаси ёки 1%ли проторгол, колларгол эритмалари томизилади. Перикись водороднинг кўпирилиши натижасида эшитув йўли ичкарасидаги йиринглар ҳам тозаланади. Докали ленталар 1% ли ляпис ёки спиртга тегизиб тозалаш ҳам мумкин. Бу моддалар терини таъсирлантирмайди, балки яллиғланган қаватни бироз қалинлаштиради, йиринг билан таъсирланишидан сақлайди. Сурункали отитларда, катарал сальпингоотитларда, бурун, бурун ёндош бўшлиқлари яхшилаб текширилади, касаллик аниқланса, ўз вақтида даволаш асосий касалликнинг кечишини енгиллаштиради.

Ногора парда чандиқлашгандан сўнг 2 ҳафтадан кейин эшитиш асли ҳолига қайтмаса, Полицер усули бўйича қулоққа ҳаво юборилади ёки эшитув найи катетеризация қилинади.

**Ўткир отитнинг кечиши:** 1) соғайиш билан; 2) ўрта қулоқда адгезив жараён билан (суякчалар анкилози, шиллиқ қават фиб-

рози); 3) қуруқ перфорация билан; 4) жараённинг сурункали йирингли отитга ўтиши билан; 5) асоратлар билан (яллиғланишни сўрғичсимон ўсимтага тарқалиши инфекция генерализацияси) тугалланади.

**Ўрта қулоқ яллиғланишининг ёш болаларда кечиши.** Ўткир отит катталарга нисбатан чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда кўп учрайди ва бир қатор ўзига хос хусусиятларга эга. Ёш болаларда эшитув йўли қисқа ва тўғри тузилишга эгаллиги сабабли инфекция ногора бўшлиғига осон киради. Ўрта қулоқ шиллиқ қавати тўла ривожланмаган, юмшоқ, миксоид тўқима қолдиқларига эга, орттирилган иммунитет етарлича эмас, нерв системаси тўлалигича ривожланиб улгурмаган, чақалоқларда бурун шиллиқ қаватининг катарал яллиғланиши тез ривожланиши эшитув найи орқали инфекциянинг ногора бўшлиғига осон ўтишига шароит яратиб беради, (асосан болани қайт қилишида). Болалар 3-5 ёшидан лимфоид тўқималар кучли ривожлана бошлайди. Аденоид тўқима болада шу қадар катталашадики, ўз ҳажми билан эшитув найини вентилицион ва дренажли вазифасини нормал бажарилишига ҳалақит беради.

**Касаллик белгилари ва ташҳиси:** бола ёши қанчалик кичик бўлса, отитни аниқлаш шунчалик қийин бўлади. Ярим ёшгача бўлган болаларда оғриқнинг жойлашувини аниқлаш қийин. Касалланган қулоқ томон авайлаб ёстикда ишқалашдан касаллик тўғрисида фикрланади. 1 ёшдаги болалар эса оғриқ бўлаётган қулоқ томонга бармоғини ишқалайди, 1 ёшдан каттароқ болалар эса қўл билан оғриқ бор жойни кўрсатиб беради.

Болаларда отит бирданига бошланади: соғлом бола уйқусидан тунда оғриққа жавобан қичқириб йиғлаб уйғонади, тана ҳарорати 39-40°C бўлиб, алаҳлайди. Эрталабга келиб оғриқ бироз пасаяди, эшитув найининг ўтказувчанлиги нормада бўлса, экссудат миқдори камайиб, умумий аҳволи яхшиланади, лекин касалликнинг бундай турда кечиши кам кузатилади. Отитнинг йирингли босқичга ўтишида яллиғланиш жараённинг янги белгилари пайдо бўлади ва кучайиб боради, қонда лейкоцитлар сони ортади. Касалликнинг оғир шаклда кечишида: қайт қилиш, қалтираш, бошни орқага тортилиши, ҳушни йўқотиш каби менингиал белгилар пайдо бўлади. Лекин ҳақиқий менингит ривожланмайди. Ногора парда мустақил ёки сунъий равишда

тешилгандан сўнг, ногора бўшлиғидан йиринг чиқиб кетгандагина бу белгилар йўқола бошлайди. Баъзида эса ошқозон-ичак йўли фаолияти функцияси бузилади (ич кетиш, қайт қилиш, тана ҳароратини, тана оғирлигининг камайиши кузатилади).

Ўткир отитнинг болаларда кечиш муддати боланинг умумий ҳолатига: ёшига, иммунитетига, кучига, организмнинг касалликка нисбатан курашиш қобилиятига, булардан ташқари болани нотўғри овқатлантириш, ОИК, экссудатив диатез, рахит ва бошқа касалликлар ҳам отитнинг кечишини узайтириши мумкин. Боланинг ёши қанчалик кичик бўлса, отоскопик кўришда шунчалик қийинчилик туғдиради (ноғора парданинг ўта эгилганлиги, эшитув йўлининг торлиги, эшитув қуруқ эпидермис ёки олтингугуртдан тозалашни қийинлиги). Яна шуни эсда тутиш керакки, ногора пардага тегиб кетишининг ўзи ҳам парданинг кучли қизаришига олиб келади.

**Даволаш:** катталардаги сингари эшитув йўли қурилади, тозалангандан сўнг суяқ ёғлар билан тери артиради (масалан: балиқ найи), парацентез болаларда кўпроқ қилинади.

**Болалар юқумли касалликларида ўрта қулоқ яллиғланиши.** Юқумли касалликларда отит этиологияси асосий касалликка боғлиқ бўлмай, организмдаги йўлдош инфекцияси таъсирида юзага келади. Бунда ўрта қулоқ яллиғланиши энгилроқ бўлиб, яхшилик билан тугайди. Отитнинг келиб чиқиши асосий касаллик таъсиридан бўлса, кечиш муддати узоққа чўзилади, сезиларли даражада анатомик ва функционал ўрта қулоқ дефектлари билан тугайди.

**Скарлатина.** Скарлатинада, ўрта қулоқнинг яллиғланиши бурун ҳалқум ва эшитув найидаги банал бактериал микрофлора таъсирида ривожланса, касалликнинг кечиши ўрта қулоқни бошқа турдаги яллиғланишидан фарқ қилмайди. Яллиғланиш жараёни соғайиш билан якунланади. Агарда яллиғланиш скарлатина стрептококки таъсирида ривожланса, ногора парда, эшитув суяқчаларида сезиларли бузилиш кузатилади. Сўргичсимон ўсимтада юз нервининг фалажи ёки мия ичи асоратлари кузатилади. Жараённи токсик (заҳарли) таъсир кўрсатиши туфайли ички қулоқда рецептор типдаги эшитишни пасайишига ёки карликка хос ўзгаришлар бўлади. Кейинги вақтларда скарлатина инфекциясига қарши антибиотикларни кенг қўллаш

натижасида юқорида айтиб ўтилган асоратлар кам кузатилмақда.

**Дифтерия (бўғма).** Бўғма таёқчаси таъсирида ўрта қулоқнинг зарарланиши оғир кечади, ўрта қулоқни сезиларли даражада бузилишига, эшитиш аппаратининг токсик характердаги шикастланишига олиб келади. Асосий касалликни иложи борича эрта аниқлаб, ташхис қилиш ва ўз вақтида бўғмага қарши зардоб ва антибиотикларни қўллаш нафақат асоратларни камайишига, ҳатто ўрта қулоқдаги яллиғланиш жараёнига ҳам таъсир кўрсатиб, касалликни енгил кечишини таъминлайди. Ўрта қулоқда специфик бўғманинг кечиши ўрта қулоқнинг экссудатив яллиғланиши кўринишида бўлиб, кўпинча сурункали ёки сезиларсиз кечади ва буни текшириш вақтида псевдодифтерия таёқчалари аниқланади. Бу микроблар ўрта қулоқнинг йирингли жараёнларига сабаб бўлиб, нопатоген ёки кам вирулентли хусусиятга эгадир.

**Қизамиқ.** Қизамиқда юқори нафас йўллари, биринчи навбатда бурун ва бурун ҳалқумнинг шиллиқ қаватлари катарал яллиғланишига хос ўзгаришлар билан бошланади. Ўрта қулоқнинг аввал катарал, сўнгра йирингли яллиғланиши оддий катарал яллиғланиш (бошқа хилдаги)дан фарқ қилмайди. Лекин қизамиқда кам учраса-да скарлатинага хос белгилар ва ўзгаришлар бўлганлиги каби эшитув аппаратининг сезиларли даражада бузилиши ва ички қулоқнинг заҳарли таъсирлари оқибатида ўзгариши, оғир кечувчи мия ичи асоратлари юзага келади. Бундай ўзгаришлар одатда эшитишни маълум даражада пасайиши ёки қарлик билан тугайди.

**Грипп.** Ўрта қулоқнинг грипп вируслари (А, В, С ва Д), асосан А тури билан зарарланиши ўзига хос хусусиятлари билан кечиши характерлидир. Касаллик грипп эпидемиясида ёки эпидемия бўлмаган вақтларда эса жуда кам кузатилади. Грипп билан зарарланишдаги отоскопия қуйидагилардан иборат: ногора парда ва атроф тери қисмларида қонли пуфакчалар, аввал қон аралаш, сўнгра қон-шилимшиқли, охирида қонли-шиллик ажралма ажралади, мазкур жараён ўз навбатида бактериал инфекциянинг қўшилишига боғлиқ. Ўрта қулоқдаги яллиғланишга боғлиқ бўлмаган лабиринтит умумий гриппоз инфекция натижасида асоратланиш ҳисобланади ва касаллик учун ўзига хос хусу-

сиятлардан бири саналади. Ўрта кулоқнинг гриппозли яллиғланиши антибиотиклар билан даволашда натижа бермайди, жараёнга иккиламчи инфекция бирлашса, шу инфекция антибиотиклар таъсирида пасаяди, шу сабабли етарлича натижа олинаётгандай бўлади.

**Даволаш:** гриппозли отитларни даволаш учун ўткир отитларда қўлланиладиган маҳаллий дори-дармонлар ишлатилади. Умумий даволаш эса гриппга қарши чоралар, зардоблар ва симптоматик дорилар, пархез, витаминотерапия ва бошқаларни қўллашдан иборат.

**Герпес.** Фильтрловчи вируслар орасида нейротропик қўзғатувчилар кулоқ герпеси (*Herpes Zoster oticus*)ни келтириб чиқаради ва бош мия нервларининг парези ёки фалажига сабаб бўлади, кўпинча VII ва VIII нервлар зарарланади. Касаллик учун хос бўлган герпетик тошмалар кулоқ супрасида ташқи эшитув йўли тери қисмида ёки ноғора пардада пайдо бўлади. Тошма билан бир қаторда яллиғланиш белгилари кузатилади. *Herpes oticus* ни клиник кўриниши: бош мия нервларининг сезувчи тугунлари соҳаларида яллиғланиш билан характерланади. Касалликнинг кечиши ҳар вақт ҳам яхши булавермай, ҳаттоки ўлим билан тугаши мумкин. Бунда касаллик вирусли менингит билан биргаликда кечади. Касалликнинг яхшилик билан яқунланишида VII нервнинг парези ва турли даражадаги карлик сақланиб қолади.

**Давоси:** даволаш салицилатлар, ауреомицин, кортикостероидлар, витаминларни (B12) етарли миқдорда белгилаш билан бошланади. Ўрта кулоқнинг бошқа вирусли касалликлар масалан: кўк йўтал, қизилча кабилар таъсирида зарарланган кўринишларида яллиғланиш ҳеч қандай хос белгиларсиз кечади, бошқа турдаги яллиғланиш жараёнлари кечишидан фарқ қилмайди.

## АЛЛЕРГИК ЎРТА ОТИТ

Аллергик отитлар ҳозирги вақтда алоҳида клиник шаклда ажратилган. Алоҳида шаклга ажратилиши аллергия яллиғланишни ўзига хос бўлган хусусиятларга ва умумий аллергия манба (фон)га асосланган.

**Келиб чиқиши:** ўткир аллергия отит эшитув найи ва ногора бўшлигининг шиллиқ қаватларининг шишиши ва серозли ажралма пайдо бўлиши билан бошланади.

Бошқа турдаги отитларнинг бошланишидан фарқли равишда тана ҳарорати кўтарилмайди, ногора пардада қизариш кузатилмайди, балки ногора парданинг оқишлиги, қалинлашуви, бир қанча бўртиши аниқланади. Баъзида ногора пардада суюқлик чегараси кўринади. Парацентезде ёпишқоқ, қуюқ шиллиқ ажралма ажралиб, жуда кўп миқдорда эозинофиллар тутади. Бундай суюқликни сўргичсимон ўсимтанинг ҳаво сақловчи катакчаларида учратиш мумкин. Эшитиш товуш ўтказувчи аппаратнинг бузилиши натижасида пасаяди. Шунингдек, суяк орқали ўтказувчанлик ҳам пасайиши мумкин. Баъзан аутофония, қулоққа суюқлик қуйилиши каби сезгилар пайдо бўлади. Аллергия отит суст ҳолда узоқ муддат давом этади, даволаш тезда натижа бермайди. Болаларда кечишида тез-тез қайталаниб туради. Бунда бундан бурун ҳалқум ва эшитув найи шиллиқ қаватлари шиши ушланиб туради.

Ўрта қулоқ бўшлиғи шиллиқ қаватининг бактериялар ва но-бактериал аллергиялар орқали сенсibiliзацияланиши, сурункали ўрта отитларни қайталаниши ва ўзига хос кечишига сабаб бўлади. Баъзи ҳолларда ўрта отитлар қайталанганда қулоқда қичишиш ва экзема қўшилиши мумкин. Бунда оддий даволаш кам фойда беради. Ногора бўшлиқ шиллиқ қавати сенсibiliзацияси қулоқдан узоқ вақт йирингли ажралма ажралишига олиб келади ва ўрта қулоқдаги умум бўшлиқ жарроҳлигида сўнгги эпидермизацияга ҳалақит беради.

**Ташҳис:** агар аллергия умумий организмда кечганда, ўрта қулоқ яллиғланишини аллергия кечишига шубҳа туғилмайди, бунда касаллик тарихи (аллергия анамнези, дори-дармон ва озик-овқат маҳсулотларига юқори сезувчанлиги), бундан ташқари аллергия касалликлар, бронхиал астма, эшак еми (крапивница) ва бошқалар ёрдамида келиб чиқади.

**Давоси:** аввал, ногора парда оғриқсизлантирилиб, сўнгра ногора парда пастки катакчалари орқали, ногора бўшлиғидаги суюқлик пункция ёрдамида сўриб олиниб, ногора бўшлиққа дори-дармон юборилади (ферментлар, кортикостероидлар). Агар аллергия топилса, алоҳида десенсибилизацияловчи муолажалар

ўтказилади. Аллерген топилмаса умумий десенсибилизацияловчи муолажалар: 10% ли кальций хлор эритмаси (1 ош қошиқда кунига 3 маҳал) ёки кальций глюконат 0,5 г.дан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичилади.

**Антигистаминлар:** димедрол, пипольфен, супрастин, носпецифик десенсибилизацияловчи терапия, маҳаллий терапия (бурунга томчи дори, қулоқ ичи найига ҳаво юбориш) билан қўшиб олиб борилади. Беморни тўғри овқатлантириш катта аҳамиятга эга бўлади, бунда беморнинг озиқ-овқатларга юқори сезувчанлигини ҳисобга олиш керак.

### **ЎРТА ҚУЛОҚ СИЛ КАСАЛЛИГИ (ТУБЕРКУЛЁЗИ)**

Ўрта қулоқнинг сил касаллиги катта ёшдагиларга нисбатан болаларда кўп учрайди. «Антибиотикларгача» бўлган даврдагига нисбатан камроқ бўлсада учраб туради. Болаларда касалликнинг продуктив шакли кўп учрайди. Кичик ёшдаги болаларда касаллик кўпроқ бўлиб инфекция, асосан гематоген йўл ёки эшитув найи орқали тарқалади.

Болалардаги ўрта қулоқнинг сил касаллигини клиник кечиши, касалликнинг клиник иккинчи даври, яъни продуктив яллиғланиш даврида оғриқсиз кечади, аслида эса бу давр оғриқли жараён дир. Бунда ҳар хил патолого-анатомик ўзгаришлар бўлиб, ҳатто ўрта қулоқнинг ўтказувчи системасини бузилишига қадар жараённи топиш мумкин.

Сўрғичсимон ўсимтанинг сил касаллигида, туберкулёзли инфилтрат ўсимтанинг юмшоқ тўқимасига қадар тарқалиши мумкин, бу эса ўсимта яллиғланиши стрептококк, стафилококк, пневмококк билан чақирилгандагига ўхшаш бўлиши мумкин.

**Белгилари:** қулоқдан ажралма келиши доимий, баъзида қонли секвестер аралаш бўлади.

**Отоскопия** кўринишида, доимий ўзгаришлар - ногора пардадаги бир қанча деффектлар, туберкулёз шишларининг ёрилиши натижасида ҳосил бўлади. Баъзида осон қоновчи грануляциялар, эшитиш анча пасаяди, бу эса ўрта қулоқ ўтказувчи системаси занжирининг узилиши натижасидир.

Эшитиш пастлиги, агар жараён ички қулоққа ўтмаган бўлса, ёки стрептомицин таъсирида бўлмаган бўлса, ўтиб кетувчи



характерда бўлиши мумкин. Болаларда кечадиган ўрта қулоқ сил касаллиги натижасида юз нерви фалажи кўп учрайди.

**Ташҳиси қуйидагиларга асосланади:** а) қулоқдан кўп вақт давомида йирингли ажралма ажралиши ва даволашнинг фойдасизлиги; б) кечишнинг аввалига енгил бўлиши ва отоскопик кўриниши (кўп нуқсонлар); в) баъзида йирингли ажралмадан сил касаллигини тарқатувчи таёқчалари топилиши; г) туберкуллинли синама; д) бошқа аъзоларда сил касаллиги жараёнини аниқлаш; е) қулоқни гистологик текширишда грануляциялар бўлиши.

**Давоси:** силга қарши дори-дармонлар буюрилади (фтивазид, ПАСК ва бошқалар), авайловчи умумий тартиб ва сифатли овқатланиш. Сўрғичсимон ўсимтадаги грануляция ва емирилишлар жарроҳликка кўрсатмадир.

Жарроҳлик билан биргаликда умумий, силга қарши даволар қўлланилади.

**Оқибати:** ўз вақтида даволаш ва жараённинг тарқалганлигига боғлиқдир.

## АНТРИТ

Янги туғилган чақалоқлар ва эмизикли болаларда сўрғичсимон ўсимта ҳали ривожланмаган бўлади. У олти ойликдан кейин аниқланади ва 3 ёшга етганда ривожланади. Шунга асосан янги туғилган чақалоқ ва эмизикли болаларда мастоидит эмас анtrit учрайди.

Одатда яллиғланиш жараёни эшитиш найидан ёки ноғора бўшлигидан сўрғичсимон ғорча бўшлиғига ўтади. Латент ҳолда кечувчи анtritлар болаларда гипотрофик, рахит, пневмония ёки токсик диспепсияда учрайди.

**Клиник кўриниши:** умумий белгиларига нисбатан маҳаллий белгилари кам бўлади. Ноғора парда хира, шартли белгилари аниқ эмас, характерли белгиларидан - ноғора парда орқа - юқори деворида қизариш кузатилади. Рентгенологик текширишда, трансорбитал проекцияда сўрғичсимон ғорчанинг қорайиши аниқланади.

Умумий ва интоксикация белгилари: тери таранглигининг, бола умумий ҳолатининг ўзгариши, ошқозон-ичак трактининг бузилиши, бўшашиш, кучсизланиш, инжиқ бўлиб қолади, ишта-

ҳаси йўқолади, ёмон ухлайди, боланинг оғирлиги камаяди, тана ҳарорати кўтарилади, қонда лейкоцитоз, баъзида СОЭ кўпаяди.

Эмизикли болаларда субпериостал абсцесс, суяк емирилишисиз бўлиши мумкин, бунда йиринг суяк устки қаватининг остига суяклар орасидаги ёриқ орқали ўтади.

Субпериостал абсцесс, антритнинг ишонарли белгиларидан биридир. Йирингли кириш жойига нафақат касалликнинг кейинги кечиши, балки даволаш усули ҳам боғлиқ бўлади.

**Давоси:** даволашнинг дори-дармон ва жарроҳлик усули мавжуд. Ўткир отит ва мастоидитда қўлланиладиган даволаш усуллари антритда ҳам қўлланилади. Антибиотиклар, сульфаниламидлар, қон қуйиш, умумий ҳолатни яхшиловчи дори-дармонлардир.

Ташҳисни аниқлаш ва даволаш мақсадида антропункция таклиф этилади.

Антропункция: калта йўғон игна билан анестезия ўтказилганидан сўнг эндо ёки экстрадурал йўл билан сўрғичсимон ғорга киритилади. Сўрғичсимон ғорга рентгенологик текширувга ва анатомик тузилишни ҳисобга олиб мўлжалланган жойдан кирилади.

Дори-дармон билан даволаш фойдасиз бўлганда анротомия ёки антродренаж ўтказилади.

**Анротомия:** бемор тайёрлангач ва олдиндан ўтказилган премедикациядан сўнг, ғорча проекциясига 0,5-1%ли новокаин эритмаси ёрдамида маҳаллий оғриқсизлантириш ўтказилади. Ташқи эшитув йўли орқа девори соҳасига новокаин юбориш ярамайди, агар юборилса, юмшоқ тўқима суякдан ажралиб ташқи эшитув йўлини торайтириб қўяди. Қулоқ супраси орқасидан ёйсимон шаклда юмшоқ тери тўқимаси кесилиб, суяккача ва суяк усти қавати ажратилади. Генле бўртмасидан 0,5-1 см. ташланиб ғорча ўткир қошиқча билан очилади. Патологик ўзгарган барча тўқималар тозаланади. Жарроҳликдан сўнг яра тиқилиб ёки ғорчага дренаж най қўйилиб, ярача чокланади (тиқилади). Жарроҳликдан сўнг бўшлиққа бўш тампон қўйилади. Асептик боғлам кунига алмаштирилиб борилади.

## МАСТОИДИТ

Ноғора бўшлиқ шиллиқ қаватининг йирингли яллиғланиш жараёнида, яллиғланиш одатда ноғора бўшлиқдан аста-секин сўрғичсимон ўсимта ҳужайраларига тарқалади. Бу жараённи *aditus ad antrum* орқали ғорчага ундан сўрғичсимон ўсимта каткакчаларига ўтиши осон йўл бўлиб ҳисобланади. Шу сабабли йирингли отитларда кўп ҳолларда сўрғичсимон ўсимта ҳаво каткакчаларини яллиғланиш белгилари, яъни мастоидитни бошланғич даври кузатилади. Жараённинг осон ўтишига сўрғичсимон ўсимтадаги ҳаво каткакчаларининг ривожланиши ёрдам беради.

Сўрғичсимон ўсимтанинг склеротик тузилишида, яллиғланиш жараёнини сўрғичсимон ўсимта суягига тарқалиши камдан-кам ҳолларда учрайди, асосан бундай ҳол сўрғичсимон ўсимта шиллиқ қаватини гиперпластик турида унинг ноғора бўшлиқ шиллиқ қавати деворларига тарқалишида бўлади. Сўрғичсимон ўсимтанинг диплоэтик турида яллиғланиш камдан-кам ҳолда ўсимтага ўтади. Ривожланган тақдирда ҳам, мастоидит остеомиелитик характерга эга бўлади.

Типик мастоидит, патоморфологик тузилишига кўра аввалига ўсимта ҳужайрасининг мукопериостининг яллиғланиши, кейинчалик у ҳужайралар ораллиғини (остеит) эгаллайди, бир қанча вақтдан сўнг ҳужайралар орасидаги тўсиқни емирилишига олиб келади (10-20 кун).

Охирида бутун ўсимта битта умумий бўшлиққа айланиб, ҳужайралар тўсиқдан ажралади ва йиринг билан тўлади (ўсимта эмпиемаси). Ноғора парданинг перфорацияси ва йиринги равон ажралиши ҳисобига, ҳужайраларнинг яллиғланиш жараёни тугайди ва соғломланиш бошланади.

**Белгилари:** йирингли отитларни асоратланмаган турида 2-3 ҳафтадан сўнг йирингли ажралма миқдори озаяди. Агар бу вақт мобайнида йирингли ажралма кўпайса, бу янги яллиғланиш жараёни пайдо бўлганини билдиради, бу эса ноғора бўшлиғи билан алоқада бўлиб, йиринг ҳосил бўлишига сабабдир.

Йирингли ажралманинг мастоидитли характерини кўрсатувчи белгилар: кўринишининг бир хиллиги ва ёпишқоқлигидир. Бунда

йирингли ажралма пульсацияси, яъни ногора парда тешилгандан сўнги ҳолатдир.

Мастоидитни бошланиши кўпроқ тана ҳароратининг кўтарилиши билан бирга боради. Тана ҳарорати мўътадил бўлганда бу аниқ билинади. Лейкоцитар формулада чапга сурилиш бўлади, бир қанча лейкоцитозни ўсиши, СОЭни тезлашиши, умумий аҳволни ёмонлаштиради, ташқи эшитув йўли ички соҳасида оғриқ пайдо бўлади ва энса соҳасига иррадиация беради, ўсимта соҳаси эзиб ва тўқиллатиб кўрилганда оғриқ даражаси аниқланади: кўпроқ сезувчи нуқталар горчанинг проекцияси, сўргичсимон ўсимта юқори қисми ҳисобланади. Мастоидитга хос яна бир белги лўқиллаб оғришнинг қулоқ ичида сезилишидир.



**Расм-4.55.** Яллиғланишнинг сўргичсимон ўсимтадан тарқалиш чизмаси (Scharz). 1) ташқи эшитув йўлига тешилиши; 2) сўраичсимон ўсимта устига тешилиши; 3) ёноқ суяклари ўсимта асоси катакчаларига тарқалиши; 4) тўш ўмров сўргичсимон мушак остига очилиши (абсцесс Bezold); 5) emissarium mastoideum йўналишига тарқалиши; 6) яллиғланишнинг тарқалиши кам учрайдиган йўли; 7) сўраичсимон ўсимта чўққисига тарқалиши; 8) пирамида чўққисига тарқалиши.

**Расм-4.56.** Болада сўргичсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши.

**Отоскопияда:** ногора парда қизил асал рангида бўлади. Юқоридаги белгилар касалликнинг 2-3 ҳафтасида бошланса, алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Мастоидитни энг муҳим белгила-

ридан бири қулоқ орқа соҳаси шишинқирашидир. Унинг териси шишган (ушлаб кўрилганда ҳамирга ўхшаш консистенция аниқланади).

Қулоқ орқасидаги шиш кўринарли бўлса ташқи қулоқ супраси олдига сурилади (шалпанг қулоқ), буни беморнинг орқасидан қараб, соғ қулоқ билан солиштирилса аниқ билиш мумкин. Отоскопияда ташқи эшитув йўли орқанги девори юқориги қисмининг осилиши аниқланади (расм-4.55, 4.56).

Мастоидитнинг энг асосий белгиси: йирингли ажралманинг ташқи кортикал қавати орқали, тери остига ўтишидир (субпериостал абсцесс). Бунда сўргичсимон ўсимтада билқилловчи шиш аниқланади. Мастоидитни аниқлашнинг асосий усулларида бири рентгенография усулидир. Сўргичсимон ўсимта ва ўрта қулоқ рентгенографияси Шюллер ва Майер усуллари бўйича ўтказилади.

**Мастоидитнинг муҳим шакли.** Сўргичсимон ўсимта учки қисми ҳужайраларидан (сўргичсимон ўсимта пневматик турида) йирингли жараён fossa digastrica орқали, икки бошли ва кўкрак-ўмров сўргич мускуллари оралигидан тарқалса, учки мастоидит (Бецольд) деб аталади.

Агар йиринг ажралма икки бошли мускулдан медиал томонга тарқалса, бўйин абсцесси ҳосил бўлади (Муре, Чителли). қуруқ мастоидит, яъни сўргичсимон ўсимта яллиғланиши қулоқдан йирингли ажралмасиз кечса, бундай мастоидит перфорациясиз кечувчи отитларда кузатилади.

Латент мастоидит, белгиларсиз ёки озгина белгилар билан кечади. Сохта мастоидит деб мастоидал безларнинг яллиғланишига айтилади.

Мастоидитнинг энг асосий асоратларидан бири юз нерви фалажидир, (периферик тури) бу эса юз нерви найи суяқларининг емирилиши натижасида ривожланади. Юз нерви кейинги функциясининг тикланиши, жарроҳликнинг қанчалик эрта ўтказилганлигига боғлиқ.

**Давоси:** мастоидитлар аввалига дори-дармон билан даволанилади, сўнгра ташҳис аниқ бўлгач, дори-дармонларни қўллаш фойдасиз бўлганда жарроҳлик усули қўлланилади. Умумий аҳволнинг яхшиланиши, йирингли ажралма тўхташи, ногора парда тешигининг битиши, эшитишнинг тикланиши яхшиланиш белгилари.

ридик. Кулоқ ички найига ҳаво юборишни эртароқ бошлаш керак. Соғайиш, баъзида касалликнинг қайталанишини инкор этмайди, бундай ҳолларда сўргичсимон ўсимта соҳаси рентгенографияси ўтказилади.

Сўргичсимон ўсимта соҳасини очиш жарроҳлиги (мастоидотомия ёки мастоидозектомия) умумий оғриқсизлантириш ёки маҳаллий оғриқсизлантириш билан ўтказилади.

Жарроҳликдан мақсад антрумни очиш ва сўргичсимон ўсимта периантрал ҳужайраларни йирингдан тозалаш, грануляция, емирилган ва юмшаган суяк тўқималарини олиб ташлаш ва ўзининг зичлиги билан ажралиб турадиган соғлом тўқималарни қолдириш. Мастоидитнинг муҳим турлари жараённи очиш, ёноқ суяги ёки бўйин орқали ўтказилади (расм-4.57).



**Расм-4.57.** а) мастоидотомия ташрихи, юмшоқ тўқимани кесиш; б) кортикал қават гор йўналишида орқадан ва юқоридан олдиға ва пастға ўйиб олинад; в) тугалланган ташрих, барча катакчалар очилган ва олиб ташланган.

Мастоидитда мастоидотомиядан кейин ва ташрих вақтида кузатиладиган асоратлар: бош мия (ташқи) қаттиқ қавати ва синус деворларини топиш унчалик хавфли эмас ва бу муолажани бажариш суяк кортикал қаватининг ички қисми ва перисинуоз ҳужайраларнинг емирилишида кўрсатилгандир. Синуснинг жароҳатланишидан кучли қон кетиши кузатилади. Бундай ҳолатларда жароҳатланган қисмга, докали тампон пенициллинга чилаб эзилади ёки синусни Уайтинг усули бўйича яъни, докали тампон жароҳатланган суяк қирғоғи ва синус деворлари оралигига ётқи-

зилади. Пиёзча соҳасидан қон кетиши, ингичка тампон ёрдамида тўхтатилади. Жарроҳликдан сўнг, албатта, антибиотиклар, сульфаниламидлар, дегидратацион терапия қўлланилади.

## **СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ** *(otitis Media purulenta chronica)*

Сурункали ўрта отит, ўткир йирингли ўрта отитни узоқ давом этиши ва етарли даволанмаганлигидан ривожланади. Соғайиши қийинлигига сабаб, патологик ўзгаришнинг, ноғора бўшлиқ шиллиқ қаватига, суякчаларига ва ўрта қулоқ деворларига чуқур кириб бориши ва уларнинг структураси мўтадил ҳолга келмаслигидир. Бу ўзгаришлар инфекциянинг вирулентлиги ва характерига ҳам боғлиқдир.

Бундан ташқари организмнинг умумий қаршилиги, реактивлигининг пасайиши, қон касалликлари, модда алмашинувининг бузилиши, сурункали юқумли касалликлар ва овқатланишнинг бузилиши ҳам касалликнинг узоқ кечишига сабабчи бўлиши мумкин.

**Этиологияси ва патогенези.** Ўрта отитларни даволашда ва тезроқ соғайишига тўсиқ бўлувчи сабаблар, сурункали отитларнинг ривожланишига ҳам сабаб бўлади. Бундан ташқари организм умумий қаршилигининг пасайиши, сурункали специфик ва носпецифик инфекциялар, қон касалликлари, қандли диабет, рахит, микробларни вирулентлиги, юқори нафас йўллари патологияси (аденоид ўсмалар, гипертрофик ринит, бурун тўсигининг қийшайиши, сурункали синусит), ноғора парданинг сўрғичсимон тешилиши, ноғора бўшлиқда йирингли ажралманинг ажралишига ҳалақит берувчи грануляциялар, болалардаги ҳалқум лимфоид ҳалқасининг гиперплазияси, экссудатив диатез, ўткир ўрта отитнинг бир неча маротаба қайталаниши, ўрта қулоқ тўқимасининг сенсibiliзациясидир.

Ўткир ўрта отитларни нотўғри даволаш, сурункали ўрта отитни келтириб чиқаради.

Клиник кечиши ва оқибатига қараб сурункали отитлар қуйидагича бўлади: ноғора парданинг марказидан тешилиши ва ноғора бўшлиқ шиллиқ қаватининг емирилиши билан кечувчи (мезотимпанитлар), шунингдек, ноғора парданинг чеккасидан тешилиши натижасида ноғора бўшлиқ шиллиқ қавати суяк

тўқимасининг емирилиши билан кечувчи (эпитимпанитлар), отитлар (кўпроқ холестеотома ва умумий асоратлар билан кечади).

### СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ МЕЗОТИМПАНИТ (*mesootimpanites purulenta chronica*)

**Касаллик** - мезо ва гипотимпанум ҳамда эшитув найи (тубо-отит) шиллиқ қаватининг яллиғланиши билан характерланади. Морфологик ўзгаришлар, сурункали яллиғланиш жараёнига хос бўлади, яъни грануляциялар, полиплар ҳосил бўлиши, кичик кисталар, суяк склерози, эпителиал қаватнинг ўзгариши цилиндрик хилпилловчи эпителий функциясининг бузилиши билан характерланади. Периостал қават одатда яллиғланиш жараёнида иштирок этмайди, лекин доимий таъсир натижасида остеобластлар ёки метаплазия ёрдамида янги суяк ҳосил бўлади, чунки шиллиқ ости қавати, суяк устки қавати вазифасини ҳам бажаради. Бу жараён вақт ўтиши билан суяк массасини ҳосил қилиб, кўпроқ склеротик ҳужайрасиз (эбурнитизация) суяк ҳосил қилади, бу кўпроқ сўргичсимон ўсимтанинг ўрта қисмида рўй беради, баъзида эбурнитизация сўргичсимон ўсимтанинг ҳаммасини эгаллаши мумкин.

Грануляциялар кўпроқ перфорация қирғоғида бўлиб аста-секин бириктирувчи тўқимага айланади ва ноғора бўшлиқ билан бирикма ҳосил қилади. Одатда грануляциялар атрофида полиплар ҳосил бўлади.

**Белгилари:** отитларни қайталанмаган даврида оғриқ бўлмайди ва яллиғланишнинг бошқа белгилари ҳам характерли эмас. Ноғора парданинг таранг қисмида перфорация бўлиб, унинг шакли ва катталиги ҳар хил бўлади. Эшитиш, товуш ўтказувчанлигини бузилиши натижасида пасаяди. Эшитишнинг пасайиш даражаси перфорациянинг катта-кичиклигига бир мунча боғлиқ, чунки ноғора парданинг орқа - пастки ва марказий қисми перфорацияси катталигига қараб товуш баландлигини қабул қилиш бузилади.

Ноғора парданинг экранловчи, трансформацияловчи ролининг бузилишида перфорация кичик бўлса-товушлар паст, катта бўлса - баланд.



**Ташҳиси:** отоскопиянинг оддий турида ташҳис қўйиш қийин эмас. Сурункали мезотимпанитларда, эптитимпанитлардан фарқли ўлароқ, ноғора парданинг таранг қисмида перфорация, унинг қирғоқлари йўғонлашган, қулоқдан шилимшиқли ёки йирингли, шилимшиқли-йирингли ажралма оқиши мумкин. Ажралманинг ҳидсизлиги эса яллиғланиш жараёни ноғора бўшлиқнинг фақат шиллиқ қавати билан чегараланганини кўрсатади. Йирингли ажралманинг ҳидли бўлиши, жараёнга суяк тўқимаси яллиғланиши ҳам қўшилганлиги белгисидир (расм-4.58, 4.59).



**Расм-4.58. Ноғора парда марказидаги тешикларнинг турлари**



**Расм-4.59. Ноғора пардадаги тешиклар:** а) думалоқ; б) овал; в) бўйраксимон

Ноғора парда перфорацияси бир қанча вақт шунчалик кичик бўладики, бундай пайтда перфорацияни аниқлаш ва ҳатто ноғора парданинг тортилган қисмидаги чандиқли ўзгаришидан фарқлаш қийин бўлади. Баъзида эса детал текшириш ўтказилади ва ташҳисни аниқлашга тўғри келади.

Ташҳисни аниқлаш мақсадида, қуйидаги синама қўлланилади. Бемор ёнбош ётқизилиб, ташқи эшитув йўли стерил фурациллин эритмаси билан тўлдирилади ва беморга оғиз ва бурун-

ни беркитиб нафас чиқариш тавсия этилади. Агар ногора пардада перфорация бўлса, суюқлик устида пуфакчалар пайдо бўлади.

Сурункали йирингли мезотимпанит билан хасталанган болаларнинг баъзиларида фистула белгиси аниқланади. Бу ҳолатлар холестеотом массанинг лабиринт деворини емириши натижасида рўй беради. Сурункали эпимезотимпанитга шубҳа туғилганда, ногора пардани жарроҳлик микроскопи остида кўриш керак.

Қулоқни най ёрдамида (Гартман канъюласи) стериль эритма билан диагностик ювишни ҳам унутмаслик керак. Агар ногора парда перфорацияси орқали борилган суюқлик юзасида холестеотома тангачалари ҳосил бўлса ёки най учида холестеотома массаси қолдиғи аниқланса, қулоқ холестеотомаси диагнози қўйилади.

Мезотимпанитларда оғир асоратлар кам учраса-да, баъзида емирилиш, грануляция ва полипда бош мия асоратлари кузатилиши мумкин. Ташҳис субъектив ва отоскопик ўзгаришларга, объектив текширишларга асосланади.

**Давоси:** организм умумий реактивлигини оширишга йўналтирилган даволар тайинланади. Юқори нафас йўллари патологиясида улар санация қилинади, зарур ҳолатларда жарроҳлик йўли билан даволаш муҳим омилдир.

Дори-дармонлар оғриқли жойга ташқи эшитув йўли тозалангандан сўнг амалга оширилади. Тозалаш куруқ йўл билан, агар ажралма кўп бўлса, 3-4% ли борат кислота эритмаси ёки фурациллин 1:5000 эритмаси билан ва водород перекись ёрдамида ювилади.

Ногора бўшлиққа дори-дармонни кўпроқ киритиш мақсадида, ногора бўшлиқ ва эшитув найи орқали ажралма сўриб олиниб (эшитув найи катетеризацияси), ташқи эшитув йўлига дори Политцер балони ёки Зигле воронкаси ёрдамида ичкарига киритилади.

Сурункали йирингли мезотимпанитларда спиртли эритмалар, буриштирувчи (вяжущий) антисептик эритмалар, сурункали яллиғланган ногора бўшлигининг шиллиқ қаватига таъсир этиш мақсадида қўлланилади. Бу дори-дармонлар томчи, эмульсия ва кукун шаклида қўлланилади.

**Рецептлар:** 1. *Rp. Acidi borici 0.3; Acidi Salylici 0.2; Glycerini 5.0; Spiritus aethylici 70%-5 ml. MDS: 4-5 томчидан ташқи эшитув йўлига суткада 2 маҳал.*

2. *Rp. Acidi borici 0.3; Sol Hydrorgenii peroxydat; Spiritus aethylici 70% aa 5 ml. MDS: 5-7 томчидан ташқи эшитув йўлига суткасига 2-3 маҳал.*

3. *Rp: Levomycetini 0.2; Spiritus vini 70%-20.0. D.S. 6 томчидан ташқи эшитув йўлига суткасига 2-3 маҳал.*

4. *Rp: Furacillini 0.01; Spiritus aethylici 70%- 15 ml. M.D.S. 5 томчидан ташқи эшитув йўлига 2 маҳал.*

5. *Rp: Sol Chinosoli 0.1-10 ml. D.S. 5-6 томчидан ташқи эшитув йўлига тунда куйиш.*

6. *Rp: Succi Kolanchoes - 10 ml. D.S. 5-10 томчидан ташқи эшитув йўлига.*

7. *Rp: Oxycort- acrosoli 1 ml. D.S. докали пиликда ташқи эшитув йўлига куйиш.*

8. *Rp: Chymopsini 0.025; Dtd №5. S. 2,5 ферментни 5 (10) ml изотоник эритмада эритиб, 6-8 томчидан ташқи эшитув йўлига суткасига 2-3 маҳал томишиш.*

Агар беморлар 70°ли спиртда ёмон таъсир олсалар, спиртли эритмаларнинг пастроқ эритмаси қўлланилади (40°). Агар эритманинг бир тури 10-12 кун давомида фойда бермаса, эритманинг бошқа тури қўлланилади, мақсад битта эритмага флора резистент бўлиб қолмасликдир.

Даволашда 2-4% прополис эритмасини қўллаш мумкин. Бизда 5% мўмиёнинг сувли эритмаси муваффақият билан қўлланилади. Ногора бўшлигидаги грануляциялар химикатлар билан даволанилади.

**Рецепт:** *Rp: Sol. Argentii nitratis 10 (20)%- 10 ml D.S. қулоқдаги кичик грануляцияларни куйдириш учун.*

Сурункали стафилакоккли йирингли ўрта отитларда иммунотерапия мақсадида стафилакокк анатоксин АСН - тери остига схема бўйича юборилади.

Десенсибилизацияловчи терапия: носпецифик десенсибилизация (антигистаминли препаратлар) ёки кортикостероидлар.

Қайталанувчи сурункали отитларда дори-дармон билан даволаш самара бермаса ва емирилиш чегараланган бўлса, антродренаж муваффақиятли қўлланилади.

Грануляциялар ва полипларда кичик жарроҳлик ўтказишга тўғри келади, яъни грануляция ва полиплар қулоқ конхотоми ёки қошиқча ёрдамида олиб ташланади.

Даволаш усулида физиотерапиянинг қўлланилиши катта аҳамият касб этади. Сўргичсимон ўсимта соҳасига ультрабинафша нурлар, УВЧ терапия, микротўлқинли терапия, 2% ли кальций хлор ёки 2% ли рух билан электрофорез ҳамда мумиёнинг 5% ли сувли эритмаси қўлланилади. Отитларни даволаш комплекс тарзда бўлиши керак.

### СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЭПИТИМПАНИТ (*epitympanitis purulenta chronica*)

Сурункали йирингли ўрта отитда патологик ўзгариш, ноғора бўшлиғининг аттик қисмида, асосан шиллиқ қаватдаги суяк ва қулоқ суякчаларининг емирилиши билан кечади. Ўрта қулоқ ўткир яллиғланишининг сурункали формага ўтишига сабаб аттиктан йирингли ажралманинг қийин чиқиши ва анатомик тузилиш, яъни тор бурмалар шиллиқ қаватини букланиши натижаси, ўрта қулоқ суякчаларининг асосий массаси шу ердалиги ҳамда эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилганлигидадир. Некротик отитларда, ўткир ўрта отитларни бошланиши давридаёқ жараён, ноғора бўшлиқнинг ҳамма қисмини, шу жумладан, ноғора бўшлиқ устки қисми структурасини зарарлайди, ноғора пардада тотал дефект бўлади ва жараён сурункали кечади (сурункали йирингли мезоэпитимпанит).

**Белгилари:** отоскопик текширишда ноғора парданинг юқори қисми (солқи), кўпроқ шрапнелли мембранаси (қирғоқ перфорация деб аталувчи) ёки тотал ноғора парда дефекти (мезоэпитимпанитларда) кузатилади.

Перфорация ноғора парданинг олди - юқориги ёки орқа - юқориги квадратларида бўлади. Баъзида шрапнелли мембрананинг дефекти, қисман ёки тўла аттик латерал деворининг емирилиши билан бирга учраши мумкин. Ноғора парданинг орқа-юқори квадратини катта дефектида, овал дарча соҳасини ва сандонча бошчасини кўриш мумкин. Агар бу дефект пастга

тарқалса, юмалоқ дарчанинг юқори қисми кўринади. Бундай ҳолат жараёнда антрум ҳам иштирок этаётганлиги белгисидир (расм-4.60,4.61).



Расм-460. Ноғора парданинг солқи қисмидаги тешик.



а)



б)

Расм-461. Эпитимпанитда қирғоқдаги тешик: а) орқанги; б) олдинги.

Баъзида ноғора бўшлиқда сақланиб қолган бириктирувчи тўқима толалари, ноғора бўшлиқни қисман ёки тўла равишда патологик ўзгарган аттиқдан ажратиб қўяди.

Кўп ҳолларда ноғора парда перфорацияси қирғоғи билан ноғора бўшлиқ медиал девори орасида чандиқ ҳосил бўлади. Шрапнелли мембрана соҳасида учровчи кичик перфорация холестеотома борлигини инкор этмайди. Жуда кўп ҳолларда эпитимпанитлар суяк емирилиши, грануляция, полип билан асоратланади. Улар фақат аттиқни эмас, балки ноғора бўшлиқни ҳам тўлдириб олади, бундан ташқари, ташқи эшитув йўлига ҳам ўтиши мумкин. Баъзида ноғора парда дефекти орқали, холестеотом массани кўриш мумкин.

**Холестеотома (*cholostiatoma*)** - 90% ҳолатда, сурункали йирингли эпитимпанитнинг асорати бўлиб, оқиш кулранг ялтироқ характердаги ўсмасимон моддадир. У эпидермисларнинг кўчиши натижасида бир-бири устига тўпланиб ҳосил бўлади, холестеотома таркибида сув, оқсил, липоидлар ва холестерин, индол, скатол, сероводород бор. Бу модда атрофида бириктирувчи тўқима-матрикс бўлиб, кўп қаватли эпителий билан қопланган ва суякка маҳкам ёпишиб туради ва баъзида ўнгга томон ўсиб киради (расм-4.62).

Кулоқ холестеотомаси яллиғланиш жараёнининг натижаси бўлиб, ўсмалар билан ҳеч қандай алоқаси йўқ. Баъзида чин

холестеотома ўсмаси ҳам учрайди. Холестеотоманинг ҳосил бўлиши ва ривожланишида ички эшитув йўли юқори девори қисмидаги йўғонлашган эпидермис қавати ноғора парданинг қирғоғидаги дефекти орқали аста-секин аттикка (ноғора бўшлиқ юқори бўшлиғи) ва антрумга ўтади (бу соҳада шиллиқ қават емирилган бўлади). Яллиғланган шиллиқ қават устига эпидермиснинг тортилиши ва унинг ичига кириб бориши натижасида шиллиқ қават устида матрикс ҳосил бўлади. Эпидермиснинг доимий кўчиши ва тўпланиши ўрта қулоқ бўшлиғида кечади ва холестеотома массасини ҳосил қилади.



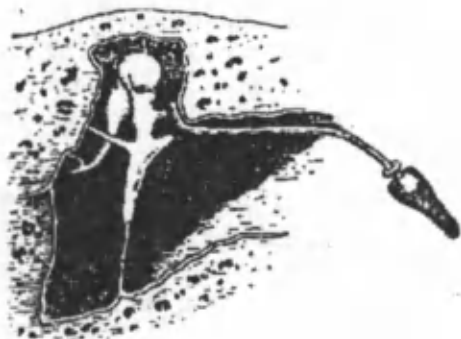
**Расм-4.62. Қулоқ холестеотомасида ташқи белги.**

Агар даволаш вақтида олиб борилмаса, холестеотома ўсиб бориб, ноғора бўшлиғини тўлдириши мумкин. Бу эса атрофдаги суяк деворларининг ичига ўсиб кириб, суякни емиради. Оқибатда, холестеотом масса бош мия ўрта ва орқа чуқурчаси деворини емириб, бош мия тўқимасини эзади, натижада менингит, экстрадурал абсцесс, мияча абсцесси, яримойсимон каналлар фистуласи (кўпроқ горизонтал канал), кейинчалик йирингли лабиринтга сабаб бўлиши мумкин.

Холестеотома ҳосил бўлишига конституционал тузилиш ва шиллиқ қаватнинг тузилиши (гиперпластик тури), организмнинг реактивлиги ҳамда умумий модда алмашинувининг бузилиши сабабчидир. Бундан ташқари холестерин алмашинувининг бузилиши ҳам катта аҳамиятга эга. Аттиқдаги грануляцияни гистологик текширишда К.А.Дреннова, В.Г.Пальчун, А.И.Алимов ва К.П.Норбоевлар кўп миқдорда липидлар топишган.

**Ташҳис:** эптитимпанитда отоскопик текшириш билан ноғора парданинг юқори квадратларида перфорация аниқланади. Холе-

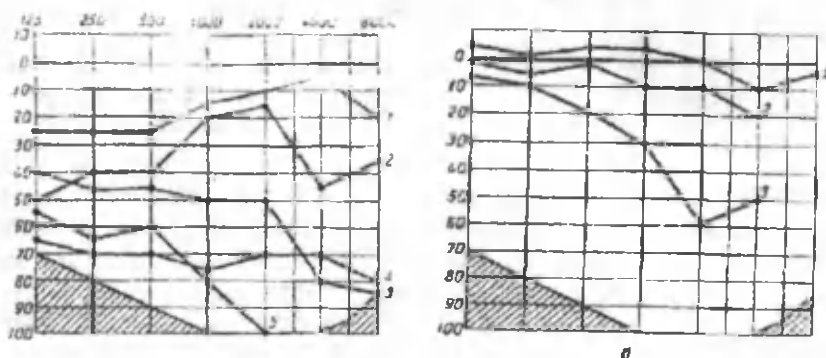
стеотомани бўлиши ташҳисда катта аҳамиятга эга. Агар ноғора парда перфорациясидан холестеотома кўринса, уни аниқлаш қийин эмас. Тугмали зонд орқали баъзида холестеотома массасидан кичик бўлакча олиш мумкин. Ташҳис аттикни ювиб кўрилгандан сўнг тасдиқланади: бунда ювилган суяқлик юзасида холестеотомага хос эпидермис сузиб юради (расм-4.63).



**Расм-4.63. Гартман найчаси билан ноғора бўшлиқнинг устки қисмини ювиш.**

Эпитимпанит билан хасталанган беморларда йирингли ажралма холестеотома ва анаэроб инфекцияси кўшилиши натижасида сассиқ ҳидли бўлади. Бу ҳид даволашга қарамасдан сақланиб қолиши мумкин. Отоскопияда кўпроқ эътиборни ноғора парданинг шрапнелли қисмига ва аттикни ёнбошига қаратиш керак. Бунда кичик перфорация кўринмаслиги мумкин, айниқса, ноғора парда ўз рангида бўлса ва яллиғланиш белгилари бўлмаса. Баъзида перфорацияни ажралманинг қуриши натижасида ҳосил бўлган қатқалоқлар тўсиб қолиши мумкин. Бундай ҳолларда қатқалоқни олиб ташлаб, остини диққат билан кўриш керак. Рентгенографияда кўринувчи юмалоқ шаклдаги бўшлиқ холестеотомани кўрсатади. Ташқи эшитув йўли орқали деворнинг орқа-юқори қисмини осилиб қолиши, аттик ён деворини осилиши ва йўғонлашиши ҳисобига пайдо бўлади. Бу сурункали эпитимпанитнинг ишонарли белгисидир. Баъзида ташқи эшитув йўлининг торайган қисмида орқанги-юқори деворида шиш кузатилади. Бу холестеотоманинг аттик ёнбош деворидан ўтиб, ташқи эшитув йўли суяк устки қавати остига тўпланишидир. Юқоридаги кўринишни ташқи отитларда ҳосил бўлувчи инфильтратда ҳам кузатиш мумкин. Бунда ташҳис қўйиш отоскопия ўтказиб бўл-

Бунда ташҳис қўйиш отоскопия ўтказиб бўлмаслик ҳисобига қийин бўлади. Бундай ҳолларда ташҳис қўйишга, касаллик тарихи, рентгенограмма, фурункулларда огриқнинг кучлилиги каби белгилар ёрдам беради. Сўргичсимон ўсимта соҳаси рентгенографияси Шуллер, Майер ҳамда трансорбитал Шоссе III бўйича проекция ўтказилади. Охириги икки проекцияда ноғора бўшлиқ ва аттик соҳасини аниқ кўриш мумкин. Эшитиш сурункали йирингли ўрта отитларда ҳар хил турда ва даражада пасаяди. Эшитишнинг ўтказувчанлик турида бузилиши кузатилади. Ички қулоқ зарарланиши эса аралаш ёки рецептор турда бўлади (расм-4.64).



Расм-4.64. Сурункали йирингли ўрта отит аудиограмма.

а) ҳаво ўтказувчанлик; б) суяк ўтказувчанлик

Кўпчилик ҳолатларда ташҳис қўйишда сўргичсимон ўсимта соҳасидаги ўзгаришга баҳо бериш қийин бўлади, чунки бундай ҳолатларда сурункали мезотимпанитлар ҳам бўлиши мумкин. Эпитимпанитларни асоратларидан юз нерви фалажини эслатиб ўтиш керак (юз нервини канал суяк деворини емирилишида), ташқи эшитув йўли дерматитларида, бош мия асоратлари ва септикопиемия.

**Даволаш:** даволаш тактикасидан мақсад сурункали отитларда йирингли ажралишни тўхтатиш. Бунинг учун ажралма йўлини очиш мақсадида дезинфекцион, бужмайтирувчи, куйдирувчи, қуритувчи дори-дармонлар қўлланилади. Агар перфорация грануляция билан тўсилган бўлса, улар қисқичлар ёрдамида, полиплар эса кесувчи асбоблар ёрдамида олиб ташланади. Полиплар



ва грануляцияларни бужмайтиришга спиртли эритмалар қўллаш билан эришилади. Бу эритма докали пиликда ва аттикни Гартман канюляси билан ювишда қўлланилади. Грануляцияларни куйдириш «марварид» ляпис, хром кислотаси ёки сирка кислотаси ёрдамида ўтказилади. Шиллиқ қаватнинг диффуз инфильтрациясида бужмайтирувчи дорилар, қуритиш учун эса антибиотик ва сульфаниламидларнинг кукунини сепиш ўтказилади. Булар билан биргаликда умумий касалликларни, қандли диабет, ренит, сил, экссудатив диатез ва бошқа касалликларни даволаш ўтказилади.

Касалликни даволашда бурун бўшлиғи санацияси, албатта, ўтказилиши керак. Болаларда касалликни комплекс даволаш режасига аденотомия жарроҳлигини киргизиш керак. Эпитимпанитлардаги суяк деструкцияси, айниқса, холестеотома билан асоратида дори-дармон билан даволаш кам фойда беради ва жарроҳлик ўтказишни талаб этади. Охириги йилларда болаларда ҳамда катта ёшдагиларда эшитиш фаолиятини сақловчи жарроҳлик ўтказилмоқда (антроаттикотомия, антродренаж, аттикоантротомия). Жарроҳликнинг эндо ва экстраурал ҳамда трансурикуляр усули қўлланилади. Чакка суягидаги жарроҳлик ҳаммага маъқул услубда ёки аралаш услубида ўтказилади. Жарроҳлик услубидан қатъи назар сурункали отитларда мақсад битта - патологик ўзгаришга учраган суяк тўқимасини олиб ташлаш (холестеотома, полиплар, грануляциялар, некротик массалар) бош мия асоратларини олдини олиш, ички қулоқ асоратини (лабиринт) олдини олиш ҳамда эшитишни сақлаш ва яхшилашдир. Қулоқда полипотомия: жарроҳлик умумий оғриқсизлантириш ёки маҳаллий оғриқсизлантириш орқали ўтказилади. Грануляция ва полиплар ташрих бошланишида оддий йўл билан, сўнгра жарроҳлик микроскопи остида олинади. Майда полип ва грануляцияларни жарроҳлик микроскопи остида олиш қулай ҳисобланади. Юз нерви каналида, лабиринтлар дарчасида жойлашган полиплар ва грануляциялар (бу жойларда емирилиш кўпроқ учрайди) эса ўта эҳтиёткорлик ва зийраклик билан олинади (бурамасдан, куч ишлатмасдан).

## ҚУЛОҚ РАДИКАЛ (УМУМБЎШЛИҚ) ТАШРИХИ

**Ташрихга кўрсатма:** ўрта қулоқда холестеотома, ўрта қулоқ яллиғланишининг бош миядаги асоратлари, юз нерви фалажи, лабиринтлар, ўрта отитнинг бошқа туридаги асоратлари ташрих белгисидир.

**Жарроҳликдан мақсад:** чакка суякларидан емирилган ва патологик ўзгарган тўқималарни олиб ташлаш (соғлом) суяк кўпригини олиб ташлагандан сўнг умумий бўшлиқ ҳосил қилиш, бу бўшлиққа ногора бўшлиқ, сўрғичсимон ўсимтадаги ғор (антрум) ва ташқи эшитув йўли бирлашади. Шу сабабли бу ташрихни умумбўшлиқ ҳосил қилиш ташрихи деб ҳам аташади. Ташрихни ўтказишда қулоқ ички ва қулоқ орқа соҳасидан бориш фарқланади. Суякни ажратиш болғача ва искана ёки парма ёрдамида бажарилади. Антрумни очиш учта йўл билан олиб борилади ва бу усуллар уларни амалиётга киритган олим-муаллифлар бўйича номланади (Шварц, Штакк, Воячек, Левин ва бошқалар) (расм-4.65,4.66,4.67).



Расм-4.65. Консерватив радикал ташрих чизмаси.



Расм-4.66. Радикал ташрих «очиқ» эҳтиёткорлик усулда қилингандан кейинги кўриниш.



Расм-4.67. Санация мақсадида очиқ усулда қилинган радикал ташрихдан кейинги кўриниш.

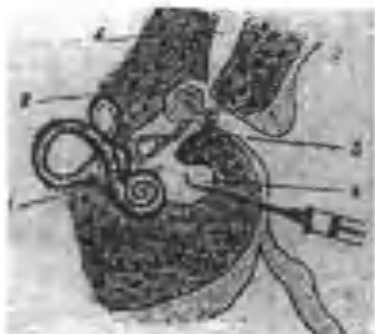
**Антродренаж.** Аттикоантрал соҳанинг чегараланган емирилишида ва консерватив даволаш фойда бермаган ҳолатларда юқоридаги усул, яъни антрумни очиш ва тозалаш усули қўлланилади. Бу усулда сўрғичсимон ўсимта ғоридаги (антрумдаги) патологик ўзгарган тўқималар тозаланади, сўнгра дренаж най орқали ювилади. Бу ҳам тозаловчи, ҳам эшитишни (асровчи) сақлаб қолувчи усул ҳисобланади (Ю.П.Ульянов, А.И.Алимов, Д.И.Тарасов) (расм-4.68-4.69-4.70).



**Расм-4.68. Антродренаж турлари:**  
а) интрадураль; б) экстратурал.



**Расм-4.69. Антродренаждан сўнг антрумни ювиш**



**Расм-4.70. Антрум ва ногора бўшлиқнинг ювишни чизмада кўриниши.** 1) антрум; 2) ногора бўшлиқ; 3) ташқи эшитув йўли; 4) эшитув найи; 5) Aditus ad anturum.

Андродренаж ташрихига қаршилик: ҳажм жиҳатидан катта бўлган холестеотомалар, суякнинг ўта емирилиши, бош мия асоратлари, лабиринтлар. Ташрихларни асровчи усуллар кўп ҳолларда фақат эшитишни сақлаб колмасдан, балки яхшилашга ҳам олиб боради. Эшитиш яхши бўлмаган ҳолларда эса йирингли ажралиш тўхтагандан сўнг бир йил давомида эшитишни яхшилашга қаратилган ташрихларни ўтказиш мумкин бўлади.

## **БОЛАЛАРДА ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИГЛАНИШИ**

Ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши эмизикли чақалоқларда ва 1 ёшгача бўлган болаларда алоҳида ўзига хос тарзда кечади. Эмизикли чақалоқларда бундай яллиғланишнинг сурункали шаклга ўтиши овқатланишнинг бузилиши билан (гипотрофик чақалоқлар) боғлиқ. Кичик ёшдаги болаларда йирингли ўрта отитнинг кўп учраши уларнинг ўрта қулоғи тузилишидаги анатомик ўзига хослик билан боғлиқ. Кичик ёшдаги болаларда эшитув найи (Евстахийев найи) қисқа ва тўғри жойлашган. Шу сабабли инфекцияни ногора бўшлиққа кириши осон кечади ва яллиғланиш тез ривожланади. Бунинг сабабларидан яна бири ўрта қулоқ шиллиқ қаватининг тўла ривожланганлиги ва эмбрионал миксоид тўқима қолдигидир. Бундан ташқари кичик ёшдаги болаларнинг ташқи муҳитга ўта таъсирчанлиги, орттирилган иммунитетларнинг йўқлиги, нерв бирлигининг тўла ривожланмаганлиги ва катта ёшдагилар сингари ҳимоя реакциясини йўқлиги ҳам хасталиклар кучайишига имкон беради. Эмизикли чақалоқларда ўрта қулоқ яллиғланишига туғилиш пайтида ҳомила суюқлигининг ўрта қулоққа тушиб қолиши ҳам сабаб бўлади. Чақалоқларда бурун шиллиқ қаватининг катарал яллиғланиши кўп учрайди. Бу эса ногора бўшлиққа эшитув найи орқали инфекция тушишини осонлаштиради (айниқса, қайт қилиш вақтида).

Боланинг 3-5 ёшида лимфоид тўқиманинг ривожланиши кучаяди. Баъзида болаларда аденоидлар шундай катталikka етадики, натижада эшитув найини (Евстахийев найи) тўсиб, унинг вентилляцияси ва дренажли вазифасини бузади. 3 ёшгача бўлган болаларда ҳар хил турдаги аллергенларга юқори сезувчанлик

кўп учрайди. Бу эса экссудатив катарал диатезни келтириб чиқарувчи омилдир. Бироз катта ёшдаги болаларда сурункали йирингли ўрта отит мезотимпанит шаклида кечади. Бу эса тўқиманинг шишинқираши, шилимшиқли йирингли ажралма чиқиши, қичишиш ва ташқи қулоқ дерматити билан кечади. Аммо экссудатив катарал аномалиялар таққослаб кўрилганда кўпроқ отитнинг некротик шакли учрайди. Экссудатив диатез билан боғлиқ болалардаги ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланишини даволашда болаларни рационал овқатлантириш, витаминлар билан тўйинтириш, айниқса витамин А, В, С, Д, РР катта ўрин тутади.

Десенсибилизацияцион восита сифатида 10% кальций хлор эритмаси, димедрол қўлланилади. 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда сурункали йирингли отит лимфааденоид ҳалқанинг гиперплазияси ва лимфатик диатези остида кечади. Бунда юз териларининг оқариши, шиллиқ қаватларнинг шишинқирашга берилувчанлиги, нерв бирлиги таъсирчанлигининг пастлиги, қондаги лимфоцитлар миқдорини ортиши характерлидир. Ташқи эшитув йўлида қуюқ шилимшиқли йирингли ажралма, ногора бўшлиқ шиллиқ қаватининг шиши, грануляциялар ҳосил бўлишининг камлиги ва аҳён-аҳёнда қайталаниши билан кечувчи ўрта отитлар ҳам учрайди. Бундай болаларда ўрта отитларни даволашда умумий касалликни даволаш билан бир қаторда лимфааденоид тўқима (яллиғланиши) патологиясини даволаш, яъни аденоидларни олиб ташлаш керак. Болаларда кечувчи сурункали ўрта отитлар холестеотома билан асоратланганда холестеотомалар тез ўсади ва сўргичсимон ўсимтанинг емирилишига олиб келади.

### **ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ КАТТА ЁШДАГИЛАР ВА ҚАРИЯЛАРДА УЧРАЙДИГАН СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ**

Қарияларда учрайдиган сурункали йирингли ўрта отитларнинг ўзига хослиги шуки, уларда касалликнинг кечиши ва қайталаниши суст бўлади, аммо суяклар емириб, кўпинча ташрих ўтказишга мажбур қилади. Бундан ташқари катта ёшдагилар ва қарияларда учрайдиган сурункали отитларда холестеотома камдан-кам ҳосил бўлади.

## ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ОТИТЛАРДА ЮЗ НЕРВИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Болаларда юз нервнинг фалажи ҳар хил сабабларга кўра юзага келиши мумкин. Ҳатто бу фалажлик туғма бўлиши ҳам мумкин. Бундай фалажлар юз нервнинг ҳамма тармоқларида учраши мумкин. Аммо кўп ҳолларда юз нерви фалажи ўткир отит (камдан-кам) ва сурункали ўрта қулоқ яллиғланишида юзага келади. Агар фалажлик ўткир яллиғланишнинг бошланишида пайдо бўлса, яллиғланишнинг нервга таъсири, туғилгандаги суяк нуқсони (дефекти) орқали бўлади. Бундай ҳолатларда ноғора пардани кенг сунъий кесиш (парацентез) кераклиги кўрсатилган. Агарда VII нервнинг фалажи ўрта қулоқ яллиғланишининг 2-3 ҳафтасида пайдо бўлса, бу ҳолатда нерв канали атрофидаги суякнинг патологик ўзгариши, емирилиши натижасида келиб чиқади (расм-4.71).



Расм-4.71. Юз нерви фалажи.

Бундай ҳолатларда эса сўргичсимон ўсимта соҳасида ташрихга кўрсатма берилади. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, юз нервнинг фалажи катталарга қараганда кичик ёшдаги болаларда кўп учрайди. Бундай ҳолатлар ташрихдан сўнг (парацентез ёки сўргичсимон ўсимтада радикал ташрих) антибиотиклар ва кортикостероидли дори-дармондан сўнг соғайиш билан тугайди.

Эмизикли чақалоқларда юз нерви фалажининг пайдо бўлиши ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишини бош миёга асорат беришдан, кўпроқ энцефалитдан дарак беради. Ўрта

қулоқнинг сурункали яллиғланишида VII - нерв фалажини пайдо бўлиши суяк емирилишининг холестеотома ёки бош мия асоратларининг дастлабки белгиси ҳисобланади. Ўрта қулоқнинг сурункали яллиғланишида юз нерви фалажининг бошланиши, қулоқда радикал жарроҳлик ўтказишни талаб қилади. Ўрта қулоқдаги радикал жарроҳликдан кейин ҳам юз нерви фалажини яхшиланмаслиги, бу нервни суяк найдан ажратиб яланғочлашни талаб этади (декомпрессия). Даволашда ташрихдан ташқари дори-дармон билан даволаш (антибиотиклар, кортикостероидлар, стрихнин, витамин В1, В12) кейинроқ эса юзни массажи қўлланилади. Юз нервида ўтказиладиган жарроҳлик пайтида невролиз, эҳтиёткорлик билан майда чандиқлар ажратилади ва ён невромалар олиб ташланади ёки юз нервининг патологик ўзгарган қисми қирқиб олиб ташланади. Сўнгра ауто-нерв кўчириб ўтказилади (трансплантация) (расм-4.72, 4.73).



**Расм-4.72.** Антрум билан аттик очилгандан сўнг ажратилган шиллиқ қават бўлаги кўндаланг кесимидан *annulus tympanicus* гача тик кесиб ағдарилади.



**Расм-4.73.** Ажратилган шиллиқ қават бўлаги ногора пардага ўралган. Кўприкни олиш.

**Тимпанопластика.** Ўрта қулоқнинг сурункали яллиғланишидан сўнг ҳосил бўлувчи эшитишнинг пасайишида (карлик) қўлланиладиган, эшитишни яхшилашга олиб келувчи бир

қанча ташрихлар йиғиндисига, тимпанопластика номи берилган. Бу усул Ватанимиз ҳамда чет эл отохирурглари орасида кенг қўлланилади. Отохирургияни ривожланишида ҳозирги замон аппаратлари ва аниқ ўлчагичларига суянган ҳолда қулоқни товуш ўтказувчи ва товуш қабул қилувчи қисмларини аниқ мақсадга интилган ҳолда ўрганиш катта аҳамиятга эга. Бу ўрганиш ва текширишлар жарроҳлик микроскопи остида 5-20 маротаба катталаштирилган ҳолатда ўтказилади. Товуш ўтказувчи системанинг йўқ қисмлари (асосан эшитиш суякчалари) ҳар хил протезлар, полиэтиленлар, пластмассаларнинг бошқа турлари билан алмаштирилади. Бу жарроҳлик сурункали ўрта қулоқ яллиғланишининг даволашни ҳамма томонларини: яллиғланишнинг тугатилиши, бош мия асоратларидан сақлаш ва эшитишни яхшилашни қамраб олади. Эшитишни яхшилаш мақсадида қўлланиладиган тимпанопластика беморда чиғаноқнинг функционал резерви сақланганда қўлланилади. Бу резерв аудиограммада ҳаво суяк ўтказувчанлик билан белгиланувчи чизиқ орасидаги фарқда аниқланади. Сурункали отитларнинг қайталаниши, айниқса, лабиринтитлар, бош мия асоратланиши ва септикопиемик асоратлар бўлганда тимпанопластика жарроҳлиги ўтказилади. Товуш қабул қилувчи тизимнинг ўта яллиғланишида, эшитув найининг ўтказувчанлиги бузилганда, тимпанопластиканинг Вульштейн ва Чельнер усули қўлланилади.

**Кўрсатма:** эшитув суякчаларини тўла сақлаган ва уларнинг ҳаракатини бузмаган ҳолда ногора парда тешилади. Бу турдаги ташрихга кўрсатма - ўрта қулоқда яллиғланиш йўқ, лекин ногора парданинг нуқсони бор. Тимпанопластиканинг II тури: бу турдаги жарроҳлик эшитишни ўтказиш тизими соғломлигида ўтказилади. Тимпанопластиканинг III тури: овоз ўтказувчи тизимнинг сандонча ва болғача сопи емирилганда қўлланилади. Бунда ногора парда ёки унинг ўрнини босувчи материал тўғридан тўғри узангичанинг танасига ёпиштирилади ва товуш тўлқинлари ўртадаги сандонча ва болғачасиз узангича орқали ички қулоққа узатилади. Фақат бунда узангичанинг ҳаракат фаолияти сақланган бўлиши керак. Бу турдаги ташрих сандонча ва болғачанинг емирилишидан ташқари улар атрофини грануляция ва холестеотома ўраб олганда ҳам қўлланилади.

Тимпанопластиканинг IV туридаги ташрих товуш ўтказувчи суякчаларнинг емирилишида фақат узангича думалоқ дарчани то-



вуш тўлқинларидан ҳимоя қилиши учун қўлланилади. Тимпано-пластиканинг V туридаги ташрих узангича овал дарча билан жипслашиб кетган ва уларни бир-биридан ажратиш мумкин бўлмаган ҳолларда қўлланилади. Ташрихдан асосий мақсад янги овал дарча ҳосил қилишдир ёки стапедэктомия.

**Тимпанопластиканинг асоратлари:** I ташрих ўтказилаётган вақтида рўй бериши мумкин бўлган асоратлар: юз нервининг шикастланиши, узангичани беҳосдан олиб ташлаш, вестибуляр аппаратни таъсирланиши. II ташрихдан сўнгги даврдаги асоратлар (жарроҳликдан сўнгги биринчи ва иккинчи ҳафта) юз нервининг атрофи ва шу нерв эзилиши натижасида шикастланиши, жарроҳликдан сўнгги инфекция натижасида лабиринтит белгилари пайдо бўлади.

## ИЧКИ ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Лабиринтит-ички қулоқнинг яллиғланиши. Инфекцияни тарқалиш йўлига кўра лабиринтитларнинг тимпаноген, менингеал ва гемотоген турлари бўлади. Патологик ўзгариш тури ва касалликнинг кечишига кўра: ўткир, сурункали, сероз лабиринтит, йирингли лабиринтит, некротик лабиринтит, чегараланган ва диффуз лабиринтитлар фарқланади.

**Тимпаноген чегараланган лабиринтит.** Ривожланиши - асосан сурункали йирингли ўрта отитларда суякларни емирилиши натижасида яримойсимон найнинг суяк қисми емирилиб оқма яра йўли ҳосил бўлади ва бу йўл орқали инфекция лабиринт ичига киради.

**Белгилари:** баъзан бош айланиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, спонтан нистагм. Нистагм кўпчилик ҳолларда хаста қулоқ томонга йўналган бўлади ва мувозанат бузилади. Асосий белгилардан бири - прессор нистагм. Беморнинг хаста қулоғи ташқи эшитув йўли ҳаво билан тўлдирилганда нистагм ўша томонга, ҳаво қўйиб юборилганда эса нистагм қарама-қарши томонга йўналади. Нистагм билан биргаликда бошқа вестибуляр белгилар бош айланиши, кўнгил айнаши ва нистагм томонга секин оғиш кузатилади. Тутқаноқ орасида эса колорик ва айлантириш синамаларида лабиринтитнинг қўзғалувчанлиги сақланиб қолади. Лекин бу ҳолларда қўзғалиш секинлашади. Характерли белгилар-

дан бири ўрта қулоқ яллиғланишида эшитиш сақланиб қолиши, баъзи ҳолларда пасайишидир.

**Оқибати:** чегараланган лабиринтитларда жарроҳлик йўли билан чакка суяқларининг емирилган қисмини олиб ташлаш соғломлаштиришга, агар емирилган, йирингли қисм олиб ташланмаса диффуз лабиринтитга олиб боради.

**Ташҳис:** анамнези, касаллик тарихи, ўзига хос лабиринтли хуружлар, эшитишнинг бироз камайиши ёки сақланиб қолиши, оқма яра белгиси асосида қўйилади.

**Давоси:** қатъий ётиш режими. Лабиринтит қайталанганда антибиотиклар, сульфаниламидлар берилади, дегидратация (вена ичига 40%ли глюкоза эритмаси ва 40% гексаметилентетрамин эритмаси) юборилади, холестеотома бўлганда эса лабиринтитни очмасдан жарроҳлик ўтказиш тавсия этилади.

**Ўткир диффузли серозли лабиринтит.** Кўпроқ ўрта қулоқнинг яллиғланишида, баъзи бир ҳолларда сурункали яллиғланишда ҳам учраши мумкин. Касаллик кўзгатувчи (токсинлар) лабиринт ичига овал ва думалоқ дарчаларнинг яллиғланиши ва уларнинг ҳимоя вазифаси бузилиши натижасида ўтади.

**Белгилари ва кечиши:** сероз лабиринтитларнинг асосий белгилари эшитишни бирданига пасайиши, соғлом ёки хаста томонга бўладиган нистагм, кўнгил айниши, қайт қилиш, бош айланиши ва мувозанат бузилишидир. Кохлеар ва вестибуляр функция тўла бузилиши камдан-кам учрайди. Кўп ҳолларда лабиринтни калорик ва айлантириш синамаларига жавоби оз миқдорда бўлса ҳам сақланиб қолади. Сероз лабиринтитларда эшитиш ва вестибуляр функциялар бироз тикланади, йирингли лабиринтитларда эса эшитиш ва вестибуляр аппаратнинг периферик қисми нобуд бўлади.

**Давоси:** доимий тинчлик, антибиотиклар, сульфаниламидлар, дегидратация. Ўткир йирингли ўрта отитда асоратсиз ёки ўрта қулоқни сурункали яллиғланишини қайталанишида дори билан даволаш кўп ҳолларда соғайишга олиб келади. Мастоидитнинг яққол кўринишида ёки сурункали эпителимнитни диффуз сероз лабиринтит билан асоратида тўғридан-тўғри сўргичсимон ўсимтада жарроҳлик кўрсатилган, чунки бу ҳолларда бош мия ичи асоратига хавф кўпроқ бўлади.

**Ўткир йирингли диффуз лабиринтит.** Ўзининг кечиши ва оқибати билан оғир кечувчи касаллик ҳисобланади. Унинг мия ичига берадиган асоратлари (менингит, бош мия абсцесси) хавфлидир.

**Белгилари ва кечиши:** йирингли лабиринтит биринчи кунлариданоқ ўзининг тез бошланиши ва кечиши билан фарқланади.

**Асосий белгилар** - қаттиқ бош айланиши, кўнгил айнаиши, қайт қилиш, мувозанат бузилиши, спонтан нистагми аввал ҳаста томонга, сўнгра эса соғлом томонга йўналишидан иборат. Вестибуляр белгилар билан бир қаторда йирингли лабиринтитларда тўла карлик кузатилади. Ўткир йирингли лабиринтит кечишининг 2-3 ҳафтасида лабиринтит белгилари аста-секин сўнади ва латент лабиринтит даврига ўтади. Соғайиш даврида эса емирилган лабиринтит вазифаси компенсацияланади, яъни қайт қилиш спонтан нистагм, мувозанатни йўқотиш аста тикланади. Лекин эшитиш функцияси тикланмайди. Тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши бош мия асоратининг бошланиши ҳисобланади. Юқоридаги санаб ўтилган белгилар ва касалликнинг кечишига асосланиб, йирингли лабиринтит ташрихи қўйилади. Кохлеар ва вестибуляр функцияни тўла бузилиши йирингли лабиринтитни асосий белгиси ҳисобланади.

**Давоси:** мастоидит ёки сурункали отит бўлиши ўрта қулоқда тезда антротомия ёки радикал жарроҳлик ўтказиш зарурлигини талаб этади. Лабиринтит ўзи алоҳида касаллик бўлганда антибиотиклар билан даволанади, бунда ташрих кўрсатилмаган. Аммо миячанинг лабиринтоген абсцессиди ташрих тўғридан-тўғри кўрсатилган, чунки абсцессга лабиринт орқали бориш йўли бошқа йўлларга қараганда энг осон йўлдир, айниқса, абсцесс чуқур жойлашганда бу йўл жарроҳликка боришни енгиллаштиради. Даволашни ҳамма шартларида антибиотиклар, сульфаниламидлар, дегидратация ўтказиш жарроҳликкача бўлган даврда ва жарроҳликдан сўнги даврда ҳам давом эттирилади. Некротик лабиринтит асосан сил, скарлатиноз, қизамиқдаги отитларда кўпроқ учрайди. Бу яллиғланишнинг асосий хоссаси чиринди ҳосил бўлишидир. Антибиотикларнинг кенг қўлланилиши натижасида лабиринтитнинг бу тури камроқ учрайди.

**Менингоген лабиринтит.** Менингоген лабиринтит эпидемик лабиринтитлардан кўпроқ учрайди ва инфекция субарахноидал бўшлиқ орқали лабиринтга ўтади. Менингоген лабиринтда энг кўп учрайдиган йирингли ажралма, камроқ серроз лабиринтит кузатилади ва асосан иккала қулоқни ҳам эгаллайди. Лабиринтни бу турида эшитишни тўла йўқотилиши ва лабиринтни сезувчанлиги йўқолиши кузатилади. Даволаш юқумли касалликлар бўлимида ёки неврология бўлимида ўтказилади.

**Гематоген лабиринтит.** Гематоген лабиринтит энг кам учрайдиган касаллик. Юқумли касалликлар, хусусан, бош мия касаллиги белгиларсиз ўтганда, шунингдек, эпидемик паротит, сифилис ва бошқа касалликларда инфекция ички қулоққа қон орқали ўтади. Бу турдаги касалликнинг кечиш белгилари ҳар хил. Баъзида лабиринтнинг таъсирланиши кучли борса, баъзи ҳолларда бунинг акси, яъни лабиринтни биров ёки тўла таъсирланиши йўқлиги билан характерланади.

**Давоси:** антибиотиклар, сульфаниламидлар, дегидратацион муолажалар.

### **ЎРТА ҚУЛОҚДАГИ СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШНИНГ БОШ МИЯГА БЕРАДИГАН АСОРАТЛАРИ**

Бош мия асоратлари ўткир ўрта отитда, шу билан бир қаторда сурункали ўрта отитларда ҳам кузатилади. Бунинг асосий сабаби ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишидир. Лекин ўрта қулоқнинг йирингсиз яллиғланишида ҳам бош мия асорати кузатилиши мумкин. Бунда катта ногора парданинг бутунлиги сақланади. Ўткир ўрта қулоқнинг яллиғланишида учрайдиган асоратлар, асосан мастоидитдан сўнг рўй беради. Ўткир ўрта отитга нисбатан, сурункали ўрта отитларда бош мия асоратлари кўп учрайди. Энг кўп асоратлар сурункали эптитпанитда, мезотимпанитда, айниқса, эптитпанитларни холестеотома билан асоратланишида учрайди. Камдан-кам ҳолларда эса сурункали мезотимпанитда бош мия асоратлари учраши кузатилади. Бош мия асоратларининг ривожланишида стрептококк ва стафилококкларни ўрни катта. Баъзи ҳолларда ўткир тумовда,

гриппдан сўнгги ўрта отитларда ҳам бош мия асоратлари кузатилади.

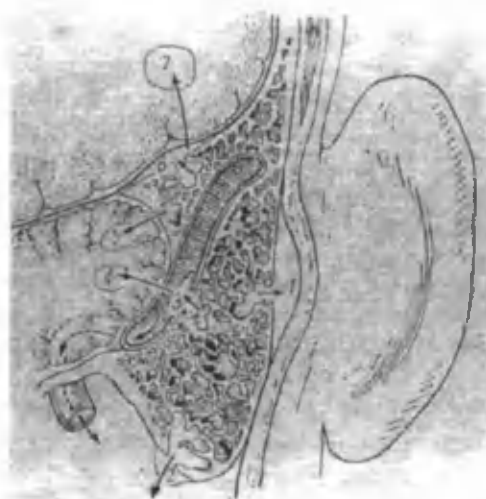
**Инфекциянинг ўтиши йўллари.** Ўрта қулоқ бўшлиғида камдан-кам, аммо ички қулоқ бўшлиғидан бош мияга ҳар хил йўллار билан ўтиши мумкин. Бош суяги ўрта чуқурчасига инфекция асосан 3 йўл орқали ўтади: (В.О.Калина 1957 й.) 1-бевосита ноғора бўшлиқнинг юқори девори, сўргичсимон ўсимтадаги горнинг юқори девори, ташқи эшитув йўлининг юқори девори, лабиринт (юқори яримойсимон най), орқа бош суяк чуқурчаси (тозсимон тожнинг емирилиши). 2-олдиндан тайёр йўли ўрта қулоқ бўшлиқларининг юқори девори дегесценцияси, суяк чоклари орқали. 3- қон-томирлари бўйлаб: ноғора бўшлиқ юқори деворининг вена қон-томирлари бўйлаб, бош мия пўстлоғининг синуслари (кўндаланг, юқори, горли, ташқи синуслари). Инфекциянинг бош мияга ўтишининг энг кўп йўли (бевосита йўли), ноғора бўшлиқ ва горнинг юқори деворлари, сўргичсимон ўсимта, галвирсимон хужайралари орқали ўтишидир. Чунки бу деворлар бош суяк чуқурчаларини ҳосил қилишда иштирок этади. Инфекциянинг бош мияга ўтишининг яна бир йўли (кўпроқ сурункали йирингли ўрта отитларда) ноғора бўшлиқ ва сўргичсимон ўсимтанинг суяк деворлари (сўргичсимон ўсимта ички деворининг эгрисимон чуқурчаси ва лабиринт суякларининг аста-секин емирилишида, яллиғланиш жараёни бош мия пўстлоқларига етиб боради (ўрта ва орқа чуқурчалар) яллиғланиш жараёни бир қанча вақт мобайнида бош мия қаттиқ пўстлоғи ташқи юзасида давом этиши мумкин. Баъзи ҳолларда жараён аста-секин ички қаватларга тўрсимон ва юмшоқ қаватларга ўтади, сўнгра мия тўқимасига тарқалади.

Инфекциянинг эгрисимон чуқурчага (синусга) тарқалиши сепсисга олиб боради. Бош мия асоратларига сабаб бўладиган инфекцияларга, стафилакокк, стрептококк, ичак таёқчалари, протейлар, анаэроблар киради. Бош мия асоратларига: экстрадурал абсцесс, субдурал абсцесс, сигмасимон синус, камдан-кам горсимон синус, тромбофлебит ва сепсис, йирингли лептоменингит, бош мия ва мия абсцесси, арахноидит (сероз менингит) киради.

**Экстрадурал, эпидурал абсцесс (ташқи пахименингит).** Ноғора бўшлиқдан, сўргичсимон ўсимта катакчаларидан ёки пира-

мида чўққисидан йирингни, бош мия пўстлоғи қаттиқ қавати билан чакка суяклари ички девори орасига тўпланиши натижасида экстрадурал абсцесс ҳосил бўлади. Бундай абсцесс энг кўп *tegmen tympani* ва *tegmen antri* соҳасида, сўнгра сўрғичсимон ўсимта ички юзасида, камдан-кам ҳолларда пирамида чўққисидан (ички экстрадурал абсцесс) юз беради.

Экстрадурал абсцесс белгилари асосан ўрта қулоқдаги йирингли яллиғланиш билан боғлиқ бўлади. Тана ҳарорати кўтарилиши кам ҳолда учрайди, бош оғриши, баъзида абсцессни ўрта қулоқ бўшлиғига ёрилиши кузатилади. Бунда ташқи эшитув йўлида йирингли ажралиш бирданига кўпаяди. Кўп ҳолларда абсцесс ташрих пайтида аён бўлади, унда чириган суякни олиб ташлангандан сўнг мия пўстлоғининг қаттиқ қавати очилиб қолади (расм-4.74).



**Расм-4.74. Отоген асоратларнинг ҳосил бўлиш чизмаси.**

1) ташқарига тешилиши (суяк пардаси остига; 2) ўмов тўш сўрачсимон мускул остига очилиши; 3) сигмасимон синусга очилиши ва синус тромбоз ҳосил бўлиши; 4-5) миёча абсцесс ҳосил бўлиши; 6) экстрадурал абсцесс ҳосил бўлиши; 7) бош мия чакка қисми абсцессининг ҳосил бўлиши.

### **СУБДУРАЛ АБСЦЕСС (ИЧКИ ПАХИМЕНИНГИТ)** **(*absessus subduralis*)**

Субдурал абсцесс экстрадурал абсцессни мия қаватига нисбатан ичкарига тарқалишида ҳосил бўлади. Агар бу процесс қаватлараро ёпишишига йиринг қаватлар орасида тўпланса,

қаватлараро ёки чегараланган касалланиш характерлидир, икки томонлама касалланиш жуда кам учрайди.

**Этиопатогенез:** касалликнинг ривожланишига ҳар хил қарашлар мавжуд. Бир қатор текширишларда ички қулоқнинг суюқлик алмашинувидаги бузилиш ички қулоқ суюқлигининг ошишига олиб боради, дейилса бошқа текширишларда қон-томирларнинг нерв толалари патологиясига аҳамият берилади (вегетоангио-невроз). Ўрта қулоқда йирингли ажралма бўлмаганлиги ҳолда юқорида кўрсатилган белгиларга асосан ташҳис қўйиш қийинчилик туғдирмайди.

**Давоси:** хуруж вақти ва ундан кейинги биринчи кунларда ётиш режими белгиланади, тузсиз парҳез, суюқлик ва углеводларни ичишни чегаралаш, сўргичсимон ўсимта соҳасига зулук солиш, оёқни ванна қилиш тайинланади. Ўткир хуружни барта-раф этиш мақсадида Сяябро кукуни, платифиллин гидротартат 0,003-0,005г., кофеин-бензоат натрий 0,1г., натрий бромид 0,15, лабиринт хуружида қайт қилиш бўлганда 2,5% аминазин 1,0 мл., 1%-1,0 димедрол, 5%-0,5 эфидрин эритмаси м/о, беморни барокамерага жойлаш эшитишни тезда ўз ҳолига келтиради. Лабиринт ичи гипертензиясини ҳисобига 40% глюкоза эритмаси, кальций хлор эритмаси билан биргаликда, шунингдек 25% магний сульфат эритмаси вена ичига, шунингдек, атропин эритмаси билан папаверин эритмаси м/о юборилади, азрон, беллоид, белласпон, никотин кислотаси қўлланилади. Хуружлар орасидаги даврда эса 5% кальций хлор эритмаси билан электрофорез (Шербак бўйича ёки воротник) қилинади. Дори-дармон билан даволаш фойдасиз бўлганда ташрих ўтказилади. Ташрихни бир қанча тури мавжуд: натрий хлорид кристалларининг думалоқ дарчага аппликацияси, эндолимфатик қопчани очиш, субарахноидал эндолимфатик шунт қўйиш (саккулотомия), ўзангича пластинкаси остидан тешиб лабиринтни декомпрессиясини ўтказиш. Касалликнинг охириги даврида вестибуляр нервни кесиш, бузиш қўлланилади. Ўта оғир ҳолларда: қаттиқ бош айланиши ва тўла карликда лабиринт химик йўл билан (спирт инъекцияси), механик йўл билан (лабиринтоэктомия) ёки термик (ультратовуш, криотаъсир) йўл билан бузилади.

**Экстрадурал абсцесс** белгилари асосан ўрта қулоқдаги йирингли яллиғланиш билан боғлиқ бўлади. Тана ҳарорати кўтари-

лиши кам ҳолда учрайди, бош оғриши, баъзида абсцессни ўрта қулоқ бўшлиғига ёрилиши кузатилади. Бунда ташқи эшитув йўлида йирингли ажралиш бирданига кўпаяди. Кўп ҳолларда абсцесс ташрих пайтида аён бўлади, унда чириган суяк олиб ташлангандан сўнг мия пўстлогининг қаттиқ қавати очилиб қолади.

## БОШ МИЯ ВА МИЯЧА АБСЦЕССИ

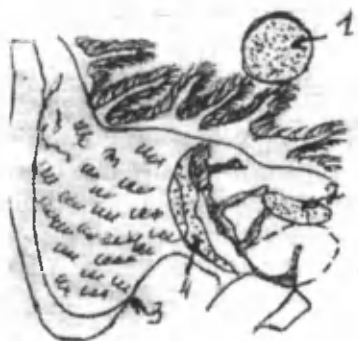
Ҳажм жиҳатидан катта абсцесслар бош мия оқ моддасида, бош миянинг чакка бўлимида ёки миячада, камдан-кам энса пешона, кўприк соҳасида, мия оёқчасида, узунчоқ мия, орқа мия ва соғ қулоқ (контролатерал) соҳасида учраши мумкин.

**Этиология ва патогенез:** бош мия абсцесси кўпроқ ўрта қулоқнинг сурункали яллиғланишида, баъзида ўткир яллиғланишида учрайди. Ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишида ноғора парда бутунлиги сақлангани ҳолда, бош мия абсцесси кузатилиши мумкин (йирингсиз жараёнларда). Бу жараён ўткир ўрта отит клиник соғайишидан кейин отоскопик текширувда патологик кўринишсиз аниқланган ҳолатлар ҳам бор. Бош мия абсцесси сурункали эпителимпанитда, айниқса холестеотома билан асоратида кўп учрайди. Сурункали мезотимпанитда эса кам учрайди. Абсцесс бактериал текширилганда унга стрептококк, стафилококк, диплококк, ичак таёқчалари, анаэроб, протей, яъни сурункали ўрта отитлар қўзғатувчиси аниқланган. Абсцесснинг ривожланишига умумий инфекция касаллик натижасида организмни қаршилиқ кучи пасайиши, чакка суяклари тузилишининг ўзига хослиги (ортиқча ҳаво катакчалари мавжудлиги, айниқса чакка суяги чўққисида) синуснинг юзаки жойлашиши, ўрта мия чуқурчасининг паст жойлашиши ёрдам беради. Бош миянинг чакка соҳасидаги абсцесси кўпроқ бевосита йўл билан (инфекция тарқалиши, ноғора бўшлиқ ёки горнинг юқори деворининг емирилиши натижасида) кечади. Шу билан бир қаторда инфекция қон-томирлар бўйлаб ва дегисценция орқали (ноғора бўшлиқ юқори деворининг туғма камчилиги) ёки суяк чоклари орқали ўтади. Мияча абсцессида эса инфекция некроз бўлган лабиринт орқали (сурункали йирингли ўрта отитларда) ёки сигмасимон бўшлиқда тромб ҳосил бўлганда ўтади. Йирингли лабиринтда инфекцияни миячага ўтиши лабиринтни суяк қисми емирилиши натижасида (кўпроқ орқанги яримойсимон най орқали) лабиринт



олди ҳужайралари орқали (бевосита йўл) ёки тайёр йўл орқали (чиганоқ водопроводи, даҳлиз водопроводи ёки ички эшитув йўли) ўтади. Энг кам учрайдиган абсцесслар бирламчи жараёндан узоқда жойлашгани, синуснинг тромбозида кузатилади. Чакка суякларидан инфекция бош миёга тарқалганда, бош миёнинг қаттиқ пардаси чидамлилиги ва қон-томирлар билан кўп таъсирланиши натижасида йирингнинг бош миё тўқимасига ўтишидан сақлайди. Шу сабабли кўп ҳолларда экстрадурал абсцесс бош миё абсцесси ривожланишининг бир босқичи ҳисобланади.

**Патологик анатомияси:** бош миёнинг абсцесс билан чегараланган тўқимасида экссудация ривожланган, жараён бошланишида эса кўп қон-томирлари билан таъминланган бириктирувчи тўқима ва кўпчилик ҳужайралар–лейкоцитлар, фибробластлар ва донасимон ҳужайралар, жараён охирида эса лимфоцитлар, плазматик ҳужайралар учрайди, донасимон ҳужайралар эса учрамайди. Агрофил ипчалар турида гистиоцитлар учрайди. Бу зонада амалда бактериялар бўлади. Кўрсатилган зона ташқарисидан яна ҳам зичроқ коллаген қават (бириктирувчи тўқимадан тузилган) учрайди. Охирги қавати қанчалик мустаҳкам бўлса, абсцесс қопчаси шунча ривожланган бўлади. Бош миё миёча абсцессларининг кўпчилигида охирги қават аниқ ривожланмаган, ҳатто капсула ҳам яллиғланиш жараёнини вақтинча ушлаб туради. Вақти келиб атрофдаги капсула (айниқса сурункали ўрта отитнинг қайталанишида) ёрилиб чиқади (расм-4.75, 4.76, 4.77).



Расм-4.75. Бош миё, миёча абсцесси, сигмасимон синус тромбози. 1) бош миё абсцесси; 2) миёча абсцесси; 3) сўргисимон ўсимта; 4) сигмасимон синус тромбози.

**Расм-4.76. Бош мия абсцесси.**

- а) экстрадурал абсцесс (очик); б) экстрадураль абсцесс (ёпиқ); в) субдурал абсцесс; г) бош мия абсцесси.*



**Расм-4.77. Бош мия абсцесси чакка суягидаги яллиғланиш ўчоғига яқин жойлашган.**



**Белгилари:** клиник кечиши нуқтаи назаридан бош мия абсцессиди 4 та давр фарқланади. 1-бошланиш даври, 2-латент кечиши, 3-аниқ белгилар билан кечиши, 4-терминал даври. Бошланиш даври 1-2 ҳафта давом этиб, қуйидаги белгилар билан кузатилади: бош оғриши, тана ҳароратининг кўтарилиши ( $37,5^{\circ}$  ва ундан баланд) кўнгил айниши, қайт қилиш ва ўзини ёмон ҳис этиш ва ҳоказо. Бу белгилар бош мия қаватларининг баъзида жарроҳликдан сўнги даврида етарли вақт ўтишига қарамай, бемор бўшашиб ўзига келолмаслиги ҳам мумкин. Бу инфекция ки-

ришига нисбатан реакциясидир. Агар кечаётган абсцесс жараёни етарли тўсиққа учраса, бош мия қаватларига тарқалмайди ва касалликнинг латент даври келади. Бу даврда инфекция секин-аста бош мия тўқимасига ўтади. Беморнинг тана ҳарорати мўътадиллашади (қон таҳлиллари мўътадиллик доираси), бемор юзини оқариши, иштаҳа йўқлиги, бош оғриши одатда ўрта қулоқнинг яллиғланиши билан боғланади. Баъзида латент даврда юқоридагилар ҳам бўлмаслиги мумкин. Бу даврда касаллик оғир кечиши кўзга ташланади ва динамикада касаллик ёмонлашиб боради. Бемор бош оғришига, иштаҳани йўқлиги, умумий ҳолсизликдан шикоят қилади, ранги оқаради, тери баъзида тупроқ рангида бўлади, озиб кетади.

Бу белгиларни аниқ кўриниши даврида 4 гуруҳга бўлиш мумкин. Биринчи гуруҳ белгилари умумий йирингли касалликларда учрайдиган белгилардир, умумий ҳолсизликка, иштаҳа йўқолиши, тилнинг оқиш қараш билан қопланиши, озиб кетиш, ич тутилиши. Умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлардан қонни ивиш вақтини тезлиги катта аҳамиятга эга. Иккинчи гуруҳ - бош мия тўқимасининг шиши ва унинг ички босимини ортиши натижасида руёбга чиқарилган белгилар - кучли бош оғриши, баъзи ҳолларда абсцесс жойлашган соҳада бўлади ва бармоқ билан эзиб кўрилганда оғриқ кучаяди. Пульснинг секинлашиши, брадикардия (минутига 45-60 марта) кўз тубидаги ўзгаришлар, қайт қилиш (овқат ҳазм қилиш билан боғлиқ бўлмаган), энса мускулларининг тортилиши. Жерниг белгиси бош мия ва мияча абсцессини бошланиш белгиларидир. Асабни бузилиши кузатилади.

Орқа мия суюқлигида унча катта бўлмаган пиоцитоз, оксил миқдорини кўпайиши, орқа мия пункциясида суюқлик босими ошади. Учинчи гуруҳ - бош мия пўстлоғи ости ядролари ва ўтказувчи системасини абсцесс эзиши натижасида келиб чиқадиган белгилар: пирамидал белгилар (Бабинский, Оппенгейм симптомлари) контрлатерал гемипарез ва параличлар, ички капсула босими натижасидаги анестезия кўзга ташланади. Баъзида кўрув нервнинг фалажи, п. oculomotorius кўз қорачиғи кенгайиши, қовоқ птози, п. hypodlossus фалажи, уч шохли нервни невралгияси (gangl. Haseeri босилиши). Тўртинчи гуруҳ - маҳаллий жараёни энг қимматли белгиларидир. Бу белгилар мия абсцесси атрофидаги тўқималарни емирилиши натижасида келиб чиқади.

Сенсор афазияда бемор гапирилган гапни эшитсада уни тушунмайди. Парафазия - сўзларни алмаштириш, сўзлашганда нотўғри сўзларни танлайди.

## МИЯЧА АБСЦЕССИ

Мияча абсцесси - сурункали йирингли ўрта отитни энг оғир асоратларидан биридир. Инфекциянинг лабиринт орқали сигмасимон синус ёки эндолимфатик қопча *saccus endolymphaticus* орқали ўтиши натижасида келиб чиқиши мумкин.

**Клиник белгилари:** инфекциянинг тарқалиш йўли билан боғлиқ бўлади. Инфекциянинг синусоген тарқалишида маҳаллий белгилар сигмасимон ва кўндаланг бўшлиқ тромбозидида кузатиладиган белгиларга хос бўлади. Титраш, тана ҳароратининг кўтарилиши (гектик турдаги), бош оғриши, лабиринт тоғли тарқалишида эса нистагм аввалига хаста қулоқ тарафига, беморни қарши томонга оғиши ва йиқилиши, юришнинг бузилиши кузатилади, бемор Ромберг ҳолатида мувозанатни сақлаши мумкин.

Тана мускуллари ассиметрияси ва мускул ҳаракатларининг бузилиши қуйидаги белгиларда намоён бўлади: адиахокинез - кафтни тез ва аста пронация ва супанацияси ўтказа олмаслиги, бармоқ - бурун синамасида бемор бармоғини бурун учига тўғри келтиролмайди, бармоқни бурун учи соҳасига яқинлаштиришида бармоқлар қалтирайди, «тизза-товон» синамаси қониқарсиз, бемор кўрсаткич бармоғи учларини тезда бир-бирига тўқнаштира олмайди. Бемор хаста қулоқни эзиб кўзларини соғлом томонга қаратиб ётишни афзал кўради, чунки бу ҳолатда беморда бош айланиши ва нистагм бироз пасаяди, лабиринт вазифаси сўнгганда нистагм соғ томонга ўтади ёки йўқолади. Терминал давр одатда бир неча кун давом этади ва ўлим билан тугайди. Ўсиб боровчи энцефалитнинг белгилари: бош мия тўқимасининг шишиши ва ҳаёт учун зарур бўлган марказларнинг фалажи рўй беради. Мияча абсцессидида кўпроқ нафас олиш аъзолари марказий фалажи рўй беради. Абсцесс бош мия қоринчаларига ёрилганда ва субарахноидал бўшлиғига ёрилганда ўлим тезлашади.

Текширишнинг қўшимча усулларига бош суяк рентгенографияси, экзонцефалография (М-эхо сурилиши), электроэнцефалография (орқа мия люмбал функция, ангиография, пневмо ва вентрикулография, сканирование) киради. Юқоридаги усуллар

касаллик белгиларини шу даражада текшириш талаб қилинганда ўтказилади. Бош мия орқа мия чуқурчаси абсцессиди люмбал функция эҳтиёткорлик билан ўтказилиши керак, чунки бирданига мияча тиқилиши ва IV қоринчани эзилиши кузатилиши мумкин. Мияча абсцессиди орқа мия (люмбал) функцияси муолажасиди суюқликни аста-секин чиқариш ва оз миқдорда олиш керак.

Абсцесс билан асоратланган беморди менингитнинг клиник белгилари бош мия абсцессиди белгиларини беркитади, бу эса ташҳис қўйишда қийинчилик туғдиради. Абсцессди маҳаллий белгиларнинг намоён бўлиши ташҳис қўйишда қийинчилик туғдирмайди. Отоген бош мия абсцессига гумон бўлганда ташҳис ташрих вақтида аниқ бўлади (кўпинча бош мия қаттиқ қаватида ўрта ва орқа мия чуқурчасиди патологик ўзгариш кузатилади, ҳаттоки абсцессга олиб борувчи йўл ҳам топилиши мумкин). Бунда бош мия пункцияси (чакка соҳаси ва мияча) ўтказилади. Абсцесснинг яширин «совуқ» кечишида, яъни абсцесснинг капсула билан қопланишида, бош мия босими унчалик ошмайди, кўпроқ қўшимча ташҳисий усуллар қўлланилади, бироқ ташҳис орқа мия суюқлигини текширишга асосланиб қўйилади. Отоген абсцессларни даволашда жарроҳлик усули қўлланилади.

Қулоқди кенгайтирилган радикал жарроҳлик, яъни абсцессни излаш ва уни очиш ўтказилади. Кенгайтирилган жарроҳликди оддий жарроҳлик ҳажмидан ташқари бош мия қаттиқ қавати орқа ва ўрта мия чуқурчаси соҳасидан очилади, зарур бўлса Траутман учбурчаги очилади. Пункцияди бош мия тўқимасига кириладиган игна 4 см чуқурликдан ошмаслиги керак. Пункцияди йирингли ажралма олинса, игна ўша ҳолатди қолдирилиб, игна бўйлаб бош мия қаттиқ қавати кесилади, сўнгра игна ёнидан қулоқ қисқичи ёпиқ шаклди абсцессгача киритилиб, 1,5-2 см кенгайтирилиб, қисқич очиқ ҳолди абсцессдан чиқарилади. Бу билан бош мия тўқимасидан абсцессгача йўл очилади, сўнгра бу йўлди резинали қўлқопдан тайёрланган дренаж қўйилади.

Абсцессни отиотрик жарроҳлик билан даволашдан ташқари нейрохирургик йўл билан даволаш усули ҳам мавжуд. Бу даволаш усули ҳам отоген абсцессларнинг кўплигиди, абсцессларнинг контрлотерал жойлашувида, абсцесслар қулоқдан ичкарида жойлашганда, абсцессларнинг сурункали кечишида ва унинг қобиғи қалинлигиди қўлланилади. Жарроҳликдан сўнги даврди

даволаш учун антибиотиклар, дегидратацион терапия, қон қуйиш ўтказилади. Юқори калорияли ва витаминли овқатланиш, сийдик ва ахлат келишини тўғри йўлга солиш, беморни умумий парвариши катта аҳамиятга эга. Жарроҳлик ва антибиотиклар билан даволашнинг муваффақиятлигига қарамай, отоген абсцессларда ўлим юқори даражада сақланиб қолмоқда. Бунга сабаб ташҳиснинг ўз вақтида қўйилмаслигидир.

## ОТОГЕН МЕНИНГИТ

Инфекциянинг тарқалиш манбаи кўпроқ чакка суякларнинг йирингли яллиғланиши (ўткир ва сурункали отит, лабиринтит) ва ундан инфекциянинг тўрсимон ости бўшлиғига ўтишидир. Бироқ бошқа йўл инфекция бош мия маҳаллий жараён ҳосил қилиб, субдурал абсцесс, синусни йирингли тромби, сўнгра бош мия қаватларини емиради. Масалан, абсцессни мия қоринчалари ёки арахноидал бўшлиқ остига ёрилиши. Патологик текширишда бош мия қаватлари гиперемияси ва шиши, шунингдек томир деворларининг инфильтрацияси аниқланади. Экссудат сероз, кўпроқ йирингли фибрин аралашмаси билан бўлади. Бош мия чуқурчалари силлиқлашади. Кўпинча бош мияга ёндош қисмларда реакция кузатилади (шиш, энцефалит).

**Белгилари:** қаттиқ бош оғриғи, думғаза соҳасидаги оғриқ, беморлар сержаҳл бўлади, ёруғлик ва шовқинни кўтармайди, тана ҳарорати кўтарилади, «мия қайти» (мозговая рвота), пульс аввалига секинлашиб, сўнгра тезлашади. Бош оғриғи кейинчалик чидаб бўлмас даражага етади, оғриқ кўпинча пешона ва энса соҳасида, уч шохли нерв тармоқларида сезилади, умуртқа суяги ўсимталари эзиб кўрилганда оғриқ пайдо бўлади. Терининг умумий гиперэстезияси юзага келади. Кўпинча herpes labialis кузатилади. Беморлар кўпроқ ёнбошга ётиб оёқлари букилган, боши орқага ташланган ҳолда бўлади.

Доимий ва эрта намоён бўлувчи белгилардан энса мускули тортилиши, Керник белгисидир. Энса мускулининг тортилиши шу даражага етадики, ҳатто беморнинг боши ёстиқ ичига кириб кетади. Кўпинча Бабинский, Брудзинский, Опленгейм белгилари кузатилади. Характерли белгилардан яна бири-бирданига қўзғалиш белгиларидир: беморлар бирданига ўрнидан туриб кетади, қичқиради, кафти билан ҳавони тутати, кўрпани тортади,

баъзида эса ҳақиқий қалтироқ бошланади. Яллиғланишни нерв толаларига тарқалишида эса муносиб нервлар фалажи, яллиғланишнинг орқа мияга тарқалишида эса сийдик пуфаги сфинктери фалажи ва тўғри ичак сфинктери фалажи (сийдик ва аҳлат тута олмаслик) рўй беради. Кўз тубида кўрув нерви чеғараларининг ноаниқлиги; ҳушнинг кирди-чиқдилиги, унинг тўла йўқолиши билан алмашади. Ўлимдан олдин кўпинча Чейн-Стокс типигади нафас олиш кузатилади.

**Кечиши:** баъзида менингитнинг жуда тез кечувчи тури айниқса, ўткир отитларда, яъни инфекция, периваскуляр йўл ёки томирлар анастомози орқали тезда арахноидал ости бўшлиғига тарқалади. Менингитнинг енгилроқ кечувчи сероз ва оддий йирингли тури бўлади. Сероз менингит кўпроқ болаларда бўлиб, токсинларни орқа мия суюқлигига тарқалиши билан (колтерал токсик менингоэнцефалит) боғлиқдир. Сероз менингитлар ташҳиси орқа мия суюқлиги таҳлиliga асосланади (юқори босим, бироз катта плеоцитоз, асосан лимфоцитлар ҳисобига, оқсил миқдорини манфийлиги ёки оз миқдордаги мусбатлиги) ҳамда касалликнинг хавфсиз кечиши билан характерланади. Сероз менингитларда маҳаллий энцефалит белгилари кузатилади, масалан ёлғон абсцесс, бунда кўпроқ қўрқув нерви сўргичини тўлиши кузатилади.

Йирингли менингит ташҳисини қўйиш юқоридаги белгиларга асосланади (қулоқдан йирингли ажралиш, отоскопик кўриниши, бош оғриши, тана ҳароратининг юқорилаши, қондаги лейкоцитоз 20000 ва ундан юқори, Керинг белгиси) ва орқа мия суюқлиги таҳлили билан тасдиқланади. Йирингли менингитга хос орқа мия суюқлиги босимининг ошиши, лойқаланиши (озгина лойқаланишдан сут рангигача)  $1 \text{ мм}^2$  да оқсил миқдорининг ошиши ўн, юз ва мингта ҳужайра  $1 \text{ мм}^2$  да оқсил миқдорини асосан полинуклеар ҳисобига ошиши (Панди ва Ноннеаппелита белгиси мусбат) ҳам хосдир. Орқа мия суюқлигида бактерияларни бўлиши шарт эмас, уларнинг аниқланиши касалликнинг оғир кечишида кузатилади. Лекин бунда даволаш учун антибиотикларни адекват танлаш осонлашади.

**Таққосий ташҳис:** отоген йирингли менингит сил ва эпидемик цереброспинал менингит билан фарқланади. Эпидемик цереброспинал бирданига бошланади ва ташҳис орқа мия

суюқлигида менингококклар топилиши билан тасдиқланади. Сил менингити кўпроқ болаларда учрайди ва аста-секин кечиши билан характерланади ва бунда бошқа ички аъзолар ҳам сил билан зарарланади. Орқа мия суюқлиги ички босими ошади, аммо суюқлик тиниқ бўлади, бироз пиоцитоз - бунда лимфоцитлар ҳисобига бўлади. Орқа мия суюқлиги пробиркада сақланганда суюқлик устида қоплама ҳосил бўлади. Кўп ҳолларда суюқликда сил таёқчалари аниқланади. Оқсил, қанд, ферментлар миқдори йирингли жараёнга нисбатан оз миқдорда кузатилади.

Болаларда кечадиган ўткир отитларда кузатиладиган менингизм, сероз менингитни бошланиши ҳисобланади. Менингизм белгиларининг камлиги ва орқа суюқликдаги озгина ўзгариш билан характерланади. Ўрта қулоқдаги йирингли жараён тугаши билан менингизм белгилари ҳам йўқолади. Шуни эса сақлаш керакки, менингитлар гриппда, пневмонияда ва ич терлама касалликларида, риноген йўл билан ҳам тарқалиши мумкин. Даволашда ўрта қулоқни кенгайтириб очиш ҳамда иккиламчи жараённи (бўшлиқлардаги тромблар, экстра ва субдурал абсцесслар, бош мияга тарқалиши ва лабиринтитлар) даволаш қўлланилади. Ўткир ўрта отитларда мастоидэктомия, сурункали ўрта отитларда эса ўрта қулоқдаги радикал жарроҳлик, ўрта ва орқа мия чуқурчаларини очиш билан ўтказилади. Антибиотиклар катта дозада (гематозэнцефалик тўсиқни енгиш учун) пенициллин ёки стрептомицин (баъзида иккаласи бирданига) берилади. Сульфаниламидлар жуда яхши таъсир кўрсатади. Касалликнинг оғир кечишида антибиотикларни қўллашга қарамасдан орқа мия суюқлигида бактериялар йўқолмаган тақдирда, антибиотиклар (орқа мияга) бирданига 50000-75000 ЕД янги тайёрланган ҳолда юборилади. Юқоридаги миқдордаги кристалл ҳолдаги пенициллин 2 мл. физиологик эритмада эритилиб, шприцга олинади, орқа мия пункциясида 10 мл. атрофида орқа мия суюқлиги олиниб, игнани чиқармасдан 2 мл. пенициллинни эритмаси билан шприц уланади, сўнгра унинг устига 3-4 мл. орқа мия суюқлиги тортилади, натижада пенициллин ва орқа мия суюқлиги аралашади, сўнгра аралашма жуда секинлик билан 1-2 минут давомида орқа мия найига юборилади. Қайта орқа мия пункциясида бактериялар топилмайди. Бундан ташқари дегидратацион терапия, суюқлик юборилади, десенсибилизация мақсадида кортикостероидлар ва антигистамин препаратлари қўлланилади. Да-



волашнинг комплекс қўлланилишида отоген менингитларда ўлим ҳолатлари камаяди. Беморларнинг касаллигини даволашда касалликни эрта аниқлаш, беморни шифохонага ётқизиш катта аҳамиятга эгадир.

## СИНУСТРОМБОЗ ВА СЕПСИС

Септикопиемия оқибатидаги жараёнлар ўткир ва сурункали отитларда, айниқса, сурункали отитларнинг қайталанишида учраши мумкин. Асосий ўтиш йўли қон орқали, чакка суяги атрофидаги вена ва бўшлиқлар ҳисобланади. Камдан-кам ҳолларда лимфа томирлари орқали ўтиши мумкин. Бўшлиқ деворларининг йирингли жараёнга яқин қисми яллиғланишга флебит билан (деворларни яллиғланиши) жавоб беради, сўнгра томир ички қисмида тромб ҳосил бўлади, кўпроқ сигмасимон бўшлиқда манфий босим, клапанларни йўқлиги, қонни бўйинтуруғ вена пиёзчасига келмаслиги бўшлиқдаги қон ҳаракатини секинлаштиради ва тромб ҳосил бўлишини осонлаштиради.

Флебит ҳосил бўлганда эса яллиғланиш аста-секин томир деворларини ёппасига эндотелийгача эгаллайди. Бунда томир-ички деворида фибрин ҳосил бўлиши, қон ҳаракатини янада қийинлаштиради. Бундай шароитда тромб тезда катталашиб, тўсиқ ҳосил қилади, баъзида қоннинг ивиши ва тўпланиши қизил тромб ҳосил қилади, агар фибрин кўп миқдорда бўлса оқ тромб, унга бактерия ва унинг токсинларини таъсир этиши тромбни йирингли тарқалишига, баъзида бўшлиқ деворларининг емирилишига олиб боради, йиринг ва тромбни чеккасидан ажралган бўлими аввалига юракнинг ўнг бўлмасига, сўнгра ундан кичик қон айланиш тизимига ўтади (ўпкага метастазлар тарқалади). Катта қон айланиш системасидан метастазлар юракка, сўнгра бўғимларга ва бошқа аъзоларга ўтади. Қонни веноз йўли орқали зарарланиши пиемия (қонда йиринг) деб аталади. Бундан ташқари токсинемия ва бактериемия кузатилади. Сепсис одатда метастазларсиз кечади, бунда доимий юқори ҳарорат, буйрак, талоқ, жигар зарарланиши кузатилади.

**Белгилари:** отоген пиемиянинг характерли белгилари: тана ҳароратининг тезда кўтарилиб 39-41°C га етиши, қалтирашнинг кучайиши ва тана ҳароратининг бирданига мўътадиллашиб, со-

вук терлаш билан кечиши кузатилади. Тана ҳароратининг бир кунда бир ёки икки марта кўтарилиши характерлидир. Беморлар бош оғриғидан шикоят қилади. Ташҳиснинг энг қимматли белгиси оғ-риқ чегараланган шиш эмиссария чиқиш жойида (Гризингер белгиси)дир.

**Отоген пиемияга хос белгилар:** метастазларни ўпка, бўғимларда (оғриқ, шиш) бўлишидир. Агар септик белгилар кучли бўлса, касаллик оғир кечади, церебрал белгилар кўпроқ кузатилади (масалан алахсираш), тана ҳароратининг баланд, доимий типда бўлиши, пульс тезлашади, баъзида ипсимон (минутига 120 маротаба) уради. Ташҳис қўйиш одатда қийинчилик туғдирмайди. Агар йирингли отитларда ташқи эшитув йўлида йирингли ажралиш равон бўлиб, тана ҳарорати 39°C ва ундан юқори бўлса, шифокорнинг диққат-эътибори беморда синустромбоз борлигига шубҳа уйғотиши керак. Ташҳис тана ҳароратининг кечиши билан тасдиқланади (малярияни рад этиш керак). Қонни экилганда - кўп ҳолларда стрептококк ва пневмококк ўсиши кузатилади. Ташҳис қўйиш қуйидаги ҳолда қийинчилик туғдириши мумкин: агар жарроҳлик вақтида бўшлиқ деворлари соғломлиги кузатилса, пункция манфий бўлса, бунда остеофлебит (яъни кичик суякчалар веналарни тромбозиди) ёки лимфатик пиемия, ниҳоят бўйинтуруқ венаси пиёзчасини бирламчи тромбози ҳақида ўйлаш керак ва бунда пиёзча қисми топилиб пункция қилиниши шарт. Синустромбоз билан отоген менингит дифференциал ташҳисиди, синустромбозда пиемия белгилари юқори туради, менингитда бўлса церебрал белгилар юқори туради. Орқа мия суюқлиги таҳлили катта аҳамиятга эга (синустромбозда оз миқдорда плеоцитоз кузатилиши мумкин).

**Оқибати:** ўз вақтида даволашни комбинацияда - жарроҳлик ва дори-дармон билан қўшиб ўтказиш яхши натижага, кеч ўтказилган жарроҳлик ва даволаш ёмон оқибатга олиб келади.

**Давоси:** синусда ўтказилган жарроҳлик одатда мастоидотомия ёки ўрта қулоқдаги радикал жарроҳликка тўлдиради. Синусни зарарланган девори топилгач, бўғин бўшлиқ бўйича тромбни олиб ташлаш учун дарча очилади. Синусдан геморрагия кузатилса синус Уайтни усулида беркитилади, яъни жарроҳликда суяк қирғоғи ва синус девори ораллиги докали тикиш билан беркитилади. Агар ички бўйинтуруқ венасида тромб ҳосил бўлганлиги аниқланса, уни бўйин орқали кесиш топилади ва тромб ос-

тидан боғланади. Жарроҳлик усули ҳар доим антибиотикларни қўллаш билан мустаҳкамланади (пенициллин, стрептомицин ва б.). Бошқа даволаш усулларида қон қуйиш (кам дозада), аутовакциналар, глюкоза, витаминлар, юрак гликозидлари, дегидратацион терапия қўлланилади.

### Отоген бош мия асоратларининг белгилари (жадвал)

Белгилари	Сепсис, синустромбоз	Менингит	Бош мия абсцесси	Мияча абсцесси
Умумий аҳволи	Тана ҳароратининг кўтарилиши, қалтироқ тутиши, кўп терлаш	Тана ҳарорати юқори, ҳуши йўқолиши	Тана ҳарорати мўътадил, оз миқдорда ошиши мумкин	Тана ҳарорати мўътадил, оз миқдорда ошиши мумкин
Бош оғриши	Озгина, маҳаллий эмас	куз соҳаси эзилганда тарқалган, қаттиқ бош оғриги кучаяди	Бош оғриги чакка соҳасида, бош суягини перкуссиясида кучаяди.	Ўтиб-ўтиб, энса соҳасида, бош суяги перкуссиясида кучаяди.
Бош мия эзилиши белгилари (қайт қилиш, пульс кўз туби тўлақонлиги)	Характерли эмас	Пульс тезлашган, нотўғри қайт қилиш, кўз тубидаги тўлақонлик кам кузатилади	Пульс секинлашади, кўнгил айнаши, қайт қилиш, кўз тубидаги тўлақонлик кўп кузатилади	Бош мия абсцессига ўхшаш
Ҳаракат белгилари	Характерли эмас	Қалтираш, тери ва пай рефлекторининг кучайиши	Шоллик ва фалажлик тескари томонда	Шоллик ва фалажлик хасталиги қулоқ томонда.
Нистагм	Касалланган томонга қарама-қарши бўлиши мумкин.	Худди шундай	Худди шундай	Хасталанган томонга
Орқа мия суюқлиги	Кўпроқ ўзгармаган	Лойка, нейтрофилли плеоцитоз, полинуклеоз, қанд миқдорини озайиши, босимни ортиши	Тиниқ ёки бироз лойка, лимфоцитоз, қанд ва оксил миқдори ошган, оксил ҳужайрали диссоциация	Бош мия абсцессига ўхшаш.
Жарроҳлик пайтида олинган далиллар	Синусда пульснинг бўлмаслиги	Емирилиш кенглиги	Кўпроқ холестеотома ва бош мия қаватларининг емирилиш натижасида очилиб қолиши	

## АРАХНОИДИТ

Орқа мия чуқурчаси арахноидити - кўп учрайдиган асорат бўлиб, сурункали йирингли отит билан йўлдош бўлиши мумкин. Арахноидитларни худди шу жойда ривожланиши анатомик тузилиши хусусиятларига боғлиқ, яъни инфекциянинг ички қулоқдан орқа мия чуқурчасига тарқалиши осон кечади, арахноидитни бошланиши отитни қайталаниши билан мос келади, кейинчалик эса умумий аҳволнинг ёмонлашиши оралиқ инфекциянинг қўшилиши ва сурункали отитларнинг қайталанишида тозаловчи жарроҳлик ўтказилмаганда рўй бериши мумкин.

**Клиник кўриниши:** бош оғриғининг тутиши, мияча кўприк бурчагининг зарарланиш белгилари билан характерланади.

**Белгилари:** нистагм, тутқаноқ пайтида бўладиган, бош айланиши, Ромберг ҳолатида ўзини тута олмаслиги, ҳаракат аъзолари координацияси ўзгармайди. Уч шоҳли нерв функцияларининг енгил даражада бузилиши, юзида гипостезия ва корнеал рефлексларнинг пасайиши кузатилади. Ликвор гипертензияси кўз тубидаги ўзгаришларга олиб келади. Кўрув нерви сўргичларини тўлалиги касаллик даврларида ҳар хил бўлади, баъзида кўрув нерви атрофиясига олиб бориши мумкин. Кўриш масофаси бунда ўзгармайди. Орқа мия суюқлиги бироз оқсил ҳужайрали диссоциация-0,66, камдан-кам гидроцефал, оқсил миқдорини озаёиши 0,26-0,099%.

Юқоридаги клиник кўринишлар отитларнинг қайталаниши вақтида бўлиб, умумий аҳволни ёмонлашиши кузатилса, бош мия абсцесси билан дифференциал ташҳиси ўтказилади. Отоневрологик текширишлар натижалари катта аҳамиятга эга. Баъзида радикал жарроҳлик пайтида (ўрта қулоқ) траутман учбурчаги соҳасидан пункция қилиниб кўрилади. Бунда игна арахноидал соҳасидаги кистага тушиши ва уни бўшатиши мумкин, шундан сўнг аҳвол яхшиланади. Арахноидит ташҳиси беморни шикоят, сурункали ўрта отит билан хасталаниши, бош оғриши, бош айланиши, умумий ҳолсизлик ва объектив текширишга асосланиб қўйилади.

**Давоси:** ташрих ва дори-дармон ўтади. Ўрта қулоқда кенгайтирилган радикал жарроҳлик ўтказилади ва антибиотикотерапия ўтказилади. Антибиотикотерапия касалликнинг кечисига

қараб буюрилади. Орқа мия чуқурчасида кенг кистоз жараён бўлса нейрохирургик жарроҳлик ўтказилади.

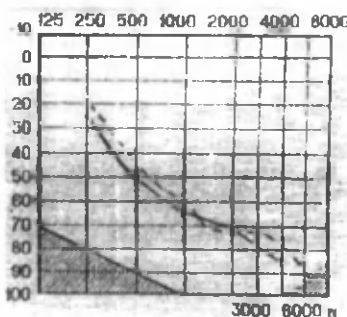
## ҚУЛОҚНИНГ ЙИРИНГСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

**Эшитиш нервининг фалажи.** Касалликнинг бу гуруҳига - эшитув анализаторининг марказий ва периферик қисми атрофик - дегенератив ўзгариши ва яллиғланиши киради. Касалликдаги эшитув анализаторини периферик қисмига эшитув нервининг яллиғланиши ва чиганоқнинг патологик ўзгариши киради.

**Этиологияси:** эшитиш анализаторининг яллиғланишига организмга ички ёки ташқи муҳитнинг таъсири сабаб бўлиши мумкин. Бу таъсирлардан энг кўп учрайдиган юқумли касалликлар, дориларни токсик таъсири, ишлаб чиқариш токсинлари, шикастланиши (баротравма, акустик травма, вибрацион травма) қўшилиши мумкин. Фалаж баъзида ўрта қулоқнинг яллиғланишида, отосклероз-ички қулоқни отосклеротик ўзгаришида ҳам бўлиши мумкин.

**Патологик анатомия:** яллиғланишнинг инфекцион турида (инфекцион неврит) бошланғич стадиясида яллиғланиш реакцияси нерв атрофини ўровчи бириктирувчи тўқимада, сўнгра қон томирларда кечади ва экссудат ҳосил қилади. Яллиғланиш оғир кечганда нерв толаларини емирилиши, кейинчалик эса дегенератив атрофик ўзгаришга олиб келади. Бундай ҳодиса спирал органнинг нейроэпителий ҳужайраларида (чиганоқда) рўй беради (расм-4.78).

**Расм-4.78.** Инфекцион касалликлар сабабли келиб чиққан нейросенсор карликда тонал аудиограмма.



**Белгилари:** эшитув нервнинг фалажида қулоқдаги шовқин, эшитишнинг пастлиги, асосан эшитишни қабул қилувчи қисмининг бузилиши билан боғлиқ бўлади. Юқори товушларни қабул қилиш пасайиши, суяк ўтказувчанликни қисқариши ва эшитишни пасайиши, карлик бир неча кун хатто бир неча соатда рўй беради. Фалажда қулоқдаги шовқин яллиғланиш ва дегенератив ўзгаришнинг белгиси баъзи ҳолларда эса қон томирларни таъсирланишининг натижаси бўлиши мумкин. Эшитув функциясини бузилиши билан бирга вестибуляр анализаторларни бузилиши биргалиқда кечиши мумкин, бунда вестибуляр анализаторни таъсирланиши (бош айланиши, мувозанатни бузилиши, спонтан нистагм) кузатилади. Аммо бу вақтда вестибуляр анализаторда кечаётган ўзгаришлар секин бориши сабабли бемор вестибуляр ўзгаришларни сезмаслиги мумкин.

**Ташҳис:** Кохлеар фалаж ташҳиси қўйишда, ўрта қулоқ яллиғланишини даволашдан сўнг олинган хулоса, клиник маълумотлар, топик ташҳис қўйишда анамнез йиғиш, эшитишни камертон ва аудиометр ёрдамида текшириш ҳисобга олинади. Фалажда эшитишнинг пасайишини, бош мия ўсмаларидаги ва ички қулоққа қон қуйилишида эшитишни пасайиши билан фарқлай билиш керак. Асосий фарқли белгилардан бири эшитув нерви фалажи кўпроқ икки томонлама бўлади, қон-томир касаллигида, бош мия ўсмасида эшитув анализаторининг бузилиши кўпроқ бир томонлама бўлади.

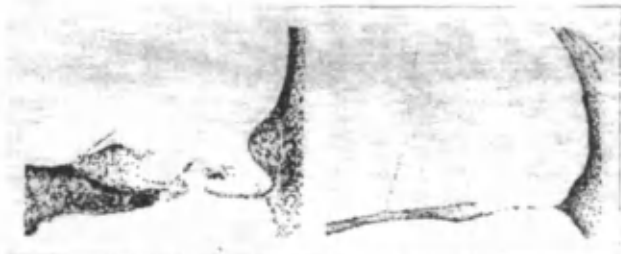
**Давоси:** нерв тўқималарида дегенератив атрофик ўзгариш рўй бергунга қадар бўлган даврда ўтказиладиган даво муваффақиятли бўлиши мумкин. Пенициллин 500000 ЕД. бир кунда 4-6 марта, тетрациклин 200000-300000 ЕД. 4-6 марта, алоэ экстракти (1,0 мл тери остига № 20-30, шишасимон тана 2 мл т/о № 15-20, никотин кислотаси, прозерин, галантамин, ўткир интоксикацияда эса (масалан, стрептомицин билан) унитиол, витаминлар (В1, В6, В12) тер ҳайдовчи, сийдик ҳайдовчи дорилар. Касалликнинг сурункали интоксикациясида эса токсинлар киришини олдини олиш, витаминлар инъекцияси билан биргалиқда аппилак 0,01г., тил остига кунига 3 маҳал №30 м/о 1% 1,0-2,0 мл. №3 кокарбоксилаза 50 мг. №30. Метаболизмга таъсир этувчи

дорилардан пирогенал даволаш курси 20 МПД дан бошлаб м/о кунора 20 МПД кўшиб борилади ва 700 МПД га етказилади.

**Даволашнинг бошқа усули:** АТФ, кокарбоксилаза, пирогенал, кавингтон. Комплекс даволаш мақсадга мувофиқдир. Юқо-ридаги дори-дармонлардан ташқари витаминлардан В гуруҳи, витамин А, аскорбин кислотаси, томир кенгайтирувчи дорилар (папаверин, платифиллин) иккала қулоқ соҳасига 5% ли калий йод эритмаси билан электрофорез ўтказилади.

**Оқибати:** эшитишнинг қайси даражада бузилиши билан боғлиқ ва даволаш қанча эрта бошланса ва касалликнинг кечиши бир ойдан ошмаса, яхши натижаларга эришилади.

**Меньер касаллиги.** Меньер касаллиги - ички қулоқнинг яллиғланишсиз кечадиган туридир. Бу касаллик 1861 йили француз медеги Проснер Меньер томонидан қайд этилган. Бу касалликнинг асосий белгиларига: хуруж кўринишида ўткир кечиши киради. Беморда сурункали отит бўлмаган ҳолда бирданига бош айланиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, қулоқда шовқин, эшитишнинг пасайиши, мувозанатни бузилиши, бемор ётган жойида битта ҳолатни қабул қилиши пайдо бўлади. Объектив текширишда нистагм кузатилади. 2. Хуружни қайталаниши - улар одатда секин бир неча соат ёки кун, баъзида ҳафта, оғир ҳолатларда эса қисқа вақт ичида, енгил кечганда эса йилига бир маротаба бўлиши мумкин. 3. Хуруждан сўнг вестибуляр аппарат функциясининг тўла тикланиши, эшитиш функциясининг пасайиши кучаяди (карликка олиб боради). Меньер касаллигида қулоқнинг бир томонлама касалланиши характерлидир, икки томонлама касалланиш жуда кам учрайди (расм-4.79, 4.80).



**Расм-4.79.** Меньер касаллигида эндолимфа ҳажми катталашиб, мембрананинг чўзилишига ва йиртилишига олиб келади, масалан, Рейснер мембранасини.

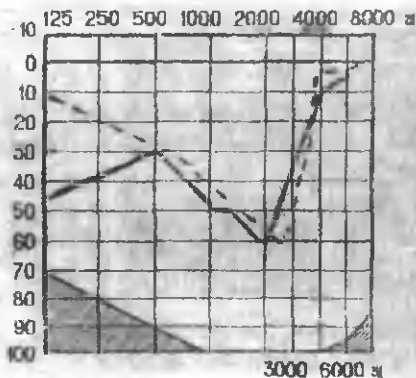


**Расм-4.80. Чап меъёрдаги отолитлар.**

*Ўнда Менъер касаллиги билан касалланган бемордаги отолитлар.*

**Этиопатогенез:** касалликнинг ривожланишига ҳар хил қарашлар мавжуд. Бир қатор текширишларда ички қулоқнинг суюқлик алмашинувидаги бузилиш ички қулоқ суюқлигининг ошишига олиб боради, дейилса бошқа текширишларда қонтомирлар, нерв толалари патологиясига аҳамият берилади (вегетоангионевроз). Ўрта қулоқда йирингли ажралиш бўлмаганлиги ҳолда юқоридаги белгиларга асосан ташҳис қўйиш қийинчилик туғдирмайди (расм-481).

**Расм-4.81. Менъер касаллигида тонал аудиограмма.**





**Давоси:** хуруж вақти ва ундан кейинги биринчи кунларда ётиш режими белгиланади, тузсиз пархез, суюқлик ва углеводларни ичишни чегаралаш, сўргичсимон ўсимта соҳасига зулук солиш, оёқни ванна қилиш тайинланади. Уткир хуружни бартараф этиш мақсадида Сиябро кукуни, платифиллин гидротартат 0,003-0,005г., кофеин-бензоат натрий 0,1 г., натрий бромид 0,15; лабиринт хуружида қайт қилиш бўлганда – 2,5% аминазин 1,0 мл., 1%-1,0 димедрол, 5%-0,5 эфидрин эритмаси м/о қўлланилади. Беморни барокамерага жойлаш эшитишни тезда ўз ҳолига келтиради. Лабиринт ичи гипертензияси ҳисобига 40% глюкоза эритмаси, кальций хлор эритмаси билан биргаликда, шунингдек 25% магний сульфат эритмаси вена ичига юборилади. Шунингдек, атропин эритмаси билан папаверин эритмаси м/о юборилади, аэрон, беллоид, белласпон, никотин кислотаси қўлланилади.

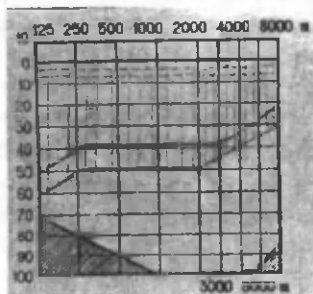
Хуружлар орасидаги даврда эса 5% кальций хлор эритмаси билан электрофорез (Шербак бўйича ёки воротник) қилинади. Дори-дармон билан даволаш фойдасиз бўлганда ташрих ўтказилади. Ташрихнинг бир қанча тури мавжуд: натрий хлорид кристалларининг думалоқ дарчага аппликацияси, эндолимфатик қопчани очиш, субарахноидал эндолимфатик шунт қуйиш (саккулотомия), узангича пластинкаси остидан тешиб лабиринтни декомпрессиясини ўтказиш. Касалликнинг охириги даврида вестибуляр нервни кесиш, бузиш қўлланилади. Ўта оғир ҳолларда эса бош айланишнинг оғир ҳолида ва тўла карликда лабиринт химик йўл билан (спирт инъекцияси), механик йўл билан (лабиринтоэктомия) ёки термик (ультратовуш, криотаъсир) йўл билан бузилади.

**Отосклероз.** Лабиринтнинг суяк қисмида ўзига хос дистрофик ўзгариш бўлиб, клиник жиҳатидан узангичанинг анкилози ва ўсиб боровчи карлик билан характерланади.

**Этиология ва патогенез:** этиологияси аниқ эмас. Мавжуд ғояларга асосланиб эндокрин ва алмашилиш бузилиши остео-склерозни келтириб чиқаришини айтиш мумкин. Лекин бу ғоялар тасдиқланмаган. Касалликнинг ирсият билан боғлиқлиги ҳам аниқ маълум эмас. Товуш тебранишлари ҳақидаги теория диққатни ўзига тортади (Н.В.Белогоолов). Бир хил муаллифлар отосклероз келиб чиқишини нерв-трофик ўзгариш билан

боғлашади. Иккинчи бир муаллифлар отосклерозни эндокрин вегетатив бузилиш билан, яна бошқа муаллифлар марказий нерв тизими патологияси билан боғлайди.

**Патологик анатомия:** компакт суяк тўқимасининг сийрак (спонгиоз) суяк тўқимасига ўтиши алоҳида-алоҳида жойларда кечади: кўпроқ овал дарчанинг лабиринтга қараган юзасида, сўнгра секин-аста тарқалиб ҳалқасимон боғлам ва узангичанинг пластинкасини эгаллайди, оқибатда узангичанинг ҳаракатини чегаралаб қўяди. Алоҳида отосклеротик ўзгаришлар чиганоқнинг ҳар бир бўлимида, ҳатто ички эшитув йўлида ҳам учраши мумкин. Бундай ҳолларда аста-секин ривожланиб бориб нерв тўқималарининг ўлишига олиб боради. Касаллик кечишининг оғирлиги унинг капсулага тарқалишидир (баъзида капсулани тўла эгаллаши). Капсула морфологик жиҳатдан суяк тўқимасини томирлар билан кўп таъсирланганлиги ва бу капсула тўқимасида фиброз ва вояга етмаган суякларни бўлиши билан характерланади.



**Расм-482. Отосклероз билан касалланган бемор аудиограммаси ташрихдан кейин ҳаво-суяк ўтказувчанлиги фарқи йўқолиши.**

**Белгилари ва кечиши:** бу касаллик учун эшитишнинг пасайиши доимий белгидир. Бу овал дарча соҳасида узангичанинг ҳаракати чегараланиши билан боғлиқдир. Бундан ташқари асосий мембранадаги Кортиев органининг ўлиши, ички эшитув йўлида нервнинг бузилиши билан боғланади. Узангичанинг анкилозида эшитишнинг пасайиши товуш ўтказувчи тизимни (паст товушларни қабул қилишни пасайиши) Ринне тажрибасини манфийлиги чиганоқнинг бир қисмида патологик ўзгариш бўлса, товуш қабул қилиш бузилади. Жараённинг чиганоққа тўла тарқалишида товуш ўтказиш ҳам, товуш қабул қилиш ҳам бузилади. Қулоқдаги шовқин кўп учрайдиган белгидир, бу ҳол 80% беморларда учрайди. Шовқиннинг пайдо бўлишини ото-

склерозга учраган тўқималарда қон билан таъминланишнинг кучайиши, ўсиб борувчи суяк тўқимасини нерв толалари охирларида таъсирлантириши билан бошланади.

Энг характерли белгиси *paracusis Villisi*, яъни беморлар тинч ҳолатдан кўра шовқин кучли бўлган жойда яхшироқ эшитадилар. Эшитишнинг пастлигини аниқлаш мақсадида эшитишни текшириш усуллари қўлланилади (шивирлаб гаплашиш, сўзлашувдаги гаплашиш), камертон ёрдамида ёки аудиометрия ёрдамида. Ногора парда отосклероз билан хасталанган беморларда айтарли ўзгаришсиз бўлади, кўп ҳолларда ташқи эшитув йўли кенг, деворлари юпқалашган қуруқ тери билан қопланган, қулоқ олтингурти гиперсекрецияси кузатилади. Баъзи ҳолларда ногора парда орқали пушти нурланиш кўринади. Бу отосклеротик жараён кўп томирлар билан таъминланиши белгисидир. Ринне тажрибаси 97% беморларда манфий, Политцер-Федеричи ва Желле тажрибалари манфий. Вебер тажрибасида товуш узангича кўпроқ боғланган томонга йўналади.

Отосклерознинг асосий белгиларидан яна бири карликнинг кучайиб боришидир. Касаллик асосан ёшлиқдан бошланиб, бир неча йиллар мобайнида карликка олиб боради. Аёлларда кўпинча туғишдан сўнг кучаяди. Баъзи бир ҳолларда вестибуляр аппарат таъсирланишининг кучайиши ёки пасайиши кузатилади. Бу ҳолда бемор кўнгил айниши, қайт қилиш, бош айланишига шикоят қилади. Бу белгилар кўпроқ хуруж шаклида бўлади.

**Ташҳис:** касалликни эрта бошланиши, эшитиш пасайишининг кучайиши, қулоқдаги шовқин, товуш ўтказувчанликнинг бузилиши, отоскопик патология ўзгариши йўқлиги, паракузис белгиси, Ринне, Желе тажрибалари манфийлиги, аудиометрия текширишлар отосклероз ташҳисини қўйишга асос бўлади.

**Давоси:** дори-дармонлар билан даволаш склеротик жараённи тугатишга ҳам, эшитишни яхшилашга ҳам ёрдам бермайди, лекин шовқинни озайтиришга ёрдам бериши мумкин. Бунда тестостерон пропионат зритмасини 1%-1,0 мушак орасига 2 кун ўтказиб 3 маротаба юборилади, шу билан бирга витамин Е, ундевит, декамевит қўлланилади. Кальций ва фосфор алмашинувини мўътадиллаштириш, сийрак суяк тўқимасини қалинлаштириш мақсадида кальций ва фосфор элементлари (фитин, фосфолен, кальций глицерофосфат) қўлланилади.

Эндокрин тизимига таъсир этиш мақсадида паратиреодин 1мл дан м/о кунига 2 маҳал қилинади. Физиотерапиядан 3-5% кальций хлор ёки 3-5% калий йод билан электрофорез, дерсенвал токи берилади. Узангичани ҳаракатлантириш мақсадида пневмомассаж қўлланилади. Охириги пайтларда отосклерозни даволашда жарроҳлик усули қўлланилмоқда (узангича мобилизацияси, стапедэктомия, лабиринт фенестрацияси). Жарроҳлик ўтказишдан мақсад товуш тебранишларини, товуш ўтказувчи суякчалардан перилимфага узатилишини тиклашдир. Жарроҳлик ўтказишда ўтказувчи суякчаларнинг ҳолати ҳал қилувчи ўрин тутуди (чиғаноқ резерви). Суякчалардаги морфологик ўзгаришга қараб (узангичанинг атрофидаги тўқималар билан склеротик бирикиши, унинг ҳаракатчанлигини отосклеротик қисмининг катталиги, узангича оёқларини ҳолатини) маълум бир турдаги жарроҳлик усули қўлланилади (узангичанинг бевосита ва билвосита мобилизацияси, узангичани олиб ташлаш ва уни тўғрилаш ёки протез билан алмаштириш). Охириги вақтларда стапедэктомия кенг қўлланилади. Бунда узангича тўла олиб ташланиб, ўрнига протез ўрнатилади.

Стапедэктомиянинг энг кўп тарқалган тури шу усулдир. Бунда полиэтилен протез ва порошокли тефлон протез қўлланилади. Бу усулда узангичанинг оёқчалари олиб ташлангач, узангича пластинкаси соҳаси тешилади, сандончанинг узун ўсимтасига тефлон протез поршен кийгизилади. Унинг дистал қисми узангича пластинкасидаги тешилган тешик орқали лабиринт даҳлизга киргизилади. Узангичада жарроҳлик ўтказиш муваффақиятсиз бўлганда ёки ўтказиш умуман бўлмаганда, лабиринт фенестрацияси, яъни горизонтал яримойсимон най соҳасидан янги овал дарча ёпилади. Узангичада ўтказилган жарроҳликдан ёки лабиринт фенестрациясидан сўнг кўпчилик беморларда эшитиш 60-80% яхшиланиши кузатилади.

## **ҚУЛОҚНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ**

Ташқи қулоқ ўсмалари - қулоқ супрасида ва ташқи эшитув йўлида жойлашади. Бу фибромалар, папилломалар, хондромалар, липомалар, ангиомалар. Ташқи эшитув йўлининг кам учрайдиган ўсмалари - эндотелиома (томирнинг эндотелийси-

дан), аденома ва аралаш ўсмалар. Кўп ҳолларда ташқи эшитув йўли экзостози учрайди, кўпроқ кенг асосда иккала томондан симметрик, баъзида бир томонлама. Улар белгисиз, фақат ташқи эшитув йўли тўла беркилишида эшитишнинг пастлиги, оғирлик сезиши безовта қилади. Даволаш асосан жарроҳлик йўли билан бўлади. Ўрта қулоқнинг хавфсиз ўсмаси - фибромалар, ангиомалар, остеомаларда (сўргичсимон ўсимта ва пирамида) ҳақиқий холестеотомалар камдан-кам ҳолларда учрайди. Камдан-кам ҳолларда нерв ўсмаси кузатилади (расм-4.83).



**Расм-4.83. Сўргичсимон ўсимта остеомаси.**

Улар *n.vagus* ноғора парда йўлида учрайди ва нервнинг қулоқ шохчаси ҳисобланади. Ўсмалар ўзининг тузилишига кўра ҳар хил катталиқда бўлади, кўп томирлар билан таъминланган. Ўсма ноғора бўшлиғидан ривожланиб, ноғора пардага бўртиб чиқади. У ноғора бўшлиғи деструкциясини чақиради. Бу эса карликка ва юз нервнинг фалажига олиб келади. Бўйинтуруқ чуқурчаси деструкциясининг чақириши IX-X-XI бош миядан чиқадиган нервлар фалажига олиб боради. Ўсма секин ўсиши, инфилтратив бўлмаган характердалиги билан фарқланади. Кўп ҳолларда қон кетиши кузатилади.

**Ташҳис:** отоскопик кўринишга, клиник кечишига, рентгенография, гистологик текширишга асосланади.

**Давоси:** жарроҳлик муолажалари, сўнгра нурлантириш, криохирургия даволаш усули, ўсмага инъекция юбориш (ташқи

эшитув йўлига тарқалганда), 10%-0,5 хинин гидрохлорид эритмасини юбориш (10-25) инъекция) керак.

## ЭШИТУВ НЕРВИ НЕВРИНОМАЛАРИ

Бу ўсма жуда кўп 11-13% бош мия ўсмасида учрайди, 30 ёшдан 40 ёшгача бўлган беморларда бу тузилиши бўйича хавфсиз, клиник кечиши бўйича миёча кўприк оралиғида жойлашса хавфли. Касаллик эшитишнинг секин-аста пасайиши ва карлик билан тугайди (кўпроқ битта қулоқда). Шуни айтиб ўтиш керакки, касаллик белгилари билан бир қаторда орқа мия суюқлигида оқсил миқдори бирданига ошади. Белгиларнинг намоён бўлиши ўсманинг катталиғига қараб кечади.

**Биринчи даври:** (ўсманинг диаметри 1,5 см) қулоқдаги шовқин, эшитишнинг пасайиши, баъзида қулоқдаги бироз оғриқ ёки бош оғриғи, ҳаракатнинг енгил бузилиши, юришнинг ишончсизлиги билан характерланади. Вестибуляр ўзгариши (қўзғалишни йўқолиши) ва тилни 2/3 олдинги қисмида таъм билмаслик кузатилади.

**Иккинчи даври:** (отоневрологик) ўсма ўлчами 1,5-4 см. гача, эшитишнинг пасайиши кучаяди (овоз қабул қилувчи турда). Спонтан нистагм пайдо бўлади (йирик тебранувчи касалланган қулоқ томонга) статика ва бошқа вестибуляр бузилишлар, бош миядан чиқувчи V-VI-VII нервлар фалажи, энса соҳасида бош оғриғи (бош мия ички босими ошишининг бошланғич белгилари) бу даврда ички эшитув йўли деструкцияси ва орқа мия суюқлиги оқсилхужайрали диссоциация бузилади. Беморда бу даврда жарроҳлик ўтказилиши мумкин.

**Учинчи даври:** невриномалар ўлчами 4,0-6,0 см. гача ва ундан катта. Бу давр нейрохирургик давр бўлиб, карликка олиб боради. Вестибуляр функция йўқолади, бу белгилар бош миянинг қаттиқ эзилиши натижасида келиб чиқади. Қўпол тоник, кўпчилик спонтан нистагм эса ўсманинг бош мия негизининг эзилишидан пайдо бўлади. Миёча зарарланиши кузатилади. Гипертензия кучаяди (қўрув нерви сўргичларини тўлалиги, кучли бош оғриши ва б.). Кейинчалик бульбар бузилишлар, кўпгина бош

мия нервлари зарарланиши, кўришнинг бузилиши, анаврозгача бўлади. Невринома кўриниши унинг ўсиш йўлига боғлиқ бўлади.

**Ташҳис:** эшитишни ва вестибуляр аппаратни текширишга, рентгенография (Стенверс бўйича суратда ўсма жойлашган тарафда ички эшитув йўлининг кенгайиши) натижасига қараб қўйилади.

**Давоси:** ташрих усули. II даврда ташрих кўпроқ соғайишига ёрдам беради).

## ҚУЛОҚНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

Ташқи қулоқнинг хавfli ўсмаларидан саркома диққатни ўзига тортади. Кўпроқ болаларда учрайди, меленома (пигментли ўсмалар). Бу ўсмалар регионар лимфа тугунларига эрта метастаз беради. Қулоқ супраси раки кузатилади ва ташқи эшитув йўли тоғай қисмининг раки ҳам кўп учрайди. Аввалига терида грануляция, бўртма ёки ярача пайдо бўлади (I давр), кейинчалик тоғай зарарланади (II давр), кейинроқ эса ўсма (III-IV давр) юзага келиб, ўсма юзга, бўйинга ва ўрта қулоққа тарқалади ва регионар лимфа тугунларига метастаз тарқатади.

## ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

**Рак ва саркома.** Саркома юмалоқ хужайрали пармасимон лимфасаркома ҳосил қилади, жуда кам ҳолларда, асосан болаларда учрайди.

**Давоси:** нур билан даволаш ёки электрокоагуляция қилиб, сўнгра нур билан даволаш. Ўрта қулоқ раки одатда сурункали йирингли ўрта отит заминида ривожланади. Шунинг учун ҳам кеч аниқланади. Ўсма кўпроқ аттико-антрал соҳадан ёки ноғора ҳалқа соҳадан чиқади. Ўсманинг охириги даврида отоскопик текширишда тугмасимон зонд билан тегилганда осон қоновчи полипли масса ноғора парданинг тешилган қисмидан чиқиб туради. Ўрта қулоқ ракига инфилтратив ўсиш хосдир, ўсиш қулоқ олди безига, пастки жағ бўшлиғига, ички қулоқ ва бош мияга қараб рўй беради.

**Белгилари:** қулоқдаги оғриқ, бош оғриғи, ҳидли қон аралаш йирингли ажралма, осон қоновчи қалин грануляция, юз нервнинг периферик фалажи, эшитишнинг бирданига пасайиши, охирги даврда эса Кохлеар ва вестибуляр функциянинг сўниши, кўп ҳолларда бош мия асоратларига олиб боради (менингит) (расм-4.84).



**Расм-4.84.** Кулоқ  
супраси раки.

**Ташҳис:** ўрта қулоқ раки, клиник кўриниши, цитологик текширишга ва рентгенографияга (чакка суяклари) асосан қўйилади.

**Давоси:** ҳамма усулларни қўллаш даволашнинг эффе́ктив усулидир. Ракнинг ўсувчи даврида (қулоқнинг тоғай, суяк қисмларининг зарарланиши, ракнинг регионар лимфа тугунларига тарқалишида) кенг жарроҳлик ўтказилади. Бирданига ташқи қулоқ чакка суяги, қулоқ олди бе́зи, пастки жағ бўғими олиб ташланади. Крайла типдаги жарроҳлик ўтказилади. Ракнинг тўртинчи даврида фақат нурли терапия ва химиотерапия ўтказилади.

## КАСБНИ ТАНЛАШ ВА ЭКСПЕРТИЗА

Касб танлаш - кишиларнинг меҳнат фаолиятини у ёки бу турига лаёқатлилигини аниқлаш. Бунда кишининг ишлаб чиқаришда ишлай олиши ёки ишлай олмаслиги, ҳарбий хизматчининг Қуrollи Кучларда хизмат қила олиши аниқланади. Ки-



шилар соғлигининг умумий ҳолати ҳисобга олинган ҳолда меҳнатнинг қайси турини танлаш маслаҳат берилади.

Касб танлашда тиббий қаршилик икки гуруҳга бўлинади: I қаршилик, соғлик ҳолатини касбга боғлиқлиги. Бунга ҳид билишни бузилиши (парфюмерия, озиқ-овқат ва химия саноатида). Эшитиш мўтадил бўлиши керак бўлган касбларда (двигателларни текширишда, музикантлар, ашулачилар, ер ости, ер усти транспорти ҳайдовчиларида) эшитишнинг пастлиги тўсқинлик қилади. Радио, телеграфистлар ва гидроакустикларда ҳам эшитиш яхши бўлиши керак.

Баландликда, сув остида ишловчиларга (денгизчилар, учувчи, космонавтлар) вестибуляр анализаторлар функцияси катта аҳамиятга эга. Отосклероз, Кохлеар неврит, Меньер касаллиги билан хасталанганларга шовқин билан ишлаш мумкин эмас. Овоз боғламининг доимий тебраниши юз берадиган касбларда (педагоглар, дикторлар, артистлар) ҳиқилдоқнинг сурункали касалликлари қаршилик кўрсатади.

Касб танлашда парашютчилар, учувчилар, кессончилар, денгизчилар, сув ости кемаларида хизмат қилувчиларда қулоқнинг барофунцияси ва бурун ён бўшлиқлари функциясини текшириш катта аҳамиятга эга. Қулоқнинг барофунцияси эшитув найининг ўтказувчанлиги ва ногора парданинг тебраниши билан боғлиқ. Ногора парданинг тебранишини отоскопик текширишда Зигле воронкаси (2,5 маротаба катталаштириш) билан аниқланади. Эшитув найи ўтказувчанлигини баҳолашда: оддий ютиниш, бурунни беркитиб ютиниш (Тойнба тажрибаси), бурун ва оғизни беркитиб нафас чиқариш (Вальсальва тажрибаси), қулоқ ички пайига Политцер усули бўйича ҳаво юбориш, эшитув найи катеризацияси ўтказилади. Вестибуляр функция ҳолати билан боғлиқ бўлган касбни танлашда, реактив ва товущдан тез учувчи авиацияда, космик авиацияда, шунингдек денгизчилар, юқорида ишловчи қурувчи-монтажчиларда вестибуляр функция текширилади.

Текширувларнинг ҳолати вегетатив реакциянинг даражасига қараб баҳоланади, В.И.Воячек ва ЛОР бўйича врачлик экспертизаси - меҳнат қобилиятини қай даражада пасайгани ёки йўқолганлигини аниқлаш ва унинг ишлаб чиқаришдаги шикастланиши билан боғлиқлиги, ёки ишлаб чиқариш таъсирида пайдо бўлган-

лигини аниқлаш мақсадида ўтказилади. Бундан ташқари, меҳнат қобилияти қай даражада, вақтинча ёки бутунлай йўқолганлиги аниқланади. Қулоқ, бурун, томоқ касалликларида меҳнат қобилиятини бутунлай йўқолиши камдан-кам кузатилади. Бундай ҳолат хавфли ўсма касалликларининг III-IV даражасида, Меньер касаллигининг оғир шаклида, ёки бошқа сабабли оғир вестибуляр функция бузилишида, доимий нафас олишнинг ва ютинишнинг қийинлигида кузатилади.

Меҳнатга лаёқатининг тўла йўқолиши касаллик бўйича ногиронлик гуруҳини кўриб чиқишни талаб этади. III-IV ва ҳатто I (меҳнат қобилиятини тўла йўқотганда). ЛОР касалликларида меҳнат қобилиятининг вақтинча йўқотилиши ва уларга касаллиги бўйича варақа бериш тўғрисида сўз юритилади. Меҳнат қобилиятини вақтинча ёки тўла йўқотилиши тўғрисидаги саволларга врач экспертиза ҳолатига қараб жавоб беради.

Ҳарбий хизматга чақирилувчилар, ҳарбий билим юртига кирувчилар, ҳарбий хизматчиларда Меньер касаллигининг оғир даражаси, иккала қулоқнинг тўла эшитмаслиги - карлик, карсоқов, қулоқ, томоқ, бурун, хиқилдоқ, трахея, сил, склерома, волчанка касалликлари аниқланса хизматга лаёқатсиз ҳисобланади. Ҳарбий медицина экспертизасини ўтказувчи врачга симуляция, агровация, диссимуляция кабилар дуч келади. Симуляция умуман йўқ касалликни бордек тасвирлаш, агровация - бор касалликни бўрттириб кўрсатиш, диссимуляция - бор касалликни беркитишга уриниш. Симуляция ва агровацияни аниқлаш мураккаб. Уларни аниқлашда Швартце, Люце, Говсеева тажрибалари қўлланилади. Эшитиш функциясига оид симуляция уч хил бўлади. 1-эшитишни пастлиги симуляция, 2-бир томонлама карлик симуляцияси, 3-икки томонлама карлик симуляцияси. Биринчи хил симуляцияни аниқлашда Каснер тажрибаси қўлланилади - текширилувчи билан суҳбатлашганда врач баланд овозда, сўнгра паст овозда гапирганда бемор қайта сўрамаса, симуляцияга гўмон қилиш мумкин. Бу мўлжал тажрибадир. Верниг усулида - текширилувчининг кўзи боғланади ва текшириш иккита врач томонидан олиб борилади. Бунда симулянт текширишни иккита врач, ҳар хил масофада гапираётганини билмайди, карлик симуляциясида текширилувчи албатта адашади: узоқдан айтилган сўзни қайтаради, яқиндагини қайтармайди. Бир томонлама кар-

лик симуляциясини аниқлашда куйидаги тажрибалар қўлланилади:

1. Шварц тажрибаси. Бунда соғлом қулоқ бармоқ билан беркитилиб, эшитиш, сўзлашув нутқи орқали текширилади. Симулянт қулоқни бундай беркитилишида қулоқ бутунлай эшитмайди деб ўйлаб, саволларга жавоб бермайди.

2. Маркс тажрибаси. Бунда Барани тебраткичи билан соғлом қулоқ беркитилади, эшитган ва тебраткич тебранишининг пасайгани ёки эшитмагани сўралади, агар эшитяпман деб жавоб берса, симулянт ҳисобланади, чунки тебраткич эшитишни соғлом қулоқда бутунлай тўсиб қўяди.

3. Люце тажрибаси. Бунда иккала қулоққа иккига ажратилган резинали най кийгизилади, у орқали сўзлар айтилади вақти-вақти билан гоҳ соғлом, гоҳ эшитмайдиган қулоқдаги резина най қисилади. Симулянт, албатта, эштади, адашади ва баъзида соғлом қулоққа уланган най беркилганда кам саволларга жавоб беради.

Икки томонлама карликни тасдиқловчи ёки рад этувчи қуйидаги тажрибалар мавжуд. Товушга қарши I - шартсиз рефлекс текширилади: а) ауро-пальпепбраль рефлекс (В.М.Бехтерев) товуш таъсирида коваклар кўтарилиб туриши; б) ауро-пупилляр рефлекс (Н.А.Кулигин) товуш таъсирида кўз қорачиғининг тез қисқариши ва секин кенгайиши (товуш интенсивлиги ДБ юқори бўлмаслиги керак).

II - И.П.Павлов бўйича шартли рефлекслар ҳосил қилиш методикаси. И.И.Кутепов тажрибаси - текширилувчи елкага қўл тегилиши ва «стук» сўзи айтилган вақтда қалам билан столни тақиллатиш керак. Бунда тактил ва сўзлов бир-бирини тўлдиради. Шунингдек, шартли рефлекс ҳосил қилинади, сўнгра елкага қўл теккизмасдан «стук» сўзи ўзи айтилганда текширилувчи столга қалам билан ура бошлайди. Эмизикли болаларда 3-4 ойликкача Вульфсон ва Фельдман бўйича товуш тебранишига шартли рефлекс ҳосил қилиш йўли билан эшитувни текшириш мумкин.

III - шартли рефлекс ҳосил қилишдан ташқари икки томонлама карлик симуляциясини аниқлаш тажрибалари мавжуд (А.А.Говсеев ва Люмбард тажрибаси). А.А.Говсеев тажрибаси - текширилувчининг елкасига сочиқ ёпиб, навбатдан қўл шетка

билан юргизилади. Текширилувчи елкасида нима юргизилаётганини аниқ айтади. Сўнгра врач бир вақтнинг ўзида елкага қўл билан, ўз халатига эса шетка юргизади, симулянт бунда елкасида шетка юргизилишини айтади, яъни адашади, ҳақиқий кар ҳеч қачон адашмайди. Люмбарда тажрибаси қуйидагича ўтказилади: текширилувчининг қулоғига Барани тебраткичи қўйилади ва текстни овоз чиқариб ўқиш таклиф этилади. Ўқиш пайтида овоз ўчирилади. Қулоқни беркитганда симулянт атайлаб овозини баландлатиб ўқийди. Ҳақиқий кар овозини ўзгартирмайди. Эшитишни анчадан бери йўқотган карни эшитувчи одам билан фарқлаш мумкин. Сўзлашув характериға қараб ҳақиқий кар таллаффузни нотўғри қилади, унинг сўзлашуви тушунарсиз.

## **СУРДОЛОГИЯ ВА ЭШИТИШНИ ПРОТЕЗЛАШ**

Сурдология - аудиологиянинг бир бўлими бўлиб, бир қатор патологик ҳолатларни ўрганиш, даволаш ва профилактикаси билан шуғулланади. Гаранглик сабаби: сурункали катарал ва йирингли ўрта отитлар, келиб чиқувчи невритлар, отосклероз, марказий нерв системаси касалликлари - эпидемик цереброспинал менингит, ички қулоқнинг дистрофик бузилишиға боғлиқ. Бундан ташқари ҳар хил травмалар - механик, шовқин, вибрацион, химиявий токсик, нур билан акустик, баротравма, медикаментоз, тугруқ ва бошқалар ҳам карликка олиб келади.

Болалардаги гарангликни даволаш ва профилактикасига алоҳида диққат-эътибор қаратилади, чунки болалар туғилганда атрофдаги товушларни қабул қилмаса, кейинчалик соқовлик ривожланади. Гапиришни биладиган одамларда гаранглик ривожланса, кейинчалик гаплашишнинг бузилиши, гапиришнинг монотонлиги, ритмик эмаслиги пайдо бўлади. Чунки гаранглик одамнинг ўз овози устидан назорат қилмаслигидир. Агар гаранглик тўла ривожланган ёшда пайдо бўлса, соқовликка олиб бормайди. Соқовликнинг сабаби: туғма ёки ёшлиқда орттирилган гаранглик бўлиши мумкин.

Гаранглик ҳар хил даражада бўлади. Унинг оғир даражасида бемор юқори сўзлашувни қулоқ олдида эшитади, гарангликнинг енгил даражасида эса сўзлашув нутқини 3-4 м узоқликдан эшитади. Гаранглик ташҳиси ва даражаси эшитишни оддий текши-

риш, камертонлар, аудиометрик текширишга асосланади. Топик ташҳис саволи - товуш ўтказувчи тизим ёки товуш қабул қилувчи тизимда бузилиш борлигини аниқлаш бўйича ечилади. Бунинг учун бўсага усти текширувлари, сўзлашув аудиометрияси натижалари ҳисобга олинади. Гарангликнинг марказий турида товуш бўсағаси ва сўзлашувини эшитиш орасида фарқ катта бўлади. Марказий зарарланиш кўпроқ икки томонлама бўлади.

Баъзида эшитишнинг пастлиги, таъм билмаслик, ҳид билмаслик, кўпроқ сўзлашув бузилади. Профилактика - фақат ЛОР аъзоларининг ўткир яллиғланиши олдини олиш бўлмасдан, аҳолининг маиший ва касбдаги шарт-шароитини ўрганишдир. Бу жиҳатдан болалар ва ўсмирларнинг эшитиши пастлигини ҳисобга олиш ва диспансеризациядан иборат.

**Даволаш.** гарангликни даволашда медикаментларнинг барча туридан ва физиотерапевтик муолажалар қўлланилади. Диққатни ўзига тортувчи тури эшитувни протезлашдир, яъни гарангларни эшитув аппарати билан таъминлашдир. Бу эса атрофдагилар билан алоқани енгиллаштиради. Сўзлашувда ёки товуш қабул қилишда қанчалик равонлик бўлса, аппарат шунчалик етук ҳисобланади. Ҳозирги замон эшитиш аппаратлари оддий сўзлашув нутқида овозни анча узоқ масофадан қабул қилишга ёрдам беради. Овоз ўтказиш системаси бузилганда эшитув аппарати кўпроқ фойдали, гарангликни аниқлаш мақсадида эса фойдаси камроқдир.

Товуш қабул қилувчи аппарат патологиясида овоз баландлиги ўтказувчанлиги 114 ДБ га тўғри келади. Шундай қилиб: 1-гарангликни мавжуд даволаш усуллари билан даволашнинг самараси бўлмаган тақдирда. 2-эшитувни қабул қилиш, сўзлашув частотаси 40 ДБ дан 80 ДБ гача пасайганда эшитув аппарати қўйишга рухсат этилади. Эшитув аппаратини танлаш, ҳар бир кишига алоҳида бўлиб, эшитишни текшириш натижаларига асосланади. Эшитув аппаратида ташқи эшитув йўлига қўйиладиган телефондан ташқари суякка, сўргичсимон ўсимта соҳасига қўйиладиган телефон ҳам мавжуд бўлиб, ундан фойдаланиш мумкин. Суяк телефони ўрта қулоқни сурункали касалликларида ҳаво ўтказувчанлиги ўта бузилган, суяк ўтказувчанлиги эса сақланган ҳолатларда қўлланилади.

Эшитув аппаратининг фойдалилиги қўллашдан сўнг 2 ҳафта ўтгач бошланади. Аппарат паст сифатли бўлса, қулоқда тебраниш ва шовқин пайдо қилади, беморда бош оғриғини кўзгайди. Гарангликнинг бир томонлилиги ва унинг дори-дармон билан даволаш мумкинлиги эшитув аппаратини протезлашга қаршиликдир. Кўпчилик беморлар ва ҳатто врачлар аппаратдан фойдаланиш эшитишни янада пасайтириши тўғрисида ҳадиксирайдилар. Алоҳида текширишлар шуни кўрсатдики, аппаратдан тўғри фойдаланилганда эшитув ёмонлашмайди, балки анча яхшиланади.

Эшитув аппаратини танлаш, уни бир маромда ишлашга мослаштириш, беморларни аппаратдан фойдаланишга ўргатиш, аппаратнинг таъсирини кузатиш - буларнинг ҳаммаси алоҳида тайёрлаш муассасасини талаб этади. Шунинг учун бир қанча шаҳарларда протезлаш пунктлари бўлиб, етарли аппаратура билан таъминланган. Охириги йилларда тўла карликда электродларни чиғаноқда жамлаш методи ишлаб чиқилди, бунда имплантация қилинган микроэлектродлар (метал телефон) ёрдамида эшитув нервининг электростимуляцияси чақирилади. Бу ҳолатда беморда ҳеч бўлмаганда озгина миқдорда бўлса ҳам спирал ганглия ҳужайралари сақланган бўлиши керак. Ҳар хил механик хосса-сига эга бўлган электродлар, айлананинг ўрта, асосий ва юқори қисмларига киритилади.

## **КАРҚУЛОҚ БОЛАЛАР СОЦИАЛ МУАММО СИФАТИДА**

Гаранглик ёки тўла карлик боланинг умумий ва психик ривожланишига жуда катта салбий таъсир этади. Тасдиқланган асосларга кўра шуни айтиш мумкинки, карликнинг таъсири бўйича кўришнинг пасайиши ва ҳатто карликдан ҳам юқори туради. Буни карларга нисбатан ҳар хил мутахассисликларда ишловчи кўрларнинг кўплиги яна бир бор тасдиқлайди. Карлар кўрларга нисбатан атрофдагилар билан анча суст муносабатда бўлишади, шу боис карларнинг жамиятдаги ўрни кўрларга нисбатан тордир. Эшитув нутқ санъатини эгаллашдаги асосий қуролдир. Бу эса шахснинг маънавий қиёфаси ва кишиларнинг жамиятдаги ўрнининг асосидир. Карқулоқ бола соқов бўлиб қолмасдан, иккала қулоғида эшитиши пасайганда (60-70 ДБ) ва даволаш чоралари кўрилмаган бўлса ҳам соқовлик ривожланиши мумкин. За-

монавий асбоб ускуналар ёрдамида текшириш ва эшитишни яхшиловчи аппаратларни қўллаш натижасида болаларнинг эшитишини яхшилаш жуда бўлмаганда мавжуд эшитишни бир меъёрда ушлашга эришиш мумкин. Мактаб ёшидаги болаларда эшитишнинг пасайганлиги 3-5% ни ташкил этади. Булардан 0,3-0,5% карлар учун мўлжалланган махсус мактабларга юборишни талаб этади.

Болаларни мактабга қабул қилишда эшитувни текшириш мажбурий, уни вақти-вақти билан қайтариб туриш керак. Асосий муаммо мактабда эшитиши паст болалар билан шуғулланишдир. Эшитиши паст бўлган болалар кар-соқовлар мактабида шуғулланмасликлари керак. Чунки бунда болалар сўзлашув нутқи билан шуғулланмай қўядилар, натижада «иккиламчи кар-соқов» бўлиб қоладилар. Эшитиши паст бўлган болалар оддий мактабларда ҳам ўқий олмайдилар, улар ўқиш материалларини эгаллай олмайдилар. Шунинг учун ўқитиш методини ўзгартириш ва уларга мослаштириш керак (ўқувчи болалар сонини синфда камайтириш, алоҳида шуғулланиш ва аппаратура ёрдамида: микрофон, нутқ устида ишлаш керак бўлади). Эшитиши озгина пасайган болалар (30-35 ДБ) оддий мактабда ўқиши мумкин, эшитиши 40 ДБ юқори пасайишида эшитиш аппаратидан фойдаланиш керак.

Эшитишни тиклаш учун болалар билан мактабларда ҳам, уйда ҳам эшитиш машғулоти ўтказиш лозим. Лекин бунинг учун аудиологик марказ ва етук медицина ходимлари керак бўлади.

Бундан ташқари мактаб ёшидаги болаларни умумий текшириш керак. Бунда замонавий аппаратуралар текширишни анча енгиллаштиради. Оториноларингологик касалларни касаллик тарихининг махсус жадвали бор. Касаллик тарихига беморнинг асосий шикоятлари ЛОР аъзоларидан бошлаб ёзилади. Сўнгра касаллик тарихи ва ҳаёт тарихи, объектив натижалар ёзилади.

Anamnesis morbi - қисқа шаклда ҳозирги касалликнинг қандай бошланганлиги (касаллик сабаби), кечиши, стационарга келгунгача бўлган давр тафсилоти баён этилади. Бунда касалликка қарши қандай даволаш усули қачон ўтказилганлиги ва унинг фойдаси, албатта, кўрсатилади.

Anamnesis vitae - бу бўлимга беморнинг умумий маълумотлари, касаллигининг ривожланиши, ирсияти, маиший ва меҳнат шароити, зарарли одатлари, аллергик анамнези ёзилади. Анам-

нез беморнинг ўзида, ота-онасида ёки болалардаги кўринишда аниқланади (аллергик ҳолатлар, дори-дармонлар, озиқ-овқатлар ва х.к. сезувчанлик, бронхиал астма, ревматизм, тумов, диатез, Квинка шиши, эшак еми ва б.).

Status prasens - беморнинг умумий ахволи (қоникарли, ўрта, оғир ва х.) ёзилади. Ички аъзолар бўйича қисқача ёзув (ЮКТ, НО, ОИ тизими ва ҳоказо).

## **БУРУН ВА БУРУННИНГ ЁН БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ** **Lor status**

Ташқи бурунда, шаклнинг ўзгариши бор-йўқлиги, юзнинг пешона ёки юқори жағ бўшлиғи соҳасидаги ўзгариши. Пальпацияда аниқланган текшириш натижаси, пешона, юқори жағ бўшлиқларининг олдинги ва пастки девори, уч шоҳли нервнинг I-II шоҳининг чиқиш жойи (агар оғриқли ва шиш бўлса аниқланган жойи ва характери). Бурундан нафас олиш пахта билан ўнгдан ва чапдан текширилганда равон (ёки нафас олиш қийинлигининг характери), ҳид билиш сақланган ёки қай даражада бузилган. Олдинги риноскопияда бурун даҳлиз соҳаси равон, бурун тўсиғи ўрта чизикда, бурун бўшлиғи шиллиқ қавати пушти рангда, нам, бурун йўллари тоза, бурун чиғаноқлари катталашмаган, бурун йўлларида ажралма йўқ. Патологияда - бурун чиғаноқларининг ҳолатини, бурун йўлларидаги ажралмани, қатқалоқни ва х. таърифлаш керак. Бурун ён бўшлиқлари рентгенографиясида ўзгаришлар ва гайморова бўшлиқ пункциясидаги натижалар кўрсатилади. Регионар лимфа тугунлари жағ ости, жағнинг олдинги ва орқанги лимфа тугунлари (пальпацияда сезилмаслиги ёки катталашмиш даражаси, оғриқлиги). Оғиз бўшлиғи-оғизнинг очилиши равон (тризм бўлганда унинг характери) қисқача: лабнинг шиллиқ қавати, ранги, милқ, ёноқнинг ички юзаси, қаттиқ ва юмшоқ танглай ҳолати, сўлак безларини чиқарув найи (қулоқ олди, жағ ва тил ости безлари).

**Ҳалқумни текшириш (мезофарингоскопия).** Оғиз ҳалқум шиллиқ қавати пушти рангда, нам, танглай ёйлари ажратади (ёки патологияда танглай ёйлари қиргоғи гиперемияси, инфильтрацияси, шишган). Бодомча безлари билан ёпишган. Бодомча безлари катталиги 1 (II-III) даражада, лакуналар кенгаймаган (ёки



кенгайган), лакуналарда патологик ажралма йўқ (ёки шпател билан эзилганда казеоз, йирингли қоплама, суяқ ёки қуюқ). Бодомча безлари ташқи юзаси текис (ёки дағал, нотекис). Ҳалқум орқа девори нам ёки қуруқ, пушти рангда, лимфоид доначалари катталашган, атрофиялашган, ҳалқум рефлекслари сақланган (патологияни аниқ ифодалаш). Бурун-ҳалқум равон (ёки III лимфоид безининг гипертрофияси (I-II-III даражали), бурун ҳалқум шиллиқ қавати пушти, нам хоаналар равон (ёки пастки, ўрта, юқори бурун чиғаноқларининг орқаси йўғонлашган ёки хоанал полип ёки ўсманинг катталиги). Эшитув найининг чиқиш қисми яхши фарқланади, равон (ёки най атрофи безининг катталашши) бурун ҳалқумни бармоқ билан текширишда, пальпацияда аниқланган далиллар кўрсатилади. Ҳиқилдоқ ҳалқум - тил илди-зи беги катталашмаган, валлекулалар равон, ҳалқумнинг орқа ва ён деворлари шиллиқ қавати пушти рангда, нам (патологияси аниқ ёзилади). Ҳиқилдоқ-тўғри шаклда, озгина ҳаракатчан, тоғай «қирчиллаши» (хруст) белгиси кўринарли. Ларингоскопияда ҳиқилдоқ усти қопқоғи шиллиқ қавати пушти, чўмичсимон тоғай, чўмичсимон тоғайлар оралиғи ва вестибуляр бурма пушти рангда, нам, ташқи, юзаси текис, овоз бойлами оқиш-кулранг, ҳиқилдоқ усти қопқоғи «ёйилган гул япроғи шаклида», овоз боғламлари фонацияда симметрик бирикяпти, ҳаракатчан, нафас олишда овоз ёриғи кенг, бурма ости бўшлиғи тоза, овози тиниқ, нафас олиши равон (патологияда аниқ кўрсатилади), регионар лимфа тугунлари (жағ ости, бўйин чуқур лимфа тугуни преларингеал ва перитрахеал) катталашган.

**Қулоқ отоскопиянинг** мўътадил кўриниши қуйидагича ёзилади - ўнг қулоқ супраси тўғри шаклда, сўргичсимон ўсимта, қулоқ супраси, бўртма пальпациясида оғриксиз, ташқи эшитув йўли кенг, оз миқдорда олтингугурт қотишмаси, ноғора парда кулранг, товланган, болғачанинг узун ва катта дастаси ёруғлик конус, олдинги ва орқанги бурмалар яхши кўринади. Патологияга мисол: ноғора парда тортилган, қалинлашган, ёруғлик конус қисқарган, кўринмайди - юмалоқ овал, марказий қирғоқ перфорацияси (қайси катакда жойлашгани кўрсатилади). Ташқи эшитув йўлида йирингли ажралма қуюқ, хидли, шилимшиқли, сероз-йирингли. Қирғоқдаги перфорациядан аттик зонди орқали ноғора бўшлиқ деворларидаги холестеотома аниқланади ва юви-

лади. Рентгенологик текшириш натижалари: Шюллер ёки Майер бўйича олинган проекцияда расмда (патологияда) аттикоантрал соҳадаги емирилган бўшлиқлар ва сўргичсимон ўсимта соҳасида зичланиши (склероз) аниқланади.

**Эшитув анализаторларини Аъзамов услуби бўйича текшириш:**

Ўнгулоқ	СШ	Чап қулоқ
-	+	
	субъектив шовқин	
6 м	ШГ	0,5
	шивирлаб гапириш	

Эшитишни ўзбек тилида текшириш учун синама сўзлар (юқори товуш оралиғи) 21-22 м, масофада шивирлашиш билан ажратилади

Сўзлар	айтилиши	Сўзлар	айтилиши
Ая	ая	арча	арча
Соя	Соя	азиза	азиза
Яна	яна	ариза	ариза
Яра	яра	жизза	жизза
Яса	яса	жийда	жийда
Яша	яша	жой	жой
Шиша	шиша	чой	чой
Ака	ака	сой	сой
Сирка	Сирка	ишчи	ишчи
Ясси	ясси		

Эшитишни ўзбек тилида текшириш учун синама сўзлар (паст товуш оралиғи) 6-8 м масофада шивирлаш билан ажратилади

Сўзлар	айтилиши	сўзлар	айтилиши
Ун	ун	нор	нор
Ун	ун	омон	омон
Ур	ур	осмон	осмон
Ур	ур	ўрмон	ўрмон
Нур	нур	унвон	унвон
Умр	умр	ўров	ўров
Унум	унум	ўмров	ўмров
Мум	мум	ўрим	ўрим
Нон	нон	ўрин	ўрин

Сўзлашув нутқи:		
6м	СГ	2м
+	қичқириш	+
35"	С128 (Х-35")	22"
20"	С2048(Х-20")	15"
10"	С128 (С-10")	10"

(ВЕБЕР)

«Х» - (ҳаво ўтказувчанлик)

«С» - (суяк ўтказувчанлик)

Вестибуляр анализаторларни текшириш:		
ўнг томон	субъектив билиш	чап томон
	спонтан нистагм	
	Калорик синама	
	(19°-100 мм <sup>3</sup> )	
	(38°-100 мм <sup>3</sup> )	
	Прессор синама	
	Айлантириб кўриш синамаси	
	Отолитли реакция.	

### ҚУЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЙИЧА САВОЛЛАР ВА ВАЗИФАЛАР

1. 32 ёшли бемор ЛОР бўлимига иккала қулоғининг эшитиши бирданга пасайишидан шикоят қилиб келди. Анамнездан: дарёда чўмилиш вақтида иккала қулоққа сув кирган, шундан сўнг эшитиши пасайган. Ташҳис қўйинг ва даволанг?

2. 27 ёшли бемор, ўнг қулоғининг эшитиши пастлигидан, қулоғининг нохушлигидан, нохушлик бошини қимирлатганда кучаяётганлигидан, шовқиндан шикоят қилиб келди. Объектив: ўнг қулоқ ташқи эшитув йўлида ажралма йўқ, ноғора парда таранглашган, ёруғлик конуси аниқланмади, болғача дастаси бўйлаб қон-томирлар сурати кучайган, ноғора парда орқали

ноғора бўшлиғидаги горизонтал сатҳга эга суюқлик аниқланмоқда; Бошни ҳолати ўзгартирилганда ноғора бўшлиғидаги суюқлик сатҳи ҳам ўзгармоқда: ташҳис қўйинг ва даволанг?

3. 14 ёшли бемор чап қулоғидаги қаттиқ оғриқдан, эшитишнинг пастлигидан, бош оғришидан шикоят қилиб келди. Кечкурун оғриғи бироз камайган. Объектив: қулоқ супраси ва сўргичсимон ўсимта ўзгаришсиз ташқи эшитув йўли кенг, тоза, ноғора парда қизарган, элементлари аниқланмаяпти. Ташҳис қўйинг ва даволанг?

4. 36 ёшли бемор ЛОР бўлимига ўнг қулоғидаги санчувчи характердаги оғришнинг чакка соҳаларига беришидан, йиринг оқиши ва эшитишнинг пастлигидан шикоят қилиб келди. Қулоқда оғриқ секин аста кучайиб, уйқусизликни келтириб чиқарган, сўнгра йиринг пайдо бўлган. Объектив: ташқи эшитув йўли тоғай қисми териси кескин инфильтрацияланган ташҳис ва даво.

5. 12 ёшли бола иккала қулоғида эшитиши пастлигидан шикоят қилиб келди. Охирги пайтларда дарсда биринчи қатордаги партада ўтирмоқда, авваллари эса дарсда охирги қатордаги партада ўтирар эди, дарсда ўқитувчининг гапларини тушунмаслиги, айтилаётган гапни гапираётган одамнинг оғзига қараб тушуниши сезилган. Буни оқибатида инжиқ, урушқоқлик характери намоён бўлмоқда. Объектив: Отоскопияда - ноғора пардалар ўзгаришсиз. Ташҳис қўйинг ва даволанг?

6. Бемор В. 1926 йилда туғилган. Иккала қулоғида эшитишнинг пастлигидан, шовқиндан шикоят қилиб келди. Анамнездан: бемор узини ёшлиқдан касал деб ҳисоблайди. Вақти-вақти билан қулоқларда оғриқ, йирингли ажралма пайдо бўлган, тана ҳарорати кўтарилар эди. Бир неча маротаба стационар равишда даволанган. Умумий аҳволи яхшиланганда, йиринг оқиши тўхтаганда беморга уйига жавоб берилар эди. Охирги 7-8 йил мобайнида қулоқларда оғриқ йўқ эди ва йиринг оқмади, лекин эшитиши анча пасайган. Объектив ташқи эшитув йўллари кенг, ҳоли, ноғора пардалар ичкарига тортилган. Ўнг қулоқда ноғора парда промоториум билан ёпишиб колган, чандиқ ва петрификат мавжуд. Ташҳис қўйинг даволанг?

7. Бемор Н. Катя, 12 ёш. Эшитиши пасайишидан, баъзида иккала қулоғида шовқин пайдо бўлишидан шикоят қилиб келди. Эшитиш пасайиши 2 йилдан бери кузатилмоқда, буни стрепто-

мицин қабул қилиши билан ва ўтказган туберкулез касаллиги билан боғлаяпти. Объектив: ташқи эшитув йўллари кенг, ногора пардалар ўзгаришсиз. Ташҳис қўйинг? Даволаш усулини аниқланг?

8. Бемор Ж. 11 ёш. Ўнг қулоғида эшитишнинг пасайишидан шикоят қилиб келди. Анамнездан: 3 йил олдин оғир шаклдаги скарлатина билан касал бўлган. Эшитиш пасайиши қачондан бери бошланганлигини билмаяпти. Охири пайтда бошқалар гапираётганда уларни чап қулоқ билан эшитишига эътибор берадиган бўлди. Объектив: ЛОР аъзолар ўзгаришсиз. Ногора пардалар ўзгаришсиз, белгилари аниқ. Ташҳис қўйинг? Даволаш усулини топинг?

9. Бемор Л. Лена 27 ёш. Иккала қулоғида эшитиши паст, шовқин бўлади, чап қулоқнинг эшитиш пастлиги кўпроқ. Анамнездан: Эшитиш пастлиги секин-аста бошланди, шовқин пайдо бўлди. Бу ҳолат ҳомиладор вақтида бошланди ва гўдак туғилгандан сўнг кучайиб кетди. Бемор сўзига қараб: троллейбусда, автобусда эшитиш яхшиланаяпти ва шу ҳолда одамлар гапиришини яхши эшита бошлаяпти. Объектив ташқи эшитув йўллари кенг. Ногора пардалар катта, юпқалашган, белгилари аниқ. Ташҳис қўйинг? Даволанг?

10. Эркак, 43 ёш: қулоқларида эшитишнинг пасайишидан шикоят қилиб келди. Бу ҳолатни душда чўмилиш билан боғлаяпти. Ташҳис қўйинг? Даволанг?

11. Бемор, 40 ёш: ёшлиқдан ўнг қулоғидан йиринг оқишидан, эшитиши пасайишидан, бош айланишидан шикоят қилиб келди. Отоскопияда ногора парданинг олдинги тепа қисмида перфорация аниқланди, ташқи эшитув йўлида ҳидли йиринг мавжуд. Ташҳис қўйинг? Даволаш усулини аниқланг?

12. Бемор 24 ёшда. Ўнг қулоғининг қичишиши, эшитишнинг пасайиши, йирингли қорамтир рангли ажралма келишидан шикоят қилиб келди. Отоскопияда ташқи эшитув йўлининг териси шишган, кулрангли қасмоқ мавжуд қасмоқларни қийинчиликсиз олиб ташлангандан сўнг қизарган тери кўринмоқда. Диагностика усуллари, ташҳис қўйинг, даволаш усулини аниқланг.

13. Бемор, 30 ёш, овқат чайнаганда ўнг қулоғида қаттиқ оғриқ бўлишидан шикоят қилиб келди. Отоскопияда: ташқи эшитув

йўлининг териси ойсимон шишган, қизарган. Ташҳис қўйинг ва даволанг?

14. Бемор 20 ёш: ўнг қулоқдаги қаттиқ оғриқдан кўп йиринг оқиши, эшитишининг пасайишидан, сўрғичсимон ўсимта соҳасидаги оғриқдан шикоят қилиб келди. Отоскопияда: ташқи эшитув йўлида олдинги тепа девори осилиб турган, қулоқ супраси олдинга буралган, сўрғичсимон ўсимта соҳаси шишган, қизарган, пальпацияда оғриқли. Ташҳис қўйинг, қўшимча диагностик усулларни ва даволашни аниқланг.

15. Бемор битта қулоқ ичида қаттиқ оғриқ пайдо бўлишидан шикоят қилиб келди. ЛОР аъзолар ўзгаришсиз. 8-тишида кариес аниқланди. Қулоқдаги оғриқни тушунтиринг. Даволаш усулини аниқланг.

16. Беморда Ds: сурункали йирингли ўрта отит, охириги пайтда тилнинг 2/3 қисми таъм сезмаяпти. Бу аҳвол қачон бўлади, ташҳис; аниқланг. Бу касалликда қандай бошқа ўзгаришлар бор?

17. Беморда Ds, сурункали йирингли эпителимпанит. Охириги пайтида юз нервнинг парези (ҳамма 3 та шохда) лагофталъм, кўз-ёши оқиши мавжуд бўлди. Там сезиш ўзгармади. Юз нервнинг қайси қисми яллиғланган. Даволаш усулини аниқланг?

18. Бемор, 32 ёш. Чап қулоғида ёшлиқдан бери йиринг оқишидан шикоят қилиб келди. Охириги пайтда қаттиқ оғриқ пайдо бўлди, йиринг оқиши кучайди, қаттиқ бош оғриши, қайт қилиш, кўнгил айниши пайдо бўлди. Отоскопияда: ташқи эшитув йўлида ҳидли йиринг, полип, грануляция аниқланди. Ташҳис қўйинг, асоратни аниқланг?

## РЕЦЕПТЛАР:

1. Rp.: Ung. Chlortetracyclini hydrochloridi  
(Ung. Biomycini 0,5 - 1% - 10,0)  
D.S. Чипқон атрофини 2-3 маҳал суртиш учун
2. Rp.: Dermosolini 5,0  
D.S. Бурун даҳлизини 1-3 маҳал суртиш (экземада)
3. Rp.: IRS - 19 бурун учун спрей  
D.S. Бурун учун аэрозоль ҳар бир даҳлизга 1-2 маҳал сепиш учун
4. Rp.: Sol. Tyzini 0,1% - 10,0 ml  
D.S. 2-3 томчидан, ҳар бир даҳлизга 3 маҳал томизиш учун
5. Rp.: Depersoloni 10,0  
D.S. бурун даҳлизи ва бурун олди соҳасини 1-3 маҳал юпқа қават қилиб суртиш учун
6. Rp.: Acidi borici - 0,5  
Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% - gtts X  
D.S. 2 томчидан 3 маҳал бурунга томизиш (ўткир ринитда)
7. Rp.: Sol Adrenalini hydrochloridi 0,1% - 5,0  
D.S. 2 томчидан 3 маҳал бурунга томизиш (ўткир ринитда) овқатдан олдин
8. Rp.: Chymotrypsini cryst (seu Trypsini cryst.), 0,01 (0,005)  
(chymotrypsini 0,025 (0,05)  
D.t.d № 5 in amp  
S. 2-3 мл стерил изотоник растворда зритиб гаймор Бўшлиққа ювилгандан сўнг жўнатилади
9. Rp.: Sol Ephedrini hydrchloridi 1% - 5,0  
D.S. 1 томчидан 4-5 маҳал бурунга томизиш (ўткир ринитда) овқатдан олдин
10. Rp.: Sol. Chinosoli 1:1000-100ml  
D.S. томоғини чайқаш (фарингомикозда)
11. Rp.: Sol. Protorgoli 3-5% - 10,0ml  
D.S. 1-2 томчидан бурунга томизиш учун
12. Rp.: Cavintoni 0,005  
D.t.d. № 100 in tab.  
S. 1 таблеткадан - 3 маҳал, 1 ой, овқатдан олдин
13. Rp.: Sulfacyli-natrii 30%-10ml  
D.S. 4 томчидан қулоққа томизиш учун
14. Rp.: Lic. Burovi 10ml  
D.S. қулоққа турундага чилаб қўйилади
15. Rp.: Sol. Dioxydini 1%-10ml  
D.S. қулоққа 4 томчидан томизиш учун

- 16.Rp.: Ol. Eucalypti 10,0  
Mentholy 1,0  
M.D.S. ингальяция учун (10-15 томчидан 1 стакан сувга)
- 17.Rp.: Nitrofungini 25ml  
D.S. ташқи эшитув йўлини 2 маҳал суртиш учун
- 18.Rp.: Sofradexi 5,0  
D.t.d. № 2  
S. кулоққа турундага чилаб қўйилади (ўткир ташқи отитларда)
- 19.Rp.: Lydasi (0,1) 64 ед.  
D.t.d. 10 in amp.  
S. 1мл - 0,5% новокаинда қулоқ орқасига инъекция учун (адгезив отитларда)
- 20.Rp.: Acidi borici 0,5  
Sp. Vini 70 -20,0  
M.D.S. 1-2 томчидан қулоққа томизиш учун
- 21.Rp.: Novocaini 0,5  
Sp. Vini 70 -20,0  
M.D.S. қулоққа 4 томчидан томизиш учун
- 22.Rp.: Furacilini 0,02  
Sp. Vini 70 -20,0  
M.D.S. қулоққа 4 томчидан томизиш учун
- 23.Rp.: Laevomycetini 0,2  
Sp. Vini 70 -20,0  
M.D.S. қулоққа 4 томчидан томизиш учун
- 24.Rp.: Cocarboxylasae 50,0  
D.t.d. № 10 in amp.  
D.S. 50 мг м/и
- 25.Rp.: Sol. Hydrogenii hydroxydati 3%-30,0  
D.S. 5 т.дан 3 маҳал қулоқ кирини тозалаш учун
- 26.Rp.: И.Б.Солдатов мази  
Coffeini natrii bensoatis 0,015  
Papaverini hydrochloridi 0,02  
Phenobarbitali 0,05  
Bromisovalii 0,2  
Calcii gluconatis 0,5  
M.f.pulv. № 50  
D.S. кунига 1 пор х 3 маҳал
- 27.Rp.: Sol. Ephedrini hydrochloridi 2-3-5% - 10,0ml  
D.S. 4-5 т.дан бурунга томизилади
- 28.Rp.: Naphtyzini 0,05%-10,0  
D.S. 4-5 т.дан бурунга томизиш
- 29.Rp.: В.И.Воячек мази  
Mentholi 0,15



- Camphorae tritae 0,3  
 Novocaini 0,15  
 Ephedrini hydrochloridi 0,9  
 Ung. Tetracyclini 1%-30,0  
**M.D.S.** Бурунга суртиш учун мазь
- 30.Rp.:** Mentholi 0,1  
 Ol.Vaselini 20,0  
**M.D.S.** кунига 5 т. 3 марта бурунга суртиш учун.
- 31.Rp.:** Yodi puri 0,03  
 Kalii jodati 0,3  
 Glycerini 30,0  
**M.D.S.** бурунга 5 т. - 3 маҳал ва атрофик фарингитда ҳалқум орқа деворига суртиш
- 32.Rp.:** Natrii bicarbonici 0,5  
 Glycerini  
 Aq. dest. aa 5,0  
**M.D.S.** 4-6 т. 3 маҳал бурунга томизишга.
- 33.Rp.:** **Б.С.Преображенский кукуни.**  
 Streptocidi albi  
 Norsulfasoli  
 Sulfadimezini aa 1,0  
 Penicillini 1000 000 ED  
 Ephedrini hydrochloridi 0,05  
**M.D.S.** Бурунга пуйдаш учун.
- 34.Rp.:** Chlorofillcarotini 0,2  
 Butero cacao 0,5  
**D.t.d.** № 60 in supp.  
**S.** бурунга 1 дан шам (атрофик ринитда, озенада)
- 35.Rp.:** Ung. Prospedini 30%-50%  
**D.S.** Папилломатоз ўсмада суртиш учун.
- 36.Rp.:** Mentholi 0,1  
 Ol.Vaselini 10,0  
**M.D.S.** Ўткир ларингитда ҳиқилдоққа 1,0 мл дан қуйиш учун
- 37.Rp.:** Tannini 0,5  
 Glycerini 10,0  
 Aq. destil. 90,0  
**M.D.S.** Сурункали ларингитда ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватига суртиш учун.
- 38.Rp.:** Chynosoli 0,5  
 Aq. destil. 500,0  
**D.S.** фарингомикозда ҳалқумни чайиш учун.
- 39.Rp.:** Emp. Diachyloni 10,0  
 Ol.Vaselini 20,0

- M.D.S.** Атрофик ринитда бурунга мой.
- 40.Rp.:** Ol. Eucalipti 10,0  
Mentholi 1,0  
**M.D.S.** буғли ингаляция учун (10-15т. 1 стакан сувга)
- 41.Rp.:** **Симановский малҳами**  
Mentholi 0,1  
Cocaini hydrochloridi 0,2  
Zinci oxidati 0,5  
Lanolini 15,0  
Vaselini 10,0  
**M.f. ung.**  
**D.S.** юмалоқланган пахтани малҳамга чилаб бурунга қўйиш учун.
- 42.Rp.:** Sol. Argenti nitrici 0,25%-0,5% 50%  
**D.S.** Ўрта қулоқнинг гранулез фарингитида ўсувчи тўқимани куйдириш учун
- 43.Rp.:** Ephedrini hydrochloridi 0,2  
Novocaini 0,25  
Euphillini 0,3  
Acidi ascorbinici 50,0  
Ag.destillatae 50,0  
**M.D.S.** сурункали ларингитда ва сурункали трахеитда 3 мл. аралашма ингаляция учун.
- 44.Rp.:** Ung. Chinosoli 5(10)%-10,0  
**D.S.** замбуруғ касаллигида ташқи эшитув йўли деворига суртиш учун.
- 45.Rp.:** Natrii hydrochloridi 0,5  
Glycerini 5,0  
Ag. destill. 5,0  
**M.D.S.**Ташқи эшитув йўли кирини юмшатиш учун 8-10 томчидан томизишга.
- 46.Rp.:** Sol. Collargoli 1-3%-10,0  
**D.S.** 4-6 т. дан 3 маҳал бурунга томизиш учун.
- 47.Rp.:** Novocaini 0,3  
Spiritus acethylici 95%-5,0  
Glycerini 5,0  
**M.D.S.** Ўткир отитда илитилиб, докага чилаб қўйилади
- 48.Rp.:** Sol. Resorcini 1%-10,0  
**D.S.** кунига 2-3 марта қулоқ оғриғига илиқ ҳолда 5 т. дан эшитиш йўлига томизиш (ўткир отитда).
- 49.Rp.:** Susp. Hydrocortisoni acetatis 2,5%-5,0  
**D.S.** ташқи эшитув йўлига 3-5 т.дан 2 маҳал (0,3-0,5 мл транстубар ёки транстипанал юбориш)

## МУНДАРИЖА

Кириш	5
Оториноларингологиянинг қисқача тарихи ва соҳанинг етук мутахассислари	7
<b>I боб. Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари клиник анатомияси, физиологияси ва текшириш усуллари</b>	<b>21</b>
Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари.	
Бурун, бурун ёндош бўшлиқлари клиник анатомияси	21
Бурун, бўшлиғи, бурун ёндош бўшлиқларини текшириш усуллари	• 35
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ривожланишидаги нуқсонлар	41
Орқа бурун тешигининг торайиши ёки умуман бўлмаслиги	42
Буруннинг ички юзасидаги туғма ўсмалар	43
Бурун тўсиғининг қийшайиши	43
Бурун бўшлиғидаги ёт жисмлар	48
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг жароҳатланиши	49
Бурун тўсиғига қон қуйилиши ва бурун хуппозии	53
Бурундан қон кетиши	54
Бурун ён бўшлиқлари аллергик тумови (синусопатиялар)	65
Бурун бўшлиғининг ўткир яллиғланиши касалликлари	66
Бурун бўғмаси (бурун дифтерияси)	71
Сурункали ринит. Оддий сурункали ринит	72
Сурункали гипертрофик ринит	74
Атрофик ринит	79
Озена	82
Бурун ёндош бўшлиқларининг касалликлари	85
Юқори жағ бўшлиғининг ўткир яллиғланиши	87
Ўткир этмоидит	91
Ўткир фронтит	93
Ўткир сфеноидит	94
Бурун ёндош бўшлиқларининг сурункали касалликлари. Сурункали гаймарит	95
Пешона бўшлиғининг сурункали яллиғланиши	99

Ғалвирсимон бўшлиқнинг сурункали яллиғланиши. Этмоидит	103
Асосий бўшлиқни сурункали яллиғланиши. Сурункали сфеноидит	105
Бурун ёндош бўшлиқларини кистасимон кенгайиши	106
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларининг кўз ва мия ичига асоратланиши	107
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг юқумли гранулёмалари	109
Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ўсмалари	111
Ўпка касалликлари ташҳисида ва даволашда бронхоскопия	112
Синд-бронхиал синдром	113
Ташқи бурун касалликлари	114

<b>II боб. Ҳалқум ва қизилўнгачнинг клиник анатомияси, физиологияси, текшириш усуллари ва касалликлари</b>	117
Ҳалқумнинг клиник физиологияси	123
Қизилўнгачнинг клиник анатомияси ва физиологияси	125
Ҳалқум ва қизилўнгачни текшириш усуллари	126
Оғиз бўшлиғи ва ҳалқумнинг ривожланиш нуқсонлари	131
Болаларда учрайдиган оғиз бўшлиғи касалликлари	133
Қизилўнгачнинг куйиши, шикастланиши ва қизилўнгачда ёт жисмлар	135
Қизилўнгачнинг куйиши	137
Ҳалқум лимфоид тўқимасининг гипертрофияси	139
Ҳалқум (бурун ҳалқум) безининг катталашуви - аденоидлар	139
Бодомча безлари гипертрофияси	143
Ҳалқумнинг яллиғланиш касалликлари	146
Ҳалқумнинг сурункали касалликлари	148
Ўткир ва сурункали аденоидит	152
Бодомча безларининг ўткир яллиғланиши	154
Флегманоз ангина ва бодомча безлари олди абсцесси	159
Ҳалқум орти абсцесси	163

Ҳалқумни системали қон касалликларида зарарланиши	165
Юқумли касалликларда ҳалқумнинг зарарланиши	166
Орттирилган иммун танқислиги синдроми (СПИД)	171
Бодомча безларининг сурункали яллиғланиши	175
Йўлдош касалликлар оқибатида келиб чиқадиған касалликлар	178
Сурункали тонзиллитнинг асоратлари	179
Ангиналар ва сурункали тонзиллитларнинг олдини олиш чоралари	183
Ҳалқумнинг специфик касалликлари	184
Ҳалқумнинг асаб касалликлари	189
Ҳалқумнинг хавфсиз ўсмалари	190
Ҳалқумнинг хавфли ўсмалари	195
<b>III боб. Ҳиқилдоқнинг клиник анатомияси, физиологияси, текшириш усуллари ва касалликлари</b>	199
Ҳиқилдоқнинг клиник анатомияси	199
Ҳиқилдоқнинг физиологияси	210
Ҳиқилдоқ, кекирдак ва бронхларда ёт жисмлар	222
Ҳиқилдоқ ва трахеянинг ўткир яллиғланиши касалликлари	229
Ўткир катарал ларингит	231
Бурма ости ларингити ёки ёлғон бўғма	233
Ўткир трахеит	235
Геморрагик ларингит	236
Ҳиқилдоқ ангинаси	237
Флегмонозли ларингит	237
Ҳиқилдоқ абсцесси	238
Ёлғон бўғма	240
Ҳиқилдоқ бўғмаси	242
Ҳиқилдоқнинг ёлинли яллиғланиши	245
Сурункали ларингит	246
Сурункали катарал ларингит	246
Сурункали ёйилған катарал ларингит	246
Атрофик ларингит	248
Сурункали гиперпластик ларингит	249
Вестибуляр бурмалар гипертрофияси	250
Чўмичсимон тоғайлар оралиқ соҳаси гипертрофияси	250
Трахеянинг сурункали яллиғланиши	

Сурункали трахеит	256
Ҳиқилдоқнинг хондра перихондрити	257
Ҳиқилдоқ ва трахеянинг қисилиши	258
Ҳиқилдоқ ва трахеянинг ўткир қисилиши	259
Трахеостомиядан сўнг болаларни парваришлаш	263
Ҳиқилдоқ ўсмалари	277
Кисталар	280
Ҳиқилдоқнинг хавфли ўсмалари	282
Касбий фаолиятга боғлиқ бўлган юқори нафас йўллари касалликлари	285
Касбий фаолиятга боғлиқ бўлган юқори нафас йўллари касалликлари профилактикаси	287
Бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқ касалликлари бўйича саволлар ва вазифалар	288
Ҳалқум	290
Ҳиқилдоқ	292
<b>IV. Қулоқ касалликлари</b>	295
Қулоқнинг ривожланиши	295
Ўрта қулоқнинг ривожланиши	296
Ташқи қулоқнинг ривожланиши	
Қулоқнинг клиник анатомияси	
Қулоқнинг физиологияси	
Ташқи, ўрта, ички қулоқ функциялари камертонлар ёрдамида ўтказилган тажрибалар	338
Қулоқ касалликлари. Қулоқ ривожланишидаги нуқсонлар	343
Ташқи қулоқ касалликлари	351
Ўрта қулоқ касалликлари	361
Ўрта қулоқнинг сурункали катарал яллиғланиши	365
Аллергик ўрта отит	374
Ўрта қулоқ сил касаллиги (туберкулёзи)	376
Анрит	377
Мастоидит	379
Сурункали йирингли ўрта отит	383
Сурункали йирингли мезотим панит	384
Сурункали йирингли эптимпанит	388
Қулоқ радикал (умумбўшлиқ) ташрихи	394
Болаларда ўрта қулоқнинг сурункали йирингли яллиғланиши	396
Ўрта қулоқнинг катта ёшдагилар ва қарияларда	

учрайдиган сурункали йирингли яллиғланиши	397
Ўткир ва сурункали отитларда юз нервнинг шикастланиши	398
Ички қулоқ касалликлари	401
Ўрта қулоқдаги сурункали йирингли яллиғланишнинг бош мияга берадиган асоратлари	404
Субдурал абсцесс (ички пахименингит)	406
Бош мия ва мияча абсцесси	408
Мияча абсцесси	412
Отоген менингит	414
Синустромбоз ва сепсис	417
Арахноидит	420
Қулоқнинг йирингсиз касалликлари	421
Қулоқнинг хавфсиз ўсмалари	428
Эшитув нерв невриноmaları	430
Қулоқнинг хавfli ўсмалари	431
Ўрта қулоқнинг хавfli ўсмалари	431
Касбни танлаш ва экспертиза	432
Сурдология ва эшитишни протезлаш	436
Карқулоқ болалар социал муаммо сифатида	438
Бурун ва буруннинг ён бўшлиқлари касалликлари	440
Қулоқ касалликлари бўйича саволлар ва	
Вазифалар	443
Рецептлар	447

***Яқин кунларда автор томонидан чиқариладиган китоблар:***

1. **Оториноларингологиядан амалий қўлланма.**
2. **Оториноларингология. (рус тилида ва ўзбекча латин алифбосида)**

Ўқув-услубий қўлланма  
Алимов А.И. «Оториноларингология».  
«Andijon nashriyot-matbaa» ОАЖ. 2007 й.

Муҳаррир  
Тех. муҳаррир  
Саҳифаловчи  
Мусаҳҳиҳлар

Ф. Ибайдуллаев.  
М. Мирзакаримова.  
Р. Исмонов.  
Н. Юлдашева.  
Н. Тожиматова.

Босмахонага 2007 йил 12 июнда берилди. Босишга 2007 йил 20 сентябрда  
рухсат этилди. Қоғоз бичими 60x84 1/16. Ҳажми 28,5 шартли босма табоқ. Адади  
465 нусха. Буюртма 1944.

«Andijon nashriyot-matbaa» ОАЖ босмахонасида чоп этилди.  
Манзил: Андижон шаҳри, Навоий шоҳқўчаси, 71.